



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

10° Rapporto Sanità

Investimenti, Innovazione e Selettività:
scelte obbligate per il futuro del SSN

10° Health Report

*Investments, Innovation and Selectivity:
mandatory choices for the future of the IT-NHS*

A cura di / Edited by: Federico Spandonaro



Impaginazione e grafica: Sidera S.r.l. - Vicolo Tonale, 4 - Chiari (BS)

Finito di stampare nel mese di Ottobre 2014

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



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

10° Rapporto Sanità

Investimenti, Innovazione e Selettività:
scelte obbligate per il futuro del SSN

10° Health Report

*Investments, Innovation and Selectivity:
mandatory choices for the future of the IT-NHS*

A cura di / Edited by: Federico Spandonaro



Il 10° Rapporto Sanità a cura dei ricercatori dell'Università di Roma "Tor Vergata", è il risultato di una *partnership* fra il Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità), l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e alcune Aziende interessate a dare il proprio contributo e sostenere la ricerca e alimentare il dibattito sulle politiche sanitarie fra *policy makers* e addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale. In particolare, la pubblicazione e la diffusione del volume, nonché l'accesso alle tavole di supporto statistico disponibili su www.rapportosanita.it, sono resi possibili grazie al supporto incondizionato di:

- 3M Italia
- Bayer
- Biogen Idec Italia
- Boehringer Ingelheim Italia
- Daiichi Sankyo Italia
- Eli Lilly Italia
- Fondazione MSD
- GlaxoSmithKline
- Janssen Cilag
- Novartis Farma
- Novo Nordisk
- Pfizer Italia
- Sanofi Pasteur MSD

I *partner* dell'iniziativa condividono con CREA Sanità e l'Università di Roma "Tor Vergata" la necessità di fornire agli addetti al settore e ai *policy makers*, alcuni elementi di riflessione sull'andamento e sulle tendenze in atto nel settore socio sanitario in Italia, basate su evidenze scientifiche, che possano essere di supporto alle decisioni. Il Rapporto Sanità "Tor Vergata" si preoccupa, inoltre, di fornire degli elementi di valutazione delle *performance* del sistema sanitario, 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.

Il Volume è stato ideato, progettato e realizzato - in italiano e in sintesi anche in inglese - dal *team* di ricercatori del CREA Sanità, in continuità con il lavoro svolto negli ultimi 15 anni con il CEIS "Tor Vergata".



Science For A Better Life



Daiichi-Sankyo



Fondazione MSD



sanofi pasteur MSD
i vaccini per la vita

Indice

Presentazione

di Giuseppe Novelli	55
---------------------------	----

Introduzione

di Federico Spandonaro	63
------------------------------	----

Capitolo 1 – Il contesto socio-demografico: le tendenze e il cambiamento delle strutture familiari

di Polistena B.

1.1. Introduzione	135
1.2. Evoluzione del processo d'invecchiamento in Italia	136
1.3. Disabilità e cronicità	148
1.4. Età, cronicità, disabilità consumo: alcune considerazioni	152
1.5. Famiglie e assistenza in Italia	155
1.6. Discussione e conclusione	160
Riferimenti bibliografici	161

Capitolo 2 – Il finanziamento: investimenti e disavanzi

di Giordani C., Ploner E.

2.1. Il contesto	171
2.2. Le dinamiche del finanziamento	183
2.3. Fonti di finanziamento	191
2.4. Il riparto	197
2.5. Disavanzi e risultati di esercizio	202
2.6. Conclusioni	217
Riferimenti bibliografici	219

Capitolo 3 – La spesa: confronti internazionali ed efficienza delle Aziende

di Ploner E., Polistena B.

3.1. Il contesto: la spesa sanitaria	229
3.2. La spesa per la non-autosufficienza	238
3.3. La spesa socio-sanitaria	242
3.4. Riflessioni sui trend	244
3.5. Conclusioni	272
Riferimenti bibliografici	273

Capitolo 4 - La valutazione delle Performance

di d'Angela D., Spandonaro F.

4. La valutazione delle Performance	283
-------------------------------------	-----

Capitolo 4a – La valutazione delle Performance: l'impatto equitativo della crisi

di d'Angela D.

4a.1. Il contesto	285
4a.2. Il fenomeno delle rinunce alle spese socio-sanitarie	290
4a.3. Povertà, impoverimento e catastroficità	294
4a.4. La risposta del Sistema alle due crisi finanziarie	304
4a.5. Conclusioni	309
Riferimenti bibliografici	310

Capitolo 4b – La valutazione delle Performance: un esercizio sui Servizi Sanitari Regionali (SSR)

di d'Angela D., Spandonaro F.

4b.1. Il contesto	311
4b.2. I risultati	313
4b.3. Conclusioni	320

Capitolo 5 – Prevenzione: lo stato dell’arte su interventi di popolazione e promozione di stili di vita salutari

di Giordani C., Spandonaro F.

5.1. Il contesto	335
5.2. Prevenzione primaria: i fattori di rischio e gli stili di vita	344
5.3. Prevenzione primaria: le vaccinazioni	360
5.4. Prevenzione secondaria: gli <i>screening</i>	367
5.5. Conclusioni	373
Riferimenti bibliografici	374

Capitolo 6 – Assistenza ospedaliera: gli effetti delle manovre di razionalizzazione

di Piasini L.

6.1. Il contesto	383
6.2. Offerta	384
6.3. Domanda e utilizzazione	401
6.4. Il valore dei ricoveri	413
6.5. Conclusioni	416
Riferimenti bibliografici	417

Capitolo 7 – Assistenza residenziale: la complessità dell’offerta e la carenza informativa

di Battaglia G.

7.1. Il contesto	427
7.2. L’offerta	432
7.3. La domanda	441
7.4. Conclusioni	446
Riferimenti bibliografici	447

Capitolo 8 – Assistenza specialistica ambulatoriale: le politiche tariffarie regionali

di Ploner E.

8.1. Il contesto	457
8.2. L'impatto economico dei <i>ticket</i>	475
8.3. Conclusioni	481
Riferimenti bibliografici	483

Capitolo 9 – Assistenza farmaceutica: accesso all'innovazione, sostenibilità e selettività

di Bernardini A.C., Spandonaro F.

9.1. Il contesto	493
9.2. L'accesso all'innovazione	503
9.3. Sostenibilità	510
9.4. Selettività	516
9.5. Conclusioni	519
Riferimenti bibliografici	521

Capitolo 10 – Assistenza primaria: l'uso delle tecnologie e l'integrazione professionale

di Bernardini A.C., Giordani C, Misericordia P.

10.1. Il contesto	531
10.2. Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) nella medicina generale	541
10.3. I processi di integrazione professionale per il MMG	544
10.4. Conclusioni	559
Riferimenti bibliografici	561

Capitolo 11 – Assistenza domiciliare: l'organizzazione e le differenti coperture regionali

di Bernardini A.C.

11.1. Il contesto	571
11.2. L'offerta	578
11.3. Gli assistiti	582
11.4. La spesa	591
11.5. Conclusioni	602
Riferimenti bibliografici	604

Capitolo 12 – Assistenza ai non-autosufficienti: le risposte del sistema di Welfare

di Battaglia G.

12.1. Il contesto	615
12.2. I beneficiari: indennità di accompagnamento, invalidità civile e Legge 104/92	618
12.3. La spesa e il finanziamento	640
12.4. Conclusioni	641
Riferimenti bibliografici	644

Capitolo 13 – L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

di d'Angela D., Pastorelli G.

13.1. Il contesto	653
13.2. Produzione e dimensione dell'industria	654
13.3. Dinamiche di <i>import</i> ed <i>export</i>	661
13.4. Innovazione	664
13.5. Spesa per Dispositivi medici	669
13.6. Conclusioni	674
Riferimenti bibliografici	677

Capitolo 14 – Un’analisi per patologia

di d’Angela D., Mancusi L., Ploner E., Polistena B., Spandonaro F.

14. Un’analisi per patologia	689
------------------------------	-----

Capitolo 14a – La Degenerazione Maculare Senile

di Mancusi L.

14a.1. Introduzione	691
14a.2. Epidemiologia	692
14a.3. Wet-ARMD: stima della prevalenza sulla popolazione italiana	694
14a.4. Wet-ARMD: stima dell’incidenza sulla popolazione italiana	701
14a.5. Conclusioni	707
Riferimenti bibliografici	709

Capitolo 14b – La Depressione

di Mancusi L., Ploner E.

14b.1. Introduzione	711
14b.2. Definizioni	712
14b.3. L’epidemiologia in Italia	713
14b.4. La presa in carico dei pazienti depressi	727
Riferimenti bibliografici	734

Capitolo 14c – Lo Scompenso Cardiaco Acuto

di d’Angela D., Polistena B., Spandonaro F.

14c.1. Introduzione	737
14c.2. I percorsi di presa in carico del paziente con scompenso cardiaco	737
14c.3. L’attività ospedaliera in Italia	743
14c.4. Conclusioni	750
Riferimenti bibliografici	752

Credits

	763
--	-----

Indice tabelle e grafici

Capitolo 1 – Il contesto socio-demografico: le tendenze e il cambiamento delle strutture familiari

Tabella 1.1. Speranza di vita alla nascita, a 60 e a 80 anni per sesso. Italia, anni 1900-2012	136
Figura 1.1. Tassi di fecondità specifici per età in Italia, Valori %, anni 1952-2004	137
Figura 1.2. Numero di decessi per età ogni 100.000 individui in Italia, anni 1900–2009	138
Figura 1.3. Persone over 60 con almeno una malattia cronica in Italia. Valori %, anni 1993–2013	140
Figura 1.4. Persone over 60 con almeno due malattie croniche in Italia.	141
Tabella 1.2. Individui di 60 anni e più con almeno due malattie croniche in Italia. Anni 2013-2038	142
Figura 1.5. Persone per tipo di malattia cronica dichiarata in Italia. Valori %, anni 2005 e 2013	143
Figura 1.6. Persone over 60 con malattie del cuore per cento individui con le stesse caratteristiche in Italia, anni 1993–2013	144
Figura 1.7. Persone over 60 con bronchite cronica, asma bronchiale per cento individui con le stesse caratteristiche in Italia, anni 1993–2013	145
Figura 1.8. Persone over 60 con ipertensione per cento individui con le stesse caratteristiche in Italia, anni 1993–2013	146
Figura 1.9. Persone over 60 con diabete per cento individui con le stesse caratteristiche in Italia, anni 1993–2013	147
Tabella 1.3. Persone di 6 anni e più con limitazioni funzionali secondo il tipo di limitazione, la classe di età ed il sesso in Italia. Tassi standardizzati per 100 persone, anno 2013	149
Figura 1.10. Prevalenza di individui di età 45-59 anni affetti da limitazioni funzionali per numero di malattie croniche in Italia, anno 2012	151
Tabella 1.4. Odds Ratios della presenza di limitazioni in individui di età 45-59 anni con malattie croniche in Italia, anno 2012	152

Figura 1.11. Indicatori di invecchiamento in Italia. Valori %, anni 1995-2065	154
Figura 1.12. Quota di over 65 che vivono da soli, per sesso in Italia. Valori %, anni 1997-2012	156
Tabella 1.5. Over 65 per stato civile, età e sesso in Italia. Valori %, anno 2012	157
Figura 1.13. Tasso di occupazione femminile per classi di età in Italia, anni 2008-2013	159

Capitolo 2 – Il finanziamento: investimenti e disavanzi

Figura 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria. Valori %, anni 2000-2012	172
Figura 2.2. Finanziamento spesa sanitaria corrente e per investimenti - Italia vs. Paesi EU14 e altri. Valori %, anno 2012	173
Figura 2.3. <i>Trend</i> finanziamento spesa per investimenti fissi in Sanità su spesa sanitaria totale - Italia vs. EU14. Valori %, anni 2000-2012	174
Figura 2.4. Finanziamento pubblico-privato della spesa per investimenti fissi in Sanità - Italia vs. Paesi EU14 e altri OECD. Valori %, anno 2012	175
Figura 2.5. Finanziamento spesa per investimenti fissi in Sanità, pubblico e privato, su spesa sanitaria corrente - Italia e Paesi EU14 e altri OECD. Valori %, anno 2012	177
Figura 2.6. Investimenti fissi pubblici e privati in Sanità e assistenza sociale - Composizione. Valori %, anni 2001-2011	178
Figura 2.7. Investimenti fissi pubblici e privati in Sanità e assistenza sociale - Quota sulla spesa sanitaria pubblica totale corrente. Valori %, anni 2001-2011	179
Figura 2.8. Investimenti fissi pubblici e privati in Sanità e assistenza sociale – Quota su PIL. Valori %, anni 2001-2011	180
Figura 2.9. Investimenti fissi pubblici e privati in Sanità e assistenza sociale - Quota sul totale degli investimenti fissi. Valori %, anno 2011	181
Tabella 2.1. Investimenti fissi pubblici e privati in Sanità e assistenza sociale pro-capite. Numeri indice, anni 2000-2011	182
Tabella 2.2. Finanziamento corrente lordo, spesa sanitaria pubblica totale e PIL - Variazioni medie annue e differenze %. Valori %, anni 2002-2012	184
Figura 2.10. Finanziamento corrente lordo pro-capite nominale e reale. Valori assoluti (€), anni 2008-2012	185

Figura 2.11. Finanziamento corrente lordo pro-capite nominale e reale - Variazioni annuali. Valori %, anni 2001-2012	186
Figura 2.12. Finanziamento corrente lordo pro-capite nominale e reale. (FOI servizi sanitari e spese per salute) - Variazioni annuali. Valori %, anni 2001-2012	187
Figura 2.13. Trend del FNPS. Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2014	188
Figura 2.14. Trend del Fondo per le non-autosufficienze. Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2014	189
Tabella 2.3. Finanziamento nominale e reale delle politiche sociali - Variazioni annuali. Valori %, anni 2007-2012	190
Figura 2.15. Finanziamento corrente lordo per funzioni: composizione. Valori %, anno 2012	192
Figura 2.16. Quota del finanziamento corrente lordo generata da Irap e addizionale Irpef. Valori %, anni 2002-2012	194
Figura 2.17. Quota del finanziamento corrente lordo generata da Iva e accise. Valori %, anni 2002-2012	195
Figura 2.18. Quota del finanziamento corrente lordo generata da ricavi e entrate proprie varie. Valori %, anni 2002-2012	196
Figura 2.19. Finanziamento corrente lordo pro-capite. Numeri indice, anni 2003-2012	198
Figura 2.20. Fabbisogno indistinto pro-capite. Numeri indice, anni 2003-2013	199
Figura 2.21. Finanziamento corrente lordo - Quota su PIL per ripartizione geografica. Valori %, anni 2002-2012	200
Tabella 2.4. Fondo Nazionale Protezione Sociale (FNPS) - Ripartizione regionale pro-capite. Valori in €, anni 2007-2014	201
Figura 2.22. Quota FNPS attribuita alle Regioni - Quota su PIL. Valori %, anni 2004-2012	202
Figura 2.23. Finanziamento ordinario e spesa sanitaria in termini di Pubblica Amministrazione. Valori assoluti (€ mln.), anni 2000-2013	204
Figura 2.24. Finanziamento corrente lordo - Quota su spesa pubblica totale corrente. Valori %, anni 2002-2012	205
Figura 2.25. Contributo alla formazione del disavanzo delle Regioni senza Piano di Rientro (PdR). Valori %, anni 2007-2013	206

Tabella 2.5. Disavanzo nelle Regioni con PdR e in quelle senza PdR su finanziamento corrente lordo. Valori %, anni 2007-2012	207
Tabella 2.6. Contributo alla formazione del disavanzo nelle Regioni con PdR e in quelle senza PdR. Valori %, anni 2008-2013	208
Figura 2.26. Concentrazione del disavanzo al netto delle coperture per ripartizione geografica. Valori %, anni 2009-2013	210
Figura 2.27. Concentrazione del disavanzo - Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori %, anni 2009-2013 (Corte dei Conti)	211
Figura 2.28. Concentrazione del disavanzo - Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori %, anni 2008-2012 (Ministero Salute)	212
Tabella 2.7. Risultati di esercizio pro-capite cumulati per quinquenni. Valori assoluti (€), anni 2003-2012	213
Tabella 2.8. Riepilogo risultato di esercizio senza coperture. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2013	214

Capitolo 3 – La spesa: confronti internazionali ed efficienza delle Aziende

Figura 3.1. Spesa sanitaria totale, pubblica e privata pro-capite. Valori assoluti (€), anni 2001-2012	230
Figura 3.2. Spesa sanitaria totale, pubblica e privata pro-capite - Variazioni annuali. Valori %, anni 2001-2012	231
Figura 3.3. Spesa sanitaria totale e spesa pubblica pro-capite - Per popolazione semplice e pesata. Valori assoluti (€), anno 2012	232
Tabella 3.1. Spesa sanitaria privata pro-capite. Valori assoluti (€), anni 2002-2012	233
Figura 3.4. Spesa sanitaria privata-Variazioni medie annue quinquennali. Valori %, anni 2002-2012	234
Figura 3.5. Spesa sanitaria totale pro-capite EU15. Valori assoluti (€), anno 2012	235
Figura 3.6. Spesa sanitaria totale pro-capite Italia vs. EU14. Valori assoluti (€), anni 2002-2012	236

Figura 3.7. Spesa sanitaria totale, pubblica, privata e PIL pro-capite - Gap Italia vs. EU14. Valori %, anni 2002 e 2012	237
Tabella 3.2. Spesa sanitaria totale, pubblica, privata e PIL pro-capite - Gap ripartizioni geografiche vs. EU14. Valori %, anni 2002 e 2012	238
Figura 3.8. Spesa per indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari - Composizione. Valori %, anno 2011	239
Tabella 3.3. Spesa pubblica per prestazioni in natura ai non-autosufficienti. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2012	240
Tabella 3.4. Spesa totale per la non-autosufficienza. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2012	241
Tabella 3.5. Spesa per la non-autosufficienza - Quota su PIL. Valori %, anno 2012	242
Tabella 3.6. Spesa socio-sanitaria. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2012	243
Tabella 3.7. Spesa socio-sanitaria - Quota su PIL. Valori %, anno 2012	243
Figura 3.9. Spesa sanitaria pubblica corrente - Quota su PIL. Valori %, anni 2001-2012	245
Tabella 3.8. Spesa sanitaria diretta e convenzionata - Variazioni medie annue quinquennali. Valori %, anni 2002-2012	246
Tabella 3.9. Spesa farmaceutica, ospedaliera e specialistica convenzionata - Variazione media annua quinquennale. Valori %, anni 2007-2012	247
Figura 3.10. Spesa sanitaria pubblica pro-capite per funzioni. Valori assoluti (€), anni 2001-2012	249
Tabella 3.10. Costo del personale-Quota su finanziamento corrente lordo. Valori %, anno 2012	250
Tabella 3.11. Costo del personale per unità – Variazione media annua. Valori %, anni 2009-2012	252
Tabella 3.12. Costo del personale per unità. Valori assoluti (€), anno 2012	254
Tabella 3.13. Costo del personale – Composizione. Valori %, anno 2012	256
Tabella 3.14. Differenza % nella composizione del costo del personale. Valori %, anni 2009-2012	258
Tabella 3.15. Costo premi assicurativi per posto letto. Valori assoluti (€), anno 2012	260

Tabella 3.16. Costo dei premi assicurativi per posto letto. Variazione media annua. Valori %, anni 2009-2012	262
Tabella 3.17. Costo dei premi assicurativi per posto letto – Composizione per tipologia di assicurazione. Valori %, anno 2012	264
Tabella 3.18. Costo per posto letto dei servizi non sanitari- Variazione media annua. Valori % anni 2009-2012	266
Figura 3.11. Costo servizi non sanitari – Composizione. Valori %, anno 2012	268
Tabella 3.19. Differenza percentuale nella composizione del costo per posto letto dei servizi non sanitari. Valori %, anni 2009-2012	270

Capitolo 4a – La valutazione delle Performance: l’impatto equitativo della crisi

Figura 4a.1. Spese socio-sanitarie Out Of Pocket (OOP) - Quota sul totale per quintile di consumo. Valori %, anno 2012	287
Figura 4a.2. Composizione dei consumi socio-sanitari per quintile di consumo. Valori %, anno 2008-2012	289
Figura 4a.3. Quota di popolazione che rinuncia a cure o trattamenti. Valori %, anno 2011	291
Figura 4a.4. Motivi di rinuncia a cure o trattamenti. Valori %, anno 2011	292
Figura 4a.5. Popolazione che rinuncia alle cure per motivi economici. Valori %, anno 2011	293
Figure 4a.6. Spesa sanitaria pubblica pro-capite e quota rinunce per motivi economici. Valori assoluti (€) e %, anno 2011	294
Figura 4a.7. Spese socio-sanitarie OOP effettive delle famiglie povere Valori assoluti annui (€), anni 2009-2012	295
Figura 4a.8. Famiglie impoverite per spese socio-sanitarie OOP. Valori %, anni 2009-2012	296
Figura 4a.9. Quota famiglie impoverite – Per tipologia di famiglia. Valori %, anno 2012	297
Figura 4a.10. Spesa socio-sanitaria OOP delle famiglie impoverite. Valori assoluti (€), anni 2011-2012	299
Figura 4a.11. Spesa socio-sanitaria OOP delle famiglie soggette a spese catastrofiche. Valori assoluti (€), anni 2008-2012	300

Figura 4a.12. Quota famiglie catastrofiche - Per tipologia di famiglia. Valori in %, anno 2012	301
Figura 4a.13. Distribuzione delle famiglie povere, impoverite e catastrofiche per quintile di consumo. Valori %, anni 2010-2012	302
Figura 4a.14. Quota di spesa destinata al socio-sanitario dalle famiglie povere, impoverite e catastrofiche. Valori %, anni 2008-2012	303
Figura 4a.15. Consumi totali e socio-sanitari – Variazioni. Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011	304
Figura 4a.16. Numero di famiglie con spese socio-sanitarie OOP - Variazioni per quintili di consumo. Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011	305
Figura 4a.17. Spesa socio-sanitaria OOP effettiva annua. Valori assoluti (€), anni 2008-2012	306
Figura 4a.18. Famiglie povere, impoverite e con spese catastrofiche – Variazioni. Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011	307
Figura 4a.19. Spesa socio-sanitaria OOP effettiva annua impoveriti e catastrofici – Variazioni. Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011	308

Capitolo 4b – La valutazione delle Performance: un esercizio sui Servizi Sanitari Regionali (SSR)

Tabella 4b.1. Indicatori di Performance selezionati dal <i>panel</i> (prima sperimentazione, anno 2013)	312
Figura 4b.1. Indice di Performance dei SSR	313
Figura 4b.2. Contributo delle dimensioni alla Performance dei SSR. Per categoria di stakeholder	314
Figura 4b.3. Misura di Performance dei SSR. Prospettiva ‘Utenti’	315
Figura 4b.4. Misura di Performance dei SSR. Prospettiva ‘Professioni sanitarie’	316
Figura 4b.5. Misura di Performance dei SSR. Prospettiva ‘Management aziendale’	317
Figura 4b.6. Misura di Performance dei SSR. Prospettiva ‘Istituzioni’	318
Figura 4b.7. Misura di Performance dei SSR. Prospettiva ‘Industria medicale’	319

Capitolo 5 – Prevenzione: lo stato dell’arte su interventi di popolazione e promozione di stili di vita salutari

Figura 5.1. Spesa per programmi di prevenzione e salute pubblica - Quota su spesa sanitaria corrente. EU15 e altri Paesi OEDC. Valori %, anno 2012	338
Figura 5.2. Spesa sanitaria nazionale per livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro – Ripartizione. Valori %, anno 2011	340
Figura 5.3. Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Valori assoluti (€), anno 2012	341
Tabella 5.1. Esito verifica adempimenti LEA, adempimento U) Prevenzione. Anni 2011-2012	343
Figura 5.4. Prevalenza di obesità nella popolazione over 15. Valori %, anno 2012 (o più recente)	346
Figura 5.5. Stato nutrizionale della popolazione. Valori %, media annua 2010-2013	347
Figura 5.6. Eccesso ponderale – Prevalenza media annua per Regione di residenza. Valori %, anni 2010-2013	348
Figura 5.7. Prevalenza di fumatori in EU15, per sesso. Valori %, anno 2012 (o più recente)	350
Figura 5.8. Abitudini al fumo di sigaretta – Prevalenza media annua. Valori %, anni 2010-2013	351
Figura 5.9. Fumatori – Prevalenza media annua per Regione di residenza. Valori %, anni 2010-2013	352
Figura 5.10. Consumo di alcol nei Paesi EU15 – Litri pro-capite. Valori assoluti (litri), anno 2012 (o più recente disponibile)	354
Figura 5.11. Consumo di alcol – Valori medi annui. Valori %, anni 2010-2013	355
Figura 5.12. Consumo di alcol a maggior rischio – Prevalenze medie annue per Regione di residenza. Valori %, anni 2010-2013	356
Figura 5.13. Livello di attività fisica – Valori medi annui. Valori %, anni 2010-2013	358
Figura 5.14. Sedentarietà – Prevalenze medie annue per Regione di residenza. Valori %, anni 2010-2013	359
Tabella 5.2. Vaccinazioni dell’età pediatrica, in Italia: coperture vaccinali (per 100 abitanti), anni 2000-201	361

Figura 5.15. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib), per Regione. Valori %, anno 2012	362
Figura 5.16. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), per Regione. Valori %, anno 2012	363
Figura 5.17. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani over65 in Europa. Valori %, anni 2009-2012	365
Figura 5.18. Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (over65), per Regione. Valori %, anni 2011-2013	366
Figura 5.19. Copertura regionale al test preventivo cervicale (pap-test o HPV) negli ultimi 3 anni - Donne 25-64enni. Valori %, anni 2010-2012	368
Figura 5.20. Mammografia eseguita negli ultimi due anni - Donne 50-69enni. Valori %, anni 2010-2012	370
Figura 5.21. Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati - Persone 50-69enni. Valori %, anni 2010-2012	372

Capitolo 6 - Assistenza ospedaliera: gli effetti delle manovre di razionalizzazione

Figura 6.1. Strutture di ricovero pubbliche e private per area geografica. Valori assoluti, anni 2001-2011	384
Figura 6.2. Strutture per area geografica - Variazioni. Valori %, anni 2001-2011	385
Figura 6.3. Strutture per Regione – Variazioni. Valori %, anni 2001-2011	386
Figura 6.4. Strutture pubbliche e private accreditate per area geografica – Composizione. Valori %, anni 2001-2011	387
Tabella 6.1. Strutture pubbliche e private accreditate per Regione – Composizione. Valori %, anni 2001-2011	388
Figura 6.5. Posti letto pubblici e privati accreditati per area geografica – Variazioni. Valori %, anni 2001-2011	389
Figura 6.6. Posti letto pubblici e privati accreditati per Regione – Variazioni. Valori %, anni 2001-2011	390

Figura 6.7. Posti letto pubblici e privati accreditati per struttura per area geografica – Variazioni. Valori %, anni 2001-2011	391
Figura 6.8. Posti letto pubblici e privati accreditati per struttura per Regione - Variazioni, valori %, anni 2001-2011	392
Figura 6.9. Posti letto pubblici e privati accreditati pro-capite per area geografica. Variazioni. Valori %, anni 2001-2011	393
Figura 6.10. Posti letto pubblici e privati accreditati pro-capite per Regione - Variazioni. Valori %, anno 2011 vs. 2001	394
Figura 6.11. Personale medico delle strutture pubbliche e private accreditate per posto letto per area geografica. Valori assoluti, anni 2001-2011	395
Figura 6.12. Personale medico delle strutture pubbliche e private accreditate per posto letto per Regione. Valori assoluti, anni 2001-2011	396
Figura 6.13. Personale infermieristico delle strutture pubbliche e private accreditate per posto letto per area geografica. Valori assoluti, anni 2001-2011	397
Figura 6.14. Personale infermieristico delle strutture pubbliche e private accreditate per posto letto per Regione. Valori assoluti, anni 2001-2011	398
Figura 6.15. Posti letto, personale medico e infermieristico per area geografica – Variazioni. Valori %, anni 2001-2011	399
Figura 6.16. Posti letto, personale medico e infermieristico per Regione – Variazioni. Valori %, anni 2001-2011	400
Tabella 6.2. Ricoveri per tipologia di attività – Variazioni e trend. Valori assoluti e %, anni 2003-2013	401
Figura 6.17. Ricoveri per tipologia di attività– Composizione e trend, anni 2003-2013	402
Figura 6.18. Ricoveri per tipologia di attività per area geografica – Composizione e trend. Valori %, anni 2003-2013	403
Figura 6.19. Ricoveri per tipologia di attività e classe di età - Composizione e trend. Valori %, anni 2003-2013	404
Figura 6.20. Tassi di ospedalizzazione per tipologia di attività e area geografica. Valori per 1.000 abitanti, anni 2003–2008–2013	406

Figura 6.21. Tassi standardizzati di ospedalizzazione per tipologia di attività e area geografica. Valori per 1.000 abitanti, anni 2003–2008–2013	407
Tabella 6.3. Tassi di ospedalizzazione per tipologia di attività in regime ordinario per Regione – Variazioni. Valori %, anni 2003-2013	408
Figura 6.22. Tassi di ospedalizzazione per classe di età. Valori per 1.000 abitanti, anni 2003–2008–2013	409
Figura 6.23. Degenza media per tipologia di attività in regime ordinario per area geografica. Valori assoluti, anni 2003–2008-2013	411
Tabella 6.4. Degenza media per tipologia di attività in regime ordinario per Regione - Variazioni. Valori %, anni 2003-2013	412
Figura 6.24. Valore dei ricoveri per Regione di residenza e tipologia di attività in regime ordinario per area geografica. Valori assoluti (€), anno 2003-2008-2013	414
Figura 6.25. Valore dei ricoveri per Regione di ricovero e tipologia di attività in regime ordinario per area geografica. Valori assoluti (€), anni 2003-2008-2013	415

Capitolo 7 – Assistenza residenziale: la complessità dell’offerta e la carenza informativa

Tabella 7.1. Tipologie di strutture che erogano prestazioni residenziali e semi-residenziali nei Paesi OECD	430
Tabella 7.2. L’assistenza continuativa a titolarità pubblica per gli anziani non-autosufficienti	432
Tabella 7.3. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali per ripartizione geografica. Valori assoluti e variazioni %, anni 2010-2011	433
Figura 7.1. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali in Italia per tipologia di assistenza erogata. Valori %, anno 2011	435
Figura 7.2. Posti letto in strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate. Valori per 1.000 abitanti, anni 2005-2011	437
Figura 7.3. Posti letto in strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate. Valori per 1.000 abitanti over 65, anni 2005-2011	438

Tabella 7.4. Posti letto per funzione di Protezione Sociale. Valori %, anno 2011	439
Tabella 7.5. Posti letto per target di utenza. Valori %, anno 2011	439
Figura 7.4. Beneficiari di cure LTC in strutture diverse da ospedali. Valori per 1.000 abitanti, anni 2005 e 2011	442
Figura 7.5. Utenti di strutture residenziali socio-assistenziali, per fasce di età - Quota su utenti totali. Valori %, anno 2011	443
Figura 7.6. Incidenza ospiti strutture residenziali socio-assistenziali - Per classe di età, sul numero totale di ospiti. Valori %, anni 2009-2011	444

Capitolo 8 – Assistenza specialistica ambulatoriale: le politiche tariffarie regionali

Tabella 8.1. Prestazioni aggregate per branca specialistica - Remunerazioni medie per branca. Valori assoluti (€)	459
Tabella 8.2. Prestazioni aggregate per branca specialistica - Differenza media remunera- zioni Emilia-Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori assoluti (€)	461
Tabella 8.3. Prestazioni aggregate per branca specialistica. Differenza % remunerazioni medie Emilia Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori %	464
Tabella 8.4. Prestazioni aggregate per livello I° - Remunerazioni medie per categoria. Valori assoluti (€)	465
Tabella 8.5. Prestazioni aggregate per livello I° - Differenza % fra remunerazione media Emilia-Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori %	466
Tabella 8.6. Prestazioni aggregate per livello III° - Remunerazione media per categoria. Valori assoluti (€)	467
Tabella 8.7. Prestazioni aggregate per livello III° - Differenza media remunerazioni medie Emilia-Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori assoluti (€)	471
Tabella 8.8. Prestazioni aggregate per livello III° - Differenza % remunerazione media Emilia-Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori %	473
Tabella 8.9. Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) e quota attribuibile alla specialistica ambulatoriale. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2013	477
Tabella 8.10. Spesa per ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2013	478

Tabella 8.11. Ticket pro-capite sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e variazioni annuali. Valori assoluti (€) e %, anni 2011-2013	479
---	-----

Capitolo 9 – Assistenza farmaceutica: accesso all’innovazione, sostenibilità e selettività

Figura 9.1. Composizione della spesa farmaceutica regionale. Valori %, anno 2013	494
Figura 9.2. Composizione della spesa farmaceutica complessiva in Italia. Valori %, anno 2013	495
Figura 9.3. Spesa farmaceutica non ospedaliera pro-capite - Italia vs. Paesi EU14. Valori assoluti (€), anni 2006-2012	496
Figura 9.4. Spesa farmaceutica non ospedaliera pro-capite - Paesi EU15, popolazione over 65. Valori assoluti (€), anno 2012	497
Tabella 9.1. Spesa farmaceutica in Italia - Confronto OsMed/OECD. Valori assoluti (€ mln.), anno 2012	499
Tabella 9.2. IVA nei Paesi “BIG EU”. Valori %	500
Figura 9.5. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2001=100), anni 2001-2012	502
Tabella 9.3. Consumi pro-capite in quantità (standard units) in Italia per area terapeutica - Prodotti autorizzati EMA. Numeri indice Big EU=100, anni 2008-2013	509
Figura 9.6. Spesa farmaceutica territoriale - Scostamento rispetto al tetto di spesa dell’11,35%. Valori %, anno 2013	510
Figura 9.7. Spesa farmaceutica ospedaliera - Scostamento rispetto al tetto di spesa del 3,5%. Valori %, anno 2013	511
Tabella 9.4. Spesa farmaceutica pro-capite (popolazione pesata). Valori assoluti (€), anno 2013	513
Figura 9.8. Composizione per Regione della spesa netta per farmaci a brevetto scaduto - Classe A-SSN. Valori %, anno 2013	515
Tabella 9.5. Quota spesa netta consumi di farmaci per prezzo della confezione - Classe A. Valori %, anno 2013	518

Capitolo 10 – Assistenza primaria: l'uso delle tecnologie e l'integrazione professionale

Figura 10.1. Medici di medicina generale (MMG) - Valori per 100.000 abitanti \geq 15 anni. Valori assoluti, anni 2001-2011	533
Figura 10.2. Medici di medicina generale (MMG) per classi di anzianità di laurea - Incidenza sul totale. Valori %, anno 2011	534
Figura 10.3. Medici di medicina generale (MMG) per classi di scelte -Incidenza sul totale. Valori %, anno 2011	535
Figura 10.4. Pediatri di libera scelta (PLS) - Valori per 100.000 abitanti \leq 14 anni. Valori assoluti, anni 2001-2011	537
Figura 10.5. Pediatri di libera scelta (PLS) per classi di anzianità di laurea - Incidenza sul totale. Valori %, anno 2011	538
Figura 10.6. Pediatri di libera scelta (PLS) per classi di scelte - Incidenza sul totale. Valori %, anno 2011	539
Figura 10.7. MMG: utilizzo di dispositivi multimediali a scopo professionale. Valori %, anno 2014	542
Figura 10.8. MMG: la spesa per i servizi ICT. Valori %, anni 2013-2014	543
Figura 10.9. MMG: strumenti di comunicazione con MMG e specialisti per definire la diagnosi e/o il percorso terapeutico dei pazienti. Risultati in scala, anno 2014	545
Tabella 10.1. Strumento di comunicazione fra MMG e specialisti. Risultati in scala, anno 2014	546
Tabella 10.2. Livello di efficacia delle modalità di comunicazione tra MMG e lo specialista. Risultati in scala, anno 2014	548
Figura 10.10. Confronto tra la frequenza di utilizzo, valutazione di efficacia e la stima del tempo occorrente (molto) degli strumenti di comunicazione. Risultati in scala e valori %, anno 2014	550
Figura 10.11. Frequenza con la quale il paziente non porta con sé documenti e non sa riferire la terapia o gli esiti. Valori %, anno 2014	551
Tabella 10.3. MMG: esiti che più frequentemente si sono verificati a seguito del processo di consultazione tra MMG e specialista. Valori %, anno 2014	552

Figura 10.12. Risultati effettivi e più efficaci relativamente agli esiti assistenziali, da un lavoro veramente “integrato” con figure professionali. Risultati in scala, anno 2014	555
Tabella 10.4. Ostacoli per implementare a pieno l’integrazione professionale. Risultati in scala, anno 2014	556

Capitolo 11 – Assistenza domiciliare: l’organizzazione e le differenti coperture regionali

Tabella 11.1. Principali riferimenti normativi nazionali	573
Tabella 11.2. Strumenti per la valutazione multi-dimensionale del bisogno di assistenza domiciliare integrata (ADI)	577
Tabella 11.3. Numero di ASL con servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) e dimensione media (abitanti afferenti). Valori assoluti, anni 2001-2011	579
Figura 11.1. Utenti in assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) - Distribuzione per tipologia. Valori %, anno 2011	583
Figura 11.2. Utenti anziani e disabili in assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD). Valori per 100.000 abitanti, anni 2006-2011	584
Figura 11.3. Utenti anziani e disabili in assistenza domiciliare integrata (Adi). Valori per 100.000 abitanti, anni 2006-2011	585
Figura 11.4. Utenti over 65 in assistenza domiciliare integrata (ADI) - Incidenza su popolazione over 65. Valori %, anni 2008-2012	588
Figura 11.5. Beneficiari di voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari nell’area anziani e disabili. Valori per 100.000 abitanti, anni 2006-2011	590
Figura 11.6. Spesa pro-capite dei Comuni singoli e associati per assistenza domiciliare. Variazioni %, anni 2006-2011	592
Figura 11.7. Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare - Incidenza delle singole voci di spesa. Valori %, anno 2011	593
Figura 11.8. Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) - Incidenza sulla spesa domiciliare totale dei Comuni. Valori %, anni 2006-2011	595
Figura 11.9. Spesa dei Comuni per voucher - Incidenza sulla spesa domiciliare totale dei Comuni. Valori %, anni 2006-2011	597

Figura 11.10. Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare integrata (Adi) – Incidenza sulla spesa domiciliare totale dei Comuni. Valori %, anni 2006-2011 599

Capitolo 12 – Assistenza ai non-autosufficienti: le risposte del sistema di Welfare

Figura 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento e pensioni di invalidità civile. Valori assoluti, anni 2007-2011 620

Tabella 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento - Variazioni annue. Valori %, anni 2007-2011 621

Figura 12.2. Beneficiari di indennità di accompagnamento - Distribuzione per genere. Valori %, anno 2011 622

Figura 12.3. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Valori per 1.000 abitanti, anno 2011 623

Tabella 12.2. Beneficiari di pensioni di invalidità civile - Variazione annua. Valori%, anni 2007-2011 625

Figura 12.4. Beneficiari di pensione di invalidità civile - Distribuzione per genere. Valori %, anno 2011 627

Figura 12.5. Beneficiari di pensioni di invalidità civile – Per 1.000 abitanti, anno 2011 628

Figura 12.6. Beneficiari che percepiscono sia indennità di accompagnamento che pensioni di invalidità civile. Valori assoluti, anni 2007-2011 629

Tabella 12.3. Tipologia di permessi ex lege 104/92 633

Figura 12.7. Beneficiari di prestazioni per lavoratori con handicap o per l'assistenza di persone con handicap nel settore privato. Valori per 1.000 abitanti, anni 2010-primo semestre 2013 634

Figura 12.8. Beneficiari di prestazioni per lavoratori con handicap o per l'assistenza di persone con handicap nel settore privato – Per tipologia di contratto. Valori %, anni 2010-primo semestre 2013 636

Tabella 12.4. Beneficiari di prestazioni per lavoratori con handicap o per l'assistenza di persone con handicap nel settore privato - Per tipologia di prestazione. Valori %, anni 2010-2013 637

Tabella 12.5. Giornate di permesso ex Lege 104/1992 per tipologia di amministrazione (classificazione lista S13). Valori assoluti, anno 2010	639
---	-----

Capitolo 13 – L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

Figura 13.1. Quota mercato farmaceutico nei paesi del mondo. Valori %, anno 2013	654
Figura 13.2. Valore di produzione di farmaci pro-capite. Valori assoluti (€), anni 2010-2012	655
Figura 13.3. Valore di produzione farmaci in Europa per occupato. Valori assoluti (€ mln.), anni 2010-2012	656
Figura 13.4. Occupati in aziende farmaceutiche. Valori per 1.000 abitanti, anni 2010-2012	658
Figura 13.5. Quota di aziende produttrici di Dispositivi Medici nel mondo. Valori %, anno 2009	659
Figura 13.6. Industria farmaceutica - Valore indotto. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2013	660
Figura 13.7. Bilancia commerciale medicinali. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2013	662
Figura 13.8. Saldo bilancia commerciale aziende di DM. Valori assoluti (€ million), anno 2009	663
Figura 13.9. Brevetti di farmaci in rapporto agli abitanti. Valori per 1.000.000 di abitanti, anni 2009-2011	665
Figura 13.10. Brevetti di Dispositivi medici. Valori per 1.000.000 abitanti, anni 2005-2007	667
Figura 13.11. Tempi medi di pagamento dei fornitori da parte delle Amministrazioni pubbliche. Valori assoluti (giorni), anno 2012	668
Tabella 13.1. Variazione media annua domande di brevetto per DM e tempi di pagamento fornitori. Valori % e giorni, anni 2008–2011 e 2012	669
Figura 13.12. Quota di spesa per DM su Fondo Sanitario Regionale. Valori %, anno 2012	672
Figura 13.13. Spesa DM pro-capite. Valori assoluti (€), anno 2012	673

Capitolo 14a – La Degenerazione Maculare Senile

Figura 14a.1. Riepilogo del processo di selezione della letteratura	695
Tabella 14a.1. Stima del tasso di prevalenza, % per classi di età e sesso	696
Figura 14a.2. Popolazione italiana residente over 50: distribuzioni cumulate per sesso al 01.01.2013	697
Tabella 14a.2. Stima dei casi prevalenti di wet-ARMD per classi di età quinquennali e sesso al 01.01.2013	698
Figura 14a.3. Stima dei casi prevalenti di wet-ARMD per classi di età quinquennali e sesso al 01.01.2013	699
Figura 14a.4. Proiezione dei soggetti affetti da wet-ARMD sulla popolazione italiana per sesso dal 2014 al 2030	700
Tabella 14a.3. Stima dei casi incidenti di wet-ARMD per classi di età quinquennali e sesso al 01.01.2013	702
Figura 14a.5. Stima dei casi incidenti di wet-ARMD per classi di età quinquennali e sesso al 01.01.2013	703
Figura 14a.6. Proiezione dei nuovi casi annui di wet-ARMD sulla popolazione italiana dal 2014 al 2030	704
Figura 14a.7. Stima numero di occhi potenzialmente eleggibili al trattamento su popolazione anno 2013	706

Capitolo 14b – La Depressione

Tabella 14b.1. ESEMeD: tasso di prevalenza (%) nel corso della vita e negli ultimi 12 mesi e indicatori di persistenza	714
Figura 14b.1. ESEMeD: prevalenza (%) nel corso della vita e nei precedenti 12 mesi	715
Tabella 14b.2. ESEMeD: grado di disabilità secondo la WHO-DAS Global Score in pazienti valutati per depressione maggiore secondo DSM-IV-CIDI.	716
Tabella 14b.3. ESEMeD: associazione tra le caratteristiche socio-demografiche e la presenza di depressione maggiore a 12 mesi (DSM IV/CIDI)	717

Tabella 14b.4. ESEMeD Italia: associazione tra le caratteristiche socio-demografiche e presenza di disturbo affettivo maggiore a 12 mesi (DSM IV/CIDI)	719
Tabella 14b.5. Sintomi di depressione – Pool di Asl 2009-12 (n=146.216)	722
Figura 14b.2. Sintomi di depressione: prevalenze per Regione *(2009-2012)	723
Figura 14b.3. Sintomi di depressione: prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - 2009-2012 (n=146.216)	724
Figura 14b.4. Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazione di attività, nei 30 giorni precedenti. Valori medi (2009-2012)	725

Capitolo 14c – Lo Scompenso Cardiaco Acuto

Tabella 14c.1. Riferimenti normativi	738
Tabella 14c.2. Durata dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)	741
Figura 14c.1. Ricoveri ordinari per tipologia di struttura. Valori %, anno 2010	744
Figura 14c.2. Ricoveri diurni per tipologia di struttura. Valori %, anno 2010	745
Figura 14c.3. Tasso di ospedalizzazione e di ricovero ordinari standardizzati per AHF. Valori per 1.000 abitanti, anno 2010	747
Figura 14c.4. Peso regionale della degenza ospedaliera per AHF (Valori standardizzati per abitante). Valori in giorni per 1.000 abitanti, anno 2010	748
Figura 14c.5. Degenza media. Valori in giorni, anno 2010	749
Figura 14c.6. Degenza media ed età. Valori in giorni, anno 2010	749

Index of English summaries

Presentation

Giuseppe Novelli	57
------------------------	----

Executive summary

Federico Spandonaro	99
---------------------------	----

Chapter 1 - Socio-demographic context: trends and changes in the family structure

Summary	165
---------------	-----

Chapter 2 - Health financing: investment spending and deficit

Summary	223
---------------	-----

Chapter 3 - Spending: international comparisons and efficiency of the public health corporation

Summary	277
---------------	-----

Chapter 4 - Performance evaluation

Summary	325
---------------	-----

Chapter 4a - Performance evaluation: the impact on equity of the economic crisis

Summary	326
---------------	-----

Chapter 4b - Performance evaluation: an exercise on the Italian Regional Healthcare Systems

Summary	329
---------------	-----

Chapter 5 - Prevention: the state of the art regarding population screening and healthy lifestyles promotion

Summary	377
---------------	-----

Chapter 6 - Hospital care: the effects of the rationalisation measures

Summary	421
---------------	-----

Chapter 7 - Residential care: complexity of services and shortage of information

Summary	451
---------------	-----

Chapter 8 - Specialist outpatient care: regional pricing policies	
Summary	487
Chapter 9 - Pharmaceutical care: access to innovation, sustainability and selectivity	
Summary	525
Chapter 10 - Primary care: the role of technology and professional integration	
Summary	565
Chapter 11 - Home care: organization and differences between regional coverages	
Summary	607
Chapter 12 - Services for care-dependent persons	
Summary	647
Chapter 13 - The health care industry: evolution and outlook	
Summary	681
Chapter 14 - Focus: a disease-based analysis	
Summary	755
Chapter 14a. - Age-related Macular Degeneration	
Summary	756
Chapter 14b. - Depression	
Summary	759
Chapter 14c. - Acute Heart Failure	
Summary	762

Index of figures and tables

Chapter 1 - Socio-demographic context: trends and changes in the family structure

Table 1.1. Life expectancy at birth, at 60 and 80 years, by sex in Italy, 1900-2012	136
Figure 1.1. Fertility rate by age in Italy. Percentage, 1952-2004	137
Figure 1.2. Number of deaths by age (per 100,000 people in Italy), 1900-2009	138
Figure 1.3. Over 60 years-old with at least one chronic disease in Italy. Percentage, Percentage, 1993-2013	140
Figure 1.4. Over 60 years-old with at least two chronic diseases in Italy. Percentage, 1993-2013	141
Table 1.2. Over 60 years-old with at least two chronic diseases in Italy, 2013-2038	142
Figure 1.5. Persons by type of chronic disease declared in Italy. Percentage, 2005 and 2013	143
Figure 1.6. Over 60 years-old with heart disease per 100 people with the same characteristics in Italy, 1993-2013	144
Figure 1.7. Over 60 years-old with chronic bronchitis, bronchial asthma per 100 people with the same characteristics in Italy, 1993-2013	145
Figure 1.8. Over 60 years-old with hypertension per 100 people with the same characteristics in Italy, 1993-2013	146
Figure 1.9. Over 60 years-old with diabetes per 100 people with the same characteristics in Italy, 1993-2013	147
Table 1.3. People aged 6 and over with functional limitations by type of limitation, age group and sex in Italy. Standardized rates per 100 people, 2013	149
Figure 1.10. Prevalence of persons aged 45-59 who have functional limitations for number of chronic diseases in Italy, 2012	151
Table 1.4. Odds Ratios: presence of limitations in persons aged 45-59 with chronic diseases in Italy, 2012	152
Figure 1.11. Indicators of ageing in Italy. Percentage, 1995-2065	154
Figure 1.12. Over 65 years-old living alone, by sex in Italy. Percentage, 1997-2012	156

Table 1.5. Over 65 years-old by marital status, age and sex in Italy. Percentage, 2012	157
Figure 1.13. Female employment rate by age group in Italy, 2008-2013	159

Chapter 2 - Health financing: investment spending and deficit

Figure 2.1. Public financing of health expenditure. Percentage, 2000-2012	172
Figure 2.2. Financing of current health expenditure and financing of fixed investments in health – Italy vs. EU14 and other Countries. Percentage, 2012	173
Figure 2.3. Trend in financing of fixed investments in health as a percentage of total health expenditure, 2000-2012	174
Figure 2.4. Public and private financing of fixed investments in health – Italy vs. UE14 and other OECD Countries. Percentage, 2012	175
Figure 2.5. Public and private financing of fixed investments in health as a percentage of current health expenditure – Italy and other UE14 and OECD Countries, 2012	177
Figure 2.6. Public and private fixed investments in health and social protection. Percentage composition, 2001-2011	178
Figure 2.7. Public and private fixed investments in health and social protection as a percentage of public health expenditure, 2001-2011	179
Figure 2.8. Public and private fixed investments in health and social protection as a percentage of GDP, 2001-2011	180
Figure 2.9. Public and private fixed investments in health and social protection as a percentage of total fixed investments, 2011	181
Table 2.1. Public and private fixed investments in health and social protection, per capita. Index numbers, 2000-2011	182
Table 2.2. Gross current financing, total public health expenditure and GDP. Average annual change and percentage differences on average annual change, 2002-2012	184
Figure 2.10. Gross current financing, nominal and in real term, per capita (€), 2008-2012	185

Figure 2.11. Gross current financing, nominal and in real term, per capita – Annual change. Percentage, 2001-2012	186
Figure 2.12. Gross current financing, nominal and in real term (FOI on health expenditure), per capita - Annual change. Percentage, 2001-2012	187
Figure 2.13. Trend in the National Fund for Social Protection Policies-FNPS (€ million), 2007-2014	188
Figure 2.14. Trend in the Fund for Non-Self-Sufficiency (€ million), 2007-2014	189
Table 2.3. Annual change in the nominal and real financing of social protection policies. Percentage, 2007-2012	190
Figure 2.15. Gross current financing by function. Percentage composition, 2012	192
Figure 2.16. Percentage of gross current financing from regional tax productive activities and additional income tax of individuals, 2002-2012	194
Figure 2.17. Percentage of gross current financing from value added tax and excise, 2002-2012	195
Figure 2.18. Percentage of gross current financing from revenues of health companies, 2002-2012	196
Figure 2.19. Gross current financing, per capita. Index numbers, 2003-2012	198
Figure 2.20. Financing, per capita. Index numbers, 2003-2013	199
Figure 2.21. Gross current financing as a percentage of GDP by geographical area, 2002-2012	200
Table 2.4. National Fund for Social Protections Policies, per capita. Regional distribution (€), 2007-2014	201
Figure 2.22. Regional share of National Fund for Social Protections Policies as a percentage of GDP, 2004-2012	202
Figure 2.23. Financing and health expenditure of public administration (€ million), 2000-2013	204
Figure 2.24. Gross current financing as a percentage of total public health expenditure, 2000-2012	205

Figure 2.25. Deficit of the Regions that have not adopted debt rescheduling arrangements as a percentage of total deficit, 2007-2013]	206
Table 2.5. Deficit of Regions with and without debt rescheduling arrangements as a percentage of gross current financing, 2007-2012	207
Table 2.6. Deficit of Regions with and without debt rescheduling arrangements. Percentage, 2008-2013	208
Figure 2.26. IT-NHS deficit concentration net of coverage by geographical area. Percentage, 2009-2013	210
Figure 2.27. Deficit concentration in the 5 Regions with the highest deficit. Percentage, 2009-2013	211
Figure 2.28. Deficit concentration in the 5 Regions with the highest deficit. Percentage, 2008-2012	212
Table 2.7. Surplus/deficit over a 5 year period, per capita (€), 2003-2012	213
Table 2.8. Surplus/deficit excluding financial hedges (€ million and percentage), 2013	214

Chapter 3 - Spending: international comparisons and efficiency of the public health corporations

Figure 3.1. Total, public and private health expenditure, per capita (€), 2001-2012	230
Figure 3.2. Total, public and private health expenditure, per capita – Annual percentage changes, 2001-2012	231
Figure 3.3. Total and public health expenditure, per capita - simple and weighted population (€), 2012	232
Table 3.1. Private health expenditure, per capita (€), 2002-2012	233
Figure 3.4. Private health expenditure – Average annual changes over a 5-year period. Percentage, 2002-2012	234
Figure 3.5. Total health expenditure in EU15, per capita (€), 2012	235
Figure 3.6. Total health expenditure – Italy vs. EU14, per capita (€), 2002-2012	236
Figure 3.7. Total, public and private health expenditure and GDP, per capita - Italy vs. EU14 gap. Percentage, 2002 and 2012	237

Table 3.2. Total, public and private health expenditure and GDP, per capita - Italian geographical area vs. EU14 gap. Percentage, 2002 and 2012	238
Figure 3.8. Expenditure on attendance allowance, disability pensions, vouchers, care allowance and social health coupons - composition. Percentage, 2011	239
Table 3.3. Public expenditure for in-kind benefits for non-self-sufficient persons (€ million and percentage), 2012	240
Table 3.4. Total expenditure for non-self-sufficiency (€ million and percentage), 2012	241
Table 3.5. Total expenditure for non-self-sufficiency as a percentage of GDP, 2012	242
Table 3.6. Total social health expenditure (€ million and percentage), 2012	243
Table 3.7. Total social health expenditure – Share of GDP, year 2012	243
Figure 3.9. Public current health expenditure as a percentage of GDP, 2001-2012	245
Table 3.8. Direct health expenditure and health expenditure for private provider services - Average annual changes over a 5-year period. Percentage, 2002-2012	246
Table 3.9. Pharmaceutical, hospital and specialist expenditure for private provider services - Average annual changes over a 5-year period. Percentage, 2007-2012	247
Figure 3.10. Public expenditure on health by function, per capita (€), 2001-2012	249
Table 3.10. Personnel costs – Share of gross current financing. Percentage, 2012	250
Table 3.11. Personnel costs per unit – Average annual changes. Percentage, 2009-2012	252
Table 3.12. Personnel costs per unit (€), 2012	254
Table 3.13. Personnel costs. Percentage composition, 2012	256
Table 3.14. Percentage difference on the composition of personnel costs between 2009 and 2012	258
Table 3.15. Cost of insurance premiums of health companies, per hospital bed (€), 2012	260
Table 3.16. Cost of insurance premiums per hospital bed – Average annual changes. Percentage, 2009-2012	262
Table 3.17. Cost of insurance premiums per hospital bed - Percentage composition by type of insurance, 2012	264
Table 3.18. Cost of non-health services per hospital bed – Average annual changes. Percentage, 2009-2012	266

Figure 3.11. Cost of non-health services. Percentage composition, 2012	268
Table 3.19. Difference in the composition of cost of non-health services per hospital bed. Percentage, 2009-2012	270

Chapter 4a - Performance evaluation: the impact on equity of the economic crisis

Figure 4a.1. Out Of Pocket (OOP) social-health expenditure - Share of overall consumptions by consumption quintile. Percentage, 2008-2012	287
Figure 4a.2. Composition of social-health consumptions by consumption quintile. Percentage, 2008-2012	289
Figure 4a.3. Percentage of people who give up to therapies or treatments. Percentage, 2011	291
Figure 4a.4. Surrender causes to therapies or treatments. Percentage, year 2011	292
Figure 4a.5. People who give up to therapies or treatments for economics causes. Percentage, 2011	293
Figure 4a.6. Per capita public health expenditure(€) and percentage of waivers for economic causes, 2011	294
Figure 4a.7. Annual effectives Out Of Pocket social-health expenditures of poor families (€), 2009-2012	295
Figure 4a.8. Impoverished families to cause of Out Of Pocket social health expenditure. Percentage, 2009-2012	296
Figure 4a.9. Share of impoverished families - By type of family. Percentage, year 2012	297
Figure 4a.10. Out Of Pocket social-health expenditure of impoverished families (€) 2011-2012	299
Figure 4a.11. OOP social-health expenditure of catastrophic families (€), 2008-2012	300
Figure 4a.12. Share of catastrophic families – By type of family. Percentage, 2012	301
Figure 4a.13. Distribution of poor, impoverished and catastrophic families – By quintile of consumption. Percentage, 2010-2012	302

Figure 4a.14. Share of social-health expenditures on overall consumptions of poor, impoverished and catastrophic families. Percentage, 2008-2012	303
Figure 4a.15. Total and social-health consumptions. Percentage changes, 2009-2008 and 2012-2011	304
Figure 4a.16. Families with Out Of Pocket social-health expenditures – Percentage changes by quintile of consumption, 2009-2008 and 2012-2011	305
Figure 4a.17. Annual effective OOP social-health expenditure (€), 2008-2012	306
Figure 4a.18. Poor, impoverished and with catastrophic expenditures families. Percentage changes, 2009-2008 and 2012-2011	307
Figure 4a.19. Annual effective Out Of Pocket social-health expenditure of impoverished and catastrophic families. Percentage, 2009-2008 and 2012-2011	308

Chapter 4b - Performance evaluation: an exercise on the Italian Regional Healthcare Systems

Table 4b.1. Performance indicators selected by expert panel (first trial, year 2013)	312
Figure 4b.1. Performance index of Regional Healthcare Systems	313
Figure 4b.2. Contribution of the dimensions to the Regional Healthcare System Performance – By stakeholder categories	314
Figure 4b.3. Regional Healthcare System Performance measurement – ‘Users’ prospective	315
Figure 4b.4. Regional Healthcare System Performance measurement – ‘Healthcare Professionalist’ prospective	316
Figure 4b.5. Regional Healthcare System Performance measurement – ‘Healthcare top management’ prospective	317
Figure 4b.6. Regional Healthcare System Performance measurement – ‘Institutions’ prospective	318
Figure 4b.7. Regional Healthcare System Performance measurement – ‘Medical industry’ prospective	319

Chapter 5 - Prevention: the state of the art regarding population screening and healthy lifestyles promotion

Figure 5.1. Prevention and public health services expenditure as a percentage of current health expenditure-EU15 and other OECD countries, 2012	338
Figure 5.2. Public health services expenditure in Italy. Percentage composition, 2011	340
Figure 5.3. Expenditure on public health care in living and working place, per capita (€), 2012	341
Table 5.1. Results of the Ministry of health's audits regarding regional commitment on prevention, 2011-2012	343
Figure 5.4. Prevalence of obesity among adults aged 15 and over. Percentage, 2012 (or nearest year)	346
Figure 5.5. Nutritional status of Italian population. Average annual percentage, 2010-2013	347
Figure 5.6. Prevalence of excess body weight, by Region of residence. Average annual percentage, 2010-2013	348
Figure 5.7. Prevalence of smoking in EU15, by sex. Percentage, 2012 (or nearest year)	350
Figure 5.8. Smoking habitude. Average annual percentage, 2010-2013	351
Figure 5.9. Prevalence of smoking by Region of residence. Average annual percentage, 2010-2013	352
Figure 5.10. Alcohol consumption in EU15 Countries - Litres per capita, 2012 (or nearest year)	354
Figure 5.11. Alcohol consumption – Average annual percentage, 2010-2013	355
Figure 5.12. High-risk drinking - Average annual prevalence by Region of residence. Percentage, 2010-2013	356
Figure 5.13. Physical activity – Average annual percentage, 2010-2013	358
Figure 5.14. Sedentary lifestyle– Average annual percentage by Region of residence, 2010-2013	359
Table 5.2. Childhood vaccinations in Italy: vaccination coverage (per 100 inhabitants), 2000-2013	361

Figure 5.15. Vaccination coverage rates for children 24 months of age per cycle (3 doses) (polio, diphtheria, tetanus, hepatitis B, pertussis, Hib), regional composition. Percentage, 2012	362
Figure 5.16. Vaccination coverage rates for children 24 months of age for one dose of measles, mumps, rubella (MMR) vaccine, regional composition. Percentage, 2012	363
Figure 5.17. Vaccination coverage rates for people aged 65 and over for flue season in EU. Percentage, 2009-2012	365
Figure 5.18. Vaccination coverage rates for people aged 65 and over for flue season, regional composition. Percentage, 2011-2013	366
Figure 5.19. Cervical cancer screening (pap-test or HPV) in the last 3 years - Women aged 25-64. Regional coverage rates, 2010-2012	368
Figure 5.20. Mammography screening in the last two years - Women aged 50-69. Regional coverage rates, 2010-2012	370
Figure 5.21. Colorectal (colon) cancer screening tests in the recommended time – People aged 50-69. Regional coverage rates, 2010-2012	372

Chapter 6 - Hospital care: the effects of the rationalisation measures

Figure 6.1. Public and private hospital facilities by geographical area. Number, 2001–2011	384
Figure 6.2. Hospital facilities by geographical area. Percentage changes, 2001-2011	385
Figure 6.3. Hospital facilities by Region. Percentage changes, 2001-2011	386
Figure 6.4. Public and accredited private hospital by geographical area – Composition. Percentage, 2001-2011	387
Table 6.1. Public and accredited private hospital facilities by Region – Composition. Percentage, 2001-2011	388
Figure 6.5. Public and accredited private hospital beds by geographical area. Percentage changes, 2001-2011	389
Figure 6.6. Public and accredited private hospital beds by Region. Percentage changes, 2001-2011	390

Figure 6.7. Public and accredited private hospital beds per facility by geographical area. Percentage changes, 2001-2011	391
Figure 6.8. Public and accredited private hospital beds per facility by Region. Percentage changes, 2001-2011	392
Figure 6.9. Per capita public and accredited private hospital beds by geographical area. Percentage changes, 2001-2011	393
Figure 6.10. Per capita public and accredited private hospital beds by Region. Percentage changes, 2001-2011	394
Figure 6.11. Public and accredited private medical staff per hospital bed, by geographical area. Number, 2001–2011	395
Figure 6.12. Public and accredited private medical staff per hospital bed, by Region. Number, 2001–2011	396
Figure 6.13. Public and accredited private nursing staff per hospital bed, by geographical area. Number, 2001–2011	397
Figure 6.14. Public and accredited private nursing staff per hospital bed, by Region. Number, 2001–2011	398
Figure 6.15. Hospital bed, medical and nursing staff by geographical area. Percentage changes, 2001-2011	399
Figure 6.16. Hospital beds, medical and nursing staff by Region. Percentage changes, 2001-2011	400
Table 6.2. Hospital discharges – Percentage changes and trend, 2003-2013	401
Figure 6.17. Hospital discharges - Composition and trend. Percentage, 2003-2013	402
Figure 6.18. Hospital discharges by geographical area - Composition and trend. Percentage, 2003-2013	403
Figure 6.19. Hospital discharges by age group - Composition and trend. Percentage, 2003-2013	404
Figure 6.20. Hospital discharges rates by geographical area. Per 1,000 inhabitants, 2003–2008–2013	406
Figure 6.21. Standardized hospital discharges rates by geographical area. Per 1,000 inhabitants, 2003–2008–2013	407

Table 6.3. Hospital discharges rates by Region. Percentage changes, 2003-2013	408
Figure 6.22. Hospital discharges rates by age group. Per 1,000 inhabitants, 2003–2008–2013	409
Figure 6.23. Average length of stay in hospitals by geographical area, 2003-2008-2013	411
Table 6.4. Average length of stay in hospitals by Region. Percentage changes, 2003-2013	412
Figure 6.24. Value of hospital discharges for Region of residence of inpatient by activity category and geographical area (€), 2003-2008-2013	414
Figure 6.25. Value of hospital discharges for Region of hospitalization by geographical area (€), 2003-2008-2013	415

Chapter 7 - Residential care: complexity of services and shortage of information

Table 7.1. Type of residential and semi-residential facilities in OECD Countries	430
Table 7.2. Ongoing public assistance for non-self-sufficient elderly	432
Table 7.3. Residential and semi-residential health facilities by geographical area. Number and percentage changes, 2010-2011	433
Figure 7.1. Residential and semi-residential health facilities in Italy by type of care services. Percentage, 2011	435
Figure 7.2. Beds in public and accredited private residential and semi-residential health facilities. Per 1,000 inhabitants, 2005-2011	437
Figure 7.3. Beds in public and accredited private residential and semi-residential health facilities. Values per 1,000 inhabitants aged 65 and over, 2005-2011	438
Table 7.4. Beds for Welfare services. Percentage, 2011	439
Table 7.5. Beds for type of patient. Percentage, 2011	439
Figure 7.4. LTC recipients in facilities (other than hospitals). Per 1,000 inhabitants, 2005-2011	442
Figure 7.5. Patients in residential social care facilities - By age group, share of total users. Percentage, 2011	443
Figure 7.6. Patients in residential facilities - Incidence by age group. Percentage, 2009-2011	444

Chapter 8 - Specialist outpatient care: regional pricing policies

Table 8.1. Outpatient specialist medical services by branch - Averages tariff (€)	459
Table 8.2. Outpatient specialist medical services by branch - Average difference between Emilia-Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff (€)	461
Table 8.3. Outpatient specialist medical services by branch. Percentage difference between Emilia Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff	464
Table 8.4. Outpatient specialist medical services by category (level I°) - Average tariff by category (€)	465
Table 8.5. Outpatient specialist medical services by category (level I°) - Percentage difference between Emilia-Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff	466
Table 8.6. Outpatient specialist medical services by category (level III°) – Average tariff by category (€)	467
Table 8.7. Outpatient specialist medical services by category (level III°) - Average difference between Emilia-Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff (€)	471
Table 8.8. Outpatient specialist medical services by category (level III°) - Percentage difference between Emilia-Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff	473
Table 8.9. Cost sharing for outpatient medical services (ticket) and rate for outpatient specialist medical services (€ million and percentage), 2013	477
Table 8.10. Ticket for outpatient specialist medical services (€ million and percentage), 2013	478
Table 8.11. Per capita ticket for outpatient specialist medical services and annual changes (€ and percentage, 2011-2013)	479

Chapter 9 - Pharmaceutical care: access to innovation, sustainability and selectivity

Figure 9.1. Regional pharmaceutical expenditure - Composition. Percentage, 2013	494
Figure 9.2. Total pharmaceutical expenditure in Italy - Composition. Percentage, 2013	495
Figure 9.3. Non-hospital pharmaceutical expenditure, per capita - Italy vs. EU14 Countries (€), 2006-2012	496

Figure 9.4. Non-hospital pharmaceutical expenditure, per capita - EU15 Countries, population aged 65 and over (€), 2012	497
Table 9.1. Pharmaceutical expenditure in Italy - OsMed/OECD comparison (€ million), 2012	499
Table 9.2. VAT in “BIG EU” Countries. Percentage	500
Figure 9.5. Health expenditure by function. Index numbers (2001=100), 2001-2012	502
Table 9.3. Per capita consumption (standard units) in Italy by therapeutic area - Drugs authorized by EMA. Index numbers Big EU=100, 2008-2013	509
Figure 9.6. Territorial pharmaceutical expenditure - Deviation from the expenditure ceiling of 11.35% Percentage, 2013	510
Figure 9.7. Hospital pharmaceutical expenditure - Deviation from the expenditure ceiling of 3.5% Percentage, 2013	511
Table 9.4. Pharmaceutical expenditure (weighted population), per capita (€), 2013	513
Figure 9.8. Regional composition of the net expenditure for out of patent drugs - Class A-SSN (Reimbursed). Percentage, 2013	515
Table 9.5. Share of net expenditure for drug consumption, by package price – Class A (Household expenditures for reimbursed drugs). Percentage, 2013	518

Chapter 10 - Primary care: the role of technology and professional integration

Figure 10.1. General Practitioners (GPs) - Number per 100,000 inhabitants aged 15 and over, 2001-2011	533
Figure 10.2. General Practitioners (GPs) seniority: years since graduation. Percentage, 2011	534
Figure 10.3. General Practitioners (GPs) by classes of choices. Percentage, 2011	535
Figure 10.4. Pediatricians of Free Choice (PFC) – Number per 100,000 under 14 inhabitants, 2001-2011	537
Figure 10.5. Pediatricians of Free Choice (PFC) seniority: years since graduation. Percentage, 2011	538

Figure 10.6. Pediatricians of Free Choice (PFC) by classes of choices. Percentage, 2011	539
Figure 10.7. GPs: use of multimedia devices for professional activity. Percentage, 2014	542
Figure 10.8. GPs: expenditure for ICT. Percentage, 2013-2014	543
Figure 10.9. GPs: communication tools with GPs and specialists to establish the diagnosis and /or treatment of patients. Average score, 2014	545
Table 10.1. Communication tool between general practitioners and specialists. Average score, 2014	546
Table 10.2. Effectiveness of communication tools between GPs and specialist. Average score, 2014	548
Figure 10.10. Communication tools: frequency of use, effectiveness and estimated time required (much). Average score and percentage, 2014	550
Figure 10.11. Frequency with which patient does not bring medical documents and does not know the medical treatment. Percentage, 2014	551
Table 10.3. GPs: the most frequent results of consultation between GPs and specialists. Percentage, 2014	552
Figure 10.12. More effective results (assistance care) of professional integration. Average score, 2014	555
Table 10.4. Barriers to professional integration. Average score, 2014	556

Chapter 11 - Home care: organization and differences between regional coverages

Table 11.1. Main national laws	573
Table 11.2. Tools for multi-dimensional evaluation of the needs for integrated home care services	577
Table 11.3. Number of ASL (Italian Local Health Units) with integrated home care services and average inhabitants per ASL, 2001-2011	579
Figure 11.1. Home care and social services (SAD) recipients – Percentage distribution by type, 2011	583

Figure 11.2. Elderly and disabled recipients of home care and social services (SAD). Per 100,000 inhabitants, 2006-2011	584
Figure 11.3. Elderly and disabled recipients of integrated home care services (Adi). Per 100,000 inhabitants, 2006-2011	585
Figure 11.4. Over 65 years old recipients of integrated home care services (ADI). Incidence on over 65 population. Percentage, 2008-2012	588
Figure 11.5. Elderly and disabled recipients of vouchers, care allowance and social health coupons. Per 100,000 inhabitants, 2006-2011	590
Figure 11.6. Per capita municipal expenditure on home care services. Percentage changes, 2006-2011	592
Figure 11.7. Municipal expenditure on home care services - Incidence of each item. Percentage, 2011	593
Figure 11.8. Municipal expenditure on home care and social services (SAD) – Incidence on total home care expenditure of municipalities. Percentage, 2006-2011	595
Figure 11.9. Municipal expenditure: vouchers - Incidence on total home care expenditure of municipalities. Percentage, 2006-2011	597
Figure 11.10. Municipal expenditure: integrated home care services (Adi) – Incidence on total home care expenditure of municipalities. Percentage, 2006-2011	599

Chapter 12 - Services for care-dependent persons

Figure 12.1. Number of attendance allowance and disability civil pensions recipients, 2007-2011	620
Table 12.1. Attendance allowances recipients - Annual percentage changes, 2007-2011	621
Figure 12.2. Attendance allowances recipients - Percentage distribution by sex, 2011	622
Figure 12.3. Attendance allowance recipients per 1,000 inhabitants, 2011	623
Table 12.2. Disability civil pension recipients - Annual percentage changes, 2007-2011	625
Figure 12.4. Disability civil pension recipients – Percentage distribution by sex, 2011	627

Figure 12.5. Disability pension recipients. Per 1,000 inhabitants, 2011	628
Figure 12.6. Number of attendance allowance and disability civil pension recipients, 2007-2011	629
Table 12.3. Work permittes ex lege 104/92	633
Figure 12.7. Recipients of benefits for workers with disabilities or for assistance for people with disabilities in the private sector. Per 1,000 inhabitants, 2010-first half of 2013	634
Figure 12.8. Recipients of benefits for workers with disabilities or for assistance for people with disabilities in the private sector - By type of contract. Percentage, 2010-first half of 2013	636
Table 12.4. Recipients of benefits for workers with disabilities or for assistance for people with disabilities in the private sector - By type of benefit. Percentage, 2010-2013	637
Table 12.5. Days of work permit ex Lege 104/1992 - By type of Administration, 2010	639

Chapter 13 - The health care industry: evolution and outlook

Figure 13.1. Share of pharmaceutical market in the world. Percentage values, 2013	654
Figure 13.2. Per capita value of pharmaceutical production. (€), 2010-2012	655
Figure 13.3. Value of drugs production in Europe per employ. (€ million), 2010-2012	656
Figure 13.4. Persons employed in pharmaceutical companies. Per 1,000 inhabitants, 2010-2012	658
Figure 13.5. Share of MD production companies in the world. Percentage values, 2009	659
Figure 13.6. Pharmaceutical industry-Inducted value (€ mln.), 2011-2013	660
Figure 13.7. Pharmaceutical industry - Trade balance. (€ million), 2011-2013	662
Figure 13.8. Trade balance MD industry (€ mln.), 2009	663
Figure 13.9. Patents for drugs. Per 1,000,000 inhabitants, 2009-2011	665
Figure 13.10. Patents for MD. Per 1,000,000 inhabitants, 2005-2007	667

Figure 13.11. Average time of payments by Public administration (days), year 2012	668
Table 13.1. Average annual change MD patient application and payment time. Percentage and days, 2008-2011 and 2012	669
Figure 13.12. DM expenditure-share of Health Regional Fund. Percentage, 2012	672
Figure 13.13. Per capita MD expenditure (€), 2012	673

Chapter 14a - Age-related Macular Degeneration

Figure 14a.1. Summary of article selection process	695
Table 14a.1. Estimated prevalence rate (percentage) by age and sex	696
Figure 14a.2. Cumulative distribution by sex of Italian population aged over 50, at 01.01.2013	697
Table 14a.2. Estimated number of prevalent cases of wet-ARMD by 5-year age groups and sex at 01.01.2013	698
Figure 14a.3. Estimated number of prevalent cases of wet-ARMD by 5-year age groups and sex at 01.01.201	699
Figure 14a.4. Projected number of prevalent cases of wet-ARMD to the Italian population by sex from 2014 to 2030	700
Table 14a.3. Estimated number of incident cases of wet-ARMD by 5-year age groups and sex at 01.01.2013	702
Figure 14a.5. Estimated number of incident cases of wet-ARMD by 5-year age groups and sex at 01.01.2013	703
Figure 14a.6. Projected number of incident cases of wet-ARMD to the Italian population from 2014 to 2030	704
Figure 14a.7. Estimated number of treatable eyes to the Italian population, 2013	706

Chapter 14b - Depression

Table 14b.1. ESEMeD: lifetime and 12-month prevalence (percentage) and indicators of persistence	714
Figure 14b.1. ESEMeD: lifetime and 12-month prevalence (percentage)	715
Table 14b.2. ESEMeD: functional impairment (WHO-DAS Global Scores) by recency of DSM-IV/CIDI major depressive episode	716
Table 14b.3. ESEMeD: association of demographic characteristics with 12-month DSM-IV/CIDI major depressive episode	717
Table 14b.4. ESEMeD Italy: associations of demographic characteristics with 12-month DSM-IV/CIDI affective disorders	719
Table 14b.5. Depressive disorders – Pool of ASL 2009-2012 (n°=146,216)	722
Figure 14b.2. Depressive disorders: prevalence by Region (2009-2012)	723
Figure 14b.3. Depressive disorders: prevalence by social and demographic characteristics 2009-2012 (n=146,216)	724
Figure 14b.4. Days in poor physical health, mental and days with activity limitation, in the past 30 days. Mean values (2009-2012)	725

Chapter 14c - Acute Heart Failure

Table 14c.1. Legislative references	738
Table 14c.2. Duration of intensive short observation	741
Figure 14c.1. Ordinary admissions by type of hospital. Percentage, 2010	744
Figure 14c.2. One-day admissions by type of hospital. Percentage, 2010	745
Figure 14c.3. Hospital discharge rate and standardized (AHF) ordinary admissions rate. Values per 1,000 inhabitants, 2010	747
Figure 14c.4. Regional weight of hospital length of stay per AHF (Standardized values per inhabitant). Days per 1,000 inhabitants, 2010	748
Figure 14c.5. Average length of stay. Days, 2010	749
Figure 14c.6. Average length of stay and age. Days, 2010	749

performance
accesso
scenari appropriatezza
innovazione
efficienza integrazione
bisogni SSN
empowerment
responsabilità
europa
salute
health
regioni
cura
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”

Quello che stiamo vivendo è un momento di grande aspettativa alimentata dall'avvento di importanti opportunità terapeutiche, frutto dell'esplorazione di nuove frontiere di ricerca in campo biomedico, pochi anni fa neppure immaginabili.

La ricerca sta dimostrando tutto il suo valore come investimento sociale, aiutando significativamente a rispondere alle crescenti aspettative di salute della popolazione.

E la ricerca dimostra anche il suo valore come investimento economico, specialmente per i Paesi che, in modo lungimirante, hanno saputo puntare il proprio sviluppo sulla ricerca e l'innovazione.

La ricerca rimane, senza tema di smentita, il motore dell'innovazione e quindi dello sviluppo economico e sociale, e da essa è impossibile prescindere se si vuole dare un futuro, che non sia involutivo, al Paese.

I sistemi sanitari hanno un ruolo centrale in questo ambito, garantendo la promozione e la tutela delle salute, ovvero l'accesso a fondamentali diritti di cittadinanza, ma anche costituendo catalizzatori essenziali per lo sviluppo delle attività di ricerca di base e applicata; fra i sistemi sanitari, il SSN italiano (e le sue articolazioni regionali), come il Rapporto Sanità “Tor Vergata” testimonia da anni, eccelle a livello mondiale: l'Italia può, infatti, vantare *outcome* aggregati di salute a livelli di assoluta eccellenza, e un prestigio largamente riconosciuto.

Ma come gli organismi internazionali ammettono, al SSN italiano può anche riconoscersi un livello di efficienza invidiabile, come è dimostrato dalla capacità di produrre salute con una spesa sanitaria pro-capite largamente inferiore ai livelli medi dei Paesi europei più avanzati, malgrado l'Italia sia caratterizzata da un invecchiamento rapidissimo, che ne fa un laboratorio a livello mondiale per l'elaborazione di risposte alle sfide demografiche.

In campo economico, negli ultimi anni è anche stata realizzata una imponente opera di razionalizzazione del SSN, che non ha uguali a livello internazionale. Ma malgrado ciò non è possibile adagiarsi sugli allori.

Intanto, perché la lunga sequela di anni di stagnazione, quando non addirittura di recessione, economica ha prosciugato le risorse disponibili per sostenere la Sanità, come anche le altre spese per il *Welfare*, imponendo la difficilissima sfida di rendere compatibili salvaguardia delle tutele esistenti, innovazione e riduzioni in termini reali della spesa.

Oggi il tema è anche come garantire l'investimento necessario per non arrestare lo straordinario sviluppo dell'aspettativa di vita (in buona salute) che ha caratterizzato negli ultimi decenni la Società italiana.

E poi, anche perché ancora molto si può fare per migliorare gli esiti di salute della popolazione, e molto si deve fare per adeguare rapidamente le risposte assistenziali alle esigenze emergenti di una Società in rapida mutazione.

Questa sfida, che può definirsi senza fine, è la ragione che spinge a replicare l'esperienza del Rapporto annuale sulla Sanità in Italia, che raccoglie contributi di riflessione multidisciplinari prodotti da ricercatori dell'Università di Roma "Tor Vergata", con l'intento di dare un supporto al dibattito e alle decisioni di politica sanitaria.

Il volume, giunto alla sua 10° edizione, è realizzato con il coordinamento di Federico Spandonaro nell'ambito delle attività di ricerca svolte dal Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità), una iniziativa promossa dall'Università di "Tor Vergata" in ossequio alla sua *mission*, che oltre all'eccellenza nella ricerca, mira anche a disseminarne nella Società i contenuti. Inoltre, in ossequio alle sempre più cogenti esigenze di internazionalizzazione, sottolineiamo come il volume contenga ampie sintesi in inglese deputate ad aumentare la conoscenza all'estero di una eccellenza italiana quale il SSN.

L'auspicio è che il lavoro di ricerca presentato possa quindi essere di stimolo per il dibattito politico interno sul futuro della Sanità, oltre che di ausilio per le scelte gestionali, come anche una occasione per testimoniare l'esperienza italiana in tema di tutela della Salute.



Presentation

Presentation

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

We are experiencing times of great expectations, fuelled by the introduction of important therapeutic opportunities, that are the result of the exploration of new frontiers in biomedical research, unimaginable just a few years ago.

Research is proving its worth as a social investment, significantly assisting in meeting the growing health expectations of the population.

Research is also demonstrating its value as a financial investment, especially for those countries that, acting farsightedly, have focus their development on research and innovation.

Research remains, without doubt, the driver of innovation and, therefore, of economic and social development, and it cannot be disregarded if we want to be forward-looking and guarantee our country's progress.

Health systems play a key role in this area, ensuring the promotion and protection of health, or access to basic rights of citizenship, but they also represent essential catalysts for the development of base and applied research activities; among the health systems, the Italian National Health System (and its regional services), as the “Tor Vergata” Health Report has been showing for many for years now, excels in the world: Italy can, in fact, boast aggregate health outcomes at levels of absolute excellence, a fact that is widely acknowledged.

The international bodies also acknowledge the enviable level of efficiency achieved by the Italian NHS, as demonstrated by the ability to produce health with per capita health spending well below the average levels of the more advanced European countries, despite the fact that Italy is by fast-moving population ageing, which makes it a global laboratory for developing responses to the demographic challenges.

In the economic field, in recent years there has been a massive rationalisation of the NHS, unequalled worldwide. However, we cannot rest on our laurels.

First of all, because the long period of economic stagnation and recession, has dried

up the available resources for Health, as well as the other expenses for Welfare, requiring the difficult challenge of preserving the existing levels of protection, while ensuring innovation and real savings in spending.

The key issue, today, is also finding how to achieve the necessary investments to ensure the continued extraordinary development of life expectancy (in good health), which has been characterised Italian society in recent decades.

Also because significant progress can still be made in terms of improving the health outcomes of the population, and much needs to be done to rapidly adapt the care responses to the emerging needs of a fastly changing society.

This challenge, which is obviously endless, is the reason that has encouraged and driven us to repeat the experience of the Annual Report on Health in Italy, bringing together multidisciplinary papers produced by researchers at the “Tor Vergata” University of Rome, with the aim of supporting the health policy debate and decisions.

The report, now in its 10th edition, has been coordinated by Federico Spandonaro as part of the research activities carried out by the Consortium for Economic Research Applied to Health (CREA Sanità), a project sponsored by the University, in accordance with its mission, which besides striving to excellence in research, also aims to disseminate the contents of this research within society at large. Moreover, due to the ever more demanding needs of internationalisation, we would like to highlight that the volume contains extensive summaries in English, to raise awareness abroad of the excellence of the Italian NHS.

Our hope is that this research work may therefore stimulate the national political debate on the future of healthcare, and become a tool for assisting the management decision-making process, as well as an opportunity to disseminate the Italian experience in the field of Health protection.

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

Introduzione

**Investimenti, Innovazione e Selettività:
scelte obbligate per il futuro del SSN**

Introduzione

Federico Spandonaro – CREA Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

1. Il contesto

Il segno di questo ultimo anno di politiche sanitarie sembra essere il mantenimento dell'esistente, ovvero la “resistenza” nei confronti delle crescenti difficoltà create dal contesto economico.

La recessione economica continua, ed è aggravata dalla sua ormai lunga durata, che accumula i suoi effetti sulle famiglie e sulle imprese, ma anche dall'effetto psicologico derivante dai ripetuti ritrattamenti sull'imminenza della ripresa, che fanno progressivamente instaurare un clima di pessimismo.

Non stupisce allora che il “Patto per la Salute” fra il Governo e le Regioni, per il quale va dato atto degli sforzi, positivamente, spesi per arrivarne alla conclusione, rassicuri sulle risorse destinate al SSN (che non vengono tagliate in termini nominali), ma rimandi ancora una volta la (ri)definizione dei LEA: la vera essenza del Patto, che sarebbe dovuta essere l'accordo sul punto di equilibrio fra risorse disponibili e assistenza garantita, resta ancora sospesa.

Inoltre, è prevedibile che in assenza di prospettive credibili di ripresa, ogni decisione sia condizionata, specialmente se poi implica scelte di priorità (sempre politicamente difficili) o la necessità di investimenti (finanziariamente ardui da sostenere in recessione): la scelta,

potremmo dire pilatesca, è quella di rimandare le decisioni strategiche, presumibilmente in attesa di tempi migliori.

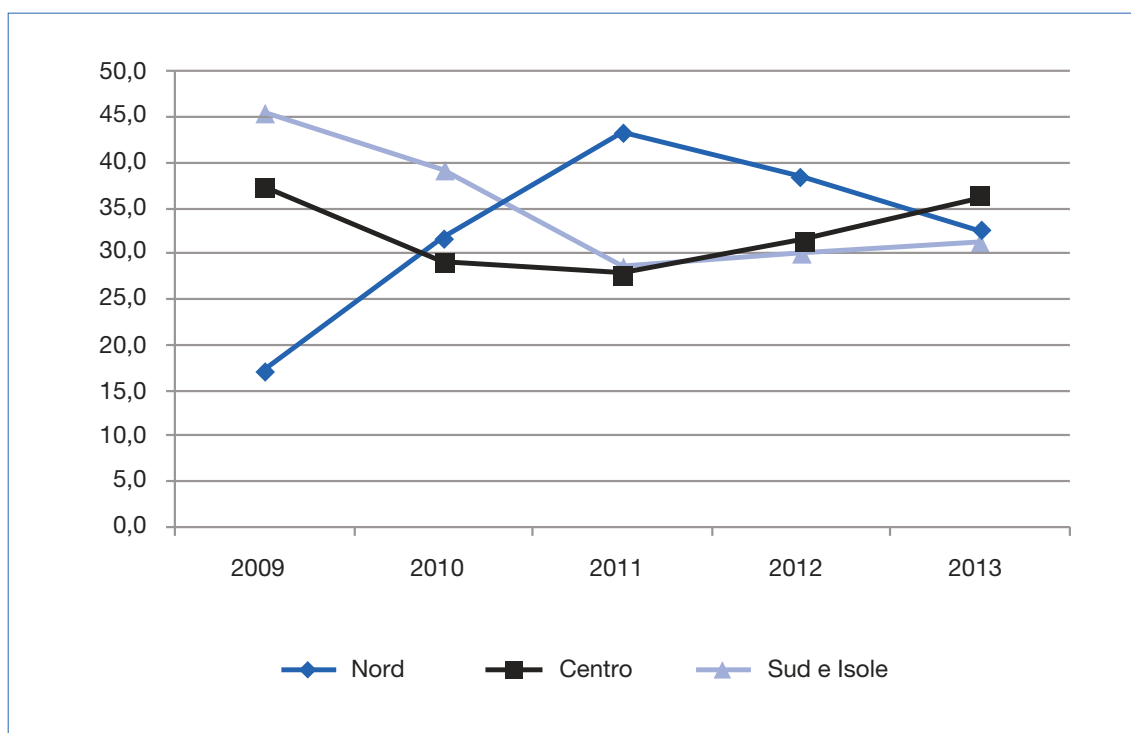
Il Patto apre, però, ufficialmente anche un nuovo fronte istituzionale, di cui si presagiva ormai da tempo "l'inaugurazione".

Seppure con le dovute cautele, nell'incipit della norma si legge chiaramente la maturazione politica della convinzione che il federalismo sia stato un "fallimento", foriero di ingiustificate disparità nell'eleggibilità dei diritti a livello locale; invero, leggendo oltre, la posizione viene sfumata dai ripetuti rimandi alla "intoccabilità" dell'autonomia regionale.

Le posizioni anti federalismo non guardano però con oggettività ai numeri e, se è certamente ragionevole ripensare l'equilibrio fra poteri, non sembra però ci sia ancora alcuna chiarezza sulle modalità e neppure sulla individuazione dei veri punti critici.

È indubbio che il passaggio al federalismo sia stato voluto prioritariamente per ragioni di responsabilizzazione, innanzitutto finanziaria; da questo punto di vista, oggettivamente, non è stato un fallimento: il disavanzo è stato ridotto di circa il 75% dopo l'intervento dei piani di rientro, tanto che oggi può ritenersi un problema, almeno temporaneamente, superato (con alcune specifiche e individuate eccezioni, di cui l'unica quantitativamente rilevante è il Lazio, che da solo somma nel 2013 il 36,2% di tutto il disavanzo nazionale). D'altra parte, è evidente come il federalismo in Italia sia stato inaugurato frettolosamente, e, quindi, è anche normale prevedere un graduale superamento dei fattori critici, primo fra tutti il corretto equilibrio fra autonomia regionale e unitarietà del sistema.

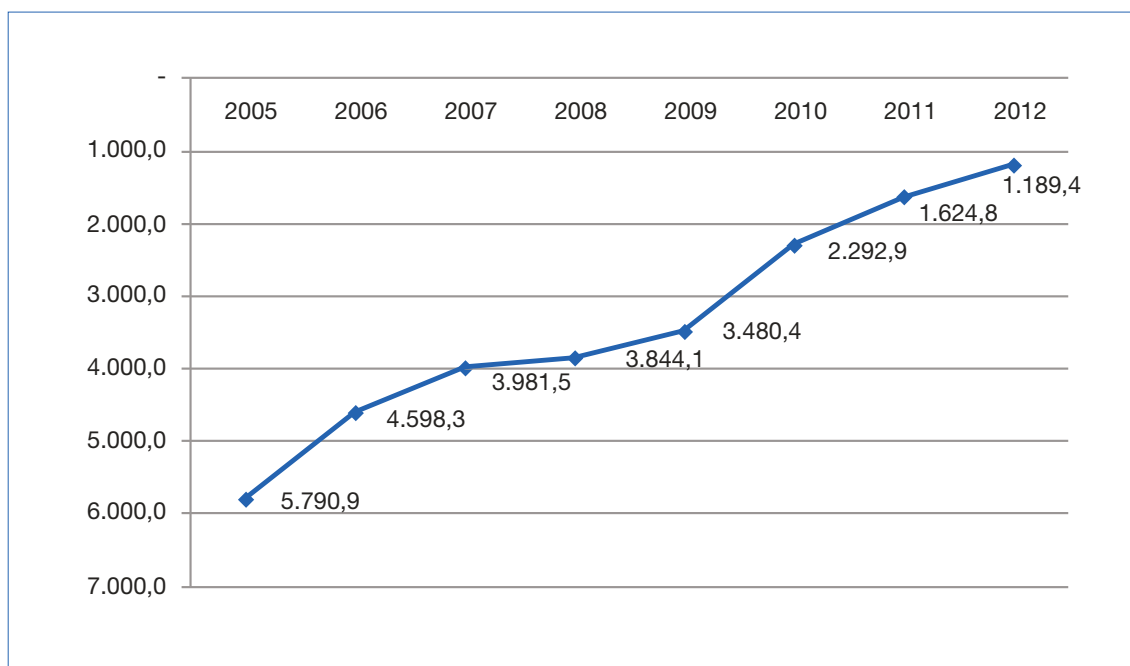
Figura 1. Concentrazione del disavanzo al netto delle coperture per ripartizione geografica. Valori %, anni 2009-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Cortei dei Conti

Tra il 2005 ed il 2012 il deficit complessivo (si fa riferimento alle sole Regioni con un risultato di esercizio negativo) si è ridotto del 79,5% passando da € 5.790,9 mln. a € 1.189,4 mln.

Figura 2. Trend disavanzi. Valori assoluti (€ mln.), anni 2005-2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Il superamento dell'emergenza finanziaria, rappresenta forse l'evoluzione più eclatante delle recenti politiche sanitarie, e finalmente permette il passaggio, non esplicitato, ma evidente, alla "fase due" del risanamento. Si passa, infatti, dalla mera valutazione dei risparmi a quella dell'efficienza, cercando di verificare in che misura il risanamento finanziario sia accompagnato dall'adeguamento quali-quantitativo dei servizi erogati.

Dopo anni di politiche, necessarie, ma a rischio di essere esclusivamente ragionieristiche, è fondamentale il passaggio a ragionamenti di più ampio respiro, anche economico: allo stesso tempo, la sfida della valutazione si fa ora certamente più complessa, sia metodologicamente che in termini di gestione delle sue conseguenze.

In primo luogo va ammesso che, quantitativamente, gran parte dei "risparmi" sono per ora da attribuirsi alle azioni messe in atto nei confronti del privato, ivi comprendendo la spesa farmaceutica e gli acquisti di prestazioni da strutture convenzionate: il dato emerge chiaro dal confronto fra i tassi di crescita di queste voci e da quello della spesa diretta delle

strutture pubbliche.

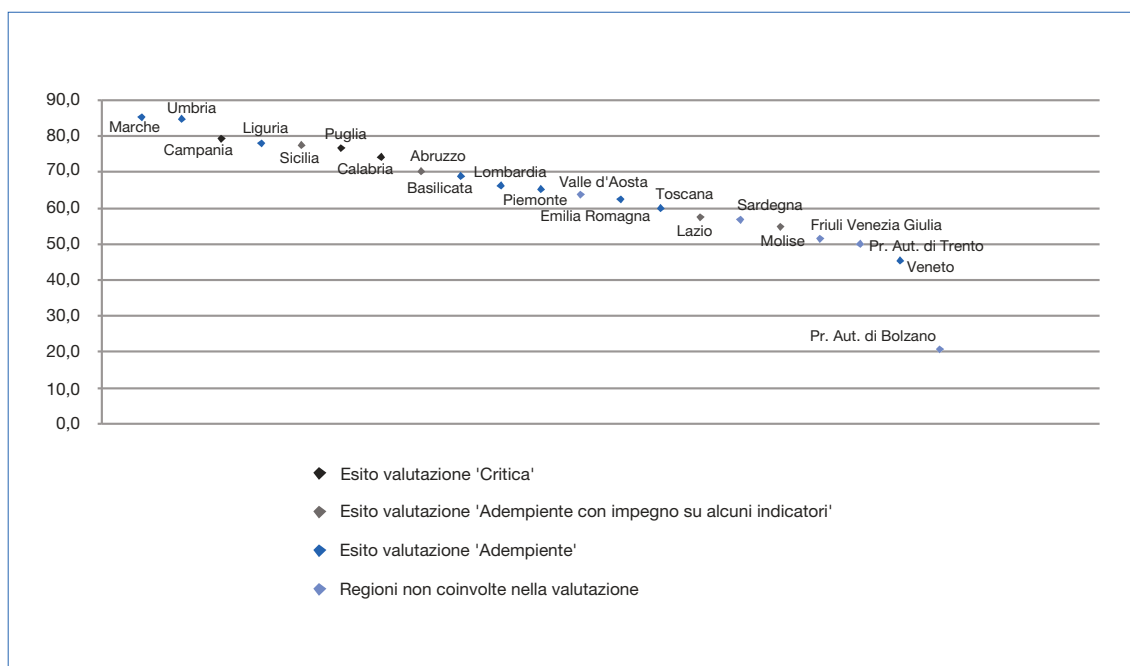
Quindi, non è ovvio che le politiche di accentramento regionale (a partire dalla centralizzazione degli acquisti, ma che comprendono in generale i vincoli sempre più stretti posti all'autonomia delle singole aziende sanitarie e ospedaliere) abbiano prodotto effetti eclatanti di risparmio.

Su un altro versante, la riduzione nell'ultimo decennio di 28.738 posti letto ospedalieri in acuzie (pari al 20,0%) dimostra sì l'impatto positivo delle politiche sanitarie tese alla razionalizzazione del sistema, ma è stata seguita solo parzialmente dalla razionalizzazione degli organici, condizione necessaria per generare risparmi: questi ultimi si sono ridotti solo del 9,0%, ed in larga misura per effetto naturale del blocco delle assunzioni, più che per radicali reingegnerizzazioni.

Dopo oltre 20 anni, l'aziendalizzazione, e con essa il ruolo del *management* aziendale, va rivalutata: certamente, quest'ultimo ha avuto il merito di assecondare le politiche nazionali e regionali, adeguando le organizzazioni in modo da evitare impatti disastrosi sui cittadini; ma con l'assetto attuale (che coinvolge dai rapporti sindacali alle procedure di acquisto) sembra difficile si possa segnare davvero una soluzione di continuità nel sistema dell'erogazione pubblica.

In termini qualitativi, di appropriatezza della risposta assistenziale, lo strumento fondamentale di questa nuova fase è rappresentato dalle cosiddette "griglie LEA": anche qui qualche approfondimento sulla loro capacità di intercettare le carenze appare opportuno, dato che almeno in un caso una Regione promossa a pieni voti (e anche *benchmark* per i costi *standard*) risulta di contro caratterizzata da un eccesso sul fronte delle rinunce ai servizi sanitari per motivi economici.

Figura 3. Quota di popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici vs. esito valutazione ministeriale adempimento “mantenimento erogazione LEA”



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

Di fatto il SSN italiano, come riprenderemo nel seguito, è facilmente promuovibile in termini finanziari e, per ora, anche in termini economici, ma la scommessa è ora quella di stimare l'effetto di queste politiche nel medio-lungo periodo, in particolare sui *trend* che hanno portato il Paese in posizioni di eccellenza relativamente a tutti i principali indicatori aggregati di *outcome*: dall'aspettativa di vita, all'aspettativa di vita in buona salute, dalla mortalità infantile a quella evitabile.

Una parte della comunità scientifica paventa che il risanamento abbia già innescato processi di involuzione dei livelli complessivi di salute, ipotesi certamente da considerare attentamente, anche sulla scorta dei drammatici effetti delle riduzioni dei *budget* pubblici in Sanità, che si può constatare osservando i Paesi dell'Est dopo la rottura del blocco sovietico.

In ogni caso, appare scontato osservare che il rischio attuale è quello di una perniciosa involuzione: uscire dalla crisi implica il coraggio di continuare a investire nel futuro, anche in Sanità, spezzando un circolo vizioso che lascia l'economia e, più in generale, la Società italiana scivolare, neppure tanto lentamente, verso il basso.

Da questo punto di vista, la Sanità rappresenta come sempre una preziosa cartina di tornasole, essendo sensibile a tutte le tendenze che permeano la Società.

Sembra, infatti, "resistere" (come testimoniamo in vari capitoli del Rapporto), ma non sembra avere la forza di "rialzare la testa", piegata dal peso della irrisolta questione degli sprechi e dei potenziali di risparmio.

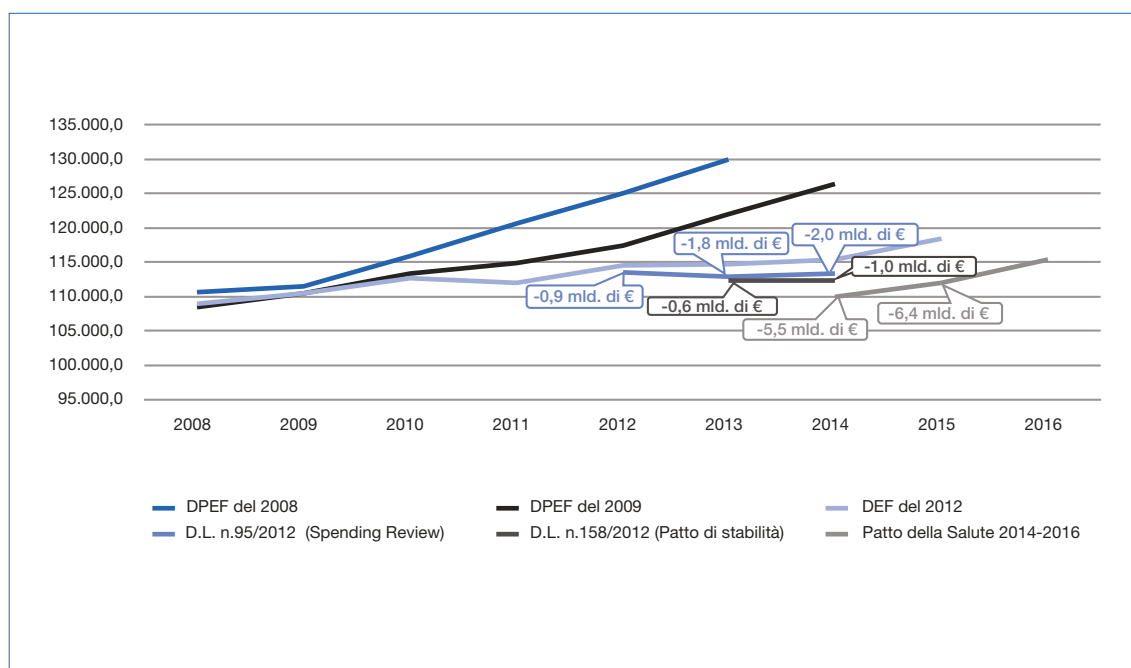
Il Ministro ha coraggiosamente riconosciuto che in Sanità non ci sono più spazi per tagli, e che i recuperi di inefficienza devono rimanere in ambito sanitario.

Malgrado ciò, una quota di indeterminatezza nel dibattito rimane: se recuperi di efficienza sono possibili, e lo sono, perché non dovrebbero trasformarsi in risparmi?

La risposta al quesito, che stenta ad essere pronunciata chiaramente, è che le inefficienze già oggi implicano razionamenti impliciti dei LEA - e ne argomenteremo nel seguito - e quindi diventa un dovere etico ripristinare prioritariamente le corrette condizioni di esigibilità dei diritti.

Qualora si voglia che la *spending review* in atto porti risparmi, mantenendo trasparente il patto sociale, vanno rimodulati esplicitamente i LEA, presumibilmente riducendo alcune coperture: scelta politicamente difficile, che ci fa tornare alla spiegazione della, altrimenti inspiegabile, assenza dell'aggiornamento dei LEA nel Patto della Salute.

Figura 4. Previsioni finanziamento, valori assoluti (€), anni 2008-2016



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati 'Corte dei Conti', 'Spending review' e 'Patto per la Salute'

2. L'aspetto economico

Già da alcuni anni il Rapporto segnala come il dibattito sul sovra-sotto finanziamento della Sanità sia impostato in modo erroneo: l'intervento pubblico ha ragioni essenzialmente equitative, e la sua determinazione finanziaria un contenuto fondamentale politico, trattandosi di decidere non l'ammontare globale di spesa sanitaria, che di fatto è composta per circa il 25,0% da spesa privata, ma i livelli delle prestazioni da garantire a tutti, indipendentemente dalle proprie condizioni economiche.

In altri termini, la quota di spesa pubblica regola i livelli redistributivi e, quindi, l'equità del sistema; la quota ottimale (efficiente) di spesa sanitaria dipende, invece, essenzialmente dalle decisioni di spesa diretta delle famiglie, oltre che dalla capacità delle politiche di educazione di abbattere le asimmetrie informative, ovvero rendere le famiglie capaci di allocare

le proprie risorse in modo razionale: per semplificare, assumiamo come razionale un comportamento non miope, che evita di trascurare/posticipare i consumi sanitari, con danni sulla salute a medio-lungo termine, che renderebbero la scelta odierna inefficiente.

Su questo ultimo punto qualche dubbio è, peraltro, lecito.

Sebbene il dato, che ci vede a livello internazionale negli ultimi posti in tema di investimenti in prevenzione - di cui l'educazione è parte integrante e prioritaria - sia probabilmente solo il frutto di una (delle tante) disattenzioni nostrane sull'importanza di fornire dati coerenti con gli *standard* internazionali, è indubbio che negli ultimi anni gli investimenti in prevenzione abbiano segnato il passo.

Se consideriamo la modesta *performance* italiana sul fronte della dinamica di alcuni indicatori attinenti a fattori di rischio (specie obesità infantile e riduzione del consumo di tabacco), considerati qui indicatori di esito delle politiche di promozione della salute, quel che si evince è l'effetto del disinvestimento in corso, che peraltro si scontra con uno dei capisaldi, ancora pienamente moderno, della legge istitutrice del SSN.

In particolare, come riporta uno studio del Ministero della Salute (Okkio alla Salute 2013), dal 2008 a oggi sono diminuiti leggermente i bambini di 8-9 anni in sovrappeso e quelli obesi, «ma l'Italia resta ai primi posti d'Europa per l'eccesso ponderale infantile».

Tabella 1. Indicatori di esito delle politiche di promozione della salute nei Paesi EU15 – Variazioni %, anno 2012 vs. 2000 (anni più vicini di cui si ha disponibilità di dati)

Paese	Consumo alcool (litri pro-capite) Diff. % 2012 vs. 2000	Fumatori giornalieri anni 15+ (per 100 persone con le stesse caratteristiche) Diff. % 2012 vs. 2000	Popolazione obesa (autodichiarazioni) Diff. % 2012 vs. 2000
Austria	-10,9	n.d.	n.d.
Belgio	-9,3	-3,6	+1,7
Danimarca	-29,0	-9,6	+3,9
Finlandia	+8,1	-6,4	+4,6
Francia	-15,7	-2,9	+5,5
Germania	-14,7	-2,4	n.d.
Grecia	-7,1	+3,9	n.d.
Irlanda	-18,3	+2,0	n.d.
ITALIA	-34,4	-2,3	+1,8
Lussemburgo	-13,0	-9,0	n.d.
Paesi Bassi	-7,9	-13,6	+2,6
Portogallo	-10,7	n.d.	n.d.
Spagna	-11,7	-7,8	+4,0
Svezia	+17,7	-5,8	+2,6
Regno Unito	-1,9	-7,9	n.d.

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD (2014)

Come mostrato nella tabella 1, poi, prendendo in considerazione il *trend* 2000-2012 (o gli anni a questi più vicini di cui si ha disponibilità di dati), se è vero che diminuiscono in Italia i litri di alcool consumati pro-capite tra il 2000 e il 2012 (-34,4%) più che in altri Paesi, è anche vero che la diminuzione della percentuale dei fumatori di 15+ anni nel medesimo periodo (-2,3%) è la più bassa registrata in EU15 (a parte Grecia e Irlanda che registrano un aumento).

Se è difficilissimo trarre conclusioni solide in tema di definizione del livello efficiente di spesa sanitaria, invece appare serenamente sostenibile che per la Sanità in Italia si spende davvero poco (ovviamente con riferimento ai Paesi con analogo livello di sviluppo economico), sia a livello pubblico che a livello privato.

Lo abbiamo segnalato l'anno scorso, cercando di riportare l'annoso dibattito sugli sprechi in Sanità nell'alveo dei ragionamenti supportati da evidenza empirica o almeno da buon senso.

Durante l'anno, il nostro allarme è stato, poi, confermato dalle audizioni dell'OECD presso le Istituzioni: anzi, la stima del *gap* Italia vs. altri Paesi sviluppati fatta dall'organismo internazionale, era stata ancora maggiore di quanto da noi segnalato nel precedente Rapporto.

L'osservazione che l'Italia spende poco per la Sanità, sembra avere pian piano fatto breccia, e può essere perfettamente riassunta nella già citata posizione assunta dal Ministro della Salute.

Sulla dimensione degli sprechi (allocativi), eliminabili e reinvestibili, continua però a non esserci chiarezza, basandosi tutto su "percezioni", "stime aneddotiche" o esercizi di *benchmarking* discutibili (per assenza o carenza di standardizzazione degli indicatori).

Mentre è inoppugnabile che il *gap* fra spesa pro-capite italiana e Paesi EU14 continua ad allargarsi ad un ritmo piuttosto impressionante: nell'ultimo anno rispetto al 2002 si è allargato del 5,7%, arrivando così al 25,2%.

Si noti che il *gap* in termini di PIL si è allargato meno rapidamente: nell'ultimo anno del 4,8%, arrivando al 13,8%.

Se poi rapportassimo il dato di spesa totale alla popolazione *over 65*, il *gap* diventa ancora più drammatico, raggiungendo, nel 2012, il 34,9%.

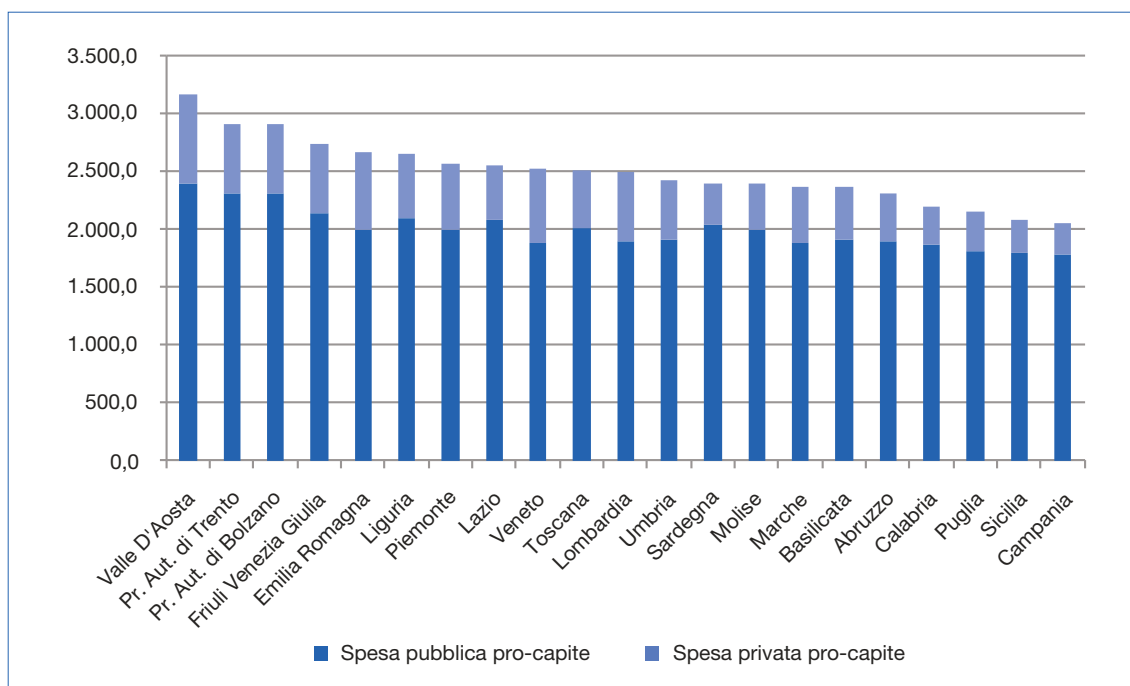
Il dato è di per sé significativo, ma le sue dimensioni su specifiche disaggregazioni, lo sono ancora di più: a livello geografico le Regioni settentrionali hanno un *gap* verso EU14 del 20,1% (a fronte di un *gap* di PIL a favore del Nord del 4,0%), mentre in quelle meridionali il *gap* esplode raggiungendo il 33,3% (a fronte di un *gap* di PIL del 42,1%).

Il dati regionali citati mettono in evidenza come l'assetto istituzionale del SSN italiano

permetta una redistribuzione dimensionalmente molto importante, limitando così l'effetto che il ritardo economico del Sud potrebbe avere sul diritto di accesso all'assistenza sanitaria: ma le differenze rimangono talmente grandi da risultare di fatto incolmabili, ed evidenziando l'ennesimo fallimento delle politiche economiche del Paese che si riverbera direttamente sulla Sanità.

Le differenze di spesa pro-capite fra Regioni settentrionali (e in particolare a statuto speciale) e meridionali rimane davvero importante: fra la Valle d'Aosta e la Campania il differenziale di spesa è del 53,8% (€ 3.169 vs. € 2.061).

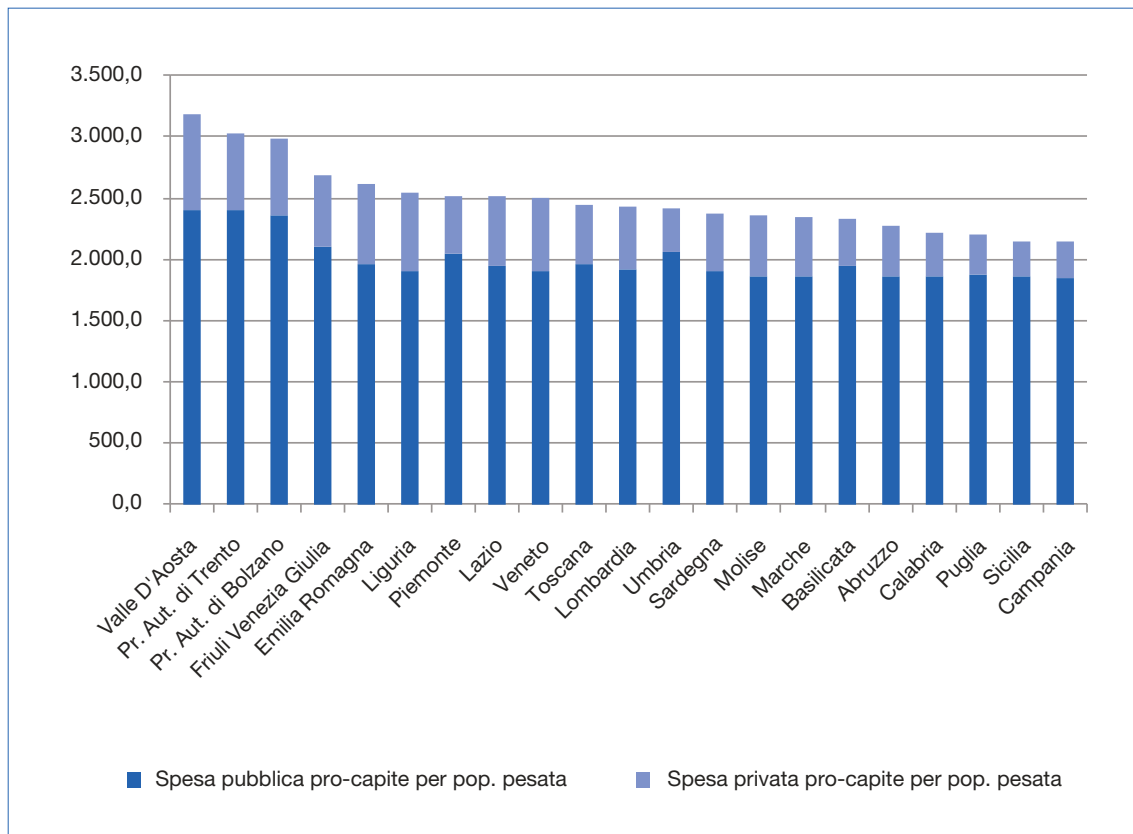
Figura 5. Spesa pubblica e privata pro-capite. Valori assoluti (€), anno 2012



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

Anche eliminando l'effetto demografico, utilizzando i pesi impiegati per l'elaborazione dei costi *standard*, malgrado una riduzione significativa, e qualche spostamento nel *ranking*, si conferma il ragionamento appena fatto: fra la Valle d'Aosta e la Campania il differenziale di spesa è del 48,3% (€ 3.184 vs. € 2.147).

Figura 6. Spesa pubblica e privata pro-capite per popolazione pesata.
Valori assoluti (€), anno 2012



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

La correlazione fra spesa e qualità dei servizi (peraltro, in assenza di una misura di sintesi condivisa, qui assunta in base a valutazioni aneddotiche) è evidente e “naturale”: spesa e qualità sono associate positivamente, e questo pone il problema della allocazione efficiente delle risorse: in effetti l’art. 119 del nuovo titolo V della Costituzione italiana, prevederebbe la possibilità dell’erogazione da parte delle istituzioni centrali di risorse aggiuntive finalizzate a promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, e rimuovere gli squilibri economici e sociali, ma la congiuntura economica e la scarsità di risorse di fatto svuotano di contenuto lo strumento.

Ne segue il rischio che i *gap* esistenti, che in ultima istanza minano la sostenibilità del federalismo, non trovino modo di essere affrontati e ridotti.

Una delle maggiori ragioni di disparità fra Regioni meridionali e settentrionali, è il diverso ricorso delle famiglie alle spese *out of pocket*.

Queste in misura ormai rilevante, “sgravano” il sistema pubblico da oneri, aiutando a mantenerne la sostenibilità: è il caso dei farmaci di classe A (quindi eleggibili al rimborso pubblico) acquistati direttamente dalle famiglie; fra il 2009 e il 2013, tale spesa è aumentata del 37,8%, incidendo oggi del 6,1% sulla spesa della Regione Liguria (€ 25,5 pro-capite), contro lo 0,8% della Regione Molise (€ 3,0 pro-capite).

Analogamente le compartecipazioni farmaceutiche (utilizzate qui a titolo di esempio) incidono molto più nel meridione che nel settentrione (7,7% sulla spesa farmaceutica della Regione Sicilia, contro il 2,2% della P.A. di Bolzano), e per mantenere livelli pro-capite confrontabili, stante il diverso e maggiore numero di soggetti esenti nella ripartizione meridionale, l'impatto sui paganti diventa davvero significativo e, in ultima istanza, iniquo.

Il *gap* verso EU14 della spesa pubblica è ormai, come sopra ricordato, del 25,2%, ma anche quello della spesa privata è arrivato al 23,3%.

Appare di immediata suggestione collegare il “crollo”, seppure temporaneo, della spesa privata con il fenomeno delle rinunce, ma su questo tema il dibattito si è fermato ad un livello eccessivamente superficiale. Intanto perché, come già evidenziato, le rinunce non dipendono solo dal reddito delle famiglie: la frequenza delle rinunce è notevole anche in alcune delle Regioni considerate efficienti e ricche; inoltre, circa il 38,5% della spesa privata sembra almeno malamente classificata: la spesa per medicinali rilevata dall'Istat, che peraltro fa testo nei confronti internazionali (ribadendosi così la disattenzione delle istituzioni italiane verso tali confronti), supera quella Osmed (classe A privata, classe C e farmaci di automedicazione) di € 4,735 mld.. Appare difficile pensare che si tratti davvero di farmaci (a meno eventualmente di una quota di omeopatici) e questo pone una questione sulla composizione della spesa privata: infatti, questa spesa residuale risulta pari a tre volte quello che le famiglie spendono per le compartecipazioni, pure ritenute da molti già non più sostenibili.

In altri termini, o la spesa privata è ai limiti della non meritorietà, e non è quindi vero che le famiglie (in media) non possono sostenere altre compartecipazioni, o una parte di consumi meritori sfugge completamente alle logiche di rimborso pubblico.

Per chiudere l'aspetto del confronto dei livelli di spesa sanitaria fra Italia e Paesi EU14, si rileva ancora che i *gap* sopra evidenziati sono certamente sottostimati per effetto della demografia italiana più sfavorevole (una più alta età media giustificerebbe, infatti, spese maggiori), ma anche per effetto di scelte fiscali (ad esempio l'IVA sui farmaci in Italia è significativamente maggiore della media, esclusa la Germania, gonfiando artificialmente la spesa italiana), ed anche a causa di una discutibile omogeneità dei dati italiani rispetto agli *standard* internazionali, come nel caso della spesa privata per medicinali. Malgrado ciò, non c'è dubbio che il *gap*, seppure nominale, sia estremamente significativo e, principalmente, dimostri una dinamica preoccupante di distacco dai livelli europei.

3. Razionamenti

Come argomentato in precedenza, sebbene il sistema sanitario italiano mantenga (in media) alti livelli di *outcome* e negli ultimi anni sia notevolmente migliorato da un punto di vista finanziario, non riesce ancora a ridurre significativamente le differenze regionali e anche locali, quantunque questo traguardo fosse fra i principali obiettivi sottostanti il superamento del sistema mutualistico, e sia certamente quello rimasto più lontano dal raggiungimento.

Adagiarsi sugli allori dei riconoscimenti (più internazionali che nazionali) dell'efficienza del sistema sarebbe, però, miope: la "durabilità" nel tempo del sistema, e dei livelli di salute, è certamente l'esito ultimo, e limitarsi agli aggiustamenti congiunturali è sicuramente insufficiente: le questioni odierne vanno, quindi, analizzate, sempre proiettando i ragionamenti verso le strategie di medio-lungo periodo.

Come già detto, l'elemento "sospeso" del sistema è quello della definizione delle priorità, ovvero della ridefinizione dei LEA; per dovere di completezza, citiamo anche gli incentivi alla qualità, tema anch'esso dimenticato, come è dimostrato dal fatto che le indicazioni della riforma del 1992 sono rimaste quasi completamente "lettera morta": ancora stenta a diffondersi la cultura dell'*accountability* della qualità, come si evince dallo scarso utilizzo e diffusione dei risultati del "Programma Esiti"; non torneremo però in questa sede sul tema, in quanto già affrontato in precedenti Rapporti.

Tornando, allora, alle priorità, per fare posto alle innovazioni che premono per entrare nella pratica clinica, è certamente necessario eliminare dai LEA le prestazioni obsolete o

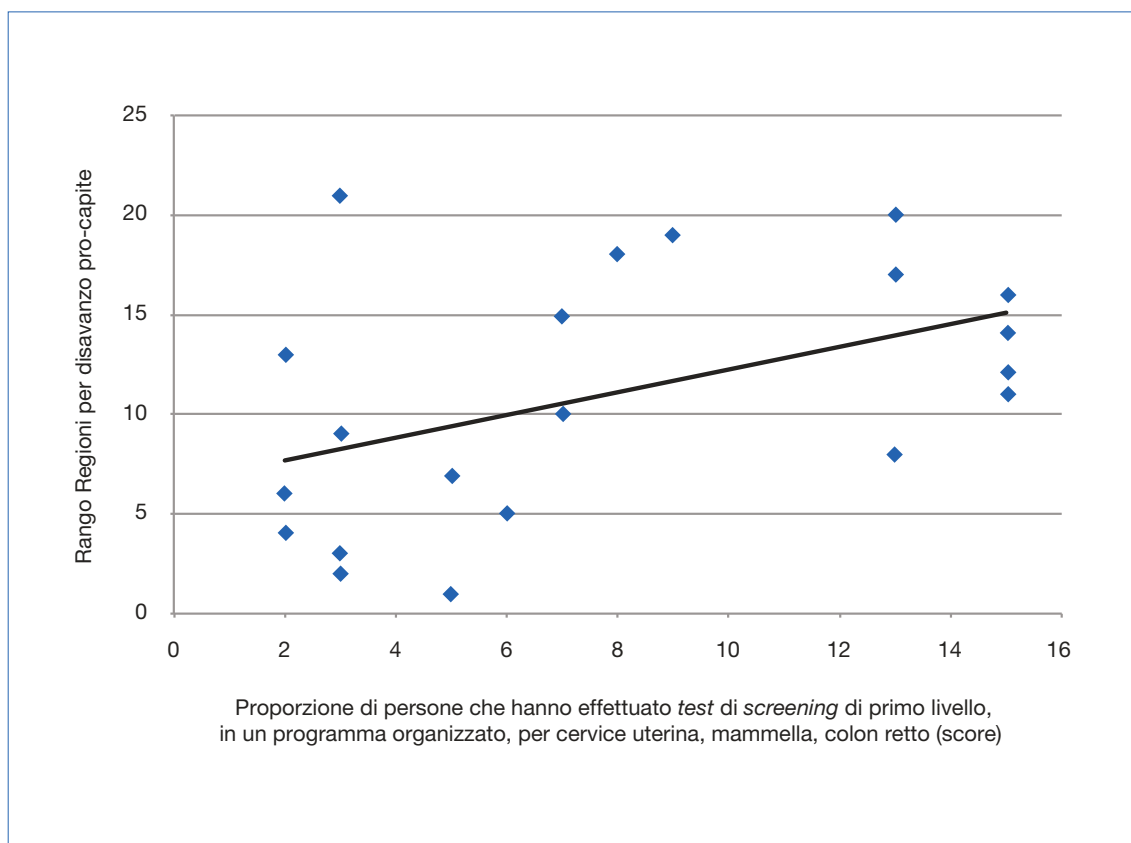
non più dotate di evidenza e di appropriatezza: ma nel processo di sostituzione gioca un ruolo fondamentale anche la dimensione degli attuali razionamenti, ovvero delle prestazioni inserite, ma per le quali rimangono barriere all'accesso da rimuovere; in altri termini, per poter predire se il processo di revisione possa realizzarsi a "costo zero", contano non solo le sostituzioni, ma anche l'effettivo livello di risposta attuale.

Il tema dei razionamenti tende ad essere liquidato disconoscendone l'esistenza, e lasciando ai singoli o alle loro associazioni di *advocacy*, l'onere di presidiare l'area dell'esigibilità dei diritti. Stime aggregate che indichino l'eventuale rischio di razionamento, di conseguenza, sono limitate.

Un dato che può essere portato a sostegno della tesi dell'esistenza di razionamenti, è quello delle adesioni agli *screening* di popolazione, obbligatori per i sistemi regionali sanitari e certamente elemento chiave del concetto di LEA nel campo della prevenzione: indubbiamente il dato è falsato dalla non completa rilevazione del cosiddetto *screening* spontaneo; inoltre, nell'analisi del dato va considerato che anche le differenze nei fattori socio-economici incidono certamente sui comportamenti delle diverse popolazioni regionali; ma nessuno di questi fattori giustifica l'inerzia nella rimozione dei differenziali.

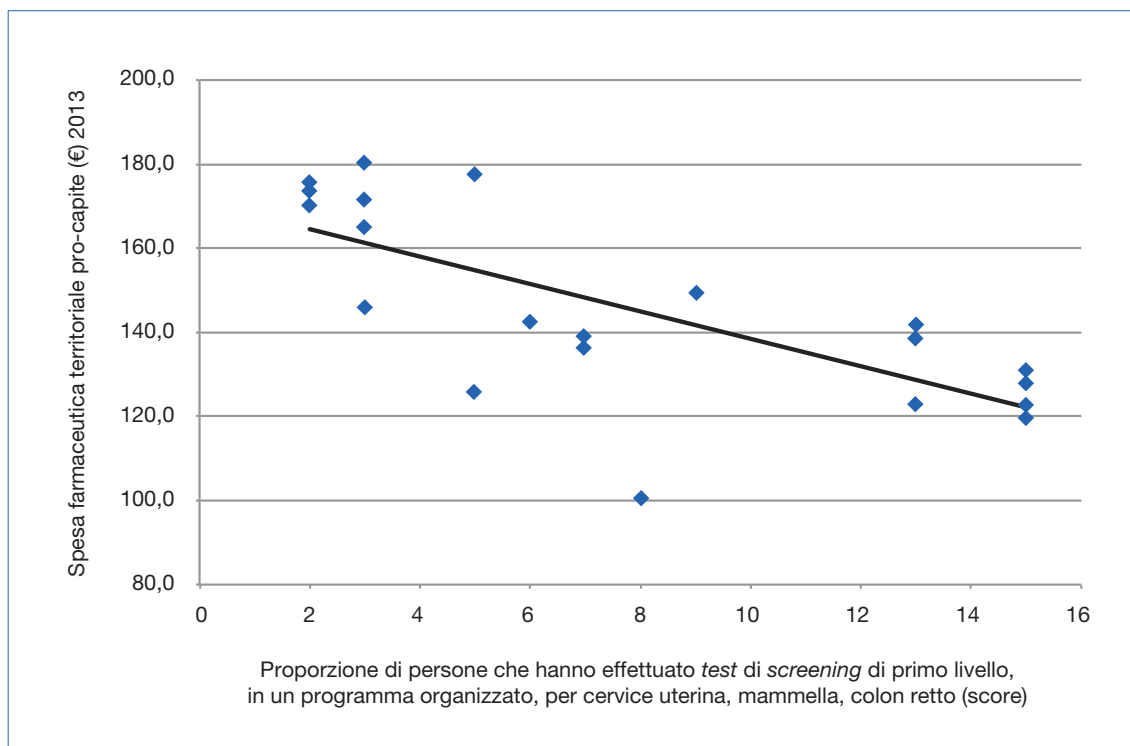
Quello che emerge dai dati è, infatti, una inaccettabile variabilità regionale: se si considera lo *score* assegnato dal Ministero della Salute calcolando la proporzione di persone che hanno effettuato *test di screening* di primo livello (in un programma organizzato) per cervice uterina, mammella, colon retto, si va dal punteggio 2 di Calabria, Puglia e Campania a uno *score* pari a 15 assegnato a Veneto, P.A. Trento, Emilia Romagna e Valle d'Aosta. La poca adesione agli *screening* preventivi si associa positivamente con i disavanzi (Figura 7), e negativamente con un indicatore di appropriatezza come la spesa farmaceutica territoriale pro-capite (Figura 8).

Figura 7. Disavanzo pro-capite (rango) vs. proporzione di persone che hanno effettuato *test di screening* di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (score), anno 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Figura 8. Spesa farmaceutica netta territoriale pro-capite (€) 2013 vs. proporzione di persone che hanno effettuato *test di screening* di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (score) 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e OsMed

In altri termini, si evidenziano ingiustificati razionamenti, associati anche a ragioni di tipo finanziario, malgrado questo atteggiamento sia foriero in prospettiva di sprechi ulteriori (a fronte dei casi evitabili o precocemente diagnosticabili, non intercettati per tempo).

Ancora più evidente è il razionamento sul lato delle innovazioni: in questo ambito, il tema dei ritardi all'immissione in commercio dei farmaci è stato ampiamente analizzato e, malgrado i miglioramenti in alcuni segmenti del processo di *market access*, i tempi medi italiani rimangono superiori alla media.

Ma i tempi di inserimento in prontuario rappresentano una disponibilità "teorica" delle terapie. Il reale accesso al mercato va più correttamente misurato con la "quantità di terapia"

che effettivamente arriva ad essere disponibile per i pazienti: è, infatti, evidente che, anche una volta che il farmaco sia approvato, ed altresì inserito nel prontuario nazionale ed in quelli regionali, questo ancora non implica che sia davvero disponibile “al letto” del paziente: se non altro perché si possono innescare approvvigionamenti insufficienti, qualora i *budget* non abbiano capienza adeguata.

Per comprendere se l'ipotesi possa avere un qualche fondamento, osserviamo il dato dei consumi pro-capite dei prodotti “innovativi”: con un certo grado di approssimazione, consideriamo qui “innovativi” (consci della difficoltà di un accordo sul contenuto del termine) i farmaci autorizzati da EMA negli ultimi 5 anni (quindi più propriamente “nuovi”), confrontandone poi i livelli di consumo in *standard units* italiani con quelli di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna.

Tabella 2: Consumi pro-capite in quantità (standard units) in Italia per area terapeutica - Prodotti autorizzati EMA. Numeri indice Big UE=100, anni 2008-2013

Antineoplastici e immunomodulatori	46,6
Antimicrobici	79,1
Sangue e organi emopoietici	29,3
Sistema Nervoso Centrale	43,9
Gastrointestinale e metabolismo	35,7

Fonte: elaborazione Farmindustria su dati IMS

Il quadro che ne risulta appare chiaramente evocativo di una possibile situazione di razionamento implicito: si varia da un livello pari all'80,0% dei consumi pro-capite degli antimicrobici, al 35,7% per i gastrointestinali e metabolismo, con scarti verso gli altri Paesi europei davvero rilevanti, che fanno propendere per l'esclusione di spiegazioni di tipo

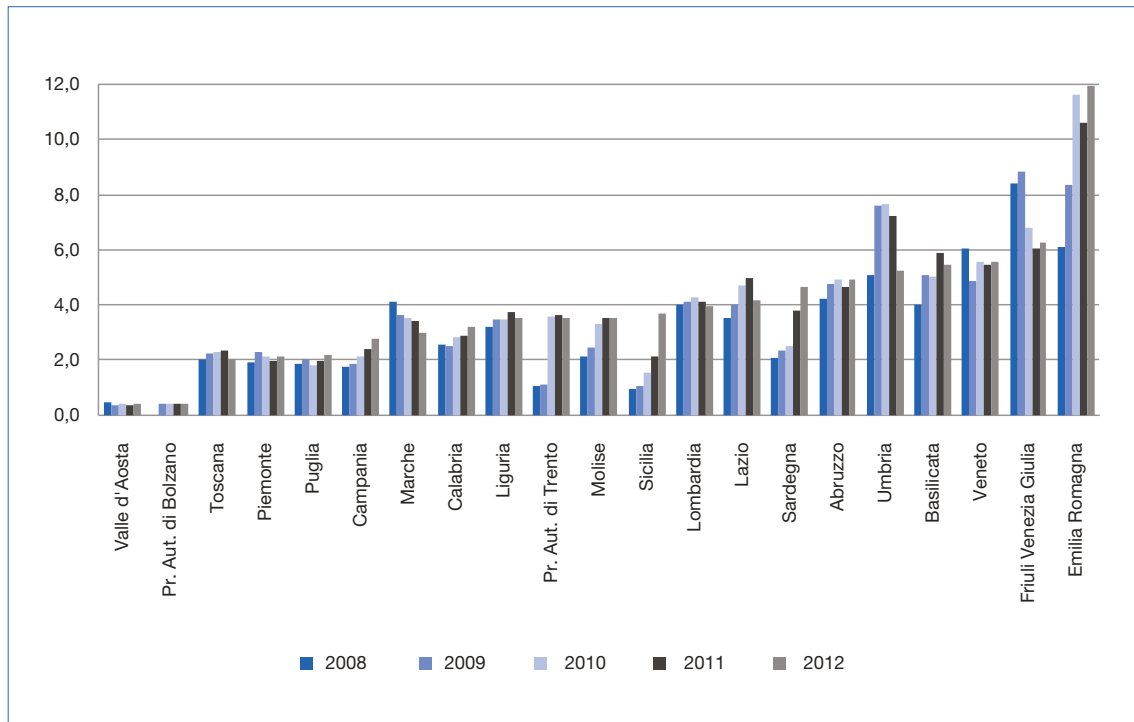
esclusivamente epidemiologico. A meno di non voler attribuire il dato a una improbabile minore propensione dei clinici italiani verso l'innovazione, o verso il "vero valore" dei prodotti recentemente arrivati sul mercato, è doveroso prendere in considerazione anche l'ipotesi che questa prevalenza di consumo di farmaci "vecchi" sia indice di una significativa barriera all'accesso alle terapie più recenti, tipicamente più costose.

Il rischio di razionamenti dovrebbe quindi essere maggiormente monitorato, anche perché, quando coinvolge le innovazioni, ha un impatto rilevante sullo sviluppo industriale e in prospettiva sulla ripresa del Paese.

Un terzo esempio di rischio di razionamento è legato alle risposte fornite alla non-autosufficienza.

In tema di assistenza domiciliare e residenziale, in larga misura deputate a dare risposta a condizioni di non-autosufficienza, malgrado i dati siano largamente incompleti e datati (e anche in questo caso va segnalata sia la insufficiente attenzione delle Istituzioni verso la necessità di monitorare fenomeni importanti come quelli citati, sia uno scarso interesse alla integrazione delle rilevazioni, con il rischio di duplicazioni foriere di sprechi e di dati inconciliabili, come quello della numerosità delle strutture residenziali socio-sanitarie pubbliche, che sarebbe di 1.499 secondo il Ministero, mentre gli ultimi dati Istat riferiscono un numero di strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali finanziate dal settore pubblico pari a 4.582, ovvero il 38,0% sul totale delle strutture censite nel 2011); si desume come esistano evidenti e generali problemi di offerta, aggravati da una enorme disparità territoriale.

Figura 9. Utenti over 65 in assistenza domiciliare integrata (ADI)-Incidenza su popolazione over 65. Valori %, anni 2008-2012



Fonte: Ministero della Salute

Allo stesso tempo emerge come la spesa sostenuta per la non-autosufficienza sia tutt'altro che trascurabile: secondo le nostre stime, nel 2012, ammonterebbe a € 27.742 mln., di cui l'7,5% imputabile alla spesa privata *out of pocket* (dato certamente sottostimato); in particolare, di questa spesa il 28,5% riguarda prestazioni sanitarie e il resto quelle sociali e in denaro (indennità).

In rapporto al PIL, quindi, la spesa per la non-autosufficienza arriva all'1,8%, valore non dissimile da quello medio europeo, di cui l'1,3% per prestazioni non sanitarie; in definitiva, Sanità e assistenza ai non-autosufficienti (spesa socio-sanitaria) complessivamente

assorbirebbero il 10,3% del PIL di cui l'8,4% è riferibile alla spesa pubblica ed il restante a quella privata.

Ma il vero problema rimane l'eccesso di frazionamento dei fondi e delle relative responsabilità: il 7,5% della spesa socio-sanitaria riguarda le indennità di accompagnamento gestite dall'INPS, seguono, con il 2,0% le pensioni di invalidità civile, con il 3,9% l'assistenza domiciliare e residenziale (gestita da Regioni e Comuni), ma poi va considerata anche la L. 104/1992 (circa l'1,0%) e la spesa privata per l'assistenza agli anziani.

Le varie prestazioni si sovrappongono e, peggio, rispondono a requisiti di non-auto-sufficienza disomogenei: ad esempio, alcune sono legate al reddito e altre ne sono del tutto indipendenti, con il rischio di generare razionamenti in alcune aree e privilegi in altre.

In definitiva, anche il sistema socio-sanitario italiano, per quanto sulla carta universale e globale nella risposta, non sembra esente da rischi di razionamenti impliciti, ovvero barriere all'effettivo accesso a prestazioni pure riconosciute come un diritto di cittadinanza: questi fenomeni non fanno che confermare che esiste già un certo livello di sofferenza del sistema.

4. Investimenti e Innovazione

In Italia ci confrontiamo con un finanziamento pubblico e una spesa mediamente inferiore a quella degli altri Paesi e, come appena argomentato, anche con indizi di razionamenti: il quadro farebbe propendere, quindi, certamente per un miglior uso delle risorse, ma anche per la necessità di un maggiore finanziamento.

Ma la "sofferenza finanziaria" attuale, imputabile da una parte alla recessione che riduce gli *input*, e dall'altra alla pressione dei *driver* di crescita della spesa sanitaria, che ampliano la domanda, rende difficile ottemperare.

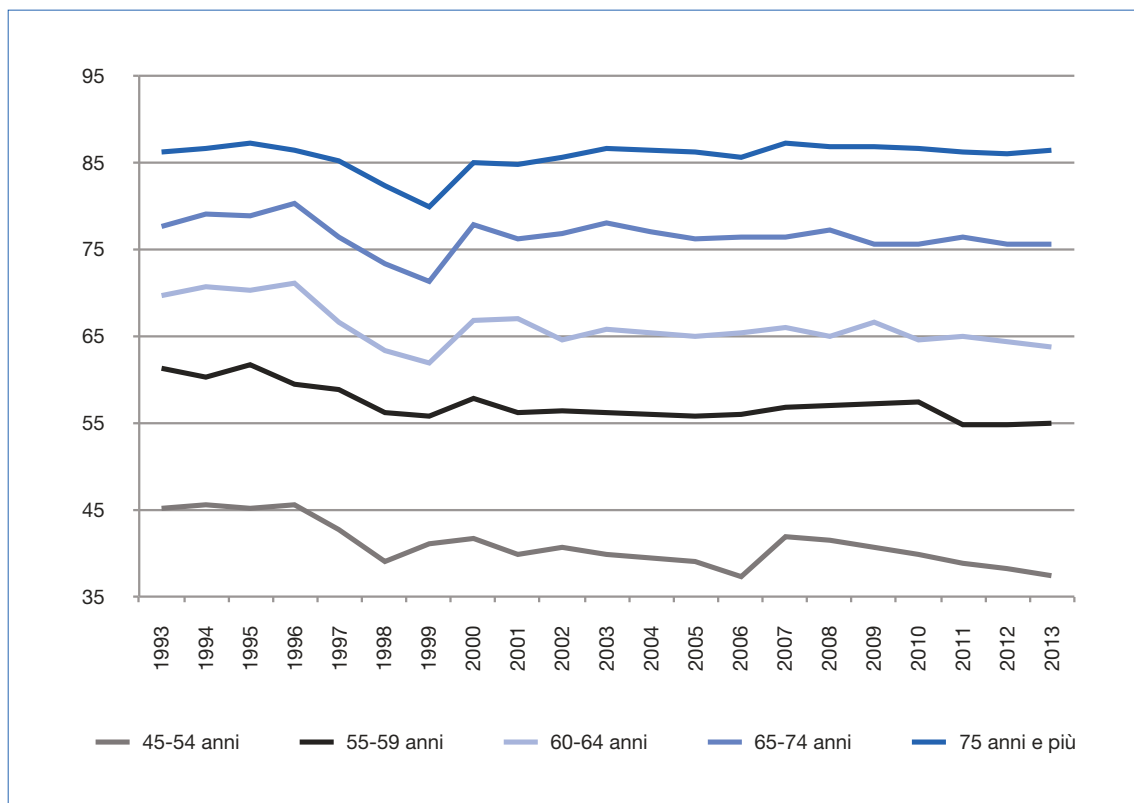
In particolare, in un prossimo futuro, la pressione demografica e l'innovazione tecnologica incominceranno ad esercitare la loro influenza sul lato della domanda, sebbene il contributo dei due fattori risulti alquanto diverso; difatti, l'Italia, pur essendo uno dei Paesi più vecchi al mondo, ha di contro livelli di spesa più bassi, a parziale dimostrazione che, in realtà, sono altre le variabili che incidono con maggior determinazione sulla spesa; verosimilmente, quindi, la "prossima" pressione demografica risulta sovrastimata, mentre l'impat-

to delle innovazioni è sottovalutato.

La proiezione dei livelli di cronicità e disabilità, peraltro, sulla base dei cambiamenti demografici sembra essere esercizio meramente scolastico, smentito dai fatti: la tendenza reale sembra, in generale, essere quella di una riduzione dei tassi di cronicità per le fasce più giovani di età, suggerendo uno spostamento in avanti dell'epoca di insorgenza delle patologie.

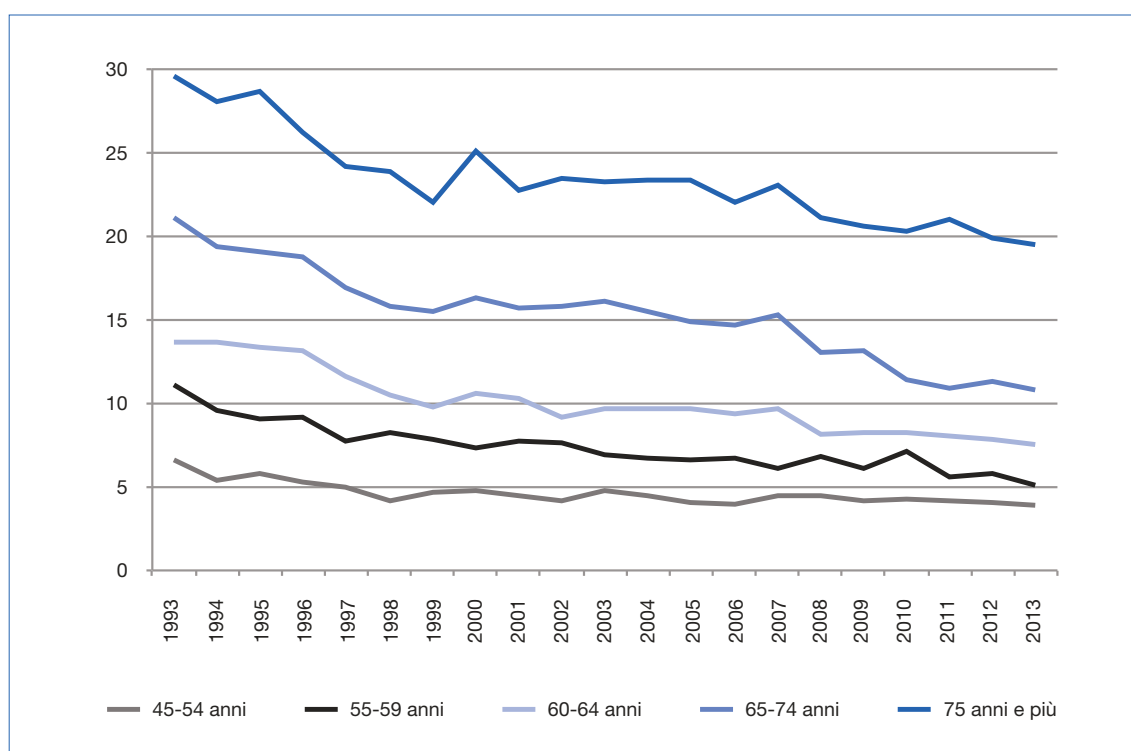
Alcune patologie croniche, come la BPCO, mostrano addirittura una prevalenza decrescente.

Figura 10. Persone con almeno una cronicità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) in Italia, anni 1993-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Figura 11. Persone con BPCO (per 100 persone con le stesse caratteristiche) in Italia, anni 1993-2013

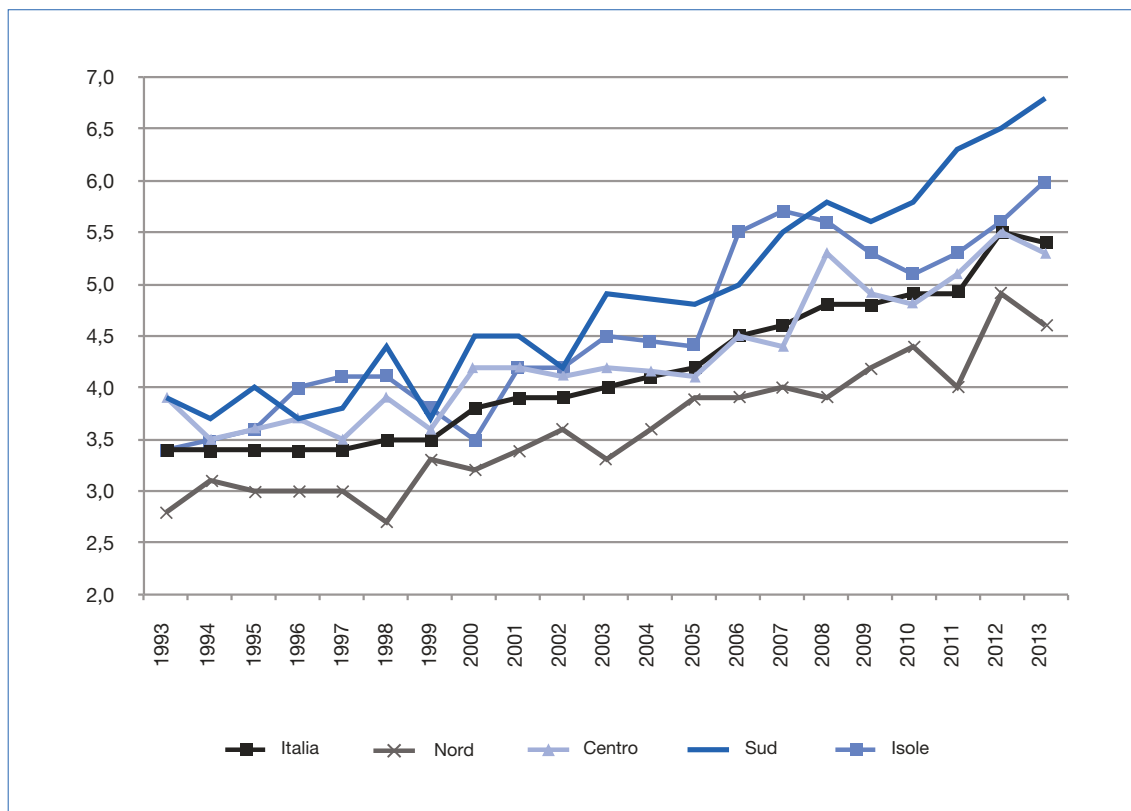


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

In generale possiamo notare come, a partire dai tassi di prevalenza per età riferiti alle principali patologie croniche (ipertensione e altre malattie del cuore, diabete, BPCO), in 3 anni abbiamo “risparmiato” circa il 2,0%% dei casi di cronicità, rispetto ad una stima basata sulla pura variazione demografica.

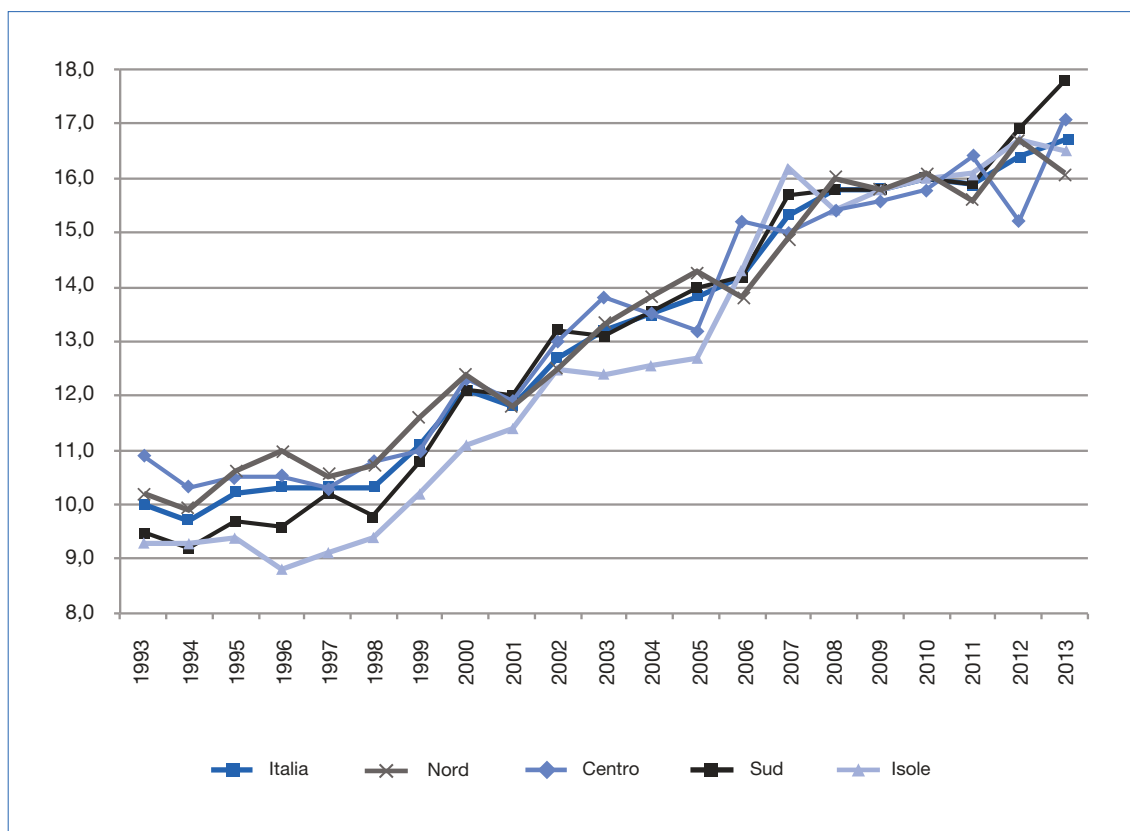
Il burden of disease si sarebbe potuto ulteriormente ridurre qualora si fosse riusciti ad agire sugli stili di vita (a riprova scende la BPCO anche grazie al maggior impegno sul fronte del fumo, continuano invece a salire ipertensione e diabete, vuoi per una maggiore capacità diagnostica, vuoi perché sembra più difficile agire sui comportamenti in tema di sedentarietà e alimentazione); e analoga riduzione si sarebbe potuta ottenere agendo sulla variabilità regionale: è interessante notare come la prevalenza dell’ipertensione abbia un andamento omogeneo fra le Regioni, mentre per il diabete le differenze siano molto significative.

Figura 12. Tasso prevalenza diabete per ripartizione geografica, anni 1993-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Figura 13. Tasso prevalenza ipertensione per ripartizione geografica, anni 1993-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Un ulteriore elemento di ottimismo è la riduzione dei ricoveri, che rimangono in molti casi ancora la voce di costo diretto predominante: ad esempio, negli ultimi 5 anni i ricoveri ordinari per diabete si sono ridotti del 35,0% con un risparmio (potenziale) più contenuto ma comunque dell'ordine di € 5 mln.: purtroppo gran parte del risparmio per i minori ricoveri è stato assorbito da un maggior numero di DRG ad alto costo dovuti a complicanze, dimostrando un fallimento nelle politiche di prevenzione secondaria, che portano a ritenere ci siano ancora margini di razionalizzazione.

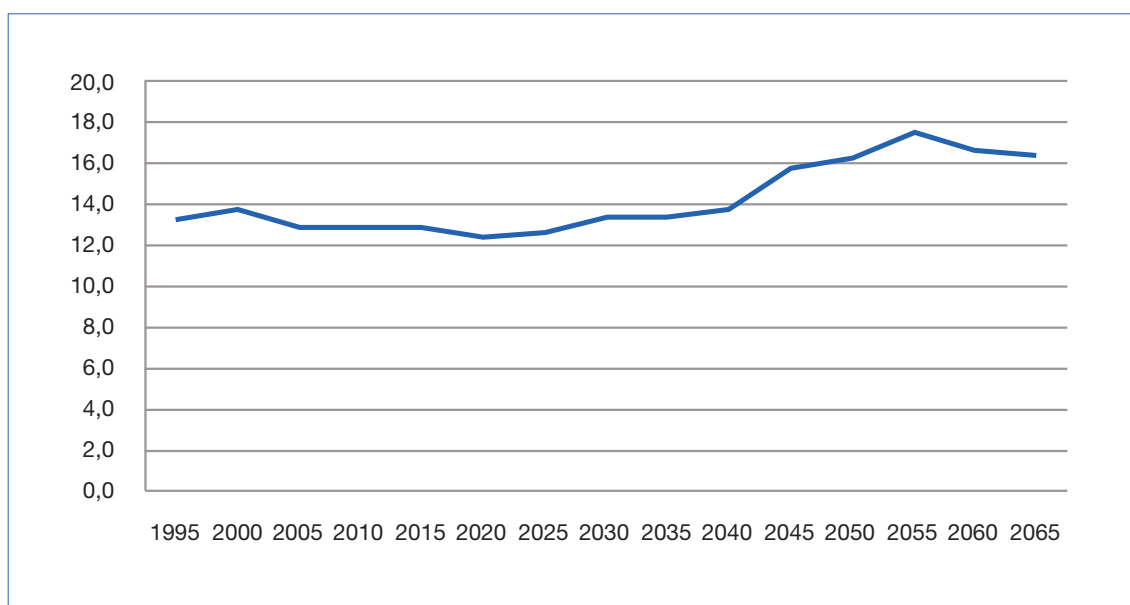
Uno studio sul ricorso al ricovero per lo scompenso cardiaco ha altresì mostrato come nelle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta dove è consolidato, e in Piemonte istituzionalizzato, il ricorso del regime all'ospedalizzazione a domicilio, i tassi standardizzati di ospedalizzazione ordinaria sono inferiori alla media italiana del 42,9%.

Evidentemente questi risparmi sono frutto della innovazione organizzativa, adjuvata dalla maggiore efficacia della prevenzione secondaria offerta dalle tecnologie diagnostiche e terapeutiche.

Ma la tecnologia offre anche un contributo diretto al contenimento dei costi in molti settori della cronicità, grazie alla perdita della protezione brevettuale di molte molecole: ad esempio, oggi il costo medio per DDD/pro die dei farmaci cardiovascolari in 8 anni (2004-2012) si è ridotto del 34,1%, riducendo proporzionalmente il costo della terapia cronica.

In definitiva, l'allungamento dell'aspettativa di vita è effettivamente una grande conquista e non necessariamente farà fare banca rotta al sistema, vuoi perché in alcuni casi parallelamente ad essa si allunga anche l'età di insorgenza delle patologie, vuoi perché gli investimenti in educazione e prevenzione primaria dimostrano una loro efficacia, vuoi, infine, perché le cure sono efficaci nel contrastare le complicazioni, e ancora perché via via si rendono disponibili terapie a minore costo.

Figura 14. Quota di popolazione che ha raggiunto i 10 anni dalla aspettativa media di vita alla nascita. Valori %, anni 1995-2065



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Si può, però, notare come la nota di ottimismo appena riportata, sia condizionata dalla capacità di adottare un atteggiamento proattivo, e quindi anche investire in innovazione in ogni branca della Sanità.

Così come in alcune aree della cronicità non è possibile un contrasto senza investimenti in educazione ai corretti stili di vita, così non si può razionalizzare l'uso degli ospedali (e aggiungere aumentare la qualità e l'umanizzazione dell'assistenza) senza investimenti in telemedicina (ma non solo), atti a promuovere nuove forme di assistenza a domicilio.

Purtroppo, la capacità di investimento sembra l'elemento di sistema più in sofferenza per effetto della crisi economica, specialmente nel settore pubblico (come abbiamo osservato nel precedente Rapporto e confermato in questo: si veda l'analisi del finanziamento e la spesa in investimenti fissi).

Sofferenza reale, ma peggiorata da norme la cui opportunità è discutibile: il recente obbligo per le strutture pubbliche di ammortizzare nell'anno gli investimenti fatti a valere sul finanziamento corrente, se certamente aiuta in termini di confrontabilità dei bilanci regionali, altrettanto certamente affossa la propensione all'investimento, oltre a rappresentare un vulnus nella logica del controllo economico-patrimoniale tipico delle aziende.

In ogni caso, senza investimenti, il SSN rischia di implodere a medio termine; una conferma viene dalla spesa farmaceutica, dove a fronte della perdurante stagnazione economica, la crescita nominale del *budget* farmaceutico (regolato dal tetto e sulla base di una credibile ipotesi di invarianza rispetto al PIL) per i prossimi anni è destinata a essere davvero minima, dell'ordine di € 150 e 300 mil. annui.

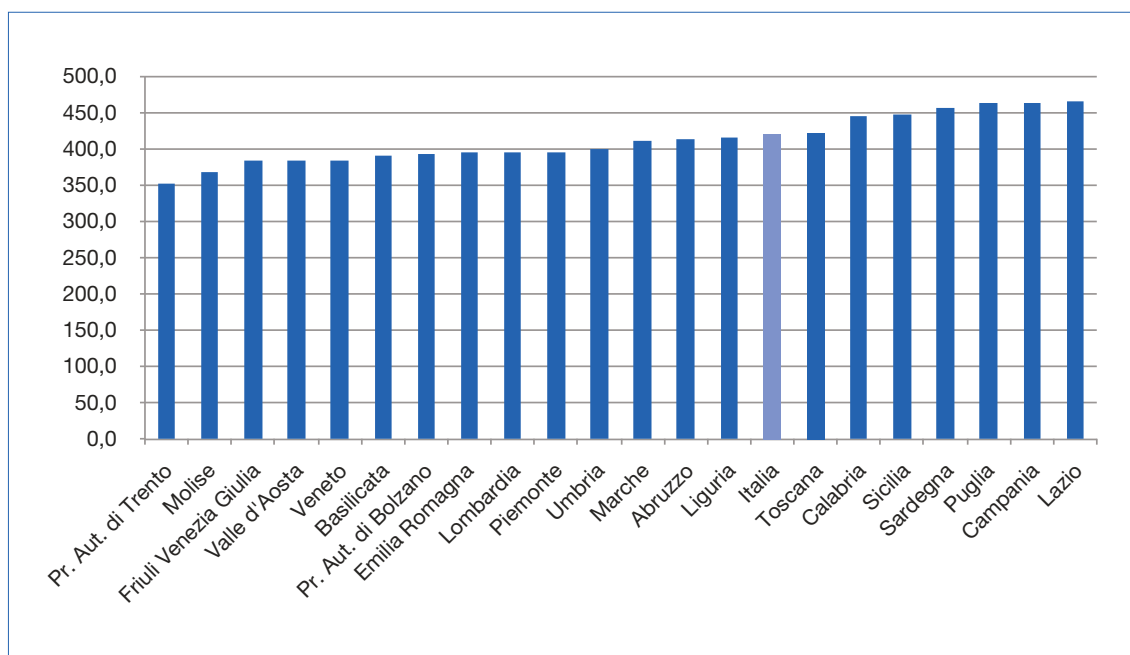
Un banale esercizio di *horizon scanning*, evidenzia al contempo che numero e impatto finanziario delle innovazioni alle porte (in primis gli anti-HCV per i quali è stato appena annunciato un accordo fra AIFA e azienda) è decisamente più rilevante. Il problema si appalesa ora, ma non è nuovo: per troppo tempo è, infatti, stato ignorato il segnale desumibile dalle determinate annuali dell'AIFA relative alla alimentazione del cosiddetto fondo per l'innovazione (che poi un fondo non è, trattandosi di un semplice meccanismo che permette riallocazioni di quote di mercato in favore delle imprese che commercializzano prodotti qualificati innovativi, ma sempre all'interno del budget complessivo): negli ultimi anni, infatti, le risorse per l'innovazione sono largamente state reperite grazie alle riduzioni di prezzo derivanti dalle genericazioni, le quali sono destinate a ridursi drasticamente nel futuro. L'"onda" dei risparmi dovuta all'ingresso sul mercato dei bioequivalenti è in via di esaurimento, e quella dei biosimilari è crescente, ma sarà certamente di minore intensità: ad oggi, la riduzione dei prezzi generata da questi ultimi varia fra il 10,0% e il 25,0%: seppur rilevante, applicandola ad un mercato dei biosimilari che nel breve-medio periodo è stimato in € 1,5 mld., a regime ci si può aspettare al più un risparmio di € 300 mil., sempre poi che nel frattempo non ci siano *shift* verso nuove molecole biologiche in arrivo sul mercato. Non di meno, i biosimilari, come già i bioequivalenti, sono fondamentali per garantire l'innescarsi del meccanismo competitivo, e per il risparmio prospettico che generano nella misura in cui abbassando il prezzo della "*standard care*", conterranno in futuro quello delle molecole

nuove in arrivo sul mercato. Ma si tratta più di un “investimento”, che non di un “borsellino” da cui attingere nel breve periodo.

In carenza di risparmi significativi derivanti dalle perdite di brevetto, la soluzione del problema del finanziamento dell’innovazione, secondo alcuni, sarebbe ancora nella eliminazione degli sprechi (nell’assistenza farmaceutica e non solo).

A tal fine, è opportuno notare che effettivamente le differenze regionali di consumo pro-capite sono evidenti e preoccupanti, specialmente dove assumono toni di irrazionalità, come nel caso del maggior consumo di farmaci a brevetto scaduto *branded* nelle Regioni più povere, che dovrebbero essere più sensibili al prezzo.

Figura 15. Spesa farmaceutica* regionale pro-capite. Valori assoluti (€), anno 2013



*Al netto dello sconto obbligatorio

Fonte: elaborazione su dati OsMed 2013

Ma per quanto sopra argomentato in tema di razionamenti, a cui si aggiunge l'esigenza di ridurre alcune aree di consumo inappropriato, ma anche di aumentare l'aderenza in altre, sembra davvero improbabile che i margini di razionalizzazione siano atti a finanziare l'innovazione in arrivo.

Esclusa (in via di principio) la possibilità di pagare tutta l'innovazione con i miglioramenti di appropriatezza, per aumentare la "capienza del fondo" non rimane che ipotizzare:

- una ripresa della crescita economica;
- la riallocazione di risorse da altri settori;
- la ridefinizione delle priorità dell'intervento pubblico.

Sul primo punto, evidentemente, le politiche sanitarie possono fare poco e la ripresa, per quanto auspicabile, non sembra essere alle porte.

Anche la riallocazione delle risorse trova ostacoli rilevanti, dati gli stringenti vincoli finanziari pubblici, che hanno già ridotto significativamente i *budget* pubblici anche negli altri settori di *Welfare*, tanto che possono risultare persino maggiormente sotto-finanziati della Sanità: possiamo citare il caso dell'Istruzione.

La strada da intraprendere per la sostenibilità sembra, quindi, pragmaticamente obbligata: la ridefinizione delle priorità degli interventi pubblici.

Ovviamente, la selezione degli interventi meritori dovrebbe riguardare tutte le aree della Sanità ma, a titolo di esempio, proveremo qui a declinarla in relazione alla sola assistenza farmaceutica, per la quale si dispone di più dati.

Per declinare il significato di selettività, appare opportuno ricondursi sempre al concetto di assicurazione sociale (a cui il SSN appartiene), che implica il trasferimento dei rischi individuali sulla collettività, ove ritenuto, evidentemente, meritorio l'accesso a determinate prestazioni.

Meritorietà che quindi implica l'accesso alle prestazioni, ma che equivocando è stato interpretato come disponibilità di una offerta pubblica gratuita: di fatto, l'accesso alle prestazioni non è ostacolato da carenze di offerta, bensì dalle condizioni economiche dei singoli; e, quindi, dall'eventuale impatto sui loro bilanci familiari delle prestazioni sanitarie.

Allora, appare evidente che l'obiettivo dell'universalismo è l'equità di accesso, ovvero garantire che l'impatto economico delle eventuali cure non sia catastrofico: garanzia che

dipende dal combinato disposto della condizione economica familiare e dal prezzo della prestazione fornita.

Rendendo il concetto con una esemplificazione, una cura del valore di pochi euro avrà un impatto importante solo per le fasce di popolazione economicamente più fragili, mentre una terapia molto costosa sarà inarrivabile per i più.

Accettando questa ottica, appare evidente il valore sociale di garantire l'accesso alle innovazioni (veramente tali), essendo per lo più costose, e di contro la limitata meritorietà dell'erogazione gratuita di terapie a basso costo, magari a cittadini di alto censo.

Contro questo approccio sono state avanzate obiezioni legate ai rischi di *opting out* o al valore in termini di coesione sociale dell'essere tutti uguali davanti alla malattia: obiezioni che, se pure siano anche considerate condivisibili, si scontrano con l'evidenza che neppure oggi siamo tutti davvero uguali, essendo i più abbienti sempre liberi di curarsi fuori dal SSN (ad iniziare dal ricorso all'intra moenia per non soggiacere alle liste di attesa, fino al ricovero in strutture private non accreditate o estere).

Con riferimento al settore farmaceutico, si può provare a dare una prima stima del potenziale impatto della selettività, notando come il 36,7% dell'attuale consumo di classe A sia a fronte di confezioni con prezzo inferiore a € 10, con punte in alcune classi terapeutiche che arrivano al 68,2% dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, e a seguire al 50,6% degli antimicrobici e al 39,2% del cardiovascolare.

Complessivamente, si tratta di un consumo che ammonta a circa € 3,25 mld. (di cui € 1 mld. per le confezioni sotto € 5) di cui basterebbe "selezionarne" la metà per garantire ampia sostenibilità alle innovazioni.

Ovviamente il ragionamento va raffinato, ragionando per costi terapia e non per confezioni. E anzi, non ignorare il crescente impatto delle comorbidità, va fatto per costo complessivo mensile o annuale delle cure.

In altri termini, la selettività passa per una radicale riforma delle esenzioni e delle compartecipazioni: le prime lasciandole solo per coloro che davvero non possono destinare alcuna somma per le proprie cure, e per le seconde prevedendo una "franchigia" fissa sul

consumo articolata per reddito (o, in generale, su un indicatore della condizione economica).

La ovvia osservazione è che stante la poca credibilità delle dichiarazioni a fini fiscali, non sarebbe equo un approccio come quello delineato: ma se l'Italia non dovesse ritenersi capace di sanare l'annosa questione dell'evasione, va ammesso che non può permettersi sistemi di *Welfare* universalistici basati sul diritto di cittadinanza; il SSN universalistico è certamente la scelta più equa in condizioni di accertamento credibile dei mezzi, ma diventa profondamente iniquo se i più poveri pagano con le proprie imposte la Sanità gratuita ai più ricchi.

5. Proposte

Come negli anni trascorsi, i ragionamenti precedenti implicano conseguenze che da ultimo evidenziamo, con l'auspicio di poter fornire un contributo alle politiche sanitarie.

Probabilmente il termine "proposte" non è corretto, in quanto tali ancora non sono, essendo solo abbozzate: e rimandando ad una fase successiva l'onere dell'approfondimento necessario per la loro implementazione.

Citando, in un ordine che non riesce ad essere strettamente di rilevanza, gli aspetti emersi dalle analisi contenute nel Rapporto, possiamo elencare come punti qualificanti da inserire nell'agenda del dibattito sanitario:

1. l'opportunità di avere un quarto LEA per la prevenzione, estrapolandolo dall'Assistenza Collettiva e ricongiungendoci tutte le attività collegate, in modo da garantire che ci sia un vincolo di destinazione delle risorse e una possibilità di controllo sulla destinazione degli investimenti (urgentissimi in tema di stili di vita e prevenzione primaria);
2. la riforma strutturale e in una logica selettiva, delle esenzioni e delle compartecipazioni, lasciando l'esenzione solo alle famiglie in assoluto più fragili e modulando la compartecipazione in base alla condizione economica, estendendola a tutte le prestazioni;

3. la creazione di un fondo vincolato per l'innovazione, in particolare quella farmaceutica, la cui *governance* è molto stretta, alimentabile con le compartecipazioni o al limite con il *delisting* delle terapie a bassissimo costo;
4. la riforma e il coordinamento degli istituti che comportano erogazioni per i non-auto-sufficienti, riunificando le regole di accesso (ad esempio con regole comuni relative alla valutazione multidimensionale) e garantendo una *governance* unica del sistema;
5. il potenziamento degli strumenti di valutazione delle *performance*, specialmente qualitativa, allargando la partecipazione alle valutazioni a tutti gli *stakeholder* del sistema, e integrandone poi i risultati nelle regole di accreditamento, in modo da condizionare la permanenza sul mercato delle strutture, oltre che all'equilibrio finanziario, anche all'eccellenza assistenziale e organizzativa (fra cui l'uso della ICT), il tutto misurato secondo le regole della revisione fra pari;
6. il ripensamento dell'aziendalizzazione, garantendo l'omogeneità delle valutazioni delle *performance* aziendali e, quindi, una maggiore *accountability* dell'attività dei Direttori Generali e delle Aziende; rianalizzando anche gli impedimenti normativi all'esplicarsi della reale autonomia aziendale e ripensando un modello che di fatto non prevede sanzioni di mercato per le strutture inefficienti;
7. un maggiore e più coordinato investimento nei sistemi informativi, sia per ciò che riguarda le aree ancora scoperte (residenziale, domiciliare, etc.), sia per quanto concerne l'armonizzazione dei dati al livello nazionale e internazionale.



Executive summary

**Investments, Innovation and Selectivity:
mandatory choices for the future of the IT-NHS**

Executive summary

Federico Spandonaro – CREA Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

1. The context

This last year of healthcare policies seems to have been under the sign of maintaining the existing, namely “withstanding” the growing difficulties caused by the current economic context.

The economic crisis is continuing and it is worsened by its extensive duration, accumulating the effects on families and industries; but the situation has also become more serious due to the psychological effect deriving from continuously retracted news of an impending recovery – something that progressively establishes a general setting of pessimism.

It is therefore not surprising that the “Patto per la Salute” (namely the “Health Agreement”) between the Government and the Regions (that both should be acknowledged for the effort sustained in reaching a conclusion) is reassuring about the funds allocated to the IT-NHS (that are not slashed in nominal terms), but refers once again to the (re)definition of the LEA (Essential Assistance Levels): the true essence of the Agreement, which entails the definition of a balance between available resources and guaranteed assistance, is so still suspended.

Moreover, one can predict that all decisions are influenced by the absence of credible economic recovery prospects, especially since they imply to set priorities (always politically difficult) or the necessity for investments (financially burdensome to sustain in times of recession): the choice, which may be defined as worthy of Pontius Pilate, is that of postponing strategic decisions presumably while awaiting better times ahead.

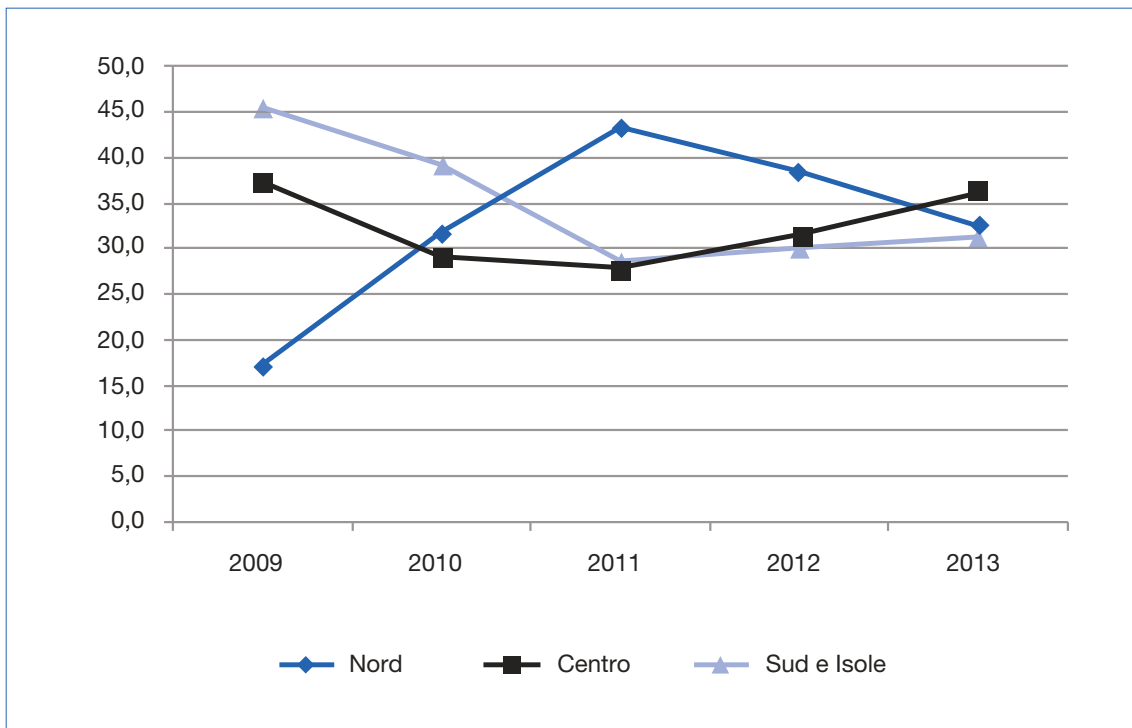
But the “Health Agreement” officially opens up a new institutional source, one that has been anticipated at length.

Albeit with all due caution, the *incipit* of the regulation clearly states the political conviction that federalism in Health has proven to be a “failure”, a harbinger of unwarranted inequality in the eligibility of rights at the local level; moreover, reading further on, the position fades due to repeated references to the “untouchable” nature of regional autonomy.

But anti-federalism positions do not observe figures with an objective outlook and, although it would be reasonable to reconsider the balance between powers, there still does not seem to be any sort of clarity regarding modalities nor regarding the identification of actual critical issues.

Undoubtedly the passage towards federalism was especially willed for reasons of responsibility, mostly of a financial nature; from this point-of-view it has objectively not been a failure: the deficit has been reduced by approximately 75%. So much so that presently (and at least temporarily) the problem can be considered solved (with a few specific and identified exceptions, of which the only quantitatively prominent one is the Lazio Region that on its own in 2013 amounted to 36.2% of the entire national deficit). On the other hand, it is obvious how federalism has been established hastily in Italy; therefore, it would also be normal to forecast the gradual solution of critical factors, first and foremost a correct balance between regional autonomy and unitarity of the system.

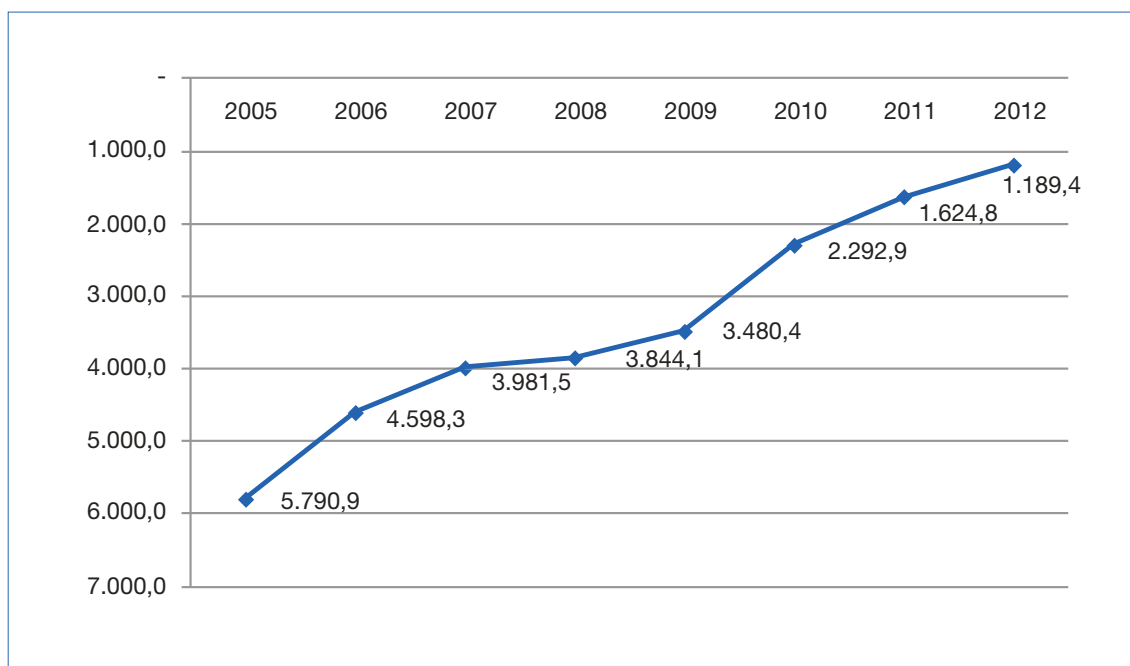
Figure 1. SSN deficit concentration net of coverage by geographical allotment.
Percentage, 2009-2013



Source: CREA Sanità elaboration according to Corte dei Conti data

Between 2005 and 2012, the overall deficit (referring only to the Regions with negative operating results) was reduced to 79.5% - going from €5,790.9-million to €1,189.4-million.

Figure 2. IT-NHS deficit trend (€ million), 2005-2012



Source: CREA Sanità elaboration according to Ministry of Health data

Overcoming the financial emergency perhaps represents the only most outstanding evolution of recent healthcare policies; finally allowing it to move to the next step (one that is not explicit, yet evident) that is “stage two” of reconstruction. In fact, this means going from the mere evaluation of savings to that of efficiency, attempting to verify the degree in which financial balance is accompanied by the quality-quantity adjustment of delivered services.

Following years of policies, necessary ones, but policies risking to be exclusively of an accounting nature, transitioning to broader reasoning would be fundamental – even that of an economic aspect. At the same time, the challenge regarding evaluation is now certainly more complicated both at a methodological level and in terms of the management of its consequences.

First and foremost one must admit that, on a quantitative basis, most of the “savings” can presently be attributable to actions taken in the private provider sector, including phar-

maceutical expenses and the purchase of services from private accredited facilities: the figure clearly arises from the comparison between growth rates of these items and that of direct expenditure of public facilities.

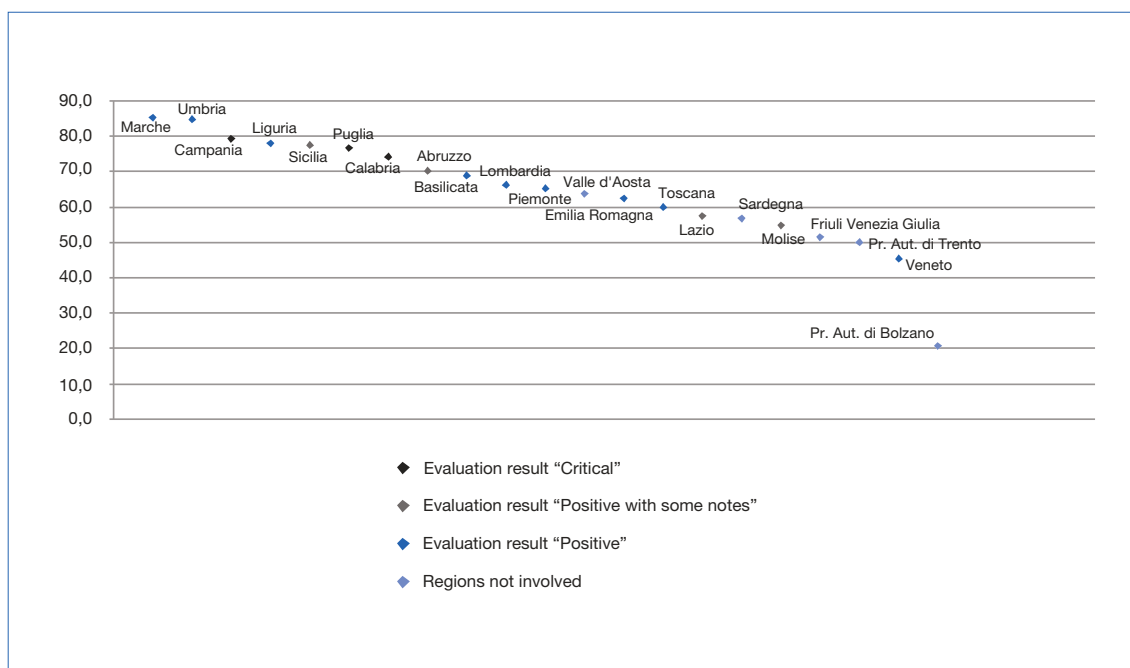
Therefore it is not obvious that policies of regional centralization (beginning with procurement centralization, but generally including obligations that are growingly tighter for the autonomy of single healthcare and hospital authorities) have produced blatant effects on savings.

On the other hand, over the past decade, a reduction of 28,738 hospital beds in acute patient wards (equal to 20.0%) demonstrates a positive impact of healthcare policies aimed at rationalizing the system, but it has only been partially followed by the rationalization of staff – a necessary factor for generating savings: the latter have only been reduced by 9.0% and largely due to the natural effect of a constraint to recruitment rather than on radical reorganization activities.

More than two decades later, the transformation of local health authorities and public hospital in “firms”, and along with it the role of business *management*, must be reassessed: of course the latter must be given credit for having accommodated national and regional policies, adapting organizations so as to avoid a disastrous impact on the population; but considering the present setup (taking into account trade union relations, as well as procurement procedures), it seems difficult to truly establish a solution of continuity in the public dispensing system.

In quality terms, namely terms of appropriateness of assistance supply, the fundamental tool for this new stage is the so-called “LEA grid”: once again, it seems worthwhile delving into its capacity to intercept deficiencies since (at least in one case) a Region promoted with honours (in addition to being a *benchmark* for the so called *standard* cost assessment) is conversely characterized by an excess of renunciations from healthcare services for economic reasons.

Figure 3. Share of population renouncing healthcare services for economic reasons vs. ministerial assessment of “maintaining LEA delivery” performance



Source: CREA Sanità elaboration according to Ministry of Health and Istat data

Actually the Italian SSN National Health Service, as we shall observe subsequently, can easily be promoted in financial terms and (for the present) even in economic terms; but for the time being the real challenge is estimating the effects of these policies in the medium-long term, particularly regarding those *trends* that have led our country to positions of worldwide excellence, in respect to all the major associated indicators of *outcome*: from life expectancy, to life expectancy in good health, from the infant mortality rate to the avoidable one.

Part of the scientific community fears that the recovery plan has already set off a process of involution within overall health levels. This hypothesis must certainly be carefully investigated, even more so in the wake of the dramatic effects of slashes to the public

Healthcare *budget* that may be observed in East European countries following the downfall of the Soviet Bloc.

In any case, it can be clearly observed that the present risk is that of a destructive involution: emerging from the slump implies having enough courage to invest in the future, even in the field of Healthcare, and thereby break that vicious circle by which the economy, and the Italian society as a whole, might slip into and thus head towards (and not in gradual terms) a downwards trend.

From this standpoint, as usual, Italian Healthcare represents a precious benchmark since it is very sensitive towards all trends investing our society.

In fact, it seems as if it is “withstanding” (as illustrated in various chapters of the Report), but does not seem to have the strength to “raise its head again” since it had fallen under the burden of that unresolved matter involving misspending and saving potential.

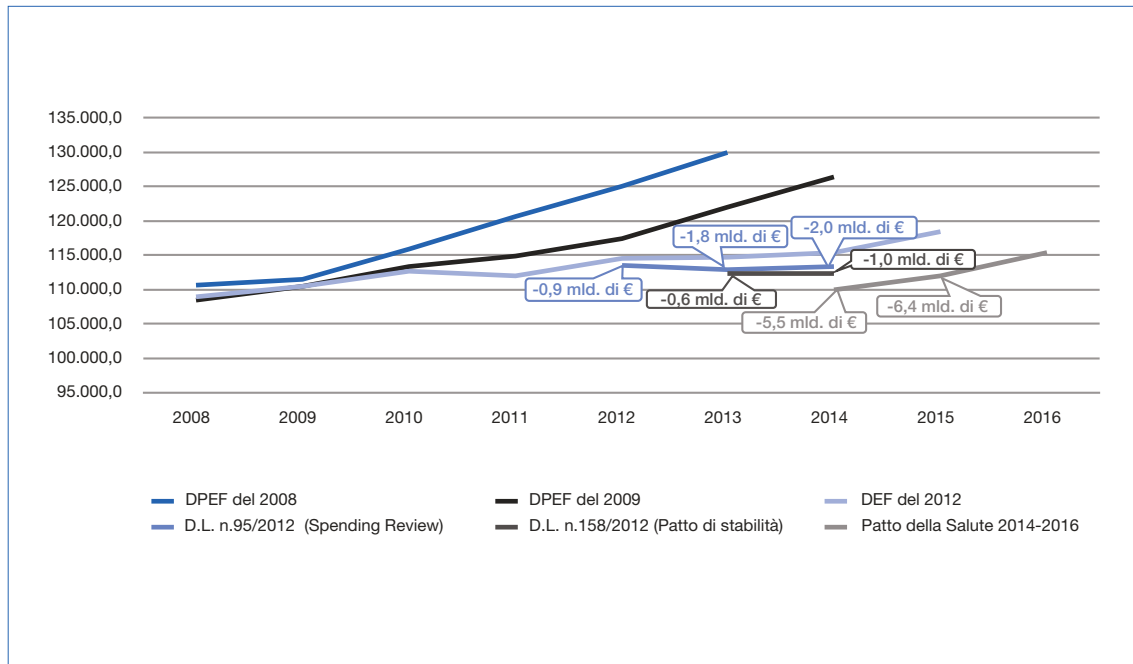
Our Minister has bravely recognized that there is no longer any place for slashes to Healthcare and saving produces by inefficiency recovery must remain in the field of healthcare.

Nevertheless, a degree of uncertainty still remains in the debate: should recovering efficiency be possible, and it is, why should this not be translated into savings?

The answer to the question, that struggles to be declared openly, is that already today these inefficiencies imply implicit rationing of the LEA (which will be discussed subsequently); therefore restoring the correct conditions of rights enforceability should become a priority and an ethical duty.

Should the aim be for the present government *spending review* to lead towards savings, with the social agreement maintaining transparency, the LEA should be explicitly reformulated presumably by reducing some coverage: a politically difficult decision, that brings us back to the explanation (otherwise unexplainable) for the absence of LEA upgrading within the “Health Agreement”.

Figure 4. Health public budget forecast (€), 2008-2016



Source: CREA Sanità elaboration according to 'Corte dei Conti', 'Spending review' 'Patto per la Salute' data

2. The economic aspect

For the past few years, the Report has been indicating how the debate regarding over-under funding in the Healthcare sector has been formulated in an erroneous manner: public intervention has essentially equitable grounds and its financial determination has fundamentally political contents, since it does not involve public decision-making regarding the global amount of healthcare expenditure (25.0% of which is actually made up of private expenditure), but rather the levels of services to be guaranteed regardless of one's economic situation.

In other words, the share of public expenditure regulates redistribution levels and therefore equity of the system itself; the optimal (efficient) share of healthcare expenditure

instead essentially depends upon decisions of direct expenditure of households, in addition to the capacity of education policies to break down information disparity – allowing families the chance to allocate their resources in a rational manner. In summary, we assume that rational behaviour is non-nearsighted, one that keeps from neglecting/postponing health-care requirements, causing damage to health in the average-long term, making today's choice an inefficient one. Yet harbouring some doubts about the latter point can also be considered legitimate.

Although we stand in the last ranks at the international level relating for investments in prevention (of which education is an integral and priority part), probably only as a result of (one of the many) national oversights regarding the importance of providing data coherent to international standards, there is no doubt that, over the last few years, investments in the field of prevention have been lagging behind.

When considering Italy's modest *performance* in terms of the dynamics of some of the risk factor indicators (especially childhood obesity and reduction of tobacco consumption), here considered indicators of the success in health-promotion policies, what is clear is the effect of ongoing disinvestment; however, this collides with one of the cornerstones (one that is still completely modern) of the law instituting the SSN itself.

In particular, as reported by some research conducted by the Ministry of Health (Okkio alla Salute 2013), since 2008 to date there has been a slight reduction in the rate of overweight children in the 8-9 age bracket and obese children, «yet Italy still remains at the top of the European list of overweight children».

Table 1. Indicators of success in health-promotion policies EU15 countries

Country	Alcohol consumption (litres pro capita) Diff. % 2012 vs. 2000	Daily smokers aged 15+ (per 100 people with same characteristics) Diff. % 2012 vs. 2000	% obese population (self-declarations) Diff. % 2012 vs. 2000
Austria	-10,9	n.d.	n.d.
Belgium	-9,3	-3,6	+1,7
Denmark	-29,0	-9,6	+3,9
Finland	+8,1	-6,4	+4,6
France	-15,7	-2,9	+5,5
Germany	-14,7	-2,4	n.d.
Greece	-7,1	+3,9	n.d.
Ireland	-18,3	+2,0	n.d.
ITALY	-34,4	-2,3	+1,8
Luxembourg	-13,0	-9,0	n.d.
The Netherlands	-7,9	-13,6	+2,6
Portugal	-10,7	n.d.	n.d.
Spain	-11,7	-7,8	+4,0
Sweden	+17,7	-5,8	+2,6
United Kingdom	-1,9	-7,9	n.d.

Source: CREA Sanità elaboration according to OECD (2014) data

Moreover as illustrated in Table 1, taking the 2000-2012 trend into consideration (or most recent years of which results are available), while there is a reduction of *pro capita* alcohol consumption in Italy between the years 2000 and 2012 (-34,4%) more than in other countries, it is likewise true that the reduction in the percentage of smokers in the 15+ age bracket during the same period (-2.3%) is the lowest figure recorded in EU15 (except for Greece and Ireland, where an increase has been reported).

While it is very difficult to draw solid conclusions on the subject defining an efficient level of healthcare expenditure, it can be serenely sustained that very little is actually spent on Italian Healthcare (obviously compared to countries with a similar level of economic de-

velopment), both at the public and at the private level.

We reported this last year, attempting to bring the enduring debate about Healthcare misspending into a channel of reasoning supported by empirical evidence or at least supported by common sense.

Over the course of the year, our alarm has been confirmed by OECD hearings with Institutions: as a matter of fact, the estimate drafted by the international organization regarding the gap between Italy and other developed countries was even greater than the figure we had recorded in our previous Report.

The observation stating that Italy spends very little for Healthcare seems to have slowly become a breakthrough and may perfectly be summarized in the above-mentioned position assumed by the Minister of Health.

Regarding the dimension of misspending, that can be eliminated and reinvested, there continues to be a lack of clarity, based upon “perceptions”, “anecdotal estimates” or debatable *benchmarking* exercises (due to the absence or lack of indicator standardization).

It is an incontrovertible fact that the gap between Italy and EU14 countries *pro capita* expenditure continues to become broader and at a rather impressive rate: last year, compared to 2002, the gap increases by 5.7%, reaching a figure of 25.2%.

One must observe that the gap in terms of GDP has grown at a slower rate: during the last year increases by 4.8%, reaching a level of 13.8%.

Should we report figures regarding total expenditure of the population over the age of 65, then this gap would be even more dramatic – in 2012 reaching a figure of 34.9%.

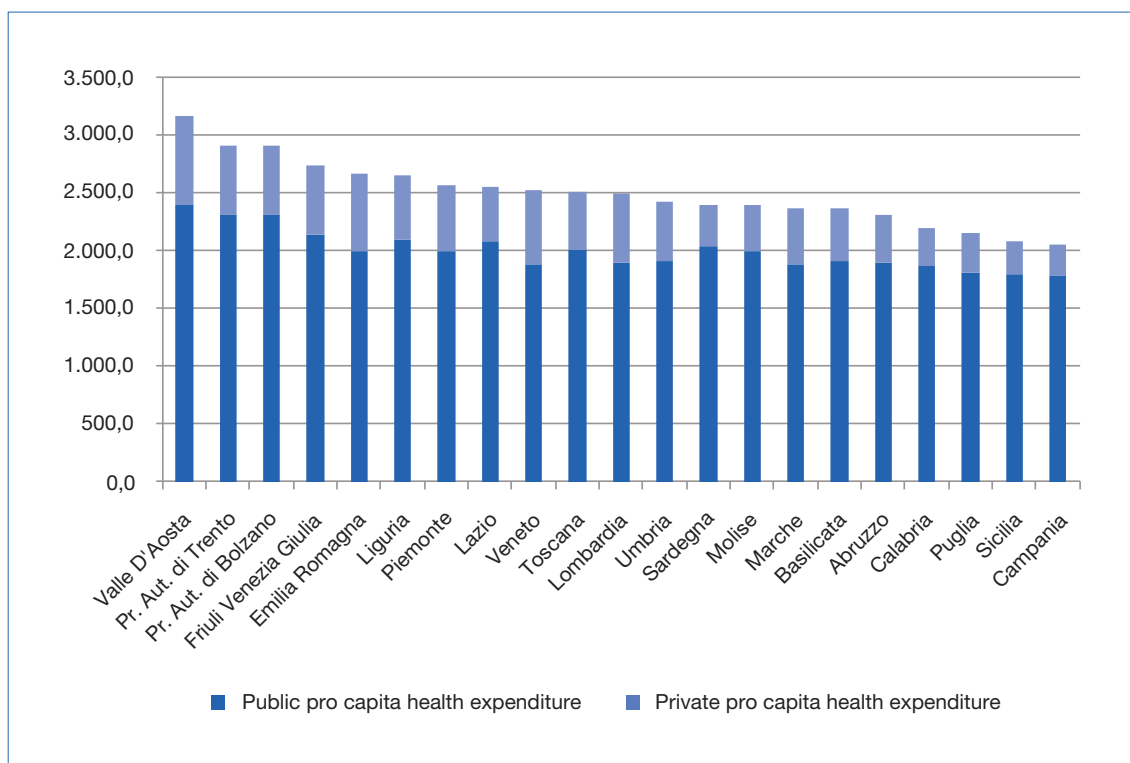
The figure is significant *per se*, while its dimensions regarding specific breakdowns are even more so: at the geographical level, there is a 20.1% gap between northern Italian regions and EU14 countries (compared to a 4.0% GDP gap in favour of northern Italy), whereas the gap in southern Italy is an explosive one – reaching 33.3% (compared to a 42.1% GDP gap).

The above-mentioned regional figures bring to light how the institutional framework of the Italian SSN has allowed a very important redistribution by dimension, hence curbing the effects that the economic lag in southern Italy might have on the right of access to healthcare assistance: but the differences remain so vast as to actually seem insurmountable,

underlining the umpteenth failure of Italian economic policies and their direct effects on Healthcare.

The difference in *pro capita* expenditures between northern Italian Regions (and particularly those with a special statute) and southern ones is still truly outstanding: between Valle d'Aosta and Campania the difference in expenditure is equal to 53.8% (€ 3,169 vs. € 2,061).

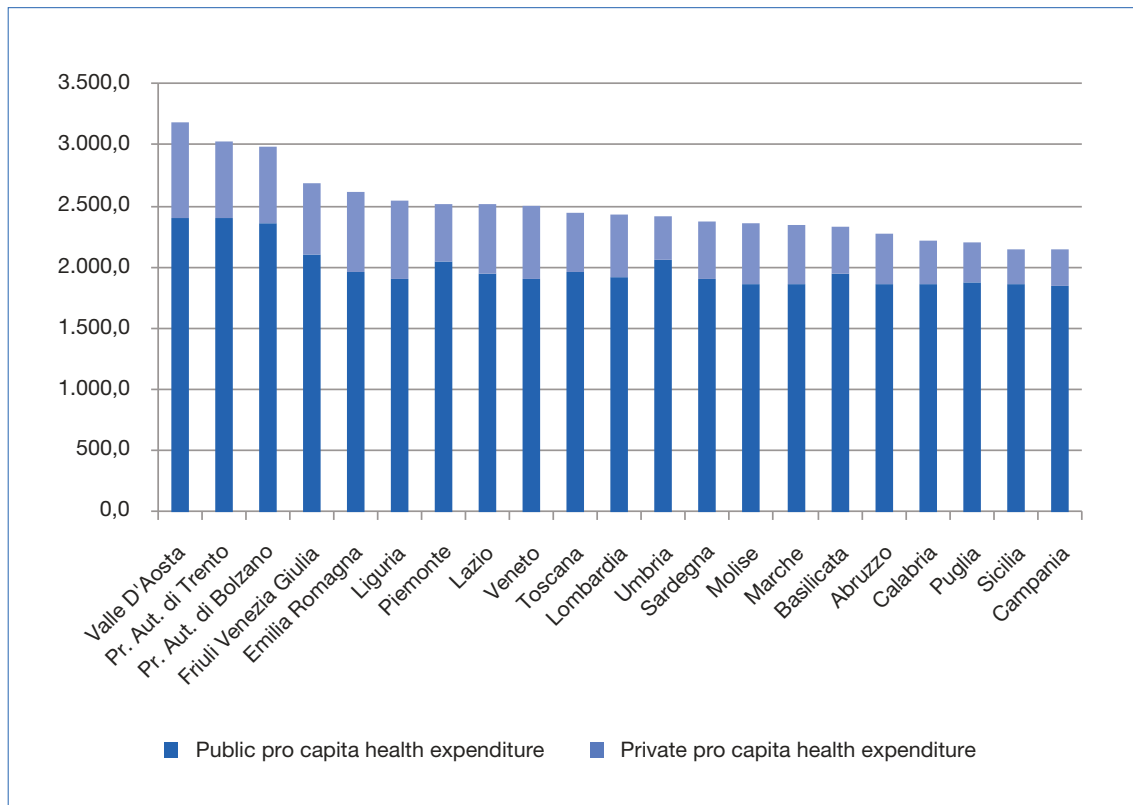
Figure 5. Public and private *pro capita* health expenditure (€), 2012



Source: CREA Sanità elaboration according to Ministry of Health and Istat data

The above-mentioned reasoning can still be confirmed even after eliminating the demographical effect: despite a significant reduction and some shifts in the ranking: between Valle d'Aosta and Campania there is an expenditure gap equal to 48.3% (€3,184 vs. €2,147).

Figure 6. “Standardized” public and private pro capita health expenditure (€), 2012



Source: CREA Sanità elaboration according to Ministry of Health and Istat data

The correlation between expenditure and quality of services is evident and “natural”: expenditure and quality are associated positively and this arouses the problem of efficient resource allocation. In fact, Art. 119 of new title V of the Italian Constitution provides for the possibility of central resource institutions to «deliver additional resources aimed at promoting economic development, social cohesion and solidarity, erasing economic and social disparity» yet the economic situation and the lack of resources actually devoid this instrument of its contents. It ensues the risk that existing gaps, ultimately undermining the sustainability of federalism, cannot find a way to be dealt with and reduced.

One of the principal reasons behind this disparity between southern and northern Regions is the different manner in which families resort to *out of pocket* expenses.

At an extent that is presently relevant, this “unburdens” the public system from expenses and helps in maintaining sustainability: this is the case for class A drugs (eligible for public reimbursement) that are directly purchased by the families themselves; between 2009 and 2013, the said expenditure has increased by 37.8%, today having a 6.1% burden on Liguria Region expenditure (€25.5 *pro capita*), versus 0.8% for the Molise Region (€3.0 *pro capita*).

Similarly pharmaceutical copayments (hereby used as an example) have a greater effect in southern rather than northern Italy (7.7% of drug treatment expenditure in the Sicily Region, versus 2.2% in the Autonomous Province of Bolzano); in order to keep *pro capita* levels comparable, considering the different and greater number of subjects exempted, the impact on paying customers in the South becomes truly significant and (ultimately) unfair.

The gap in public expenditure compared to EU14 countries is by now (as has been illustrated above) equal to 25.2%, but even that pertaining to the private sector has reached 23.3%.

This immediately suggests connecting the “collapse”, albeit a temporary one, of private expenditure with the phenomenon of refraining from being treated: but the debate has stopped at an exceptionally superficial level in the sphere of this subject. This is due to the fact, which has already been brought to light, that the frequency of those who refrain from being treated not only depends upon family income: the frequency of renunciations is very high even in those Regions considered as being efficient and wealthy. In addition, approximately 38.5% of private expenditure seems to be poorly classified to say the least: expenditures for drug treatment surveyed by the Istat, which also acts as benchmark in international comparisons (hence confirming the lack of attention by Italian institutions in this sense), are higher than Osmed ones (class A-private, class C and over-the-counter drugs), of €4.735-billion. It seems difficult to believe that this truly deals with medicine (unless this eventually encompasses a share of homeopathic drugs) and hence a question arises regarding the breakdown of private expenditure: in fact, this residual expenditure is equal to three times what families spend in copayments, although already believed by many to be no longer sustainable.

In other words, either private expenditure stands on the verge of non-appropriateness and thus it is untrue that families (on the average) cannot support other shared costs, or

part of worthy consumptions completely escape the logic of public reimbursement.

In closing the subject of comparing levels of healthcare expenditure between Italy and EU14 countries, it should be noted again that the above-mentioned gaps have most certainly been underestimated due to more unfavourable Italian demographics (a higher average age would in fact warrant greater expenditure), but also due to fiscal choices (i.e. the VAT tax applied on drug treatment in Italy is significantly higher than the average – except for Germany – and this artificially inflates the Italian expenditure) and the debatable homogeneity of Italian data compared to international standards (as is the case for private expenditure for drug treatment). However, there is no doubt that this gap (albeit a nominal one) is extremely significant and principally demonstrates some worrisome dynamics that distance it from European levels.

3. Rationing

As argued beforehand, although the Italian healthcare system (on the average) maintains high *outcome* levels and lately has greatly improved from a financial standpoint, it still is incapable of significantly reducing regional and even local differences, although this objective was one of the foremost ones underlying the abandonment of the previous mutualistic system – yet it still remains the one furthest from being attained.

Resting on the laurels of recognition (more at an international, rather than a national level) for the efficiency of the system would be a rather nearsighted exercise: the “durability” of the system over time and health levels are certainly the final objective. Limiting one to financial adjustments is certainly not enough: therefore, current issues must be analyzed while always addressing arguments towards medium-long term strategies.

As aforementioned, the “suspended” element of the system is that regarding the definition of priorities, namely the redefinition of the LEA; for the sake of completeness, we wish to also mention incentives towards quality (another subject that has been forgotten) as demonstrated by the fact that guidelines of the 1992 reform have practically remained a “lifeless letter”: the culture of quality *accountability* is still struggling to spread, as can be

derived from the scarce use and circulation of the results reported in the national “Programma Esiti” (Outcome Measurement Programme). We will no longer touch upon this subject in this paper, since it has already been dealt with in previous Reports.

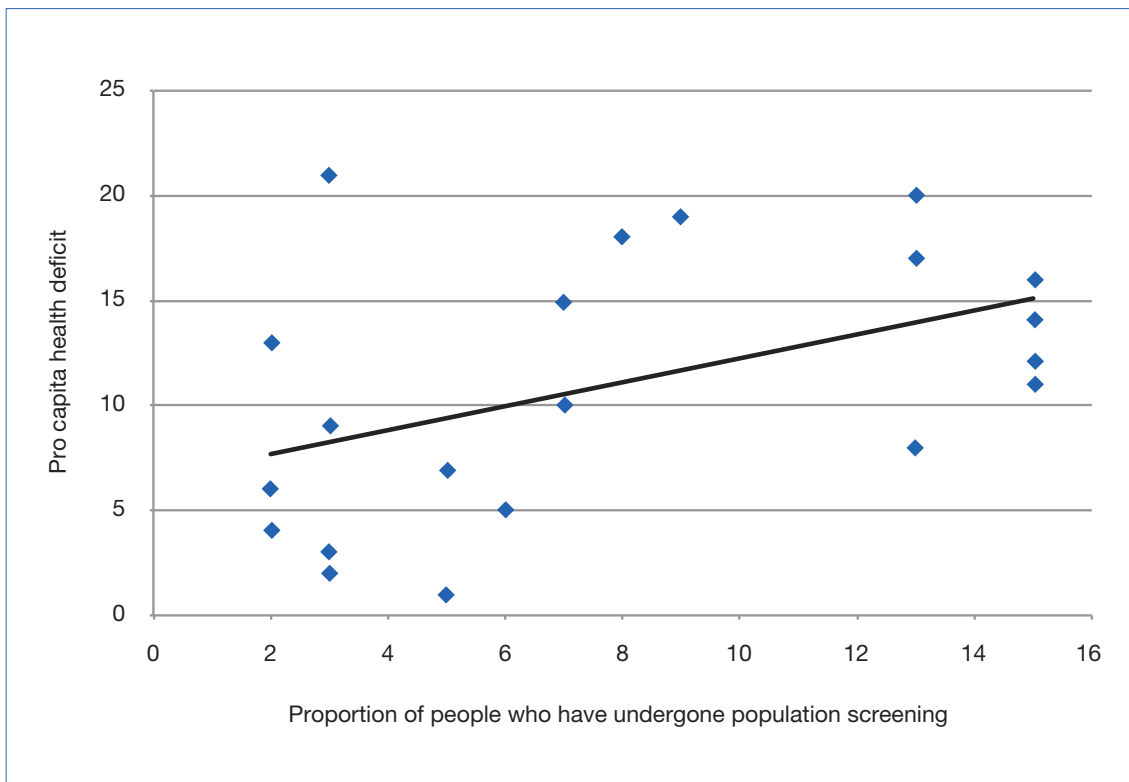
So returning to the subject of priorities, in order to make way for innovations that are pressing to enter into the clinical practice, it is certainly necessary to eliminate from the LEA list all obsolete services, those no longer endowed with evidence and appropriateness. But in the updating process, a fundamental role is played even by the dimension of current rationing, namely inserted services which still possess access barriers that should be removed. In other words, not only substitutions count in order to foresee whether the revision process might be established at “zero cost”, but so does the actual level of current response.

The subject of rationing tends to be dismissed by refuting its existence and leaving single patients or their *advocacy* associations with the burden of presiding over the area of rights enforceability. Consequently, aggregate estimates that indicate eventual risks of rationing are limited.

Some data might be able to support the thesis regarding the existence of rationing: for example that of adhesions to population *screening*, which are mandatory for regional healthcare systems and certainly a key element of the LEA concept in the field of prevention; the data is undoubtedly distorted by lack of so-called spontaneous *screening*; moreover, data analysis must take into consideration that even differences in social-economic factors certainly influence the behaviour of different regional populations; yet none of these factors can justify the tardiness in removing differentials.

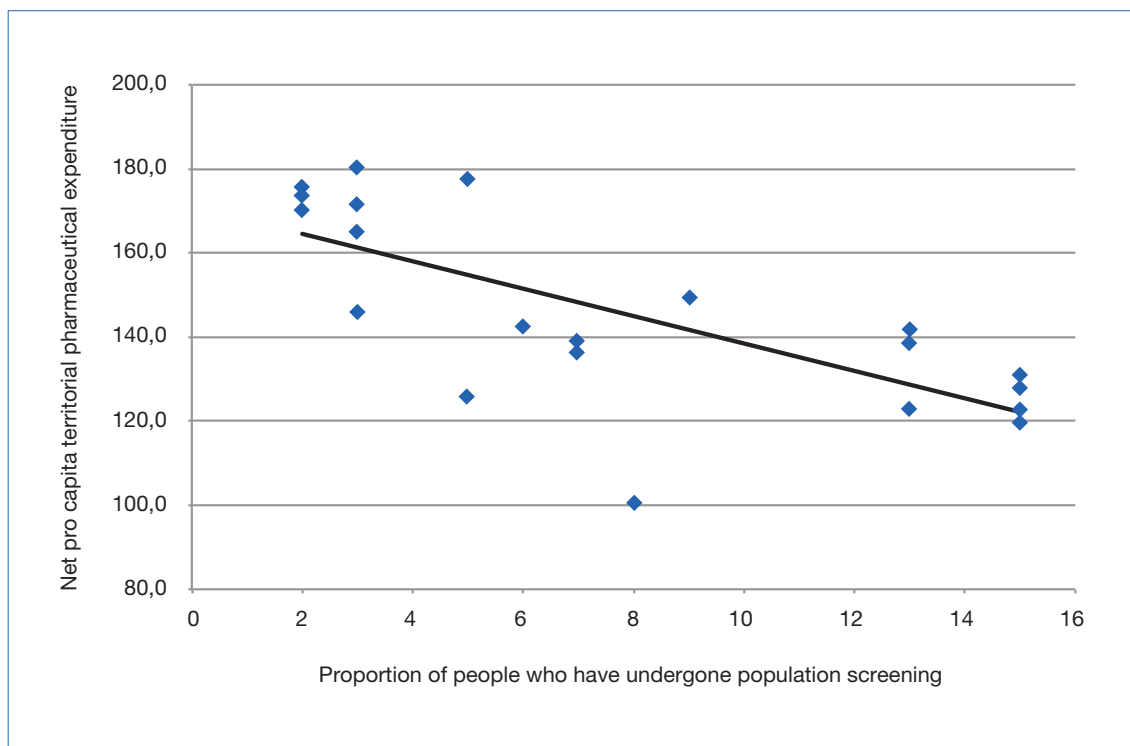
In fact, the data illustrates an unacceptable regional variability: should one consider the score assigned by the Ministry of Health by calculating the proportion of people who have undergone population screening tests for uterine cervix, breast and colorectal cancer, scores go from 2 for Calabria, Puglia and Campania to a score of 15 assigned to Veneto, the Autonomous Province of Trento, Emilia Romagna and Valle d’Aosta. Scarce participation in prevention screening tests can positively be associated to health deficits (Figure 7) and negatively to an appropriateness indicator such as territorial *pro capita* pharmaceutical expenditure (Figure 8).

Figure 7. Pro capita health deficit vs. proportion of people who have undergone population screening, for uterine cervix, breast and colorectal cancer (score), 2012



Source: CREA Sanità elaboration according to Ministry of Health data

Figure 8. Net pro capita territorial pharmaceutical expenditure (€) 2013 vs. proportion of people who have undergone population screening for uterine cervix, breast and colorectal cancer (score), 2012



Source: CREA Sanità elaboration according to Ministry of Health and OsMed data

In other words, unjustified rationing comes to light, also associated to reasons of a financial nature, despite this attitude in perspective has been a harbinger of further mis-spending (compared to evitable cases or those treatable thanks to early diagnosis, which were not detected in time).

Yet more evident is rationing on the innovations side: within this sphere, the subject of delay of drugs reaching the market has been widely analyzed and, despite improvements in the *market access* process, Italian time schedules are still longer than the average.

But the access to reimbursement list represents availability of therapy only “on theory”.

Actual access to the market must be more correctly measured with the “quantity of therapy” that is actually made available to patients: in fact, it is obvious that even once the drug has been approved and inserted into national and regional lists, this still does not imply that the said drug is actually available at the patient’s “bedside” - if anything, insufficient supply might be triggered by an insufficient budget.

In order to understand whether this hypothesis might have some foundation, we might observe the data regarding *pro capita* use of “innovative” products: with a certain degree of approximation, herein we consider “innovative” (aware of the difficulties that arise for an agreement regarding the contents of the term) drugs that have been approved by the EMA over the past 5 years (hence rightly considered “new”), we can compare the Italian consumption levels, in standard units, with those in France, Germany, the United Kingdom and Spain.

Table 2: Pro capita (standard units) consumption in Italy by therapeutic area – EMA-approved products in the last 5 years. Index numbers Big UE=100

Antineoplastic agents and immunomodulators	46,6
Antimicrobial agents	79,1
Blood and blood-forming organs	29,3
Central Nervous System	43,9
Gastrointestinal and metabolism	35,7

Source: Farmindustria elaboration according to IMS data

The resulting general picture seems clearly evocative of a possible situation involving implicit rationing: it varies from a level equal to 80.0% in pro capita use of antimicrobial agents, to 35.7% for gastrointestinal and metabolism treatment; with truly relevant differences compared to other European countries that argue in favour of excluding explanations

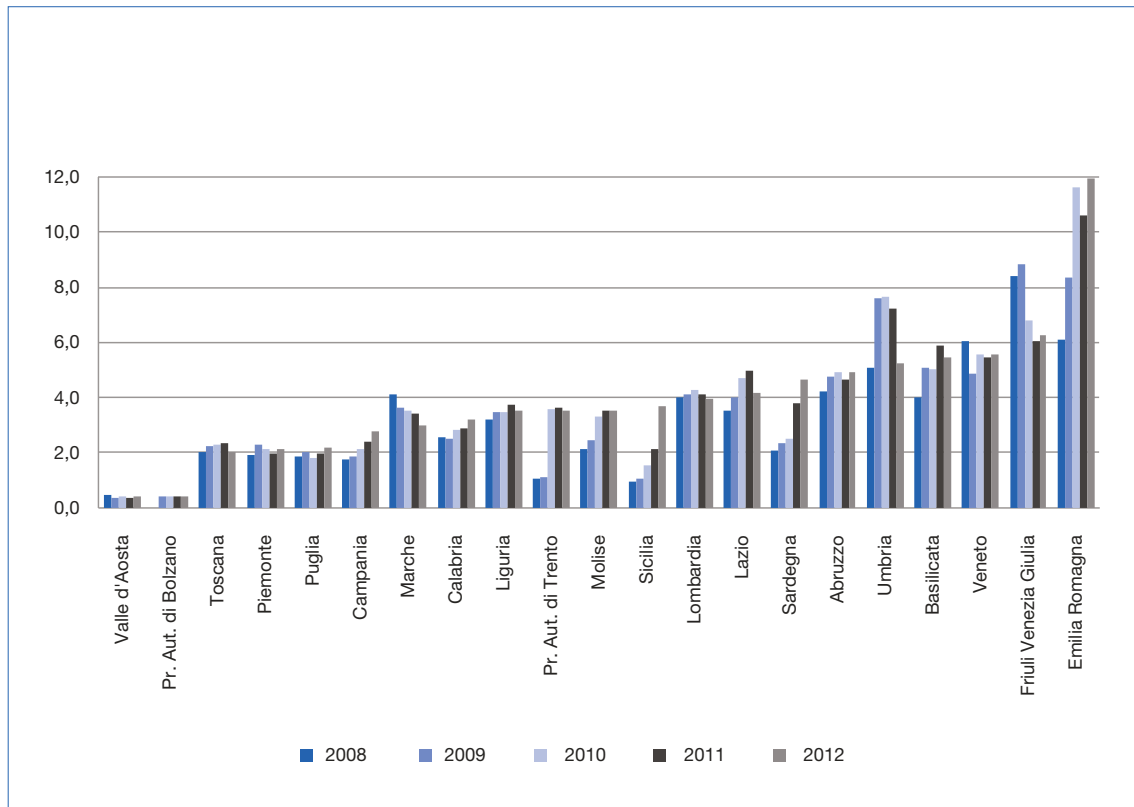
of an exclusively epidemiological nature. Unless one does not wish to attribute the data to an improbable lesser inclination of Italian clinicians towards innovation, or towards the “value” of products that have recently been introduced into the market, it is only right to also consider the hypothesis of a significant barrier against the access to more recent (and typically more expensive) therapies.

The risk of rationing should therefore be more closely monitored, also because, when this involves innovations, it has a relevant impact on industrial development and in perspective on the country’s recovery.

A third example of this risk of rationing is connected to supply provided to the non self-sufficient (typically LTC)

The subject of residential and home care, mostly designated to deal with conditions of non self-sufficiency, despite the fact that data is mostly incomplete and dated, permits to infer that there are evident and general supply problems, exacerbated by enormous territorial disparity.

Figure 9. Patients aged 65 and over in integrated home care (ADI) – Incidence in over 65 population. Percentage, 2008-2012



Source: Italian Ministry of Health

It simultaneously also emerges that expenditure sustained for non self-sufficiency is far from insignificant: according to our estimates, in 2012 this amounted to approximately €27,742-million, of which 7.5% attributable to private *out of pocket* expenditure (a figure that has certainly been underestimated); in particular, 28.5% of this expenditure regards healthcare services and the rest involves social services and monetary allowances.

Therefore in relation to GDP, expenditures for non self-sufficiency are equal to 1.8% (a figure that is not dissimilar to the European average); of which 1.3% is allocated to non-healthcare services. In summary, healthcare and assistance to the non self-sufficient (social-healthcare expenditure) represents a 10.3% share of the GDP – of which 8.4% refers to public expenditure and the rest to private expenditure.

But the true problem continues to be an excess fractioning of funds and of the relative responsibilities: 7.5% of social-healthcare expenditure regards monetary allowances administered by INPS (Italian Social Security), another 2.0% disability support pensions, 3.9% residential and home care assistance (administered by Regions and Municipalities), but Law No. 104/1992 should also be taken into consideration (approximately equal to 1.0%) and private expenditure involving care for the elderly.

The various services overlap and, even worse, are inconsistent in their reply to non self-sufficient requisites: for example, some are linked to income and others are completely independent from the same, with the risk of generating rationing in some areas and privileges in others.

Ultimately, even the Italian social-healthcare system (although, in theory, it provides universal and comprehensive response in its supply) does not seem to be immune from implicit rationing risks – namely barriers from actual access to services recognized as a right of citizens: all of these phenomena confirm the fact that the system is suffering from a certain degree of distress.

4. Investments and Innovation

In Italy we deal with public funding and expenditure that is on the average lower than that of other countries and, as previously discussed, with evidence of rationing. The situation would therefore certainly indicate a need for making better use of resources, but even the need for increased funding.

But the present “financial drawback” (in part attributable to recession that causes a reduction in *input*, and in part to the pressure of growth drivers of healthcare expenditure that broaden the demand) makes it difficult to comply.

Inter alia, in perspective, pressure on the demand side will tend to grow although the contribution by the different drivers seems to be rather different.

Demographic pressure, for example, has probably been over-estimated; while technological pressure has most likely been under-estimated.

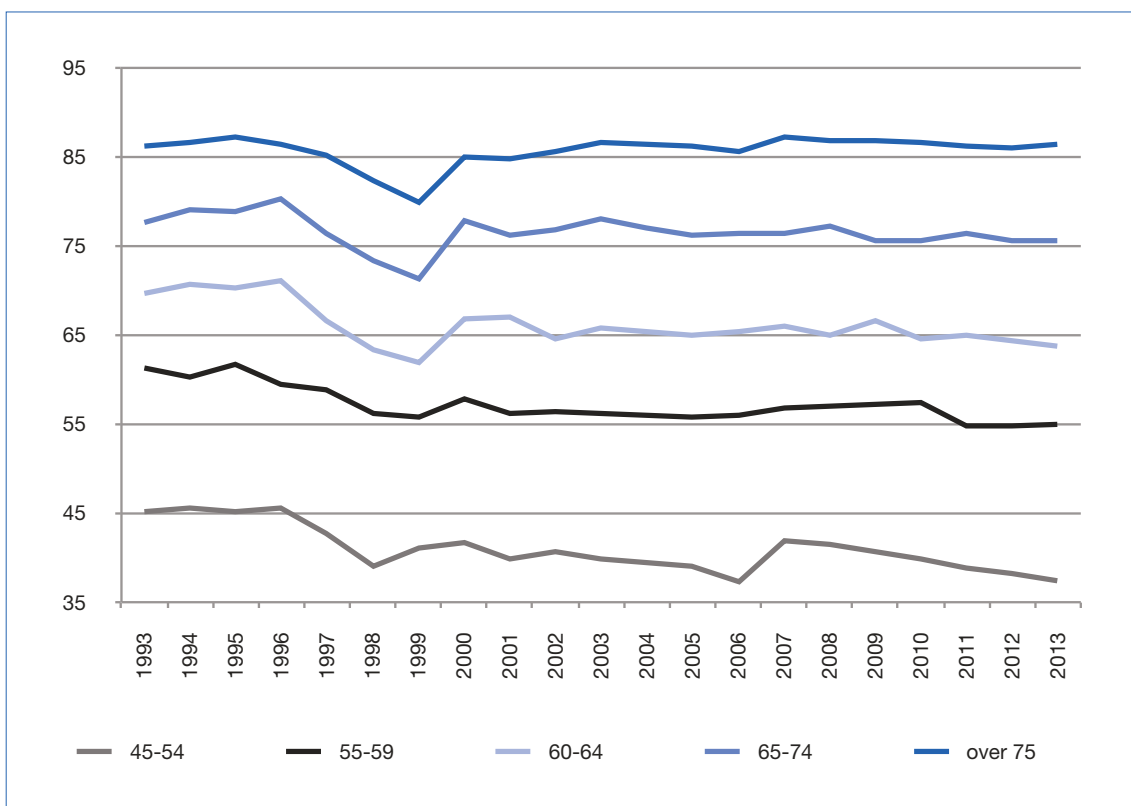
Regarding the former, despite methodological difficulties in concluding the issue, the Italian case may attest to it; although it is absolutely one of the oldest countries in the world,

it contrarily has one of the lowest levels of expenditure – thus partially demonstrating the fact that there are other variables that make a greater impact.

Projecting levels of chronicity and disability on the basis of demographical trend seems to be a mere scholastic exercise, one that is denied by facts: the actual trend generally seems to be that of a reduction in chronicity rates in younger age brackets – suggesting a shift forward in the age of pathology onset.

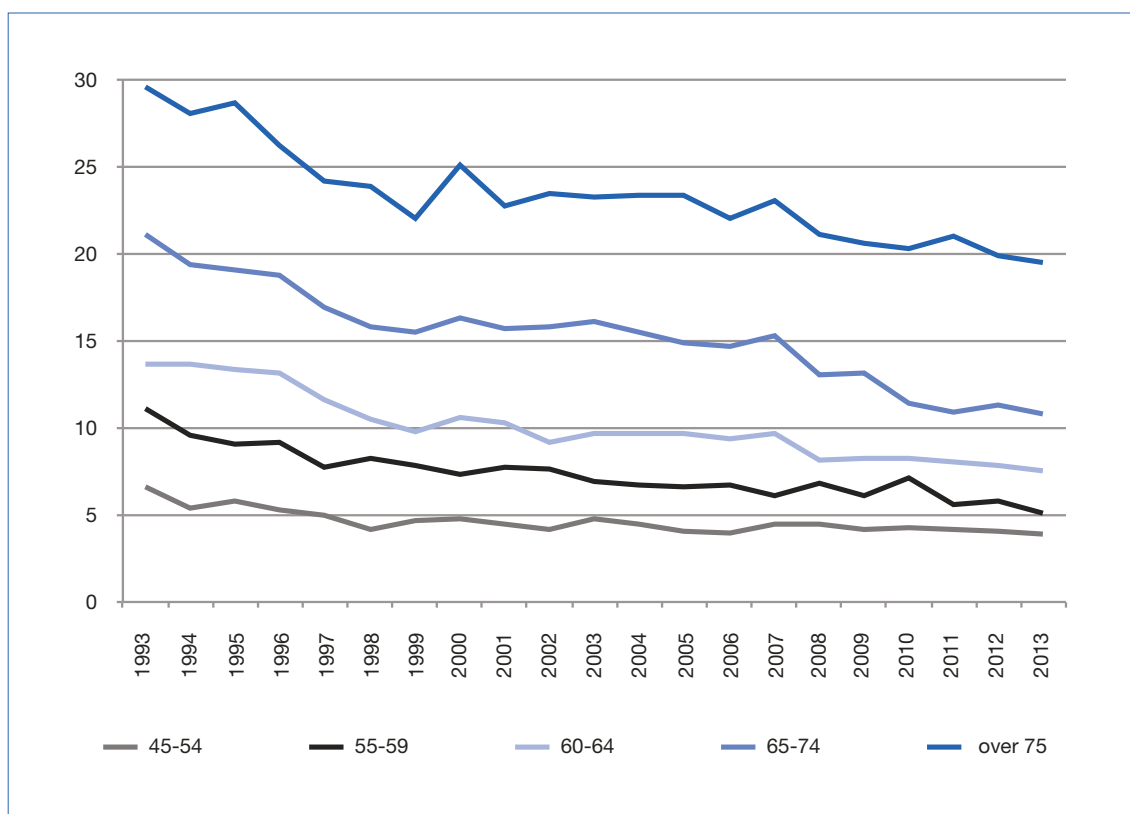
Moreover, some chronic pathologies, such as COPD, provide clear evidence of a decreasing prevalence.

Figure 10. People suffering from at least one chronic disease (per 100 individuals with the same characteristics) in Italy, 1993-2013



Source: CREA Sanità elaboration according to Istat data

Figure 11. People suffering from COPD (per 100 individuals with the same characteristics) in Italy, 1993-2013



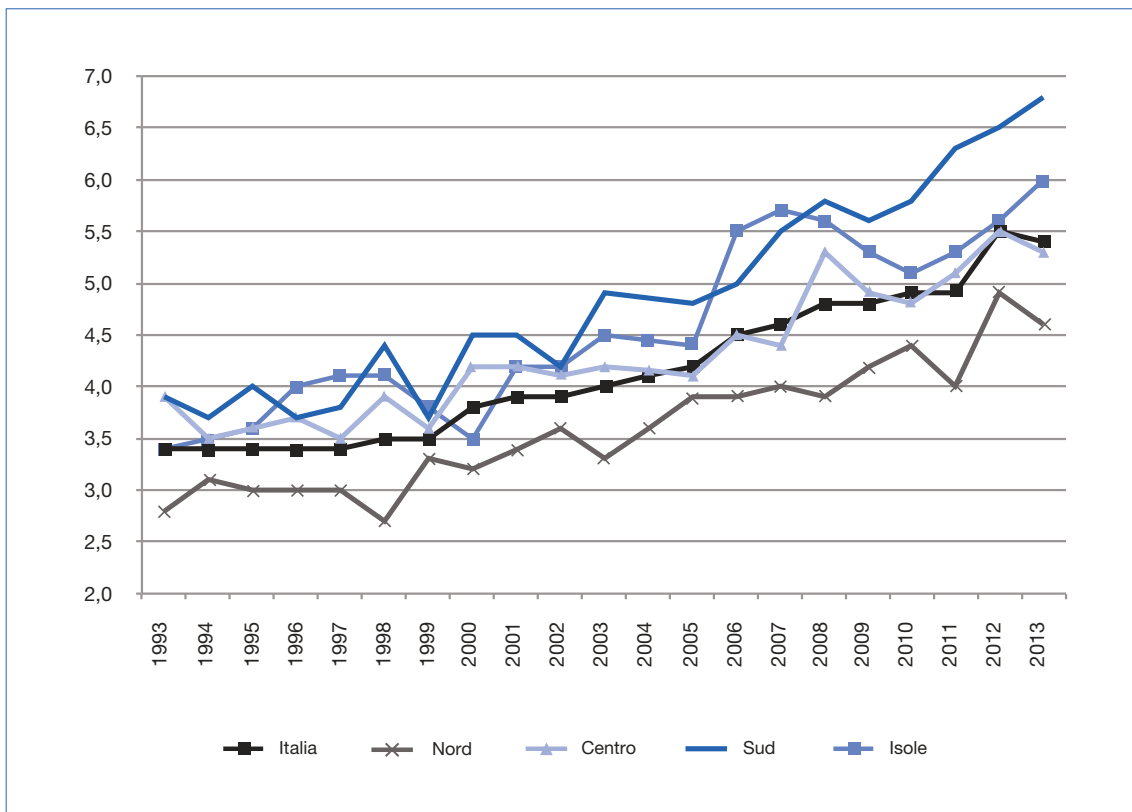
Source: CREA Sanità elaboration of Istat data

In general we may observe that, beginning with prevalence rates by age group referring to principal chronic pathologies (hypertension and other heart diseases, diabetes, COPD), over the course of three years we have “saved” approximately 2.0% in cases of chronicity, compared to an estimate based upon simple demographic variation.

The burden of disease could have been further reduced should actions on lifestyle had been successful (as proof of this, COPD is reduced also thanks to greater efforts on the smoking front; whereas hypertension and diabetes continue to be on the rise, partly due to greater diagnostic skills and partly since it seems very difficult to change behaviour in the field of sedentary lifestyles and nutrition). A similar reduction could have also been obtained

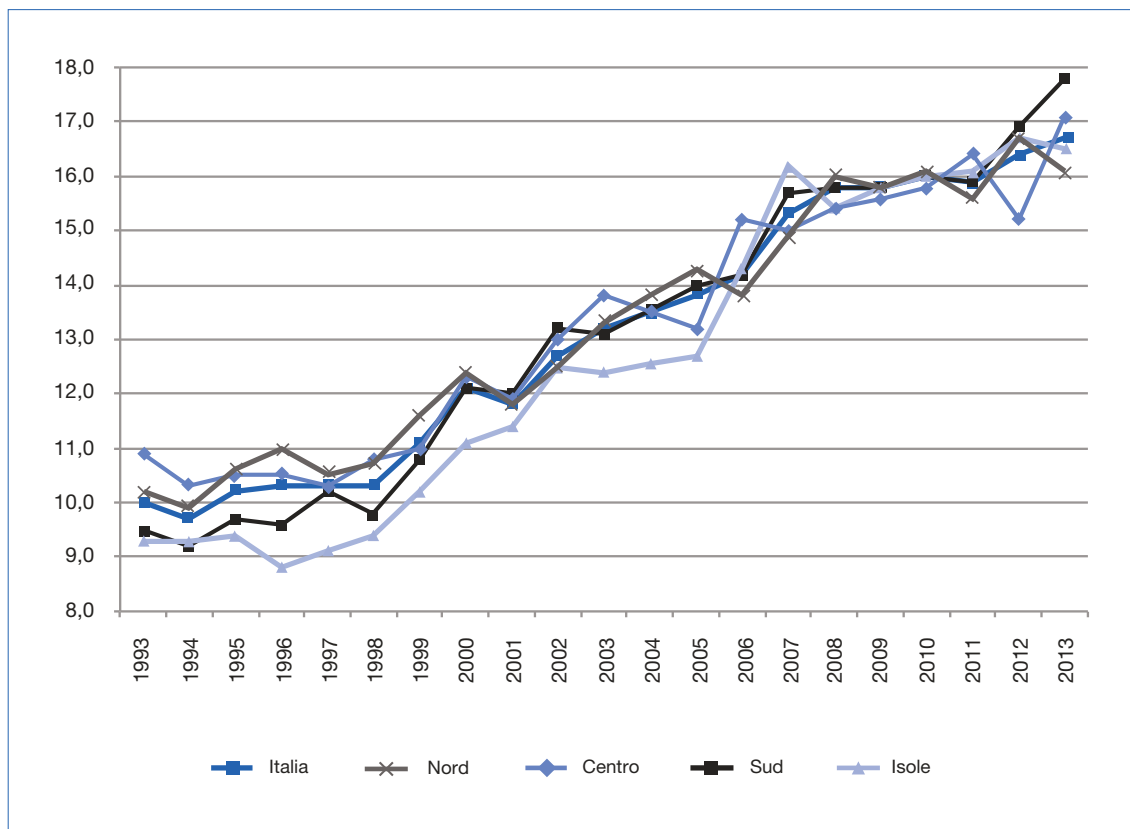
thanks to actions on regional variability: it is interesting to observe how hypertension prevalence has a homogeneous trend between Regions, while there are impressive differences regarding diabetes.

Figure 12. Prevalent diabetes rate by geographical area, 1993-2013



Source: CREA Sanità elaboration according to Istat data

Figure 13. Prevalent hypertension rate by geographical area, 1993-2013



Source: CREA Sanità elaboration according to Istat data

Another optimistic element is the reduction of hospitalizations, which in many cases still remains the predominant direct cost item: for example, over the past 5 years, hospitalization for diabetes has been reduced by 35.0%, with more moderate savings, but nonetheless in the order of €5-million. Unfortunately most of the savings on fewer hospitalizations have been absorbed by a greater amount of DRG with high costs due to complications, hence demonstrating failure in secondary prevention policies that lead us into believing there are still margins for improvement.

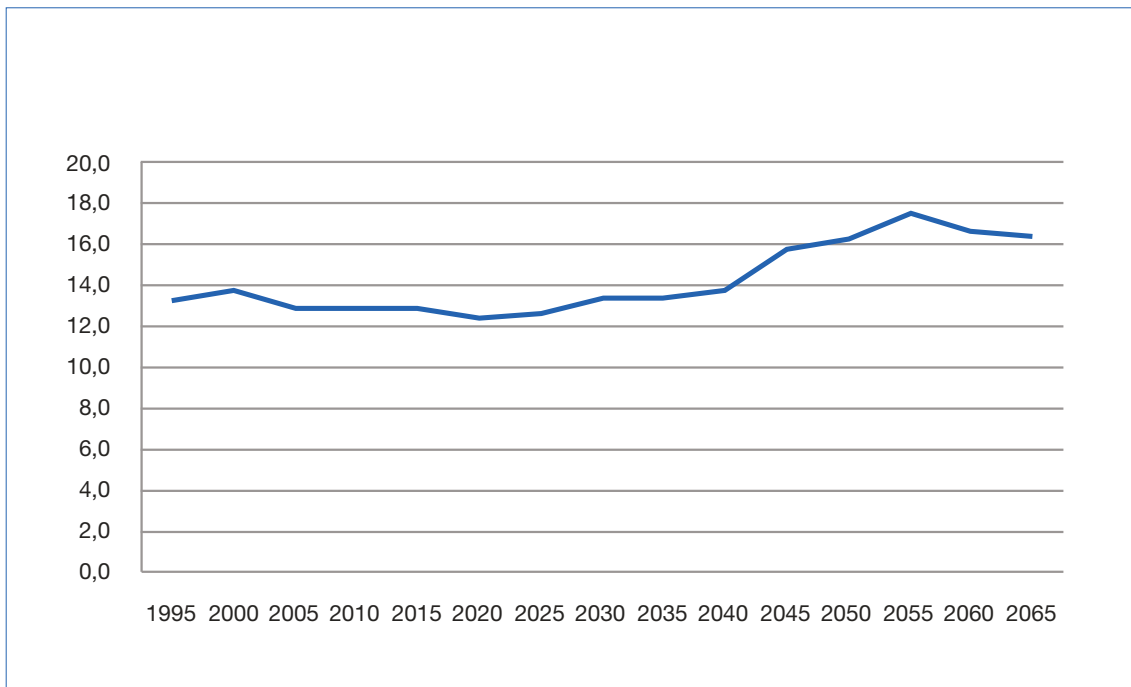
A research involving hospitalization for heart failure has also demonstrated in regions such as Valle d'Aosta and Piemonte that resorting to a system of home hospitalization reduces the standard rate of routine hospitalization, compared to the Italian average, by 42.9%.

Obviously these savings are the result of organizational innovation, supported by higher efficiency of secondary prevention offered by diagnostic and therapeutic technologies.

But technology also offers direct contribution towards cost containment, as in many chronic sectors, thanks to the loss of patent protection for many molecules: for example, the average cost for DDD/pro die for cardiovascular drugs over 8 years (2004-2012) has been reduced by 34.1% - therefore proportionally producing a reduction in the cost of chronic care.

Ultimately, longer life expectancy is truly a great victory and will not necessarily lead the system into going bankrupt; partly due to the fact that in parallel the age of pathology onset is also later in time, partly due to the fact that investments in education and primary prevention are demonstrating their effectiveness, and (finally) due to the fact that therapies at a lower cost are gradually becoming more available.

Figure 14. Share of population reaching 10 years of average life expectancy at birth. Percentage, 1995-2065



Source: CREA Sanità elaboration according to Istat data

But one can also observe how the recently reported note of optimism is influenced by the capacity of adopting a proactive attitude, therefore also investing in innovation in every healthcare field.

As it is not possible to educate the population towards correct lifestyles without investments and, similarly, the rationalization of hospital use (and we also wish to add better quality and humanization of hospital care) cannot be done without investments in telemedicine (and not only) aimed at promoting new forms of home care.

Unfortunately, investment capacity seems to be the system element that is having the hardest time because of this economic slump, especially within the public sector (as observed in our previous Report and confirmed by this one: referring to financial analysis and

expenditure in fixed investments).

The SSN is at risk of imploding in the medium-term should investments go lacking; confirmation comes from pharmaceutical expenditure, where due to the long-lasting economic slump, the nominal growth of the pharmaceutical budget (regulated by a ceiling and on the basis of a credible hypothesis of invariance in terms of share of the GDP) is destined over the next few years into being really minimal – in the order of €150 and 300-million per year.

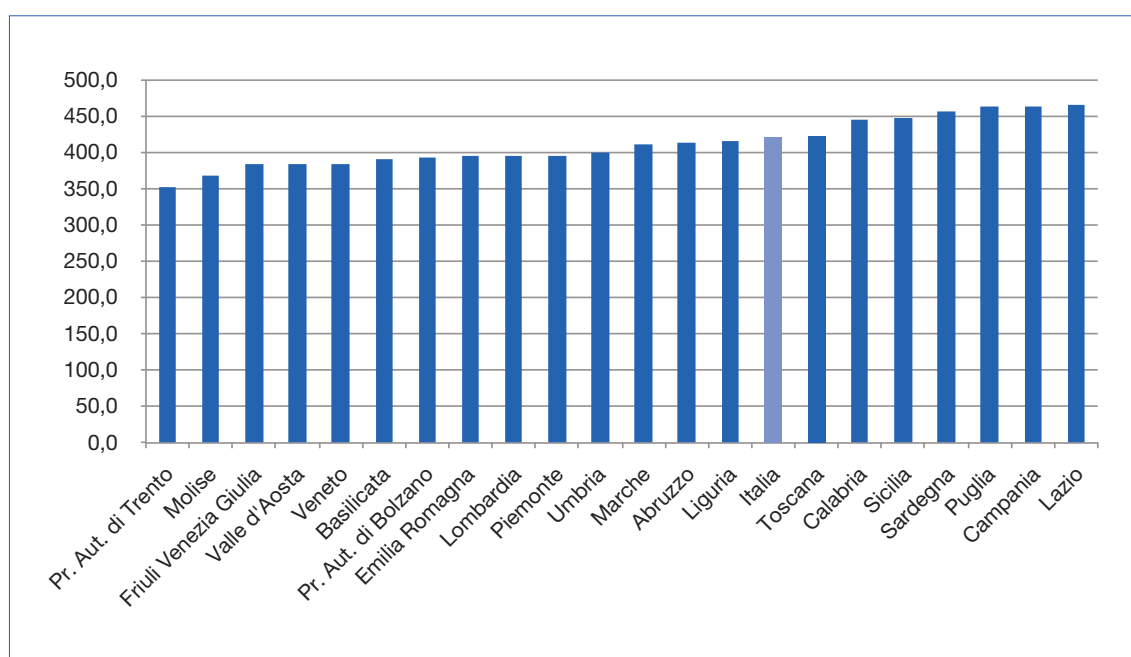
At the same time, a simple horizon scanning exercise underlines the fact that the number and financial impact of forthcoming innovations (first and foremost anti-HCV drugs for which an agreement between AIFA and the national health authority has just been announced) is much more significant. The problem has just come to light, but it is not a new one: in fact, at length the signal inferable by AIFA determination about the so called “fund for innovation” has been ignored (although it is not actually a fund, but a simple mechanism that allows reallocations of market shares in favour of enterprises that sell innovative products, but always within the *a priori* fixed overall budget). In fact, over the last few years, resources for innovation have mostly been procured thanks to price slashes deriving from generics – which are destined to be radically reduced in the future. The “wave” of savings due to access of bioequivalent drugs on the market is about to come to an end, while that of biosimilar drugs is on the rise albeit certainly one of lower intensity: to date, the reduction in prices generated by the latter varies between 10 and 25.0%. While being a relevant figure, applying it to a market of biosimilars that in the short-medium range is estimated at being €1.5-billion, one can expect savings equal to €300-million at the most – unless there have been shifts towards new biological molecules appearing on the market in the meantime. Nonetheless, biosimilars (as for bioequivalent drugs) are fundamental in guaranteeing the onset of a competitive mechanism and perspective savings, that are generated by lowered price of “standard care”, and hence in the future those of the new molecules arriving on the market. But it is more of an “investment” than a “pocketbook” where one can draw from in the short-term.

In lack of significant savings resulting from the loss of patents, according to some, the solution of the innovation funding problem can still be found in the elimination of misspend-

ing (in pharmaceutical care and not only).

To this extent, it would be worthwhile observing that the regional differences in pro capita consumption are actually very evident and alarming; especially where these assume irrational undertones, such as the case of greater use, among expired patents drugs, of branded (and so more expensive) ones in the poorest Regions – which should be more sensitive to prices.

Figure 15. Regional pro capita pharmaceutical expenditure* (€), 2013



*Net of mandatory discounts

Source: elaboration according to OsMed 2013 data

But as argued above, in relation to rationing (to which the need for reducing some areas of inappropriate consumption is added, but also that of increasing adherence in others) it truly seems improbable that the rationalization margins are sufficient at financing forthcoming innovation.

Excluding (in principle) the possibility of paying all innovation through appropriateness improvement, all that can be done in order to increase “funding capacity” is:

- the resumption of economic growth;
- the reallocation of resources from other sectors;
- reprioritisation of public intervention.

Healthcare policies can do little regarding the first item and emerging from the economic crisis (as much as it is desired) does not seem to be around the corner.

Even the reallocation of resources faces important obstacles, given stringent public financial constraints have already considerably reduced the public *budget* even in the *Welfare* sectors, to the point that they might seem to be ever more under-funded than healthcare: namely in the case of Education, for one.

Therefore the path towards sustainability seems to be a pragmatically mandatory one: the selectivity of public intervention.

Obviously the selection of worthwhile interventions should regard all healthcare areas but, by way of example, we would only like to take pharmaceutical treatment into consideration since there is a larger amount of data available for this sector.

In defining the meaning of selectivity, it would seem appropriate to always go back to the concept of social insurance (to which the SSN belongs) that implies the transfer of individual risks to the community, once the access to determined services is deemed worthy.

Worthiness that therefore implies access to services, but erroneously interpreted as availability of a public service free of charge: actually, access to services is not hindered by a lack of supply, but rather by the economic conditions of single individuals; and, therefore, by the eventual impact of healthcare services on their family budgets.

It therefore seems obvious that the goal of universalism is equity of access, namely guaranteeing that the economic impact of eventual treatment is not catastrophic: a guaran-

tee that depends upon the conjunction of the household budget and the price of services provided.

Illustrating this concept by way of example, protecting the value of a few Euro will have an important impact only for the economically weakest sectors of the population, whereas very expensive treatment will be unattainable for most.

Accepting this view, the social worth of guaranteeing access to innovations (truly such) seems evident, as these are mostly expensive; and conversely the limited worthiness of free disbursement of low-cost treatment, perhaps to citizens belonging to higher income brackets.

Objections have been put forward against this approach that are connected to opting out risks or to the value in terms of social cohesion of all being equal when it comes to illness. These objections, although they can be considered acceptable by all, clash against the evidence that we are still not equal in this day, since the wealthiest can still seek treatment outside of the SSN national health scheme (beginning with their resorting to private visits in public hospitals in order to skip waiting lists, all the way to admissions to private non-accredited facilities or abroad).

With reference to the pharmaceutical sector, one can attempt an early estimate of the potential impact on selectivity, observing how 36.7% of the present consumption of class A drugs involves treatment that costs less than €10 a package, with peaks in some treatment classes that can reach 68.2% for the gastrointestinal tract and the metabolism, followed by 50.6% for antimicrobial agents and 39.2% for the cardiovascular system.

Overall, it is a consumption that amounts to approximately €3.25-billion (of which €1-billion for packages priced less than €5), and it would be enough to “select” half of it in order to ensure widespread sustainability to innovations.

Obviously the debate must be streamlined, reasoning by treatment costs instead of packages. Moreover, by not ignoring the growing impact of co-morbidity, it should be done according to overall monthly or annual cost of treatment.

In other words, selectivity goes through a radical reform of exemptions and copay-

ments: setting aside the former only for those who truly cannot afford to spend any money for their treatment, whereas the latter should envisage a deductible depending upon income (or, in general, depending upon an indicator of economic conditions).

The obvious observation is that because of the lack of credibility of income tax returns, an approach like the previously outlined one does not seem fair: but should Italy not deem itself capable of solving the thorny problem of tax evasion, it must be admitted that it cannot afford universalistic *Welfare* systems; universalistic SSN is certainly the fairest choice if credible proof of means is possible, but it becomes profoundly unfair if the poor pay with their taxes freehealthcare services for the wealthy.

5. Proposals

As in past years, previous considerations imply consequences that we have ultimately underlined with the hope of providing a contribution to healthcare policies.

Perhaps the term “proposals” is not correct, since these are not proposals as they have simply been sketched out: deferring to a later stage the burden of mandatory in-depth studies that are necessary for their implementation.

As we quote (in an order that does not strictly come under the order of relevance) the aspects that have emerged from the analysis contained in the Report, we can make a list of the key points to be included in the healthcare debate agenda:

1. the opportunity of setting up a 4th LEA for prevention, extrapolating it from Assistenza Collettiva (Collective Care) and rejoining it with all the connected activities, so as to ensure there is a destination constraint for resources and the chance to control investment destinations (most urgent in terms of lifestyle and primary prevention);
2. structural reform and in a selective logic, for exemptions and copayments, setting aside exemptions only for families in absolute need and modulating copayments on the basis of economic status, extending it to all services;

3. establishment of a restricted fund for innovation, particularly in the field of pharmaceuticals, whose *governance* is very tight and fuelled by copayments or at least with the delisting of very low-cost treatment;
4. reform and coordination of institutions providing services to the non self-sufficient, reunifying access regulations (i.e. with common regulations relative to multidimensional assessment) and guaranteeing a sole governance system;
5. improving tools for performance assessment, especially referring to quality, broadening participation to the process of all the stakeholders of the system and subsequently integrating the results (modulated according to the rules of revision amongst peers) into accreditation regulations so as to influence the permanence of providers on the market, not only to financial balance, but also to care and organizational excellence;
6. reconsidering “corporatization” of local health authorities and public hospitals, guaranteeing more homogeneity of performance assessments and, therefore, greater accountability regarding activities of the management; also re-analyzing the regulatory impediments towards the establishment of true firms autonomy and rethinking a model that to date does not provide market penalties for inefficient providers;
7. greater and more coordinated investments in information systems, both for that which concerns areas that are still uncovered (residential, home care, etc.), and for that which regards data harmonization at a national and international level.

A word cloud of various terms related to healthcare, economics, and social issues. The words are arranged in a circular pattern, with some larger than others. The terms include: performance, accesso, appropriatezza, scenari, innovazione, efficienza, integrazione, bisogni, SSN, empowerment, regioni, federalismo, selettività, welfare, HTA, cura, sostenibilità, equità, crescita, sviluppo, investimenti, health, europa, responsabilità, and economia. The word 'SSN' is the largest and most prominent.

Capitolo 1

Il contesto socio-demografico:

le tendenze e il cambiamento delle strutture familiari

Capitolo 1

Il contesto socio-demografico: le tendenze e il cambiamento delle strutture familiari

*Polistena B.*¹

1.1. Introduzione

La diminuzione della fecondità, l'aumento delle migrazioni, l'innalzamento della vita media e l'invecchiamento della popolazione sono fenomeni di indubbia rilevanza che, negli ultimi anni, hanno caratterizzato il nostro Paese.

Questi processi demografici hanno fatto sì che la struttura della popolazione in Italia, come in tutti Paesi sviluppati si modificasse: un forte incremento della popolazione in età anziana ed, in particolar modo dei vecchi, e una riduzione di quella in età giovanile. Nel nostro Paese, il rapporto tra anziani e giovani ha assunto proporzioni notevoli, raggiungendo, al 1° gennaio 2012, quota 148,6 per cento (in Europa solo la Germania presenta un indice di vecchiaia più accentuato e pari a 155,8).

Se da un lato, quindi, l'aumento della longevità rappresenta una grande conquista perché mette in luce il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi raggiunti della medicina, dall'altro, di contro, fa emergere la necessità di programmare opportuni, sistematici e urgenti interventi del sistema di *Welfare* sociale e sanitario, che tengano conto anche dell'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento; tutto ciò anche in considerazione del contesto di grave crisi economica tuttora in atto in Europa.

Di seguito tenteremo di illustrare, senza pretesa di esaustività, gli effetti dell'invecchiamento della popolazione italiana con particolare riferimento alle prospettive di salute della popolazione anziana e vecchia, ma anche alle trasformazioni che modificano le strutture familiari.

¹ CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata"

1.2. Evoluzione del processo d'invecchiamento in Italia

Definire il processo d'invecchiamento demografico di una popolazione è cosa complessa in quanto sullo stesso influiscono sia l'azione di numerose variabili che le dinamiche demografiche.

In ogni caso, l'invecchiamento della popolazione è, senza alcun dubbio, funzione di tre principali componenti: della sostenuta crescita dei livelli di sopravvivenza, della riduzione della fecondità e del calo della mortalità.

La speranza di vita alla nascita nel 2012 in Italia, pari a 79,6 anni per gli uomini e 84,4 anni per le donne, si è pressoché raddoppiata rispetto agli inizi del novecento quando la speranza di vita alla nascita era inferiore a 42 anni (41,6 anni per gli uomini e 41,8 per le donne).

L'incremento della speranza di vita alla nascita è stato più rapido per le donne rispetto agli uomini: difatti, se agli inizi del '900 le differenze tra i sessi erano trascurabili, già a partire dal 1950 gli uomini registravano un ritardo di oltre tre anni e mezzo. Ancora, negli ultimi 10 anni la speranza di vita alla nascita degli uomini continua ad avvicinarsi a quella delle donne, riducendo così la differenza di genere a circa 5 anni; si tenga presente che nel 2000 la differenza era di quasi 6 anni.

Tabella 1.1. Speranza di vita alla nascita, a 60 e a 80 anni per sesso.

Italia, anni 1900-2012

[Table 1.1. Life expectancy at birth, at 60 and 80 years, by sex in Italy, 1900-2012]

Anni / Years	Maschi / Men			Femmine / Women			Totale / Total		
	e_0	e_{60}	e_{80}	e_0	e_{60}	e_{80}	e_0	e_{60}	e_{80}
1900	41,6	13,2	4,3	41,8	13,2	4,4	0,2	0,0	0,1
1925	50,4	14,5	4,4	52,2	15,4	4,8	1,8	0,9	0,4
1950	64,0	16,7	5,4	67,5	18,1	6,0	3,5	1,4	0,6
1975	69,5	16,5	5,7	75,9	20,4	6,7	6,4	3,9	1,0
2000	76,5	20,4	7,4	82,5	24,9	9,2	6,0	4,5	1,8
2012	79,6	22,4	8,0	84,4	26,2	9,8	4,8	3,8	1,8

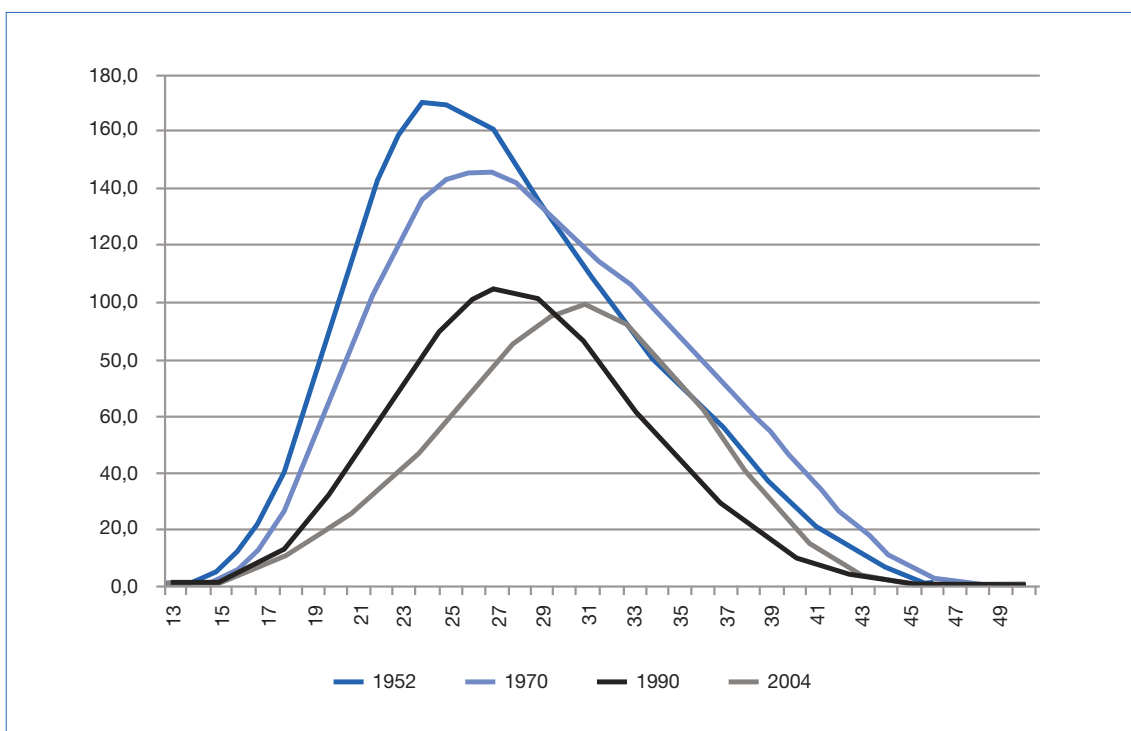
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati *Human Mortality Database* (www.humanmortality.org) e Istat (www.demo.istat.it)
 [Source: CREA Sanità on *Human Mortality and Istat Database*]

A partire dalla fine del XIX secolo, si è assistito in tutti i Paesi sviluppati, ad un generalizzato declino della fecondità. In Italia il numero medio di figli per donna (in età feconda) ha toccato il minimo storico nel 1995 con un valore pari a 1,2.

Nonostante negli ultimi anni si sia osservata una lenta risalita del tasso di fecondità totale, i valori sono ad oggi ancora lontani dalla cosiddetta “soglia di rimpiazzo” (fissata convenzionalmente a 2,1 figli per donna), che garantirebbe il ricambio generazionale: nel 2012 il tasso di fecondità totale è pari a 1,4 figli per donna e l’età media al parto della madre è di 31,4 anni.

Figura 1.1. Tassi di fecondità specifici per età in Italia, Valori %, anni 1952-2004

[Figure 1.1. Fertility rate by age in Italy. Percentage, 1952-2004]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat – <http://demo.istat.it>

[Source: CREA Sanità on <http://demo.istat.it>]

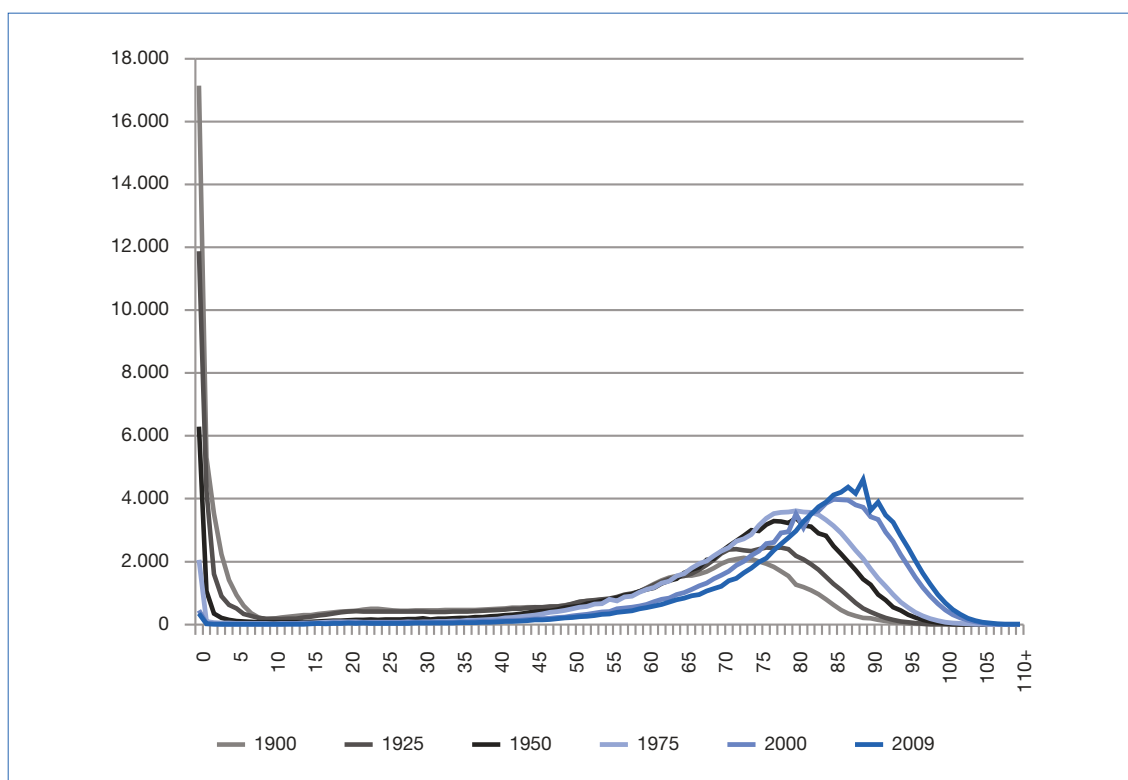
Giova sottolineare che il basso numero di figli, non vuol significare un aumento della quota di donne senza figli in quanto nel nostro Paese si osserva una concentrazione della fecondità sugli ordini di nascita bassi (1 o 2 figli).

Passando all'analisi della mortalità è possibile osservare un calo verticale della mortalità infantile già all'inizio del Novecento, mentre per una importante riduzione della mortalità in età adulta si deve aspettare la seconda metà del 1900.

Negli ultimi anni il numero dei decessi continua ad aumentare in corrispondenza delle classi di età più adulte (85 anni e oltre), spostando velocemente il centro della distribuzione delle morti su età progressivamente più anziane.

Figura 1.2. Numero di decessi per età ogni 100.000 individui in Italia, anni 1900–2009

[Figure 1.2. Number of deaths by age (per 100,000 people in Italy), 1900-2009]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati *Human Mortality Database* (www.humanmortality.org)
[Source: CREA Sanità on *Human Mortality Database*]

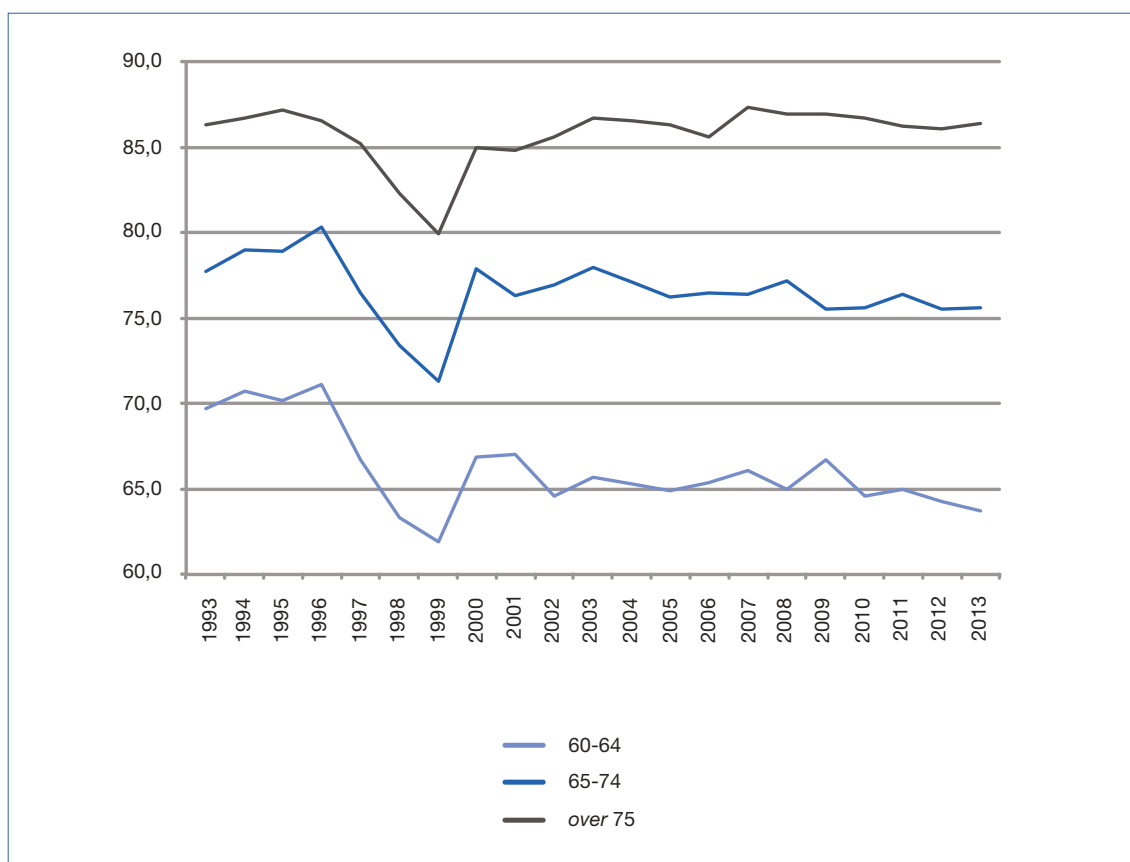
Nel 2010, raggiungono i 60 anni 92 maschi su 100 e 95 femmine su 100 e gli 80 anni oltre 57 maschi e 74 femmine per ogni 100 individui dello stesso sesso. Per di più, la speranza di vita a 80 anni è pari a 8 anni per i maschi e a quasi 10 anni per le femmine.

Parallelamente all'aumentata aspettativa di vita, si è verificata una transizione epidemiologica nella patologia emergente: da una situazione in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di quelle cronico degenerative. Nei Paesi più ricchi, il maggior carico di malattia (GBD, *global burden of disease*), misurato in anni di vita aggiustati per disabilità (DALY, *disability-adjusted life years*), è attribuibile alle patologie cardiologiche e cerebrovascolari e ai disturbi neuropsichiatrici, tra cui la depressione, la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza (Lopez AD et al. 2006.).

In ogni caso, negli ultimi anni, si è assistito ad una contrazione delle morti per le malattie del sistema circolatorio e tumorali, sebbene permangano le due principali cause di morte tra gli *over 65*; in particolare, tra il 1990 e il 2011, in Italia il tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio è passato da 348 a 171 (per 10.000) per i maschi e da 245 a 130 (per 10.000) per le femmine e i tassi standardizzati di mortalità per tumore per gli *over 65* si sono ridotti dell'1,4% medio annuo per i maschi (152 per 10.000) e dell'1,1% medio annuo per le femmine (76 per 10.000).

In ossequio sia allo spostamento in avanti della probabilità di morte, e delle crescenti evidenze a favore di uno slittamento in avanti anche dell'insorgenza di molte patologie (Cislaghi, 2013), che alle teorie (anche queste crescentemente associate ad una evidenza empirica) che associano i costi di cura alla morte piuttosto che alla vecchiaia, abbiamo voluto analizzare la prevalenza delle principali malattie croniche nella popolazione con più di 60 anni.

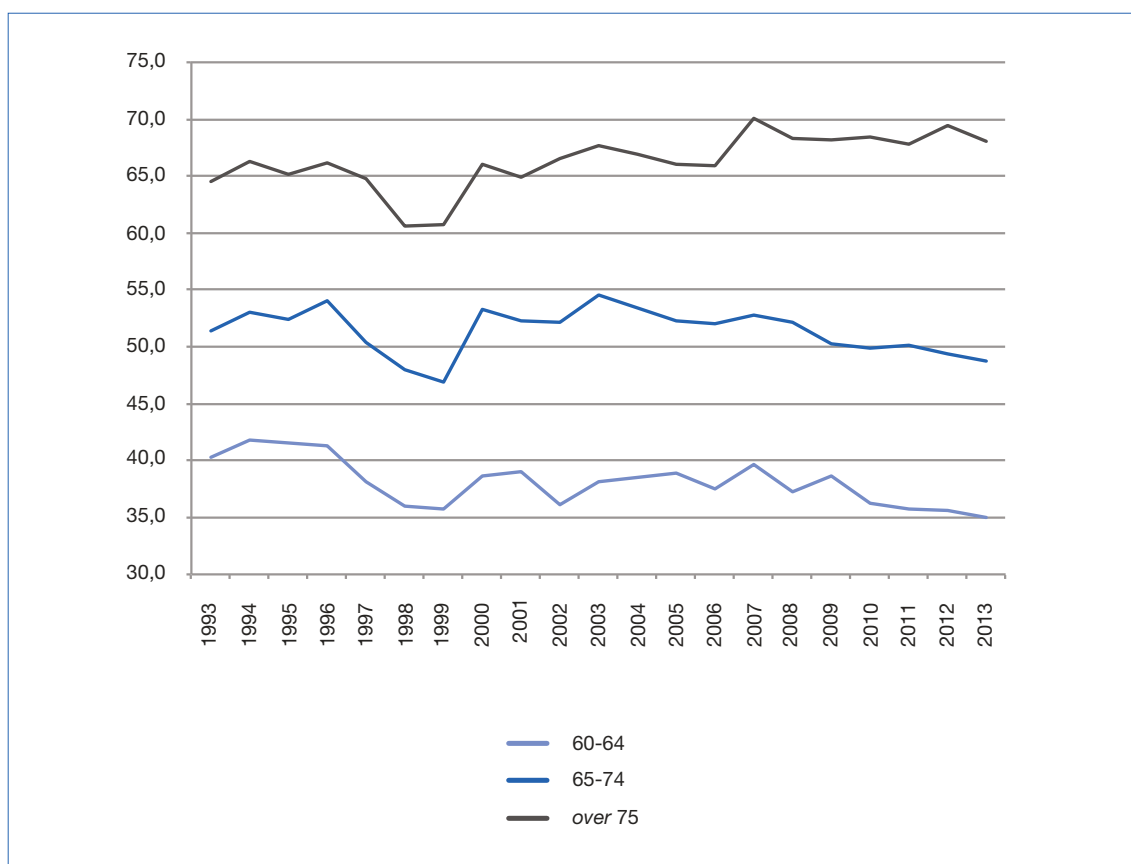
Nonostante l'aumento delle persone anziane osservato negli ultimi 20 anni, la prevalenza delle principali malattie croniche degli *over 60* è rimasta pressoché costante.

Figura 1.3. Persone over 60 con almeno una malattia cronica in Italia.**Valori %, anni 1993–2013***[Figure 1.3. Over 60 years-old with at least one chronic disease in Italy.**Percentage, 1993-2013]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

Se guardiamo, invece, alla quota di persone con più di due malattie croniche si osserva un calo della prevalenza evidente fino a 74 anni, mentre per gli *over 75* la quota di popolazione con più di due malattie croniche cresce nel tempo.

Figura 1.4. Persone over 60 con almeno due malattie croniche in Italia.**Valori %, anni 1993–2013***[Figure 1.4. Over 60 years-old with at least two chronic diseases in Italy.**Percentage, 1993-2013]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

Nei prossimi 25 anni, considerando le proiezioni della popolazione pubblicate dall'Istat, la popolazione con più di 60 anni aumenterà di circa 7,7 mln.. Applicando alla popolazione prevista le proporzioni di individui cronici osservate nel 2013, risulterebbe un aumento complessivo di circa 4,3 mln. rispetto al 2013, ma i *trend* dei tassi di cronicità risultano decrescenti.

**Tabella 1.2. Individui di 60 anni e più con almeno due malattie croniche in Italia.
Anni 2013-2038**

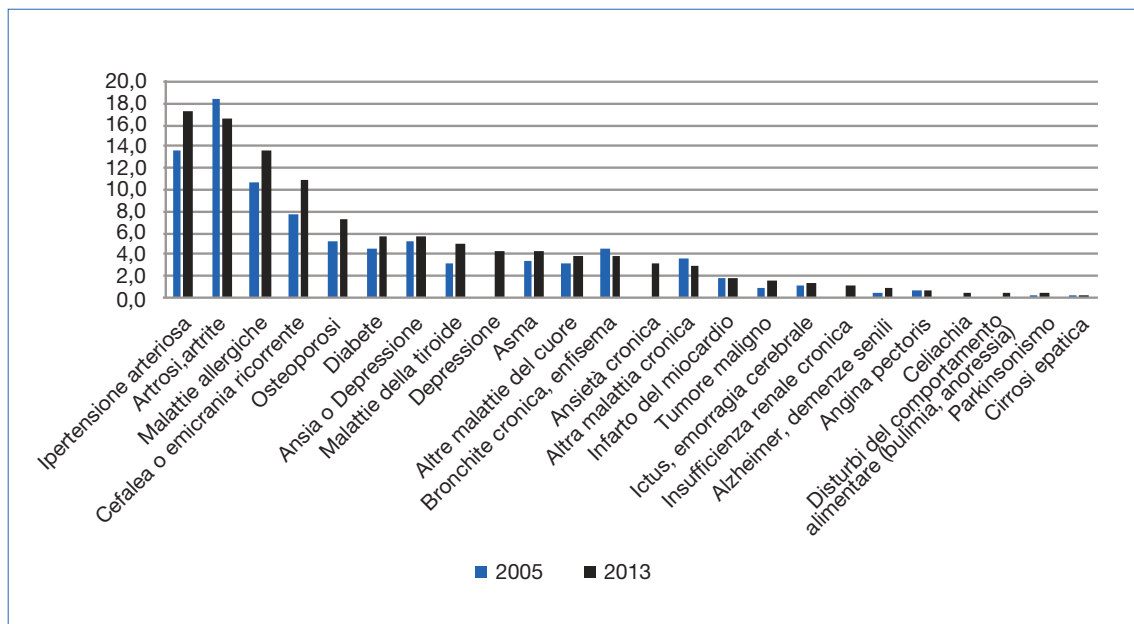
[Table 1.2. Over 60 years-old with at least two chronic diseases in Italy, 2013-2038]

	60-64	65-74	75+	TOT
2013	3.647.197	6.334.091	6.305.738	16.287.026
2038	4.696.438	9.322.135	9.937.100	23.955.673
Δ	1.049.241	2.988.044	3.631.362	7.668.647
Prevalenze 2013 / prevalence 2013				
2013	1.276.519	3.084.702	4.294.208	8.655.429
2038	1.643.753	4.539.880	6.767.165	12.950.798
Δ	367.234	1.455.177	2.472.958	4.295.369

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Il fatto che negli anni il *trend* delle cronicità sia andato decrescendo fa pensare che l'azione sugli stili di vita (campagne di prevenzione ed educazione) determinino risultati positivi; sarebbe, quindi, interessante stimare come si modificherebbe l'incidenza delle malattie croniche se si agisse con efficacia sulla prevenzione e sugli stili di vita. Formulando un'ipotesi piuttosto semplicistica, se con campagne educative si riducessero i tassi ulteriormente dell'1,0% questo ridurrebbe i cronici del 2,6% (596.582 individui).

Nel 2013 le malattie croniche a più elevata prevalenza sono state: l'ipertensione, l'artrosi, le malattie allergiche, la cefalea, l'osteoporosi e il diabete. Tra il 2005 e il 2013 la prevalenza di alcune, come l'artrosi e la bronchite cronica tende a ridursi (rispettivamente di 1,8 e 0,7 persone ogni 100 con le stesse caratteristiche) mentre quella di altre, in particolare l'ipertensione e le malattie allergiche tende ad incrementarsi (rispettivamente di 3,3 e 3,0 persone ogni 100 con le stesse caratteristiche).

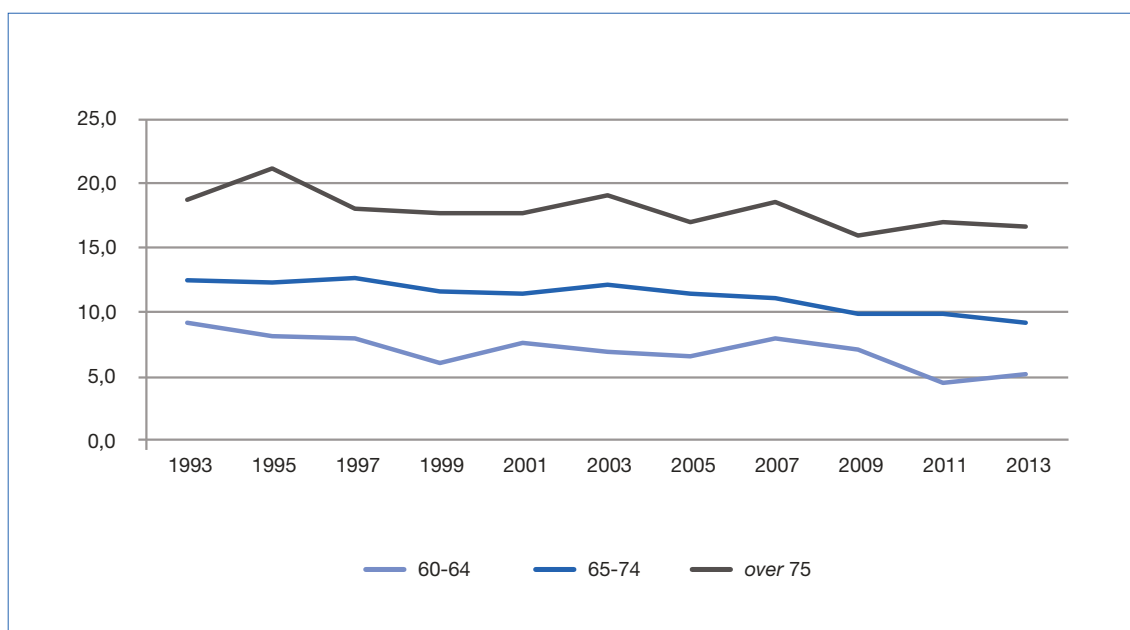
Figura 1.5. Persone per tipo di malattia cronica dichiarata in Italia.**Valori %, anni 2005 e 2013***[Figure 1.5. Persons by type of chronic disease declared in Italy.**Percentage, 2005 and 2013]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Anche guardando il dato per alcune patologie si conferma un calo della prevalenza evidente fino a 74 anni, mentre per gli over 75 la quota di popolazione con patologie croniche è pressoché costante (come nel caso delle malattie del cuore e della bronchite cronica e asma bronchiale) o in lieve crescita come nel caso dell'ipertensione e del diabete.

Figura 1.6. Persone over 60 con malattie del cuore per cento individui con le stesse caratteristiche in Italia, anni 1993–2013

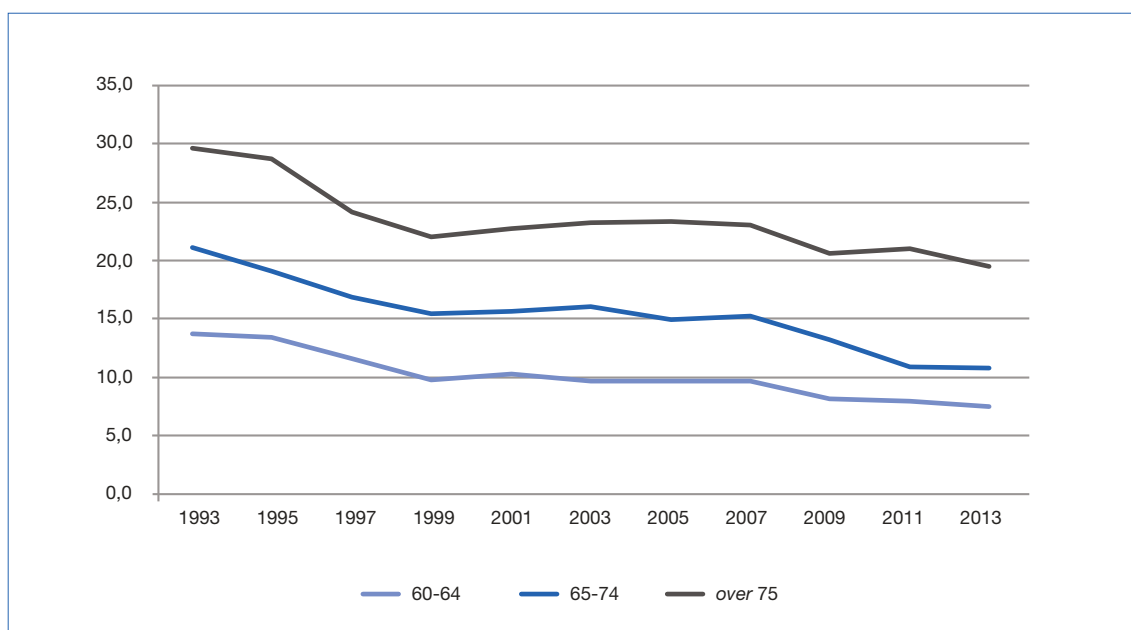
[Figure 1.6. Over 60 years-old with heart disease per 100 people with the same characteristics in Italy, 1993-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Figura 1.7. Persone over 60 con bronchite cronica, asma bronchiale per cento individui con le stesse caratteristiche in Italia, anni 1993–2013

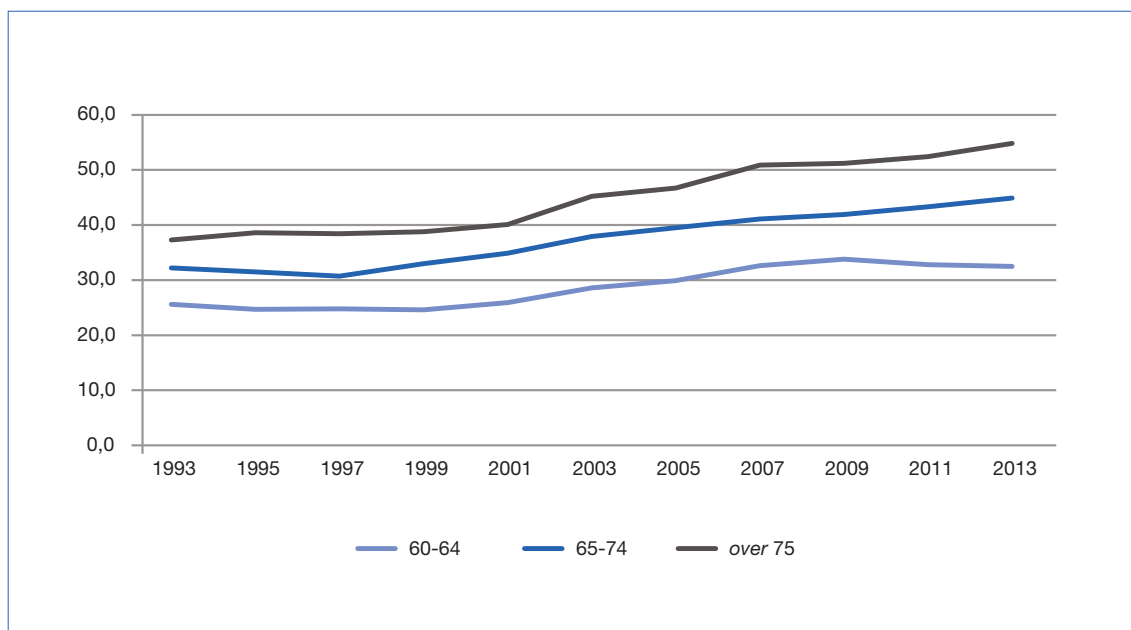
[Figure 1.7. Over 60 years-old with chronic bronchitis, bronchial asthma per 100 people with the same characteristics in Italy, 1993-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Figura 1.8. Persone over 60 con ipertensione per cento individui con le stesse caratteristiche in Italia, anni 1993–2013

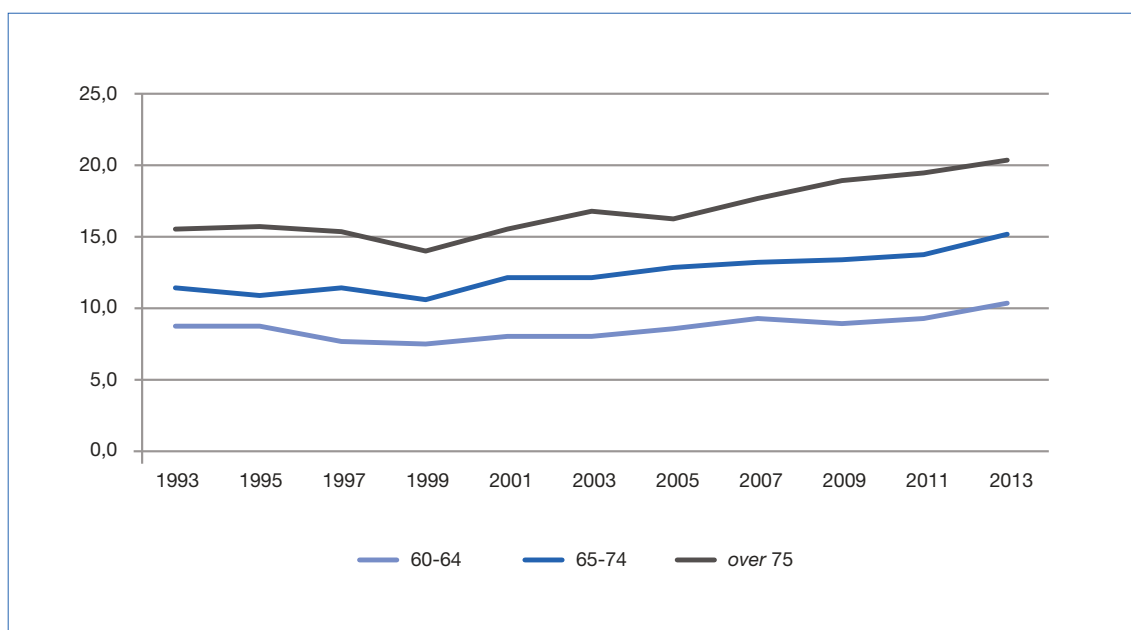
[Figure 1.8. Over 60 years-old with hypertension per 100 people with the same characteristics in Italy, 1993-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Figura 1.9. Persone over 60 con diabete per cento individui con le stesse caratteristiche in Italia, anni 1993–2013

[Figure 1.9. Over 60 years-old with diabetes per 100 people with the same characteristics in Italy, 1993-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

1.3. Disabilità e cronicità

Le malattie croniche sono, in alcuni casi, causa di disabilità in quanto conducono a limitazioni funzionali che possono impedire le normali attività quotidiane. In Italia gli individui con limitazioni funzionali sfiorano i 3,2 mln.; anche senza considerare che non tutti i disabili sono cronici, i primi rappresentano circa un settimo degli individui con almeno una malattia cronica (14,1%).

In particolare il 19% della popolazione italiana di età compresa tra i 45 e i 59 anni, nel 2012, dichiarava di soffrire di limitazioni nelle attività che si svolgono abitualmente; di questi il 20% affermava che si trattava di limitazioni gravi.

Le limitazioni funzionali, quindi, crescono al crescere dell'età; in ogni caso, al riguardo, si evidenziano importanti differenze di genere.

In particolare, si conferma la maggior diffusione della disabilità fra le donne: 7,1% donne, a fronte del 3,8% degli uomini della stessa età. La quota di donne confinate nella propria abitazione è pari al 3,4%, contro l'1,5% degli uomini; il 3,5% delle donne ha difficoltà di movimento e il 4,5% ha difficoltà nello svolgimento delle funzioni quotidiane, contro l'1,7% e il 2,3% rispettivamente fra gli uomini. Le difficoltà nella comunicazione interessano l'1,8% delle donne contro l'1,2% degli uomini.

Lo svantaggio delle donne non si può giustificare solo con la loro maggiore longevità in quanto, a partire dai 55 anni, emerge in tutte le classi di età e per tutti i tipi di disabilità.

Tabella 1.3. Persone di 6 anni e più con limitazioni funzionali secondo il tipo di limitazione, la classe di età ed il sesso in Italia. Tassi standardizzati per 100 persone, anno 2013.

[Table 1.3. People aged 6 and over with functional limitations by type of limitation, age group and sex in Italy. Standardized rates per 100 people, 2013]

CLASSI DI ETÀ / age	Con limitazioni funzionali / with functional limitations	Tipo di limitazioni funzionali / Type of functional limitations			
		Confinamento / confinement	Limitazioni nelle funzioni / functional restrictions	Limitazioni nel movimento / Restrictions on the movement	Limitazioni vista, udito e parola / Limitations sight, hearing and speech
M					
6-24	1,1	0,2	0,8	0,1	0,3
25-34	0,8	0,2	0,5	0,3	0,4
35-44	1,2	0,5	0,5	0,3	0,5
45-54	1,5	0,5	0,6	0,5	0,6
55-64	2,3	1,1	1,1	1,0	0,5
65-69	4,7	1,7	2,1	2,0	1,6
70-74	7,0	2,2	3,3	3,1	2,4
75-79	14,2	6,0	7,9	6,9	3,8
80 e più	32,5	14,8	23,0	17,1	9,8
TOTALE / Total	3,8	1,5	2,3	1,7	1,2
F					
6-24	1,1	0,2	0,6	0,2	0,4
25-34	0,6	0,2	0,3	0,2	0,2
35-44	1,1	0,3	0,4	0,3	0,4
45-54	1,5	0,5	0,6	0,5	0,5
55-64	3,2	1,2	1,3	1,5	0,8
65-69	5,5	2,2	2,3	2,7	1,4
70-74	11,3	4,8	5,5	5,9	2,5
75-79	21,2	9,5	11,6	11,7	4,4
80 e più	49,1	27,0	36,3	25,4	12,0
TOTALE / Total	7,1	3,4	4,5	3,5	1,8

segue

Tabella 1.3. Persone di 6 anni e più con limitazioni funzionali secondo il tipo di limitazioni funzionali, la classe di età ed il sesso in Italia. Tassi standardizzati per 100 persone, anno 2013.

[Table 1.3. People aged 6 and over with functional limitations by type of functional limitations, age group and sex in Italy. Standardized rates per 100 people, year 2013]

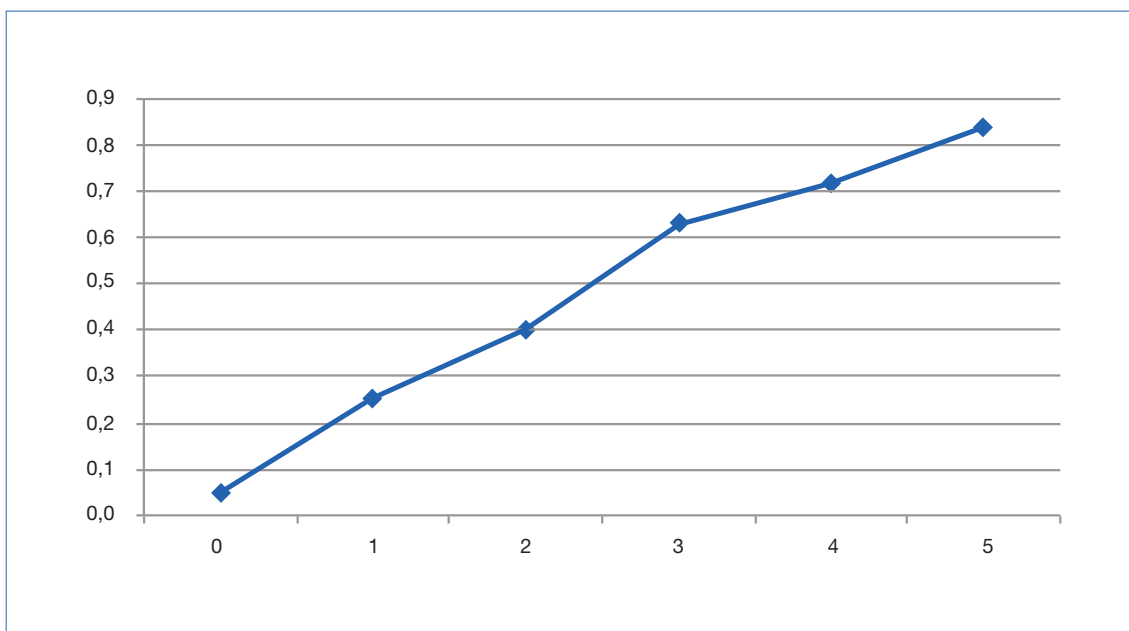
CLASSI DI ETÀ <i>/ age</i>	Con limitazioni funzionali / <i>with functional limitations</i>	Tipo di limitazioni funzionali / <i>Type of functional limitations</i>			
		Confinamento / <i>confinement</i>	Limitazioni nelle funzioni <i>/ functional restrictions</i>	Limitazioni nel movimento / <i>Restrictions on the movement</i>	Limitazioni vista, udito e parola / <i>Limitations sight, hearing and speech</i>
TOTALE					
6-24	1,1	0,2	0,7	0,2	0,3
25-34	0,7	0,2	0,4	0,2	0,3
35-44	1,2	0,4	0,5	0,3	0,5
45-54	1,5	0,5	0,6	0,5	0,6
55-64	2,8	1,1	1,2	1,2	0,7
65-69	5,1	2,0	2,2	2,4	1,5
70-74	9,3	3,6	4,5	4,6	2,4
75-79	18,2	8,0	10,0	9,7	4,2
80 e più	43,2	22,7	31,6	22,5	11,2
TOTALE / Total	5,5	2,5	3,4	2,6	1,5

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Dalla figura che segue emerge come la prevalenza di individui con limitazioni cresca linearmente all'aumentare del numero di malattie croniche, e ciò sembra indicare che l'effetto cumulativo delle malattie croniche ha un forte impatto sullo sviluppo della disabilità.

Figura 1.10. Prevalenza di individui di età 45-59 anni affetti da limitazioni funzionali per numero di malattie croniche in Italia, anno 2012

[Figure 1.10. Prevalence of persons aged 45-59 who have functional limitations for number of chronic diseases in Italy, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat, "Aspetti della vita Quotidiana 2012"
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Per analizzare la relazione tra limitazioni e malattie croniche sono stati stimati degli *odds ratios* tramite un modello di regressione logistica². Le stime sono state effettuate controllando per età, sesso, stato civile, istruzione, pratica di attività sportive, area geografica di residenza, e numero di malattie croniche presenti (malattie croniche considerate: la bron-

² Si ringrazia il Dott. Angelo Lorenti per le elaborazioni effettuate

chite, il diabete, l'artrosi, l'*angina pectoris*, i tumori e l'ipertensione).

Tra le malattie croniche considerate quelle che provocano una maggiore disabilità sono i tumori e l'*angina pectoris*. Giova sottolineare che non tutte le disabilità portano alla non autosufficienza dipendendo questo da gravità e tipo di disabilità; tra le malattie considerate, ad esempio, l'ipertensione non risulta predire disabilità. In generale la presenza contemporanea di più cronicità aumenta più che proporzionalmente il rischio di avere limitazioni.

Tabella 1.4. Odds Ratios della presenza di limitazioni in individui di età 45-59 anni con malattie croniche in Italia, anno 2012

[Table 1.4. Odds Ratios: presence of limitations in persons aged 45-59 with chronic diseases in Italy, 2012]

	OR	0,025	0,975
Diabete / Diabetes	1,7	1,4	2,2
Ipertensione / Hypertension	0,9	0,8	1,1
Angina pectoris	2,7	1,8	4,0
Tumore / Tumor	3,4	2,3	5,0
Artrosi / Arthrosis	1,5	1,3	1,8
Bronchite / Bronchitis	1,8	1,3	2,4

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat, "Aspetti della vita Quotidiana 2012"
[Source: CREA Sanità on Istat data]

1.4. Età, cronicità, disabilità consumo: alcune considerazioni

Come accennato, il concetto di vecchiaia è complesso da definire: il fatto che la vita media tenda ad allungarsi attesta come la terza età si sposti sempre più in là nel tempo.

La "soglia" d'ingresso nella vecchiaia differisce a seconda che si considerino o meno variabili psicologiche, biologiche, demografiche e previdenziali.

La vera sfida che va affrontata è quella di spostare in avanti la disabilità fisica migliorando la qualità della vita attraverso una equilibrata alimentazione, una maggiore attività fisica e più alta regolarità nei *checkup* sanitari. A tal proposito sono state emanate le linee guida per "invecchiare bene", proposte, peraltro, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'impatto dell'invecchiamento sul sistema sanitario è oggetto di analisi da oltre vent'anni. Spesso la questione viene affrontata in modo "semplicistico" applicando una sorta di determinismo demografico: l'invecchiamento della popolazione determina un incremento della cronicità e della disabilità, da cui deriva un aumento nel futuro della spesa sanitaria.

Come dimostrato in precedenza, la quota degli anziani nella popolazione cresce progressivamente; tuttavia, riteniamo non corretta l'affermazione secondo cui gli anziani, consumando relativamente più prestazioni sanitarie, porterebbero ad un progressivo aumento della spesa sanitaria.

La situazione è certamente più complessa ed è legata non solo all'andamento demografico, quanto allo stato di salute/disabilità effettiva delle persone e dalla spesa attribuibile a ciascuna patologia.

In letteratura sono state avanzate tre teorie:

1. teoria dell'invecchiamento di Morton Kramer: l'invecchiamento della popolazione con l'allungamento dell'aspettativa di vita, e quindi lo spostamento in avanti dell'età di morte, sarebbe accompagnato dall'aumento delle malattie mentali, delle malattie croniche e della disabilità;
2. teoria della compressione della morbilità di James Fries: c'è uno spostamento in avanti della cronicità e della morte;
3. teoria dell'equilibrio dinamico di Kenneth Manton: incremento della prevalenza delle malattie croniche, ma anche un livello medio di gravità più basso.

L'evidenza empirica propende per la seconda e la terza teoria.

Già nel 1998 Cutler e Sheiner hanno dimostrato che, se non si tiene conto della disabilità, si evidenzia che al crescere dell'età (da 70-74 anni a più di 85) cresce il livello della spesa ma quando la disabilità entra nel modello, l'effetto dell'età sulla spesa (a parità di disabilità) tende a ridursi, soprattutto nelle classi di età più anziane.

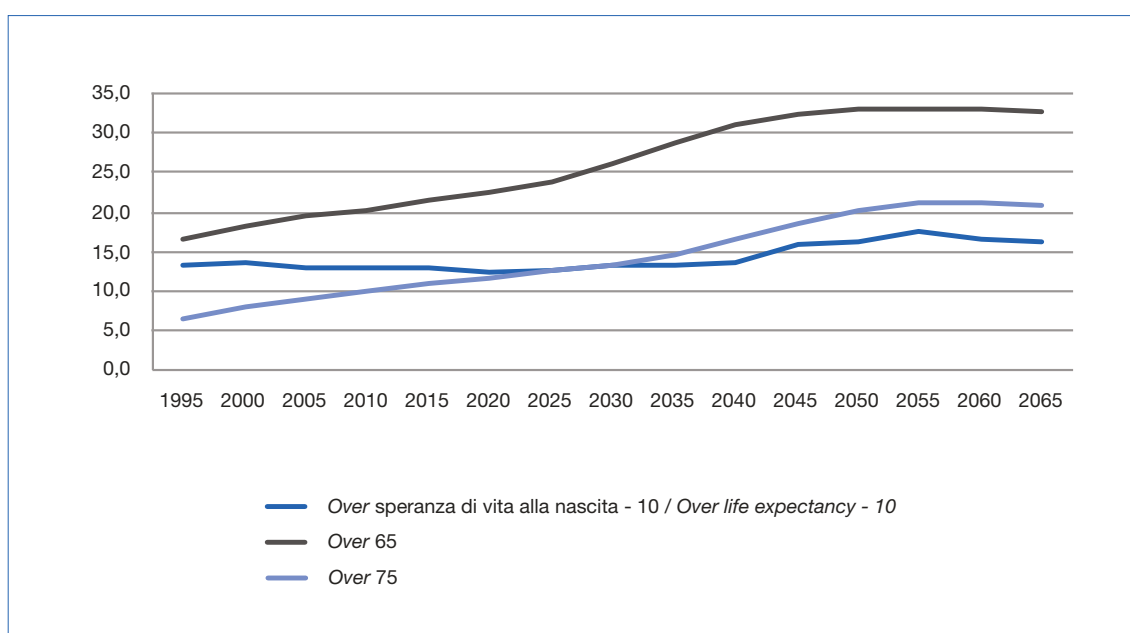
In altre parole, il rapporto tra invecchiamento e spesa sanitaria non è lineare né semplice così come non lo è quello fra demografia e cronicità.

A conferma di ciò, se il tasso di mortalità per la popolazione femminile superava il 4,0% a 75 anni nel 1980, dieci anni dopo tale valore veniva superato a 78 anni, a 80 anni nel 2000 e a 81 nel 2010. Andamento analogo si ha per gli uomini: viene superato il tasso di mortalità del 4,0% a 69, 72, 74, 77 anni rispettivamente nel 1980, 1990, 2000 e 2010.

Anche calcolando la quota di popolazione che ha raggiunto i 10 anni dalla aspettativa media di vita alla nascita e quindi la popolazione che presumibilmente si avvicina alla fase “critica” si osserva come la quota va aumentando nel tempo, ma in maniera significativamente meno rapida rispetto a quanto non avvenga per i tradizionali indicatori di mortalità: comunque si apprezza la crescita non prima del 2035.

Figura 1.11. Indicatori di invecchiamento in Italia. Valori %, anni 1995-2065

[Figure 1.11. Indicators of ageing in Italy. Percentage, 1995-2065]



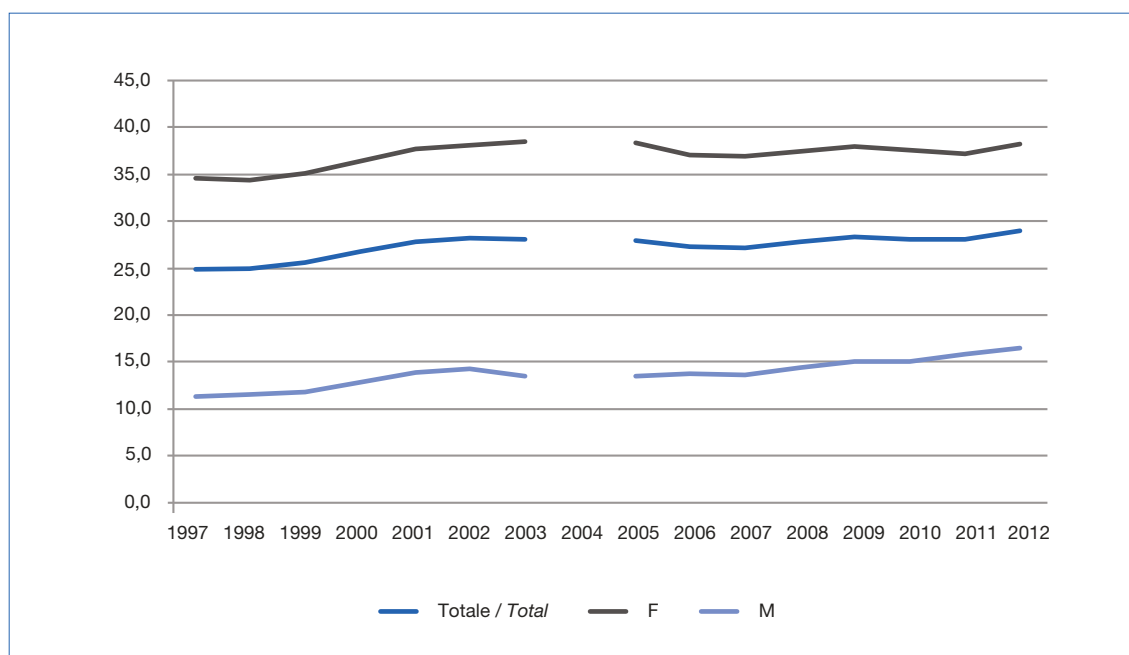
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

1.5. Famiglie e assistenza in Italia

Le trasformazioni demografiche in atto, implicano, oltre agli aspetti sopra ricordati, anche importanti cambiamenti a livello sociale. L'invecchiamento della popolazione, infatti, non porta solo ad un aumento progressivo del numero di anziani, ma anche ad una riduzione altrettanto importante della componente giovane. Ne consegue una trasformazione delle strutture familiari: la famiglia diventa più longeva e meno numerosa (famiglia "stretta e lunga"): il numero medio di componenti della famiglia è passato negli ultimi 15 anni da 2,7 a 2,4 componenti.

I bisogni dell'anziano solo richiedono un'attenzione crescente da parte dei servizi territoriali, quindi una maggiore assistenza formale, ed una diversificazione delle prestazioni di supporto; è, quindi, necessario pianificare interventi sanitario-socioassistenziali gestiti dal Comune e dalle ASL tendenti in particolar modo ad un'azione di prevenzione, cercando, ove possibile, di far fronte ai rischi di decadimento fisico-psichico e di isolamento sociale.

Le famiglie unipersonali sono cresciute del 23,1% tra il 2006-2007 e il 2012-2013: hanno superato i 7,5 mln., arrivando a rappresentare il 30,2% delle famiglie italiane. Il 48,7% delle persone che vivono sole sono anziani di 65 anni e più (l'11,1% delle persone sole ha più di 85 anni). Il divario di genere è importante: in virtù della più alta aspettativa di vita – specialmente nelle coorti oggi già invecchiate – fra le donne, la percentuale di persone sole ascrivibile alle fasce di popolazione anziana (65 anni e più) raggiunge il 62,5%, mentre fra gli uomini è del 30,0%.

Figura 1.12. Quota di over 65 che vivono da soli, per sesso in Italia.**Valori %, anni 1997-2012***[Figure 1.12. Over 65 years-old living alone, by sex in Italy. Percentage, 1997-2012]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat – Indagine famiglie e soggetti sociali, vari anni

[Source: CREA Sanità on Istat data]

Se da un alto, il fenomeno dell'invecchiamento è molto eterogeneo per caratteristiche demografiche, culturali, sociali e territoriali, dall'altro il processo di femminilizzazione in tarda età è un aspetto che riguarda tutte le popolazioni del mondo; per effetto della supermortalità maschile, infatti, il fenomeno dell'invecchiamento sembra coinvolgere maggiormente il sesso femminile. In tal senso, si capisce come mentre la maggioranza degli anziani maschi gode della presenza della moglie negli ultimi anni della propria vita, la donna anziana, di contro, rischi di vivere da sola un maggiore numero di anni rispetto all'uomo.

Ad ogni buon conto le differenze di mortalità tra maschi e femmine si stanno riducendo ed è quindi ragionevole supporre che in un prossimo futuro si possa osservare una riduzione relativa della proporzione di vedove: nel 2013, il 45,4% delle donne e il 79,8% degli uomini con più di 65 anni hanno un coniuge.

Tabella 1.5. Over 65 per stato civile, età e sesso in Italia. Valori %, anno 2012*[Table 1.5. Over 65 years-old by marital status, age and sex in Italy. Percentage, 2012]*

	M			F		
	65-69	70-74	75+	65-69	70-74	75+
Celibe-nubile / Single	7,2	6,2	5,0	5,5	5,3	7,1
Coniugato / Married	80,1	80,0	69,7	64,9	54,6	25,3
Vedovo / Widower	6,2	8,3	21,7	23,9	35,5	66,3
Separato-divorziato / Separate-divorced	6,6	5,5	3,6	5,7	4,5	1,3
Totale / Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat – Indagine Aspetti della vita quotidiana 2012

[Source: CREA Sanità on Istat data]

Nel nostro Paese le reti di aiuto informale svolgono un ruolo molto importante nel sostenere gli individui nei momenti della vita caratterizzati da maggiore vulnerabilità: i giovani che non hanno un lavoro, le madri lavoratrici con figli piccoli, gli anziani non-autosufficienti, le persone disabili.

Gli aspetti fin ora discussi hanno comportato una crescente difficoltà da parte delle donne, da sempre pilastro delle reti di aiuto, a sostenere il carico di un lavoro di cura che interessa fasi della vita sempre più dilatate. Il mutuo sostegno “madri-figlie” è diventato sempre meno agevole, comportando strategie di progressivo adattamento della rete informale all’emergere di nuovi bisogni, una diminuzione dell’impegno medio dei *caregiver* in termini di ore dedicate al lavoro di cura, una maggiore condivisione dell’aiuto con altre persone.

Come analizzato dal Rapporto annuale 2014 dell’Istat, l’impatto dei mutamenti sociodemografici sulle reti di parentela può essere compreso confrontando tre generazioni di donne: quelle nate nel 1940 (oggi settantaquattrenni), quelle nate nel 1960 (oggi cinquantaquattrenni), e quelle nate nel 1970 (oggi quarantaquattrenni). Analizziamo le “tre generazioni di donne” a quaranta anni, epoca in cui la maggior parte è madre di almeno un bambino di età inferiore ai 14 anni; il numero complessivo di figli e l’età al parto è differente per le tre donne, infatti quelle nate nel 1940 hanno avuto in media quasi 2 figli e il primo figlio in media a 25 anni, quelle nate nel 1960 ne hanno avuti 1,7 e il primo figlio a 27 e le nate nel 1970

hanno avuto in media 1,4 figli e il primo figlio in media a 30 anni.

Aumenta inoltre la quota delle donne che non hanno figli: circa il 20% delle donne nate nel 1970, contro il 13% delle generazioni del 1960 e del 1940. Più donne delle generazioni più recenti, quindi, una volta divenute anziane, non avrà figli che si prenderanno cura di loro.

Non meno rilevanti sono le differenze che si osservano rispetto alle persone su cui queste generazioni possono contare per ricevere aiuto o cui fornire sostegno nei momenti di difficoltà.

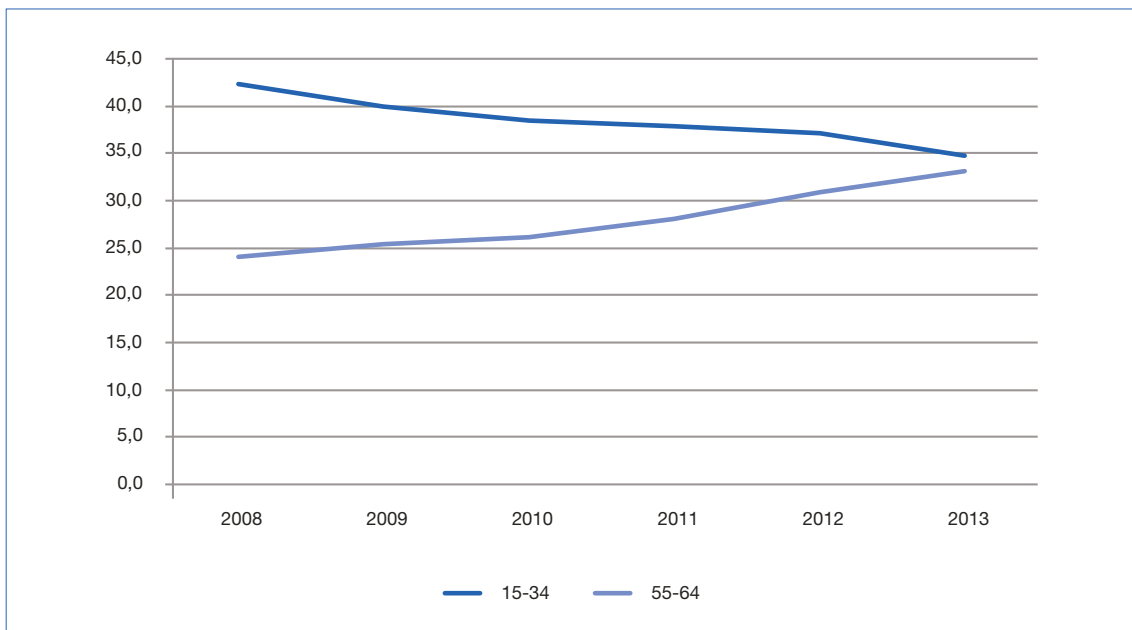
Sempre intorno ai 40 anni, le donne nate nel 1940 potevano fare affidamento su altri nove individui, tra marito, fratelli/sorelle e cognati/e; le donne del 1970 e del 1960, possono condividere il carico di cura da dedicare ai figli e ai familiari più anziani con altre cinque persone

A causa del progressivo invecchiamento demografico il carico di individui bisognosi di cura all'interno della rete di parentela non si riduce nella stessa proporzione con cui diminuisce il numero medio di figli: quando le donne nate nel 1940 hanno raggiunto l'età di 40 anni, possono aspettarsi di condividere altri 12 anni della loro vita con almeno un genitore anziano, quelle nate nel 1960 quattro anni di più infine le donne nate nel 1970 possono aspettarsi di condividere altri 22 anni della loro vita con almeno un genitore anziano.

Se poi si considera che il 30% delle quarantenni nate nel 1940 ha un'occupazione contro il 50% di quelle della stessa età nate nel 1960 e il 62% delle quarantenni nate nel 1970, è evidente come il carico di lavoro familiare sulle donne diventi sempre più difficile da sostenere.

Figura 1.13. Tasso di occupazione femminile per classi di età in Italia, anni 2008-2013

[Figure 1.13. Female employment rate by age group in Italy, 2008-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Anche considerando l'innalzamento dell'età pensionabile il ruolo ricoperto oggi dalle nonne sarà sempre più difficile da sostenere, mettendo definitivamente in crisi un modello di *Welfare* che fa affidamento sull'aiuto vicendevole tra generazioni di madri e di figlie, e sul lavoro non retribuito fornito soprattutto dalle donne.

Le donne, ancora oggi, sono le principali *caregiver* (il 32,5% nel 2010 secondo l'Istat) e dedicano più di 2 miliardi di ore di lavoro in un anno per la cura di altre famiglie.

A dimostrazione che, attualmente, il modello di *Welfare* fondato sull'aiuto tra generazioni di madri e di figlie e sul lavoro di cura non retribuito delle donne sta attraversando una profonda crisi si osserva che nel 2011, il 13,3% delle donne di età compresa tra i 50 e i 64 anni ha dichiarato di non riuscire a conciliare lavoro e impegni di cura, e di queste circa il 70% imputava l'impossibilità agli orari di lavoro.

1.6. Discussione e conclusione

Tra le sfide più importanti del nostro secolo ci sono quelle legate all'invecchiamento della popolazione, in quanto le conseguenze di tale trasformazione non sono solo demografiche, ma anche e soprattutto economiche e sociali.

Non vi è dubbio che il compito a cui la nostra società è chiamata a rispondere concerne le nuove esigenze ed i nuovi bisogni di classi demografiche che cominciano ad aver sempre più significativa consistenza.

Il fenomeno della stabilizzazione, se non addirittura della compressione, della mortalità - che peraltro comincia anche ad ottenere delle conferme di tipo empirico, come si evince dalla riduzione dei tassi standardizzati di cronicità - impone che si comincino a rivedere le previsioni catastrofiste sulla sostenibilità del sistema: difatti, cronicità e disabilità sono, da un lato, strettamente legate e, dall'altro, sono fenomeni di genere. La cronicità può essere prevenuta e la risposta alla cronicità meglio organizzata, attraverso la presa in carico della persona, l'*empowerment*, l'integrazione dei servizi.

Ulteriore problematica emersa nel nostro *excursus* è quella connessa all'assistenza informale; infatti, se storicamente è sempre stato un "compito femminile", allo stato attuale il genere femminile spesso dichiara di non riuscire più a soddisfare alla domanda di questa tipologia di cure a causa del sovraccarico di lavoro a cui spesso le donne sono sottoposte. Ne consegue che sul mercato del lavoro, partendo da una situazione già grave, la condizione delle donne è peggiorata ulteriormente. Appare, dunque, urgente procedere sia ad una redistribuzione del lavoro di cura tra i generi, che ad un maggiore sviluppo delle forme di assistenza formale mediante lo sviluppo di una rete di servizi ampia e funzionante, anche garantendo la possibilità di forme di lavoro flessibili atte a conciliare lavoro e cura, facilitando la crescita dell'occupazione femminile nel settore dei servizi.

Riferimenti bibliografici

Cislaghi C., Moirano F. (2013), *Negli ultimi 20 anni sono aumentati i malati in Italia? I dati dell'indagine multiscopo Istat dal 1993 al 2011*, Anno XII, numero 32/2013

Fries JF. (1980), *Aging, natural death, and the compression of morbidity*, N Engl J Med 1980;303:130-5

Istat (2014), *Rapporto annuale sulla situazione del Paese*

Istat (vari anni), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it

Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL (Ed.). (2006) *Global burden of disease and risk factors*. Washington (DC): World Bank;

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (vari anni), *Rapporti Sanità del CEIS*, anni 2008 e 2009, 2011





Chapter 1

Socio-demographic context:
trends and changes in the family structure

Chapter 1

Socio-demographic context: trends and changes in the family structure

*Polistena B.*¹

Summary

In recent years, Italy has been characterised by a decline in fertility, increased migration, a rise in life expectancy and population ageing.

These demographic processes have triggered changes in the population structure in Italy, like in all developed countries, leading to an increase in the elderly population and a reduction in the number of young people. In Italy, the ratio of elderly to young has skyrocketed, reaching - on 1 January 2012 - the share of 148.6 per cent (in Europe, only Germany has a higher ageing index of 155.8%).

Increased longevity is, undoubtedly, a great achievement, because it highlights the increasing improvement of living conditions and the progress of medicine, but it also raises the need for appropriate, systematic and urgent actions concerning the welfare system, which must also take into account the evolution of the concept of ageing.

To accurately define the process of population ageing is a complex matter, due to the fact that it is affected by many different variables alongside the population dynamics.

Population ageing is driven by three key factors: the sharp rise in the level of survival, the reduction in fertility, and the reduction of mortality.

In 2012, life expectancy at birth was 79.6 years for men and 84.4 years for women, almost doubling since the beginning of the 20th century, when life expectancy at birth was less than 42 years (41.6 years for men and 41.8 for women).

Although the total fertility rate has slowly climbed back up in recent years, it is still considerably below the so-called “replacement threshold” (conventionally equal to approx.

¹ CREA Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

2.1 children per woman), which would guarantee a natural turnover of the generations: in 2012, the total fertility rate was 1.4 children per woman and the average age of the mother at birth was 31.4 years.

Moving on to the analysis of mortality, infant mortality dropped sharply at the beginning of the 20th century, while we had to wait for the second half of the century to also have a significant reduction in adult mortality.

In recent years, the number of deaths has continued to rise in the older age groups (85 years and older), rapidly shifting the center (the average) of the distribution of deaths of progressively older age.

It has been observed how the proportion of population that has reached 10 years to average life expectancy at birth and which, therefore, is presumably approaching the “critical” phase, is also increasing over time, but at a significantly slower pace compared to traditional mortality indicators: growth, however, is appreciated but not before 2035.

Despite the increase in the number of elderly people over the last 20 years, the prevalence of major chronic diseases typical of over-60-year-olds has remained almost constant.

However, if we consider the proportion of people affected by two or more chronic diseases, we can see a sharp drop in prevalence up to 74 years, while in the case of over-75-year-olds the proportion of population with two or more chronic diseases tends to increase over time.

In 2013, the most prevalent chronic diseases were: hypertension, arthritis, allergic diseases, headache, osteoporosis and diabetes. Between 2005 and 2013, the prevalence of some conditions, such as osteoarthritis and chronic bronchitis, decreased slightly (respectively, 1.8% and 0.7% per 100 people with the same characteristics), while others, in particular hypertension and allergic diseases, increased (respectively, 3.3% and 3.0% per 100 people with the same characteristics).

Chronic diseases are associated with disability, because it leads to functional limitations that may prevent the activities of daily living (ADL). In Italy there are almost 3.2 million people with functional limitations; in particular, 19% of the Italian population aged between 45 and 59 years, in 2012, claimed to suffer from ADL limitations; of these, 20% reported very severe limitations.

The prevalence of people with ADL limitations increases linearly with the increase in chronic diseases, and this seems to indicate how the cumulative effect of chronic diseases strongly affects the development of disabilities.

On the other hand, the stabilisation, if not the reduction, of mortality requires a serious review of the catastrophic forecasts about the sustainability of the system: chronic diseases and disability are, on the one hand, closely related and, on the other, are gender-related phenomena. However, chronic conditions, but especially progressive disability, can be prevented by means of personal care programmes, empowerment, and the integration of services.

The demographic changes taking place entail a significant degree of social transformation, in addition to the aspects mentioned above. Population ageing, in fact, does not lead only to the progressive increase in the number of elderly people, but also to an equally important reduction in the number of young people, changing the very structure of households, which tend to live longer, but to have less members.

The needs of the elderly people living on their own require increasing attention by the health and social services, and therefore more formal care, and a diversification of the support services; it becomes necessary to plan health and social care programmes aimed particularly at prevention, seeking, where possible, to address the risks of physical and mental deterioration and social isolation.

A further problem, in the Italian context, is related to informal care; historically, this has always been a “woman’s job”, but women today increasingly declare that they are unable to meet the demand for this type of care due to an overload of work. It follows that the situation of working women, which was already rather tough, has worsened further. To promote female employment it is necessary to extend flexitime, to help women achieve a better balance between work and care, but it is also particularly urgent to redistribute the burden of care between the genders, as well as to ensure the development of formal care, by developing a widespread and effective network of services, but also by encouraging the introduction of flexible employment, to reconcile work and care commitments, as a means for increasing female employment.

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

Capitolo 2

**Il finanziamento:
investimenti e disavanzi**

Capitolo 2

Il finanziamento: investimenti e disavanzi

Giordani C.¹, Ploner E.¹

2.1. Il contesto

Il tema del finanziamento (pubblico) della spesa sanitaria è estremamente rilevante sia per gli impatti sulla finanza pubblica, che in termini di effetti redistributivi innescati.

Da questo ultimo punto di vista, oltre che i livelli di finanziamento, occorre analizzare l'aspetto della provenienza delle risorse, ossia di chi "paga" per il finanziamento della spesa sanitaria pubblica, e quello della ripartizione delle risorse disponibili; senza dimenticare, poi, che anche gli eventuali disavanzi producono effetti redistributivi, sebbene non "programmati".

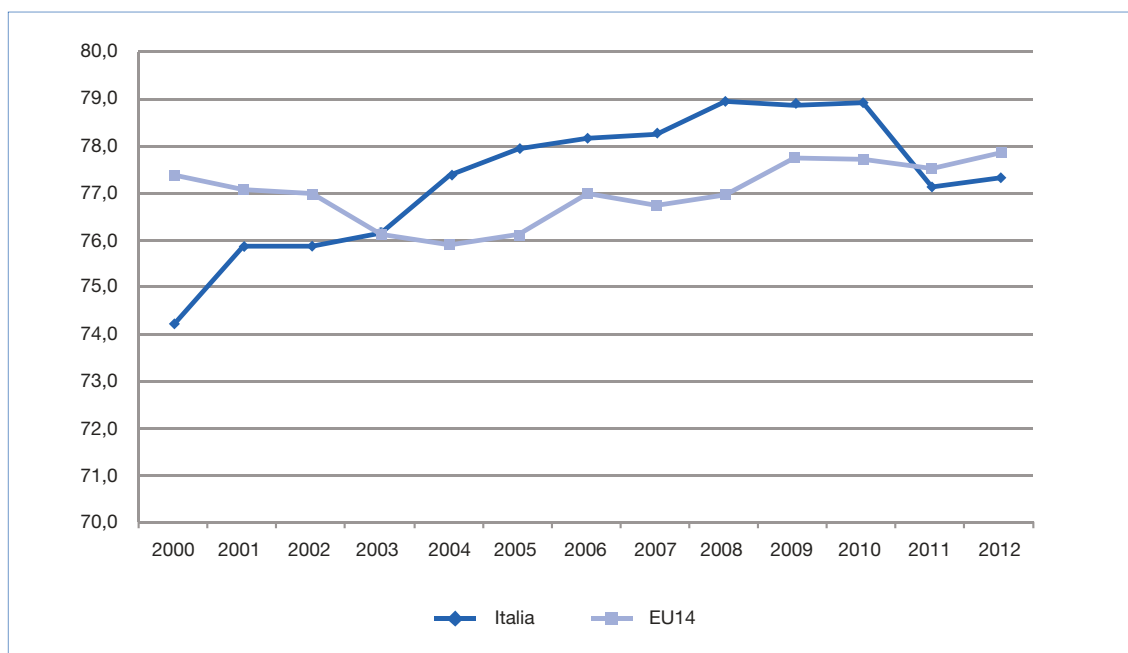
Con riferimento al soggetto finanziatore della spesa, è noto² come l'Italia sia un Paese a prevalente finanziamento pubblico, peraltro come la maggior parte dei Paesi OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development*): nel 2012, il 77,3% della spesa sanitaria sostenuta dal nostro Paese è stato finanziato da fonti pubbliche, con un tasso leggermente superiore alla media dei Paesi OECD (72,0%).

Se si prendono in considerazione però i soli Paesi EU15³, la figura 2.1 mostra come nel 2011 e nel 2012, così come era all'inizio del nuovo secolo, la quota di spesa pubblica italiana sia al di sotto della media europea (il *trend* è comunque in leggera risalita nel 2012 rispetto all'anno precedente).

¹ CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata"

² Come documentato nei precedenti Rapporti Sanità "Tor Vergata"

³ In questo capitolo vengono analizzati gli "storici" 15 Paesi membri dell'Unione Europea (EU15), che hanno aderito prima del 2004: Italia, Belgio, Francia, Germania, Lussemburgo, Olanda, Danimarca, Irlanda, Regno Unito, Grecia, Portogallo, Spagna, Austria, Finlandia e Svezia. Per i confronti, più correttamente si analizza il dato Italia vs. la media EU14 (Paesi EU15 esclusa Italia)

Figura 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria. Valori %, anni 2000-2012*[Figure 2.1. Public financing of health expenditure. Percentage, 2000-2012]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD Health Data 2014
 [Source: CREA Sanità on OECD Health Data 2014]

In un'ottica di sostenibilità nel tempo dei servizi pubblici, oltre al finanziamento della spesa corrente, assume particolare rilevanza l'aspetto del finanziamento degli investimenti, il cui rilancio figura peraltro tra gli obiettivi del semestre di Presidenza italiana del Consiglio europeo 2014⁴. Si tratta di un obiettivo che compare altresì in vari documenti di programmazione sanitaria, quali il Patto per la Salute 2014-2016 di recente siglato. In Italia nel 2012 la spesa sanitaria pubblica è per il 97,3% costituita da spesa corrente⁵, mentre quella per investimenti fissi⁶ vale il restante 2,7%: la prima in arretramento di 0,2 punti percentuali rispetto al 2011.

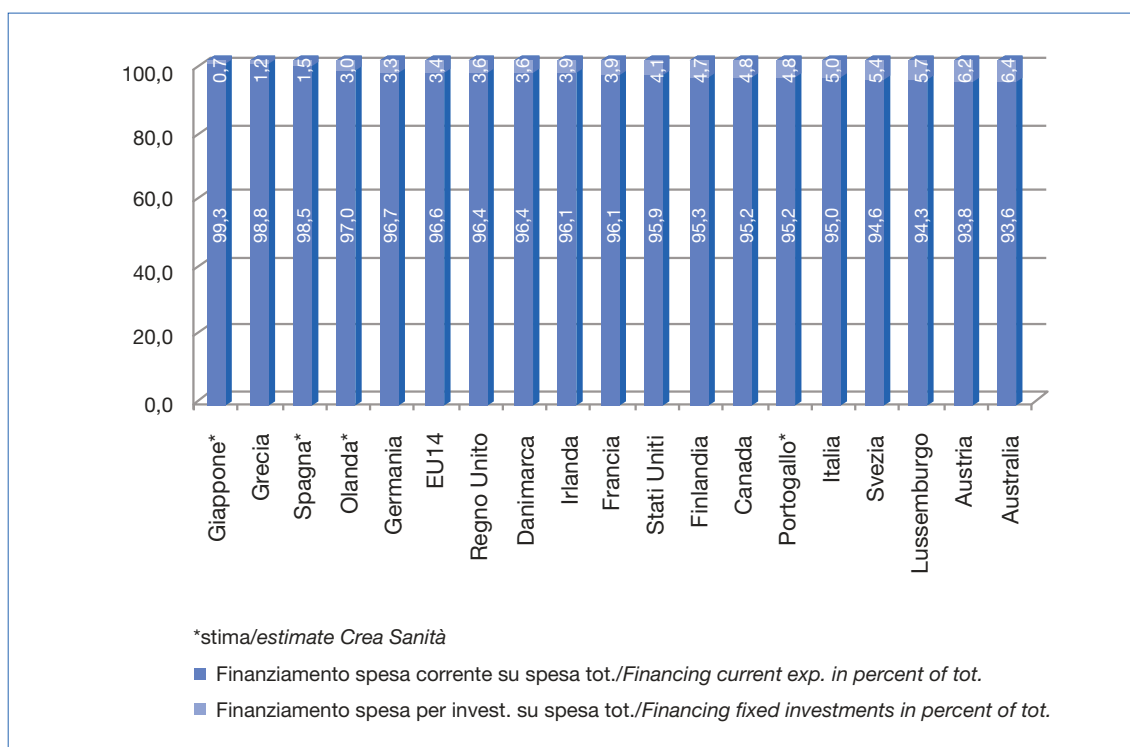
⁴ "Valorizzazione degli investimenti in Sanità come opportunità e non costo"

⁵ Tipicamente, costi per il personale e per acquisto di beni e servizi

⁶ Ci si riferisce tipicamente all'acquisto, costruzione o ristrutturazione di beni durevoli (soprattutto ospedali e attrezzature mediche). Per maggiori dettagli, www.oecd.org

Figura 2.2. Finanziamento spesa sanitaria corrente e per investimenti - Italia vs. Paesi EU14 e altri. Valori %, anno 2012

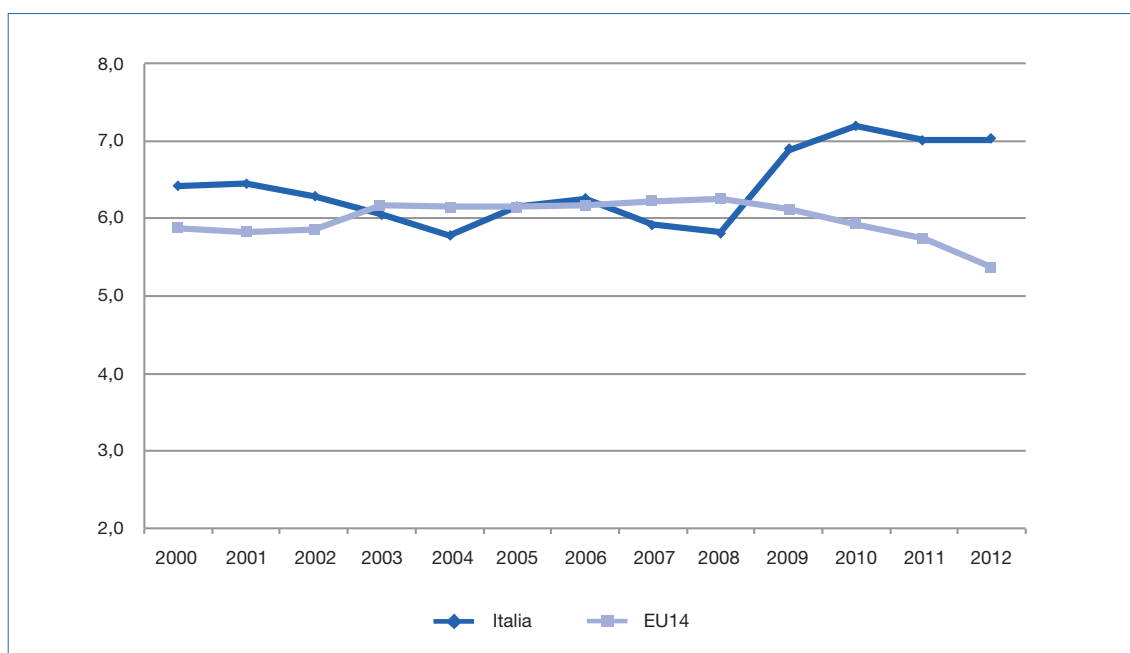
[Figure 2.2. Financing of current health expenditure and financing of fixed investments in health – Italy vs. EU14 and other Countries. Percentage, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Figura 2.3. Trend finanziamento spesa per investimenti fissi in Sanità su spesa sanitaria totale - Italia vs. EU14. Valori %, anni 2000-2012

[Figure 2.3. Trend in financing of fixed investments in health as a percentage of total health expenditure, 2000-2012]

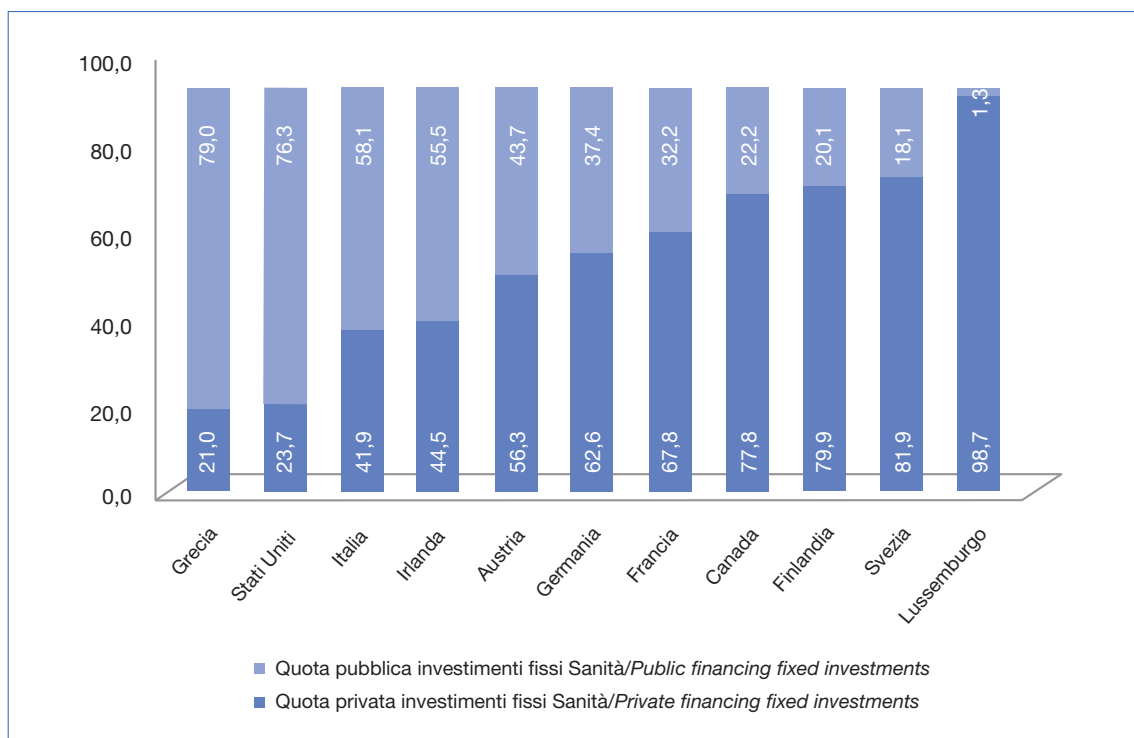


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD Health Data 2014
[Source: CREA Sanità on OECD Health Data 2014]

Come mostra la figura 2.3, l'Italia sembra avere un *trend* di crescita della spesa per investimenti rispetto al totale, nonostante nel 2012 la percentuale sia rimasta ferma al 5,0% (pari a € 6,68 mld.) come nel 2011, mentre nei Paesi EU14 la percentuale è invece in costante diminuzione dal 2008: ma l'effetto è in larga parte generato dai tagli della spesa corrente in Italia.

Figura 2.4. Finanziamento pubblico-privato della spesa per investimenti fissi in Sanità - Italia vs. Paesi EU14 e altri OECD. Valori %, anno 2012

[Figure 2.4. Public and private financing of fixed investments in health – Italy vs. UE14 and other OECD Countries. Percentage, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD Health Data 2014
 [Source: CREA Sanità on OECD Health Data 2014]

Nei confronti internazionali, malgrado l'Italia sembri mostrare, stando ai dati OECD 2014, una propensione ad investire in Sanità superiore alla media di EU14 (figura 2.3) e a molti Paesi dell'Unione (nel 2012 la percentuale di spesa per investimenti fissi sulla spesa totale in Italia è del 5,0% contro il 3,4% medio di EU14) di fatto l'investimento è prevalentemente a finanziamento privato⁷ (figura 2.4).

⁷ Come già rilevato nel IX Rapporto Sanità "Tor Vergata"

Come mostra la figura 2.4, tra tutti i Paesi EU14, più alcuni “big” OECD di cui si dispone dei dati, solo l’Italia, insieme a Grecia, Irlanda e USA, ha una quota pubblica di investimenti fissi inferiore al 50,0%. All’estremo opposto, la Svezia raggiunge 82,0% e il Lussemburgo addirittura il 98,7%.

Il finanziamento privato della spesa per investimenti nel nostro Paese continua dunque ad essere tra i più alti d’Europa e non solo, anche se va evidenziato un calo rispetto al 2011 (-3,7 punti percentuali).

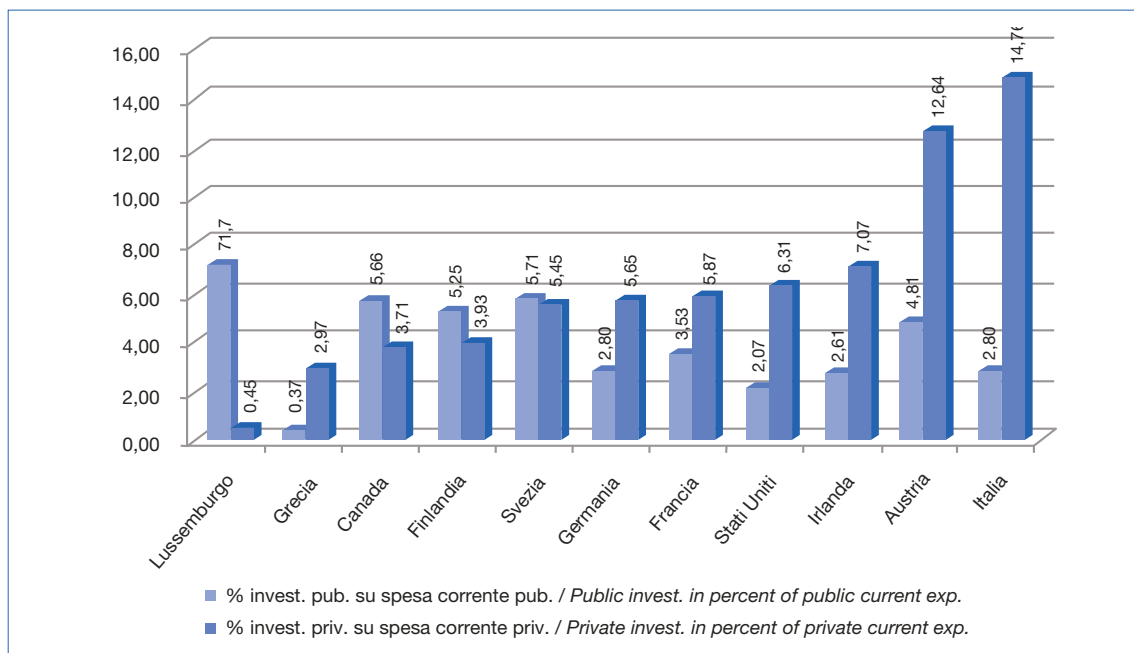
Ad ulteriore conferma, la figura 2.5 mostra come l’Italia sia nel biennio 2011-2012 il Paese con la più alta propensione privata all’investimento⁸.

In dettaglio per il 2012: l’Italia per € 100 di spesa sanitaria corrente privata, ne spende quasi 15 in investimenti fissi privati (all’estremo opposto il Lussemburgo, con € 0,45), mentre a fronte di € 100 di spesa sanitaria corrente pubblica spende solo € 2,8 per investimenti fissi pubblici (la Svezia arriva a € 5,7).

⁸

Si evidenzia che il dato 2012 per la Spagna non è disponibile

Figura 2.5. Finanziamento spesa per investimenti fissi in Sanità, pubblico e privato, su spesa sanitaria corrente - Italia e Paesi EU14 e altri OECD. Valori %, anno 2012
[Figure 2.5. Public and private financing of fixed investments in health as a percentage of current health expenditure – Italy and other UE14 and OECD Countries, 2012]



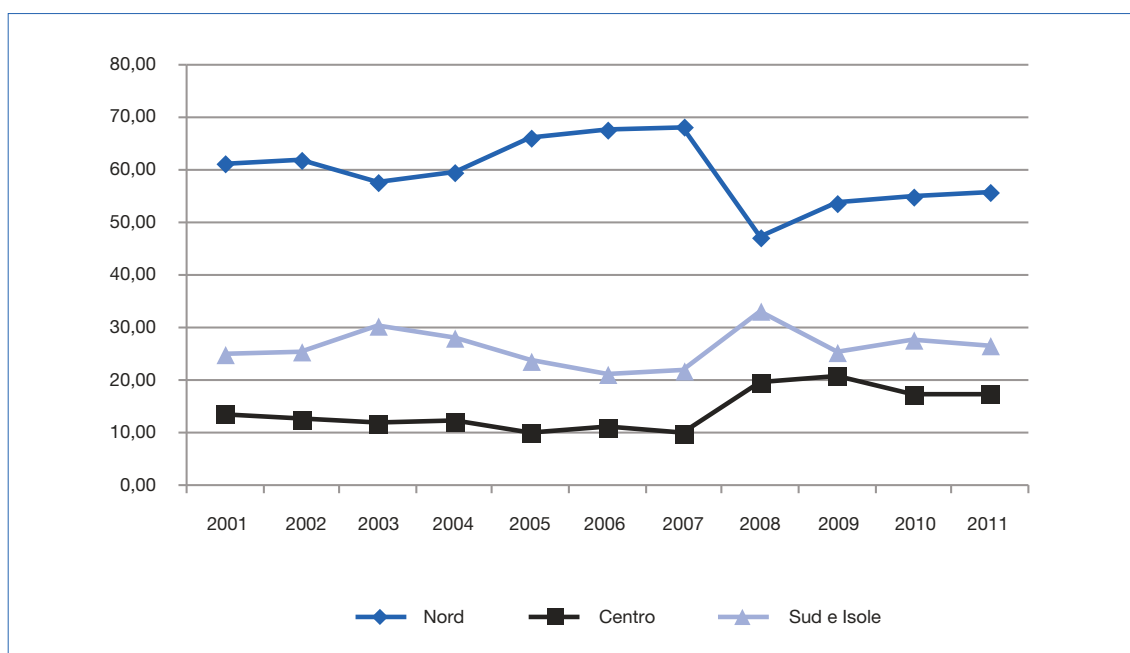
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD Health Data 2014
 [Source: CREA Sanità on OECD Health Data 2014]

A livello regionale, nel 2011, delle risorse complessivamente destinate per l'acquisto di beni di investimento durevoli in ambito socio-sanitario⁹, il 55,87% afferisce alle Regioni del Nord, il 26,67% a quelle del Sud, mentre le Regioni centrali si sono fermate al di sotto del 18,00%. Dieci anni prima, ovvero nel 2001, la situazione era, nella sostanza, la medesima.

⁹ Gli investimenti fissi lordi per Sanità ed assistenza sociale sono costituiti dalle acquisizioni di capitale fisso effettuate da tutti i produttori *market* e *no market* tanto pubblici quanto privati. Nella voce Sanità ed assistenza sociale, come prescritto dalla struttura ATECO 2007 (codici 86,87 e 88), si annoverano: i servizi ospedalieri, i servizi degli studi medici ed odontoiatri, gli altri servizi di assistenza sanitaria, le strutture di assistenza infermieristica residenziale, le strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti, le strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili ed, infine, le altre strutture di assistenza sociale residenziale

**Figura 2.6. Investimenti fissi pubblici e privati in Sanità e assistenza sociale -
Composizione. Valori %, anni 2001-2011**

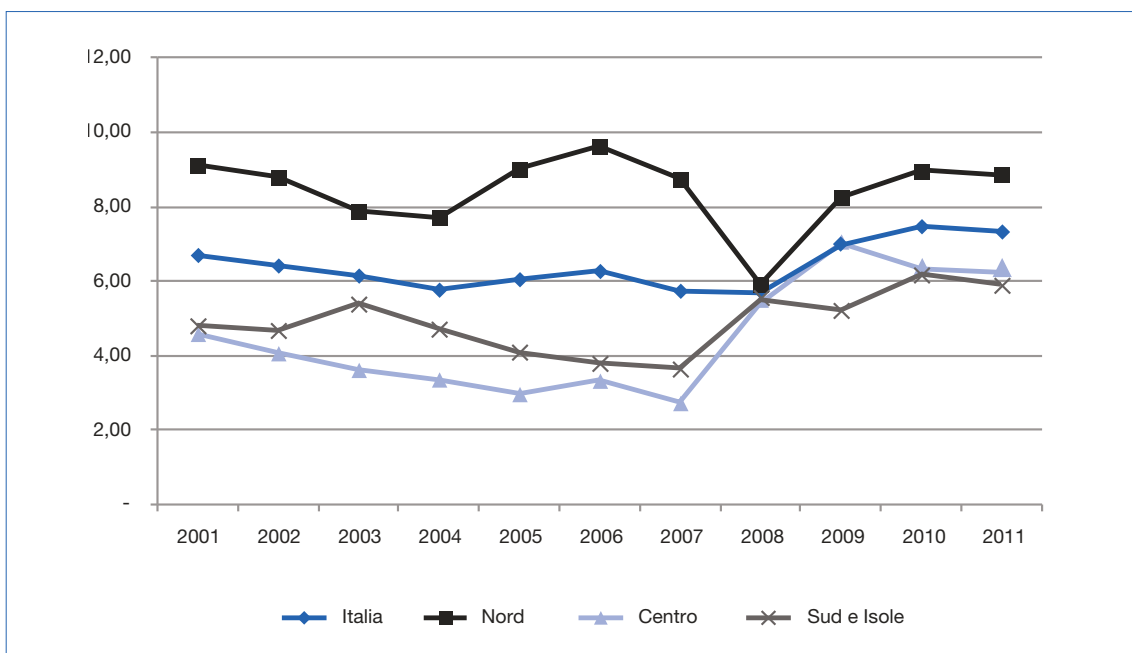
*[Figure 2.6. Public and private fixed investments in health and social protection.
Percentage composition, 2001-2011]*



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

In termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica totale corrente, poi, gli investimenti fissi, tanto pubblici quanto privati, in tutto il periodo analizzato (2001-2011), hanno pesato maggiormente nelle Regioni del Nord (sono passati da un'incidenza del 9,11% nel 2001 ad una dell'8,86% nel 2011). Gli investimenti in beni durevoli rappresentano, invece, nel 2011, il 6,25% della spesa sanitaria pubblica delle Regioni del Centro ed il 5,90% di quelle del Sud. Giova, inoltre, sottolineare che nel 2008 l'indicatore analizzato ha tendenzialmente assunto il medesimo valore in tutte le ripartizioni.

Figura 2.7. Investimenti fissi pubblici e privati in Sanità e assistenza sociale - Quota sulla spesa sanitaria pubblica totale corrente. Valori %, anni 2001-2011
[Figure 2.7. Public and private fixed investments in health and social protection as a percentage of public health expenditure, 2001-2011]

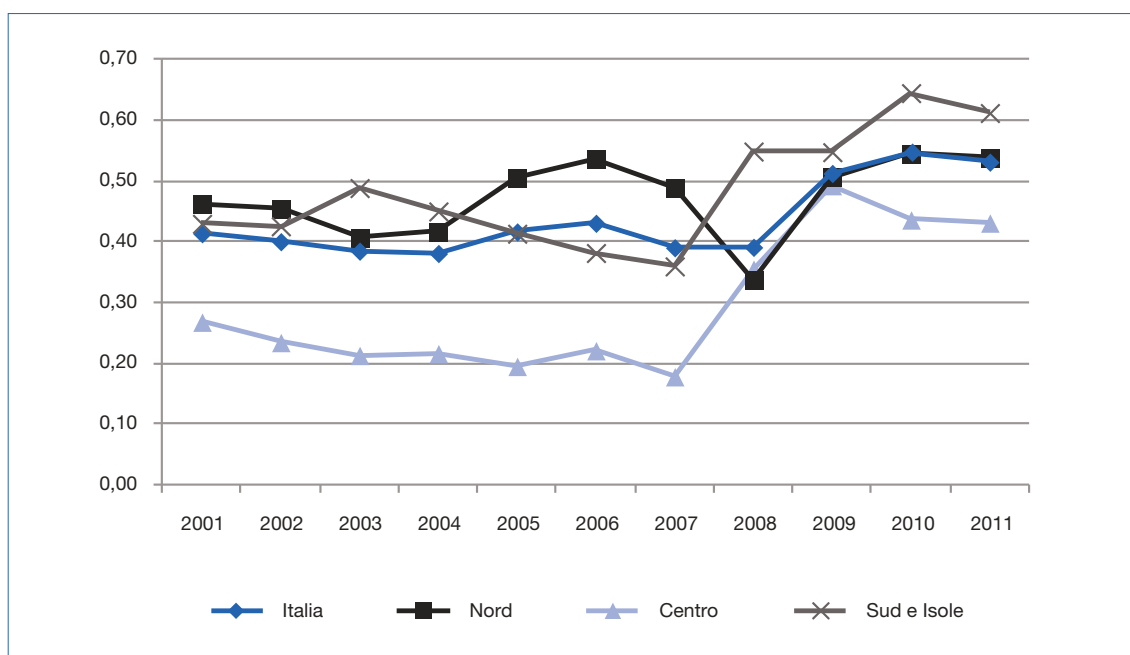


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

In rapporto al PIL, tra il 2001 ed il 2011, l'incremento medio della spesa per investimenti fissi in misure di assistenza sociale è stato di poco superiore allo 0,10%. In aggiunta, a partire dal 2008, il peso sul PIL delle risorse investite nelle Regioni del Sud è stato superiore a quello delle Regioni appartenenti alla ripartizione centro-settentrionale. In termini dinamici, il Nord si presenta come la ripartizione in cui la crescita media dell'incidenza degli investimenti fissi socio-sanitari sul PIL, nel decennio 2001-2011, è stata inferiore, fermandosi allo 0,07%; le Regioni del Centro raggiungono lo 0,16%, mentre nel Sud e nelle Isole il valore dell'indicatore arriva allo 0,18%.

Figura 2.8. Investimenti fissi pubblici e privati in Sanità e assistenza sociale – Quota su PIL. Valori %, anni 2001-2011

[Figure 2.8. Public and private fixed investments in health and social protection as a percentage of GDP, 2001-2011]

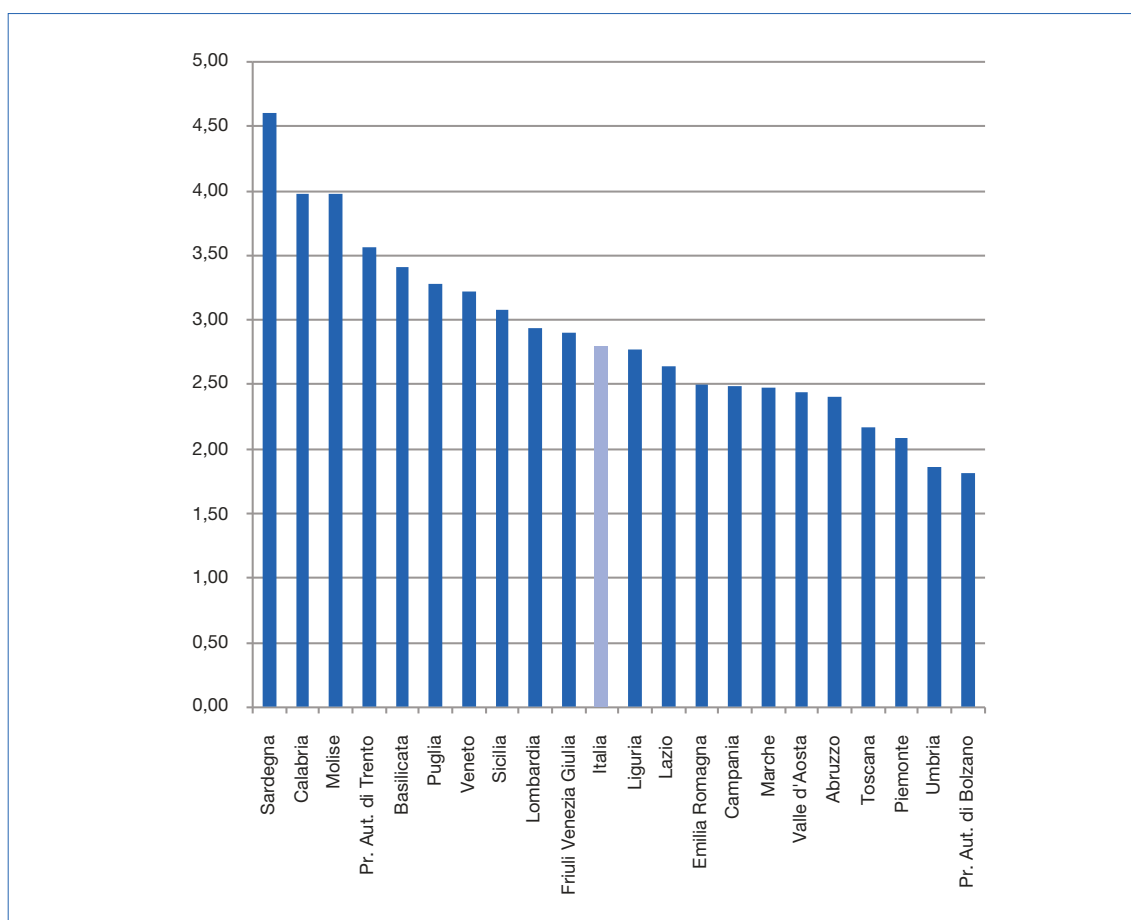


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

A livello regionale la spesa per investimenti socio-sanitari sul totale della spesa per investimenti fissi, assume configurazioni assai differenti: nel 2011, raggiunge valori percentuali minimi nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Umbria (dove solo l'1,81% e l'1,87%, rispettivamente, del totale degli investimenti in beni pluriennali è destinato al mantenimento e ammodernamento del sistema della salute) e massimi in Sardegna (4,60%) e Calabria (3,98%).

Figura 2.9. Investimenti fissi pubblici e privati in Sanità e assistenza sociale - Quota sul totale degli investimenti fissi. Valori %, anno 2011

[Figure 2.9. Public and private fixed investments in health and social protection as a percentage of total fixed investments, 2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Infine, il confronto tra i livelli di spesa per investimenti fissi sostenuti dalle diverse Regioni acquista maggior significato quando oggetto del confronto divengono i valori di spesa pro-capite per Regione. In particolare, i numeri indice a base fissa annuali (Italia=100) palezano per tutti gli anni analizzati (2000, 2005, 2010, 2011) che nel Nord si registra un valore del predetto indicatore stabilmente superiore alla media italiana e ciò, nel 2011, risulta es-

sere particolarmente vero nella Provincia Autonoma di Trento ed in Veneto. Nelle Regioni del Centro e del Sud, invece, gli investimenti fissi per residente si sono trovati costantemente al di sotto del valore nazionale di riferimento. In particolare, nel 2011, la Regione del Centro che maggiormente si è allontanata in senso negativo dal dato italiano è stata l'Umbria, mentre tra quelle del Sud la Campania.

Tabella 2.1. Investimenti fissi pubblici e privati in Sanità e assistenza sociale pro-capite. Numeri indice, anni 2000-2011

[Table 2.1. Public and private fixed investments in health and social protection, per capita. Index numbers, 2000-2011]

Regioni	2000	2005	2010	2011
Italia	100,00	100,00	100,00	100,00
Nord	142,16	146,26	120,28	122,00
Centro	70,06	52,37	87,78	88,50
Sud e Isole	63,70	66,75	80,16	77,32
Piemonte	128,30	171,64	78,88	87,35
Valle d'Aosta	229,49	174,87	169,25	131,11
Lombardia	186,16	160,85	125,98	130,12
Pr. Aut. di Bolzano	188,83	114,64	158,62	134,32
Pr. Aut. di Trento	191,60	184,52	178,15	212,47
Veneto	115,04	97,46	140,24	146,20
Friuli Venezia Giulia	129,86	148,32	111,53	132,54
Liguria	63,50	60,11	127,74	104,57
Emilia Romagna	107,63	171,98	113,96	102,74
Toscana	52,32	35,56	91,55	80,82
Umbria	66,47	43,21	69,54	69,49
Marche	110,67	73,31	65,95	89,11
Lazio	70,93	59,12	94,18	96,37
Abruzzo	96,88	134,55	125,90	86,01
Molise	121,27	69,77	105,50	124,33

segue

Tabella 2.1. Investimenti fissi pubblici e privati in Sanità e assistenza sociale pro-capite. Numeri indice, anni 2000-2011

[Table 2.1. Public and private fixed investments in health and social protection, per capita. Index numbers, 2000-2011]

Regioni	2000	2005	2010	2011
Campania	47,72	49,26	65,11	49,67
Puglia	62,33	57,62	80,55	85,42
Basilicata	76,91	68,76	113,41	101,45
Calabria	87,15	102,08	74,04	111,57
Sicilia	49,41	49,09	76,40	69,48
Sardegna	92,67	104,17	97,08	111,76

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

2.2 Le dinamiche del finanziamento

Passando all'analisi del rapporto intercorrente tra finanziamento e spesa sanitaria pubblica, è d'immediata evidenza come tra il 2007 ed il 2012, quest'ultima sia aumentata mediamente dell'1,67% annuo, mentre il finanziamento corrente lordo del 2,22%, il tutto a fronte di una crescita media annua del PIL dello 0,16%. La situazione rimane, nella sostanza, immutata se l'analisi fosse stata svolta sul periodo 2002-2006.

In aggiunta, se si considerano le differenze percentuali tra le variazioni medie annue del finanziamento e della spesa, se ne ricava che mentre tra il 2002 ed il 2006 il finanziamento ha avuto una crescita media annua dello 0,22% inferiore a quella riportata dalla spesa, nel periodo 2007-2012 il fenomeno si inverte: il finanziamento ha presentato un incremento medio annuo dello 0,54% superiore a quello della spesa. Spostando il confronto tra le differenze nella crescita intercorrenti tra il finanziamento ed il PIL, risulta che il primo, in entrambi i periodi considerati, ha avuto un aumento medio annuo più sostenuto del secondo (del 2,29% nel periodo 2002-2006 e del 2,05% tra il 2007 ed il 2012). Anche la spesa pubblica ha avuto un incremento medio annuo più elevato di quello riportato dal PIL ed in entrambi i periodi.

**Tabella 2.2. Finanziamento corrente lordo, spesa sanitaria pubblica totale e PIL -
Variazioni medie annue e differenze %. Valori %, anni 2002-2012**

[Table 2.2. Gross current financing, total public health expenditure and GDP. Average annual change and percentage differences on average annual change, 2002-2012]

Italia	2006/2002	2012/2007
Finanziamento corrente lordo (var. media annua)/ <i>Gross current fin. (av. annual change)</i>	5,77	2,22
Spesa pubblica totale corrente (var. media annua)/ <i>Public current exp. (av. annual change)</i>	6,00	1,67
PIL (var. media annua)/GDP (av. annual change)	3,48	0,16
Fin. corr. lordo vs. spesa pub. (diff. % delle var. medie annue)/ <i>Gross current fin. vs. public exp. (diff. %)</i>	-0,22	0,54
Fin. corr. lordo vs. PIL (diff. % delle var. medie annue)/ <i>Gross current fin. vs. GDP (diff. %)</i>	2,29	2,05
Spesa pub. vs. PIL (diff. % delle var. medie annue)/ <i>Public exp. vs. GDP (diff. %)</i>	2,51	1,51

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

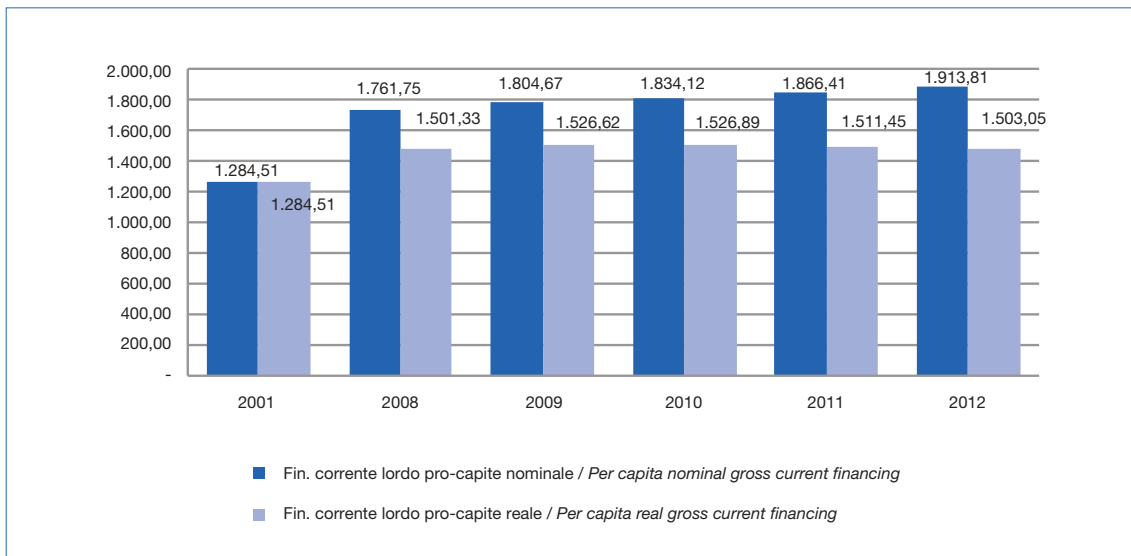
In termini pro-capite, con riferimento agli ultimi cinque anni per i quali si dispone dei dati, se ne ricava che il finanziamento è cresciuto in termini nominali, sebbene a tassi annui via via inferiori; in termini reali¹⁰, invece, sin dal 2011 il finanziamento pro-capite comincia a diminuire. In particolare, come illustra la figura 2.10, il finanziamento corrente lordo pro-capite reale decresce negli anni: nel 2012 è pari a € 1.503,05 a fronte di € 1.511,45 dell'anno precedente ed a € 1.526,89 del 2010.

¹⁰ Per deflazionare abbiamo impiegato il valore generale del FOI, ossia dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati. In particolare, tale indice si riferisce ai consumi dell'insieme delle famiglie che fanno capo ad un lavoratore dipendente (operaio o impiegato). Si tratta di un indice usato per adeguare periodicamente i valori monetari. Infine, per la determinazione del valore reale è stato assunto il 2001 come anno base, ovvero nel 2001 il valore nominale coincide con quello reale.

Figura 2.10. Finanziamento corrente lordo pro-capite nominale e reale.

Valori assoluti (€), anni 2008-2012

[Figure 2.10. Gross current financing, nominal and in real term, per capita (€), 2008-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, Istat
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

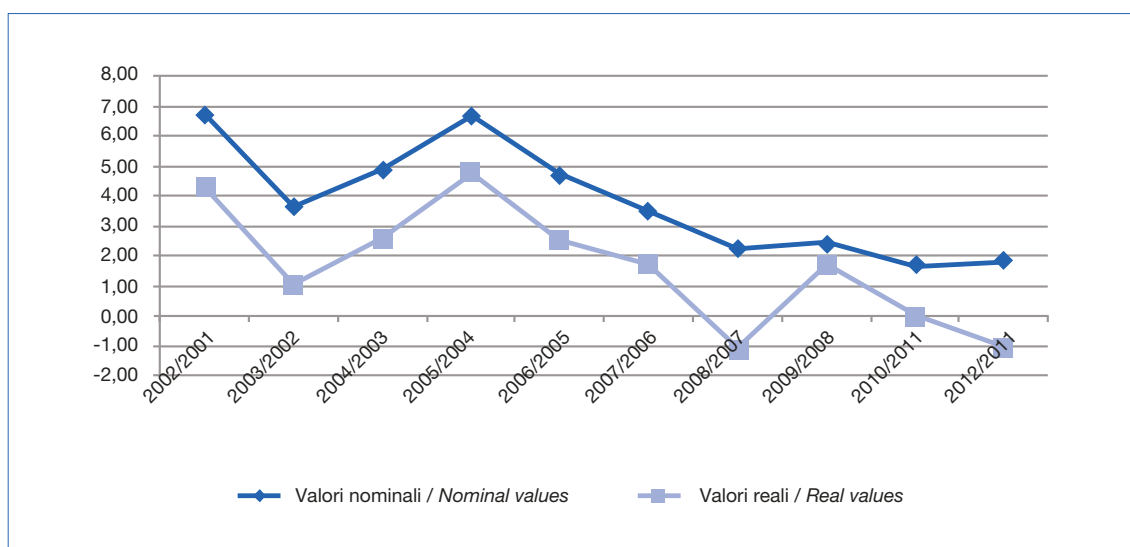
L'analisi dei tassi di crescita del finanziamento pro-capite, tanto nominali che depurati dall'inflazione¹¹, mette in luce come l'accrescimento sia in realtà assai modesto, quando addirittura non si configuri una riduzione in termini reali. In particolare, come evidenziato nella figura 2.11, il tasso di crescita del finanziamento nominale sin dal 2006 presenta un *trend* decrescente raggiungendo il suo valore minimo nel 2011 (+1,63%). Le variazioni del finanziamento pro-capite reale, già nel 2008, e poi nel 2012 sono negative (-1,06% e -1,01%, rispettivamente).

In definitiva, in termini reali, ovvero qui al netto del tasso di inflazione, il finanziamento pro-capite del 2012 decresce di € 8,40 rispetto a quello dell'anno precedente (e di circa € 23,50 rispetto al 2010).

¹¹ Valgono le medesime considerazioni fatte per la nota precedente

**Figura 2.11. Finanziamento corrente lordo pro-capite nominale e reale -
Variazioni annuali. Valori %, anni 2001-2012**

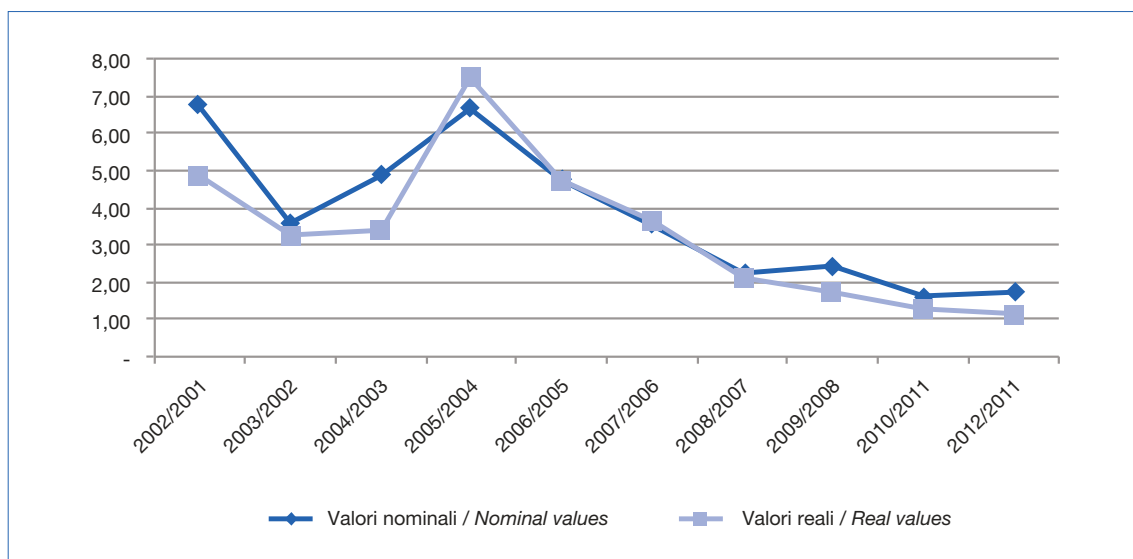
[Figure 2.11. Gross current financing, nominal and in real term, per capita - Annual change. Percentage, 2001-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Si noti che qualora, invece, deflazionassimo con l'indice relativo ai servizi sanitari ed alle spese per la salute, nel 2004/2005 e ancora nel 2006/2007, i tassi di crescita reali eccederebbero quelli del finanziamento nominale; il fenomeno è imputabile al deflatore utilizzato, che ha segno negativo in quegli anni, per effetto, in larga misura, del taglio selettivo del prezzo dei farmaci varato a più riprese dall'AIFA.

Figura 2.12. Finanziamento corrente lordo pro-capite nominale e reale (FOI servizi sanitari e spese per salute)-Variazioni annuali. Valori %, anni 2001-2012
 [Figure 2.12. Gross current financing, nominal and in real term (FOI on health expenditure), per capita - Annual change. Percentage, 2001-2012]



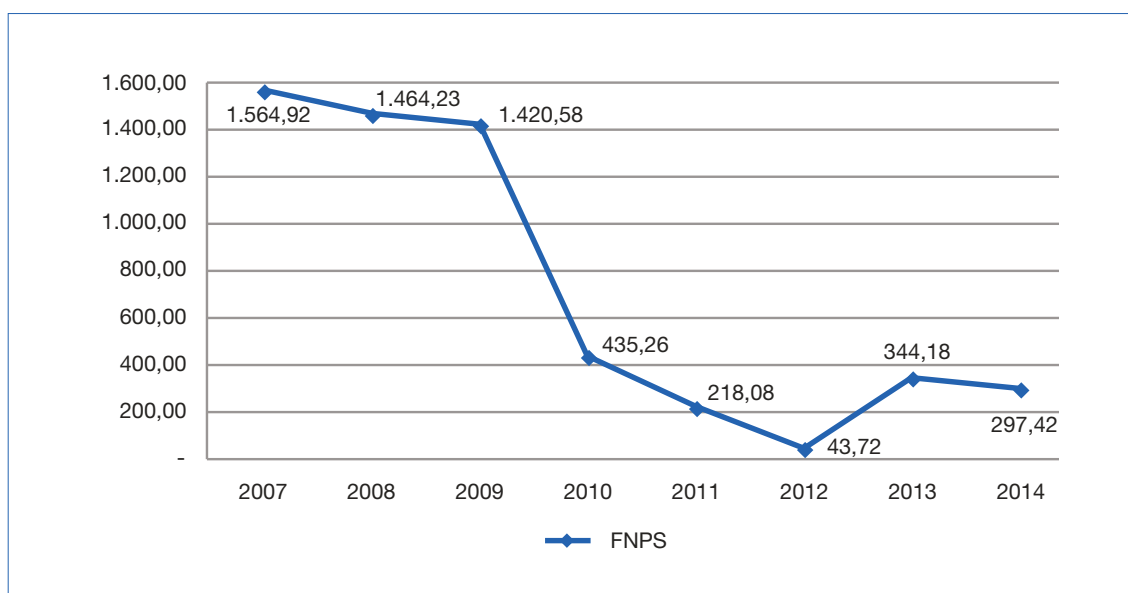
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Sul fronte del finanziamento della condizione di non-autosufficienza, con la Legge di stabilità 2013, dopo l'azzeramento dei fondi dedicati registrati nel 2012, si è avuto un primo segnale in controtendenza, essendo stato previsto uno stanziamento sul Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS) di € 300 mln. - quota alle Regioni - e di € 275 mln. per il Fondo per le non-autosufficienze. In aggiunta, la Legge di stabilità per il 2014 prevede per il Fondo per le non-autosufficienze la conferma del finanziamento di € 275 mln. per gli interventi originari del Fondo e cioè l'attuazione "dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non-autosufficienti ... ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica". Ma sul Fondo confluiscono anche ulteriori € 75 mln. vincolati però a «interventi di assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravi e gravissime, ivi incluse quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica».

Per il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, istituito nel 1997 per garantire risorse aggiuntive agli Enti locali e consentire loro di strutturare servizi a supporto di anziani, disabili, infanzia, nuclei in difficoltà, etc., per il 2014 è prevista una destinazione complessiva di € 297,42 mln. (di cui € 262,62 mln. rappresentano la quota destinata alle Regioni).

Figura 2.13. Trend del FNPS. Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2014

[Figure 2.13. Trend in the National Fund for Social Protection Policies-FNPS (€ million), 2007-2014]

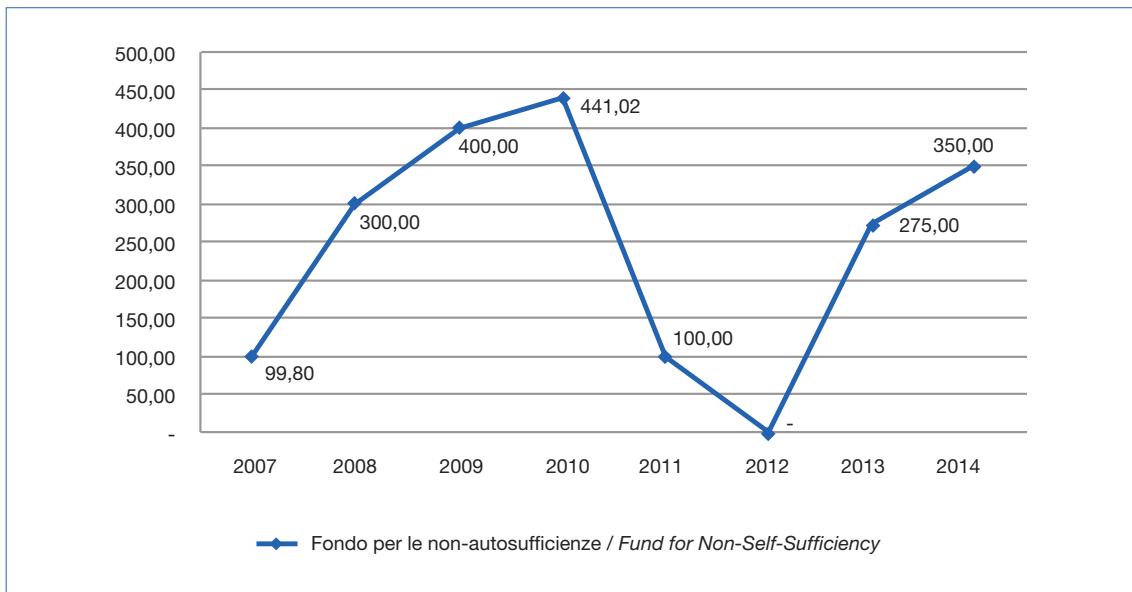


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Ministero dell'Economia e delle Finanze

[Source: CREA Sanità on the Ministry of Labour and Welfare and the Ministry of Economy and Finance data]

Figura 2.14. Trend del Fondo per le non-autosufficienze. Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2014

[Figure 2.14. Trend in the Fund for Non-Self-Sufficiency (€ million), 2007-2014]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Solidarietà Sociale
[Source: CREA Sanità on Ministry of Welfare data]

Considerando congiuntamente le risorse assegnate al Fondo per le non-autosufficienze e quelle del FNPS attribuibili a prestazioni riconducibili a forme di non-autosufficienza, costruiamo nell'insieme un quadro delle somme espressamente stanziare per le politiche sociali di interesse per il presente Rapporto¹²; dall'analisi della dinamica temporale

¹² Dal computo sono state escluse le somme stanziare nei vari anni a favore del Fondo Politiche per la Famiglia, del Fondo Politiche Giovanili e del Fondo Pari Opportunità, in quanto la nostra finalità è quella di apprezzare l'andamento del finanziamento delle politiche sociali rivolte alla tutela degli stati di non-autosufficienza conseguenti a deficit di autonomia provocati per lo più da eventi patologici, ovvero quella di analizzare la copertura finanziaria di tutte quelle politiche socio-assistenziali che insieme a quelle più propriamente sanitarie rappresentano le misure di sostegno per i non-autosufficienti, tipicamente disabili ed anziani. Si rimanda per maggiori approfondimenti alla lettura del capitolo dedicato alla non-autosufficienza

(2007-2013¹³), emerge che nella sostanza sia il finanziamento nominale che quello reale sono diminuiti tra il 2008 ed il 2012 all'incirca delle medesime percentuali, per poi tornare sui livelli originari tra il 2012 ed il 2013.

**Tabella 2.3. Finanziamento nominale e reale delle politiche sociali in Italia -
Variazioni annuali. Valori %, anni 2007-2012**

[Table 2.3. Annual change in the nominal and real financing of social protection policies. Percentage, 2007-2012]

Finanziamento politiche sociali/ Financing of social policies	2007/2008 (var. %)	2009/2008 (var. %)	2010/2009 (var. %)	2010/2011 (var. %)	2012/2011 (var. %)
Valore nominale/ Nominal value	5,98	3,19	-51,87	-63,70	-86,25
Valore reale/ Real value	2,53	2,44	-52,63	-64,69	-86,67

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

[Source: CREA Sanità on Ministry of Labour, Ministry of Economy and Finance, Ministry of Welfare and Istat data]

In altri termini, fino al 2009-2010 la tendenza è stata quella di un incremento delle risorse complessivamente destinate alle misure di protezione socio-assistenziale, mentre negli anni successivi si assiste ad un taglio importante, sostanzialmente colmato solo negli ultimi due anni.

Va ancora aggiunto che l'INPS finanzia benefici riconducibili all'assistenza ai non-au-

¹³ Contrariamente a quanto avvenuto per l'analisi dei due Fondi in cui l'ultimo anno analizzato è stato il 2014, in questo caso ci siamo fermati al 2013 in quanto non è ancora disponibile la misura dell'inflazione che ci permette di effettuare la stima del valore reale per l'anno corrente. Inoltre, nella nostra analisi abbiamo assunto come anno base il 2007

tosufficienti, quali le indennità di accompagnamento, le pensioni di invalidità civile¹⁴ e le provvidenze ex L. 104/92. Per maggiori approfondimenti sulle provvidenze economiche erogate dall'INPS si rimanda alla lettura del capitolo 12.

2.3 Fonti di finanziamento

Per quanto riguarda il reperimento delle risorse necessarie a finanziare il nostro sistema socio-sanitario, secondo quanto è possibile desumere dagli ultimi dati pubblicati dal Ministero della Salute nell'ambito della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, il finanziamento corrente lordo del SSN¹⁵ nel 2012, proviene per circa l'82,00% dall'imposizione fiscale diretta (Irap e Irpef) e quindi da quella indiretta (IVA e accise) e, per la rimanente parte, da ricavi ed entrate proprie delle varie Aziende Sanitarie¹⁶ (circa il 3,70%), nonché dai trasferimenti sia dal settore pubblico (Regioni, Province, Comuni, etc..) che da quello privato (oltre il 9,00%); infine, per il rimanente 5,50% da altre voci che concorrono a determinare l'ammontare complessivo del finanziamento. Rispetto all'anno precedente,

¹⁴ Il manuale sulle Statistiche e dell'assistenza sociale (2011) testualmente recita: «Nell'ambito delle pensioni assistenziali sono comprese le prestazioni erogate a favore di soggetti con gravi handicap fisici e psichici o in situazioni di disagio economico. Le prestazioni di questo tipo sono costituite dalle pensioni di guerra, comprensive degli assegni di benemerenzza, e da pensioni ai non vedenti civili, ai non udenti civili e agli invalidi civili e, al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ai cittadini sprovvisti di reddito o con reddito insufficiente. La funzione principale di tali prestazioni è di garantire un reddito minimo a persone incapaci di procurarselo a causa di menomazioni congenite o sopravvenute o semplicemente per età avanzata. Si tratta, in ogni caso, di pensioni non collegate ad alcun sistema di contribuzione. In caso di morte del soggetto che beneficia della pensione di guerra, tale prestazione può essere erogata ai superstiti (pensioni indirette). Le pensioni assistenziali sono erogate dal Ministero dell'economia e delle finanze (pensioni di guerra e assegni di benemerenzza), dall'Inps (nell'ambito della gestione per l'erogazione delle pensioni, assegni ed indennità agli invalidi civili e della gestione degli interventi assistenziali e di sostegno alle gestioni previdenziali) e da altre amministrazioni pubbliche centrali e locali (Assessorato della sanità e politiche sociali della regione Valle d'Aosta e Province autonome di Trento e Bolzano)»

¹⁵ Comprensivo sia dei ricavi straordinari che di quelli connessi all'attività di intramoenia. In relazione alla definizione di principi contabili uniformi a seguito della entrata in vigore del D. Lgs. 118/2011, a partire dal 2011 sono ricompresi tra i ricavi i costi capitalizzati e dall'anno 2012 anche la voce "rivalutazioni" nonché le poste introdotte con il nuovo modello di rilevazione CE:

- Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti da Regione o da PA per quota FSR
- Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti-altri contributi
- Utilizzo fondi per quote inutilizzate e contributi vincolati di esercizi precedenti

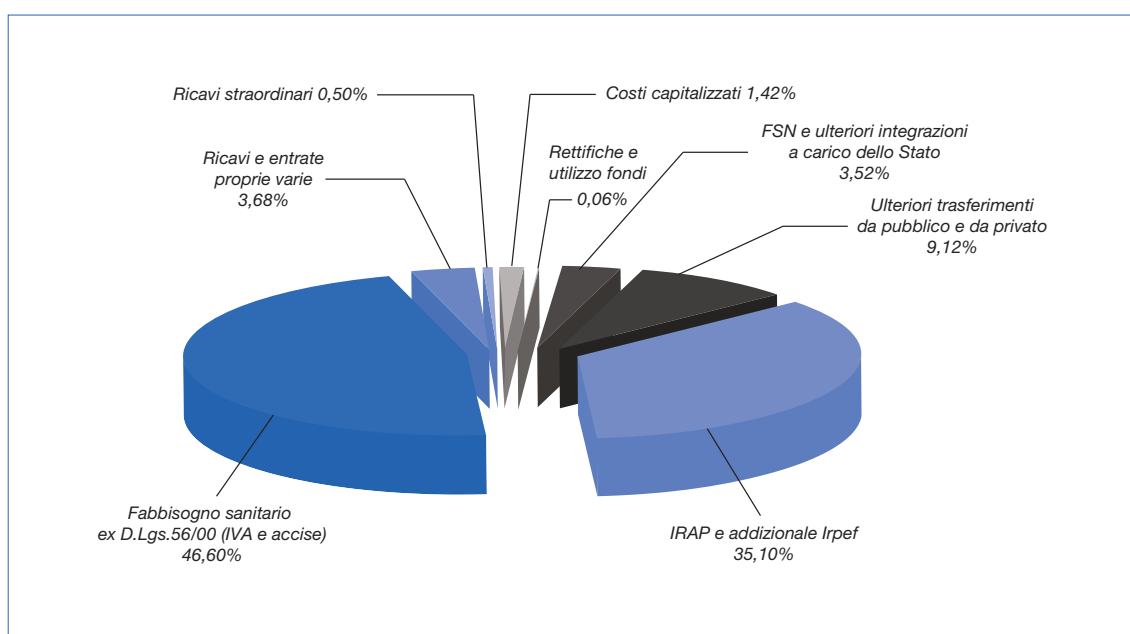
¹⁶ Quali ad esempio le entrate derivanti dalle misure di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini

gli introiti generati dall'imposizione fiscale diretta (Irpef e Irap) sono aumentati dell'1,40%, mentre tutte le altre fonti di finanziamento sono diminuite: dello 0,95% è diminuito il gettito generato dall'IVA e dalle accise, e sono diminuiti anche gli altri trasferimenti.

Figura 2.15. Finanziamento corrente lordo per funzioni: composizione.

Valori %, anno 2012

[Figure 2.15. Gross current financing by function. Percentage composition, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Per il 2013, invece, secondo le assegnazioni desumibili dalle delibere CIPE, che peraltro possono divergere dai dati su esposti sia per le differenti metodiche di calcolo impiegate, sia per le differenze osservate a consuntivo rispetto a quanto inizialmente stanziato, il fabbisogno totale indistinto è stato finanziato per circa il 53,00% dall'IVA, con un aumento del 2,33% rispetto al 2012 e per il 37,88% dall'imposizione fiscale centrale diretta, la quale se raffrontata all'anno precedente ha riportato una variazione di segno negativo del 2,58%;

seguono il contributo della voce “Partecipazione delle Regioni a Statuto Speciale”¹⁷(7,99%), i “Ricavi e le entrate proprie convenzionali”¹⁸ (1,88%) ed, infine il FSN (2,18%).

La figura 2.16 riporta la quota del finanziamento complessivo generato dall'Irap e dall'addizionale Irpef: nel corso dell'ultimo decennio, il contributo dell'imposizione fiscale diretta al finanziamento della sanità pubblica è andato progressivamente diminuendo - sebbene sia in lieve ripresa nell'ultimo anno rispetto al precedente - per raggiungere, nel 2012, il 35,10% del finanziamento complessivo nazionale: il 43,65% di quello delle Regioni del Nord ed il 39,89% di quello delle Regioni centrali. Parzialmente diversa la situazione osservabile nelle Regioni del Sud: non solo il contributo derivante dall'Irap e dall'Irpef per il finanziamento dei propri SSR è stato per tutto il decennio nettamente inferiore a quello delle altre ripartizioni geografiche, ma dal 2010 è in atto una crescita che tende a riportare le percentuali ai valori *ante* 2009.

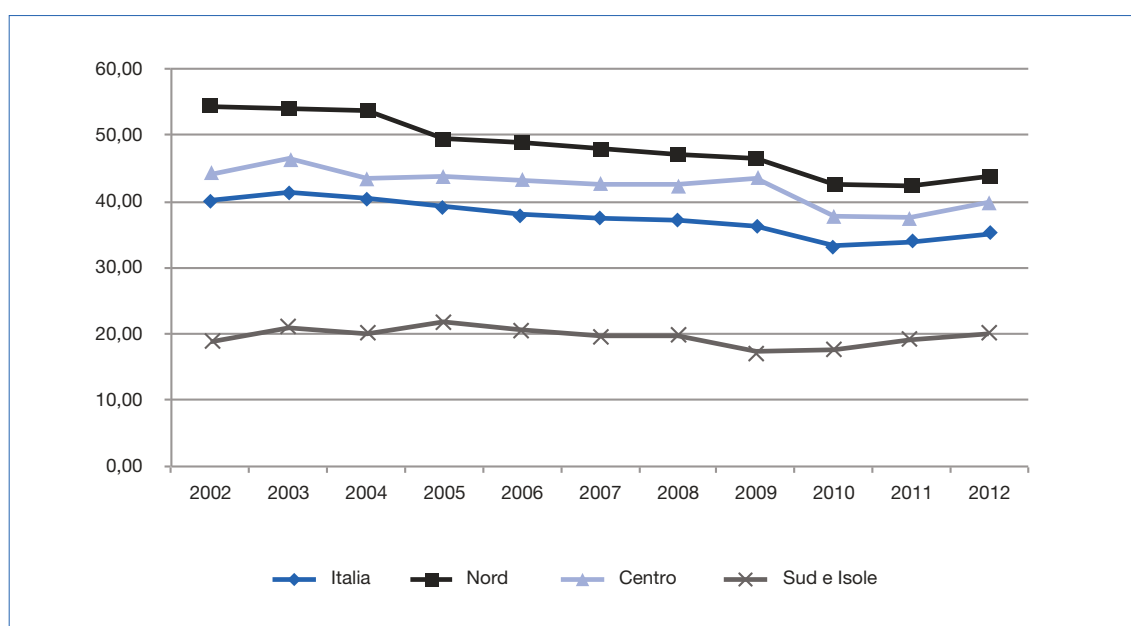
Con riferimento a quest'ultimo aspetto (finanziamento generato da Irap e addizionale Irpef), l'analisi delle previsioni contenute nelle Delibere CIPE avalla i risultati scaturenti dalla valutazione dei dati del Ministero della Salute: nel periodo 2003-2013 il contributo della fiscalità diretta al soddisfacimento del fabbisogno totale indistinto è andato diminuendo progressivamente: dal 43,51% del 2003 al 35,31% del 2013. Nel periodo analizzato non sono, peraltro, 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.

¹⁷ Le Regioni a Statuto Speciale e le Province Autonome partecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle altre fonti, tranne la Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (legge 296/2006 art. 1, comma 830)

¹⁸ In tale voce confluiscono i ticket ed i ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei dipendenti delle aziende sanitarie. Si tratta, in ogni caso, di un importo definito e cristallizzato in seguito ad un'intesa fra lo Stato e le Regioni

Figura 2.16. Quota del finanziamento corrente lordo generata da Irap e addizionale Irpef. Valori %, anni 2002-2012

[Figure 2.16. Percentage of gross current financing from regional tax productive activities and additional income tax of individuals, 2002-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

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.

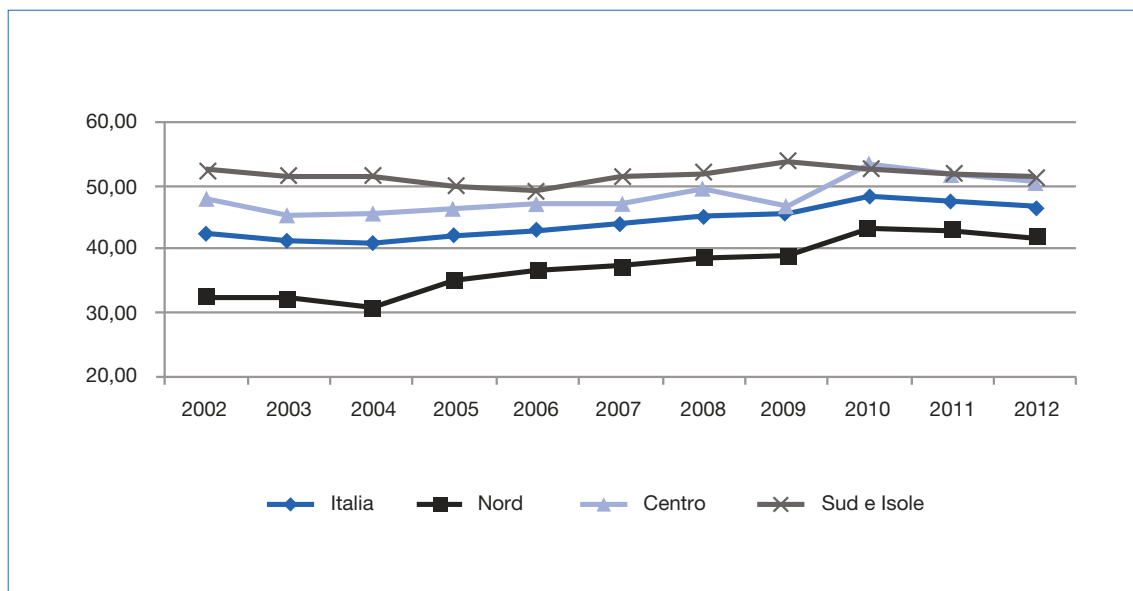
Per quanto precede, dunque, una situazione opposta a quella rappresentata nella figura 2.16 scaturisce dall'apprezzamento dell'incidenza dell'imposizione fiscale indiretta sul finanziamento complessivo pubblico del sistema salute (figura 2.17); in effetti, in tutto il periodo considerato, la percentuale più elevata di introiti da IVA e accise confluisce nelle Regioni del Sud, sebbene a partire dal 2010 si verifichi un sostanziale allineamento dei valori con quelli delle Regioni della ripartizione centrale.

Anche dai dati ricavabili dalle Delibere CIPE è possibile apprezzare le conseguenze

dell'applicazione del meccanismo perequativo: il contributo dell'IVA e delle accise al soddisfacimento del fabbisogno sanitario indistinto è più elevato nelle Regioni meridionali e a partire dal 2012 in quelle della ripartizione centrale che non nelle Regioni del Nord.

Figura 2.17. Quota del finanziamento corrente lordo generata da Iva e accise.
Valori %, anni 2002-2012

[Figure 2.17. Percentage of gross current financing from value added tax and excise, 2002-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

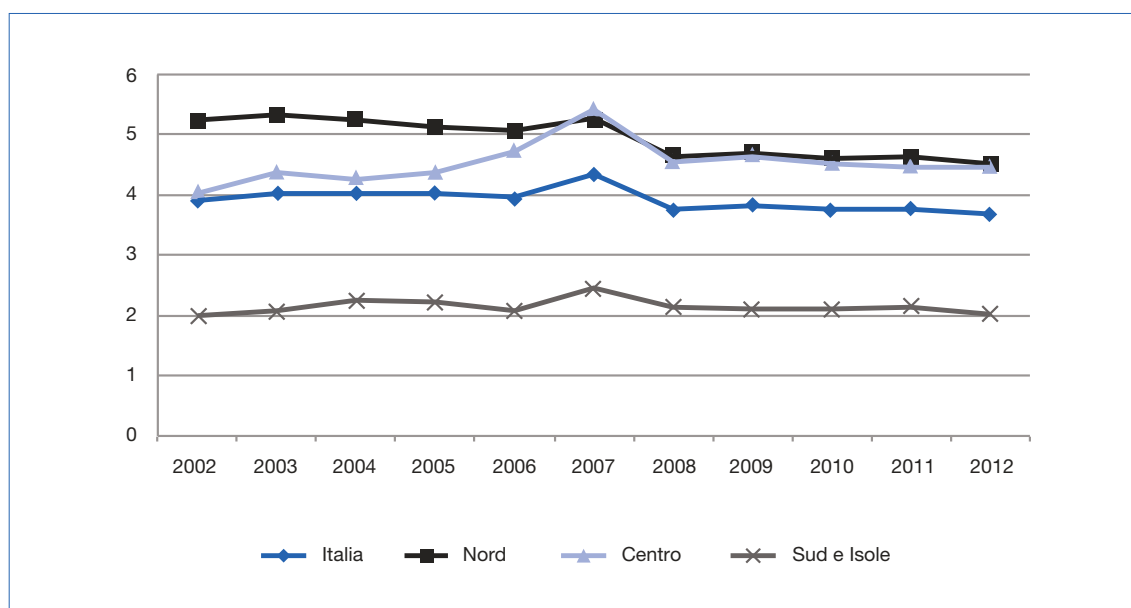
L'incidenza dei ricavi e delle entrate proprie¹⁹ sul finanziamento corrente lordo è, invece, risultata in calo nel 2012 rispetto all'anno precedente in tutte le aree del Paese, ad eccezione delle Regioni del Centro dove si è mantenuta stabile. Inoltre, il contributo di tale

¹⁹ Nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese si legge che i ricavi e le entrate proprie varie «sono rappresentati, in generale, dai ricavi conseguiti dalle aziende sanitarie derivanti dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati, della Regione e al di fuori della Regione di appartenenza e da altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, ecc... Sono ricompresi in tale voce i ticket introitati dalle aziende sanitarie»

voce al finanziamento delle Regioni del Sud è stato assolutamente inferiore rispetto a quelle del Centro-Nord in tutto il periodo analizzato. In aggiunta, il peso di tale voce sul fabbisogno complessivo è sempre stata più elevata nel Nord e nel Centro, i cui valori sono tra l'altro tendenzialmente coincidenti con i dati medi nazionali, che non nelle Regioni del Sud. Si tratta, in ogni caso, di un aggregato che tende a rimarcare l'esistenza del gradiente Nord-Sud in termini di ricchezza prodotta.

Figura 2.18. Quota del finanziamento corrente lordo generata da ricavi e entrate proprie varie. Valori %, anni 2002-2012

[Figure 2.18. Percentage of gross current financing from revenues of health companies, 2002-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

In definitiva, sia per quanto emerso dalla valutazione dei dati del Ministero della Salute, che dalle Delibere CIPE, negli anni si sta assistendo ad un rafforzamento del ruolo perequativo dell'IVA; il finanziamento del SSN è sempre più garantito dalla fiscalità indiretta e sempre meno da quella diretta e dai trasferimenti propri delle Aziende Sanitarie: ossia la sostenibilità complessiva del sistema salute è assicurata dalle compartecipazioni.

2.4 Il riparto

Appare doveroso rimarcare come il meccanismo generale di riparto regionale delle risorse che fino 2012 era basato sulla metodologia della “quota capitaria pesata” dal 2013, in attuazione di quanto sancito dal D. Lgs. 68/2011, sarebbe teoricamente dovuto passare alla logica dei costi *standard*, segnando una soluzione di continuità.

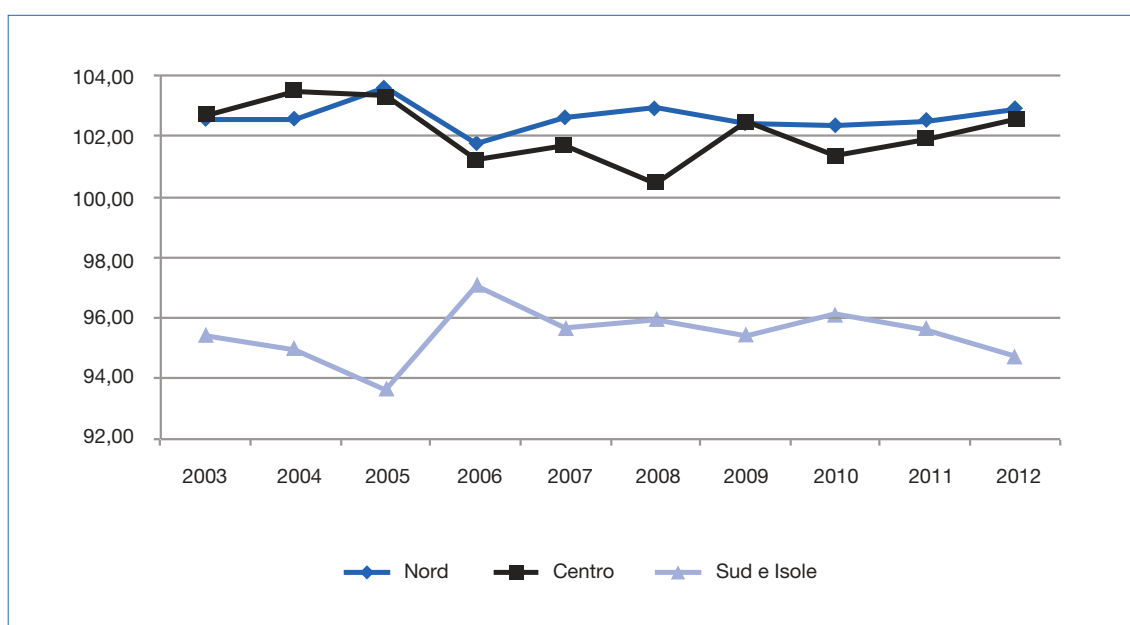
Ciò detto, i numeri indice a base fissa annuali (Italia=100) del finanziamento lordo²⁰ pro-capite, riportati per il periodo 2003-2012, palesano che nel Nord si registra un valore del predetto indicatore stabilmente superiore alla media italiana, nelle Regioni del Centro, invece, il finanziamento lordo pro-capite è andato convergendo verso la media italiana fino al 2008 per poi cominciare nuovamente a crescere discostandosene e riportandosi, nell'ultimo anno, sui valori del 2003; in particolare, nel 2012, il finanziamento pro-capite del Nord e quello del Centro tendono a coincidere. La figura 2.19 ben illustra anche il *trend* del finanziamento lordo pro-capite nell'Italia meridionale, che si è costantemente trovato al di sotto del dato medio nazionale.

E' doveroso rimarcare, tuttavia, come le differenze tra ripartizioni in termini di finanziamento pro-capite rispecchino in sostanza le differenze demografiche regionali. In particolare, individuate le risorse complessivamente disponibili per il finanziamento dei LEA, la ripartizione tra le Regioni tende infatti ad attribuire a ciascuna una quota capitaria calcolata sulla base della differente struttura demografica delle popolazioni residenti nelle diverse Regioni.

²⁰ Si tenga presente che in detta voce sono ricompresi i ricavi straordinari e quelli per l'intramoenia, dal 2011 i costi capitalizzati e dal 2012 anche le rivalutazioni e gli altri ricavi, così come stabilito dal D. Lgs. 118/2011 sull'armonizzazione dei sistemi contabili

Figura 2.19. Finanziamento corrente lordo pro-capite. Numeri indice, anni 2003-2012

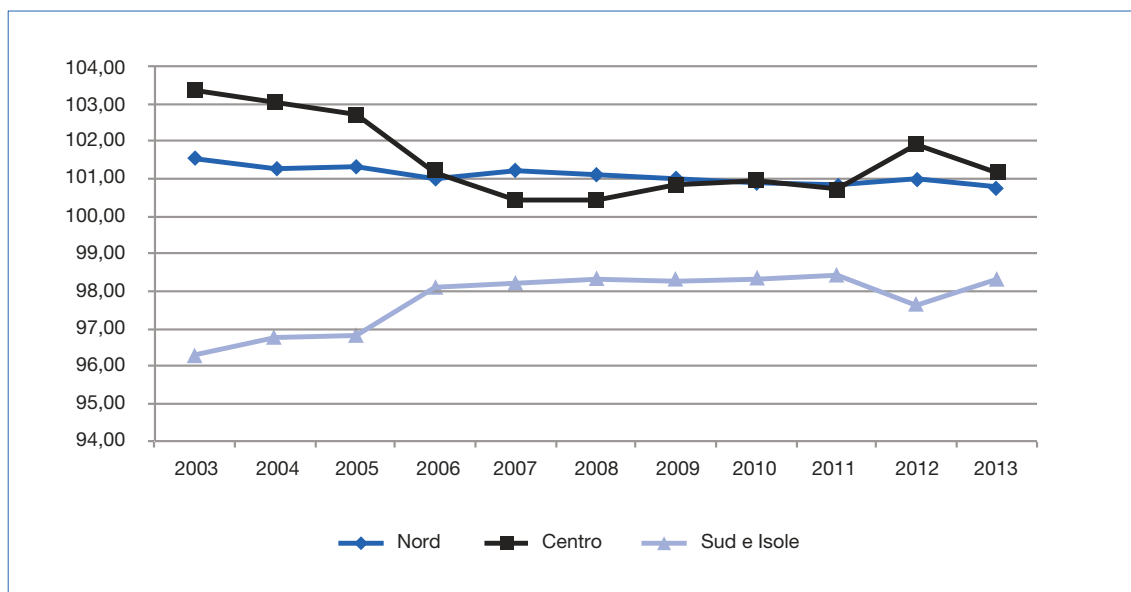
[Figure 2.19. Gross current financing, per capita. Index numbers, 2003-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Osservando il 2013, primo anno di applicazione dei costi *standard*, non si possono apprezzare soluzioni di continuità, confermando che la nuova procedura di riparto risulta sostanzialmente equivalente a quella della quota capitaria pesata.

In definitiva, i costi *standard* nulla hanno nella sostanza cambiato. Il finanziamento pro-capite del Sud continua ad essere inferiore a quello delle Regioni centro-settentrionali per effetto della demografia meridionale, mentre in termini di reperimento delle risorse il sistema, di fatto, regge grazie all'intervento del fondo perequativo alimentato dalle imposte indirette.

Figura 2.20. Fabbisogno indistinto pro-capite. Numeri indice, anni 2003-2013*[Figure 2.20. Financing, per capita. Index numbers, 2003-2013]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati delibere CIPE e Istat

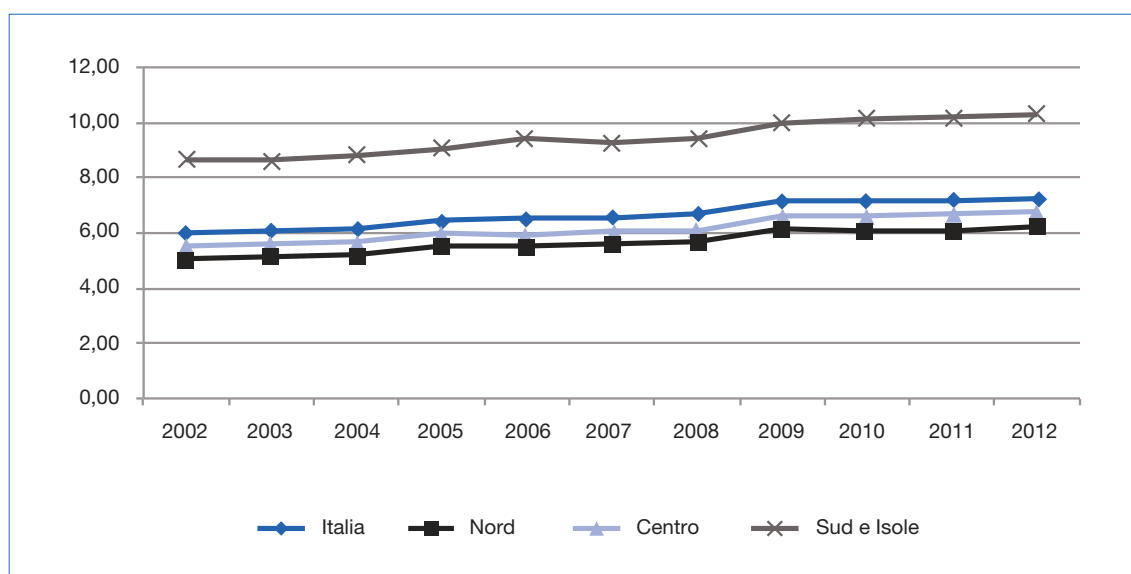
[Source: CREA Sanità on resolution Inter-ministerial Committee for the planning-economic and Istat data]

Infatti, le risorse messe a disposizione della tutela della salute nelle Regioni del Sud, malgrado siano minori in termini nominali, incidono significativamente di più sul PIL locale, e ciò è reso possibile dalla redistribuzione delle risorse operata con il meccanismo di perequazione.

Per quanto riguarda il *gap* tra il dato medio nazionale e il dato riportato nella ripartizione centrale, infine, è possibile osservare come questo si sia mantenuto nel 2012 sostanzialmente stabile rispetto al 2002 (0,51% nel 2002 vs. 0,50% del 2012); qualora, invece, si consideri il *gap* tra il dato nazionale e quello delle Regioni del Nord e del Sud, quest'ultimo evolve, seppur con movimenti di lieve entità, tra il 2002 ed il 2012 (*gap* Italia vs. Nord: 0,94% del 2002 vs. 1,05% del 2012; *gap* Italia vs. Sud: -2,61% del 2002 vs. -3,01% del 2012).

Figura 2.21. Finanziamento corrente lordo - Quota su PIL per ripartizione geografica. Valori %, anni 2002-2012

[Figure 2.21. Gross current financing as a percentage of GDP by geographical area, 2002-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Per quanto concerne il finanziamento della non-autosufficienza, è possibile osservare come il FNPS sia passato da € 12,60 pro-capite nel 2007 a € 4,38 pro-capite nel 2014 (quindi tra il 2007 ed il 2014²¹ una variazione media annua negativa di circa il 14,00%). In tutti gli anni analizzati le risorse pro-capite derivanti dal FNPS sono maggiormente state destinate alle Regioni del Sud.

²¹ La popolazione per l'anno 2014 è stata stimata supponendo che la variazione percentuale verificatasi nella popolazione tra il 2012 ed il 2013 rimanesse invariata tra il 2013 ed il 2014

Tabella 2.4. Fondo Nazionale Protezione Sociale (FNPS) - Ripartizione regionale pro-capite. Valori in €, anni 2007-2014

[Table 2.4. National Fund for Social Protections Policies, per capita. Regional distribution (€), 2007-2014]

Regioni	Anno 2007	Anno 2010	Anno 2014
Italia	12,60	6,30	4,38
Nord	11,89	5,91	4,16
Centro	12,57	6,23	4,34
Sud e Isole	13,53	6,87	4,80
Piemonte	12,29	6,14	4,29
Valle d'Aosta	17,23	8,62	5,90
Lombardia	11,04	5,48	3,76
Pr. Aut. di Bolzano	12,58	6,19	4,18
Pr. Aut. di Trento	12,40	6,09	4,12
Veneto	11,36	5,63	3,89
Friuli Venezia Giulia	13,48	6,75	4,69
Liguria	13,99	7,11	5,07
Emilia Romagna	12,44	6,13	4,21
Toscana	13,42	6,68	4,63
Umbria	14,01	6,92	4,84
Marche	12,98	6,46	4,49
Lazio	11,66	5,76	4,02
Abruzzo	13,94	6,96	4,88
Molise	18,57	9,50	6,70
Campania	12,84	6,52	4,54
Puglia	12,77	6,50	4,52
Basilicata	15,50	7,94	5,62
Calabria	15,33	7,78	5,51
Sicilia	13,64	6,93	4,83
Sardegna	13,29	6,73	4,73

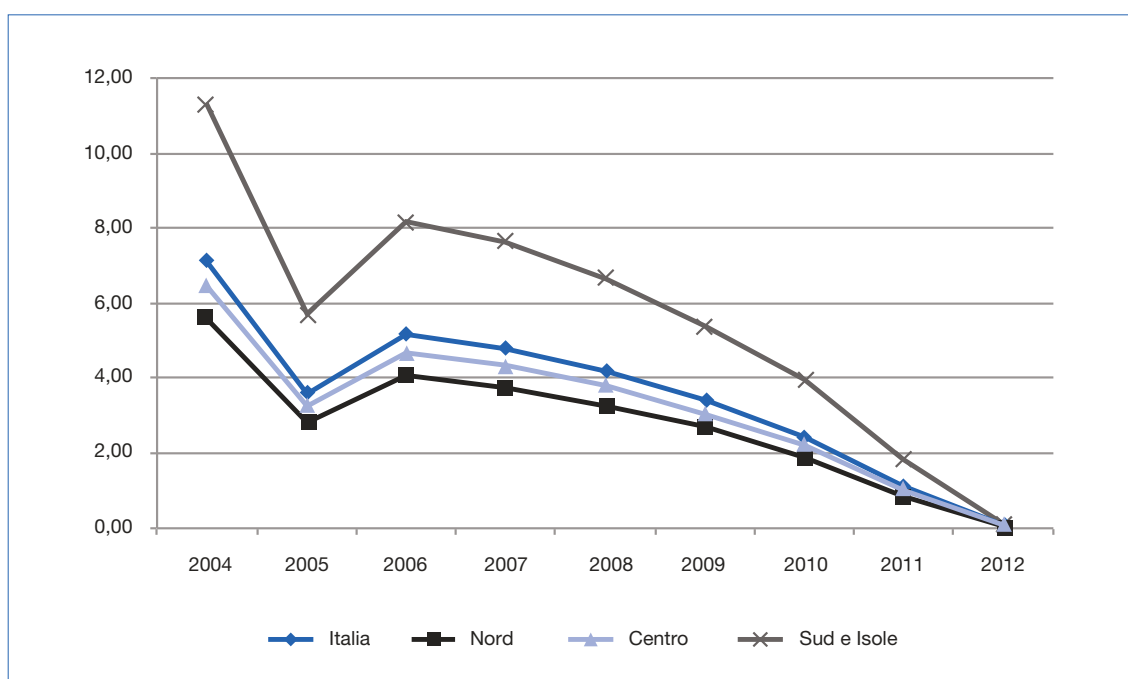
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat

[Source: CREA Sanità on Ministry of Labour, Ministry of Economy and Finance, Ministry of Welfare and ISTAT data]

Infine, qualora analizzassimo l'incidenza della quota del FNPS attribuita alle Regioni sul PIL, si confermerebbe lo stesso andamento registrato per la Sanità.

Figura 2.22. Quota FNPS attribuita alle Regioni, per area geografica - Quota su PIL. Valori %, anni 2004-2012

[Figure 2.22. Regional share of National Fund for Social Protections Policies as a percentage of GDP, 2004-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Istat
[Source: CREA Sanità on the Ministry of Labour and Welfare and ISTAT data]

2.5 Disavanzi e risultati di esercizio

Per la quantificazione dei risultati di esercizio e, dunque, per la misurazione dei disavanzi/avanzi, nelle nostre analisi siamo ricorsi a più fonti leggermente discordanti, fra loro, nei risultati: la Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese del Ministero della Salute, il Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria (2014) del Ministero dell'Economia e delle Finanze ed il Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica (2014) della Corte dei Conti.

Nel periodo 2000-2013, la spesa sanitaria pubblica è risultata sistematicamente superiore alle risorse disponibili per il finanziamento del SSN. In particolare, secondo gli ultimi dati diffusi dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, lo scostamento sistematico tra spesa sanitaria, espressa in termini di P.A.²², e livello del finanziamento ordinario²³, ha portato ad accumulare nel periodo osservato disavanzi significativi: un disavanzo, nel 2013, di € 2.249,00 mln., con un incremento del 36,30% rispetto all'anno precedente quando si fermava a € 1.650,00 mln.²⁴. Il Ministero della Salute ha, invece, valutato in € 1.042,61 mln. il disavanzo conseguito nel 2012 ed un debito di € 36.452,92 mln. tra il 2002 ed il 2012.

²² Nel Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria (2014) vengono fornite due diverse definizioni di spesa sanitaria:

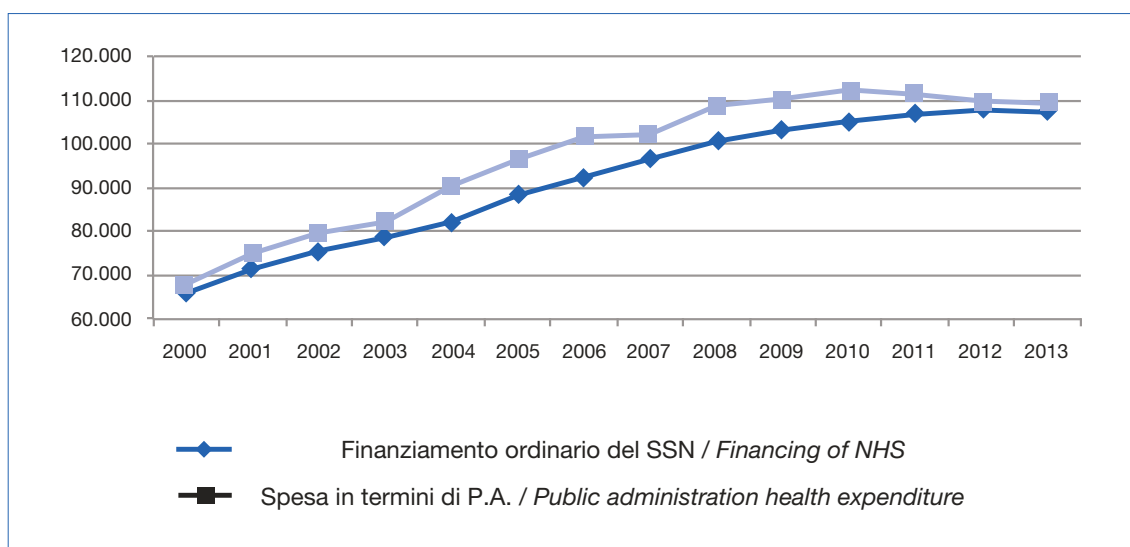
- la prima si riferisce alla spesa sanitaria in termini di P.A.; si tratta della definizione di spesa impiegata nei documenti ufficiali di finanza pubblica ed elaborata dall'Istat secondo i principi del SESPROS (Sistema Europeo delle Statistiche Integrate della Protezione Sociale). Questo aggregato di spesa include la spesa effettuata in ambito sanitario da tutti gli enti e, quindi, non solamente da parte da ASL, Aziende Ospedaliere, IRCSS e Policlinici Universitari; è inclusa, ad esempio, la spesa sanitaria sostenuta dalla Croce Rossa Italiana, dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, etc...
- la seconda si riferisce alla spesa sanitaria corrente. Si tratta dell'aggregato sulla base del quale viene operata la valutazione dei risultati di esercizio regionali da parte del Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali. Tale voce prende in considerazione solamente la spesa degli enti che producono servizi sanitari controllati dalle Regioni e ricompresi nei rispettivi servizi sanitari regionali: le ASL, le Aziende Ospedaliere, gli IRCSS e i Policlinici Universitari

²³ Il finanziamento ordinario comprende le entrate derivanti dalle seguenti voci: Irap e addizionale Irpaf, fabbisogno sanitario ex D. Lgs. 56/2000, compartecipazione delle Regioni e delle Province a statuto autonomo, entrate proprie "cristallizzate", quote vincolate a carico dello Stato e i fondi per la medicina penitenziaria. Il predetto finanziamento è, in ogni caso, al netto delle risorse assegnate all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Quali ad esempio le entrate derivanti dalle misure di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini

²⁴ Si tratta del disavanzo di esercizio che si determina se si considerano le novità introdotte dal D. Lgs. 118/2011 in tema di armonizzazione dei procedimenti contabili. In particolare, nella valutazione del risultato di esercizio del 2011 sono stati considerati anche i costi capitalizzati, mentre in quella relativa al 2012, oltre ai costi capitalizzati, sono state conteggiate anche le rivalutazioni e le altre voci di ricavo, ossia rettifiche e utilizzo fondi. Si rimarca, inoltre, che sul fronte dei costi sono stati considerati a partire dal 2011 gli ammortamenti, mentre a partire dal 2012 anche le voci relative alla svalutazione dei crediti, alla svalutazione delle immobilizzazioni ed, infine, alla svalutazione delle attività finanziarie. Qualora, invece, si procedesse alla determinazione del risultato di esercizio senza considerare nella valutazione le poste introdotte con la cennata disposizione normativa, il disavanzo complessivo per il 2012 ammonterebbe a € 19,32 mln.. Al riguardo, appare oltremodo lecito chiedersi, dunque, se la non considerazione fino al 2011 delle poste introdotte a partire dal medesimo anno con il D. Lgs. 118 non abbia condotto ad importanti sottostime dei disavanzi prodotti nei diversi anni

Figura 2.23. Finanziamento ordinario e spesa sanitaria in termini di Pubblica Amministrazione. Valori assoluti (€ mln.), anni 2000-2013

[Figure 2.23. Financing and health expenditure of public administration (€ million), 2000-2013]



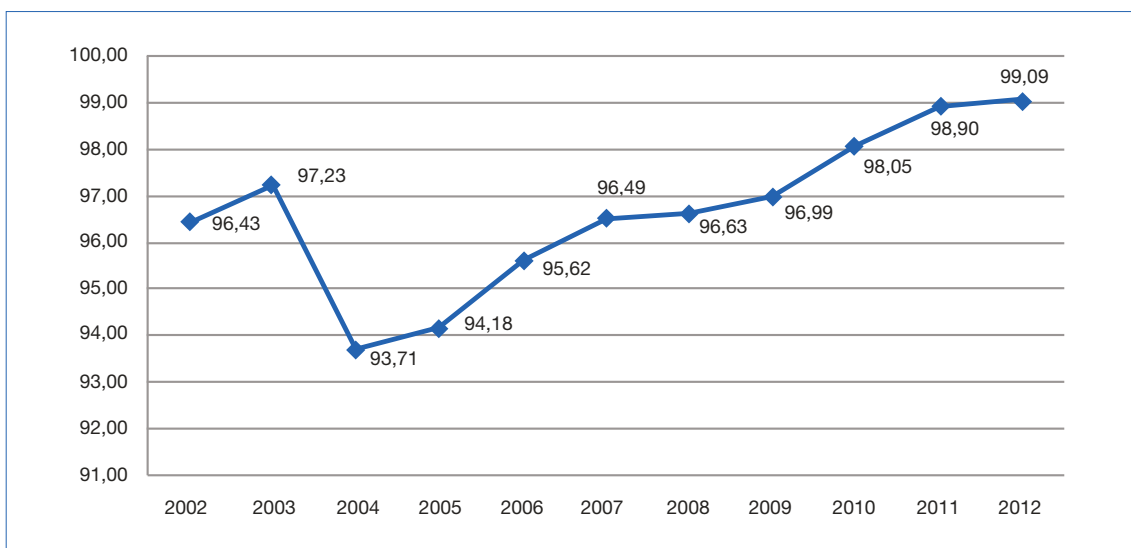
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze
[Source: CREA Sanità on Ministry of Economy and Finance]

Peraltro, se nel 2004 il livello delle risorse era sufficiente a finanziare solamente il 93,71% della spesa sanitaria pubblica totale, a partire dal 2010 supera il 98,00%, per raggiungere nel 2012 il 99,09%. Analogamente per il Ministero dell'Economia e delle Finanze, l'ammontare complessivo del finanziamento è sufficiente a coprire, nel 2012, il 98,49% della spesa per poi scendere al 97,94% nell'anno successivo.

Nonostante la tendenza di fondo sia quindi quella di un progressivo aumento della capacità di copertura delle spese sanitarie e, dunque, di una diminuzione del disavanzo complessivo, assistiamo, in ogni caso, ad un aumento della concentrazione di questo ultimo in poche realtà: nel 2012, 3/4 del disavanzo totale è prodotto dal Lazio (il 54,18%) e dalla Sardegna (il 17,90%).

Figura 2.24. Finanziamento corrente lordo - Quota su spesa pubblica totale corrente. Valori %, anni 2002-2012

[Figure 2.24. Gross current financing as a percentage of total public health expenditure, 2000-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Il settore sanitario, come è stato possibile osservare, nell'ultimo decennio è stato attraversato da una serie di trasformazioni del sistema di *governance*, dirette ad introdurre il principio della piena responsabilizzazione da parte delle Regioni nell'utilizzo delle risorse.

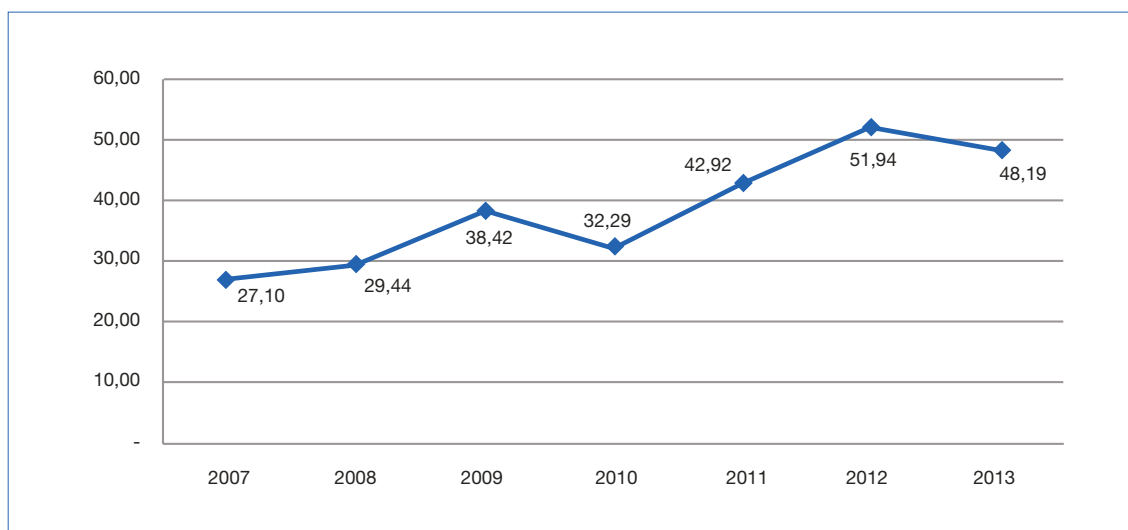
Al fine di garantire una corretta rappresentazione dell'impatto dello strumento Piano di Rientro sulle dinamiche della spesa delle Regioni, nella figura 2.25 è stato riportato, in termini percentuali, il contributo alla formazione del disavanzo da parte delle Regioni non sotto Piano. In particolare, l'analisi dei dati ricavati dal Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria evidenzia che tra il 2007 ed il 2013 aumenta in generale la quota del disavanzo attribuibile alle Regioni non sottoposte a Piano e contestualmente diminuisce quella generata dalle Regioni in Piano di Rientro. In effetti, la quota del disavanzo imputabile alle

Regioni non sotto Piano cresce tra il 2007 ed il 2009 per poi diminuire l'anno successivo e fermarsi ad un 32,29%; tra il 2010 ed il 2012 aumenta nuovamente, mentre tra il 2012 ed il 2013 si riduce e raggiunge il 48,19% del disavanzo complessivo.

Anche l'analisi dei dati prodotti dal Ministero della Salute conferma la cennata tendenza, ossia a partire dal 2007 - anno in cui i Piani di Rientro sono diventati operativi - l'apporto al disavanzo complessivo da parte delle Regioni sotto Piano di Rientro è andato progressivamente diminuendo di incidenza, tanto da passare dal 93,30% del 2007 al 76,72% del 2012, di cui, peraltro, circa il 62,00% attribuibile al Lazio.

Figura 2.25. Contributo alla formazione del disavanzo delle Regioni senza Piano di Rientro (PdR). Valori %, anni 2007-2013

[Figure 2.25. Deficit of the Regions that have not adopted debt rescheduling arrangements as a percentage of total deficit, 2007-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze
[Source: CREA Sanità on Ministry of Economy and Finance]

Il miglioramento della situazione economico-finanziaria delle Regioni in Piano di Rientro, a seguito degli interventi di riequilibrio adottati, è evidente anche attraverso la valutazione del rapporto tra il disavanzo sanitario registrato nei vari anni e il relativo finanziamento corrente lordo. In effetti, si può osservare che nel 2007 tale indicatore registrava valori del 3,40% nelle Regioni con Piano di Rientro e dello 0,24% in quelle non sotto Piano; la situazione muta radicalmente negli anni successivi: nel 2012 il valore dell'indicatore per le prime si riduce allo 0,70%.

Tabella 2.5. Disavanzo nelle Regioni con PdR e in quelle senza PdR su finanziamento corrente lordo. Valori %, anni 2007-2012

[Table 2.5. Deficit of Regions with and without debt rescheduling arrangements as a percentage of gross current financing, 2007-2012]

Regioni/ <i>Regions</i>	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Senza PdR/Without debt. resch. ar	-0,24	-0,41	-0,45	-0,19	-0,04	-0,21
Con PdR/ With debt. resch. ar	-3,40	-3,07	-2,66	-1,80	-1,08	-0,70

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Risulta doveroso anche sottolineare che dai dati pubblicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze si ricava che delle Regioni che sono ancora sotto Piano, l'Abruzzo e soprattutto la Campania, hanno, con il 2013, conseguito un utile di esercizio: € 0,34 mln. la prima e € 6,14 mln. la seconda.

In particolare, qualora ripetessimo le analisi precedenti al netto delle perdite conseguite dal Lazio e fino al 2012 dalla Campania (le quali contribuivano nel 2012 ad oltre il 50,00% del deficit totale di cui circa il 31,00% generato dal Lazio; nel 2013, invece, il Lazio ha prodotto il 37,84% del disavanzo complessivo) è possibile osservare come si modifichi profondamente la distribuzione percentuale del disavanzo tra Regioni con Piano di Rientro e Regioni non sotto Piano: nel 2013, in particolare, il 77,52% del deficit complessivo è attribuibile alle Regioni senza Piano e la rimanente parte a quelle con Piano. In ogni caso, già il

Ministero della Salute aveva evidenziato come l'esclusione delle perdite riportate dal Lazio e dalla Campania (le quali da sole hanno mediamente contribuito per tre quarti del disavanzo complessivo del 2012) modificasse i contorni dello scenario: nel 2012, le altre Regioni sottoposte a Piano hanno contribuito solamente per 12,26% al disavanzo totale, aumentando parallelamente la quota di quelle non sotto Piano.

Tabella 2.6. Contributo alla formazione del disavanzo nelle Regioni con PdR e in quelle senza PdR.²⁵ Valori %, anni 2008-2013

[Table 2.6. Deficit of Regions with and without debt rescheduling arrangements. Percentage, 2008-2013]

Regioni	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Senza PdR/ Without debt. resch. ar	64,62	70,33	53,53	68,99	81,82	77,52
Con PdR (senza Lazio e fino 2012 senza Campania)/ Senza PdR/With debt. resch. ar (without Lazio and until 2012 without Campania)	35,38	29,67	46,47	31,01	18,18	22,48

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze
[Source: CREA Sanità on Ministry of Economy and Finance]

²⁵ In questo caso dal disavanzo complessivo e da quello attribuibile alle Regioni con Piano di Rientro è stato escluso quello conseguito dal Lazio e fino al 2012 anche dalla Campania, la quale come sopra ricordato nel 2013 consegue un utile di esercizio

²⁶ I ricavi a cui facciamo riferimento per la determinazione del risultato di esercizio, secondo quanto riportato nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica della Corte dei Conti, sono dati dalla somma di: contributi da Regioni (quota del Fondo Sanitario indistinta e quota del Fondo Sanitario vincolata), contributi da Regione (extra fondo), contributi in conto esercizio da enti pubblici, contributi in conto esercizio da enti privati, ricavi per prestazioni sanitarie erogate da soggetti pubblici della Regione e prestazioni non soggette a compensazione, ricavi per presta-

Qualora nell'analisi ci rapportassimo ai ricavi²⁶ ed ai costi²⁷ al netto delle coperture, ed escludessimo dall'analisi le Regioni in utile, se ne ricava che la perdita di gestione complessiva nel 2013 ammonterebbe a € 1.941,00 mln²⁸. (tendenzialmente in linea con quella ricavabile dal Rapporto sul Monitoraggio della Spesa Sanitaria del MEF²⁹) (con una flessione dell'8,10% rispetto all'anno precedente quanto raggiungeva € 2.112,00 mln.), di cui il 32,53% realizzato nelle Regioni settentrionali, il 36,21% in quelle centrali ed, infine, il 31,26% in quelle del Sud; appare evidente, dunque, che in questo ultimo anno i disavanzi riportati nelle diverse aree tendono ad allinearsi. In particolare, la figura che segue evidenzia il cambiamento intervenuto nella composizione territoriale del disavanzo tra il 2009 ed il 2013: è cresciuta sensibilmente la quota di spettanza dell'area settentrionale (sebbene nuovamente in calo nel 2013 rispetto all'anno precedente), è diminuita altrettanto sensibilmente quella di pertinenza dell'area meridionale (è rimasta tendenzialmente stabile negli ultimi due anni), mentre nel Centro a partire dal 2011 si assiste ad un incremento dell'incidenza del disavanzo prodotto localmente sulla perdita complessiva.

zioni sanitarie erogate da soggetti privati della Regione, ricavi per prestazioni non sanitarie, concorsi recuperi e rimborsi per attività tipiche, compartecipazioni, entrate varie, interessi attivi e, infine, costi capitalizzati

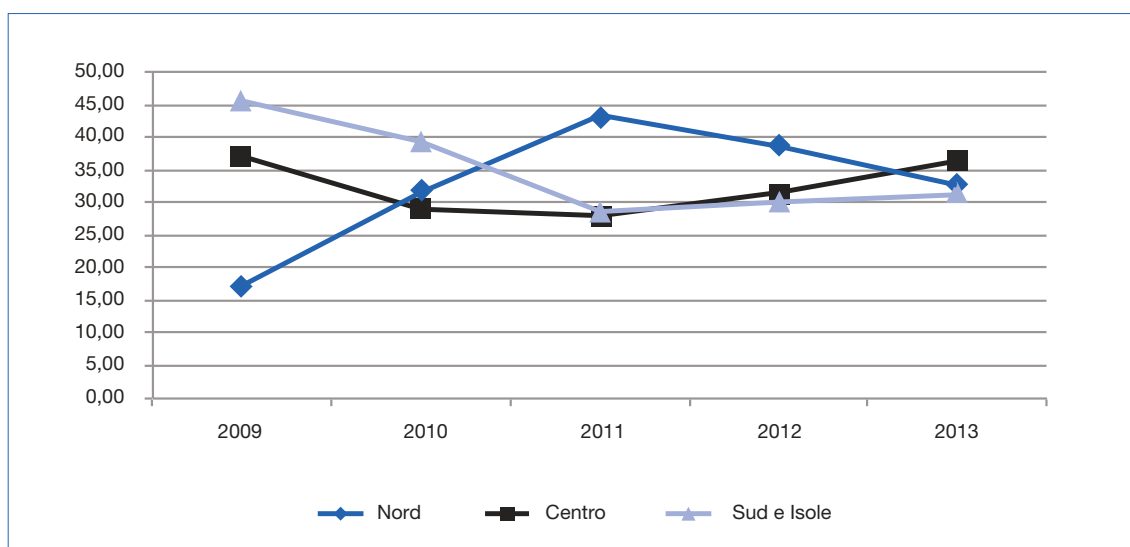
²⁷ Nel computo dei costi a partire dal 2012 sono state considerate le novità introdotte dal D. Lgs. 118/2011, ossia sono stati considerati anche gli ammortamenti, le rivalutazioni e svalutazioni e il saldo intramoenia

²⁸ Si rimarca che a partire dal 2012 nella determinazione del risultato di esercizio si considera anche il saldo della mobilità internazionale. Inoltre, nella nostra analisi per il 2012 ed il 2013 abbiamo fatto riferimento all'utile o alla perdita di esercizio con rischi prima delle coperture

²⁹ Ministero dell'Economia e delle Finanze

Figura 2.26. Concentrazione del disavanzo al netto delle coperture per ripartizione geografi ca. Valori %, anni 2009-2013

[Figure 2.26. IT-NHS deficit concentration net of coverage by geographical area. Percentage, 2009-2013]

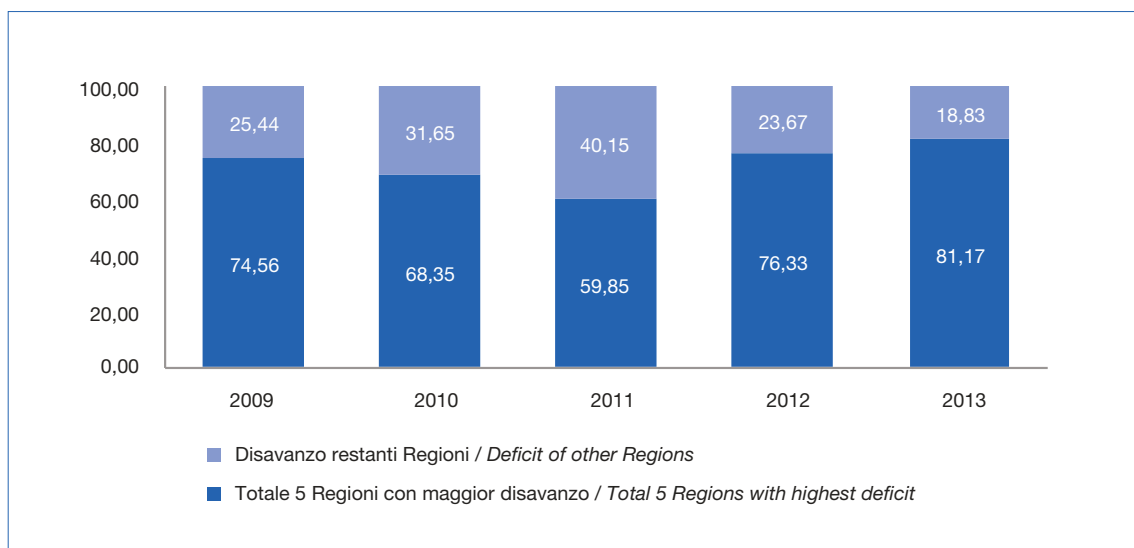


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti
[Source: CREA Sanità on "Corte dei Conti" data]

Ancora, se dai dati pubblicati dalla Corte dei Conti venissero escluse le Regioni in utile, se ne ricava che nel 2013 le cinque Regioni con maggior disavanzo (nello specifico, le due Province Autonome di Trento e Bolzano, la Liguria, il Lazio e la Sardegna) avrebbero generato circa l'81,00% della perdita complessiva con una crescita del 6,51% rispetto all'anno precedente (76,33%); in questo caso le Regioni che hanno contribuito in misura più cospicua alla formazione del disavanzo sono state le due Province Autonome di Trento e Bolzano, il Lazio, la Campania e la Sardegna) e con un incremento medio annuo del 2,15% tra il 2009 ed il 2013. In ogni caso, nel 2013, il disavanzo si concentra soprattutto in tre Regioni: Provincia Autonoma di Trento, Lazio e Sardegna, le quali congiuntamente hanno determinato circa il 70,00% del deficit complessivo.

Figura 2.27. Concentrazione del disavanzo - Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori %, anni 2009-2013

[Figure 2.27. Deficit concentration in the 5 Regions with the highest deficit. Percentage, 2009-2013]



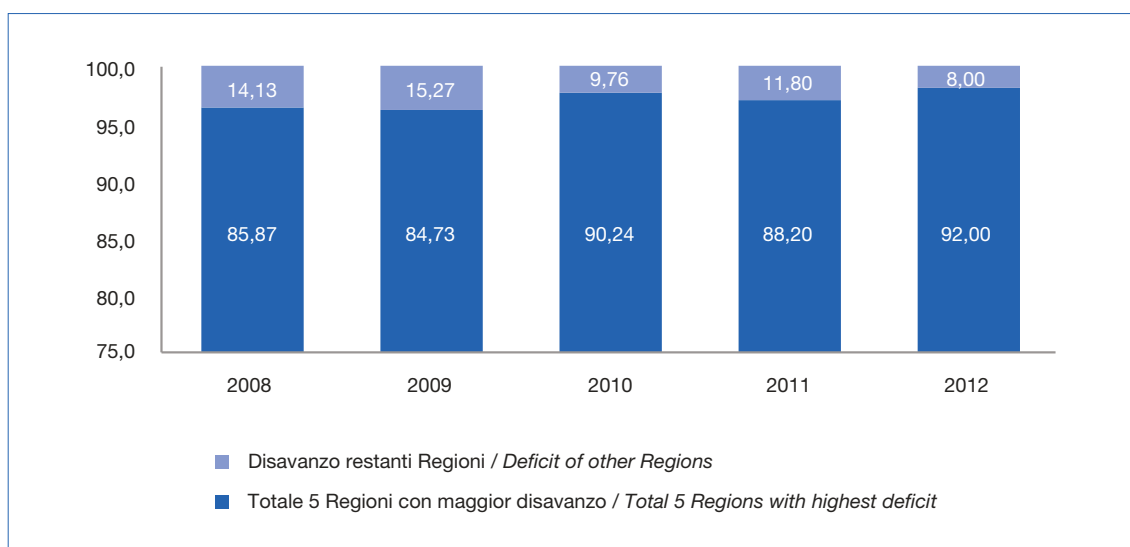
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti
 [Source: CREA Sanità on "Corte dei Conti" data]

Per il 2012, invece, il Ministero della Salute aveva identificato nella Toscana, nel Lazio, nella Campania, nella Calabria e nella Sardegna le Regioni in cui si concentrava oltre il 90,00% del deficit nazionale con un incremento del 3,80% rispetto all'anno precedente quando si fermava all'88,20%. Giova oltremodo rimarcare come, prendendo le Regioni con i disavanzi più elevati, a tale risultato ne abbiano contribuito soprattutto tre: Lazio, la cui incidenza sulla perdita complessiva è aumentata tra il 2011 ed il 2012 del 6,87%, Sardegna che ha riportato un +7,27% ed, infine, la Campania che, sebbene nel 2012 abbia diminuito del 4,74% il proprio peso sul disavanzo complessivo, rimane, in ogni caso, una delle Regioni che, sino al 2012, ha contribuito in modo considerevole alla formazione di risultati di esercizio negativi.

Figura 2.28. Concentrazione del disavanzo - Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori %, anni 2008-2012

[Figure 2.28. Deficit concentration in the 5 Regions with the highest deficit.

Percentage, 2008-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Come è possibile evincere dalla lettura tabella 2.7, anche considerando i risultati di esercizio pro-capite cumulati negli ultimi due quinquenni, nel periodo 2008-2012, a livello nazionale si osserva una diminuzione dei deficit: € 192,12 di disavanzo pro-capite nel secondo quinquennio contro € 377,69 del precedente.

A livello di ripartizioni geografiche, invece, spicca come le Regioni del Nord sono passate da un disavanzo pro-capite cumulato di circa € 73,00 nel periodo 2003-2007 ad un avanzo di € 3,00 pro-capite, ossia negli ultimi 5 anni, complessivamente considerate, sono andate sostanzialmente in pareggio; Centro e Meridione, di contro, sebbene abbiano ridotto drasticamente i loro disavanzi pro-capite, continuano nell'ultimo periodo (2008-2012) a generare importanti deficit per residente (Centro € 461,08 e Sud € 296,43). A livello regionale, si evidenziano le inversioni di tendenza realizzate in Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Umbria e Marche.

Tabella 2.7. Risultati di esercizio pro-capite cumulati per quinquenni.

Valori assoluti (€), anni 2003-2012

[Table 2.7. Surplus/deficit over a 5 year period, per capita (€), 2003-2012]

Regioni	2003-2007	2008-2012
Italia	-377,69	-192,12
Nord	-72,87	3,00
Centro	-751,23	-461,08
Sud e Isole	-563,72	-296,43
Piemonte	-175,29	11,47
Valle d'Aosta	-525,97	-100,91
Lombardia	20,27	4,07
Pr. Aut. di Bolzano	156,58	166,36
Pr. Aut. di Trento	-79,18	-56,98
Veneto	-23,89	46,01
Friuli Venezia Giulia	94,27	65,28
Liguria	-548,58	-297,69
Emilia Romagna	-110,11	28,74
Toscana	-87,62	-17,49
Umbria	-163,00	55,82
Marche	-183,61	59,07
Lazio	-1.459,30	-980,19
Abruzzo	-659,92	-91,85
Molise	-1.189,66	-835,56
Campania	-890,98	-420,72
Puglia	-182,52	-263,46
Basilicata	-223,36	-211,42
Calabria	-234,51	-334,74
Sicilia	-615,72	-104,22
Sardegna	-523,90	-569,55

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

In chiusura giova anche evidenziare come nell'ultimo anno (secondo i dati pubblicati dalla Corte dei Conti) il disavanzo si sia ridotto in modo più accentuato che non altrove nel Settentrione (-23,35%), tanto da far in modo che il disavanzo pro-capite di detta ripartizione risultasse inferiore non solo a quello dell'area centro-meridionale ma anche al valore medio nazionale. Infine, altro risultato di rilievo è rappresentato dalla considerazione che nel 2013 le Regioni con un risultato di gestione positivo sono otto vs. le sette del 2012 e le cinque del 2011.

Tabella 2.8. Riepilogo risultato di esercizio senza coperture.

Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2013

[Table 2.8. Surplus/deficit excluding financial hedges (€ million and percentage), 2013]

Regioni	Risultato di esercizio (€ mln.)	Variazione % vs. 2012	Risultato pro-capite (€)	% disavanzo su disavanzo totale
Italia	-1.855,60	-8,73	-31,09	100,00
Nord	-612,00	-23,35	-22,36	32,53
Centro	-643,00	4,45	-55,05	36,21
Sud e Isole	-600,30	-2,97	-29,11	31,26
Piemonte*	-41,90	-61,42	-9,58	2,16
Valle d'Aosta	-53,00	9,50	-414,57	2,73
Lombardia	10,30	347,83	1,05	in avanzo
Pr. Aut. di Bolzano	-184,10	-26,74	-361,25	9,48
Pr. Aut. di Trento	-218,20	-11,01	-411,46	11,24
Veneto	7,60	-34,48	1,56	in avanzo
Friuli Venezia Giulia	-42,90	-34,30	-35,11	2,21
Liguria	-91,30	97,62	-58,33	4,70
Emilia Romagna	1,30	-102,73	0,30	in avanzo
Toscana	3,10	-106,13	0,84	in avanzo
Umbria	24,60	459,09	27,76	in avanzo
Marche	32,10	-26,54	20,77	in avanzo

segue

Tabella 2.8. Riepilogo risultato di esercizio senza coperture.

Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2013

[Table 2.8. Surplus/deficit excluding financial hedges (€ million and percentage), 2013]

Regioni	Risultato di esercizio (€ mln.)	Variazione % vs. 2012	Risultato pro-capite (€)	% disavanzo su disavanzo totale
Lazio*	-702,90	14,63	-126,48	36,21
Abruzzo*	0,30	-96,74	0,23	in avanzo
Molise*	-51,70	-5,66	-165,00	2,66
Campania*	6,10	-105,50	1,06	in avanzo
Puglia*	-39,60	-1.142,11	- 9,78	2,04
Basilicata	-3,40	-187,18	-5,90	0,18
Calabria	-30,60	-56,72	-15,63	1,58
Sicilia*	-102,30	1.211,54	-20,46	5,27
Sardegna	-379,10	-3,12	-231,11	19,53

* Regioni che nel 2013 sono impegnate in un Piano di Rientro

** Nel calcolo sono state considerate solamente le Regioni che nel 2013 hanno presentato un risultato di esercizio negativo

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti e Istat

[Source: CREA Sanità on "Corte dei Conti" and Istat data]

Ovviamente è non si può ignorare se parallelamente a questa opera di rientro dai debiti sia stata mantenuta la giusta e dovuta attenzione all'erogazione dei LEA. Vale a dire, se le Regioni non abbiano dovuto rinunciare a garantire correttamente i livelli essenziali di assistenza per far tornare in pareggio i loro conti.

A tale proposito, nel settembre 2014 il Ministero della Salute (SiVeAS) ha pubblicato un interessante documento, "L'erogazione dei LEA nelle Regioni in Piano di Rientro – Trend 2007-2012", in cui fondamentalmente è stato verificato che, nel periodo considerato, solo a partire dal 2010 le Regioni in PdR, che sono riuscite a rientrare dai deficit finanziari, hanno ricominciato ad avvicinare il livello di erogazione dell'assistenza verso la soglia minima (senza ancora averla raggiunta, al 2012). Nel complesso, pur permanendo importanti differenze

regionali:

- le Regioni in Piano di rientro hanno livelli di assistenza al di sotto degli *standard* minimi, mentre le Regioni non in PDR mantengono dal 2007 al 2012 adeguati livelli assistenza;
- a partire dal 2010 il miglioramento dei conti economici delle regioni in PDR è accompagnato da un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria;
- cresce l'erogazione dell'assistenza complessiva. Il risultato positivo si deve all'aumento più consistente delle prestazioni territoriali rispetto alla contestuale riduzione dell'assistenza ospedaliera.

L'analisi condotta dal Ministero della Salute illustra in quali settori è necessario aumentare le azioni di riorganizzazione e riqualificazione dei SSR, in particolare:

- assistenza territoriale per i disabili, sia domiciliare che residenziale e semi-residenziale;
- assistenza ospedaliera, specie con riferimento all'offerta di posti letto post-acuzie non ancora allineati ai parametri nazionali;
- inappropriata dei ricoveri in regime ospedaliero di riabilitazione.

Il monitoraggio effettuato consente di verificare e orientare i processi di rinnovamento dei SSR soprattutto in quelle Regioni che necessitano di maggiori interventi, e misurare attentamente lo stato di salute del nostro Servizio sanitario al fine di poter migliorare ed aumentare nel futuro, senza ulteriori costi, le l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni³⁰.

³⁰ Per approfondire, www.salute.gov.it

2.6 Conclusioni

In un'ottica internazionale, nel 2012 la quota pubblica di finanziamento della spesa sanitaria corrente in Italia è al di sopra della media dei Paesi OECD (77,3% verso 72,0%); se però si prende in esame la media dei Paesi EU14, nel 2011 e nel 2012 la quota pubblica italiana del finanziamento della spesa si attesta al di sotto, pur registrando una leggera risalita nel 2012 rispetto al 2011.

Per la sostenibilità dei servizi pubblici nel tempo occorre però prendere in considerazione anche il finanziamento degli investimenti, che rappresenta un importante obiettivo del semestre di Presidenza italiana del Consiglio europeo 2014.

In Italia nel 2012 la spesa sanitaria per investimenti fissi vale il 2,7% della totale, con un *trend* che sembra in crescita – anche se con una battuta d'arresto nel 2012 - mentre nei Paesi EU14 la percentuale è in costante diminuzione a partire dal 2008.

Nonostante questa propensione ad investire in Sanità superiore alla media europea, di fatto l'investimento è prevalentemente privato (58,1% contro una quota pubblica del 41,9%) ed è in calo rispetto al 2011, ma sempre tra le più alte di Europa.

A livello regionale, la quota di investimenti delle Regioni del Nord è sempre stato superiore che nelle Regioni centro-meridionali.

Il quadro è, quindi, sembra essere complessivamente preoccupante, nella misura in cui insufficienti investimenti possono minare alla base il mantenimento in efficienza del SSN, e i necessari recuperi di efficienza nelle Regioni meridionali.

Sul fronte del riparto si rileva come, nonostante nel 2013 sia partito, seppur in maniera sperimentale, il meccanismo dei costi *standard*, non si apprezzano, al momento, soluzioni di continuità.

Il finanziamento pro-capite delle Regioni meridionali continua ad essere inferiore a quello delle altre ripartizioni, per effetto di una metodologia di stima dei differenziali di bisogno basata essenzialmente sulla componente demografica.

Allo stesso tempo, le risorse a disposizione dei SSR meridionali, in rapporto ai propri PIL, sono decisamente superiori a quelle settentrionali, per effetto dei meccanismi redistributivi sostenuti dal fondo perequativo alimentato dall'IVA.

Analizzando, infine, il rapporto fra finanziamento e spesa, e quindi la genesi dei disavanzi, si deve sottolineare come nel 2013 i problemi finanziari siano ormai concentrati

soprattutto nelle Regioni centrali, con il resto distribuito in ugual misura nelle Regioni settentrionali e meridionali; quest'ultimo fatto, è ascrivibile al risanamento delle Regioni in piano di rientro, che ha di recente portato anche Abruzzo e Campania a conseguire utili di esercizio.

Sebbene la tendenza di fondo sia, dunque, quella di una progressiva diminuzione dei disavanzi regionali complessivamente prodotti, si sta assistendo ad una modifica della loro concentrazione territoriale: nel 2013, secondo i dati forniti dalla Corte dei Conti, il 36,21% del disavanzo totale è ormai prodotto dal Lazio e il 19,53% dalla Sardegna. Il problema dell'equilibrio finanziario, escludendo il Lazio ed il Molise, che nel 2013 presentano i disavanzi pro-capite più elevati (non considerando le Regioni a Statuto Speciale), sembra risolto nella maggior parte delle Regioni, sebbene per il futuro pesi l'incertezza derivante dalla recessione del PIL, che porta con sé finanziamenti decrescenti in termini reali.

Se, contestualmente all'aspetto economico-finanziario, si prende in considerazione la dinamica della capacità di erogazione dei LEA, ci si può riferire alle verifiche del Ministero della Salute, secondo le quali a partire dal 2010 le Regioni sono riuscite oltre che a rientrare dai deficit finanziari, anche ad avvicinare il livello di erogazione dell'assistenza verso la soglia minima definita.

Sul fronte delle politiche sociali per la non-autosufficienza, a partire dal 2010 le risorse espressamente destinate a tali obiettivi hanno riportato un'importante decurtazione, che solo nel 2013 e nel 2014 registrano un pur flebile segnale di ripresa; ma il problema maggiore rimane il frazionamento delle risorse in mille rivoli, a testimonianza della mancanza di un approccio coerente e coordinato ai problemi della non-autosufficienza.

Riferimenti bibliografici

CIPE (anni vari), *Delibere on line*

Corte dei Conti, *Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2014*

ISTAT, *Conti economici regionali 2012*, www.istat.it

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Ministero dell'Economia e delle Finanze (anni vari), *Normativa nazionale su riparto Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS)*

Ministero della Salute – SiVeAS (2014), *L'erogazione dei LEA nelle Regioni in Piano di Rientro – Trend 2007-2012*, www.salute.gov.it

Ministero della Solidarietà Sociale (anni vari), *Normativa nazionale su riparto Fondo per le non-autosufficienze*

OECD (2014), *Health Data on line*

Università degli Studi di Roma Tor Vergata (anni vari), *Rapporto Sanità*
www.rapportosanita.it





Chapter 2

Health financing:

investment spending and deficit

Chapter 2

Health financing: investment spending and deficit

Giordani C.¹, Ploner E.¹

Summary

Since 1990s, and particularly after the reform of the Italian National Health Service (NHS), public financing policies of the NHS have been characterized by a series of cost-cutting measures, as in most European countries.

In dynamic terms, between 2007 and 2012:

- public health spending grew by 1.67%, on average, per year;
- current gross financing increased by 2.22%, on average, per year;
- the GDP increased by 0.16%, on average, per year.

An effect of this, also widespread across Europe, is the lack of propensity to invest in the health sector. This is largely due to the nature of long-term investments, which hardly coordinate with the need to cut back on current health expenditure: investment spending tends to follow the economic cycle, discouraging (or at least not supporting) change, which, instead, requires investments aimed at modernizing and upgrading facilities.

Although Italy, when compared with other countries, seems to show (OECD 2014) a propensity to invest in health care above the EU-14 average (EU-15 without Italy) - in 2012, the percentage of fixed investments to total expenditure was 5.0% in Italy, compared to the EU-14 average of 3.4% - actually investments are mainly due to private sector: in Italy, for every € 100 of private-sector investments, € 15 are for fixed investments, while in the public sector for every € 100 only € 2.8 are allocated to fixed investments (in Sweden, public spending on fixed investments is € 5.7 every € 100). At regional level, investments in the northern regions have always been significantly higher than that in centre-south ones.

¹ CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

NHS funding in Italy - both nominal and minus inflation - has grown only marginally, or even decreased in real terms. In particular, the growth rate of nominal per capita financing, since 2006, shows a decreasing trend, dropping to an all-time low in 2011 (+1.63%). The changes in real per capita financing, already in 2008, and again in 2012, are negative (-1.06% and -1.01%, respectively). Ultimately, in real terms, i.e. net of inflation, per capita financing decreases, in 2012, by € 8.40 year over year (and by about € 23.50 compared to 2010).

Regarding the financing for not self-sufficient people, the so-called “Stability Law” of 2013 has registered a turnaround, allocating € 300 million while in 2012 fundings were zero. Additionally, the “Stability Law” for 2014 has confirmed the allocation of € 275 million to the Fund for not self-sufficient people, although the data are still far from those recorded in 2007. The real problem is the fragmentation of the financing sources: it is clear that only a fraction of the costs incurred for care-dependent persons comes from the coordinated ad hoc funds.

In 2013, the “standard cost” method was introduced, albeit on a trial basis, which consists in the share out of health financing among the Italian regions based on the average efficient cost of production of the services: per capita funding by the southern regions continues to be lower than elsewhere, and the new distribution mechanism has changed practically nothing, still being based, as it is, on the estimated need differentials of the population, which, in turn, are based on the demographic differentials. Furthermore, the substantial uniformity of the system, despite the strong income differentials between the regions, continues to be guaranteed by the equalization reerver, sourced from VAT.

Referring to the relationship between financing and health expenditure, which is the root cause of deficit, it has emerged that, although the underlying trend is that of a progressive increase in the ability to cover health care, and, therefore, reduce the overall deficit, which is now at purely natural levels, we are witnessing an increase in the concentration of the latter in a few regions and a change in its geographical composition; in particular, taking into account only those regions that have recorded a loss (2009-2013), it can be highlighted how, over the years, the geographical composition of the deficit has changed:

between 2009 and 2013 there was a significant growth in the percentage of deficit created by the northern regions (although falling once again in 2013 over the previous year), and an equally significant drop in the percentage of the southern regions (remaining largely stable over the past two years); in the central regions, since 2011, there has been an increase in the percentage of local deficit to the overall loss. In particular, in 2013, the total deficit was made up as follows:

- 32.53% by the northern regions;
- 36.21% by the central regions;
- 31.26% by the southern regions.

If, alongside the economic and financial situation, one also takes into account the dynamics of the Basic Levels of Care (LEA), reference can be made to the audits carried out by the Ministry of Health, according to which, in 2010, the regions, after being unable to correct their excessive deficit, have also started to approximate the levels of care provided to the defined minimum threshold (which, in 2012, had not yet been achieved).

A word cloud of various terms related to healthcare, economics, and social services. The words are arranged in a circular pattern, with some larger than others. The background features a stylized sun with rays and a wavy line at the bottom.

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

Capitolo 3

La spesa:

confronti internazionali ed efficienza delle Aziende

Capitolo 3

La spesa: confronti internazionali ed efficienza delle Aziende

Ploner E.¹, Polistena B.¹

3.1. Il contesto: la spesa sanitaria

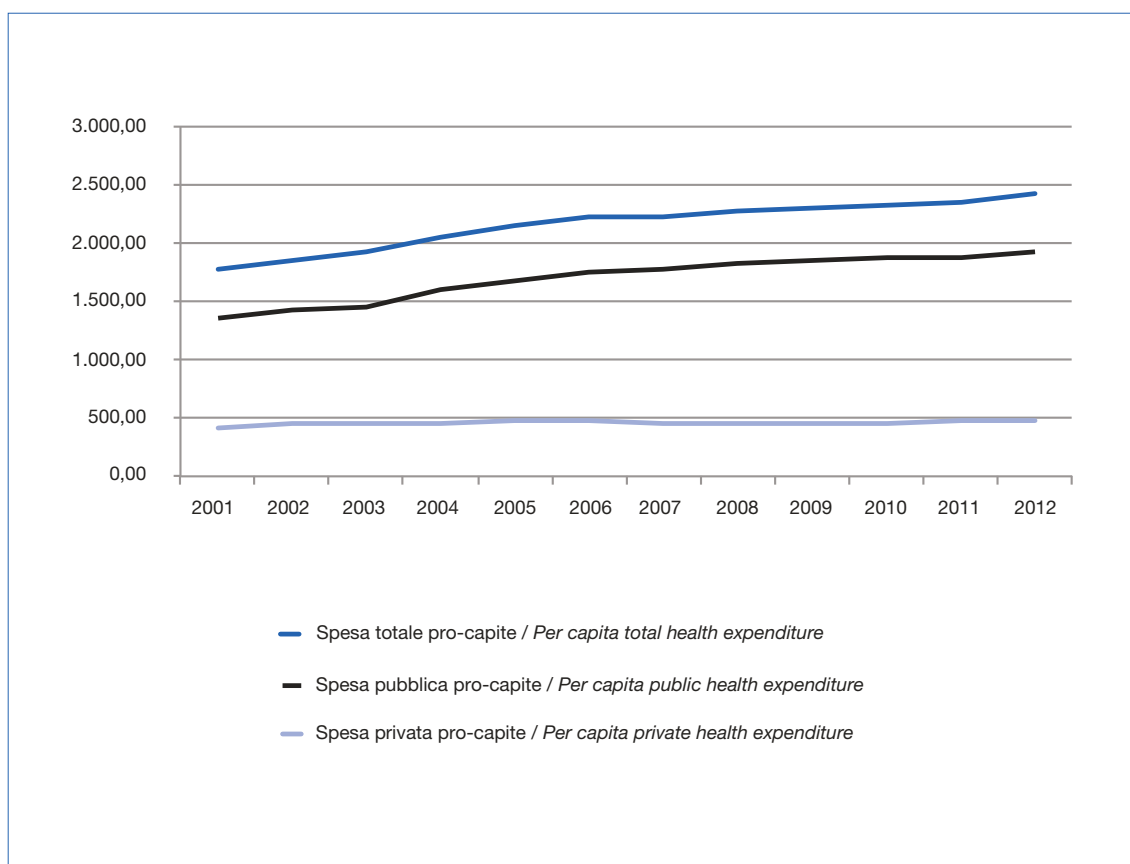
La spesa sanitaria totale² pro-capite, nel 2012, si è attestata a € 2.419,27 in aumento rispetto all'anno precedente (€ 2.362,74); in particolare, la componente pubblica mostra una crescita modesta tra il 2009 ed il 2011 (con quote inferiori al punto percentuale: +0,53% tra il 2009 ed il 2010 e +0,89% tra il 2010 ed il 2011) e un aumento leggermente più sostenuto nel periodo 2011-2012 (+2,34%); quella privata, invece, dopo aver riportato una variazione di segno negativo (-2,51%) tra il 2008 ed il 2009, a partire dal 2010 comincia nuovamente ad aumentare tanto da riportare tassi di crescita superiori a quelli che hanno caratterizzato la componente pubblica della spesa: +1,42% tra il 2009 ed il 2010, +5,30% tra il 2010 ed il 2011 e +2,60% negli ultimi due anni (2011-2012).

¹ CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata"

² La spesa totale è stata ottenuta sommando la spesa sanitaria privata delle famiglie ricavata dalle rilevazioni Istat, con quella pubblica totale corrente regionale quale si desume dai Rapporti sulla Situazione Economica Generale del Paese del Ministero della Salute, ove si specifica che «per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali (personale, beni e servizi, medicina generale convenzionata, farmaceutica convenzionata, specialistica convenzionata e accreditata, riabilitativa convenzionata e accreditata, integrativa a protesica convenzionata e accreditata, altra assistenza convenzionata e accreditata, ospedaliera accreditata) con il saldo della gestione straordinaria e con il saldo relativo all'intramoenia»

Figura 3.1. Spesa sanitaria totale, pubblica e privata pro-capite. Valori assoluti (€), anni 2001-2012

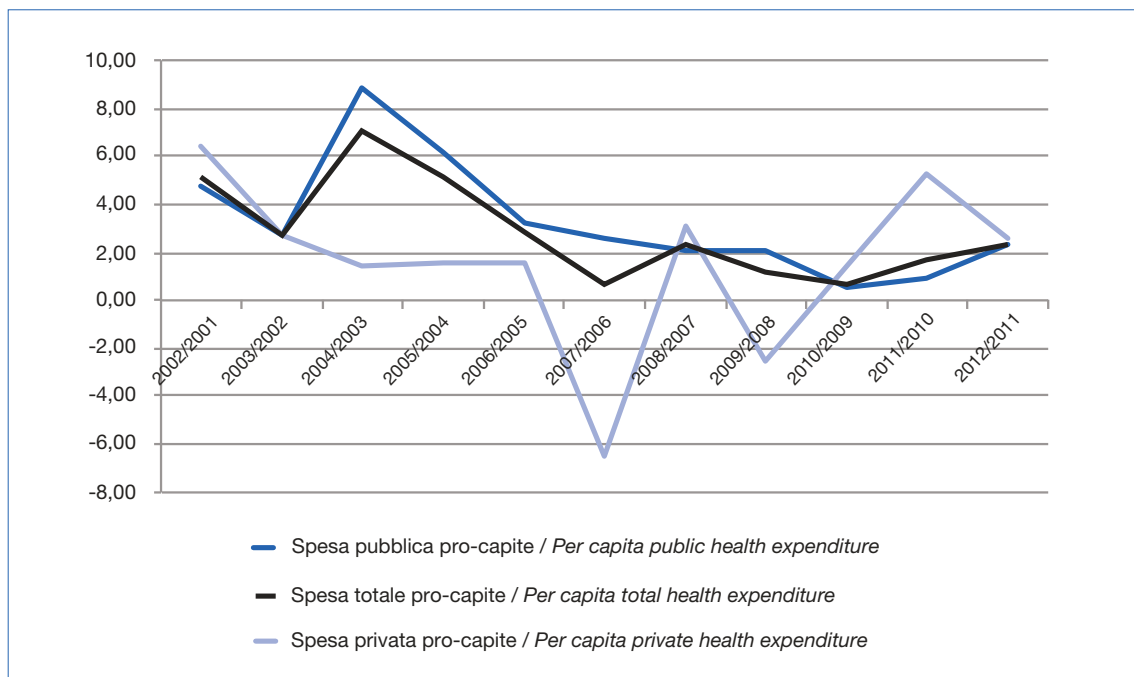
[Figure 3.1. Total, public and private health expenditure, per capita (€), 2001-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Figura 3.2. Spesa sanitaria totale, pubblica e privata pro-capite - Variazioni annuali. Valori %, anni 2001-2012

[Figure 3.2. Total, public and private health expenditure, per capita – Annual percentage changes, 2001-2012]

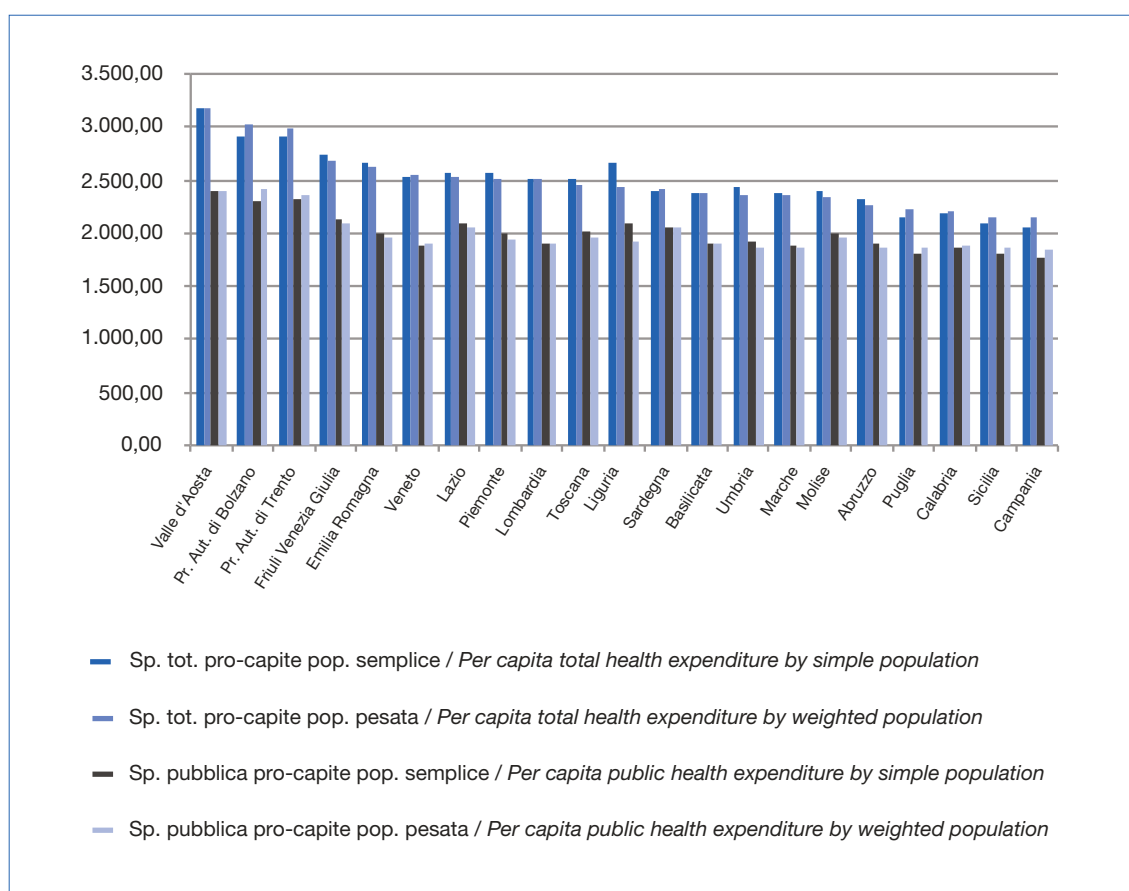


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

A livello regionale, la spesa totale pro-capite più elevata si rileva in Valle d'Aosta e nelle due Province Autonome di Trento e Bolzano, seguono il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia Romagna. I valori minori di spesa si registrano, invece, nelle Regioni del Sud. Al chiaro gradiente Nord-Sud si sottraggono solo Lazio e Molise, Regioni segnate come è noto da un elevato disavanzo. Il dato è esposto sia con riferimento alla popolazione semplice che a quella pesata per tenere conto dei differenziali di bisogno: si può notare come standardizzando la spesa si modifica il *ranking* regionale. A questo riguardo, le Regioni in cui si è modificato maggiormente il *ranking* sono state da un lato il Veneto e la Basilicata dove la spesa standardizzata è risultata assolutamente superiore a quella semplice e, dall'altro, la Liguria che ha evidenziato una spesa pesata decisamente inferiore a quella non pesata.

Figura 3.3. Spesa sanitaria totale e spesa pubblica pro-capite - Per popolazione semplice e pesata. Valori assoluti (€), anno 2012

[Figure 3.3. Total and public health expenditure, per capita - simple and weighted population (€), 2012]



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

[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Sul fronte della spesa sanitaria privata si evidenzia una spiccata variabilità regionale: il valore medio pro-capite in Italia nel 2012 è pari a € 487,91, ma sale a € 612,08 nelle Regioni del Nord (+25,45%), a € 491,16 in quelle centrali (+0,67%), mentre si ferma al di sotto di € 330,00 (-33,96%) nell'area Meridionale. In particolare, la spesa privata è più alta in Valle d'Aosta, Veneto ed Emilia Romagna, e all'opposto, è minima in Campania e Sicilia, con € 283,73 pro-capite nella prima e € 286,34 pro-capite nella seconda.

Tabella 3.1. Spesa sanitaria privata pro-capite. Valori assoluti (€), anni 2002-2012*[Table 3.1. Private health expenditures, per capita (€), 2002-2012]*

Regioni	2002	2007	2012
Italia	441,42	443,12	487,91
Nord	526,41	512,61	612,08
Centro	467,95	459,94	491,16
Sud e Isole	321,30	343,91	322,22
Piemonte	525,95	520,58	577,69
Valle d'Aosta	501,90	592,89	775,51
Lombardia	532,46	505,16	599,10
Pr. Aut. di Bolzano	476,31	449,38	596,59
Pr. Aut. di Trento	476,31	449,38	596,59
Veneto	489,42	482,66	635,73
Friuli Venezia Giulia	567,76	612,73	602,53
Liguria	476,43	469,56	557,60
Emilia Romagna	575,23	555,26	670,42
Toscana	458,10	481,28	506,11
Umbria	367,95	405,51	514,25
Marche	440,48	415,34	496,38
Lazio	498,72	466,93	476,01
Abruzzo	346,96	385,56	420,79
Molise	358,85	446,77	393,00
Campania	324,83	344,03	283,73
Puglia	341,83	354,56	344,65
Basilicata	262,78	282,41	464,28
Calabria	353,80	374,36	332,18
Sicilia	286,57	315,34	286,34
Sardegna	318,24	336,26	357,56

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati ISTAT

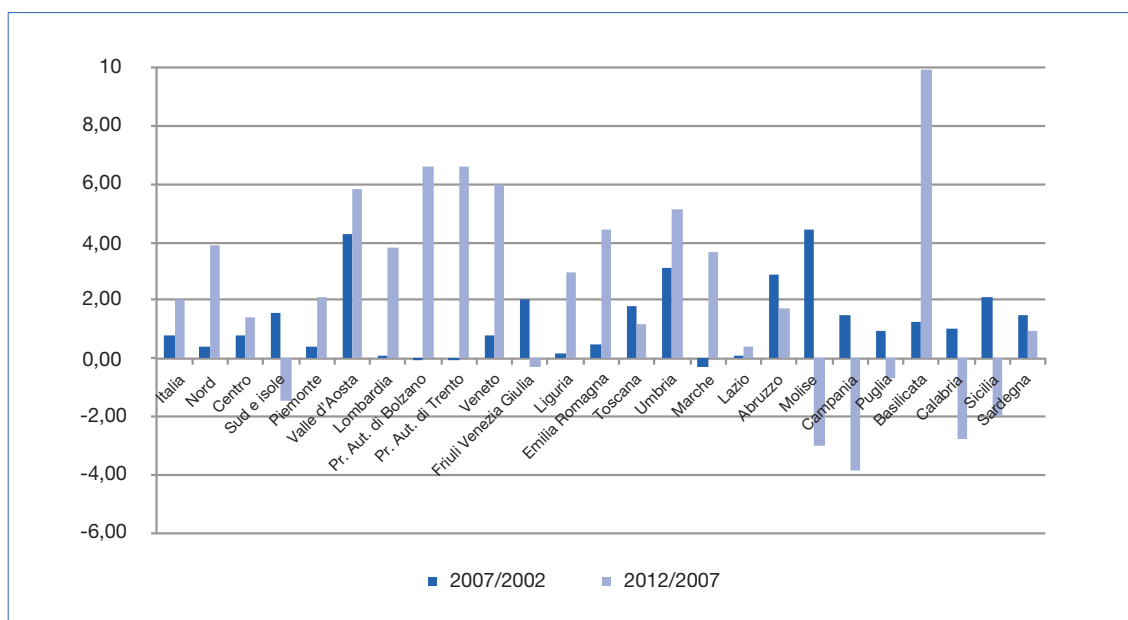
[Source: CREA Sanità on Istat data]

La spesa sanitaria privata, nell'ultimo quinquennio è stata oggetto di una variazione media annua di segno positivo: 2,04% a fronte di una crescita media annua dello 0,82% nei cinque anni precedenti. Tra il 2007 ed il 2012 le Regioni Settentrionali e quelle Centrali, con l'esclusione dell'area Meridionale dove ha riportato una variazione di segno negativo (-1,44% medio annuo), hanno sperimentato un incremento della spesa privata: nel Nord l'aumento è stato del 3,89% medio annuo e nel Centro dell'1,41% medio annuo. Marcate differenze sono osservabili nelle diverse Regioni: nel periodo 2007-2012 la Basilicata ha riportato la crescita più sostenuta con un +9,93% medio annuo, mentre al -3,87% medio annuo ammonta la flessione in Campania.

Figura 3.4. Spesa sanitaria privata-Variazioni medie annue quinquennali.

Valori %, anni 2002-2012

[Figure 3.4. Private health expenditure – Average annual changes over a 5-year period. Percentage, 2002-2012]



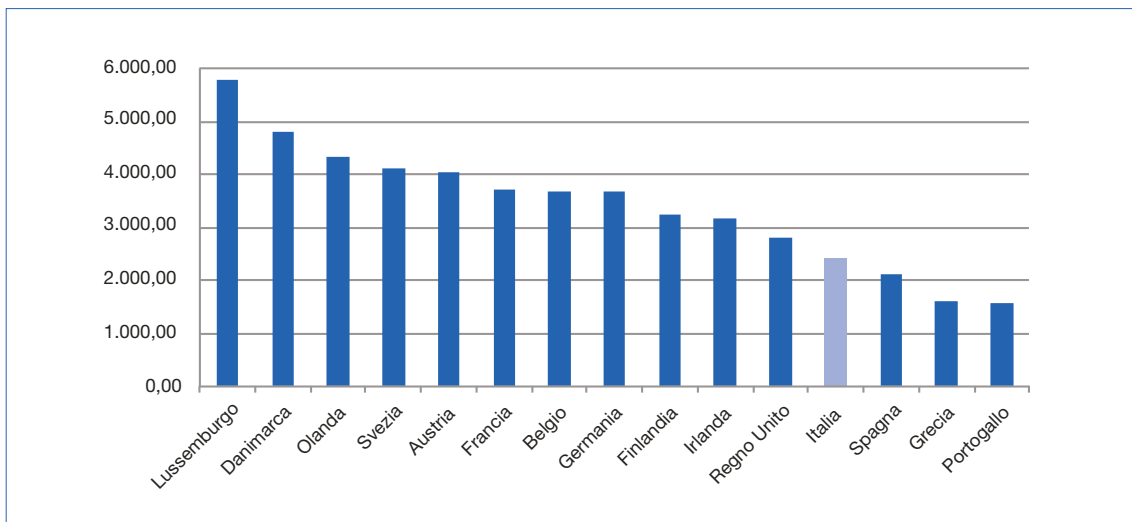
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Complessivamente, la spesa sanitaria italiana rimane al di sotto del valore osservato in media nei Paesi dell'Europa a 15; a fronte di una spesa sanitaria totale pro-capite media riferita a EU14³ di € 3.230,48, l'Italia si ferma a € 2.417,87.

Figura 3.5. Spesa sanitaria totale pro-capite EU15. Valori assoluti (€), anno 2012

[Figure 3.5. Total health expenditure in EU15, per capita (€), 2012]



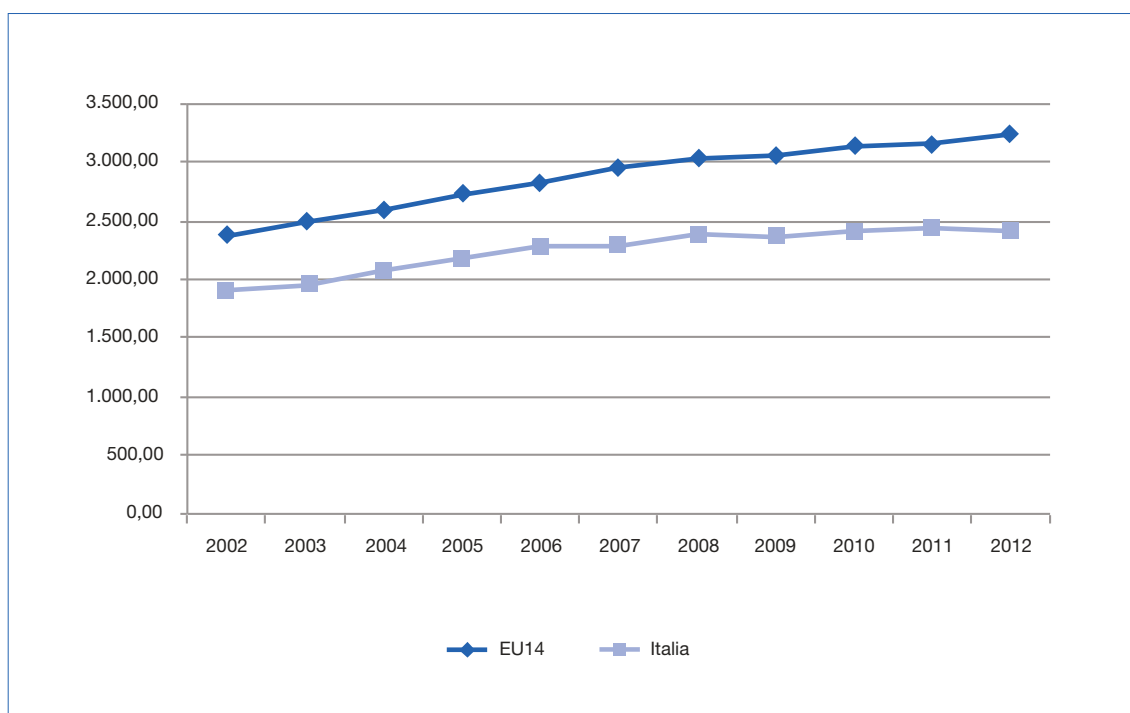
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2014
[Source: CREA Sanità on OECD 2014 data]

A partire dal 2002 la forbice tra Italia e EU14 in termini di spesa sanitaria totale pro-capite è continuamente aumentata, sino ad arrivare ad una differenza in termini assoluti di € 812,63 pro-capite, ossia uno scarto pari al 25,15% (era il 22,80% nel 2011). In buona sostanza, il 2012 conferma ed accentua la differenza tra l'Italia ed i *partners* dell'EU15: si noti che la spesa pro-capite media in EU14 è cresciuta nell'ultimo anno del 2,42%, contro un calo in Italia dello 0,70%.

³ Europa a 15 membri a cui è stato sottratto il valore relativo all'Italia (per poter effettuare più correttamente il confronto Europa a 14 verso Italia)

Figura 3.6. Spesa sanitaria totale pro-capite Italia vs. EU14. Valori assoluti (€), anni 2002-2012

[Figure 3.6. Total health expenditure – Italy vs. EU14, per capita (€), 2002-2012]

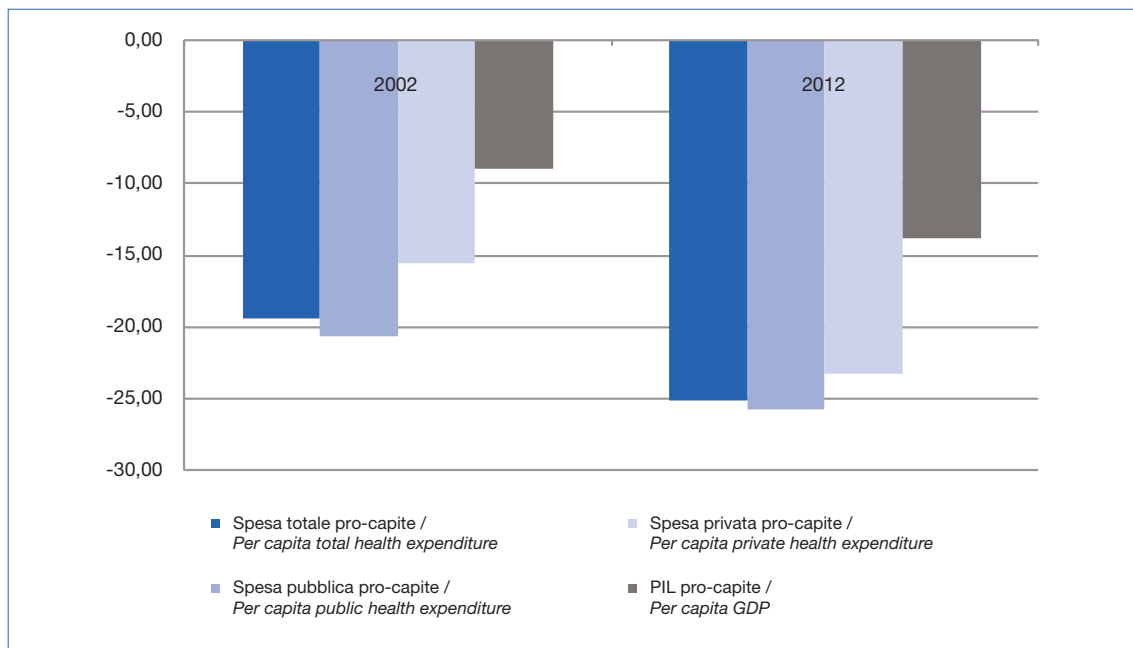


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2014
[Source: CREA Sanità on OECD 2014 data]

Sempre nel 2012, la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia risulta inferiore di oltre il 25,00% (il 25,69%) rispetto a quella media in EU14, con un aumento dello scarto del 5,08% rispetto al 2002. Lo scarto riguardante la spesa privata pro-capite, invece, si ferma al 23,27%, in crescita del 7,73% nel decennio.

Figura 3.7. Spesa sanitaria totale, pubblica, privata e PIL pro-capite - Gap Italia vs. EU14. Valori %, anni 2002 e 2012

[Figure 3.7. Total, public and private health expenditure and GDP, per capita - Italy vs. EU14 gap. Percentage, 2002 and 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2014
[Source: CREA Sanità on OECD 2014 data]

Si consideri che lo scarto del PIL pro-capite fra Italia e EU14 è aumentato nell'ultimo anno dell'1,87%. Di conseguenza, in rapporto alle risorse disponibili, la spesa sanitaria in Italia ammonta al 9,19% del PIL, contro una media del 10,58% nei Paesi EU14; in particolare, il 7,10% del PIL è assorbito dalla spesa pubblica (8,24% in EU14) e il 2,08% da quella privata (2,34% in EU14). Nel 2012, nel Meridione la spesa totale pro-capite è stata in media inferiore di circa il 33,00% a quella EU14 (era minore del 28,14% nel 2002), quella pubblica del 27,14%, e quella privata di oltre il 54,00% (con una crescita del divario del 13,85% rispetto al 2002), a fronte di un PIL pro-capite inferiore del 42,14%. Gli scarti delle Regioni del Nord e del Centro sono altresì significativi ma decisamente minori. Giova, peraltro, sottolineare che le Regioni settentrionali hanno un PIL pro-capite di circa il 4,00% maggiore di quello medio di EU14 (sebbene nel 2002 la differenza ammontasse all'8,46%).

Tabella 3.2. Spesa sanitaria totale, pubblica, privata e PIL pro-capite - Gap ripartizioni geografiche vs. EU14. Valori %, anni 2002 e 2012

[Table 3.2. Total, public and private health expenditure and GDP, per capita - Italian geographical area vs. EU14 gap. Percentage, 2002 and 2012]

Paesi	2002				2012			
	Sp. tot. pc/Tot. per capita health exp.	Sp. pub. pc/Pub. per capita health exp.	Sp. priv. pc/Priv. per capita health exp.	PIL pc/ Per capita GDP	Sp. tot. pc/Tot. per capita health exp.	Sp. pub. pc/Pub. per capita health exp.	Sp. priv. pc/Priv. per capita health exp.	PIL pc/ Per capita GDP
Gap Nord vs. EU14	-17,30	-21,44	-3,45	8,46	-20,11	-21,74	-14,37	4,06
Gap Centro vs. EU14	-18,42	-19,69	-14,17	-0,42	-22,31	-19,76	-31,28	-4,81
Gap Sud vs. EU14	-28,14	-24,28	-41,07	-40,56	-33,29	-27,14	-54,92	-42,14

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, OECD 2014 e Istat
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health, OECD 2014 and Istat data]

3.2. La spesa per la non-autosufficienza

In un ambito evidentemente contiguo, abbiamo le prestazioni non sanitarie erogate in favore di soggetti non-autosufficienti: si tratta di un insieme piuttosto eterogeneo di attività, che comprende prestazioni sia in natura che in denaro. Le prestazioni in favore dei non-autosufficienti possono, dunque, essere distinte in:

- prestazioni erogate dalla ASL, tipicamente sanitarie⁴;
- prestazioni di competenza comunale, propriamente sociali a rilevanza sanitaria⁵;
- altre prestazioni in denaro, specificatamente erogate dall'INPS⁶.

Giova, inoltre, premettere, che spesso le fonti dei dati impiegate non consentono di

⁴ Finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite

⁵ Hanno l'obiettivo di supportare le persone in stato di bisogno e con problemi di disabilità o di emarginazione e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico e di aiuto domestico

⁶ Ci riferiamo alle indennità di accompagnamento, alle pensioni di invalidità civile e ai costi della L. 104/1992

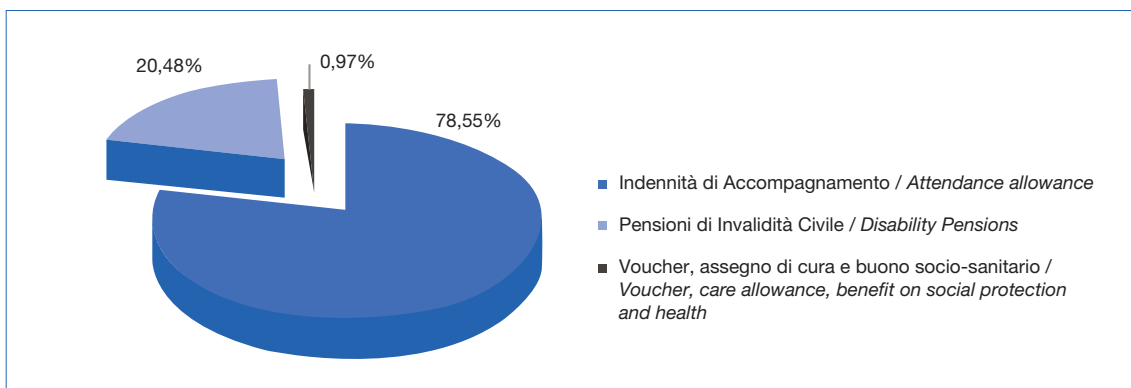
effettuare una distinzione tra il settore sociale integrato o meno con quello sanitario; il punto di discriminazione adottato è quindi convenzionale.

Rimandando per una più precisa disamina al capitolo 12, si consideri che per la non-autosufficienza sono erogati numerosi trasferimenti monetari, quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, permessi retribuiti a norma della L. 104/1992, *voucher*, assegni di cura e buoni socio-sanitari (questi ultimi tre a carico dei Comuni). Le provvidenze economiche complessivamente erogate nel 2011 dall'INPS per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti e dai Comuni per *voucher*, assegni di cura e buoni socio-sanitari a favore di soggetti non-autosufficienti (ossia disabili e anziani) ammontano a € 15.454,63 mln. La parte preponderante di queste provvidenze, il 78,55%, è rappresentata dalle indennità di accompagnamento, il 20,48% dalle pensioni di invalidità civile ed il residuo 0,97% dai benefici economici offerti dai Comuni.

Se a questo aggiungiamo la stima della spesa INPS per i permessi retribuiti previsti dalla L. 104/1992⁷, sia per i dipendenti del settore pubblico che per quelli del settore privato, si arriva, con larga approssimazione, ad un totale pari a € 17.054,63 mln.

Figura 3.8. Spesa per indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari - Composizione. Valori %, anno 2011

[Figure 3.8. Expenditure on attendance allowance, disability pensions, vouchers, care allowance and social health coupons - composition. Percentage, 2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2014
[Source: CREA Sanità on OECD 2014 data]

⁷ Per approfondire v. capitolo 12

La spesa pubblica totale per l'erogazione delle prestazioni in natura ai non-autosufficienti (tipicamente servizi di assistenza domiciliare sia sanitaria che sociale e assistenza residenziale), invece, nel 2012, ha raggiunto € 8.559,01 mln. di cui oltre il 50,00% assorbito dall'assistenza residenziale; seguono l'assistenza domiciliare di tipo sanitario (ADI) con il 15,41%, l'assistenza semi-residenziale e la lungodegenza ospedaliera rispettivamente con il 12,85% ed il 10,98%. L'assistenza domiciliare di tipo sociale, invece, ha inciso sulla spesa pubblica totale per prestazioni in natura per il 7,66%.

Tabella 3.3. Spesa pubblica per prestazioni in natura ai non-autosufficienti.

Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2012

[Table 3.3. Public expenditure for in-kind benefits for non-self-sufficient persons (€ million and percentage), 2012]

Funzione di spesa/Spending function	€ mln. / € million	Composizione(%)/ Composition (%)
Totale	8.559,01	100,00
Ass. Dom. Int. (ADI)*/Integrated home care	1.318,90	15,41
Assistenza residenziale/Residential care	4.545,00	53,10
Assistenza semi-residenziale/Semi-residential care	1.100,00	12,85
Lungodegenza ospedaliera/Long-term hospital care	940,00	10,98
Assistenza domiciliare*/Home care	655,11	7,66
di cui per ass. dom. socio assistenziale/ Home care and social assistance	483,43	5,65
di cui per ass. dom. integrata con serv. san./ Home care integrated with health services	93,14	1,09

* I dati si riferiscono al 2011, ma è stato ipotizzato che siano rimasti costanti nel 2012. Per approfondire, v. cap. 12

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat [Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Qualora, con tutte le cautele del caso⁸, andassimo a sommare alla spesa pubblica per la non-autosufficienza (e, dunque, alla spesa pubblica per le prestazioni in denaro ed in natura) la spesa privata sostenuta dalle famiglie per i servizi di assistenza a disabili ed anziani⁹,

⁸ Il dato relativo all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), quello relativo all'assistenza domiciliare di competenza comunale (comprese le provvidenze economiche fornite dai Comuni) ed, infine, quello relativo alla L. 104/92 non si riferiscono al 2012, bensì al 2011. Abbiamo, pertanto, ipotizzato che si fossero mantenuti sui medesimi livelli anche per il 2012

potremmo ottenere una stima, sebbene approssimativa, dell'onere complessivo (2012) per l'assistenza ai non-autosufficienti. In particolare, di tale spesa, che per il 2012 abbiamo stimato esser pari a € 27.742,53 mln., il 61,47% è rappresentato dai benefici economici pubblici erogati a favore dei non-autosufficienti a cui seguono le prestazioni in natura, ancora di origine pubblica, che incidono per il 30,85%. Più marginale il contributo della spesa privata per servizi di assistenza ad anziani e disabili rilevata nell'ambito dell'indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat, che rappresenta il 7,67% della spesa complessiva stimata.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto appare, in ogni caso, doveroso rimarcare che la conoscenza delle spesa privata è largamente incompleta, perché mentre è possibile ottenere informazioni sugli aiuti di tipo formale a cui ricorrono i soggetti non-autosufficienti, nessuna conoscenza e nessuna stima, ad oggi, è stata fornita sui costi dei cosiddetti aiuti informali, ossia dei *caregiver* familiari.

Tabella 3.4. Spesa totale per la non-autosufficienza. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2012

[Table 3.4. Total expenditure for non-self-sufficiency (€ million and percentage), 2012]

Funzione di spesa/ <i>Spending function</i>	€ mln./ € million	Composizione (%)/ <i>Composition (%)</i>
Spesa totale/Total expenditure	27.742,53	100,00
di cui pubblica per prestazioni in natura/ <i>Public in-kind benefits</i>	8.559,01	30,85
di cui pubblica per prestazioni in denaro/ <i>Public cash benefits</i>	17.054,63	61,47
di cui privata per servizi di assistenza a anziani e disabili/ <i>Private care services to elderly and disabled</i>	2.128,89	7,67

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat [Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Infine, in termini di incidenza sul PIL, nel 2012 la spesa totale per la non-autosufficienza ha inciso per l'1,77%, di cui lo 0,55% imputabile alle prestazioni pubbliche in natura, l'1,09% alle provvidenze economiche pubbliche ed un residuale 0,14% al comparto privato; la spesa pubblica totale ha raggiunto l'1,63% del PIL.

⁹ Per approfondire v. capitolo 4

Tabella 3.5. Spesa per la non-autosufficienza - Quota su PIL. Valori %, anno 2012*[Table 3.5. Total expenditure for non-self-sufficiency as a percentage of GDP, 2012]*

Funzione di spesa/ <i>Spending function</i>	2012
Spesa totale/<i>Total expenditure</i>	1,77
di cui pubblica per prestazioni in natura/ <i>Public in-kind benefits</i>	0,55
di cui pubblica per prestazioni in denaro/ <i>Public cash benefits</i>	1,09
di cui privata per servizi di assistenza a anziani e disabili/ <i>Private care services to elderly and disabled</i>	0,14

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

3.3. La spesa socio-sanitaria

Di seguito utilizzeremo la dizione “spesa socio-sanitaria”¹⁰ per riferirci al complesso della spesa sostenuta per l’assistenza sanitaria e per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, per lo più non-autosufficienti.

Si consideri che nel 2012 la spesa socio-sanitaria totale, la quale abbiamo stimato ammontasse a € 161.400,99 mln., è risultata essere composta per il 71,07% dalla spesa sanitaria pubblica, per il 16,64% dalla spesa sanitaria privata, per il 10,57% dalle provvidenze economiche¹¹, mentre un contributo assolutamente marginale proviene dal servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale¹² e dalla spesa privata per servizi di assistenza ad anziani e disabili, incidendo la prima per lo 0,41% ed i secondi per l’1,32% sulla spesa socio-sanitaria complessiva.

¹⁰ In particolare, per la definizione di socio-sanitario da noi utilizzata, la spesa socio-sanitaria totale è ottenuta sommando la spesa sanitaria pubblica totale, la spesa sanitaria privata, il totale delle provvidenze economiche elargite a favore di soggetti non-autosufficienti, il servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale (SAD) ed, infine, la spesa privata per servizi di assistenza ad anziani e disabili

¹¹ Rimarchiamo che in questa categoria sono ricomprese le indennità di accompagnamento, le pensioni di invalidità civile, i *voucher*, gli assegni di cura, i buoni socio-sanitari ed, infine, i permessi retribuiti a norma della L. 104/92. Inoltre, abbiamo ipotizzato che il complessivo valore delle richiamate provvidenze economiche si mantenesse nel 2012 sui medesimi livelli del 2011

¹² Analogamente a quanto fatto per i benefici di natura economica, abbiamo ipotizzato che il valore del servizio di assistenza domiciliare rimanesse nel 2012 sui medesimi livelli rilevati per il 2011

Tabella 3.6. Spesa-socio sanitaria. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2012*[Table 3.6. Total social health expenditure (€ million and percentage), 2012]*

Funzione di spesa/ <i>Spending function</i>	€ mln./ <i>€ million</i>	Composizione %/ <i>Composition (%)</i>
Spesa socio sanitaria totale/Social health exp.	161.400,99	100,00
di cui spesa sanitaria pubblica/ <i>Public health exp.</i>	114.711,89	71,07
di cui spesa sanitaria privata/ <i>Private health exp.</i>	26.849,98	16,64
di cui trasferimenti monetari/ <i>Cash transfers</i>	17.054,63	10,57
di cui servizio di assistenza domiciliare (SAD)/ <i>Home care</i>	655,51	0,41
di cui spesa privata servizi di ass. anziani e disabili/ <i>Private care services to elderly and disabled</i>	2.128,89	1,32

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat *[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]*

La spesa socio-sanitaria stimata ha rappresentato, nel 2012, circa il 10,00% del PIL, di cui il 7,32% imputabile alla spesa sanitaria pubblica, l'1,71% a quella privata e l'1,09% ai trasferimenti monetari; percentuali assolutamente trascurabili sono state raggiunte dal servizio di assistenza domiciliare (lo 0,04%) e dalla spesa privata per i servizi di assistenza agli anziani e ai disabili (0,14%).

Infine, per l'assistenza di tipo socio-sanitario, sono stati spesi mediamente, nel 2012, € 2.717,45 per residente.

Tabella 3.7. Spesa socio-sanitaria - Quota su PIL. Valori %, anno 2012*[Table 3.7. Total social health expenditure – Share of GDP, year 2012]*

Funzione di spesa/ <i>Spending function</i>	2012
Spesa socio sanitaria totale/Social health exp.	10,30
di cui spesa sanitaria pubblica/ <i>Public health exp.</i>	7,32
di cui spesa sanitaria privata/ <i>Private health exp.</i>	1,71
di cui trasferimenti monetari/ <i>Cash transfers</i>	1,09

segue

Tabella 3.7. Spesa socio-sanitaria - Quota su PIL. Valori %, anno 2012

[Table 3.7. Total social health expenditure – Share of GDP, year 2012]

Funzione di spesa/Spending function	2012
di cui servizi di assistenza domiciliare/Home care	0,04
di cui spesa privata servizi di ass. anziani e disabili Private care services to elderly and disabled	0,14

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat [Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

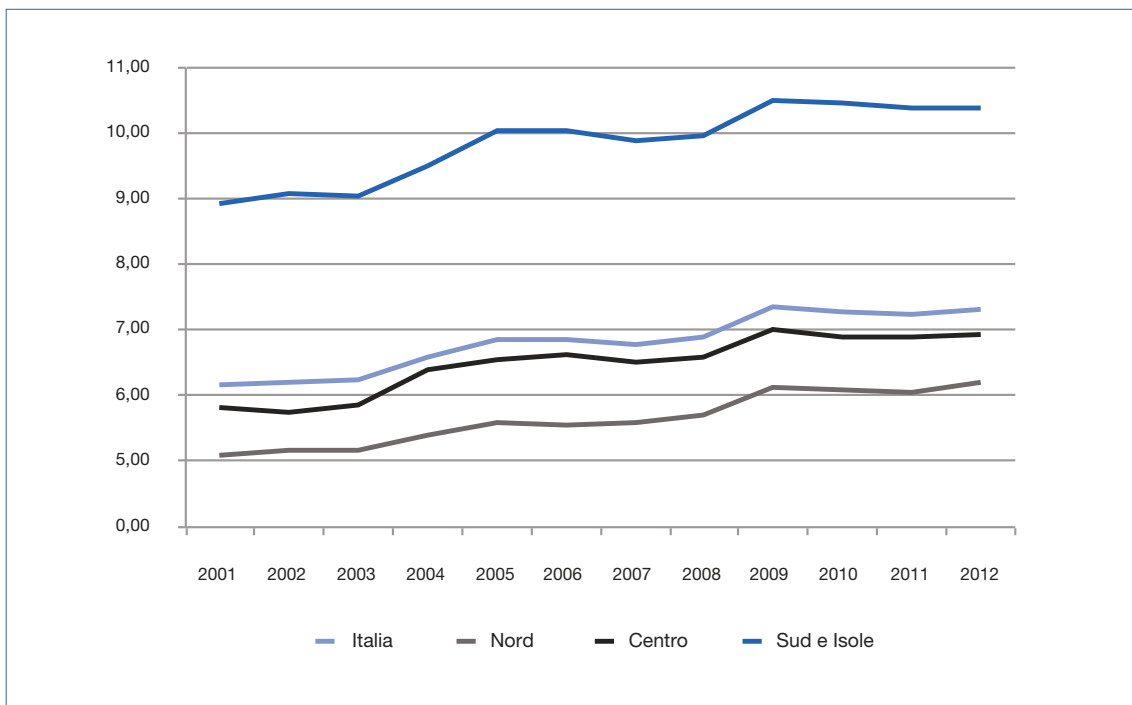
3.4. Riflessioni sui trend

La spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) mostra, negli ultimi anni, tassi di crescita molto bassi (+1,37% tra il 2010 ed il 2011 e +0,26% tra il 2011 ed il 2012), contro tassi di quasi cinque punti percentuali che si registravano all'inizio del nuovo secolo. Ciò rivela una certa efficacia delle politiche di contenimento della spesa, ivi compresi i Piani di Rientro che, certamente, hanno rivestito un ruolo centrale nel processo. In effetti, già nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica della Corte Conti per l'anno 2012, era possibile leggere: «è indubitabile che quella sperimentata in questi anni dal settore sanitario rappresenti l'esperienza più avanzata e più completa di quello che dovrebbe essere un processo di revisione della spesa (*spending review*)...».

Ad ogni buon conto, sulla base dei dati ricavabili dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese del Ministero della Salute, è interessante notare come l'incremento della spesa sanitaria pubblica totale corrente non riguardi solo le risorse finanziarie assorbite, ma anche il peso che complessivamente ha nell'economia del Paese: l'incidenza percentuale sul PIL, passa, infatti, dal 6,14% nel 2001 al 7,31% nel 2012 con un andamento peraltro discontinuo e caratterizzato da un punto di massimo nel 2009, anno dopo il quale si osserva una progressiva, seppur lieve, diminuzione fino al 2011; nel 2012, l'incidenza della spesa pubblica totale sul PIL rimane tendenzialmente stabile rispetto all'anno precedente (+0,08%).

Figura 3.9. Spesa sanitaria pubblica corrente - Quota su PIL. Valori %, anni 2001-2012

[Figure 3.9. Public current health expenditure as a percentage of GDP, 2001-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Si rimarca, inoltre, che si fa riferimento alla spesa desunta dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese nella quale a partire dal 2011 sono state conteggiate le novità introdotte con il D. Lgs. 118/2011 sull'armonizzazione dei sistemi contabili. In particolare, a partire dal 2011 sono stati conteggiati gli ammortamenti e dal 2012 anche la voce relativa alle svalutazioni. Qualora, in effetti, considerassimo la spesa al netto delle richiamate voci, quest'ultima ammonterebbe, nel 2012, a € 112.012,83 mln. in diminuzione dello 0,75% rispetto all'anno precedente.

Inoltre viene imposto l'ammortamento immediato degli investimenti operati con le ri-

sorse correnti, di fatto disincentivandoli.

La crescita modesta della spesa sanitaria pubblica corrente a partire dal 2008 (ovvero una decrescita qualora non fossero valutate le novità introdotte con il D. Lgs. 118/2011) è legata in particolar modo al contenimento della spesa convenzionata che nel quinquennio 2007-2012 riporta variazioni medie annue di segno negativo nell'area centro-meridionale del Paese: la maggior parte delle Regioni di detta ripartizione, in effetti, è gravata dai Piani di Rientro e da una maggior quota di strutture private accreditate. In particolare, il risparmio che è stato conseguito nel periodo 2007-2012 sulla spesa sanitaria convenzionata nelle Regioni del Centro e del Sud è attribuibile in primo luogo alla diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata che nell'area Centrale ha riportato una variazione media annua di segno negativo del 5,77% e in quella Meridionale del 4,72% ed, in secondo luogo, anche ad una contrazione della spesa ospedaliera convenzionata: -1,84% medio annuo nelle Regioni del Centro e -0,26% in quelle del Sud. Dinamica opposta, nelle medesime aree, è stata rilevata con riferimento alla spesa specialistica convenzionata.

La spesa diretta, ovvero quella delle strutture pubbliche, invece, nel periodo 2007-2012 è cresciuta in maniera più sostenuta al Nord che non nel Centro e nel Sud dove ha riportato variazioni medie annue inferiori ai due punti percentuali.

Tabella 3.8. Spesa sanitaria diretta e convenzionata - Variazioni medie annue quinquennali. Valori %, anni 2002-2012

[Table 3.8. Direct health expenditure and health expenditure for private provider services - Average annual changes over a 5-year period. Percentage, 2002-2012]

Regioni/Regions	Var. media annua/ Av. annual change 2002-2007	Var. media annua/ Av. annual change 2007-2012
Diretta / Direct		
Italia	7,12	1,88
Nord	6,33	2,37
Centro	8,37	1,59
Sud e Isole	7,51	1,36

segue

Tabella 3.8. Spesa sanitaria diretta e convenzionata - Variazioni medie annue quinquennali. Valori %, anni 2002-2012

[Table 3.8. Direct health expenditure and health expenditure for private provider services - Average annual changes over a 5-year period. Percentage, 2002-2012]

Regioni/Regions	Var. media annua/ Av. annual change 2002-2007	Var. media annua/ Av. annual change 2007-2012
Convenzionata / for private provider services		
Italia	2,72	0,37
Nord	3,22	1,17
Centro	2,95	-0,38
Sud e Isole	1,97	-0,27

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Tabella 3.9. Spesa farmaceutica, ospedaliera e specialistica convenzionata - Variazione media annua quinquennale. Valori %, anni 2007-2012

[Table 3.9. Pharmaceutical, hospital and specialist expenditure for private provider services - Average annual changes over a 5-year period. Percentage, 2007-2012]

Regioni/Regions	Farmaceutica convenzionata / Pharmaceutical exp. for priv. prov. serv.	Ospedaliera convenzionata / Hosp. exp. for priv. prov. serv.	Specialistica convenzionata / Specialist care exp. for priv. prov. serv.
Italia	-4,83	-0,11	4,75
Nord	-4,46	0,75	6,78
Centro	-5,77	-1,84	3,26
Sud e Isole	-4,72	-0,26	3,35

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

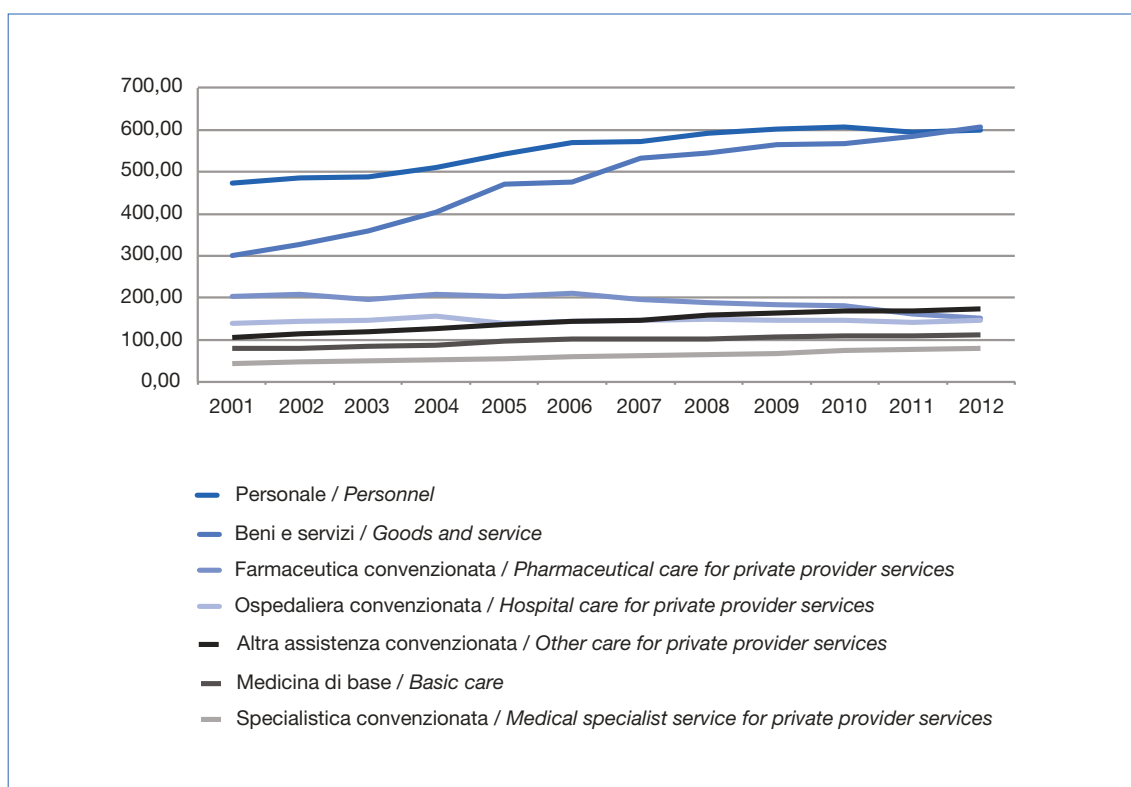
Ancora, la spesa pro-capite per beni e servizi è cresciuta costantemente fino al 2012, sebbene negli ultimi anni ad un tasso meno sostenuto; tale andamento può essere in parte attribuito ad un assorbimento “improprio” dei costi di personale generato dal prolungato blocco del *turn-over*: la spesa per il personale, in effetti, dopo anni di crescita (legati ai rinnovi contrattuali) ha fatto registrare periodi di riduzione della spesa collegati al blocco delle assunzioni.

Si noti come il *gap* tra la spesa per beni e servizi e quella per il personale a partire dal 2009 sia andato riducendosi; in particolare, se la spesa per beni e servizi era inferiore di oltre 36 punti percentuali a quella per il personale nel 2001, tale differenza si è ridotta all'1,66% nel 2011 per poi arrivare ad invertirsi a favore dei beni e servizi nel 2012, ossia nell'ultimo anno la spesa per il personale è risultata inferiore dell'1,37% a quella sostenuta per i beni e servizi.

Absolutamente diversa da tutte le altre funzioni di spesa, risulta la dinamica della spesa farmaceutica convenzionata pro-capite che a partire dal 2006 è andata progressivamente diminuendo per fermarsi a € 151,72 pro-capite nel 2012 (in effetti, tale voce di spesa a partire dal periodo 2006-2007 è sempre diminuita; in particolare, ha riportato una variazione negativa del 10,25% tra il 2010 ed il 2011 ed una variazione negativa del 6,73% nel periodo successivo). Questa riduzione è il riflesso delle reiterate manovre di taglio selettivo dei prezzi dei farmaci varate a più riprese dall'AIFA e della progressiva genericazione delle molecole.

Figura 3.10. Spesa sanitaria pubblica pro-capite per funzioni. Valori assoluti (€), anni 2001-2012

[Figure 3.10. Public expenditure on health by function, per capita (€), 2001-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health and Istat data]

Per fare qualche valutazione sull'efficienza della spesa, utilizzando le disaggregazioni fornite dai Conti Economici delle Aziende sanitarie, si è voluto fare un *focus* sul costo del personale: tale scelta è motivata dal fatto che, mediamente, ogni anno, i costi per il personale ammontano a circa € 35,00 mld. (€ 35,09 mld. nel 2012, ovvero il 30,36% del costo totale della produzione).

Rapportando il dato al finanziamento corrente lordo, emerge come il personale incida per oltre il 50,00% nella Provincia Autonoma di Bolzano, mentre si ferma al 26,06% nel Lazio.

Tabella 3.10. Costo del personale-Quota su finanziamento corrente lordo.

Valori %, anno 2012

[Table 3.10. Personnel costs – Share of gross current financing. Percentage, 2012]

Regioni/ <i>Regions</i>	Spesa personale / Finanziamento corrente lordo <i>Personnel costs/Gross current financing</i>
Italia	30,88
Nord	31,39
Centro	30,47
Sud e Isole	30,39
Piemonte	32,89
Valle d'Aosta	37,20
Lombardia	27,47
Pr. Aut. di Bolzano	50,60
Pr. Aut. di Trento	34,25
Veneto	29,74
Friuli Venezia Giulia	36,18
Liguria	34,04
Emilia Romagna	34,32
Toscana	34,39
Umbria	35,21
Marche	34,20
Lazio	26,06
Abruzzo	30,00
Molise	34,24
Campania	27,93
Puglia	27,56
Basilicata	35,11
Calabria	33,97
Sicilia	31,12
Sardegna	36,75

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Dall'analisi appare evidente come la spesa totale per il personale dipendente sia in calo in tutta Italia. Dai dati del Ministero della Salute¹³, emerge che la spesa per il personale in Italia è scesa dai € 35,75 mld. del 2009 ai € 35,09 mld. del 2012, ossia una contrazione dello 0,30% medio annuo. In particolare, il costo per unità di personale ha riportato variazioni medie annue negative, tra il 2009 ed il 2012, con riferimento a tutti i ruoli: -2,12% nel caso del personale del ruolo professionale, -0,80% per il personale del ruolo tecnico, -0,54% con riferimento al personale del ruolo amministrativo ed, infine, -0,16% per gli infermieri del personale del ruolo sanitario¹⁴. Uniche eccezioni a tale *trend* sono rappresentate dai medici della categoria del ruolo professionale che, nel medesimo periodo, hanno visto incrementarsi il loro costo per unità in tutte le aree (Italia +0,30% medio annuo, Nord +0,11% medio annuo, Centro +0,74% medio annuo e Sud +0,44% medio annuo) e dal costo medio per unità di personale nelle Regioni settentrionali. In ogni caso, i tagli maggiori al costo medio per unità di personale sono stati riportati dalla Valle d'Aosta, dalla Campania e dalla Puglia: -4,53% medio annuo la prima, -2,19% medio annuo la seconda e -1,98% la terza; giova, peraltro, ricordare che Campania e Puglia sono impegnate nel percorso di risanamento dai deficit sanitari (Piani di Rientro).

¹³ «A partire dal 2001 i dati sono rilevati tramite il modello CE "Modello di rilevazione del Conto economico". Il modello riporta le voci del conto economico delle Aziende unità sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, degli IRCCS e delle Aziende ospedaliere universitarie...»

¹⁴ Si tenga presente che in questo caso per quanto attiene il personale del ruolo sanitario, anziché considerare le tre tipologie di personale che rientrano in tale ruolo e cioè la categoria dei dirigenti medici, la categoria dei dirigenti non medici ed, infine, la categoria degli infermieri e degli OSS (operatori socio sanitari), per poter determinare il costo per unità di personale abbiamo considerato la spesa unicamente con riferimento ai dirigenti medici ed agli infermieri ed OSS, per cui dalla spesa totale per il personale del ruolo sanitario abbiamo scorporato quella relativa al personale dirigente non medico (chimici, biologi, etc...)

Tabella 3.11. Costo del personale* per unità – Variazione media annua.

Valori %, anni 2009-2012

[Table 3.11. Personnel costs per unit – Average annual changes. Percentage, 2009-2012]

Regioni/ Regions	Costo medio per unità di personale/ Personnel costs by unit	Personale del ruolo sanitario/Health care staff		Personale del ruolo professiona- le/Prof. staff	Personale del ruolo tecnico/ Tech. staff	Personale del ruolo ammin./ Admin.staff
		Medici/ Doctors	Infermieri/ Nurses			
Italia	-0,30	0,30	-0,16	-2,12	-0,80	-0,54
Nord	0,01	0,11	-0,02	-1,69	-0,24	-0,25
Centro	-0,07	0,74	-0,15	-2,33	-1,08	-0,20
Sud e Isole	-0,71	0,44	-0,31	-2,22	-1,12	-0,42
Piemonte	-1,23	-1,62	-0,74	-2,90	-3,02	-1,80
Valle d'Aosta	-4,53	-1,37	-2,42	0,34	4,98	-2,13
Lombardia	0,21	0,28	0,02	-4,42	0,59	-0,33
Pr. Aut. di Bolz.	2,88	3,73	3,87	3,87	2,79	8,99
Pr. Aut. di Trento	-0,03	-1,51	2,45	6,23	-1,49	0,35
Veneto	0,29	-0,51	0,19	2,57	0,96	1,84
Friuli Venezia Giulia	0,68	1,30	0,64	1,18	0,09	-1,65
Liguria	-0,54	1,38	-0,98	-13,56	-0,90	-3,39
Emilia Romagna	0,07	1,04	-0,44	4,42	-1,19	1,45
Toscana	-1,25	-0,29	-0,82	3,33	-1,88	0,42
Umbria	-1,05	-0,05	-0,27	3,15	-4,04	-0,68
Marche	2,04	1,67	3,79	-14,96	-3,95	7,12
Lazio	0,04	1,12	-0,80	-6,29	-0,36	-2,08
Abruzzo	3,33	3,82	2,37	7,90	4,53	6,89
Molise	0,55	-1,32	5,00	-9,25	0,49	-3,09
Campania	-2,19	-0,72	-1,00	-5,00	-1,04	-5,50
Puglia	-1,98	-0,22	-2,13	-12,16	-0,03	-2,93

segue

Tabella 3.11. Costo del personale* per unità – Variazione media annua.**Valori %, anni 2009-2012***[Table 3.11. Personnel costs per unit – Average annual changes. Percentage, 2009-2012]*

Regioni/ Regions	Costo medio per unità di personale/ Personnel costs by unit	Personale del ruolo sanitario/Health care staff		Personale del ruolo professiona- le/Prof. staff	Personale del ruolo tecnico/ Tech. staff	Personale del ruolo ammin./ Admin.staff
		Medici/ Doctors	Infermieri/ Nurses			
Basilicata	-1,29	1,10	-1,38	-10,92	-3,95	-2,78
Calabria	-0,03	0,84	2,00	0,97	-2,49	-0,07
Sicilia	0,12	1,72	-0,23	11,47	-1,80	4,13
Sardegna	0,39	-0,52	0,42	-3,69	-4,07	4,58

* Il dato relativo al personale è quello del 2011

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Il costo medio per unità di personale nelle aziende sanitarie è di circa € 62.743, ma nelle Regioni del Nord è stato molto assai più contenuto di quello che è stato sostenuto nelle Regioni del Centro e soprattutto del Sud. Questa forte variabilità tra i dati nel confronto tra Regioni è da imputare, principalmente, alla diversa composizione dei fondi integrativi a disposizione delle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in quanto le voci contributive di base sono stabilite da Contratti di comparto con validità nazionale. In pratica, il contratto collettivo nazionale di lavoro stabilisce l'ammontare di alcune voci stipendiali uguali in tutte le Regioni, ma lascia alla contrattazione integrativa aziendale la determinazione di alcune voci che, quindi, possono variare in relazione all'ammontare dei richiamati fondi integrativi aziendali.

Ancora, queste differenze così accentuate potrebbero anche essere in parte attribuite alla diversa composizione del personale dipendente; difatti, ad esempio, se in una Regione ci sono molti più dirigenti medici dipendenti e meno infermieri rispetto ad un'altra, con molta probabilità il costo medio per unità di personale sarà più elevato. Infine, è anche evidente che se in una Regione si rileva una maggiore concentrazione di personale con anzianità di servizio elevata, avremo un costo medio più alto rispetto ad un'altra Regione composta da

personale “lavorativamente” più giovane.

Sul fronte dei livelli di remunerazione, osserviamo che per quanto riguarda il personale del ruolo sanitario e nello specifico i dirigenti medici, tra le Regioni settentrionali il costo per unità più elevato è stato sostenuto dalla Provincia Autonoma di Bolzano con € 272.208,44, mentre all'estremo opposto troviamo la Lombardia con € 104.415,83 annui; tra quelle del Centro, invece, la spesa più elevata è stata sopportata dalle Marche (con € 140.330,03) e quella più bassa dal Lazio (con € 97.074,89); tra quelle della ripartizione Meridionale, invece, è stata la Calabria (con € 166.913,98) quella con il costo per unità più elevato eccedendo di circa € 50.629,34 la spesa sostenuta dalla Puglia (con € 116.284,64). Per quanto riguarda, invece, il costo per unità di personale con riferimento agli infermieri, si osserva che il costo più elevato è stato sostenuto dalla Provincia Autonoma di Bolzano (€ 99.516,07) e quello più basso dal Lazio (€ 47.231,62), con una differenza, in termini percentuali, tra le due Regioni che sfiora i 111 punti.

La variabilità regionale si conferma anche per le rimanenti figure professionali: ad esempio, nel 2012, una unità di personale del ruolo professionale costa in media € 316.000,00 in Abruzzo contro € 43.600,00 in Molise. Ancora, il costo medio per unità del ruolo tecnico in Valle d'Aosta è € 167.093,02 e in Lombardia € 32.205,64.

Tabella 3.12. Costo del personale per unità*. Valori assoluti (€), anno 2012

[Table 3.12. Personnel costs per unit (€), 2012]

Regioni/ Regions	Costo medio per unità di personale/ Personnel costs by unit	Personale del ruolo sanitario/Health care staff		Personale del ruolo professionale/Prof. staff	Personale del ruolo tecnico/ Tech. staff	Personale del ruolo ammin./ Admin.staff
		Medici/ Doctors	Infermieri/ Nurses			
Italia	62.743,37	123.210,83	56.803,57	129.959,69	41.236,21	64.715,23
Nord	57.493,32	117.881,39	54.904,49	121.217,62	37.464,80	56.165,78
Centro	61.774,77	110.234,01	56.781,46	148.140,54	44.547,63	62.467,16
Sud e Isole	73.358,30	139.731,77	60.171,88	136.068,35	48.501,72	89.099,32

segue

Tabella 3.12. Costo del personale per unità*. Valori assoluti (€), anno 2012

[Table 3.12. Personnel costs by unit (€), 2012]

Regioni/ Regions	Costo medio per unità di personale/ Personnel costs by unit	Personale del ruolo sanitario/Health care staff		Personale del ruolo profession- nale/Prof. staff	Personale del ruolo tecnico/ Tech. staff	Personale del ruolo ammin./ Admin.staff
		Medici/ Doctors	Infermieri/ Nurses			
Piemonte	60.762,44	122.116,72	57.761,77	112.380,00	39.365,61	63.628,34
Valle d'Aosta	90.504,40	155.795,70	78.997,98	197.500,00	167.093,02	111.650,49
Lombardia	48.802,10	104.415,83	47.914,12	82.916,35	32.205,64	39.645,01
Pr. Aut. di Bolzano	99.688,41	272.208,44	99.516,07	173.230,77	53.932,94	186.126,87
Pr. Aut. di Trento	69.817,09	168.523,70	67.171,13	266.500,00	39.837,70	72.761,60
Veneto	55.296,01	110.821,90	51.147,79	166.135,59	35.855,39	63.348,00
Friuli Venezia Giulia	62.259,12	128.312,85	63.652,25	165.260,87	39.864,21	53.458,40
Liguria	57.876,84	111.781,06	53.087,01	94.757,58	41.463,02	56.542,12
Emilia Romagna	66.722,79	127.042,52	61.693,82	202.050,00	43.174,21	91.212,46
Toscana	68.704,21	115.438,06	63.574,95	292.630,43	53.839,98	104.655,41
Umbria	73.303,19	128.092,26	69.609,53	138.928,57	43.007,99	91.214,67
Marche	74.741,37	140.330,03	67.914,98	190.230,77	54.630,52	91.331,09
Lazio	52.123,66	97.074,89	47.231,62	85.062,50	34.015,91	42.906,80
Abruzzo	73.885,63	155.792,47	59.598,25	316.000,00	50.525,24	104.463,47
Molise	65.379,18	131.983,84	59.083,16	43.600,00	44.711,41	93.135,59
Campania	72.930,99	139.556,46	60.048,05	137.514,71	49.298,91	83.347,64
Puglia	63.606,87	116.284,64	54.693,02	74.045,98	46.358,84	68.104,38
Basilicata	71.993,76	152.679,64	58.000,78	286.600,00	50.647,19	85.451,36
Calabria	86.646,41	166.913,98	68.426,24	154.818,18	59.931,67	93.424,06
Sicilia	76.787,81	143.308,24	62.063,39	176.160,71	43.602,22	102.266,52
Sardegna	76.107,79	140.840,55	62.219,45	195.166,67	52.617,83	114.369,40

* Per la determinazione del costo per unità di personale sono stati utilizzati i dati del personale relativamente all'anno 2011
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Anche sul fronte della composizione della forza lavoro, osserviamo altresì una notevole variabilità.

La tabella 3.13 evidenzia l'incidenza del costo dei diversi ruoli del personale sul totale della spesa per il personale. In particolare, in media, nel 2012, l'80,44% del costo totale è assorbito dal personale del ruolo sanitario¹⁵, l'11,35% dal ruolo tecnico e per il 7,82% dal personale del ruolo amministrativo (lo 0,39% residuo appartiene al ruolo professionale).

Qualora considerassimo pari a 100 il costo complessivo del personale del ruolo sanitario, ne risulterebbe che il 45,75% è attribuibile al costo per i medici, mentre circa il 50,00% al costo per gli infermieri. Ancora, il costo per medici rappresenta il 52,16% del costo totale del personale del ruolo sanitario in Calabria e non raggiunge, invece, il 41,00% in Friuli Venezia Giulia.

Tabella 3.13. Costo del personale – Composizione. Valori %, anno 2012

[Table 3.13. Personnel costs. Percentage composition, 2012]

Regioni/Regions	Personale del ruolo sanitario/ Health care staff	Medici (fatto 100 il pers. san.)/Doctors (100=healthcare staff)	Infermieri (fatto 100 il pers. san.)/Nurses (100=healthcare staff)	Personale del ruolo professionale/ Prof. staff	Personale del ruolo tecnico/ Tech. staff	Personale del ruolo ammin./Admin. staff
Italia	80,44	45,75	49,78	0,39	11,35	7,82
Nord	78,28	43,43	52,11	0,42	12,92	8,38
Centro	82,46	44,00	51,46	0,40	10,12	7,03
Sud e Isole	82,42	50,08	45,48	0,33	9,79	7,46
Piemonte	77,61	46,01	49,80	0,39	12,34	9,66
Valle d'Aosta	76,76	50,09	45,15	0,35	12,71	10,17
Lombardia	77,37	44,18	51,30	0,43	13,30	8,90
Pr. Aut. di Bolz.	77,37	44,98	49,27	0,38	13,84	8,41

¹⁵ Questo valore si riferisce al costo complessivo del personale del ruolo sanitario e, dunque, non solamente al costo per i dirigenti medici e per gli infermieri

segue

Tabella 3.13. Costo del personale – Composizione. Valori %, anno 2012*[Table 3.13. Personnel costs. Percentage composition, 2012]*

Regioni/Regions	Personale del ruolo sanitario/ <i>Health care staff</i>	Medici (fatto 100 il pers. san.)/ <i>Doctors (100=healthcare staff)</i>	Infermieri (fatto 100 il pers. san.)/ <i>Nurses (100=healthcare staff)</i>	Personale del ruolo professionale/ <i>Prof. staff</i>	Personale del ruolo tecnico/ <i>Tech. staff</i>	Personale del ruolo ammin./ <i>Admin. staff</i>
Pr. Aut. di Trento	76,38	44,68	51,16	0,38	14,96	8,27
Veneto	78,64	42,31	53,66	0,36	12,99	8,02
Friuli Venezia Giulia	78,19	40,67	54,75	0,40	14,75	6,66
Liguria	80,72	41,46	53,10	0,28	11,49	7,51
Emilia Romagna	79,74	41,67	53,97	0,54	12,28	7,43
Toscana	81,11	42,05	53,91	0,53	11,70	6,65
Umbria	85,12	44,00	51,72	0,32	8,97	5,59
Marche	80,68	43,99	51,69	0,25	12,27	6,80
Lazio	83,71	45,70	49,21	0,34	8,20	7,75
Abruzzo	83,40	48,38	48,53	0,25	9,76	6,59
Molise	84,67	47,43	48,67	0,11	9,82	5,40
Campania	83,29	50,39	45,48	0,33	9,31	7,07
Puglia	81,90	46,49	49,60	0,32	10,55	7,23
Basilicata	81,79	49,14	47,66	0,38	12,07	5,77
Calabria	80,74	52,16	42,74	0,42	10,10	8,75
Sicilia	81,71	51,99	42,85	0,35	9,41	8,52
Sardegna	83,82	50,79	44,13	0,30	9,46	6,41

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Nel 2012 rispetto al 2009 l'incidenza del costo del personale sanitario è aumentata mediamente dello 0,58%, quella del ruolo professionale è rimasta sostanzialmente immutata, mentre sia quella del ruolo tecnico che quella del ruolo amministrativo sono diminuite dello 0,30% la prima e dello 0,28% la seconda. Ancora, l'incidenza del costo del personale

medico sul costo del personale del ruolo sanitario è diminuita dello 0,26% nelle Regioni meridionali nel 2012 rispetto al 2009, mentre, invece, è aumentata dello 0,15% nelle Regioni del Nord e dello 0,23% in quelle dell'area centrale; l'incidenza del costo del personale infermieristico, invece, ha riportato un incremento solamente nel Sud.

Tabella 3.14. Differenza % nella composizione del costo del personale.

Valori %, anni 2009-2012

[Table 3.14. Percentage difference on the composition of personnel costs between 2009 and 2012]

Regioni/Regions	Personale del ruolo sanitario/ Healthcare staff	Medici/ Doctors	Infermieri/ Nurses	Personale del ruolo professionale/ Prof. staff	Personale del ruolo tecnico/ Tech. staff	Personale del ruolo ammin./ Admin. staff
Italia	0,58	-0,03	0,12	0,00	-0,30	-0,28
Nord	0,25	0,15	-0,15	0,01	-0,14	-0,12
Centro	0,61	0,23	-0,08	-0,03	-0,09	-0,50
Sud e Isole	1,20	-0,26	0,41	-0,01	-0,78	-0,40
Piemonte	0,29	-0,07	0,09	0,05	-0,31	-0,03
Valle d'Aosta	-0,41	1,28	-1,14	0,00	0,16	0,25
Lombardia	0,25	0,40	-0,18	-0,02	-0,24	0,01
Pr. Aut. di Bolzano	0,33	-1,14	0,83	-0,02	-0,22	-0,09
Pr. Aut. di Trento	0,19	-1,36	1,19	-0,01	-0,14	-0,05
Veneto	0,27	0,15	-0,27	0,01	0,11	-0,39
Friuli Venezia Giulia	0,41	-0,03	0,03	-0,01	-0,10	-0,30
Liguria	0,24	-0,18	0,23	-0,02	-0,07	-0,14
Emilia Romagna	0,21	0,56	-0,74	0,05	-0,12	-0,14
Toscana	-0,07	0,60	-0,63	-0,02	0,56	-0,47
Umbria	0,76	0,02	-0,22	0,00	-0,42	-0,34
Marche	0,37	0,23	-0,26	0,00	-0,11	-0,27
Lazio	1,28	0,02	0,40	-0,05	-0,64	-0,58

segue

Tabella 3.14. Differenza % nella composizione del costo del personale.**Valori %, anni 2009-2012***[Table 3.14. Percentage difference on the composition of personnel costs between 2009 and 2012]*

Regioni/ <i>Regions</i>	Personale del ruolo sanitario/ <i>Healthcare staff</i>	Medici/ <i>Doctors</i>	Infermieri/ <i>Nurses</i>	Personale del ruolo professionale/ <i>Prof. staff</i>	Personale del ruolo tecnico/ <i>Tech. staff</i>	Personale del ruolo ammin./ <i>Admin. staff</i>
Abruzzo	1,14	-0,30	0,24	0,02	-0,43	-0,72
Molise	0,87	-4,96	5,03	-0,06	-0,29	-0,52
Campania	1,99	-1,26	1,10	-0,02	-1,05	-0,91
Puglia	0,49	0,61	0,09	-0,02	-0,37	-0,10
Basilicata	1,03	2,16	-1,69	-0,05	-0,78	-0,20
Calabria	1,11	-0,46	0,44	0,00	-0,76	-0,36
Sicilia	1,26	0,10	0,38	0,01	-1,08	-0,19
Sardegna	0,42	0,26	-0,77	-0,05	-0,44	0,07

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

In conclusione, emerge che la spesa per il personale dipendente è in calo generalizzato in tutto il SSN, ma per poter trarre delle conclusioni “definitive” in termini di razionalizzazione del sistema, occorrerebbe indagare i comportamenti che le Regioni mettono in atto per supplire alle carenze di personale, come ad esempio le esternalizzazioni dei servizi sanitari e non sanitari e l’utilizzo di personale in convenzione, che spingono alla crescita la voce dei servizi non sanitari.

Altra voce del Conto Economico che abbiamo deciso di analizzare è quella relativa al costo sostenuto per i premi assicurativi. Questa scelta è stata dettata dal desiderio di verificare se la crescita dei contenziosi, conseguenti all’aumento della cosiddetta *medical malpractice*, abbia fatto “esplodere” i premi assicurativi di Responsabilità civile (RC) delle

Aziende Sanitarie, come anche se la via dell'auto-assicurazione¹⁶, che numerose Regioni hanno deciso di imboccare, abbia restituito una naturale flessibilità alla gestione nell'impiego delle risorse di bilancio in tale ambito. In particolare, l'investigazione del costo dei premi assicurativi per posto letto¹⁷ ha fatto emergere differenze rilevanti tra le varie aree del Paese; il costo dei premi assicurativi rapportati ai posti letto (usati come indicatore di rischio) è molto più alto nelle Regioni meridionali che non altrove. Le differenze sono ancor più marcate considerando la sola RC professionale: per questa ultima nel Sud i valori sono quasi doppi rispetto al Centro.

Tabella 3.15. Costo premi assicurativi per posto letto. Valori assoluti (€), anno 2012

[Table 3.15. Cost of insurance premiums of health companies, per hospital bed (€), 2012]

Regioni/Regions	Totale premi assicurativi/Total insurance premiums	di cui RC professionale/Prof. liability insurance	di cui altri premi assicurativi/Other ins. premiums
Italia	3.293,62	2.664,12	629,50
Nord	3.180,95	2.794,27	386,68
Centro	2.589,58	1.635,91	953,67
Sud e Isole	3.900,40	3.077,39	823,01
Piemonte	2.863,50	2.579,50	284,00
Valle d'Aosta	3.863,07	3.029,05	834,02
Lombardia	2.801,28	2.443,62	357,66
Pr. Aut. di Bolzano	3.605,84	3.535,28	70,56
Pr. Aut. di Trento	3.513,06	2.869,40	643,66
Veneto	4.754,96	4.211,73	543,23
Friuli Venezia Giulia	1.678,69	1.193,65	485,04

¹⁶ Ci riferiamo alla Toscana e alla Liguria che si sono affidate completamente al modello della autoassicurazione. Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Emilia Romagna, invece, hanno deciso di adottare il modello sperimentato dal Veneto, ossia la gestione interna dei sinistri al di sotto di una certa soglia e accensione di polizze per quelli superiori

¹⁷ Il numero dei posti letto impiegati è quello relativo al 2011

segue

Tabella 3.15. Costo premi assicurativi per posto letto. Valori assoluti (€), anno 2012*[Table 3.15. Cost of insurance premiums of health companies, per hospital bed (€), 2012]*

Regioni/ <i>Regions</i>	Totale premi assicurativi/ <i>Total insurance premiums</i>	di cui RC professionale/ <i>Prof. liability insurance</i>	di cui altri premi assicurativi/ <i>Other ins. premiums</i>
Liguria	2.068,33	1.570,98	497,35
Emilia Romagna	3.346,65	3.019,53	327,12
Toscana	1.375,37	448,72	926,65
Umbria	6.956,65	6.455,90	500,75
Marche	2.027,87	1.477,70	550,17
Lazio	2.871,07	1.721,45	1.149,62
Abruzzo	5.361,67	4.893,57	468,10
Molise	4.300,92	4.290,03	10,90
Campania	3.891,24	2.406,25	1.484,99
Puglia	3.242,48	3.117,97	124,51
Basilicata	3.078,00	2.939,75	138,25
Calabria	5.179,69	4.511,20	668,49
Sicilia	3.798,12	2.982,26	815,87
Sardegna	3.495,67	2.121,63	1.374,04

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

La variazione complessiva media annua tra il 2009 ed il 2012 del totale dei premi assicurativi in rapporto al totale dei posti letto è stata dell'3,63%, presentando peraltro una notevole variabilità regionale; in effetti, mentre il costo dei premi assicurativi per posto letto è cresciuto del 4,52% medio annuo nelle Regioni settentrionali e del 7,50% medio annuo in quelle meridionali, subisce una battuta d'arresto del 5,60% in quelle centrali; analogo andamento nel periodo 2009-2012, seppur con percentuali diverse, ha caratterizzato il costo per posto letto relativo alla voce "RC professionale" (Italia +4,78% medio annuo, Nord +6,21% medio annuo, Centro -10,27% medio annuo e Sud +9,80%), mentre la voce "altri premi assicurativi" si presenta in calo a livello medio nazionale (-0,74%) e nelle Regioni del Nord (-5,19%).

In ogni caso, appare doveroso sottolineare come il dato possa per alcune realtà essere in parte distorto, ovvero non del tutto coerente, in quanto non è dato sapere il numero dei letti di tutti quegli ospedali che ricorrono all'autoassicurazione.

Tabella 3.16. Costo dei premi assicurativi per posto letto - Variazione media annua. Valori %, anni 2009-2012

[Table 3.16. Cost of insurance premiums per hospital bed – Average annual changes. Percentage, 2009-2012]

Regioni/ <i>Regions</i>	Totale premi assicurativi/ <i>Total insurance premiums</i>	di cui RC professionale/ <i>Prof. liability insurance</i>	di cui altri premi assicurativi/ <i>Other ins. premiums</i>
Italia	3,63	4,78	-0,74
Nord	4,52	6,21	-5,19
Centro	-5,60	-10,27	5,41
Sud e Isole	7,50	9,80	0,34
Piemonte	5,81	7,40	-5,34
Valle d'Aosta	7,24	8,45	3,26
Lombardia	3,50	4,82	-4,05
Pr. Aut. di Bolzano	12,04	11,99	14,45
Pr. Aut. di Trento	0,91	1,07	0,22
Veneto	16,19	17,69	6,63
Friuli Venezia Giulia	6,71	7,29	5,32
Liguria	-24,56	-19,78	-34,55
Emilia Romagna	3,12	2,80	6,28
Toscana	-30,41	-49,18	11,81
Umbria	11,00	10,59	16,88
Marche	-13,22	-18,27	11,52
Lazio	6,71	9,11	3,48
Abruzzo	8,31	9,63	-2,58
Molise	27,79	95,69	-80,58
Campania	10,16	5,91	18,83

segue

Tabella 3.16. Costo dei premi assicurativi per posto letto - Variazione media annua. Valori %, anni 2009-2012

[Table 3.16. Cost of insurance premiums per hospital bed – Average annual changes. Percentage, 2009-2012]

Regioni/ <i>Regions</i>	Totale premi assicurativi/ <i>Total insurance premiums</i>	di cui RC professionale/ <i>Prof. liability insurance</i>	di cui altri premi assicurativi/ <i>Other ins. premiums</i>
Puglia	4,28	4,55	-1,62
Basilicata	-13,51	-9,44	-44,29
Calabria	10,04	31,74	-29,57
Sicilia	6,50	7,68	2,58
Sardegna	10,59	15,94	3,95

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Per quanto riguarda, poi, la composizione percentuale del costo dei premi assicurativi per posto letto, quale si desume dai CE per l'anno 2012, emerge che del totale che ammonta a circa € 3.293,62, l'80,89% è generato dal costo dei premi relativi alla Responsabilità civile professionale mentre la parte residuale (il 19,11%) compete ad "altri premi assicurativi". Sul fronte della RC professionale le disuguaglianze sono notevoli tra le Regioni: la cennata voce assorbe quasi il 100,00% della spesa per premi assicurativi nella Provincia Autonoma di Bolzano (il 98,04%) e non raggiunge il 60,00% nel Lazio. In definitiva, il *range* tra il valore massimo ed il valore minimo supera i 38 punti percentuali.

Tabella 3.17. Costo dei premi assicurativi per posto letto – Composizione per tipologia di assicurazione. Valori %, anno 2012

[Table 3.17. Cost of insurance premiums per hospital bed - Percentage composition by type of insurance, 2012]

Regioni/Regions	RC professionale/ Prof. liability	Altri premi assicurativi/ Oth. ins. premiums
Italia	80,89	19,11
Nord	87,84	12,16
Centro	63,17	36,83
Sud e Isole	78,90	21,10
Piemonte	90,08	9,92
Valle d'Aosta	78,41	21,59
Lombardia	87,23	12,77
Pr. Aut. di Bolzano	98,04	1,96
Pr. Aut. di Trento	81,68	18,32
Veneto	88,58	11,42
Friuli Venezia Giulia	71,11	28,89
Liguria	75,95	24,05
Emilia Romagna	90,23	9,77
Toscana	32,63	67,37
Umbria	92,80	7,20
Marche	72,87	27,13
Lazio	59,96	40,04
Abruzzo	91,27	8,73
Molise	99,75	0,25
Campania	61,84	38,16
Puglia	96,16	3,84
Basilicata	95,51	4,49
Calabria	87,09	12,91
Sicilia	78,52	21,48
Sardegna	60,69	39,31

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Ultima componente del costo totale di produzione analizzata è quella relativa al costo per posto letto dei beni e servizi di natura non sanitaria (lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento, servizi di assistenza informatica, servizio trasporti (non sanitari), smaltimento rifiuti, utenze telefoniche, utenze elettricità e altre utenze), i quali nel loro complesso sono passati da un costo di € 20.842,07 mln. del 2009 a € 24.680,69 mln. del 2012, con una variazione media annua di segno positivo del 5,80%. In particolare, tra il 2009 ed il 2012 è cresciuto il costo per posto letto di tutti i servizi non sanitari, con l'unica eccezione dei servizi di assistenza informatica e delle utenze telefoniche che hanno riportato variazioni medie annue negative rispettivamente del 3,17% e del 2,98%.

**Tabella 3.18. Costo per posto letto dei servizi non sanitari-Variatione media annua.
Valori % anni 2009-2012**

*[Table 3.18. Cost of non-health services per hospital bed – Average annual changes.
Percentage, 2009-2012]*

Regioni/ <i>Regions</i>	Lavanderia/ <i>Laundry</i>	Pulizia/ <i>Cleaning</i>	Mensa/ <i>Canteen</i>	Riscaldamento/ <i>Heating</i>	Ass.inf./ <i>Comp. Ass.</i>
Italia	4,00	5,32	4,24	11,51	-3,17
Nord	2,57	2,82	5,41	10,43	-8,78
Centro	6,72	8,37	4,72	12,36	5,84
Sud e Isole	4,72	7,26	2,29	11,54	4,25
Piemonte	2,87	1,84	4,93	10,44	-3,32
Valle d'Aosta	-5,24	-1,56	0,20	0,00	-0,99
Lombardia	4,49	5,50	12,69	9,57	-32,08
Pr. Aut. di Bolzano	7,98	2,61	5,19	9,92	12,01
Pr. Aut. di Trento	0,99	-1,42	-1,21	16,53	5,83
Veneto	4,01	1,53	4,01	14,62	9,33
Friuli Venezia Giulia	-1,39	0,68	3,00	10,13	-12,18
Liguria	5,30	4,22	0,72	7,22	1,04
Emilia Romagna	-0,29	1,86	0,43	2,74	6,77
Toscana	4,82	4,43	3,83	11,86	14,25
Umbria	3,86	3,54	11,95	-0,11	5,09
Marche	1,95	4,10	6,54	4,92	9,68
Lazio	8,19	12,34	4,09	13,10	5,14
Abruzzo	11,60	7,62	7,87	9,10	8,74
Molise	5,71	12,72	4,28	0,00	13,53
Campania	1,60	7,02	1,73	9,95	11,95
Puglia	5,86	4,41	1,87	10,70	1,36
Basilicata	-10,96	0,48	13,46	173,42	-17,19
Calabria	14,94	9,03	1,95	37,77	18,33
Sicilia	6,29	10,01	1,00	-1,82	4,24
Sardegna	1,27	8,73	5,56	11,54	25,33

segue

Tabella 3.18. Costo per posto letto dei servizi non sanitari-Variazione media annua. Valori % anni 2009-2012

[Table 3.18. Cost of non-health services per hospital bed – Average annual changes. Percentage, 2009-2012]

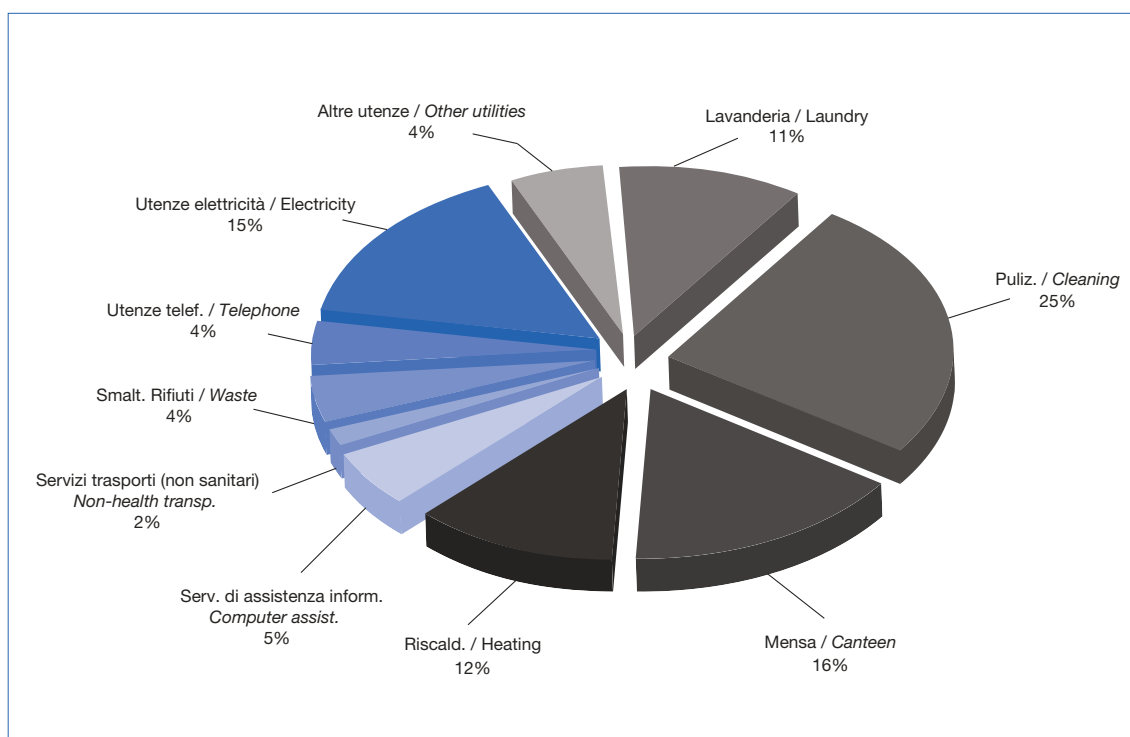
Regioni/Regions	Serv. trasp. (non san.)/ Non health trasp.	Smaltimento rifiuti/ Waste	Utenze telefoniche/ Telephon	Utenze elettricità/ Electricity	Altre utenze/ Other utilities	Tot. serv. non san./ Tot. non health serv.
Italia	4,91	5,25	-2,98	13,15	6,72	5,80
Nord	4,33	2,25	-5,41	10,31	6,02	4,18
Centro	8,50	11,52	-4,38	14,58	8,14	8,05
Sud e Isole	0,70	5,55	0,93	16,48	6,37	6,94
Piemonte	6,95	-0,12	-5,64	9,05	4,29	3,55
Valle d'Aosta	-18,98	-3,78	-9,76	-4,74	-14,12	-3,40
Lombardia	4,24	1,48	-7,00	11,69	18,81	5,38
Pr. Aut. di Bolzano	12,87	5,92	-7,33	15,26	0,48	6,35
Pr. Aut. di Trento	3,70	4,09	7,46	11,36	-24,40	4,16
Veneto	-0,37	5,86	-4,89	10,30	-9,21	5,98
Friuli Venezia Giulia	0,10	4,60	-10,21	3,14	-9,36	-1,49
Liguria	11,04	5,73	-6,03	-5,36	5,56	2,41
Emilia Romagna	5,72	0,03	-0,76	13,77	5,87	3,71
Toscana	2,90	9,92	-4,40	11,09	1,40	6,17
Umbria	-10,07	2,03	-2,79	3,93	6,80	4,11
Marche	7,38	1,20	-9,07	12,32	8,47	4,85
Lazio	14,47	16,68	-5,33	18,38	9,54	9,50
Abruzzo	-32,33	4,91	1,80	17,26	39,92	10,67
Molise	-29,21	21,72	-6,61	18,37	-10,05	9,74
Campania	47,63	2,56	-1,93	16,23	0,92	5,97
Puglia	-2,85	2,69	4,75	13,48	10,22	5,31
Basilicata	-3,44	9,16	-7,31	10,40	-4,34	0,23
Calabria	-11,51	4,62	5,93	12,64	-1,77	9,66
Sicilia	-4,63	1,67	1,98	19,11	5,17	8,16
Sardegna	0,23	16,70	-5,83	18,40	-1,35	8,46

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

La Figura 3.11 riporta la composizione percentuale nel 2012 della spesa totale per posto letto sostenuta per i servizi non-sanitari - ossia l'incidenza di ciascuna voce relativa a servizi non sanitari sul totale dei costi sostenuti per l'erogazione di tutti i servizi di natura non sanitaria - ed evidenzia come la spesa relativa alle pulizie assorba oltre un quarto della spesa totale; seguono la mensa (15,73%), le utenze elettriche (15,20%) ed il riscaldamento (11,90%); il servizio di lavanderia, invece, assorbe il 10,75% del costo totale dei servizi non sanitari.

Figura 3.11. Costo servizi non sanitari – Composizione. Valori %, anno 2012

[Figure 3.11. Cost of non-health services. Percentage composition, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Rispetto al 2009, inoltre, si è modificata la composizione percentuale del costo per posto letto dei servizi non sanitari; in particolare, tra il 2009 ed il 2012 è aumentata l'incidenza della voce relativa al riscaldamento (+1,74%), all'elettricità (+2,78%) e alle altre tipologie di utenze (+0,14%); è diminuita, di contro, quella riguardante tutte le altre voci, con la contrazione più significativa per il costo dei servizi di assistenza informatica che si è ridotto dell'1,66%. Giova, peraltro, sottolineare che il peso relativo al servizio trasporti non sanitari, allo smaltimento rifiuti e alle altre utenze si è mantenuto tendenzialmente stabile.

Tabella 3.19. Differenza percentuale nella composizione del costo per posto letto dei servizi non sanitari. Valori %, anni 2009-2012

[Table 3.19. Difference in the composition of cost of non-health services per hospital bed. Percentage, 2009-2012]

Regioni/Regions	Lavanderia/ Laundry	Pulizia/ Cleaning	Mensa/ Canteen	Riscaldamento/ Heating	Ass.inf./ Comp. Ass.
Italia	-0,57	-0,34	-0,71	1,74	-1,66
Nord	-0,50	-0,89	0,53	2,51	-2,94
Centro	-0,59	0,23	-1,42	1,15	-0,20
Sud e Isole	-0,53	0,26	-2,47	0,74	-0,48
Piemonte	-0,15	-1,26	0,74	2,07	-1,86
Valle d'Aosta	-0,86	1,45	2,95	n.d.	0,19
Lombardia	-0,22	0,08	2,97	1,90	-7,66
Pr. Aut. di Bolzano	0,65	-4,60	-0,04	0,40	0,27
Pr. Aut. di Trento	-1,12	-3,50	-2,58	8,76	0,41
Veneto	-0,64	-2,65	-0,88	5,37	0,53
Friuli Venezia Giulia	0,03	1,14	1,88	3,62	-7,13
Liguria	1,47	1,26	-0,78	0,35	-0,46
Emilia Romagna	-1,52	-1,25	-1,26	-0,31	0,33
Toscana	-0,59	-1,19	-0,92	2,22	0,17
Umbria	-0,14	-0,35	2,41	-0,72	0,25
Marche	-1,45	-0,53	0,42	0,02	0,06
Lazio	-0,54	2,42	-2,90	0,60	-0,57
Abruzzo	0,41	-2,00	-1,09	-0,51	-0,14
Molise	-1,42	1,48	-2,83	n.d.	2,37
Campania	-1,08	1,04	-2,82	0,57	0,69
Puglia	0,11	-0,63	-1,64	1,01	-1,83
Basilicata	-2,23	0,22	2,72	1,53	-5,76
Calabria	1,19	-0,49	-4,03	5,00	0,42
Sicilia	-0,22	1,41	-3,96	-1,10	-0,23
Sardegna	-2,74	0,20	-1,11	0,64	0,54

segue

Tabella 3.19. Differenza percentuale nella composizione del costo per posto letto dei servizi non sanitari. Valori %, anni 2009-2012

[Table 3.19. Difference in the composition of cost of non-health services per hospital bed. Percentage, 2009-2012]

Regioni	Serv. trasp. (non san.)/ Non health trasp.	Smalti- mento rifiuti/ Waste	Utenze telefo- niche/ Telephon	Altre utenze/ Other utilities	Altre utenze/ Other utilities
Italia	-0,04	-0,07	-1,26	2,78	0,14
Nord	0,01	-0,23	-1,15	2,35	0,31
Centro	0,03	0,53	-1,74	2,00	0,01
Sud e Isole	-0,16	-0,16	-1,12	4,00	-0,08
Piemonte	0,04	-0,46	-1,64	2,47	0,05
Valle d'Aosta	-0,77	-0,09	-1,89	-0,42	-0,56
Lombardia	-0,02	-0,44	-1,67	2,64	2,43
Pr. Aut. di Bolzano	0,20	-0,08	-1,64	5,29	-0,44
Pr. Aut. di Trento	-0,01	0,00	0,20	1,27	-3,41
Veneto	-0,37	-0,01	-1,04	1,37	-1,67
Friuli Venezia Giulia	0,15	0,73	-0,49	1,67	-1,60
Liguria	0,51	0,44	-1,47	-2,02	0,70
Emilia Romagna	0,25	-0,52	-0,39	4,10	0,57
Toscana	-0,20	0,46	-1,27	2,12	-0,80
Umbria	-0,52	-0,27	-1,34	-0,06	0,73
Marche	0,14	-0,64	-2,05	3,18	0,84
Lazio	0,43	1,28	-2,15	1,44	0,00
Abruzzo	-0,52	-1,02	-1,32	2,25	3,94
Molise	-0,24	1,14	-2,58	3,48	-1,34
Campania	0,28	-0,31	-1,25	3,32	-0,44
Puglia	-0,24	-0,29	-0,09	2,75	0,85
Basilicata	-0,06	0,98	-1,23	5,98	-2,16
Calabria	-0,33	-0,35	-1,27	1,24	-1,36
Sicilia	-0,42	-0,76	-1,30	7,05	-0,47
Sardegna	-0,76	1,60	-2,63	4,86	-0,61

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

3.5. Conclusioni

In Italia, nel 2012, la spesa per il settore socio-sanitario si è attestata a € 161.400,99 mln. (ossia il 10,30% del PIL), di cui il 71,07% (€ 114.711,89 mln.) per la spesa sanitaria pubblica (7,32% del PIL), il 16,64% (€ 26.849,98 mln.) per la spesa sanitaria privata (1,71% del PIL), il 10,57% (€ 17.054,63 mln.) per i trasferimenti monetari (1,09% del PIL), lo 0,41% (€ 655,51 mln.) per il servizio di assistenza domiciliare fornito dai Comuni (0,04% del PIL) ed, infine, l'1,32% (€ 2.128,89 mln.) per la spesa privata relativa a servizi di assistenza ad anziani e disabili (0,14% del PIL).

Il tasso di crescita della spesa negli ultimi anni si è ridotto, sebbene negli ultimi due bienni (2010-2011 e 2011-2012) risulti nuovamente in aumento; in particolare, la componente pubblica è aumentata del 2,34% tra il 2011 ed il 2012, e quella privata del 2,60%. Il rallentamento della crescita è stato molto più netto che negli altri Paesi dell'EU15; la spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano è inferiore del 25,15% a quella riferita a EU14 (il gap era del 22,80% nel 2011); simile il *gap* sia in termini di spesa pubblica pro-capite (il 25,69% nel 2012 vs. il 20,60% nel 2002), che privata (il 23,27% del 2012 vs. 15,54% del 2002).

In aggiunta, in tema di razionalizzazione della spesa, si può notare come la spesa sanitaria totale e pubblica pro-capite raggiunga i suoi valori massimi, tanto con riferimento alla popolazione semplice che a quella pesata, in Valle d'Aosta e nelle due Province Autonome di Trento e Bolzano, mentre i valori minori si registrano nelle Regioni del Sud: il gradiente Nord-Sud ha come uniche eccezioni il Lazio ed il Molise, notoriamente gravati da un forte disavanzo.

Ne consegue, che la distanza fra la spesa dei Paesi EU14 e le Regioni della ripartizione Meridionale è enorme: nel 2012, la spesa totale pro-capite del Sud è stata inferiore del 33,29% a quella media EU14, e quella pubblica del 27,14%; il *gap*, invece, tra le Regioni del Nord e EU14 non raggiunge il 22,00% per quanto riguarda la componente pubblica della spesa, e il 20,11% per la spesa totale.

La riduzione dei *trend* di spesa è però in larga misura effetto dei tagli sulla farmaceutica e sulle convenzioni ospedaliere con le strutture private.

Rimane difficile apprezzare la razionalizzazione della spesa avvenuta nelle strutture pubbliche. Comunque, dall'analisi del costo del personale, emerge che è in calo in tutta

Italia, largamente per effetto delle politiche di blocco del *turn-over*; la spesa per il personale dipendente è scesa dai € 35,75 mld. del 2009 ai € 35,09 mld. del 2012, con una contrazione dello 0,30% medio annuo. Ancora, nel 2012, l'80,44% del costo totale è assorbito dal personale del ruolo sanitario (in aumento dello 0,58% rispetto al 2009), l'11,35% dal ruolo tecnico (la cui incidenza è diminuita dello 0,30% rispetto al 2009) e per il 7,82% dal personale del ruolo amministrativo (il cui peso è diminuito dello 0,28% rispetto al 2009); l'incidenza del ruolo professionale è rimasta sostanzialmente stabile. In ogni caso, se considerassimo pari a 100 il costo complessivo del personale del ruolo sanitario, ne risulterebbe che, nel 2012, quest'ultimo è rappresentato per il 45,75% dal costo del personale medico e per 49,78% dal personale infermieristico. In ogni caso, ci preme sottolineare che il dato è distorto dall'impossibilità di stimare l'effetto di eventuali esternalizzazioni, ovvero l'effetto dell'impiego di personale in convenzione. Infine, la forte differenza nel costo medio per unità di personale tra le Regioni è da imputare, principalmente, alla diversa composizione dei fondi integrativi a disposizione delle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in quanto le voci contributive di base sono stabilite da Contratti di comparto con validità nazionale.

Per quanto riguarda il costo dei premi assicurativi per posto letto, è emerso che questo ultimo è molto più alto nelle Regioni meridionali che non altrove. Le differenze sono ancor più marcate considerando la sola RC professionale: per questa ultima nel Sud i valori sono quasi doppi rispetto al Centro. Evidentemente le politiche di razionalizzazione del comparto, che in alcuni casi consigliano una revisione (in riduzione) delle quote di rischio trasferito, avvengono con velocità diverse nelle ripartizioni.

Riferimenti bibliografici

ISTAT (anni vari), Tavole statistiche varie, 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

Spending:

international comparisons and efficiency
of the public health corporations

Chapter 3

Spending: international comparisons and efficiency of the public health corporations

Ploner E.¹, Polistena B.¹

Summary

According to the latest OECD data, Italian public health expenditure remained, in 2012, below the average in the EU-15; in fact, while total average per capita spending in the EU-14 was € 3,230.48, Italy stopped at € 2,417.87.

Since 2002, the gap between Italy and the EU-14, in terms of total per capita health expenditure, has continually widened, reaching a difference in absolute terms of € 812.63 per capita. In particular, in 2012, with regard to the comparison between Italy and the EU-14 and limited to the ratio of health spending to the GDP, and its distribution between the public and private sector, the following observations can be made:

- total per capita health expenditure in Italy was 25 percentage points below (25.15%) the EU-14;
- public per capita health expenditure in Italy was 25.69% below the EU-14;
- private per capita health expenditure in Italy was 23.27% below the EU-14;
- the per capita GDP in Italy was 13.78% below the EU-14.

In 2012, health care spending in Italy amounted to 9.19% of the GDP, compared with an average of 10.58% in the EU-14 countries; in particular, 7.10% of the GDP is absorbed by public spending (8.24% in the EU-14), and 2.08% by private (2.34% in the EU-14).

¹ CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

The comparison between the geographical areas and the EU-14, for 2012, however, shows that in the southern regions the total per capita expenditure was, on average, lower by about 33.00% than in the EU14 (public spending by 27.14 %, and private one by more than 54.00%) against a per capita GDP that is 42.14% less than the EU-14 one. The gap between the northern and central regions is significant, but much smaller. It should also be highlighted that the northern regions have a per capita GDP about 4.00% higher than the average of the EU-14.

In Italy, based on the latest data released by the Ministry of Health, per capita health spending in 2012 was € 2,419.27, higher than the previous year (€ 2,362.74); in particular, the public component featured a modest growth between 2009 and 2011 (with shares of less than one percentage point: + 0.53% between 2009 and 2010 and +0.89% between 2011 and 2012) and a slightly larger increase in 2011-2012 (+2.34%); private spending, instead, after a negative sign (-2.51% between 2008 and 2009), in 2010 started again to rise higher than the public spending (+1.42% between 2009 and 2010, +5.30% between 2010 and 2011 and +2.60% in the last two years 2011-2012).

Spending by the Italian National Health Service (NHS) has risen very little in recent years (+1.37% between 2010 and 2011 and + 0.26% between 2011 and 2012), compared to the growth rate of almost five percentage points recorded at the beginning of the new millennium. This demonstrates the effectiveness of the expenditure restraint policies. The modest growth of current public health spending since 2008 is due, in particular, to the cutting back on private health providers, which, in the five years between 2007 and 2012, reported an average annual drop of 0.38% in the central regions and 0.27% in the South.

Alongside health care services proper there are also non-health services for not self-sufficient people: this includes a mixed basket of activities, provided in both kind and cash. If we add to public spending for not self-sufficient persons (and, therefore, to public spending on services and cash benefits) the private spending incurred by households, for services for the disabled and elderly, we obtain the evaluation, although approximate, of

the total amounts spent in 2012 to provide care to non self-sufficient persons. In particular, this expenditure, which in 2012 we estimated to be equal to € 27,742.53 million, is made up as follows:

- 61.47% consists of public benefits paid out to non self-sufficient persons;
- 30.85% consists of public health services;
- 7.67% consists of private spending by households for care for the disabled and elderly.

Regarding the latter form of spending, it should be pointed out that our knowledge of private spending is largely incomplete, because while it is easy to collect information on the formal types of assistance provided to care-dependent persons, no knowledge is available and no estimates have been made with regard to the so-called “informal” care provided by family caregivers.

In terms of percentage of the GDP, it was found that, in 2012, total expenditure on care for care-dependent persons accounted for 1.77%, of which 0.55% consisting of public services provided in kind, 1.09% of public cash benefits, and the remaining 0.14% of private sector services.

If we add up health and non-health spending on non self-sufficient persons, we obtain a total cost of € 161,400.99 million, about 10.00% of the GDP (7.32% of which consisting of public health spending, 1.71% private spending, and 1.09% money transfers).

Considering the balance sheets of public health corporations, it emerges that spending on health in Italy has increased very little, due to cut-backs in the prices of services purchased from private hospitals and of health goods (drugs, etc.). It also emerges that non-health expenditure on care-dependent persons is not at all negligible and results inefficient and sprinkled.



A word cloud of various terms related to healthcare, economics, and social services. The most prominent words are 'SSN', 'bisogni', 'innovazione', 'economia', 'sviluppo', 'equità', 'selettività', 'federalismo', 'cronicità', 'valutazioni', 'risorse', 'integrazione', 'efficienza', 'HTA', 'crescita', 'welfare', 'sostenibilità', 'cura', 'regioni', 'responsabilità', 'salute', 'europea', 'investimenti', 'empowerment', 'scenari', 'appropriatezza', 'accesso', 'performance', and 'Italia'.

Capitolo 4

La valutazione delle *Performance*:

4a. L'impatto equitativo della crisi

4b. Un esercizio sui Servizi Sanitari Regionali (SSR)

Capitolo 4

La valutazione delle *Performance*

d'Angela D.¹, Spandonaro F.¹

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 risultano sovrapponibili o anche coerenti in termini di risultati.

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, questo capitolo comprende analisi che sintetizzano dimensioni delle *Performance*, come nel caso dell'equità dei sistemi sanitari regionali (cap. 4a), o sviluppi metodologici sulle tecniche di composizione delle preferenze (cap. 4b).

¹ CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata"

Capitolo 4a. La valutazione delle Performance: l'impatto equitativo della crisi

d'Angela D.¹

4a.1. Il contesto

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) può essere classificato come un'assicurazione sociale di tipo universalistico, finalizzata non solo a promuovere la salute della popolazione, ma anche - e fondamentale - ad assicurare i cittadini contro l'insorgenza degli oneri economici derivanti dalla malattia.

Il presente contributo, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Sanità "Tor Vergata", analizza le misure di impoverimento e catastroficità, in quanto indicatori privilegiati della fragilità economica delle famiglie², ispirandosi a quanto proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)³ al fine di valutare il grado di risposta del sistema alla tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia.

In particolare in questa edizione, oltre a fornire un aggiornamento dei due indicatori suddetti per l'anno 2012, viene analizzato il fenomeno delle rinunce alle spese sanitarie *Out Of Pocket (OOP)*, analizzandone le relative motivazioni, e sviluppando un'analisi regionale del fenomeno muovendo dall'indagine IT-SILC dell'Istat.

Infine, vengono analizzati i consumi socio-sanitari delle famiglie, e il loro impatto equitativo nei bienni 2008-2009 e 2011-2012, al fine di valutare la risposta da parte del Sistema alle due crisi finanziarie e quindi il grado di protezione garantito ai cittadini. Allo scopo viene sviluppato un modello di regressione logistica⁴ finalizzato ad individuare le variabili che in

¹ CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata"

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

³ Integrazione tra le classiche misure ex ante sul lato del finanziamento, e quelle ex post (*burden space*), basate sulla comparazione tra le spese sanitarie *Out of Pocket (OOP)* sostenute dalle famiglie e la loro *Capacity to Pay (CTP)*

⁴ Si ringrazia il Dott. Angelo Lorenti per la collaborazione

maggior misura contribuiscono al manifestarsi dei fenomeni di impoverimento e catastroficità.

Consumi totali e socio-sanitari delle famiglie

Dopo il lieve aumento riscontrato nel biennio 2010-2011, nel 2012 i consumi delle famiglie si sono ridotti passando dai € 29.064 del 2011 (+0,9% rispetto al 2010) ai € 28.316, evidentemente per effetto della seconda ondata di crisi finanziaria del 2011, stabilizzandosi su livelli più bassi di quelli del periodo “pre-crisi” (2008).

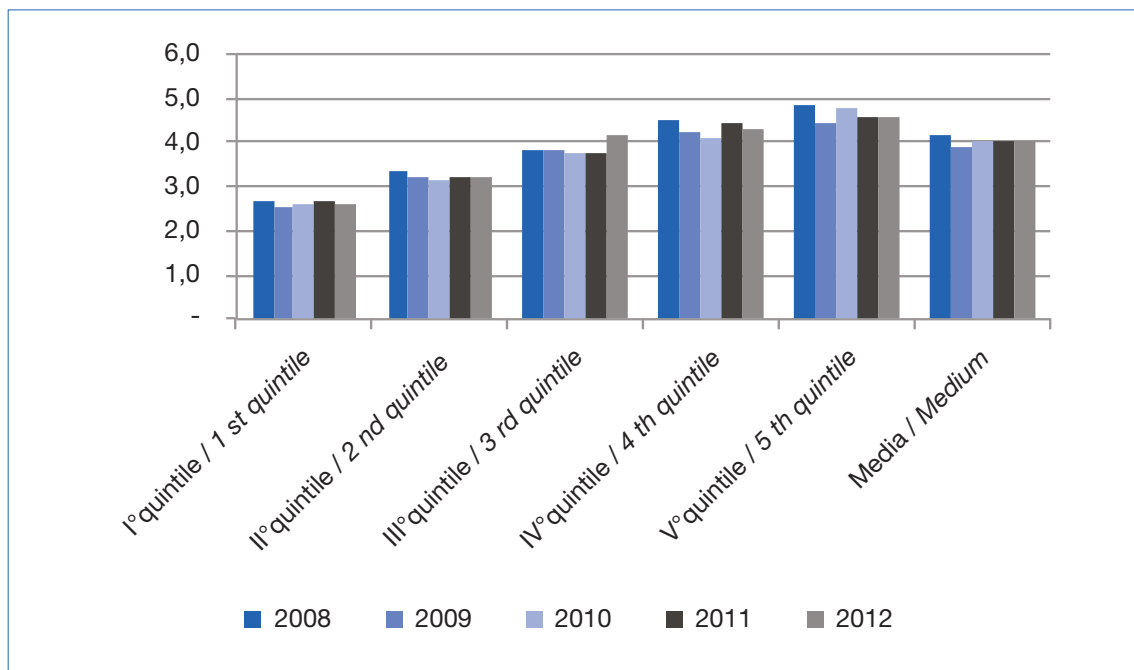
In analogia con quanto riscontrato in concomitanza con la prima crisi finanziaria del 2009, anche nel 2012 c'è stata una parallela riduzione del numero di famiglie che hanno fatto ricorso a spese sanitarie privatamente, che rappresentano il 61,1% delle residenti (15.500.045 nuclei a fronte dei 15.545.024 nel 2011).

La spesa socio-sanitaria sostenuta da queste famiglie ha, altresì, subito una sensibile riduzione rispetto all'anno precedente (-1,2%) raggiungendo € 1.869,9 annui (€ 1.891,7 nel 2011), che rappresentano il 5,7% del valore complessivo dei loro consumi.

Si conferma l'elasticità dei consumi socio-sanitari alla capacità di spesa delle famiglie: la quota ad essi destinata aumenta spostandosi verso i quintili di consumo più alti; nel 2012 si è ridotta la quota ad essi destinata in tutti i quintili di consumo, ad eccezione del III°, dove questa è passata dal 3,8% al 4,2%.

Figura 4a.1. Spese socio-sanitarie Out Of Pocket (OOP) - Quota sul totale per quintile di consumo. Valori %, anni 2008-2012

[Figure 4a.1. Out Of Pocket (OOP) social-health expenditure - Share of overall consumptions by consumption quintile. Percentage, 2008-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Nel 2012, come detto, la spesa media annua delle famiglie è stata pari a € 28.316,7 (€ 29.065,0 nel 2010), di cui il 32,7% (33,6% nel 2010) per abitazione (canone di affitto, manutenzioni ordinarie, etc.) e beni durevoli (elettrodomestici vari), il 19,8% (19,6% nel 2010) per generi alimentari e bevande, il 15,1% (14,7% nel 2010) per trasporti e comunicazioni; le spese socio-sanitarie incidono per il 4,0% (4,2% nel 2010).

La spesa socio-sanitaria prende in considerazione i farmaci, la specialistica (visite mediche, analisi cliniche, esami radiologici), i ricoveri ospedalieri e presso case di cure, le cure odontoiatriche, quelle termali, i servizi cosiddetti ausiliari (infermieri, fisioterapisti, etc.), le protesi e ausili, il noleggio delle attrezzature, nonché l'assistenza per disabili e anziani non-autosufficienti.

La spesa socio-sanitaria OOP effettiva, ossia delle sole famiglie che la sostengono, nel 2012 è stata pari, come detto, a € 1.869,6 annui (1.891,7 nel 2011); la voce di spesa maggiore continua ad essere quella dei farmaci, pur essendosi ridotta di 1,2 punti percentuali (42,4%); quella destinata alla specialistica è aumentata di 0,6 punti percentuali (19,9%); quella per l'odontoiatria si è ridotta di 1,4 punti percentuali (17,2%); è invece aumentata la quota destinata all'assistenza per disabili e anziani non-autosufficienti di 2,2 punti percentuali (7,5%).

La spesa familiare effettiva annua delle singole voci, limitatamente alle sole famiglie che le sostengono, per i farmaci è pari a € 953,3 (€ 986,4 nel 2011), per la specialistica è pari a € 1.351,5 (€ 1.346,9 nel 2011); si è ridotta notevolmente quella per le cure odontoiatriche, che ha raggiunto i € 4.030,6 (€ 4.599,2 nel 2011), così come per l'assistenza ai disabili e agli anziani non-autosufficienti, pari a € 6.039,6 (€ 6.610,1 nel 2011).

La quota media dei consumi destinata al socio-sanitario è rimasta pressoché costante dal 2010 al 2012, e pari al 4,0%; si è assistito ad una riduzione della quota in quasi tutti i quintili di consumo, ad eccezione del terzo: quella destinata dalle famiglie del I° quintile si è ridotta dal 2,7% del 2011 al 2,6% del 2012, quella del II° è rimasta praticamente invariata, quella di quelle del III° è aumentata dal 3,8% al 4,2%, quella di quelle del IV° da 4,4% a 4,3% e quella di quelle dell'ultimo invariata, e pari a 4,6%. Per tutti i quintili la quota di consumi destinata al sanitario è comunque inferiore a quella riscontrata nel pre-crisi.

Considerando la quota destinata al socio-sanitario delle famiglie che effettivamente sostengono spese OOP, questa è rimasta invariata rispetto all'anno precedente, passando dal 5,6% delle famiglie del primo al 6,6% delle famiglie dell'ultimo.

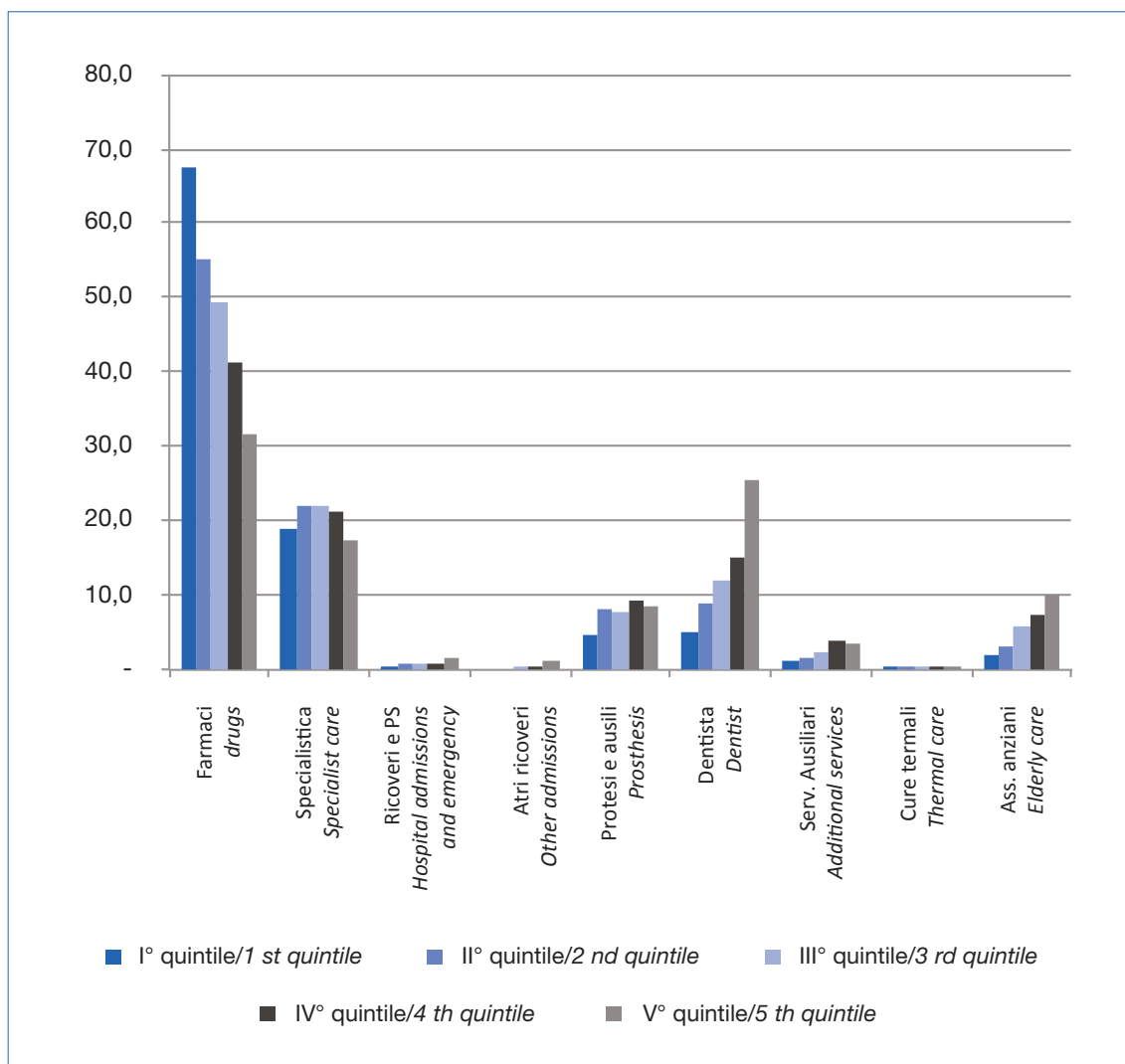
Dall'analisi della composizione delle spese sanitarie OOP delle famiglie, differenziate per quintile di consumo, si conferma che le famiglie appartenenti ai quintili più bassi spendono prevalentemente per farmaci (67,3%) e specialistica (19,0%), pur essendosi ridotta di quasi tre punti percentuali l'incidenza della prima ed essendo aumentata di due quella per la specialistica; spostandosi verso i quintili più "alti", tali quote si riducono sempre più, lasciando spazio al consumo per protesi ed ausili e per l'odontoiatria. La quota di quest'ultima spesa si è, però, ridotta in tutti i quintili di consumo, passando ad esempio per l'ultimo quintile dal 29,8% al 25,4%; è invece aumentata, sempre in tutti i quintili, quella per i disabili e anziani non-autosufficienti che è passata dal 7,4% al 10,1%.

Figura 4a.2. Composizione dei consumi socio-sanitari per quintile di consumo.

Valori %, anno 2012

[Figure 4a.2. Composition of social-health consumptions by consumption quintile.

Percentage, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

Cure odontoiatriche e assistenza a non-autosufficienti continuano a comportarsi come “bene di lusso”, mentre farmaci e specialistica da “beni primari”.

4a.2. Il fenomeno delle rinunce alle spese socio-sanitarie

Nel 2011 sono 2.902.119 i nuclei familiari, in Italia, che hanno dichiarato di avere almeno un componente della famiglia che ha rinunciato a cure o a trattamenti sanitari, ovvero il 40,5% delle residenti: rappresentano il 42,2% nel I quintile per reddito disponibile, il 45,7% nel II, il 40,5% nel III, il 37,1% nel IV ed il 38,8% nell'ultimo.

Si evince quindi un meccanismo di protezione sostanzialmente limitato a quelle del I quintile.

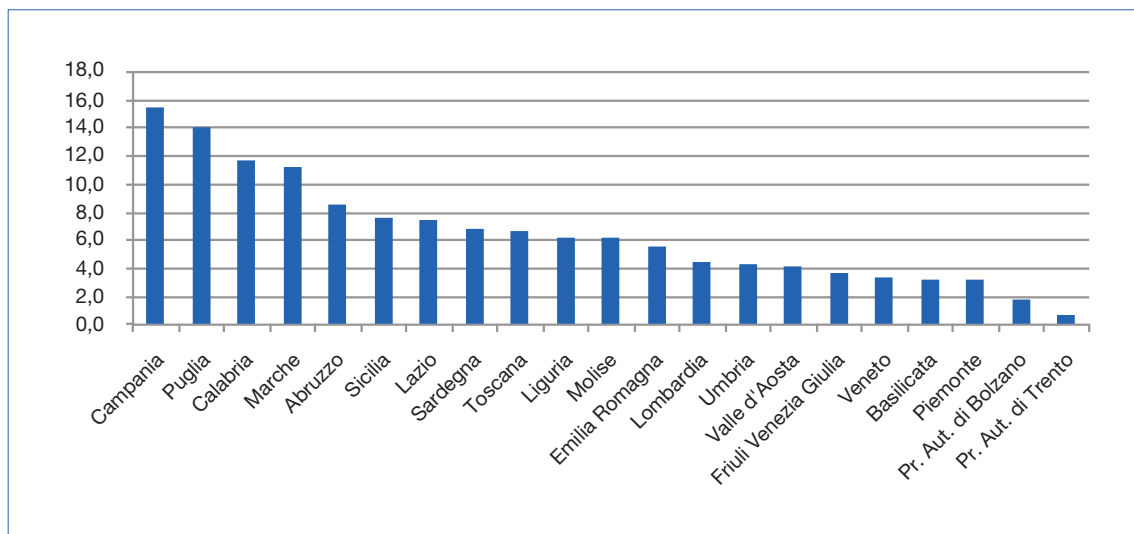
Il fenomeno coinvolge in maggior misura le famiglie residenti nel Nord-Ovest del Paese (42,2%), poi quelle del Centro (41,8%), ed infine quelle del Nord-Est e del Mezzogiorno (39,0%): di nuovo può essere spiegato con la protezione garantita alle fasce economicamente più deboli, maggiormente presenti nel meridione.

Il 7,2% della popolazione residente *over* 15 (3.710.832 residenti) ha dichiarato di aver rinunciato a spese mediche: il 5,1% degli appartenenti alla fascia d'età 15-39, il 7,9% di quelli della 40-64 anni, il 9,4% di quelli della 65-79 anni e l'8,5% degli *over* 80.

Questo fenomeno colpisce soprattutto il Mezzogiorno: l'11,2% dei residenti *over* 15 dichiara di rinunciare a spese OOP, poi il Centro con il 7,4% ed infine il Nord, dove solo il 4,2% dei residenti dichiara di rinunciare alle spese sanitarie.

Analizzando il dato a livello regionale emerge che Campania, Puglia, Calabria e Marche sono le Regioni con la maggior quota di residenti che rinuncia alle spese sanitarie; tra quelle con la quota più bassa citiamo la Lombardia, l'Umbria, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, il Veneto, la Basilicata, il Piemonte e le PP.AA. di Trento e Bolzano.

Confrontando il dato delle rinunce con l'esito della valutazione di adempienza rispetto al "Mantenimento dell'erogazione dei LEA" del Ministero della Salute per l'anno 2011, è possibile osservare come le tre Regioni con la quota maggiore di rinunce coincidano con quelle con esito di valutazione 'Critica' (Campania, Puglia e Calabria); analogamente, quasi tutte le Regioni che risultano adempienti nella valutazione LEA presentano una bassa quota di popolazione che rinuncia alle spese sanitarie. Solo tre Regioni presentano un comportamento "anomalo": le Marche con una quota di residenti che rinuncia, pari all'11,7%, superiore alla media nazionale, risulta adempiente nella valutazione LEA; l'Abruzzo presenta una elevata quota di rinunce risultando adempiente con limitazioni; il Molise, al contrario, presenta una quota di rinunciatari inferiore alla media nazionale e risulta adempiente parzialmente al mantenimento dell'erogazione LEA.

Figura 4a.3. Quota di popolazione che rinuncia a cure o trattamenti.**Valori %, anno 2011***[Figure 4a.3. Percentage of people who give up to therapies or treatments.**Percentage, 2011]*

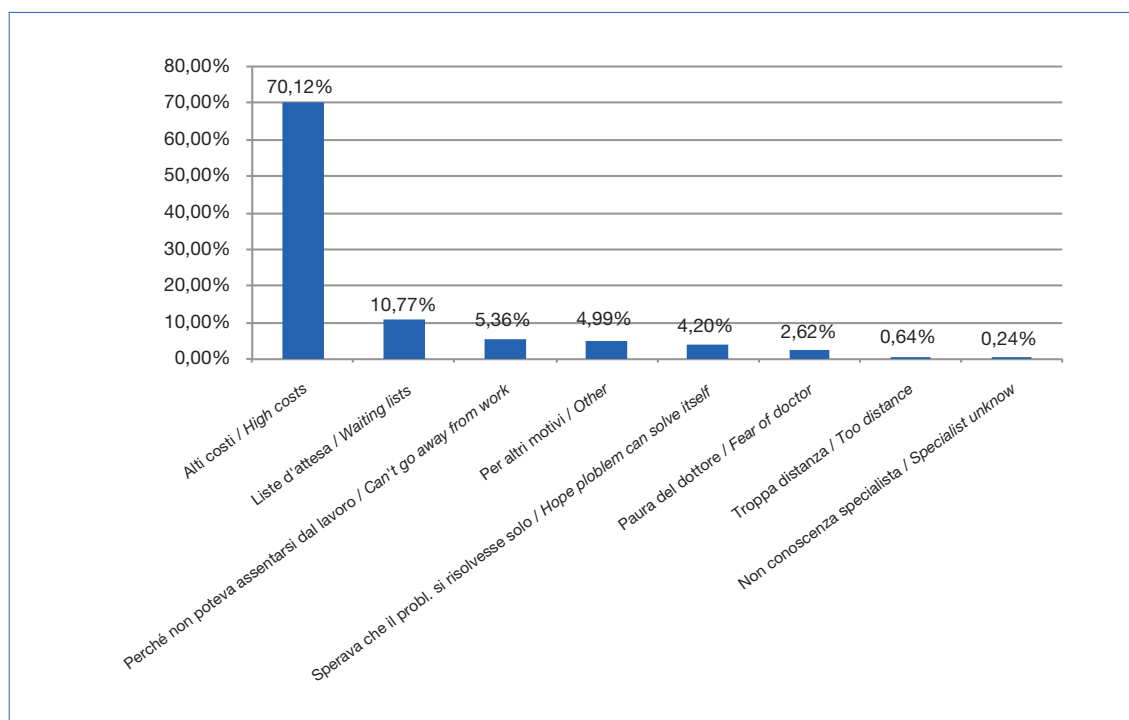
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Prendendo in analisi i motivi delle rinunce emerge che più dell'80% della popolazione che rinuncia lo fa per motivi economici (70,12%) e per effetto delle liste d'attesa (10,77%). Il primo motivo è maggiormente presente nelle Regioni del Mezzogiorno (76,00%), il secondo in quelle del Centro (15,10%).

Il 2011 risulta essere il primo anno, negli ultimi sette anni ad eccezione del 2008 e 2009, in cui la quota di chi rinuncia alle cure per motivi economici, supera largamente il 50% (52,4% e 53,5% rispettivamente nel 2008 e 2009).

Figura 4a.4. Motivi di rinuncia a cure o trattamenti. Valori %, anno 2011

[Figure 4a.4. Surrender causes to therapies or treatments. Percentage, year 2011]



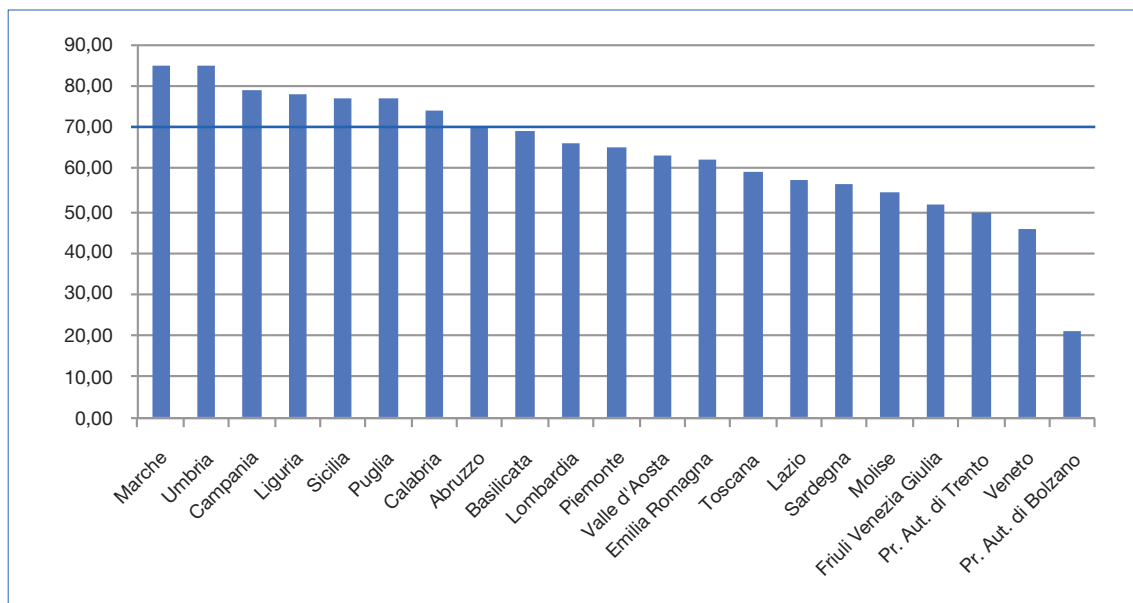
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Analizzando il fenomeno a livello regionale notiamo che la maggior quota di popolazione che rinuncia ai trattamenti sanitari a causa dei costi si registra in Regioni quali Marche (85,30%), Umbria (84,74%), Campania (79,29%) e Liguria (78,06%); tra le Regioni con la minor quota citiamo la P.A. di Bolzano (20,76%), il Veneto (45,39%), la P.A. di Trento (50,01%) ed il Friuli Venezia Giulia (51,44%).

Anche in questo caso, rapportando il dato delle rinunce all'esito della valutazione LEA, è interessante sottolineare che Marche, Umbria e Liguria, risultanti peraltro adempienti nella valutazione LEA, presentano una elevata quota di residenti che rinuncia per motivi economici a curarsi, rispettivamente pari a 85,30%, 84,74% e 78,10%; Lazio e Molise, invece, risultano adempienti con limitazioni e presentano una quota di rinunce inferiore alla media nazionale. Per le restanti Regioni si riscontra una rispondenza tra esito della valutazione LEA e quota di residenti che rinuncia per motivi economici a sostenere spese sanitarie.

Figura 4a.5. Popolazione che rinuncia alle cure per motivi economici. Valori %, anno 2011

[Figure 4a.5. People who give up to therapies or treatments for economics causes. Percentage, 2011]

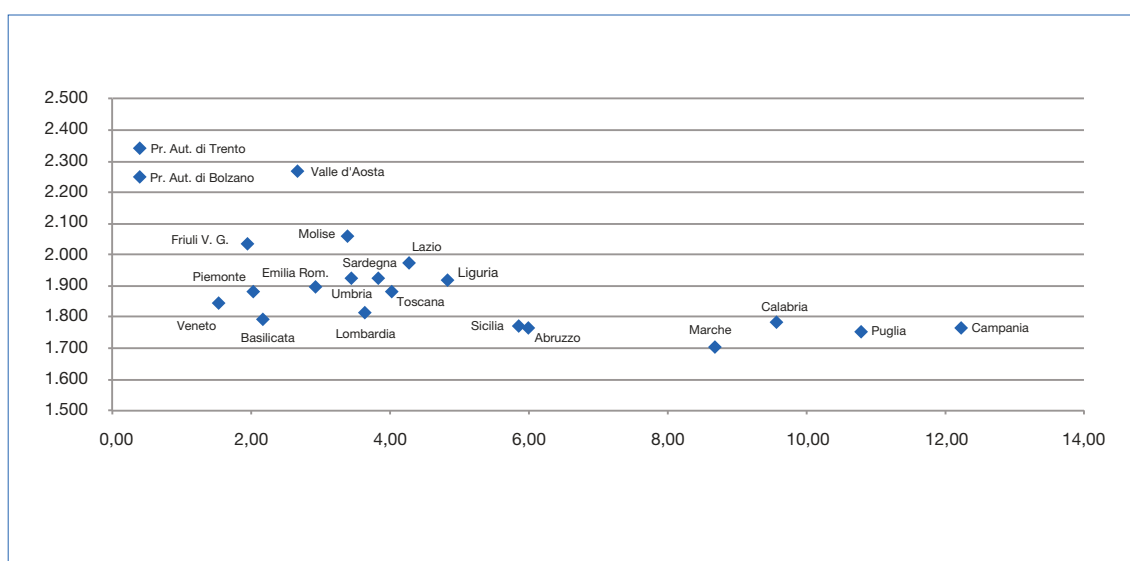


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Prendendo in considerazione la spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata sostenuta dalle Regioni e la quota dei residenti che rinuncia alle spese sanitarie per motivi economici, è possibile notare come i due parametri siano strettamente correlati: quanto maggiore è la spesa pubblica pro-capite, tanto minore è la quota di popolazione che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici. La P. A. di Bolzano presenta il maggior valore di spesa sanitaria pubblica pro capite (€ 2.333,73) e la minor quota di popolazione che rinuncia per motivi economici a curarsi (0,38%); La Campania invece risulta essere la Regione con la spesa pro capite più bassa (€ 1.768,63) e la maggior quota di popolazione (12,23%) che rinuncia a sostenere spese sanitarie. L'unica eccezione è rappresentata dalla Valle d'Aosta che con una spesa pro-capite di € 2.268,67 ha una quota di rinuncia pari al 2,66%: fenomeno che potrebbe anche essere legato ad un bias dovuto alle piccole dimensioni della Regione.

Figure 4a.6. Spesa sanitaria pubblica pro-capite e quota rinunce per motivi economici. Valori assoluti (€) e %, anno 2011

[Figure 4a.6. Per capita public health expenditure(€) and percentage of waivers for economic causes, 2011]



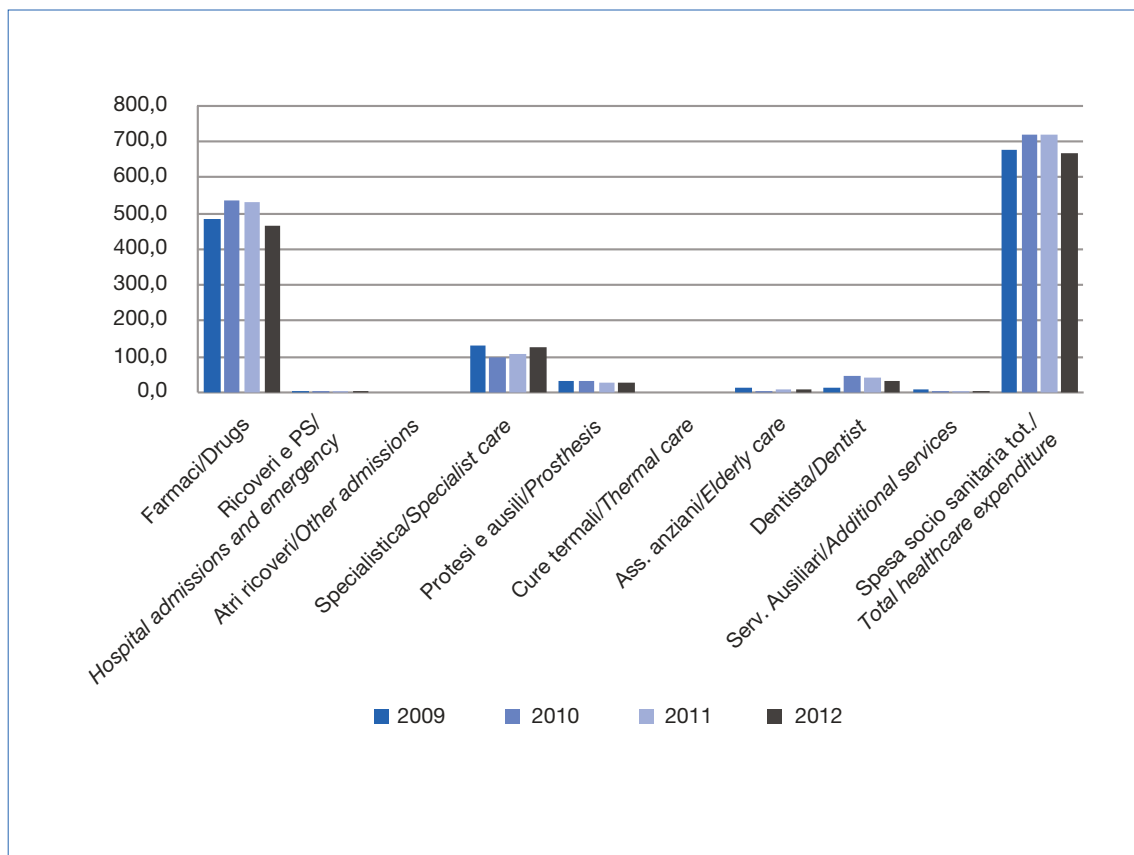
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat e Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Istat and Ministry of Health data]

4a.3. Povertà, impoverimento e catastroficità

Nel 2012 la quota di famiglie povere (“povertà relativa”) è aumentata raggiungendo il 12,7%, a fronte dell’11,1% riscontrato nell’anno precedente. Queste famiglie hanno ridotto i loro consumi complessivi dello 0,33% (€ 12.065,4 nel 2012); anche la quota destinata al socio-sanitario si è ridotta, di 0,4 punti percentuali, attestandosi al 5,6% dei consumi complessivi. La spesa effettiva annua sostenuta da queste famiglie per il socio-sanitario è pari a € 668,6 (€ 721,5 nel 2011), costituita prevalentemente da quella per i farmaci.

Figura 4a.7. Spese socio-sanitarie OOP effettive delle famiglie povere Valori assoluti annui (€), anni 2009-2012

[Figure 4a.7. Annual effective Out Of Pocket social-health expenditures of poor families (€), 2009-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

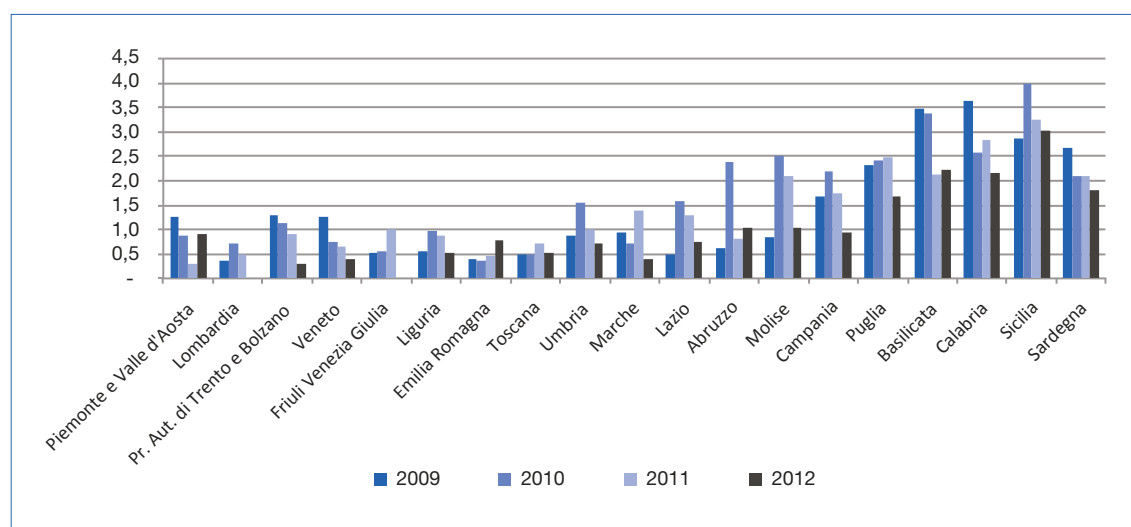
Si ricorda che il fenomeno dell'impoverimento riguarda tutte quelle famiglie che, a causa delle spese socio-sanitarie OOP, scendono al di sotto della soglia di povertà relativa. Nel calcolo della spesa sostenuta dalle famiglie sono state considerate le voci dall'indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat, ad esclusione di quelle relative ad assicurazioni vita, rendite vitalizie, mutuo per acquisto abitazioni e restituzione di prestiti; la soglia di povertà relativa utilizzata è stata quella pubblicata dall'Istat per gli anni in analisi. Le famiglie soggette a

spese catastrofiche sono invece tutte quelle famiglie che sostengono spese per la sanità superiori al 40% della loro *Capacity to Pay* (CTP). La CTP di una famiglia rappresenta la differenza tra la spesa totale sostenuta e le spese di sussistenza, convenzionalmente identificate con la soglia di povertà assoluta; le soglie di povertà assoluta adottate per gli anni in analisi sono quelle pubblicate dall'Istat nell'anno 2002, rivalutate con l'indice dei prezzi al consumo, allo scopo di permettere analisi omogenee in serie storica e garantire continuità con le analisi precedenti.

Nel 2012, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese socio-sanitarie OOP si è ulteriormente ridotta, pur se in minor misura rispetto al biennio precedente: 41.854 famiglie in meno rispetto al 2011 risultano impoverite (1,05% delle famiglie residenti, 266.820). Considerando solo quelle che hanno sostenuto spese socio-sanitarie, la quota delle impoverite ha perso 0,7 punti percentuali rispetto al 2011, raggiungendo l'1,7% (2,4% nel 2010 e 2,0% nel 2011).

Figura 4a.8. Famiglie impoverite per spese socio-sanitarie OOP. Valori %, anni 2009-2012

[Figure 4a.8. Impoverished families to cause of Out Of Pocket social health expenditure. Percentage, 2009-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

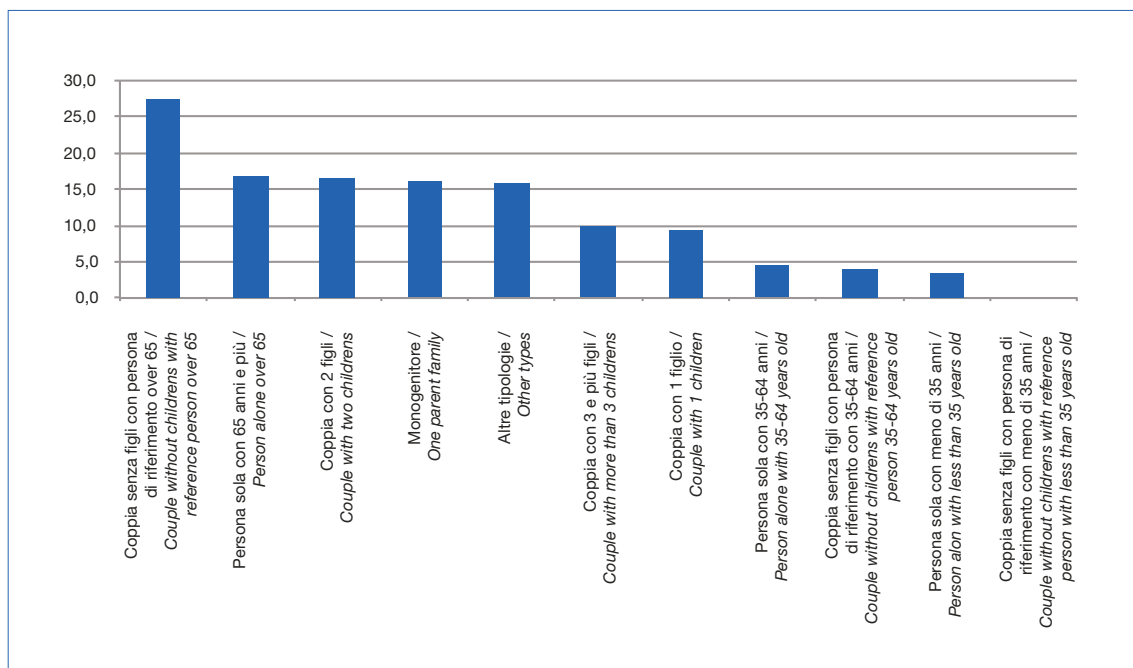
Queste famiglie consumano mediamente all'anno € 14.001,3 (€ 15.193,8 nel 2011) e destinano alle spese socio-sanitarie il 14,7% dei loro consumi (14,4% nel 2011), a fronte del 4,0% delle famiglie in generale: dato questo che descrive una incomprimibilità di queste spese per queste famiglie che, per sostenerle, hanno evidentemente dovuto rinunciare ad altro.

Analizzando come il fenomeno colpisca le diverse tipologie di famiglie, notiamo che le più colpite sono le coppie senza figli con persona di riferimento *over* 65 anni: il 27,53% di queste si sono impoverite per spese socio-sanitarie OOP, seguite dalle persone solo *over* 65 (16,81%); le meno colpite sono invece, come era lecito attendersi, le famiglie giovani: persona sola con meno di 35 anni (3,39%) e coppie senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni (3,96%).

Figura 4a.9. Quota famiglie impoverite – Per tipologia di famiglia.

Valori %, anno 2012

[Figure 4a.9. Share of impoverished families - By type of family. Percentage, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

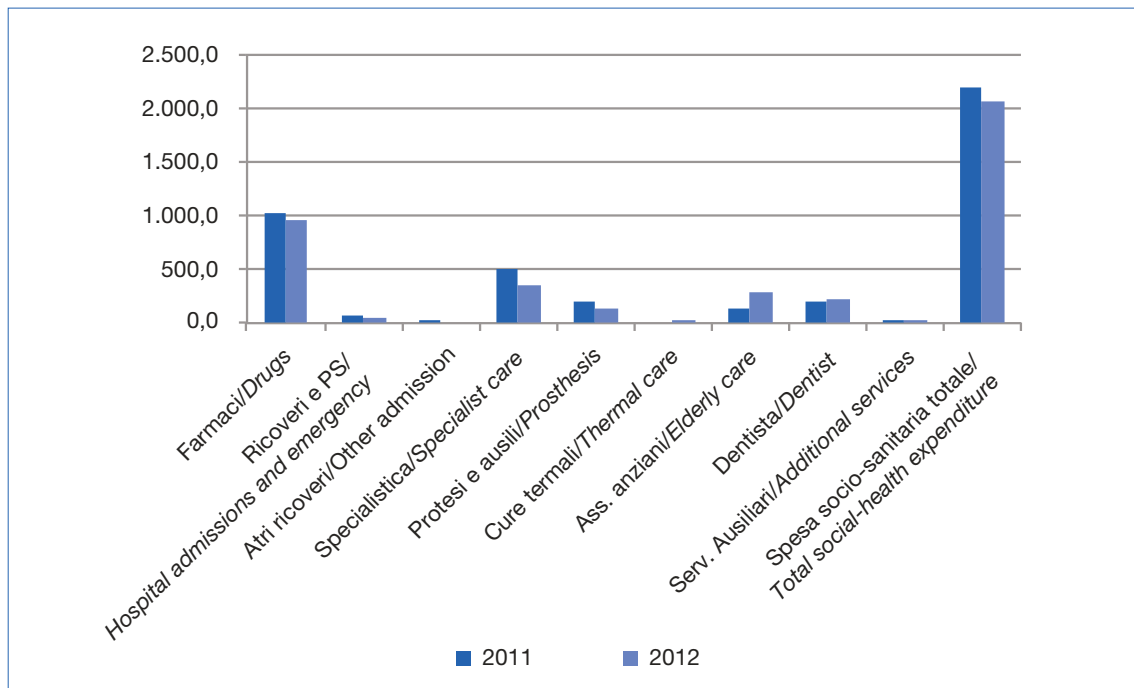
Al fine di individuare il rischio d'impoverimento a carico delle famiglie a causa dei consumi socio-sanitari è stata ripetuta l'analisi già effettuata e presentata nelle precedenti edizioni del Rapporto Sanità (Doglia e Spandonaro, 2006); utilizzando un modello logistico la cui variabile dipendente è l'impoverimento, mentre il numero di anziani, la Regione di residenza e i quintili di reddito standardizzati rappresentano le variabili esplicative, emerge che le famiglie con un anziano hanno il 60% di possibilità in più di impoverirsi rispetto a quelle senza anziani; quando gli anziani sono due o più, questa relazione aumenta proporzionalmente.

Chiaramente, l'impoverimento è fortemente condizionato dai livelli di reddito disponibili, cioè dalle capacità di spesa delle famiglie.

Nel 2012 le famiglie impoverite hanno destinato una quota minore ai farmaci, che è passata dal 47,1% del 2011 al 46,5%; la specialistica è passata dal 23,2% al 17,2%; mentre una quota maggiore è invece stata destinata al dentista e ai non-autosufficienti, 11,2% e 14,4% rispettivamente (9,0% e 6,6% nell'anno precedente).

Figura 4a.10. Spesa socio-sanitaria OOP delle famiglie impoverite. Valori assoluti (€), anni 2011-2012

[Figure 4a.10. Out Of Pocket social-health expenditure of impoverished families (€), 2011-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Il fenomeno della catastoficità si è, invece, inasprito ulteriormente nel 2012: 870.164 famiglie (3,4% delle residenti) sono state soggette a spese socio-sanitarie catastofiche (122.568 in più rispetto all'anno precedente).

Queste famiglie rappresentano il 5,6% di quelle che sostengono spese OOP (4,8% nei due anni precedenti).

Nel 2012 la spesa media annuale delle famiglie soggette a spese catastofiche, si è però ulteriormente ridotta raggiungendo i € 19.418,7 annui.

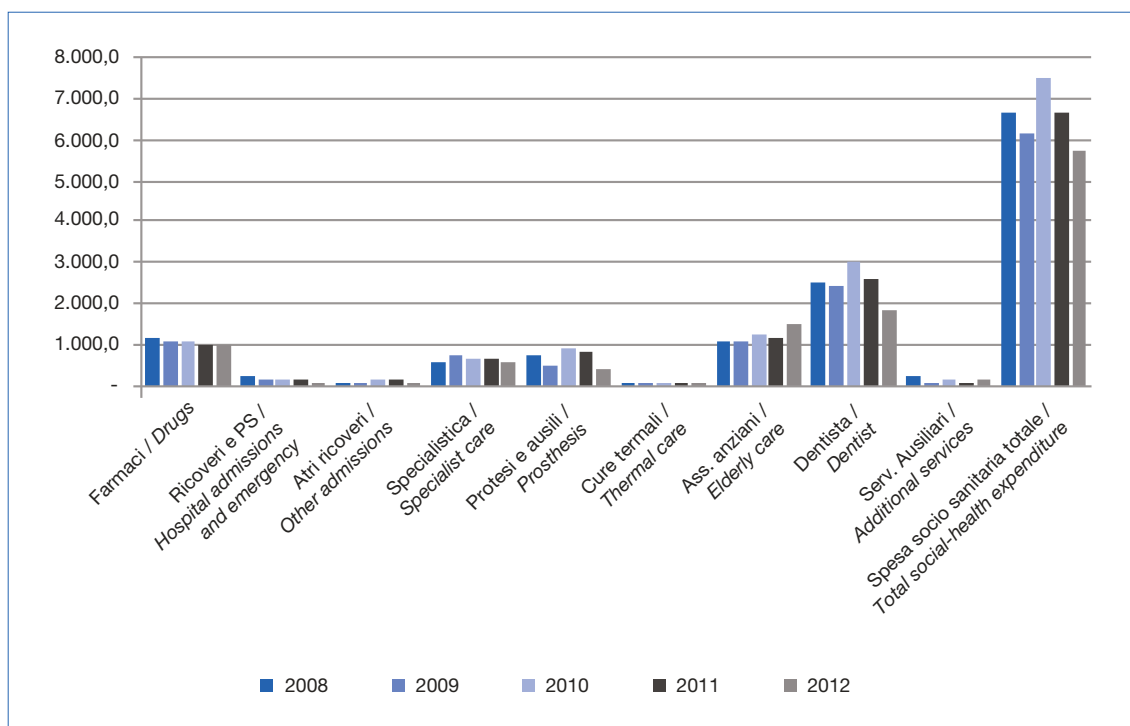
Dopo la "ripresa post prima crisi", in corrispondenza della "seconda crisi", si è assistito ad un nuovo calo dei consumi socio-sanitari, raggiungendo i € 5.719,5 annui (-14,2%

rispetto al 2011). Al socio-sanitario hanno destinato il 29,4%, quota inferiore a quella post prima crisi, 29,9% (2009).

Analizzando la composizione della spesa OOP di queste famiglie, notiamo che nel 2012 è aumentata la quota destinata ai farmaci, 17,9% (15,6% nel 2011) e specialmente quella destinata all'assistenza dei non-autosufficienti (25,9%), essendosi ridotta invece quella per il dentista (31,8%) che evidentemente può essere procrastinata.

Figura 4a.11. Spesa socio-sanitaria OOP delle famiglie soggette a spese catastrofiche. Valori assoluti (€), anni 2008-2012

[Figure 4a.11. OOP social-health expenditure of catastrophic families (€), 2008-2012]



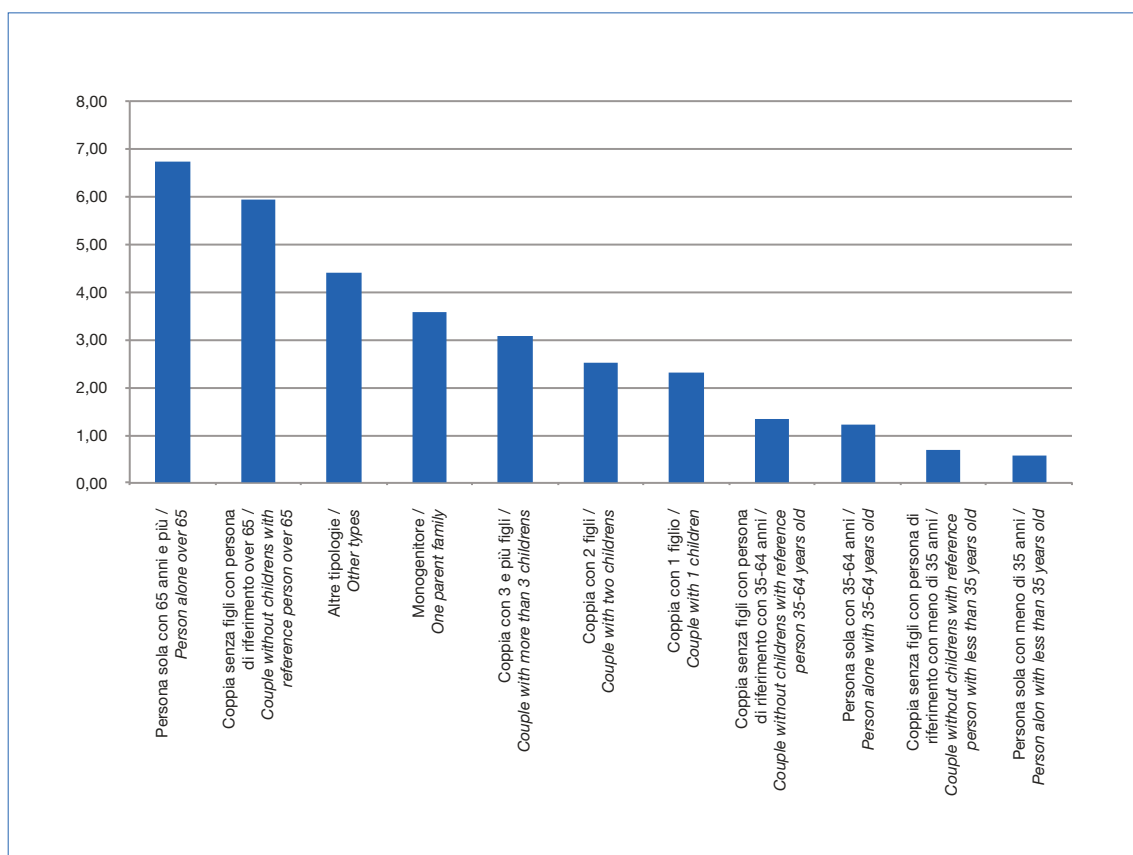
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Analizzando come il fenomeno colpisca le diverse tipologie di famiglie, notiamo che le più colpite dalla catastroficità sono le persone sole over 65 anni: il 6,67% di queste è soggetta a spese catastrofiche, seguite dalle coppie senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più (5,94%); le meno colpite sono ovviamente le famiglie giovani: persona sola con meno di 35 anni (0,58%) e le coppie senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni (0,68%).

Figura 4a.12. Quota famiglie catastrofiche - Per tipologia di famiglia.

Valori in %, anno 2012

[Figure 4a.12. Share of catastrophic families – By type of family. Percentage, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

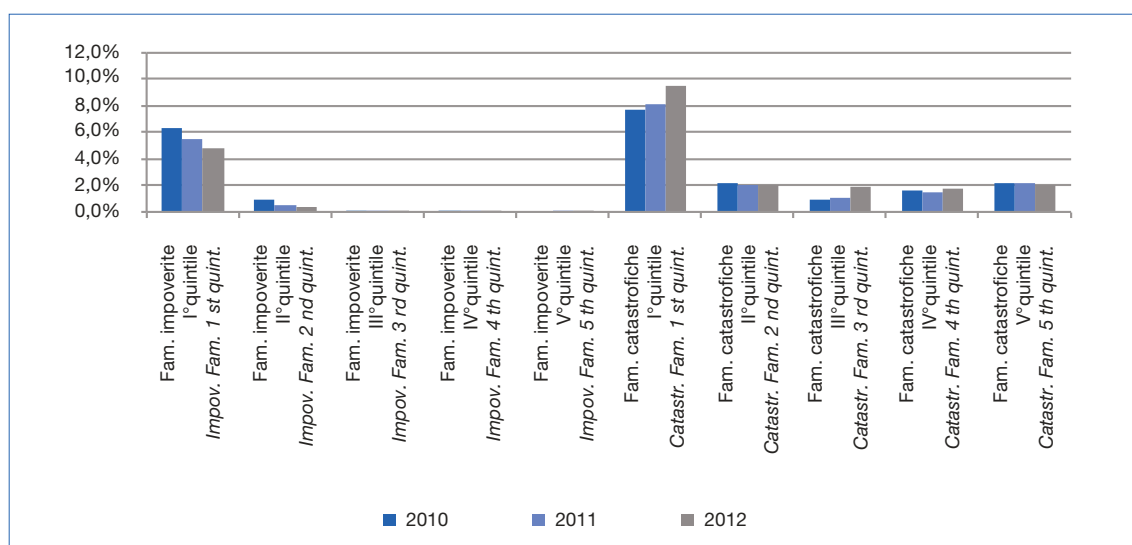
Il modello di regressione logistica è stato applicato anche a questo fenomeno: le variabili esplicative sono le stesse del modello precedente, e cioè il numero di anziani, la ripartizione territoriale e i quintili di reddito disponibile, mentre la variabile dipendente consiste nell'indicatore delle famiglie con spese catastrofiche.

È ancora evidente come il rischio di spese catastrofiche dipenda dal “rischio sanitario”: è interessante notare che rispetto alle famiglie senza anziani, le possibilità di essere soggetti a spese catastrofiche sono tre volte più elevate per quelle famiglie che hanno un anziano e 2,2 volte per quelle con due o più anziani.

Analizzando la distribuzione delle famiglie impoverite e catastrofiche nei diversi quintili di consumo, si conferma che il primo fenomeno coinvolge prevalentemente le famiglie dei primi due quintili (4,8% e 0,4% rispettivamente), in riduzione però rispetto agli anni precedenti. È in crescita invece il fenomeno della catastroficità nelle famiglie del 1° quintile: il 9,5% di queste sostengono spese socio-sanitarie OOP che superano il 40% della loro CTP.

Figura 4a.13. Distribuzione delle famiglie povere, impoverite e catastrofiche per quintile di consumo. Valori %, anni 2010-2012

[Figure 4a.13. Distribution of poor, impoverished and catastrophic families – By quintile of consumption. Percentage, 2010-2012]

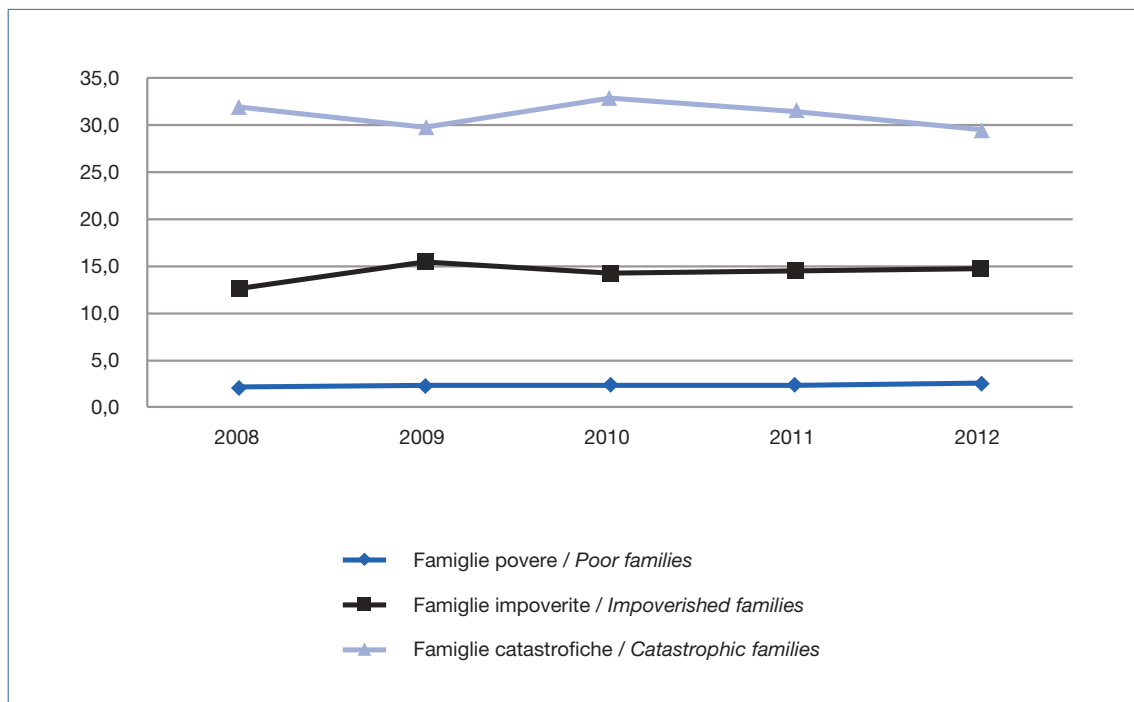


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

La quota media dei consumi delle famiglie destinata al socio-sanitario dopo una riduzione subita in corrispondenza della prima crisi finanziaria, nel 2009 (3,9%), nel 2010 è aumentata raggiungendo il 4,0%, rimanendo costante poi nel biennio successivo, sebbene su livelli più bassi rispetto al 2008 (4,2%). Analizzando il dato in base al quintile di consumo è possibile notare che nel 2012 si è inasprito il fenomeno dell'impoverimento in termini di quota dei consumi che queste famiglie destinano al socio-sanitario: se nel 2011 era rimasta pressoché invariata rispetto all'anno precedente (14,4% nel 2011), nel 2012 ha raggiunto il 14,7%; di contro nella catastoficità: tale quota rappresenta il 29,5%, a fronte del 31,4% riscontrato nel 2011.

Figura 4a.14. Quota di spesa destinata al socio-sanitario dalle famiglie povere, impoverite e catastofiche. Valori %, anni 2008-2012

[Figure 4a.14. Share of social-health expenditures on overall consumptions of poor, impoverished and catastrophic families. Percentage, 2008-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

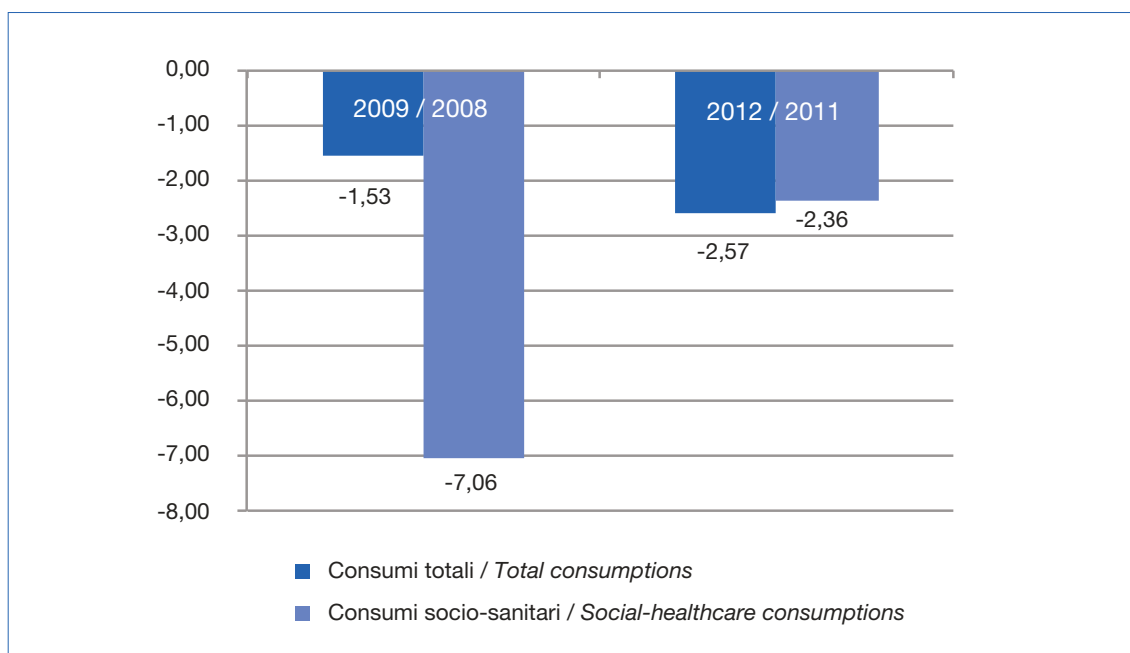
Simulando un incremento del 5% delle soglie di povertà assoluta e relativa il numero di famiglie impoverite aumenta passando da 266.820 a 288.684 (+0,08%); così come quello di quelle soggette a spese catastrofiche che aumenta del +0,12% (976.055 nuclei).

4a.4. La risposta del Sistema alle due crisi finanziarie

Prendendo in analisi i bienni 2008-2009 e 2011-2012 si può notare come in corrispondenza della prima crisi finanziaria la riduzione dei consumi socio-sanitari sia stata molto maggiore, -7,1% (da € 1.201,8 a € 1.117,0), contro il -2,4% (da € 1.168,8 a € 1.141,2) del biennio 2011/2012: dato che lascia pensare ad una incomprimibilità ulteriore di questi ultimi.

Figura 4a.15. Consumi totali e socio-sanitari – Variazioni. Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011

[Figure 4a.15. Total and social-health consumptions. Percentage changes, 2009-2008 and 2012-2011]



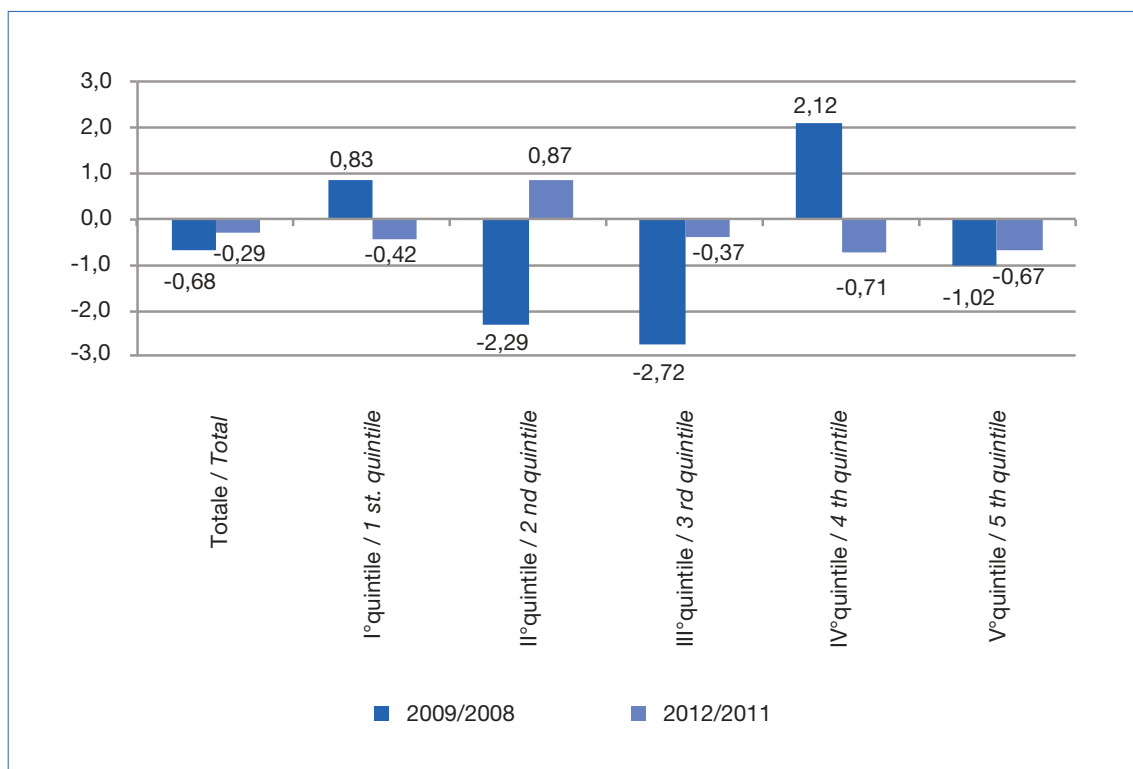
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Anche il numero di famiglie che ha fatto ricorso a spese socio-sanitarie OOP si è ridotto (-0,68%) più nel biennio 2008-2009 e meno, pari a -0,29%, in quello 2011-2012.

Analizzando il fenomeno nei diversi quintili di consumo si nota come, in corrispondenza della prima crisi, la riduzione abbia coinvolto maggiormente il III e II quintile (-2,72% e 2,29% rispettivamente); in corrispondenza della seconda soprattutto i quintili medio-alti (-0,71 nel IV e -0,67 nel V quintile).

Figura 4a.16. Numero di famiglie con spese socio-sanitarie OOP - Variazioni per quintili di consumo. Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011

[Figure 4a.16. Families with Out Of Pocket social-health expenditures – Percentage changes by quintile of consumption, 2009-2008 and 2012-2011]

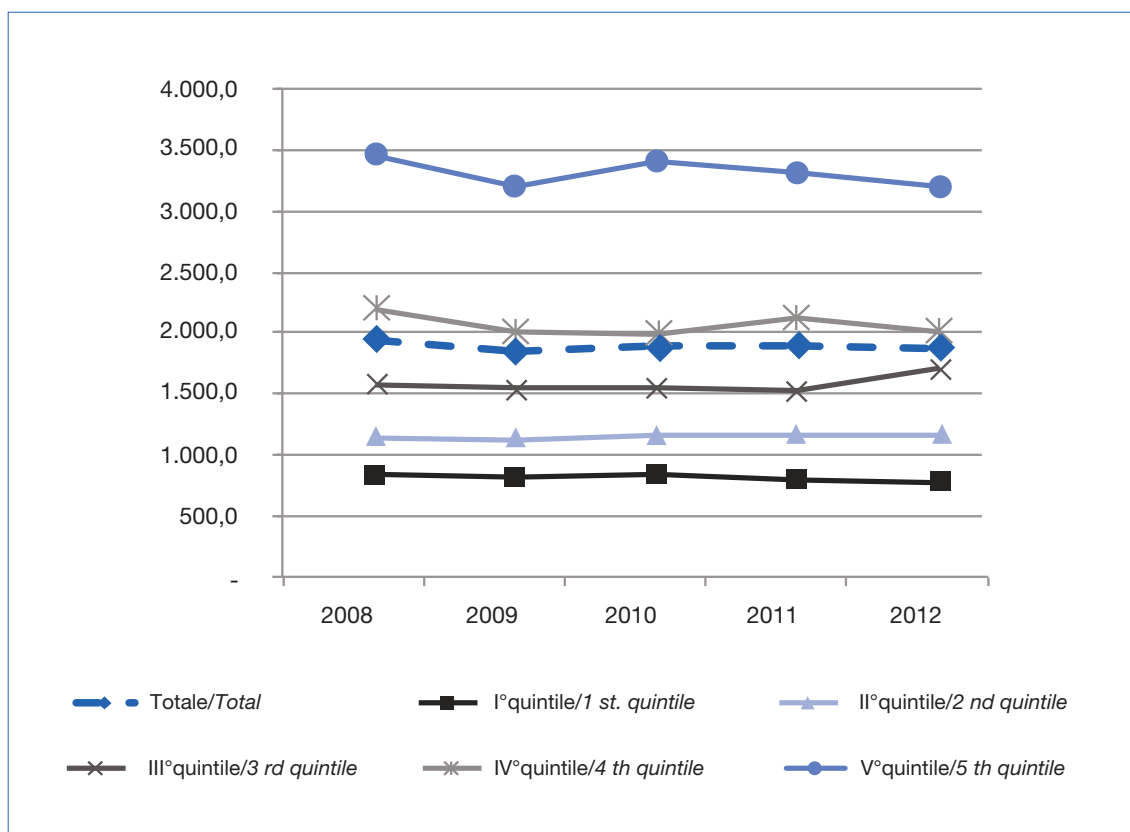


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Considerando la spesa socio-sanitaria effettiva lorda, ovvero delle sole famiglie che sostengono spese OOP, questa ha subito una maggior riduzione, -5,57%, nel 2008-2009, e -1,17% del 2011-2012. In particolare, in corrispondenza della prima crisi, si è ridotta significativamente per le famiglie dei quintili medio alti (-9,01% e -6,95% rispettivamente per IV e V quintile); in corrispondenza della seconda, anche per quelle del I quintile: dato questo che dimostra una significativa “sofferenza” di queste ultime famiglie che sono passate da una spesa media annua di € 830,2 del 2008 ad una di € 762,2 del 2012.

Figura 4a.17. Spesa socio-sanitaria OOP effettiva annua. Valori assoluti (€), anni 2008-2012

[Figure 4a.17. Annual effective OOP social-health expenditure (€), 2008-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

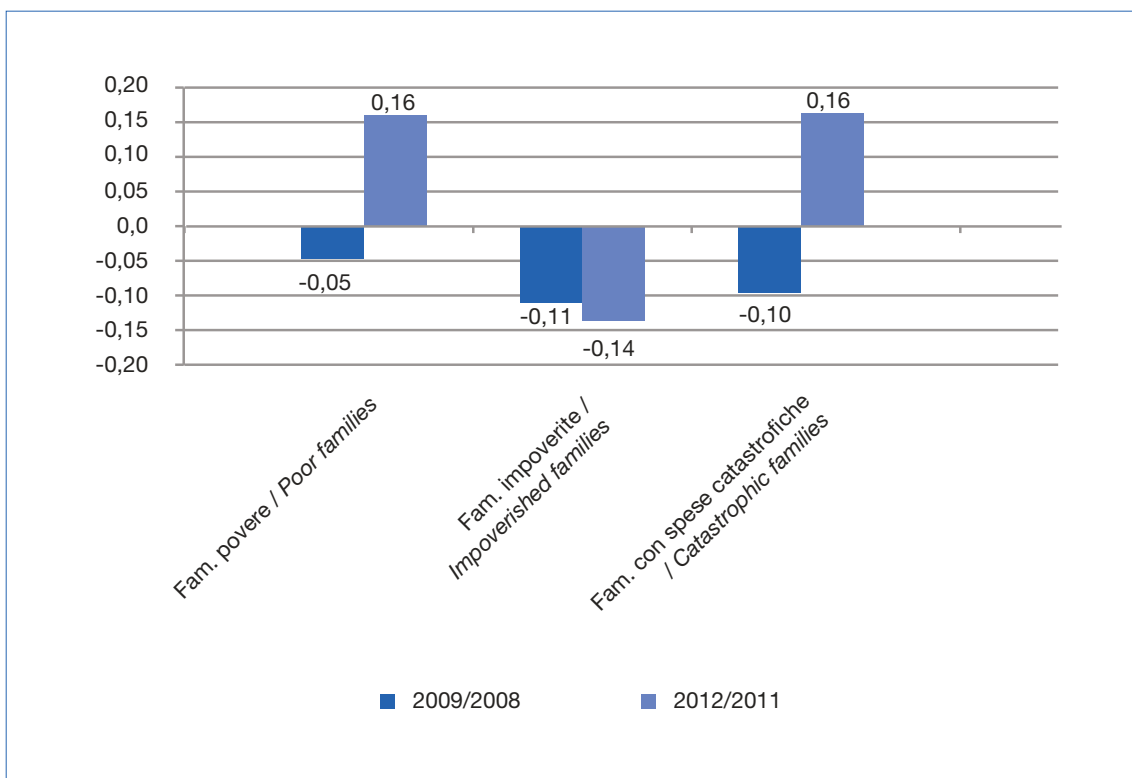
Povert , impoverimento per spese socio-sanitarie OOP e catastrocit  delle famiglie si sono ridotte nel biennio 2008-2009, ma sono aumentate in nel 2011-2012 (+0,16%); il numero di famiglie impoverite si   ridotto in entrambi i bienni, maggiormente nel secondo (-0,14%); il numero di quelle soggette a spese catastrofiche invece nel biennio 2008-2009 si   ridotto (-0,10%), ma in quello 2011-2012   aumentato (+0,16%).

Figura 4a.18. Famiglie povere, impoverite e con spese catastrofiche – Variazioni.

Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011

[Figure 4a.18. Poor, impoverished and with catastrophic expenditures families.

Percentage changes, 2009-2008 and 2012-2011]

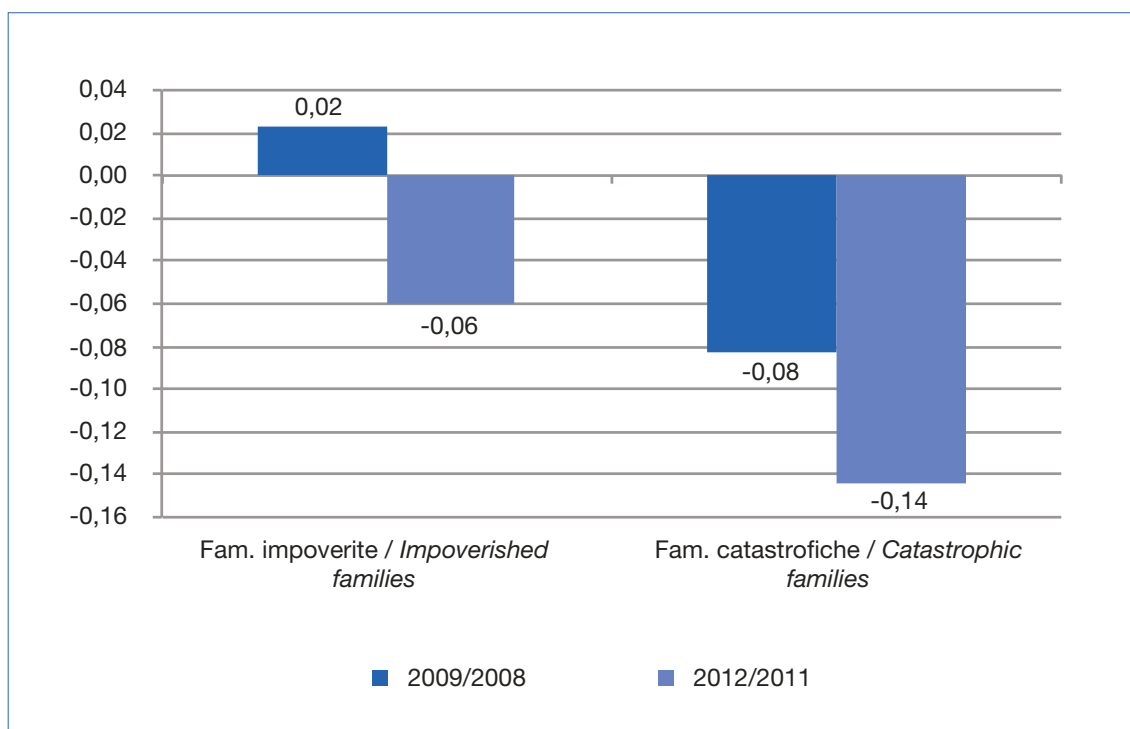


Fonte: elaborazione CREA Sanit  su dati Istat
[Source: CREA Sanit  on Istat data]

Le famiglie impoverite che nel biennio 2008-2009 avevano aumentato i loro consumi socio-sanitari OOP, nel biennio 2011-2012 li hanno ridotti dello 0,06%; i consumi di quelle soggette a spese catastrofiche si sono ridotti in maggior misura (-0,14%).

Figura 4a.19. Spesa socio-sanitaria OOP effettiva annua impoveriti e catastrofici – Variazioni. Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011

[Figure 4a.19. Annual effective Out Of Pocket social-health expenditure of impoverished and catastrophic families. Percentage, 2009-2008 and 2012-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

4a.5. Conclusioni

Il 40,5% delle famiglie residenti, prevalentemente dei quintili medio-bassi, nel 2011 ha rinunciato a spese socio-sanitarie OOP; si tratta del 7,2% della popolazione residente *over* 15 (3.710.832 persone), soprattutto residente nel Mezzogiorno.

Più dell'80% della popolazione che rinuncia lo fa per motivi economici (70,12%) e per effetto delle liste d'attesa (10,77%). In particolare, è possibile osservare come la quota maggiore di popolazione che rinuncia per motivi economici risiede nelle Regioni con spesa sanitaria pubblica pro capite più bassa, e viceversa.

Il 2011 risulta essere, negli ultimi sette anni, il primo, ad eccezione del 2008 e 2009 (52,4% e 53,5% rispettivamente), in cui la quota di chi rinuncia alle cure per motivi economici, supera largamente il 50%, dato che esplicita una indubbia difficoltà delle famiglie.

Dal confronto del dato delle rinunce per motivi economici con l'esito della valutazione LEA (adempimento) del Ministero della Salute è emerso che Regioni quali Marche, Umbria e Liguria, con una elevata quota di residenti che rinuncia per motivi economici a curarsi (rispettivamente pari a 85,30%, 84,74% e 78,10%), risultano adempienti; Lazio e Molise, invece, risultano adempienti con limitazioni e presentano una quota di rinunce inferiore alla media nazionale. Per le restanti Regioni si riscontra una rispondenza tra esito della valutazione LEA e quota di residenti che rinuncia per motivi economici.

In termini di impatto equitativo nel 2012, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese socio-sanitarie OOP si è ulteriormente ridotta, pur se in minor misura rispetto al biennio precedente: 41.854 famiglie in meno rispetto al 2011 risultano impoverite; ma contestualmente c'è stato un incremento di povertà (448.462 nuove famiglie) e che quindi le famiglie, piuttosto che essersi solo impoverite per spese OOP, sono diventate povere.

Queste famiglie hanno ridotto i loro consumi complessivi aumentando però la quota di questi destinata al socio-sanitario (da 14,4% a 14,7%).

Sono le coppie senza figli con persona di riferimento *over* 65 anni le più colpite dal fenomeno: le famiglie con un anziano hanno il 60% di possibilità in più di impoverirsi rispetto a quelle senza anziani.

Anche il fenomeno della catastoficità colpisce prevalentemente gli ultra-65enni e, in più si è inasprito ulteriormente nel 2012: 122.568 famiglie in più rispetto all'anno precedente,

pur avendo queste ridotto la quota destinata al socio-sanitario (29,4% dei consumi totali).

Dal confronto dei bienni 2008-2009 e 2011-2012, emerge che le spese socio-sanitarie OOP sono diventate sostanzialmente incompressibili: a fronte di una riduzione dei consumi totali e socio-sanitari avvenuta in entrambi i bienni, quelli socio-sanitari si sono ridotti più dei totali nel 2009 e meno nel 2012. Inoltre, se la prima crisi aveva visto una riduzione dei consumi nei quintili medio-alti, la seconda ha messo in “sofferenza” anche le famiglie del I° quintile che, oltre ad aver ridotto i loro consumi, hanno ridotto anche la quota di questi destinata al socio-sanitario.

Si potrebbe concludere affermando che durante la prima fase della crisi almeno le famiglie più fragili, quelle del I quintile, sono state protette, ma nella seconda anche queste hanno pagato gli effetti della crisi, che ha scaricato maggiori oneri sanitari sulle famiglie.

Riferimenti bibliografici

Istat (2014), *Microdati indagine sui consumi delle famiglie*, anni 2008-2012

Istat (2014), *Microdati indagine EUSILC*, anni 2008-2011

Ministero della Salute (2014), *Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA attraverso gli indicatori della griglia Lea: metodologia e risultati dell'anno 2011”*

Università di Roma “Tor Vergata” (2013), IX Rapporto Sanità, *Indicatori di Performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria*

Università di Roma “Tor Vergata” (2012), VIII Rapporto Sanità CEIS, *Opzioni di Welfare e integrazione delle politiche*

Capitolo 4a. La valutazione delle Performance: l'impatto equitativo della crisi

d'Angela D.¹

4a.1. Il contesto

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) può essere classificato come un'assicurazione sociale di tipo universalistico, finalizzata non solo a promuovere la salute della popolazione, ma anche - e fondamentale - ad assicurare i cittadini contro l'insorgenza degli oneri economici derivanti dalla malattia.

Il presente contributo, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Sanità "Tor Vergata", analizza le misure di impoverimento e catastroficità, in quanto indicatori privilegiati della fragilità economica delle famiglie², ispirandosi a quanto proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)³ al fine di valutare il grado di risposta del sistema alla tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia.

In particolare in questa edizione, oltre a fornire un aggiornamento dei due indicatori suddetti per l'anno 2012, viene analizzato il fenomeno delle rinunce alle spese sanitarie *Out Of Pocket (OOP)*, analizzandone le relative motivazioni, e sviluppando un'analisi regionale del fenomeno muovendo dall'indagine IT-SILC dell'Istat.

Infine, vengono analizzati i consumi socio-sanitari delle famiglie, e il loro impatto equitativo nei bienni 2008-2009 e 2011-2012, al fine di valutare la risposta da parte del Sistema alle due crisi finanziarie e quindi il grado di protezione garantito ai cittadini. Allo scopo viene sviluppato un modello di regressione logistica⁴ finalizzato ad individuare le variabili che in

¹ CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata"

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

³ Integrazione tra le classiche misure ex ante sul lato del finanziamento, e quelle ex post (*burden space*), basate sulla comparazione tra le spese sanitarie *Out of Pocket (OOP)* sostenute dalle famiglie e la loro *Capacity to Pay (CTP)*

⁴ Si ringrazia il Dott. Angelo Lorenti per la collaborazione

maggior misura contribuiscono al manifestarsi dei fenomeni di impoverimento e catastroficità.

Consumi totali e socio-sanitari delle famiglie

Dopo il lieve aumento riscontrato nel biennio 2010-2011, nel 2012 i consumi delle famiglie si sono ridotti passando dai € 29.064 del 2011 (+0,9% rispetto al 2010) ai € 28.316, evidentemente per effetto della seconda ondata di crisi finanziaria del 2011, stabilizzandosi su livelli più bassi di quelli del periodo “pre-crisi” (2008).

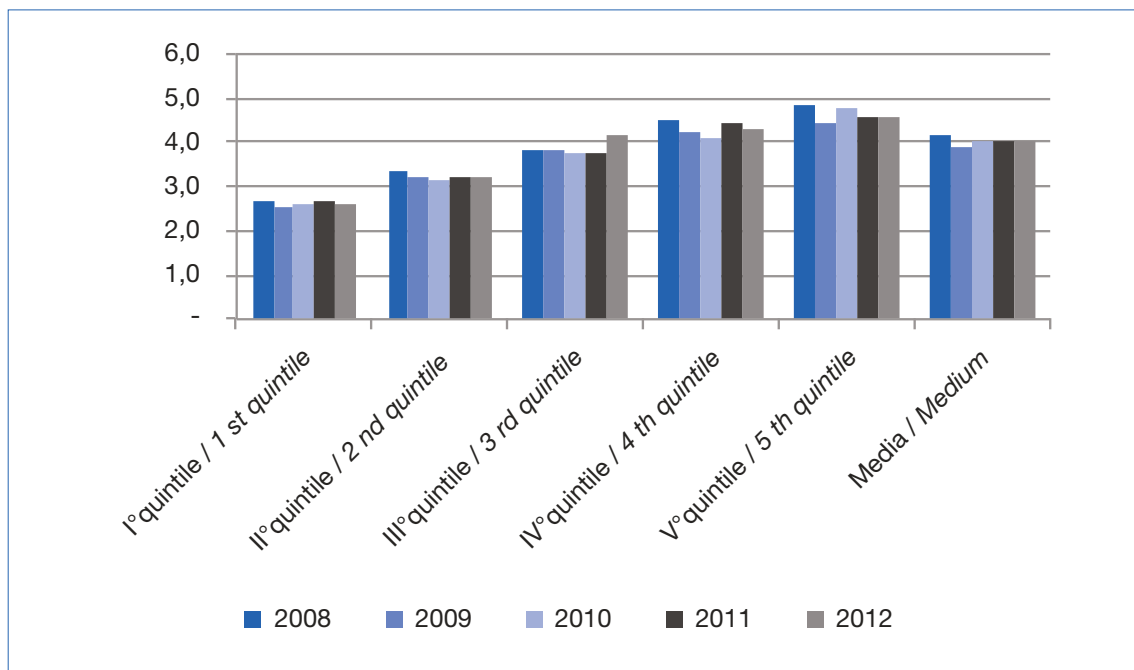
In analogia con quanto riscontrato in concomitanza con la prima crisi finanziaria del 2009, anche nel 2012 c'è stata una parallela riduzione del numero di famiglie che hanno fatto ricorso a spese sanitarie privatamente, che rappresentano il 61,1% delle residenti (15.500.045 nuclei a fronte dei 15.545.024 nel 2011).

La spesa socio-sanitaria sostenuta da queste famiglie ha, altresì, subito una sensibile riduzione rispetto all'anno precedente (-1,2%) raggiungendo € 1.869,9 annui (€ 1.891,7 nel 2011), che rappresentano il 5,7% del valore complessivo dei loro consumi.

Si conferma l'elasticità dei consumi socio-sanitari alla capacità di spesa delle famiglie: la quota ad essi destinata aumenta spostandosi verso i quintili di consumo più alti; nel 2012 si è ridotta la quota ad essi destinata in tutti i quintili di consumo, ad eccezione del III°, dove questa è passata dal 3,8% al 4,2%.

Figura 4a.1. Spese socio-sanitarie Out Of Pocket (OOP) - Quota sul totale per quintile di consumo. Valori %, anni 2008-2012

[Figure 4a.1. Out Of Pocket (OOP) social-health expenditure - Share of overall consumptions by consumption quintile. Percentage, 2008-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Nel 2012, come detto, la spesa media annua delle famiglie è stata pari a € 28.316,7 (€ 29.065,0 nel 2010), di cui il 32,7% (33,6% nel 2010) per abitazione (canone di affitto, manutenzioni ordinarie, etc.) e beni durevoli (elettrodomestici vari), il 19,8% (19,6% nel 2010) per generi alimentari e bevande, il 15,1% (14,7% nel 2010) per trasporti e comunicazioni; le spese socio-sanitarie incidono per il 4,0% (4,2% nel 2010).

La spesa socio-sanitaria prende in considerazione i farmaci, la specialistica (visite mediche, analisi cliniche, esami radiologici), i ricoveri ospedalieri e presso case di cure, le cure odontoiatriche, quelle termali, i servizi cosiddetti ausiliari (infermieri, fisioterapisti, etc.), le protesi e ausili, il noleggio delle attrezzature, nonché l'assistenza per disabili e anziani non-autosufficienti.

La spesa socio-sanitaria OOP effettiva, ossia delle sole famiglie che la sostengono, nel 2012 è stata pari, come detto, a € 1.869,6 annui (1.891,7 nel 2011); la voce di spesa maggiore continua ad essere quella dei farmaci, pur essendosi ridotta di 1,2 punti percentuali (42,4%); quella destinata alla specialistica è aumentata di 0,6 punti percentuali (19,9%); quella per l'odontoiatria si è ridotta di 1,4 punti percentuali (17,2%); è invece aumentata la quota destinata all'assistenza per disabili e anziani non-autosufficienti di 2,2 punti percentuali (7,5%).

La spesa familiare effettiva annua delle singole voci, limitatamente alle sole famiglie che le sostengono, per i farmaci è pari a € 953,3 (€ 986,4 nel 2011), per la specialistica è pari a € 1.351,5 (€ 1.346,9 nel 2011); si è ridotta notevolmente quella per le cure odontoiatriche, che ha raggiunto i € 4.030,6 (€ 4.599,2 nel 2011), così come per l'assistenza ai disabili e agli anziani non-autosufficienti, pari a € 6.039,6 (€ 6.610,1 nel 2011).

La quota media dei consumi destinata al socio-sanitario è rimasta pressoché costante dal 2010 al 2012, e pari al 4,0%; si è assistito ad una riduzione della quota in quasi tutti i quintili di consumo, ad eccezione del terzo: quella destinata dalle famiglie del I° quintile si è ridotta dal 2,7% del 2011 al 2,6% del 2012, quella del II° è rimasta praticamente invariata, quella di quelle del III° è aumentata dal 3,8% al 4,2%, quella di quelle del IV° da 4,4% a 4,3% e quella di quelle dell'ultimo invariata, e pari a 4,6%. Per tutti i quintili la quota di consumi destinata al sanitario è comunque inferiore a quella riscontrata nel pre-crisi.

Considerando la quota destinata al socio-sanitario delle famiglie che effettivamente sostengono spese OOP, questa è rimasta invariata rispetto all'anno precedente, passando dal 5,6% delle famiglie del primo al 6,6% delle famiglie dell'ultimo.

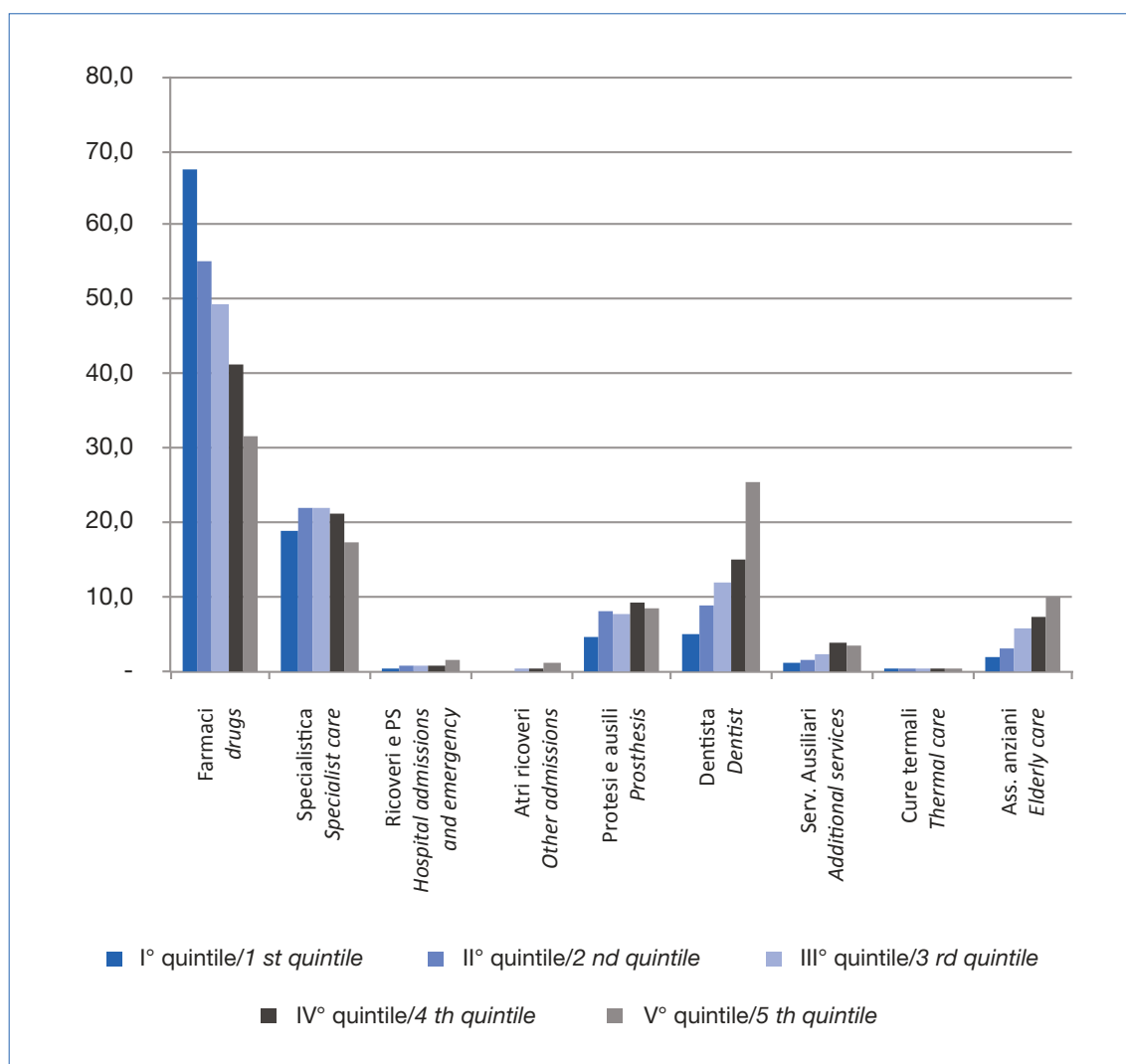
Dall'analisi della composizione delle spese sanitarie OOP delle famiglie, differenziate per quintile di consumo, si conferma che le famiglie appartenenti ai quintili più bassi spendono prevalentemente per farmaci (67,3%) e specialistica (19,0%), pur essendosi ridotta di quasi tre punti percentuali l'incidenza della prima ed essendo aumentata di due quella per la specialistica; spostandosi verso i quintili più "alti", tali quote si riducono sempre più, lasciando spazio al consumo per protesi ed ausili e per l'odontoiatria. La quota di quest'ultima spesa si è, però, ridotta in tutti i quintili di consumo, passando ad esempio per l'ultimo quintile dal 29,8% al 25,4%; è invece aumentata, sempre in tutti i quintili, quella per i disabili e anziani non-autosufficienti che è passata dal 7,4% al 10,1%.

Figura 4a.2. Composizione dei consumi socio-sanitari per quintile di consumo.

Valori %, anno 2012

[Figure 4a.2. Composition of social-health consumptions by consumption quintile.

Percentage, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

Cure odontoiatriche e assistenza a non-autosufficienti continuano a comportarsi come “bene di lusso”, mentre farmaci e specialistica da “beni primari”.

4a.2. Il fenomeno delle rinunce alle spese socio-sanitarie

Nel 2011 sono 2.902.119 i nuclei familiari, in Italia, che hanno dichiarato di avere almeno un componente della famiglia che ha rinunciato a cure o a trattamenti sanitari, ovvero il 40,5% delle residenti: rappresentano il 42,2% nel I quintile per reddito disponibile, il 45,7% nel II, il 40,5% nel III, il 37,1% nel IV ed il 38,8% nell'ultimo.

Si evince quindi un meccanismo di protezione sostanzialmente limitato a quelle del I quintile.

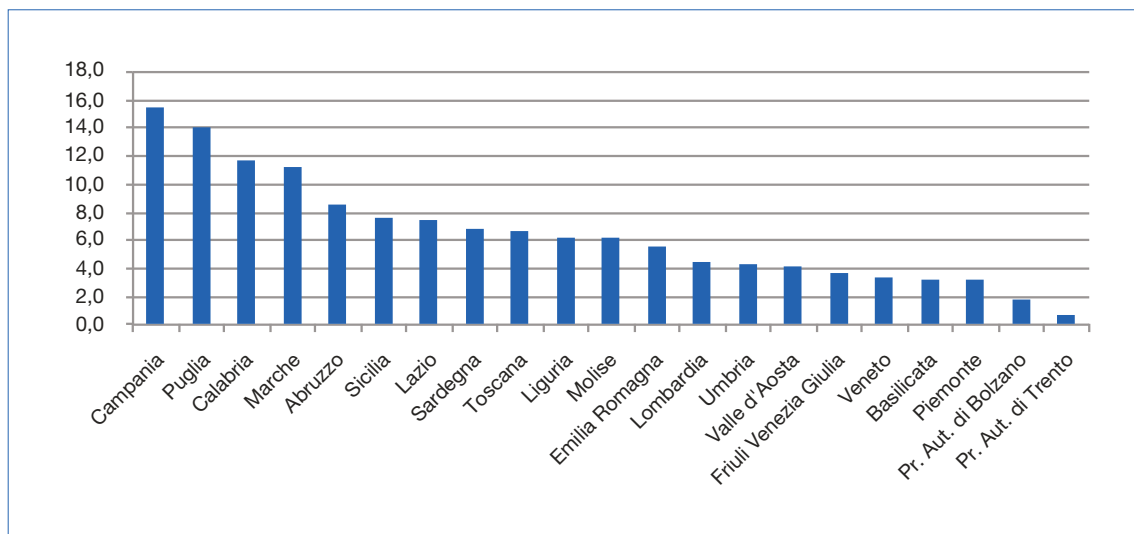
Il fenomeno coinvolge in maggior misura le famiglie residenti nel Nord-Ovest del Paese (42,2%), poi quelle del Centro (41,8%), ed infine quelle del Nord-Est e del Mezzogiorno (39,0%): di nuovo può essere spiegato con la protezione garantita alle fasce economicamente più deboli, maggiormente presenti nel meridione.

Il 7,2% della popolazione residente *over* 15 (3.710.832 residenti) ha dichiarato di aver rinunciato a spese mediche: il 5,1% degli appartenenti alla fascia d'età 15-39, il 7,9% di quelli della 40-64 anni, il 9,4% di quelli della 65-79 anni e l'8,5% degli *over* 80.

Questo fenomeno colpisce soprattutto il Mezzogiorno: l'11,2% dei residenti *over* 15 dichiara di rinunciare a spese OOP, poi il Centro con il 7,4% ed infine il Nord, dove solo il 4,2% dei residenti dichiara di rinunciare alle spese sanitarie.

Analizzando il dato a livello regionale emerge che Campania, Puglia, Calabria e Marche sono le Regioni con la maggior quota di residenti che rinuncia alle spese sanitarie; tra quelle con la quota più bassa citiamo la Lombardia, l'Umbria, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, il Veneto, la Basilicata, il Piemonte e le PP.AA. di Trento e Bolzano.

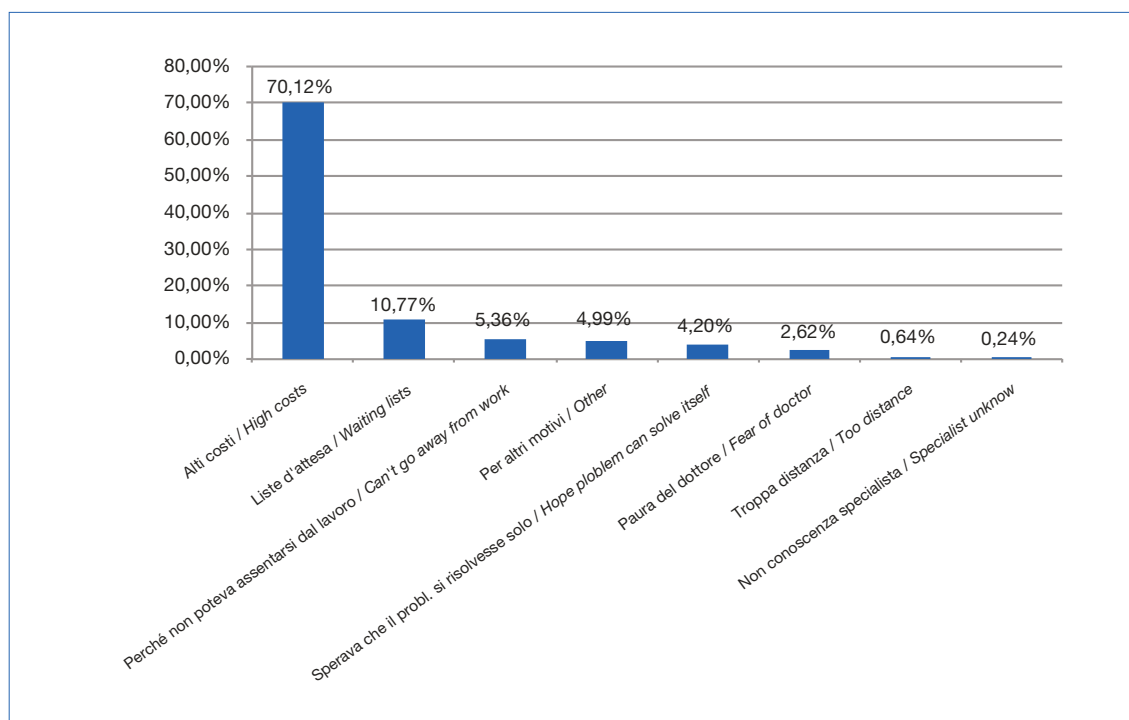
Confrontando il dato delle rinunce con l'esito della valutazione di adempienza rispetto al "Mantenimento dell'erogazione dei LEA" del Ministero della Salute per l'anno 2011, è possibile osservare come le tre Regioni con la quota maggiore di rinunce coincidano con quelle con esito di valutazione 'Critica' (Campania, Puglia e Calabria); analogamente, quasi tutte le Regioni che risultano adempienti nella valutazione LEA presentano una bassa quota di popolazione che rinuncia alle spese sanitarie. Solo tre Regioni presentano un comportamento "anomalo": le Marche con una quota di residenti che rinuncia, pari all'11,7%, superiore alla media nazionale, risulta adempiente nella valutazione LEA; l'Abruzzo presenta una elevata quota di rinunce risultando adempiente con limitazioni; il Molise, al contrario, presenta una quota di rinunciatari inferiore alla media nazionale e risulta adempiente parzialmente al mantenimento dell'erogazione LEA.

Figura 4a.3. Quota di popolazione che rinuncia a cure o trattamenti.**Valori %, anno 2011***[Figure 4a.3. Percentage of people who give up to therapies or treatments.**Percentage, 2011]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Prendendo in analisi i motivi delle rinunce emerge che più dell'80% della popolazione che rinuncia lo fa per motivi economici (70,12%) e per effetto delle liste d'attesa (10,77%). Il primo motivo è maggiormente presente nelle Regioni del Mezzogiorno (76,00%), il secondo in quelle del Centro (15,10%).

Il 2011 risulta essere il primo anno, negli ultimi sette anni ad eccezione del 2008 e 2009, in cui la quota di chi rinuncia alle cure per motivi economici, supera largamente il 50% (52,4% e 53,5% rispettivamente nel 2008 e 2009).

Figura 4a.4. Motivi di rinuncia a cure o trattamenti. Valori %, anno 2011*[Figure 4a.4. Surrender causes to therapies or treatments. Percentage, year 2011]*

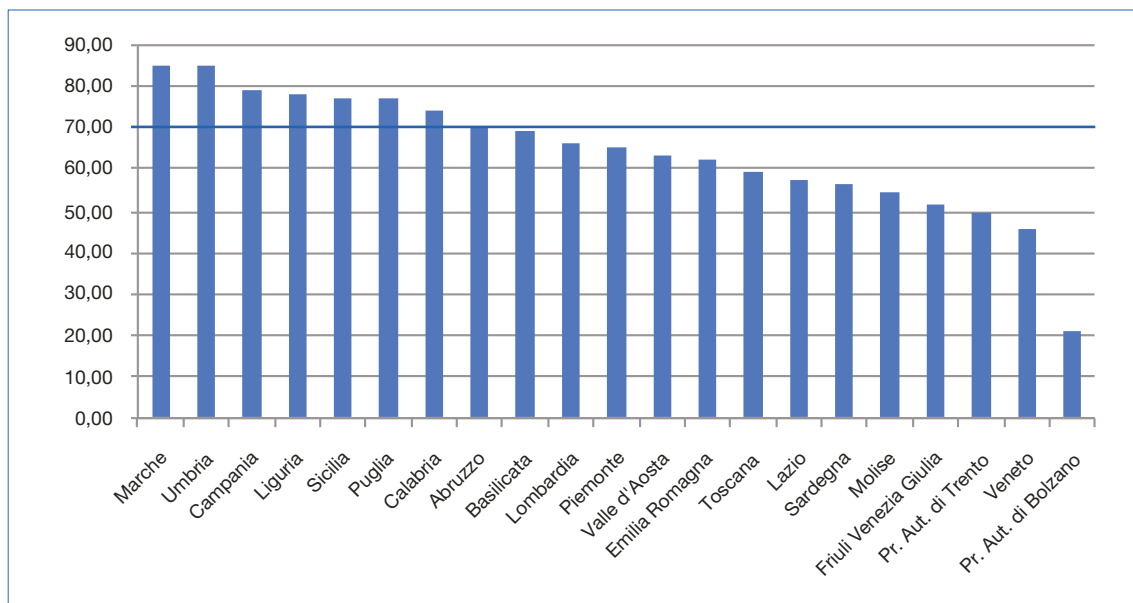
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Analizzando il fenomeno a livello regionale notiamo che la maggior quota di popolazione che rinuncia ai trattamenti sanitari a causa dei costi si registra in Regioni quali Marche (85,30%), Umbria (84,74%), Campania (79,29%) e Liguria (78,06%); tra le Regioni con la minor quota citiamo la P.A. di Bolzano (20,76%), il Veneto (45,39%), la P.A. di Trento (50,01%) ed il Friuli Venezia Giulia (51,44%).

Anche in questo caso, rapportando il dato delle rinunce all'esito della valutazione LEA, è interessante sottolineare che Marche, Umbria e Liguria, risultanti peraltro adempienti nella valutazione LEA, presentano una elevata quota di residenti che rinuncia per motivi economici a curarsi, rispettivamente pari a 85,30%, 84,74% e 78,10%; Lazio e Molise, invece, risultano adempienti con limitazioni e presentano una quota di rinunce inferiore alla media nazionale. Per le restanti Regioni si riscontra una rispondenza tra esito della valutazione LEA e quota di residenti che rinuncia per motivi economici a sostenere spese sanitarie.

Figura 4a.5. Popolazione che rinuncia alle cure per motivi economici. Valori %, anno 2011

[Figure 4a.5. People who give up to therapies or treatments for economics causes. Percentage, 2011]

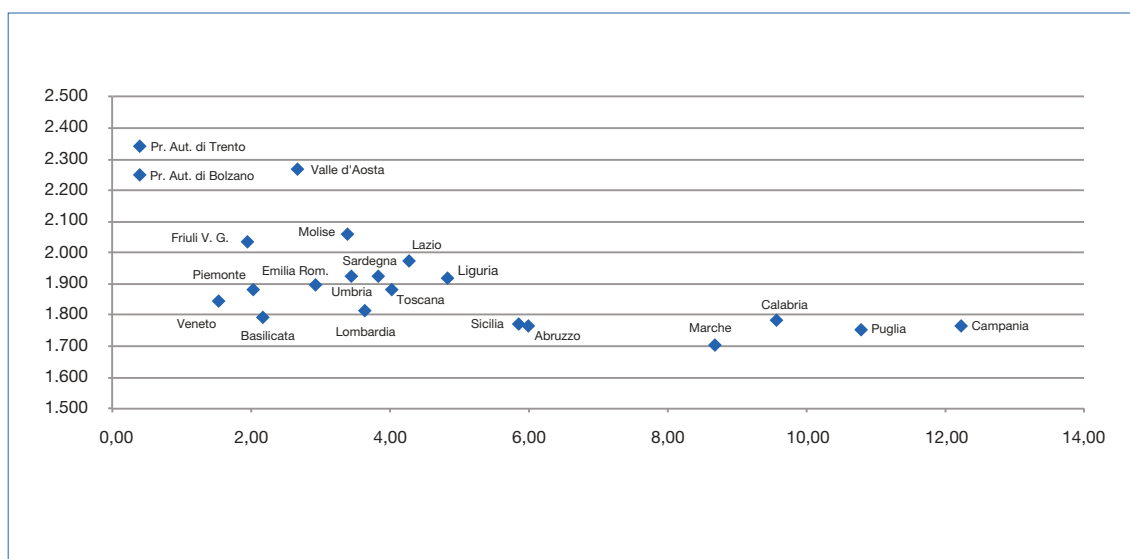


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Prendendo in considerazione la spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata sostenuta dalle Regioni e la quota dei residenti che rinuncia alle spese sanitarie per motivi economici, è possibile notare come i due parametri siano strettamente correlati: quanto maggiore è la spesa pubblica pro-capite, tanto minore è la quota di popolazione che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici. La P. A. di Bolzano presenta il maggior valore di spesa sanitaria pubblica pro capite (€ 2.333,73) e la minor quota di popolazione che rinuncia per motivi economici a curarsi (0,38%); La Campania invece risulta essere la Regione con la spesa pro capite più bassa (€ 1.768,63) e la maggior quota di popolazione (12,23%) che rinuncia a sostenere spese sanitarie. L'unica eccezione è rappresentata dalla Valle d'Aosta che con una spesa pro-capite di € 2.268,67 ha una quota di rinuncia pari al 2,66%: fenomeno che potrebbe anche essere legato ad un bias dovuto alle piccole dimensioni della Regione.

Figure 4a.6. Spesa sanitaria pubblica pro-capite e quota rinunce per motivi economici. Valori assoluti (€) e %, anno 2011

[Figure 4a.6. Per capita public health expenditure(€) and percentage of waivers for economic causes, 2011]



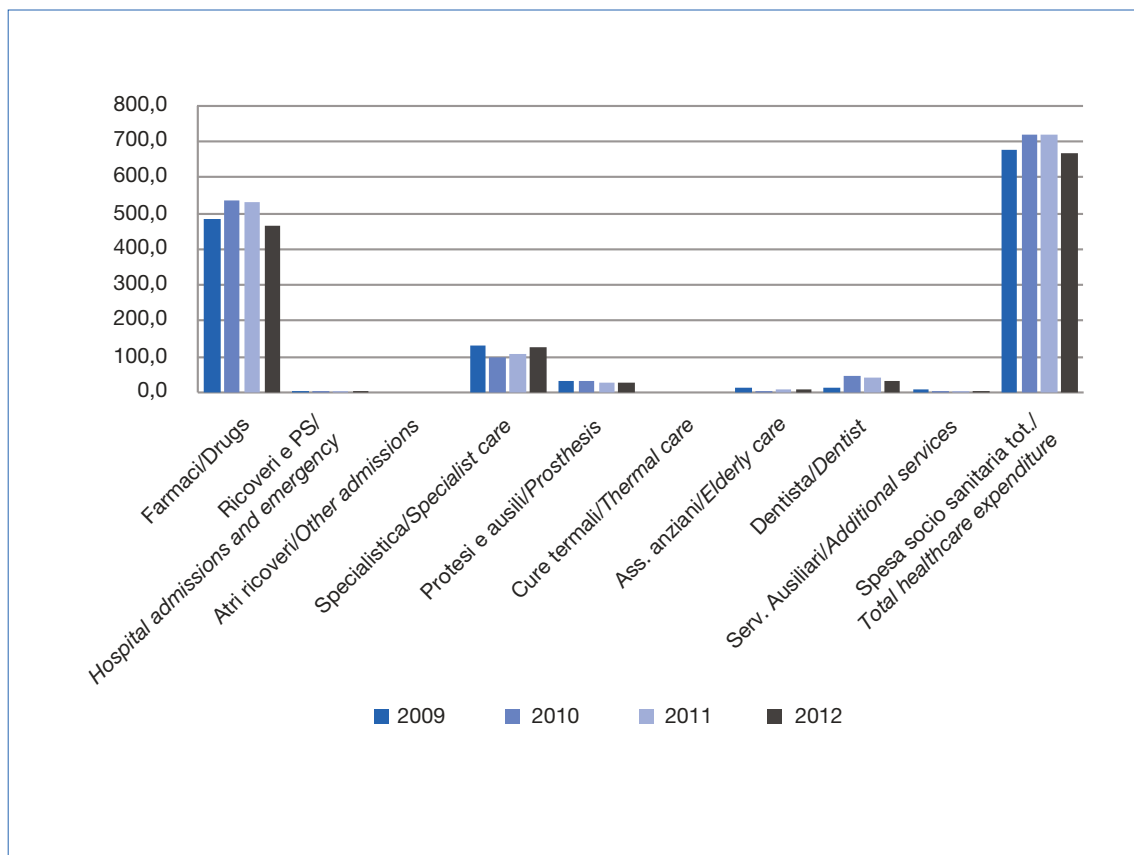
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat e Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Istat and Ministry of Health data]

4a.3. Povertà, impoverimento e catastroficità

Nel 2012 la quota di famiglie povere (“povertà relativa”) è aumentata raggiungendo il 12,7%, a fronte dell’11,1% riscontrato nell’anno precedente. Queste famiglie hanno ridotto i loro consumi complessivi dello 0,33% (€ 12.065,4 nel 2012); anche la quota destinata al socio-sanitario si è ridotta, di 0,4 punti percentuali, attestandosi al 5,6% dei consumi complessivi. La spesa effettiva annua sostenuta da queste famiglie per il socio-sanitario è pari a € 668,6 (€ 721,5 nel 2011), costituita prevalentemente da quella per i farmaci.

Figura 4a.7. Spese socio-sanitarie OOP effettive delle famiglie povere Valori assoluti annui (€), anni 2009-2012

[Figure 4a.7. Annual effective Out Of Pocket social-health expenditures of poor families (€), 2009-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

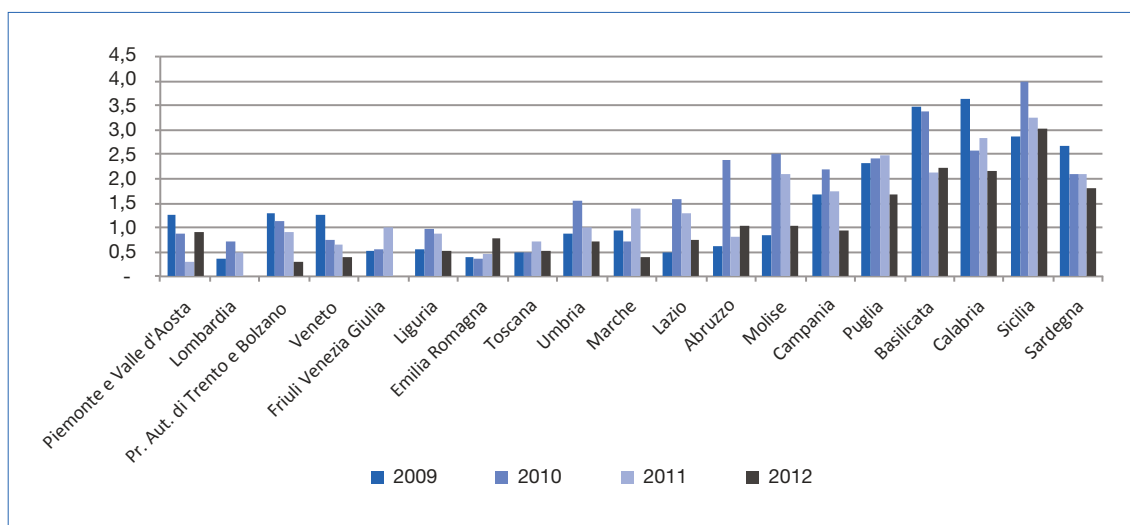
Si ricorda che il fenomeno dell'impoverimento riguarda tutte quelle famiglie che, a causa delle spese socio-sanitarie OOP, scendono al di sotto della soglia di povertà relativa. Nel calcolo della spesa sostenuta dalle famiglie sono state considerate le voci dall'indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat, ad esclusione di quelle relative ad assicurazioni vita, rendite vitalizie, mutuo per acquisto abitazioni e restituzione di prestiti; la soglia di povertà relativa utilizzata è stata quella pubblicata dall'Istat per gli anni in analisi. Le famiglie soggette a

spese catastrofiche sono invece tutte quelle famiglie che sostengono spese per la sanità superiori al 40% della loro *Capacity to Pay* (CTP). La CTP di una famiglia rappresenta la differenza tra la spesa totale sostenuta e le spese di sussistenza, convenzionalmente identificate con la soglia di povertà assoluta; le soglie di povertà assoluta adottate per gli anni in analisi sono quelle pubblicate dall'Istat nell'anno 2002, rivalutate con l'indice dei prezzi al consumo, allo scopo di permettere analisi omogenee in serie storica e garantire continuità con le analisi precedenti.

Nel 2012, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese socio-sanitarie OOP si è ulteriormente ridotta, pur se in minor misura rispetto al biennio precedente: 41.854 famiglie in meno rispetto al 2011 risultano impoverite (1,05% delle famiglie residenti, 266.820). Considerando solo quelle che hanno sostenuto spese socio-sanitarie, la quota delle impoverite ha perso 0,7 punti percentuali rispetto al 2011, raggiungendo l'1,7% (2,4% nel 2010 e 2,0% nel 2011).

Figura 4a.8. Famiglie impoverite per spese socio-sanitarie OOP. Valori %, anni 2009-2012

[Figure 4a.8. Impoverished families to cause of Out Of Pocket social health expenditure. Percentage, 2009-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

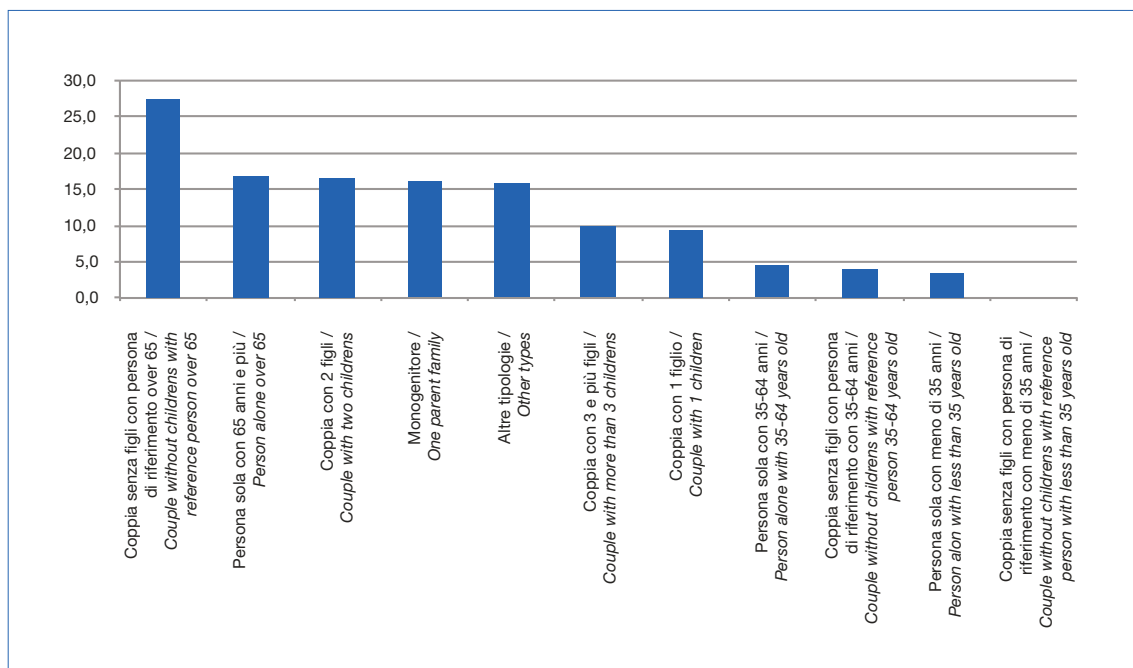
Queste famiglie consumano mediamente all'anno € 14.001,3 (€ 15.193,8 nel 2011) e destinano alle spese socio-sanitarie il 14,7% dei loro consumi (14,4% nel 2011), a fronte del 4,0% delle famiglie in generale: dato questo che descrive una incomprimibilità di queste spese per queste famiglie che, per sostenerle, hanno evidentemente dovuto rinunciare ad altro.

Analizzando come il fenomeno colpisca le diverse tipologie di famiglie, notiamo che le più colpite sono le coppie senza figli con persona di riferimento *over* 65 anni: il 27,53% di queste si sono impoverite per spese socio-sanitarie OOP, seguite dalle persone solo *over* 65 (16,81%); le meno colpite sono invece, come era lecito attendersi, le famiglie giovani: persona sola con meno di 35 anni (3,39%) e coppie senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni (3,96%).

Figura 4a.9. Quota famiglie impoverite – Per tipologia di famiglia.

Valori %, anno 2012

[Figure 4a.9. Share of impoverished families - By type of family. Percentage, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

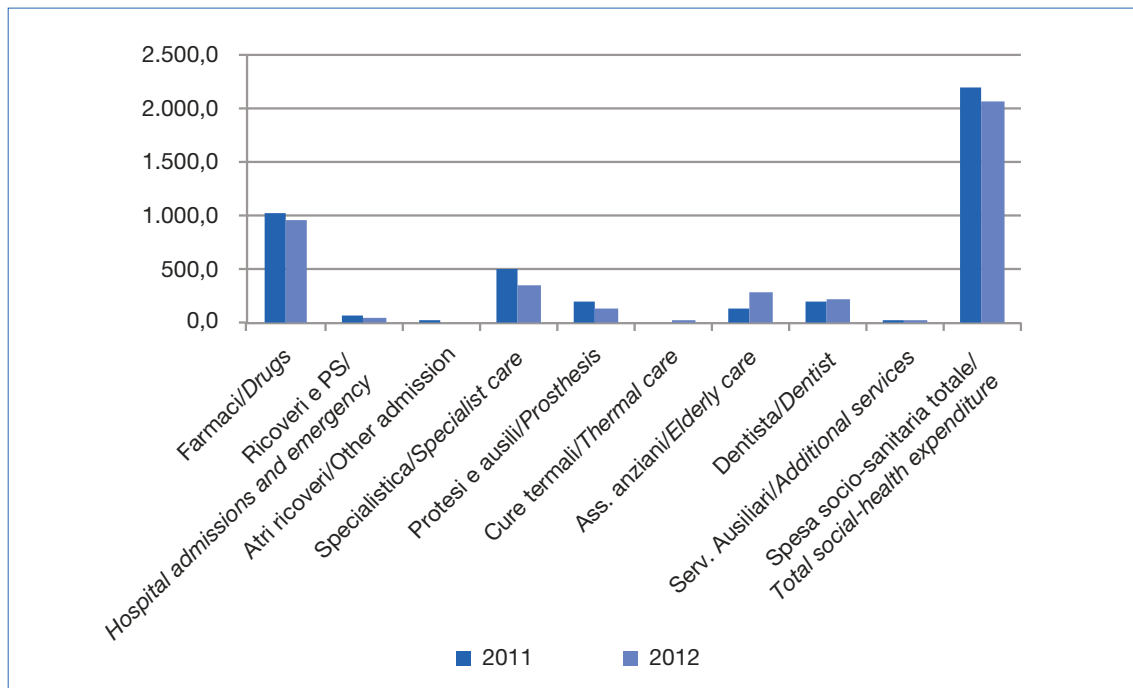
Al fine di individuare il rischio d'impoverimento a carico delle famiglie a causa dei consumi socio-sanitari è stata ripetuta l'analisi già effettuata e presentata nelle precedenti edizioni del Rapporto Sanità (Doglia e Spandonaro, 2006); utilizzando un modello logistico la cui variabile dipendente è l'impoverimento, mentre il numero di anziani, la Regione di residenza e i quintili di reddito standardizzati rappresentano le variabili esplicative, emerge che le famiglie con un anziano hanno il 60% di possibilità in più di impoverirsi rispetto a quelle senza anziani; quando gli anziani sono due o più, questa relazione aumenta proporzionalmente.

Chiaramente, l'impoverimento è fortemente condizionato dai livelli di reddito disponibili, cioè dalle capacità di spesa delle famiglie.

Nel 2012 le famiglie impoverite hanno destinato una quota minore ai farmaci, che è passata dal 47,1% del 2011 al 46,5%; la specialistica è passata dal 23,2% al 17,2%; mentre una quota maggiore è invece stata destinata al dentista e ai non-autosufficienti, 11,2% e 14,4% rispettivamente (9,0% e 6,6% nell'anno precedente).

Figura 4a.10. Spesa socio-sanitaria OOP delle famiglie impoverite. Valori assoluti (€), anni 2011-2012

[Figure 4a.10. Out Of Pocket social-health expenditure of impoverished families (€), 2011-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Il fenomeno della catastoficità si è, invece, inasprito ulteriormente nel 2012: 870.164 famiglie (3,4% delle residenti) sono state soggette a spese socio-sanitarie catastofiche (122.568 in più rispetto all'anno precedente).

Queste famiglie rappresentano il 5,6% di quelle che sostengono spese OOP (4,8% nei due anni precedenti).

Nel 2012 la spesa media annuale delle famiglie soggette a spese catastofiche, si è però ulteriormente ridotta raggiungendo i € 19.418,7 annui.

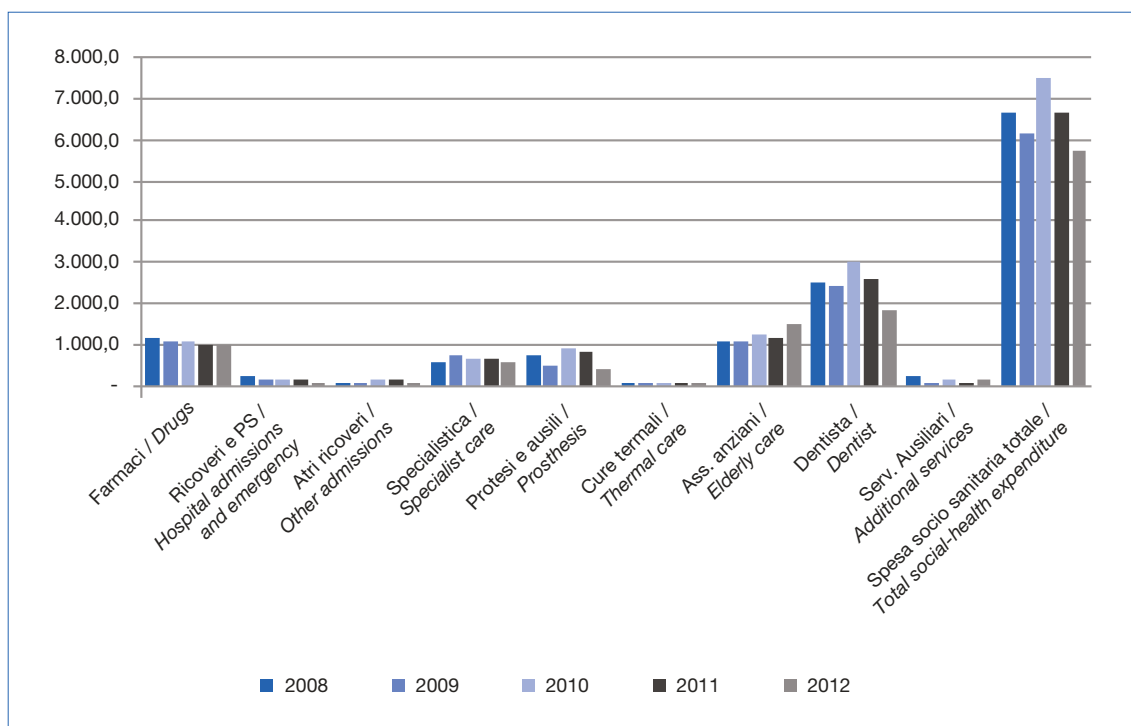
Dopo la "ripresa post prima crisi", in corrispondenza della "seconda crisi", si è assistito ad un nuovo calo dei consumi socio-sanitari, raggiungendo i € 5.719,5 annui (-14,2%

rispetto al 2011). Al socio-sanitario hanno destinato il 29,4%, quota inferiore a quella post prima crisi, 29,9% (2009).

Analizzando la composizione della spesa OOP di queste famiglie, notiamo che nel 2012 è aumentata la quota destinata ai farmaci, 17,9% (15,6% nel 2011) e specialmente quella destinata all'assistenza dei non-autosufficienti (25,9%), essendosi ridotta invece quella per il dentista (31,8%) che evidentemente può essere procrastinata.

Figura 4a.11. Spesa socio-sanitaria OOP delle famiglie soggette a spese catastrofiche. Valori assoluti (€), anni 2008-2012

[Figure 4a.11. OOP social-health expenditure of catastrophic families (€), 2008-2012]



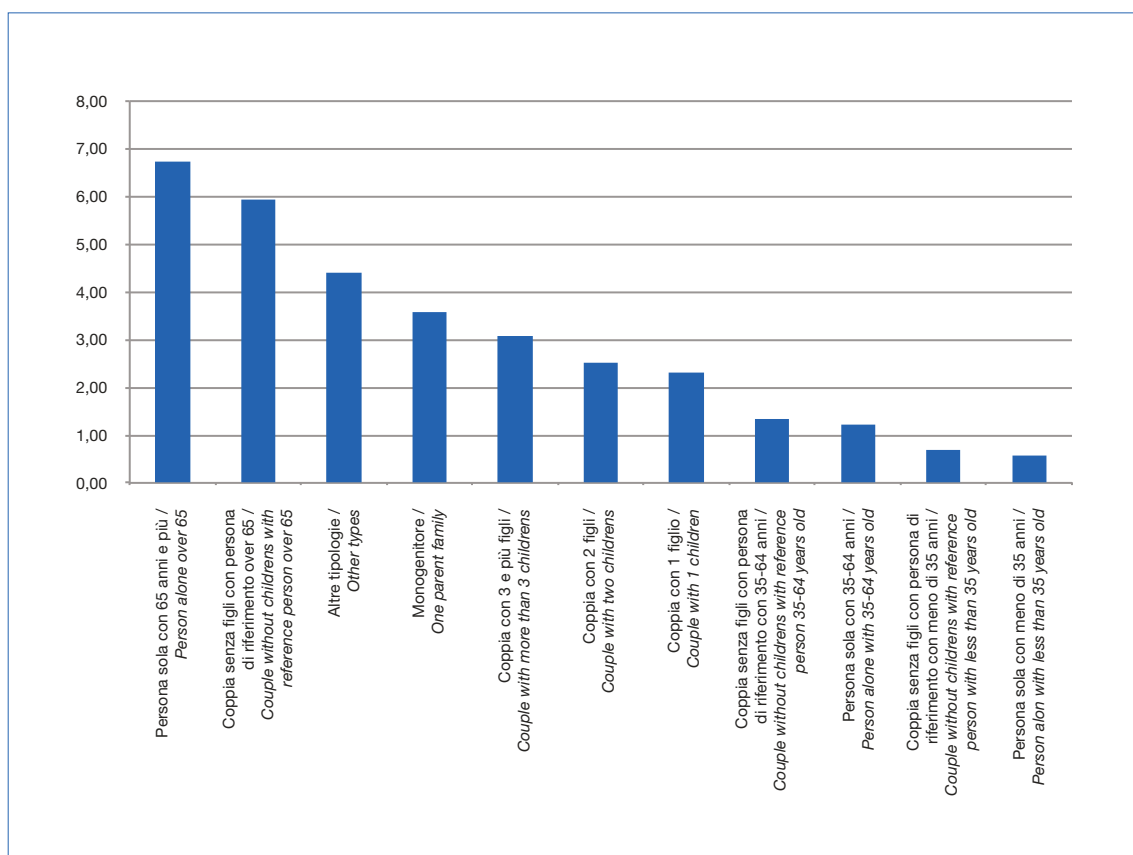
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Analizzando come il fenomeno colpisca le diverse tipologie di famiglie, notiamo che le più colpite dalla catastroficità sono le persone sole over 65 anni: il 6,67% di queste è soggetta a spese catastrofiche, seguite dalle coppie senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più (5,94%); le meno colpite sono ovviamente le famiglie giovani: persona sola con meno di 35 anni (0,58%) e le coppie senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni (0,68%).

Figura 4a.12. Quota famiglie catastrofiche - Per tipologia di famiglia.

Valori in %, anno 2012

[Figure 4a.12. Share of catastrophic families – By type of family. Percentage, 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

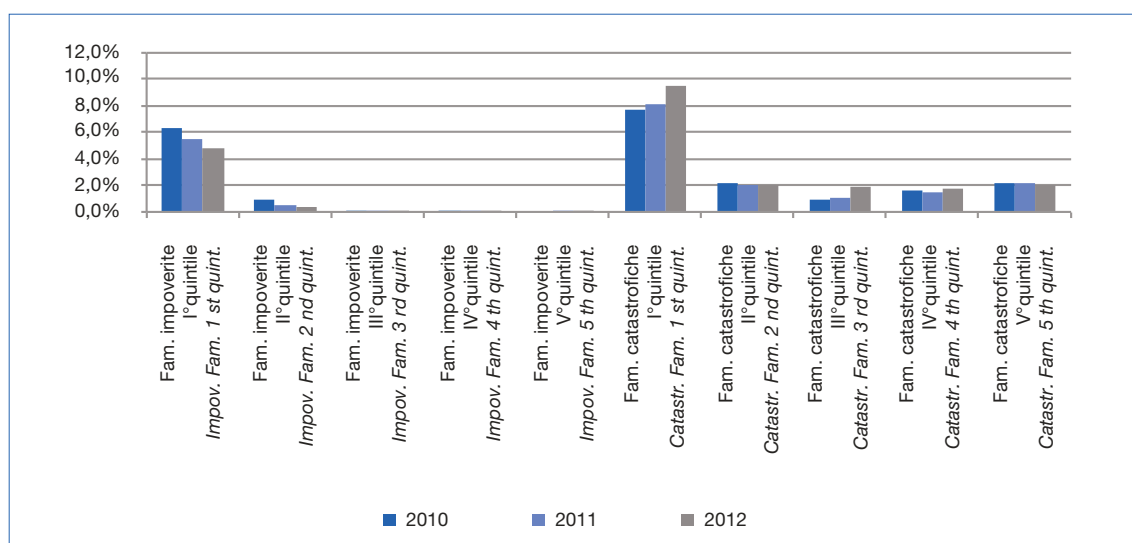
Il modello di regressione logistica è stato applicato anche a questo fenomeno: le variabili esplicative sono le stesse del modello precedente, e cioè il numero di anziani, la ripartizione territoriale e i quintili di reddito disponibile, mentre la variabile dipendente consiste nell'indicatore delle famiglie con spese catastrofiche.

È ancora evidente come il rischio di spese catastrofiche dipenda dal “rischio sanitario”: è interessante notare che rispetto alle famiglie senza anziani, le possibilità di essere soggetti a spese catastrofiche sono tre volte più elevate per quelle famiglie che hanno un anziano e 2,2 volte per quelle con due o più anziani.

Analizzando la distribuzione delle famiglie impoverite e catastrofiche nei diversi quintili di consumo, si conferma che il primo fenomeno coinvolge prevalentemente le famiglie dei primi due quintili (4,8% e 0,4% rispettivamente), in riduzione però rispetto agli anni precedenti. È in crescita invece il fenomeno della catastroficità nelle famiglie del 1° quintile: il 9,5% di queste sostengono spese socio-sanitarie OOP che superano il 40% della loro CTP.

Figura 4a.13. Distribuzione delle famiglie povere, impoverite e catastrofiche per quintile di consumo. Valori %, anni 2010-2012

[Figure 4a.13. Distribution of poor, impoverished and catastrophic families – By quintile of consumption. Percentage, 2010-2012]

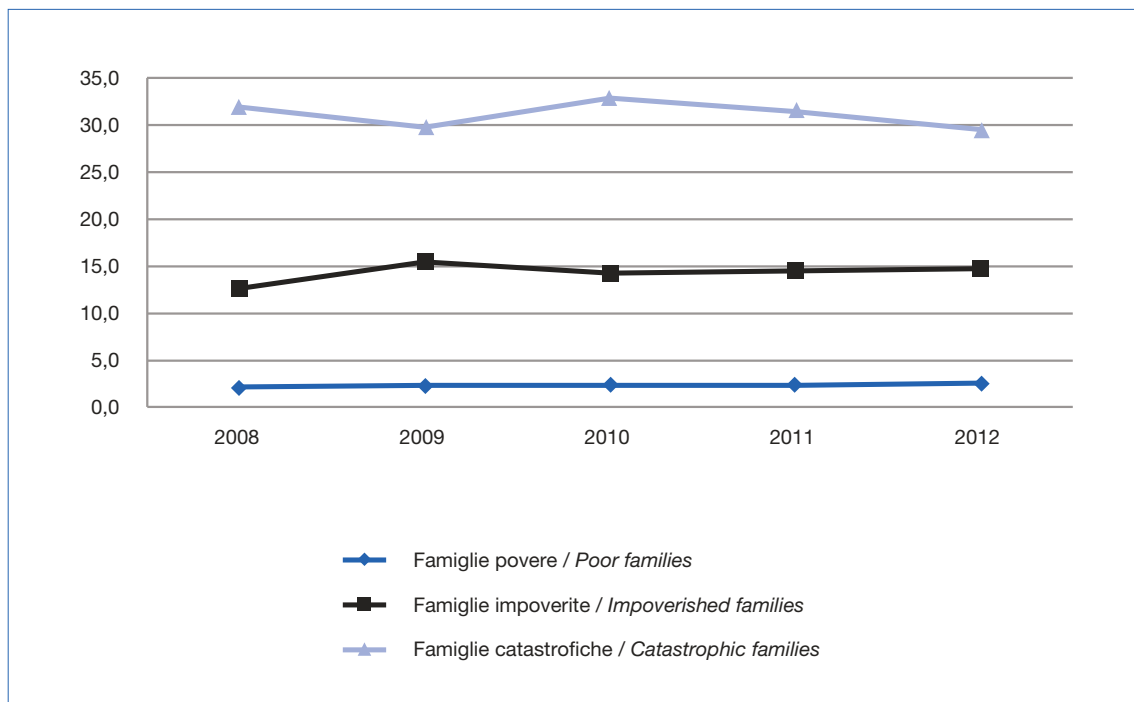


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

La quota media dei consumi delle famiglie destinata al socio-sanitario dopo una riduzione subita in corrispondenza della prima crisi finanziaria, nel 2009 (3,9%), nel 2010 è aumentata raggiungendo il 4,0%, rimanendo costante poi nel biennio successivo, sebbene su livelli più bassi rispetto al 2008 (4,2%). Analizzando il dato in base al quintile di consumo è possibile notare che nel 2012 si è inasprito il fenomeno dell'impoverimento in termini di quota dei consumi che queste famiglie destinano al socio-sanitario: se nel 2011 era rimasta pressoché invariata rispetto all'anno precedente (14,4% nel 2011), nel 2012 ha raggiunto il 14,7%; di contro nella catastoficità: tale quota rappresenta il 29,5%, a fronte del 31,4% riscontrato nel 2011.

Figura 4a.14. Quota di spesa destinata al socio-sanitario dalle famiglie povere, impoverite e catastofiche. Valori %, anni 2008-2012

[Figure 4a.14. Share of social-health expenditures on overall consumptions of poor, impoverished and catastrophic families. Percentage, 2008-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

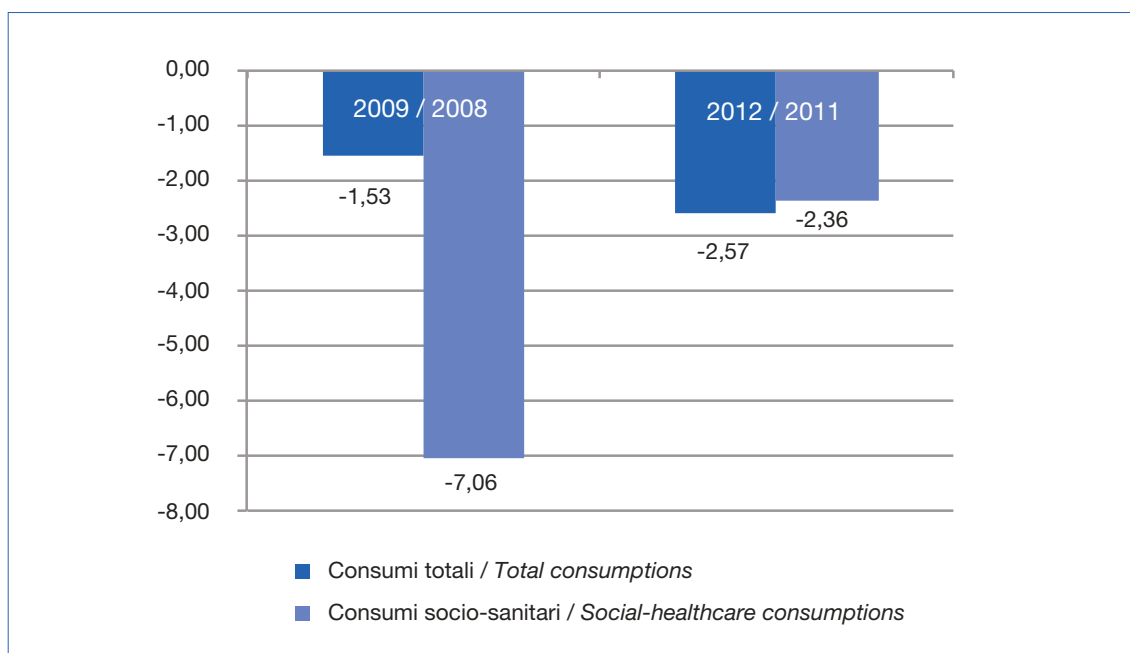
Simulando un incremento del 5% delle soglie di povertà assoluta e relativa il numero di famiglie impoverite aumenta passando da 266.820 a 288.684 (+0,08%); così come quello di quelle soggette a spese catastrofiche che aumenta del +0,12% (976.055 nuclei).

4a.4. La risposta del Sistema alle due crisi finanziarie

Prendendo in analisi i bienni 2008-2009 e 2011-2012 si può notare come in corrispondenza della prima crisi finanziaria la riduzione dei consumi socio-sanitari sia stata molto maggiore, -7,1% (da € 1.201,8 a € 1.117,0), contro il -2,4% (da € 1.168,8 a € 1.141,2) del biennio 2011/2012: dato che lascia pensare ad una incomprimibilità ulteriore di questi ultimi.

Figura 4a.15. Consumi totali e socio-sanitari – Variazioni. Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011

[Figure 4a.15. Total and social-health consumptions. Percentage changes, 2009-2008 and 2012-2011]



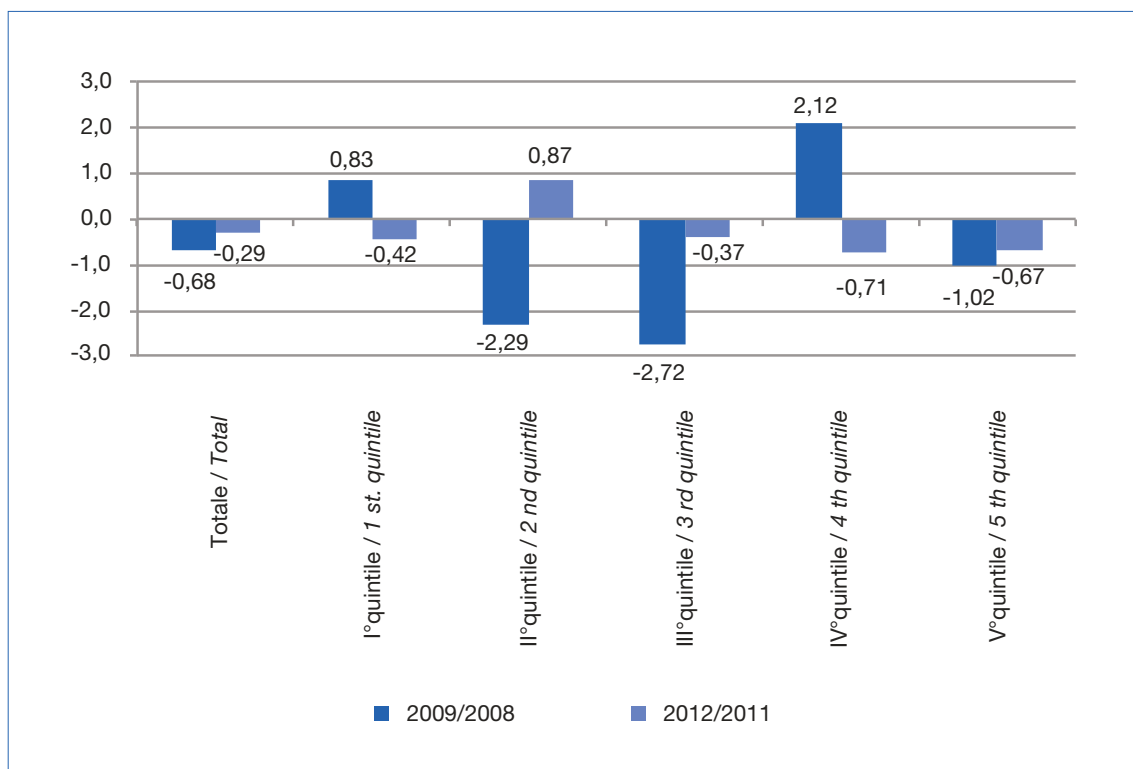
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Anche il numero di famiglie che ha fatto ricorso a spese socio-sanitarie OOP si è ridotto (-0,68%) più nel biennio 2008-2009 e meno, pari a -0,29%, in quello 2011-2012.

Analizzando il fenomeno nei diversi quintili di consumo si nota come, in corrispondenza della prima crisi, la riduzione abbia coinvolto maggiormente il III e II quintile (-2,72% e 2,29% rispettivamente); in corrispondenza della seconda soprattutto i quintili medio-alti (-0,71 nel IV e -0,67 nel V quintile).

Figura 4a.16. Numero di famiglie con spese socio-sanitarie OOP - Variazioni per quintili di consumo. Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011

[Figure 4a.16. Families with Out Of Pocket social-health expenditures – Percentage changes by quintile of consumption, 2009-2008 and 2012-2011]

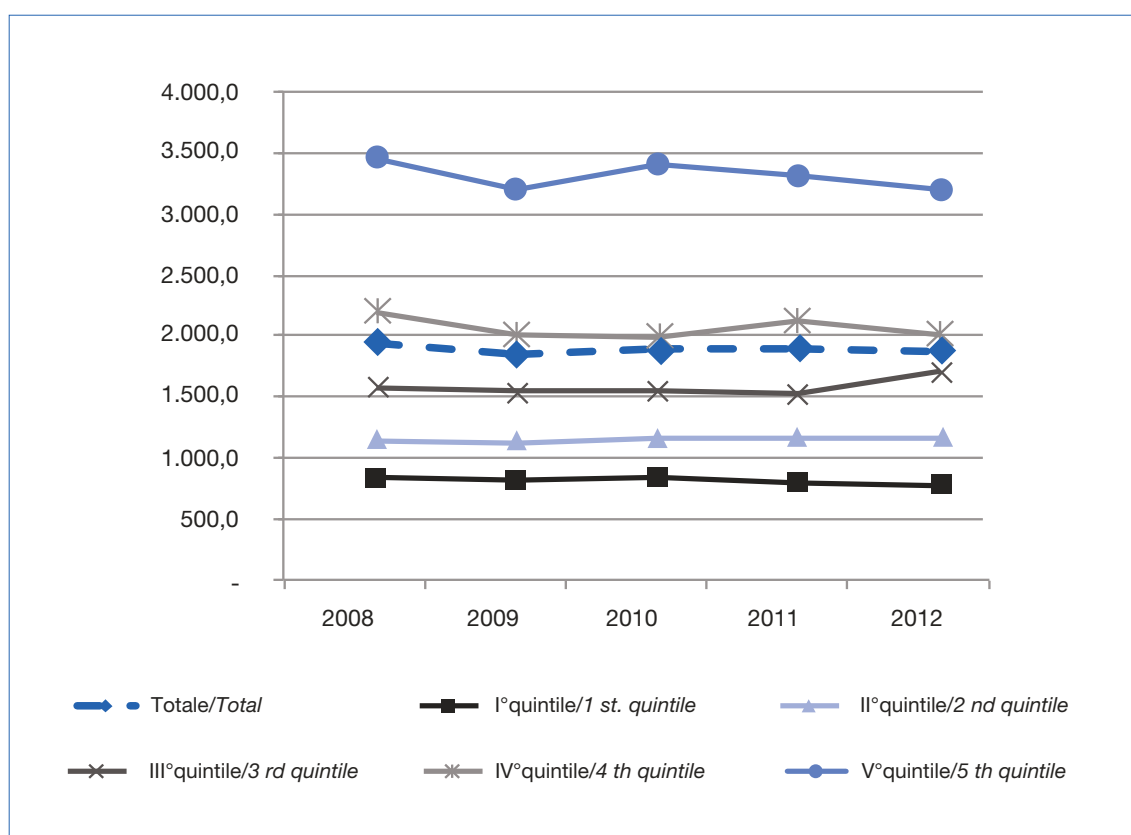


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Considerando la spesa socio-sanitaria effettiva lorda, ovvero delle sole famiglie che sostengono spese OOP, questa ha subito una maggior riduzione, -5,57%, nel 2008-2009, e -1,17% del 2011-2012. In particolare, in corrispondenza della prima crisi, si è ridotta significativamente per le famiglie dei quintili medio alti (-9,01% e -6,95% rispettivamente per IV e V quintile); in corrispondenza della seconda, anche per quelle del I quintile: dato questo che dimostra una significativa “sofferenza” di queste ultime famiglie che sono passate da una spesa media annua di € 830,2 del 2008 ad una di € 762,2 del 2012.

Figura 4a.17. Spesa socio-sanitaria OOP effettiva annua. Valori assoluti (€), anni 2008-2012

[Figure 4a.17. Annual effective OOP social-health expenditure (€), 2008-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

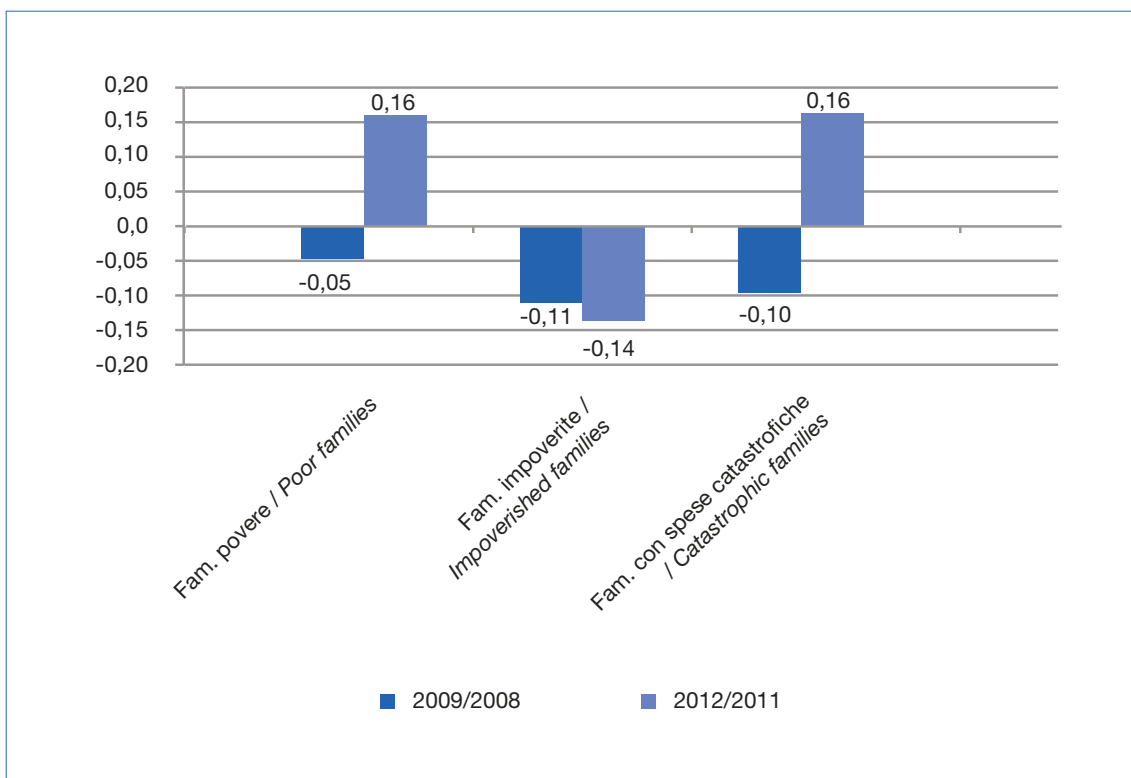
Povert , impoverimento per spese socio-sanitarie OOP e catastrocit  delle famiglie si sono ridotte nel biennio 2008-2009, ma sono aumentate in nel 2011-2012 (+0,16%); il numero di famiglie impoverite si   ridotto in entrambi i bienni, maggiormente nel secondo (-0,14%); il numero di quelle soggette a spese catastrofiche invece nel biennio 2008-2009 si   ridotto (-0,10%), ma in quello 2011-2012   aumentato (+0,16%).

Figura 4a.18. Famiglie povere, impoverite e con spese catastrofiche – Variazioni.

Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011

[Figure 4a.18. Poor, impoverished and with catastrophic expenditures families.

Percentage changes, 2009-2008 and 2012-2011]

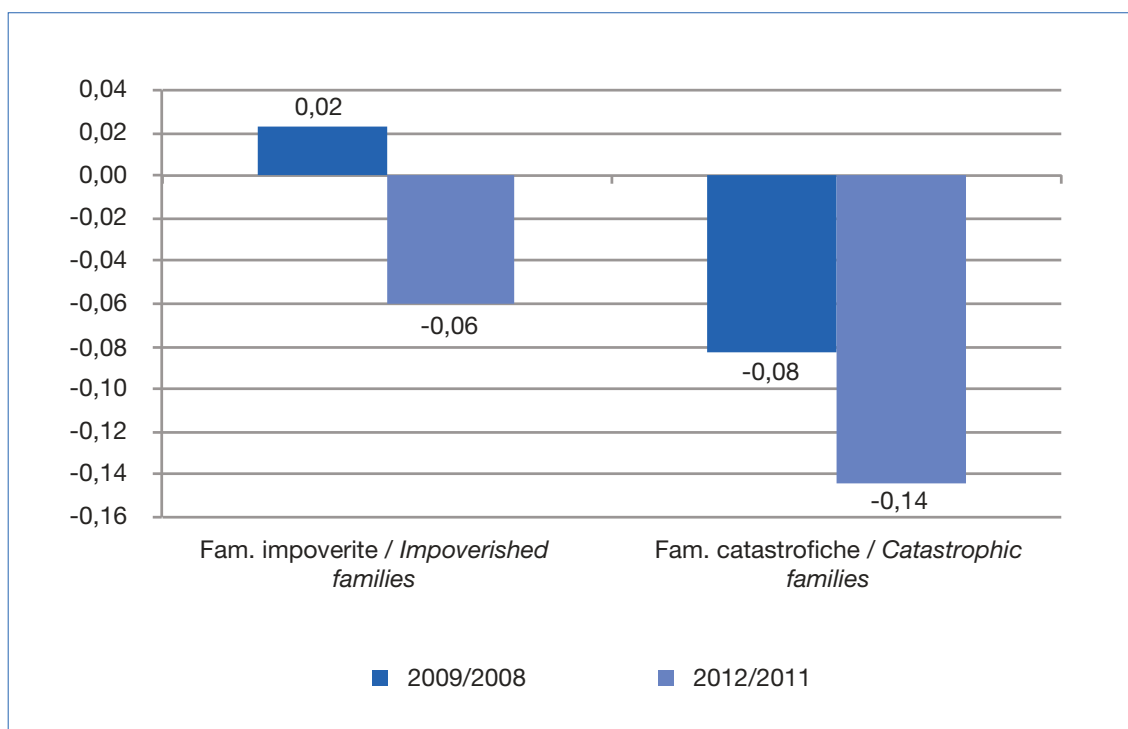


Fonte: elaborazione CREA Sanit  su dati Istat
[Source: CREA Sanit  on Istat data]

Le famiglie impoverite che nel biennio 2008-2009 avevano aumentato i loro consumi socio-sanitari OOP, nel biennio 2011-2012 li hanno ridotti dello 0,06%; i consumi di quelle soggette a spese catastrofiche si sono ridotti in maggior misura (-0,14%).

Figura 4a.19. Spesa socio-sanitaria OOP effettiva annua impoveriti e catastrofici – Variazioni. Valori %, anni 2009-2008 e 2012-2011

[Figure 4a.19. Annual effective Out Of Pocket social-health expenditure of impoverished and catastrophic families. Percentage, 2009-2008 and 2012-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

4a.5. Conclusioni

Il 40,5% delle famiglie residenti, prevalentemente dei quintili medio-bassi, nel 2011 ha rinunciato a spese socio-sanitarie OOP; si tratta del 7,2% della popolazione residente *over* 15 (3.710.832 persone), soprattutto residente nel Mezzogiorno.

Più dell'80% della popolazione che rinuncia lo fa per motivi economici (70,12%) e per effetto delle liste d'attesa (10,77%). In particolare, è possibile osservare come la quota maggiore di popolazione che rinuncia per motivi economici risiede nelle Regioni con spesa sanitaria pubblica pro capite più bassa, e viceversa.

Il 2011 risulta essere, negli ultimi sette anni, il primo, ad eccezione del 2008 e 2009 (52,4% e 53,5% rispettivamente), in cui la quota di chi rinuncia alle cure per motivi economici, supera largamente il 50%, dato che esplicita una indubbia difficoltà delle famiglie.

Dal confronto del dato delle rinunce per motivi economici con l'esito della valutazione LEA (adempimento) del Ministero della Salute è emerso che Regioni quali Marche, Umbria e Liguria, con una elevata quota di residenti che rinuncia per motivi economici a curarsi (rispettivamente pari a 85,30%, 84,74% e 78,10%), risultano adempienti; Lazio e Molise, invece, risultano adempienti con limitazioni e presentano una quota di rinunce inferiore alla media nazionale. Per le restanti Regioni si riscontra una rispondenza tra esito della valutazione LEA e quota di residenti che rinuncia per motivi economici.

In termini di impatto equitativo nel 2012, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese socio-sanitarie OOP si è ulteriormente ridotta, pur se in minor misura rispetto al biennio precedente: 41.854 famiglie in meno rispetto al 2011 risultano impoverite; ma contestualmente c'è stato un incremento di povertà (448.462 nuove famiglie) e che quindi le famiglie, piuttosto che essersi solo impoverite per spese OOP, sono diventate povere.

Queste famiglie hanno ridotto i loro consumi complessivi aumentando però la quota di questi destinata al socio-sanitario (da 14,4% a 14,7%).

Sono le coppie senza figli con persona di riferimento *over* 65 anni le più colpite dal fenomeno: le famiglie con un anziano hanno il 60% di possibilità in più di impoverirsi rispetto a quelle senza anziani.

Anche il fenomeno della catastoficità colpisce prevalentemente gli ultra-65enni e, in più si è inasprito ulteriormente nel 2012: 122.568 famiglie in più rispetto all'anno precedente,

pur avendo queste ridotto la quota destinata al socio-sanitario (29,4% dei consumi totali).

Dal confronto dei bienni 2008-2009 e 2011-2012, emerge che le spese socio-sanitarie OOP sono diventate sostanzialmente incompressibili: a fronte di una riduzione dei consumi totali e socio-sanitari avvenuta in entrambi i bienni, quelli socio-sanitari si sono ridotti più dei totali nel 2009 e meno nel 2012. Inoltre, se la prima crisi aveva visto una riduzione dei consumi nei quintili medio-alti, la seconda ha messo in “sofferenza” anche le famiglie del I° quintile che, oltre ad aver ridotto i loro consumi, hanno ridotto anche la quota di questi destinata al socio-sanitario.

Si potrebbe concludere affermando che durante la prima fase della crisi almeno le famiglie più fragili, quelle del I quintile, sono state protette, ma nella seconda anche queste hanno pagato gli effetti della crisi, che ha scaricato maggiori oneri sanitari sulle famiglie.

Riferimenti bibliografici

Istat (2014), *Microdati indagine sui consumi delle famiglie*, anni 2008-2012

Istat (2014), *Microdati indagine EUSILC*, anni 2008-2011

Ministero della Salute (2014), *Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA attraverso gli indicatori della griglia Lea: metodologia e risultati dell'anno 2011”*

Università di Roma “Tor Vergata” (2013), IX Rapporto Sanità, *Indicatori di Performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria*

Università di Roma “Tor Vergata” (2012), VIII Rapporto Sanità CEIS, *Opzioni di Welfare e integrazione delle politiche*

Capitolo 4b.

La valutazione delle *Performance*: un esercizio sui Servizi Sanitari Regionali (SSR)

d'Angela D.¹, Spandonaro F.¹

4b.1. Il contesto

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.

Nel 2013 il CREA Sanità ha lanciato il progetto "Una misura di *Performance* dei SSR", con l'obiettivo di sviluppare una misura di *Performance* capace di incorporare e mediare le preferenze dei diversi *stakeholder* del sistema.

La metodologia sviluppata si basa su un processo di esplicita elicitazione delle preferenze di un *panel* di esperti appartenenti a diverse categorie di interesse, poi sintetizzate con tecniche desunte dalle metodologie di analisi delle decisioni.

La *Performance* di ogni sistema viene descritta a partire da un insieme di dimensioni espresse da indicatori opportunamente individuati e standardizzati; per giungere ad un ordinamento delle *Performance* si adotta una funzione di composizione dei possibili stati degli indicatori, come detto alimentata dalle preferenze elicitate.

La sperimentazione ha previsto la costituzione di un *panel* di esperti, rappresentativi di cinque categorie: "Utenti" (associazioni dei cittadini, sindacati, stampa), "Professioni sanitarie" (medici ospedalieri, del territorio, del servizio di emergenza-urgenza 118, infermieri, farmacisti), "*Management*" (direttori generali, sanitari e amministrativi), "Istituzioni" (politici, ministeri, agenzie nazionali e regionali sanitarie) e "Industria medica" (aziende farmaceutiche e dei dispositivi medici, associazioni di categoria).

¹ CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata"

Il *panel*, avvalendosi di *software* sviluppati ad hoc, ha scelto le dimensioni di *Performance*, quindi gli indicatori che si ritiene possano rappresentarle, ha quindi espresso il valore sociale attribuito ai diversi indicatori, ed infine l'eventuale sostituibilità fra i diversi possibili "esiti".

In particolare, nella prima sperimentazione il *panel* ha selezionato 12 indicatori (vd. tabella 4b.1) su un set di 30, afferenti a quattro dimensioni di *Performance*: Sociale, Economico-Finanziaria, Esiti e Appropriatezza.

Tabella 4b.1. Indicatori di Performance selezionati dal *panel* (prima sperimentazione, anno 2013)

[Table 4b.1. Performance indicators selected by expert panel (first trial, year 2013)]

PROSPETTIVA	INDICATORE
Sociale (Equità)	% famiglie con anziani in carico impoverite
	% famiglie con due figli piccoli impoverite
	% famiglie impoverite con spese <i>Out Of Pocket</i>
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 CREA Sanità su risultati televoto del panel
[Source: CREA Sanità on panel televoter results]

I risultati sono espressi adottando la convenzione che il SSR con la *Performance* ottimale, ovvero con tutti i valori degli indicatori pari a quello migliore nazionale, avrà associato un indice unico di *Performance* pari a 1,00; quello invece con la *Performance* peggiore avrà un valore di 0,00.

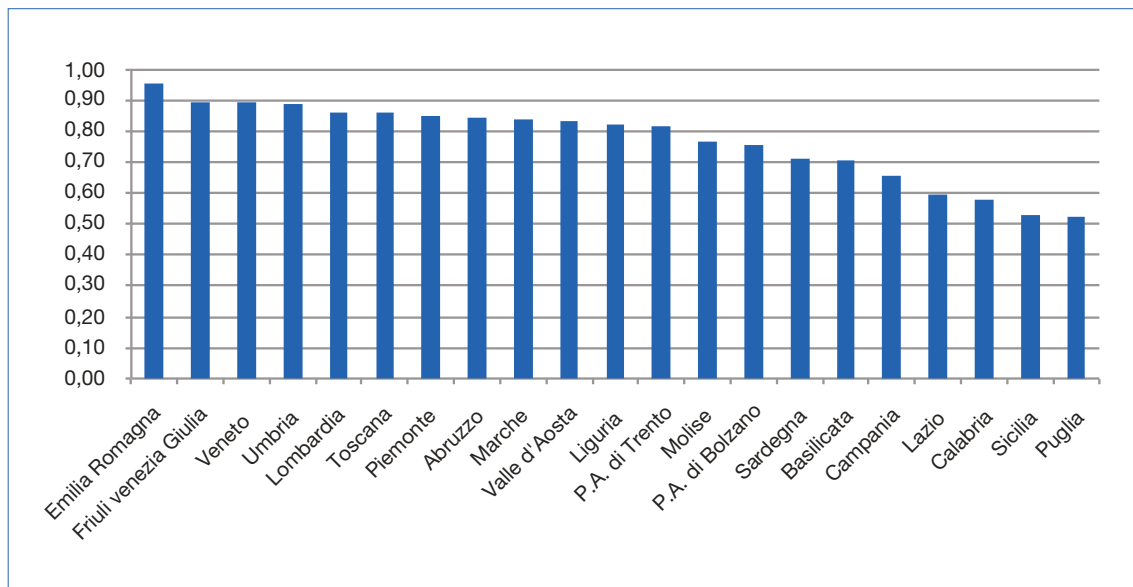
4b.2. I risultati

Gli indici di *Performance* regionali, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le categorie di *stakeholder* rappresentate nel *panel*, oscillano da un massimo di 0,95 ad un minimo di 0,52: il primo valore è associato al SSR della Regione Emilia Romagna e il secondo a quello della Regione Puglia.

La dimensione “Sociale” contribuisce alla *Performance* per il 37,4%, quella dell’“Appropriatezza” per il 33,2%, quella “Economico Finanziaria” per il 20,6% e quella “Esiti” per l’8,9%.

Figura 4b.1. Indice di *Performance* dei SSR

[Figure 4b.1. Performance index of Regional Healthcare Systems]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal *panel*
 [Source: CREA Sanità on panel preferences]

A dodici SSR è associato un indice di *Performance* superiore a 0,80; ai SSR di Molise, P.A. di Bolzano, Sardegna e Basilicata un valore maggiore a 0,70; e a cinque quali Campania, Lazio, Calabria, Sicilia e Puglia, un valore inferiore a 0,70.

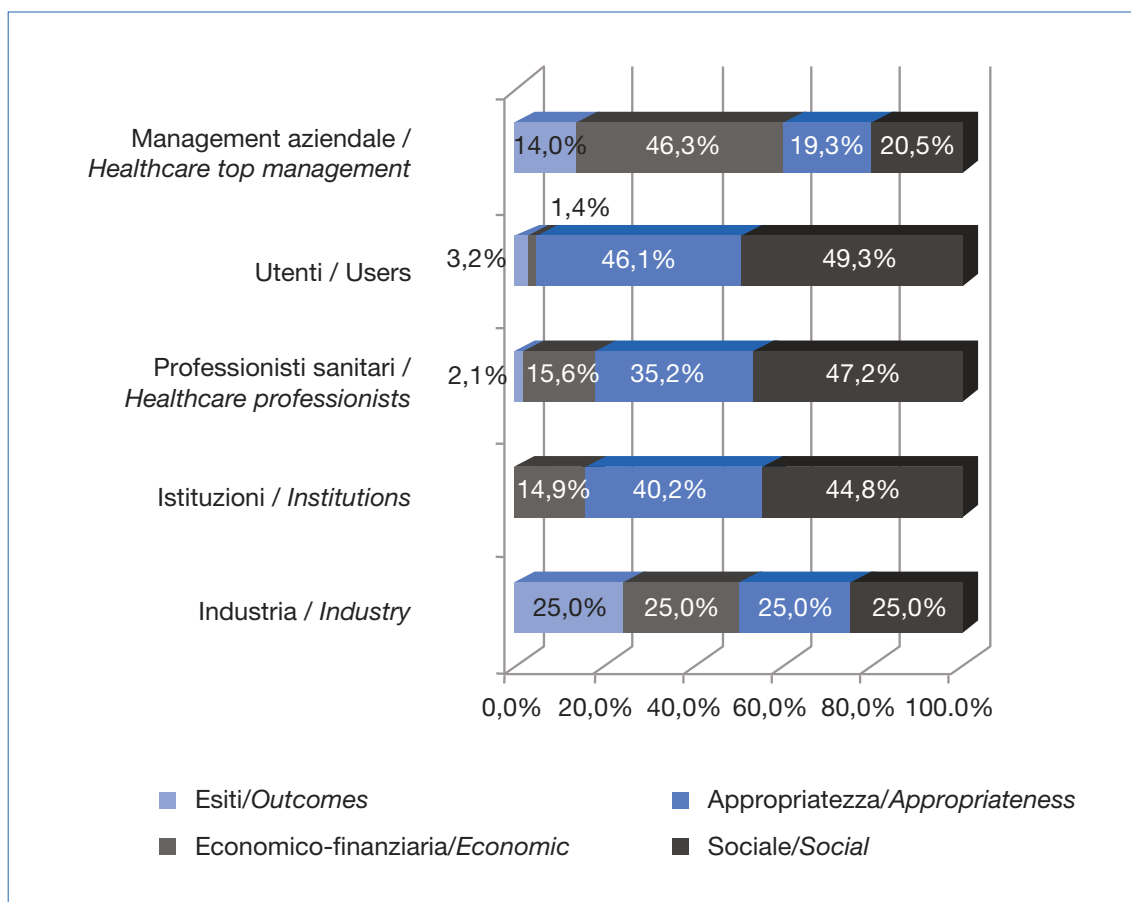
Analizzando il risultato dei processi di elicitazione delle preferenze sui singoli indicatori,

e quindi sulle dimensioni di appartenenza, e delle costanti di scambio per singola categoria di *stakeholder*, si riscontra come il “peso” da queste attribuito alle singole dimensioni e ai singoli indicatori sia significativamente differente.

In particolare, la categoria “Utenti”, ritiene che più del 95,0% della *Performance* sia da attribuire alle dimensioni “Sociale” e “Appropriatezza” (49,3% e 46,1% rispettivamente); la restante parte si divide fra “Esiti” ed “Economico-Finanziaria”: 3,2% e 1,4% rispettivamente.

Figura 4b.2. Contributo delle dimensioni alla Performance dei SSR. Per categoria di stakeholder

[Figure 4b.2. Contribution of the dimensions to the Regional Healthcare System Performance – By stakeholder categories]



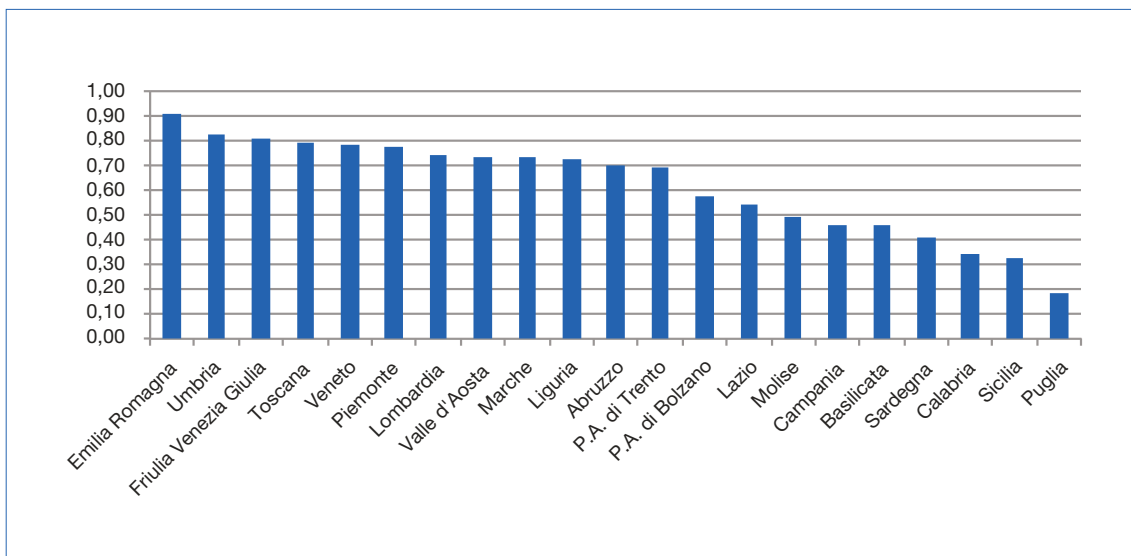
Fonte: elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel
 [Source: CREA Sanità on panel preferences]

Per questa categoria di *stakeholder* l'indice di *Performance* dei SSR varia dallo 0,90 dell'Emilia Romagna allo 0,19 del SSR Puglia. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,50; Emilia Romagna, Umbria e Friuli Venezia Giulia compresi tra 0,81 e 0,90.

Nella prospettiva degli "Utenti" i SSR umbro e toscano recuperano due posizioni diventando rispettivamente secondo e quarto. L'Emilia Romagna conferma la sua posizione (prima). Il SSR laziale da quart'ultimo recupera cinque posizioni. Restano invece invariate le ultime tre posizioni di Calabria, Sicilia e Puglia.

Figura 4b.3. Misura di *Performance* dei SSR. Prospettiva 'Utenti'

[Figure 4b.3. Regional Healthcare System Performance measurement – 'Users' prospective]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel
[Source: CREA Sanità on panel preferences]

Per la categoria "Professioni sanitarie", la dimensione "Sociale" contribuisce da sola alla *Performance* del SSR per il 47,2%, segue la dimensione "Appropriatezza" per il 35,2%; si noti che il peso dato da questa categoria alla dimensione "Economico-Finanziaria", pari al 15,6%, è ben cinque volte superiore rispetto agli "Utenti"; una quota residuale, il 2,1%, è

invece attribuita agli “Esiti”.

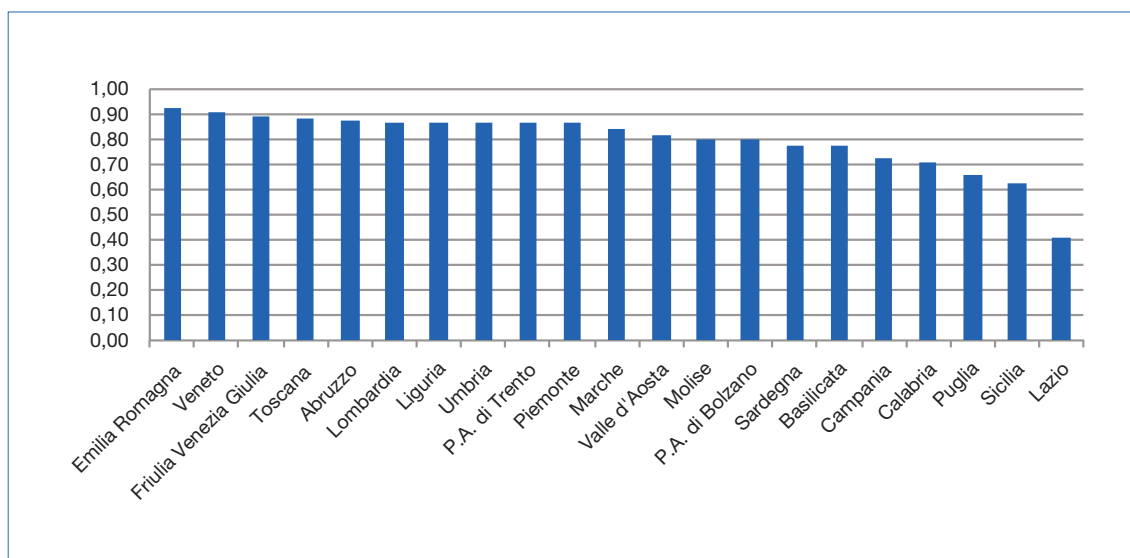
Secondo questa prospettiva l'indice di *Performance* varia dallo 0,95 dell'Emilia Romagna allo 0,22 del SSR Puglia. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,50; quelli di Emilia Romagna, Umbria e Friuli Venezia Giulia sono compresi tra 0,81 e 0,90.

Restano invariate rispetto alla valutazione complessiva le prime tre (Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia) e le ultime tre posizioni (Calabria, Sicilia e Puglia).

Nella prospettiva dei “Professionisti sanitari” i SSR piemontese e molisano perdono due posizioni (da settimo a nono il primo e da undicesimo a tredicesimo il secondo), mentre quello molisano ne recupera due, passando da quattordicesimo e dodicesimo.

Figura 4b.4. Misura di *Performance* dei SSR - Prospettiva ‘Professioni sanitarie’

[Figure 4b.4. Regional Healthcare System Performance measurement – ‘Healthcare Professionalist’ prospective]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel
[Source: CREA Sanità on panel preferences]

Per i “Manager” la dimensione “Economico Finanziaria” assume un rilievo preponderante, contribuendo per il 46,2% alla *Performance* del SSR, seguita da quella “Sociale” e dall’“Appropriatezza”, che contribuiscono ognuna per circa il 20,0%; “Esiti” contribuisce

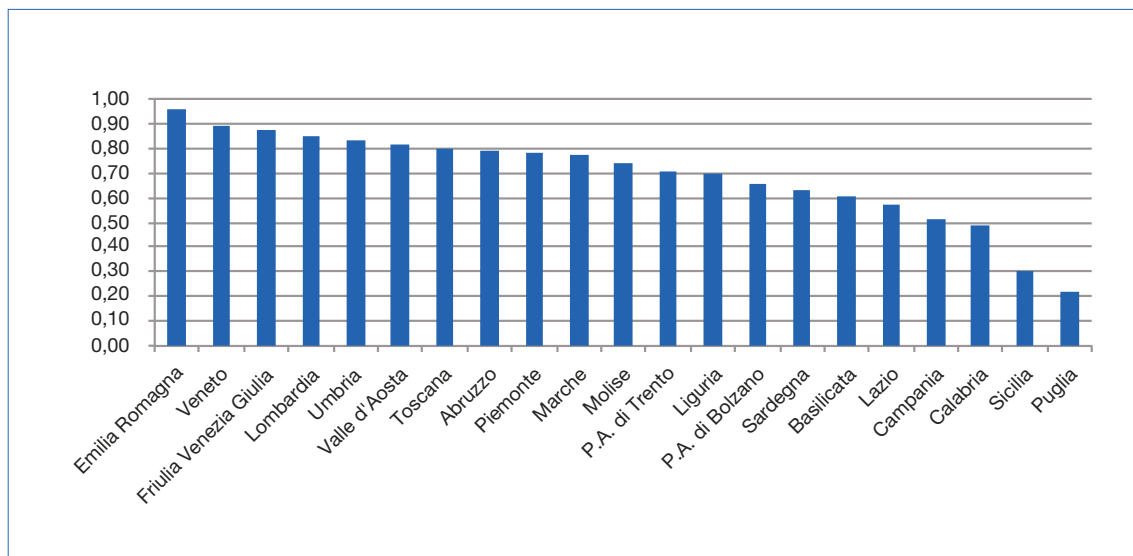
residualmente per il 14,0%.

L'indice di *Performance* varia dallo 0,93 dell'Emilia Romagna allo 0,41 del SSR della Regione Lazio. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,50; Emilia Romagna, Umbria e Friuli Venezia Giulia compresi tra 0,81 e 0,90.

Mentre restano invariate rispetto alla valutazione complessiva le prime tre posizioni (Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia), variano le ultime: il SSR della Regione Lazio da quart'ultimo diventa ultimo, quello pugliese recupera due posizioni diventando terz'ultimo, quello calabrese prende il posto di quello laziale.

Figura 4b.5. Misura di *Performance* dei SSR - Prospettiva 'Management aziendale'

[Figure 4b.5. Regional Healthcare System Performance measurement – 'Healthcare top management' prospective]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel
[Source: CREA Sanità on panel preferences]

La categoria "Istituzioni", in analogia con quanto riscontrato per la categoria "Utenti", premia le dimensioni "Sociale" ed "Appropriatezza", che forniscono i contributi maggiori alla *Performance* dei SSR (rispettivamente il 44,8% e il 40,2%), seguite in posizione residuale dalla dimensione "Economico Finanziaria" (14,9%) e "Esiti", il cui contributo è quasi nullo.

Rispetto agli “Utenti” è però maggiore il peso rappresentato dalla dimensione economica.

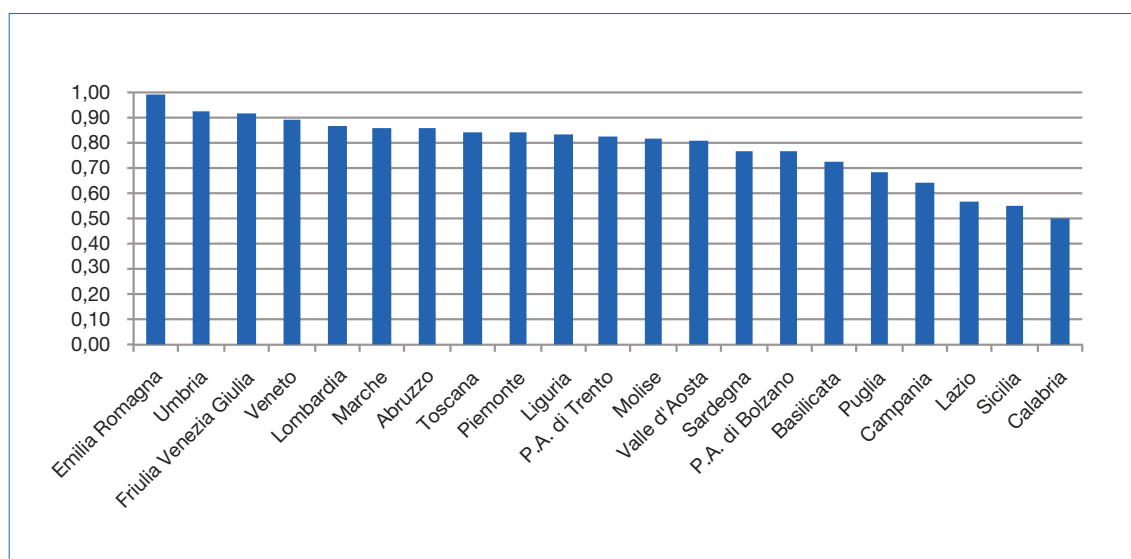
L'indice di *Performance* varia dallo 0,99 dell'Emilia Romagna allo 0,50 del SSR della Regione Calabria. Emilia Romagna, Umbria e Friuli Venezia Giulia ricoprono le prime tre posizioni, con un indice di *Performance* superiore allo 0,90. Le ultime cinque Regioni, Puglia, Campania, Lazio, Sicilia e Calabria, hanno invece indici di *Performance* tutti inferiori a 0,70.

Il SSR calabrese perde due posizioni rispetto alla valutazione complessiva, diventando ultimo, quello pugliese lascia l'ultima posizione recuperandone cinque. Quelli campano e laziale ne perdono due.

L'Emilia Romagna conserva anche in questa prospettiva la prima posizione, seguita dall'Umbria, che ne recupera due, e dal Friuli Venezia Giulia, che ne ha persa una.

Figura 4b.6. Misura di *Performance* dei SSR - Prospettiva 'Istituzioni'

[Figure 4b.6. Regional Healthcare System Performance measurement – ‘Institutions’ prospective]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel
[Source: CREA Sanità on panel preferences]

Passando infine alla categoria dell'“Industria medicale”, tutte e quattro le dimensioni contribuiscono in egual misura alla *Performance* dei SSR.

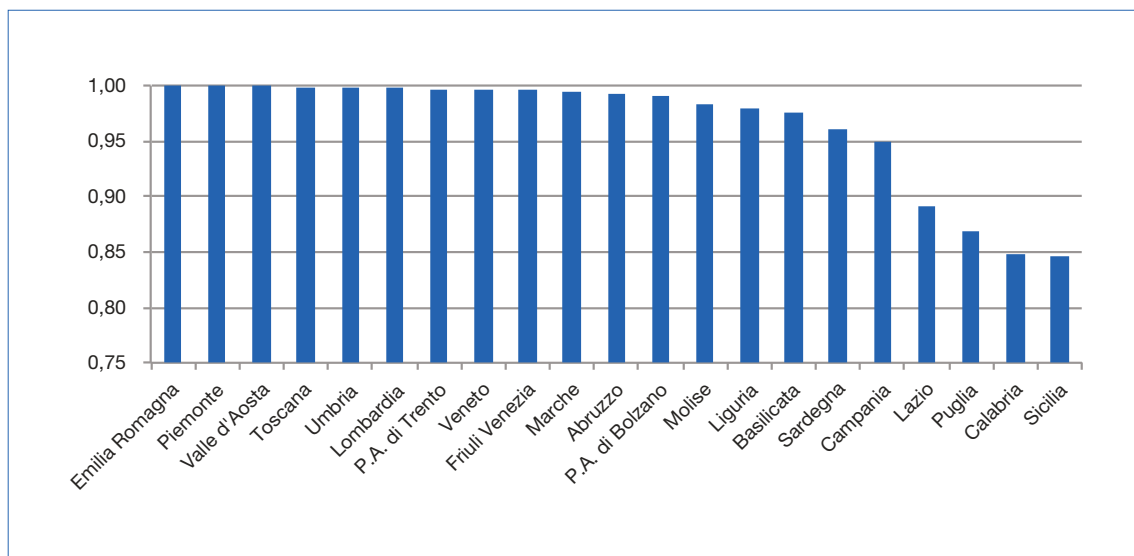
L'indice di *Performance* varia dall'1,00 dell'Emilia Romagna allo 0,85 del SSR della Regione Sicilia. Solo quattro Regioni hanno un valore di *Performance* inferiore allo 0,90: Lazio, Puglia, Calabria e Sicilia.

Emilia Romagna, Piemonte e Valle d'Aosta detengono le prime tre posizioni con un indice pari a 1,00.

In questa prospettiva i SSR siculo e calabrese perdono una posizione, diventando rispettivamente ultimo e penultimo; quello pugliese e toscano ne recuperano due diventando terz'ultimo e quart'ultimo.

Figura 4b.7. Misura di *Performance* dei SSR - Prospettiva 'Industria medicale'

[Figure 4b.7. Regional Healthcare System Performance measurement – 'Medical industry' prospective]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel
[Source: CREA Sanità on panel preferences]

4b.3. Conclusioni

L'esercizio condotto conferma che i diversi portatori di interesse hanno strutture delle preferenze significativamente differenti.

Ne segue che la *Performance*, democraticamente, deve rappresentare una mediazione di ottiche/preferenze diverse, e questo impone di porre grande attenzione alla metodologia di composizione delle stesse.

Il metodo utilizzato da CREA Sanità nel Progetto 2013 "Una misura di *Performance* dei SSR" si basa sul principio della elicitazione diretta delle preferenze, quindi sulla trasparenza del metodo e della composizione delle ottiche di cui sono portatori i diversi *stakeholder* del sistema.

In termini pratici, è stata riscontrata una significativa sensibilità del *ranking* regionale tanto alle preferenze espresse sui singoli indicatori, quanto alle sostituibilità degli esiti sulle diverse dimensioni che compongono la *Performance*.

L'Emilia Romagna conserva sempre, nella valutazione complessiva e in quella dei diversi *stakeholder*, la prima posizione. La Puglia "cede" l'ultima posizione al Lazio nella valutazione del "*Management*", alla Calabria per le 'Istituzioni' e alla Sicilia per l'"Industria medica".

Nella valutazione complessiva, la prospettiva del "*Management*" e delle "Istituzioni" implica un minore *gap* tra il valore migliore e peggiore regionale (superiore allo 0,41); maggiore è invece il *gap* riscontrato nella prospettiva degli "Utenti" e dei "Professionisti sanitari" (valore minimo pari a 0,20).

Il contributo alla *Performance* della dimensione "Esiti" (clinici) è quasi trascurabile per "Utenti", "Professioni sanitarie" e "Istituzioni", e aumenta solo per il "*Management Aziendale*", probabilmente perché i primi ritengono che le differenze negli esiti a livello regionale non siano un fattore critico.

Paradigmatico è il contributo della dimensione "Economico-Finanziaria" che è quasi nullo per gli "Utenti", al contrario prioritario per il "*Management*" (46,2%).

La dimensione "Sociale", legata alla equità, ha un ruolo importante nella misura di *Performance* degli "Utenti" (49,3%), delle "Professioni sanitarie" (47,2%) e delle "Istituzioni" (44,8%), inferiore per le altre categorie.

La dimensione “Appropriatezza”, infine, dà un contributo importante per le categorie “Utenti” (46,1%) e “Istituzioni” (40,2%), mentre sono meno “convinti” “Industria” (25,0%) e “Management” (19,3%).

In conclusione, nella convinzione che l'*accountability* sia un dovere, in particolare da parte delle Istituzioni pubbliche, e che solo stilando classifiche di merito si può incentivare il miglioramento, il metodo sperimentato può portare un contributo al dibattito, avendo dimostrato che è fondamentale:

- garantire l'esplicitazione, e quindi la trasparenza, del sistema di valori che è sottostante alle valutazioni;
- rappresentare e comporre democraticamente le varie istanze, e quindi le diverse priorità, di cui sono portatori i diversi *stakeholder* del sistema.





Chapter 4

Performance evaluation:

4a. The impact on equity of the economic crisis

4b. An exercise on the Italian Regional Healthcare Systems

Chapter 4

Performance evaluation

d'Angela D.¹, Spandonaro F.¹

Summary

The performance evaluation is too important in healthcare sector, due both to the relevance of health for the community, and to the asymmetry of information of the sector.

In both cases, the ratio of performance evaluation is based on ethics of transparency and public accountability of healthcare policies.

The concept of performance is, however, difficult to define: it definitely has a multidimensional aspect and it is also reasonable to believe that the outcome of its evaluation depends on the approach with which it is conducted, which, itself, depends on the objective of the evaluation and therefore on the interests of the various health system stakeholders.

The dimensions involved, as mentioned, with “weights” depending on the perspective of the evaluator and the objectives of the evaluation, are manifold: the (clinical and other) outcomes are certainly important, but also appropriateness of care, efficiency of the processes, fairness of decisions and other aspects could be proposed.

The performance evaluation methods too are of interest and need to be further investigated: there are many proposed methods, in fact, which do not always overlap and are not always consistent, in terms of results.

In continuity with the previous editions of the Report, this chapter includes analyses summarising the dimensions of performance, both in terms of equity of the regional healthcare systems (chap. 4a), and methodological developments regarding the preference composition techniques (chap. 4b).

¹ CREA Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

Chapter 4a. Performance evaluation: the impact on equity of the economic crisis

*d'Angela D.*¹

Summary

The Italian National Health Service (NHS) is a universal healthcare system, aimed not only at promoting the general health of the population, but also at ensuring citizens against the financial burden of sickness.

The aim, in this article, is to assess how the system responds to the need of protecting citizens from the economic risks arising from disease in the recent period of recession, based on the approach adopted by the World Health Organization (WHO).

The second recessionary wave caused overall household expenditure to drop (average annual expenditure in 2012 was € 28,316.7), although there was no change in social and health expenditure (4% of the total), compared to the previous year. If we consider only households that incur Out Of Pocket (OOP) expenditure, this accounts for 5.6% of total expenditure of households in the top expenditure quintile and 6.6% of the bottom quintile.

The households ranked in the lowest quintiles continue to spend primarily for medicines (67.3%) and specialists (19.0%), although expenditure has increased for specialists and dropped for medicines; moving up towards the higher quintiles, expenditure is mostly for prosthetic equipment and devices and dental care. However, the proportion of expenditure for the latter item, has dropped in all quintiles of expenditure, dropping in the last quintile, for example, from 29.8% to 25.4%; expenditure for carers increased in all quintiles, from 7.4% to 10.1%.

¹ CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

In 2011, 40.5% of households, mostly middle-to-low quintiles, cut back on OOP expenditure for social and health care; this amounts to 7.2% of the resident population aged over 15 (3,710,832 residents), mainly in the southern regions.

Over 80% of the population that cuts back on expenditure does so for financial reasons (70.12%), the rest of them cuts back because of long waiting lists (10.77%).

In terms of its impact on equity, in 2012 the incidence of impoverishment caused by OOP expenditure for health and social care dropped further, although to a lesser extent than in the previous two years: 41,854 households less than in 2011 were impoverished; nevertheless, there was an increase in poverty (448,462 new households dropped below the poverty line) and, therefore, rather than becoming impoverished for OOP health expenditure, they have simply dropped below the poverty line.

These households have cut back on overall expenditure, while increasing the proportion of expenditure for social and health care (from 14.4% to 14.7%), probably because they could not do otherwise.

Childless couples with the reference person aged 65 and over those most affected by the phenomenon: households with an elderly member are 60% more likely to become impoverished compared to those without an elderly member.

Even catastrophic expenditure predominantly affects over sixty-year-olds and has intensified further in 2012: 122,568 households more than in the previous year, despite the fact that they cut back on social and health care expenditure (29.4% of total expenditure).

Examining the composition of the OOP health expenditure of households, broken down by expenditure quintile, it emerges that households ranked in the lowest quintiles spend primarily for drugs and specialist care, while those in the medium-to-high quintiles spend for dental care and care for dependent persons, which, therefore, can be considered as tantamount to luxury goods.

Based on an analysis carried out in 2008-2009 and 2011-2012, to assess how the system responded to the crisis, it emerged that OOP health and social care expenditure had become even more unavoidable: comparing the reduction in total expenditure and

expenditure for health care in both periods, expenditure for health and social care dropped below the average in 2009 and less than expenditure in 2012. Moreover, while the first crisis period had seen a reduction in expenditure in the medium-to-high quintiles, the second also affected households in the top quintile, which, besides cutting back on total expenditure also cut back on expenditure for social and health care.

From the point of view of equity, impoverishment dropped in both periods, but more in the second (also with a reduction in social and health expenditure by the affected households); the incidence of catastrophic expenditure, however, dropped in the first period, but increased in the second, albeit less intensely (reduction of total expenditure on social and health care).

A possible conclusion is that, during the first part of the crisis, the less fragile households, those ranked in the top quintile, suffered less from the crisis, although they were too affected by the second crisis period, which imposed higher health care costs on households.

Chapter 4b. Performance evaluation: an exercise on the Italian Regional Healthcare Systems

d'Angela D.¹, Spandonaro F.¹

Summary

The chapter reports the results of the first year of application of an experimental methodology, developed by the research team of CREA Sanità (Consortium for Economic Research Applied to Health Care, sponsored by Tor Vergata University of Rome), with the aim of defining a measure of the performance of the Italian Regional Healthcare Services (RHSs).

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 (which will be the subject of a future scientific paper), we have been inspired by the 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 34 experts, belonging to 5 different categories of stakeholders (“Users”, “Healthcare professions”, “Medical industry”, “Management” and “Institutions”).

The selected dimensions of performance are:

- Outcome
- Appropriateness
- Economic and Financial
- Social (Fairness)

¹ CREA Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

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 the performance democratically, 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 and the replaceability of the results regarding the different dimensions of the performance.

In Italy, among the regional healthcare services the region of Emilia Romagna always ranks first, in the overall assessment and in that of the various stakeholders. At the opposite side of the scale, the region of Puglia has improved one position leaving the bottom position to Lazio, with regard to “Management”, to Calabria for “Institutions” and to Sicily for the “Medical Industry”.

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); instead, the gap is larger with regard to the perspective of the “Users” and “Healthcare professionals” (minimum value of 0.20).

The contribution to the overall performance of the “Outcome” dimension is almost negligible for the “Users”, “Healthcare Professions” 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 almost zero for the “Users”, and, instead, a priority for the “Management” (46.2%).

The “Social” dimension is linked to equity, and plays an key role in the measurement of the performance for “Users” (49.3%), “Healthcare professions” (47.2%) and “Institutions” (44.8%), lower compared to the other categories.

Finally, the dimension of “Appropriateness” provides an important contribution to the “Users” (46.1%) and “Institutions” (40.2%) categories, while “Medical industry” (25.0%) and “Management” (19.3%) are less convinced.

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 regioni
europa salute cura
health HTA
investimenti federalismo
sviluppo selettività
sostenibilità welfare
equità crescita
valutazioni
cronicità
risorse
Italia
economia

Capitolo 5

Prevenzione:

lo stato dell'arte su interventi di popolazione
e promozione di stili di vita salutari

Capitolo 5

Prevenzione: lo stato dell'arte su interventi di popolazione e promozione di stili di vita salutari

Giordani C.¹, Spandonaro F.¹

5.1. Il contesto

La prevenzione è una funzione centrale della Sanità pubblica e svolge un ruolo fondamentale nel contrasto alle malattie trasmissibili e non trasmissibili e altri rischi per la salute dei cittadini. Si tratta di un concetto ribadito costantemente sia a livello internazionale che nazionale in molti documenti di programmazione sanitaria.

Nell'ambito della strategia *Europe 2020*, il Terzo programma dell'UE per la salute (2014-2020), ha come primo di quattro obiettivi quello di «promuovere la salute, prevenire le malattie e incoraggiare ambienti favorevoli a stili di vita sani tenendo conto del principio 'la salute in tutte le politiche'».

Tra gli altri documenti più recenti, possiamo poi citare il “Piano d'azione globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020”. Il Piano si prefigge lo scopo di fornire a tutti gli Stati Membri e agli altri *stakeholder* una *roadmap* e una serie di opzioni di *policy*, allo scopo di intraprendere azioni coordinate e coerenti, a ogni livello, per il raggiungimento di nove obiettivi globali volontari, incluso quello della riduzione relativa del 25% della mortalità precoce dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o malattie respiratorie croniche entro il 2025. Nell'ambito del “Global Health Security Agenda”, poi, l'Italia è stata designata quale capofila, per i prossimi 5 anni, delle strategie e campagne vaccinali nel mondo. Il tema dei vaccini rappresenta una delle priorità durante il semestre italiano di presidenza europea.

Ricordiamo inoltre che, è inserita tra le linee programmatiche del Ministero della Salute la «valorizzazione delle *polici* relative alla prevenzione, in tutte le sue forme e nei diversi ambiti ove essa può essere attuata. Le ragioni di tale scelta consistono nella convinzione

¹ CREA Sanità, Università di Roma “Tor Vergata”

che investimenti su interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituiscano una scelta vincente, capace di contribuire a garantire nel medio-lungo periodo la sostenibilità del sistema sanitario nazionale».

Il Ministero ha inteso dunque organizzare azioni di promozione della salute, di prevenzione primaria², secondaria³ e terziaria⁴, collettiva e individuale, universale e per categorie a rischio, che possa accompagnare il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Lo strumento più importante per la realizzazione di queste azioni è rappresentato dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), che è parte integrante del Piano Sanitario Nazionale (PSN) e affronta le tematiche relative alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie, prevedendo che ogni Regione predisponga e approvi un proprio Piano (Piano Regionale della Prevenzione – PRP).

In attesa del nuovo PNP 2014-2018, l'attuale PNP 2010-2012, prorogato anche per l'anno 2013, distingue, come macro-aree di intervento:

1. la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
2. i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, etc.);
3. i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie (per esempio i programmi di vaccinazione in gruppi a

² È la forma classica e principale di prevenzione, consiste nella adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole. Si basa su azioni a livello comportamentale o psicosociale che mirano a ridurre i fattori di rischio da cui potrebbe derivare un aumento dell'incidenza delle patologie (campagne di comunicazione, vaccinazioni, etc.)

³ Si riferisce alla diagnosi precoce di una patologia, permettendo così di intervenire precocemente sulla stessa, ma non evitando o riducendone la comparsa. La precocità di intervento aumenta le opportunità terapeutiche, migliorandone la progressione e riducendo gli effetti negativi (programmi di *screening*)

⁴ Ha l'obiettivo di aumentare la sopravvivenza dei malati, prevenendo le complicanze, le recidive di malattia e la morte

rischio declinati nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale - PNPV)* o a diagnosticare precocemente altre malattie (per esempio gli *screening* oncologici), o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di *counselling* o di diagnosi precoce e trattamento clinico (per esempio la prevenzione cardiovascolare);

4. i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e a promuovere il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.

Anche il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, siglato nel luglio 2014, si occupa di prevenzione. Nel documento si legge: "Le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano convergono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione (in corso di approvazione) venga destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano nazionale della prevenzione medesimo da parte dei *network* regionali dell'Osservatorio nazionale *screening, Evidence-based prevention*, Associazione italiana registri tumori.

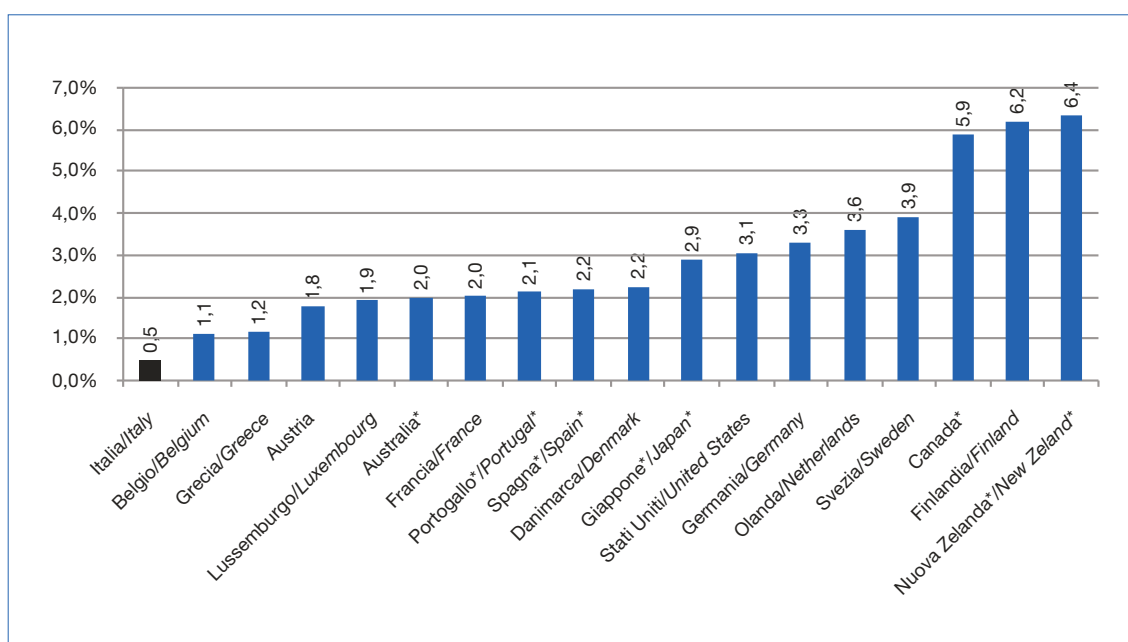
La spesa

Malgrado le affermazioni di principio sopra ricordate, secondo i dati diffusi da OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) l'Italia sembrerebbe essere fanalino di coda per quanto riguarda la quota di spesa sanitaria destinata alla prevenzione: solo 0,5%, contro il 3,9% della Svezia o il 6,4% della Nuova Zelanda. Va però rilevato come la spesa sanitaria per prevenzione calcolata da OECD non tenga in considerazione tutti i temi di salute pubblica così come intesi nei diversi Paesi; essa include infatti solamente i programmi di vaccinazione e le campagne di comunicazione su temi di salute pubblica (malattie trasmissibili e non trasmissibili). Ne segue che la spesa destinata alla prevenzione per alcuni Paesi può risultare sottostimata.

* http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf

Figura 5.1. Spesa per programmi di prevenzione e salute pubblica - Quota su spesa sanitaria corrente EU15 e altri Paesi OEDC. Valori %, anno 2012

[Figure 5.1. Prevention and public health services expenditure as a percentage of current health expenditure-EU15 and other OECD countries, 2012]



* Anno/Year 2011

Fonte/Source: OECD Health Data 2014

Con queste doverose premesse, se si considerano le variazioni intervenute negli ultimi 10 anni, si va dall'Olanda che - dal 2003 al 2012 - ha diminuito la spesa destinata alla prevenzione di -1,7 punti percentuali, seguita da Canada (-0,9%) e Belgio (-0,8%), ai Paesi più virtuosi, quali la Nuova Zelanda con +6,4%, Grecia (+1,2%) e Finlandia (+1,2%). L'Italia è rimasta sostanzialmente stabile.

La stessa OECD avverte come molti Governi avrebbero tagliato significativamente i costi per la prevenzione nel 2011 rispetto al 2010 (più di tre quarti dei Paesi membri), nonostante le evidenze suggeriscano che la prevenzione possa aumentare i risultati in termini di salute ad un costo relativamente basso.

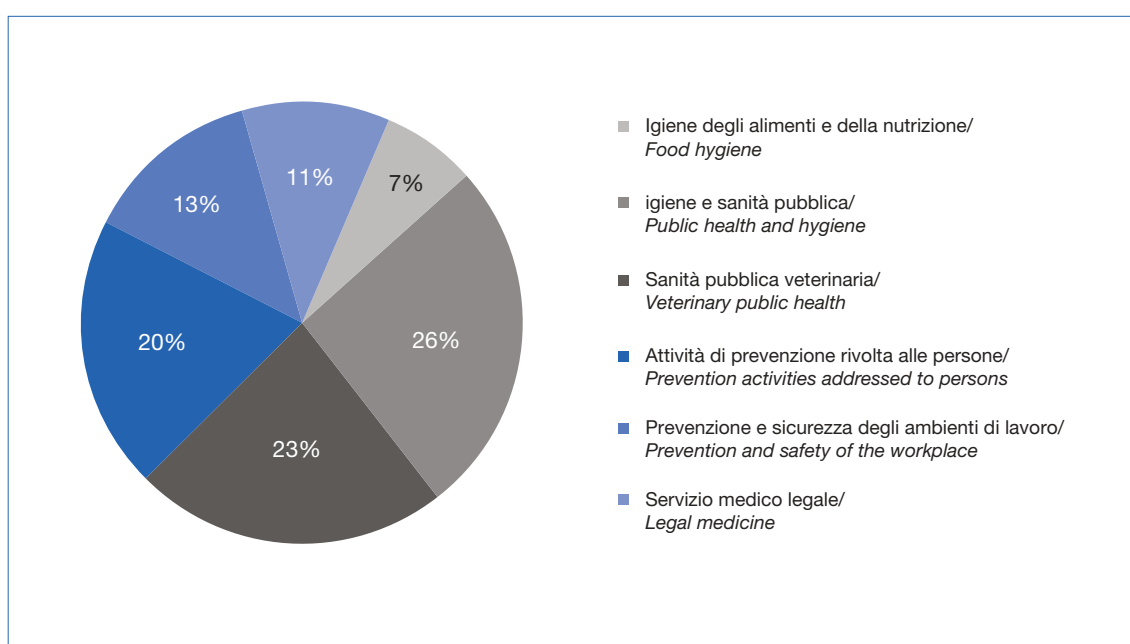
In Italia, il Patto per la Salute 2010-2012, esteso poi anche al 2013, ribadisce che il 5% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) debba essere destinato al livello essenziale di assistenza (LEA) relativo alla “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”, che include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita. Sono esclusi da questo livello gli interventi di prevenzione individuale, fatta eccezione per le vaccinazioni organizzate in programmi che hanno lo scopo di aumentare le difese immunitarie della popolazione (come quelle incluse nel Piano Nazionale Vaccini) e per gli *screening* oncologici, quando sono organizzati in programmi di popolazione.

In particolare, le attività preventive da finanziare col 5% del FSN 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.

Di fatto, però, uno studio di *The European House – Ambrosetti* mostra come a livello nazionale si raggiungerebbe il 4,2%, pari a € 4,9 mld. di spesa complessiva, con la ripartizione, per l'anno 2011, illustrata nella figura 5.2.

Figura 5.2. Spesa sanitaria nazionale per livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro – Ripartizione. Valori %, anno 2011

[Figure 5.2. Public health services expenditure in Italy. Percentage composition, 2011]



Fonte/Source: The European House – Ambrosetti, Meridiano Sanità 2013

Come si vede, la percentuale di spesa per attività rivolta alle persone (20%), nonostante sia quella che ha registrato il maggior aumento tra il 2006 e il 2011, è comunque inferiore a quella destinata alla sanità pubblica veterinaria (23%).

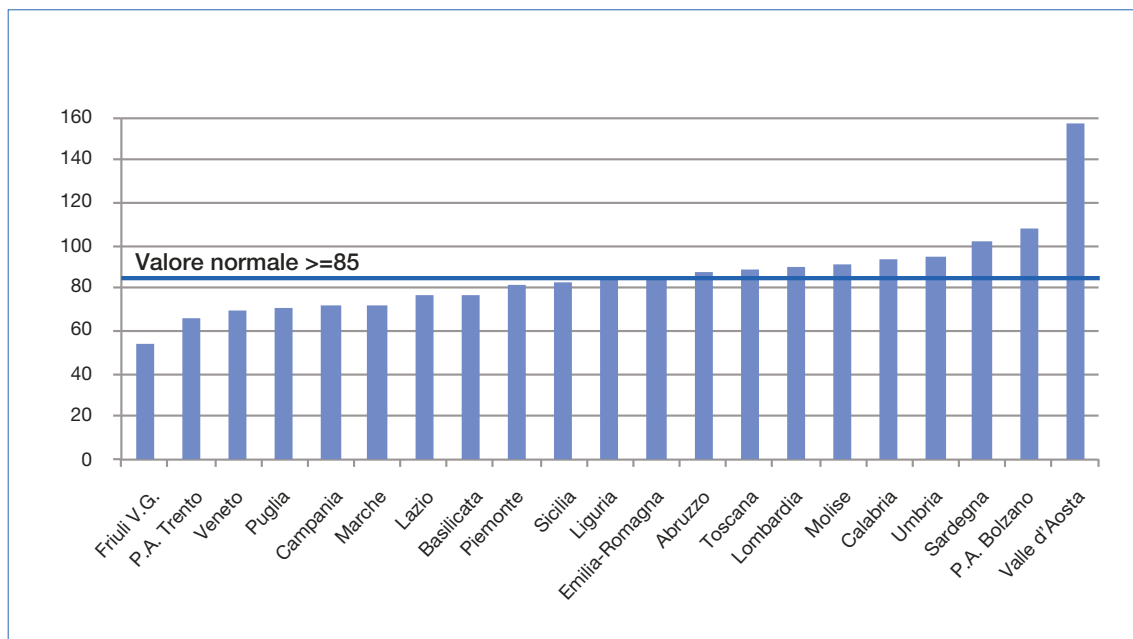
A livello regionale si registra una certa eterogeneità nelle percentuali di spesa per assistenza collettiva: si va dal 2,9% del Friuli Venezia Giulia al 5,6% della Valle d'Aosta. Qui, però, quasi la metà dei fondi destinati alla assistenza collettiva viene utilizzata per attività di sanità pubblica veterinaria.

Se si prende in considerazione il costo pro-capite per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'eterogeneità regionale viene mostrata nella figura 5.3.

Figura 5.3. Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Valori assoluti (€), anno 2012

[Figure 5.3. Expenditure on public health care in living and working place, per capita (€), 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Considerando che il Ministero della Salute, nell'ambito della sua attività di monitoraggio e controllo (Verifica adempimenti LEA) – di cui si parlerà nel prosieguo - ha stabilito in € 85 procapite il valore di riferimento, risulta che sono solo 10 le Regioni che lo rispettano, in maggioranza del Centro-Nord (ad eccezione di Abruzzo, Molise, Calabria e Sardegna).

Appare in definitiva evidente che per garantire la destinazione dei fondi alla prevenzione sarebbe auspicabile la sua estrapolazione dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", magari con un ulteriore incentivo che potrebbe essere la "sterilizzazione" ai fini del computo degli sforamenti di *budget* (nel senso che una spesa minore non potrebbe andare a compensare sforamenti in altri "silos").

I controlli

Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Comitato LEA), istituito presso il Ministero della Salute, ha il compito di monitorare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), verificando che si rispettino le condizioni di appropriatezza e di compatibilità con le risorse messe a disposizione per il Servizio Sanitario Nazionale.

L'ultima verifica effettuata ha riguardato il 2012, interessando 16 Regioni: quelle a stato ordinario più la Sicilia. Sono stati certificati 38 adempimenti, di cui alcuni articolati in più sezioni, per un totale di 48 valutazioni, che sottendono alle aree tematiche inerenti il Sistema Sanitario Regionale.

Le Regioni coinvolte che superano la verifica possono accedere alla quota premiale delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario (al netto delle entrate proprie).

Tra gli adempimenti previsti da rispettare nell'erogazione dei LEA c'è quello indicato con U) Prevenzione, la cui verifica comporta la valutazione dello stato di attuazione dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP) integrandola con altri indicatori traccianti delle attività di prevenzione, valutando anche gli effetti sulla popolazione di alcuni interventi di prevenzione ritenuti di prioritaria importanza (attività fisica, alimentazione, ambiente di lavoro, etc.)⁶.

⁶ Per approfondire, v. Ministero della Salute - SiVeAS (2014), Verifica adempimenti LEA anno 2012, www.salute.gov.it

Tabella 5.1. Esito verifica adempimenti LEA, adempimento U) Prevenzione.**Anni 2011-2012***[Table 5.1. Results of the Ministry of health's audits regarding regional commitment on prevention, 2011-2012]*

Regioni/Regions	Esito/Result 2011	Esito/Result 2012
Abruzzo	SI/Y	NO
Basilicata	SI/Y	SI/Y
Calabria	SI/Y	NO
Campania	SI/Y	NO
Emilia Romagna	SI/Y	SI/Y
Lazio	SI/Y	SI/Y
Liguria	SI/Y	SI/Y
Lombardia	SI/Y	SI/Y
Marche	SI/Y	SI con impegno
Molise	SI/Y	NO
Piemonte	SI/Y	NO
Puglia	SI/Y	SI/Y
Sicilia	SI/Y	NO
Toscana	SI/Y	SI/Y
Umbria	SI/Y	SI/Y
Veneto	SI/Y	SI/Y

Fonte/Source: Ministero della Salute - SiVeAS (2014), Verifica adempimenti LEA anno 2012

Come si vede nella tabella 5.1, mentre nel 2011 tutte le Regioni esaminate sono risultate adempienti relativamente agli indicatori sulla prevenzione, nel 2012 sono 6 quelle inadempienti: Abruzzo, Calabria, Campania, Molise, Piemonte e Sicilia; la Regione Marche è invece risultata adempiente ma con impegno ad eseguire alcune attività entro l'anno 2014.

Tra tutti gli adempimenti previsti nella Verifica adempimenti figura quello denominato "mantenimento nell'erogazione dei LEA", la cui certificazione avviene attraverso l'utilizzo della cosiddetta "Griglia LEA", costituita da 31 indicatori.

Tra tutti gli indicatori utilizzati, ce ne sono diversi riguardanti la prevenzione. In particolare, nei paragrafi successivi analizzeremo in dettaglio i risultati regionali, per l'anno 2012, relativi a:

- copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib);
- copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR);
- copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni);
- proporzione di persone che hanno effettuato *test di screening* di primo livello, in un programma organizzato, per: cervice uterina, mammella e colon retto;
- costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (di cui si è già detto).

5.2. Prevenzione primaria: i fattori di rischio e gli stili di vita

Secondo l'OMS⁷, 36 dei 57 milioni di decessi verificatisi nel mondo nel 2008, ovvero il 63,0%, sono stati causati da malattie non trasmissibili, inclusi in primo luogo le malattie cardiovascolari (48,01% delle malattie non trasmissibili), i tumori (21,0%), le patologie respiratorie croniche (12,01%) e il diabete (3,5%). Tali malattie condividono quattro fattori di rischio comportamentale: consumo di tabacco, dieta non sana, inattività fisica e consumo dannoso di alcol.

OECD stima che in 10 anni si potrebbero guadagnare più di 3 milioni di anni di vita libera dal cancro, e in venti anni oltre 10 milioni, mettendo in atto misure preventive contro la dieta non salutare, l'inattività fisica e l'obesità.

⁷ "Piano d'azione globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020"

Per realizzare queste attività basterebbero – sempre stima OECD – circa € 17 a persona ogni anno: una quota significativa ma non “impossibile” della attuale spesa per la Sanità, che porterebbe a risparmi significativi di spesa nel futuro.

Di seguito si evidenziano le prevalenze, i *trend* e le azioni di prevenzione intraprese per contrastare: eccesso ponderale, consumo di tabacco e alcol, sedentarietà.

Eccesso ponderale

Essere in eccesso ponderale (in sovrappeso o obesi) aumenta il rischio di molteplici patologie croniche, tra cui l'infarto del miocardio, l'*ictus*, l'ipertensione, il diabete mellito, l'osteoartrite, e alcune tipologie di tumori⁸. Un'adeguata attività fisica per quantità, intensità e durata e un basso apporto calorico possono ridurre l'indice di massa corporea (Imc⁹).

In Europa, secondo OECD¹⁰, la situazione italiana, tra gli adulti, sembra essere migliore rispetto agli altri Paesi (pur registrando un aumento dal 2000): nel 2012 tra gli *over 15* la prevalenza di obesi nel nostro Paese è pari a 10,4%, la più bassa tra i Paesi EU15; all'estremo opposto il Regno Unito con il 24,7%.

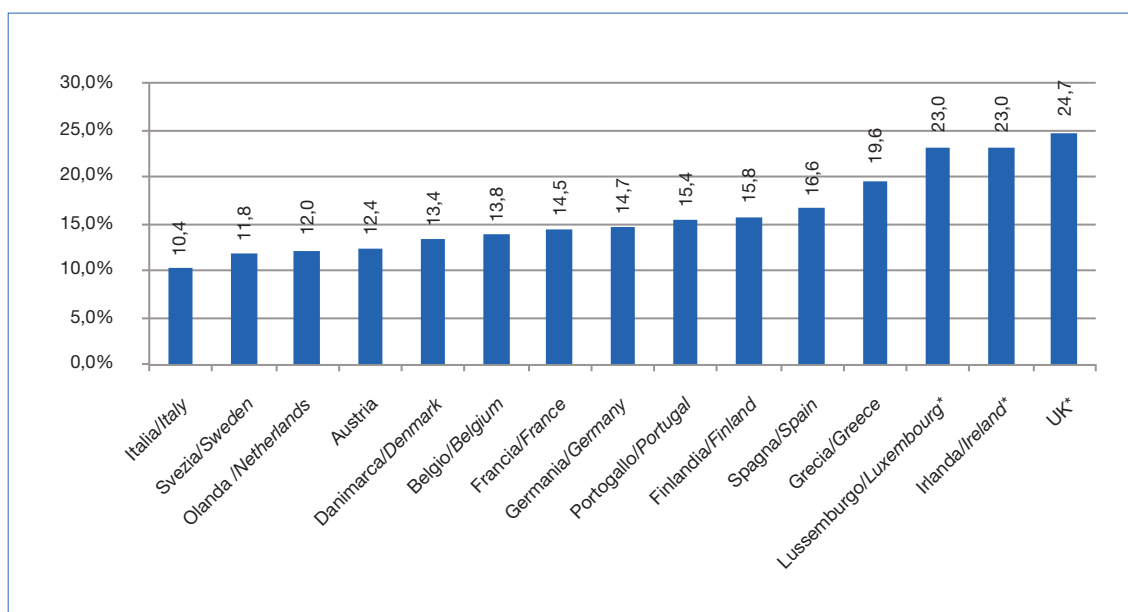
⁸ Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)

⁹ Si calcola dividendo il peso, espresso in kg, per il quadrato dell'altezza, espressa in metri

¹⁰ Organisation for Economic and Co-operation Development - OECD (2010) “Obesity and economics of prevention fit not fat”

Figura 5.4. Prevalenza di obesità nella popolazione over 15. Valori %, anno 2012 (o più recente)

[Figure 5.4. Prevalence of obesity among adults aged 15 and over. Percentage, 2012 (or nearest year)]

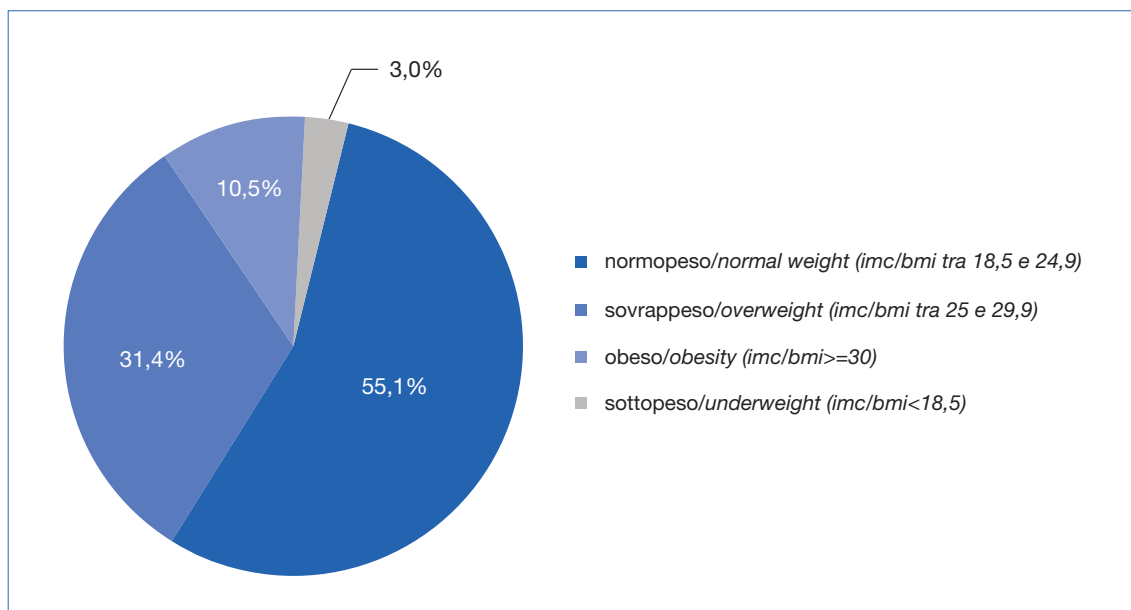


* Dati calcolati in base ad autodichiarazione di altezza e peso da parte degli intervistati
 Fonte/Source: OECD Health Statistics 2014 – Eurostat

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), per gli anni 2010-2013 emerge che in Italia due adulti su cinque (41,9%) sono in eccesso ponderale ($Imc \geq 25$), in particolare il 31,4% è in sovrappeso ($25 \leq Imc < 30$) e il 10,5% è obeso ($Imc \geq 30$), in linea con i dati OECD.

Figura 5.5. Stato nutrizionale della popolazione. Valori %, media annua 2010-2013

[Figure 5.5. Nutritional status of Italian population. Average annual percentage, 2010-2013]

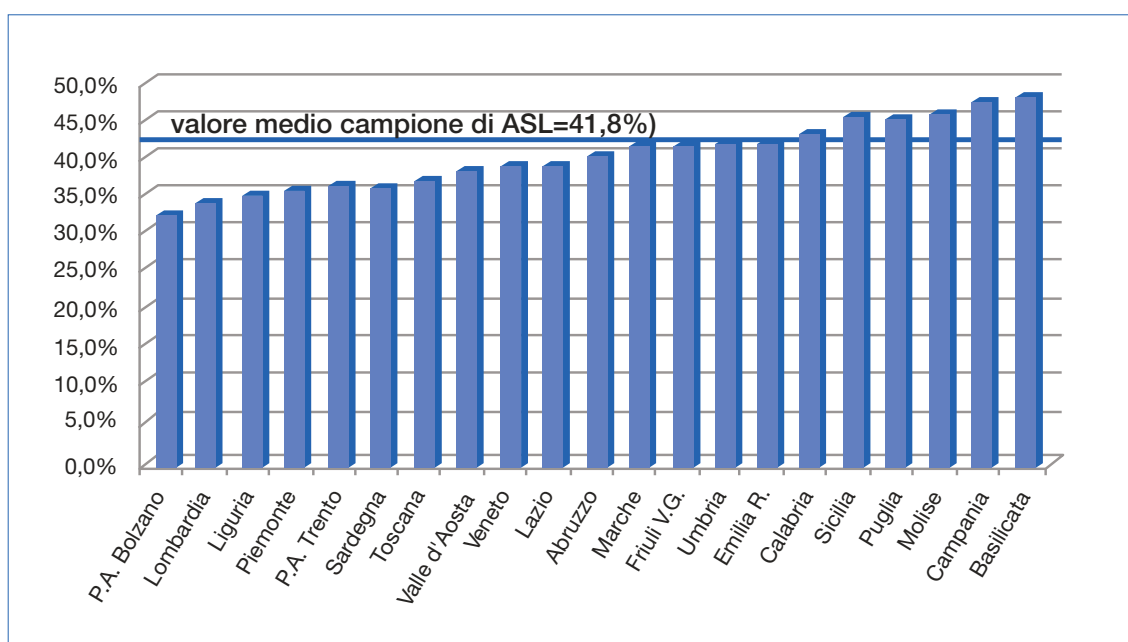


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Sistema di sorveglianza PASSI – ISS, 2010-2013
[Source: CREA Sanità on ISS-PASSI data 2010-2013]

La prevalenza di persone in eccesso ponderale è maggiore nelle Regioni meridionali: la Basilicata e Campania sono quelle con i valori più alti (rispettivamente 49% e 48%), mentre nella P.A. Bolzano si osserva il valore più basso (33%).

Figura 5.6. Eccesso ponderale – Prevalenza media annua per Regione di residenza. Valori %, anni 2010-2013

[Figure 5.6. Prevalence of excess body weight, by Region of residence. Average annual percentage, 2010-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Sistema di sorveglianza PASSI – ISS, 2010-2013
[Source: CREA Sanità on ISS-PASSI data 2010-2013]

Relativamente all'evoluzione temporale, nel periodo 2008-2013, a parte una lieve diminuzione della prevalenza di obesità nelle Regioni centrali (da 10,0% a 8,7%), nel complesso si può affermare che la situazione appare in controtendenza rispetto all'allarmante aumento di obesità in altri Paesi.

Il discorso cambia se si analizza l'obesità infantile: uno studio del Ministero della Salute avverte che dal 2008 a oggi sono diminuiti leggermente i bambini di 8-9 anni in sovrappeso e quelli obesi, «ma l'Italia resta ai primi posti in Europa per l'eccesso ponderale infantile» (Okkio alla Salute 2013).

Per quanto detto sin qui, è chiaro come la lotta all'eccesso ponderale in tutte le fasce d'età sia ormai sentita come un'azione prioritaria di sanità pubblica sia a livello nazionale che internazionale.

Tra i provvedimenti più recenti citiamo il Piano europeo “*Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*”, pubblicato a febbraio 2014, con il quale i Paesi membri hanno voluto rispondere all'esigenza di contribuire a contrastare l'aumento di eccesso ponderale nei bambini e ragazzi (0-18 anni) entro il 2020.

Con riferimento alle strategie preventive applicabili, stando alle analisi effettuate da OECD emerge che:

- tasse sui prodotti alimentari e bevande ad alto contenuto di zuccheri, grassi e sale comportano generalmente un risparmio di costi, e hanno un impatto sulla salute favorevole, ma richiedono una attenta progettazione per evitare conseguenze indesiderate. L'efficacia di tale strategia sembra essere rafforzata se accompagnata da sussidi per coloro che consumano cibi sani o verso in condizioni economiche sfavorevoli;
- rendere frutta e verdura più disponibili nelle mense sembra avere effetti positivi, anche se modesti, sulla dieta alimentare, ed è costo-efficace;
- riformulare i prodotti per ridurre l'uso di ingredienti potenzialmente non salutari è possibile; ad esempio, è dimostrato come i programmi di riduzione del sale siano costo-efficaci, ma le evidenze economiche su altre iniziative (es. ridurre il contenuto di grassi) appaiono ancora piuttosto limitate;
- l'obbligo di etichettatura alimentare è costo-efficace, meglio se accompagnato da campagne di informazione: una strategia di prevenzione globale che includa azioni di regolamentazione sull'etichettatura dei prodotti alimentari e pubblicitarie per bambini, programmi di promozione della salute nelle scuole e nei luoghi di lavoro, l'individuazione e la corretta informazione di persone a rischio da parte dei medici di famiglia eviterebbe 70.000 e 75.000 decessi per malattie croniche ogni anno, rispettivamente in Inghilterra e in Italia.

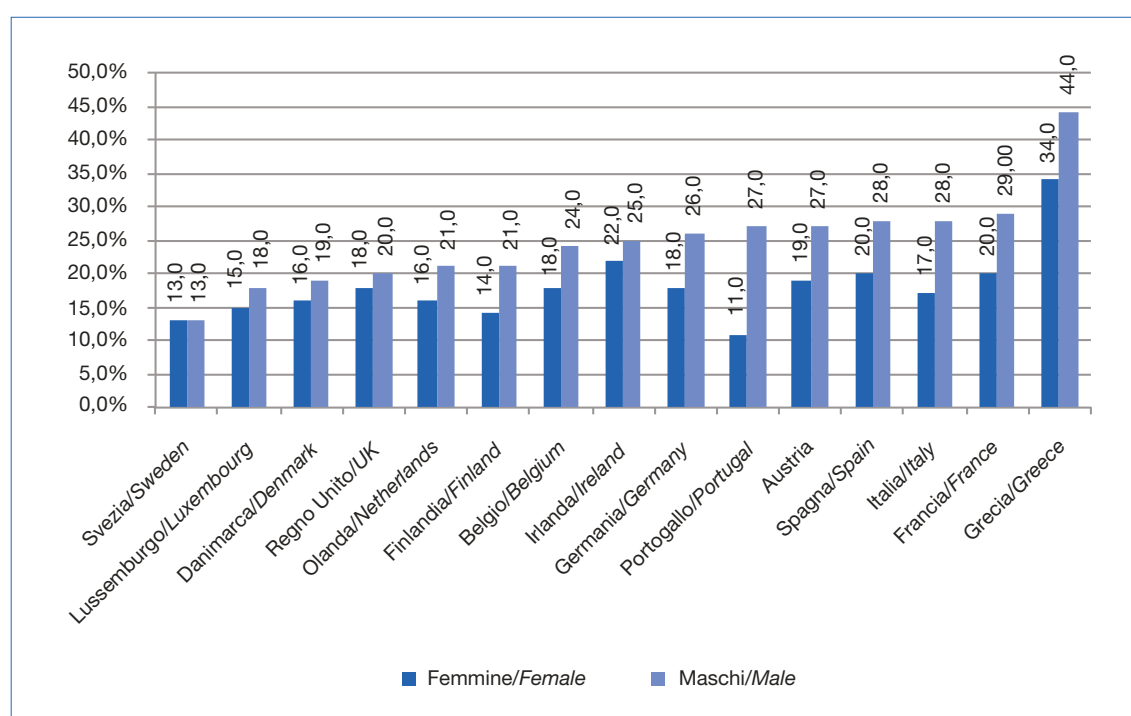
Tabacco

Il consumo di tabacco è una delle maggiori cause di tumore nel mondo (ISS, 2014): ammontano a circa 6 milioni i decessi ogni anno per malattie correlate (700.000 solo nella Unione Europea), ben una ogni 6 secondi. Si stima che le vittime raggiungeranno gli 8 milioni nel 2030. La figura 5.7 illustra la prevalenza di fumatori nei Paesi EU15.

Figura 5.7. Prevalenza di fumatori in EU15, per sesso. Valori %, anno 2012

(o più recente)

[Figure 5.7. Prevalence of smoking in EU15, by sex. Percentage, 2012 (or nearest year)]



Fonte/Source: OECD Health Statistics 2014, Eurostat Database (EHIS), WHO European Health for All Database

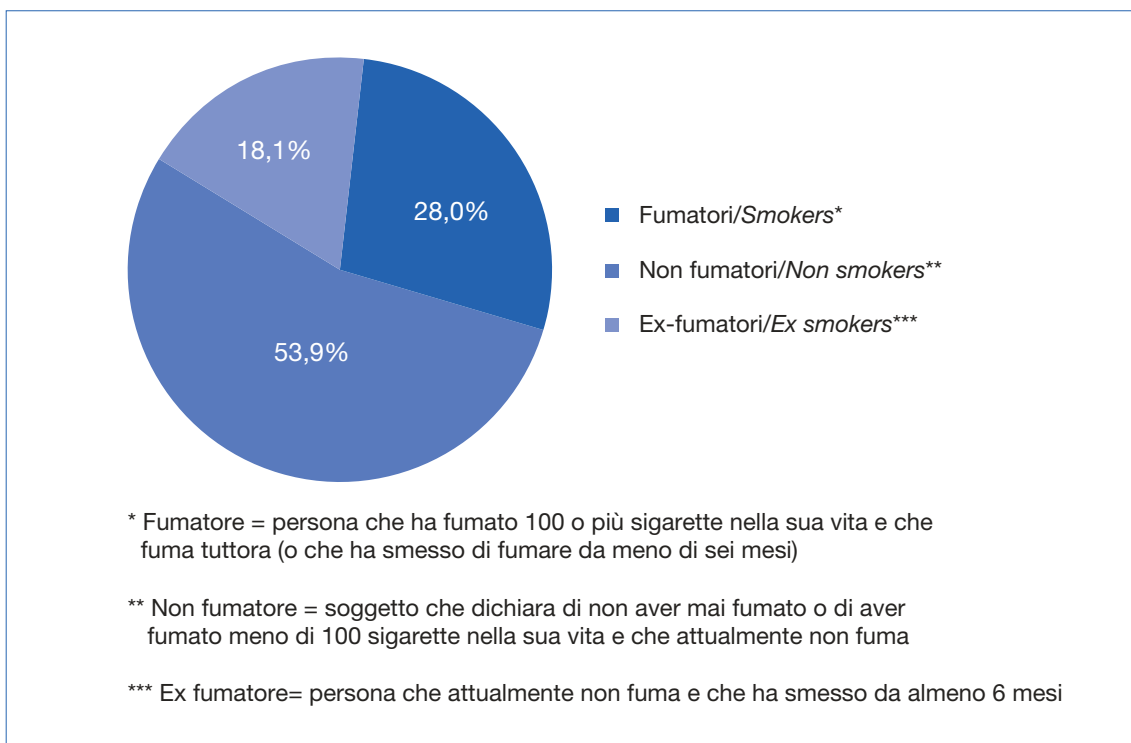
Tra i Paesi E15, l'Italia presenta una delle maggiori percentuali di fumatori maschi over15 (28,0%), superata solo da Francia (29,0%) e Grecia (dove fuma ben il 44,0% del maschi over15). Anche la percentuale di fumatrici over15 nel nostro Paese è tra le più alte

(17,0%), ma è maggiore nel Regno Unito, in Belgio e in Danimarca (18,0%), come in Austria (19,0%), Spagna e Francia (20,0%) e Grecia (34,0%). La Svezia è il Paese più virtuoso: fuma “solo” il 13,0% dei maschi e delle femmine *over*15.

Con particolare riguardo per la situazione in Italia, secondo i dati della sorveglianza PASSI dell'ISS, nel periodo 2010-2013 la maggioranza degli adulti non fuma (53,9%) o ha smesso di fumare (18,1%); la prevalenza di fumatori è pari al 28,0%: tra questi, il 7,0% è rappresentato da forti fumatori (più di un pacchetto di sigarette al giorno), mentre il 19,0% fuma fino a 20 sigarette al giorno. Il restante 2,0% ha smesso di fumare da meno di sei mesi oppure non fuma quotidianamente.

Figura 5.8. Abitudine al fumo di sigaretta – Prevalenza media annua. Valori %, anni 2010-2013

[Figure 5.8. Smoking habitude. Average annual percentage, 2010-2013]



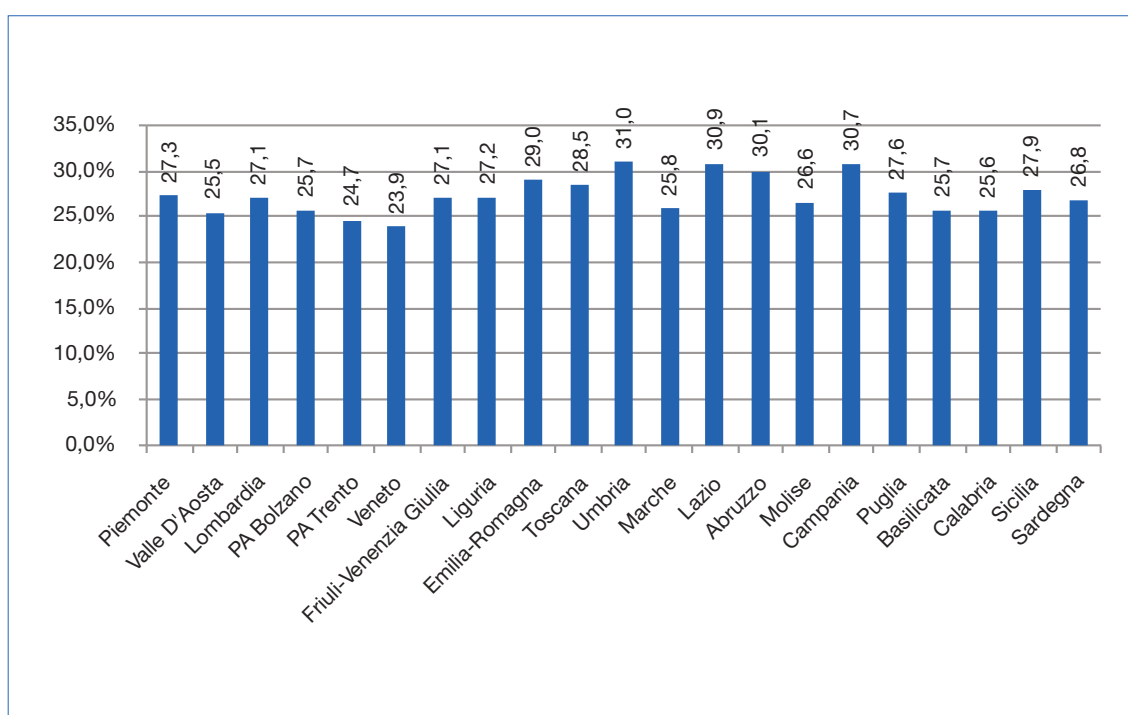
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Sistema di sorveglianza PASSI – ISS, 2010-2013
 [Source: CREA Sanità on ISS-PASSI data 2010-2013]

L'abitudine al fumo è più frequente tra gli uomini (1 su 3) rispetto alle donne (1 su 4), tra i giovani adulti di 25-34 anni e nella popolazione più svantaggiata dal punto di vista socio-economico. Il *trend* della prevalenza di fumatori è in lenta diminuzione, sia tra gli uomini che tra le donne, ma il calo osservato tra il 2000 e il 2012 è il più basso tra i Paesi EU15 (a parte Grecia e Irlanda che registrano un aumento).

Figura 5.9. Fumatori – Prevalenza media annua per Regione di residenza.

Valori %, anni 2010-2013

[Figure 5.9. Prevalence of smoking by Region of residence. Average annual percentage, 2010-2013]



* In Lombardia e Basilicata non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Sistema di sorveglianza PASSI – ISS, 2010-2013
[Source: CREA Sanità on ISS-PASSI data 2010-2013]

A livello regionale Umbria, Lazio, Campania e Abruzzo si caratterizzano come le Regioni a più alta prevalenza di fumatori (uguale o superiore al 30,0%), mentre Veneto (23,9%) e P.A. di Trento (24,7%) e Valle d'Aosta (25,5%) Marche, Calabria, Basilicata e P.A. di Bolzano (intorno al 26,0%) sono quelle con valori significativamente più bassi della media nazionale. In ogni caso, la variabilità geografica è contenuta e non si osserva un chiaro gradiente geografico.

Nel quinquennio 2008-2012 la prevalenza di fumatori si riduce significativamente di 3 punti percentuali passando dal 30,0% al 27,0% (-3,4% nel Nord, -3,1% al Centro e -3,5% nel Sud). Non varia, tuttavia, la distanza fra le tre macro aree e, per l'intero periodo, le prevalenze più basse si osservano nell'Italia settentrionale, mentre quelle più alte nel Regioni centrali e meridionali.

I programmi di prevenzione del fumo mirano a ridurre l'iniziazione, aumentare la cessazione, ridurre l'esposizione passiva al fumo negli ambienti chiusi come i locali pubblici, gli ambienti di lavoro confinati e le abitazioni.

Un insieme di misure coerenti è incluso nella Convenzione quadro per il controllo del tabacco dell'OMS, il primo trattato internazionale per la tutela della salute pubblica che, riconoscendo i danni provocati dai prodotti del tabacco e dalle aziende che li fabbricano, stabilisce principi e obiettivi giuridicamente vincolanti che i firmatari sono tenuti a rispettare. Siglata da 192 Stati membri dell'OMS nel 2004, è stata ratificata anche dal nostro Paese.

Alcol

Il consumo eccessivo di alcol è un importante problema di salute pubblica: causa il 3,8% di tutte le morti in Europa e il 4,6% di tutti i DALYs (numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura)¹¹. La maggior parte delle morti causate dall'alcol ricadono in quattro grandi gruppi: incidenti, cancro, malattie cardiovascolari e cirrosi epatica. Secondo l'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'ISS, in Italia sono almeno 30.000 le morti causate dall'alcol, che risulta essere la prima causa di morte tra i giovani fino ai 24 anni di età, in relazione principalmente agli incidenti stradali.

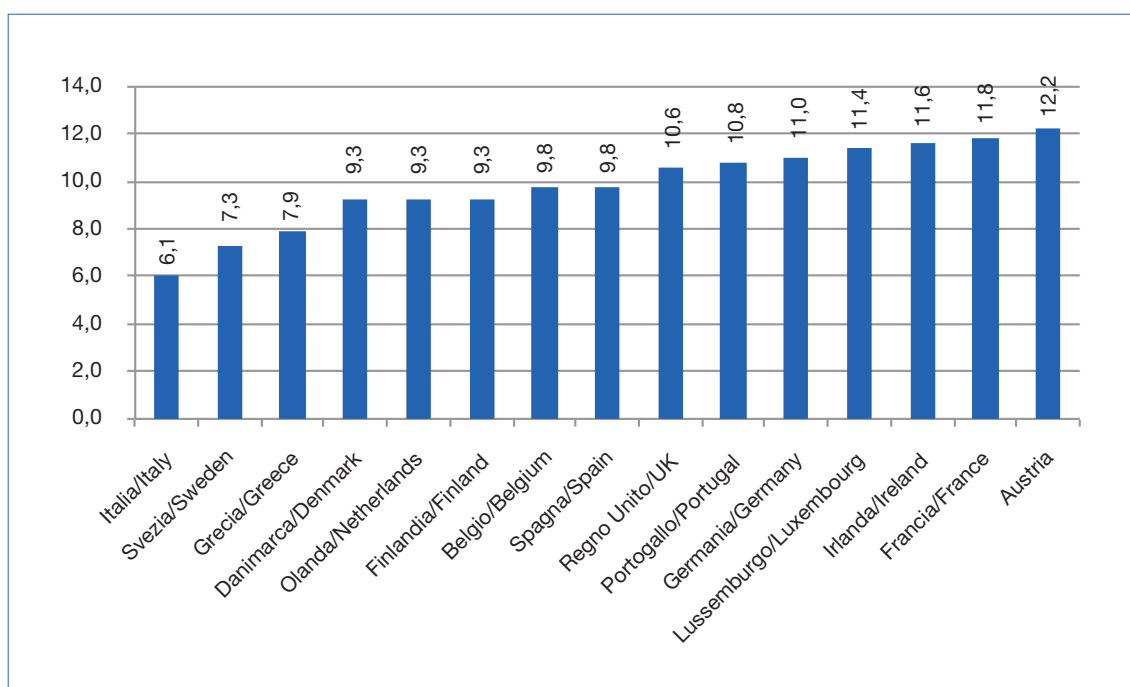
¹¹ Istituto Superiore di Sanità - ISS (2014), Lifestyles and cancer prevention - Facts and Figures, Meeting of the European Ministers of Health - Milan, Italy, 22-23 September 2014

Anche l'impatto economico sembra essere notevole: i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammonterebbero a più dell'1% del PIL.

Nella Unione Europea - dove si registra il più alto livello di consumo di alcol (ben 11 litri di alcol puro pro-capite all'anno) al mondo - si contano circa 12.000 morti premature ogni anno (di cui il 6,5% causato da malattie croniche alcol-correlate).

Figura 5.10. Consumo di alcol nei Paesi EU15 – Litri pro-capite. Valori assoluti (litri), anno 2012 (o più recente disponibile)

[Figure 5.10. Alcohol consumption in EU15 Countries - Litres per capita, 2012 (or nearest year)]



Fonte/Source: OECD Health Statistics 2014, Eurostat Database (EHIS), WHO European Health for All Database

E se in Europa, in media, si consumano 11 litri di alcol pro-capite l'anno, la figura 5.10 mostra come la percentuale registrata in Italia sia la più bassa tra i Paesi EU15: quasi la metà della media europea (6,1 litri). I Paesi che raggiungono o superano la media europea sono Germania (11 litri pro-capite nel 2012), Lussemburgo (11,4), Irlanda (11,6), Francia

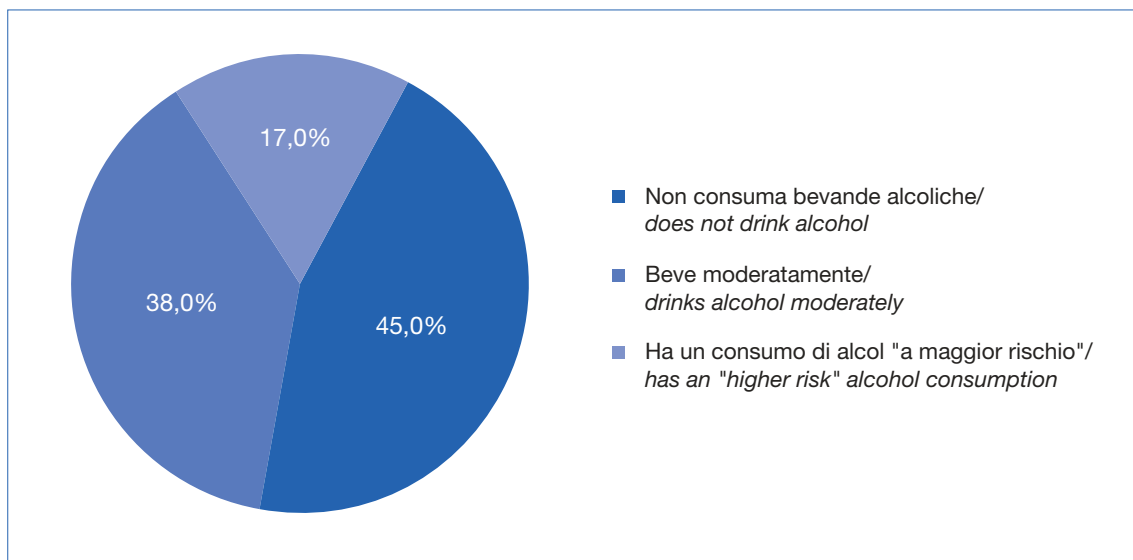
(11,8) e Austria (12,2).

In Italia, inoltre, si è verificato negli ultimi trent'anni un notevole calo del consumo pro-capite di alcol (-50%), mentre nello stesso periodo è sensibilmente aumentato negli altri Paesi.

Entrando nel dettaglio per ciò che concerne la situazione in Italia, i dati del sistema di sorveglianza PASSI 2010-2013 registrano che poco meno della metà della popolazione adulta italiana (45%) non consuma bevande alcoliche, mentre consuma alcol il 55,0%: il 38,0% beve moderatamente, mentre il 17,0% ha un consumo di alcol a "maggior rischio" per quantità o modalità di assunzione (persone che, negli ultimi 30 giorni, hanno dichiarato un consumo abituale elevato, un consumo *binge* – consumo eccessivo in una singola occasione - e/o un consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto).

Figura 5.11. Consumo di alcol – Valori medi annui. Valori %, anni 2010-2013

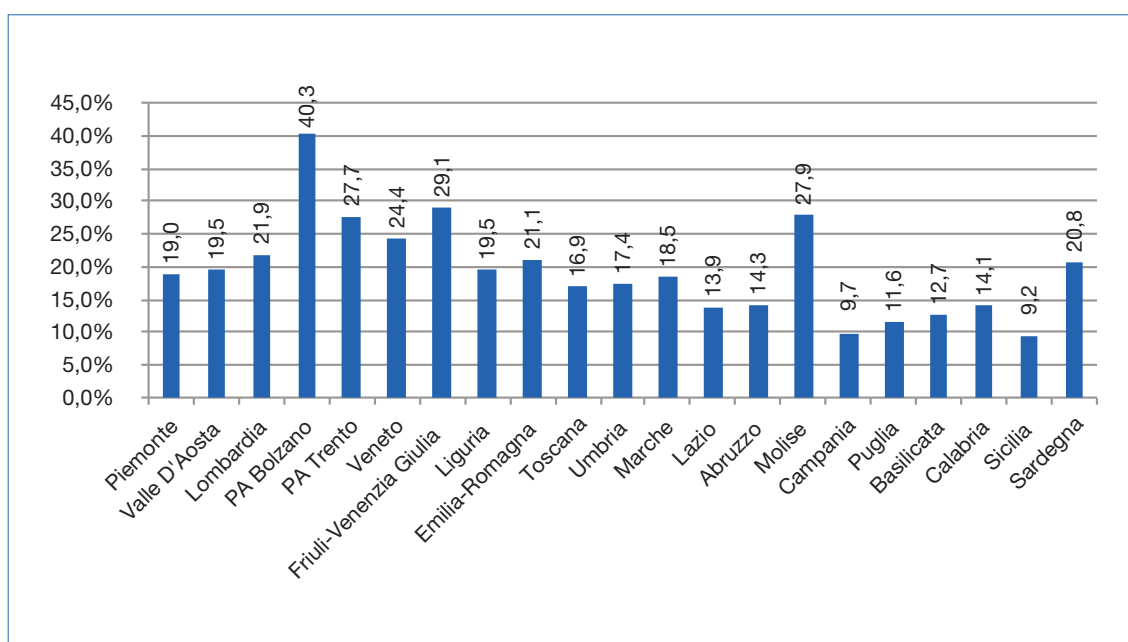
[Figure 5.11. Alcohol consumption – Average annual percentage, 2010-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Sistema di sorveglianza PASSI – ISS, 2010-2013
[Source: CREA Sanità on ISS-PASSI data 2010-2013]

Figura 5.12. Consumo di alcol a maggior rischio – Prevalenze medie annue per Regione di residenza. Valori %, anni 2010-2013

[Figure 5.12. High-risk drinking - Average annual prevalence by Region of residence. Percentage, 2010-2013]



* In Lombardia e Basilicata non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Sistema di sorveglianza PASSI – ISS, 2010-2013

[Source: CREA Sanità on ISS-PASSI data 2010-2013]

La distribuzione del consumo alcolico a maggior rischio, per il periodo di rilevazione 2010-2013, disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali (soprattutto P.A. Bolzano con il 40,3%, e Friuli Venezia-Giulia con il 29,1%). In questo panorama, tuttavia, anche due realtà centro-meridionali, Molise (27,9%) e Sardegna (20,8%), fanno registrare consumi superiori alla media nazionale.

Anche la prevalenza del *binge drinking*, nel 2010-2013, è sensibilmente più elevata nella macro-area del Nord: di nuovo, la P.A. di Bolzano presenta i valori più alti (21%), come anche il Molise (17%); la Sicilia registra quelli più bassi (3%).

Le strategie di prevenzione implementate a livello internazionale e nazionale sono numerose.

A titolo di esempio, l'OMS nel "Global status report on alcohol and health 2014" richiama i Governi a sostenere la prevenzione ai decessi e alle patologie alcol-correlate, mentre la Commissione Europea ha pubblicato a settembre 2014, il documento "Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) - 2014-2016", che identifica sei aree su cui intervenire: ridurre gli episodi di *binge drinking*, l'accessibilità e la disponibilità di alcolici per i giovani, l'esposizione alle pubblicità e al *marketing* legati all'alcol, i danni causati dall'assunzione di bevande alcoliche in gravidanza, nonché garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani e migliorare le attività di ricerca e monitoraggio sul tema.

Tra le strategie italiane il Piano Nazionale Alcol e Salute, approvato nel 2007 e con durata triennale, che promuove in tutte le Regioni le attività di prevenzione e presa in carico dei problemi alcol-correlati.

Attività fisica

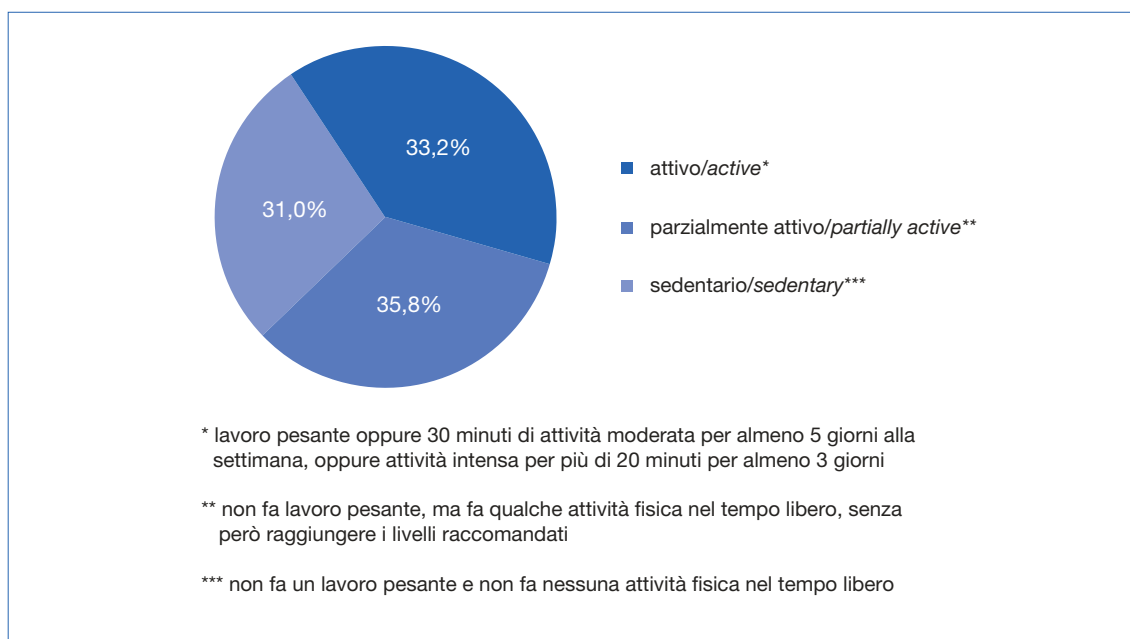
L'Unione Europea raccomanda almeno 30 minuti di movimento (cammino, nuoto, bicicletta, ecc.) al giorno, per almeno cinque volte a settimana, per godere di molti benefici a livello di salute (tra questi la riduzione del rischio di morte prematura, morte per infarto, malattie cardiache, tumori del colon, sviluppo del diabete di tipo 2, ipertensione e osteoporosi, dolori alla bassa schiena e di sintomi di ansia, stress, depressione, solitudine, e così via).

La sedentarietà contribuisce invece, insieme ad altri fattori di rischio, allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle che gravano sull'apparato cardiovascolare.

Nella figura 5.13 viene illustrato il livello di attività fisica a livello nazionale attuato dalla popolazione italiana nel triennio 2010-2013, in base ai dati del sistema di sorveglianza PASSI.

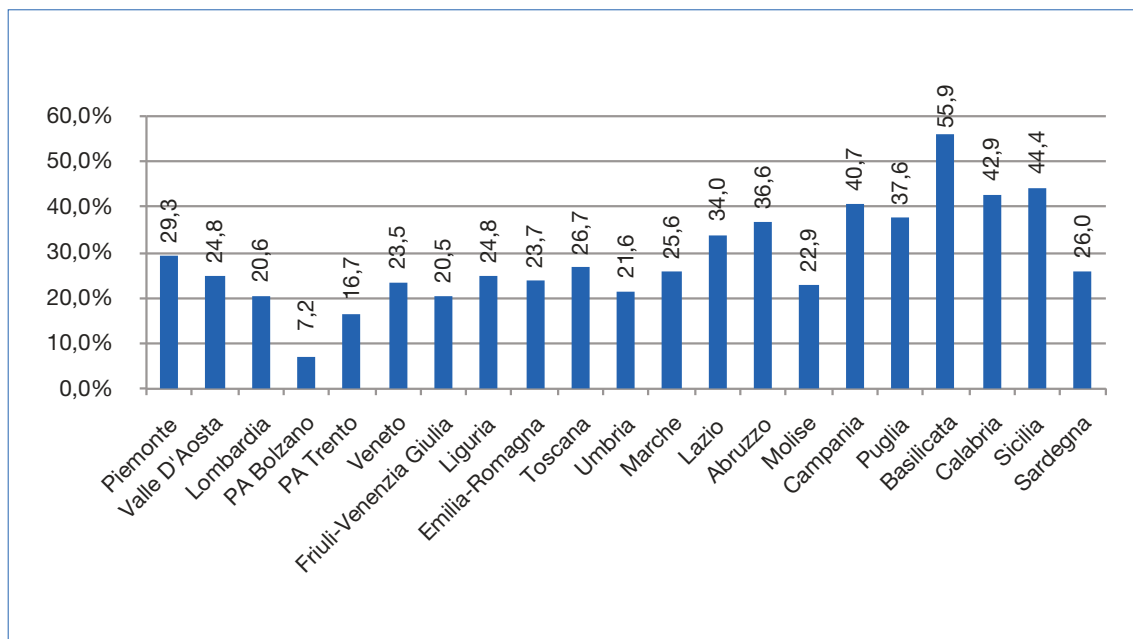
Figura 5.13. Livello di attività fisica – Valori medi annui. Valori %, anni 2010-2013

[Figure 5.13. Physical activity – Average annual percentage, 2010-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Sistema di sorveglianza PASSI – ISS, 2010-2013
[Source: CREA Sanità on ISS-PASSI data 2010-2013]

Solo il 33,2% degli intervistati di 18-69 anni può essere classificato come attivo, il 35,8% come parzialmente attivo (non svolge un lavoro pesante ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati) e ben il 31,0% può essere classificato come sedentario (non fa un lavoro pesante e non pratica attività fisica nel tempo libero).

Figura 5.14. Sedentarietà – Prevalenze medie annue per Regione di residenza.**Valori %, anni 2010-2013***[Figure 5.14. Sedentary lifestyle– Average annual percentage by Region of residence, 2010-2013]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Sistema di sorveglianza PASSI- ISS, 2010-2013
 [Source: CREA Sanità on ISS-PASSI data 2010-2013]

Nel medesimo arco temporale, poi, la sedentarietà è significativamente più frequente in alcune categorie: nella fascia di età più anziana (50-69 anni, 35%), fra le donne (33%), fra le persone con molte difficoltà economiche (41%), fra quelle con un titolo di studio basso o assente (41%) e tra gli intervistati con cittadinanza straniera (33%).

La distribuzione della sedentarietà per Regione di residenza divide l'Italia in due macroaree in maniera netta, con una maggiore diffusione nelle Regioni centro-meridionali, con il valore più alto in Basilicata (55,9%) e quello più basso nella P. A. Bolzano (7,2%). Al Sud fanno eccezione il Molise (22,9%) e la Sardegna (26,0%) che presentano valori significativamente minori anche rispetto alla media nazionale.

Relativamente stabile nel tempo la prevalenza dei sedentari, nel periodo 2008-2013, in tutte le macroaree del Paese.

Troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della sedentarietà: nel periodo 2010-2013, meno di un intervistato su tre (31%) riferisce che un operatore sanitario si è interessato all'attività fisica che svolge. È dello stesso valore (31%) la percentuale di persone che dichiarano di aver ricevuto il consiglio di effettuare una regolare attività fisica.

In media chi è attivo e normopeso vive circa 7 anni più a lungo rispetto ai sedentari obesi, ma chi è normopeso e sedentario abbrevia la sua vita di circa 3 anni rispetto a chi è attivo ma obeso¹².

Promuovere l'attività fisica è dunque un'azione di sanità pubblica prioritaria, spesso inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. L'OMS, nel documento *"Global recommendations on physical activity for Health, 2010"*, focalizza l'attenzione sulla prevenzione primaria delle malattie non trasmissibili attraverso la promozione dell'attività fisica, e suggerisce differenti strategie per raggiungere i livelli ottimali raccomandati. L'Unione europea nel *Public Health Programme (2003-2008)* propone progetti che supportano e promuovono l'attività fisica.

In Italia, prima il Piano sanitario nazionale 2003-2005, che sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute, poi anche il Piano sanitario nazionale 2006-2008 affronta il tema della sedentarietà, in particolare dal punto di vista delle cause del diabete mellito.

In quest'ottica sono allora importanti tutte quelle iniziative volte da un lato a studiare e monitorare la situazione nazionale (come lo studio PASSI), dall'altro a promuovere sul territorio attività di prevenzione e promozione dell'attività fisica.

5.3. Prevenzione primaria: le vaccinazioni

Le vaccinazioni, insieme agli *screening* di cui si parla nel successivo paragrafo, rappresentano una misura di prevenzione attiva in linea con le strategie del Ministero della

¹² (I-Min Lee, Eric J Shiroma, Felipe Lobelo, Pekka Puska, Steven N Blair, Peter T Katzmarzyk, for the Lancet Physical Activity Series Working Group, *Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy*, The Lancet, Volume 380, Issue 9838, Pages 219 - 229, 21 July 2012)

Salute e delle Regioni: entrambe compaiono infatti tra gli indicatori per il monitoraggio dei LEA, come abbiamo visto in apertura di capitolo. Anche il programma europeo "EUROPA 2020 Health for Growth" identifica i vaccini, insieme a *screening* e stili di vita, uno dei punti cardine della prevenzione. Complessivamente, dagli ultimi dati OsMed (Rapporto 2013) si evidenzia come la spesa nei vaccini risulti di soli € 321 mln. annui (1,2% della spesa totale Farmaceutica). Di seguito si illustra il livello di copertura delle vaccinazioni in Italia.

Vaccinazioni pediatriche

**Tabella 5.2. Vaccinazioni dell'età pediatrica, in Italia: coperture vaccinali *
(per 100 abitanti), anni 2000-2013**

[Table 5.2. Childhood vaccinations in Italy: vaccination coverage (per 100 inhabitants), 2000-2013]*

Anni	POL3	DTP3	DT-DTP3	EpB3	MPR1-MPRV	M-MPR1-MPRV	Hib3
2000	96,6	87,3	95,3	94,1	74,1	74,1	54,7
2001	95,8	93,3	95,9	94,5	76,1	76,9	70,2
2002	95,9	92,9	96,8	95,4	79,8	80,8	83,4
2003	96,6	95,8	96,6	95,4	82,0	83,9	90,4
2004	96,8	94,0	96,6	96,3	85,1	85,7	93,8
2005	96,5	94,7	96,2	95,7	82,7	87,3	94,7
2006	96,5	96,2	96,6	96,3	88,2	88,3	95,5
2007	96,7	96,5	96,7	96,5	89,6	89,6	96,0
2008	96,3	96,1	96,7	96,1	89,7	90,1	95,7
2009	96,1	96,0	96,2	96,1	89,9	90,0	95,6
2010	96,3	96,2	96,4	95,8	90,5	90,6	94,6
2011	96,1	95,8	96,3	96,0	89,9	90,1	95,6
2012	96,2	96,0	96,2	96,1	89,2	90,0	94,8
2013	95,4	95,3	95,4	95,3	88,1	88,1	94,5

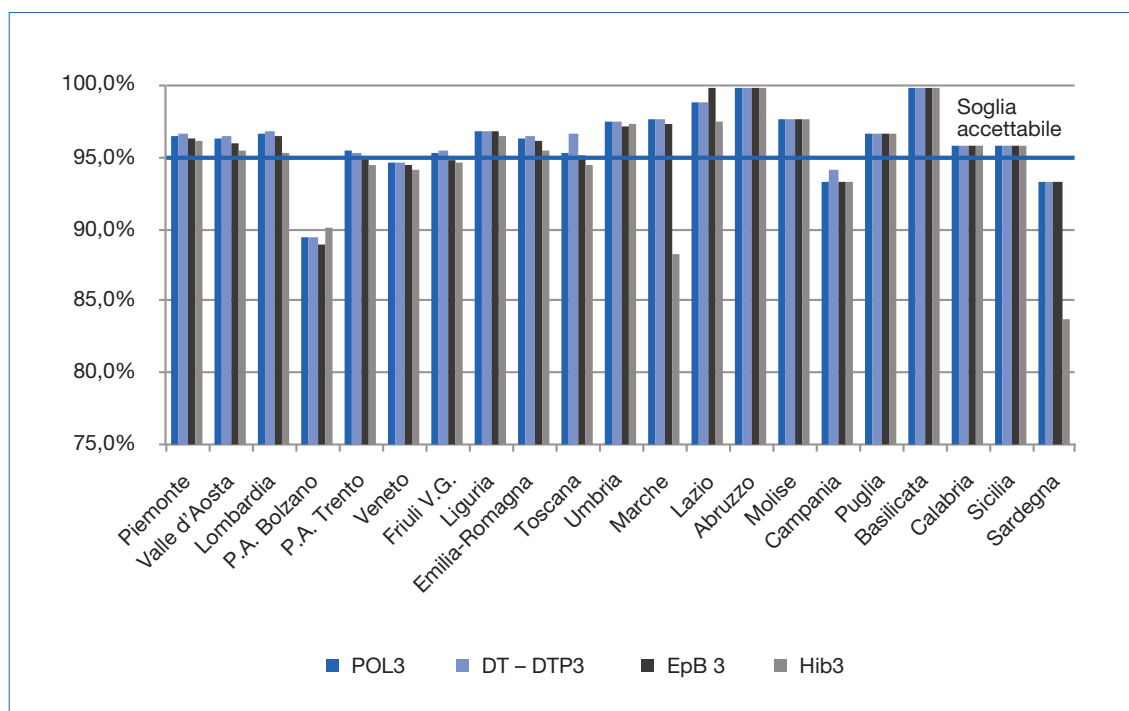
Fonte: Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria, www.salute.gov.it
[Source: Ministry of Health, D.G. health prevention, www.salute.gov.it]

La tabella 5.2 mostra come nell'ultimo anno (2013) tutte le vaccinazioni pediatriche siano in calo rispetto all'anno precedente (il *trend* è particolarmente evidente per la vaccinazione contro la polio). Ma ciò che più fa riflettere sono le notevoli disparità regionali: in alcune realtà si stenta ancora a raggiungere la soglia accettabile di copertura vaccinale del 95%.

In particolare, nella figura 5.15 si nota come la P.A. di Bolzano, il Veneto, la Campania e la Sardegna non raggiungano per nessuno dei vaccini dell'esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) la soglia minima accettabile, mentre l'Abruzzo e la Basilicata raggiungono quasi la copertura totale. Nella maggioranza delle Regioni comunque la copertura raggiunge e in alcuni casi supera il 95%.

Figura 5.15. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib), per Regione. Valori %, anno 2012

[Figure 5.15. Vaccination coverage rates for children 24 months of age per cycle (3 doses) (polio, diphtheria, tetanus, hepatitis B, pertussis, Hib), regional composition. Percentage, 2012]

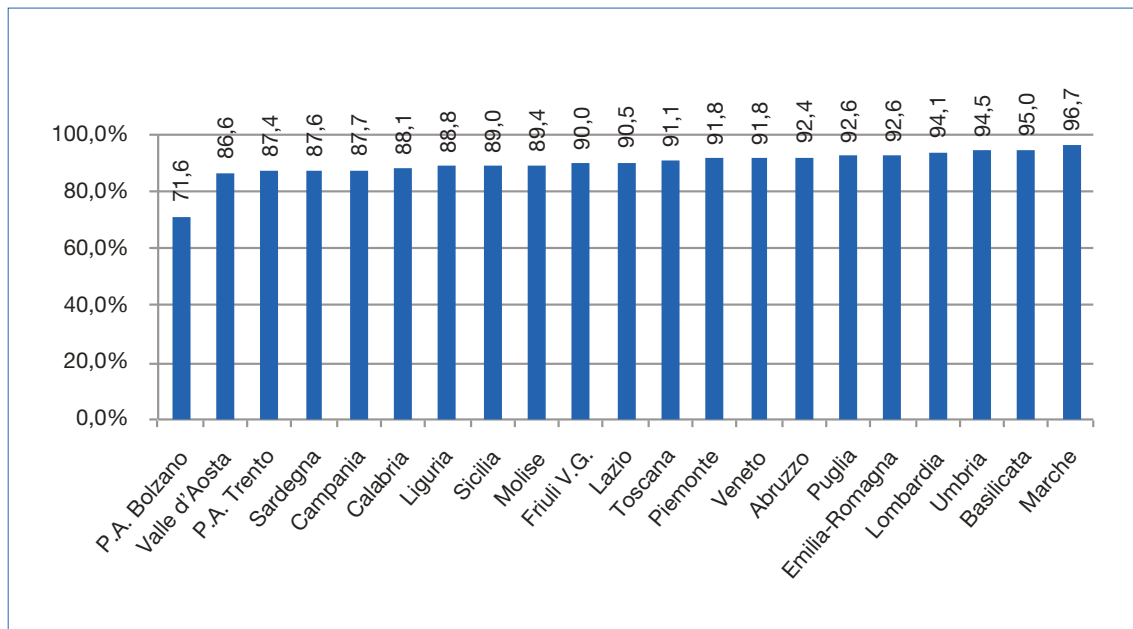


Fonte: Ministero della Salute, "Verifica adempimento Mantenimento erogazione LEA" 2012
[Source: Ministry of Health, "Verifica adempimento Mantenimento erogazione LEA" 2012]

Diversa è invece la situazione per il cosiddetto vaccino trivalente. L'Unione Europea ha fissato nel 2015 la scadenza per ottenere l'eliminazione di morbillo e della rosolia congenita, alzando al 95% la soglia necessaria di bambini 0-24 mesi da vaccinare. L'obiettivo è stato recepito in Italia nel "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015" e nel calendario vaccinale del "Piano nazionale della prevenzione 2012-2014". Stando al monitoraggio effettuato dal Ministero della Salute, nel 2012 hanno raggiunto l'obiettivo solo Basilicata (95,0%) e Marche (96,7%), e la Lombardia si è avvicinata molto (94,1%). Lo scorso anno l'unica promossa è stata la Sardegna, che invece nel 2012 si arresta a 87,6%. Fanalino di coda la P.A. di Bolzano, con il 71,6%. Tutte le altre Regioni restano comunque al di sotto della soglia ritenuta accettabile.

Figura 5.16. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), per Regione. Valori %, anno 2012

[Figure 5.16. Vaccination coverage rates for children 24 months of age for one dose of measles, mumps, rubella (MMR) vaccine, regional composition. Percentage, 2012]



Fonte: Ministero della Salute, "Verifica adempimento Mantenimento erogazione LEA" 2012
 [Source: Ministry of Health, "Verifica adempimento Mantenimento erogazione LEA" 2012]

Vaccinazione antinfluenzale

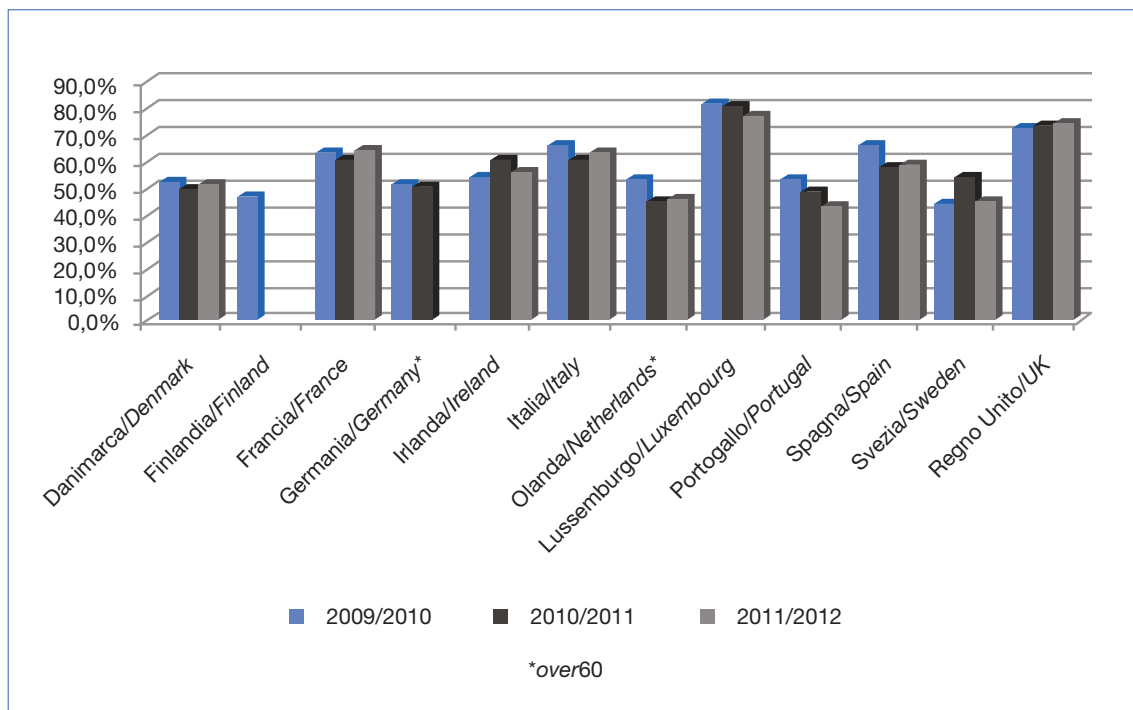
Le epidemie influenzali annuali sono associate a elevata morbosità e mortalità. Il Centro Europeo per il controllo delle Malattie (ECDC) stima che in media circa 40.000 persone muoiano prematuramente ogni anno a causa dell'influenza nelle UE. Il 90% dei decessi si verifica in soggetti di età superiore ai 65 anni, specialmente tra quelli con condizioni cliniche croniche di base. Per ogni decesso corrispondono molti più ricoveri derivanti da complicazioni.

In base alle raccomandazioni del Consiglio europeo¹³, il tasso di copertura vaccinale minimo da raggiungere nella popolazione anziana e nelle altre categorie a rischio è pari al 75%. Come mostra la figura 5.17, per i Paesi di cui si hanno dati a disposizione, nella stagione influenzale 2011-2012 solo l'Olanda ha superato la percentuale minima raccomandata (77,2%) e il Regno Unito l'ha quasi raggiunta (74,0%). Gli altri restano al di sotto, compresa l'Italia (62,7%). Fanalino di coda il Portogallo, con 43,4%.

¹³ ECDC Technical Report - *Implementation of the Council Recommendation on seasonal influenza vaccination (2009/1019/EU)*

Figura 5.17. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani over65 in Europa. Valori %, anni 2009-2012

[Figure 5.17. Vaccination coverage rates for people aged 65 and over for flue season in EU. Percentage, 2009-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati VENICE (Vaccine European New Integrated Collaboration Effort)
[Source: CREA Sanità on VENICE data]

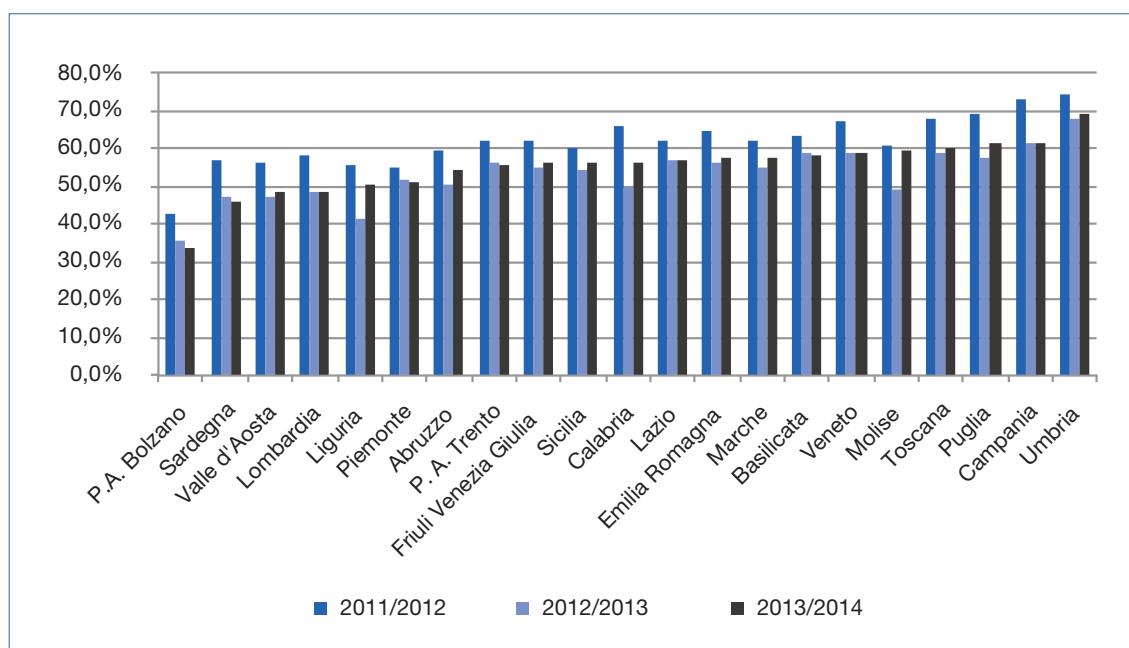
In Italia, l'andamento stagionale delle sindromi simil influenzali (*influenza-like-illness*, ILI) è rilevato attraverso la rete di medici sentinella, Influnet. I dati forniti dal sistema di rilevazione, attivo dal 1999, hanno permesso di stimare che le ILI interessano ogni anno il 4-12% della popolazione italiana, a seconda delle caratteristiche del virus influenzale circolante in una data stagione.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicuro per prevenire l'infezione perché riduce la probabilità di contrarre la malattia e le sue complicanze e perché riduce i costi sociali connessi a morbosità e mortalità. Nell'ultima raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione dell'influenza stagionale 2013-2014, si specifica come numerosi studi farmaco-economici dimostrino l'opportunità della vaccinazione antinfluenzale al di sopra dei 50 anni sulla base di analisi di costo-efficacia. Sulla base delle

evidenze disponibili, il ministero auspica quindi l'avvio di una consultazione con tutti gli *stakeholder* coinvolti al fine di ottenere una raccomandazione per l'abbassamento dell'età per la vaccinazione antinfluenzale a partire dalla stagione 2014-2015. Ad oggi la vaccinazione è raccomandata ogni anno ai soggetti a rischio: persone di età compresa fra 6 mesi e 64 anni affette da specifiche malattie croniche, coloro che se ne prendono cura (per esempio, operatori sanitari e familiari) e chi ha più di 64 anni. Il nuovo Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV) 2012-2014, riporta, tra le principali novità, l'inserimento nel calendario della vaccinazione antinfluenzale negli ultra 65enni. Tra gli obiettivi: il 75% di copertura vaccinale come minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio.

Figura 5.18. Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni). Valori %, anni 2011-2013

[Figure 5.18. Vaccination coverage rates for people aged 65 and over for flue season, regional composition. Percentage, 2011-2013]



Fonte: Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria, www.salute.gov.it
 [Source: Ministry of Health, D.G. health prevention, www.salute.gov.it]

I dati dimostrano come la vaccinazione degli *over65* sia in netto calo, e non conforme alla soglia minima auspicabile del 75%: con riferimento alla stagione influenzale 2013-2014, Umbria, Campania e Puglia e Toscana sono le uniche Regioni che superano il 60,0%, comunque in netto calo rispetto alla stagione 2001-2012. Non raggiungono invece neanche il 50,0% di copertura la P.A. di Bolzano, la Sardegna, la Valle d'Aosta e la Lombardia. Il valore Italia si ferma al 55,4% (contro il 62,7% della stagione 2011-2012).

5.4. Prevenzione secondaria: gli *screening*

I programmi organizzati di *screening* cervicale, mammografico e coloretale rappresentano una delle più importanti esperienze di prevenzione secondaria presenti nel nostro Paese. I programmi si stanno diffondendo, anche se piuttosto lentamente, ma purtroppo non ancora abbastanza nelle Regioni meridionali, dove stentano a decollare.

Il monitoraggio di questa attività di prevenzione è stato affidato dal Ministero della Salute al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cne-sps) dell'Istituto superiore di sanità: si tratta dello stesso Progetto "PASSI" (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che ha monitorato anche i fattori di rischio trattati nei paragrafi precedenti.

Con riferimento ai programmi di *screening*, nel 2010-12 sono state realizzate in totale 111.418 interviste, di cui: 36.617 a uomini e donne nella fascia di età 50-69 anni (popolazione *target* per lo *screening* dei tumori del colon retto), 19.538 a donne nella fascia di età 50-69 anni (popolazione *target* per lo *screening* dei tumori della mammella) e 43.118 a donne nella fascia d'età di 25-64 anni (popolazione *target* per lo *screening* dei tumori della cervice uterina).

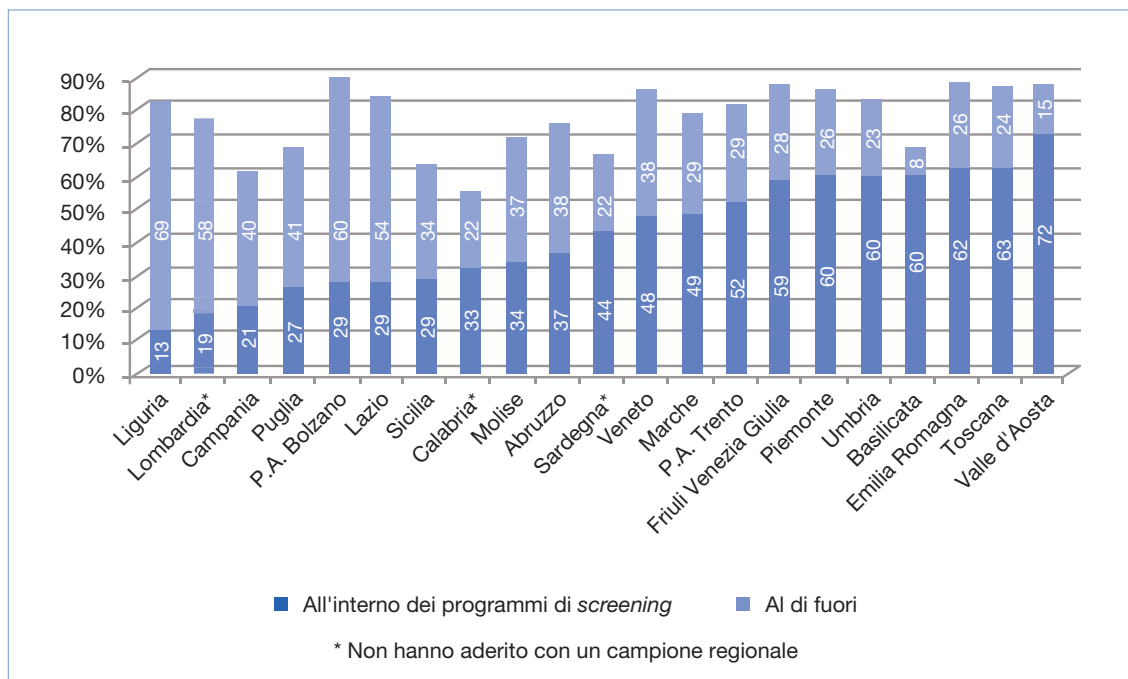
Screening cervicale

Sulla base dei dati PASSI, si stima che in Italia nel 2010-12 mediamente circa il 76% delle donne 25-64enni abbia eseguito un *Pap test* o un esame dell'Hpv preventivo nel corso degli ultimi tre anni (comprendendo coloro che lo hanno fatto all'interno dei programmi organizzati e coloro che lo hanno effettuato autonomamente e a pagamento, privatamente o con *ticket*). La copertura complessiva del *test* preventivo raggiunge valori elevati al Nord (84%) e al Centro (83%), mentre è più bassa al Sud (62%).

È interessante notare come la quota di donne che effettuano *screening* al di fuori dei programmi organizzati sia piuttosto alta e sovrapponibile a quella dei programmi organizzati (rispettivamente 37,2% e 38,4%). La distribuzione geografica della copertura dello *screening* cervicale disegna tuttavia un gradiente geografico a svantaggio delle Regioni meridionali, come illustrato nella figura 5.19. Spicca il dato della Basilicata: registra uno dei valori più alti per la copertura all'interno dei programmi di *screening* gratuito, ma il più basso in assoluto come percentuale di coloro che effettuano il *test* a pagamento, per cui la copertura totale risulta piuttosto bassa (nella altre Regioni in cui la copertura gratuita è piuttosto bassa risulta invece elevata quella a pagamento, come succede al esempio in Liguria, Lombardia, P.A. Bolzano).

Figura 5.19. Copertura regionale al test preventivo cervicale (pap-test o HPV) negli ultimi 3 anni - Donne 25-64enni. Valori %, anni 2010-2012

[Figure 5.19. Cervical cancer screening (pap-test or HPV) in the last 3 years - Women aged 25-64. Regional coverage rates, 2010-2012]



Fonte/Source: PASSI-ISS, 2010-12

L'efficacia della promozione cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti (lettera della Asl, consiglio, campagna informativa): aver ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di un operatore sanitario dà luogo all'effettuazione dello *screening* nel 90% dei casi contro il 39% in assenza di alcun intervento.

Questa combinazione di interventi di promozione (lettera dalla Asl e consiglio del medico/operatore sanitario) sembrerebbe la più efficace, in quanto la percentuale di donne raggiunte da tutti e tre gli interventi (lettera, consiglio del medico e campagna informativa) è sempre del 90%.

Vale la pena notare come siano diverse le motivazioni fornite per la mancata esecuzione del test di *screening*, la più frequente (32%) è: «penso di non averne bisogno», che potrebbe essere interpretata come una errata percezione del rischio.

Nel periodo 2008-2012, si evidenzia un andamento in crescita della copertura dello *screening* cervicale (totale) effettuato secondo le linee guida nelle tre macroaree del Paese: a livello nazionale la crescita è del 3,7%; nelle Regioni del Nord del 2,9%, in quelle del Centro del 3,9% e al Sud del 6,7%.

Screening mammografico

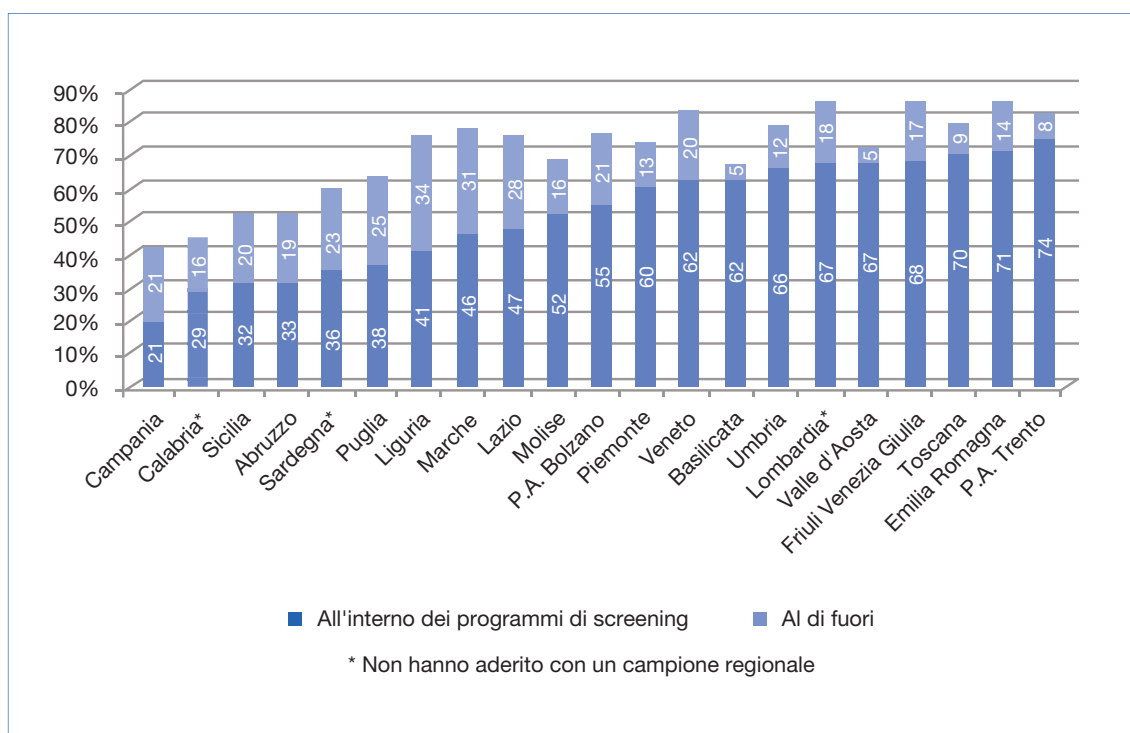
Sempre secondo i dati del Sistema PASSI, si stima che in Italia nel 2010-2012 mediamente quasi il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni abbia effettuato una mammografia a scopo preventivo nel corso dei due anni precedenti l'intervista (comprendendo coloro che lo hanno fatto all'interno dei programmi offerti dalle Aziende sanitarie locali – il 50% della popolazione *target* femminile - e coloro che lo hanno effettuato su iniziativa personale – il 19%). E' evidente il gradiente Nord-Sud della copertura dello *screening* mammografico: 81% fra le residenti al Nord (in Emilia-Romagna e in alcune Asl della Lombardia si raggiunge l'85%), 76% fra le donne del Centro e solo il 51% fra le residenti nel Sud e nelle Isole (con la Campania in cui si registra la prevalenza più bassa, 42%), come illustrato nella figura 5.20.

Figura 5.20. Mammografia eseguita negli ultimi due anni - Donne 50-69enni.

Valori %, anni 2010-2012

[Figure 5.20. Mammography screening in the last two years - Women aged 50-69.

Regional coverage rates, 2010-2012]



Fonte/Source: PASSI-ISS, 2010-2012

L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti (lettera della Asl, consiglio del medico, campagna informativa), infatti l'81% delle donne 50-69enni che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di un operatore sanitario si è sottoposta a *screening* mammografico, contro il 23% di quelle non raggiunte da alcun intervento. Le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione eseguono il test di *screening* nell'83% dei casi, migliorando non di molto la copertura. Alla luce di questi dati, la combinazione più efficace sembrerebbe l'invito con lettera dalla Asl in associazione al consiglio del medico/operatore sanitario.

Relativamente all'evoluzione temporale, nel periodo 2008-2012, si evidenzia un andamento in crescita della copertura dello *screening* mammografico effettuato secondo le linee guida nelle Regioni del Nord (da 80,8% a 83,7%) e in quelle del Centro (da 73,5% a 78,8%).

Screening coloretale

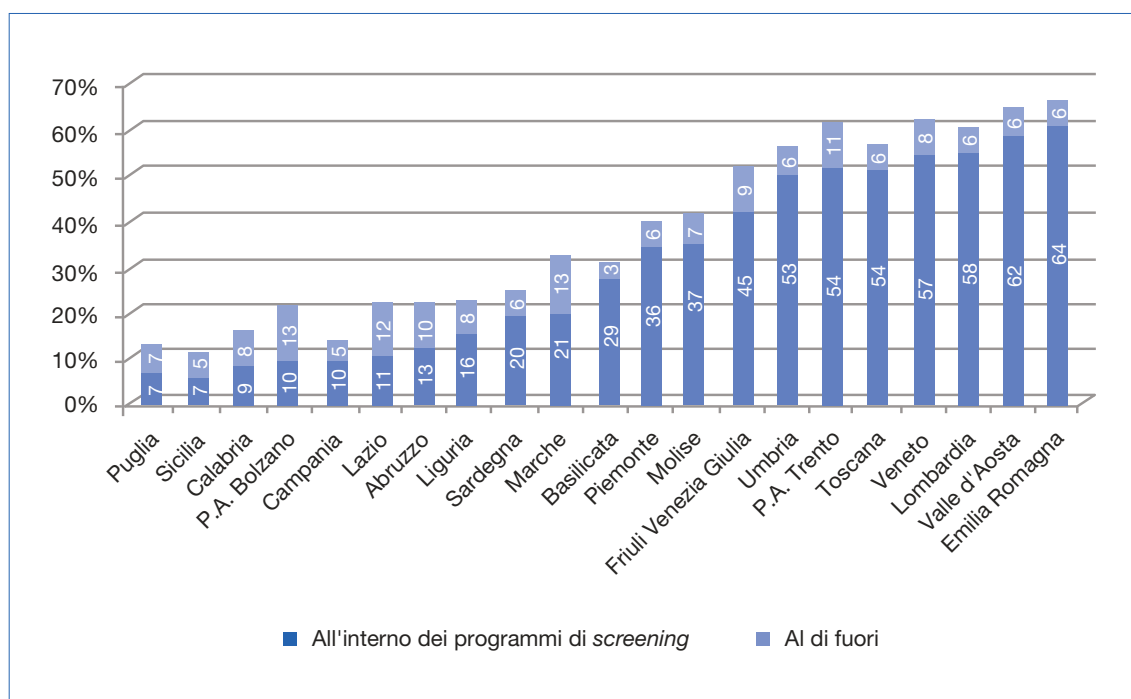
Per concludere, PASSI stima che in Italia nel 2010-2012 mediamente il 38% di persone appartenenti alla classe di età 50-69 anni abbia eseguito uno degli esami (ricerca del sangue occulto fecale -Sof, negli ultimi due anni, oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia, negli ultimi cinque anni) per la diagnosi precoce dei tumori colo-rettali a scopo preventivo, secondo le raccomandazioni.

Il 32% di coloro che hanno partecipato all'indagine dell'ISS riferisce di aver effettuato il *test* per la ricerca del Sof a scopo preventivo nei due anni precedenti l'intervista. Il dato comprende coloro che non hanno sostenuto alcun costo per l'effettuazione dell'esame (87% degli intervistati), coloro che hanno pagato solamente il *ticket* (11%), nonché la quota di persone che ha sostenuto l'intero costo dell'esame (2%). Pertanto l'adesione allo *screening* avviene nella quasi totalità dei casi nell'ambito di programmi organizzati e scarsamente su iniziativa personale.

È ancora una volta evidente la disomogeneità della copertura a livello territoriale: la percentuale di coloro che si sono sottoposti al *test* per la ricerca del Sof a scopo preventivo è più alta al Nord (54%), significativamente più bassa al Centro (33%), e ancor di più nel Sud e Isole (11%). La copertura maggiore si registra in Emilia-Romagna, 64%, e quella più bassa in Puglia e Sicilia, 7%.

Figura 5.21. Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati - Persone 50-69enni. Valori %, anni 2010-2012

[Figure 5.21. Colorectal (colon) cancer screening tests in the recommended time – People aged 50-69. Regional coverage rates, 2010-2012]



Fonte/Source: PASSI-ISS, 2009-12

Come per gli altri programmi, anche l'efficacia della promozione dello *screening* per la prevenzione dei tumori coloretali cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti (lettera della Asl, consiglio, campagna informativa), infatti il 73% degli intervistati 50-69enni che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di un operatore sanitario si è sottoposto a *screening*, contro il 3% di quelli non raggiunti da alcun intervento.

Relativamente all'evoluzione temporale, si evidenzia un andamento in crescita della copertura della ricerca del Sof effettuato secondo le linee guida nelle tre macroaree italiane: nel triennio 2010-2012, al livello nazionale la crescita è in media del 12%, più alta al Nord (+21%) e nel Centro (+16%) e più bassa al Sud (+6%).

5.5. Conclusioni

Sebbene le classifiche internazionali (OECD) che ci vedono agli ultimi posti in tema di investimenti in prevenzione, di cui l'educazione è parte integrante e prioritaria, siano probabilmente solo il frutto di una (delle tante) disattenzioni nostrane sull'importanza di fornire dati coerenti con gli *standard* internazionali, è indubbio che il contrasto alla crescita della spesa sanitaria in Italia negli ultimi anni abbia ridotto gli investimenti in prevenzione.

Nonostante la *performance* italiana da alcuni punti di vista sia migliore di quella di altri Paesi europei, se consideriamo i modesti risultati in termini di dinamica di alcuni indicatori di fattori di rischio (specie prevalenza di obesità infantile e modesta riduzione del consumo di tabacco), considerati qui indicatori di esito delle politiche di promozione della salute, quel che si evince è l'effetto del disinvestimento in corso, che peraltro si scontra con uno dei capisaldi, ancora assolutamente moderno, della legge che ha dato vita al nostro SSN.

In particolare, come riporta uno studio del Ministero della Salute (Okkio alla Salute 2013), dal 2008 a oggi sono diminuiti leggermente i bambini di 8-9 anni in sovrappeso e quelli obesi, «ma l'Italia resta ai primi posti d'Europa per l'eccesso ponderale infantile».

Prendendo in considerazione il *trend* 2000-2012, se è vero che diminuiscono in Italia i litri di alcol consumati pro-capite (-3,2 litri pc) più che in altri Paesi, è anche vero che la diminuzione della percentuale dei fumatori di 15+ anni nel medesimo periodo (-2,3%) è la più bassa registrata in EU15 (a parte Grecia e Irlanda che registrano un aumento). Senza poi contare l'insufficienza registrata nelle coperture vaccinali raccomandate (un esempio su tutti: la drastica riduzione delle vaccinazioni pediatriche contro la polio e il riacutizzarsi della patologia, ma anche le modeste coperture vaccinali antinfluenzali negli anziani *over65*).

Non si può non osservare che con una popolazione che invecchia, la sostenibilità del sistema in prospettiva si possa garantire solo se grazie alla prevenzione si elimina l'insorgenza di alcune patologie, si ritarda la comparsa di altre, si contengono o ritardano le complicazioni delle cronicità.

Investire in prevenzione, dunque, ma con la consapevolezza che si tratta di un atto di coraggio; oltre che di grande buon senso: anche se è di fatto corretto precisare – come si legge in molti documenti di programmazione economica – che la prevenzione va fatta solo se c'è evidenza scientifica, questa ultima (pur in continuo aumento), rimane comunque di

complessa dimostrazione a causa delle caratteristiche della prevenzione stessa, e in particolare quella di dare risposte a lungo termine. Riassumendo, è indubbio che la prevenzione rappresenti una delle attività fondamentali del SSN italiano, ma, nonostante la crisi finanziaria ancora in atto, molto deve essere ancora fatto, specie nella promozione degli stili di vita salutari.

Riferimenti bibliografici

Ambrosetti – The European House (2013), *Meridiano Sanità, Rapporto 2013*

Cecchini M, F. Sassi, J.A. Lauer, Y.Y. Lee, V. Guajardo-Barron, D. Chisholm (2010), “Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness”, in *Lancet* 2010;376: 1775–84

Cittadinanza attiva (2014), *Osservatorio civico sul federalismo in Sanità, Rapporto 2013*

Istituto Superiore di Sanità - ISS (2014), *Lifestyles and cancer prevention - Facts and Figures*, Meeting of the European Ministers of Health - Milan, Italy, 22-23 September 2014

Istituto Superiore di Sanità - ISS (2014), *Sistema di sorveglianza PASSI*, www.iss.it

Ministero della Salute (2014), www.salute.gov.it

Ministero della Salute (2014), *Programma “Okkio alla Salute”*

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 (2010), *Obesity and economics of prevention fit non fat*

Osservatorio Nazionale Screening (2014), *I programmi di screening in Italia*

WHO Europe (2013), “Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region” in *Report of Meeting Oslo, Norway, 17–18 April 2013*, WHO, Copenhagen



Chapter 5

Prevention:

the state of the art regarding population screening and healthy lifestyles promotion

Chapter 5

Prevention: the state of the art regarding population screening and healthy lifestyles promotion

Giordani C.¹, Spandonaro F.¹

Summary

Prevention is a core feature of the Italian system of Health protection, and its importance is, moreover, constantly reiterated at the international level.

The data released by OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) places Italy at the bottom of the league table of investments for prevention, of which education is an integral part and, indeed, a priority, with a 0.5% of total current expenditure compared, for example, to 3.9% in Sweden or 6.4% in New Zealand. This figure, however, is probably the result of a classification of prevention expenditures in Italy, which is not consistent with international standards.

Nevertheless, it is clear that the reduced growth of health care spending in Italy in recent years has led to a drop in investments for prevention. The effects are noticeable in Italy's scarce performance results in terms of the dynamics of several indicators in terms of risk factors (especially childhood obesity and reduction of tobacco consumption), which are seen here as result indicators of health promotion policies.

However, according to the OECD, the Italian situation in terms of excess weight seems to be better than in the other member countries: in 2012, the prevalence of obesity among over-15-year-olds was 10.4%, the lowest among the EU-15 countries, although the prevalence of obesity has increased, since 2000. The situation changes with regard to childhood obesity: since 2008 it has decreased slightly in the 8-9 year age group, although Italy still occupies the top positions, in Europe, in the child obesity rankings.

¹ CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

In terms of tobacco consumption, among the EU-15 countries, Italy has one of the highest proportions of male smokers aged 15 years or older (28%), surpassed only by France (29%) and Greece (44%); the percentage of female smokers aged 15 or older, in Italy, is also among the highest (17%). In Italy, the smoker prevalence trend is declining, but the decline observed between 2000 and 2012 is the lowest among the EU-15 countries (except in the case of Greece and Ireland, where it has risen).

In contrast, with regard to excessive alcohol consumption, the average per capita consumption in Europe is 11 litres per year, and with 6.1 litres Italy ranks lowest among the EU-15 countries.

Instead physical exercise is low: only 33% of the Italian population aged 18-69 years is active, 36% partially active (does not carry out physically heavy work, but does take some exercise during leisure time, without, however, reaching the recommended levels) and no less than 31% is sedentary.

Finally, in Italy in 2013, all child vaccinations dropped, compared to the previous year (especially against polio), with significant regional differences. Not even the target of 95% for the so-called trivalent vaccine (against measles, mumps and congenital rubella) was reached, although many regions came close to it.

With regard to influenza vaccinations, in 2013, Italy stopped at 62.7% of those eligible, down compared to previous seasons.

In Italy, there are free prevention programmes that the regions are obliged to offer for the prevention of cancer: cervical cancer (for the target population aged 25-64 years), breast cancer (for 50-69 year olds) and colorectal cancer (for 50-69 year olds).

In 2010-12, in Italy, on average, about 76% of women in the target age group performed a Pap test or preventive HPV test over the last three years (including those who carried out the tests in connection with the organised prevention programmes and those who paid for them, either privately or under the public cost-sharing schemes), with a growing trend (+ 3.7%).

Also, on average, almost 70% of women aged 50-69 years reported having done a screening mammogram as a preventive measure, in the two years preceding the survey (including the screening programmes offered by the local health authorities - 50% of the female target population - and personal initiative - 19% of the target group). The trend is growing, especially in northern and central Italy. Finally, in Italy, in 2010-2012, 38% of respondents aged 50-69 years, on average, reported having done one of the following tests (faecal occult blood - FOB - test, in the last two years, or colonoscopy/sigmoidoscopy exams in the past five years) for the early detection of colorectal cancer, as a preventive measure, according to the recommendations [considering those who incurred no costs for the exam, (87% of respondents), those who paid a fee under the public cost-sharing scheme (11%), and those who incurred the full cost of the examination (2%).

Summarizing, prevention is a core activities of the Italian NHS but, despite the increasing financial constraint, more should be done, especially in promoting healthy lifestyles.



A word cloud of various terms related to healthcare, economics, and social policy. The words are arranged in a circular pattern, with some larger than others. The terms include: performance, accesso, appropriatazza, innovazione, efficienza, integrazione, bisogni, SSN, empowerment, regioni, federalismo, selettività, sostenibilità, welfare, equità, crescita, sviluppo, HTA, cura, investimenti, health, europa, responsabilità, and economia. The word 'SSN' is the largest and most prominent.

Capitolo 6

**Assistenza ospedaliera:
gli effetti delle manovre di razionalizzazione**

Capitolo 6

Assistenza ospedaliera: gli effetti delle manovre di razionalizzazione

*Piasini L.*¹

6.1. Il contesto

L'assistenza ospedaliera è il Livello Essenziale di Assistenza (LEA) che storicamente ha assorbito la maggior quota di risorse economiche: ancora oggi la programmazione nazionale prevede che ben il 46% del finanziamento vada all'ospedaliera (di cui fa parte non solo l'offerta di assistenza in acuzie, ma anche la riabilitazione e la lungodegenza). Quanto premesso giustifica la continua attenzione espressa a livello di sistema per la razionalizzazione del settore: sin dalla L. 595/1985 i principali parametri di offerta (quali i posti letto e le dimensioni delle strutture) e di utilizzazione (degenze medie, tassi di occupazione, etc.) sono stati utilizzati nelle normative nazionali e regionali, con l'obiettivo generale e condiviso di incentivare la deospedalizzazione e generare così risparmi.

Il processo ha portato ad una radicale razionalizzazione del settore come emerge dalla riduzione dei posti letto e della degenza media, ma intaccando marginalmente le forti variabilità regionali e locali; i risultati ottenuti, inoltre, sono spesso stati analizzati dal versante delle acuzie, tralasciando gli effetti sulla riabilitazione e la lungo degenza ospedaliera. Peraltro, considerando che il confine fra lungodegenza ospedaliera e assistenza residenziale appare sempre più labile, una maggiore attenzione in tal senso sarebbe opportuna.

Nel seguito si cercherà di analizzare i principali *trend* dell'assistenza ospedaliera, provando a contribuire a comprendere il successo o meno delle più che decennali politiche di razionalizzazione.

¹ CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata"

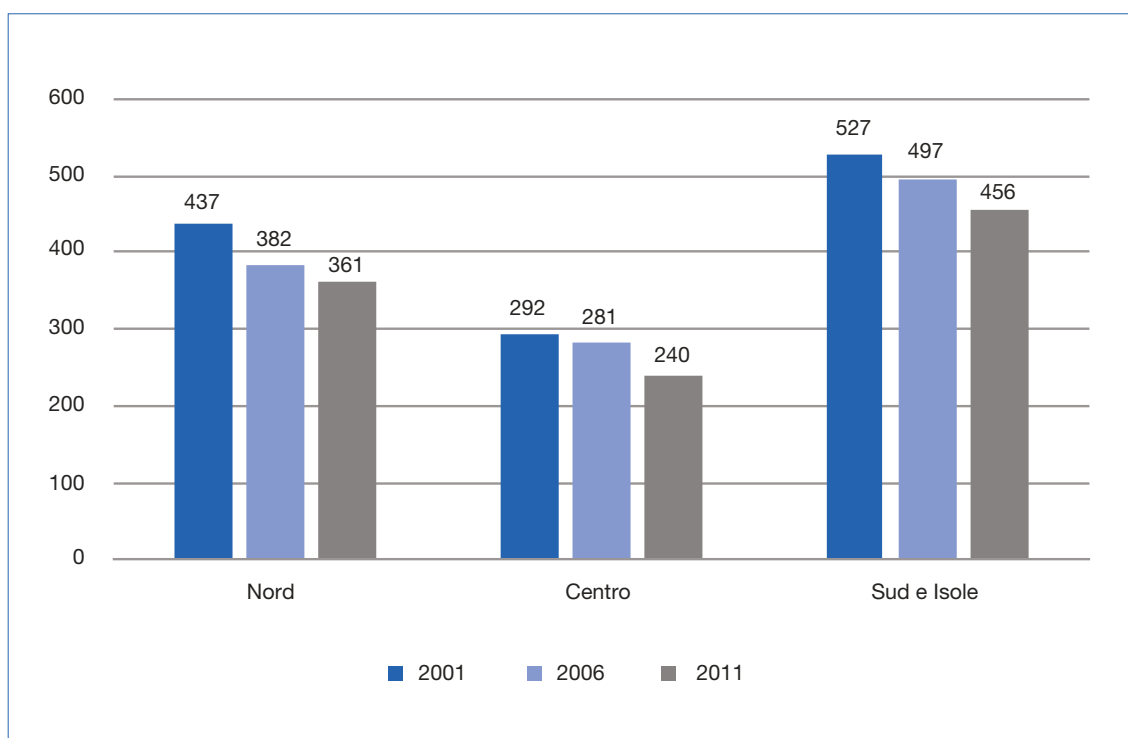
6.2. Offerta

Il numero di strutture, pubbliche e private², del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), si è ulteriormente ridotto nell'ultimo decennio.

Figura 6.1. Strutture di ricovero pubbliche e private per area geografica.

Valori assoluti, anni 2001-2011

[Figure 6.1. Public and private hospital facilities by geographical area. Number, 2001–2011]



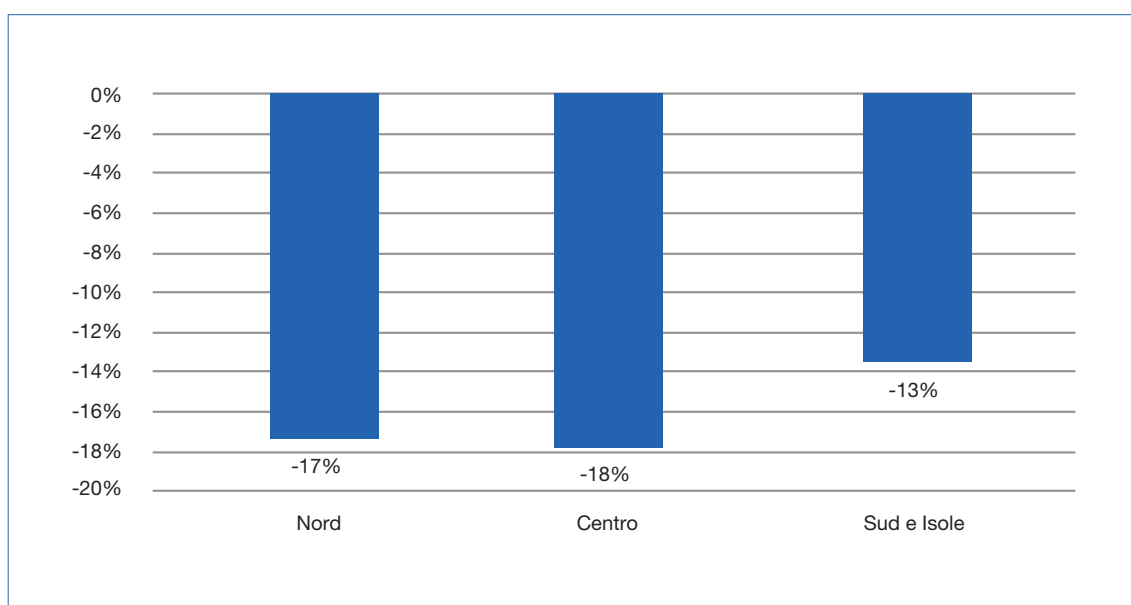
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

² AO, ospedali a gestione diretta presidio ASL, AO integrate con SSN e AO integrate con Università (strutture pubbliche esclusi istituti di ricerca: IRCCS e enti ricerca), policlinici universitari, ospedali classificati o assimilati, istituti qualificati presidio della ASL e case di cura accreditate (strutture private del SSN) e per finire istituti di ricerca pubblici e privati (IRCCS e enti di ricerca). Non vengono considerati gli istituti psichiatrici residuali in quanto in numero poco rilevante e destinati a scomparire

In termini percentuali, rispetto alla dotazione iniziale del 2001, nel 2011 si è registrata una riduzione pari al -17% al Nord, -18% al Centro, mentre risulta più contenuta per il Sud e le Isole (-13%).

Figura 6.2. Strutture per area geografica - Variazioni. Valori %, anni 2001-2011

[Figure 6.2. Hospital facilities by geographical area. Percentage changes, 2001-2011]

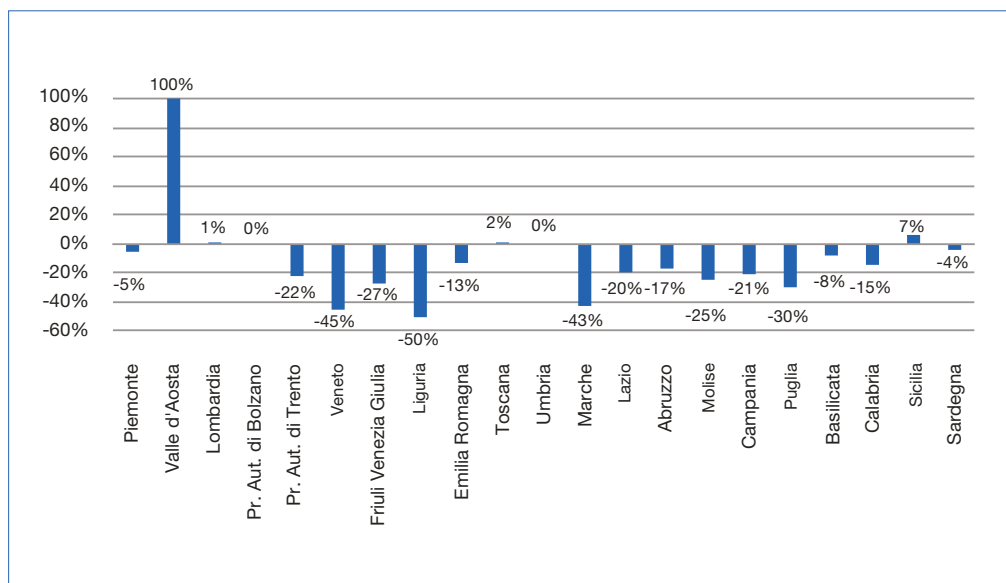


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

A livello regionale, le riduzioni percentuali più significative si sono verificate in Liguria (non consideriamo nell'analisi la Valle D'Aosta dato che l'incremento del 100% è dovuto al passaggio da una sola struttura a due), per la quale la riduzione è stata del -50% (da 24 a 12 strutture). La Sicilia ha invece aumentato la sua dotazione di strutture del +7%.

Figura 6.3 Strutture per Regione – Variazioni. Valori %, anni 2001-2011

[Figure 6.3. Hospital facilities by Region. Percentage changes, 2001-2011]



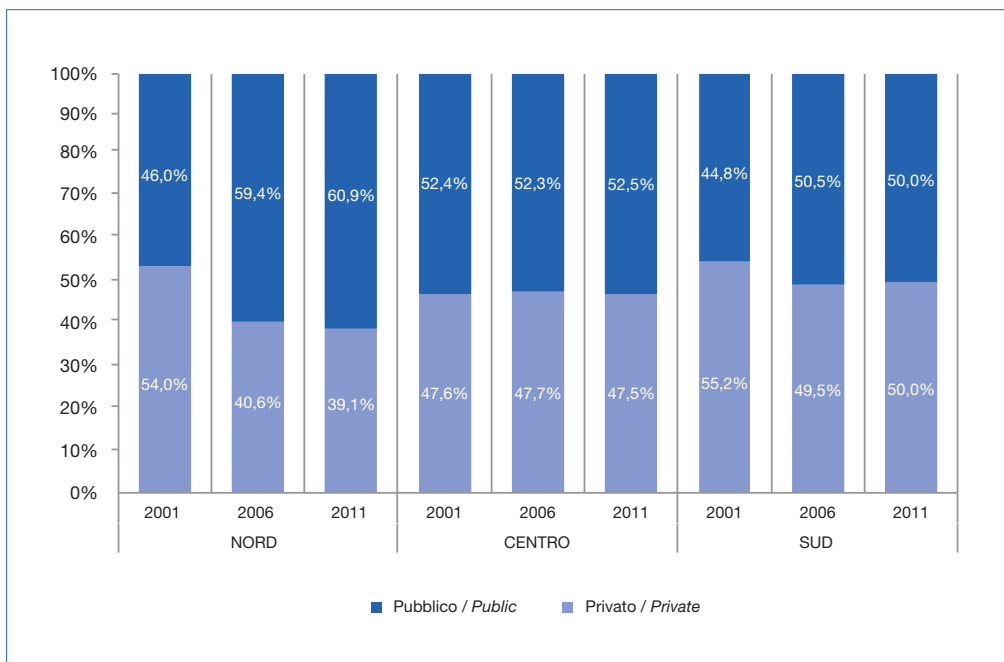
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Le strutture sono quindi complessivamente diminuite, ma è interessante notare come sia distribuita detta riduzione. Infatti, se analizziamo la composizione dell'offerta tra pubblico e privato, trascurando la dimensione delle strutture stesse, si evince che in generale la diminuzione del numero delle strutture ha riguardato più quelle pubbliche che non quelle private.

L'incidenza delle strutture private è rimasta invariata al Centro dove privato e pubblico, negli ultimi dieci anni, risultano presenti in quasi ugual misura (la presenza del privato è pari al 52%). Al Nord, però, le strutture private son passate dal 46,0% al 60,9 %. Minore è stato l'effetto nel Sud, dove il privato è passato dal 44,8% al 50,0%.

**Figura 6.4. Strutture pubbliche e private accreditate per area geografica –
Composizione. Valori %, anni 2001-2011**

*[Figure 6.4. Public and accredited private hospital by geographical area –
Composition. Percentage, 2001-2011]*



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Va aggiunto che il dato può essere distorto dall'aggregazione di più plessi ospedalieri sotto la stessa amministrazione: sarebbe auspicabile che nel futuro le statistiche ministeriali separassero il concetto di struttura fisica, da quello di struttura "giuridica".

In ogni caso, tutte le Regioni hanno ridimensionato la loro offerta.

Tabella 6.1. Strutture pubbliche e private accreditate per Regione – Composizione.**Valori %, anni 2001-2011***[Table 6.1. Public and accredited private hospital facilities by Region – Composition.**Percentage, 2001-2011]*

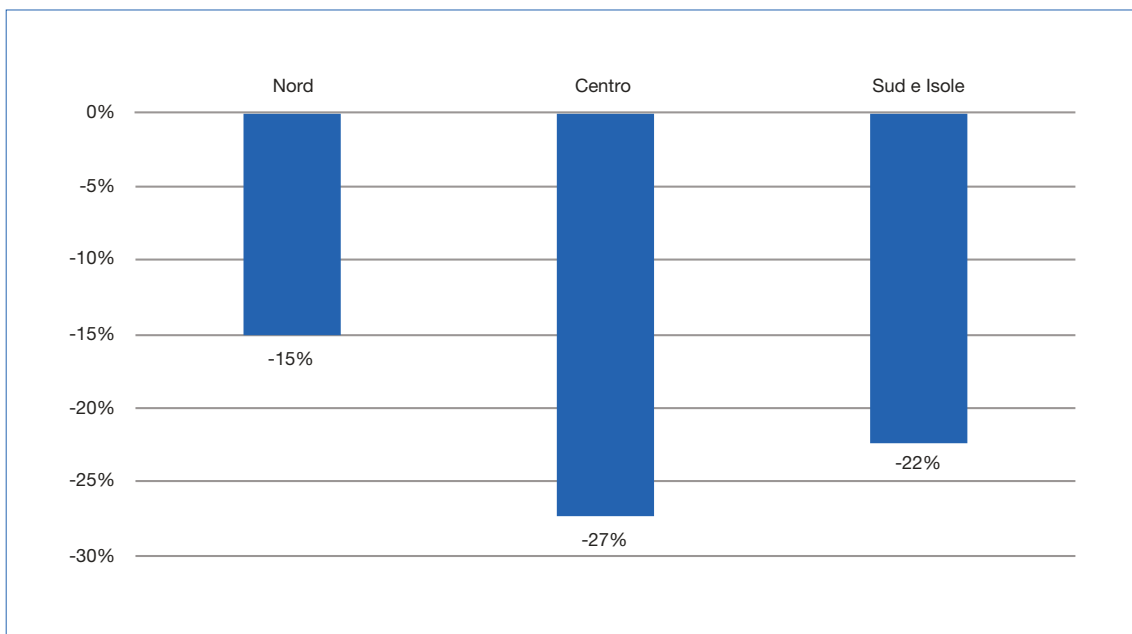
Regioni	2001		2006		2011	
	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
Piemonte	40%	60%	40%	60%	39%	61%
Valle d'Aosta	100%	0%	100%	0%	50%	50%
Lombardia	43%	57%	28%	72%	28%	72%
Pr. Aut. di Bolzano	58%	42%	58%	42%	58%	42%
Pr. Aut. di Trento	61%	39%	53%	47%	50%	50%
Veneto	69%	31%	44%	56%	46%	54%
Friuli Venezia Giulia	73%	27%	75%	25%	69%	31%
Liguria	83%	17%	68%	32%	50%	50%
Emilia Romagna	49%	51%	35%	65%	37%	63%
Toscana	58%	42%	54%	46%	54%	46%
Umbria	69%	31%	69%	31%	69%	31%
Marche	71%	29%	70%	30%	54%	46%
Lazio	34%	66%	36%	64%	40%	60%
Abruzzo	63%	37%	63%	37%	62%	38%
Molise	75%	25%	67%	33%	50%	50%
Campania	42%	58%	39%	61%	38%	62%
Puglia	66%	34%	44%	56%	47%	53%
Basilicata	92%	8%	90%	10%	73%	27%
Calabria	49%	51%	48%	52%	52%	48%
Sicilia	55%	45%	50%	50%	49%	51%
Sardegna	67%	33%	67%	33%	72%	28%

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

L'offerta di posti letto è, conseguentemente, notevolmente diminuita. Il Centro è quello che ha ridotto maggiormente il numero di letti, ben il -27% tra il 2001 e il 2011, considerando sia il pubblico che il privato accreditato. Anche per il Sud si può notare una riduzione notevole pari al -22%. Nel Nord abbiamo una riduzione più contenuta, pari al -15%: dato peraltro spiegabile con una maggiore efficienza iniziale dell'offerta.

Figura 6.5. Posti letto pubblici e privati accreditati per area geografica – Variazioni.
Valori %, anni 2001-2011

[Figure 6.5. Public and accredited private hospital beds by geographical area. Percentage changes, 2001-2011]



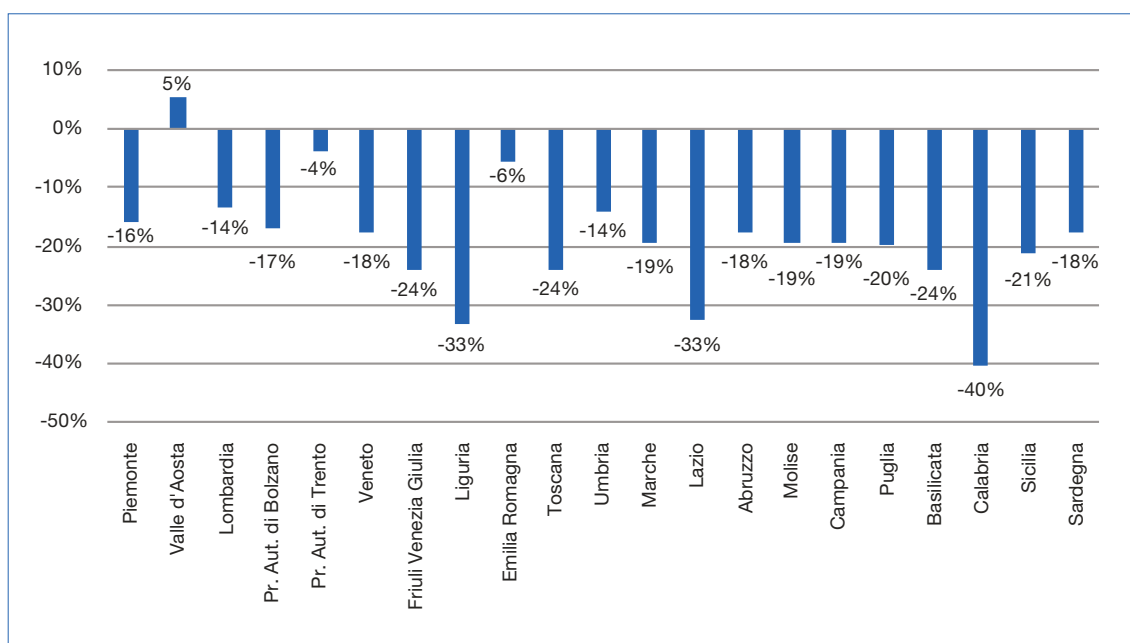
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

L'unica Regione che ha subito un aumento di posti letto è la Valle d'Aosta.

I tagli più drastici sono stati effettuati dalla Calabria con una riduzione pari al -40%, seguita da Liguria e Lazio con il -33%. La maggior parte delle Regioni, tranne qualche eccezione, ha operato un taglio dei posti letto che si aggira intorno a -16%.

Figura 6.6. Posti letto pubblici e privati accreditati per Regione – Variazioni.

Valori %, anni 2001-2011

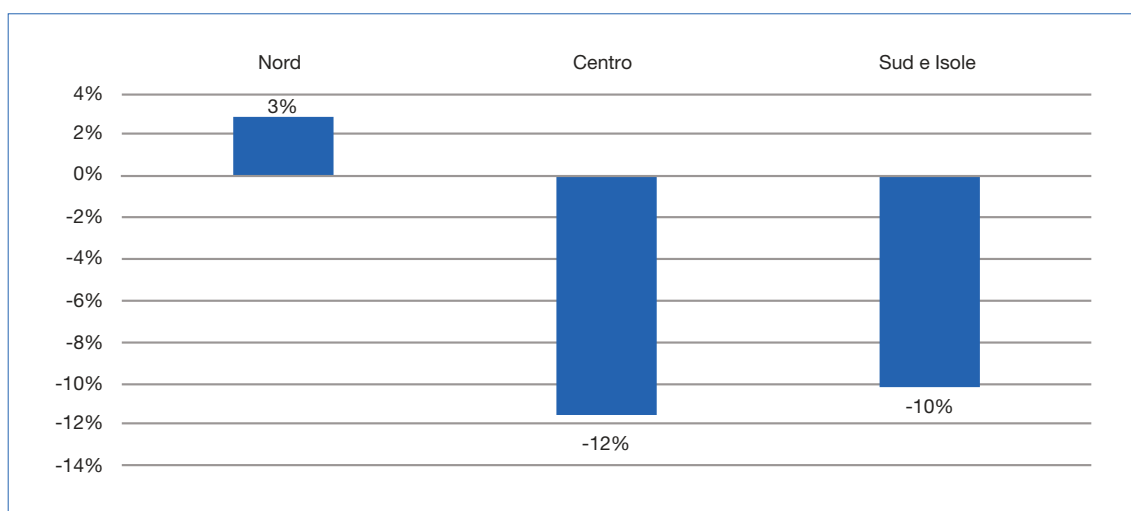
*[Figure 6.6. Public and accredited private hospital beds by Region.**Percentage changes, 2001-2011]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Il processo descritto nel Nord ha comportato un aumento del 3% della dimensione media (in termini di posti letto) delle strutture. Nel Centro e nel Sud, invece, l'effetto è stato inverso: se un obiettivo era quello di ottenere economie di scala è discutibile che possa essere stato perseguito.

Figura 6.7. Posti letto pubblici e privati accreditati per struttura per area geografica – Variazioni. Valori %, anni 2001-2011

[Figure 6.7. Public and accredited private hospital beds per facility by geographical area. Percentage changes, 2001-2011]



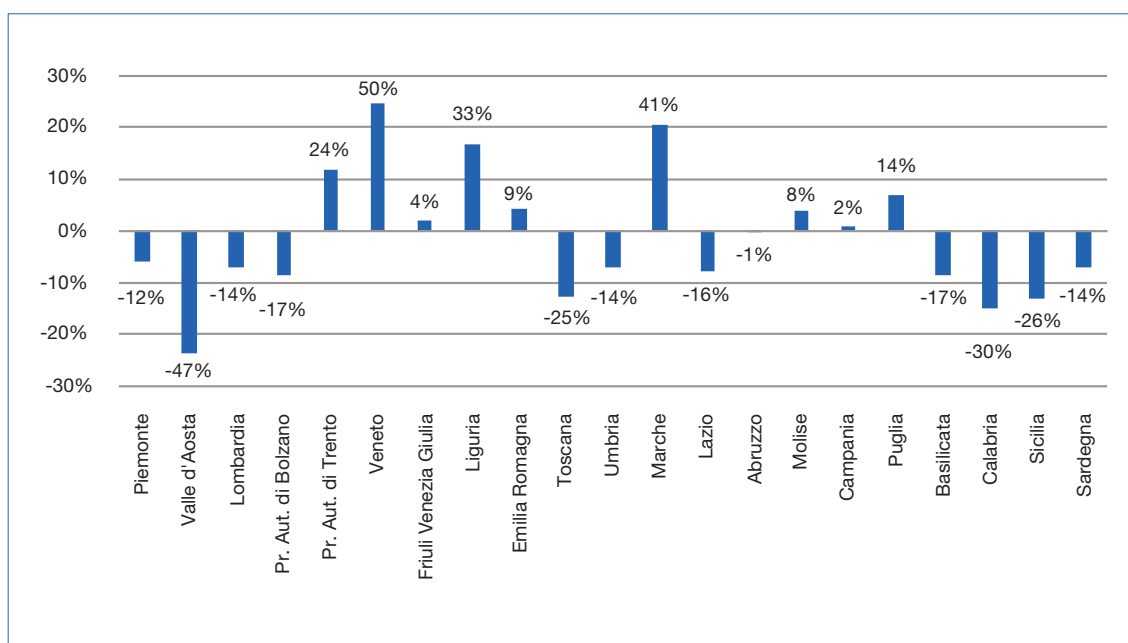
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

In circa metà delle Regioni si assiste ad un ridimensionamento dimensionale delle strutture.

Veneto e Marche, hanno invece aumentato il numero di posti letto per struttura del 50% e del 42%, sempre però con il caveat delle aggregazioni dei plessi.

**Figura 6.8. Posti letto pubblici e privati accreditati per struttura per Regione -
Variazioni, valori %, anni 2001-2011**

[Figure 6.8. Public and accredited private hospital beds per facility by Region.
Percentage changes, 2001-2011]



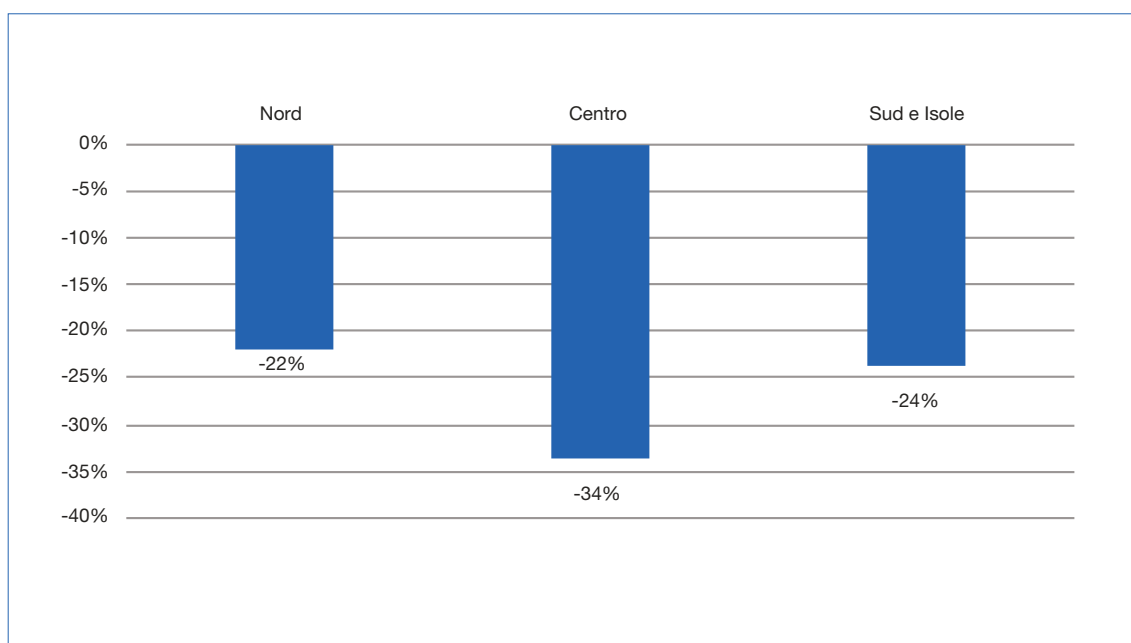
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

L'offerta di posti letto per 1.000 abitanti, parametro principe di moltissime manovre di razionalizzazione del settore, si è significativamente ridotta. Le riduzioni più drastiche si sono verificate nel Centro, con un -34% tra il 2001 e il 2011; Nord e Sud e Isole si sono invece comportati in modo piuttosto uniforme, con una riduzione del Nord pari al -22% e del Sud e Isole pari al -24%.

Figura 6.9. Posti letto pubblici e privati accreditati pro-capite per area geografica.**Variazioni. Valori %, anni 2001-2011**

[Figure 6.9. Per capita public and accredited private hospital beds by geographical area.

Percentage changes, 2001-2011]



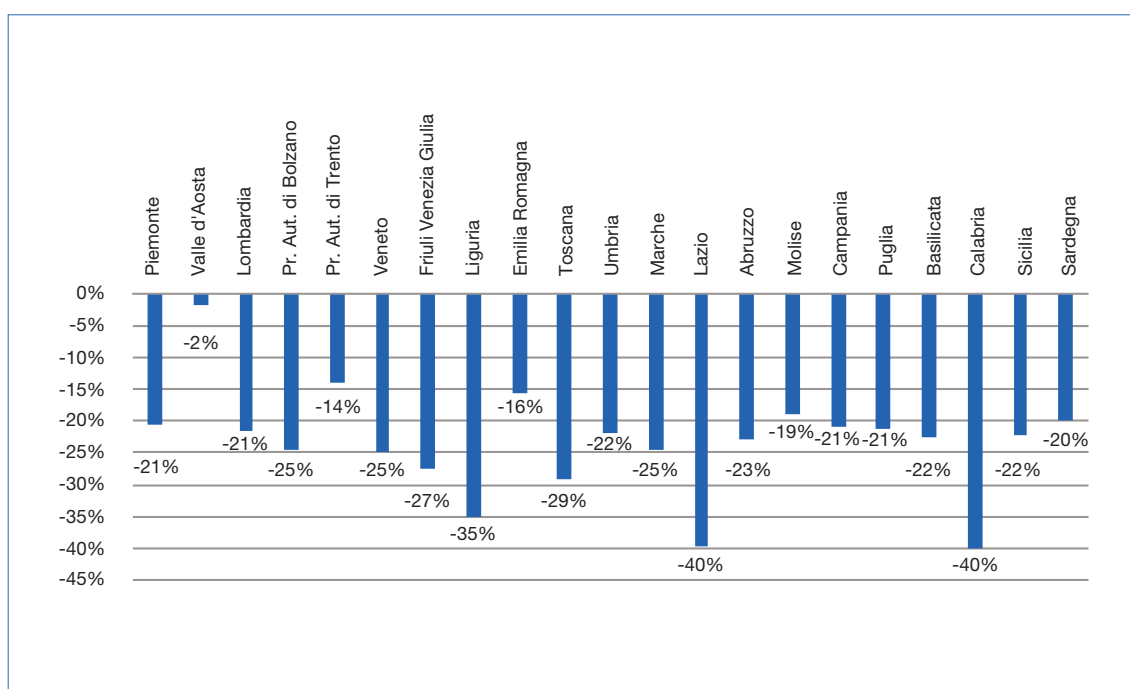
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

I tagli più drastici (-40%) si sono verificati in Calabria e nel Lazio. Per il resto delle Regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta (-2%), le riduzioni di posti letto per abitante oscillano da un minimo del -14% del Trentino Alto Adige ad un massimo del -35% in Liguria.

**Figura 6.10. Posti letto pubblici e privati accreditati pro-capite per Regione -
Variazioni. Valori %, anno 2011 vs. 2001**

[Figure 6.10. Per capita public and accredited private hospital beds by Region.
Percentage changes, 2001-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

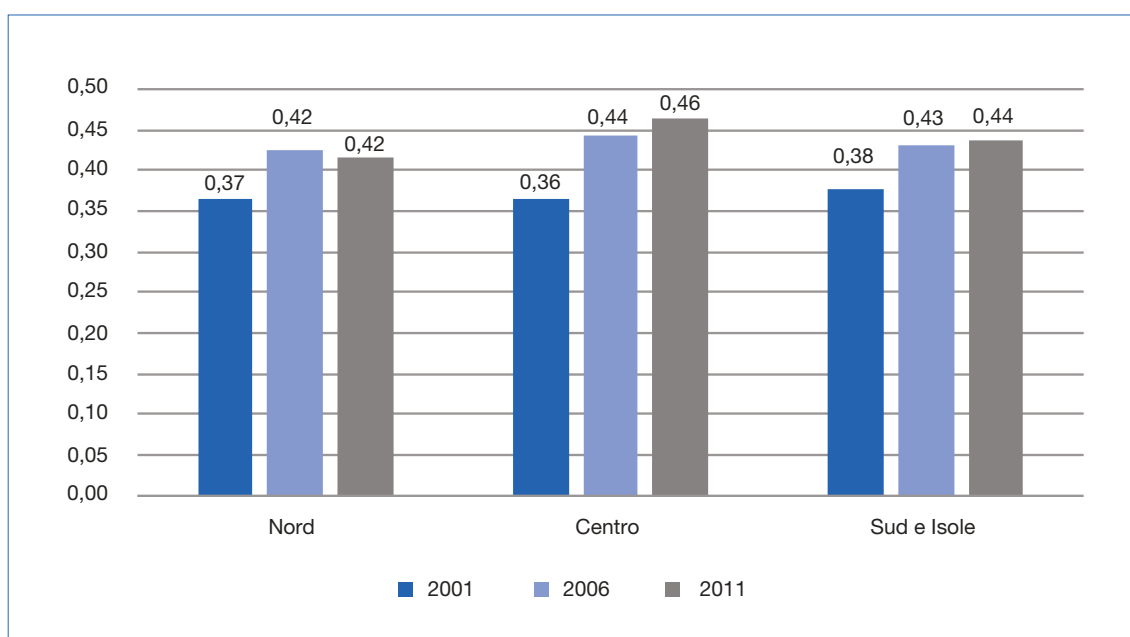
Al fine di valutare il potenziale effetto economico della riduzione dell'offerta di posti letto, appare fondamentale analizzare quale sia stato il corrispondente "cambiamento" della dotazione di personale, che rappresenta una delle principali voci di costo ospedaliero.

Anche in questo caso va esposta una cautela nell'interpretazione dei dati, in quanto si considera il solo personale dipendente, senza poter valutare eventuali incrementi di incarichi professionali, magari destinati a coprire carenze in termini qualitativi derivanti dal prolungato blocco del *turn over*, ovvero le forme di *outsourcing*. A ben vedere l'incremento del costo dei servizi non sanitari registratosi negli ultimi anni, potrebbe nascondere una modifica dell'occupazione, da dipendente a esterna.

Le Regioni del Centro si caratterizzano peraltro per una dotazione di personale medico superiore rispetto alle altre ripartizioni geografiche (nel 2011 il Centro aveva 0,46 medici per posto letto, il Sud 0,44 e il Nord 0,42). Nel Nord il parametro nell'ultimo decennio è cresciuto (dallo 0,37 allo 0,42), ma la crescita è stata più evidente nel Centro, che è passato da una dotazione di 0,36 medici a 0,46 per posto letto).

Figura 6.11. Personale medico delle strutture pubbliche e private accreditate per posto letto per area geografica. Valori assoluti, anni 2001-2011

[Figure 6.11. Public and accredited private medical staff per hospital bed, by geographical area. Number, 2001–2011]

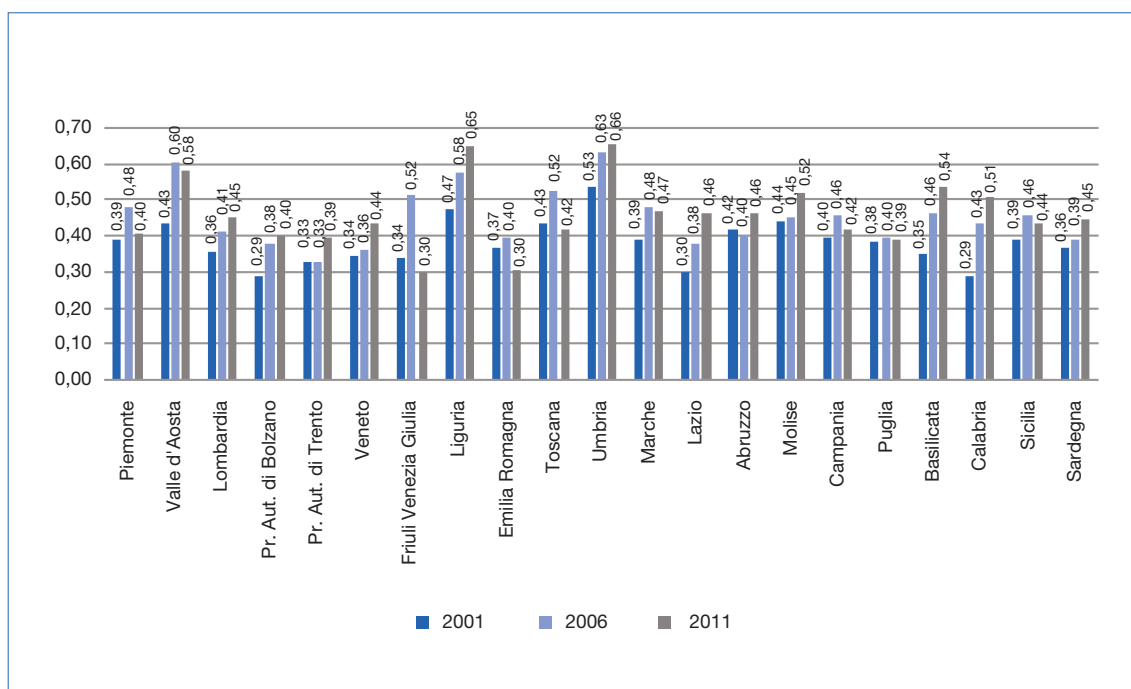


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

A livello regionale Liguria e Umbria, hanno le dotazioni più alte: la Liguria prima è passata da 0,47 a 0,65 medici per posto letto e l'Umbria da 0,53 a 0,66. Emilia Romagna, che è passata dallo 0,37 allo 0,30 e il Friuli Venezia Giulia, dallo 0,34 allo 0,30, si attestano sulla più bassa dotazione di personale medico per posto letto nell'anno 2011.

Figura 6.12. Personale medico delle strutture pubbliche e private accreditate per posto letto per Regione. Valori assoluti, anni 2001-2011

[Figure 6.12. Public and accredited private medical staff per hospital bed, by Region. Number, 2001–2011]



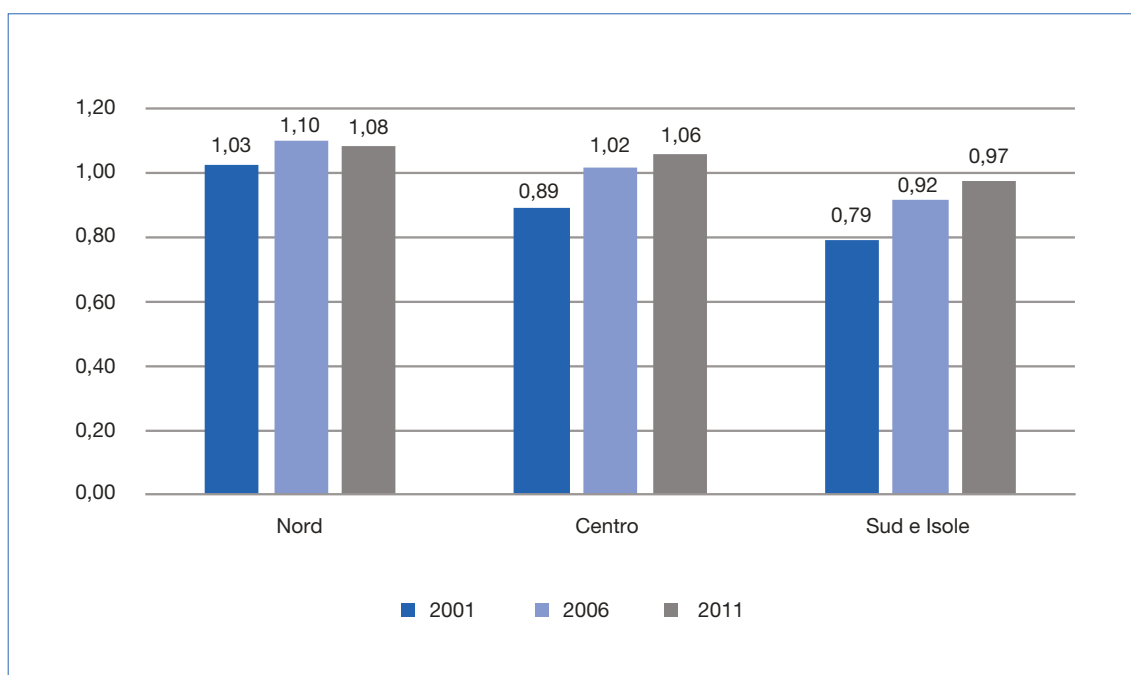
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Per quanto concerne il personale infermieristico, nel decennio analizzato il Nord ha diminuito la dotazione per posto letto, da 1,8 a 1,03. Centro e Sud hanno invece aumentato le dotazioni di infermieri, passando rispettivamente da 0,89 a 1,06 infermieri e da 0,79 a 0,97.

In altri termini si è andati verso una convergenza del parametro, a differenza della dotazione di medici.

Figura 6.13. Personale infermieristico delle strutture pubbliche e private accreditate per posto letto per area geografica. Valori assoluti, anni 2001-2011

[Figure 6.13. Public and accredited private nursing staff per hospital bed, by geographical area. Number, 2001–2011]

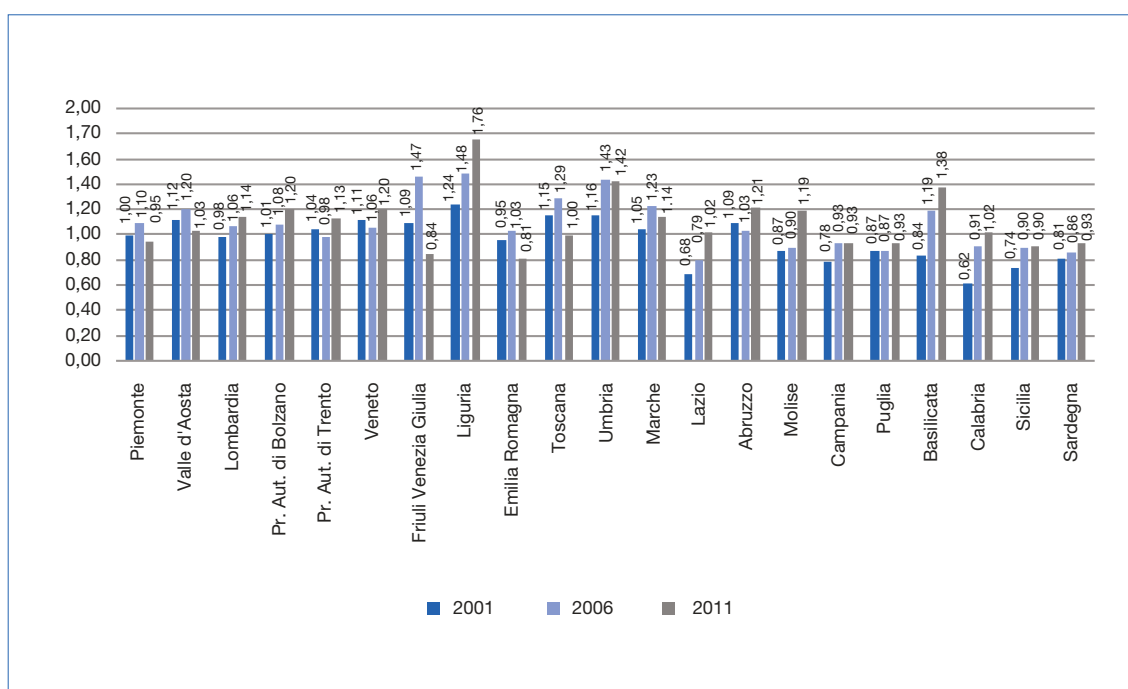


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

A livello regionale la Liguria ha la maggiore dotazione di infermieri per posto letto (1,76, contro 1,24 del 2001). L'Emilia Romagna è invece la Regione con il minor numero di infermieri per posto letto, è passata da 0,95 del 2001 a 0,81 del 2011.

Figura 6.14. Personale infermieristico delle strutture pubbliche e private accreditate per posto letto per Regione. Valori assoluti, anni 2001-2011

[Figure 6.14. Public and accredited private nursing staff per hospital bed, by Region. Number, 2001–2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

In generale, quindi, si osserva:

- una omogeneizzazione delle dotazioni di infermieri per posto letto;
- una crescita delle dotazioni per posto letto (effetto della riduzione dell'offerta);
- una crescita maggiore della componente medica;
- una carenza relativa di infermieri nel meridione;
- una composizione delle dotazioni nel Centro più "medicalizzata."

Se osserviamo, poi, congiuntamente la riduzione dei posti letto e delle dotazioni di personale, emerge come per tutte le aree geografiche alla riduzione del numero dei posti letto non si sia accompagnata una equivalente riduzione del personale medico ed infermieristico.

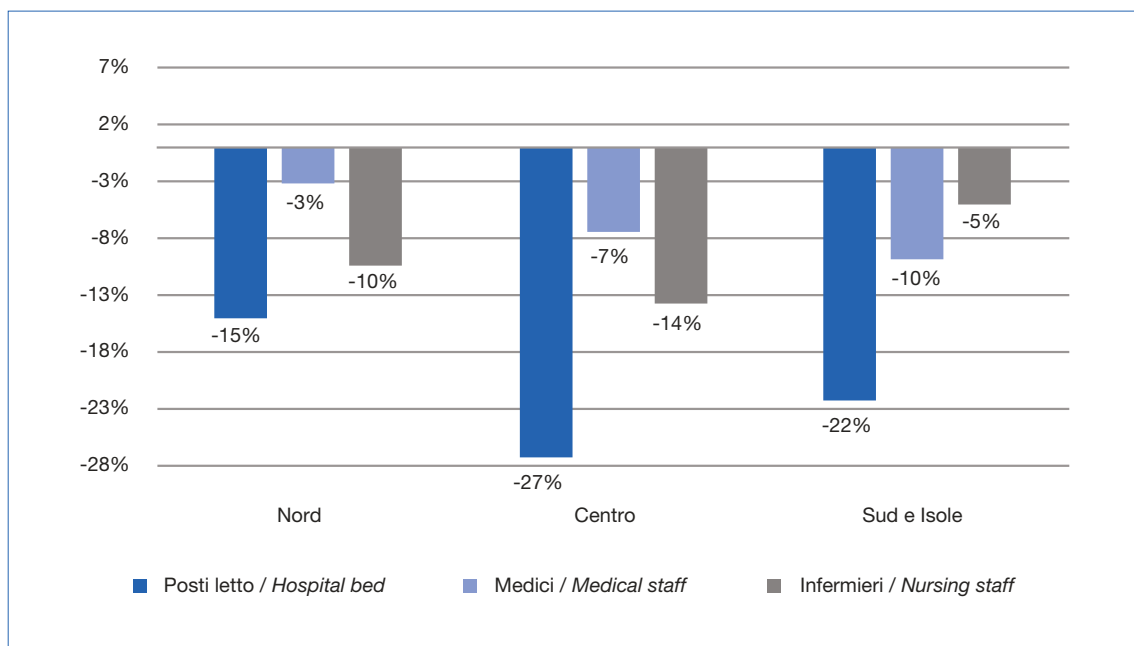
In particolar modo nel Nord, i letti si sono ridotti del -15% ma il personale medico solo del -3% e quello infermieristico del -10%. Nel Centro a fronte di una riduzione del -27% dei posti letto i medici sono stati ridotti solo del -7% e gli infermieri del -14%. Nel Sud, inversamente a quanto osservato per il Nord ed il Centro, il taglio ha interessato maggiormente i medici che gli infermieri, rispettivamente -10% e -5%, ma a fronte di una riduzione dei posti letto del -22%.

In definitiva, si potrebbe inferire da questi dati che la riduzione del personale (quando poi i contratti di lavoro dipendente non siano stati sostituiti da consulenze o servizi, ad esempio, di lavoro interinale), segua gli effetti del blocco del *turn over*, piuttosto che la chiusura dei posti letto, vanificando almeno in parte le attese di risparmio.

Figura 6.15. Posti letto, personale medico e infermieristico per area geografica – Variazioni. Valori %, anni 2001-2011

[Figure 6.15. Hospital bed, medical and nursing staff by geographical area.

Percentage changes, 2001-2011]

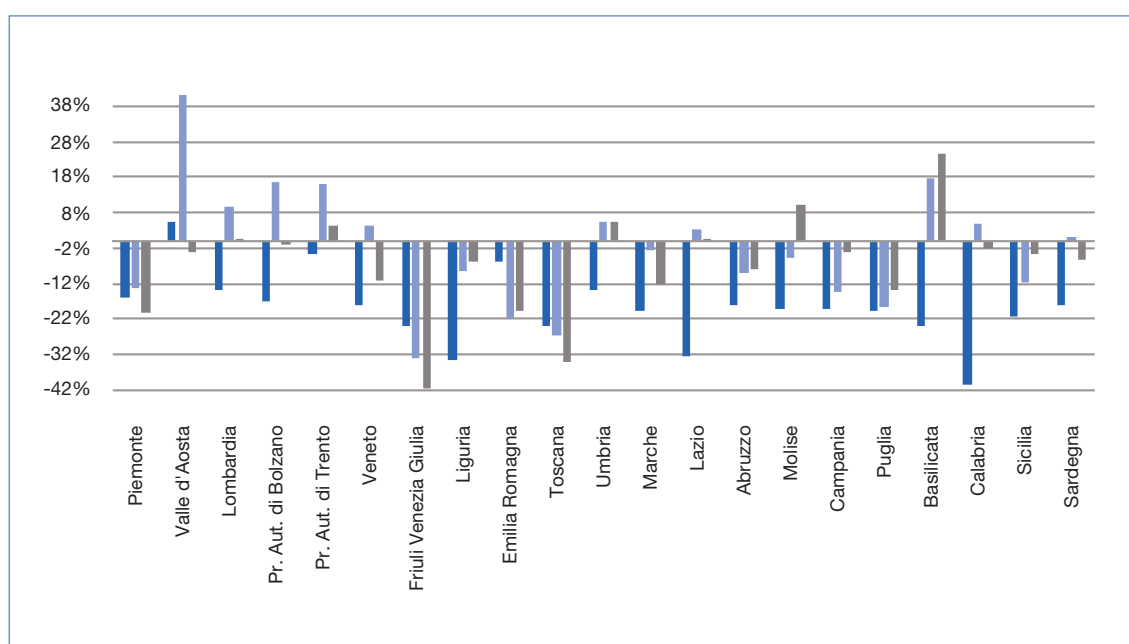


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Le singole Regioni che hanno operato tagli ai posti letto hanno anche, quasi sempre operato tagli al personale. Non sempre appunto questo è avvenuto e non sempre soprattutto in modo proporzionale. Al Nord Lombardia e Veneto hanno ridotto i posti letto rispettivamente del -14% e del -18%, ma hanno aumentato il numero dei medici del 10% e del 4%. Al Centro Umbria e Lazio hanno risposto ad una riduzione dei posti letto con un aumento del personale. L'Umbria, che ha ridotto i posti letto del -14% ha aumentato sia il personale medico che quello infermieristico del 6%. Nel Lazio la riduzione dei posti letto è stata pari al -33%, mentre i medici sono aumentati del 3% e gli infermieri dell'1%. Anche al Sud abbiamo comportamenti anomali, dove la Basilicata che ha ridotto i posti letto del -24% ha aumentato i medici del 18% e gli infermieri del 25%. La Calabria con una forte riduzione dei posti letto, ben il 40% in meno, ha aumentato i medici del 5%.

Figura 6.16. Posti letto, personale medico e infermieristico per Regione – Variazioni. Valori %, anno 2011 vs. 2001

[Figure 6.16. Hospital beds, medical and nursing staff by Region. Percentage changes, 2001-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

6.3. Domanda e utilizzazione

Nel decennio in esame i ricoveri ospedalieri complessivi sono passati da 11.510.300 a 9.374.513. Il tutto si traduce in una riduzione pari al 19% quasi totalmente a carico del regime in acuzie.

Tabella 6.2. Ricoveri per tipologia di attività – Variazioni e trend.

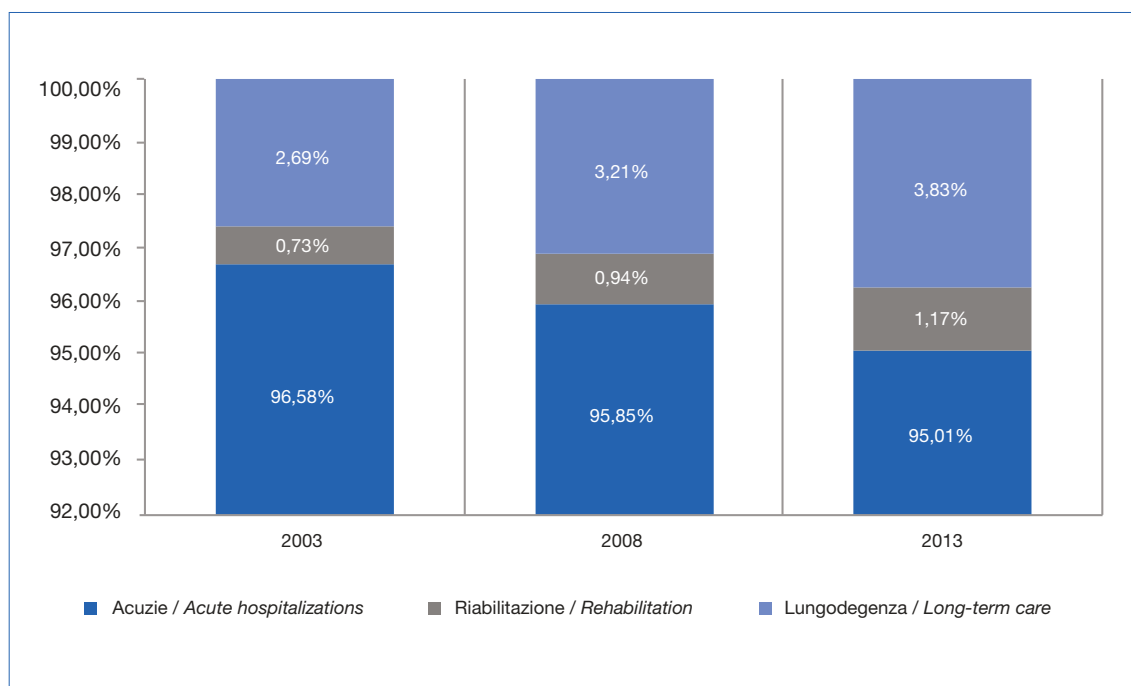
Valori assoluti e %, anni 2003-2013

[Table 6.2. Hospital discharges – Percentage changes and trend, 2003-2013]

Tipologia di attività/ <i>Type of activity</i>	2003	2008	2013	Diff. % 2003- 2013
Acuti/Acute	11.117.053	10.478.294	8.906.267	-20%
Riabilitazione/ <i>Rehabilitation</i>	309.547	350.994	358.618	+16%
Lungodegenza/ <i>Long-term care</i>	83.700	102.751	109.628	+31%
Totale/Total	11.510.300	10.932.039	9.374.513	-19%

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

La distribuzione dei ricoveri si è conseguentemente spinta sempre più verso la riabilitazione e lungodegenza. Queste nel 2003 rappresentavano rispettivamente l'0,73% e il 2,69% dei ricoveri ospedalieri complessivi, mentre nel 2013 arrivano al 1,17% e il 3,83%.

Figura 6.17. Ricoveri per tipologia di attività– Composizione e trend, anni 2003-2013*[Figure 6.17. Hospital discharges - Composition and trend. Percentage, 2003-2013]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Analizzando i ricoveri per Regione di residenza³ al Nord è evidente la riduzione dei ricoveri in acuzie e il corrispondente aumento di quelli in riabilitazione e lungodegenza.

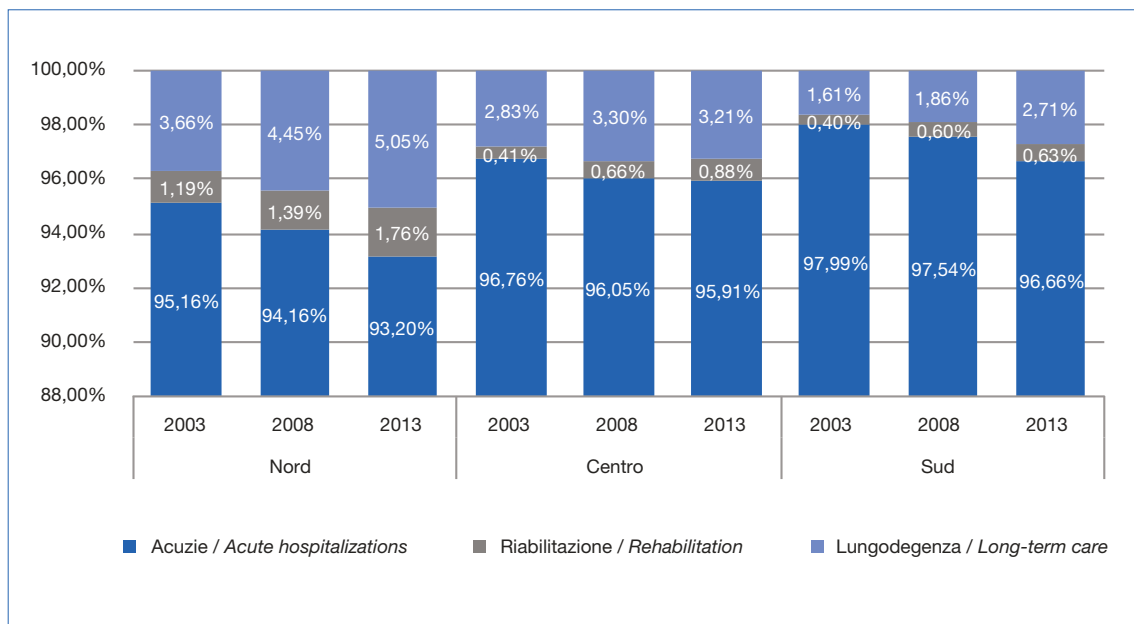
Poco significative sono invece le variazioni verificatesi nel Centro.

Nel Sud è interessante notare che la variazione si concentra fra il 2008 e il 2013, in corrispondenza del ricorso ai Piani di Rientro.

³ In questo paragrafo si adotta una ottica di tipo epidemiologico, riferendo le analisi dei ricoveri alla Regione di residenza del paziente

Figura 6.18. Ricoveri per tipologia di attività per area geografica – Composizione e trend. Valori %, anni 2003-2013

[Figure 6.18. Hospital discharges by geographical area - Composition and trend. Percentage, 2003-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Non di meno il ricorso alla riabilitazione e alla lungo degenza mantiene un chiaro gradiente Nord-Sud.

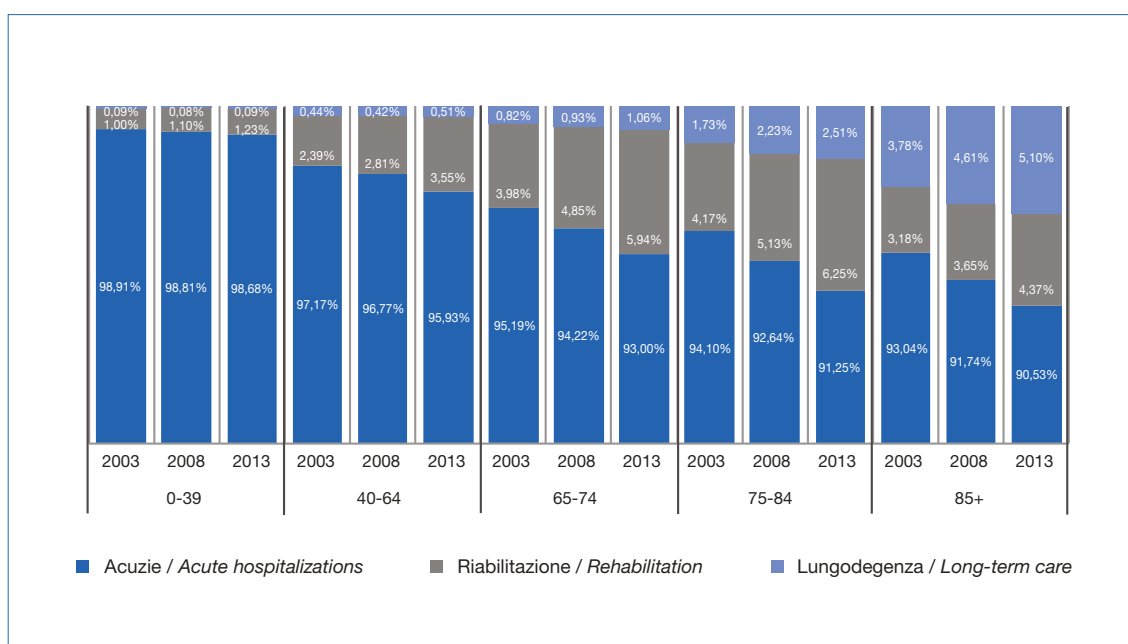
Dall'analisi per età dei ricoveri emerge come il processo di deospedalizzazione si concentri nelle fasce di età più anziane, facendo desumere che il processo di deospedalizzazione del malato cronico si stia effettivamente concretizzando.

Nella classe di età 75-84 anni i ricoveri in acuzie hanno riguardato una quota dei ricoveri totali che si è andata riducendo, sono passati dal 94,10% al 91,25%, inversamente la riabilitazione ha aumentato la sua quota, nel 2001 rappresentava il 4,17% dei ricoveri, mentre nel 2011 il 6,25, così come la lungodegenza è passata dal 1,73% al 2,51%. Analogamente la fascia di età degli over 85 ha visto ridotta la quota dei ricoveri in acuzie, che sono passati

dal 93,04% al 90,53%, mentre la quota dei ricoveri in riabilitazione e in lungodegenza sono aumentate. La riabilitazione è passata dal 3,18% del 2001 al 4,37% del 2011, mentre la lungodegenza nel 2001 rappresentava il 3,78% dei ricoveri e nel 2011 il 5,10%.

Figura 6.19. Ricoveri per tipologia di attività e classe di età - Composizione e trend.
Valori %, anni 2003-2013

[Figure 6.19. Hospital discharges by age group - Composition and trend. Percentage, 2003-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

La riduzione dei ricoveri implica una decisa riduzione del tasso di ospedalizzazione: ad esempio, per le acuzie in regime ordinario il tasso, che era particolarmente alto nel Sud (216,38 ricoveri ogni 1.000 abitanti nel 2003), si è ridotto a 160,03 ricoveri, valore vicino alla media nazionale (149,59) nel 2013.

Anche al Centro la riduzione dei tassi di ricovero ordinario in acuzie è evidente: da

192,67 ricoveri per 1.000 abitanti nel 2003, a 155,90 nel 2013.

Al Nord il tasso di ospedalizzazione era nel 2003 pari a 174,54 ricoveri ogni 1.000 abitanti, mentre nel 2013 ha assunto il valore di 139,00 ricoveri sempre ogni 1.000 abitanti.

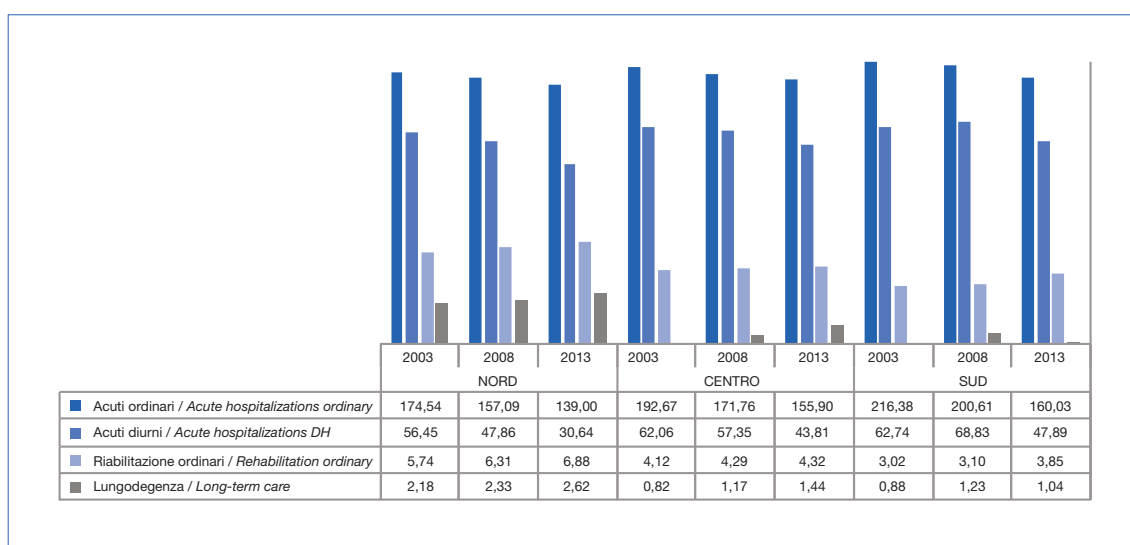
I ricoveri diurni sono diminuiti sia nel Centro dove sono passati da 62,06 a 48,81 ogni 1.000 abitanti, sia nel Nord e nel Sud, dove sono rispettivamente passati da 56,45 a 30,64 e da 62,74 a 47,89.

Il tasso di ospedalizzazione per riabilitazione in regime ordinario è in lieve ma evidente aumento al Nord (da 5,74 per 1.000 abitanti nel 2003, a 6,88 nel 2013), mentre nel Centro e Sud si è mantenuto costante seppur inferiore a quello del Nord. Al Centro nel 2013 il tasso è pari a 4,32 e al Sud a 3,85 ricoveri, sempre ogni 1.000 abitanti.

La lungodegenza ha anch'essa un tasso di ospedalizzazione in crescita al Nord (da 2,18 per 1.000 abitanti del 2003 a 2,62 del 2013) e anche nel Centro (da 0,82 a 1,44); nel Sud dopo un aumento dal 2003 al 2008 (da 0,88 ricoveri per 1.000 abitanti a 1,23) si registra nel 2013 un nuovo arretramento a 1,04.

Figura 6.20. Tassi di ospedalizzazione per tipologia di attività e area geografica. Valori per 1.000 abitanti, anni 2003–2008–2013

[Figure 6.20. Hospital discharges rates by geographical area. Per 1,000 inhabitants, 2003–2008–2013]

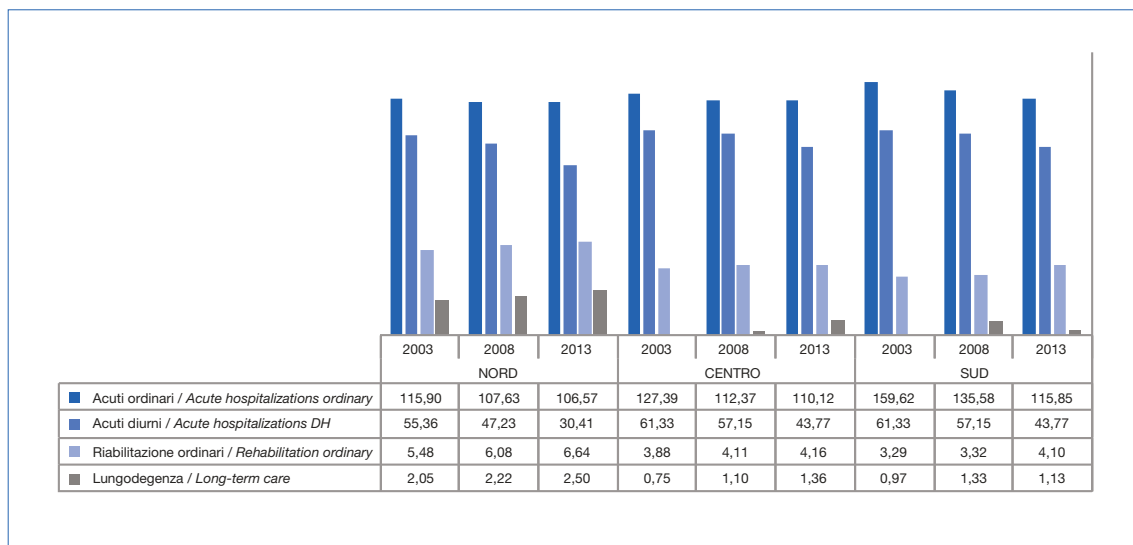


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Le valutazioni non cambiano considerando i tassi standardizzati, ovvero eliminando gli effetti demografici. I ricoveri in acuzie ordinari in ciascuna area geografica sono in diminuzione, mentre lungodegenza e riabilitazione in lieve aumento. I ricoveri diurni in acuzie hanno subito una forte riduzione in tutte le ripartizioni.

Figura 6.21. Tassi standardizzati di ospedalizzazione per tipologia di attività e area geografica. Valori per 1.000 abitanti, anni 2003–2008–2013

[Figure 6.21. Standardized hospital discharges rates by geographical area. Per 1,000 inhabitants, 2003–2008–2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

A livello regionale vi è una grande variabilità riguardo l'andamento dei tassi di ospedalizzazione: sebbene sia comune la diminuzione del tasso di ospedalizzazione in acuzie in regime ordinario. La più forte riduzione si è verificata in Sicilia, -41% nel decennio considerato, mentre l'unico aumento, pari al 10%, si è verificato in Valle d'Aosta.

La maggior riduzione dei ricoveri diurni è avvenuta in Lombardia, pari al -63,9%. Molise e Campania hanno invece subito un incremento pari ad una differenza percentuale dell'11,7%.

Il tasso di ospedalizzazione in riabilitazione si è ridotto solo nel Lazio, in Toscana e in Abruzzo rispettivamente del -2%, -3% e del -45%. Valle d'Aosta e Sardegna hanno subito l'incremento maggiore, 161% e 162%. Il tasso di ospedalizzazione in lungodegenza ha avuto andamenti molto diffusi con fortissimi aumenti superiori al 100% in Friuli Venezia Giulia, Liguria e Valle d'Aosta e aumenti più moderati in altre Regioni, con la riduzione più elevata in Campania pari al -24%.

Tabella 6.3. Tassi di ospedalizzazione per tipologia di attività in regime ordinario per Regione – Variazioni. Valori %, anni 2003-2013

[Table 6.3. Hospital discharges rates by Region. Percentage changes, 2003-2013]

Regioni/ <i>Regions</i>	Acuti ordinari/ <i>Acute ord.</i>	Acuti diurni/ <i>Acute DH.</i>	Riabilitazione/ <i>Rehabilitation</i>	Lungodegenza/ <i>Long-term care</i>
Italia	-17,1%	-34,4%	19,7%	26,7%
Piemonte	-12,5%	-40,3%	30,3%	21,3%
Valle d'Aosta	9,8%	10,7%	160,5%	2072,1%
Lombardia	-27,2%	-63,9%	8,8%	-14,4%
Pr. Aut. di Bolzano	-14,7%	-3,7%	66,9%	-6,9%
Pr. Aut. di Trento	-4,9%	5,8%	5,8%	-18,3%
Veneto	-25,2%	-44,8%	7,6%	-14,7%
Friuli Venezia Giulia	-3,0%	-10,0%	20,2%	5564,5%
Liguria	-23,8%	-38,9%	81,1%	2682,2%
Emilia Romagna	-12,4%	-30,1%	46,7%	26,1%
Toscana	-13,6%	-30,6%	-3,2%	22,0%
Umbria	-16,0%	-51,9%	73,9%	559,7%
Marche	-15,7%	-21,4%	45,0%	118,5%
Lazio	-23,3%	-27,5%	-2,2%	73,6%
Abruzzo	-32,0%	-26,5%	-44,6%	96,2%
Molise	-18,1%	11,7%	30,1%	75,0%
Campania	-12,1%	11,7%	2,6%	-28,3%
Puglia	-17,4%	6,1%	85,1%	15,3%
Basilicata	-29,5%	-40,4%	91,3%	347,1%
Calabria	-33,5%	-31,3%	11,4%	122,2%
Sicilia	-41,2%	-55,5%	65,1%	41,1%
Sardegna	-24,4%	-28,3%	162,2%	129,8%

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

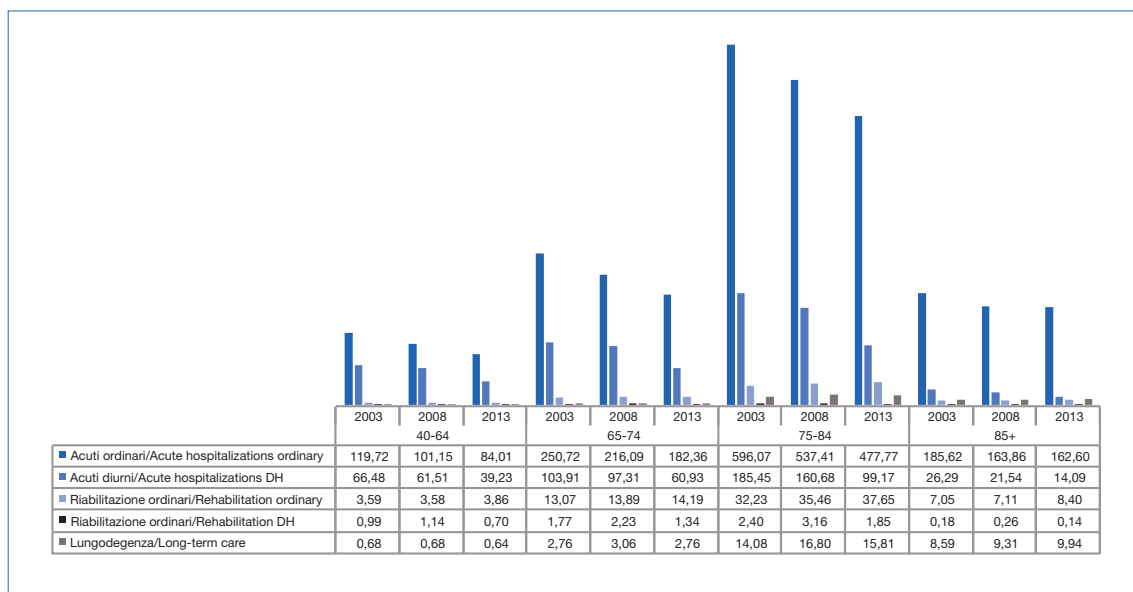
Analizzando il dato in funzione delle classi di età, e in particolare quelle delle fragilità, osserviamo come fra gli acuti in regime ordinario, nelle classi 65-74 e 75-84 anni, si passi rispettivamente da 250,72 a 182,36 ricoveri ogni 1.000 abitanti e da 596,07 a 477,77.

I tassi dei ricoveri degli acuti in regime diurno sono diminuiti molto più di quelli dei ricoveri in regime ordinario. Per la classe di età 75-84 la riduzione è stata dell'47%, passando il tasso dal valore di 185,45 ricoveri a quello di 99,17 ogni 1.000 abitanti.

Lungodegenza e riabilitazione in regime ordinario, soprattutto per gli over 75, inversamente a quanto evidenziato per gli acuti, hanno subito un incremento del tasso di ospedalizzazione. Il ricorso alla riabilitazione e alla lungodegenza non è stato però totalmente complementare rispetto alla riduzione delle acuzie. Il tasso di ospedalizzazione della lungodegenza è aumentato del 13%. Nel decennio analizzato il tasso della classe di età 75-84 è passato da 14,08 a 15,81 ricoveri ogni 1.000 abitanti.

Figura 6.22. Tassi di ospedalizzazione per classe di età. Valori per 1.000 abitanti, anni 2003–2008–2013

[Figure 6.22. Hospital discharges rates by age group. Per 1,000 inhabitants, 2003–2008–2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Analizzando la degenza media risulta che per i ricoveri ordinari in acuzie ha subito un modesto aumento (+4%) nell'ultimo decennio, concentrato nell'ultimo quinquennio, spiegabile con la deospedalizzazione dei casi meno complessi o inappropriati. Il Nord è passato da una degenza media pari a 6,96 giornate nel 2003 a 6,88 nel 2008 e risalendo a 7,00 nel 2013.

Al Centro la degenza media è diminuita, se pur di poco, passando dal 7,09 del 2003 al 6,75 del 2013.

Pur essendo più bassa rispetto alle altre ripartizioni la degenza media nel Sud sale da 5,80 giornate a 6,45, potendosi immaginare dipenda da una maggiore appropriatezza del ricorso al ricovero.

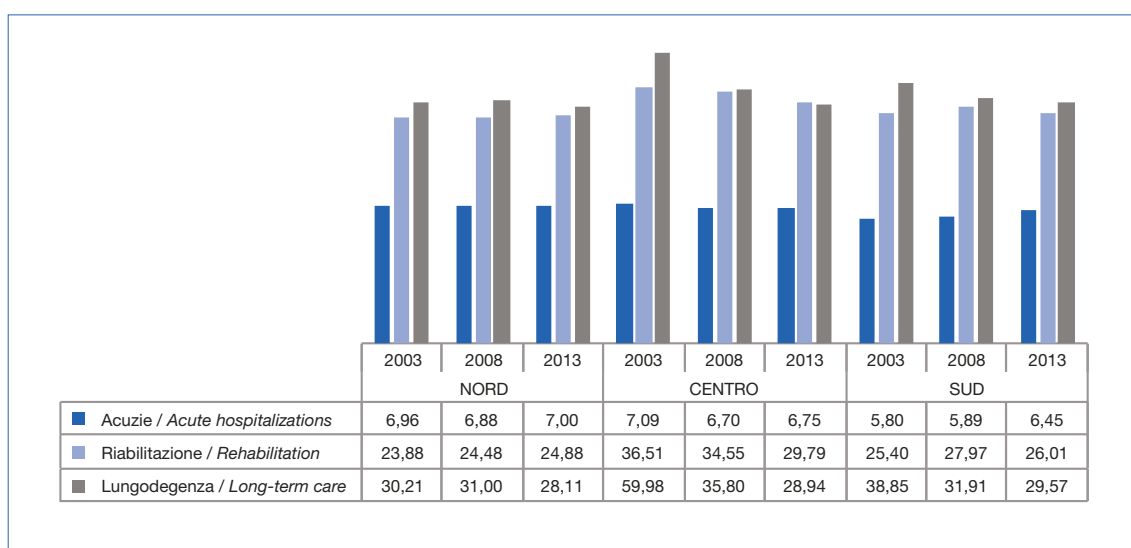
La degenza media in riabilitazione si è mantenuta piuttosto costante al Nord, dove è solo lievemente aumentata passando da un valore di 23,88 nel 2003 a 24,88 nel 2013. Al Centro invece, nel decennio analizzato, si è riscontrata una riduzione delle giornate di degenza media, dalle 36,51 giornate del 2003 alle 29,79 del 2013. Il Sud, come il Nord, ha subito solo un lieve incremento, da 25,40 giorni a 26,01.

La Regione con la riduzione maggiore per la riabilitazione è stata la Puglia, -30%, mentre l'Abruzzo è passato da una degenza media in riabilitazione di 16,64 giornate a 25,07 giornate.

La degenza media in lungodegenza ha registrato la riduzione più netta: a livello nazionale del -19%. Al Nord si è passati da 30,21 a 28,11 giorni, mentre al Centro la riduzione ha significato un dimezzamento da 59,98 giornate a 28,94. Il Sud, che partiva nel 2003 da valori già più bassi del resto dell'Italia, ha subito anch'esso una ulteriore riduzione, anche se più lieve da 38,85 a 29,57 giornate. In altri termini, le regolamentazioni della rimborsabilità hanno prodotto una auspicabile convergenza delle giornate medie di degenza, su livelli di poco inferiori ai 30 giorni.

Figura 6.23. Degenza media per tipologia di attività in regime ordinario per area geografica. Valori assoluti, anni 2003–2008–2013

[Figure 6.23. Average length of stay in hospitals by geographical area, 2003-2008-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

A livello regionale, per acuti in regime ordinario, un aumento della durata della degenza media pari al 19,7%, si è verificato in Sicilia. La maggior riduzione in Valle d'Aosta -12,5% e in Piemonte -10,6%.

Per la riabilitazione ordinaria abbiamo invece aumenti considerevoli, pari al 50,7% in Abruzzo, e riduzioni pari sino al -30,3% in Puglia.

Relativamente alla lungodegenza, le Regioni che si posizionano ai due estremi sono Calabria -66,1%, Lazio -63,2% e Umbria -49,8%. Abbiamo invece aumenti delle giornate di degenza per Friuli Venezia Giulia 14,4% e 11,9% Lombardia.

Tabella 6.4. Degenza media per tipologia di attività in regime ordinario per Regione - Variazioni. Valori %, anni 2003-2013

[Table 6.4. Average length of stay in hospitals by Region. Percentage changes, 2003-2013]

Regioni/ <i>Regions</i>	Acuti ordinari/ <i>Acute ord.</i>	Riabilitazione/ <i>Rehabilitation</i>	Lungodegenza/ <i>Long-term care</i>
Italia	3,8%	-2,1%	-19,2%
Piemonte	-10,6%	-4,3%	-2,1%
Valle d'Aosta	-12,5%	-7,5%	-5,4%
Lombardia	6,1%	12,2%	11,9%
Pr. Aut. di Bolzano	3,6%	-9,8%	-25,8%
Pr. Aut. di Trento	-1,0%	21,0%	2,5%
Veneto	5,5%	4,5%	-0,4%
Friuli Venezia Giulia	-2,6%	3,0%	14,4%
Liguria	0,7%	-8,9%	-27,1%
Emilia Romagna	-3,0%	-9,6%	-12,1%
Toscana	-10,1%	2,8%	-19,3%
Umbria	0,3%	-3,1%	-49,8%
Marche	2,6%	3,9%	-30,8%
Lazio	-4,0%	-24,0%	-63,2%
Abruzzo	14,6%	50,7%	-26,5%
Molise	1,8%	-6,2%	-13,3%
Campania	10,6%	7,5%	-4,5%
Puglia	10,6%	-30,3%	2,5%
Basilicata	4,5%	4,6%	-11,5%
Calabria	6,3%	8,9%	-66,1%
Sicilia	19,7%	15,1%	9,0%
Sardegna	1,2%	-18,5%	-47,4%

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

6.4. Il valore dei ricoveri

Il valore dei ricoveri, calcolato secondo le tariffe determinate nel D.M. 18.10.2012 risulta pari per il 2013 a € 30.908 mld., contro un valore di riparto del FSN sul LEA ospedaliera di € 45.796 mld.. Il valore della produzione, malgrado sia sovrastimato in quanto le tariffe regionali sono inferiori a quella nazionale utilizzata per la stima, rappresenta poco meno del 66% del finanziamento riconosciuto all'ospedaliera.

Si dimostra un sostanziale disallineamento, quindi, fra i livelli tariffari e i costi ospedalieri, di fatto compensato dai finanziamenti per funzione e dagli eventuali ripiani dei disavanzi aziendali.

La remunerazione media riconosciuta per giornata di degenza (€ 549,41) è cresciuta complessivamente per gli acuti in regime ordinario del 31% negli ultimi dieci anni, per effetto della riduzione della degenza media e anche di un aumento della complessità dei ricoveri. Questo è avvenuto in tutte le ripartizioni.

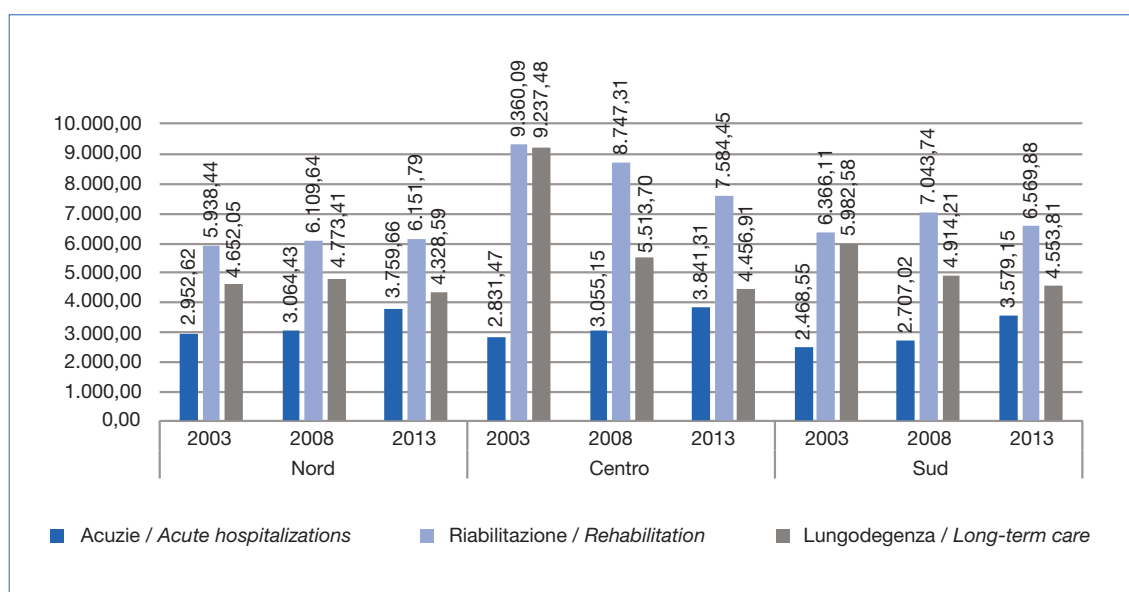
La remunerazione media dei ricoveri in acuzie in regime ordinario risulta pari a € 3.841,31 nel Centro, mentre nel Sud si ferma a € 3.579,15, con il Nord in posizione intermedia (€ 3.759). Il valore è aumentato nell'ultimo decennio in tutte le ripartizioni.

I ricoveri in riabilitazione, sono remunerati in media di più nel Centro, anche se hanno subito una forte diminuzione, passando da un valore di € 9.360,09 a un valore di € 7.584,45. Nel Sud il valore è invece leggermente aumentato: nel 2003 era di € 6.366,11 per ricovero e nel 2013 di € 6.569,88. Anche al Nord è aumentato da € 5.938,44 del 2003, a € 6.151,79 nel 2013.

Per la lungodegenza nel Centro abbiamo, anche in questo caso, una significativa riduzione di valore, da € 9.237,48 nel 2003 a € 4.456,91 nel 2013; anche per il Nord e per il Sud si osserva una riduzione del valore che passa rispettivamente da € 4.652,05 a € 4.328,59 e da € 5.982,58 a € 4.553,81.

Figura 6.24. Valore dei ricoveri per Regione di residenza e tipologia di attività in regime ordinario per area geografica. Valori assoluti (€), anno 2003-2008-2013

[Figure 6.24. Value of hospital discharges for Region of residence of inpatient by activity category and geographical area (€), 2003-2008-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Per quanto concerne il valore dei ricoveri è opportuno analizzare il dato anche per area geografica di ricovero; in tale prospettiva, il Centro si attesta a € 3.834,22, il Nord a € 3.810,09 e il Sud a € 3.495,08 per ricovero.

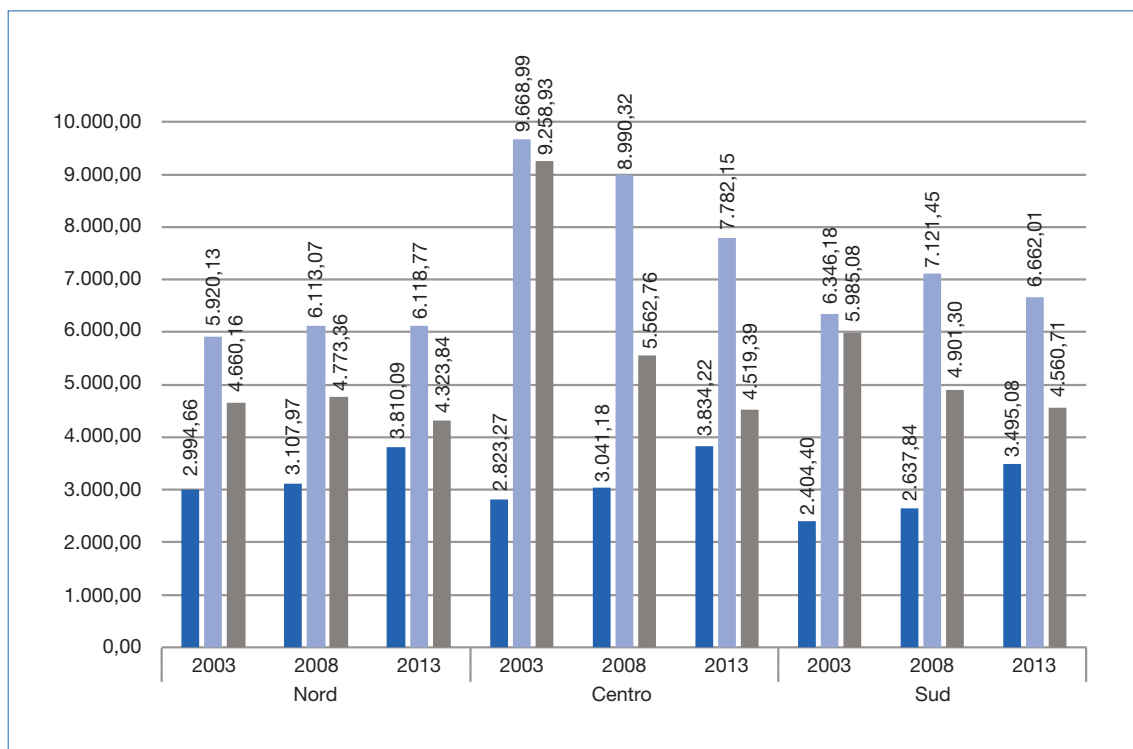
Riabilitazione e lungodegenza forniscono pressappoco gli stessi dati elaborati per residenza, essendo ovviamente minimi i fenomeni di mobilità in questi regimi. La riabilitazione al Nord è passata da un valore di € 5.920,13 a quello di € 6.118,77, al Sud da € 6.346,18 a € 6.662,01 nel 2013. Il Centro rimane quello con il valore più alto seppur in diminuzione, è infatti passato da € 9.668,99 a € 7.782,15.

La lungodegenza, ha subito una forte diminuzione del valore dei ricoveri effettuati al Centro, ribadendo quindi la variazione del *case-mix* a favore di casi meno complessi. Il valore dei ricoveri si è dimezzato passando da € 9.258,93 a € 4.519,39. Al Nord invece il valore

è rimasto costante, da € 4.660,16 a € 4.323,84. Il Sud ha subito anch'esso una riduzione del valore medio dei ricoveri, non tanto quanto il Centro ma comunque in modo più evidente che non al Nord, infatti si è passati da € 5.985,08 a € 4.560,71.

Figura 6.25. Valore dei ricoveri per Regione di ricovero e tipologia di attività in regime ordinario per area geografica. Valori assoluti (€), anni 2003-2008-2013

[Figure 6.25. Value of hospital discharges for Region of hospitalization by geographical area (€), 2003-2008-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Quindi emerge come le strutture del Nord e del Centro erogano ricoveri mediamente più complessi di quelle del Sud, specialmente in acuzie.

Allo stesso tempo, i ricoveri erogati a pazienti del Sud sono invece mediamente più

complessi, ma vengono erogati nelle strutture del Centro e del Nord.

Rimane da esplorare in che misura questa maggiore complessità media dei ricoveri dei pazienti meridionali sia effettiva, e dato che la popolazione a cui si riferiscono è mediamente più giovane, questo implicherebbe differenziali epidemiologici o carenze di prevenzione o ancora tardive risposte assistenziali, ovvero che sia anche frutto di codifiche inappropriate o opportunistiche.

6.5. Conclusioni

L'offerta ospedaliera si è radicalmente modificata: strutture e posti letto sono stati ridotti nell'ultimo decennio sotto la spinta delle manovre di razionalizzazione del sistema.

Alla riduzione dei posti letto non si è però accompagnata una proporzionale riduzione del personale medico e infermieristico affidando al blocco del *turn over* il risparmio ottenuto nell'ultimo decennio.

E' inoltre risultato evidente come ci sia stata dal 2003 al 2013 una riduzione dei trattamenti degli anziani in acuzie, spostando l'attenzione per questa fascia di età, verso la riabilitazione, ma ancor più la lungodegenza

Il finanziamento degli ospedali sebbene formalmente basato sulla remunerazione per caso trattato, rimane in larga misura frutto del finanziamento di funzioni specifiche, coprendo i DRG solo il 66% del finanziamento previsto.

Le Regioni del Nord e del Centro erogano ricoveri più complessi, anche per i residenti del Meridione: ma i cittadini del Sud subiscono ricoveri mediamente più complessi: dato che la popolazione a cui si riferiscono è mediamente più giovane, si evidenzerebbero differenziali epidemiologici o carenze di prevenzione o ancora tardive risposte assistenziali, ma potrebbero contribuire anche codifiche inappropriate o opportunistiche.

Riferimenti bibliografici

D.M. 18 Ottobre 2012, *Nomenclatore tariffario assistenza ospedaliera*

ISTAT (2010 – 2012), *Dati demografici su www.istat.it*

Ministero della Salute (2014), *Attività Gestionali ed economiche delle A.S.L e delle Aziende Ospedaliere - Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anni 2001- 2011*

Ministero della Salute (2014), *Personale delle A.S.L. e degli Istituti di cura pubblici – Anni 2001- 2011*

Ministero della Salute (2014), *Schede di Dimissione Ospedaliera – Anni 2003 – 2013*



Chapter 6

Hospital care: the effects of the rationalisation measures

Piasini L.¹

Summary

Hospital care - which includes acute, rehabilitation and long-term care - is the level of care that accounts for the largest share of total expenditure, being allocated, in Italy, 46% of the National Health Fund (FSN), which is why it receives a great deal of attention. The key standards of hospital care were defined in the 1980's (such as, with regard to the delivery of hospital services, the number of hospital beds per capita and the minimum dimensions of facilities, and, with regard to the use of hospital services, the average hospital stay, bed occupation rates, etc.), with the overall shared objective of encouraging de-hospitalization and cutting pack on expenditure.

The process has led to a radical rationalization of the sector, as evidenced by the reduction in the number of hospital beds and the average length of stay, but only marginally affecting the still considerable regional and local differences; the results obtained, moreover, have been broadly analysed with regard to acute care, while ignoring the effects on rehabilitation and long-term hospital care.

On the supply side, it should be noted that the number of public and private hospital facilities in Italy, since 2001, has dropped by -17% in the North, -18% in the Centre, and -13% in the South and the Islands.

The downsizing of the number of facilities has concerned the public more than the private sector.

The number of hospital beds per 1,000 population has also dropped significantly. The most drastic cuts have occurred in the central regions (-34%), with the northern and southern regions (including the Islands) at -22% and -24%, respectively.

The expectations of the health planning authorities were that the slash in the number

¹ CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

of beds would have entailed a concomitant reduction of the personnel, which remain the main item of expenditure.

In general, we can observe:

- the uniformisation of the number of nurses per bed;
- a growth of the number of staff per bed (as a result of the reduced number of beds);
- an increase in the number of physicians;
- a relative shortage of nursing staff in the South;
- a rise in the number of “medical” staff in the Centre;
- a non-proportional drop in the number of health personnel compared to the reduction of the number of beds.

In the North, while the number of beds dropped by 15%, the medical staff dropped by only 3% and the nursing staff by 10%. In the Centre, the 27% reduction in the number of beds was accompanied by a 7% drop in the number of doctors and a 14% drop in the number of nursing staff. In the South, unlike in the North and the Centre, the number of doctors dropped more than the nursing staff (-10% and -5%, respectively), compared to a 22% drop in the number of beds.

In terms of hospital care use, in the decade in question, total hospital admissions dropped from 11,510,300 to 9,374,513, down by 19%, almost entirely in the acute care sector.

Analysing the number of admissions by region, we can see a clear reduction of acute care admissions and a corresponding increase in the number of long-term care and rehabilitation admissions.

In the Centre, the changes are hardly significant, while in the South it is interesting to note that the variation is concentrated between 2008 and 2013, as a result of the introduction of debt rescheduling plans, imposed on these regions to consolidate their health budgets.

The process of de-hospitalization was concentrated in the older age groups, suggesting that a more appropriate use of hospital care is under way, alongside a general de-hospitalization of chronically ill patients.

The reduction in the number of admissions has meant a significant reduction in hospitalization rates: for example, the ordinary acute inpatient rate, which was particularly high in

the South (216.38 admissions per 1,000 population in 2003), has been reduced to 160.03 admissions, which is much closer to the national average (149.59) in 2013.

In the Centre too, the drop in acute hospital care rates is obvious: from 192.67 admissions per 1,000 population in 2003 to 155.90 in 2013.

The day hospital admissions have dropped both in the Centre, from 62.06 to 48.81 per 1,000 population, both in the North and in the South, where they dropped from 56.45 to 30.64 and from 62.74 to 47.89, respectively.

The ordinary rehabilitation hospitalization rate is slightly, but noticeably increasing in the North (from 5.74 per 1,000 population in 2003 to 6.88 in 2013), while in the Centre and South it has remained constant, though lower than in the North. In the Centre, in 2013, the rate was 4.32 and 3.85 in the South, also per 1,000 population.

Long-term care also features a growing hospitalization rate in the North (from 2.18 per 1,000 population in 2003 to 2.62 in 2013) and in the Centre too (from 0.82 to 1.44); in the South, after an increase from 2003 to 2008 (from 0.88 to 1.23 admissions per 1,000 population), in 2013 the figure dropped to 1.04.

The hospitalization rate trends remain extremely variable.

By contrast, the average length of stay has increased (especially over the last five years) albeit moderately: +4% in the last decade, due to the de-hospitalization of less complex and/or inappropriate cases.

On the other hand, the average length of stay in long-term care has dropped, nationwide, by 19%.

Finally it should be noted that, compared to total funding of € 45,796 m for hospital care, the remuneration recognized to the single facilities for their activities, calculated according to national rates, amounted, in 2013, to € 30,908 m, therefore highlighting how one-third of the funding is provided regardless of the forecast funding mechanisms.

The remuneration of admissions has increased, as a result of greater average complexity, and is higher in the central and northern facilities. In contrast, remuneration - and therefore the average complexity of hospitalization - is higher in the South, despite the fact that residents are, on average, younger: this suggests significant epidemiological differences, or lack of prevention, or even belated care, although a prominent role might also be played by inappropriate inpatient classification or opportunistic admissions.

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 7

**Assistenza residenziale:
la complessità dell'offerta e la carenza informativa**

Capitolo 7

Assistenza residenziale: la complessità dell'offerta e la carenza informativa

Battaglia G.¹

7.1. Il contesto

Per prestazione residenziale e semi-residenziale nell'ordinamento italiano 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"². La prestazione non si configura quindi come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di interventi di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogati lungo tutto l'arco delle 24 ore. 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, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (riabilitazione e lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero³.

¹ CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Fonte: Ministero della Salute

³ La prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non-autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (riabilitazione e lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero. L'assistenza semi-residenziale è un'attività assistenziale che si svolge in un "Centro Diurno", una struttura che si propone sia come intervento alternativo al ricovero e sia come supporto ai nuclei familiari che si occupano quotidianamente dell'individuo. Ha lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare. (Fonte: Ministero della Salute)

Le strutture residenziali (e semi-residenziali) possono peraltro erogare prestazioni sanitarie o integrate sociali e sanitarie, o ancora solo prestazioni sociali: di fatto sono classificate come socio-sanitarie o socio-assistenziali rendendo a volte difficile definire precisamente il discrimine.

In particolare, la rete di strutture a carattere socio-assistenziale, comprendente dalle tradizionali case di riposo, alle comunità alloggio, alle case-famiglia e ad altre forme di *housing* sociale è molto articolata e varia.

In ogni caso, la prestazione residenziale qualifica un ambito di erogazione a prevalente carattere assistenziale piuttosto che terapeutico, per patologie prevalentemente croniche, caratterizzato da aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza, anche in ragione della prolungata durata della degenza.

Negli ultimi trenta anni la normativa nazionale e regionale ha cercato di dare una definizione di assistenza residenziale e di circoscrivere in un ambito ben definito tutte le strutture, nonché di fissare caratteristiche e requisiti richiesti alle stesse per essere accreditate ed ammesse a far parte dell'offerta assistenziale, come previsto in particolare per le strutture a valenza sanitaria dal D.lgs. n. 502/92. In questo quadro il D.P.C.M. 22.12.1989 (Atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani), successivamente sostituito dal D.P.R. 14.1.1997 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie) ha dettato una serie di requisiti e indicazioni per la realizzazione di strutture residenziali per gli anziani. Su questa stessa linea nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale, D.P.R. 1.3.1994, per il triennio 1994-1996, veniva assunto tra gli interventi prioritari il Progetto Obiettivo sulla tutela della salute degli anziani. Mentre il D.P.C.M. 14.2.2001 sull'Integrazione Socio-Sanitaria consentiva poi di classificare le prestazioni sulla base del diverso impegno sanitario, distinguendo Prestazioni Sociali a rilevanza sanitaria (art. 3, comma 2), Prestazioni Sanitarie a rilevanza Sociale (art. 3, comma 1) e Prestazioni ad elevata Integrazione Socio-Sanitaria (art. 3, comma 3). Il D.P.C.M. 29.11.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), infine, individua come Livello Essenziale l'assistenza territoriale semi-residenziale e residenziale, riferendosi ad "attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale... (erogati con le caratteristiche) ...

dei presidi di riabilitazione extra-ospedaliera a ciclo diurno o continuativo e delle RSA”. Si conferma che la prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a soggetti non-autosufficienti in condizioni di cronicità e/o di relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche. Trattasi, quindi, di prestazione fortemente condizionata:

- dalle caratteristiche tecnico-organizzative e professionali della struttura erogatrice (o del servizio specializzato all'interno della stessa), che definiscono l'attività svolta e si esplicitano in specifici “codici di prestazione”.
- dalle caratteristiche della persona, al fine di individuare il “caso trattato” attraverso i dati identificativi del fruitore della prestazione ed alcuni indicatori di bisogno assistenziale che consentano di definire l'appropriatezza del trattamento erogato.

Per ciò che concerne la durata del trattamento, l'assistenza residenziale ha generalmente una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione. La valutazione periodica dell'ospite, delle sue condizioni psicofisiche e sociali, costituisce perciò il parametro per determinare la proroga o meno del trattamento in quello specifico livello assistenziale.

Le valutazioni periodiche sono finalizzate ad assegnare al paziente il livello di assistenza appropriato, alla verifica del piano di trattamento per adeguarlo ai bisogni assistenziali che si modificano nel tempo, ma anche per valutare se si verifichino le condizioni per la dimissione ed un rientro in famiglia sostenuto, ove necessario, da prestazioni assistenziali di carattere domiciliare.

Il tema del contenuto della residenzialità è vivo anche in campo internazionale; nella tabella 7.1 si riporta l'elenco delle tipologie di strutture prese in considerazione dai diversi Paesi OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*).

Tabella 7.1. Tipologie di strutture che erogano prestazioni residenziali e semi-residenziali nei Paesi OECD

[Table 7.1. Type of residential and semi-residential facilities in OECD Countries]

Paese / Country	Tipologie di strutture / Types of facilities
Repubblica Ceca	Case per disabili, strutture per anziani, case a regime speciale
Estonia	Tutte le strutture che forniscono assistenza 24 ore al giorno per gli adulti (eccetto servizi per le persone con problemi di salute mentale)
Germania	Tutte le strutture di cura e di assistenza infermieristica e residenziale pubbliche e private
Ungheria	Case per anziani, case e strutture per pazienti psichiatrici, per disabili e per tossicodipendenti
Islanda	Case e reparti di cura in case miste
Irlanda	Health Service Executive (HSE) Unità di cura estesa, case del benessere, case del benessere volontarie, case di cura per anziani, case di cura private
Israele	Strutture di assistenza infermieristica ed ospedali
Giappone	Servizi sociali per gli anziani che richiedono cure a lungo termine (Kaigo Roujin Fukushi Shisetsu), servizi sanitari per gli anziani che richiedono cure a lungo termine (Kaigo Roujin Hoken Shisetsu), Sanatorium-Type Medical Care Facility per persone anziane che richiedono assistenza a lungo termine (Kaigo Ryouyougata Iryou Shisetsu)
Lussemburgo	Strutture per l'assistenza residenziale
Olanda	Case di cura, case di riposo, strutture per disabili, case per persone con problemi mentali
Norvegia	Tutte le strutture per anziani e disabili (sia case di cura che pensioni)
Polonia	Case di cura per malati cronici, case di cura, <i>hospices</i> , strutture che offrono assistenza sociale per malati cronici con disturbi somatici cronici, ritardati mentali, strutture per disabili e per persone con disturbi psichiatrici
Slovacchia	Case che offrono servizio sociale, strutture specializzate, strutture residenziali per anziani, strutture alloggiative protette, centri di riabilitazione, case di cura
Spagna	Strutture pubbliche e private per anziani

segue

Tabella 7.1. Tipologie di strutture che erogano prestazioni residenziali e semi-residenziali nei Paesi OECD

[Table 7.1. Type of residential and semi-residential facilities in OECD Countries]

Paese / Country	Tipologie di strutture / Types of facilities
Svizzera	Destinatari in case di cura dove la cura o aiuto alle ADL è predominante, residenti in strutture che offrono assistenza di tipo residenziale escludendo IADL
USA	Case di cura per persone di tutte le età. Le case di cura negli USA sono definite come strutture con tre o più letti che abitualmente forniscono servizi di assistenza infermieristica e di cura alla persona

Fonte / Source: OECD Health Data 2014

Appare quindi evidente come la delimitazione del settore dipenda da fattori culturali ed organizzativi propri di ogni Paese.

7.2. L'offerta

La tabella 7.2 descrive i servizi e le prestazioni residenziali che vengono erogati in Italia a favore, in particolare, di anziani e disabili, ovvero di categorie a rischio di non-auto-sufficienza. L'assistenza è garantita attraverso presidi socio-sanitari, in particolare RSA, e socio-assistenziali, mentre a livello territoriale vanno assumendo crescente rilievo i servizi di sollievo e di assistenza a carattere diurno.

Tabella 7.2. L'assistenza continuativa a titolarità pubblica per gli anziani non-autosufficienti

[Table 7.2. Ongoing public assistance for non-self-sufficient elderly]

Area d'intervento / Area of intervention	Servizi e/o prestazioni / Services
Servizi residenziali <i>[Residential services]</i>	Presidi socio-sanitari <i>[Health services]</i> Presidi socio-assistenziali <i>[Social services]</i>
Servizi semi-residenziali <i>[Semi-residential services]</i>	Centri diurni <i>[Daily centers]</i>

Fonte / Source: "L'assistenza agli anziani non-autosufficienti", Rapporto 2009, Maggioli Editore

Secondo quanto riportato dall'Annuario del Ministero della Salute⁴, nel 2011 (ultimo anno disponibile) sono state censite in Italia 9.077 strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali, di cui 6.383 residenziali e 2.694 a carattere semi-residenziale.

⁴ A cura della Direzione Generale del sistema informativo e statistico sanitario – Ufficio di Direzione statistica

Tabella 7.3. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali per ripartizione geografica. Valori assoluti e variazioni %, anni 2010-2011

[Table 7.3. Residential and semi-residential health facilities by geographical area.

Number and percentage changes, 2010-2011]

	ITALIA			NORD		
	V.A.		Var%	V.A.		Var%
	2010	2011	10/11	2010	2011	10/11
Strutture sanitarie residenziali/ <i>Resid. health fac.</i>	6.153	6.383	3,7%	4.584	4.693	2,4%
Strutture sanitarie semi-residenziali/ <i>Semi-resid. health fac.</i>	2.644	2.694	1,9%	2.028	2.048	1,0%
	CENTRO			SUD E ISOLE		
	V.A.		Var%	V.A.		Var%
	2010	2011	10/11	2010	2011	10/11
Strutture sanitarie residenziali/ <i>Resid. health fac.</i>	907	931	2,6%	662	759	14,7%
Strutture sanitarie semi-residenziali/ <i>Semi-resid. health fac.</i>	392	393	0,3%	224	253	12,9%

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Tra il 2010 ed il 2011 le strutture residenziali in Italia hanno registrato un aumento del 3,7%, mentre quelle semi-residenziali dell'1,9%.

Si può osservare che il maggiore incremento nel periodo in esame si è registrato nelle Regioni del Sud e nelle Isole, segno di una ancor timida, ma positiva, inversione di tendenza. In questi territori le strutture residenziali sanitarie sono aumentate del 14,7% passando, infatti, da 662 nel 2010 a 759 nel 2011, mentre quelle semi-residenziali sono cresciute da 224 nel 2010 a 253 nel 2011.

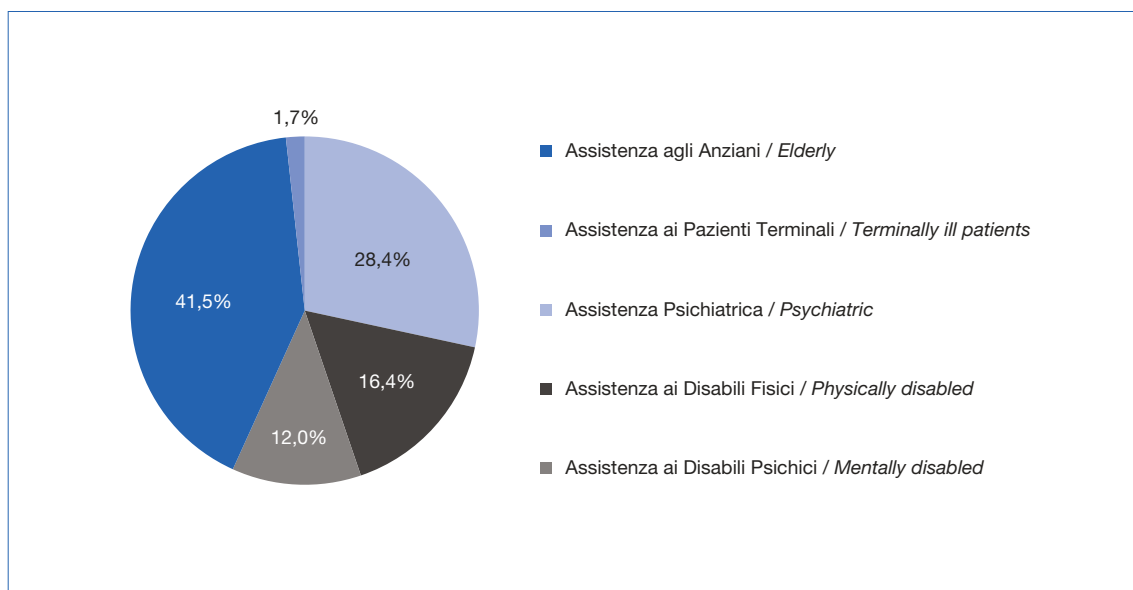
Stando alle rilevazioni del Ministero della Salute, per quanto riguarda la classificazione delle strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate risulta che il numero delle residenziali pubbliche ha registrato una riduzione dello 0,9% tra il 2010 ed il 2011 passando infatti da 1.513 a 1.499 strutture. Le strutture sanitarie semi-residenziali pubbliche hanno registrato anch'esse una riduzione, seppur lieve, dello 0,1% nello stesso periodo, nel 2011 se ne contano 983. Per quanto concerne le strutture private accreditate, quelle sanitarie residenziali hanno registrato un aumento del 5,3% passando infatti da 4.640 strutture nel 2010 a 4.884 strutture sanitarie residenziali private accreditate nel 2011, mentre le strutture sanitarie semi-residenziali private accreditate sono aumentate del 3,1% nello stesso periodo.

Se consideriamo la tipologia di assistenza erogata, risulta che il 41,5% delle strutture residenziali e semi-residenziali eroga ricoveri per anziani, il 28,4% assistenza psichiatrica, il 28,4% prestazioni ai disabili psichici e fisici e l'1,7% delle strutture in esame presta assistenza a malati terminali.

Dalle rilevazioni disponibili risulta un totale di ore complessivamente prestate per utenti da parte di medici, terapisti e logopedisti in pari a 20,0, 50,7 e 3,3 rispettivamente; nelle strutture semi-residenziali i valori risultano rispettivamente 18,8, 93,6 e 12,6 ore.

Figura 7.1. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali in Italia per tipologia di assistenza erogata. Valori %, anno 2011

[Figure 7.1. Residential and semi-residential health facilities in Italy by type of care services. Percentage, 2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Purtroppo i dati censiti, oltre che datati, non permettono di inferire l'efficienza ed efficacia delle strutture.

Ancor meno è dato sapere sulle strutture non sanitarie, per le quali il riferimento obbligato è quello del censimento annuale dell'Istat. Anche questo dato è fortemente datato essendo fermo al 2011.

L'Istat ha rilevato complessivamente 12.033 presidi residenziali⁵, di cui il 59% nelle Regioni del Nord, il 19% nelle Regioni del Centro e il restante 22% nel Sud e nelle Isole,

⁵ Gli ospiti assistiti nei presidi residenziali socio-sanitari sono minori di età compresa tra 0 e 18 anni, adulti di età 18-64 e anziani con almeno 65 anni

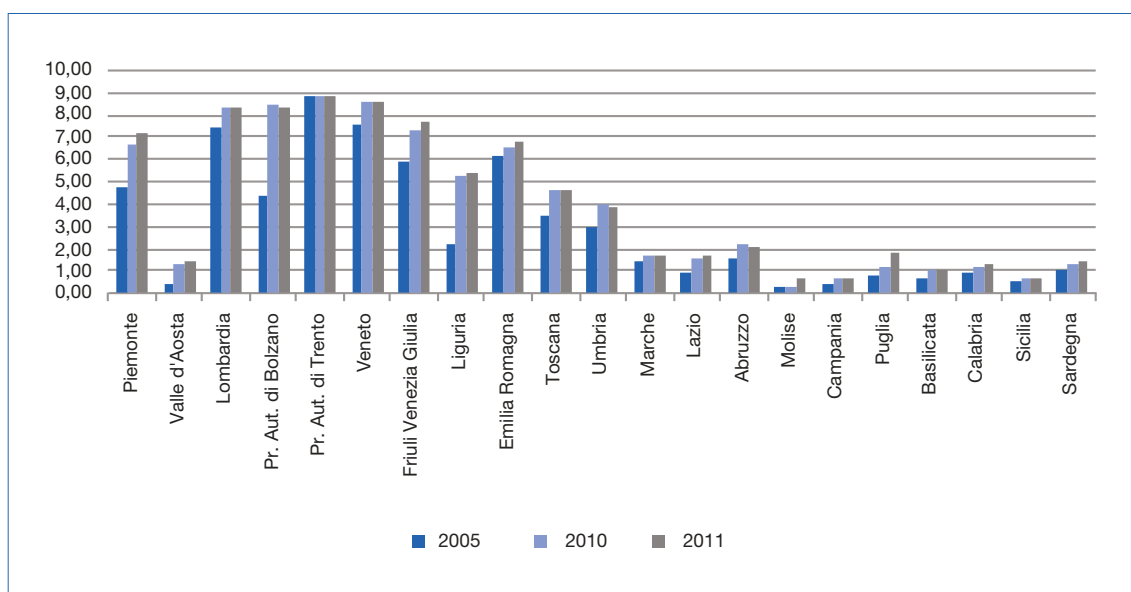
con 386.803 posti letto. Nel 2010 erano 12.808, di cui il 57% nelle Regioni del Nord, per un'offerta complessiva di 424.705 posti letto.

Fra il 2010 e il 2011, quindi, il numero di presidi residenziali socio-assistenziali sarebbe diminuito di oltre 700 strutture, pari ad una riduzione del -6,05%, secondo alcuni sia per lo sviluppo di processi riorganizzativi delle reti di servizi locali e di programmi di integrazione sociale di soggetti deboli, sia per la probabile crescente difficoltà delle famiglie a sostenere la quota a carico dell'utenza, che per gli anziani ammonta mediamente a € 1.500 al mese (Fonte: Pesaresi F., *I servizi residenziali*, in N.N.A. "L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia, Rapporto 2009"). In particolare, sono state registrate 12.033 strutture (il 38% finanziato dal settore pubblico).

Il numero di posti letto è diminuito ancora di più, del -8,92% (-37.902), indicando una discutibile riduzione della dimensione media delle strutture da 33,1 a 32,1 letti; i posti letto si attestano quindi su 6,4 letti per 1.000 abitanti. Si noti che secondo l'Istat le strutture finanziate dal settore pubblico sarebbero complessivamente 4.582, con 170.000 (44%) letti. Tale numero appare difficilmente conciliabile con quello, largamente maggiore, rilevato dal Ministero della Salute e riferito alle sole strutture socio-sanitarie. Se tralasciamo questo aspetto, esiste invece una certa concordanza. In termini di letti, stando alle rilevazioni del Ministero della Salute raccolte nell'Annuario Statistico 2011, nelle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate se ne conterebbero 270.527 pari a 4,5 per 1.000 abitanti. Il numero risulta in aumento rispetto al 2005, quando ammontavano a 206.027 ed al 2010 (260.654). Si conferma, comunque, che l'assistenza residenziale e semi-residenziale è maggiormente sviluppata nel Nord.

Figura 7.2. Posti letto in strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate. Valori per 1.000 abitanti, anni 2005-2011

[Figure 7.2. Beds in public and accredited private residential and semi-residential health facilities. Per 1,000 inhabitants, 2005-2011]

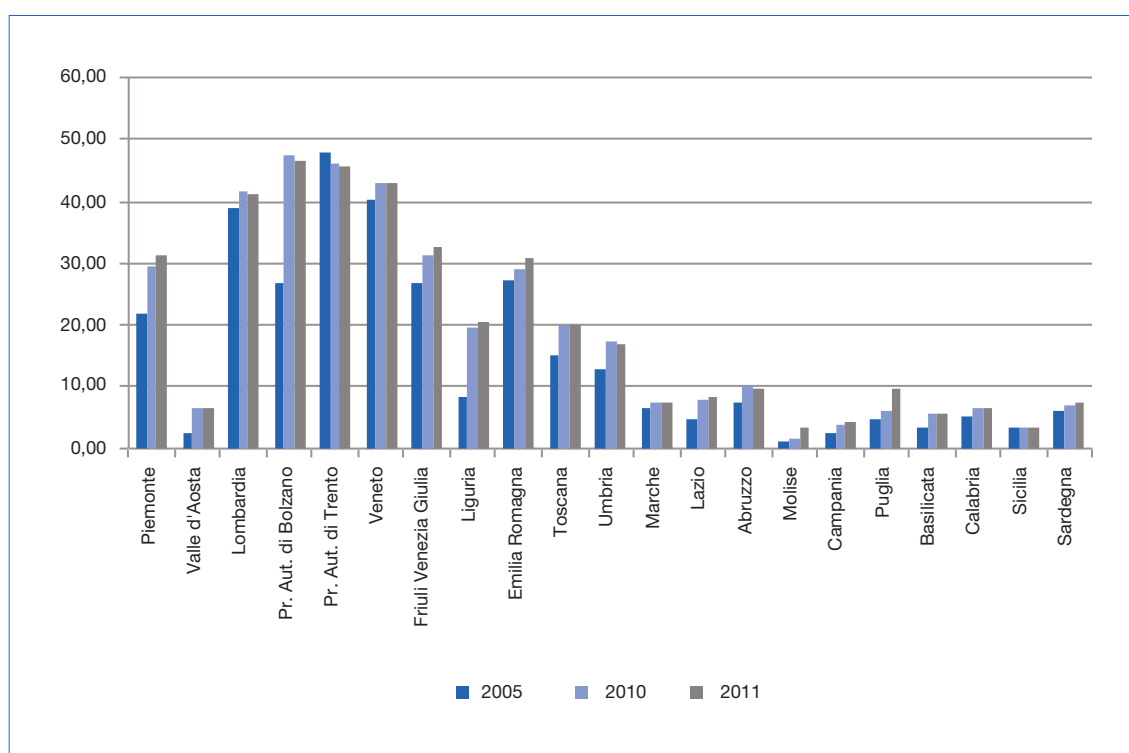


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Nel 2011 sono tutte del Nord le Regioni che registrano il maggior numero di posti letto per 1.000 abitanti: P.A. di Trento (8,8), Veneto (8,6), P.A. di Bolzano (8,3). All'altro estremo troviamo Sicilia (0,6), Campania e Molise (0,7). Il *gap* regionale lo si ritrova anche se si calcola il numero dei posti letto per 1.000 abitanti anziani (*over 65*). La classifica non cambia molto ed il *gap* tra la prima (P.A. Bolzano con 46,6 posti letto per 1.000 abitanti *over 65*) e l'ultima (Molise con 3,3 posti letto per 1.000 abitanti *over 65*) continua ad essere elevato.

Figura 7.3. Posti letto in strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate. Valori per 1.000 abitanti over 65, anni 2005-2011

[Figure 7.3. Beds in public and accredited private residential and semi-residential health facilities. Values per 1,000 inhabitants aged 65 and over, 2005-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Tra il 2005 ed il 2011 il *gap* tra le Regioni registra comunque una diminuzione.

Il numero di posti letto non si discosta molto da quello riferito dall'Istat per la sola funzione socio-sanitaria (285.662 posti letto), pari al 73,9% del complesso dei posti letto, confermandosene la concentrazione nelle Regioni del Nord.

Il 25,81% dei posti letto restanti secondo l'Istat è destinato all'accoglienza abitativa, l'emergenza sociale, alla prevalente funzione tutelare, socio-educativa ed educativa-psicologica, con un ulteriore 0,34% dei posti letto non attribuibile.

Tabella 7.4. Posti letto per funzione di Protezione Sociale. Valori %, anno 2011*[Table 7.4. Beds for Welfare services. Percentage, 2011]*

	Socio-sanitari / <i>Social healthcare</i>	Socio-assistenziali / <i>Social care</i>	Non indicato / <i>Not indicated</i>
Italia	73,85%	25,81%	0,34%
Nord	54,03%	12,51%	0,01%
Centro	9,60%	5,81%	0,02%
Sud e Isole	10,22%	7,49%	0,31%

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

Sempre secondo l'Istat, il *target* di utenza prevalente è quello degli anziani (73,85% dei posti letto), seguito dall'8,13% di disabili, il 5,02% di persone con problemi di salute mentale, lo 0,05% che non viene indicato, mentre la restante parte è distribuita tra immigrati e stranieri, adulti con disagio sociale e multiutenza.

Tabella 7.5. Posti letto per target di utenza. Valori %, anno 2011*[Table 7.5. Beds for type of patient. Percentage, 2011]*

	Disabili / <i>Disabled</i>	Anziani / <i>Elderly</i>	Salute mentale / <i>Mental Health</i>	Non indicato / <i>Not indicated</i>	Altro / <i>Other</i>
Italia	8,13%	73,82%	5,02%	0,05%	12,98%

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

All'interno delle attività delle strutture residenziali socio-sanitarie non si può non evidenziare quella, importantissima, degli *Hospice* e dei Centri di terapia del dolore.

L'*Hospice* in Italia è una struttura specifica nella quale sono garantite, in regime di residenzialità, le prestazioni di cure palliative. Nel 2013, da un'indagine condotta dal Ministero della Salute, sono stati rilevati 264 *Hospice* e 296 Centri di terapia del dolore su tutto il territorio. Per quanto riguarda gli *Hospice*, rispetto al 2009 è stato registrato un significativo aumento; se ne contavano infatti 165 con un numero di posti letto pari a 3,14 ogni 100.000 abitanti.

Un ultimo aspetto importante dell'offerta è rappresentato dal personale operante nelle strutture. Si tratta in misura prevalente di operatori socio-sanitari, addetti ai servizi generali, altri addetti all'assistenza personale, infermieri ed educatori professionali. Gli ultimi dati Istat 2011 parlano di oltre 320.000 operatori retribuiti, 5,28 ogni 1.000 abitanti; per quanto riguarda la qualifica degli operatori che prestano servizio all'interno delle strutture, risultano 1,48 operatori socio-sanitari ogni 1.000 abitanti, 0,86 addetti all'assistenza ed alla cura alla persona, 0,61 infermieri (37.000 circa) e la quota restante risulta suddivisa tra fisioterapisti, psicologi, animatori, educatori ed altro. È consistente anche la presenza di operatori volontari non retribuiti (circa 50.000), che prestano la loro opera per lo più in organizzazioni del cosiddetto Terzo Settore.

In linea con la *Organisation for Economic and Co-operation Development* (OECD), si definisce assistenza "informale" quella prestata da persone che già sono in contatto con gli anziani destinatari delle loro cure attraverso legami personali diretti, come i familiari, gli amici o i vicini di casa, mentre quella "formale" è quella fornita da un infermiere, medico o da un qualsiasi altro professionista.

Dai dati OECD riferiti al 2012, si nota che gli addetti all'assistenza formale sono in aumento ed in prevalenza donne. Tra il 2010 ed il 2011 l'Olanda che registra una variazione percentuale negativa del numero di uomini occupati nel "*Formal Sector*" pari al 25% circa. Il settore "*Informal*" assorbe 9,24 persone ogni 1.000 abitanti in Spagna, sino a 40,88 in Irlanda.

7.3. La domanda

Per quanto riguarda gli utenti dell'assistenza residenziale, non sono possibili confronti internazionali, in quanto l'OECD nelle ultime analisi disponibili non riporta il dato italiano.

Il fenomeno dell'assistenza residenziale registra comunque un processo di crescita diffusa ed analogie in tutti i Paesi, come confermano gli ultimi dati OECD relativi alla *Long Term Care* (LTC)⁶. Sale ovunque, infatti, il numero di soggetti assistiti all'interno di strutture residenziali, pur in presenza di notevoli differenze tra i diversi contesti socio-culturali ed ambientali.

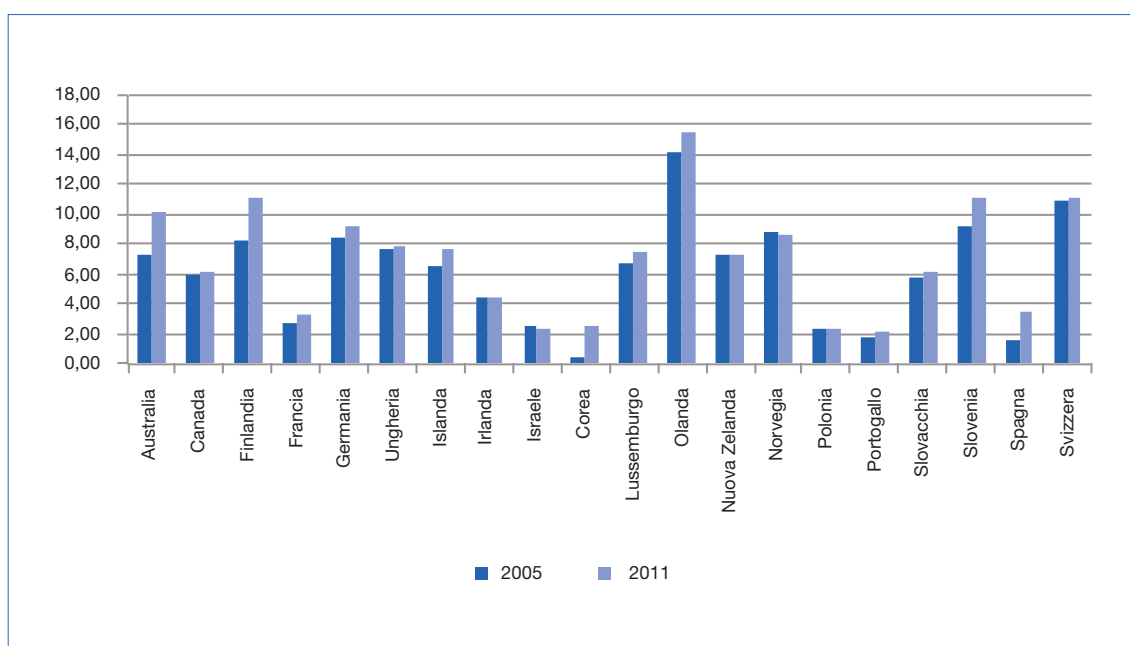
Tra il 2005 ed il 2011 in tutti i Paesi censiti dall'OECD, ove l'indagine è stata possibile, si è registrato un aumento nel numero degli assistiti. Nella fattispecie, come si può osservare dalla figura che segue, i Paesi che presentano un maggior numero di beneficiari di assistenza e cure residenziali a lungo termine, sia nel 2005 che nel 2011, sono l'Olanda, la Slovenia e la Svizzera. Si passa da un numero di assistiti pari a 14,24, 9,21 e 10,97 utenti ospiti per 1.000 abitanti nel rispettivamente nel 2005, a 15,58, 11,17 e 11,05 nel 2011.

⁶ Secondo la definizione dell'OECD la *Long Term Care* (LTC) è intesa come "ogni forma di cura fornita lungo un periodo di tempo esteso, senza data di temine predefinita", includendo i più diversi servizi per le persone che necessitano di aiuto sia nelle attività quotidiane di base (*Activities of Daily Living-ADLs*) sia nelle funzioni che vanno al di là della vita di ogni giorno (*Instrumental Activities of Daily Living-IADLs*). La scala ADL (*Activities of Daily Living*) misura la dipendenza funzionale di un soggetto mediante la sua capacità di svolgere autonomamente attività quali mangiare, vestirsi, andare in bagno, muoversi in casa, e così via (Katz, Ford, Moskowitz, 1963). La scala IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) adotta lo stesso metodo considerando però attività che sono caratterizzate da una maggiore complessità da un punto di vista fisico e/o cognitivo come l'uso del telefono, prepararsi i pasti, gestire la finanza domestica, etc. (Lawton e Brody, 1969)

Figura 7.4. Beneficiari di cure LTC in strutture diverse da ospedali.

Valori per 1.000 abitanti, anni 2005 e 2011

[Figure 7.4. LTC recipients in facilities (other than hospitals). Per 1,000 inhabitants, 2005-2011]



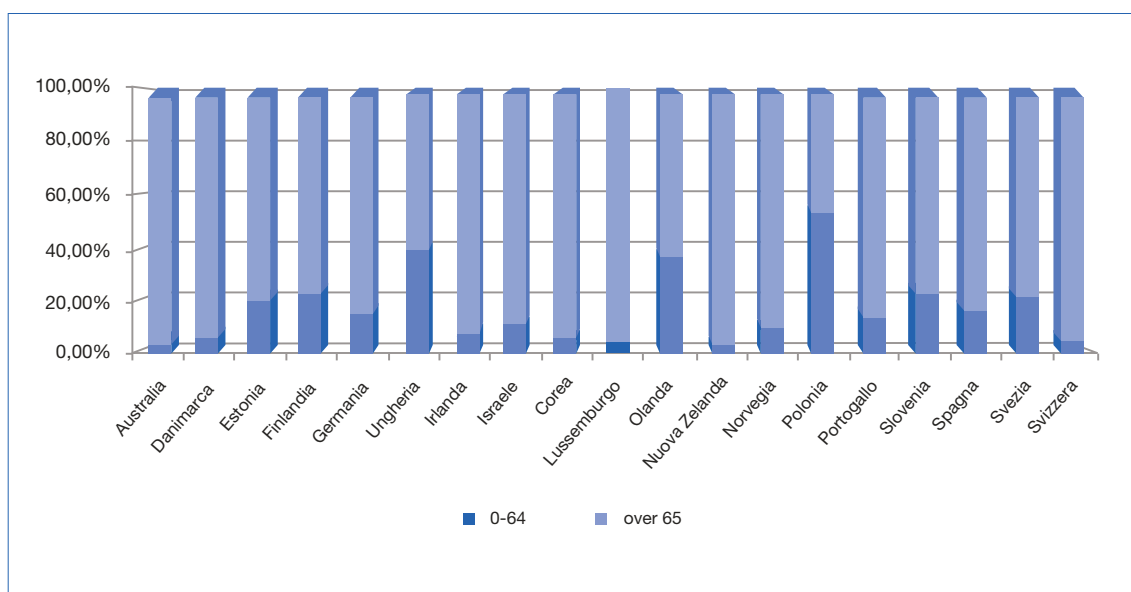
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD Health Data 2014

[Source: CREA Sanità on OECD Health Data 2014]

In tutti i Paesi la quota di assistiti ultra 65enni supera il 50%, e Paesi come l'Australia, la Germania ed il Lussemburgo manifestano nel periodo un forte aumento degli utenti ultra 65enni. Solo Finlandia e Svizzera vanno in controtendenza e riportano nel 2011 una quota di utenti ultra 65enni di poco inferiore rispetto alla quota registrata nel 2000.

Figura 7.5. Utenti di strutture residenziali socio-assistenziali, per fasce di età - Quota su utenti totali. Valori %, anno 2011

[Figure 7.5. Patients in residential social care facilities - By age group, share of total users. Percentage, 2011]

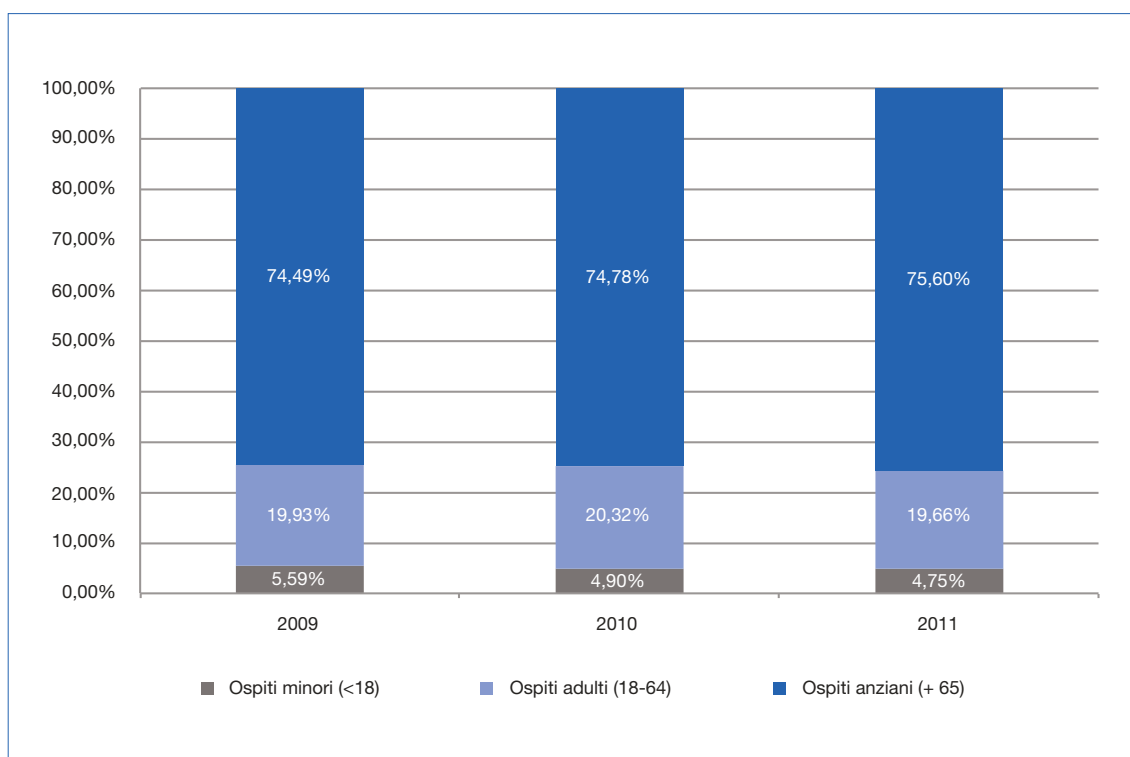


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD Health Data 2014
 [Source: CREA Sanità on OECD Health Data 2014]

In Italia, sebbene il dato Istat non sia omogeneo con quello censito dall'OECD, risulterebbe che nel 2011 la quota di ospiti ultra-65enni è pari al 75,60%, seguita dalla quota di ospiti adulti (19,66%) e dalla quota di ospiti minori (4,75%).

**Figura 7.6. Incidenza ospiti strutture residenziali socio-assistenziali -
Per classe di età, sul numero totale di ospiti. Valori %, anni 2009-2011**

[Figure 7.6. Patients in residential facilities - Incidence by age group. Percentage, 2009-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Gli ospiti delle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali, nel 2011 risultano essere oltre 369.000, dei quali oltre 279.000 anziani con almeno 65 anni (il 75%), poco più di 72.000 sono adulti tra i 18 e i 64 anni (20%) e 17.541 sono minori con meno di 18 anni (5%). Il numero è in continuo calo, essendo stato pari a 404.170 nel 2009, per poi scendere a 394.374 nel 2010, dei quali circa 300.000 anziani con almeno 65 anni.

Il numero di utenti anziani ricoverati in strutture residenziali è pari nel 2011 a 279.343, di cui solo il 25% autosufficiente. Le persone anziane ricoverate vivono, pertanto, prevalen-

temente una condizione di dipendenza negli atti quotidiani della vita e mostrano una significativa prevalenza della componente femminile, generalmente più longeva, pari a 160.175 unità (oltre il 76% del totale degli ospiti).

Anche per la componente femminile, si registra un calo di ricoveri del 7% rispetto al 2009, e si confermano gli squilibri territoriali: a livello nazionale ne risultano infatti 2,64 ogni 1.000 abitanti, passando da 4,62 anziane non-autosufficienti ricoverate ogni 1.000 abitanti nelle Regioni del Nord-Est a 0,66 ogni 1.000 abitanti nelle Regioni del Sud. Il divario regionale tende ad affievolirsi nel caso degli utenti non-autosufficienti di sesso maschile, che sono passati da 53.000 nel 2009 a 49.770 nel 2011 (0,82 ogni 1.000 abitanti). Se ne contano 1,43 ogni 1.000 abitanti nelle Regioni del Nord-Est e 0,26 ogni 1.000 abitanti nelle Regioni del Sud.

Il dato potrebbe confermare l'evidente squilibrio della rete assistenziale, ma al tempo stesso è anche indice di una maggiore tenuta delle tradizionali reti familiari nelle aree del Sud.

Per quanto attiene alla categoria adulti, di età compresa tra i 18 ed i 64 anni, tra il 2010 ed il 2011 il numero di utenti, in valori assoluti, ha registrato una riduzione di oltre 8.000 unità (-9,5%) passando infatti da 80.318 a 72.640. Nel 2011 sono stati registrati oltre 72.000 ospiti di servizi residenziali, di cui il 61% uomini ed il 39% donne. Nella fattispecie il numero di donne ricoverate è diminuito di 8,6 punti percentuali tra il 2010 ed il 2011, mentre gli ospiti di sesso maschile sono diminuiti di oltre il 9% passando da oltre 49.000 unità nel 2010 a 44.000 nel 2011.

7.4. Conclusioni

L'assistenza residenziale è garantita attraverso presidi socio-sanitari, in particolare RSA, e socio-assistenziali, mentre a livello territoriale vanno assumendo crescente rilievo servizi di sollievo e di assistenza a carattere diurno. L'offerta complessiva non è adeguatamente censita, ma risulterebbe stabile o addirittura in riduzione, e anche fortemente spezzata regionalmente. Le Regioni del Nord dispongono della più alta quota di posti letto a carattere socio-sanitario, con 8 posti letto ogni 1.000 residenti, contro un valore inferiore a 2 posti letto nelle Regioni del Sud.

Il *target* di offerta prevalente è certamente la popolazione anziana: nel 2011 il 73,8% dei posti letto si riferisce ad anziani, l'8,13% accoglie disabili, il 5,02% persone con problemi di salute mentale, lo 0,05% non viene indicato e la restante quota è distribuita tra immigrati e stranieri, adulti con disagio sociale e multiutenza.

Complessivamente nei presidi socio-assistenziali sono assistite 369.523 persone: di cui oltre il 75% *over* 65 anni e di questi $\frac{3}{4}$ non-autosufficienti.

A livello internazionale il numero di utenti di LTC standardizzato per la popolazione passa da 15,58 ogni 1.000 abitanti dell'Olanda a 2,3 utenti assistiti ogni 1.000 abitanti della Corea e del Portogallo. In Italia ne risulterebbero, nel 2011, 6,09 ogni 1.000 abitanti.

Il costo stimato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) per l'assistenza residenziale e semi-residenziale è pari circa € 5.645,00 mln. (di cui 80,51% residenziale e 19,49% semi-residenziale)⁷, che corrisponde a circa lo 0,36% del PIL e il 5% della spesa sanitaria pubblica corrente. Questo costo risulta in larga parte attribuibile al supporto per le persone non-autosufficienti.

Malgrado l'importanza sociale e anche economica del settore (che fa esplicitamente parte dei LEA per la parte sanitaria), come anticipato i dati appaiono datati, frammentati e non sempre coerenti: sarebbe quindi auspicabile un maggiore investimento conoscitivo finalizzato a valutare le condizioni di efficacia e efficienza del livello assistenziale.

⁷ Le stime sono state effettuate in base ai dati rilasciati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, in *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, aggiornamento 2013. V. cap. 12

Riferimenti bibliografici

Istat (2014), Tavole varie su www.istat.it

Istat (2013), A. Burgio, A. Battisti, A. Solipaca, S.C. Colosimo, L. Sicuro, G. Damiani, G. Baldassarre, G. Milan, T. Tamburrano, R. Cialesi e W. Ricciardi (a cura di), *La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano*

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* – Aggiornamento 2013

Ministero della Salute (2014-2013), D.G. del Sistema Informativo e Statistico Sanitario, *Annuario 2011*

NNA-Network Non-autosufficienza (2009) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti*, 4° Rapporto. Maggioli Editore

OECD (2014, 2013), *Health Data on line*





Chapter 7

Residential care:

complexity of services and shortage of information

Chapter 7

Residential care: complexity of services and shortage of information

Battaglia G.¹

Summary

In the Italian National Health System, residential and semi-residential care is defined as “the integrated set of social and health care operations, functions, and activities provided to care-dependent persons, who cannot be cared for at home, by suitable accredited facilities for this purpose”. Residential care, therefore, includes a complex of health, assistance, care and hospitality services, normally provided on a long-term basis, to care-dependent people with chronic and/or relatively stabilized clinical conditions.

Residential care services are rather diverse, including both highly specialized services of a medical nature, which require the presence of trained medical staff, and ‘ordinary’ care services, which require a variety of care professionals and nursing staff.

In Italy, residential care is provided social and health care facilities, in particular, so-called “Residenza Sanitaria Assistenziale”, abbreviated as RSA (Medical Care Homes), and social care facilities, while at the regional level there has been an increase in the so-called “servizi di sollievo” or “respite care services” (the aim of which is to relieve families from having to look after elderly and disabled people, for a specified period), as well as day care services.

According to the Ministry of Health figures, in 2011, in Italy, there were 9,077 public and accredited private residential and semi-residential health care facilities, of which 2,694 were residential and 6,383 semi-residential in nature. Compared to 2010, therefore, there was a 3.7% rise in the number of residential facilities, and +1.9% rise in semi-residential facilities.

¹ CREA Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

Also based on Ministry of Health figures, regarding the classification of public and accredited private facilities, it appears that the number of public residential health care facilities dropped by -0.9% between 2010 and 2011, from 1,513 to 1,499 homes. Public semi-residential facilities too have dropped, albeit slightly, by only -0.1%, in the same period. With regard to accredited private residential facilities, these increased by 5.3%, from 4,640 in 2010 to 4,884 in 2011, while semi-residential accredited private facilities increased by 3.1% in the same period.

41.5% of public and accredited private residential and semi-residential homes care for the elderly, 28% for patients with mental health problems, 28% care for patients with mental and physical disabilities, and 1.7% facilities assist the terminally ill.

According to the latest data from the Ministry of Health, the majority of residential and semi-residential facilities are concentrated in the northern regions, with about 4,693 residential and 2,048 semi-residential facilities, unlike in the central and southern regions where, in 2011, there were 931 residential and 393 semi-residential homes in the former, and 662 residential and 224 semi-residential in the latter.

The largest increase was recorded in 2010-2011, in the South and Islands, signalling a still modest, yet positive, turnaround trend. In these regions, in fact, medical care homes increased by 14.7%, from 662 in 2010 to 759 in 2011, while semi-residential homes grew by over 12% in the same period.

These care imbalances were confirmed by the annual census carried out by the National Statistics Office (Istat), which includes a wider range of (both public and private) establishments, in particular aimed at addressing social unease. At 31 December 2011, there were 12,033 different types of homes, for a total of 386,803 beds.

In 2011, according to the Istat, the number of the residential social and health care facilities dropped by over 700, compared to 2010; the number of beds has increased even more, affecting the average size of the facilities (from 33.1 to 32.1 beds per home).

Between 2005 and 2011, the gap narrowed between the region with the highest number of beds and one with the lowest number.

Considering the figures by prevalent target group, 73.85% of beds are occupied by the elderly, 8.13% by the disabled, and 5.02% by people with mental health problems, the remainder being distributed between immigrants and foreigners, socially marginal adults and multi-users.

A very important type of residential care facilities are the hospices and pain treatment centres. Hospices in Italy are dedicated facilities providing palliative care services in a residential environment. In 2013, according to a survey conducted by the Ministry of Health, there were 264 hospices and 296 pain treatment centres nationwide. Compared to 2009, there had been an increase in the number of hospices; there were, in fact, 165 with 3.14 beds per 100,000 population.

Regarding admission to residential care, internationally there has been a widespread growth of the number of patients. Standardized by population, the range is between 15.58 patients per 1,000 population in the Netherlands and 2.3 in Korea and Portugal. In Italy (although the figure is not comparable), there were 6.09 per 1,000 population in 2011, but in 2011 there was also a slight decrease in the number of hospital admissions, although the number of over-65-year-old patients remained more or less stable, accounting for 75.60%.

The guests of residential facilities totaled over 369,000, of which over 279,343 are seniors aged at least 65 years (75%), just over 72,000 are adults between 18 and 64 years (20%), and 17,541 are children aged under 18 (5%); they were 404,170 in 2009 and 394,374 in 2010, of which approximately 300,000 elderly persons.

Only 25% of elderly persons are self-sufficient.

The cost for residential and semi-residential care has been estimated (source: Ministry of Economy and Finance-MEF) at € 5,645 million, therefore equal to approximately 5% of current public health spending and to 0.36% of the GDP; despite the social and economic importance of this sector, the figures are outdated and incomplete and do not allow an assessment of the effectiveness and efficiency of the sector.

A word cloud of various terms related to healthcare, economics, and social policy, rendered in different sizes and orientations in shades of blue. The most prominent words include 'SSN', 'bisogni', 'innovazione', 'economia', 'sviluppo', 'equità', 'selettività', 'federalismo', 'cronicità', 'risorse', 'valutazioni', 'performance', 'accesso', 'appropriatezza', 'efficienza', 'integrazione', 'empowerment', 'regioni', 'HTA', 'sostenibilità', 'welfare', 'crescita', 'responsabilità', 'europa', 'salute', 'cura', 'health', 'investimenti', and 'Italia'.

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

Capitolo 8

**Assistenza specialistica ambulatoriale:
le politiche tariffarie regionali**

Capitolo 8

Assistenza specialistica ambulatoriale: le politiche tariffarie regionali

Ploner E.¹

8.1. Il contesto

L'assistenza specialistica ambulatoriale comprende la diagnostica strumentale e di laboratorio, l'area riabilitativa terapeutica, le visite specialistiche. Le singole prestazioni erogabili a pazienti non ricoverati a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono previste nel Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. In particolare, i Nomenclatori delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - sia quello nazionale che quelli adottati da ciascuna Regione - oltre a prevedere l'elenco delle prestazioni erogabili dai singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), ne stabiliscono anche la relativa tariffa di rimborso.

Ciascuna Regione ha la facoltà di adottare all'interno delle proprie strutture ambulatoriali il Nomenclatore ministeriale, ovvero di discostarsene teoricamente verso il basso (espone il primo le tariffe massime nazionali), e aggiungendo prestazioni cosiddette extra LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Al fine di poter avere un quadro di sintesi, seppur per sommi capi, delle differenze intercorrenti tra le "politiche" adottate localmente e le linee guida "suggerite" a livello centrale, abbiamo provveduto ad effettuare un'analisi comparativa tra le tariffe riportate nel Nomenclatore nazionale e quelle stabilite, di contro, in tre Regioni di grandi dimensioni rappresentative delle diverse ripartizioni geografiche: Emilia Romagna, Toscana e Puglia².

¹ CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Si sottolinea che il confronto si è fondato sulla corrispondenza dei codici identificativi delle prestazioni

In considerazione dell'elevato numero di prestazioni presenti nei Nomenclatori, abbiamo deciso di effettuare le comparazioni in relazione a specifici raggruppamenti delle stesse. In particolare, in primis, abbiamo fatto riferimento alle branche specialistiche che, se pur numerose (26 in tutto), in alcuni casi non sono esaurientemente analitiche ed univoche. Abbiamo, pertanto, deciso di impiegare - per rendere maggiormente esaustivo il confronto - anche il sistema di raggruppamento proposto dall'Emilia Romagna, che presenta un elevato numero di categorie (5 per il primo livello di aggregazione, 24 per il secondo e 41 per il terzo)³.

In primo luogo, si osservi che la remunerazione media più elevata a livello centrale afferisce alla branca della "Radioterapia" (€ 228,93): in questo caso Emilia-Romagna e Toscana hanno adottato tariffe mediamente più basse (con una remunerazione media di € 216,75 nella prima e di € 225,86 nella seconda), mentre la Puglia si è adeguata alle tariffe ministeriali. La remunerazione media più bassa è quella della branca "Psichiatria" (€ 12,63); in questo caso, l'Emilia-Romagna ha optato per una remunerazione media più elevata (€ 13,81), la Toscana per una inferiore (€ 12,40) e la Puglia per quella ministeriale.

³ Nel primo livello, come su esposto, vengono individuate 5 categorie; per ciascuna categoria il secondo livello distingue da un minimo di 2 ad un massimo di 9 classi; nel terzo livello, per ogni classe vengono individuati da un minimo di 1 ad un massimo di 5 raggruppamenti

Tabella 8.1. Prestazioni aggregate per branca specialistica - Remunerazioni medie per branca. Valori assoluti (€)

[Table 8.1. Outpatient specialist medical services by branch - Averages tariff (€)]

Branca/Branch	Remunerazione media/Average remuneration			
	Nazionale €	Emilia Romagna €	Toscana €	Puglia €
Anestesia	48,76	49,14	46,82	48,76
Cardiologia	39,36	39,90	39,99	39,36
Chirurgia generale	48,82	39,26	37,67	48,82
Chirurgia plastica	197,99	166,19	165,19	197,99
Chirurgia vasc.angiologia	56,22	106,64	52,57	56,22
Dermosifilopatia	14,11	14,63	13,25	14,11
Diagn. per immag. med. nuc. ⁴	177,08	276,44	171,46	177,08
Diagn. per immag. rad. diagn. ⁵	85,87	95,38	102,34	85,87
Endocrinologia	60,76	43,40	43,40	60,76
Gastroent.chirur. e endosc. dig. ⁶	74,26	74,81	64,79	74,26
Lab. Analisi, chim., cli. e microb. ⁷	29,25	31,28	29,45	29,06
Med. fisica e riabilitazione	20,84	21,56	11,04	20,84
Nefrologia	131,58	136,94	144,47	131,58
Neurochirurgia	72,05	67,45	66,95	72,05
Neurologia	40,72	41,42	41,58	40,72
Oculistica	54,64	54,12	54,17	54,64

⁴ Diagnostica per immagini - Medicina nucleare

⁵ Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica

⁶ Gastroenterologia - Chirurgia e endoscopia digestiva

⁷ Laboratorio analisi chimico, cliniche e microbiologiche, etc.

segue

Tabella 8.1. Prestazioni aggregate per branca specialistica - Remunerazioni medie per branca. Valori assoluti (€)*[Table 8.1. Outpatient specialist medical services by branch - Averages tariff (€)]*

Branca/Branch	Remunerazione media/Average remuneration			
	Nazionale €	Emilia Romagna €	Toscana €	Puglia €
Odontost.chirur. maxillo facciale ⁸	34,44	69,76	84,68	34,44
Oncologia	33,19	34,85	81,97	33,19
Ortopedia e traumatologia	29,74	36,26	26,25	29,74
Ostetricia e ginecologia	39,31	34,45	43,39	39,31
Otorinolaringoiatra	18,17	18,25	16,61	18,17
Pneumologia	36,85	37,08	36,02	36,85
Psichiatria	12,63	13,81	12,40	12,63
Radioterapia	228,93	216,75	225,86	228,93
Urologia	37,47	32,27	30,65	37,47
Altro	14,49	15,94	14,05	14,49

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, Regione Emilia-Romagna, Regione Toscana e Regione Puglia
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health, Emilia Romagna, Toscana and Puglia data]

Per quanto riguarda la Regione Emilia Romagna, si osserva che il *range* più ampio di variabilità si registra nelle branche “Diagnostica per immagini - medicina nucleare” e “Chirurgia vascolare - angiologia”, dove la Regione applica una remunerazione media di circa € 100,00 superiore a quella ministeriale nel primo caso e di oltre € 50,00 nel secondo; prevede, invece, una remunerazione media nettamente inferiore a quella nazionale con riferimento alle prestazioni rientranti nella branca della “Chirurgia Plastica”.

⁸ Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale

Per la Toscana, le differenze più accentuate sono rintracciabili nelle branche della “Odontostomatologia - chirurgia maxillo facciale” (media applicata in Toscana di € 50,25 superiore a quella nazionale) e in quella della “Oncologia” (€ 48,78 superiore a quella nazionale); anche in questo caso alla “Chirurgia plastica” viene riconosciuta una remunerazione inferiore di circa € 33,00 rispetto a quella stabilita a livello centrale.

Tabella 8.2. Prestazioni aggregate per branca specialistica - Differenza media remunerazioni Emilia-Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012.

Valori assoluti (€)

[Table 8.2. Outpatient specialist medical services by branch - Average difference between Emilia-Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff (€)]

Branca/Branch	Diff. media remunerazione Emilia Romagna vs. tariff. naz. 2012	Diff. media remunerazione Toscana vs. tariff. naz. 2012	Diff. media remunerazione Puglia vs. tariff. naz. 2012
Anestesia	0,38	-1,94	0,00
Cardiologia	0,54	0,63	0,00
Chirurgia generale	-9,57	-11,15	0,00
Chirurgia plastica	-31,80	-32,81	0,00
Chirurgia vasc.angiologia	50,42	-3,65	0,00
Dermosifilopatia	0,51	-0,86	0,00
Diagn. per immag.med. nuc.	99,36	-5,62	0,00
Diagn. per immag.rad. diagn.	9,51	16,47	0,00
Endocrinologia	-17,36	-17,36	0,00
Gastroent.chirur. e endosc. dig.	0,55	-9,47	0,00
Lab. Analisi, chim., cli. e microb.	2,03	0,20	-0,19
Med. fisica e riabilitazione	0,72	-9,80	0,00
Nefrologia	5,36	12,89	0,00
Neurochirurgia	-4,60	-5,10	0,00

segue

Tabella 8.2. Prestazioni aggregate per branca specialistica - Differenza media remunerazioni Emilia-Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012.

Valori assoluti (€)

[Table 8.2. Outpatient specialist medical services by branch - Average difference between Emilia-Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff (€)]

Branca/Branch	Diff. media rem. Emilia Romagna vs. tariff. naz. 2012	Diff. media rem. Toscana vs. tariff. naz. 2012	Diff. media rem. Puglia vs. tariff. naz. 2012
Neurologia	0,69	0,85	0,00
Oculistica	-0,52	-0,46	0,00
Odontost.chirur. maxillo facciale	35,32	50,25	0,00
Oncologia	1,66	48,78	0,00
Ortopedia e traumatologia	6,51	-3,49	0,00
Ostetricia e ginecologia	-4,85	4,08	0,00
Otorinolaringoiatra	0,08	-1,56	0,00
Pneumologia	0,23	-0,83	0,00
Psichiatria	1,18	-0,23	0,00
Radioterapia	-12,18	-3,07	0,00
Urologia	-5,20	-6,82	0,00
Altro	1,44	-0,44	0,00

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, Regione Emilia Romagna, Regione Toscana e Regione Puglia
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health, Emilia-Romagna, Toscana and Puglia data]

In Emilia Romagna tutte le prestazioni rientranti nella branca “Odontostomatologia - chirurgia maxillo facciale” e nella branca “Chirurgia vascolare - angiologia” sono remunerate con un importo tariffario medio superiore rispettivamente del 102,57% e dell’89,69% a quello ministeriale. Ancora, la remunerazione media delle prestazioni della branca “Endocrinologia” prevista a livello centrale eccede di circa il 28,00% quella stabilita dall’Emilia

Romagna. Anche in Toscana, alla branca “Odontostomatologia - chirurgia maxillo facciale” viene riconosciuta una remunerazione media ben superiore a quella nazionale (circa il triplo); inoltre, remunerazione analoga è attribuita alla branca “Oncologia” mentre alla “Medicina fisica e riabilitazione” è stata attribuito un peso nettamente inferiore a quello riportato nel Nomenclatore nazionale (in particolare, per quest’ultima branca la Toscana prevede una remunerazione media inferiore del 47,01% a quella riconosciuta a livello centrale).

Tabella 8.3. Prestazioni aggregate per branca specialistica. Differenza % remunerazioni medie Emilia Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori %

[Table 8.3. Outpatient specialist medical services by branch. Percentage difference between Emilia Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff]

Branca/Branch	Diff. % rem. media Emilia Romagna vs. tariff. 2012	Diff. % rem. media Toscana vs. tariff. 2012	Diff. % rem. media Puglia vs. tariff. 2012
Anestesia	0,79	-3,98	0,00
Cardiologia	1,37	1,60	0,00
Chirurgia generale	-19,59	-22,84	0,00
Chirurgia plastica	-16,06	-16,57	0,00
Chirurgia vasc.angiologia	89,69	-6,49	0,00
Dermosifilopatia	3,64	-6,12	0,00
Diagn. per immag.med. nuc.	56,11	-3,17	0,00
Diagn. per immag.rad. diagn.	11,08	19,18	0,00
Endocrinologia	-28,57	-28,57	0,00
Gastroent.chirur. e endosc. dig.	0,74	-12,75	0,00
Lab. Analisi, chim., cli. e microb.	6,93	0,68	-0,65
Med. fisica e riabilitazione	3,46	-47,01	0,00
Nefrologia	4,08	9,80	0,00

segue

Tabella 8.3. Prestazioni aggregate per branca specialistica. Differenza % remunerazioni medie Emilia-Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori %

[Table 8.3. Outpatient specialist medical services by branch. Percentage difference between Emilia Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff]

Branca/Branch	Diff. % rem. media Emilia Romagna vs. tariff. 2012	Diff. % rem. media Toscana vs. tariff. 2012	Diff. % rem. media Puglia vs. tariff. 2012
Neurochirurgia	-6,38	-7,08	0,00
Neurologia	1,70	2,09	0,00
Oculistica	-0,96	-0,85	0,00
Odontost.chirur. maxillo facciale	102,57	145,91	0,00
Oncologia	5,01	146,98	0,00
Ortopedia e traumatologia	21,90	-11,73	0,00
Ostetricia e ginecologia	-12,35	10,38	0,00
Otorinolaringoiatra	0,46	-8,58	0,00
Pneumologia	0,62	-2,26	0,00
Psichiatria	9,36	-1,84	0,00
Radioterapia	-5,32	-1,34	0,00
Urologia	-13,87	-18,19	0,00
Altro	9,96	-3,04	0,00

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, Regione Emilia-Romagna, Regione Toscana e Regione Puglia
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health, Emilia-Romagna, Toscana and Puglia data]

In definitiva, l'analisi per branche specialistiche ha evidenziato che Emilia-Romagna e Toscana nella fissazione delle tariffe della maggior parte delle branche sono andate oltre il livello massimo fissato dallo Stato, tanto da, in alcuni casi, duplicarlo o triplicarlo in media (ci riferiamo alle richiamate branche della "Odontostomatologia - chirurgia maxillo facciale" sia per Emilia Romagna che per Toscana e della "Oncologia" per la Toscana). Entrambe

le Regioni, di contro, tendono a scoraggiare la produzione delle prestazioni rientranti nella branca della “Chirurgia generale”, della “Chirurgia plastica”, dell’”Endocrinologia” e la Toscana anche di quelle della branca “Medicina fisica e riabilitazione”.

Ricorrendo, invece, al sistema di aggregazione delle prestazioni utilizzato in Emilia Romagna è possibile effettuare un’analisi con un livello di dettaglio maggiore di quello consentito dalle branche specialistiche, con l’obiettivo di individuare i settori in cui la variabilità è più accentuata. In particolare, la lettura della tabella 8.4 conferma che Emilia Romagna e Toscana hanno superato in molti casi il limite massimo di remunerazione fissato a livello centrale nella categoria “Diagnostica”, nella categoria “Terapeutiche” ed, infine, nella categoria “Laboratorio”, sebbene in quest’ultimo caso la differenza sia di modesta entità; rimane anche confermato che la Toscana ha ridotto, ossia ha fissato ad un livello inferiore a quello nazionale, la remunerazione media della categoria “Riabilitazione”.

Tabella 8.4. Prestazioni aggregate per livello I° - Remunerazioni medie per categoria. Valori assoluti (€)

[Table 8.4. Outpatient specialist medical services by category (level I°) - Average tariff by category (€)]

Categoria/Category	Remunerazione media/Average remuneration			
	Nazionale €	Emilia Romagna €	Toscana €	Puglia €
V - Visite	21,52	24,56	19,74	21,52
L - Laboratorio	26,68	28,77	26,92	26,49
D - Diagnostica	73,56	87,82	77,58	73,56
T - Terapeutiche	71,55	75,52	77,40	71,55
R - Riabilitazione	21,32	21,70	13,36	21,32

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, Regione Emilia-Romagna, Regione Toscana e Regione Puglia
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health, Emilia-Romagna, Toscana and Puglia data]

Per quanto riguarda, in dettaglio, la categoria “Diagnostica”, la Regione Emilia Romagna ha deliberato di applicare tariffe mediamente superiori del 19,38% a quelle massime ministeriali, mentre la Toscana le ha maggiorate in media del 5,46%; nella categoria “Terapeutiche”, invece, l’Emilia Romagna eccede il nomenclatore ministeriale in media del 5,55%, mentre la Toscana dell’8,18%; ancora, in quest’ultima le tariffe della categoria “Riabilitazione” hanno subito in media un abbattimento di circa il 37,00%. Più modeste, invece, le differenze osservabili nella categoria “Laboratorio” (la Toscana adotta una remunerazione media superiore dello 0,90% a quella ministeriale e l’Emilia Romagna del 7,84%).

Per quanto riguarda, infine, la Puglia, rimangono confermate le evidenze emerse con riferimento al raggruppamento per branche specialistiche: si ha una sostanziale sovrapposizione delle tariffe con quelle approvate dal Ministero della Salute.

Tabella 8.5. Prestazioni aggregate per livello I° - Differenza % fra remunerazione media Emilia-Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori %

[Table 8.5. Outpatient specialist medical services by category (level I°) - Percentage difference between Emilia-Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff]

Categoria/Category	Diff. % rem. Emilia Romagna vs. tariff. 2012	Diff. % rem. Toscana vs. tariff. 2012	Diff. % rem. Puglia vs. tariff. 2012
V - Visite	14,11	-8,25	-
L - Laboratorio	7,84	0,90	-0,72
D - Diagnostica	19,38	5,46	-
T - Terapeutiche	5,55	8,18	-
R - Riabilitazione	1,79	-37,34	-

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, Regione Emilia-Romagna, Regione Toscana e Regione Puglia
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health, Emilia-Romagna, Toscana and Puglia data]

Al massimo dettaglio possibile, ovvero al terzo livello di aggregazione, viene evidenziato che gli scarti più accentuati tra tariffe statali e quelle presenti nei Nomenclatori di Emilia Romagna e Toscana sono attinenti a sottocategorie della “Diagnostica”, delle “Terapeutiche” ma, anche, ad alcune sottocategorie del “Laboratorio” e, per la Toscana, della “Riabilitazione”.

Tabella 8.6. Prestazioni aggregate per livello III° - Remunerazione media per categoria. Valori assoluti (€)

[Table 8.6. Outpatient specialist medical services by category (level III°) – Average tariff by category (€)]

Sottocategoria/Subcategory	Remunerazione media/Average remuneration			
	Nazionale €	Emilia Romagna €	Toscana €	Puglia €
V10 - Prima visita	23,98	26,43	21,70	23,98
V20 - Visita di controllo	12,91	18,00	12,90	12,91
V30 - Osservazione Breve Intensiva	n.d	n.d	n.d	n.d
L11 - Prelievo Sangue Venoso	2,58	3,00	3,10	2,58
L12 - Prelievo Sangue Arterioso	5,72	5,15	5,15	5,72
L13 - Prelievo Sangue Capillare	4,93	4,28	4,60	3,83
L14 - Prelievo Microbiologico	2,58	2,60	3,10	2,58
L15 - Prelievo Citologico	4,12	4,00	3,10	4,12
L21 - Chimica Clinica di Base	7,11	9,31	8,90	6,55
L29 - Chimica clinica	10,57	11,61	10,86	10,57
L31 - Ematologia/Coagulazione Di Base	4,54	4,91	4,61	4,54
L39 - Ematologia/Coagulazione	13,67	13,95	13,18	13,67
L41 - Immunoematologia e trasfusione Di Base	6,81	7,25	5,98	6,81

segue

Tabella 8.6. Prestazioni aggregate per livello III° - Remunerazione media per categoria. Valori assoluti (€)

[Table 8.6. Outpatient specialist medical services by category (level III°) – Average tariff by category (€)]

Sottocategoria/Subcategory	Remunerazione media/Average remuneration			
	Nazionale €	Emilia Romagna €	Toscana €	Puglia €
L49 - Immunoematologia e trasfusionale	64,07	64,99	64,07	64,07
L51 - Microbiologia/Virologia Di Base	7,21	7,28	6,57	7,21
L59 - Microbiologia/Virologia	23,15	28,49	27,75	22,31
L60 - Anatomia ed Istologia Patologica	32,08	48,57	32,09	32,08
L70 - Genetica/Citogenetica	107,71	102,67	102,67	107,71
D11 - Radiologia tradizionale RX	41,65	43,96	54,81	41,65
D12 - Tac	91,51	102,40	120,42	91,51
D13 - Diagnostica Vascolare	208,33	208,34	190,12	208,33
D14 - Medicina Nucleare	177,08	276,44	171,46	177,08
D21 - Ecografia	34,38	34,97	39,83	34,38
D22 - Ecocolordoppler	52,49	52,61	54,71	52,49
D23 - Elettromiografia	19,28	20,25	21,24	19,28
D24 - Endoscopia	72,23	60,58	52,66	72,23
D25 - RM	166,11	214,55	215,72	166,11
D29 - Altra diagnostica strumentale	37,71	38,47	38,17	37,71
D30 - Biopsia	65,18	51,94	50,36	65,18
D90 - Altra diagnostica strumentale	21,52	22,20	22,67	21,52
T10 - Radioterapia	228,93	216,75	225,86	228,93
T20 - Dialisi	131,58	136,94	144,47	131,58
T30 - Odontoiatria	39,09	81,42	105,60	39,09
T40 - Trasfusioni	243,51	243,51	243,51	243,51
T50 - Chirurgia Ambulatoriale	67,77	67,54	64,09	67,77
T90 - Altre prestazioni terapeutiche	19,21	22,53	22,87	19,21

segue

Tabella 8.6. Prestazioni aggregate per livello III° - Remunerazione media per categoria. Valori assoluti (€)

[Table 8.6. Outpatient specialist medical services by category (level III°) – Average tariff by category (€)]

Sottocategoria/Subcategory	Remunerazione media/Average remuneration			
	Nazionale €	Emilia Romagna €	Toscana €	Puglia €
R10 - Diagnostiche	31,77	31,90	31,78	31,77
R20 - Riabilitazione e Rieducazione Funz.le	14,20	15,00	10,35	14,20
R31 - Terapia Fisica (LEA)	8,92	8,90	9,33	8,92
R32 - No LEA	n.d	n.d.	n.d.	n.d.
R90 - Altra riabilitazione	23,93	24,45	10,94	23,93

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, Regione Emilia Romagna, Regione Toscana e Regione Puglia
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health, Emilia-Romagna, Toscana and Puglia data]

In particolare, gli aumenti riportati nella remunerazione media della categoria “Diagnostica” rispetto a quella nazionale, sia in Emilia Romagna che in Toscana, sono attribuibili, soprattutto, alle sottocategorie della “Radiologia tradizionale RX”, della “Tac” e della “RM”; in aggiunta, in Emilia Romagna sono anche imputabili alla “Medicina nucleare” ed in Toscana all’“Ecografia”. In effetti, per quanto riguarda la “Radiologia tradizionale RX”, l’Emilia Romagna ha deliberato di adottare una remunerazione media che eccede quella nazionale del 5,55% (una differenza di € 2,31), mentre quella impiegata dalla Toscana supera di oltre 31 punti percentuali quella statale (una differenza di € 13,16); rispetto alla tariffa ministeriale della “TAC”, invece, l’Emilia Romagna e la Toscana hanno previsto un aumento dell’11,91% (una differenza di € 10,90) la prima e del 31,59% (una differenza di € 28,91) la seconda. Simile, invece, l’aumento che le richiamate Regioni hanno deliberato di apportare alla remunerazione massima ministeriale delle prestazioni della sottocategoria “RM”: +29,16% per l’Emilia Romagna (una differenza di € 48,44) e +29,87% (una differenza di € 49,61) per la

Toscana. Ammonta, invece, al 56,11% l'aumento riportato nella remunerazione media della sottocategoria "Medicina nucleare" in Emilia Romagna ed al 15,86% quello della remunerazione prevista per l'"Ecografia" in Toscana.

Sul fronte della categoria "Terapeutiche", gli scarti più importanti tra le tariffe medie regionali e quelle ministeriali sono rintracciabili nella sottocategoria "Odontoiatria": l'Emilia Romagna ha aumentato del 108,32% (€ 42,34 in più) la remunerazione media ministeriale e la Toscana del 170,18% (€ 66,52 in più). Più contenuti gli aumenti che le due Regioni hanno deciso di apportare alle remunerazione media della sottocategoria "Altre prestazioni terapeutiche" e a quella della "Dialisi": nel primo caso l'Emilia Romagna ha incrementato in media del 17,26% (€ 3,32 in più) e la Toscana del 19,03% (€ 3,66 in più); nel secondo, invece, la differenza, in termini percentuali, tra la tariffa dell'Emilia Romagna e quella ministeriale ammonta al 4,08% (ossia le tariffe dell'Emilia Romagna eccedono in media di € 5,36 la remunerazione media massima stabilita dallo Stato), mentre lo scarto tra la remunerazione media della Toscana e quella del Nomenclatore nazionale raggiunge il 9,80% (la Toscana ha fissato una tariffa in media superiore di € 12,89 a quella ministeriale).

In aggiunta, per quanto attiene l'abbattimento tariffario che la Toscana ha deliberato di adottare con riferimento alla categoria della "Riabilitazione", risulta che quest'ultimo è determinato dalla decurtazione tariffaria operata nelle sottocategorie della "Riabilitazione e Rieducazione Funzionale" e dell'"Altra Riabilitazione"; in effetti, la Regione ha applicato, nel primo caso, una remunerazione media più bassa del 27,11%, e, nel secondo, del 54,26%.

Infine, il raggruppamento delle prestazioni di questo terzo livello ha anche fatto risaltare le poche differenze intercorrenti tra il Nomenclatore nazionale e quello adottato dalla Puglia. In effetti, la Puglia ha optato per una remunerazione media inferiore a quelle ministeriali per le sottocategorie "Prelievo Sangue Capillare", "Chimica Clinica di Base" e "Microbiologia/Virologia" rispettivamente del 22,34%, del 7,79% e del 3,62%.

Tabella 8.7. Prestazioni aggregate per livello III° - Differenza media remunerazioni medie Emilia-Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori assoluti (€)

[Table 8.7. Outpatient specialist medical services by category (level III°) - Average difference between Emilia-Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff (€)]

Sottocategoria/Subcategory	Diff. media rem. Emilia Romagna vs. tariff. 2012	Diff. media rem. Toscana vs. tariff. 2012	Diff. media rem. Puglia vs. tariff. 2012
V10 - Prima visita	2,45	-2,28	-
V20 - Visita di controllo	5,09	-0,01	-
V30 - Osservazione Breve Intensiva	n.d.	n.d.	n.d.
L11 - Prelievo Sangue Venoso	0,42	0,52	-
L12 - Prelievo Sangue Arterioso	-0,57	-0,57	-
L13 - Prelievo Sangue Capillare	-0,65	-0,33	-1,10
L14 - Prelievo Microbiologico	0,02	0,52	-
L15 - Prelievo Citologico	-0,12	-1,02	-
L21 - Chimica Clinica di Base	2,21	1,79	-0,55
L29 - Chimica clinica	1,04	0,29	-
L31 - Ematologia/Coagulazione Di Base	0,37	0,06	-
L39 - Ematologia/Coagulazione	0,27	-0,49	-
L41 - Immunoematologia e trasfusionale Di Base	0,44	-0,83	-
L49 - Immunoematologia e trasfusionale	0,92	-0,00	-
L51 - Microbiologia/Virologia Di Base	0,07	-0,64	-
L59 - Microbiologia/Virologia	5,34	4,60	-0,84
L60 - Anatomia ed Istologia Patologica	16,49	0,00	-
L70 - Genetica/Citogenetica	-5,03	-5,04	-
D11 - Radiologia tradizionale RX	2,31	13,16	-
D12 - Tac	10,90	28,91	-
D13 - Diagnostica Vascolare	0,01	-18,21	-

segue

Tabella 8.7. Prestazioni aggregate per livello III° - Differenza media remunerazioni medie Emilia-Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori assoluti (€)

[Table 8.7. Outpatient specialist medical services by category (level III°) - Average difference between Emilia-Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff (€)]

Sottocategoria/Subcategory	Diff. media rem. Emilia Romagna vs. tariff. 2012	Diff. media rem. Toscana vs. tariff. 2012	Diff. media rem. Puglia vs. tariff. 2012
D14 - Medicina Nucleare	99,36	-5,62	-
D21 - Ecografia	0,59	5,45	-
D22 - Ecocolordoppler	0,11	2,22	-
D23 - Elettromiografia	0,97	1,96	-
D24 - Endoscopia	-11,65	-19,57	-
D25 - RM	48,44	49,61	-
D29 - Altra diagnostica strumentale	0,75	0,45	-
D30 - Biopsia	-13,24	-14,82	-
D90 - Altra diagnostica strumentale	0,68	1,15	-
T10 - Radioterapia	-12,18	-3,07	-
T20 - Dialisi	5,36	12,89	-
T30 - Odontoiatria	42,34	66,52	-
T40 - Trasfusioni	-0,00	-0,00	-
T50 - Chirurgia Ambulatoriale	-0,22	-3,68	-
T90 - Altre prestazioni terapeutiche	3,32	3,66	-
R10 - Diagnostiche	0,13	0,01	-
R20 - Riabilitazione e Rieducazione Funz.le	0,80	-3,85	-
R31 - Terapia Fisica (LEA)	-0,02	0,42	-
R32 - No LEA	n.d.	n.d.	n.d.
R90 - Altra riabilitazione	0,52	-12,98	-

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, Regione Emilia-Romagna, Regione Toscana e Regione Puglia
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health, Emilia-Romagna, Toscana and Puglia data]

Tabella 8.8. Prestazioni aggregate per livello III° - Differenza % remunerazione media Emilia-Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori %

[Table 8.8. Outpatient specialist medical services by category (level III°) - Percentage difference between Emilia-Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff]

Sottocategoria/Subcategory	Diff. % rem. Emilia Romagna vs. tariff. 2012	Diff. % rem. Toscana vs. tariff. 2012	Diff. % rem. Puglia vs. tariff. 2012
V10 - Prima visita	10,21	-9,51	-
V20 - Visita di controllo	39,43	-0,08	-
V30 - Osservazione Breve Intensiva	n.d.	n.d.	n.d.
L11 - Prelievo Sangue Venoso	16,28	20,16	-
L12 - Prelievo Sangue Arterioso	-9,97	-9,97	-
L13 - Prelievo Sangue Capillare	-13,20	-6,60	-22,34
L14 - Prelievo Microbiologico	0,78	20,16	-
L15 - Prelievo Citologico	-2,91	-24,76	-
L21 - Chimica Clinica di Base	31,07	25,24	-7,79
L29 - Chimica clinica	9,79	2,75	-
L31 - Ematologia/Coagulazione Di Base	8,05	1,40	-
L39 - Ematologia/Coagulazione	2,01	-3,61	-
L41 - Immunoematologia e trasfusionale Di Base	6,54	-12,20	-
L49 - Immunoematologia e trasfusionale	1,44	-0,01	-
L51 - Microbiologia/Virologia Di Base	0,95	-8,81	-
L59 - Microbiologia/Virologia	23,07	19,88	-3,62
L60 - Anatomia ed Istologia Patologica	51,40	0,01	-
L70 - Genetica/Citogenetica	-4,67	-4,68	-
D11 - Radiologia tradizionale RX	5,55	31,60	-
D12 - Tac	11,91	31,59	-
D13 - Diagnostica Vascolare	0,00	-8,74	-
D14 - Medicina Nucleare	56,11	-3,17	-

segue

Tabella 8.8. Prestazioni aggregate per livello III° - Differenza % remunerazione media Emilia Romagna, Toscana e Puglia vs. tariffe nazionali 2012. Valori %
[Table 8.8. Outpatient specialist medical services by category (level III°) - Percentage difference between Emilia-Romagna, Toscana and Puglia tariff and 2012 national tariff]

Sottocategoria/Subcategory	Diff. % rem. Emilia Romagna vs. tariff. 2012	Diff. % rem. Toscana vs. tariff. 2012	Diff. % rem. Puglia vs. tariff. 2012
D21 – Ecografia	1,71	15,86	-
D22 – Ecocolordoppler	0,21	4,23	-
D23 – Elettromiografia	5,02	10,18	-
D24 – Endoscopia	-16,12	-27,09	-
D25 – RM	29,16	29,87	-
D29 - Altra diagnostica strumentale	2,00	1,19	-
D30 – Biopsia	-20,31	-22,73	-
D90 - Altra diagnostica strumentale	3,16	5,33	-
T10 – Radioterapia	-5,32	-1,34	-
T20 – Dialisi	4,08	9,80	-
T30 – Odontoiatria	108,32	170,18	-
T40 – Trasfusioni	-0,00	-0,00	-
T50 - Chirurgia Ambulatoriale	-0,33	5,43	-
T90 - Altre prestazioni terapeutiche	17,26	19,03	-
R10 – Diagnostiche	0,42	0,03	-
R20 - Riabilitazione e Rieducazione Funz.le	5,63	-27,11	-
R31 - Terapia Fisica (LEA)	-0,19	4,67	-
R32 - No LEA	n.d.	n.d.	n.d.
R90 - Altra riabilitazione	2,18	-54,26	-

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, Regione Emilia-Romagna, Regione Toscana e Regione Puglia
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health, Emilia-Romagna, Toscana and Puglia data]

In sintesi, per l'Emilia Romagna e la Toscana le maggiori differenze, intese come aumenti, in media, delle tariffe massime statali, si riscontrano nelle categorie della "Diagnostica" e delle "Terapeutiche", e, in particolare nelle sottocategorie: "Radiologia tradizionale RX", "TAC", "Medicina nucleare", "Ecografia", "RM", "Odontoiatria" ed "Altre prestazioni terapeutiche". In aggiunta, è emerso che la Toscana ha optato per una politica che tende a disincentivare la produzione di alcune sottocategorie della "Riabilitazione", quali la "Riabilitazione e rieducazione funzionale" e l'"Altra riabilitazione".

La Puglia, dal canto suo, ha decretato una sostanziale sovrapposibilità alle tariffe nazionali.

8.2. L'impatto economico dei *ticket*

In seguito all'emanazione del Decreto Legge 98/2011⁹ - sulle misure di compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - le Regioni hanno provveduto a rimodulare gli importi delle compartecipazioni richieste ai cittadini. Giova, peraltro, sottolineare che, sebbene tutte le Regioni abbiano previsto sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria, è pur vero che tali sistemi differiscono talvolta anche profondamente fra loro, non solo relativamente alle prestazioni su cui si applicano le misure di compartecipazione, e agli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, ma anche in relazione alle esenzioni previste.

La conseguenza di quanto precede è che l'importo del *ticket* che i cittadini sono tenuti a pagare dipende sia dalle tariffe delle singole prestazioni adottate in ciascuna Regione, sia dalle misure deliberate dalle Regioni in seguito alla emanazione del Decreto Legge 98/2011; appare, dunque, evidente come una siffatta architettura abbia portato a profonde diversità e disparità regionali.

⁹ Per la specialistica, la normativa nazionale prevede una compartecipazione pari alla somma delle tariffe delle prestazioni contenute nella ricetta, fino ad un massimo di € 36,15 e una compartecipazione di € 10,00 a ricetta che può essere oggetto di adattamenti a livello regionale. Il sistema di esenzioni è basato su patologia, condizione e reddito, mentre l'ulteriore distinzione in base a fasce di reddito è previsto con normative regionali.

Nel 2013, in particolare, secondo quanto riportato nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica della Corte dei Conti, dell'introito di € 1.521,10 mln., complessivamente generato dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie¹⁰, l'85,13% è stato originato dai *ticket* pagati dai cittadini sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali, ovvero € 1.294,90 mln. Profonde, anche, le differenze tra Regioni: si va da Valle d'Aosta, Molise e Basilicata dove il 100,00% dei proventi della compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie è generato dai *ticket* sulla specialistica ambulatoriale, alla Calabria in cui il contributo delle prestazioni specialistiche alla compartecipazione complessiva si ferma a un 62,50%.

Ancora, del gettito complessivo attribuibile alle misure di compartecipazione sulla specialistica ambulatoriale (che ammonta, come sopra richiamato, nel 2013, a € 1.294,90 mln.) il 57,24% è stato conseguito nelle Regioni del Nord, il 23,55% in quelle centrali ed, infine, solamente il 19,21% in quelle meridionali. Tale differenza potrebbe essere "figlia" non solamente delle diverse misure di esenzione regionali, ma anche della rinuncia all'effettuazione di determinate prestazioni.

¹⁰ Nella compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie sono compresi i *ticket* sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, i *ticket* sul pronto soccorso e i *ticket* su altre prestazioni. Sono, invece, esclusi i *ticket* sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento più *ticket* fisso su ricetta)

Tabella 8.9. Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) e quota attribuibile alla specialistica ambulatoriale. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2013

[Table 8.9. Cost sharing for outpatient medical services (ticket) and rate for outpatient specialist medical services (€ million and percentage), 2013]

Regioni/Regions	Spesa totale ticket (€ mln.)/ ticket Tot, exp. (€ million)	% spesa per ticket specialistica ambulatoriale/ Percentuale ticket for outp. spec. serv.
Italia	1.521,10	85,13
Nord	861,80	86,01
Centro	377,90	80,68
Sud e Isole	281,40	88,42
Piemonte	144,20	95,21
Valle d'Aosta	5,30	100,00
Lombardia	236,70	85,51
Pr. Aut. di Bolzano	18,40	90,22
Pr. Aut. di Trento	15,50	94,19
Veneto	192,20	70,66
Friuli Venezia Giulia	46,20	89,61
Liguria	43,50	79,54
Emilia Romagna	159,80	95,87
Toscana	167,00	79,34
Umbria	30,70	82,74
Marche	45,70	86,21
Lazio	134,50	80,00
Abruzzo	41,10	92,70
Molise	5,10	100,00
Campania	58,70	86,54
Puglia	57,10	85,99
Basilicata	12,00	100,00
Calabria	28,00	62,50
Sicilia	50,20	96,02
Sardegna	29,20	95,89

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Cortei dei Conti [Source: CREA Sanità on Cortei dei Conti data]

Tabella 8.10. Spesa per ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale.**Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2013***[Table 8.10. Ticket for outpatient specialist medical services (€ million and percentage), 2013]*

Regioni/Regions	€ mln./€ million	Composizione %/Composition %
Italia	1.294,90	100,00
Nord	741,20	57,24
Centro	304,90	23,55
Sud e Isole	248,80	19,21
Piemonte	137,30	10,60
Valle d'Aosta	5,30	0,41
Lombardia	202,40	15,63
Pr. Aut. di Bolzano	16,60	1,28
Pr. Aut. di Trento	14,60	1,13
Veneto	135,80	10,49
Friuli Venezia Giulia	41,40	3,20
Liguria	34,60	2,67
Emilia Romagna	153,20	11,83
Toscana	132,50	10,23
Umbria	25,40	1,96
Marche	39,40	3,04
Lazio	107,60	8,31
Abruzzo	38,10	2,94
Molise	5,10	0,39
Campania	50,80	3,92
Puglia	49,10	3,79
Basilicata	12,00	0,93
Calabria	17,50	1,35
Sicilia	48,20	3,72
Sardegna	28,00	2,16

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti
 [Source: CREA Sanità on Corte dei Conti data]

In Italia, la compartecipazione per residente, nel 2013, è stata mediamente pari a € 21,70 annui, ma nelle Regioni del Nord arriva a € 27,07, in quelle centrali a € 26,10 e, infine, solamente a € 12,07 in quelle del Sud. Preme anche sottolineare che se la spesa pro-capite per *ticket* era generalmente aumentata tra il 2011 ed il 2012 in maniera più o meno accentuata nelle diverse aree del Paese, riporta una variazione di segno opposto tra il 2012 ed il 2013; si tratta, nello specifico, di una variazione negativa che ha interessato in particolar modo le Regioni Meridionali (-6,32%).

Tabella 8.11. Ticket pro-capite sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e variazioni annuali. Valori assoluti (€) e %, anni 2011-2013

[Table 8.11. Per capita ticket for outpatient specialist medical services and annual changes (€ and percentage, 2011-2013)]

Regioni/ <i>Regions</i>	Anno/ <i>Year</i> 2013 €	Var. % 2012/2011	Var. % 2013/2012
Italia	21,70	10,97	-1,54
Nord	27,07	12,44	-1,81
Centro	26,10	7,68	3,02
Sud e Isole	12,07	11,29	-6,32
Piemonte	31,39	21,65	-5,34
Valle d'Aosta	41,46	3,08	-7,91
Lombardia	20,66	9,76	-2,55
Pr. Aut. di Bolzano	32,57	3,85	3,40
Pr. Aut. di Trento	27,53	-0,47	-2,36
Veneto	27,82	3,15	-2,37
Friuli Venezia Giulia	33,88	12,29	-3,14
Liguria	22,11	90,52	-4,28
Emilia Romagna	35,00	8,73	4,06
Toscana	35,88	12,69	5,20
Umbria	28,66	11,56	1,25
Marche	25,50	-7,81	2,84

segue

Tabella 8.11. Ticket pro-capite sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e variazioni annuali. Valori assoluti (€) e %, anni 2011-2013

[Table 8.11. Per capita ticket for outpatient specialist medical services and annual changes (€ and percentage, 2011-2013)]

Regioni/Regions	Anno/Year 2013 €	Var. % 2012/2011	Var. % 2013/2012
Lazio	19,36	7,00	1,04
Abruzzo	29,03	11,24	-0,20
Molise	16,28	-1,23	-13,61
Campania	8,80	5,78	-4,60
Puglia	12,12	7,88	-17,77
Basilicata	20,83	14,03	-13,46
Calabria	8,94	28,75	1,17
Sicilia	9,64	19,83	-3,02
Sardegna	17,07	9,40	0,93

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti
[Source: CREA Sanità on Corte dei Conti data]

In definitiva, nonostante l'accentuata eterogeneità delle caratteristiche dei sistemi di compartecipazione adottati a livello regionale, che rende, peraltro, difficile l'evidenziazione e la tracciatura di elementi comuni per aree, è possibile, in ogni caso, mettere in risalto alcuni aspetti, quali la forte riduzione, nel periodo 2012-2013, dei ricavi generati dalla compartecipazione sulla specialistica ambulatoriale nelle Regioni Meridionali conseguenti alla contrazione dei gettiti soprattutto di Molise (-13,61%), Puglia (-17,77%) e Basilicata (-13,46%); l'incremento, particolarmente forte, registrato in Toscana (+5,20 tra il 2012 ed il 2013), da imputare a recenti rimodulazioni dei livelli di compartecipazione alla spesa specialistica¹¹;

¹¹ Per le visite specialistiche ambulatoriali i cittadini assistiti sono tenuti al pagamento di una quota di partecipazione alla spesa sanitaria (cosiddetto *ticket*) pari a € 38,00 su ciascuna ricetta contenente fino ad un massimo di otto prestazioni per branca specialistica, a cui si aggiunge l'eventuale *ticket* aggiuntivo modulato in base al reddito.

ed, infine, l'aumento delle differenze negli importi medi pro-capite delle compartecipazioni tra le Regioni Centro-Settentrionali e quelle del Sud: in effetti, se lo scarto tra il Nord ed il Sud ammontava a 114,06 punti percentuali nel 2012 arriva a 124,35 nel 2013. In buona sostanza, come si legge nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2014, «si tratta di differenze che riflettono la diversità che sta assumendo il sistema delle compartecipazioni alla spesa a livello di sistemi regionali, come è testimoniato dalla forte eterogeneità dei criteri che ha assunto la normativa: nella specialistica almeno cinque sistemi diversi di rimodulazione della quota aggiuntiva in base al reddito familiare, due diversi range di variazione per le rimodulazioni in base al valore della ricetta. E ciò si interfaccia con criteri di reddito applicati a livello regionale che fanno riferimento ad almeno tre diverse tipologie di fasce di reddito (quattro scaglioni con quello superiore ai € 100.000,00, quattro scaglioni con il superiore a € 30.000,00, due scaglioni sopra e sotto € 29.000,00) e almeno tre tipologie di calcolo del reddito (reddito familiare, Isee reddito lordo familiare fiscale)».

8.3. Conclusioni

La breve disamina svolta ha permesso di evidenziare le incongruenze che, a tutt'oggi, insistono sul sistema dell'assistenza specialistica ambulatoriale. In particolare, preme evidenziare come l'analisi delle differenze tra le remunerazioni riconosciute (siano esse raggruppate per branche oppure per categorie omogenee) dimostra un non riconoscimento regionale delle valutazioni implicitamente contenute nel Nomenclatore nazionale.

In linea generale, la tendenza osservata in Emilia Romagna e Toscana è quella di riconoscere alle prestazioni, aggregate per categoria, una remunerazione media che eccede il valore massimo fissato a livello centrale; ciò è risultato essere particolarmente vero per alcune sottocategorie quali "Diagnostica" e delle "Terapeutiche", ossia per la "Radiologia tradizionale RX", per la "Tac", per la "Medicina nucleare", per l' "Ecografia", per la "RM", per l'"Odontoiatria" ed, infine, per le "Altre prestazioni terapeutiche".

Ovviamente, esistono anche categorie tendenzialmente disincentivate, ma, poiché le Regioni (nel nostro caso Emilia Romagna e Toscana) non adottano, al riguardo, la medesima linea di condotta, si vengono a creare forti disparità: è il caso, ad esempio, della "Riabilitazione", dove la Toscana, tende a scoraggiarne il consumo (nello specifico della

“Riabilitazione e rieducazione funzionale” e dell’”Altra riabilitazione” con remunerazioni medie inferiori al valore massimo ministeriale del 27,11% nel primo caso e del 54,26% nel secondo), mentre l’Emilia-Romagna ha optato per una “politica” opposta, riconoscendo una remunerazione media che eccede il valore massimo nazionale dell’1,79%.

Sul fronte della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui usufruiscono, poi, l’inasprimento delle misure di compartecipazione non ha portato, nell’ultimo biennio e soprattutto al Sud, gettito aggiuntivo: il *ticket* pro-capite, difatti, tra il 2012 ed il 2013, ha riportato una variazione negativa del 6,32% nelle Regioni del Sud ed una decrescita, sebbene di minore entità, anche in quelle del Nord (-1,81%). Nelle Regioni dell’area Centrale, invece, è cresciuto del 3,02%: risultato a cui ha contribuito in particolar modo la Toscana con un incremento del *ticket* pro-capite del 5,20%.

Sulla base di quanto precede, tuttavia, non è possibile valutare in che misura lo sforzo richiesto attraverso un crescente ricorso a sistemi di compartecipazione si sia tradotto in una diminuzione delle prestazioni richieste o in fenomeni di razionalizzazione sia dell’offerta che della domanda, o ancora in trasferimenti verso acquisti di tipo privato da parte della popolazione non esente che, in alcuni casi, avrebbe dovuto corrispondere compartecipazioni superiori al prezzo di mercato delle prestazioni. Ad ogni buon conto, in questo scenario, una tappa fondamentale ci sembra rappresentata dall’assunzione di validi ed omogenei strumenti di valutazione della condizione reddituale della popolazione ai fini dell’esenzione, tali da ridurre almeno le evidenti differenze di riconoscimento dei diritti tra le Regioni.

Riferimenti bibliografici

Ministero della Salute, Decreto 18 Ottobre 2012, *Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*

Regione Emilia Romagna (2013), www.saluter.it, il Portale del Servizio Sanitario Regionale. Nomenclatore tariffario regionale (in vigore dal 1 marzo 2013)

Regione Puglia (2013), D.G.R. 951/2013, *Nuovo tariffario regionale in materia di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, riabilitativa, di lungodegenza e di assistenza specialistica e ambulatoriale*

Regione Toscana (2013),
www.regione.toscana.it/-/prestazioni-specialistiche-ambulatoriali.it





Chapter 8

**Specialist outpatient care:
regional pricing policies**

Chapter 8

Specialist outpatient care: regional pricing policies

*Ploner E.*¹

Summary

In Italy, specialist outpatient care services provided by the National Health Service (NHS) and the related remuneration tariffs are set out in a price list called the “National Tariff”. In particular, specialist outpatient care services includes diagnostic imaging and laboratory tests, rehabilitation and specialist services.

The National Tariff consists of a list of services with the relevant prices, which represent the maximum remuneration structures recognised to the facility for the services provided. Each Region, however, has adopted a specific Regional Tariff for specialist outpatient services, which can provide for additional services - compared to those set out in the National Tariff - called extra-LEA services (Basic Levels of Care), and different (lower, theoretically at least) prices. In this regard, the different Regions have different attitudes: some have applied the National Tariff with little or no changes, while others have radically changed the prices of most services.

The survey carried out on 3 large Regions (Emilia Romagna, Toscana and Puglia), has revealed a large amount of differences in terms of incentives (remuneration paid) and, therefore, shows that the Regions do not acknowledge the assessments implicitly contained in the National Tariff. Generally, speaking, the trend observed in Emilia Romagna and Toscana is to recognise an average remuneration for the services provided - whether aggregated by sector or category - that exceeds the maximum value established at the central level. Ob-

¹ CREA Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

viously, it was also possible to trace the categories of services that tend to be discouraged, but since the Regions (in our case, Emilia Romagna and Toscana) have not adopted the same policy, the result is marked differences and confusion as to the methodologies used to assess the coherence of the prices.

Likewise, there are marked differences between the Regions also in terms of cost-sharing by the public (the so-called “ticket”) for specialist outpatient services. The Italian National Audit Office (Corte dei Conti), in fact, speaks of them as «... differences that reflect the diversity of cost-sharing arrangements between the Regions, as evidenced by the highly diverse criteria set out in the regional legislation: regarding specialist services, there are at least five different systems for defining and adjusting the price extras, based on household income, two different ranges for price definitions and adjustments based on the value of the prescription ... ».

The increases in cost-sharing, with regard to specialist outpatient services, as a result of the increased financial pressure on the NHS, has certainly generated significant changes in cash flows, albeit with significant regional differences.

In particular we can notice:

- a sharp reduction, in 2012-2013, of revenues from cost-sharing in the southern Regions, resulting from the drop in proceeds especially in Molise (-13.61%), Puglia (-17.77%) and Basilicata (-13.46%);
- a particularly strong increase in Toscana (+5.20%, between 2012 and 2013), due to the recent adjustments to the levels of cost-sharing for specialist care expenditure;
- an increase in the differences in average per capita cost-sharing between the central/northern Regions and the southern Regions: in fact, the gap between North and South rose to over 124 percentage points in 2013.

This confirms the unequal effect of regional policies on cost-sharing: however, based on the available data we cannot assess the extent to which increased cost sharing has led

to a drop in the demand for services or to the rationalisation of the supply of services, or even to increased private expenditure by non-exempt persons, which, in some cases, are asked to pay for the privately provided services prices that are lower than the cost-sharing amount.

Obviously, on the fact-finding level, it would be desirable to have more information on the quality and quantity of the services provided, while regarding the relevant rights, there is clearly a lack of valid and consistent tools for assessing income, for cost-sharing exemption purposes.

A word cloud of various terms related to healthcare, economics, and innovation, arranged in a circular pattern. The most prominent words are 'SSN' and 'economia'. Other visible words include 'innovazione', 'bisogni', 'selettività', 'sostenibilità', 'equità', 'sviluppo', 'crescita', 'welfare', 'federalismo', 'regioni', 'HTA', 'cura', 'salute', 'responsabilità', 'europa', 'health', 'investimenti', 'scenari', 'appropriatazza', 'accesso', 'performance', 'valutazioni', 'cronicità', 'risorse', 'it', 'italia', 'empowerment', and 'integrare'.

Capitolo 9

**Assistenza farmaceutica:
accesso all'innovazione, sostenibilità e selettività**

Capitolo 9

Assistenza farmaceutica: accesso all'innovazione, sostenibilità e selettività

Bernardini A.C.¹, Spandonaro F.¹

9.1. Il contesto

La spesa farmaceutica in Italia ammonta (2013) a € 25,1 mld. (al netto dello sconto obbligatorio) di cui il 68,8% (€ 17,3 mld.) relativa alla assistenza pubblica e il restante 32,2% (€ 7,8 mld.) alla spesa privata (OsMed 2013).

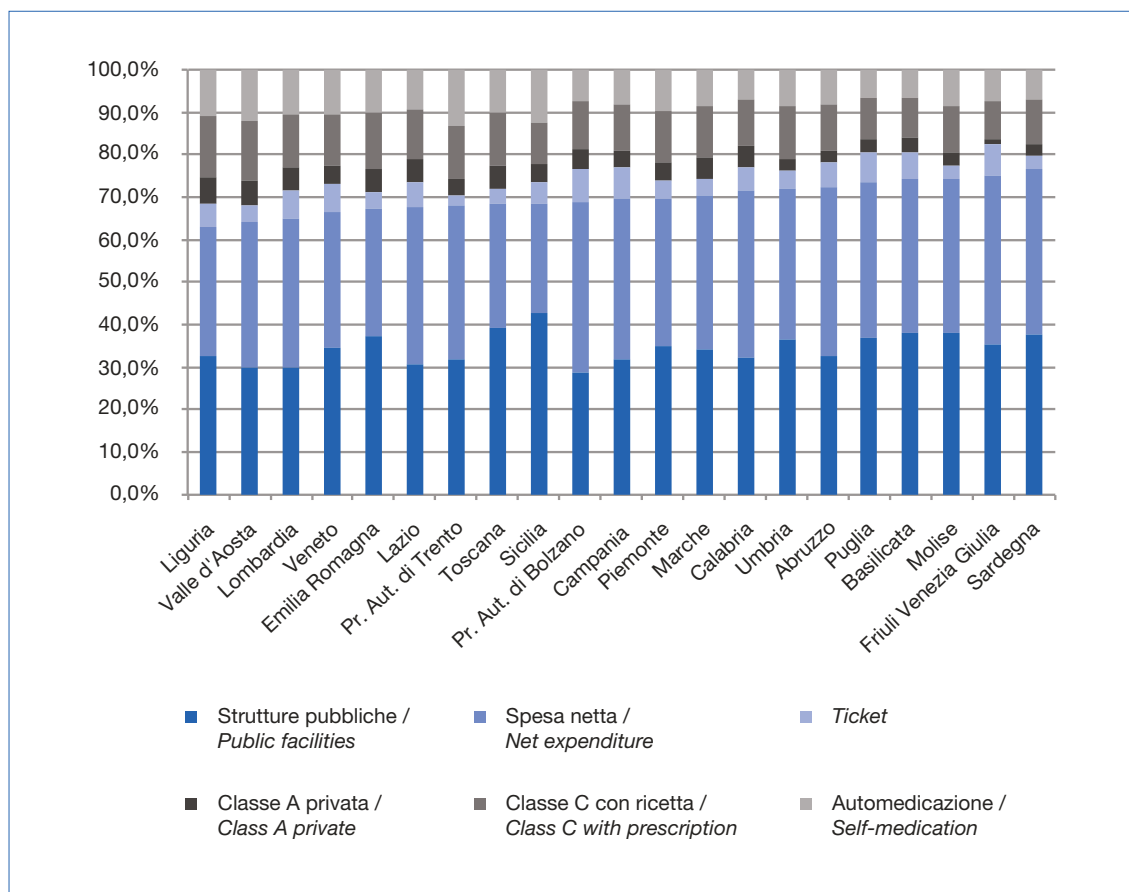
La spesa pubblica per il 51,3% (€ 8.863 mln.) afferisce a farmaci erogati attraverso la rete delle farmacie convenzionate, mentre il restante 48,7% (€ 8.425 mln.) riguarda l'erogazione ospedaliera, di cui € 3.003 mln. per la Distribuzione Diretta e Distribuzione Per Conto (DPC) di fascia A (OsMed 2013).

È interessante notare come la spesa territoriale netta sia aumentata nel decennio (2003/2013) del +6,9%, mentre la spesa privata è aumentata del +20,8%: in particolare le compartecipazioni sono più che raddoppiate (+123,7%), ma anche la spesa privata per farmaci del SSN (classe A) è aumentata del +69,4%, mentre la spesa per farmaci di classe C è diminuita del -4,6%; per completezza la spesa per i farmaci di automedicazione è aumentata del +11,2%.

¹ CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Figura 9.1. Composizione della spesa farmaceutica regionale. Valori %, anno 2013

[Figure 9.1. Regional pharmaceutical expenditure - Composition. Percentage, 2013]

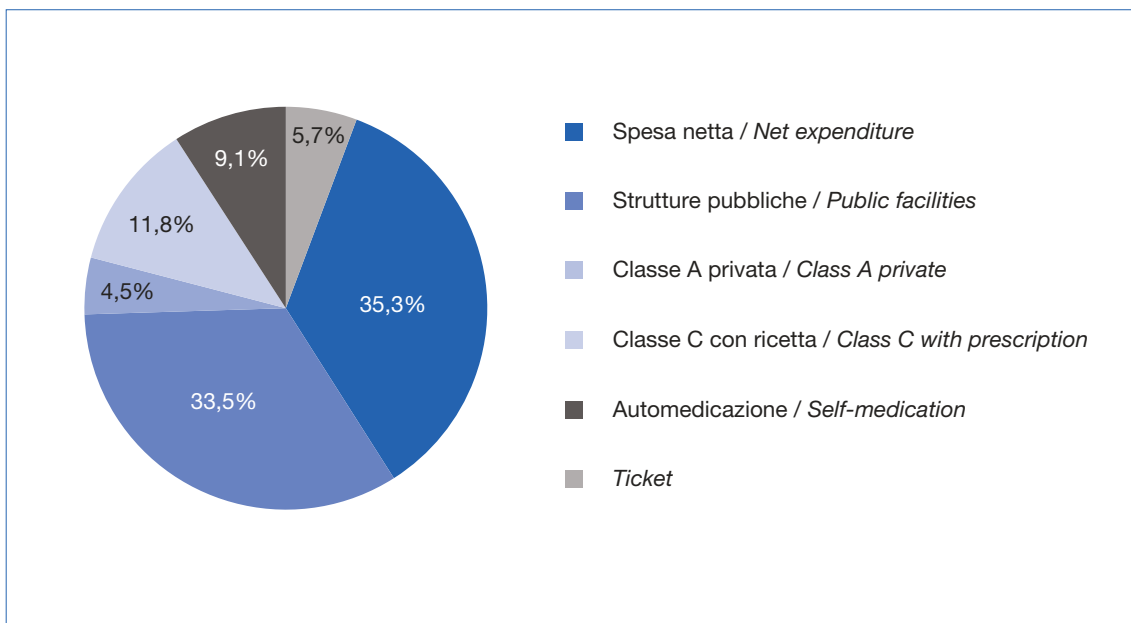


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OsMed 2013

[Source: CREA Sanità on OsMed data, 2013]

Figura 9.2. Composizione della spesa farmaceutica complessiva in Italia. Valori %, anno 2013

[Figure 9.2. Total pharmaceutical expenditure in Italy - Composition. Percentage, 2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OsMed 2013
[Source: CREA Sanità on OsMed data, 2013]

A livello regionale si può osservare come la quota di spesa pubblica vari dal valore minimo (63,0%) della Liguria a quello massimo (76,7%) della Sardegna, con un chiaro gradiente Sud-Nord (con praticamente la sola eccezione del Friuli-Venezia Giulia che ha una quota fra le più elevate di spesa pubblica).

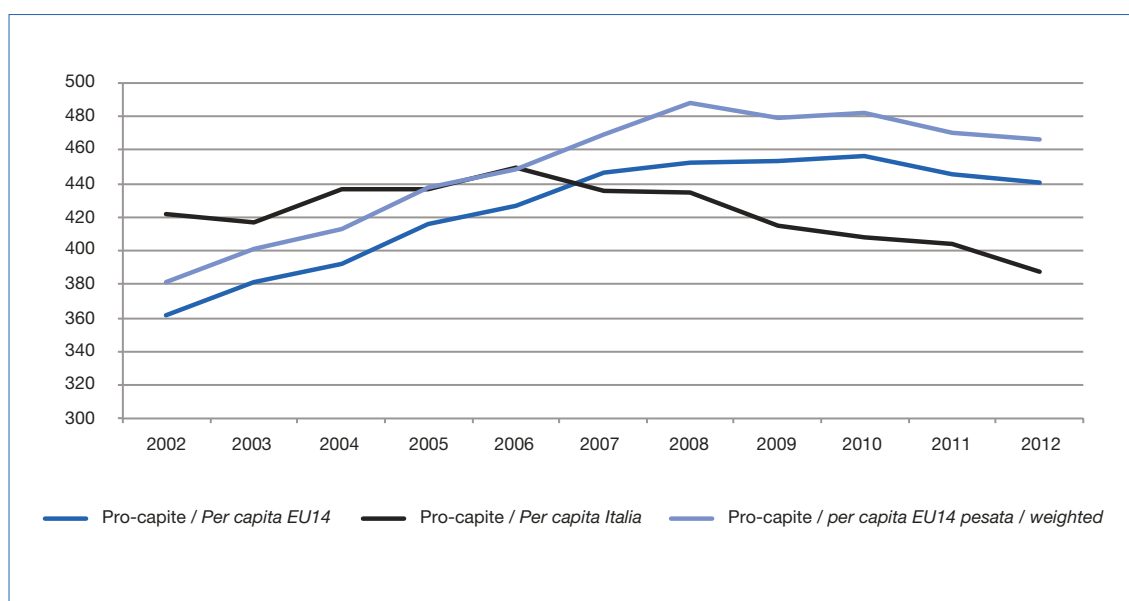
Si noti che le quattro Regioni con maggiore incidenza del *ticket* sono meridionali (Sicilia, Campania, Molise, Puglia), mentre è maggiore nel Nord l'incidenza dei farmaci a pagamento diretto da parte delle famiglie: Liguria, Valle d'Aosta, Toscana e Lazio hanno il maggior peso della classe A privata, e ancora Liguria, Valle d'Aosta, oltre a Emilia Romagna e Lombardia, della classe C.

Utilizzando i dati disponibili a livello internazionale (OECD 2014), la spesa complessiva (pubblica e privata) pro-capite non ospedaliera italiana (anno 2012) risulta pari a € 387,5, valore inferiore del 13,7% alla spesa media registrata in EU14.

Si noti che qualora si correggesse il confronto dall'effetto delle diverse strutture demografiche dei Paesi (sulla base dei consumi per età registrati in Italia), il *gap* risulterebbe ancora più ampio attestandosi al 20,5%.

Figura 9.3. Spesa farmaceutica non ospedaliera pro-capite - Italia vs. Paesi EU14. Valori assoluti (€), anni 2006-2012

[Figure 9.3. Non-hospital pharmaceutical expenditure, per capita - Italy vs. EU14 Countries (€), 2006-2012]

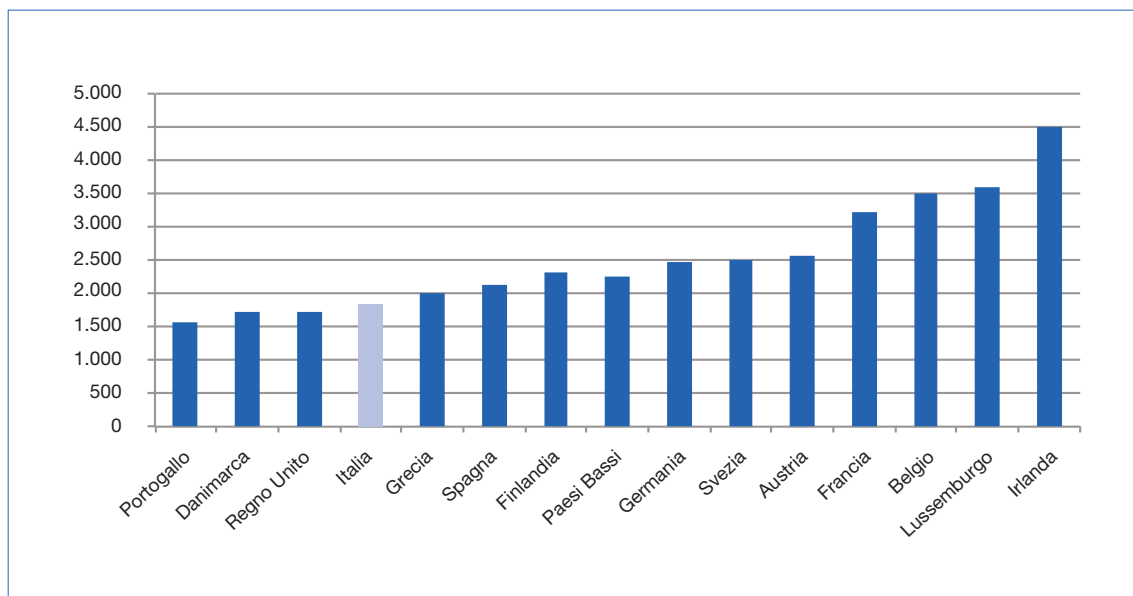


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD e OsMed
[Source: CREA Sanità on OECD and OsMed data]

Le differenze citate si apprezzano anche guardando al dato della spesa pro-capite rapportata alla popolazione over 65, che è quella su cui si concentra il maggior consumo. La spesa non ospedaliera pro-capite per residente over 65 (anno 2011) risulta pari a € 1.845, valore inferiore del 30,8% alla spesa media registrata in EU14 (OECD 2014).

Figura 9.4. Spesa farmaceutica non ospedaliera pro-capite - Paesi EU15, popolazione over 65. Valori assoluti (€), anno 2012

[Figure 9.4. Non-hospital pharmaceutical expenditures, per capita - EU15 Countries, population aged 65 and over (€), 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD e OsMed
 [Source: CREA Sanità on OECD and OsMed data]

Peraltro va detto che i dati diffusi da OECD per l'Italia, non appaiono coerenti con le informazioni contenute nel Rapporto OsMed: infatti per il 2012 (ultimo anno disponibile per l'OECD) OsMed fornisce un dato di spesa SSN pari a € 19.380 mln., di cui € 11.488 mln. (€ 10.392 mln. al netto dello sconto obbligatorio) erogata attraverso il canale farmacia e € 7.892 mln. erogata dalle strutture pubbliche; ne segue che la spesa territoriale diventa

pari a € 11.823 mln.; per quanto concerne la spesa privata, risulta di € 7.566 mln., di cui € 1.406 mln. di compartecipazioni. Complessivamente una spesa farmaceutica di € 24.444 mln. (di cui € 19.389 mln. “non ospedaliera”).

Di contro, la stima OECD della spesa pubblica non ospedaliera è di € 10.038 mln. (presumibilmente comprensiva della spesa diretta e correttamente al netto dello sconto) e quella privata di € 13.033 mln., per un totale di € 23.071 mln., ovvero € 3.682 mln. in più.

Il dato di spesa privata OECD è comparabile con la stima della spesa *out of pocket* fornita dall'Istat sulla base della rilevazione dei consumi delle famiglie. Pur essendo formalmente rilevata la spesa per medicinali, sembra improbabile che il dato sia “pulito”: è facile (e meriterebbe un approfondimento da parte dell'AIFA e dell'Istat) che comprenda circa € 5 mld. di prodotti acquistati in farmacia, presumibilmente non medicinali (a meno degli omeopatici).

Un approfondimento del dato appare interessante, perché sembrerebbe indicare che le famiglie italiane possano spendere per prodotti di farmacia non classificabili come medicinali, più di quanto spendono per i farmaci, e oltre 3 volte quanto spendono per le compartecipazioni.

Se poi, come presumibile, il dato degli altri Paesi dovesse essere più “pulito”, ne risulterebbe nei confronti internazionali una “sovrastima” della spesa farmaceutica italiana di circa € 3,7 mld.

Tabella 9.1. Spesa farmaceutica in Italia - Confronto OsMed/OECD.**Valori assoluti (€ mln.), anno 2012***[Table 9.1. Pharmaceutical expenditure in Italy - OsMed/OECD comparison (€ million), 2012]*

	OsMed	OECD	Diff.
Convenzionata / For private provider services	11.488	-	-
Sconto / Discount	1.096	-	-
Convenzionata netta / For private provider services (net)	8.986	-	-
Distr. Diretta e per conto / Direct distribution	2.837	-	-
Ospedaliera / Hospital	5.055	-	-
Cl. A privato/ Private Class A	1.032	-	-
Cl. C / Class C	3.000	-	-
Automedicazione / Self-medication	2.128	-	-
Ticket	1.406	-	-
Spesa totale / Total expenditure	24.444	-	-
Spesa pubblica / Public expenditure	16.878	-	-
Spesa territoriale / Territorial expenditure	11.823	10.038	1.785
Spesa privata / Private expenditure	7.566	13.033	-5.467
Spesa totale non ospedaliera con distr. d+c / Total non-hospital expenditure with direct distribution	19.389	23.071	-3.682

Fonte: elaborazione Crea Sanità su dati OECD (2014) e OsMed (2013)
 [Source: CREA Sanità on OECD (2014) and OsMed (2013) data]

Va ulteriormente detto che il confronto è certamente distorto, e il *gap* sottostimato, anche perché l'IVA sui farmaci in Italia è in media maggiore che negli altri Paesi europei (escluso il caso della Germania).

Tabella 9.2. IVA nei Paesi “BIG EU”. Valori %

[Table 9.2. VAT in “BIG EU” Countries. Percentage]

Paesi / Countries	Aliquota IVA / VAT
Germania	19%
Francia	2%
Spagna	4%
Regno Unito	0%
Italia	10%

Fonte: Farmindustria, indicatori farmaceutici 2014
 [Source: Farmindustria, pharmaceutical indicators 2014]

Notiamo, infine, che anche considerando la spesa ospedaliera il risultato non sembra possa cambiare: un confronto fatto su dati di mercato verso Francia, Germania e Spagna, sembra indicare che al netto della diretta la spesa farmaceutica ospedaliera italiana sia uguale o inferiore a quella degli altri Paesi considerati, esclusa la Germania che spende circa € 60 pro-capite in meno (ma quasi € 200 in più sul territorio).

Quindi il *gap* evidenziato, nella sostanza è quasi sicuramente fortemente sottostimato, sia per effetto delle citate discrasie nei dati OECD, senza oltretutto considerare eventuali *payback* che riducono l'esborso effettivo sostenuto dal settore pubblico, sia per effetto dei differenziali sull'IVA.

Quello che, inoltre, appare incontrovertibile è che il *gap* si sta rapidamente allargando: la spesa farmaceutica non ospedaliera pro-capite italiana è divenuta inferiore della media EU14 dopo il 2006, dopodiché la forbice si è allargata ad una media di 2,6 punti percentuali per anno.

La ragione di questo allargamento è certamente da ricercarsi nei tagli dei prezzi che si sono succeduti (e che da temporanei di fatto sono divenuti sostanzialmente definitivi), ma anche ad un imponente processo di razionalizzazione della spesa, tale che negli ultimi 5 anni a fronte di una riduzione in EU14 della spesa farmaceutica pro-capite dell'1,4%,

in Italia la riduzione sia stata dell'11,3%, malgrado il nostro sia uno dei Paesi a più rapido invecchiamento.

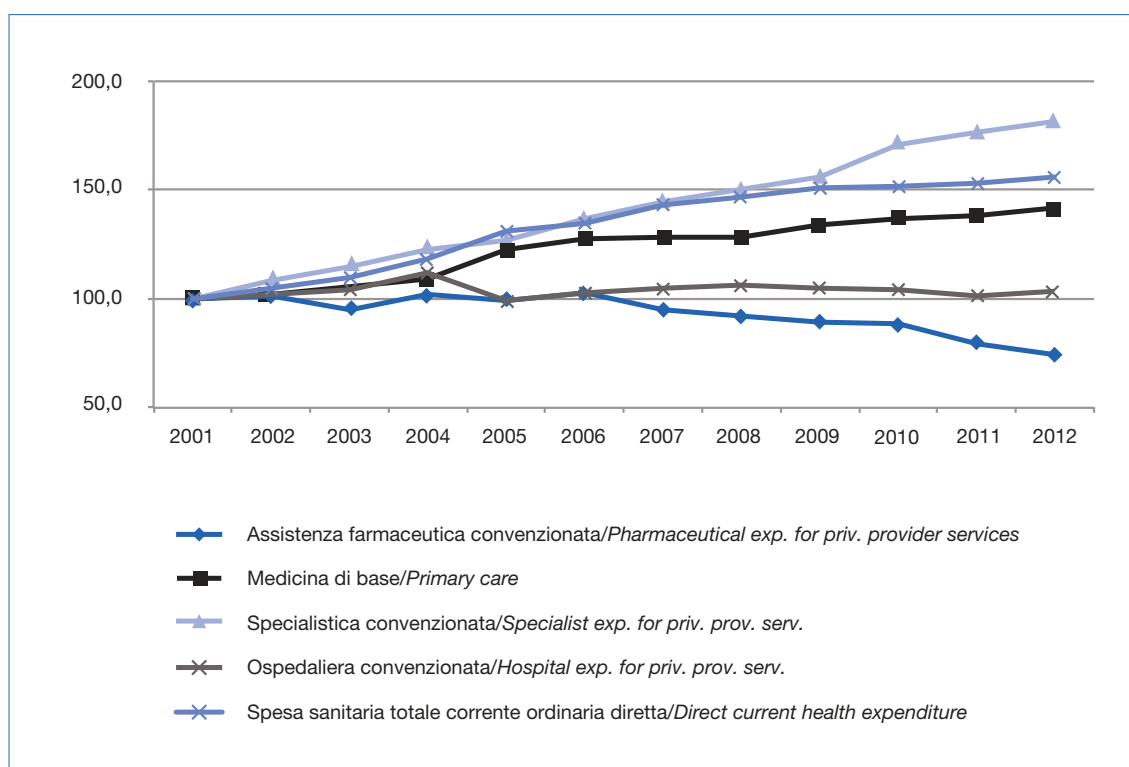
Evidentemente come sia possibile sostenere un *gap* così rilevante, e in larga misura dovuto ai prezzi, e malgrado i rischi per l'industria di vedere incentivati flussi di "importazioni parallele", può essere spiegato in vari modi. In primo luogo con una tendenza delle industrie a riconoscere una flessibilità dei prezzi legandoli alla *willingness to pay* dei singoli Paesi, semplificando ai differenziali PIL pro-capite; ed in effetti il PIL pro-capite italiano è del 13,8% inferiore a quello EU14. Ma una seconda ragione che può sostenere il differenziale di prezzo è dato dai volumi di vendita: l'Italia rappresenta (anche per effetto della demografia, ovvero di una età media della popolazione fra le più elevate) il terzo mercato europeo, sebbene la tendenza sia quella di un arretramento nel *ranking* mondiale, per effetto della rapida crescita dei mercati farmaceutici nei Paesi emergenti.

Non si possono neppure sottacere i rischi di una disaffezione dell'industria per l'Italia, in particolare in termini di decisioni di insediamento dei centri di ricerca e produttivi: perdere gli insediamenti implicherebbe una perdita per la Società italiana sia in termini di occupazione che di creazione di reddito, e appare chiaro che senza sviluppo economico nel medio-lungo periodo la sostenibilità del sistema di *Welfare* entra in crisi sul lato delle possibilità di finanziamento: in altri termini si evidenzia un rischio di conflitto fra politiche sanitarie e industriali, come più volte è stato rilevato e segnalato.

Limitandoci ad analizzare la congiuntura, appare evidente che una rilevante parte del risanamento finanziario del SSN sia proprio da attribuirsi al contenimento della spesa farmaceutica, infatti mentre nel periodo 2001-2012 la spesa farmaceutica convenzionata pro-capite si è ridotta del 26%, le altre voci di assistenza sono cresciute: +81% per la specialistica convenzionata, +42% la medicina di base, +4% la spesa per l'ospedaliera convenzionata e un incremento nell'ordine del +56% della spesa sanitaria totale corrente ordinaria diretta.

Figura 9.5. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2001=100), anni 2001-2012

[Figure 9.5. Health expenditure by function. Index numbers (2001=100), 2001-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

Evidentemente agire sull'assistenza farmaceutica, come in ogni altro settore caratterizzato da "prezzi di fatto amministrati", è molto più semplice che modificare assetti organizzativi e procedure delle aziende sanitarie; e il settore farmaceutico, fra le tecnologie sanitarie, è quello più facilmente aggredibile per effetto della regolamentazione che lo caratterizza. Non di meno, la pressione in termini di contenimento dei costi per le tecnologie sanitarie è molto forte nel sistema italiano: a riprova di questo, anche il settore dei dispositivi medici, seppure molto meno regolamentato e controllato, dai dati disponibili (seppure datati) sembrerebbe comportare una spesa pro-capite in Italia inferiore ai livelli medi europei (si veda il cap. 13).

Ma la concentrazione degli interventi sui settori delle tecnologie, oltre agli impatti in termini industriali già richiamati, può implicare effetti importanti sull'accesso alle innovazioni e, quindi, in ultima istanza sulla qualità dell'assistenza erogata.

La questione è evidentemente rilevante, e implica in prospettiva una riflessione sulla *governance* del settore, a partire dai criteri di valutazione della rimborsabilità.

Proveremo nel seguito ad affrontare il tema tentando di analizzare alcuni indicatori di accesso all'innovazione; a seguire ci porremo la domanda sulla possibilità o meno di un'ulteriore comprimibilità della spesa farmaceutica che ne garantisca la sostenibilità, e quindi proveremo a proporre alcune linee di possibile intervento.

9.2. L'accesso all'innovazione

Il problema dell'accesso all'innovazione è delicato ed è stato oggetto di numerose analisi, che rendono difficile aggiungere elementi di valutazione originali; non di meno, può risultare utile (ri)descrivere la stretta interrelazione esistente fra la *governance* del settore e gli incentivi all'innovazione, focalizzandosi su alcuni aspetti peculiari del sistema italiano.

Un aspetto che in Italia sembra non essere pienamente acquisito è che condizione necessaria per l'innovazione è la protezione della proprietà intellettuale, in larga misura fondata sulla protezione brevettuale e, quindi, nella creazione di condizioni, temporanee, di monopolio. Senza tale protezione verrebbe meno la possibilità di ritorno degli investimenti, nonché la generazione di profitti utili a sostenere nuovi investimenti, ovvero la ricerca che può produrre nuova innovazione.

La teoria economica ricorda che il monopolio è condizione socialmente inefficiente in termini statici, ma esso è anche "prezzo da pagare" in termini dinamici per alimentare condizioni proficue per lo sviluppo nei settori ad alta innovazione. Un mercato monopolistico è certamente inefficiente, in quanto mette il produttore in condizione di avere potere di mercato che, semplificando, significa capacità di imporre il prezzo, ad un livello certamente maggiore di quello di concorrenza perfetta. Ma quanto maggiore dipende ovviamente dal *trade-off* prezzo-quantità, per cui è evidente che al crescere dell'uno diminuisce l'altra: la massimizzazione del profitto implica, quindi, la conoscenza da parte del produttore della curva di domanda, in ultima istanza della cosiddetta *willingness to pay*.

Da questo punto di vista, in campo farmaceutico, un ruolo centrale è rivestito dal processo di *pricing* delle innovazioni.

Sebbene non in tutti i Paesi con la stessa convinzione - in Italia, ad esempio, tale convinzione sembra più flebile che altrove - in tema di *pricing* si è progressivamente passati da una valutazione essenzialmente basata sul solo beneficio clinico (rimborsabilità in base all'efficacia e alla appropriatezza clinica), ad una centrata sul valore del beneficio incrementale ottenibile dalle innovazioni (rimborsabilità basata sul profilo di costo-efficacia).

Il cambiamento di prospettiva è eticamente ineccepibile, nella misura in cui l'approccio tende a massimizzare l'efficienza sociale e, in definitiva, a premiare l'innovazione: il problema reale rimane la sua implementazione operativa.

Nella pratica, si definisce a priori una *willingness to pay* sociale, l'ormai "famoso" *threshold* adottato nelle valutazioni farmaco-economiche, sulla base del quale si considera rimborsabile un farmaco se il suo costo per unità di beneficio incrementale è inferiore (circa) a € 40.000, con variazioni a seconda di alcune caratteristiche della tecnologia e del reddito del Paese: il metodo fornisce, quindi, una informazione rilevante al produttore, permettendogli di stimare la curva di domanda per la sua tecnologia, e quindi il prezzo ottimale (in base evidentemente al profilo efficacia del farmaco).

Il metodo si basa, quindi, sul "valore" dell'innovazione, costringendo il prezzo a rapportarsi al beneficio apportato; ma il metodo di valutazione adottato per definire il "valore" dell'innovazione, ha molti limiti operativi (Spandonaro, 2014), pur se dotato di un solido fondamento teorico, scontando assunzioni che mal si adattano alle condizioni reali in cui si dipana il processo decisionale; ad esempio, in tema di rimborsabilità, la questione sostanziale è se la tecnologia A debba o meno aggiungersi alla lista delle tecnologie rimborsabili, quando il metodo della valutazione economica è di tipo comparativo. L'esperienza insegna che A (seppure "migliore" di B) conviverà con essa e con altre tecnologie simili, magari con prezzi e costo-efficacia diversi; in altri termini si dimostra nei fatti che non si tratta di una scelta meramente comparativa fra tecnologie alternative, come previsto dalla metodologia, quanto una valutazione complessiva sulla opportunità sociale di sostenere costi incrementali. In definitiva, la domanda alla base del processo regolatorio non è quale convenga fra due alternative, ma quale o quali di esse abbiano un prezzo *value for money*.

D'altra parte, per definire il prezzo (o il prezzo massimo) ritenuto socialmente accetta-

bile per una data tecnologia, basarsi solo sulla costo-efficacia appare miope; altri elementi, ad iniziare dalle dimensioni del mercato, ma anche legati alla distribuzione dei benefici, sembrano rilevanti.

Inoltre, l'applicazione concreta del metodo ha dimostrato una sua evidente coerenza all'interno di singole indicazioni o al più classi di farmaci, ma fra classi di farmaci diverse il differenziale di prezzo per unità di beneficio risulta a volte "inspiegabilmente" elevato: il fenomeno è spiegato dai diversi *threshold* adottati, peraltro con criteri non sempre evidenti come nel caso dei farmaci oncologici, ma anche da ragioni storiche e in parte "imponderabili", quali le discontinuità generate nei rapporti di prezzo dalle genericazioni, o le variazioni della disponibilità a pagare legate ai cicli economici.

Tralasciando le questioni di metodo, ai fini dell'analisi delle politiche farmaceutiche italiane, ciò che più conta è notare che il *value based pricing* implica un *budget* variabile, ovvero capace di assorbire qualsiasi tecnologia costo-efficace quando essa si presenta sul mercato.

Questo è stato l'approccio sinora, più o meno rigidamente, utilizzato nei Paesi "ricchi", ma tende ad entrare in crisi quasi ovunque: più il vincolo di bilancio è stringente, e quindi limitata la *willingness to pay*, maggiore sarà il numero di tecnologie potenzialmente escluse dall'accesso alla rimborsabilità, e più diventano rilevanti le questioni di tipo distributivo (facendo un esempio, una tecnologia ad alto costo, ma con un profilo di efficienza, costo vs. beneficio, fortemente positivo, e di cui beneficia una esigua quota della popolazione, può assorbire tutto il *budget* disponibile, o è meglio prediligere tecnologie meno efficienti, ma con un beneficio più diffuso?).

Per soddisfare l'obiettivo di supportare decisioni razionali, che tengano conto del valore della innovazione, ma anche della sostenibilità del sistema, gli elementi da considerare ai fini della determinazione del prezzo di riferimento (socialmente accettabile) possono, invero, essere numerosi; senza pretesa di esaustività citiamo:

1. il costo di sviluppo;
2. la dimensione del mercato;
3. il beneficio clinico ed, eventualmente, economico;
4. eventuali incertezze sui benefici di cui al punto precedente;
5. la distribuzione dei benefici.

Nulla di nuovo rispetto a quanto avviene di fatto in molti contesti regolatori, tranne che sarebbe auspicabile una esplicitazione del contributo dei singoli elementi, generando così maggiore trasparenza e coerenza nelle decisioni, e fornendo a priori chiari segnali sui margini di negoziazione all'industria.

Appare evidente come i primi due elementi si colleghino direttamente alla possibilità industriale di ritorno dell'investimento, che è condizione necessaria per evitare fallimenti del mercato; va anche sottolineato che la dimensione del mercato dipenderà dalla reale protezione (in termini temporali) che il brevetto garantisce, dato che sempre più frequentemente accedono al mercato tecnologie simili, destinate a spartirsi il mercato. Il terzo elemento è particolarmente delicato: se è vero che pagare il beneficio incrementale, senza altra qualificazione, rappresenta un forte incentivo all'innovazione (ed è probabilmente il merito principale dell'assetto attuale), è anche vero che, come precedentemente ricordato, non ha garantito costi omogenei per unità di beneficio fra terapie diverse²; da questo punto di vista potrebbe essere utile considerare anche il beneficio complessivo, ovvero il costo per terapia. Il quarto punto, in verità, potrebbe essere gestito in vari modi: ad esempio agendo direttamente sul prezzo, ovvero indirettamente, con l'applicazione di formule di *risk/cost sharing*, *pay per performance*, etc. (non dimenticando però che queste ultime in definitiva agiscono sempre sulla remunerazione effettiva riconosciuta). L'ultimo elemento, quello del "valore" degli aspetti distributivi, pur essendo non eludibile, è certamente il più complesso ed anche quello che richiede maggiori investimenti, anche metodologici, per essere reso operativo.

In definitiva, una più accurata determinazione dei prezzi ritenuti socialmente accettabili può mettere ordine nel sistema, rendendolo più coerente e anche efficiente; ma per garantire l'equilibrio e la sostenibilità complessiva del sistema, si richiedono comunque interventi più ampi, che possono essere sia macro, relativi alla dimensione dei *budget* pubblici, sia micro, ovvero riguardanti la prioritizzazione degli interventi.

² Come proposto precedentemente, un ripensamento generale dei prezzi delle tecnologie appare in effetti opportuno, perché la coerenza generale del sistema non appare affatto scontata, né fra patologie, né fra anni diversi di immissione in commercio, con il rischio reale di un effetto "vintage" sui prezzi riconosciuti

A livello macro, evidentemente, si potrebbe allargare il *budget* disponibile, uscendo quindi dal paradigma dei *budget* fissi o predeterminati: ma questa opzione richiede tassi di crescita economici che in questo momento non si realizzano. Ancora sul versante macro, pensare di pagare l'innovazione ottenendo prezzi molto più bassi di quelli medi praticati a livello internazionale è una chimera, e dimostra anche una non consapevolezza delle dinamiche economiche; sul piatto della bilancia, come sopra illustrato, abbiamo l'accesso alle cure innovative, ma anche la protezione della proprietà intellettuale: pensare di poter ignorare quest'ultima, dimostra una assoluta carenza di cultura economia e d'impresa.

A livello micro, in caso di *budget* significativamente limitati, o comunque predeterminati, come peraltro nel caso italiano, va valutata la priorità degli interventi, facendo attenzione al fatto che in tal caso il processo di formazione delle decisioni richiede grande attenzione e condivisione, comportando rischi in termini di accessibilità alle innovazioni.

La prioritarizzazione, per quanto scomoda, e per qualcuno non etica, è ancora pratica comune e obbligata in molti Paesi, che non possono di fatto permettersi tecnologie innovative: la novità è, quindi, la scoperta che quello che sembrava un problema solo dei Paesi poveri, per effetto della crisi economica, ma anche dell'incremento dei costi di ricerca e sviluppo, tende ad estendersi; si dimostra così la miopia di chi riteneva che il paradigma delle risorse scarse fosse una astrazione teorica, e anche una certa volontà di alcuni di chiudere gli occhi davanti alle difficoltà di accesso alle innovazioni di larga parte della popolazione mondiale.

Per introdurre una nota di ottimismo, possiamo però attenderci nel medio periodo un riequilibrio fra risorse disponibili e costo delle innovazioni, o grazie ad una ripresa economica, o anche per effetto delle potenziali riduzioni di prezzo ottenibili grazie alla crescita quantitativa dei mercati, a sua volta generata dallo sviluppo delle economie emergenti: infatti, in prospettiva, queste ultime rappresentano enormi mercati di consumo farmaceutico, permettendo ritorni più rapidi dagli investimenti, forieri di potenziali riduzione dei prezzi.

Quello che certamente va evitato sono, invece, le prioritarizzazioni implicite (per ragioni di trasparenza) e quelle inefficienti. Da questo punto di vista un allarme va segnalato: pur essendo la spesa farmaceutica italiana fra le più basse in Europa per effetto di prezzi minori, iniziano a consolidarsi anche indizi di razionamenti impliciti. Ad esempio, il tema dei ritardi all'immissione in commercio è stato ampiamente analizzato, e malgrado i miglioramenti in

alcuni segmenti del processo di *market access*, i tempi medi italiani rimangono superiori alla media.

Questi studi si concentrano peraltro sulla disponibilità “teorica” delle terapie, e in generale si fermano alla dimostrazione di un ritardo nell’accesso ai prontoai. Ma il reale accesso al mercato va più correttamente misurato con la “quantità di terapia” che effettivamente arriva ad essere disponibile per i pazienti che ne hanno bisogno: è, infatti, evidente che se anche un farmaco è approvato, ed anche inserito nel prontuario nazionale e in quelli regionali, ciò non implica ancora che sia disponibile per il paziente; ad esempio, in fase di ristrettezze finanziarie non è escluso che manchino a volte le risorse per l’approvvigionamento delle farmacie ospedaliere. In altri termini possono innescarsi meccanismi di razionamento impliciti, qualora i *budget* non abbiano capienza sufficiente.

Per comprendere se l’ipotesi possa avere un qualche fondamento, possiamo osservare il dato dei consumi pro-capite dei prodotti “innovativi”: seppure con un certo grado di approssimazione, consideriamo “innovativi” (consci della difficoltà di un accordo sul contenuto dell’innovatività) i farmaci autorizzati da EMA (Agenzia europea per i medicinali) negli ultimi 5 anni, confrontando poi livelli di consumo in *standard units* italiani con quelli di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna.

Tabella 9.3. Consumi pro-capite in quantità (standard units) in Italia per area terapeutica - Prodotti autorizzati EMA. Numeri indice Big EU=100, anni 2008-2013

[Table 9.3. Per capita consumption (standard units) in Italy by therapeutic area - Drugs authorized by EMA. Index numbers Big EU=100, 2008-2013]

Area Terapeutica / Therapeutic area	Quantità pro-capite / Quantity per capita
Antineoplastici e immunomodulatori	46,6
Antimicrobici	79,1
Sangue e organi emopoietici	29,3
Sistema Nervoso Centrale	43,9
Gastrointestinale e metabolismo	35,7

Fonte: Farindustria su dati IMS
 [Source: Farindustria on the IMS data]

Il quadro che ne risulta appare chiaramente evocativo di una possibile situazione di razionamento implicito: si varia da un livello pari all'80% dei consumi pro-capite degli antimicrobici, al 35% per i gastrointestinali e metabolismo, con scarti verso gli altri Paesi europei, davvero rilevanti. A meno di non voler attribuire il dato a una minore propensione dei clinici italiani verso l'innovazione, o ad un loro non riconoscimento di "reale valore" ai prodotti recentemente arrivati sul mercato, bisogna prendere in considerazione l'ipotesi di una significativa barriera all'accesso alle terapie più nuove.

Francamente, che esista una disaffezione dei prescrittori italiani verso i prodotti nuovi, è ipotesi citata per dovere di completezza, ma scarsamente realistica; come anche che le differenze possano spiegarsi con fattori epidemiologici: ed allora il dato può essere letto come indicazione della coesistenza di ritardi di accesso ai prontuari, ma anche di oggettive difficoltà di approvvigionamento delle molecole nuove, che certamente in media presentano costi incrementali rispetto a quelle più datate.

9.3. Sostenibilità

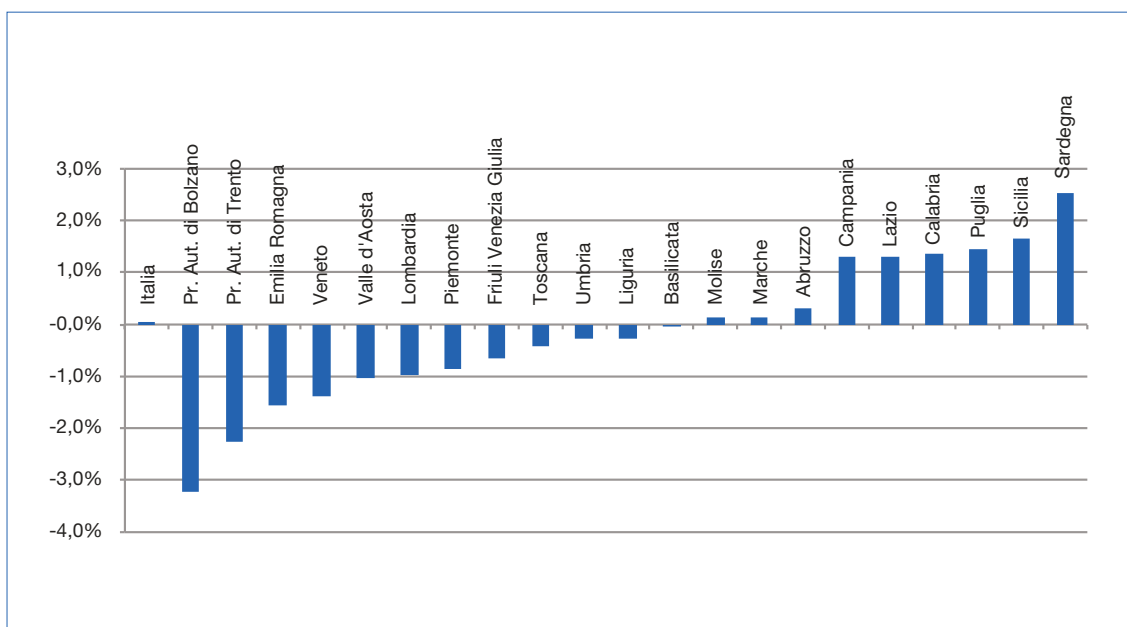
L'indicazione della possibilità che già siano in atto meccanismi di razionamento, uniti all'arrivo sul mercato di nuovi farmaci ad alto costo, impone il tema della sostenibilità.

Come sopra argomentato, in Italia ci confrontiamo con una spesa farmaceutica mediamente inferiore a quella degli altri Paesi, e anche con alcune indicazioni di razionamento e, allo stesso tempo, con una crescente "sofferenza finanziaria", che possiamo sinteticamente riassumere con i perduranti sforamenti regionali al tetto programmato.

Sforamenti che si concentrano sulla quota di spesa ospedaliera, essendo stato ormai raggiunto in modo abbastanza generalizzato l'equilibrio sul lato della spesa territoriale.

Figura 9.6. Spesa farmaceutica territoriale - Scostamento rispetto al tetto di spesa dell'11,35%. Valori %, anno 2013

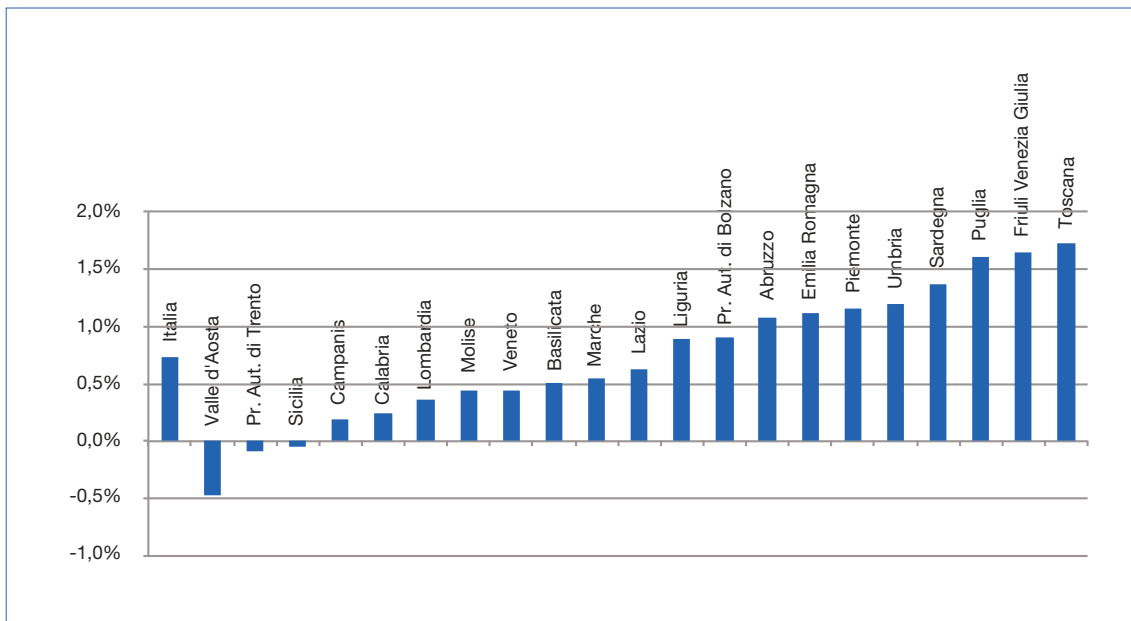
[Figure 9.6. Territorial pharmaceutical expenditure - Deviation from the expenditure ceiling of 11.35% Percentage, 2013]



Fonte: AIFA – Monitoraggio spesa farmaceutica, gennaio/dicembre 2013 - Aggiornamento (25/06/2014)
 [Source: AIFA - Monitoring pharmaceutical expenditure, January/December 2013 - Update (06/25/2014)]

Figura 9.7. Spesa farmaceutica ospedaliera - Scostamento rispetto al tetto di spesa del 3,5%. Valori %, anno 2013

[Figure 9.7. Hospital pharmaceutical expenditure - Deviation from the expenditure ceiling of 3.5% Percentage, 2013]



Fonte: AIFA – Monitoraggio spesa farmaceutica, gennaio/dicembre 2013 - Aggiornamento (25/06/2014)
 [Source: AIFA - Monitoring pharmaceutical expenditure, January/December 2013 - Update (06/25/2014)]

A fronte di una perdurante stagnazione, quando non anche una recessione, economica del Paese, la crescita attesa del *budget* farmaceutico (sulla base di una credibile ipotesi di invarianza rispetto al PIL) per i prossimi anni è davvero minima, dell'ordine dell'1-2% annuo nominale, ovvero fra € 150 e 300 mln. annui.

Allo stesso tempo è noto che numero e impatto finanziario delle innovazioni alle porte (in primis gli anti-HCV) è decisamente (più) rilevante. Il problema si appalesa ora, ma non è nuovo: per troppo tempo è, infatti, stato sottovalutato il segnale che arrivava dalla effettiva alimentazione del cosiddetto fondo per l'innovazione (che poi un fondo non è)³: le risorse

³ Vd. le determinate annuali AIFA relative alla determinazione del fondo per i farmaci innovativi

resesi disponibili per l'innovazione, negli ultimi anni, sono infatti state in gran parte reperite grazie alle riduzioni di prezzo, le quali sono ormai destinate a ridursi drasticamente nel futuro. L'“onda” dei risparmi dovuta all'ingresso sul mercato dei bioequivalenti è in via di esaurimento, e quella dei biosimilari è crescente, ma sarà certamente di minore intensità: ad oggi la riduzione dei prezzi generata da questi ultimi, varia fra il 10 e il 25%: seppur rilevante, va detto che il mercato dei biosimilari nel breve-medio periodo è stimato in € 1,5 mld., così che anche ipotizzando una riduzione media del prezzo del -20%, a regime ci si può aspettare al più un risparmio di € 300 mln., sempre poi che nel frattempo non ci siano *shift* verso nuove molecole biologiche. I biosimilari sono fondamentali per garantire l'innescarsi di un meccanismo competitivo, ma possono fornire un risparmio fondamentale prospettico, nella misura in cui abbassando il prezzo della “*standard care*”, conterranno in futuro quello delle molecole nuove in arrivo sul mercato. In ogni caso si tratta più di un “investimento”, che non un “borsellino” da cui attingere nel breve periodo.

In carenza di ulteriori risparmi derivanti dalle perdite di brevetto, la soluzione del problema del finanziamento dell'innovazione, secondo alcuni, sarebbe nella eliminazione degli sprechi (nell'assistenza farmaceutica e non solo). A supporto di questa tesi si può, in effetti, portare la variabilità regionale dei costi pro-capite della assistenza farmaceutica.

Tabella 9.4. Spesa farmaceutica pro-capite (popolazione pesata). Valori assoluti (€), anno 2013

[Table 9.4. Pharmaceutical expenditure (weighted population), per capita (€), 2013]

Regioni/Regions	Spesa territoriale netta / Territorial exp. (net*)	Spesa ospedaliera / Hospital expenditure**	Spesa privata / Private expenditure
Piemonte	137,4	139,1	119,8
Valle d'Aosta	130,5	115,1	138,2
Lombardia	138,5	118,9	138,1
Pr. Aut. di Bolzano	100,4	168,8	123,9
Pr. Aut. di Trento	128,2	112,7	112,7
Veneto	123,2	132,7	129,6
Friuli Venezia Giulia	138,8	146,3	98,1
Liguria	125,8	136,6	153,9
Emilia Romagna	119,5	146,7	128,4
Toscana	122,9	165,2	133,9
Umbria	141,4	146,7	111,9
Marche	149,4	140,8	121,1
Lazio	171,3	143,4	150,2
Abruzzo	165,0	135,4	113,9
Molise	146,1	130,9	91,3
Campania	173,6	148,2	141,3
Puglia	170,0	170,5	122,2
Basilicata	142,1	149,0	100,5
Calabria	175,4	143,4	127,4
Sicilia	180,3	128,2	138,4
Sardegna	177,7	173,4	106,9
Italia	148,5	141,2	131,4

* Spesa convenzionata al netto del *ticket* e dello sconto

** Comprensiva della Distribuzione Diretta e DPC di fascia A

Fonte/Source: OsMed 2013

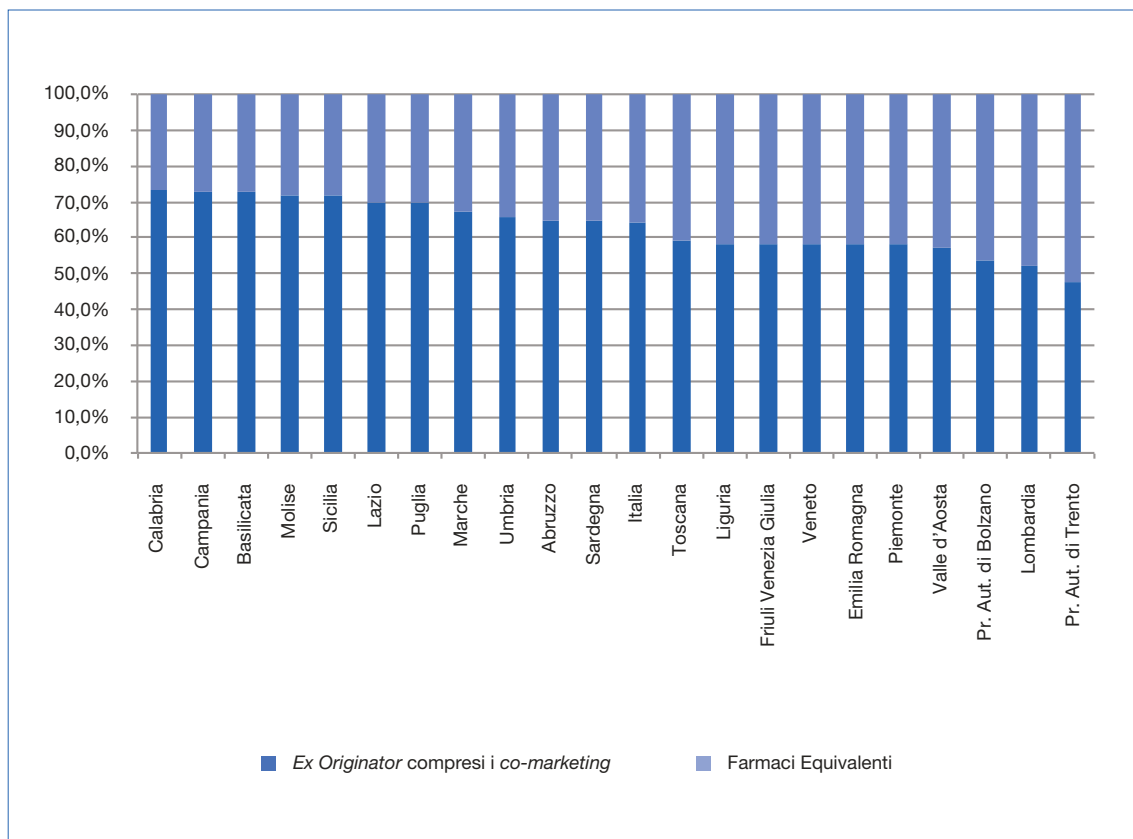
Ma esistono anche argomenti avversi a questa tesi: ad iniziare dai rischi di razionamento, e soprattutto dal già citato *gap* (negativo) del costo complessivo dell'assistenza farmaceutica italiana rispetto agli altri Paesi europei.

Si osservi che, stante il problema delle importazioni parallele (e non solo), un ulteriore taglio dei prezzi in Italia sarebbe praticabile solo se la richiesta di una riduzione di prezzo fosse comune a tutti i Paesi; ma l'*ability to pay* a livello internazionale è molto diversificata, tant'è che alcuni Paesi già hanno accettato incrementi dei loro *budget* farmaceutici, approvando farmaci ad alto costo con prezzi probabilmente non sostenibili per altri, e quindi di fatto "spiazzandoli".

Non di meno alcune inefficienze sono evidenti, ma principalmente di tipo allocativo, ovvero capaci di generare miglioramenti negli esiti, più che risparmi finanziari: un esempio è quello derivante dai consumi di farmaci equivalenti, inspiegabilmente (secondo parametri di razionalità economica, ma anche clinica) inferiore nelle Regioni meridionali che sono quelle con minore reddito pro-capite.

Figura 9.8. Composizione per Regione della spesa netta per farmaci a brevetto scaduto - Classe A-SSN. Valori %, anno 2013

[Figure 9.8. Regional composition of the net expenditure for out of patent drugs - Class A-SSN (Reimbursed). Percentage, 2013]



Fonte/Source: OsMed 2013

Ma pur trattandosi di una evidente inefficienza, lo “spreco” grava sulle tasche dei cittadini (a causa della compartecipazione sul differenziale di costo rispetto a quello di riferimento), e non su quelle pubbliche, non permettendo di annoverare il tema fra quelli che implicano potenziali risparmi per il SSN. Analogamente, nelle Regioni dove si appalesano maggiori rischi di inappropriatezza, essa è tanto rinvenibile in eccessi di consumo, che in carenze derivanti da fenomeni di insufficiente aderenza, con un possibile effetto di compensazione.

Esclusa (in via di principio) la possibilità di pagare tutta l'innovazione con i miglioramenti di appropriatezza, per aumentare la "capienza del fondo" non rimane che ipotizzare:

1. una ripresa della crescita economica;
2. la riallocazione di risorse da altri settori;
3. la ridefinizione delle priorità dell'intervento pubblico.

Sul primo punto evidentemente le politiche sanitarie possono fare poco e la ripresa, per quanto auspicabile, non sembra essere alle porte.

Anche la riallocazione delle risorse trova ostacoli rilevanti, dati gli stringenti vincoli finanziari pubblici, che hanno già ridotto significativamente i *budget* pubblici anche negli altri settori di *Welfare*, tanto che possono risultare persino maggiormente sotto-finanziati della Sanità: in Italia, ad esempio, possiamo citare il caso dell'Istruzione.

La strada da intraprendere per la sostenibilità sembra, quindi, pragmaticamente obbligata: la ridefinizione delle priorità degli interventi pubblici. Si noti che la prioritizzazione dovrebbe riguardare tutte le aree della Sanità, ma in questo capitolo proveremo a declinarla in relazione all'assistenza farmaceutica.

9.4. Selettività

Il problema da affrontare è quindi quello della rimborsabilità pubblica delle innovazioni, in condizioni di perdurante stagnazione economica, e quindi carenza di risorse per la Sanità.

Il reperimento delle risorse è il primo tema da affrontare, a cui segue quello della garanzia di un loro uso efficiente. Accenneremo solo a questi temi, ricordando che sarebbe auspicabile un vincolo di destinazione (una sorta di fondo per l'innovazione⁴) e un parziale ripensamento dei processi decisionali⁵.

Il tema del reperimento delle risorse, come sopra argomentato, si lega a quello delle priorità, ovvero alla selettività degli interventi. La questione è il significato da attribuire al

⁴ Spandonaro, 2014b e 2014c

⁵ Spandonaro, 2014a

termine “selettività”. Per rispondere al quesito è opportuno rifarsi al concetto stesso di assicurazione sociale, ricordando come essa sia deputata a trasferire il rischio individuale sulla intera collettività; rischio che nel caso specifico non può che essere quello economico legato alla malattia (il rischio di ammalarsi non è evidentemente trasferibile).

All'interno di questo quadro concettuale, quindi, è possibile declinare la selettività in termini di rilevanza sociale delle prestazioni, escludendo quelle non meritorie o non economicamente rilevanti.

Nel campo specifico dell'assistenza farmaceutica, fra le prime possono essere comprese le terapie a forte di rischio di inappropriately (si pensi all'abuso degli antibiotici o di inibitori di pompa), e fra le seconde i farmaci a basso costo per terapia.

Per fare un esempio, il discutibile istituto dell'esenzione dalla compartecipazione per patologia (discutibile in quanto indipendente dal reddito), implica spesso per il SSN l'erogazione di terapie dal valore molto modesto che, escludendo alcune fasce di fragilità, hanno un impatto sui *budget* familiari, e quindi un “valore sociale”, molto limitato.

Affrontando il tema più in generale, la ratio del ragionamento risiede nell'osservazione della natura redistributiva dei sistemi sanitari, la quale fa propendere per un Universalismo basato sull'Equità di accesso che, nell'esperienza italiana ha finito per assumere, invece, il significato di accesso gratuito a tutte le prestazioni efficaci o costo-efficaci, perdendo quella originaria di garanzia di accesso alle prestazioni indipendentemente dal proprio vincolo di bilancio (alias le proprie capacità economiche). Nella seconda e più corretta accezione di protezione sociale, non è la singola prestazione a dover essere garantita, quanto la copertura del *gap* fra il costo complessivo delle cure e l'*ability to pay* individuale/familiare: e questo scarto è evidentemente proporzionale al censo, ma anche al costo delle prestazioni stesse.

Per quantificare i potenziali impatti dell'approccio, si noti che i consumi attuali di classe A (spesa netta) mostrano l'importanza della quota di consumi (in valore) derivante da confezioni a basso costo: complessivamente il 36,7% se convenzionalmente consideriamo come valore soglia € 10, che si riduce all'11,3% limitandosi ad un valore inferiore a € 5.

Tabella 9.5. Quota spesa netta consumi di farmaci per prezzo della confezione - Classe A. Valori %, anno 2013

[Table 9.5. Share of net expenditure for drug consumption, by package price – Class A (Household expenditures for reimbursed drugs). Percentage, 2013]

ATC	0-5 (€)	0-10 (€)
A	14,5%	68,2%
B	28,7%	30,1%
C	11,2%	39,2%
D	5,0%	18,4%
G	11,2%	32,5%
H	36,5%	58,8%
J	11,2%	50,6%
K	42,1%	42,1%
L	1,9%	6,1%
M	11,3%	20,6%
N	6,3%	21,2%
P	14,4%	29,2%
R	3,0%	7,4%
S	4,8%	15,1%
T	0,0%	0,0%
V	0,0%	0,0%
TOTALE / TOTAL	11,3%	36,7%

Fonte: elaborazione Farindustria su dati IMS
 [Source: Farindustria on the IMS data]

In alcune classi terapeutiche le percentuali sono ancora più significative: il 68,2% del consumo di classe A (apparato gastrointestinale e metabolismo) deriva da confezioni sotto € 10, ma anche il 39,2% del cardiovascolare, e il 50,6% degli antimicrobici. Sotto € 5, per tutte le classi citate, si oscilla fra il 10% e l'11%.

Complessivamente si tratta di un consumo che ammonta a circa € 3,25 mld. (di cui € 1 mld. per le confezioni sotto € 5) di cui basterebbe “recuperare” la metà per garantire ampia sostenibilità di tutte le innovazioni.

Ovviamente il ragionamento va raffinato, ragionando per costi terapia per classi terapeutiche, più che per confezioni. E non si può sottacere che il modo più equo per affrontare il problema sarebbe quello di riformare complessivamente esenzioni e compartecipazioni: per le prime lasciandole solo per i più svantaggiati, e per le seconde prevedendo una franchigia fissa sul consumo articolata per reddito (o in generale su un indicatore della *ability to pay*): ma stante la nota difficoltà italiana nel controllo delle dichiarazioni fiscali, ci si può accontentare anche di soluzioni più “rozze”, comunque foriere di miglioramenti equitativi, quali l'esclusione dalla fascia A dei farmaci a basso costo di terapia.

9.5. Conclusioni

La spesa farmaceutica italiana è significativamente inferiore a quella degli altri Paesi EU14: per la territoriale è stato stimato un *gap* che sfiora il 15% (20% a demografia *standard*); valore tra l'altro sottostimato per effetto di dati di consumo italiano che non sembrano riferirsi ai soli medicinali, ma anche per effetto del maggior carico IVA in Italia.

Le ragioni del *gap* sono da ricercarsi nel combinato disposto della pressione per la riduzione della spesa pubblica derivante dalla prolungata stagnazione economica, della grande incidenza della spesa sanitaria diretta, che risultando difficilmente comprimibile nel breve periodo ha spinto alla concentrazione dell'attenzione su quella convenzionata/accreditata, della stringente *governance* del settore farmaceutico, che ha portato a ripetuti tagli dei prezzi che mettono l'Italia nell'Olimpo dei Paesi che “pagano meno” i prodotti.

A livello regionale appare evidente la variabilità: fra le più critiche quella sull'uso dei prodotti equivalenti (inferiore al Sud rispetto al Nord); il Sud ha quote di spesa pubblica maggiori, ma incidenza delle compartecipazioni maggiore, ma con minore spesa privata di classe A (che sgrava in parte da oneri i SSR) e C.

La spesa farmaceutica è la voce che più ha contribuito al contenimento della spesa sanitaria, cambiando nell'ultimo decennio anche composizione: le compartecipazioni sono più che raddoppiate, e anche i consumi privati di classe A sono aumentati di quasi il 70%,

mentre la spesa per i farmaci a pagamento di classe C è diminuita, con un leggero aumento di circa il 10% dei farmaci di automedicazione.

Ma il contenimento della spesa sembra passare anche per fenomeni di razionamento implicito, sul versante dei farmaci innovativi, o almeno nuovi, il cui consumo pro-capite in Italia è largamente inferiore a quello degli altri principali Paesi europei.

In prospettiva, l'accesso alle innovazioni diverrà ancora più problematico, per effetti della persistenza della stagnazione economica, dell'esaurimento del contributo delle genericazioni, e anche dell'elevato costo dei nuovi farmaci che sono arrivati e arriveranno sul mercato.

Per vari motivi l'unica strada percorribile sembra quella di un ripensamento delle priorità assistenziali: una ipotesi è quella escludere dalla rimborsabilità i farmaci i cui costi per terapia risultino a basso impatto economico sulle famiglie.

Considerando che la quota di spesa relativa a farmaci con confezioni di valore inferiore a € 10 supera il 36%, si può stimare che non sarebbe difficile alimentare un fondo che garantisca l'accesso alle innovazioni, imponendo una maggiore compartecipazione sui cittadini, che peraltro consumano in prodotti non medicinali per la salute e il benessere, più di 3 volte quanto pagano di compartecipazioni.

Riferimenti bibliografici

OECD, 2014, *Health Data*

OsMed, 2013, *L'uso dei farmaci in Italia: Rapporto nazionale*

Spandonaro F., 2014(a), *Sostenibilità economica delle cure: riflessione a margine della sfida portata dai nuovi farmaci per l'HCV*, *Recenti progressi in medicina*, 105:227-232

Spandonaro F., 2014(b), "Le politiche farmaceutiche e i fondi per l'innovazione: come garantire la sostenibilità?", *Quotidiano Sanità* 11.4

Spandonaro F., 2014(c), "Serve un fondo per l'innovazione", *Il Sole 24 Ore Sanità* 22.4/5.5





Chapter 9

Pharmaceutical care:

access to innovation, sustainability and selectivity

Chapter 9

Pharmaceutical care: access to innovation, sustainability and selectivity

Bernardini A.C.¹, Spandonaro F.¹

Summary

Pharmaceutical expenditure in Italy amounts (2013) to € 25.1 billion (after the mandatory discount), of which 68.8% (€ 17.3 billion) is related to public reimbursement and the remaining 32.2% (€ 7.8 bln.) to private spending (OSMED 2013).

Public spending may be broken down as follows: 51.3% (€ 8,863 mln.) regards medicinal drugs delivered through the network of contracted pharmacies, while the remaining 48.7% (€ 8,425) relates to hospital drugs, of which € 3,003 m is for the direct distribution of class A pharmaceuticals (OSMED 2013).

It is interesting to note that, at regional level, net expenditure increased over the decade (2003/2013) by 6.9%, while private spending increased by 20.8%: in particular, the percentage of copayments has more than doubled (123.7%), but also private spending for drugs that could be dispensed by the Italian National Health Service (class A-Private) increased by 69.4%, while spending for class C pharmaceuticals (which have to be paid fully by the patient) decreased by 4.6%; for completeness of information, spending on pharmaceuticals that don't need prescription increased by 11.2%.

At the regional level we can observe how the percentage of public expenditure ranges from 63.0% in Liguria to 76.7% in Sardegna, according to a clear North-South gradient (with virtually the sole exception of Friuli Venezia Giulia, which is one of the highest-spending regions).

¹ CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

It should be noted that the 4 regions with the highest incidence of cost-sharing are in the South (Sicilia, Campania, Molise, Puglia), while the incidence of class A-private is higher in the North: Liguria, Valle d'Aosta, Toscana and Lazio feature a higher weight, while in Liguria, Valle d'Aosta, in addition to Emilia Romagna and Lombardia, there is a higher weight of class C pharmaceuticals.

Based on the available international data (OECD 2014), total (public and private) non-hospital per capita expenditure in Italy (2012) amounted to € 387.5, which is lower than the 13.7% average expenditure in the EU-14.

However, if we take into account the different population structures of the single countries (on the basis of consumption by age as recorded in Italy), and adjust the figures accordingly, we will see that the gap is even wider, reaching 20.5%.

The differences mentioned above can also be appreciated by examining the per capita expenditure figures compared to the population of over-65-year-olds, which is the age group with the highest expenditure. Per capita non-hospital expenditure in the case of over-65-year-old residents (2011) amounted to € 1,845, 30.8% less than the average expenditure recorded in the EU-14 (OECD 2014).

We should also consider that the comparisons do not include VAT, which is on average higher in Italy than in other European countries (except for Germany), and that private pharmaceutical expenditure also includes about € 4 billion worth of goods that are probably not drugs.

The gap is rapidly widening: Italian non-hospital per capita pharmaceutical expenditure has fallen below the EU-14 average after 2006, after which the gap has widened to an average of 2.6 percentage points per year.

The difference certainly depends on average prices, which are lower than in other

countries, and also on appropriate use, although there are also risks of rationing of the innovative and more expensive products.

To prove this last statement, the level of consumption (standard units) in Italy of EMA (European Medicines Agency) approved drugs - over the past 5 years - compared to France, Germany, Spain and the UK, ranges between 80% of per capita consumption of antimicrobials and 35% of gastrointestinal and metabolism products. Therefore, to date, the financial balance is secure, although the evidence of the existence of barriers to innovation should convince decision-makers of the need to get their priorities straight, by focusing on the efficiency and equity of pharmaceutical policy decisions: for example, since 36.7% of the drugs reimbursed by the NHS relates to pharmaceuticals costing under € 10 (11.3% below € 5), it might prove effective to consider delisting low-price drugs (or better low-cost therapies), in favour of greater access to innovative products.

A word cloud of various terms related to healthcare, economics, and social services, arranged in a circular pattern. The terms include: performance, accesso, appropriatazza, scenari, innovazione, efficienza, integrazione, bisogni, SSN, empowerment, regioni, federalismo, selettività, welfare, HTA, cura, sostenibilità, equità, crescita, sviluppo, investimenti, health, europa, responsabilità, and economia. The word 'SSN' is the largest and most prominent.

Capitolo 10

Assistenza primaria:

l'uso delle tecnologie e l'integrazione professionale

Capitolo 10

Assistenza primaria: l'uso delle tecnologie e l'integrazione professionale

Bernardini A.C.¹, Giordani C¹, Misericordia P.²

10.1. Il contesto

Il ruolo basilare dell'assistenza primaria è stato evidenziato in maniera particolarmente significativa nella Conferenza internazionale di Alma-Ata (1978); l'Assemblea Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Consiglio Esecutivo del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF), nella dichiarazione sottoscritta al termine dei lavori, hanno condiviso importanti principi evidenziando la rilevanza strategica delle cure primarie per tutelare e migliorare la salute di tutte le popolazioni:

- <<...uno dei principali obiettivi sociali dei governi, degli organismi internazionali e dell'intera comunità mondiale nel corso dei prossimi decenni deve essere quello di dare a tutti i popoli del mondo...un livello di salute che consenta di condurre un'esistenza socialmente ed economicamente produttiva.... l'assistenza sanitaria primaria è lo strumento che permetterà di raggiungere tale obiettivo.....>>;
- <<...l'assistenza sanitaria primaria.....fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale di cui è il perno e il punto focale, sia dell'insieme dello sviluppo economico e sociale della comunità..>>;
- <<...costituisce inoltre il primo livello in corrispondenza del quale i singoli, la famiglia, la comunità entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile i trattamenti sanitari ai luoghi dove la gente vive e lavora; è infine il primo elemento di un processo continuo di tutela sanitaria >>.

¹ CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Centro Studi Federazione Italiana Medici di Famiglia (FIMMG)

³ WHO-UNICEF, Alma-Ata 1978 Primary Health Care, "Health for all" Series, No. 1, WHO, Geneva, 1978

La Dichiarazione di Alma-Ata rifletteva la necessità urgente di azioni, da parte di tutti i governi, atte a promuovere l'assistenza sanitaria primaria. Anche sulla base di questi principi la Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale-SSN (L. n. 833/78) ha promosso la strutturazione di una rete di servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone, con una assistenza primaria diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale.

Il D.Lgs. n. 502/1992 ha poi ulteriormente delineato un modello di assistenza primaria che, pur prevedendo una rete articolata di livelli assistenziali e figure professionali, risulta largamente fondato sul medico di medicina generale (MMG) e sul pediatra di libera scelta (PLS). Queste figure rivestono un ruolo certamente fondamentale nella struttura del SSN per la loro funzione di presa in carico del paziente, ma anche di "filtro", ovvero per l'accesso alla rimborsabilità dell'assistenza (*gatekeeping*). La presa in carico, nel caso delle patologie non acute, implica che il MMG/PLS detenga una funzione molto importante, con un impatto notevole in termini di salute.

Di seguito si fornisce un quadro sintetico dell'offerta relativamente ai medici di famiglia, pediatri di libera scelta e relativa attività prescrittiva.

- **Medici di Medicina Generale (MMG)**

Secondo gli ultimi dati forniti dal Ministero della Salute⁴ sono circa 46.000 i medici di medicina generale in Italia nel 2011, pari a 87 per 100.000 abitanti con età uguale o maggiore di 15 anni, con una sostanziale omogeneità tra le Regioni. I due estremi sono rappresentati dalla Basilicata, con un tasso di 99 MMG ogni 100.000 abitanti 15+ e, sul versante opposto, dalla PA di Bolzano che registra un quoziente inferiore alla media nazionale, pari a 64.

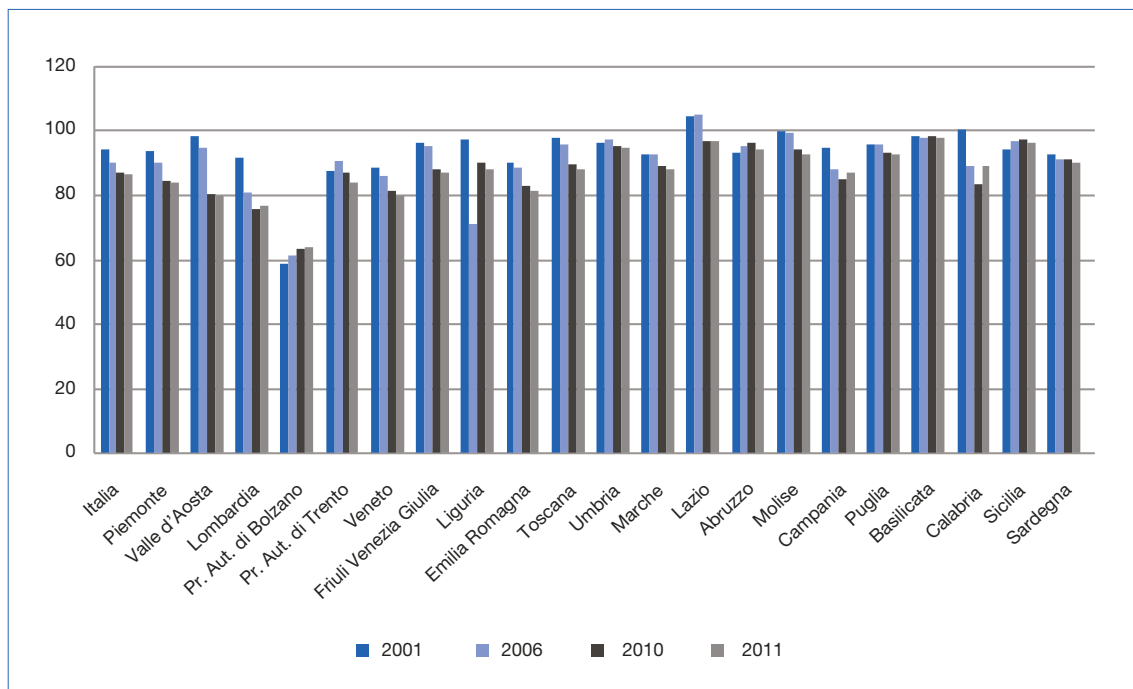
Il numero di medici di famiglia ogni 100.000 abitanti *over 15* è diminuito negli anni passando da 95 nel 2001 a 87 nel 2011 (-8%); il calo più significativo si è registrato nelle Regioni del Nord che sono passate da un tasso di 92 MMG ogni 100.000 abitanti *over 15* nel 2001 ad uno pari a 81 nel 2011 (-12%), seguono le Regioni del Centro (-8%) ed infine

⁴ Ministero della Salute (2014), Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale, anno 2011

le Regioni del Sud e Isole (-4%). La tendenza generale riscontrata è, comunque, legata ad una graduale diminuzione del numero di medici di base, nello specifico è la Valle d'Aosta a presentare il calo più significativo (-19%) seguita dalla Lombardia (-16%), solo la P.A. di Bolzano, la Sicilia e l'Abruzzo presentano un aumento del numero di MMG per 100.000 abitanti 15+ (rispettivamente del +8%, +2% e +1%).

Figura 10.1. Medici di medicina generale (MMG) - Valori per 100.000 abitanti \geq 15 anni. Valori assoluti, anni 2001-2011

[Figure 10.1. General Practitioners (GPs) - Number per 100,000 inhabitants aged 15 and over, 2001-2011]



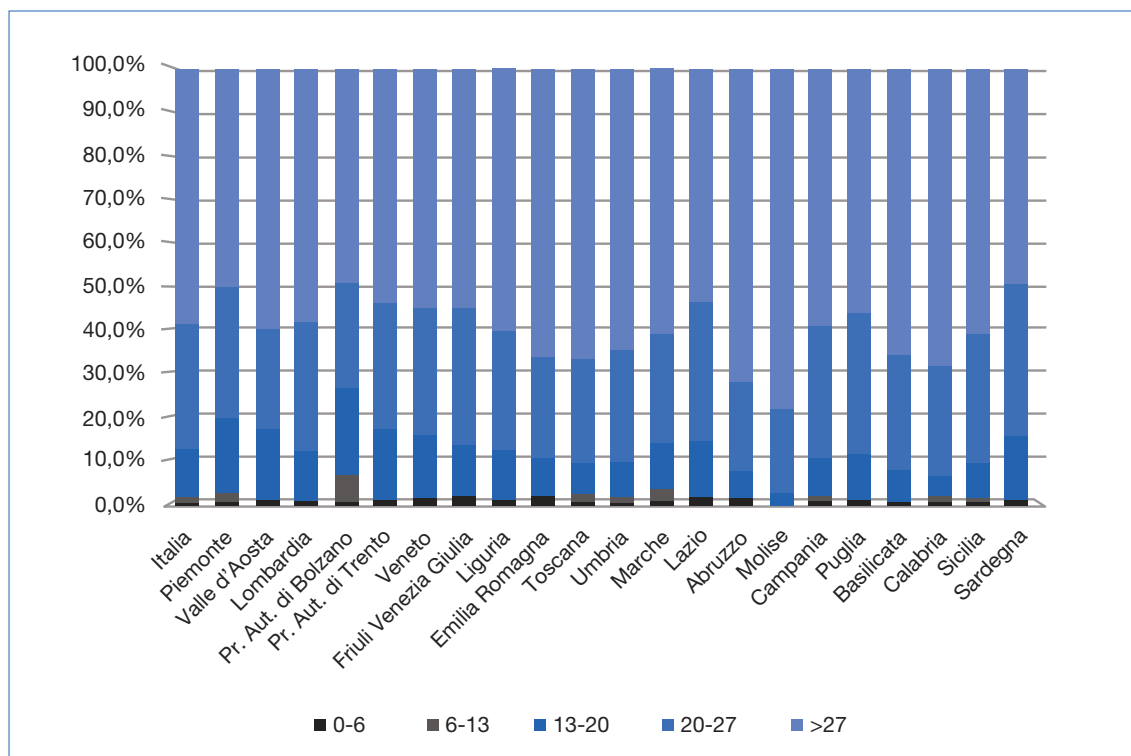
Fonte: Ministero della Salute
[Source: Ministry of Health]

Analizzando la composizione dei MMG per classi di anzianità di laurea si evince come sia in corso un ricambio generazionale scarso; nel 2011, il 58,5% dei MMG esercita la propria attività da oltre 27 anni, con un picco in Molise che raggiunge la quota del 78,1%; di

contro, la P.A. di Bolzano ha la minore incidenza sul totale di MMG con anzianità di laurea che supera i 27 anni (48,9%). Bassissima è la percentuale di MMG laureati da meno di 13 anni, pari complessivamente all'1,7% del totale. Le Regioni, tendenzialmente, si allineano tutte intorno al valore nazionale con qualche piccolo scostamento: nella P.A. di Bolzano, ad esempio, i MMG con un'anzianità di laurea inferiore a 13 anni rappresentano il 7,2%; in Molise, invece, sono presenti solo MMG con un'anzianità maggiore di 13 anni, con un'altissima prevalenza di medici che hanno conseguito la laurea da oltre 27 anni. Peraltro, nei prossimi anni il problema dell'ingresso delle "nuove generazioni" nella medicina generale sarà molto forte, risultando in crescita esponenziale il numero di MMG vicini al pensionamento.

Figura 10.2. Medici di medicina generale (MMG) per classi di anzianità di laurea - Incidenza sul totale. Valori %, anno 2011

[Figure 10.2. General Practitioners (GPs) seniority: years since graduation. Percentage, 2011]



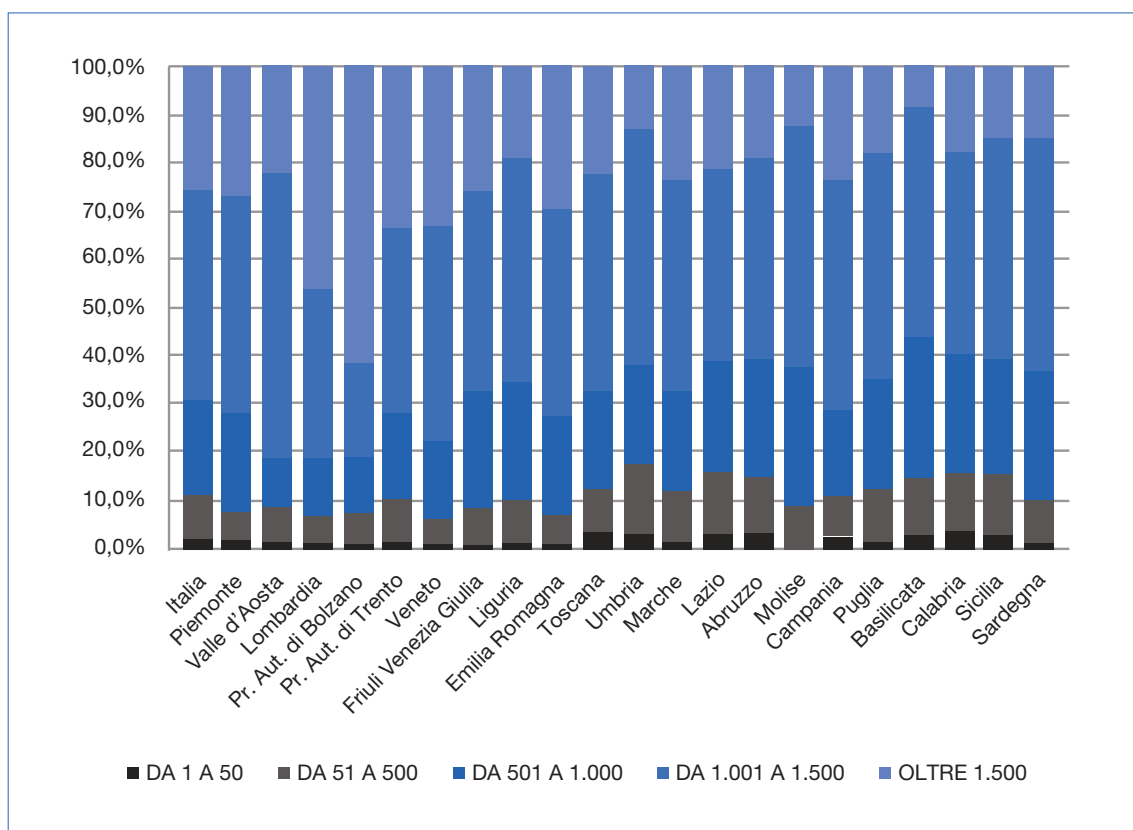
Fonte: Ministero della Salute
[Source: Ministry of Health]

I dati del 2011 ci mostrano come in Italia la gran parte dei MMG abbia un carico medio compreso tra i 1.001 e i 1.500 assistiti (circa il 43%). Negli ultimi anni è cresciuta notevolmente la quota dei medici massimalisti (con oltre 1.500 assistiti) sul totale: si passa dal 16,1% del 2001 ad un valore, nel 2011, che raggiunge il 25,8%. Il picco massimo nel 2011 è raggiunto dalla P.A. di Bolzano, che supera la quota del 60,0%; di contro, la Basilicata supera di poco l'8,0%.

La crescita del numero di MMG massimalisti è sicuramente legato all'anzianità dei medici che con il tempo hanno consolidato il loro carico assistenziale.

Figura 10.3. Medici di medicina generale (MMG) per classi di scelte - Incidenza sul totale. Valori %, anno 2011

[Figure 10.3. General Practitioners (GPs) by classes of choices. Percentage, 2011]



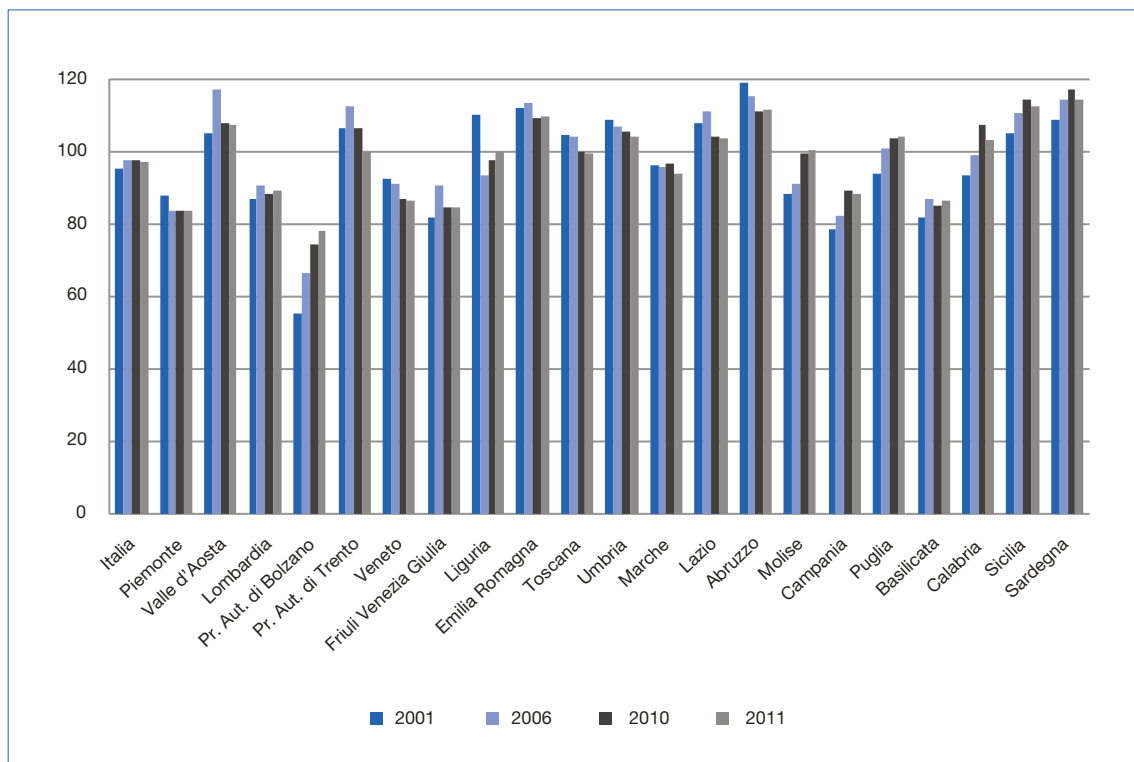
Fonte: Ministero della Salute
[Source: Ministry of Health]

Risulta interessante osservare che per i MMG il massimale di scelte risulta invariato dal 2005⁵; in particolare, essi possono acquisire, come detto, un numero massimo di scelte pari o inferiori a 1.500 unità (eventuali deroghe possono essere autorizzate dalla Regione), sebbene siano nel frattempo mutati sia la struttura demografica che i bisogni assistenziali della popolazione.

- **Pediatri di Libera Scelta (PLS)**

In Italia nel 2011 operano complessivamente 7.716 pediatri di libera scelta, con un quoziente di 97 PLS per 100.000 abitanti ≤ 14 anni, sostanzialmente omogeneo tra le Regioni. I due estremi sono rappresentati da Sicilia e Sardegna con un tasso rispettivamente di 112 e 114 PLS ogni 100.000 abitanti ≤ 14 anni e, dall'altra parte, la P.A. di Bolzano con un quoziente inferiore alla media nazionale, pari a 78. A livello nazionale, il numero di pediatri ogni 100.000 abitanti *under 14* ha subito un incremento minimo negli anni, passando da 95 nel 2001 a 97 nel 2011; l'incremento più significativo si è registrato nelle Regioni meridionali e nelle Isole, che sono passate da un tasso di 94 PLS ogni 100.000 abitanti ≤ 14 anni nel 2001 ad uno pari a 102 nel 2011 (+9%); di contro, complessivamente, le Regioni del Nord e del Centro mostrano una riduzione (rispettivamente -1% e -4%). Nello specifico, è la P.A. di Bolzano che con il +41% presenta l'incremento più elevato, mentre, la Regione Liguria, registra la riduzione più consistente (-10%).

⁵ ACN 2005 – Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale e pediatrica

Figura 10.4. Pediatri di libera scelta (PLS) - Valori per 100.000 abitanti ≤ 14 anni.**Valori assoluti, anni 2001-2011***[Figure 10.4. Pediatricians of Free Choice (PFC) – Number per 100,000 under 14 inhabitants, 2001-2011]*

Fonte: Ministero della Salute
 [Source: Ministry of Health]

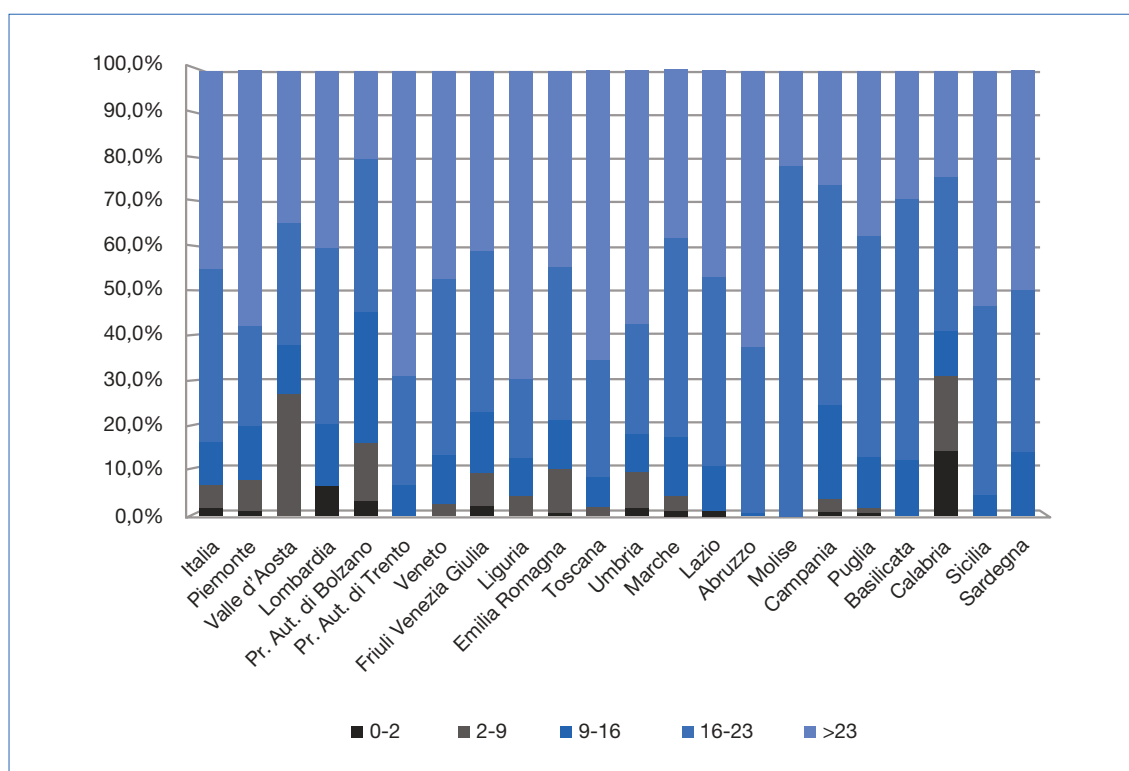
La composizione per classi di anzianità evidenzia anche per la pediatria un sinora minimo scambio generazionale, ma non altrettanto significativo rispetto a quello nella medicina generale. In Italia, la maggior parte di PLS possiede un'anzianità di laurea superiore ai 23 anni (44,3%), seguono i pediatri con un'anzianità compresa tra i 16 e i 23 anni (39,1%).

Il picco più elevato di PLS con anzianità di laurea superiore a 23 anni si registra nella P.A. di Trento, che raggiunge la quota del 68,4% sul totale dei PLS (24,1 punti % in più rispetto alla media nazionale); di contro, la P.A. di Bolzano ha la minore incidenza, pari al 19,7%. Esigua la percentuale di PLS laureati da meno di 9 anni, pari in Italia complessiva-

mente al 7,1% del totale. Analizzando la ripartizione geografica, si osserva che nelle Regioni del Centro i PLS con un'anzianità di laurea inferiore a 9 anni rappresentano nel 2011 solo il 1,8%, mentre nelle Regioni del Sud e Isole e del Nord la quota è leggermente più elevata (rispettivamente 5,5% e 6,4%).

Figura 10.5. Pediatri di libera scelta (PLS) per classi di anzianità di laurea - Incidenza sul totale. Valori %, anno 2011

[Figure 10.5. Pediatricians of Free Choice (PFC) seniority: years since graduation. Percentage, 2011]



Fonte: Ministero della Salute
 [Source: Ministry of Health]

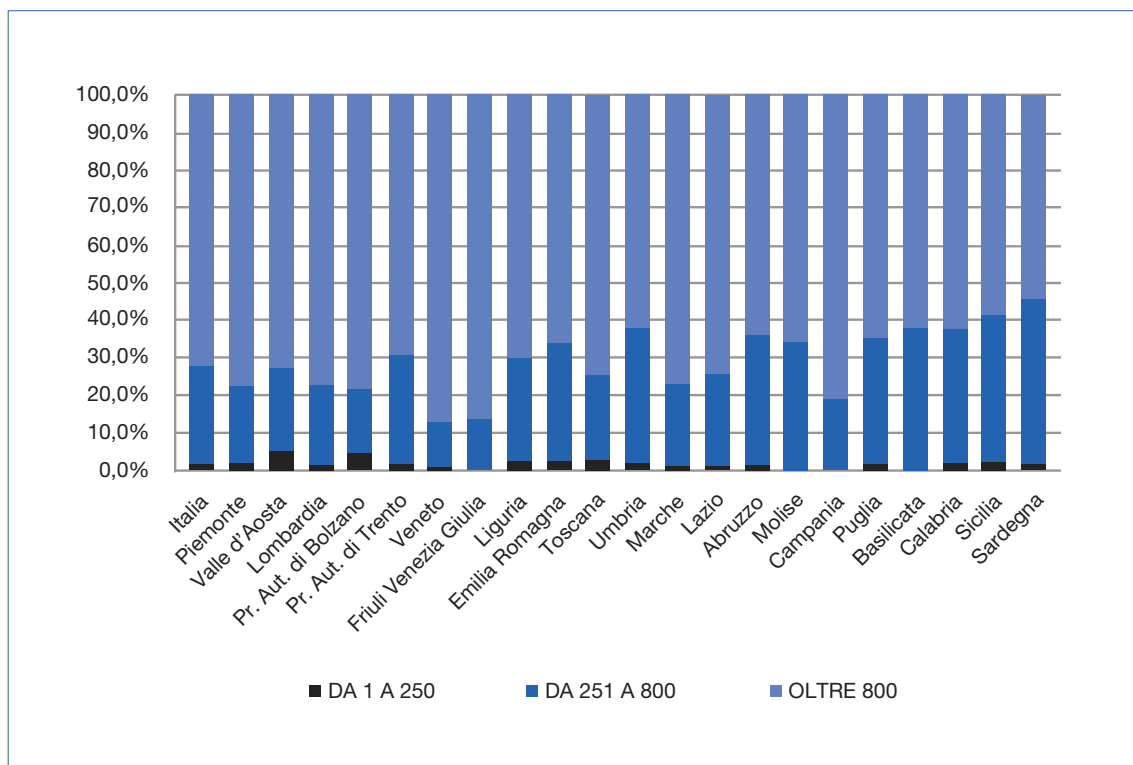
In Italia nel 2011 gran parte dei pediatri di libera scelta (72,3%) possiede un carico medio di assistiti superiore agli 800 (pediatri massimalisti); la quota è cresciuta notevolmente

nel tempo: nel 2001 era pari infatti al 58,6% sul totale dei PLS.

Il picco massimo nel 2011 è raggiunto dal Veneto, che supera la quota dell'87,0%; di contro, la Sardegna sfiora appena il 54,0% di pediatri massimalisti sul totale. Interessante il dato della Valle D'Aosta: la quota di pediatri con carico inferiore ai 251 assistiti (5,6% sul totale pediatri) è la più elevata rispetto alle altre Regioni, ed anche nettamente superiore alla media nazionale (1,4%). Anche in questo caso, come per i MMG, la crescita del numero di PLS massimalisti può supporre legato all'anzianità dei medici ed al conseguente consolidamento del carico assistenziale.

Figura 10.6. Pediatri di libera scelta (PLS) per classi di scelte - Incidenza sul totale. Valori %, anno 2011

[Figure 10.6. Pediatricians of Free Choice (PFC) by classes of choices. Percentage, 2011]



Fonte: Ministero della Salute
[Source: Ministry of Health]

Come evidenziato già per i MMG, anche per i PLS il massimale di scelte risulta invariato dal 2005⁶; in particolare essi possono, come detto, acquisire un numero massimo di scelte pari o inferiori a 800 unità (anche in questo caso, eventuali deroghe possono essere autorizzate dalla Regione).

- **Attività prescrittiva**

La medicina di famiglia (MMG e PLS) assume nel sistema italiano la funzione di *gatekeeping*: in campo farmaceutico, il numero di ricette complessivamente prescritte per specialità medicinali e galenici (in larga misura attribuibile a MMG e PLS per quanto sopra detto) ammonta nel 2011 a 586 milioni, pari a 10.900 per medico di famiglia, con una discreta eterogeneità regionale. Le Regioni del Nord si attestano su valori inferiori alla media (complessivamente 10.412 ricette per medico di famiglia), mentre quelle del Centro e del Sud e Isole superano la media nazionale (rispettivamente 11.139 e 11.332 ricette per medico). L'attività prescrittiva più elevata si registra in Basilicata, con un valore pari a circa 12.097 ricette per medico di famiglia; la P.A. di Trento mostra, di contro, il valore più basso, pari a 9.014 ricette per medico.

Dal 2001 al 2011 il numero di ricette prescritte per medico è aumentato del +41,2%, passando da 7.718 (circa 31 al giorno considerando solo i giorni lavorativi) a 10.900 (circa 43 al giorno); l'incremento più consistente, pari al 44,7%, si è registrato nelle Regioni del Nord (da 7.193, pari a 28 giornaliere, fino a 10.412, ossia circa 41 al giorno): in particolare, la Valle d'Aosta registra un +63,4%, passando da 6.107 (24 al giorno) a 9.981 (39 giornaliere).

Il costo medio per ricetta⁷ nel 2011 è di € 19,1; il valore minimo si registra nella Regione Umbria (€ 15,0), mentre il valore massimo in Lombardia (€ 23,2). In media, il costo minore per ricetta si rileva nelle Regioni del Centro e in quelle del Sud (rispettivamente € 17,7 e € 18,9), rispetto a quelle del Nord che invece si attestano su un valore medio pari a € 20,0.

⁶ ACN 2005 – Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale e pediatrica

⁷ Si noti che si tratta del costo medio per ricetta e non per prescrizione, perché può accadere che il medico (MMG o PLS) rediga più ricette per una prescrizione a favore di un paziente

Dal 2001 al 2011 in Italia il costo medio per ricetta si è ridotto del 32,2% passando da € 28,3 a € 19,1. La riduzione del costo unitario risulta più significativa nelle Regioni del Centro e del Sud, in particolare: il Molise registra il decremento più consistente, da € 29,6 a € 16,8 (-43,1%), seguito dalla Basilicata che passa da € 26,2 a € 15,5 a ricetta (-41,1%).

Se si considera il costo totale pro-capite (per medico) delle ricette prescritte, a livello nazionale ci si attesta ad un costo pari a € 208.656 per medico. In questo caso, è sempre il Centro a registrare il costo minore per medico (€ 199.331), mentre nelle Regioni del Sud e Isole, nonostante un costo più basso per ciascuna ricetta, registrano un costo delle ricette prescritte per medico superiore alla media nazionale e pari a € 214.384. Il Nord, con € 208.343, è in linea col valore nazionale.

10.2. Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) nella medicina generale

In Italia l'utilizzo delle ICT in campo sanitario è in costante aumento. Le esperienze sul campo, sempre più numerose, contribuiscono a far crescere la consapevolezza che l'ICT possa rappresentare uno strumento di fondamentale importanza per rispondere alle grandi sfide che si pongono oggi al sistema sanitario.

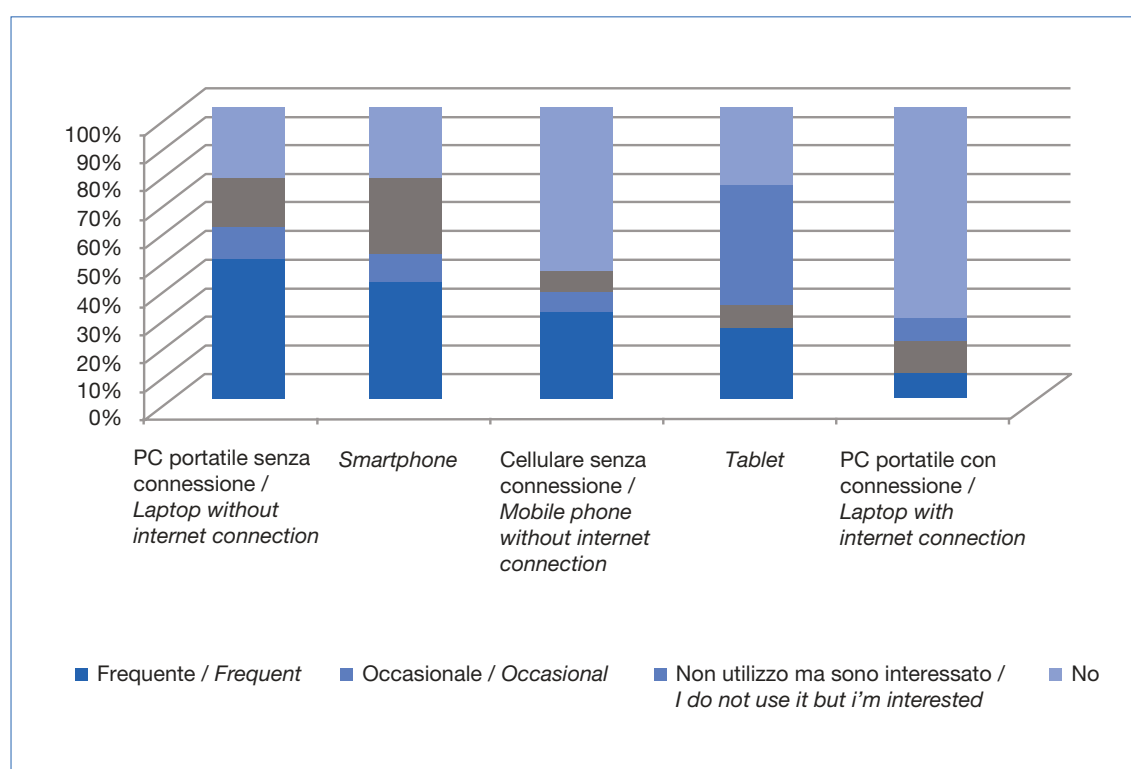
In occasione del *focus* annuale organizzato dall'Osservatorio ICT in Sanità della *School of Management* del Politecnico di Milano, il Centro Studi della FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale), con il supporto di *DoxaPharma*, ha condotto una *survey* che ha visto la partecipazione di 703 MMG. Scopo dello studio è stato quello di constatare il livello di utilizzo degli strumenti multimediali e di fornire una stima della spesa ICT per i MMG.

Dall'analisi delle interviste emerge che il 99% dei MMG afferma di utilizzare internet per scopi professionali (il 67% più volte al giorno, il 21% almeno una volta al giorno e il 21% saltuariamente). I dispositivi multimediali più utilizzati per fini professionali (fuori dallo studio) risultano essere PC portatili con connessione ad internet (il 49% dichiara di utilizzarlo più volte a settimana) seguiti dagli *smartphone* (il 42% dichiara di utilizzarlo più volte a settimana).

Figura 10.7. MMG: utilizzo di dispositivi multimediali a scopo professionale.

Valori %, anno 2014

[Figure 10.7. GPs: use of multimedia devices for professional activity. Percentage, 2014]



Fonte: Osservatorio ICT in Sanità, Politecnico di Milano
 [Source: ICT Observatory on Health, Politecnico di Milano]

I servizi prodotti con l'ausilio dell'ITC nell'ambito dell'attività professionale risultano essere i certificati *on-line* (95% del campione), la scheda individuale del paziente (87%) e le ricette elettroniche (58%). Sono tuttavia molti i MMG che, pur non utilizzando servizi ICT, sarebbero interessati a poterlo fare: il 65% per quanto riguarda i sistemi di telesalute (telemonitoraggio e teleassistenza), il 65% per i sistemi di integrazione informativa con gli specialisti, il 68% il teleconsulto, il 61% per i sistemi di supporto alla visita medica domiciliare.

Al fine di stimare l'andamento della spesa per ICT, nella *survey* è stato chiesto ai MMG di indicare la spesa sostenuta nel 2013 e di prevedere la spesa per il 2014.

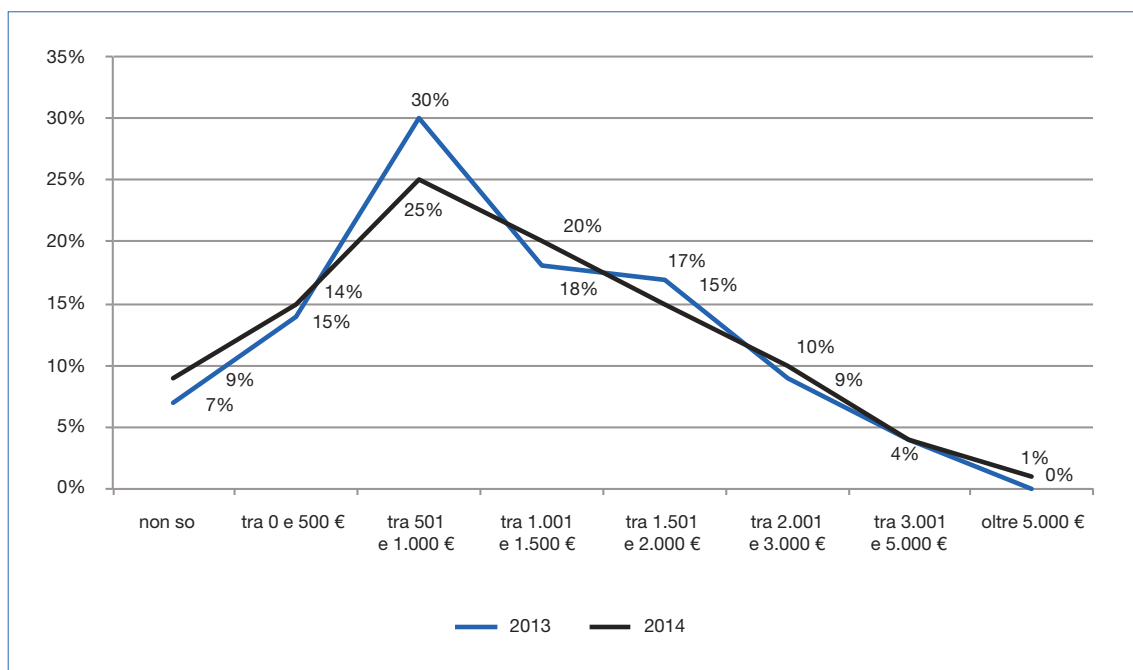
Nel 2013 il 30% dei MMG dichiara una spesa per ICT compresa tra € 501 e € 1.000, il 18% tra € 1.001 e € 1.500, e il valore medio risulta essere pari a 1.270 €. La proiezione di questi dati all'universo dei MMG (47.000) permette di stimare una spesa totale dei MMG per servizi ICT nel 2013 pari a € 59.690.000 (1,0 € in termini pro-capite).

Analizzando la spesa dei MMG per ICT per il 2013 a livello di ripartizione geografica, emerge che:

- Nord-Ovest: € 15.228.000 la spesa totale, € 0,96 pro-capite, € 1.200 per MMG
- Nord-Est: € 12.055.500 la spesa totale, € 1,04 pro-capite, € 1.425 per MMG
- Centro: € 10.922.800 la spesa totale, € 0,93 pro-capite, € 1.162 per MMG
- Sud e Isole: € 21.401.450 la spesa totale, € 1,03 pro-capite, € 1.301 per MMG

Figura 10.8. MMG: la spesa per i servizi ICT. Valori %, anni 2013-2014*

[Figure 10.8. GPs: expenditure for ICT. Percentage, 2013-2014*]



Base: Totale intervistati/total respondents (703)

* quanto prevede di spendere / how much they plan to spend

Fonte: Osservatorio ICT in Sanità, Politecnico di Milano

[Source: ICT Observatory on Health, Politecnico di Milano]

La spesa media prevista a livello nazionale per il 2014 risulta essere pari a € 1.345; la proiezione sul totale dei MMG permette di stimare una spesa totale di € 63.215.000 (+ € 3.525.000 rispetto al 2013) (1,02 € in termini pro-capite). Analizzando per area geografica:

- Nord-Ovest: € 15.736.000 la spesa totale dei MMG per ICT (+€ 507.600 rispetto al 2013, pari a +3,3%), € 0,96 in termini pro-capite, € 1.240 per MMG;
- Nord-Est: € 12.901.500 la spesa totale (+€ 846.600 rispetto al 2013, pari a +7,0%), € 1,08 pro-capite, € 1.525 per MMG;
- Centro: € 11.844.800 la spesa totale (+€ 921.600 rispetto al 2013, pari a +8,4%), € 0,97 pro-capite, € 1.260 per MMG;
- Sud e Isole: € 22.668.450 la spesa totale (+€ 1.266.650 rispetto al 2013, pari a +5,9%), € 1,08 pro-capite, € 1.378 per MMG.

Sembrirebbe pertanto che la quota di investimento sulla ICT da parte della medicina generale, prossimamente non sia destinata a salire in maniera sensibile. La categoria evidentemente non percepisce a breve evoluzioni dell'ICT destinata alla medicina generale che possa comportare motivo di particolare interesse professionale.

10.3. I processi di integrazione professionale per il MMG

Secondo l'Organizzazione Mondiale dei Collegi, delle Accademie e delle Associazioni Accademiche dei MMG (WONCA – 1991), il MMG è “colui che fornisce l'assistenza sanitaria globale ad ogni singolo individuo che la richiada, e organizza l'intervento di altre figure professionali quando lo ritenga necessario”⁸. Quindi viene evidenziata la centralità del MMG nella gestione delle cure primarie, implicando la capacità di coordinare le terapie con le altre figure professionali e con gli altri specialisti. Al fine di analizzare lo stato dell'arte e comprendere la sensibilità e gli orientamenti verso i processi di integrazione professionale, il Centro Studi della FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) ha realizzato, attraverso un apposito questionario, un'indagine via *web* che ha coinvolto 1.028 medici di famiglia: i risultati sono stati resi riferibili, attraverso pesi e processi post-stratificazione,

⁸ WONCA – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians 1991

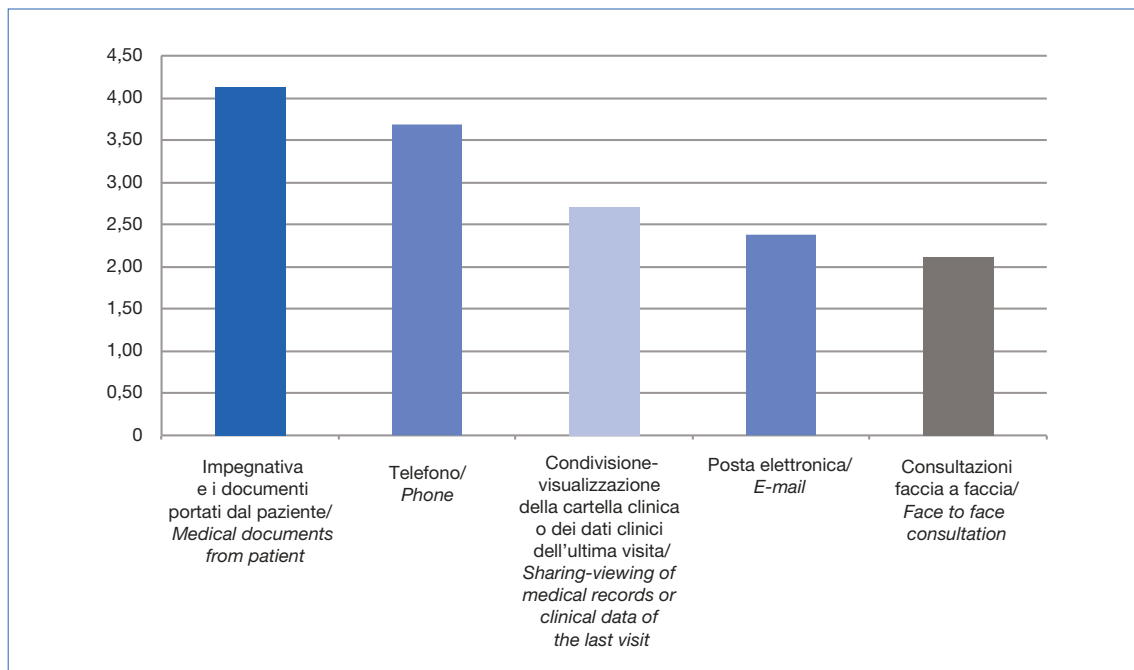
all'universo dei MMG calcolato in 49.832 unità.

Vengono di seguito descritti i principali risultati dello studio.

Per iniziare, la modalità di comunicazione più utilizzata fra MMG e specialisti, al fine di definire la diagnosi e/o il percorso terapeutico dei pazienti, risultano essere l'impegnativa ed i documenti portati dal paziente (si evidenzia, quindi, l'assenza di una comunicazione diretta con lo specialista), seguita da telefono e dalla condivisione/visualizzazione della cartella clinica e dei dati dell'ultima visita. La consultazione faccia a faccia risulta la tipologia di comunicazione meno frequentemente utilizzata.

Figura 10.9. MMG: strumenti di comunicazione con MMG e specialisti per definire la diagnosi e/o il percorso terapeutico dei pazienti. Risultati in scala*, anno 2014

[Figure 10.9. GPs: communication tools with GPs and specialists to establish the diagnosis and /or treatment of patients. Average score, 2014]*



*punteggio medio in una scala da 1 a 5/average score on scale from 1 to 5

Fonte: FIMMG, indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014
 [Source: FIMMG, survey on the professional integration of MMG, Centre for Studies, 2014]

Analizzando il campione nel dettaglio emerge come la modalità più utilizzata (impegnativa e documenti portati dal paziente - assenza di comunicazione diretta) risulti essere il sistema più frequentemente utilizzato da:

- MMG con età compresa tra i 56 e 60 anni (4,28 - scala da 1 a 5);
- MMG con numero di scelte tra 800 a 1.200 (4,38 - scala da 1 a 5);
- MMG che lavorano in gruppo (4,27 - scala da 1 a 5).

Tabella 10.1. Strumento di comunicazione fra MMG e specialisti. Risultati in scala*, anno 2014

[Table 10.1. Communication tool between general practitioners and specialists. Average score*, 2014]

Caratteristiche del medico e dello studio/ <i>Characteristics of the physician and the ambulatory</i>		Documenti portati dal paziente/ <i>Medical documents from patient</i>	Telefono / <i>Phone</i>	Posta elettronica/ <i>e-mail</i>	Condivisione-visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita/ <i>Sharing-viewing of medical records or clinical data of the last visit</i>	Consultazioni faccia a faccia/ <i>Face to face consultation</i>
Classi di età / <i>Age groups</i>	Fino a 45	4,13	3,84	2,25	2,81	1,96
	da 46 a 50	4,15	3,63	2,60	2,74	1,88
	da 51 a 55	4,04	3,68	2,36	2,59	2,33
	da 56 a 60	4,28	3,67	2,25	2,73	2,07
	61 e oltre	4,19	3,52	2,17	2,93	2,18
Modalità di esercizio/ <i>Working Modalities</i>	studio singolo	4,12	3,71	2,47	2,80	1,89
	associazione	4,11	3,55	2,13	2,77	2,43
	Rete	4,00	3,67	2,57	2,66	2,10
	Gruppo	4,27	3,68	2,25	2,61	2,19
	lavoro solo in CA	3,90	3,82	2,44	2,50	2,33
	Altro	4,21	3,68	2,10	3,23	1,79

segue

Tabella 10.1. Strumento di comunicazione fra MMG e specialisti. Risultati in scala*, anno 2014

[Table 10.1. Communication tool between general practitioners and specialists. Average score*, 2014]

Caratteristiche del medico e dello studio / <i>Characteristics of the physician and the ambulatory</i>		Documenti portati dal paziente / <i>Medical documents from patient</i>	Telefono / <i>Phone</i>	Posta elettronica / <i>e-mail</i>	Condivisione-visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita / <i>Sharing-viewing of medical records or clinical data of the last visit</i>	Consultazioni faccia a faccia / <i>Face to face consultation</i>
Numero scelte / <i>Number of choices</i>	fino a 800	3,98	3,69	2,25	3,10	1,97
	da 801 a 1200	4,38	3,57	2,15	2,71	2,19
	da 1201 a 1500	4,14	3,69	2,34	2,79	2,03
	oltre 1500	4,06	3,71	2,61	2,47	2,15
	Opera in CA	3,90	3,82	2,44	2,50	2,33
TOT		4,13	3,68	2,38	2,70	2,11

*punteggio medio in una scala da 1 a 5/average score on a scale from 1 to 5

Fonte: FIMMG, indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014
[Source: FIMMG, survey on the professional integration of MMG, Centre for Studies, 2014]

A prescindere dall'effettivo utilizzo, sembrano essere differenti le considerazioni in merito al livello di efficacia attribuito agli strumenti di comunicazione; il valore più elevato (7,8 il punteggio medio totale in una scala da 1 a 10) viene attribuito alla condivisione/visualizzazione della cartella clinica, segue la consultazione faccia a faccia (7,4 il punteggio medio totale in una scala da 1 a 10) ed i documenti portati dal paziente (7,1 il punteggio medio totale in una scala da 1 a 10). Come è possibile osservare, la condivisione della cartella

clinica risulta particolarmente efficace per:

- MMG con età compresa tra i 45 e 50 anni (efficacia pari a 8,2 in una scala da 1 a 10);
- MMG fino a 800 scelte (efficacia pari a 8,1 in una scala da 1 a 10);
- MMG che lavorano in studio singolo (efficacia pari a 8,1 in una scala da 1 a 10).

Tabella 10.2. Livello di efficacia delle modalità di comunicazione tra MMG e lo specialista. Risultati in scala*, anno 2014

[Table 10.2. Effectiveness of communication tools between GPs and specialist. Average score*, 2014]

Caratteristiche del medico e dello studio/ <i>Characteristics of the physician and the ambulatory</i>		Documenti portati dal paziente/ <i>Medical documents from patient</i>	Telefono / <i>Phone</i>	Posta elettronica/ <i>e-mail</i>	Condivisione-visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita/ <i>Sharing-viewing of medical records or clinical data of the last visit</i>	Consultazioni faccia a faccia/ <i>Face to face consultation</i>
Classi di età / <i>Age groups</i>	Fino a 45	7,0	7,4	6,4	8,2	8,0
	da 46 a 50	7,3	7,0	6,4	8,2	7,4
	da 51 a 55	6,8	6,8	6,2	7,5	7,3
	da 56 a 60	7,3	6,6	5,9	7,5	7,2
	61 e oltre	7,2	6,3	5,4	7,3	6,8
Modalità di esercizio/ <i>Working Modalities</i>	studio singolo	7,2	7,1	6,4	8,1	7,3
	associazione	7,1	6,7	5,8	7,2	6,7
	rete	7,4	6,7	6,3	7,7	7,4
	gruppo	7,0	7,0	6,2	7,7	7,8
	lavoro solo in CA	6,1	6,4	5,5	7,6	7,7
	altro	7,0	6,3	5,4	8,0	6,4

segue

Tabella 10.2. Livello di efficacia delle modalità di comunicazione tra MMG e lo specialista. Risultati in scala*, anno 2014

[Table 10.2. Effectiveness of communication tools between GPs and specialist. Average score*, 2014]

Caratteristiche del medico e dello studio / Characteristics of the physician and the ambulatory		Documenti portati dal paziente / Medical documents from patient	Telefono / Phone	Posta elettronica / e-mail	Condivisione-visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita / Sharing-viewing of medical records or clinical data of the last visit	Consultazioni faccia a faccia / Face to face consultation
Numero scelte/ Number of choices	fino a 800	7,0	7,3	6,5	8,1	7,9
	da 801 a 1200	6,9	6,7	6,0	7,8	7,2
	da 1201 a 1500	7,3	6,7	5,9	8,0	7,3
	oltre 1500	7,3	6,9	6,5	7,5	7,2
	Opera in CA	6,1	6,4	5,5	7,6	7,7
TOT		7,1	6,9	6,2	7,8	7,4

*punteggio medio in una scala da 1 a 10/average score on a scale from 1 to 10

Fonte: FIMMG, indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014
[Source: FIMMG, survey on the professional integration of MMG, Centre for Studies, 2014]

Confrontando la valutazione dell'efficacia, la frequenza di utilizzo, ed il tempo richiesto per la modalità di comunicazione prescelta, possiamo osservare che:

- la condivisione della cartella per via telematica appare la soluzione più efficace, a minor consumo di risorse, anche se meno utilizzata rispetto ad altri strumenti
- la consultazione faccia a faccia, pur considerata molto efficace, assorbe un tempo eccessivo per il MMG

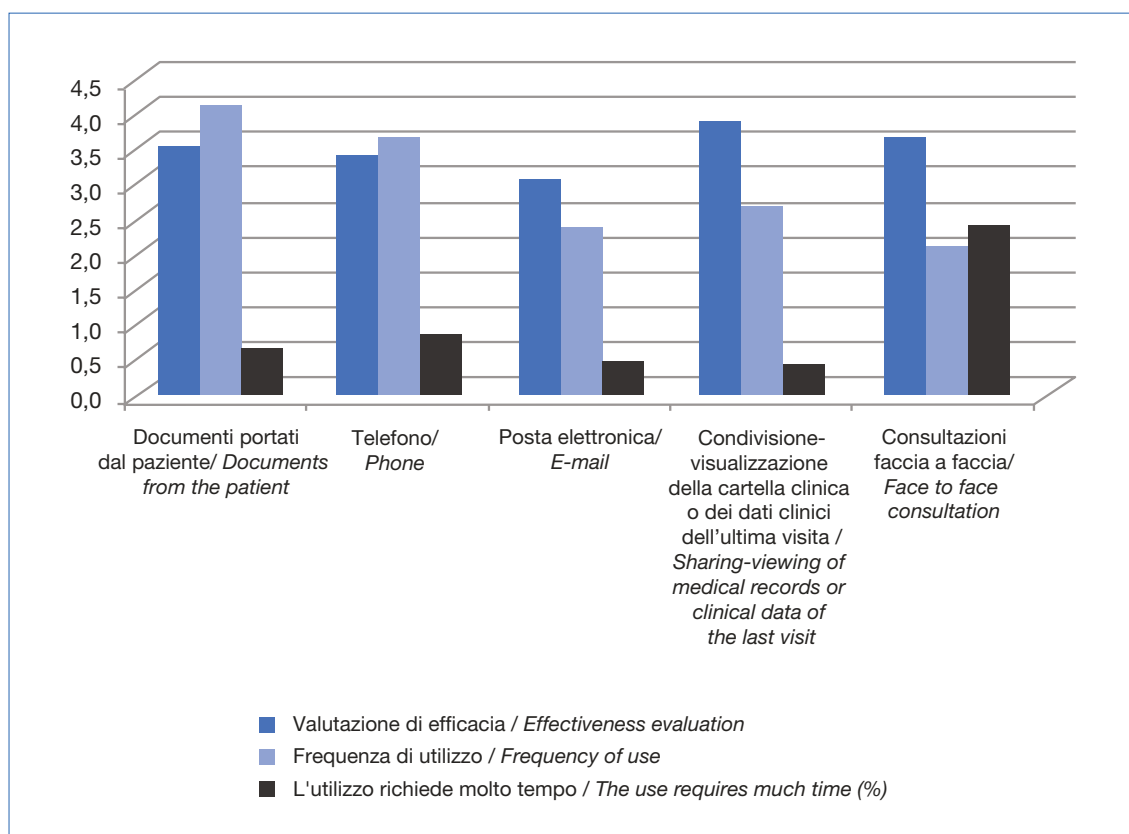
L'evidente differenza tra valutazione di efficacia e l'effettivo utilizzo dei diversi strumenti, è quindi spiegabile, in parte, con il tempo richiesto da alcune di tali modalità di comunica-

zione (es. consultazione faccia a faccia); per la condivisione della cartella clinica per via telematica, giudicata un teorico *gold standard* operativo, non sono ancora disponibili e diffuse le adeguate risorse tecnologiche che ne consentono l'utilizzo.

Figura 10.10. Confronto tra la frequenza di utilizzo, valutazione di efficacia e la stima del tempo occorrente (molto) degli strumenti di comunicazione.

Risultati in scala* e valori %, anno 2014

[Figure 10.10. Communication tools: frequency of use, effectiveness and estimated time required (much). Average score* and percentage, 2014]



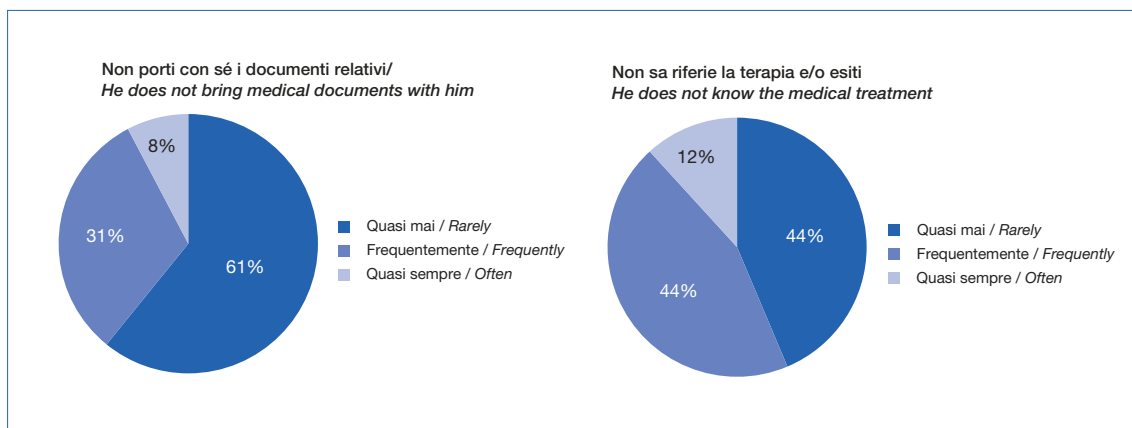
*valore medio in una scala da 1 a 5/average score on a scale from 1 to 5

Fonte: FIMMG, indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014
[Source: FIMMG, survey on the professional integration of MMG, Centre for Studies, 2014]

L'impegnativa ed i documenti portati dai pazienti anche se più utilizzati e con un valore di efficacia elevato, presentano un problema legato alla frequenza con la quale i pazienti non portano con sé i documenti o non sanno riferire la terapia e gli esiti degli accertamenti.

Figura 10.11. Frequenza con la quale il paziente non porta con sé documenti e non sa riferire la terapia o gli esiti. Valori %, anno 2014

[Figure 10.11. Frequency with which patient does not bring medical documents and does not know the medical treatment. Percentage, 2014]



*valore medio in una scala da 1 a 5/average score on a scale from 1 to 5

Fonte: FIMMG, indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014
 [Source: FIMMG, survey on the professional integration of MMG, Centre for Studies, 2014]

In sintesi, dalla rilevazione emerge che la condivisione della cartella per via telematica risulterebbe la soluzione più auspicabile, secondo i MMG, sebbene non sia ancora sufficientemente diffusa.

Un ulteriore aspetto da valutare è se e come la comunicazione influenzi la qualità e l'efficacia del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Secondo quanto emerge dalla studio oggetto della presente analisi⁹, il 63,8% dei MMG si trova "a volte" ad adattare/modulare le indicazioni dello specialista per il singolo paziente, il 26,3% "spesso", l'1,4% "quasi

⁹ FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014

sempre” e solo l’8,5% dichiara di non cambiare “quasi mai” le indicazioni dello specialista.

Per il MMG, la consultazione per la diagnosi e/o la definizione della terapia consentirebbe: nell’83,5% dei casi un maggior beneficio per il paziente; nel 51,1% dei casi solo di avere maggiore sicurezza rispetto a decisioni autonome; nel 38,9% dei casi la consultazione viene ritenuta comunque necessaria indipendentemente dall’esito; il 26,1% delle volte, comporterebbe solo maggior tranquillità per il paziente.

Tabella 10.3. MMG: esiti che più frequentemente si sono verificati a seguito del processo di consultazione tra MMG e specialista. Valori %, anno 2014

[Table 10.3. GPs: the most frequent results of consultation between GPs and specialists. Percentage, 2014]

Caratteristiche del medico e dello studio/ <i>Characteristic of the physician and the ambulatory</i>		Beneficio al paziente/ <i>Benefit for patient</i>	Sicurezza rispetto a decisioni autonome/ <i>More security</i>	Maggior tranquillità per il paziente/ <i>Peace of mind for the patient</i>	A prescindere dall’esito, una consultazione per me era comunque necessaria/ <i>Consultation is necessary</i>
Classi di età/ <i>Age groups</i>	Fino a 45	81,5	65,9	21,9	30,7
	da 46 a 50	83,2	53,8	26,1	36,9
	da 51 a 55	85,9	47,6	24,3	42,2
	da 56 a 60	83,3	44,3	30,3	42,0
	61 e oltre	75,2	53,0	35,2	36,5

segue

Tabella 10.3. MMG: esiti che più frequentemente si sono verificati a seguito del processo di consultazione tra MMG e specialista. Valori %, anno 2014

[Table 10.3. GPs: the most frequent results of consultation between GPs and specialists. Percentage, 2014]

Caratteristiche del medico e dello studio/ <i>Characteristic of the physician and the ambulatory</i>		Beneficio al paziente/ <i>Benefit for patient</i>	Sicurezza rispetto a decisioni autonome/ <i>More security</i>	Maggior tranquillità per il paziente/ <i>Peace of mind for the patient</i>	A prescindere dall'esito, una consultazione per me era comunque necessaria/ <i>Consultation is necessary</i>
Modalità di esercizio/ <i>Working modalities</i>	studio singolo	81,1	56,0	30,5	32,4
	associazione	93,6	49,8	31,1	25,4
	rete	83,6	47,5	24,9	44,0
	gruppo	82,6	45,9	26,8	44,7
	lavoro solo in CA	76,9	60,3	16,9	46,0
	altro	90,2	82,3	10,4	17,1
Numero scelte/ <i>Number of choices</i>	fino a 800	78,4	59,5	31,4	30,8
	da 801 a 1200	83,8	49,5	25,3	41,4
	da 1201 a 1500	87,0	51,6	22,7	38,7
	oltre 1500	84,6	47,2	28,3	39,9
	Opera in CA	76,9	60,3	16,9	46,0
TOT		83,5	51,5	26,1	38,9

Fonte: FIMMG, indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014
[Source: FIMMG, survey on the professional integration of MMG, Centre for Studies, 2014]

Risulta interessante evidenziare come l'analisi del campione per modalità di esercizio (studio singolo, associazione, rete, gruppo, lavoro solo in CA e altro) mostri che il maggior beneficio per il paziente derivante dal processo di consultazione è avvertito dal 93,6% dei medici in associazione.

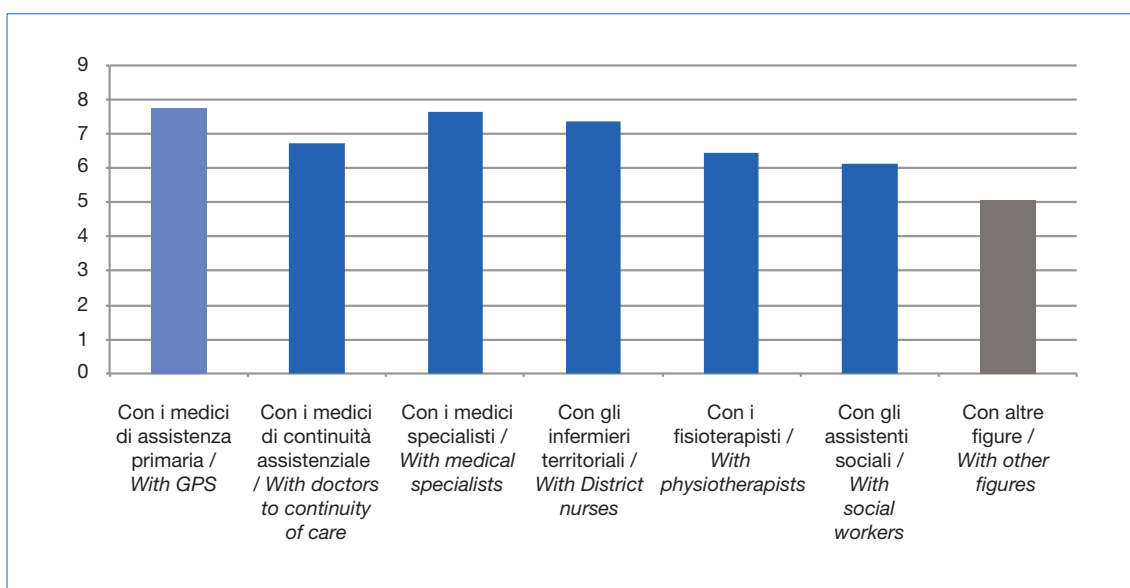
La collaborazione ed il lavoro fianco a fianco fra medici, specialisti e altre figure professionali è percepita sicuramente come un'opportunità di crescita professionale e di maggior beneficio per il paziente, pur non trascurando il rischio, in assenza di una solida organizzazione del lavoro multiprofessionale, di confusione tra ruoli e responsabilità.

Il lavoro fianco a fianco comporterebbe infatti, per l'84,3% dei MMG che hanno partecipato allo studio, un beneficio per il paziente sempre e comunque ("molto" e "abbastanza"); sarebbe "poco" il beneficio per il 13,8% e nullo ("per niente") per il restante 1,9%. Il conseguente rischio di confusione del lavoro è percepito come nullo ("per niente") dal 15,3%, scarso ("poco") dal 38,9%, medio ("abbastanza") dal 26,1%, significativo ("molto") dal 19,7%.

I risultati più efficaci sono attesi dall'integrazione dei MMG tra di loro, tra questi e gli specialisti, tra questi e gli infermieri.

Figura 10.12. Risultati effettivi e più efficaci relativamente agli esiti assistenziali, da un lavoro veramente “integrato” con figure professionali. Risultati in scala*, anno 2014

[Figure 10.12. More effective results (assistance care) of professional integration. Average score*, 2014]



*punteggio medio in una scala da 1 a 10/average score on a scale from 1 to 10

Fonte: FIMMG, indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014

[Source: FIMMG, survey on the professional integration of MMG, Centre for Studies, 2014]

I principali ostacoli percepiti per l'implementazione dell'integrazione professionale risultano:

- tra i MMG: la difficoltà nel trovare sedi per costituire forme aggregative;
- tra i medici di assistenza primaria e i medici di continuità assistenziale: la carenza di comunicazione e di informazioni di *feedback* sui reciproci interventi, l'impossibilità a condividere, con automatismi telematici, le informazioni sanitarie del paziente;
- tra i medici di assistenza primaria ed infermieri territoriali: l'impossibilità di condividere, con automatismi telematici, alcune indicazioni e set di informazioni sanitarie del paziente, l'attuale sostanziale separazione delle operatività professionali.

Tabella 10.4. Ostacoli per implementare a pieno l'integrazione professionale.

Risultati in scala*, anno 2014

[Table 10.4. Barriers to professional integration. Average score*, 2014]

Caratteristiche del medico e dello studio		Tra i medici di assistenza primaria/GPs:			
		Timore di confronto professionale	Rischio di perdere il paziente	Difficoltà a trovare sedi per costituire forme aggregative	Percezione di una scarsa compatibilità lavorativa
Classi di età/ Age groups	Fino a 45	5,6	6,4	7,3	7,3
	da 46 a 50	4,3	4,5	7,3	5,9
	da 51 a 55	5,0	5,1	7,5	6,5
	da 56 a 60	4,4	4,6	7,4	5,8
	61 e oltre	4,3	4,2	7,0	5,8
Modalità di esercizio/ Working modalities	studio singolo	4,7	4,9	7,7	6,4
	associazione	4,5	5,1	7,1	6,9
	rete	4,5	4,6	7,9	6,5
	gruppo	4,6	4,9	7,2	5,8
	lavoro solo in CA	6,5	7,6	6,5	7,4
	altro	5,5	4,7	5,6	6,0
Numero scelte/ Number of choices	fino a 800	5,3	6,6	7,4	6,3
	da 801 a 1.200	4,9	5,2	7,7	6,4
	da 1.201 a 1.500	4,2	4,1	7,3	6,2
	oltre 1.500	4,6	4,2	7,3	6,1
	Opera in CA	6,5	7,6	6,5	7,4
Totale/Total		4,8	5,0	7,4	6,3

segue

Tabella 10.4. Ostacoli per implementare a pieno dell'integrazione professionale.

Risultati in scala*, anno 2014

[Table 10.4. Barriers to professional integration. Average score*, 2014]

Caratteristiche del medico e dello studio		Tra i medici di assistenza primaria e i medici di continuità assistenziale (ca):			
		Impossibilità a condividere, con automatismi telematici, le inf. san. del pz.	La carenza di comunicazione e di inf. di <i>feedback</i> sui reciproci int.	La mancata conoscenza diretta	Timore di confronto professionale
Classi di età/ Age groups	Fino a 45	8,0	8,3	6,8	4,7
	da 46 a 50	7,8	7,8	6,0	3,5
	da 51 a 55	7,6	7,7	6,8	4,2
	da 56 a 60	7,4	7,6	6,6	3,3
	61 e oltre	7,0	7,2	6,5	3,4
Modalità di esercizio/ Working modalities	studio singolo	8,0	8,0	6,5	3,9
	associazione	7,1	7,3	6,0	4,0
	rete	7,6	7,9	6,6	3,6
	gruppo	7,5	7,7	6,6	3,6
	lavoro solo in CA	8,2	8,1	6,7	6,5
	altro	7,2	6,9	7,1	4,7
Numero scelte/ Number of choices	fino a 800	7,8	8,2	6,5	4,7
	da 801 a 1.200	7,9	8,0	6,9	4,0
	da 1.201 a 1.500	7,4	7,6	6,5	3,4
	oltre 1500	7,4	7,5	6,4	3,5
	Opera in CA	8,2	8,1	6,7	6,5
Totale/Total		7,6	7,8	6,6	3,9

segue

Tabella 10.4. Ostacoli per implementare a pieno dell'integrazione professionale.**Risultati in scala*, anno 2014***[Table 10.4. Barriers to professional integration. Average score*, 2014]*

Caratteristiche del medico e dello studio		Tra i medici di assistenza primaria ed infermieri territoriali:			
		Impossibilità a condividere, con automatismi telematici, le inf. san. del pz.	Timore di "condividere"/"rinunciare" parte del proprio ruolo prof.	Attuale sostanziale separazione delle operatività prof.	La mancanza conoscenza diretta
Classi di età/ Age groups	Fino a 45	7,1	5,1	6,9	6,2
	da 46 a 50	6,1	4,0	5,4	4,8
	da 51 a 55	7,2	4,4	6,8	6,2
	da 56 a 60	6,3	3,9	6,7	5,5
	61 e oltre	6,4	3,9	6,3	5,6
Modalità di esercizio/ Working modalities	studio singolo	6,7	4,3	6,3	5,5
	associazione	6,5	3,5	5,9	5,1
	rete	7,0	4,1	6,0	5,8
	gruppo	6,9	4,3	6,9	6,1
	lavoro solo in CA	6,4	6,0	7,3	5,3
	altro	5,3	4,6	6,1	5,4
Numero scelte/ Number of choices	fino a 800	6,7	4,3	6,5	5,7
	da 801 a 1.200	6,8	4,0	6,7	6,0
	da 1.201 a 1.500	6,6	3,9	5,8	5,6
	oltre 1.500	6,8	4,4	6,4	5,7
	Opera in CA	6,4	6,0	7,3	5,3
Totale/Total		6,7	4,3	6,4	5,7

*punteggio medio in una scala da 1 a 10/average score on a scale from 1 to 10

Fonte: FIMMG, indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014
[Source: FIMMG, survey on the professional integration of MMG, Centre for Studies, 2014]

I MMG sono concordi nell'affermare che il ritmo dell'innovazione clinica e tecnologica è tale che solo integrando il lavoro dei MMG con gli specialisti e le altre figure professionali si può sperare di raggiungere migliori risultati nella cura dei pazienti, nella riduzione delle complicanze e degli eventi avversi e, anche, contenere i costi finali. Il modello della "solo practice" è ritenuto non possa più reggere nel futuro, risultando indispensabile passare al modello multi-professionale.

10.4. Conclusioni

In un momento di transizione che anticipa una possibile significativa riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, i medici delle cure primarie mostrano un evidente interesse ed una sostanziale disponibilità ai cambiamenti; e questo nonostante la categoria professionale presenti un'età media decisamente avanzata e sia caratterizzata, negli ultimi anni, da uno scarso ricambio generazionale.

Dovrebbero essere così interpretati i dati che evidenziano come vi sia una significativa propensione all'utilizzo delle risorse fornite dalla ICT e ad accogliere positivamente eventuali aggiornamenti normativi centrati su una maggiore integrazione professionale.

Sembrerebbe emergere, da recenti indagini sulla medicina generale, un ampio utilizzo delle tecnologie della comunicazione: Internet è ampiamente frequentato per scopi professionali, anche oltre le comuni pratiche lavorative che richiedono l'accesso *online* come i certificati di malattia, la connessione con gli altri servizi regionali *online*, la ricetta elettronica. I medici hanno però la percezione che molte delle risorse rese attualmente disponibili dalla ICT non sono ancora in grado di migliorare sostanzialmente, come atteso e come dovrebbero, aspetti fondamentali della professione e dell'assistenza: non riescono in particolare ad incidere sull'appropriatezza prescrittiva, sul miglioramento del rapporto medico-paziente, sulla facilitazione e velocizzazione di molte attività ambulatoriali. È forse anche per questo che gli investimenti che i MMG destinano alle nuove tecnologie della informatizzazione e comunicazione, ancora non decollano: le previsioni di crescita in quest'ambito appaiono deludenti, confermando le quote di investimento sostanzialmente modeste degli anni precedenti.

Alcune soluzioni tecnologiche vengono espressamente richieste, perché individuate come fondamentali per rispondere in modo efficace rispetto ad alcuni problemi assistenziali: poter condividere automaticamente, per via telematica, parte della cartella sanitaria con i colleghi ed i consulenti specialisti appare essere l'opportunità sulla quale si verifica maggiore convergenza.

È questo uno degli aspetti che meglio caratterizzano l'esigenza e la richiesta di integrare le informazioni e l'operatività con le altre figure professionali che intervengono nei processi assistenziali. Tale questione risulta particolarmente rilevante se si pensa come, almeno nell'immaginario collettivo di questi anni, l'attività del MMG sia stata spesso considerata come isolata e sostanzialmente autoreferenziale. Le forme associative della medicina generale, che attualmente riguardano la decisa maggioranza dei MMG, hanno costituito una prima tappa di un cammino inevitabilmente orientato ad una crescente integrazione della professione. Le disponibilità che la categoria esprime in questa direzione appaiono evidenti: l'integrazione con gli altri operatori (in particolare con gli altri MMG, con gli specialisti e con gli infermieri) è sentita come un'opportunità di crescita professionale e di maggior beneficio per il paziente.

Non mancano chiaramente timori, dubbi e perplessità: viene percepito il rischio che un aumento del numero degli interventi e di più professionisti possa generare confusione (anche delle responsabilità) ed aumento dei costi, con la perdita di ruolo del MMG che possa andare a compromettere il rapporto di fiducia con l'assistito. Ciononostante, l'affermazione che nell'indagine del Centro Studi della FIMMG riscuote il maggior consenso è che <<Oggi il ritmo dell'innovazione clinica e tecnologia è tale che solo integrando il lavoro dei MMG con gli specialisti e le altre figure professionali si può sperare di raggiungere migliori risultati nella cura dei pazienti>>.

Allo stesso tempo non si può sottacere che una indicazione importante per lo sviluppo e l'organizzazione dell'assistenza primaria, quale emerge dalle indagini analizzate nel contributo, è la natura essenzialmente funzionale dell'integrazione attesa, ottenuta sfruttando anche le possibilità oggi offerte dalla tecnologia, che in larga misura permette di superare le aggregazioni fisiche, che peraltro comportano investimenti strutturali imponenti, il cui costo è in questa fase storica difficilmente sostenibile.

Riferimenti bibliografici

FIMMG Centro Studi (2014), *Indagine sull'integrazione professionale degli MMG*

Ministero della Salute (2014), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, anno 2011

Osservatorio ICT in Sanità (2014)





Chapter 10

Primary care:

the role of technology and professional integration

Chapter 10

Primary care: the role of technology and professional integration

Bernardini A.C.¹, Giordani C.¹, Misericordia P.²

Summary

The fundamental role of primary care was highlighted back in 1978, at the International Conference held in Alma-Ata, when the General Assembly of the WHO and the Executive Council of the United Nations Children's Fund (UNICEF), highlighted the strategic importance of primary care to protect and promote the health of all the people of the world. In that same year, the law establishing the Italian National Health System (Law 833/78) laid the foundations for building a network providing local primary care services, with the aim of bringing health care as close as possible to where people live and work. Over a decade later, Legislative Decree 502/1992 further outlined a primary care model that, while providing for a layered architecture of levels of care and health professionals, is based on two key figures: general practitioners (GPs) and primary care paediatricians (PCPs).

Primary care providers number over 53,000, of which about 46,000 are GPs (2011), amounting to 87 per 100,000 population aged over 15, and 7,716 are PCPs (97 per 100,000 population aged ≤ 14 years), with a substantial uniformity between the regions.

Generally speaking, the trend is towards a gradual decrease in the number of GPs, while generational replacement so far has been rather limited (in 2011, 58.5% of GPs had been in the job for more than 27 years).

¹ CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

² Centro Studi Federazione Italiana Medici di Famiglia (FIMMG) - Research Centre of the Italian Federation of Family Doctors

The majority of GPs (43%) have an average of between 1,001 and 1,500 registered patients. In recent years, however, the proportion of GPs with more than 1,500 registered patients has grown considerably, as a result of increasing GP seniority.

By contrast, PCPs have increase - albeit slightly - over the years. Paediatricians have experienced a minimum degree of generational replacement, but not as significant as for that of GPs. The majority of PCPs (72.3%) have an average of 800 registered patients, and this proportion has grown considerably over time.

In Italy, family doctors (both GPs and PCPs) have a gatekeeping function: regarding drug prescription, a total of 586 million prescriptions were issued, for all kinds of pharmaceuticals and galenicals (largely by GPs and PCPs), equal to 10,900 prescriptions per family doctor (+41.25% compared to 2001), more or less uniformly from a geographical point of view. The northern regions are below average, while the central and southern regions are above the national average.

Between 2001 and 2011 the number of prescriptions per doctor increased by + 41.2%, from 7,718 (about 31 per day, considering only the working days) to 10,900 (about 43 per day); the highest increase, 44.7%, was recorded in the northern regions.

Between 2001 and 2011, in Italy, the average cost per prescription dropped by 32.2%, more significantly in the central and southern regions, amounting to € 19.1 in 2011. Average prescription costs, in fact, are lower in the central and southern regions.

The average annual cost of prescriptions per physician amounts to € 208,656. This value is lower in the central regions, while the southern regions show a higher overall cost per physician, despite a lower average cost per prescription.

Regarding the evolution of the role, based on several surveys conducted by the Research Centre of the Federation of General Practitioners, we can appreciate how GPs are agreed that only by integrating their work with that of the specialists and other healthcare professionals will it be possible to achieve better results in patient care, reduce complications and adverse events, and, last but not least, generate savings in final costs.

In general, the most effective results are expected from the integration of GPs among themselves, of GPs and specialists, and of GPs and nurses.

In short, the heightened integration of all healthcare professionals is perceived as an opportunity for overall professional growth and improved patient care. Of course, there are also many concerns, doubts and misgivings: there are many who fear the risk, in particular, that increasing the number of interventions and professionals may engender confusion (also in terms of responsibility) and increased costs, impairing the position of GPs by undermining their relationship of trust with their patients.

Greater integration can be boosted by spreading the use of ICT and of multimedia tools in particular.

From the surveys it emerges that 99% of GPs are using the Internet for professional reasons, primarily from laptops (outside their surgeries) with Internet connection and smartphones.

The professional services delivered with the aid of ITC include online certificates (95% of the sample), individual patient files (87%) and electronic prescriptions (58%). However, many GPs who, while not yet using ICT, would be interested in doing so (especially for telemonitoring and telecare services, sharing information with consultants, teleconsultation, support to home visits).

Doctors, however, have the perception that many of the resources currently made available by ICT are not yet able to substantially improve certain key aspects of the profession and of care. This concern may partly explain why investments in new ICT technologies are struggling to take off. In 2013, average ICT expenditure by GPs amounted to € 1,270, based on which we can estimate a total cost of no more than € 59,690,000. Average expenditure for 2014 is equal to € 1,345, up by 5.9%.

In any case, electronic medical records are seen as the most effective - and least expensive - solution, although it is still not as widespread as other instruments (such as paper prescriptions, medical records provided by the patients and the telephone). Face-to-face consultation with specialists, although considered very effective, requires an excessive

amount of time for GPs and is therefore rarely used.

On the other hand, consultation for making a diagnosis and/or defining treatment for no less than 83.5% of GPs brings greater benefit to the patient, for 51.1% more security, compared to independent decision-making, while 38.9% say that a consultation is necessary, whatever the outcome, and the remaining 26.1% think, instead, that it only entails greater peace of mind for the patient.

In conclusion, the opinion receiving the most consensus in the survey by the Research Centre of the FIMMG is that: *“Today, the pace of clinical and technological innovation is such that only by integrating the work of GPs and specialists and other healthcare professionals can we hope to achieve more effective results, with respect to patient care”*.

At the same time we cannot fail to mention that an important indication for the development and organisation of primary care, which emerges from the surveys examined in the article, is the essentially functional nature of this much anticipated integration, obtained by also exploiting the opportunities offered to us by technological progress, which, to a large extent, enables us to overcome physical aggregations, which also require massive infrastructure investments, the cost of which is hardly sustainable in the currently unfavourable economic climate.

performance
accesso
scenari appropriatezza
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 11

**Assistenza domiciliare:
l'organizzazione e le differenti coperture regionali**

Capitolo 11

Assistenza domiciliare: l'organizzazione e le differenti coperture regionali

Bernardini A.C.¹

11.1. Il contesto

L'assistenza domiciliare è stata 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”.

L'assistenza domiciliare è un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); già il DPCM 29.11.2001 inserì infatti il LEA domiciliare nell'ambito dell'assistenza distrettuale distinguendo tre tipologie: assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare², attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale, attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV.

Gli interventi ospedalieri a domicilio furono invece inclusi nella macroarea assistenza ospedaliera. I tre livelli identificati individuavano per lo più attività/servizi, le cui prestazioni non erano in gran parte codificate, o almeno non lo erano in maniera sufficientemente dettagliata come affermato nel Documento Commissione LEA 18.10.2006: “Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”.

Con il DPCM 23.04.2008 è stata quindi ridefinita l'articolazione per le cure domiciliari in relazione al grado di complessità del bisogno e di intensità dell'intervento assistenziale nei seguenti livelli:

- cure domiciliari prestazionali (Assistenza Domiciliare Programmata - ADP): caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali anche una sola volta, solo una o due ore, occasionalmente, per un'emergenza oppure a ciclo programmato; attivate dal medico

¹ CREA Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

² Comprende l'assistenza domiciliare integrata (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) e le varie forme di assistenza infermieristica territoriale

di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali, non richiedono una valutazione multi-dimensionale e l'individuazione di un piano di cura multi-disciplinare;

- cure domiciliari integrate (Assistenza Domiciliare Integrata - ADI) di I e II livello: si tratta di un servizio a valenza prettamente sanitaria, che comprende prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni (I livello) o su 6 giorni (II livello) in relazione alla criticità e complessità del caso. Queste prestazioni richiedono una valutazione multi-dimensionale e la formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multi-dimensionale e sono erogate attraverso la presa in carico multi-disciplinare e multi-professionale;
- cure domiciliari integrate (Assistenza Domiciliare Integrata - ADI) a elevata intensità (III livello): costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al *caregiver*; attivate con modalità definite a livello regionale, richiedono una valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un PAI.

Per i malati terminali è stato individuato poi un profilo specifico di cure palliative (Art. 23, DPCM 23.04.2008) che richiede l'intervento di una *équipe* in possesso di specifiche competenze.

Un'ulteriore tipologia di assistenza erogata al domicilio del paziente è l'ospedalizzazione domiciliare, che consente di garantire al domicilio del paziente tutte le prestazioni che normalmente vengono erogate in ospedale e, a differenza di quanto avviene nell'assistenza domiciliare integrata, la responsabilità della cura del malato non ricade sul medico di medicina generale, ma sulla divisione ospedaliera che lo mantiene in carico.

Tabella 11.1. Principali riferimenti normativi nazionali

[Table 11.1. Main national laws]

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 extraospedaliere 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

segue

Tabella 11.1. Principali riferimenti normativi nazionali*[Table 11.1. Main national laws]*

PSN	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	<ul style="list-style-type: none"> • art. 4 “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. • art. 5 “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. • art. 6 “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.

Fonte: elaborazione CREA Sanità su normativa nazionale

[Source: CREA Sanità on national laws]

In relazione, invece, alla modalità di erogazione e al contenuto delle prestazioni³, oltre all'ADI (che ha carattere prevalentemente sanitario e viene gestita dalle ASL, mentre i Comuni si occupano della parte socio-assistenziale denominata "assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari") esistono anche forme di assistenza domiciliare di tipo "sociale":

- 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.

In funzione dell'approccio assistenziale vale la pena di menzionare le forme di tele-soccorso e teleassistenza: interventi tempestivi 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:

- *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 soggetti accreditati pubblici e privati, *profit* e non *profit*,

³ Istat (2014), Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati, anno 2011

svolte da operatori professionali;

- 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, evitando il ricovero in strutture residenziali;
- buono socio-sanitario: sostegno economico a favore di persone in difficoltà erogato nel caso in cui l'assistenza sia prestata da un "caregiver" familiare o appartenente alle reti di solidarietà (vicinato, associazioni).

L'assistenza domiciliare è erogata con modalità diverse, in base all'organizzazione dei servizi territoriali. Ogni Regione ha una propria normativa che ne disciplina le diverse tipologie. Con particolare riferimento all'ADI, come accennato in precedenza il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del "Progetto di Assistenza Individuale" (PAI) socio-sanitario integrato⁴ (DPCM 23.04.2008).

L'accesso all'ADI è pertanto subordinato alla valutazione effettuata da apposite unità con lo scopo di identificare il profilo dell'utente e dunque le necessità assistenziali.

Le Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM), anche definite Unità di Valutazione Integrata (UVI) sono presenti in tutte le Regioni, seppur con acronimi differenti, sono composte in genere da un dirigente medico responsabile, dal MMG (o PLS), dall'assistente sociale individuato dai comuni associati, responsabile della presa in carico per la parte sociale, da un infermiere professionale e dalle altre figure specialistiche di volta in volta coinvolgibili nella valutazione del singolo caso.

Le Regioni utilizzano differenti strumenti per la valutazione multidimensionale (o integrata) del bisogno per l'assistenza domiciliare integrata. Alcune Regioni hanno per esempio individuato strumenti ad hoc atti a valutare il bisogno assistenziale per inquadrare specificamente il paziente (solitamente anziano) all'interno del contesto delle cure domiciliari, valutando la disponibilità della rete familiare ed il contesto abitativo; altri strumenti, più generici, valutano poi l'autonomia del paziente per individuare le necessità assistenziali sia nell'ambito dell'assistenza domiciliare che nell'assistenza residenziale.

⁴ Ad eccezione delle cure domiciliari prestazionali previste dal comma 3, lett. a) del DPCM 23.04.2008

Tabella 11.2. Strumenti per la valutazione multi-dimensionale del bisogno di assistenza domiciliare integrata (ADI)

[Table 11.2. Tools for multi-dimensional evaluation of the needs for integrated home care services]

Regione / Region	Strumenti / tools
Emilia Romagna	<u>BINA HOME</u> (Breve Indice della Non-autosufficienza per Anziani non istituzionalizzati): viene utilizzata in modo sistematico dalle UVG (Unità di Valutazione Geriatriche) dal 1994 (L.R. 5.4.1994). Oltre a valutare i principali domini funzionali, evidenziano il grado di disponibilità della rete familiare e sociale e l'adeguatezza dei fattori abitativi ed ambientali del contesto in cui l'anziano vive.
Lazio	<u>Scala ADL (Activities of Daily Living)</u> : scala ordinale utilizzata per misurare le prestazioni di un soggetto nelle attività della vita quotidiana. <u>Scala IADL (Instrumental Activities of Daily Living)</u> : valuta le capacità di compiere attività strumentali della vita quotidiana. <u>Scheda Geronte</u> : valutazione dell'autonomia del paziente e del carico medio assistenziale infermieristico e tutelare giornaliero che consegue ad eventuali handicap. <u>Scheda di depressione geriatrica</u> <u>Mini Mental State Examination (MMSE)</u> : test per la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettiva e della presenza di deterioramento cognitivo.
Lombardia	VAOR – Versione <i>HOME CARE</i> A partire dal 2014 il sistema VAOR (Valutazione dell'Anziano Ospite di Residenza) viene assunto quale strumento regionale per la valutazione multidimensionale del bisogno.
Puglia e Veneto	Scala di Valutazione Multidimensionale dell'anziano (SVAMA)

Fonte: elaborazione CREA Sanità su normativa regionale
[Source: CREA Sanità on regional laws]

Quanto sopra esposto si riferisce all'assistenza domiciliare pubblica; esistono anche forme di assistenza domiciliare privata, fornita generalmente da singoli operatori a pagamento su richiesta degli anziani (o delle famiglie).

L'accesso all'assistenza domiciliare privata è ovviamente strettamente associata alle condizioni economiche delle famiglie. Si rimanda al Capitolo 4 per un approfondimento sulla propensione delle famiglie italiane a consumare servizi sanitari a pagamento.

11.2. L'offerta

Il modello gestionale più diffuso in Italia è quello che vede l'assistenza domiciliare "sociale" gestita dai Comuni (singolarmente o in forma associata) e l'assistenza domiciliare "sanitaria" gestita dalle Aziende Socio-Sanitarie Locali (dipendenti dalle Regioni). La gestione del servizio può essere diretta (ossia, svolta da personale dipendente dell'Ente Locale) oppure indiretta (affidata a società private *no-profit*, in genere cooperative sociali).

Le ASL e i Comuni dovrebbero collaborare nella gestione di questi servizi, ma in mancanza di modelli comuni di interazione, le forme di collaborazione risultano essere, di fatto, le più svariate.

Esistono poi evidenti disparità regionali nella fornitura dell'assistenza domiciliare in termini di copertura del Servizio da parte dei Comuni e della ASL.

In particolare, in Italia si registrano complessivamente 145 ASL con Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) attivo nel 2011 (il 100% delle esistenti), con una riduzione rilevante nel periodo 2001/2011 (40 ASL) dovuta all'accorpamento di più ASL in alcune realtà regionali. Questo fenomeno ha naturalmente inciso sulla dimensione media delle ASL con servizio di ADI.

Tabella 11.3. Numero di ASL con servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) e dimensione media (abitanti afferenti). Valori assoluti, anni 2001-2011

[Table 11.3. Number of ASL (Italian Local Health Units) with integrated home care services and average inhabitants per ASL, 2001-2011]

Regione / Region	ASL / Italian Local Health Authorities		ASL con ADI		Dimensione media (abitanti afferenti) / Average size	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Italia	197	145	185	145	307.896	418.113
Nord	88	74	87	74	293.256	375.179
Nord-Ovest	43	34	43	34	347.018	474.120
Nord-Est	45	40	44	40	240.716	291.080
Centro	41	29	37	29	294.580	412.080
Sud e Isole	68	42	61	42	336.852	497.925
Sud	51	25	44	25	316.706	567.455
Isole	17	17	17	17	388.992	395.676
Piemonte	22	13	22	13	191.792	342.872
Valle d'Aosta	1	1	1	1	119.273	128.230
Lombardia	15	15	15	15	600.272	661.181
Pr. Aut. di Bolzano	4	1	4	1	115.275	507.657
Pr. Aut. di Trento	1	1	1	1	474.310	529.457
Veneto	21	21	20	21	225.429	235.136
Friuli Venezia Giulia	6	6	6	6	196.873	205.968
Liguria	5	5	5	5	315.800	323.358
Emilia- Romagna	13	11	13	11	305.100	402.947
Toscana	12	12	12	12	291.238	312.484
Umbria	4	4	3	4	274.729	226.622

segue

Tabella 11.3. Numero di ASL con servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) e dimensione media (abitanti afferenti). Valori assoluti, anni 2001-2011

[Table 11.3. Number of ASL (Italian Local Health Units) with integrated home care services and average inhabitants per ASL, 2001-2011]

Regione / Region	ASL / Italian Local Health Authorities		ASL con ADI		Dimensione media (abitanti afferenti) / Average size	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Marche	13	1	13	1	112.620	1.565.335
Lazio	12	12	9	12	568.483	477.391
Abruzzo	6	4	5	4	252.260	335.592
Molise	4	1	4	1	80.367	319.780
Campania	13	7	10	7	570.814	833.437
Puglia	12	6	11	6	366.005	681.877
Basilicata	5	2	5	2	119.881	293.759
Calabria	11	5	9	5	224.302	402.279
Sicilia	9	9	9	9	553.119	561.231
Sardegna	8	8	8	8	204.349	209.426

Fonte: Ministero della Salute e Istat

[Source: Ministry of Health and Istat (National Institute of Statistics in Italy)]

Con riferimento al servizio di ospedalizzazione domiciliare, esso risulta essere attivo, nel 2011, in 68 strutture pubbliche (11,4% delle strutture totali) e in 12 case di cura accreditate (2,3%). In alcune Regioni questo servizio è completamente assente: in Piemonte, in Valle D'Aosta, nelle PA di Trento e Bolzano, in Umbria, nelle Marche, in Basilicata e in Calabria.

Il bacino di utenza medio delle strutture italiane che offrono servizi di ospedalizzazione domiciliare sfiora appena, nel 2011, i 757.000 abitanti (-15% dal 2001), con elevati scosta-

menti a livello interregionale⁵.

Per quanto riguarda l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale a livello comunale (indicata con "SAD"), si riscontrano delle differenze in relazione alla tipologia di servizio offerto e alla categoria di beneficiari. Il servizio a favore di anziani è attivo nell'87,1% dei Comuni con valori che vanno dal 42,1% in Calabria ad una copertura totale del servizio (100%) nella P.A. di Trento. Lo stesso servizio rivolto ai disabili è operativo nel 72,8% dei Comuni, dove è sempre la Calabria a presentare la copertura più esigua con il 36,7%, di contro l'Abruzzo arriva ad una copertura del 92,8% dei Comuni.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari-Adi fornita agli anziani, il servizio risulta attivo nel 44,4% dei Comuni, con notevoli differenze territoriali; dall'1,5% dei Comuni in Molise all'88,1% in Veneto. I Comuni che attivano questo servizio nei confronti dei disabili sono invece il 32,2% con valori che vanno dallo 0,5% nella P.A. di Trento al 70,9% in Piemonte.

I *voucher*, gli assegni di cura e i buoni socio-sanitari sono previsti da circa la metà dei Comuni presenti sul territorio (nello specifico il 50,1% ed il 51,0% dei comuni rispettivamente per disabili e anziani). In tutti i Comuni della P.A. di Trento è attivo il servizio per entrambe le categorie di utenti, di contro la Valle d'Aosta registra la copertura minima (nessun servizio attivo nei confronti dei disabili e pari solo all'1,4% verso gli utenti anziani).

⁵ Ministero della Salute (2014), *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale - Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende ospedaliere - Anno 2011* e Istat (2014), *dati su popolazione italiana*

11.3. Gli assistiti

In Italia, nel 2011, sono stati trattati in assistenza domiciliare (da parte dei Comuni) 410.001 utenti; il 57,2% di essi ha ricevuto assistenza domiciliare socio-assistenziale, il 21,0% è stato trattato in Adi ed il 21,8% ha ricevuto *voucher*, assegni di cura o buoni socio-sanitari. Il 75,1% dei destinatari complessivi è costituito da anziani (persone con età \geq 65 anni) e il 18,8% da disabili; il restante 6,1% appartiene all'area povertà, disagio adulti e senza fissa dimora e all'area famiglie e minori, e non verrà trattato in questo capitolo in quanto riguarda attività non strettamente sanitarie.

Sempre nel 2011 si registrano complessivamente 676 casi di assistenza domiciliare per 100.000 abitanti; valori più elevati nelle Regioni del Nord con un tasso di 875 utenti per 100.000 abitanti, seguite dalle Regioni del Sud e Isole e dalle Regioni del Centro (rispettivamente con 543 e 448 utenti per 100.000 abitanti).

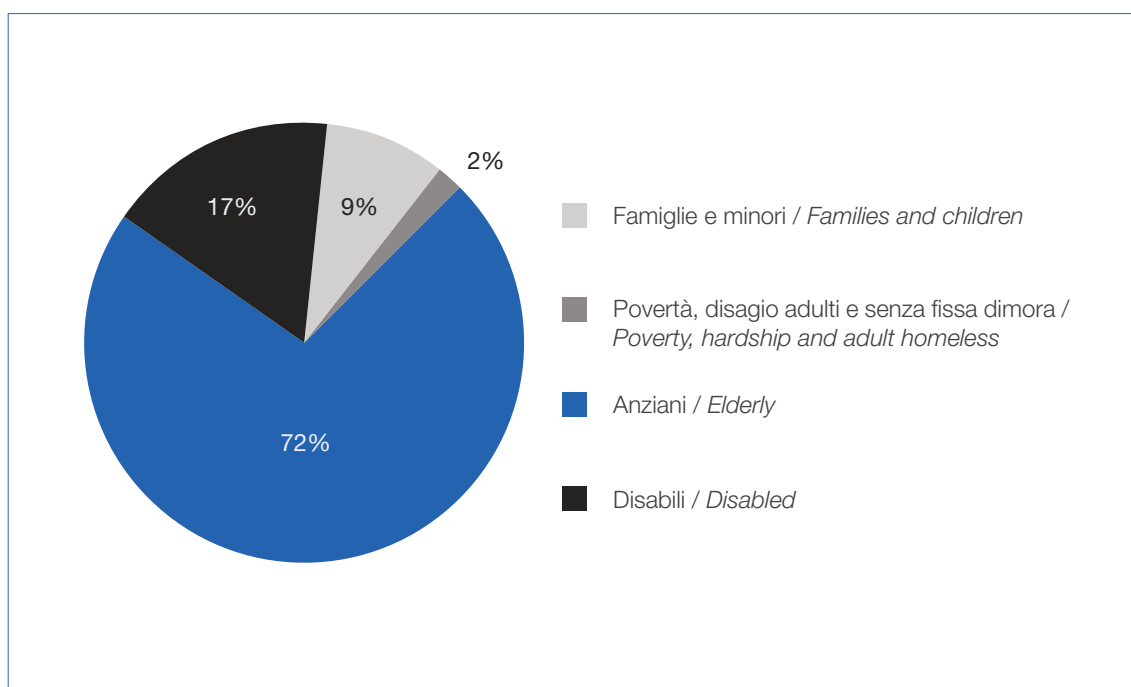
Al fine di analizzare gli utenti che usufruiscono dei servizi di assistenza domiciliare è opportuno dettagliare l'osservazione per tipologia di servizio.

Assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)

In Italia, nel 2011, sono stati trattati in assistenza domiciliare socio-assistenziale (da parte dei Comuni) complessivamente 234.324 persone. La ripartizione per tipologia di utenza mostra come il 72% degli utenti complessivi sia rappresentato da anziani *over65* e il 17% da disabili (il restante 11% da categorie escluse dalla nostra analisi).

**Figura 11.1. Utenti in assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) -
Distribuzione per tipologia. Valori %, anno 2011**

[Figure 11.1. Home care and social services (SAD) recipients – Percentage distribution by type, 2011]



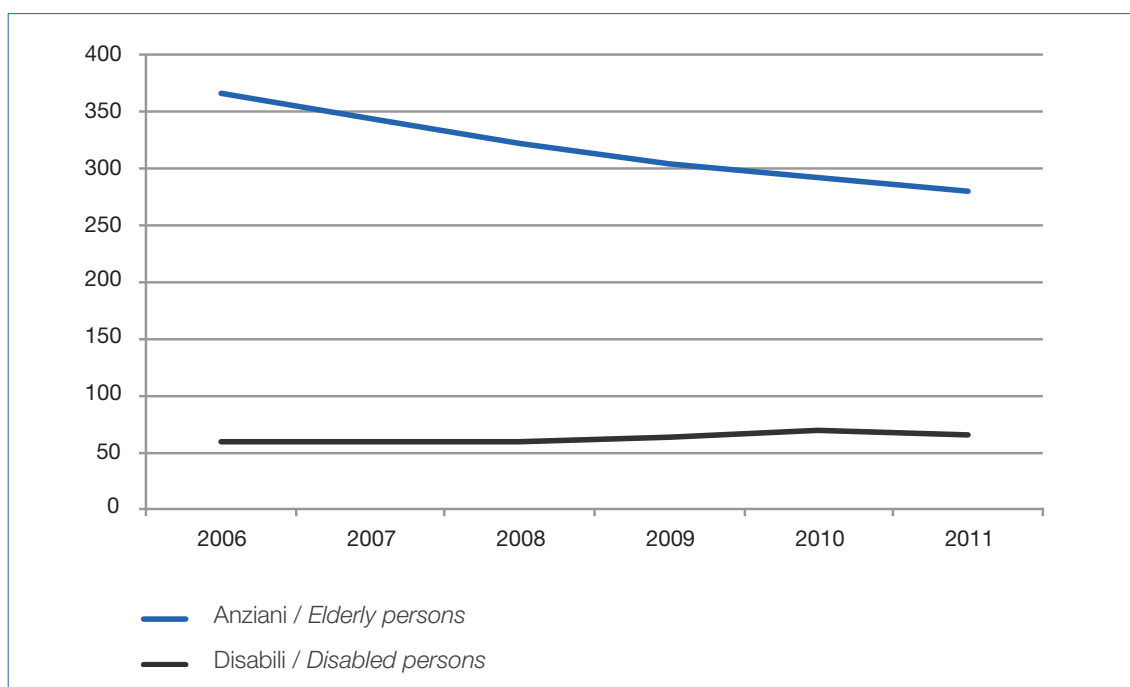
Fonte/Source: Istat

Queste due aree di utenza, che come detto sono quelle oggetto della nostra analisi, hanno registrato un *trend* opposto nel periodo 2006-2011: il numero di utenti anziani (≥ 65 anni) ha subito una riduzione del 23%, passando da 365 utenti a 280 per 100.000 abitanti, mentre il numero di disabili che usufruiscono di questo servizio ha registrato un aumento del 10% (da 60 utenti per 100.000 abitanti nel 2006 a 65 nel 2011).

Figura 11.2. Utenti anziani e disabili in assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD). Valori per 100.000 abitanti, anni 2006-2011

[Figure 11.2. Elderly and disabled recipients of home care and social services (SAD).

Per 100,000 inhabitants, 2006-2011]



Fonte/Source: Istat

Il tasso per 100.000 abitanti permette di rilevare una elevata eterogeneità regionale: sempre nel 2011, i tassi di utenti disabili ogni 100.000 abitanti che usufruiscono di questa categoria di servizi vanno da 8 in Valle d'Aosta a 430 in Sardegna.

Analogamente, il numero di fruitori del servizio ≥ 65 anni si discosta notevolmente tra le Regioni: se si considera il tasso di *over65* che hanno beneficiato di assistenza SAD sul totale della popolazione *over65*, mentre a livello nazionale esso è pari a 1.379 su 100.000, in Valle d'Aosta arriva a 5.243 mentre in Umbria si "ferma" a 296.

Assistenza Domiciliare Integrata

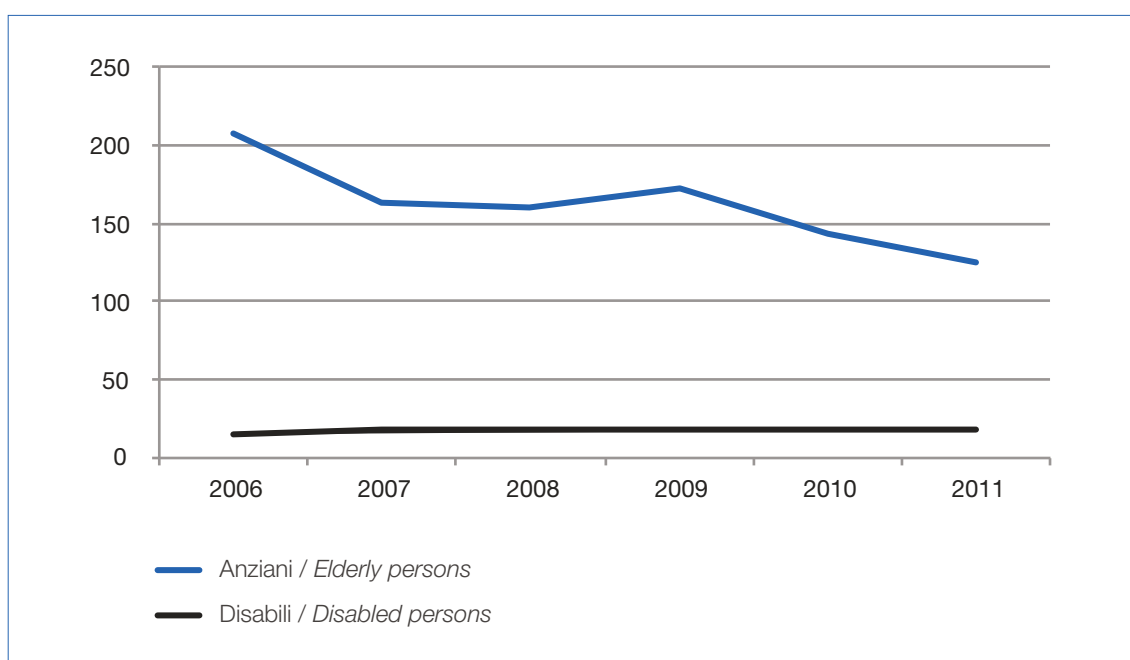
- **Comuni**

In Italia, nel 2011, sono stati trattati dai Comuni complessivamente 86.136 utenti in assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari - Adi: di questi, l'87% nell'area anziani ed il 13% nell'area disabili. Dal 2006 al 2011 si registra una riduzione di circa il 36% in termini di utenti complessivi trattati in Adi per 100.000 abitanti (passando da 221 a 142). L'analisi del periodo mostra come la riduzione sia dovuta prevalentemente alla contrazione dell'area anziani (-40%), che passa da un tasso pari a 207 nel 2006 a 124 per 100.000 abitanti nel 2011, mentre gli utenti disabili trattati in Adi sono cresciuti del 22% (da 15 a 18 utenti disabili per 100.000 abitanti).

Figura 11.3. Utenti anziani e disabili in assistenza domiciliare integrata (Adi).

Valori per 100.000 abitanti, anni 2006-2011

[Figure 11.3. Elderly and disabled recipients of integrated home care services (Adi). Per 100,000 inhabitants, 2006-2011]



Fonte/Source: Istat

Il tasso per 100.000 abitanti, nel 2011, è pari a circa 18 per gli utenti disabili, con valori che vanno da 0,3 utenti per 100.000 abitanti in Molise (escluse le Regioni che non registrano utenti per questa categoria: Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e P.A. di Trento) a oltre 47 in Veneto.

Se si considera, di nuovo, il tasso di over65 che hanno beneficiato di assistenza Adi sul totale della popolazione over65, mentre a livello nazionale esso è pari a 613 su 100.000, in Veneto arriva a 3.973 mentre in Molise non supera i 13 utenti su 100.000.

- **ASL**

Se l'assistenza comunale sembra ridursi, aumenta invece significativamente quella delle ASL.

Secondo gli ultimi dati messi a disposizione nel 2014 dal Ministero della Salute⁶, sono stati trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI), nel 2011, complessivamente 605.896 casi, con un incremento consistente del numero di assistiti a domicilio rispetto al 2001 (+124%). Se il tasso nazionale per 100.000 abitanti è pari a 999, esso risulta essere più elevato nelle Regioni del Nord, con 1.262 utenti per 100.000 abitanti, seguite dalle Regioni del Centro, con 1.047 utenti per 100.000 abitanti e dalle Regioni del Sud e Isole con valori al di sotto della media nazionale (623 utenti per 100.000 abitanti). In dettaglio, il tasso oscilla da 2.613 per 100.000 abitanti in Emilia-Romagna a 143 nella P.A. di Bolzano.

Dei 605.896 casi trattati in ADI dalle ASL nel 2011, l'83,2% di essi – più di 504.000 casi - ha riguardato anziani (*over65*), mentre il 9,1% pazienti terminali.

Per ciò che concerne le ore di assistenza erogata, i dati disponibili permettono di analizzare solo i casi trattati dalle ASL in ADI. In Italia sono in media 22 le ore impiegate per caso nel 2011; 13.419.022 le ore totali: di queste, il 64% corrisponde alle ore infermieri, il 18% alle ore terapisti della riabilitazione ed il 18% alle ore di servizio prestate da altri operatori.

⁶ Ministero della Salute, Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario (2014), Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale - Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende ospedaliere - Anno 2011

Il valore più elevato si registra in Molise con 74 ore per caso trattato (+104% dal 2001); di contro, il valore più esiguo interessa il Friuli-Venezia Giulia, dove sempre nel 2011 sono 3 le ore di assistenza fornita per caso trattato in ADI (-83% dal 2001).

A fronte di un aumento del 124% dei casi trattati in ADI da parte delle ASL, le ore complessive sono aumentate dell'84%, comportando quindi una riduzione del 18% delle ore medie per caso trattato dal 2001 al 2011 (da 27 ore nel 2001 a 22 ore nel 2011).

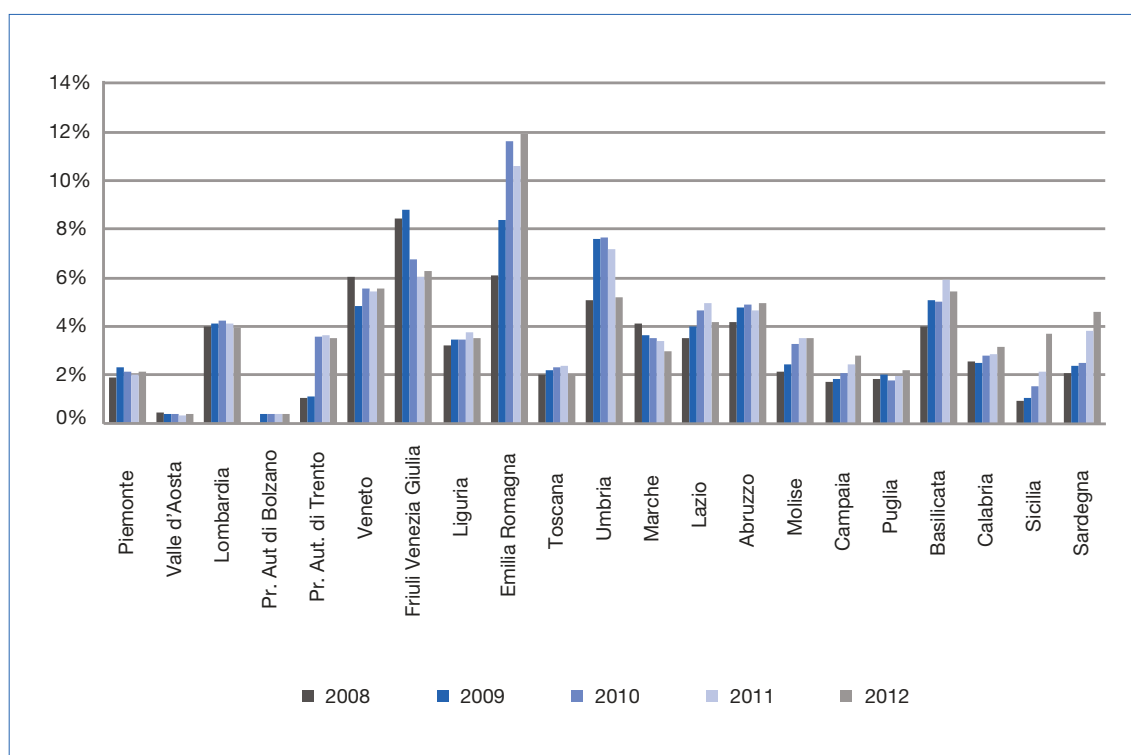
Sempre nel 2011, sono 21 le ore di assistenza domiciliare integrata per ciascun anziano che ha usufruito del servizio, mentre sono 23 le ore per paziente terminale.

Dati più recenti mostrano come nel 2012 il dato sia in crescita: sono stati trattati in assistenza domiciliare integrata complessivamente 532.536 anziani, che costituiscono circa il 4% della popolazione over65 anni. La "Percentuale di anziani ultra 65enni trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)"⁷ registra, dal 2008 al 2012, un incremento del numero di assistiti con spiccate differenze territoriali; il valore massimo si registra in Emilia -Romagna con un'incidenza pari a 11,94%, seguita dal Friuli-Venezia Giulia con un valore pari a 6,26%; di contro, la P.A. di Bolzano e la Valle D'Aosta presentano l'incidenza minore pari allo 0,4%.

⁷ Indicatore della "Griglia di mantenimento dell'erogazione dei LEA" contenuto nel questionario LEA proposto annualmente dal Ministero della Salute

Figura 11.4. Utenti over65 in assistenza domiciliare integrata (ADI) - Incidenza su popolazione over65. Valori %, anni 2008-2012

[Figure 11.4. Over 65 years old recipients of integrated home care services (ADI) - Incidence on over 65 population. Percentage, 2008-2012]



Fonte: Ministero della Salute
[Source: Ministry of Health]

Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario

In Italia, nel 2011, sono stati erogati complessivamente dai Comuni 89.541 voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari; di questi, il 70% è stato destinato agli utenti anziani ed il 30% ai disabili.

Dal 2006 al 2011 queste erogazioni monetarie nei confronti di anziani e disabili sono passate da 121 a 148 per 100.000 abitanti, registrando un incremento di circa il 22%.

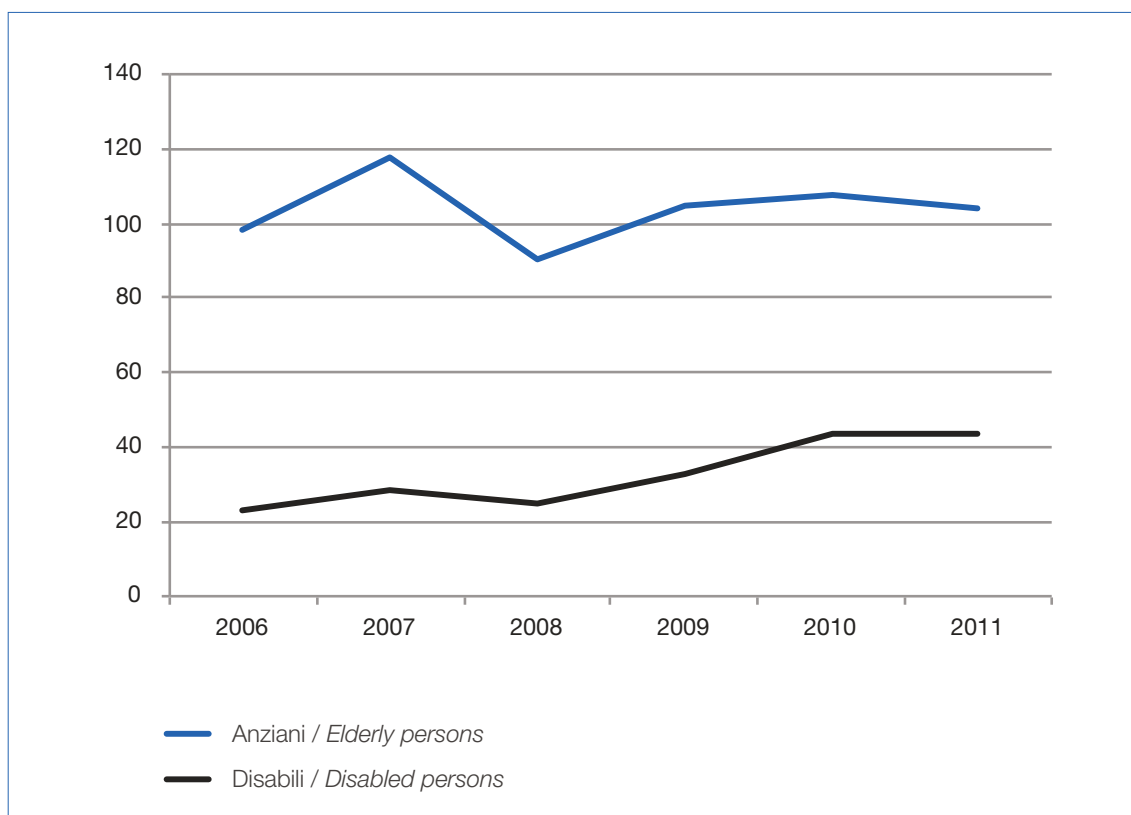
L'aumento più consistente si è registrato nelle Regioni del Sud e nelle Isole (+241,8%), dove si è passati da 32 a 109 utenti per 100.000 abitanti. Gli ultimi dati disponibili mostrano però un leggero decremento (-2%) tra il 2010 ed il 2011.

Il *trend* per tipologia di utente mostra una crescita consistente (+90%) degli utenti disabili (da 23 a 44 utenti per 100.000 abitanti) ed una crescita più modesta (+9%) per gli anziani (da 98 a 104 utenti per 100.000 abitanti) nel periodo 2006-2011.

Il tasso per 100.000 abitanti, nel 2011, è pari a 44 per gli utenti disabili (per questa categoria di servizi) con valori che vanno da 2 utenti per 100.000 abitanti nel Lazio a 247 in Sicilia. I fruitori anziani (518 utenti per 100.000 abitanti con età \geq 65 anni – valore Italia) si discostano notevolmente a livello Regionale: da un tasso di 11 utenti su 100.000 abitanti con età \geq 65 anni in Umbria a ben 2.670 in Veneto.

Figura 11.5. Beneficiari di voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari nell'area anziani e disabili. Valori per 100.000 abitanti, anni 2006-2011

[Figure 11.5. Elderly and disabled recipients of vouchers, care allowance and social health coupons. Per 100,000 inhabitants, 2006-2011]



Fonte / Source: Istat

11.4. La spesa

La spesa dei Comuni per assistenza domiciliare, rilevata e pubblicata da Istat, comprende: l'assistenza socio-assistenziale, l'Adi, i servizi di prossimità, telesoccorso e teleassistenza, i *voucher*, la distribuzione pasti e/o lavanderia ed altre spese. Con riferimento agli utenti, le categorie analizzate da Istat sono quelle già indicate nella figura 11.1. Stando agli ultimi dati rilasciati⁸, la spesa totale così definita si attesta, nel 2011 a € 885,2 mln.; di questi, circa € 571,47 mln. (64,5% circa) vengono erogati in favore di utenti anziani e € 233,58 mln. (26,3% circa) per utenti disabili (per un totale di € 805,05 mln.).

Analizzando la spesa totale dei Comuni per assistenza domiciliare – come sopra definita - in termini pro-capite, a livello nazionale essa si attesta a € 14,6, registrando nel quinquennio 2006-2011 un incremento che sfiora il +13%: la crescita maggiore si osserva nelle Regioni del Sud e nelle Isole, ed è pari al +46,4% (passando da una spesa pro-capite di € 8,9 ad una pari a € 13,1); di contro, le Regioni del Nord mostrano, in media, un incremento ben più modesto pari al +2%, con una spesa per utente che passa da € 15,4 a € 15,7. La tendenza incrementale generale viene compensata da valori negativi di alcune Regioni, tra cui: l'Emilia-Romagna (-22,2%), il Lazio (-8,2%), il Friuli-Venezia Giulia (-8%), la Valle d'Aosta (-4,2%), l'Umbria (-3,5%) ed il Molise (-3,2%).

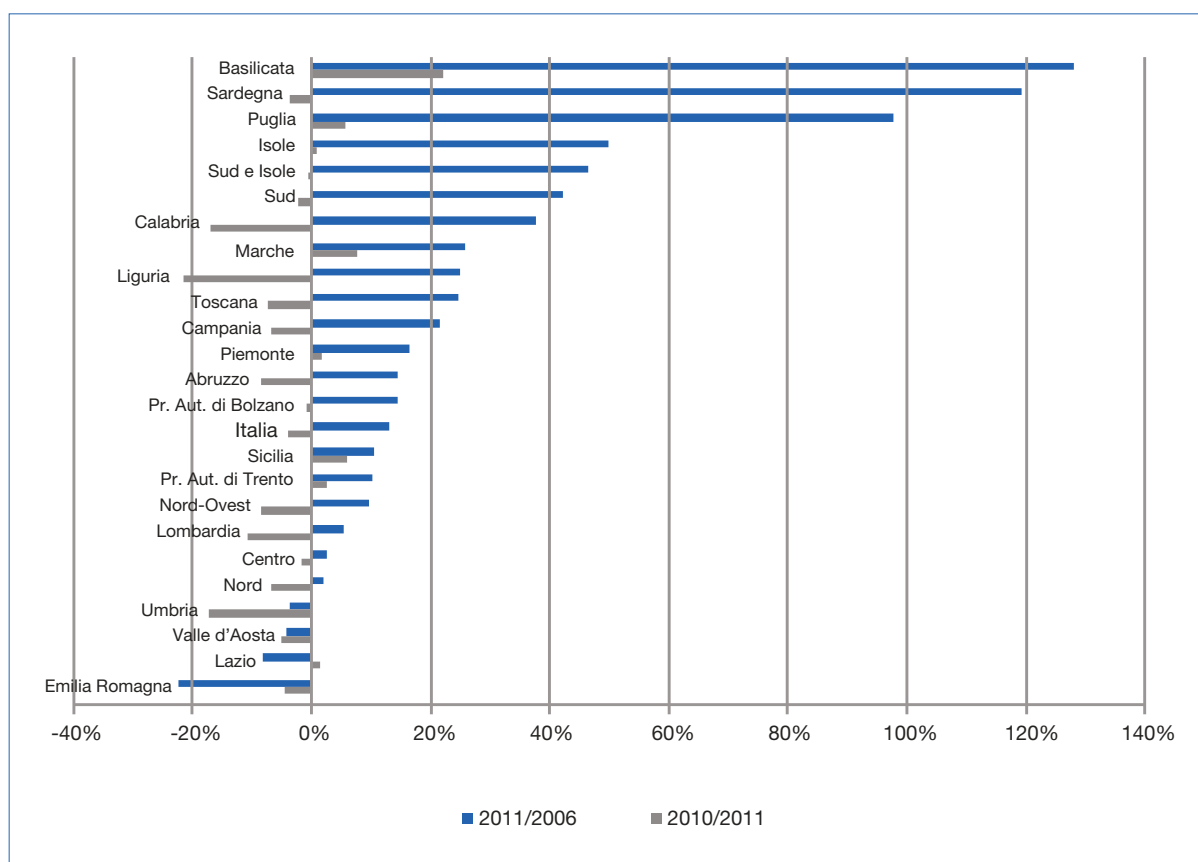
Nell'ultimo biennio disponibile (2010-2011) si registra una inversione di tendenza con una riduzione in termini pro-capite del -3,9%; la contrazione maggiore in Liguria (-21,6%), seguita dall'Umbria (-17,1%) e dalla Calabria (-16,9%).

⁸ ISTAT (2014), Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati, anno 2011

Figura 11.6. Spesa pro-capite dei Comuni singoli e associati per assistenza domiciliare. Variazioni %, anni 2006-2011

[Figure 11.6. Per capita municipal expenditure on home care services.

Percentage changes, 2006-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

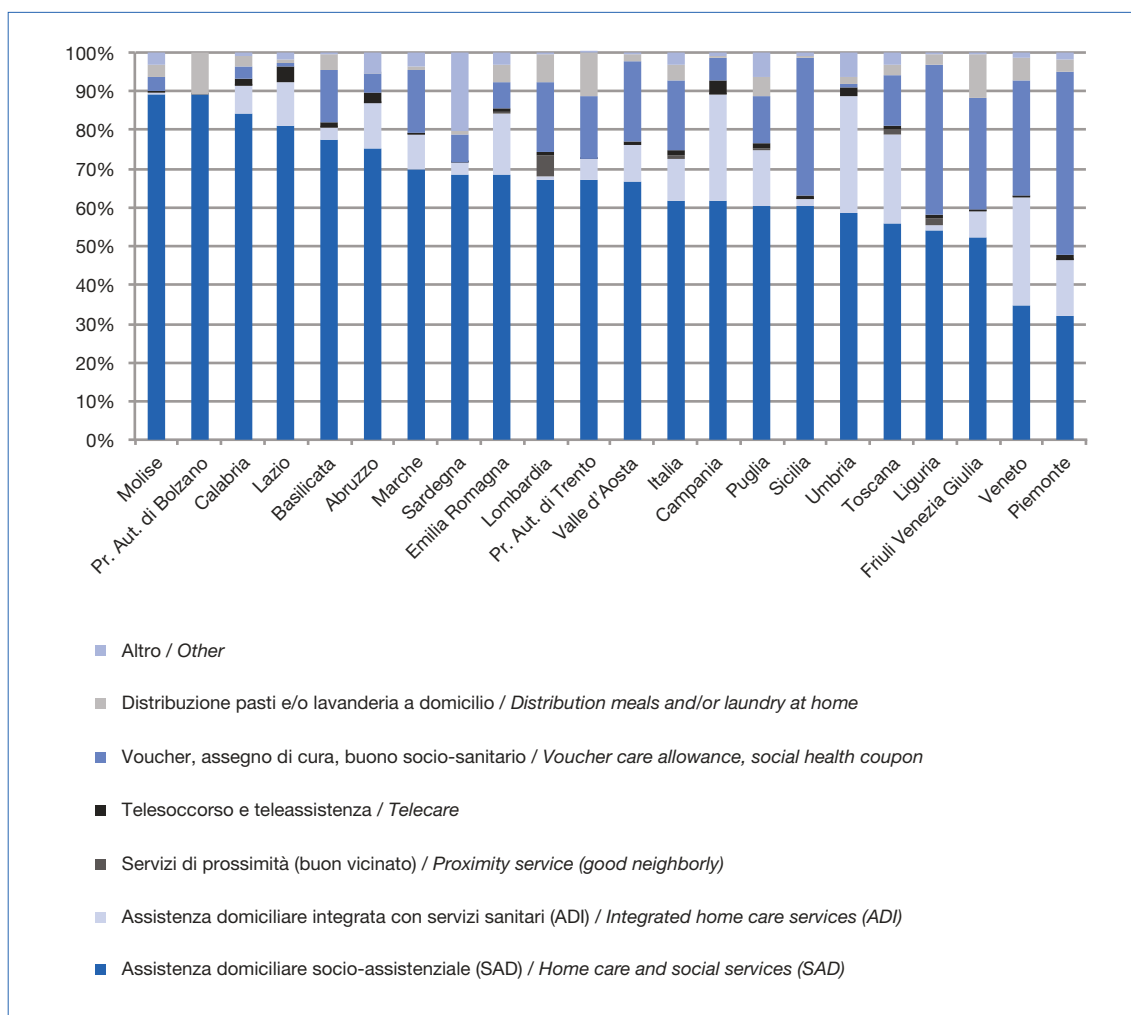
Come detto in precedenza, la spesa dei Comuni per assistenza domiciliare comprende molteplici tipologie di servizi, che incidono in misura differente sulla spesa totale.

L'analisi dell'incidenza delle singole voci mostra come, nel 2011, sia la spesa per assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) a registrare il valore più elevato con un'inciden-

za sulla spesa domiciliare totale dei Comuni pari al 61,9%, seguita dalla spesa per *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (con il 17,7%) e dall'Adi (10,7%).

Figura 11.7. Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare - Incidenza delle singole voci di spesa. Valori %, anno 2011

[Figure 11.7. Municipal expenditure on home care services - Incidence of each item. Percentage, 2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

La composizione della spesa mostra discrete differenze regionali; analizziamo di seguito nel dettaglio le tre principali voci di spesa sopra elencate (che a livello nazionale rappresentano oltre il 90% della spesa domiciliare totale).

Assistenza domiciliare socio - assistenziale (SAD)

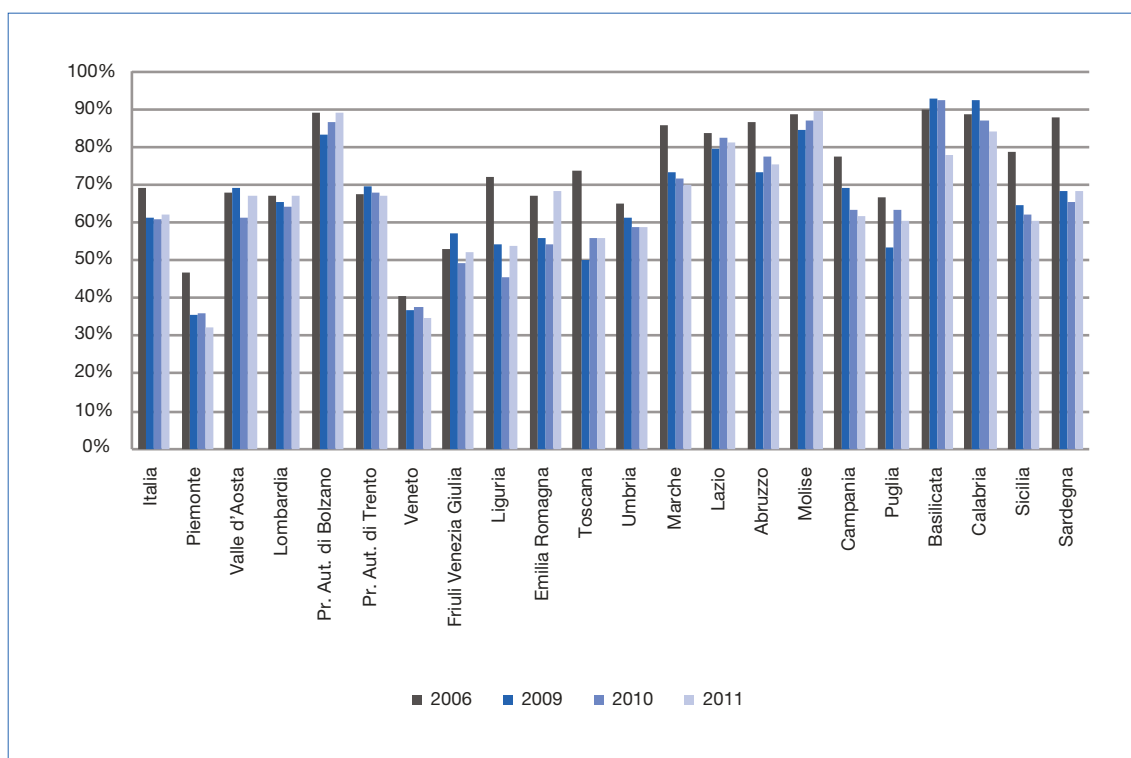
La spesa totale dei Comuni per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) - considerando tutte le tipologie di utenti - si attesta nel 2011 intorno ai € 548 mln. (€ 2.377 per utente) incidendo per il 61,9% sulla spesa domiciliare totale. Dal 2006 al 2011 l'incidenza della spesa per SAD su quella totale ha subito una flessione di 7,2 punti percentuali. Negli ultimi 5 anni l'incidenza della spesa per SAD su quella totale non presenta, tuttavia, grandi variazioni, attestandosi sempre su valori superiori al 60%.

L'analisi territoriale mostra come nel 2011 siano le Regioni del Centro a presentare complessivamente un'incidenza maggiore pari al 72,1%, seguite da quelle del Sud e Isole (65,8%) ed infine dalle Regioni del Nord (55,4%). Il valore massimo si registra in Molise, con un'incidenza pari al 89,3% e quello minimo in Piemonte pari al 32,1%.

Nell'arco di tempo considerato (2006-2011) la Sardegna e la Sicilia registrano il decremento, in termini di incidenza sulla spesa totale, più elevato, pari rispettivamente a circa 19 punti percentuali per la prima e a 18 per la seconda; di contro l'Emilia-Romagna mostra un incremento, passando da un'incidenza del 66,9% nel 2006 ad una pari a 68,4% nel 2011.

Figura 11.8. Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) – Incidenza sulla spesa domiciliare totale dei Comuni. Valori %, anni 2006-2011

[Figure 11.8. Municipal expenditure on home care and social services (SAD) - Incidence on total home care expenditure of municipalities. Percentage, 2006-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Considerando solo le categorie di non-autosufficienti (come detto più volte, tipicamente anziani e disabili), la spesa per assistenza SAD per anziani (€ 345,48 mln.) e per disabili (€137,95 mln.) rappresenta l'88,22% della spesa SAD totale.

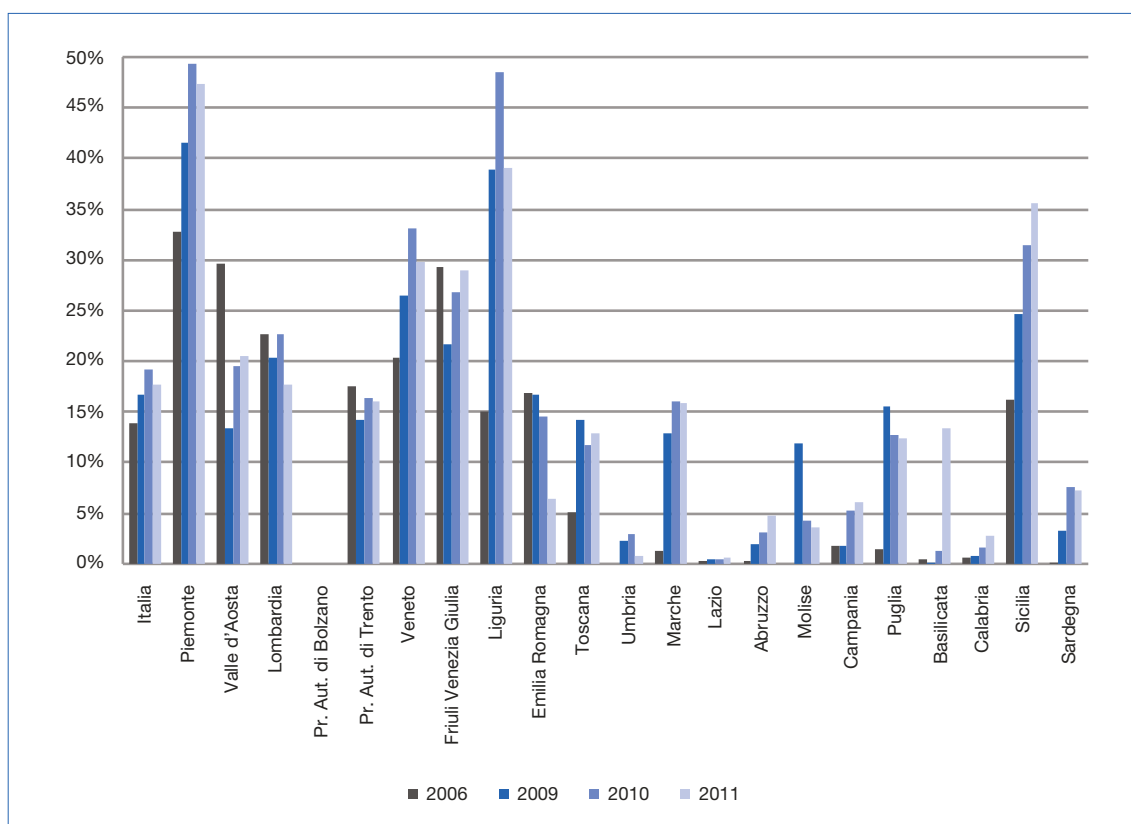
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario

La spesa dei Comuni per l'erogazione di *voucher*, assegni di cura, buoni socio-sanitari - considerando sempre tutte le tipologie di utenti - si attesta nel 2011 a € 157 mln. (€ 1.754 per utente) incidendo per il 17,7% sulla spesa domiciliare totale. Dal 2006 al 2011 si può osservare un lieve incremento passando da una quota del 13,9% ad una pari al 17,7%. Non si registrano complessivamente oscillazioni rilevanti, attestandosi sempre su valori superiori al 13%, ma sussiste una discreta eterogeneità interregionale.

Considerando solo le categorie di non-autosufficienti, la quota della spesa per *voucher*, assegni di cura e buoni socio-sanitari a favore di anziani (€ 100,34 mln.) e disabili (€ 49,6 mln.) è pari a 95,5%.

Figura 11.9. Spesa dei Comuni per voucher - Incidenza sulla spesa domiciliare totale dei Comuni. Valori %, anni 2006-2011

[Figure 11.9. Municipal expenditure: vouchers - Incidence on total home care expenditure of municipalities. Percentage, 2006-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

La ripartizione regionale evidenzia come siano le Regioni del Nord complessivamente a presentare un'incidenza maggiore pari al 24,4%, seguite da quelle del Sud e Isole (15%) e infine dalle Regioni del Centro (5,4%). Il valore massimo si registra in Piemonte con un'incidenza del 47,4%, mentre quello minimo, tralasciando la P.A. di Bolzano dove la spesa per i *voucher* è nulla, nel Lazio e nell'Umbria che non raggiungono neanche l'1%, seguito dalla Calabria con il 2,7.

Fra le variazioni (2006-2011) spicca il caso della Liguria che passa da un'incidenza della spesa per *voucher* del 15% del 2006, ad una pari al 39% del 2011, dovuta ad un forte incremento della spesa nel periodo considerato (da circa € 2,7 mln. a quasi € 8,8 mln.).

Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari (Adi)

La spesa dei Comuni per l'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari si attesta nel 2011 intorno a € 95 mln. (€ 1.102 per utente) incidendo per il 10,7% sulla spesa domiciliare totale. Dal 2006 al 2011 si rileva una lieve flessione passando da una quota pari al 10,2% a 10,7%. Non si registrano complessivamente oscillazioni rilevanti.

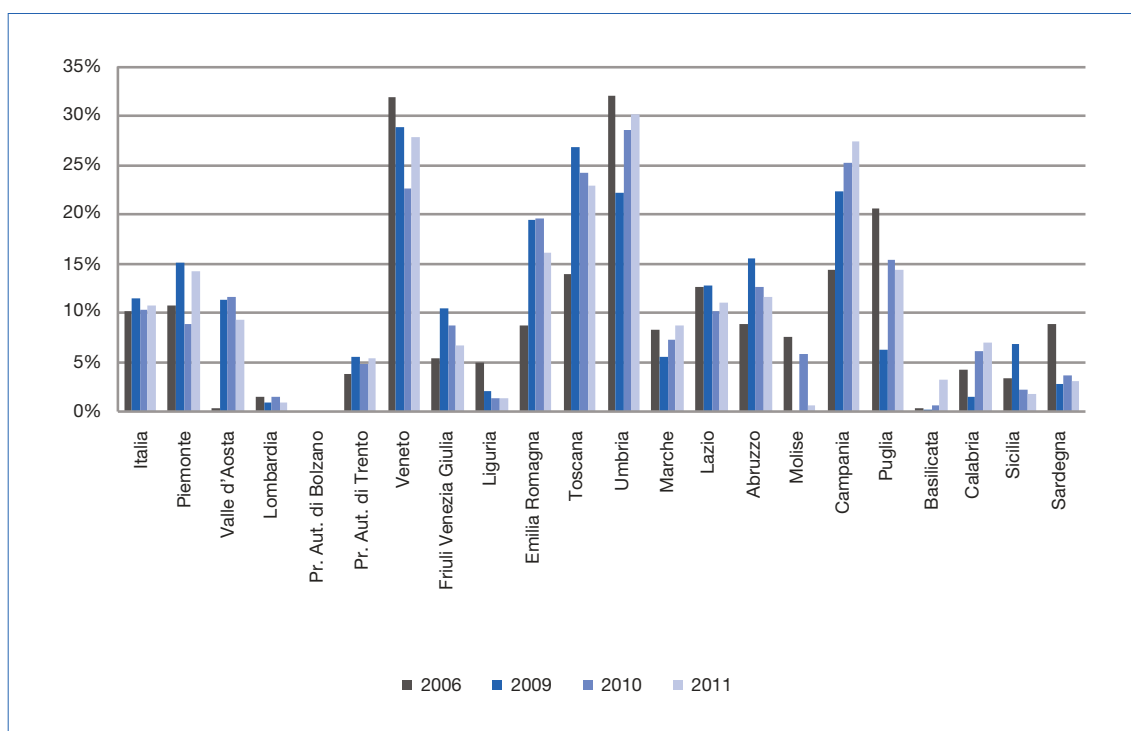
L'analisi della spesa dei Comuni ci permette di osservare come le Regioni del Centro presentano complessivamente un'incidenza maggiore pari al 15,1%, seguite da quelle del Nord (10,3%) e infine dalle Regioni del Sud e Isole (9,0%). Il valore massimo si registra in Umbria con un'incidenza pari al 30,1%, mentre quello minimo, tralasciando la P.A. di Bolzano dove la spesa per Adi è nulla, in Molise che non raggiunge neanche l'1%.

Osservando il periodo 2006-2011 va menzionato il caso della Campania che passa da un'incidenza della spesa per Adi del 14,4% nel 2006, ad una pari all'27,4% del 2011, dovuta ad un notevole aumento della spesa nel quinquennio considerato (da circa € 5 mln. a più di € 12 mln.).

Considerando solo le categorie di non-autosufficienti, la quota di spesa per assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari a favore di anziani (€ 68,18 mln.) e disabili (€ 24,96 mln.) è pari al 98,04%.

Figura 11.10. Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare integrata (Adi) – Incidenza sulla spesa domiciliare totale dei Comuni. Valori %, anni 2006-2011

[Figure 11.10. Municipal expenditure: integrated home care services (Adi) - Incidence on total home care expenditure of municipalities. Percentage, 2006-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Riassumendo, per l'anno 2011, il dettaglio della spesa per assistenza domiciliare sostenuta dai Comuni italiani a favore di disabili e anziani, si osservano i fenomeni di seguito descritti.

Disabili

- spesa per assistenza domiciliare totale (di seguito solo “spesa”), per tutte le tipologie di servizi: € 233,58 mln.;
- spesa totale per 1.000 abitanti: € 3.852 (variazione 2006-2011: + 34,8%);
- spesa per assistenza socio-assistenziale (SAD): € 137,95 mln., pari a € 3.478 per utente disabile, con valori che vanno da € 1.684 del Veneto a € 9.942 della Valle d’Aosta;
- spesa per Adi: € 24,96 mln., pari ad una spesa media di € 2.313 per utente disabile, con valori che vanno da € 809 in Basilicata a € 5.573 in Sardegna;
- spesa per *voucher*, assegno di cura e buono socio-sanitario: € 49,60 mln., pari ad una spesa media di € 1.866 per utente disabile, con valori che vanno da € 332 in Umbria a € 7.501 nella P.A. di Trento;
- dal 2006 al 2011 si registra un incremento della spesa per assistenza domiciliare totale in termini assoluti del +39,1% (+6,9% medio annuo). Nelle Regioni del Sud e Isole si assiste ad una crescita più significativa pari al +107,1% in termini assoluti (+16,4% medio annuo), in cui la spesa passa da circa € 55 mln. a € 114 mln., rispetto a quelle del Nord che registrano una crescita del +14,5% (da circa € 53 mln. a € 60 mln.) e a quelle del Centro che mostrano invece una riduzione pari al -1,4% (-0,2% medio annuo);
- l’incidenza della spesa per disabili sulla spesa domiciliare totale nel 2011 è pari al 26,4% e registra un aumento del +4,2% rispetto al 2006 (quando era pari al 22,2%). Nel 2011 le Regioni del Sud ed Isole complessivamente presentano un’incidenza maggiore, pari al 41,6%, seguite da quelle del Centro (34,1%) e infine dalle Regioni del Nord (13,8%). Il valore massimo si registra nel Lazio, con un’incidenza del 43,6%, mentre quello minimo, tralasciando la P.A. di Bolzano dove la spesa è nulla, si osserva nella Valle d’Aosta che supera di poco l’1,0%;
- negli ultimi 5 anni è possibile osservare una discreta eterogeneità interregionale in termini di incidenza della spesa per disabili sulla spesa domiciliare totale; in particolare, la Sardegna passa da un’incidenza della spesa del 36,8% del 2006, ad una pari al 58,5% del 2011, di contro è l’Umbria che presenta la contrazione maggiore passando da una quota del 42,1% del 2006 al 31,8% nel 2011.

Anziani

- spesa domiciliare totale (di seguito solo “spesa”) per tutte le tipologie di servizi: € 571,47 mln.;
- spesa pro-capite (calcolata su popolazione anziana *over65*): € 49 (variazione 2006-2011: +9,0%);
- spesa per assistenza socio-assistenziale (SAD): € 345,48 mln., pari ad una spesa media di € 2.037 per utente anziano, con valori che vanno da € 1.036 della Calabria a € 4.174 della P.A. di Trento;
- spesa per l’assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari (Adi): € 68,18 mln., pari ad una spesa media di € 905 per utente anziano, con valori che vanno da € 285 in Lombardia a € 6.301 in Valle d’Aosta;
- spesa per *voucher*, assegno di cura e buono socio-sanitario: € 100,34 mln., pari ad una spesa media di € 1.594 per utente anziano, con valori che vanno da € 370 in Emilia-Romagna a € 8.219 nella Valle d’Aosta;
- dal 2006 al 2011 si registra un incremento della spesa per assistenza domiciliare totale in termini assoluti del +9,0% (+1,8% medio annuo). Nelle Regioni del Sud e Isole si assiste ad una crescita più significativa pari a +18,4% in termini assoluti (+18,0% medio annuo), passando da circa € 119 mln. a € 141 mln., rispetto a quelle del Centro che registrano una crescita del +15,1% (+2,9% medio annuo) e a quelle del Nord che mostrano la crescita minore pari al +4% (+0,9% medio annuo);
- l’incidenza della spesa domiciliare per anziani sulla spesa domiciliare totale nel 2011 è pari al 64,6%, e registra un leggero decremento rispetto al 2006 (quando era pari al 69,2%). Analizzando la ripartizione geografica, si osserva come nel 2011 le Regioni del Nord presentino un’incidenza maggiore della spesa per questi utenti rispetto alla spesa domiciliare totale pari al 76,5%, seguite da quelle del Centro (55,0%) e infine dalle Regioni del Sud ed Isole (51,5%). Il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano dove la spesa dei Comuni per l’assistenza domiciliare è interamente dedicata a questa categoria; segue la Valle d’Aosta con un’incidenza del 98,7%, mentre le quote meno elevate si registrano in Sardegna e Umbria (rispettivamente 39,6% e 41,8%).

Per completezza, con riferimento ai dati resi pubblici dal Ministero della Salute (Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale) in tema di assistenza domiciliare e rilevati attraverso il Modello FLS 21 quadro H sull'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), essi riguardano essenzialmente i casi trattati, gli accessi del personale medico e degli operatori e le ore di assistenza erogata, ma non i dati di spesa sostenuta dalle ASL per questo servizio. Tuttavia, Istat e Ministero dello Sviluppo Economico hanno fornito per il 2011 una stima della "incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria" pari a 1,15% a livello nazionale. Se si considera la spesa sanitaria pubblica corrente è possibile, con tutte le limitazioni del caso, stimare una spesa sanitaria per ADI in Italia pari a € 1.318,90 mln.

Ne deriva che, pur se molto approssimata, la stima dei costi totali (sostenuta da ASL e Comuni) per assistenza domiciliare⁹ a favore di utenti anziani e disabili è pari circa a € 2.123,95 mln.

11.5. Conclusioni

L'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare, oltre che gli aspetti di umanizzazione, anche forme di cure domiciliari, qualora le condizioni del paziente lo rendano possibile. Esistono tuttavia ancora numerose differenze territoriali, tra Regioni, Comuni e ASL, relativamente sia alla fornitura del servizio di assistenza domiciliare che alla sua copertura e alla organizzazione del sistema. Troppo spesso si registra, poi, una mancata collaborazione tra i diversi Enti preposti.

Nel 2014 l'aggiornamento dei dati provenienti dalle maggiori fonti in tema di assistenza domiciliare, come il Ministero della Salute¹⁰ e l'Istat¹¹, è fermo all'anno 2011 (ad eccezione

⁹ Comprende per le ASL la ADI e per i Comuni: assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari-Adi, assistenza domiciliare socio-assistenziale-SAD, voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari, telesoccorso e teleassistenza, servizi di buon vicinato e distribuzione pasti e/o servizi di lavanderia

¹⁰ L'ultimo annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale (2014), presenta dati relativi ai casi trattati in ADI, gli accessi del personale medico e degli operatori e le ore di assistenza per l'anno 2011

¹¹ Gli ultimi dati Istat (Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati, anno 2014) analizzano l'assistenza domiciliare nei Comuni relativi all'anno 2011

di qualche elaborazione ad hoc aggiornata al 2012¹²), per cui non si riesce ad analizzare il fenomeno anche alla luce anche delle recenti crisi economiche e riforme.

Volendo trarre comunque degli spunti di riflessione con i dati a disposizione, nel decennio 2001-2011 si osservano i fenomeni di seguito riassunti.

- Con riferimento ai Comuni, che si occupano essenzialmente degli aspetti sociali dell'assistenza domiciliare, si assiste ad una riduzione degli utenti complessivi trattati con prestazioni di carattere domiciliare (-13%), seppur con differenze relative al tipo di servizio ed agli utenti beneficiari delle cure. In particolare, nel 2011 in Italia sono stati trattati 410.001 utenti (il 75,1% è rappresentato da anziani *over65* e il 18,8% da disabili), pari a 676 casi per 100.000 abitanti. Allo stesso tempo, la spesa complessiva dei Comuni – per tutte le tipologie di servizi e di utenti - registra un lieve aumento (+17%), attestandosi nel 2011 a € 885,2 mln. (€ 14,6 pro-capite). Di questa, la parte destinata ad anziani e disabili è pari a € 805,05 mln (91% circa).
- Con riferimento alle ASL, che gestiscono la parte strettamente sanitaria del servizio, e in particolare al numero dei casi trattati dalle ASL in ADI, si assiste ad un incremento consistente del numero di assistiti dal 2001 al 2011 (+124%), ma con una riduzione delle ore per caso trattato (da 27 ore nel 2001 a 22 ore nel 2011). In particolare, nel 2011 sono 605.896 i casi trattati in ADI dalle ASL (999 per 100.000 abitanti), di cui l'83,2% (più di 504.000 casi) riferiti a pazienti anziani. Nel 2012, gli anziani trattati in diventano 532.536, coprendo circa il 4% della popolazione *over65*. Restano spiccate le differenze territoriali.
- Una stima molto approssimativa dei costi sostenuti per ADI (fonte: Istat e Ministero dello Sviluppo Economico su dati Ministero della Salute) risulta essere pari, sempre nel 2011, a circa € 1.318,90 mln.

¹² Ad esempio, "Percentuale di anziani ultra 65enni trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)", indicatore della "Griglia di mantenimento dell'erogazione dei LEA", a cura del Ministero della Salute

È importante ribadire che la difformità dei dati non permette di effettuare un confronto completo fra Comuni e ASL.

Con larga approssimazione si può stimare un costo totale (sostenuto da ASL e Comuni) per assistenza domiciliare a favore di utenti anziani e disabili di circa € 2.123,95 mln.

Riferimenti bibliografici

Commissione LEA (2006), *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*

Istat (2014), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati*, anno 2011

Istat (2014), *Tutela della salute e accesso alle cure*, anno 2013

Ministero della Salute, Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario (2014), *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale - Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende ospedaliere - Anno 2011*

Ministero dello Sviluppo Economico (2014), Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica (DPS), *Obiettivi di servizio (Servizi di cura per l'infanzia e gli anziani, www.dps.gov.it)*



Chapter 11

Home care:

organization and differences between regional coverages

Chapter 11

Home care: organization and differences between regional coverages

Bernardini A.C.¹

Summary

Home care has been defined by the World Health Organization (WHO) as “the possibility of providing at the patient’s home those services and tools that can help maintain the highest level of well-being, health and function”.

In Italy, home care is a service included in the Basic Levels of Care (LEA) under the DPCM of 29.11.2001, subsequently the DPCM of 23.04.2008 has redefined the organization of home care services based on the complexity of the person’s needs and the intensity of the care services required.

The main types of home care are:

- integrated home care (ADI): the focus of which is primarily on health, includes comprehensive professional medical, nursing and rehabilitation services, pharmaceutical care and diagnostic tests for people with diseases or conditions that require continuous planned care, over a number of days, in relation to the criticality and complexity of the case;
- social home care: this service has a smaller focus on healthcare and more on social issues and is aimed at partially care-dependent persons, or persons at risk of social

¹ CREA Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

² Centro Studi Federazione Italiana Medici di Famiglia (FIMMG) - Research Centre of the Italian Federation of Family Doctors

marginalisation, who require assistance with personal care and hygiene, and household tasks, psychological support, social or socio-educational assistance at home.

Regarding, instead, the manner of delivery and content of the services, besides integrated home care (which is predominantly healthcare-focused and is managed by the local health authorities (ASL), while the local government authorities are responsible for providing social services, known as “Home care integrated with health services - abbreviated, in Italian, as ADI”), there are also forms of “social” home care.

Persons who are eligible for care services may also receive cash payments, in the form of vouchers, care allowance or social/health care benefits, depending on the nature of the need.

In Italy, however, there are considerable differences between the regions, local authorities and local health authorities (ASL), with regard to home care, in terms of how care needs are met and the range of services provided; each region, in fact, has its own rules governing the provision of care services.

Eligibility for access to integrated home care is subject to assessment by dedicated bodies, which are responsible for determining the applicant's care profile and needs. The assessment bodies are called either Multidimensional or Integrated Assessment Boards (abbreviated, in Italian, as UVM or UVI, respectively), which have been set up in all the regions.

In Italy, the local governments, called municipalities, operate “social” care services, either individually or on an associate basis, while “health” care services are operated by the local health authorities, which are offshoots of the regional governments. Furthermore, care services may be provided either directly (i.e. by staff employed by the local authority), or indirectly (i.e. contracted out to nonprofit organizations, generally social cooperatives). Hospital at home services are also available.

In particular, in 2011 (source: Istat and the Ministry of Health):

- there were 145 ASL local health authorities, all operating integrated home care (ADI) services;

- social care services for the elderly were operated by 87.1% of local governments;
- integrated home care services for the elderly were operated by 44.4% of local governments, with significant geographical differences;
- care vouchers, allowances and benefits for disabled and elderly persons were provided by about half the local governments in the country (in particular, 50.1% and 51.0%, respectively);
- hospital at home services are operated by 68 public facilities (11.4% of the total) and 12 accredited private facilities (2.3%)

In the case of local governments, the home care rate has dropped over the years (13% between 2001 and 2011). In particular, in 2011, in Italy, 410,001 people received care services at home (75.1% over-65-year-olds and 18.8% disabled persons), equal to 676 persons per 100,000 population; 57.2% of these received social home care services, 21.0% integrated home services, and 21.8% received care vouchers, allowances or benefits.

Regarding social home care services, in 2011, the local governments provided care to a total of 234,324 persons (72% over-65-year-olds, down compared to 2006, and 17% disabled persons, up compared to 2006; the remaining 11% are groups not included in this survey).

Integrated care services were provided to 86,136 persons: 87% elderly and 13% disabled. Between 2006 and 2013 there was a 36% drop in terms of the total number of persons receiving integrated home services per 100,000 population, primarily among the elderly (40%), while there was a 22% growth of integrated home services to disabled persons (between 15 and 18 disabled persons per 100,000 population).

While local governments are cutting back on care services, the local health authorities, which primarily operate healthcare-focused services, are increasing their services, especially integrated home care, with a significant rise in the number of recipients between 2001 and 2011 (+124%). In particular, in 2011, 605,896 cases of integrated home care were handled by the local health authorities (999 per 100,000 population), of which 83.2% (over 504,000 cases) elderly patients and 9.1% terminal patients. In 2012, the number of

elderly people receiving integrated home care dropped to 532,536, amounting to about 4% of the population aged over 65. There are still considerable differences from one region to the other.

The number of hours of care per patient also dropped, from 27 in 2001 to 22 in 2011, of which 64% in nursing care, 18% in rehabilitation, and 18% in other services. Despite the 124% increase of the number of cases of integrated home care by the local health authorities, there was an 84% drop in the number of care hours, thus entailing an 18% drop in the average care hours per patient between 2001 and 2011 (from 27 in 2001 to 22 in 2011). Also in 2011, there were 21 hours of integrated home care per elderly recipient and 23 hours per terminal patient.

In 2011, the local governments granted 89,541 care vouchers, allowances and benefits, 70% of which to elderly beneficiaries and 30% to disabled persons.

Between 2006 and 2011, these cash grants rose by about 22%, mostly to disabled recipients (+90%), and on a much smaller scale to the elderly (+9%).

Despite the drop in the number of recipients of care by local government, overall spending for care has risen slightly (+17%), reaching € 885.2 m in 2011 (€ 14.6 per capita, up by +13% compared to 2006 and down by -3.9% compared to 2010). In detail, in 2011:

- spending for social home care was € 548 m (€ 2,377 per recipient) accounting for 61.9% of total home care spending. Of this, 88% (€ 483.42 m) was for the elderly and disabled (the rest being allocated to other groups, such as the poor, disadvantaged adults, immigrants, etc.);
- spending for care vouchers, allowances and benefits totalled € 157 m (€ 1,754 per beneficiary), accounting for 17.7% of total home care spending. Of this, a percentage of 95.5% (€ 149.94 m) was allocated to the elderly and disabled;
- spending for integrated home care (ADI) totalled € 95 m (€ 1,102 per recipient), accounting for 10.7% of total home care spending. The proportion for the elderly and disabled amounting to 98% (€ 93.14 m).
- In summary, also with reference to spending for home care by Italian local governments, in 2011, for disabled and elderly recipients, we can observe the following.

- Disabled:
- total home care spending (all services): approx. € 233 m (€ 3,852 per 1,000 population); change in 2006-2011: +34.8%;
- total spending for social home care services: 137.95 m, with avg spending per disabled recipient: € 3,478;
- total spending for integrated home care services: € 24.96 m, with avg spending per disabled recipient: € 2,313;
- total spending for care vouchers, allowances and benefits: € 49.60 m, with avg spending per disabled recipient: € 1,866;
- between 2006 and 2011 there was a 39.1% increase in absolute spending (+6.9% on average per year);
- home care spending for disabled recipients accounts for 26.4% of total home care spending, up by +4.2% compared to 2006;
- in the last 5 years there has been a certain difformity in the percentage of home care spending for the disabled on total home care spending.

Elderly

- total home care spending (all services): approx. € 571 m (per capita, based on the population of over-65-year-olds: € 49); change in 2006-2011: + 9%;
- total spending for social home care services: € 345.48 m, with avg spending per elderly recipient: € 2,037;
- total spending for integrated home care services (ADI): € 68.18 m, with avg spending per elderly recipient: € 905;
- total spending for care vouchers, allowances and benefits: € 100.34 m, with avg spending per elderly recipient: € 1,594;
- between 2006 and 2011 spending increased in absolute terms by +9% (+1.8% on average per year);
- the percentage of home care spending for elderly recipients on total home care spending

ding totals 64.6%, slightly down compared to 2006.

A very rough estimate of total spending for both social and integrated home care by the local health authorities in 2011, based on data from the Istat and the Ministry of Economic Development, is approx. € 1,318.9 m. Considering that spending by the local governments amounted to € 805.05 m, it follows that the total estimated costs (by both local governments and local health authorities) for home care are equal to approx. € 2,123.95 m.

Limits of the survey: the latest available data refer to 2011 and there are gaps in the data that have prevented me from making a comprehensive comparison of the spending data and the care hours per patient, with regard to the home care services provided by both local governments and local health authorities.

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

Capitolo 12

**Assistenza ai non-autosufficienti:
le risposte del sistema di *Welfare***

Capitolo 12

Assistenza ai non-autosufficienti: le risposte del sistema di Welfare

Battaglia G.¹

12.1. Il contesto

Il contributo si propone di riassumere l'insieme dei benefici per la non-autosufficienza, limitandosi a quelli non già oggetto di altri capitoli, quali assistenza residenziale e domiciliare; ci si concentrerà, quindi, sui trasferimenti monetari previsti a favore di soggetti non-autosufficienti. A differenza delle prestazioni sanitarie in natura, i trasferimenti in denaro vengono gestiti quasi esclusivamente a livello centrale, per lo più dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS). Nella fattispecie, sono prese in esame le indennità di accompagnamento, le pensioni ed assegni di invalidità civile e i benefici previsti dalla Legge n. 104 del 1992, in quanto tutte riconducibili a condizioni sostanzialmente di non-autosufficienza.

Si noti che l'Italia è stata uno dei primi Paesi in Europa a dotarsi di una legislazione per l'integrazione sociale e i diritti delle persone con *handicap*.

Un complesso di norme che prende origine dal dettato dell'articolo n. 38, 1° comma, della Costituzione, che recita: "*ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale*". Ma, se appare chiaro il principio costituzionale, non sempre risulta univoca la definizione che viene data della disabilità, e quindi della non autosufficienza dai diversi soggetti istituzionali.

Nonostante, infatti, si sia tentato più volte di scindere le definizioni di disabilità e di non-autosufficienza così da estrarre la definizione di quest'ultima dal concetto più ampio di disabilità, non è sempre agevole distinguere nella normativa vigente i due concetti. In parti-

¹ CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

colare, da una attenta analisi della normativa regionale, emerge come ogni Regione adotti una propria definizione di non-autosufficienza, che spazia dall'incapacità dell'individuo a compiere i normali atti della vita quotidiana e a mantenere la rete dei rapporti sociali, fino ad arrivare ad un *cluster* di Regioni che la associano alla presenza di pluri-patologie.

Peraltro già il concetto di disabilità, come detto, risulta di difficile delimitazione. Da una analisi della letteratura emerge come la condizione risulta diversamente caratterizzata a seconda del soggetto che la definisce. Ad esempio, a livello ministeriale è concepita come la risultante di una interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali (personali e ambientali). La disabilità, quindi, non è più considerata una condizione della persona, ma il risultato negativo dell'interazione tra singolo individuo e ambiente.

Secondo la definizione del Ministero della Salute, si parla di persone con limitazioni funzionali e non più di persone con disabilità, per riferirsi alla popolazione che presenta difficoltà in alcune specifiche dimensioni: la dimensione fisica, riferibile alle funzioni del movimento e della locomozione; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane che si riferisce alle attività di cura della persona; la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola.

L'Indagine Multiscopo 2013 dell'Istat (Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari) identifica diverse classi di limitazioni funzionali: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà della comunicazione:

- per confinamento si intende la costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici; coloro che risultano confinati rispondono solo ai quesiti sull'attività motoria compatibili con la relativa tipologia di confinamento;
- le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono solo a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste o non sono in grado di camminare), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra;
- le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia,

mangiare da soli anche tagliando il cibo;

- nelle difficoltà della comunicazione sono infine comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici); limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza); difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

Nella precedente indagine (2005) sempre l'Istat identifica le persone con disabilità con “coloro che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, hanno dichiarato di non essere in grado di svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari”. Differenti risultano poi le definizioni adottate dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS), in particolare per l'erogazione dell'indennità di accompagnamento, in attuazione della Legge n. 18 del 1980, come anche quelle delle varie Regioni utilizzati per identificare coloro che siano eligibili per i vari programmi che si sviluppano a livello locale.

A fronte di una non univoca legislazione nazionale e regionale in materia di tutela dei soggetti disabili, si sono sviluppate negli anni una pluralità di politiche socio-assistenziali e di prestazioni erogabili a coloro che si trovano in una situazione di non-autosufficienza, sia in termini di benefici in natura che di prestazioni economiche, analizzate nel seguito.

12.2. I beneficiari: indennità di accompagnamento, invalidità civile e Legge 104/92

I beneficiari di indennità di accompagnamento

L'indennità di accompagnamento è stata istituita con la Legge n. 18 del 1980 e spetta agli invalidi civili totali, cioè a «coloro che hanno ottenuto il riconoscimento di una grave invalidità totale e permanente, e richiedono affiancamento nelle attività quotidiane».

Occorre precisare che l'indennità di accompagnamento non è una prestazione autonoma, nel senso che non può essere fruita se non vi è un riconoscimento di invalidità totale e viene erogata al solo titolo della minorazione, cioè si sottrae a inibizioni erogative per reddito dell'invalido.

Questa indennità viene concessa se, a causa della minorazione fisica o psichica, l'invalido si trova nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, necessita di una assistenza continua.

Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati e invalidi anche i soggetti ultra-sessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (art. 6 D. Lgs. 509/1988)².

Per quel che riguarda l'indennità di accompagnamento, secondo gli ultimi dati forniti da INPS, per gli invalidi civili l'importo mensile registra un costante adeguamento al costo della vita e passa da € 499,27 mensili nel 2013 a € 504,07 mensili nel 2014.

Se consideriamo che il numero di beneficiari di indennità di accompagnamento è risultato negli ultimi anni pari ad oltre due milioni (si considerano sia i beneficiari della sola inden-

² Fonte: Istituto Nazionale di Previdenza Sociale-INPS-<http://www.INPS.it>

nità che quelli di indennità associata a pensione di invalidità civile), come meglio dettagliato in seguito, ne deriva un costo complessivo superiore a € 12 mld. annui.

L'indennità di accompagnamento:

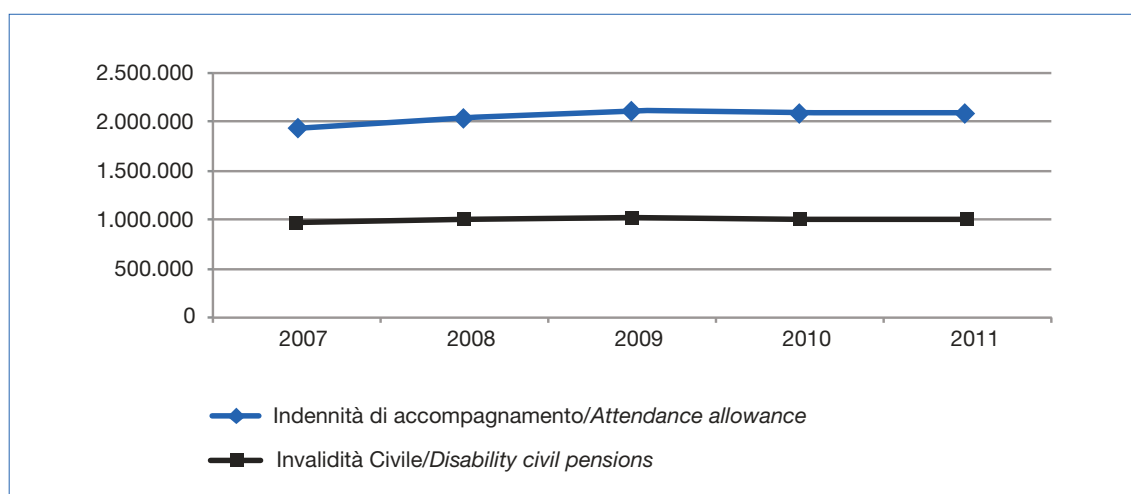
- non è cumulabile con altre indennità simili erogate per cause di servizio, lavoro o guerra
- non è subordinata a limiti di reddito
- è indipendente dall'età della persona
- è indipendente dalla composizione del nucleo familiare dell'invalido
- non è reversibile (cioè non si trasmette agli eredi dopo la morte dell'invalido)
- è compatibile con lo svolgimento di attività lavorativa.

In Italia i beneficiari di indennità di accompagnamento (con o senza pensione di invalidità civile) risultano in costante aumento. Nel 2011 sono pari a 2.098.314, circa lo 0,13% in più rispetto al 2010, quando se ne contavano 2.095.627. Nel 2007 i beneficiari delle indennità di accompagnamento si attestavano a 1.937.643 (fonte Istat).

Dei soggetti beneficiari nel 2011, 1.601.055 (76,3%) ricevono solamente l'indennità di accompagnamento, mentre i restanti 497.259 ricevono anche la pensione di invalidità civile.

Figura 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento e pensioni di invalidità civile. Valori assoluti, anni 2007-2011

[Figure 12.1. Number of attendance allowance and disability civil pensions recipients, 2007-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Considerando le variazioni del numero di beneficiari di indennità di accompagnamento, a livello nazionale si passa da una variazione percentuale del +5,5% tra il 2007 ed il 2008 ad un +0,13% tra il 2010 ed il 2011. A livello regionale, nel primo periodo in considerazione (2007-2008) la Valle d'Aosta ed il Molise hanno registrato la variazione massima, pari ad oltre 11 punti percentuali, mentre, la P.A. di Bolzano ha registrato una riduzione del numero di beneficiari significativa tra il 2007 ed il 2008 (oltre il -15%). La stessa Provincia Autonoma nel periodo immediatamente successivo ha registrato un picco nel numero di beneficiari, riportando infatti una variazione annua del +26,9% per poi attestarsi sul +6,0% negli anni successivi. Negli ultimi due anni, 2010-2011, si passa infatti da una variazione minima della P.A. di Bolzano ad una variazione massima registrata dalla Regione Lombardia (+3,04%). Se consideriamo l'intero periodo 2007-2011, si passa da una variazione percentuale negativa della P.A. di Bolzano di -1,64 punti ad una variazione percentuale massima del numero

di beneficiari delle Regioni Sicilia e Lazio che hanno registrato rispettivamente il +4,45% e +4,56%.

Tabella 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento - Variazioni annue.

Valori %, anni 2007-2011

[Table 12.1. Attendance allowances recipients - Annual percentage changes, 2007-2011]

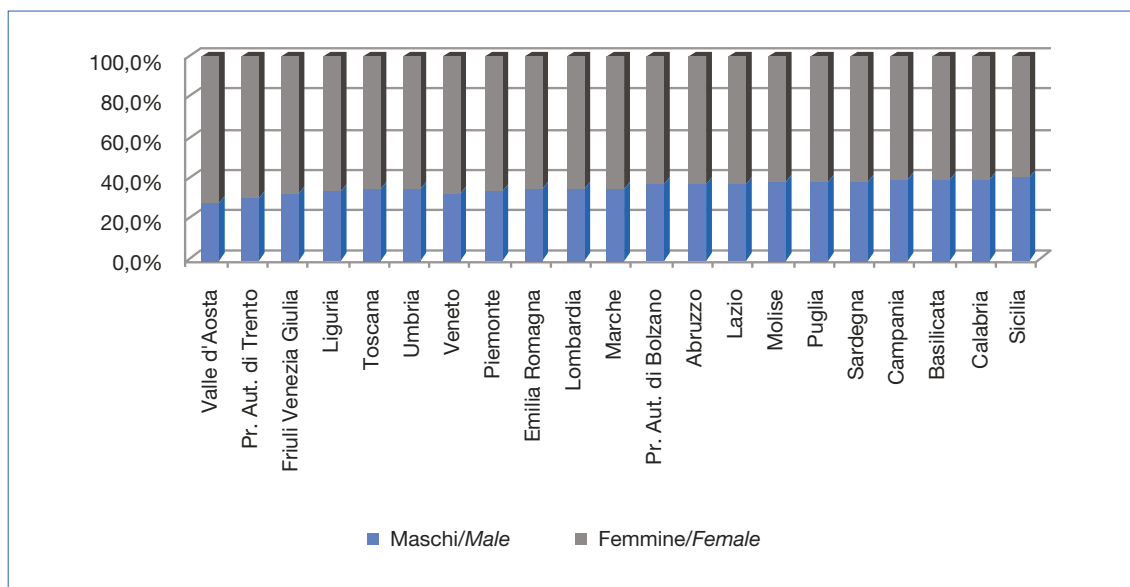
Regioni	2011-2010	2011-2007
Piemonte	0,18%	1,28%
Valle d'Aosta	1,87%	3,39%
Lombardia	3,04%	2,17%
Pr. Aut. di Bolzano	-6,06%	-1,64%
Pr. Aut. di Trento	0,32%	2,29%
Veneto	0,24%	1,76%
Friuli Venezia Giulia	-1,05%	-0,14%
Liguria	-2,30%	-0,74%
Emilia Romagna	-1,22%	0,47%
Toscana	-0,55%	0,60%
Umbria	-4,33%	0,26%
Marche	-0,09%	1,84%
Lazio	0,91%	4,56%
Abruzzo	-1,54%	1,43%
Molise	-3,51%	2,20%
Campania	-2,95%	0,80%
Puglia	0,38%	3,83%
Basilicata	-2,77%	2,40%
Calabria	0,32%	0,84%
Sicilia	2,90%	4,45%
Sardegna	1,52%	2,39%

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat-INPS
[Source: CREA Sanità on Istat-INPS data]

I beneficiari sono maggiormente di genere femminile. Nello specifico, per l'indennità di accompagnamento il *gap* tra uomini e donne risulta più accentuato nelle Regioni centro-settentrionali che non in quelle meridionali: nel 2011 si passa infatti dal valore massimo della Regione Valle d'Aosta, nella quale la percentuale di donne che percepisce l'indennità di accompagnamento (sul totale dei beneficiari) è pari al 70,3%, al valore minimo della Sicilia, in cui la percentuale di donne che percepisce queste indennità si attesta al 60,4%.

Figura 12.2. Beneficiari di indennità di accompagnamento - Distribuzione per genere. Valori %, anno 2011

[Figure 12.2. Attendance allowances recipients – Percentage distribution by sex, 2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

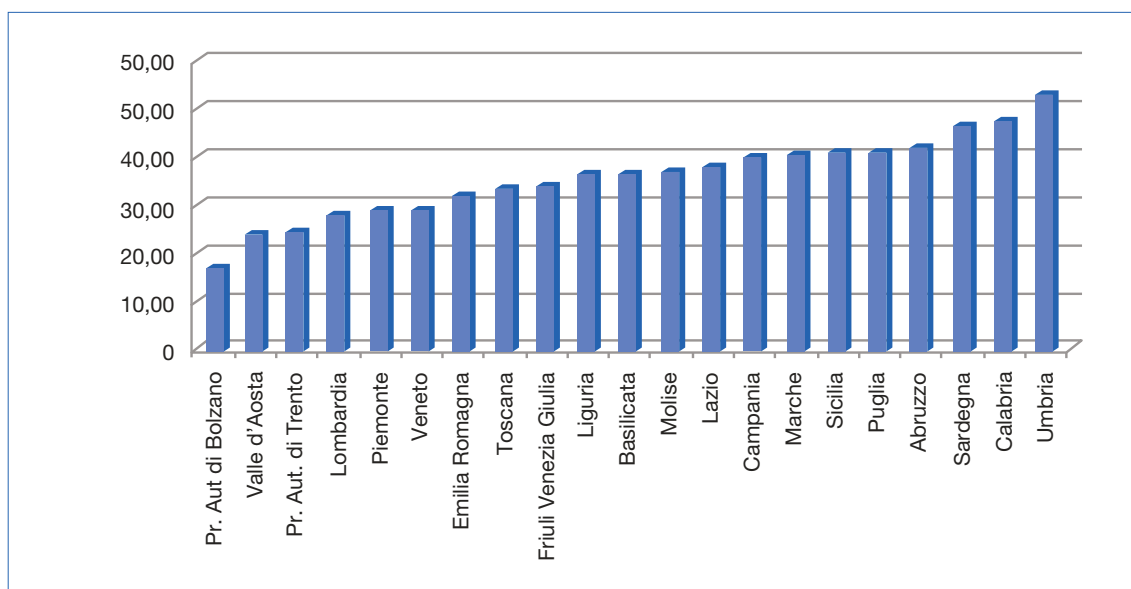
Se consideriamo la distribuzione dei beneficiari per 1.000 abitanti, emerge un quadro abbastanza eterogeneo; a livello nazionale, nel 2011 se ne contano 34,61 ogni 1.000 abitanti, principalmente concentrati nelle Regioni del Sud e nelle Isole (40,80 ogni 1.000

abitanti). A livello regionale si passa da un minimo della P.A. di Bolzano che ne conta 16,92 ogni 1.000 abitanti, ad un numero di beneficiari di indennità di accompagnamento massimo della Regione Calabria che ne registra 46,63.

Figura 12.3. Beneficiari di indennità di accompagnamento.

Valori per 1.000 abitanti, anno 2011

[Figure 12.3. Attendance allowance recipients per 1,000 inhabitants, 2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

Secondo l'Istat, nel 2011 sono state erogate indennità di accompagnamento per oltre € 12 mld.

I beneficiari di pensione di invalidità civile

Per quanto riguarda gli invalidi civili, la Legge n. 118/1971, integrata poi dalla Legge n. 509/1998, ne dà una chiara definizione: «si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazione congenita e/o acquisita (comprendenti) gli esiti permanenti delle in-

fermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo, o se minori di 18 anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri dell'età».

La percentuale minima di riduzione della capacità lavorativa prevista dalla legge, necessaria per ottenere il riconoscimento della "qualifica" di invalido civile, è quella del 34%. Con questa percentuale di invalidità il soggetto invalido ha diritto a cure riabilitative, fornitura gratuita di protesi e degli altri presidi previsti dal nomenclatore tariffario in rapporto alle singole menomazioni. Se l'invalidità è del 100%, riconosciuta dalla Commissione della ASL, l'interessato assume la qualifica di "invalido totale" ed ha diritto anche ad una pensione di inabilità e, qualora si tratti di soggetto non deambulante o non-autosufficiente, anche all'indennità di accompagnamento.

Secondo i più recenti dati INPS/Istat, i titolari di pensioni di invalidità civile (con o senza indennità di accompagnamento) nel 2011 risultano essere 1.012.512 (compresi coloro che ricevono anche altre tipologie di pensioni); di questi, sono 497.259 (49,1%) coloro che oltre alla pensione ricevono anche indennità di accompagnamento. Quindi i restanti 515.253 ricevono solo la pensione di invalidità civile.

Considerando i valori assoluti, tra il 2007 ed il 2011 il numero di beneficiari di pensioni di invalidità civile (con o senza indennità di accompagnamento) è passato da 972.000 unità circa a poco più di 1 milione. Tra il 2007 ed il 2008 il numero di beneficiari complessivi ha registrato, a livello nazionale, una variazione percentuale pari al +2,3%. A livello regionale, tra il 2007 ed il 2008 si passa da una variazione minima di beneficiari di invalidità civile della P.A. di Trento (-5,28%), ad una variazione annua massima della Regione Molise (+5%). Ciò che emerge è il dato della P.A. di Trento tra il 2009 ed il 2010: ha registrato una variazione di oltre il +50% passando infatti da 3.827 beneficiari nel 2009 a 6.016 nel 2010. Negli ultimi due anni, 2010-2011, è stata registrata a livello nazionale una variazione nel numero dei percettori complessivi una variazione percentuale dello +0,21%. Si passa da un minimo

della P.A. di Trento che ha registrato una riduzione significativa di oltre 39 punti percentuali, ad una variazione annua massima della Calabria e della Sicilia del numero di beneficiari di oltre il 3%. Se consideriamo l'intero periodo 2007-2011 il numero di beneficiari ha registrato una variazione a livello nazionale dell'1,01%. A livello di singole realtà regionali, la variazione percentuale per il quadriennio oscilla tra la variazione percentuale minima della P.A. di Trento (-1,56%) e la variazione percentuale massima della Regione Sicilia (2,33%).

Tabella 12.2. Beneficiari di pensioni di invalidità civile - Variazione annua.

Valori%, anni 2007-2011

[Table 12.2. Disability civil pension recipients - Annual percentage changes, 2007-2011]

Regioni	2011-2010	2011-2007
Piemonte	0,27%	1,39%
Valle d'Aosta	0,48%	0,61%
Lombardia	1,84%	1,27%
Pr. Aut. di Bolzano	0,78%	1,20%
Pr. Aut. di Trento	-39,99%	-1,56%
Veneto	-1,03%	0,45%
Friuli Venezia Giulia	0,01%	-0,04%
Liguria	-0,71%	-0,23%
Emilia Romagna	0,38%	2,19%
Toscana	0,05%	0,17%
Umbria	-1,90%	0,87%
Marche	1,03%	1,20%
Lazio	0,74%	2,16%
Abruzzo	-0,37%	1,13%
Molise	-1,07%	1,00%
Campania	-2,43%	-0,69%
Puglia	0,18%	1,65%

segue

Tabella 12.2. Beneficiari di pensioni di invalidità civile - Variazione annua.

Valori %, anni 2007-2011

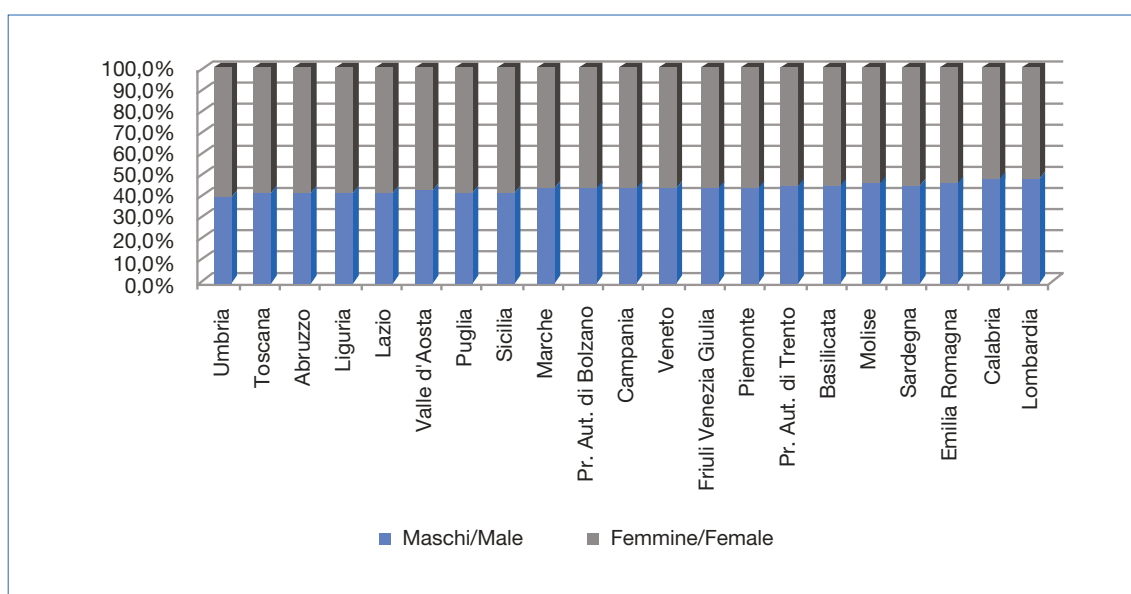
[Table 12.2. Disability civil pension recipients - Annual percentage changes, 2007-2011]

Regioni	2011-2010	2011-2007
Basilicata	0,35%	1,29%
Calabria	3,21%	1,16%
Sicilia	3,12%	2,33%
Sardegna	0,70%	-0,74%

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati INPS-Istat

[Source: CREA Sanità on Istat-INPS data]

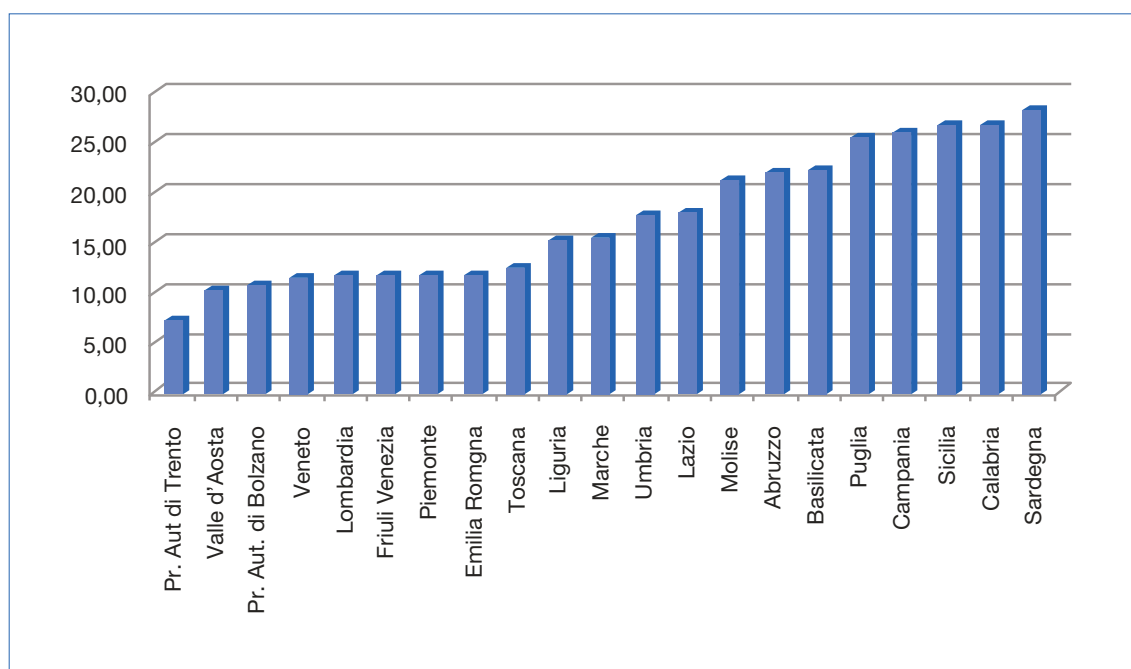
Se consideriamo la distribuzione per genere dei beneficiari di pensione di invalidità civile, che lo ricordiamo essere una misura di sostegno per i soggetti con una età compresa tra 0 e 64 anni, risulta, anche in questo caso, una leggera prevalenza dei beneficiari di sesso femminile. A livello nazionale infatti il 53% dei beneficiari è donna; a livello regionale si passa da un minimo del 51,8% di beneficiari donne della Regione Lombardia ad un massimo del 58,1% della Regione Umbria.

Figura 12.4. Beneficiari di pensione di invalidità civile - Distribuzione per genere.**Valori %, anno 2011***[Figure 12.4. Disability civil pension recipients – Percentage distribution by sex, 2011]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[Source: CREA Sanità on Istat data]

Dalla distribuzione dei beneficiari per 1.000 abitanti, emerge chiaramente che le Regioni del Meridione sono quelle con il maggior numero di beneficiari di pensioni di invalidità civile. Nel 2011 la Regione Sardegna e la Calabria hanno registrato un numero di beneficiari pari a 27,03 e 25,77 beneficiari ogni 1.000 abitanti. Viceversa, la P.A. di Trento e la Valle d'Aosta hanno riportato un numero di beneficiari ogni 1.000 abitanti rispettivamente pari a 6,82 e 9,78.

Figura 12.5. Beneficiari di pensioni di invalidità civile – Per 1.000 abitanti, anno 2011*[Figure 12.5. Disability pension recipients. Per 1,000 inhabitants, 2011]*

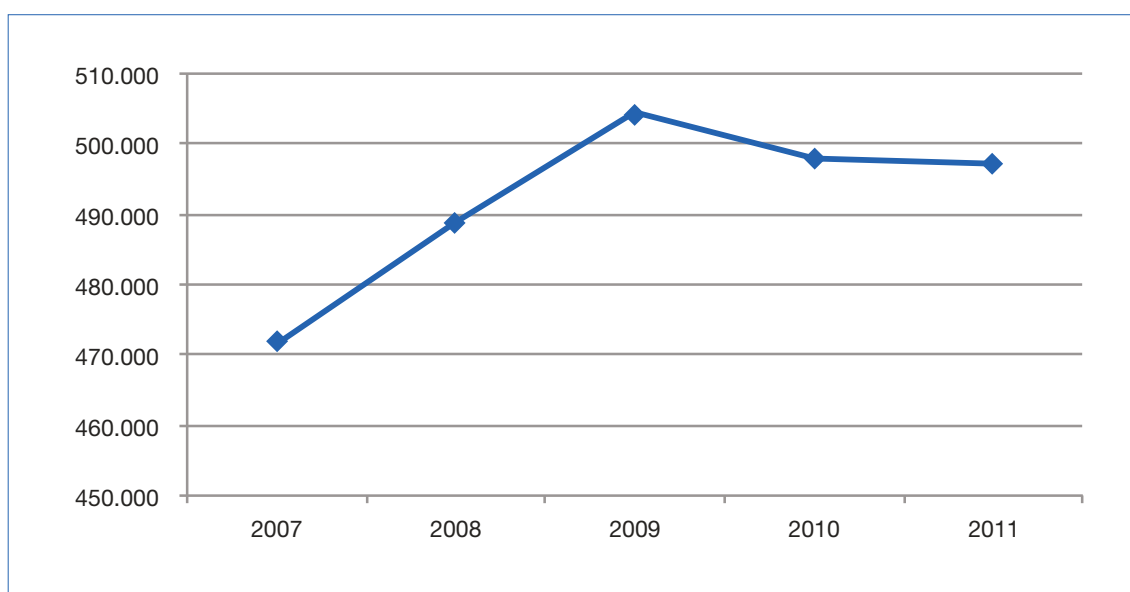
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

L'Istat riporta, per l'anno 2011, un costo annuo per pensioni di invalidità civile pari a circa € 3.165 mln.

La pensione di invalidità civile spetta in misura intera se l'invalido non supera un determinato limite di reddito personale, che per l'anno 2014 è stato fissato a € 16.449,85 (Fonte: INPS) con un leggero incremento rispetto al 2013. Considerando che l'importo mensile previsto dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale risulta pari a circa € 279,19 per l'anno 2014, e che presumibilmente, così come avvenuto negli ultimi 3 anni, i beneficiari di pensione di invalidità civile continueranno a superare di poco il milione, si può stimare che anche per il 2014 il costo totale oltrepassi € 3 mld.

Figura 12.6. Beneficiari che percepiscono sia indennità di accompagnamento che pensioni di invalidità civile. Valori assoluti, anni 2007-2011

[Figure 12.6. Number of attendance allowance and disability civil pension recipients, 2007-2011]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

I beneficiari dei permessi ex Legge 104/1992

La Legge n. 104 del 1992, è il principale riferimento legislativo «per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate». I principali destinatari sono dunque i disabili ed i parenti di questi ultimi.

Con l'approvazione di questa Legge si è affermato un approccio decisamente nuovo e diverso rispetto al passato non soltanto dal punto di vista culturale e medico-legale, ma più in generale sotto il profilo del diritto delle persone con disabilità ad inserirsi pienamente nel contesto sociale in cui vivono.

Presupposto della normativa è, infatti, che l'autonomia e l'integrazione sociale si raggiungano garantendo alla persona con disabilità, ma anche alla sua famiglia, un adeguato

sostegno non solo in termini di denaro e quindi di trasferimenti da parte delle Amministrazioni pubbliche, ma anche in termini di sostegno sociale e personale. Come detto, infatti, il supporto può essere garantito sotto forma di servizi di aiuto alla persona o alla famiglia, ma si può anche intendere come aiuto psicologico, psicopedagogico o tecnico. Le tutele previste dalla normativa, che investono il lavoro, il diritto allo studio, le agevolazioni fiscali ecc., integrano il sistema dei benefici, già previsti in altre norme specifiche per le diverse categorie di invalidi. Per potervi accedere è necessario il riconoscimento dello stato di handicap e, in situazioni di particolari difficoltà, di “grave handicap” da parte delle Commissioni medico-legali delle ASL di appartenenza. Grazie a questa Legge, le persone disabili e le loro famiglie possono avvalersi, tra l’altro, della facoltà di usufruire di periodi di assenza dal lavoro retribuiti, che si aggiungono a quelli ordinari già previsti per esempio per la maternità.

Tali permessi, peraltro, sono retribuiti e coperti da contribuzione previdenziale figurativa, che influisce sia sull’accesso che sull’importo della pensione.

Inoltre, per favorire l’inserimento nella vita lavorativa della persona con “grave handicap”, la legge prevede la possibilità di poter usufruire di un orario più leggero, compatibile con la patologia o con le eventuali cure alle quali il lavoratore deve sottoporsi. Si tratta di un criterio di flessibilità che pone al centro la persona e le sue esigenze per permetterle di continuare a condurre una vita normale senza rinunciare al proprio lavoro.

Per quanto riguarda i beneficiari, le indicazioni contenute nella norma in questione si rivolgono principalmente alla persona con disabilità che determina un *handicap*. Nella norma (art. 3, comma 1) si precisa che «è persona handicappata colei che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione». La legge al comma successivo dello stesso articolo specifica altresì che «si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale».

Il primo passo che deve compiere chi intende richiedere le giornate o le ore giornaliere di permesso ex Legge 104/92 è sicuramente l’accertamento dell’*handicap*; questo avviene, come stabilisce l’art. n.4 della stessa Legge, attraverso un esame effettuato da un’apposita Commissione medico-legale presente in ogni ASL che dal 2010 oltre a includere un operatore sociale, un esperto per i vari casi da esaminare, comprende anche un medico

dell'INPS.

Ciò che bisogna sottolineare è sicuramente il fatto che l'accertamento della condizione di gravità è questione differente e ben distinta dal riconoscimento di invalidità.

L'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 specifica che «qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi pubblici».

L'invalidità, invece, è intesa come la difficoltà a svolgere alcune funzioni quotidiane, per effetto di limitazioni fisiche, psichiche, intellettive, visive o uditive. Il certificato di invalidità civile, dunque, riguarda esclusivamente una valutazione medico-legale.

Per i disabili che sono in possesso della certificazione di *handicap* con connotazione di gravità, la Legge 104/92 all'art. n. 33 (e successive modifiche) ha previsto delle agevolazioni sia per i familiari nell'ambito dell'attività lavorativa, sia per i disabili lavoratori. In particolare tale specifica disciplina concerne il prolungamento del congedo parentale o in alternativa i riposi giornalieri, i permessi mensili e il congedo parentale straordinario ex art. n. 80 della Legge n. 388/2000.

Una volta certificato lo stato di *handicap*, il lavoratore pubblico o privato (o suo parente), ai sensi della Legge 104/92 ha diritto ad una pluralità di benefici, quali:

- 3 giorni di permesso mensile: è consentita la fruibilità dei tre giorni di permesso mensili retribuiti ai lavoratori che assistono parenti o affini entro il 2° grado disabili, anche non conviventi; questa agevolazione può essere tradotta in mezza giornata, oppure frazionata in ore³; è possibile l'assistenza per periodi inferiori al mese quando non è assicurata dalla persona che abitualmente la presta; questo può accadere quando il lavoratore che assiste abitualmente un familiare disabile per motivi personali è costret-

³ La stessa persona disabile non può essere assistita da più lavoratori. Così ha stabilito la legge n. 183/10 che, introducendo il principio del "referente unico" per l'assistenza alla persona in situazione di grave disabilità, non riconosce a più lavoratori la possibilità di fruire dei giorni di permesso per assistere lo stesso familiare o affine disabile

to a lasciare l'incarico ad un'altra persona per un periodo limitato; oppure quando il familiare disabile, temporaneamente, si trasferisce presso un altro nucleo familiare; i lavoratori privati possono chiedere i permessi della Legge n. 104/92 per accompagnare a visite mediche il familiare disabile ricoverato in Istituto, qualora questo servizio non sia già garantito dalla casa di cura; in generale, secondo quanto stabilisce la norma spettano ai parenti entro il terzo grado ai disabili stessi;

- 2 anni di aspettativa (congedi Legge n. 388 art. n. 80 comma 2): spettano ai genitori naturali, adottivi, affidatari ed ai fratelli conviventi dopo il decesso dei genitori; dal 2007, è stata data la possibilità per i lavoratori che ne fanno richiesta di frazionare in ore i 3 giorni di permesso mensile;
- 2 ore al giorno di permesso retribuito (in alternativa ai 3 gg): la possibilità di frazionare in ore le giornate di permesso spetta nella fattispecie al familiare lavoratore, fino al terzo grado, che attende direttamente alla cura del disabile indipendentemente dalla convivenza e dall'assistenza continuativa ed esclusiva (art. n. 19 della Legge n. 53 del 2000) con l'assistito portatore di *handicap*.
- Accanto ai tradizionali permessi e diritti, la norma fa riferimento anche al prolungamento fino a 3 anni dell'astensione facoltativa dal lavoro o 2 ore di permesso retribuito ed al diritto di scegliere la sede di lavoro (ove possibile) più vicina alla propria abitazione. Di seguito si riporta una sintesi dei permessi ex Legge 104/92.

Tabella 12.3. Tipologia di permessi ex lege 104/92*[Table 12.3. Work permittes ex lege 104/92]*

Aventi diritto	Permessi orari	Permessi giornalieri	Prolungamento congedo parentale
genitori di figli di età < 3 anni	si	si	si
parenti o affini entro il secondo grado di un bambino <3 anni	no	si	no
genitori di figli di età > 3 anni nonché parenti e affini entro il secondo grado	no	si	no
genitori di figli > 18 anni nonché parenti e affini entro il secondo grado	no	si	no
lavoratore che assiste parenti e affini entro il 2° grado o il coniuge	no	si	no
se stesso	si	si	no

Fonte/Source: INPS

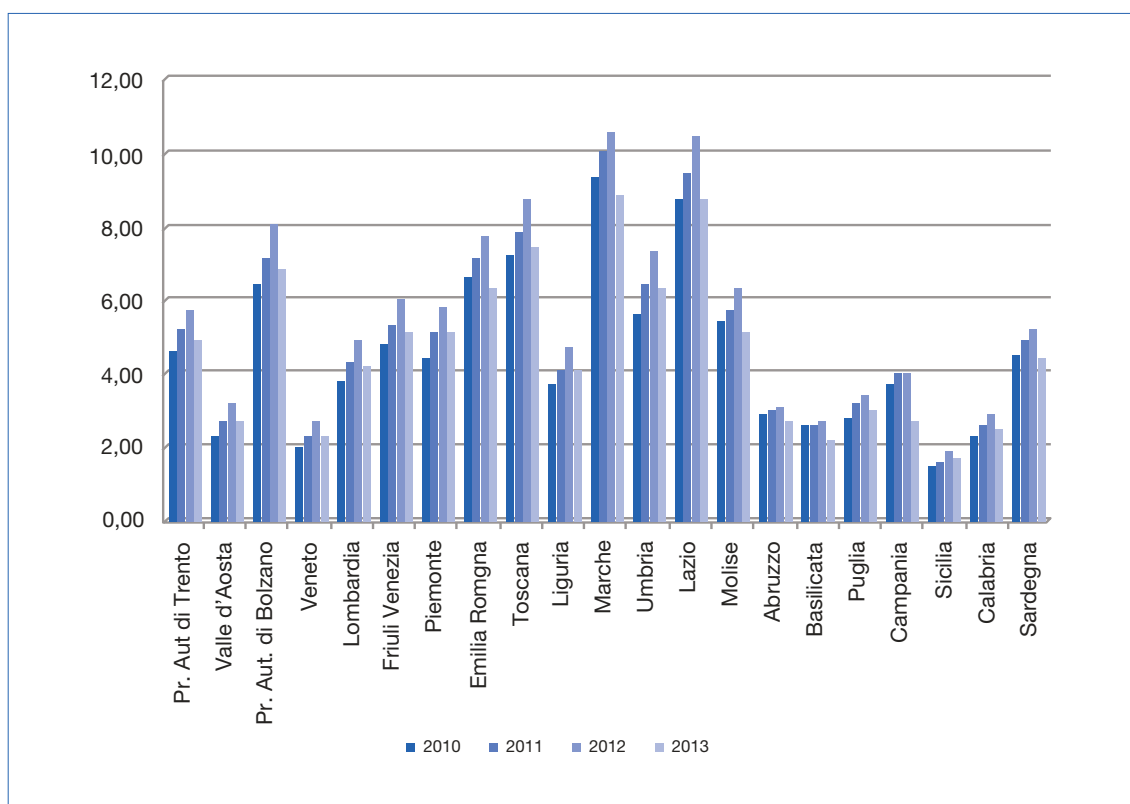
Secondo i dati forniti dall'INPS, in Italia il numero di lavoratori di aziende ed enti privati che hanno usufruito di permessi ex Legge 104/92 sono passati da 296.799 nel 2010 a 303.634 nel 1° semestre del 2013. Tra il 2011 ed il 2012, a livello nazionale è stata registrata una variazione dell'8,5% mentre nel periodo immediatamente successivo è stata riportata una flessione nel numero di lavoratori di imprese private che hanno usufruito dei permessi ex Legge 104/92 di oltre 14 punti percentuali. Nella fattispecie, a livello regionale, tra il 2011 ed il 2012 la Valle d'Aosta ha riportato un incremento significativo di oltre il 18% passando da 342 beneficiari complessivi ad oltre 400, mentre la Regione Umbria ha riportato una variazione percentuale pari al +2,4%. Tra il 2012 ed il primo semestre 2013 la Regione Liguria e la Basilicata hanno registrato una flessione leggermente superiore a

quella delle altre realtà regionali, rispettivamente del -18,5% (da 12.053 beneficiari a 9.824 beneficiari) e del -32,0% (da 2.305 beneficiari a 1.500 beneficiari).

Se consideriamo i beneficiari (lavoratori del settore privato), secondo i dati INPS, a livello nazionale si è passati da 4,9 beneficiari ogni 1.000 abitanti nel 2010 a 5,1 beneficiari nel primo semestre 2013, con una leggera flessione rispetto al 2012 del 15% circa.

Figura 12.7. Beneficiari di prestazioni per lavoratori con *handicap* o per l'assistenza di persone con *handicap* nel settore privato. Valori per 1.000 abitanti, anni 2010-primo semestre 2013

[Figure 12.7. Recipients of benefits for workers with disabilities or for assistance for people with disabilities in the private sector. Per 1,000 inhabitants, 2010-first half of 2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati INPS
 [Source: CREA Sanità on INPS data]

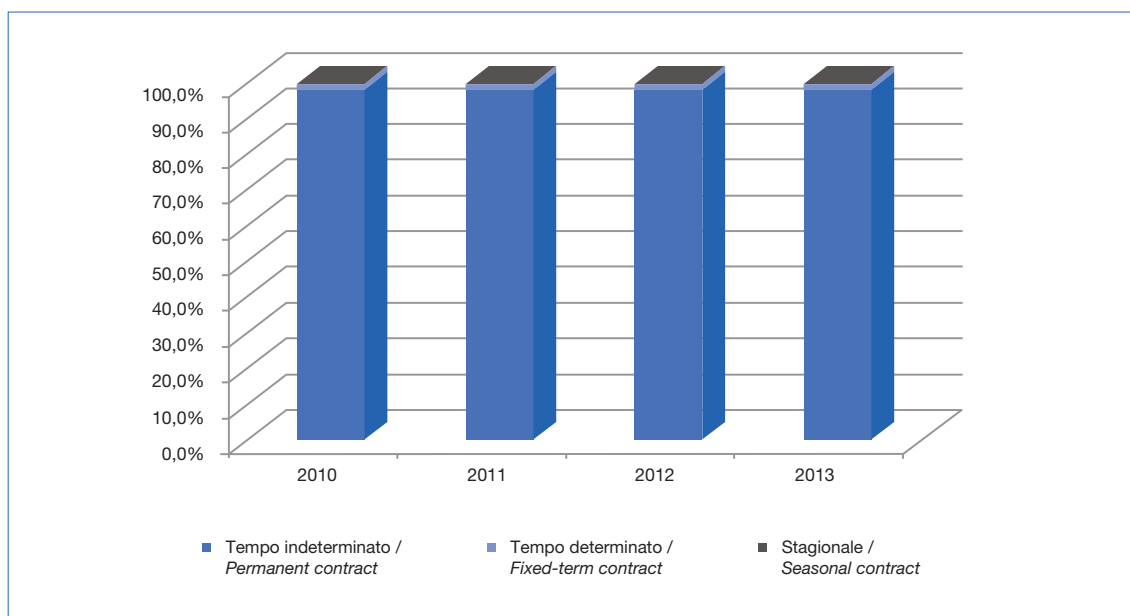
A livello di singole realtà regionali risulta che l'Umbria ed il Lazio, in tutto il periodo di riferimento hanno registrato un maggior numero di beneficiari per 1.000 abitanti; la prima è passata da 9,3 beneficiari ogni 1.000 abitanti nel 2010 a 8,8 beneficiari ogni 1.000 abitanti nei primi sei mesi del 2013, mentre la seconda è passata da 8,7 beneficiari ogni 1.000 abitanti nel 2010 ad oltre 10 beneficiari ogni 1.000 abitanti nel 2012 e a 8,7 beneficiari ogni 1.000 abitanti nel primo semestre 2013. Di contro, come emerge dalla figura 12.7, nello stesso periodo, la Provincia autonoma di Bolzano e la Regione Calabria sono passate da 2 a 2,3 beneficiari ogni 1.000 abitanti la prima e da 1,5 a 1,7 beneficiari ogni 1.000 abitanti la seconda.

La condizione giuridica e contrattuale del lavoratore incide significativamente nell'accesso ai permessi retribuiti. Lo dimostra il fatto che il numero di dipendenti privati con contratto a tempo indeterminato che tra il 2010 ed il 2013 hanno beneficiato di prestazioni e permessi come previsto dalla Legge n. 104/92 rappresenta sicuramente la quota maggiore di beneficiari. La percentuale di fruitori dipendenti del settore privato con contratto a tempo indeterminato è passata dal 98,2% nel 2010 al 98,7% nel primo semestre del 2013. I lavoratori disabili o parenti di disabili, con contratto a tempo determinato, che hanno usufruito di permessi e prestazioni come stabilito dalla Legge in esame, sono stati nel 2010 l'1,8% del totale e solo l'1,2% del totale nei primi sei mesi del 2013. Nello stesso periodo, la quota di lavoratori di aziende ed enti privati con contratto stagionale che hanno usufruito di permessi mensili od orari giornalieri, è risultata pari allo 0,04% circa.

Figura 12.8. Beneficiari di prestazioni per lavoratori con *handicap* o per l'assistenza di persone con *handicap* nel settore privato – Per tipologia di contratto.

Valori %, anni 2010-primo semestre 2013

[Figure 12.8. Recipients of benefits for workers with disabilities or for assistance for people with disabilities in the private sector - By type of contract. Percentage, 2010-first half of 2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati INPS
 [Source: CREA Sanità on INPS data]

Se si considera poi la tipologia di permesso in termini di prestazioni, il numero di permessi personali richiesti da lavoratori di aziende ed enti privati, come previsto dall'art. n. 33 comma 6 della Legge n. 104 del 1992 è risultato in media pari al 12,1% del totale dei permessi tra il 2010 ed il primo semestre del 2013; nella fattispecie si è passati dal 13,1% nel 2010 all'11,63% nel 2013. Per quanto riguarda il numero di permessi richiesti da familiari di persone disabili, come recitato dall'art. n. 33 comma 2 e 3 della Legge, i dati INPS parlano di una incidenza media del 78,4% tra il 2010 ed il primo semestre del 2013. Nel periodo in considerazione il numero di permessi per familiari è passato dal 78,1% nel 2010

al 77,9% nel 2012, nei soli primi sei mesi del 2013 l'incidenza di tali permessi ha raggiunto gli 80 punti percentuali. Infine, per quanto concerne il prolungamento dei congedi parentali e straordinari, tra il 2010 ed il primo semestre 2013 essi calano dall'8,8% all'8,2%.

Tabella 12.4. Beneficiari di prestazioni per lavoratori con handicap o per l'assistenza di persone con handicap nel settore privato - Per tipologia di prestazione.

Valori %, anni 2010-2013

[Table 12.4. Recipients of benefits for workers with disabilities or for assistance for people with disabilities in the private sector - By type of benefit. Percentage, 2010-2013]

Tipologia di prestazione / <i>Type of service</i>	2010	2011	2012	2013
Permessi personali (art.33 co. 6 L 104/92) / Personal permits	13,07%	12,09%	11,70%	11,63%
Permessi per familiari (art.33 co. 2 e 3 L104/92) / Permits for family	78,13%	77,57%	77,94%	80,12%
Prolungamento dei congedi parentali e congedi straordinari (art.33 co.1 L104/92) / <i>Extension of parental leave and special leave</i>	8,81%	10,34%	10,37%	8,24%

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati INPS
[Source: CREA Sanità on INPS data]

Per il settore pubblico, si può far riferimento ai dati forniti dal Ministero della Funzione Pubblica e relativi all'anno 2010, raccolti attraverso un sistema informatico di monitoraggio via web (incluso nella piattaforma PerlaPa), in accordo con quanto previsto all'art. n. 24 della Legge n. 183 del 4.11.2010. Attraverso tale sistema, ciascuna Amministrazione pubblica ha fornito il dettaglio delle informazioni relative ai propri dipendenti che usufruiscono delle

agevolazioni previste dalla Legge 104/92.

Il numero di dipendenti del settore pubblico censito nel 2010 è risultato pari a 3.311.582; di questi, il 7,40% ha beneficiato dei permessi della Legge 104/92 per un totale di 4.835.263 giornate di permesso (normalizzate sulla base della durata media della giornata lavorativa pari a 7 ore e 20 minuti) ed un costo stimato (calcolato considerando pari a € 33.000 lo stipendio medio annuo di un dipendente pubblico pari ad un costo giornaliero di € 150,00 su 220 giornate lavorative) pari a € 725.289.450,00⁴.

L'analisi sulle giornate di permesso ex Legge 104/1992 per tipologia di Amministrazione (classificazione lista S13) mostra che:

- se si considerano le giornate di permesso in numero assoluto, il comparto con la più elevata fruizione risulterebbe la Scuola, con 1.404.859 giornate (e un numero di fruitori pari a 103.871, di cui l'81% donne), seguita dalle Amministrazioni Comunali con 873.558 giornate (e 37.750 fruitori, di cui il 64% donne);
- se si considerano invece le giornate medie annue di permesso per fruitore, l'Amministrazione pubblica con più permessi è rappresentata dalle Comunità montane (27,2), seguita da Ministeri e Presidenza del Consiglio dei Ministri (25,8). Si ferma a 13,5 giornate annue per fruitore il settore Scuola.

⁴ Fonte: Ministero della Funzione Pubblica

Tabella 12.5. Giornate di permesso ex Legge 104/1992 per tipologia di amministrazione (classificazione lista S13). Valori assoluti, anno 2010

[Table 12.5. Days of work permit ex Legge 104/1992 - By type of Administration, 2010]

Tipologia di amministrazione / Type of Administration	Giorni di permesso / days of work permits	N. dipendenti / Employees	Giornate medie di permesso / Average days of permit
Agenzie fiscali	158.815	6.446	24,6
Amministrazioni comunali	873.558	37.750	23,1
Amministrazioni provinciali	128.044	5.452	23,5
Comunità montane	6.727	247	27,2
Enti ed Istituzioni di ricerca	35.438	1.446	24,5
Enti nazionali di previdenza e assistenza	168.883	6.845	24,7
Ministeri e Presidenza del Consiglio dei Ministri	437.511	16.968	25,8
Regioni e Province autonome	93.786	4.042	23,2
Scuola	1.404.859	103.871	13,5
Unioni di comuni	2.240	135	16,6
Università pubbliche	95.226	4.017	23,7
Altro	1.417.144	57.519	24,6

Fonte: Ministero della Funzione Pubblica
[Source: Ministry of Public Service]

I dati ufficiali più aggiornati forniti dal Ministero della Funzione Pubblica (“Fruizione dei permessi ex Fruizione dei permessi ex Legge 104/92”) si riferiscono al 2011 e parlano di 295.425 beneficiari complessivi, di cui oltre il 70% è rappresentato da donne. Se si considera la tipologia di beneficiario dei permessi, il 10,23% è rappresentato da lavoratori che usufruiscono personalmente della 104 (cioè sono essi stessi disabili), mentre il restante

89,77% sono coloro che ne usufruiscono per assistere parenti o affini disabili.

Sempre per il 2011, il numero di giornate complessive di cui hanno usufruito i dipendenti pubblici ex Legge 104 risultano pari a 5.370.918, di cui 4.888.098 (91,01%) richieste da lavoratori parenti e affini del disabile, 468.337 (8,72%) richieste dal dipendente disabile e le restanti 14.483 (0,27%) richieste da dipendenti pubblici per congedi parentali e straordinari.

Mancano approfondimenti sull'effettiva efficacia dei permessi di cui all'art. 33 della Legge n. 104 sull'assistenza e la qualità della vita del disabile grave e della sua famiglia, sul contenimento dei ricoveri, sui criteri e requisiti richiesti per il riconoscimento degli stessi.

12.3. La spesa e il finanziamento

Nel 2011 il totale delle somme complessivamente erogate dall'INPS per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti ammonta a € 15.304,69 mln.. Di questi, come anticipato, circa il 79,00% è rappresentato dalle indennità di accompagnamento, mentre il rimanente 21% dalle pensioni di invalidità civile.

Per i permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/1992, per i dipendenti del settore pubblico stimiamo un costo per il 2011 pari a € 805,64 mln, considerando 5.370.918 giornate di permesso godute dai dipendenti del settore pubblico nel 2011 ad un costo per giornata di € 150,00 (media anno 2010).

Pur non essendo disponibile il dato per il costo del settore privato, è presumibile che sia dello stesso ordine di grandezza del pubblico, per cui con larga approssimazione possiamo ipotizzare un costo pubblico complessivo per le prestazioni ex Legge 104/92 pari, arrotondando, a circa € 1.600 mln.

Se ne deduce per il 2011 una spesa complessiva di circa € 16.904,69 mln., di cui il 90,5% per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti e la rimanente parte (circa 9,5%) per i permessi retribuiti goduti dai dipendenti pubblici e privati in base alla Legge 104/1992.

Sul fronte del finanziamento, vanno considerate come risorse specifiche:

- il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), istituito nel 1997 per garantire risorse

aggiuntive agli Enti locali e consentire loro di strutturare servizi a supporto di anziani, disabili, infanzia, nuclei in difficoltà; le risorse stanziare sono passate da € 1.565 mln. nel 2007 a € 297 mln. nel 2014; nel 2011 il Fondo ammontava a € 218 mln.

- il Fondo per la non-autosufficienza (Fondo NAS) a favore di persone non-autosufficienti e con disabilità gravi, istituito nel 2007; le risorse stanziare sono passate da € 100 mln. nel 2007 a € 350 mln. nel 2014; nel 2011 il Fondo ammontava a € 100 mln., mentre per il 2012 era stato azzerato.
- Si tratta di strumenti utili ma largamente inadeguati, per l'esiguità delle risorse come per le loro oscillazioni.

12.4. Conclusioni

Ancora oggi permangono forti differenze nella definizione di disabilità e di non-autosufficienza tali da rendere difficile l'accesso alle prestazioni e l'esigibilità dei diritti. Nonostante gli sforzi espressi dai singoli attori istituzionali, rimane fondamentale addivenire ad una collaborazione tra le varie istituzioni coinvolte, per giungere ad una chiara definizione di disabilità, univoca e condivisa, utile al riconoscimento dei diritti di tutti coloro che presentano un *handicap*.

Emerge dall'analisi che la misura di sostegno maggiormente diffusa nel nostro Paese a favore dei disabili, in larga parte non-autosufficienti, è di fatto l'indennità di accompagnamento, seguita dalle pensioni di invalidità civile. Infatti, nel 2011, la spesa per questa indennità è stata pari a 15.304,69 mln., con 2.098.314 beneficiari; sono invece 1.012.512 i beneficiari di Pensioni di invalidità civile di cui oltre 497.000 anche dell'indennità di accompagnamento. Ad oggi, permangono forti disparità nell'accesso ai diversi tipi di benefici: le prestazioni economiche prese in esame se rapportate al totale della popolazione residente hanno una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali che non altrove, dove però incidono proporzionalmente meno le donne.

Se sommiamo tutti i dati disponibili sulle prestazioni per i non-autosufficienti, pur parziali e largamente approssimati, complessivamente si può stimare che in Italia nel 2012 (assumendo per il 2012 lo stesso costo delle prestazioni attualmente aggiornato al

2011⁵), per le prestazioni socio-sanitarie ai non-autosufficienti si spendano almeno € 27.742,53 mln., pari a circa l'1,77% del PIL, di cui:

- spesa per assistenza domiciliare (€ 2.123,95)⁶;
- spesa per assistenza residenziale (circa € 4.545,00 mln.) e semi-residenziale (circa € 1.100,00)⁷;
- indennità economiche INPS (circa € 16.904,69 mln riferiti all'anno 2011 per pensioni di invalidità civile, indennità di accompagnamento e permessi retribuiti ex Legge 104/92);
- lungodegenza ospedaliera (€ 940 mln., anno 2012);
- spesa privata delle famiglie per i servizi di assistenza a disabili e anziani (€ 2.128,89 mln.)⁸.

Per confronto, secondo il Ministero dell'Economia e delle Finanze, considerando però anche altre componenti della assistenza *Long Term Care* (assistenza psichiatrica, per tossicodipendenti e alcolisti, etc.) si arriva all'1,84% del PIL come spesa totale per il 2012, pari a circa € 28.800 mln.

Sul fronte del finanziamento, va ricordata l'istituzione nel 1997 del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) e nel 2007 del Fondo per la non-autosufficienza, a favore appunto di persone non-autosufficienti e con disabilità gravi.

Strumenti utili ma largamente inadeguati, in primo luogo per l'esiguità del finanziamento ma anche per le oscillazioni dello stesso.

Come detto, il FNPS è passato da oltre € 1.500 mln. nel 2007 a € 297 nel 2014, mentre il Fondo per la non-autosufficienza da € 100 mln. nel 2007 a € 350 mln. nel 2014, registrando tra l'altro una forte concentrazione nelle Regioni del Nord. Nei primi anni ha

⁵ Sono attualmente disponibili al 2011 i seguenti costi: domiciliare, indennità accompagnamento, pensioni invalidità civile, permessi Legge 104, spesa privata famiglie per anziani e disabili

⁶ Costo stimato anno 2011 sostenuto da ASL e Comuni per anziani e disabili. V. cap. 11

⁷ Per il dato 2012 di spesa per assistenza residenziale, semiresidenziale e lungodegenza ospedaliera, le stime sono state effettuate in base ai dati rilasciati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, in *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, aggiornamento 2013*. V. cap. 7

⁸ V. cap. 4a

registrato un andamento lineare e crescente, per poi annullarsi completamente nel 2012; con la Legge di stabilità 2014 è stato stanziato a favore del Fondo NAS un ammontare di risorse pari a € 275 mln., con un incremento di € 75 mln. per il 2014 in favore di interventi di assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravi e gravissime, ivi incluse quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica.

A differenza di quanto avviene in altri sistemi assistenziali europei, in Italia le prestazioni per la non-autosufficienza non hanno quindi “regole” omogenee, dividendosi in molti rivoli e forme: dalle prestazioni in natura di assistenza residenziale e di assistenza domiciliare, alle varie prestazioni in denaro sopra citate.

Ad esempio, l'indennità di accompagnamento in Italia non tiene conto dei diversi gradi di dipendenza e delle diverse tipologie di intervento necessarie a fronteggiare bisogni assistenziali complessi (come invece avviene ad esempio nel sistema tedesco), né considera le differenti condizioni familiari ed ambientali nell'ambito delle quali si sviluppano le specifiche azioni assistenziali. Analogamente in Italia il diritto alle prestazioni è frutto di una valutazione medica e non fa riferimento al reddito, a differenza ad esempio di quanto avviene ad esempio in Francia.

In conclusione, non si può dire che non si spenda per la non-autosufficienza: il vero limite è da ricercarsi nella non coerenza dell'approccio, dimostrata sia dai numerosi rivoli in cui si divide la spesa, sia dalla mancanza di uno strumento univoco di finanziamento, che adottati regole comuni e di provata efficienza.

Riferimenti bibliografici

INPS (vari anni), *Osservatorio sulle prestazioni erogate a sostegno della famiglia* – Legge n. 104/92

INPS (2013), *Rapporto annuale 2012*

Istat (2014), *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche*, www.istat.it

Istat, (vari anni), *Indagine sugli interventi ed i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, www.istat.it

Istat (2013), *Rapporto sulla Coesione Sociale*

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2013), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, aggiornamento 2013*

Ministero della Funzione Pubblica (2011), *Fruizione dei permessi ex Legge 104/92*

Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS (2014), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*

Chapter 12

Services for care-dependent persons

Battaglia G.¹

Summary

Italy was one of the first countries in Europe to introduce legislation for social integration and the rights of persons with disabilities.

A set of rules stemming from the wording of Article 38, paragraph 1, of the Italian Constitution, which states: *“Every citizen unable to work and without the necessary means of subsistence is entitled to welfare support”*. But, although the constitutional principle is very clear, the definition of disability and, downstream of this, of care dependency, is rather ambiguous. Nor is it easy to distinguish between the two concepts in the existing legislation. In particular, from a careful analysis of the regional legislation, it emerges that each region in Italy has adopted a peculiar definition of care dependency, ranging from the inability of the individual to perform the normal activities of daily living and to maintain a network of social relations, to a cluster of regions in which it is associated with the presence of multiple diseases.

Over the years, as a result of this rather ambiguous set of national and regional norms regarding the protection of disabled people, a range of different welfare policies and services have evolved for care-dependent persons, in terms of both benefits in kind and cash.

Attendance allowances, for example are granted to *“persons who are permanently and totally disabled and who therefore required continued assistance with activities of daily living”*.

Attendance allowance is granted if the disabled person - due to a physical or mental deficiency - is unable to walk or to perform the activities of daily living without the permanent

¹ CREA Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

assistance of a helper.

The number of recipients of attendance allowance, in recent years, amounted to more than two million, with public spending of over € 12 bn/year.

The recipients of attendance allowance are constantly increasing and are mostly female, although proportionately less in southern regions. Considering the distribution of recipients per 1,000 population, nationwide, in 2011 there were about 34.61 recipients per 1,000 population, mostly concentrated in the southern regions and the Islands (40.80 per 1,000 population).

Other benefits examined here concern people with a registered disability (“invalidità civile”) defined as persons *“affected by congenital and/or acquired disabilities (including) the permanent outcome of physical and/or mental and sensory infirmities, which result in a permanent functional impairment, also of a progressive nature, including mental disability caused by organic or dysmetabolic oligophrenia, mental insufficiency caused by sensory or functional impairment, whose ability to work is permanently reduced by one third, at least, or, if under 18 years of age, persons with permanent difficulties to carry out the functions and activities typical of their age”*.

The minimum percentage of reduction of the ability to work established by law, to qualify as a so-called “registered” invalid, is 34%. Persons assessed as totally unable to work (100% disability), by a special Commission of the Local Health Authorities (ASL), become eligible for a disability pension - as totally disabled persons - and when unable to walk and care-dependent, are also entitled to attendance allowance.

In 2011, there were 1,012,512 beneficiaries of disability pensions (including recipients of other types of benefits); of these, 497,259 (49.1%) also received attendance allowance. Between 2007 and 2011, the number of beneficiaries of a disability pension (with or without attendance allowance) rose from 972,000 to slightly over 1 million, most of them women (53%).

The Italian Central Statistics Office (Istat) reports, for 2011, an annual expenditure for disability pensions of approx. € 3,165 m.

Law 104/1992 is the key legislative reference «*in respect of the assistance, social integration and rights of disabled persons*», and mainly concerns the disabled persons themselves and their relatives.

The law, in fact, is based on the assumption that independence and social integration can be achieved by adequately supporting both the disabled persons and their family members, not only in terms of cash benefits, but also by providing personal assistance and social services. In Italy, the number of public and private sector employees qualifying for leave off work under Law 104/1992 rose from 296,799 in 2010 to 303,634 in the 1st half of 2013. Between 2011 and 2012, there was an 8.5% change, while in the immediately following period the number of private sector employees qualifying for benefits under the law dropped by over 14 percentage points.

Based on the data provided by INPS - Italy's Pension Service - regarding private sector employees nationwide, the beneficiaries of disability pensions rose from 4.9 per 1,000 population in 2010 to 5.1 in the first half of 2013, with a slight drop of about 15% compared to 2012.

With regard to public sector employees (2010), 7.40% qualified for leave off work under Law 104/92, for a total of 4,835,263 days off work, for an estimated cost of € 725.29 m (source: Ministry of Public Function).

The latest official figures record a total of 295,425 beneficiaries in 2011, over 70% of which are women. If we look at the make up of the persons qualifying for leave off work, we see that 10.23% consist of disabled workers proper, while the remaining 89.77% are persons who need to assist disabled relatives.

In short, in 2011, paid leave off work under Law 104/1992, in the public sector, cost the State about € 805.64 m, considering 5,370,918 days off work, at a cost of € 150.00 per day (2010 average figure). Although there are no figures for the private sector, we can assume that it is more or less of the same magnitude, which means that we can make a conservative rounded estimate, in the public sector, of about € 1,600 m.

Total spending in 2011, therefore, was about € 16,904.69 m.

If to this we add all the available - albeit partial and largely approximate - data, we

can conclude that estimated expenditure in Italy, in 2012 (assuming that the cost of cash benefits in 2012 did not differ significantly from the available figure for 2011), for care dependency services totalled at least € 25,791.04 m, accounting for about 1.65% of the GDP, with the following make up:

- home care (€ 2,123.95 m) – see chap. 11;
- residential care (approx. € 4,545.00 m) / semi-residential care (approx. € 1.100,00) – see chap. 7;
- cash benefits by INPS (approx. € 16,904.69 m in 2011, for disability pensions, attendance allowance and paid leave off work under Law 104/92);
- long-term hospital care (€ 940 m, anno 2012);
- private expenditure by households for disabled and elderly care services (€ 177.40 m) – see chap. 4.

Therefore, the most widespread type of benefit, in Italy, for disabled persons - most of which are care dependent - is attendance allowance, followed by disability pensions.

Regarding public funding, two funds were set up in 1997 (National Social Policy Fund - FNPS) and 2007 (Care Dependency Fund, for care-dependent persons with serious disabilities), which are useful but highly inadequate, because under- and erratically funded.

Unlike in other European care systems, in Italy services for care-dependent persons do not follow uniform “rules”, but differ considerably, ranging from residential to home care and to the various types of cash benefits mentioned above.

For example, attendance allowance in Italy does not take into account the different degrees of dependency and the different types of care actions needed to address complex care needs (as in the German system, for example), nor does it consider the different family and environmental conditions in which the specific care actions need to be developed. Likewise, in Italy, the eligibility for benefits is based on medical assessment alone and is not means-related, unlike in France, for example.

In conclusion, the real problem is not that expenditure in Italy is low for care dependency, but that the approach is consistent, with fragmented spending and the lack of a single funding tool, based on common and efficient rules.

A word cloud of various terms related to healthcare, economics, and social policy. The words are arranged in a circular pattern around a central point. The most prominent words are 'SSN', 'bisogni', 'innovazione', 'economia', and 'sviluppo'. Other visible words include 'performance', 'accesso', 'appropriatezza', 'scenari', 'efficienza', 'integrazione', 'valutazioni', 'cronicità', 'risorse', 'italia', 'empowerment', 'regioni', 'federalismo', 'selettività', 'sostenibilità', 'welfare', 'responsabilità', 'europa', 'salute', 'HTA', 'health', 'investimenti', 'equità', 'crescita', and 'cura'.

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

Capitolo 13

**L'industria sanitaria:
evoluzione e prospettive**

Capitolo 13

L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

d'Angela D.¹, Pastorelli G.¹

13.1. Il contesto

Il presente capitolo si pone l'obiettivo di analizzare le dinamiche in campo farmaceutico e dei dispositivi medici, osservandole dal punto di vista dello sviluppo industriale e, in particolare, del rapporto esistente fra politiche assistenziali e industriali. Il rischio è che la crisi finanziaria e la conseguente pressione sulle finanze pubbliche esaspera il rischio di politiche assistenziali portatrici di effetti controproducenti dal punto di vista industriale.

Lo sviluppo industriale è fondamentale per lo sviluppo economico e sociale, e un'eventuale sofferenza potrebbe comportare un freno alla crescita del Paese, incentivando le imprese ad abbandonare l'Italia e minando in ultima istanza definitivamente la sostenibilità del sistema di *Welfare*.

Il problema sembra percepito anche a livello delle Istituzioni centrali e regionali che infatti lo riportano nel Patto della Salute 2014-2016 affermando che <<Il tema del governo della spesa farmaceutica coniugato con l'importanza dello sviluppo del mondo imprenditoriale nel settore delle industrie farmaceutiche in Italia, si conferma come fondamentale per le strategie del Paese. A tale scopo, tenendo presenti i fabbisogni del SSN, si ritiene necessario incrementare e migliorare le strategie degli investimenti in innovazione e ricerca anche con politiche di *Governance* che, nel rispetto dei vincoli di bilancio, favoriscano l'accesso dei cittadini ai farmaci innovativi ed efficaci ai fini della tutela della salute pubblica e a garanzia della centralità del malato nei percorsi assistenziali e terapeutici>>.

¹ CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

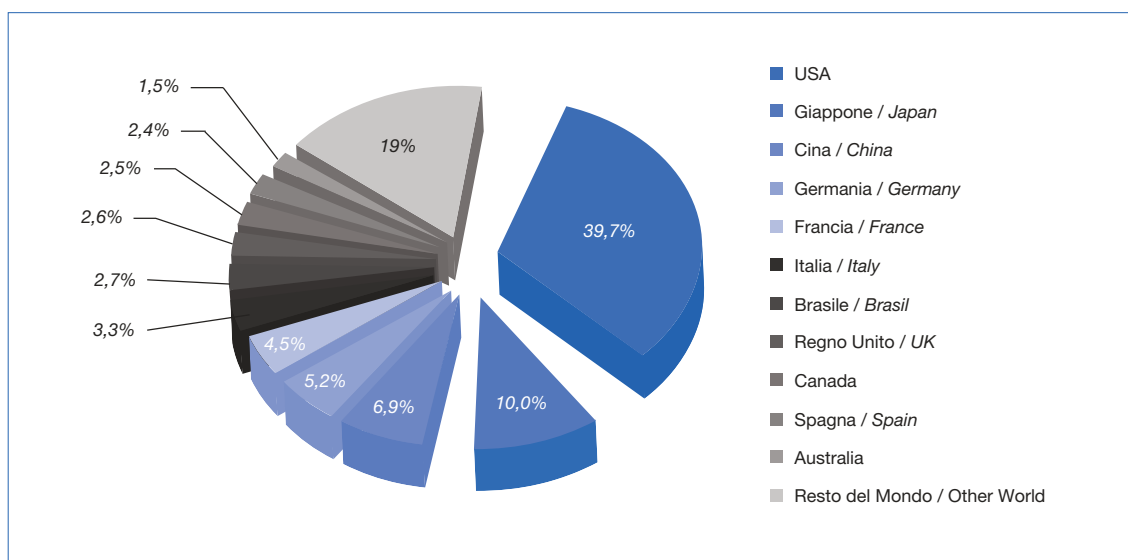
13.2. Produzione e dimensione dell'industria

L'industria farmaceutica e quella dei dispositivi medici (DM) hanno complessivamente dimensioni rilevanti, con un mercato che supera € 1.000 mld. a livello mondiale: € 840 mld. sono attribuibili al settore farmaceutico (IMS Midas, 2013) e circa € 265 mld. al settore dei DM. E' interessante notare come rispetto al 2010, in cui il rapporto tra i due mercati era di circa uno a quattro, si siano accorciate le distanze.

E' rimasta pressoché simile la distribuzione del mercato tra i Paesi: il mercato statunitense rappresenta circa il 40% di quello mondiale in entrambi i settori, seguito da quello europeo con il 25%; degna di nota è la crescita degli altri mercati, e in particolare quello orientale, che ha riguardato il settore dei DM: nel 2007 USA e Europa rappresentavano il 51% e il 30%, del mercato. Il mercato giapponese detiene oggi una quota per il settore dei DM, pari al 17%, contro una del 10% per quello farmaceutico.

Figura 13.1. Quota mercato farmaceutico nei Paesi del mondo. Valori %, anno 2013

[Figure 13.1. Share of pharmaceutical market in the world. Percentage, 2013]



Fonte/Source: IMS Midas 2013

La produzione italiana nel settore farmaceutico è pari a € 27.611 mln. (€ 25.713 mln. nel 2011), ovvero circa il 17,4% di quella europea (€ 158.885 mln.): nel settore dei DM è pari a circa il 12,0% (€ 6.211 mln. su € 20.621 mln. a livello europeo).

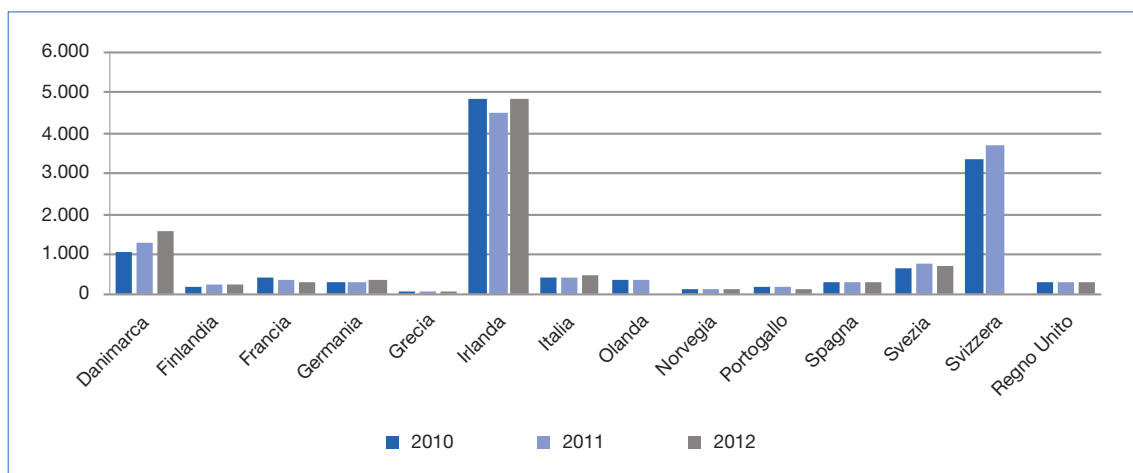
Secondo IMS, l'Italia in campo farmaceutico nel 2012, continua a mantenere il terzo posto in Europa, dopo la Germania e la Francia, (rispettivamente € 43.527 mln. e € 37.991 mln.).

Italia, Finlandia e Irlanda, risultano essere i Paesi che hanno registrato un maggiore aumento del valore di produzione rispetto all'anno precedente, rispettivamente del 9,8%, 13,3% e 12,7%; in Inghilterra, Portogallo e Belgio, invece, la produzione è diminuita rispetto al 2011 rispettivamente del -1,0%, -9,5% e -13,2%.

Rapportando il valore di produzione alla popolazione, notiamo che, nel 2012, l'Irlanda risulta essere al primo posto con una produzione farmaceutica per abitante pari a € 4.838,14, seguita dalla Svizzera con € 3.701,00, dalla Danimarca con € 1.559,69 e dalla Svezia con € 693,11. Quella italiana è di poco superiore a quella tedesca (€ 337,88 per abitante) ed austriaca (€ 326,57 per abitante) raggiungendo € 463,74 per abitante.

Figura 13.2. Valore di produzione di farmaci pro-capite. Valori assoluti (€), anni 2010-2012

[Figure 13.2. Per capita value of pharmaceutical production (€), 2010-2012]



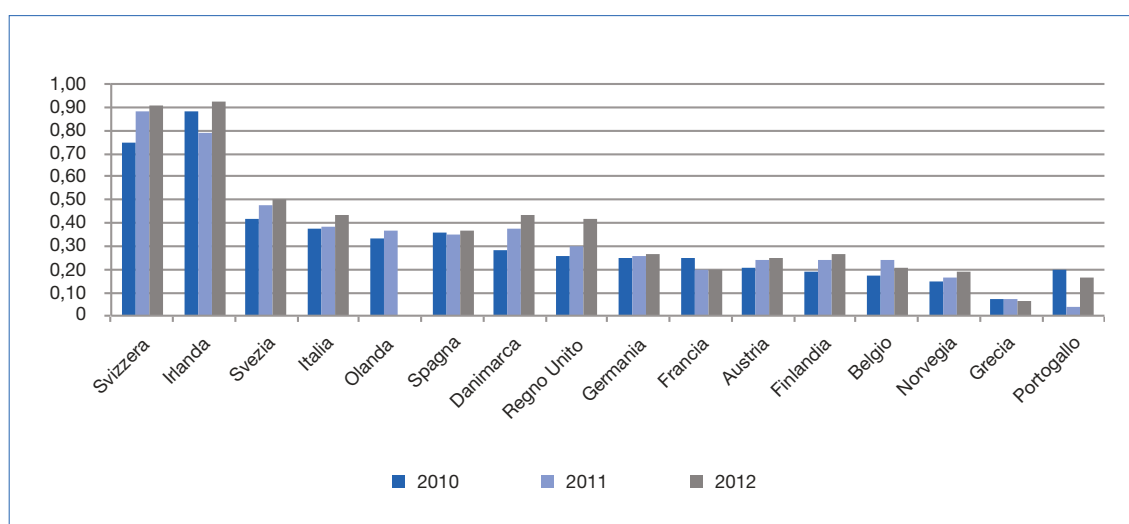
Fonte/Source: Farmindustria 2014

Irlanda, Svizzera e Svezia, oltre ad essere i Paesi con il maggior valore di produzione in rapporto alla popolazione, sono anche quelli con il maggior prodotto per occupato: rispettivamente € 0,92 mln., € 0,91 mln. e € 0,50 mln.. L'Italia, nel 2012, ha incrementato la produttività per occupato rispetto al 2011 di quasi il 9%, raggiungendo un valore pari a quello danese (€ 0,43 mln. per occupato).

Figura 13.3. Valore di produzione farmaci in Europa per occupato.

Valori assoluti (€ mln.), anni 2010-2012

[Figure 13.3. Value of drugs production in Europe per employ (€ million), 2010-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Efpia 2013

[Source: CREA Sanità on Efpia 2013 data]

Nella produzione dei DM l'Italia si colloca invece al quarto posto in Europa, con un valore pari a € 5,9 mld., subito dopo Germania, Inghilterra e Francia con rispettivamente € 11,1 mld., € 7,8 mld. e € 6,4 mld..

Nel settore dei DM si riscontra una produttività per occupato mediamente più bassa rispetto a quella del farmaceutico. L'Olanda, con € 0,31 mln. per occupato, risulta essere

il Paese con il valore maggiore; segue la Finlandia con € 0,30 mln. per occupato (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. occupano il quinto e sesto posto rispettivamente.

In Europa è interessante osservare come nell'arco temporale 2000-2013, si sia registrata una diminuzione del -58,47% (pari ad una media annua del -5,97%) delle aziende farmaceutiche, passate da 4.370 nel 2000 a 1.964 nel 2013).

Rispetto al 2011 il numero di aziende farmaceutiche è rimasto invariato in Francia e Germania (253 e 380 rispettivamente), in Svezia, Svizzera, Inghilterra e Grecia si è ridotto del 6,5%, 7,5%, 5,3% e 17,6% (43, 111, 143 e 42 aziende rispettivamente nel 2013); anche in Italia nel 2013, il numero di aziende farmaceutiche si è ridotto del -2,2% rispetto al 2011, contando 311 aziende.

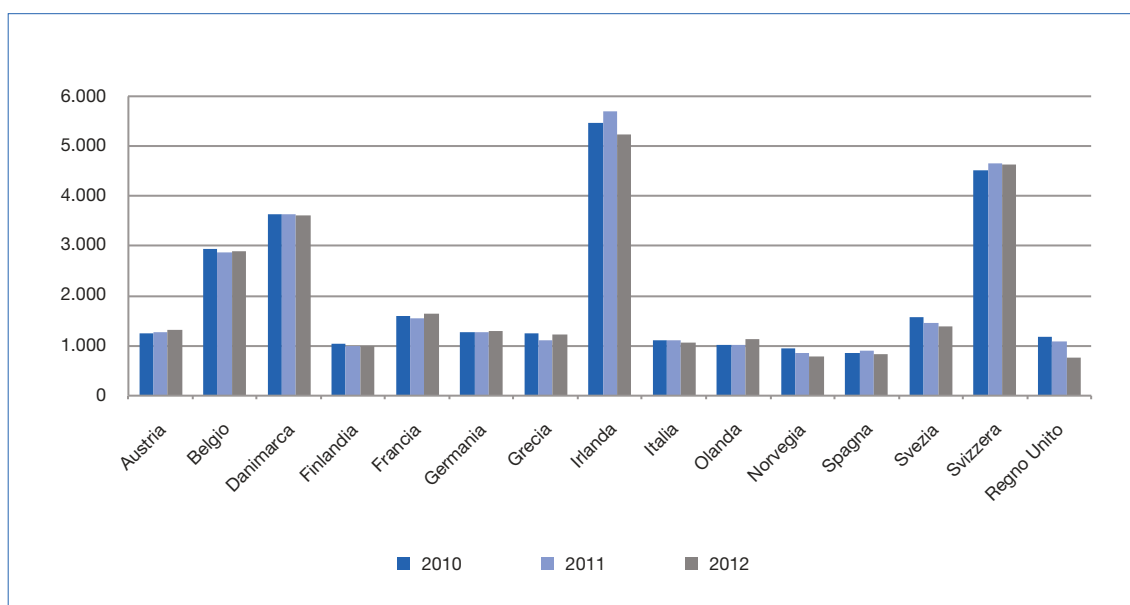
Irlanda, Svizzera e Danimarca sono anche i Paesi con il maggior numero di occupati nel settore farmaceutico in rapporto alla popolazione: 5.232, 4632 e 3.615 addetti e ogni 1.000.000 abitanti. Ad eccezione di Germania, Svizzera e Inghilterra, in cui il numero di occupati nel 2013 è aumentato rispetto all'anno precedente del +4,34%, +3,91% e +51,23%, in tutti gli altri Paesi c'è stata una riduzione degli occupati nel settore.

Rapportando il dato alla popolazione residente, nel periodo 2006-2013 si sono persi 233 occupati ogni 1.000.000 di abitanti: si è passati dalle 1.277 unità per 1.000.000 di abitanti (valore più basso nel periodo di riferimento) alle 1.044 unità per 1.000.000 di abitanti nel 2013.

In Italia si è registrata un'ulteriore riduzione, pari all'1,89% (1.200 unità) oltre alle 1.500 unità perse nell'anno precedente: dal 2005 ad oggi sono state complessivamente perse 11.700 unità.

Figura 13.4. Occupati in aziende farmaceutiche.**Valori per 1.000 abitanti, anni 2010-2012**

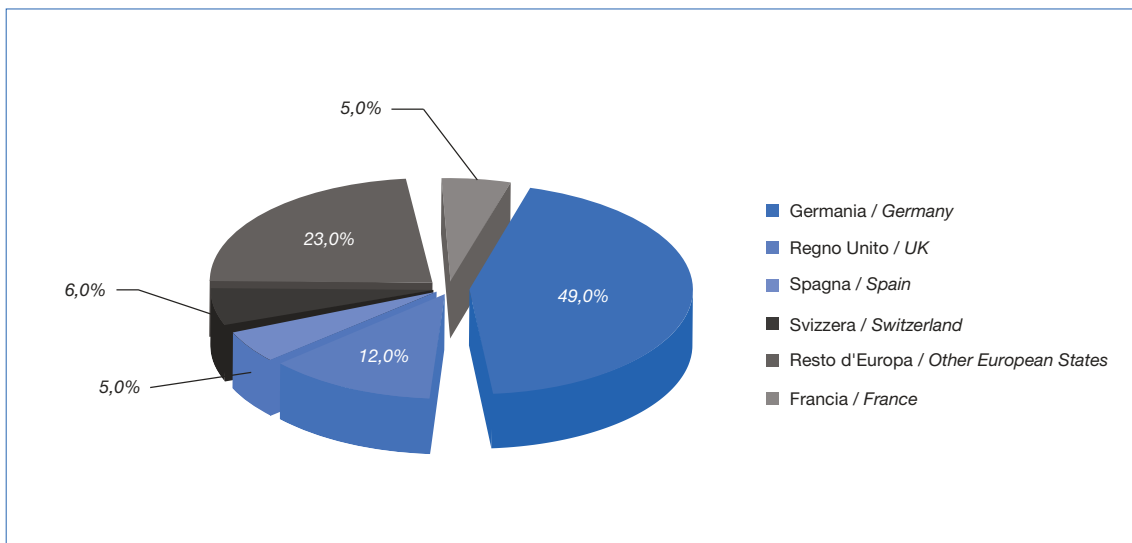
[Figure 13.4. Persons employed in pharmaceutical companies. Per 1,000 inhabitants, 2010-2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Farindustria 2014

[Source: CREA Sanità on Farindustria 2014 data]

Relativamente ai DM, dai dati Eucomed emerge che, in Europa, nel biennio 2007-2009, c'è stato un aumento significativo del numero di aziende, passando da 11.000 a 22.500 (+105%). Il 71% di queste è localizzato in solo quattro Paesi: Germania (49%), Inghilterra (12%), Francia (5%) e Spagna (5%).

Figura 13.5. Quota di aziende produttrici di Dispositivi Medici nel mondo.**Valori %, anno 2009***[Figure 13.5. Share of MD production companies in the world. Percentage, 2009]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Eucomed e OECD 2014

[Source: CREA Sanità on Eucomed / OECD Health data 2014]

L'industria farmaceutica si contraddistingue per un valore aggiunto per addetto che è il più alto nel settore manifatturiero italiano; rappresenta il 3,2% di quello dell'industria totale ed è in continua crescita; nel 2013 è pari a € 9.100 mln. (+7,02% rispetto al 2012).

È degno di nota che la quota di valore aggiunto dell'industria farmaceutica è in continuo aumento, rappresentando nel 2012 lo 0,6% del PIL, mentre quella dell'industria totale, dal 2007 ad oggi, si è progressivamente ridotta, rappresentando nel 2012 il 18,8% del PIL.

In particolare, il settore farmaceutico sembra abbia preservato gli investimenti meglio degli altri settori industriali, non avendo variato il loro valore nell'ultimo quinquennio, a fronte di una riduzione del -9,09% che invece ha riguardato l'intero settore industriale.

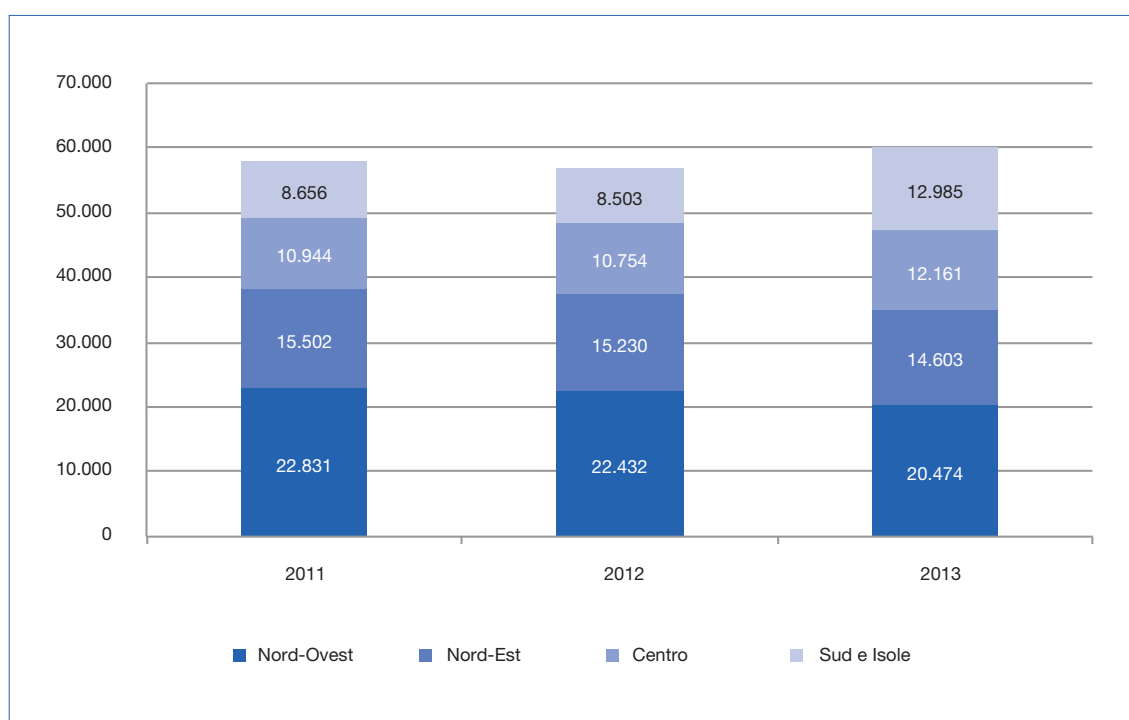
Inoltre, non dobbiamo trascurare che l'industria medica genera un indotto notevole in settori industriali quali meccanica, chimica, apparecchiature elettroniche, costruzioni, plastica, carta: si stima un indotto di oltre € 60 mld., che dopo un calo subito nel 2012

(-4,4%), nel 2013 ha ripreso a crescere (+5,80%). E' interessante notare come, nel 2013, sia aumentato il contributo all'indotto da parte delle Regioni del Centro e del Mezzogiorno, rispettivamente pari a € 12.161 mln. e € 12.985 mln..

Figura 13.6. Industria farmaceutica - Valore indotto.

Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2013

[Figure 13.6. Pharmaceutical industry - Inducted value (€ mln.), 2011-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Farindustria 2014

[Source: CREA Sanità on Farindustria 2014 data]

13.3. Dinamiche di import ed export

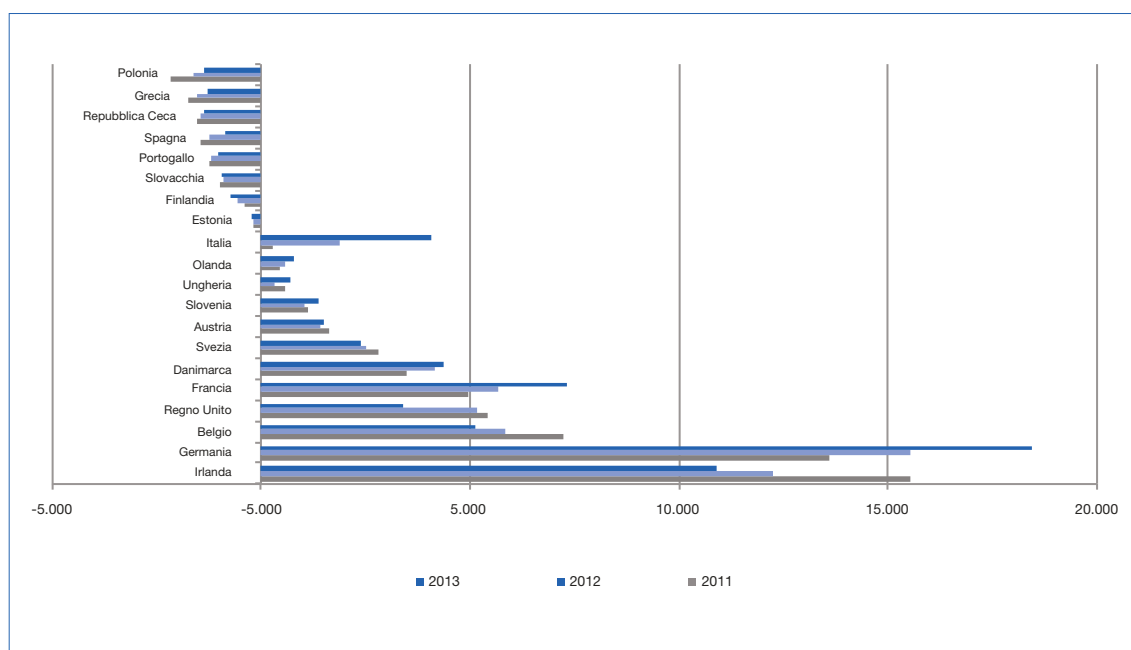
Analizzando le dinamiche dell'*import/export*, il Paese con il saldo commerciale più favorevole risulta essere la Germania con + € 18.440 mln., seguita dall'Irlanda e dalla Francia rispettivamente con € 10.898 e € 7.328 mln.. La Polonia risulta essere invece la nazione con il saldo peggiore (- € 1.353 mln. nel 2013). La Germania è il Paese con il maggior valore sia di esportazione che di importazione nel settore farmaceutico (€ 36.653 mln. e € 18.213 mln. rispettivamente), seguita dal Belgio con € 23.075 mln. di esportazioni e € 17.959 mln. di importazioni, e dalla Francia con € 23.075 mln. di esportazioni e € 13.830 mln. di importazioni.

Nel 2013 l'Italia, ha registrato il saldo positivo più alto degli ultimi quindici anni per il commercio di farmaci (confezionati e non), pari a + € 4.075 mln.: il valore delle esportazioni ha raggiunto il suo valore massimo rappresentando il 71,0% della produzione (€ 15.967 mln.); le importazioni si sono ridotte rispetto al 2012 dell'1,38% (€ 11.892 mln.). Dati questi che, da una parte, trovano giustificazione nella crisi del Paese (riduzione del mercato interno) ma dall'altra "allarmano" poiché potrebbero indurre le aziende a spostare le loro sedi fuori dall'Italia. Considerando il commercio totale (commercio dei medicinali, materie prime farmaceutiche e altri prodotti finiti), nel 2013 il saldo della bilancia commerciale è negativo e pari a -€ 944 mln. (il valore delle importazioni è pari a € 20,6 mld. e quello delle esportazioni pari a € 19,6 mld.).

Figura 13.7. Bilancia commerciale medicinali.

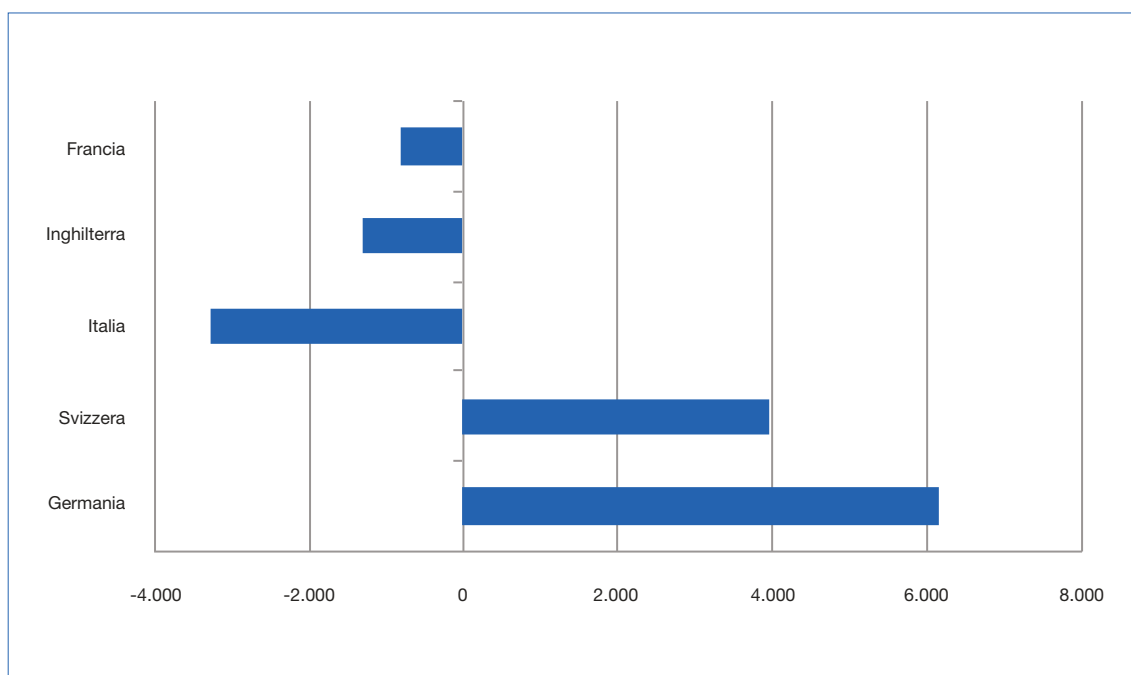
Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2013

[Figure 13.7. Pharmaceutical industry - Trade balance (€ million), 2011-2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Eurostat
 [Source: CREA Sanità on Eurostat data]

La Germania e la Francia risultano essere i Paesi con il maggior valore di esportazione ed importazione anche nel settore dei DM: nel 2009, secondo i dati riportati da *Espicom Business Intelligence*, la Germania ha esportato per un valore pari a circa € 16,0 mld., seguita dalla Francia con circa € 7,0 mld.; le loro importazioni sono rispettivamente pari a € 10,1 mld. e € 7,5 mld. (2009). L'Italia, nello stesso anno, ha esportato DM, secondo i dati Eucomed, per un valore pari a € 2,5 mld., ed importato per un valore pari a più del doppio (€ 5,7 mld., Assobiomedica), con un saldo della bilancia commerciale negativo e pari a - € 3.269 mln.. Anche in questo settore i saldi positivi maggiori sono riferibili alla Germania (€ 5.000 mln.) e alla Svizzera (€ 3.953 mln.).

Figura 13.8. Saldo bilancia commerciale aziende di DM.**Valori assoluti (€ million), anno 2009***[Figure 13.8. Trade balance of MD industry (€ mln.), 2009]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Eucomed, Espicom
[Source: CREA Sanità on Eucomed, Espicom data]

13.4. Innovazione

In un periodo quale è quello che stiamo attraversando, non possiamo non analizzare il tema dell'innovazione, al fine di valutare se i due settori analizzati ne abbiano risentito o meno.

Gli USA con € 26.130 mln. di investimenti in R&S nel settore farmaceutico, detengono il primato, seguiti dalla Germania con € 5.481 mln. e dall'Inghilterra con € 5.187 mln.. L'Italia, investendo € 1.220 mln. si colloca al nono posto (-0,82% rispetto al 2012).

Rapportando il valore di questi investimenti al numero di addetti in R&S delle aziende farmaceutiche, il primato spetta al Belgio con circa € 62,43 mln. ogni 100 addetti; seguito da Svizzera, Austria e Svezia rispettivamente con € 58,67 mln., € 50,33 mln. e € 30,76 mln. investiti per 100 addetti R&S; l'Italia si colloca al nono posto investendo in R&S € 20,50 mln. ogni 100 addetti.

Analizzando le dinamiche degli ultimi anni, notiamo che nel triennio 2010-2013 l'Austria è risultata essere il Paese con il maggior incremento di investimenti in ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico (+17,77%) seguita da Norvegia e Belgio rispettivamente con +13,96% e +9,19%. Nello stesso triennio risulta la Finlandia il Paese con la contrazione maggiore degli investimenti (-12,53%); l'Italia dal 2010 ad oggi è riuscita sostanzialmente a mantenere costante il valore degli investimenti in R&S.

Danimarca, Olanda ed Inghilterra risultano essere i Paesi con la maggior quota di occupati nel settore farmaceutico addetti alla R&S: 38,32%, 36,48% e 31,51%. Il numero di addetti alla R&S farmaceutico in questi Paesi non è variato nel biennio 2012-2013.

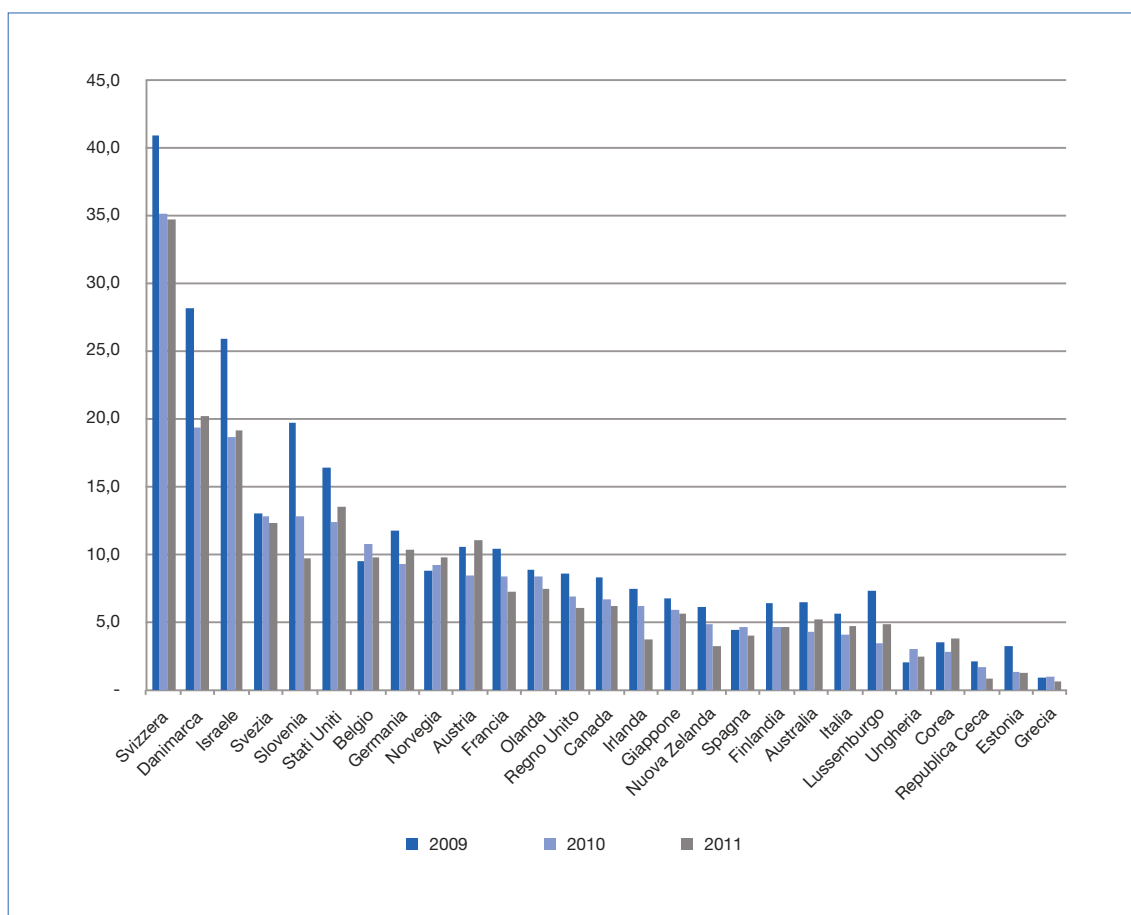
In Italia, nel 2013, questi rappresentano il 9,57% degli occupati, con un aumento di 0,18 punti percentuali rispetto al 2012. Dato questo che lascia intendere come la forte riduzione di occupati che ha riguardato il settore ha coinvolto maggiormente la forza vendite.

Francia e Germania hanno invece ridotto il numero di addetti alla R&S rispettivamente del -6,08% e -1,46%.

Considerando quale indicatore del livello di innovazione nel settore di un Paese il numero di brevetti registrati, nel 2011, la Svizzera risulta essere il Paese europeo con il maggior livello di innovazione nel settore farmaceutico (34,7 brevetti ogni 1.000.000 di abitanti) seguita dalla Danimarca (20,2 brevetti per mln. di abitanti) e da Israele (19,2 brevetti per mln. di abitanti). L'Italia nel 2010 ha prodotto 5 brevetti ogni 1.000.000 di abitanti.

Figura 13.9. Brevetti di farmaci in rapporto agli abitanti.

Valori per 1.000.000 di abitanti, anni 2009-2011

[Figure 13.9. Patents for drugs. Per 1,000,000 inhabitants, 2009-2011]

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Eucomed, Espicom

[Source: CREA Sanità on Eucomed, Espicom data]

A livello mondiale, nel settore dei DM, considerando l'attività brevettuale concernente i dispositivi afferenti alla categoria delle "Human necessities", settore IPC 61, sezioni B - P si riscontra che gli USA detengono 7.960 brevetti per tecnologie mediche, il Giappone 1.496 e l'Europa 5.514. Nel periodo 2005-2008, si è riscontrata una riduzione del numero di brevetti nei tre Paesi rispettivamente pari a -12%, -9%, -6%.

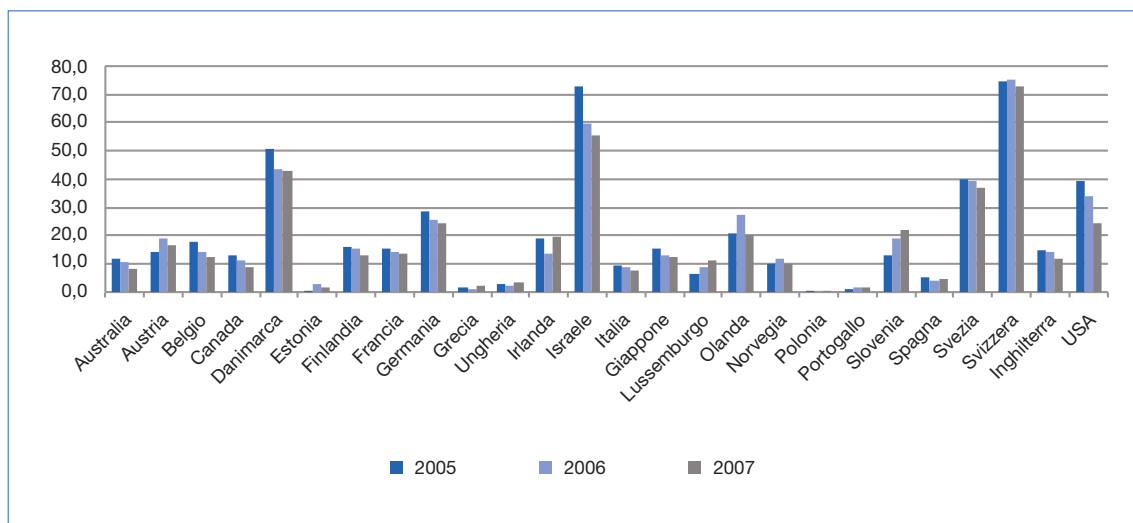
Rapportando il numero di brevetti prodotti (Classificazione IPC Sezione 61) alla popolazione residente, si ha che gli Stati Uniti hanno prodotto, nel 2007, 24,4 brevetti per tecnologie mediche ogni 1.000.000 di abitanti, con un notevole calo rispetto al 2005 (39,5 brevetti ogni 1.000.000 abitanti); il Giappone si attesta a circa la metà (12,50 brevetti ogni 1.000.000 abitanti).

In Europa, sempre nel 2007, i Paesi con il maggior numero di brevetti per tecnologie mediche in rapporto alla popolazione risultavano la Svizzera con 73,1 brevetti ogni 1.000.000 di abitanti, l'Israele con 55,3, la Danimarca con 43,1, la Svezia con 36,9, la Germania con 24,4 e la Francia con 13,5.

L'Italia produce circa 7 brevetti di DM ogni milione di abitanti.

Figura 13.10. Brevetti di Dispositivi medici. Valori per 1.000.000 abitanti, anni 2005-2007

[Figure 13.10. Patents for MD. Per 1,000,000 inhabitants, 2005-2007]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD, EPO e USPTO
 [Source: CREA Sanità on OECD, USPTO, EPO data]

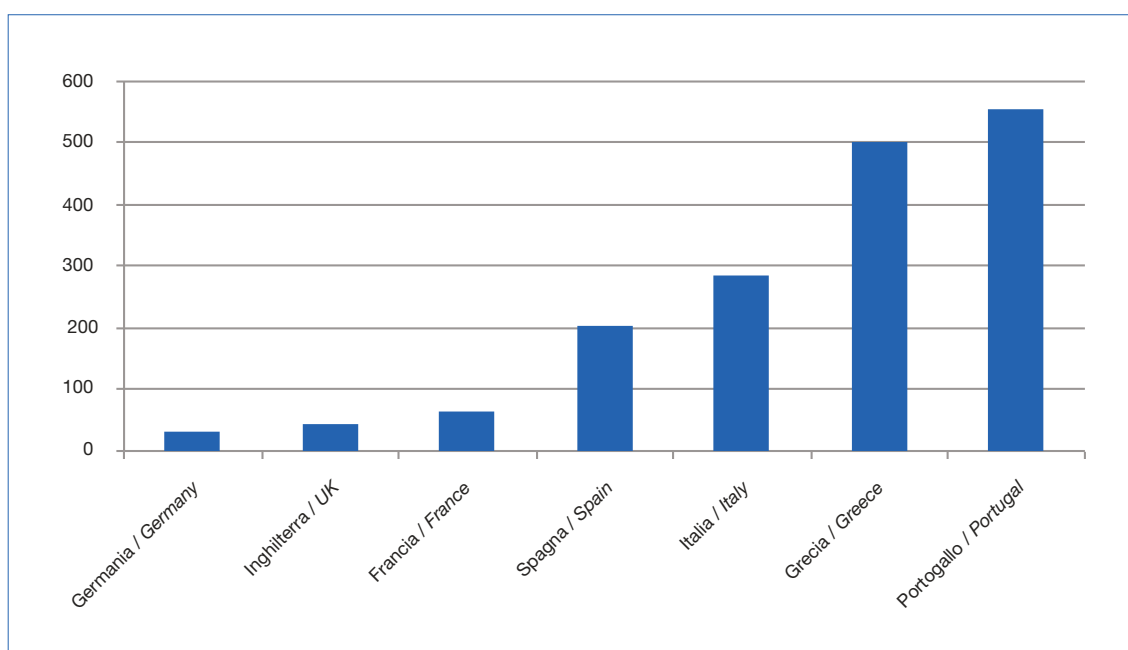
Si osserva però anche una tendenza alla riduzione dei brevetti, indice di un “malesse-re” del settore.

I lunghi tempi di pagamento dei fornitori da parte degli acquirenti, solitamente strutture pubbliche, possono poi acuire le difficoltà del settore, anche considerando che in Europa, l’80% delle aziende di tecnologie medicali sono PMI, e pertanto necessitano di disponibilità immediata per poter investire in R&S e quindi innovare; il ritardo nei pagamenti da parte dei fornitori rappresenta un freno significativo all’innovazione nel settore.

Nel 2012, a fronte della Germania in cui si registrano tempi di pagamento medi di 30 giorni, e dell’Inghilterra (45 giorni), e della Francia (65), in Spagna arriviamo a 202, in Italia a 284, in Grecia addirittura 500 come in Portogallo (550).

Figura 13.11. Tempi medi di pagamento dei fornitori da parte delle Amministrazioni pubbliche. Valori assoluti (giorni), anno 2012

[Figure 13.11. Average time of payment by Public administration (days), 2012]



Fonte/Source: Assobiomedica

In effetti, rapportando i tempi di pagamento da parte dei fornitori alla variazione media annua (2011/2008) delle domande di brevetto di DM presentate è possibile riscontrare una correlazione: la minor riduzione di brevetti prodotti si riscontra proprio in Germania che ha i tempi di pagamento più brevi; per gli altri Paesi, ad eccezione di Francia e Inghilterra, che però hanno ridotto il numero di addetti R&S, all'aumentare dei tempi di pagamento aumenta la quota di riduzione della produzione dei brevetti.

Tabella 13.1. Variazione media annua domande di brevetto per DM e tempi di pagamento fornitori. Valori % e giorni, anni 2008–2011 e 2012

[Table 13.1. Average annual change MD patent application and payment time. Percentage and days, 2008-2011 and 2012]

	Var. brevetti (%)	Tempo pagamento (GG)
Germania	-10,58%	30
Spagna	-13,65%	202
Francia	-17,42%	65
Italia	-18,67%	284
Grecia	-19,97%	500
Inghilterra	-24,86%	45
Portogallo	-30,39%	555

Fonte/Source: OECD

13.5. 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, seppur datate le informazioni disponibili, gli Stati Uniti presentano il valore più alto pari a € 325,16; segue il Giappone con una spesa pro-capite di € 180 e l'Europa (in media) di € 144. Fra i Paesi europei le differenze sono notevoli: la Francia ha una spesa pro-capite di € 303,34, seguono Germania con € 278,38 e la Danimarca con € 238,21, quindi la Svizzera con € 221,95 e la Norvegia con € 220,42. In Italia, secondo i dati di spesa riportati da Eucomed, la spesa pro-capite è di € 112,81, inferiore di circa il 22% a quella media europea. Al fine di stimare un dato, almeno indicativo, della spesa a livello regionale, seppure limitata a quella sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche, sono stati analizzati i Conti Economici (CE) ministeriali.

Il settore dei DM è un settore di grande interesse industriale, foriero di innovazioni socialmente importanti, con ricadute sulla qualità della vita della popolazione, ma anche in

termini di incidenza sulla spesa pubblica, ove i DM si posizionano subito dopo l'onere per il personale e la spesa farmaceutica (negli ultimi anni oggetto di continui "tagli" ai prezzi, che ne hanno reso ormai difficile e comunque discutibile l'ulteriore contenimento). Quest'ultimo aspetto ha fatto sì che anche i DM rientrassero nel dibattito sul contenimento della spesa sanitaria pubblica.

A partire dalla manovra finanziaria del 2011 il legislatore nazionale ha imposto alle Regioni dei tetti di spesa (4,8% del Fondo nel 2013 e 4,4% nel 2014) via via sempre più stringenti, anche per i dispositivi medici. Contestualmente sono stati adottati dei provvedimenti finalizzati a consentire di rilevare la spesa per essi sostenuta dalle Aziende Sanitarie. Tra questi citiamo l'aggiornamento del modello di Conto Economico (CE) che a partire dall'anno 2012 presenta la voce 'B.1.A.3) Dispositivi medici TOTALE' somma dei tre sottogruppi 'B.1.A.3.1) Dispositivi medici' (contenente il costo dei DM dotati del numero di iscrizione nel sistema banca dati/Repertorio ai sensi del DM 20 Febbraio 2009), 'B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi' (costo dei dispositivi medici attivi) e 'B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)' (costo dei DM diagnostici in vitro nell'ambito di applicazione del D.L. 332/2000).

Inoltre con il DM della Salute dell'11.06.2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale", col quale è stato istituito il Repertorio dei dispositivi medici, anagrafe di riferimento unica a valenza nazionale, è stato avviato il nuovo flusso informativo riguardante il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici, presenti nella banca dati/Repertorio, direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale: ma 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.

In ogni caso risulterebbe un dato di spesa nazionale, nel 2012, pari a poco più di € 2,5 mld..

Il dato di spesa rinveniente dalle voci sopra elencate dei CE risulta anch'esso sotto-stimato non includendo la spesa per le apparecchiature medicali per le quali invece sono teoricamente riportate le quote di ammortamento nella relativa voce 'Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali', unitamente a quelle per impianti e macchinari, mobili e arredi, e automezzi.

Al fine di ricavare un dato di spesa per DM che possa avvicinarsi il più possibile alla spesa effettiva sostenuta, includendo quindi anche le attrezzature sanitarie, abbiamo proceduto a sommare alla spesa associata alla voce dispositivi medici una quota per le attrezzature sanitarie ipotizzata pari al 65% di quella contenuta in 'Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali'. Da questa stima di spesa resta comunque esclusa la quota relativa alle apparecchiature prese a noleggio o con *leasing*.

La spesa per DM che considerando solo la voce specifica dei CE, nel 2012, risulterebbe pari a circa € 5,3 mld., includendo anche le attrezzature sanitarie, varrebbe circa € 6,2 mld., rappresentando così il 5,9% del Fondo Sanitario Nazionale.

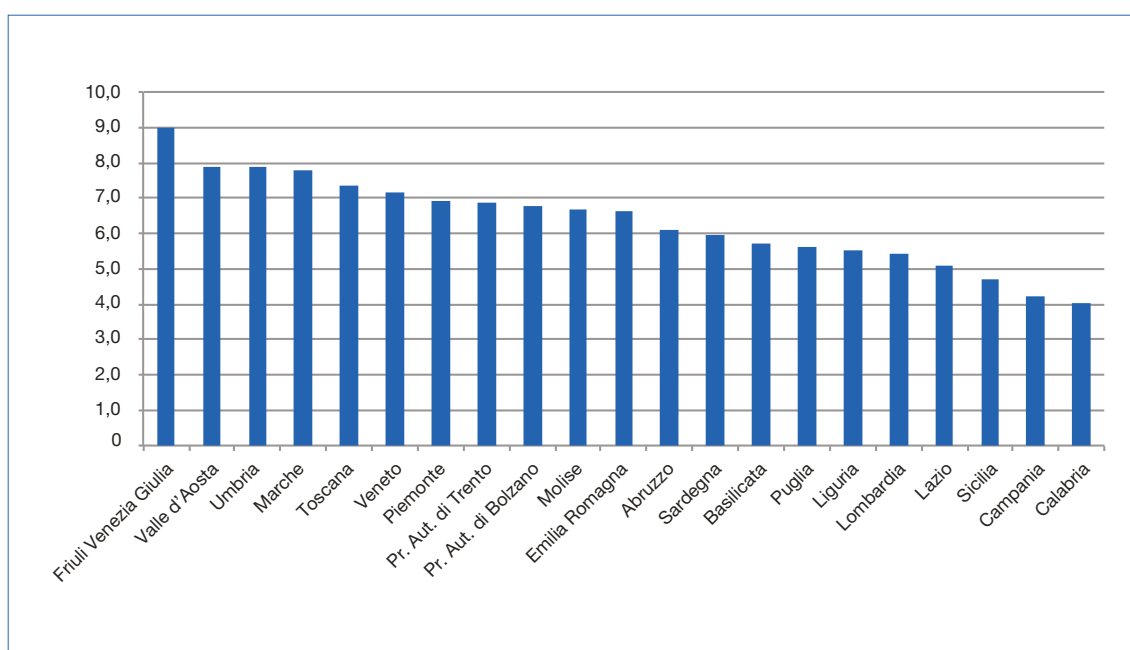
Le Regioni con la maggiore quota di spesa per DM sul Fondo Sanitario Regionale sono il Friuli Venezia Giulia (8,98%), la Valle d'Aosta (7,89%), l'Umbria (7,86%) le Marche (7,79%); quelle con la minore quota sono Calabria (4,00%), Campania (4,20%), Sicilia (4,72%) e Lazio (5,10%).

È opportuno però precisare che la spesa per DM delle singole Regioni proviene dai CE e quindi il suo valore, oltre ad essere sicuramente sottostimato per i motivi precedentemente esposti, è strettamente legato all'alimentazione dei conti e alla modalità in cui viene fatta. Ad esempio l'elevata quota riscontrata in Regioni *benchmark* per i costi *standard*, quali ad esempio Umbria e Marche, può essere "giustificata" da una completa tracciabilità della spesa per questi beni in queste Regioni.

Considerando che nella manovra finanziaria del 2011 è previsto per il 2014 un tetto di spesa per i DM pari al 4,4% del Fondo, anche alla luce dell'aumento del finanziamento previsto nel Patto della salute 2014-2016 (€ 109,63 mld. nel 2014), si avrebbe una spesa pro-capite per i DM pari a circa € 80, valore decisamente inferiore a tutti gli altri Paesi europei ed extraeuropei. Dato questo che evidentemente esplicita l'impossibilità del rispetto del tetto da parte delle Regioni a meno che questo non si riferisca ad un settore per definitivo dei DM.

Figura 13.12. Quota di spesa per DM su Fondo Sanitario Regionale.

Valori %, anno 2012

[Figure 13.12. DM expenditure - Share of Health Regional Fund. Percentage, 2012]

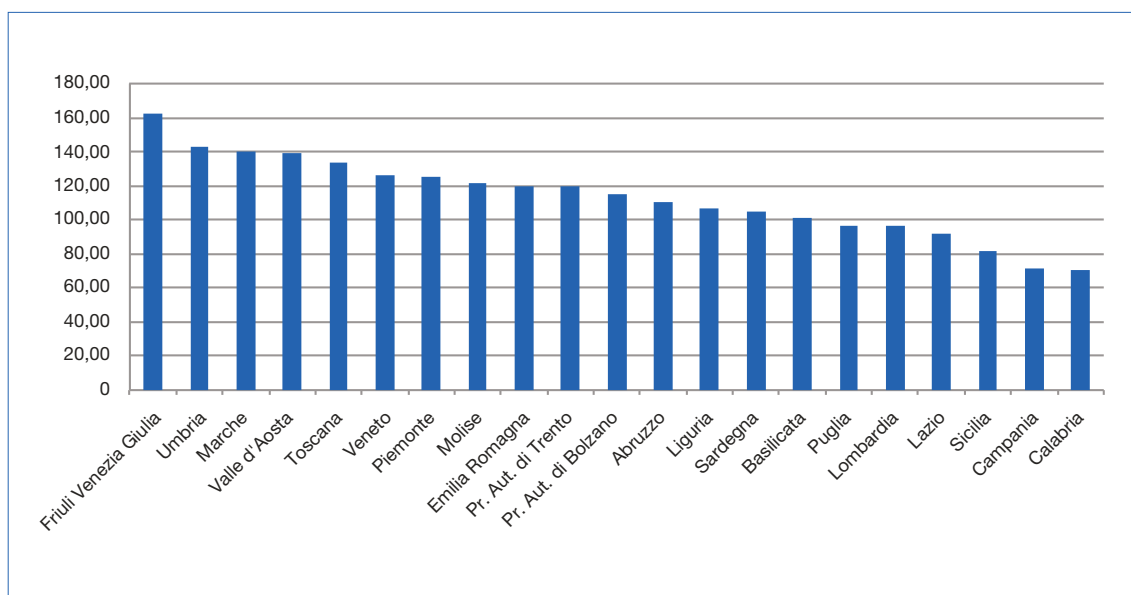
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati del Ministro della Salute
 [Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

La spesa pro-capite media nazionale risulta essere pari a € 104,61 (€ 89,45 senza quota ammortamento attrezzature sanitarie), valore peraltro vicino a quello sopra richiamato fornito da Eucomed.

Le Regioni con la maggior spesa pro-capite risultano essere Friuli Venezia Giulia (€ 162,12), Umbria (€ 143,23), Marche (€ 139,75) e Valle d'Aosta (€ 139,20); quelle con la minore sono Calabria (€ 70,65), Campania (€ 71,52), Sicilia (€ 81,28) e Lazio (€ 91,48).

Figura 13.13. Spesa DM pro-capite. Valori assoluti (€), anno 2012

[Figure 13.13. Per capita MD expenditure (€), 2012]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Ministry of Health data]

13.6. 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 17% ed il 12% di quelle europee.

In campo farmaceutico l'Italia è il terzo mercato europeo, è al quarto posto per produttività, al quinto posto per *export* ed *import*, al sesto per saldo della bilancia commerciale, ma solo al decimo posto in termini di occupati in rapporto alla popolazione (1,07 occupati ogni 1.000 abitanti).

Nel settore dei DM è il quarto mercato europeo, è al quarto posto in termini di produttività, al quarto per *export* ed a secondo per *import*; considerando i brevetti prodotti in rapporto al numero di addetti in R&S siamo al quarto posto. come per la farmaceutica.

Il settore fronteggia la crisi mediamente meglio degli altri settori manifatturieri: nel 2013 in Italia le aziende farmaceutiche sono aumentate del +2,98% (311 nel 2013) e il fenomeno di riduzione dell'occupazione è stato meno significativo: -1,89% nel biennio 2012-2013 (-6,79% nel settore manifatturiero).

Anche in termini di innovazione, se dal 2007 si era assistito ad una riduzione della quota di addetti in R&S, alla quota degli investimenti in R&S e al numero di brevetti prodotti, nel 2013 sembra osservarsi qualche segnale di ripresa, essendosi mantenuto il numero di addetti alla R&S.

Il suo valore aggiunto ha comunque superato i € 9 mld., il valore più alto dal 2000 ad oggi; il contributo all'industria totale è continuato ad aumentare raggiungendo il 3,23% nel 2013 con una quota sul PIL aumentata del 0,58%.

Analogamente, è stato significativo l'aumento del valore di produzione nel biennio 2012-2013 (+7,38%), raggiungendo il valore massimo storico di oltre € 27 mld.. In particolare è significativo il volume delle esportazioni che rappresenta il 71,08% della produzione.

Malgrado ciò si palesa una indicazione nel senso di una difficoltà di sviluppo del settore, avvertibile sugli indicatori di occupazione, confermati dalla perdita di 11.700 occupati nel settore farmaceutico: dal 2005 ad oggi.

In prospettiva, l'analisi delle dinamiche dei brevetti prodotti mostra come i Paesi con maggior ritardo nei pagamenti registrino anche una maggiore riduzione del numero di brevetti prodotti (con una parziale eccezione di Francia e Inghilterra), ipotecendo le prospettive di sviluppo.

In termini di relazione fra politiche sanitarie e industriali, va infine notato che malgrado la forte pressione per ridurre i *budget* pubblici, vada registrato come sia la spesa farmaceutica (si veda il capitolo 9), sia quella per dispositivi medici (in Italia, € 112,81 pro-capite) sono al di sotto della media europea di circa il 20%.

Questo malgrado non sia probabilmente rispettato il tetto legislativamente previsto, nella misura in cui, secondo le stime elaborate a partire dai conti economici delle aziende sanitarie pubbliche, varrebbero il 5,9% del Fondo Sanitario Nazionale.

Anche la variabilità regionale appare degna di attenzione, nella misura in cui le Regioni che sfiorano maggiormente il tetto, Friuli Venezia Giulia (8,98%), la Valle d'Aosta (7,89%), l'Umbria (7,86%) le Marche (7,79%), sono anche nel novero di quelle ritenute generalmente più virtuose, e il meridione, Calabria (4,00%), Campania (4,20%), Sicilia (4,72%) e Lazio (5,10%), che segue a notevole distanza.

Preme però precisare che la spesa per DM delle singole Regioni proviene dai CE e quindi il suo valore, oltre ad essere sicuramente sottostimato per i motivi precedentemente esposti, è strettamente legato all'alimentazione dei conti e alla modalità in cui viene fatta. Ad esempio l'elevata quota riscontrata in Regioni *benchmark* per i costi *standard*, quali ad esempio Umbria e Marche, può essere "giustificata" da una completa tracciabilità della spesa per questi beni in queste Regioni.

Considerando che nella manovra finanziaria del 2011 è previsto per il 2014 un tetto di spesa per i DM pari al 4,4% del Fondo, anche alla luce dell'aumento del finanziamento previsto nel Patto della salute 2014-2016 (€ 109,63 mld. nel 2014), si avrebbe una spesa pro-capite per i DM pari a circa € 80, valore decisamente inferiore a tutti gli altri Paesi europei ed extraeuropei. Dato questo che evidentemente esplicita l'impossibilità del rispetto del tetto da parte delle Regioni a meno che questo non si riferisca ad un settore per definitivo dei DM.

Appare quindi evidente il *trade off* fra politiche sanitarie e industriali: pur a fronte di livelli di spesa contenuti, i provvedimenti legislativi introdotti prevedono ulteriori tagli di spesa nel settore, che se da una parte sono necessari per il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, dall'altro rischiano di deprimere lo sviluppo industriale e il PIL, dalla cui crescita dipende poi in ultima istanza la sostenibilità del sistema del *Welfare*.

Riferimenti bibliografici

AIFA, Agenzia italiana del farmaco (2011), *Rapporto OsMed*

CEIS – Fondazione Economia “Tor Vergata” (2009), *Opzioni di Welfare e integrazione delle politiche* (Rapporto Sanità VIII Edizione), Health Communication

Commission Staff Working Document - Social Investment Package – Investing in Health (February 2013), http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf

Confindustria, *dati vari*

EFPIA (anni vari), *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*

EPO, *European Patent Office*

Eucomed (2011), <http://www.eucomed.be>

Eucomed, *Rapporto sui DM*

Farmindustria (2012), *Indicatori farmaceutici regionali*

IMS Midas (2011), <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth>

Istat (anni vari), *banche dati on line*, www.istat.it

Ministero della Salute (2014), *Patto della Salute 2014-2016*

Ministero della Salute (2012), *Conti Economici*

Ministero della Salute (2012), *Microdati Flusso dei consumi DM*

OECD (2014), *Health data statistics*

USPTO, *United States Patent and Trademark Office*



Chapter 13

The health care industry: evolution and outlook

d'Angela D.¹, Pastorelli G.¹

Summary

The aim of this chapter is to examine the dynamics at work in the sector of pharmaceuticals and medical devices, from the point of view of their industrial development and, in particular, of the relationship between healthcare and industrial policies, the risk being that the financial crisis, and consequent pressure on public spending, can determine care policies with an adverse impact on the industry.

On the other hand, industrial development is a key factor for economic and social development, and the crisis of the former can slow down the overall growth of the Country, encouraging businesses to leave Italy and ultimately undermining the sustainability of the welfare system as a whole.

Pharmaceutical production, in Italy, is slightly above the production of MDs, accounting for 17% and 12%, respectively, of production in Europe.

In the pharmaceutical sector, Ireland ranks first, in terms of the ratio of output to population (€ 4,838.14 per inhabitant), the ratio of output to employee (with € 0.92 m per employee), and the ratio of employees to population (5.23 employees per 1,000 population), followed by Switzerland (first in 2010), with almost the same figure (€ 0.91 m per employee) and Sweden (€ 0.50 m per employee). Italy ranks fourth, with € 0.43 m per employee, and tenth in terms of employees to population (1.07 employee per 1,000 population).

The output figures per employee of MDs is decidedly lower, with a production value per employee of € 238,370. Finland is the only country where the production value of MDs per employee is double that of the pharmaceutical industry.

¹ CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

Germany, Greece, Belgium and Austria seem to be the only countries in which the number of employees has increased, dropping, instead, in France and the UK.

In Italy, since 2005, a total of 11,700 jobs have been lost in the pharmaceutical sector, from 1,277 per 1,000,000 population (the lowest value in the reference period) to 1,044 employees per 1,000,000 population in 2013.

Germany is the European country with the highest production values in both sectors, being outranked by Switzerland alone in the pharmaceutical sector. Both countries - Germany and Switzerland - also feature the highest concentration of companies and employees in Europe, compared to the population, in both the MD and pharmaceutical industries.

Italy ranks third in Europe in the production of pharmaceuticals, after Ireland and Switzerland, although its output is only one tenth of Ireland's, compared to the population; in 2011 and 2011 the output of pharmaceutical products dropped, but picked up again significantly in 2013, exceeding € 27 bn.

Regarding MDs, Italy ranks fourth in Europe, after Germany, the UK and France.

The Countries recording the highest output also feature the most companies and employees, compared to the population: Italy ranks third, after Switzerland and Ireland, for number of pharmaceutical companies and sixth for MD manufacturers, coming after Switzerland, Germany, the UK, Spain and France.

In Italy, the number of employees compared to the population, in the pharmaceutical sector, is double the figure for the MD industry.

Examining the pharmaceutical import/export dynamics in Europe, the country recording the highest balance is Germany (+ € 18,440 m), followed by Ireland (+€ 10,898 m) and France (€ 7,328 m); regarding MDs, the order is Ireland, Germany and Denmark.

Italy features a negative balance in both the MD (€ 3.6 bn in 2007) and the total pharmaceutical sectors (-€ 944 m in 2013), but if we consider drugs alone then the balance become positive (+ € 4,075 m)

Regarding innovation, the highest ratio of patents produced to population is found in Switzerland, Denmark and Sweden, with regard to both sectors, while the ratio of patents to R&D employees is higher in Italy, with about 40 patents per year every 1,000 employees, in fact, Italy ranks fourth after Norway, Austria and Spain.

Clearly then the countries with strong R&D are those in which the sector contributes most to the general well-being.

In Italy, the pharmaceutical industry is still one of the industrial sectors best tackling the crisis.

In 2013, the pharmaceutical industry in Italy recorded a recovery, compared to 2012, with a +2.98% growth in the number of companies (311 in 2013); loss of jobs in the sector has been less significant: -1.89% in 2012-2013 (compared to -6.79% in the manufacturing sector).

The pharmaceutical innovation sector in Italy, which, in 2007, had cut the number of R&D employees, the number of patents produced and the amount of investments in R&D, was recovering in 2013, since the number of employees in R&D had not dropped (5,950), indicative of the fact that pharmaceutical companies wish to hang on to their innovation workforce at all costs, despite the deep economic crisis.

The added value of the industry exceeded € 9 bn, the highest since 2000, and its contribution to the overall industry has continued to grow, reaching 3.23% in 2013, while the percentage of the GDP has dropped for the industry as a whole, but increased for the pharmaceutical sector (0.58% in 2013).

There has been a significant increase of the production value in 2012-2013 (+7.38%), reaching an all-time high of € 27 bn. In particular, exports now account for 71.08% of production.

The export growth trend, which had already peaked in 2011, in the pharmaceutical sector, in conditions of low profit-making capacity, could now drive businesses to disinvest in Italy and relocate abroad, and this would represent a further failure of the industrial policies and a considerable downturn for well-being in Italy.

The situation is similar for the MD sector, which still features a large number of small and medium businesses (most of them simply dealing with distribution), which have recorded an overall negative trade balance. Business growth, therefore, must be supported, while the sector is currently strongly undermined by delayed payments to suppliers (mainly Government), which is significantly impacting the sector, especially due to the fact that it consists mostly of small and medium enterprises, as mentioned before, with cash flow

problems, which can negatively impact investments in R&D. An examination of the dynamics at work with regard to the development of patents shows how the countries with the highest delays in payments also feature the largest reduction in the number of patents: only France and the UK, despite minimum delays in payments, have recorded a drop in the number of patents, due to the cuts in the number of R&D jobs.

Ad hoc financing at national level, for all companies, alongside the measures put into place to speed up payments to suppliers, could enable the industry to survive and even adapt to the new challenges on the global markets.

In terms of per capita spending for MDs in Italy, at € 112.81 it is below the European average by about 22%. In particular, an estimate of spending has been made, based on the Income Statements (IS) of the Ministries, which is the closest possible to the actual spending incurred, also including healthcare equipment: including the latter the figure is € 6.2 bn (€ 5.3 bn considering only the “Medical Devices” item), accounting for 5.9% of the National Health Fund.

Based on this method, the Regions with the highest percentage of spending for MDs from the Regional Health Fund are Friuli Venezia Giulia (8.98%), Valle d’Aosta (7.89%), Umbria (7.86%), Marche (7.79%); while the lowest percentages are recorded in Calabria (4.00%), Campania (4.20%), Sicily (4.72%) and Lazio (5.10%).

We must remind readers, however, that the spending thus obtained comes from the IS and, besides being underestimated, because it does not take into account any leased technologies, leasing arrangements, etc., it is, however, closely linked to and tied with the feeding of the accounts and the procedures with which this is carried out. For example, the high percentage reported by benchmark regions, with regard to standard costs, such as, for example Umbria and Marche, may be “justified” - so to speak - by the full and complete traceability of spending, with regard to these assets in these regions.

Considering that, in the financial law of 2011, a ceiling has been fixed for 2014, with regard to spending for MDs, equal to 4.4% of the Fund, also in the light of the increased spending provided in the so-called “Pact for Health” in 2014 2016 (€ 109.63 bn in 2014), the result would be a per capita expenditure for MDs of about € 80, which is well below the average value in and outside Europe. This figure obviously highlights the impossibility,

by the regions, of complying with this ceiling, unless it refers to a sector for definitive MDs.

Therefore, it is obvious that Italy does not spend much (and decidedly below the European average). The cost cutting measures introduced, with regard to the pharmaceutical and MD sectors, are necessary, on the one hand, for balancing the budget, but they seem to be hardly realistic and are slowing down the whole MD industry, which cannot, therefore, contribute to the growth of the GDP, which is an absolutely necessary source for the health and welfare sector in general.

The national health policies (and also, or maybe especially, the health care policies) should be committed to focusing more on the value of the industry, therefore, in order to promote (in this specific sector) the conditions for the overall relaunching of the national economy.

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 14

Un'analisi per patologia:

14a. La degenerazione Maculare Senile

14b. La depressione

14c. Lo scompenso Cardiaco Acuto

Capitolo 14

Un'analisi per patologia

d'Angela D.¹, Mancusi L.¹, Ploner E.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

In continuità con il precedente Rapporto Sanità, anche in questa edizione dedichiamo un capitolo ad alcune analisi per patologia; assumiamo quindi una prospettiva trasversale rispetto alle analisi per area di assistenza sin qui svolte, nella convinzione che nella corretta e integrata gestione delle patologie si concentrano le maggiori possibilità di razionalizzazione (in termini sia di efficacia che di efficienza) dei processi di cura e quindi di miglioramento dell'assistenza.

La scelta delle aree di analisi deriva dalla rilevanza sociale della patologia, dai fattori di innovazione (ad es. nuove tecnologie) intervenenti ed, anche, dalla disponibilità di approfondimenti specifici fatti nell'anno dai ricercatori del Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità dell'Università di Roma "Tor Vergata" (CREA Sanità).

Nei contributi ci si astiene da qualsiasi valutazione comparativa fra singole tecnologie concorrenti o alternative, operazione che richiederebbe ben altri spazi e livelli di approfondimento, piuttosto privilegiando la descrizione e la valutazione degli impatti epidemiologici, economici e sociali.

Quest'anno il capitolo si occupa di:

- Degenerazione Maculare Senile (cap. 14a)
- Depressione (cap. 14b)
- Scompenso Cardiaco Acuto (cap. 14c)

¹ CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Capitolo 14a

La Degenerazione Maculare Senile

Mancusi L.¹

14a.1. Introduzione

La degenerazione maculare legata all'età o senile (ARMD: *Age-Related Macular Degeneration*), consiste nella degenerazione progressiva della regione centrale del tessuto retinico, la macula, deputata alla visione centrale, cioè alla distinzione dei dettagli più fini e dei colori. La ARMD è una malattia multifattoriale che si manifesta con una serie di lesioni degenerative secondarie a fattori di tipo genetico e/o ambientali, che alterano l'area centrale della retina nelle persone con più di 50 anni.

Nei Paesi europei la ARMD rappresenta la prima causa di cecità legale (Augood, 2006), e l'impatto significativo sulla capacità visiva determina di conseguenza un deterioramento della qualità di vita e della indipendenza funzionale. Normalmente la patologia si presenta in forma bilaterale, ma può anche essere di tipo asimmetrico.

Nella definizione generale si ricomprendono sia gli stadi precoci senza compromissione funzionale dell'occhio (maculopatia legata all'età), che gli stadi tardivi caratterizzati sul piano funzionale dalla compromissione della funzione visiva centrale. Gli stadi tardivi di malattia si manifestano in forma essudativa (ARMD detta anche neovascolare, essudativa, disciforme o sierosa, di Junius-Kuhnt) o secca (ARMD detta anche non neovascolare, non essudativa, a carta geografica o atrofica, di Haab-Dimmer).

La maculopatia legata all'età è la forma precoce della malattia e precede la forma conclamata di ARMD: a questo stadio la maggior parte dei pazienti non accusa alcuna sintomatologia specifica, si possono comunque manifestare sia una riduzione della visione notturna che una diminuzione nella definizione dei contrasti.

¹ CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Nella ARMD secca, allorché viene colpito il centro della macula, i pazienti accusano abitualmente uno scotoma (macchia scura) centrale che compromette in modo significativo sia la lettura che la visione fine. A questo segue un consistente e progressivo abbassamento della vista. In caso di ARMD essudativa, i pazienti accusano un abbassamento dell'acuità visiva centrale, prevalentemente nella visione da vicino, che si accompagna a "metamorfosi" delle forme (percezione deformata delle linee dritte e delle immagini che sembrano ondulate) con eventuale presenza di scotoma. Questa forma è caratterizzata da una neo vascolarizzazione coroidale (CNV), cioè dalla formazione di nuovi vasi sanguigni anomali che crescono dalla sottostante coriocapillare. La neo-vascolarizzazione asintomatica può essere identificata allorché si proceda ad un esame sistematico del fondo oculare o nel corso di una angiografia retinica a fluorescenza con fluoresceina (FAG) o con verde di indocianina (ICGA) o ancora con tomografia a coerenza ottica (OCT).

Queste anomalie morfologiche determinano una degenerazione dei fotorecettori che causano quindi la morte cellulare. L'evoluzione finale consiste nell'apparizione di una cicatrice fibrosa detta "disciforme".

14a.2. Epidemiologia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) valuta in circa 314.000.000 le persone sul pianeta la cui capacità visiva è compromessa, a causa sia di malattie degli occhi che di difetti di rifrazione non corretti, statistica che non include la presbiopia non corretta, la cui prevalenza è sconosciuta. Di queste, ben 45.000.000 sono cieche e l'OMS stima che il 10% del carico globale di cecità sia causata da degenerazione maculare legata all'età (VISION 2020). Questa cifra, di per sé drammatica, non include comunque tutti quei soggetti che a causa di questa malattia soffrono di difetti visivi più o meno gravi.

Nei Paesi industrializzati, la degenerazione maculare legata all'età rappresenta, la più comune causa di cecità negli adulti e, compromettendo significativamente l'indipendenza funzionale dei soggetti colpiti, ne influenza in modo significativo la qualità di vita.

Un'analisi effettuata in Inghilterra e Galles relativa alle certificazioni di cecità ed iscrizione ai registri specifici, su un numero complessivo annuo di poco inferiore ai 14.000 soggetti, per il 58%, quasi totalmente ultra sessantacinquenni, ha riscontrato che la causa della ce-

cià era imputabile alla ARMD (Bunce, 2008).

Come già detto, la ARMD si può presentare in due forme, umida e secca. Nella maggior parte delle popolazioni, la forma secca è la più frequente, ma è meno probabile che tale forma possa causare una grave perdita visiva bilaterale. La forma umida porta invece ad una marcata perdita di visione centrale che, se bilaterale, può essere molto invalidante fino alla totale cecità. Annualmente dopo l'insorgenza di wet-ARMD in un occhio, tra l'8% ed il 15% dei soggetti colpiti sviluppano la malattia anche nel secondo occhio (MPSG, 1997; CNPG, 2003).

Alcuni studi recenti hanno dimostrato come l'introduzione dal 2006, di terapie specifiche anti-VEGF per questa patologia, la cui efficacia in termini di progressione della patologia è dimostrata, abbiano determinato una significativa riduzione dei casi di cecità.

In particolare si segnala uno studio condotto in Germania nel biennio 2008-2009 (Claessen, 2012), finalizzato al confronto dei nuovi soggetti iscritti ai registri per indennità da cecità, tra il biennio in studio e lo stesso dato relativo al 1994-1998. Tale studio ha riguardato tutti i destinatari di indennità da cecità di nuova iscrizione tra gennaio 2008 e dicembre 2009 in una Regione nel sud della Germania, con una popolazione pari a circa 3.500.000 abitanti, attraverso una valutazione dei *dossier* clinici di iscrizione al fine di identificare e valutare, in termini di incidenza, le principali cause di cecità.

Nella popolazione generale i casi incidenti di cecità per 100.000 anni-persona sono risultati pari ad 8,4 (I.C. 95%: 7,8-9,2); le incidenze più elevate per patologia sono state rilevate per la degenerazione maculare (3,4; I.C.95%: 3,0-3,9), la retinopatia diabetica (0,8, I.C.95%: 0,6-1,1) ed il glaucoma (0,7; I.C.95%: 0,5-0,9). Il confronto con lo stesso dato rilevato negli anni 1994-1998, sulla popolazione della Germania occidentale, ha evidenziato una significativa diminuzione della cecità legale (su popolazione standardizzata al 1991): 12,3 (I.C.95%:11,9-12,7) nel 1994-1998 vs 7,3 (I.C.95%: 6,7-8,0) nel 2008-2009. Si può apprezzare come il calo maggiore in assoluto sia stato riscontrato per la degenerazione maculare.

Lo stesso *trend* è stato osservato in uno studio danese (Bloch, 2012) effettuato sulle nuove iscrizioni al registro dell'Associazione Danese Ciechi tra il 2000 ed il 2010.

Tale studio che ha valutato i tassi di incidenza di cecità legale dovuta a wet-ARMD nei cittadini di età ≥ 50 anni, ne ha nel tempo riscontrato una significativa riduzione; in partico-

lare tale tasso è diminuito da 5,22 casi per 100.000 anni-persona nel 2000 a 2,57 casi nel 2010, per un decremento pari al 50% (IC95%: 45%-56%; $p < 0,0001$, aggiustato per età). Nello studio si sottolinea come la maggior parte della riduzione si sia verificata dopo il 2006, data di introduzione degli anti-VEGF.

Sulla stessa lunghezza d'onda ulteriori pubblicazioni internazionali rilevano una marcata riduzione sia delle certificazioni di cecità che di ipovisione grave, attribuibili a wet-ARMD dopo l'introduzione di agenti anti-VEGF per la terapia specifica (Skaat, 2012; Cackett, 2013; Rostron, 2012; Keenan, 2013).

Pertanto, se da una parte il progressivo invecchiamento della popolazione fa prevedere un incremento in valore assoluto dei casi di wet-ARMD, dall'altra l'introduzione dei nuovi farmaci anti-VEGF, evidenziando un *trend* positivo rispetto agli esiti più nefasti di questa patologia come la cecità e l'ipovisione grave, sembra poterne mitigare l'onere sociale totale.

Bisogna comunque rimarcare che pur rappresentando questa patologia un problema di salute pubblica, in un sistema sanitario a risorse sempre più limitate, il trattamento su vasta scala con gli anti-VEGF, sia per il costo elevato delle terapie, che per le esigenze organizzative legate alla sua somministrazione in piena sicurezza, può diventare un problema per i decisori pubblici, in relazione all'assegnazione delle risorse disponibili.

Per tali motivi il contributo mediante una revisione sistematica della letteratura internazionale specifica, si concentra sulla quantificazione dell'evoluzione della incidenza e prevalenza sulla popolazione italiana.

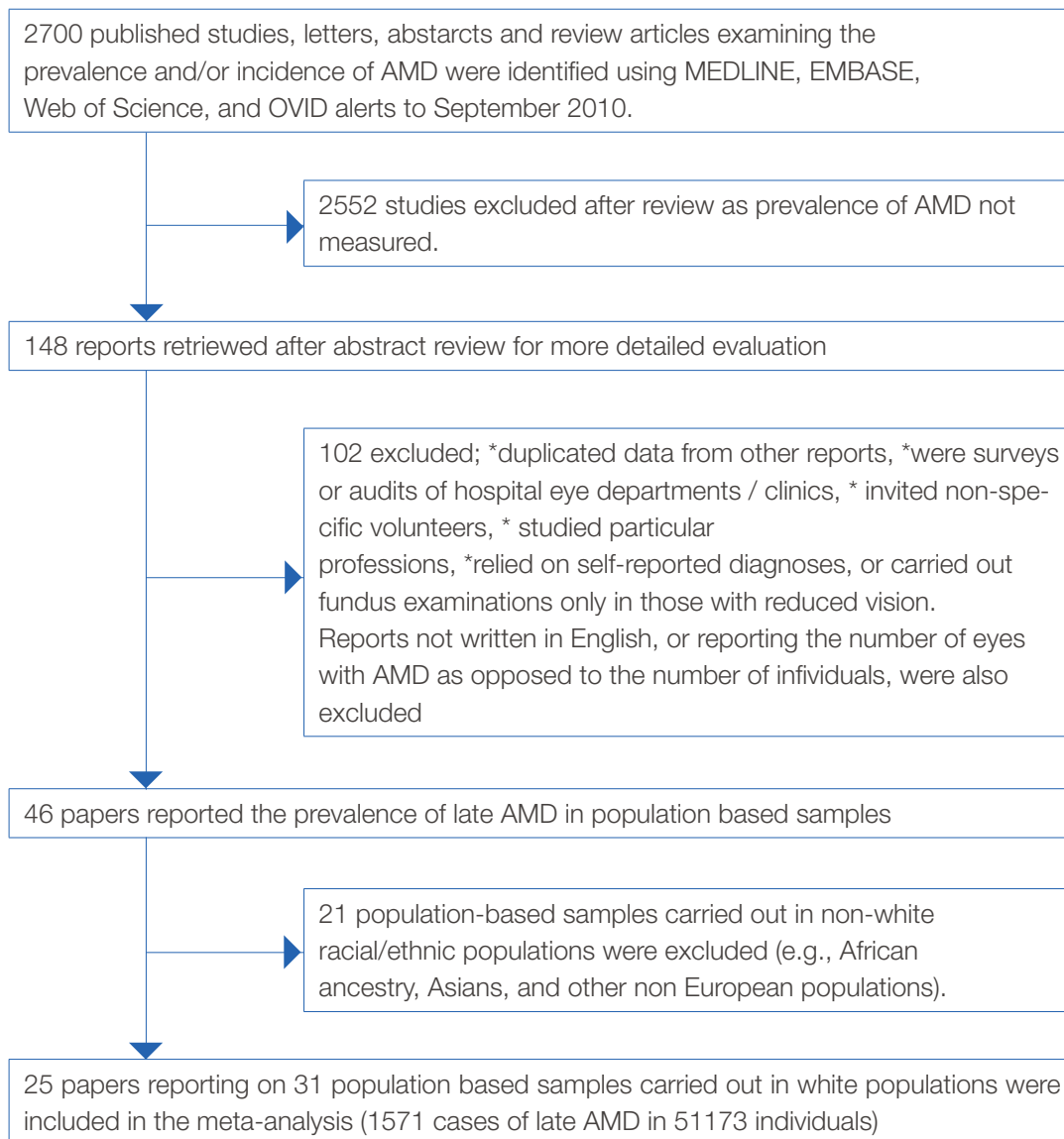
14a.3. Wet-ARMD: stima della prevalenza sulla popolazione italiana

Al fine della stima della prevalenza della ARMD sulla popolazione italiana, ci si è avvalsi di una recente meta-analisi condotta da Rudnicka et al. (Rudnicka, 2012) su studi epidemiologici specifici, meta-analisi già utilizzata per la definizione dell'entità del fenomeno nel Regno Unito (Owen, 2012).

Tale meta-analisi, si basa su una revisione sistematica della letteratura specifica effettuata fino a settembre 2010 (MEDLINE dal 1950, EMBASE dal 1960, *Web of Science* dal 1970). Complessivamente sono stati valutati e sottoposti a revisione dell'*abstract* 2.700 articoli, si riporta in Figura 14a.1 il processo di selezione degli studi tratto dal lavoro di Rudnicka, a cui si rimanda per i dettagli.

Figura 14a.1. Riepilogo del processo di selezione della letteratura

[Figure 14a.1. Article selection process]



Fonte/Source: Rudnicka et al, 2012

Nel lavoro viene utilizzato un modello Bayesiano di meta-regressione logistica, per età e genere, dove disponibile. L'analisi ha incluso 25 studi pubblicati, relativi a 31 distinte popolazioni, per 1.571 casi di ARMD su un totale di 51.173 soggetti. Complessivamente

18 studi sono stati condotti in Europa occidentale, 10 negli Stati Uniti e 2 in Australia. Si riportano nella tabella 14a.1 i tassi di prevalenza stimati per tipologia di ARMD, per sesso e classi di età.

Tabella 14a.1. Stima del tasso di prevalenza, % per classi di età e sesso

[Table 14a.1. Estimated prevalence rate (percentage) by age and sex]

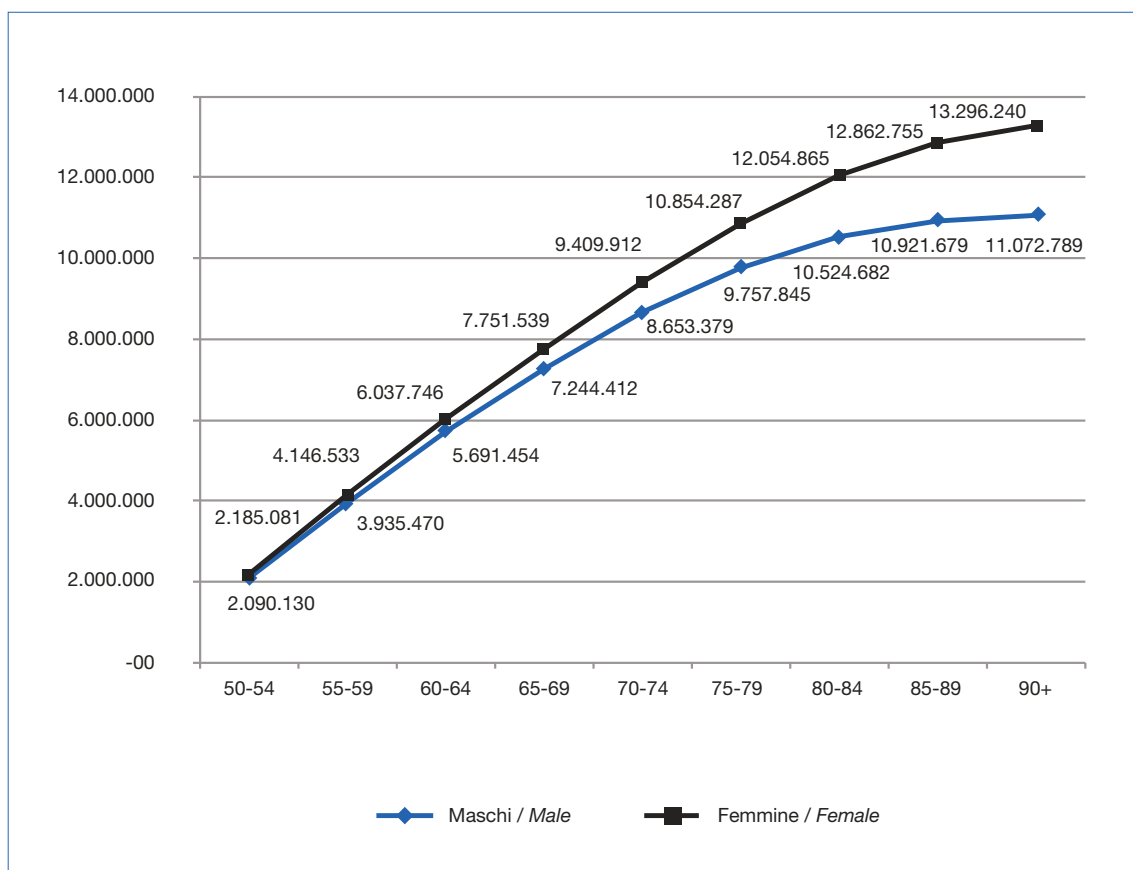
Classi di età	ARMD		ARMD secca		Wet-ARMD	
	Prevalenza %	95% I.C.	Prevalenza %	95% I.C.	Prevalenza %	95% I.C.
Uomini						
50-54	0,1	0,1-0,2	0,1	0,0-0-1	0,1	0,0-0,1
55-59	0,2	0,1-0,4	0,1	0,1-0,2	0,2	0,1-0,3
60-64	0,5	0,3-0,9	0,3	0,2-0,5	0,3	0,2-0,5
65-69	0,9	0,5-1,7	0,5	0,3-0,9	0,6	0,3-1,0
70-74	1,9	1,0-3,4	1,1	0,7-1,7	1,1	0,7-1,9
75-79	3,7	2,1-6,6	2,1	1,3-3,4	2,2	1,3-3,7
80-84	7,1	4,1-12,3	4,1	2,6-6,5	4,2	2,5-7,0
85-89	13,2	7,7-21,9	7,8	5,0-12,4	7,8	4,7-13,0
90+	24,7	15,2-37,7	15,5	9,9-24,0	15,0	9,2-24,3
Donne						
50-54	0,1	0,1-0,2	0,1	0,0-0,1	0,1	0,0-0,1
55-59	0,2	0,1-0,4	0,1	0,1-0,2	0,2	0,1-0,3
60-64	0,5	0,3-0,9	0,3	0,2-0,5	0,3	0,2-0,5
65-69	0,9	0,5-1,7	0,5	0,3-0,9	0,6	0,3-1,0
70-74	1,9	1,0-3,4	1,1	0,7-1,7	1,1	0,7-1,9
75-79	3,7	2,1-6,6	2,1	1,3-3,4	2,2	1,3-3,8
80-84	7,2	4,1-12,5	4,1	2,6-6,6	4,2	2,6-7,1
85-89	13,4	7,8-22,1	7,9	5,0-12,6	7,8	4,8-13,1
90+	25,6	15,9-38,8	16,1	10,3-25,0	15,6	9,6-25,2

Fonte/Source: Owen, 2012

Per quanto concerne la demografia italiana, si consideri che all'1.1.2013 la popolazione ultracinquantenne rappresenta in Italia il 40,8% del totale dei residenti: per le donne la percentuale sale al 43,2% contro il 38,3% negli uomini. In valore assoluto tale differenza si sostanzia in oltre 2,2 milioni di donne ultracinquantenni in più rispetto agli uomini.

Figura 14a.2. Popolazione italiana residente over 50: distribuzioni cumulate per sesso al 01.01.2013

[Figure 14a.2. Cumulative distribution by sex of italian population aged over 50, at 01.01.2013]



Fonte / Source: Istat

Sulla base della demografia succintamente descritta è possibile ottenere una stima puntuale del carico epidemiologico della ARMD neovascolare in Italia, che risulterebbe di poco inferiore ai 400.000 soggetti; tale stima, ad un livello di confidenza del 95%, risulta variabile da un minimo di 238.000 soggetti ad un massimo di 660.000. (Tabella 14a.2).

Tabella 14a.2. Stima dei casi prevalenti di wet-ARMD per classi di età quinquennali e sesso al 01.01.2013

[Table 14a.2. Estimated number of prevalent cases of wet-ARMD by 5-year age groups and sex at 01.01.2013]

Classi di età	Maschi <i>Male</i> N°	95% I.C.		Femmine <i>Female</i> N°	95% I.C.		Totale	95% I.C.	
		min.	max.		min.	max.		min.	max.
50-54	2.090	0	2.090	2.185	0	2.185	4.275	0	4.275
55-59	3.691	1.845	5.536	3.923	1.961	5.884	7.614	3.807	11.420
60-64	5.268	3.512	8.780	5.674	3.782	9.456	10.942	7.294	18.236
65-69	9.318	4.659	15.530	10.283	5.141	17.138	19.601	9.800	32.668
70-74	15.499	9.863	26.770	18.242	11.609	31.509	33.741	21.471	58.279
75-79	24.298	14.358	40.865	31.776	18.777	54.886	56.075	33.135	95.751
80-84	32.207	19.171	53.679	50.424	31.215	85.241	82.631	50.386	138.920
85-89	30.966	18.659	51.610	63.015	38.779	105.834	93.981	57.438	157.443
90+	22.667	13.902	36.720	67.624	41.615	109.238	90.290	55.517	145.958
Tutte le età	146.003	85.969	241.579	253.146	152.879	421.372	399.149	238.848	662.951

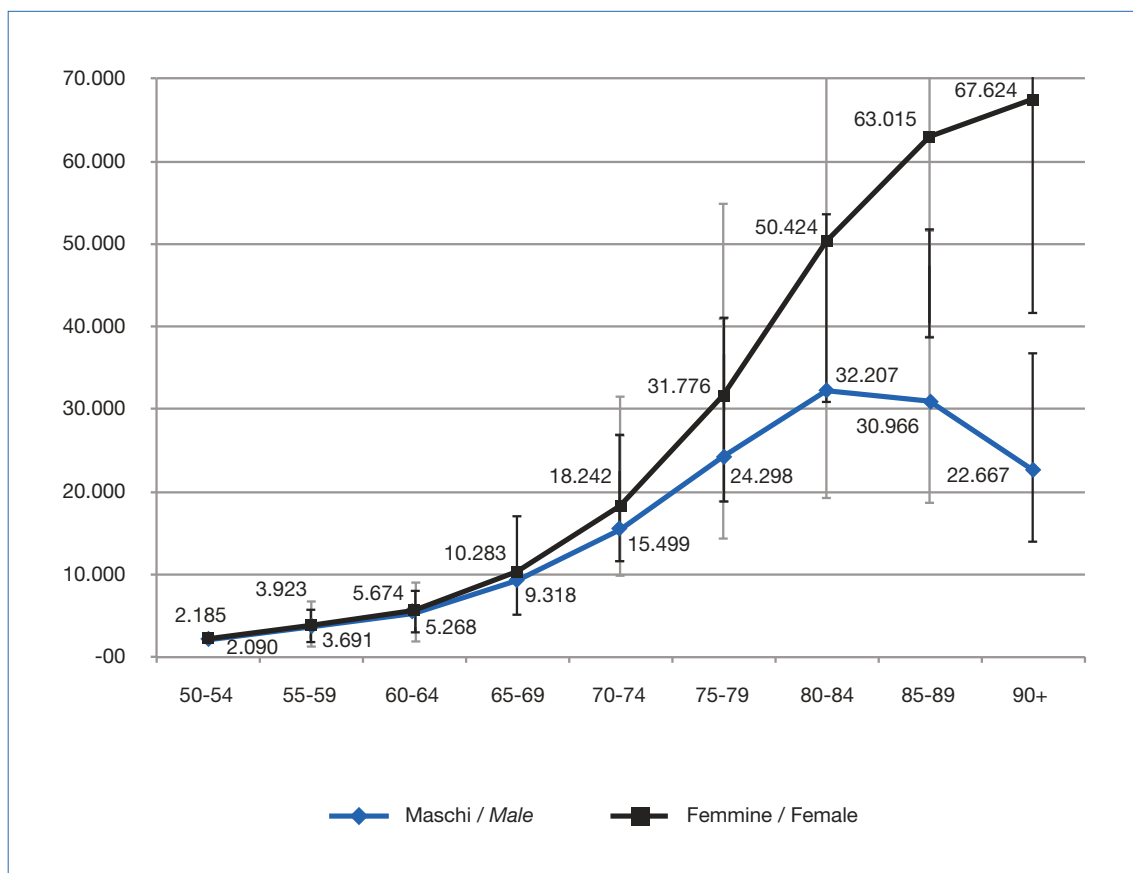
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

La distribuzione per sesso, frutto del combinato disposto sia di tassi di prevalenza leggermente superiori nelle donne che, soprattutto, della composizione per sesso della popolazione italiana over 50, evidenzia una significativa preponderanza femminile sul carico totale della patologia con un rapporto di 1,7:1. Tale sbilanciamento per sesso della patolo-

già è evidente dall'osservazione della rappresentazione grafica delle distribuzioni per sesso e classi di età riportata in Figura 14a.3, le due curve sostanzialmente sovrapponibili fino ai 69 anni tendono a divaricarsi in modo esponenziale nei soggetti più anziani, la curva rimane crescente per le donne in tutte le età successiva, mentre inverte il segno oltre gli 80 anni nei maschi.

Figura 14a.3. Stima dei casi prevalenti di wet-ARMD per classi di età quinquennali e sesso al 01.01.2013

[Figure 14a.3. Estimated number of prevalent cases of wet-ARMD by 5-year age groups and sex at 01.01.2013]

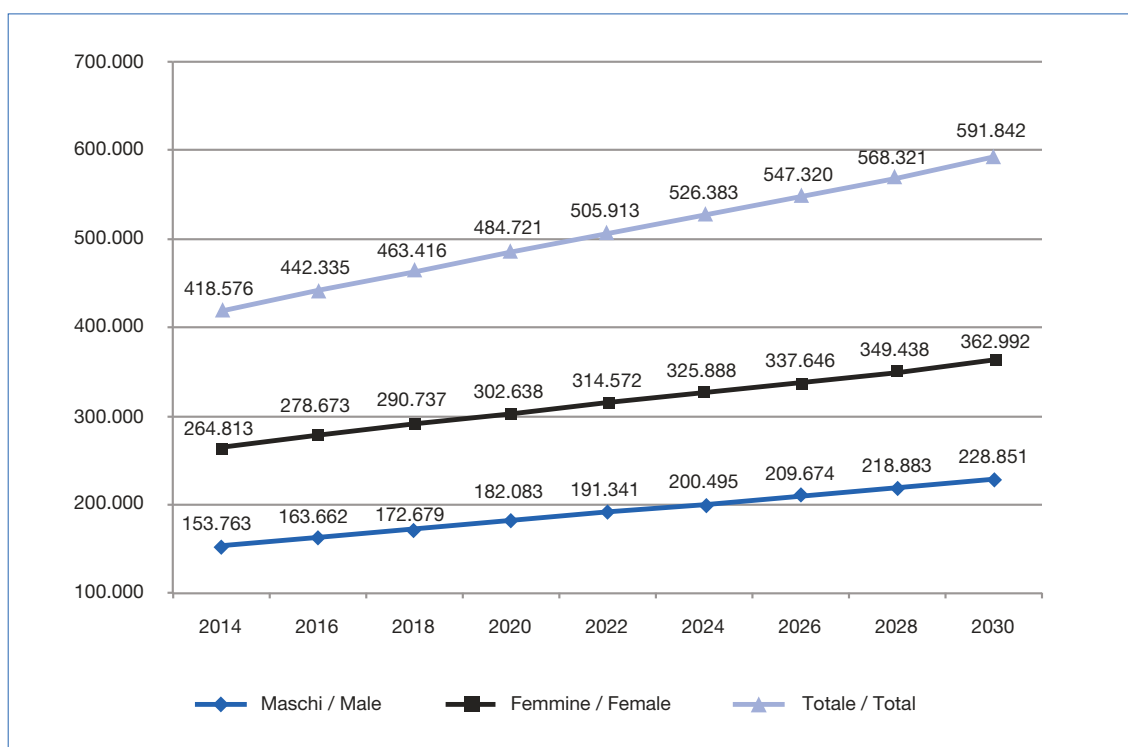


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

In prospettiva, basandosi sulle previsioni della evoluzione della popolazione italiana fornite dall'Istat (scenario centrale) si evidenzia, come prevedibile, un significativo e progressivo incremento potenziale della popolazione colpita da wet-ARMD.

Figura 14a.4. Proiezione dei soggetti affetti da wet-ARMD sulla popolazione italiana per sesso dal 2014 al 2030

[Figure 14a.4. Projected number of prevalent cases of wet-ARMD to the Italian population by sex from 2014 to 2030]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

L'incremento della casistica risulta in media di circa 11.000 casi annui, pari al +2,2%, con un carico epidemiologico totale che dovrebbe passare dai 418.000 casi a poco meno di 600.000.

14a.4. Wet-ARMD: stima dell'incidenza sulla popolazione italiana

Ai fini della pianificazione degli interventi sanitari e della stima delle risorse necessarie al trattamento della wet-ARMD, risulta molto più significativo il dato di incidenza.

Per la stima del dato sulla popolazione italiana ci siamo avvalsi del contributo proposto da Owen (Owen, 2011) che deriva la stima dell'incidenza della patologia dal tasso di prevalenza, utilizzato per la stima dei casi incidenti nel Regno Unito.

In questo modello i tassi di incidenza specifici per sesso e classi di età sono stimati secondo la metodologia proposta da Leske (Leske, 1981) a partire dai tassi di prevalenza specifici per anno di età e sesso. In particolare le stime del tasso di prevalenza puntuale sono state utilizzate per determinare la probabilità di sviluppare ARMD per anno di età. Tale probabilità è stata poi trasformata in un tasso di incidenza presupponendo che:

- l'insorgenza della patologia si intenda per tutto il corso della vita dopo la diagnosi
- il rischio di mortalità sia lo stesso in sia nei soggetti con, che senza la malattia
- la malattia sia stabile nella popolazione (con fattori di rischio costanti).

Il modello utilizza per derivare l'incidenza i tassi di prevalenza stimati attraverso la meta-analisi condotta da Rudnicka et al. (Rudnicka, 2012) descritta nel paragrafo precedente.

Si riporta in tabella 14a.3 la stima dei casi incidenti annui per sesso e classi di età sulla popolazione italiana residente al 1.1.2013.

Tabella 14a.3. Stima dei casi incidenti di wet-ARMD per classi di età quinquennali e sesso al 01.01.2013

[Table 14a.3. Estimated number of incident cases of wet-ARMD by 5-year age groups and sex at 01.01.2013]

Classi di età	Maschi N°	95% I.C.		Femmine N°	95% I.C.		Totale	95% I.C.	
		min.	max.		min.	max.		min.	max.
50-54	209	209	418	219	219	437	428	428	855
55-59	369	185	554	392	196	785	761	381	1.338
60-64	527	351	1.054	756	567	1.324	1.283	919	2.377
65-69	1.087	621	1.708	1.371	857	2.399	2.458	1.478	4.108
70-74	1.832	1.127	3.241	2.653	1.658	4.643	4.485	2.786	7.884
75-79	2.872	1.657	4.970	4.622	2.744	7.944	7.494	4.401	12.914
80-84	3.758	2.224	6.595	7.203	4.322	12.486	10.961	6.546	19.081
85-89	3.613	2.104	6.352	9.048	5.332	15.592	12.661	7.436	21.944
90+	2.539	1.466	4.443	8.843	5.289	14.955	11.382	6.754	19.398
Tutte le età	16.804	9.943	29.334	35.109	21.184	60.566	51.913	31.128	89.899

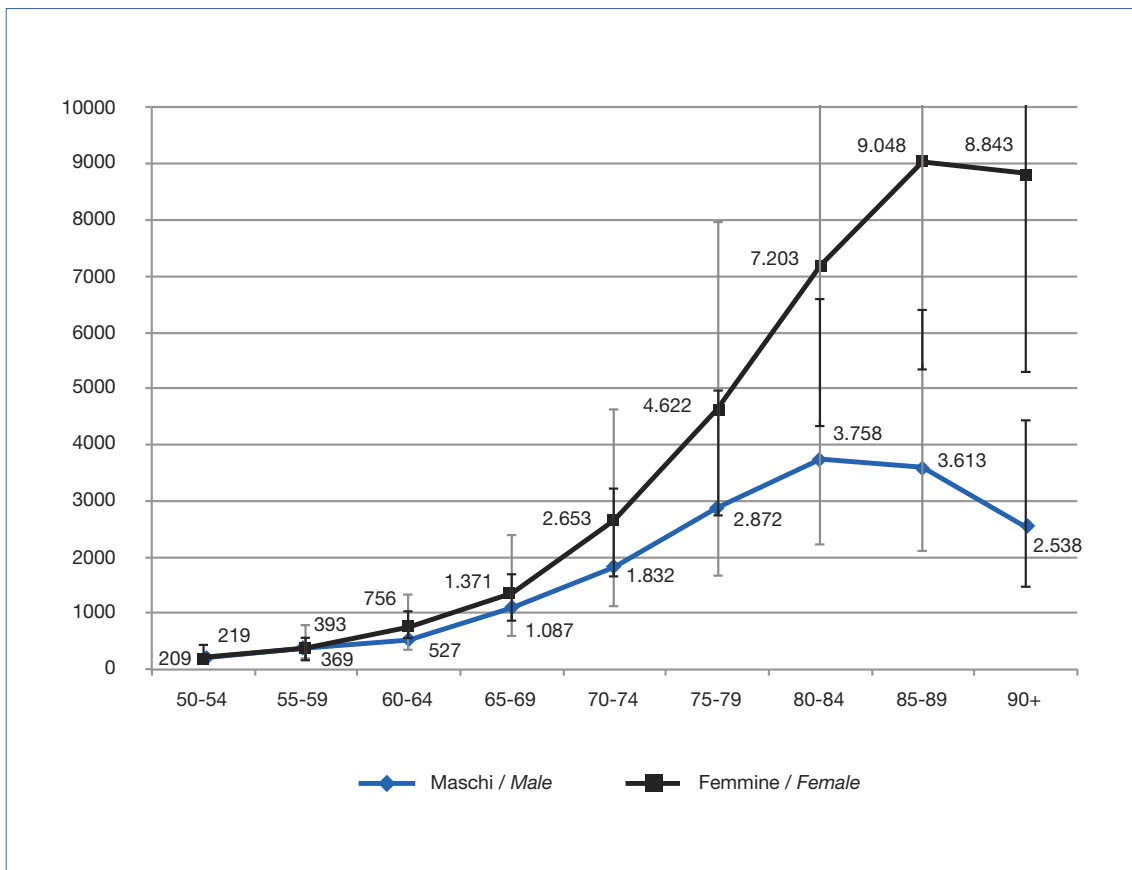
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
 [Source: CREA Sanità on Istat data]

Complessivamente per la wet-ARMD stimiamo circa 52.000 nuovi casi annui, con un intervallo di confidenza al 95% intorno alla stima puntuale compreso tra un minimo di 31.000 casi ed un massimo di circa 89.900. Pertanto, sulla popolazione italiana ultracinquantenne si stima che complessivamente si verifichino 2,1 nuovi casi per 1.000 anni/uomo (I.C.95%: 1,3-3,7).

Si riportano nella figura 14a.5 le distribuzioni per sesso e classi di età.

Figura 14a.5. Stima dei casi incidenti di wet-ARMD per classi di età quinquennali e sesso al 01.01.2013

[Figure 14a.5. Estimated number of incident cases of wet-ARMD by 5-year age groups and sex at 01.01.2013]



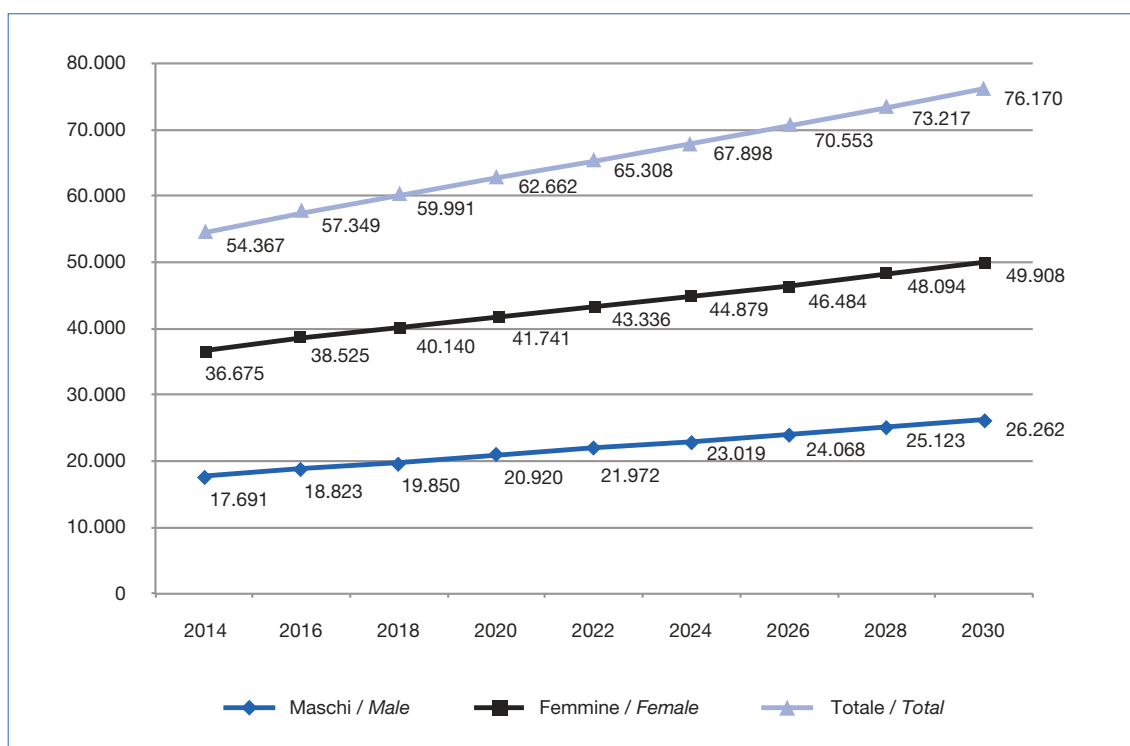
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Relativamente alla distribuzione per sesso della patologia nelle diverse classi di età, valgono le considerazioni effettuate per il dato di prevalenza, in questo caso il rapporto complessivo tra i sessi sale ulteriormente a svantaggio femminile con 2,1 nuovi casi nelle donne per 1 nei maschi.

Coerentemente con quanto rilevato rispetto al dato di prevalenza, la casistica incidente tende a crescere nel tempo, proporzionalmente al progressivo invecchiamento della popolazione.

Figura 14a.6. Proiezione dei nuovi casi annui di wet-ARMD sulla popolazione italiana dal 2014 al 2030

[Figure 14a.6. Projected number of incident cases of wet-ARMD to the Italian population from 2014 to 2030]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Si rileva un incremento medio annuo di circa 1.350 casi: nei 16 anni proiettati (2014-2030), la casistica annua passa da 54.000 casi a oltre 76.000 (+40%).

La nuova casistica annua calcolata da Owen (Owen, 2012) per la popolazione del Regno Unito sui residenti al 2011, evidenzia un tasso di incidenza più basso (incidenza per

1000 anni/uomo=1,9; I.C.95%=1,1-3,2). In termini di casistica³, effettuando il calcolo anche per l'Italia al 2011, si traduce in oltre 10.000 pazienti/anno in più, a fronte di una popolazione complessivamente più numerosa nel Regno Unito; d'altra parte, il Regno Unito ha, al 2011, 3.274.870 abitanti in più dell'Italia, ma l'Italia ha 1.978.819 ultracinquantenni in più. Questo dato rende evidente quanto l'invecchiamento della popolazione italiana determini, soprattutto per le malattie cronico degenerative legate all'età, un carico epidemiologico molto più oneroso che nei Paesi dove il fenomeno è meno marcato. In altri termini se consideriamo il rapporto dei nuovi casi di wet-ARMD sulla popolazione attiva (14-65 anni), il rapporto diventa circa 100 nuovi casi di wet-ARMD annui nel Regno Unito contro 130 in Italia, per 100.000 soggetti attivi.

Come sopra ricordato il modello utilizzato per la stima dell'incidenza, presuppone che nel corso della vita il soggetto a cui viene diagnosticata wet-ARMD sia contato una sola volta; se da un punto di vista epidemiologico questo ha un senso, si vuole infatti misurare il carico endemico di una determinata patologia in termini assoluti ed in termini di nuovi casi annui, questo dato diventa meno indicativo laddove la stima epidemiologica sia di supporto alla valutazione di piani di intervento sanitari e/o alla stima dei costi sanitari diretti indotti dal numero di soggetti potenzialmente da trattare. Infatti per le patologie come la ARMD, che hanno una probabilità rilevante che, dopo la prima insorgenza della patologia, questa si ripresenti nel tempo anche nel secondo occhio, il numero di soggetti potenzialmente da trattare per anno è equivalente ai soggetti incidenti più coloro, che diagnosticata la ARMD negli anni precedenti, sviluppano nell'anno la patologia anche nell'occhio controlaterale.

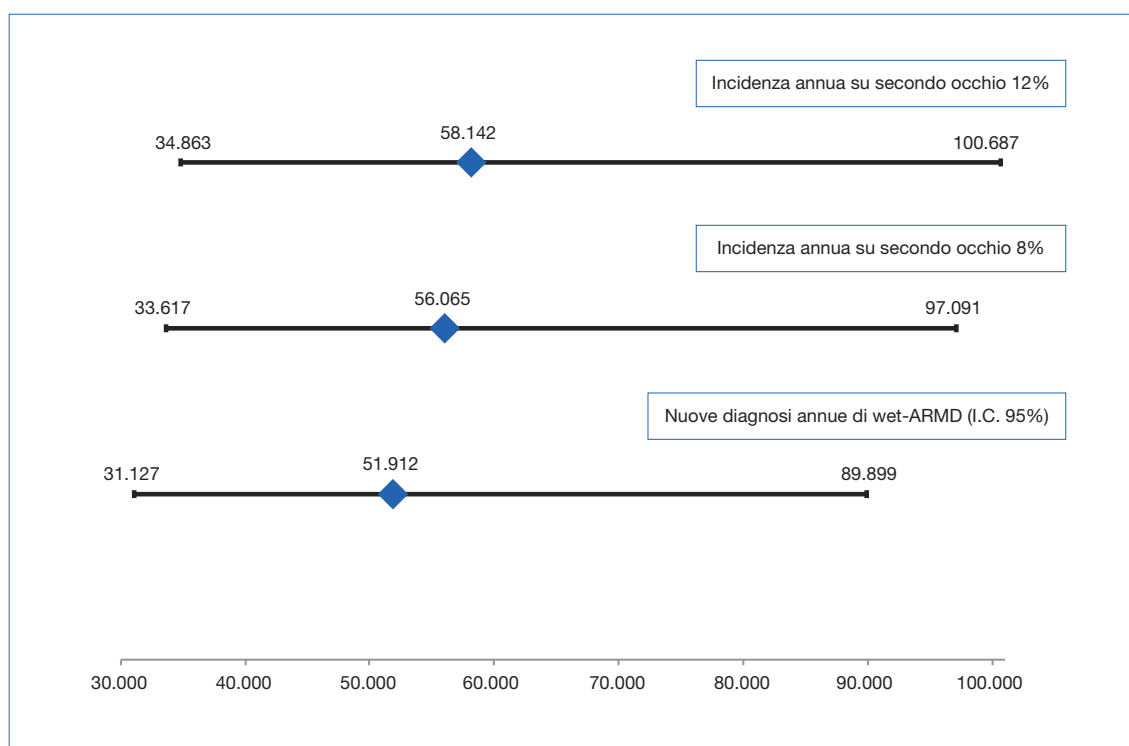
Per quanto riguarda la wet-ARMD diversi studi hanno valutato il rischio di sviluppare una lesione essudativa anche nel secondo occhio. Alcuni studi condotti tra il 1977 ed il 1983 (Gregor, 1977; Bressler, 1982; Strahlmann, 1983) riportano una frequenza di insorgenza della wet-ARMD nel secondo occhio compresa tra il 3% ad un anno, fino al 48% a 4 anni. Gli stessi studi stimano l'incidenza annua di recidiva nell'occhio controlaterale,

³ Si fa riferimento alla popolazione residente OECD Demography and Population 2013: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/data/oecd-stat_data-00285-en

attraverso un modello probabilistico indipendente dal fattore tempo, compresa tra il 3% ed il 15%. Altri studi pubblicati successivamente (MPSG, 1997; CNPG, 2003), che utilizzano lo stesso modello indicato sopra, riportano un tasso di incidenza annuo compreso tra l'8% ed il 12%.

Figura 14a.7. Stima numero di occhi potenzialmente eleggibili al trattamento su popolazione anno 2013

[Figure 14a.7. Estimated number of treatable eyes to the Italian population, 2013]



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat
[Source: CREA Sanità on Istat data]

Utilizzando questi ultimi tassi annui, alle stime dei soggetti incidenti di nuova diagnosi si dovrebbe aggiungere un numero variabile di soggetti tra 4.153 e 6.230 (rispetto alle stime effettuate sulla popolazione residente al 1.1.2013), così che il numero totale di occhi affetti da wet-ARMD, potenzialmente eleggibili al trattamento, risulterebbe compreso tra un

minimo di 56.066 ed un massimo di 58.142. Si riportano in Figura 14a.7 gli intervalli di variazione intorno a tali valori ottenuto applicando il tasso di incidenza annuo relativo al rischio di wet-ARMD per il secondo occhio (8% e 12%), ai limiti dell'intervallo di confidenza al 95% per la stima puntuale dei casi incidenti.

14a.5. Conclusioni

Nel settembre del 2013, in occasione del Forum europeo contro la cecità (EFAB), sono stati resi noti i risultati di uno studio condotto da *Deloitte Access Economics* in sette paesi europei tra cui l'Italia, finalizzato alla valutazione sia dell'impatto epidemiologico della cecità che degli oneri economici ad essa connessi sul Sistema Sanitario Nazionale e sulla società italiana. Lo studio stima che in Italia vi siano complessivamente oltre 218.000 non vedenti, secondo la definizione dell'WHO (BCVA < 3/60)⁴, numero destinato in futuro a crescere notevolmente in funzione dell'invecchiamento della popolazione. Relativamente agli oneri di tipo economico lo studio in questione stima in poco più di € 2 mld. di euro i costi economici annuali della cecità in Italia, di cui ben il 68% ascrivibile alle cure informali fornite ai non vedenti. Lo studio afferma inoltre, che la gestione e il trattamento proattivo delle patologie degenerative coinvolte nella perdita della vista potrebbe determinare un risparmio quantificabile in circa € 1,2 mld. di euro l'anno. In particolare focalizza l'attenzione sulle opzioni più appropriate in termini di diagnosi precoce, prevenzione e trattamento, come lo screening per la retinopatia diabetica e il glaucoma seguito da trattamento appropriato, ed i farmaci anti-VEGF per la wet-ARMD, affermando che gli oneri di queste patologie oculari e della cecità potrebbero essere enormemente ridotti sia per i pazienti, che per chi presta loro assistenza informale.

⁴ BCVA (Best Correct Visual Acuity) WHO definitions (presenting visual acuity):
Blindness = <3/60, Visual Impairment (VI) = <6/18 to ≥3/60 (secondo la scala ETDRS)

La quota di soggetti non vedenti imputabile agli esiti di wet-ARMD non è facilmente calcolabile, sicuramente questa patologia rappresenta, come già ricordato, una delle maggiori cause di cecità nei paesi sviluppati. Orientativamente la proiezione dei tassi di incidenza biennale calcolati sui nuovi iscritti ai registri di indennità di cecità per la Germania (Claessen, 2012), indicherebbe per l'Italia un numero variabile tra 895 e 1.163 (I.C. 95%) i nuovi casi annui⁵. Riprendendo infine le stime del WHO, che valuta per i paesi sviluppati una quota di soggetti ipovedenti gravi o non vedenti a seguito di wet-ARMD pari al 41% del totale, la quota sul carico totale dovuta a questa patologia dovrebbe essere per l'Italia intorno ai 115.000 casi prevalenti. Per la wet-ARMD una diagnosi tempestiva e la garanzia di trattamento per tutti i pazienti eleggibili con i farmaci anti-VEGF, la cui efficacia in termini di progressione della patologia è dimostrata, avrebbe sicuramente ricadute positive sull'onere complessivo indotto dalla cecità e dall'ipovisione grave, con un miglioramento della qualità della vita ed una riduzione dei costi per i pazienti ed una diminuzione dei costi e degli oneri per chi assiste i malati a livello informale. Nondimeno la prevenzione e il trattamento della perdita della vista dovrebbero essere una priorità pubblica, tenendo conto oltre che dei costi assistenziali pubblici specifici (pensioni di invalidità ed assegni di accompagnamento), anche delle perdite di produttività.

Dal punto di vista della programmazione degli interventi, rileva che le nostre stime portano a valutare in oltre 55.000 (in crescita nel tempo) il numero annuo di occhi eleggibili al trattamento con anti-VEGF: pur nell'incertezza sul numero ottimale di trattamenti per occhio, sul quale si è aperto negli ultimi anni un ampio dibattito che ancora non può dirsi concluso, adottando ipotesi sufficientemente prudenziali si può stimare un bisogno annuo di almeno 350.000 iniezioni intravitreali per la sola wet-ARMD: sulla base dei consumi attuali che ammontano a circa € 50 mln. annui (OSMED 2013), e pur considerando che sfugge a questa rilevazione l'utilizzazione in oftalmologia di Bevacizumab, è ovvio ritenere che il numero di trattamenti effettivamente erogati sia largamente inferiore al bisogno stimato: questo suggerisce l'opportunità di approfondire le ragioni di questo *gap*, che può avere origini

⁵ Il calcolo è stato effettuato sulla popolazione residente al 1.1.2013 (<http://demo.istat.it/pop2013/index.html>)

tanto economiche (ristrettezza dei *budget* pubblici e privati), che organizzative (carenza di risorse umane e strutturali) o anche di *compliance* dei pazienti.

Riferimenti bibliografici

Bloch (2012), Bloch SB, Larsen M, Munch IC. *Incidence of legal blindness from age-related macular degeneration in denmark: year 2000 to 2010*. Am J Ophthalmol. 2012;153(2): 209-13 e2

Cackett (2013), Cackett PS, Gavin M, et al., *Intravitreal ranibizumab treatment of wet macular degeneration in SE Scotland – effect on blindness rates and 5 year follow up data*. Presented at ARVO, 5–9 May 2013, Seattle, WA ; abstract no 372

Claessen (2012), Claessen H , Bertram B, Trautner C et al: *Recent data suggest a considerable decrease in total and cause-specific incidences of blindness in Germany – Decrease in the incidences of blindness in Germany*. Dtsch med Wochenschr 2012; 137 - A44

Keenan (2013), Keenan TD, Kelly SP, Sallam A, et al., *Incidence and baseline clinical characteristics of treated neovascular age-related macular degeneration in a well-defined region of the UK*, Br J Ophthalmol, 2013;97(9):1168–72

Leske (1981), Leske MC, Ederer F, Podgor M. *Estimating incidence from age-specific prevalence in glaucoma*. Am J Epidemiol 1981;113:606e13

MPSG (1997), The Macular Photocoagulation Study Group (MPSG). *Risk factors for choroidal neovascularization in the second eye of patients with juxtafoveal or subfoveal choroidal neovascularization secondary to age-related macular degeneration*. Arch Ophthalmol. 1997;115:741–747

NCPG (2003), The Choroidal Neovascularisation Prevention Trial Research Group (NCPG). *Laser treatment in fellow eyes with large drusen: updated findings from a pilot randomized clinical trial*. Ophthalmology. 2003;110:971–978

Owen (2012), Owen CG, Jarrar Z, Wormald R, et al. *The estimated prevalence and incidence of late stage age related macular degeneration in the UK* Br J Ophthalmol (2012). doi:10.1136/bjophthalmol-2011-301109

Rostron (2012), Rostron E, McKibbin M, Visual impairment certification secondary to ARMD in Leeds, 2005–2010: is the incidence falling?, Eye (Lond), 2012;26(7):933–6

Rudnicka (2012), Rudnicka AR, Jarrar Z, Wormald R, Cook DG, Fletcher A, Owen CG. *Age and gender variations in age-related macular degeneration prevalence in populations of European ancestry: a meta-analysis*. Ophthalmology. 2012 Mar;119(3):571-80

Skaat (2012), Skaat A, Chetrit A, Belkin M, et al., *Time trends in the incidence and causes of blindness in Israel*, Am J Ophthalmol, 2012;153:214–21 e1

Vision (2020), *Vision 2020: Global initiative for the elimination of avoidable blindness action plan 2006–2011*

http://www.who.int/blindness/Vision2020_report.pdf

Capitolo 14b La Depressione

Mancusi L.¹, Ploner E.¹

14b.1. Introduzione

I disturbi depressivi, depressione maggiore e distimia, rappresentano un rilevante problema di salute pubblica che impatta significativamente sui molteplici piani di analisi, sia di tipo sociale che economico.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS; *World Health Organization – WHO*) stima, per l'intero pianeta, un numero di soggetti colpiti da depressione pari a circa 350 milioni, imputando complessivamente a questa patologia la maggiore responsabilità sia in termini di morbilità che di disabilità complessiva. Sempre secondo la WHO il numero di morti per suicidio ascrivibili alla depressione sarebbe nel mondo nell'ordine di circa un milione ogni anno, ammontare da moltiplicare per 20 se si considerano i tentativi di suicidio (*Depression: a global crisis, World mental health day 2012, World suicide prevention day 2012*).

I disordini depressivi sono certamente associati ad una riduzione della produttività dell'individuo, ad un incremento nell'utilizzo dei servizi sanitari, oltre ad un aumentato incremento del rischio di suicidio (Schoenbaum M. et al., 2001).

La letteratura appare concorde nel ritenere che in generale i disturbi depressivi siano associati a più alti costi sanitari (Simon G et al., 1995) rispetto a un paziente non depresso; per altro, alcuni studi hanno dimostrato che i costi sanitari diminuirebbero a seguito del trattamento psichiatrico grazie alla riduzione della sintomatologia somatica (Henk HJ et al., 1995; Katzelnick DJ. Et al., 1997, Mumford E et al., 1998).

In altri termini la presa in carico dei pazienti con depressione, mediante una definizione di adeguati percorsi organizzativi, può migliorare la loro condizione di vita, ma anche aumentare il *Welfare* sociale.

Obiettivo del contributo è valutare il carico endemico di tali patologie, evidenziare le criticità rispetto alle modalità diffuse di presa in carico osservate attraverso una indagine

¹ CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

specifica, ed infine indicare una possibile strategia di intervento su larga scala che veda la più ampia integrazione tra i soggetti coinvolti (pazienti, Medici di Medicina Generale, Servizi territoriali, Dipartimenti di Salute Mentale).

14b.2. Definizioni

La depressione maggiore è un disturbo mentale comune che si presenta con tono dell'umore basso, perdita di interesse o di piacere, diminuzione di energia, sensi di colpa, bassa autostima, disturbi del sonno e dell'appetito, difficoltà di concentrazione, incapacità di prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene e viene spesso accompagnata da sintomi di ansia. Tale sintomatologia può diventare cronica o ricorrente determinando un reale deterioramento della capacità di un individuo a prendersi cura di se stesso e di affrontare anche le più essenziali responsabilità quotidiane (Spijker J. et. al. 2004, Üstün Tb. et al. 2004). Nel peggiore dei casi, la depressione può portare al suicidio.

Una valutazione complessiva del disturbo di depressione maggiore ricomprende la definizione della sua tipologia, della gravità e della sua durata nonché l'individuazione di eventuali altre comorbidità, sia di tipo fisico che psichiatrico. Stabilisce inoltre sia le sollecitazioni esterne che contribuiscono alla sua insorgenza e ingravescenza, che lo stile di *coping* (inteso come l'insieme di risposte - pensieri, sentimenti e azioni - che un individuo utilizza per far fronte alle situazioni problematiche). Rientra nella valutazione globale anche la definizione degli eventuali necessari sostegni individuali sia di tipo farmacologico che di psicoterapia e quindi le risorse necessarie. Cruciale è la valutazione del rischio di suicidio, così come il rischio, sia attraverso atti di violenza o di negligenza o abbandono (come ad esempio nella depressione post-partum) verso gli altri.

La distimia, o disturbo distimico, consiste in una forma depressiva cronica a sintomatologia attenuata, è caratterizzata dalla presenza di umore depresso che persiste per la maggior parte del giorno ed è presente nella maggior parte dei giorni.

La distimia si può presentare in forma "pura" ma frequentemente può essere complicata dalla sovrapposizione di episodi di depressione maggiore, in questo ultimo caso la patologia viene anche definita come "doppia depressione" (*double depression*) (Keller MB 1983). In letteratura il tasso di sovrapposizione di episodi di depressione maggiore varia dal 75% al 90% (Keller MB 1995, Klein DN 1988). Per contro, approssimativamente il 25% dei

soggetti che presentano un disturbo depressivo maggiore hanno antecedenti di distimia (Kocsis JH, 1996).

Alla luce della scarsa frequenza di distimia senza sovrapposizione di episodi di depressione maggiore, diverse scuole suggeriscono di considerare la depressione cronica come una unica condizione morbosa che può configurarsi con differenti decorsi clinici. A tale proposito le linee guida del NICE (*Clinical guideline 90 Depression in adults 2009*) non adottano la definizione di distimia ma definiscono tale disturbo come “sintomatologia depressiva persistente sottosoglia”².

14b.3. L'epidemiologia in Italia

Per l'epidemiologia in Italia della depressione è possibile fare riferimento al progetto europeo chiamato '*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders*' (ESEMED), al quale hanno preso parte sei Paesi (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna), ed è stato realizzato nell'ambito della WHO *World Mental Health (WMH) Survey Initiative*, al quale partecipano più di 30 Paesi di tutti i continenti.

Nei 6 Paesi coinvolti si è proceduto alla determinazione di campioni casuali rappresentativi della popolazione di età superiore ai 18 anni non istituzionalizzati. La dimensione complessiva del campione è stata di 21.425 soggetti, di cui 4.712 in Italia, che sono stati intervistati tra il gennaio 2001 e l'agosto 2003 (per l'Italia 01.2001/07.2002). La valutazione della presenza di disturbi mentali, in accordo con i criteri del DSM-IV, è stata valutata da intervistatori addestrati in interviste *face-to-face* utilizzando una versione rivista della *Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI). (Kessler RC, 2008; Demyttenaere K, 2004).

In Tabella 14.b.1 vengono riportati per Paese partecipante la quota dei soggetti risultati positivi alla verifica di Fase I per la depressione maggiore (almeno un *items* specifico rilevato – criteri CIDI), la prevalenza nel corso della vita, e la prevalenza a 12 mesi, nonché gli indicatori di persistenza.

² Cfr. "...Both DSM-IV and ICD-10 have the category of dysthymia, which consists of depressive symptoms that are subthreshold for major depression but that persist (by definition for more than 2 years). There appears to be no empirical evidence that dysthymia is distinct from subthreshold depressive symptoms apart from duration of symptoms, and the term 'persistent subthreshold depressive symptoms' is preferred in this guideline.."

Tabella 14b.1. ESEMeD: tasso di prevalenza (%) nel corso della vita e negli ultimi 12 mesi e indicatori di persistenza

[Table 14b.1. ESEMeD: lifetime and 12-month prevalence (percentage) and indicators of persistence]

Screen positivo (media \pm ES)	Prev. lifetime (media \pm ES)	Prev. lifetime / Screen pos. (media \pm ES)	Prev. 12 mesi (media \pm ES)	Prev. 12 mesi / Screen pos. (media \pm ES)	Prev. 12 mesi/ Lifetime (media \pm ES)	Età mediana all'esordio (RIQ)
49.4 \pm 2.5	14.1 \pm 1.0	28.5 \pm 1.9	5.0 \pm 0.5	10.0 \pm 1.0	35.2 \pm 2.8	29.4 (20.9-41.3)
65.0 \pm 1.7	21.0 \pm 1.1	32.3 \pm 1.4	5.9 \pm 0.6	9.0 \pm 0.9	27.9 \pm 2.6	28.4 (19.3-38.9)
43.1 \pm 1.4	9.9 \pm 0.6	23.0 \pm 1.3	3.0 \pm 0.3	6.9 \pm 0.6	30.1 \pm 2.1	27.6 (18.1-38.5)
44.9 \pm 1.7	9.9 \pm 0.5	22.1 \pm 1.0	3.0 \pm 0.2	6.7 \pm 0.5	30.2 \pm 1.9	27.7 (19.1-39.1)
53.2 \pm 1.6	17.9 \pm 1.0	33.6 \pm 1.8	4.9 \pm 0.5	9.2 \pm 1.0	27.3 \pm 2.6	27.2 (19.3-39.5)
37.7 \pm 1.0	10.6 \pm 0.5	28.2 \pm 1.2	4.0 \pm 0.3	10.6 \pm 0.8	37.5 \pm 1.9	30.0 (19.7-44.3)

Fonte/Source: Bromet, 2011

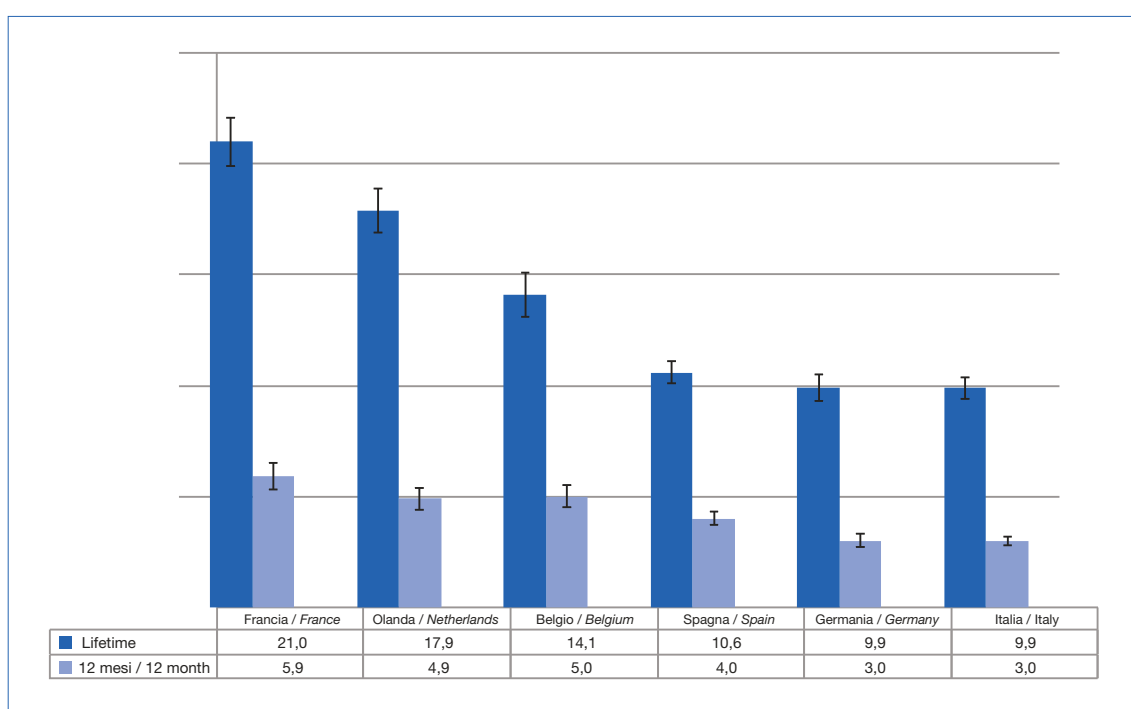
Lo studio evidenzia una significativa variabilità della prevalenza tra i Paesi partecipanti. Il dato italiano, che si colloca in coda per intensità, risulta sovrapponibile a quello della Germania e di poco inferiore al dato spagnolo.

La Francia, per contro, evidenzia valori dei due indicatori pressoché doppi rispetto all'Italia, elevata risulta anche la prevalenza a 12 mesi e nella vita anche per Olanda e Belgio. Il rapporto tra i due indici, stima indiretta della persistenza di malattia, risulta massimo per la Spagna che mostra con una percentuale di quasi 10 punti superiore al dato francese e olandese; si noti inoltre come la Spagna evidenzia un'età media di esordio della patologia più

elevata, 30 anni rispetto a 27,2 anni, valore minimo registrato in Olanda, Paese che evidenzia per contro il valore minimo del rapporto tra i due indici di prevalenza (27,3%).

Figura 14b.1. ESEMeD: prevalenza (%) nel corso della vita e nei precedenti 12 mesi

[Figure 14b.1. ESEMeD: lifetime and 12-month prevalence (percentage)]



Fonte / Source: Bromet, 2011

Lo studio ha valutato inoltre il grado di disabilità³ indotto dalla patologia sia in relazione all'epoca di insorgenza dell'ultimo episodio di depressione maggiore (precedenti trenta giorni, precedenti dodici mesi, più di 12 mesi) che rispetto ai soggetti non affetti dalla patologia (no *lifetime*) (Tabella 14b.2).

³ Nella ricerca per la valutazione del grado di disabilità è stata utilizzata una versione modificata della WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS-II) (BIB). Tale strumento è stato finalizzato alla valutazione della frequenza e dell'intensità delle limitazioni nello svolgimento delle normali attività di vita quotidiana durante i 30 giorni precedenti l'intervista. La somministrazione della WHO-DAS fornisce un punteggio compreso tra 0 e 100, dove lo 0 rappresenta nessuna compromissione e 100 la totale compromissione

Tabella 14b.2. ESEMeD: grado di disabilità secondo la WHO-DAS Global Score in pazienti valutati per depressione maggiore secondo DSM-IV-CIDI.

[Table 14b.2. ESEMeD: functional impairment (WHO-DAS Global Scores) by recency of DSM-IV/CIDI major depressive episode]

Paese	Precedenti 30 gg (media \pm ES) (N°)	Precedenti 12 mesi# (media \pm ES) (N°)	>12 mesi (media \pm ES) (N°)	No lifetime DM (media \pm ES) (N°)	SD	F
Belgio	11,3 \pm 3,3 42 +	7,5 \pm 2,1 71 +	3,5 \pm 0,5 254	3,2 \pm 0,7 676	8,4	3,2 *
Francia	13,6 \pm 2,6 38 +	6,6 \pm 1,1 134 +	4,0 \pm 0,5 476	3,2 \pm 0,4 788	8,4	7,9 *
Germania	15,3 \pm 5,4 36 +	4,1 \pm 1,0 73	2,4 \pm 0,4 263	2,7 \pm 0,3 951	7,9	2,8
Italia	15,4 \pm 2,5 58 +	6,3 \pm 2,0 71 +	3,0 \pm 0,4 323 +	2,1 \pm 0,2 1327	6,8	13,5 *
Olanda	17,9 \pm 2,4 42 +	5,7 \pm 1,1 73	5,1 \pm 0,4 341	4,1 \pm 0,5 618	8,8	12,5 *
Spagna	15,7 \pm 2,2 109 +	6,1 \pm 1,0 138 +	4,3 \pm 0,6 425 +	2,1 \pm 0,2 1449	7,6	24,9 *

(*) $p < 0,05$ (test F, 3 gradi di libertà)
 [(*) $p < 0,05$ (test F, 3 degree of freedom)]
 (+) $p < 0,05$ (significativamente differente rispetto ai soggetti no lifetime DM)
 [(+) Significantly different from respondents with no lifetime MDE at the 0.05 level]
 (#) esclusi i soggetti con episodio di depressione maggiore negli ultimi 30 giorni
 [(#) Excludes respondents with MDE in the past 30 days]
 SD deviazione standard del punteggio di disabilità nell'intero campione
 [SD: Standard deviation of the impairment score in the total sample]

Fonte/Source: Bromet, 2011

Come prevedibile la presenza di depressione è associata ad una effettiva compromissione delle normali attività. In particolare i punteggi dei soggetti positivi alla depressione risultano maggiori tanto più è recente l'episodio depressivo e significativamente più elevati rispetto ai soggetti non affetti da depressione. Si evidenzia peraltro, come solo per Italia e Spagna una significativa maggiore compromissione rispetto ai soggetti non affetti da depressione, si mantenga anche quando non sono riferiti episodi depressivi negli ultimi 12 mesi.

La valutazione dei fattori socio-demografici indagati nella ricerca ESEMeD come fattori di rischio per la depressione maggiore è riportata nella tabella che segue.

Tabella 14b.3. ESEMeD: associazione tra le caratteristiche socio-demografiche e la presenza di depressione maggiore a 12 mesi (DSM IV/CIDI)

[Table 14b.3. ESEMeD: association of demographic characteristics with 12-month DSM-IV/CIDI major depressive episode]

		Belgio	Francia	Germania	Italia	Olanda	Spagna
Sesso	M vs F	n.s.	P<0,05	n.s.	P<0,05	P<0,05	P<0,05
Età	18-34 vs 65+	n.s.	P<0,05	P<0,05	n.s.	P<0,05	n.s.
	35-49 vs 65+	P<0,05	P<0,05	n.s.	n.s.	P<0,05	n.s.
	50-64 vs 65+	P<0,05	P<0,05	P<0,05	n.s.	P<0,05	P<0,05
Stato civile	Separati vs coniugati	P<0,05	P<0,05	-	P<0,05	-	P<0,05
	Divorziati vs coniugati	n.s.	n.s.	P<0,05	n.s.	P<0,05	P<0,05
	Vedovi vs coniugati	n.s.	n.s.	P<0,05	n.s.	n.s.	n.s.
	Celibi/nubili vs coniugati	n.s.	P<0,05	P<0,05	n.s.	n.s.	n.s.
Convi-venza	Solo vs con coniuge	n.s.	n.s.	P<0,05	P<0,05	P<0,05	n.s.
	Con altri vs con coniuge	n.s.	P<0,05	P<0,05	n.s.	n.s.	n.s.

segue

Tabella 14b.3. ESEMeD: associazione tra le caratteristiche socio-demografiche e la presenza di depressione maggiore a 12 mesi (DSM IV/CIDI)

[Table 14b.3. ESEMeD: association of demographic characteristics with 12-month DSM-IV/CIDI major depressive episode]

		Belgio	Francia	Germania	Italia	Olanda	Spagna
Reddito	Basso vs elevato	n.s.	P<0,05	P<0,05	n.s.	n.s.	n.s.
	Medio basso vs elevato	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Medio alto vs elevato	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Fonte/Source: Bromet, 2011

Si conferma un maggior rischio di depressione maggiore nelle donne, così come il legame tra la prevalenza di depressione ed età con un peso decrescente all'aumentare di quest'ultima, ad eccezione dell'Italia dove tale effetto non risulta invece significativo (l'OR è inferiore a 0,8 fino a 49 anni e pari a 1,2 nei soggetti con età compresa tra 50-64). Rispetto ai soggetti coniugati lo status di separata/o o divorziata/o mostra in tutti i sei Paesi un maggior rischio di depressione così come il vivere solo anche se meno generalizzato (Germania, Italia e Olanda), solo in Francia e Germania si rileva una correlazione tra basso reddito e rischio di depressione. In nessun Paese europeo il livello di istruzione sembra rappresentare un fattore di rischio per la depressione.

I dati italiani della ricerca ESEMeD sono stati ulteriormente elaborati a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (de Girolamo, 2008).

In questa analisi sono riportati sotto la dizione "Tutti i disturbi affettivi" sia la depressione maggiore che la distimia. Sul totale del campione intervistato la distimia evidenziava una prevalenza a 12 mesi dell'1% (0,7% nei maschi e 1,3% nelle femmine), ed una prevalenza *lifetime* pari al 3,4% (2,3 nei maschi e 4,4% nelle femmine).

Tabella 14b.4. ESEMeD Italia: associazione tra le caratteristiche socio-demografiche e presenza di disturbo affettivo(*) maggiore a 12 mesi (DSM IV/CIDI)

[Table 14b.4. ESEMeD Italy: associations of demographic characteristics with 12-month DSM-IV/CIDI affective disorders(*)]

	Totale	Tutti i disturbi affettivi			
		N°	%	OR	I.C. 95%
Totale	4.712	143	3,5		
Sesso					
Maschi	2.321	39	2,0	1,0	
Femmine	2.391	104	4,8	2,5	1,7-3,7
Età					
18-24	425	18	3,8	1,0	
25-34	901	21	2,4	0,6	0,3-1,5
35-49	1.393	29	2,5	0,7	0,3-1,4
50-64	1.153	47	4,3	1,2	0,6-2,2
65+	840	28	4,5	1,2	0,5-3,0
Stato civile					
Coniugato / convivente	3.249	85	3,1	1,0	
Precedentemente coniugato	377	21	6,2	2,0	1,2-3,4
Mai coniugato	1.086	37	3,4	1,1	0,7-1,6
Scolarità (in anni)					
0-4	266	15	5,7	1,0	
5-7	1.006	44	5,1	0,9	0,4-2,0
8-12	1.524	42	3,1	0,5	0,3-1,1
13+	1.913	41	2,4	0,4	0,2-0,7
Occupazione					
Impiegato retribuito	2.742	60	2,6	1,0	
Disoccupato	299	19	5,3	2,1	1,1-4,2
Pensionato	957	26	3,3	1,3	0,8-2,1

segue

Tabella 14b.4. ESEMeD Italia: associazione tra le caratteristiche socio-demografiche e presenza di disturbo affettivo(*) maggiore a 12 mesi (DSM IV/CIDI)

[Table 14b.4. ESEMeD Italy: associations of demographic characteristics with 12-month DSM-IV/CIDI affective disorders(*)]

	Totale	Tutti i disturbi affettivi			
		N°	%	OR	I.C. 95%
Occupazione					
Casalino/a	559	22	4,3	1,7	0,9-3,2
Studente	78	2	1,8	0,7	0,1-3,3
Disabile	47	12	28,0	14,7	7,6-28,3
Altro	22	1	3,2	1,3	0,1-10,8
Area di residenza					
Rurale	1.730	43	2,9	1,0	
Urbana medie dimensioni	1.801	59	3,6	1,2	0,8-1,8
Urbana grandi dimensioni	1.181	41	4,1	1,4	0,9-2,3
Area geografica residenza					
Nord	2.272	60	3,1	1,0	
Centro	870	26	3,0	1,0	0,6-1,5
Sud e Isole	1.570	57	4,3	1,4	0,9-2,1

(*)Disturbi affettivi si riferisce solamente alla depressione Maggiore ed alla Distimia
[Affective disorder refers only to the Major Depression and Dysthymia]

Fonte/Source: de Girolamo, 2008

Oltre a quanto già rilevato nell'analisi dei dati europei si evidenzia un effetto significativo, in senso protettivo, dell'alta scolarizzazione. Mentre rispetto allo stato lavorativo risultano fattori di rischio significativi sia la disoccupazione che la percezione di reddito disabilità. Rispetto a quest'ultima categoria, equivalente all'1% del campione generale, si noti come ben il 28% degli intervistati risulti affetto da disturbi affettivi.

Ulteriori informazioni sulla situazione italiana sono reperibili grazie al sistema di sorveglianza PASSI promosso dal Ministero della Salute ed, in particolare, dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).

La sorveglianza PASSI è stata avviata nel 2006 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta italiana (18-69 anni), raccogliendo in continuo e attraverso indagini campionarie informazioni sugli stili di vita, i fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

Al fine di valutare eventuali caratteristiche riconducibili alla depressione, il sistema PASSI utilizza una versione ridotta del PHQ-9⁴, il PHQ-2, che include solo le prime due domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività.

Nel sistema PASSI viene definita come persona con sintomi di depressione chi, nelle due settimane prima dell'intervista, ha sperimentato sintomi di umore depresso e/o di anedonia (perdita di interesse nelle attività della vita di tutti i giorni), in modo duraturo.

⁴ Nelle indagini di popolazione, uno degli strumenti più utilizzati è il *Patient Health Questionnaire* che, nella versione completa (PHQ-9), è composto da nove domande con cui è possibile individuare la presenza di episodio depressivo maggiore con buona sensibilità e specificità > 90%

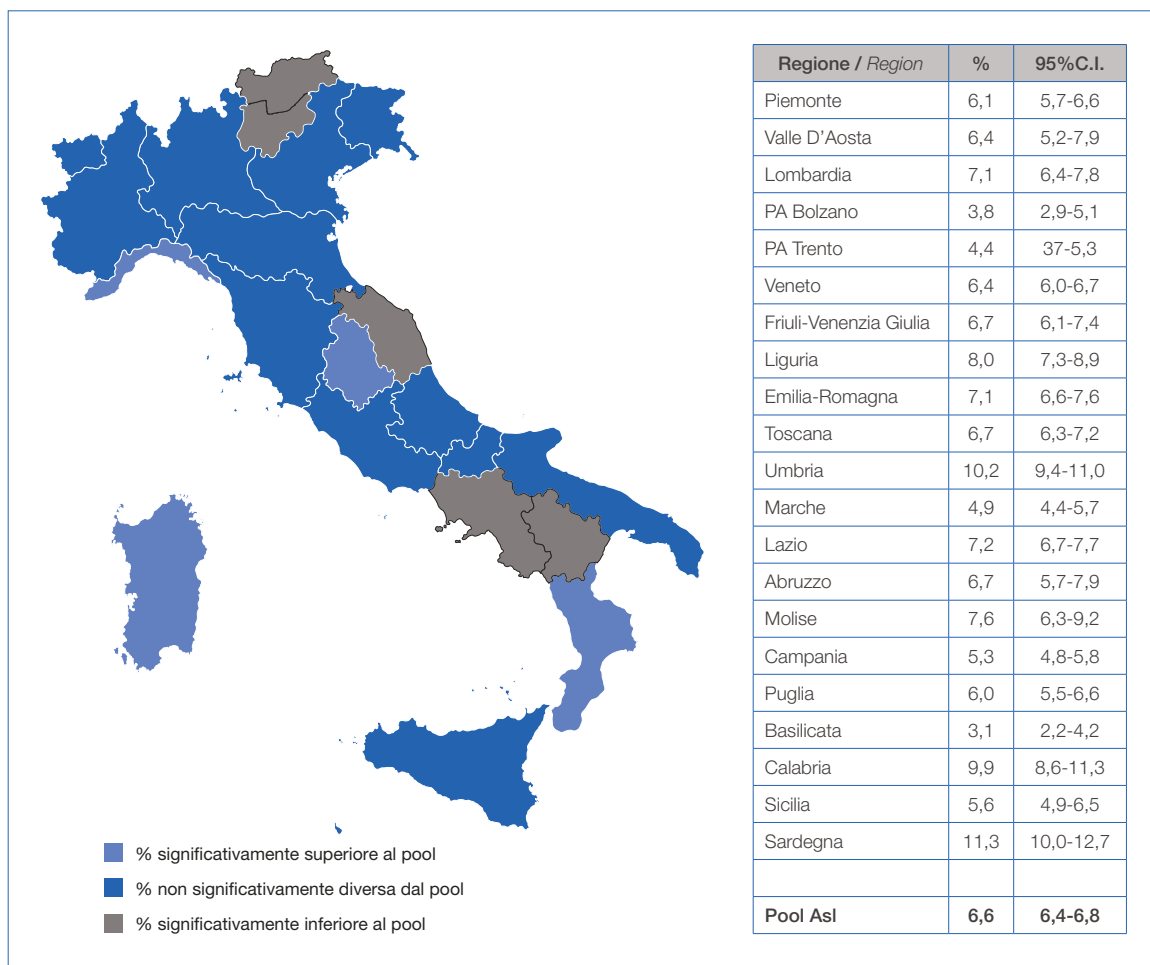
Tabella 14b.5. Sintomi di depressione – Pool di Asl 2009-12 (n=146.216)*[Table 14b.5. Depressive disorders – Pool of ASL 2009-2012 (n°=146,216)]*

	%
	(IC 95%)
Sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista	6,6 (6,4-6,8)
Ha cercato aiuto da qualcuno	58,2 (57,0-59,5)
La richiesta di aiuto per sintomi di depressione	
medico/operatore sanitario	32,5
famiglia/amici	18,2
Entrambi	7,5
Nessuno	41,8
Media dei giorni in:	
in cattiva salute fisica	10 gg
in cattiva salute psichica	17 gg
con limitazione delle normali attività quotidiane	7 gg

Fonte/Source: ISS, <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione.asp>

Figura 14b.2. Sintomi di depressione: prevalenze per Regione *(2009-2012)

Figura 14b.2. Depressive disorders: prevalence by Region (2009-2012)

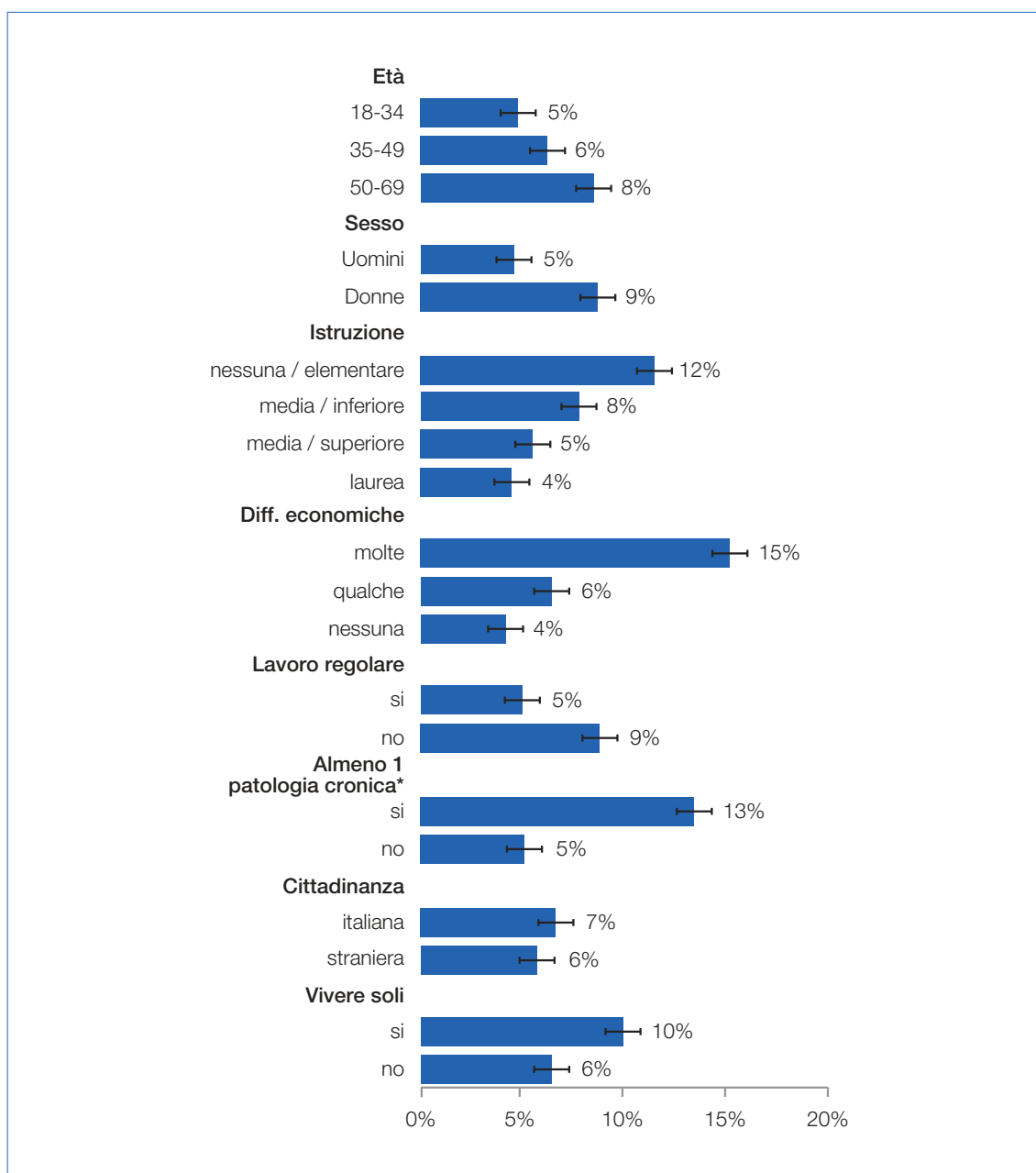


* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Fonte/Source: ISS, <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione.asp>

Figura 14b.3. Sintomi di depressione: prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - 2009-2012 (n=146,216)

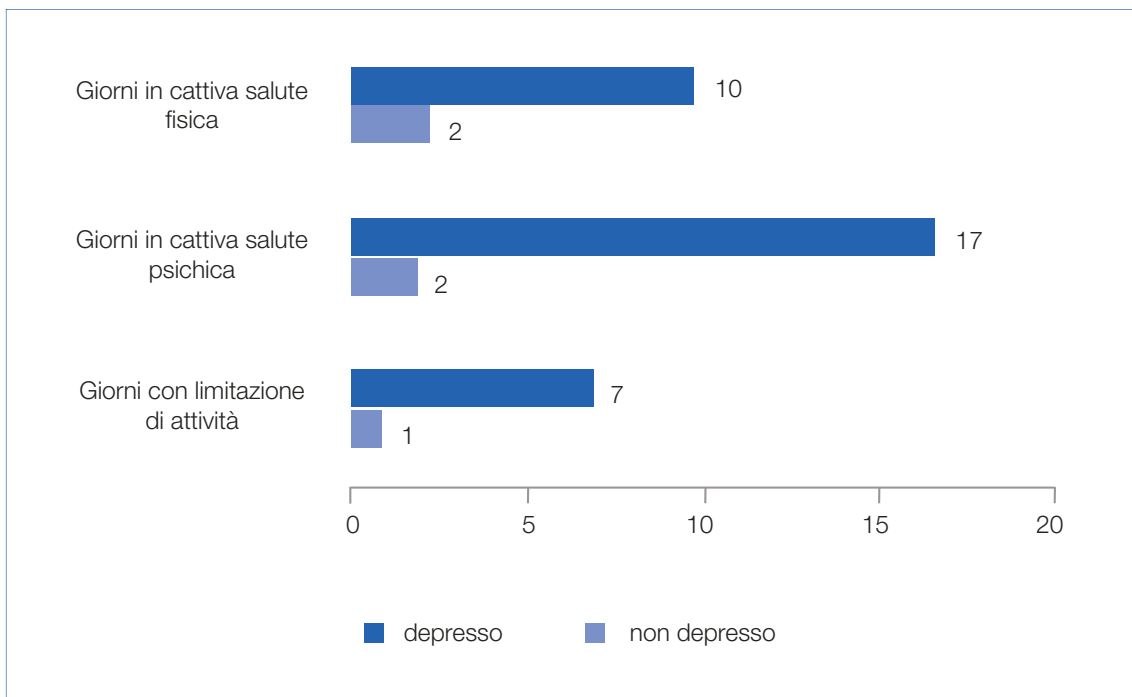
[Figure 14b.3. Depressive disorders: prevalence by social and demographic characteristics 2009-2012 (n=146,216)]



Fonte/Source: ISS, <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione.asp>

Figura 14b.4. Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazione di attività, nei 30 giorni precedenti. Valori medi (2009-2012)

[Figure 14b.4. Days in poor physical health, mental and days with activity limitation, in the past 30 days. Mean values (2009-2012)]



Fonte / Source: ISS, <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione.asp>

I dati della sorveglianza PASSI, pur nei limiti di una possibile sovrastima, confermano sostanzialmente la diversa incidenza della patologia in alcuni sottogruppi di popolazione definiti secondo caratteristiche demografiche, sociali ed economiche. Complessivamente la quota di soggetti adulti (18-69 anni) che riferisce sintomi di depressione è pari al 6,6% e percepisce come compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 17 giorni nel mese precedente l'intervista.

Di questi oltre il 42% non chiede aiuto a nessuno, chi lo fa si rivolge prevalentemente ad un medico o ad un operatore sanitario (33%), altri a familiari e amici (18%), alcuni a entrambi, medici e persone care, (8%).

Non si evidenzia un gradiente geografico netto: la maggior parte delle Regioni italiane mostrano un'intensità del fenomeno intorno al dato nazionale (6-7%). Un gruppo di quattro Regioni (Liguria, Umbria, Sardegna e Calabria) evidenziano tassi di prevalenza maggiori compresi tra il 10-11%, mentre al di sotto del dato di prevalenza nazionale con valori intorno al 3-5% si collocano le province autonome di Trento e Bolzano, le Marche, la Campania e la Basilicata dove si riscontra il valore minimo.

La prevalenza di persone con sintomi depressivi cresce al crescere dell'età, ed è significativamente più elevata fra i 50-69enni (8%), fra le donne (9%), fra le persone con un titolo di studio basso o assente (12%), fra quelle con molte difficoltà economiche (15%) o senza un lavoro regolare (9%), fra quelli che riferiscono una diagnosi di patologia cronica (13%), tra coloro che dichiarano di vivere da soli (10%) e tra gli italiani (7%).

Le persone che hanno sintomi depressivi riferiscono un livello di qualità della vita percepita marcatamente peggiore del resto della popolazione, nei trenta giorni precedenti l'intervista le prime dichiarano mediamente molti più giorni vissuti in cattive condizioni fisiche (10 giorni vs. 2 giorni), in cattiva salute psicologica (16 vs. 2) e molti più giorni con limitazione delle abituali attività, a causa dello stato fisico e psicologico (7 vs. 1).

La proiezione sulla popolazione italiana⁵ dei tassi di prevalenza, frutto di studi epidemiologici nazionali specifici, individua un numero di soggetti affetti da disturbi depressivi compreso tra circa 1,8 milioni fino a oltre 2,6 milioni, a seconda che si utilizzino i tassi emersi dall'indagine ESEMeD o dall'indagine PASSI, quest'ultima relativa alla sola popolazione tra i 18 ed i 69 anni. L'ampiezza del range di stima è in parte spiegabile dalle diverse modalità di rilevazione nei due studi; nel primo caso si tratta di interviste mirate, effettuate in modalità *face to face* da personale formato, mentre nello studio PASSI la rilevazione telefonica registra una valutazione più soggettiva della sintomatologia depressiva. Ancora più drammatico risulta il quadro complessivo se si proietta sulla popolazione italiana il tasso di prevalenza sulla popolazione adulta (>18 anni) della depressione maggiore, tratto dal database di *HealthSearch CSD-LPD*⁶ e pubblicato sul Rapporto OSMED 2012, pari al 12,1%, che porta ad una stima poco al di sopra di 6 milioni di soggetti affetti da depressione maggiore.

⁵ Istat, popolazione residente al 01.01.2013: <http://demo.istat.it/pop2013/index.html>

⁶ Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG): <http://www.healthsearch.it/>

14b.4. La presa in carico dei pazienti depressi

I numeri stimati confermano, pur nella loro variabilità, il carico endemico della patologia nella società italiana. Tutti gli studi, sia nazionali che internazionali, mostrano che la prevalenza di persone con sintomi depressivi, cresce al crescere dell'età, che è significativamente più elevata fra le donne, fra le persone con bassa scolarità, fra i soggetti in difficoltà economica o senza un lavoro regolare, fra chi risulti affetto da una patologia cronica, e fra chi viva da solo. Aspetti fra loro spesso correlati, che rappresentano diverse sfaccettature di un profilo di fragilità sociale, economica e di salute destinato ad assumere nel tempo un peso crescente: come conseguenza da una parte della crisi economica e dall'altra dal progressivo invecchiamento della popolazione.

La rilevanza endemica dei disturbi depressivi, e anche di tutti gli aspetti a questa correlata, impone un intervento sistematico finalizzato ad aggredire i punti critici nel percorso di diagnosi e cura. Criticità che possono essere riassunte rispetto a due fronti d'azione: da una parte quello degli sforzi per l'emersione del fenomeno, dall'altra quello dell'appropriata ed efficace presa in carico del paziente depresso. L'emersione del fenomeno nella sua reale dimensione implica l'incremento della capacità del sistema sanitario nazionale di intercettare ed individuare i soggetti con un profilo potenzialmente depresso: obiettivo che può essere raggiunto sia attraverso un percorso di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario ospedaliero e territoriale, sia attivando modalità di conoscenza larga degli eventi "sentinella" in grado di stimolare un ruolo proattivo del cittadino/utente. A tal proposito si segnalano come modello divulgativo, su base nazionale, le guide di autoaiuto del sistema sanitario inglese "*Self Help Leaflets*"⁷, in particolare: *Depression, Depression and low mood, Postnatal depression, Prisoner depression and low mood*.

L'emersione del fenomeno nella sua reale dimensione, vuole anche dire individuare prima il paziente depresso e quindi avviarlo precocemente verso il trattamento più appropriato: farmacologico, psicologico o entrambi.

Ovviamente l'approccio ha un senso purché sia a priori chiaro e noto il punto o i punti di accesso al percorso diagnostico terapeutico verso cui indirizzare il paziente.

⁷ <http://www.ntw.nhs.uk/pic/selfhelp/>

Per quanto riguarda l'appropriatezza e l'efficacia del percorso diagnostico e terapeutico di presa in carico, è necessario individuare per prima cosa quali debbano essere le figure sanitarie coinvolte (*providers*), quali le specifiche responsabilità e quale, infine, il livello di integrazione e di interrelazione.

Nell'organizzazione italiana, in un'ottica di Sanità Pubblica, sia il sistema delle cure primarie, ed in questo in particolare i medici di medicina generale (MMG), che i servizi di salute mentale sono necessariamente i principali protagonisti, anche in considerazione del fatto che entrambi sono parte dell'assistenza territoriale e quindi hanno responsabilità di salute sulla medesima popolazione. In prospettiva, non si può sottacere la possibilità di un maggiore coinvolgimento anche di infermieri specializzati nella presa in carico delle cronicità sul territorio.

Per quanto riguarda la medicina generale, è indubbio che i disturbi depressivi, ad eccezione dei casi ove sia presente il rischio suicidario, possano essere trattati dal MMG, ferma restando l'implementazione di corrette e adeguate modalità di collaborazione e formazione. Inoltre il MMG assume un ruolo rilevante anche riguardo ai pazienti depressi più gravi, considerando come, in ogni caso, i pazienti psichiatrici presentino un tasso di morbidità e mortalità superiore a quello della popolazione generale.

Per ciò che concerne i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), essendo questi parte integrante dei servizi di assistenza territoriale, è indiscutibile la loro diretta responsabilità rispetto alla popolazione generale e non solo verso coloro che giungono presso i loro servizi. Bisogna inoltre rilevare che il blocco del *turnover*, che si reitera da diversi anni nelle Regioni sottoposte a piano di rientro e da almeno due anni a livello nazionale, ha oramai determinato soprattutto nei servizi territoriali, una situazione di carenza strutturale di personale, sia medico che infermieristico. Queste criticità talvolta determinano nei servizi situazioni di sovraffollamento e percorsi di cura caotici, che creano, soprattutto nei DSM situazioni di rischio elevato. Pertanto decongestionare i servizi psichiatrici della casistica a bassa complessità, permetterebbe loro di curare prima e meglio i pazienti più gravi.

Al fine di analizzare i percorsi organizzativi in cui il paziente depresso è immesso dal momento in cui esprime la propria richiesta ad una struttura del SSN, sono stati stilati dei questionari che sono stati somministrati ai MMG da una parte ed ai direttori dei DSM dall'altra.

I questionari, validati da un *board* di esperti composto da uno psicologo, uno psichiatra, un MMG ed un economista, sono stati somministrati:

- con il metodo CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*) ai MMG;
- tramite intervista ai Direttori dei DSM.

Dall'analisi delle risposte emerge come il problema della depressione sia sentito dalla medicina territoriale. A tal proposito gli esperti ritengono che la depressione sia un fenomeno sostanzialmente stabile, se intesa come patologia psichiatrica (ci si riferisce implicitamente alla depressione endogena), mentre è in notevole crescita se la si considera come manifestazione di un disagio dovuto alla crisi delle reti familiari e del tessuto socioeconomico oppure come quadro clinico in comorbidità.

La medicina territoriale tende a trattare prevalentemente la depressione "lieve"; non appena la sintomatologia appare più marcata/preoccupante e/o non responsiva al trattamento il MMG attua l'invio allo specialista. Su questo aspetto si aprono questioni interessanti:

- quali sono i sintomi che "allarmano" il MMG?
- cosa può essere sotteso al fallimento del primo trattamento?
- si tratta di un fenomeno spiegabile solo con una diagnosi iniziale errata o si può parlare di una gestione inappropriata della terapia farmacologica o altro ancora?

Non esistono linee guida nella gestione del paziente depresso e la pratica clinica nelle Regioni campione appare piuttosto disomogenea sia in termini di quota di pazienti trattati che di modalità di trattamento.

La collaborazione tra i diversi "attori" (MMG e strutture specialistiche) appare inesistente, in particolare non c'è condivisione di programmi e progetti dedicati. Non esistono, quindi, reti di intervento che risulterebbero certamente efficaci nella gestione del paziente depresso.

È comunque sentita, sia dai MMG che dai Direttori di DSM, la necessità di definire percorsi di presa in carico integrati che mettano i MMG nelle condizioni di trattare i pazienti meno gravi e di instradare tempestivamente i pazienti più gravi verso i Servizi Psichiatrici Specialistici. È indubbio che il medico di medicina generale venga spesso percepito dai pazienti come l'interfaccia più accessibile con il Sistema Sanitario, a seguito del rapporto

fiduciario che si instaura naturalmente con il proprio medico, per tale motivo la stretta collaborazione tra il MMG e lo psichiatra è percepita come lo snodo essenziale nella costruzione di un percorso efficace ed efficiente di presa in carico e cura del paziente depresso.

La presa in carico precoce dei pazienti depressi da parte del MMG e la garanzia della continuità assistenziale nella fase di cura e riabilitazione in *team* con l'equipe del DSM, possono contribuire al miglioramento della qualità della vita della persona colpita da depressione.

Altro elemento che appare senza dubbio carente sul territorio è la prevenzione e questo nonostante in letteratura, come argomentato, l'*early intervention* abbia risultati positivi e significativi.

In sintesi, dall'analisi effettuata è emerso uno scenario con diverse criticità, quali:

- carenza di integrazione tra MMG e DSM;
- carenza di *screening* per le patologie depressive sulla popolazione, o almeno su quella a rischio;
- carenza di analisi sulla *customer satisfaction*;
- carenza di linee guida per la gestione del paziente depresso.

In questo scenario, si ritiene che la sperimentazione di un modello di *Collaborative Care* possa rappresentare, come dimostrano numerosi studi internazionali, una valida ed efficace opzione organizzativa.

Il modello è stato sviluppato a partire dal *Chronic Care Model*. In particolare il *Collaborative Care* per la depressione consiste in un modello di cura multidisciplinare fortemente integrato che individua in un *case manager* la figura di collegamento tra il paziente, la medicina di base e gli specialisti della salute mentale.

Obiettivi della *Collaborative Care* sono:

- ottimizzare lo *screening di routine* per la diagnosi dei disturbi depressivi;
- incrementare l'utilizzo proattivo di protocolli *evidence-based* per la diagnosi e la gestione della depressione;
- migliorare l'assistenza clinica e di comunità anche attraverso il coinvolgimento attivo del paziente in trattamento.

In sintesi i principi di base del funzionamento del *Collaborative Care* sono:

- per qualsiasi soggetto per cui venga rilevata una sintomatologia depressiva, viene organizzata una consultazione con un MMG per verificarne la diagnosi;
- confermata la diagnosi, al di fuori dei casi urgenti (rischio suicidario), il paziente viene affidato ad un *care manager* (CM), spesso un infermiere o in alcuni casi uno psicologo, con formazione specifica;
- il CM accompagna il paziente durante tutto il periodo di presa in carico (6 - 12 mesi).

Il CM garantisce il monitoraggio della sintomatologia, della *compliance*, dei problemi legati al trattamento, dei possibili rischi di ricaduta e garantisce un sostegno competente; effettua una valutazione del contesto e della persona in trattamento e fornisce al MMG informazioni preziose mediante relazioni. Sulla base di queste relazioni il MMG stabilisce e valida il percorso diagnostico-terapeutico.

Sono previsti incontri regolari tra il CM, il MMG e per i casi più complessi con uno psichiatra. Lo psichiatra supervisiona e valida il lavoro del CM.

La *Collaborative Care* per i disturbi depressivi, presente nella pratica clinica statunitense a partire dai primi anni 2000, evidenzia una penetrazione più tardiva e meno sistematica in Europa.

Attualmente significativo è l'intervento del NICE⁸ a seguito di uno studio multicentrico nazionale (Richard, 2013), dove si prospetta l'adozione del modello di *Collaborative Care* per i disturbi depressivi anche per il Regno Unito. Inoltre la *Haute Autorité de Santé* (HAS) francese riporta in evidenza sul sito istituzionale nella pagina *Initiatives & Développement de Pratiques Collaboratives* (I-DPC) l'esperienza statunitense della *Collaborative Care* per la depressione⁹.

Si segnalano a livello nazionale due esperienze significative:

- Programma regionale "Giuseppe Leggieri" Integrazione tra cure primarie e salute mentale (Regione Emilia Romagna);
- "*Implementation of a Stepped Collaborative Care Program for the treatment of depression in primary and secondary care*" Multicenter cluster randomized clinical

⁸ <http://www.nice.org.uk/newsroom/news/NICEToConsiderUSAApproachToTreatingDepression.jsp>

⁹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1098768/fr/webzine-dpc-accueil

study Stepped Collaborative Care vs Usual Care - Ministero della Salute” Research Grant 2007 (Regioni partecipanti Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria) (*Project Leader Prof D. Berardi*).

Le due esperienze italiane reperite evidenziano come anche nell'organizzazione italiana, sia delle cure primarie che della salute mentale, sia effettivamente possibile assumere il modello di *collaborative care* per i disturbi depressivi.

Dallo studio di Berardi et al. (2013), in particolare, è emerso che i risultati a 12 mesi della *Collaborative Care vs Usual Care*, in termini di remissione, si sovrappongono: ma la prima fornisce risultati positivi più precoci e, in termini di remissione a 6 mesi, i risultati sono migliori rispetto alla *Usual Care* all'aumentare della gravità della patologia (PHQ>14).

Di entrambe le esperienze citate, che va detto che si discostano dal modello *standard* discusso a livello internazionale, in quanto prevedono che la figura del *case manager* non sia assunta da un infermiere professionale bensì da un medico, non sono però stati indagati e valutati gli impatti economici sia di costo efficacia che di *budget impact* rispetto alle forme più classiche di integrazione e collaborazione tra la medicina di base e la salute mentale.

Sicuramente un nuovo modello organizzativo, quale quello descritto, al fine di consentire una maggiore individuazione di casi di depressione totali e gravi, dovrà prevedere l'introduzione di forme di *screening*, quale ad esempio l'auto-compilazione di una *checklist* presso lo studio del MMG, contestualmente alla fornitura di materiale informativo teso a sensibilizzare il paziente sul tema "depressione"; essendo poco realistico immaginare una azione di *screening* generalizzata, l'ipotesi potrebbe essere quella di effettuarlo almeno per le categorie a rischio quali ad esempio post-partum, menopausa, anziani, disoccupati, problemi somatici diffusi, soggetti con patologie cardiovascolari.

La figura del CM deve assumere una funzione di intermediazione e integrazione, al fine di favorire la fruizione da parte del paziente di servizi e dei beni sociali (funzione di *case management*) e di contrastare al tempo stesso gli effetti di deriva sociale spesso connessi con la patologia e con lo stigma. Deve quindi essere specificatamente formato ad "accompagnare" il paziente in tutto il periodo della presa in carico (6-12 mesi).

Nello specifico deve:

- effettuare il monitoraggio della sintomatologia, della *compliance*, di problemi legati al trattamento, dei possibili rischi di ricaduta e garantire un sostegno competente;
- effettuare una valutazione del contesto e della persona in trattamento;
- validare il percorso diagnostico-terapeutico integrando i servizi;
- richiamare i pazienti che hanno abbandonato la terapia per analizzarne le cause dell'abbandono e valutare eventuali nuovi interventi terapeutici;
- fornire una forma di *counselling* al paziente ma anche, eventualmente, ai familiari.

La figura del CM, potrebbe anche essere individuata sfruttando le risorse messe a disposizione dal terzo settore (associazioni di volontariato, cooperative etc.) o anche figure professionali in formazione (ad es. specializzandi delle scuole di specializzazione in psicoterapia), purché adeguatamente formati e accreditati.

Riferimenti bibliografici

Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et al.: *Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode*. BMC Med. 2011 Jul 26;9:90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90

de Girolamo et al. 2008: La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMed-wmh. Una sintesi (ISS : <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al.: *Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. JAMA 2004, 291(21):2581-2590

Hawthorne, G., Cheok, F., Goldney, R., Fisher, L., 2003. *The excess cost of depression in South Australia: a population-based study*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 37, 362–373

Katon, W.J., Lin, E., Russo, J., Unützer, J., 2003. *Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients*. Arch. Gen. Psychiatry 60, 897–903

Keller MB et al: *“Double depression”: two-year follow-up*. Am J Psychiatry. 1983 Jun; 140(6):689-94e

Kessler RC, Üstün TB: *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders* New York, NY: Cambridge University Press; 2008

Klein DN, Taylor EB, Dickstein S, Harding K.: *The early--late onset distinction in DSM-III-R dysthymia*. J Affect Disord. 1988 Jan-Feb;14(1):25-33

Kocsis JH, Friedman RA et al. *Maintenance therapy for chronic depression. A controlled clinical trial of desipramine*. Arch Gen Psychiatry. 1996 Sep;53(9):769-74; discussion 775-6

Richard DA et al. *Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomized controlled trial*. BMJ 2013;347:f4913 doi: 10.1136/bmj.f4913 (Published 19 August 2013)

Spijker J, Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA: *Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. Acta Psychiatr Scand 2004, 110(3):208-214

Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ: *Global burden of depressive disorders in the year 2000*. Br J Psychiatry 2004, 184:386-392

World Federation for Mental Health, *Depression: A Global Crisis World Mental Health Day*, October 10 2012

World Health Organization, World suicide prevention day 2012

(http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en)

World Health Organization-Depression Fact sheet N°369 October 2012

(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>)

Capitolo 14c

Lo Scompenso Cardiaco Acuto

d'Angela D.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

14c.1. Introduzione

Lo scompenso cardiaco acuto è una condizione cronica diffusa e clinicamente rilevante che comporta anche un frequente ricorso all'ospedalizzazione, con ingenti oneri per il SSN.

Obiettivo del contributo è dapprima quello di analizzare i percorsi di gestione ospedaliera del paziente con episodio di AHF (*Acute Heart Failure*) e successivamente quello di fornire elementi per analizzare l'attività ospedaliera nazionale e regionale legata allo scompenso cardiaco acuto.

14c.2. I percorsi di presa in carico del paziente con scompenso cardiaco

Dopo la presentazione di uno scenario che riflette gli elementi comuni nella gestione a livello nazionale di seguito ci concentreremo sui percorsi relativi al paziente con AHF formalizzati in 10 Regioni italiane.

I percorsi sono stati ricostruiti attraverso la rilevazione di atti normativi nazionali, regionali, dossier e linee guida nazionali e regionali, reperiti sulla Gazzetta Ufficiale, sui Bollettini Ufficiali Regionali, sui portali delle Agenzie regionali di Sanità, su siti istituzionali (Ministero della Salute e Age.Na.S.). L'analisi ha preso in considerazione anche la regolamentazione "grigia" (ovvero non pubblicata in Gazzetta Ufficiale): in particolare, linee guida clinico-assistenziali relative all'AHF promosse da Società scientifiche, percorsi clinico-assistenziali e/o progetti implementati nelle singole Regioni.

¹ CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Le 10 Regioni campione analizzate sono: Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana e Veneto.

Dall'analisi si evince come solo in due Regioni, Piemonte ed Emilia-Romagna, siano effettivamente definiti e formalizzati dei percorsi specifici per l'AHF; in Veneto percorsi per scompenso cardiaco acuto e cronico sono stati definiti a livello di Aziende Sanitarie; Toscana, Puglia, Sicilia e Lombardia si focalizzano esclusivamente sul percorso del paziente cronico; per il Lazio ci si può solo, indirettamente, riferire all'organizzazione della rete di Emergenza-Urgenza in ambito cardiologico; in Campania e Liguria, infine, l'iter diagnostico del paziente può essere parzialmente desunto dalle normative riguardanti il Pronto Soccorso e le modalità di remunerazione delle differenti tipologie di ricovero.

Nella tabella 14c.1 si riportano i riferimenti normativi relativi ai percorsi formalizzati che è stato possibile identificare.

Tabella 14c.1. Riferimenti normativi

[Table 14c.1. Legislative references]

Regioni	AHF (scompenso cardiaco acuto)	SCC (scompenso cardiaco cronico)
Campania	ND	ND
Emilia-Romagna	Agenzia Sanitaria Regionale "Gestione ospedaliera del paziente con Scompenso Cardiaco avanzato"	DGR 1598/2011 – "Gestione integrata del paziente con Scompenso Cardiaco"
Lazio	DCA 73/2010 "Rete Assistenziale dell'Emergenza"	ND
Liguria	ND	DDG 61/2013 - "Progetti attuativi del <i>Chronic Care Mode</i> . Biennio 2012/2013"
Lombardia	ND	DDGA 2886/2010: "Determinazioni in merito ai percorsi e continuità assistenziale nel paziente con SC dopo evento acuto"

segue

Tabella 14c.1. Riferimenti normativi*[Table 14c.1. Legislative references]*

Regioni	AHF (scompenso cardiaco acuto)	SCC (scompenso cardiaco cronico)
Piemonte	Aress Piemonte: PIC – Profilo Integrato di Cura	
Puglia		DGR 1934/2012 “Percorsi assistenziali per la gestione dello SCC Complesso”
Sicilia		DA 723/2010 “Linee guida sulla riorganizzazione dell’attività territoriale (PTA – Cure Primari – Gestione inte- grata – Day Service territoriale)”
Toscana		Consiglio Sanitario Regionale - ultimo aggior- namento 2012 “Diagnosi e cura dello Scompenso Cardiaco”
Veneto	Percorsi ULSS	
ND, Non Disponibile; DDGA, Delibera Direttore Generale Ad Acta; DGR, Delibera di Giunta Regio- nale; DA, Decreto Attuativo; ULSS Unità Locali Socio-Sanitarie.		

Fonte: Bollettini Regionali, Portali Agenzie Regionali Sanità
 [Source: Regional bulletins, Regional Healthcare Agencies]

L’analisi permette di concludere che l’avvio del percorso diagnostico-terapeutico del paziente con un episodio acuto di scompenso cardiaco può avvenire principalmente con tre modalità:

- invio da parte del medico di medicina generale (MMG), il quale può richiedere direttamente il ricovero presso la struttura ospedaliera, ovvero inviare il paziente per una valutazione ambulatoriale specialistica, oppure inviare il paziente al Pronto Soccorso o, per i casi più gravi, contattare telefonicamente la guardia medica della UO (Unità Operativa) cardiologica o, se presente, il servizio ambulatoriale dedicato allo scompenso;

- presentazione spontanea del paziente in Pronto Soccorso, o mediante chiamata al servizio di Emergenza-Urgenza 118;
- invio in ospedale da parte dell'ambulatorio scompenso (qualora presente).

All'ingresso in Pronto Soccorso viene, come usuale, assegnato al paziente un codice di *triage* (generalmente da un infermiere) in relazione alla criticità presunta e quindi alla priorità di intervento.

In base alla successiva valutazione dell'*équipe* medica, si prospettano differenti opzioni, risultate omogenee a livello regionale: se le condizioni cliniche lo permettono, il medico può decidere di reinviare il paziente al MMG, ovvero programmare una rivalutazione presso l'ambulatorio dedicato allo scompenso (secondo percorsi che possono essere stabiliti a livello regionale); in alternativa, prevedere il ricovero in reparto (cardiologia, medicina generale, geriatria, medicina d'urgenza) o trasferire il paziente in Osservazione Breve Intensiva (OBI).

Se l'approccio generale è sostanzialmente omogeneo, significative differenze sono però riscontrabili nell'organizzazione dell'OBI nelle sue modalità di finanziamento, e, infine, nell'eventuale presenza di forme alternative di ospedalizzazione (es. ospedalizzazione a domicilio).

Di seguito riportiamo le principali differenze rilevate, scelte in funzione del loro potenziale impatto sulle modalità di accesso dei pazienti con AHF all'assistenza ospedaliera e non.

Osservazione Breve Intensiva (OBI)

L'OBI costituisce una modalità organizzativa sviluppata a partire dagli anni '90 con l'obiettivo di ridurre i ricoveri e le dimissioni improprie; consente di valutare l'evoluzione del quadro clinico del paziente tenendolo in osservazione, seppure per un periodo limitato di tempo.

L'Osservazione Breve è frequentemente rivolta ai pazienti (5-10% di coloro che accedono al Pronto Soccorso), con quadri clinici non ancora ben definiti.

La documentazione normativa di riferimento sul tema è costituita dalle linee guida sulla gestione dell'OBI realizzate dalla SIMEU (Società Italiana per la Medicina di Emergenza e Urgenza) e dagli indirizzi contenuti nel documento della Commissione di Emergenza-Urgenza del Ministero della Salute sulla rete ospedaliera.

Secondo tali linee guida, in OBI accedono i pazienti che, valutati in Pronto Soccorso, necessitano di un periodo più prolungato di osservazione e di cura. La durata di permanenza prevista a livello nazionale non può essere inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore, per poi giungere ad una decisione di dimissione o ricovero.

Tabella 14c.2. Durata dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)

[Table 14c.2. Duration of Intensive Short Observation]

Regione	Durata OBI
ITALIA	min 6 ore, max 24 ore
Lazio	min 6 ore, max 36 ore
Lombardia	min 6 ore, max 24 ore
Sicilia	min 6 ore, max 24 ore*
Piemonte	min 6 ore, max 30 ore
Toscana	min 12 ore, max 36/72 ore*
Campania	min 6 ore, max 24 ore
Emilia-Romagna	min 6 ore, max 24 ore
Liguria	min 6 ore, max 24 ore
Puglia	ND
Veneto	min 4 ore, max 24/72 ore
*Informazioni ottenute da documenti non ufficiali / *Informations coming from not official sources ND, Non disponibile/Not Available	

Fonte: normative nazionali e regionali
[Source: national and regional laws]

Tuttavia a livello regionale l'organizzazione dell'OBI risulta essere molto eterogenea: in Veneto un paziente può essere trattato in OBI per un tempo minimo di 4 ore fino ad un massimo di 24 (in alcune realtà aziendali anche fino ad un massimo di 72 ore); in tutte le

altre prese in analisi, ad eccezione della Toscana, il tempo minimo previsto è di 6 ore. Solo in Lazio, Toscana, Piemonte e Veneto un'osservazione breve può superare le 24 ore, arrivando ad un massimo di 30 (Piemonte) e 36 (Lazio, Toscana e Veneto) ore.

Inoltre nel Lazio, in Sicilia, in Piemonte, Toscana, Campania e Liguria, è esplicitato in documenti ufficiali che il paziente con AHF è eleggibile al ricovero in OBI; di contro, in Lombardia viene esplicitata una esclusione del trattamento dello *shock* cardiaco in OBI.

Una variabilità regionale è stata riscontrata anche sul dimensionamento dell'OBI: dalla normativa disponibile si passa da un minimo di 1 posto letto OBI ogni 4.000 accessi al Pronto Soccorso della Regione Piemonte ad un massimo di 1 ogni 10.000 dell'Emilia Romagna; in Lazio e Liguria è previsto 1 Posto Letto ogni 8.000-10.000 accessi al Pronto Soccorso; in Veneto viene definito un numero di posti letto minimo, pari a 48, indipendentemente dal numero di accessi al Pronto Soccorso; in Lombardia, Puglia, Sicilia e Toscana non sono stati rinvenuti documenti in cui risulta esplicitato il dimensionamento dell'offerta per l'OBI.

Finanziamento dell'OBI

In solo due Regioni, Campania e Liguria, è previsto un finanziamento specifico per la degenza in OBI: in Campania la tariffa individuata è di € 280 ad accesso fino ad una rotazione di 2,5 osservazioni al giorno per posto letto. Un numero di accessi superiore a 2,5 al giorno per posto letto determina un abbattimento della tariffa pari al 40%; in Liguria, invece, la tariffa individuata per il periodo in OBI è pari a € 300 ad accesso fino ad una rotazione di 2,5 osservazioni al giorno per posto letto.

Ospedalizzazione a domicilio

In Piemonte, come modalità alternativa o aggiuntiva rispetto al ricovero ordinario per il paziente con AHF è prevista l'ospedalizzazione a domicilio: organizzazione assistenziale capace di assicurare la presa in carico di pazienti in fase non ancora stabilizzata, trattabili però a domicilio, con supporto infermieristico e medico specialistico, e con la presa in carico da parte di una UO ospedaliera specializzata, permettendo una dimissione precoce, o nessuna ammissione, e garantendo la continuità assistenziale al paziente.

L'attivazione del servizio può avvenire su diretta richiesta del MMG, su richiesta dei re-

parti di degenza o direttamente dal Pronto Soccorso, dal quale, i pazienti eleggibili, espletati gli accertamenti diagnostici necessari, vengono trasferiti a domicilio nell'arco di poche ore (in media 7-8), senza essere ricoverati.

Per questa forma assistenziale la Regione Piemonte ha definito una tariffa giornaliera, stimata in base ad un'analisi dei costi diretti (costo del personale, farmaci, materiale sanitario e non, parco autovetture, trasporti in ambulanza, etc.) effettuata dall'Azienda Molinette, pari a € 165 pro-die.

Tale tariffa riduce significativamente il valore che la Regione riconosce all'ospedale per il ricovero del paziente scompensato, "introitando" così il vantaggio finanziario conseguente alla maggiore efficienza del regime domiciliare; per il *provider* si produce un vantaggio economico, proporzionale alla capacità di ridurre i costi diretti sostenuti.

14c.3. L'attività ospedaliera in Italia

Nel presente paragrafo viene descritta l'attività di ricovero, per acuti, per AHF, degli istituti di cura, pubblici e privati accreditati, svolta nell'anno 2010 nelle Regioni e Province Autonome italiane, analizzata a partire dalla banca dati delle schede di dimissione ospedaliera del Ministero della Salute.

L'analisi è stata svolta in termini di numero di ricoveri, distinti per regime, tipologia di struttura, tassi di ricovero, tassi di ospedalizzazione e degenza media. Inoltre è stato analizzato l'impatto economico dei ricoveri per AHF.

Al fine di rilevare i casi di ricovero per AHF sono state considerate tutte le SDO aventi come diagnosi principale e secondaria i seguenti codici ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, 9th version, Clinical Modification*):

- 428.0 Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio);
- 428.1 Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro);
- 428.9 Insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato).

Le analisi sono state svolte prima per genere ed età, Regione di residenza, regime di ricovero e tipologia di struttura; quindi sono state ripetute per Regione di ricovero al fine di analizzare l'impatto sulla "produzione ospedaliera regionale".

La valorizzazione dei ricoveri è stata effettuata con le tariffe del nomenclatore ex D.M. 18.10.2012.

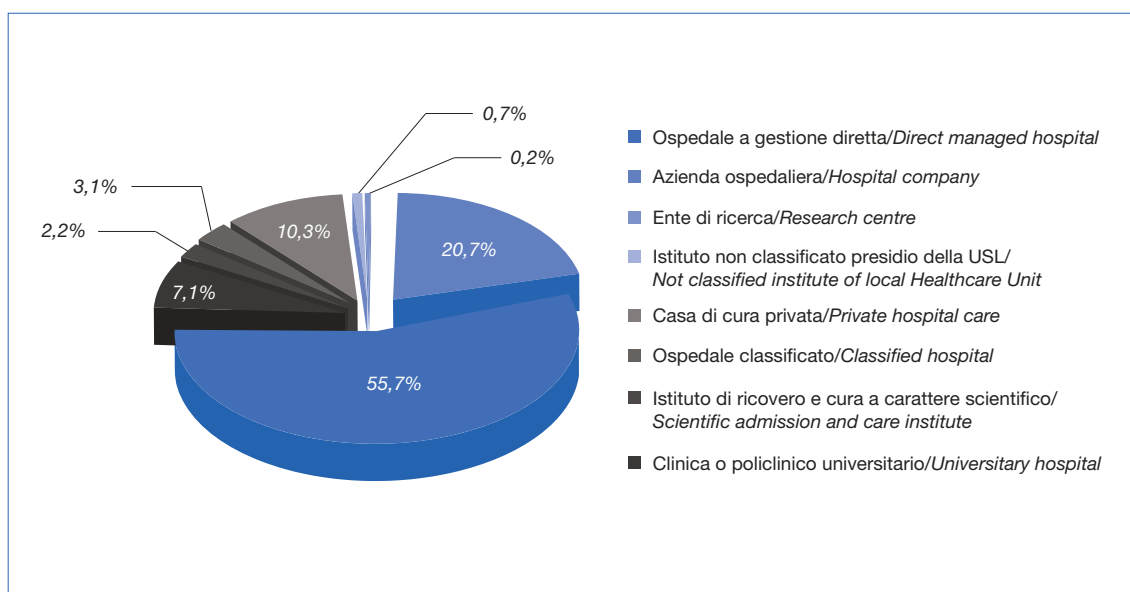
In Italia, nel 2010, sono stati effettuati 202.109 ricoveri per AHF: si tratta prevalentemente di ricoveri in regime ordinario infatti solo il 2,2% del totale ricoveri viene effettuato in *day hospital*.

I ricoveri ordinari per AHF costituiscono il 2,3% dei ricoveri totali: 2,0%, nelle Regioni del Sud e 2,4% al Centro e al Nord. In particolare la Valle d'Aosta risulta essere la Regione con la minor quota di ricoveri per AHF sul totale (1,4%), e le Marche quella con la maggiore (3,3%).

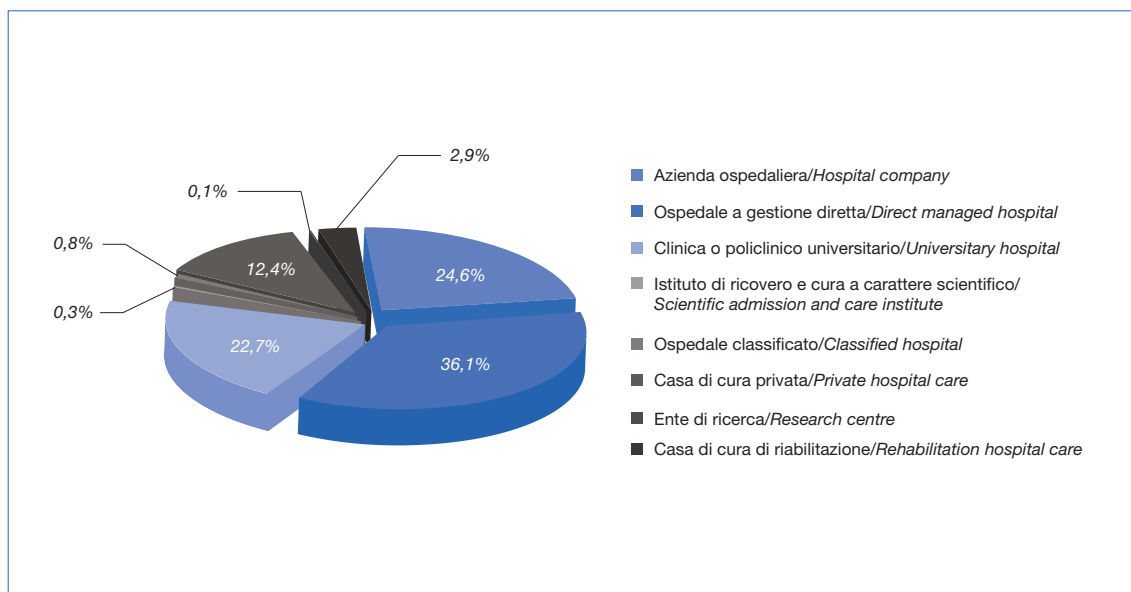
Oltre il 70% dei ricoveri per AHF avviene negli Ospedali a gestione diretta e nelle Aziende Ospedaliere (55,2% e 20,8% rispettivamente). Quelli in regime diurno anche nei Policlinici Universitari (22,7%).

Figura 14c.1. Ricoveri ordinari per tipologia di struttura. Valori %, anno 2010

[Figure 14c.1. Ordinary admissions by type of hospital. Percentage, 2010]



Fonte: elaborazione Crea Sanità su dati SDO 2010, Ministero della Salute
[Source: CREA Sanità on Hospital Admission Sheet data of Ministry of Health, year 2010]

Figura 14c.2. Ricoveri diurni per tipologia di struttura. Valori %, anno 2010*[Figure 14c.2. One-day admissions by type of hospital. Percentage, 2010]*

Fonte: elaborazione Crea Sanità su dati SDO 2010, Ministero della Salute

[Source: CREA Sanità on Hospital Admission Sheet data of Ministry of Health, year 2010]

Più dell'80% dei ricoveri per AHF è associato ai seguenti DRG:

- 127 - Insufficienza cardiaca e *shock*;
- 87 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria;
- 124 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata;
- 121 - Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi;
- 89 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con complicanze cardiache.

In particolare al DRG 127 afferiscono l'83,9% dei ricoveri in regime ordinario e l'87,5% di quelli in regime diurno.

Il tasso di ospedalizzazione nazionale² è pari a 2,8 ricoveri per AHF ogni 1.000 abitanti: 3,0 ricoveri per 1.000 abitanti nelle Regioni del Centro, 2,8 per 1.000 abitanti in quelle del Nord e 2,7 ricoveri per 1.000 abitanti in quelle del Sud. Molise e Marche risultano essere quelle con un numero di ricoveri in rapporto alla popolazione maggiore (4,4, e 4,0 ogni 1.000 abitanti) mentre all'altro estremo troviamo Valle d'Aosta e Piemonte, con 1,7 e 1,8 casi ogni 1.000 abitanti.

Anche standardizzando i tassi di ospedalizzazione per eliminare l'effetto delle differenze demografiche regionali, si conferma che Molise e Marche sono le Regioni con il tasso maggiore (3,9 e 3,5 per 1.000 abitanti rispettivamente), e Valle d'Aosta e Piemonte quelle con il minore (con 1,7 e 1,6 casi ogni 1.000 abitanti).

Passando ai tassi di ricovero³, la media nazionale è pari a 2,8 ricoveri per 1.000 abitanti: inferiore nelle Regioni del Sud (2,7 per 1.000 abitanti), superiore in quelle del Centro (3,0 per 1.000 abitanti); in quelle del Nord il dato è in linea con la media nazionale.

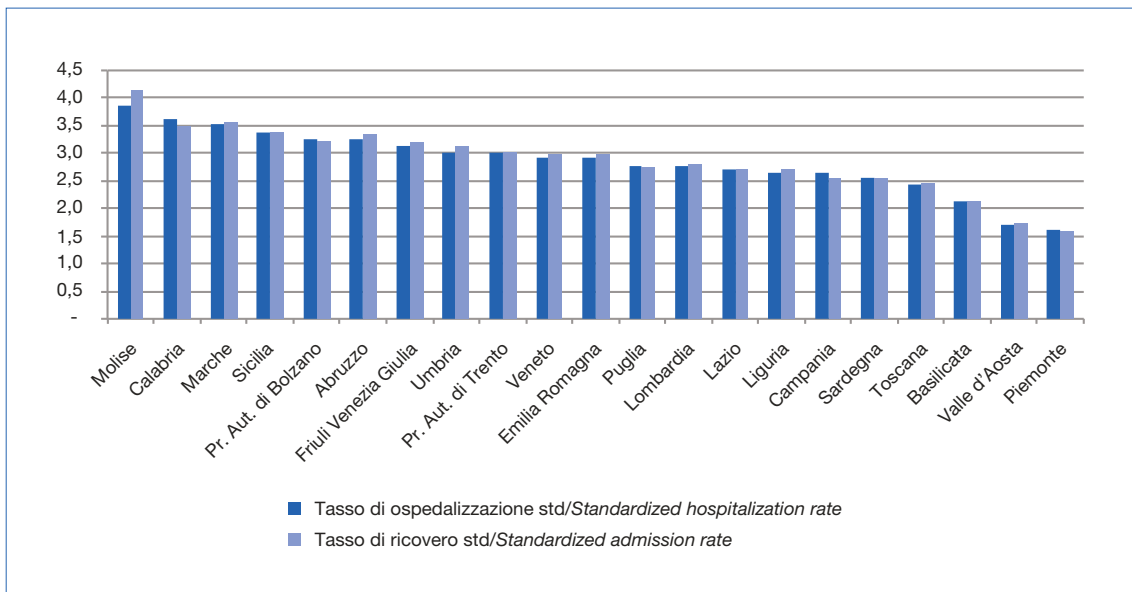
Standardizzando il tasso per età quello delle Regioni del Sud aumenta raggiungendo i 3,0 ricoveri per 1.000 abitanti, si riducono quelli nel Nord e nel Centro che raggiungono rispettivamente i 2,7 e 2,8 ricoveri per 1.000 abitanti.

² Numero di ricoveri ordinari nella Regione x diviso per la popolazione della Regione

³ Numero di ricoveri ordinari dei residenti nella Regione x diviso per la popolazione della Regione x

Figura 14c.3. Tasso di ospedalizzazione e di ricovero ordinari standardizzati per AHF. Valori per 1.000 abitanti, anno 2010

[Figure 14c.3. Hospital discharge rate and standardized (AHF) ordinary admissions rate. Values per 1,000 inhabitants, 2010]



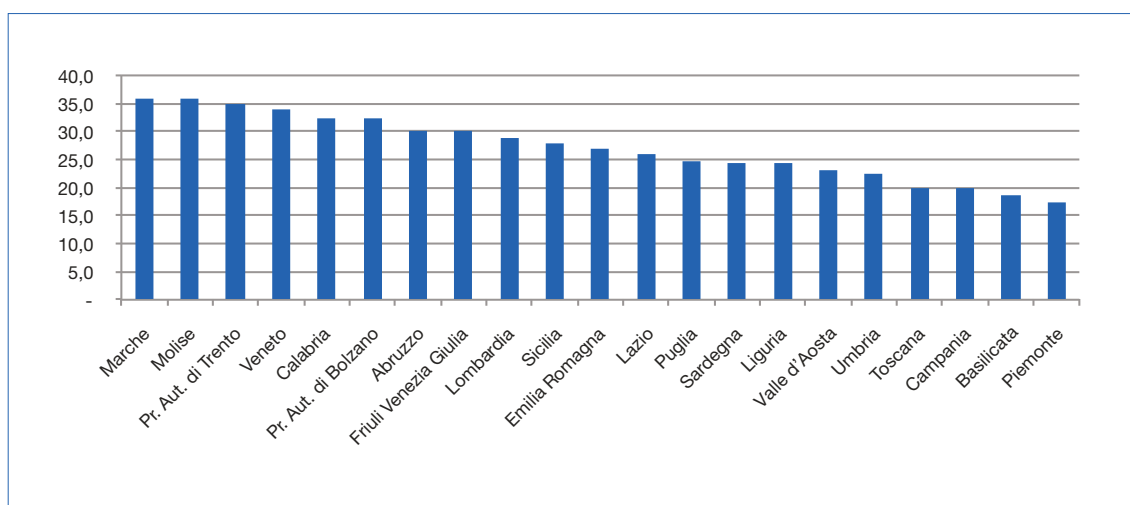
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati SDO 2010, Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Hospital Admission Sheet data of Ministry of Health, year 2010]

Gli scarti tra il tasso di ricovero e quello di ospedalizzazione forniscono una misura indiretta del fenomeno della mobilità: il Molise è la Regione con la mobilità attiva più elevata mentre in Calabria si evidenzia una rilevante mobilità passiva.

Le giornate di degenza per AHF in Italia sono pari a 26,3 ogni 1.000 abitanti con un massimo nelle Marche (41,5 giorni ogni 1.000 abitanti) e un minimo in Campania (15,9 giorni ogni 1.000 abitanti).

Figura 14c.4. Peso regionale della degenza ospedaliera per AHF (Valori standardizzati per abitante). Valori in giorni per 1.000 abitanti, anno 2010

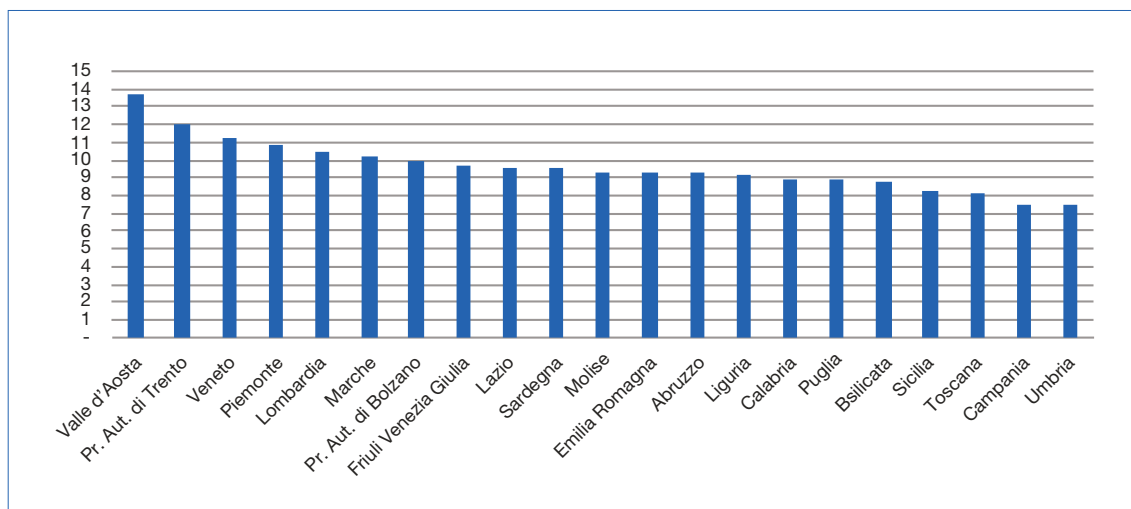
[Figure 14c.4. Regional weight of hospital length of stay per AHF (Standardized values per inhabitant). Days per 1,000 inhabitants, 2010]



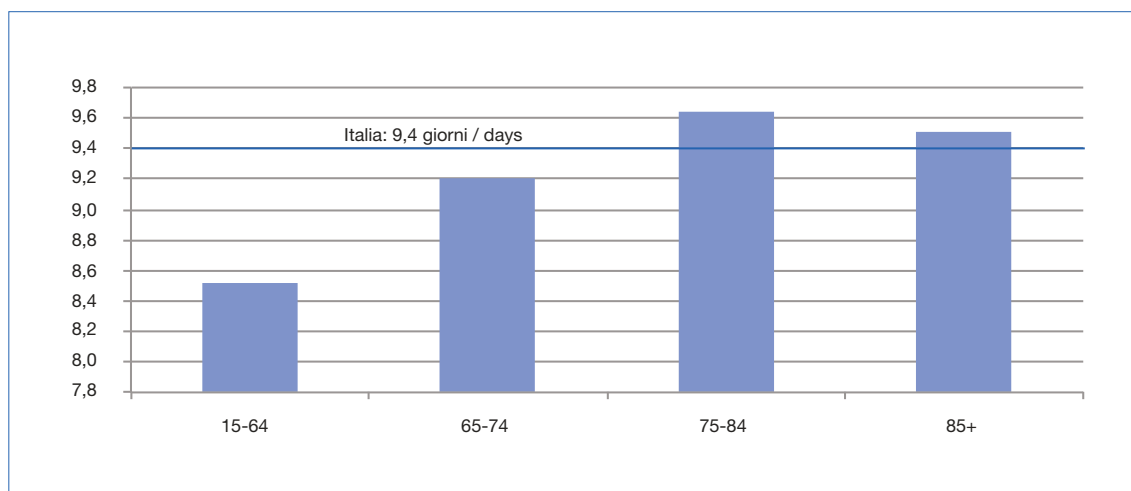
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati SDO 2010, Ministero della Salute
 [Source: CREA Sanità on Hospital Admission Sheet data of Ministry of Health, year 2010]

Standardizzando il dato della degenza per residente in base all'età, si può osservare che il valore delle Marche si riduce a 35,9 giorni e quello del Piemonte sale a 17,5 giorni.

In Italia la degenza media è pari a 9,4 giorni ma anche in questo caso è evidente una forte variabilità tra le Regioni: si passa da valori superiori a 12 giorni nella Provincia Autonoma di Trento e in Valle d'Aosta a valori inferiori a 8,0 in Campania e Umbria. La degenza media aumenta con l'età del paziente passando da 8,5 giorni per i pazienti di età compresa tra 15 e 64 anni a 9,6 giorni per la classe 75-84 anni.

Figura 14c.5. Degenza media. Valori in giorni, anno 2010*[Figure 14c.5. Average length of stay. Days, 2010]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati SDO 2010, Ministero della Salute

*[Source: CREA Sanità on Hospital Admission Sheet data of Ministry of Health, year 2010]***Figura 14c.6. Degenza media ed età. Valori in giorni, anno 2010***[Figure 14c.6. Average length of stay and age. Days, 2010]*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati SDO 2010, Ministero della Salute

[Source: CREA Sanità on Hospital Admission Sheet data of Ministry of Health, year 2010]

Procedendo alla stima del costo della produzione, valorizzando i ricoveri in base al nomenclatore tariffario nazionale (D.M. 18.10.2012), il valore complessivo dei ricoveri per AHF risulta pari a € 545 mln..

Analizzando la remunerazione di un ricovero ordinario si ottiene un valore medio nazionale pari a € 3.191.

Le Regioni che si collocano agli estremi superiore e inferiore sono Toscana e Molise con un costo medio per ricovero ordinario pari rispettivamente a € 3.246 e € 3.120.

Nel caso del regime diurno la remunerazione media nazionale per ricovero è pari a circa € 1.053: l'Emilia-Romagna è la Regione con il costo medio più basso (€ 215) e la Provincia Autonoma di Trento con il più alto (€ 2.816).

Il "costo" per residente dei ricoveri è pari a € 8,9; è maggiore nelle Regioni del Centro, con € 9,9 per abitante, prossimo alla media nazionale in quelle del Nord, € 9,6, e al di sotto della media, pari a € 8,5, in quelle del Sud.

La Regione con il "costo" per residente più basso è la Valle d'Aosta (€ 5,5) e quella con il costo più alto è il Molise (€ 14,9).

14c.4. Conclusioni

Dall'analisi condotta è emerso come il percorso del paziente con AHF non sia stato ancora formalizzato in maniera coerente e diffusa: solo due delle 10 Regioni analizzate infatti, Piemonte ed Emilia-Romagna, hanno prodotto indicazioni esaustive.

Se l'avvio della fase diagnostico-terapeutica è comune per tutte le Regioni prese in analisi, così come la fase del ricovero ospedaliero post stabilizzazione, le principali differenze riguardano l'organizzazione dell'OBI (durata ed offerta), e l'eventuale presenza di forme alternative di ospedalizzazione (es. ospedalizzazione a domicilio).

Anche la differente remunerazione riconosciuta alle OBI può divenire un fattore condizionante la gestione ospedaliera del paziente con AHF.

Modifiche nei percorsi, che prevedano nuove attività e/o l'utilizzo di nuove tecnologie, trovano un limite intrinseco nella necessità di adeguamento delle tariffe.

La valorizzazione dell'attività di ricovero conferma l'impatto economico della patologia; la remunerazione riconosciuta risulta essere pari al 2,0% del valore complessivo dei ricoveri e allo 0,5% della spesa sanitaria italiana.

Dall'analisi dell'ospedalizzazione per AHF emerge anche come il dato nazionale sia il frutto della media di realtà regionali profondamente difformi, indicando la possibilità di ulteriori razionalizzazioni dell'attività assistenziale.

A conferma di ciò, preliminarmente segnaliamo come la mobilità ospedaliera regionale per AHF sia limitata, come era lecito attendersi trattandosi di una patologia acuta, ma la variabilità regionale dei tassi di ospedalizzazione sia molto elevata: fra le Regioni ai due estremi della distribuzione la variazione è di oltre il 60%.

Tale variabilità non dipende, se non marginalmente dalla diversa struttura demografica delle Regioni.

Analoghe considerazioni possono essere fatte analizzando il tasso di ricovero.

La variabilità è certamente legata a vari fattori tra i quali una gradiente Nord-Sud che è tipico dei sistemi sanitari regionali italiani, al quale si somma però almeno un evidente elemento istituzionale.

Piemonte e Valle d'Aosta associano i minimi livelli di ospedalizzazione ad una elevata degenza media, e questo sembra indicare una maggiore appropriatezza, ovvero la capacità di ricoverare solo i casi con condizione cliniche più severe: questa affermazione trova conforto nella regolamentazione regionale piemontese che prevede l'istituzionalizzazione dell'ospedalizzazione a domicilio, regime a cui i pazienti scompensati sono una delle categorie maggiormente eleggibili.

Il peso standardizzato (per età) della degenza ospedaliera ci fornisce un primo indicatore di assorbimento di risorse: anche in questo caso la variabilità è molto elevata, con una differenza che supera il 105% tra Marche e Piemonte.

L'indicatore considera l'effetto congiunto dell'attitudine regionale al ricorso all'ospedalizzazione (tasso di ricovero) e della degenza media, la quale ultima esprime sia i livelli di efficienza delle strutture, sia i livelli di appropriatezza del ricorso al ricovero (severità dei pazienti).

In conclusione, sebbene i dati relativi all'ospedalizzazione in Italia siano coerenti con quelli rinvenibili in letteratura per gli altri Paesi con economie sviluppate, essi nascondono profonde differenze regionali, difficilmente ascrivibili a fattori epidemiologici: piuttosto si rilevano diverse organizzazioni e regolamentazioni regionali, che forniscono incentivi difformi, generando variabilità nei comportamenti clinici e quindi nella presa in carico dei pazienti.

Riferimenti bibliografici

Baierlein J, Hacker J, Brachmann J, et al. (2013), *Cost analysis for patients hospitalized for heart failure in Germany*. PCV65. EU ISPOR 16th Annual European Congress, 2–6 Nov, 2013, Dublin

Bouée S, Detournay B, Laurendeau C, Kind B, Deschaseaux C, Ong S, Lecomte P.(2013), *Incidence, characteristics and costs of patients hospitalised for acute heart failure in France*. PCV57. EU ISPOR 16th Annual European Congress, 2–6 Nov 2013, Dublin

Centers for Disease Control and Prevention. *International Classification of Diseases, ninth revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)*. <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm.html>

Ministero della Salute (2011), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2010*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1690_allegato.pdf



Chapter 14

Focus: a disease-based analysis:

14a. Age-related Macular Degeneration

14b. Depression

14.c Acute Heart Failure

Chapter 14

Focus: a disease-based analysis

d'Angela D.¹, Mancusi L.¹, Ploner E.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

Consistently with the previous Health Report, the current edition also features a chapter with an analysis by disease, according to a cross-sector approach, compared to the analysis by areas of care utilised until now, based on the belief that an effective and integrated management of diseases can lead to a greater possibility of rationalisation (in terms of both effectiveness and efficiency) of the care processes and, therefore, of performance as a whole.

The choice of the fields of analysis is based on the social relevance of each disease, innovation factors (such as the intervening introduction of new technologies, for example), and the availability of specific data collected, during the year, by the researchers of the Consortium for Economic Research Applied to Health of “Tor Vergata” University of Rome (CREA Sanità).

This chapter does not compare the different competitive or alternative technologies, which would require a lot more space and time for further investigation, focusing instead on the description and assessment of the epidemiological, economic and social impact of the diseases.

The diseases covered in this chapter are:

- Age-related Macular Degeneration (chap. 14a)
- Depression (chap. 14b)
- Acute Heart Failure (chap. 14c)

¹ CREA Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

Chapter 14.a Age-related Macular Degeneration

*Mancusi L.*¹

Summary

The aim of this paper is to quantify the current and expected impact of this condition on the Italian population, in terms of both prevalence and incidence, and therefore of potential eye treatments. Our estimate of the prevalence of ARMD on the Italian population is based on a recent meta-analysis by Rudnicka et al., published in 2012, which includes 25 published studies, using a Bayesian type model of logistic meta-regression by age and gender.

The point estimate of the epidemiological burden of neovascular ARMD, on the Italian population at 2013, is slightly less than 400,000 subjects (95% CI: 238,000 - 660,000 cases). Gender-based distribution, the result of the conjunction of both prevalence rates that are slightly higher in females and, in particular, the gender composition of the over-50-year-old Italian population, shows a significant female preponderance, in respect of the total disease load, according to a ratio of 1.7:1. The increase in cases is, on average, approximately 11,000 cases per year, with a total epidemiological load expected to rise from 418,000 cases in 2014 to just under 600,000 in 2030.

We based our incidence estimate on a contribution by Owen, published in 2011, regarding the estimated incidence for the UK based on the prevalence rate. Overall, for wet-ARMD, a total of 52,000 new cases per year is estimated (95% CI: 31,000-89,900), which, with regard to the over-50s population, is equal to 2.1 new cases per 1,000 man-years (95% CI: 1.3-3.7).

Regarding distribution by sex, we can see a marked female predominance, with 2.1 new cases among women compared to 1 among men. There is a potential average annual

¹ CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

increase of about 1,350 cases, as a result of which the annual series is set to increase from 54,000 in 2014 to more than 76,000 (+ 40%) in 2030.

The incident cases calculated by Owen, for the population of the United Kingdom in 2011, featured a lower rate (incidence per 1,000 man-years = 1.9, 95% CI = 1.1-3.2). In terms of series, based on calculations for Italy at 2011, the result is over 10,000 patients/year more, considering that the total population of the United Kingdom is larger; in 2011, in fact, the United Kingdom had 3,274,870 inhabitants more than Italy, but Italy had 1,978,819 more over-50-year-olds. In other words, if we consider the ratio of new cases of wet ARMD to the active population (aged 14-65 years), the resulting ratio is about 100 new cases of wet ARMD per year in the United Kingdom compared to 130 in Italy, per 100,000 active subjects, thus proving the significance of demographic structures.

The model used to estimate incidence assumes that a person, over his or her lifetime, may develop wet-ARMD only once. For diseases such as ARMD, which feature a significant probability that after occurring first in one eye, the disease may recur, over time, in the other eye as well, this estimate has little meaning when planning health actions aimed at evaluating the relevant potential costs. Several studies published between 1997 and 2003 report an annual recurrence (incidence rate) in the contralateral eye of between 8% and 12%.

Therefore, we should consider an additional number of subjects, ranging between 4,153 and 6,230 in 2013, which brings the total number of eyes affected by wet-ARMD, potentially eligible for treatment in Italy, ranging from a minimum of 56,066 and a maximum of 58,142.

A study by Deloitte Access Economics estimates that, in Italy, there are a total of over 218,000 blind people, for a annual economic cost of just over 2 billion euros, of which as much as 68% is for informal care provided to the blind. The study also states that the proactive management and treatment of degenerative diseases involving vision loss could result in a savings estimated at approximately 1.2 billion euros per year. The proportion of patients who have become blind as a result of wet-ARMD is not easy to calculate; this disease is certainly, as already mentioned, one of the major causes of blindness in developed

countries. Generally speaking, the projection of the two-year incidence rates calculated based on the new entries in the registers of blind people in Germany (Claessen, 2012), would indicate, in the case of Italy, a number of between 895 and 1,163 (95% CI) new cases per year. Based on the figures issued by the WHO, which estimates, for developed countries, a proportion of severely visually impaired or blind persons due to wet-ARMD amounting to 41% of the total, the proportion of the total load due to this disease, in the case of Italy, should be around 115,000 prevalent cases. Regarding wet-ARMD, a timely diagnosis and guarantee of treatment, for all eligible patients, with anti-VEGF drugs, the effectiveness of which, in terms of the progression of the disease, has been demonstrated, would surely have a positive impact on the total burden induced by blindness and severe visual impairment, with an improvement in quality of life and cost savings for patients, including a reduction of costs and expenses for those who assist patients at the informal level. Nevertheless, the prevention and treatment of vision loss should be a public priority, taking it into account not just the specific public care costs (disability pensions and attendance allowances), but the loss of productivity as well.

Regarding planning actions, our estimates have assessed a total of more than 55,000 (a figure that is set to increase over time) annual cases of eyes eligible for treatment with anti-VEGF: despite the uncertainty on the optimal number of treatments per eye, regarding which a broad-ranging debate has been launched, in recent years, which is still under way, based on sufficiently conservative assumptions, we can estimate an annual need of at least 350,000 intravitreal injections for wet-ARMD alone: based on current consumption rates, which amount to about € 50 million per year (OSMED 2013), and also considering that the use of Bevacizumab in ophthalmology escapes this survey, it obviously ensues that the actual number of treatments is much lower than the estimated need: this suggests the opportunity to further investigating the reasons for this gap, which may be either economic (cutbacks in public and private spending), or organisational (lack of human resources and facilities) or even patient compliance.

Chapter 14b. Depression

Mancusi L.¹, Ploner E.¹

Summary

Depressive disorders, in their various manifestations (major depression, dysthymia, bipolar disorder), represent a significant public health problem, with a significant impact on both social and economic analyses. The World Health Organization (WHO) assigns to these disorders the highest responsibility in terms of both morbidity and overall disability. The projection on the Italian population of the prevalence rates, the result of specific national epidemiological studies, identifies a number of patients with depressive disorders ranging from about 1.8 million to over 2.6 million, depending on the use of the rates emerging from either the ESEMeD or PASSI investigations, the latter being limited to people aged between 18 and 69 years. The picture becomes even more dramatic if we project on the Italian population the prevalence rate in the adult population (> 18 years) of major depression, based on the database of HealthSearch CSD-LPD², published in the 2012 OSMED Report, which estimates just above 6 million subjects suffering from major depression.

The estimated figures, despite their variability, confirm the endemic load of the disease in Italian society.

All the national and international studies show that the prevalence of people with depressive symptoms increases with age, as well as being significantly higher among women, among people with low education, among economic disadvantaged people or without a regular job, among people affected by chronic diseases, and among those who live alone. All these circumstances are related and represent the different aspects of a profile of social, economic and health fragility, which is set to increase consistently over time: as a result of the economic crisis on the one hand, and on the other by the progressive ageing of the

¹ CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

² Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG): <http://www.healthsearch.it/>

population on the other. The endemic relevance of depressive disorders, and of all the related aspects, requires systematic actions aimed at attacking the critical points in the process of diagnosis and treatment. Critical issues which can be grouped into essentially two action fronts: the efforts that need to be made to encourage the emergence of the phenomenon, and the appropriate and effective handling of depressed patients. The emergence of the phenomenon involves both the increased capacity, by the national health system, to intercept and identify the subjects with potentially depressed profile (awareness-raising and training of health personnel), and increasing knowledge of the “sentinel events” that can stimulate a proactive role of the citizen/user. In this regard, we can highlight as a model for increasing information on the subject, on a national basis, the self-help leaflets³ produced by the British NHS, and, in particular: *Depression*, *Depression and low mood*, *Postnatal depression*, *Prisoner depression and low mood*.

The emergence into the light of the real size of this phenomenon also means identifying the depressed patient first and then referring him or her, as soon as possible, for the most appropriate treatment: pharmacological, psychological, or both.

Obviously, this approach makes sense provided that the diagnostic and therapeutic pathways to which the patient can be referred are clearly known beforehand.

As regards the appropriateness and efficacy of the diagnostic and therapeutic pathway, the first step is to identify the health professionals involved (providers), then their specific responsibilities and, finally, the relevant level of integration and interrelation.

Depressive disorders, except in cases where there is a risk of suicide, can be treated by GPs, without prejudice to the implementation of proper and adequate collaboration and training procedures. Moreover, GPs can also play a significant role with regard to the treatment of more seriously depressed patients, considering that, in any case, psychiatric patients exhibit higher morbidity and mortality rates than the general population.

As for specialised services (Departments of Mental Health), since these are an integral part of community care services, they are unquestionably directly responsible to the

³ <http://www.ntw.nhs.uk/pic/selfhelp/>

community at large, and not just to their patients. Decongesting the psychiatric services by relieving them of the less complex cases, in fact, would allow them to better focus on the treatment of the more severe patients.

The analysis of the Italian real practice has revealed a scenario featuring several criticalities, such as:

1. the lack of integration between GPs and DMH
2. the lack of screening for depressive disorders, among the population as a whole or at least the major risk groups
3. the lack of customer satisfaction surveys
4. the lack of guidelines for managing depressed patients.

Against this backdrop, we believe that testing a Collaborative Care model - as evidenced by many international studies - could represent a viable and effective organisation option.

Some Italian experiences show how the collaborative care model for depressive disorders can be effectively introduced in the Italian situation as well: in particular, the study by Berardi et al. (2013) has revealed that the results, after 12 months, of the Collaborative Care vs Usual Care, in terms of remission, overlap, but the former provides positive results earlier and, in terms of remission at 6 months, and the results are better compared to the Usual Care, with increasing disease severity (PHQ > 14).

The Italian experiences, however, deviate from the standard model discussed internationally, because the case manager role is taken on by a physician rather than a nurse. It would be useful to assess the cost-effectiveness and budget impact compared to the more traditional forms of integration and collaboration between primary care and mental health.

Chapter 14.c Acute Heart Failure

d'Angela D.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

Summary

Acute Heart Failure is a widespread and clinically significant chronic condition that involves frequent hospitalisation, with an high burden on the NHS.

The aim of this paper is to analyse management patterns for patients with AHF, together with an in-depth discussion on hospitalisation for this condition in Italy.

Based on a survey carried out in 10 Regions, it has emerged how there is still a limited formalisation of AHF patient procedures: only two of the analysed Regions, in fact, Piedmont and Emilia-Romagna, have produced specific guide-lines/pathways.

Although the diagnostic and therapeutic processes are common to all the Regions observed, as well as the post-stabilisation hospital admission phase, the main differences are related to the short-term intensive observation period and to the use of alternative forms of care (e.g. home hospitalisation).

Regional regulations, in fact, may represent a discriminating factor for the purposes of the optimal management of AHF patients.

This assumption has been confirmed by the surveys carried out on hospitalisation, which highlights, for example, how the home-hospitalization can promote a lower and more appropriate hospital admission use.

They also show how changes in the diagnostic and therapeutic procedures, providing for new activities and/or the use of new technologies, are inherently limited by the need to adjust the relevant prices.

An analysis of the hospitalisation rates of AHF patients shows that the remuneration paid to hospitals accounts for 2.0% of the total value of admissions and 0.5% of healthcare expenditure, reflecting the significant economic impact of the disease.

¹ CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

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

Credits

Credits

A cura di:

FEDERICO SPANDONARO

Coordinamento scientifico ed editoriale:

CRISTINA GIORDANI

Autori

√ANNA CHIARA BERNARDINI

Economista. Master in Governo Clinico ed Economico.

Collabora con l'Università di Roma "Tor Vergata" e CREA Sanità

√GIORGIA BATTAGLIA

Economista. Master in Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie.

Collabora con l'Università di Roma "Tor Vergata" e CREA Sanità

√DANIELA D'ANGELA

Ingegnere biomedico. Master in Management and Clinical Engineering.

Collabora con l'Università di Roma "Tor Vergata" e CREA Sanità

√CRISTINA GIORDANI

Economista. Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari.

Funzionario giuridico presso il Ministero della Salute, D.G. Comunicazione e Rapporti

Europei e Internazionali. Collabora con l'Università di Roma "Tor Vergata" e CREA Sanità

√ROSSELLA LETIZIA MANCUSI

Statistica.

Collabora con l'Università di Roma "Tor Vergata" e CREA Sanità

√PAOLO MISERICORDIA

Medico di famiglia. Responsabile del Centro Studi FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale)

√GIORGIA PASTORELLI

Economista.

Collabora con l'Università di Roma "Tor Vergata" e CREA Sanità

√LAURA PIASINI

Economista. Master in Economia e Management della Sanità.

Collabora con l'Università di Roma "Tor Vergata" e CREA Sanità

√ESMERALDA PLONER

Economista. Master in Economia e Gestione Sanitaria.

Collabora con l'Università di Roma "Tor Vergata" e CREA Sanità

√BARBARA POLISTENA

Statistica, PhD. Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari. Master in Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi.

Collabora con l'Università di Roma "Tor Vergata" e CREA Sanità

√FEDERICO SPANDONARO

Economista. Prof. Aggregato di Economia dell'Industria Farmaceutica e Sanitaria ed Economia Sanitaria presso l'Università di Roma "Tor Vergata". Presidente del Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità)

Coordinamento organizzativo:

FLORA CICIANI

Attività amministrative e di segreteria:

MARTINA BONO

Progetto grafico e stampa:

SIDERA

Web:

www.rapportosanita.it

www.creasanita.it

Il **Rapporto Sanità dei ricercatori dell'Università di Roma "Tor Vergata"**, giunto alla sua **10^a edizione**, è una iniziativa nata nel 2003 con lo scopo di diffondere le attività intraprese nel campo dell'economia, politica e *management* sanitario e, allo stesso tempo, di fornire elementi di valutazione sulle *performance* del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, alimentando un dibattito fra gli addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.

La struttura del Rapporto prevede prima un'analisi statistica del contesto in cui muove la Sanità, seguono i dati di *performance* (spesa, finanziamento ed equità) e quindi gli spaccati per singolo settore assistenziale, chiudendo poi con l'aspetto industriale. Non si è però rinunciato all'originalità dei contributi (che ogni anno riguardano aspetti nuovi delle politiche sanitarie) e ad alcune estensioni rispetto alle scorse edizioni, che quest'anno riguardano l'assistenza domiciliare, l'attività di prevenzione e l'analisi di particolari patologie.

In questa edizione, ciascun capitolo viene affiancato da una sintesi in lingua inglese, ed anche grafici e tabelle vengono presentati in doppia lingua.

Il volume cartaceo viene integrato da tavole statistiche *on line*; per consultarle occorre collegarsi al sito **www.rapportosanita.it** e registrarsi utilizzando il codice invito contenuto nella prima pagina di questo volume.

La 10^a edizione del Rapporto Sanità è stata curata dal Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità), grazie anche alla *partnership* con alcune Aziende risultate sensibili a sostenere la ricerca e il dibattito sulle politiche sanitarie. In particolare, quest'anno la pubblicazione e la diffusione del volume presso operatori ed esperti sanitari, nonché l'accesso *online* alle tavole di supporto statistico, sono resi possibili grazie al supporto incondizionato di: **3M Italia, Bayer, Biogen Idec Italia, Boehringer Ingelheim Italia, Daiichi Sankyo Italia, Eli Lilly Italia, Fondazione MSD, GlaxoSmithKline, Janssen Cilag, Novartis Farma, Novo Nordisk, Pfizer Italia, Sanofi Pasteur MSD.**

Il Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità), istituito nel 2013 e promosso dall'Università di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), nasce con l'aspettativa di essere un punto di aggregazione di competenze multi-disciplinari e con l'obiettivo di sviluppare analisi, studi e progetti di formazione rivolti alle professioni sanitarie e sociali. Il *team* di ricerca di CREA Sanità, che lavora in continuità e sinergia con l'attività svolta negli ultimi 15 anni presso il CEIS dell'Università di "Tor Vergata", realizza ricerche nel campo dell'economia e del *management* sanitario, sviluppa banche dati, offre formazione e supporto a enti pubblici e privati, elabora valutazioni di HTA e di farmaco-economia, servizi di consulenza e organizzativi.

Info: **www.creasanita.it**

The Health Report by the researchers of "Tor Vergata" University of Rome, now in its 10th edition, is a project launched in 2003 with the aim of disseminating the research activities in the fields of health economics, policies and management, and providing useful information on the current performance and future outlook of the health system, encouraging a debate on the issue among experts and members of the public, professionals and the business world.

*The Report opens with a statistical analysis of the Health context, followed by performance data (costs, financing and equity) and an overview of the single care sectors, ending with a purely business-focused survey. The hardcover version of the Report is complemented by online statistical tables that can be accessed by logging into the **www.rapportosanita.it** website and signing up with the invitation code contained in the first page of this Report.*

*The publication and dissemination of the Report to health sector professionals and experts, including access to the statistical tables, has been made possible thanks to the unconditional support of: **3M Italia, Bayer, Biogen Idec Italia, Boehringer Ingelheim Italia, Daiichi Sankyo Italia, Eli Lilly Italia, Fondazione MSD, GlaxoSmithKline, Janssen Cilag, Novartis Farma, Novo Nordisk, Pfizer Italia, Sanofi Pasteur MSD.***



€150,00