

# *Rapporto* **CEIS - Sanità 2007**

*Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà,  
Integrazione, Valutazione e Empowerment:  
6 "nuove" parole chiave per il futuro del SSN*

*a cura di*

A. Donia Sofio  
M. Meneguzzo  
F.S. Mennini  
F. Spandonaro

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

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

*Finito di stampare nel mese di ottobre 2007 da Arti Grafiche Srl*

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

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people standing in a circle, holding hands. The silhouettes are dark blue and appear to be of various ages and genders, suggesting a diverse group of people.

*Rapporto*

# CEIS - Sanità 2007

*Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà,  
Integrazione, Valutazione e Empowerment:  
6 “nuove” parole chiave per il futuro del SSN*

La pubblicazione del Rapporto CEIS Sanità 2007 (V edizione) è il risultato di una *partnership* pubblico/privato che affianca al CEIS Sanità soggetti privati che credono nella necessità di supportare gli *stakeholder* del sistema sanitario e di offrire un sostegno alla conoscenza dei *policy maker*.

La pubblicazione e diffusione del volume presso gli operatori e gli esperti sanitari è resa possibile dal supporto finanziario e dall'impegno di:

- A.N.I.A.
- Boehringer Ingelheim Italia
- GlaxoSmithKline Italia
- J&J Medical Holding
- Pfizer Italia S.r.l.
- TEVA Pharma Italia S.p.a.

I *partner* dell'iniziativa condividono con il CEIS Sanità la necessità di fornire agli operatori del settore e ai politici elementi per prendere decisioni razionali; al management aziendale informazioni per migliorare il livello di programmazione e organizzazione; nonché ai cittadini e le loro associazioni elementi di comprensione sulle *performance* del sistema.

Il Rapporto, ideato, progettato e realizzato nella doppia versione italiana e inglese, raccoglie il lavoro svolto dai ricercatori del CEIS Sanità, Facoltà di Economia dell'Università di Roma Tor Vergata e di altri esperti e studiosi italiani ed esteri del settore.

L'impegno in attività di ricerca a livello nazionale e internazionale del CEIS Sanità, così come la duratura sinergia con *stakeholder* privati, ha fatto scegliere l'Università di Roma Tor Vergata come sede del Convegno Europeo di Economia Sanitaria 2008.





# Indice

## Presentazione del Rapporto

di Luigi Paganetto, Giovanni Tria

19

## Introduzione

### Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà, Integrazione, Valutazione e Empowerment: 6 “nuove” parole chiave per il futuro del SSN

di Spandonaro F.

<b>1. Premessa</b>	21
<b>2. Responsabilità</b>	24
<b>3. Autonomia</b>	29
<b>4. Sussidiarietà</b>	33
<b>5. Integrazione</b>	35
<b>6. Valutazione</b>	36
<b>7. Empowerment</b>	39

## Capitolo 1 - Spesa e finanziamento

### 1.1 - Evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nei Paesi OCSE

di Francia L., Gitto L., Mennini F.S.

<b>1.1.1</b>	<b>Introduzione</b>	43
<b>1.1.2</b>	<b>La spesa sanitaria</b>	44
<b>1.1.3</b>	<b>Spesa sanitaria pro-capite</b>	45
<b>1.1.4</b>	<b>Il settore pubblico quale strumento principale per il finanziamento della spesa sanitaria</b>	46
<b>1.1.5</b>	<b>La spesa per tipologia di assistenza</b>	49
<b>1.1.6</b>	<b>Analisi econometrica della spesa sanitaria nei Paesi OCSE</b>	53
<b>1.1.7</b>	<b>Conclusioni</b>	56

<b>Riferimenti bibliografici</b>	57
----------------------------------	----

## 1.2 - Determinanti dell'evoluzione della spesa sanitaria

di Polistena B., Ratti M., Spandonaro F.

<b>1.2.1</b>	<b>Introduzione</b>	60
<b>1.2.2</b>	<b>Il modello utilizzato</b>	63
<b>1.2.3</b>	<b>Banca dati e modello stimato</b>	64
<b>1.2.4</b>	<b>Conclusioni</b>	68

<b>Riferimenti bibliografici</b>	69
----------------------------------	----

## 1.3 - Il quadro congiunturale: la spesa sanitaria 2007-2008

di Polistena B., Spandonaro F.

<b>1.3.1</b>	<b>Premessa</b>	70
<b>1.3.2</b>	<b>Il tendenziale di spesa sanitaria pubblica</b>	72
<b>1.3.3</b>	<b>Il tendenziale di spesa sanitaria privata</b>	73
<b>1.3.4</b>	<b>Il tendenziale di spesa sanitaria totale</b>	75

## 1.4 - Finanziamento e disavanzi del Servizio Sanitario Nazionale

di Giordani C., Spandonaro F.

<b>1.4.1</b>	<b>Introduzione</b>	76
<b>1.4.2</b>	<b>Il finanziamento e il disavanzo del SSN, i dati nazionali</b>	76
<b>1.4.3</b>	<b>Il finanziamento e il disavanzo del SSN, i dati regionali</b>	80
<b>1.4.4</b>	<b>La copertura dei disavanzi</b>	86
<b>1.4.5</b>	<b>Conclusioni</b>	88

<b>Riferimenti bibliografici</b>	89
----------------------------------	----

## 1.5 - I piani regionali di rientro e di risanamento.

### Analisi comparata e aspetti di fattibilità

di Fiorani G., Meneguzzo M., Tanese A.

<b>1.5.1</b>	<b>Introduzione</b>	90
<b>1.5.2</b>	<b>Lazio, Abruzzo, Campania e Sicilia: Piani di rientro a confronto</b>	92
<b>1.5.2.1</b>	<b>Struttura dei Piani e correlazione con gli ordinari strumenti della programmazione</b>	92
<b>1.5.2.2</b>	<b>Analisi del contesto e delle cause dell'indebitamento</b>	93
<b>1.5.2.3</b>	<b>Obiettivi, programmi e azioni di Piano</b>	94
<b>1.5.2.4</b>	<b>Indicatori di risultato e fonti di verifica per il monitoraggio</b>	97
<b>1.5.3</b>	<b>Riflessioni e proposte per garantire fattibilità ed efficacia ai Piani di rientro</b>	99
<b>1.5.3.1</b>	<b>Favorire l'innovazione e introdurre sistemi incentivanti</b>	99
<b>1.5.3.2</b>	<b>Collegare i Piani di rientro ai piani strategici aziendali</b>	101
<b>1.5.3.3</b>	<b>Coinvolgere gli stakeholders nella gestione e nel monitoraggio dei Piani</b>	102

<b>1.5.3.4</b>	<b>Rendere coerenti con il Piano gli interventi sull'organizzazione e sul capitale umano</b>	104
<b>1.5.4</b>	<b>Conclusioni. Piani di rientro e consolidamento istituzionale dei sistemi sanitari regionali</b>	105

<b>Riferimenti bibliografici</b>		107
----------------------------------	--	-----

## 1.6 - Le politiche di *cost-sharing*

di Rocchetti I., Spandonaro F.

<b>1.6.1</b>	<b>Introduzione</b>	108
<b>1.6.2</b>	<b>Il ticket nei Paesi a sviluppo avanzato</b>	109
<b>1.6.3</b>	<b>Lo stato dei ticket in Italia</b>	111
<b>1.6.4</b>	<b>L'evidenza sull'efficacia/efficienza del <i>copayment</i></b>	113
<b>1.6.5</b>	<b>Conclusioni</b>	115

<b>Riferimenti bibliografici</b>		117
----------------------------------	--	-----

## 1.7 - Una comparazione a livello internazionale delle politiche di *cost-sharing*

a cura di Mennini F.S.

Interviste a: Buchmuller T., De Pouvourville G., Feldstein P.J., Martins J., Puig-Junoy J., Rutten F., Schweiger A., Tur-Prats A.		119
---	--	-----

## 1.8 - Sistemi di welfare nell'Unione Europea: analisi del processo di convergenza

di Gitto L., Mennini F.S., Trovato G.

<b>1.8.1</b>	<b>Introduzione</b>	132
<b>1.8.2</b>	<b>Dati impiegati nell'analisi: classificazione dei sistemi di welfare</b>	132
<b>1.8.3</b>	<b>Metodologia impiegata</b>	134
<b>1.8.4</b>	<b>Risultati</b>	135
<b>1.8.5</b>	<b>Conclusioni</b>	137

<b>Riferimenti bibliografici</b>		139
----------------------------------	--	-----

## Capitolo 2 - L'offerta e le politiche per la salute

### 2.1 - Livelli essenziali di assistenza e modalità di riparto delle risorse per la sanità tra le Regioni

di Giordani C., Spandonaro F.

<b>2.1.1</b>	<b>L'importanza dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) nell'ottica federalista</b>	143
<b>2.1.2</b>	<b>I criteri di riparto delle risorse per il SSN tra le Regioni</b>	146
<b>2.1.3</b>	<b>Il riparto regionale</b>	148
<b>2.1.4</b>	<b>Sistemi di riparto "alternativi"</b>	152
<b>2.1.5</b>	<b>Conclusioni</b>	156

<b>Riferimenti bibliografici</b>	157
----------------------------------	-----

## 2.2 - L'offerta sanitaria nazionale: risorse impiegate e disuguaglianze assistenziali

di Francia L.

<b>2.2.1</b>	<b>Le strutture e i posti letto</b>	158
<b>2.2.2</b>	<b>Le risorse umane</b>	168
<b>2.2.3</b>	<b>Conclusioni</b>	175

<b>Riferimenti bibliografici</b>	175
----------------------------------	-----

<b>Normativa di riferimento</b>	176
---------------------------------	-----

## 2.3 - Le politiche di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera

di Burgio A., Rocchetti I., Spandonaro F.

<b>2.3.1</b>	<b>Introduzione</b>	177
<b>2.3.2</b>	<b>Banca dati e metodologia</b>	177
<b>2.3.3</b>	<b>Struttura dei "costi" ospedalieri per età</b>	178
<b>2.3.4</b>	<b>Il ricorso all'ospedalizzazione</b>	182
<b>2.3.5</b>	<b>L'assorbimento di risorse standardizzato per età: il case-mix</b>	191
<b>2.3.6</b>	<b>L'assorbimento di risorse standardizzato per diagnosi e intervento principale</b>	194
<b>2.3.7</b>	<b>I "pesi" per età ("spesa" media per abitante)</b>	201
<b>2.3.8</b>	<b>Conclusioni</b>	202

## 2.4 - Politica e determinanti della spesa farmaceutica in Italia

di Polistena B., Ratti M., Spandonaro F.

<b>2.4.1</b>	<b>L'evoluzione della spesa farmaceutica</b>	204
<b>2.4.2</b>	<b>Politica dei farmaci generici in Italia</b>	208
<b>2.4.3</b>	<b>Fattori di successo/insuccesso della diffusione dei generici nei mercati europei</b>	209
<b>2.4.4</b>	<b>Le politiche nazionali</b>	213
<b>2.4.5</b>	<b>Gli interventi regionali</b>	213
<b>2.4.6</b>	<b>Determinanti della spesa farmaceutica</b>	215
<b>2.4.7</b>	<b>Banca dati e il modello stimato</b>	215
<b>2.4.8</b>	<b>Conclusioni</b>	218

<b>Riferimenti bibliografici</b>	219
----------------------------------	-----

## 2.5 - L'assistenza specialistica in Italia

di Polistena B., Rocchetti I., Spandonaro F.

<b>2.5.1</b>	<b>Introduzione</b>	220
<b>2.5.2</b>	<b>Prestazioni</b>	221
<b>2.5.3</b>	<b>Offerta</b>	226
<b>2.5.4</b>	<b>Dimensione delle strutture erogatrici</b>	231
<b>2.5.5</b>	<b>Spesa e tariffe</b>	235
<b>2.5.6</b>	<b>Evoluzione della spesa specialistica</b>	237
<b>2.5.7</b>	<b>Il sistema tariffario</b>	238
<b>2.5.8</b>	<b>Conclusioni</b>	239

## 2.6 - I modelli regionali di integrazione socio-sanitaria: un'indagine empirica

di Cepiku D., Marino A.

<b>2.6.1</b>	<b>L'integrazione socio-sanitaria: normativa ed evoluzione</b>	240
<b>2.6.2</b>	<b>Obiettivi e metodo della ricerca</b>	245
<b>2.6.3</b>	<b>Le strategie di integrazione nelle Regioni italiane: i risultati dell'indagine empirica</b>	246
<b>2.6.4</b>	<b>Conclusioni: i modelli regionali di integrazione delle politiche</b>	251

<b>Riferimenti bibliografici</b>	253
----------------------------------	-----

## Capitolo 3 - Efficienza

### 3.1 - Le politiche regionali di allocazione delle risorse finanziarie e i bisogni di razionalizzazione della spesa sanitaria

di Fioravanti L., Spandonaro F.

<b>3.1.1</b>	<b>Introduzione</b>	257
<b>3.1.2</b>	<b>Le scelte regionali</b>	257
<b>3.1.3</b>	<b>Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale</b>	260
<b>3.1.4</b>	<b>Conclusioni</b>	262

<b>Riferimenti bibliografici</b>	263
----------------------------------	-----

<b>Fonti normative nazionali e regionali</b>	264
--	-----

<b>Fonti normative regionali</b>	264
----------------------------------	-----

### 3.2 - Analisi della funzionalità, dei costi e dell'efficienza delle Aziende ospedaliere pubbliche nel 2004

di Polistena B., Spandonaro F.

<b>3.2.1</b>	<b>Introduzione</b>	267
<b>3.2.2</b>	<b>Metodologia</b>	267
<b>3.2.3</b>	<b>Banca dati</b>	268

<b>3.2.4</b>	<b>Le performance 2004</b>	268
<b>3.2.5</b>	<b>L'evoluzione 2003-2004</b>	270
<b>3.2.6</b>	<b>Il modello econometrico</b>	271
<b>3.2.7</b>	<b>Conclusioni</b>	274

<b>Riferimenti bibliografici</b>		275
----------------------------------	--	-----

### 3.3 - Mobilità per ricoveri potenzialmente inappropriati: fallimento del sistema regolatorio?

di Polistena B., Solipaca A.

<b>3.3.1</b>	<b>Introduzione</b>	276
<b>3.3.2</b>	<b>Materiali e metodi</b>	277
<b>3.3.3</b>	<b>Risultati</b>	279
<b>3.3.4</b>	<b>Conclusioni</b>	283

<b>Riferimenti bibliografici</b>		283
----------------------------------	--	-----

### 3.4 - Un'analisi territoriale dell'appropriatezza ospedaliera

di Burgio A., Crialesi R., Rocchetti I., Solipaca A.

<b>3.4.1</b>	<b>Introduzione</b>	284
<b>3.4.2</b>	<b>Materiali e metodi</b>	285
<b>3.4.3</b>	<b>Risultati</b>	286
<b>3.4.4</b>	<b>Conclusioni</b>	292

<b>Riferimenti bibliografici</b>		293
----------------------------------	--	-----

### 3.5 - Supply Induced Demand e comportamento dei medici di base in Italia

di Donia Sofio A., Gitto L.

<b>3.5.1</b>	<b>Brevi note sull'evidenza della SID</b>	294
<b>3.5.2</b>	<b>Dati impiegati nell'analisi</b>	295
<b>3.5.3</b>	<b>Descrizione dei dati</b>	297
<b>3.5.4</b>	<b>Metodologia di analisi</b>	301
<b>3.5.5</b>	<b>Risultati</b>	303

<b>Riferimenti bibliografici</b>		305
----------------------------------	--	-----

### 3.6 - "Spendere meglio": Consip e l'e-procurement al servizio del Paese

di Lazzarini G., Rapisarda I., Russo A.

<b>3.6.1</b>	<b>Introduzione</b>	306
<b>3.6.2</b>	<b>Il quadro normativo nazionale</b>	307
<b>3.6.3</b>	<b>Il contesto regionale di riferimento</b>	308
<b>3.6.4</b>	<b>Il "sistema a rete"</b>	309
<b>3.6.5</b>	<b>Attività e risultati 2006 del Programma di razionalizzazione</b>	311

<b>3.6.5.1</b>	<b>Il sistema delle convenzioni</b>	311
<b>3.6.6</b>	<b>Le iniziative sul Mercato elettronico della P.A.</b>	312
<b>3.6.7</b>	<b>Attività progettuali</b>	315

### **3.7 - La Responsabilità Civile sanitaria e la razionalizzazione delle coperture assicurative delle Aziende sanitarie**

di Borgia P., Palermo M., Spandonaro F.

<b>3.7.1</b>	<b>Introduzione</b>	316
<b>3.7.2</b>	<b>La situazione assicurativa a livello nazionale</b>	317
<b>3.7.3</b>	<b>L'analisi condotta su alcune Aziende Sanitarie</b>	320
<b>3.7.4</b>	<b>Conclusioni</b>	323

<b>Riferimenti bibliografici</b>	323
----------------------------------	-----

## *Capitolo 4 - Equità*

### **4.1 - Distribuzione e cause dell'impoverimento e delle spese catastrofiche: le modifiche del quadro equitativo nel SSN**

di Doglia M., Spandonaro F.

<b>4.1.1</b>	<b>Introduzione e obiettivi</b>	327
<b>4.1.2</b>	<b>Dati e metodologia</b>	327
<b>4.1.3</b>	<b>L'impoverimento e le spese catastrofiche</b>	328
<b>4.1.4</b>	<b>La struttura della spesa sanitaria e il contributo relativo delle spese all'impoverimento e alle spese catastrofiche</b>	331
<b>4.1.5</b>	<b>Conclusioni</b>	334

<b>Riferimenti bibliografici</b>	335
----------------------------------	-----

### **4.2 - Le politiche tariffarie ospedaliere in Italia**

di Rocchetti I., Sciattella P.

<b>4.2.1</b>	<b>Introduzione</b>	337
<b>4.2.2</b>	<b>Analisi longitudinale</b>	338
<b>4.2.3</b>	<b>Analisi variazioni massime e minime</b>	344
<b>4.2.4</b>	<b>Differenze tra DRG</b>	345
<b>4.2.5</b>	<b>Conclusioni</b>	347

<b>Riferimenti bibliografici</b>	347
----------------------------------	-----

<b>Appendice</b>	349
------------------	-----

### **4.3 - L'assicurazione sanitaria integrativa: le attuali coperture assicurative**

di Borgia P., Doglia M., Spandonaro F.

<b>4.3.1</b>	<b>Premessa</b>	351
<b>4.3.2</b>	<b>Dati e metodologia</b>	352
<b>4.3.3</b>	<b>Analisi a livello familiare</b>	352

<b>4.3.4 Gli individui</b>	355
<b>4.3.5 Le coperture</b>	357
<b>4.3.6 Conclusioni</b>	358

<b>Riferimenti bibliografici</b>	358
----------------------------------	-----

## *Capitolo 5 - Outcomes (qualità, efficacia e sicurezza)*

### **5.1 - Misurazione della qualità e le politiche per la qualità nel SSN**

di Polistena B., Rocchetti I., Spandonaro F.

<b>5.1.1 Introduzione</b>	363
<b>5.1.2 I modelli per l'analisi della qualità clinica</b>	364
<b>5.1.3 Discussione</b>	366
<b>5.1.4 Le conseguenze per le politiche di promozione della qualità in sanità</b>	368
<b>5.1.5 Conclusioni</b>	370

<b>Riferimenti bibliografici</b>	371
----------------------------------	-----

### **5.2 - La mortalità evitabile per tumori femminili: USL e aree metropolitane**

di Buzzi N., Cananzi G.

<b>5.2.1 Introduzione</b>	373
<b>5.2.2 La mortalità evitabile in Italia: un quadro di insieme</b>	373
<b>5.2.3 I tumori femminili per USL</b>	375
<b>5.2.4 I tumori femminili nelle aree metropolitane</b>	377
<b>5.2.5 Conclusioni</b>	380

### **5.3 - Disabilità e strutture familiari**

di Rocchetti I., Salvatore M.A.

<b>5.3.1 Introduzione</b>	381
<b>5.3.2 Dimensioni e caratteristiche della disabilità</b>	383
<b>5.3.2.1 Le caratteristiche demografiche</b>	383
<b>5.3.2.2 Il contesto familiare</b>	384
<b>5.3.2.3 Il ricorso all'assistenza esterna</b>	386
<b>5.3.2.4 Le caratteristiche socio-economiche</b>	386
<b>5.3.2.5 Una rappresentazione multidimensionale</b>	388
<b>5.3.3 Aumentano i disabili e diminuisce la disabilità</b>	391
<b>5.3.4 Conclusioni</b>	393

<b>Riferimenti bibliografici</b>	394
----------------------------------	-----

## 5.4 - La formazione ECM: inquadramento contestuale e definizione di un modello di analisi della qualità degli organizzatori

di Bellet I., Lapenna N.

<b>5.4.1</b>	<b>Introduzione</b>	395
<b>5.4.2</b>	<b>La formazione ECM: dalla nascita alla regionalizzazione</b>	395
<b>5.4.3</b>	<b>Normativa ECM nazionale</b>	398
<b>5.4.4</b>	<b>Struttura del sistema ECM nazionale</b>	399
<b>5.4.5</b>	<b>L'ECM nelle Regioni italiane</b>	400
<b>5.4.5.1</b>	<b>Emilia Romagna</b>	401
<b>5.4.5.2</b>	<b>Friuli Venezia Giulia</b>	402
<b>5.4.5.3</b>	<b>Lazio</b>	402
<b>5.4.5.4</b>	<b>Liguria</b>	402
<b>5.4.5.5</b>	<b>Lombardia</b>	403
<b>5.4.5.6</b>	<b>Marche</b>	404
<b>5.4.5.7</b>	<b>Provincia Autonoma di Bolzano</b>	405
<b>5.4.5.8</b>	<b>Provincia Autonoma di Trento</b>	405
<b>5.4.5.9</b>	<b>Sardegna</b>	405
<b>5.4.5.10</b>	<b>Toscana</b>	405
<b>5.4.5.11</b>	<b>Umbria</b>	406
<b>5.4.5.12</b>	<b>Valle D'Aosta</b>	406
<b>5.4.5.13</b>	<b>Veneto</b>	407
<b>5.4.5.14</b>	<b>Considerazioni sul modello regionale</b>	407
<b>5.4.6</b>	<b>I numeri degli eventi formativi</b>	407
<b>5.4.6.1</b>	<b>I numeri dei progetti formativi aziendali</b>	411
<b>5.4.7</b>	<b>Le fonti di finanziamento</b>	411
<b>5.4.8</b>	<b>Un modello di valutazione dei Provider ECM privati</b>	
	<b>Il conflitto di interesse</b>	412
<b>5.4.9</b>	<b>Conclusioni</b>	416

## Capitolo 6 - Il settore industriale

### 6.1 - Il settore industriale farmaceutico italiano

di Mennini F.S., Ratti M., Spandonaro F.

<b>6.1.1</b>	<b>Introduzione</b>	421
<b>6.1.2</b>	<b>L'industria farmaceutica in Italia</b>	425
<b>6.1.3</b>	<b>Il mercato internazionale dei farmaci generici</b>	427
<b>6.1.4</b>	<b>L'industria dei farmaci generici in Italia</b>	429
<b>6.1.5</b>	<b>Contributo delle principali aziende farmaceutiche al sistema economico nazionale</b>	430
<b>6.1.6</b>	<b>Conclusioni</b>	439
	<b>Riferimenti bibliografici</b>	440

## 6.2 - Strategie e performance nel mercato farmaceutico italiano.

### Un'analisi empirica

di Gitto L., Mennini F.S., Ratti M.

<b>6.2.1</b>	<b>Introduzione</b>	441
<b>6.2.2</b>	<b>Il mercato farmaceutico in Italia: caratteristiche “macroeconomiche” e loro influenza sulle scelte “microeconomiche” delle aziende</b>	442
<b>6.2.3</b>	<b>L'analisi econometrica</b>	444
<b>6.2.4</b>	<b>Dati, stime e risultati</b>	445
<b>6.2.5</b>	<b>Conclusioni</b>	453
	<b>Riferimenti bibliografici</b>	454

## 6.3 - Il settore industriale dei dispositivi medici

di Polistena B., Ratti M., Spandonaro F.

<b>6.3.1</b>	<b>Introduzione</b>	455
<b>6.3.2</b>	<b>Analogie e differenze tra il settore dei dispositivi medici e quello farmaceutico</b>	456
<b>6.3.3</b>	<b>Il mercato mondiale dei dispositivi medici</b>	458
<b>6.3.4</b>	<b>Mercato e politica dei dispositivi medici in Italia</b>	462
<b>6.3.5</b>	<b>Considerazioni finali</b>	466
	<b>Riferimenti bibliografici</b>	467



*Ceis - Sanità 2007*  
*presentazione del rapporto*

## Presentazione del Rapporto

*Siamo lieti di presentare il quinto rapporto CEIS – Sanità 2007, divenuto ormai un appuntamento fisso annuale dedicato alla riflessione sulle politiche sanitarie in Italia e nel mondo.*

*Il Rapporto riassume il lavoro di ricerca che il CEIS ha portato avanti nel campo dell'economia sanitaria, della valutazione economica dei progetti sanitari, del management delle Aziende sanitarie pubbliche e private, sviluppando altresì una copiosa attività di formazione post-laurea e di assistenza tecnico-scientifica a Istituzioni ed Enti pubblici e privati.*

*Il Rapporto ha l'ambizione, utilizzando un approccio quantitativo, di fornire da supporto alle scelte delle Istituzioni pubbliche e private.*

*Nel rapporto CEIS – Sanità 2005 avevamo introdotto e spiegato le sette parole chiave dell'SSN: efficienza, efficacia clinica, equità, qualità e organizzazione dei servizi, in questo poniamo l'accento su: Responsabilità, vista come responsabilizzazione degli attori di sistema (Governo, Regioni e Aziende Sanitarie), Autonomia regionale ed il suo rapporto con quella delle Aziende Sanitarie, Sussidiarietà, basata sul cosiddetto rapporto pubblico/privato, Integrazione e il nuovo modo di pensare i rapporti fra cittadino e sistema sanitario, Valutazione ed Empowerment.*

*Anche quest'anno il Rapporto si avvale anche dei contributi di studiosi di altri Paesi, appartenenti alle principali Istituzioni internazionali di economia sanitaria quali l'International Health Economics Association e l'European Conference Committee on Health Economics con le quali stiamo organizzando il Convegno Europeo di Economia Sanitaria 2008.*

**Luigi Paganetto**  
Presidente CEIS  
Università di Roma  
Tor Vergata

**Giovanni Tria**  
Direttore CEIS  
Università di Roma  
Tor Vergata



## Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà, Integrazione, Valutazione e Empowerment: 6 “nuove” parole chiave per il futuro del SSN

di Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 1. Premessa

Il 2007 è stato caratterizzato da ipotesi di modifica sostanziale della *governance* del SSN, che in parte si sono già realizzate: è il caso di citare la gestione dei piani di rientro delle Regioni in maggiore dissesto finanziario (cfr. cap. 1.5) che, introducendo il principio dell'affiancamento da parte del Ministero della Salute e dell'Economia, hanno sancito una perdita (parziale e temporanea) di autonomia da parte delle Regioni.

Pertanto, già con la passata Legge Finanziaria e grazie ad un quadro politico favorevole, si era potuto apprezzare il tentativo di ripensare i rapporti fra governo centrale e regionale del sistema: va in tal senso, ad esempio, la definizione delle risorse rese disponibili per le spese correnti su base triennale, orientata a dare maggiore certezza di risorse pubbliche al sistema. Assistiamo quindi, ad un impegno di “normalizzazione” delle relazioni istituzionali, che riteniamo sia da far risalire all'obiettivo di “trasformare” il sistema evitando nuove “riforme”, ovvero soluzioni di continuità con il passato: lo testimonia la volontà annunciata dal Governo di varare, a breve, una legge dal titolo “modernizzazione del SSN”. Il sistema avrà però bisogno di riforme se è vero che le evidenze raccolte nel Rapporto CEIS – Sanità (e concordemente in altri Centri di ricerca universitari e non) tratteggiano un sistema ancora incompiuto rispetto alle previsioni fatte alla sua istituzione, e malgrado la L. n. 833/1978 sia ormai giunta al suo trentesimo compleanno.

Un sistema quindi ampiamente perfettibile, anche se probabilmente non merita né “bocciature” animate da spirito scandalistico, che pure ogni tanto riceve, né promozioni con lode basate su classifiche i cui risultati dipendono da alchimie non sempre del tutto comprensibili. Il sistema sanitario è complesso ma, sebbene nessuno smentisca questa affermazione, nel momento in cui occorre formulare giudizi e proposte tutto viene ricondotto a pochi parametri essenziali. Invece, un sistema complesso, per definizione, necessita di analisi e politiche complesse (non complicate!), anche se fondate su principi semplici, trasparenti e condivisi.

In tal senso ci eravamo espressi già nel Rapporto CEIS – Sanità del 2005, allorché sottotitolammo “7 parole chiave del SSN”, proprio per ricordare come l'impianto nel nostro sistema sanitario fosse dotato di indicazioni ineccepibili sui principi che dovevano informare lo sviluppo del sistema.

Oggi ci chiediamo se l'ammodernamento del sistema possa basarsi sullo stesso insieme

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

di principi, o se nuove indicazioni debbano essere aggiunte. Propendiamo per la seconda soluzione, che ci ha spinto a sottotitolare questo V Rapporto CEIS – Sanità: “6 nuove parole chiave per il futuro del SSN”.

Nel proporre di aprire un costruttivo dibattito su temi ben definiti (senza pretesa di esautività o esclusività), siamo ottimisti sui risultati, perché osserviamo che i valori fondanti del sistema, prima di tutti l’Universalità e l’Equità, sono ormai nel DNA di larghissima parte della popolazione italiana, e vengono quindi difesi in modo sostanzialmente bi-partisan, evitando che si pongano contrapposizioni di principio fra difensori e oppositori del sistema sanitario pubblico: ci pare quindi che esistano le condizioni per far avanzare il dibattito, concentrandolo sui modi (tutt’altro che neutrali!) con cui realizzare compiutamente l’Universalismo e l’Equità.

La Responsabilizzazione degli attori del sistema ci pare una prima direzione fondamentale in cui il sistema dovrà andare. In tutte le politiche sanitarie attuali troviamo un forte e reiterato richiamo alla Responsabilità: del Governo centrale nel garantire sostenibilità e unitarietà al sistema, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie sul rispetto dei LEA e dei *budget* finanziari, persino dei cittadini chiamati a rispondere dei “propri sprechi” (ricordiamo il pagamento del *ticket* sulle prestazioni prenotate e non effettuate).

Sebbene il tema sia ormai da alcuni anni al centro del dibattito, esso assume per il futuro una valenza fondamentale, travalicando l’aspetto strumentale, ovvero quello di garantire il rispetto dei *budget* finanziari. Sembra, infatti, ormai evidente che la stessa sostenibilità del sistema richiede una Responsabilizzazione nuova di tutti i suoi *stakeholder*. Nel seguito proveremo a portare qualche evidenza in tal senso attingendo ai contributi del Rapporto. Non ci può essere Responsabilità senza Autonomia, che è la seconda parola chiave di questo Rapporto. L’Autonomia è da tutti rivendicata (di solito per se stessi, più che per gli altri!), spesso però senza il giusto equilibrio: a volte è utilizzata in modo parossistico, in altri casi viene nei fatti negata. L’esperienza di questi primi anni di federalismo induce a riflettere sul modello: siamo, infatti, di fronte ad una sempre maggiore autonomia regionale, mentre contemporaneamente si assiste ad una progressiva contrazione di quella concessa alle Aziende Sanitarie.

Questa apparente contraddizione è probabilmente l’effetto di risultati non sempre coerenti: se i meriti dell’Autonomia sono in astratto indiscutibili, cogliamo l’esistenza di ambiti nei quali si generano rischi non indifferenti per l’Equità del sistema.

Un terzo elemento su cui ci si dovrà esprimere è quello della Sussidiarietà (sia verticale che orizzontale): su questo tema si coglie una certa confusione. Ad esempio il nostro sistema spesso implode in discussioni sul cosiddetto rapporto pubblico/privato, fornendone valutazioni discutibili sui meriti/demeriti degli uni e degli altri, senza che prenda corpo un disegno coerente basato sul principio della Sussidiarietà, ovvero che dovrebbe essere sempre scelta la soluzione più efficiente ed efficace, indipendentemente dalla natura del soggetto che se ne fa carico. La Sussidiarietà è coerente con il fatto che è ragionevole pensare che al cittadino poco importa se la struttura che gli eroga una prestazione sanitaria è di proprietà pubblica o privata: la (lecita) aspettativa è che gli fornisca una prestazione di qualità ad un costo che sia *value for money*.

Il quarto elemento, non in ordine di importanza, è quello dell’Integrazione. E trova il suo

fondamento nel fatto che un sistema sanitario non può prescindere dalla capacità di interpretare correttamente la domanda espressa dai cittadini. Ad oggi appare discutibile che questo avvenga: ad esempio, l'invecchiamento (i cui effetti sono più rapidi di quanto non si percepisca comunemente) è rappresentato più come una preoccupazione finanziaria, che non come esigenza di riadattare assetti organizzativi e finalità del nostro modello di sistema sanitario ad una nuova domanda dei cittadini.

L'Integrazione non è quindi una mera questione organizzativa: rappresenta un nuovo paradigma culturale, che sposta l'attenzione dal concetto di allungamento della vita (tipico della risposte alle acuzie) a quello di maggiore qualità della vita. Questo concetto, che riteniamo sia nella consapevolezza dei singoli operatori, oltre che dei cittadini, non riesce a traslarsi in scelte organizzative: la conseguenza è che il nostro sistema è assolutamente carente di risposte e tutela nelle aree della cronicità o comunque della lunga convivenza con la malattia, quali quelle dell'assistenza nella fase terminale della vita. L'Integrazione è anche un modo nuovo di pensare i rapporti fra cittadino e sistema sanitario, e richiede il riconoscimento della impossibilità di continuare a tenere (artificialmente) in vita discrimini fra aspetti sociali e sanitari.

Per garantire un futuro al SSN universalistico che conosciamo, è poi necessario investire sulla sua credibilità: riteniamo che essa dipenda in modo sostanziale dalla trasparenza delle scelte che vi si operano. Scelte trasparenti necessitano di metodi e strumenti di Valutazione. Ancora oggi, e malgrado gli sforzi di monitoraggio centrale e regionale, nonché quelli prodotti dai principali istituti di ricerca, l'aneddotica prevale nelle Valutazioni. Manca, in altri termini, una cultura della Valutazione scientifica: il fatto è facilmente riscontrabile in tutti i livelli del sistema, dalla scelta dei dirigenti ai metodi di introduzione delle tecnologie innovative, sino alla valutazione della *customer satisfaction*.

La Valutazione, che è la condizione per essere *accountable*, è una emergenza del sistema, su cui investire. Ma la Valutazione sarebbe sterile senza un reale *Empowerment* dei cittadini: questa ultima parola chiave è in effetti "vecchia", nel senso che, anche se non citata nella L. n. 833/1978 e successive riforme degli anni '90, era già stata inserita fra quelle del Rapporto Ceis 2005. La riproponiamo perché ancora stenta a divenire patrimonio del nostro sistema.

Il soggetto valutatore, nel nostro sistema, che troppo spesso indulge nell'autoreferenzialità o in esagerati paternalismi, è spesso lo stesso che viene valutato. Che la Pubblica Amministrazione si valuti è certamente fatto positivo e necessario, ma non certo sufficiente. Non solo deve imparare a rendere conto ai cittadini, ma anche a garantirne una maggiore partecipazione diretta alle scelte: la partecipazione informata dei pazienti/cittadini alle scelte appare nel nostro sistema ancora oggi molto marginale rispetto agli altri Paesi.

Con l'*Empowerment* si chiude in qualche modo il cerchio: Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà, Integrazione, Valutazione ed *Empowerment* sono, in effetti, elementi inseparabili di un unico disegno teso a modernizzare il sistema, ponendo concretamente il cittadino al centro del sistema socio-sanitario. Richiamare la centralità del cittadino può essere interpretata come la mera riproposizione di un principio abusato: non è così, anzi è un fondamentale elemento di efficienza del sistema; per convincersene è sufficiente osservare come il dato maggiormente ricorrente in tutte le Valutazioni sul sistema sanita-

rio nazionale sia la pessima *performance* sul versante della soddisfazione dei cittadini, a fronte di buone *performance* sui valori degli output e forse degli *outcome*.

Sarebbe ingenuo pensare che il sistema non goda di buona reputazione fra i cittadini solo a causa di un uso troppo disinvolto di notizie, spesso scandalistiche, relative alla cosiddetta “malasanità”, oppure per mera carenza di comunicazione: i dati di cui disponiamo dimostrano che il sistema negli ultimi anni ha erroneamente (o meglio per autoreferenzialità) posto al suo centro la sostenibilità finanziaria, relegando a fattore secondario l’analisi delle priorità e dei bisogni dei cittadini; in tal modo si nega l’evidenza di una quota rilevante di bisogni insoddisfatti, come è dimostrato dal fatto che, anche escludendo la non autosufficienza che pure è un onere rilevante, quasi il 25% delle spese sanitarie nel nostro Paese sono sostenute direttamente dai cittadini.

Il Rapporto CEIS – Sanità, come è nella sua vocazione, è un prodotto di ricerca, che ha l’ambizione di fornire supporto alle decisioni, mediante analisi, se non oggettive, almeno quantitative. Di seguito, per ogni “parola chiave” sintetizzeremo quanto emerge dagli studi contenuti nel volume, a supporto di quanto sin qui argomentato.

## 2. Responsabilità

Dare un futuro al sistema sanitario richiede un nuovo patto di responsabilità fra gli *stakeholder* del sistema. Un primo dato che rende evidente questa necessità è quello relativo all’evoluzione della spesa. Sebbene il suo livello sia in linea (leggermente inferiore) con la media dei Paesi OCSE, e tendenzialmente inferiore ai Paesi europei più vicini (cfr. cap.1.1), la preoccupazione per la sostenibilità finanziaria rimane al centro dell’agenda politica. Il dato eclatante è che dal 2000 la spesa sanitaria sembra essere cresciuta molto rapidamente portando la quota di PIL assorbita dalla Sanità dal 7,9% all’8,9%. Questo dato, apparentemente allarmante, deve però essere analizzato in un’ottica di lungo periodo: dal 1990 al 2000 la crescita è stata, infatti, praticamente nulla (+0,2), così che l’incremento nel lungo periodo (1990-2005) risulta essere uno dei più contenuti fra tutti i Paesi OCSE (1,2 punti di PIL); tale risultato appare ancor più degno di attenzione a fronte di un lungo ristagno del PIL e quindi di una scarsa crescita del “denominatore”.

Tabella 1 - Spesa sanitaria

Anni	Spesa sanitaria su PIL	Spesa sanitaria pubblica su spesa totale
1990	7,71	79,51
1995	7,26	70,78
2000	8,06	72,51
2005	8,91	76,56

Fonte: nostre elaborazioni su dati OECD

In effetti, è lecito interpretare gli aumenti degli ultimi anni come un “recupero” seguito alla stasi degli anni ‘90, che ha riportato la spesa sanitaria italiana su livelli “naturali”, nel senso di comparabili con quelli europei: semplici calcoli dicono che in assenza degli incrementi dell’ultimo quinquennio, la spesa sanitaria in Italia sarebbe oggi su un livello lontano dalla media degli altri Paesi europei.

Sarebbe interessante capire a quali fattori si possa attribuire il successo del contenimento della spesa realizzato nella fase “finanziariamente virtuosa” degli anni ‘90. Ci sembra che la questione sia stata poco indagata; rimane il dubbio che almeno in parte dipenda da anomalie statistiche: osserviamo, infatti, che il contenimento è coinciso con il passaggio delle Aziende Sanitarie dalla contabilità finanziaria a quella economico-patrimoniale, e quindi esiste la possibilità che parte del risultato sia frutto di disomogeneità nella serie statistica. Dobbiamo, inoltre, aggiungere che l’attribuzione per competenza degli ingenti disavanzi emersi negli ultimi anni è certamente difficile, e potrebbe aver traslato nel tempo gli incrementi.

In ogni caso ci sembra che emerga come sia preferibile e prudente analizzare i dati su orizzonti medio-lunghi. A tal fine, è stato predisposto un modello econometrico (cfr. cap. 1.2), il quale conferma che la crescita della spesa sanitaria è strutturale, essendo legata allo sviluppo economico, all’invecchiamento della popolazione, ma anche a numerosi fattori istituzionali. Primo fra tutti il livello di finanziamento della spesa sanitaria pubblica, il cui aumento non si accompagna ad una proporzionale riduzione della quota di spesa privata.

Anche i livelli di scolarizzazione della popolazione sembrano modificare la domanda e quindi la spesa: questo fattore, che lega i livelli di spesa alla struttura socio-economica regionale, ci sembra di poter affermare che ha sinora ricevuto insufficiente attenzione (basti pensare che non ve ne è traccia nel sistema di riparto delle risorse, né nella determinazione dei LEA).

In altri termini la pressione finanziaria sul sistema sembra derivare e da condizioni economiche congiunturali (scarsa crescita) e da fattori strutturali; questi ultimi sia sul versante socio-demografico, sia su quello strettamente economico (pensiamo al debito pubblico italiano, il cui obiettivo di riduzione non permette di liberare risorse per investimenti, se non in misura limitata).

Una questione particolarmente delicata che emerge dal modello appare quella dell’effetto espansivo della spesa pubblica (sanitaria): il fenomeno, percepito da tempo dagli addetti del settore, ha negli anni portato a contenere quanto più possibile la crescita del finanziamento, fenomeno da alcuni interpretato – in modo forse semplicistico – come una sottostima del fabbisogno.

La definizione di un assetto che possa evitare la “sottostima” del finanziamento richiede una responsabilizzazione molto più stringente delle Regioni e delle Aziende Sanitarie, ma anche dei cittadini. Infatti, l’effetto (cfr. cap. 1.4) della “sottostima” è stata la creazione di un disavanzo strutturale pari in media (nell’arco di vita del SSN) allo 0,41% del PIL. Per apprezzare l’entità della questione si consideri che a moneta attuale equivale a € 105 pro-capite, ovvero una cifra modesta rispetto a quanto le famiglie già spendono privatamente per aspetti connessi alla salute.

Ci sembra evidente che la questione di fondo sia quindi la ripartizione della spesa sani-

taria fra pubblico e privato: argomento che è strettamente legato ai livelli di responsabilizzazione individuale dei cittadini che si vogliono fissare. In ogni caso la “forbice” fra finanziamento e spesa tende a ridursi significativamente negli ultimi anni (cfr. cap. 1.4).

Fare previsioni sulla futura evoluzione congiunturale del sistema appare quanto mai problematico. Se la componente di spesa privata evolve regolarmente, in funzione del reddito delle famiglie, del bisogno (colto nel modello dall’età e dal livello di istruzione), ma anche delle decisioni pubbliche in termini di livelli di compartecipazione (cfr. cap. 1.3), altrettanto non si può dire per quella pubblica che è predominante.

Ci sembra doveroso in premessa rimarcare che le serie storiche disponibili per quanto concerne l’evoluzione della spesa sanitaria pubblica (Ministero della Salute, ASSR, ISTAT, OCSE) appaiono diverse nei livelli e anche nei tassi di variazione, rendendo incerte le valutazioni.

**Tabella 2 - Spesa sanitaria pubblica in Italia, anni 2000-2006**

Anni	Ministero della Salute		ASSR		ISTAT		OCSE	
	mld. di €	T.V.	mld. di €	T.V.	mld. di €	T.V.	mld. di €	T.V.
2000	69,66		69,28		67,11		69,64	
2001	76,83	10,29	75,82	9,44	74,23	10,60	76,55	9,92
2002	80,27	4,48	78,99	4,19	78,56	5,84	80,46	5,10
2003	82,88	3,25	81,10	2,67	81,33	3,52	83,21	3,43
2004	89,78	8,32	87,23	7,56	89,36	9,87	91,48	9,93
2005	96,41	7,39	92,80	6,39	95,16	6,49	97,12	6,17
2006	99,60	3,31	97,54	5,11			102,57	5,61

Fonte: Ministero della Salute, ASSR, ISTAT, OCSE

La spesa pubblica evolve nel medio periodo in funzione del livello di risorse assegnato, mentre nel breve periodo prevale l’inerzia dovuta alle note rigidità della struttura dei costi, dominati dal fattore personale (dipendente).

Per molte voci di spesa pubblica, l’andamento è altresì condizionato dal ciclo dei rinnovi contrattuali (e delle convenzioni).

La spesa per beni e servizi, che negli ultimi anni è stata quella maggiormente dinamica, risente di un coacervo di fattori difficilmente districabili: l’andamento inflativo, la tensione sui prezzi generata dalle variazioni dei tempi di pagamento, la revisione e centralizzazione delle procedure di acquisto (cfr. cap. 3.6), etc.; a causa di un sistema di monitoraggio contabile ormai inadeguato, nell’andamento di tale aggregato registriamo anche fenomeni “spuri”, nel senso di spostamenti dalla voce “personale dipendente”: si pensi all’IRAP (prima i contributi di malattia venivano contabilizzati nella voce personale) e alla sostituzione di personale a contratto di dipendenza con personale a contratto libero-professionale, dovuto tanto al ricorso all’*outsourcing*, quanto alle politiche in atto sulle sostituzioni del personale rese necessarie dal *turn-over*. Anche le scelte in tema di accreditamento delle strutture private, modificando la quota a gestione diretta, incidono sull’aggregato.

La spesa farmaceutica pubblica, pur evolvendo nel medio termine (cfr. cap. 2.4) in funzione di fattori economici, sociali, dell'innovazione, della scadenza dei brevetti e del conseguente avvento dei generici, nel breve periodo è fortemente condizionata dalla regolazione; negli ultimi due anni essa si è concentrata prevalentemente sui prezzi, su cui si è agito in via amministrativa con reiterati "tagli" (cfr. cap. 2.4).

L'attività specialistica, invece, comporta un costo per il SSN difficilmente quantificabile, a causa della carenza di sistemi informativi atti a desumere dalla contabilità delle strutture ospedaliere pubbliche, l'onere attribuibile all'attività specialistica ambulatoriale erogata intra-ospedale.

Secondo le nostre stime (cfr. cap. 2.5), al 2004, la spesa totale per specialistica dovrebbe ammontare ad un valore compreso fra € 10,1 e 11,0 mld. Appare interessante notare che la spesa sarebbe imputabile per il 70-71% alle strutture pubbliche e per il 29-30% a quelle private accreditate nel 2005 e nel 2006. In altri termini alle strutture private accreditate, pur rappresentando circa la metà delle strutture, sarebbe imputabile meno di un terzo della spesa anche per effetto di una presumibile dimensione media inferiore.

Al momento di andare in stampa, non sono ancora noti i contenuti della manovra finanziaria, si è quindi optato per una ricostruzione dei tendenziali di spesa pubblica e privata, al netto delle possibili manovre e dei costi dei rinnovi contrattuali.

Il quadro emerso dalle nostre valutazioni è riassunto nella tabella seguente.

**Tabella 3 - Andamento congiunturale della spesa sanitaria, anni 2007-2008**

Anno	Finanz.	Spesa sanitaria pubblica mld €	Tassi di variaz.	Spesa sanitaria privata mld €	Tassi di variaz.	Disav.	Spesa sanitaria su PIL%	Quota spesa pubblica su totale %
2007	97	105,5	4,1%	27,6	3,5%	4,6	8,9	79,3
2008	99,9	109,7	3,9%	28,7	4,0%	5,8	9,1	79,3

Fonte: nostra elaborazione

Il quadro complessivo conferma una progressiva normalizzazione della situazione finanziaria, ma anche una ulteriore crescita della spesa pubblica nonché di quella totale rispetto al PIL. I disavanzi probabili, ancora una volta, sembrano essere il risultato di una sottostima dei livelli di spesa pregressi: al momento di varare la Legge Finanziaria non è infatti noto il consuntivo e i dati di pre-consuntivo disponibili hanno negli anni mostrato di essere regolarmente sottostimati. Anche per il 2007 questo sembra essere il quadro: la Relazione Previsionale e Programmatica 2008 riporta una spesa pubblica 2006 notevolmente superiore a quella inizialmente prevista, che giustifica un disavanzo 2007 pari a € 4,6 mld., sui livelli massimi previsti lo scorso anno nel Rapporto CEIS - Sanità. Per trascinarsi, questo avrà una ripercussione anche sul 2008, portando il disavanzo atteso a € 5,8 mld.

Si deve peraltro considerare l'incombenza dei rinnovi contrattuali e convenzionali, che

potrebbe spingere ulteriormente in alto la spesa.

La questione della Responsabilità si pone quindi prima di tutto in termini di scelte allocative: sul versante pubblico, se la tendenziale sottostima del fabbisogno può essere giustificata in termini di disincentivo all'espansione non programmata della spesa, non si giustifica però il ritardo con cui il disavanzo viene sanato, che porta a notevoli (e costose) distorsioni nel mercato a causa dell'allungamento dei tempi di pagamento dei fornitori; sul versante della spesa privata, essa invece cresce regolarmente e in parte indipendentemente dalle manovre sulla spesa pubblica (compartecipazioni, etc.), mancando una strategia compiuta per la sua riqualificazione.

Sempre sulla questione della responsabilizzazione, osserviamo che se in media la situazione finanziaria del sistema appare sufficientemente sotto controllo, non si può dire altrettanto per la sua "distribuzione" regionale (cfr. cap. 1.4).

Esiste, e si è aggravato negli ultimi anni, il problema dell'incapacità di alcune Regioni nel rispettare gli atti di programmazione, con la conseguente creazione di disavanzi patologici. Qui la questione della Responsabilità diviene assolutamente centrale, con intrecci a volte di difficile soluzione. La richiesta di provvedere con entrate proprie regionali ai disavanzi, a parte i limiti fisici nella capacità reale di gettito che si possono incontrare, sconta l'impossibilità di attribuire con certezza la Responsabilità sugli amministratori locali, se non altro per la frequenza con cui si sono sinora alternate le Giunte.

In ogni caso, ci sembra di poter dire che l'eziologia delle difficoltà che incontrano alcune Regioni non sia stata chiaramente individuata e attribuirle ai troppi posti letto o all'eccesso di organico, sembra invertire la causa con l'effetto: ciò che nelle Regioni in crisi è sempre mancato è un patto di Responsabilità fra gli attori del sistema, che ha impedito una programmazione e gestione virtuosa.

La scelta di "soccorrere" le Regioni in difficoltà, probabilmente ineludibile, suscita comunque indubbe perplessità, in quanto finisce per disincentivare le Regioni virtuose nel proseguire nei loro sforzi indebolendo il patto responsabile che si è realizzato.

Guardando al futuro, il processo di affiancamento evidenzia rischi rilevanti: il primo è che si penalizzi l'autonomia delle Aziende Sanitarie al punto di vanificare il lento processo di responsabilizzazione iniziato nel 1992 (cfr. cap. 1.5). Il secondo e ancor più rilevante rischio è che, in assenza di radicali cambiamenti di rotta, ci si ritrovi in poco tempo a dover nuovamente risanare esogeneamente alcuni SSR, con effetti prevedibilmente devastanti sulla tenuta dell'assetto federalista.

La questione della Responsabilizzazione non si ferma a livello di Regioni e Aziende Sanitarie. L'introduzione dei LEA ha creato l'illusione che fosse possibile all'infinito continuare ad erogare gratuitamente tutto ciò che è essenziale (concetto peraltro di dubbia consistenza logica e operativa). Di fatto con il passare del tempo è sempre più evidente che sarà difficile mantenere una promessa siffatta.

Per garantire l'Universalismo è in prospettiva necessaria una maggiore Responsabilizzazione delle fasce più forti della popolazione, ad esempio in termini di maggiore partecipazione economica ai servizi che ricevono, per continuare a poter mantenere l'impostazione universalistica del sistema. D'altra parte le Regioni economicamente meno sviluppate hanno facile gioco nel giustificare la mancata adozione dei *ticket*, con

la loro inefficacia (in termini di gettito) dovuta alle regole di esenzione; peraltro l'evidenza empirica è sufficientemente concorde nell'attribuire anche benefici effetti di razionalizzazione alla compartecipazione (cfr. cap. 1.6) ed effetti "collaterali" limitati. Sarà necessario ripensare completamente gli schemi di esenzione, cosa resa difficile – e qui di nuovo la Sanità non è esente dai problemi di assetto complessivo dell'economia italiana – nello specifico dalla scarsa credibilità dei redditi dichiarati. In ogni caso l'attuale impatto dei *ticket* è iniquo: a fronte di livelli medi di compartecipazione decisamente inferiori a quelli di larga parte degli altri Paesi (cfr. cap. 1.6 e 1.7), il loro impatto si concentra su pochi soggetti. Il Rapporto evidenzia sia che i *ticket* in cifra fissa contribuiscono significativamente all'impoverimento delle famiglie meno abbienti (cfr. cap. 4.1), sia che essi ormai incidono significativamente sull'accesso ad alcuni tipi di prestazioni (in particolare quelle di specialistica) nel caso dei ceti medi.

Responsabilità, infine, può anche voler dire che è necessario ammettere che i possibili – e auspicabili – recuperi di efficienza non potranno essere finanziariamente risolutivi, sia per le loro dimensioni, sia perché gli eventuali risparmi possiamo considerarli già ampiamente "impegnati" per gli investimenti necessari per ammodernare il sistema.

### **3. Autonomia**

L'Autonomia e la Responsabilità sono inscindibili; l'Autonomia trova la sua essenziale ragion d'essere nella promozione dell'efficienza allocativa e tecnica. Nel disegno federalista si ritrova chiaramente questo approccio: il decentramento decisionale dovrebbe, infatti, principalmente garantire scelte più aderenti ai reali bisogni delle popolazioni.

Il limite all'autonomia va cercato nei rischi di vedere corrotta l'unitarietà sostanziale del sistema, che trova nei LEA il suo principale riferimento.

Il bilanciamento fra Autonomia ed Equità è certamente uno dei principali problemi del nostro sistema.

L'altro elemento critico che si segnala è la capacità di verifica che l'Autonomia concessa porti all'individuazione di modelli organizzativi veramente efficienti. Il Rapporto affronta il tema in vari contributi.

Una prima osservazione è che, sul piano dell'efficienza allocativa, solo poche Regioni si discostano davvero dalle indicazioni nazionali in termini di assegnazione delle risorse alle Aziende Sanitarie sui diversi LEA (cfr. cap. 2.1): dovremmo, a rigor di logica, desumerne che la quota di fabbisogno per le varie tipologie assistenziali (ospedaliera, territoriale, etc.), siano identiche in tutte le Regioni, e quindi indipendenti dalle caratteristiche socio-demografiche delle popolazioni. Tale assunto appare però difficilmente difendibile: più probabilmente le Regioni non utilizzano la propria Autonomia per massimizzare l'efficienza allocativa, quanto per esercitare uno stringente controllo finanziario. Questa tesi trova conforto (cfr. cap. 3.1) nell'osservazione di una diretta correlazione fra dimensioni del disavanzo regionale e accentramento delle risorse finanziarie: come già evidenziato nelle precedenti edizioni del Rapporto, il neo-centralismo regionale sembra essere l'effetto di un tentativo di sanare situazioni di sbilancio finanziario, piuttosto che un vero modello organizzativo.

Sul versante dell'Autonomia organizzativa, si deve ammettere che essa è usata con molta

parsimonia, confermando il primato delle politiche finanziarie.

I modelli di organizzazione ospedaliera sono fermi alle leggi di organizzazione sanitaria degli anni '20, solo marginalmente modificate nel 1968 dalla cosiddetta Legge Mariotti; quelli di organizzazione territoriale, sebbene stiano emergendo vari approcci (cfr. cap. 2.6), stentano a definirsi, come dimostra il dibattito (ancora non compiuto) sulle Case della Salute.

Se il mancato utilizzo dell'autonomia organizzativa è un elemento di chiara contraddizione del sistema, su altri fronti – ridefinizione della rete di offerta, dei rapporti con i *provider* pubblici e privati, dei livelli di esenzione e compartecipazione (cfr. cap. 1.6) – essa viene pienamente utilizzata, con risultati non sempre condivisibili.

L'elemento forse più eclatante, oltre che discutibile, è che – in un quadro di autonomia vincolata dalla unitarietà dei diritti di cittadinanza – le Regioni abbiano modificato localmente i criteri di esenzione dalle compartecipazioni.

L'altro aspetto che ci sembra doveroso sottolineare è che non sembra esserci traccia di una razionalizzazione organizzativa: sul lato dell'offerta, ad esempio, appare difficile comprendere quali siano i motivi organizzativi e/o socio-demografici che giustificano le differenze di disponibilità del personale nel SSN: i dati per mille abitanti (2005 ultimo dato disponibile per tutte le Regioni) passano dai 9,2 della Puglia, ai 17,8 della Pr. Aut. di Bolzano, con 2,4 medici in Sardegna e 1,4 in Lombardia, 6,5 infermieri nella Pr. Aut. di Bolzano e 3,5 in Puglia (cfr. cap. 2.2).

Analoghe differenze si ritrovano sul versante delle strutture: i posti letto sono 5,8 per mille abitanti nel Lazio e 3,7 in Umbria; per non parlare della disponibilità di posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali che sono 0,3 in Molise e 7,6 in Veneto.

Anche in termini di dimensioni delle strutture le disparità sono rilevanti. Il caso dei laboratori di analisi è eclatante: quelli della Sicilia erogano in media 87.000 prestazioni annue, contro le 579.000 in Friuli Venezia Giulia (cfr. cap. 2.5). Le disuguaglianze non si limitano peraltro all'offerta: anzi questa condiziona le capacità di risposta alla domanda dei cittadini.

Il cap. 2.3, dedicato all'assistenza ospedaliera, mostra l'esistenza di notevoli differenze regionali non attribuibili a ragioni demografiche o epidemiologiche, quanto alla diversità nelle strutture di offerta e nelle capacità organizzative.

A conferma di questa proposizione è sufficiente citare qualche dato di funzionalità ospedaliera (cfr. cap. 2.3): nelle Regioni del Nord si ricorre di più al *day hospital* a tutte le età; nella classe di età 1-14 in Puglia oltre l'82% dei ricoveri è ancora ordinario, contro il 43% del Lazio e della Liguria; la degenza media "pediatrica" è di 3 giorni in Friuli Venezia Giulia, ma di 4 in Sardegna; per gli *over 75* la percentuale di ricoveri ordinari è dell'87% in Molise e del 69% in Liguria, con una degenza media di 13 giorni in Valle d'Aosta e di 7 in Sardegna.

I tassi di ospedalizzazione degli anziani variano dai 254 per mille in Piemonte ai 436 dell'Abruzzo.

In Umbria la spesa per un neonato è pari al 30% di quella di un adulto della classe di età 25-44; nella Pr. Aut. di Trento arriviamo al 71%; corrispettivamente un anziano in Toscana costa in media il 138% degli adulti della fascia centrale e in Valle d'Aosta il 90%.

Più in generale, nel ricorso all'ospedalizzazione i tassi regionali variano nell'ordine del

300% (le differenze sono ancora maggiori in *day hospital*), mentre le degenza medie variano anche del 130%.

La difficoltà di cogliere elementi di effettiva razionalizzazione si conferma anche nelle altre tipologie d'assistenza: negli ultimi 5 anni disponibili, le prestazioni specialistiche di laboratorio sono aumentate del 24% annuo nella Pr. Aut. di Trento, mentre sono diminuite del 9% annuo nel Lazio. Tali percentuali, per la diagnostica, diventano del 26% in Molise e -10% nel Lazio. Per la medicina fisica e riabilitativa, aumentano del 4% in Valle d'Aosta e calano del 27% in Sicilia. In termini pro-capite, per il laboratorio abbiamo 19 prestazioni in Molise e 9 nel Lazio; i valori diventano per la diagnostica 2 (ancora nel Molise) e 0,6 (ancora nel Lazio); per la medicina fisica e riabilitativa le prestazioni sono 3 in Basilicata e 0,2 in Umbria.

Le disparità di offerta si riverberano anche a livello finanziario: la spesa per specialistica (2006) pubblica e privata stimiamo che assorba il 15,4% della spesa sanitaria nelle Marche, contro l'8,3% della Puglia (mentre per i LEA la quota dovrebbe essere analoga in tutte le Regioni!).

L'autonomia regionale è forte anche nella determinazione delle tariffe: le Regioni del Nord remunerano (sulla carta) maggiormente gli ospedali: fatta 100 la remunerazione media italiana, il Friuli si attesta a 149% e la Sardegna a 83%.

La regola ricorrente dell'evoluzione tariffaria regionale è un incremento dei livelli decisamente inferiore all'evoluzione dei prezzi e dei costi dei principali fattori produttivi: mediamente le tariffe si sono rivalutate del 10% in 10 anni (cfr. cap. 4.2), ma in alcune Regioni, in particolare Calabria e Basilicata, le tariffe sono addirittura mediamente diminuite; altra costante è una remunerazione inferiore per le strutture private rispetto a quelle pubbliche: mediamente del 20% con punte del 27% (cfr. cap. 4.2).

In termini di utilizzo dell'Autonomia regionale, il caso della Calabria appare paradigmatico di una non chiara strategia tariffaria, essendo state prima ridotte, poi aumentate e quindi di nuovo ridotte.

Considerando i principali DRG, si apprezza una differenza nelle tariffe regionali che spesso supera il 100% e in alcuni casi il 200%: differenze che è difficile spiegare con costi unitari locali difformi o peculiarità organizzative. Le disuguaglianze segnalate sembrano dimostrare (si veda anche quanto detto nel seguito sulla valutazione dell'efficienza) che l'autonomia stenta a tramutarsi in modelli efficienti e ben adattati alle esigenze dei singoli contesti locali. L'evidenza empirica sembra quindi segnalare che l'uso dell'Autonomia segue una logica essenzialmente di breve periodo, orientata al soddisfacimento dei vincoli finanziari.

Come anticipato in premessa, a soffrirne è anche l'Equità del sistema: molti dei dati sopra esposti suggeriscono l'esistenza di barriere all'accesso, o comunque livelli inappropriati (in eccesso o in difetto) di servizio.

L'analisi che il Rapporto reitera ormai da alcuni anni sull'equità del SSN, quest'anno condotta sui dati 2005 (gli ultimi diffusi dall'ISTAT), conferma i timori già espressi in passato: si dimostra un preoccupante aumento dell'impoverimento che colpisce in particolare le famiglie con anziani (persone sole con 65 anni e più e coppie senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più), ma è in netta crescita anche tra le coppie con figli dove la

percentuale di famiglie colpite è passata dallo 0,6% all'1,6% per le coppie con un figlio e dall'1,1% all'1,9% per quelle con tre o più figli. Tale fenomeno conferma, tra l'altro, come le politiche di *welfare* (in questo caso tutela della salute e della famiglia) siano strettamente interrelate fra loro.

**Tabella 4 - Distribuzione percentuale delle famiglie impoverite e di quelle soggette a spese catastrofiche secondo la tipologia familiare Italia, anni 2004-2005**

Tipologia Familiare	2004		2005	
	impoverite	catastrofiche	impoverite	catastrofiche
Persona sola con meno di 35 anni	0,0%	0,3%	0,0%	0,5%
Persona sola con 35-64 anni	1,9%	2,4%	2,2%	2,9%
Persona sola con 65 anni e più	25,1%	31,2%	28,3%	25,7%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con meno di 35 anni	0,0%	0,2%	0,7%	0,6%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 35-64 anni	3,8%	3,2%	3,7%	3,2%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 65 anni e più	24,5%	20,1%	17,4%	18,9%
Coppia con 1 figlio	8,8%	8,3%	13,7%	9,7%
Coppia con 2 figli	15,6%	12,2%	14,2%	13,8%
Coppia con 3 e più figli	3,8%	6,0%	5,4%	7,9%
Monogenitore	7,4%	7,3%	7,0%	6,7%
Altre tipologie	9,3%	8,8%	7,3%	10,2%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Le misure di equità a livello geografico sono – non sorprendentemente – ancora abbastanza disomogenee: in particolare emerge un miglioramento della situazione delle Regioni del Centro a cui però si affianca un peggioramento della situazione di molte Regioni del Nord e di tutte quelle del Sud. A fronte di una percentuale di impoverimento a livello nazionale dell'1,5%, si passa dallo 0,3% della Toscana al 4,9% della Calabria. Ancora una volta si conferma il ruolo determinante delle spese per la disabilità che, seppure compongono una parte relativamente piccola (3,61%) delle spese dell'intera popolazione, hanno la caratteristica di avere un'alta probabilità di trascinare sotto la soglia di povertà le famiglie obbligate a sostenerle.

Il ruolo della farmaceutica nel generare iniquità è invece particolarmente accentuato nei confronti delle famiglie più povere, probabilmente a causa di schemi di compartecipazione a cifra fissa che, seppur piccoli in valore assoluto sulla singola prescrizione, lasciano comunque un carico eccessivo sulle famiglie più deboli.

Si conferma quindi che appare urgente ripensare complessivamente e in modo coordinato le politiche di compartecipazione/esenzione, ma soprattutto che bisogna trovare forme di tutela per la non autosufficienza e le cure odontoiatriche. Se quelle citate

appaiono le priorità, in quanto coinvolgono i ceti indigenti e in generale più fragili, non si può neppure tacere che aumenta la platea di coloro che di fatto “escono” dal SSN: il 4,1% delle famiglie sostiene spese sanitarie “catastrofiche”, con una punta dell’11,2% in Calabria e il valore minimo (1,2%) in Emilia Romagna. Sia che tale comportamento (si tratta di spese in buona misura fuori dal SSN) vada attribuito a insoddisfazione per i servizi pubblici o a carenza di offerta, certamente esso mina alla base la logica dell’universalità del sistema, incentivando le spinte all’*opting out* da parte di rilevanti fasce di popolazione: si noti non più solo a reddito alto, ma ormai anche in una parte del cosiddetto ceto medio.

Sono quindi urgenti politiche per l’Equità, che necessitano di trovare, insieme all’Autonomia regionale e aziendale, forme di coordinamento, anche a livello nazionale.

#### **4. Sussidiarietà**

Il concetto di sussidiarietà verticale e orizzontale è ormai stabilmente entrato nel lessico politico e sociale. Lo stesso processo federalista può essere fatto risalire all’applicazione del principio di Sussidiarietà verticale e in particolare alla ricerca dei livelli ottimali di governo a cui attribuire le varie funzioni.

Per varie ragioni, che tenteremo di esplicitare nel seguito, nell’evoluzione del SSN il principio di Sussidiarietà, in particolare quella orizzontale, è rimasto in secondo piano, nell’illusione che basti una buona programmazione per avere buoni servizi.

L’equivoco ha origini lontane. La L. 833/1978, istituendo il SSN, ne ha definito i principi ispiratori, in modo così moderno che ancora oggi essi mantengono tutta la loro validità, ma è nello stesso tempo voluta entrare in dettagli organizzativi che, forse, oggi non verrebbero considerati necessari, o addirittura verrebbero considerati configgenti con l’Autonomia concessa alle Aziende Sanitarie.

Nella L. 833/1978, una previsione riconducibile alla Sussidiarietà verticale può forse trovarsi ove si indica l’opportunità di un decentramento amministrativo regionale; appare invece poco esplicitato l’interesse per la Sussidiarietà orizzontale.

La scelta dell’aziendalizzazione ha rappresentato una radicale modificazione del sistema nella misura in cui, portando l’efficienza in primo piano, ha implicitamente sancito un principio tipico della Sussidiarietà: ruoli e funzioni devono essere definiti in funzione della capacità di ogni livello del sistema di fare in modo ottimale la propria parte.

Oggi l’aziendalizzazione è però già in una fase di ripensamento, sebbene non del tutto esplicita. Ad esempio il modello neo-centralista, adottato in misura minore o maggiore in molte Regioni, in qualche modo confligge con l’idea originaria di aziendalizzazione.

Se l’Autonomia è il *leit motiv* dei rapporti fra Governo centrale e regionale, altrettanto non può dirsi dei rapporti fra Regioni e Aziende Sanitarie. Anzi, la ricerca dei risparmi sta diminuendo la fiducia nei meccanismi concorrenziali, mentre si privilegia la ricerca di economie di scala: consorzi di acquisto, centralizzazione della logistica, ma anche la fissazione di prezzi di riferimento nazionali per alcuni tipi di gare sono strumenti di razionalizzazione del mercato che modificano l’assetto della *governance*.

In una logica di Sussidiarietà, prima di liquidare l’aziendalizzazione, sarebbe però opportuno osservarne oltre ai difetti, anche i meriti, possibilmente su basi oggettive. Questa

valutazione è ovviamente difficile, anche a causa della natura “spuria” delle Aziende Sanitarie pubbliche, che genera confusione fra fallimenti dovuti al modello aziendale e quelli dovuti alla natura pubblica delle aziende.

Altrettanto delicate, se non forse di più, sono le questioni riconducibili alle scelte di Sussidiarietà orizzontale.

Negli assetti futuri del SSN, due aspetti incombono: la separazione fra acquirenti e produttori e il rapporto pubblico/privato. Sul primo tema, più volte richiamato nei Rapporti CEIS – Sanità, osserviamo che nessun Servizio Sanitario Regionale è riuscito nell’operazione di totale (o meglio sostanziale) separazione dei ruoli. La questione, che è stata centrale nelle riforme pro-competitive degli altri Paesi, è rimasta nel nostro Paese sospesa, probabilmente a causa della poca incidenza quantitativa degli erogatori privati (se non in alcune Regioni) e della peculiarità del rapporto di lavoro dei dipendenti delle aziende pubbliche, che rende difficili eventuali modifiche di assetto.

In prospettiva si dovrà scegliere: ad esempio, se si vuole continuare nella strada della remunerazione tariffaria degli erogatori, allora si dovrà affrontare definitivamente la questione della separazione dei ruoli, in modo che il sistema di pagamento prospettico possa esplicitare il suo ruolo, su tutti gli erogatori, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata; se invece si vorrà mantenere l’attuale commistione, allora si dovrà ripensare il sistema di remunerazione: mancando la sanzione economica, magari converrà ridurlo a *benchmark* di riferimento, come nell’esperienza francese.

Al contrario, molto si è detto sul cosiddetto rapporto pubblico/privato. A ben vedere, la L. n. 833/1978 pose gli erogatori privati in una posizione ancillare rispetto a quelli pubblici: l’istituto del convenzionamento configurava una facoltà del SSN, da esercitarsi in modo sostanzialmente residuale, ove si fosse ritenuto di non supplire ad un bisogno della popolazione con strutture pubbliche.

Il D.Lgs. n. 502/1992 ha ribaltato questo assetto, ponendo erogatori privati e pubblici sullo stesso piano, che è quello dell’accreditamento. Tale istituto si configura come un diritto per le strutture pubbliche e private, dotate di idonei requisiti: non è però mai stato rispettato totalmente, vuoi per mancanza di accordo sui requisiti da richiedere, vuoi per protezione degli erogatori pubblici.

Il D.Lgs. n. 229/1999 ha sancito definitivamente la “debolezza del diritto”, subordinandolo alle esigenze di programmazione sanitaria: in tal modo si è fatto cadere il principio della pari dignità, come anche quello di operare scelte in funzione della semplice efficienza delle strutture.

Si coglie nel dibattito in corso, specialmente quello in essere sulle ragioni del dissesto finanziario di alcune Regioni, l’idea che le strutture private siano prevalentemente orientate al profitto e come tali debbano essere tenute in un ambito strettamente subordinato. A livello regionale, si evidenzia una forte correlazione fra disavanzo accumulato e quota di “spesa accreditata”: in tal senso si esprime anche il modello di spesa descritto nel cap. 1.1.

La questione è certamente delicata: la letteratura non sembra assegnare alla natura della proprietà valenza significativa in termini di maggiore o minore efficienza: non sembra quindi esserci motivo perché una struttura pubblica debba essere meno efficiente di una

privata, ma neppure perché una privata non debba avere la stessa qualità di una pubblica. Semmai è la natura *profit* o *non profit* che può fare la differenza, dove la seconda dovrebbe massimizzare lo sforzo delle Aziende ad erogare prestazioni di buona qualità, orientate alla soddisfazione del cliente.

In altri termini, anche il dibattito sul rapporto pubblico/privato sembra condizionato da valutazioni di tipo finanziario, perdendo così di vista la questione della misurazione dei meriti delle varie tipologie di aziende (*non profit* pubbliche, *non profit* private e *for profit*) in termini di efficienza, qualità e personalizzazione delle prestazioni rese.

Particolarmente penalizzato, sin qui, appare essere stato il cosiddetto “terzo settore”, per il quale manca una sufficiente esplorazione della possibilità che rappresenti una valida alternativa o, quanto meno, un’integrazione al settore pubblico, permettendo tra l’altro una più chiara separazione dei ruoli: la creazione dei trust nel NHS inglese va in tal senso. Nel futuro del SSN si affacciano, quindi, nuovi attori e nuove esigenze che devono trovare una loro collocazione: lo sviluppo che avranno dipende in larga misura da come il sistema vorrà interpretare il principio di Sussidiarietà.

## 5. Integrazione

L’Integrazione è la quarta “provocazione” di questo Rapporto CEIS – Sanità 2007. Invecchiamento e cronicità sono, infatti, un binomio inscindibile, che certamente condizionerà il nostro futuro. Il nostro sistema tenta faticosamente (e come argomentato nei cap. 2.2 e 2.3 con dubbi risultati economici, visto che si riducono i letti ma non gli organici) di ridurre la quota di assistenza ospedaliera, ovvero la quota di offerta eminentemente orientata alle acuzie, senza però ancora avere definito un modello alternativo di assistenza per la cronicità.

La cosiddetta “assistenza territoriale”, già il nome adottato per indicare questo LEA appare sintomo di una certa confusione, contiene tanto prestazioni per l’emergenza che per l’acuzie, e infine per la cronicità, finendo per essere un aggregato definito in negativo, ovvero come tutto ciò che “non è ospedale”.

Le analisi condotte sulla spesa privata (cfr. cap. 4.1) ci dicono con chiarezza che la maggior parte dei bisogni non soddisfatti è di tipo socio-sanitario: in effetti, il sistema attuale è certamente inadeguato, sia come offerta che come organizzazione, a far fronte alle esigenze legate alla convivenza con la malattia, che sono a cavallo fra sociale e sanitario, come anche a tutto ciò che è sociale e legato alla disabilità.

Gli anziani rappresentano certamente la fascia più fragile della popolazione, quella che unisce maggiori e più complessi bisogni, e insieme minore capacità economica.

L’analisi della disabilità, contenuta nel cap. 5.3, evidenzia che abbiamo un esercito di oltre 2,3 milioni di disabili, con un forte aumento di quelli che vivono soli, a conferma della necessità di rafforzare l’assistenza sociale. Solo il 10% delle famiglie con un disabile riceve aiuti dalle ASL o dal Comune, e solo il 13,5% ha una collaborazione a pagamento.

La disabilità è un fenomeno di genere: il 7,3% degli uomini *over 50* è disabile, contro una percentuale quasi doppia per le donne (13,2%). È anche un fenomeno con caratteristiche geografiche: nel Nord gli *over 50* disabili sono il 9,0%, ma salgono al 12,9% nel Sud. Principalmente, però, è un fenomeno legato allo stato socio-economico: i disabili sono il

3,7% dei laureati e diplomati, ma addirittura il 15,2% di quelli con licenza elementare. Crescono, inoltre, le multi-disabilità e, anche se si diventa sempre meno disabili, o quanto meno si posticipa la sua insorgenza, per effetto dell'invecchiamento il numero dei disabili aumenta. Un modello organizzativo che dia risposta a queste tipologie di bisogni, con le diversità evidenziate, appare ancora assente.

Gran parte dell'attenzione si sta oggi concentrando sull'aggregazione dei medici di base (cfr. cap. 2.6), ritenendo che la medicina di gruppo possa offrire soluzioni più adeguate alla popolazione; questo è certamente vero in generale, ma paradossalmente più per i casi di bisogno acuto (che trovano così una risposta più adeguata, di livello più complesso), che non per quelli cronici.

Negli altri Paesi europei sul tema della cronicità si sta investendo, ad esempio sperimentando percorsi di *disease management*, almeno per le principali forme (Diabete, BPCO, Scemenso cardiaco), che da sole si stima assorbano il 70% dei costi delle cronicità.

Il pregio di questi modelli, oltre a quello (non da poco) di aumentare *compliance* e soddisfazione dei pazienti, è quello di definire un modello organizzativo fondato sulla presa in carico dei pazienti, e insieme di razionalizzare il percorso di cura della parte maggiore dei pazienti cronici; si noti che disporre di percorsi definiti crea le condizioni per disegnare interventi (quasi) *ad personam* per le altre tipologie di cronicità.

L'Integrazione è, quindi, insieme un modello organizzativo nuovo, che ancora deve essere definito, basato sia su una reale presa in carico, sia sull'attenzione alla qualità della vita del paziente/disabile. Essa però è anche un atteggiamento culturale diverso nei confronti del ruolo del SSN, in quanto deve abbandonare la logica della quantità delle prestazioni (uguali per tutti) in favore della loro personalizzazione sui bisogni specifici della popolazione: un maggiore orientamento al "cliente" che ancora stenta a realizzarsi compiutamente.

## 6. Valutazione

Senza sistemi di Valutazione trasparenti e credibili il sistema italiano non potrà migliorare e principalmente sarà difficile che possa conquistare la fiducia dei cittadini, la cui mancanza o carenza è l'elemento ricorrente, e maggiormente preoccupante, delle classifiche che vengono periodicamente proposte. Si tratta quindi di un'esigenza legata non solo alla possibilità di operare scelte efficienti e efficaci, ma anche e soprattutto alla volontà di garantire credibilità complessiva al sistema.

Allo stato attuale, purtroppo, dobbiamo osservare che in Italia è difficile persino tracciare un quadro epidemiologico consistente, che pure dovrebbe essere la base di qualsiasi forma di pianificazione. In un tale contesto, non stupisce che l'opinione pubblica rimanga in balia dell'aneddotica e/o delle classifiche che gli vengono proposte, le quali giungono, a seconda del parametro di volta in volta utilizzato, a risultati assolutamente difforanti relativamente alla bontà del nostro sistema.

Stilare classifiche o valutazioni sintetiche oggettive è forse impossibile, anche perché i sistemi sanitari sono fortemente legati ad aspetti sociali e culturali peculiari di ogni Paese, così che ciò che è una priorità in una realtà, può non esserlo in altre; ciò non di meno, ai cittadini andrebbe offerta la possibilità di conoscere il grado di raggiungimento degli

obiettivi a fondamento del sistema, per i quali destinano una quota rilevante delle proprie risorse.

Sebbene quindi la Valutazione sia un'operazione difficile, essa dovrebbe assurgere a principio ispiratore del SSN.

Il Rapporto contiene numerosi contributi che mostrano la debolezza dei sistemi di monitoraggio e anche altri che provano a dimostrare la possibilità di crearne di nuovi.

Sul lato della Valutazione dei bisogni e dei fabbisogni per finanziarli, va detto che l'esperienza inglese in termini di capitation, ovvero di finanziamento dei *Primary Care Trust*, dimostra che molto si può fare, disponendo però di sistemi informativi adeguati.

Nel cap. 2.1 si evidenzia, allo stato attuale, la mancanza di una chiara indicazione di come garantire il rispetto sostanziale dei LEA, ovvero dell'equo accesso alle prestazioni assistenziali ritenute essenziali, e si analizza poi la versione italiana della citata *capitation*, per giungere alla conclusione che il sistema di riparto delle risorse fra le Regioni è stato ondivago, sta perdendo quella patina di scientificità che in origine aveva e, con buona probabilità, è distorsivo. Si evidenzia, altresì, che la scelta dei parametri su cui stimare il fabbisogno è tutt'altro che neutrale.

Le modifiche intervenute nel tempo nei criteri di assegnazione delle risorse, in effetti, sono abbastanza significative e spesso modificano anche sensibilmente i risultati finali (avanzi/disavanzi). Nel capitolo si evidenzia come sia importante, nella scelta del criterio di riparto, fermarsi all'osservazione dell'utilizzo (ai sensi della L. n. 662/1996), ovvero "ripulire" quanto più possibile le osservazioni dall'inefficienza, ad esempio utilizzando le *best performance* (es. più basso tasso di ospedalizzazione). Sembra anche difficile non riconoscere che, data la prevalenza di strutture erogatrici pubbliche, non si riconosca l'esigenza di considerare una quota di costi fissi.

Purtroppo, come detto, in assenza di basi informative affidabili non siamo in grado di apprezzare l'impatto di variabili escluse dal sistema di riparto, quali i fattori socio-economici (deprivazione, etc.).

In carenza di una Valutazione scientifica, diventa difficile anche condividere il giudizio sui disavanzi maturati: è infatti evidente che essi siano il prodotto tanto della spesa, che del finanziamento accordato. In prospettiva, la mancanza di un approfondimento del tema mina alle basi il progetto di federalismo fiscale; l'idea del fondo di perequazione (in senso solidaristico) contenuto nel D.Lgs. n. 56/2000 mancherebbe, infatti, di un condiviso metodo di Valutazione del fabbisogno sanitario.

Il cap. 3.3 indaga, a complemento di quanto detto, il rapporto fra mobilità e ricoveri inappropriati, suggerendo che l'attuale sistema di riparto potrebbe finire per creare incentivi non corretti, generando flussi di mobilità di ricoveri inappropriati che finirebbero per nascondere eccessi di offerta nelle Regioni di attrazione.

Si conferma quindi che la Valutazione dei bisogni e dei correlati fabbisogni finanziari dovrebbe essere un investimento prioritario, cosa che non viene invece spinta a causa di una mal interpretata autonomia delle Regioni, che tendono a risolvere orizzontalmente le questioni legate al finanziamento.

Il Rapporto contiene anche esempi di valutazioni possibili, sebbene in ambiti specifici. Iniziamo dall'efficienza delle strutture, e nello specifico delle Aziende ospedaliere. I diffe-

renziali di efficienza fra le strutture tendono anno dopo anno ad aumentare. Nel 2004 (ultimo anno disponibile) il costo per punto DRG delle strutture considerate (92) varia da quasi € 1.800 a oltre € 7.100, ovvero di oltre il 400%.

Differenze di questo genere non sono attribuibili ad imprecisioni contabili, né tanto meno

**Tabella 5 - Costo per punto DRG, anni 2003-2004**

Costo per punto DRG (ord.+ day hospital)	2003	2004	Var 2004/2003
Osservazioni	92	92	0
Media Nazionale	3.728,72	3.835,55	2,87%
Mediana	3.572,21	3.747,05	4,89%
Media Troncata (5%)	3.695,90	3.809,60	3,08%
Media Troncata (15%)	3.666,01	3.789,41	3,37%
S.Q.M.	795,39	806,17	1,35%
Max	7.055,54	7.161,05	1,50%
Min	2.278,46	1.779,40	-21,90%
Max/Min	3,10	4,02	+ 0,93

Fonte: nostra elaborazione su dati ASSR

a difetti del DRG (peraltro presenti): esistono inefficienze rilevanti che devono ancora essere affrontate; l'esercizio dimostra l'utilità della Valutazione, nella misura in cui una successiva analisi econometrica (cfr. cap. 3.2) permette di attribuire l'inefficienza in larga misura alle piante organiche squilibrate (in particolare per la quota di personale non sanitario) e alla produttività del personale.

Per quanto concerne la qualità, il cap. 5.1 sottolinea le difficoltà statistiche e concettuali di misura della stessa in ambito clinico. Evidenzia però anche l'importanza e la possibilità di scegliere una politica di incentivo alla qualità, descrivendo pregi e difetti del *pay-per-performance*, del *pay-per-participation*, della creazione di centri di eccellenza. Molti Paesi sono già partiti e dimostrano che approcci integrati sono probabilmente la cosa più sensata. Meccanismi di *pay-per-performance* sono già presenti in ambito internazionale, sia a livello ospedaliero che di cure primarie, e sarebbe auspicabile venissero introdotti anche in Italia.

L'Atlante sulla mortalità evitabile (ERA), rapporto annuale che condivide con quello CEIS la filosofia del supporto alla Valutazione e alle scelte di politica sanitaria, ci sembra un altro esempio di buona valutazione: nel cap. 5.2 si riporta un esempio di utilizzo dello strumento, dedicato alla mortalità evitabile per tumori alla mammella e all'utero, che evidenzia come siano già oggi disponibili informazioni utili ai fini della razionalizzazione del sistema e alla valutazione della qualità.

Il cap. 5.4, infine, evidenzia la necessità di approfondire la Valutazione dell'ingente investimento in corso sull'ECM, concentrando l'attenzione sulla Valutazione dei servizi dei *Provider* e dei ritorni della formazione.

## 7. Empowerment

La sostenibilità (sociale ancor più che finanziaria) del SSN, così come è stato improntato alla fine degli anni '70, si fonda sulla sua credibilità.

La scommessa per il SSN è di riuscire a invertire le sue scarse performance sul versante della soddisfazione dei cittadini, ricorrenti in tutte le "classifiche" prodotte.

Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà assumono ruoli strumentali, che poco senso avrebbero se non orientati alla centralità del cittadino.

La stessa Valutazione, si è già detto, ha poco valore se non è in ultima istanza finalizzata a permettere ai cittadini di orientarsi autonomamente nel SSN e di scegliere i servizi migliori.

Anche l'Integrazione deve essere ricondotta ad un modello partecipativo: "calata dall'alto" avrebbe ben poche chances di realizzarsi compiutamente.

L'*Empowerment*, quindi, riassume in sé la vera sostanza della modifica necessaria per il futuro del SSN: un sistema che deve essere meno auto-referenziale e paternalistico e più orientato a interpretare la tensione verso una migliore qualità della vita espresso dalla Società.

Non si tratta solo di avere cittadini più informati: si devono anche trovare forme di maggiore partecipazione diretta. La presenza dei cittadini nei gangli decisionali del sistema è ancora molto limitata, contrariamente a quanto avviene in molti altri sistemi europei, forse a causa del timore che divenga una forza espansiva endogena sul lato della spesa: si sottovaluta, forse, che la partecipazione al difficile compito di governare il sistema aumenta la Responsabilità degli attori.

Va quindi ripensato il rapporto fra SSN e Società: il rapporto con i cittadini, fruitori ultimi del servizio, deve basarsi su una reciproca Responsabilità, che deve riconoscere in un'ottica di Sussidiarietà anche l'Autonomia decisionale dei cittadini stessi. La trasparenza delle Valutazioni è la condizione essenziale per la partecipazione; lo sviluppo dell'Integrazione il primo obiettivo urgente su cui verificare la bontà dell'intuizione.

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people in a meeting or collaborative work environment. The silhouettes are in various poses, some appearing to be in discussion or looking at documents.

# *Capitolo 1*

## *Spesa e finanziamento*

## 1.1 - Evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nei Paesi OCSE\*

Francia L.<sup>1</sup>, Gitto L.<sup>1</sup>, Mennini F.S.<sup>1</sup>

### 1.1.1 Introduzione

Come già rilevato nelle precedenti edizioni del Rapporto CEIS (2003; 2004; 2005, 2006<sup>2</sup>), i Paesi OCSE continuano ad impiegare un considerevole ammontare di risorse per alimentare i propri sistemi sanitari. Con lo scopo di garantire una continuità di informazione e di confronto sull'andamento della spesa sanitaria nei Paesi OCSE, anche in questa edizione sono stati analizzati i risultati, in termini di spesa, conseguiti dai Paesi dell'area OCSE.

Il continuo sviluppo delle tecnologie in campo sanitario, l'invecchiamento della popolazione e l'incremento delle aspettative da parte della popolazione sono tra i principali fattori che determinano la continua crescita della spesa sanitaria, così come evidenziato dai dati presenti in questo lavoro. La spesa sanitaria ha continuato a "correre" più velocemente della crescita economica durante gli ultimi dieci anni, anche in conseguenza di un rallentamento della crescita economica che ha caratterizzato gli ultimi anni<sup>3</sup>.

Persiste quindi una certa preoccupazione dei *policy makers* in merito alla sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. La gran parte della spesa sanitaria, infatti, è finanziata da risorse pubbliche e genera, conseguentemente, grande pressione sui già ristretti *budgets* pubblici di ogni singolo Paese. La domanda di corretti o appropriati livelli di spesa sanitaria difficilmente trova risposta. Durante le due decadi passate, tanto l'Italia quanto gli altri Paesi OCSE hanno implementato una serie continua e differenziata di modelli rivolti al contenimento dei costi e al miglioramento della situazione finanziaria dei sistemi sanitari.

Il presente lavoro illustra, dunque, i dati sulla spesa per l'assistenza sanitaria dell'Italia e di trenta<sup>4</sup> Paesi dell'area OCSE<sup>5</sup>. Viene posto l'accento sui principali *trends* nel nostro Paese

<sup>\*</sup> *L'ultima raccolta dati, OECD Health Data 2007, è stata utilizzata quale base dati per il presente contributo. Si ringrazia Francesca Colombo (Health Policy Unit, OECD, Paris) per il contributo fornito nel Rapporto CEIS Sanità 2004 che ci ha permesso di completare il presente lavoro.*

<sup>1</sup> *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

<sup>2</sup> *Francia L e Mennini FS (2003); Colombo F e Mennini FS (2004); Francia L e Mennini FS (2005); Francia L e Mennini FS (2006).*

<sup>3</sup> *Cfr. Colombo F e Mennini FS, 2004.*

<sup>4</sup> *È utile sottolineare che in alcune elaborazioni non si è potuto prendere in considerazione tutti e 30 i Paesi in quanto per alcuni non sono disponibili i dati riferiti al 2005.*

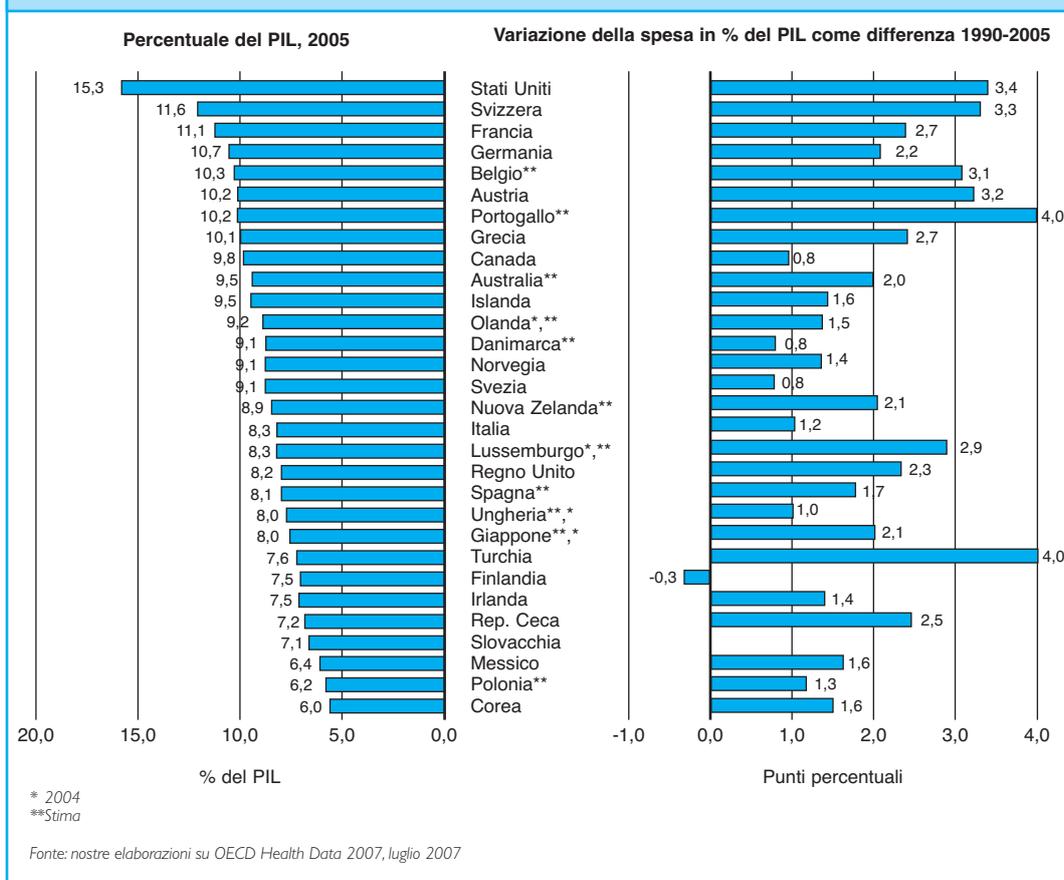
<sup>5</sup> *L'OCSE raccoglie annualmente i dati sui sistemi sanitari dei 30 Paesi membri industrializzati. L'ultima raccolta dati, OECD Health Data 2007, è stata utilizzata quale base dati per il presente contributo. Questa nuova versione dell' OECD Health Data è diffusa in italiano per il terzo anno. Ulteriori informazioni è possibile ottenerle consultando: [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata).*

per poi discutere le principali differenze tra tutti i Paesi analizzati. Inizialmente si effettua una analisi della spesa sanitaria in relazione al PIL. Il lavoro quindi prosegue verificando come la spesa per l'assistenza sanitaria viene finanziata nei Paesi oggetto dell'indagine e infine si propone di investigare come vengono utilizzate le risorse tra i differenti beni e servizi sanitari. Al fine poi di analizzare le disparità tra i Paesi analizzati nei livelli di spesa sanitaria, è stata condotta un'analisi econometrica tendente ad evidenziare come tali differenze siano dovute a più fattori. Seguono le conclusioni.

### 1.1.2 La spesa sanitaria

I sistemi sanitari continuano a presentare nel 2005 una notevole variabilità dell'indicatore espresso in termini percentuali della spesa sanitaria sul PIL. Si rilevano infatti valori che vanno dal 15,3% che si misura negli Stati Uniti, al 6,0% che si registra in Corea. Quadro in realtà non difforme da quanto registrato nel periodo 2002-2004 (figura 1).

**Figura 1 - Spesa sanitaria in percentuale del PIL anno 2005 e sua variazione anni 1990-2005**



### 1.1.3 La spesa sanitaria pro-capite

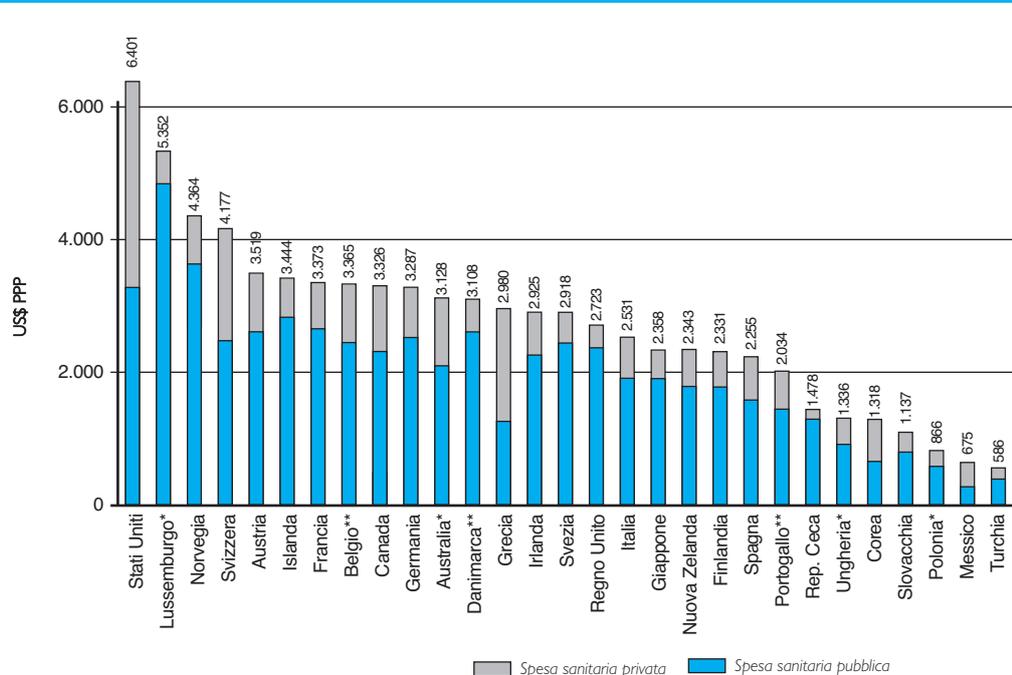
Per comprendere meglio l'effettiva realtà dei Paesi analizzati, può essere utile entrare maggiormente nel dettaglio.

Il nostro Paese presenta una quota di spesa pro-capite pari a \$ 2.531 *Purchasing Power Parità* (PPP), mantenendo rispetto al 2004 praticamente la medesima ripartizione in termini percentuali tra componente pubblica e privata. Gli Stati Uniti si confermano nella prima posizione anche per quanto attiene la spesa sanitaria pro-capite. Nel 2005 hanno infatti registrato un valore di spesa sanitaria pro-capite pari a US\$ 6.401 (PPP), rispetto a meno di US\$ 1.000 PPP che si misurano in Paesi quali il Messico, la Polonia e la Turchia (figura 2). Appare interessante notare come gli Stati Uniti, che presentano tra i Paesi OCSE la maggior quota di spesa sanitaria privata pro-capite (\$ 3.517), abbiano una componente pubblica (pari a \$ 2.884) seconda solo a quella che si registra in Norvegia e nel Lussemburgo.

Paesi ordinati per livelli decrescenti della spesa sanitaria totale pro-capite (US\$ PPP).

I Paesi sono disposti in ordine decrescente rispetto alla spesa sanitaria pro-capite

**Figura 2 - Divisione della spesa sanitaria pro-capite in pubblica e privata, anno 2005**

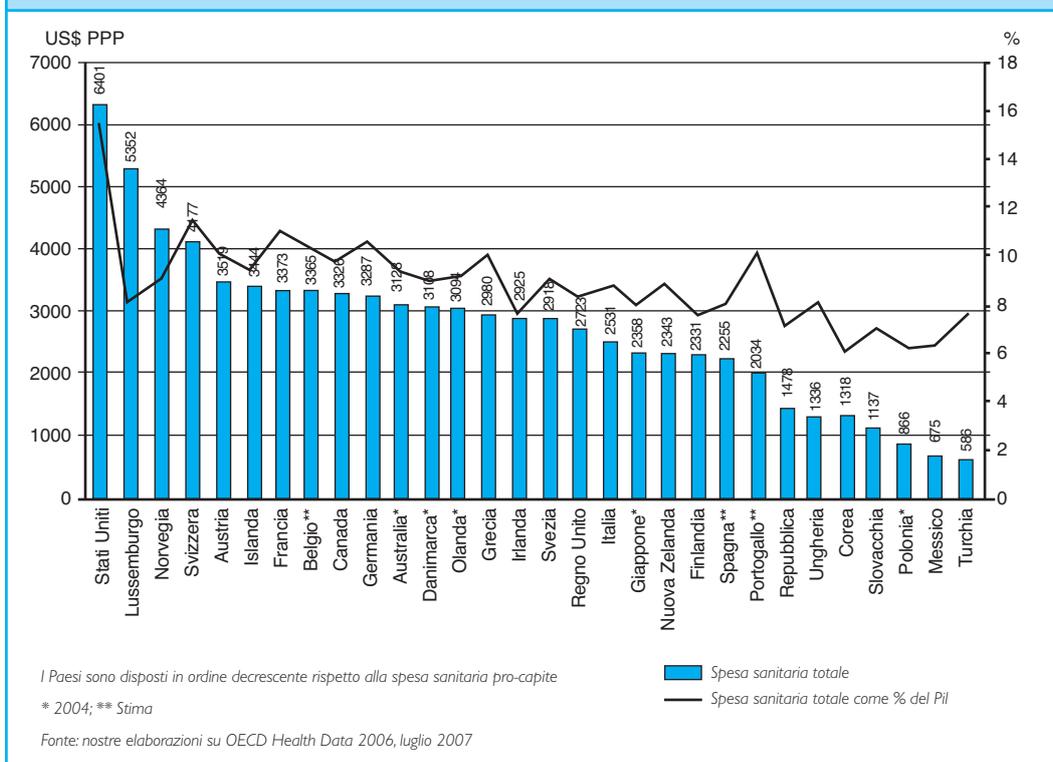


\* 2004 \*\*stima

Paesi ordinati per livelli decrescenti della spesa sanitaria totale pro-capite (US\$ PPP)

Fonte: nostre elaborazioni su OECD Health Data 2007, luglio 2007

**Figura 3 - Spesa sanitaria totale pro-capite e quale percentuale del PIL, anno 2005**



### 1.1.4 Il settore pubblico quale strumento principale per il finanziamento della spesa sanitaria

Il mix di schemi utilizzati al fine di garantire la copertura di assistenza sanitaria al maggior numero di persone influenza i modelli di finanziamento dei sistemi sanitari stessi. Anche nei Paesi dove vige un sistema di copertura universale si riscontra un significativo ricorso alla spesa privata, che dipende da quanto è ampio il *gap* di servizi che dovrebbe garantire il sistema pubblico, dall'ampiezza della compartecipazione alla spesa e dal ruolo che rivestono le differenti forme di assicurazione sanitaria privata (ampiezza del mercato assicurativo)<sup>6</sup>.

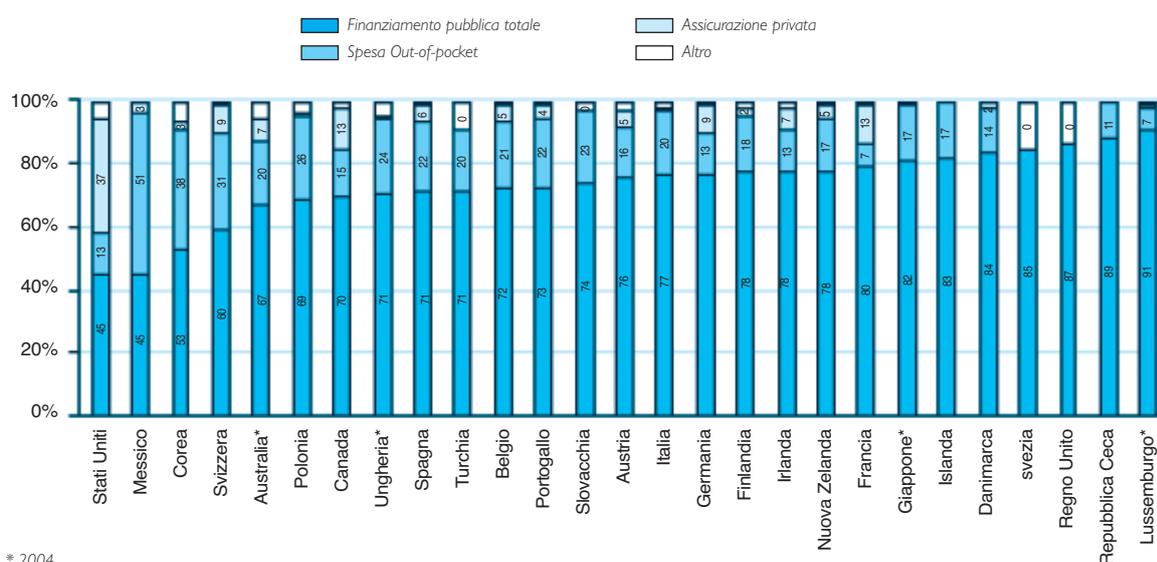
Il finanziamento pubblico rappresenta, comunque, la formula dominante all'interno del gruppo dei Paesi OCSE (figura 4), pur registrando una lieve flessione rispetto al 2002. La quota pubblica è stata superiore del 75,0% in diversi Paesi. L'Italia è tra questi, con una quota pubblica prossima al 76,6% che è praticamente la medesima registrata negli ultimi dieci anni.

In Italia la spesa delle famiglie rappresenta circa un quarto del totale. È comunque importante notare come la quasi totalità (ca. 87,0%) del finanziamento privato nel nostro Paese

<sup>6</sup> Cfr. OECD, 2003 c e Docteur et al., 2003.

è rappresentata dalla spesa *out-of-pocket* che, ad eccezione di Slovacchia, Danimarca, Islanda, Rep. Ceca e Norvegia, rappresenta uno dei valori più alti fra i Paesi della vecchia Europa e quelli maggiormente industrializzati. Per quanto attiene questa parte del finanziamento è, dunque, interessante notare come la spesa *out-of-pocket* rappresenta in media il 18,4% del totale della spesa sanitaria nel 2005<sup>7</sup> e si conferma al di sopra del 76,0%<sup>8</sup> del totale della spesa privata in buona parte delle realtà OCSE (Figure 4 e 5). La variabilità fra Paesi rimane comunque abbastanza ampia. Con alcune eccezioni, i Paesi con il più basso reddito pro-capite hanno la quota più ampia di spesa *out-of-pocket* e viceversa. La spesa *out-of-pocket* va a finanziare differenti tipologie di beni e servizi sanitari fra i Paesi OCSE. L'incidenza della spesa *out-of-pocket* sul totale dei consumi delle famiglie è cresciuta sensibilmente lungo l'arco degli ultimi dieci anni tra i Paesi OCSE, con poche eccezioni (Danimarca, Francia, Corea e Stati Uniti), e in particolare in Italia. Di recente, però, sembra registrarsi un rallentamento in questo trend.

Figura 4 - Spesa sanitaria per fonte di finanziamento, anno 2005



\* 2004

Nota: Per la Slovacchia si segnala un salto di serie nel 2004

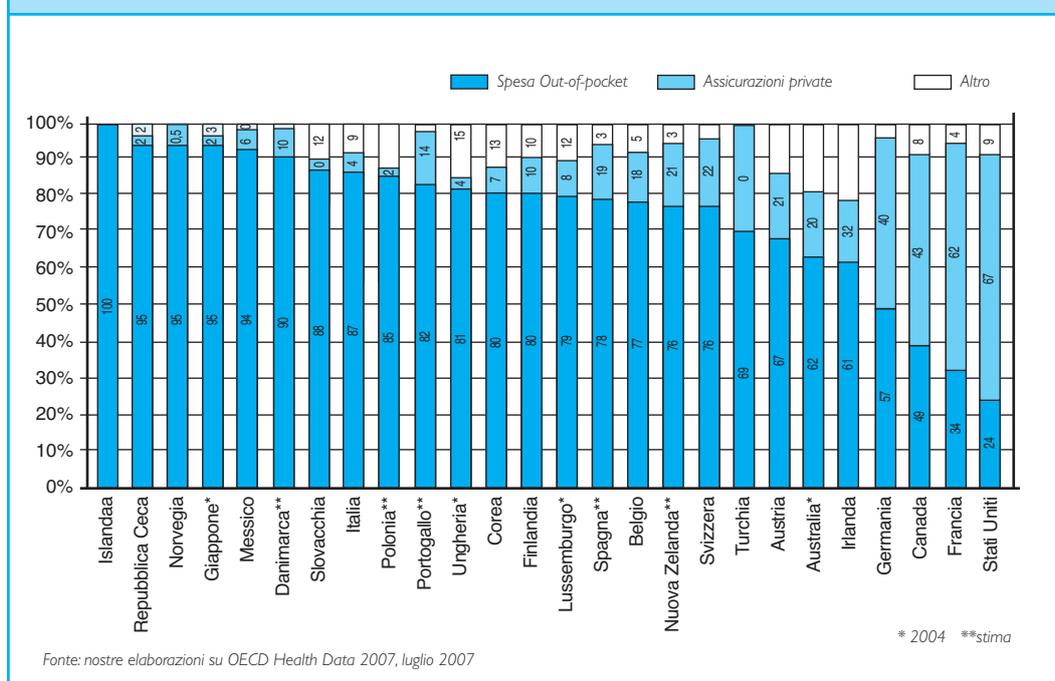
Fonte: nostre elaborazioni su OECD Health Data 2007, luglio 2007

<sup>7</sup> Queste considerazioni non comprendono la Grecia, l'Olanda e la Norvegia, che presentano dati incompleti. Per le componenti della privata, sono incompleti anche i dati di Svezia e Regno Unito. Per il Lussemburgo, il Giappone, l'Ungheria e l'Australia, i dati disponibili si riferiscono al 2004 (OECD, 2007).

<sup>8</sup> Queste considerazioni non riguardano Olanda, Regno Unito, Svezia e Grecia, a causa dell'incompletezza delle informazioni.

L'assicurazione sanitaria privata rappresenta in media la componente minore di finanziamento (con circa il 5,0% del totale)<sup>9</sup> (esattamente come nel 2002) e circa un quinto del finanziamento privato per la sanità (figura 5). I valori registrati variano tra il 38,0% e il 37,0% del totale della spesa rispettivamente nella Corea e negli Stati Uniti e la totale assenza registrata in alcuni Paesi OCSE dove non esiste un mercato delle assicurazioni sanitarie private (figura 4), confermando quanto già rilevato nel 2004.

Figura 5 - Divisione del finanziamento privato, anno 2005



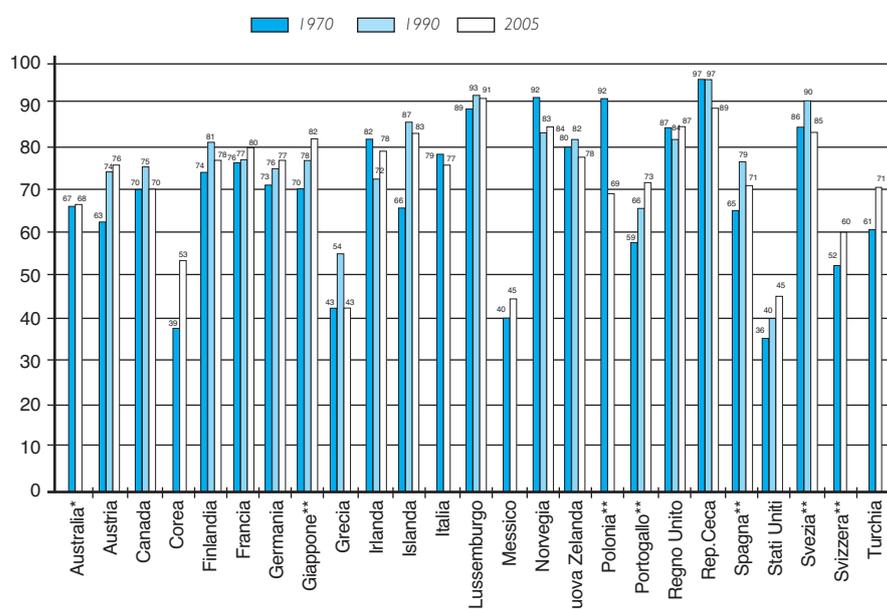
Come verificato nel 2000<sup>10</sup>, anche nel 2004 si conferma che non esiste una relazione tra l'importanza delle assicurazioni private nel finanziamento della spesa sanitaria totale e il livello di sviluppo economico dei Paesi.

La struttura del finanziamento della sanità è stata in linea di massima stabile negli anni. Sembra esserci una certa convergenza nella quota di spesa pubblica all'interno dei Paesi dell'area OCSE. Paesi la cui spesa sanitaria pubblica era tra le più elevate registrate tra i Paesi OCSE hanno visto un declino nella quota pubblica e un andamento opposto ha interessato quei Paesi aventi un livello di spesa tra i più bassi rilevati nei Paesi OCSE (figura 6).

<sup>9</sup> Vedi nota 12 per quanto riguarda i Paesi considerati (OECD, 2007).

<sup>10</sup> Colombo F e Mennini FS (2004).

**Figura 6 - Mutamenti nella quota pubblica di spesa sanitaria, anni 1970-2005**



\*2004 \*\*stima

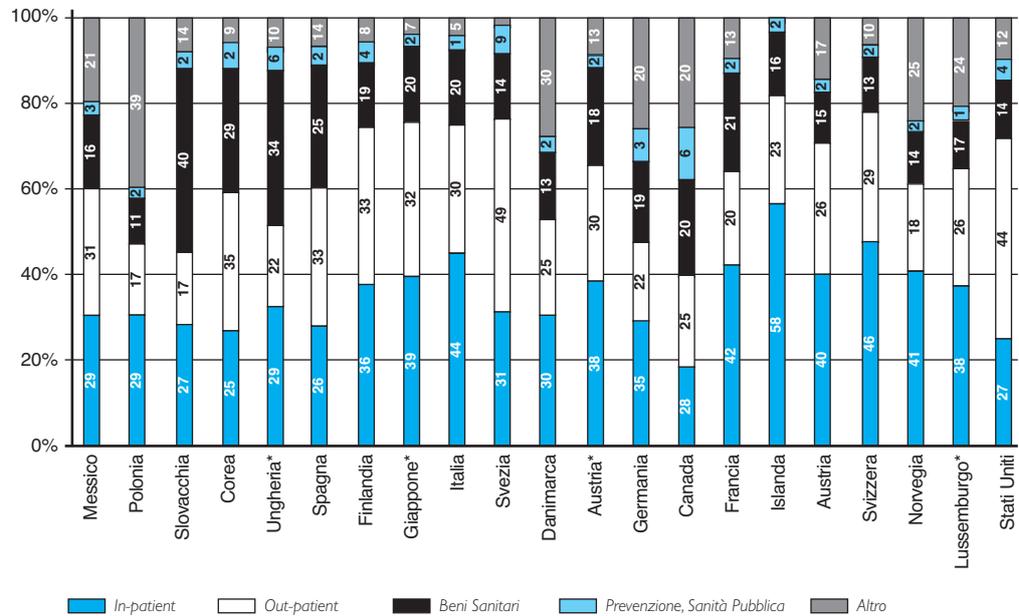
Fonte: nostre elaborazioni su OECD Health Data 2007, luglio 2007

### 1.1.5 La spesa per tipologia di assistenza

Nonostante una certa convergenza nella quota di spesa pubblica, i Paesi OCSE analizzati differiscono sostanzialmente per le quote di spesa relative alle differenti tipologie di assistenza (figura 7). L'Italia si differenzia, in particolare, per quanto riguarda la spesa per la prevenzione. Infatti, è uno dei Paesi che spendono meno per questa voce (sebbene vi siano delle differenze sostanziali fra le Regioni), con lo 0,7% della spesa sanitaria totale nel 2005 (0,6% nel 2004) (figura 8). Va però aggiunto che forse il problema più grande è rappresentato da come questa quota di spesa viene impiegata. Sebbene, comunque, la prevenzione è sempre più considerata quale chiave di volta nell'outcome sanitario, anche gli altri Paesi OCSE non destinano molte risorse in questa attività volta ad evitare che gli individui si ammalino. Nei 22 Paesi, poi, di cui sono disponibili i dati con un certo livello di completezza, l'assistenza erogata in regime di ricovero, quella *outpatient* e dei beni sanitari hanno registrato quasi tutti valori simili a quelli<sup>11</sup> dei due anni precedenti (ultimo confronto effettuato).

<sup>11</sup> Queste considerazioni non comprendono il Belgio, la Grecia, l'Irlanda, la Nuova Zelanda, la Norvegia, la Polonia, il Portogallo, la Turchia, la Svezia, la Danimarca e il Regno Unito. Per il Giappone, il Lussemburgo, l'Ungheria, e l'Australia i dati erano disponibili per il 2004. I beni sanitari includono i farmaci e gli altri prodotti non-durables, le apparecchiature mediche e gli altri medical durables (OECD, 2007).

Figura 7 - Spesa sanitaria per tipologia di servizio fornito, anno 2005

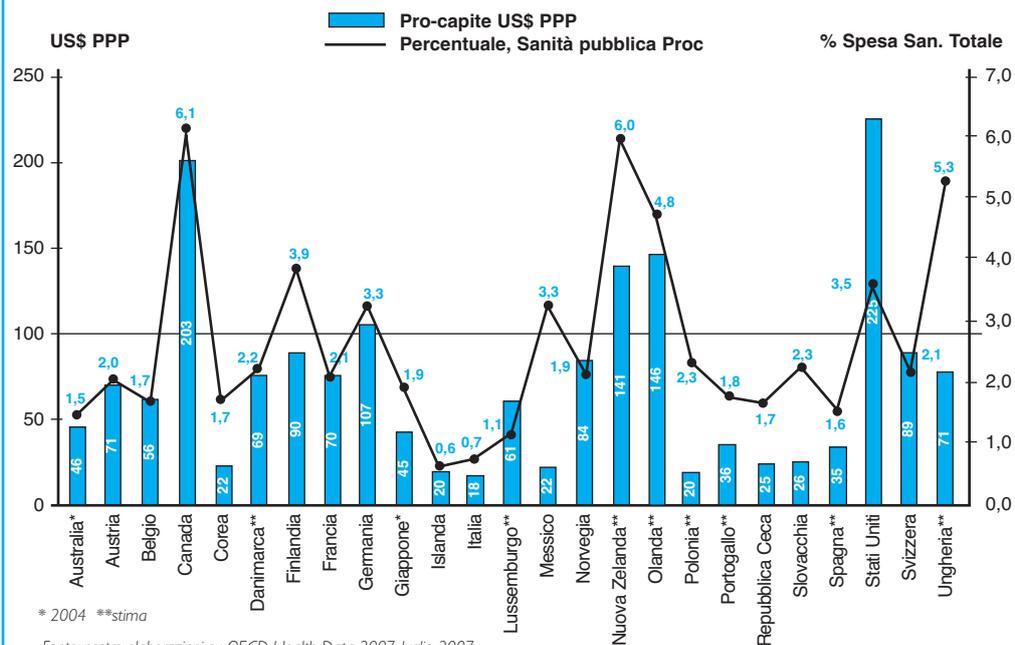


I Paesi sono disposti in ordine decrescente rispetto alla spesa sanitaria pro-capite

\* 2004

Fonte: nostre elaborazioni su OECD Health Data 2007, luglio 2007

Figura 8 - Spesa per la prevenzione e sanità pubblica pro-capite e quale quota della spesa sanitaria totale, anno 2005



\* 2004 \*\*stima

Fonte: nostre elaborazioni su OECD Health Data 2007, luglio 2007

Si conferma, quindi, una certa eterogeneità fra i Paesi dell'area OCSE nel livello di spesa per differenti tipologie di assistenza. Nel 2005, l'Italia aveva allocato il 44,0% della sua spesa sanitaria totale nell'*inpatient*, il 30,0% circa nell'*outpatient* e il 20,0% in beni e servizi sanitari, discostandosi da quanto registrato mediamente nella maggior parte dei Paesi OCSE (dei Paesi considerati per la completezza dei dati, infatti, solo la Svizzera e l'Islanda, rispettivamente con 46,0% e 58,0%, presentano una componente *inpatient* superiore a quella italiana).

Differenti ragioni spiegano la variazione nella distribuzione della spesa per tipologia di assistenza. Queste includono, tra le altre, l'innovazione nella tecnologia sanitaria, le riforme dei governi nel tentativo di migliorare l'efficienza e le opportunità di allocazione ottimale delle risorse, incluse le riforme sui modelli di pagamento<sup>12</sup>.

La farmaceutica continua a rappresentare un'importante area della spesa per l'assistenza sanitaria. L'Italia è situata al di sopra dei valori registrati mediamente nella maggior parte dei Paesi OCSE con il 20,0% (è utile qui sottolineare che più del 45,0% è rappresentato dalla spesa privata) (figura 10). Ancora, la variazione è sostanziale se si pensa che si passa dal 9,6% in Lussemburgo al 27,0% della Corea (considerando solo i Paesi con i dati disponibili 2005). I livelli di spesa farmaceutica, quindi, differiscono molto fra i differenti Paesi, riflettendo una grande variabilità nei prezzi, nei volumi prescrittivi e nei consumi.

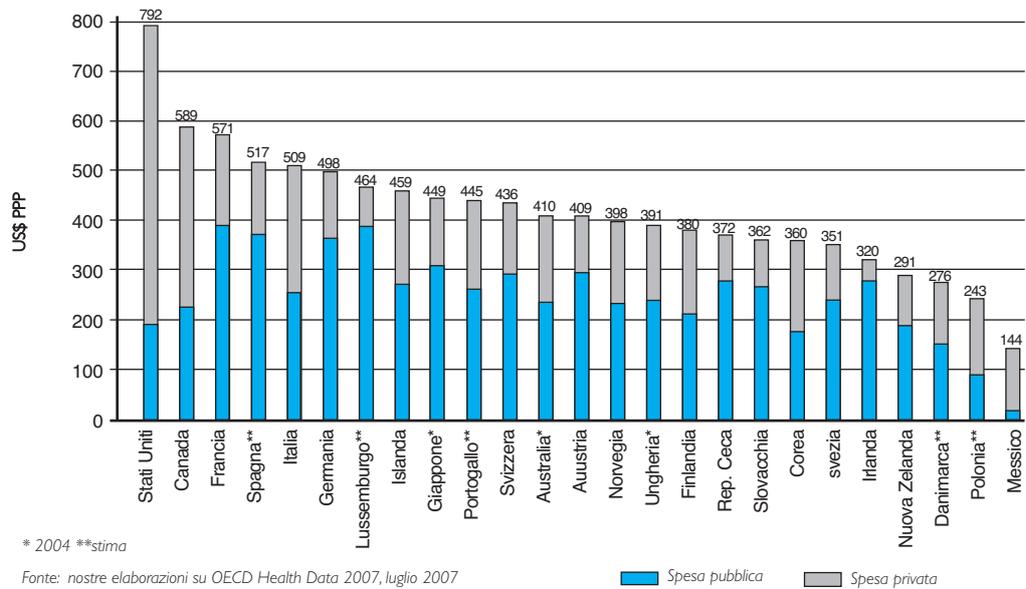
Utilizzando poi la spesa pro-capite quale indicatore di comparazione fra Paesi, si nota come l'Italia è il quinto Paese in ordine di spesa farmaceutica pro-capite all'interno dell'area OCSE (considerando quei Paesi di cui è disponibile il dato) con US\$ 509 PPP nel 2005 (figura 9). Va però sottolineato che dividendo la spesa pro-capite in pubblica e privata il nostro Paese risulta essere, tra i Paesi EU, quello con la più alta quota di pro-capite privata sul totale, confermando le preoccupazioni relative alle continue manovre sulla farmaceutica che rischiano di riflettersi negativamente dal lato del cittadino. Gli Stati Uniti rappresentano il Paese che spende maggiormente, registrando una spesa pari a US\$ 792 PPP pro-capite nella farmaceutica.

Non vi è una relazione particolare e necessaria tra i livelli di spesa pro-capite e l'importanza della spesa farmaceutica nel totale della spesa sanitaria. Infatti, la quota spesa in farmaci può variare in maniera elevata per Paesi con una simile spesa pro-capite.

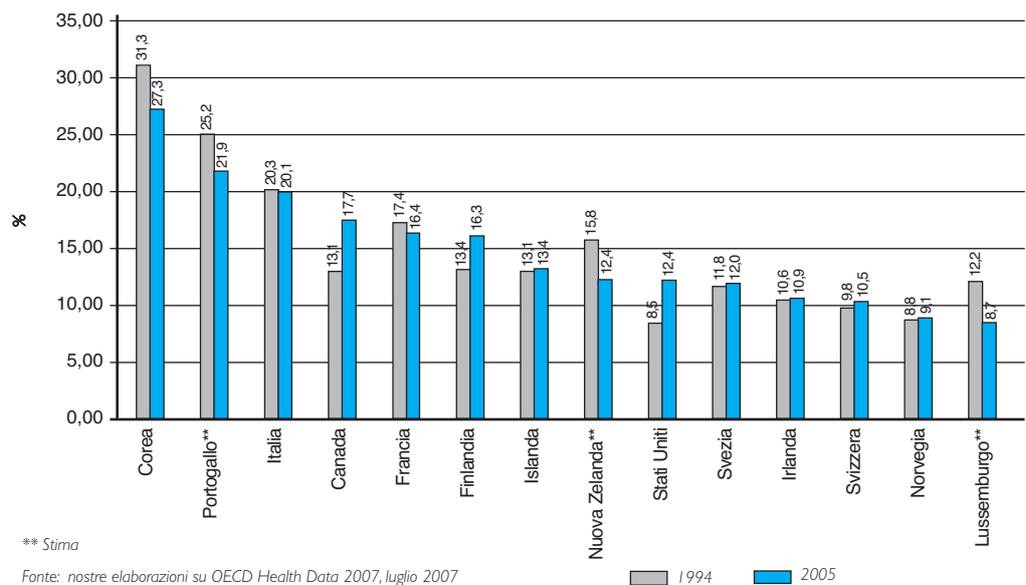
Considerando il periodo 1992-2002 (Mennini e Colombo, Rapporto CEIS 2004), la spesa farmaceutica è cresciuta, in media, 1,3 volte più veloce ogni anno della spesa sanitaria totale. Diverse ragioni spiegano questa rapida crescita, partendo dalla produzione ed utilizzo di nuovi farmaci innovativi molto costosi e la sostituzione di alcuni trattamenti con l'utilizzo di farmaci.

<sup>12</sup> Docteur e Oxley (2003).

**Figura 9 - Divisione della spesa farmaceutica pro-capite in pubblica e privata, anno 2005**



**Figura 10 - Crescita della quota di spesa farmaceutica sul totale della spesa sanitaria, anni 1994-2005**



Nel 2005 la spesa farmaceutica privata ha rappresentato circa il 76,0% del totale della spesa farmaceutica negli Stati Uniti, l'89,0% in Messico e il 61,0% in Canada. I Paesi dell'area OCSE sono intervenuti seguendo strade differenti al fine di ottenere un contenimento del rapido tasso di crescita della spesa farmaceutica stessa. Molto spesso, essendo questi interventi di natura congiunturale e di breve periodo (vedi Italia e Francia), non hanno apportato i benefici sperati.

### 1.1.6 Analisi econometrica della spesa sanitaria nei Paesi OCSE

Al fine poi di analizzare le disparità tra i Paesi analizzati nei livelli di spesa sanitaria, è stata condotta un'analisi econometrica tendente ad evidenziare come tali differenze siano dovute a più fattori<sup>13</sup>. L'analisi *panel* ha utilizzato un modello di regressione ad effetti fissi. L'obiettivo è quello di analizzare la spesa sanitaria nei Paesi OCSE negli anni dal 1991 al 2004. A fronte, infatti, di numerose analisi condotte sull'argomento prima del 1990, i contributi svolti nel corso degli ultimi anni sono limitati e hanno avuto ad oggetto prevalentemente analisi *cross-section*.

La banca dati utilizzata per la presente analisi è OECD Health Data 2007 e presenta un quadro più ampio rispetto ad altri studi svolti sul tema che hanno limitato l'indagine ad un campione più ristretto (qui il confronto riguarda 30 Paesi).

I Paesi considerati sono: Australia, Austria, Belgio, Canada, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Italia, Giappone, Corea, Lussemburgo, Messico, Olanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Polonia, Portogallo, Repubblica Slovacca, Spagna, Svezia, Svizzera, Turchia, Regno Unito, Stati Uniti.

<sup>13</sup> Tra la vasta letteratura sull'argomento possono segnalarsi alcuni contributi particolarmente significativi. Newhouse (1977) esamina, per primo, la relazione tra spesa sanitaria e PIL, sottolineando come variazioni nella spesa sanitaria siano spiegate, al 92%, da variazioni nel livello del PIL.

Altri contributi importanti successivi al primo di Newhouse sono: a) Parkin, McGuire e Yule (1987), i quali, analizzando la relazione tra spesa e reddito, si soffermano sulla definizione della salute alla stregua di un *luxury good*. Essi rilevano, inoltre, come le analisi econometriche condotte fino a quel momento abbiano impiegato data set limitati (pochi anni di osservazione e pochi Paesi) e sottolineano la confusione nelle analisi tra variabili macro e microeconomiche utilizzate; b) Gerdtham et al. (1991b) conducono un'analisi econometrica *cross-section* su un campione di 22 Paesi OCSE, esaminando, inoltre, il problema di quale forma funzionale impiegare nell'equazione della spesa sanitaria da stimare; c) un'analisi su dati *panel* è quella condotta da Hitiris e Posnett (1992) utilizzando dati relativi a 20 paesi OCSE negli anni 1960-1987; d) la stessa metodologia di stima è impiegata anche per esaminare le differenze nella spesa sanitaria tra Regioni (Giannoni e Hitiris, 1999), in uno studio nel quale viene posta in risalto l'importanza di variabili demografiche (ad esempio, l'invecchiamento della popolazione) e di fattori legati alla produttività.

In sintesi, le indicazioni che scaturiscono, osservando questi e altri studi condotti sulla spesa sanitaria, riguardano:

- la selezione di un'appropriata metodologia di analisi: questa riguarda la forma funzionale dell'equazione da stimare e la metodologia di stima da prescegliere;
- la selezione delle variabili da impiegare: secondo le indicazioni principali provenienti dalla letteratura l'analisi non dovrebbe essere limitata solo alla relazione tra spesa sanitaria e PIL, ma dovrebbe, piuttosto, tener conto di indicatori legati al sistema istituzionale (caratteristiche di ciascun Paese e distinzione tra sistemi pubblici e privati), all'offerta sanitaria e ad indicatori di bisogno della popolazione.

Il campione di Paesi osservato non è, ovviamente, omogeneo. Le differenze riguardano i livelli di reddito, la quota di spesa sanitaria, la tipologia di sistema sanitario, nonché indicatori socio-demografici.

Nella tabella 1 vi sono alcune statistiche descrittive relative alle variabili impiegate nell'analisi.

**Tabella 1 - Statistiche descrittive sulle variabili impiegate nell'analisi**

Variabile	Media	Deviazione standard	Min	Max
Spesa sanitaria pro-capite (\$)	1.866,176	1.016,801	182	6.401
PIL pro-capite (\$)	22.151,62	9.354,28	4.737	70.600
Popolazione over 80	3,204	0,847	0,9	5,3
Tasso di mortalità	9,059	1,859	4,4	14,5
Medici per 1000 abitanti	2,71	0,775	0,9	4,9
Posti letto per acuti per 1000 abitanti	4,53	1,952	1	12,3
Occupazione dei posti letto per acuti (in %)	73,96	8,256	48,4	91,2
Quota di finanziamento pubblico sulla spesa sanitaria (in %)	72,465	13,532	33,671	96,727

Fonte: nostre elaborazioni su OECD Health Data 2007, luglio 2007

Il numero di medici/1000 abitanti e il numero dei posti letto per acuti/1000 abitanti (variabile che non è stata inclusa nelle stime finali) sono indicativi dell'offerta sanitaria; l'occupazione dei posti letto/1000 abitanti è, invece, un indicatore della domanda da parte della popolazione. Viene, inoltre, considerata la quota di finanziamento pubblico sul totale della spesa sanitaria.

Nella costruzione del *data set* su cui svolgere le elaborazioni si è visto come per alcune variabili non tutte le osservazioni fossero disponibili: ad esempio, alcuni dati sulla spesa sanitaria nel 2005 non erano ancora stati raccolti per tutti i Paesi nel mese di giugno 2007, il numero dei medici/1000 abitanti non è stato osservato per tutti gli anni in Giappone, Olanda, Repubblica Slovacca e Spagna; analogamente avviene per l'occupazione dei posti letto<sup>14</sup>.

Le stime sono state condotte due volte, escludendo nella seconda elaborazione Lussemburgo e Stati Uniti (unità *outliers*) al fine di verificare se i risultati si mantenessero invariati o fossero, invece, significativamente diversi. Infatti, si è visto come il Lussemburgo presenti un elevato livello di reddito a fronte di un livello contenuto di spesa sanitaria. Considerazioni inverse possono avanzarsi per gli Stati Uniti, dove la spesa sanitaria è molto più elevata rispetto al reddito.

<sup>14</sup> I Paesi per cui tutte le informazioni non sono disponibili sono Belgio, Finlandia, Islanda, Lussemburgo, Nuova Zelanda, Repubblica Slovacca e Svezia.

Le variabili impiegate nella stima sono:

- spesa sanitaria pro-capite (variabile dipendente);
- PIL pro-capite;
- percentuale di popolazione over 80;
- numero di medici/1000 abitanti;
- occupazione dei posti letto per acuti/1000 abitanti;
- quota del finanziamento pubblico sulla spesa sanitaria totale.

Le elaborazioni sono state condotte sia impiegando le variabili sopra descritte che nella loro forma logaritmica. I risultati sono riportati in tabella 2.

**Tabella 2 - Risultati delle stime**

Variabile	1ª stima: modello ad effetti fissi	1ª stima: modello ad effetti fissi (con esclusione di USA e Lussemburgo)	2ª stima: modello ad effetti fissi in forma logaritmica	2ª stima: modello ad effetti fissi in forma logaritmica (con esclusione di USA e Lussemburgo)
PIL pro-capite	0,098*** (0,003)	0,079*** (0,003)	1,042*** (0,041)	0,980*** (0,042)
Popolazione over 80	102,996* (55,455)	165,663*** (45,130)	0,064*** (0,023)	0,072*** (0,022)
Numero di medici per 1000 abitanti	302,724*** (69,565)	504,571*** (61,094)	0,206*** (0,030)	0,236*** (0,030)
Occupazione posti letto per acuti	-3,180 (3,788)	1,153 (3,084)	0,0008 (0,001)	0,002 (0,001)
Quota di spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale	855,082** (335,566)	792,509*** (266,334)	0,157 (0,104)	0,133 (0,101)
Costante	-1.846,941*** (399,247)	-2.547,602*** (340,798)	-3,745*** (0,298)	-3,386*** (0,296)
R <sup>2</sup> within between overall	0,911 0,691 0,727	0,933 0,722 0,770	0,931 0,849 0,863	0,937 0,877 0,893
Corr (u <sub>i</sub> , X <sub>b</sub> )	-0,2764	-0,408	0,0134	-0,062
Sigma_u Sigma_e Rho (frazione della varianza dovuta a u <sub>i</sub> )	542,177 146,620 0,931	429,266 115,935 0,932	0,211 0,062 0,918	0,177 0,060 0,896
F-test u <sub>i</sub> =0	58,30***	36,61***	43,19***	31,42***

(Errori standard tra parentesi)

Livello di significatività: \*\*\* = 99%; \*\* = 95% \* = 90%

Fonte: nostre elaborazioni su OECD Health Data 2007, luglio 2007

Come già sottolineato in tutti gli studi aventi ad oggetto la spesa sanitaria<sup>15</sup>, vi è una relazione positiva e significativa tra spesa e reddito, confermata in tutte le stime. La correlazione è positiva anche con la popolazione anziana, con il numero di medici/1000 abitanti (che segnala come l'incremento dell'offerta determini a sua volta un incremento della spesa) e, nella maggior parte, con la quota di finanziamento pubblico sulla spesa sanitaria. La relazione con l'occupazione dei posti letto è positiva, tranne che nella prima stima, ma non significativa. Un'indicazione che può trarsi da ciò è che si potrebbero includere, oltre l'età, ulteriori indicatori di bisogno della popolazione che non sempre vengono tenuti in considerazione nel momento in cui si intende modificare, in maniera più o meno radicale, la struttura e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria.

Le stime effettuate impiegando le variabili in forma logaritmica restituiscono il valore delle elasticità. In particolare, può notarsi come l'elasticità della spesa rispetto al reddito sia positiva; persiste la significatività di tutti i coefficienti stimati ad eccezione dell'indicatore di domanda e il valore di  $r^2$  migliora rispetto alla precedente stima.

Dato che, come sopra evidenziato, Stati Uniti e Lussemburgo rappresentano Paesi *outliers*, in un secondo modello stimato si è ritenuto opportuno escluderli per verificare se vi fossero significative modifiche nei risultati.

Può notarsi come, a differenza che nel primo modello, il valore dei coefficienti stimati e, in particolare, dell'elasticità della spesa sanitaria rispetto al reddito diminuiscono: ciò potrebbe imputarsi principalmente all'esclusione degli Stati Uniti, Paese caratterizzato da un'elevata quota di spesa sanitaria rispetto al reddito.

- I risultati ottenuti per l'intero campione vengono, in linea di massima, confermati: può notarsi un maggiore impatto dovuto al numero di medici per 1000 abitanti; ancora una volta, l'occupazione dei posti letto per acuti non è significativo;
- vi è una relazione positiva tra reddito e spesa sanitaria;
- l'invecchiamento della popolazione determina un incremento della spesa. A tal proposito sarebbe interessante analizzare le modalità di spesa (spesa assistenziale, spesa farmaceutica, etc.) che risentono maggiormente dell'allungamento della vita media e dell'incremento del numero di anziani. Le conseguenze più interessanti dell'invecchiamento della popolazione e della variazione della spesa pubblica potrebbero, comunque, essere valutate nell'ambito di uno studio che analizza, più in generale, la spesa per *welfare*;
- vi è un chiaro effetto positivo esercitato dalla variabile d'offerta.

### 1.1.7 Conclusioni

Si continua a notare, così come rilevato nel Rapporto CEIS 2006, che la spesa sanitaria evidenzia una crescita costante e che l'elevato costo dell'assistenza sanitaria fornita dai vari sistemi sanitari continua a rappresentare il primo punto nell'agenda dei responsabili politici. Come molti altri Paesi industrializzati, l'Italia ha tentato, durante gli ultimi 20 anni, di mantenere la crescita percentuale della spesa sanitaria ad un livello sostenibile, in considerazione del tasso di crescita dell'economia. Se l'obiettivo delle politiche sanitarie è

<sup>15</sup> Cfr. nota 1.

sempre stato quello di realizzare un equilibrio tra risorse e spese, crescita del PIL e spesa sanitaria, non lo hanno di certo raggiunto. La quota di spesa sanitaria sul PIL era pari a 8,0% nel 1990, 8,1% nel 2000 e 8,6% nel 2005. In Italia, la crescita della spesa sanitaria è stata più rapida della crescita del PIL negli ultimi dieci anni come nella maggior parte dei Paesi considerati (Mennini e Colombo, 2004; Mennini e Francia, 2005), ma la spesa sanitaria quale quota del PIL ha continuato a mantenersi al di sotto della media OCSE.

Le politiche di contenimento dei costi adottate dai Paesi dell'area OCSE durante tutti gli anni Novanta non rappresentano dunque necessariamente la soluzione migliore per affrontare il problema della sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari (cfr. De Pouvourville, Rutten e Martins, Rapporto CEIS Sanità 2006).

Vi sono, ancora, due set di relazioni che sono legittimamente associate con la crescita della spesa sanitaria. Primo, la maggior parte della spesa sanitaria è ancora finanziata dal lato pubblico, soprattutto per i Paesi membri UE. La crescita della spesa sanitaria, seppur priva delle accelerazioni che l'avevano contraddistinta negli anni passati (cfr. Rapporto CEIS 2004 e 2005), mantiene intatte le preoccupazioni dei *policy makers* che si dibattono con *budget* pubblici molto ristretti. Secondo, e ancora più importante, la maggior parte delle risorse impiegate nell'assistenza sanitaria non sono ad un livello ottimale di qualità ed efficienza<sup>16</sup>. Si continuano, quindi, ad introdurre nuove modalità di gestione e organizzazione dei sistemi sanitari con risultati spesso alternati. A volte si riesce ad ottenere un incremento di efficienza e altre volte non risulta chiaro l'obiettivo raggiunto<sup>17</sup>. Si sente, dunque, la necessità di creare i presupposti per promuovere un'ottimale allocazione delle risorse, aumentare la soddisfazione dei cittadini ed evitare possibili iniquità.

I risultati dell'analisi econometrica ci permettono, infine, di spiegare le disparità esistenti tra i Paesi analizzati. In particolare si è notato come la variabile offerta esercita un effetto positivo accompagnato dalla relazione positiva esistente tra reddito e spesa sanitaria. Nello specifico si evidenzia come l'elasticità della spesa rispetto al reddito sia positiva. L'invecchiamento della popolazione continua a rappresentare una determinante dell'incremento della spesa.

### Riferimenti bibliografici

- Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F (2003), *Bisogni, risorse e nuove strategie*, Rapporto CEIS Sanità 2003, Italtel Edizioni.
- Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F (2004), *Bisogni, risorse e nuove strategie*, Rapporto CEIS Sanità 2004, Italtel Edizioni.
- Atella V, Donia Sofio A, Meneguzzo M, Mennini FS, Spandonaro F (2005), *Bisogni, risorse e nuove strategie*, Rapporto CEIS Sanità 2004, Italtel Edizioni.
- Colombo F e Mennini FS (2004), *Evoluzione della Spesa Sanitaria nei Paesi OCSE*, Rapporto CEIS Sanità 2004, "Bisogni, risorse e nuove strategie", a cura di Atella V, Donia

<sup>16</sup> Cfr. OECD (2004b); Oliver et al. (2005).

<sup>17</sup> Cfr. Maynard A (2005).

- Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F, Italtromo Esis Publishing Roma, 2004.
- Colombo F, Tapay N (2004), *Private Health Insurance in OECD Countries. The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. OECD Health Working Papers, n. 15. Paris: OECD. (Available at [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)).
  - Docteur E, Oxley H (2003), *Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience*. OECD Health Working Papers, n. 9. Paris: OECD. (Available at [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)).
  - Docteur E, Suppanz H, Woo J (2003), *The U.S. Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. OECD Economics Department Working Paper n. 350. Paris: OECD (Available at [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)).
  - Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (2002), *A Question of Demand. Outlines of the reform of the health care system in the Netherlands*. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport.
  - Gerdtham U, Jönsson B (1991a), *Conversion factor instability in international comparisons of health care expenditure*, *Journal of Health Economics*, 10:227-234.
  - Gerdtham U, Sogaard J, Andersson F, Jönsson B (1991b), *An econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OECD countries*. *Journal of Health Economics*, 11: 63-84.
  - Giannoni M, Hitiris T (1999), *The Regional Impact of Health Care Expenditure: The Case of Italy*, Discussion Papers in Economics n. 1999/20, University of York.
  - Hitiris T, Posnett J (1992), *The determinants and effects of health expenditure in developed countries*, *Journal of Health Economics*, 11:173-181.
  - Hsiao C (1986), *Analysis of Panel Data*, Cambridge University Press.
  - Huber M, Orosz E (2003), *Health Expenditure Trends in OECD Countries 1990-2001*. *Health Care Financing Review*, Vol. 25, n. 1, pp. 1-22 Fall 2003.
  - Hurst J, Siciliani L(2003), *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*. OECD Health Working Papers, n. 6. Paris: OECD. (Available at [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)).
  - Jacobzone S (2000), *Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals*, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper, n. 40. Paris: OECD.
  - Leu RE (1986), *The public-private mix and international health care costs*. In Culyer AJ and Jönsson B (eds.), *Public and private health services*, Basil Blackwell, Oxford.
  - Maxwell RJ (1981), *Health and wealth*, Lexington Books, Lexington.
  - Maynard A (2005), *European Health Policy Challenges*, *Health Economics*, Vol. 14, n. S1, September 2005.
  - McClellan M, Every N, Garber A, Heidenreich P, Hlatky M, Kessler D, Newhouse JP, Saynina O (2002), *Technological Change in Heart Attack Care in the United States: Causes and Consequences*, in McClellan M and Kessler D (eds.), *Technological Change in Health Care: A Global Analysis of Heart Attack*. University of Michigan Press, pp. 21-54.
  - Mennini FS e Francia L (2003), *Il quadro macroeconomico ed istituzionale e l'evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nell'UE*, Rapporto CEIS Sanità 2003, a cura di Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F (2003), *Bisogni, risorse e nuove strategie*, Italtromo Esis Publishing, Roma, 2003.

- Mennini FS e Francia L (2005), *Evoluzione della spesa sanitaria nei Paesi OCSE*, Rapporto CEIS Sanità 2005, a cura di Atella V, Donia Sofio A, Meneguzzo M, Mennini FS, Spandonaro F, Italpromo Esis Publishing Roma, 2005.
- Mossialos E, Le Grand J (1999), *Cost containment in the EU: an overview*. In Mossialos E and Le Grand J (eds), *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Ashgate, Aldershot.
- Newhouse JP (1977), *Medical care expenditure: A cross national survey*, Journal of Human Resources, 12:115-125.
- Newhouse JP (1987), *Cross National Differences in Health Spending. What Do They Mean?*, Journal of Health Economics, 6:159-162.
- OECD (2006), *OECD Health Data 2007, Luglio 2007*. CD-ROM and user manual. Paris: OECD ([www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)).
- OECD (2004b), *Towards High-Performing Health Systems*; Paris: OECD.
- OECD (2004c, forthcoming), *Private Health Insurance in OECD Countries*; Paris: OECD.
- OECD (2003a), *OECD Reviews of Health Care Systems: Korea*, Paris: OECD.
- OECD (2003b), *Health at a Glance, 2<sup>nd</sup> Edition*, OECD Indicators 2003. Paris: OECD.
- Oliver A, Mossialos E, Maynard A (2005), *The contestable nature of health policy analysis*. Health Economics, Vol. 14, n. S1, September 2005.
- Parkin D, McGuire A, Yule B (1987), *Aggregate health care expenditures and national income. Is health care a luxury good?*, Journal of Health Economics, 6:109-127.
- Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF (2004), *U.S. Health Care Spending In An International Context*. Health Affairs, May/June 2004, Vol. 23, n. 33, pp. 10-25.
- Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF (2004), *Cross-National Comparison Of Health Systems Using OECD Data, 1999*. Health Affairs, May/June 2002, Vol. 21, n. 3, pp. 169-181.

## 1.2 - Determinanti dell'evoluzione della spesa sanitaria

*Polistena B.<sup>1</sup>, Ratti M.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>*

### 1.2.1 Introduzione

La spesa sanitaria totale (pubblica e privata) in Italia è passata, secondo i dati ISTAT, da € 50.314,32 mln. nel 1990 a € 120.819,79 mln. nel 2005 con un incremento medio annuo, in termini nominali, del 6,01%. In particolare la spesa sanitaria ha subito un incremento del 5,27% tra il 1990 e il 1995, del 6,58% tra il 1995 e il 2000 e del 6,19% nell'ultimo quinquennio considerato.

In termini reali<sup>2</sup> la spesa sanitaria totale è cresciuta tra il 1990 e il 1995 dell'1,03% (0,2% medio annuo), del 22,7% nel secondo quinquennio (4,18 medio annuo) e del 20,8% nel terzo (3,85 medio annuo). Quindi gli incrementi dei secondi due quinquenni vanno letti anche alla luce della stagnazione nel primo dove l'incremento è stato minimo e tutto dovuto alla crescita tra il 1990 e il 1991; negli anni seguenti si registra addirittura un decremento in termini reali tra il 1991 e il 1995.

Se si guarda alla suddivisione territoriale di tale spesa, possiamo notare un'estrema variabilità: tra il 1995 e il 2005 si passa da una crescita media annua nominale di spesa corrente del 5,1% nelle Marche all'8,0% in Molise.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> In base all'indice di conversione monetario (FOI) ISTAT 2005=100.

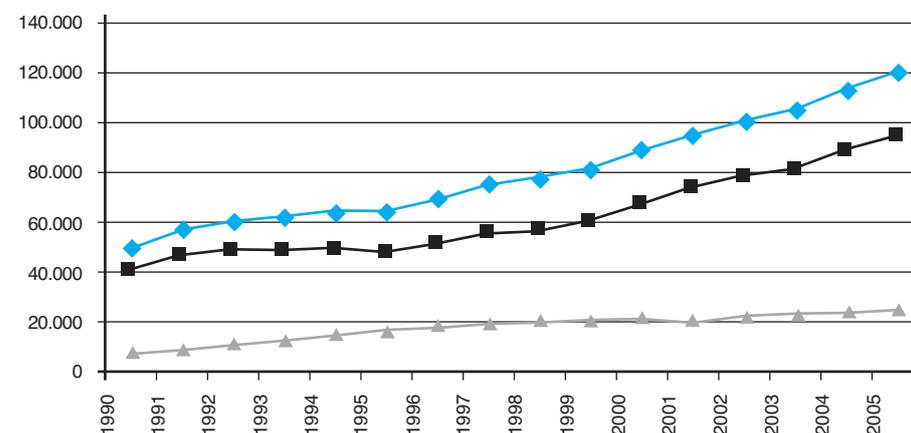
**Tabella 1 - Spesa sanitaria regionale  
anni 1995, 2005 e incremento medio annuo**

Regioni	1995	2005	Incremento medio annuo
Italia	65.053,94	120.819,79	6,39
Piemonte	4.882,48	9.365,44	6,73
Valle d'Aosta	154,47	285,82	6,35
Lombardia	10.726,81	20.379,54	6,63
Trentino A.A.	1.155,06	2.462,10	7,86
Veneto	5.162,35	10.006,65	6,84
Friuli V.G.	1.451,45	2.520,68	5,67
Liguria	2.257,23	3.796,81	5,34
Emilia Romagna	5.194,58	9.238,55	5,93
Toscana	4.212,33	7.228,50	5,55
Umbria	984,16	1.684,47	5,52
Marche	1.769,48	2.913,51	5,11
Lazio	6.283,58	12.068,44	6,74
Abruzzo	1.339,53	2.618,16	6,93
Molise	361,06	780,48	8,01
Campania	5.665,95	10.818,10	6,68
Puglia	4.086,83	7.372,13	6,08
Basilicata	593,51	1.107,61	6,44
Calabria	2.076,72	3.666,34	5,85
Sicilia	4.862,75	9.215,76	6,60
Sardegna	1.833,63	3.290,68	6,02

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Le ragioni di tale crescita possono certamente essere ricercate in fattori strutturali, quali l'incremento della popolazione anziana, che peraltro secondo le previsioni ISTAT è destinata ancora ad aumentare, e al progresso scientifico che aumenta le opportunità terapeutiche, a volte fornendo tecnologie più costose.

Figura 1 - Andamento della spesa sanitaria pubblica e privata in Italia, anni 1990-2005



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

La spesa a carico delle famiglie è fortemente dipendente dalle scelte pubbliche in termini di compartecipazione alla spesa e relative esenzioni, oltre che dalla qualità relativa dei servizi del SSN e di quelli privati. In particolare la spesa pubblica in Italia rappresenta nel 1995 il 73,4% della spesa totale; tale percentuale arriva al 78,8% nel 2005.

A fronte di un perdurante vincolo di bilancio pubblico, aggravato dalla scarsa crescita economica, la crescita della spesa sanitaria è oggetto di crescente preoccupazione a causa della sua influenza determinante sui conti pubblici. Risulta quindi fondamentale comprendere quali variabili spingano al rialzo la spesa sanitaria.

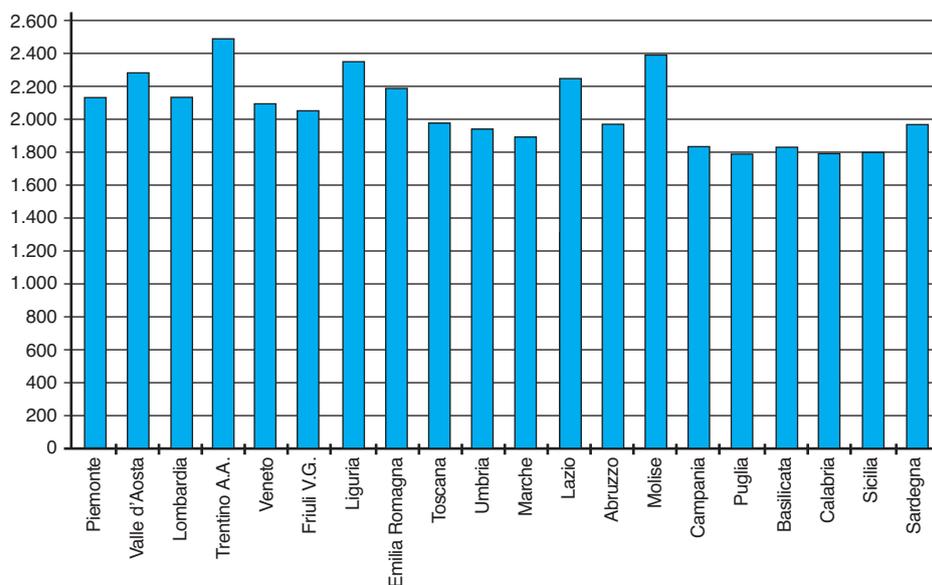
Alle prime analisi *cross section* che mettevano in relazione la spesa sanitaria al PIL (Smith 1963, Newhouse 1977, Parkin et al. 1987, Gerdthdam e Jonsson 1991 etc.) sono seguite analisi della spesa sanitaria e delle sue determinanti di tipo *panel*.

La forma funzionale del modello è stata lungamente oggetto di discussione: i primi studi hanno utilizzato una funzione di tipo log-lineare, altri hanno sperimentato l'utilizzo della doppia forma lineare e log-lineare.

I modelli *panel* (Hitiris e Posnett 1997, Di Matteo e Di Matteo 1998) hanno utilizzato covariate di natura demografica (percentuale di popolazione con più di 65 anni e tasso di mortalità), istituzionali, l'inflazione oltre alla variabile PIL (che presenta una elasticità prossima o minore di 1).

Giannoni e Hitiris (1999) hanno integrato il modello con variabili di offerta quali il numero di posti letto e il personale (medico e non medico). Nello studio citato si continua a ritenere opportuno utilizzare una funzione lineare perché, essendo molte delle variabili indipendenti espresse in percentuale, risulta inappropriato convertirle in logaritmi e perché la spesa sanitaria è una componente della spesa totale quindi, non differendo dalle altre voci di spesa, è inappropriato trasformarlo in logaritmo (Anderton, 1992).

Figura 2 - Spesa sanitaria totale pro-capite regionale, anno 2005



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

### 1.2.2 Il modello utilizzato

In continuità con la letteratura sopra citata, nel tentativo di analizzare l'andamento della spesa sanitaria in Italia e le sue determinanti si è scelto di utilizzare un modello *panel* a effetti fissi considerando come funzione quella lineare.

Il PIL rappresenta una *proxy* del livello economico raggiunto e, come evidenziato dalla letteratura, la più "importante" determinante della spesa sanitaria; la teoria ma anche l'evidenza empirica pregressa suggeriscono come esista, a livello aggregato, una correlazione positiva fra condizione economica e quota destinata alla spesa sanitaria. Inoltre è stata inserita la variabile istruzione, in termini di percentuale di individui senza titolo di studio o con licenza elementare, come covariata di natura sociale ma anche economica. Un ruolo importante nell'analisi è assunto dalle variabili di tipo demografico e in particolare dalla stima dell'impatto dell'invecchiamento.

È opinione comune che la prima e principale causa dell'incremento della spesa sanitaria sia l'invecchiamento della popolazione, in quanto inevitabilmente gli anziani in media esprimono una domanda sanitaria maggiore rispetto ai giovani (Longman, 1987). In particolare abbiamo scelto di considerare la popolazione con più di 75 anni, considerando i 65 anni un'età non più congrua come entrata nell'età anziana, dato anche l'incremento della speranza di vita alla nascita.

Considerato poi il fiorente dibattito sui cosiddetti costi di morte (Fuchs, 1984), si è scelto di analizzare anche l'impatto di questa variabile sulla spesa sanitaria totale.

A livello istituzionale risulta fondamentale comprendere l'impatto dell'intervento pubbli-

co, per questo è stato inserito il finanziamento previsto dalle delibere CIPE e quindi il finanziamento *ex-ante*; inoltre, poiché i sistemi organizzativi italiani differiscono molto tra le Regioni è sembrato fondamentale analizzare come la suddivisione tra spesa a gestione diretta e in convenzione/accreditamento influenzi la spesa sanitaria totale.

Un altro aspetto importante da analizzare da un punto di vista delle politiche sanitarie è quello relativo all'effetto dei *ticket* sulla spesa sanitaria. Purtroppo, non disponendo di dati attendibili sul gettito dei *ticket* relativi all'assistenza specialistica, si è considerato il solo *ticket* farmaceutico, evidentemente sottostimando il fenomeno.

Per cogliere le peculiarità di offerta dei sistemi sanitari regionali si sono poi analizzate le variabili tasso personale dipendente, essendo la spesa per il personale quota preminente della spesa sanitaria, e la percentuale dei DRG erogati in regime di *day hospital*, che può essere considerata sia come variabile organizzativa che come indicatore dell'efficienza erogativa.

Infine è stato considerato l'impatto della tecnologia, con una *proxy* rappresentata dal numero di grandi attrezzature presenti.

### 1.2.3 Banca dati e modello stimato

Il modello stimato è un *panel* a effetti fissi sulle 20 Regioni italiane per gli anni 1995-2005.

Definendo:

SST = spesa sanitaria totale pro-capite

PIL = PIL pro-capite

FIN = finanziamento ottenuto dalle delibere CIPE pro-capite

SDSC = rapporto tra spesa pubblica a gestione diretta e spesa pubblica a gestione convenzionata

TPD = tasso personale dipendente

POP\_75+ = percentuale popolazione over 75

M = tasso generico di mortalità

TK = spesa per *ticket* farmaceutico pro-capite

DRG\_DH = percentuale DRG day hospital su DRG totali

TIT\_ST = percentuale popolazione senza titolo di studio o con licenza elementare

TEC = TAC e RMN per 100.000 abitanti

Il modello stimato è:

$$SST=f(PIL;FIN;SDSC;TPD;POP_{75+};M;TK;DRG_{DH};TIT_{ST};TEC)^3$$

Si è scelto di stimare il modello inizialmente a livello nazionale e successivamente ristimarlo per le ripartizioni geografiche Nord<sup>4</sup> e Centro-Sud, e da ultimo per *cluster* omogenei<sup>5</sup> a un punto di vista del bisogno.

Analizziamo dapprima il modello generale; le variabili individuate nel modello finale<sup>6</sup> spie-

<sup>3</sup> Per semplicità sono stati omissi i pedici relativi alle Regioni e al tempo.

<sup>4</sup> Nella ripartizione Nord per ragioni di omogeneità si è scelto di inserire anche la Toscana.

<sup>5</sup> Cluster ottenuti con il metodo di analisi statistica multivariata cluster analysis K-means sulle variabili di natura demografica inserite nel modello.

<sup>6</sup> Si presenta il modello finale e quindi depurato delle variabili non significative.

gano il 74% della variabilità della spesa sanitaria totale pro-capite. In particolare l'effetto temporale è colto in maniera pressoché totale (R2 within 94,88%) ma anche l'effetto di variabilità tra le Regioni viene spiegato in maniera più che soddisfacente (R2 between 62,03%).

**Tabella 2 - Modello di regressione su dati panel, Italia 1995-2005**

SST	Coefficienti	P> t
PIL	0,0281	0,000
FIN	0,2960	0,000
SDSC	-110,4639	0,000
POP_75+	115,2916	0,000
TIT_ST	-11,5562	0,000
Costante	402,2696	0,059

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e Ministero della Salute

Risultano quindi significative, e con il segno atteso, il PIL, l'età, le variabili istituzionali e in particolare il finanziamento e la quota di spesa diretta su spesa convenzionata, nonché il livello di educazione della popolazione.

In particolare si conferma come un aumento di reddito porti a un incremento della spesa sanitaria e l'invecchiamento della popolazione influisce sull'incremento della spesa sanitaria; risulterebbe altresì verificato che un maggiore finanziamento spinge verso l'alto la spesa sanitaria, avvalorando l'ipotesi di una sostanziale duplicazione di funzioni fra settore pubblico e privato e una tendenza del sistema regionale ad "approfittare" delle maggiori risorse messe a disposizione centralmente.

La variabile spesa diretta su spesa convenzionata risulta significativa con segno negativo e sembrerebbe dimostrare un fallimento del rapporto pubblico/privato, con un effetto ingiustificatamente espansivo delle maggiori quote di accreditamento, con molta probabilità dovuti a duplicazioni dei servizi.

Una maggiore percentuale di popolazione senza titolo di studio o con licenza elementare è negativamente correlata alla spesa sanitaria; quest'ultima variabile può cogliere un effetto reddito non completamente spiegato dal PIL, ma anche evidenziare che gli individui meno istruiti probabilmente consumano meno per mancanza di prevenzione o la presenza di barriere all'accesso.

I risultati sopra esposti mediano comportamenti nettamente differenziati a livello regionale: per tale motivo si è proceduto a ripetere la stima per il Nord e separatamente per il Centro Sud.

Il modello a effetti fissi per il Nord spiega complessivamente il 78,38% della variabile oggetto di studio. La situazione non cambia rispetto a quella media italiana anche se con "intensità" differenti.

Influiscono sulla spesa sanitaria totale, il PIL pro-capite e la percentuale di popolazione

**Tabella 3 - Modello di regressione su dati panel, Nord 1995-2005**

SST	Coefficienti	P> t
PIL	0,0277	0,005
FIN	0,3495	0,000
SDSC	-63,6037	0,046
POP_75+	78,7073	0,056
TIT_ST	-16,6904	0,000
Costante	695,4241	0,019

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e Ministero della Salute

**Tabella 4 - Modello di regressione su dati panel, Centro-Sud, anni 1995-2005**

SST	Coefficienti	P> t
PIL	0,0233	0,021
SDSC	-210,5142	0,000
POP_75+	229,1278	0,000
TIT_ST	-8,1677	0,000
Costante	21,3812	0,934

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e Ministero della Salute

con più di 75 anni (con i segni positivi attesi), oltre che il finanziamento pubblico previsto, che si conferma avere un effetto espansivo sulla spesa totale, anche il titolo di studio della popolazione e il rapporto spesa diretta convenzionata.

Per il Centro-Sud il modello stimato spiega il 55,73% della variabilità della spesa sanitaria totale e sia la variabilità regionale che quella temporale sono ben spiegate<sup>7</sup>.

Le variabili indipendenti risultate significative sono ancora il PIL pro-capite, la quota di over 75 (tutte con i segni attesi), la quota di spesa per servizi a gestione diretta e il titolo di studio.

Si conferma nelle stime per ripartizione il modello generale ma, a parte una minore esplicatività del modello per le Regioni del Centro-Sud, in questa area sembra molto debole (in realtà addirittura non significativo) il legame fra spesa e finanziamento.

Si è ancora tentato di individuare *cluster*<sup>8</sup>, sulla base di due indicatori di bisogno quali la quota di anziani e il tasso grezzo di mortalità, e su questi si è ristirato il modello.

<sup>7</sup>  $R^2$  within = 94,05% e  $R^2$  between = 46,05%.

<sup>8</sup> Cluster stimati con il metodo *K means* sulle variabili demografiche per l'anno 2005.

Le analisi statistiche hanno fornito due gruppi omogenei di Regioni articolati come mostrato nella tabella 5.

**Tabella 5 - Suddivisione in cluster**

CLUSTER 1	CLUSTER 2
Piemonte	Liguria
Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna
Umbria	Toscana
Marche	Calabria
Abruzzo	Trentino Alto Adige
Molise	Veneto
Puglia	Lazio
Basilicata	Campania
Sicilia	Sardegna
Valle d'Aosta	Lombardia

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

È interessante notare che per il primo cluster perde di significatività il PIL. Nel secondo cluster invece troviamo significatività della variabile *ticket*, con il segno negativo atteso.

**Tabella 6 - Modello di regressione su dati panel cluster 1 1995-2005**

SST	Coefficienti	P> t
FIN	0,3464	0,000
SDSC	-93,0515	0,055
POP_75+	168,6244	0,000
TIT_ST	-11,2199	0,000
Costante	372,3042	0,288

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e Ministero della Salute

Il tentativo, certamente grezzo, di raggruppare le Regioni per livelli di bisogno della popolazione sembra indicare che alcuni strumenti di politica sanitaria possono assumere valenze diverse a seconda dei contesti.

In particolare, ma la questione è da approfondire, nel secondo cluster ricadono molte delle Regioni che hanno storicamente registrato forti disavanzi: di queste alcune sono

**Tabella 7 - Modello di regressione su dati panel  
cluster 2 1995-2005**

SST	Coefficienti	P> t
PIL	0,0369	0,000
FIN	0,0477	0,000
SDSC	-119,6667	0,004
TK	-2,6513	0,030
TIT_ST	-13,4594	0,000
Costante	1106,8750	0,000

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e Ministero della Salute

oggi in una condizione di sostanziale equilibrio finanziario e hanno utilizzato lo strumento della compartecipazione per ridurre la spesa come indicato dal modello. Altre, (in particolare Campania e Lazio) che non hanno ritenuto efficace nel loro contesto lo strumento, sono oggi fra le Regioni affiancate dal Ministero della Salute a causa dell'entità del loro disavanzo.

Ci sembra quindi di poter dire che si conferma che oltre a reddito e invecchiamento, le variabili istituzionali hanno un impatto decisivo sulla crescita della spesa sanitaria; peraltro i comportamenti sono ancora difforni fra le Regioni, con effetti non sempre omogenei: è il caso dei *ticket* che si dimostrano efficaci solo in un *cluster* specifico di Regioni. Dobbiamo infine osservare che nelle nostre stime non abbiamo raccolto evidenze sui cosiddetti costi di morte, anche se questo era parzialmente attendibile a causa della natura aggregata del dato utilizzato.

Non sembrano altresì influire sull'evoluzione di medio periodo della spesa sanitaria le evoluzioni delle piante organiche, che peraltro risultano notoriamente molto rigide.

Analogamente il ricorso al *day hospital* non sembra significativamente ridurre la spesa, malgrado le aspettative.

Non siamo riusciti, infine, a cogliere l'effetto della tecnologia, probabilmente anche a causa della *proxy* molto indiretta che è stata utilizzata.

#### **1.2.4 Conclusioni**

Nel periodo di tempo considerato, la spesa sanitaria totale è cresciuta ad un tasso decisamente variabile, così come il finanziamento pubblico. In particolare la spesa totale è passata, secondo i dati ISTAT, dal 7,05% del PIL nel 1995 all'8,53% nel 2005.

Il modello econometrico ci permette di analizzare le determinanti della spesa nel medio periodo, fornendoci alcuni spunti di riflessione.

Si conferma che fattori economici e demografici hanno un effetto espansivo sulla spesa, ma anche che i fattori istituzionali sono fondamentali. In particolare il finanziamento della spesa pubblica ha un effetto espansivo sulla spesa totale, evidenziando l'incapacità della spesa pubblica a "spiazzare" quella privata.

Dal modello emerge inoltre una correlazione negativa fra presenza di assistenza accredi-

tata e livelli assoluti di spesa: come detto questo può afferire ad una insufficiente programmazione, con conseguente duplicazione dell'offerta. Il dato sembrerebbe coerente con la non proporzionale sostituzione di spesa pubblica a quella privata, evidenziata precedentemente.

Inoltre, va sottolineato che i livelli di istruzione impattano sui livelli di spesa: a livello aggregato sembrerebbe che minore educazione porti a minore spesa; il tema ha sinora ricevuto insufficiente attenzione, sia per quanto concerne la sua eziologia (diversi consumi per tipologia, oppure mancanza di prevenzione, barriere all'accesso etc.), sia nella sua importanza a livello di misurazione dei bisogni sanitari regionali.

Da un punto di vista quantitativo i coefficienti del modello mostrano come non esista una predominanza di una variabile rispetto alle altre nel sospingere verso l'alto la spesa sanitaria ma un sostanziale equilibrio. Bisogna comunque sottolineare come le variabili esplicative non siano completamente indipendenti l'una dall'altra, in quanto il reddito è correlato al livello di istruzione e anche il finanziamento è condizionato dalla percentuale di popolazione anziana.

La suddivisione in *cluster* omogenei secondo variabili di bisogno suggerisce infine che alcuni strumenti, in particolare la compartecipazione, hanno impatti diversi a seconda dei contesti.

### Riferimenti bibliografici

- Abel-Smith B (1963), *Paying for Health Services*, Geneva, World Health Organization, 1963 (Public Health Papers n. 17), Newhouse JP, "Medical care expenditure: a cross national survey". *Journal of Human Resources* 1977;12:115-125.
- Gerdtham UG, Sogaard J, Andersson F and Jonsson B (1992) *An econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OECD countries*, *Journal of Health Economics*, 1992;11:63-84.
- Gerdtham UG (1992), *Pooling international health care expenditure data*, *Health Econ.* 1992 Dec;1(4):217-31.
- Gerdtham UG, Lothgren (2000), *On stationarity and cointegration of international health expenditure and GDP*, *Journal of Health Economics*, 2000;19:461-475.
- Getzen TE (1992), *Population Ageing and the Growth of health Expenditure*, *Journal of Gerontology*, 1992;47:259-270.
- Giannoni M, Hitiris T (1999), *The Regional impact of Health Care Expenditure, the case of Italy*, The University of York 1999.
- Hansen P, King A (1996), *The determinants of health care expenditure: A cointegration approach*, *Journal of Health Economics*, 1996;15:127-137.
- Hitiris T, Posnett J (1992), *The determinants and effects of health expenditure in developed countries*, *Journal Health Econ.* 1992 Aug;11(2):173-81.
- Leu R (1986), *The Public-Private Mix and International Health Care Cost*, in Culyer A, Joensson B (eds.), "The Public-Private Mix of health Services", Oxford, Blackwell, 1986.
- Maxwell RJ (1981), *Health and Wealth: An International Study of Health Care Spending*, Lexington Books.

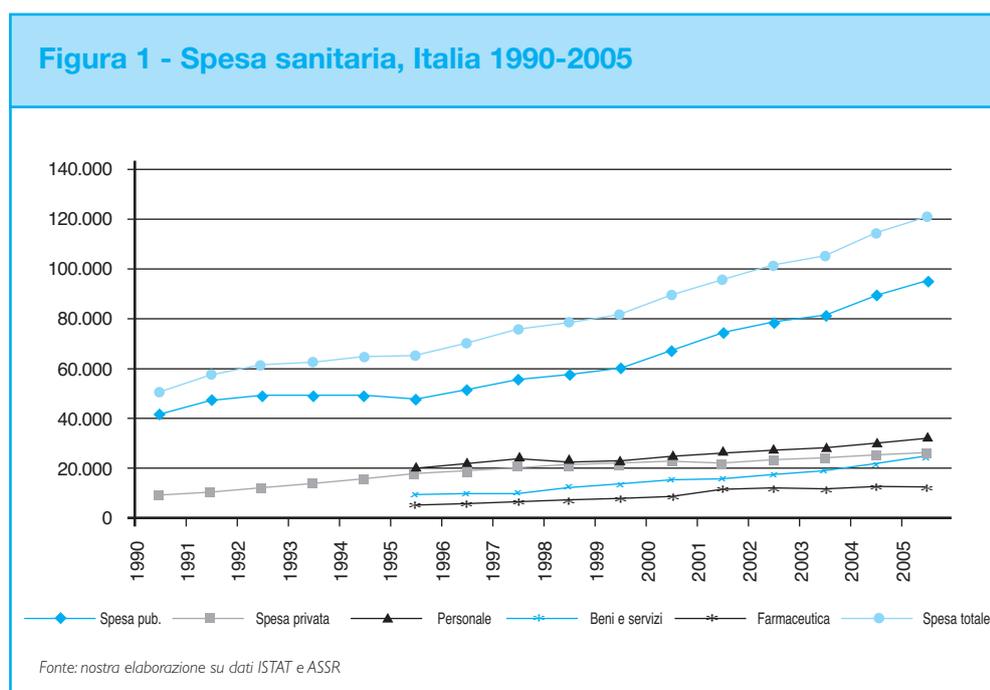
## 1.3 - Il quadro congiunturale: la spesa sanitaria 2007-2008

Polistena B.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 1.3.1 Premessa

La figura 1 evidenzia i livelli e i tassi di variazione della spesa sanitaria pubblica e privata negli anni 1990-2005.

L'evoluzione congiunturale è caratterizzata da una accelerazione della spesa negli ultimi anni, trainata dalla quota pubblica: peraltro la spesa pubblica non “spiazza” completamente quella privata, che continua a crescere anche se meno dinamicamente.



Le singole voci di spesa pubblica (nella figura 1 sono riportate le principali: personale, beni e servizi, farmaceutica) mostrano andamenti difforni. Se quello della spesa farmaceutica (che registra una stasi dal 2001 ad oggi) è facilmente comprensibile, essendo legato agli interventi regolatori (in particolare quello sui prezzi), più complesso è giustificare l'andamento delle voci personale e beni e servizi che mostrano accelerazioni e decelerazioni meno chiare.

Certamente incidono su queste voci di spesa, che rappresentano nel 2005 il 57,3% del totale, fattori sia istituzionali, che statistico-contabili.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

**Tabella 1 - Spesa sanitaria Italia, tassi di variazione 1990-2005**

Anni	Totale	Pubblica	Personale	Beni e servizi	Farmaceutica	Privata
1990-1995	5,27	2,79				14,72
1995-2000	6,58	7,04	4,38	10,24	10,67	5,27
2000-2005	6,19	7,23	5,32	10,23	7,55	2,79
1990-2005	6,01	5,67				7,47

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e ASSR

Per quanto concerne il personale, ad esempio, naturalmente l'aggregato tende ad allinearsi agli aumenti del costo della vita, con variazioni però cicliche dovute ai rinnovi contrattuali. Si consideri inoltre che dal 1998 (ovvero con l'avvento dell'IRAP) parte degli oneri riflessi sono contenuti nella voce beni e servizi. I beni e servizi rappresentano, quindi, un aggregato mutevole: anche perché assorbono le trasformazioni dell'organico, nella misura in cui - magari sfruttando il *turn-over* - si passa da contratti di dipendenza a contratti libero professionali; inoltre, per effetto della scelta di utilizzare l'*outsourcing* per intere funzioni *non-core* (tipicamente cucine, pulizie, lavanderie etc.), la voce si "gonfia" ulteriormente di costi, anch'essi prima contenuti nella voce personale. In aggiunta, anche le modificazioni dei rapporti di accreditamento, cambiando la quota di attività a gestione diretta sul totale, modificano l'aggregato.

Alle difficoltà interpretative suddette, si aggiunge la difficoltà di asseverare il livello di spesa pubblica effettiva: i sistemi informativi disponibili (Ministero della Salute, ASSR, ISTAT, OCSE) forniscono serie storiche diverse, con scostamenti non facilmente spiegabili, né con le differenze definitorie e neppure con le diverse date di rilascio dei dati; tra l'altro la Relazione Previsionale e Programmatica per il 2008, pubblicata il 28 settembre 2007, già porta un dato di spesa 2006 rivisto in incremento, pari a € 101,4 mld.; anche prescindendo dalla questione dei livelli, tali serie sono caratterizzate da dinamiche fortemente difformi, come è apprezzabile nella tabella 2.

**Tabella 2 - Spesa sanitaria pubblica e tassi di variazione annui**

Anno	Min. Salute		ASSR		ISTAT		OCSE	
	mld. €	T.V.	mld. €	T.V.	mld. €	T.V.	mld. €	T.V.
2000	69,66		69,28		67,11		69,64	
2001	76,83	10,29	75,82	9,44	74,23	10,60	76,55	9,92
2002	80,27	4,48	78,99	4,19	78,56	5,84	80,46	5,10
2003	82,88	3,25	81,10	2,67	81,33	3,52	83,21	3,43
2004	89,78	8,32	87,23	7,56	89,36	9,87	91,48	9,93
2005	96,41	7,39	92,80	6,39	95,16	6,49	97,12	6,17
2006	99,60	3,31	97,54	5,11			102,57	5,61

Fonte: Ministero della Salute, ASSR, ISTAT, OCSE

Si può osservare dai dati come il 2006 abbia segnato un raffreddamento della crescita della spesa dopo un biennio di crescita molto significativa; ma, a seconda delle fonti, si passa dal 3,3% al 5,6% di aumento. I dati più recenti contenuti nella Relazione Previsionale e Programmatica per il 2008 sembrerebbero propendere per il livello più alto: intorno al 5,8%.

### 1.3.2 Il tendenziale di spesa sanitaria pubblica

Il modello descritto nel capitolo precedente evidenzia come la spesa, quella pubblica in particolare, sia condizionata dalle decisioni di finanziamento, sebbene questo non implichi che le Regioni riescano a rispettare il vincolo di *budget*. Nel breve periodo prevalgono piuttosto le inerzie del sistema, dovute alla rigidità degli assetti produttivi delle strutture pubbliche. Solo la quota di spesa in convenzione mostra una chiara sensibilità agli interventi congiunturali, come dimostra la spesa farmaceutica che si è stabilizzata (contratta in termini reali) dal 2001 in poi. Infatti la spesa farmaceutica pubblica, pur evolvendo strutturalmente in funzione di fattori economici, sociali, dell'innovazione, della scadenza dei brevetti e del conseguente avvento dei generici, negli ultimi due anni ha reagito prevalentemente ai livelli dei prezzi, su cui si è agito in via amministrativa con reiterati "tagli" (cfr. cap. 2.4).

Tornando alle voci di spesa pubblica diretta, il loro andamento nel medio periodo è dominato dall'inerzia dovuta alla rigidità dei fattori produttivi impiegati. Le evidenze statistiche dicono che gli organici, malgrado le riduzioni di posti letto, non si stanno riducendo; ne segue che è prudente immaginare che il *trend* rimanga quello degli ultimi anni.

La spesa per beni e servizi, che negli ultimi anni è stata quella maggiormente dinamica, risente di un coacervo di fattori difficilmente controllabili, in quanto al *trend* inflattivo si somma la tensione sui prezzi generata dall'allungamento dei tempi di pagamento e dall'innovazione, ai risparmi ottenuti con la revisione e centralizzazione delle procedure di acquisto etc.; a causa di un sistema di monitoraggio contabile ormai inadeguato, in tale aggregato registriamo anche fenomeni di crescita "spuria", nel senso di meri spostamenti dalla voce personale a quella dei servizi. Anche in questo caso l'evoluzione non sembra potersi discostare, nel breve periodo, da quella degli ultimi anni. La tabella 3 contiene la ricostruzione dell'evoluzione congiunturale della spesa pubblica da noi stimata. Iniziamo con l'osservare che il livello di spesa 2007 previsto dalla Relazione Previsionale e Programmatica, pari a € 103,6 mld., appare esattamente in linea con quanto previsto nel Rapporto CEIS Sanità 2006. Abbiamo stimato infatti la spesa tendenziale nel *range* di € 102,7-105,0 mld. Peraltro la spesa prevista determinerebbe un tasso di variazione annuo sul 2006 estremamente contenuto (+2,1%), pari a circa la metà di quello tendenziale contenuto nella Finanziaria 2007 e pari ad un terzo di quello registratosi fra il 2006 e il 2005. Tra l'altro, il tendenziale al 2008 torna a scontare una variazione al 5,4%, in linea con i valori degli ultimi anni. Le nostre stime portano a ritenere che, anche per effetto della parziale implementazione della manovra prevista per il 2007, la spesa finale potrebbe essere vicina al limite massimo indicato lo scorso anno, ovvero a € 105,5 mld., pari al 6,9% del PIL. In tal caso si registrerebbe un disavanzo di € 4,6 mld., pari allo 0,3% del PIL, sostanzialmente in linea con la progressiva riduzione del disavanzo strutturale del SSN registratasi negli ultimi anni (cfr. cap. 1.4). Per quanto concerne il 2008, la spesa tendenziale potrebbe raggiungere € 109,7 mld., pari al 7,0% del PIL; in assenza di manovre aggiuntive (al momento di scrivere ancora non è nota la struttura della Legge Finanziaria per il 2008, e in particolare la base per i numerosi rinnovi

contrattuali e delle convenzioni) si registrerebbe un disavanzo di € 5,8 mld., pari allo 0,38% del PIL, valore leggermente superiore a quello del 2007, ma ancora inferiore alla media del disavanzo strutturale (cfr. cap. 1.4).

In definitiva, la situazione finanziaria pubblica sembra non ancora leggermente del tutto sotto controllo, nel senso che saranno necessarie manovre aggiuntive, sebbene di entità non parti-

**Tabella 3 - L'evoluzione congiunturale della spesa pubblica**

Anno	Finanz. mld. €	Spesa sanitaria pubblica mld. €	Tassi di variaz.	Disav. Pubblico mld. €	Spesa sanitaria pubblica su PIL %
2007	97,0	105,5	4,1%	4,6	7,1%
2008	99,9	109,7	3,9%	5,8	7,3%

Fonte: nostra elaborazione

colarmente rilevante sul totale, per garantire il rispetto del *budget*. In particolare, sembra che ancora una volta sia stato sottostimato il livello di spesa dell'anno base, provocando poi una sottostima del finanziamento necessario o, in alternativa, dell'entità della manovra da intraprendere.

Il fenomeno è in larga misura imputabile alla inadeguatezza del sistema di rilevazione dei flussi economici delle aziende sanitarie che, come più di una ricerca ha mostrato, hanno una strutturale tendenza a sottostimare la spesa effettiva nei primi 3/4 trimestri.

### 1.3.3 Il tendenziale di spesa sanitaria privata

Per quanto concerne la componente privata della spesa sanitaria, essa segue andamenti tendenziali legati all'andamento economico, demografico e alle scelte in termini di compartecipazione al costo delle prestazioni del SSN. Negli ultimi anni si è osservata una crescita della quota di spesa pubblica sul totale, senza però che gli incrementi della spesa pubblica fossero bilanciati da proporzionali decrementi di quella privata. Il fenomeno può essere spiegato in vari modi. In primo luogo potrebbe suggerire il determinarsi di una duplicazione dei servizi: in altri termini l'incremento di offerta pubblica (o quanto meno del suo finanziamento), non dissuaderebbe i cittadini dal consumo di prestazioni acquistate fuori dal SSN. Il capitolo 4.1, a cui rimandiamo, che analizza le spese sanitarie private delle famiglie, offre alcune spiegazioni del fenomeno. Un'altra spiegazione può farsi risalire all'esistenza di bisogni insoddisfatti, che liberano nuova domanda quando il settore pubblico riassume su di sé parte della spesa esistente (in pratica una sorta di effetto reddito). Infine può indicare la generazione di consumi inappropriati. La spesa sanitaria privata è stata indagata attraverso un modello econometrico su un *panel* regionale relativo agli anni 1995-2005. L'ipotesi adottata è che la spesa privata sia legata principalmente ai livelli di reddito della popolazione, al titolo di studio, alla scelta pubblica in termini di quota di responsabilizzazione dei cittadini sul costo delle prestazioni e anche di espansione/contrazione programmata della spesa pubblica, infine da una variabile di bisogno della popolazione per la quale è stata adottata la percentuale di over 75.

Indicando con:

SSP = Spesa sanitaria privata pro-capite

PIL = PIL pro-capite

%FIN = percentuale di intervento pubblico su spesa totale

POP\_75+ = popolazione over 75

TK = quota di *ticket* su spesa lorda

TIT\_ST = quota di individui con titolo di studio laurea

Il modello econometrico stimato è:

$SSP=f(PIL; FIN; POP_{75+}; TK; TIT\_ST)^2$ .

Dalla stima del modello suddetto emerge che tutte le variabili, ad esclusione del titolo di studio, sono significative e con i segni attesi.

Il modello stimato spiega il 76,3% della variabilità della spesa sanitaria privata, sia la variabilità temporale che quella territoriale sono ben spiegate<sup>3</sup>. I risultati del test econometrico rassicurano sulla possibilità di effettuare delle simulazioni sull'evoluzione a breve termine della spesa privata.

**Tabella 4 - Modello di regressione su dati panel, Italia 1995-2005**

	<b>Coefficienti</b>	<b>P&gt; t </b>
<b>PIL</b>	<b>0,013</b>	<b>0,000</b>
<b>%FIN</b>	<b>-0,905</b>	<b>0,050</b>
<b>POP_75+</b>	<b>16,957</b>	<b>0,050</b>
<b>TK</b>	<b>1,761</b>	<b>0,001</b>
<b>COST</b>	<b>0,116</b>	<b>0,997</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e Ministero della Salute

Per simulare i dati relativi a 2007 e 2008 sono state adottate le seguenti ipotesi:

- crescita del PIL tendenziale del 3,2%;
- incremento della quota di intervento pubblico;
- invarianza degli attuali livelli dei *ticket*;
- popolazione over 75 secondo le previsioni demografiche ISTAT (9,5% nel 2007 e 9,9% nel 2008).

Secondo le nostre stime, la spesa sanitaria privata si attesterà, sia per il 2007 che per il 2008, all'1,8% del PIL con un incremento del 3,5% tra il 2006 e il 2007 e del 4% tra il 2007 e il 2008.

La spesa privata cresce quindi più o meno in linea con quella pubblica: per ridurre l'incidenza sarebbero necessarie manovre (riduzioni) sul versante delle compartecipazioni, ovvero nuove coperture nei settori quali odontoiatria e LTC attualmente scoperti.

Dobbiamo peraltro notare che, in presenza di eventuali manovre per il 2008 che dovessero invece aumentare i livelli di compartecipazione, tali stime dovrebbero essere riviste al rialzo.

<sup>2</sup> Per semplicità sono stati omessi i pedici relativi agli anni e alle Regioni.

<sup>3</sup>  $R^2$  within=59,33%;  $R^2$  between=85,65%.

**Tabella 5 - L'evoluzione a breve termine della spesa sanitaria privata**

Anno	Spesa sanitaria privata mld. €	Tassi di variaz.	Spesa sanitaria privata su PIL %
2007	27,6	3,5%	1,8
2008	28,7	4,0%	1,8

Fonte: nostra elaborazione

### 1.3.4 Il tendenziale di spesa sanitaria totale

Gli andamenti sopra esposti possono essere sommati, ottenendo una visione di insieme dell'evoluzione a breve termine della spesa sanitaria.

Per ragioni di confrontabilità la spesa è stata riportata nella tabella 6 in termini di tassi di variazione e percentuale sul PIL perché, come detto precedentemente, i livelli della spesa sono diversi a seconda della fonte utilizzata.

**Tabella 6 - L'evoluzione a breve termine della spesa sanitaria totale**

Anno	Tassi di variaz.	Spesa sanitaria totale su PIL %	Quota spesa pubblica%
2007	3,9%	8,9	79,3
2008	4,0%	9,1	79,3

Fonte: nostra elaborazione

Dalle nostre stime emerge un ulteriore tendenziale incremento della quota di PIL assorbita dalla Sanità: essa infatti cresce complessivamente attorno al 4% annuo a fronte di una crescita prevista del PIL che non supera il 3,2%.

È da notare che, in assenza di ulteriori manovre correttive per il 2008, la ripartizione della spesa tra settore pubblico e privato rimane costante interrompendo il *trend* degli ultimi anni caratterizzato da una maggiore copertura pubblica.

I tendenziali da noi stimati lasciano peraltro l'Italia nella stessa posizione a livello europeo, cioè dopo Francia, Germania, Grecia, etc. (cfr. cap. 1.1).

Sebbene quindi la spesa totale non si possa dire "sotto controllo" nel senso che aumenta più dell'economia nel suo complesso, i suoi incrementi sembrano assolutamente ragionevoli per effetto dei *trend* strutturali di medio periodo evidenziati nel capitolo 1.2: invecchiamento, maggiore disponibilità economica, etc. La crescita del rapporto è quindi in qualche modo attribuibile anche a un ristagno prolungato del PIL che, tra l'altro, non permette di disporre di riprese necessarie per investimenti tesi sia a migliorare la qualità sia a razionalizzare il sistema.

## 1.4 - Finanziamento e disavanzi del Servizio Sanitario Nazionale

Giordani C.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 1.4.1 Introduzione

Il presente contributo rappresenta un aggiornamento, alla luce dei nuovi dati a consuntivo per il triennio 2003-2005 e dei dati provvisori per il 2006<sup>2</sup>, dell'analisi effettuata nel Rapporto CEIS Sanità 2006<sup>3</sup> relativamente all'andamento del finanziamento del SSN in Italia. Quest'ultimo viene qui osservato a partire dalla sua nascita fino al 2006, evidenziando e commentando i costanti disavanzi formati nei vari anni, calcolati come mero raffronto fra il livello di finanziamento e la spesa effettiva registrata per ASL e AO.

L'attenzione viene poi focalizzata sulla produzione normativa relativa al ripiano di tali disavanzi, in particolare nell'ultimo decennio, effettuata con leggi ad hoc con cui il Governo ha partecipato al risanamento dei conti delle Regioni maggiormente indebitate.

### 1.4.2 Il finanziamento e il disavanzo del SSN, i dati nazionali

Le riforme che hanno caratterizzato il sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale fin dalla sua nascita ne hanno nel tempo legato l'evoluzione all'andamento dell'economia nel suo complesso. Secondo il D.Lgs. n. 56/2000, che voleva introdurre il federalismo fiscale nel nostro Paese, il gettito dell'IVA sui consumi dovrebbe ricoprire un ruolo fondamentale nel finanziamento. Secondo tale norma, infatti, è stato di fatto abolito il Fondo Sanitario Nazionale e i trasferimenti erariali dallo Stato alle Regioni a statuto ordinario sono stati sostituiti dalla maggiorazione della compartecipazione regionale all'addizionale IRPEF, dall'aumento della compartecipazione all'accisa regionale sulla benzina e dall'istituzione di una compartecipazione all'IVA.

Nelle more della compiuta applicazione del D.Lgs. n. 56/2000, anche il Ministro della Salute Livia Turco ha espressamente legato per il triennio 2007-2009 le risorse da assegnare alla sanità ad una quota prefissata del PIL (6,7% nell'ultima Legge finanziaria).

Se si analizza il finanziamento corrente del SSN<sup>4</sup> in rapporto al PIL nell'arco temporale che va dal 1982 al 2006, rappresentato nella figura 1, si può osservare un forte incremento tra il 1990 e il 1991, subito prima delle riforme, quindi un calo iniziato nel 1992 e una

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Fonte: Ministero Salute e ISTAT. Si ricorda che in questo contributo viene analizzata la spesa sanitaria pubblica corrente e il finanziamento corrente, per cui non viene presa in considerazione la gestione straordinaria, mentre sono inclusi costi e ricavi derivanti dall'intraoemia.

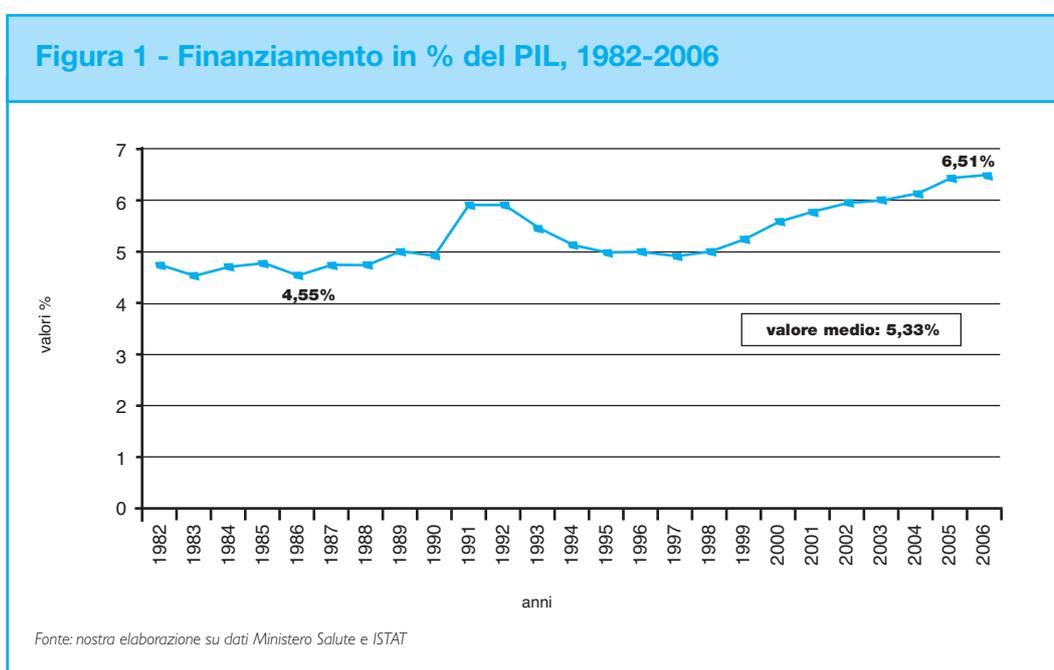
<sup>3</sup> Giordani C, Spandonaro F (2006), *L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali*, Rapporto CEIS Sanità 2006.

<sup>4</sup> Fonte: Ministero della Salute. Si ricorda che il finanziamento corrente è stato calcolato comprendendo i ricavi per l'intraoemia ed escludendo quelli relativi alla gestione straordinaria.

successiva impennata dei valori iniziata nel 1998 e culminata nel 2006, anno in cui si è registrato il valore più alto (6,51%). Il 1986 è invece stato l'anno in cui si è registrato il picco minimo: 4,55% del PIL.

Nel periodo di tempo considerato, si è dunque registrato un aumento in punti percentuali dell'incidenza del finanziamento sul PIL pari a 1,75: si è passati infatti da un livello del finanziamento pari al 4,76% del PIL del 1982 al 6,51% del 2006. Il valore medio è stato pari al 5,33%<sup>5</sup>.

Nella figura 2 si mettono invece a confronto i valori di spesa, finanziamento e disavanzo



in percentuale del PIL, sempre nell'arco temporale che va dal 1982 al 2006.

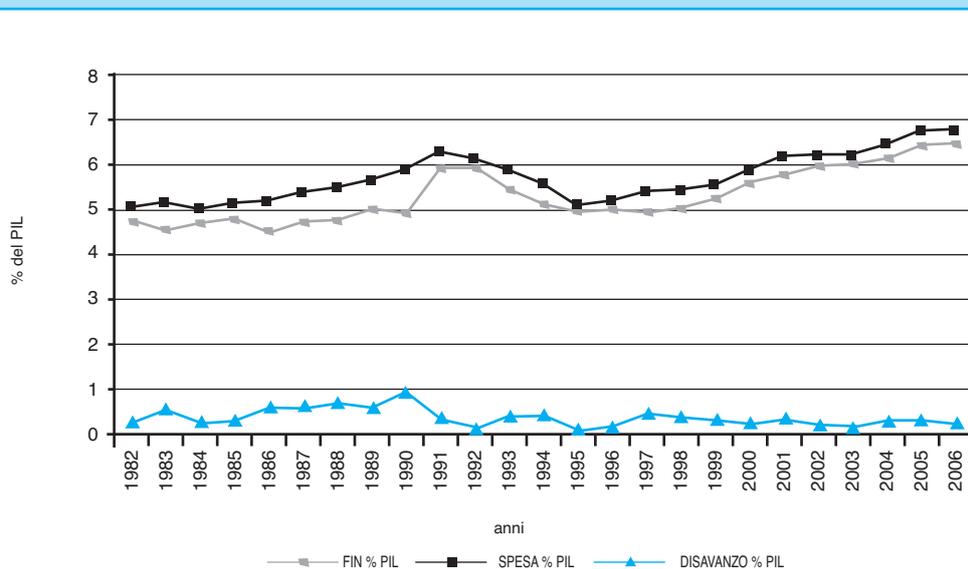
Osservando la figura, si nota chiaramente come il finanziamento corrente del SSN non sia mai stato sufficiente a coprire la spesa sanitaria pubblica corrente, essendo stata la seconda sistematicamente maggiore del primo per tutto il periodo di tempo considerato. Di fatto, dunque, come più volte evidenziato anche nel Rapporto CEIS sanità 2006<sup>6</sup>, si sono formati disavanzi strutturali dalla nascita del SSN ad oggi. Nondimeno, si nota una tendenza alla riduzione della "forbice" negli ultimi anni.

In particolare, a fronte di un disavanzo nel 1982 pari allo 0,31% del PIL, abbiamo al 2006

<sup>5</sup> Sono stati utilizzati i dati sul finanziamento corrente diffusi dal Ministero della Salute nel maggio 2007 (che ha rivisto, rispetto allo scorso anno, anche i dati 2003-2005) e i dati relativi al PIL diffusi dall'ISTAT l'8 giugno 2007. Per questi ultimi, in particolare, è stata utilizzata la serie storica nazionale rivista con gli ultimi aggiornamenti relativi agli anni 2002-2006

<sup>6</sup> Giordani C, Spandonaro F (2006), *L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali*, Rapporto CEIS Sanità 2006.

**Figura 2 - Confronto tra spesa, finanziamento e disavanzo in % del PIL, 1982-2006**

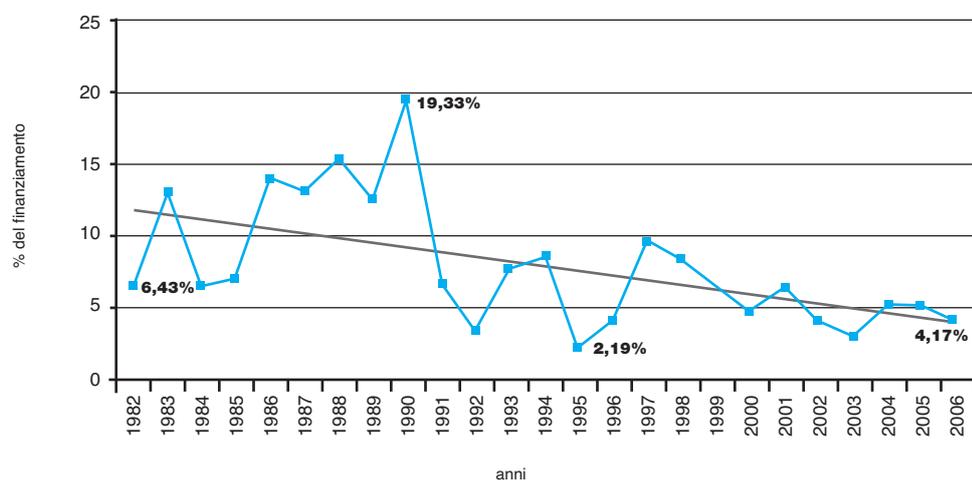


Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

una percentuale dello 0,27%. Il picco massimo si è registrato nel 1990, quando il disavanzo è stato pari allo 0,96% del PIL. Successivamente, il valore è diminuito fino al 1992, per poi risalire negli anni successivi, anche a causa della congiuntura finanziaria conseguente all'entrata in Europa del nostro Paese. Nel 1995 si è avuto il picco minimo: il disavanzo era pari allo 0,11% del PIL. In seguito, si è registrato un nuovo aumento del disavanzo fino al 1997, e da lì in poi l'andamento può essere considerato piuttosto stabile. Il finanziamento corrente medio nell'arco di tempo considerato è stato pari, come visto, al 5,33% del PIL; la spesa pubblica corrente media è stata più alta, pari al 5,71% del PIL; il disavanzo medio si è attestato quindi allo 0,41%. In pratica, per non avere disavanzi strutturali, sarebbe stato necessario un livello di finanziamento, in tutti gli anni di vita del SSN, più alto in media di quasi mezzo punto percentuale del PIL.

Considerando il disavanzo pro-capite, nel periodo considerato (1982-2006) si è registrato un disavanzo medio pro-capite a valori 2006, approssimativamente pari a € 103,00. Nel 2006 il disavanzo pro-capite è stato pari a € 68,13. Se si analizza in particolare l'ultimo quinquennio (2002-2006), si è avuto un disavanzo medio pro-capite, sempre a valori 2006, pari a € 98,03. Nell'arco di tempo considerato, nel 2005 si è registrata la maggiore forbice fra valore massimo e valore minimo: il disavanzo pro-capite del Lazio era pari a € 332,48, mentre la Calabria registrava un avanzo di € 63,63.

Figura 3 - Disavanzo nazionale in % del finanziamento, 1982-2006



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

Il disavanzo in percentuale del finanziamento (figura 3) è stato del 6,43% nel 1982 per arrivare al 4,17% nel 2006, con un andamento negli anni piuttosto irregolare. In particolare, nel 1990 si è avuto il picco massimo, con una percentuale che ha raggiunto il 19,33%, mentre nel 1995 si è registrato il picco minimo: “solo” 2,19%.

Alla luce degli aggiornamenti effettuati per i dati degli anni 2003-2006 (consuntivo) da parte del Ministero della Salute, si ripropongono nella tabella 1, come fatto nel Rapporto CEIS Sanità 2006<sup>7</sup>, le variazioni percentuali (calcolate rispetto all’anno precedente) registrate nell’ultimo quinquennio nei valori assoluti della spesa per il personale dipendente SSN, del finanziamento e del disavanzo, aggiungendo a queste voci anche la spesa per beni e servizi<sup>8</sup>.

Considerando l’ultimo anno per cui si ha disponibilità di dati (2006), rispetto al 2005 si sono avuti aumenti percentuali di grandezza inferiore rispetto agli altri anni sia per la spesa per il personale che per il finanziamento, anche se quest’ultimo non si è allineato alla prima. Nonostante questo, il disavanzo è diminuito, anche in ragione del fatto che la spesa per beni e servizi, per la prima volta nel quinquennio considerato, è diminuita (in

<sup>7</sup> Giordani C, Spandonaro F (2006), *L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali*, Rapporto CEIS Sanità 2006.

<sup>8</sup> Questa voce (fonte: Ministero Salute, 2006) comprende la spesa per: beni, accantonamenti tipici, compartecipazioni per intramoenia, interessi passivi e oneri finanziari, altri servizi e imposte e tasse.

**Tabella 1 - Variazione % spesa personale SSN, finanziamento e disavanzo rispetto all'anno precedente**

	2002	2003	2004	2005	2006
Spesa per il personale SSN	+2,72	+1,18	+5,58	+7,64	+5,03
Spesa per beni e servizi	+9,08	+10,55	+13,13	+17,93	-0,14
Finanziamento	+6,77	+4,39	+6,00	+7,48	+4,29
Disavanzo	-31,23	-23,89	+84,32	+5,11	-15,60

Fonte: nostre elaborazioni su dati Ministero Salute e ISTAT

seguito alla diminuzione del 62,3% della voce "Accantonamenti tipici"<sup>9</sup> rispetto all'anno precedente).

Con riferimento a quest'ultima voce di spesa, si rileva come essa abbia avuto la crescita più dinamica negli anni considerati, tanto da contribuire alla formazione di disavanzi anche quando il finanziamento è riuscito a coprire la crescita della spesa per il personale. Nello stesso modo, si è registrata una diminuzione del disavanzo quando il finanziamento non è riuscito a coprire la spesa per il personale SSN, ma si è assistito ad una diminuzione della spesa per beni e servizi (anno 2006).

#### 1.4.3 Il finanziamento e il disavanzo del SSN, i dati regionali

Nella tabella 2 viene evidenziato il modo in cui, nell'ultimo quinquennio (2002-2006), sono state ripartite le risorse per la sanità tra le Regioni e le Province Autonome italiane.

Osservando i valori in termini pro-capite, si nota subito come la Regione con il minor livello di risorse assegnate per la sanità sia stata, per tutti gli anni considerati, la Campania, mentre al Trentino Alto Adige è andata la somma maggiore tranne che nel 2006, quando a registrare il livello più alto di finanziamento pro-capite è stata la Valle d'Aosta.

Nelle tabelle successive (3, 4 e 5) vengono illustrati i valori assoluti e pro-capite degli avanzi o disavanzi registrati nelle varie Regioni italiane; suddividendo il periodo di tempo per il quale si dispone dei dati a livello regionale (dal 1992 al 2006) in quinquenni, possiamo fare le seguenti brevi considerazioni.

1) Nel primo quinquennio (1992-1996), come si osserva nella tabella 3, la Regione col maggior disavanzo pro-capite registrato è stata l'Emilia Romagna: nel 1992, con un disavanzo di € 123,52, e nel 1996, con € 117,46. Nel 1993 il primato negativo spetta alla Valle d'Aosta (€ 203,35), nel 1994 al Trentino Alto Adige (€ 165,69) e nel 1995 al Lazio (€ 83,32). La Regione con disavanzo minore è stata per i primi tre anni la Calabria (con un avanzo di € 41,02 nel 1992, un disavanzo di € 18,79 nel 1993 e un avanzo di € 3,66 nel

<sup>9</sup> Questa voce (fonte: Ministero Salute, 2006) comprende: accantonamenti per TFR, per premio di operosità per il personale SUMAI e, dall'entrata in vigore del DL n. 203/2005, accantonamenti per i rinnovi contrattuali dei contratti di competenza 2004-2005. Gli Accantonamenti tipici rappresentano il 3,4% dell'aggregato "Beni e servizi".

**Tabella 2 - Finanziamento regionale in valore assoluto e pro-capite (pc), 2002-2006**

Regioni	2002		2003		2004		2005		2006	
	v.a. (mil €)	€ pc								
ITALIA	77.055,56	1.352,00	80.434,74	1.403,23	85.265,15	1.472,93	91.670,01	1.568,02	95.600,82	1.627,20
Piemonte	5.932,44	1.408,03	6.172,64	1.458,79	6.573,35	1.539,35	7.324,58	1.691,52	7.535,52	1.735,60
V. d'Aosta	198,29	1.658,73	203,62	1.684,04	214,55	1.758,01	231,53	1.884,39	252,84	2.039,39
Lombardia	12.136,06	1.343,43	12.547,51	1.377,54	13.280,93	1.436,27	14.570,08	1.551,15	15.156,85	1.599,63
Trentino	1.559,91	1.658,48	1.697,57	1.785,98	1.793,84	1.863,80	1.883,33	1.932,39	1.963,75	1.993,39
Veneto	6.068,02	1.339,57	6.374,18	1.392,53	6.963,57	1.499,83	7.428,94	1.580,64	7.859,03	1.658,61
Friuli V.G.	1.698,24	1.434,80	1.751,96	1.470,28	1.902,23	1.587,59	2.022,50	1.678,82	2.124,89	1.758,61
Liguria	2.390,70	1.522,74	2.466,24	1.568,66	2.594,47	1.644,70	2.724,61	1.711,11	2.909,98	1.807,29
Emilia R.	5.685,21	1.426,82	5.921,13	1.469,18	6.166,61	1.511,25	6.870,96	1.655,11	7.037,86	1.680,66
Toscana	4.959,11	1.418,09	5.156,54	1.466,47	5.425,59	1.521,45	5.912,30	1.643,10	6.034,16	1.666,96
Umbria	1.157,52	1.401,02	1.206,29	1.446,02	1.275,21	1.503,74	1.384,55	1.611,93	1.415,60	1.631,11
Marche	1.994,32	1.355,64	2.075,81	1.398,23	2.189,68	1.455,10	2.401,31	1.581,08	2.490,05	1.628,75
Lazio	6.913,02	1.350,97	7.390,17	1.436,15	8.074,24	1.551,20	8.423,12	1.598,32	8.732,59	1.646,17
Abruzzo	1.689,40	1.338,26	1.754,24	1.377,73	1.847,79	1.436,97	2.008,15	1.545,60	2.080,85	1.594,15
Molise	436,49	1.362,06	451,76	1.407,13	477,66	1.484,80	511,12	1.587,56	514,72	1.603,94
Campania	7.218,14	1.266,03	7.526,76	1.314,70	7.878,51	1.367,71	8.193,66	1.415,39	8.775,51	1.515,39
Puglia	5.178,61	1.288,37	5.401,99	1.342,46	5.659,44	1.400,51	5.960,13	1.465,07	6.296,02	1.546,36
Basilicata	787,03	1.317,27	810,76	1.358,46	854,38	1.431,12	906,18	1.519,05	936,09	1.575,69
Calabria	2.597,66	1.292,61	2.726,82	1.358,39	2.856,12	1.420,01	2.996,70	1.491,44	3.198,50	1.595,73
Sicilia	6.358,25	1.280,44	6.608,77	1.329,16	6.974,69	1.394,03	7.487,59	1.493,61	7.710,18	1.536,75
Sardegna	2.097,13	1.285,91	2.189,97	1.337,27	2.262,32	1.376,86	2.428,65	1.471,86	2.575,84	1.555,76

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT, 2006

1994); nel 1995 la Regione più virtuosa è stata il Lazio, con un avanzo pro-capite di € 47,63, e nel 1996 la Basilicata, con € 37,22). Dalla tabella 3 si può osservare come in questo quinquennio i maggiori o i minori disavanzi pro-capite non sempre coincidano con quelli a livello assoluto (l'esatta corrispondenza si verifica solo nel 1992). Da notare come i maggiori disavanzi si concentrino sempre nelle Regioni del Centro-Nord, mentre i minori disavanzi (o gli avanzi in alcuni casi) si registrino in ogni anno in Regioni meridionali.

2) Nel secondo quinquennio (1997-2001), come si osserva nella tabella 4, il Lazio fa registrare un primato negativo: in ciascuno degli anni considerati registra il maggior disavanzo, sia considerando i valori assoluti che quelli pro-capite. Unica eccezione nel 2001, quando la Regione con maggior disavanzo pro-capite risulta essere il Trentino Alto Adige (€ 301,74), subito seguito però dal Lazio (€ 214,41). Con riferimento alle Regioni più "virtuose", ossia quelle con minor disavanzo o con avanzo, innanzitutto notiamo come siano comunque le stesse per ciascun anno sia considerando i valori assoluti che quelli pro-capite (Basilicata nel 1997, 1998 e nel 2001, Valle d'Aosta nel 1999 e Basilicata nel 2001). Ancora, si evidenzia come, mentre nel 1997 la Regione più virtuosa ha registrato il minor

**Tabella 3 - Avanzi/disavanzi regionali in valore assoluto e pro-capite 1992-1996**

Regioni	1992		1993		1994		1995		1996	
	v.a. (mil €)	€ pc								
ITALIA	-1.588,13	-27,97	-3.562,76	-62,70	-3.862,42	-67,95	-1.037,70	-18,26	-2.146,80	-37,77
Piemonte	-10,83	-2,52	-164,70	-38,41	-154,92	-36,24	20,71	4,86	-96,76	-22,77
V. d'Aosta	-9,58	-82,63	-23,64	-203,35	-11,67	-100,24	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	-3,51	-0,40	-275,56	-31,05	-413,58	-46,60	-154,66	-17,42	-431,15	-48,55
Trentino	-72,93	-81,90	-122,95	-137,51	-148,83	-165,69	0,00	0,00	0,00	0,00
Veneto	-123,09	-28,10	-231,62	-52,78	-265,46	-60,40	2,80	0,64	-116,33	-26,38
Friuli V.G.	-44,54	-37,24	-90,59	-76,00	-111,93	-94,32	10,05	8,50	-25,52	-21,63
Liguria	-99,50	-59,43	-248,44	-149,48	-235,92	-142,79	-114,74	-69,91	-91,83	-56,37
Emilia R.	-482,76	-123,52	-377,57	-96,78	-456,39	-117,05	-288,15	-73,98	-457,77	-117,46
Toscana	-214,50	-60,82	-333,40	-94,67	-243,97	-69,41	-148,84	-42,46	-207,66	-59,37
Umbria	-38,86	-47,89	-57,97	-71,49	-58,41	-71,89	18,67	22,95	-0,23	-0,28
Marche	-94,98	-66,48	-132,84	-92,89	-134,06	-93,58	-55,16	-38,43	-91,60	-63,68
Lazio	-247,73	-48,17	-572,76	-111,02	-590,34	-114,48	-429,38	-83,32	-532,20	-103,38
Abruzzo	-9,74	-7,79	-40,58	-32,41	-22,29	-17,80	59,74	47,63	4,77	3,80
Molise	-1,07	-3,23	-9,80	-29,70	-18,79	-57,02	1,93	5,87	-4,96	-15,11
Campania	-30,40	-5,40	-403,91	-71,42	-218,83	-38,56	80,23	14,10	-53,90	-9,45
Puglia	-38,27	-9,49	-154,33	-38,20	-136,87	-33,80	0,00	0,00	-37,87	-9,33
Basilicata	2,62	4,29	-27,52	-45,11	2,07	3,40	28,00	45,92	22,67	37,22
Calabria	84,88	41,02	-38,80	-18,79	7,56	3,66	56,54	27,38	-7,90	-3,83
Sicilia	-39,42	-7,94	-136,56	-27,42	-442,61	-88,62	0,00	0,00	34,75	6,94
Sardegna	-113,93	-69,13	-119,23	-72,28	-207,21	-125,53	-125,45	-75,98	-53,30	-32,30

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

disavanzo (non considerando il valore zero della Valle d'Aosta, del Trentino e del Friuli), in tutti gli altri anni le "migliori" Regioni hanno registrato un avanzo.

3) Nel terzo e ultimo quinquennio (2002-2006), come si osserva nella tabella 5, il Lazio continua, come e più rispetto al quinquennio precedente, ad essere la Regione con maggiore disavanzo, sia analizzandolo in termini assoluti che pro-capite. Con riferimento alle Regioni più "virtuose", si evidenzia innanzitutto come in ciascun anno del quinquennio considerato esse abbiano registrato un vero e proprio avanzo anziché un "minor disavanzo". Nel triennio 2002-2004 la Regione con maggior avanzo in termini assoluti è la Puglia, mentre quella con l'avanzo pro-capite più alto risulta essere la Basilicata. Nel 2005 è la Calabria a registrare il maggior avanzo, sia in valore assoluto che pro-capite, mentre nel 2006 tale Regione è la "migliore" solo considerando il disavanzo in valore assoluto, mentre in termini pro-capite ad avere maggiore avanzo è di nuovo la Basilicata, seguita comunque dalla Calabria, che registra un valore solo leggermente più basso. Nella tabella 6 vengono invece analizzati gli avanzi e i disavanzi in percentuale del PIL; da qui si evince immediatamente come i disavanzi si siano per ciascun anno concentrati

**Tabella 4 - Avanzi/disavanzi regionali in valore assoluto e pro-capite (pc), 1997-2001**

Regioni	1997		1998		1999		2000		2001	
	v.a. (mil €)	€ pc								
ITALIA	-5.039,13	-88,60	-4.575,22	-80,40	-3.729,94	-65,54	-3.227,95	-56,71	-4.675,68	-82,09
Piemonte	-379,56	-89,41	-447,84	-105,65	-360,29	-85,13	-421,05	-99,66	-269,06	-63,77
V. d'Aosta	0,00	0,00	0,00	0,00	5,34	45,03	3,58	30,13	-21,93	-183,88
Lombardia	-769,22	-86,41	-603,54	-67,64	-510,51	-57,07	-115,48	-12,87	-817,43	-90,78
Trentino	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,97	-2,13	1,59	1,71	-282,25	-301,74
Veneto	-395,96	-89,45	-440,74	-99,17	-304,73	-68,26	-252,30	-56,25	-452,09	-100,27
Friuli V.G.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	0,50	-2,37	-2,01	-35,03	-29,65
Liguria	-208,44	-128,76	-148,34	-92,24	-70,14	-43,90	-42,48	-26,75	-88,35	-55,95
Emilia R.	-460,63	-117,93	-272,77	-69,67	-211,29	-53,80	-19,11	-4,84	-267,46	-67,43
Toscana	-297,13	-85,02	-132,24	-37,86	-39,69	-11,37	-76,97	-22,04	-186,52	-53,37
Umbria	-57,16	-70,04	-33,51	-40,98	-4,25	-5,19	-2,35	-2,86	-25,53	-30,97
Marche	-204,85	-142,01	-129,08	-89,20	-111,49	-76,77	155,59	106,74	-89,93	-61,42
Lazio	-910,66	-177,09	-802,91	-156,38	-703,48	-137,29	-754,74	-147,50	-1.096,99	-214,41
Abruzzo	-88,84	-70,65	-55,14	-43,79	-84,66	-67,16	-173,04	-137,21	-115,02	-91,19
Molise	-22,01	-67,32	-16,37	-50,27	-2,92	-9,00	-4,42	-13,71	-22,17	-68,97
Campania	-580,77	-101,62	-538,54	-94,10	-480,41	-83,95	-736,41	-128,81	-556,22	-97,44
Puglia	-213,35	-52,63	-358,74	-88,57	-294,24	-72,79	-240,31	-59,57	-66,97	-16,63
Basilicata	-11,39	-18,76	47,26	78,01	2,01	3,33	-31,49	-52,36	33,98	56,70
Calabria	-192,70	-93,71	-189,29	-92,33	-139,23	-68,22	-215,04	-106,03	-51,98	-25,75
Sicilia	-103,34	-20,63	-336,85	-67,23	-306,63	-61,28	-125,70	-25,17	-217,42	-43,68
Sardegna	-143,12	-86,79	-116,59	-70,82	-111,98	-68,20	-175,47	-107,10	-47,31	-28,94

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

maggiormente in alcune Regioni, tanto che nel Patto per la Salute del Ministro Livia Turco è stato istituito per il triennio 2007-2009 un fondo transitorio per aiutare le Regioni che si trovano in maggiore difficoltà.

In particolare, si può osservare come il Lazio, l'Emilia Romagna e la Campania siano sempre rientrate tra le prime 6 Regioni in cui si è maggiormente concentrato il disavanzo in tutti gli anni considerati, e si può aggiungere la Lombardia che non vi è rientrata solo nel 2004 (ma era comunque all'ottavo posto nella classifica dei maggiori disavanzi). Il Lazio ha registrato, in tutti gli anni del quinquennio in esame, il disavanzo maggiore in percentuale del PIL, ma nel 2006 esso ha fatto registrare una diminuzione rispetto all'anno precedente, anche se il livello resta comunque più alto rispetto ai primi tre anni del quinquennio.

Tra le Regioni a statuto ordinario, si evidenzia un avanzo registrato da Basilicata e Calabria in tutti gli anni considerati, ma anche dalla Puglia nel primo triennio (ma con disavanzo nel 2005 e 2006) e dalle Marche nell'ultimo biennio. Il Piemonte ha invece chiuso in avanzo solo l'anno 2005. Nell'anno 2006 il disavanzo in percentuale del PIL si è concentrato in partico-

**Tabella 5 - Avanzi/disavanzi regionali in valore assoluto e pro-capite (pc), 2002-2006**

Regioni	2002		2003		2004		2005		2006	
	v.a. (mil €)	€ pc								
ITALIA	-3.215,68	-56,42	-2.447,61	-42,70	-4.511,52	-77,94	-4.742,21	-81,12	-4.002,54	-68,13
Piemonte	-84,66	-20,09	-124,46	-29,41	-548,50	-128,45	20,94	4,83	-51,67	-11,90
V. d'Aosta	5,06	42,36	4,45	36,79	3,22	26,37	4,68	38,11	4,46	35,99
Lombardia	-750,10	-83,03	-393,93	-43,25	-209,22	-22,63	-215,24	-22,91	-384,52	-40,58
Trentino	-69,51	-73,90	-20,65	-21,73	10,35	10,76	25,76	26,43	31,28	31,75
Veneto	-329,29	-72,69	-294,72	-64,39	-70,26	-15,13	-109,88	-23,38	-120,61	-25,45
Friuli V.G.	6,02	5,08	-1,79	-1,50	-11,38	-9,50	12,07	10,02	-6,44	-5,33
Liguria	-44,74	-28,50	-51,08	-32,49	-293,15	-185,83	-212,30	-133,33	-79,84	-49,59
Emilia R.	-367,96	-92,35	-354,87	-88,05	-622,36	-152,52	-297,36	-71,63	-404,84	-96,68
Toscana	-164,31	-46,98	-110,54	-31,44	-260,59	-73,08	-170,13	-47,28	-197,18	-54,47
Umbria	-43,05	-52,11	-87,49	-104,88	-60,83	-71,73	-30,34	-35,32	-58,89	-67,86
Marche	-71,06	-48,31	-17,65	-11,89	-105,64	-70,20	14,81	9,75	20,28	13,26
Lazio	-750,85	-146,73	-741,28	-144,05	-1.078,56	-207,21	-1.752,16	-332,48	-1.729,25	-325,98
Abruzzo	-147,23	-116,63	-149,28	-117,24	-124,40	-96,74	-196,35	-151,13	-147,98	-113,37
Molise	-14,68	-45,82	-42,22	-131,51	-38,71	-120,32	-78,02	-242,32	-69,11	-215,36
Campania	-340,15	-59,66	-290,80	-50,79	-741,96	-128,81	-1.215,74	-210,01	-316,01	-54,57
Puglia	129,16	32,13	227,87	56,63	157,29	38,92	-180,86	-44,46	-48,82	-11,99
Basilicata	57,71	96,58	44,47	74,51	28,93	48,47	21,81	36,55	33,89	57,05
Calabria	38,62	19,22	142,35	70,91	88,15	43,83	127,84	63,63	112,89	56,32
Sicilia	-154,68	-31,15	-99,27	-19,97	-474,90	-94,92	-358,37	-71,49	-556,16	-110,85
Sardegna	-119,96	-73,56	-86,71	-52,95	-159,02	-96,78	-153,37	-92,95	-34,02	-20,55

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

lare in 6 Regioni italiane (in ordine decrescente: Lazio, Sicilia, Emilia Romagna, Lombardia, Campania e Toscana), tanto che la somma di tali disavanzi (0,24%) quasi raggiunge il disavanzo registrato a livello nazionale (0,27% del PIL), rappresentandone l'88,9%.

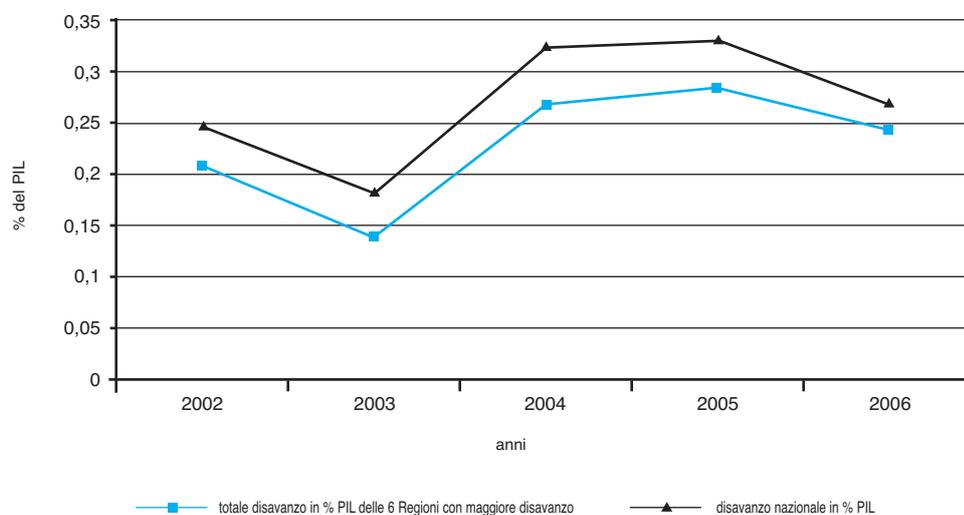
Osservando il trend di tale indicatore nella figura 4 e mettendo dunque a confronto il disavanzo in percentuale del PIL e la somma dei disavanzi delle 6 Regioni che, nei vari anni, si sono trovate in maggiore difficoltà, si nota come la forbice si sia allargata nel 2003 e 2004, mentre nel 2006 si è di nuovo ridotta, indice di una maggiore concentrazione del disavanzo nelle 6 Regioni.

**Tabella 6 - Avanzi/disavanzi regionali in percentuale del PIL, 2002-2006**

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006
ITALIA	-0,248	-0,183	-0,325	-0,333	-0,271
Piemonte	-0,007	-0,009	-0,039	0,001	-0,003
V. d'Aosta	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Lombardia	-0,058	-0,029	-0,015	-0,015	-0,026
Trentino	-0,005	-0,002	0,001	0,002	0,002
Veneto	-0,025	-0,022	-0,005	-0,008	-0,008
Friuli V.G.	0,000	0,000	-0,001	0,001	0,000
Liguria	-0,003	-0,004	-0,021	-0,015	-0,005
Emilia R.	-0,028	-0,027	-0,045	-0,021	-0,027
Toscana	-0,013	-0,008	-0,019	-0,012	-0,013
Umbria	-0,003	-0,007	-0,004	-0,002	-0,004
Marche	-0,005	-0,001	-0,008	0,001	0,001
Lazio	-0,058	-0,055	-0,078	-0,123	-0,117
Abruzzo	-0,011	-0,011	-0,009	-0,014	-0,010
Molise	-0,001	-0,003	-0,003	-0,005	-0,005
Campania	-0,026	-0,022	-0,053	-0,085	-0,021
Puglia	0,010	0,017	0,011	-0,013	-0,003
Basilicata	0,004	0,003	0,002	0,002	0,002
Calabria	0,003	0,011	0,006	0,009	0,008
Sicilia	-0,012	-0,007	-0,034	-0,025	-0,038
Sardegna	-0,009	-0,006	-0,011	-0,011	-0,002

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

**Figura 4 - Confronto tra disavanzo nazionale in % PIL e somma del disavanzo delle 6 Regioni con maggiore disavanzo nel quinquennio 2002-2006**



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

#### 1.4.4 La copertura dei disavanzi

Come rilevato in precedenza, fin dalla nascita del SSN si sono registrati disavanzi. Tuttavia il Governo, attraverso trasferimenti ex-post, ha negli anni, pur se con notevole ritardo, effettuato il ripiano dei disavanzi generati dalle Regioni non in linea con i livelli di spesa concordati. In particolare, nel caso in cui la spesa effettivamente sostenuta risulti superiore al livello prefissato di risorse stanziato, è possibile far fronte al disavanzo con ulteriori fondi:

- a carico dello Stato, per la quota relativa a cause non dipendenti dalle Regioni (come ad esempio inflazione effettiva superiore a quella programmata, aumenti considerevoli dei costi della tecnologia, etc.);
- a carico delle stesse Regioni, quando la maggiore spesa sia stata dovuta al mancato rispetto di norme tendenti alla razionalizzazione e al contenimento della spesa sanitaria.

Per la richiesta dei mutui per il ripiano e per il rapido risanamento delle situazioni debitorie sono state introdotte particolari procedure abbreviate e semplificate. Di seguito (tabella 7) viene elencata, senza pretesa di esaustività, la produzione normativa più rilevante dell'ultimo decennio relativa alla copertura dei disavanzi negli anni.

Ricordiamo in questa sede anche il Patto per la Salute e la Legge Finanziaria 2007, che

**Tabella 7 - Principali riferimenti normativi in tema di ripiano dei disavanzi nell'ultimo decennio**

<b>Ripiani per ulteriori disavanzi fino al 1994</b>	L. n. 21/97 (da erogare nel 1997, 1998, 1999)
	DL n. 450/98 (erogati nel 1998)
	L. n. 39/99
	DL n. 411/99 (erogati nel 1999)
	L. n. 435/99 (erogati nel 1999)
	DL n. 488/99 (da erogare per i disavanzi fino al 1999)
	L. n. 498/99
	DL n. 388/00 (da erogare per i disavanzi fino al 1999, con allocazione in bilancio posticipata agli anni 2001, 2002, 2003)
	L. n. 129/2001 (da erogare nel 2001)
	DM n. 65718/2002 (da erogare nel 2002)
<b>Ripiani per disavanzi 1995-1999</b>	L. n. 129/2001 (da erogare nel 2001)
	L. n. 112/2002
	DM n. 65718/2002 (da erogare nel 2002)
<b>Ripiani 2000-2001</b>	Accordo Stato-Regioni 08/08/2001
<b>Ripiani 2001-2005</b>	L. n. 311/2004
	L. n. 66/2005
	DL n. 23/2007, convertito con L. n. 64/2007

Fonte: Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, Turati G. (2003)

tra le altre cose hanno previsto, come già accennato, per il triennio 2007-2009 un fondo transitorio per le Regioni interessate da elevati disavanzi. Tale fondo è pari, rispettivamente, a: € 1 mld. per il 2001, € 850 mln. per il 2008, € 700 mln. per il 2009. In particolare, poi, rileva l'ultima Legge del Governo per il ripiano dei disavanzi pregressi (Legge 64/2007). Questa prevede lo stanziamento di € 3 mld. per il ripiano dei disavanzi accumulati dal SSN nel periodo 2001-2005.

A tale fondo possono accedere le Regioni che:

- al fine della riduzione strutturale del disavanzo nel settore sanitario, sottoscrivono un accordo con lo Stato per i piani di rientro e accedono al fondo transitorio di cui all'art. 1 della Legge Finanziaria 2007;
- al fine dell'ammortamento del debito accumulato fino al 31 dicembre 2005, attivano misure fiscali ad hoc.

Nell'ambito dei suddetti piani di rientro, sono previste e disciplinate attività di monitoraggio e di riscontro dell'effettiva estinzione dei debiti contratti. Le Regioni ad alto indebitamento che fino ad agosto 2007 hanno risposto in maniera positiva a tali requisiti e che hanno siglato l'accordo con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia sono: Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Liguria e, proprio nell'agosto del 2007, la Sicilia. Per la Sardegna, invece, nel medesimo Accordo Stato-Regioni siglato per il ripiano del deficit siciliano, è stato ufficialmente sancito un percorso, peraltro già avviato dalla Regione negli ultimi tre anni, teso a superare i fattori responsabili del disavanzo e a riqualificare il sistema. Così si è inteso consentire alla Sardegna il recupero dell'assegnazione di circa € 72 mln. a valere sul finanziamento dell'anno 2001, in precedenza mai erogati per inadempienze legate alla tardiva copertura del disavanzo sanitario dell'esercizio 2001. Esaminando la documentazione depositata dal Governo in sede di conversione del DL n. 23/2007, infine, è possibile osservare le principali risultanze, illustrate

**Tabella 8 - Risultanze tavolo di verifica degli adempimenti, 2001-2004**

Regioni	2001	2002	2003	2004	Somma disavanzi parzialmente/totalmente non coperti 2001-2004 (€ mln.)
Piemonte				disavanzo non coperto	662
Liguria				disavanzo non coperto	310
Lazio				disavanzo non coperto	2.048
Abruzzo	disavanzo non coperto	disavanzo non coperto	disavanzo non coperto	disavanzo non coperto	523
Molise	disavanzo non coperto	disavanzo non coperto	altri motivi	disavanzo non coperto	126
Campania	disavanzo non coperto			disavanzo non coperto	2.144
Calabria	altri motivi				
Sicilia				disavanzo non coperto	777
Sardegna	altri motivi				

Fonte: documentazione depositata dal Governo in sede di conversione del DL n. 23/2007, Conferenza Stato-Regioni del 3 maggio 2007

nella tabella 8, del Tavolo di verifica degli adempimenti, dal 2001 al 2004, con riferimento alle Regioni in disavanzo e alle motivazioni di tali inadempienze (parziale o totale mancata copertura del disavanzo o inadempimenti diversi dalla mancata copertura, quali ad esempio inadempienze rispetto agli obblighi informativi o sull'erogazione dei livelli essenziali di assistenza)<sup>10</sup>.

#### 1.4.5 Conclusioni

L'analisi effettuata nel presente contributo porta ad evidenziare alcuni elementi tipici della nota discrasia fra finanziamento e spesa del SSN.

- Dal 1982 al 2006, si è registrato un aumento dell'incidenza del finanziamento sul PIL pari a 1,75 punti percentuali: si è passati infatti da un livello del finanziamento pari al 4,76% del PIL del 1982 al 6,51% del 2006.
- Malgrado ciò, fin dalla nascita del SSN si sono registrati disavanzi a livello nazionale mediamente (nel periodo 1982-2005) pari allo 0,41% del PIL. Resta dunque confermato il dato medio rilevato nel Rapporto CEIS Sanità 2005, nonostante l'aggiornamento dei dati relativi al triennio 2003-2005 e tenendo conto dei nuovi dati per il 2006. Ciò significa che portando il livello del finanziamento al 6,7% del PIL, come disposto dal Ministro della Salute Livia Turco per il 2007 (contro il 6,51% del 2006), il livello del disavanzo strutturale (pari allo 0,41% del PIL) si ridurrebbe di circa la metà.
- Nel periodo di tempo considerato, il finanziamento è cresciuto ad un tasso piuttosto irregolare, apparentemente slegato dall'effettivo fabbisogno. Negli anni, si è infatti osservato a tassi di incremento del tutto slegati dalla crescita delle principali voci di costo, quali "personale" e "beni e servizi".
- Il livello di concentrazione regionale dei disavanzi è aumentato nel 2006 rispetto agli anni precedenti: i disavanzi in percentuale del PIL registrati nelle 6 Regioni maggiormente "inadempienti" (Lazio, Sicilia, Emilia Romagna, Lombardia, Campania e Toscana<sup>11</sup>) hanno rappresentato l'88,9% del disavanzo in percentuale del PIL contratto a livello nazionale. Tale livello di concentrazione implica, ancor più che per il 2005, una difficoltà di governo del sistema con strumenti "ordinari". Per questo si sono adottati provvedimenti normativi con il fine di sostenere le Regioni che più delle altre non sono riuscite a stare in linea con i livelli di spesa concordati ex-ante (come ad esempio il fondo transitorio previsto nella Legge finanziaria 2007 o la L. n. 64/2007 recante "Disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario", che ha stanziato € 3 mld. per la copertura dei disavanzi accumulati nel periodo 2001-2005).

<sup>10</sup> Tali risultanze differiscono da quelle evidenziate nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, a causa della diversità di alcune variabili prese in considerazione.

<sup>11</sup> Si ricorda che tale "classifica" è stata stilata sulla base dei disavanzi ottenuti da ns. elaborazioni su dati Ministero Salute e ISTAT considerando solo la gestione ordinaria (escludendo quindi costi e ricavi straordinari) e comprendendo costi e ricavi per intramoenia. Possono dunque esserci differenze, anche importanti, rispetto ad altri studi che hanno tenuto conto di dati diversi, ottenendo risultati non in linea con quelli esposti in questo contributo.

- Le Regioni non vengono “lasciate sole” a finanziare il proprio eccesso di spesa: il Governo, infatti, ha sempre finanziato larga parte dei disavanzi regionali con provvedimenti ad hoc; va però osservato che si registra un notevole ritardo di azione, generando costi impropri al sistema, tanto per interessi passivi, quanto per i maggiori margini richiesti dai fornitori a fronte del rischio di pagamenti fortemente in ritardo.

### Riferimenti bibliografici

- AA.VV., Common Services Agency/Crown (2002), *Allocation of Resources to English Areas*, Report, ISD Consultancy Service.
- Assobiomedica (2001), *Manovra finanziaria 2001, legge di bilancio di previsione 2001-2002 e avvio del federalismo fiscale*, in *Analisi*, febbraio 2001, n. 6.
- Bordignon M, Turati G (2004), *Deficit e conflitti*, in [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info).
- CENSIS (2001), *Regionalismo e sanità. Vantaggi e svantaggi della devolution in sanità*. Forum per la Ricerca Biomedica, su [www.censis.it](http://www.censis.it).
- Conferenza delle Regioni e Province Autonome (2007), *DL 23/2007: ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario*. C. 2534 Governo, approvato dal Senato, seduta del 3 maggio 2007.
- Giordani C, Spandonaro F (2006), *L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali*, Rapporto CEIS Sanità 2006, Health Communication, Roma.
- Il Sole24ore (2007), articoli vari.
- ISTAT (1998-2006), *Dati demografici e indicatori economici* (su [www.istat.it](http://www.istat.it)).
- Mapelli V (2006), *Tutto il debito Regione per Regione*, su [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info).
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (1998-2006). *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese* (su [www.tesoro.it](http://www.tesoro.it)).
- Ministero della Salute (1998-2006), *Dati sul finanziamento del SSN: esercizi 1982-2006. D.G. della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema*.
- Parlamento italiano (2006), *Legislazione varia* (su [www.parlamento.it](http://www.parlamento.it)).
- Turati G (2003), *L'evoluzione della spesa, del finanziamento, dei disavanzi e degli interventi di ripiano nelle gestioni della sanità regionale italiana*, in *Politiche Sanitarie*, aprile-giugno 2003. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

## 1.5 - I piani regionali di rientro e di risanamento. Analisi comparata e aspetti di fattibilità

Fiorani G.<sup>1</sup>, Meneguzzo M.<sup>2</sup>, Tanese A.<sup>3</sup>

### 1.5.1 Introduzione

Come è noto, per fronteggiare il disavanzo strutturale e la situazione di debito pregresso maturato sino al 31 dicembre 2005, a partire dal 2007 alcune Regioni (Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Liguria e Sicilia) sono state vincolate alla predisposizione e alla realizzazione di specifici Piani di rientro<sup>4</sup>. Il Piano corrisponde ad un formale impegno sottoscritto dai Presidenti delle Regioni interessate con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze: quello di realizzare un percorso di risanamento che conduca nell'arco di tre anni al pareggio di bilancio. A questo impegno corrisponde, da un lato, il vincolo per le Regioni, in mancanza del raggiungimento degli obiettivi assunti, ad aumentare la tassazione regionale sino alla copertura del debito, dall'altro la disponibilità del Governo a corrispondere risorse straordinarie per la copertura dei debiti pregressi.

La grave situazione debitoria evidenziata da alcune Regioni (solo il Lazio ha accertato circa € 10 mld di debito al 31.12.2005) ha reso necessari interventi di ripiano da parte del Governo per evitare la paralisi della gestione (insolvenza nei confronti dei fornitori di beni e servizi, incremento del contenzioso e degli atti di pignoramento presso le aziende, costi esponenziali per interessi) e placare la protesta dei creditori. Il dibattito che ne è derivato si è focalizzato in prevalenza sull'opportunità o meno di far gravare sull'intero Sistema Sanitario Nazionale le inefficienze di una parte di esso. Sono note le posizioni di alcuni Presidenti delle Regioni più "virtuose" che hanno dichiarato la propria contrarietà a destinare risorse aggiuntive alle Regioni indebitate, interpretando questa scelta quasi come un "premio all'inefficienza", che penalizza chi invece ha saputo raggiungere una situazione di equilibrio economico-finanziario.

Al di là della "querelle politica" sull'argomento, alla luce degli accordi sottoscritti si possono formulare alcune considerazioni generali.

1. È la prima volta che il Governo impone in modo così rigoroso l'attuazione di quanto già previsto nei decreti legislativi di riforma del SSN n. 512/92, n. 517/93 e n. 229/99,

<sup>1</sup> Dottoranda di Ricerca presso la Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Professore ordinario di Economia della aziende e delle amministrazioni pubbliche presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>3</sup> Direttore Amministrativo ASL Roma E. Docente di Organizzazione aziendale presso la Facoltà di Scienze Sociali dell'Università "D'Annunzio" di Chieti-Pescara.

<sup>4</sup> Così come previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in attuazione dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

che statuiscono l'autonomia e la responsabilità delle Regioni nell'utilizzo del Fondo Sanitario e nell'eventuale azione di rientro del debito, come ribadito nell'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001. Per oltre un decennio, in una sorta di persistenza inerziale del sistema di finanziamento precedente, quello introdotto dalla L. 833/78, le Regioni hanno operato nella convinzione che comunque il debito maturato sarebbe stato prima o poi ripianato a livello centrale. Interrompere questo circolo vizioso è un passo faticoso ma necessario che il Ministero dell'Economia ha saputo intraprendere in modo sostanziale.

2. La logica che ispira la predisposizione dei Piani di rientro non è meramente formale, sotto forma di dichiarazione di intenti; ogni Piano prevede un insieme di obiettivi di risparmio con una quantificazione dell'impatto atteso e un'azione di monitoraggio trimestrale da parte del Ministero sull'arco del triennio; il non superamento delle verifiche preclude alle Regioni la possibilità di accedere alle risorse aggiuntive e l'obbligo di ulteriori azioni correttive. Questa impostazione "contrattuale" del rapporto Governo-Regioni rappresenta una novità di rilievo, nella misura in cui impone un meccanismo circolare di programmazione-gestione-rendicontazione che in passato è stato più blando, in assenza di un reale meccanismo sanzionatorio.
3. La definizione e l'attuazione dei Piani di Rientro ha profonde ripercussioni sui sistemi sanitari delle Regioni interessate, proponendosi come un insieme di interventi strutturali per il risanamento complessivo: il ridisegno della rete di offerta con una decisa contrazione dei posti letto per acuti, lo sviluppo dei servizi territoriali e di prevenzione, l'abbattimento della spesa farmaceutica, la razionalizzazione dei processi di acquisizione di beni e servizi, etc. La posta si è alzata e questo "fare sul serio" impone regole del gioco diverse, sia chiamando gli Assessorati e le Direzioni regionali a svolgere quella funzione programmatica e di governo della spesa prevista dall'attuale assetto del SSN ma sinora spesso disattesa, sia imponendo a cascata alle aziende sanitarie e ai loro Direttori generali il raggiungimento di obiettivi di performance in modo ben più vincolante che in passato.

Se queste sono le premesse, è opportuno ritenere che i Piani di rientro acquistino un significato che va ben oltre la sola definizione di misure per il contenimento della spesa, imponendosi come strumenti di riordino strutturale e di ridefinizione complessiva dei ruoli tra i diversi attori del sistema sanitario (Governo, Regioni, Aziende sanitarie, erogatori privati, Enti locali, altri soggetti pubblici e privati).

Gli articoli sinora apparsi privilegiano di norma l'analisi del singolo Piano per individuare gli aspetti peculiari e descrivere l'impatto economico potenziale delle specifiche azioni. Altri privilegiano analisi economiche relative all'impatto dell'aumento delle entrate tributarie. A nostro avviso occorre analizzare i Piani e la loro attuazione non solo in una prospettiva economica, ma indagarne le implicazioni e le ricadute in termini organizzativi e gestionali, aspetti che possono influenzare direttamente la capacità di implementazione e il grado di efficacia delle politiche ad essi sottese.

L'obiettivo di questo contributo è pertanto quello di porre a confronto attraverso un'analisi comparata alcuni Piani di rientro<sup>5</sup> e di porre in rilievo alcuni elementi significativi, in

<sup>5</sup> L'analisi riguarderà i Piani delle seguenti Regioni: Lazio, Abruzzo, Campania e Sicilia.

alcuni casi problematici, sotto il profilo della fattibilità dei Piani stessi. L'articolo si propone di fornire spunti e argomentazioni per evitare una deriva economicistica nelle politiche di risanamento dei sistemi sanitari regionali, che separi la dimensione economica e di governo della spesa dalle dimensioni istituzionali, organizzative e culturali, che costituiscono i principali fattori di complessità dei sistemi sanitari locali.

### 1.5.2 Lazio, Abruzzo, Campania e Sicilia: Piani di rientro a confronto

#### 1.5.2.1 Struttura dei Piani e correlazione con gli ordinari strumenti della programmazione

I Piani di rientro delle Regioni Lazio, Abruzzo, Campania e Sicilia presentano un'evidente omogeneità strutturale. I documenti si aprono con una sintetica descrizione del quadro normativo<sup>6</sup> di riferimento corredato da una sintesi dei contenuti del Patto per la Salute e della Legge Finanziaria 2007. In questa prima parte viene sottolineato il raccordo tra il Piano di rientro e gli ordinari strumenti di programmazione. La tabella 1 riassume la posizione di ciascuna Regione in materia di programmazione sanitaria.

Tabella 1 - Piano di rientro e programmazione sanitaria

Lazio	Il PSR ha esaurito la sua azione nel 2004. La Regione sottolinea il raccordo tra i contenuti del Piano di rientro e quelli del nuovo PSR in corso di elaborazione; con il Piano di rientro si impegna ufficialmente ad adeguare tale documento alle indicazioni del PSN 2006-2008.
Abruzzo	L'ultimo PSR risale al 2001. Il nuovo PSR (2008-2010) è stato già predisposto ed è in corso di approvazione. Con il Piano di rientro la Regione si impegna ad adeguare gli strumenti della programmazione e i provvedimenti normativi e di programma alle indicazioni del PSN 2006-2008.
Campania	Il PSR ha esaurito la sua azione nel 2004. Il Piano di rientro si inserisce nell'alveo degli ordinari strumenti della programmazione ma in parte ha una valenza "sovraordinata e straordinaria" rispetto agli stessi. Con il Piano di rientro, la Regione si impegna ufficialmente ad adeguarlo alle indicazioni del PSN 2006-2008.
Sicilia	Il PSR risale al 2000-2002. Manca al momento una linea programmatica regionale. La Regione si impegna ad adottare un nuovo PSR entro il 31/12/2007 coerente con le linee di azione e le strategie previste nel Piano di Rientro; con il Piano di rientro si impegna ufficialmente ad adeguare tale documento alle indicazioni del PSN 2006-2008.

<sup>6</sup> Nazionale e regionale.

Le Regioni si impegnano, inoltre, a garantire che i programmi di cui agli Accordi di programma<sup>7</sup> siano coerenti con gli interventi previsti dal Piano di Rientro e a fornire gli elementi documentali per la verifica dei LEA.

### 1.5.2.2 Analisi del contesto e delle cause dell'indebitamento

Nei Piani di rientro analizzati il quadro normativo è abitualmente seguito da una descrizione del contesto in cui la Regione si trova ad operare. Al fine di effettuare un'analisi comparata tra i contenuti dei diversi Piani, sono state individuate cinque aree oggetto di indagine:

- il contesto economico-finanziario;
- il contesto demografico;
- il contesto socio-economico (*occupazione, reddito, consumi, istruzione, povertà, criminalità, migrazione, contesto urbano*);
- lo stato di salute della popolazione (*mortalità, cause di mortalità, diffusione malattie*);
- il contesto organizzativo e gestionale del SSR (*risorse umane, assistenza farmaceutica, offerta di ricovero e assistenza ospedaliera*).

Per ciascuna area oggetto di indagine, nella tabella 2 è riportato il livello di approfondimen-

**Tabella 2 - Livello di analisi del contesto di riferimento**

Analisi	Lazio	Abruzzo	Campania	Sicilia
Contesto economico-finanziario	Basso	Medio	Medio	Medio
Contesto demografico	-	Medio	Medio	Alto
Contesto socio-economico	-	Medio	Alto	Basso
Stato di salute della popolazione	-	Medio	Alto	Alto
Contesto organizzativo e gestionale del SSR	Medio	Medio	Alto	Medio

Scala: Alto, Medio, Basso, (assente)

to della descrizione effettuata dalle Regioni nei rispettivi Piani. Nel confronto, particolarmente approfondita risulta l'analisi del Piano Campano, nel quale vengono fornite dettagliate informazioni relative al contesto socio-economico e allo stato di salute della popolazione. Particolare il caso della Regione Lazio: il piano si presenta con una struttura immediatamente più operativa in quanto le notizie sul contesto di riferimento vengono riportate sinteticamente solo in relazione agli obiettivi (generali o specifici) del Piano, sulla base dei quali è strutturato l'intero documento; immediato ed essenziale anche il riferimento alla consistenza del *deficit* della Regione e alle sue probabili cause.<sup>8</sup>

Un'analisi SWOT completa la descrizione del contesto di riferimento in tutti i Piani analizzati. Interessante il caso della Regione Abruzzo, in cui l'analisi dei punti di forza, di debo-

<sup>7</sup> Ex art. 5 bis D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni.

<sup>8</sup> Scarsa capacità di controllo della spesa sanitaria; natura strutturale del disavanzo.

lezza, delle opportunità e delle minacce viene espletata in relazione a ciascun obiettivo specifico del Piano di rientro, risultando così maggiormente operativa e puntuale. Tra le principali debolezze del sistema sanitario, ricorrente è il riferimento ad un'eccessiva dotazione di posti letto<sup>9</sup> o a disequilibri nella distribuzione degli stessi, ai flussi di mobilità passiva, all'"inappropriatezza" dei ricoveri (in particolare nel *day hospital*), all'alta spesa farmaceutica; Campania e Sicilia segnalano l'inadeguatezza degli strumenti di pianificazione e programmazione, la presenza di indicatori di salute negativi e il disagio economico e sociale. Tra i punti di forza emerge la presenza di significativi margini per il recupero dell'efficienza, di potenzialità per lo sviluppo della rete territoriale, di punti di eccellenza nella rete di offerta e soprattutto la consapevolezza, da parte dei principali attori interessati, del carattere necessario della manovra e dell'impossibilità di un rinvio. Tra le opportunità: il nuovo Patto per la Salute, gli strumenti di governo straordinari, lo sviluppo tecnologico e il ricorso a forme di collaborazione interistituzionali. Due le principali minacce: la diffusa resistenza al cambiamento e il progressivo invecchiamento della popolazione.

### 1.5.2.3 Obiettivi, programmi e azioni di Piano

Anche nella parte "operativa" i Piani analizzati presentano la medesima struttura: *obiettivi generali*, articolazione degli stessi in *obiettivi specifici* e individuazione, per ciascun obiettivo specifico, di *obiettivi operativi* nonché delle relative modalità di attuazione (*interventi progettuali/azioni puntuali*). Il quadro degli interventi è completato da un'analisi degli *effetti attesi* e dalla presenza di *indicatori* di risultato con relativa *fonte di verifica*, oltre che da un *timing* delle attività (figura 1).

Come evidenziato in figura, il livello di dettaglio degli obiettivi (generali, specifici e opera-

Figura 1 - Articolazione e numero degli obiettivi nei Piani



<sup>9</sup> Ad eccezione della Campania che evidenzia tra i propri punti di forza proprio un numero di posti letto inferiore alla media nazionale.

tivi) varia da Regione a Regione a tal punto che un obiettivo generale di una Regione può essere rinvenuto tra gli obiettivi specifici di un'altra Regione. Un'operazione di confronto risulta alquanto complicata. Senza la presunzione di fornire una descrizione esaustiva dei contenuti della complessa manovra di risanamento del sistema sanitario di ciascuna Regione, nei box seguenti sono riportate alcune informazioni comparate su quattro ambiti di intervento:

- riorganizzazione dell'attività assistenziale;

<b>Box 1 Riassetto organizzativo dell'attività assistenziale</b>	
<b>Lazio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riconversione (o chiusura) di ospedali per acuti e di cliniche con bassi volumi di attività, in poliambulatori, RSA, presidi territoriali di prossimità, <i>hospice</i></li> <li>• Chiusura reparti per lungodegenza e riabilitazione, ridimensionamento reparti con bassa performance</li> <li>• Contenimento delle prestazioni erogate: introduzione <i>Week Hospital, Day Surgery, One Day Surgery</i>, OBI; definizione dei criteri di accesso al Day Hospital</li> <li>• Potenziamento delle attività distrettuali; realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie a partire dagli interventi residenziale, semi-residenziale e domiciliare a favore degli anziani e dei disabili</li> </ul>
<b>Abruzzo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione dell'offerta ospedaliera senza chiusura di nessun ospedale</li> <li>• Potenziamento delle funzioni territoriali: Sistema delle Cure domiciliari, Strutture per anziani non autosufficienti (RSA e Centri Residenziali), <i>Hospice</i></li> <li>• Sviluppo di regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinario (<i>Day hospital, Day Surgery, One Day Surgery</i>)</li> <li>• Realizzazione delle Aziende Ospedaliere Universitarie (due), contestualmente alla riduzione delle Asl (da sei a quattro)</li> <li>• Piano annuale delle prestazioni ospedaliere e azioni di contenimento della domanda di ricovero (osservatori sull'appropriatezza)</li> <li>• Riassetto articolazione organizzativa dei distretti e maggiore integrazione socio-sanitaria</li> </ul>
<b>Campania</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da ricovero ordinario a ricovero diurno e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero con conseguente riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata</li> <li>• Trasferimento di una parte consistente di ricoveri in regime di <i>day hospital</i> o <i>day surgery</i> in assistenza ambulatoriale - Nuovo modello assistenziale PACC</li> <li>• Interventi di razionalizzazione dei punti nascita, delle prestazioni <i>dh</i> collegate al percorso nascita (riduzione al ricorso del parto cesareo)</li> <li>• Ristrutturazione della rete dell'emergenza: superamento completo del pronto soccorso attivi (PSA) e riconversione degli stessi prevalentemente in ospedali di comunità, di riabilitazione, di elezione, RSA</li> <li>• Rispetto della soglia di durata della degenza e adeguamento alle tariffe</li> <li>• Nuovi standard quantitativi e qualitativi per la rete ospedaliera</li> <li>• Riorganizzazione e sviluppo del livello dell'assistenza distrettuale (potenziamento assistenza domiciliare malati oncologici, potenziamento assistenza residenziale e semiresidenziale anziani)</li> <li>• Riduzione delle liste di attesa</li> </ul>
<b>Sicilia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione dell'attività sanitaria in regime di ospedalizzazione ordinaria: maggiore ricorso a <i>day hospital</i> e <i>day surgery</i>, incremento assistenza domiciliare integrata; <i>Week hospital</i></li> <li>• Riduzione dell'attività di ricovero e di pronto soccorso ad alto rischio di inappropriata</li> <li>• Riduzione della mobilità sanitaria</li> <li>• Sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico-privato</li> <li>• Riduzione del numero di AO</li> <li>• Rilancio dei Distretti e dei Poliambulatori sanitari</li> </ul>

Box 2		Interventi sui posti letto
Lazio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riequilibrio territoriale tra i posti letto della Capitale e quelli delle province e riequilibrio percentuale a favore degli erogatori pubblici rispetto ai privati</li> <li>• Riequilibrio/riduzione di posti letto sotto-utilizzati o utilizzati impropriamente, soprattutto in alcune specialità chirurgiche, nella chirurgia generale e nella medicina generale</li> <li>• Nessun taglio per l'offerta di eccellenza e per la rete di emergenza, che saranno potenziate</li> </ul>	
Abruzzo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione dei posti letto per acuti e incremento di quelli per post-acuti nel settore pubblico</li> <li>• Rimodulazione dei posti letto di Riabilitazione Estensiva</li> </ul>	
Campania	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi di riconversione (non di chiusura, per via della ridotta disponibilità rispetto agli <i>standards</i> nazionali) di posti letto ospedalieri</li> <li>• Spostamento di posti letto per acuti in RSA</li> <li>• Spostamento di posti letto per acuti in riabilitazione/lungodegenza</li> </ul>	
Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione dei posti letto per acuti e dei gravi squilibri dovuti alla carenza di posti letto post-acuzie di lungodegenza e riabilitazione</li> </ul>	

Box 3		Riduzione della spesa farmaceutica
Lazio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No ticket</li> <li>• Concertazione tra i soggetti del ciclo farmaceutico: medici di base (indici di appropriatezza, Progetto tessera sanitaria), farmacie, aziende produttrici</li> <li>• Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL e secondo la modalità <i>"in nome e per conto"</i></li> <li>• Gare per l'acquisto per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera</li> <li>• Monitoraggio; modello di previsione statistica</li> </ul>	
Abruzzo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ticket</li> <li>• Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci e secondo la modalità <i>"in nome e per conto"</i></li> <li>• Creazione di un database dei consumi farmaceutici ospedalieri</li> <li>• Monitoraggio della prescrizione di farmaci; Progetto tessera sanitaria</li> <li>• Gare di acquisto in forme consortili</li> </ul>	
Campania	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ticket e prezzo di riferimento</li> <li>• Distribuzione diretta dei farmaci (apertura di farmacie ospedaliere e distrettuali) e secondo la modalità <i>"in nome e per conto"</i></li> <li>• Incentivazione all'uso di farmaci generici</li> <li>• Appropriately prescrizioni; Progetto tessera sanitaria</li> </ul>	
Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ticket</li> <li>• Monoprescrizione dei farmaci coperti da brevetto</li> <li>• Incremento della distribuzione diretta dei farmaci</li> <li>• Monitoraggio dei flussi prescrittivi, applicazione dell'ulteriore quota fissa per ricetta</li> <li>• Progetto tessera sanitaria</li> </ul>	

**Box 4 Riduzione dei costi del personale e di acquisto di beni e servizi**

<b>Lazio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale: razionalizzazione delle dotazioni organiche delle Asl; blocco delle assunzioni e del <i>turn over</i>; riduzione IRAP</li> <li>• Acquisti di beni e servizi: istituzione Osservatorio Prezzi; SANINGEST (piattaforma di monitoraggio della spesa sanitaria ); Realizzazione piattaforma acquisti centralizzata (modello Consip)</li> </ul>
<b>Abruzzo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale: blocco delle assunzioni, costante monitoraggio della spesa</li> <li>• Acquisti di beni e servizi: potenziamento degli acquisti centralizzati; istituzione dell'Osservatorio prezzi</li> </ul>
<b>Campania</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale: blocco del <i>turn over</i>, blocco delle assunzioni, rideterminazione consistenza organica</li> <li>• Acquisti di beni e servizi: centralizzazione (So.Re.Sa) e budgetizzazione</li> </ul>
<b>Sicilia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale: rimodulazione piante organiche, riduzione delle strutture dirigenziali complesse, blocco del <i>turn over</i>, riduzione degli incentivi e dei fondi destinati ad attività accessorie, riduzione dei costi per formazione professionale</li> <li>• Acquisti di beni e servizi: Osservatorio regionale prezzi; procedure di gara in forma consorziata; riduzione degli investimenti programmati; sviluppo di un sistema di <i>benchmarking</i> degli acquisti in sanità</li> </ul>

- posti letto;
- spesa farmaceutica;
- personale e acquisto di beni e servizi.

**1.5.2.4 Indicatori di risultato e fonti di verifica per il monitoraggio**

Gli indicatori di risultato sono presenti nei quattro Piani di rientro analizzati a livello di *interventi*. Come si evince dalla Tabella 3, risulta particolarmente esteso il ricorso ad indicato-

**Tabella 3 - Tipologie di indicatori e livello di utilizzo**

<b>Indicatori</b>	<b>Lazio</b>	<b>Abruzzo</b>	<b>Campania</b>	<b>Sicilia</b>
Indicatori di tipo economico-finanziario	Alto	Medio	Medio	Alto
Indicatori di qualità/livelli di servizi	Medio	Medio/Alto	Basso	Basso
Indicatori di struttura / livelli di attività (tax di ospedalizzazione, posti letto ecc.)	Medio	Alto	Medio	Medio
Adozione del provvedimento (entro i termini stabiliti)	Alto	Basso	Alto	Alto

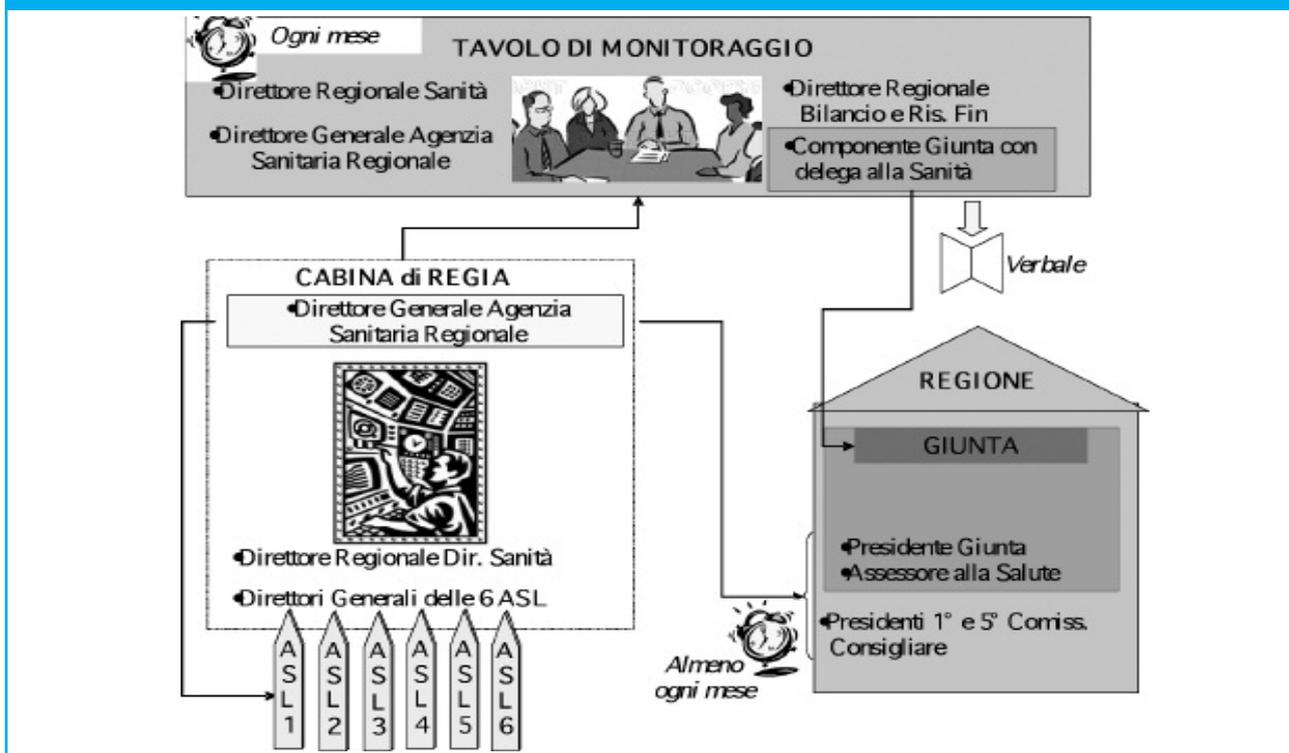
Scala: Alto, Medio, Basso

ri di tipo economico/finanziario mentre è poco incisivo l'impiego di indicatori di qualità. Si segnala un ricorrente utilizzo dell'indicatore di risultato: "Adozione del provvedimento (entro i termini stabiliti)" che, pur costituendo un'assunzione di impegno per la Regione, è una misura legata al rispetto del "compito/procedimento" più che al "risultato"<sup>10</sup>.

I modelli CE consuntivi 2007-2009 costituiscono la principale fonte di verifica per il monitoraggio dell'attuazione di ciascun Piano. Gli effetti economici degli interventi previsti dai Piani di rientro sulle macrovoci CE per anno vengono analizzati sulla base di modelli di previsione *tendenziali* (che riportano l'andamento dei CE 2007-2009 in assenza di interventi) e *programmatici* (che riportano l'andamento dei CE 2007-2009 in presenza di interventi). Nella figura 2 è riportato il sistema di monitoraggio di attuazione del Piano previsto dalla Regione Abruzzo, unica Regione ad aver creato due organi di monitoraggio regionali<sup>11</sup>:

- la *Cabina Tecnica della programmazione sanitaria* (o *Cabina di Regia*), cui spetta lo scopo di verificare l'effettiva realizzazione, in itinere, del piano, di individuare gli scostamenti e, se del caso, proporre le azioni ritenute opportune per correggere l'andamento

Figura 2 - Monitoraggio del Piano. Il caso della Regione Abruzzo



<sup>10</sup> Il diffuso utilizzo di tale indicatore è conseguenza della scelta di legare gli indicatori di risultato agli interventi (azioni) piuttosto che agli obiettivi (soluzione adottata solo sporadicamente).

<sup>11</sup> È interessante che nel caso specifico il Piano espliciti i soggetti che compongono i due organi e preveda la partecipazione dei Direttori generali delle sei aziende alla Cabina di Regia. In altri casi non vi è questo livello di dettaglio né un diretto coinvolgimento delle aziende; ad esempio, la Regione Lazio prevede unicamente la costituzione di una non meglio specificata "Cabina di Regia per il monitoraggio del risanamento del deficit delle Aziende sanitarie".

- dei risultati ovvero per rimodulare gli obiettivi originali quando non più perseguibili;
- il *Tavolo di monitoraggio regionale*, che svolge una triplice funzione di raccordo con la Cabina tecnica di regia e gli organi tecnici del bilancio regionale, gli organismi politici regionali e il Nucleo regionale di affiancamento.

### 1.5.3 Riflessioni e proposte per garantire fattibilità ed efficacia ai Piani di rientro

#### 1.5.3.1 Favorire l'innovazione e introdurre sistemi incentivanti

L'analisi condotta sulle caratteristiche dei Piani di rientro impone innanzitutto una riflessione sulla visione e sulla missione dei piani stessi, che appare tanto più forte quanto più il Piano viene concepito come "patto" tra i diversi attori pubblici, privati for profit e non profit presenti nel sistema sanitario regionale, patto che non esaurisce la sua funzione al termine delle scadenze istituzionali. Significativa, a questo proposito, è la denominazione adottata nei primi documenti programmatici formulati nel 2006 dalla Regione Lazio, in cui si affermava esplicitamente l'esigenza di un "*patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio, la modernizzazione della sanità nel Lazio*".

Altro importante elemento è la verifica di coerenza con le tendenze in atto nei documenti di sviluppo strategico (o piani strategici) delle Aziende sanitarie e ospedaliere. Gli interventi di rientro sull'indebitamento potranno essere direttamente collegati all'attuazione di politiche finalizzate a potenziare e rafforzare processi di innovazione nell'offerta dei servizi sanitari e nei sistemi gestionali delle aziende, come ad esempio:

- ✓ il raccordo tra gli interventi sul farmaco (contenimento della spesa farmaceutica) e quelli di consolidamento dei percorsi diagnostici terapeutici per i diversi profili assistenziali e di introduzione di logiche di *disease management*;
- ✓ il collegamento tra la riorganizzazione della rete ospedaliera con lo sviluppo di reti e network orizzontali e verticali (Meneguzzo 2000, Lega 2002, Cepiku Greco Ferrari 2005), con le possibili linee di azione associate alle diverse configurazioni di rete sanitaria e ospedaliera. A questo proposito possono essere citate le indicazioni contenute nel nuovo PSR dell'Abruzzo, che prevede lo sviluppo nel macrolivello ospedaliero di sei "reti *quoad vitam*" e di tre "reti per il miglioramento del funzionamento dell'ospedale (*Sole 24 ore Sanità*, luglio 2007). Altro esempio è l'indicazione del Lazio sulla necessità di mettere in rete i laboratori di analisi (*Sole 24 ore Sanità*, giugno 2007);
- ✓ lo stretto legame esistente tra riqualificazione professionale e contestuale acquisizione di nuove competenze all'interno delle funzioni amministrative (bilancio e gestione finanziaria, acquisti e logistica, amministrazione e gestione del personale) e gli interventi previsti dai Piani sull'acquisto di beni e servizi e sullo stesso personale.

L'esigenza di rilanciare nei processi attuativi dei piani di rientro interventi volti alla modernizzazione e a favorire l'innovazione nei servizi e nella gestione comporta due importanti conseguenze. La prima è che non sarà possibile innovare a "zero risorse"; le stesse Regioni dovranno quantificare e mettere a disposizione le risorse necessarie per finanziare le azioni innovative in aree quali la razionalizzazione del processo di acquisto di beni e servizi (aree vaste, poli di acquisto, logistica) e lo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici

tici. Tale esigenza è particolarmente acuta nel caso della riorganizzazione della rete ospedaliera con la conseguente riduzione dei posti letto. Le esperienze di reti ospedaliere in atto oramai da oltre venti anni a livello internazionale hanno chiaramente mostrato che le diverse politiche di intervento adottabili, dalla creazione di *hub and spoke* (Lega 2002), alla individuazione di poli e antenne (Meneguzzo 2000 e 2004) e alla creazione di network intelligenti richiedono investimenti nella fase di *start up* con vantaggi economico-finanziari spesso incerti e differiti nel tempo.

La seconda importante conseguenza è legata alla necessità di introdurre sistemi incentivanti, che prevedano per le Aziende sanitarie e ospedaliere meccanismi premianti e, perché no, penalizzanti, finalizzati a stimolare i prima citati processi di innovazione e modernizzazione coerenti con gli obiettivi e i programmi di intervento dei piani di rientro.

Al riguardo potrebbero essere ripresi interventi adottati in passato con riferimento al finanziamento delle spese per investimento (immobiliare e tecnologico). All'inizio degli anni '90, infatti, alcune Regioni avevano previsto l'accantonamento di una quota (tra il 5 e il 10%) del FSR conto capitale da riservare all'epoca alle USL virtuose; questi interventi vennero superati nella fase di aziendalizzazione, a metà degli anni '90, dall'avvio del piano straordinario poliennale (Meneguzzo, 1999).

Esperienza ancora più significativa, e del tutto estranea al settore sanitario, è quella adottata a livello comunitario in relazione alla programmazione e alla gestione dei fondi strutturali; in sede di programmazione 1994-1999, e successivamente 2000-2006, è stata creata una riserva di performance che premia le Regioni europee che presentano maggiore efficienza ed efficacia nella gestione dei fondi strutturali. Negli ultimi anni sei Regioni del nostro Paese hanno previsto un meccanismo simile per favorire forme di collaborazione e cooperazione interistituzionale (accordi, unioni e fusioni) tra Comuni di piccole dimensioni. In analogia a queste esperienze, nel settore sanitario si potrebbe pensare:

- ✓ a modalità di gestione del piano di rientro capaci di mettere a disposizione fondi a supporto dell'innovazione, da accantonare sui trasferimenti dal centro alle Regioni e dalle Regioni alle Aziende sanitarie e ospedaliere;
- ✓ all'invito alle aziende, nell'ambito del piano, a progettare e sviluppare progetti innovativi per la razionalizzazione dei costi del personale, la riduzione della mobilità interregionale (potenziamento mirato di poli ospedalieri visti come centri di attrazione), il miglioramento delle procedure d'acquisto di beni e servizi e la riorganizzazione dell'offerta di servizi sanitari;
- ✓ a modalità di attribuzione dei fondi per il finanziamento di progetti innovativi alle aziende "virtuose" o con performance migliori, valutate in base ad una pluralità di dimensioni, secondo una logica di *Balanced Scorecard* istituzionale (si veda più avanti il paragrafo 3.5);
- ✓ all'adozione estesa di una logica integrata di misurazione dei risultati e di *performance management* per le aziende (e non solo per i Direttori Generali) che permetta alle stesse Aziende sanitarie e ospedaliere di accedere ad una quota del FSR accantonata come premio di performance.

### 1.5.3.2 Collegare i Piani di rientro ai piani strategici aziendali

Il Piano di rientro è per sua natura un documento di programmazione straordinario, che deve servire ad affrontare e risolvere in modo mirato l'emergenza debito e l'incremento tendenziale del disavanzo in assenza di misure correttive. Tuttavia, come si evince dai contenuti dei piani stessi, le azioni che prospetta si sovrappongono (e spesso suppliscono) agli interventi di programmazione propri del Piano Sanitario Regionale, che con cadenza triennale dovrebbe definire gli obiettivi di salute, gli indirizzi di programmazione, le politiche di riorganizzazione e i vincoli di equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale. In un sistema di responsabilità a cascata, gli indirizzi del Piano Sanitario Regionale dovrebbero poi trovare applicazione e piena attuazione nei documenti di programmazione delle singole aziende (Piani Strategici, Piani Attuativi Locali), nelle scelte di organizzazione aziendale (Atto aziendale, Piani di organizzazione) e nei documenti contabili (budget e bilanci d'esercizio).

Ora, mentre il collegamento tra Piano di rientro e bilancio economico-patrimoniale delle aziende appare diretto, dal momento che gli obiettivi di ripiano del bilancio consolidato regionale devono necessariamente coincidere con gli obiettivi di riduzione del disavanzo delle aziende, meno chiaro è il presupposto che il Piano di rientro informi la redazione e l'attuazione di Piani Strategici Aziendali. Certo, definendo obiettivi e azioni vincolanti, i Piani di rientro costituiscono di per sé il "contenitore" entro il quale le aziende sono chiamate ad operare, tuttavia è lecito chiedersi se le singole aziende abbiano una mera funzione di monitoraggio e rispetto dei costi, attraverso la redazione di un conto economico trimestrale (o mensile, in alcuni casi), o non debbano essere sollecitate a definire anch'esse un piano serrato di obiettivi e azioni di cambiamento coerenti con gli interventi del Piano.

La pressione sul dato economico e sul superamento delle verifiche trimestrali in ordine all'attuazione del Piano può comportare, in buona sostanza, un indebolimento anziché un rafforzamento delle capacità di programmazione delle Aziende sanitarie. In assenza di questo sistema di programmazione integrata si rischia una deriva che potremmo definire di "affanno organizzativo", che consiste nell'andare alla ricerca del dato senza avere il tempo di rimettere in ordine gli elementi che contribuiscono a generarlo.

A oltre sei mesi dalla formalizzazione dei Piani di rientro, occorre pertanto che le Regioni interessate perfezionino un sistema strutturato e vincolante di raccordo tra gli obiettivi del Piano di rientro, gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale e gli obiettivi strategici delle singole aziende, per garantire una visione complessiva degli interventi, una maggiore coerenza delle azioni, una definizione puntuale di indicatori di risultato, e non soltanto di ordine economico e finanziario. In assenza di questa declinazione puntuale e contingente degli obiettivi del Piano di rientro nei singoli contesti locali, si rischia di perdere le garanzie di fattibilità e le capacità di controllo delle azioni, di deresponsabilizzare le Aziende sanitarie o, in alternativa, di valutarle su obiettivi non chiari e sufficientemente condivisi.

Peraltro, è bene sottolineare che negli ultimi dieci anni molte delle 300 Aziende sanitarie del nostro Paese hanno realizzato e consolidato esperienze particolarmente significative e innovative di pianificazione e gestione strategica, che possono costituire un possibile termine di confronto per la gestione dei piani di rientro come "patti per la sostenibilità dei sistemi sanitari regionali". In particolare, va ricordato come i documenti di pianificazione

strategica delle Aziende sanitarie abbiano costituito in questi anni il principale momento di sintesi di diversi documenti e strumenti programmatori, da quelli economico-finanziari a quelli di riprogettazione organizzativa (atto aziendale), di comunicazione istituzionale, marketing, innovazione e imprenditorialità interna, logistica, *ICT* ed *e-health* (Meneguzzo, Cuccurullo 2005, Meneguzzo 2006).

Sarebbe pertanto auspicabile che la logica del Piano di rientro non riproponesse mere prospettive economicistiche e di programmazione finanziaria, favorendo e stimolando nelle aziende la realizzazione di interventi complessivi di riorganizzazione e modernizzazione amministrativa e gestionale, in continuità con molte esperienze sinora condotte e in linea con il mandato e il livello di autonomia affidato ai Direttori generali.

### **1.5.3.3 Coinvolgere gli *stakeholders* nella gestione e nel monitoraggio dei Piani**

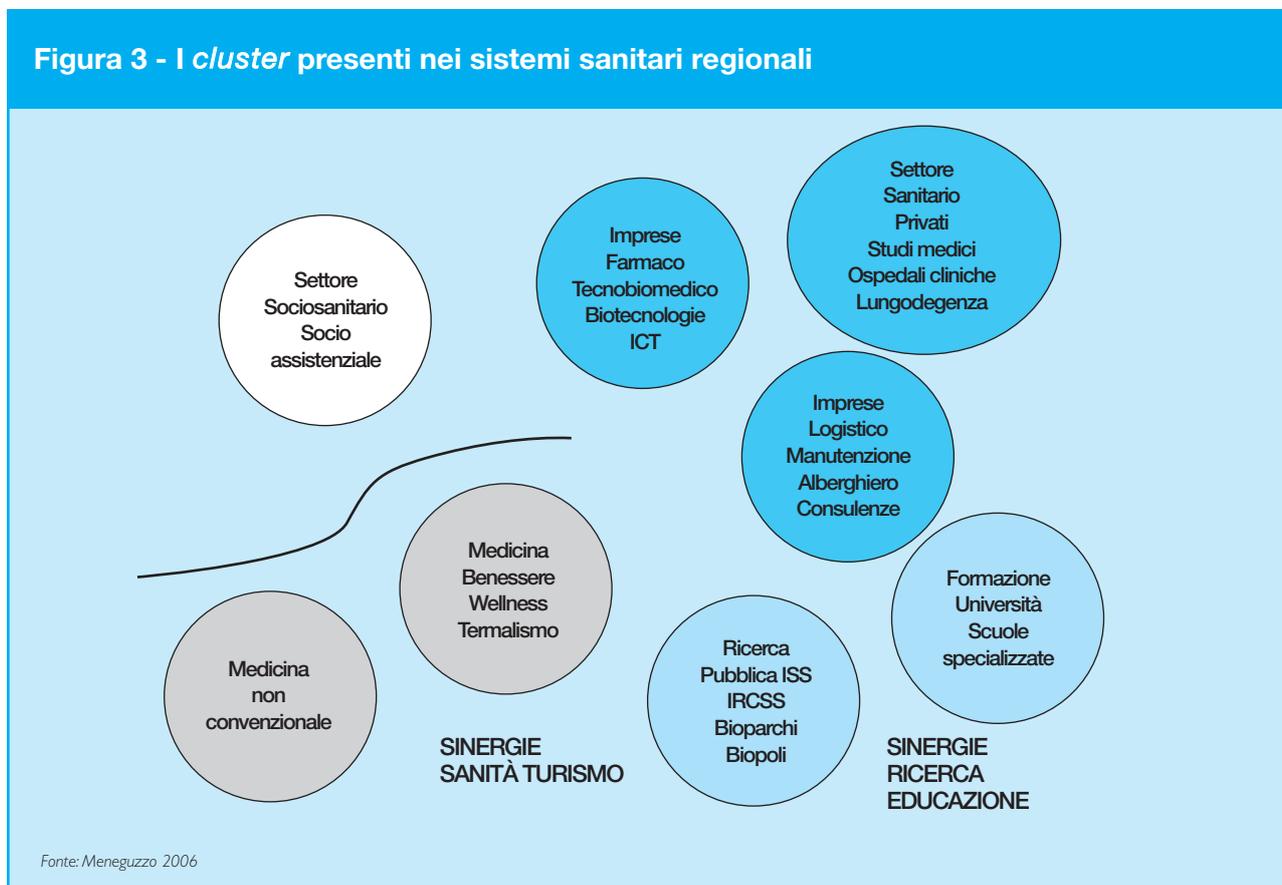
La tendenza in atto in alcune Regioni a concepire la programmazione sanitaria in una prospettiva di "Piano per la salute" presenta un legame debole con la configurazione di fondo dei Piani di rientro. I Piani per la salute muovono da una articolata mappatura degli *stakeholders*; nell'esperienza sviluppata in Emilia Romagna (Biocca, 2006), gli *stakeholders* sono espressione del capitale pubblico (ad es. Aziende sanitarie e ospedaliere, enti previdenziali, istituti scolastici, agenzie ambientali), del capitale di mercato (servizi sanitari privati, mutue e assicurazioni private) e infine del capitale sociale (organizzazioni non profit, associazionismo e volontariato sociale, gruppi di interesse di cittadini ed utenti). Un'importante novità dei piani per la salute è rappresentata dalla capacità di puntare decisamente al coinvolgimento e alla diretta responsabilizzazione degli *stakeholders* nelle diverse fasi, dalla formulazione alla gestione, all'attuazione e infine al monitoraggio dei piani.

Tale impostazione presenta rilevanti implicazioni. La prima è l'esigenza di prevedere modalità di informazione, comunicazione e partecipazione diretta dei diversi attori, pubblici e privati, presenti all'interno del sistema sanitario regionale. I diversi attori fanno riferimento a specifici *cluster* (figura 3): il *cluster* delle Aziende sanitarie pubbliche, centri di offerta di servizi sanitari, il *cluster* delle imprese fornitrici di farmaci, materiali di consumo (sanitario e non), tecnologie biomediche, servizi logistici, alberghieri, manutentivi e infine quello in cui sono inseriti professionisti e strutture sanitarie private che forniscono servizi alle Aziende sanitarie pubbliche.

Il comportamento e le strategie di azione degli attori inseriti nei tre *cluster* sono decisivi per il conseguimento degli obiettivi e la realizzazione dei programmi previsti dai Piani di rientro. Cabine di regia, organi di coordinamento interistituzionale, forum sanitari vanno ripensati in modo da garantire un adeguato coinvolgimento dei diversi attori.

Altri *cluster* con impatto sicuramente più modesto sono quelli costituiti dalle organizzazioni, aziende e istituzioni che intervengono nel settore socio-sanitario e socio-assistenziale, che si caratterizzano come partenariati pubblici e privati, il *cluster* di istituzioni, amministrazioni e imprese che operano nel settore della prevenzione e della tutela igienico-sanitaria e ambientale (IZS, Agenzie Regionali per la Protezione dell'Ambiente) e il *cluster* formato dalle istituzioni che intervengono nel settore della ricerca (Policlinici, IRCCS, Parchi biotecnologici/bioparchi e ai Biopoli), della formazione e dell'aggiornamento permanente (Università in primo luogo). Altri ancora, a rilevanza emergente, sono riconduci-

Figura 3 - I cluster presenti nei sistemi sanitari regionali



bili al settore della medicina non convenzionale e a quello delle imprese, organizzazioni e istituzioni che operano nel settore della medicina del benessere (settore termale, centri *wellness*).

Una ulteriore e importante tendenza evolutiva dei piani strategici per la salute è quella di orientarsi in una logica di Piani per lo sviluppo della *governance* dei sistemi sanitari locali. Due sono le principali accezioni che assume il termine *governance* del sistema sanitario locale nelle diverse Regioni; in alcune (Marche, Emilia Romagna) il Piano viene visto come strumento di comunicazione istituzionale proposto alla collettività amministrata, nonché come patto tra i diversi attori istituzionali pubblici e privati, non profit e for profit.

Nell'esperienza delle ASL della Lombardia, la *governance* viene intesa invece come governo del sistema di offerta e di erogazione dei servizi, attraverso un progressivo ridimensionamento dei servizi a gestione diretta ed una graduale esternalizzazione basata su contratti di acquisto con fornitori privati.

I Piani di rientro, per loro portata, devono tener conto delle rilevanti implicazioni del loro impatto in termini di *governance* del sistema sanitario regionale ed essere interpretati come tali, nelle accezioni ritenute più adeguate al contesto.

#### **1.5.3.4 Rendere coerenti con il Piano gli interventi sull'organizzazione e sul capitale umano**

Esiste un nesso evidente tra politiche di risanamento del debito e scelte di riorganizzazione delle Aziende sanitarie, che non dovrebbe essere improntato unicamente alla contrazione delle strutture e degli incarichi dirigenziali, oltre che al blocco delle assunzioni ma ad una riprogettazione degli assetti organizzativi delle aziende più funzionali al raggiungimento degli obiettivi del Piano e ad una riqualificazione professionale del personale.

Tutti i processi di *turnaround*, infatti, richiedono al tempo stesso una capacità di razionalizzazione e contrazione dei costi e una capacità di investimento mirato sull'organizzazione. Per un'azienda il cambiamento nei livelli di performance deve necessariamente andare di pari passo con un cambiamento in alcuni ruoli apicali, nella riorganizzazione del nucleo operativo, nel rafforzamento qualitativo della tecnostruttura di supporto e in una maggiore flessibilità nelle politiche di *outsourcing*. Strategie organizzative che dovrebbero ricadere nelle competenze e nel mandato dei Direttori generali delle Aziende sanitarie, da responsabilizzare sulle scelte e da valutare sui risultati. Andrebbe dunque evitato il rischio che il Piano di rientro azzeri i margini di intervento sull'organizzazione delle singole aziende o, peggio, consideri le scelte organizzative dei Direttori generali unicamente sotto la lente del contenimento dei costi. Nelle Aziende sanitarie la struttura talvolta vincola la strategia più di quanto non avvenga il contrario (Tanese, 2006); per questo è necessario che i singoli Direttori generali, così come dovrebbero essere responsabilizzati all'adozione di Piani Strategici aziendali coerenti con il Piano di rientro, dovrebbero avere la possibilità di modificare rapidamente e con una certa libertà (dovuta proprio alla straordinarietà del Piano di rientro, anziché essere ulteriormente vincolata da essa) la propria organizzazione. Se l'obiettivo è valutarli sui risultati, non si può impedire ai Direttori generali di avere ampi margini di autonomia nel cambiamento degli assetti organizzativi dell'azienda e nell'acquisizione di competenze professionali qualificate e adeguate alle sfide da affrontare. Questo nesso tra Piano di rientro e piani di riorganizzazione aziendali appare molto debole, con il rischio di sminuire la portata di cambiamento e di riqualificazione che il primo potenzialmente comporta.

Certo, in ottemperanza al dettato normativo, i Piani di rientro devono necessariamente prevedere delle azioni di contenimento dei costi del personale. Come abbiamo visto nel box 4, le Regioni hanno necessariamente previsto nel Piano il blocco del *turnover*. Questo tuttavia non significa dover sottovalutare l'importanza del fattore umano e relazionale come determinante del successo del Piano stesso. In alcuni casi (ad esempio nella Regione Lazio) si riconosce la necessità di un ampio intervento formativo, attraverso un piano d'azione regionale, per costruire e rafforzare le competenze necessarie per l'attuazione di alcuni obiettivi di Piano. Tuttavia, la formazione è uno strumento efficace solo se inserita all'interno di un progetto che solo le singole aziende possono realizzare e se considerata come uno degli strumenti di gestione strategica del personale, insieme alla selezione, alla valutazione e alla definizione di percorsi di carriera.

È indubbio che una delle cause dell'inefficienza del sistema sanitario è da ricercarsi proprio in una inadeguata politica di programmazione e selezione degli organici, come in altre aree del settore pubblico, per consolidate ragioni storiche, e che pertanto si rende

necessaria una politica di “dimagrimento” per alcune figure professionali e una particolare attenzione al contenimento dei costi del personale. Ma gli errori del passato non dovrebbero condizionare totalmente i margini di azione attuali e confondere la dimensione quantitativa del problema con quella qualitativa. Il blocco del turn-over associato ai piani di risanamento può impedire, in alcuni casi, la nomina di primari in grado di riqualificare reparti di cura, l’assunzione di infermieri o assistenti sociali con cui potenziare i servizi territoriali, l’inserimento di giovani dirigenti con cui rinnovare importanti processi tecnico-gestionali. Ogni misura che riconduce il costo del personale ad una mera posta di bilancio nega le evidenze dell’evoluzione del mondo dei servizi negli ultimi decenni, un mondo nel quale le imprese competono per acquisire o sviluppare know-how e competenze professionali come principale determinante per il successo e il vantaggio competitivo. I servizi sanitari rientrano a pieno titolo in questo mondo, data anche la prevalente natura professionale di coloro che vi operano, e permane nelle Aziende sanitarie un deficit di investimento e di capacità nel valorizzare il capitale umano disponibile. Fatta salva l’esigenza di risanamento, sarebbe opportuno che le Regioni e le aziende interessate potessero trasmettere una volontà e realizzare un piano di motivazione e riqualificazione del personale, che renda più consapevoli e protagonisti del cambiamento (e quindi responsabili) coloro che sono chiamati a realizzare il Piano.

Per questo i “tagli” ai costi del personale andrebbero compensati con azioni mirate di investimento, senza apparire come unilaterali penalizzazioni economiche per i dipendenti o l’espressione di valutazioni meramente quantitative su una materia così delicata.

#### **1.5.4 Conclusioni. Piani di rientro e consolidamento istituzionale dei sistemi sanitari regionali**

In una prospettiva più generale, occorre interrogarsi sul rapporto esistente tra i Piani di rientro e lo specifico contesto istituzionale nel quale devono essere attuati. Come abbiamo detto, è interessante come in ciascuna delle Regioni analizzate il Piano si configuri come un impegno serio che non può essere disatteso, un accordo che chiama in causa in prima persona i Presidenti delle Regioni e i diversi livelli istituzionali coinvolti. Se questo è un fattore di assoluta novità e rilievo nel panorama nazionale, è altrettanto evidente che si tratta di una “forzatura” all’interno del rapporto Governo-Regioni e Regioni-aziende. È lecito quindi interrogarsi sulla “sostenibilità” nel tempo di questa situazione e della coerenza con il quadro pregresso di relazioni. Da un lato, infatti, abbiamo alle spalle oltre dieci anni di regionalizzazione e di aziendalizzazione del SSN, che hanno decentrato il livello di responsabilità e governo della spesa, differenziato gli assetti organizzativi, introdotto (seppure a “macchia di leopardo”) logiche e strumenti manageriali. Dall’altro, a fronte di un persistente disavanzo strutturale in alcune Regioni, il Governo richiede drastiche e improcrastinabili misure di risanamento. Ancora una volta, dunque, un intervento diretto dello Stato, a oltre dieci anni dal decentramento delle funzioni alle Regioni, senza che nel frattempo queste ultime abbiano portato pienamente a compimento la riforma e le aziende, che avrebbero potuto consolidare il proprio ruolo determinante a livello locale nel garantire i livelli di assistenza e l’economicità della gestione, ricondotte ad una posizione marginale, quasi come articolazioni territoriali di un unico

soggetto (la Regione), che ha come obiettivo prioritario il pareggio di bilancio. Una situazione difficile e complessa, quindi, in un contesto che non ha ancora consolidato il proprio assetto e che rischia di destabilizzare ulteriormente il sistema, alla perenne ricerca di una precisa identità, se non accompagnato da azioni tese a rafforzare e dare nuova linfa al sistema stesso. Da questo punto di vista, è necessario che le Regioni e le aziende sappiano dialogare e incardinare i Piani di rientro all'interno di una strategia condivisa che chiarisca aspettative, ruoli e responsabilità, in una prospettiva negoziale che è insita nell'attuale assetto del SSN ma che non appare ancora consolidata, almeno non in tutte le Regioni. È un'occasione per "serrare le fila" e rafforzare il legame istituzionale tra i diversi soggetti del sistema, rilanciare l'orientamento all'innovazione, coinvolgere e responsabilizzare tutti i portatori di interesse, creare le basi per un nuovo "patto per la salute" locale, anziché mettere ulteriormente in crisi un assetto ancora precario.

Dall'analisi dei documenti redatti dalle singole Regioni, si evidenzia un grande tentativo di dare sistematicità al Piano e di promuovere con esso il rilancio del sistema sanitario regionale. Il vincolo previsto dalla normativa ha, da questo punto di vista, garantito un risultato importante. La portata dei Piani è talmente pervasiva sulle dimensioni strutturali e sul funzionamento dei diversi servizi sanitari regionali da costituire, nell'arco del triennio di loro vigenza, un'importante occasione di crescita e di cambiamento. L'insieme delle azioni previste nei singoli Piani dovrebbe pertanto consentire una valutazione multidimensionale che, pur ponendo in primo piano la prospettiva economico-finanziaria, garantisca il raggiungimento di nuovi e più elevati livelli di performance anche su altre dimensioni (qualità dei servizi, razionalità dei processi, innovazione). Adattando in particolare i criteri di valutazione multidimensionale proposti da Kaplan e Norton con lo strumento della *Balanced Scorecard*, che ha trovato numerose e significative applicazioni anche in ambito sanitario, i fattori di successo per i sistemi sanitari regionali dovrebbero essere integrati e maggiormente bilanciati (Baraldi 2005, Frittoli, Tanese, 2005). È interessante al riguardo il caso della Regione Abruzzo, che ha articolato la mappa strategica regionale sulla base degli obiettivi definiti nel Piano di risanamento in mappe strategiche per ogni singola azienda (con obiettivi e indicatori specifici) con un sistema di pesatura degli obiettivi che consente di valutare i risultati raggiunti da ogni singola azienda all'interno del più ampio quadro regionale.

Occorre, insomma, evitare che i Piani di rientro si riducano ad una sommatoria di azioni scoordinate che sottovalutano i nessi causali e le interdipendenze tra le variabili in gioco: non sempre migliori performance economiche si associano a risparmi sul personale o sugli investimenti, non sempre la riduzione di posti letto comporta risparmi economici, non sempre i risparmi sulla spesa farmaceutica raggiunti in un anno sono il segnale del consolidamento di pratiche che rimarranno stabili nel tempo.

Siamo in presenza di sistemi fortemente dinamici, rispetto ai quali una valutazione a brevissimo termine, basata su un monitoraggio trimestrale dei conti, e unidimensionale (prevalentemente economica) non necessariamente garantisce nel medio-lungo termine il raggiungimento di più elevati livelli di efficienza, di economicità e di qualità dell'assistenza sanitaria. È per questo che i Piani di rientro non possono sostituire, ma soltanto circoscrivere, e in un certo senso stimolare, le autonome e piene capacità di programmando-

ne delle Regioni, le dirette responsabilità dei decisori ai diversi livelli, l'esercizio dei poteri organizzativi e di gestione affidati ai Direttori generali.

### **Riferimenti bibliografici**

- Baraldi (2005), *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- Biocca M (a cura di) (2006), *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute. I Piani per la Salute in Emilia Romagna 2000-2004*, Franco Angeli, Milano.
- Cepiku D, Ferrari D, Greco A (2004), *Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie*, Mecosan 5.
- Frittoli G, Tanese A (2004), *Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la Balanced Scorecard e il bilancio sociale nelle aziende sanitarie*, in Rapporto Ceis Sanità 2004, Università di Roma Tor Vergata, Italtpromo Esis Publishing.
- Lega F (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, EGEA, Milano, 2002.
- Meneguzzo M (2000), *Il terreno della innovazione organizzativa: le reti sanitarie multispedaliere e multiservizi*, in Bergamaschi M L'organizzazione delle aziende sanitarie, McGrawHill, Milano.
- Meneguzzo M (2003), *Le reti sanitarie multispedaliere e multiservizi: esperienze e prospettive di sviluppo nelle aree metropolitane* in Drindin N (a cura di) Cooperazione e competizione nel sistema sanitario, Il Mulino.
- Meneguzzo M, Roncetti L, Rossi AG (2004), *Centrali di acquisto, servizi in rete ed aree vaste. Una prima valutazione delle esperienze*, in Mecosan n. 52.
- Meneguzzo M, Cuccurullo C (2005), *Dal piano strategico al piano per la salute tendenze in atto nella pianificazione strategica delle aziende sanitarie italiane*, Rapporto CEIS Sanità, Università Roma Tor Vergata.
- Meneguzzo M (2006), *Creazione di valore e sviluppo del capitale sociale: la sfida per il sistema della PA italiana*, in Rivista italiana di Ragioneria ed Economia aziendale n. 1.
- Tanese A (2006), *Interessi in gioco, strategie degli attori e responsabilità sociale. La centralità dei sistemi locali nel governo della sanità*, Mecosan n. 58.

## 1.6 - Le politiche di cost-sharing

Rocchetti I.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 1.6.1 Introduzione

I Governi dei Paesi sviluppati si trovano ad affrontare sia una domanda sanitaria costantemente in crescita, dettata da insopprimibili bisogni di natura sociale e demografica, sia problemi di sostenibilità finanziaria dei sistemi di tutela sanitaria.

La conseguenza più appariscente è la ricerca da parte dei Governi stessi di nuovi assetti ed equilibri, di nuovi modelli di assistenza sanitaria che permettano un contenimento dei consumi e una razionalizzazione dei costi. In questo contesto si situano le scelte di *cost-sharing*, ovvero di quale livello e modalità di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria adottare.

Secondo la teoria economica/assicurativa i *ticket* (*ticket moderateur* nella letteratura francofona, *cost-sharing* o a seconda dell'algoritmo *copayments* o *coinsurance*<sup>2</sup> in quella anglo-sassone) hanno l'obiettivo di moderare i consumi, attraverso la riduzione di quelli non appropriati o non necessari: tale azione è basata sul principio della disincentivazione del fenomeno cosiddetto del *moral hazard*, una forma di opportunismo che fa sì che gli individui perseguano i loro interessi a spese di altri, con evidenti conseguenze in termini di efficienza e (in)equità<sup>3</sup>.

Nell'opinione di alcuni studiosi i *ticket* (da qui intesi in senso lato) avrebbero anche finalità redistributiva, sebbene su questo aspetto non necessariamente si trova un accordo. È infatti evidente che, almeno in sistemi sanitari universali o mutualistici, si tratterebbe di una redistribuzione di secondo livello, sommata a quella operata con la tassazione e anche con l'applicazione di premi medi, con effetti non facilmente controllabili. L'uso a fini redistributivi si scontra, inoltre, con l'evidente correlazione dei consumi con lo stato di salute, che per ragioni di equità impone limiti (esenzioni) all'uso dello strumento.

È infatti indispensabile, in ogni sistema sanitario, tenere conto delle caratteristiche personali del paziente-consumatore, prevedendo riduzioni/esenzioni o condizioni privilegiate di accesso finalizzate a proteggere alcune categorie più deboli della popolazione.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Sebbene l'uso dei termini non sia sempre univoco, in generale per *co-payment* si intende il *ticket* in cifra fissa e per *coinsurance* quello in percentuale del valore della prestazione. Un ulteriore metodo di applicazione è quello della franchigia (*deductible*), che può essere in percentuale o in cifra fissa (in questo caso si parla di "scoperto").

<sup>3</sup> Ad esempio, sui mercati sanitari con bassa o nulla compartecipazione alla spesa, un individuo avrà scarsi o nulli incentivi ad evitare il consumo di prestazioni inutili, come anche ad investire nella prevenzione, sapendo che i suoi costi sanitari saranno comunque coperti dall'assicurazione.

### 1.6.2 Il *ticket* nei Paesi a sviluppo avanzato

L'analisi dell'evoluzione dei sistemi sanitari nei Paesi sviluppati mostra un sempre più frequente ricorso a schemi di compartecipazione alla spesa sanitaria, concepiti come strumenti atti ad incentivare l'utilizzo appropriato di farmaci e prestazioni, contribuendo così alla razionalizzazione della spesa (Cerm, 2006).

Nello specifico del settore farmaceutico sono tre i modelli in atto: *copayments* in somma fissa; *coinsurance* (pagamenti in percentuale del valore della prestazione) e franchigie (*deductibles*), ovvero previsioni di tetti che stabiliscono soglie entro le quali le prestazioni sono totalmente a carico del paziente o che stabiliscono il numero massimo di prescrizioni o prodotti che il paziente può ottenere senza supportarne il costo<sup>4</sup>.

Se si guarda al panorama dei Paesi OECD, si nota come l'applicazione dei *ticket* sia diffusa e avvenga nella maggior parte dei casi in forma percentuale rispetto al prezzo; in molti casi esiste una vera e propria progressione di percentuali di compartecipazione, con l'esclusione di particolari categorie di pazienti-acquirenti (Nota Cerm, 2006).

La Francia applica un *ticket* percentuale del 30% sulle prestazioni dei medici di base e sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche, oltre ad un *ticket* a schema misto fissa-percentuale sulle prestazioni in regime di ricovero e un *ticket* del 65% sui farmaci per patologie minori che scende al 35% per gli altri farmaci e diviene 0% sui farmaci di particolare importanza (farmaci salvavita).

La Germania applica un *ticket* fisso sulle prestazioni dei medici di base e su quelle specialistiche e diagnostiche, come anche per ogni giorno trascorso in ricovero (con un tetto massimo di spesa per il paziente); è prevista inoltre una percentuale unica di compartecipazione sui farmaci del 10%, con una soglia minima e massima.

Nel caso della Spagna e del Regno Unito le prestazioni diverse dalla farmaceutica sono gratuite; in Spagna si applica un *ticket* percentuale sui farmaci del 40% (i pazienti che non accettano il generico, che il farmacista è tenuto a offrire loro, pagano, oltre alla differenza rispetto al tetto massimo rimborsabile, anche un *ticket* pari al 40% del prezzo di riferimento), mentre nel Regno Unito è fisso per prescrizione (£ 6, Cerm, 2004).

Se si guarda esclusivamente al settore farmaceutico si nota che il Portogallo adotta un *ticket* del 30% per i farmaci rivolti a malattie gravi e del 60% per gli altri farmaci, esentando i farmaci per malattie croniche e salvavita; la Svezia adotta un *ticket* percentuale combinato a franchigie: secondo il nuovo sistema introdotto nel marzo 2000 il *cost-sharing* varia a seconda della spesa individuale annua per prodotti farmaceutici: fino a SEK 900, pagamento del 100% del costo della prescrizione; SEK 901-1.700, pagamento del 50% del costo della prescrizione; SEK 1.701-3.300, pagamento del 25% del costo della prescrizione; SEK 3.301- 4.300, pagamento del 10% del costo della prescrizione; oltre SEK 4.300 all'anno esenzione.

La Svizzera adotta un *ticket* del 10% su ogni servizio erogato, includendo non solo la farmaceutica ma anche le visite e i trattamenti fisioterapici; nel 2006 il tasso di comparteci-

<sup>4</sup> Per un'analisi più dettagliata sul tema delle politiche di compartecipazione alla spesa sanitaria si rimanda a Rocchetti I., Spandonaro F. (2007), *La compartecipazione dei cittadini alle spese sanitarie, Spunti di riflessione per riformulare le politiche sanitarie, documento di supporto al workshop proposto dal CEIS Sanità, dalla Fondazione MSD e dal Pensiero Scientifico Editore.*

pazione è aumentato al 20% sui *branded* sostituibili con farmaci generici più economici. È previsto un limite massimo di pagamenti annui di CHF 700 per gli adulti e di CHF 350 per i giovani (Oecd, 2007).

In Giappone l'aliquota è del 30% e diviene del 20% sui prodotti immessi sul mercato da meno di 3 anni; in Grecia è previsto un *ticket* pari al 25%, ma per gli affetti da malattie gravi o croniche è previsto il pagamento di un'aliquota ridotta al 10%.

In Norvegia, al di fuori di un gruppo a pieno rimborso, viene applicato un *ticket* del 25%, con una soglia massima in termini assoluti; in Lussemburgo i farmaci dispensati sono suddivisi nella categoria a pieno rimborso (quelli più importanti sul piano terapeutico e clinico) e in quella a compartecipazione del 20%.

Infine l'Ungheria adotta *ticket* con percentuali variabili a seconda dei prodotti pari allo 0%, 10%, 30%, 50%, 100%; in Islanda la compartecipazione farmaceutica utilizza le aliquote 0%, 12,5% e 25%; la Polonia del 30% e del 50%; la Turchia del 10% e del 20% (Oecd, 2004).

Nella maggior parte dei Paesi, indipendentemente dallo specifico schema adottato, sono previste differenziazioni (esenzioni/condizioni privilegiate) in funzione della tipologia di pazienti, al fine di proteggere le categorie di utenti più svantaggiate sia in termini di reddito che di stato di salute. Nel Regno Unito, ad esempio, sono esenti da compartecipazione farmaceutica gli anziani over 60, i bambini fino a 16 anni, gli studenti fino a 18 anni, le donne in gravidanza, gli affetti da patologie particolari (per esempio epilessia, diabete, ipertiroidismo); è inoltre prevista l'esenzione per reddito e disoccupazione (Cerm, 2004). In Francia è prevista l'esenzione totale per patologia, basso reddito e per età (*over 75*); la Spagna prevede esenzioni per pensionati, invalidi e malati cronici; la Germania per patologia, reddito ed età; in Portogallo è previsto il pagamento di aliquote inferiori sulla farmaceutica per fasce di reddito minori; in Svezia si ha l'esenzione totale per i pensionati e i redditi bassi, alcuni farmaci sono rimborsati al 100% (ad esempio l'insulina); in Grecia sono esenti da compartecipazione al prezzo le donne in gravidanza e nel periodo post-parto e i disabili.

In Australia il sistema di compartecipazione prevede l'esenzione per malattie croniche, per fasce di reddito svantaggiate e in generale per i possessori di carta di esenzione (*concessional cardholders*); in Austria, dove i cittadini pagano una quota fissa di € 4 per prescrizione farmaceutica, è prevista l'esenzione per patologia e reddito; anche in Danimarca sono previste esenzioni per bassi redditi: i malati cronici non pagano *copayment* sulle spese per farmaci superiori alle DKr 2.875 all'anno. La Finlandia, oltre ad avere un *copayment* in somma fissa di € 8,4 più un *copayment* percentuale del 25% su prodotti salvavita o per patologie croniche e un *copayment* in somma fissa di € 8,4 più un *copayment* percentuale del 50% su tutti gli altri prodotti, prevede una franchigia annua per paziente al di sotto della quale le spese sono interamente a suo carico (nel 2002 tale franchigia era pari a € 594,0); le esenzioni si hanno per redditi bassi e per particolari patologie.

La Nuova Zelanda infine si caratterizza per un *copayment* in somma fissa (variabile da \$ 2,0 a \$ 8,0) e per uno schema di esenzione che coinvolge i bambini e i pazienti a basso reddito (Cerm, 2004).

### 1.6.3 Lo stato dei ticket in Italia

La normativa attuale in ambito sanitario prevede un *ticket* sulle ricette mediche, sulle prescrizioni farmaceutiche e su alcune prestazioni di pronto soccorso.

Nello specifico la L. n. 296/2006 del 27.12.2006 (Finanziaria 2007) prevede, a carico degli assistiti non esenti, il pagamento di un *ticket* per le visite specialistiche e gli esami diagnostici e di laboratorio di € 36,15 e fino a poco tempo fa il pagamento di un *ticket* aggiuntivo sulla ricetta di € 10. Esistono peraltro delle differenze regionali: per esempio in Lombardia la quota massima per le prestazioni è di € 46, in Sicilia invece per la prestazione si pagano € 38,15.

È previsto inoltre un *ticket* regionale sulle ricette farmaceutiche di € 1 o € 2 a seconda della Regione considerata e un *ticket* di una quota fissa di € 50 sulle prestazioni di assistenza termale erogate sotto forma di cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie (Assr, 2007). La normativa attuale prevede, inoltre, l'esenzione totale o parziale dalla compartecipazione alla spesa per particolari fasce di reddito e/o di età, per i cittadini affetti da malattie croniche e invalidanti etc.

Nello specifico, per quanto riguarda la farmaceutica i criteri di esenzione differiscono da Regione a Regione, per quanto riguarda invece la specialistica, secondo la normativa nazionale sono esenti da compartecipazione per età e reddito:

- i cittadini di età superiore ai 65 anni, appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98;
- i bambini sotto i sei anni, appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98;
- i titolari di pensioni sociali e familiari a carico;
- i pensionati al minimo sopra i 60 anni e familiari a carico (si intende una famiglia che nell'anno precedente ha avuto un reddito complessivo inferiore a € 8.263 aumentati fino a € 11.362,22 per il coniuge a carico e di ulteriori € 516 per ogni figlio a carico);
- i disoccupati, iscritti come tali nelle liste di collocamento (per disoccupato si intende colui che ha perso il lavoro ed è iscritto alle liste di collocamento, non chi non ha mai lavorato; la condizione deve essere presente al momento della fruizione della prestazione);
- i familiari a carico di disoccupato di cui al punto sopra;
- gli extracomunitari regolarmente residenti in Italia e iscritti come disoccupati nelle liste di collocamento;
- i familiari a carico di disoccupato di cui al punto sopra.

Sono esenti per invalidità:

- Per tutte le prestazioni specialistiche:
  - invalidi di guerra e per servizio appartenenti alle categorie dalla I alla V;
  - invalidi civili e invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3;
  - invalidi civili con indennità di accompagnamento;
  - ciechi e sordomuti;
  - ex deportati nei campi di sterminio nazista KZ (1);
  - vittime di atti di terrorismo o di criminalità organizzata.

- Per tutte le prestazioni specialistiche correlate alla patologia invalidante:
  - invalidi di guerra e per servizio appartenenti alle categorie dalla VI alla VIII;
  - invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa inferiore ai 2/3;
  - coloro che abbiano riportato un infortunio sul lavoro o una malattia professionale;
  - categorie equiparate dalla legge agli invalidi e mutilati di guerra.

Sono esenti per patologia:

- soggetti affetti da malattie croniche e invalidanti;
- soggetti affetti da malattie rare.

Nella Regione Lombardia l'esenzione per patologia cronica e rara è riconosciuta ai soggetti con situazione economica inferiore a una soglia predeterminata.

Sono previste inoltre esenzioni per finalità o condizioni di interesse sociale nel caso di:

- diagnosi precoce dei tumori;
- tutela della maternità (Decreto ministeriale del 10 settembre 1998);
- prevenzione HIV in soggetti a rischio;
- promozione delle donazioni di sangue, organi e tessuti;
- tutela dei soggetti danneggiati da vaccinazioni etc.

Per quanto riguarda il pronto soccorso la legge finanziaria per l'anno 2007 stabilisce che per le prestazioni erogate non seguite da ricovero, la cui condizione sia stata codificata come non urgente (codice bianco), gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a € 25. La somma di € 25 è stata stabilita solo sugli "accessi impropri" al pronto soccorso, dove per accessi impropri si intendono appunto i codici bianchi che non dovrebbero essere seguiti dall'équipe del pronto soccorso ma dal medico di famiglia o dal servizio di "continuità assistenziale". Oltre alla somma di € 25, le Regioni possono decidere di far pagare un *ticket* aggiuntivo per eventuali prestazioni effettuate in pronto soccorso: visite specialistiche, accertamenti diagnostici, interventi terapeutici, etc. Non pagano il *ticket* al pronto soccorso per codice bianco tutti gli esenti stabiliti dalla normativa nazionale (vedi sopra), coloro che godono già di una esenzione per reddito e/o età e i giovani fino a 14 anni.

Le norme italiane esistenti in materia di *ticket* ed esenzione si sono affastellate nel tempo dando vita ad un meccanismo con rischi di iniquità (Doglia, Spandonaro, 2006-2007) e scarsamente efficace nel combattere l'inappropriatezza.

A tali conclusioni si arriva considerando la percentuale di famiglie impoverite, che nel 2005 risulta pari a circa l'1,5% del totale e la percentuale di famiglie soggette a spese catastrofiche<sup>5</sup>, che risulta pari al 4,1% del totale e analizzando l'associazione tra impoverimento (e catastroficità) e consumo. L'impoverimento risulta associato, in maniera più evidente della catastroficità, al livello di consumo (e quindi presumibilmente di reddito).

<sup>5</sup> Le spese catastrofiche sono definite dall'OMS come le spese maggiori o uguali al 40% della capacità di pagamento dei nuclei familiari.

Guardando alle spese *out-of-pocket*<sup>6</sup> (OOP) per livello di consumo si ha che per le famiglie povere le spese sanitarie OOP risultano fortemente concentrate nella farmaceutica: questo sembra confermare la presenza di un imperfetto funzionamento del sistema di compartecipazione ed esenzione, che risulta un considerevole onere lasciato in capo alle famiglie meno abbienti. Oltre alla farmaceutica, le visite specialistiche assumono un peso rilevante nelle spese *out-of-pocket* delle famiglie impoverite.

Inoltre l'impoverimento e la catastoficità non si distribuiscono uniformemente sul territorio nazionale: le Regioni del Sud mostrano una maggiore incidenza sia in termini di povertà che di impoverimento, mentre le Regioni del Nord presentano un'incidenza dell'impoverimento inferiore alla media nazionale anche se rispetto al 2004 il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e in misura minore il Piemonte e la Valle d'Aosta presentano un peggioramento negli indicatori di equità. Migliorano invece gli indicatori di tutte le Regioni del Centro, dell'Emilia Romagna e del Trentino A. A. (Doglia, Spandonaro, 2007).

Ciò implica la necessità di politiche equitative, che correggano il funzionamento del meccanismo associato *ticket*/esenzione.

#### **1.6.4 L'evidenza sull'efficacia/efficienza del copayment**

Il tema dei *ticket* è spesso al centro dell'attenzione delle politiche sanitarie, sempre con il rischio che l'aspetto finanziario prevalga sulle ragioni di efficienza ed equità che inducono all'uso dello strumento.

Il dibattito che accompagna le manovre di modifica dei *ticket* peraltro rivela frequentemente l'esistenza di pregiudizi e aprioristiche prese di posizione, mancando un adeguato supporto informativo, fondato su basi scientifiche consolidate e condivise.

Come già precedentemente accennato, una, se non la principale funzione del *ticket* dovrebbe essere quella di moderare i consumi, attraverso la riduzione di quelli non appropriati o non necessari. Si è quindi ritenuto di realizzare una *review* degli studi quantitativi sul *cost-sharing*, tentando così di fornire una base di evidenza al dibattito.

Sono molti gli studi che hanno fornito, attraverso la messa a punto di modelli statistici descrittivi e/o econometrici su dati campionari e/o amministrativi, evidenza quantitativa sugli effetti del *cost-sharing*.

Tali studi sembrano in complesso confermare come il *cost-sharing* (nelle sue varie formulazioni) abbia un impatto significativo sull'utilizzo dei servizi sanitari: nello specifico l'elasticità dei consumi al prezzo (*ticket*) è costantemente negativa, come era peraltro lecito attendersi.

Il primo studio volto ad analizzare l'impatto del *cost-sharing* sui consumi è stato il *Rand Health Insurance Study* (HIS), condotto negli Usa dalla *Rand Corporation* nel 1970 (*Health Economics*, 1992), che rappresenta anche uno dei pochi studi impostati in modo da fornire un'evidenza basata su casi controllati. Tale studio ha ispirato la maggior parte delle

<sup>6</sup>Per spese *out-of-pocket* si intendono quelle spese che vengono corrisposte direttamente dai nuclei familiari e non vengono rimborsate (es. spese per i medicinali, etc.).

analisi successive in quanto, basandosi su un esperimento<sup>7</sup>, è giunto a risultati importanti di tipo quantitativo, fornendo anche una base empirica rilevante per la valutazione degli eventuali effetti prodotti dal *ticket* in termini di equità, di efficienza/efficacia e di appropriatezza.

I risultati raggiunti dall'HIS sono stati confermati del tutto o in parte da altre analisi empiriche effettuate non solo negli Usa ma anche in altri Paesi. I contesti analizzati in queste analisi sono naturalmente diversi: alcuni autori per esempio studiano l'effetto sulle visite e sul consumo di medicinali indotto dall'aumento del *ticket* sui consumi farmaceutici, sia per i non esenti che per gli esenti cronici (Gerald Schnell et al., 2005); altri studi confrontano i consumi ambulatoriali e farmaceutici nel periodo precedente e in quello successivo all'introduzione del *ticket* o viceversa nel periodo precedente e in quello successivo all'abolizione (Daniel A. Vardy et al., 2006; Vittorio Mapelli, 2005); altri autori analizzano la quantità di cure ambulatoriali erogate sia da medici di cure primarie che da medici specialisti, in due tipologie diverse di modelli di cura: quella che si basa su una HMO (*Health Maintenance Organization*) con *gatekeeper*, cioè con accesso "vincolato" alle visite specialistiche, e quella che si basa su una HMO "punto di servizio", cioè con accesso diretto alle visite specialistiche (Geoffrey F. Joyce et al., 2000); altri autori ancora stimano l'andamento della domanda farmaceutica all'interno di alcune classi terapeutiche (antidepressivi, farmaci per problemi cardiovascolari, etc.) in un contesto di *ticket* costante o in crescita (Pamela B. Landsman et al., 2005).

La maggior parte degli studi analizzati mostra, o meglio conferma ciò che era lecito attendersi, ovvero che la domanda, a parità di altre condizioni, tenderebbe a divenire tanto più anelastica quanto più la prestazione in oggetto è legata a bisogni gravi/acuti; inoltre che l'elasticità, a parità di altre condizioni, risulterebbe maggiore per i soggetti dotati di minore reddito. Inoltre l'elasticità, a parità di altre condizioni, risulterebbe minore per i soggetti affetti da malattie croniche, anche se i suoi livelli sembrano non omogenei nei vari studi. Nello specifico Mapelli (2005), analizzando il cambiamento dei consumi farmaceutici in Italia in seguito all'abolizione delle compartecipazioni alla spesa nel 2001, che erano state introdotte nel 1978 e variate diverse volte nel corso degli anni, in Italia, mette in evidenza come gli esenti si caratterizzino per una domanda farmaceutica più rigida e scarsamente influenzata dall'abolizione del *ticket*. Le elasticità sono pari a 0,05 per il totale della popolazione e a 0,04 per gli esenti: 0,16 per gli esenti per reddito ed età e 0,01 per gli esenti per patologia cronica.

Schnell G. (2005) evidenzia che l'impatto del *copayment* è meno pronunciato tra gli individui affetti da alcune malattie croniche (ipertensione, infarto, alto livello di colesterolo,

<sup>7</sup> L'esperimento condotto dalla Rand Corporation si basa su un campione di 2.000 famiglie e 5.809 individui provenienti da sei località diverse degli Usa. Sono escluse dall'analisi le persone con 62 anni e più, le persone non anziane iscritte al Medicare, gli individui con reddito maggiore di \$25.000 etc. Alle persone che partecipano a tale esperimento viene assegnato in modo random un determinato piano assicurativo: piena copertura assicurativa (nessun pagamento di copayment), pagamento di un copayment del 25% per tutti i servizi, pagamento di un copayment del 50% per tutti i servizi, pagamento di un copayment del 95%, etc.

disfunzioni nella tiroide, rischio di osteoporosi, obesità, diabete mellito, asma e altri disturbi cronici): solo il 6% dei cronici riporterebbe una riduzione nelle visite specialistiche e il 7% una riduzione nel consumo di farmaci.

I vari studi infine evidenziano che laddove esiste una sostituibilità fra prestazioni, ad esempio per i farmaci, sembrerebbe che la riduzione del consumo sia almeno in parte attribuibile allo spostamento verso farmaci meno costosi e/o generici, con presumibili miglioramenti nell'appropriatezza; di contro, laddove è minore o assente la sostituibilità, la riduzione del consumo non è chiaro se sia dovuta o meno alla riduzione di consumi inappropriati o anche di quelli appropriati. Solo uno studio (Lo Sasso et al., 2002), relativo a prestazioni legate alla salute mentale, evidenzia un significativo peggioramento negli *outcomes*.

Una *review* condotta da Goldman, Joyce e Zheng (2007), finalizzata ad analizzare le connessioni esistenti tra *cost-sharing* farmaceutico e consumo di farmaci, nonché utilizzo di altri servizi ed esiti di salute, conferma che all'aumentare del *cost-sharing* si riduce il consumo farmaceutico; nello specifico l'elasticità della domanda è compresa in un *range* che va da -0,2 a -0,6: ciò significa che un aumento del *cost-sharing* del 10% è associato ad una riduzione del consumo e della spesa che va dal 2% al 6%. La *review* conferma altresì che i gruppi di individui con reddito basso sono generalmente più sensibili ai cambiamenti nei livelli di partecipazione; aggiunge però che per alcune malattie croniche un più alto *cost-sharing* farmaceutico si assocerebbe a un maggior uso di altri servizi sanitari. La *review* è peraltro finalizzata ad indagare su quali siano gli effetti del *cost-sharing* sulla salute dei pazienti.

La maggior parte dei contributi analizzati dalla *review* esamina l'impatto del *cost-sharing* sull'utilizzo dei servizi di emergenza e sull'ospedalizzazione; nello specifico si rileva che per i pazienti con alcune malattie croniche (diabete, schizofrenia, etc.) più alti livelli di *copayments* o *cost-sharings* sulle prescrizioni farmaceutiche si associano a un utilizzo maggiore di servizi sanitari *inpatient* e di emergenza.

Se si guarda agli effetti dei *cost-sharing* più in generale (cioè non con riferimento esclusivo alle malattie croniche), si ha che secondo alcuni studi a più alti *cost-sharing* corrispondono comunque stati di salute peggiori, in particolar modo tra la popolazione più "vulnerabile" come quella dei pazienti molto anziani e poveri. Osserviamo però che ciò può essere legato all'assenza di schemi di esenzione o all'esigenza di una revisione degli schemi esistenti.

L'aspetto è controverso tanto che molti altri autori come Fairman, Motheral, Johnson, Smith, etc., rilevano invece che quando la popolazione analizzata non si limita a quella con malattie croniche, gli incrementi di *copayments* non si associano a un maggior numero di visite *outpatient*, ad una maggiore ospedalizzazione o ad un numero maggiore di visite di emergenza, in altri termini non si assocerebbero a indicazioni che fanno pensare a stati di salute peggiori.

### 1.6.5 Conclusioni

Nei Paesi sviluppati si registra un sempre più frequente ricorso a schemi di compartecipazione alla spesa sanitaria come strumenti efficaci nel contenimento della spesa, nella riduzione dei sovraconsumi e in particolare dei consumi "inappropriati", e quindi dell'effetto di *moral hazard*; essi prevedono schemi di esenzione finalizzati alla protezione finanziaria delle categorie più deboli della popolazione (copertura economica per i meno

abbienti e per gli affetti da alcune patologie).

L'applicazione del *ticket*, soprattutto quello farmaceutico, avviene nella maggior parte dei casi in forma percentuale rispetto al prezzo: spesso esiste una vera e propria progressione di percentuali di compartecipazione. La compartecipazione farmaceutica italiana si differenzia in quanto è principalmente a quota fissa e di livello inferiore rispetto a quella adottata da altri Paesi europei (es. € 1 o € 2 contro £ 6 del Regno Unito, etc.).

I vari provvedimenti governativi e le esperienze sanitarie italiane e internazionali hanno ispirato numerose riflessioni e dibattiti tra epidemiologi, economisti, esperti di sanità ed esponenti del mondo politico. Nel dibattito si contrappongono radicalmente l'opinione di chi è contrario al *ticket* e quella dei sostenitori di tale forma di compartecipazione. Superando le posizioni ideologiche, le evidenze empiriche sugli effetti del *cost-sharing*, ottenute da una *review* della letteratura, sono riassumibili come segue:

- il *ticket* (nelle sue varie formulazioni) ha un impatto significativo sull'utilizzo dei servizi sanitari (l'elasticità dei consumi al prezzo è costantemente negativa);
- la domanda, a parità di altre condizioni, tende a divenire tanto più anelastica quanto più la prestazione in oggetto è legata a bisogni gravi/acuti;
- l'elasticità, a parità di altre condizioni, risulta minore per i soggetti affetti da malattie croniche, anche se i suoi livelli sembrano non omogenei nei vari studi;
- l'elasticità, a parità di altre condizioni, risulta maggiore per i soggetti dotati di minore reddito, giustificando così la necessità di schemi di esenzione;
- la selettività del *cost-sharing*, ovvero la sua capacità di incidere sui soli consumi inappropriati è legata alla sostituibilità dei prodotti, che peraltro è differente a seconda delle tipologie di prestazioni;
- eventuali effetti negativi sulla salute e/o sull'accesso alle prestazioni sembrano verificarsi solo in ambiti molto specifici o per categorie economicamente fragili, peraltro proteggibili con adeguati schemi di esenzione.

Gli studi da noi analizzati purtroppo non forniscono invece alcuna evidenza sull'efficienza/efficacia relativa ai vari schemi (*coinsurance* percentuale, *copayment* in somma fissa, etc.).

In conclusione, sebbene le evidenze sull'impatto del *cost-sharing* debbano e possano essere migliorate, sembra emergere come tale misura sia sostanzialmente efficace.

Possiamo aggiungere che la crescita dei bisogni, e in particolare della domanda di prestazioni inappropriate, rende urgente l'utilizzo del *cost-sharing*: la logica è da farsi risalire alla garanzia della generale universalità del sistema, che è ormai evidente che non potrebbe in alternativa comunque erogare "tutto a tutti" gratuitamente.

Perché però gli schemi di *cost-sharing* siano efficaci ed equi, è necessario utilizzare l'evidenza disponibile, riformando gli attuali schemi di compartecipazione/esenzione che si sono nel tempo affastellati per ragioni che si possono far risalire alla copertura finanziaria di breve periodo di strutturali disavanzi sanitari.

### Riferimenti bibliografici

- ANIA (2006-2007), *L'assicurazione italiana*, Associazione italiana fra le imprese assicuratrici, 2006-2007.
- Battaglia A (2006), *Universalità di accesso e fiscalità generale progressiva per garantire la sostenibilità del SSN*, Care.
- Buchmuller T, De Pourville G, Feldstein PJ, Martins J, Puig-Junoy J, Rutten F, Schweiger A e Tur-Prats A (2007), *A Comparison on Cost sharing policies*, Rapporto Ceis Sanità.
- Cislighi C e Costa G (2006), *Ma i ticket sono davvero la cura giusta per la sanità?*, Sole 24Ore Sanità.
- Docteur E, Oxley H (2003), *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD health working; 9.
- Doglia M, Spandonaro F (2006), *L'equità nel Servizio Sanitario Nazionale: impoverimento e spese catastrofiche*, Rapporto Ceis Sanità.
- Doglia M, Spandonaro F (2007), *Dalla distribuzione alle cause dell'impoverimento e delle spese catastrofiche: conoscere il fenomeno per intervenire*, Rapporto Ceis Sanità.
- Dompè S (2006), *Il copayment e la salvaguardia dell'equità*, Care.
- Esposito D (2002), *You get what you copay for, the influence of patient copayments on the demand for drug within a therapeutic class: the cases of the statins*.
- Europe Economics, Jacobzone, Noyce, Oecd Reuters W (1999, 2000, 2001), *Scrip World Pharmaceutical News*.
- Federfarma (2007), *Ticket regionali*, <http://www.federfarma.it/>.
- Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y (2007), *Prescription Drug Cost Sharing, Association With Medication and Medical Utilization and Spending and Health*, *Jama* vol. 298, n.1.
- Gruber J (2006), *The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the Rand Health Insurance Experiment and Beyond*, Kaiser Family foundation.
- Helms J, Newhouse JP, Phelps C, *Copayment and demand for medical Care: the California Medicaid experience*, *The Bell Journal of Economics*.
- Joyce GF et al (2000), *Visits to Primary Care Physician and to Specialists Under Gatekeeper and Point-of-Service Arrangements*, *The American Journal of Managed Care* vol. 6, n. 11.
- Landsman PB et al. (2005), *Impact of 3-Tier Pharmacy benefit design and increased consumer cost-sharing on drug utilization*, *The American Journal of Managed Care*, vol. 11, n. 10.
- Lo Sasso AT et al. (2002), *The effect of co-payments on substance abuse and treatment expenditures and treatment reoccurrence*, *Psychiatric services*, vol. 53, n. 12.
- Mapelli V (2005), *Spesa farmaceutica e invecchiamento della popolazione: le indicazioni di uno studio nella Asl Milano1*, *Politiche Sanitarie*, vol. 6, n. 3.
- Mingardi A (2006), *La necessità di riappropriarsi della responsabilità sulla propria salute*, Care.
- Moise P, Docteur E (2007), *Pharmaceutical Pricing and reimbursement policies in Sweden*, *OECD Health Working Papers* .
- Pammolli F, Ogialoro C, Salerno N (2004), *Strumenti di regolazione del mercato farma-*

*ceutico: un'analisi ragionata*, Cerm competitività regolazione mercati.

- Pammolli F, Salerno NC (2006), *Il copayment al centro della riorganizzazione federalista del SSN*, Cerm.
- Pammolli F, Salerno NC (2006), *Il copayment a difesa del Sistema Sanitario Universale*, Cerm.
- Paris V, Docteur E (2007), *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland*, OECD Health Working Papers.
- Phelps CE (1992), *Empirical studies of Medical Care demand and Applications*, Health Economics.
- Saigusa O (2006), *Japan's healthcare system and pharmaceutical industry*, Journal of Generic Medicines 4, 23-29.
- Schnell G et al. (2005), *Effect of increased drug copayment on the demand for drugs and physician visits in Germany*".
- Spandonaro F (2006), *Responsabilizzazione e riequilibrio finanziario: due concetti da non confondere*, Care.
- Vardy DA et al. (2006), *Introducing copayment for consultant specialist services*, IMAJ vol. n. 8.
- Winkelmann R (2004), *Copayment for prescription drugs and the demand for doctor visits - Evidence from a natural experiment*, Health Economics, vol. 13, 1081-1089.

## 1.7 - Una comparazione a livello internazionale delle politiche di cost-sharing

a cura di Mennini F.S.\*

### Interviste a:

Buchmuller T.<sup>1</sup>, De Pouvourville G.<sup>2</sup>, Feldstein P.J.<sup>1</sup>, Martins J.<sup>3</sup>, Puig- Junoy J.<sup>4</sup>, Rutten F.<sup>5</sup>, Schweiger A.<sup>6</sup>, Tur-Prats A.<sup>4</sup>

Il *cost sharing* rappresenta una delle questioni di maggiore interesse per quanto attiene i futuri interventi normativi ed organizzativi del Sistema Sanitario Italiano. Si è, quindi, ritenuto importante dedicare una sezione del Rapporto CEIS Sanità 2007 a questa tematica, incentrando l'analisi su di un confronto con alcuni Paesi EU ed extra EU, per meglio comprendere gli effetti sul budget delle famiglie e sull'incentivo a non consumare in maniera innappropriata.

Nel nostro Paese il *cost sharing* riguarda principalmente i farmaci, la diagnostica e le visite specialistiche nonché alcune prestazioni legate all'emergenza.

Nel 2001 il *cost sharing* per i farmaci era stato abolito a livello nazionale, ma negli anni a seguire diverse Regioni hanno deciso, principalmente per motivi legati al vincolo di bilancio, di reintrodurre il *co-payment*: € 1 o € 2 per ricetta. In media il pagamento diretto è pari al 3,08% del valore. Per la diagnostica e le visite specialistiche è prevista una deduzione pari a € 36: noi stimiamo che per le persone non esenti corrisponda, in media, al 60/70% di pagamenti percentuali del valore della prestazione (*co-insurance*). Inoltre, dal 2007 per le visite di emergenza che non sono state seguite da ricovero è previsto il pagamento di € 10. In Italia, ancora, le persone >64 anni e <15 anni appartenenti a famiglie con un reddito lordo inferiore ai € 35.000 sono esentati dal *cost sharing*. Sono, poi, esenti dal pagamento anche altre categorie "deboli" quali i disoccupati, indipendentemente dall'età, o le persone affette da patologie croniche (solo per i farmaci e le prestazioni direttamente collegate alla patologia). Di seguito, mediante l'ausilio di un questionario sottoposto ai colleghi-esperti dei Paesi selezionati (Argentina, Australia, Francia, Olanda, Spagna e USA) viene illustrato in maniera sintetica quanto avviene nei Paesi oggetto dell'analisi al fine di effettuare una comparazione fra le differenti politiche di *cost sharing*.

\* CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>1</sup> Paul Merage School of Business, University of California, Irvine, California.

<sup>2</sup> ESSEC Paris France.

<sup>3</sup> Centre for Health Policy and Management, Sydney, Australia.

<sup>4</sup> Univeritat Pompeu Fabra (UBF), Departement of Economics and Business, Research Centre for Economics and Health (CRES).

<sup>5</sup> Erasmus Medical Centre and Erasmus University Rotterdam.

<sup>6</sup> Universidad Isalud Buenos Aries

## 1) Quali sono, nel vostro Paese i servizi sottoposti ad interventi di *cost sharing*?

### Spagna Puig- Junoy J. Tur-Prats A.

La maggior parte delle prestazioni sono gratuite per i cittadini spagnoli. Il *cost sharing* viene applicato in via quasi esclusiva per i farmaci e per alcune prestazioni orto-protesi-liche. È previsto il pagamento delle medicine prescritte nella misura del 40% del prezzo per tutti i pazienti non ospedalizzati. Per quanto attiene, poi, le prestazioni orto protesi-liche è previsto un *ticket* da € 12 a € 36 (ogni singola regione può decidere il prezzo da far pagare compreso nel *range* stabilito a livello nazionale).

### Olanda Rutten F.

In Olanda non sono storicamente previsti schemi/strumenti di *cost sharing* con l'eccezione del *no claim rebate* (sconto sul premio se non si consuma o si consuma meno). I cittadini sono liberi di scegliere tra differenti quote di deduzione: € 100, € 200, € 300, € 400 o € 500. Le visite mediche e l'assistenza materna sono escluse dal *rebate*. È stato, comunque, recentemente deciso, a livello centrale, di abolire il *no claim rebate* in favore di un sistema di franchigie. La definizione del BBP (*Basic Benefits Package*) rappresenta, poi, una ulteriore forma di contenimento dei costi che segue il nuovo approccio introdotto recentemente nel sistema olandese (Cfr. Rutten F., Rapporto CEIS Sanità 2006). Il "pacchetto di benefici" copre l'assistenza primaria fornita dai medici di medicina generale e l'assistenza specialistica ospedaliera (sia *inpatient* che *outpatient*). Alcune prestazioni odontoiatriche sono coperte dal "pacchetto di benefici base". Sono invece limitate le coperture relative alle cure paramedicali, quali ad esempio la fisioterapia.

### Australia Martins J.

Il sistema sanitario Australiano è, dal punto di vista del finanziamento, frammentato e complesso (Cfr. Martins, Rapporto CEIS Sanità 2005 e 2006). Infatti, gli schemi di finanziamento e di compartecipazione tendono a variare a seconda delle prestazioni e dei gruppi di persone (famiglie). Molte prestazioni sono caratterizzate da uno dei tre metodi come di seguito:

- *free of charge*;
- i pazienti pagano tutto;
- *co-payment*.

*Public acute hospital services*: l'assistenza *inpatient* e *outpatient* negli ospedali pubblici viene fornita gratuitamente per i residenti. Comunque, se i pazienti decidono di rivolgersi ad un medico privato è previsto il pagamento della prestazione ricevuta.

*Public psychiatric hospital services*: generalmente la quasi totalità delle prestazioni non prevede alcuna forma di pagamento.

*Nursing home services*: a seconda delle prestazioni è prevista una contribuzione.

*Ambulance services*: il servizio viene, di norma, interamente pagato dal paziente. Comunque sono previsti schemi assicurativi, su base volontaria, che coprono la spesa sostenuta. Il sistema *Medicare* copre la quota prevista dallo schema base più l'80% della

differenza tra il costo del servizio e la quota del beneficio. I pazienti ricoverati negli ospedali privati vengono rimborsati per una quota pari al 75% dello schema base per l'assistenza medica prevista dal Medicare.

*Dental services:* Medicare copre le spese fino ad un massimo di tre prestazioni annuali a pazienti cronici o con gravi complicazioni.

*Medications:* è previsto un *co payment* che, in generale, ammonta a AUS\$ 30.70 per *item*. Chi è possessore di *concession card* ed è soggetto a *means test* paga AUS\$ 4.90. La soglia massima della spesa *out-of-pocket* è pari a AUS\$ 1,059, dopo i pazienti pagano AUS\$ 4.90 per prodotto prescritto. Per i possessori di *concession card*, il limite massimo è pari a AUS\$ 274.40. Superato questo limite la prestazione è completamente gratuita.

### **USA Feldstein P.J. Buchmuller T.**

Storicamente il *cost sharing* non è mai esistito per il Medicaid ed è sempre stato limitato all'interno di Medicare. Inoltre, bisogna differenziare gli interventi di *cost sharing* tra settore pubblico e privato.

#### *Cost Sharing in Public Health Insurance*

Medicaid prevede forme di *co payment*, per gli adulti, in relazione a visite mediche e farmaci nell'ordine di \$ 3 per visita o prescrizione. Medicare prevede per l'assistenza ospedaliera una quota deducibile pari a \$ 992 per ricovero. Per ricoveri lunghi più di 60 giorni viene richiesto un pagamento giornaliero (\$ 248 tra il 61-90 giorno; \$ 496 tra il 91-150 giorno). L'assistenza *outpatient* è caratterizzata da deduzioni annuali pari a \$ 131 ed una quota di *co-insurance* del 20%. La quota di *co-insurance* viene applicata sulle tariffe Medicare.

#### *Cost Sharing in Private Health Insurance*

La recente crescita di domanda di assistenza sanitaria ha portato ad un incremento nell'utilizzo del *cost sharing* per i *managed care plans* e ad uno sviluppo di nuovi prodotti assicurativi che contengono nuovi e preoccupanti approcci di *cost sharing*. Questi prodotti, "*consumer-directed health plans*" (CDHPs), combinano politiche di deduzione con piani di risparmio che gli arruolati possono utilizzare per pagare le spese prima del raggiungimento della quota di deduzione. I piani sono caratterizzati da livelli di deduzione da un minimo di \$ 1.000 per un singolo individuo fino a \$ 2.000.

### **Francia De Pourville G.,**

Attualmente il sistema di *co payment* è caratterizzato come di seguito:

- la tariffa per le visite private (ambulatorio, medici privati, specialisti e non ) viene rimborsata al 70% della tariffa Nazionale;
- test di laboratorio, servizi infermieristici, terapie riabilitative, optometria etc..., vengono rimborsati al 60%;
- i trasporti (ambulanza) al 65%;
- dispositivi medici per terapie di supporto al 65% della tariffa nazionale.

Dal 2004 è stata introdotta una riforma integrativa che ha introdotto nuove forme di *co-payment*.

Gli assicurati debbono pagare €1 per ogni visita medica e paramedica. Questa somma

non verrà rimborsata dalle assicurazioni complementari. Poi, si cerca di introdurre un modello dove il paziente possa scegliere il proprio medico prima di andare dallo specialista (*médecin traitant*). Se accettano verranno rimborsati al 70% della tariffa normale, se non optano per questa scelta verranno rimborsati solo del 50%.

La maggior parte dei farmaci prescritti e rimborsabili sono coperti al 65%, ma esistono anche 4 differenti quote di rimborso: 100% per gli “*exceptional drugs*” (prescritti secondo condizioni molto restrittive), 65%, 35% e 15%.

L'assistenza ospedaliera è coperta all'80% ma vengono esentati i lungodegenti (più di 30 giorni), le donne incinta, l'assistenza neonatale e le persone con reddito basso.

#### **Argentina Schweiger A.**

Tradizionalmente, in Argentina le azioni ospedaliere sono finanziate con le risorse dei tesori provinciali e municipali (nelle località con capacità propria installata). Le misure che hanno cercato di diversificare le fonti di finanziamento si sono orientate all'inserimento dei *co-payment* o dei *ticket* moderatori di contribuzione volontaria, coperti da associazioni cooperative e da fondazioni.

I *ticket* o le co-assicurazioni possono comprendere pratiche e studi complementari, ambulatori, diagnostici e terapeutici, riabilitazione, odontologia, farmaci, ortesi e protesi esterne.

Viene fissato una somma di 4 dollari come *ticket* per ogni tipo di visita medica ambulatoriale, dando facoltà all'Agente di assicurazione di coprire la stessa e di fissare la modalità operativa per la riscossione. Vengono unificate in un solo valore fino a 5 dollari le somme per studi di elevata e bassa complessità. Per i farmaci di uso ambulatoriale, secondo la Risoluzione n. 201/2002 all'articolo 7,1 viene stabilito che viene assicurata la copertura per un 40%, conformemente al prezzo di riferimento (allegato IV).

Viene assicurata la copertura di alcuni farmaci di uso ambulatoriale con un 40% a loro carico, nel caso di farmaci di uso abituale e del 70% per i farmaci destinati a patologie croniche prevalenti, che richiedono un uso permanente o ricorrente, conforme al prezzo di riferimento e alle forme farmaceutiche, concentrazioni e presentazioni dei farmaci.

## **2) Quale è l'incidenza, per ogni tipologia, nella media dei servizi?**

#### **Spagna Puig- Junoy J. Tur-Prats A.**

Nel 2005, la quota di contribuzione sul conto dei benefici della farmaceutica era pari al 6% delle vendite di farmaci dispensati dal Sistema Sanitario. Nonostante una differente politica del *cost sharing*, la quota effettiva di contribuzione ha registrato un decremento (20,3% nel 1979, 15% nel 1985 e 8,9% nel 1995). Questo *trend* può essere attribuito ad un maggior consumo di farmaci rimborsati e da un aumento degli esenti quale conseguenza dell'aumento della popolazione anziana, ma è anche da attribuire ad un comportamento fraudolento di una parte dei cittadini (prescrizioni intestate a persone esenti).

#### **Australia Martins J.**

Le stime sulla spesa sanitaria indicano come la spesa *out of pocket* varia considerevol-

mente a seconda della natura delle prestazioni. È naturale come *nursing home*, ambulanza, odontoiatria, farmaci, pronto soccorso e apparecchiature attraggano la quota maggiore tanto di *co-payment* che di spesa *out of pocket*:

- farmaci (28%)
- odontoiatria (21%)
- pronto soccorso e apparecchiature (18%).

#### USA *Feldstein P.J. Buchmuller T.*

Il totale del *cost sharing* sta diminuendo come illustrato nella figura 2. Anche l'estensione del *cost sharing* differisce dal tipo di assistenza (figura 1). Comunque, durante gli ultimi anni il trend è di una nuova crescita del *cost sharing*.

**Figura 1 - Quota di spesa sanitaria pro-capite *out-of-pocket* Usa, anni 1965-2015**

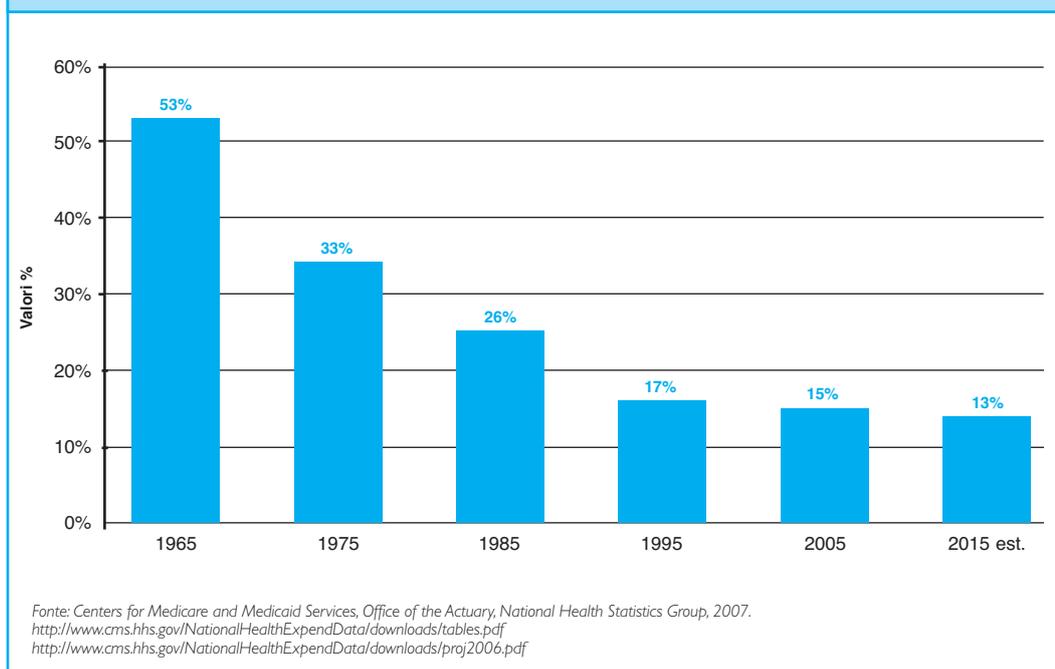
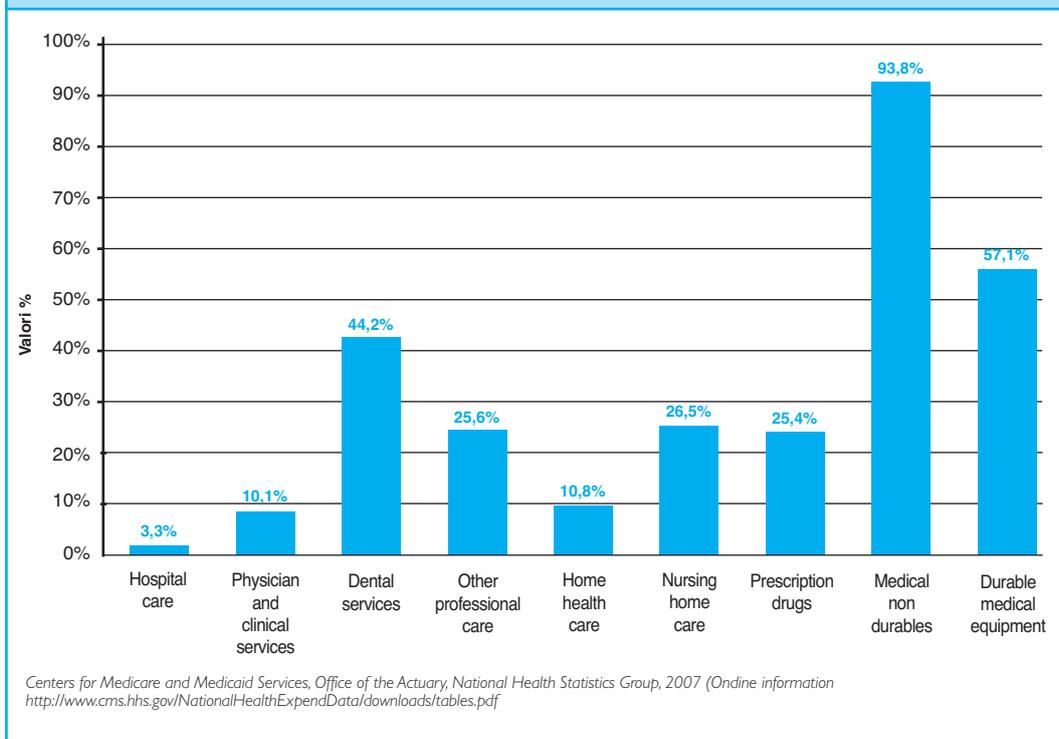


Figura 2 - Cost-sharing, Usa, anno 2005



#### Francia De Pourville G.,

La spesa sanitaria pro capite media è stata pari a € 2,477 nel 2006. La copertura complessiva della spesa da parte del *National Sickness Fund* non è diminuita nel corso degli anni (77% nel 2006). Allo stesso tempo, la quota residua di *out-of-pocket* è leggermente diminuita dal 9% del 2000 al 8,6% del 2006 (€ 213 pro-capite). Ma questa apparente stabilità nasconde problemi di redistribuzione importanti.

#### Argentina Schweiger A.

I *ticket* della sicurezza sociale rappresentano un 40-50% del valore dei servizi. Per i farmaci ambulatoriali, i *ticket* variano: 60% per farmaci di uso abituale e 30% per farmaci per patologie croniche prevalenti.

I *ticket* dei sistemi assicurativi delle imprese di medicina privata e le assicurazioni private, possono variare secondo i contratti stipulati tra l'impresa e i suoi beneficiari. Tuttavia, in virtù della legge n. 24754, non si potevano fissare *ticket* superiori ai valori indicati per la sicurezza sociale (Risoluzione 201/02, del Ministero della Sanità della Nazione). Per esempio, una stessa impresa dispone di piani più "alti" senza *ticket*, o di piani più economici nei quali le visite vengono co-finanziate con *ticket* (\$ 4 per visita).

### 3) Quali sono le condizioni per l'eligibilità all'esenzione?

#### Spagna Puig- Junoy J. Tur-Prats A.

Vi è una contribuzione generale del 40% del prezzo dei farmaci che si applica solo ai lavoratori. I cronici e i lungodegenti contribuiscono per un 10% del prezzo fino ad un massimo di € 2,64. I pensionati, handicappati e similari non è prevista alcuna contribuzione. I farmaci dispensati ai pazienti ricoverati non sono soggetti a contribuzione.

Tabella 1 - Cost sharing in Spagna

Ass.za di base	Ass.za specialistica	Inpatient	Farmaceutica	Cure dentali	Partecipazione alla spesa quale % del totale della spesa sanitaria
0%	0%	0%	Lavoratori: 40% Pensionati: 0% Trattamenti cronici e per lungodegenti: 10% (fino a € 2,64 pezzo) Civil servants: 30% (sia lavoratori che pensionati) Lista negativa: 100% Protesi: dipende dal prezzo al pubblico, con eccezione per protesi speciali: € 12-36 Lenti correttive: 100% Protesi: dipende dal prezzo al pubblico, con eccezione per protesi speciali: € 12-36 Lenti correttive: 100%	Lista positiva (sono inclusi solo estrazioni, promozione ed educazione alla salute, diagnosi a donne in cinte). Altro: 100%, eccetto bambini e alcune Comunità Autonome.	23.6% (2004) <sup>7</sup>

Fonte: elaborazioni dell'autore

#### Olanda Rutten F.

In relazione al *no claim rebate scheme* gli assicurati la cui spesa è inferiore ai € 255 annui, ricevono un rimborso al massimo pari a questo ammontare.

Il BBP (*Basic Benefit Package*) è relativo soltanto all'assistenza curativa. In via generale copre: l'assistenza primaria fornita dai medici di medicina generale e la specialistica ospedaliera. Alcune cure dentali sono ricomprese anche se sono limitate per le persone adulte sebbene il governo centrale stia reintroducendo il *check up* dentale periodico all'interno del BBP. È molto limitata l'eligibilità ai programmi di fisioterapia.

#### Australia Martins J.

La maggior parte delle esenzioni dal pagamento diretto o dal *co-payment* sono basate sul *means test* del reddito e della proprietà. Più recentemente, i limiti così come erano previsti sono stati rivisti al fine di limitare conseguenze gravi per la salute degli individui o per chi soffre di patologie croniche (tabella 2).

<sup>7</sup> Dati OCDE. Include tutti i pagamenti delle famiglie (assicurazioni private ad esclusione dei premi).

**Tabella 2 - Pagamenti di assicurazioni sanitarie private, tasse e *co-payments* in Australia, anni 2004-2005**

Servizio	% della spesa totale finanziata da		Esenzioni, concessioni e servizi gratuiti		
	Assicurazione Privata	Out-of-Pocket	Esenzione e concessione	Safety net Out-of-Pocket Reduction	Disponibilità di servizi gratuiti
Ospedali:					
Pubblici	1.6	2.3	No		ConsCh
Pubblici Psichiatrici	-	4.1	MNST		MNST
Private	39.8	6.3	No		No
Nursing Homes	-	21.0	MNST		MNST
Ambulanza & altro	6.3	31.1	MNST		MNST
Medicina	3.9	11.1	MNST	Threshold	ProvCh
Odontoiatrica	13.1	67.1	MNST		MNST
Altre professioni	14.1	46.8	MNST		MNST
Farmaceutica	0.5	43.3	MNST	Threshold	MNST
Aids	6.8	82.9	MNST		MNST
Sanità Pubblica & Community-based Services	-	8.5			Yes
<b>Spesa sanitaria totale</b>	<b>6.5</b>	<b>21.6</b>			

Note: (\*) The Federal government subsidises private hospital use through its subsidy of voluntary health insurance for that purpose. In addition to the direct premium subsidy it may also do it indirectly through income tax rebates on private hospital expenditures. Total Health Expenditure excludes capital expenditures and expenditure on administration and research funded mostly by government. Means tests (MNST) are applied to consumers' propriety and income. Expenditure thresholds (Thresholds) are set each year after which further subsidies apply. Consumer choice (ConsCh) in selection of free services or subsidised services from private doctors. Private providers (ProvCh) may elect to bill the government directly and provide service free to the consumer.

Fonte: AIHW 2006a. Elaborazioni dell'autore.

#### **USA Feldstein P.J. Buchmuller T.**

Recentemente il programma Medicare per i farmaci si sta orientando verso il cosiddetto "donut hole"; un più ampio *cost sharing* è imposto a coloro i quali spendono più di \$ 2.250 in farmaci prescritti piuttosto che accedere ad un più comodo programma di deduzioni.

#### **Francia De Pourville G.,**

Il Sistema Sanitari Francese è sempre stato caratterizzato dalla presenza di forme di *co-payment*. La principale di queste è rappresentata dal *ticket (ticket modérateur)*. Alla base dell'introduzione di forme di *co-payment* vi è la convinzione che mediante l'utilizzo di questi strumenti si incoraggino i cittadini/pazienti ad utilizzare in modo ragionevole i servizi di assistenza sanitaria. Va poi specificato che la maggior parte degli interventi di *cost-sharing* riguardano le prestazioni/servizi *outpatient* e molto meno l'ospedalizzazione.

#### Argentina Schweiger A.

Sono esonerate dal pagamento di qualsiasi tipo di *ticket*:

- le donne incinta dal momento della diagnosi di gravidanza fino a 30 giorni dopo il parto, in tutte le prestazioni inerenti allo stato di gravidanza, parto e puerperio.
- Le complicanze e le malattie derivanti dalla gravidanza, parto e puerperio fino alla loro risoluzione.
- Il bambino fino al compimento di un anno di età.
- I pazienti oncologici.
- I programmi di prevenzione.

**4) Se il *cost sharing* viene adottato, quali sono le principali ragioni per questo: evitare il *moral hazard*, razionare le prestazioni pubbliche, redistribuzione etc.**

#### Spagna Puig- Junoy J. Tur-Prats A.

L'obiettivo principale è quello di far prestare maggiore attenzione ai costi tanto ai cittadini quanto ai prescrittori. Allo stesso modo, il *cost sharing* non dovrebbe penalizzare l'eguale accesso ai trattamenti o generare effetti negativi sullo stato di salute dei cittadini. Alcune regioni (ad esempio la Catalogna) hanno anche proposto l'ampliamento del *cost-sharing*, sempre nel rispetto dei principi sopra riportati.

#### Olanda Rutten F.

Tutte le decisioni in materia di compartecipazione ed eleggibilità alle esenzioni dovrebbero rispettare, ed è questa anche l'intenzione dei legislatori, le seguenti condizioni: necessità. Efficacia ed efficienza.

#### Australia Martins J.

A livello politico vi è un accordo unanime nell'utilizzare le politiche di compartecipazione per motivi strettamente finanziari. Una differenza, tra i due principali partiti, consiste nell'utilizzo della compartecipazione. L'evidenza maggiore mostra come gli interventi in materia di esenzioni e compartecipazione alla spesa non sono poi così efficaci nel ridurre la domanda ma abbastanza efficaci nel ridurre il carico fiscale.

#### USA Feldstein P.J. Buchmuller T.

L'intenzione principale nell'aver introdotto le compartecipazioni alla spesa sono da ricercarsi nella volontà ridurre tanto il *moral hazard* quanto contenere la spesa sanitaria. In particolare, nel settore privato oltre a cercare di ridurre il *moral hazard* si cerca sempre più di responsabilizzare i pazienti a richiedere con maggiore attenzione servizi di assistenza sanitaria (vedi HSAs).

#### Argentina Schweiger A.

I *ticket* obbligatori sono utili per disincentivare l'eccessivo consumo di visite o di farmaci e per aumentare la responsabilità individuale evitando la passività del paziente e riducen-

do l'abuso morale. In questo modo si controlla la spesa sanitaria. Il rischio è quello di creare un "imposta sui malati" più che uno strumento di razionalizzazione. Potrebbe compromettere il principio di equità e penalizzerebbe più che favorire i gruppi di popolazione più sfavoriti, in cui sono maggiori i fabbisogni sanitari.

Tuttavia, nell'assicurazione privata dell'Argentina, i *ticket* sembra essere in relazione alla strategia per ridurre il tasso di inflazione medio ufficiale

In sintesi, in Argentina:

- gli organismi finanziatori o assicuratori non mostrano una razionalità economica palese, orientata alla possibilità di applicare *ticket* selettivi che premiano, per esempio, l'uso delle pratiche mediche o sanitarie costo-efficacia o che disincentivano quelle pratiche di maggior costo, oltretutto i loro livelli di efficacia dimostrati in base a criteri medici basati su prove scientifiche internazionali.
- la maggioranza della popolazione rifiuta i *ticket* e altre modalità di pagamento diretto, preferendo i pagamenti attraverso le quote di associazione alle organizzazioni assicuratrici.

**5) Quali evidenze ci sono nel tuo Paese per quanto attiene l'efficacia dei modelli di *cost sharing* in termini di *moral hazard*, effetti perversi (sottoutilizzazione etc.) ed equità?**

**Spagna Puig- Junoy J. Tur-Prats A.**

Ci sono sicuramente poche evidenze, in Spagna, sugli effetti del *cost-sharing*. Per quanto attiene i farmaci si è notato negli anni (Puig-Junoy, 2000) come un incremento del 10% nella quota di compartecipazione abbia ridotto la spesa del 2,2% nel periodo 1978-1985. Si è poi notato (Garcia, 2005) come differenze nelle categorie degli esenti (appartenenti al MUFACE e appartenenti al NHS *general scheme*) abbia portato a forti differenze nel livello di consumo e di spesa. I lavoratori appartenenti allo schema MUFACE (che pagano il 30% del prezzo) consumano 2,3 prescrizioni in più (32% in più) e spendono € 31,3 (45% in più) per persona per anno rispetto ai lavoratori appartenenti al NHS *general scheme* (pagano il 40% del prezzo). Anche per quanto attiene i pensionati esiste una differenza non trascurabile. Infatti, i pensionati del MUFACE (che pagano il 30% del prezzo) consumano 17,7 prescrizioni in meno e spendono € 321,4 in meno per persona per anno dei pensionati appartenenti al NHS *general scheme*.

Quanto sopra evidenzia molto chiaramente l'esistenza di un problema tanto in termini di efficienza che di equità all'interno del sistema.

**Olanda Rutten F.**

Nonostante non vi siano delle evidenze certe, tanto a favore quanto contro, in merito al *no claim rebate system* è importante sottolineare come questo schema cesserà di esistere a partire da gennaio 2008. In sua sostituzione verrà introdotto un sistema basato sulle deduzioni. Si può giungere alle medesime conclusioni anche per quanto attiene il BBP. Bisogna comunque sottolineare come alla luce delle recenti riforme introdotte in Olanda, non solo inerenti in maniera stretta al sistema di compartecipazione, diviene necessario attendere perlomeno tutto il 2008 prima di riuscire ad avere evidenze significative.

### **Australia Martins J.**

In Australia, il largo utilizzo delle compartecipazioni non ha certo rallentato la crescita nell'utilizzo di assistenza sanitaria e della spesa, anche se questo potrebbe essere attribuito all'aumentare della popolazione anziana.

L'Australia, inoltre, è caratterizzata da forti differenze in relazione allo stato di salute tra i differenti gruppi di popolazione.

Vi è, ancora, una grande sottoutilizzazione in alcuni settori della popolazione.

Non è molto chiaro se la compartecipazione generi o meno questa sottoutilizzazione. Comunque, la bassa possibilità di utilizzare nursing home care da parte della popolazione con reddito basso rappresenta un problema che dovrà essere al più presto affrontato.

Per quanto poi attiene l'equità, è senza dubbio interessante notare come la spesa delle famiglie per la compartecipazione sia abbastanza significativa (5% del budget familiare). È anche interessante notare come il carico finanziario per le famiglie sia molto simile in tutti i quintili di reddito (Martins, 2005). Un altro problema che affligge l'Australia in termini di equità è rappresentato dalla sproporzione a favore di chi possiede redditi elevati per quanto attiene le assicurazioni private. Certamente, poi, la bassa quota di compartecipazione che caratterizza i possessori di *concessional cards* tende a migliorare il problema dell'equità in Australia.

### **USA Feldstein P.J. Buchmuller T.**

L'idea di base che caratterizza gli USA è che quando i pazienti debbono affrontare in proprio, tanto in via diretta quanto mediante sistemi di compartecipazione, una spesa per l'assistenza sanitaria diventano maggiormente coscienti nelle loro decisioni. In ogni caso una attenta disamina fa sorgere alcuni problemi circa l'efficacia di questi schemi nel ridurre la spesa rispetto ai piani di *managed care* con i quali competono.

In molti CDHPs i servizi di prevenzione non sono soggetti a deduzioni, ma anzi sono coperti più o meno come lo sono generosamente nelle HMOs.

### **Argentina Schweiger A.**

In America Latina, uno degli obiettivi principali delle riforme del sistema sanitario è stato l'allargamento delle opzioni di finanziamento (assicurazione sociale e privata, riorientamento dei fondi pubblici, sistemi di *ticket*) per mobilitare risorse, controllare la domanda non necessaria e promuovere la diversificazione dei rischi. Nel menu degli strumenti è stato inserito lo sviluppo di meccanismi di incentivazione per migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi, anche attraverso la partecipazione del settore privato<sup>1</sup>.

Tuttavia, on abbiamo trovato evidenze di studi recenti sull'impatto dei *ticket* nella riduzione del *moral hazard* nel sistema sanitario dell'Argentina.

La Risoluzione 310/2004 della Soverintendenza dei Servizi sanitari, esonera dal *ticket* i programmi di prevenzione. Aumentando la copertura al 70% per i farmaci destinati alle patologie croniche prevalenti, tende a diminuire il sotto-utilizzo dei farmaci in questi casi. La creazione di un *ticket* può generare la ricerca di altre uscite del sistema per quei pazienti che non vogliono pagare, cosa che costituisce un aumento dell'uso e dei costi. Se vi fosse una copertura per la visita con il medico di famiglia ma non per l'urgenza, esi-

sterebbero forme di evitare la prima uscita, ma potrebbe comportare un uso inadeguato dei determinati servizi e una maggiore induzione della spesa.

## **6) Esiste un accordo di massima per quanto attiene le politiche ed i livelli di cost-sharing?**

### **Spagna Puig- Junoy J. Tur-Prats A.**

Dal 2002 la responsabilità nella programmazione, finanziamento e fornitura di assistenza sanitaria è stata spostata (decentralizzata) verso le Comunità Autonome, nonostante che la definizione dei benefici, il finanziamento della farmaceutica ed il prezzo dei farmaci sia rimasto a livello Centrale. Le Comunità Autonome, similmente a quanto avviene in Italia, possono incrementare i benefici per la loro popolazione nonché introdurre propri sistemi di *cost sharing*, con l'eccezione della farmaceutica.

Una novità importante è rappresentata dal *Act of Guarantees and Rational Use of Medicines and Medical Devices*, introdotto nel 2006, che considera la possibilità di introdurre una certa forma di contribuzione per i farmaci sulla base di ben specifici criteri: *capacity to pay*, utilità sociale e terapeutica del farmaco, bisogni specifici di gruppi di popolazione/pazienti, razionalizzazione della spesa farmaceutica.

### **USA Feldstein P.J. Buchmuller T.**

Durante gli anni novanta lo spostamento verso il *managed care* coincise con una bassa crescita dei costi per l'assistenza sanitaria. Comunque, alla fine del decennio i premi assicurativi avevano visto una nuova impennata. La pericolosa crescita della spesa farmaceutica è stata il driver di questo trend, portando le assicurazioni *managed care* a rielaborare i benefici per la farmaceutica stessa. La conseguenza principale è stata quella di istituire un nuovo sistema di compartecipazione dove i farmaci sono raggruppati sulla base del costo per l'assicurazione. L'obiettivo è quello di controllare i costi fornendo incentivi ai pazienti (e ai loro medici) nello scegliere le medicine meno costose. La compartecipazione è bassa per i farmaci generici, non molto elevata per i *branded "preferred"* (quelli per i quali le assicurazioni ottengono degli sconti) e molto alta per i *"non-preferred"*. Recentemente molti *health plans* hanno abolito la compartecipazione per le prescrizioni di farmaci dei pazienti con malattie croniche.

Infatti, queste assicurazioni hanno notato che i pazienti affetti da patologie croniche molto spesso preferivano non acquistare farmaci soggetti a compartecipazione determinando nel lungo periodo un forte incremento dei costi di assistenza dovuti al peggioramento dello stato di salute.

### **Argentina Schweiger A.**

In Argentina, i *ticket* anche se sono una pratica diffusa in tutto il sotto-settore delle assicurazioni private, non sono tuttavia una pratica bene accettata dalla popolazione. Secondo studi recenti, il 47% dei lavoratori che sono passati dalle Opere Sociali tra una senza accordo e l'altra con accordo e altre che avevano accordi con imprese di medicina prepagata e che avevano *ticket*, hanno dichiarato di essere scontenti della loro coper-

tura e dei servizi.

Si potrebbero assumere come certe per l'Argentina, le espressioni di Jaume Puir-Junoy, del Centro di Ricerca in Economia e Salute (CRES) e del Dipartimento Economia e Impresa dell'Università Pompeu Fabra:

“A dispetto della estensione internazionale dei *ticket* per i farmaci, un'applicazione efficiente degli stessi richiede di porre una particolare attenzione sui dettagli.

1. Questi meccanismi possono essere efficaci se sieste la sensibilità del consumo rispetto al *ticket* (elasticità del prezzo) senza pesare negativamente sullo stato di salute, e se non producono effetti di sostituzione perversi che pregiudicano il risparmio dei costi e/o la qualità della prescrizione.

2. Informazione: se non si sa o non si può differenziare la politica applicata secondo individuo o la validità dei farmaci, sono scarsamente giustificabili i *tiket* elevati nelle misura che equivarrebbero ad una imposta sulla malattia. La differenziazione secondo la l'efficacia non è impossibile, anche se costosa, e la potenza dello strumento si dimostra con la riduzione considerevole del consumo dei farmaci non essenziali.

3. I *ticket* evitabili che suppongono i prezzi di riferimento applicati ai farmaci bioequivalenti sono una buona pratica e possono essere molto efficaci senza pregiudicare l'equità né la salute.

4. L'accettazione sociale della partecipazione dell'utente al costo dei servizi pubblici è maggiore quanto minore è il livello di necessità del servizio (per esempio, farmaci non effettivi) e quanto più è percettibile e vicina la destinazione dei fondi ricavati con questa politica.

5. Sarebbe infondato (e interessato) far ricadere il peso della razionalizzazione del consumo farmaceutico sui *ticket*”

Nel controllo dell'uso dei farmaci, si devono qualificare i medici nelle prescrizioni costo/efficacia. Una priorità della sanità pubblica è quella di favorire l'accesso ai farmaci essenziali, i *ticket* possono andare in senso contrario.

## 1.8 - Sistemi di welfare nell'Unione Europea: analisi del processo di convergenza

Gitto L.<sup>1</sup>, Mennini F.S.<sup>1</sup>, Trovato G.<sup>1</sup>

### 1.8.1 Introduzione

Il *welfare state*, o Stato sociale, è un'espressione che riassume il ruolo dello Stato impegnato nell'attenuare o eliminare le disuguaglianze sociali ed economiche fra i cittadini. Lo Stato sociale si propone di fornire servizi e garantire diritti considerati essenziali per un tenore di vita accettabile, come, ad esempio, l'assistenza sanitaria, l'istruzione, i sussidi per la disoccupazione in caso di accertato stato di povertà o di bisogno, l'assistenza per l'invalidità e la vecchiaia.

La nozione di *welfare state* è stata ampiamente studiata nella letteratura economica: numerosi autori si sono preoccupati di analizzare i fondamenti della politica sociale e le differenze tra questi ultimi in diversi sistemi istituzionali. Tra questi, alcuni (Titmus, 1974, Kotios e Schäfers, 1990, Majone, 1993, Teague, 2000) hanno rilevato come lo sviluppo dei modelli di *welfare*, in Europa, si sia spinto in diverse direzioni. La politica sociale europea non può, pertanto, essere definita come un unico complesso di valori condiviso in uguale misura da tutti gli Stati membri.

L'obiettivo del presente lavoro consiste nel verificare empiricamente se i differenti modelli di Stato sociale, nonché fattori istituzionali, demografici ed economici propri di ciascun Paese, possono condizionare il processo di convergenza tra le politiche di *welfare* a livello europeo, ai fini della creazione di un "modello transnazionale sociale europeo" secondo la nozione fornita da Hay et al. (1999). Tale modello implicherebbe un'"azione complementare delle politiche sociali a livello comunitario e nazionale", in particolare per le questioni inerenti le politiche assistenziali, sanitarie ed occupazionali: il risultato finale consisterebbe in una decisione coordinata sulla risoluzione delle questioni sociali di maggiore rilevanza, rispetto alla "somma delle azioni intraprese da ciascun Paese senza alcun accordo comune" (Paganetto, 1997).

L'importanza di queste argomentazioni viene riproposta negli ultimi anni a seguito dell'allargamento dell'Unione Europea e dei problemi legati al coordinamento delle politiche istituzionali ed economiche.

### 1.8.2 Dati impiegati nell'analisi: classificazione dei sistemi di welfare

La banca dati utilizzata per la presente analisi è OECD Health Data, aggiornata al mese di giugno 2006. La possibilità di aggiornare annualmente la banca dati conferisce al presente studio la caratteristica della replicabilità e della confrontabilità dei risultati anno per anno. L'analisi si differenzia da uno studio precedente (Corrado, Londoño, Mennini e Trovato,

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

2003), dove le elaborazioni erano state svolte su dati World Bank. La scelta della banca dati OECD avvicina il presente lavoro allo studio sull'evoluzione della spesa sanitaria, condotto su elaborazioni dei dati tratti dalla stessa fonte e incluso nel presente Rapporto. L'analisi è stata condotta per gli anni dal 1980 al 2001, ultimo anno disponibile per quanto riguarda le variabili di spesa inerenti al *welfare*.

Essa è stata svolta su 23 Paesi europei e presenta, pertanto, un quadro più ampio rispetto ad altri lavori che hanno limitato l'indagine ad un campione più ristretto di Paesi. I Paesi osservati, sia già aderenti che non ancora entrati a far parte dell'Unione sono: Austria, Belgio, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Norvegia, Polonia, Portogallo, Repubblica Slovacca, Spagna, Svezia, Svizzera, Turchia, Regno Unito.

Poiché ciascuno di essi, come si è detto, è caratterizzato da differenti politiche in tema di *welfare*, è possibile operare una classificazione, sulla base delle linee guida individuate da Esping-Andersen (1990), che identificano:

- 1) un modello liberale;
- 2) un modello corporativo;
- 3) un modello social democratico.

A questi modelli, ai fini della presente analisi, è stata aggiunta una quarta categoria, che comprende:

- 4) i Paesi dell'Europa mediterranea (in sostanza, le Regioni ad obiettivo 1 dell'Unione);
- 5) un'ultima categoria di Paesi che, per le loro peculiarità e diversità di regimi istituzionali non sono suscettibili di essere inquadrati in nessuna delle categorie precedenti.

Nella prima categoria - liberale - rientrano Regno Unito e Irlanda. Sono Paesi "corporativi", e rientrano, perciò, nella seconda categoria, i Paesi scandinavi (Danimarca, Finlandia, Svezia, Norvegia).

La terza categoria (Paesi laddove il *welfare* è improntato a caratteristiche social democratiche) comprende Austria, Belgio, Lussemburgo, Olanda, Francia. Tra i Paesi mediterranei (quarta categoria) rientrano Italia, Portogallo, Spagna, Grecia.

Infine, vi sono Turchia, Islanda, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Polonia, Ungheria e Svizzera (quinta categoria). Ad eccezione di Islanda e Svizzera, si tratta di Paesi che hanno sperimentando un periodo di transizione in vista dell'ingresso nell'Unione Europea. Ricordiamo che i dati su cui l'analisi è stata svolta giungono fino al 2001. L'ingresso nell'Unione Europea è successivamente avvenuto per tutti i Paesi dell'Europa dell'Est, ad eccezione della Turchia, che ha comunque posto in essere delle misure finalizzate alla convergenza.

La spesa sociale totale, che costituisce la variabile principale analizzata nel presente studio, può essere ulteriormente disaggregata, seguendo la distinzione fornita dall'OECD in:

- spesa per il pagamento delle pensioni di anzianità;
- spesa per le pensioni di reversibilità;
- benefici a favore dei soggetti disagiati;
- spesa per la salute;
- spesa in favore dell'occupazione;
- spesa per l'attuazione di politiche a favore della famiglia;

- altre spese.

Le altre variabili considerate nella presente analisi al fine di tracciare un quadro del *welfare* in Europa sono:

- popolazione (disaggregata per classi di età - under 14, over 65, donne, uomini);
- occupazione (donne, uomini);
- speranza di vita per la popolazione.

### 1.8.3. Metodologia impiegata

La metodologia di stima è stata estrapolata dalla letteratura sulla convergenza (Sala i Martin, 1986, Barro e Sala i Martin, 1995).

L'ipotesi da testare è che vi sia un livello uniforme di spesa pubblica pro capite per *welfare* verso cui tutti i Paesi tendono. Valori omogenei negativi di  $\beta$  per tutti i Paesi implicano una tendenza verso la convergenza transnazionale dei sistemi di *welfare*.

La prima equazione stimata tiene conto della distinzione tra i diversi gruppi di Paesi in base alle politiche di *welfare* attuate<sup>2</sup>:

$$1) ly_{it} = \alpha + k_r + \beta ly_{i0} + \varepsilon_{it}$$

La seconda equazione stimata, invece, considera l'interazione tra il livello di spesa iniziale e i singoli Paesi osservati.

$$2) ly_{it} = \alpha + \beta ly_{i0} * paese + \varepsilon_{it}$$

In questo caso, un segno negativo per i coefficienti  $\beta$  associati a tutti i Paesi indica come vi sia una generale convergenza: vi è, in altre parole, la tendenza ad allontanarsi da un iniziale livello di spesa per *welfare*, che è differente per tutti i Paesi e a convergere verso un unico livello di spesa. Quanto più alto il coefficiente stimato, tanto maggiore la velocità di convergenza<sup>3</sup>.

Un coefficiente  $\beta > 0$  indica, invece, che i Paesi sono lontani dall'equilibrio e che la varianza della spesa per *welfare* pro capite nazionale va aumentando con il tempo.

Le due specificazioni sopra descritte sono state stimate due volte, tenendo conto, nel primo caso, dei dati anteriori al 1992 (periodo pre Maastricht) e, in una seconda stima, dei dati successivi al 1992.

<sup>2</sup> Nell'equazione  $ly_{it} = \alpha + k_r + \beta ly_{i0} + \varepsilon_{it}$

*ly<sub>it</sub>* rappresenta il tasso di crescita della spesa per *welfare*, *ly<sub>i0</sub>* è la spesa iniziale e il parametro  $\beta$  misura la velocità di convergenza. *k<sub>r</sub>* assume i valori 1, 2, 3, 4, 5 a seconda del modello di *welfare* in cui il paese considerato può essere inquadrato.

Ricordiamo che la distinzione è stata fatta tra:

- 1) modello liberale;
- 2) modello corporativo;
- 3) modello social-democratico;
- 4) paesi dell'Europa mediterranea (obiettivo 1);
- 5) altri Paesi.

La categoria di riferimento è la prima (Paesi il cui modello di politica sociale è liberale); di conseguenza, un valore di *k<sub>r</sub>* uguale a 1 indica che il paese considerato ha un sistema di *welfare* liberale.

<sup>3</sup> Valori omogenei negativi di  $\beta$ , infatti, implicano una relazione inversa tra il valore iniziale della spesa e la sua variazione futura: in altre parole, vi è un progressivo allontanamento da una situazione di disequilibrio verso una situazione di convergenza dei livelli di spesa sociale

#### 1.8.4. Risultati

Dalle stime effettuate si nota come il processo di convergenza si accentui nel periodo successivo agli accordi di Maastricht.

Nella tabella 1 è possibile osservare la variazione della spesa per *welfare* in entrambi i periodi considerati (pre e post accordi di Maastricht). Come si è detto, si tiene conto della classificazione dei Paesi a seconda del modello di politica sociale adottato.

**Tabella 1 - Variazione della spesa per welfare  
distinzione per modelli istituzionali**

Variabile dipendente: tasso di variazione della spesa per welfare	Coefficiente stimato, periodo antecedente al 1992 (tra parentesi gli errori standard)	Coefficiente stimato, periodo successivo al 1992 (tra parentesi gli errori standard)
Modello corporativo	0.013 (0.039)	0.023 (0.077)
Modello social democratico	0.089 (0.082)	0.026 ** (0.114)
Paesi Europa mediterranea	0.021 (0.067)	0.195 * (0.110)
Altri Paesi	-0.272 (0.214)	-0.815 *** (0.183)
Spesa per welfare nel periodo iniziale	-0.144 * (0.084)	-0.529 *** (0.090)
Costante	1.511 *** (0.603)	4.939 *** (0.601)
Numero osservazioni	202	178
Log Likelihood	-29.443	74.107
Devianza/Gradi di libertà	0.080	0.026

\*\*\* significativo al 99%; \*\* significativo al 95%; \* significativo al 90%

Fonte: nostra elaborazione su dati OECD Health Data 2006

Nella prima stima, il coefficiente associato alla spesa per *welfare* nel periodo antecedente agli accordi di Maastricht è negativo, seppur debolmente significativo. Non sono, invece, significativi i coefficienti stimati per i gruppi di Paesi.

Il gruppo di riferimento è dato da sistemi liberali come Regno Unito e Irlanda. Un coefficiente quanto più elevato e significativo associato a ciascuna delle variabili *dummy* relative ai diversi modelli istituzionali, segnala una maggiore attenzione alla spesa per *welfare*: l'appartenenza ad una categoria di Paesi può influire, pertanto, sul valore predetto della spesa per l'attuazione di politiche sociali.

Da questa prima stima si nota come un maggiore impatto sia esercitato dai Paesi inclusi tra quelli che adottano un modello di tipo social democratico come Austria, Belgio, Germania, Lussemburgo, Olanda e Francia. L'inclusione dei Paesi nell'ultima classe ha, invece, un effetto negativo. Tale risultato non stupisce, trattandosi di Paesi come Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Ungheria, Polonia, che solo in anni recenti (non ricompresi nel periodo di osservazione, che arriva fino al 2001) sono entrati a far parte dell'Unione, o non vi sono ancora entrati, come Turchia e Islanda, e che, di conseguenza, avvertono in misura minore le pressioni per un'armonizzazione delle politiche sociali. Nella seconda stima, riferibile al periodo successivo agli accordi di Maastricht, tutti i coefficienti sono aumentati nel valore e quasi tutti risultano significativi. Una maggiore convergenza si desume dal valore del coefficiente associato alla spesa sociale iniziale, negativo e più elevato, in valore assoluto, rispetto al coefficiente stimato per il periodo pre Maastricht. È significativo lo sforzo compiuto in tema di convergenza dai Paesi dell'area mediterranea (Italia, Spagna, Portogallo, Grecia).

Ad eccezione del secondo gruppo (Paesi scandinavi, i quali presentano un modello di politiche sociali di tipo "corporativistico"), i coefficienti stimati per le altre *dummies* risultano significativi: l'impatto maggiore è nuovamente associato ai Paesi il cui modello è social-democratico.

Un approfondimento del modello riguarda la stima del coefficiente di convergenza  $\beta$  tenendo conto dell'effetto esercitato da ciascun Paese sulle politiche sociali.

Tale effetto è valutato attraverso l'inclusione di variabili *dummy* relative a ciascun Paese per il livello di spesa per l'attuazione delle politiche sociali. Alcuni Paesi (Ungheria, Olanda, Portogallo, Repubblica Slovacca, Turchia e Regno Unito) sono stati esclusi dalla stima a causa di multicollinearità. Anche in questo caso la stima viene svolta per il periodo pre Maastricht e post Maastricht. Il Paese di riferimento è l'Austria e i risultati possono osservarsi nella tabella 2.

Vi è un'alternanza tra segni positivi e negativi dei coefficienti  $\beta$  stimati, indice che non tutti i Paesi hanno attuato una politica di convergenza. Tuttavia si nota come il coefficiente medio di convergenza sia significativamente diverso da zero, indicando una convergenza media dell'insieme dei Paesi considerati anche se esiste una forte dissonanza tra le dinamiche di convergenza dei diversi Paesi, così come evidenziano gli specifici coefficienti. Il coefficiente  $\beta$  stimato per la spesa per *welfare* nel periodo iniziale ha un segno negativo, ad indicare, come già visto nel primo modello stimato, come già prima del 1992 sia in atto una debole convergenza delle politiche sociali.

Dal confronto tra le due stime effettuate possono trarsi alcune evidenze.

I coefficienti stimati per i singoli Paesi possono segnalare una situazione pressoché invariata (persistenza del segno positivo o negativo dal primo al secondo periodo), oppure evidenziare una variazione nell'effetto sulla spesa pubblica per *welfare* da un periodo all'altro (variazione da segno negativo a positivo). Per alcuni Paesi il coefficiente stimato diviene significativo nel secondo periodo: è il caso, ad esempio, di Francia e Lussemburgo, il cui coefficiente negativo tende ad aumentare in valore assoluto nel secondo periodo. Esso è, invece, positivo per Danimarca, Finlandia e Italia. Per quest'ultima si ha un aumento minore in valore assoluto rispetto a quanto registrato per gli altri Paesi.

Irlanda, Norvegia e Svizzera sono Paesi per cui si registra una variazione nel segno del coefficiente stimato (da negativo a positivo) dal primo al secondo periodo ed anche una variazione nella significatività.

Un'indagine più accurata potrebbe soffermarsi sulle misure di politica sociale attuate all'interno di ciascuno di questi Paesi, correlando, altresì, tale risultato positivo con la variazione dei coefficienti stimati per gruppi di Paesi a seconda del diverso modello istituzionale.

La circostanza che i Paesi per cui si è registrata questa significativa variazione (nel segno oltre che nella significatività) siano caratterizzati da diversi modelli istituzionali potrebbe spiegare l'eterogeneità all'interno di ciascun gruppo. Tale eterogeneità, a sua volta, potrebbe essere rilevata da un'analisi su dati panel nella quale si tiene conto di eteroschedasticità all'interno di ciascun panel e, data l'inclusione della variabile relativa ai livelli passati di spesa per *welfare*, di autocorrelazione seriale).

### 1.8.5. Conclusioni

L'obiettivo della presente analisi è consistito nel valutare se la diversità tra i regimi istituzionali possa condizionare il processo di convergenza verso un unico modello di politica sociale e, di conseguenza, se più sistemi di *welfare* possano coesistere tra loro, o se, in ambito europeo, solo un modello è destinato a prevalere sugli altri.

L'analisi è stata condotta su dati OECD e ha riguardato 23 Paesi europei, osservati dal 1980 al 2001.

Data la diversità istituzionale dei Paesi posti a confronto, può concludersi come la convergenza verso un modello Europeo di politica sociale sia un obiettivo *in itinere* seppur ancora lontano. I risultati per alcuni Paesi, tra cui figurano Belgio, Germania, Grecia, Spagna, Svezia, entrati a far parte dell'Unione sin dalla sua costituzione – Belgio e Germania – negli anni '80 – Grecia e Spagna – e nel corso degli anni '90 – Svezia – quindi presenti da almeno 6 anni nell'Unione rispetto al periodo per cui si svolge l'analisi (dai quali ci si attenderebbe uno sforzo più accentuato nell'adesione ad un comune modello di politica sociale) si sono mantenuti sostanzialmente invariati. Si evidenziano, tuttavia, alcune significative variazioni per i Paesi dell'area mediterranea e per Irlanda e Norvegia e, complessivamente un aumento della convergenza, misurata dal coefficiente  $\leq$ .

La replicazione con cadenza annuale della presente analisi consentirà di verificare se la sintonizzazione delle politiche sociali continui ad aver luogo coinvolgendo anche i Paesi di recente entrati a far parte dell'Unione.

**Tabella 2 - Variazione della spesa per welfare - distinzione per Paesi**

Variabile dipendente: tasso di variazione della spesa per welfare	Coefficiente stimato, periodo antecedente al 1992 (tra parentesi gli errori standard)	Coefficiente stimato, periodo successivo al 1992 (tra parentesi gli errori standard)
Belgio	-0.042 (0.166)	-0.022 (0.061)
Repubblica Ceca	-0.112 (0.175)	-0.421 (0.063)
Danimarca	0.112 (0.153)	0.194 *** (0.058)
Finlandia	0.031 (0.160)	0.120 ** (0.059)
Francia	-0.099 (0.169)	-0.115 * (0.061)
Germania	0.128 (0.130)	0.075 (0.054)
Grecia	0.009 (0.136)	0.027 (0.054)
Islanda	0.021 (0.154)	0.044 (0.058)
Irlanda	-0.024 (0.169)	0.179 *** (0.061)
Italia	0.237 (0.174)	0.297 *** (0.058)
Lussemburgo	-0.113 (0.171)	-0.229 *** (0.062)
Norvegia	-0.039 (0.119)	0.242 *** (0.053)
Polonia	0.009 (0.150)	0.040 (0.057)
Spagna	-0.007 (0.137)	0.031 (0.055)
Svezia	-0.054 (0.175)	-0.075 (0.063)
Svizzera	-0.062 (0.158)	0.179 *** (0.059)
Spesa per welfare nel periodo iniziale	-0.035 (0.053)	-0.211 *** (0.020)
Costante	0.733 *** (0.295)	2.652 *** (0.135)
Numero osservazioni	202	178
Log Likelihood	-23.669	112.464
Devianza/Gradi di libertà	0.081	0.018

\*\*\* significativo al 99%; \*\* significativo al 95%; \* significativo al 90%

Fonte: nostra elaborazione su dati OECD Health Data 2006

Giova, comunque, richiamare l'osservazione per cui non necessariamente la convergenza delle politiche sociali potrebbe essere intesa come un obiettivo primario per tutti i Paesi. Come sottolineato da Boeri (2002), infatti, la sovraimposizione di un unico modello potrebbe vanificare gli sforzi di ciascun Paese nell'attuazione delle proprie politiche assistenziali e redistributive: più che essere compito dei singoli Paesi, la convergenza dovrebbe essere un obiettivo per le istituzioni europee. Queste ultime dovrebbero introdurre degli standard comuni nello sviluppo di politiche di protezione sociale, governando il processo di armonizzazione tra le singole politiche nazionali.

### Riferimenti bibliografici

- Bean C. (1998), *The Interaction of Aggregate Demand Policies and Labour Market Reform*, Swedish Economic Policy Review, 5(2), Autumn.
- Boeri T. (2000), *Social Europe: Dramatic Visions and Real Complexity*, Bocconi University, CEPR Discussion Paper 2371.
- Corrado L., David A., Londoño B., Mennini F., Trovato G. (2003), *The Welfare States in a United Europe*, *European Political Economic Review*, I, 1, pp. 40 55.
- Hay C., Watson M., Wincott D. (1999), *Globalisation, European Integration and the Persistence of European Social Models*, ESRC Working Paper, 3/99.
- Knödgen G. (1979), *Environment and Industrial Siting*, *Zeitschrift für Umweltpolitik*. vol. 2, pp. 403 418.
- Kotios A., Schäfers M. (1990), *The Social Dimension and Cohesion: Complementary or Contradictory?*, *Intereconomics*, May/June 1990, pp. 140 146.
- Majone G. (1993), *The European Community Between Social Policy and Social Regulation*, *Journal of Common Market Studies*, 31,2, pp. 153 170.
- Paganetto L. (1997), *Social Protection and Single European Market: the Evolution of the Social Security Systems and Free Circulation: Problems and Perspectives*, Collana CEIS, Università di Roma Tor Vergata.
- Sinn H.W. (1998), *European Integration and the Future of the Welfare State*, CES Working Paper n. 153, Munich Centre for Economic Studies.
- Teague P. (2000), *EU Social Policy: Institutional Design Matters*, Institute of European Studies Working Paper 1/2000, Queen's University Papers on Europeanisation.
- Titmus R. (1974), *Social Policy: an Introduction*, London Allen and Unwin.

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people in various poses, suggesting a group or community. The silhouettes are darker blue and are positioned behind the main text.

# *Capitolo 2*

*L'offerta e le politiche  
per la salute*

## 2.1 - Livelli essenziali di assistenza e modalità di riparto delle risorse per la sanità tra le Regioni

Giordani C.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 2.1.1 L'importanza dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) nell'ottica federalista

Con l'affermarsi dell'ipotesi di federalismo fiscale introdotta nel nostro Paese dal D.Lgs. n. 56/2000 e in seguito alla struttura di federalismo istituzionale di cui alla L. Cost. n. 3/2001 (che ha modificato il Titolo V della Carta costituzionale), la questione della determinazione dei LEA sembra assumere fondamentale importanza. Questo perché i contesti delle diverse Regioni, alle quali nell'ottica del federalismo vengono decentrati maggiori poteri, sono molto eterogenei, e le differenze potrebbero essere causa rilevante di disuguaglianze territoriali. Lo Stato deve peraltro garantire e salvaguardare i diritti fondamentali di assistenza sanitaria (ma anche extrasanitaria) di tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo in cui si trovano: si deve quindi definire una modalità di analisi e intervento condivisa.

A riprova di ciò, il nuovo art. 117 della Costituzione lascia all'esclusiva competenza dello Stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale». Lo stesso articolo inserisce tra le materie a legislazione concorrente Stato-Regione la «tutela della salute». Si tratta di una previsione posta, evidentemente, a garanzia dell'effettiva tutela dei diritti sociali e del principio di uguaglianza sostanziale tra gli individui, tesa cioè a impedire che la nuova autonomia riconosciuta alle Regioni si traduca in forti disuguaglianze territoriali nelle prestazioni sociali, tra cui quelle di carattere sanitario.

Allo Stato spetta dunque il compito di definire con chiarezza quali siano i Livelli essenziali di assistenza sanitaria (ed extrasanitaria, i c.d. LIVEAS) che ciascuna Regione deve fornire; quantificarli, ovvero stabilire l'ammontare di risorse necessarie per offrire i servizi in modo efficiente, basando la quantificazione su analisi empiriche serie e sulla definizione di *best practice*. Occorre in definitiva finanziare le Regioni (o meglio creare meccanismi di solidarietà) in modo appropriato, ovvero in modo che ciascuna abbia risorse sufficienti a garantire i servizi.

Il DPCM 29 novembre 2001, oltre ad individuare tre macroaree di assistenza (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), riporta un elenco di prestazioni e attività che il SSN non fornisce, perché queste

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

prestazioni non hanno come fine diretto la tutela della salute o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata in ambito scientifico o, ancora, perché il bilancio complessivo dei loro benefici in rapporto al costo risulta sfavorevole.

Infine, il DPCM elenca una serie di prestazioni che potranno essere fornite ai cittadini solo a condizione che venga rispettato il principio dell'appropriatezza clinica e organizzativa, vale a dire:

- che lo stato di salute del paziente sia tale per cui quella specifica prestazione può portare un effettivo beneficio (appropriatezza clinica);
- che il regime di erogazione della prestazione (ricovero ordinario, *day hospital*, *day surgery*, ambulatorio) sia quello che garantisce l'uso più efficiente delle risorse in rapporto alle caratteristiche dell'intervento e alle condizioni del paziente.

Sulla base di questi principi, il Decreto prevede che vengano individuate, con provvedimenti successivi del Ministero della Salute e/o delle Regioni, le condizioni e i casi particolari nei quali il Servizio Sanitario Nazionale continuerà ad assicurare alcune prestazioni.

Il Ministero della Salute deve farsi garante nei confronti dei cittadini perché i loro diritti siano rispettati e vigilare sull'effettiva applicazione del provvedimento. Per ottenere questo risultato, il Ministero ha a sua disposizione i dati rilevati dal Sistema informativo nazionale (sull'attività svolta, la diffusione dei servizi, le risorse impiegate, le spese sostenute, i risultati ottenuti) che, organizzati in un complesso sistema di indicatori, dovrebbero consentire di verificare che i livelli essenziali siano effettivamente garantiti a tutti i cittadini. Inoltre, il Ministero deve provvedere, insieme alle Regioni, all'aggiornamento periodico dei LEA valutando, da un lato, l'evolversi delle condizioni di salute della popolazione e dei relativi bisogni sanitari, dall'altro, il miglioramento delle conoscenze scientifiche e lo sviluppo tecnologico. In questa occasione si può procedere ad una ulteriore specificazione delle prestazioni in alcune aree, quali l'assistenza distrettuale, ancora poco esplorate e nelle quali i servizi potrebbero ancora presentare disomogeneità sul territorio nazionale per quanto attiene alle prestazioni garantite.

Le Regioni, responsabili in via esclusiva della localizzazione e dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari, sono direttamente impegnate ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA, sulla base delle esigenze specifiche del territorio regionale. In particolare, spetta alle Regioni adottare le misure organizzative e strutturali necessarie a far sì che le prestazioni siano erogate con le modalità e nei regimi appropriati e tali da garantire l'uso efficace delle risorse da parte delle Aziende sanitarie e ospedaliere. Inoltre, le Regioni che vogliono finanziare più servizi di quelli essenziali utilizzano risorse proprie, mentre le Regioni che riescono a offrire i servizi essenziali a costi inferiori di quelli standard trattengono la differenza.

Presso il Ministero della Salute è stato istituito un Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR). Il Comitato ha il compito di verifica e monitoraggio dell'erogazione dei LEA, mentre spetta al Tavolo di Manutenzione dei LEA il compito di modificarli.

Nella tabella 1 vengono riportati i principali riferimenti normativi riguardanti i Livelli essenziali di assistenza.

**Tabella 1 – Principali fonti normative riguardanti i LEA**

<p>D.Lgs. n. 502/1992, aggiornato dal D.Lgs. n. 229/1999 e dalla L. n. 405/2001 (attuata con DPCM 29 novembre 2001)</p>	<p>Definisce i LEA, all'art. 1, come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio sanitario nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Sono escluse dai LEA le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre (sono più costose di altre). In attuazione della L. n. 405 è stato emanato il DPCM 29/11/2001 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che elenca, negli allegati, le attività e le prestazioni incluse nei livelli, le prestazioni escluse, le prestazioni che possono essere fornite dal Servizio sanitario nazionale solo a particolari condizioni. In dettaglio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'allegato 1 riporta le prestazioni erogate dal SSN nelle tre grandi aree di offerta "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", "Assistenza distrettuale" e "Assistenza ospedaliera"</li> <li>• l'allegato 2 A elenca le prestazioni escluse dai LEA, gli allegati 2 B e 2 C le prestazioni erogabili in particolari condizioni</li> <li>• l'allegato 3 fornisce indicazioni particolari per l'applicazione dei LEA</li> <li>• l'allegato 4 descrive il ruolo delle Regioni in materia di LEA</li> <li>• l'allegato 5 riporta gli impegni assunti dalle Regioni per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero.</li> </ul>
<p>DM 12/12/2001 ("Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria")</p>	<p>Rappresenta uno strumento indispensabile per verificare l'effettiva applicazione dei livelli essenziali di assistenza. Il Decreto definisce un insieme di indicatori, riferiti ai diversi livelli di assistenza, attraverso i quali, partendo da dati di base, è possibile ottenere informazioni sintetiche sull'attività svolta dalle Aziende sanitarie locali, la diffusione dei servizi, le risorse impiegate, i costi, i risultati ottenuti. In dettaglio, oltre al testo del decreto, sono disponibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'elenco degli indicatori</li> <li>• le schede che riportano, per ciascun indicatore, la definizione, i dati di base per la costruzione dell'indicatore, la fonte dei dati, il parametro di riferimento</li> <li>• le definizioni metodologiche per individuare i dati di base.</li> </ul>
<p>DPCM 16/04/2002</p>	<p>Inserisce nel DPCM 29/11/01 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", l'allegato 5 sulle liste di attesa.</p>
<p>DPCM 28/11/2003</p>	<p>Modifica il decreto sui LEA, inserendo nei livelli alcune certificazioni mediche precedentemente escluse.</p>
<p>L. n. 289/2002 (L. Finanziaria 2003)</p>	<p>Specifica la procedura per modificare i LEA.</p>
<p>L. n. 311/2004 (L. Finanziaria 2004)</p>	<p>Affida al Ministro della Salute il compito di fissare "gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza" anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle prestazioni incluse nei LEA siano uniformi sul territorio nazionale.</p>
<p>Intesa Stato-Regioni 23/03/2005</p>	<p>Prevede l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, col compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal SSN.</p>
<p>L. n. 296/2006 (L. Finanziaria 2007)</p>	<p>Prevede che entro il 31/11/2006 i LEA vengano modificati con l'inserimento nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prestazioni finora erogate in regime di ricovero, rivedendo le soglie di appropriatezza delle prestazioni in day hospital.</p>

Di fatto, il sistema attuale dei LEA è focalizzato in prevalenza sul rispetto dei livelli di spesa per area assistenziale e su un elenco “negativo” di prestazioni che non devono essere erogate, in tutto o in parte. Infatti, come principale riferimento disponibile, in tema di LEA, rimangono le diverse quote assegnate alle macroaree, di cui nella tabella 2 si riporta l’evoluzione.

**Tabella 2 – Quote assegnate alle macroaree dei LEA**

Livello di assistenza	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Collettiva (prevenzione)</b>	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
<b>Distrettuale</b>	49,5	49,5	49,5	49,5	51,0
Medicina di base e PLS	5,8	5,8	5,8	5,8	6,9
Farmaceutica	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0
Specialistica	10,7	10,7	10,7	10,7	13,0
Altra territoriale	20,0	20,0	20,0	20,0	18,1
<b>Ospedaliera</b>	45,5	45,5	45,5	45,5	44,0

Fonte: ASSR, Ministero Salute

Restano ancora piuttosto deboli, invece, l’esplicita definizione delle finalità dei LEA e la capacità di misurare i tassi di copertura dei bisogni o gli standard assistenziali o infrastrutturali. Resta da definire in maniera puntuale il progetto di *governance* per la fase di controllo dei LEA e per le azioni di intervento in caso di carenze di alcuni territori<sup>2</sup>.

Rimane inoltre implicita nel contesto federalista, attualmente ancora oggetto di discussione, la definizione di due “annose” questioni di tipo economico-finanziario. Innanzitutto, è necessario procedere alla definizione dei cosiddetti “costi standard” direttamente connessi alla esatta e condivisa individuazione dei LEA, consolidando anche finanziariamente la loro reale esigibilità. Poi, non bisogna dimenticare il fondamentale aspetto della definizione delle quote di riparto dei finanziamenti fra le Regioni, di cui ci si occuperà nei paragrafi successivi.

### **2.1.2 I criteri di riparto delle risorse per il SSN tra le Regioni**

Ancor prima della definizione dei LEA, sin dall’istituzione del SSN si è posto il problema di trovare un criterio per la determinazione e la redistribuzione delle risorse correnti per il SSN fra le Regioni. La Legge istitutiva del SSN, L. n. 833/1978, all’art. 51 ha affidato al CIPE il compito di ripartire le risorse necessarie al finanziamento del SSN su proposta del Ministero della Sanità (oggi Salute) e del Consiglio Sanitario Nazionale, tenuto conto anche del Piano Sanitario Nazionale. In particolare, secondo questa legge il riparto deve avvenire «sulla base di indici e di standard [...] che devono tendere a garantire i livelli di

<sup>2</sup> Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di) (2006), “Rapporto OASI 2006”, Cergas, Egea, cap. 6.

prestazioni sanitarie [...] in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni» (art. 5).

Come si evince dall'osservazione delle delibere CIPE, le scelte fatte in tema di riparto delle risorse dal 1980 ad oggi non sono state affatto uniformi, anche in considerazione dell'incertezza nella definizione del principio di equità territoriale. La durata dei criteri di ripartizione non ha mai superato i 6-7 anni. In sintesi, cinque sono state le tappe fondamentali:

- 1) 1980-1981: criteri di riequilibrio a favore delle Regioni più svantaggiate, 70-85% secondo indicatori di rischio sanitario;
- 2) 1982-1984: 68-78% secondo la spesa storica;
- 3) 1985-1991: 85-97% secondo i consumi sanitari per classi di età;
- 4) 1992-1996: 96-98% secondo la popolazione residente;
- 5) 1997-2006: 64-70% secondo i consumi sanitari effettivi per classi di età e sesso, 28-33% per popolazione residente.

Sentita la necessità di superare la spesa storica, la ripartizione del primo biennio di vita del SSN (1980-81) venne effettuata secondo indicatori di rischio sanitario per i tre principali gruppi di età (mortalità infantile, incidenti sul lavoro e indice di invecchiamento), ma in molte Regioni del Centro e del Nord Italia si creò un diffuso malcontento, a causa dell'impossibilità di garantire ai cittadini i medesimi livelli di assistenza assicurati prima della riforma.

Nel triennio successivo (1982-84) si tornò di conseguenza ad adottare il criterio della spesa storica, mitigato dal criterio della quota capitaria semplice, cercando così in qualche modo di accelerare il processo di riequilibrio interregionale.

La Legge finanziaria 1985 (art. 17, L. n. 887/1984) introdusse criteri diversi da quelli usati fino a quel momento, in quanto maturò la convinzione che l'entità numerica della popolazione non fosse sufficiente, da sola, a spiegare la domanda sanitaria. I nuovi criteri trovarono applicazione nella ponderazione delle 12 funzioni di spesa per degli indici di consumo sanitario relativi alle tre principali fasce di età, introducendo quindi una "correzione" demografica. I pesi adottati nel periodo 1985-91 furono modificati più di una volta. Anticipando i decreti di riordino del SSN, la Legge finanziaria 1992 (art. 4, L. n. 412/91) introdusse i "livelli uniformi di assistenza" e la ripartizione dei fondi basata sulla quota capitaria semplice<sup>3</sup>, che sostituì definitivamente il finanziamento su base storica. Nel D.Lgs. n. 502/1992 vengono inoltre definite le nuove regole di attribuzione della quota capitaria, che viene determinata «sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, con riferimento ad elementi quali: popolazione residente; mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare in sede di riparto sulla base di contabilità analitiche fornite da USL e AO; consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali».

<sup>3</sup> Mapelli V (2007), *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le Regioni*, in "Politiche Sanitarie", Vol.8, n. 1, gennaio-marzo 2007.

Ancora, la Legge finanziaria 1997 (art. 1, comma 34, L. n. 662/1997) ritornò alla ponderazione secondo i consumi sanitari per età e per sesso, aggiungendovi indicatori epidemiologici (che non hanno mai avuto un ruolo fondamentale) e altri indicatori di bisogno. Si perse però il riferimento agli aspetti strutturali. Il criterio si è mantenuto fino ad oggi, ma negli ultimi anni si sono introdotti aggiustamenti per superare divergenze sorte tra le Regioni.

Fino al 2000 (Accordo Stato-Regioni 8 agosto 2001), il continuo ripiano dei deficit da parte del Governo ha di fatto reso il riparto delle risorse tra le Regioni un mero finanziamento su base storica, che in qualche modo finiva per “premiare” le Regioni che non avevano rispettato i vincoli di spesa imposti, penalizzando invece gli sforzi di quelle che avevano cercato di tenerne conto.

Resta di fatto assente l'esplicitazione dei principi che hanno informato il riparto, come anche dei criteri operativi adottati, sulla scorta di quanto fatto nel *National Health System* inglese (*Department of Health, 2003*).

La formula di riparto utilizzata fino ad oggi, nella misura in cui non considera alcune variabili che (ad esempio nell'esperienza inglese) si sono dimostrate correlate ai fabbisogni di risorse, potrebbe in via di principio essere distorsiva, non garantendo l'equità di trattamento sul piano sostanziale a livello territoriale.

### **2.1.3 Il riparto regionale**

In tema di riparto delle risorse e con riferimento all'ultimo quinquennio (2002-2006), possiamo analizzare le assegnazioni effettuate alle Regioni del nostro Paese. Nella tabella 3 vengono riportati (in termini di numeri indici) i valori di finanziamento regionale pro-capite: le differenze osservabili mostrano in prima istanza l'entità degli effetti derivanti dall'applicazione dei criteri di solidarietà, sia sul versante dei bisogni che su quello delle risorse proprie.

Così come evidenziato nel Rapporto CEIS Sanità 2006<sup>4</sup>, anche analizzando i dati a consuntivo diffusi dal Ministero della Salute nel 2007 e aggiungendo all'analisi anche l'anno 2006, dalla tabella 3 si evince come le Regioni settentrionali abbiano negli anni ottenuto un livello di finanziamento mediamente superiore rispetto alla media nazionale e alle Regioni meridionali, vuoi per una maggiore dotazione strutturale, vuoi (negli ultimi anni) per la popolazione più anziana. L'età infatti è attualmente la principale variabile di cui si tiene conto in sede di riparto delle risorse a livello regionale. In particolare, con la Legge 662/1996 sono stati sanciti i lineamenti fondamentali per la determinazione (stima) del fabbisogno sanitario regionale.

<sup>4</sup> Giordani C, Spandonaro F (2006), *L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali*, Rapporto CEIS Sanità 2006.

**Tabella 3 – Riparto, numeri indici finanziamento regionale pro-capite**

Regioni	1992	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2006 vs 2005	scarto 1992/2006
<b>Italia</b>	<b>100,0</b>										
Piemonte	97,7	104,0	104,5	105,0	104,1	104,0	104,5	107,9	106,7	-1,2	+9,0
Valle d'Aosta	99,5	125,5	123,3	105,1	122,7	120,0	119,4	120,2	125,3	+5,2	+25,8
Lombardia	100,2	102,5	101,5	99,1	99,4	98,2	97,5	98,9	98,3	-0,6	-1,9
Trentino A.A.	98,6	130,8	125,5	102,5	122,7	127,3	126,5	123,2	122,5	-0,7	+23,9
Veneto	101,6	102,2	102,9	100,0	99,1	99,2	101,8	100,8	101,9	+1,1	+0,3
Friuli V.G.	105,3	109,6	106,2	104,5	106,1	104,8	107,8	107,1	108,1	+1,0	+2,7
Liguria	111,8	114,1	115,4	114,2	112,6	111,8	111,7	109,1	111,1	+1,9	-0,8
Emilia R.	110,9	110,1	110,4	107,0	105,5	104,7	102,6	105,6	103,3	-2,3	-7,6
Toscana	102,9	106,7	105,7	106,3	104,9	104,5	103,3	104,8	102,4	-2,3	-0,5
Umbria	103,7	108,5	108,8	105,2	103,6	103,0	102,1	102,8	100,2	-2,6	-3,4
Marche	106,9	99,5	115,4	100,8	100,3	99,6	98,8	100,8	100,1	-0,7	-6,8
Lazio	102,8	98,6	100,4	98,5	99,9	102,3	105,3	101,9	101,2	-0,8	-1,6
Abruzzo	95,7	99,4	99,6	100,5	99,0	98,2	97,6	98,6	98,0	-0,6	+2,3
Molise	95,8	99,9	98,5	102,6	100,7	100,3	100,8	101,2	98,6	-2,7	+2,8
Campania	96,1	90,8	88,6	93,6	93,6	93,7	92,9	90,3	93,1	+2,9	-3,0
Puglia	95,1	92,1	91,1	94,3	95,3	95,7	95,1	93,4	95,0	+1,6	-0,1
Basilicata	87,6	88,4	88,0	97,0	97,4	96,8	97,2	96,9	96,8	+0,0	+9,2
Calabria	91,5	89,0	88,8	96,4	95,6	96,8	96,4	95,1	98,1	+2,9	+6,6
Sicilia	95,6	90,1	89,8	95,5	94,7	94,7	94,6	95,3	94,4	-0,8	-1,1
Sardegna	94,8	92,6	91,3	98,4	95,1	95,3	93,5	93,9	95,6	+1,7	+0,8

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

Ne fanno parte le seguenti variabili:

- popolazione residente;
- frequenza dei consumi sanitari per età e sesso;
- tassi di mortalità della popolazione;
- indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenute utili al fine di definire i bisogni sanitari;
- indicatori epidemiologici territoriali.

Prendendo come riferimento la ripartizione regionale delle risorse del 1999, anno in cui sono stati applicati i criteri “puri” della citata L. n. 662/1996, possiamo apprezzare di quanto negli anni successivi le negoziazioni fra Regioni abbiano discostato il finanziamento attuale da quello inizialmente previsto.

Osservando la tabella 4, si rileva immediatamente (colonna A) come molte Regioni settentrionali e centrali abbiano, col riparto effettivo del 2006, rinunciato ad una quota delle risorse che sarebbero loro spettate secondo i criteri della Legge 662/1996 (applicati di fatto nel 1999). Nella colonna B si vede invece come molte Regioni meridionali abbiano ricevuto nel

**Tabella 4 – Variazioni % tra riparto effettivo 2006 e simulazioni utilizzando le quote dei riparti 1996 e 1999**

Regioni	Confronti	
	2006 vs. 1999 <sup>a)</sup> A	2006 vs. 1996 <sup>b)</sup> B
Piemonte	-2,07%	-2,18%
Valle d'Aosta	7,71%	42,27%
Lombardia	-0,06%	-3,59%
Trentino A.A.	5,63%	39,64%
Veneto	1,02%	-3,13%
Friuli V.G.	-4,24%	15,63%
Liguria	-11,17%	-11,37%
Emilia R.	-3,64%	-1,54%
Toscana	-2,91%	-2,56%
Umbria	-3,31%	-2,12%
Marche	3,70%	0,59%
Lazio	0,51%	-6,98%
Abruzzo	1,20%	-3,27%
Molise	-2,59%	-3,90%
Campania	2,87%	-7,30%
Puglia	2,66%	-7,97%
Basilicata	8,02%	-1,20%
Calabria	4,44%	-5,55%
Sicilia	1,18%	45,85%
Sardegna	1,88%	24,84%

a) In questa colonna si riporta la % ottenuta in più o in meno col riparto effettivo 2006 (in base a delibere CIPE) rispetto al riparto delle risorse 2006 che si sarebbe avuto utilizzando le quote del riparto 1999, rispetto al quale è espressa la %. Ad esempio, il Piemonte con il riparto effettivo del 2006 ha avuto in meno il 2,07% delle risorse che avrebbe avuto usando per il riparto 2006 le quote del riparto 1999.

b) In questa colonna si riporta la % ottenuta in più o in meno col riparto effettivo 2006 (in base a delibere CIPE) rispetto al riparto delle risorse 2006 che si sarebbe avuto utilizzando le quote del riparto 1996, rispetto al quale è espressa la %. Ad esempio, il Piemonte con il riparto effettivo del 2006 ha avuto in meno il 2,18% delle risorse che avrebbe avuto usando per il riparto 2006 le quote del riparto 1999.

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

2006 una quota inferiore di risorse rispetto a quella che avrebbero ricevuto ripartendo il fondo 2006 con i criteri applicati nel 1996. Bisogna comunque rilevare come alcune Regioni abbiano invece avuto risorse maggiori col riparto effettivo del 2006 rispetto agli altri due casi considerati. Ovviamente tutto questo potrebbe significare l'implicito riconoscimento

della necessità di rivedere i “pesi” (i bisogni relativi per età) inizialmente determinati. Nella tabella 5 si riportano i risultati dell’esercizio teso a valutare la sensibilità dei risultati finanziari ai livelli di assegnazione di risorse.

L’esercizio illustrato in questo paragrafo mostra come la determinazione delle risorse assegnate, in base ad un criterio piuttosto che ad un altro, abbia un effetto diretto, a volte di significativa entità, sugli eventuali avanzi/disavanzi e di conseguenza sulle valutazioni sui risultati economico-finanziari delle Regioni. Ad esempio, osservando i risultati ottenuti nella colonna B della tabella 5 si evince come il 70% delle Regioni avrebbe ottenuto disavanzi minori ripartendo il finanziamento 2006 con le quote del riparto 1996 anziché con quelle effettivamente utilizzate nel 2006. Nella colonna A si vede, invece, come ripartendo le risorse 2006 con le quote utilizzate nel riparto 1999 avrebbero tratto maggiore beneficio, in termini di minori disavanzi, soprattutto le Regioni settentrionali e alcune centrali.

Si consideri che le simulazioni effettuate non contengono giudizi di valore sulle quote di riparto: altra pretesa non hanno che quella di evidenziare la non neutralità dei sistemi di riparto sui risultati finanziari delle Regioni.

**Tabella 5 – Simulazione: variazione % disavanzi calcolati ripartendo il fondo 2006 con quote 1999 e 1996 rispetto a disavanzi 2006**

Regioni	Variatione % disavanzi calcolati ripartendo il fondo 2006 con quote 1999 rispetto a disavanzi 2006 A	Variatione % disavanzi calcolati ripartendo il fondo 2006 con quote 1996 rispetto a disavanzi 2006 B
Piemonte	-15,67%	-16,50%
Valle d’Aosta	+21,96%	+91,18%
Lombardia	-0,65%	-38,28%
Trentino A.A.	+16,04%	+85,41%
Veneto	+8,03%	-25,73%
Friuli V.G.	-31,45%	+95,97%
Liguria	-70,90%	-72,30%
Emilia R.	-24,28%	-10,03%
Toscana	-26,74%	-23,48%
Umbria	-32,90%	-20,86%
Marche	+65,25%	+10,71%
Lazio	+1,57%	-23,27%
Abruzzo	+9,50%	-27,02%
Molise	-14,37%	-21,94%
Campania	+32,38%	-91,45%
Puglia	+43,05%	-143,80%
Basilicata	+925,37%	-151,61%
Calabria	+116,62%	-161,28%
Sicilia	+10,09%	+272,22%
Sardegna	+28,66%	+309,38%

Fonte: le variazioni % sono state calcolate sui dati ottenuti confrontando le quote di riparto evinte dalle tabelle CIPE 2006, 1999 e 1996 e la spesa sanitaria pubblica totale 2006 (Ministero Salute)

### 2.1.4 Sistemi di riparto “alternativi”

Sulla scia di quanto evidenziato nel paragrafo precedente, si sono effettuate alcune simulazioni con un modello di riparto all'uopo predisposto, al fine di valutare quanto la distribuzione delle risorse sia sensibile ai fattori incorporati nella formula di *capitation*. Nel Caso 1, che prenderemo come “Caso base” (tabella 6), sono state in primo luogo utilizzate le percentuali (vincoli di assegnazione) assegnate ai LEA nel quadriennio 2002-2005, illustrate nel paragrafo 1.

**Tabella 6 – Criteri di riparto alternativi, Caso 1 (Caso base)**

Regioni	RIPARTO (quote %)
<b>Italia</b>	<b>100,00%</b>
Piemonte	7,67%
Valle d'Aosta	0,21%
Lombardia	16,14%
Bolzano	0,79%
Trento	0,85%
Veneto	8,04%
Friuli	2,14%
Liguria	2,97%
Emilia R.	7,41%
Toscana	6,44%
Umbria	1,54%
Marche	2,69%
Lazio	8,98%
Abruzzo	2,26%
Molise	0,56%
Campania	9,24%
Puglia	6,69%
Basilicata	1,01%
Calabria	3,33%
Sicilia	8,30%
Sardegna	2,76%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

Per l'assistenza collettiva, distrettuale di base e altra distrettuale è stato utilizzato il criterio della quota capitaria pura, mentre per la specialistica, la farmaceutica e l'ospedaliere sono stati applicati i pesi utilizzati dal Ministero della Salute in sede di riparto del finanziamento 1999. Il riparto ottenuto viene indicato nella tabella 6 sotto forma di quote assegnate a ciascuna Regione.

**Tabella 7 – Criteri di riparto alternativi, Caso 2**

<b>Regioni</b>	<b>Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1</b>
Piemonte	-0,064%
Valle d'Aosta	-0,021%
Lombardia	+0,001%
Bolzano	+0,078%
Trento	+0,013%
Veneto	+0,004%
Friuli	-0,073%
Liguria	-0,142%
Emilia R.	-0,073%
Toscana	-0,082%
Umbria	-0,079%
Marche	-0,061%
Lazio	+0,012%
Abruzzo	-0,031%
Molise	-0,041%
Campania	+0,121%
Puglia	+0,067%
Basilicata	+0,014%
Calabria	+0,047%
Sicilia	+0,054%
Sardegna	+0,041%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

Nel Caso 2, si sono modificati i vincoli di assegnazione, utilizzando le percentuali assegnate ai LEA nell'anno 2006. Come si può osservare nella tabella 7, in cui sono riportate le variazioni percentuali delle assegnazioni (osservate in valore assoluto) ricavate nel Caso 2 rispetto a quelle del Caso base, non si realizzano sostanziali differenze.

Nel Caso 3, illustrato nella tabella 8, si sono utilizzate le percentuali assegnate ai LEA nel 2006 e, per tutte le macroaree di assistenza, la quota capitaria pura, ossia utilizzando come parametro per la ripartizione delle risorse solo ed esclusivamente la popolazione residente. Si tratta di un caso estremo, che non riconosce alcun peso a fattori socio-demografici e/o epidemiologici. In questo caso, le differenze nelle assegnazioni alle Regioni risulterebbero invece piuttosto rilevanti. In particolare, la Campania riceverebbe assegnazioni maggiori che, a risorse 2006, ammonterebbero a più di € 500 mln., mentre Puglia e Sicilia riceverebbero in più, rispetto al Caso 1, una somma superiore a € 200 mln. Anche il Lazio, che ogni anno è presente nella lista delle Regioni ad alto indebita-

**Tabella 8 – Criteri di riparto alternativi, Caso 3**

<b>Regioni</b>	<b>Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1</b>
Piemonte	-3,650%
Valle d'Aosta	-1,100%
Lombardia	-0,059%
Bolzano	+4,446%
Trento	+1,080%
Veneto	+0,336%
Friuli	-3,921%
Liguria	-7,845%
Emilia R.	-3,774%
Toscana	-4,363%
Umbria	-4,180%
Marche	-3,205%
Lazio	+0,533%
Abruzzo	-1,569%
Molise	-2,132%
Campania	+6,659%
Puglia	+3,623%
Basilicata	+0,590%
Calabria	+2,513%
Sicilia	+2,924%
Sardegna	+2,130%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

mento, beneficerebbe di tale criterio di riparto, vedendosi assegnare in più rispetto al Caso base circa € 42 mln. Ammonta ad una somma compresa tra € 200 mln. e € 250 mln. quella che invece ricevono in meno nel Caso 3 rispetto al Caso 1 Regioni quali Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Toscana.

Nel Caso 4, illustrato nella tabella 9, si analizza il riparto del finanziamento tra le Regioni utilizzando gli stessi criteri del Caso base, tranne che per i pesi utilizzati per l'assistenza ospedaliera: sono stati utilizzati qui infatti, come pesi, i tassi di ospedalizzazione per acuti della Regione Piemonte (esclusi neonati sani, al netto dei 43 DRG inappropriati, valori pro-capite) dell'anno 2004 (ultimo anno di cui si ha disponibilità dei dati per età), applicati alla popolazione 2006.

È stata scelta la Regione Piemonte in quanto è quella che ha registrato il tasso di ospedalizzazione più basso (considerato convenzionalmente nelle nostre simulazioni quale

**Tabella 9 – Criteri di riparto alternativi, Caso 4**

<b>Regioni</b>	<b>Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1</b>
Piemonte	-0,960%
Valle d'Aosta	-0,213%
Lombardia	-0,037%
Bolzano	+1,319%
Trento	+0,500%
Veneto	+0,209%
Friuli	-0,771%
Liguria	-1,776%
Emilia R.	-0,484%
Toscana	-0,777%
Umbria	-0,664%
Marche	-0,554%
Lazio	-0,052%
Abruzzo	-0,365%
Molise	-0,675%
Campania	+1,502%
Puglia	+0,711%
Basilicata	-0,245%
Calabria	+0,349%
Sicilia	+0,596%
Sardegna	+0,027%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

*best performance*). In questo caso, pochissime Regioni hanno raggiunto una variazione superiore a 1%. In ogni caso si osserva che incorporare criteri di efficienza/efficacia nei parametri di riparto non è neutrale.

Nel Caso 5, è stata ripartita in base alla popolazione pesata del Caso 1 solo una quota pari all'80% del totale da ripartire per l'anno 2006, assegnando il restante 20% in base alla quota capitaria pura; l'idea è quella di riconoscere l'esistenza di una quota di costi fissi che una Regione deve comunque sostenere, indipendentemente dalle caratteristiche e dai bisogni della popolazione. I risultati di siffatta ripartizione sono illustrati nella tabella 10. Anche qui, facendo il confronto con i dati della tabella 6, si evince come quasi tutte le Regioni del Sud ne avrebbero comunque beneficiato.

**Tabella 10 – Criteri di riparto alternativi, Caso 5**

<b>Regioni</b>	<b>Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1</b>
Piemonte	-0,730%
Valle d'Aosta	-0,218%
Lombardia	-0,012%
Bolzano	+0,890%
Trento	+0,216%
Veneto	+0,067%
Friuli	-0,784%
Liguria	-1,569%
Emilia R.	-0,755%
Toscana	-0,873%
Umbria	-0,836%
Marche	-0,641%
Lazio	+0,107%
Abruzzo	-0,314%
Molise	-0,427%
Campania	+1,332%
Puglia	+0,725%
Basilicata	+0,118%
Calabria	+0,503%
Sicilia	+0,585%
Sardegna	+0,426%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

### **2.1.5 Conclusioni**

Come argomentato nel presente contributo, il federalismo sanitario e fiscale necessitano di un attento monitoraggio dei bisogni e dei fabbisogni della popolazione, al fine di scongiurare che alle differenze regionali portatrici di maggiore efficienza e personalizzazione dell'assistenza si sommino differenze portatrici di iniquità e/o carenze di tutela.

Allo stato attuale manca una chiara indicazione di come garantire il rispetto sostanziale dei LEA, ovvero dell'equo accesso alle prestazioni assistenziali ritenute essenziali. Il monitoraggio di fatto si basa sui livelli di costo (o più spesso spesa), messi a confronto vuoi con le percentuali destinate alle varie tipologie assistenziali (vincoli di destinazione), vuoi sulle assegnazioni di risorse, assunte implicitamente quali "costi standard" dei LEA. Le simulazioni effettuate dimostrano che mentre l'evoluzione dei vincoli di destinazione ha effetti finanziariamente poco rilevanti (a meno evidentemente di stravolgimenti radicali), i criteri di riparto adottati possono cambiare significativamente il quadro. Da un punto di vista finanziario, le modifiche intervenute nel tempo nei criteri di assegnazione sono abbastanza significative e spesso modificano anche sensibilmente i risultati finali (avanzi/disavanzi).

Si evidenzia come sia importante, nella scelta del criterio di riparto, fermarsi all'osservazione dell'utilizzo (ai sensi della L. n. 662/1996), ovvero "ripulire" quanto più possibile le osservazioni dall'inefficienza, ad esempio utilizzando le *best performance* (es. più basso tasso di ospedalizzazione). Sembra anche difficile non riconoscere che, data la prevalenza di strutture erogatrici pubbliche, non si riconosca l'esigenza di considerare una quota di costi fissi.

Purtroppo, in assenza di basi informative affidabili, non siamo in grado di apprezzare l'impatto di variabili escluse dal sistema di riparto, quali i fattori socio-economici (deprivazione, etc.).

Le frequenti modifiche nei criteri adottati sembrano comunque dimostrare che manca un approccio esplicito e razionale alla *capitation*, con rischi non indifferenti di distorsioni.

L'esperienza del NHS inglese suggerisce che vadano prima esplicitati gli obiettivi da perseguire e quindi i criteri e la metodologia per la loro determinazione; sarebbe quindi auspicabile uno sforzo in tal senso, che darebbe maggiore trasparenza al processo di allocazione delle risorse e garantirebbe maggiore oggettività nella valutazione dei risultati sia finanziari, che in termini di garanzia sostanziale dei LEA.

### Riferimenti bibliografici

- AA.VV., Common Services Agency/Crown (2002), *Allocation of Resources to English Areas Report*, ISD Consultancy Service.
- AIFA (2007), *L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto nazionale 2006*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di) (2006), *Rapporto OASI 2006*, Cergas, Egea, cap. 6.
- Gazzaniga P, Guglieri A e Veronesi E (a cura di) (2001), *Manovra finanziaria 2001, legge di bilancio di previsione 2001 2003 e avvio del federalismo fiscale*, in *Analisi* n°6, febbraio 2001.
- Il Sole24Ore (2007), articoli vari.
- ISTAT (1998-2006), *Dati demografici e indicatori economici* (su [www.istat.it](http://www.istat.it)).
- Mapelli V (2007), *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le Regioni*, in "Politiche Sanitarie", Vol. 8, n. 1, gennaio-marzo 2007.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (1998-2006), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese* (su [www.tesoro.it](http://www.tesoro.it)).
- Ministero della Salute (2006), *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*.
- Ministero della Salute (1998-2006), *Dati sul finanziamento del SSN: esercizi 1982-2006*. D.G. della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema.
- Pammolli F, Salerno N (2004), *I LEA sanitari, la riforma della Costituzione e la regolazione del "mercato" sanitario*, in *Care* n° 5.
- Parlamento italiano (2006), *Legislazione varia* (su [www.parlamento.it](http://www.parlamento.it)).
- Pellegrini L (2005), ASSR, *Appropriatezza nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza fra compatibilità economica e garanzie per i cittadini*, presentazione al Forum P.A. 2005.
- Rapporto CEIS Sanità 2006, *Il governo del sistema sanitario*, Health Communication, Roma.

## 2.2 - L'offerta sanitaria nazionale: risorse impiegate e disuguaglianze assistenziali

Francia L.<sup>1</sup>

La struttura della rete di offerta di servizi sanitari, considerata un elemento chiave per il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie, sin dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale è stata oggetto di attenzione normativa. Già nella L. n. 833/1978, appare evidente il ruolo delle Regioni, chiamate a unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale, adeguando la normativa nazionale alle esigenze delle singole realtà locali, con lo scopo di garantire a tutti i cittadini un uguale accesso all'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale. Ruolo che diventa ancora più autonomo e rilevante con l'introduzione del federalismo fiscale (D.Lgs n. 56/2000) e istituzionale (L. Cost. n. 3/2001), dove le singole Regioni diventano responsabili dell'ubicazione e dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari locali<sup>2</sup>.

Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta un asse prioritario nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Divario prevalentemente registrabile tra le Regioni meridionali e quelle del Centro-Nord, superabile solo con una integrazione dei diversi livelli di assistenza, che garantisca anche la continuità del percorso assistenziale del paziente. Oggetto di approfondimento del presente capitolo è soprattutto quella parte di offerta che assorbe la più ingente quota di risorse: in particolare assistenza ospedaliera e personale.

### 2.2.1 Le strutture e i posti letto

Il SSN, per erogare l'assistenza ospedaliera, nel 2005 (ultimo anno disponibile) si è avvalso di 1.222 istituti di cura, di cui circa il 55,0% pubblici e la parte restante privati accreditati (tabella 1).

Risulta confermato, anche se si registra un rallentamento della tendenza, il trend decrescente degli istituti complessivamente intesi (-7,5% dal 2000 al 2005) già evidenziatosi negli anni precedenti, effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture<sup>3</sup>. Più nel dettaglio, tale fenomeno ha riguardato solo le strutture pubbliche (-14,8% dal

<sup>1</sup> CEIS Sanità, *Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*.

<sup>2</sup> *Queste ultime, ispirandosi alle esigenze specifiche presenti sul proprio territorio, sono chiamate ad adeguare le proprie risorse strutturali e organizzative per far sì che le prestazioni siano erogate nel regime e con le modalità più appropriate, rispettando anche requisiti di accessibilità e di equità, e perseguendo l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili.*

<sup>3</sup> *Vedi: Ministero della Salute, Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anni 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005.*

**Tabella 1 – Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per tipo di struttura (numero), anno 2005**

Regioni	Totale strutt. pubbl. e priv. accr.	Strutture pubbliche								Strutt. accreditate
		Totale	Aa.Oo	Osped. gestione diretta	Pol. Univ.	IRCCS	Osp. Classif. Assimil.	Strutt. presidi di ASL	Enti di Ricerca	Case di Cura
ITALIA	1.222	669	97	455	11	55	32	16	3	553
Piemonte	82	39	8	24		2		5		43
Valle D'Aosta	1	1		1						0
Lombardia	128	58	29	1		21	6	1		70
Pr. Aut. Bolzano	12	7		7						5
Pr. Aut. Trento	17	12		10			2			5
Veneto	55	40	2	24		2	8	4		15
F.V. Giulia	23	18	3	12	1	2				5
Liguria	21	18	3	10		3	2			3
E. Romagna	75	29	5	23		1				46
Toscana	70	43	4	33		2		2	2	27
Umbria	16	11	2	9						5
Marche	46	33	2	28		3				13
Lazio	162	78	5	52	3	8	8	2		84
Abruzzo	35	22		22						13
Molise	11	8		6		1			1	3
Campania	138	67	8	51	2	2	3	1		71
Puglia	68	36	2	27		5	2			32
Basilicata	10	9	2	7						1
Calabria	75	37	4	32		1				38
Sicilia	131	70	17	47	3	1	1	1		61
Sardegna	46	33	1	29	2	1				13

Fonte: Ministero della Salute 2007

2000 al 2005) a fronte di un incremento (del 3,2%) nel periodo di riferimento del numero di strutture private accreditate (tabella 2).

In Italia, al 2005 (ultimo dato disponibile) il SSN dispone di circa 233 mila posti letto di degenza ordinari, di cui quasi il 21,0% in strutture private accreditate, e di 29.854 posti per il day hospital, questi ultimi per il 90,0% pubblici (tabella 3). Il *day hospital* rappresenta il 12,8% del totale dei posti disponibili.

In Italia, coerentemente con quanto accade negli altri Paesi sviluppati, la diminuzione di strutture è stata accompagnata dalla riduzione della dotazione di posti letto. Considerando il quinquennio (2000-2005) di cui si ha disponibilità di dati, si registra una diminuzione media del numero complessivo di posti letto del 10,3%, con una distribuzione del fenomeno disomogenea sul territorio nazionale. La Regione che presenta la riduzione maggiore è la Puglia con il -20,5%, seguita dal Friuli Venezia Giulia con il -17,0%; per contro vi sono il Molise, l'Abruzzo e la Sicilia che rispettivamente con il

13,3%, il 9,9% e lo 0,3% sono le sole Regioni che presentano un andamento di segno opposto (tabella 4).

Il processo di riduzione ha riguardato, tranne poche eccezioni, praticamente solo il set-

**Tabella 2 – Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate  
Variazioni percentuali, anni 2000-2005**

Regioni	Totale strutt. pubbl. e priv. accr.	Strutture pubbliche	Strutture accreditate
ITALIA	-7,49	-14,78	3,17
Piemonte	-1,20	-11,36	10,26
Valle D'Aosta	0,00	0,00	0,00
Lombardia	0,79	-19,44	27,27
Pr. Aut. Bolzano	0,00	-12,50	25,00
Pr. Aut. Trento	-10,53	-14,29	0,00
Veneto	-42,11	-48,72	-11,76
F.V. Giulia	-4,17	-5,26	0,00
Liguria	-27,59	-33,33	50,00
E. Romagna	-12,79	-34,09	9,52
Toscana	0,00	2,38	-3,57
Umbria	0,00	0,00	0,00
Marche	-11,54	-13,16	-7,14
Lazio	-5,26	5,41	-13,40
Abruzzo	0,00	0,00	0,00
Molise	22,22	14,29	50,00
Campania	-1,43	1,52	-4,05
Puglia	-31,31	-46,27	0,00
Basilicata	-16,67	-18,18	0,00
Calabria	0,00	0,00	0,00
Sicilia	9,17	0,00	22,00
Sardegna	0,00	0,00	0,00

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

tore pubblico: le strutture di ricovero pubbliche hanno infatti ridotto i posti letto del 12,5% contro una relativa stabilità del numero dei posti letto presenti nelle strutture accreditate. Quest'ultimo dato, messo in relazione con l'incremento del numero di strutture, fa ipotizzare una riduzione della dimensione media delle strutture private accreditate.

Ancora, andando nel dettaglio e distinguendo tra ricovero ordinario e day hospital, si evince come (sempre nel periodo 2000-2005) a fronte di una riduzione media del 13,2% dei posti letto previsti per la degenza ordinaria, si registra un incremento medio dei posti letto destinati al day hospital pari al 24,0% (tabella 5), coerentemente con le indicazioni di politica sanitaria formulate negli ultimi anni. Anche in questo caso vi è una disomogeneità territoriale notevole: a fronte di un incremento di quasi 8 volte del numero di posti

**Tabella 3 – Posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati, anno 2005**

Regioni	Posti letto totali Deg. ordinaria	Posti letto pubblici Deg. ordinaria	Posti letto accreditati Deg. ordinaria	Posti letto totali Day hospital	Posti letto pubblici Day hospital	Posti letto accreditati Day hospital	Degenza a pagamento	Tot PL pubblici	Tot PL accr.	Tot PL
ITALIA	232.927	184.787	48.140	29.854	26.864	2.990	2.574	214.225	51.130	265.355
Piemonte	16.847	13.263	3.584	2.228	2.072	156	—	15.335	3.740	19.075
Valle D'Aosta	409	409	—	56	56	—	2	467	—	467
Lombardia	39.538	30.918	8.620	4.331	3.784	547	571	35.273	9.167	44.440
Pr. Aut. Bolzano	2.071	1.767	304	182	182	—	36	1.985	304	2.289
Pr. Aut. Trento	2.291	1.820	471	288	282	6	—	2.102	477	2.579
Veneto	17.516	16.390	1.126	2.217	2.115	102	605	19.110	1.228	20.338
F.V. Giulia	4.752	4.188	564	608	566	42	208	4.962	606	5.568
Liguria	6.387	6.251	136	1.145	1.137	8	79	7.467	144	7.611
E. Romagna	18.336	14.767	3.569	2.018	1.877	141	176	16.820	3.710	20.530
Toscana	13.445	11.550	1.895	1.982	1.767	215	248	13.565	2.110	15.675
Umbria	2.932	2.704	228	551	518	33	8	3.230	261	3.491
Marche	5.945	4.932	1.013	684	637	47	22	5.591	1.060	6.651
Lazio	26.297	18.069	8.228	3.697	3.085	612	90	21.244	8.840	30.084
Abruzzo	6.122	4.788	1.334	588	564	24	35	5.387	1.358	6.745
Molise	1.638	1.445	193	169	169	—	4	1.618	193	1.811
Campania	18.589	12.692	5.897	2.441	1.994	447	72	14.758	6.344	21.102
Puglia	14.584	12.459	2.125	1.207	1.128	79	124	13.711	2.204	15.915
Basilicata	2.215	2.155	60	299	299	—	17	2.471	60	2.531
Calabria	8.166	4.827	3.339	978	944	34	25	5.796	3.373	9.169
Sicilia	17.634	13.607	4.027	3.521	3.080	441	101	16.788	4.468	21.256
Sardegna	7.213	5.786	1.427	664	608	56	151	6.545	1.483	8.028

Fonte: Ministero della Salute 2007

letto rispetto al 2000 destinati al *day hospital* registrati in Molise si assiste ad una riduzione del 17,0% in Sardegna.

Sono quindi disponibili complessivamente a livello nazionale circa 4,6 posti letto ogni 1.000 abitanti, di cui 4 destinati al ricovero per acuti e il rimanente 0,6 ai non acuti. Ancora, dei 4,6 posti letto, il 3,7 appartiene al pubblico e il rimanente 0,9 a strutture private accreditate.

La media nazionale risulta essere coerente con quanto previsto dalla normativa vigente<sup>4</sup>,

<sup>4</sup> L'intesa Stato-Regioni, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, rep. N. 2271 del 23.03.2005, ha previsto all'articolo 4, comma 1, lettera a) l'impegno da parte delle Regioni all'adozione di provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale non superiore a 4,5 p.l. per 1000 abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, con una compatibilità di variazione che non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni.

**Tabella 4 – Variazione percentuale del numero di posti letto pubblici e accreditati, anni 2000-2005**

Regione	PL totali	PL pubblici	PL accreditati
ITALIA	-10,30	-12,54	0,53
Piemonte	-16,54	-20,08	1,96
Valle D'Aosta	-5,08	-5,08	-
Lombardia	-11,18	-14,17	2,56
Pr. Aut. Bolzano	-6,57	-12,40	65,22
Pr. Aut. Trento	-13,51	-19,59	29,62
Veneto	-15,54	-16,20	-3,84
F.V. Giulia	-17,08	-19,07	3,77
Liguria	-12,94	-13,32	12,50
E. Romagna	-7,95	-3,27	-24,50
Toscana	-12,59	-12,89	-10,59
Umbria	-12,22	-13,06	-0,38
Marche	-13,69	-15,80	-0,56
Lazio	-7,71	-5,96	-11,67
Abruzzo	9,93	-3,94	157,20
Molise	13,33	7,51	107,53
Campania	-4,43	-7,62	3,95
Puglia	-20,49	-23,95	10,92
Basilicata	-3,73	-3,81	0,00
Calabria	-7,52	-12,47	2,43
Sicilia	0,26	-5,07	27,08
Sardegna	-14,32	-16,60	-2,56

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute

che prevede l'impegno da parte delle Regioni all'adozione di provvedimenti che rispettino uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non superiore a 4,5 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, con una compatibilità di variazione che non può superare il 5,0% (arrivando così a 5,0 posti letto per 1.000 abitanti) in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche, sociali ed economiche delle Regioni.

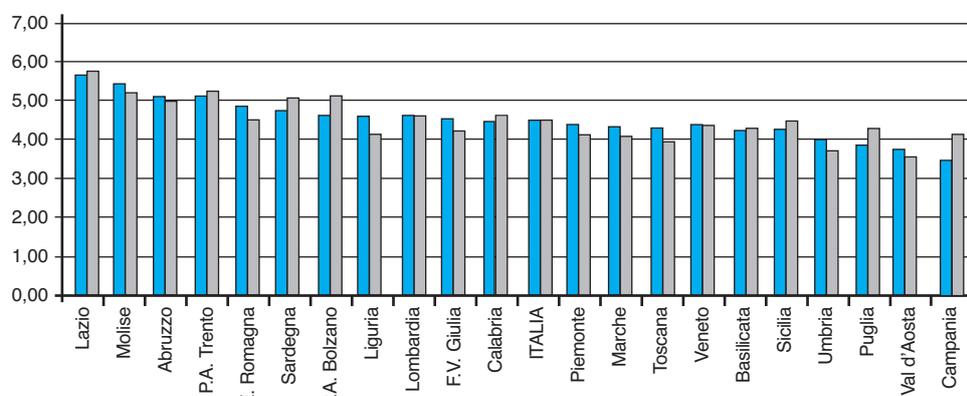
La distribuzione dell'indicatore risulta però disomogenea a livello territoriale: mentre circa metà delle Regioni nel 2005 possedevano tra i 4,5 e i 5,0 posti letto per 1.000 abitanti, tra le rimanenti si evidenziano il Lazio e il Molise che presentano la maggiore densità di posti letto, rispettivamente con 5,7 e 5,6 posti letto per 1.000 abitanti. Al contrario la Campania ha solo 3,6 posti letto per 1000 abitanti, immediatamente seguita dalla Valle d'Aosta e dalla Puglia (3,8 e 3,9 posti letto) (figura 1).

**Tabella 5 – Variazione percentuale del numero di posti letto in degenza ordinaria e diurna, anni 2000-2005**

Regioni	PL totali DO	PL pubblici DO	PL accreditati	DO PL totali	DH PL pubblici	DH PL accreditati	DH Degenza a pagamento
ITALIA	-13,21	-15,52	-3,00	24,06	17,63	143,49	-23,60
Piemonte	-18,47	-21,96	-2,29	12,07	4,23	-	-
Valle D'Aosta	-9,51	-9,51	-	40,00	40,00	-	-
Lombardia	-13,66	-16,83	0,02	16,74	11,62	70,94	7,94
Pr. Aut. Bolzano	-8,12	-14,64	65,22	70,09	70,09	-	-59,55
Pr. Aut. Trento	-14,16	-20,90	27,99	-7,99	-9,90	-	-
Veneto	-17,54	-18,11	-8,38	2,12	-0,38	112,50	-9,30
F.V. Giulia	-20,21	-22,42	1,08	11,76	9,27	61,54	-3,26
Liguria	-19,57	-19,99	6,25	43,84	42,84	-	1.480,00
E. Romagna	-7,40	-1,44	-25,92	-15,17	-17,78	46,88	43,09
Toscana	-16,02	-16,10	-15,51	27,79	23,22	83,76	-33,15
Umbria	-14,42	-15,02	-6,56	1,47	-1,33	83,33	0,00
Marche	-15,52	-17,40	-4,97	27,37	18,62	-	-83,33
Lazio	-11,37	-9,68	-14,86	40,30	34,66	77,91	-69,28
Abruzzo	10,55	-4,66	158,53	17,84	15,81	100,00	-64,65
Molise	5,75	-0,76	107,53	789,47	789,47	-	-86,67
Campania	-9,92	-13,46	-1,21	78,70	61,85	233,58	-7,69
Puglia	-20,57	-24,17	10,05	-7,08	-9,25	41,07	-65,17
Basilicata	-9,48	-9,72	0,00	79,04	79,04	-	13,33
Calabria	-11,70	-19,20	1,99	49,54	48,66	78,95	92,31
Sicilia	-8,16	-13,24	14,53	81,59	58,84	-	65,57
Sardegna	-14,95	-17,31	-3,84	-17,82	-21,04	47,37	86,42

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

**Figura 1 – Posti letto per 1.000 abitanti, popolazione effettiva e standardizzata, anno 2005**



Fonte: nostra elaborazione dati Ministero della Salute e Istat

■ PL per 1000 ab. ■ PL per 1000 ab. st.

Nella valutazione degli indicatori suddetti, è peraltro necessario tenere conto delle diverse strutture demografiche.

Un esercizio condotto andando a standardizzare la popolazione tenendo presente la struttura dell'età<sup>5</sup> di ciascuna Regione, ad esempio, porta a ritenere che i 4,8 posti letto

**Tabella 6 – Posti letto per 1.000 abitanti a popolazione effettiva e popolazione standardizzata per età, anni 2000 e 2005**

Regione	2000		2005	
	PL per 1.000 ab. eff.	PL per 1.000 ab. stand.	PL per 1.000 ab. eff.	PL per 1.000 ab. stand.
ITALIA	5,12	5,12	4,55	4,55
Piemonte	5,33	5,01	4,40	4,13
Valle D'Aosta	4,08	3,97	3,78	3,71
Lombardia	5,50	5,52	4,71	4,73
Pr. Aut. Bolzano	5,28	5,64	4,77	5,14
Pr. Aut. Trento	6,27	6,23	5,16	5,22
Veneto	5,32	5,30	4,31	4,33
F.V. Giulia	5,66	5,18	4,62	4,30
Liguria	5,38	4,63	4,75	4,11
E. Romagna	5,58	5,05	4,92	4,57
Toscana	5,06	4,60	4,34	4,00
Umbria	4,75	4,31	4,04	3,73
Marche	5,26	4,88	4,36	4,10
Lazio	6,17	6,28	5,69	5,77
Abruzzo	4,79	4,64	5,18	5,02
Molise	4,88	4,66	5,63	5,41
Campania	3,82	4,35	3,64	4,10
Puglia	4,90	5,32	3,91	4,17
Basilicata	4,34	4,45	4,25	4,30
Calabria	4,84	5,13	4,57	4,78
Sicilia	4,17	4,44	4,24	4,46
Sardegna	5,68	6,04	4,86	5,07

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat

<sup>5</sup> Per la standardizzazione della popolazione secondo la struttura dell'età sono stati utilizzati i pesi indicati dal Ministero della Salute per l'Ospedaliera nelle note Metodologiche del Rapporto di Monitoraggio di assistenza Sanitaria – Anni 2002-2003 e pubblicato a Marzo 2006. Ovviamente si tratta di una stima di massima per tenere conto dei differenziali di bisogni demografici.

per 1.000 abitanti della Regione Liguria, caratterizzata dal bacino di utenza più anziano a livello nazionale, sono sostanzialmente equivalenti ai 3,6 della Regione con la popolazione in media più giovane, ovvero la Campania.

All'assistenza ospedaliera si affianca un'altra modalità di erogazione di prestazioni, di competenza di quelle strutture sanitarie definite come non ospedaliere, che assume un ruolo strategico nell'attuazione concreta di forme di de-ospedalizzazione. Restando sempre nel pubblico e nel privato accreditato, in questa tipologia di strutture si annoverano tutti quei servizi sanitari e sociosanitari diffusi in modo capillare sul territorio, tra questi vi sono gli ambulatori e laboratori che erogano prestazioni specialistiche per la cui trattazione dettagliata si rinvia al capitolo 2.5 del presente Rapporto.

**Tabella 7 – Strutture sanitarie per tipo di assistenza pubbliche e private accreditate, anno 2005**

Regione	Strutture Residenziali				Strutture semi-residenziali				Altro tipo di struttura		
	Ass. psichiatrica	Ass. ai disabili fisici	Ass. ai disabili psichici	Ass. agli anziani	Ass. psichiatrica	Ass. ai disabili fisici	Ass. ai disabili psichici	Ass. agli anziani	Attività di consultorio	CSM	Ass. idrotermale
ITALIA	1363	479	517	2332	744	617	468	525	2467	1261	236
Piemonte	201	52	93	371	50	32	76	15	237	90	7
Valle D'Aosta	2		1				1		17	5	
Lombardia	245	117	11	594	163	181	41	180	260	321	14
Pr. Aut. Bolzano	7		1	15	5				46	5	
Pr. Aut. Trento	5		1	51					8	9	6
Veneto	156	43	107	300	113	101	183	53	284	73	113
F.V. Giulia	49	7	14	82	31	2	9	2	36	12	2
Liguria	74	6	6	68	27	4	9	9	113	34	
Emilia Romagna	123	133		345	65	195		182	217	88	15
Toscana	112	50	87	269	70	62	54	74	275	118	30
Umbria	34	3	6	37	15	25	30	4	43	10	2
Marche	31	9	18	35	18	2	10	1	22	9	6
Lazio	55	19	14	52	48	1	15	1	189	112	12
Abruzzo	31	6	5	17	10		1		65	21	2
Molise	6				6				5		1
Campania	67	7	61	11	50	4	11		146	41	10
Puglia	56	3	31	11	20	2	11		151	56	
Basilicata	20		8	1	3	1	1		41	8	2
Calabria	18	4	9	26	10	1	2	1	54	29	3
Sicilia	52	13	27	25	30	1	7	1	189	180	9
Sardegna	19	7	17	22	10	3	7	2	69	40	2

Fonte: Ministero della Salute 2007

In questa sede ci limiteremo a ricordare che nel 2005 sono state censite 10.538 strutture ambulatoriali e di laboratorio, contro le 13.890 del 2003 (-24,0%). Continua anche in questo caso a persistere un forte divario assistenziale territoriale e rimane confermata la tendenza ad avere nelle Regioni centro-meridionali una maggiore prevalenza di strutture private accreditate; per quanto riguarda invece le altre forme di assistenza territoriale, continua a prevalere la gestione diretta delle aziende sanitarie.

Altri servizi presenti a livello locale sono quelli erogati dalle strutture territoriali (es: centri di salute mentale, consultori, etc.) e le strutture semi-residenziali e residenziali (quali ad esempio le residenze sanitarie assistenziali). Si registra un numero complessivo praticamente invariato nell'ambito delle strutture territoriali quali i consultori, i centri di salute

**Tabella 8 – Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali, variazione percentuale 2003-2005**

Regione	Strutture Residenziali				Strutture semi-residenziali				Altro tipo di struttura		
	Ass. psichiatrica	Ass. ai disabili fisici	Ass. ai disabili psichici	Ass. agli anziani	Ass. psichiatrica	Ass. ai disabili fisici	Ass. ai disabili psichici	Ass. agli anziani	Attività di consultorio	CSM	Ass. idrotermale
ITALIA	13,11	33,06	-4,44	10,78	9,09	23,15	-23,15	37,43	-1,08	1,37	5,83
Piemonte	17,54	-5,45	72,22	38,95	-1,96	-20,00	46,15	36,36	-6,32	-5,26	0,00
Valle D'Aosta	0,00	-	-	-	-	-	0,00	-	-5,56	0,00	-
Lombardia	0,82	485,00	-79,25	5,88	7,95	432,35	-79,90	85,57	-5,11	-1,83	0,00
Pr. Aut. Bolzano	0,00	-	-50,00	0,00	0,00	-	-100,00	-	-2,13	0,00	-
Pr. Aut. Trento	400,00	-100,00	-75,00	8,51	-	-	-	-	-27,27	12,50	-
Veneto	2,63	-18,87	0,00	-0,33	-4,24	-12,93	0,00	15,22	-12,07	4,29	0,00
F.V. Giulia	8,89	-30,00	-54,84	22,39	-11,43	0,00	-47,06	0,00	24,14	-7,69	0,00
Liguria	45,10	-14,29	0,00	1,49	28,57	100,00	80,00	-	-9,60	3,03	-
Emilia Romagna	23,00	24,30	-	2,07	12,07	-1,52	-	17,42	-3,98	15,79	0,00
Toscana	14,29	13,64	-6,45	8,91	14,75	6,90	1,89	15,63	4,56	-4,07	0,00
Umbria	25,93	-25,00	20,00	15,63	25,00	8,70	11,11	33,33	-2,27	-9,09	-33,33
Marche	19,23	-10,00	-5,26	6,06	-5,26	0,00	-9,09	-50,00	-4,35	0,00	0,00
Lazio	-12,70	46,15	-17,65	1,96	-5,88	-50,00	-11,76	0,00	-1,05	1,82	20,00
Abruzzo	3,33	20,00	25,00	30,77	25,00	-	0,00	-	18,18	40,00	0,00
Molise	0,00	-	-	-	0,00	-	-	-	66,67	-	-
Campania	11,67	-12,50	69,44	-8,33	21,95	-20,00	10,00	-	3,55	-8,89	42,86
Puglia	27,27	0,00	-3,13	83,33	33,33	-83,33	37,50	-	7,09	-6,67	-
Basilicata	17,65	-	0,00	0,00	50,00	-50,00	0,00	-	46,43	0,00	100,00
Calabria	350,00	-20,00	-64,00	36,84	42,86	-50,00	100,00	-	12,50	7,41	0,00
Sicilia	20,93	62,50	8,00	92,31	100,00	0,00	-36,36	0,00	4,42	9,76	12,50
Sardegna	26,67	75,00	-15,00	46,67	66,67	50,00	16,67	-	-1,43	0,00	0,00

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

mentale, ecc., che nel triennio considerato (2003-2005) passano da 3.961 a 3.964. Con riferimento, infine, alle altre strutture extra-ospedaliere, viene misurato, sempre tra il 2003 e il 2005, un incremento di strutture residenziali e semi-residenziali rispettivamente pari all'11,4% e all'8,1% (per il dettaglio regionale tabelle 7 e 8).

Considerando i posti disponibili in tali strutture, il fenomeno complessivamente porta ad un incremento dell'11,0% dell'offerta (da 185.652 posti a 206.027), pari a 3,5 posti per 1.000 abitanti (contro i 3,2 registrati nel 2003) (tabella 9). Rimane praticamente confermata nel triennio la ripartizione percentuale dei letti tra le diverse tipologie di assistenza: il 72,0% dedicati agli anziani, il 12,0% all'assistenza psichiatrica, il rimanente 16,0% a quella dei disabili psichici e fisici<sup>6</sup>.

**Tabella 9 – Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali, posti letto, anno 2005**

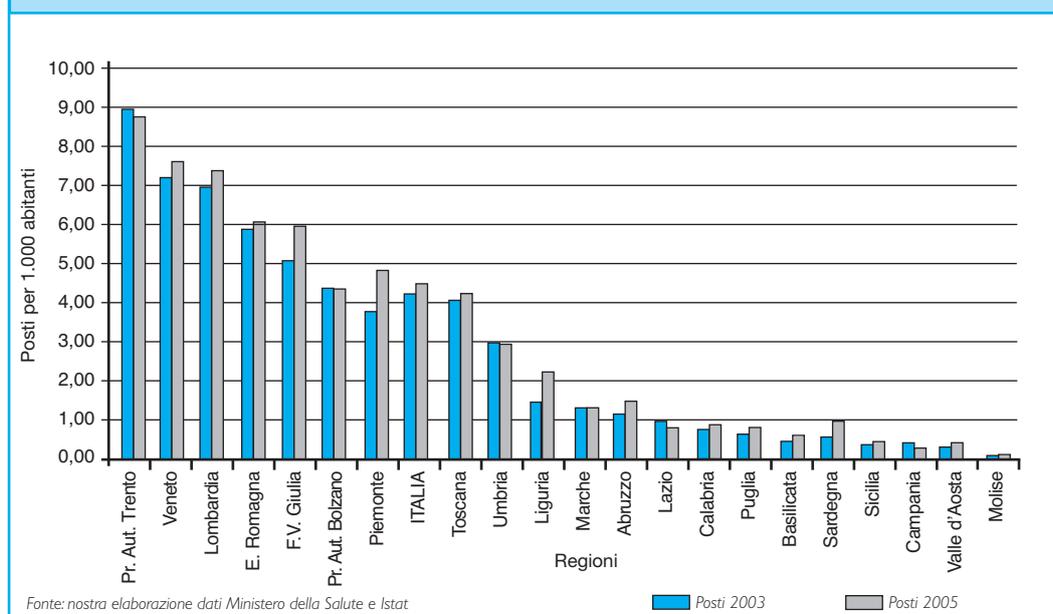
Regione	Numero posti			
	Strutture residenziali	Strutture semi-residenziali	Totale	per 1.000 abitanti
ITALIA	169.827	36.200	206.027	3,5
Piemonte	17.254	3.535	20.789	4,8
Valle D'Aosta	44	12	56	0,46
Lombardia	58.809	11.390	70.199	7,47
Pr. Aut. Bolzano	2.069	24	2.093	4,4
Pr. Aut. Trento	4.382		4.382	8,8
Veneto	28.675	7.037	35.712	7,6
F.V. Giulia	6.705	485	7.190	5,97
Liguria	3.016	559	3.575	2,25
E. Romagna	19.130	6.332	25.462	6,13
Toscana	10.518	2.018	12.536	3,48
Umbria	1.789	761	2.550	2,97
Marche	1.785	376	2.161	1,42
Lazio	3.765	977	4.742	0,9
Abruzzo	1.860	156	2.016	1,55
Molise	67	18	85	0,26
Campania	1.463	780	2.243	0,39
Puglia	2.748	591	3.339	0,82
Basilicata	354	65	419	0,7
Calabria	1.649	253	1.902	0,95
Sicilia	2.365	529	2.894	0,58
Sardegna	1.380	302	1.682	1,02

Fonte: Ministero della Salute

<sup>6</sup> Probabilmente questi dati secondo il Ministero della Salute sono sottostimati.

Nel complesso, si rileva quindi una riorganizzazione e un rafforzamento della rete di servizi extra-ospedalieri miranti a supportare le politiche sanitarie incentrate sulla de-ospedalizzazione. Andando a considerare però il dettaglio regionale, si denota il persistere di forti disuguaglianze regionali, con valori che si dispongono tra 8,8 posti per 1.000 abitanti della Pr. Aut. di Trento e 0,26 del Molise. Prendendo come riferimento l'offerta di strutture extra-ospedaliere residenziali e semi-residenziali, appare come le Regioni del Nord Italia (fatta eccezione per la Valle d'Aosta e la Liguria) siano quelle con maggiore copertura, a fronte della maggior parte di valori di tale indicatore del Centro e soprattutto del Sud, che arrivano ad essere pari o inferiori a 1 posto per 1.000 abitanti (figura 2).

**Figura 2 – Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali (posti per 1.000 abitanti), anni 2003-2005**



### 2.2.2 Le risorse umane

Tra i diversi fattori produttivi, le risorse umane rappresentano, nell'ambito dell'erogazione dell'offerta sanitaria, la prima voce di costo.

Per quanto riguarda il personale dipendente del SSN (ovvero quello impiegato nelle ASL e nelle Aa.Oo.) negli ultimi anni si conferma una certa stabilità del tasso di unità di personale per 1.000 abitanti: a fronte di un organico complessivo pari a 647.719 unità (impiegati sia nell'ambito sanitario che in quelli professionale, tecnico e amministrativo), risultano 11 unità di personale complessivo per 1.000 abitanti di cui il 18,8% è costituito da personale medico e oltre il 40,0% da altro personale sanitario, in maggioranza infermieristico (tabella 10 e tabella 12). La variabilità del dato sul territorio nazionale è notevole: i valori registrati nelle singole Regioni vanno dal limite massimo registrato nella

**Tabella 10 – Personale dipendente del SSN (ASL e AO), anno 2005**

Regione	Totale	Sanitario	Sanitario di cui medici e odontoiatri	Sanitario di cui personale inferm.co.	Profession.	Tecnico	Amministr.
ITALIA	647.719	444.120	105.652	252.506	1.597	125.093	76.555
Piemonte	55.848	35.985	8.565	19.738	108	11.698	8.056
Valle D'Aosta	1.889	1.235	278	639	4	357	293
Lombardia	92.251	60.606	13.017	34.226	222	19.939	11.479
Pr. Aut. Bolzano	7.916	4.824	848	2.875	24	1.964	1.090
Pr. Aut. Trento	7.011	4.432	880	2.573	12	1.719	847
Veneto	57.232	39.292	7.650	24.124	121	11.632	6.186
F.V. Giulia	16.125	10.844	2.244	6.454	39	3.617	1.625
Liguria	21.621	15.258	3.358	9.016	47	3.820	2.496
E. Romagna	54.110	38.615	7.938	22.218	175	9.433	5.887
Toscana	47.636	33.343	7.417	20.228	158	9.020	5.066
Umbria	10.776	7.973	1.841	4.551	30	1.736	1.031
Marche	17.701	12.762	2.791	7.449	28	3.099	1.804
Lazio	50.176	36.281	9.569	20.168	138	7.500	6.249
Abruzzo	15.326	10.695	2.843	6.211	31	2.847	1.750
Molise	3.925	2.811	694	1.508	5	747	362
Campania	54.842	37.861	10.491	21.217	161	10.094	6.662
Puglia	35.052	24.042	6.193	13.275	76	6.958	3.958
Basilicata	6.516	4.647	1.102	2.711	14	1.243	609
Calabria	22.846	15.099	4.309	8.155	54	4.173	3.486
Sicilia	48.016	32.628	9.868	17.169	107	9.549	5.598
Sardegna	20.904	14.887	3.756	8.001	43	3.948	2.021

Fonte: Ministero della Salute

Note: nel totale sono comprese le qualifiche atipiche

Pr. Aut. di Bolzano di 16,5 unità per 1.000 abitanti a quello minimo della Puglia pari a 9 unità per 1.000 abitanti.

La dotazione di personale medico rispetto alla popolazione residente risulta prossima alla media, pari a circa 2,0 ogni 1.000 abitanti, al Nord e nelle aree meridionali, mentre è leggermente più elevata al Centro (2,2). La variazione del personale tra il 2000 e il 2005 denota un incremento complessivo delle piante organiche esistenti del 2,0%, con un comportamento difforme a seconda delle figure professionali considerate. A fronte di un incremento del personale infermieristico dello 0,5%, infatti, si registra un aumento dei medici pari al 9,7%. Ancora, persiste una certa disomogeneità a livello territoriale: con riferimento al personale del SSN, si va dagli aumenti del 12,3% e dell'11,5% registrati rispettivamente nella Pr. Aut. di Bolzano e in Basilicata, alle contrazioni misurate in Lombardia e in Puglia, rispettivamente del -5,3% e del -6,8%. Ancora, con riferimento alle specifiche figure professionali, si registrano valori che variano per i medici dal

**Tabella 11 – Variazione percentuale personale dipendente del SSN, anni 2000-2005**

Regione	Personale SSN	Personale medico	Personale infermieristico
ITALIA	1,99	9,70	0,46
Piemonte	4,17	8,06	-5,61
Valle D'Aosta	4,36	21,40	1,43
Lombardia	-5,30	0,60	-10,34
Pr. Aut. Bolzano	12,30	22,54	3,87
Pr. Aut. Trento	4,78	9,73	-4,63
Veneto	5,51	3,79	-2,97
F.V. Giulia	-1,98	8,93	-12,96
Liguria	4,83	14,69	6,36
E. Romagna	5,61	7,79	4,90
Toscana	0,28	11,08	0,06
Umbria	8,20	3,66	15,54
Marche	4,60	8,22	9,54
Lazio	6,45	22,98	11,28
Abruzzo	1,47	14,41	2,17
Molise	4,42	7,10	9,59
Campania	5,81	14,58	6,82
Puglia	-6,80	6,83	-5,46
Basilicata	11,46	17,86	20,17
Calabria	2,18	16,30	10,49
Sicilia	1,72	11,26	2,01
Sardegna	0,89	4,54	9,23

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

+23,0% al +0,6 che si misurano rispettivamente nel Lazio e in Liguria. Per quanto riguarda gli infermieri, invece, si misurano sul territorio nazionale valori che vanno dal +20,17% della Basilicata al -13,0% del Friuli Venezia Giulia (tabella 11). Alle stesse conclusioni porta anche l'analisi del dato "personale per 1.000 abitanti".

Andando a considerare più nello specifico il personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche, nel 2005 (ultimo dato disponibile) è risultato pari a 553.714 unità (+0,8% rispetto al 2000), di cui 104.028 medici e odontoiatri e 230.251 infermieri (rispettivamente +7,7% e -2,3% se confrontati con i dati rilevati nel 2000) (tabelle 13 e 14).

Il personale delle strutture di ricovero private accreditate ammonta a 78.157 individui (+2,7% rispetto al 2000), dei quali 14.020 sono medici e 26.297 infermieri (rispettivamente +7,8% e -3,7% se confrontati con il 2000). L'andamento del privato accreditato si mostra quindi abbastanza in linea con quanto avviene nel settore pubblico.

**Tabella 12 – Personale dipendente dal SSN per 1.000 abitanti, popolazione effettiva e pesata per età, anni 2000 e 2005**

Regione	Personale SSN						Personale medico						Personale infermieristico					
	2000			2005			2000			2005			2000			2005		
	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.																
ITALIA	10,99	10,99	11,05	11,05	1,67	1,67	1,80	1,80	1,80	1,80	1,80	1,80	1,80	4,35	4,35	4,31	4,31	
Piemonte	12,50	11,74	12,88	12,11	1,85	1,74	1,98	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86	4,58	4,58	4,55	4,28	
Valle D'Aosta	15,02	14,61	15,31	15,01	1,90	1,85	2,25	2,21	2,21	2,21	2,21	2,21	2,21	5,09	5,09	5,18	5,08	
Lombardia	10,71	10,74	9,78	9,81	1,42	1,43	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	4,21	4,21	3,63	3,64	
Pr. Aut. Bolzano	15,19	16,23	16,50	17,78	1,49	1,59	1,77	1,91	1,91	1,91	1,91	1,91	1,91	6,37	6,37	5,99	6,46	
Pr. Aut. Trento	14,06	13,99	14,02	14,20	1,69	1,68	1,76	1,78	1,78	1,78	1,78	1,78	1,78	5,64	5,64	5,15	5,21	
Veneto	11,98	11,95	12,13	12,18	1,63	1,62	1,62	1,63	1,63	1,63	1,63	1,63	1,63	5,48	5,48	5,11	5,14	
F.V. Giulia	13,86	12,70	13,37	12,45	1,74	1,59	1,86	1,73	1,73	1,73	1,73	1,73	1,73	5,72	5,72	5,35	4,98	
Liguria	12,70	10,92	13,50	11,69	1,80	1,55	2,10	1,81	1,81	1,81	1,81	1,81	1,81	4,49	4,49	5,63	4,87	
E. Romagna	12,82	11,61	12,98	12,05	1,84	1,67	1,90	1,77	1,77	1,77	1,77	1,77	1,77	4,80	4,80	5,33	4,95	
Toscana	13,41	12,18	13,20	12,15	1,89	1,71	2,06	1,89	1,89	1,89	1,89	1,89	1,89	5,18	5,18	5,60	5,16	
Umbria	11,88	10,80	12,48	11,50	2,12	1,93	2,13	1,96	1,96	1,96	1,96	1,96	1,96	4,27	4,27	5,27	4,86	
Marche	11,55	10,72	11,62	10,92	1,76	1,63	1,83	1,72	1,72	1,72	1,72	1,72	1,72	4,31	4,31	4,89	4,59	
Lazio	8,92	9,09	9,49	9,62	1,47	1,50	1,81	1,83	1,83	1,83	1,83	1,83	1,83	3,43	3,43	3,81	3,87	
Abruzzo	11,80	11,42	11,77	11,40	1,94	1,88	2,18	2,11	2,11	2,11	2,11	2,11	2,11	4,60	4,60	4,77	4,62	
Molise	11,47	10,95	12,21	11,72	1,98	1,89	2,16	2,07	2,07	2,07	2,07	2,07	2,07	4,01	4,01	4,69	4,50	
Campania	8,96	10,21	9,47	10,64	1,58	1,80	1,81	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	3,91	3,91	3,66	4,12	
Puglia	9,20	9,99	8,61	9,19	1,42	1,54	1,52	1,62	1,62	1,62	1,62	1,62	1,62	3,73	3,73	3,26	3,48	
Basilicata	9,65	9,89	10,95	11,06	1,54	1,58	1,85	1,87	1,87	1,87	1,87	1,87	1,87	3,82	3,82	4,55	4,60	
Calabria	10,92	11,57	11,38	11,91	1,81	1,92	2,15	2,25	2,25	2,25	2,25	2,25	2,25	3,82	3,82	4,06	4,25	
Sicilia	9,29	9,88	9,57	10,07	1,75	1,86	1,97	2,07	2,07	2,07	2,07	2,07	2,07	3,52	3,52	3,42	3,60	
Sardegna	12,56	13,36	12,65	13,21	2,18	2,32	2,27	2,37	2,37	2,37	2,37	2,37	2,37	4,72	4,72	4,84	5,06	

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat

**Tabella 13 – Personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche, anno 2005**

Regione	Totale	Sanitario	Sanitario di cui medici e odontoiatri	Sanitario di cui personale inferm.co	Profession.	Tecnico	Amministr.
ITALIA	553.714	399.373	104.028	230.251	1.031	104.832	43.630
Piemonte	41.851	28.262	7.483	15.129	80	9.146	4.104
Valle D'Aosta	1.206	937	253	502	1	192	76
Lombardia	101.240	66.938	15.871	38.442	226	22.757	10.499
Pr. Aut. Bolzano	6.626	4.215	861	2.565	20	1.625	728
Pr. Aut. Trento	5.212	3.393	715	1.988	7	1.397	414
Veneto	42.950	31.011	6.892	19.036	62	8.501	3.099
F.V. Giulia	14.238	9.753	2.279	5.659	25	3.340	1.069
Liguria	18.606	14.233	3.449	8.559	42	2.830	1.448
E. Romagna	42.195	32.523	7.634	19.131	67	6.827	2.595
Toscana	36.067	28.343	7.184	16.938	67	5.290	1.855
Umbria	7.972	6.210	1.652	3.641	19	1.139	419
Marche	14.005	10.855	2.583	6.524	15	2.153	892
Lazio	57.360	41.974	11.804	22.999	107	8.843	5.236
Abruzzo	12.082	8.818	2.297	5.375	16	2.240	685
Molise	3.346	2.686	747	1.417	2	581	70
Campania	43.338	31.847	9.731	18.156	73	7.826	3.154
Puglia	30.855	22.802	6.356	13.635	67	5.793	2.094
Basilicata	4.730	3.702	875	2.172	5	800	223
Calabria	15.264	11.086	3.210	6.395	30	2.793	1.348
Sicilia	40.518	29.147	9.244	15.728	73	8.043	2.999
Sardegna	14.053	10.638	2.908	6.260	27	2.716	623

Fonte: Ministero della Salute 2007

Note: Non è compreso il personale in rapporto libero professionale o altro tipo di rapporto. Il totale comprende le qualifiche atipiche. Per gli IRCCS sono state considerate anche le sedi distaccate.

**Tabella 14 – Personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche, variazione percentuale anni 2000-2005**

Regione	Totale	Sanitario	Sanitario di cui medici e odontoiatri	Sanitario di cui personale inferm.co	Profession.	Tecnico	Amministr.
ITALIA	0,80	3,42	7,75	-2,33	2,89	-14,57	16,44
Piemonte	-9,84	-11,47	-3,28	-21,02	-11,11	-12,70	5,42
Valle D'Aosta	-10,00	9,85	23,41	1,83	-50,00	-52,00	-10,59
Lombardia	0,86	1,24	5,29	-5,27	11,88	-7,94	16,67
Pr. Aut. Bolzano	31,29	26,61	32,26	11,76	33,33	7,62	277,20
Pr. Aut. Trento	-9,10	-7,85	-1,52	-16,37	133,33	-12,52	-8,20
Veneto	-8,98	-10,34	-5,49	-16,58	-11,43	-10,60	5,55
F.V. Giulia	-1,57	-4,89	8,01	-13,07	-3,85	-1,79	36,35
Liguria	-5,96	-0,35	1,35	-1,58	31,25	-33,68	21,68
E. Romagna	9,81	12,16	12,33	9,17	4,69	-3,44	14,12
Toscana	2,52	4,71	9,88	0,80	97,06	-19,35	24,58
Umbria	6,79	10,93	1,41	13,53	-9,52	-16,25	-2,10
Marche	5,96	9,72	7,22	8,91	-34,78	-19,78	44,81
Lazio	9,36	15,32	18,19	6,33	4,90	-21,78	23,87
Abruzzo	0,76	3,42	11,83	-1,07	-33,33	-21,92	19,76
Molise	13,04	20,18	24,09	11,05	-60,00	-11,70	12,90
Campania	5,51	9,92	15,98	3,17	-3,95	-14,94	20,24
Puglia	-8,55	-4,10	0,81	-7,84	-17,28	-25,37	1,95
Basilicata	6,44	18,46	13,20	12,19	25,00	-25,58	-4,70
Calabria	0,94	7,82	10,73	5,46	-6,25	-24,55	31,26
Sicilia	3,63	10,33	10,80	7,02	14,06	-12,61	4,64
Sardegna	1,99	7,95	10,78	6,64	-15,63	-19,81	33,69

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

Note: Non è compreso il personale in rapporto libero professionale o altro tipo di rapporto. Il totale comprende le qualifiche atipiche. Per gli IRCCS sono state considerate anche le sedi distaccate.

**Tabella 15 – Personale strutture di ricovero e cura pubbliche per 1.000 abitanti, popolazione effettiva e pesata per età, anni 2000 e 2005**

Regione	Personale Istituti di Ricovero e Cura						Personale medico						Personale infermieristico							
	2000		2005		2000		2005		2000		2005		2000		2005		2000		2005	
	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.
ITALIA	9,51	9,51	9,45	9,45	1,67	1,67	1,78	1,78	1,67	1,67	1,78	1,78	4,08	4,08	4,08	4,08	3,93	3,93	3,93	3,93
Piemonte	10,82	10,17	9,65	9,07	1,85	1,74	1,98	1,86	1,74	1,98	1,86	1,86	4,88	4,58	4,58	4,55	4,28	4,28	4,28	4,28
Valle D'Aosta	11,12	10,82	9,77	9,58	1,90	1,85	2,25	2,21	1,85	2,25	2,21	2,21	5,23	5,09	5,09	5,18	5,08	5,08	5,08	5,08
Lombardia	11,04	11,07	10,73	10,77	1,42	1,43	1,38	1,38	1,43	1,38	1,38	1,38	4,20	4,21	4,21	3,63	3,64	3,64	3,64	3,64
Pr. Aut. Bolzano	10,88	11,62	13,81	14,89	1,49	1,59	1,77	1,91	1,59	1,77	1,91	1,91	5,97	6,37	6,37	5,99	6,46	6,46	6,46	6,46
Pr. Aut. Trento	12,05	11,99	10,42	10,56	1,69	1,68	1,76	1,78	1,68	1,76	1,78	1,78	5,67	5,64	5,64	5,15	5,21	5,21	5,21	5,21
Veneto	10,43	10,39	9,10	9,14	1,63	1,62	1,62	1,63	1,62	1,62	1,63	1,63	5,49	5,48	5,48	5,11	5,14	5,14	5,14	5,14
F.V. Giulia	12,19	11,16	11,80	10,99	1,74	1,59	1,86	1,73	1,59	1,86	1,73	1,73	6,25	5,72	5,72	5,35	4,98	4,98	4,98	4,98
Liguria	12,19	10,47	11,62	10,06	1,80	1,55	2,10	1,81	1,55	2,10	1,81	1,81	5,22	4,49	4,49	5,63	4,87	4,87	4,87	4,87
E. Romagna	9,62	8,70	10,12	9,40	1,84	1,67	1,90	1,77	1,67	1,90	1,77	1,77	5,30	4,80	4,80	5,33	4,95	4,95	4,95	4,95
Toscana	9,93	9,02	9,99	9,20	1,89	1,71	2,06	1,89	1,71	2,06	1,89	1,89	5,71	5,18	5,18	5,60	5,16	5,16	5,16	5,16
Umbria	8,91	8,10	9,23	8,51	2,12	1,93	2,13	1,96	1,93	2,13	1,96	1,96	4,70	4,27	4,27	5,27	4,86	4,86	4,86	4,86
Marche	9,02	8,37	9,19	8,64	1,76	1,63	1,83	1,72	1,63	1,83	1,72	1,72	4,64	4,31	4,31	4,89	4,59	4,59	4,59	4,59
Lazio	9,93	10,11	10,85	11,00	1,47	1,50	1,81	1,83	1,50	1,81	1,83	1,83	3,43	3,49	3,49	3,81	3,87	3,87	3,87	3,87
Abruzzo	9,37	9,07	9,28	8,99	1,94	1,88	2,18	2,11	1,88	2,18	2,11	2,11	4,75	4,60	4,60	4,77	4,62	4,62	4,62	4,62
Molise	9,04	8,62	10,41	9,99	1,98	1,89	2,16	2,07	1,89	2,16	2,07	2,07	4,20	4,01	4,01	4,69	4,50	4,50	4,50	4,50
Campania	7,10	8,09	7,49	8,41	1,58	1,80	1,81	2,04	1,80	1,81	2,04	2,04	3,44	3,91	3,91	3,66	4,12	4,12	4,12	4,12
Puglia	8,26	8,96	7,58	8,09	1,42	1,54	1,52	1,62	1,54	1,52	1,62	1,62	3,44	3,73	3,73	3,26	3,48	3,48	3,48	3,48
Basilicata	7,34	7,52	7,95	8,03	1,54	1,58	1,85	1,87	1,58	1,85	1,87	1,87	3,73	3,82	3,82	4,55	4,60	4,60	4,60	4,60
Calabria	7,39	7,83	7,61	7,95	1,81	1,92	2,15	2,25	1,92	2,15	2,25	2,25	3,61	3,82	3,82	4,06	4,25	4,25	4,25	4,25
Sicilia	7,69	8,18	8,08	8,50	1,75	1,86	1,97	2,07	1,86	1,97	2,07	2,07	3,31	3,52	3,52	3,42	3,60	3,60	3,60	3,60
Sardegna	8,35	8,89	8,50	8,88	2,18	2,32	2,27	2,37	2,32	2,27	2,37	2,37	4,44	4,72	4,72	4,84	5,06	5,06	5,06	5,06

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat

Considerando solo la parte di personale degli Istituti di ricovero e cura pubblici, le disuguaglianze assistenziali locali sembrano accentuarsi ulteriormente. A fronte di una media nazionale pari a 9,5 unità di personale complessivo per 1.000 abitanti, si registra un valore massimo di 13,8 unità per 1.000 abitanti nella Pr. Aut. di Bolzano, contro il 7,5 della Campania. In questo caso, quindi, sembra ancora più netto il divario tra le Regioni del Nord-Centro e quelle del Sud (tabella 15).

### 2.2.3 Conclusioni

Nell'ultimo decennio tutte le leggi finanziarie hanno proposto misure di contenimento dei costi della spesa sanitaria, in particolare diretta alla componente ospedaliera, incidendo spesso sulle politiche regionali in merito alla riorganizzazione delle strutture. Questi tentativi di esercitare un forte controllo sulla spesa sanitaria pubblica presentano continuamente il rischio di entrare in conflitto con il raggiungimento di altri obiettivi presenti nella programmazione sanitaria, quali ad esempio il superamento della carenza di personale infermieristico.

A fronte di consistenti misure di riduzione dei posti letto, però, non sono seguiti coerenti ridimensionamenti delle piante organiche, che anzi nell'ultimo quinquennio sembrano presentare aumenti piuttosto significativi con un certo disequilibrio tra professioni.

Le politiche sanitarie, quindi, al momento sembrano aver trovato solo una parziale attuazione, che comunque non ha ridotto in modo significativo i divari territoriali.

Anche l'assetto della rete di servizi socio-sanitari territoriali non presenta al momento un livello e un trend di crescita tale da far ritenere che nel breve periodo possa espandersi in modo sufficiente per compensare la de-ospedalizzazione dell'assistenza. Rimane insito in questo processo il rischio di aumentare le disuguaglianze assistenziali sul territorio nazionale, generando forti disagi ai pazienti e alle loro famiglie, precocemente dimessi dalle strutture ospedaliere, che in alcune aree potrebbero trovare carenza di offerta e quindi di una adeguata presa in carico da parte dei servizi territoriali.

### Riferimenti bibliografici

- ISTAT (a cura di) (2006), *Annuario Statistico Italiano 2006*, ISTAT.
- ISTAT (a cura di) (2007), *Demo: demografia in cifre* visionabile all'indirizzo internet: <http://demo.istat.it/>
- Ministero della Salute (a cura di) (2002), *Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2000*, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) (2002), *Personale delle ASL e degli Istituti di Cura pubblici - anno 2000*, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) (2005), *Compendio del Servizio Sanitario Nazionale – Ottobre 2005*, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) (2005), *Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003*, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) (2006), *Rapporto nazionale di monitoraggio*

*dell'Assistenza sanitaria - anni 2002-2003*, Ministero della Salute.

- Ministero della Salute (a cura di) (2007), *Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2005*, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) (2007), *Personale delle ASL e degli Istituti di Cura pubblici - anno 2005*, Ministero della Salute.
- Spandonaro F, Francia L (2005), *Carenza di infermieri: la realtà italiana a confronto con il resto del mondo*, Scienze Infermieristiche, vol. 1, n. 1, 2005.

#### **Normativa di riferimento**

- L. n. 833/1978, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, G.U. n. 360/28 dicembre 1978.
- D.Lgs n. 56/2000, *Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133*, G.U. n. 62/15 Marzo 2000.
- L. Cost. n. 3/2001, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*, G.U. n. 248/24 ottobre 2001.
- Intesa 23 marzo 2005, Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, G.U. n. 105/7 Maggio 2005.
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, Ministero della Salute.

## 2.3 - Le politiche di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera

Burgio A.<sup>1</sup>, Rocchetti I.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

### 2.3.1 Introduzione

L'assistenza ospedaliera è al centro dell'attenzione nelle politiche sanitarie di tutti Paesi sviluppati già da molti anni, soprattutto a causa delle ingenti risorse che essa assorbe.

Dalla nascita del SSN ad oggi, la rete ospedaliera italiana ha subito un profondo processo di riorganizzazione volto al miglioramento della qualità dell'assistenza e al mantenimento delle cure (attraverso i servizi sanitari e socio-assistenziali del territorio). La riorganizzazione ha interessato in primo luogo il numero dei posti letto (che ha subito una riduzione significativa pari al -24% tra il 1980 e il 1990, al -35% tra il 1990 e il 2000 e quasi del -11% tra il 2000 e il 2003), ma anche il numero di strutture e il personale, ha contribuito allo sviluppo e al potenziamento di servizi collegati e alternativi al ricovero ordinario, quali l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, l'attività di day hospital e di lungodegenza riabilitativa ospedaliera e l'attività ambulatoriale.

Il problema principale di tale strategia riorganizzativa è quello della non proporzionalità fra le riduzioni dei "fattori" di assistenza e in particolare fra la riduzione dei posti letto e degli organici, che rappresentano le voci largamente maggioritarie dei costi: si costituiscono così dei freni alla razionalizzazione in ambito ospedaliero.

Il fine del presente contributo è quello di analizzare alcune dimensioni fondamentali dell'assistenza ospedaliera e valutare lo stato di avanzamento del processo di razionalizzazione; si privilegia in questo contesto l'analisi della variabilità regionale dei comportamenti assistenziali: in particolare in termini di ricorso all'ospedale per età e per complessità di diagnosi e intervento e di assorbimento di risorse. Nell'ambito di questo ragionamento rientra anche una valutazione delle politiche tariffarie regionali.

### 2.3.2 Banca dati e metodologia

Nelle elaborazioni seguenti si è utilizzata la banca dati delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) del Ministero della Salute relative all'anno 2004, che comprendono il riferimento sia alla Regione di ricovero che a quella di residenza del paziente<sup>3</sup>. Il dettaglio della Regione di ricovero è essenziale al fine del calcolo dell'assorbimento di risorse, valorizzato per età, per diagnosi e intervento principale e per Regione di residenza del paziente,

<sup>1</sup> ISTAT, Direzione centrale per le Statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali, Servizio Sanità e Assistenza.

<sup>2</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>3</sup> Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini residenti all'estero.

utilizzando i tariffari regionali DRG specifici e il tariffario nazionale del 1997 (DM 30/06/1997).

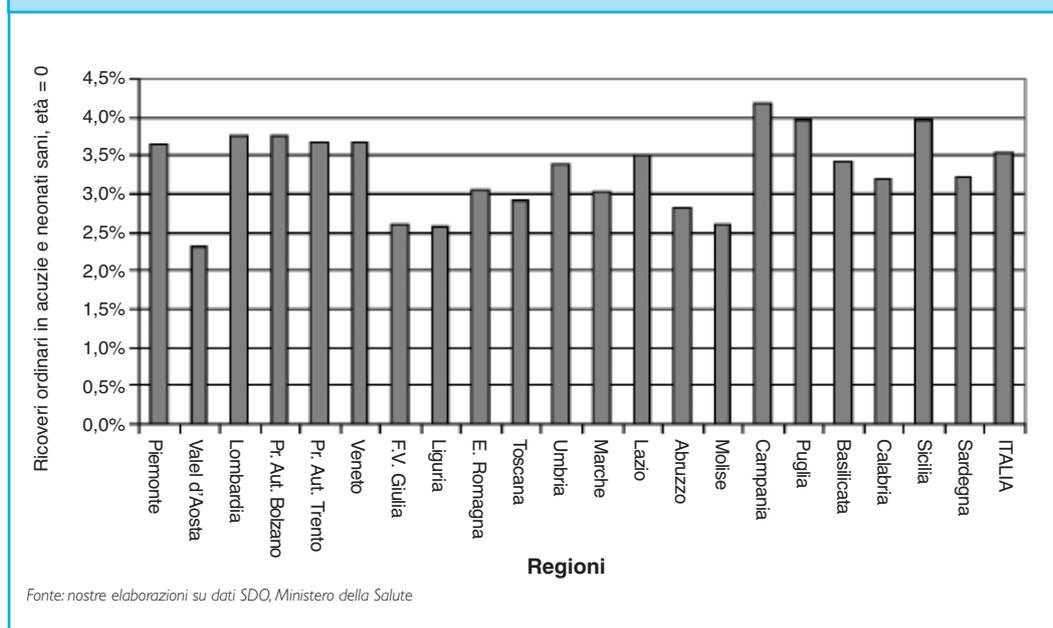
In particolare è stata calcolata la “spesa<sup>4</sup>” media per ricoverato, per classi di età e per raggruppamenti di diagnosi e interventi principali ed è stato valutato l’effetto congiunto del minore/maggiore ricorso all’ospedale attraverso il calcolo dei tassi di ospedalizzazione specifici per età e residenza del paziente.

L’impatto dell’ospedalizzazione è stato analizzato non solo considerando i ricoveri ma anche le giornate di degenza per età del paziente.

### 2.3.3 Struttura dei “costi” ospedalieri per età

La prima parte dell’analisi si incentra sulla distribuzione per età della “spesa” ospedaliera dei ricoveri per acuti in regime ordinario e in day hospital valorizzata con la tariffa nazionale del 1997<sup>5</sup>. Relativamente agli acuti ricoverati in regime ordinario, le percentua-

**Figura 1a – Quota di “spesa” ospedaliera per neonati sani e neonati patologici per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



<sup>4</sup> Per “spesa” va correttamente inteso l’ammontare di finanziamento teoricamente riconosciuto secondo le tariffe DRG regionali (o nazionale) vigenti. Non si tratta quindi strictu sensu di spesa, ma di un indicatore dell’assorbimento di risorse relativo per classe di età. Nel testo per semplicità verrà usato il termine “spesa” virgolettato.

<sup>5</sup> Si è scelto di calcolare le percentuali di spesa alle varie età utilizzando il tariffario nazionale e non i tariffari regionali in quanto questi ultimi sono disponibili solo negli anni più recenti (eventuali modifiche da DGR possono quindi influenzare le stime); inoltre utilizzando la nomenclatura nazionale gli impatti rilevati alle varie età sono quelli dovuti soprattutto alle differenze di case-mix.

li di “spesa” alle varie età hanno un andamento qualitativamente omogeneo nelle varie Regioni: dopo il picco di assorbimento relativo alle nascite, esse crescono lentamente sino alla classe di età 15-24, per poi aumentare esponenzialmente nelle fasce di età successive.

All’età iniziale, l’assorbimento dei neonati sani e dei neonati patologici è pari in media al 3,5% dell’assorbimento totale: si passa dal 2,3% della Valle d’Aosta al 4,2% della Campania, seguita dalla Sicilia e dalla Puglia con il 4% (figura 1a).

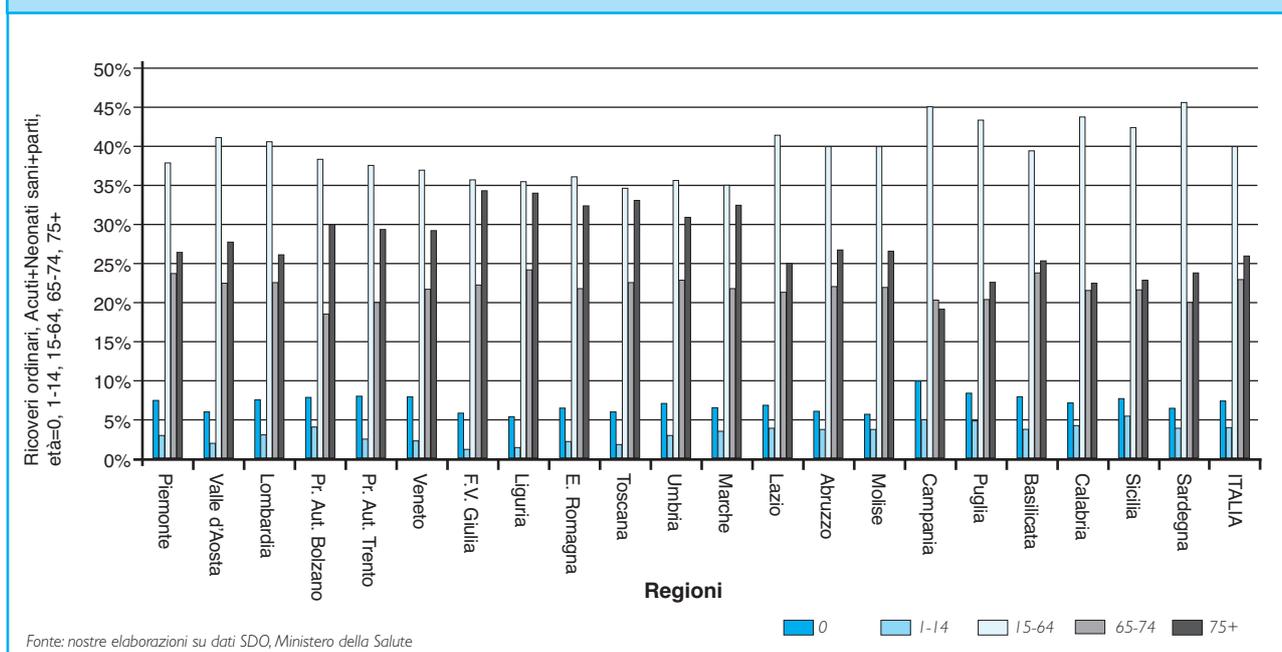
Se consideriamo insieme all’assorbimento dei neonati sani e patologici anche il costo dei parti delle madri (DRG 370-375), il peso dell’età 0 diventa pari in media al 7,7% del totale; la Campania, la Sicilia e la Puglia continuano ad essere la Regioni con assorbimento relativo maggiore e pari rispettivamente al 9,9%, all’8,5% e all’8,2%. Al contrario al livello più basso si trovano la Liguria e il Molise con una quota di “spesa” pari rispettivamente al 5,4% e al 5,5%.

Il costo della classe di età 15-64 anni, al netto dei parti, è pari in media al 40,4%: l’assorbimento minore si ha in Toscana (34,8%), mentre la Sardegna si caratterizza per un assorbimento relativo maggiore (45,4%) (figura 1b).

L’assorbimento di risorse, sempre calcolato escludendo i costi complessivi dei parti di bimbi nati sani, all’età zero è maggiore nelle Regioni del Sud, quali la Puglia (3,3%), la Sicilia (3,2%), la Campania (3,1%) (figura 1c).

La variabilità regionale è rilevante a tutte le età ma in particolare nella classe 75+, in cui l’assorbimento medio relativo è pari al 26,6% del totale, passando dal 19,6% della

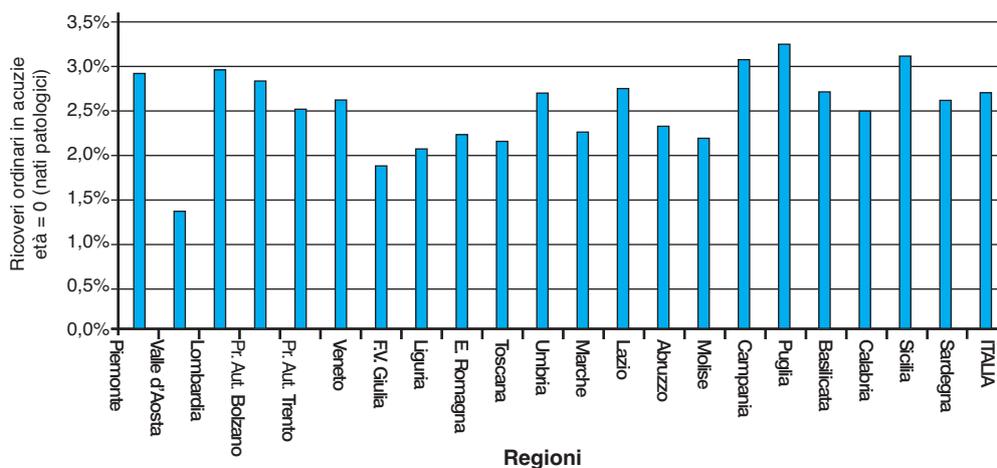
**Figura 1b – Quota di “spesa” ospedaliera per età 0-75+ anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



Campania al 34,9% del Friuli Venezia Giulia (figura 2).

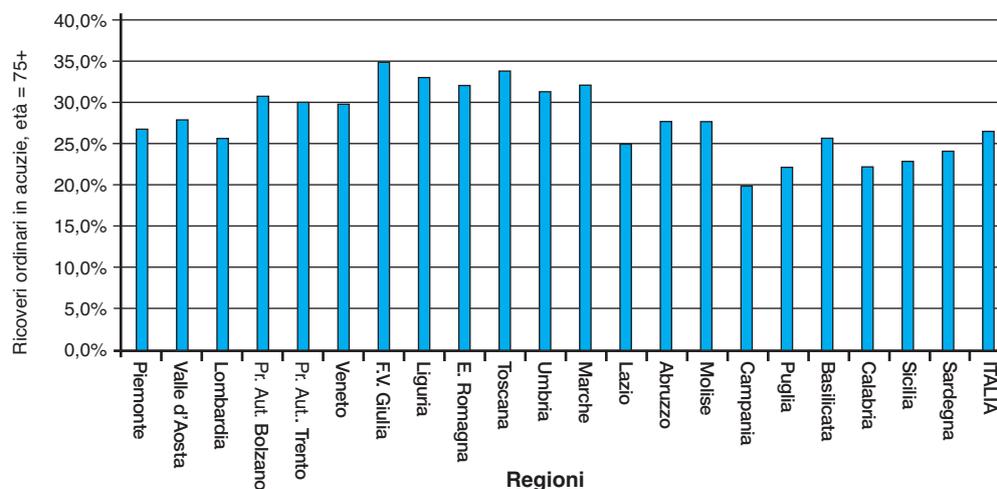
Per quanto riguarda le classi di età 1-14, 15-64 e 65-74 anni l'assorbimento relativo medio è quindi pari rispettivamente al 3,7%, al 44,8% e al 22,1% (figura 3).

**Figura 1c – Quota di “spesa” ospedaliera per neonati patologici per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



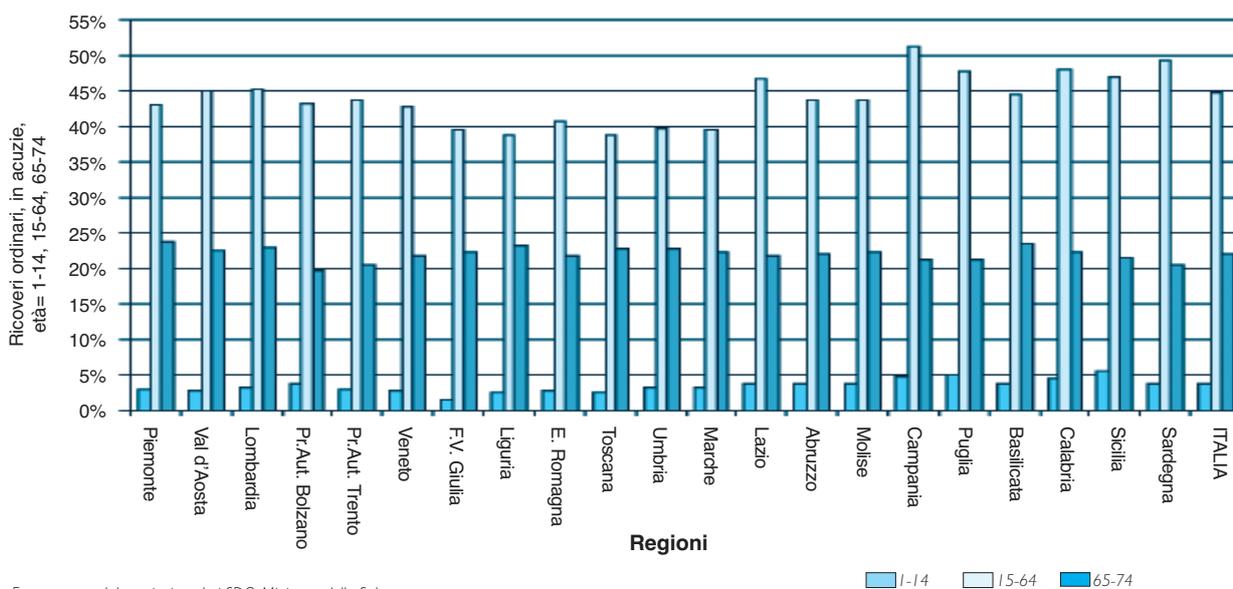
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 2 – Quota di “spesa” ospedaliera per età 75+ anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

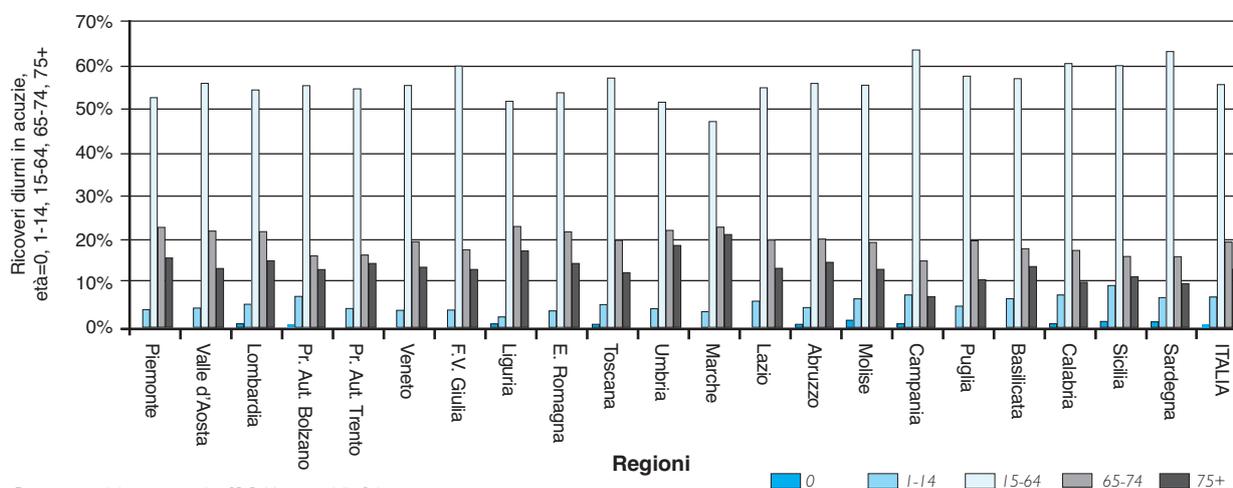
**Figura 3 – Quota di “spesa” ospedaliera per età 1-74 anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Per quanto concerne i ricoveri in day hospital, analogamente ai ricoveri ordinari, l'assorbimento relativo maggiore è in corrispondenza della fascia di età 15-64 anni e pari in media al 58%: si passa da un assorbimento del 49% delle Marche al 65% della Sardegna (figura 4a).

**Figura 4a – Quota di “spesa” ospedaliera per età 0-75+ anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



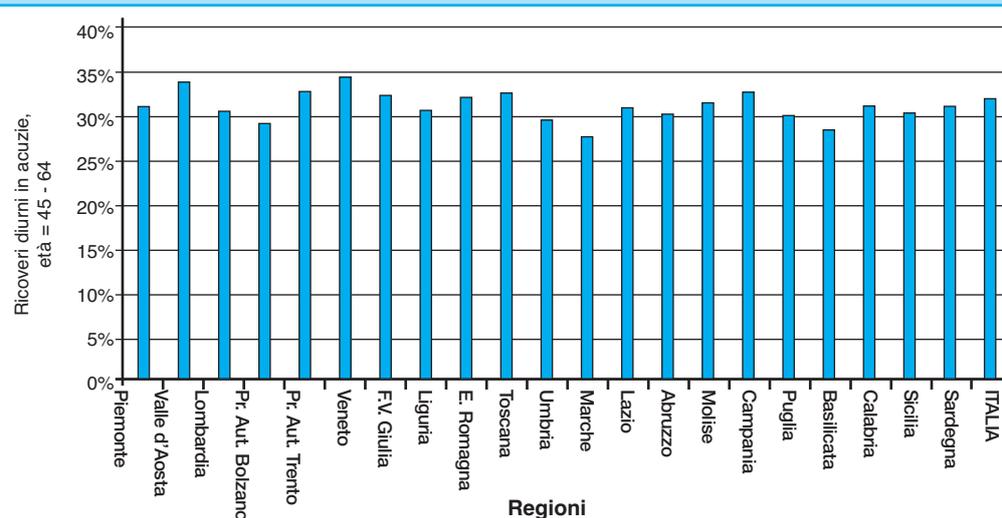
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Scomponendo tale classe di età, risulta che la quota di spesa più elevata corrisponde alla fascia 45-64 anni in cui l'assorbimento nazionale è del 32% circa e va da un minimo del 28% delle Marche a un massimo del 34% del Veneto (figura 4b).

La "spesa" ospedaliera per i ricoveri ordinari e diurni si concentra quindi nella classe 15-64 anni: emerge peraltro una variabilità regionale più forte in regime ordinario che in *day hospital*; tale variabilità è dovuta soprattutto alle differenze di *case-mix* e agli effetti delle politiche sanitarie, come cercheremo di argomentare nel seguito.

Inoltre, dalle elaborazioni condotte emerge che le nascite, per quanto scarse nel nostro Paese, assorbono una quota rilevante della spesa ospedaliera, stimata nel 7,7% del totale.

**Figura 4b – Quota di "spesa" ospedaliera per età 45-64 anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

### 2.3.4 Il ricorso all'ospedalizzazione

L'analisi dell'ospedalizzazione alle varie età non può prescindere da quella sulla struttura demografica della popolazione dei ricoverati nelle diverse Regioni.

La percentuale di ricoveri ordinari per acuzie è pari in Italia al 68,5% del totale (acuti): all'età zero la percentuale di ricoveri ordinari ammonta all'87,6% in media (sono esclusi i neonati sani), al 59,7% nella classe 1-14 anni, al 65% nella classe 15-64 anni, al 69,3% nella fascia di età 65-74 anni e al 78,2% per gli ultrasettantacinquenni.

Per quanto concerne le classi di età 0, 1-14 e 15-64 anni, la Regione che presenta una percentuale maggiore di ricoveri in regime ordinario è la Puglia con rispettivamente il 97%, 82,1% e 76,9%. Al contrario la Liguria presenta le quote più basse e pari nell'ordine al 72,1%, 43,1%, 52,8%. Nelle ultime classi di età la Liguria continua ad essere la

Regione con la percentuale minore di ricoveri ordinari: nello specifico il 57% a 65-74 anni e il 69,1% a 75 anni e più; il Molise si caratterizza per la quota maggiore di ricoveri ordinari dei 65-74enni acuti (87%) e la Puglia raggiunge la percentuale massima per quanto concerne gli over 75 (79,6%) (tabella 1a).

**Tabella 1a - Ricoveri ordinari in acuzie per età e Regione di residenza (valori percentuali sul totale dei ricoveri in acuzie), anno 2004**

Regioni	Classi di età					Totale
	0	1-14	15-64	65-74	75+	
Piemonte	90,1%	61,1%	61,2%	62,4%	70,8%	64,3%
Valle d'Aosta	82,6%	63,7%	68,1%	69,1%	76,3%	70,0%
Lombardia	90,3%	65,5%	67,4%	68,2%	75,7%	69,7%
Pr. Aut. Bolzano	89,7%	68,1%	73,7%	78,6%	84,5%	76,9%
Pr. Aut. Trento	92,6%	57,8%	65,3%	69,8%	77,9%	69,1%
Veneto	92,9%	63,1%	63,4%	66,9%	78,7%	68,1%
Friuli Venezia Giulia	91,2%	53,9%	69,5%	78,0%	86,9%	75,5%
Liguria	72,1%	43,1%	52,8%	57,0%	69,1%	57,5%
Emilia Romagna	92,5%	73,4%	67,1%	69,6%	80,7%	71,8%
Toscana	88,2%	50,3%	62,1%	72,2%	85,1%	69,6%
Umbria	92,7%	57,6%	61,9%	67,2%	75,4%	66,6%
Marche	91,8%	70,8%	72,3%	73,7%	79,2%	74,7%
Lazio	84,7%	43,7%	64,1%	66,9%	75,2%	65,3%
Abruzzo	88,1%	62,2%	70,0%	76,1%	82,9%	73,7%
Molise	82,1%	65,6%	72,7%	78,5%	87,0%	76,5%
Campania	81,0%	56,9%	65,4%	72,1%	81,1%	68,1%
Puglia	97,0%	82,1%	76,9%	78,4%	85,2%	79,6%
Basilicata	90,8%	59,1%	64,5%	72,3%	77,6%	68,8%
Calabria	88,5%	61,7%	68,6%	76,9%	83,6%	72,6%
Sicilia	81,0%	57,1%	55,5%	64,0%	72,4%	60,5%
Sardegna	87,9%	60,7%	66,1%	72,8%	82,6%	70,4%
ITALIA	87,6%	59,7%	65,0%	69,3%	78,2%	68,5%

Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

In generale si può dire quindi che le Regioni del Nord ricorrono maggiormente al *day hospital*, rispetto a quelle del Sud, a tutte le età.

Questo aiuta a spiegare perché le stesse Regioni del Nord presentano in regime ordinario degenze medie maggiori per acuzie, soprattutto all'età zero e nelle classi più anziane. Per quanto riguarda i neonati patologici il valore massimo è raggiunto dalla Valle d'Aosta che si caratterizza per una degenza media pari a 7,8 giorni; nella fascia 1-14 anni è invece la Sardegna a presentare il maggior numero di giorni per ricoverato pari a 4,1, mentre a 15-64 anni il massimo viene raggiunto dal Piemonte (6,5 giorni di degenza media).

Nella fasce 65-74 anni e 75+ è ancora la Valle d'Aosta a presentare valori di degenza massimi in regime ordinario e pari rispettivamente a 9,5 e 13,3 giorni (tabella 1b).

**Tabella 1b - Degenza media per età e Regione di residenza.  
Ricoveri ordinari in acuzie, anno 2004**

Regioni	Classi di età					Totale
	0	1-14	15-64	65-74	75+	
Piemonte	6,0	3,7	6,5	9,4	10,6	7,8
Valle d'Aosta	7,8	3,6	6,0	9,5	13,3	8,2
Lombardia	6,0	3,4	5,2	7,7	9,1	6,4
Pr. Aut. Bolzano	6,3	3,0	5,9	8,3	9,7	7,0
Pr. Aut. Trento	6,6	3,4	6,2	9,1	10,6	7,7
Veneto	7,2	3,6	6,3	9,2	10,5	7,8
Friuli Venezia Giulia	6,6	3,0	5,8	8,7	10,1	7,6
Liguria	5,8	3,9	6,3	8,9	10,0	7,8
Emilia Romagna	6,4	3,3	5,4	7,7	8,7	6,7
Toscana	7,0	4,0	6,1	8,7	9,1	7,4
Umbria	6,3	3,6	5,4	7,9	8,1	6,5
Marche	6,7	3,4	5,5	7,9	9,3	6,9
Lazio	6,3	3,7	6,3	8,9	9,9	7,3
Abruzzo	6,1	3,8	5,2	7,3	7,8	6,1
Molise	6,1	3,8	5,9	8,6	9,1	7,1
Campania	6,3	3,2	5,0	7,1	7,5	5,6
Puglia	5,8	3,8	5,2	7,5	8,4	6,1
Basilicata	5,8	3,8	5,7	8,0	8,5	6,6
Calabria	6,0	3,7	5,5	7,6	8,0	6,3
Sicilia	5,9	3,6	5,2	6,9	7,4	5,8
Sardegna	6,6	4,1	5,9	7,9	8,4	6,7
ITALIA	6,2	3,6	5,6	8,0	9,0	6,7

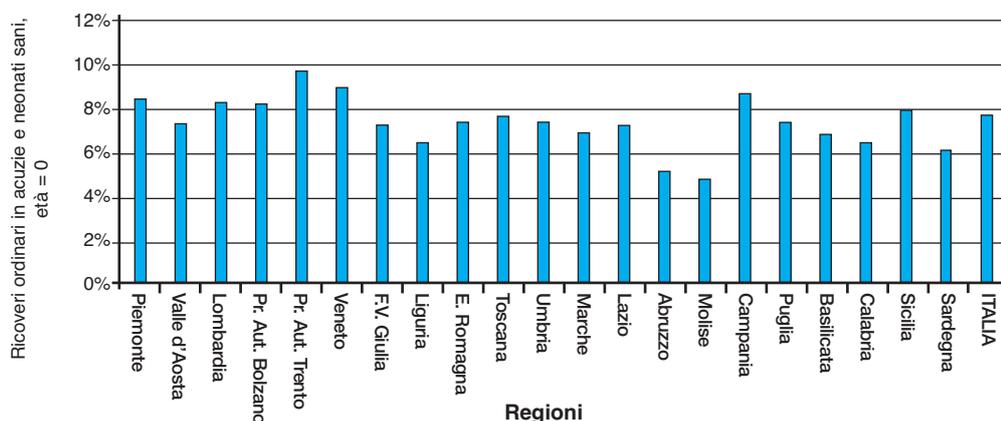
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

In regime ordinario i ricoveri di età zero (compresi i neonati sani) pesano in media l'8% dei ricoveri complessivi: si passa dal 5% dell'Abruzzo e del Molise al 10% della Provincia Autonoma di Trento (figura 5a).

Restrizzando l'analisi ai soli neonati patologici si ha un peso in media pari al 3%; esso aumenta all'aumentare dell'età: nella fascia 1-14 anni esso è pari in media al 6%, mentre nella classe di età 15-64 anni raggiunge il 50%. Gli anziani di 65-74 e 75 anni e più hanno invece un peso pari al 20% circa (figura 5b).

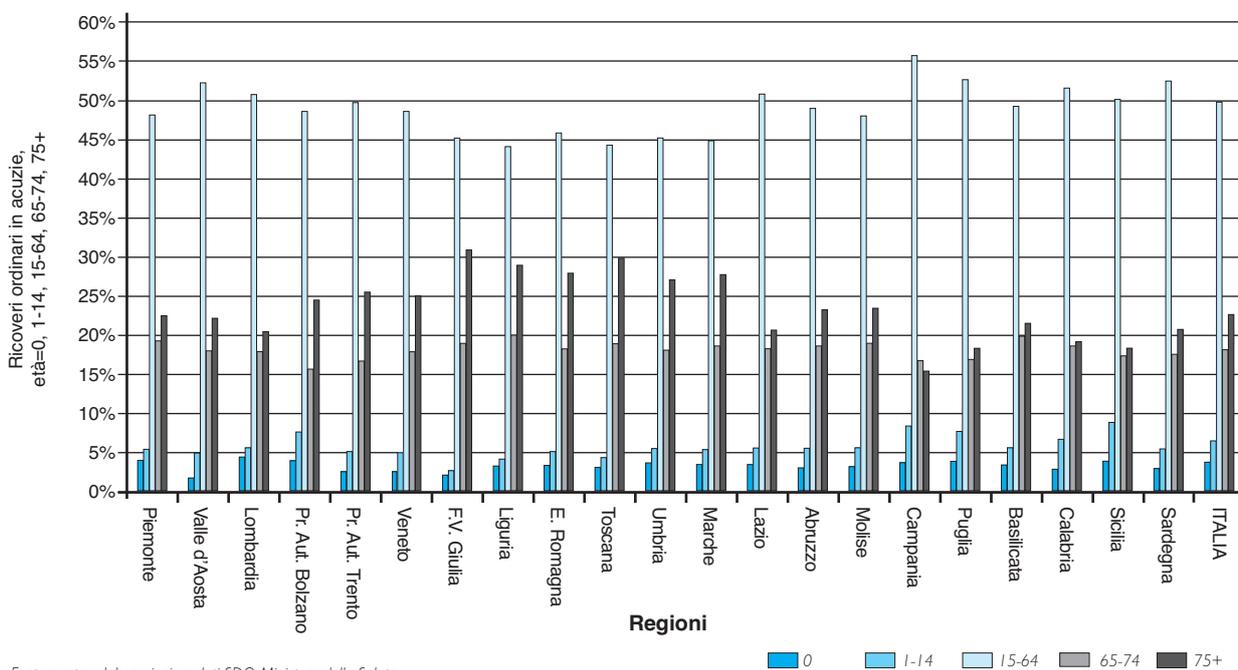
Le Regioni del Nord hanno ovviamente una quota più elevata di ricoveri per acuzie degli anziani (75+) sul totale; nello specifico il Friuli Venezia Giulia e la Toscana presentano un peso degli acuti ordinari ultrasessantacinquenni pari rispettivamente al 31% e al 30%,

**Figura 5a – Quota dei ricoveri dei neonati sani e dei neonati patologici per Regione di residenza, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 5b – Quota dei ricoveri per età 0-75+ anni per Regione di residenza, anno 2004**



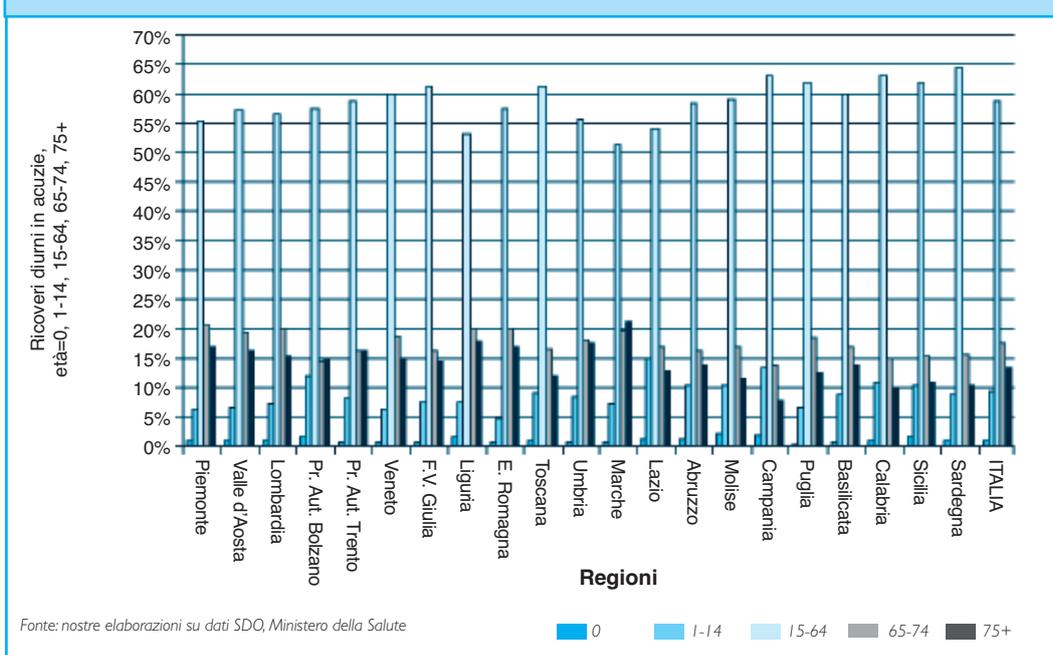
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

seguite dalla Liguria e dall'Emilia Romagna (29% e 28%), contro il 16% della Campania e il 18% della Puglia.

In day hospital la classe 15-64 anni, che comprende una quota maggiore di ricoveri, pesa in media il 58% del totale. Si notano anche in questo caso delle differenze a livel-

lo regionale: la Sardegna presenta una quota relativa di ricoveri per acuzie maggiore e pari al 64% circa del totale, al contrario delle Marche che si caratterizzano per il peso più basso nella stessa classe e pari al 51% (figura 6).

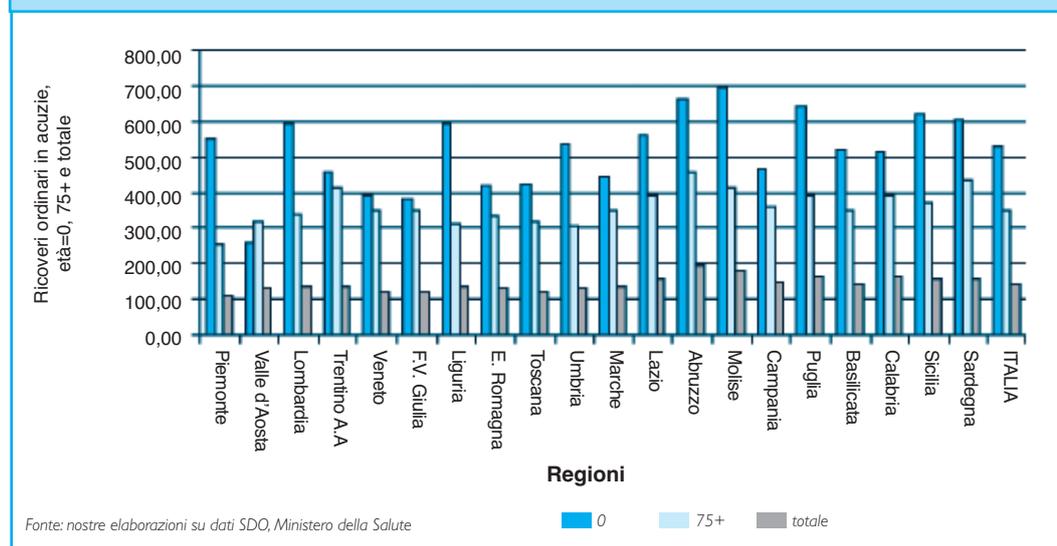
**Figura 6 – Quota di ricoveri per età 0-75+ anni per Regione di residenza, anno 2004**



I tassi di ospedalizzazione ci permettono di unire il dato di ricorso all'ospedalizzazione, precedentemente analizzato, a quello relativo alla struttura demografica, permettendo confronti standardizzati fra le Regioni. In Italia il tasso medio di ospedalizzazione per acuzie in regime ordinario è pari a 142,14 per 1.000 abitanti. Nello specifico all'età iniziale il tasso è pari a 528,36 per 1.000 (esclusi i neonati sani), scende a 68,34 ricoveri su 1.000 abitanti nella classe di età 1-14 anni e risale poi a 349,92 nell'ultima fascia di età (75+). L'analisi dell'ospedalizzazione rivela una forte variabilità regionale, soprattutto nel primo anno di vita: una maggior proporzione di ricoveri si concentra in Molise (692,93), in Abruzzo (660,50) e in Puglia (641,55). All'altro estremo troviamo la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia, con tassi di ospedalizzazione pari rispettivamente al 259,55 e al 378,92 per 1.000.

Per quanto riguarda invece i ricoveri dei più anziani, è l'Abruzzo, seguito dalla Sardegna, dal Trentino A. A. e dal Molise a raggiungere tassi più elevati (rispettivamente 436,34, 456,09, 414,15, 410,61 per 1.000 abitanti). In generale si nota che le Regioni del Centro e del Sud (tra cui la Calabria, la Puglia e la Sicilia) presentano livelli di ospedalizzazione di ultrasettantacinquenni maggiori rispetto alle Regioni del Nord: il Piemonte ha il tasso più basso e pari a 254,08 per 1.000 abitanti (figura 7a).

**Figura 7a – Tassi di ospedalizzazione totali e per età 0 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per 1.000 abitanti), anno 2004**



Poiché i dati utilizzati si riferiscono alla Regione di residenza, la forte variabilità riscontrata nei livelli di ospedalizzazione, soprattutto per i più anziani, può essere spiegata dalla presenza nel Nord di alternative residenziali specifiche, più carenti al Sud. Ciò indicherebbe anche una più efficiente capacità organizzativa finalizzata a far fronte ai maggiori bisogni assistenziali degli anziani, probabilmente legata anche alla differente struttura demografica rispetto al Sud.

I tassi di ospedalizzazione in regime ordinario, al netto dei 43 DRG a rischio di inappropriata, confermano la variabilità sopra riportata: il Molise è la Regione con il tasso di ospedalizzazione dei neonati patologici maggiore e pari al 597,60 per 1.000, l'Abruzzo si caratterizza per una quota più elevata di ricoveri "appropriati" degli ultrasettantacinquenni pari a 371,74 su 1.000 abitanti oltre che per un tasso complessivo maggiore (157,29) (figura 7b).

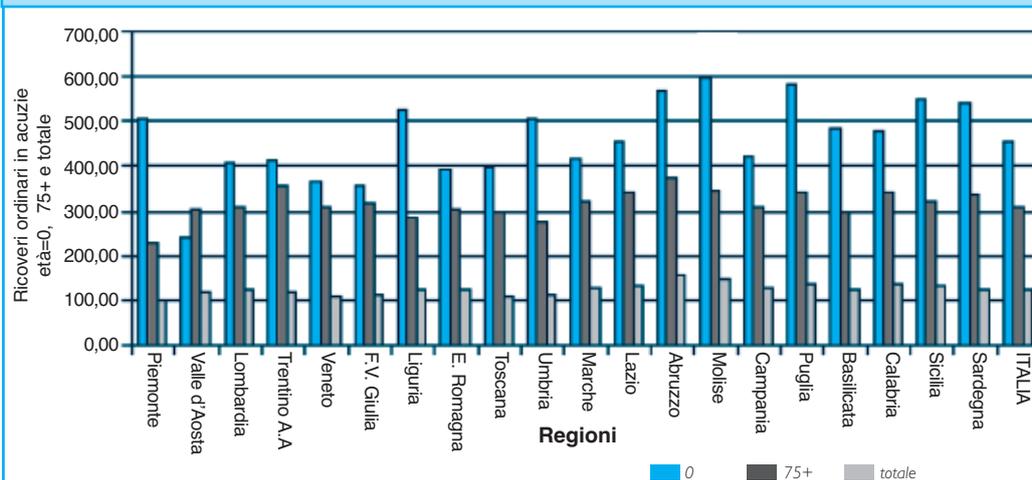
È interessante analizzare l'impatto dei ricoveri sulla popolazione residente anche in termini di durata del ricovero in quanto quest'ultima può essere considerata una proxy della complessità del case-mix oltre che un indicatore di efficienza.

Anche in questo caso riscontriamo una forte variabilità, soprattutto nelle fasce di età estreme: all'età zero si passa da 2,0 giornate di degenza per abitante in Valle d'Aosta a 4,2 in Molise, mentre nella classe 75+ si passa da 2,5 giorni pro-capite in Umbria a 4,3 giorni di degenza in Valle d'Aosta (figura 8).

Dal confronto tra i tassi di ospedalizzazione e tassi di ospedalizzazione per giornate di degenza<sup>6</sup>, soprattutto in riferimento ai più anziani, risulta che la Valle d'Aosta e il Veneto

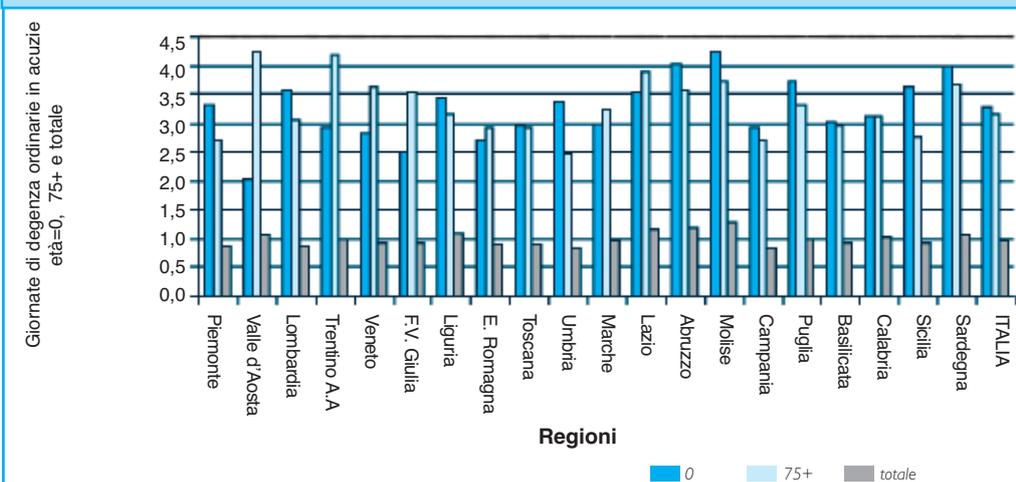
<sup>6</sup> Calcolati suddividendo le giornate di degenza per acuti per la popolazione media regionale residente al 2004 (Istat).

**Figura 7b – Tassi di ospedalizzazione al netto dell'inappropriatezza totali e per età 0 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per 1.000 abitanti), anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 8 – Tassi di ospedalizzazione per giornate di degenza totali e per età 0 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per abitante), anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

hanno un tasso di ospedalizzazione medio-basso, ma un numero di giornate di degenza per abitante medio alto: ciò potrebbe essere indice di una propensione da parte di tali Regioni ad accettare ricoveri di complessità più elevata.

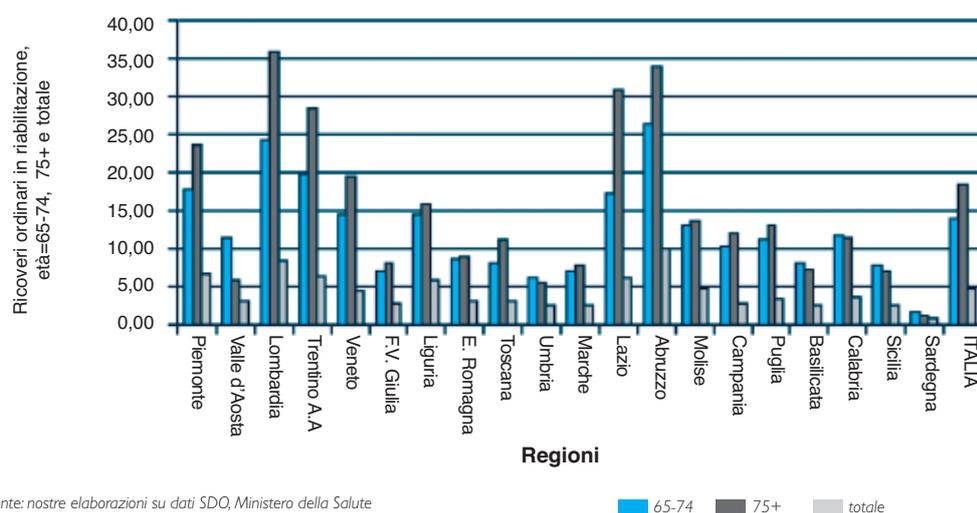
Relativamente ai ricoveri per riabilitazione, i tassi di ospedalizzazione raggiungono ovviamente livelli massimi (nel livello e nella variabilità) nelle classi 65-74 anni e 75+. A 75 anni e più la Lombardia presenta il tasso più elevato e pari a 35,72 per 1.000 abitanti, segui-

ta dall'Abruzzo (33,80) e dal Lazio (30,89). Al contrario la Sardegna si caratterizza per un tasso in riabilitazione più basso pari a 1,13 insieme alle altre Regioni del Sud quali la Sicilia e la Basilicata (rispettivamente 6,88 e 7,31) (figura 9).

Per quanto riguarda i ricoveri in lungodegenza<sup>7</sup>, la media italiana è di 1,62 ricoveri su 1.000 abitanti. Anche qui si osserva una elevata variabilità soprattutto in corrispondenza dell'ultima classe di età.

L'Emilia Romagna ha il tasso di ospedalizzazione in lungodegenza più elevato (pari a 43,77 per gli over 75), seguita dal Trentino A. A. (31,51 per 1.000).

**Figura 9 – Tassi di ospedalizzazione totali e per età 65-74 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per 1.000 abitanti), anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Per i ricoveri diurni, in Italia il tasso di ospedalizzazione degli acuti è pari complessivamente a 65,22 per 1.000 abitanti, passando da 74,97 per 1.000 alla nascita a 97,42 per 1.000 a 75 anni e più.

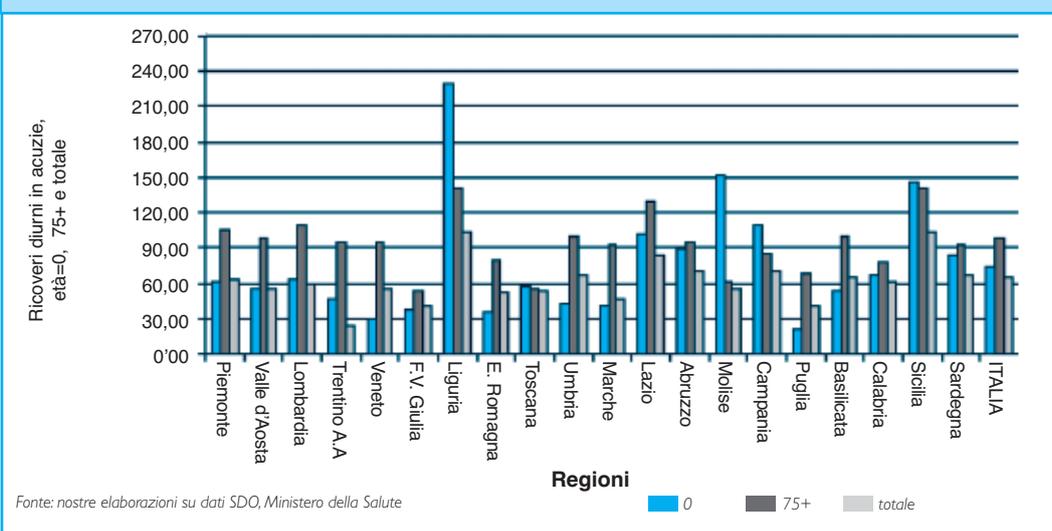
Nel primo anno di vita si può notare, così come per il regime ordinario, una forte irregolarità geografica nelle distribuzioni, oltre a una grande variabilità nelle proporzioni dei ricoveri presenti nelle diverse Regioni. I livelli maggiori di utilizzo sono raggiunti dalla Liguria (228,95 per 1.000), dal Molise (150,88) e dalla Sicilia (145,26). Nell'età più anziana sono sempre la Sicilia e la Liguria ad avere i tassi di ospedalizzazione in regime di *day hospital* più alti (pari rispettivamente al 141,01 e 140,54).

<sup>7</sup> È importante ricordare che la lungodegenza non è una tipologia di attività esclusiva degli ospedali, gran parte dei lungodegenti si trovano nelle RSA.

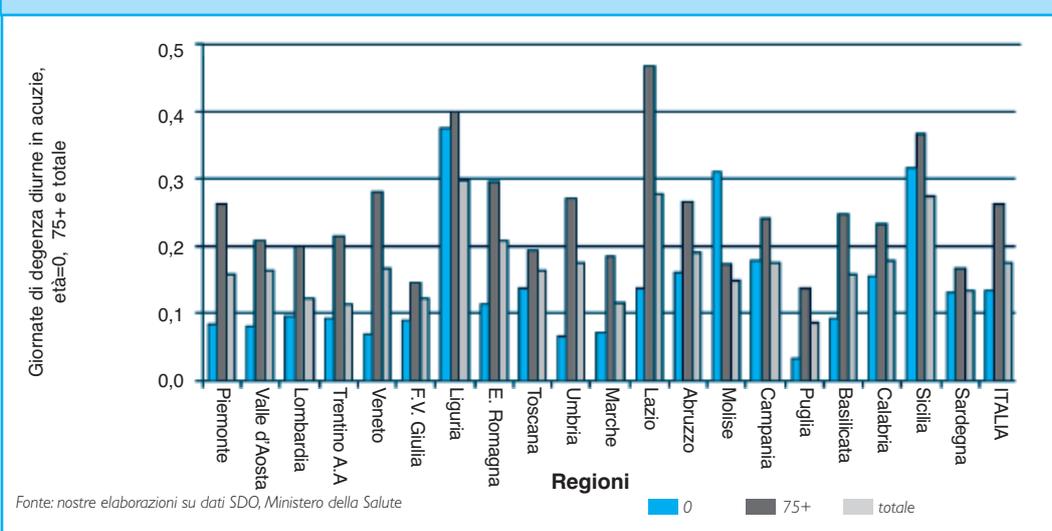
La Puglia è la Regione con la proporzione più bassa di ricoveri diurni per acuzie nel primo anno di vita (19,69 per 1.000 abitanti), mentre nella classe di età 75+ il Friuli Venezia Giulia presenta il tasso più basso e pari al 52,93 per 1.000 abitanti (figura 10).

Analizzando le giornate di degenza per residente in day hospital, si ha che nella prima classe di età è sempre la Liguria a presentare un tasso maggiore e pari a circa 0,4 giorni di degenza in media per abitante, mentre nella fascia di età estrema il Lazio si caratterizza per una quota relativa di giornate di ricovero diurno per acuzie maggiore e pari allo 0,5 (figura 11).

**Figura 10 – Tassi di ospedalizzazione per età 0 e 75+ anni e totale per Regione di residenza, valori per 1.000 abitanti, anno 2004**



**Figura 11 – Tassi di ospedalizzazione per giornate di degenza e per età 0 e 75+ anni e totale per Regione di residenza, valori per abitante, anno 2004**



In conclusione, la consistente variabilità nei tassi di ospedalizzazione standardizzati per età è indice di una discrepanza nelle politiche di ricovero, spesso legata a caratteristiche dell'offerta e rivela, nonostante in tutte le Regioni ci sia stata una riduzione dei posti letto e delle strutture di ricovero soprattutto pubbliche, la progressiva realizzazione di modelli organizzativi e assistenziali differenti sul territorio nazionale.

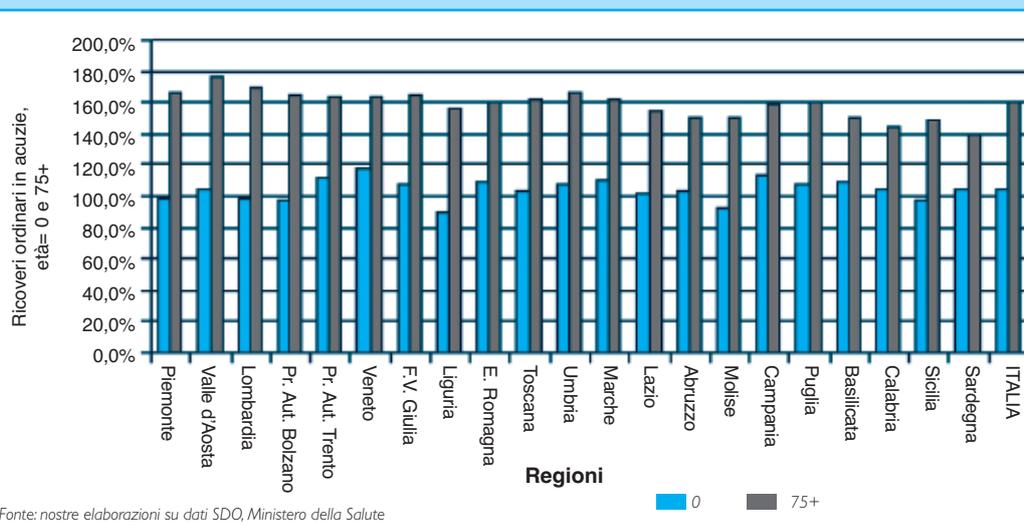
### 2.3.5 L'assorbimento di risorse standardizzato per età: il *case-mix*

Per depurare l'analisi della spesa dagli effetti demografici e quindi dai tassi di ospedalizzazione, si è elaborata la distribuzione della "spesa" media per fascia di età nelle singole Regioni, standardizzando rispetto alla "spesa" media della classe di età 25-44 anni, prescelta in quanto da quest'età in poi il bisogno ospedaliero e dunque l'assorbimento di risorse comincia ad aumentare. La "spesa" media per ricoverato è stata calcolata sia utilizzando le tariffe DRG specifiche regionali che quella nazionale (DM 30/06/1997).

Dal calcolo della "spesa" media per acuzie in regime ordinario, attraverso la tariffa nazionale si ha che i neonati patologici hanno in media il 103,8% della "spesa" relativa alla classe di età 25-44 anni, mentre gli over 75 hanno una "spesa" media relativa pari al 160,3%. La Regione che presenta un assorbimento relativo maggiore nella prima classe di età è il Veneto, contro l'assorbimento minore della Liguria e del Molise (rispettivamente il 90,1% e il 92,5%); a 75 anni e più è invece la Valle d'Aosta che presenta una "spesa" media per ricoverato più elevata e pari al 176,7% (figura 12).

In generale non si notano particolari differenze tra gli assorbimenti relativi valorizzati con la tariffa nazionale e quelli valorizzati con le tariffe regionali: fa eccezione l'Emilia Romagna in cui l'assorbimento medio degli acuti in regime ordinario nel primo anno di vita aumenta dal 108,9% (tariffa nazionale) al 193,2% (tariffe regionali).

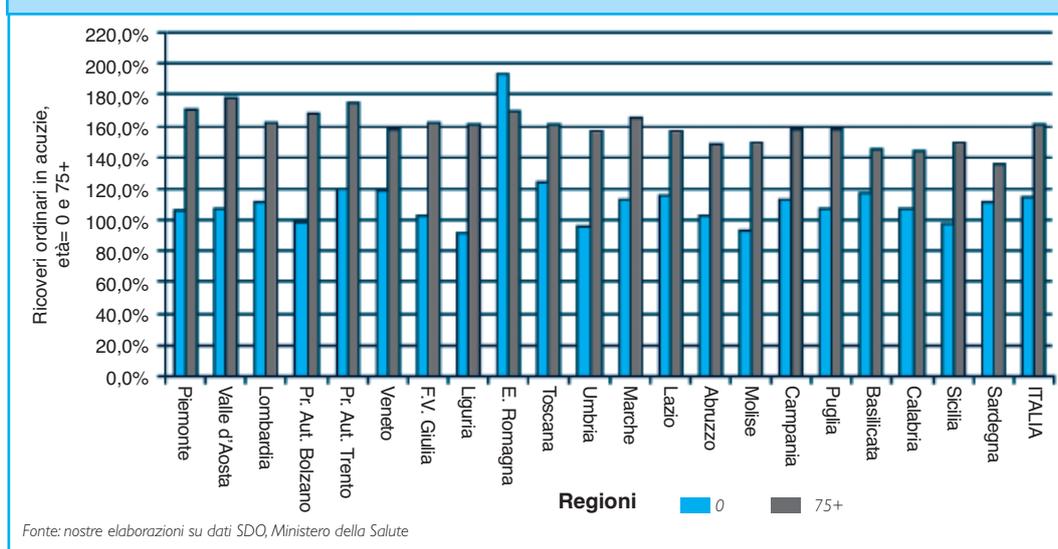
**Figura 12 – "Spesa" media per ricoverato per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, età 25-44=100, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

La valorizzazione con i tariffari regionali rivela che relativamente agli acuti in regime ordinario i ricoverati di età 0 costano mediamente il 113,8% di quelli della classe di riferimento, mentre per l'età 75+ la "spesa" raggiunge il 161,1%. Come era lecito aspettarsi, quindi, gli anziani hanno una casistica mediamente "più complessa", ovvero costosa. Nello specifico delle singole Regioni, nel primo anno di vita si passa da un assorbimento medio del 91,9% della Liguria al 193,2% dell'Emilia Romagna, mentre nella fascia di età più anziana sono la Sardegna e la Valle d'Aosta a presentare rispettivamente la "spesa" media per ricovero minore e maggiore (rispettivamente pari a 136,0% e a 177,7% della classe 25-44 anni) (figura 13).

**Figura 13 – "Spesa" media per ricoverato per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffe regionali, età 25-44=100, anno 2004**



Per quanto riguarda i ricoveri diurni, l'assorbimento relativo varia dal 45,1% all'età zero al 112,2% dell'ultima fascia di età.

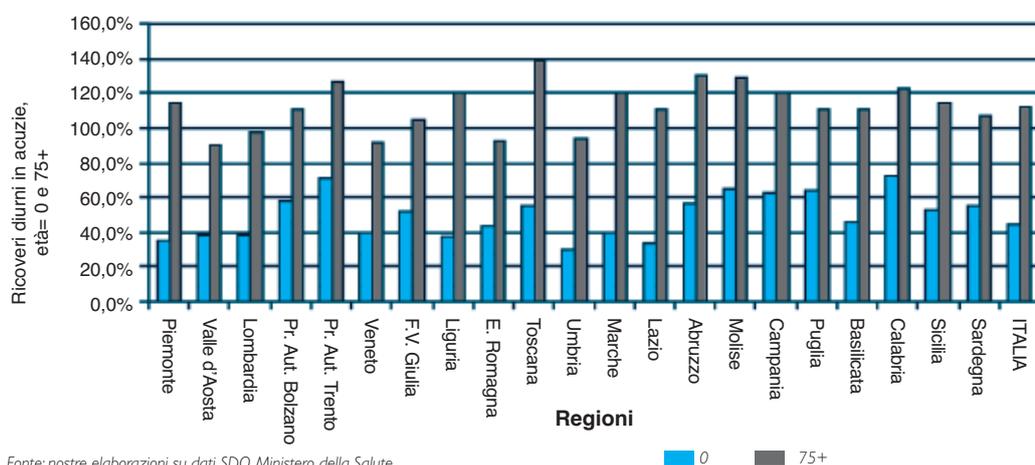
Nell'età iniziale l'Umbria si caratterizza per il minor assorbimento medio relativo pari al 29,5% contro il 70,6% della Prov. Auton. di Trento; nell'ultima fascia di età invece la Toscana presenta la percentuale di "spesa" media per ricoverato maggiore (138,5%), mentre in Valle d'Aosta i ricoverati ultrasettantacinquenni costano mediamente solo il 90,2% rispetto alla classe 25-44 anni (figura 14).

Le indicazioni che si traggono da queste statistiche sono che in alcune Regioni del Centro-Sud si nota una struttura della "spesa" più piatta, che può essere indice della presenza di ricoveri di bassa intensità, potenzialmente inappropriati, per le fasce più a rischio, ovvero bambini e anziani.

Se si analizza l'assorbimento medio complessivo (valorizzato con le tariffe regionali) per acuzie di ogni Regione rispetto all'Italia, risulta che le Regioni del Nord registrano sistematicamente un finanziamento ("spesa" media per ricovero nell'accezione specificata

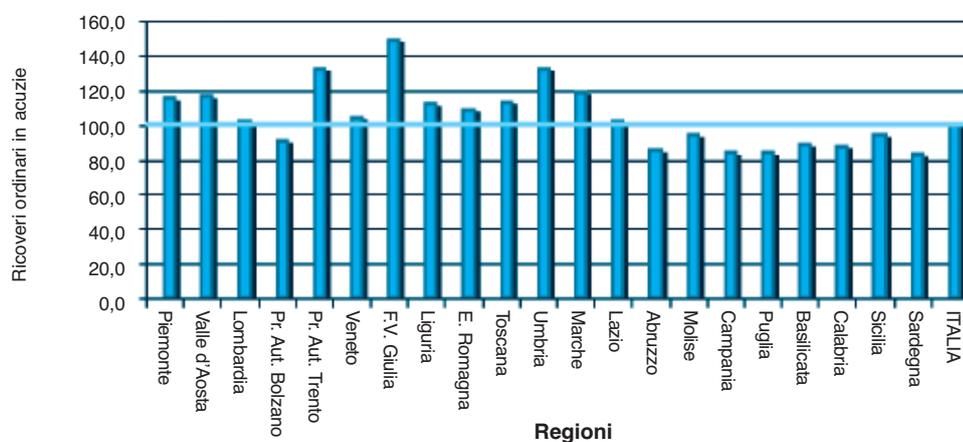
nella nota 4) maggiore rispetto a quelle del Sud, in entrambi i regimi di ricovero. Relativamente al regime ordinario, il Friuli Venezia Giulia è sopra la media (149,3%), seguita dall'Umbria e dalla Prov. Auton. di Trento (rispettivamente 132,1% e 131,8%); al contrario la Sardegna e la Campania sono sotto la media con un assorbimento relativo medio rispettivamente dell'82,5% e dell'84,0% di quello nazionale (figura 15a). Anche per i ricoveri diurni il Friuli Venezia Giulia e la Toscana raggiungono l'assorbimento relativo massimo pari a 181,9% e 149,5% di quello nazionale, la Campania è al contrario al di sotto della media (64,8%) (figura 15b).

**Figura 14 – “Spesa” media per ricoverato per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffe regionali, età 25-44=100, anno 2004**



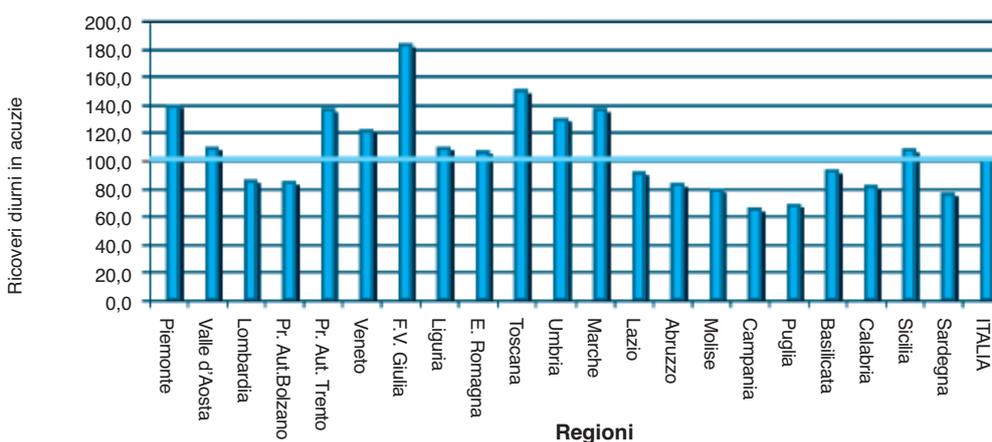
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 15a – “Spesa” media per ricoverato e Regione di residenza. Valorizzazione tariffe regionali (Italia = 100), anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 15b – “Spesa” media per ricoverato e Regione di residenza.  
Valorizzazione tariffe regionali (Italia = 100), anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Questo dato confermerebbe che le politiche di finanziamento nel Nord vanno nel senso di privilegiare il ricorso all'ospedale per problemi di salute mediamente più complessi rispetto a quelli del Sud; tale aspetto verrà sviluppato meglio nel paragrafo successivo.

### **2.3.6 L'assorbimento di risorse standardizzato per diagnosi e intervento principale**

L'analisi dei ricoveri e del relativo assorbimento ospedaliero per diagnosi e per intervento principale fornisce una indicazione della complessità nel *case-mix*, sebbene per un dettaglio più preciso sarebbe opportuno fare riferimento anche alle diagnosi e agli interventi secondari.

Si è deciso di considerare in prima battuta delle macroclassificazioni per poi entrare successivamente nel dettaglio delle singole diagnosi e dei singoli interventi principali.

Per quanto riguarda le diagnosi principali dei ricoveri per acuti in regime ordinario, il gruppo delle “malattie del sistema circolatorio” è quello che presenta il numero maggiore di casi in tutte le Regioni, mentre generalmente le “malattie del sangue” raccolgono il numero minore di ricoveri per acuzie. Fanno eccezione la Liguria, l'Emilia Romagna, il Molise, la Sardegna e la Prov. Auton. di Trento, in cui la categoria diagnostica che presenta minori ricoveri per acuzie è quella che concerne le “malattie della pelle”.

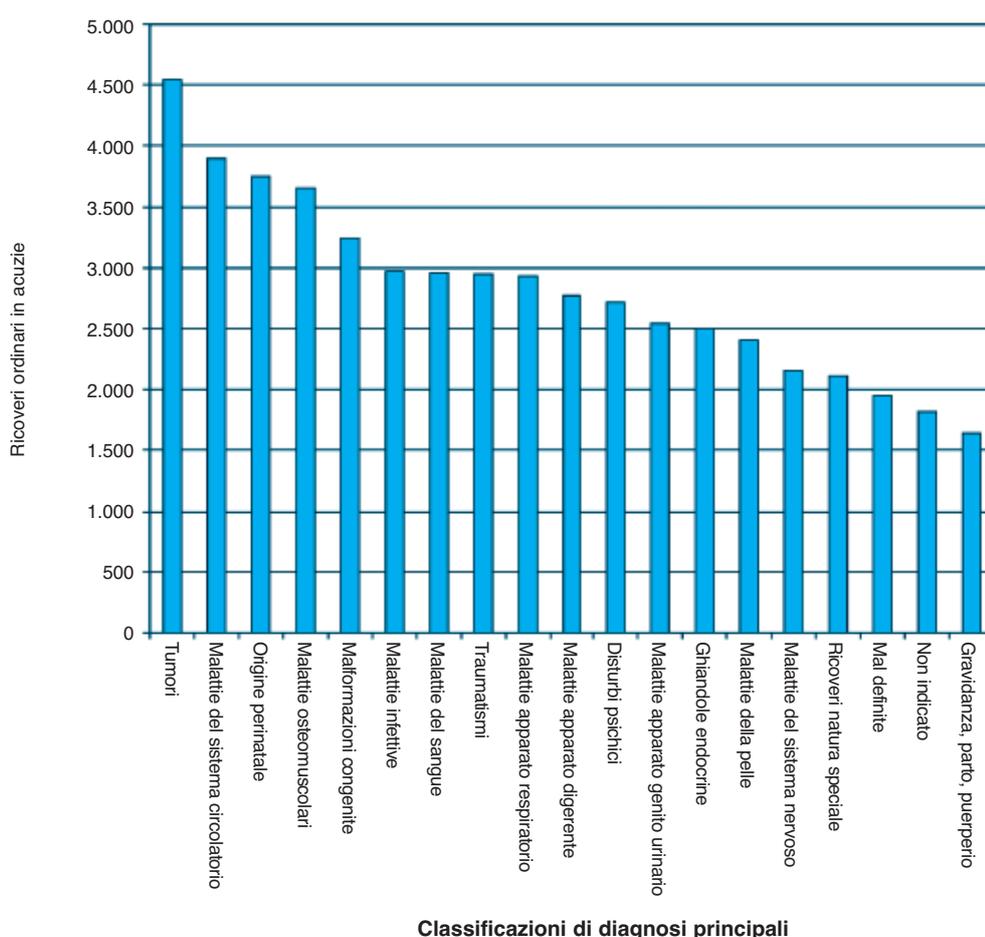
Relativamente agli interventi principali, il numero maggiore di interventi per acuzie è relativo ad accertamenti radiologici. Si notano in questo caso delle differenze a livello regionale: il Piemonte e la Valle d'Aosta, la Prov. Auton. di Trento, la Puglia e la Basilicata si caratterizzano per un numero maggiore di ricoveri per acuzie con interventi relativi “all'apparato muscolo scheletrico” (rispettivamente 50.987, 1.947, 6.241, 46.103 e 6.530). Il numero minore di interventi realizzati in regime ordinario per acuzie sono quelli relativi alla “rimozione o alla sostituzione di protesi” (13.031 casi in Italia), seguiti da pro-

cedure per “rimozione di calcoli o altri corpi” (20.666 casi in Italia).

Per quanto riguarda l’assorbimento medio per diagnosi principale calcolato attraverso le tariffe regionali DRG specifiche, la “spesa” media per ricoverato maggiore in Italia è quella relativa alle diagnosi tumorali, pari a € 4.544: si passa da € 3.764 in Puglia a € 6.341 in Umbria; anche le “malattie del sistema circolatorio” presentano un assorbimento relativo medio elevato (€ 3.897) (figura 16a).

Relativamente agli interventi principali, l’assorbimento medio maggiore si ha in corrispondenza delle procedure del sistema ematico linfatico (€ 8.639) e di quelle dell’apparato respiratorio (€ 8.275) (figura 17a). Per entrambi gli interventi è l’Umbria la Regione che presenta un maggior assorbimento relativo pari a € 16.270 (sistema ematico linfatico) e a € 12.093 (apparato respiratorio).

**Figura 16a – “Spesa” media per ricoverato e per raggruppamenti di diagnosi principali. Valorizzazione tariffe regionali, anno 2004**

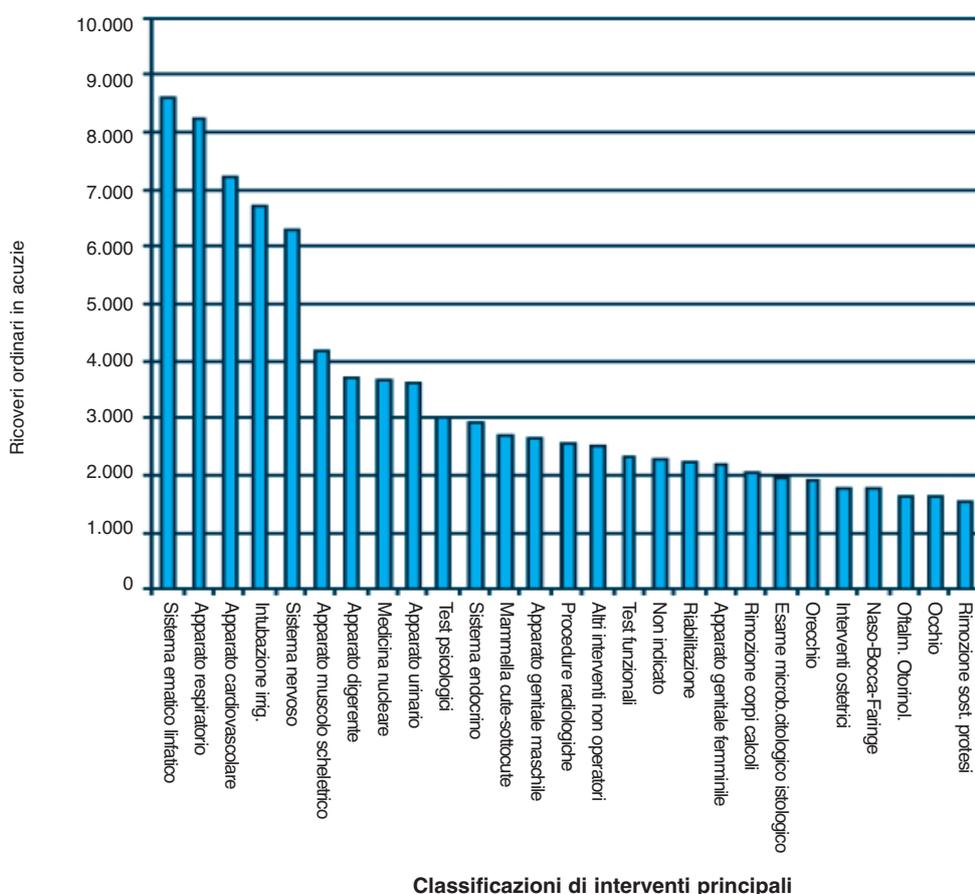


Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Per quanto concerne i ricoveri per acuzie in day hospital, un ricovero di “natura speciale” (es. esami speciali per l’identificazione di malattie virali o malattie batteriche o malattie infettive ed esami speciali (screening) per l’individuazione di tumori maligni, etc.) è quello con i costi medi più elevati (€ 1.883); al contrario le diagnosi connesse alle ghiandole endocrine hanno un costo medio relativo basso in quasi tutte le Regioni (€ 581 mediamente).

La “spesa” media inoltre è più alta per gli interventi non operatori (€ 2.223), ovvero procedure diagnostiche non operatorie correlate all’udito, intubazioni e irrigazioni non operatorie, rimozioni non operatorie di apparecchiature terapeutiche da testa e collo, etc., ma con alcune eccezioni: per le Regioni del Sud quali la Campania, la Calabria e la Sicilia, l’assorbimento maggiore riguarda gli interventi relativi all’apparato cardiovascolare (rispettivamente € 1.818, € 3.369, € 3.540); per alcune Regioni del Nord, come il Veneto

**Figura 17a – “Spesa” media per ricoverato e per raggruppamenti di interventi principali. Valorizzazione tariffe regionali, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

e l'Emilia Romagna, la "spesa" media per ricoverato è maggiore in corrispondenza degli interventi relativi al sistema ematico linfatico (rispettivamente € 2.502 e € 2.255); infine l'assorbimento medio del Piemonte è maggiore in corrispondenza di procedure relative al sistema endocrino (€ 3.477).

Volendo andare nello specifico delle singole diagnosi principali<sup>8</sup> e dei singoli interventi principali dei ricoverati per acuzie (inclusi i neonati sani) in regime ordinario, si può notare che, escludendo i parti, la "chemioterapia" assorbe la maggior quantità di casi (131.997), seguita dalla diagnosi per "bronchite cronica ostruttiva" (98.492) e dall'"insufficienza cardiaca congestizia" (97.310). La "cataratta senile" si colloca al decimo posto nella scala delle frequenze ordinate con 79.680 casi, seguita dall'"insufficienza del cuore sinistro" (78.069) e dall'"artrosi localizzata primaria" (74.993) (figura 16b).

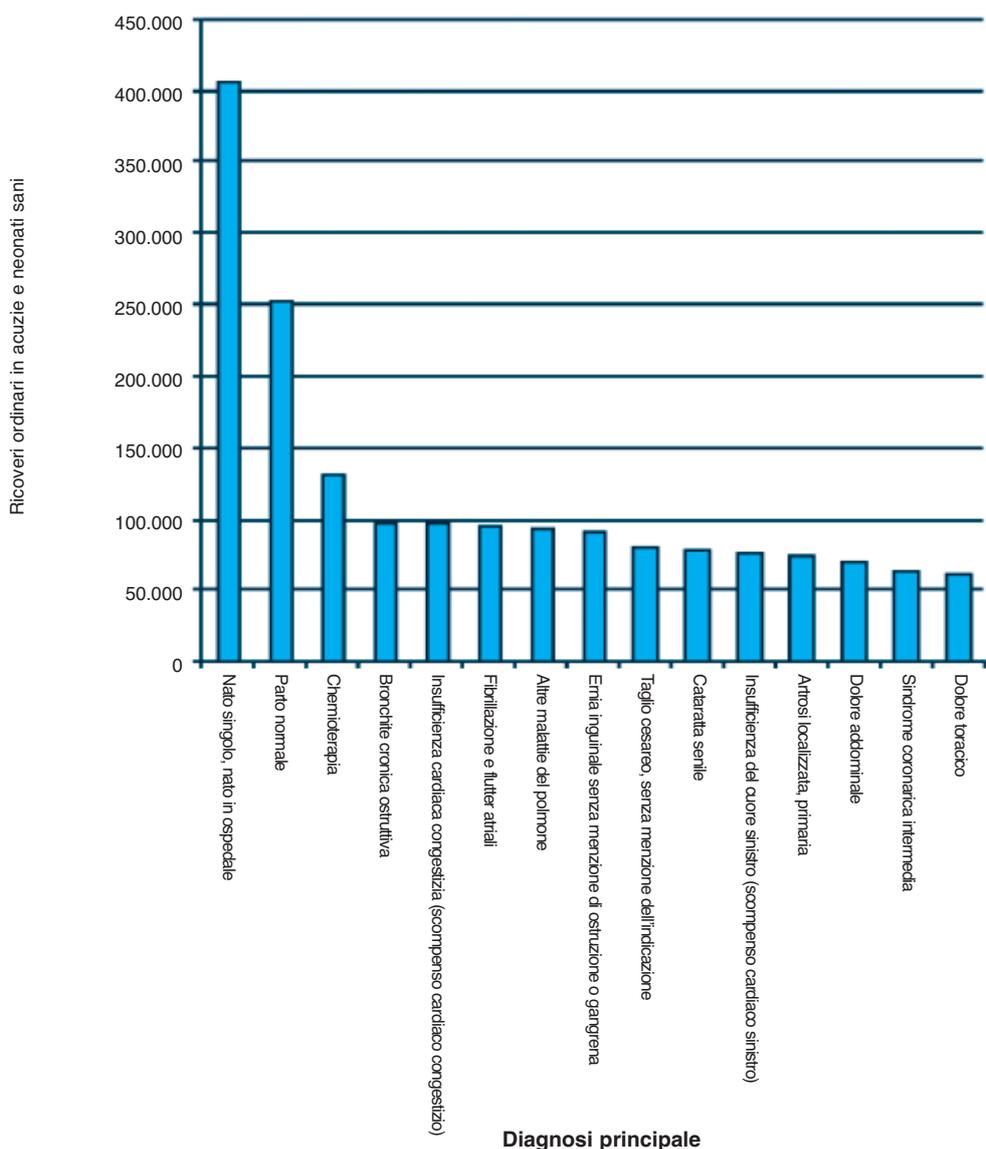
Per quanto concerne invece gli interventi principali, sono quelli relativi alla "diagnostica a ultrasuoni" a comprendere la maggior parte dei casi (402.689), seguiti da "altri test funzionali diagnostici non invasivi cardiologici e vascolari" (270.823) e da "altra radiografia del torace" (238.382). Al settimo posto si collocano gli interventi per "sostituzione di articolazione delle estremità inferiori" (122.580), seguiti dal "taglio cesareo tradizionale" (113.050) e dall'"angiocardiografia con mezzo di contrasto" (108.533) (figura 17b).

Il calcolo delle "spese" medie per diagnosi principale, attraverso le tariffe DRG regionali, mostra che un ricoverato per "artrosi localizzata primaria" costa mediamente € 7.716 (tale diagnosi è quella che costa mediamente di più tra le 15 diagnosi più frequenti). Al secondo posto abbiamo le "altre malattie del polmone" con una "spesa" media pari a € 5.459, seguite dalla "sindrome coronaria intermedia" (€ 4.292) e dall'"arresto cardiaco" (€ 4.142). Il "nato singolo in ospedale" e il "dolore addominale" hanno un costo medio più basso pari rispettivamente a € 670 e € 1.184 (tabella 2).

Per quanto concerne gli interventi principali, la "sostituzione di articolazione delle estremità inferiori" ha un costo medio per ricoverato più elevato e pari € 8.766, seguita dalla "riduzione cruenta di frattura con fissazione interna" (€ 4.182) e dalla "colecistectomia" (€ 3.668) (tabella 2).

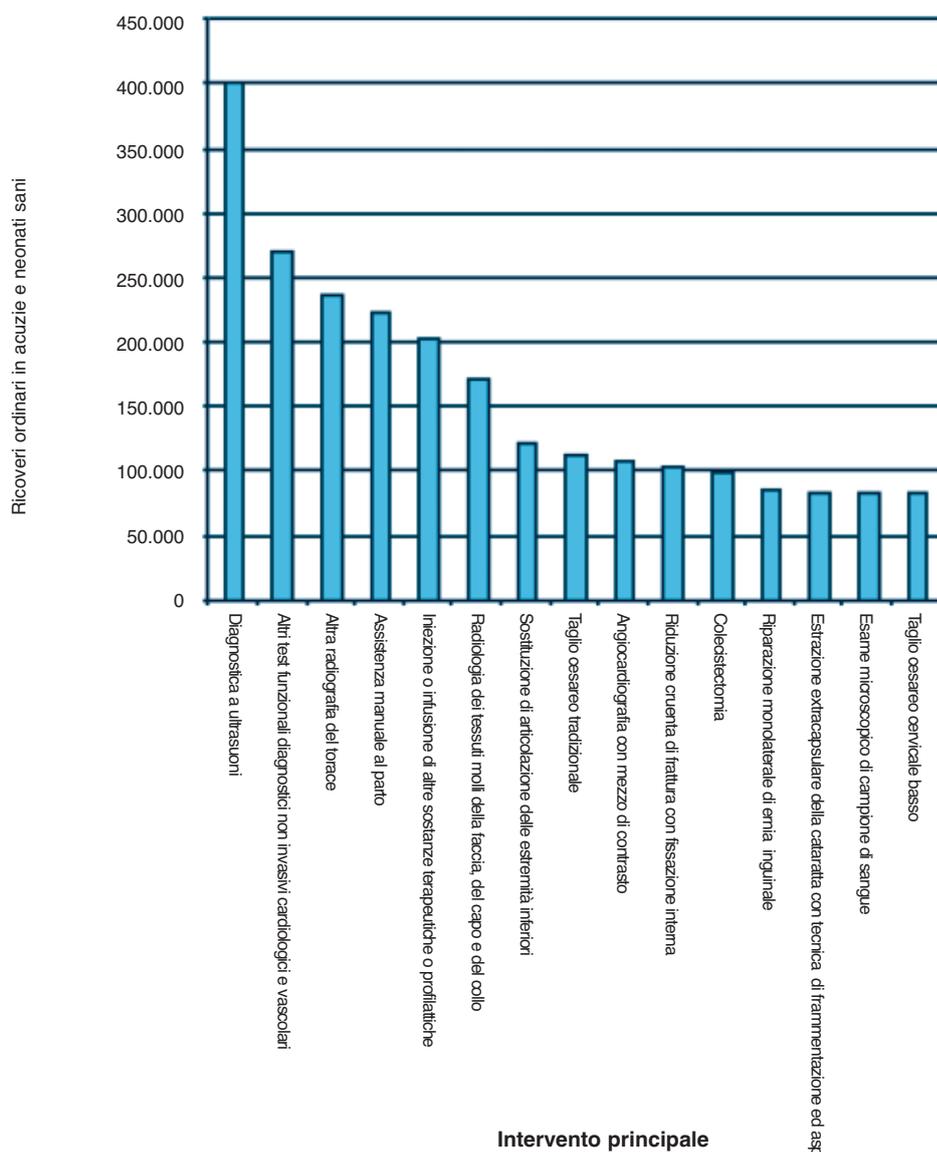
<sup>8</sup> Per la diagnosi principale si considerano le prime quattro cifre del codice relativo; per gli interventi principali si considerano le prime tre cifre del codice relativo.

**Figura 16b – Ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani per diagnosi principali, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 17b – Ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani per interventi principali, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Tabella 2 - “Spesa” media per diagnosi e intervento principale, ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani. Valorizzazione tariffe regionali, anno 2004**

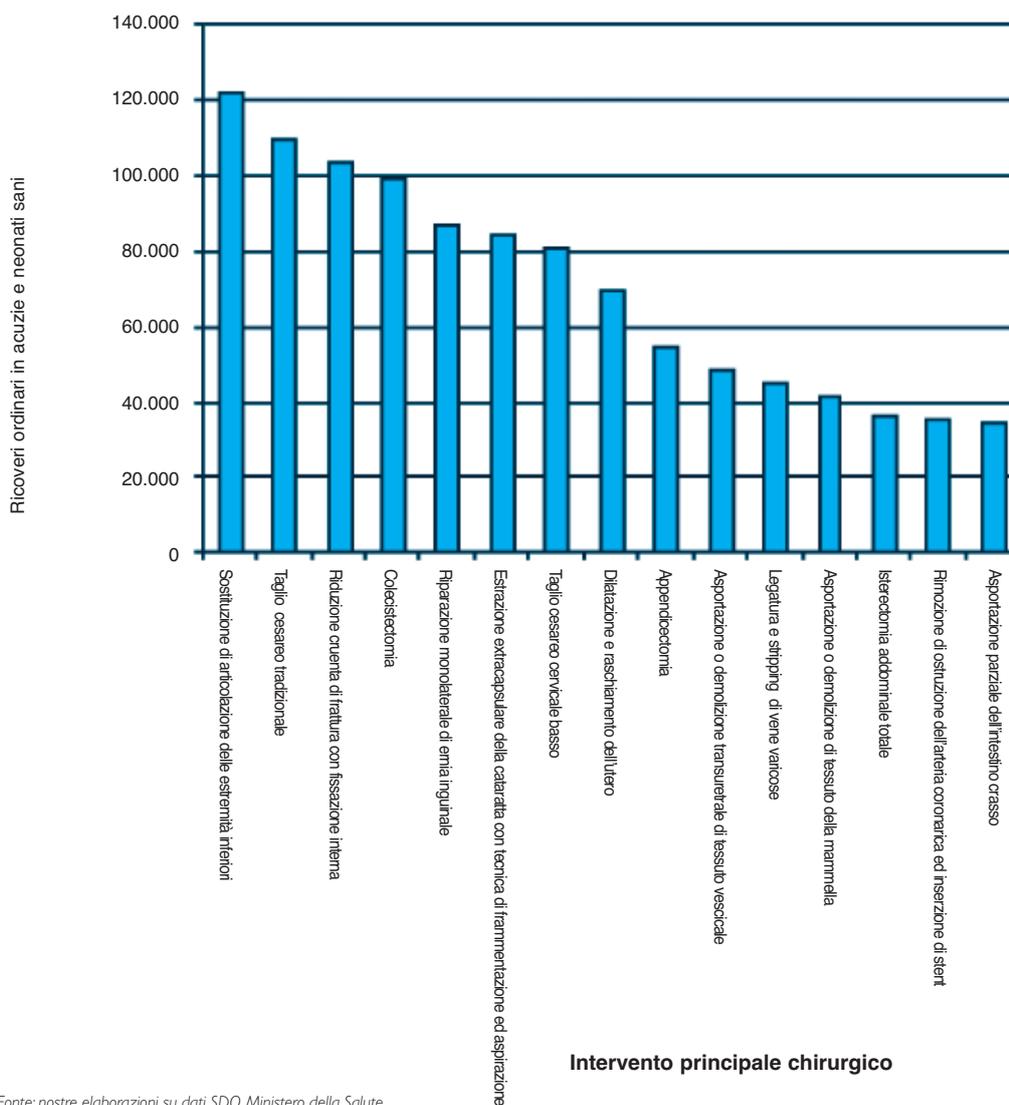
Diagnosi principale		Intervento principale	
Artrosi localizzata, primaria	7.715,81	Sostituzione di articolazione delle estremità inferiori	8.765,78
Altre malattie del polmone	5.458,55	Riduzione cruenta di frattura con fissazione interna	4.181,88
Sindrome coronarica intermedia	4.292,21	Colecistectomia	3.668,38
Arresto cardiaco	4.141,60	Angiocardiografia con mezzo di contrasto	3.539,12
Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	3.300,71	Altra radiografia del torace	2.758,18
Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)	3.285,36	Radiologia dei tessuti molli della faccia, del capo e del collo	2.635,54
Bronchite cronica ostruttiva	2.853,87	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	2.413,60
Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione	2.395,76	Altri test funzionali diagnostici non invasivi cardiologici e vascolari	2.398,71
Chemioterapia	2.256,12	Taglio cesareo cervicale basso	2.333,39
Ernia inguinale senza menzione di ostruzione o gangrena	1.558,97	Diagnostica a ultrasuoni	2.329,39
Parto normale	1.517,33	Taglio cesareo tradizionale	2.268,75
Dolore toracico	1.467,76	Esame microscopico di campione di sangue	1.787,83
Cataratta senile	1.399,24	Riparazione monolaterale di ernia inguinale	1.606,24
Dolore addominale	1.183,76	Assistenza manuale al parto	1.530,72
Nato singolo, nato in ospedale	670,41	Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di frammentazione ed aspirazione	1.401,99

Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Analizzando i soli interventi principali chirurgici in regime ordinario, quello di “sostituzione di articolazione delle estremità inferiori” presenta il numero più elevato di casi (122.560), seguito dal “taglio cesareo tradizionale” (109.855) e dall’ “intervento di riduzione cruenta di frattura con fissazione interna” (104.095) (figura 17c).

L’assorbimento medio maggiore (valorizzato con le tariffe regionali DRG specifiche) si ha sempre in corrispondenza dell’intervento per “sostituzione di articolazione delle estremità inferiori” ed è pari a € 8.766. Anche l’ “asportazione parziale dell’intestino crasso” ha un costo medio per ricoverato elevato pari a € 8.607, seguita dalla “rimozione di ostruzione dell’arteria coronarica ed inserzione di stent” (€ 6.500).

**Figura 17c – Ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani per interventi principali chirurgici, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

### 2.3.7 I “pesi” per età (“spesa” media per abitante)

Posta uguale ad 1 la spesa media per abitante<sup>9</sup> (ricoveri ordinari per acuti) della classe di età 25-44 anni, i bimbi (esclusi i nati sani) hanno un “peso” (assorbimento medio di risorse) pari a 5,4, mentre il “peso” diminuisce nelle fasce di età intermedie per riaumentare fino ad arrivare a 5,5 per gli over 75.

Si nota che, per effetto sia di un diverso ricorso all'ospedalizzazione, sia nelle casistiche

<sup>9</sup> La spesa media per abitante è stata calcolata utilizzando la tariffa nazionale del 1997.

trattate, tali valori medi sono piuttosto difforni a livello regionale. Nella classe di età iniziale, ad esempio, per il Piemonte si determina un peso pari a 6,7, contro il 2,9 della Valle d'Aosta e il 4,4 della Campania. Relativamente ai ricoveri degli acuti anziani (*over 75*), invece, il peso massimo si ha in Friuli Venezia Giulia (7,2), contro il 4,8 della Campania e della Calabria (figura 18).

Per quanto concerne i ricoveri per acuzie in day hospital, il peso medio sulla popolazione è pari a 0,8 all'età iniziale e a 2,4 a 75 anni e più, sempre in riferimento alla classe di età 25-44 anni. Anche in questo caso si nota una forte variabilità regionale: all'età zero si passa dallo 0,4 della Puglia e dell'Umbria al 2,3 del Molise, mentre a 75 anni e più si passa dall'1,7 della Toscana al 3,7 delle Marche (figura 19).

### **2.3.8 Conclusioni**

L'analisi effettuata mostra l'esistenza di notevoli differenze regionali, non attribuibili esclusivamente a ragioni demografiche o epidemiologiche, ma anche (e soprattutto) alla diversità nelle strutture di offerta e nelle capacità organizzative che condizionano in larga misura il ricorso all'assistenza ospedaliera.

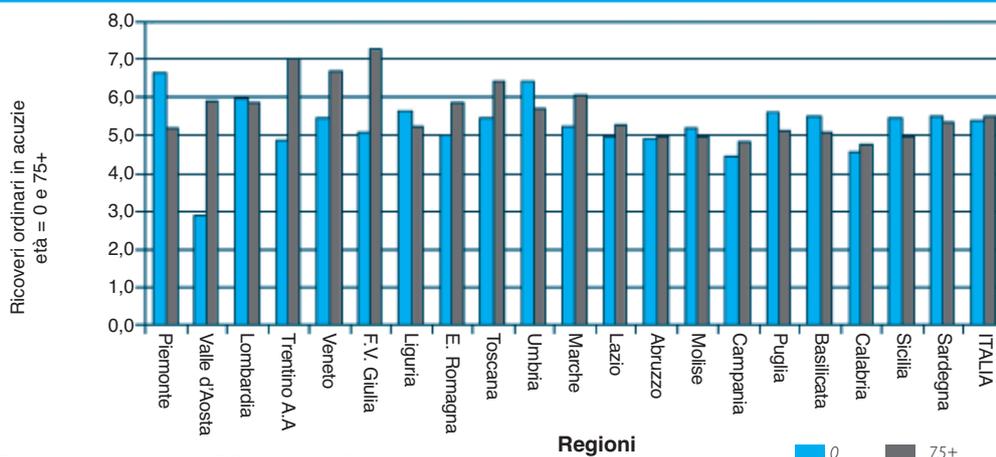
Risulta evidente che nonostante la messa a punto di politiche di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, centrata sulla de-ospedalizzazione e, quindi, sull'incentivazione della riduzione dei posti letto (in particolare quelli per acuzie), tale razionalizzazione, sia sul versante economico che su quello clinico, presenta ancora ampi margini di miglioramento.

Sul versante clinico si nota infatti l'esistenza di una forte variabilità regionale nel ricorso all'ospedalizzazione: i tassi variano nell'ordine del 300% (le differenze sono ancora maggiori in day hospital) e la degenza media varia di 1,3 volte in ogni classe di età.

Le "spese" medie per età e per diagnosi e intervento principale si diversificano molto, anche di 1,5 volte, così come le curve di assorbimento in alcune classi di età.

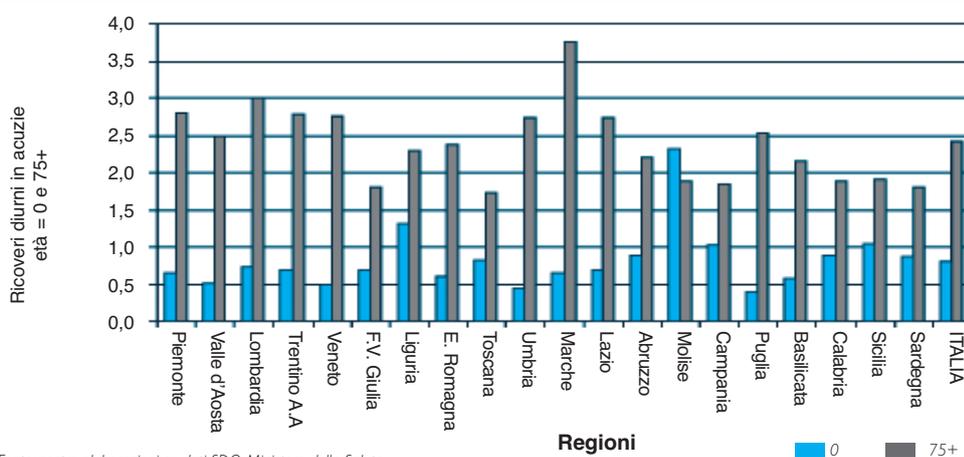
In conclusione vanno separate le differenze auspicabili (perché dovute a diversi bisogni specifici delle popolazioni regionali) da quelle indesiderabili perché derivanti da problemi nell'organizzazione dell'offerta. Le politiche nazionali indifferenziate (come è il caso dei target massimi di posti letto per abitante), se da un lato possono cercare di far tendere il sistema ad una maggiore uniformità, sembrerebbero ad oggi incapaci di incentivare una razionalizzazione effettiva, se non addirittura essere fonte di ulteriori rischi di inappropriata e inefficienza. Certamente il perseguimento della mera, o della sola, riduzione dei posti letto sembra contribuire solo marginalmente ad aumentare l'efficienza assistenziale.

**Figura 18 – “Spesa” media per abitante e per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, età 25-44=1, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDG, Ministero della Salute

**Figura 19 – “Spesa” media per abitante e per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, età 25-44=1, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDG, Ministero della Salute

## 2.4 - Politica e determinanti della spesa farmaceutica in Italia

Polistena B.<sup>1</sup>, Ratti M.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

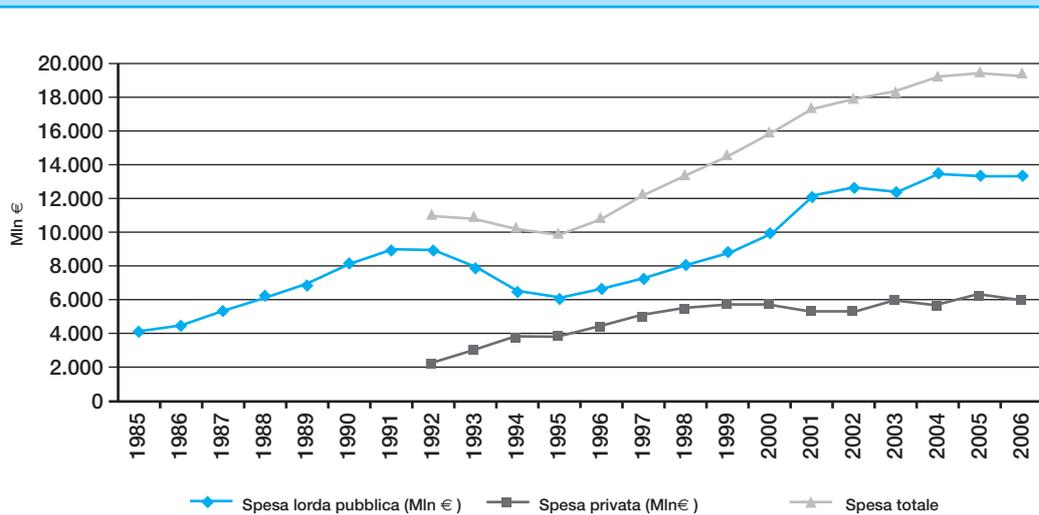
### 2.4.1 L'evoluzione della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, si è attestata nel 2006 a € 19.254 mln.<sup>2</sup>, facendo registrare una diminuzione dell'1,03% rispetto all'anno precedente, determinato da una diminuzione della spesa privata del 3,84% e da un lieve aumento della spesa pubblica pari allo 0,24%.

Cresce anche il mercato dei farmaci equivalenti<sup>3</sup>, che ha raggiunto il 13,7% della spesa farmaceutica a carico del SSN (+0,6% rispetto al 2005) e il 25,3% delle quantità consumate (+1,2% rispetto al 2005), anche se ancora è scarso l'utilizzo dei farmaci *unbranded*<sup>4</sup>, che rappresenta solo un quarto del mercato complessivo dei farmaci equivalenti.

La spesa farmaceutica netta territoriale del SSN ha, inoltre, rappresentato il 13,4% della spesa regionale, facendo registrare anche nel 2006 una elevata variabilità tra le Regioni: in quelle del Nord (ad eccezione della Liguria) la spesa risulta al di sotto del tetto del 13%,

Figura 1 - Spesa farmaceutica territoriale in Italia, anni 1985-2005



Fonte: nostra elaborazione su dati OSMED

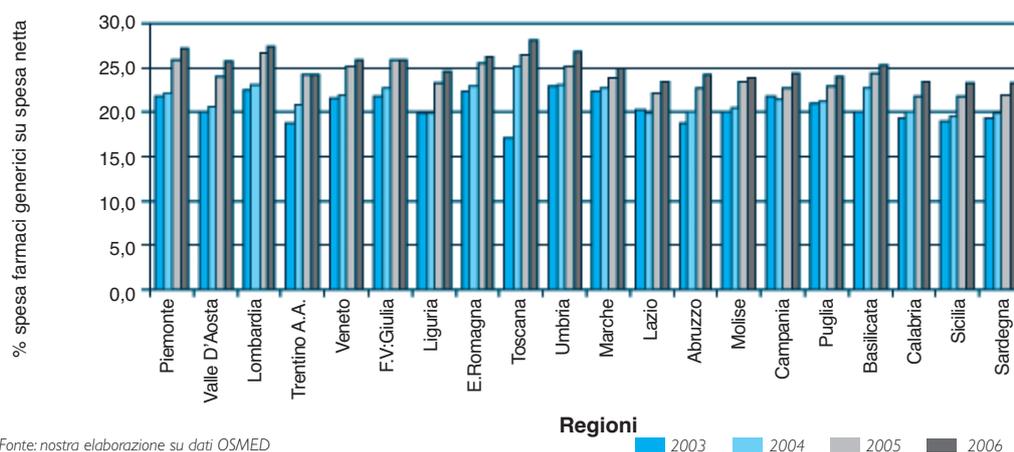
<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> OSMED (2007), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2006*, Roma, giugno 2007.

<sup>3</sup> Ovvero dei farmaci generici branded (farmaci a brevetto scaduto con nome di fantasia).

<sup>4</sup> I farmaci unbranded sono quelli a brevetto scaduto con nome del principio attivo.

**Figura 2 – Spesa SSN per farmaci a brevetto scaduto (valori %),  
anni 2003-2006**



anche quelle del Centro si trovano al di sotto del tetto del 13% ad eccezione del Lazio che presenta la spesa più alta d'Italia con il 18%; le Regioni del Sud superano tutte il tetto del 13% (ad eccezione del Molise e della Basilicata). La somma della spesa territoriale farmaceutica del SSN e della spesa farmaceutica erogata attraverso le strutture sanitarie rappresenta il 17,6% della spesa sanitaria complessiva; solo alcune Regioni (le Regioni del Nord ad eccezione della Liguria) si trovano al di sotto del tetto 16% (13% spesa territoriale del SSN + 3% spesa ospedaliera).

Il tetto di spesa uniforme non tiene adeguatamente conto dei diversi bisogni assistenziali delle popolazioni regionali per cui, riproponendo il modello di correzione utilizzato negli

**Figura 3 – Spesa farmaceutica netta su FSR, anno 2006**

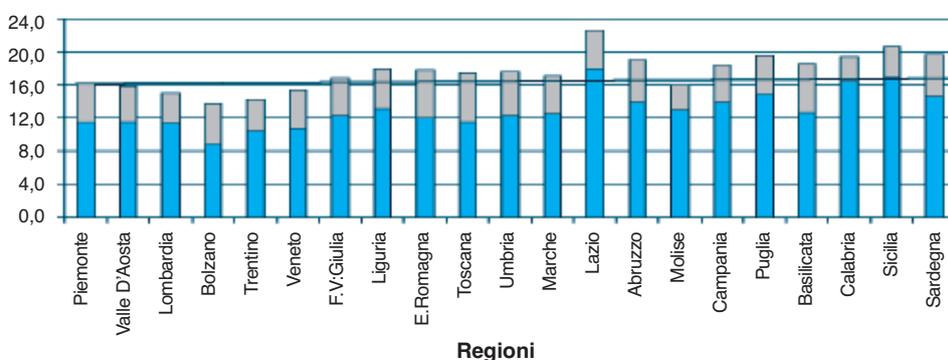


Tabella 1 – Spesa farmaceutica netta territoriale e assegnazione fondi, anno 2006

Regioni	FSR (A)	Fondo spesa farmaceutica (tetto 13%) (B)	Fondo spesa farmaceutica (tetto pesato per i bisogni) (C)	Spesa farmaceutica netta (D)	Scost.nti % spesa netta indistinto al 13% (D/B)	Scost.nti % spesa netta da fondo pesato (D/C)	Incidenza % fondo pesato far- maceutica su FSR (C/A)
Valle d'Aosta	192.372.121	25.008.376	25.434.400	22.315.166	-10,77%	-12,26%	13,22%
Piemonte	6.963.694.600	905.280.298	964.710.538	800.824.879	-11,54%	-16,99%	13,85%
Liguria	2.865.035.500	372.454.615	426.918.446	378.184.686	1,54%	-11,42%	14,90%
Lombardia	14.731.603.447	1.915.108.448	1.914.983.741	1.679.402.793	-12,31%	-12,30%	13,00%
Veneto	7.400.289.241	962.037.601	955.118.616	799.231.238	-16,92%	-16,32%	12,91%
Trentino A.A.	1.496.503.497	194.545.455	185.845.959	144.006.494	-25,98%	-22,51%	12,42%
F.V. Giulia	1.917.491.581	249.273.905	266.703.591	237.768.956	-4,62%	-10,85%	13,91%
E. Romagna	6.611.929.433	859.550.826	914.978.014	793.431.532	-7,69%	-13,28%	13,84%
Marche	2.442.268.144	317.494.859	334.515.042	305.283.518	-3,85%	-8,74%	13,70%
Toscana	5.865.853.539	762.560.960	821.209.659	674.573.157	-11,54%	-17,86%	14,00%
Lazio	8.349.206.472	1.085.396.841	1.074.776.490	1.502.857.165	38,46%	39,83%	12,87%
Umbria	1.396.672.707	181.567.452	194.752.399	171.790.743	-5,38%	-11,79%	13,94%
Abruzzo	2.072.782.705	269.461.752	276.352.776	288.116.796	6,92%	4,26%	13,33%
Molise	518.711.550	67.432.502	69.930.539	66.913.790	-0,77%	-4,31%	13,48%
Campania	8.774.621.748	1.140.700.827	1.022.667.869	1.219.672.423	6,92%	19,26%	11,65%
Puglia	6.255.294.060	813.188.228	766.425.967	932.038.815	14,62%	21,61%	12,25%
Basilicata	936.384.787	121.730.022	120.553.264	118.920.868	-2,31%	-1,35%	12,87%
Calabria	3.112.172.667	404.582.447	387.774.154	513.508.490	26,92%	32,42%	12,46%
Sicilia	7.680.960.100	998.524.813	951.988.199	1.305.763.217	30,77%	37,16%	12,39%
Sardegna	2.551.785.699	331.732.141	319.927.907	372.560.712	12,31%	16,45%	12,54%
Italia	90.833.675.557	11.808.377.822	11.995.567.571	12.327.165.436			13,00%

Fonte: AIFA, Fedefarma e nostre elaborazioni

anni passati nel Rapporto Ceis<sup>5</sup>, basato sull'assegnazione delle risorse destinate alla farmaceutica sulla base dei bisogni effettivi<sup>6</sup>, aggiornato con la popolazione al 1 gennaio 2006 (tabella 1), si può evidenziare che:

- i fondi da assegnare risulterebbero superiori nelle Regioni con una popolazione più anziana, rispetto a quelli effettivamente destinati;
- le Regioni del Nord in base a questo sistema di distribuzione si mostrerebbero ancora più virtuose (l'avanzo tra la spesa farmaceutica pubblica e i fondi assegnati e teorici si presenta infatti ancora più elevato), mentre nelle Regioni del Centro-Sud il disavanzo risulterebbe maggiore rispetto a quello contabile.

Osservando i dati di spesa farmaceutica relativi al primo semestre 2007, si evidenzia una marcata diminuzione della spesa farmaceutica territoriale netta, nella misura del -9,5%, rispetto allo stesso periodo del 2006, che indirizza la spesa farmaceutica nazionale 2007 a rimanere al di sotto del tetto del 13%. Tale decremento non deriva dalla diminuzione del numero delle ricette, che nel quadrimestre subiscono un rialzo del 4,6%, ma dalla riduzione della spesa media per ricetta (-12,2%) determinata dagli interventi sui prezzi dei medicinali varati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (taglio selettivo dei prezzi dei farmaci a maggior impatto sulla spesa, in vigore dal 15 luglio 2006, e ulteriore taglio generalizzato del 5% dei prezzi di tutti i medicinali, in vigore dal 1° ottobre 2006<sup>7</sup>), supportati dagli interventi di contenimento varati dalle singole Regioni e dallo scadere di alcuni importanti brevetti (tabella 2).

**Tabella 2 – Scadenza italiana dei principali brevetti nel 2007 calcolata in base alla L. n. 112/2002**

MOLECOLA	SCADENZA ITALIA	MEDICINALE BRAND	GRUPPO TERAPEUTICO
Amlodipine	Dicembre 07	NORVASC	Sistema cardiovascolare
Cetirizine	Aprile 07	ZIRTEC	Sistema respiratorio - Antistaminici
Clarithromycin	Dicembre 07	KLACID	Antimicrobici generali per uso sistemico
Doxazosin	Maggio 07	CARDURA	Sistema cardiovascolare
Omeprazole	Dicembre 07	OMEPRAZEN	Apparato gastrointestinale e metabolismo
Pravastatin	Dicembre 07	SELECTIN	Sistema cardiovascolare
Ramipril	Dicembre 07	TRIAEC	Sistema cardiovascolare
Simvastatin	Aprile 07	SINVACOR	Sistema cardiovascolare

Fonte: Assogenerici

<sup>5</sup> Barrella A, Polistena B, Ratti M, Spandonaro F (2005), *Le politiche farmaceutiche in Italia, Rapporto CEIS Sanità 2006*.

<sup>6</sup> *Ovvero della popolazione pesata, dove i pesi utilizzati nel modello sono stati ottenuti utilizzando dati relativi alla spesa farmaceutica lorda (escludendo così differenze di consumo derivanti da politiche regionali di esenzione) per classi di età relativa all'anno 2001 di cinque Regioni di cui è stato possibile raccogliere i dati.*

<sup>7</sup> *Determina Aifa 27 settembre 2006, pubblicata sulla G.U. del 29 Settembre 2006.*

#### **2.4.2 Politica dei farmaci generici in Italia**

La recente diminuzione della spesa farmaceutica (primo semestre 2007), come evidenziato nel paragrafo precedente, sembra attribuirsi almeno in parte alla scadenza di brevetti importanti; infatti, sinora la normativa brevettuale in campo farmaceutico, posta a tutela del recupero delle spese in ricerca e sviluppo sostenuto dalle case farmaceutiche, aveva rallentato la possibilità di un più ampio afflusso di generici sul mercato.

I prodotti farmaceutici sono diventati brevettabili in Italia (brevetto europeo) nel 1978 per DPR 338/1979, che adeguava la normativa nazionale a quella europea (Convenzione di Monaco). Al fine di ridurre i tempi di mancato sfruttamento brevettuale (tempo intercorrente per l'autorizzazione in commercio del prodotto brevettato) stimato in alcuni anni, la L. n. 349/1991 ha istituito il Certificato Complementare di Protezione (CCP), che consentiva l'estensione del periodo brevettuale, stabilito in 20 anni per i prodotti medicinali, fino ad un massimo di 18 anni oltre la scadenza naturale del brevetto.

Sul versante dei prodotti *unpatented*, allo scadere della protezione si può procedere alla registrazione del farmaco generico: il titolare che segue la procedura nazionale per l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) dovrà ottenere la concessione dal Ministero della Salute entro 30 giorni dal pronunciamento della Commissione Unica del Farmaco. Essa si dovrà esprimere sulla documentazione presentata ai fini della registrazione entro 90 giorni dalla sua presentazione, garantendo la medesima classificazione e rimborsabilità (da parte del SSN) della specialità originatrice *branded*, a fronte di un abbassamento del prezzo di almeno il 20% rispetto al prezzo della stessa (tabella 3).

La legge 23 dicembre 2000 (Legge Finanziaria 2001) (tabella 3) prevedeva che, a decorrere dal 1 luglio 2001 (posticipata al primo settembre 2001), i medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, fossero rimborsati al farmacista dal Servizio sanitario nazionale fino a concorrenza del prezzo medio ponderato dei medicinali aventi prezzo non superiore a quello massimo attribuibile al generico secondo la legislazione vigente. Si consideri però che il margine del farmacista consiste in una quota fissa sul prezzo al pubblico, riducendone così l'interesse a commercializzare prodotti farmaceutici dal prezzo più basso.

Le campagne informative, sponsorizzate dagli Enti pubblici (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia per i Servizi Sanitari etc.) e dalle associazioni di settore (Assogenerici), atte ad informare i pazienti dell'utilizzo dei farmaci equivalenti, hanno ottenuto una maggior risonanza mediatica solo negli ultimi anni, facendo intravedere uno sviluppo del settore.

**Tabella 3 - Principale normativa nazionale sui farmaci generici**

Norma	Titolo	Commenti
L. n. 549/1995 (Legge Finanziaria 1996)	Disposizioni relative alle misure di razionalizzazione della finanza pubblica	Immissione in commercio del farmaco generico e prima definizione
L. n. 425/1996 (conversione del D. L. n. 323/1996)	Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza pubblica (spesa per l'assistenza farmaceutica)	Costituisce la prima normativa italiana riguardante i generici. Amplia la definizione di medicinale generico. Stabilisce la rimborsabilità (da parte del SSN) della specialità originatrice, a fronte di un abbassamento del prezzo di almeno il 20% rispetto al prezzo della stessa. Per i medicinali rimborsabili dal SSN, se il medico omette, nella sua prescrizione, di specificare il titolare dell'autorizzazione, il farmacista può dispensare qualsiasi generico corrispondente
L. n. 449/1997 (Legge Finanziaria 1998)	Disposizioni relative alle misure per la stabilizzazione della finanza pubblica (determinazione del prezzo dei farmaci e spese per assistenza farmaceutica)	Riduzione del prezzo progressivamente fino a raggiungere, in 4 anni, l'80% del prezzo della specialità originatrice per le specialità medicinali a base di principi attivi per i quali è scaduta la tutela brevettuale, autorizzate anteriormente alla data di entrata in vigore della Legge
L. n. 388/2000 (Legge Finanziaria 2001)	Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (riduzione dei ticket e disposizioni in materia di spesa farmaceutica)	A decorrere dal 1° luglio 2001, i medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal Servizio sanitario nazionale fino a concorrenza del prezzo medio ponderato dei medicinali aventi prezzo non superiore a quello massimo attribuibile al generico secondo la legislazione vigente.
L.n. 405/2001 art. 7 (conversione del D.L. n. 347/2001)	Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza pubblica (prezzo di rimborso dei farmaci di uguale composizione)	Dal 1° dicembre 2001, il farmaco generico assume il ruolo di medicinale di riferimento per il sistema di rimborso dei medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali.
L. n. 178/2001 art. 9 (conversione D. L. n. 138/2002)	Disposizioni urgenti in materia di contenimento della spesa farmaceutica (finanziamento della spesa sanitaria e prontuario)	I medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal Servizio sanitario nazionale fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, sulla base di apposite direttive definite dalla Regione; tale disposizione non si applica ai medicinali coperti da brevetto sul principio attivo.
L.n. 149/2005 (conversione del D.L. n. 87/2005)	Disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale	Introduzione del termine medicinale "equivalente" per identificare il farmaco generico. Il farmacista al quale venga presentata una ricetta medica che contenga la prescrizione di un farmaco con brevetto scaduto è obbligato, sulla base della sua specifica competenza professionale, ad informare il paziente dell'eventuale presenza in commercio di medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali.

### 2.4.3 Fattori di successo/insuccesso della diffusione dei generici nei mercati europei

Il successo o l'insuccesso della diffusione del farmaco generico, nei diversi mercati europei, è stata attribuita all'attuazione o meno di politiche incentivanti quali:

- accesso sul mercato;
- politica di prezzo;
- incentivi ai medici;
- incentivi ai farmacisti;
- incentivi ai pazienti.

Per quanto concerne l'accesso sul mercato (tabella 4), si noti che esso avviene principalmente mediante un meccanismo di controllo per l'approvazione del processo di rimborso e determinazione del prezzo. Tale meccanismo, di durata medio-lunga, ritarda un rapido inserimento del farmaco generico sul mercato, impedendo lo sviluppo competitivo dell'industria europea dei farmaci generici.

**Tabella 4 - Politica di immissione in commercio dei farmaci generici in Europa**

Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Approvazione del processo di rimborso e determinazione del prezzo	Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Italia, Olanda, Polonia, Portogallo, Spagna	Meccanismo di controllo del prezzo e dello stato del rimborso	Ritardo dell'entrata sul mercato dei generici

Fonte: Simoens S, De Coster S, 2006

Sul secondo punto, si osservi che la penetrazione sul mercato dei farmaci generici ha maggior successo nei Paesi che permettono di fissare un prezzo "libero" del farmaco (ad esempio la Germania, l'Olanda e il Regno Unito), che in quelli dove la fissazione del prezzo è frutto della regolamentazione (ad esempio in Austria, Belgio, Francia, Italia e Spagna) (tabella 5). Questo avviene perché nei Paesi dove il prezzo è "libero" generalmente si formano prezzi dei farmaci più elevati che facilitano l'entrata nel mercato dei farmaci generici; inoltre, si favorisce una differenza di prezzo maggiore tra farmaco generico *branded* e farmaco generico "puro".

L'utilizzo del metodo del *reference-price* (prezzo di riferimento) è nato per aiutare l'ingresso sul mercato dei generici imponendo un co-pagamento (*co-payment*) al paziente che utilizza farmaci con prezzo al di sopra del *reference-price* e quindi per cercare di contenere l'incremento della spesa farmaceutica pubblica. Tale sistema non risulta però efficace, e quindi non provoca aumenti generalizzati dell'utilizzo di farmaci generici nei Paesi dove il prezzo dei medicinali è accompagnato da riduzioni generalizzate del prezzo dei farmaci (ad esempio in Francia).

Gli incentivi ai medici (tabella 6), ad esempio mediante l'utilizzo di *budget* di spesa prestabiliti, possono creare le condizioni favorevoli ad una maggiore attenzione alla prescrizione di farmaci generici (come è avvenuto in Germania e nel Regno Unito), se però coadiuvati da ricompense (nel caso di un corretto utilizzo del *budget*) e da sanzioni economiche (nei casi di eccedenza al *budget*).

Gli incentivi ai farmacisti (tabella 6) si concretizzano nel garantirgli un margine certo ed equivalente di guadagno, sia sui farmaci generici *branded* sia sui farmaci generici "puri". Tali iniziative, per promuovere la diffusione dei farmaci generici nelle farmacie, producono effetti solo se finanziariamente stimolanti.

Il *co-payment* del paziente (tabella 6) ha incentivato l'utilizzo dei farmaci generici in Polonia e in Portogallo; non ha provocato lo stesso effetto in altre realtà come la Francia dove i pagamenti aggiuntivi vengono coperti da assicurazioni private.

**Tabella 5 – Politica di prezzo dei farmaci generici in Europa**

Prezzo dei farmaci generici			
Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Prezzo libero dei medicinali	Germania, Olanda, Regno Unito	Un alto prezzo dei farmaci crea le condizioni favorevoli per il mercato di generici. Una differenza significativa tra il generico branded e il generico "puro" favorisce la domanda	Un elevato prezzo di competizione che rischia nel lungo termine di mettere in pericolo la sostenibilità dell'industria dei generici
Regolamentazione della determinazione del prezzo	Austria, Belgio, Francia, Italia, Portogallo, Spagna	Meccanismo di controllo della spesa farmaceutica pubblica	Basso prezzo dei farmaci che scoraggia l'entrata nel mercato dei generici. La differenza contenuta tra generico branded originario e generico "puro" non stimola la domanda dei generici
Reference-pricing			
Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Sistema <i>reference-pricing</i>	Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Italia, Olanda, Polonia, Portogallo, Spagna	Incentivi alla domanda dei generici che hanno un prezzo al di sotto di quello di riferimento da parte dei pazienti	Non stimola l'acquisto dei generici se il farmaco
• Basso <i>reference-pricing</i>	Danimarca, Italia, Polonia	Determina un chiaro prezzo tra generico branded e generico "puro"	Le aziende forti fissano un prezzo dei farmaci generici basso che produce un basso costo marginale, minacciando l'autosufficienza economica
• Alto <i>reference-pricing</i>	Portogallo	Facilita l'entrata nel mercato dei farmaci generici	Una differenza di prezzo bassa tra generico branded e generico "puro" non stimola la domanda di generici da parte dei pazienti
• Gruppi ristretti di riferimento	Danimarca, Francia, Italia, Portogallo	Gruppi omogenei di farmaci	Riallocazione della domanda tra gruppi o tra gruppi e farmaci brevettati non coperti da reference-pricing
• Gruppi ampi di riferimento	Germania, Olanda	Stimola la competizione tra i farmaci dello stesso tipo e riduce la potenziale riallocazione della domanda	Eterogenei gruppi di farmaci con potenzialità prescrittive basse eludono il co-payment

Fonte: Simoens S, De Coster S, 2006

Possono essere efficaci infine anche le campagne di informazione sui farmaci generici verso i pazienti, qualora siano proposte per tempi medio-lunghi di esposizione e abbiano una certa risonanza.

**Tabella 6 – Incentivi per medici, farmacisti e pazienti**

Incentivi per i medici			
Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Budgets	Germania, Regno Unito	Incremento del tasso di prescrizione dei generici	Efficaci solo in combinazione con sanzioni per eccedenza di budget. Possono incoraggiare i ricoveri ospedalieri
INN* ricette	Danimarca, Olanda, Portogallo, Regno Unito	Potenziano la distribuzione dei generici da parte dei farmacisti	Dipende dall'atteggiamento dei medici, dipende dalla regolamentazione e dalla remunerazione ai farmacisti
Nessun incentivo finanziario	Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Italia, Olanda, Portogallo	Supportano bassi costi di prescrizione dei medici	Volontaria natura organizzativa con non provati effetti sull'aumento del tasso di prescrizione dei generici
Incentivi per i farmacisti			
Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Delineare un margine certo ai farmacisti sui farmaci	Belgio, Francia	I farmacisti guadagnano sul margine dei generici branded originari e sui generici "puri"	Incrementa il prezzo dei generici branded originari
Incentivi per i pazienti			
Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Co-payment del paziente	Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Italia, Olanda, Polonia, Portogallo, Spagna	Un co-payment elevato sui generici branded stimola la domanda per i generici "puri"	Incita l'indebolimento dei medici non cost-conscious oppure la copertura del co-payment con addizionali assicurazioni
Campagna informativa	Belgio, Italia, Portogallo, Spagna, Regno Unito	L'incremento della conoscenza dei pazienti aumenta la domanda di farmaci generici	Piccoli effetti se la campagna informativa ha vita breve e ha limiti di esposizione

\*International Non-proprietary Name

Fonte: Simoens S, De Coster S, 2006

#### 2.4.4 Le politiche nazionali

Nel corso del 2006, l'Agenzia Italiana del Farmaco<sup>8</sup> (AIFA) ha provveduto ad emanare alcuni provvedimenti nazionali volti a completare il recupero dello sfondamento della spesa farmaceutica avvenuto nel 2005 e a contenere la spesa per l'anno 2006. I provvedimenti nazionali adottati dall'AIFA si riferiscono alla Determina AIFA del 30 dicembre 2005 (che prosegue la manovra iniziata nel 2004, rivolta a recuperare lo sfondamento della spesa farmaceutica attraverso l'applicazione di uno sconto del 6,8% a carico dell'industria farmaceutica sul proprio fatturato, per tutti i farmaci rimborsati dal SSN, anche se acquistati privatamente dal cittadino<sup>9</sup>) che, a decorrere dal 15 gennaio 2006, ha previsto una riduzione temporanea del prezzo al pubblico dei farmaci rimborsabili dal SSN pari al 4,4%; alla Determina AIFA del 3 luglio 2006 che prevede un'ulteriore riduzione dei prezzi incrementata dal 4,4% al 5% e l'introduzione della manovra selettiva di revisione del PFN; alla Determinazione AIFA n. 26 del 27 settembre 2006, in vigore dal 1° ottobre 2006, che ha applicato una ulteriore riduzione del 5% sul prezzo al pubblico comprensivo di IVA di tutti i farmaci rimborsabili dal SSN; alla legge finanziaria 2007 che ha esteso la riduzione del 5% per tutto l'anno finanziario 2007, consentendo alle aziende farmaceutiche di richiedere all'AIFA la sospensione degli effetti della deliberazione n. 26 del 27 settembre 2006, a fronte del versamento alle Regioni degli importi individuati da apposite tabelle di equivalenza degli effetti economico-finanziari per il SSN generabili dalla riduzione del 5% (*Pay Back*).

L'aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN), entrato in vigore il 15 luglio 2006 (Suppl. Ord. n. 161 alla G.U. n. 156 del 7 luglio 2006), ha previsto una riduzione selettiva del prezzo dei farmaci comportando la diminuzione del prezzo di 214 specialità medicinali (pari al 10,6% del totale) per un totale di 110 principi attivi (15,1% del totale) e 432 confezioni (9% del totale).

Infine, la L.n. 296/2006 (Finanziaria 2007) conferma, per l'anno 2007 e seguenti, le misure di contenimento della spesa farmaceutica assunte dall'AIFA ai fini del rispetto dei tetti (taglio dei prezzi del 4,4% poi divenuto 5% da luglio, sconto dell'1% del produttore, introduzione del prontuario con riduzione selettiva dei prezzi e ulteriore taglio del 5% previsto da ottobre).

#### 2.4.5 Gli interventi regionali

Il vincolo di spesa per l'assistenza farmaceutica in atto dal 2002 ha demandato a livello regionale la possibilità di attuare diverse manovre al fine di contenere la spesa farmaceutica al di sotto del tetto del 13%. La compartecipazione pagata dai cittadini sui farmaci equivalenti e il ticket fisso sulla ricetta ha comportato nel 2006 una spesa complessiva pari a € 414 mln. (3,1% della spesa lorda complessiva) con un decremento del 19,6% rispetto al 2005.

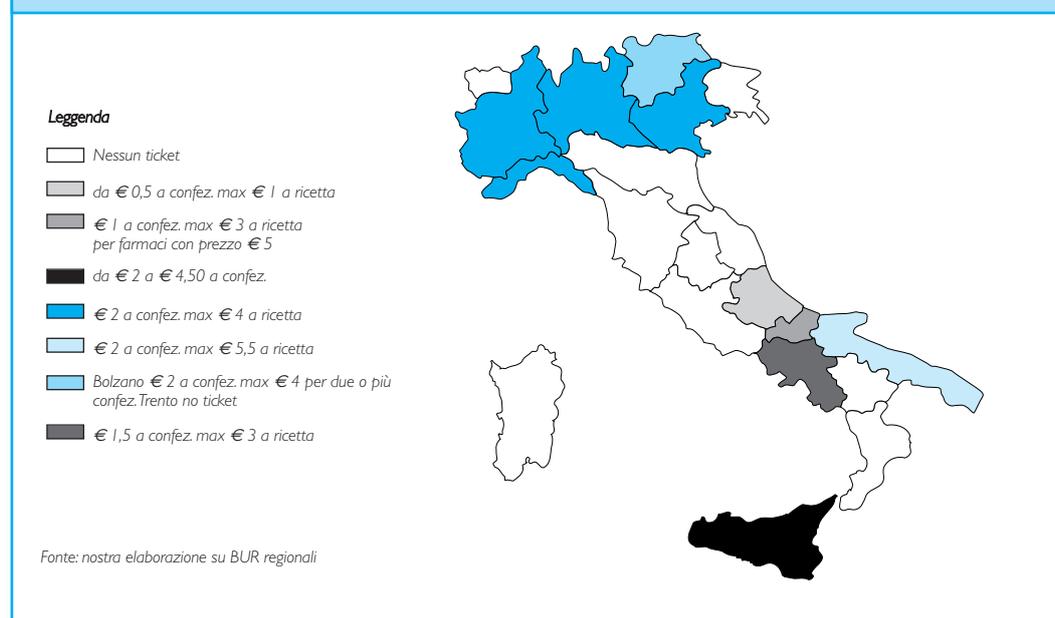
<sup>8</sup> L'Agenzia Italiana del Farmaco ha tra le sue responsabilità la garanzia del tetto di spesa del 13% attraverso manovre di ripiano, revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale e negoziazione dei prezzi.

<sup>9</sup> Con una riduzione, quindi, del prezzo al pubblico pari al 4,12%.

Tra gli interventi realizzati dalle Regioni nel 2006 possiamo evidenziare che:

- il ticket è stato confermato nelle Regioni che già lo applicavano nel 2005, mentre è stato abolito nel Lazio (1° gennaio 2006); ulteriori modifiche hanno riguardato: variazioni nel regime di esenzioni in Piemonte (gennaio 2007), di variazione di ticket in Campania (gennaio 2007) da € 1,50 a confezione ad un massimo di € 3 a ricetta, in Abruzzo (gennaio 2007) e in Sicilia da € 2 a confezione fino ad un massimo di € 4,5 (4 aprile 2007);

Figura 4 - L'applicazione dei ticket nelle Regioni



- molte Regioni<sup>10</sup> hanno mantenuto o implementato la distribuzione “in nome e per conto” attraverso accordi con farmacie e grossisti<sup>11</sup>;
- le politiche regionali di contenimento della spesa, mediante la compartecipazione dei cittadini con ticket, sembrano non correlate ai disavanzi ottenuti.

<sup>10</sup> In particolare: Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Piemonte, Sicilia, Toscana, Umbria. Emilia Romagna, Lombardia e Veneto hanno, invece, scelto di adottare questa iniziativa solo in alcune Aziende Sanitarie.

<sup>11</sup> Sfruttando l'opportunità offerta dalla L. n. 405/2001 di contenere la spesa farmaceutica (attraverso i maggiori sconti applicati ai farmaci acquistati da parte delle strutture pubbliche) attivando modalità particolari di erogazione dei farmaci: per il primo ciclo di terapia ai pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero o da visita specialistica ambulatoriale, per la distribuzione diretta dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente (farmaci previsti dal PHT), anche attraverso accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate (distribuzione “in nome e per conto”).

#### 2.4.6 Determinanti della spesa farmaceutica

Il governo del sistema necessita della comprensione delle tendenze della spesa farmaceutica che possono essere indagate attraverso l'utilizzo di un modello econometrico su un panel regionale relativo agli anni 1997-2005.

Le variabili esplicative considerate sono di natura socio-economica, demografica nonché di bisogno e offerta sanitaria.

Le variabili economiche inserite nel modello sono il PIL, che rappresenta una *proxy* del reddito e la quota di ticket che ci fornisce, peraltro, una indicazione sulla effettiva responsabilizzazione dei cittadini, ovvero sulla possibilità di contenere i consumi utilizzando lo strumento del prezzo.

Per cogliere, almeno parzialmente, l'effetto delle politiche di riduzione dei prezzi, si è considerato il prezzo medio per ricetta, mentre per valutare l'effetto dell'inappropriata prescrizione il numero di ricette per medico. Inoltre si è inserita una variabile socio-economica che indaga come la spesa farmaceutica sia influenzata dal livello di istruzione della popolazione; variabile peraltro in grado di cogliere anche l'effetto reddito non spiegato dal PIL. La variabile demografica percentuale di popolazione con più di 75 anni dovrebbe recepire il differente assorbimento di risorse derivante dall'età, e in proiezione l'impatto dell'invecchiamento<sup>12</sup> della popolazione.

Tra le variabili di bisogno e di offerta sono state scelte: l'effetto della cronicità, che in letteratura trova numerosi riscontri come determinante della spesa farmaceutica; il numero di medici per 1.000 abitanti, per verificare effetti di induzione di domanda da parte dell'offerta; la degenza media, per verificare l'esistenza di fattori di sostituzione con altre tipologie di assistenza (qui quella ospedaliera).

#### 2.4.7 Banca dati e il modello stimato

La stima del modello su dati panel si fonda su dati regionali, di fonte Federfarma (spesa farmaceutica pubblica), Istat (spesa farmaceutica privata), e Ministero della Salute relativamente al periodo 1997-2005.

Da un punto di vista econometrico si è stimato sia un modello con effetti fissi che con effetti *random*, valutando con il Test di Hausman quello più appropriato.

Indicando con:

SFT = Spesa farmaceutica totale pro-capite

PIL = PIL pro-capite

POP\_75+ = % popolazione con più di 75 anni

CMR = Costo medio ricette

RPM = Ricette per medico

TK/SL = Incidenza del ticket sulla spesa lorda

PMC = Persone con almeno due malattie croniche

NMA = Numero di medici per 1.000 abitanti

<sup>12</sup> L'età dei pazienti è estremamente importante nella ripartizione della spesa pubblica farmaceutica pro-capite: secondo il Rapporto Osmed 2005, la spesa va da € 42,9 pro-capite per bambino da zero a quattro anni, per salire progressivamente fino a € 588,7 pro-capite per i pazienti con età superiore ai 75 anni.

DMO = Degenza media ordinari

NTS = Persone senza titolo di studio o con licenza elementare

Il modello econometrico stimato risulta quindi essere:

$SFT = f(PIL; POP_{75+}; CMR; RPM; TK/SL; PMC; NMA; DMO; NTS)^{13}$ .

Si è scelto di effettuare l'analisi inizialmente a livello nazionale e successivamente per ripartizione geografica, considerando separatamente il Nord<sup>14</sup> e il Centro-Sud.

Il modello prescelto a livello nazionale, secondo il test di Hausman, è quello a effetti *random*.

Il modello spiega il 60,22% della variabilità della spesa farmaceutica totale pro-capite. In particolare l'effetto temporale è ottimamente spiegato come dimostra l' $R^2$  *within* pari a 85,64%, ma anche la variabilità tra le Regioni viene spiegata in maniera abbastanza soddisfacente ( $R^2$  *between* = 42,37%).

**Tabella 7 - Coefficienti di regressione su dati panel, Italia 1997-2005**

Variabili	Coefficienti	P> z
% pop 75+	25,634	0,000
Costo medio per ricetta	7,016	0,000
Numero di ricette per medico	0,003	0,000
Ticket	-0,834	0,070
Degenza media ordinari	-0,843	0,024
% persone senza titolo o con licenza elementare	-2,909	0,003
Costante	87,726	0,210

Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma, ISTAT e Ministero della Salute

Tutte le variabili ad esclusione del PIL, il cui effetto probabilmente viene assorbito dal titolo di studio altamente correlato al reddito e, sorprendentemente, della cronicità, risultano significative. L'aumento del peso della popolazione anziana, così come l'incremento del costo per ricetta e del numero di ricette per medico, fanno crescere la spesa farmaceutica totale pro-capite. Possiamo tradurre tale risultato dicendo che appropriatezza prescrittiva, prezzi e invecchiamento sono i principali driver di incremento (o decremento nel caso di riduzione dei prezzi) della spesa farmaceutica.

La variabile ticket ha segno negativo, a dimostrare l'efficacia dello strumento nel contenimento dei consumi, e sperabilmente nella sua razionalizzazione.

Emerge anche un effetto di sostituzione fra spesa farmaceutica e ricorso al ricovero.

Appare infine interessante notare come gli individui con titolo di studio basso tendano ad avere un consumo farmaceutico minore: rimane da indagarne le motivazioni (barriere all'accesso, mancanza di informazione e quindi prevenzione) e gli effetti sulla salute.

Ripetendo l'esercizio per le Regioni del Nord, il test di Hausman ha indicato come preferibile il modello a effetti fissi, a dimostrazione di un modello più coerente nei comportamenti regionali.

<sup>13</sup> Per semplicità sono stati omessi i pedici relativi all'anno e alla Regione.

<sup>14</sup> Nella ripartizione del Nord è stata inserita anche la Regione Toscana in quanto organizzativamente assimilabile alle Regioni del Nord.

**Tabella 8 - Coefficienti di regressione su dati panel Nord, anni 1997-2005**

Variabili	Coefficienti	P> z
% pop 75+	44,562	0,000
Costo medio per ricetta	5,412	0,000
% persone senza titolo o con licenza elementare	-2,873	0,003
Costante	-104,994	0,210

Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma, ISTAT e Ministero della Salute

Il modello a effetti fissi spiega il 60,12% della variabile oggetto di studio, sia l'effetto temporale che quello territoriale sono ben spiegati dal modello: l' $R^2$  *within* è, infatti, pari a 93,12% mentre l' $R^2$  *between* risulta uguale al 43,69%.

Si conferma come l'invecchiamento della popolazione incida sulla spesa farmaceutica incrementandola, così come, ovviamente, l'effetto del livello di prezzo. Si conferma altresì che gli individui con titolo di studio basso hanno un consumo farmaceutico minore. Non si colgono invece significativi effetti di sostituzione e di impatto del ticket, come anche effetti attribuibili a inappropriatezza o induzione di domanda.

Così come per l'Italia, per la ripartizione Centro-Sud il modello risultato maggiormente significativo è quello ad effetti *random*, che spiega il 54,26% della variabilità complessiva<sup>15</sup>.

Come era lecito aspettarsi, anche per il Centro-Sud si conferma la significatività delle condizioni socio-economiche (presenza di un crescente numero di individui con titolo di studio alto o medio alto), dell'invecchiamento della popolazione, del livello dei prezzi nello spiegare la spesa farmaceutica.

Tornano però significativi gli impatti dell'inappropriatezza prescrittiva e gli effetti di sostituzione.

**Tabella 9 - Coefficienti di regressione su dati panel Centro-Sud, anni 1997-2005**

Variabili	Coefficienti	P> z
% pop 75 +	26,033	0,000
Costo medio per ricetta	7,712	0,000
Numero di ricette per medico	0,003	0,000
Degenza media ordinari	-14,631	0,014
% persone senza titolo o con licenza elementare	-4,167	0,003
Costante	159,360	0,161

Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma, ISTAT e Ministero della Salute

<sup>15</sup>  $R^2$  *within*=85,02%;  $R^2$  *between*=19,26%.

#### 2.4.8 Conclusioni

Gli interventi di politica pubblica, incentrati principalmente sul contenimento della spesa farmaceutica (si rimanda al capitolo 6 per un'analisi delle politiche industriali), hanno fatto registrare nel 2006 una diminuzione dell'1,03% della spesa farmaceutica territoriale complessiva (pubblica e privata) rispetto all'anno precedente. Si inverte, così, la tendenza al rialzo degli ultimi anni (nel 2005 +1,4% rispetto al 2004). I dati di spesa farmaceutica relativi al primo semestre 2007 evidenziano una diminuzione della spesa farmaceutica territoriale netta, nella misura del -9,5%, rispetto allo stesso periodo del 2006, che potrebbe contenere la spesa farmaceutica 2007 al di sotto del tetto del 13%. Tale decremento non deriva dalla diminuzione del numero delle ricette, che nel quadrimestre subiscono anzi un rialzo del 4,6%, quanto dalla riduzione della spesa media per ricetta (-12,2%) determinata dagli interventi sui prezzi dei medicinali varati dall'Agenzia Italiana del Farmaco<sup>16</sup>, supportati dagli interventi di contenimento varati dalle singole Regioni e dallo scadere di alcuni importanti brevetti che stanno permettendo la diffusione del farmaco generico sul territorio italiano.

Nonostante ci sia una chiara intenzione legislativa nazionale di utilizzare il farmaco generico come medicinale di riferimento per il sistema di rimborso dei medicinali non coperti da brevetto (L. n. 405/2001, art. 7), le misure finora adottate sembrano non essere state sufficientemente efficaci nel promuovere lo sviluppo degli stessi sul territorio italiano.

In particolare, i limiti più importanti all'utilizzo diffuso del farmaco generico sembrano derivare da:

- un'ampia tutela brevettuale dei prodotti farmaceutici che ha prolungato la scadenza di importanti brevetti farmaceutici;
- una differenza di prezzo bassa tra generico *branded* e generico "puro";
- una incentivazione limitata per i farmacisti e i medici;
- un'attività informativa del paziente non ancora sufficiente e prolungata nel tempo.

L'attività politica pubblica di contenimento dei costi farmaceutici (fondata principalmente sul controllo dei prezzi) e la diffusione dei generici non sono però gli unici fattori che influenzano l'andamento della spesa farmaceutica. Il modello econometrico proposto, su dati panel regionale 1997-2005, evidenzia come l'influenza delle variabili socio-economiche, demografiche, di bisogno e di offerta sanitaria siano determinanti nell'evoluzione della spesa farmaceutica.

L'analisi effettuata a livello nazionale e di ripartizioni indica come l'incremento della spesa farmaceutica derivi dall'invecchiamento, ma anche da effetti riconducibili a inappropriata e induzione di domanda.

Il ticket sembra, in generale, dimostrare la sua efficacia come strumento di razionalizzazione della spesa e, sperabilmente, dei consumi.

Si evince anche un effetto di sostituzione con altre tipologie di assistenza, in primo luogo con il ricovero. A livello di ripartizione geografica, nel Nord appare determinarsi un model-

<sup>16</sup> Determina Aifa 27 settembre 2006, pubblicata sulla G.U. del 29 Settembre 2006.

lo comportamentale sufficientemente omogeneo, che ha superato alcuni problemi di inefficienza; per il Centro-Sud, di contro, la situazione appare magmatica, con residue sacche di inappropriatazza e induzione di domanda da parte dell'offerta più marcata.

Infine si conferma che il consumo farmaceutico è legato anche a fattori socio-economici, infatti minori livelli di educazione implicano minori consumi farmaceutici: sembra urgente indagarne le motivazioni (barriere all'accesso, mancanza di informazione e quindi prevenzione), gli effetti sulla salute, ma anche promuovere politiche di salute integrate che guardino anche in generale all'educazione.

### Riferimenti bibliografici

- AIFA (2007), *L'uso dei farmaci in Italia*. Rapporto Nazionale 2006.
- Barrella A, Polistena B, Ratti M, Spandonaro F (2005), *Le politiche farmaceutiche in Italia*, Rapporto CEIS Sanità 2006.
- Danzon P, Furukawa MF (2003), *Price and availability of pharmaceuticals: evidence from nine countries*, Health Affairs Web Exclusive, October 29 2003.
- D. L. n. 323/1996 convertito in L. n. 425/1996.
- Federfarma (2006), *La spesa farmaceutica SSN*, dati gennaio-dicembre 2006.
- Federfarma (2007), *La spesa farmaceutica SSN*. Dati di spesa farmaceutica gennaio-aprile 2007.
- Ghislandi S, Krulichova I, Garattini L (1997), *Pharmaceutical policy in Italy: towards a structural change?* Health Policy 1997;40:103-114.
- L. n. 449/1997 (Legge Finanziaria 1998).
- L. n. 549/1995 (Legge Finanziaria 1996).
- OSMED (2007), *L'uso dei farmaci in Italia*. Rapporto nazionale anno 2006, Roma, giugno 2007.
- Pammolli F, Magazzini L, Papa G, Salerno C (2005), *Generici vs. branded confronto internazionale su prodotti off-patent rimborsati dal SSN*. CERM, Quaderni, febbraio 2005.
- Perry G (2005), *The european generic pharmaceutical market in review: 2006 in beyond*, Journal of Generic Medicine, 2006;4:4-14.
- Simoen S, De Coster S, *Sustaining Generic Medicines (2006)*, *Markets in Europe*. Research Centre for Pharmaceutical Care and Pharmaco-economics, aprile 2006.

## 2.5 - L'assistenza specialistica in Italia

Polistena B.<sup>1</sup>, Rocchetti I.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 2.5.1 Introduzione

L'assistenza specialistica è certamente il tipo di assistenza più frequentemente utilizzata dopo quella farmaceutica, coinvolgendo peraltro prestazioni di diversa natura e complessità.

Il sistema informativo sanitario, storicamente, fornisce i dati di spesa per funzioni frammentandoli: da una parte la gestione diretta e dall'altra i servizi in convenzione/accreditamento. Quest'impostazione, che fu pensata sin dall'origine del SSN, presenta il limite fondamentale di non permettere una valutazione della spesa sanitaria complessivamente

Tabella 1a - Prestazioni per tipologia, anno 2004

Regioni	Totale	Analisi chim. clin., microbiol. etc.	Diagnostica per immagini radiologia diagnostica	Diagnostica per immagini medicina nucleare	Med. fisica	Altre prestazioni
ITALIA	1.126.006.206	851.987.666	51.861.261	3.552.048	81.560.767	137.044.464
Piemonte	88.454.321	67.896.821	3.969.195	121.751	6.356.434	10.110.120
Valle D'Aosta	2.562.148	1.894.990	128.387	2.654	154.430	381.687
Lombardia	218.768.215	166.924.266	9.292.845	432.760	14.301.035	27.817.309
Pr. Aut. Bolzano	7.757.043	4.793.482	299.908	30.338	790.670	1.842.645
Pr. Aut. Trento	10.177.272	8.029.503	441.082	6.349	403.338	1.297.000
Veneto	105.929.864	78.338.554	4.822.784	175.934	7.865.817	14.726.775
F.V. Giulia	20.560.687	16.227.485	723.267	73.830	750.129	2.785.976
Liguria	25.905.543	19.881.752	1.077.264	444.659	1.060.234	3.441.634
E. Romagna	83.958.869	64.192.034	5.810.547	143.453	2.100.358	11.712.477
Toscana	60.883.873	48.065.526	2.637.726	192.938	2.315.727	7.671.956
Umbria	12.313.172	9.255.412	682.489	11.482	349.739	2.014.050
Marche	25.695.088	19.755.051	1.206.042	26.787	1.280.050	3.427.158
Lazio	95.038.351	67.993.965	4.189.836	235.553	14.298.654	8.320.343
Abruzzo	18.880.186	13.968.322	865.453	288.990	1.025.819	2.731.602
Molise	7.907.710	6.012.320	510.728	49.663	458.375	876.624
Campania	115.539.554	87.800.078	5.512.047	398.679	11.654.255	10.174.495
Puglia	58.478.543	43.322.184	2.661.566	436.192	5.683.016	6.375.585
Basilicata	9.897.762	6.859.934	371.228	37.933	1.589.607	1.039.060
Calabria	33.277.377	25.309.306	1.366.874	44.948	2.214.688	4.341.561
Sicilia	93.151.942	73.775.410	3.835.823	288.825	4.035.455	11.216.429
Sardegna	30.868.686	21.691.271	1.456.170	108.330	2.872.937	4.739.978

Fonte: Ministero della Salute

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

te sostenuta per settori fondamentali quali l'ospedaliera e la specialistica. L'introduzione del concetto LEA nell'assetto istituzionale del SSN e il conseguente sviluppo dei sistemi di monitoraggio (costi LEA inaugurato nel 2001) permette oggi di stimare tali voci di spesa distinguendo tra l'apporto pubblico e quello privato. Il presente contributo si propone di analizzare l'assistenza specialistica ambulatoriale, sia da un punto di vista economico-finanziario, sia dal punto di vista della quantità di prestazioni erogate, sia infine dell'allocazione regionale delle stesse.

### 2.5.2 Prestazioni

In Italia vengono erogati annualmente circa 1,1 mld. di prestazioni specialistiche di laboratorio, diagnostica, medicina fisica e riabilitativa e altre prestazioni (cliniche).

La parte preponderante sono prestazioni di laboratorio, che ammontano ad oltre 850 mln. nel 2004 e a oltre 858 mln. nel 2005; seguono le prestazioni di medicina fisica (81 mln. circa), le prestazioni di diagnostica (54 mln. nel 2004 e più di 55 mln. nel 2005), mentre le

**Tabella 1b - Prestazioni per tipologia, anno 2005**

Regioni	Totale	Analisi chim. clin., microbiol. etc.	Diagnostica per immagini radiologia diagnostica	Diagnostica per immagini medicina nucleare	Med. fisica	Altre prestazioni
<b>ITALIA</b>	<b>1.140.172.183</b>	<b>858.337.240</b>	<b>52.511.348</b>	<b>3.133.933</b>	<b>81.669.074</b>	<b>144.520.588</b>
Piemonte	86.223.817	64.811.372	3.963.003	132.875	6.596.615	10.719.952
Valle D'Aosta	2.789.145	2.091.481	129.493	2.965	158.078	407.128
Lombardia	218.957.328	165.757.094	9.612.525	354.992	15.626.597	27.606.120
Pr. Aut. Bolzano	6.695.853	4.284.026	283.467	7.727	505.777	1.614.856
Pr. Aut. Trento	11.490.620	9.151.275	468.792	5.476	450.385	1.414.692
Veneto	109.877.208	81.682.308	5.075.838	234.079	8.238.213	14.646.770
F.V. Giulia	21.648.473	17.370.063	779.568	36.488	697.692	2.764.662
Liguria	34.760.487	25.417.451	1.622.051	290.246	2.027.909	5.402.830
E. Romagna	76.237.997	58.482.021	3.608.801	116.192	1.698.980	12.332.003
Toscana	72.677.085	57.232.487	3.220.331	169.863	2.351.585	9.702.819
Umbria	12.733.413	9.734.211	664.724	3.259	209.702	2.121.517
Marche	28.135.470	21.763.451	1.397.779	44.313	1.323.597	3.606.330
Lazio	69.828.423	47.948.841	2.798.253	343.594	11.590.631	7.147.104
Abruzzo	20.652.593	16.122.368	796.083	176.989	1.014.067	2.543.086
Molise	8.038.335	6.266.391	590.270	10.285	345.933	825.456
Campania	114.636.315	85.856.401	6.267.438	668.774	11.300.668	10.543.034
Puglia	75.350.778	56.085.046	3.691.391	147.038	6.067.747	9.359.556
Basilicata	11.308.222	8.162.211	449.785	13.816	1.744.331	938.079
Calabria	34.967.328	26.156.965	1.682.228	36.675	2.495.305	4.596.155
Sicilia	89.224.516	69.808.316	3.927.831	271.234	3.995.961	11.221.174
Sardegna	33.938.777	24.153.461	1.481.697	67.053	3.229.301	5.007.265

Fonte: Ministero della Salute

altre prestazioni specialistiche ammontano complessivamente a 137 mln. nel 2004 e a 144 mln. nel 2005 (Vd. tabelle 1a e 1b).

L'analisi longitudinale del numero di prestazioni erogate mostra che tra il 2001 e il 2005 le prestazioni nella branca laboratorio hanno registrato un incremento medio annuo del 1,98%, mentre la diagnostica solo dello 0,55% (tabella 2). Per quanto riguarda la medicina fisico-riabilitativa, invece, si è riscontrato un decremento medio annuo pari addirittura al -9,16%. L'andamento è abbastanza irregolare tra le Regioni in tutte e tre le branche considerate. Il *case mix* si è quindi modificato: in assenza di micro dati non si è in grado di ottenerne una stima in valore, ma si consideri che tra il 2003 e il 2005 si è assistito ad un incremento medio annuo del *case mix* del 3,21% per le analisi di laboratorio, dello 0,77% per le prestazioni diagnostiche e del 3,03% per le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa. Tra il 2004 e il 2005 l'incremento nelle tre tipologie considerate risulta pari allo 0,75%, allo 0,42% e allo 0,13%. L'andamento regionale è comunque irregolare: tra il 2004 e il 2005 la Puglia registra l'incremento massimo nelle analisi di laboratorio (pari al 29,46%), al contrario il Lazio presenta la riduzione percentuale maggiore nella stessa branca (-29,48%); per quanto concerne le prestazioni diagnostiche e la medicina fisica e riabilitativa, la Liguria si caratterizza per l'aumento più elevato, pari rispettivamente al 25,65% e al 91,27%.

**Tabella 2 - Incremento percentuale medio annuo (2001-2005) delle prestazioni di specialistica per branca**

Regioni	Analisi chim., clin., microbiol., etc.	Diagnostiche	Medicina fisica e riabilitativa
ITALIA	1,98	0,55	-9,16
Piemonte	1,62	1,96	-0,82
Valle D'Aosta	11,54	3,63	3,91
Lombardia	1,92	0,49	0,12
Pr. Aut. Bolzano	11,81	-0,77	-3,39
Pr. Aut. Trento	24,71	11,67	-1,71
Veneto	1,57	-3,73	-3,87
F.V. Giulia	0,47	-4,19	-13,80
Liguria	2,77	5,02	0,80
E. Romagna	3,03	5,95	-10,04
Toscana	0,35	-4,20	-9,58
Umbria	-0,72	1,45	-26,27
Marche	1,55	0,33	-16,77
Lazio	-9,24	-9,81	-16,40
Abruzzo	12,61	6,72	-9,08
Molise	22,69	26,32	-9,02
Campania	4,07	6,58	-7,30
Puglia	7,21	1,00	0,30
Basilicata	7,19	3,77	-2,41
Calabria	-1,01	5,35	-19,58
Sicilia	2,39	1,40	-26,86
Sardegna	5,16	-4,02	-10,61

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Nello stesso periodo considerato, l'Emilia Romagna registra invece una riduzione percentuale nella diagnostica pari a -37,44% e l'Umbria presenta la riduzione maggiore nella medicina fisica e riabilitativa pari a -40,04%.

**Tabella 3 - Incremento percentuale (2004-2005) delle prestazioni di specialistica per branca**

Regioni	Analisi chim., clin., microbiol., etc.	Diagnostiche	Medicina fisica e riabilitativa
ITALIA	0,75	0,42	0,13
Piemonte	-4,54	0,12	3,78
Valle D'Aosta	10,37	1,08	2,36
Lombardia	-0,70	2,49	9,27
Pr. Aut. Bolzano	-10,63	-11,83	-36,03
Pr. Aut. Trento	13,97	6,00	11,66
Veneto	4,27	6,23	4,73
F.V. Giulia	7,04	2,38	-6,99
Liguria	27,84	25,65	91,27
E. Romagna	-8,90	-37,44	-19,11
Toscana	19,07	19,77	1,55
Umbria	5,17	-3,74	-40,04
Marche	10,17	16,97	3,40
Lazio	-29,48	-29,00	-18,94
Abruzzo	15,42	-15,71	-1,15
Molise	4,23	7,17	-24,53
Campania	-2,21	17,35	-3,03
Puglia	29,46	23,91	6,77
Basilicata	18,98	13,31	9,73
Calabria	3,35	21,75	12,67
Sicilia	-5,38	1,80	-0,98
Sardegna	11,35	-1,01	12,40

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Nel 2004 si registrano in media 19,5 prestazioni specialistiche per abitante: 14,7 prestazioni di laboratorio, 1,0 di diagnostica, 1,4 di medicina fisica e 2,4 di "altre prestazioni specialistiche". La distribuzione regionale nello stesso anno è piuttosto difforme, variando da 24,6 prestazioni per abitante della Regione Molise, a 14,5 della Puglia (tabella 4a).

**Tabella 4a - Prestazioni pro-capite per tipologia, anno 2004<sup>2</sup>**

Regioni	Totale pro-capite	Analisi chim., clin., microbiol. pro-capite	Diagnostiche pro-capite	Medicina fisica pro-capite	Altre prestazioni pro-capite
ITALIA	19,45	14,72	0,96	1,41	2,37
Piemonte	20,71	15,90	0,96	1,49	2,37
Valle D'Aosta	20,99	15,53	1,07	1,27	3,13
Lombardia	23,66	18,05	1,05	1,55	3,01
Trentino A.A.	18,63	13,32	0,81	1,24	3,26
Veneto	22,82	16,87	1,08	1,69	3,17
F.V. Giulia	17,16	13,54	0,67	0,63	2,33
Liguria	16,42	12,60	0,96	0,67	2,18
E. Romagna	20,58	15,73	1,46	0,51	2,87
Toscana	17,07	13,48	0,79	0,65	2,15
Umbria	14,52	10,91	0,82	0,41	2,37
Marche	17,08	13,13	0,82	0,85	2,28
Lazio	18,26	13,06	0,85	2,75	1,60
Abruzzo	14,68	10,86	0,90	0,80	2,12
Molise	24,58	18,69	1,74	1,42	2,72
Campania	20,06	15,24	1,03	2,02	1,77
Puglia	14,47	10,72	0,77	1,41	1,58
Basilicata	16,58	11,49	0,69	2,66	1,74
Calabria	16,54	12,58	0,70	1,10	2,16
Sicilia	18,62	14,75	0,82	0,81	2,24
Sardegna	18,79	13,20	0,95	1,75	2,88

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Per quanto concerne le analisi di laboratorio la Regione con un maggior numero di prestazioni pro-capite è il Molise con una media di 18,7; la Regione ove si registra il numero minimo di prestazioni è invece la Puglia con 10,7.

Passando alla diagnostica, il Molise è ancora la Regione che presenta il valore massimo di prestazioni pro-capite (1,74), mentre il Friuli Venezia Giulia è all'altro estremo, con un numero medio pro-capite di prestazioni diagnostiche pari a 0,67.

Nel settore della medicina fisica il maggior numero di prestazioni si registra nel Lazio (2,75), mentre il minore in Umbria (0,41), con un differenziale di quasi 7 volte.

Infine, relativamente alle altre prestazioni, il Trentino Alto Adige registra un valore medio pro-capite di prestazioni pari a 3,26, mentre la Puglia ha nuovamente il valore più basso (1,58). Nel 2005 il numero medio di prestazioni pro-capite rimane pressoché costante per tutte le tipologie considerate: 19,50 prestazioni totali pro-capite, 14,68 analisi di laboratorio, 0,95 prestazioni di diagnostica pro-capite, 1,40 di medicina fisica e 2,47 di presta-

<sup>2</sup> Non è purtroppo disponibile l'informazione relativa alla suddivisione delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private.

**Tabella 4b - Prestazioni pro-capite per tipologia, anno 2005**

Regioni	Totale pro-capite	Analisi chim., clin., microbiol. pro-capite	Diagnostiche pro-capite	Medicina fisica pro-capite	Altre prestazioni pro-capite
ITALIA	19,50	14,68	0,95	1,40	2,47
Piemonte	19,91	14,97	0,95	1,52	2,48
Valle D'Aosta	22,70	17,02	1,08	1,29	3,31
Lombardia	23,31	17,65	1,06	1,66	2,94
Trentino A.A.	18,66	13,79	0,79	0,98	3,11
Veneto	23,38	17,38	1,13	1,75	3,12
F.V. Giulia	17,97	14,42	0,68	0,58	2,29
Liguria	21,83	15,96	1,20	1,27	3,39
E. Romagna	18,36	14,09	0,90	0,41	2,97
Toscana	20,20	15,91	0,94	0,65	2,70
Umbria	14,82	11,33	0,78	0,24	2,47
Marche	18,53	14,33	0,95	0,87	2,37
Lazio	13,25	9,10	0,60	2,20	1,36
Abruzzo	15,90	12,41	0,75	0,78	1,96
Molise	24,97	19,46	1,87	1,07	2,56
Campania	19,80	14,83	1,20	1,95	1,82
Puglia	18,52	13,79	0,94	1,49	2,30
Basilicata	18,96	13,68	0,78	2,92	1,57
Calabria	17,40	13,02	0,86	1,24	2,29
Sicilia	17,80	13,93	0,84	0,80	2,24
Sardegna	20,57	14,64	0,94	1,96	3,03

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

zioni pro-capite (tabella 4b). Per quanto concerne la distribuzione territoriale delle prestazioni, si riscontra una variabilità regionale abbastanza marcata analoga a quella riscontrata nel 2004.

Nelle analisi di laboratorio il Molise è ancora la Regione con il numero maggiore di prestazioni pro-capite (pari a 19,46), mentre non è più la Puglia ma il Lazio a caratterizzarsi per il numero minore di prestazioni di laboratorio per abitante.

Anche nella diagnostica il Molise è la Regione che presenta il valore massimo di prestazioni pro-capite (1,87), pari al 7,2% in più rispetto al 2004, e il Lazio è all'altro estremo, con un numero medio pro-capite di prestazioni diagnostiche pari a 0,6.

Per la medicina fisica e riabilitativa, nel 2005, il maggior numero di prestazioni si registra in Basilicata (2,92) e nel Lazio (2,20), mentre l'Umbria è ancora la Regione con il minore numero di prestazioni (0,24).

Riassumendo, la dimensione delle differenze registrate è difficilmente spiegabile: per un verso potrebbe indicare l'esistenza di livelli di appropriatezza prescrittivi difformi, dall'altro è presumibile che dipenda anche da carenze nel sistema informativo, quanto meno in termini di classificazione delle prestazioni stesse.

### 2.5.3 Offerta

Relativamente all'offerta di prestazioni specialistiche, i dati relativi al 2004 mostrano che essa viene garantita sul territorio nazionale da 10.541 strutture (ambulatoriali e laboratori); parte di queste erogano prestazioni in più branche.

Erogano prestazioni di laboratorio 4.223 strutture, prestazioni cliniche in 6.637 e sono 3.048 quelle che effettuano diagnostica<sup>3</sup> (tabella 5a).

Delle strutture censite, sono 6.012 quelle private accreditate, pari al 57,3% del totale, mentre sono 4.529 quelle pubbliche.

La distribuzione territoriale pubblico/privato è decisamente difforme fra le Regioni: nella Regione Sicilia la percentuale di strutture private raggiunge l'80,53%, seguita dalla Campania (78,35%); all'altro estremo nella Provincia autonoma di Bolzano le strutture private sono solo il 16,76% (tabella 6a).

Nel 2005 il numero di strutture che garantiscono l'offerta di prestazioni specialistiche sul territorio nazionale è pari a 10.538 (ambulatori e laboratori): quindi 3 strutture in meno rispetto al 2004.

**Tabella 5a - Numero strutture, anno 2004**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
ITALIA	10.541	6637	3048	4223
Piemonte	473	410	183	170
Valle D'Aosta	8	7	4	1
Lombardia	838	654	414	368
Pr. Aut. Bolzano	185	162	66	20
Pr. Aut. Trento	45	37	20	16
Veneto	472	387	156	158
F.V. Giulia	148	133	34	32
Liguria	484	353	154	121
E. Romagna	452	383	184	121
Toscana	964	596	183	165
Umbria	98	78	37	32
Marche	253	168	73	112
Lazio	929	530	358	479
Abruzzo	202	107	56	102
Molise	57	39	22	27
Campania	1.524	625	381	835
Puglia	648	363	140	299
Basilicata	103	68	21	44
Calabria	457	273	121	209
Sicilia	1.808	977	321	820
Sardegna	393	287	120	92

Fonte: Ministero della Salute

<sup>3</sup> La somma è pari a 13.908 in quanto alcune strutture erogano prestazioni in più branche.

Il numero di strutture che erogano prestazioni di laboratorio aumenta, tra il 2004 e il 2005, da 4.223 a 4.258 (+0,8%); le strutture che erogano prestazioni cliniche ammontano a 6.705 (+1,0% rispetto al 2004) e sono 3.049 quelle che effettuano diagnostica (una in più rispetto al 2004<sup>4</sup>) (Vd. tabelle 5b e 5c).

Le strutture private accreditate costituiscono il 56,63% del totale: nel campo delle prestazioni cliniche sono il 41,01% del totale, mentre per la diagnostica sono il 49% (tabella 6b). Le percentuali indicate non sono peraltro indicative del peso reale delle strutture private accreditate, in quanto sono diverse le dimensioni medie sia in funzione delle varie tipologie di struttura, che della loro natura pubblica o privata.

**Tabella 5b - Numero strutture, anno 2005**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
ITALIA	10.538	6705	3049	4258
Piemonte	544	461	197	213
Valle D'Aosta	8	7	4	1
Lombardia	817	647	404	362
Pr. Aut. Bolzano	186	164	68	19
Pr. Aut. Trento	36	31	18	16
Veneto	481	395	159	158
F.V. Giulia	141	126	31	30
Liguria	429	318	125	111
E. Romagna	457	394	195	146
Toscana	1045	644	198	171
Umbria	99	79	37	32
Marche	243	170	71	110
Lazio	951	527	341	458
Abruzzo	209	117	64	110
Molise	60	44	23	29
Campania	1.505	632	373	827
Puglia	662	390	153	310
Basilicata	108	72	21	51
Calabria	457	274	122	207
Sicilia	1.714	930	321	803
Sardegna	386	283	124	94

Fonte: Ministero della Salute

<sup>4</sup> La somma è pari a 13.908 in quanto alcune strutture erogano prestazioni in più branche.

**Tabella 5c - Numero strutture, variazioni percentuali 2004-2005**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Labotatorio
ITALIA	-0,03	1,02	0,03	0,83
Piemonte	15,01	12,44	7,65	25,29
Valle D'Aosta	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	-2,51	-1,07	-2,42	-1,63
Pr. Aut. Bolzano	0,54	1,23	3,03	-5,00
Pr. Aut. Trento	-20,00	-16,22	-10,00	0,00
Trentino A.A.	-3,48	-2,01	0,00	-2,78
Veneto	1,91	2,07	1,92	0,00
F.V. Giulia	-4,73	-5,26	-8,82	-6,25
Liguria	-11,36	-9,92	-18,83	-8,26
E. Romagna	1,11	2,87	5,98	20,66
Toscana	8,40	8,05	8,20	3,64
Umbria	1,02	1,28	0,00	0,00
Marche	-3,95	1,19	-2,74	-1,79
Lazio	2,37	-0,57	-4,75	-4,38
Abruzzo	3,47	9,35	14,29	7,84
Molise	5,26	12,82	4,55	7,41
Campania	-1,25	1,12	-2,10	-0,96
Puglia	2,16	7,44	9,29	3,68
Basilicata	4,85	5,88	0,00	15,91
Calabria	0,00	0,37	0,83	-0,96
Sicilia	-5,20	-4,81	0,00	-2,07
Sardegna	-1,78	-1,39	3,33	2,17

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Tabella 6a - Suddivisione delle strutture pubbliche e private accreditate per branca (valori percentuali), anno 2004**

Regioni	Totale pubbl.	Totale private	Clinica pubbl.	Clinica private	Diagn.ca pubbl.	Diagn.ca private	Laborat. pubbl.	Laborat. private
ITALIA	42,97	57,03	58,64	41,36	50,92	49,08	30,81	69,19
Piemonte	80,55	19,45	82,44	17,56	67,21	32,79	72,94	27,06
Valle D'Aosta	75,00	25,00	71,43	28,57	75,00	25,00	100,00	0,00
Lombardia	40,10	59,90	50,31	49,69	44,20	55,80	41,03	58,97
Pr. Aut. Bolzano	83,24	16,76	83,95	16,05	92,42	7,58	70,00	30,00
Pr. Aut. Trento	80,00	20,00	83,78	16,22	70,00	30,00	68,75	31,25
Veneto	44,70	55,30	50,65	49,35	55,77	44,23	55,70	44,30
F.V. Giulia	72,30	27,70	77,44	22,56	73,53	26,47	62,50	37,50
Liguria	66,74	33,26	78,47	21,53	54,55	45,45	42,98	57,02
E. Romagna	56,86	43,14	61,36	38,64	50,54	49,46	51,24	48,76
Toscana	63,07	36,93	67,79	32,21	54,64	45,36	50,30	49,70
Umbria	77,55	22,45	93,59	6,41	81,08	18,92	59,38	40,63
Marche	64,03	35,97	77,98	22,02	79,45	20,55	53,57	46,43
Lazio	36,06	63,94	58,11	41,89	45,25	54,75	26,10	73,90
Abruzzo	44,06	55,94	56,07	43,93	66,07	33,93	37,25	62,75
Molise	35,09	64,91	48,72	51,28	54,55	45,45	33,33	66,67
Campania	21,65	78,35	46,08	53,92	28,08	71,92	11,74	88,26
Puglia	43,83	56,17	66,39	33,61	60,71	39,29	28,09	71,91
Basilicata	55,34	44,66	75,00	25,00	66,67	33,33	45,45	54,55
Calabria	44,64	55,36	64,84	35,16	55,37	44,63	31,58	68,42
Sicilia	19,47	80,53	31,01	68,99	46,73	53,27	16,46	83,54
Sardegna	51,15	48,85	65,16	34,84	47,50	52,50	44,57	55,43

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Tabella 6b - Suddivisione delle strutture pubbliche e private accreditate per branca (valori percentuali), anno 2005**

Regioni	Totale pubbl.	Totale private	Clinica pubbl.	Clinica private	Diagn.ca pubbl.	Diagn.ca private	Laborat. pubbl.	Laborat. private
ITALIA	43,37	56,63	58,99	41,01	51,00	49,00	32,41	67,59
Piemonte	82,90	17,10	84,16	15,84	70,56	29,44	78,40	21,60
Valle D'Aosta	75,00	25,00	71,43	28,57	75,00	25,00	100,00	0,00
Lombardia	39,53	60,47	48,53	51,47	43,81	56,19	41,71	58,29
Pr. Aut. Bolzano	82,80	17,20	82,93	17,07	89,71	10,29	73,68	26,32
Pr. Aut. Trento	69,44	30,56	77,42	22,58	77,78	22,22	68,75	31,25
Veneto	44,07	55,93	49,62	50,38	54,09	45,91	55,06	44,94
F.V. Giulia	70,92	29,08	76,19	23,81	70,97	29,03	60,00	40,00
Liguria	70,16	29,84	81,45	18,55	58,40	41,60	49,55	50,45
E. Romagna	59,96	40,04	63,96	36,04	52,31	47,69	63,01	36,99
Toscana	63,54	36,46	68,94	31,06	52,53	47,47	49,71	50,29
Umbria	77,78	22,22	93,67	6,33	81,08	18,92	59,38	40,63
Marche	62,55	37,45	76,47	23,53	78,87	21,13	54,55	45,45
Lazio	35,86	64,14	57,12	42,88	42,52	57,48	23,58	76,42
Abruzzo	45,93	54,07	58,12	41,88	67,19	32,81	40,00	60,00
Molise	40,00	60,00	52,27	47,73	52,17	47,83	37,93	62,07
Campania	21,20	78,80	45,41	54,59	27,08	72,92	11,73	88,27
Puglia	44,11	55,89	67,44	32,56	60,13	39,87	29,35	70,65
Basilicata	55,56	44,44	76,39	23,61	71,43	28,57	45,10	54,90
Calabria	44,86	55,14	64,23	35,77	55,74	44,26	31,88	68,12
Sicilia	17,62	82,38	30,75	69,25	47,35	52,65	16,81	83,19
Sardegna	49,74	50,26	62,90	37,10	48,39	51,61	47,87	52,13

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

### 2.5.4 Dimensione delle strutture erogatrici

Dividendo le prestazioni rese per il numero di strutture (per branca) si ottiene un'indicazione, seppure molto approssimata, della dimensione media delle strutture (Vd. tabelle 7a e 7b).

Escludendo la Valle D'Aosta, nella quale è presente una sola azienda ospedaliera e nessuna struttura privata accreditata, nel 2004 la Regione con una più elevata "concentrazione" di prestazioni per struttura è l'Emilia Romagna. La Regione con una maggiore "frammentazione" è la Sicilia. Più in generale possiamo osservare come le Regioni meridionali abbiano un tessuto di ambulatori e laboratori mediamente piccoli, con evidenti rischi di inefficienza. Le differenze sono rilevanti: prendendo, ad esempio, ancora l'Emilia Romagna e la Sicilia, osserviamo come la dimensione media dei laboratori nella prima Regione sia quasi 6 volte maggiore che nella seconda, e quella delle "altre strutture" di circa 2,5 volte.

Nel 2005 la Prov. Auton. di Trento presenta il numero più elevato di prestazioni cliniche per struttura (45.635,23), mentre le prestazioni di laboratorio e quelle di diagnostica per struttura si concentrano maggiormente rispettivamente nelle Regioni del Friuli Venezia Giulia (59.002,10) e del Veneto (33.395,70).

La Prov. Auton. di Bolzano si caratterizza invece per il minor numero medio di prestazioni cliniche e diagnostiche per struttura, pari rispettivamente a 9.846,68 e 4.282,26.

**Tabella 7a - Prestazioni medie per struttura e per branca, anno 2004**

Regioni	Cliniche	Analisi chim., clin., microbiol., etc.	Diagnostiche
ITALIA	20.648,56	201.749,39	18.180,22
Piemonte	24.658,83	399.393,06	22.354,90
Valle D'Aosta	54.526,71	1.894.990,00	32.760,25
Lombardia	42.534,11	453.598,55	23.491,80
Pr. Aut. Bolzano	11.374,35	239.674,10	5.003,73
Pr. Aut. Trento	35.054,05	501.843,94	22.371,55
Trentino A.A.	15.777,11	356.194,03	9.042,76
Veneto	38.053,68	495.813,63	32.043,06
F.V. Giulia	20.947,19	507.108,91	23.444,03
Liguria	9.749,67	164.312,00	9.882,62
E. Romagna	30.580,88	530.512,68	32.358,70
Toscana	12.872,41	291.306,22	15.468,11
Umbria	25.821,15	289.231,63	18.755,97
Marche	20.399,75	176.384,38	16.888,07
Lazio	15.698,76	141.949,82	12.361,42
Abruzzo	25.528,99	136.944,33	20.615,05
Molise	22.477,54	222.678,52	25.472,32
Campania	16.279,19	105.149,79	15.513,72
Puglia	17.563,60	144.890,25	22.126,84
Basilicata	15.280,29	155.907,59	19.483,86
Calabria	15.903,15	121.097,16	11.667,95
Sicilia	11.480,48	89.970,01	12.849,37
Sardegna	16.515,60	235.774,68	13.037,50

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Tabella 7b - Prestazioni medie per struttura e per branca, anno 2005**

Regioni	Cliniche	Analisi chim., clin., microbiol., etc.	Diagnostiche
ITALIA	21.554,15	201.582,25	18.250,34
Piemonte	23.253,69	304.278,74	20.791,26
Valle D'Aosta	58.161,14	2.091.481,00	33.114,50
Lombardia	42.667,88	457.892,52	24.672,07
Pr. Aut. Bolzano	9.846,68	225.475,05	4.282,26
Pr. Aut. Trento	45.635,23	571.954,69	26.348,22
Trentino A.A.	15.536,14	383.865,74	8.900,72
Veneto	37.080,43	516.976,63	33.395,70
F.V. Giulia	21.941,76	579.002,10	26.324,39
Liguria	16.990,03	228.986,05	15.298,38
E. Romagna	31.299,50	400.561,79	19.102,53
Toscana	15.066,49	334.692,91	17.122,19
Umbria	26.854,65	304.194,09	18.053,59
Marche	21.213,71	197.849,55	20.311,15
Lazio	13.561,87	104.691,79	9.213,63
Abruzzo	21.735,78	146.566,98	15.204,25
Molise	18.760,36	216.082,45	26.111,09
Campania	16.682,02	103.816,69	18.595,74
Puglia	23.998,86	180.919,50	25.087,77
Basilicata	13.028,88	160.043,35	22.076,24
Calabria	16.774,29	126.362,15	14.089,37
Sicilia	12.065,78	86.934,39	13.081,20
Sardegna	17.693,52	256.951,71	12.489,92

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In termini di rapporto alla popolazione servita, nel 2004 abbiamo un bacino di utenza medio degli ambulatori e laboratori pari a 5.492 abitanti per struttura (tabella 8a). Anche in questo caso il dato è geograficamente molto variabile, si passa da un numero di abitanti medio per struttura pari a 15.255 della Valle d'Aosta a quello della Sicilia pari a 2.767.

Riferendosi alla singola branca, si osserva un numero medio di abitanti per struttura pari a 8.722, 18.992 e 13.708 rispettivamente nelle branche clinica, diagnostica e laboratorio.

A livello regionale il dato appare piuttosto variabile: nelle branche clinica e diagnostica si registra un valore massimo rispettivamente in Valle d'Aosta (17.434) e in Friuli Venezia Giulia (35.241) e uno minimo in Liguria, sia per la clinica (di 4.469 abitanti) che per la diagnostica (10.243). Nella branca delle analisi di laboratorio, invece, la Valle d'Aosta raggiunge il massimo numero medio di abitanti per struttura, pari a 122.140; la Sicilia si caratterizza per il bacino di utenza minimo, pari a 6.102 abitanti.

Nel 2005 il bacino di utenza medio degli ambulatori e laboratori è pari a 5.548 abitanti per struttura, +1,02% rispetto al 2004 (Vd. tabelle 8b e 8c); nello specifico si hanno in media 8.719, 19.174, 13.730 abitanti per struttura rispettivamente nelle branche di clinica, diagnostica e laboratorio (-0,03%, 0,96%, +0,16% del 2004).

La variabilità regionale continua ad essere rilevante: per quanto riguarda la branca clinica il

**Tabella 8a - Bacini medi di utenza delle strutture  
(abitanti per struttura), anno 2004**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
ITALIA	5.492	8.722	18.992	13.708
Piemonte	9.028	10.415	23.335	25.119
Valle D'Aosta	15.255	17.434	30.510	122.040
Lombardia	11.034	14.139	22.335	25.127
Trentino A.A.	4.185	4.837	11.191	26.735
Veneto	9.837	11.997	29.762	29.385
F.V. Giulia	8.096	9.009	35.241	37.443
Liguria	3.259	4.469	10.243	13.037
E. Romagna	9.028	10.654	22.177	33.723
Toscana	3.699	5.983	19.487	21.613
Umbria	8.653	10.872	22.920	26.501
Marche	5.948	8.957	20.614	13.436
Lazio	5.603	9.821	14.539	10.867
Abruzzo	6.366	12.018	22.962	12.607
Molise	5.644	8.249	14.623	11.915
Campania	3.780	9.217	15.119	6.899
Puglia	6.236	11.132	28.864	13.515
Basilicata	5.796	8.779	28.429	13.568
Calabria	4.401	7.368	16.623	9.624
Sicilia	2.767	5.121	15.586	6.102
Sardegna	4.181	5.725	13.692	17.860

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Tabella 8b - Bacini medi di utenza delle strutture  
(abitanti per struttura), anno 2005**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
ITALIA	5.548	8.719	19.174	13.730
Piemonte	7.960	9.393	21.981	20.329
Valle D'Aosta	15.359	17.553	30.717	122.868
Lombardia	11.497	14.518	23.250	25.948
Trentino A.A.	4.390	4.998	11.333	27.846
Veneto	9.771	11.899	29.559	29.747
F.V. Giulia	8.544	9.561	38.862	40.157
Liguria	3.712	5.007	12.738	14.345
E. Romagna	9.084	10.536	21.289	28.434
Toscana	3.443	5.587	18.173	21.043
Umbria	8.676	10.873	23.215	26.842
Marche	6.250	8.934	21.391	13.807
Lazio	5.542	10.000	15.454	11.506
Abruzzo	6.217	11.105	20.301	11.812
Molise	5.366	7.317	13.998	11.102
Campania	3.847	9.160	15.520	7.000
Puglia	6.145	10.431	26.589	13.123
Basilicata	5.524	8.285	28.407	11.697
Calabria	4.397	7.333	16.469	9.707
Sicilia	2.925	5.390	15.617	6.243
Sardegna	4.275	5.831	13.307	17.554

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Tabella 8c - Bacini medi di utenza delle strutture (abitanti per struttura), variazioni percentuali 2004-2005**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
ITALIA	1,02	-0,03	0,96	0,16
Piemonte	-11,83	-9,81	-5,80	-19,07
Valle D'Aosta	0,68	0,68	0,68	0,68
Lombardia	4,19	2,68	4,10	3,27
Trentino A.A.	4,91	3,34	1,26	4,16
Veneto	-0,67	-0,82	-0,68	1,23
F.V. Giulia	5,54	6,13	10,28	7,25
Liguria	13,88	12,05	24,36	10,03
E. Romagna	0,62	-1,10	-4,00	-15,68
Toscana	-6,92	-6,62	-6,74	-2,64
Umbria	0,26	0,01	1,29	1,29
Marche	5,08	-0,26	3,77	2,76
Lazio	-1,10	1,82	6,29	5,89
Abruzzo	-2,34	-7,60	-11,59	-6,31
Molise	-4,92	-11,29	-4,27	-6,82
Campania	1,77	-0,62	2,65	1,47
Puglia	-1,46	-6,30	-7,88	-2,90
Basilicata	-4,70	-5,63	-0,08	-13,79
Calabria	-0,10	-0,47	-0,92	0,86
Sicilia	5,69	5,26	0,20	2,32
Sardegna	2,24	1,84	-2,82	-1,71

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

numero medio di abitanti per struttura più alto continua a registrarsi in Valle d'Aosta (17.553) e si incrementa dello 0,68% rispetto al 2004; la Valle d'Aosta si caratterizza per un bacino di utenza maggiore anche per quanto riguarda la branca di laboratorio (122.868), al contrario il Trentino A.A. (4.998) presenta un numero minore di abitanti per struttura che eroga prestazioni cliniche (tale numero è maggiore del 3,34% rispetto a quello del 2004) e la Sicilia presenta il minimo valore relativamente alle prestazioni di laboratorio (6.243 in v.a. e +2,32% rispetto al 2004).

Relativamente alla diagnostica, il Friuli Venezia Giulia presenta il bacino di utenza maggiore (38.862) che è aumentato del 10,28% rispetto al 2004, al contrario il Trentino A. A. si caratterizza per un numero minore di abitanti medi per struttura pari a 11.333 (+1,26%).

Il quadro complessivo che emerge dai dati forniti può essere riassunto nel sottolineare la pervasività dell'assistenza specialistica che, dopo quella farmaceutica, è la tipologia di assistenza che genera maggiori contatti dei cittadini con il SSN ed è più capillarmente diffusa sul territorio.

Il contributo del settore privato (accreditato) è rilevante, sebbene con caratteristiche diverse sul territorio; in particolare i dati disponibili dimostrano come siano difforni le pratiche di accreditamento a livello regionale e come nel Sud si registri una forte frammentazione delle strutture, mediamente di piccola dimensione.

Complessivamente si assiste ad un progressivo aumento delle dimensioni medie delle struttu-

**Tabella 9a - Stima della spesa specialistica pubblica e privata (valori percentuali), anno 2004**

Regioni	Quota specialistica su totale spesa sanitaria 2001	Quota spesa spec. str. pubbliche	Quota spesa spec. str. private
ITALIA	11,7	69,5	30,5
Piemonte	14,7	82,0	18,0
Valle d'Aosta	11,0	78,3	21,7
Lombardia	12,7	66,8	33,2
Pr. Aut. Bolzano	13,8	96,3	3,7
Pr. Aut. Trento	13,8	91,9	8,1
Veneto	11,3	70,4	29,6
FVG	12,5	78,7	21,3
Liguria	13,9	86,9	13,1
E. Romagna	14,9	89,2	10,8
Toscana	13,9	87,4	12,6
Umbria	13,6	93,9	6,1
Marche	15,4	89,9	10,1
Lazio	10,2	51,5	48,5
Abruzzo	8,7	71,1	28,9
Molise	9,8	74,1	25,9
Campania	9,1	35,1	64,9
Puglia	8,3	58,1	41,9
Basilicata	8,8	80,4	19,6
Calabria	9,8	62,2	37,8
Sicilia	9,8	43,7	56,3
Sardegna	8,9	67,3	32,7

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati ASSR

re. Non si è, purtroppo, ancora in grado, con i dati messi a disposizione, di separare l'effettivo apporto delle strutture private e pubbliche in termini di quantità e qualità delle prestazioni.

### 2.5.5 Spesa e tariffe

L'attività specialistica sinteticamente descritta comporta un costo per il SSN difficilmente quantificabile, a causa della carenza di sistemi informativi atti a desumere dalla contabilità delle strutture ospedaliere pubbliche l'onere attribuibile all'attività specialistica ambulatoriale erogata intra-ospedale. L'unica stima "ufficiale" del costo complessivo della specialistica attualmente disponibile è quella fornita dalle Regioni nell'ambito della cosiddetta rilevazione dei "costi dei LEA".

Con riferimento all'anno 2001, ultimo anno per il quale sono stati pubblicati i dati, l'onere complessivo per la specialistica era pari, in media, all'11,7% della spesa sanitaria pubblica totale<sup>5</sup>,

<sup>5</sup> I dati di Prov. Auton. di Bolzano, Molise e Sicilia sono frutto di stime

**Tabella 9b - Stima della spesa specialistica pubblica e privata (valori percentuali), anno 2005**

Regioni	Quota specialistica su totale spesa sanitaria 2001	Quota spesa spec. str. pubbliche	Quota spesa spec. str. private
ITALIA	11,7	70,1	29,9
Piemonte	14,7	82,4	17,6
Valle d'Aosta	11,0	77,8	22,2
Lombardia	12,7	69,0	31,0
Pr. Aut. Bolzano	13,8	95,8	4,2
Pr. Aut. Trento	13,8	90,8	9,2
Veneto	11,3	67,5	32,5
FVG	12,5	81,6	18,4
Liguria	13,9	86,1	13,9
E. Romagna	14,9	87,6	12,4
Toscana	13,9	86,4	13,6
Umbria	13,6	93,6	6,4
Marche	15,4	89,7	10,3
Lazio	10,2	55,4	44,6
Abruzzo	8,7	76,9	23,1
Molise	9,8	57,8	42,2
Campania	9,1	33,6	66,4
Puglia	8,3	58,4	41,6
Basilicata	8,8	79,9	20,1
Calabria	9,8	68,0	32,0
Sicilia	9,8	49,9	50,1
Sardegna	8,9	62,9	37,1

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati ASSR

avvicinandosi di molto all'onere per la farmaceutica; si tratterebbe in definitiva della terza voce di spesa pubblica dopo Ospedaliera e Farmaceutica (tabella 9a). Qualora le percentuali indicate fossero rimaste stabili, al 2006 la spesa totale per specialistica dovrebbe ammontare ad un valore compreso fra € 11,4 e 12,5 mld.

Con i dati disponibili (come detto in parte fermi al 2001), si sono stimate le quote regionali di spesa per specialistica attribuibili alle strutture pubbliche e private accreditate; i valori regionali relativi alla spesa specialistica pubblica sono stati stimati per differenza, ovvero considerando le percentuali di spesa specialistica totale dichiarate dalle Regioni nell'ambito dei cosiddetti costi LEA, e l'ammontare di spesa sanitaria convenzionata il cui dato è invece routinariamente disponibile<sup>6</sup>.

L'onere sostenuto per la remunerazione delle strutture private accreditate è pari a € 3,5 mld. nel 2006. Appare interessante notare che la spesa sarebbe imputabile per il 70/71% alle strut-

<sup>6</sup> Per la Prov. Auton. di Bolzano, il Molise e la Sicilia, non essendo disponibili le percentuali di spesa specialistica sul totale, è stato applicato il coefficiente di riproporzionamento di Trento (per Bolzano) e della Calabria (per Molise e Sicilia).

**Tabella 9c - Stima della spesa specialistica pubblica e privata (valori percentuali), anno 2006**

Regioni	Quota specialistica su totale spesa sanitaria 2001	Quota spesa spec. str. pubbliche	Quota spesa spec. str. private
ITALIA	11,7	69,2	30,8
Piemonte	14,7	81,9	18,1
Valle d'Aosta	11,0	77,6	22,4
Lombardia	12,7	68,8	31,2
Pr. Aut. Bolzano	13,8	96,0	4,0
Pr. Aut. Trento	13,8	90,2	9,8
Veneto	11,3	65,0	35,0
FVG	12,5	80,1	19,9
Liguria	13,9	85,9	14,1
E. Romagna	14,9	87,4	12,6
Toscana	13,9	86,2	13,8
Umbria	13,6	93,7	6,3
Marche	15,4	90,1	9,9
Lazio	10,2	56,2	43,8
Abruzzo	8,7	76,0	24,0
Molise	9,8	64,4	35,6
Campania	9,1	28,5	71,5
Puglia	8,3	56,3	43,7
Basilicata	8,8	79,1	20,9
Calabria	9,8	62,3	37,7
Sicilia	9,8	47,5	52,5
Sardegna	8,9	60,4	39,6

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati ASSR

ture pubbliche e per il 29/30% a quelle private accreditate. In altri termini pur rappresentando circa la metà delle strutture, alle strutture private accreditate sarebbe imputabile meno di un terzo della spesa, anche per effetto di una presumibile dimensione media inferiore.

Le tabelle che seguono (tabelle 9b e 9c) mostrano le stime delle quote di spesa a livello regionale per specialistica, attribuibili alle strutture pubbliche e private accreditate, nell'ipotesi che le percentuali della spesa specialistica sul totale della spesa sanitaria siano rimaste uguali dal 2001 ad oggi.

Si confermano rilevanti differenze regionali: in generale possiamo osservare come nel Nord, più che nel Sud, una quota maggiore della spesa specialistica è concentrata nelle strutture pubbliche.

### 2.5.6 Evoluzione della spesa specialistica

La spesa specialistica accreditata è cresciuta più rapidamente di quella totale nel periodo 2001-2004: il 7,4% medio annuo, contro il 4,7% medio annuo del totale della spesa sanitaria.

Si consideri altresì che su un orizzonte più ampio (1990-2004) la crescita della spesa specialistica convenzionata risulta nulla: secondo i dati ISTAT, la spesa attuale sarebbe sugli stessi livel-

li del 1990.

Analizzando la situazione negli anni più recenti si ha che tra il 2004 e il 2005 la spesa specialistica accreditata è cresciuta in media del 4,44%, la spesa per il personale del 7,64%, quella per i beni e servizi del 14,80%, mentre la spesa farmaceutica è diminuita in un anno dell'1,68%. Tra il 2005 e il 2006 la spesa specialistica accreditata continua a crescere dell'8,59% e più rapidamente della spesa sanitaria totale che in un anno si incrementa del 5,11%; per confronto, la spesa per il personale e per i beni e servizi aumenta rispettivamente del 5,03% e del 5,86% mentre l'incremento della spesa farmaceutica è pari a +4,23%.

Nell'interpretazione dell'andamento della spesa specialistica è necessario tenere conto di numerosi fattori: crescita del numero delle prestazioni, modifiche nel *case-mix* delle stesse (ovvero del valore medio delle stesse), infine delle modifiche tariffarie<sup>7</sup>.

### 2.5.7 Il sistema tariffario

Il terzo fattore di variazione sopra citato è rappresentato dalle modifiche del sistema tariffario. Le tariffe vigenti sono il frutto di modifiche regionali del tariffario apposto al nomenclatore del 1996, che segue a quello del 1981; tali modifiche hanno peraltro portato a variazioni rilevanti fra le singole tariffe e fra i nomenclatori regionali. Secondo una rilevazione dell'ASSR (2004), sono comuni scarti rilevanti fra le tariffe applicate regionalmente (anche al netto dei tetti applicati alle strutture private): per la branca del Laboratorio, ad esempio, sono frequenti scarti dell'ordine del 50%, con punte che arrivano al 380%, a fronte di tariffe che per alcune prestazioni sono state ridotte anche del 35% e per altre (incentivo agli screening) sono state aumentate di quasi il 300%. Analogamente per la Radiologia abbiamo riduzioni fino al 20% e aumenti fino al 60%, con differenze fra Regioni che arrivano al 250%. Per la Diagnostica Strumentale le differenze sono ancora maggiori: abbiamo riduzioni fino al 75% e aumenti fino al 450%, con differenze fra Regioni che arrivano al 960%.

L'analisi effettuata dall'ASSR nel 2004 sulle tariffe di alcune delle prestazioni più frequenti dimostra che solo pochissime Regioni hanno garantito la copertura degli aumenti di costo derivanti dall'inflazione. Si evidenzia quindi per le strutture private (quelle pubbliche sono di fatto pagate in base ai costi e non a tariffa) una perdita reale in termini di fatturato, con il rischio che, qualora il tariffario del 1996 fosse sufficientemente corretto, questo disincentivi la qualità delle prestazioni e inneschi comportamenti opportunistici e inappropriati.

Considerando che, in media, le tariffe attuali non si discostano in modo rilevante da quelle fissate nel 1996, possiamo stimare la perdita reale di fatturato in termini degli aumenti di altre variabili di riferimento. Fra il 1996 e oggi, registriamo infatti che l'inflazione cumulata è pari al 29%, il PIL è cresciuto di oltre il 44%, il finanziamento di quasi l'84%, la spesa sanitaria è aumentata dell'85%; passando ai fattori produttivi, dal 2000 le retribuzioni del personale dipendente sono aumentate fra il 20 e il 40% a seconda delle Regioni. Si consideri che tale dato, per quanto eclatante, sottostima il fenomeno della perdita di "potere di acquisto" delle tariffe, in quanto non tiene conto dei tetti finanziari e/o di volume, che in molte Regioni deprimono nei

<sup>7</sup> Un'altra questione che è necessario considerare nell'interpretazione dei trend della spesa specialistica, e che non viene affrontata in questo contesto, è quella relativa al progressivo "spostamento" delle prestazioni di Ospedaliera e PS al regime ambulatoriale.

fatti ancor più la tariffa realmente riconosciuta alle strutture private accreditate.

Si deve altresì considerare che la Finanziaria 2007 ha previsto una ulteriore riduzione delle tariffe di laboratorio automatizzabili, inizialmente del 50%, poi ridotta al 20%, da cui il Governo si aspettava in origine una riduzione di spesa pubblica di € 226 mln., ridotta poi a circa € 90 mln. Tale manovra, qualora desse il gettito previsto, inciderebbe teoricamente sul fatturato delle strutture private per circa € 110 mln., pari ad una ulteriore riduzione di circa il 3% della spesa tendenziale e un valore certamente più alto sui fatturati dei laboratori (ricordiamo che non tutte le strutture erogano prestazioni di laboratorio). Tale manovra appare di dubbia consistenza logica, in quanto assume che il costo rilevante delle prestazioni sia quello di "produzione", trascurando i costi relativi alle fasi accessorie del servizio, che sono invece particolarmente rilevanti nel caso di prestazioni generalmente di costo unitario molto ridotto. Inoltre appare di dubbia rilevanza finanziaria per il SSN, incidendo piuttosto significativamente su un settore già frenato da un mancato aggiornamento delle tariffe.

Si consideri infine che nella manovra appaiono elementi che mettono in dubbio la quantificazione dei risparmi effettuata dal Governo.

In primo luogo la percentuale di riduzione media delle tariffe rischia di non essere omogenea, in quanto molte Regioni potrebbero averla applicata a partire dalla tariffa nazionale 1996 e non da quelle rideterminate localmente.

In secondo luogo la stima sconta una divisione del valore delle prestazioni 50-50, mentre sembra più probabile (dai dati sopra esposti sui costi dei LEA) che così si sovrastimi la quota privata.

Infine non sembra si sia tenuta nel debito conto la correlazione con la fuoriuscita dal SSN delle prestazioni di basso importo, legata alla contemporanea manovra che ha imposto un ticket in cifra fissa sulle prescrizioni di specialistica (di recente abolito).

Consideriamo, ancora, che si paventa una situazione in cui i cittadini non esenti finiscono per pagare quasi completamente l'assistenza ricevuta, con potenziali problemi di equità ancora da stimare compiutamente.

### **2.5.8 Conclusioni**

Il contributo proposto evidenzia diversi aspetti: dal punto di vista dell'offerta, ad esempio, si nota una presenza rilevante del settore privato (accreditato), ma con forti irregolarità territoriali. Differenze regionali si riscontrano anche nella distribuzione pro-capite delle varie tipologie di prestazioni e nella dimensione delle strutture: il Sud Italia presenta una più forte frammentazione delle strutture erogatrici di assistenza, mediamente di piccola dimensione.

L'analisi longitudinale rivela complessivamente un aumento nella quantità di prestazioni erogate, ma anche un perpetuarsi nel tempo della variabilità osservata fra Regioni e più in generale tra ripartizioni.

Notiamo infine che la spesa per specialistica accreditata cresce negli ultimi anni a ritmi maggiori rispetto alla spesa sanitaria totale, non è però dato sapere come cresca il costo nelle strutture pubbliche; inoltre, le politiche tese al risparmio rischiano di essere poco selettive e quindi efficaci, rischiando piuttosto di innescare distorsioni di mercato anche a scapito della qualità delle prestazioni.

## 2.6 - I modelli regionali di integrazione socio-sanitaria: un'indagine empirica<sup>1</sup>

Cepiku D.<sup>2</sup>, Marino A.<sup>2</sup>

### 2.6.1 L'integrazione socio-sanitaria: normativa ed evoluzione

Il sistema di *welfare* italiano ha storicamente assunto, come uno dei propri capisaldi, il principio dell'integrazione sociosanitaria (Longo, 2001). Con questo termine, si fa riferimento al coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, volto a dare risposte unitarie e integrate alla crescente domanda di salute, sempre più complessa, attraverso il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

Il mutamento del quadro demografico, sociale e culturale avvenuto in Italia negli ultimi decenni ha provocato un aumento dei bisogni delle fasce più deboli della popolazione: si tratta di bisogni compositi<sup>3</sup> che determinano domande multidimensionali a cui occorre rispondere in maniera efficace attraverso interventi integrati. Il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, contribuendo al raggiungimento di uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale (WHO, 1946)<sup>4</sup>.

Il tema dell'integrazione e del coordinamento fra servizi sociali e sanitari cattura l'attenzione e l'impegno di approfondimento di politici, programmatori e operatori del settore a cominciare dagli anni '70 ma è a partire dal D.Lgs. n. 229/1999 che si inizia a dare forza al tema dell'integrazione socio-sanitaria e si dà avvio ad una prima definizione delle prestazioni e dei principali attori coinvolti nell'organizzazione e nella gestione di tale forma assistenziale. Tuttavia, il riferimento normativo fondamentale in merito all'integrazione socio-sanitaria è costituito dall'"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" (DPCM 14 febbraio 2001).

Nella tabella 1 si riportano i principali provvedimenti legislativi che trattano di integrazione socio-sanitaria, accompagnati da brevi riepiloghi tematici.

<sup>1</sup> La ricerca è frutto della riflessione comune degli autori. In fase di stesura dello stesso sono da attribuirsi ad A. Marino il paragrafo 1 e a D. Cepiku i paragrafi 2, 3 e 4.

<sup>2</sup> Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>3</sup> Per approfondimenti sul percorso generativo dei bisogni, si veda Cepolina, 2002.

<sup>4</sup> Il concetto di salute, sulla base della Costituzione del World Health Organization (WHO), è definito come "state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (World Health Organization, 1946).

**Tabella 1 – I principali riferimenti normativi in tema di integrazione socio-sanitaria**

<p>DPR n. 616/1977</p>	<p>Prevede che “tutte le funzioni amministrative relative all’organizzazione e alla erogazione dei servizi di assistenza e di beneficenza [...] sono attribuite ai Comuni [...]. La Regione determina con legge, sentiti i comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli enti locali territoriali e, se necessario, promuovendo [...] forme anche obbligatorie di associazione fra gli stessi. Gli ambiti territoriali di cui sopra devono concernere contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitari.</p>
<p>L. n. 833/1978</p>	<p>La legge istitutiva del SSN stabilisce quale principio fondamentale la globalità del problema della salute intesa come benessere fisico, psico-sociale e la relativa tutela su tutto il territorio nazionale; spetta alle Regioni “coordinare l’intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle Regioni”. L’Unità sanitaria locale è individuata quale luogo di possibile integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali.</p>
<p>L. n. 730/1983</p>	<p>Prevede che “per l’esercizio delle proprie competenze nell’attività di tipo socio-assistenziale, gli enti locali possono avvalersi, in tutto o in parte, delle USL, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del Fondo Sanitario Nazionale gli oneri dell’attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali”. Non trovano ancora adeguata identificazione le attività di rilievo socio-sanitario connesse con quelle di tipo assistenziale.</p>
<p>DPCM 8/8/1985</p>	<p>Si precisa che: “le attività di rilievo sanitario connesse a quelle di tipo socio-assistenziali [...] sono quelle che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano diretti immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell’attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l’attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti”. Si individuano le categorie di persone interessate da questo tipo di intervento: i malati di mente; i portatori di handicap; i tossicodipendenti, gli anziani non autosufficienti. Questo decreto ha raggiunto l’obiettivo fondamentale di rendere disponibili le risorse necessarie per avviare un primo tentativo di integrazione delle prestazioni sanitarie e quelle socio-assistenziali: le attività esclusivamente socio-assistenziali non dovevano gravare sul Fondo Sanitario Nazionale, mentre per le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali era prevista l’imputazione degli oneri a carico della sanità.</p>
<p>D.Lgs. n. 502/1992 e D.Lgs. n. 517/1993</p>	<p>Nel sancire la separazione delle risorse materiali, economiche, umane tra l’ambito sanitario e quello socio-assistenziale e la possibilità di gestione unitaria attraverso la delega, i decreti hanno stimolato un ripensamento complessivo della tematica dell’integrazione. Con questi decreti si distinguono le funzioni politiche di governo e le funzioni tecniche di gestione. Le funzioni di governo sono così suddivise: a livello centrale è affidato l’esercizio della funzione programmatrice, espressa attraverso il piano sanitario nazionale in cui si definiscono i livelli uniformi di assistenza e anche le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario; alle Regioni spetta la ridefinizione complessiva del sistema regionale e la definizione delle aziende sanitarie; agli enti locali spetta il diritto dovere di farsi carico dei bisogni socio-sanitari della comunità locale. Inoltre, i tre livelli menzionati sono tenuti anche a perseguire l’integrazione dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali. Non sono definite le modalità per realizzare questa integrazione, nel rispetto degli oneri sui diversi fondi di riferimento per le prestazioni sanitarie e per quelle socio-assistenziali.</p>

Segue

<p>Segue tabella 1</p> <p>D.Lgs. n. 229/1999</p>	<p>A fine anni '90 si ribadisce che le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale. Con questo decreto legislativo, si riconferma altresì che l'integrazione deve essere affrontata dalla legislazione regionale con i piani di zona dei servizi socio-sanitari, incentivando economicamente la gestione integrata dei servizi, tramite delega gestionale o accordi di programma, predisponendo progetti e azioni finalizzate a questo obiettivo. L'art. 3-septies identifica l'integrazione socio-sanitaria con "tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute alla persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni a protezione sociale".</p>
<p>L. n. 328/2000</p>	<p>La legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali ribadisce la centralità del territorio per la realizzazione, attraverso i piani di zona, della rete di servizi sociali e il loro coordinamento e la loro integrazione con gli interventi sanitari. Comunque la legge subordina il tutto a indirizzi regionali e soprattutto alla sostenibilità delle spese.</p>
<p>DPCM 14/02/2001</p>	<p>Con l'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie sono identificate le prestazioni relative all'area socio-sanitaria, i principi di programmazione e di organizzazione delle attività e i criteri di finanziamento delle stesse.</p>
<p>DPCM 29/11/2001</p>	<p>Il DPCM che definisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) in relazione al capitolo dedicato all'integrazione socio-sanitaria indica le percentuali di costo non imputabili al SSN per le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano distinguibili e stabilisce che rimangono a carico del Comune e/o degli utenti le percentuali dei costi relative ad alcune prestazioni (allegato 1C).</p>

Fonte: elaborazione propria.

Dal complesso quadro normativo poc'anzi descritto emergono diverse sfaccettature del concetto di integrazione socio-sanitaria e ruoli di *policy* e gestionali per i diversi attori istituzionali e livelli di governo.

Le "prestazioni socio-sanitarie" sono definite come quelle attività atte a soddisfare, mediante percorsi integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Esse sono classificate, in base alla prevalenza dei bisogni (natura del bisogno, complessità e intensità dell'intervento assistenziale, durata) e delle risorse implicate nei processi assistenziali, in (DPCM 14 febbraio 2001):

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;
- prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Avremo prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nei casi in cui l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità di integrazione con altri fattori e responsabilità sociali. Al contrario avremo prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, ogni volta che l'intervento avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute che possono trovare soluzione efficace con processi di inserimento e integrazione sociale. Vi è, inoltre, un'altra categoria che fa riferimento alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria che, data l'intensità del fabbisogno sanitario a cui esse devono rispondere, rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del fondo sanitario nazionale. Tali prestazioni sono

caratterizzate dalla inscindibilità degli apporti professionali sanitari e sociali e dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi stessi e attengono prevalentemente alle aree di bisogno dove è più frequente la necessità di integrazione tra sanitario e sociale.

L'integrazione socio-sanitaria dovrebbe realizzarsi a tre principali livelli:

- istituzionale, in termini di collaborazione tra aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc. che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni, gli accordi di programma, i protocolli d'intesa in cui devono essere specificati, oltre gli obiettivi da raggiungere nella singola area, anche le competenze di ogni soggetto istituzionale coinvolto, le risorse messe a disposizione, le modalità per la gestione integrata, tutti gli strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione partecipata;
- gestionale, ovvero a livello di struttura operativa, in modo unitario nel distretto<sup>5</sup> e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Si realizza attraverso l'integrazione delle risorse delle diverse istituzioni;
- professionale, strettamente correlata alla presenza della cultura dell'integrazione e alla condivisione e interiorizzazione delle logiche proprie del lavoro d'équipe e del lavoro di squadra, presuppone l'esistenza di un piano o programma d'intervento, di procedure operative chiare e la presenza di obiettivi comuni e condivisi; si realizza tra diverse figure professionali e all'interno dello stesso servizio e con servizi facenti capo ad altre istituzioni. Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: (a) la costituzione di unità valutative integrate, (b) la gestione unitaria della documentazione, (c) la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, (d) la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, (e) la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, (f) la collaborazione tra strutture residenziali e servizi domiciliari territoriali, (g) la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, (h) l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

Un ulteriore grado di integrazione, ricompreso tra i precedenti ma che vale la pena sottolineare, riguarda il livello finanziario in cui si delinea l'imputazione ai fondi dei due comparti sanitario e sociale, rispettivamente per le attività e prestazioni sanitarie e quelle assistenziali a rilievo sanitario. Una corretta ripartizione degli oneri relativi alle prestazioni socio-sanitarie è possibile a condizione che nella programmazione finanziaria siano definite chiaramente le quote di responsabilità di ogni ente rispetto alle attività da garantire. Risulta evidente, pertanto, l'importanza da attribuire in sede programmatoria alla definizione di accordi tra tutte le istituzioni coinvolte nel processo. In sintesi, l'integrazione socio-sanitaria consiste nel mettere in rete le risorse umane, professionali, finanziarie e strutturali di un territorio per rispondere al bisogno globale di salute dei cittadini/utenti.

<sup>5</sup> Il D.Lgs. n. 229/1999 identifica il distretto quale luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria. In merito al concetto di distretto inteso come modello istituzionale e/o come modello economico-aziendale si veda Testa, Buccione, 2002; Longo, 1999; Marceca, Orzella, 2004.

Il secondo aspetto che emerge dalla normativa riguarda il ruolo dei diversi attori istituzionali: Azienda sanitaria o ospedaliera, ente locale, Regione, eccetera. Il processo di tutela della salute, infatti, è tutt'altro che limitato all'interno di una singola struttura (Borgonovi e Meneguzzo, 1985). Una reale integrazione è possibile soltanto attraverso il coinvolgimento e la partecipazione coordinata di tutti i diversi soggetti coinvolti nel processo, al fine di sviluppare una strategia unitaria e garantire una risposta completa ai bisogni sempre più complessi che la comunità esprime.

In particolare, in seguito alla riforma del titolo V della Costituzione, le Regioni e gli enti locali, in virtù di una maggiore responsabilizzazione e in qualità di garanti dello sviluppo dei diritti di cittadinanza, hanno visto accrescere il proprio ruolo di attori fondamentali nella realizzazione del sistema sanitario e di *welfare* locale.

Se l'azienda ospedaliera ha dei compiti specifici e non può svolgere le funzioni vicarie delle attività che sono invece proprie della medicina del territorio, quest'ultima è tuttora costituita da entità sparse che si stenta a vedere cooperanti in maniera ordinata tra di loro e con gli ospedali. Una situazione migliore si registra in quelle Regioni nelle quali il distretto diventa un committente, collabora con la conferenza dei sindaci, con la conferenza socio-sanitaria cittadina o della zona e in tal modo si migliorano i rapporti della medicina del territorio in tutte le sue espressioni professionali e strutturali. A livello nazionale le aziende sanitarie si trovano in una situazione molto differenziata. Alcune aziende coprono anche attività riguardanti il sociale, mentre in altre la sanità si fa carico di tutto, in quanto storicamente non esistono nei Comuni di appartenenza le condizioni tecniche e finanziarie per offrire servizi. A queste si aggiungono situazioni in cui i Comuni sono in condizione di gestire in maniera soddisfacente il sociale e le aziende gestiscono la sanità anche attraverso la tecnostuttura comunale<sup>6</sup>.

Sia le diverse concezioni di integrazione sia i diversi atteggiamenti assunti dagli attori istituzionali contribuiscono a delineare un quadro disomogeneo sul territorio. Il presente lavoro mira a fornire una mappatura dello stato dell'arte e focalizza l'attenzione sul ruolo che le Regioni svolgono per il governo delle politiche relative all'integrazione socio-sanitaria in termini di organizzazione, programmazione e innovazione gestionale.

In relazione alla definizione di un sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari e all'identificazione delle competenze afferenti alla sfera sanitaria e sociale, le Regioni hanno il compito di:

- identificare i servizi che richiedono l'integrazione;
- definire criteri e parametri di ripartizione degli oneri in relazione alle modalità assistenziali e tipologie di servizi, con riferimento ai livelli di assistenza socio-sanitaria;
- determinare gli indirizzi per i processi autorizzativi e di accreditamento delle strutture e dei servizi che erogano prestazioni nell'area dell'integrazione;
- individuare le procedure per la definizione di intese tra enti locali e aziende unità sanitarie locali nella loro articolazione zonale per l'erogazione integrata degli interventi e

<sup>6</sup> Si vedano le relazioni di E. Guzzanti e F. Ripa di Meana al convegno organizzato in occasione del decennale di Federsanità al Forum PA 2006: "Integrazione socio-sanitaria".

- delle prestazioni nell'ambito dei percorsi assistenziali specifici;
- definire le modalità per la valorizzazione del ruolo del non profit e per la regolazione dei rapporti per l'affidamento dei servizi, anche in relazione alle forme di selezione dei soggetti.

Più specificamente, nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari la Regione: (a) determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento; (b) svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto di dette indicazioni da parte delle aziende sanitarie e dei Comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale<sup>7</sup>.

La normativa assegna alle Regioni complesse competenze di programmazione e regolazione, all'interno delle quali rientra la rilevante questione del finanziamento degli interventi e dell'imputazione dei costi delle prestazioni socio-sanitarie.

Le Regioni sono tenute quindi a disciplinare i criteri e le modalità mediante le quali Comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali socio-sanitari<sup>8</sup>.

## 2.6.2 Obiettivi e metodo della ricerca

L'indagine è parte di una ricerca più ampia, condotta da Università Tor Vergata e Formez per conto del Ministero del Welfare nel 2005. La finalità generale era quella di elaborare un quadro complessivo dei modelli di governance nelle diverse Regioni. Per la classificazione dei singoli percorsi regionali sono state individuate le seguenti variabili: livello di integrazione delle politiche sanitarie e sociali; rapporto politica/amministrazione; innovazioni gestionali; rapporti di sussidiarietà (orizzontali e verticali); rapporto con i cittadini.

Il focus dell'indagine presentata di seguito è l'integrazione delle politiche sociali, sanitarie e socio-assistenziali e, in particolare, le strategie e gli strumenti adottati dalle Regioni italiane a tal fine.

La ricerca parte dalla percezione di una consistente diversità di strategie e percorsi che le diverse Regioni hanno adottato per attuare il quadro normativo. Da questa percezione nasce l'esigenza di un'analisi empirica volta ad effettuare una mappatura ed una ricostruzione analitica dei principali modelli regionali.

<sup>7</sup> *Al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, è essenziale che le istituzioni locali operino congiuntamente per raccordare la loro azione programmatica. In particolare, è necessario che le scelte previste dal Programma delle Attività Territoriali (di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs n. 229/99) e dal Piano di Zona (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/00) siano compatibili tra loro e costituiscano parte integrante di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra aziende sanitarie ed enti locali: i due strumenti devono essere frutto di una medesima logica progettuale.*

<sup>8</sup> *Per consultare il questionario e la lista dei soggetti intervistati nonché per una trattazione più esaustiva della metodologia si rinvia a Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto, 2005.*

Dopo un'accurata e approfondita analisi documentale delle fonti normative, degli atti di indirizzo e dell'organizzazione delle deleghe assessorili, una griglia di rilevazione è stata somministrata ai referenti regionali di diciannove Regioni italiane e delle due Province Autonome di Trento e Bolzano<sup>9</sup>.

Le sei variabili di cui prima, incrociate con i tre livelli di analisi, interno, interistituzionale ed esterno, hanno consentito di costruire un modello operativo di *governance* attraverso il quale è stato possibile leggere le realtà delle Regioni analizzate. Con riferimento all'integrazione delle politiche sanitarie e sociali, ciò ha consentito di giungere alla definizione di alcuni "idealtipi regionali", presentati nell'ultimo paragrafo.

### **2.6.3 Le strategie di integrazione nelle Regioni italiane: i risultati dell'indagine empirica**

I differenti livelli di integrazione socio-sanitaria che si registrano nelle Regioni italiane sono il frutto delle diverse situazioni di partenza, del ruolo e delle capacità degli enti locali e delle aziende sanitarie e ospedaliere e delle strategie regionali. Focalizzandoci sull'ultimo elemento, l'integrazione socio-sanitaria si è sviluppata secondo diversi percorsi: alcune Regioni sono maggiormente orientate ad un unico strumento di programmazione integrata, il Piano Socio Sanitario Regionale, che definisce i criteri per l'attuazione di servizi nell'ottica di un'unica rete socio-sanitaria<sup>10</sup>.

È questo il caso del Veneto, che ha prodotto il "Piano dei servizi alla persona ed alla comunità", riguardante lo svolgimento di attività sanitarie e sociali in grado di dare risposte integrate e unitarie ai bisogni<sup>11</sup>. In Lombardia, il Piano Socio Sanitario Regionale ridisegna in un'ottica integrata le regole e l'organizzazione dei servizi, di unità di offerta e di interventi. La Sardegna, nonostante una frammentazione del sistema normativo e la forte proliferazione di leggi settoriali, ha approvato nel 2005 il Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari, impegnandosi ad attuare una programmazione integrata, sviluppando nelle otto province un'unica azione programmatica, che vede cointeressati l'ambito sociale e l'azienda sanitaria, attraverso il Piano locale unitario dei servizi (Plus). Il Plus interessa anche le politiche educative, del lavoro e abitative. L'Emilia Romagna ha pubblicato il "Piano sociale e Sanitario 2005-2007" nell'aprile 2005, quale primo tentativo di costruire un sistema regionale di assistenza unico. La Liguria, dal 2004, ha prodotto il Piano Socio Sanitario, in cui sono enunciati e definiti i livelli essenziali di assistenza, con l'obiettivo dichiarato di garantire un livello minimo di assistenza omogeneo su tutto il territorio. La Valle d'Aosta e il Piemonte hanno preparato nel 2005 il nuovo Piano Socio-Sanitario.

<sup>9</sup> Per consultare il questionario e la lista dei soggetti intervistati nonché per una trattazione più esaustiva della metodologia si rinvia a Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto*, 2005.

<sup>10</sup> Si veda Borrelli, Frasca, Presutti, Rechichi, 2005, pp. 75 e seguenti.

<sup>11</sup> Sempre nella Regione Veneto è stato istituito un servizio dedicato ai programmi internazionali in ambito socio-sanitario. Tale servizio opera in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e altre agenzie delle Nazioni Unite per attività di cooperazione e di emergenza umanitaria in ambito socio-sanitario e per lo sviluppo di un network di collaborazione internazionale per la promozione della salute.

Infine, la regione Umbria ha predisposto, a gennaio 2005, l'Atto di indirizzo regionale in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001.

Un altro gruppo di Regioni ha preferito fornire indicazioni, attraverso linee guida o all'interno degli stessi Piani Sociali Regionali, sulle modalità di integrazione socio-sanitaria. A partire dalla sottoscrizione di accordi di programma a livello distrettuale con le ASL territorialmente competenti, per una adeguata programmazione degli interventi sociali integrati con quelli sanitari, si mira alla costituzione e allo sviluppo delle unità multiprofessionali o unità di valutazione integrate in tutte le aree di integrazione socio-sanitaria, all'individuazione di forme di accesso unitario, all'utilizzo del progetto personalizzato, allo sviluppo della funzione di coordinatore del caso (*case manager*) a garanzia della responsabilità progettuale, ma anche a sostegno delle potenzialità di chi fruisce del processo assistenziale.

È sicuramente da annoverare tra le esperienze più avanzate di integrazione socio-sanitaria quella della Regione Toscana, che nella nuova Legge Regionale n. 41 del 2005, legge sul sistema integrato dei servizi sociali e la tutela dei diritti di cittadinanza, conferma le "società della salute", basate su modalità organizzative e di governo integrate tra Comuni e AUSL (si veda il box successivo). I Comuni possono conferire alla società della salute funzioni e compiti di coordinamento, direzione, organizzazione di servizi e interventi sociali ed, eventualmente, di gestione, in relazione allo sviluppo del processo di integrazione (Garifo, 2004).

Nelle Regioni Liguria ed Emilia Romagna è stato istituito un fondo per la non autosufficienza, che finanzia prioritariamente le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei livelli essenziali di assistenza. Nella Regione Lombardia sono stati introdotti i voucher socio-sanitari, operativi dal maggio del 2003 e utilizzabili dai cittadini per "acquistare" prestazioni di assistenza domiciliare integrata, erogate da soggetti pubblici o privati, accreditati presso la Regione.

Un'altra strategia rinvenibile in alcune Regioni si basa sulla costituzione di gruppi di lavoro inter-settoriali: in Abruzzo per le Residenze Sanitarie Assistite e l'Assistenza Domiciliare Integrata; sono in atto sperimentazioni di programmazione integrata per il Pronto intervento sociale e il "Punto unico di accesso all'intera rete dei servizi alle persone e alle famiglie". Anche nella Regione Campania, un gruppo di lavoro integrato ha prodotto la Legge Regionale sulle Residenze Sanitarie Assistite, mentre nella Provincia di Trento, sono attivi gruppi di lavoro per l'Assistenza Domiciliare Integrata e l'emergenza caldo per gli anziani. Nelle Marche, infine, gruppi di lavoro intersettoriali sono giunti alla stesura congiunta di atti generali di riordino del sistema integrato socio-sanitario regionale e di atti di programmazione settoriale su anziani, infanzia e tossicodipendenze.

Minori progressi si registrano nelle altre Regioni in termini di iniziative di programmazione e di elaborazione di indirizzi per l'integrazione delle politiche socio-sanitarie. Nella Regione Calabria la materia è rinviata alla costituzione del Tavolo regionale integrato tra Sanità e Sociale e nella Provincia di Bolzano è in corso il coordinamento tra il Piano sociale e il Piano sanitario, sia per quanto riguarda la definizione di obiettivi strategici sia per l'individuazione delle risorse necessarie. La Regione Basilicata ha avviato il processo di integrazione a partire da una ricognizione delle strutture e dei servizi, per individuare la dotazione minima, atta a garantire risposte integrate negli ambiti territoriali.

La tabella 2 presenta una sintesi delle strategie regionali.

### Box 1 – Le Società della salute

La Toscana ha scelto di sviluppare l'integrazione del sistema socio-sanitario attraverso una soluzione organizzativa innovativa dell'assistenza territoriale, le Società della salute.

Già indicate nel precedente Piano sanitario regionale 2002-2004, le Società della salute rappresentano una soluzione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi socio-sanitari territoriali di zona-distretto e sono oggetto di sperimentazione nel corso del Piano sanitario regionale 2005-2007.

Esse si configurano come consorzi pubblici senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali e i Comuni.

Le Società della salute attualmente attivate sono:

1. Lunigiana (Azienda Usl 1 Massa e Carrara)
2. Valdinievole (Azienda Usl 3 Pistoia)
3. Pratese (Azienda Usl 4 Prato)
4. Alta Val di Cecina (Azienda Usl 5 Pisa)
5. Pisana (Azienda Usl 5 Pisa)
6. Val d'Era (Azienda Usl 5 Pisa)
7. Bassa Val di Cecina (Azienda Usl 6 Livorno)
8. Val di Cornia (Azienda Usl 6 Livorno)
9. Val di Chiana Senese (Azienda Usl 7 Siena)
10. Casentino (Azienda Usl 8 Arezzo)
11. Valdarno (Azienda Usl 8 Arezzo)
12. Amiata Grossetana (Azienda Usl 9 Grosseto)
13. Colline Metallifere (Azienda Usl 9 Grosseto)
14. Fiorentina Nord-Ovest (Azienda Usl 10 Firenze)
15. Fiorentina Sud-Est (Azienda Usl 10 Firenze)
16. Firenze (Azienda Usl 10 Firenze)
17. Mugello (Azienda Usl 10 Firenze)
18. Empolese (Azienda Usl 11 Empoli)
19. Valdarno Inferiore (Azienda Usl 11 Empoli)

Il ruolo delle Società della salute non è soltanto quello di favorire il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali, del terzo settore e del volontariato, nella individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione, ma anche quello di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, il controllo e la certezza dei costi, l'universalismo e l'equità.

Nell'ambito della sperimentazione il Comune assume funzioni di programmazione e controllo e "compartecipa" al governo del territorio finalizzato ad obiettivi di salute.

L'azione locale, infatti, diviene un elemento essenziale, nella strategia regionale di promozione della salute, non solo di integrazione sociale e sanitaria, ma anche di miglioramento della salute attraverso una politica intersettoriale e integrata capace di influenzare i fattori che determinano la salute della popolazione e la qualità dell'ambiente.

Le Società della salute hanno quale fine istituzionale la salute e il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni e hanno come presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte sui servizi socio-sanitari dei cittadini, attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative. L'unitarietà del sistema è garantita dalla unicità del soggetto erogatore.

Gli organi della Società della salute sono la Giunta, composta da Sindaci o Assessori delegati dei Comuni e il Direttore Generale dell'Azienda Usl, il Presidente, individuato tra i rappresentanti dei Comuni presenti nella Giunta, il Collegio dei Revisori e il Direttore. L'organo di governo delle Società della salute assume le funzioni e le competenze che hanno le articolazioni zonali della conferenza dei sindaci.

L'attività delle Società della salute è impostata utilizzando lo strumento del Piano integrato di salute.

Fonte: <http://www.salute.toscana.it/>

**Tabella 2 – Le strategie regionali di integrazione socio-sanitaria**

Regioni	Integrazione delle politiche
Abruzzo	Più assessorati e, dal 2000, due direzioni diverse (politiche sanitarie e politiche sociali). Pronto Abruzzo Sociale, Portale OSR. Gruppo di coordinamento per la definizione del modello distrettuale.
Basilicata	Unico assessorato “Salute, sicurezza e solidarietà sociale, servizi alla persona e alla comunità”. Unico dipartimento omonimo. Ciononostante, insufficiente integrazione politiche sanitarie e socio-assistenziali e Piano Socio-assistenziale 2000/02 non prevede interventi per l’integrazione. Fondo Regionale Politiche Sociali.
Bolzano	Piano sociale e piano sanitario. Unico assessorato alla sanità e al servizio sociale. Dipartimento alla sanità e politiche sociali. Altri Dipartimenti sono lavoro, innovazione e ricerca, cooperative, pari opportunità e formazione professionale italiana; formazione professionale tedesca e ladina, diritto allo studio e università; famiglia, beni culturali e cultura tedesca; amministrazione del patrimonio, cultura italiana ed edilizia abitativa. A livello territoriale, i distretti sociali si sovrappongono a quelli sanitari.
Calabria	Politiche sociali affidate ad un unico assessorato. Snella struttura organizzativa in cui le rilevanti responsabilità sono concentrate in un unico settore con un unico servizio. Distretti socio-sanitari, ma il PRS 2004/06 contrasta con quanto previsto dalla L.R. 23/03 in tema di integrazione delle politiche. In via di creazione il Tavolo Regionale integrato tra sanitario e sociale.
Campania	Debole integrazione tra Assessorato Politiche Sociali e Assessorato Sanità. Si rilevano quattro aree diverse competenti di politiche sociali. Esistono dei vincoli per la presenza di referenti ASL ai tavoli di concertazione e nel coordinamento istituzionale degli ambiti.
Emilia Romagna	Assessorato politiche sociali e Assessorato sanità. Numerosi gruppi di lavoro inter-assessorili. A seguito dell’accorpamento delle direzioni generali, si è unificata la Direzione politiche sociali con quella della sanità. Coincidenza delle zone sociali con i distretti sanitari. Piano integrato Sociale e Sanitario 2005/07. Conferenza territoriale sociale e sanitaria e il Comitato di Distretto.
Friuli Venezia Giulia	Unico Assessorato alla salute e protezione sociale. Indicazioni verso politiche integrate nelle Linee guida su PAT e PDZ. Unica Direzione centrale salute e protezione sociale. Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria regionale (ANCI, UPI, Federsanità-ANCI, terzo settore). Gli ambiti territoriali coincidono con i distretti sanitari.
Lazio	Previsti due distinti assessorati per politiche sociali e per politiche sanitarie. Un unico Dipartimento Sociale che include al suo interno diversi gruppi interdirezionali. La funzione di regolazione è trasversale alle varie direzioni. Identificato il distretto come dimensione privilegiata dell’ambito. Accordi di programma in ogni distretto tra Comuni e ASL sull’integrazione socio-sanitaria.

Segue

Segue tabella 2

Liguria	<p>Piano Socio-Sanitario dal 2004.</p> <p>Un unico assessorato alle politiche sociali, mentre sono tenute separate politiche sociali e sanitarie, oltre che quelle migratorie e del lavoro.</p> <p>A livello tecnico, un unico Dipartimento Salute e Servizi Sociali. Istituzionalizzazione delle zone nei distretti sanitari.</p>
Lombardia	<p>Assessorato alla Famiglia e Solidarietà sociale e Assessorato alla Sanità.</p> <p>Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale esercita funzioni in ambito socio-sanitario.</p> <p>Piano Socio-Sanitario Regionale.</p> <p>Attraverso gli obiettivi di governo regionale sono previsti momenti di collaborazione tra assessorati e direzioni generali.</p>
Marche	<p>Estrema frammentazione delle deleghe. Istituzione di un Comitato Tecnico Permanente tra servizi interni afferenti al sociale e al sanitario, tra soggetti privati.</p> <p>Piano Socio Assistenziale e Piano Sanitario.</p> <p>Integrazione socio-sanitaria su aree specifiche come anziani, ecc.</p> <p>Il Piano Sanitario riserva un posto importante all'integrazione socio-sanitaria.</p> <p>Gruppi di lavoro intersettoriali.</p> <p>Adeguamento dei distretti sanitari a quelli sociali.</p>
Molise	<p>Assessorati diversi per politiche sociali e sanitarie. Corrispondenza con le direzioni generali.</p> <p>Piano Socio Assistenziale Regionale (non ancora in pieno regime).</p> <p>Non esistono meccanismi di integrazione/coordinamento.</p>
Piemonte	<p>Piano Socio-Sanitario.</p> <p>Due assessorati diversi. Presenza di modalità concertative.</p> <p>Direzione regionale politiche sociali.</p> <p>Coincidenza distretti sanitari e sociali.</p>
Sardegna	<p>Unico Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale. Direzione generale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale. Piano Socio Assistenziale. Proliferazione di norme impediscono l'integrazione socio-assistenziale. Il distretto è stato riconosciuto ambito territoriale essenziale per l'articolazione delle politiche sociali e per l'integrazione socio-sanitaria. Si intende attuare una programmazione integrata tra ambito sociale e azienda sanitaria.</p>
Sicilia	<p>Linee guida per l'attuazione del Piano Socio-Sanitario. Assessorato famiglia, politiche sociali e autonomie locali. Assessorato sanità. A livello tecnico esiste alta suddivisione e difficoltà di integrazione. La funzione programmazione risulta integrata.</p> <p>Conferenza regionale socio-sanitaria (assessore sanità, province, AUSL, ANCI, Federsanità-ANCI).</p> <p>Commissione regionale socio-sanitaria. Scelto il distretto sanitario come riferimento territoriale per la costruzione ambiti territoriali. Città metropolitane (Palermo, Catania, Messina) determinano il proprio ambito quale Distretto Unico Socio Sanitario.</p>
Toscana	<p>Società della salute quali forme innovative di integrazione delle politiche sociali e sanitarie e di gestione associata dei servizi.</p> <p>Assessorato alle politiche sociali e Assessorato al diritto alla salute.</p> <p>Unica direzione del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà.</p> <p>Gruppo di lavoro intersettoriale per la redazione dei piani integrati di salute.</p> <p>Definite le zone distretto socio-sanitarie.</p>

Trento	Assessorato alle politiche sociali e assessorato alle politiche per la salute. Piano sociale e assistenziale con ottica interassessorile. Gruppi di lavoro su temi specifici.
Umbria	Piano sociale regionale. Unico assessorato sociale. Non sempre c'è corrispondenza tra deleghe e competenze direzionali. All'Assessorato Sanità e all'Assessorato Politiche Sociali corrisponde un'unica direzione regionale. Intenso lavoro interdirezionale che, insieme agli strumenti di programmazione regionale e locale garantisce un buon livello di integrazione. A livello territoriale, l'area dei servizi integrati socio-sanitari ha un duplice punto d'accesso (Centro di salute e Uffici di cittadinanza). Tavolo tecnico dei Comuni per l'integrazione socio-sanitaria su mandato della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari.
Valle d'Aosta	Piano socio-sanitario. Un solo assessorato sanità, salute e politiche sociali ed un omologo dipartimento. Attualmente un distretto sanitario corrisponde a due comunità montane.
Veneto	Un Assessorato alle politiche sociali, programmazione socio-sanitaria, volontariato e non profit e un Assessorato alle Politiche sanitarie. Piano regionale politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali. A livello territoriale, trasformazione delle USL in Aziende unitarie locali per i servizi alla persona, che uniscono servizi USL e Comuni.

Fonte: Cepiku, Meneguzzo, 2005.

## 2.6.4 Conclusioni: i modelli regionali di integrazione delle politiche

L'integrazione delle politiche sociali, sanitarie e socio-assistenziali si manifesta, ove presente, in diverse forme:

*Strutturali:*

- come integrazione strutturale a livello di assessorati;
- come integrazione a livello di strutture tecnico-amministrative;
- come integrazione a livello territoriale (coerenza tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario).

*Altre forme di coordinamento:*

- forme di programmazione e pianificazione integrata (per esempio un unico piano socio-sanitario);
- tavoli di concertazione, gruppi di lavoro interassessorili o interdirezionali, ecc.

L'analisi delle strategie delle diverse Regioni porta quindi a identificare quattro idealtipi (tabella 3).

Tabella 3 – Modelli regionali di integrazione delle politiche		
	Assenza di altre forme di coordinamento	Presenza di altre forme di coordinamento
Strutture organizzative frammentate	A) Politiche non integrate	B) Politiche coordinate
Strutture organizzative integrate	C) Politiche integrate strutturalmente	D) Massima integrazione delle politiche

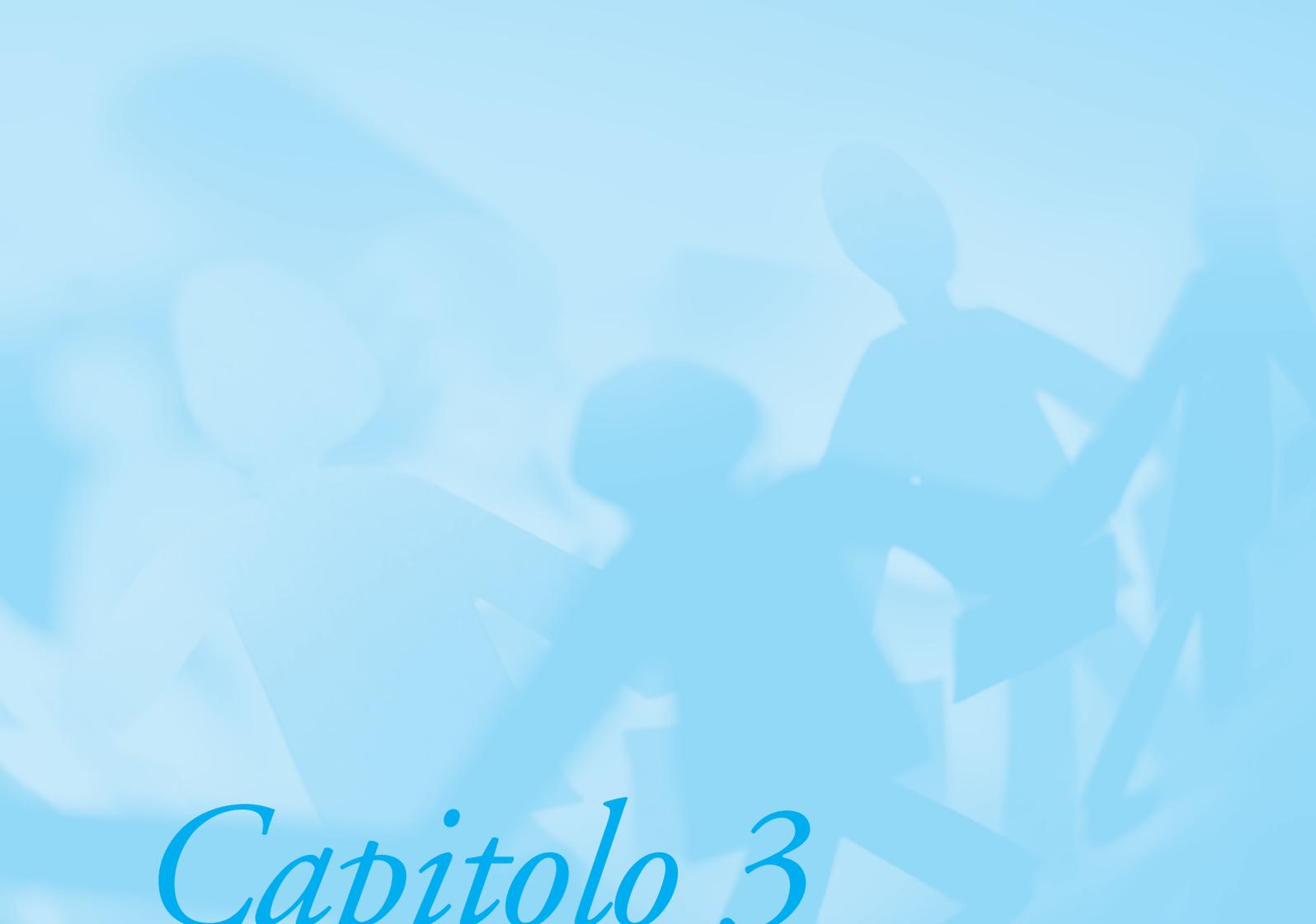
Fonte: Cepiku, Meneguzzo, 2005.

Il posizionamento delle Regioni analizzate è illustrato, con un maggior dettaglio, nella figura 1. Si può osservare una certa linearità, nelle Regioni più avanzate, tra l'integrazione strutturale e l'adozione di altre forme di coordinamento, a dimostrazione del fatto che la collocazione in un unico dipartimento o assessorato di diverse materie non è sufficiente a garantirne l'effettiva integrazione.



### Riferimenti bibliografici

- Borgonovi E, Meneguzzo M (1985), *Processi di cambiamento e di programmazione delle Unità sanitarie locali*, Giuffrè Editore, Milano.
- Borrelli C, Frasca M, Presutti E, Rechichi MR (2005), *Assetti e relazioni istituzionali*, in “Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto”, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, pp. 75 ss.
- Cepiku D, Meneguzzo M (2005), *Le scelte delle regioni nel processo di governance del sistema socio-sanitario*, in “Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto”, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, pp. 135-174.
- Cepolina S (2002), *I servizi socio-sanitari. L'integrazione parte dall'analisi della domanda*, in Mecosan, Vol. 11, n. 42, pp. 55-68.
- Forum PA (2006), *Integrazione socio-sanitaria*. Decennale di Federsanità – ANCI, 11 maggio.
- Garifo K (2004), *Nuove forme di gestione dei servizi sociali dei comuni: la sperimentazione delle Società della Salute in Toscana*, in Mecosan, Vol. 13, n. 51, pp. 79-91.
- Lega F, Longo F., (2002), *Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto*, in Mecosan, Vol. 11, n. 41, pp. 9-21.
- Longo F (1999), *ASL, distretto, medico di base. Logiche e strumenti manageriali*, EGEA, Milano.
- Longo F (2001), *Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settore socio-assistenziale, socio sanitario e sanitario*, in Mecosan, Vol. 10, n. 37, pp. 59-68.
- Marceca M, Orzella L (2004), *Distretto*, in CARE, n. 4.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2005), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Roma.
- Testa F, Buccione C (2002), *Il distretto sanitario: funzioni e potenzialità di governo della domanda sanitaria*, in Mecosan, Vol. 11, n. 44, pp. 27-59.
- World Health Organization (1946), *Constitution of the World Health Organization*.

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people in a meeting or collaborative setting. They appear to be engaged in discussion, with some pointing or gesturing. The overall aesthetic is clean and professional.

# *Capitolo 3*

## *1 Efficienza*

## 3.1 - Le politiche regionali di allocazione delle risorse finanziarie e i bisogni di razionalizzazione della spesa sanitaria

Fioravanti L.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

### 3.1.1 Introduzione

Le scelte finanziarie delle Regioni, strettamente connesse alla struttura dell'offerta e dei livelli di costo locali, sembrano sempre più orientate verso scelte di (neo)centralismo<sup>2</sup> per far fronte alle attuali esigenze di contenimento della spesa sanitaria.

Come evidenziato nel Rapporto CEIS Sanità 2004, 2005 e 2006<sup>3</sup>, anche nei modelli di finanziamento più decentrati, con risorse destinate direttamente alle aziende sanitarie territoriali, sono presenti diversi modelli negoziali tra aziende territoriali acquirenti e aziende erogatrici (ospedaliere), nonché vincoli di destinazione, che tendono a mantenere il controllo finanziario complessivo a livello regionale. La tendenza all'accentramento finanziario (sia per le quote di risorse che rimangono a vari livelli nella discrezione delle Regioni, sia a livello di imposizioni di vincoli di destinazione e di tetti di spesa) è tanto più evidente nelle scelte adottate negli anni 2006 e 2007 e in particolare in quelle Regioni caratterizzate da elevati livelli di disavanzo sanitario.

Possiamo ritenere, quindi, che il vero driver delle scelte di distribuzione delle risorse finanziarie destinate alla sanità sia il livello di disavanzo regionale.

### 3.1.2 Le scelte regionali

I criteri base della nostra analisi, riferita al periodo 2003-2007, sono le metodologie di riparto dei fondi sanitari regionali di Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana e Valle d'Aosta, il grado di centralizzazione/decentralizzazione delle risorse finanziarie destinate alla sanità e le quote di FSR volte a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Le differenze regionali nell'assegnazione delle risorse finanziarie per la sanità dipendono essenzialmente dalla situazione finanziaria in essere e dagli obiettivi di efficienza prefis-

<sup>1</sup> CEIS Sanità, *Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*.

<sup>2</sup> Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

<sup>3</sup> Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005); Fioravanti L., Spandonaro F. (2006).

sati: infatti le Regioni, ormai non più soggette a vincoli di destinazione formali, devono garantire i Livelli Essenziali di Assistenza nel territorio regionale (LEA).

La diversa autonomia e responsabilizzazione attribuita alle aziende sanitarie è evidente osservando la destinazione delle risorse ripartite tra i livelli di assistenza e la variazione che è avvenuta negli anni (tabella 1).

Partendo dall'“Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”, è possibile osservare che convivono realtà regionali molto diverse. A fronte di Regioni come la Sardegna, ove non è prevista l'assegnazione di quote specifiche per sottocategorie di spesa, vi sono Regioni che destinano risorse a funzioni chiaramente individuate: ad esempio la Regione Lazio vincola l'intero ammontare di tali risorse alla prevenzione e la Regione Campania<sup>4</sup> destina una parte delle risorse alla “Salute Mentale” e all'ARPA (Agenzia Regionale per l'Ambiente), classificate nella voce “Altro”. In questi due casi si evidenzia un (neo)centralismo regionale nell'assegnazione delle risorse e quindi una minore responsabilizzazione finanziaria delle aziende sanitarie, di fatto soggette a vincoli di spesa.

Ulteriori indicatori dell'autonomia regionale sono rappresentati dalle risorse assegnate all'Assistenza Territoriale/Distrettuale e all'Assistenza Ospedaliera.

I dati riportati nella tabella 1 mostrano una elevata variabilità regionale: le risorse asse-

**Tabella 1 - Il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza**

Regioni	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro						Assistenza ospedaliera					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Basilicata	5,0%	5,0%	n.d.	n.d.	5,0%		49,5%	49,5%	n.d.	n.d.	44,0%	
Calabria	n.d.	n.d.	5,0%	n.d.	5,0%		n.d.	n.d.	44,0%	n.d.	44,0%	
Campania	5,0%	n.d.	-	5,0%	5,0%	5,0%	41,0%	n.d.	41,0%	42,0%	42,0%	42,0%
Emilia R.	4,5%	4,5%	n.d.	n.d.	4,6%		45,5%	45,5%	n.d.	n.d.	45,4%	
Lazio	5,0%	4,9%	4,6%	4,9%	4,9%	4,9%	47,6%	48,5%	44,7%	48,5%	48,5%	48,5%
Liguria	-	-	n.d.	n.d.	n.d.		49,1%	46,0%	n.d.	n.d.	n.d.	
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,5%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	43,5%	
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	-	n.d.		n.d.	n.d.	n.d.	45,0%	n.d.	
Piemonte	n.d.	n.d.	4,8%	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.	46,0%	n.d.	n.d.	
Puglia	-	n.d.	-	n.d.	n.d.		48,8%	n.d.	47,2%	n.d.	n.d.	
Sardegna	n.d.	n.d.	5,0%	5,0%	5,0%		n.d.	n.d.	40,9%	43,0%	43,0%	
Sicilia	0,7%	n.d.	5,0%	5,0%	5,0%		47,0%	n.d.	48,0%	47,0%	43,0%	
Toscana	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%		43,0%	43,0%	43,0%	43,0%	43,0%	
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,5%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	45,0%	

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

(\*) dati previsionali

<sup>4</sup> Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

gnate all'assistenza ospedaliera nel 2007 variano dal 42,0% della Campania al 48,5% del Lazio; le risorse assegnate all'Assistenza Territoriale presentano una variabilità ancora maggiore, si passa dal 39,1% della Campania al 52,0% della Sicilia<sup>5</sup>.

Tale variabilità dovrebbe essere imputabile, nella logica federalista, al raggiungimento di un obiettivo di aumento dell'efficienza interna, che si dovrebbe tradurre in:

- un'allocazione più aderente alle specificità regionali (ad esempio la struttura per età della popolazione);
- un'allocazione concorde alla programmazione delle risorse esistenti (la Regione Campania, ad esempio, ha predisposto un piano di risorse destinate al finanziamento dei LEA per il quadriennio 2007-2010, integrato con l'obiettivo di contenimento di particolari voci di spesa, quali i finanziamenti diretti all'Assistenza Farmaceutica, che dovrà diminuire nel periodo considerato, e all'Assistenza Territoriale che dovrà aumentare nel tempo).

In molte Regioni sussiste, però, il rischio che le quote vengano determinate ex-post sulla base della spesa storica e quindi delle scelte (o "non scelte") fatte nel tempo in termini di programmazione sanitaria e in particolare riqualificazione dell'offerta. Ad esempio, il finanziamento dell'Assistenza Ospedaliera sembra più legato a problemi di carattere gestionale delle strutture (posti letto, costi di struttura) che della effettiva domanda (appropriata) di assistenza.

## Il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

Regioni	Assistenza Territoriale/Distrettuale						Altro					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Basilicata	45,5%	45,5%	n.d.	n.d.	51,0%							
Calabria	n.d.	n.d.	51,0%	n.d.	51,0%							
Campania	35,4%	n.d.	28,6%	34,4%	39,1%	39,6%	18,6%		30,4%	13,6%	13,9%	13,4%
Emilia R.	50,0%	50,0%	n.d.	n.d.	50,0%							
Lazio	47,4%	46,6%	42,9%	46,6%	46,6%	46,6%			7,8%			
Liguria	50,9%	54,0%	n.d.	n.d.	n.d.							
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	51,0%							
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	50,0%	n.d.					5,0%		
Piemonte	n.d.	n.d.	49,2%	n.d.	n.d.							
Puglia	47,4%	n.d.	48,4%	n.d.	n.d.		3,8%		4,4%			
Sardegna	n.d.	n.d.	48,6%	52,0%	52,0%				5,5%			
Sicilia	52,3%	n.d.	48,0%	48,0%	52,0%				2,9%			
Toscana	52,0%	52,0%	52,0%	52,0%	52,0%							
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	46,0%						3,5%	

<sup>5</sup> Questi dati confermano i risultati di variabilità riportati per il triennio 2003-2005 nelle edizioni passate del Rapporto CEIS Sanità.

Tale situazione, che le Regioni stanno cercando di affrontare integrando le scelte di riparto delle risorse finanziarie per la sanità con i piani sanitari regionali e la programmazione sanitaria, potrebbe determinare il perpetuarsi di una situazione di inefficienza piuttosto che configurare un incentivo verso la razionalizzazione del sistema di offerta. L'analisi delle determinazioni regionali in tale ambito sembra far emergere che, come evidenziato anche nelle edizioni precedenti del Rapporto CEIS Sanità, sia il finanziamento dell'offerta esistente il vero obiettivo: un maggior numero di posti letto è associato ad un finanziamento maggiore dell'Assistenza Ospedaliera<sup>6</sup>. Il Lazio, che rispetto alle altre Regioni destina la maggior quota di risorse all'assistenza ospedaliera, registra contemporaneamente il maggior numero di posti letto accreditati<sup>7</sup>; di contro la Sardegna destina una quota limitata di risorse per l'Assistenza Ospedaliera a fronte di un limitato numero di posti letto.

### **3.1.3 Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale**

Le scelte finanziarie delle Regioni sono state analizzate considerando anche i criteri di assegnazione delle risorse finanziarie alle aziende sanitarie.

Le Regioni seguono generalmente i criteri previsti dal sistema di riparto nazionale (DPCM 29 novembre 2001), introducendo criteri di "pesatura" differenziati per livelli di assistenza e in base alle specificità territoriali, a riprova della propria autonomia.

Del totale delle risorse finanziarie disponibili, inoltre, è frequente che le Regioni mantengano una quota a gestione diretta e/o vincolata per garantire un allineamento delle risorse alle spese storicamente determinatesi a livello locale. Tali somme possono essere considerate il "polmone finanziario" della sanità regionale perché sono generalmente utilizzate nel corso dell'esercizio finanziario per esigenze di carattere generale:

- accantonamenti, per progetti obiettivo, per far fronte a variazioni tariffarie, per spese impreviste, etc.;
- fondi per finalità specifiche, ad esempio per rinnovi contrattuali;
- fondi per obiettivi strategici, ad esempio per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria regionale;
- fondo per riequilibrio e perequazione;
- accantonamenti a destinazione vincolata, ad esempio come previsto nella Regione Sicilia a finanziamento dell'Istituto Zooprofilattico di Palermo, per il pagamento dei ricettari predisposti dall'IPZS (Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato)

come riportato nella tabella 2.

Un basso grado di autonomia finanziaria assegnato alle aziende locali ed una quota di risorse direttamente controllate e gestite dalla Regione sono certamente i sintomi di quello che si definisce neo(centralismo) regionale.

Nel 2007 sono numerose le Regioni, tra quelle monitorate, che assegnano una elevata

<sup>6</sup> Per omogeneità, vengono escluse le Regioni di più piccole dimensioni: Basilicata, Molise, Valle d'Aosta.

<sup>7</sup> Posti letto accreditati, anno 2005 (Fonte: Ministero della Salute).

autonomia alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e lasciano alla negoziazione aziendale il compito di allocare le risorse tra Assistenza Territoriale e Assistenza Ospedaliera. Di fatto, però, le realtà territoriali possono risultare molto diverse tra loro:

- Toscana (100,0% delle risorse del FSR alle ASL e AO nel 2007), Basilicata (100,0% delle risorse del FSR nel 2007) e Liguria (98,0% del FSR nel 2007) sono le Regioni che assegnano la maggiore autonomia alle ASL, lasciando agli accordi contrattuali tra ASL e Aziende ospedaliere pubbliche e private accreditate la regolamentazione dei rapporti finanziari. In Liguria, ad esempio, gli accordi contrattuali devono riguardare tutte le prestazioni sanitarie (non solo quelle ospedaliere, ma anche quelle ambulatoriali, la somministrazione di farmaci, etc.) che vengono erogate in nome e per conto dell'ASL;
- la Calabria attribuisce una elevata autonomia alle ASL (95,4% delle risorse del FSR anno 2005), ma impone dei limiti: tetti alla produzione, ad esempio il tetto alla spesa farmaceutica e/o alla spesa territoriale;
- Molise e Valle D'Aosta lasciano una elevata autonomia alle ASL, di fatto però si deve tener conto che in queste Regioni è presente un'unica Azienda sanitaria che, di conseguenza, è completamente assoggettata al controllo regionale.

Esistono, d'altra parte, Regioni che presentano un elevato grado di centralismo finanziario regionale, ma anche qui le situazioni sono molto diversificate:

- in Campania il 12,4% del FSR 2007 è gestito a livello centrale per far fronte ad esi-

**Tabella 2 - Centralizzazione/decentralizzazione delle risorse finanziarie regionali per la sanità**

Regioni	FSR Quota assegnata alle ASL						Finanziamento diretto della Regione					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Basilicata	97,4%	96,5%	n.d.	n.d.	100,0%		2,6%	3,5%	n.d.	n.d.	0	
Calabria	n.d.	n.d.	95,4%	n.d.	92,3%		n.d.	n.d.	4,6%	n.d.	7,7%	
Campania	88,4%	n.d.	89,5%	85,5%	87,6%	88,0%	6,7%	n.d.	10,5%	14,5%	12,4%	12,0%
Emilia R.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	96,4%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3,6%	
Lazio	95,0%	95,1%	95,4%	n.d.	n.d.		5,0%	4,9%	4,6%	n.d.	n.d.	
Liguria	96,8%	96,2%	n.d.	n.d.	98,0%		3,2%	3,8%	n.d.	n.d.	2,0%	
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	97,0%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3,0%	
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	100,0%	100,0%		n.d.	n.d.	n.d.	0	0	
Puglia	96,6%	n.d.	94,2%	n.d.	n.d.		3,4%	n.d.	5,8%	n.d.	n.d.	
Sardegna	n.d.	n.d.	95,6%	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.	4,4%	n.d.	n.d.	
Sicilia	97,1%	n.d.	97,1%	93,5%	n.d.		2,9%	n.d.	2,9%	6,4%	n.d.	
Toscana	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		0	0	0	0	0	
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	96,1%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3,9%	

(\*) dati previsionali

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

genze impreviste e per finalità di equilibrio e perequazione;

- in Calabria il 7,7% del FSR 2007 è gestito direttamente dalla Regione, inoltre vengono fissati dei limiti alla produzione, come il tetto alla spesa farmaceutica alla spesa territoriale e alla produzione, che limitano notevolmente l'autonomia delle ASL.

Le scelte finanziarie delle Regioni sembrano far emergere, quindi, una prevalenza di preoccupazioni di ordine finanziario sulle aspettative di razionalizzazione del sistema attraverso una concorrenza, "fortemente amministrata", fra erogatori<sup>8</sup>.

### 3.1.4 Conclusioni

L'analisi condotta nel periodo 2003-2008 dimostra che non è possibile definire un modello di finanziamento regionale ottimale, anzi integrando le politiche messe in atto *ex-ante* e i risultati (*ex-post*) in termini di efficienza finanziaria di ciascuna Regione, sembra emergere come la Regione sia condizionata in sede di scelte istituzionali dall'esigenza di ottenere risparmi sul versante finanziario a breve termine. Risulta, infatti, che quanto più la Regione presenta una situazione finanziaria equilibrata, e quindi bassi valori del disavanzo sanitario, tanto più si registra un basso livello di (neo)centralismo, con migliori risultati in termini di efficienza.

**Tabella 3 - Disavanzi regionali di parte corrente  
(% del FSR)**

Regioni	2006
Basilicata	3,6%
Calabria	3,5%
Campania	-3,6%
Emilia Romagna	-5,8%
Lazio	-19,8%
Liguria	-2,7%
Lombardia	-2,5%
Molise	-13,4%
Puglia	-0,8%
Sardegna	-1,3%
Sicilia	-7,2%
Toscana	-3,3%
Valle d'Aosta	1,8%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute 2006

<sup>8</sup> Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

I risultati riportati nella tabella 3 sembrano confermare le nostre considerazioni. Le Regioni a maggior disavanzo (Lazio, Sicilia e Campania) presentano un elevato centralismo e registrano un'incidenza del disavanzo rispetto alle risorse finanziarie disponibili per la sanità più elevata.

Il Lazio, in particolare, presenta il maggior valore del disavanzo espresso in percentuale del FSR (19,8%) e presenta una autonomia finanziaria "formale" a favore delle ASL, nel senso che mantiene il controllo delle risorse finanziarie assegnate ad ASL e Aziende Ospedaliere.

La Regione che, invece, presenta la minore incidenza di deficit rispetto al FSR è la Basilicata (3,6%); questa Regione assegna tutte le risorse disponibili a favore delle Aziende Sanitarie.

In questa ottica, i dati di disavanzo potrebbero essere intesi come un indicatore di inefficienza delle Aziende sanitarie e ospedaliere, piuttosto che la conseguenza di una "cattiva programmazione".

Gli scostamenti a livello regionale dalle indicazioni nazionali di riparto sui LEA possono quindi essere letti tanto in una logica di maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, quanto in quella di adattamento (magari parziale) alla spesa storica che impone ripiani e riequilibri.

Regioni come il Lazio e la Campania, caratterizzate da un elevato deficit sanitario, per ripristinare l'equilibrio finanziario hanno posto in essere politiche di razionalizzazione della spesa sanitaria, oltre che scelte finanziarie di tipo (neo)centralista evidenziate precedentemente. Gli articolati piani di rientro e i "vincoli" di destinazione ai LEA fissati per il triennio 2008-2010 potrebbero essere letti come iniziative "dettate" più da preoccupazioni finanziarie che da obiettivi di efficienza allocativa interna e razionalizzazione del sistema sanitario regionale.

Concludendo, si può ipotizzare che le inefficienze regionali dipendano essenzialmente dal contesto di riferimento e dalla "storia finanziaria" della Regione, caratterizzato da:

- mancata separazione di ruolo fra acquirente ed erogatore che impedisce di trasformare i "segnali" di mercato (perdita di clienti o disavanzi strutturali) in sanzioni efficaci (es. la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti) e determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappropriata;
- scelte di programmazione finanziaria fondate prevalentemente sulla spesa storica, che impone continui ripiani e riequilibri.

Quindi, le situazioni di disavanzo "patologico" sembrano limitare la possibilità di utilizzare la leva competitiva per razionalizzare il mercato e sembrano essere uno dei fattori predominanti di inerzia ai fini del superamento delle situazioni di inefficienza.

### Riferimenti bibliografici

- Arachi G, Zanardi A (1999). *Sanità alle Regioni, il rischio di due velocità. Restano insufficienti i meccanismi perequativi*. Il Sole 24 Ore.
- Anessi Pessina E, Cantù E (2006). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Rapporto Oasi 2006.

- Atella V, Mennini FS, Spandonaro F (2004). *Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano*. Politiche Sanitarie, anno V, n. 1, gennaio-marzo 2004, Pensiero Scientifico Editore.
- Cuccurullo C, Meneguzzo M (2003). *Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie. Le tendenze in atto nell'area del federalismo*. Rapporto CEIS Sanità 2003, Italpromo.
- Del Vecchio M (2004). *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione*, in Jommi C (2004) *Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.
- Dirindin N (1996). *Chi paga per la salute degli italiani?* Il Mulino, Bologna.
- Fioravanti L, Spandonaro F (2004). *La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità*, in Rapporto CEIS Sanità 2004.
- Fioravanti L, Ratti M, Spandonaro F (2005). *L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità*, in Rapporto CEIS Sanità 2004.
- Fioravanti L, Spandonaro F (2006). *L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. Le politiche regionali di assegnazione delle risorse finanziarie per la sanità*, in Rapporto CEIS Sanità 2006.
- Jommi C (2000). *I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie*, in Anessi Pessina E e Cantù E (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto Oasi 2000, Milano, Egea.
- Jommi C (2004). *Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.
- Ministero della Salute, *Dati economico-finanziari del SSN*, Programmazione sanitaria e qualità.
- Petretto A (2001). *Il futuro del finanziamento pubblico in sanità*, Fondazione Smith Kline.
- Quaderni Formez (2007). *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*. 57/2007.

#### **Fonti normative nazionali e regionali**

- DPCM 29 novembre 2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
- Legge n. 662 del 23 dicembre 1996, Misure di razionalizzazione della finanza pubblica, G.U. n. 303 del 28 dicembre 1996.

#### **Fonti normative regionali**

##### **Regione Basilicata**

- DGR n. 1001 del 28 aprile 2004, Fondo Sanitario Regionale anno 2003, parte corrente, Programma di ripartizione definitivo.
- DGR n. 1004 del 22 aprile 2005, Fondo Sanitario Regionale anno 2003, parte corrente, Programma di ripartizione definitivo.
- DGR n. 2001 del 20 aprile 2006, Riparto del FSR di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata. Riparto provvisorio per l'anno 2007.

##### **Regione Calabria**

- DGR n. 334 del 6 maggio 2006, Programmazione e riparto per l'anno 2006.
- DGR n. 169 del 14 maggio 2007, Programmazione SSR – Riparto Fondi anno 2007.

##### **Regione Campania**

- DGR n. 1215 del 23 settembre 2005, Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente - Esercizio 2005.
- DGR n. 726 del 24 aprile 2007, Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente 2006-2010.

#### **Regione Emilia Romagna**

- DGR n. 896 del 20 maggio 2003, Finanziamento del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2003. Linee di indirizzo per la programmazione dell'attività delle Aziende Sanitarie.
- DGR n. 1280/2004, Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2004.
- DGR n. 1051 del 24 luglio 2006, Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2006.
- DGR n. 559/2007, Provvedimenti in ordine al finanziamento della spesa sanitaria per l'anno 2006.
- DGR n. 686/2007, Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2006.

#### **Regione Lazio**

- DGR n. 1762 del 20 dicembre 2002, Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno 2003.
- DGR n. 602 del 9 luglio 2004, Ripartizione tra le ASL del Lazio del Fondo Sanitario Regionale 2004.
- DGR n. 143 del 22 marzo 2006, Ripartizione nei livelli di assistenza del Fondo Sanitario Regionale 2006.

#### **Regione Liguria**

- DGR n. 838/2003, Ripartizione del FSR per l'anno 2003.
- DGR n. 929/2004, Ripartizione del FSR per l'anno 2004.
- DGR n. 138/2007, Assegnazione delle risorse finanziarie alle aziende sanitarie e agli enti equiparati. Direttive e obiettivi.

#### **Regione Lombardia**

- DGR n. 3776/2006, Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2007.

#### **Regione Molise**

- DGR 03/2006, Riparto Fondo Sanitario Regionale di parte corrente indistinta 2006.

#### **Regione Piemonte**

- Interrogazione n. 386 Consiglio Regionale del Piemonte, Criteri riparto del FSR 2005/2006 (versione 11 ottobre 2005).

#### **Regione Puglia**

- DGR n. 1226 del 24 agosto 2005, Documento di indirizzo Economico-Funzionale del SSR per l'anno 2005. Assegnazione alle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere, agli EE ed IRCCS dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 2005.
- DGR 533/2007, Progetto di piano regionale della salute 2006-2008.

#### **Regione Sardegna**

- DGR n. 32/3 del 13 luglio 2005, Aziende Sanitarie, Policlinici Universitari, I.N.R.C.A. – Ripartizione e attribuzione delle risorse destinate al finanziamento della spesa di parte

corrente per l'esercizio 2005 (art. 63 della L.R. n° 5/95; art. 6, c. 7, lettera a) della Legge n. 724/94 e art. 12 del Decreto Leg.vo n. 502/92).

**Regione Sicilia**

- Decreto Assessore Sanità n. 9 del 30 dicembre 2005, Criteri di assegnazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2005.
- Decreto Assessorato Sanità del 21 dicembre 2006, Criteri di assegnazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2006.

**Regione Toscana**

- Piano Sanitario Regionale 2002-2004.
- Piano Sanitario Regionale 2005-2007.

**Regione Valle d'Aosta**

- DGR n. 51/2007 Disposizioni all'Azienda USL della Valle d'Aosta ai fini della definizione del contratto di programma e per la successiva adozione del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2007 e per il triennio 2007-2009.

## 3.2 - Analisi della funzionalità, dei costi e dell'efficienza delle Aziende ospedaliere pubbliche nel 2004

Polistena B.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 3.2.1 Introduzione

L'analisi delle performance delle Aziende ospedaliere ha assunto fondamentale rilievo, soprattutto negli ultimi anni, per effetto del bisogno di razionalizzare le risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale. Molti interventi di politica sanitaria sono infatti tesi a ridurre la quota di risorse destinate al LEA "Assistenza Ospedaliera" in favore dell'Assistenza Territoriale. Tale obiettivo, per essere realizzato, necessita di una liberazione di risorse in favore delle cure primarie, senza però che questo implichi una diminuzione della funzionalità ospedaliera: un obiettivo ambizioso perseguibile, evidentemente, solo con recuperi di efficienza all'interno degli ospedali.

Il presente contributo si propone di aggiornare i precedenti lavori sul tema dell'efficienza delle strutture ospedaliere italiane, fornendone una valutazione sia statica, mediante un *benchmarking* fra le aziende, sia dinamica, ovvero verificandone l'evoluzione nel tempo. In particolare si sono analizzati i volumi di prestazioni erogate, i fattori produttivi impiegati e i costi sostenuti dalle Aziende ospedaliere pubbliche italiane per l'anno 2004, ultimo anno per il quale sono disponibili informazioni utili: indicatori di struttura, attività e costo delle Aziende ospedaliere italiane.

### 3.2.2 Metodologia

Per prima cosa, per ogni Azienda ospedaliera sono stati analizzati i dati forniti dall'ASSR relativi a degenze medie, tassi di occupazione, indici di rotazione e *turn-over*, alcuni indici di attrazione e i costi medi per ricovero, giornata di degenza e per dipendente. Quindi si è affiancato agli indicatori sopra riportati il costo per punto DRG prodotto da tutte le Aziende ospedaliere italiane, così come pubblicato per l'anno 2003 nell'ambito del Rapporto CEIS 2006. Tale misura si configura come un indicatore di efficienza, permettendo confronti fra strutture dotate di complessità diverse. L'indicatore di output è stato elaborato in due versioni: una che tiene conto della sola attività di ricovero ordinario effettuata, la seconda che considera anche l'impatto del ricovero diurno (*day hospital e day surgery*).

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Sembra opportuno ricordare che le Regioni adottano proprie normative contabili e, pertanto, la confrontabilità regionale potrebbe risentire sul lato dei costi di alcune difformità per quanto concerne i criteri di attribuzione ad alcune voci di bilancio come, ad esempio, gli ammortamenti, gli accantonamenti e le valutazioni delle rimanenze. Inoltre, nell'analisi degli indicatori va considerato che si riferiscono a strutture che trattano differenti *case mix*. Lo studio utilizza quindi i pesi attribuiti dal sistema di classificazione dei ricoveri (DRG), per fornire una misura omogenea di *output*, da confrontarsi con i costi effettivamente sostenuti dalle strutture ospedaliere.

### 3.2.3 Banca dati

La banca dati è stata costituita a partire dai dati pubblicati dall'ASSR nell'ambito di uno studio sugli indicatori di attività e costo delle Aziende ospedaliere nell'anno 2004; in particolare gli indicatori di funzionalità ospedaliera sono stati ottenuti dalle schede di dimissione ospedaliera, mentre gli indicatori di costo sono stati calcolati sulle evidenze contabili dei CE (Conti Economici) ministeriali.

I dati sono attualmente disponibili per 95 Aziende ospedaliere pubbliche<sup>2</sup>.

La banca dati ha permesso di elaborare indicatori sia di *performance che di case-mix*.

Come già nei precedenti lavori citati, l'analisi si basa sulla costruzione per ogni Azienda ospedaliera di un indicatore di *output* omogeneo: il costo per punto DRG. Tale indicatore di *output* è stato elaborato inizialmente dividendo i costi totali per i punti DRG derivanti dalla attività di ricovero ordinario. Poiché in questo modo il confronto sarebbe potuto risultare distorto dai volumi di attività in regime diurno, si è elaborato il costo totale per punto DRG totale (regime ordinario+ *day hospital*) considerando quindi anche il peso (assorbimento di risorse) della giornata media di degenza ordinaria<sup>3</sup>.

### 3.2.4 Le performance 2004

Le Aziende ospedaliere considerate nell'anno 2004 sono 93<sup>4</sup> con una dotazione complessiva di 77.326 posti letto di cui l'86,8% posti letto ordinari.

All'interno delle Aziende ospedaliere lavorano in totale 215.555 unità di personale dipendente di cui il 17,7% medici, il 41,7% infermieri: circa il 41% è, quindi, personale non sanitario.

In particolare all'interno delle strutture ospedaliere sono presenti in media 0,5 medici e 1,2 infermieri per posto letto. Inoltre il rapporto medici/infermieri è pari a 2,35.

Le dimissioni complessive, quindi la somma dei ricoveri ordinari e in *day hospital*, sono pari a 3.939.656: di queste il 67,6% sono in regime ordinario e il 32,4% in *day hospital*. Per quanto concerne il regime ordinario, osserviamo che sono state effettuate 2.664.569 dimissioni, con un peso medio dei DRG di 1,29 (*case-mix*); l'attività di ricovero ordinario

<sup>2</sup> Non si sono considerati presidi di ASL.

<sup>3</sup> Per l'anno 2003 questo è stato stimato riproponendo il peso dei DRG *day hospital* 2004.

<sup>4</sup> Due sono state tralasciate in quanto presentavano missing o dati ritenuti non attendibili.

è caratterizzata da una degenza media di 7,23 giorni. Il tasso di occupazione dei posti letto delle Aziende ospedaliere raggiunge il 77,12%. L'intervallo di turnover è pari a 2,14. Relativamente al regime *day hospital*, invece, sono state effettuate 1.275.387 dimissioni e 3.827.350 accessi.

Per quanto riguarda gli indicatori relativi al “costo medio per ricovero”, al “costo medio per giornata di degenza” e al “costo medio per posto letto”, essi sono stati calcolati con riferimento al “costo della produzione” derivante dal Conto economico delle Aziende ospedaliere, al netto della stima dei costi relativi alle prestazioni specialistiche erogate agli assistiti non ricoverati e al lordo del totale imposte e tasse<sup>5</sup>.

Nel complesso, le Aziende ospedaliere considerate hanno avuto, nel 2004, un costo totale pari a € 15,3 mld.; di questo il 61,3% attiene al personale sanitario e non sanitario.

In media un posto letto nelle strutture ospedaliere prese in considerazione costa € 200.076 annui; il costo medio per ricovero pesato è pari a € 3.450, ovvero € 674 per giornata di degenza.

Gli indicatori di cui sopra, come detto, risentono dalle diverse complessità trattate (*case-mix*) e come tali non sono confrontabili.

Bisogna, infatti, sempre prendere in considerazione che l'assistenza sanitaria erogata dalle Aziende ospedaliere risente delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche dell'area geografica dove sono allocate. Se prendiamo ad esempio in considerazione alcune Regioni quali il Friuli Venezia Giulia, il Piemonte e la Toscana, possiamo osservare che il tasso di ospedalizzazione è nettamente inferiore alla media nazionale; l'Assistenza Territoriale fa affluire nelle strutture ospedaliere casi con un più alto indice di gravità. Questo fa sì che i costi medi per ricovero e per giornata di degenza di tali strutture siano più alti rispetto alla media delle strutture considerate.

Per poter procedere a confronti maggiormente significativi, quindi, è necessario eliminare tali distorsioni. Allo scopo è stato elaborato il costo per unità di ricovero omogeneo, ovvero il costo per punto DRG “corretto”<sup>6</sup>, che tiene conto del peso specifico dei ricoveri ordinari e di quelli in *day hospital*; per le 93 Aziende ospedaliere considerate, esso risulta essere in media uguale a € 3.866,7 nel 2004, con un valore massimo pari a € 7.161,05 ed uno minimo pari a € 1.779,4.

<sup>5</sup> Fonte ASSR.

<sup>6</sup> È stato costruito considerando il peso dei ricoveri ordinari e correggendo il peso dei ricoveri *day hospital* come media dei ricoveri ordinari per il peso dei ricoveri ordinari e dei ricoveri *day hospital* per il peso dei ricoveri *day hospital*.

**Tabella 1 - Costo totale per punto DRG, anno 2004**

Costo per punto DRG (ord.+ day hospital)	2004
Osservazioni	93
Media nazionale	3.866,70
Mediana	3.748,99
Media troncata (5%)	3.842,73
Media troncata (15%)	3.815,13
S.Q.M.	829,53
Max	7.161,05
Min	1.779,40
Max/Min	4,02

Fonte: nostra elaborazione su dati ASSR

### 3.2.5 L'evoluzione 2003-2004

Per quanto concerne l'evoluzione degli indicatori fra il 2003 e il 2004, al fine di garantire la confrontabilità dei dati, si è ristretta l'analisi a 92 Aziende ospedaliere presenti in banca dati nei due anni e con valori considerati attendibili.

I posti letto hanno subito un decremento del 3,8% rispetto al 2003: decremento atteso in quanto è l'indicazione principale di programmazione sanitaria.

Analizzando il personale delle Aziende ospedaliere possiamo notare come questo sia leggermente diminuito tra il 2003 e il 2004 (-1,4%). In particolare si osserva una diminuzione tra il personale infermieristico dell'1,3% e una riduzione del personale medico dell'1,4%. Inoltre le unità di personale per posto letto sono aumentate passando da 2,73 a 2,82.

Il numero di ricoveri totali è passato da 3.905.797 del 2003 a 3.921.577 nel 2004 (+0,4%) e le giornate di degenza sono aumentate dell'1,9%.

Per quanto concerne il regime diurno, invece, osserviamo un aumento dei posti letto da 8.955 a 9.034 (+0,88%), dei ricoveri da 1.212.949 a 1.268.157 (+4,55%) e degli accessi da 3.537.482 a 3.805.274 (+7,57%).

Questo porta la percentuale dei ricoveri in *day hospital* sul totale dei ricoveri dal 31,06% del 2003 al 32,34% del 2004.

Quanto sopra dà conferma della tendenza alla rimodulazione delle prestazioni, in senso coerente con gli obiettivi indicati dall'Accordo Stato-Regioni dell'8 Agosto 2001 e dal DPCM del 29 novembre 2001 sui Livelli essenziali di assistenza.

Passando agli indicatori di costo possiamo osservare che tra il 2003 e il 2004 il costo totale del personale è cresciuto nelle Aziende ospedaliere considerate del 5,4%, mentre il costo per giornata di degenza è aumentato del 4,3%. Inoltre il costo annuo per posto letto è aumentato del 7,8%.

Sembra quindi che la razionalizzazione assistenziale in corso (riduzione dei posti letto e

loro riconversione in *day hospital*, diminuzione della degenza media e aumento dei tassi di occupazione, etc.) non riesca a tramutarsi in risparmi finanziari.

Per quanto concerne l'evoluzione dell'efficienza delle strutture, la tabella 2 riassume i principali risultati relativi al costo per punto DRG "corretto" delle Aziende ospedaliere nel 2003 e nel 2004.

**Tabella 2 - Costo per punto DRG, anni 2003-2004**

Costo per punto DRG (ord.+ day hospital)	2003	2004	Var 2004/2003
Osservazioni	92	92	0
Media nazionale	3.728,72	3.835,55	2,87%
Mediana	3.572,21	3.747,05	4,89%
Media troncata (5%)	3.695,90	3.809,60	3,08%
Media troncata (15%)	3.666,01	3.789,41	3,37%
S.Q.M.	795,39	806,17	1,35%
Max	7.055,54	7.161,05	1,50%
Min	2.278,46	1.779,40	-21,90%
Max/Min	3,10	4,02	+ 0,93

Fonte: nostra elaborazione su dati ASSR

Si noti che:

- il costo per unità di ricovero omogeneo (costo per punto DRG corretto) per le 92 Aziende ospedaliere considerate risulta essere in media pari a € 3.728,72 nel 2003 e € 3.835,55 nel 2004 con un incremento del 2,9%;
- il valore massimo del costo per punto DRG è passato da € 7.055,54 nel 2003 a € 7.161 nel 2004 (+1,5%), mentre il valore minimo da € 2.278,46 a € 1.779,4 (-21,9%);
- il costo per caso trattato (confrontabile) è estremamente difforme: il rapporto fra il valore massimo e quello minimo è pari al 310% nel 2003 e 402%% nel 2004;
- la mediana mette in luce una distribuzione moderatamente asimmetrica con una riduzione dell'importanza delle Aziende ospedaliere con costi più elevati (coda destra);
- nel periodo dal 2003 al 2004, si nota una moderata tendenza ad un aumento dei costi, ma principalmente un deciso aumento della variabilità degli stessi.

Quindi non solo i costi per punto DRG tendono ad aumentare, ma aumenta anche la variabilità tra le strutture.

### 3.2.6 Il modello econometrico

La letteratura economica propone diversi approcci per la stima della funzione di costo e per la misurazione dell'efficienza: questo può avvenire attraverso il ricorso a tecniche parametriche o non parametriche, stocastiche o deterministiche.

Senza entrare nel merito di quali tecniche siano più opportune per misurare l'efficienza

delle Aziende ospedaliere, che nello specifico sono strutture multiprodotto e quindi difficilmente analizzabili, si è scelto di intraprendere una analisi econometrica, capace di valutare il contributo di alcuni fattori nella spiegazione della variabilità del dato di costo per punto DRG. Nella scelta del modello qui adottato ci si è attenuti alle indicazioni presenti in letteratura, con il vincolo peraltro della disponibilità di dati.

Poiché nel campione sono presenti ospedali specialistici, per i quali esiste evidenza in letteratura di una non applicabilità (o quanto meno correttezza) del sistema di pagamento a DRG, si è scelto di integrare la banca dati con l'indicazione della natura monospécialistica o meno delle Aziende ospedaliere.

Il modello econometrico stimato è il seguente:

$$\text{CMS} = f(\text{COST}, \text{CMP}, \text{PL}, \text{RC}, \text{DM}, \text{PMED}, \text{AP}, \text{DMS}, \text{DREG})$$

dove:

COST = Costante

CMS = Costo medio per ricovero standardizzato

CMP = Costo medio del personale

PL = Posti letto

RC = Quota di ricoveri con peso > 2,5

DM = Degenza media

PMED = Dimessi per medico

AP = Quota di personale non sanitario

DMS = Dummy struttura specialistica

DREG = Dummy Regione Sicilia

Oltre il costo del fattore produttivo lavoro, che rappresenta la quota maggiore di costi, si è indagato su come possa influire sul costo per punto DRG la dimensione delle Aziende ospedaliere (posti letto), la complessità assistenziale attraverso una *proxy* rappresentata dalla quota di ricoveri con peso maggiore di 2,5; la produttività, in termini di degenza media e di dimessi per medico e il mix delle professioni nella pianta organica (quota di personale non sanitario).

L'equazione stimata con un modello di regressione multipla sui dati 2004 ha fornito risultati importanti. Nel 2004, così come peraltro accadeva anche nel 2001, 2002 e 2003, le variabili introdotte nel modello hanno evidenziato un significativo potere esplicativo nello spiegare il costo per punto DRG<sup>7</sup>.

Le variabili che risultano significative nello spiegare il costo totale per punto DRG corretto, così come per l'anno 2003, sono il costo per unità di personale, i dimessi per medico, la percentuale di altro personale e il tipo di struttura (monospécialistica o non) con i segni attesi. Trova verifica l'ipotesi che il sistema di finanziamento a DRG non possa essere direttamente esteso alle strutture monospécialistiche che costano mediamente di più. Inoltre si dimostra come un differente costo medio del personale sia effettivamente e significativamente un motivo che spiega la differenza nei costi dell'ospedale.

Abbiamo poi una indiretta conferma che differenti livelli di efficienza gestionale spiegano una

<sup>7</sup> Nel 2003 R2= 67,8%, nel 2004 R2=75,5%.

**Tabella 3 - Coefficienti di regressione, anno 2004**

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	0,646	2,105		0,307	0,760		
Costo medio per unità di personale	0,864	0,174	0,420	4,953	0,000	0,421	2,374
Totale posti letto	0,000	0,027	-0,001	-0,012	0,990	0,645	1,550
% ricov. ordinari con peso > 2,5	-0,010	0,038	-0,021	-0,257	0,798	0,450	2,224
Degenza media ric. ord.	0,089	0,087	0,089	1,023	0,309	0,400	2,499
Dimessi (totali) per medico	-0,686	0,064	-0,814	-10,646	0,000	0,517	1,935
% altro pers.	0,378	0,103	0,269	3,664	0,000	0,561	1,783
Tipo spec. strutt.	0,135	0,034	0,238	3,926	0,000	0,820	1,220
Dummy Sicilia	-0,070	0,039	-0,130	-1,805	0,075	0,582	1,718

Fonte: nostra elaborazione su dati ASSR

significativa parte della variabilità della variabile dipendente. Infatti alta produttività del personale sanitario (si è scelto di usare la produttività per medico, ma evidentemente quella per infermiere è a questa correlata) implica costi per caso trattato decisamente minori.

Quanto emerso ci sembra anche una indiretta conferma dell'utilità di politiche manageriali tese ad aumentare la produttività. È presente una elasticità negativa tra i dimessi per medico e il costo per punto DRG pari a -0,69 nel 2004 (era -0,57 nel 2003).

La presenza di una quota elevata di "personale non sanitario" incide negativamente sulla performance implicando un aumento del costo medio per ricovero standardizzato (elasticità dello 0,4 nel 2004 e 0,45 nel 2003).

Osserviamo che, complessivamente, la dimensione dell'impatto dei fattori legati al dimensionamento della pianta organica e alla produttività del personale surclassano dimensionalmente gli altri. L'analisi econometrica mette quindi in luce come nel sistema ospedaliero, limitato in questo caso alle Aziende ospedaliere pubbliche, esistano problemi significativi sia sul lato del finanziamento che su quello dell'efficienza.

Infatti, nonostante la consapevolezza dell'esistenza di un problema di confrontabilità tra i dati contabili delle diverse Aziende ospedaliere, che purtroppo non è quantificabile, si rilevano indicazioni sull'esistenza di quote di inefficienza tecnica. I DRG hanno sicuramente incentivato una maggiore produttività ma sarebbe auspicabile che le tariffe fossero definite per singola tipologia di struttura, tenendo conto di fattori aggiuntivi, quali ad esempio la complessità clinica.

Un altro elemento di riflessione è rappresentato dal fatto che negli anni si è posto il problema dell'appropriatezza nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). I Livelli essenziali di assistenza sono stati, infatti, ridefiniti individuando i valori di riferimento per l'allocatione delle risorse finanziarie nel triennio 2002-2004 tra le diverse aree di assistenza al fine di riequilibrare il sistema.

Gli effetti della scelta di politica sanitaria di spostare il *core* assistenziale dall'ospedale al territorio si osserva nella progressiva espansione della quota di risorse destinate al LEA "Assistenza Territoriale" e la parallela contrazione di quello destinato all'"Assistenza Ospedaliera", che oggi vede come indicazione il 49,5% per la prima e il 45,5% per la seconda.

A livello regionale il processo, seppure con notevoli inerzie che si riscontrano principalmente nelle Regioni meridionali, si è effettivamente attivato, riducendo la quota di spesa ospedaliera (secondo i dati sul monitoraggio dei costi dei LEA diffusi dall'ASSR) a quote variabili fra il 43,8% dell'Emilia Romagna, che si attesterebbe addirittura al di sotto del LEA previsto, al 53,8% della Valle D'Aosta.

Si consideri ancora che convenzionalmente nella voce Assistenza Ospedaliera non vengono ricomprese tutte le forme di residenzializzazione, quali Residenze Sanitarie per Anziani, Hospice, etc., che sono "appoggiate" sul LEA dell'Assistenza Territoriale.

Il problema dell'efficienza si pone quindi prioritariamente per i presidi per acuzie che rappresentano per dimensione e costo la quota più rilevante del LEA Assistenza Ospedaliera.

Come già sopra evidenziato si configura una discrasia fra politiche di razionalizzazione basate su indicatori di offerta (posti letto) e quelle su indicatori di efficienza: tale discrasia è evidente nei risultati della nostra analisi ed è indirettamente confermata dal fatto che, pur riducendosi i posti letto, rimane elevata la quota di costo ospedaliero.

### **3.2.7 Conclusioni**

Il presente lavoro si è proposto di analizzare i volumi di prestazioni erogate, i fattori produttivi impiegati e i costi sostenuti nell'anno 2004 dalle Aziende ospedaliere pubbliche italiane, fornendone indicatori di struttura, attività e costo. Inoltre si sono analizzate le tendenze riscontrabili tra il 2003 e il 2004.

L'analisi mette in luce come nel sistema ospedaliero italiano, relativamente alle Aziende ospedaliere pubbliche, esistono e persistono importanti difformità di *performance*.

Lo studio ha dimostrato come la volontà programmatica a livello nazionale e regionale degli ultimi anni, tutta tesa alla riduzione dei costi dell'Assistenza Ospedaliera mediante riduzione dei posti letto, trova un limite pratico di realizzazione nell'incapacità del sistema ospedaliero di ridurre la propria spesa, o meglio aumentare la propria efficienza. La riduzione della spesa può diventare miglioramento in termini di efficienza solo con un intervento esaustivo su tutto l'assetto produttivo e gestionale.

Le riduzioni, peraltro attese e programmate, dell'offerta non corrispondono quindi a reali razionalizzazioni economiche, suggerendo l'opportunità di rivedere gli attuali sistemi di finanziamento e controllo sulle Aziende sanitarie pubbliche.

Si sono confermati i risultati raggiunti per gli anni 2001, 2002 e 2003 e in particolare si evidenzia un progressivo aumento dei differenziali di efficienza.

Nonostante, come già evidenziato, esistano rilevanti problemi di confrontabilità dei dati conta-

bili, purtroppo non quantificabili, l'analisi fornisce robuste indicazioni di inadeguatezza dell'attuale sistema tariffario basato sui DRG. Non solo, infatti, i costi unitari delle strutture ospedaliere pubbliche tendono a crescere in media e nei valori massimi, ma anche la variabilità tra le stesse continua ad aumentare. Tali difformità di *performance* fra le Aziende ospedaliere non possono essere attribuite solo a inattendibilità dei bilanci o inaffidabilità del sistema di pagamento a DRG, ma deve anche essere presa in considerazione l'ipotesi di una diffusa inefficienza gestionale.

Il modello econometrico approntato per stimare le cause di inefficienza fa emergere chiaramente come esista una associazione statistica dei maggiori livelli di produttività con i minori livelli di costo, come anche una quota rilevante di variabilità residua, sia sovra-regionale che a livello di singola Regione, che non trova spiegazione in fattori strutturali o attinenti alla natura (contabile e tariffe DRG) dei dati utilizzati. La stessa dimensione degli scarti, infatti, dimostra che le diversità insite nel sistema ospedaliero non dipendono, o almeno non dipendono esclusivamente, da fattori contabili.

Dall'analisi in particolare si evidenziano seri problemi sul versante delle modificazioni strutturali dell'assetto produttivo: piante organiche squilibrate sembrano rappresentare elementi davvero critici per l'efficienza delle strutture. In particolare la presenza di una quota elevata di "personale non sanitario" incide negativamente sulla performance economica dei singoli ospedali. Infine differenti livelli di efficienza spiegano una significativa parte della variabilità del costo totale per punto DRG. Un parallelo problema deriva dai costi del personale: infatti un differente costo medio del personale sanitario è evidentemente motivo rilevante di differenza dei costi unitari dell'*output* (omogeneo) realizzato dall'ospedale.

A nostro avviso sarebbe necessario trovare nuovi strumenti di remunerazione che premino le Aziende virtuose e/o penalizzino quelle con performance peggiori, al fine di incentivare una maggiore attenzione delle Aziende verso l'efficienza organizzativa e gestionale. I programmi *pay for performance*<sup>8</sup>, in particolare, inseriscono dimensioni qualitative nel sistema di finanziamento dei provider legando quest'ultimo a dei premi in funzione delle *performance*.

### Riferimenti bibliografici

- ASSR (2003). *Confronto tra le aziende ospedaliere 2001*. Monitor, 6, pp. 49-61.
- ASSR (2004). *Focus on: quali livelli di assistenza sanitaria?* Monitor, 10, pp. 8-63.
- ASSR (2004). *Confronto tra le aziende ospedaliere 2002*. Monitor, 11, pp. 41-59.
- Harris JE (1990). *The boren amendment: Medicaid reimbursement to hospital nursing facilities*. American Public Welfare Association, Washington DC.
- Jacobs R, Smith PC e Street A (2006). *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. University Press, Cambridge, United Kingdom.
- Fioravanti L, Polistena B, Spandonaro F (2005). *La misurazione dell'efficienza delle aziende ospedaliere*, in Rapporto CEIS Sanità 2005.
- Fioravanti L, Ratti M, Spandonaro F (2005). *L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità*, in Rapporto CEIS Sanità 2005.

<sup>8</sup> Polistena B., Rocchetti I., Spandonaro F. *Misurazione della qualità e le politiche per la qualità nel SSN*.

## 3.3 - Mobilità per ricoveri potenzialmente inappropriati: fallimento del sistema regolatorio?

Polistena B.<sup>1</sup>, Solipaca A.<sup>2</sup>

### 3.3.1 Introduzione

La spesa sanitaria pubblica è cresciuta pressoché costantemente nel corso degli anni, attestandosi ai livelli medi europei. Il processo di convergenza agli *standard* europei è avvenuto molto lentamente sia per i pressanti vincoli di bilancio ai quali il nostro Paese ha dovuto fare fronte, sia per le profonde inefficienze delle quali il sistema sanitario pubblico è stato sempre accusato. Le politiche degli ultimi anni hanno sì accettato di assegnare più risorse al sistema pubblico, ma hanno definito i livelli essenziali di assistenza da assicurare su tutto il territorio nazionale e hanno altresì imposto standard di offerta e vincoli di efficienza<sup>3</sup>. Il settore nel quale si è assistito allo sforzo maggiore di razionalizzazione è stato quello ospedaliero: aziendalizzazione degli ospedali, definizione degli standard minimi di posti letto, fissazione del livello di ospedalizzazione e identificazione dell'attività ospedaliera ritenuta potenzialmente inappropriata<sup>4</sup>.

Sul fronte del finanziamento, il decreto sul federalismo fiscale ha portato un profondo cambiamento: le Regioni finanziano il SSN con la loro autonomia impositiva e il processo di perequazione avviene tramite un fondo di solidarietà al quale le Regioni partecipano in maniera proporzionale al loro reddito. In questo meccanismo il fabbisogno finanziario è stabilito sia in funzione delle condizioni di salute dei cittadini nelle diverse Regioni italiane, sia dalla struttura di offerta esistente sul territorio. La formula allocativa è variata nel corso degli anni ma gli elementi principali sono la struttura per età della popolazione, la mortalità e, ultimamente, il livello di consumo per quanto riguarda il bisogno di salute. Nell'allocazione è considerata anche la popolazione residente, ciò può essere motivato con il fatto che in passato le risorse per il finanziamento venivano stabilite in

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Istituto Nazionale di Statistica, Direzione centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali, Servizio Sanità e Assistenza.

<sup>3</sup> Solipaca A. (2004) "Federalismo e decentramento nel settore sanitario" in MIPA L'impatto delle riforme amministrative – Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella Pubblica Amministrazione. Febbraio 2004 ISBN 884580849-1.

<sup>4</sup> DPCM del 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

base alla quota capitaria, considerata, evidentemente, una buona *proxy* del fabbisogno necessario per finanziare l'offerta.

L'obiettivo delle politiche è stato quello di promuovere il recupero di efficienza in materia di spesa, attraverso una forte responsabilizzazione delle Regioni costrette a ricorrere ad ulteriori imposizioni fiscali qualora il pareggio di bilancio non fosse raggiunto.

I pressanti vincoli imposti dall'organo di governo centrale hanno spinto le Regioni a comportamenti certamente più virtuosi ma le hanno costrette, allo stesso tempo, a mettere in atto strategie difensive, per poter coniugare gli squilibri strutturali tra finanziamento-offerta e bisogni di salute da un lato e le perduranti inefficienze causa di pesanti deficit di bilancio dall'altro.

Una delle possibili strategie che le Regioni possono porre in essere sono quelle legate alla mobilità ospedaliera dovuta all'attività ospedaliera inappropriata. Secondo questa strategia, le Regioni con un surplus di dotazione rispetto al bisogno potrebbero agevolare l'ingresso di pazienti provenienti da Regioni per le quali la dotazione è sottodimensionata rispetto al bisogno di salute. Così le prime finanziano il surplus e le seconde minimizzano il deficit affidando alle Regioni più efficienti l'assistenza dei loro cittadini. Questo rappresenta, secondo un recente lavoro<sup>5</sup>, un esempio del fallimento del sistema regolatorio (*soft budget constraint*) del Servizio sanitario nazionale. L'obiettivo del presente lavoro è quello di verificare su base empirica questa ipotesi, tenendo conto sia della dotazione di offerta sia del bisogno della popolazione.

### 3.3.2 Materiali e metodi

Il punto cruciale dell'analisi empirica è la valutazione del *surplus/deficit* di offerta delle Regioni; tale valutazione dovrebbe tenere conto del bisogno di salute della popolazione e dell'offerta di strutture e servizi di assistenza. In altre parole, occorre misurare il *mismatch* tra le due quantità ipotizzando che esista una allocazione ottimale delle risorse data la condizione di salute della popolazione. Tale operazione è tutt'altro che banale vista la difficoltà concettuale nel definire il bisogno di salute e il carattere multidimensionale di quest'ultimo e dell'offerta.

Per quanto riguarda le condizioni di salute della popolazione si ha a che fare con un concetto complesso: l'OMS lo definisce "stato di benessere fisico, mentale e sociale completo", cioè un concetto multidimensionale non misurabile direttamente, che gli statistici definiscono una variabile latente. Tra le numerose componenti possiamo immaginare l'incidenza e la prevalenza di malattie croniche e acute nella popolazione, le quali agiscono direttamente sul consumo del bene sanitario. Ma possiamo considerare *proxy* della salute di una popolazione anche la speranza di vita o la misura della mortalità per causa, laddove possiamo considerare il decesso come conseguenza estrema di una cattiva condizione di salute. Un altro indicatore utilizzato è l'indice di vecchiaia, in questo caso si con-

<sup>5</sup> Levaggi R. (2007) "Divari strutturali, di qualità, di efficienza tra i sistemi sanitari regionali" Seminario Formez-AIES - Roma 30 marzo 2007.

sidera alto il bisogno di una popolazione con un numero elevato di anziani. Allo stesso modo la percentuale di donne in età feconda esprime una domanda potenziale che trae origine dalla maternità. Da quanto detto si può facilmente evincere che il bisogno di salute si compone di diverse dimensioni, ciascuna delle quali espressione di problematiche diverse, tutte importanti quando si deve valutare il volume di domanda da soddisfare in ogni singola Regione.

Le difficoltà nel misurare la dotazione strutturale di una Regione nascono dalle differenti tipologie di offerta previste nel sistema sanitario: offerta di primo livello (medici di base, pediatri di libera scelta, guardie mediche, ecc.), di secondo livello o territoriale (ambulatori, laboratori di analisi, servizi territoriale residenziale o semiresidenziale di tipo sanitario o socio sanitario, ecc.) e offerta ospedaliera.

Per gli scopi del lavoro sono stati utilizzati tre indicatori di sintesi: i primi due saranno utilizzati per valutare il volume di offerta e il livello di bisogno di salute delle popolazioni regionali; il terzo indicatore misurerà la mobilità ospedaliera attraverso il rapporto tra i ricoveri in entrata e quelli in uscita per ogni Regione.

La dimensione dell'offerta e del bisogno sono state stimate attraverso una analisi delle componenti principali (Acp); tale approccio sembra essere il più naturale proprio in considerazione della complessità dei due aggregati e del fatto che concettualmente si tratta di due dimensioni latenti non misurabili direttamente<sup>6</sup>.

Un ulteriore passaggio concettuale è quello di stimare la dimensione del disallineamento tra risorse di strutture e servizi e condizioni di salute. A tale proposito si è proceduto a stimare una regressione lineare tra i due indicatori sintetici che rappresentano le due dimensioni considerate, il residuo del modello di regressione è stato utilizzato come *mismatch* tra offerta e bisogno. L'ipotesi sottostante questa scelta è che la quota di dotazione di strutture e servizi non spiegata dalle condizioni di salute sia funzione di una cattiva allocazione di risorse (comprese le inefficienze del sistema) e di un errore casuale di natura gaussiana. I limiti di questo approccio risiedono nella discrezionalità della scelta degli indicatori da sintetizzare, dalla metodologia di sintesi e dalla specificazione del modello di regressione con cui si valuta il disallineamento. Il vantaggio principale è, invece, che i due indicatori utilizzati sono indipendenti nel senso che il bisogno non è funzione dell'offerta come potrebbe accadere se fosse valutato indirettamente attraverso l'attività svolta dal SSN (ricoveri, accertamenti, spesa, ecc.).

Una possibile alternativa agli indicatori sintetici è quello di utilizzare il saldo tra ricavi e costi dei sistemi sanitari regionali, ottenuto senza considerare la compensazione relativa alla mobilità. Il saldo così calcolato è, concettualmente, funzione del *mismatch* tra finanziamento spesa e bisogno; il disallineamento può dipendere sia dall'allocazione di risorse sia da un'inefficienza organizzativa. Pertanto, se si osserva una relazione diretta tra saldo e indice di attrazione per ricoveri potenzialmente inappropriati, questa può essere interpretata come il segno di una strategia attuata dai governi regionali della sanità, fina-

<sup>6</sup> Baroncini P., Burgio A., Solipaca A. (2001) "Divari nel rapporto tra bisogni sanitari e allocazione delle risorse al livello regionale italiano". *Igiene e Sanità Pubblica – Volume LVII n.3 Maggio/Giugno 2001*.

lizzata a minimizzare gli effetti di una cattiva allocazione o dell'inefficienza organizzativa favorendo la mobilità dei pazienti. Sotto questa ipotesi, ci si dovrebbe attendere un aumento della prevalenza dei ricoveri in entrata in corrispondenza del miglioramento dei saldi di gestione.

Il limite principale di questo approccio sta nel fatto che i ricavi (dei quali oltre il 95 per cento è costituito dal finanziamento pubblico) e costi sono, contemporaneamente, indicatori di offerta e di bisogno e incorporano anche l'inefficienza organizzativa. Infatti, il finanziamento è un indicatore di bisogno in considerazione del fatto che la formula di allocazione utilizza numerosi fattori legati alle condizioni di salute, ma è anche funzione della spesa storica, quindi rappresenta anche un indicatore implicito della dotazione strutturale pregressa e di inefficienze organizzative.

I costi sono legati al bisogno di salute soddisfatto mediato dal volume di offerta (si pensi alle file d'attesa o ai vincoli programmatori sull'attività o alla fissazione dei tetti di spesa) e ovviamente dell'inefficienza organizzativa.

### 3.3.3 Risultati

L'analisi delle componenti principali condotta sugli indicatori di dotazione di offerta<sup>7</sup> ha evidenziato che l'88% della variabilità complessiva è spiegato dai primi 8 fattori principali. In base al contributo che gli indicatori hanno dato alla costruzione dei fattori è possibile evidenziare che la prima componente principale esprime la dotazione di personale delle Aziende sanitarie e, in subordine, l'offerta di strutture territoriali di tipo residenziale. La seconda componente è caratterizzata dall'organizzazione dipartimentale delle Asl. Il terzo fattore rappresenta la variabilità degli indicatori legati alla dotazione di apparecchiature di alta tecnologia; la quarta componente esprime la dotazione ospedaliera espressa in termini di posti letto, il quinto asse si caratterizza per il numero di posti letto in *day hospital*, il sesto esprime l'offerta di posti letto di lungodegenza, la settima componente principale coglie l'offerta dei medici di base, infine l'ottavo fattore latente è caratterizzato dalla dotazione di servizi per dializzati.

<sup>7</sup> *Medici di medicina generale per 10.000 abitanti, Pediatri di base per 10.000 abitanti < 14 anni, Medici di guardia medica per 10.000 abitanti, numero distretti per Asl, % ASL con servizio CUP, % ASL con Dipartimenti di salute mentale, % ASL con Dipartimenti di prevenzione, % ASL con servizi di trasporto centri dialisi, % ASL con dipartimenti materno infantili, % ASL con servizi di assistenza domiciliare integrata, Tasso Medici e odontoiatri dipendenti del SSN per 10.000 abitanti, Tasso Personale infermieristico dipendente del SSN per 10.000 abitanti, Tasso Personale dipendente del SSN per 10.000 abitanti, Apparecchiature alta tecnologia per 10.000 abitanti, Ambulatori e laboratori per 100.000 abitanti, Altri tipi di strutture territoriali per 100.000 abitanti, Strutture semiresidenziali e residenziali per 100.000 abitanti, Medici e odontoiatri degli istituti di cura pubblici per 10.000 abitanti, Personale infermieristico degli istituti di cura pubblici per 10.000 abitanti, Totale personale degli istituti di cura pubblici per 10.000 abitanti, Posti letto ospedalieri ordinari per 1.000 abitanti, Tasso posti letto ospedalieri ordinari acuti per 1.000 abitanti, Tasso posti letto ospedalieri day hospital per 1.000 abitanti, Tasso Posti letto ospedalieri ordinari lungodegenza e riabilitazione per 10.000 abitanti. Fonte: ministero della Salute 2004.*

I risultati dell'analisi della struttura latente condotta sugli indicatori di bisogno<sup>8</sup> ha evidenziato che lo stato di bisogno è esprimibile con le prime tre componenti principali che spiegano l'80% della variabilità degli indicatori utilizzati. La prima componente principa-

**Tabella 1 - Indicatori di bisogno, offerta sanitaria, deficit e indice di attrazione ospedaliera, anno 2004**

Regione	Bisogno	Offerta	Ricavi-costi (€ pro-capite)	Mobilità in entrata/ mobilità in uscita <sup>9</sup>
Piemonte	-0,548	0,9882	-152,9	0,72
Valle d'Aosta	-2,8896	-2,0969	24,6	0,16
Lombardia	3,5303	3,6499	-33,3	2,05
Trentino A. A.	3,1564	0,502	26,1	0,16
Veneto	0,6369	0,4347	-23,9	1,51
Friuli V.G.	0,9256	-1,3588	-5,2	1,28
Liguria	1,3647	2,4147	-196,9	0,84
Emilia Romagna	1,5799	2,6706	-159,5	2,34
Toscana	1,1251	1,6423	-96,8	1,77
Umbria	-0,3264	0,6941	-94,1	1,60
Marche	-1,2772	-1,4962	-78,6	0,90
Lazio	0,1375	5,7284	-329,7	1,39
Abruzzo	-0,2722	0,3445	-94,5	1,88
Molise	-3,1337	-3,2187	-137,7	1,91
Campania	-0,3326	-1,244	-161,4	0,31
Puglia	0,0851	-1,1311	48,6	0,52
Basilicata	-2,1514	-6,0276	38,5	0,30
Calabria	-1,5207	-0,7158	41,3	0,30
Sicilia	0,357	1,2415	-111,4	0,30
Sardegna	-0,4465	-3,0219	-116,0	0,58

Fonte: elaborazione Istat - Ceis su dati Istat, Indagine sulle cause di morte; Indagine sulle condizioni di salute e utilizzo servizi sanitari - Anno 2004-2005; ministero dell'Economia - Ragioneria generale dello Stato, Relazione generale sulla condizione economica del Paese - Anno 2006; ministero della Salute 2004

<sup>8</sup> *Indice di vecchiaia, % di popolazione < 6 anni, % donne in età feconda (15-49 anni), Speranza di vita 65 anni - Maschi, Speranza di vita 65 anni - Femmine, % persone con 2 o più malattie croniche, % persone con tumore, % persone con ulcera gastrica, % persone con diabete, % persone con ipertensione arteriosa, % persone con infarto miocardio, % persone con altre malattie del cuore, % persone con bronchite cronica ed enfisema, % persone con asma bronchiale, % persone 6 anni o più con almeno una disabilità, % persone 65 anni e più con almeno una disabilità, % persone che dichiarano un cattivo stato di salute, % persone con almeno una invalidità, Tasso standardizzato di mortalità, Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio maschi, Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio femmine, Tasso standardizzato di mortalità per tumori maschi, Tasso standardizzato di mortalità per tumori femmine. Fonti: Istat, Indagine sulle cause di morte e Indagine sulle condizioni di salute e utilizzo dei servizi sanitari. Anno 2004-2005.*

<sup>9</sup> *Si tratta di ricoveri potenzialmente inappropriati stabiliti dal DPCM del 29 novembre 2001.*

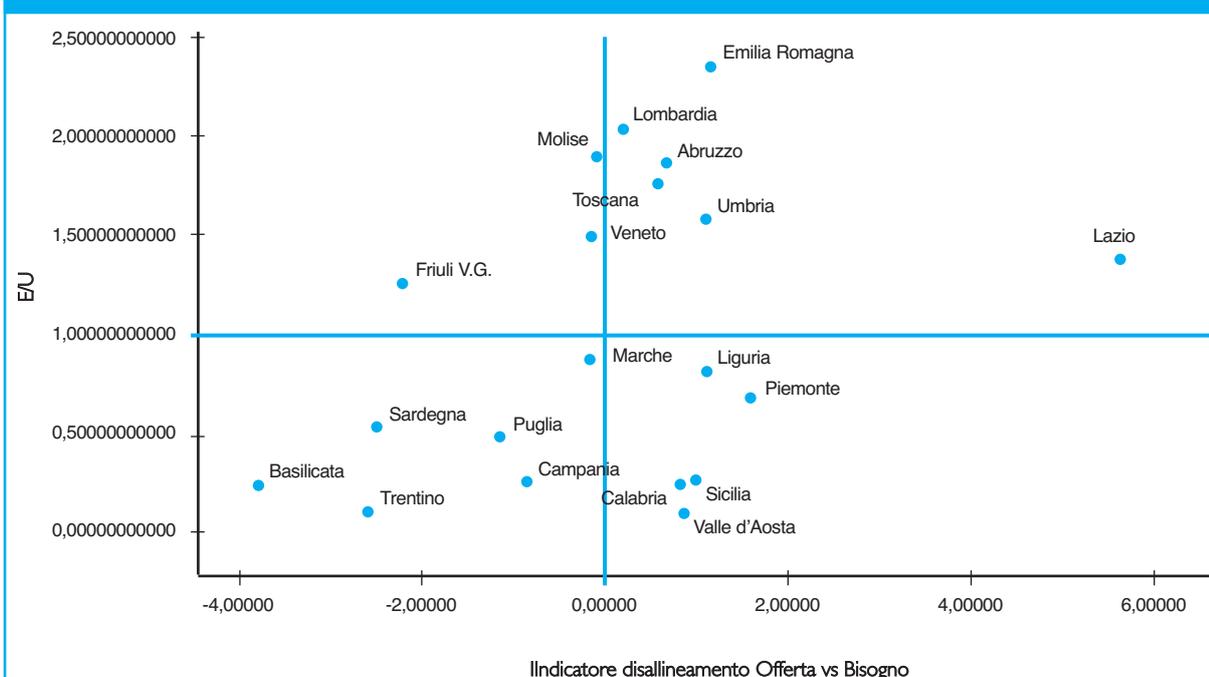
le esprime la struttura anziana della popolazione, il livello di mortalità generale e la multi-cronicità. Il secondo fattore è caratterizzato dalla mortalità per tumore e il terzo asse esprime la speranza di vita, cioè la longevità.

Gli indicatori di sintesi dell'offerta e del bisogno sono stati calcolati sommando le coordinate delle Regioni sui quattro fattori principali considerati (cfr. tabella 1).

Dagli indicatori di sintesi si evince che la Regione con il maggiore bisogno è la Lombardia, la quale gode di un'offerta che la colloca al secondo posto rispetto al resto del Paese, mentre la Regione con il bisogno minore è il Molise, che si colloca al penultimo posto in termini di offerta di strutture.

La figura 1, che rappresenta la relazione tra il disallineamento offerta-bisogno di salute stimato con gli indicatori sintetici e l'indice di attrazione per ricoveri a bassa complessità assistenziale, permette di collocare le Regioni nei quattro quadranti rappresentanti altrettante tipologie: il primo quadrante individua una condizione di *surplus* di offerta e prevalente mobilità di ricoveri potenzialmente inappropriati in entrata (alta attrattività); il secondo quadrante rappresenta le Regioni con deficit di offerta e alta attrattività; il terzo quadrante individua un *deficit* di offerta e una prevalente mobilità di ricoveri a bassa complessità in uscita (bassa attrattività); infine il quarto quadrante identifica le Regioni con *surplus* di dotazione di strutture e servizi e bassa attrattività.

**Figura 1 - Disallineamento dell'offerta rispetto al bisogno e indice di attrazione ospedaliera, anno 2004**

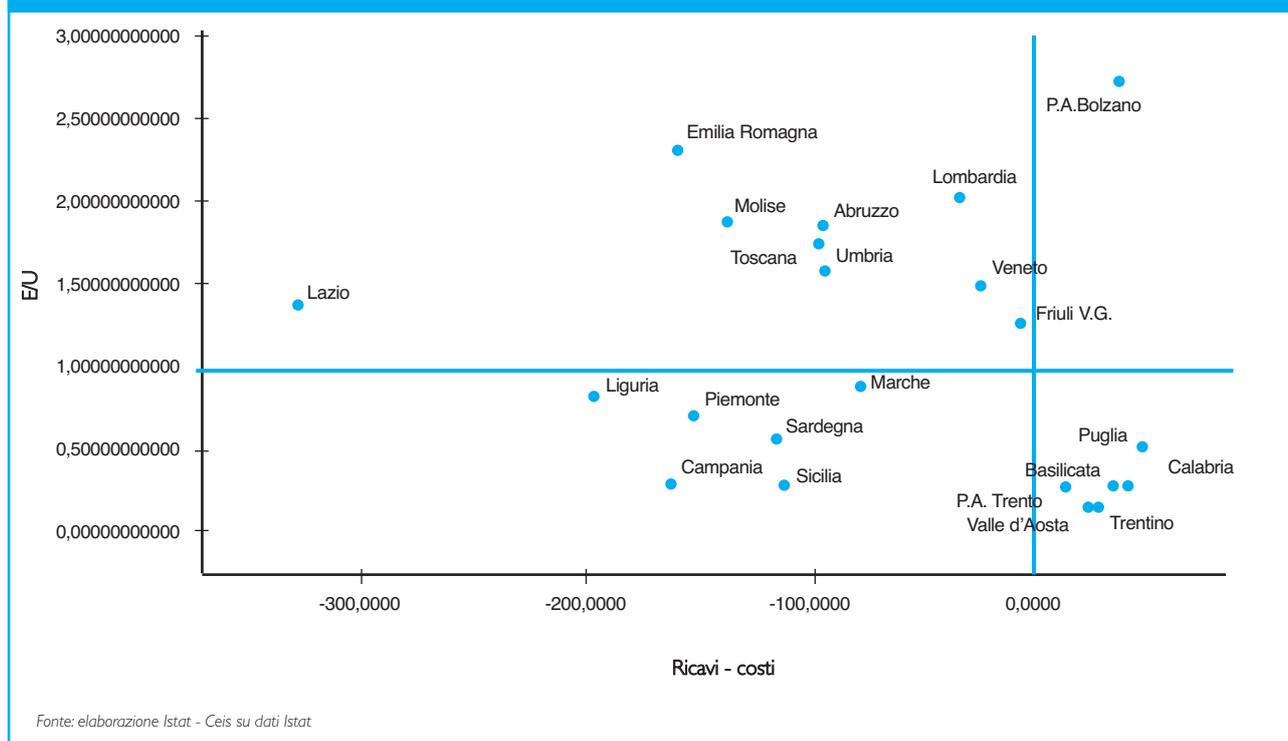


Fonte: elaborazione Istat - Ceis su dati Istat

La collocazione delle Regioni nei quadranti mette in luce due gruppi distinti caratterizzati da bassa ( $E/U < 1$ ) e alta ( $E/U > 1$ ) attrattività per ricoveri a bassa complessità assistenziale. Il rapporto tra la mobilità in entrata e quella in uscita cresce all'aumentare del surplus di dotazione strutturale, anche se tale relazione lineare positiva non assume significatività statistica ( $r=0,34$   $\alpha=0,139$ ). Tra le Regioni con maggior surplus di offerta troviamo il Lazio che evidenzia un indice di attrazione pari a circa 1,4, le altre Regioni hanno *surplus* di minore entità e un indice di attrazione molto variabile (tra 0,16 della Valle d'Aosta e 2,3 dell'Emilia Romagna). Da notare il Friuli Venezia Giulia che è l'unica Regione con indice di attrazione superiore all'unità e un rilevante *deficit* di offerta.

Le Regioni con *deficit* di offerta di strutture e servizi sanitari sperimentano, in ampia maggioranza, una mobilità prevalentemente in uscita.

Figura 2 - Ricavi-costi pro-capite e indice di attrazione ospedaliera, anno 2004



La figura 2 rappresenta la relazione tra il saldo complessivo (ricavi-costi) e la mobilità regionale. La collocazione dei punti regione mette in luce che la maggioranza delle Regioni ha un comportamento che confermerebbe il sospetto che alcune di esse favoriscano la mobilità della casistica ospedaliera a bassa complessità. Invece un gruppo di Regioni, Puglia, Calabria, Basilicata, Trento e Valle d'Aosta sono in evidente controtendenza: prevalenza di ricoveri in uscita in presenza di un "saldo" positivo. La Regione Lazio costituisce un caso anomalo, infatti ha sperimentato nel 2004 il deficit pro-capite più elevato e nello stesso tempo registra una prevalenza di ricoveri in entrata.

### 3.3.4 Conclusioni

Le evidenze empiriche descritte non sono in grado di confermare in via definitiva l'ipotesi del fallimento del sistema regolatorio dovuto ad un utilizzo speculativo della mobilità dei ricoveri a bassa complessità assistenziale per minimizzare problemi di inefficienza allocativa.

L'incertezza è legata sia alla difficoltà, ampiamente richiamata, di stimare il bisogno di assistenza sanitaria e la dotazione complessiva di strutture e servizi sanitari, sia all'incapacità di distinguere, con dati aggregati a livello regionale, l'attività ospedaliera effettivamente inappropriata<sup>10</sup>. Oppure la difficoltà di individuare la parte di mobilità non dipendente da fattori riconducibili a strategie regionali ma alla semplice inappropriata organizzazione locale.

Tuttavia, sia pure con le dovute cautele per i motivi evidenziati, il punto dolente del SSN è quello legato al sistema di allocazione delle risorse. Infatti, gli squilibri osservati testimonierebbero che il processo di allocazione del finanziamento sanitario pubblico non appare ancora completamente convincente, forse perché troppo dipendente da una dotazione strutturale frutto di scelte operate nel corso degli anni piuttosto che da valutazioni legate alle condizioni di bisogno della popolazione assistita.

Le conseguenze di questa allocazione di risorse non ottimale, oltre ad essere fonte di inefficienze economiche, ha pesanti ripercussioni anche sulla qualità del servizio sanitario pubblico. Le inefficienze economiche sottraggono risorse al sistema e non permettono impieghi più razionali ed efficaci. Il *deficit* di qualità si manifesta con il perdurante problema dei lunghi tempi di attesa per ricevere assistenza che spesso costringono i cittadini a spostarsi in altre Regioni o a rivolgersi al settore privato con aggravio dei bilanci familiari.

### Riferimenti bibliografici

- Baroncini P, Burgio A, Solipaca A (2001). *Divari nel rapporto tra bisogni sanitari e allocazione delle risorse al livello regionale italiano*. Igiene e Sanità Pubblica – Volume LVII n. 3 Maggio/Giugno.
- Fortino A, Lispi L, Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G (2002). *La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPro*. Ministero della salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Giugno 2002.
- Levaggi R (2007). *Divari strutturali, di qualità, di efficienza tra i sistemi sanitari regionali*. Seminario Formez-AIES - Roma 30 marzo 2007.
- Solipaca A (2004). *Federalismo e decentramento nel settore sanitario* in MIPA *L'impatto delle riforme amministrative* – Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella Pubblica Amministrazione. Febbraio 2004 ISBN 884580849-1.

<sup>10</sup> Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002) "La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPro" Ministero della salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Giugno 2002.

## 3.4 - Un'analisi territoriale dell'appropriatezza ospedaliera

Burgio A.<sup>1</sup>, Crialesi R.<sup>1</sup>, Rocchetti I.<sup>2</sup>, Solipaca A.<sup>1</sup>

### 3.4.1 Introduzione

Negli ultimi anni la ricerca sui servizi sanitari si è concentrata sulla tematica dell'appropriatezza organizzativa. Questo argomento ha assunto nel corso del tempo sempre maggiore rilevanza per le sue implicazioni su alcune delle principali dimensioni della qualità di un sistema sanitario pubblico: efficienza, efficacia ed equità. Basti pensare, ad esempio, che un livello di cura inappropriato implica, al tempo stesso, l'utilizzo di maggiori risorse economiche, l'aumento del rischio iatrogeno e dei tempi di attesa per accedere all'assistenza sanitaria.

La promozione dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie rappresenta oggi uno dei punti chiave del processo di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera. A partire dal DPCM del 29 novembre 2001, che istituiva i Livelli Essenziali di Assistenza, le politiche di razionalizzazione delle strategie di offerta hanno puntato fortemente a riqualificare l'ospedale come luogo di cura ad elevata tecnologia, destinato al trattamento della casistica più complessa e ad elevata intensità di assistenza. Lo stesso DPCM, nell'allegato 2C, ha identificato 43 DRG come "prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato se erogati in regime di degenza ordinaria per le quali occorre individuare modalità più appropriate di erogazione". Sotto la spinta normativa le Regioni hanno adottato differenti strategie di promozione dell'appropriatezza organizzativa relativamente all'assistenza ospedaliera, volte a favorire la deospedalizzazione e il trasferimento di questa casistica dal tradizionale ricovero ospedaliero in regime ordinario continuativo verso modalità assistenziali a minore complessità quali il *day hospital*, il *day surgery* o l'assistenza ambulatoriale. Ciò ha prodotto ovunque un miglioramento dell'efficienza del sistema, ma con un'intensità ed una variabilità interregionale e interaziendale molto ampia.

Il presente lavoro si propone di descrivere l'attività ospedaliera a bassa complessità assistenziale, in base alla lista dei 43 DRG potenzialmente a rischio di inappropriata, con un dettaglio territoriale che si spinge a livello di Azienda sanitaria locale, tentando di individuare *pattern* territoriali ed eventuali aree di criticità su cui dovranno essere avviate più efficaci azioni correttive.

<sup>1</sup> ISTAT, Direzione centrale per le Statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali, Servizio Sanità e Assistenza.

<sup>2</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

### 3.4.2 Materiali e metodi

Le ipotesi di base adottate nel lavoro assumono la distinzione in tre categorie dei ricoveri a bassa complessità assistenziale (anche definiti a rischio di inappropriatezza): a bassa complessità ma trattati appropriatamente, inappropriatezza fisiologica, inappropriati. Tali ipotesi prendono le mosse da un lavoro sull'attività ospedaliera<sup>3</sup> che ha implementato una metodologia per il calcolo delle soglie di ammissibilità per i 43 DRG individuati dal DPCM del 29 novembre 2001 (metodo APPRO).

La metodologia APPRO utilizzata per le analisi prende a riferimento i ricoveri relativi ai 43 DRG a bassa complessità assistenziale indicati dal decreto e assume che una parte di essi è da considerare appropriata, quando si riferisce ai ricoveri di durata di un giorno sia in regime ordinario sia in *day hospital*, una parte è da considerare fisiologica, quando si osserva un volume di attività al di sotto della soglia. Infine, una quota è da considerare "inappropriata al di là di ogni ragionevole dubbio": quando il volume di attività per i ricoveri con degenza maggiore di un giorno eccede il valore soglia. La soglia è pari alla percentuale di ricoveri inappropriati osservata su tutto il territorio nazionale per ognuno dei 43 DRG.

Seguendo questa impostazione sono stati calcolati alcuni indicatori in grado di misurare le dimensioni principali del problema. L'indicatore di inappropriatezza dell'attività ospedaliera è stato calcolato per ogni Asl e per tipologia di ricovero (medico o chirurgico). In dettaglio, sono stati calcolati, per ognuno dei 43 DRG, gli scarti relativi tra la percentuale osservata e il valore soglia. Con questo procedimento si è ottenuta, per ogni Asl, la distribuzione dei 43 scarti: l'indicatore di inappropriatezza ospedaliera della Asl è rappresentato dallo scarto mediano della distribuzione. Accanto a questo indicatore, che esprime la misura relativa del livello di inappropriatezza, sono stati utilizzati altri due indicatori: il primo misura la "pressione" dei fattori esterni alle strutture ospedaliere, il secondo esprime la quota di ricoveri appropriati sul totale dei 43 DRG.

L'inappropriatezza è sicuramente anche il frutto di fattori esterni all'organizzazione ospedaliera, cioè il risultato di una "pressione" alla quale le strutture sono sottoposte a causa di una domanda inappropriata, di scarsa capacità di risposta dell'assistenza di primo livello e/o di una struttura di offerta territoriale non idonea.

Una misura indiretta di tale pressione può essere costituita dal tasso di dimissione ospedaliera per i 43 DRG a rischio di inappropriatezza standardizzato per età e offerta di posti letto ospedalieri. La standardizzazione dell'indicatore consente di eseguire confronti regionali al netto del bisogno di salute (se si assume che la struttura per età sia una buona *proxy* delle condizioni di salute) e della disponibilità di posti letto, cioè della capacità recettiva delle strutture.

La quota di ricoveri di un giorno, erogati sia in regime ordinario sia in *day hospital*, sul totale dei ricoveri relativi ai 43 DRG esprime, infine, la quota che, pur essendo a bassa complessità assistenziale, è stata trattata in maniera appropriata. Tale indicatore è stato

<sup>3</sup> Cfr. Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G., 2002.

calcolato per i DRG medici e chirurgici.

La descrizione dei ricoveri a bassa complessità assistenziale è stata fatta attraverso una *cluster analysis*: ciò ha consentito di classificare le unità di analisi (le Asl) in gruppi omogenei rispetto alle caratteristiche scelte per rappresentarle. La tecnica di aggregazione utilizzata è quella del legame singolo che appartiene alla classe dei metodi gerarchici. La scelta del numero di *cluster* è stata fatta osservando la nuvola di punti Asl rappresentata sul primo piano fattoriale ottenuto con una analisi in componenti principali.

I dati utilizzati nel lavoro provengono dal Ministero della Salute e sono relativi alle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) disponibili per il 2004.

### 3.4.3 Risultati

L'analisi effettuata ha riguardato 2.856.725 dimissioni per acuti (23,5% del totale) relative ai 43 DRG a rischio di inappropriatazza<sup>4</sup>.

Dal 2001, anno di approvazione del DPCM che ha definito i Livelli essenziali di assistenza, si osserva una generale riduzione del numero di ricoveri attribuibili ai 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza: si è passati da circa 3,3 mln nel 2001 (comprensivi dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza) a poco più di 3 mln nel 2004 con una riduzione del 9,3%. Tale riduzione è dovuta esclusivamente ai ricoveri attribuiti ad un DRG di tipo medico (passati da 1,9 mln circa a 1,5 mln), mentre quelli attribuiti ad un DRG di tipo chirurgico sono rimasti sostanzialmente stabili con una casistica di poco meno di 1,5 mln di ricoveri. Considerando l'andamento complessivo dell'attività ospedaliera, sembrerebbe che una quota significativa di ricoveri di tipo medico a bassa complessità assistenziale sia stata effettivamente risolta in regime di erogazione della prestazione più efficace e a minor consumo di risorse, in linea con le politiche di riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Questo risulta più evidente quando si isolano quei casi che, pur rientrando nella casistica dei 43 DRG, in base alla letteratura sul tema, possono ancora essere considerati come trattati in un *setting* assistenziale appropriato, ovvero i ricoveri effettuati in regime di *day hospital/day surgery* o in regime ordinario con durata di 1 giorno. Tali ricoveri sono aumentati di 355.351 casi (pari ad un incremento del 23%) nell'arco dei quattro anni di osservazione, i ricoveri per i 26 DRG medici sono rimasti pressoché stabili, mentre i ricoveri per i 17 DRG chirurgici hanno subito un incremento pari quasi al 45%.

Questa prima analisi descrittiva relativa a tutto il territorio nazionale mostra quindi due tendenze: la progressiva deospedalizzazione dei casi relativi ai DRG medici a rischio di inappropriatazza e il trasferimento di una quota consistente dei casi relativi a DRG chirurgici dal regime ordinario con durata superiore a 1 giorno al regime ordinario di 1 giorno e soprattutto al *day surgery*.

<sup>4</sup> *Dall'analisi sono state escluse le SDO relative ai 43 DRG riferite alle procedure (indicate in qualunque posizione della scheda di dimissione ospedaliera) espressamente segnalate nell'Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001 come non a rischio di inappropriatazza; quelle in regime di ricovero non per acuti (riabilitazione e lungodegenza); quelle con onere della degenza non a carico del Servizio Sanitario Nazionale; quelle con età uguale o inferiore a 28 giorni (neonati) o superiore a 120 anni.*

Per analizzare più nel dettaglio le caratteristiche territoriali sono stati analizzati i tassi di dimissione ospedaliera e le percentuali di ricoveri “appropriati” (in regime di *day hospital/day surgery* o in regime ordinario di 1 giorno) per Regione al 2004 (tabella 1).

Nel 2004 il tasso grezzo per i DRG a bassa complessità assistenziale è pari a 48,9 ogni 1.000 abitanti. La maggior parte delle Regioni del Nord presenta valori sensibilmente più bassi della media, mentre nel Centro e soprattutto nel Mezzogiorno i tassi sono più elevati.

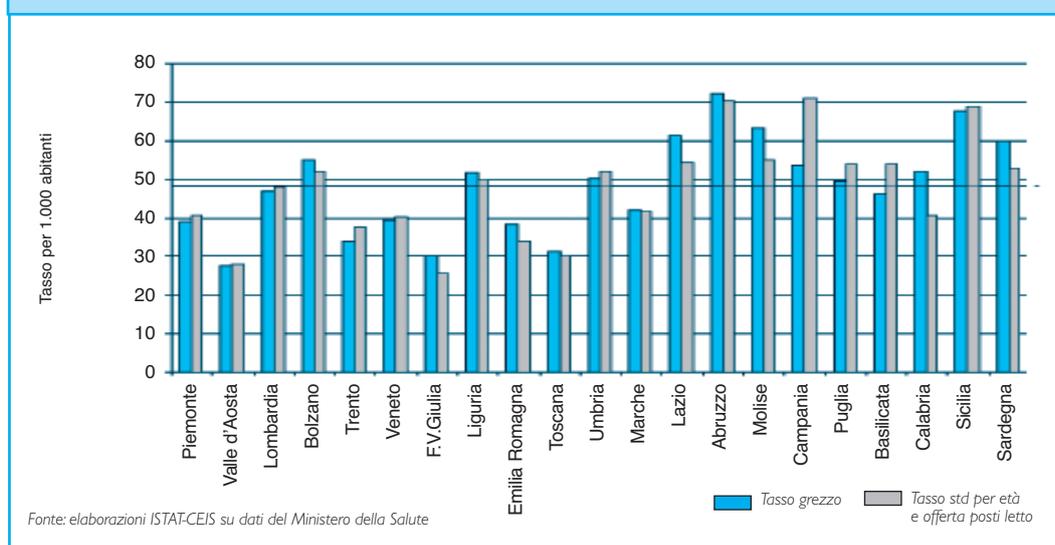
**Tabella 1 - Numero Asl e indicatori di appropriatezza ospedaliera per Regione, anno 2004**

Regioni	Numero Asl	Tasso dimissione ospedaliera per 1.000 ab. per Drg a bassa complessità assistenziale standardizzato per età	Tasso dimissione ospedaliera per 1.000 ab. per Drg a bassa complessità assistenziale standardizzato per età e offerta di posti letto	%ricoveri per Drg a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età	%ricoveri per Drg medici a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età	%ricoveri per Drg chirurgici a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età
Piemonte	22	36,8	40,7	71,3	49,9	79,4
Valle D'aosta	1	26,9	27,8	74,1	45,6	88,9
Lombardia	15	46,8	48,1	72,1	53,6	84,5
Bolzano	4	58,6	52,0	50,9	37,0	61,7
Trento	1	34,2	37,7	67,2	27,2	86,0
Veneto	21	39,6	40,1	64,8	33,7	84,3
Friuli V.G.	6	28,3	25,7	68,5	40,5	82,4
Liguria	5	47,6	49,9	76,0	64,5	86,1
Emilia Rom.	11	36,3	33,7	66,7	36,2	83,8
Toscana	12	30,1	30,1	63,5	47,4	76,8
Umbria	4	47,5	52,0	68,8	45,1	86,3
Marche	13	40,0	41,7	69,1	32,3	82,6
Lazio	12	61,8	54,5	63,3	55,3	68,1
Abruzzo	6	71,3	70,5	46,8	41,2	53,0
Molise	4	62,2	55,0	45,3	40,2	50,6
Campania	13	57,1	70,9	60,2	61,2	57,8
Puglia	12	52,0	53,8	51,8	41,6	62,4
Basilicata	5	46,8	53,9	61,2	53,7	69,6
Calabria	11	54,0	40,5	56,0	47,0	67,3
Sicilia	9	70,4	68,8	65,4	59,0	72,4
Sardegna	8	62,0	52,8	44,6	44,7	41,9
Italia	195	48,9	48,9	63,9	51,2	74,4

Fonte: elaborazioni ISTAT-CEIS su dati del Ministero della Salute

Inoltre solo in cinque Regioni (Lazio, Abruzzo, Molise, Sicilia e Sardegna) i valori sono particolarmente elevati (pari o superiori a 60 per 1.000). Il quadro rimane sostanzialmente immutato considerando il tasso standardizzato per età, mentre si osservano cambiamenti interessanti confrontando il tasso grezzo con il tasso di dimissione ospedaliera standardizzato per età e offerta ospedaliera (figura 1).

**Figura 1 - Tasso di dimissione ospedaliera per acuti per i 43 DRG a rischio di inapproprietezza**

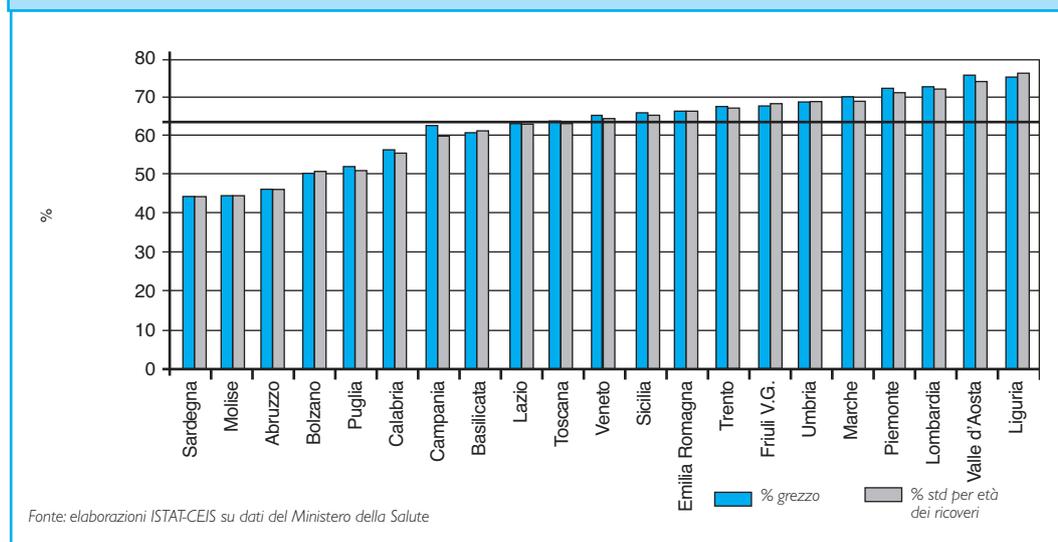


Qualora la dotazione di posti letto ordinari per acuti e in *day hospital* fosse omogenea nel territorio (e al netto delle differenze per età della popolazione), il tasso diminuirebbe nella Provincia autonoma di Bolzano, Lazio, Molise, Calabria e Sardegna. Tuttavia i valori rimangono superiori alla media nazionale (eccetto per la Calabria), indicando un utilizzo del ricovero per questi DRG indipendentemente dalla disponibilità di strutture ospedaliere. Al contrario in Puglia, Basilicata e soprattutto in Campania la standardizzazione accentua il rischio di inapproprietezza facendo aumentare il tasso. Pertanto si può concludere che le Regioni in cui la pressione attribuibile all'azione di fattori esterni alle strutture ospedaliere, indipendentemente dalle caratteristiche demografiche della popolazione residente e della dotazione di strutture ospedaliere, è sensibilmente più elevata sono la Campania, l'Abruzzo e la Sicilia.

La percentuale di ricoveri "appropriati" è pari al 63,9%, essa scende al 52% nel caso dei DRG medici e sale al 75,8% nel caso dei DRG chirurgici. A livello regionale sono ancora una volta la maggior parte delle Regioni meridionali (oltre alla Provincia autonoma di Bolzano) quelle con le percentuali più basse. Anche eliminando l'effetto della diversa distribuzione per età dei ricoveri non si osservano cambiamenti significativi (figura 2): Sardegna, Molise e Abruzzo hanno percentuali inferiori al 50%; nella Provincia autonoma

di Bolzano, in Puglia e in Calabria la percentuale è inferiore al 60%. Da notare come delle tre Regioni con più elevati tassi di dimissione ospedaliera (maggiore pressione da parte dei fattori esterni), l'Abruzzo ha anche basse percentuali di ricoveri "appropriati", mentre la Campania e la Sicilia hanno percentuali non molto distanti dalla media nazionale.

**Figura 2 - Percentuale ricoveri per acuti in *day hospital/day surgery* o regime ordinario di 1 giorno per i 43 DRG a rischio di inappropriately**



Nella distinzione tra DRG medici e DRG chirurgici è interessante sottolineare come la distribuzione regionale relativa ai DRG chirurgici riproduca le stesse differenze osservate per i DRG nel complesso (il coefficiente di correlazione tra i due indicatori è infatti pari a 0,93), mentre per i DRG medici le caratteristiche territoriali sono molto diverse: sono solo 6 le Regioni con percentuali più elevate del valore medio nazionale (Lombardia, Liguria, Lazio, Campania, Basilicata e Sicilia) e scompare il gradiente Nord-Sud osservato per gli altri indicatori.

Il decentramento organizzativo del Sistema sanitario nazionale consiglia di analizzare l'appropriatezza ospedaliera a livello di singola Asl. L'analisi dei gruppi, effettuata sugli indicatori calcolati per Asl, consente di valutare se emergono comportamenti differenziali all'interno delle singole Regioni o se il quadro territoriale fin qui descritto è rappresentativo anche delle realtà locali.

Lo studio ha individuato quattro gruppi di Asl (tabella 2).

Il primo gruppo è caratterizzato dalle Asl per le quali si osserva una pressione attribuibile ai fattori di domanda e di offerta extra ospedaliera sostanzialmente appena al di sopra della media nazionale, una *performance* in termini di appropriatezza ospedaliera superiore a quella osservata a livello medio nazionale sia per i DRG chirurgici sia per quelli medici (buona appropriatezza ospedaliera).

**Tabella 2 - Variabili dell'analisi dei gruppi condotta sulle Asl: centri nei gruppi e centri totale Asl, anno 2004**

VARIABILI	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3	Gruppo 4	Totale Asl
Tasso dimissione ospedaliera per 1.000 ab. per Drg a bassa complessità assistenziale standardizzato per età e offerta di posti letto	49,7	34,9	79,3	48,1	<b>48,9</b>
% ricoveri per Drg a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età	70,1	64,1	57,0	43,8	<b>63,9</b>
% ricoveri per Drg chirurgici a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età	81,9	80,0	61,6	51,4	<b>74,4</b>
% ricoveri per Drg medici a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età	51,0	33,6	51,6	36,8	<b>51,2</b>
Mediana degli scarti relativi tra % ricoveri in regime ordinario di degenza superiore a 1 giorno e valore soglia per Drg a bassa complessità assistenziale	-0,265	-0,075	-0,210	0,138	<b>-0,136</b>
Mediana degli scarti relativi tra % ricoveri in regime ordinario di degenza superiore a 1 giorno e valore soglia per Drg chirurgici a bassa complessità assistenziale	-0,894	-0,867	-0,267	-0,093	<b>-0,723</b>
Mediana degli scarti relativi tra % ricoveri in regime ordinario di degenza superiore a 1 giorno e valore soglia per Drg medici a bassa complessità assistenziale	-0,012	0,338	-0,189	0,240	<b>0,158</b>

Fonte: elaborazioni ISTAT-CEIS su dati del Ministero della Salute

Il secondo gruppo è caratterizzato dalle Asl per le quali si evidenzia una pressione esterna all'attività ospedaliera sensibilmente inferiore a quella stimata a livello nazionale, un livello di appropriatezza superiore alla media nazionale per i DRG chirurgici, ma una *performance* fortemente negativa per quanto riguarda i DRG medici (inappropriatezza DRG medici). La bassa pressione esterna ha una connotazione positiva in quanto è indice di una propensione delle Asl appartenenti al gruppo a trattare i casi a bassa complessità assistenziale con la medicina di base o in strutture territoriali extra-ospedaliere.

Il terzo gruppo è formato da Asl che, al contrario del precedente, sperimentano una forte pressione esterna; tale pressione si traduce in un livello di appropriatezza inferiore a quella media nazionale per i DRG chirurgici. Al contrario, l'appropriatezza risulta superiore a quella nazionale per quanto riguarda i DRG di tipo medico (appropriatezza DRG medici). Il quarto gruppo è costituito dalle Asl sottoposte ad un livello di pressione esterna in linea con quella osservata a livello nazionale, mentre il livello di appropriatezza è estremamen-

te negativo soprattutto per l'attività erogata per i DRG di tipo medico (bassa appropriatezza ospedaliera).

Il gruppo caratterizzato da una buona appropriatezza ospedaliera è costituito da 55 Asl (29% circa). Gli indicatori che si discostano maggiormente dalla media generale sono la percentuale di ricoveri in *day hospital/day surgery* o regime ordinario di 1 giorno pari a 70,1% (rispetto a 63,9%) e quella relativa ai DRG chirurgici (81,9% rispetto a 74,4%), oltre alle tre mediane degli scarti relativi dai valori soglia nazionali. Le unità che lo compongono sono situate in tutte le ripartizioni d'Italia. Per il Nord troviamo tutte le Asl della Liguria, la maggior parte delle Asl della Lombardia e un terzo circa delle Asl del Piemonte, mentre per la Provincia autonoma di Bolzano, il Veneto e l'Emilia Romagna solo una piccola parte delle Asl della Regione rientra in questo gruppo. Per il Centro appartengono al gruppo tutte le Asl dell'Umbria e la maggior parte delle Asl del Lazio, 3 Asl della Toscana su 12 e 2 Asl delle Marche su 13. Per il Sud rientrano solo poche Asl della Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia.

Al gruppo caratterizzato da inappropriatezza per i DRG di tipo medico appartengono ben 73 Asl. Questo è il gruppo più numeroso con il 38% delle Asl. Il tasso di ricovero per i 43 DRG è pari al 34,9 per 1.000 rispetto alla media generale di 48,9; inoltre la percentuale di "appropriatezza" per i DRG medici è piuttosto bassa (33,6% rispetto a 51,2%), mentre la mediana degli scarti relativi dai valori soglia nazionali è pari a 0,338 rispetto allo 0,158 della media generale. Rientrano nel gruppo le Asl appartenenti a molte Regioni del Nord (quella della Valle d'Aosta e della Provincia autonoma di Trento, tutte le Asl del Friuli Venezia Giulia, ben 13 Asl del Piemonte su 22, 17 Asl del Veneto su 21 e le restanti Asl della Lombardia e dell'Emilia Romagna).

Il terzo gruppo caratterizzato da Asl a buona appropriatezza per i DRG medici presenta un elevato tasso di ricovero per i 43 DRG (79,3 per 1.000). La percentuale di ricoveri di tipo medico in *day hospital/day surgery* o regime ordinario di 1 giorno è pari al 51,6% rispetto alla media generale pari al 51,2% e la mediana degli scarti relativi dai valori soglia è pari a -0,189 rispetto a +0,158. In questo gruppo sono presenti 29 Asl, di cui ben 25 appartengono al Mezzogiorno: le Regioni maggiormente rappresentate sono la Campania (con 9 Asl su 13) e la Sicilia (7 Asl su 9); rientrano poi 3 Asl della Calabria, 2 Asl dell'Abruzzo, 2 Asl della Puglia e 1 sola Asl di Molise e Sardegna.

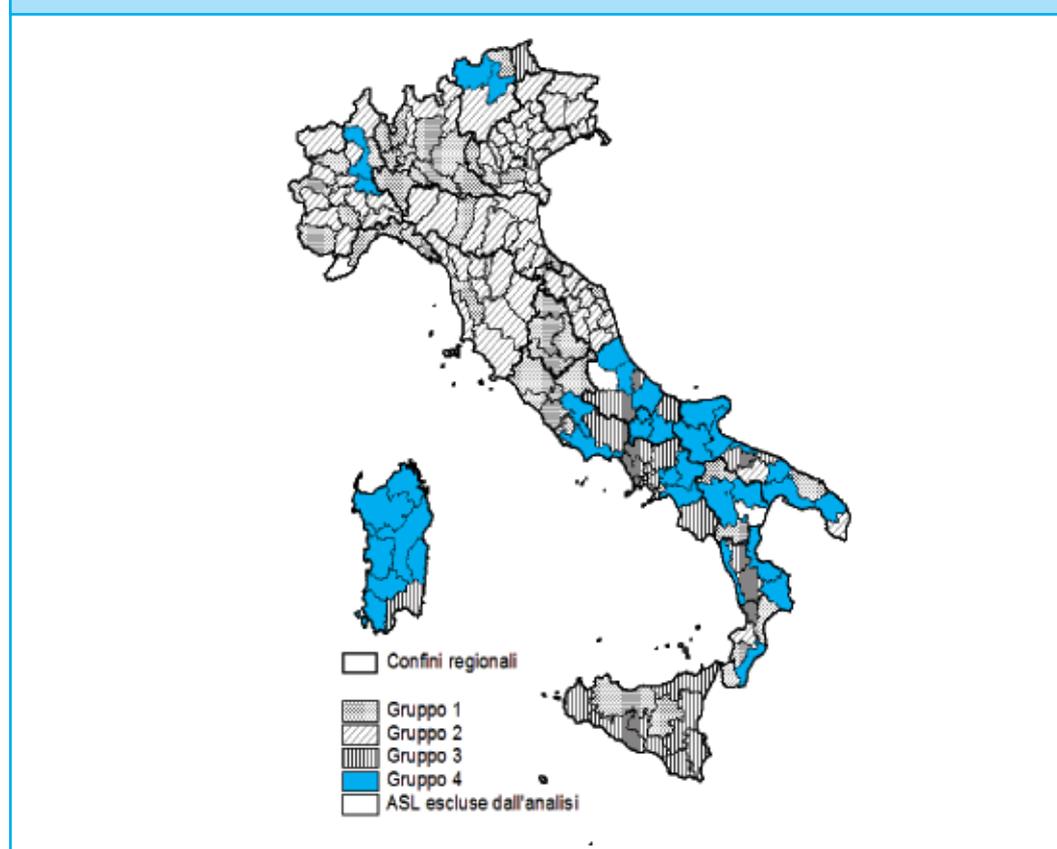
L'ultimo gruppo caratterizzato da bassa appropriatezza ospedaliera è fortemente caratterizzato da valori significativamente più bassi della media generale per tutte e tre le percentuali di ricoveri in *day hospital/day surgery* o regime ordinario di 1 giorno, e più alti per le mediane degli scarti relativi dai valori soglia. Appartengono al gruppo 35 Asl (18,2%), di cui 2 del Piemonte, 2 della Provincia Autonoma di Bolzano, 2 del Lazio e le restanti 29 appartenenti a Regioni meridionali.

Oltre alle restanti Asl dell'Abruzzo e del Molise, vi rientrano 3 Asl su 13 della Campania, 2 Asl su 4 della Basilicata, 4 Asl su 11 della Calabria, più della metà delle Asl della Puglia e quasi tutte le Asl della Sardegna.

In conclusione, non sembra emergere una chiara connotazione territoriale dell'appropriatezza ospedaliera (figura 3); alcune Regioni del Centro-Nord mostrano un corretto trattamento dei casi di ricovero a bassa complessità assistenziale, altre invece paventano

scarsa appropriatezza per quanto riguarda il trattamento dei DRG di tipo medico. In alcune Regioni del Mezzogiorno si osserva un'ottima *performance* per quanto riguarda i DRG medici a bassa complessità assistenziale, mentre altre manifestano gravi carenze di appropriatezza per entrambe le tipologie di ricoveri.

**Figura 3 - Analisi dell'appropriatezza ospedaliera: suddivisione in quattro gruppi delle Asl, anno 2004**



#### 3.4.4 Conclusioni

L'introduzione del sistema di remunerazione delle strutture ospedaliere basato sulle prestazioni valorizzate con il sistema tariffario DRG prima e la definizione dei Livelli essenziali di assistenza poi, hanno richiesto l'attivazione di meccanismi di controllo e monitoraggio dell'utilizzo delle risorse (efficienza) e dell'appropriatezza delle prestazioni (efficacia). Negli ultimi anni vi è stato un proliferare di indicatori e metodologie per misurare questi aspetti, attualmente sottoposti ad analisi ripetute sia a livello nazionale che regionale. Relativamente agli aspetti di appropriatezza organizzativa (ambito nel quale sono erogate le prestazioni), i risultati di queste analisi mostrano per gli anni più recenti due tendenze a livello nazionale: la progressiva deospedalizzazione dei casi relativi ai DRG medici a

rischio di inappropriatazza (definiti nel DPCM del 29 novembre 2001) e il trasferimento di una quota consistente dei casi relativi a DRG chirurgici dal regime ordinario con durata superiore a 1 giorno al regime ordinario di 1 giorno e soprattutto al *day surgery*.

L'analisi a livello regionale effettuata nel presente lavoro con i dati 2004 ha evidenziato che in molte realtà del Paese per i DRG medici vi sono ancora ampi margini di miglioramento, nel senso che le percentuali di utilizzo appropriato di ricoveri a bassa complessità assistenziale sono ancora piuttosto basse. Infatti, ben 73 Asl paventano una percentuale troppo elevata di DRG medici inappropriati "al di là di ogni ragionevole dubbio", molte di queste appartengono alle Regioni del Centro-Nord. Sembra, quindi, che per tale tipologia di DRG queste Asl abbiano una maggiore capacità nel gestire i casi a bassa complessità assistenziale con la medicina di base o nelle strutture territoriali, piuttosto che nelle strutture ospedaliere in maniera appropriata attraverso il *day hospital*. Infine, poco più di un terzo delle Asl, in maggioranza del Mezzogiorno, manifestano ancora livelli di *performance* insoddisfacenti.

#### **Riferimenti bibliografici**

- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2001-2004). *DRG a rischio di inappropriatazza, Analisi delle Schede di dimissione ospedaliera. Percentuali di ricovero ordinario e di day hospital*, Roma 2007.
- DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", in supplemento ordinario n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002.
- Fortino A, Lispi L, Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G (2002). *La valutazione dell'appropriatazza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo Appro*, Roma.
- Ministero della salute. Progetto Mattoni SSN *Misura dell'appropriatazza*, <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>.

## 3.5 - Supply Induced Demand e comportamento dei medici di base in Italia

Donia Sofio A.<sup>1</sup>, Gitto L.<sup>1</sup>

### 3.5.1 Brevi note sull'evidenza della SID

Un elemento fondamentale degli scambi nel mercato sanitario è rappresentato dall'asimmetria informativa tra fornitori ed utilizzatori di servizi sanitari, che elimina l'uguaglianza che dovrebbe esistere tra le due parti e impedisce il corretto funzionamento del mercato stesso. In particolare, in letteratura è stata avanzata l'ipotesi che il medico possa indurre una domanda superiore a quella che si avrebbe in un mercato senza asimmetrie informative; tale ipotesi SID, acronimo per *Supplier Induced Demand*, trova giustificazione nell'esistenza di un interesse soggettivo del medico difforme da quello del paziente, che lo spinge a prescrivere più di quanto sarebbe coerente con i reali bisogni di quest'ultimo, al fine di massimizzare la propria utilità (cioè il proprio reddito). In tal modo, nel mercato dell'assistenza sanitaria si può verificare un consumo in eccesso di servizi inappropriati, con un conseguente aumento della spesa sanitaria.

Al modello di SID è generalmente sotteso un meccanismo di pagamento del medico basato sulle attività svolte (*fee for service*): poiché la retribuzione del medico è correlata positivamente con il numero di casi trattati, un eventuale aumento nel numero di medici presenti nel mercato comporterebbe una riduzione del numero di pazienti che potrebbero essere assistiti da ciascun medico e, di conseguenza, del reddito di ciascuno di loro. Al fine di mantenere invariata la propria remunerazione, la reazione da parte dei medici potrebbe consistere nell'induzione della domanda delle prestazioni stesse<sup>2</sup>.

Non stupisce, quindi, che l'ipotesi SID sia nata con riferimento a modelli sanitari di tipo privatistico, come quello statunitense (Green, 1978), seppure non manchino applicazioni in modelli diversi.

Le verifiche empiriche rimangono, peraltro, il punto debole della teoria. Malgrado i numerosi contributi rinvenibili in letteratura, la verifica empirica dell'esistenza e dell'intensità di fenomeni di SID è problematica: ciò deriva sia dalla pratica impossibilità di isolare gli effetti di induzione da incrementi autonomi della domanda, sia per l'accompagnarsi di forme di scoraggiamento della domanda (come il ticket) a quelli di induzione, con l'effetto di deprimere l'intensità del fenomeno stesso.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Alcune definizioni della SID vengono fornite nello studio di Richardson e Peacock (1999) o, in maniera estesa, nel Rapporto sulla SID condotto dalla Productivity Commission australiana (2002).

Un'importante osservazione, posta in evidenza da Fuchs (1978), riguarda, inoltre, le motivazioni dei medici per quanto riguarda l'incremento del numero delle prescrizioni: si è detto che l'ipotesi di induzione si verifica quando questi ultimi sono retribuiti sulla base del numero di prestazioni effettuate. Se, però, in presenza di una modalità di remunerazione diversa dal *fee for service*, come nel caso dei medici di base in diversi Paesi, essi sono indifferenti alle opportunità di guadagno, è lecito chiedersi perché dovrebbero voler aumentare la domanda dei servizi offerti.

Per quanto riguarda l'Italia, la remunerazione del medico di base è basata sia su una quota capitaria (con un massimale di scelte), sia su quote variabili in funzione di alcune prestazioni di particolare impegno, anche se queste ultime rappresentano una quota poco significativa del suo reddito globale. Esistono, però, ulteriori motivi che potrebbero favorire un comportamento opportunistico da parte dei medici di base e giustificare l'interesse per una verifica dell'ipotesi della SID: in primo luogo, i benefici indiretti, anche non necessariamente pecuniari, che il medico di base può ricavare dall'adesione alle pressioni informative delle aziende farmaceutiche per quanto riguarda le prescrizioni per farmaci, degli ambulatori privati per quanto riguarda le prescrizioni di analisi cliniche, o di trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi; inoltre, prescrizioni non appropriate potrebbero derivare dall'insistenza dei pazienti per ottenere determinate prestazioni sanitarie e dal timore che essi possano optare per un altro medico di base concorrente qualora le loro richieste non venissero soddisfatte.

Infine, potrebbe verificarsi il rischio di inefficienza a causa del mancato collegamento tra prestazione (qualitativa e quantitativa) resa dal medico e remunerazione percepita; in mancanza di un controllo effettivo sul comportamento prescrittivo del medico di base, non esiste, infatti, un incentivo alla minimizzazione dei costi da parte di quest'ultimo. Studi recenti condotti sull'argomento hanno affrontato l'ipotesi di induzione specialmente dalla prospettiva del medico di base (tra questi vi sono, ad esempio, gli studi di Delattre e Dormont (2000), Jiang e Begun (2002) e, da ultimo, il lavoro di Xirasagar e Lin Heng-Ching (2006).

Sulla base di queste considerazioni, e tenuto conto delle peculiarità del sistema sanitario italiano, obiettivo del presente studio è quello di verificare la correlazione tra il numero di medici di base in rapporto alla popolazione e i diversi tipi di prestazioni sanitarie prescritte. Tale correlazione, se positiva, potrebbe segnalare un maggior ricorso ai servizi sanitari con un aumento della relativa spesa per il SSN, che può essere spiegato ipotizzando l'esistenza di induzione nella domanda.

### **3.5.2 Dati impiegati nell'analisi**

La presente analisi si riferisce all'anno 2003 ed è condotta su base regionale. La scelta del 2003 quale anno di svolgimento dell'indagine è dovuta alla indisponibilità, per anni successivi, di dati ISTAT relativi all'offerta sanitaria – numero di medici di medicina generale per Regione, sia in valori assoluti che per 10.000 abitanti, popolazione residente per medico, numero di assistiti per medico, che costituiscono le principali variabili utilizzate in questo lavoro – per anni più recenti.

Dalla banca dati ISTAT sono tratti, in primo luogo, i dati relativi alla popolazione residen-

**Tabella 1 - Dati regionali relativi alle prestazioni sanitarie**

Variabile	Valore medio	Deviazione std
Numero medici di base per 10.000 abitanti	8,18	0,81
Popolazione residente per medico	1.236,90	167,93
Numero di assistiti per medico	1.105,61	146,25
% di consumatori di farmaci, suddivisi per fasce d'età, nei due gg. precedenti alla rilevazione:		
0-14 anni	14,16	2,68
15-24 anni	16,30	4,09
25-34 anni	18,82	3,44
35-44 anni	23,45	3,30
45-54 anni	35,07	4,78
55-64 anni	49,15	3,68
65-74 anni	67,96	3,33
oltre 75 anni	80,91	3,37
% popolazione over 80	4,2	0,009
PIL annuale pro-capite (in migliaia di €)	22	5
Numero totale di prescrizioni mediche pro-capite	15,11	2,93
Numero di prescrizioni per analisi chimiche, cliniche e microbiologiche pro-capite	13,00	2,71
Numero di prescrizioni per esami di diagnostica pro-capite	0,91	0,24
Numero di prescrizioni per prestazioni di medicina riabilitativa pro-capite	1,19	0,63
Numero di ricette farmaceutiche pro-capite	7,70	1,07
Confezioni di farmaci per ricetta	1,89	0,10
Valore medio dei farmaci prescritti (in €)	14,53	1,20

Fonte: ISTAT, Federfarma

te per Regione; da alcune elaborazioni su dati ISTAT sono stati, poi, ottenuti i dati relativi alla percentuale di popolazione di età superiore ad 80 anni sulla popolazione totale residente. Particolare rilievo merita la considerazione della popolazione inclusa in questa fascia d'età, che di per sé costituisce un indicatore di bisogno. Inoltre, a fronte di una remunerazione fissa corrisposta ai medici di base sulla base dell'accordo intervenuto in attuazione del D.lgs. n. 502/92, come modificato dal D.lgs. n. 229/999, vi è la possibilità di percepire compensi aggiuntivi per ogni assistito di età anziana (superiore a 75 anni). Sempre dalla banca dati ISTAT provengono i dati sul PIL regionale pro-capite e sul consumo percentuale di farmaci della popolazione, totale e suddivisa per fasce d'età, negli ultimi due giorni prima della rilevazione. In particolare, le classi d'età considerate sono: 0-14 anni, 15-24 anni, 25-34 anni, 35-44 anni, 45-54 anni, 55-64 anni, 65-74 anni, oltre 75 anni.

Da alcune elaborazioni su dati del ministero della Salute, sono tratte le indicazioni sul numero di prescrizioni per analisi di laboratorio, esami di diagnostica per immagini, medi-

**Tabella 2 - Dati regionali sulle prescrizioni di farmaci**

Regioni	Numero confezioni per ricetta	Valore medio dei farmaci prescritti (in €)	Ticket (si/no)
Piemonte	1,9	14,79	Si
Valle d'Aosta	2,0	13,61	No
Lombardia	2,0	15,50	Si
Prov. Aut. di Bolzano	2,0	16,00	Si
Prov. Aut. di Trento	1,9	13,28	No
Veneto	2,0	13,91	Si
Friuli Venezia Giulia	2,0	13,68	No
Liguria	1,9	16,38	Si
Emilia Romagna	1,9	13,19	No
Toscana	1,9	12,53	No
Umbria	1,6	12,47	No
Marche	1,8	13,58	No
Lazio	2,0	15,60	Si
Abruzzo	1,9	14,58	Si
Molise	1,8	15,64	Si
Campania	1,9	13,49	Si
Puglia	1,9	15,73	Si
Basilicata	1,7	14,99	No
Calabria	1,8	15,07	No
Sicilia	1,9	15,71	Si
Sardegna	1,8	15,53	No
Totale Italia	1,9	14,71	

Fonte: dati Federfarma

cina riabilitativa. Il numero di ricette farmaceutiche per Regione, il numero di confezioni di farmaci per ricetta e il prezzo medio dei farmaci prescritti sono tratti, invece, dalla banca dati Federfarma. Il numero di ricette farmaceutiche fa riferimento al consumo di farmaci, senza riflettere, però, il tipo di farmaco prescritto.

### 3.5.3 Descrizione dei dati

La tabella 1 riassume le statistiche descrittive relative alle variabili impiegate nell'analisi. A fronte di un limite massimo di assistiti posti in 1.500 per medico, può notarsi come il numero medio di assistiti per medico sia pari a poco più di 1.100. È significativo notare come la percentuale di consumo dei farmaci sia direttamente correlata con l'età della popolazione: a tal proposito, si nota come l'81% della popolazione anziana faccia abitualmente uso di farmaci.

Tra le prescrizioni effettuate dai medici di base, la maggior parte consiste in prescrizioni per analisi chimiche, cliniche e microbiologiche, seguita dalle prescrizioni per farmaci; per quanto riguarda questi ultimi, nella tabella viene anche riportato il dato sul numero di con-

**Tabella 3 - Numero di medici di base e di prestazioni sanitarie per Regione**

Regioni	Numero medici di base per 10.000 abitanti	Numero di assistiti per medico	Numero totale di prescrizioni pro-capite	Numero di prescrizioni pro-capite per analisi chimiche, cliniche e microbiologiche	Numero di prescrizioni pro-capite per esami di diagnostica	Numero di prescrizioni pro-capite per prestazioni di medicina riabilitativa	Numero di ricette farmaceutiche pro-capite
Piemonte	8,20	1.119	17,01	14,79	0,90	1,32	6,96
Valle d'Aosta	8,40	1.058	14,95	12,66	1,02	1,25	6,67
Lombardia	7,66	1.176	20,32	17,71	1,07	1,52	6,26
P.A.							
Bolzano	5,22	1.708	7,70	5,99	0,56	1,14	5,22
P.A.							
Trento	7,86	1.111	17,98	16,24	0,90	0,82	6,02
Veneto	7,68	1.155	18,66	15,98	1,10	1,57	6,43
Friuli Venezia Giulia	8,63	1.053	15,45	14,02	0,68	0,74	7,01
Liguria	8,93	1.025	15,77	14,03	1,04	0,69	8,27
Emilia Romagna	8,06	1.121	16,33	14,08	1,73	0,51	7,95
Toscana	8,72	1.038	14,26	12,96	0,76	0,53	8,16
Umbria	8,76	1.029	10,98	9,86	0,76	0,36	9,44
Marche	8,22	1.082	14,73	13,06	0,90	0,75	8,15
Lazio	9,37	994	16,19	12,48	0,84	2,86	8,63
Abruzzo	8,46	1.059	17,49	15,48	1,07	0,93	8,50
Molise	8,77	1.026	12,33	10,09	1,02	1,21	8,06
Campania	7,77	1.155	17,73	14,79	0,93	2	8,41
Puglia	8,21	1.080	10,28	8,78	0,57	0,92	7,61
Basilicata	8,53	1.053	14,95	11,71	0,82	2,41	8,67
Calabria	8,48	1.063	14,17	12,35	0,67	1,15	8,42
Sicilia	8,16	1.080	15,48	13,90	0,80	0,76	8,52
Sardegna	7,85	1.033	14,52	11,96	0,92	1,64	8,23
<b>Totale</b>	<b>8,18</b>	<b>1.099</b>	<b>16,35</b>	<b>14,05</b>	<b>0,95</b>	<b>1,34</b>	<b>7,65</b>

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute e Federfarma

fezioni per ricetta con il relativo prezzo medio.

Dal confronto tra i dati relativi al numero medio di confezioni prescritte su ciascuna ricetta e al costo medio dei farmaci prescritti emergono, invece, delle differenze tra le Regioni: in particolare, le Regioni che presentano un valore dei farmaci prescritti per ricetta minore sono quelle in cui il costo dell'assistenza farmaceutica viene sostenuto prevalentemente dai pazienti e nelle quali, pertanto, si ha una maggiore diffusione dei generici. Le Regioni che presentano un valore medio dei farmaci prescritti per ricetta più alto (e, tra queste, le Regioni meridionali), invece, sono quelle che applicano il ticket.

Nella tabella 2 è possibile cogliere tali differenze; nell'ultima colonna della tabella può verificarsi quali Regioni applichino o meno il ticket.

La tabella 3 riporta i dati regionali sulle variabili principali impiegate nell'analisi: il numero di medici di base per 10.000 abitanti, il numero di assistiti per medico e il numero delle

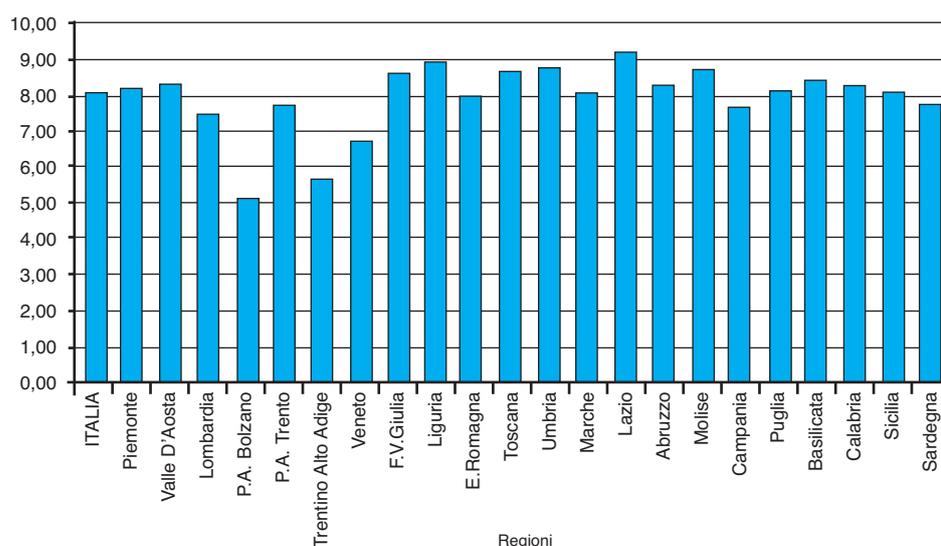
diverse tipologie di prescrizioni per ciascuna Regione. Le stesse variabili sono rappresentate nelle figure da 1 a 4. È opportuno evidenziare come il numero totale di prescrizioni pro-capite non costituisca la somma di tutte le prestazioni sanitarie: ogni ricetta, infatti, può contenere anche più di una prescrizione.

Il maggior numero di prescrizioni riguarda le analisi chimiche, cliniche e microbiologiche, oltre che le ricette farmaceutiche: per quanto riguarda le prime, si oscilla dalle 17,71 prescrizioni pro-capite della Lombardia (circostanza spiegabile presumibilmente con la maggiore presenza, sul territorio di questa Regione, di strutture e laboratori sia pubblici che privati, che determina per i pazienti la possibilità di accedere indipendentemente all'una o all'altra tipologia di strutture) alle 8,78 prescrizioni pro-capite della Regione Puglia. Vi è un impatto minore delle prescrizioni per esami di diagnostica e per la medicina riabilitativa: il maggior numero di prescrizioni di diagnostica riguarda la Regione Emilia Romagna, con 1,73 prescrizioni pro-capite, a fronte di sole 0,57 prescrizioni pro-capite per la Puglia. La medicina riabilitativa va dalle 0,36 prescrizioni pro-capite per l'Umbria alle 2,86 prescrizioni per la Regione Lazio.

Infine, il numero delle ricette pro-capite, generalmente contenuto per le Regioni settentrionali, ad eccezione della Liguria con 8,27 ricette pro-capite, tende ad aumentare nelle Regioni meridionali, che si collocano tutte, ad eccezione della Puglia, ben al di sopra della media nazionale, pari a 7,65 ricette pro-capite.

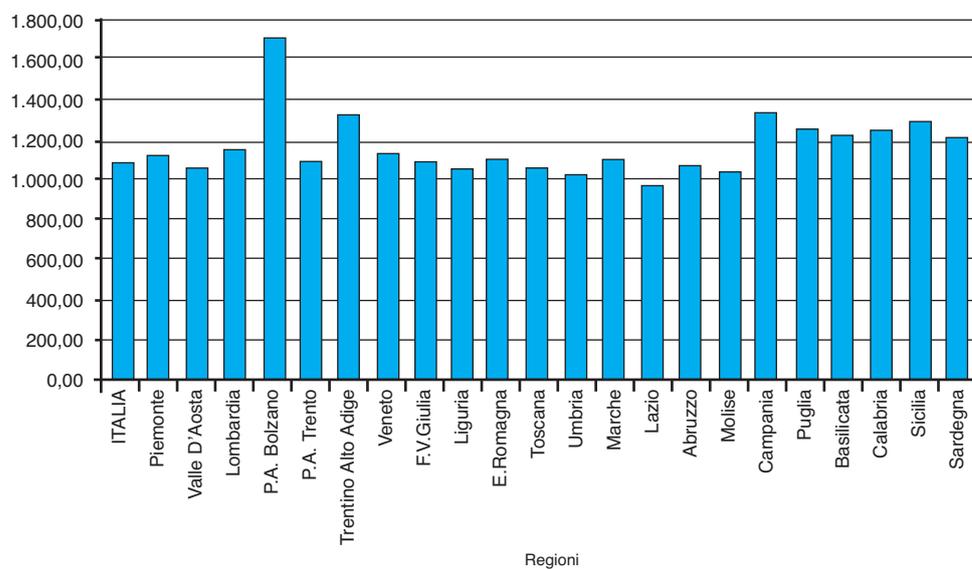
Un caso particolare è costituito dalla Provincia autonoma di Bolzano: qui il numero dei medici è notevolmente più basso rispetto alla media nazionale; conseguentemente, anche il numero delle prescrizioni è notevolmente inferiore rispetto a quello registrato

**Figura 1 - Numero di medici di base per 10.000 abitanti**



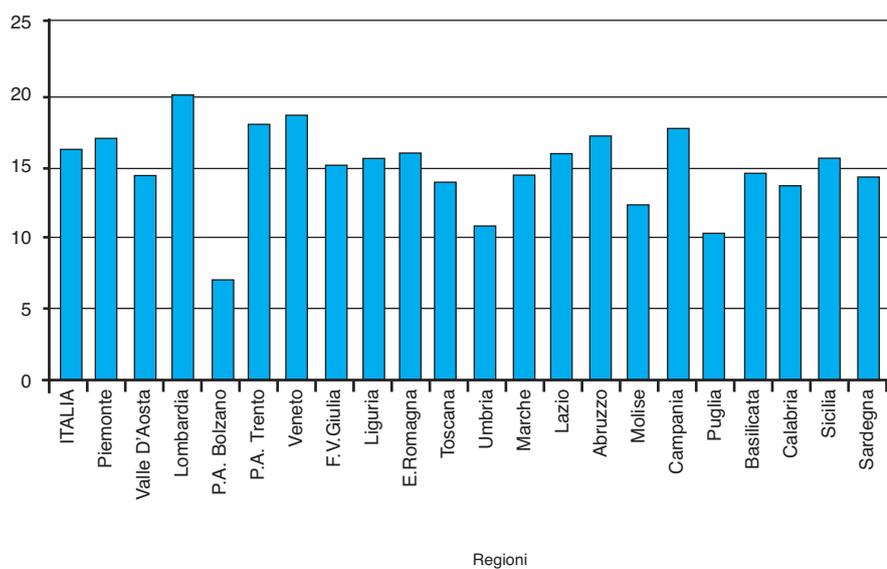
Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura 2 - Numero di assistiti per medico



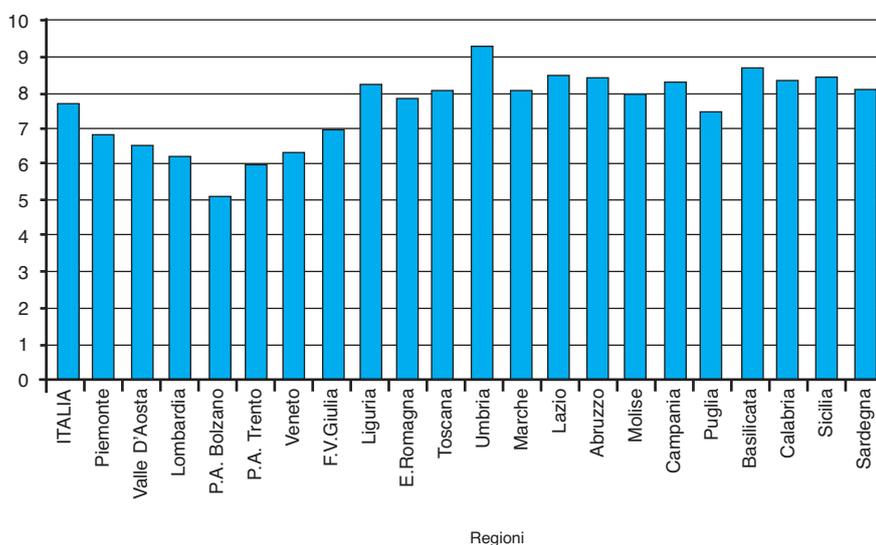
Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura 3 - Numero di prescrizioni pro-capite



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura 4 - Ricette farmaceutiche pro-capite



Fonte: elaborazioni su dati Federfamra

nelle altre Regioni.

Come può notarsi, Lazio, Liguria e Molise sono le Regioni in cui il numero dei medici di base è più elevato rispetto ad altre aree geografiche del Paese e, conseguentemente, è minore il numero di assistiti.

È uno scenario variegato quello che emerge dall'esame del numero totale di prescrizioni, come già evidenziato nel commento della tabella 3; mentre la Lombardia presenta un valore pro-capite pari a 20,32, altre Regioni, come Puglia o Umbria, presentano un numero di prescrizioni pro-capite molto più contenuto. Costituisce un'eccezione, come specificato sopra, la Provincia autonoma di Bolzano.

Per quanto riguarda le ricette farmaceutiche, tra le Regioni del Nord Italia, la Liguria costituisce un'eccezione rispetto alle altre Regioni settentrionali, con 8,27 ricette farmaceutiche pro-capite, circostanza, quest'ultima, spiegabile con la percentuale più alta di anziani residente in questa Regione. Si nota, inoltre, come il valore più elevato sia rappresentato dalla Regione Umbria: a fronte di un numero totale di prescrizioni pro-capite piuttosto contenuto (10,98 a fronte di 16,35 per le prescrizioni in Italia), il numero di ricette farmaceutiche pro-capite è pari a 9,44.

### 3.5.4 Metodologia di analisi

Come mostrato da vari studi sulla SID (tra i primi autori si possono citare Auster e Oaxaca, 1981), in sanità la quantità domandata è funzione del prezzo e di un vettore di variabili di domanda esogene  $X_d$ .

$$Q_d = D(P, X_d).$$

La quantità offerta, invece, è funzione del prezzo, di un vettore  $W$  di variabili esogene rela-

tive al prezzo degli *input* e di un vettore di variabili d'offerta esogene  $X_s$ .

$$Q_s = S(P, W, X_s).$$

In equilibrio si ha che  $Q_d = Q_s = Q$ .

L'ipotesi di SID, invece, comporta che la quantità offerta dai medici venga incorporata nell'equazione di domanda, per cui si avrà che:

$$Q_d = D(P, X_d, Q_s).$$

Una variazione positiva dell'offerta avrà come conseguenza un incremento della domanda. La correlazione tra variabile di offerta e quantità domandata di servizi sanitari, in presenza di induzione di domanda, sarà pertanto positiva.

Il presente lavoro considera come variabili dipendenti il numero di prestazioni pro-capite, ulteriormente distinto in prescrizioni per analisi di laboratorio pro-capite, prescrizioni per diagnostica per immagini, radiologia, medicina nucleare pro-capite, prescrizioni per medicina riabilitativa pro-capite, oltre alle prescrizioni farmaceutiche (misurate dal numero di ricette pro-capite). L'obiettivo è quello di verificare in quale ambito sanitario il maggior numero di medici di base determina (se vi è) maggiore induzione. Data la natura composita dell'induzione di domanda, quest'ultima potrebbe, come già evidenziato, dipendere non solamente dalla motivazione che i medici di base conseguono dei vantaggi prescrivendo farmaci più costosi e/o in quantità maggiore, ma anche dalle prescrizioni di analisi o esami di diagnostica da svolgersi presso strutture private o convenzionate.

La principale variabile esplicativa, dato l'obiettivo del contributo, finalizzato a verificare se un maggior numero di medici di base determina un incremento delle prescrizioni, è quindi rappresentata dal numero di medici di base/10.000 abitanti. Altre variabili riguardano il reddito (misurato dal PIL pro-capite), la percentuale di popolazione di età superiore a 80 anni, rappresentativa del bisogno della popolazione; nell'ultima stima presentata, riferibile all'assistenza farmaceutica, si è tenuto conto di un indicatore di prezzo, rappresentato dal costo medio dei farmaci prescritti per ciascuna ricetta a carico del SSN.

La considerazione della variabile reddito permette di verificare l'influenza che le condizioni economiche dei pazienti possono avere sulla richiesta di prestazioni sanitarie al medico di base: si può supporre infatti che a redditi medio alti corrisponda una maggiore informazione e una maggiore consapevolezza del proprio stato di salute, che spinge i pazienti stessi a sottoporsi con maggior frequenza a *screening* e analisi più approfondite. Si aggiunga, inoltre, che l'eventuale ticket, che rappresenta il costo delle prestazioni garantite dal SSN, potrebbe influire in maniera diversa a seconda della disponibilità economica dei pazienti. Nel presente lavoro si tiene conto solamente del costo medio dei farmaci la cui prescrizione è contenuta in ciascuna ricetta. Ulteriori sviluppi dell'analisi, come evidenziato nelle conclusioni, dovrebbero considerare anche il costo delle prestazioni specialistiche (ad esempio, le analisi cliniche, vari esami diagnostici): in questo modo si potrebbe valutare se un ticket più contenuto, quale può essere, ad esempio, quello per analisi cliniche di routine, piuttosto che per esami diagnostici più complessi, determini o meno un effetto di sostituzione in favore del primo tipo di prestazioni.

### 3.5.5 Risultati

La presenza di SID viene analizzata, come già detto, considerando nelle stime condotte con il metodo OLS diverse tipologie di prestazioni sanitarie.

Le variabili dipendenti sono infatti:

- il numero totale di prestazioni mediche pro-capite;
- il numero di analisi chimiche, cliniche, microbiologiche, etc. pro-capite;
- il numero di prestazioni di diagnostica pro-capite;
- il numero di prestazioni di medicina riabilitativa pro-capite;
- il numero di ricette farmaceutiche pro-capite.

La variabile indipendente principale è il numero di medici di base/10.000 abitanti.

Sono stati poi considerati:

- il PIL pro-capite (presente in tutte le stime);
- la percentuale di popolazione di età superiore agli 80 anni.

Le stime sono state ripetute per ciascuna delle variabili dipendenti. Nell'ultimo modello stimato, relativo all'assistenza farmaceutica, viene considerato anche il valore (costo) medio dei farmaci prescritti per ciascuna ricetta.

Nella tabella 4 sono riportati i risultati delle stime.

**Tabella 4 - Risultati**

Variabili dipendenti	Numero di prestazioni sanitarie pro-capite	Numero di analisi chimiche, cliniche e microbiologiche	Numero di prescrizioni per esami di diagnostica	Numero di prescrizioni di medicina riabilitativa	Numero di ricette farmaceutiche
Repressori					
Numero medici di base per 1000 abitanti	1,565 *** (0,370)	1,144 *** (0,343)	0,037 (0,036)	0,383 *** (0,067)	1,339 *** (0,248)
PIL pro-capite	370,043 *** (123,498)	305,142 ** (114,626)	22,767 * (12,013)	42,132 * (22,530)	-104,100 *** (29,270)
Popolazione over 80	-143,348 * (78,727)	-76,281 (73,071)	2,520 (7,658)	-69,186 *** (14,362)	9,175 (20,254)
Valore medio dei farmaci prescritti per ricetta					-0,093 (0,112)
Errori standard tra parentesi					
*** = significativo al 99%; ** = significativo al 95%; * = significativo al 90%					
R <sup>2</sup>	0,978	0,975	0,947	0,910	0,995
F =	245,84	210,58	96,47	54,46	877,73
Prob > F	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Il principale risultato raggiunto è la correlazione positiva e quasi sempre significativa della variabile dipendente con il numero di medici di base – in altre parole, quanto più elevato il numero di medici di base, tanto più elevato il numero di prestazioni, ricette, etc. – per tutti i tipi di prestazioni.

Nella prima regressione, la correlazione positiva e significativa tra il numero totale di prescrizioni pro-capite e il numero di medici di base conferma l'induzione della domanda: all'incremento del numero dei medici di base corrisponde un incremento delle prestazioni sanitarie. Tuttavia, non è detto che tale incremento del numero delle prestazioni comporti necessariamente un costo aggiuntivo per il SSN.

Anche nelle stime relative alle singole prestazioni erogate (analisi, diagnostica, medicina riabilitativa e farmaci) vi è sempre una correlazione positiva. Nel caso delle prestazioni di diagnostica, il coefficiente associato alla variabile "numero medici di base/10.000 abitanti" non arriva al livello di significatività del 90% ed è inferiore, in valore assoluto, ai coefficienti stimati per le altre prestazioni. Una possibile interpretazione per questo minor effetto di induzione da parte del medico di base potrebbe consistere nella circostanza che questo tipo di prestazioni viene, di solito, indicato da un medico specialista, il quale orienta il consumo del paziente, lasciando al medico di base il ruolo di semplice prescrittore. Anche il valore del coefficiente associato al PIL pro-capite in questa stima è minore, pur rimanendo significativo.

Alcune peculiarità riguardano, però, il segno del coefficiente associato al PIL pro-capite, che è negativo e significativo, soprattutto per quanto riguarda le ricette farmaceutiche: a redditi medio bassi corrisponderebbe, pertanto, una maggiore prescrizione di farmaci rispetto ad altri tipi di prestazioni.

È interessante notare come proprio nel caso delle prescrizioni farmaceutiche il valore del coefficiente di regressione stimato per il numero di medici di base, rispetto alle altre prestazioni sanitarie, abbia il valore più elevato rispetto a tutte le altre stime. L'assistenza farmaceutica sembrerebbe rappresentare la categoria di prestazioni sanitarie nella quale si verifica la maggiore induzione: non a caso, i farmaci rappresentano, infatti, la principale cura per la maggior parte delle patologie per cui si fa ricorso al medico di base.

Il segno del coefficiente associato alla variabile demografica (% di popolazione over 80) è positivo solo se vengono considerate le prestazioni di diagnostica e l'assistenza farmaceutica.

Il segno negativo del coefficiente stimato e l'elevata significatività della variabile relativa alla popolazione anziana per quanto concerne la medicina riabilitativa segnala come l'incremento delle prestazioni sanitarie di questo tipo non sia dovuto ad una domanda formulata dai pazienti di età superiore agli 80 anni. Il risultato è plausibile in quanto può ritenersi che le fasce della popolazione maggiormente interessate dalle prestazioni di medicina riabilitativa siano prevalentemente giovani adulti e/o soggetti traumatizzati che devono compiere un percorso di riabilitazione e che potrebbero essere indotti a prolungare la terapia presso strutture private o convenzionate. Oltretutto, si può anche supporre come, per la popolazione di età superiore agli 80 anni, la *compliance* verso un percorso di medicina riabilitativa, che prevede un ruolo attivo del paziente, sia minore rispetto a pazienti meno anziani o del tutto inesistente.

Vi è una correlazione negativa tra il valore medio dei farmaci per ricetta e il numero di prescrizioni farmaceutiche: sarebbe, comunque, interessante valutare il ticket medio su base regionale differenziando a seconda del bisogno della popolazione, delle eventuali esenzioni, della classe e della rimborsabilità dei farmaci, tenendo presente come non in tutte le Regioni si applichi il ticket. Sarebbe opportuno, infine, considerare il costo delle altre prestazioni sanitarie: il ticket richiesto o il costo imputabile a ciascuna di esse sono, infatti, di differente ammontare tra le Regioni, e potrebbero condurre a conclusioni ben diverse in merito all'ipotesi di induzione della domanda.

### Riferimenti bibliografici

- Auster RD, Oaxaca RL (1981). *Identification of Supplier-Induced Demand in the Health Care Sector*. The Journal of Human Resources 16, 3, pp. 327-342.
- Delattre E, Dormont B (2000). *Testing for Supplier Induced Demand behaviour: a panel data study on French physicians*, Thema Paper n° 2000-42.
- Federfarma (2003). *La spesa farmaceutica 2003* (su [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it)).
- Fuchs V (1978). *The Supply of Surgeons and the Demand for Operations*. Journal of Human Resources, vol. 13, Supplement, pp. 35-56.
- Green J (1978). *Physician-Induced Demand for Medical Care*, Journal of Human Resources 13, pp. 21-34.
- ISTAT (1998-2006). *Dati demografici e indicatori economici* (su [www.istat.it](http://www.istat.it)).
- Jiang HJ, Begun JW (2002). *Dynamics of change in local physician supply: an ecological perspective*. Social Science & Medicine 54, pp. 1525-1541.
- Ministero della Salute (2003). *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale*.
- Productivity Commission (Australia) (2002). *Supplier Induced Demand for Medical Services*. Staff Working Paper, Canberra, 2002.
- Richardson J, Peacock S (1999). *Supplier Induced Demand Reconsidered*. Centre for Health Program Evaluation, Working Paper n° 81.
- Xirasagar S, Lin Heng-Ching (2006). *Physician supply, supplier induced demand and competition: empirical evidence from a single-payer system*. The International Journal of Health Planning and Management 21, pp. 117-131.

## 3.6 - “Spendere meglio”: Consip e l’e-procurement al servizio del Paese

Lazzarini G.<sup>1</sup>, Rapisarda I.<sup>1</sup>, Russo A.<sup>2</sup>

### 3.6.1 Introduzione

I contenuti della Legge Finanziaria per l’anno 2006<sup>3</sup> e del DPEF 2006-2011<sup>4</sup> confermano la strategicità del Programma di razionalizzazione della spesa per beni e servizi della PA, che Consip gestisce dal 2000 per conto del Ministero dell’Economia e delle Finanze (MEF), quale strumento in grado di favorire riduzioni significative della spesa pubblica per consumi intermedi, “liberando” in tal modo risorse da destinare ad ulteriori e diverse attività a maggior valore aggiunto in termini di spinta all’innovazione e/o di ricaduta sociale. La spinta all’utilizzo costante dello strumento telematico, applicato al ciclo degli approvvigionamenti, deriva dalla convinzione che esso è non solo un fattore di semplificazione delle procedure amministrative e quindi di generazione di risparmi, ma anche uno strumento in grado di mettere la macchina amministrativa italiana al passo, e talvolta all’avanguardia, rispetto ad altri Paesi, europei e non.

Rafforzare la partnership pubblico-privato, migliorare la qualità dei servizi offerti, raccogliere i fabbisogni degli utenti nell’ottica di rispondere sempre e meglio alle loro esigenze, favorire la condivisione della conoscenza mediante un portale per gli acquisti ricco di informazioni, mettere a disposizione risorse pronte ad intervenire tempestivamente per rispondere alle richieste degli utenti, agire in totale trasparenza e con grande spirito collaborativo. Tutte queste azioni tendono ad accrescere la fiducia verso il Programma di razionalizzazione, che quindi si pone come uno strumento affidabile per gli utenti ed efficace alle istituzioni per il raggiungimento degli obiettivi nazionali di *e-government*.

Consip assume, quindi, un ruolo di stabilità all’interno del panorama istituzionale in tema di *e-procurement*, ponendo le premesse per realizzare la oramai necessaria sinergia con tutti gli attori coinvolti: le istituzioni, le amministrazioni, le imprese, i diversi livelli di governo territoriale e l’irrinunciabile confronto internazionale.

L’enfasi posta nel DPEF 2006-2011 sulla necessità di un intervento incisivo sui quattro grandi comparti di spesa, agendo anche sui comportamenti e non solo sulle strategie, rimane quantomai valida, seppur ad un anno di distanza. Viene infatti ripetuta, sia nella

<sup>1</sup> Consip, Area Promozione Amministrazioni Territoriali.

<sup>2</sup> Consip, Progetti ed Iniziative Strategiche.

<sup>3</sup> L. n. 266/05.

<sup>4</sup> Documento di Programmazione Economico-Finanziaria per gli anni 2006-2011.

Legge Finanziaria per l'anno 2007<sup>5</sup>, sia nel recente DPEF 2007-2011<sup>6</sup>, come si evince in quest'ultimo attraverso i concetti dello "spendere meglio" e della "responsabilità": *"...Migliorare la qualità della spesa e potenziare l'efficacia dell'intervento pubblico è non solo una questione di volontà politica; è, in uguale misura, questione di come le risorse sono concretamente gestite dai funzionari pubblici a livello centrale e locale, di impegno costante nei singoli uffici, enti, istituzioni pubbliche. Il Governo farà la sua parte. Ma tutte le Amministrazioni dovranno intensificare lo sforzo con rinnovato entusiasmo e senso di responsabilità. È operando in questo senso che si può assicurare un futuro migliore al Paese..."*.

### 3.6.2 Il quadro normativo nazionale

L'evoluzione normativa che ha interessato il Programma di razionalizzazione conferma la centralità dell'articolo 26 della Legge Finanziaria 2000<sup>7</sup>, che assegna al MEF il compito di stipulare convenzioni quadro per l'approvvigionamento di beni e servizi per la Pubblica Amministrazione – attraverso l'espletamento di procedure ad evidenza pubblica – avvalendosi della Consip S.p.A. e dando così il via al Programma di razionalizzazione e al complessivo sistema di razionalizzazione degli acquisti pubblici.

I numerosi interventi del legislatore hanno – nel corso del tempo – diversamente modificato l'ambito soggettivo e oggettivo di riferimento del sistema delle convenzioni, introducendo anche dei profili di ulteriore specificità in ordine alle attività poste in essere da Consip, quale, ad esempio, quella del supporto e della consulenza per le esigenze di approvvigionamento delle amministrazioni.

Nel contesto del complessivo quadro di riferimento del Programma, occorre, poi, evidenziare che il recepimento della Direttiva 2004/18/CE<sup>8</sup>, ad opera del Codice dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, ha modificato sostanzialmente le attività di sviluppo del sistema delle convenzioni e del mercato elettronico. A questi strumenti d'acquisto già sperimentati sin dalle prime fasi del Programma, si affiancano ora alcuni istituti innovativi per la realizzazione degli appalti pubblici, che prevedono anche un rinnovato ruolo della stazione appaltante nella selezione dei propri fornitori, attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie e modalità di approccio al mercato (sistema dinamico di acquisizione, asta elettronica e accordo quadro).

<sup>5</sup> L. n. 296/06.

<sup>6</sup> Documento di Programmazione Economico-Finanziaria 2007-2011.

<sup>7</sup> Art. 26 L. n. 488 del 23/12/1999 e s.m.i., così come modificato dal D.L. n. 168 del 12.07.2004, convertito in L. n. 191 del 30.07.2004, *stipula che il Ministero del Tesoro, del Bilancio e della programmazione economica stipula, anche avvalendosi di società di consulenza specializzate, convenzioni con le quali l'impresa prescelta si impegna ad accettare, sino a concorrenza della quantità massima complessiva stabilita dalla Convenzione e ai prezzi e condizioni ivi previsti, ordinativi di fornitura di beni e servizi deliberati dalle Amministrazioni dello Stato.*

<sup>8</sup> Direttiva 2004/18/CE del 31 marzo 2004, *relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi (G.U.C.E. n. 134 del 30 aprile 2004).*

Il quadro normativo risulta ulteriormente innovato dalla Legge Finanziaria per il 2006 che prevede che tutte le Amministrazioni – ad eccezione delle Regioni, delle Province Autonome, degli Enti Locali e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale – hanno l’obbligo di aderire alle convenzioni, ovvero di utilizzare i relativi parametri di prezzo-qualità ridotti del 20%, come limiti massimi, per l’acquisto di beni e servizi comparabili, se dal secondo bimestre dell’anno 2006 l’andamento della spesa è tale da pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi indicati nel patto di stabilità.

Le aggregazioni di enti locali o di enti decentrati di spesa, inoltre, assumono le funzioni di centrali di committenza in favore delle Amministrazioni e degli Enti regionali o locali aventi sede nel medesimo ambito territoriale, potendo operare valutazioni sulla utilizzabilità delle convenzioni stipulate o degli acquisti effettuati nel rispetto dei parametri di qualità-prezzo.

In ultimo, la Legge Finanziaria 2007 – tra gli altri provvedimenti a valere sul Programma di razionalizzazione – stabilisce che le centrali regionali e la Consip sono chiamate a costituire un “sistema a rete”, caratterizzato dall’intervento della Conferenza Stato-Regioni che, nel quadro del patto di stabilità interno, approva annualmente i programmi per lo sviluppo del sistema e per la razionalizzazione di beni e servizi.

Tale contesto, pertanto, ripone l’accento sulle sinergie tra il Programma e le realtà territoriali, che oramai si vanno affermando come soggetti attivi e propositivi in materia di *e-procurement*, evidenziando l’opportunità di sviluppare iniziative e azioni, coerenti con il nuovo modello, che favoriscano l’avvio di un sinergico e congiunto sistema di *procurement* nazionale.

### **3.6.3 Il contesto regionale di riferimento**

In tema di sinergie tra governo centrale e realtà territoriali, nel 2006 un numero crescente di Regioni, prendendo le mosse dal dettato normativo che impone di garantire il patto di stabilità interno e in considerazione della sempre maggiore incidenza della spesa sanitaria per beni e servizi sulla spesa pubblica, ha disposto l’adozione di una serie di interventi per la razionalizzazione dei costi, per la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi e infine in materia di utilizzo di nuove tecnologie.

In generale, il ricorso a tali misure si può considerare un percorso coerente e in linea con la necessità di garantire a livello locale, e non solo centralmente, un effettivo processo di risanamento, in grado di impiegare in modo ottimale le risorse disponibili e di valorizzare adeguatamente il tessuto produttivo regionale. In particolare, per le Regioni in disavanzo sanitario nel 2006 (Lazio, Liguria, Campania, Molise, Abruzzo e Sicilia), l’obbligo di rientro ha comportato l’onere di gestire complessi interventi strutturali su base pluriennale e la decisione di utilizzare, sull’esempio del Programma di razionalizzazione della spesa e di altre Regioni, la leva della progressiva standardizzazione e centralizzazione degli acquisti per beni e servizi e l’uso pervasivo degli strumenti di *e-procurement* negli approvvigionamenti, per integrare e rafforzare la portata dei piani. Più in generale, l’esigenza che s’intende soddisfare con questo tipo di interventi è da un lato la riduzione, la pianificazione e il monitoraggio della spesa sanitaria per beni e servizi, dall’altro l’adozione di un approccio strategico duraturo alla gestione degli acquisti e della logistica, così da promuovere un generale processo di riorganizzazione regionale del

servizio sanitario. Difatti, la tendenza che emerge in materia di interventi regionali sulla spesa per beni e servizi, è di ricorrere a sistemi di aggregazione della domanda pubblica, secondo modelli di riferimento caratterizzati da finalità e scopi diversi, in funzione del rapporto con il territorio, per quanto riguarda il lato sia dell'offerta sia della domanda: dai centri d'acquisto territoriali, incaricati di stipulare convenzioni ed erogare servizi a favore delle Amministrazioni territoriali, alle strutture regionali con compiti tecnico-amministrativi, ivi compresa la funzione degli acquisti, alle aggregazioni di Aziende Sanitarie.

In questa ottica e vista la necessità di avviare un effettivo piano di rientro in tempi brevi, con risultati però duraturi, alcune Regioni hanno incentivato quanto più possibile le proprie strutture sanitarie all'utilizzo degli strumenti del Programma, tramite l'adesione alle convenzioni e il ricorso al mercato elettronico. Tali misure collocano il servizio sanitario al centro di un rilevante percorso di innovazione gestionale, in cui la funzione degli acquisti riveste un ruolo strategico, tipico delle aziende private, consentendo non soltanto di realizzare significative economie di scala, ma anche di migliorare la qualità delle prestazioni. Si tratta di azioni che agiscono su un piano macro economico, in cui il conseguimento di obiettivi finanziari è strettamente legato all'impegno a presidiare con maggiore efficacia i centri di costo e le voci di spesa maggiormente rilevanti, in particolar modo delle Regioni in disavanzo.

In conclusione, il quadro che emerge e le evoluzioni in atto a livello regionale evidenziano l'importanza della costituzione di un "sistema a rete" tra la Consip e le altre centrali di committenza (sistema già preannunciato nel DPEF 2006-2011 e ripetuto dalla Finanziaria 2007), per gestire su basi condivise l'approccio alla spesa pubblica di beni e servizi, per realizzare sinergie nell'utilizzo degli strumenti informatici per l'acquisto di beni e servizi e per favorire l'integrazione e lo scambio di esperienze e delle *best practices* tra amministrazioni centrali, regionali e locali, con conseguenti benefici per la competitività e lo sviluppo del Paese.

#### **3.6.4 Il "sistema a rete"**

Nel 2006 (cfr. DPEF 2006-2011) il legislatore nazionale ha previsto per la prima volta la realizzazione di un "sistema a rete", tema ampiamente trattato anche nel 2007, o meglio la creazione di un network coordinato fra la Consip e le centrali d'acquisto territoriali. Di fatto, Consip ha sempre agito in una logica di "sistema", supportando le pubbliche amministrazioni centrali, locali e periferiche nell'utilizzo di modelli gestionali innovativi e mettendo a disposizione le proprie competenze per la realizzazione di iniziative d'acquisto aggregato.

Il sistema deve perseguire l'armonizzazione dei piani di razionalizzazione della spesa e realizzare sinergie nell'utilizzo degli strumenti informatici di *public procurement*, con l'obiettivo di massimizzare i risultati conseguibili. In sostanza, tale previsione dà corpo alle disposizioni fondamentali del settore riconoscendo la pluralità di soggetti come elemento necessario per il contenimento e la razionalizzazione della spesa per la fornitura di beni e servizi, prevedendo però una forma di coordinamento tra il soggetto statale e i soggetti regionali.

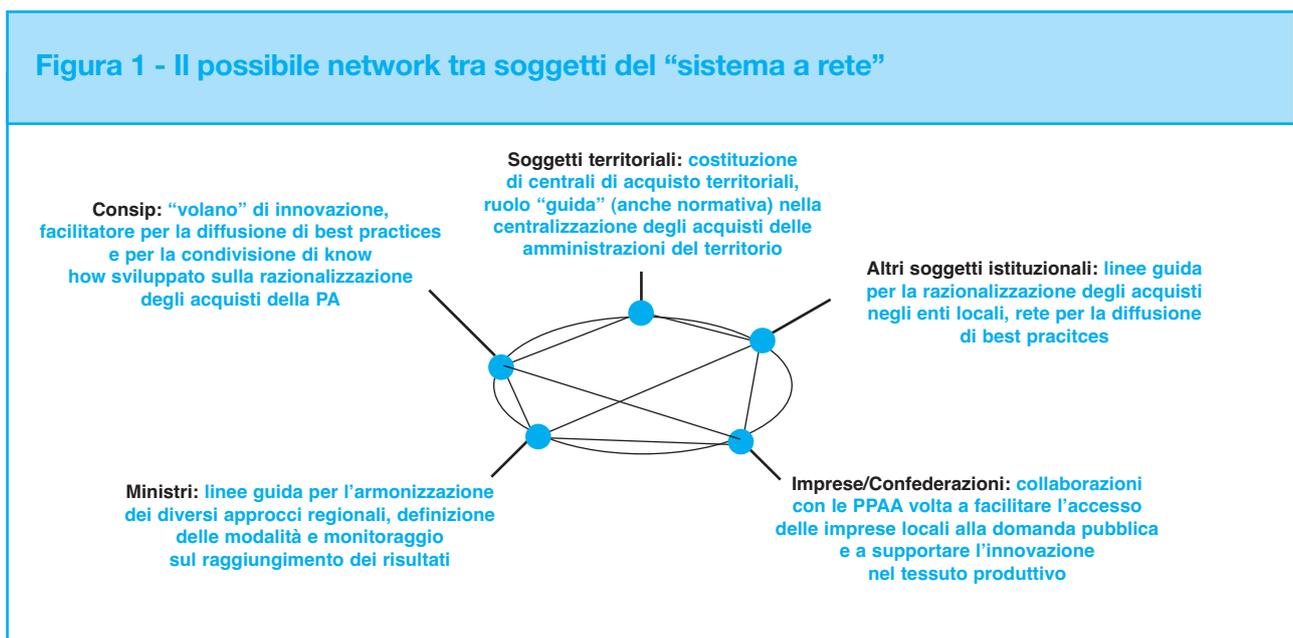
Il "sistema a rete", ispirato ai principi di sussidiarietà e di complementarità e in generale alla riforma del Titolo V della Costituzione, dovrebbe consentire di gestire su basi condivise l'approccio alla spesa pubblica per beni e servizi, favorendo l'integrazione e la diffusione delle *best practices* e delle competenze tra amministrazioni centrali, regionali e locali in un'ottica di implementazione/creazione e gestione delle centrali di acquisto

regionali. Questo nuovo contesto può offrire significative opportunità di confronto tra la Consip e i vari attori al fine di:

- rispondere adeguatamente alle esigenze di razionalizzazione degli acquisti delle Amministrazioni territoriali promuovendo al contempo lo sviluppo del tessuto imprenditoriale locale;
- supportare i processi di trasformazione/modernizzazione dei modelli organizzativi delle Amministrazioni territoriali nello scenario della devolution;
- promuovere l'armonizzazione dei diversi approcci regionali rivolti alla rivisitazione dei processi d'acquisto, attraverso linee guida comuni condivise e processi standardizzati;
- condividere modalità e strumenti operativi, conoscenze e competenze specifiche, sistemi di raccolta e gestione delle informazioni e strumenti di controllo della spesa.

È evidente che interventi di questo tipo richiedono una riflessione approfondita tra amministrazioni centrali e territoriali sulle modalità più opportune per lo sviluppo di un modello condiviso tra diversi livelli di governo. Per tale ragione, la Conferenza Stato-Regioni viene individuata come la sede istituzionale più adatta per approvare annualmente i "Programmi di sviluppo" della rete delle centrali di acquisto della PA, per definire le modalità e per monitorare il raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi. In considerazione di queste caratteristiche, il "sistema a rete" dovrebbe pertanto essere basato su logiche collaborative – soprattutto nella fase di pianificazione e programmazione del fabbisogno – in un contesto complessivo di complementarietà teso a logiche di efficacia/efficienza del processo di acquisto. Infatti, un sistema che prevede la sinergica azione di convenzioni quadro nazionali e regionali – unitamente all'utilizzo congiunto di un mercato elettronico nazionale – comporterebbe una elevata possibilità di incidere in maniera significativa sui processi di acquisto della pubblica amministrazione.

**Figura 1 - Il possibile network tra soggetti del "sistema a rete"**



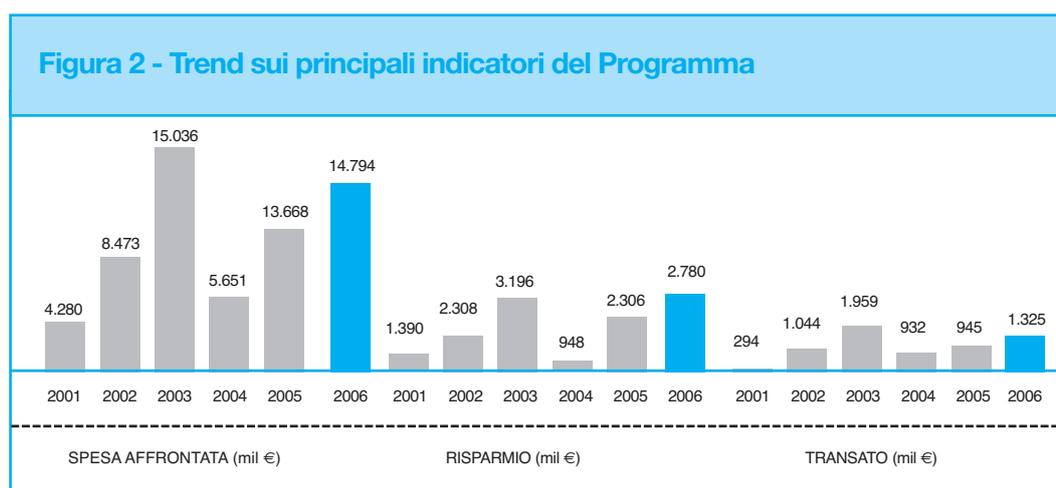
### 3.6.5 Attività e risultati 2006 del Programma di razionalizzazione

#### 3.6.5.1 Il sistema delle convenzioni

Come riportato nella figura 2, l'andamento delle principali grandezze nel corso degli anni dimostra il progressivo incremento delle attività del Programma in grado di offrire ormai un paniere di beni e servizi sempre più ampio e in linea con il fabbisogno delle amministrazioni.

Nel corso del 2006 sono state gestite 67 convenzioni relative ad una vasta gamma di beni e servizi, di cui 47 attivate nell'anno, con il conseguimento di un significativo volume complessivo di spesa affrontata<sup>9</sup> che, al 31/12/2006, risulta pari a € 14.794 mln, superiore al valore previsto di € 12.500 mln, con una riduzione media dei prezzi unitari di beni e servizi del 22%<sup>10</sup>.

Particolare attenzione merita il risultato del transato<sup>11</sup> delle convenzioni che si attesta intorno a € 1.325 mln con un incremento superiore al 40% rispetto al 2005.



<sup>9</sup> La spesa di una categoria merceologica si intende affrontata a partire dalla data di aggiudicazione formale della gara e per tutta la durata della relativa convenzione comprese eventuali proroghe.

<sup>10</sup> La percentuale di riduzione dei costi unitari è lo sconto medio ottenuto, a valle della procedura di gara, con riferimento anche all'inflazione media e ai prezzi correntemente pagati dalle Amministrazioni per beni e servizi paragonabili a quelli convenzionati, in termini di qualità e di livello di servizio del fornitore. Un'indagine statistica, condotta da MEF e ISTAT, ha permesso di procedere ad una rilevazione puntuale dei prezzi medi P.A. su alcune categorie merceologiche, evidenziando, sostanzialmente, la puntuale stima dei valori assunti in merito al risparmio potenziale.

<sup>11</sup> Per transato in convenzione, in base alla specifica iniziativa attiva, si fa riferimento alternativamente al: costo dei beni ordinati; valore dell'ordine per le convenzioni che prevedono il noleggio/leasing; valore del traffico in convenzione (per esempio per la telefonia fissa); valore dei progetti definitivi o in attesa della formalizzazione degli ordinativi preliminari (per esempio per la convenzione centrali telefoniche).

Al fine di incrementare il tasso di innovazione nelle modalità di approvvigionamento delle Amministrazioni, sono stati sviluppati i negozi elettronici sul maggior numero possibile di convenzioni salvo su quelle che presentano particolari caratteristiche quali-quantitative delle specifiche merceologie (es. derrate alimentari, ortofrutta, noleggio auto) o si connotano per sofisticate modalità di adesione (es. servizio luce, reti fonia dati, ecc). In particolare, nel corso dell'anno, 28 nuove iniziative sono state corredate dei relativi negozi elettronici, portando pertanto a 41 il numero complessivo delle convenzioni con negozio elettronico (si tenga presente che, essendo necessario un negozio elettronico per ciascun lotto per iniziativa, le 28 convenzioni precedenti hanno comportato lo sviluppo di ben 111 negozi elettronici).

Con specifico riferimento al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), la "spesa affrontata" nel 2006 è stata pari a € 6.743 mln. Nel corso dell'anno sono state rese disponibili quattro nuove iniziative di spesa specifica sanità, quali antisettici e disinfettanti, apparecchiature elettromedicali per il monitoraggio, chimica clinica e service dialisi.

Per quanto riguarda la partecipazione al Programma delle amministrazioni del SSN, in termini di volume degli ordinativi effettuati tramite il sistema delle Convenzioni, particolare attenzione merita il risultato del transato che nell'anno 2006 ha raggiunto € 280 mln (su un totale di 1.325), un risultato superiore a quello dell'anno 2005, benché l'ambito di intervento del Programma fosse sostanzialmente differente. Al progressivo esaurimento delle convenzioni a causa della sospensione di nuove gare che ha caratterizzato il 2004, si è infatti contrapposto nel 2005 e nel 2006 il processo di rilancio del sistema delle convenzioni.

In relazione al SSN si riportano in tabella 1 alcuni dati di dettaglio:

- le iniziative attive nel 2006;
- il valore della spesa complessiva del SSN relativa a tali iniziative;
- la percentuale attesa di riduzione dei costi medi unitari;
- il valore del "transato" del 2006 generato dalle aziende appartenenti al SSN.

Il livello di gradimento delle iniziative del Programma, da parte del mondo della sanità, si misura inoltre anche attraverso le adesioni del SSN al sistema delle convenzioni che risulta incrementato rispetto al 2005 di circa € 100 mln. La quasi totalità delle strutture è ormai da tempo registrata al sistema delle convenzioni e ha effettuato almeno un ordine sulle convenzioni attive. Il numero complessivo di ordini, alla fine del 2006, è pari a 6.761 (rispetto a 3.902 di fine 2005). I Punti Ordinanti (PO) del SSN registrati al sistema sono 2.055, di cui 1.318 in modalità on-line. Si segnala, come sempre, che le strutture sanitarie si avvalgono di tutte le convenzioni offerte dal Programma.

### **3.6.6 Le iniziative sul Mercato elettronico della P.A.**

Le attività che nel corso del 2006 hanno interessato il Mercato elettronico della P.A. (MePA) sono state finalizzate al consolidamento e alla valorizzazione dello strumento dopo una prima fase caratterizzata da un processo di diffusione ed estensione.

Al 31 dicembre 2006 erano presenti sul Mercato elettronico complessivamente 226.748 articoli appartenenti a 17 categorie merceologiche. Alla stessa data risultavano abilitati complessivamente 868 fornitori, con ampia partecipazione delle piccole e medie impre-

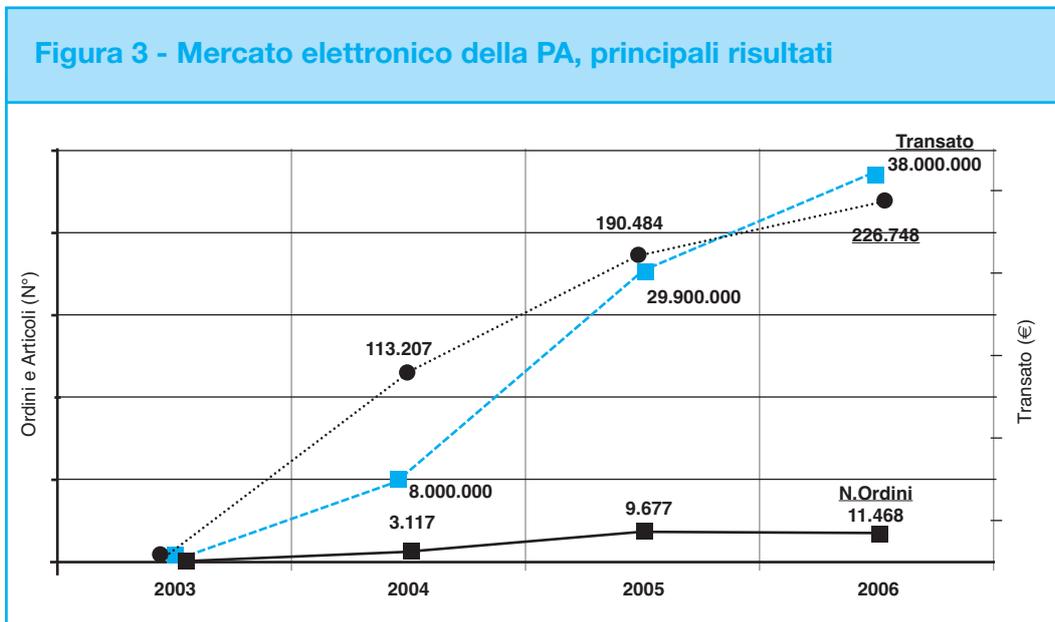
**Tabella 1 - Valore della spesa affrontata e del transato del SSN**

Iniziative attive 2006	Spesa affrontata (mio €)	% di risparmio	Transato (K €)
Autovetture (in acquisto)	0	4,3%	908
Ambulanze	44	25,7%	5.300
Antisettici e disinfettanti	30	31,31%	23
App. elettromedicali per il monitoraggio	40	15,95%	2.193
Arredi didattici e per ufficio	98	35,83%	25
Assicurazione RC dirigenti	0	5%	1
Ausili per incontinenti	200	9,78%	9.376
Noleggio autoveicoli	11	5,43%	10.681
Biodiesel da riscaldamento	4	3%	539
Buoni Pasto	130	3,12%	75.773
Carburanti extrarete	6	8,7%	231
Carburanti rete-buoni acquisto	2,4	3,36%	3.716
Carburanti rete - fuel card	2,6	4,4%	3.327
Carta in risme	15	11,2%	158
Centrali telefoniche	32	53,16%	1.071
Chimica clinica	203	28%	10.583
Contact center	67	15,35%	0
Derrate alimentari	122	15,6%	5.221
Ecotomografi	105	33,66%	11.782
Energia elettrica	339	4,1%	8.302
Farmaci	3676	4,8%	726
Fotocopiatrici	26	37,74%	6.207
Gas naturale	0	2,12%	2.095
Gasolio da riscaldamento	36	8,97%	11.225
Gestione integrata sicurezza	203	57,8%	229
Lubrificanti autotrazione	0	76,45%	2
Licenze Microsoft	17	12,64%	1.983
Ortofrutta	12	5%	0
Ottimizzazione tlc	35	45,13%	0
PC Desktop	21	32,15%	5.148
PC portatili	11	25,71%	802
Reti fonia-dati	0	46,89%	1.121
Server	10,3	55,6%	6.646
Service dialisi	236	12,31%	11.830
Servizi integrati app. elett.	561	29,7%	40.620
Soluzioni di videocomunicazione	5	41,92%	41
Stampanti	5	35,7%	1.238
Licenze Sun	1	22%	35
Telefonia fissa	281	8,01%	40.392
Telefonia mobile	26	63,33%	14
Veicoli commerciali	0	10,2%	276
Vestiario	130	9,35%	61
Videoproiettori	0	35,41%	154
<b>Totale</b>	<b>6.743,3</b>		<b>280.082</b>

Fonte: Consip

se locali distribuite su tutto il territorio nazionale, per un totale di 1.146 cataloghi (un singolo fornitore può infatti essere presente con propri cataloghi abilitandosi a più bandi). Il valore del transato al 31/12/2006 è stato pari a circa € 38 mln (+ 27,5% rispetto a fine 2005), a testimonianza della maggiore confidenza che le amministrazioni hanno mostra-

Figura 3 - Mercato elettronico della PA, principali risultati



to verso lo strumento di acquisto.

La proficua collaborazione con le confederazioni imprenditoriali ha favorito la partecipazione delle aziende alle diverse iniziative fin dalla fase di predisposizione della documentazione (bando, capitolato, schede tecniche dei prodotti), contribuendo così alla crescita della fiducia in questo strumento.

Per quanto attiene al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), a fine dicembre i Punti Ordinanti registrati al Mercato elettronico erano 326. Le strutture sanitarie attive (che hanno effettuato almeno un ordine di acquisto utilizzando il MePA nel corso del 2006) sono state 119 e hanno effettuato un numero complessivo di transazioni pari a 1.242 generando un "transato" di € 7.839.967 (pari al 21% del transato complessivo).

Inoltre, nel 2006 nasce l'iniziativa "Premio MePA", un riconoscimento destinato alle Amministrazioni e alle aziende che meglio interpretano la novità rappresentata dallo strumento e che oggi lo utilizzano regolarmente. L'iniziativa ha l'intento di individuare e premiare annualmente i "casi eccellenti" di utilizzo dello strumento. Nel corso dell'anno, 49 sono state le domande di partecipazione pervenute da Amministrazioni, di cui 11 da parte di strutture sanitarie. La Asl Roma G è una delle 4 amministrazioni premiate nel 2006 per aver "evidenziato nel corso dell'anno un significativo utilizzo del MePA, supportando le procedure di approvvigionamento di 6 ospedali e 7 distretti ospedalieri. La tipologia di transazioni effettuate mostra un'efficace gestione dell'aggregazione della domanda testimoniata, inoltre da un frequente utilizzo di RdO".<sup>12</sup>

<sup>12</sup> RdO: Richiesta di offerta-modalità di acquisto sul MePA che prevede la possibilità di inviare a fornitori selezionati, tra quelli abilitati, Richieste di Offerta per prodotti con caratteristiche particolari o per condizioni di fornitura diverse da quelle standard.

### **3.6.7 Attività progettuali**

Per l'anno 2006 il supporto consulenziale alle P.A., caratterizzato da molteplici ambiti di intervento, ha portato allo sviluppo di 12 progetti inerenti la semplificazione dei processi, la razionalizzazione organizzativa, la consulenza tecnico-merceologica e l'utilizzo degli strumenti di *e-procurement*.

In tale ambito, uno dei progetti più interessanti ha riguardato proprio la spesa specifica sanitaria: la gara telematica per la fornitura di dispositivi taglienti monouso occorrenti alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere dell'Area Vasta Centro.

La gara telematica soprasoglia per la fornitura di dispositivi taglienti monouso è la prima in assoluto che è stata indetta per soddisfare i fabbisogni di tutte le Aziende Sanitarie dell'Estav Centro Toscana (che comprende le Aziende Sanitarie di Empoli, Firenze, Pistoia, Prato e le Aziende Ospedaliere Careggi e Meyer), utilizzando la piattaforma tecnologica del MEF, gestita da Consip, al fine di ottenere i benefici economico-gestionali derivanti dal ricorso agli strumenti telematici d'acquisto, e sviluppare ulteriormente le proprie competenze e il know how, all'indomani dell'entrata in vigore del nuovo codice degli appalti. La stretta collaborazione fra l'Estav Centro, incaricato del presidio professionale degli aspetti amministrativo-procedurali (redazione capitolati, descrizione prodotti, aggregazione dei fabbisogni e definizione delle esigenze delle varie Aziende Sanitarie per i cinque lotti) e Consip che ha fornito il supporto legale e tecnico al progetto, ha consentito il raggiungimento di brillanti risultati in un'ottica di modernizzazione dell'azione dell'Area Vasta Centro, attraverso l'utilizzazione delle nuove tecnologie informatiche, anche in un settore complesso quale quello delle forniture di materiale sanitario.

In particolare, tra i risultati raggiunti grazie al ricorso alla gara telematica aggiudicata con il criterio del prezzo più basso e svoltasi secondo le nuove regole introdotte dal codice degli appalti, si segnalano: uno sconto percentuale in media del 73% sulla base d'asta ed un soddisfacente rapporto qualità/prezzo della fornitura; una significativa partecipazione del mercato della fornitura, rappresentato da 15 ditte che hanno presentato offerta. Senza però dimenticare che i principali vantaggi di una procedura effettuata per via telematica sono legati al risparmio nei costi amministrativi e finanziari, di grande peso sul totale dei costi relativi all'acquisto di beni e servizi.

## **3.7 - La Responsabilità Civile sanitaria e la razionalizzazione delle coperture assicurative delle Aziende sanitarie**

*Borgia P.<sup>1</sup>, Palermo M.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>*

### **3.7.1 Introduzione**

I premi delle polizze di Responsabilità Civile rappresentano una voce di spesa in costante aumento nei bilanci delle strutture sanitarie. Il rapporto fra i premi pagati per tali coperture e la spesa sanitaria pubblica corrente è più che raddoppiato nel periodo 1999-2004<sup>3</sup>.

In questi anni, in cui i media hanno avuto un ruolo informativo determinante, è aumentata la consapevolezza dei pazienti sui comportamenti, sull'adeguatezza scientifica delle prestazioni e sulla validità dei risultati medici. Ciò ha sicuramente influito ad aumentare le pretese di risarcimento per danni derivanti da errori medici (o presunti tali). La crescente richiesta di coperture assicurative da parte di operatori sanitari preoccupati di dover far fronte a maggiori richieste di risarcimento, insieme ad una contrazione dell'offerta assicurativa, determinata dagli andamenti tecnici negativi delle polizze di Responsabilità Civile, sono le principali cause dell'aumento dei premi per tali coperture.

Diventa così determinante, non solo da un punto di vista etico ma anche da un punto di vista economico, una corretta gestione delle attività di contenimento del rischio e di riduzione dei costi ad esso collegati.

La principale modalità di finanziamento dei costi associati al rischio dell'attività sanitaria è oggi certamente l'assicurazione. Attraverso l'assicurazione è possibile operare una trasformazione dei costi incerti, derivanti da eventi avversi che potrebbero essere destabilizzanti o insostenibili, in costi certi rappresentati dai premi da pagare.

Affinché la scelta della copertura risulti efficiente è peraltro necessario che si realizzino alcuni presupposti, in particolare una suddivisione dei rischi fra più soggetti (assicurati) omogenei e l'individuazione dei livelli di "avversione" al rischio delle aziende e dei professionisti. Per valutare l'efficienza delle coperture risulta quindi prioritario avere ben delineato un quadro rappresentativo dell'attuale situazione delle assicurazioni di Responsabilità Civile in campo sanitario. Prendendo spunto dai risultati della "Prima rilevazione nazionale relativa agli aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio clinico" del ministero della Salute e in considerazione di alcune stime pubblicate dall'ANIA che rilevano la situazione assicurativa fino al 2004,

<sup>1</sup> CEIS Sanità, *Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*.

<sup>2</sup> *Gutenberg Srl*.

<sup>3</sup> *Tale risultato emerge dal confronto dei dati ANIA e Ministero della Salute (vedi tabella 1).*

abbiamo voluto integrare l'analisi attraverso lo studio della situazione assicurativa di alcune strutture sanitarie per il triennio 2004-2006. In particolare questo è stato realizzato grazie ai dati raccolti e al modello di valutazione utilizzato da Gutenberg Srl all'interno di progetti di ricerca e consulenza per conto dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo e dell'ISS (Progetto regionale "La gestione del rischio clinico nelle Aziende Sanitarie della Regione Lazio\* come strumento di miglioramento della qualità assistenziale"). Le valutazioni seguenti afferiscono alle analisi condotte su 13 strutture, di cui 12 Aziende Sanitarie territoriali e 1 Azienda Ospedaliera<sup>4</sup>. Dalla nostra osservazione, per quanto parziale, emerge un quadro caratterizzato da notevoli inefficienze, ovvero da un mercato non pienamente coerente con le esigenze dei vari operatori, e quindi con buone potenzialità di miglioramento realizzabili attraverso una maggiore disponibilità delle informazioni e opportuni interventi regolamentari.

**Tabella 1 - Evoluzione dei premi di Responsabilità Civile delle Aziende Sanitarie**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Premi polizze RC strutture sanitarie/spesa sanitaria pubblica corrente	0,13%	0,23%	0,23%	0,21%	0,26%	0,28%
Variazione premi polizze RC strutture sanitarie		89,4%	11,1%	-4,8%	28,1%	21,1%
Variazione spesa sanitaria pubblica corrente		11,2%	10,9%	4,8%	3,4%	9,8%

Fonte: elaborazione su dati Ania (premi) e Ministero della Salute (spesa sanitaria P.C.)

### 3.7.2 La situazione assicurativa a livello nazionale

Se è indiscussa la funzione dell'assicurazione come tecnica che consente di mettere al sicuro il bilancio e l'economia di una struttura sanitaria, ci sembra comunque doveroso evidenziare la rilevanza dei costi per le coperture di Responsabilità Civile.

Il trend crescente dei costi per l'acquisizione delle coperture assicurative ha richiamato un particolare interesse anche da parte delle istituzioni pubbliche. In particolare, il ministero della Salute ha recentemente promosso la "Prima rilevazione nazionale relativa agli

<sup>4</sup> I progetti di ricerca coinvolgono un numero maggiore di Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie locali, per le quali sono ancora in corso le specifiche analisi.

\* Gutenberg sicurezza in sanità collabora con l'ISS nell'ambito del Progetto regionale "La gestione del rischio clinico nelle Aziende Sanitarie della regione Lazio come strumento di miglioramento della qualità assistenziale". Avvalendosi del contributo del CEIS Sanità Università di Roma Tor Vergata, Gutenberg ha realizzato uno studio di raccolta e valutazione degli eventi avversi ed analisi del rapporto sinistri-premi assicurativi. Lo studio è stato realizzato prima presso l'ASL di Viterbo e successivamente in tutte le Strutture Sanitarie del Lazio. Gutenberg in collaborazione con il CEIS ha realizzato inoltre un identico studio nell'ambito del Progetto di risk management nelle aziende sanitarie della Regione Abruzzo. I risultati di questi lavori saranno dettagliatamente presentati nel corso del II° Forum Risk Management in sanità promosso dal Ministero della Salute, il Ministero per le Riforme e l'Innovazione nella P.A., l'Istituto Superiore di Sanità, l'ISPESL, l'Agenzia per i Servizi Sanitari e Gutenberg sicurezza in sanità. L'evento, con il patrocinio dell'ufficio per l'Italia della Commissione Europea, si terrà ad Arezzo dal 28 novembre al 1 dicembre p.v.

**Tabella 2 - Presenza di UO di gestione delle polizze e stima dei premi versati nel 2004 per Regione**

Regioni	% di strutture che hanno UO di gestione delle polizze assicurative	Ammontare totale dei premi dichiarati in €	Stima premi versati per Regione in €
Piemonte	100,0	41.217.230	41.217.230
Valle d'Aosta	100,0	1.344.750	1.344.750
Lombardia	84,9	81.913.010	89.876.775
Liguria	100,0	15.311.344	19.904.747
P.A. Bolzano	100,0	2.781.522	2.781.522
P.A. Trento	100,0	3.392.201	3.392.201
Veneto	100,0	33.503.247	38.289.425
Friuli Venezia Giulia	75,0	13.300.111	13.300.111
Emilia Romagna	93,8	33.954.991	35.597.200
Toscana	100,0	21.671.859	30.007.189
Umbria	75,0	9.316.659	13.974.988
Marche	92,3	12.745.156	19.117.734
Lazio	82,6	46.226.339	77.043.898
Abruzzo	100,0	14.245.131	14.245.131
Molise	100,0	1.658.463	2.073.079
Campania	87,5	27.486.823	48.101.940
Puglia	87,5	21.131.433	31.697.145
Basilicata	100,0	2.859.316	4.003.042
Calabria	90,0	5.620.040	12.845.805
Sicilia	90,9	17.119.687	27.932.121
Sardegna	100,0	5.665.378	11.330.756
<b>Totale</b>	<b>90,1</b>	<b>412.464.690</b>	<b>538.076.789</b>

Fonte: Ministero della Salute

aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio clinico". L'indagine che ha coinvolto 396 strutture sanitarie regionali (Asl, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Policlinici universitari, ospedali classificati) ha confermato la grande attenzione sull'argomento. Dai risultati della rilevazione risulta infatti che il 90,1% delle strutture sanitarie ha istituito un'Unità operativa dedicata alla gestione delle polizze assicurative (mentre solo il 28% delle strutture sanitarie dichiara di avere attivato una Unità di gestione del rischio clinico). L'ammontare totale dei premi versati dalle strutture sanitarie alle Compagnie assicurative, nel 2004, è stato di oltre € 412 mln. per l'82% delle strutture rispondenti al questionario del Ministero, mentre il totale dei premi viene stimato intorno a € 540 mln.

Il numero dei sinistri in protocollo per gli anni 2002-2004 risulta essere 45.904. La Regione con la maggiore sinistrosità è la Basilicata con un valore di 0,75 sinistri per 100 ricoveri, mentre Molise, Sardegna e Sicilia sono quelle che registrano il valore minore. Sempre in relazione al numero dei ricoveri, è possibile notare come nelle Regioni del Nord ci sia una maggiore tendenza alla richiesta di risarcimento che decresce nelle Regioni del Centro e diventa minima nel Sud e nelle Isole.

Il rapporto premi pagati su spesa sanitaria pubblica corrente risulta essere dello 0,58%. Nelle Regioni del Centro e in alcune Regioni del Nord tale rapporto è in generale superiore alla media. La stessa tendenza è confermata se si confrontano i premi pagati con la spesa pubblica

**Tabella 3 - Sinistri 2002/2004 e incidenza sui ricoveri per Regione**

Regioni	Numero sinistri 2002/2004	Rapporto Sinistri 2002-2004 su ricoveri
Piemonte	3.392	0,28%
Valle d'Aosta	104	0,25%
Lombardia	8.739	0,28%
Liguria	1.472	0,19%
P.A. Bolzano	419	0,35%
P.A. Trento	541	0,25%
Veneto	4.175	0,31%
Friuli Venezia Giulia	1.157	0,25%
Emilia Romagna	4.816	0,32%
Toscana	3.605	0,28%
Umbria	821	0,25%
Marche	1.500	0,27%
Lazio	3.734	0,19%
Abruzzo	1.109	0,25%
Molise	139	0,09%
Campania	2.446	0,15%
Puglia	3.338	0,20%
Basilicata	1.338	0,75%
Calabria	847	0,13%
Sicilia	1.662	0,09%
Sardegna	550	0,09%
Totale	45.904	0,23%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

corrente per il personale. In base ad una stima pubblicata dall'ANIA, è possibile avere una visione dinamica dei dati e rilevare che, dal 1999 al 2004, i premi incassati dalle Compagnie italiane per l'assicurazione della Responsabilità Civile relativa alle strutture sanitarie sono stati in costante aumento, passando da € 83 mln. a € 260 mln.<sup>5</sup> Il loro peso relativo sull'intero ramo RC, anch'esso in tendenziale crescita, si è attestato nel 2004 all'8,7%. Dal lato dei sinistri si può invece notare un sorprendente andamento decrescente, sia nel numero che negli importi riservati e liquidati. Il rapporto sinistri premi, seppur in forte diminuzione, risulta ancora negativo per le Compagnie (315% nel 1999, 129% nel 2004). Se da un lato i dati delle Compagnie evidenziano ancora delle sofferenze sulle polizze di Responsabilità Civile Sanitaria, ancorché con notevoli miglioramenti, è dall'altro meritevole d'interesse un approfondimento sull'economicità per gli operatori sanitari della gestione assicurativa realizzata. Il quadro di mercato caratterizzato da premi crescenti, sinistri in diminuzione e aumento delle limitazioni contrattuali (compartecipazione al rischio attraverso franchigie, riduzione dei massimali ecc.) sembra infatti non essere più rappresentativo degli interessi delle Compagnie (che registrano delle perdite nell'RC sanitaria), ma neppure delle strutture sanitarie (che lamentano premi insostenibili).

<sup>5</sup> La stima pubblicata dall'ANIA condotta su un campione di imprese differisce dalla rilevazione del Ministero della salute sull'annualità 2004. La differenza, oltre alle difficoltà oggettive di raccolta delle informazioni e ai differenti criteri di indagine, può essere spiegata dalla presenza di Compagnie straniere, non associate con ANIA.

**Tabella 4 - Rapporto premi su spesa totale e per il personale**

Regioni	Premi/spesa personale	Variazione su totale	Premi/spesa sanitaria pubblica corrente	Variazione su totale
Piemonte	1,7253%	-5,4%	0,5601%	-4,2%
Valle d'Aosta	1,4581%	-20,0%	0,6343%	8,4%
Lombardia	2,3248%	27,5%	0,6596%	12,8%
P.A. Bolzano	0,7291%	-60,0%	0,2929%	-49,9%
P.A. Trento	1,0897%	-40,2%	0,4017%	-31,3%
Veneto	1,6399%	-10,1%	0,5356%	-8,4%
Friuli Venezia Giulia	1,8703%	2,6%	0,6858%	17,2%
Liguria	1,8849%	3,4%	0,6842%	17,0%
Emilia Romagna	1,4682%	-19,5%	0,5174%	-11,5%
Toscana	1,3955%	-23,5%	0,5150%	-12,0%
Umbria	2,7567%	51,2%	1,0245%	75,1%
Marche	2,2229%	21,9%	0,8153%	39,4%
Lazio	3,2310%	77,2%	0,7835%	33,9%
Abruzzo	2,1031%	15,3%	0,7178%	22,7%
Molise	1,0990%	-39,7%	0,3908%	-33,2%
Campania	1,7314%	-5,1%	0,5391%	-7,9%
Puglia	1,8240%	0,0%	0,5672%	-3,0%
Basilicata	1,3330%	-26,9%	0,4791%	-18,1%
Calabria	1,2032%	-34,0%	0,4577%	-21,8%
Sicilia	1,1906%	-34,7%	0,3672%	-37,2%
Sardegna	1,2042%	-34,0%	0,4592%	-21,5%
Totale	1,8237%	0,0%	0,5850%	0,0%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute

### 3.7.3 L'analisi condotta su alcune Aziende Sanitarie

Sulla base di tale osservazione e al fine di continuare l'approfondimento sulla gestione dei rischi relativi alla Responsabilità Civile, si è analizzata la documentazione assicurativa di un campione di 13 strutture sanitarie (Asl e AO) del Centro Italia, relativamente al triennio 2004-2006. In particolare sono state messe a raffronto le diverse coperture assicurative e sono stati analizzati i sinistri denunciati durante il periodo di studio.

Il 60% delle polizze analizzate è stipulato con compagnie estere, ma le garanzie contrattuali risultano essere pressoché simili. Esse prevedono la copertura per la Responsabilità Civile (RCT/RCO) relativa allo svolgimento delle attività istituzionali delle strutture sanitarie e in circa il 50% delle polizze è prevista anche la possibilità di estensione alla colpa grave per i medici. Il 15% dei contratti risulta essere senza franchigia<sup>6</sup>, il 65% presenta una franchigia aggregata annua (da un minimo di € 350.000 ad un massimo di € 1.200.000), mentre il 20% risulta essere con franchigia per ogni sinistro. I massimali assicurati risultano essere compresi fra un minimo di € 3.000.000 ad un massimo di € 5.000.000. I premi pagati vengono calcolati in relazione alle retribuzioni del personale, con tassi di premio variabili secondo le tipologie di copertura (da un minimo di 15 ad un

<sup>6</sup> *Dallo studio del Ministero della Salute la percentuale di strutture sanitarie che ha dichiarato l'assenza di franchigia è stata del 35,4%.*

**Tabella 5 - Andamento tecnico delle polizze di Responsabilità Civile delle strutture sanitarie**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Premi relativi alla RC delle strutture sanitarie (.000)	€ 83.693	€ 158.500	€ 176.124	€ 167.643	€ 214.759	€ 260.179
<i>Variazione premi (rispetto anno precedente)</i>		89,4%	11,1%	-4,8%	28,1%	21,1%
Premi RC strutture sanitarie /ramo RC	4,4%	7,8%	7,9%	6,8%	7,7%	8,7%
Numero dei sinistri denunciati	23.104	23.262	22.162	17.687	16.365	16.021
<i>Variazione sinistri (rispetto anno precedente)</i>		0,7%	-4,7%	-20,2%	-7,5%	-2,1%
% riservati importi (per anno di protocollazione)	56,40%	61,90%	70,70%	76,60%	84,40%	94,30%
% Liquidati importi (per anno di protocollazione)	43,60%	38,10%	29,30%	23,40%	15,60%	5,70%
Costo medio riservati	€ 59.280	€ 68.938	€ 63.457	€ 54.922	€ 43.525	€ 27.902
<i>Variazione costo riservati (rispetto anno precedente)</i>		16,3%	-8,0%	-13,5%	-20,8%	-35,9%
Costo medio liquidati	€ 17.889	€ 20.130	€ 17.470	€ 17.683	€ 14.079	€ 8.194
<i>Variazione costo liquidati (rispetto anno precedente)</i>		12,5%	-13,2%	1,2%	-20,4%	-41,8%
Rapporto sinistri/premi	315%	228%	218%	228%	180%	129%

Fonte: ANIA

massimo di 40 ogni € 1.000 di retribuzioni). Considerando che le retribuzioni nelle Regioni di appartenenza del campione, nel triennio di osservazione, sono aumentate di circa il 19%, è possibile stimare un pari aumento anche dei premi pagati dalle strutture sanitarie analizzate, al netto degli aumenti relativi al rinnovo dei contratti.

Tutte le polizze analizzate presentano delle garanzie assicurative prestate secondo il principio *claims made* (in cui si considera come sinistro la richiesta di risarcimento del danno provocato da un fatto colposo avvenuto nel periodo di vigenza della polizza)<sup>7</sup>.

Nell'analisi dei sinistri abbiamo tenuto conto di quelli "da definire" considerando le richieste di risarcimento ancora in fase di istruttoria o per le quali è in corso un procedimento conciliativo o legale.

Nei sinistri "senza seguito" sono state invece inserite le richieste per le quali non si è dimostrato il diritto al risarcimento da parte del paziente.

Dal campione analizzato non si è rilevato un trend crescente nel numero dei sinistri totali. Al contrario i costi complessivi dimostrano un andamento decrescente nel triennio di

<sup>7</sup> Negli anni passati è stato ampiamente utilizzato il sistema *loss occurrence*, nel quale viene considerato, per la rilevazione del sinistro, il momento nel quale si verifica l'evento dannoso, a prescindere da quando il danneggiato presenta la richiesta di risarcimento.

**Tabella 6 - Andamento dei sinistri relativi alle polizze di Responsabilità Civile (su un campione di strutture sanitarie del Centro Italia)**

	2004	2005	2006
<b>Sinistri totali</b>			
Numero	827	868	750
Costo complessivo	19.761.619	16.315.749	15.860.791
Costo medio	23.896	18.797	21.148
<b>Sinistri da definire</b>			
Numero	338	540	621
Costo complessivo	13.509.228	13.760.531	15.599.572
Costo medio	39.968	25.482	25.120
<b>Sinistri definiti</b>			
Numero	161	159	59
Costo complessivo	6.252.391	2.550.218	261.219
Costo medio	38.835	16.039	4.427
<b>Sinistri senza seguito</b>			
Numero	328	169	70
Sinistri senza seguito/sinistri totali	39,7%	19,5%	9,3%

Fonte: nostra elaborazione su dati del campione

osservazione.

È necessario comunque precisare come i costi dei sinistri da definire possano fortemente fluttuare in funzione delle variazioni delle riserve previste dalle Compagnie. La tendenza verso una maggiore sensibilità giuridica e normativa nei confronti dei pazienti danneggiati da *malpractice* e l'aumento delle spese per la gestione delle controversie legali contribuiscono infatti all'aumento di tali costi nel tempo. Al contrario è doveroso rilevare come molti sinistri catalogati come "da definire" si dimostrino successivamente "senza seguito", contribuendo nel tempo a far diminuire il costo del risarcimento originariamente previsto<sup>8</sup>.

Confrontando i costi dei sinistri (definiti o da definire) con i premi effettivamente pagati e la quota di compartecipazione ai risarcimenti (franchigie di polizza ecc.), abbiamo riscontrato delle forti potenzialità di riduzione degli oneri per le strutture sanitarie<sup>9</sup>. La maggior parte dei casi analizzati, con l'attuale copertura assicurativa, ha evidenziato un rapporto sinistri/premi al di sotto del 70%. Attraverso una razionalizzazione delle coperture assicurative (diversa compartecipazione al rischio, modelli di autoassicurazione, pooling fra strutture sanitarie ecc.) è stata stimata una possibilità di risparmio di almeno il 20% sugli attuali costi per la copertura della Responsabilità Civile.

<sup>8</sup> Dalla nostra osservazione nel periodo 1999-2003 tale percentuale è stata pari a circa il 56%. Ossia su 100 richieste di risarcimento, solo 46 si sono dimostrate fondate su un effettivo diritto.

<sup>9</sup> Nei dati a nostra disposizione si è riscontrata una bassa varianza dei costi complessivi per sinistri ed una scarsa incidenza dei sinistri con importi superiori a € 1 Mln.

### 3.7.4 Conclusioni

La nostra analisi ha confermato un quadro di mercato caratterizzato da premi crescenti e costi complessivi per i sinistri in tendenziale diminuzione. Certamente i premi richiesti dipendono dal rischio atteso e dai necessari caricamenti applicati dalle Compagnie. Non è comunque da escludere che sulle tariffe attuali si ripercuotano ancora gli effetti degli andamenti tecnici negativi registrati negli anni passati (*experience rating*) che, ancorché rappresentativi di un mercato più ristretto e meno conosciuto, potrebbero indurre a quotazioni dei premi piuttosto prudenziali.

Per favorire il funzionamento del mercato assicurativo risulterebbe determinante creare le condizioni per una diminuzione dei premi. Ciò non può prescindere da un impegno delle strutture sanitarie a perseguire una migliore organizzazione che consenta di ridurre gli eventi avversi da cui possano scaturire eventuali imputazioni di responsabilità. Contemporaneamente è necessario implementare una struttura gestionale che permetta di conoscere e affrontare con efficienza il problema della razionalizzazione delle coperture assicurative o di un eventuale ricorso all'autoassicurazione.

In accordo con il ministero della Salute, sarebbe quindi utile promuovere anche a livello nazionale un "sistema di monitoraggio delle polizze assicurative e dei sinistri, che garantisca in questo ambito un efficace governo delle politiche sanitarie centrali, regionali e aziendali". La realizzazione di *data base* sui sinistri (centralizzata e a livello di singola struttura) potrebbe certamente facilitarne il processo grazie ad una migliore accessibilità dell'informazione relativa ai rischi. Sarebbe inoltre auspicabile un intervento per agevolare la pressione delle imposte su tali premi che attualmente risulta fra le più alte d'Europa e rappresenta, insieme ai costi di *brokeraggio*, circa il 30% del premio finale.

### Riferimenti bibliografici

- Ania (2006). *L'assicurazione italiana nel 2005/2006*. Roma.
- Ania (2007). *L'assicurazione italiana nel 2006/2007*. Roma.
- Ania (2007). Documentazione RC Generale, [www.ania.it](http://www.ania.it).
- ASSOMEDICO (2001). *Le politiche assicurative e la responsabilità civile nella sanità*. Roma, CNEL.
- Comandé G, Turchetti G (2004). *La responsabilità sanitaria tra valutazione del rischio e assicurazione*. Scuola Superiore di Studi Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna.
- Ministero della Salute (2006). *Rapporto sulla 1° Rilevazione Nazionale relativa agli Aspetti Assicurativi in Ambito di Gestione aziendale del Rischio Clinico*.
- OECD (2005). *Insurance coverage of medical malpractice in OECD Countries*, Revised Analytical Report.
- Swiss Re (2004). *Panoramica economica sui rischi di responsabilità civile, assicurare un fenomeno in continua evoluzione*, Sigma 06/2004.

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people standing in a circle and holding hands, symbolizing unity and community.

# *Capitolo 4*

## *Equità*

## 4.1 - Distribuzione e cause dell'impoverimento e delle spese catastrofiche: le modifiche del quadro equitativo nel SSN

Doglia M.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 4.1.1 Introduzione e obiettivi

L'analisi condotta ormai da diversi anni dal CEIS nell'ambito degli studi sull'equità ha segnalato più volte il rischio dell'impoverimento delle famiglie dovuto ad un'inadeguata copertura delle spese (socio)sanitarie da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In precedenti lavori (Doglia e Spandonaro, 2006a; 2006b; 2006c) si è cercato di identificare le determinanti sociali di tali spese e di sottolineare come l'inefficienza protettiva dei diversi sistemi sanitari regionali (SSR) tenda in effetti ad ampliare le sperequazioni già esistenti tra le diverse realtà territoriali.

A fronte di una possibile riduzione della povertà, ci si trova di fronte a dati che segnalano un maggiore impoverimento delle famiglie con la conseguente stabilità di quella che si può definire la "povertà effettiva"; appare quindi di fondamentale importanza individuare non solo le caratteristiche sociali delle famiglie impoverite o il peso relativo delle diverse voci di consumo sanitario sui bilanci di queste, ma soprattutto il contributo che tali voci apportano, in termini probabilistici, ai fenomeni dell'impoverimento e della catastroficità.

### 4.1.2 Dati e metodologia

Il lavoro è basato sull'analisi dei microdati dell'indagine sui consumi delle famiglie prodotta annualmente dall'Istat e relativa ad un campione di circa 25.000 famiglie l'anno; nello studio sono stati utilizzati, oltre ai dati relativi all'ultima edizione dell'indagine (anno 2005), anche i microdati dell'annualità precedente (2004).

Il contesto metodologico è, come per altri precedenti lavori, quello delle misure di equità nel cosiddetto *burden space*, misure proposte dalla WHO che tengono conto delle spese per consumi sanitari effettivamente a carico delle famiglie e quindi della sostenibilità, per le stesse, dei costi dell'assistenza sanitaria.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Le suddette misure sono state adattate dal CEIS tramite l'applicazione delle soglie di povertà relativa e assoluta definite dall'Istat. Tale modifica è apparsa necessaria per rendere il modello maggiormente coerente con le specificità dei fenomeni nel nostro Paese. Bisogna inoltre sottolineare come, al fine di cogliere in modo il più possibile esaustivo il fenomeno dell'assistenza alla disabilità e garantire al contempo la continuità con l'analisi contenuta nei Rapporti CEIS Sanità 2005 e 2006, si è scelto di includere nella spesa sanitaria *out of pocket* (OOP) anche i consumi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti e ai disabili: sebbene, con riferimento alla quota erogata da professionisti non sanitari (badanti etc.), non si tratti strettamente di spese classificabili come sanitarie. Lo studio del contributo delle varie voci di spesa sanitaria alla probabilità di impoverirsi e di incorrere in spese catastrofiche da parte delle famiglie è stato effettuato tramite l'uso di modelli logistici ad uscita binaria; al fine di eliminare l'effetto confondente del livello di reddito tali modelli sono stati elaborati su opportune stratificazioni delle famiglie (basate sul consumo standardizzato equivalente).

#### 4.1.3 L'impoverimento e le spese catastrofiche

Nel 2005 in Italia risultano impoverite 346.069 famiglie (pari a circa l'1,5% del totale); risultano invece 948.253 famiglie (pari al 4,1% dei nuclei) soggette a spese catastrofiche. Risulta quindi che, applicando la metodologia della WHO con le soglie Istat, in Italia si è avuto tra il 2004 e il 2005 un aumento della percentuale di famiglie impoverite che passa dall'1,3% all'1,5%.

Tale aumento può, almeno in parte, essere imputato ad un calo dei livelli di povertà segnalato sia dalla metodologia WHO che da quella Istat. In pratica è maggiore il numero di famiglie vicine (ma non sotto) alla soglia di povertà, che finiscono poi per ricadere nella povertà per un'inadeguata copertura del SSN.

**Tabella 1 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia WHO con soglie Istat, distribuzione percentuale delle famiglie per quintili di consumo standardizzato, Italia 2005**

Quintile	1	2	3	4	5	Tutta Italia
POOR <sup>2</sup>	54,3%	-	-	-	-	11,5%
IMPOOR	6,6%	0,7%	0,1%	-	-	1,5%
CATA	14,1%	2,2%	1,2%	1,2%	1,6%	4,1%
CATA NETTO	5,7%	2,2%	1,2%	1,2%	1,6%	2,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

<sup>2</sup> Il dato presenta valori leggermente differenti rispetto a quanto pubblicato dall'Istat (Istat, 2006), questo perché la metodologia di aggregazione delle spese indicata dalla WHO è leggermente differente rispetto a quella usata dall'Istat.

La catastroficità invece rimane pressoché costante. Per quanto riguarda la distribuzione dei due fenomeni, anche nel 2005 si conferma la concentrazione sia delle famiglie impoverite che di quelle soggette a spese catastrofiche tra le famiglie del primo e secondo quintile (e quindi presumibilmente più povere); è peraltro importante osservare che mentre l'impoverimento è praticamente assente nei quintili superiori al secondo, in questi si rileva invece un numero non trascurabile di famiglie soggette a spese catastrofiche con una frequenza addirittura maggiore nel quinto quintile (famiglie più ricche) rispetto ai due quintili inferiori. Questa diversa distribuzione sottolinea come i due fenomeni abbiano in realtà dinamiche e motivazioni eterogenee e come nelle cause delle spese catastrofiche coesistano due realtà profondamente diverse: da una parte (primo e secondo quintile) famiglie a bassa *capacity to pay* che, se non adeguatamente protette dal SSN, consumano con grande facilità in spese sanitarie il budget disponibile; dall'altra (quarto e quinto quintile) famiglie che scelgono deliberatamente di sottrarsi alla protezione del SSN, presumibilmente perché insoddisfatte del livello di servizio fornito. Inoltre, poiché la catastroficità nei primi quintili è fortemente influenzata dalla bassa *capacity to pay* delle famiglie povere, si è scelto di affiancare all'indicazione dell'incidenza delle famiglie soggette a catastroficità anche l'incidenza delle stesse al netto delle famiglie povere (*cata netto*). Per individuare quali tipologie familiari siano maggiormente interessate dai fenomeni dell'impoverimento e della soggezione a spese catastrofiche si può fare riferimento alla tabella 2 e alla tabella 3; la distribuzione dei nuclei impoveriti (*impoor*) e di quelli soggetti a spese catastrofiche (*cata*) può essere infatti correttamente interpretata solo se si legge facendo riferimento anche all'incidenza dei due fenomeni nelle differenti tipologie familiari e alla distribuzione delle stesse nella popolazione.

**Tabella 2 - Distribuzione percentuale delle famiglie impoverite e di quelle soggette a spese catastrofiche secondo la tipologia familiare, Italia 2004 e 2005**

Tipologia familiare	2004		2005	
	impoor	cata	impoor	cata
Persona sola con meno di 35 anni	0,0%	0,3%	0,0%	0,5%
Persona sola con 35-64 anni	1,9%	2,4%	2,2%	2,9%
Persona sola con 65 anni e più	25,1%	31,2%	28,3%	25,7%
Coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni	0,0%	0,2%	0,7%	0,6%
Coppia senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni	3,8%	3,2%	3,7%	3,2%
Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più	24,5%	20,1%	17,4%	18,9%
Coppia con 1 figlio	8,8%	8,3%	13,7%	9,7%
Coppia con 2 figli	15,6%	12,2%	14,2%	13,8%
Coppia con 3 e più figli	3,8%	6,0%	5,4%	7,9%
Monogenitore	7,4%	7,3%	7,0%	6,7%
Altre tipologie	9,1%	8,8%	7,4%	10,1%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 3 - Incidenza delle famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche secondo la tipologia familiare e distribuzione delle tipologie familiari nella popolazione, Italia 2004 e 2005**

Tipologia familiare	2004				2005			
	famiglie	poor	impoor	cata	famiglie	poor	impoor	cata
Persona sola con meno di 35 anni	2,9%	3,3%	0,0%	0,4%	2,9%	4,9%	0,0%	0,8%
Persona sola con 35-64 anni	9,3%	4,5%	0,3%	1,1%	9,8%	3,0%	0,3%	1,2%
Persona sola con 65 anni e più	14,1%	13,6%	2,3%	9,4%	14,5%	11,6%	2,9%	7,2%
Coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni	2,1%	3,3%	0,0%	0,4%	2,1%	4,7%	0,5%	1,2%
Coppia senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni	7,2%	5,9%	0,7%	1,9%	7,3%	4,7%	0,7%	1,8%
Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più	11,2%	14,8%	2,8%	7,6%	11,3%	12,6%	2,3%	6,8%
Coppia con 1 figlio	18,0%	8,8%	0,6%	1,9%	17,2%	8,5%	1,2%	2,3%
Coppia con 2 figli	17,7%	13,4%	1,1%	2,9%	17,1%	13,3%	1,2%	3,3%
Coppia con 3 e più figli	4,3%	22,4%	1,1%	6,0%	4,2%	24,1%	1,9%	7,6%
Monogenitore	7,9%	12,7%	1,2%	3,9%	8,1%	13,1%	1,3%	3,4%
Altre tipologie	5,3%	18,3%	2,3%	7,1%	5,5%	19,5%	1,9%	7,4%
Totale	100,0%	11,5%	1,3%	4,2%	100,0%	10,9%	1,5%	4,1%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Tale analisi non solo conferma il forte rischio di impoverimento in quelle famiglie caratterizzate dalla presenza di uno o più anziani (Persona sola con 65 anni e più e Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più) a cui sono associate le più alte incidenze di impoverimento (2,9% e 2,3% rispettivamente), ma mette in risalto un secondo preoccupante fenomeno: l'impoverimento sempre maggiore, sia in termini relativi che assoluti delle coppie con figli; in particolare le coppie con un figlio, la cui incidenza dell'impoverimento passa dallo 0,6% all'1,6% a fronte di una sostanziale stabilità nell'incidenza di povertà (intorno all'8,5%) e quelle con tre o più figli la cui incidenza di impoverimento passa dall'1,1% all'1,9% accompagnata peraltro da un'incidenza di povertà anch'essa crescente (dal 22,4% al 24,1%).

Un tale risultato, seppure possa essere in parte influenzato dalla variabilità campionaria tra un anno e l'altro, accende sicuramente un rinnovato allarme sulla carente protezione delle coppie con figli a carico.

Per quanto riguarda la distribuzione sul territorio italiano dei fenomeni dell'impoverimento e della catastoficità (tabella 4), si conferma l'effetto di allargamento dello *spread* di povertà tra Regioni del Nord e Regioni del Sud legato ad inefficienze protettive dei diversi SSR. Le Regioni settentrionali presentano infatti incidenze di impoverimento minori del livello nazionale mentre quelle del Sud valori superiori che tendono di conseguenza ad incrementare più della media nazionale il già alto livello di povertà.

Bisogna comunque segnalare che, rispetto ai dati dello scorso anno, alcune Regioni del Nord (quali Veneto, Friuli Venezia Giulia e in misura minore il Piemonte e la Valle d'Aosta) presentano un peggioramento negli indicatori di equità; sfortunatamente un peggioramento analogo, e talvolta anche di maggiore intensità, è presente anche per le Regioni del Sud.

**Tabella 4 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia WHO con soglie ISTAT, incidenza delle famiglie per Regione, Italia 2004-2005**

	2004			2005		
	Poor	Impoor	Cata	Poor	Impoor	Cata
Italia	11,5%	1,3%	4,2%	10,9%	1,5%	4,1%
Piemonte e Valle d'Aosta	6,2%	0,9%	3,4%	6,7%	0,7%	3,0%
Lombardia	3,6%	1,0%	2,2%	3,6%	1,0%	2,2%
Trentino Alto Adige	7,0%	0,8%	3,7%	4,9%	0,4%	4,0%
Veneto	4,2%	0,7%	2,7%	4,3%	1,3%	3,3%
Friuli Venezia Giulia	5,1%	0,3%	1,9%	6,7%	0,9%	2,1%
Liguria	5,6%	1,5%	2,8%	5,0%	1,4%	3,5%
Emilia Romagna	3,4%	1,0%	2,7%	2,4%	0,5%	1,2%
Toscana	5,4%	1,2%	2,4%	4,6%	0,3%	1,7%
Umbria	8,8%	1,4%	4,0%	6,7%	0,8%	2,1%
Marche	7,4%	0,5%	3,9%	5,0%	1,0%	1,9%
Lazio	7,9%	0,9%	2,5%	6,8%	1,0%	2,1%
Abruzzo	16,1%	1,5%	4,4%	11,5%	2,0%	3,8%
Molise	21,4%	2,3%	8,0%	21,0%	1,3%	6,1%
Campania	24,7%	1,4%	6,2%	26,7%	2,5%	7,7%
Puglia	25,1%	2,3%	7,3%	18,9%	2,8%	6,8%
Basilicata	27,6%	1,8%	9,7%	24,2%	2,4%	8,5%
Calabria	24,3%	2,6%	10,2%	23,1%	4,9%	11,2%
Sicilia	29,6%	2,4%	9,2%	30,2%	2,6%	8,7%
Sardegna	15,1%	1,9%	5,6%	15,7%	2,6%	6,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Migliorano invece gli indicatori di tutte le Regioni del Centro, dell'Emilia Romagna e del Trentino. Chiaramente la significatività di tali variazioni e la loro indipendenza da fenomeni di selezione campionaria la si potrà verificare solo nei prossimi anni.

#### **4.1.4 La struttura della spesa sanitaria e il contributo relativo delle spese all'impoverimento e alle spese catastrofiche**

Per quanto riguarda il contributo relativo di ciascuna voce di spesa, l'analisi della composizione della spesa *out of pocket* (tabelle 5, 6, 7 e 8) indicherebbe le spese farmaceutiche e quelle per visite specialistiche come le voci di spesa *out of pocket* che impiegano la maggior parte delle risorse degli impoveriti del primo quintile (con quote del 13,4% e 58,2% rispettivamente) e le spese farmaceutiche e quelle odontoiatriche (con quote del 29,4% e 31,1% rispettivamente) come quelle che impiegano gran parte delle risorse degli impoveriti del secondo quintile (tabella 7).

Per analizzare tale dato abbiamo effettuato un'analisi attraverso modelli logistici ad uscita binaria: il primo applicato agli impoveriti del primo quintile ed un secondo alla popolazione degli impoveriti del secondo quintile; analizzando gli *odds ratio* relativi a tali modelli (tabelle 9 e 10), appare evidente come il ruolo preminente nel determinare l'impoverimento sia, contrariamente a quanto emerge dall'analisi descrittiva, da attribuire alle spese per la disabilità, la cui presenza aumenta notevolmente la probabilità di impoverirsi di una

**Tabella 5 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato – Tutte le famiglie, Italia 2005**

Quintili	1	2	3	4	5	Totale
Ospedale	0,15%	0,60%	0,72%	0,59%	1,77%	1,10%
Specialistica	12,60%	13,34%	12,89%	13,18%	11,20%	12,24%
Dentista	6,03%	8,52%	12,16%	18,95%	32,74%	22,13%
Serv. ausiliari	1,32%	1,34%	2,23%	2,09%	2,84%	2,32%
Analisi	6,11%	7,42%	7,28%	7,18%	5,75%	6,52%
Apparecchi	2,89%	4,10%	6,29%	6,43%	8,97%	7,07%
Termali	0,00%	0,00%	0,05%	0,41%	0,66%	0,40%
Farmacia	68,72%	62,67%	55,63%	46,93%	31,93%	44,62%
Disabilità	2,18%	2,01%	2,75%	4,24%	4,14%	3,61%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 6 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato - Famiglie povere, Italia 2005**

Quintili	1
Ospedale	0,1%
Specialistica	14,2%
Dentista	5,1%
Serv. ausiliari	1,1%
Analisi	6,0%
Apparecchi	2,1%
Termali	0,0%
Farmacia	71,1%
Disabilità	0,3%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 7 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato - Primi due quintili, famiglie impoor, Italia 2005**

Quintili	1	2
Ospedale	0,3%	4,8%
Specialistica	13,4%	11,5%
Dentista	10,4%	31,1%
Serv. ausiliari	0,4%	0,6%
Analisi	6,6%	5,0%
Apparecchi	3,7%	5,3%
Termali	0,0%	0,0%
Farmacia	58,2%	29,4%
Disabilità	7,0%	12,3%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 8 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato - Famiglie soggette a spese catastrofiche, Italia 2005**

Quintili	1	2	3	4	5
Ospedale	0,2%	1,7%	5,0%	0,0%	6,6%
Specialistica	16,0%	12,0%	7,6%	7,9%	1,4%
Dentista	8,5%	18,8%	28,1%	50,5%	70,2%
Serv. ausiliari	1,0%	2,8%	3,7%	1,8%	0,2%
Analisi	5,9%	6,4%	3,2%	2,3%	1,1%
Apparecchi	3,6%	7,8%	10,5%	7,7%	10,0%
Termali	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	1,1%
Farmacia	60,6%	41,0%	27,2%	6,8%	2,6%
Disabilità	4,2%	9,5%	14,7%	22,6%	6,8%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

famiglia (di 33,3 volte nel caso di famiglie del secondo quintile e la rende quasi una certezza per le famiglie del primo quintile). Seconda determinante dell'impoverimento sembra essere la presenza di spese odontoiatriche che aumenta la probabilità di impoverirsi di 26,7 volte per una famiglia appartenente al primo quintile e di 15,36 volte per una appartenente al secondo.

**Tabella 9 - Odds Ratio (Rapporti di quote) relativi alla probabilità di impoverirsi a seguito di diverse tipologie di spesa per famiglie appartenenti al primo quintile di consumo standardizzato, Italia 2005**

Tipo spesa	Odds Ratio	95% - Limiti di confidenza di Wald	
Specialistica	8,832	8,691	8,976
Dentista	26,735	26,04	27,448
Analisi	4,22	4,147	4,295
Apparecchi	3,984	3,862	4,111
Farmacia	19,309	19,043	19,578
Disabilità	266,331	248,165	285,827

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 10 - Odds Ratio (Rapporti di quote) relativi alla probabilità di impoverirsi a seguito di diverse tipologie di spesa per famiglie appartenenti al secondo quintile di consumo standardizzato, Italia 2005**

Tipo spesa	Odds Ratio	95% - Limiti di confidenza di Wald	
Specialistica	7,17	7,00	7,35
Dentista	15,36	14,95	15,79
Analisi	1,39	1,34	1,43
Apparecchi	5,26	5,07	5,46
Farmacia	3,30	3,20	3,39
Disabilità	33,33	32,05	34,66

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Le spese farmaceutiche per loro conto sembrano avere un particolare ruolo di generatori di iniquità proprio sulle famiglie più fragili della popolazione; le tabelle 9 e 11 mostrano infatti come la presenza di spese farmaceutiche aumenti la possibilità di impoverimento di 19,31 volte, e di 16,15 volte quella di incorrere in spese catastrofiche delle famiglie appartenenti al primo quintile; relativamente alle spese catastrofiche bisogna notare come l'analisi venga fortemente influenzata proprio dalle spese che colpiscono maggiormente le famiglie povere (in particolare appunto la farmaceutica): gli *odds ratio* cambiano infatti se si escludono dal modello le famiglie povere (tabella 12); in tal caso il ruolo della farmaceutica viene ridimensionato e appaiono ancora più rilevanti gli impatti delle spese odontoiatriche e della disabilità.

**Tabella 11 - Odds Ratio (Rapporti di quote) relativi alla probabilità di incorrere in spese catastrofiche a seguito di diverse tipologie di spesa per famiglie appartenenti al primo quintile di consumo standardizzato, Italia 2005**

Tipo spesa	Odds Ratio	95% - Limiti di confidenza di Wald	
Specialistica	8,458	8,363	8,554
Dentista	8,886	8,714	9,061
Analisi	2,87	2,833	2,907
Apparecchi	7,818	7,621	8,02
Farmacia	16,148	16,015	16,283
Disabilità	73,694	70,046	77,531

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Tabella 12 - Odds Ratio (Rapporti di quote) relativi alla probabilità di incorrere in spese catastrofiche a seguito di diverse tipologie di spesa per famiglie appartenenti al primo quintile di consumo standardizzato escluse le famiglie povere, Italia 2005**

Tipo spesa	Odds Ratio	95% - Limiti di confidenza di Wald	
Specialistica	7,831	7,701	7,963
Dentista	14,79	14,442	15,147
Analisi	2,222	2,176	2,268
Apparecchi	10,198	9,896	10,509
Farmacia	7,738	7,607	7,872
Disabilità	174,353	164,955	184,286

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

#### 4.1.5 Conclusioni

La nostra analisi mostra un preoccupante aumento dell'impoverimento, tale fenomeno colpisce in particolare le famiglie con anziani (persone sole con 65 anni e più e coppie senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più), ma è in netta crescita anche tra le coppie con figli dove è passato dallo 0,6% all'1,6% per le coppie con un figlio e dall'1,1% all'1,9% per quelle con tre o più figli.

Tale fenomeno, che conferma come le politiche di welfare (in questo caso tutela della salute e della famiglia) siano strettamente interrelate fra loro, appare quindi una sollecitazione ad applicare anche in ambito sanitario adeguate politiche per la protezione delle coppie con figli a carico.

Le misure di equità a livello geografico sono abbastanza disomogenee: in particolare dai dati del 2005 emerge un miglioramento della situazione delle Regioni del Centro a cui però si affianca un peggioramento della situazione di molte Regioni del Nord e di tutte quelle del Sud.

Ancora una volta si conferma il ruolo determinante delle spese per la disabilità che, sep-

pure compongono una parte relativamente piccola (3,61%) delle spese dell'intera popolazione, hanno alte probabilità di trascinare le famiglie obbligate a sostenerle sotto la soglia di povertà.

Il ruolo della farmaceutica nel generare iniquità è invece particolarmente accentuato nei confronti delle famiglie più povere, probabilmente anche a causa di schemi di compartecipazione a somma fissa che, seppur piccoli in valore assoluto sulla singola prescrizione, lasciano comunque un carico eccessivo sulle famiglie più deboli.

Per migliorare quindi i livelli di equità del SSN (a livello di impatto economico sui bilanci familiari) appare quindi urgente ripensare le politiche di compartecipazione/esenzione, ma soprattutto trovare forme di tutela per la non autosufficienza e le cure odontoiatriche. Se quelle precedenti appaiono le priorità, in quanto coinvolgono i ceti indigenti e in generale più fragili, non si può neppure tacere che aumenta la platea di coloro che di fatto "escono" dal SSN. Vuoi che tale comportamento sia dovuto a insoddisfazione per i servizi del SSN, vuoi che sia dovuto a mancanza di risposta, certamente esso mina alla base la logica dell'universalità del sistema, incentivando le spinte all'*opting out* da parte di rilevanti fasce di popolazione: si noti non più solo a reddito alto, ma ormai anche in una parte del cosiddetto ceto medio.

### Riferimenti bibliografici

- Doglia M e Spandonaro F (2007), *Burden space measures of equity: determinants for impoverishment and catastrophic payments*, presentato al sesto congresso mondiale dell'IHEA "Explorations in Health Economics", Copenhagen.
- Doglia M e Spandonaro F (2006a), *L'equità nel Servizio Sanitario Nazionale: impoverimento e spese catastrofiche*, in Rapporto CEIS – Sanità 2006, IEP, Roma, pp. 229-240.
- Doglia M e Spandonaro F (2006b), *Healthcare expenditures on Italian households with elderly members: impoverishment and catastrophic payments*, in Atti della XLIII Riunione Scientifica della SIS, SIS, Torino.
- Doglia M e Spandonaro F (2006c), *Il peso della spesa sanitaria privata sui bilanci delle famiglie italiane*, in Sanità Pubblica e Privata, (Maggio-Giugno), Maggioli, Rimini, pp. 35-44.
- Doglia M e Spandonaro F (2005), *La fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano*, in Rapporto CEIS – Sanità 2005, IEP, Roma, pp.220-233.
- Istat (2004), *La povertà assoluta: informazioni sulla metodologia di stima*, Statistiche in breve, 30 giugno 2004.
- Istat (2005), *La povertà relativa in Italia nel 2004*, Statistiche in breve, 6 ottobre 2005.
- Istat (2006), *La povertà relativa in Italia nel 2005*, Statistiche in breve, 11 ottobre 2006.
- Maruotti A, Mennini F.S, Piasini L e Spandonaro F (2004), *Equità e fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano*, in Rapporto CEIS – Sanità 2004, IEP, Roma.
- Mennini FS et al. (2004), *Monitoraggio della Spesa Sanitaria e del Finanziamento dell'Assistenza Sanitaria*, in Salute e Territorio, 2004.
- Murray CJL et al. (2003), *Assessing the Distribution of Household Financial Contribution to the Health System: Concepts and Empirical Application*, Health System Performance Assessments, WHO, Ginevra.
- Rafaniello A e Spandonaro F (2003), *Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistribu-*

*tivi*, in Rapporto CEIS – Sanità 2003, IEP, Roma, 2003.

- Wagstaff A (2001), *Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index*, Development Research Group and Human Development Network, World Bank.
- World Health Organization, *Distribution of health payments and catastrophic expenditures*.
- Xu K et al. (2003), *Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical and Technical Challenges*. Health Systems Performance Assessments, WHO

## 4.2 - Le politiche tariffarie ospedaliere in Italia

Rocchetti I., Sciattella P<sup>2</sup>.

### 4.2.1 Introduzione

La spesa ospedaliera è, come noto, parte preponderante della spesa sanitaria: in Italia, secondo l'ultimo dato ufficiale disponibile, contenuto nel Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria 2002-2003, essa rappresenta il 48% della spesa pubblica totale.

La spesa ospedaliera afferente gli ospedali a gestione diretta delle Asl si è incrementata, in termini nominali, tra il 1997 e il 2004 del 44%, mentre quella afferente alle strutture private accreditate del 20% (Aiop, 2006). Proprio per le ingenti e crescenti risorse che assorbe, l'assistenza ospedaliera sta assumendo un ruolo sempre più centrale nelle politiche sanitarie di gran parte dei Paesi occidentali e in particolare in Italia. L'assorbimento di risorse è, fra l'altro, legato ai sistemi di finanziamento e remunerazione prescelti a livello Paese.

Il sistema di classificazione e remunerazione delle prestazioni ospedaliere presente oggi in Italia è stato introdotto nel 1993, nell'ambito del processo di aziendalizzazione delle strutture di ricovero, e si è di fatto stabilizzato nel 1995 con l'adozione del sistema a livello nazionale e l'introduzione del finanziamento prospettico degli ospedali, in uso negli Stati Uniti già dal 1983.

Come è noto, il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere nel nostro Paese è basato sui DRG (*Diagnosis Related Groups*, in italiano "Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi", ROD).

Il sistema introdotto nel 1993 ha rivoluzionato le modalità con cui sono gestiti i flussi di finanziamento ospedaliero: ogni ricovero viene attribuito al rispettivo DRG e, in via di principio, pagato dall'ente finanziatore in base alla tariffa determinata a livello regionale, a prescindere dal costo effettivo sostenuto. Gli ospedali dovrebbero in questo modo essere incentivati a ridurre gli sprechi garantendo allo stesso tempo un'alta qualità dei servizi ed una equità nella distribuzione delle risorse.

La classificazione dei ricoveri adottata si basa sul principio generale secondo il quale malattie simili, trattate in reparti ospedalieri simili, hanno mediamente lo stesso livello di complessità e comportano mediamente lo stesso utilizzo di risorse e quindi lo stesso

<sup>1</sup> CEIS Sanità, *Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"*.

<sup>2</sup> *Facoltà di Scienze Statistiche, Università degli studi di Roma "La Sapienza"*.

costo. Di conseguenza le tariffe stabilite per la remunerazione delle prestazioni dovrebbero rispettare il criterio “isorisorse”, su cui lo stesso sistema DRG si fonda.

Evidentemente, la corretta determinazione della tariffa appare fondamentale: scarti dai valori reali dei costi mediamente sostenuti, introdurrebbero nel sistema distorsioni e incentivi a comportamenti opportunistici.

Dobbiamo aggiungere che il progressivo decentramento di responsabilità alle Regioni ha di fatto determinato una pleora di modifiche al sistema tariffario inizialmente adottato.

Il primo tariffario nazionale delle prestazioni ospedaliere per acuzie eseguite in regime ordinario e in *day hospital* risale, infatti, al 1994 (DM 14/12/1994); ad esso è seguito un aggiornamento nel 1997 (DM 30/06/1997). La normativa nazionale, oltre a stabilire la remunerazione massima che può essere corrisposta ai soggetti erogatori, già dal 1995 ha concesso alle singole Regioni e alle Province Autonome la facoltà di adottare propri dei tariffari regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Oggi ogni Regione ha adottato propri tariffari, in alcuni casi arrivando a modificare (o integrare) anche i raggruppamenti (DRG) delle diagnosi.

L’obiettivo di questo contributo è quello di analizzare come si siano evoluti i livelli regionali di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, attraverso l’analisi e il confronto longitudinale dei tariffari ospedalieri regionali, tenendo altresì presente che molte Regioni adottano già da tempo tariffari diversi in funzione della tipologia delle strutture erogatrici. Tale analisi è finalizzata non solo alla rilevazione statistica delle differenze tariffarie tra le Regioni<sup>3</sup>, ma anche alla comprensione e alla spiegazione dei fattori che determinano l’evoluzione delle tariffe stesse.

#### **4.2.2 Analisi longitudinale**

Un primo obiettivo del nostro studio è quello di verificare se i livelli tariffari medi ospedalieri (ci concentreremo su quelli per ricoveri in acuzie) delle singole Regioni abbiano subito delle variazioni nel corso del tempo e quantificare eventualmente tali variazioni. In questo contesto ci siamo limitati a sintetizzare le differenze relative ai primi 50 DRG (i più frequenti) in ricovero ordinario per acuzie (Vd. Appendice); essi assorbono il 43% circa della spesa (teorica) per l’assistenza ospedaliera degli acuti in regime ordinario (elaborazione Ceis Sanità sulle schede di dimissione ospedaliera del 2004).

La tabella 1 mostra, relativamente ai 50 DRG più frequenti, le variazioni percentuali medie delle tariffe intervenute nel periodo 1997-2006, per un insieme significativo di Regioni e per singole tipologie di strutture assistenziali. Le medie sono state ottenute ponderando gli incrementi (o i decrementi) percentuali per il case-mix regionale relativo ai DRG considerati; la banca dati utilizzata è quella delle SDO fornite dal Ministero della Salute relative all’anno 2004.

<sup>3</sup> *A causa della carenza di dati in serie storica a disposizione non è stato possibile stimare le variazioni nei tariffari di tutte le Regioni.*

**Tabella 1 - Variazioni percentuali medie dei rinnovi tariffari, primi 50 DRG per Regione e tipologia di struttura**

Regione	Anni	Tipologia struttura	Variazioni percentuali medie
<b>Basilicata</b>	1997/2005	Fascia A: strutture pubbliche	- 15%
	1997/2005	Fascia B: strutture private	- 3%
<b>Provincia Autonoma Bolzano</b>		Fascia A: strutture complesse (Ospedale centrale di Bolzano)	0%
	2000/2001	Fascia A	0%
	2001/2004	Fascia A	0%
	2004/2006	Fascia A	0%
		Fascia B: strutture intermedie (Ospedali aziendali di Merano, Bressanone e Brunico)	0%
	2000/2001	Fascia B	0%
	2001/2004	Fascia B	0%
	2004/2006	Fascia B	0%
		Fascia C: strutture di base (Ospedali di base di Silandro, Vipiteno e S. Candido)	0%
	2000/2001	Fascia C	0%
	2001/2004	Fascia C	0%
	2004/2006	Fascia C	0%
		Fascia D: Per strutture ospedaliere senza pronto soccorso, terapia intensiva o semintensiva e quant'altro richieda particolare sforzo organizzativo e strumentale (case di cura private accreditate).	7%
2000/2001	Fascia D	7%	
2001/2004	Fascia D	7%	
2004/2006	Fascia D	5%	
<b>Calabria</b>	2001/2002	Tariffario unico	-10%
	2002/2002 (DRG 457/LR 29)	Tariffario unico	-12%
	2002/2002 (LR 29/LR 51)	Tariffario unico	0%
	2002/2005	Tariffario unico	19%
	2005/2006	Tariffario unico	-11%
<b>Emilia Romagna</b>		Fascia A: A.O., IRCCS, Presi di Ospedalieri con DEA	2%
	2000/2001	Fascia A	0%
	2001/2002	Fascia A	1,4%
	2002/2003	Fascia A	2%
	2003/2004	Fascia A	0%
	2004/2005	Fascia A	0%
		Fascia B: Presidi Ospedalieri privi di DEA, case di cura tranne l'alta specialità	2%
	2000/2001	Fascia B:	0%
	2001/2002	Fascia B:	8%
	2002/2003	Fascia B:	2%
	2003/2004	Fascia B:	0%
2004/2005	Fascia B:	0%	
<b>Friuli Venezia Giulia</b>		Fascia A: strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria ovvero sede di attività di ricerca o di attività didattica universitaria	10%
	1999/2000	Fascia A	10%
	2000/2001	Fascia A	5%
	2001/2002(DGR 149)	Fascia A	3,4%
	2002(DGR 149)/2002(4502)	Fascia A	5%
	2002/2004	Fascia A	2%
	2004/2005	Fascia A	1%
	2005/2006	Fascia A	-16%
	1999/2000	Fascia B: tutte le altre strutture e case di cura	10%
	2000/2001	Fascia B	5%
	2001/2002(DGR 149)	Fascia B	3,4%
	2002(DGR 149) /2002 (DGR 4502)	Fascia B	5%
	2002/2004	Fascia B	2%
	2004/2005	Fascia B	1%
2005/2006	Fascia B	1%	

Segue

segue Tabella 1- Variazioni percentuali medie dei rinnovi tariffari, primi 50 DRG per Regione e tipologia di struttura

Regione	Anni	Tipologia struttura	Variazioni percentuali medie
Lombardia	2000(DGR 48854) /2000(DGR 941)	Tariffario unico	0%
	2000(941)/2001	Tariffario unico	0%
	2001/2002	Tariffario unico	0%
	2002/2003(DGR 13796)	Tariffario unico	-5,7%
	2003 (DGR 13796) /2004 (DGR 18585)	Tariffario unico	2%
	2004 (DGR 18585) /2004 (DGR 19688)	Tariffario unico	1%
Toscana	2003/2004	Fascia A: Presidi che operano in emergenza urgenza	2,5%
	2003/2004	Fascia B: Presidi che operano in elezione programmata	2,3%
Umbria	2001/2002	Tariffario unico	2,7%
		Fascia A: Strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA di secondo livello (incremento 20% tariffario base regionale)	
	2004/2005		0%
	2005/2006	Fascia A	3,3%
		Fascia B: Strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA di primo livello (incremento 10% tariffario base regionale)	
	2004/2005		0%
	2005/2006	Fascia B	3,3%
		Fascia C: Altre strutture non rientranti nelle fasce precedenti (tariffario base regionale)	
2004/2005		0%	
2005/2006	Fascia C	3,3%	
Valle d'Aosta	1995/1997	Tariffario unico	6,5%
	1997/2004	Tariffario unico	0%
Veneto	2004/2005	Tariffario unico	-4%
	2005/2006	Tariffario unico	1,4%

Fonte: elaborazioni Ceis Sanità su dati dei DGR, LR.

Dalle nostre elaborazioni risulta che non sono infrequenti i casi di variazioni nulle per lunghi periodi. Essendo nel frattempo intervenuti aumenti in tutti le voci di costo sanitario, per effetto dei rinnovi contrattuali, dell'inflazione, etc., di fatto si registra una forte contrazione dei livelli di remunerazione riconosciuti.

In alcune Regioni, in particolare Calabria e Basilicata, le tariffe sono addirittura mediamente diminuite. Tali andamenti dovrebbero far ritenere che le tariffe nazionali, inizialmente determinate, siano state regionalmente valutate come fortemente sovrastimate. Il caso della Calabria appare peraltro paradigmatico di una non chiara strategia tariffaria. Si nota che le tariffe introdotte dal DGR 512 del 2001 vengono ridotte di 10 punti percentuali dal DGR 457 del 2002. Leggi regionali successive (LR 29 e LR 51) prevedono rispettivamente una decurtazione temporanea del 12% e l'autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2003 senza alcuna modifica tariffaria. Nel 2005, di contro, le tariffe dei 50 DRG risultano nuovamente incrementate, in media del 19% rispetto alle tariffe introdotte dalla LR 29 del 2002. Dopodiché, un ulteriore aggiornamento delle tariffe è stato introdotto nel 2006, riducendo di nuovo, in media dell'11%, le remunerazioni.

Alcune Regioni hanno invece agito sulle differenze di remunerazione fra tipologie di ero-

gatori. Ad esempio nel Friuli Venezia Giulia i tariffari prevedono una suddivisione delle strutture ospedaliere in due fasce:

- Fascia A: strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria ovvero sede di attività di ricerca o di attività didattica universitaria;
- Fascia B: tutte le altre strutture e case di cura.

Le tariffe ospedaliere per le strutture appartenenti alle due diverse fasce seguono variazioni opposte tra il 1999 e il 2000: mentre per le strutture di fascia A infatti le tariffe aumentano in media del 10% per i ricoveri ordinari, per le strutture di fascia B le tariffe subiscono una decurtazione media del -16%.

Dal 2001 le tariffe delle diverse tipologie di strutture seguono lo stesso *trend*, con variazioni identiche sia tra fasce, che tra regimi di ricovero; l'incremento più importante è quello introdotto dal DGR del 2001 che determina un aumento medio delle tariffe del 10%, mentre i decreti successivi fanno registrare progressivi incrementi percentuali nel corso degli anni che variano dall'1% al 5%. Per quanto riguarda la differenza tra fasce, si riscontrano tariffe maggiori in media del 27% nelle strutture appartenenti alla fascia A, tale differenza rimane costante nel tempo. Sembra quindi che ci sia stata una programmata rideterminazione dei costi di riferimento relativi alle due tipologie di strutture: una volta operata, gli incrementi hanno seguito lo stesso *trend*.

Al contrario, in Basilicata le tariffe ospedaliere delle strutture pubbliche diminuiscono in media del -15% tra il 1997 e il 2005, mentre le strutture private subiscono una riduzione media dei DRG più frequenti solo del -3%.

Analizzando le differenze tra strutture pubbliche e strutture private, per quanto riguarda le prestazioni in regime ordinario, si nota che nel 1997 le tariffe delle strutture pubbliche risultano superiori rispetto a quelle private in media del 25%, mentre tale differenza nel 2005 scende al 15%.

Nel tentativo di cogliere al meglio le differenze strutturali e di *case-mix* fra le diverse tipologie di strutture, la Provincia Autonoma di Bolzano adotta un tariffario diverso a seconda di quattro tipologie strutturali: Fascia A: strutture complesse (Ospedale centrale di Bolzano); Fascia B: strutture intermedie (Ospedali aziendali di Merano, Bressanone e Brunico); Fascia C: strutture di base (Ospedali di base di Silandro, Vipiteno e S. Candido); Fascia D: per strutture ospedaliere senza pronto soccorso, terapia intensiva o semintensiva e quant'altro richieda particolare sforzo organizzativo e strumentale (case di cura private accreditate). Le variazioni percentuali calcolate per le fasce A, B, C, non evidenziano modifiche nelle tariffe per le prestazioni di ricovero ordinario tra il 2000 e il 2006. Le strutture appartenenti alla fascia D subiscono progressivi incrementi tariffari nel corso degli anni, tra il 2000 e il 2001 per i ricoveri si verificano aumenti medi del 7%; lo stesso incremento si registra per le tariffe relative ai ricoveri ordinari tra il 2001 e il 2004. Tra il 2004 e il 2006 si ha un incremento medio dei costi degli acuti in regime ordinario del 5% per i primi 50 DRG. Confrontando le tariffe delle quattro categorie di strutture nei vari anni si vede che le differenze tra le fasce A, B e C rimangono invariate. Un discorso differente va fatto invece per la fascia D, le cui tariffe hanno subito un incremento nel corso degli anni.

Nel particolare, in regime ordinario la fascia A mantiene le sue tariffe più alte dell'11%

rispetto alla fascia B, del 17% rispetto alla fascia C; le tariffe della fascia B in regime ordinario risultano superiori rispetto a quelle della fascia C del 6%.

Per quanto riguarda la fascia D, invece, nel 2000 le tariffe risultano più basse rispetto alle fasce A, B e C rispettivamente del 40%, del 27% e del 20% per i ricoveri ordinari. Sempre relativamente alle strutture di tipo D, l'aumento negli anni successivi al 2000 delle tariffe relative ai primi 50 DRG ha portato nel 2006 i costi DRG ai seguenti livelli: -17% rispetto alla fascia A e -6% rispetto alla fascia B.

Anche l'Emilia Romagna utilizza un tariffario ospedaliero diverso a seconda delle tipologie di struttura (Fascia A: A.O., Irccs, Presidi ospedalieri con Dea; Fascia B: Presidi ospedalieri privi di Dea, Case di cura tranne l'alta specialità). Le variazioni percentuali delle due fasce nel tempo seguono lo stesso *trend*, entrambe infatti vedono aumentare le tariffe relative ai primi 50 DRG dal 2000 al 2001 dell'1%: la media è probabilmente condizionata da decisioni legate ad aspetti di appropriatezza: in particolare i valori del DRG 39 (interv. sul cristallino con o senza vitrectomia) variano del -93% nella fascia A e del -92% nella fascia B, mentre i costi relativi ai restanti DRG aumentano in tutte le strutture analizzate del 3%. Nel 2003 è stato concesso un aumento medio nei tariffari rispetto all'anno precedente dell'1,4% nella fascia A e dell'8% nella fascia B; in quest'ultimo caso però la media è fortemente influenzata dal DRG 467. Le tariffe nel 2004 risultano più alte in media del 2% rispetto a quelle dell'anno precedente e non subiscono ulteriori aumenti con il DGR 2126 del 2005.

Considerando la differenza tra le due fasce previste, essa rimane invariata nel 2000, 2001 e 2002, con tariffe delle strutture appartenenti alla fascia A in media più alte del 13% circa rispetto a quelle delle strutture appartenenti alla fascia B. Negli anni successivi le differenze riscontrate sono nell'ordine del 12% (2003), del 14% (2004) e del 10% (2005).

Per quanto riguarda la Lombardia, si nota come i DGR emanati dal 1998 al 2002 non determinino variazioni percentuali per le tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime ordinario. Nel 2003 il DGR 13796 comporta una riduzione media delle tariffe per ricovero ordinario del -5,7%. Nel 2004 vengono emanati due DGR, il 18585 e il 19688: il primo introduce un incremento medio del 2%, con il secondo un ulteriore 1%.

Per la Toscana (i dati raccolti si riferiscono agli anni 2003 e 2004), i tariffari DRG specifici si differenziano a seconda delle strutture di erogazione della prestazione di ricovero. Per i tariffari relativi alle strutture di fascia A (Presidi che operano in emergenza urgenza) si registra un aumento medio delle tariffe per le prestazioni di ricovero ordinario del 2,5%, mentre per la fascia B (Presidi che operano in elezione programmata) tali incrementi sono nei fatti leggermente inferiori (2,3%). Analizzando inoltre le differenze tra le tariffe delle strutture appartenenti alle due fasce, si registra una decurtazione dell'11% circa per le strutture di fascia B rispetto a quelle di fascia A.

Le tariffe di assistenza ospedaliera disponibili per l'Umbria sono quelle definite dai DGR del 2001, 2002, 2004, 2005 e 2006. La classificazione in fasce delle strutture ospedaliere è stata introdotta con il DGR 1950 del 9 dicembre 2004 secondo il criterio seguente:

- Fascia A: strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con Dea di secondo livello (incremento del 20% rispetto al tariffario base regionale);
- Fascia B: strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con Dea di primo livello

(incremento del 10% rispetto al tariffario base regionale);

- Fascia C: altre strutture non rientranti nelle fasce precedenti (tariffario base regionale). L'analisi svolta rivela come le tariffe (sempre relative ai 50 DRG più frequenti) per le strutture appartenenti alla fascia A siano maggiori del 20% rispetto a quelle base, mentre i tariffari per le strutture incluse nella rete di emergenza con Dea di primo livello differiscono dal tariffario base del +10%.

Le tariffe delle singole fasce non sono variate con il DGR 199 del 2005 rispetto a quanto deciso con il DGR 1950 del 2004, mentre il DGR 2019 del 2006 ha comportato, per i DRG più frequenti, un aumento medio in tutte le fasce del 3,3%.

Per quanto riguarda il tariffario unico in atto fino al 2004, tra il 2001 e il 2002 si registra un aumento medio delle tariffe per le prestazioni di ricovero ordinario relative ai primi 50 DRG pari al 2,7%.

Le tariffe di assistenza ospedaliera disponibili per la Valle d'Aosta sono quelle relative al DGR 6823 del 1995, DGR 3807 del 1997 e al DGR 4986 del 2004: tutti prevedono un tariffario unico (nella Regione insiste un unico ospedale). Il DGR 3807 del 1997 provoca un incremento medio del 6,5% rispetto alle tariffe definite dal DRG del 1995; il DGR del 2004 non modifica le tariffe introdotte dal decreto del 1997.

Le tariffe di assistenza ospedaliera disponibili per il Veneto sono quelle relative al DGR 4300 del 2004, DGR 62 del 2005 e al DGR 916 del 2006: anche in questo caso si tratta di tariffari unici validi per ogni struttura di ricovero, indipendentemente dalle sue specialità. Tra il 2004 e il 2005 si ha un decremento medio del -4% delle tariffe relative ai primi 50 DRG più frequenti, almeno per quanto riguarda il regime ordinario; al contrario tra il 2005 e il 2006 i costi medi subiscono un incremento dell'1,4%.

In conclusione si può notare che le tariffe DRG specifiche all'interno delle singole fasce subiscono nel corso del tempo nella maggior parte dei casi degli incrementi (con le notevoli eccezioni sopra ricordate). Tali incrementi non sono tuttavia molto consistenti, considerando che sono riferiti a 10 anni: le variazioni sono infatti complessivamente in media minori o uguali al +10%. Per quanto riguarda le differenze di tariffa tra le varie tipologie strutturali si nota un *trend* simile in tutte le Regioni: le strutture pubbliche vengono remunerate mediamente di più; le differenze rispetto alla fascia privata sono, fino agli anni più recenti, dell'ordine del 20%: nello specifico del 27% in Friuli Venezia Giulia, del 25% in Basilicata (fino al 2005), del 20% nella Provincia Autonoma Di Bolzano etc.

Gli scarti tra le tariffe relative alle diverse strutture tuttavia diminuiscono negli anni più recenti; basti pensare al caso della Basilicata, per cui fino al 2005 le tariffe pubbliche maggiorano quelle delle strutture private del 25% in regime ordinario, mentre dal 2005 al 2006 la maggiorazione scende al 15%.

Interessante è il fatto che mentre alcune Regioni considerate hanno sostanzialmente, anche se non in tutti gli anni, garantito almeno la copertura degli aumenti di costo derivanti dall'inflazione, ciò non è vero in generale. Sicuramente non sono stati "coperti" gli incrementi di costo di alcuni fattori di produzione: per confronto, nel periodo considerato, l'incremento percentuale medio annuo della spesa per il personale è stato del 3,5% e quello della spesa per beni e servizi del 10,9% (Assr, 2007).

#### 4.2.3 Analisi variazioni massime e minime

Il secondo obiettivo che si è voluto perseguire è quello di analizzare quali siano i DRG che hanno subito nel corso del tempo incrementi o decrementi maggiori nella tariffa associata. La tabella sottostante mostra che i DRG soggetti a incrementi percentuali maggiori nelle varie Regioni sono quelli relativi alla “colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune senza cc”, a “interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori”, alla “calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni”, alla “psicosi” e agli “altri fattori che influenzano lo stato di salute”.

La variazione percentuale media (fra le Regioni) dei DRG considerati è pari al 20% per la colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, al 23% per gli interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori, al 12% per la calcolosi urinaria con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni, al 27% per la psicosi.

I DRG che hanno subito più frequentemente riduzioni maggiori nel corso del tempo nelle Regioni considerate sono quelli relativi alla “legatura e *stripping* di vene” nell’ordine in media del -12%, all’“ipertensione” (-24%), alle “afezioni mediche del dorso” (-8%), alla “calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni” (-25%).

Nello specifico degli interventi sul cristallino l’Emilia Romagna tra il 2000 e il 2001 si caratterizza per la riduzione massima, pari al -92%.

**Tabella 2a - DRG che presentano incrementi massimi**

DRG	Descrizione DRG	Variazione massima
198	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	20%
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	23%
323	Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	12%
430	Psicosi	27%

Fonte: elaborazioni Ceis Sanità su tariffe regionali DRG specifiche

**Tabella 2b - DRG che presentano decrementi massimi**

DRG	Descrizione DRG	Variazione minima
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	-92%
119	Legatura e <i>stripping</i> di vene	-12%
134	Ipertensione	-24%
243	Afezioni mediche del dorso	-8%
323	Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	-25%

Fonte: elaborazioni Ceis Sanità su tariffe regionali DRG specifiche

Un aspetto molto importante da considerare è quello per cui la maggior parte dei DRG che in regime ordinario presentano riduzioni più elevate (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia, legatura e *stripping* di vene, ipertensione, affezioni mediche del dorso) fanno parte dei 43 DRG definiti “potenzialmente a rischio di inappropriatezza”; ciò evidenzia come le (riduzioni delle) tariffe siano state utilizzate come disincentivo ai ricoveri inappropriati.

#### 4.2.4 Differenze tra DRG

Le Regioni e le Province Autonome, come sopra accennato, godono di autonomia nell’adozione dei tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera; proprio per questo motivo un nostro ulteriore obiettivo è quello di sintetizzare l’entità degli scarti esistenti nelle tariffe delle varie Regioni (sempre relativamente ai 50 DRG più frequenti), anche nell’ottica di valutare le garanzie di equità sul versante della remunerazione delle strutture. Per ogni DRG sono state selezionate tra le tariffe delle strutture pubbliche quelle delle Regioni che presentavano il valore massimo e minimo; è stato poi stimato lo scarto percentuale tra i valori estremi (Regione che presenta il massimo e il minimo) e il coefficiente di variazione su tutti i valori delle tariffe DRG specifiche in tutte le Regioni. I risultati ottenuti sono riassunti nella tabella 3.

Si può notare come le tariffe tra le diverse Regioni considerate si differenzino significativamente: in poco meno della metà dei casi, infatti, la differenza supera il 100%. Gli scarti minimi si registrano per i DRG “interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori”, “interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea”, “interventi sul ginocchio senza cc”, “aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia”, “interventi su dorso e collo, senza cc”: tali differenze sono dell’ordine del 40% in media.

I DRG soggetti a variazioni maggiori sono: “neonati con altre affezioni significative” (276,81%), “minaccia di aborto” (275,51%), “dolore toracico” (248,46%), “altri fattori che influenzano lo stato di salute” (238,65%).

La tabella 3 mostra che le tariffe più elevate, per la maggior parte dei DRG considerati, si registrano in Friuli Venezia Giulia (che non ci sembra un caso è la Regione con tassi di ospedalizzazione inferiori) mentre quelle più basse sono in Veneto e in Calabria.

È anche interessante notare come evolvano le differenze tariffarie nel tempo. I risultati mostrano un sostanziale incremento delle discrepanze regionali nell’ultimo quinquennio; nello specifico delle Regioni che dall’analisi precedente risultavano quelle con scarti medi maggiori (Friuli Venezia Giulia e Calabria), gli scarti relativi ai 50 Drg più frequenti passano in 5 anni dal 15% circa al 42% circa.

I dati sopra riportati attestano l’esistenza di grandi differenze nelle politiche tariffarie attuate dalle varie Regioni che non si spiegano con l’incremento medio delle tariffe, e difficilmente anche con diversi livelli dei costi unitari dei fattori produttivi.

Le Regioni esercitano la loro autonomia sul fronte delle politiche tariffarie, ma differenze così marcate non permettono di escludere che alcune tariffe abbiano poca attinenza con i costi reali delle prestazioni, rischiando di introdurre distorsioni nel sistema.

**Tabella 3 - Scarti percentuali tra Regioni<sup>4</sup>**

DRG	Regione valore massimo	Regione valore minimo	Scarto %	CV (Coefficiente di variazione)
12	Friuli V.G.	Veneto	114,71	0,31
14	Friuli V.G.	Basilicata	57,33	0,18
15	Friuli V.G.	Veneto	93,56	0,25
39	Friuli V.G.	Emilia R.	142,98	0,31
55	Umbria	Emilia R.	83,28	0,28
70	Friuli V.G.	Umbria	62,04	0,23
82	Friuli V.G.	Basilicata	57,34	0,17
87	Friuli V.G.	Basilicata	57,32	0,18
88	Friuli V.G.	Basilicata	67,18	0,21
89	Friuli V.G.	Veneto	71,98	0,23
98	Emilia R.	Basilicata	102,56	0,30
112	Friuli V.G.	Calabria	33,73	0,69
119	Umbria	Emilia R.	97,96	0,31
125	Veneto	Calabria	52,28	0,17
127	Friuli V.G.	Veneto	68,56	0,21
134	Friuli V.G.	Emilia R.	167,40	0,42
138	Friuli V.G.	Veneto	111,30	0,30
139	Friuli V.G.	Veneto	103,61	0,27
140	Friuli V.G.	Veneto	78,16	0,22
143	Friuli V.G.	Veneto	248,46	0,43
158	Friuli V.G.	Emilia R.	78,29	0,27
162	Umbria	Emilia R.	98,20	0,32
182	Friuli V.G.	Veneto	93,75	0,25
183	Friuli V.G.	Emilia R.	107,28	0,32
184	Friuli V.G.	Umbria	93,97	0,28
198	Umbria	Veneto	124,25	0,32
202	Friuli V.G.	Basilicata	67,15	0,20
203	Friuli V.G.	Basilicata	57,31	0,17
209	Friuli V.G.	Calabria	33,73	0,10
211	Umbria	Calabria	75,22	0,21
215	Veneto	Calabria	46,29	0,70
219	Umbria	Calabria	98,15	0,31
222	Friuli V.G.	Calabria	42,28	0,69
225	Umbria	Calabria	53,07	0,19
231	Emilia R.	Calabria	52,67	0,17
243	Friuli V.G.	Emilia R.	137,13	0,38
316	Friuli V.G.	Basilicata	57,33	0,18
323	Friuli V.G.	Veneto	123,46	0,27
324	Friuli V.G.	Veneto	189,38	0,42
359	Umbria	Emilia R.	118,67	0,33
371	Friuli V.G.	Emilia R.	109,74	0,24
373	Friuli V.G.	Emilia R.	163,79	0,37
379	Friuli V.G.	Veneto	275,51	0,46
381	Friuli V.G.	Calabria	42,34	0,17
389	Emilia R.	Calabria	147,57	0,38
390	Emilia R.	Umbria	276,81	0,50
395	Friuli V.G.	Veneto	154,71	0,39
410	Umbria	Calabria	64,04	0,22
430	Veneto	Umbria	165,34	0,38
467	Friuli V.G.	Veneto	238,65	0,42

Fonte: elaborazioni Ceis Sanità su tariffe regionali DRG specifiche

<sup>4</sup> Le Regioni considerate sono la Basilicata, la Calabria, l'Emilia Romagna, il Friuli V.G., l'Umbria e il Veneto.

#### 4.2.5 Conclusioni

L'analisi svolta mette in evidenza aspetti di grande interesse. In generale si osserva come nella maggior parte delle Regioni gli incrementi nei livelli tariffari (relativi ai 50 DRG più frequenti, per ricoveri degli acuti in regime ordinario) sono mediamente insufficienti a garantire la copertura degli aumenti di costo derivanti dall'inflazione.

Questo può voler dire che le preoccupazioni finanziarie hanno prevalso su quelle economiche, oppure che fossero fortemente sovrastimate le tariffe iniziali. Nel primo caso dobbiamo però osservare che gli ospedali pubblici difficilmente rimangono nei limiti del finanziamento che sarebbe garantito dalle tariffe, così che l'efficacia finanziaria delle riduzioni è limitata alla quota privata degli erogatori.

Si consideri che le strutture private vengono comunque remunerate mediamente meno di quelle pubbliche. Gli scarti tra tariffe di prima e seconda fascia tuttavia si vanno riducendo negli anni più recenti. Qualora valga la seconda spiegazione, sarebbe auspicabile capire la direzione della razionalizzazione.

Le tariffe dei DRG a rischio di inappropriately (nello specifico interventi sul cristallino con o senza vitrectomia, legatura e *stripping* di vene, ipertensione, affezioni mediche del dorso) sono quelli per cui si è registrata una riduzione più elevata nel corso del tempo nella maggior parte delle Regioni considerate. Peraltro si assiste anche a casi di andamento di senso opposto difficilmente spiegabili. Difficilmente spiegabili sono anche determinazioni tariffarie altalenanti nei valori, sebbene limitatamente ad alcune Regioni. Infine l'analisi svolta mostra l'esistenza di una forte variabilità regionale tra le tariffe dei singoli DRG, che oltretutto va aumentando nel corso del tempo. Le differenze difficilmente sono spiegabili con costi unitari localmente difformi; il rischio che si creino distorsioni, e quindi rischi per la tutela dei cittadini, non possono essere escluse.

#### Riferimenti bibliografici

- Assr (2007), Monitoraggio della Spesa Sanitaria ([www.Assr.it](http://www.Assr.it)).
- Deliberazione della Giunta Regionale della Basilicata, 30 dicembre 1997, n. 9645.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Basilicata, 21 dicembre 2005, n. 2686.
- Delibera della Giunta Provinciale di Bolzano, 28 febbraio 2000, n. 697.
- Delibera della Giunta Provinciale di Bolzano, 27 agosto 2001, n. 2797.
- Delibera della Giunta Provinciale di Bolzano, 18 ottobre 2004, n. 3774.
- Delibera della Giunta Provinciale di Bolzano, 3 aprile 2006, n. 1158.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Calabria, 28 maggio 2002, n. 457.
- Legge regionale della Regione Calabria, 7 agosto 2002, n. 29.
- Legge regionale della Regione Calabria, 27 dicembre 2002, n. 51.
- Legge regionale della Regione Calabria, 16 febbraio 2005, n. 2.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 21 marzo 2000, n. 703.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 28 dicembre 2001, n. 2931.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 16 dicembre 2002, n. 2582.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 3 novembre 2003, n. 2169.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 20 dicembre 2004, n. 2642.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 19 dicembre 2005, n. 2126.

- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 15 gennaio 1999, n. 32.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 5 maggio 2000, n. 1241.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 6 aprile 2001, n. 1099.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 22 gennaio 2002, n. 149.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 30 dicembre 2002, n. 4502.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 16 aprile 2004, n. 951.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 23 maggio 2005, n. 1158.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia, 13 aprile 2006, n. 780.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 1 marzo 2000, n. 48854.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 31 agosto 2000, n. 941.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 3 dicembre 2001, n. 30052.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 20 dicembre 2002, n. 11637.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 25 luglio 2003, n. 13796.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 5 agosto 2004, n. 18585.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia, 3 dicembre 2004, n. 19688.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Toscana, 29 dicembre 2003, n. 1394.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Toscana, 27 dicembre 2004, n. 1404.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria, 27 dicembre 2001, n. 1786.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria, 30 ottobre 2002, n. 1502.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria, 9 dicembre 2004, n. 1950.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria, 10 febbraio 2005, n. 199.
- Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria, 22 novembre 2006, n. 2019.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Valle d'Aosta, 27 ottobre 1997, n. 3807.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Valle d'Aosta, 30 dicembre 2004, n. 4986.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto, 29 dicembre 2004, n. 4300.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto, 21 gennaio 2005, n. 62.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto, 28 marzo 2006, n. 916.
- Istat (2000-2007), Indici dei prezzi al consumo, Conti economici nazionali ([www.istat.it](http://www.istat.it)).
- Ministero della Salute (2005), Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.
- Ospedalità privata (2006), Il paradosso della spesa sanitaria in Italia, 41ma assemblea generale dell'AIOP.

**APPENDICE Tabella A1 - Elenco dei 50 DRG più frequenti in regime ordinario (acuzie)**

DRG	Descrizione
12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO
14	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEPPO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO
15	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI
39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA
55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA
70	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18
82	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
88	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA
89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC
98	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18
112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE
125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEPPO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK
134	IPERTENSIONE
138	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC
139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC
140	ANGINA PECTORIS
143	DOLORE TORACICO
158	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC
182	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC
183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC
184	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18
198	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC
202	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS
209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI
211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEPPO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' > 17 SENZA CC
215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC
219	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMIERO ECCEPPO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 SENZA CC
222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC
225	INTERVENTI SUL PIEDE

Segue

## SEGUE APPENDICE - Elenco dei 50 DRG più frequenti in regime ordinario (acuzie)

DRG	Descrizione
231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCEETTO ANCA E FEMORE
243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO
316	INSUFFICIENZA RENALE
323	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI
324	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC
371	PARTO CESAREO SENZA CC
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI
379	MINACCIA DI ABORTO
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA
389	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI
390	NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA
430	PSICOSI
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE

Fonte: Ceis Sanità

## 4.3 - L'assicurazione sanitaria integrativa: le attuali coperture assicurative

Borgia P.<sup>1</sup>, Doglia M.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 4.3.1 Premessa

Lo sviluppo della sanità integrativa è una priorità del sistema sanitario italiano per svariati motivi. In primo luogo perché la quota di spesa privata che rimane *out of pocket* è rilevante e si stima raggiunga, nel 2004, il 21,7% della spesa sanitaria totale, creando evidenti problemi di iniquità. A riprova di ciò si confrontino le evidenze sull'impoverimento e sulle spese catastrofiche contenute nel Cap. 3.1 (Doglia, Spandonaro) di questo rapporto.

È altresì vero che la continua e fisiologica crescita della spesa sanitaria, attribuibile a invecchiamento, innovazione tecnologica, aspettative della popolazione, etc., in presenza di economie ristagnanti, rende sempre più difficile il finanziamento dei sistemi sanitari pubblici, obbligando a prevedere una rimodulazione della ripartizione fra finanziamento pubblico e privato.

Aggiungiamo che il D.Lgs. 229 del 1999 aveva in effetti previsto un trattamento di maggior favore per i fondi sanitari integrativi del SSN, con l'obiettivo di svilupparne la diffusione. Purtroppo la mancata emanazione dei regolamenti attuativi della norma, e probabilmente una non chiarezza di fondo sulle finalità dell'incentivazione, hanno sinora vanificato un significativo sviluppo delle forme di assicurazione integrativa.

Le attuali forme integrative di assistenza sanitaria, che fanno capo a casse, fondi, società di mutuo soccorso e assicurazioni private, risultano infatti ancora poco diffuse. Secondo una stima prodotta da un progetto di ricerca della Fondazione Pfizer nel 2003, gli iscritti alle varie tipologie di fondi sanitari risultavano 980.865 per un totale di assistiti di 2.179.363<sup>2</sup>.

Se i principi universalistici che ispirano l'attuale SSN, e anche il buon livello di prestazioni offerte, pur con alcune anomalie, rappresentano in molti casi un buon disincentivo al ricorso all'assistenza sanitaria privata, esistono tipologie di assistenza che attualmente non trovano adeguata copertura, quali la non autosufficienza e l'assistenza odontoiatrica, per le quali il ricorso a coperture integrative/aggiuntive appare opportuno.

Con lo scopo di comprendere quanto più possibile quali siano le leve per migliorare lo sviluppo delle coperture integrative, ci è parso utile ricostruire l'attuale situazione assicurativa delle famiglie italiane. A tal fine, nel presente documento abbiamo voluto appro-

<sup>1</sup> Ceis Sanità, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Nomisma (2003).

fondire le rilevazioni dell'indagine sui bilanci delle famiglie di Banca d'Italia focalizzando la nostra attenzione non solo sulle famiglie ma soprattutto sui singoli individui assicurati. Dalla nostra analisi abbiamo potuto elaborare alcune considerazioni sui differenti obiettivi che caratterizzano da una parte le esigenze di bilancio delle amministrazioni pubbliche, dall'altra i bisogni di prestazioni sanitarie dei cittadini.

#### **4.3.2 Dati e metodologia**

Per le analisi sull'assicurazione sanitaria integrativa dell'edizione 2007 del rapporto CEIS abbiamo scelto di utilizzare i dati provenienti dall'indagine sui bilanci delle famiglie effettuata da Banca d'Italia, relativa all'anno 2004; in tale edizione sono stati infatti introdotti una serie di quesiti di approfondimento relativi alle assicurazioni sanitarie, che permettono di ricavare informazioni non solo sulle famiglie assicurate ma anche sul numero e le caratteristiche degli individui coperti da tali assicurazioni.

Bisogna qui ricordare che l'indagine di Banca d'Italia è un'indagine condotta su un campione di oltre 8.000 famiglie per un totale di circa 22.000 individui; tale indagine è però di tipo campionario e pertanto tutte le stime effettuate sono soggette ad un margine di incertezza; inoltre, visto che la nostra analisi si basa su quesiti di nuova introduzione, bisognerà attendere le future indagini per confermare risultati e tendenze.

L'analisi effettuata è prevalentemente descrittiva e procede per livelli gerarchici; si inizia con un'analisi generale a livello di famiglia, per poi approfondire scendendo al livello individuale e quindi a livello di polizza. Appare opportuno premettere che l'analisi effettuata va, a nostro avviso, intesa come riferita solamente a quelle famiglie che pagano di persona almeno parte della copertura sanitaria integrativa; appare infatti che, benché l'indagine di Banca d'Italia richieda informazioni sul possesso di una o più polizze sanitarie integrative e sulla copertura delle stesse, nel campione risulta solo una percentuale bassissima (circa lo 0,63%) di polizze con costo nullo. Tale ipotesi, facilmente giustificabile con una non consapevolezza (o non memoria) degli individui di godere di coperture per cui non partecipano alla spesa, spiegherebbe anche il perché di stime relative alla numerosità degli assicurati più basse di quanto emergerebbe da calcoli effettuati dividendo il monte premi per i costi medi per persona delle polizze.

#### **4.3.3 Analisi a livello familiare**

In Italia l'assicurazione sanitaria si conferma ancora poco diffusa, circa il 6,1% delle famiglie aveva nel 2004, secondo l'indagine di Banca d'Italia, almeno una polizza sanitaria. A conferma di quanto già emerso nelle analisi dello scorso anno (effettuate su dati Istat), la distribuzione delle polizze sanitarie è fortemente dipendente dal livello di reddito; infatti, se si considera la distribuzione per quintili di reddito equivalente delle famiglie con almeno una assicurazione (tabella 1), si nota come la maggior parte di queste (51,6%) appartenga al 20% delle famiglie più ricche (quelle cioè del quinto quintile). Tale percentuale sale al 74,1% se si considera il 40% delle famiglie (quarto e quinto quintile).

Una delle prime informazioni che si possono ricavare dall'analisi dei dati è che solo il 31,3% delle famiglie che hanno almeno un'assicurazione sanitaria ha una copertura per tutti i membri (con una o più polizze) mentre ben il 41,1% delle famiglie ha polizze che

**Tabella 1 - Distribuzione e incidenza delle famiglie con almeno una assicurazione sanitaria per quintili di reddito standardizzato, Italia 2004**

Quintile	Famiglie assicurate	Incidenza
1	3,4%	1,0%
2	8,7%	2,7%
3	13,8%	4,2%
4	22,5%	6,9%
5	51,6%	15,8%
Totale	100,0%	6,1%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

**Tabella 2 - Distribuzione delle famiglie con almeno una assicurazione sanitaria per quota dei membri coperti, Italia 2004**

% coperti	Frequenza	Frequenza cumulata
16,7%	0,6%	0,6%
20,0%	4,0%	4,5%
25,0%	15,9%	20,4%
33,3%	20,8%	41,1%
40,0%	0,1%	41,2%
50,0%	22,2%	63,5%
66,7%	4,1%	67,6%
75,0%	1,1%	68,7%
100,0%	31,3%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

**Tabella 3 - Percentuale media dei membri coperti nelle famiglie con almeno una assicurazione sanitaria, Italia 2004**

Quintili	Percentuale di membri assicurati
1	43,4%
2	41,2%
3	51,1%
4	53,1%
5	52,1%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

coprono un terzo o meno dei componenti (tabella 2).

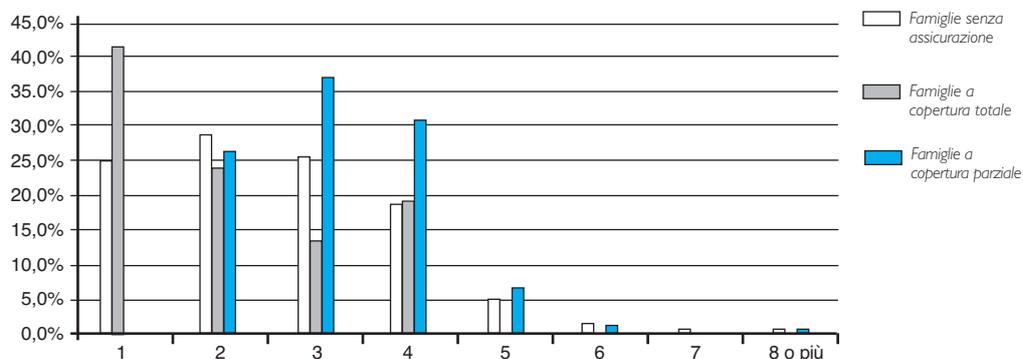
La percentuale media di componenti della famiglia coperti da assicurazione (tabella 3) varia con il livello del reddito e presenta valori prossimi al 40% per i quintili di reddito più bassi e valori superiori alla media nazionale (50,9%) per le famiglie più ricche.

La copertura sanitaria integrativa degli italiani è quindi ancora più bassa di quanto fosse emerso da una prima analisi a livello familiare, infatti solo il 3,4% della popolazione risulta coperto da una polizza sanitaria integrativa.

Relativamente alla composizione delle famiglie con assicurazione, la figura 1 mostra come la maggior parte (93,1%) delle famiglie con una copertura assicurativa parziale dei propri membri sia composta da 2, 3 o 4 individui (rispettivamente il 26,1%, il 36,2% e 30,8%); mentre le famiglie con una copertura totale sono invece più spesso (67% dei casi) composte da uno o due membri (con quote del 42,9% e 24,2% rispettivamente). Questo dato si riflette in parte anche sul numero di percettori di reddito della famiglia: uno o due per le famiglie a copertura totale, spesso (59,2% dei casi) due per le famiglie con copertura parziale.

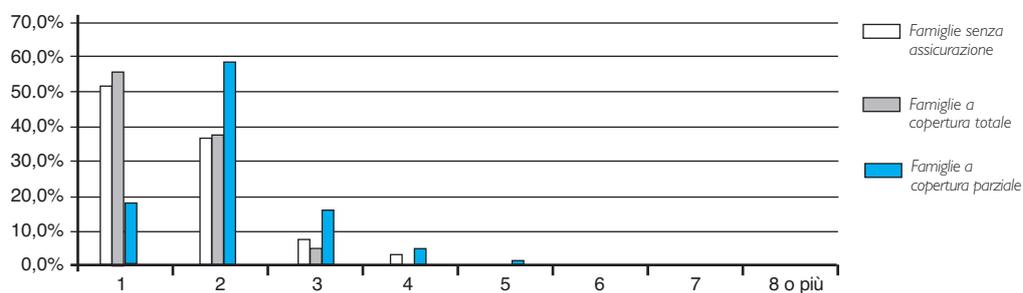
La spesa media per la copertura sanitaria integrativa delle famiglie con almeno un'assi-

**Figura 1 - Distribuzione delle famiglie con copertura assicurativa dei membri parziale, totale o senza assicurazione per numero di componenti**



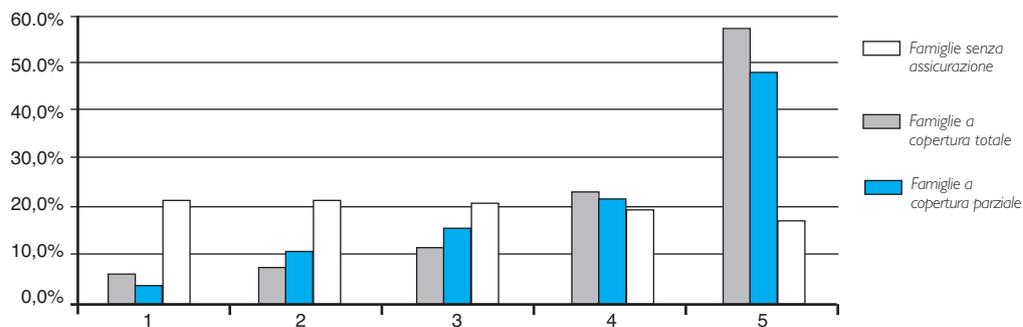
Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

**Figura 2 - Distribuzione delle famiglie con copertura assicurativa dei membri parziale, totale o senza assicurazione per numero di percettori di reddito**



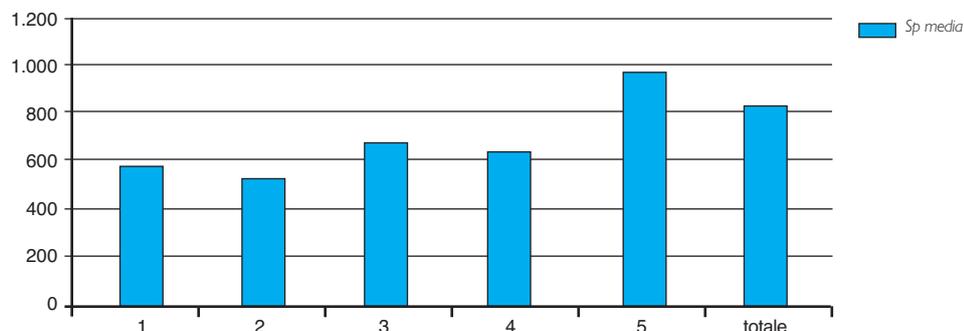
Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

**Figura 3 - Distribuzione delle famiglie con copertura assicurativa dei membri parziale, totale o senza assicurazione per quintile di reddito netto standardizzato**



Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

**Figura 4 - Distribuzione per quintili di reddito netto standardizzato della spesa media familiare per l'assicurazione sanitaria delle famiglie con almeno una polizza**



Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

curazione è di circa € 805, e presenta una distribuzione fortemente asimmetrica con una spesa mediana di € 500. Se si considera la spesa media nei differenti quintili (figura 4) si nota una certa variabilità; in media le famiglie dei quintili di reddito più bassi tendono a spendere meno (€ 564 e € 523 nel primo e secondo quintile rispettivamente) di quelle dei quintili più alti (€ 641 e € 978 rispettivamente nel quarto e nel quinto quintile).

Da quanto finora argomentato, appare evidente che un'analisi a livello familiare può essere fuorviante se non affiancata ad un'analisi individuale e a livello di polizza.

#### 4.3.4 Gli individui

Le tabelle seguenti (tabelle 4 e 5) analizzano diverse caratteristiche socio demografiche degli individui assicurati comparandole con le distribuzioni delle stesse caratteristiche relative all'intera popolazione e alla sottopopolazione dei non assicurati.

Dalla tabella 4 emerge come la maggior parte degli assicurati (54,4%) abbia un'età compresa tra i 41 e i 65 anni, è sempre nelle classi 41-50 e 51-65 anni che si rilevano le più alte incidenze di individui assicurati.

**Tabella 4 - Distribuzione degli assicurati e dei non assicurati e incidenza degli assicurati per classi di età, Italia 2004**

Classe età	assicurati	non assicurati	totale	incidenza assicurati
fino a 30	15,4%	33,1%	32,5%	1,6%
31-40	20,8%	15,7%	15,9%	4,5%
41-50	25,1%	15,1%	15,5%	5,6%
51-65	29,3%	17,8%	18,2%	5,5%
oltre 65	9,4%	18,3%	18,0%	1,8%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	3,4%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

**Tabella 5 - Distribuzione degli assicurati e dei non assicurati e incidenza degli assicurati per qualifica professionale, Italia 2004**

Qualifica	assicurati	non assicurati	totale	incidenza assicurati
operai	10,1%	14,2%	14,0%	2,5%
impiegati	18,2%	13,8%	14,0%	4,5%
dirigenti/direttivi	8,0%	1,9%	2,1%	13,3%
imprenditori/liberi				
professionisti	17,1%	2,6%	3,1%	19,0%
altri autonomi	12,1%	4,5%	4,7%	8,8%
pensionati	16,9%	23,1%	22,9%	2,6%
altri non occupati	17,6%	39,9%	39,2%	1,5%
<b>totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>3,4%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

**Tabella 6 - Distribuzione degli assicurati e dei non assicurati e incidenza degli assicurati per Regione di residenza, Italia 2004**

Regione	assicurati	non assicurati	totale	incidenza assicurati
Piemonte	7,0%	6,9%	6,9%	3,5%
Val d'Aosta	0,9%	0,4%	0,4%	8,0%
Lombardia	28,6%	15,1%	15,6%	6,3%
Trentino	1,4%	1,6%	1,6%	3,1%
Veneto	14,5%	8,1%	8,3%	6,0%
Friuli	6,1%	2,0%	2,2%	9,7%
Liguria	2,1%	2,7%	2,7%	2,8%
Emilia Romagna	12,4%	7,2%	7,4%	5,8%
Toscana	5,1%	6,1%	6,1%	2,9%
Umbria	2,9%	1,6%	1,7%	5,9%
Marche	4,1%	2,6%	2,6%	5,3%
Lazio	8,0%	8,8%	8,8%	3,1%
Abruzzo	0,5%	1,9%	1,8%	0,9%
Molise	0,1%	0,9%	0,9%	0,3%
Campania	0,7%	10,4%	10,0%	0,2%
Puglia	2,4%	7,1%	6,9%	1,2%
Basilicata	0,3%	1,8%	1,7%	0,7%
Calabria	0,2%	2,7%	2,7%	0,3%
Sicilia	1,7%	9,1%	8,9%	0,7%
Sardegna	0,9%	2,9%	2,8%	1,2%
<b>Italia</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>3,4%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

Dalla lettura congiunta delle tabelle 5 e 6 emerge come, sebbene la maggior parte degli assicurati faccia parte dei lavoratori dipendenti (36,3%), l'incidenza maggiore si rilevi invece tra i lavoratori autonomi.

L'analisi della distribuzione degli assicurati nelle diverse Regioni, e ancor di più l'esame delle

diverse incidenze regionali (tabella 6) mostra una netta differenza nella distribuzione delle assicurazioni sanitarie tra le Regioni del Nord e del Sud.

In particolare l'incidenza è piuttosto bassa in Trentino (3,1%) mentre si rileva un'incidenza molto alta in Friuli (9,7%); nelle Regioni del Sud invece le incidenze degli assicurati sono tutte nettamente inferiori alla media nazionale e in soli due casi (Puglia e Sardegna) superano l'1%.

#### 4.3.5 Le coperture

Per quanto riguarda le singole coperture, il costo delle stesse è piuttosto variabile e, salvo alcuni casi eccezionali, è compreso tra € 100 e € 3.000, con un costo medio di € 638,54 (a fronte di un costo mediano di € 400). Il costo per individuo coperto è invece di € 578,43 (con un costo mediano di € 360).

Andando ad esaminare la distribuzione delle coperture per costo medio per individuo coperto (tabella 7), si rileva come oltre la metà (58,1%) sia inferiore a € 400, tale percentuale sale al 75,1% se si considera una soglia di costo di € 600.

Solo il 5,8% delle coperture ha un costo per individuo di più di € 1.600. Tali valori non si discostano di molto dalla distribuzione per costo globale della polizza (tabella 8), questo perché la maggior parte delle polizze (89,5%) copre un singolo individuo (tabella 9).

**Tabella 7 - Distribuzione percentuale delle coperture per classe di costo annuale, Italia 2004**

classe costo	assicurazioni (%)	cumulata (%)
<200	29,7%	29,7%
200-400	28,4%	58,1%
400-600	17,0%	75,1%
600-800	7,3%	82,4%
800-1000	5,0%	87,4%
1000-1200	2,7%	90,1%
1200-1400	1,0%	91,1%
1400-1600	3,1%	94,2%
>1600	5,8%	100,0%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

**Tabella 8 - Distribuzione percentuale delle coperture per classe di costo annuale per individuo coperto, Italia 2004**

classe costo	assicurazioni (%)	cumulata (%)
<200	25,8%	25,8%
200-400	28,7%	54,5%
400-600	17,6%	72,2%
600-800	6,9%	79,0%
800-1000	5,8%	84,8%
1000-1200	2,9%	87,7%
1200-1400	1,9%	89,6%
1400-1600	3,6%	93,2%
>1600	6,8%	100,0%
<b>totale</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

**Tabella 9 - Distribuzione percentuale delle coperture per numero di individui coperti, Italia 2004**

n° coperti	frequenza %
1	89,6%
2	4,1%
3	2,1%
4	4,2%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia

#### 4.3.6 Conclusioni

La nostra analisi evidenzia la scarsa propensione da parte delle famiglie, e ancor più dei singoli, alla ricerca di un completamento dell'assistenza pubblica tramite forme assicurative integrative; resta da comprendere se questo sia dovuto ad una scarsa percezione del rischio da parte degli individui, oppure alla presenza di una copertura del SSN in fondo adeguata a soddisfare le esigenze dei più, o ancora ad una debolezza dell'offerta di polizze da parte delle compagnie di assicurazione. Resta il fatto che gli individui maggiormente coperti da assicurazione privata sembrano essere quelli appartenenti alle classi che, da un punto di vista economico, risultano invece meno a rischio di eventi catastrofici o di eccessiva riduzione del reddito a seguito di spese sanitarie (cfr. Doglia Spandonaro Cap. 3.1 di questo rapporto).

Risultano infatti praticamente assenti forme di assicurazione per le coppie con tre o più figli o per le persone ultra sessantacinquenni che più rischiano di venire colpiti dalle conseguenze di spese sanitarie eccessive. Appare pertanto evidente che, se si vuole utilizzare l'assicurazione sanitaria privata come strumento di politica economico-sanitaria, bisogna incentivare la copertura delle famiglie e degli individui più a rischio (coppie con figli e anziani) e delle spese che maggiormente creano difficoltà alle famiglie: in particolare *Long Term Care* (LTC) e spese odontoiatriche.

Alla luce delle considerazioni effettuate e di quanto emerso dall'analisi, appare quindi difficile ritenere che una maggiore deducibilità fiscale sia condizione sufficiente al decollo della sanità integrativa.

Si aggiunga che le famiglie che necessiterebbero di ulteriori coperture sono proprio quelle che, avendo livelli di reddito più bassi, beneficerebbero meno di una riduzione di pressione fiscale.

Gli attuali limiti di deducibilità previsti per le forme di assicurazione integrativa (pari a € 3.615,20) appaiono peraltro congrui, essendo del tutto minoritaria la quota di famiglie (pari a circa l'1,04% delle assicurate) che detiene polizze di costo superiore.

Si consideri, quindi, che appare fondamentale che l'incentivo finanziario sia concentrato su quelle coperture che effettivamente vanno a tutelare i bisogni che meno trovano tutela pubblica, che come abbiamo visto sono in primo luogo le spese odontoiatriche e la LTC.

#### Riferimenti bibliografici

- ANIA (2007), *L'assicurazione italiana nel 2005/2006*, Roma.
- Banca d'Italia (2004), *I Bilanci delle famiglie italiane*.
- Borgia P, Maruotti A, Spandonaro F (2005), *Costi delle forme di assistenza sanitaria integrativa e prospettive di sviluppo in Sanità Pubblica e Privata* n° 1-2/2005, Maggioli.
- Borgia P, Doglia M e Spandonaro F (2005), *I comportamenti di consumo sanitario delle famiglie assicurate e le prospettive di sviluppo dell'assicurazione malattia in Rapporto CEIS-Sanità 2005*, Italtromo Esis Publishing, Roma.
- Bruni (2002), *Le determinanti della domanda di assicurazioni integrative: un'analisi empirica del caso italiano*, Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna.
- Doglia M e Spandonaro F (2005), *La fairness del Servizio Sanitario Nazionale Italiano in Rapporto CEIS-Sanità 2005*, Italtromo Esis Publishing, Roma.

- ISTAT (2002), *Indagine Multiscopo sulla famiglia "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000"*.
- Nomisma (2003), *I Fondi sanitari integrativi*, Franco Angeli, Milano.
- OECD (2004), *Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project*.
- OECD (2004), *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems – Health Working Papers*.
- OECD (2005), *Health Data*.
- R.I.B. (2002), *L'industria delle assicurazioni ed il mondo della sanità che cambia in Atti del 9° Convegno*.



*Capitolo 5*  
**Outcomes**  
**(Qualità, Efficacia**  
**e Sicurezza)**

## 5.1 - Misurazione della qualità e le politiche per la qualità nel SSN

Polistena B.<sup>1</sup>; Rocchetti I.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 5.1.1 Introduzione

La qualità in sanità è un fenomeno controverso. Donabedian (1990) definisce la qualità nelle cure come «*The degree to which health services for individual and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge*». Uno dei problemi fondamentali è che la qualità nei servizi sanitari è, secondo una visione generalmente accettata, un fenomeno multidimensionale.

Lo Zanichelli 2006 recita per "Qualità" «*Elemento o insieme di elementi concreti che costituiscono la natura di qualcuno o di qualcosa, e ne permettono la valutazione in base a una determinata scala di valori*». Fenomeno multidimensionale, quindi, che affrisce alla natura dell'oggetto di analisi e, cosa non secondaria, ne permette la valutazione.

In questo contesto assume una particolare rilevanza il valutare la qualità da un punto di vista economico o clinico.

Da un punto di vista economico, nei mercati perfetti il principio della trasparenza del mercato permette una valutazione della qualità senza particolari problemi. In altri termini all'interno di un mercato in concorrenza perfetta, non ci sarebbero differenze rilevanti di qualità. Qualora i mercati non siano perfetti, assumono di contro un ruolo fondamentale le politiche tese all'abbattimento delle asimmetrie informative. Essendo il consumatore che regola il mercato, non stupisce che gran parte delle misurazioni si basi sui principi della *customer satisfaction*.

Ovviamente la valutazione della qualità dal punto di vista economico presenta anche varie problematiche, principalmente legate ai metodi di misura (questionari, utilità etc.). Data la natura etica del bene salute, nei mercati sanitari il problema delle asimmetrie informative è particolarmente rilevante: si pone, infatti, la questione di andare oltre la percezione del consumatore e questa è la ragione per cui assumono importanza le misure oggettive della qualità clinica delle prestazioni erogate.

Questo contributo è volto ad analizzare la misurabilità della qualità da un punto di vista clinico; in particolare si concentra sull'aspetto della misurazione dell'*outcome*, proprio perché questo approccio è quello che meglio si integra con quello soggettivo (*customer satisfaction*).

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Le analisi svolte nel seguito cercano di rispondere alle seguenti questioni:

- Cosa si intende per qualità clinica?
- Come si misura la qualità clinica?
- I dati disponibili sono attendibili e sufficienti?
- Come può essere promossa la qualità una volta misurata?

### **5.1.2 I modelli per l'analisi della qualità clinica**

Nel presente paragrafo descriviamo i principali modelli proposti per l'analisi della qualità clinica.

Notiamo, per inciso, che nella scelta del modello incidono le difficoltà definitorie, che assumono una particolare rilevanza in quanto condizionano le politiche sanitarie e viceversa ne sono condizionate. Per le politiche sanitarie, infatti, è indispensabile scegliere un approccio di misurazione della qualità, ma questo risulta estremamente complesso in pratica, in quanto non c'è accordo sulla definizione della qualità stessa. In relazione a quanto premesso, l'elemento chiave sembra essere la mancanza di accordo tra gli esperti sugli *outcomes* da analizzare.

Una parziale eccezione è rappresentata dal settore chirurgico, al quale (non a caso) si riferisce la gran parte delle applicazioni empiriche; il riferimento in campo chirurgico è molto spesso la mortalità, che è elemento maggiormente accessibile di quanto non lo siano gli stati di morbilità. Quanto sopra spiega perché la maggior parte degli studi in letteratura siano stati effettuati in ambito chirurgico e, solo di recente, siano stati affiancati da ancora rari studi in ambito internistico.

Dalla letteratura si evince che, nonostante ci sia un accordo almeno parziale sull'adozione dell'indicatore di mortalità come misura di *outcome*, non c'è però convergenza sull'orizzonte temporale da considerare (es.: mortalità a 30 giorni, a 60, etc.).

D'altra parte sembra evidente che l'analisi della mortalità avrebbe maggiore senso per le condizioni caratterizzate da elevata prevalenza, quali quelle che prevedono un trattamento medico. A ben vedere, quelle che prevedono un trattamento chirurgico sono caratterizzate da una dimensione campionaria spesso insufficiente che, come vedremo, crea problemi nella valutazione dei risultati ottenuti.

Un altro aspetto peculiare che emerge dall'analisi della letteratura è l'aver concentrato gran parte del dibattito sull'impatto che il volume di attività, in termini di numero di pazienti curati, dei medici e/o delle istituzioni sanitarie in cui operano, ha sulla qualità delle cure erogate e di conseguenza sugli esiti delle malattie.

Nello specifico, mentre alcuni studi hanno evidenziato una importante correlazione positiva tra un elevato numero di procedure chirurgiche e casi trattati (Birkmeyer 2002 e Khan 2006), altri mettono in dubbio tale relazione (Khuri 2005, Hannan 2005).

La questione ha assunto un'importanza rilevante nelle politiche sanitarie, essendo il volume di attività una variabile centrale nelle politiche sanitarie tese alla qualità e sicurezza dei pazienti.

Nello specifico, dobbiamo osservare che le ragioni della relazione tra volume ed esito nei servizi sanitari sono sostanzialmente sconosciute: la letteratura ipotizza che tale associazione sia legata all'aumento dell'esperienza dei *providers* nell'effettuare specifici interventi

o alla selezione dei *providers* con migliori esiti: è il caso ad esempio dei pazienti che ricevono la ventilazione meccanica (Kahn 2002).

Altri autori (Khuri 2005, Hannan 2005) affermano invece che il volume di attività non possa essere adottato come misura della qualità; Khuri nei suoi studi sostiene che il volume chirurgico non sia correlato con la qualità delle cure e arriva ad affermare che il volume non può considerarsi uno *standard* di qualità bensì un “pericolo” per la qualità stessa.

Per quanto concerne i modelli di analisi, emerge come sia largamente utilizzata la regressione logistica multipla, tenendo conto di numerosi fattori confondenti: età, sesso, razza, anno relativo alla procedura, urgenza del trattamento, reddito medio, severità del paziente, malattie croniche, il tempo di attesa per l'ammissione, regione geografica, livello d'istruzione, diagnosi, etc. (Birkmeyer 2002, Khan 2006, Khuri 2005, Hannan 2005).

Tra i fattori confondenti, per sintetizzare le condizioni cliniche concomitanti, viene spesso utilizzato il *Charlson score*: scala di misura del numero di condizioni coesistenti pesata in base all'effetto che le varie patologie hanno sulla mortalità.

Si noti che i modelli possono essere implementati al fine di investigare la relazione che intercorre tra la mortalità post-operatoria e volume di attività chirurgica degli ospedali controllando o meno per il volume di attività complessivo dell'ospedale; viceversa è possibile investigare la relazione tra la mortalità post operatoria e il volume di attività complessivo dell'ospedale considerando o meno il volume di attività chirurgica (Birkmeyer 2002).

Importante, in questo contesto, è sottolineare che l'associazione tra volume e *outcome* non ha una direzione causale determinata; la correlazione osservata potrebbe essere interpretata tanto nel senso che ospedali di volume maggiore raggiungono migliori esiti, ma anche che ospedali di alta qualità attraggono più pazienti sulla base di un servizio superiore.

Altri studi (Hannan 1990, Thomas et al. 1994, Goldstein e Speigehalter 1996, De Long et al. 1997, Raudedenbush e Bryk 2002) utilizzano modelli logistici multilevel, che tengono conto anche dei diversi livelli di analisi e quindi dell'appropriata unità di osservazione. Questi modelli, quindi, prendono anche in considerazione gli effetti della clusterizzazione dei pazienti (primo livello) all'interno delle strutture ospedaliere che rappresentano il secondo livello.

Secondo Birkmeyer (2002) le analisi descritte mostrano complessivamente una relazione inversa tra volume di attività e mortalità, confermando che tale associazione ha a che fare con la qualità. La ragione per cui tali studi si sono concentrati sull'eventuale relazione tra volume di attività e la qualità deriverebbe proprio dal fatto che il volume può essere considerato una buona *proxy* dell'esperienza dei *providers* e della scelta dei *providers* da parte dei cittadini.

Una rilevanza particolare, in questo tipo di studi, viene attribuita al controllo della severità del paziente in quanto rappresenta una delle misure fondamentali di *risk adjustment* (Hannan 2005; Khuri 2005; Khan 2006).

Tra le misure più utilizzate per la codifica della severità vi è l'APASCHE III: scala a punteggi in base alla quale ogni paziente viene classificato al momento dell'ammissione (Khan 2006, Hannan 2005).

Un altro approccio riconducibile che esplicita la problematica connessa al fatto di consi-

derare la severità del paziente è quello che concentra l'attenzione sulla creazione di una misura sintetica di confronto tra *outcomes* attesi e *outcomes* reali (*O(observed)/E(expected)*) (Khuri 2005). Anche in questo caso l'*outcome* atteso è il risultato di regressioni logistiche multiple che considerano la severità della malattia come covariata principale e che controllano per altri fattori confondenti risultati significativi, come l'età, il sesso, etc.

Khuri (2005), attraverso un'analisi di correlazione di Pearson tra i tassi di mortalità-morbilità e il volume delle procedure, nonché mediante analisi della varianza dei tassi (E/O) tra gli ospedali, distinti in base a quartili di volume di attività, ottiene evidenza del fatto che gli ospedali che presentano un valore più alto del rapporto O/E, quindi caratterizzati da una mortalità osservata maggiore rispetto a quella attesa, sono quelli con volume di attività maggiore nella procedura considerata. Viceversa, un elevato numero di ospedali con basso valore del tasso O/E, avrebbero buone *performance* associate a bassi volumi di attività.

Tali (non) relazioni fra qualità e volume sono state verificate per diverse procedure chirurgiche, tra cui l'aneurisma aortico addominale, considerando come *outcome* la mortalità a 30 giorni di distanza dall'operazione. Khuri apre quindi un dibattito non ancora risolto: la sua tesi confuta i risultati raggiunti dagli altri studi prima citati. In particolare secondo Khuri la numerosità dei casi trattati, invece di produrre un miglioramento nella qualità, spesso è un fattore deterrente in quanto mitiga la possibilità di accesso e di miglioramento dei sistemi di cure.

Anche Hannan (2005), attraverso l'utilizzo di modelli logistici *multilevel*, aveva peraltro ottenuto una relazione inversa tra volume di attività e tasso generico di mortalità, utilizzando una analisi a due livelli. Nello specifico viene effettuata una analisi sia delle probabilità di morte degli individui, che della mortalità ospedaliera a livello aggregato (somma delle probabilità di morte attese individuali sul numero di individui che fanno parte operati nell'ospedale di riferimento).

### 5.1.3 Discussione

Nella confrontabilità dei risultati citati incidono molti fattori:

- rappresentatività del campione;
- dataset;
- orizzonte temporale;
- riproducibilità della stima;
- significatività della stima.

Un primo importante limite consiste nella scelta della popolazione analizzata, quindi della dimensione del campione e della tecnica campionaria prescelta.

Gli studi considerati spesso utilizzano campioni non rappresentativi della popolazione generale o degli ospedali, rendendo difficile la generalizzazione dei risultati. Ad esempio Birkmeyer (2002) considera i soli pazienti con più di 65 anni iscritti a Medicare; Khan (2006) analizza le strutture ospedaliere che hanno partecipato al sistema APACHE per la misurazione della severità del paziente.

Relativamente ai *data base* utilizzati, vengono per lo più usati dati di tipo amministrativo. L'utilizzo dei *data base* amministrativi è certamente improprio in quanto, pur contenendo

**Tabella 1 - Sommario dei campioni**

Studio	Campione	Anni
Birkmeyer 1990	New York's Cardiac Surgery Reportig System	Primi 6 mesi del 1989
Birkmeyer 2002	National Medicare claims data base and the Nationwide Impatient Sample	1994-1999
Khan 2006	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation clinical information system	2002-2003
Khuri 2002	National Surgical Quality Improvement Program	1998
Hannan 2005	New York's Cardiac Surgery Reportig System	1994-1999

informazioni di tipo sanitario, non nascono con finalità epidemiologiche<sup>2</sup>. In particolare, dove non viene considerata la severità della malattia, non si tiene conto della differenza nel *case-mix* tra gli strati di volume di attività.

Un ulteriore limite consiste nella non omogeneità dell'indicatore di *outcome*; infatti nonostante questo sia in tutti gli studi analizzati individuato nella mortalità, la stessa viene considerata con misure diverse di breve o di medio periodo (mortalità perioperatoria, mortalità post-operatoria a 30 giorni, 60 giorni, etc.).

Osserviamo ancora che la maggior parte delle analisi svolte sono *cross-section* e questo pone dei problemi non irrilevanti, soprattutto in un contesto in cui l'obiettivo principale è quello di misurare un fenomeno di lunga durata quale l'*outcome* (esito della malattia) e non l'*output*. Ciò è particolarmente rilevante tanto più breve è l'orizzonte temporale utilizzato per la mortalità.

Un altro aspetto rilevante si desume dal fatto che, anche dove si è trovata evidenza statistica tra *outcome* e volume, come nel caso di eventi gravi (ad esempio la ventilazione meccanica o altre procedure chirurgiche), la stessa associazione potrebbe non essere confermata per tipologie di interventi a più basso rischio.

Inoltre, tutti gli studi analizzati misurano la qualità mediante indicatori di esito, fornendo una misura dei risultati dell'assistenza, non sempre utile a determinare quale pratica clinica riesca a raggiungere risultati migliori.

È peraltro noto che gli indicatori di processo forniscono una buona rappresentazione delle forme di pratica clinica e quindi dell'assistenza. Le classifiche degli ospedali basati sugli indicatori di esito possono essere quindi fuorvianti qualora si volesse esprimere un giudizio sulla qualità dell'assistenza.

Infine le analisi possono essere influenzate dalla scelta dei fattori confondenti; in particolare Khu-

<sup>2</sup> Tuttavia possono essere considerate una base di partenza nell'attesa di disporre di dati raccolti routinariamente e resi disponibili sia a livello regionale che nazionale così come avvenuto in Inghilterra dal 2001 quando è stato implementato il registro delle banche dati cliniche (Directory of clinical databases).

**Tabella 2 - Tabella riassuntiva delle principali analisi**

Studio	Variabile dipendente	Fattori confondenti	Tipo di modello	Procedura
Birkmeyer 1990	Mortalità intra ospedaliera	Età, razza, genere, payer, fattori di rischio clinico (ipertensione, obesità, dialisi, diabete etc.)	Modello logistico	Procedure chirurgiche a cuore aperto
Birkmeyer 2002	Mortalità intra ospedaliera o a 30 giorni	Volume di attività, sesso, razza, punteggio Charlson e non elective admission	Modello logistico	14 tipi di procedure chirurgiche tra cui bypass arterio coronarico
Khan 2006	Mortalità	Quartili di volume, regione di ospedalizzazione, numero di posti letto, severità del paziente, sesso, età, razza, diagnosi di dimissione, trasferimenti di struttura, tipo di intensive care units	Modello logistico e regressione lineare	Ventilazione meccanica per pazienti non chirurgici
Khuri 2002	Mortalità a 30 giorni e morbilità	53 variabili pre operatorie (demografiche, cliniche e di laboratorio) 15 variabili intra-operatorie (variabili cliniche) e 34 variabili post operatorie (tra cui durata della degenza e sopravvivenza nel lungo periodo)	Modello logistico e calcolo dei tassi O/E	10 tipi di procedure chirurgiche tra cui chirurgia vascolare
Hannan 2005	Mortalità	Severità della malattia e altri fattori di rischio	Logistico multilevel: livello 1 pazienti livello 2 ospedali	Bypass arterio coronarico

ri afferma che le correlazioni evidenziate da Birkmeyer tra volume e qualità, oltre ad essere relativamente basse, non tengono conto di un numero considerevole di fattori di *risk adjustment*.

#### **5.1.4 Le conseguenze per le politiche di promozione della qualità in sanità**

Quanto precede può sintetizzarsi nell'esistenza di una empasse relativa alla capacità di fornire una chiara indicazione delle determinanti della qualità. Al di là dell'aspetto inferenziale, la questione ha un impatto importante sulle politiche sanitarie: gli studi citati, infatti, hanno generato indicazioni di politica sanitaria differenti.

La problematica della misura della qualità non prescinde da quella della politica di promozione della stessa; piuttosto, le politiche di promozione e sviluppo della qualità possono implicare una specifica dimensione della stessa. Qualora si accetti la teoria per cui il volume sia correlato con la qualità e, in particolare, con la specializzazione delle cure, allora si troverebbe nei centri di eccellenza la strategia ottimale per correlare qualità e quantità. L'obiettivo della promozione dei centri di eccellenza sarebbe quello di concentrare trattamenti omogenei all'interno di poche strutture specializzate, al fine di migliorare la qualità delle cure. Perché ciò avvenga è necessario che i pazienti vengano corretta-

mente indirizzati verso tali centri. Importante, in tale contesto, è quindi il ruolo dei *payers*, che possono vincolare gli assistiti a dirigersi verso ospedali di alta qualità o verso medici chirurghi esperti per procedure selezionate (in questo caso il modello si sovrappone in larga misura al modello di *pay-per-performance*: vedi oltre). Alternativamente i *payers* possono persuadere i pazienti attraverso dei “pacchetti vantaggiosi” o incentivi finanziari.

Il modello dei centri di eccellenza ha alcuni aspetti di attrazione: è relativamente facile e poco costoso da implementare, permette un’interazione con i pazienti ed esistono buone misure per identificare gruppi di *provider* con *performance* superiori. Inoltre recenti studi suggeriscono che la storia del volume delle procedure e dei tassi di mortalità di un ospedale è un forte predittore della *performance* dello stesso ospedale nel futuro.

Tale metodologia presenta, però, anche degli svantaggi: riduce l’autonomia del paziente (e qualche volta l’accesso alle cure), crea un’estrema polarizzazione verso una o poche strutture, divide i *provider* in “vincitori e vinti” ed è complesso stabilire chi è realmente “eccellente”. Infine la metodologia ha lo svantaggio di basarsi su indicatori di qualità che sono *proxy* non esaustive delle *performance*.

Peraltro Birkmeyer (2004) è conscio che il limite dei centri di eccellenza è quello di concentrare la qualità in poche aree, creando un problema di irraggiungibilità delle strutture da parte di tutti dei pazienti. Assumendo la tesi di Khuri, cade peraltro la logica dei centri di eccellenza: il volume potrebbe addirittura disincentivare la qualità.

Le alternative proposte in letteratura ai centri eccellenza sono il *pay-for-performance* e il *pay-for-participation*. I programmi *pay-for-performance* legano il finanziamento a dei premi in funzione delle *performance*. In particolare il principio che governa questo tipo di programma è quello per cui i *payers* garantiscono dei premi agli ospedali per le loro migliori *performance*. Questo comporta che, già nel breve periodo, gli ospedali con peggiori *performance* verranno penalizzati sotto il profilo finanziario.

Così come nel caso dei centri di eccellenza, il modello *pay-for-performance* soffre della difficoltà di non disporre di misure accurate in grado di valutare le *performance* ospedaliere. Le misure specifiche di *outcome*, infatti, non sono del tutto attendibili a causa della bassa numerosità campionaria e della poca accuratezza dei dati clinici. Inoltre molte misure sulla qualità non sono disponibili per le cure primarie ma esclusivamente per quelle secondarie (quali ad esempio uso di antibiotici per ridurre i tassi di infezione nell’area chirurgica). Ulteriori limiti di questo tipo di programma sono quelli di avvantaggiare le strutture già eccellenti e quindi di rinforzare lo *status quo* (sebbene meno che nel modello di premio “complessivo” alla struttura).

Il pregio principale di questo modello è quello di essere meno polarizzante rispetto ai centri di eccellenza e inoltre permette che ogni struttura possa in teoria “vincere”, migliorando le proprie *performance*.

Un esempio di programma *pay-for-performance* è l’iniziativa di Medicare per le procedure chirurgiche cardiache: gli ospedali, le cui *performance* si posizionano nei primi 10 percentili della graduatoria degli indicatori compositi di qualità, ricevono un bonus sul rimborso pari al 2% (1% se nei primi 20).

Il sistema *pay-for-performance* non è necessariamente scisso da quello dei centri di eccellenza, in quanto la logica dei centri di eccellenza è quella di concentrare in poche uni-

tà di eccellenza tutto il volume di attività mentre quella del *pay-for-performance* è una logica secondo cui le prestazioni inferiori vengono penalizzate rischiando di far uscire la struttura dal mercato nel medio-lungo periodo.

Una logica diversa, perché più centrata sull'aspettativa che la qualità possa nascere da atteggiamenti di collaborazione e non di concorrenza, è quella dei programmi *pay-for-participation*. Tali programmi assumono che la qualità sia un problema di collaborazione; infatti gli ospedali e i chirurghi vengono ricompensati per la partecipazione e la collaborazione prestata all'attività di valutazione e miglioramento della qualità delle cure e non in base alle performance individuali (ospedali e chirurghi). Al fine di realizzare miglioramenti nella qualità chirurgica, in una logica di *accountability*, gli ospedali e i chirurghi ricevono, a regolari intervalli di tempo, *feed-back* sulle *performance* proprie e dei loro simili (altri ospedali e altri chirurghi). I partecipanti sviluppano piani specifici d'intervento da implementare in tutti gli ospedali sotto la direzione di coordinatori. Questi piani vengono poi valutati empiricamente, discussi durante una serie di incontri e ridefiniti.

Peraltro, come riportato da Birkmeyer (2004), i piani *pay-for-participation* sono difficili da organizzare in quanto gli ospedali e i chirurghi sono più propensi ad essere competitivi che collaborativi. Un incentivo alla partecipazione a questi programmi consiste però nella possibilità di acquisire dati importanti.

In ogni caso i programmi *pay-for-performance* e *pay-for-participation* non sono alternativi. Ogni modello analizzato presenta vantaggi e svantaggi: i centri di eccellenza sono la soluzione ideale per quel tipo di patologie e procedure non comuni, ad alto rischio e con una elevata variazione negli *outcomes*; il modello *pay-for-performance* sembra la strada migliore per ottenere un miglioramento complessivo delle cure chirurgiche e infine i modelli *pay-for-participation* sono la strada migliore per incrementare realmente la qualità in tutte le strutture grazie alla collaborazione tra le stesse.

Nella realtà sarebbe quindi auspicabile e possibile un mix tra questi tre modelli.

### 5.1.5 Conclusioni

Pur prescindendo dalle più generali difficoltà di misura della qualità in sanità, anche ove si è maggiormente concentrata l'attenzione degli studiosi, ovvero nell'ambito chirurgico, si assiste ad una sostanziale *empasse*.

La numerosità dei fattori che condizionano l'evidenza raccolta suggerisce che per uscire da questa *empasse* risulta indispensabile finanziare adeguatamente progetti specifici, creando data base istituzionali, attendibili, completi e coerenti, sulla qualità delle prestazioni.

Altresì appare necessario che ai numerosi studi in ambito chirurgico vengano affiancate analisi in altri campi, per verificare l'esistenza di una eventuale relazione tra volume di attività e qualità dei servizi in tutti gli ambiti sanitari. Affinché questo sia possibile risulta ancora più importante poter contare su dati attendibili, nonché trovare un accordo su una misura di *outcome* diversa o complementare alla mortalità.

In un'ottica di politica sanitaria riferita al SSN italiano, l'importanza di trovare un accordo sulla misura della qualità, come anche promuovere una raccolta sistematica di dati utili a tale scopo, è confermata dalle previsioni del D.Lgs. n. 502/1992 che, introducendo forme

di concorrenza (economica) nel SSN, non mancò di dedicare ampio spazio alla promozione e valutazione della qualità.

In un sistema pubblico come quello italiano, in cui i sistemi di incentivi economici hanno limitata efficacia, per effetto dell'esistenza di *soft budget constraint*, l'incentivazione della qualità assume una rilevanza ancor più strategica: essa, infatti, può permettere al regolatore, più dei vincoli economici, di pianificare una efficiente ed efficace rete di strutture sul territorio.

Il fatto che sinora le previsioni del D.Lgs. n. 502/1992 siano rimaste in larga misura incompiute, può in parte essere giustificato dalle difficoltà oggettive di misurazione e valutazione della qualità richiamate nel presente contributo.

Peraltro la natura in larga misura unitaria e pubblica del SSN italiano può permettere di superare alcune delle principali difficoltà sopra richiamate, quali la scarsa numerosità dei campioni analizzati e la carenza di data base istituzionali. È però necessario che si affermi una cultura dell'*accountability* della qualità.

È altresì imprescindibile che inizi una seria riflessione su quale mix delle principali opzioni di politica di promozione della qualità in sanità può efficacemente applicarsi al caso italiano: il perseguimento della qualità è infatti una priorità anche per garantire l'efficienza del sistema e può iniziare anche senza un accordo sui metodi di valutazione.

In conclusione è auspicabile che si svolga una approfondita riflessione sulle scelte da effettuarsi in tema di qualità, valutando l'opportunità di promuovere centri di eccellenza, piuttosto che di programmi di *pay-for-participation* o di inserire dimensioni qualitative nel sistema di finanziamento dei *provider* (*pay-for-performance*): le caratteristiche peculiari del SSN italiano fanno peraltro propendere per un approccio integrato, rispettoso degli obiettivi di sviluppo del sistema sanitario.

### Riferimenti bibliografici

- Birkmeyer NJO, Birkmeyer JD (2004). *Measuring the Quality of Surgical Care: Structure, Process, or Outcomes?* Elsevier Inc.
- Birkmeyer NJO, Birkmeyer JD (2006). *Strategies for Improving Surgical Quality – Should Payers Reward Excellence or Effort?* The New England Journal of Medicine 354; 8.
- DeLong ER, Peterson ED, DeLong DM (1997), et al. *Comparing risk-adjustment methods for provider profiling*. Stat. Med.16:1645-2664.
- Donabedian A (1966). *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Mem Fund Q; Suppl:166-206.
- Goldstein H, Spiegelhalter DJ (1996). *League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance*. J Royal Stat Soc;159:385-409.
- Hannan EL et al. (1990). *Adult Open Heart Surgery in New York State, An analysis of Risk Factors and Hospital Mortality Rates*. JAMA Vol. 264:21.
- Kahn JM, Goss CH, Heagerty PJ et al. (2006). *Hospitals volume and the outcomes of mechanical ventilation*. The New England Journal of Medicine 355:41-50.
- Khuri SF, Henderson WG (2005). *The Case Against Volume as a Measure of Quality of Surgical Care*. World Journal of Surgery 29:1222-1229 DOI: 10.1007/s00268-005-7987-6.
- Khuri SF, Henderson WG (2002). *The comparative assessment and improvement of quality of surgical care in the Department of Veterans Affairs*. Arch Surg 137:20-7.

- Raudenbush SW, Bryk AS (2002). *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA; Sage Publications.
- Thomas N, Longford NT, Rolph JE (1994). *Empirical Bayes methods for estimating hospital-specific mortality rates*. *Stat Med*. 13:889-903.

## 5.2 - La mortalità evitabile per tumori femminili: USL e aree metropolitane

Buzzi N.<sup>1</sup>, Cananzi G.<sup>2</sup>

### 5.2.1 Introduzione

«ERA ha un obiettivo preciso: essere uno strumento utile, da inserire nella cassetta degli attrezzi di tutti coloro che si occupano, a vari livelli, di governo della Sanità Pubblica» è quanto si legge nella presentazione curata dal Gruppo di Lavoro<sup>3</sup> per l'edizione 2007 di ERA – *Epidemiologia e Ricerca Applicata*.

Il presente contributo intende mostrare una delle possibili applicazioni di questo strumento, e in particolare l'analisi su base territoriale per USL e per area metropolitana della componente della mortalità evitabile legata ai decessi per tumori della mammella e dell'utero, cause che la letteratura scientifica indica come efficacemente contrastabili con interventi di diagnosi precoce e terapia.

Tutti i dati presentati sono contenuti nella banca dati degli indicatori elaborati per ERA, liberamente disponibili insieme al relativo volume sul sito internet dedicato al Progetto<sup>4</sup>.

### 5.2.2 La mortalità evitabile in Italia: un quadro di insieme

Una accurata analisi della più recente letteratura nazionale e internazionale in tema di mortalità evitabile<sup>5</sup> ha consentito al gruppo di lavoro di ERA di revisionare la classificazione delle cause evitabili adottata per la precedente edizione del Progetto, ampliando, modificando o eliminando gruppi di cause. Ciascuna delle cause selezionate<sup>6</sup> è stata associata a uno dei tre gruppi che tradizionalmente identificano il tipo prevalente di interventi tramite i quali è possibile contrastare attivamente la mortalità evitabile:

<sup>1</sup> Nebo Ricerche PA.

<sup>2</sup> Ufficio Studi ARAN, Cattedra di Igiene Università di Roma Tor Vergata.

<sup>3</sup> ERA è il risultato di una sperimentazione multidisciplinare e di una collaborazione interistituzionale fra Cattedra di Igiene dell'Università di Roma Tor Vergata, Istituto Nazionale di Statistica, Istituto Superiore di Sanità, Centro Controllo Malattie del Ministero della Salute e Nebo Ricerche PA (Buzzi N., Cananzi G., Conti S., Crialesi R., Greco D., Panà A., Egidi V., Mozzetta I., D'Alessandro M., Frova L., Burgio A., Bruzzone S., Marsili M., Maurici M., Minelli G., Tondo E.).

<sup>4</sup> [www.atlantesanitario.it](http://www.atlantesanitario.it).

<sup>5</sup> Tutti i lavori consultati sono elencati su [www.atlantesanitario.it](http://www.atlantesanitario.it) e, nella maggior parte dei casi, disponibili integralmente in formato pdf.

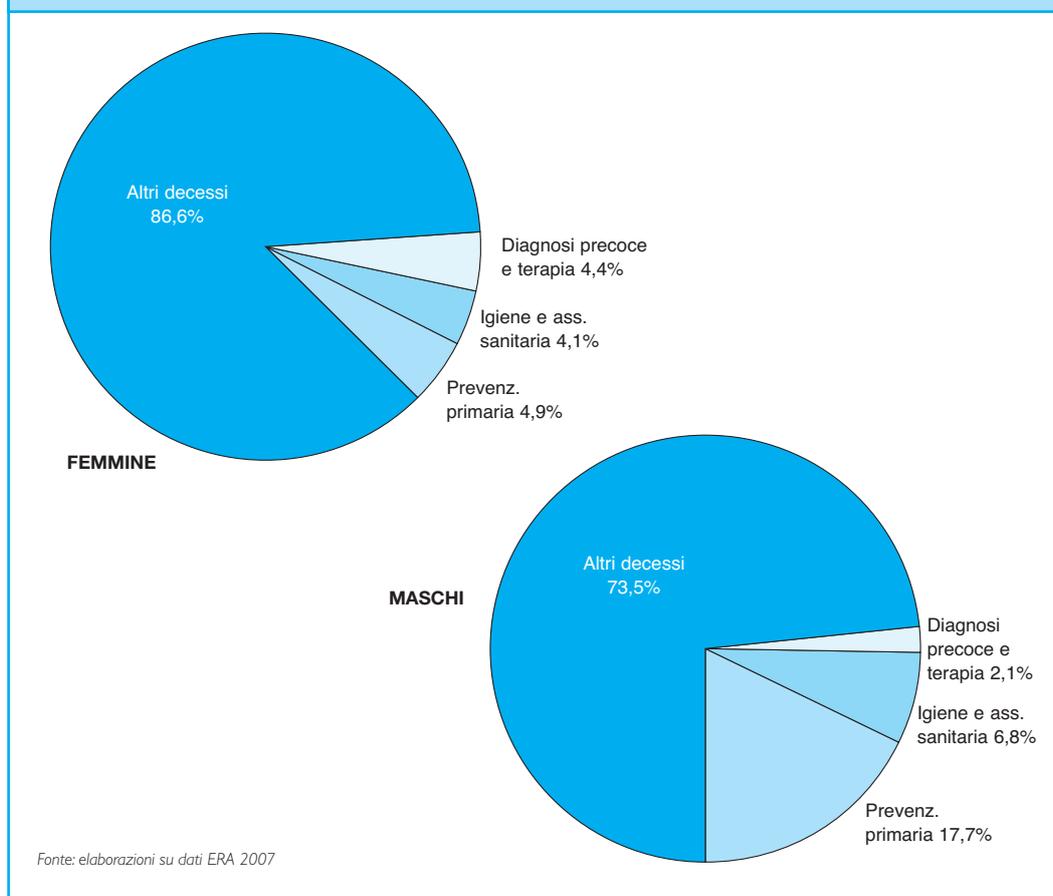
<sup>6</sup> Secondo la codifica ICD-9-CM, Classificazione internazionale delle malattie, 9ª revisione, con modificazioni cliniche.

- *prevenzione primaria* (tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni; malattie ischemiche del cuore; traumatismi e avvelenamenti, e altre cause);
- *diagnosi precoce e terapia* (tumori maligni del colon e del retto, tumori maligni della mammella; tumori maligni dell'utero, e altre cause);
- *igiene e assistenza sanitaria* (tumori maligni del fegato; ipertensione arteriosa; malattie cerebrovascolari, e altre cause).

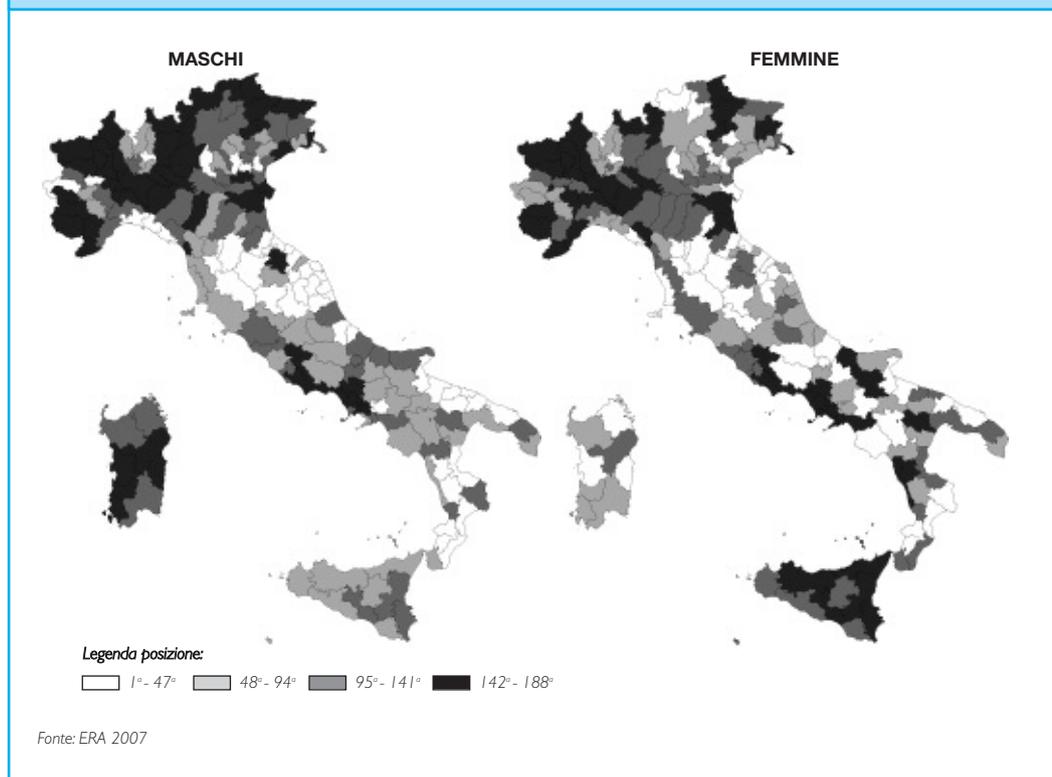
L'analisi di oltre 1.670.000 decessi registrati nel triennio 2000-2002 ha portato a individuare oltre 328.000 casi di morti classificabili come "evitabili". Il totale dei decessi è ripartito quasi equamente tra maschi e femmine mentre la distribuzione delle morti evitabili per genere evidenzia invece un rapporto maschi/femmine di 2 a 1: con riferimento al triennio indicato, infatti, gli eventi di mortalità evitabile registrati per i maschi sono quasi 218.000, contro poco più di 110.000 casi relativi al genere femminile.

L'incidenza di queste casistiche sul totale dei decessi per ciascun genere e la ripartizione fra i tre gruppi di cause evitabili sopra citati sono evidenziate nella figura 1.

**Figura 1 - Composizione percentuale della mortalità per genere e tipologia di causa: decessi, evitabili, per gruppo, e altri decessi, triennio 2000-2002**



**Figura 2 - Le classifiche per USL dei giorni perduti per mortalità evitabile e genere, triennio 2000-2002**



L'elaborazione degli indicatori di mortalità evitabile per singola USL, oltre che per Regione e Provincia, ha mostrato fenomeni sensibilmente differenziati all'interno del Paese, talvolta riconducibili a chiari andamenti geografici, altre volte caratterizzati, al contrario, dall'assenza di visibili relazioni territoriali.

La figura 2 mostra, a titolo di esempio, i due cartogrammi, per genere, elaborati da ERA sulla base della classifica per USL calcolata sui *giorni perduti per mortalità evitabile*<sup>7</sup>, dai quali è possibile cogliere un orientamento geografico nel caso dei maschi e una maggiore eterogeneità nel caso delle femmine.

### 5.2.3 I tumori femminili per USL

Nell'edizione 2007 ERA ha posto all'attenzione delle Autorità sanitarie la mortalità evitabile legata ai tumori femminili, vale a dire i tumori maligni della mammella<sup>8</sup>, e dell'utero<sup>9</sup>, classificati fra le cause efficacemente contrastabili con interventi di diagnosi precoce e terapia.

<sup>7</sup> L'indicatore è basato sul peso attribuito a ciascun decesso evitabile, calcolato come differenza fra la speranza di vita (elaborata per anno e genere al netto della mortalità evitabile) e l'età effettiva alla morte.

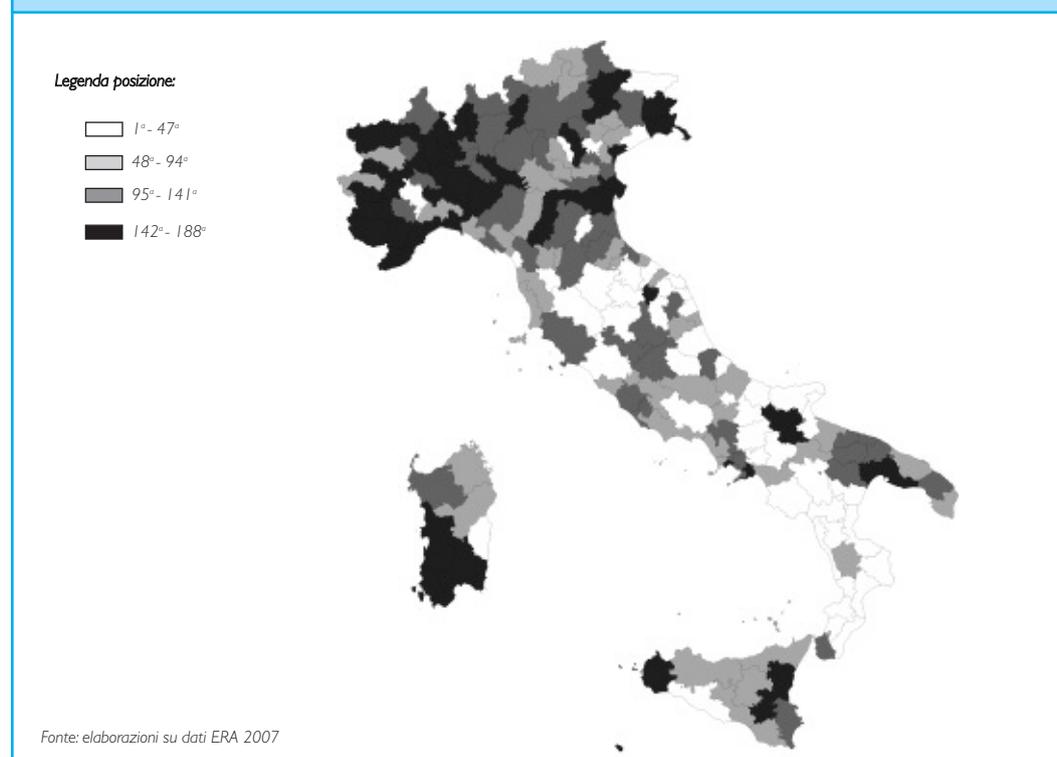
<sup>8</sup> Codici ICD-9-CM 174.0-9.

<sup>9</sup> Codici ICD-9-CM 179.0; 180.0-9; 182.0-9. Sono esclusi i tumori maligni della placenta (181.0-9).

In queste pagine si intende ulteriormente approfondire l'analisi territoriale di queste cause di morte, ricordando che nel solo anno 2002, ultimo anno per cui attualmente sono disponibili i dati, i tumori maligni della mammella e dell'utero hanno dato luogo a 8.150 decessi, vale a dire quasi un quarto dei decessi evitabili nella popolazione femminile.

La figura 3 visualizza i tassi standardizzati di mortalità per tumori della donna (mammella e utero) aggregando le 188 USL in quattro gruppi equivalenti per numerosità (47 per ciascuno) elaborati in termini di quartili, cioè a seconda che presentino i valori più bassi, quelli medio-bassi e, oltre la mediana, quelli medio-alti e i più alti.

**Figura 3 - Tassi standardizzati (per 100.000 ab.) di mortalità per i tumori maligni della donna (mammella e utero), triennio 2000-2002**



Nel cartogramma si può notare una significativa presenza di USL caratterizzate dai valori più elevati nel nord-ovest del Paese, cui si contrappongono le USL del centro-sud con tassi generalmente al di sotto della mediana.

Delle 47 USL con valori più contenuti soltanto 6 sono dislocate nelle Regioni del nord: Asti in Piemonte, Arzignano, Cittadella e San Donà di Piave in Veneto, Alto Friuli nell'omonima regione, Imola in Emilia Romagna.

Di contro, tra le 47 USL che presentano i valori più elevati sono solo 5 quelle rintracciabili al centro e nel meridione: Fabriano nelle Marche, Napoli 1 e Salerno 1 in Campania,

Foggia 3 e Taranto in Puglia<sup>10</sup>. A queste si aggiungono tuttavia 4 delle 8 USL sarde (Oristano, Sanluri, Cagliari, Carbonia) e 2 nella regione siciliana (Trapani, Catania). Nella tabella 1 sono evidenziate le 10 USL con i tassi più elevati in tutto il territorio italiano e, di contro, le 10 USL con i tassi più contenuti; i dati permettono di verificare che i tassi più elevati risultano almeno doppi rispetto a quelli più contenuti.

**Tabella 1 - Tassi standardizzati (per 100.000 ab.) di mortalità per i tumori maligni della donna (mammella e utero), triennio 2000-2002. Prime e ultime 10 USL**

Prime 10 USL	Tasso	Ultime 10 USL	Tasso
Alto Molise	10,1	Alessandria	33,7
L'Aquila	15,5	Isontina	32,3
Basso Molise	15,7	Salerno 1 <sup>11</sup>	32,3
Catanzaro	16,6	Triestina	32,2
Frosinone	16,8	Cremona	31,9
Palmi	16,8	Medio Friuli	31,4
Chieti	17,2	Feltre	31,3
Teramo	17,3	Ferrara	31,2
Fermo	17,8	Belluno	31,0
Cittadella	17,9	Vallecamonica-Sebino	30,9

Fonte: elaborazione su dati ERA 2007

### 5.2.4 I tumori femminili nelle aree metropolitane

Con riferimento alle aree metropolitane di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Bari, Napoli<sup>12</sup>, Cagliari, Palermo, Catania, Messina, Trieste<sup>13</sup> sono state identificate 14 USL<sup>14</sup> correlate a tali distretti sulle quali condurre uno specifico approfondimento in tema di tumori maligni della mammella e dell'utero.

La popolazione femminile residente in questi comprensori rappresenta quasi un quarto dell'analogha popolazione nazionale (molte di queste USL risultano tra le più popolose su scala nazionale – tabella 2). Le 14 USL sono state selezionate per appartenenza del principale Comune interessato e pertanto i relativi confini non risultano in tutti i casi sovrapponibili ai territori afferenti alle aree metropolitane propriamente dette.

<sup>10</sup> Il territorio della USL Napoli 1 coincide con il Comune di Napoli; i principali Comuni della USL Salerno 1 sono Cava dei Tirreni, Scafati, Nocera Inferiore; Foggia 3 è la USL del Comune di Foggia e altri limitrofi.

<sup>11</sup> Cfr. nota precedente.

<sup>12</sup> Aree metropolitane delle Regioni ordinarie: D.Lgs. n. 267/2000.

<sup>13</sup> Aree metropolitane delle Regioni a statuto speciale: L.n. 142/1990 e L. n. 265/1999.

<sup>14</sup> Le 4 USL del Comune di Torino e le 5 del Comune di Roma sono considerate come 2 aggregati: Torino 1-4 (comprensiva delle USL TO/1, TO/2, TO/3, TO/4) e Roma A-E (RM/A, RM/B, RM/C, RM/D, che include anche il Comune di Fiumicino, RM/E). I dati di mortalità infatti sono disponibili su base comunale, e dunque a un livello che non consente l'elaborazione di indicatori per ciascuna delle USL torinesi e romane.

**Tabella 2 - Popolazione femminile delle USL correlate alle aree metropolitane. Dati in migliaia**

Area metropolitana	USL	Residenti
Torino	Torino 1-4	464,3 (*)
Milano	Città di Milano	680,6
Venezia	Veneziana	159,3
Trieste	Triestina	126,8
Genova	Genovese	386,9
Bologna	Bologna	424,6
Firenze	Firenze	417,1
Roma	Roma A-E	1.380,9 (*)
Napoli	Napoli 1	521,1
Bari	Bari 4	271,7
Palermo	Palermo	644,6
Catania	Catania	552,7
Messina	Messina	340,4
Cagliari	Cagliari	281,2
<b>Totale USL selezionate</b>		<b>6.652,3 (a)</b>
<i>Popolazione femminile nazionale</i>		<i>29.952,6 (b)</i>
<i>USL selezionate su totale nazionale</i>		<i>22,2% (a)/(b)</i>

(\*) I Comuni di Torino e Roma sono ripartiti in 4 e 5 USL rispettivamente (Cfr nota 12).

Fonte: elaborazione su dati ERA 2007 (popolazione al 30.6.2004)

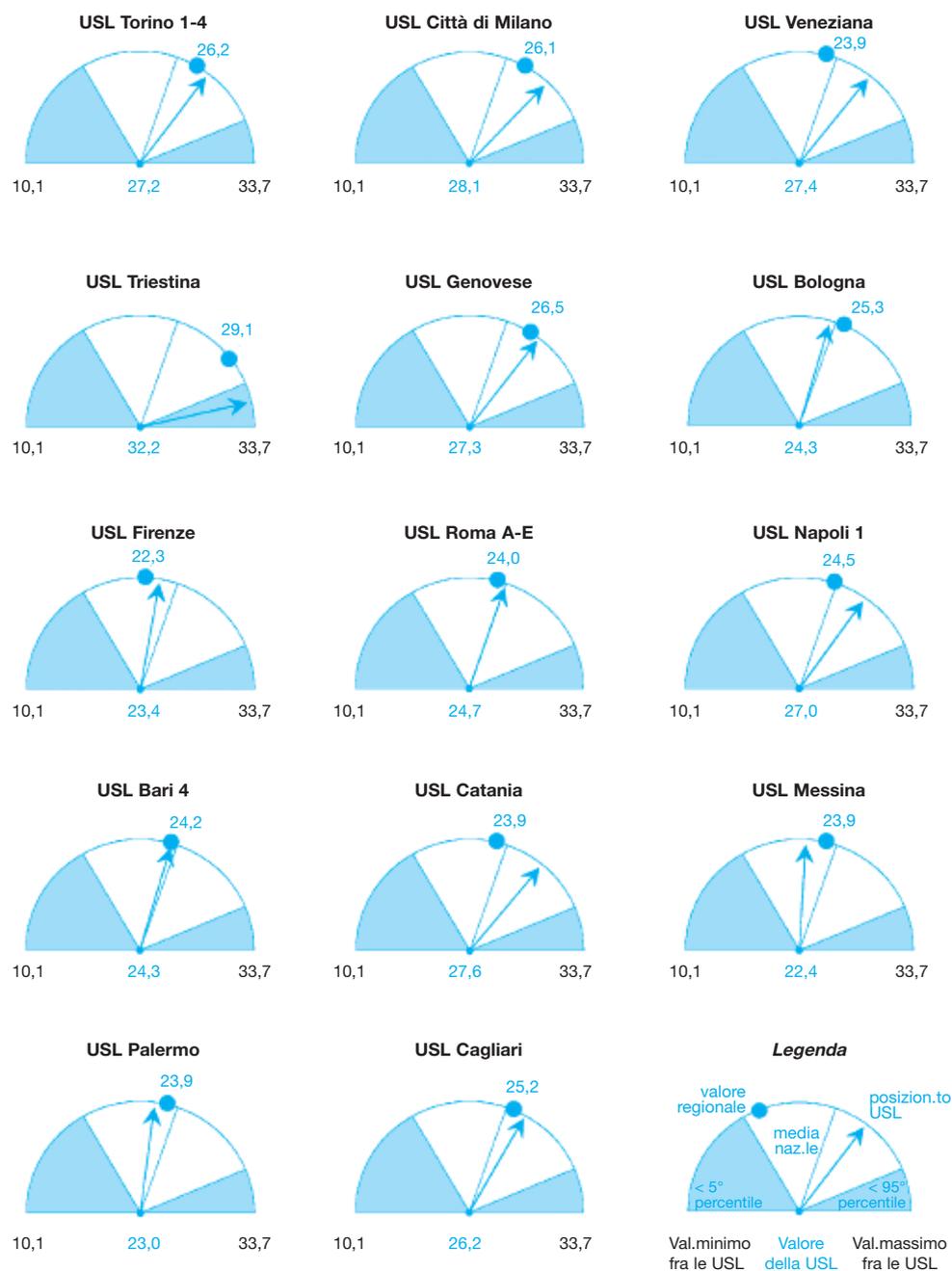
Per fornire una indicazione del posizionamento di tali USL nell'ambito delle USL italiane è stata scelta la modalità espositiva dei "tachimetri" sperimentata in entrambe le edizioni di ERA. Con questa rappresentazione grafica è possibile indicare non solo il valore della USL per l'indicatore selezionato (in questo caso i tassi standardizzati di mortalità per tumori maligni di mammella e utero) ma anche visualizzare la media nazionale, la media regionale e le soglie convenzionali di criticità e di eccellenza. Per queste ultime, in particolare, si fa riferimento ai tassi inferiori al 5° percentile o superiori al 95° percentile; tale parametro permette di individuare, data la numerosità delle USL, le 10 USL con i tassi più bassi e quelle con i tassi più elevati fra le 188 USL italiane.

La figura 4 riporta i tachimetri disegnati per le 14 USL sopra menzionate.

Le evidenze desumibili dai dati utilizzati per l'elaborazione dei tachimetri della figura 4 relativi ai tassi standardizzati di mortalità per tumori della mammella e dell'utero sono le seguenti.

- a) *L'area sottesa al 5° percentile ha una ampiezza sensibilmente maggiore di quella delimitata dal 95°.* La tabella 2 mostrava, infatti, come per le prime dieci USL nella classifica dell'indicatore proposto il valore minimo fosse 10,1 fino al 17,9 registrato dalla 10ª USL in graduatoria, con quasi 8 punti di differenza; di contro, la differenza fra i valori della USL col valore maggiore e, partendo da questa, della USL al 10° posto è minore di 4 punti (33,7 - 30,9). Nella figura 4 queste due aree sono rappresentate dai settori colorati di ciascun grafico, all'estrema sinistra (valori entro il 5° percentile) e all'estrema destra (valori oltre il 95° percentile).

**Figura 4 - Mortalità evitabile per tumori della mammella e dell'utero nelle 14 USL correlate alle Aree metropolitane per capoluogo. Dati 2000-2002**



Fonte: elaborazione su dati ERA 2007

- b) *Il tasso medio nazionale è pari a 24,4 x 100.000.* Il dato è superiore di circa un punto alla mediana, confermando una maggiore numerosità di valori medio-alti e alti rispetto a quelli medio-bassi e bassi intuibile già dalla rappresentazione grafica.
- c) *Quasi tutte le USL presentano valori prossimi o superiori alla media nazionale.* Ben 8 USL delle 14 selezionate sono caratterizzate da tassi superiori a quello medio nazionale: Torino 1-4, Città di Milano, Veneziana, Triestina, Genovese, Napoli 1, Catania, Cagliari. Su valori prossimi alla media italiana si attestano invece Bologna, Roma A-E, Bari 4, mentre registrano tassi sensibilmente inferiori al dato nazionale Firenze, Palermo e Messina (23,4, 23,0 e 22,4 rispettivamente).
- d) *Solo 4 USL presentano valori inferiori alle rispettive medie regionali.* Le 3 USL con valore più basso già ricordate (Firenze, Palermo e Messina) sono caratterizzate, insieme a Bologna, da un tasso standardizzato di mortalità per i tumori della mammella e dell'utero inferiore a quello medio calcolato nelle Regioni di appartenenza. Per le restanti 10 USL correlate alle aree metropolitane l'indicatore risulta invece superiore, talvolta anche significativamente, a quello elaborato a livello regionale.
- e) *Una unica USL ricade in una delle aree "di attenzione".* La USL della zona di Trieste, come già visibile nella tabella 2, risulta essere la quartultima nella graduatoria di tutte le USL italiane, con un tasso pari a 32,2, superiore di circa 10 punti al dato minimo registrato fra le 14 USL.

Va tuttavia considerato, nei confronti sopra proposti, anche il differente peso delle singole USL analizzate rispetto ai rispettivi contesti regionali:

- *i comprensori delle USL Roma A-E, Genovese, Cagliari assorbono rispettivamente il 50, il 46 e il 33% della popolazione femminile delle rispettive Regioni;*
- *di contro, le USL Milano Città, Veneziana, Napoli 1, Bari 4 e Messina raccolgono meno del 17% della popolazione residente nelle Regioni di appartenenza;*
- *le restanti 6 USL considerate incidono per circa il 20-25% sulla popolazione regionale.*

### 5.2.5 Conclusioni

La disponibilità dei dati per USL (e per distretti territoriali di maggior dettaglio, ove possibile) è, come evidente, indispensabile per una analisi che possa tener conto dei differenziali geografici e fornire risultati efficaci, utilizzabili quindi a tutti i livelli decisionali della sanità pubblica. Scelta ed elaborazione di "indicatori sentinella" devono in ogni caso avvalersi di un attento approccio scientifico e dell'adozione di una rigorosa metodologia finalizzata a rendere confrontabili le diverse realtà territoriali.

Le statistiche presentate in queste pagine forniscono indicazioni descrittive sulle USL e sulle aree metropolitane in merito alla misura dei livelli e al relativo posizionamento su base nazionale, della mortalità per i tumori della mammella e dell'utero. Questo tipo di indagini costituisce necessaria premessa alle analisi che, a partire da tali elaborazioni, possono nascere a livello locale per approfondire le diverse criticità individuate.

Specifiche indagini andrebbero finalizzate a individuare quali sono i fattori che comportano le significative polarizzazioni geografiche segnalate, correlate in diversa misura a caratteristiche demografiche, sociali, culturali, epidemiologiche oltre che alle peculiarità locali riguardo alla domanda e all'offerta dei servizi sanitari e, soprattutto, in tema di informazione ed educazione sanitaria.

## 5.3 - Disabilità e strutture familiari

Rocchetti I.<sup>1</sup>, Salvatore M. A.<sup>2</sup>

### 5.3.1 Introduzione

Dai risultati dell'indagine Istat su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 2004 si calcola siano oltre 2,6 mln. le persone con disabilità oltre i 6 anni in Italia residenti in famiglia. I disabili sono prevalentemente persone molto anziane: di essi oltre 1,6 mln. hanno più di 75 anni, mentre gli ultraottantacinquenni sono 620.000.

Si noti che per la rilevazione della disabilità è stata utilizzata, nell'indagine citata, una batteria di quesiti predisposti da un gruppo di lavoro dell'OECD sulla base della classificazione ICIDH dell'OMS<sup>3</sup>. Una persona è definita "disabile" se dichiara il *massimo grado di difficoltà* in almeno una delle seguenti dimensioni: confinamento a letto, su una sedia o in casa; difficoltà di movimento (camminare, scendere o salire da soli una rampa di scale, chinarsi); difficoltà nelle funzioni quotidiane (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 da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo); difficoltà nella comunicazione (vista, udito, parola) (Istat, 2007).

L'obiettivo del lavoro è quello di analizzare le condizioni di vita dei disabili di 50 anni e più rilevati dall'indagine, ovvero le strutture familiari all'interno delle quali sono inseriti e assistiti, tenendo conto del livello di severità delle loro condizioni di salute (tipo di disabilità, multi-disabilità), del loro ruolo all'interno della famiglia e delle loro caratteristiche socio-economiche, nonché del ricorso all'assistenza esterna in quello che è uno dei Paesi dove la quota di disabili istituzionalizzati è tra le più basse.

Le persone che vivono permanentemente in istituzioni, non rilevate nell'indagine, rappresentano una quota molto bassa della popolazione rispetto agli altri Paesi europei anche tra gli anziani, pari a meno dell'1% tra gli uomini e meno del 2% tra le donne in età 65 anni e più (tra gli ultrasettantacinquenni tali proporzioni salgono all'1% e al 3% rispettivamente per uomini e donne).

I disabili ultracinquantenni residenti in famiglia sono 2,3 mln. (dei 2,6 mln. totali oltre i 6 anni), in aumento rispetto ai 2,1 mln. rilevati dieci anni fa (Indagine Istat sulla salute del 1994). Tra questi si è registrato un forte aumento in termini assoluti e relativi del numero di coloro che vivono soli: nel 1994 i disabili ultracinquantenni soli sono circa 573.000, pari al 27,6% del totale dei disabili di 50 anni e più; nel 2004 sono invece 819.000, pari al 35,5%.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze demografiche, Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

<sup>3</sup> Non sono rilevate le persone disabili minori di 6 anni ed è necessario evidenziare che lo strumento di rilevazione utilizzato, essendo stato costruito per studiare le limitazioni fisiche, ha il limite di sottostimare le persone con disabilità di tipo mentale (Istat, 2007).

Tali aumenti sono ben evidenti anche tra i molto anziani: nel 1994 i disabili ultrasettantacinquenni che vivono soli sono 392.000 (pari al 33,9% del totale dei disabili di 75 anni e più), mentre nel 2004 sono 680.000 (pari al 41,8%).

Il forte aumento dell'invecchiamento della popolazione e, quindi, il maggiore carico di morbosità e disabilità da fronteggiare determina una crescente diffusione delle potenziali situazioni di bisogno nei contesti familiari in cui i disabili sono inseriti. Peraltro aumenta la capacità dei disabili di vivere da soli, mantenendo presumibilmente una maggiore autonomia.

Aumenta tra gli ultrasettantacinquenni anche il numero di disabili che vivono con il coniuge, che passano dai 302.000 del 1994 ai 409.000 del 2004. Alla maggiore diffusione di tale tipologia familiare si potrebbe associare un aumento delle situazioni di fragilità: basti pensare ai casi in cui entrambi i coniugi sono molto anziani.

Inoltre soltanto il 10,1% delle famiglie con almeno un disabile ultracinquantenne si avvale dell'assistenza domiciliare da parte del Comune e/o della Asl e soltanto il 13,5% delle famiglie ricorre al servizio a pagamento di una persona che assiste il disabile.

**Tabella 1 - Persone disabili di 50 anni e più per tipo di disabilità, classe di età e sesso (per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso), anno 2004-2005**

Tipo di disabilità	Classe di età				Totale
	50-64	65-74	75-84	85 e più	
<b>Maschi</b>					
Disabilità	2,0	5,9	18,9	50,4	7,3
Confinamento	0,7	2,2	7,4	25,4	3,0
Difficoltà di movimento	0,8	2,7	9,7	22,3	3,5
Difficoltà nelle funzioni quotidiane	0,9	3,6	12,3	37,5	4,7
Difficoltà nella comunicazione	0,6	1,2	4,0	14,7	1,7
<b>Femmine</b>					
Disabilità	2,3	8,8	28,8	63,7	13,2
Confinamento	0,9	3,5	13,1	37,4	6,3
Difficoltà di movimento	1,3	4,8	15,6	29,4	6,9
Difficoltà nelle funzioni quotidiane	1,1	4,3	18,3	52,8	8,6
Difficoltà nella comunicazione	0,5	1,6	4,9	16,7	2,7
<b>Totale</b>					
Disabilità	2,2	7,5	24,9	59,6	10,6
Confinamento	0,8	2,9	10,9	33,6	4,8
Difficoltà di movimento	1,1	3,8	13,3	27,2	5,3
Difficoltà nelle funzioni quotidiane	1,0	4,0	15,9	48,1	6,8
Difficoltà nella comunicazione	0,5	1,4	4,6	16,1	2,3

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

### 5.3.2 Dimensioni e caratteristiche della disabilità

#### 5.3.2.1 Le caratteristiche demografiche

La disabilità è più diffusa tra le donne: il 13,2% delle donne ultracinquantenni è disabile contro il 7,3% degli uomini nella stessa età. La quota di donne ultracinquantenni confinate nella propria abitazione è pari al 6,3% contro il 3,0% degli uomini; il 6,9% delle donne ha difficoltà di movimento e l'8,6% nello svolgimento delle funzioni quotidiane, contro rispettivamente il 3,5% e il 4,7% rilevato tra gli uomini. Le difficoltà nella comunicazione interessano il 2,7% delle donne contro l'1,7% degli uomini (tabella 1).

Lo svantaggio delle donne non si può giustificare soltanto con la loro maggiore longevità: a partire dai 50 anni esso emerge in tutte le classi di età e per tutti i tipi di disabilità (tabella 1). La disabilità aumenta all'avanzare dell'età confermandosi come un fenomeno strettamente legato all'invecchiamento: tra i 50 e i 64 anni i disabili rappresentano il 2,2% (2,0% per gli uomini e 2,3% per le donne); a 75-84 anni la proporzione è già pari al 24,9% (18,9% per gli uomini e 28,8% per le donne) e oltre gli 85 anni si arriva al 59,6% (50,4% per gli uomini e 63,7% per le donne) (tabella 1).

Il Sud e le Isole presentano prevalenze più elevate per la disabilità in tutte le classi di età. Particolarmente critica risulta in quest'area la situazione delle donne più anziane: il 71,3% delle ultraottantacinquenni presenta disabilità contro il 58,4% nel Nord (tabella 2).

**Tabella 2 - Persone disabili di 50 anni e più per ripartizione geografica di appartenenza, classe di età e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche), anno 2004-2005**

Ripartizione geografica	Classe di età				Totale
	50-64	65-74	75-84	85 e più	
<b>Maschi</b>					
Nord	1,4	4,7	17,4	46,4	6,2
Centro	2,3	6,1	15,1	52,8	7,4
Sud e Isole	2,7	7,5	23,4	54,1	9,0
Italia	2,0	5,9	18,9	50,4	7,3
<b>Femmine</b>					
Nord	1,7	7,0	25,0	58,4	11,4
Centro	2,0	7,7	27,5	64,4	13,1
Sud e Isole	3,5	12,4	35,9	71,3	16,1
Italia	2,3	8,8	28,8	63,7	13,2
<b>Totale</b>					
Nord	1,5	5,9	22,1	54,9	9,0
Centro	2,1	6,9	22,6	60,7	10,5
Sud e Isole	3,1	10,1	30,8	65,7	12,9
Italia	2,2	7,5	24,9	59,6	10,6

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

### 5.3.2.2 Il contesto familiare

I disabili ultracinquantenni in Italia vivono per gran parte da soli o con il coniuge all'interno di coppie<sup>4</sup> con o senza figli. Sono soprattutto le donne a vivere da sole (43,7% contro il 17,4% degli uomini; tabella 3), mentre gli uomini vivono principalmente con il coniuge (65,9% contro il 24,5% delle donne).

Al crescere dell'età, sia per gli uomini che per le donne aumenta la percentuale di disabili che vivono da soli e si riduce quella dei disabili che vivono in coppia come conseguenza dello scioglimento del matrimonio per la morte di uno dei partners (l'83,7% dei disabili che vivono soli è costituito da vedovi/e).

Tra le donne, che, sia per la loro maggiore longevità sia per la più giovane età rispetto ai coniugi, più frequentemente degli uomini rimangono vedove, è particolarmente rilevante anche la

**Tabella 3 - Persone disabili di 50 anni e più per tipologia familiare, classe di età e sesso (per 100 persone disabili della stessa età e dello stesso sesso), anno 2004-2005**

Classe di età	Tipologia familiare							Totale
	Persona sola	Coppia senza figli senza isolati	Coppia con figli senza isolati*	Monogenitore senza isolati**	Altra tipologia familiare			
					Senza isolati	Con isolati		
				Membro isolato		Appartenente al nucleo		
<b>Maschi</b>								
50-64	13,1	22,9	41,0	9,3	0,9	10,0	2,7	100,0
65-74	11,2	50,4	20,9	1,8	2,9	6,9	6,0	100,0
75-84	16,2	56,9	12,9	2,8	2,1	5,5	3,6	100,0
85 e più	28,4	48,2	6,2	2,8	1,6	11,8	1,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>17,4</b>	<b>48,7</b>	<b>17,2</b>	<b>3,5</b>	<b>2,0</b>	<b>7,9</b>	<b>3,4</b>	<b>100,0</b>
<b>Femmine</b>								
50-64	12,1	26,6	32,1	13,8	1,8	5,4	8,2	100,0
65-74	31,9	35,7	8,8	10,9	2,2	9,3	1,2	100,0
75-84	49,6	18,0	2,6	9,9	1,1	16,9	1,9	100,0
85 e più	50,8	7,3	0,8	10,8	0,6	28,7	1,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>43,7</b>	<b>18,9</b>	<b>5,6</b>	<b>10,7</b>	<b>1,2</b>	<b>18,0</b>	<b>2,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Totale</b>								
50-64	12,5	25,0	36,0	11,8	1,4	7,4	5,8	100,0
65-74	24,5	41,0	13,1	7,7	2,4	8,4	2,9	100,0
75-84	39,8	29,4	5,6	7,8	1,4	13,6	2,4	100,0
85 e più	44,9	18,1	2,2	8,7	0,9	24,2	1,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>35,5</b>	<b>28,2</b>	<b>9,2</b>	<b>8,4</b>	<b>1,5</b>	<b>14,8</b>	<b>2,5</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

\*Il 97,7% dei disabili che vivono all'interno di tale tipologia familiare sono membri della coppia; il 2,3% sono figli.

\*\*Il 92,1% dei disabili che vivono all'interno di tale tipologia familiare sono genitori; il 7,9% sono figli.

<sup>4</sup> Per coppia si intende sia quella coniugata che quella non coniugata.

quota di coloro che in caso di non autosufficienza si inseriscono all'interno di un nuovo nucleo familiare, generalmente quello dei discendenti. Il 18,0% delle donne disabili ultracinquantenni vive all'interno di famiglie come "membro isolato" (ossia non appartenente al nucleo familiare<sup>5</sup>), contro il 7,9% degli uomini della stessa età. Tale percentuale sale al 28,7% tra le donne e all'11,8% tra gli uomini in età 85 anni e più.

I disabili membri isolati sono principalmente anziani, presumibilmente non più autonomi, che si ricongiungono con la famiglia dei figli (il 39,7% degli uomini disabili inseriti in famiglia come membri isolati e il 54,4% delle donne nelle stesse condizioni vivono all'interno di "coppie con o senza figli con isolati"; tabella 4). Una quota non trascurabile di disabili membri isolati vive con altri parenti ("insieme di parenti"), principalmente fratelli e/o sorelle, oppure è "genitore con figli non celibi o non nubili" (tabella 4).

**Tabella 4 - Persone disabili di 50 anni e più membri isolati per tipologia familiare, classe di età e sesso (per 100 persone disabili della stessa età e dello stesso sesso), anno 2004-2005**

Tipologia familiare					
Classe di età	Coppia con o senza figli con isolati	Insieme di parenti	Genitori con figli non celibi o non nubili	Altra tipologia familiare con isolati	Totale
<b>Maschi</b>					
50-64	29,4	32,0	22,3	16,3	100,0
65-74	32,3	51,7	7,5	8,5	100,0
75-84	44,3	23,3	21,9	10,5	100,0
85 e più	45,4	37,2	10,1	7,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>39,7</b>	<b>35,1</b>	<b>15,2</b>	<b>10,1</b>	<b>100,0</b>
<b>Femmine</b>					
50-64	36,4	33,5	16,4	13,7	100,0
65-74	32,9	42,3	8,5	16,2	100,0
75-84	55,1	19,1	10,1	15,7	100,0
85 e più	59,2	16,7	14,8	9,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>54,4</b>	<b>20,6</b>	<b>12,3</b>	<b>12,8</b>	<b>100,0</b>
<b>Totale</b>					
50-64	32,3	32,6	19,9	15,3	100,0
65-74	32,8	45,1	8,2	14,0	100,0
75-84	53,8	19,6	11,5	15,1	100,0
85 e più	57,4	19,3	14,2	9,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>52,0</b>	<b>23,0</b>	<b>12,7</b>	<b>12,3</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

<sup>5</sup> Il nucleo è l'insieme delle persone che formano una coppia con figli celibi o nubili, una coppia senza figli, un genitore solo con figli celibi o nubili.

### 5.3.2.3 Il ricorso all'assistenza esterna

Le quote di disabili che usufruiscono dell'assistenza domiciliare offerta dai Comuni e/o dalle Asl o di quella privata a pagamento sono molto contenute, anche in corrispondenza delle età più anziane: tra gli ultraottantacinquenni esse sono pari al 13,1% (con pochissima differenziazione di genere) per quanto riguarda l'assistenza domiciliare e al 23,5% (19,7% negli uomini e 24,9% nelle donne) per quanto riguarda l'assistenza privata (tabella 5).

Nelle classi di età più giovani (50-64 e 65-74 anni) risulta più elevata la quota di disabili che ricorrono all'assistenza domiciliare offerta dal Comune e/o dalla Asl; nelle classi di età più anziane, soprattutto tra gli ultraottantacinquenni, è invece nettamente superiore la quota di coloro che ricorrono all'assistenza privata (nelle donne è pari al 24,9%, quota quasi doppia rispetto a quella di coloro che ricorrono all'assistenza offerta da Comuni e/o Asl che è pari al 12,9%).

Soltanto il 3,0% dei disabili ultracinquantenni usufruisce di entrambi i tipi di assistenza e tale quota resta contenuta anche in corrispondenza delle età più anziane (tra gli ultraottantacinquenni essa è pari al 5,0%).

**Tabella 5 - Persone disabili di 50 anni e più che ricorrono all'assistenza domiciliare offerta dal Comune e/o dalla Asl oppure all'assistenza privata per classe di età e sesso (per 100 persone disabili della stessa età e dello stesso sesso), anno 2004-2005**

Assistenza	Classe di età				Totale
	50-64	65-74	75-84	85 e più	
<b>Maschi</b>					
Assistenza del Comune e/o della Asl	9,0	7,1	8,2	13,8	9,3
Persona che assiste il disabile	5,2	3,8	10,2	19,7	10,2
<b>Femmine</b>					
Assistenza del Comune e/o della Asl	4,8	8,7	10,9	12,9	10,6
Persona che assiste il disabile	3,7	7,4	13,9	24,9	15,1
<b>Totale</b>					
Assistenza del Comune e/o della Asl	6,6	8,1	10,1	13,1	10,2
Persona che assiste il disabile	4,4	6,1	12,8	23,5	13,5

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

### 5.3.2.4 Le caratteristiche socio-economiche

Sono le persone di *status* sociale più basso a presentare più alti livelli di disabilità: complessivamente il 15,2% degli ultracinquantenni che non hanno un titolo di studio o che hanno la sola licenza elementare è colpito da una qualche forma di disabilità, contro il 3,7% di coloro che hanno un diploma di scuola media superiore o istruzione universitaria (tabella 6). In corrispondenza dei titoli di studio più bassi la quota di disabili è costantemente più elevata in tutte le classi di età, sia per i maschi che per le femmine.

Nella stessa direzione vanno anche i differenziali rilevati tra coloro che giudicano scarse

**Tabella 6 - Persone disabili di 50 anni e più per livello di istruzione, classe di età e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche), anno 2004-2005**

Livello istruzione	Classe di età				Totale
	50-64	65-74	75-84	85 e più	
<b>Maschi</b>					
Laurea e diploma	1,0	3,1	13,8	41,5	3,3
Licenza media inferiore	1,6	4,0	17,8	64,3	5,1
Licenza elementare	3,4	7,4	20,3	48,5	11,0
<b>Femmine</b>					
Laurea e diploma	0,9	5,3	16,9	54,1	4,3
Licenza media inferiore	2,0	7,1	25,3	56,8	8,1
Licenza elementare	3,5	9,9	30,6	65,7	17,8
<b>Totale</b>					
Laurea e diploma	1,0	4,1	15,1	47,9	3,7
Licenza media inferiore	1,8	5,5	21,9	59,4	6,6
Licenza elementare	3,5	8,9	27,0	60,8	15,2

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

**Tabella 7 - Persone disabili di 50 anni e più per giudizio sulle risorse economiche, classe di età e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche), anno 2004-2005**

Giudizio risorse economiche	Classe di età				Totale
	50-64	65-74	75-84	85 e più	
<b>Maschi</b>					
Ottime	2,7	3,6	15,4	37,2	5,4
Adeguate	1,3	4,5	16,1	46,5	5,7
Scarse	2,9	8,6	22,7	56,5	10,7
Assolutamente insufficienti	6,8	10,8	36,9	62,1	14,6
<b>Femmine</b>					
Ottime	1,9	3,7	28,7	69,7	10,2
Adeguate	1,7	7,1	24,0	60,9	10,7
Scarse	3,3	10,9	33,7	66,3	17,2
Assolutamente insufficienti	6,6	23,4	48,9	79,3	23,9
<b>Totale</b>					
Ottime	2,3	3,7	22,7	60,9	7,8
Adeguate	1,5	5,9	20,8	56,5	8,4
Scarse	3,2	9,9	29,8	63,2	14,5
Assolutamente insufficienti	6,7	18,0	45,1	73,3	20,0

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

o insufficienti le proprie disponibilità economiche rispetto a chi le giudica positivamente (tabella 7), nonostante l'approssimazione di questa variabile come indicatore della situazione economica. Tale variabile, infatti, si presta ad essere interpretata, oltre che come possibile causa del peggiore stato di salute, anche come conseguenza, in quanto l'insoddisfazione rispetto alla propria condizione economica potrebbe essere determinata dalle maggiori risorse economiche necessarie per far fronte ad uno stato di salute compromesso.

### 5.3.2.5 Una rappresentazione multidimensionale

Per controllare simultaneamente i diversi fattori in gioco e sintetizzare le informazioni riguardanti le diverse dimensioni della disabilità si è fatto ricorso all'analisi delle corrispondenze multiple (ACM), che ha permesso di riassumere l'interdipendenza tra le modalità dei caratteri in un numero più ridotto di fattori indipendenti (assi fattoriali). Successivamente una *cluster analysis*<sup>6</sup>, effettuata sui primi dieci assi fattoriali<sup>7</sup> dell'ACM, ha portato all'identificazione di quattro grandi gruppi omogenei<sup>8</sup> rispetto al contesto familiare in cui il disabile è inserito e alle sue principali caratteristiche (caratteristiche demografiche e socio-economiche, tipo di disabilità, presenza o meno di multi-disabilità) (tabella 8).

Il primo *cluster* raccoglie soprattutto disabili che vivono da soli o all'interno di coppie senza figli (oltre il 90% dei disabili che vivono all'interno di queste due tipologie familiari è contenuto in tale *cluster*) e che rappresentano complessivamente il 65,1% della popolazione totale dei disabili.

Il secondo *cluster* è quello dei disabili che vivono con figli celibi o nubili (costituendo così un nucleo monogenitore: oltre il 99% degli individui del *cluster* vive all'interno di famiglie monogenitore, quota pari a circa 12 volte quella media nella popolazione totale) e raccoglie il 7,3% dei disabili. Il 92% degli individui classificati in questo gruppo è costituito da donne; circa la metà (il 49,3%, quota di circa un quarto superiore a quella nella popolazione totale) vive nel Sud e Isole e il 62,2% (quota di circa un quarto superiore alla media) giudica adeguate le proprie disponibilità economiche. Per i disabili appartenenti a tale *cluster* le esigenze economiche si fanno meno pressanti in quanto, evidentemente, il sostegno economico necessario è assicurato dai membri più giovani della famiglia.

Il terzo *cluster*, contenente l'11,5% della popolazione disabile, è quello dei disabili capofamiglia, ossia dei disabili più giovani che vivono principalmente con coniuge e figli. In esso rientra oltre il 72% dei disabili d'età 50-64 anni (la cui proporzione nel *cluster* è 6,3 volte quella nella popolazione totale dei disabili) e l'82,9% dei disabili che vivono all'in-

<sup>6</sup> Il metodo utilizzato per la *cluster analysis* è quello gerarchico di Ward, che utilizza la scomposizione della devianza aggregando le unità per cui è minore l'incremento di devianza interna.

<sup>7</sup> Il numero di assi fattoriali utilizzati nella *cluster analysis* è stato scelto in base al criterio proposto da Benzecri, che considera significativi tutti i fattori il cui autovalore è superiore all'autovalore medio  $1/K$ , dove  $K$  rappresenta il numero di variabili attive.

<sup>8</sup> Un residuo pari all'1,5% del totale dei disabili non è stato classificato in nessuno dei gruppi individuati.

**Tabella 8 - Profili dei clusters dei disabili di 50 anni e più e rapporto<sup>9</sup> tra le prevalenze nel cluster e nella popolazione totale per le modalità che caratterizzano i clusters**

<b>Cluster 1 – Disabili che vivono soli o in coppie senza figli (65,1%)</b>											
Sottogruppo 1			Sottogruppo 2			Sottogruppo 3			Cluster 2 – Disabili con figli celibi o nubili (7,3%)		
Modalità caratteristiche	Rapp.	Modalità caratteristiche	Rapp.	Modalità caratteristiche	Rapp.	Modalità caratteristiche	Rapp.	Modalità caratteristiche	Rapp.	Modalità caratteristiche	Rapp.
85 anni e più	1,42	75-84 anni	1,14	65-74 anni	1,33	Femmina	1,34	50-64 anni	6,30	Membro isolato	6,69
Persona sola	1,53	Persona sola	1,40	75-84 anni	1,20	Sud e isole	1,26	Maschio	1,82	Altra tipologia familiare con isolati	5,79
Coppia senza figli senza isolati	1,24	Coppia senza figli senza isolati	1,49	Nord	1,10	Risorse economiche adeguate	1,23	Sud e isole	1,21	85 anni e più	1,67
Appartenente al nucleo familiare	1,17	Appartenente al nucleo familiare	1,17	Persona sola	1,55	Monogenitore	11,79	Diploma e senza isolati	11,83	Femmina istr. universitaria	1,22
Più di due disabilità	4,36	Due disabilità	3,01	Coppia senza figli senza isolati	1,47	Appartenente al nucleo familiare	1,17	Licenza media inferiore	1,96	Diff. funzioni quotidiane	1,20
Confinato	2,02	Confinato	1,18	Appartenente al nucleo familiare	1,17	Una disabilità		Una disabilità	1,58	Confinato	1,27
Diff. funzioni quotidiane	1,51	Diff. funzioni quotidiane	1,33	Una disabilità	2,16			Diff. funzioni quotidiane	0,61	Centro	1,45
Diff. comunicazione	2,41	Diff. movimento	1,13	Confinato	0,31			Confinato	0,62	Risorse economiche adeguate	1,20
Diff. nel movimento	1,51	no diff. comunicazione	1,25	Diff. funzioni quotidiane	0,55			Coppia con figli senza isolati	7,21	Due disabilità	1,24
Assistenza privata	2,10	Assistenza privata	1,62	Diff. movimento	0,71			Appartenente al nucleo familiare	1,16	Più di due disabilità	1,30
Assistenza domiciliare	1,76			No assistenza privata	1,09			No assistenza privata	1,14		
		No assistenza domiciliare		No assistenza domiciliare	1,05			No assistenza domiciliare	1,07		
		Risorse economiche scarse		Risorse economiche scarse	1,11			Risorse economiche insufficienti	1,77		

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

<sup>9</sup> All'interno di ciascun cluster sono state inserite le modalità la cui prevalenza nel cluster è superiore di almeno il 5% rispetto alla media (prevalenza nella popolazione totale dei disabili).

terno di coppie con figli (proporzione nel cluster pari a 7,2 volte quella nella popolazione totale). Si tratta principalmente di uomini e, data anche la più giovane struttura per età, le condizioni di disabilità sono meno complesse: le quote di confinati e di coloro che presentano difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane sono pari entrambe a poco più del 60% di quelle rilevate nella popolazione totale dei disabili. Appartenendo a generazioni più recenti, i disabili in questo gruppo presentano anche un più elevato livello d'istruzione: l'11,3% è in possesso di diploma di scuola media superiore o istruzione universitaria (contro il 7,2% del complesso dei disabili) e il 47,7% presenta almeno la licenza media inferiore (contro il 23,9%). Il 13,4%, circa il 77% in più rispetto alla media, dichiara che le risorse economiche di cui dispone sono assolutamente insufficienti.

I disabili del *cluster* sono, infatti, persone in età attiva con figli ancora giovani, che potrebbero non essere adeguatamente inseriti nel mondo del lavoro: questa condizione, la presenza di figli e lo stato di salute che richiede spesso spese ulteriori influiscono negativamente sul bilancio familiare attribuendo a questo *cluster* la maggiore insoddisfazione per la situazione economica della famiglia.

Il quarto *cluster*, costituito dal 14,7% della popolazione disabile totale, è quello dei membri isolati. In esso rientra, infatti, la quasi totalità (98,5%) dei membri isolati (che costituiscono il 99,4% della popolazione del cluster, quota circa 7 volte superiore a quella media nella popolazione disabile totale). Si tratta di individui molto anziani multi-disabili che, non essendo più autosufficienti, vengono accolti all'interno di un altro nucleo familiare, generalmente quello di un figlio/a o di un fratello/sorella. L'84,1% degli individui del *cluster* è costituito da donne e il 44,7% ha più di 85 anni (quota pari a 1,7 volte quella media). Il 57,9% (il 27% in più rispetto alla media) è confinato nella propria abitazione e il 77,5% (il 20% in più rispetto alla media) presenta difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane. Circa il 60% dei disabili del *cluster*, il 20% in più rispetto alla media, giudica adeguate le risorse economiche di cui dispone: anche in questo caso i disabili possono contare sul sostegno economico degli altri membri della famiglia.

Tra i quattro *cluster*, il primo (dei disabili che vivono soli o con il coniuge) che è stato descritto brevemente presenta al suo interno, data la sua grande numerosità, una maggiore eterogeneità riguardo alle caratteristiche dei disabili, tanto che è possibile suddividerlo in tre ulteriori sottogruppi distinti principalmente sulla base della severità delle condizioni di salute dei disabili.

Il primo sottogruppo è relativo ai disabili più gravi e contiene il 15,5% del totale della popolazione disabile totale. Si tratta principalmente dei disabili molto anziani (oltre l'80% ha più di 75 anni e il 38,1% ha più di 85 anni) che normalmente presentano più di due disabilità (oltre il 99%). Il 91,9% (oltre 2 volte la media rilevata nella popolazione totale dei disabili) è confinato nella propria abitazione; il 97,6% (1,5 volte la media) presenta difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane; oltre la metà sono disabili della comunicazione (quota più che doppia rispetto alla media). I disabili classificati in questo sottogruppo sono quelli che ricorrono maggiormente all'assistenza privata (vi fa ricorso il 28,5%, pari a 2,1 volte la media nella popolazione disabile totale) e all'assistenza domiciliare offerta dai Comuni e/o dalle Asl (il 17,9%, pari a 1,8 volte la media nella popolazione totale dei disabili), nonostante che, anche in questo caso, il ricorso a tali servizi

riguardi una quota molto bassa del potenziale fabbisogno.

Il secondo sottogruppo contiene il 20,1% del totale dei disabili. Si tratta di individui anch'essi con forti limitazioni di autonomia, ma mediamente più giovani del sottogruppo precedente: il 49,6% ha età 75-84 anni. Le condizioni dei disabili appartenenti a tale *cluster* continuano ad essere critiche: il 98,1% presenta due tipi di disabilità, il 53,5% è confinato nella propria abitazione, l'86,2% ha difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane. Anche questo gruppo di disabili ricorre più frequentemente all'assistenza esterna: più precisamente il 21,9% di essi (quota pari a 1,6 volte la media nella popolazione totale dei disabili) ricorre all'assistenza privata, mentre non si discosta significativamente dalla media la quota di coloro che ricorrono ai servizi offerti dai Comuni o dalle Asl.

Il terzo sottogruppo raccoglie il 29,5% dei disabili, i quali presentano una struttura per età più giovane rispetto ai due sottogruppi precedenti e un quadro di disabilità meno grave. Il 96,6% dei disabili del gruppo presenta una sola disabilità; il 14% è confinato nella propria abitazione (quota pari a un terzo di quella rilevata nella popolazione disabile totale); il 35,7% ha difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane (quota pari al 55% di quella rilevata nella popolazione totale); il 35,6% presenta difficoltà di movimento (più bassa della media di 29 punti percentuali); la percentuale dei disabili della comunicazione non si discosta significativamente dalla media.

### **5.3.3 Aumentano i disabili e diminuisce la disabilità**

La forte espansione in termini assoluti e relativi della popolazione anziana e l'aumento di oltre 200.000 disabili tra gli ultracinquantenni, che si è determinato dal 1994 al 2004, si associa ad una sostanziale stabilità della prevalenza della disabilità nella popolazione ultracinquantenne e ad una riduzione del rischio di disabilità a parità di età coerentemente a quanto già evidenziato in altri paesi (Freedman et al., 2002; Peres e Barberger-Gateau, 2001). Tale riduzione emerge da un confronto tra le prevalenze specifiche della disabilità rilevate nelle tre indagini Istat sulla salute del 1994, del 1999-2000 e del 2004. Un andamento decrescente è ben evidente negli uomini: nel 1994 l'8,3% degli ultracinquantenni è disabile, contro il 7,7% nel 1999-2000 e il 7,3% nel 2004 (tabella 9). Nelle donne l'invecchiamento è stato maggiore e la prevalenza della disabilità si mantiene pressoché costante: nel 1994 il 13,0% delle ultracinquantenni è disabile, contro il 13,6% nel 1999-2000 e il 13,2% nel 2004.

Considerando specificamente le diverse classi di età, per i giovani (50-64 e 65-74 anni), sia per gli uomini che per le donne, è individuabile, per la disabilità in generale e per tutti i tipi di disabilità, una sensibile contrazione della quota dei disabili dal 1994 al 1999-2000 e infine al 2004.

Nella classe di età 75-84 anni la prevalenza diminuisce notevolmente dal 1994 al 1999-2000, per poi subire negli anni successivi una leggera ripresa negli uomini e un calo molto più contenuto rispetto al precedente nelle donne. Il forte calo iniziale della prevalenza è interpretabile con un particolare effetto della struttura per età all'interno di questa grande classe in cui il gioco della diversa numerosità delle generazioni ha comportato un netto ringiovanimento della classe tra il 1994 e il 1999-2000 (la generazione del 1915-19, numericamente esigua essendo nata durante gli anni della Prima Guerra Mondiale, che

**Tabella 9 - Persone disabili di 50 anni e più per tipo di disabilità, classe di età, genere e anno di rilevazione dell'indagine (per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso)**

	Maschi			Femmine			Totale		
	1994	1999-00	2004	1994	1999-00	2004	1994	1999-00	2004
<b>Disabilità</b>									
50-64	3,0	2,4	2,0	3,4	3,4	2,3	3,2	3,0	2,2
65-74	9,0	7,9	5,9	11,5	10,2	8,8	10,4	9,1	7,5
75-84	23,1	18,7	18,9	34,2	29,2	28,8	29,8	25,2	24,9
85 e più	51,8	48,0	50,4	60,1	61,5	63,7	57,4	57,3	59,6
<b>Totale</b>	<b>8,3</b>	<b>7,7</b>	<b>7,3</b>	<b>13,0</b>	<b>13,6</b>	<b>13,2</b>	<b>10,9</b>	<b>10,9</b>	<b>10,6</b>
<b>Confinamento</b>									
50-64	0,8	0,7	0,7	1,2	1,3	0,9	1,0	1,1	0,8
65-74	3,2	2,4	2,2	4,1	4,1	3,5	3,7	3,3	2,9
75-84	9,1	8,1	7,4	14,2	13,4	13,1	12,2	11,4	10,9
85 e più	29,0	25,4	25,4	29,8	34,9	37,4	29,6	31,9	33,6
<b>Totale</b>	<b>3,2</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>5,3</b>	<b>6,4</b>	<b>6,3</b>	<b>4,3</b>	<b>4,9</b>	<b>4,8</b>
<b>Movimento</b>									
50-64	1,2	1,1	0,8	1,7	1,7	1,3	1,5	1,4	1,1
65-74	4,0	3,9	2,7	6,2	5,4	4,8	5,3	4,8	3,8
75-84	11,0	8,0	9,7	16,5	14,6	15,6	14,3	12,1	13,3
85 e più	25,4	24,0	22,3	30,4	29,6	29,4	28,8	27,8	27,2
<b>Totale</b>	<b>3,8</b>	<b>3,6</b>	<b>3,5</b>	<b>6,5</b>	<b>6,8</b>	<b>6,9</b>	<b>5,3</b>	<b>5,4</b>	<b>5,3</b>
<b>Funzioni</b>									
50-64	1,7	1,0	0,9	1,3	1,3	1,1	1,5	1,2	1,0
65-74	5,4	3,9	3,6	5,4	5,0	4,3	5,4	4,5	4,0
75-84	16,4	11,5	12,3	23,3	18,7	18,3	20,6	15,9	15,9
85 e più	41,6	36,1	37,5	50,0	49,0	52,8	47,3	45,0	48,1
<b>Totale</b>	<b>5,5</b>	<b>4,4</b>	<b>4,7</b>	<b>8,0</b>	<b>8,5</b>	<b>8,6</b>	<b>6,9</b>	<b>6,6</b>	<b>6,8</b>
<b>Comunicazione</b>									
50-64	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,7	0,5
65-74	1,9	1,9	1,2	1,9	1,5	1,6	1,9	1,6	1,4
75-84	4,8	5,1	4,0	5,4	5,9	4,9	5,2	5,6	4,6
85 e più	18,0	14,5	14,7	13,3	16,0	16,7	14,8	15,6	16,1
<b>Totale</b>	<b>1,9</b>	<b>2,1</b>	<b>1,7</b>	<b>2,3</b>	<b>2,8</b>	<b>2,7</b>	<b>2,1</b>	<b>2,5</b>	<b>2,3</b>

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

nel 1994 costituisce la quota più giovane 75-79 anni della classe, si trova circa cinque anni dopo a costituire la quota più anziana 80-84 anni della classe), accentuando la diminuzione della prevalenza, che ha interessato entrambe le sottoclassi 75-79 e 80-84 anni. Sempre come un effetto della variazione della struttura per età può essere interpretato il lieve aumento della disabilità registrato nella classe di età in esame tra i maschi nel 2004 (18,9% contro il 18,7% del 1999-2000), dato che in entrambe le sottoclassi 75-79 e 80-

84 anni è rilevabile una riduzione delle prevalenze nel passare dal 1999 al 2004 (la struttura della classe 75-84 anni nel 1999 è molto più giovane anche di quella del 2004). Entrando più nello specifico dei diversi tipi di disabilità, sia nei maschi che nelle femmine di età 75-84 anni, nel passare dal 1999 al 2004 le difficoltà di movimento tendono ad aumentare soprattutto nella sottoclasse 80-84 anni, mentre tutti gli altri tipi di disabilità si riducono determinando il calo della disabilità complessiva in tale classe.

Nella classe di età aperta, che considera i molto anziani, l'invecchiamento della classe, al variare del periodo di riferimento, determina un incremento delle prevalenze.

#### **5.3.4 Conclusioni**

Il processo di invecchiamento della popolazione ha comportato, e probabilmente comporterà anche nel futuro, un aumento del numero dei disabili, nonostante la tendenza alla contrazione negli ultimi dieci anni dei rischi di disabilità a parità di età e la riduzione dell'incidenza del numero di anni trascorsi in condizioni di disabilità e di dipendenza fisica sul totale degli anni vissuti.

Anche dal punto di vista delle strutture familiari in cui vive il disabile emerge un'area di crescente fragilità rappresentata dai disabili che vivono soli, in sensibile aumento, o che vivono all'interno di coppie senza figli, dove spesso entrambi i coniugi sono anziani, e non di rado sono entrambi disabili. Dall'analisi è emerso come i disabili soli, o che vivono col coniuge, presentino molto frequentemente forti limitazioni di autonomia in condizioni di multi-disabilità e confinamento. Anche in questi casi di relativo isolamento del disabile all'interno di strutture familiari non necessariamente in grado di assicurare il supporto indispensabile, il ricorso all'assistenza esterna (pubblica o privata) è molto limitato: è dunque difficile immaginare quali soluzioni organizzative a livello micro vengano adottate per far fronte ai molteplici problemi provocati dalla mancanza di autonomia. C'è da dire, comunque, che l'indagine sulle condizioni di salute della popolazione, utilizzata in questo studio, non consente di costruire la rete familiare all'interno della quale il disabile è inserito, ma solo la parte rappresentata dalla famiglia convivente. È possibile che, anche in mancanza di coabitazione, il disabile, o la coppia di disabili anziani, siano in effetti parte di una più ampia rete che ne assicura il soddisfacimento dei bisogni fondamentali.

La bassa percentuale di disabili ultracinquantenni che ricorrono all'assistenza domiciliare offerta dal Comune e/o dalla Asl oppure all'assistenza privata può essere indice di una mancata integrazione tra le fonti di supporto. Inoltre la quota di disabili over 50 usufruenti dell'assistenza pubblica è legata alla capienza dei fondi assistenziali: un raddoppio dell'attuale livello di copertura porterebbe teoricamente la percentuale di disabili ultracinquantenni che ricevono ausili pubblici a circa il 20%.

I risultati della *cluster analysis* mettono in evidenza l'esistenza di differenti tipologie di bisogno per la soddisfazione delle quali si necessiterebbe dell'attuazione di una politica di assistenza non univoca capace di dare risposte su più fronti.

La disabilità ha caratteristiche di genere: la maggior diffusione del fenomeno tra le donne implica l'esigenza di applicare politiche sanitarie *ad hoc* per esse.

La disabilità è inoltre legata alle caratteristiche socio-economiche e in particolare al livel-

lo di istruzione; ciò sottolinea l'importanza non solo della cura e dell'assistenza delle persone con disabilità ma anche degli interventi di prevenzione indiretti.

In conclusione si può affermare che la disabilità sia un fenomeno difficile da definire in tutte le sue dimensioni. Nel presente contributo ci siamo concentrati sulla definizione di disabilità utilizzata dall'Istat, costruita sulla base del massimo grado di difficoltà rilevata in una scala a più dimensioni; sarebbe necessario, per uno studio più approfondito del fenomeno e al fine di programmare degli interventi sanitari pubblici, identificare la relazione fra disabilità, in quanto limitazione, e non autosufficienza (parziale o totale), e quindi fra questa e i costi di tutela.

### Riferimenti bibliografici

- Di Bari M, Inzitari M et al. (2004). *World aging: compression of mortality, of morbidity, and of disability*. *G Gerontol*; 52:438-445.
- Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF (2002). *Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review*. *JAMA* 288:3137-46.
- Fries JF (1980). *Aging, natural death, and the compression of morbidity*. *N Engl J Med* 303:130-5.
- Fries JF (2003). *Measuring and monitoring success in compressing morbidity*. *Annals of Internal Medicine* 139:455-459.
- Istat (2007). *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari anno 2005*. Nota per la stampa.
- Istat (2002). *Le condizioni di salute della popolazione, Indagine Multiscopo sulle famiglie 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari' anno 1999-2000*, Informazioni n. 12-2002.
- Istat (1994). *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, Indagine Multiscopo sulle famiglie.
- Istat (2005). *L'integrazione sociale delle persone con disabilità anno 2004*, Statistiche in breve.
- Michel JP e Robine JM (2005). *Una nuova teoria generale dell'invecchiamento demografico*, Quaderni europei del nuovo welfare, Quaderno n. 2/005.
- Peres K, Barberger-Gateau B (2001). *Evolution de l'incapacité entre 75 et 84 ans*, *Gerontol Soc*, 98, pp. 49-64.

## 5.4 - La formazione ECM: inquadramento contestuale e definizione di un modello di analisi della qualità degli organizzatori

Bellet I.<sup>1</sup>, Lapenna N.<sup>1</sup>

### 5.4.1 Introduzione

Il presente articolo è suddiviso in due sezioni in parte distinte. Nella prima si realizza una panoramica della formazione ECM da un punto di vista normativo, considerandone l'*ex-cursus* storico e le caratteristiche principali; nella seconda si vuole pervenire alla identificazione di alcuni elementi chiave da monitorare nella gestione degli eventi ECM.

Il legame funzionale tra le due sezioni deriva dalla necessità di contestualizzare alcune esigenze e di giustificare, in tal modo, la validità delle variabili chiave successivamente identificate.

### 5.4.2 La formazione ECM: dalla nascita alla regionalizzazione

L'introduzione del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) risponde innanzitutto all'esigenza deontologica di tutte le professioni sanitarie di un aggiornamento continuo per adeguare le proprie conoscenze al progresso clinico e scientifico.

Negli Stati Uniti d'America, grazie all'iniziativa dell'American Medical Association (AMA), già nel 1906 si ispezionavano 160 scuole di medicina, classificandole in tre livelli. Successivamente nel 1923 l'AMA dettò i principi e gli standard del *training* in ambito medico. L'onere della formazione continua nasce quindi come iniziativa delle società scientifiche. Successivamente è stato riconosciuto l'interesse pubblico della formazione continua per i medici a partire dal 1956. Nel mondo anglosassone si conserva questo *imprinting* iniziale, tanto che anche in Gran Bretagna sono i Royal College of Medicine delle varie specialità cliniche ad accreditare gli eventi.

<sup>1</sup> Partner Sidera srl.

Le origini normative in Italia risalgono al D.Lgs. 229/99<sup>2</sup> che all'art. 16 introduce il concetto di Formazione Continua<sup>3</sup>, scisso nelle sue componenti di aggiornamento professionale e formazione permanente.

Fin dall'origine la formazione ECM presenta alcuni requisiti sostanziali:

1. essa deve realizzarsi principalmente in programmi finalizzati ad obiettivi prioritari definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale;
2. consiste in attività come la partecipazione a convegni, corsi e seminari organizzati sia da istituzioni pubbliche che private accreditate;
3. si prevede un sistema di incentivi e sanzioni per la partecipazione alle attività formative ECM.

In merito al primo punto, la definizione degli **obiettivi formativi nazionali** verrà poi formalizzata con l'accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001. Tali obiettivi saranno poi oggetto di un acceso dibattito, ma permangono a tutt'oggi gli stessi.

Il punto 2 sancisce, tra l'altro, la possibilità di accesso al sistema di erogazione di formazione ECM anche da parte dei soggetti privati, benché a questi sia richiesta una procedura di accreditamento che ne attesti i requisiti formativi.

Al terzo punto, invece, è dedicato l'intero comma 4 dell'art. 16. In esso si stabilisce che la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in ambito sanitario. Esso prevede anche la definizione, all'interno dei contratti collettivi nazionali di lavoro, di specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non consegua il minimo numero di crediti formativi.

La formazione ECM diventa, così, requisito indispensabile per lo svolgimento dell'attività professionale. A fronte, però, di una chiara definizione iniziale, l'attuazione di un vero meccanismo sanzionatorio ha fatto fatica ad affermarsi. Le cause sono da ricondursi a elementi diversi, tra cui la disomogeneità di offerta formativa, particolarmente concentrata sui medici, alla insufficiente offerta da parte dei soggetti pubblici, al sistema di controllo adottato. Si è realizzata, nei fatti, una situazione per cui il meccanismo sanzionatorio si può intendere più come obiettivo da raggiungere che come requisito di partenza.

<sup>2</sup> Ai sensi del presente decreto, la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

<sup>3</sup> La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La formazione continua di cui al comma 1 è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'art. 16-ter.

È importante però che il legislatore abbia definito l'importanza della formazione ECM, non più solo come atto volontaristico e deontologico, ma anche quale processo continuo e obbligatorio per la realizzazione della propria attività.

L'intento del legislatore era da un lato quello di mettere a punto un sistema moderno e in linea con le tendenze internazionali, dall'altro di coinvolgere i vari soggetti istituzionali (ministero della Salute, Regioni e Province autonome) nella creazione di un sistema della formazione che avesse standard qualitativi elevati e che garantisse un aggiornamento professionale al passo con i tempi.

Le iniziali perplessità da parte degli operatori sanitari, che hanno percepito il cambiamento più come un appesantimento che come un'opportunità di miglioramento professionale, sono state gradualmente sostituite da una sostanziale accettazione. Questo si desume sia dalla nostra esperienza diretta, ove è percepibile il "valore aggiunto" connesso all'erogazione dei crediti ECM, sia dal numero di eventi accreditati e di partecipanti che è tendenzialmente crescente nel tempo.

La valutazione complessiva non può peraltro prescindere dalla considerazione che il sistema ECM presenta ancora lacune sul versante organizzativo sia interno che esterno. Sul fronte interno, ad esempio, non si è ancora realizzato l'accredimento diretto degli eventi da parte dei provider e c'è una forte disomogeneità nella realizzazione dei sistemi ECM regionali. Sintomatica di questa situazione è la reiterata proroga della fase "sperimentale". Sul fronte esterno vi è un panorama variegato di fornitori di formazione, i cosiddetti "provider". Nell'uso comune si definiscono "provider" coloro che sono solo "organizzatori di eventi formativi". Nel prosieguo si accetterà l'accezione comune del termine, intendendo come provider gli organizzatori. Il panorama è variegato per diversi motivi. Innanzitutto per la natura giuridica dei provider, che possono essere soggetti pubblici o privati; poi per le origini e le competenze espresse. Alcuni provider nascono come agenzie di logistica e hanno acquisito l'accredimento ECM anche come strumento per continuare a operare nell'ambito del turismo congressuale; altre invece sono società scientifiche, espressione di un particolare gruppo e specialità; altri invece sono organismi pubblici, come Aziende ospedaliere e Università; un gruppo più ristretto è costituito invece da società di formazione e consulenza, nate appositamente per la realizzazione di attività formative ECM.

Nella fase iniziale perfino alcune aziende farmaceutiche hanno acquisito il loro riferimento ECM, che è rimasto per molte del tutto inutilizzato. Ovviamente l'accredimento diretto da parte dell'azienda farmaceutica di un evento ECM ravvisa un palese conflitto di interesse.

La disomogeneità dei provider si è tradotta in interessi diversi, organizzazioni diverse, processi diversi.

I soggetti pubblici, ad esempio, sono meno condizionati dalle logiche dei potenziali sponsor privati, ma allo stesso tempo sono anche meno appetibili perché consentono una mera sponsorizzazione passiva del programma formativo, perché sono meno *customer oriented* nei confronti degli sponsor rispetto alle strutture private, cosa peraltro giustificata dalla loro missione principale che è quella della cura delle persone.

Le agenzie di logistica, sul loro fronte, hanno ben presenti le problematiche organizzati-

ve e sono molto orientate al cliente/sponsor. D'altro canto il know how tecnico e scientifico è un elemento aggiunto, innestato in un contesto già esistente e strutturato per fare altro.

Le società private di formazione e consulenza sono sicuramente *customer oriented* nei confronti del cliente/sponsor e vedono nell'attività formativa il loro *core business*. Esse devono però conciliare gli interessi di un potenziale sponsor con quelli di una formazione imparziale e con i requisiti di eticità e correttezza della formazione ECM. Esse interagiscono anche con gli organi istituzionali al cui controllo, peraltro, sono soggette. A questa particolare categoria di soggetti è dedicata la seconda sezione del presente articolo. Le suddette criticità devono intendersi, a nostro avviso, solo come un sintomo di un sistema in crescita, la cui esistenza e utilità sono per noi indubbe.

Per meglio comprendere lo stato dell'arte, si procederà nel seguito all'analisi dei passaggi legislativi più rilevanti che hanno caratterizzato il sistema ECM negli ultimi anni, seguito da una breve disamina della normativa e dei contesti regionali.

#### **5.4.3 Normativa ECM nazionale**

La normativa ECM è costituita fondamentalmente dal D.Lgs. 229/99 e dagli accordi sanciti in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni succedutisi dal 2001 al 2007. Le Regioni legiferano in tema di formazione continua perché essa rientra nel quadro della "tutela della salute" per la quale godono di una potestà legislativa concorrente con lo Stato.

La Commissione nazionale ECM nominata dal Ministro della salute e dallo stesso presieduta definisce con programmazione pluriennale:

- gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici;
- i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo;
- gli indirizzi per l'organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative;
- i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e verifica della sussistenza dei requisiti stessi.

Le Regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali, provvedono alla:

- programmazione e organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua;
- elaborazione degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale;
- accreditamento dei progetti di formazione di rilievo regionale;
- predisposizione di una relazione annuale sulle attività formative svolte, trasmessa alla Commissione nazionale, anche al fine di garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua.

Il sistema ECM è partito con una prima fase sperimentale nel gennaio 2002 fino al 2006, durante la quale si è avviato l'accreditamento sperimentale regionale e/o nazionale dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative residenziali, a distanza, nonché

formazione sul campo. A seguito dell'Accordo Stato-Regioni del 14 dicembre 2006 la fase sperimentale è stata prorogata per altri sei mesi, e poi fino al dicembre 2007.

Gli accordi Stato-Regioni, Province autonome del 13/03/2003 e del 20/05/2004 sostanzialmente confermano quanto stabilito nel precedente accordo del 2001. In particolare, l'accordo del 20/05/2004 indica la necessità di stabilire congiuntamente i requisiti per l'accreditamento dei provider, di promuovere la sperimentazione di modalità efficaci di formazione che includano la formazione a distanza, la formazione sul campo e le diverse possibilità di formazione mista. Per le Regioni che abbiano deciso di procedere ad una propria attività di accreditamento, raccomanda l'elaborazione degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale. Agli operatori sanitari dipendenti o convenzionati direttamente o indirettamente con il Servizio sanitario nazionale richiede di soddisfare il proprio debito formativo annuale, attraverso attività che abbiano come obiettivi formativi quelli di specifico interesse per la Regione nella quale operano, in misura determinata dalla stessa Regione. Tutto ciò per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, nel rispetto delle peculiarità organizzative locali. Stabilisce, infine, che i crediti maturati dai singoli professionisti nell'ambito di iniziative di formazione continua accreditate dalle singole Regioni siano riconosciuti su tutto il territorio nazionale.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 punta sull'Educazione Continua in Medicina come strumento per garantire il mantenimento della competenza professionale degli operatori. E ciò nell'ottica della responsabilizzazione di tutte le categorie sanitarie non solo verso l'auto arricchimento e valorizzazione della propria professionalità, ma anche e soprattutto nei riguardi dell'intera collettività.

L'accordo Stato-Regioni del 23/03/2005 recepisce gli indirizzi programmatici del piano sanitario 2003-2005 indicando la necessità dell'adozione di un "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007" che garantisca:

- la ridefinizione degli obiettivi formativi;
- la fissazione delle tipologie delle attività formative;
- le modalità per l'accreditamento dei provider e le modalità della tenuta dell'albo nazionale dei provider;
- la definizione di un organico intervento formativo nazionale;
- i criteri per l'attribuzione dei crediti;
- l'armonizzazione delle regole già previste nei precedenti accordi;
- il ruolo delle società scientifiche;
- la definizione delle problematiche relative alla contribuzione alle spese da parte degli organizzatori di eventi.

In realtà, però, nei due accordi successivi, quelli del 16/03/2006 e 14/12/2006, si rinvia la predisposizione del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario, confermando quindi l'accordo del 2001 relativamente agli obiettivi formativi, alle modalità di accreditamento degli eventi formativi e alle sperimentazioni in corso.

#### **5.4.4 Struttura del sistema ECM nazionale**

Il sistema ECM nazionale funziona secondo il seguente modello semplificato:

- registrazione dei provider, organizzatori di eventi formativi (enti pubblici o privati), che

abbiano tra le proprie finalità la formazione del personale sanitario e che abbiano svolto nei tre anni precedenti alla richiesta di registrazione attività formativa;

- accreditamento e validazione dei singoli eventi formativi;
- assegnazione dell'evento ai *referee* per la valutazione e proposta del numero di crediti;
- accettazione dei crediti e pagamento tasse;
- erogazione del corso e assegnazione dei crediti ECM;
- invio reportistica sui partecipanti, *customer satisfaction* e test.

Per quanto attiene alla determinazione del numero di crediti, il processo prevede l'assegnazione dell'evento a tre *referee* distinti, scelti in base alla professione e alle discipline a cui è rivolto l'evento. Ciascun *referee* esprime una propria valutazione in base a una griglia di riferimento. La media del punteggio espresso da ciascuno determina il numero di crediti proposti.

La griglia di valutazione degli eventi privilegia quelli che hanno: parte pratica prevalente alla parte teorica; prova scritta anziché questionario; numero di partecipanti inferiore a 20. In quest'ultimo caso, infatti, il numero di crediti è maggiorato del 25% rispetto a quello risultante dalla media aritmetica. Al contrario, vi è una penalizzazione del 25% quando il numero di partecipanti è superiore a 99. In sostanza, il sistema registra gli organizzatori di eventi formativi e provvede all'assegnazione dei crediti. Il passaggio da meri "organizzatori" a veri e propri "provider" consisterà, tra l'altro, nella possibilità da parte degli stessi di attribuire direttamente il numero di crediti. Questo passaggio, peraltro già previsto nella Circolare del Ministro della Salute del 5 marzo 2002, non è stato ancora attuato a livello nazionale.

L'accREDITAMENTO dei provider può considerarsi un deciso passo in avanti della cultura della formazione. La delega ai singoli provider dell'attribuzione dei crediti passa attraverso non solo la rigida valutazione del possesso dei requisiti per erogare formazione, ma anche e soprattutto attraverso l'individuazione degli strumenti per la verifica della qualità dell'offerta formativa e della correttezza dei comportamenti. È proprio su quest'ultimo versante che il sistema ECM risulta essere più in ritardo.

#### **5.4.5 L'ECM nelle Regioni italiane**

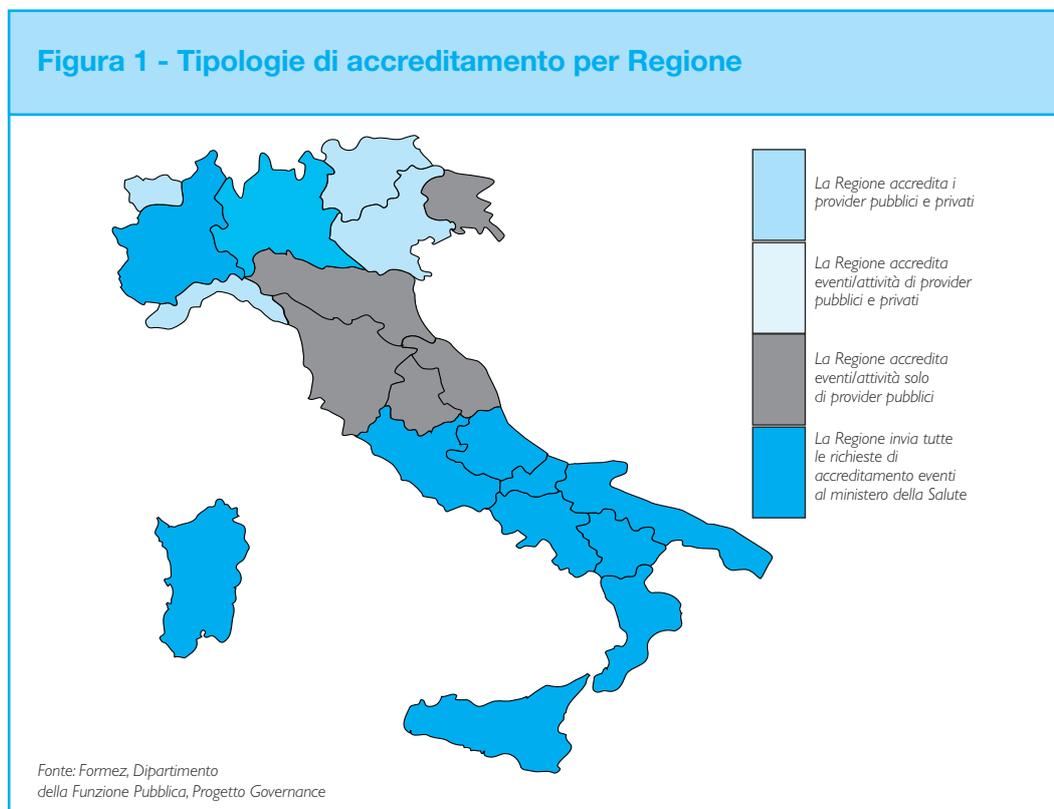
Il panorama dell'accREDITAMENTO regionale è quanto mai variegato. Nonostante le Regioni siano state fin da subito coinvolte nel processo di creazione e gestione del sistema ECM, queste hanno poi adottato politiche differenti, oppure sono rimaste sostanzialmente ferme.

L'accREDITAMENTO regionale ha raggiunto diversi livelli di sviluppo nelle Regioni italiane. In particolare si può tracciare la seguente mappa (figura 1), inerente alla tipologia di provider ammessi nelle diverse Regioni<sup>4</sup>.

Le Regioni hanno cominciato a implementare propri sistemi di Educazione Continua in Medicina, ognuna con caratteristiche e connotazioni specifiche. Molte di esse sono deci-

<sup>4</sup> Estratto da "La Formazione Continua nelle Regioni e nelle Aziende Sanitarie" – Formez, Dipartimento della Funzione Pubblica, Progetto Governance.

Figura 1 - Tipologie di accreditamento per Regione



samente in ritardo o perché non hanno per nulla affrontato la tematica o perché hanno soltanto approvato linee programmatiche di sviluppo del sistema a livello puramente teorico. Si osserva che la decisione di non consentire alle strutture private l'accesso al sistema di offerta formativo ECM sembra in disaccordo con il D.Lgs. 299/99. Infatti, esso prevedeva esplicitamente la possibilità di accesso dei privati, benché questa fosse subordinata al possesso di determinati requisiti oggettivi per l'accredimento. Si analizzano nel seguito le diverse realtà regionali.

#### 5.4.5.1 Emilia Romagna

La Regione Emilia Romagna istituisce con DGR N. 1072 del 17.06.02 la Commissione Regionale ECM, composta da esperti con funzione di supporto tecnico, e la Consulta regionale per l'ECM, composta da rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali. Attribuisce alle Aziende sanitarie, sulla base degli obiettivi formativi nazionali e regionali e delle analisi dei bisogni formativi, l'elaborazione, in forma singola o associata, di un Piano formativo annuale da trasmettere alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione. Il sistema attuale accredita le strutture pubbliche regionali e nazionali, gli altri enti e organizzazioni possono eventualmente concordare progetti ed eventi da far presentare agli enti accreditati dall'Emilia Romagna, così come gli enti accreditati possono collaborare con altri enti, anche non accreditati, per la presentazione di progetti ed eventi.

Con DGR n. 1217 del 28.06.04 la Regione riconosce come organizzatore di eventi formativi anche l'Agenda Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente dell'Emilia Romagna (ARPAER) e attribuisce all'Agenda Sanitaria Regionale le funzioni di segreteria tecnica della Commissione e della Consulta, nonché quelle di raccordo e coordinamento funzionale con gli Uffici Formazione delle Aziende Sanitarie della Regione. Viene accreditata la formazione residenziale e sul campo.

#### **5.4.5.2 Friuli Venezia Giulia**

La Regione Friuli Venezia Giulia, con delibera n. 1091 del 17/04/2003, ha istituito il proprio sistema ECM considerando provvisoriamente autorizzati come organizzatori di attività formative le Università degli Studi, le Aziende per i Servizi Sanitari e le Aziende Ospedaliere, gli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico, il Centro Regionale di Formazione per l'Area della Medicina Generale, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Tre Venezie, l'Agenda Regionale della Sanità e l'Agenda Regionale Protezione Ambientale, gli altri Istituti scientifici del Servizio Sanitario Regionale, gli Ordini, i Collegi e le Associazioni professionali. Viene accreditata la formazione residenziale e la formazione sul campo.

Gli organizzatori provvisoriamente autorizzati vengono accreditati secondo i seguenti criteri:

- i soggetti fornitori che sono già accreditati dalla Commissione Nazionale ECM e operano presso sedi regionali usufruiscono della registrazione d'ufficio;
- i soggetti che non sono accreditati dalla Commissione nazionale ECM devono compilare una scheda di adesione al programma ECM e una scheda informativa da inoltrare alla Commissione Regionale che valuta in merito all'opportunità della registrazione.

Requisiti richiesti:

- documentazione che garantisca la capacità organizzativa della struttura;
- una relazione sull'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni.

Non sono ammessi i soggetti privati.

#### **5.4.5.3 Lazio**

La Regione Lazio dal 2003 ha creato Asclepion, una società consortile alla quale partecipano le 16 Aziende del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, oltre all'Agenda Sviluppo Lazio. Asclepion è nata per rispondere all'esigenza di coordinare le iniziative e i programmi delle singole aziende regionali in tema di Educazione Continua con l'obiettivo di ridurre i costi della formazione, coordinare le proposte formative con le linee programmatiche del Piano Sanitario Regionale e gli orientamenti della Commissione Regionale per l'ECM.

Non è segnalata nessuna iniziativa riguardante l'accreditamento di altri provider da parte della Regione.

#### **5.4.5.4 Liguria**

La Regione Liguria, con le DGR n. 102 del 13/02/2004 e n. 963 del 10/09/2004, ha stabilito le regole generali del sistema ECM regionale e ha nominato i componenti della Consulta per la Formazione Sanitaria Regionale, all'interno della quale sono presenti sia

i rappresentanti di tutte le professioni sia i rappresentanti delle Aziende Sanitarie Regionali e la Commissione Regionale ECM, all'interno della quale sono presenti vari professionisti della sanità esperti in formazione. L'attuale fase di svolgimento del programma ECM viene considerata propedeutica alla fase a regime. La DGR n. 146 dell'11/02/2005 ha definito l'assetto organizzativo e funzionale del sistema regionale ECM e istituito l'elenco regionale dei soggetti accreditati come provider regionali, per l'organizzazione di eventi formativi in ECM.

Nella stessa delibera sono stati approvati gli obiettivi formativi regionali per gli anni 2005 e 2006. Con la DGR n. 1071 dell'11/10/2006 si è dato avvio alla sperimentazione preliminare per l'introduzione delle modalità formative a distanza (attualmente sospesa). Con la DGR n. 263/2007 si è emanato il bando per la presentazione delle domande per l'iscrizione nell'elenco dei provider regionali accreditati per l'organizzazione di eventi formativi residenziali ECM, fase propedeutica. Con il Decreto Dirigenziale n. 605 del 26/03/2007 è stato approvato il prospetto dei requisiti richiesti per l'accredimento come provider regionale ECM e i relativi modelli per la presentazione della documentazione.

I soggetti ammessi sono i seguenti:

- per i provider già autorizzati alla sperimentazione nazionale residenziale è previsto l'accredimento automatico;
- i soggetti pubblici in possesso dei requisiti richiesti per l'accredimento a livello nazionale;
- i soggetti privati collegati a soggetti pubblici che siano in possesso dei requisiti richiesti per l'accredimento a livello nazionale.

Per soggetti pubblici si intendono ASL, AO, IRCCS, Facoltà di area scientifica. In ogni caso, i soggetti che chiedono l'accredimento devono avere la finalità formativa nello statuto, avere svolto attività di formazione negli ultimi tre anni, presentare affidabilità economica finanziaria, avere adeguatezza di risorse e avere almeno una sede operativa nel territorio regionale.

#### 5.4.5.5 Lombardia

La Lombardia è l'unica Regione che ha adottato il sistema di accreditamento dei *provider* che assumono quindi l'onere dell'assegnazione dei crediti. Il "modello lombardo", come indicato nella DGR n. VII/18576 del 5/08/2004, tende a:

- semplificare il sistema in un'ottica di valorizzazione e non di sanzione dei professionisti, basandosi sul presupposto che lo sviluppo professionale continuo è una necessità del professionista, è un obbligo morale sancito dai rispettivi codici deontologici che il professionista adempie volontariamente;
- valorizzare il più possibile ai fini formativi le esperienze lavorative e l'ambito professionale nel quale quotidianamente si esercita la professione;
- avviare gradualmente un processo di valutazione delle ricadute della formazione sulle *performance* professionali e configurare nel tempo un sistema volontario di "accredimento professionale" che riconosca, valorizzi e gratifichi l'impegno di chi decide di intraprendere la strada del "monitoraggio continuo della propria professionalità" (*clinical competence*).

In questo contesto si inserisce la procedura di accreditamento che è un'azione amministrativa attraverso la quale la Regione, ente accreditatore, costituisce un elenco di soggetti istituzionali o organismi pubblici o privati con un assetto organizzativo, risorse scientifiche e tecnologiche e un piano di formazione, congruenti con obiettivi e parametri qualitativi riferiti ad attività formative progettate a favore del personale sanitario.

La Regione Lombardia accredita soggetti che dimostrino di possedere i seguenti requisiti (Decreto Direzione Generale Sanità n. 12400 del 5.8.2005):

- sede legale o stabile organizzazione in Regione Lombardia;
- capacità organizzativa (idonea sede, strumenti e attrezzature, disponibilità finanziaria, ecc.);
- competenze clinico-assistenziali, tecniche e scientifiche;
- competenze andragogiche;
- disponibilità di strutture e strumenti didattici idonei;
- affidabilità economica;
- certificazione di qualità (o dichiarazione di impegno a conseguire la certificazione della struttura entro 1 anno dalla richiesta di accreditamento).

Al pari del sistema ECM nazionale la Regione Lombardia richiede che l'aspirante provider abbia maturato tre anni di esperienza formativa antecedenti alla richiesta di accreditamento e che si doti di un piano formativo di valenza semestrale, quest'ultimo deve essere coerente con gli obiettivi formativi regionali o nazionali e soddisfare i fabbisogni formativi che lo stesso provider rileva e analizza. Viene accreditata attività formativa residenziale, a distanza e sul campo. Gli eventi formativi, inclusi nel piano formativo, possono essere erogati, oltre che in Regione Lombardia, anche sul territorio nazionale.

La DGR n. VIII/4576 del 18.4.2007 ha introdotto per i provider il pagamento di un contributo annuale di iscrizione al sistema lombardo ECM di ammontare diverso a seconda delle caratteristiche dei provider: di € 250,00 per le ASL e per i soggetti accreditati a contratto con il Servizio Sanitario Regionale erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie; di € 2000,00 per le strutture che non erogano prestazioni sanitarie.

#### **5.4.5.6 Marche**

Nella Regione Marche è l'Agenzia Sanitaria Regionale (ARS) che si occupa di coordinare e supervisionare i programmi per l'aggiornamento del personale delle Aziende Sanitarie e coordinare il sistema regionale ECM. Realizza l'analisi dei bisogni formativi e articola la proposta relativa agli obiettivi formativi di interesse regionale; predispone il sistema regionale di accreditamento dei provider e degli eventi formativi; effettua il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua e il sistema di valutazione dei risultati. Il sistema attualmente in uso, in base al documento redatto dall'ARS (su delega della Giunta Regionale del 7.02.2005), prevede l'accreditamento di tutti gli eventi e i progetti formativi, rivolti al personale sanitario dipendente e convenzionato del Servizio Sanitario Regionale, nazionale e delle strutture private accreditate, presentati dalle istituzioni pubbliche della Regione Marche, in attesa che si proceda alla fase di accreditamento dei provider pubblici e privati, e precisamente: Aziende e Zone del Servizio Sanitario Regionale; Università; Istituto zooprofilattico; Enti del sistema sanitario nazionale e regionale; Scuola di Formazione del Personale della Regione Marche.

#### **5.4.5.7 Provincia Autonoma di Bolzano**

Il Decreto del Presidente della Provincia 22.03.02 n.8 attribuisce alla Commissione Provinciale per la Formazione Continua il compito di elaborare i criteri di riconoscimento e valutazione delle esperienze formative. La Provincia Autonoma di Bolzano accredita la formazione residenziale, sul campo e a distanza. L'accreditamento degli eventi formativi è delegato agli Ordini e Collegi professionali; viceversa per le categorie professionali non rappresentate da Ordini e Collegi professionali la Commissione individua esperti per il riconoscimento e la valutazione degli eventi formativi o in mancanza di idonee professionalità, procede direttamente. Dal 1 gennaio 2007 l'accreditamento degli eventi formativi residenziali avviene completamente per via informatica. I requisiti per l'accreditamento dei promotori di formazione sono in fase di elaborazione. Per ottenere l'accreditamento di singoli eventi l'organizzatore deve effettuare la registrazione al sistema. Per la formazione a distanza è prevista la compilazione di un modulo da spedire via posta o via e-mail con firma digitale. Non esiste il vincolo della residenza dell'organizzatore nell'ambito del territorio provinciale.

#### **5.4.5.8 Provincia Autonoma di Trento**

La Deliberazione della Giunta Provinciale n. 2847 del 29.12.2006 definisce il sistema provinciale di formazione continua. Il sistema è informatizzato e consente la registrazione degli erogatori di eventi, pubblici e privati, che abbiano la finalità formativa nel proprio statuto, si avvalgano di un Comitato scientifico con competenze anche pedagogiche, dispongano di spazi adeguati e tecnologie necessarie per l'erogazione della formazione, abbiano realizzato negli ultimi tre anni iniziative formative. Non è richiesta per gli organizzatori la sede nel territorio della provincia. Si accreditano eventi formativi residenziali e sul campo.

#### **5.4.5.9 Sardegna**

La Regione Sardegna, con Delibera n. 12/2 del 27 marzo 2007n ha attivato, a partire dal primo aprile 2007, un sistema di accreditamento dei progetti formativi aziendali, individuando come organizzatori i seguenti soggetti pubblici: le Università degli Studi di Sassari e Cagliari, le Aziende Sanitarie Locali e l'Azienda Ospedaliera "G.Brotzu", l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna, le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Cagliari e di Sassari. Per quanto riguarda il funzionamento del sistema si rimanda alle linee guida e alle procedure stabilite dal sistema ECM nazionale, del quale ricalca l'iter procedurale.

#### **5.4.5.10 Toscana**

La Regione Toscana, con delibera n. 134 del 31/1/2005, ha previsto l'avvio di un percorso sperimentale di accreditamento dei provider aperto al sistema pubblico e a quello privato. I requisiti richiesti sono comuni alle altre esperienze regionali: assetto organizzativo che garantisca la funzione di gestione economico-amministrativa e operativa e in particolare il provider deve:

- avere configurazione giuridica autonoma e democraticità dello statuto;

- presentare assenza di finalità di lucro e dell'esercizio di altre attività imprenditoriali salvo quelle necessarie per l'attività formativa;
  - prevedere l'espressa esclusione di finalità sindacale;
  - avere tra le finalità istituzionali l'attività di aggiornamento professionale e formazione permanente;
  - operare regolarmente nel campo della formazione continua degli operatori sanitari;
  - svolgere attività di formazione e informazione esclusivamente finalizzata al miglioramento dell'assistenza sanitaria e non influenzata da interessi commerciali in campo sanitario;
  - avere elevate competenze nelle metodologie e nelle tecniche per la formazione degli operatori sanitari, sui contenuti scientifici oggetto delle attività formative realizzate e anche, eventualmente, sui problemi di bioetica e aspetti giuridici;
  - avere le capacità di predisporre e rendere completamente fruibili eventi o programmi educazionali garantendo il supporto logistico, il tutoraggio, la valutazione.
- Va segnalato però che la fase sperimentale non è stata ancora avviata.

#### **5.4.5.11 Umbria**

La Regione Umbria, con Delibera n. 1746 del 11/12/2002, ha istituito il proprio sistema ECM riconoscendo accreditati come provider le Aziende sanitarie umbre, i Dipartimenti dell'Università degli Studi di Perugia, la Scuola regionale di Sanità, l'Istituto Zooprofilattico per l'Umbria e per le Marche.

I provider accreditati sono tenuti al versamento di un contributo di € 2.000,00.

Tutti gli altri soggetti pubblici o privati non compresi nell'ambito dei provider accreditati possono richiedere l'accreditamento di un evento formativo da svolgere nell'ambito del territorio regionale solo se hanno sede legale o una propria sede distaccata in Umbria. La metodologia di accreditamento è effettuata secondo le procedure indicate dalla Commissione Nazionale ECM (DGR n. 1772 del 17/11/2004).

#### **5.4.5.12 Valle D'Aosta**

La Regione Valle d'Aosta, con DGR n. 343 del 16 febbraio 2007, ha avviato un percorso sperimentale di ECM per il periodo febbraio-dicembre 2007 aperto sia al sistema pubblico che a quello privato. Il sistema è completamente informatizzato e segue il modello della registrazione dei fornitori di formazione con accreditamento dei singoli eventi formativi.

Requisiti minimi che devono possedere i fornitori sono:

- avere la finalità formativa nel proprio statuto;
- avvalersi di un comitato scientifico con competenze formative garante della progettazione delle attività formative, della verifica degli esiti e della congruenza dell'intero processo di formazione;
- garantire spazi adeguati e tecnologie necessarie per l'erogazione della formazione;
- avere già realizzato alla data di inoltro del modulo di registrazione quali fornitori di formazione un minimo di tre iniziative formative.

Viene accreditata la formazione residenziale e la formazione sul campo.

#### **5.4.5.13 Veneto**

La Regione Veneto si è dotata di un sistema ECM praticamente uguale a quello nazionale. Infatti, gli organizzatori di eventi formativi pubblici o privati, in possesso dei soliti requisiti della finalità formativa tra gli scopi statutari e dell'erogazione di formazione nei tre anni antecedenti alla richiesta, si registrano attraverso un sistema informatico e accreditano i singoli eventi. Viene accreditata la formazione residenziale e sul campo. Non è necessario che gli organizzatori abbiano stabile residenza nella Regione Veneto, mentre è indispensabile che gli eventi si svolgano sul territorio della Regione.

#### **5.4.5.14 Considerazioni sul modello regionale**

L'analisi delle diverse realtà regionali, sintetizzata nella successiva tabella, evidenzia sostanziali difformità in merito agli elementi chiave di impostazione del sistema ECM. Infatti, alcune Regioni consentono l'accreditamento solo a strutture pubbliche o a strutture private collegate a strutture pubbliche. Altre, invece, consentono l'accesso anche a soggetti di formazione di natura privata.

Altra difformità è da ravvisarsi nel ruolo che i soggetti "organizzatori" hanno. Infatti, in alcune Regioni, Lombardia in primis, gli organizzatori sono diventati veri e propri provider in grado di attribuire autonomamente i crediti agli eventi; in tal caso il ruolo della Regione è di mero controllo formale in merito alla correttezza e adeguatezza degli elementi del corso/evento e del piano formativo.

Altra differenza sostanziale è nel grado di sviluppo del sistema ECM regionale, realtà avviata in alcune Regioni, mentre è un obiettivo ancora lontano in altre. Pur con queste difformità è possibile però rilevare degli elementi comuni. Le Regioni che hanno avviato il sistema ECM hanno recepito le indicazioni di base della normativa nazionale, considerando gli obiettivi nazionali e introducendo altri obiettivi di valenza regionale. Le Regioni che non hanno ancora avviato l'ECM sembrano comunque "guardarsi attorno", alla ricerca di un modello da seguire. Infine, si ritiene che la possibilità di convogliare alla Regione una parte delle tasse pagate dai provider per gli eventi possa costituire un elemento incentivante allo sviluppo di un sistema ECM regionale compiuto. Si può avere un'idea della valenza economica dell'ECM per le Regioni analizzando i numeri degli eventi e dei progetti formativi, nonché le relative forme di sponsorizzazione.

#### **5.4.6 I numeri degli eventi formativi**

Il legislatore distingue sostanzialmente tutti gli eventi formativi in due tipologie: i progetti formativi aziendali e gli eventi formativi.

Il progetto formativo aziendale è diretto a favorire la formazione in ambito aziendale e interessa tutte le Aziende sanitarie pubbliche (Aziende sanitarie locali e ospedaliere, policlinici universitari, IRCCS e istituti di cura pubblici o equiparati) e private (case di cura e strutture sanitarie private).

Il progetto formativo aziendale è organizzato da un'azienda pubblica o privata, o da più aziende associate, per il proprio personale dipendente o convenzionato. Il personale convenzionato delle strutture pubbliche è rappresentato dai medici di medicina generale (medici di base), dai pediatri di libera scelta e dai medici che garantiscono la continuità

**Tabella 1 - Sintesi dello stato dell'accreditamento ECM nelle diverse Regioni italiane**

Regione	Normativa ECM	Organismi regionali	Attività ECM	Tipologia di provider	Tipologia di formazione accreditata	Link
<b>Abruzzo</b>	Nessuna	ASR	in studio da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionale	Nessuno	Nessuno	<a href="http://www.asrabruzzo.it">www.asrabruzzo.it</a>
<b>Basilicata</b>	DGR n. 215 del 17/02/03			Nessuno	Nessuno	<a href="http://www.basilicatanet.it">www.basilicatanet.it</a> <a href="http://www.sanitabasilicata.it">www.sanitabasilicata.it</a>
<b>Provincia autonoma di Bolzano</b>	L. Prov. 7/2001 art. 49 L. Prov. 14/2002 Del. Giunta (4220/2002) Decreto Prov. (8/2002)	Commissione ECM; Consulta delle Professioni Sanitarie	Sistema in attività	Pubblico e privato	Formazione Residenziale - FOR Formazione a Distanza - FAD Formazione Integrata - BLENDED	<a href="http://www.provincia.bz.it/sanita/2305/ecm/ecm_i.htm">http://www.provincia.bz.it/sanita/2305/ecm/ecm_i.htm</a>
<b>Calabria</b>	DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 5 ottobre 2006, n. 668 Piano di formazione e di educazione continua in medicina (E.C.M.).	Nessuna	Nessuna	Nessuno	Nessuno	
<b>Campania</b>	DGR n. 5148 del 20/10/00 DGR n. 2238 del 7/06/02 DGR n. del 629 del 14/02/03 DGR n. 4117 del 20/09/02 DGR n. 2126 del 20/06/03 DGR n. 480 del 25/03/04	Commissione Regionale ECM	Attività propedeutica	Nessuno	Nessuno	
<b>Emilia Romagna</b>	DGR n. 1072 del 17/06/02 DGR n. 1494 del 28/07/03 DGR n. 1217 del 28/06/2004 DGR n. 213 del 27/02/2006	Agenzia regionale Commissione ECM Consulta delle Professioni sanitarie	Sistema in attività	Pubblico o privato (ente del SSN)	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC Formazione a Distanza - FAD Formazione Integrata - BLENDED	<a href="http://ecm.regione.emilia-romagna.it/">http://ecm.regione.emilia-romagna.it/</a>
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	DGR n. 1091 del 17/04/03 DGR n. 1931 del 22/07/04 DGR n. 3462 del 21/12/04 DGR n. 120 del 21/01/05	Consulta delle Professioni Sanitarie Commissione Regionale ECM	Sistema in attività	Pubblico o privato (ente del SSN) con sede sul territorio	Formazione Residenziale - FOR	<a href="http://ecm.sanita.fvg.it">http://ecm.sanita.fvg.it</a>

Segue

Regione	Normativa ECM	Organismi regionali	Attività ECM	Tipologia di provider	Tipologia di formazione accreditata	Link
Lazio	Piano formativo 2007-2009 (ASP Lazio)	Commissione Regionale	Attività propedeutica	Nessuno		<a href="http://www.ascle-pion.lazio.it/index.html">http://www.ascle-pion.lazio.it/index.html</a>
Liguria	Delibera di Giunta n. 102 del 2004 Bollettino Ufficiale n. 14 del 6/04/2005 DGR n. 963 del 10/09/2004 DGR n. 146 dell'11/02/2005 DGR n. 544 dell'01/06/2006 DGR n. 925 del 2007 DGR n. 1071 dell'11/10/2006 DGR n. 263 del 16/03/2007 Decreto Dirigenziale n. 605 del 26/03/2007 DGR n.783 del 13/07/2007	Commissione Regionale per l'ECM Consulta Regionale per la Formazione in Sanità	Sistema in sperimentazione	Pubblico e privato collegato al pubblico (convenzione)	Formazione Residenziale - FOR Formazione a Distanza - FAD Formazione Integrata - BLENDED	<a href="http://www.liguriain-formasalute.it">http://www.liguriain-formasalute.it</a>
Lombardia	DGR VII/20767 del 16/02/05 DGR VII/18575 del 05/08/04 DGR VII/13792 del 2003	Commissione Regionale	Sistema in attività	Pubblico e privato	Formazione Residenziale - FOR Formazione a Distanza - FAD Formazione Integrata - BLENDED	<a href="http://www.ecm.regione.lombardia.it">www.ecm.regione.lombardia.it</a>
Marche	DGR n. 119 del 17/02/04 DGR n.119 del 13/01/04 Determina n. 182 del 01/12/04	Consulta Regionale ECM Agenzia Regionale Comitato Tecnico	Sistema in attività	Pubblico	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC	<a href="http://www.ecmmarche.it">www.ecmmarche.it</a>
Molise	DGR n.99 del 16/02/04 DGR n.11 del 12/01/05	Commissione regionale	Attività propedeutica	Nessuno	Nessuno	
Piemonte	Nessuna	Nessuna	Nessuna	Nessuno	Nessuno	
Puglia	DGR n. 2235 del 2002	Commissione regionale	Attività propedeutica	Nessuno	Nessuno	
Sardegna	Delibera N. 12/2 del 27 marzo 2007	Commissione regionale	Attività propedeutica	Pubblico	Nessuno	
Sicilia	D. Assessorile del 07/03/03	Commissione regionale	Attività propedeutica	Nessuno	Nessuno	
Toscana	D.G.R. 849/2002 D.G.R. 165/2003 Decreto n. 3501/2003 Decreto n. 6767/2003 Decreto n. 2407/2003 Decreto n. 4367/2003	Commissione regionale	Sistema in attività	Pubblico e Privato con sede legale in regione (previsto in delibera)	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC Formazione a Distanza - FAD	

Segue

**Segue : Sintesi dello stato dell'accreditamento ECM nelle diverse Regioni italiane**

Regione	Normativa ECM	Organismi regionali	Attività ECM	Tipologia di provider	Tipologia di formazione accreditata	Link
	D.G.R. 862/2003 Decreto n. 7403/2003 D.G.R. 90/2004 Decreto n. 4041/2004 D.G.R. 134/2005 Decreto n. 2614/2005 Decreto n. 4101/2005 D.G.R. 733/2005 Decreto 5136/2005 Delibera 538/2006				Formazione Integrata - BLENDED	
<b>Trento</b>	DGR n. 579 del 2002 DG n. 2426 del 2002 DG n. 3404 del 2002 DG n. 2982 del 17/12/04	Commissione ECM Consulta Regionale per la Formazione Continua in Medicina	Sistema in attività	Pubblico e privato	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC Formazione a Distanza - FAD	<a href="http://www.ecmtrento.it">www.ecmtrento.it</a> <a href="http://sanita.regione.umbria.it/ecm">http://sanita.regione.umbria.it/ecm</a> <a href="http://ecm.regione.vda.it">http://ecm.regione.vda.it</a> <a href="http://www.ecmveneto.it">www.ecmveneto.it</a>
<b>Umbria</b>	DGR n. 1321 del 2002 DGR n. 804 del 2004 DGR n. 805 del 22/03/04	Commissione Regionale per l'ECM Consulta delle Professioni	Sistema in attività	Pubblico e privato (con sede in regione)	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC Formazione a Distanza - FAD	
<b>Valle d'Aosta</b>	DGR n. 1321 del 2002 DGR n. 804 del 2004 DGR n. 805 del 22/03/04 DGR n. 2305 del 05/07/2004 DGR n. 4104 del 15/11/2004	Commissione ECM Consulta regionale per la Formazione Continua in Medicina	Sistema in attività	Pubblico e privato	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC	
<b>Veneto</b>	D.G.R. n.2684 del 7.08.06 D.G.R. n. 357 del 11.02.05 D.G.R. n. 881 del 26.03.04 D.G.R. n. 4097 del 30.12.03 D.G.R. n. 2418 del 08.08.03 D.G.R. n. 3600 del 13.12.02	Commissione ECM Consulta regionale per la Formazione Continua in Medicina Comitato Tecnico Scientifico	Sistema in attività	Pubblico e privato	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC	

assistenziale o altro personale assimilato.

Un progetto formativo aziendale diretto a più categorie è globalmente accreditato; è quindi sufficiente effettuare un'unica richiesta di attribuzione dei crediti, a differenza di quanto previsto per eventi di altra tipologia diretti a più categorie per i quali è necessario effettuare una richiesta di accreditamento per ciascuna delle categorie coinvolte.

Gli eventi formativi, invece, consistono in tutte quelle iniziative (meeting, workshop, congressi, corsi, ecc.) che producono formazione; possono essere organizzati anche da soggetti diversi da quello pubblico e possono avere durata variabile, da poche ore a diversi giorni. Gli eventi formativi devono essere accreditati di volta in volta, e per ciascuno di essi è previsto il pagamento di una tassa, proporzionale al numero di crediti attribuiti.

Dal 2002 al 2006 in Italia sono state accreditate 252.844 edizioni di eventi formativi con un totale di 19.842.098 partecipanti previsti.

In particolare, è interessante osservare la ripartizione territoriale degli eventi, in numero di edizioni e di partecipanti.

Come è possibile notare dalla tabella 2, la ripartizione dei corsi è fortemente disomogenea. Questo è vero sebbene una valutazione più approfondita dovrebbe considerare anche altri tre dati:

- i corsi accreditati in una Regione sono aperti agli operatori di tutte le Regioni;
- alcune Regioni, quali ad esempio il Lazio e la Lombardia, sono sede di congressi nazionali e/o internazionali;
- il tasso di partecipanti previsto per Regione e per dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per quella Regione.

**Tabella 2 - Tabella riassuntiva**

Anno	Edizioni accreditate	Partecipanti previsti
2002	22.803	1.779.589
2003	54.849	4.306.987
2004	64.113	5.792.073
2005	59.917	5.269.021
2006 <sup>5</sup>	51.162	2.694.428
<b>TOTALE</b>	<b>252.844</b>	<b>19.842.098</b>

Fonte: dati presentati al Convegno "La Formazione Continua nelle Regioni e nelle Aziende Sanitarie"

#### 5.4.6.1 I numeri dei progetti formativi aziendali

Dal 2002 al primo semestre del 2006 in Italia sono state accreditate 78.250 edizioni di Progetti Formativi Aziendali con un totale di 2.664.998 partecipanti previsti.

Questo dato conferma una forte disparità nell'organizzazione della formazione tra le varie Regioni. Sono capofila in questa classifica il Piemonte e la Lombardia, anche per il numero di Aziende sanitarie presenti. Sarebbe altresì interessante correlare il numero di progetti al numero di personale delle Aziende sanitarie presenti.

#### 5.4.7 Le fonti di finanziamento

La formazione ECM è stata finanziata, finora, innanzitutto (27%) da sponsor commercia-

<sup>5</sup> Dati al 27 novembre 2006.

**Tabella 3 - Tabella riassuntiva**

Anno	Edizioni accreditate	Partecipanti previsti
2002	9.509	370.741
2003	17.462	701.455
2004	20.745	790.423
2005	19.074	605.673
2006	11.460	196.706
<b>TOTALE</b>	<b>78.250</b>	<b>2.664.998</b>

Fonte: dati presentati al Convegno "La Formazione Continua nelle Regioni e nelle Aziende Sanitarie"

li, cioè aziende farmaceutiche e aziende produttrici di biomedicali.

La quota di finanziamento mediante versamento diretto delle quote di iscrizione andrebbe ulteriormente distinta a seconda della tipologia di operatore sanitario. Infatti, i medici assistono in genere ad una iper offerta, mentre gli altri operatori devono ricorrere maggiormente all'autofinanziamento.

La quota di eventi con finanziamento misto si può ragionevolmente ritenere che comprenda ancora una quota rilevante di finanziamento da parte di sponsor commerciali.

#### **5.4.8 Un modello di valutazione dei Provider ECM privati**

##### **Il conflitto di interesse**

I provider privati sono soggetti di natura privata che erogano formazione accreditata ECM. Dal punto di vista degli sponsor questi sono fornitori di servizi. Infatti, il codice deontologico di Farmindustria, anche nella sua versione più recente, prevede che le riunioni scientifiche a livello locale e i corsi di aggiornamento siano sponsorizzabili dalle aziende farmaceutiche *sub conditio* che vi sia stato l'accREDITAMENTO ECM. A questa norma deontologica si affiancano vantaggi di tipo fiscale (es. deducibilità dell'IVA) nel caso in cui l'evento sia accreditato per tematiche afferenti al farmaco, mentre una condizione di sostanziale svantaggio vi è per gli eventi cosiddetti extra-farmaco, non accreditati ECM.

Le condizioni fiscali e deontologiche vanno quindi a rafforzare la realizzazione di una formazione accreditata ECM.

Immediatamente conseguente è il dibattito in merito al conflitto di interesse potenziale che si può instaurare tra l'azienda, interessata a far conoscere il proprio prodotto, e i relatori coinvolti nell'iniziativa.

Il dibattito, di non facile soluzione, è molto vivo. Vi sono posizioni più intransigenti per le quali l'intero budget delle aziende private dovrebbe essere allocato in seno alle Aziende sanitarie o a organismi regionali i quali sarebbero, a loro volta, gli unici gestori. Altre posizioni ammettono il coinvolgimento dei capitali privati a condizione di "appurare" l'assenza di conflitto di interesse.

È interessante, al riguardo, notare che una possibile definizione di conflitto di interesse è quella data dalla Federazione delle Società Medico-Scientifiche italiane nel 2004: il con-

**Tabella 4 - Fonti di finanziamento**

Tipologia di finanziatore	Edizioni accreditate	%
Eventi con 100 % sponsor commerciali (farmaceutiche, biomedicali, ...)	68.804	27%
Eventi con 100 % sponsor non commerciali	7.964	3%
Eventi con 100 % quote di iscrizione	64.849	26%
Eventi 100 % autofinanziati	28.255	11%
Eventi con fonti di finanziamento miste	82.972	33%
<b>TOTALE</b>	<b>252.844</b>	

Fonte: dati presentati al Convegno "La Formazione Continua nelle Regioni e nelle Aziende Sanitarie"

flitto di interessi è quella condizione in cui un professionista occupa due ruoli differenti contemporaneamente, con possibilità di interferenza di un ruolo sull'altro<sup>6</sup>. In questa definizione manca però un orizzonte temporale di riferimento, poiché sembrerebbe che le condizioni interferenti debbano essere contemporanee. Secondo alcuni autori sussiste un conflitto di interesse ogni volta che il professionista abbia intrattenuto negli ultimi 18 mesi rapporti finanziari diretti e/o indiretti con aziende produttrici di beni e/o servizi del mondo sanitario, quando svolgano il ruolo di componente del comitato scientifico, di docente, di direttore scientifico o referente.

Il conflitto di interesse è potenzialmente pericoloso quando porta a una informazione fuorviata o non oggettiva. La semplice condizione di aver intrattenuto rapporti economici diretti e/o indiretti non ci sembra, di per sé, elemento necessario e sufficiente per dedurre una informazione errata. Sarebbe poi da valutare se la semplice prescrizione di un farmaco non costituisca, per sua natura, una forma di rapporto economico con l'azienda produttrice.

Altro elemento di valutazione è che, soprattutto nel caso di farmaci innovativi, solo i professionisti coinvolti nella ricerca possono realmente divulgare i contenuti scientifici. In base alla teoria precedente, però, tali professionisti andrebbero esclusi dall'attività divulgativa. Con questo non si vuol dire che il conflitto di interesse non esista, ma solo che non vale l'equazione rapporto economico-informazione fuorviata. D'altro canto è giusto, e ci sembra anche responsabilità del *provider*, tutelare gli aspetti di oggettività e corretta informazione, evitando quelle connotazioni esclusivamente pubblicitarie che non afferiscono ai contenuti scientifici. In tal senso è da intendersi l'utilizzo del nome del principio attivo e non del nome commerciale del farmaco; così come il divieto al personale dell'azienda sponsor di intervenire direttamente al dibattito in aula. Si inquadra in questa linea, peraltro, anche il divieto esposto dalla Commissione Nazionale ECM di organizzazione diretta degli eventi. Infatti, in sede di validazione, ogni *provider* si assume la respon-

<sup>6</sup> Vedasi al riguardo G. Perilli, *Autodiagnosi organizzativa di un Provider ECM, al capitolo Sostegno economico esterno, IlSole24Ore Sanità, Milano, 2007.*

sabilità di sapere che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in occasione della seduta del 28 febbraio 2006 ha ribadito che: “Non è consentito all’industria farmaceutica organizzare eventi (ai quali non debbono direttamente partecipare) né determinare gli argomenti, i relatori e le modalità con cui si svolge l’attività formativa sponsorizzata dalla stessa industria. L’industria farmaceutica può, invece, svolgere il suo ruolo di sponsor in modo trasparente e pubblicizzato”.

Il ruolo del *provider*, quindi, è anche quello di garante della oggettività dei contenuti scientifici.

Fatto salvo, quindi, il dovere delle aziende di non intervenire nella organizzazione dell’evento e definizione dei contenuti scientifici, è a maggior ragione necessario che queste vengano tutelate nel momento in cui sponsorizzano un evento. Infatti, è anche interesse dello *sponsor* far sì che l’iniziativa abbia una riuscita ottimale e che la gestione complessiva dell’evento sia fatta nel modo migliore possibile. Non sembra, pertanto, contrario alla norma l’intento di definire un flusso informativo che possa dare allo *sponsor* percezione della qualità dell’evento e del servizio effettuato dal *provider*. Se l’azienda, infatti, non deve intervenire nella parte scientifica, è pur vero che essa deve essere tutelata da un punto di vista amministrativo e organizzativo.

Nel seguito si vuole, pertanto, identificare una serie di variabili chiave, tradotte in informazioni, che dovrebbero essere oggetto di monitoraggio da parte dello *sponsor* e che dovrebbero servire a una migliore selezione di *provider* privati qualificati.

#### **La definizione del programma scientifico**

Il primo compito del *provider* è quello di definire il programma scientifico, assunto il quale può partire la ricerca degli *sponsor*.

La definizione del programma scientifico è oltremodo importante e ad essa dovrebbe sottendere una serie di analisi dei fabbisogni e altre azioni descritte ampiamente nei testi di progettazione della formazione. Il punto che ci interessa sottolineare è che il *provider* può influenzare l’ottimale riuscita di un evento, quindi la migliore allocazione dei *budget* degli *sponsor*, proponendo programmi innovativi e validi da un punto di vista didattico.

Ad esempio, la tendenza attuale è quella di non realizzare convegni dai contenuti solo ed esclusivamente clinici. I medici e le altre figure sanitarie sono chiamati sempre più a funzioni di tipo manageriale e amministrativo. Pertanto, è opportuno affiancare ai contenuti clinici anche elementi innovativi, che riguardino questi aspetti diversi.

La validità del progetto formativo andrebbe monitorata realizzando una analisi di *customer satisfaction*, anche a campione per tipologia di eventi, in grado di monitorare alcuni elementi chiave come:

- giudizio complessivo sull’evento;
- valutazione dell’aspetto didattico e dell’aspetto logistico/organizzativo;
- rilevazione dei fabbisogni formativi.

L’analisi di *customer satisfaction* dovrebbe considerare anche alcuni elementi indiretti come il numero di partecipanti presenti sul numero di partecipanti accreditati. Maggiore è questo rapporto, più elevata si può ritenere la capacità di attrazione dell’evento. In ogni caso, questo è anche un indicatore del corretto dimensionamento dei servizi e della efficacia di diffusione dell’informazione sul territorio.

### **L'accreditamento dell'evento**

Una volta definito il programma scientifico, il *provider* deve provvedere all'accreditamento dell'evento. Esso è da ritenersi direttamente responsabile sia del programma che della procedura di accreditamento, quindi l'onere di rispondere a eventuali non conformità deve risiedere in capo al provider stesso.

Un indicatore dell'efficacia e della validità dell'accreditamento non è, come generalmente si crede, il numero di crediti ottenuti. Infatti, questi dipendono da alcuni elementi anche oggettivi che sono stati esposti in precedenza, sui quali il *provider* così come i *referee* hanno una possibilità di azione limitata.

In tal senso riteniamo che un indicatore di efficacia dell'accreditamento sia piuttosto l'aver ottenuto i crediti entro il giorno dell'evento.

Un contratto di sponsorizzazione dovrebbe considerare questo elemento prevedendo delle apposite penali nel caso i crediti non siano erogabili entro il giorno di erogazione/chiusura del progetto formativo.

Erogare i crediti "in tempo" presuppone infatti:

- un corretto inserimento (requisiti di validità formale);
- un'esauriente costruzione e descrizione del progetto formativo (requisiti di validità didattica);
- una corretta gestione del processo di accreditamento, rispondendo esaurientemente alle eventuali non conformità, procedendo in tempo al pagamento delle tasse ECM, sollecitando, quando opportuno, la valutazione dei *referee* (requisiti di validità organizzativa e gestionale).

### **La reportistica ECM**

Benché tecnicamente faccia parte del processo di accreditamento, un elemento di particolare importanza è la redazione e l'inserimento della reportistica ECM, così come richiesto dal ministero della Salute. Questo passaggio di "chiusura" dell'evento è di fondamentale importanza poiché se non avviene entro 90 giorni dalla data dell'evento o dal momento di conferimento dei crediti da parte dei *referee*, l'evento viene annullato. In termini sostanziali, quindi, è come se esso non fosse mai avvenuto.

Recentemente il progetto di creazione di una anagrafe informatizzata dei crediti formativi ha fatto emergere il problema della reportistica ECM in modo importante. Infatti, si sono riscontrati diversi errori formali e sostanziali nei report inviati al ministero. Errori formali come:

- numero di partecipanti rapportati superiore al numero di partecipanti previsto;
- professioni definite dall'utente;
- file corrotto o inadeguato;

ed errori sostanziali come l'errato inserimento di dati non coerenti, incompleti o errati.

Ai provider è stato imposto dapprima il limite del 30 giugno per l'adeguamento della reportistica, successivamente prorogato al 30 settembre 2007.

Data l'importanza di un corretto inserimento del report ECM, lo sponsor deve monitorare il suo inserimento. Questo può essere fatto facilmente vincolando il pagamento dell'ultima tranche della sponsorizzazione alla presentazione di una autocertificazione in merito al corretto inserimento del rapporto ECM.

### La gestione dei relatori

La gestione dei relatori da un punto di vista didattico e scientifico rientra tra i compiti principali dei *provider* ECM. In realtà a questa attività si accompagna spesso anche la gestione amministrativa dei relatori. Questo stato di fatto è condivisibile e giustificabile, poiché si può presumere che i *provider*, proprio in quanto deputati alla gestione dei relatori, conoscano le peculiarità che disciplinano il rapporto di lavoro dipendente (fattispecie più ricorrente).

Alla luce di quanto espresso in tema di conflitto di interesse è oltremodo importante che la gestione formale e sostanziale dei relatori sia fatta nel modo migliore possibile. Sebbene taluni di questi compiti possano essere delegati a un commercialista esterno, è indispensabile che alcuni elementi base siano compresi e gestiti internamente alla struttura del *provider*. Solo in questo modo, infatti, è possibile da un lato dare le risposte appropriate e corrette ai relatori e dall'altro assicurare la gestione affidabile di tutti gli aspetti contrattuali e normativi. Questo aspetto interessa lo sponsor per diversi motivi deontologici, giuridici, fiscali e anche perché una inefficace gestione amministrativa può tradursi in una cattiva percezione dell'evento (e dello sponsor) da parte dei relatori. Naturalmente lo sponsor non può e non deve farsi carico di questa gestione, ma è opportuno che prima di avviare un contratto di sponsorizzazione con un determinato soggetto, effettui un controllo formale della modulistica adottata, esaminando le casistiche più ricorrenti. Tra queste sicuramente è opportuno valutare:

- come la modulistica gestisce il tema della richiesta di autorizzazione allo svolgimento dell'incarico per i dipendenti pubblici;
- se vi sono dei tempi massimi di pagamento garantiti;
- se vi è un termine di invio per la modulistica;
- come vengono gestiti i titolari di partita Iva e il regime previdenziale (INPS ed ENPAM);
- come viene gestita la privacy sui dati acquisiti.

La modulistica fornisce un insieme di dati poco o per nulla variabili (es. i dati anagrafici, il domicilio, ecc.) che sarebbe opportuno inserire in un database interno alla struttura del *provider*, in modo che si possa evitare di chiederli nuovamente quando lo stesso relatore parteciperà a un altro evento con lo stesso organizzatore.

### 5.4.9 Conclusioni

La formazione accreditata ECM è divenuta un elemento portante per l'aggiornamento dei medici. Pur con questioni ancora aperte, quali il conflitto di interesse, l'ECM è una realtà ormai entrata a far parte del contesto sanitario in senso lato.

Le peculiarità regionali dimostrano un andamento a velocità diverse tra i diversi contesti territoriali. Ciononostante è tracciato il cammino verso un ECM regionale di maggior peso, sotto il coordinamento e la supervisione dell'ECM nazionale.

Le disomogeneità tuttora presenti nei criteri per l'accREDITAMENTO regionale sono da intendersi come correlati alla prima fase di nascita e sviluppo. Un ruolo chiave lo hanno in questo ambito le Regioni che hanno già portato a regime, in modo sostanzialmente compiuto, il sistema ECM regionale. Si auspica che un passo successivo vada nella direzione di una maggiore omogeneità, nei criteri e nelle modalità di accREDITAMENTO, nonché

nei requisiti di accesso.

In conclusione, la valutazione dei provider è oggi un elemento chiave per l'ottimizzazione dell'investimento in formazione. Se da un lato questi possono essere validi *partner* per l'ottimale riuscita dell'evento, dall'altro è necessario monitorare alcuni aspetti del loro operato che possono impattare anche sullo sponsor, in termine di immagine o di irregolarità procedurale.

Occorre, quindi, che gli *sponsor* che investono pesantemente in formazione accreditata sviluppino al proprio interno un processo costante di monitoraggio della qualità del servizio erogato dal *provider*; un processo che deve essere validato da regole chiare e condivise, da premi correlati al raggiungimento degli obiettivi e da penali connesse a un operato inefficace o, in parte, carente. Questo processo porterebbe a una selezione tra i fornitori premiando i più efficienti e organizzati, in grado di garantire una ottimale gestione di tutti gli aspetti dell'evento. È ovvio che questo processo ha un costo aggiuntivo, per lo *sponsor* e per il *provider*, quindi mal si concilia con una gestione dei fornitori impostata solo sul prezzo. È anche vero, però, che una valutazione più allargata di costo/beneficio dimostra la convenienza a investire in qualità, evitando le ripercussioni, potenzialmente anche importanti, derivanti da un servizio di modesta qualità.

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people in business attire. They appear to be in a meeting or collaborative work environment, with some individuals gesturing or looking towards each other.

# *Capitolo 6*

## *Il settore industriale*

## 6.1 - Il settore industriale farmaceutico italiano

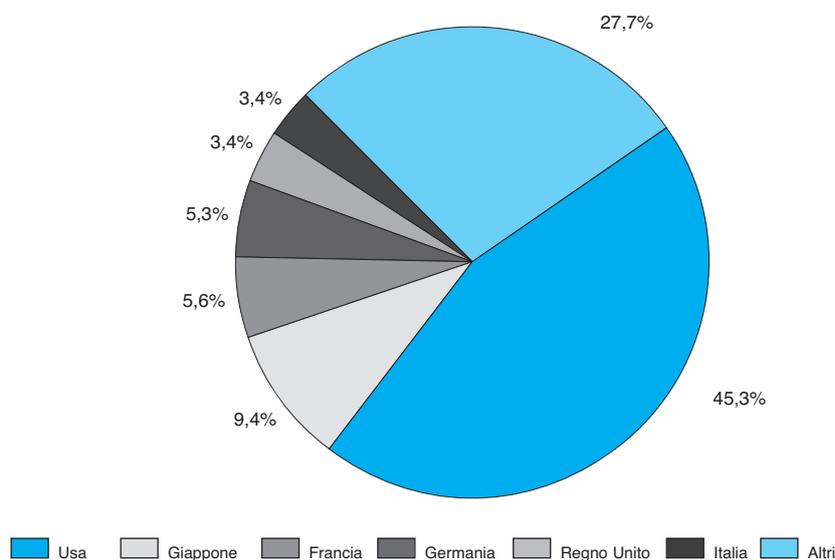
Mennini F.S.<sup>1</sup>, Ratti M.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 6.1.1 Introduzione

Il settore della salute non rappresenta esclusivamente un costo da sostenere, ma anche una opportunità per il sistema economico nel suo complesso. Partendo, infatti, dall'Health Industry Model (HIM)<sup>2</sup>, si evince che una forte domanda di beni e servizi legati alla cura della salute costituisce un'opportunità per lo sviluppo delle economie dei Paesi avanzati in termini di crescita, occupazione e competitività sui mercati internazionali.

Il presente lavoro vuole fornire elementi di conoscenza sul contributo fornito al sistema economico nazionale dal settore industriale farmaceutico in termini di valore aggiunto. In particolare, sarà evidenziato il contributo fornito dalle principali aziende farmaceutiche

Figura 1 - Quota di mercato farmaceutico mondiale, anno 2006



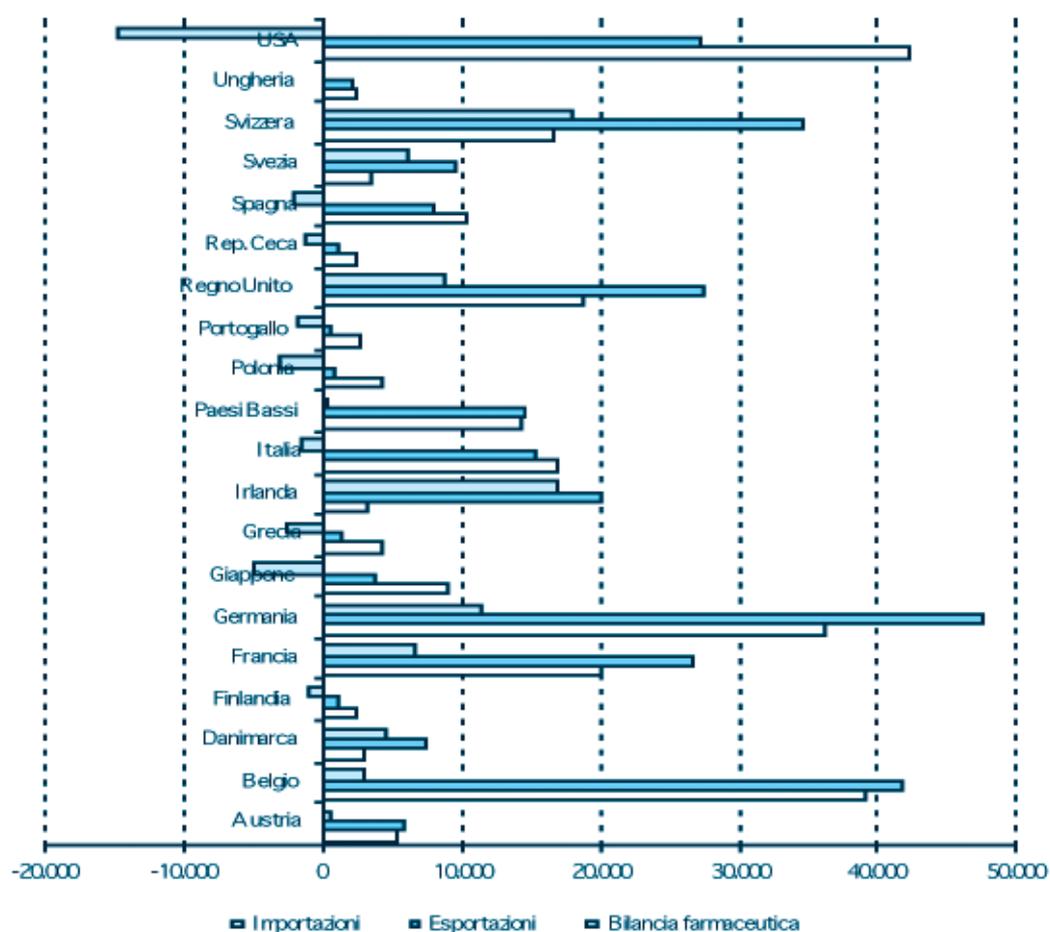
Fonte: OECD 2006

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Di Tommaso, Schweitzer 2001".

operanti sul territorio italiano (le prime 13 aziende che rappresentano il 46,57% del fatturato *ex-factory* totale 2004). L'industria farmaceutica mondiale in termine di valore (€ 482,5 mld.) è cresciuta del 7,41% rispetto al 2005 (in flessione del 3,13% rispetto all'anno precedente). L'industria farmaceutica italiana ha registrato nel 2006 un fatturato *ex-factory* totale (farmaceutica + ospedaliera) di € 16,4 mld., pari al 3,4% del mercato mondiale, attestandosi al 6° posto nel *ranking* mondiale molto vicino al Regno Unito. Gli Usa, con una spesa farmaceutica di e 218,6 mld. (45,3% del totale) si collocano al primo posto, seguiti da Giappone (€ 45,2 mld.), Francia (€ 27,1 mld.), Germania (€ 25,4 mld.) e Regno Unito (€ 16,4 mld.) (figura 1).

**Figura 2 - Importazioni, esportazioni e bilancia commerciale del settore farmaceutico mondiale, anno 2006 (mln. €)**



Nota: Usa, Svizzera, Giappone dati 2005

Fonte: Efpia, Eurostat 2007

I Paesi con la migliore bilancia commerciale sono la Svizzera (€ +17,8 mld. dato 2005), l'Irlanda (€ +16,9 mld.), la Germania (€ +11.4 mld.), il Regno Unito (€ +8,7 mld.), la Francia (€ +6,5 mld.), la Svezia (€ +6 mld.). Si determina invece un saldo negativo per l'Italia (€ -1,82 mld.), come anche per gli Usa (€ -14,9 mld. dato 2005), il Giappone (€ -5,2 mld. dato 2005), la Polonia (€ -3,3 mld.), la Spagna (€ -2,2 mld.) (figura 2).

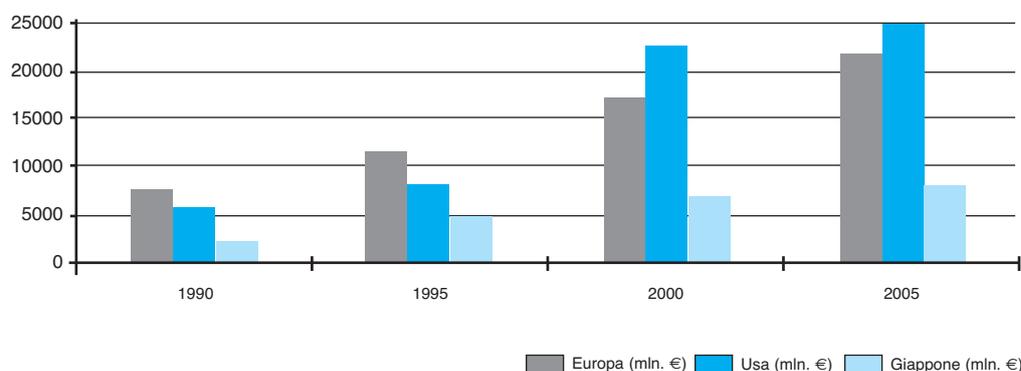
In termini di occupati l'industria farmaceutica italiana occupa, come nel 2005, il quinto posto a livello mondiale (73.700 unità), dopo Usa (282.000 unità), Giappone (203.000 unità), Germania (113.100 unità) e Francia (101.500 unità), mentre per numero di aziende occupa il quarto posto (362 unità), dopo Usa (1.268 unità), Giappone (1.062 unità) e Germania (437 unità) (tabella 1).

**Tabella 1 - Numero di aziende e occupati nel settore farmaceutico mondiale, anno 2006**

	n° Aziende	Occupati (unità)	Media occupati per azienda	Prodotto per occupato (€)
Austria	43	10.002	233	179.864
Belgio	55	28.605	520	168.222
Bulgaria		8.363		25.051
Cipro		739		107.984
Danimarca	27	16.933	627	271.245
Estonia		249		61.044
Finlandia	13	6.097	469	123.503
Francia	315,0	101.500	322	338.089
Germania	437,0	113.100	259	200.292
Giappone	1062	203.000	191	352.602
Grecia		11.350		46.256
Irlanda	48	24.000	500	631.083
Italia	362	73.700	217	301.872
Lettonia		1.813		40.265
Lituania		1.219		23.134
Malta		445		76.404
Norvegia	12	4.564	380	125.329
Paesi Bassi	65	16.200	249	349.630
Polonia	114	30.000	263	45.567
Portogallo		10.953		159.317
Regno Unito	195	68.000	349	337.279
Repubblica Ceca	54	9.442	175	79.782
Romania		9.124		31.686
Slovacchia		2.669		59.985
Slovenia		6.500		154.400
Spagna	237	39.285	166	282.907
Svezia	41	20.974	512	272.719
Svizzera	72	32.038	445	500.468
Ungheria	43,0	14.986	349	112.018
USA	1268	282.000	222	1.267.344

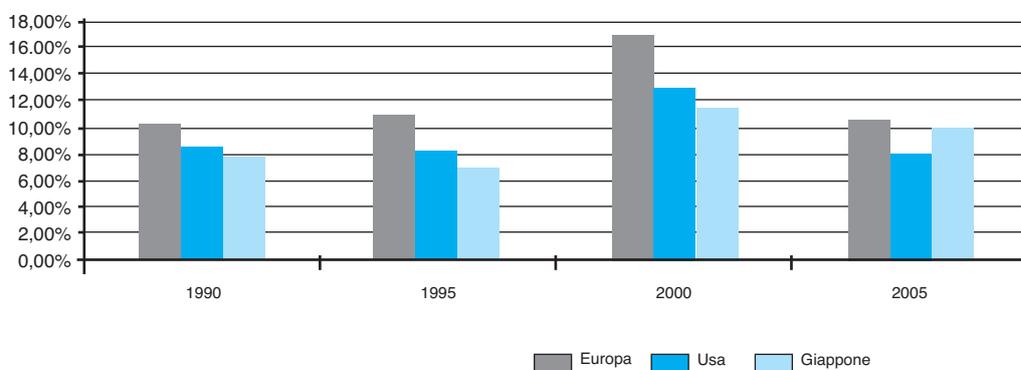
Fonte: Efpia, Eurostat, Farmindustria 2007

Figura 3 - Spesa farmaceutica in R&S, anni 1990-2005



Fonte: Associazione di categoria EFPIA 2007

Figura 4 - Quota di mercato farmaceutico assorbita dalla R&S, anni 1990-2005



Fonte: nostra elaborazione su dati Associazione di categoria EFPIA 2007

Si osserva come i Paesi con bilancia commerciale positiva siano quelli che registrano una dimensione media di impresa più alta e anche un più alto valore di occupato sulla produzione, come la Svizzera (dimensione media di 445 unità e un prodotto per occupato pari a € 500.468) e l'Irlanda (dimensione media di 500 unità e un prodotto per occupato pari a € 631.083). In termini di politica industriale sembra quindi particolarmente degno di approfondimento il legame fra dimensione media di impresa, performance e produttività del mercato.

Analizzando la spesa in R&S tra il 1990 e il 2005 (figura 3), si nota come l'industria europea, dopo una perdita di competitività, riscontrabile presumibilmente in un minor investimento in R&S rispetto agli Usa, stia ora riavvicinandosi ai valori americani: € 21,732 mld.

in Europa (+21,7% rispetto al 2000) contro € 24,895 mld. degli Usa nel 2005 (+7,67% rispetto al 2000). Se si considera la quota di mercato farmaceutico assorbita dalla R&S (figura 4), si nota come l'Europa ne reinvesta una quota maggiore per tutto il periodo esaminato (1990-2005) rispetto ad Usa e Giappone.

### 6.1.2 L'industria farmaceutica in Italia

Le aziende farmaceutiche attive in Italia nel 2006 sono 340, distribuite su gran parte del territorio (tabella 2): una prevalenza maggiore si ha in Lombardia (171 unità rappresentanti il 47,24% del totale) e nel Lazio (80 unità rappresentanti il 22,10% del totale), a distanza seguono la Toscana (27 unità) e il Piemonte (17 unità).

Gli occupati del settore farmaceutico sono 73.700 con una flessione rispetto al 2005 di 300 unità (-0,4%). Una quota rilevante degli addetti, l'8,39% (+0,24% rispetto al 2005) pari a 6.187 unità, è occupato in attività di ricerca, contro una media dell'industria nel complesso all'incirca dell'1%. La spesa in R&S nel 2006 è stata di € 1.115 mln. (figura 5), pari al 13,6% della spesa totale in R&S del settore manifatturiero e al 10,16% del settore industriale italiano.

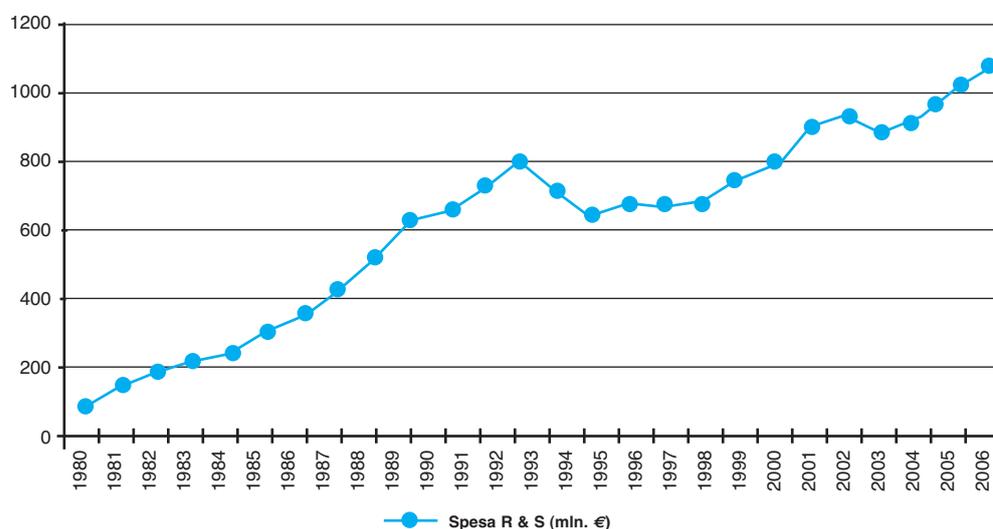
Rispetto al 2005 la spesa in ricerca è cresciuta del 4,2%, confermando il trend positivo degli ultimi anni (+21,2 % dal 2003).

**Tabella 2 - Unità locali e occupati nel settore farmaceutico italiano, anno 2006**

Regione	Totale numero unità locali	% sul totale unità locali	Totale numero centri in ricerca	% n. centri in ricerca/ n. unità locali	Totale numero occupati nel settore	% sul totale occ. nel settore	Totale numero occupati in ricerca	% occ. di ricerca/ occ. del settore
Abruzzo	6	1,66%	1	1,25%	1400	1,90%	130	9,29%
Basilicata	1	0,28%						
Calabria								
Campania	10	2,76%	1	1,25%	950	1,29%	50	5,26%
E. Romagna	12	3,31%	5	6,25%	3.500	4,75%	350	10,00%
F.V. Giulia	4	1,10%	3	3,75%	420	0,57%	20	4,76%
Lazio	80	22,10%	17	21,25%	17.500	23,74%	1.150	6,57%
Liguria	11	3,04%	3	3,75%	441	0,60%	22	4,99%
Lombardia	171	47,24%	33	41,25%	34.100	46,27%	2.745	8,05%
Marche	3	0,83%	2	2,50%	1.100	1,49%	50	4,55%
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-
Piemonte	17	4,70%	1	1,25%	2.000	2,71%	70	3,50%
Puglia	3	0,83%	-	-	357	0,48%	-	-
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	6	1,66%	3	3,75%	1.350	1,83%	150	11,11%
Toscana	27	7,46%	9	11,25%	7.200	9,77%	650	9,03%
T. Alto Adige	3	0,83%	-	-	182	0,25%	-	-
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-
Valle D'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	8	2,21%	2	2,50%	3.200	4,34%	800	25,00%
<b>Totale Italia</b>	<b>362</b>	<b>100,00%</b>	<b>80</b>	<b>100,00%</b>	<b>73.700</b>	<b>100,00%</b>	<b>6.187</b>	<b>8,39%</b>

Fonte: Farmindustria 2007

Figura 5 - Spesa per R&S in Italia, anni 1980-2006



Fonte: Farmindustria 2007

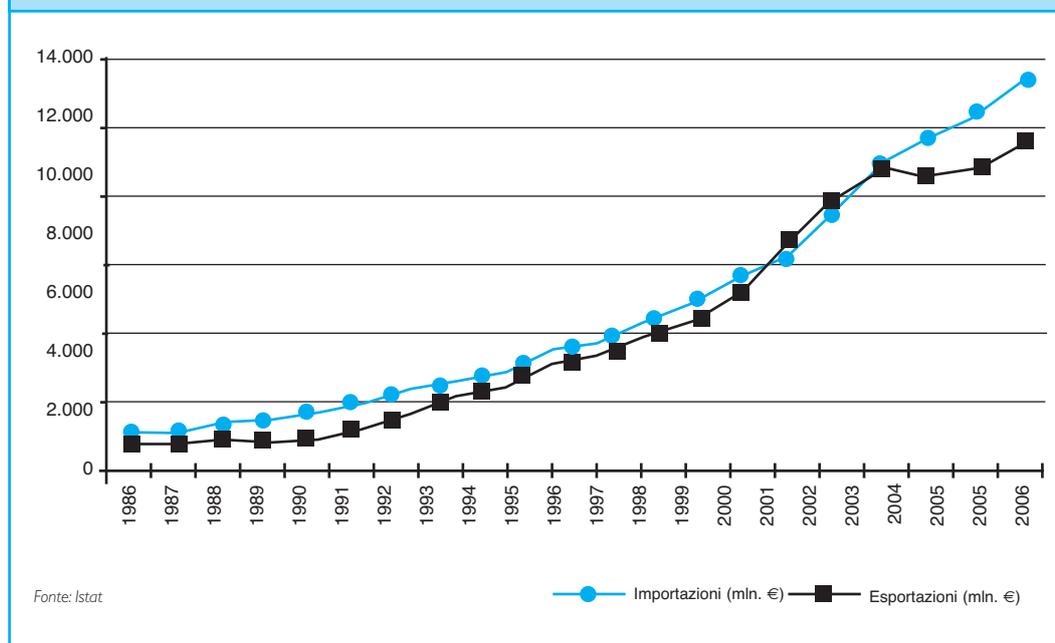
Tabella 3 - Investimenti fissi lordi in Italia, anno 2006

	Industria farmaceutica	Totale industria Italia
Investimenti fissi lordi 2006 (mln. €)	1.034	49.513
Tassi % di variazione 2006/2005	4,4%	2,1%
Investimenti per occupato 2006 (mgl €)	14,08	7,47

Fonte: Farmindustria, Istat 2007

Il contributo in investimenti fissi lordi del settore farmaceutico (tabella 3) è pari a € 1.044 mln. con un incremento rispetto al 2005 del +4,4; l'investimento per occupato è stimato in € 14.087. La bilancia commerciale complessiva del settore farmaceutico italiano (figura 6) fa registrare nel 2006 un saldo negativo di € 1,82 mld., con un peggioramento rispetto al 2005 (€ 481 mln.). Le esportazioni complessive (specialità medicinali più principi attivi) sono aumentate del 5,5% (€ 612 mln.), come anche le importazioni (8,7% pari a € 1.093 mln.). L'Italia mostra, nonostante i dati illustrati sopra, un ritardo rispetto agli altri Paesi in relazione alla quota di R&S sul fatturato e al numero di addetti in R&S. Non da ultimo poi è da sottolineare il calante impegno in R&S del settore farmaceutico italiano, soprattutto in considerazione del trend generale di recupero dell'industria europea sugli Usa (cfr. EFPIA 2005).

**Figura 6 - Bilancio commerciale del settore farmaceutico italiano (specialità medicinali + principi attivi), anni 1986-2006**



### 6.1.3 Il mercato internazionale dei farmaci generici

Un segmento di crescente interesse a livello internazionale è quello della produzione di farmaci generici; tale segmento assume connotazioni diverse se considerato in termini di valore (quota di mercato in termini di valore monetario dei farmaci generici rispetto alla totalità dei farmaci in commercio) o di volume (quantità prescritta di farmaci generici rispetto al totale prescrizioni).

Negli Usa il farmaco generico assorbe il 24,5% del valore del mercato totale farmaceutico e il 63% del volume prescrittivo totale<sup>3</sup>; simile è la situazione in Canada con il 18,1% del valore totale e il 44,5% del volume prescrittivo<sup>4</sup>; valori più contenuti rispecchiano la situazione in Giappone con il 5,2% del valore totale e il 16,8% del volume prescrittivo<sup>5</sup>; infine il mercato dei farmaci generici in Europa assume andamenti diversi sia in termini di valore (tabella 4), sia in termini di volume (tabella 5), a seconda dell'approccio politico utilizzato dai singoli Stati.

Dati recenti<sup>6</sup> (figura 7) evidenziano in Europa due situazioni di mercato dei generici contrapposte: da una parte i Paesi con un mercato maturo<sup>7</sup> (Svezia, Danimarca, Portogallo,

<sup>3</sup> Fonte: *Generic Pharmaceutical Association 2006*.

<sup>4</sup> Fonte: *Canadian Generic Pharmaceutical Association 2006*.

<sup>5</sup> Fonte: *Japan Generic Pharmaceutical Manufacturing Association, 2004*.

<sup>6</sup> Fonte: *European Generic Medicines Association, 2007*.

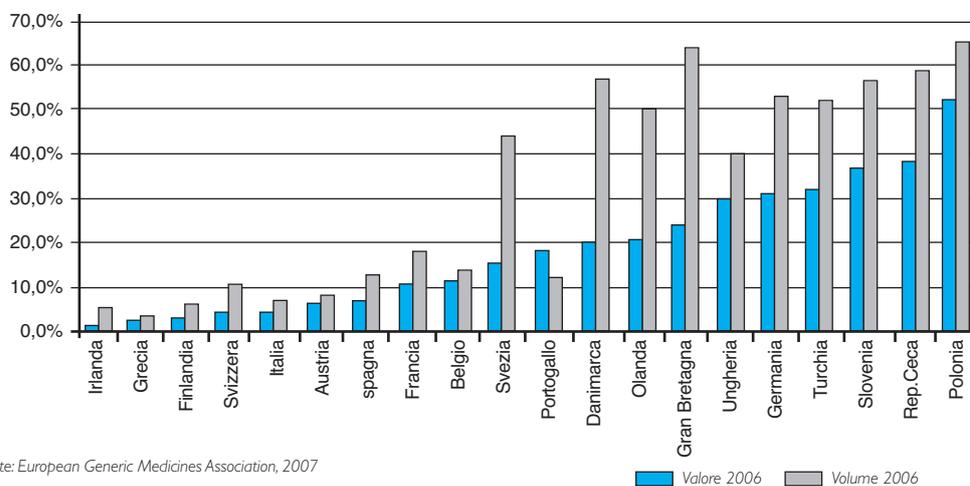
<sup>7</sup> Quota di mercato in termini di valore monetario dei farmaci generici rispetto alla totalità dei farmaci in commercio >15%.

**Tabella 4 - Valore del mercato europeo dei farmaci generici sul totale dei farmaci, anni 1994-2004**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Austria	5,5%	5,8%	5,9%	6,1%	5,8%	5,7%	5,8%	6,1%	6,5%	7,6%	8,8%
Belgio	0,8%	0,8%	0,8%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	2,2%	2,6%	3,8%	4,8%
Danimarca	39,3%	36,2%	34,2%	32,9%	31,8%	30,3%	30,1%	29,3%	29,0%	28,3%	29,7%
Francia	0,9%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	1,2%	2,2%	2,8%	3,9%	5,3%	6,6%
Gran Bretagna	8,6%	8,3%	8,9%	10,3%	10,4%	11,8%	13,8%	11,1%	13,3%	17,0%	20,1%
Italia	0,9%	0,9%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,9%	1,7%	2,2%	2,5%
Olanda	8,5%	8,9%	8,9%	9,8%	10,8%	12,0%	13,5%	14,2%	17,9%	21,9%	17,7%
Polonia	66,4%	66,8%	65,7%	62,1%	58,4%	59,2%	57,6%	57,8%	57,6%	56,9%	60,5%
Portogallo	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,8%	2,5%	6,7%	8,6%
Spagna	1,7%	1,5%	1,4%	1,3%	1,4%	1,9%	2,8%	3,6%	4,0%	4,5%	5,0%

Fonte: European Generic Medicines Association

**Figura 7 - Quota di mercato dei farmaci generici in valore e volumi in Europa, anno 2006**



Fonte: European Generic Medicines Association, 2007

Olanda, Gran Bretagna, Ungheria, Germania, Turchia, Slovenia, Rep. Ceca, Polonia); dall'altra quei Paesi che hanno un mercato ancora in via di sviluppo (Irlanda, Grecia, Finlandia, Svizzera, Italia, Austria, Spagna, Francia, Belgio).

**Tabella 5 - Volume del mercato europeo dei farmaci generici sul totale dei farmaci, anni 1994-2004**

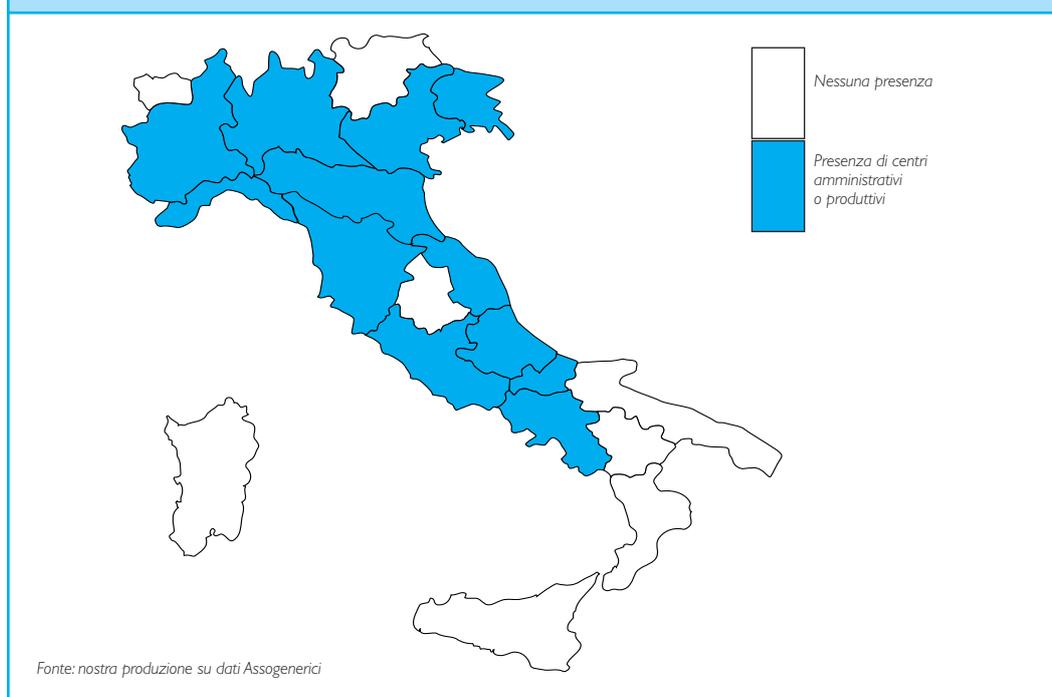
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Austria	9,2%	9,8%	10,2%	10,6%	10,7%	11,0%	11,5%	12,3%	13,1%	14,3%	15,8%
Belgio	2,2%	2,3%	2,6%	2,9%	3,1%	3,1%	3,3%	4,7%	5,7%	6,9%	8,0%
Danimarca	61,3%	58,5%	58,1%	58,4%	58,3%	59,0%	59,8%	63,3%	72,8%	66,0%	69,7%
Francia	1,8%	1,6%	1,6%	1,6%	1,7%	2,2%	3,9%	5,0%	6,7%	9,1%	10,4%
Gran Bretagna	nd	49,0%									
Italia	1,4%	1,5%	1,4%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,7%	2,8%	3,8%	4,5%
Olanda	19,9%	22,6%	25,3%	27,1%	28,9%	33,0%	34,7%	35,9%	39,9%	43,1%	44,3%
Polonia	90,8%	89,6%	88,5%	8,9%	85,0%	84,3%	83,8%	83,8%	84,0%	83,9%	84,7%
Portogallo	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	1,2%	2,3%	5,6%	7,2%
Spagna	2,0%	1,9%	1,9%	1,9%	2,0%	2,5%	3,1%	4,0%	4,9%	6,1%	8,1%

Fonte: European Generic Medicines Association

#### 6.1.4 L'industria dei farmaci generici in Italia

L'industria dei farmaci generici in Italia è rappresentata da 48 aziende<sup>8</sup> di cui il 48% è a carattere nazionale. Sono localizzate (tra centri amministrativi e produttivi) su gran parte del territorio italiano (figura 8); la Regione che ospita il maggior numero di strutture è la

**Figura 8 - Localizzazione delle strutture amministrative e produttive sul territorio italiano**

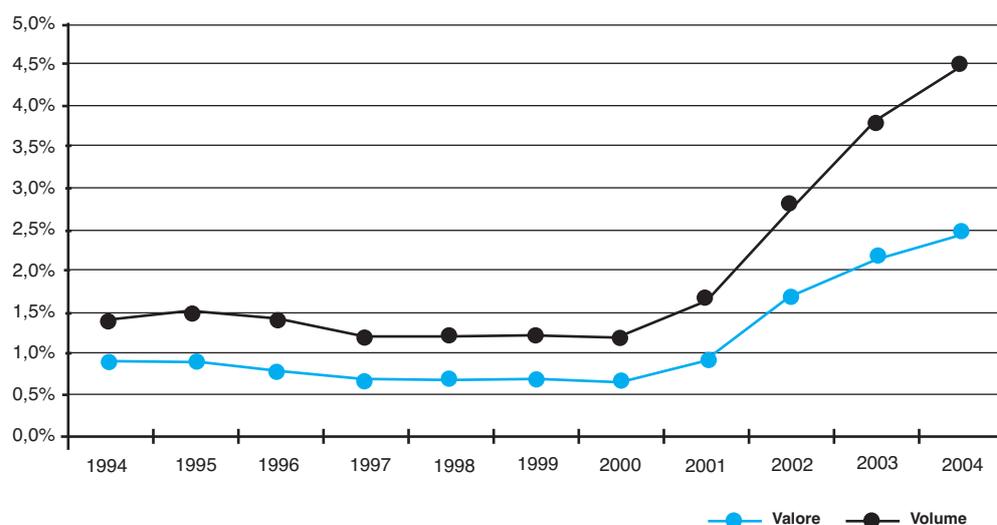


<sup>8</sup> Aziende associate Assogenerici, 2007.

Lombardia con circa il 54% del totale, seguono il Lazio con circa il 10% e il Veneto con circa l'8%.

Il numero medio di impiegati del settore industriale dei generici è stimato<sup>9</sup> intorno alle 68 unità, contro i 217 rilevati nel settore industriale farmaceutico totale<sup>10</sup>. Tale differenza è dovuta alla tipologia di prodotto offerto, che non è prevalentemente focalizzato sull'attività di ricerca e sviluppo e all'utilizzo di personale esterno all'azienda (consulenti) che non viene calcolato a pieno titolo nell'organico dell'azienda. Come delineato nel capitolo 2.4, l'Italia si trova in ritardo nella diffusione del farmaco generico rispetto a gran parte dell'Europa, perdendo tra l'altro una opportunità in termini di sviluppo industriale di questo segmento. In ogni caso le prospettive sembrano di un certo sviluppo, come attestato dal fatto che dal 1994 al 2004 in termini di valore, sul mercato totale farmaceutico italiano, si è passati da una quota di farmaci generici dello 0,9%, al 2,5% e da una quota in termini di volume di mercato prescrittivo da 1,4% a 4,5% del totale (figura 9).

**Figura 9 - Quote di mercato in valori e volumi dei farmaci generici sul totale mercato dei farmaci italiano, anni 1994-2004**



Fonte: nostra elaborazione su dati Simoens S, De Coster S, 2006

### 6.1.5 Contributo delle principali aziende farmaceutiche al sistema economico nazionale

L'analisi<sup>11</sup> effettuata ha considerato le prime 13 aziende che rappresentano il 46,57% del fatturato *ex-factory* totale 2004 nel nostro Paese e che sono dislocate su gran parte del territorio italiano. In particolare, nel 2004 (ultimo anno di osservazione) sono presenti con

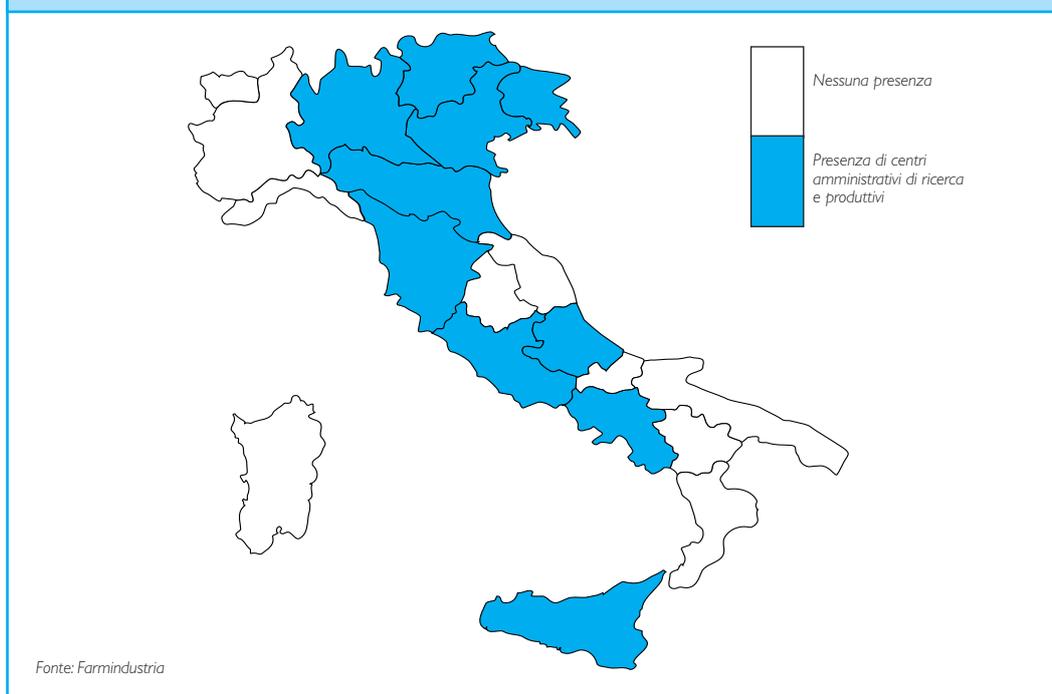
<sup>9</sup> Si riferisce alle aziende di generici associate ad Assogenerici.

<sup>10</sup> Rapporto Ceis 2007.

<sup>11</sup> I risultati di questo paragrafo sono desunti da un lavoro di ricerca supportato da GSK Italia e svolto dal CEIS Sanità.

29 centri amministrativi, 17 centri di ricerca e 20 stabilimenti produttivi (figura 10). Per ognuna delle aziende analizzate (che verranno indicate con le lettere dell'alfabeto dalla A alla O), sono state suddivise le poste di bilancio evidenziando quelle che sono espressione della capacità dell'azienda di creare ricchezza. Vengono quindi evidenziati i principali valori espressi in bilancio tra queste aziende per fatturato nel periodo che va dal 1995 al 2004<sup>12</sup>.

**Figura 10 - Distribuzione sul territorio italiano delle principali aziende farmaceutiche, anno 2004**



L'analisi dei bilanci adotta un sistema di standardizzazione dei risultati ottenuti mediante l'utilizzo di indicatori<sup>13</sup>. L'elemento principale degli indicatori è costituito dalla spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (spesa netta) sui farmaci delle rispettive aziende prese in considerazione.

Essendo di difficile quantificazione il beneficio in termini di salute, si rende necessaria l'individuazione di benefici indotti facendo riferimento alle informazioni provenienti dal bilancio. Tra questi, i principali fanno riferimento agli occupati, alle imposte e alla spesa in ricerca e sviluppo.

<sup>12</sup> Si ringrazia la dott.ssa Luisa Corrado per il prezioso aiuto fornito in ambito dell'analisi dei Bilanci Aziendali.

<sup>13</sup> Valore del personale sulla spesa netta; capacità contributiva sulla spesa netta, spesa per ricerca sulla spesa netta, utile d'esercizio sulla spesa netta e spesa per servizi su spesa netta.

La prima voce di analisi è rappresentata dal valore aggiunto, ovvero l'incremento di valore prodotto dall'azienda grazie alla sua attività.

Il valore aggiunto prodotto da ciascuna azienda farmaceutica è stato determinato attuando la riclassificazione del Conto Economico secondo il metodo del valore aggiunto.

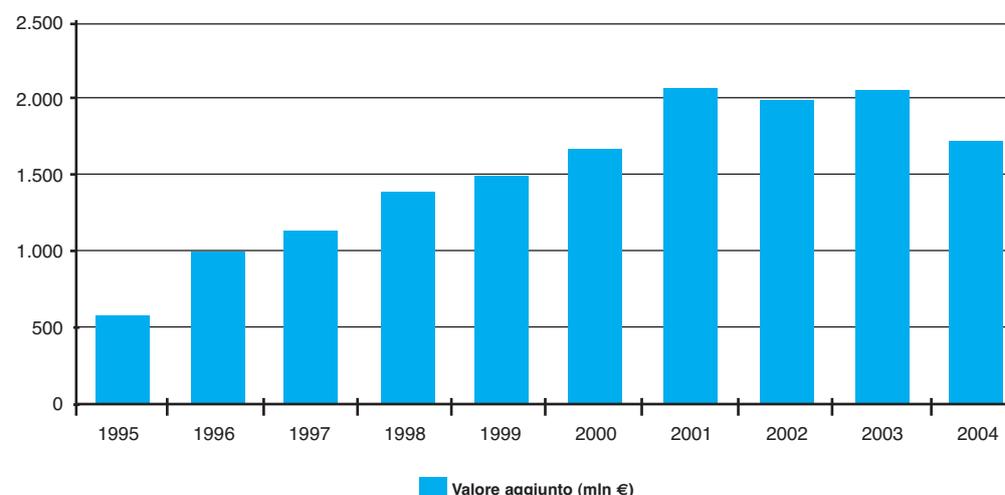
Lo schema di riclassificazione per valore aggiunto si propone di evidenziare la ricchezza effettivamente prodotta e distribuita dall'impresa tra i vari conferenti di fattori produttivi:

- i lavoratori, in forma di salari, stipendi, contributi, indennità di fine rapporto;
- lo Stato, in forma di imposte; i finanziatori, in forma di interessi;
- i finanziatori di capitale di rischio, in forma di utili distribuiti;
- l'autofinanziamento (improprio e proprio) in forma di accantonamenti nei fondi di ammortamento e nei fondi di riserva.

Questa riclassificazione del Conto Economico consente di determinare il Valore Aggiunto, il quale rappresenta il valore creato dall'azienda in sé, come combinazione di capitale e lavoro. Complessivamente le 13 aziende analizzate producono € 1.746 mln. di valore aggiunto nel 2004, un valore considerevole (valore equivalente al 14,5% della spesa farmaceutica netta pubblica 2004) anche se minore del 16% rispetto al 2003 (figura 11). Non tutte le aziende contribuiscono in eguale misura alla creazione di tale ricchezza, come evidenziato nella figura 12.

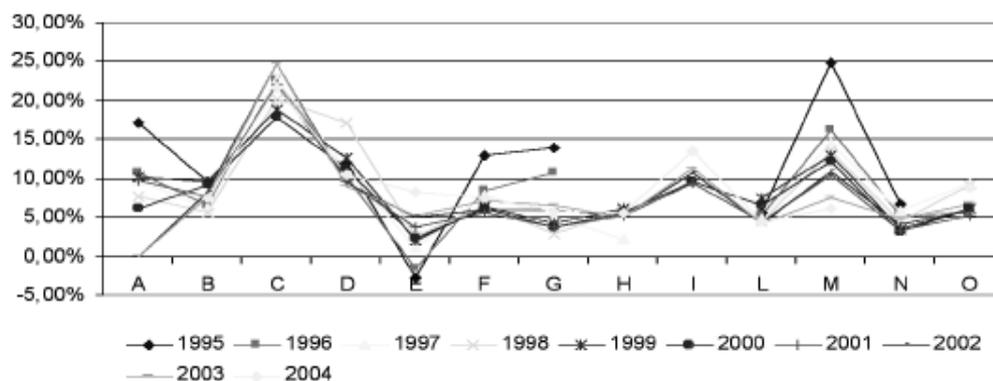
Le aziende contribuiscono allo sviluppo del Paese anche mediante le imposte versate all'erario (figura 13). Nel 2004, ultimo anno di osservazione, le 13 aziende farmaceutiche hanno versato all'erario circa € 357 mln. (equivalente al 3% della spesa farmaceutica netta pubblica 2004); il 2002 è l'anno di maggior contribuzione fiscale con € 729 mln. Dal 1999 si denota un maggior livello contributivo all'erario da parte delle imprese in esame.

**Figura 11 - Valore aggiunto delle principali aziende farmaceutiche, anni 1994-2004 (mln. €)**



Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

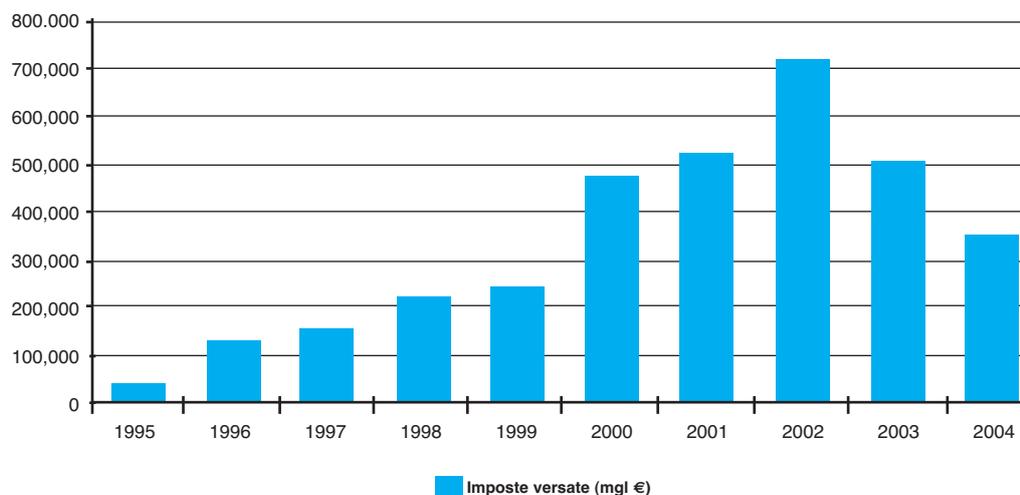
**Figura 12 - Ripartizione valore aggiunto delle principali aziende farmaceutiche, anni 1994-2004**



Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

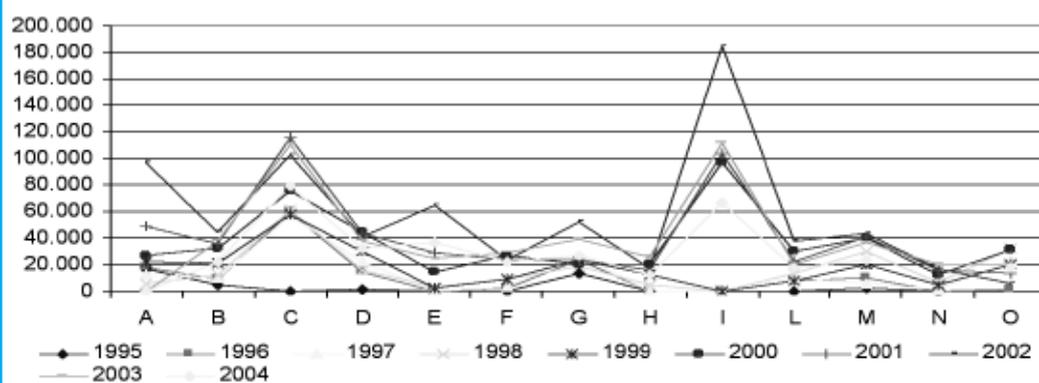
Anche la ripartizione del contributo delle imposte, come per la creazione del valore aggiunto, è suddivisa in misura differente tra le diverse aziende (figura 14). L'attività contributiva non è proporzionalmente correlata né al fatturato aziendale (ad esempio C ed I contribuiscono al versamento erariale complessivamente, durante gli anni in oggetto, in misura più elevata di altre che hanno un fatturato *ex-factory* più elevato come A e B), né alla dimensione aziendale.

**Figura 13 - Imposte versate all'erario dalle principali aziende farmaceutiche, anni 1994-2004**



Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

**Figura 14 - Ripartizione delle imposte versate all'erario dalle principali aziende farmaceutiche, anni 1994-2004 (mgl. €)**



Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

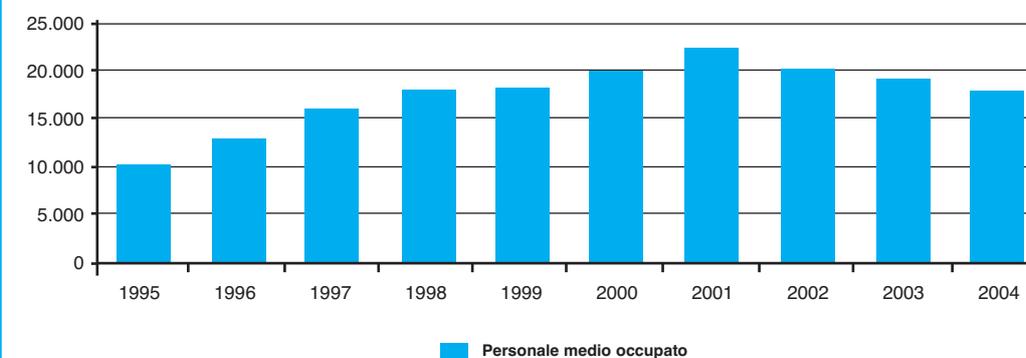
Oltre alle imposte, ci sono altri due elementi di estrema importanza che caratterizzano la creazione di "valore aggiunto":

- il personale impiegato nell'azienda;
- la spesa impiegata per ricerca e studi clinici.

Per quanto riguarda il personale (figura 15) i dati a nostra disposizione evidenziano un aumento del numero medio fino al 2001 (21.434 unità medie annue) e un decremento negli anni successivi (17.902 unità medie annue nel 2004). La spesa sostenuta dalle aziende farmaceutiche analizzate per il proprio personale evidenzia un costo medio che va da € 51,5 mgl. del 1995 a circa € 70 mgl. del 2004 con un incremento pari al 35,8% (figura 16).

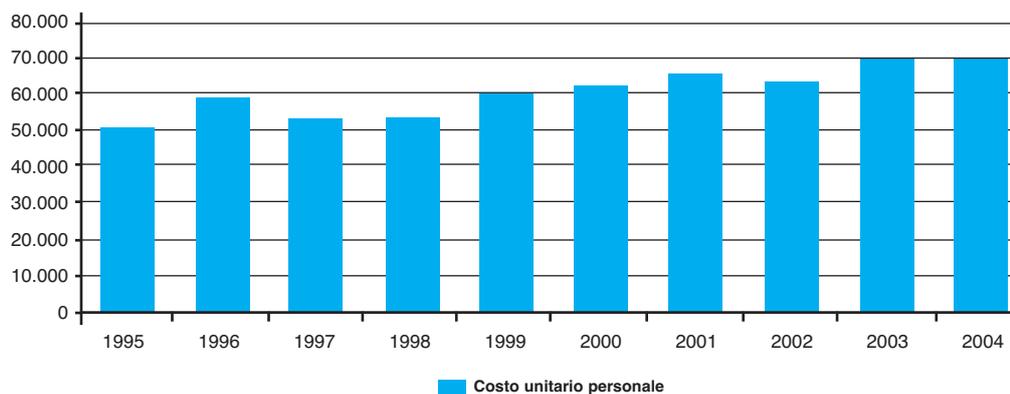
Non tutte le aziende analizzate investono in attività di ricerca sul territorio nazionale italiano. Gli investimenti totali in ricerca ammontano nel 2004 a circa € 203 mln. (figura 17).

**Figura 15 - Unità di personale medio occupato nelle principali aziende farmaceutiche, anni 1994-2004**



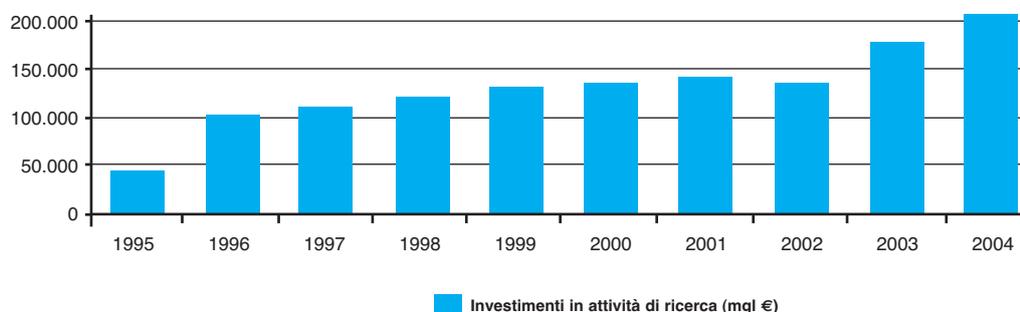
Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

**Figura 16 - Costo unitario del personale medio occupato nelle principali aziende farmaceutiche, anni 1994-2004**



Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

**Figura 17 - Investimento in attività di ricerca delle principali aziende farmaceutiche, anni 1994-2004**



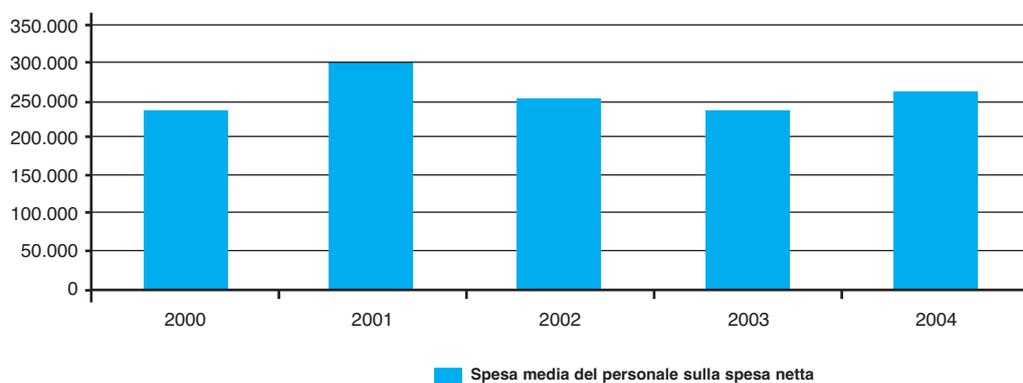
Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

Utilizzando, per un periodo ristretto di osservazione che va dal 2000 al 2004, cinque indicatori si è tentato di quantificare la categoria dei benefici cosiddetti "indotti". Gli indicatori utilizzati sono:

- la spesa del personale sulla spesa netta;
- investimenti in attività e ricerca su totale personale;
- la capacità contributiva sulla spesa netta;
- incidenza della spesa per ricerca e studi clinici sulla spesa netta;
- la quota di spesa per i servizi esterni sulla spesa netta.

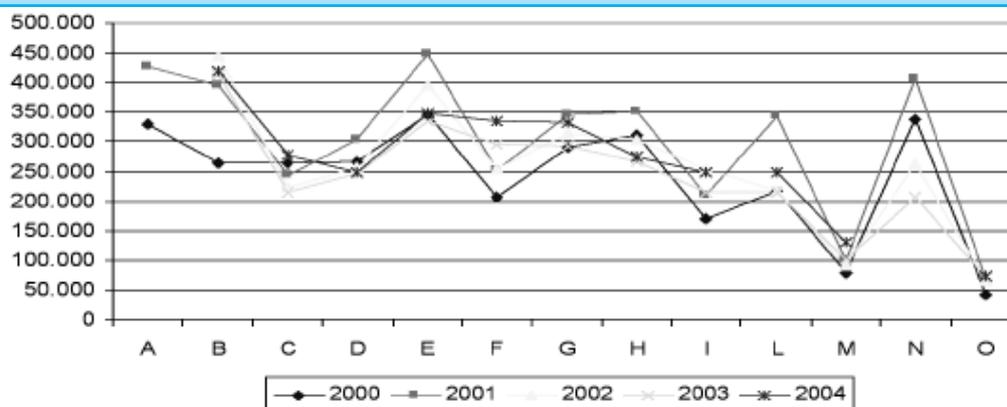
La figura 18 mostra la spesa media attribuita al singolo lavoratore sulla spesa netta, mentre la figura 19 evidenzia le differenze tra le aziende analizzate.

**Figura 18 - Spesa media del personale sulla spesa netta delle principali aziende farmaceutiche, anni 2000-2004 (€)**



Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

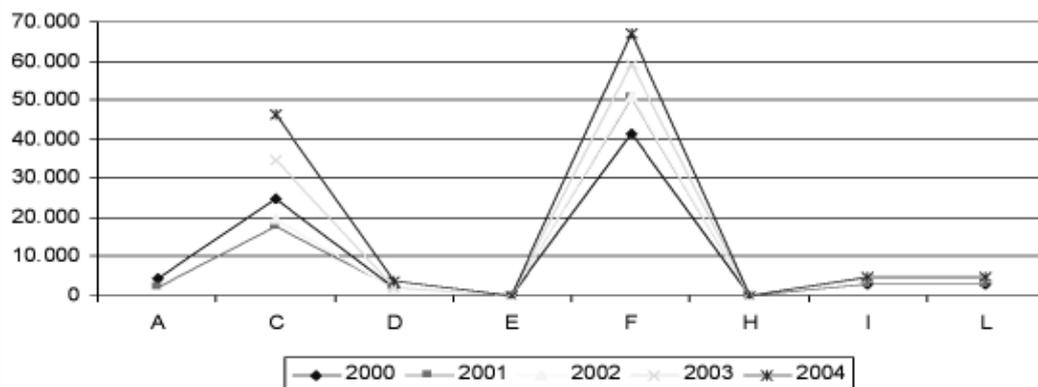
**Figura 19 - Spesa del personale sulla spesa netta delle principali aziende farmaceutiche, anni 2000-2004**



Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

I risultati esposti dalla figura 19 potrebbero far pensare ad un certo grado di inefficienza tecnica delle aziende che registrano valori più bassi. In realtà, utilizzando un ulteriore indicatore quale il rapporto tra gli investimenti in R&D e il numero di addetti, come evidenziato nella figura 20, entra maggiormente nel dettaglio evidenziando il contributo di ciascun lavoratore all'attività di R&D. Si ribalta, dunque, il giudizio in termini di inefficienza tecnica risultante dalla figura 20. Infatti, la figura 20 mostra il valore attribuito al singolo lavoratore sugli investimenti in attività di ricerca. Le stesse aziende (come C ed F) che mostravano valori più bassi di rapporto personale su spesa netta mostrano il miglior rapporto tra numero di lavoratori e investimenti in attività e ricerca.

**Figura 20 - Investimenti in attività e in ricerca sul numero di personale delle principali aziende farmaceutiche, anni 2000-2004**

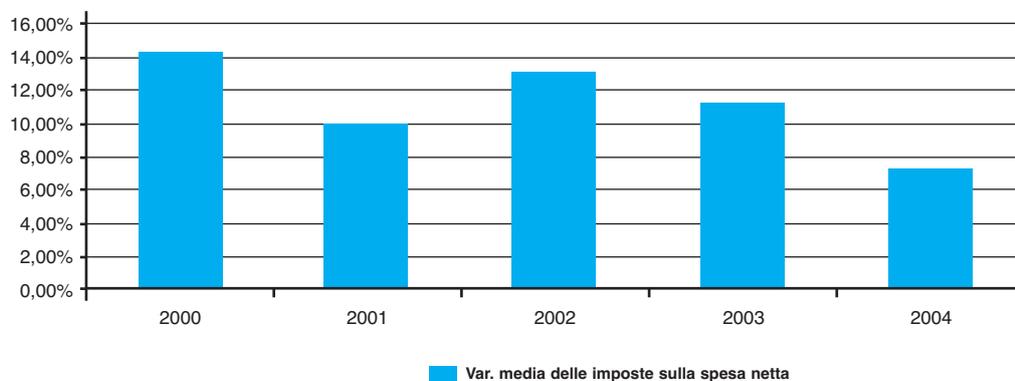


Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

Il rapporto tra quanto l'azienda versa all'erario e quello che lo Stato spende per acquistare i prodotti farmaceutici dell'azienda stessa viene evidenziato nelle figure 21 e 22. Tale rapporto indica quanta spesa del SSN per farmaci "rientra" sotto forma di tassazione erariale. Ancora una volta si evidenzia come ci siano differenze sostanziali tra le aziende analizzate (figura 22).

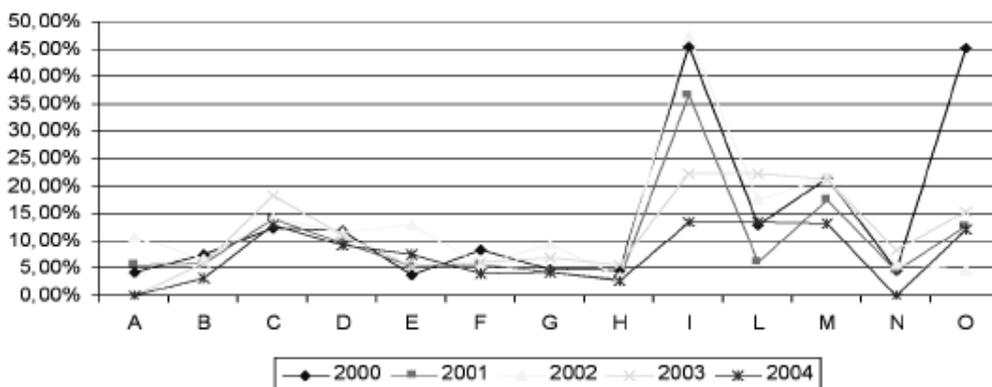
Nella figura 23 la spesa netta è stata rapportata alle spese per ricerca. Il rapporto medio va dal 5,06% del 2001 al 3,16% del 2004. Per una maggiore comprensione di questo dato sarebbe di particolare importanza conoscere le quote di spesa attribuibili alla fase clinica I e II (dato non disponibile nel Bilancio di Esercizio).

**Figura 21 - Media della capacità contributiva sulla spesa netta delle principali aziende farmaceutiche, anni 2000-2004**



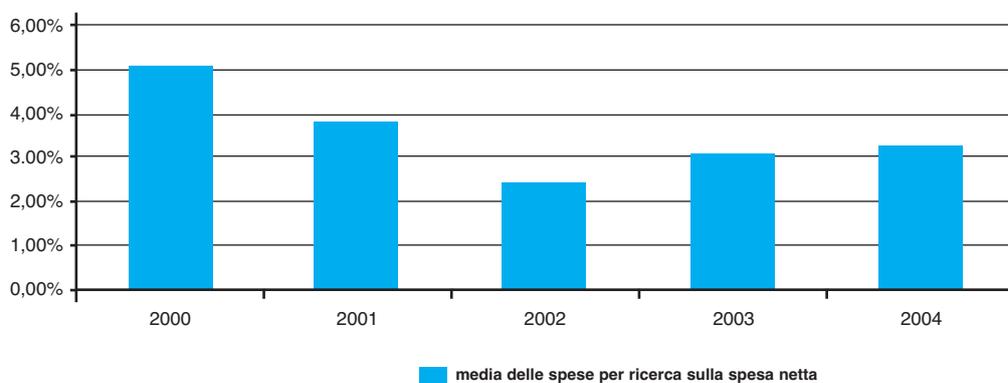
Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

**Figura 22 - Capacità contributiva sulla spesa netta delle principali aziende farmaceutiche, anni 2000-2004**



Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

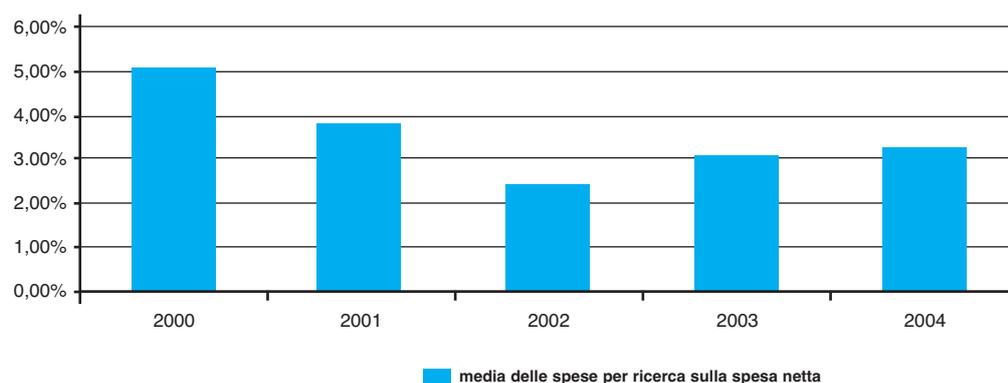
**Figura 23 - Media delle spese per ricerca sulla spesa netta delle principali aziende farmaceutiche 2000-2004**



Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

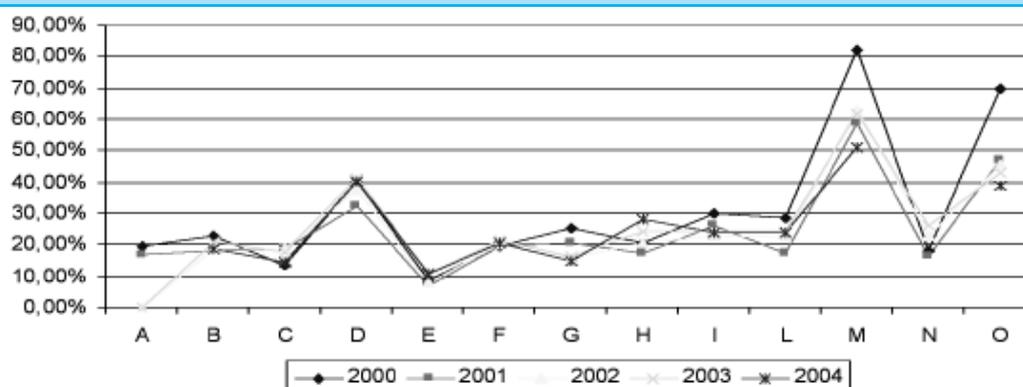
Infine, nelle figure 24 e 25 la spesa netta è stata rapportata alle spese per i servizi svolti da terzi. Tale rapporto indica la capacità indotta dell'azienda farmaceutica di creare ricchezza anche all'esterno. Risulta evidente un'ampia redistribuzione del fatturato aziendale che va da un rapporto di circa il 31% del 2001 al 25,99% del 2004. M spende circa il 60% del fatturato creato dalla spesa statale per i medicinali in servizi di terzi, D spende circa il 40% del fatturato, C circa il 20%.

**Figura 24 - Media delle spese per servizi sulla spesa netta delle principali aziende farmaceutiche 2000-2004**



Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

**Figura 25 - Spese per servizi sulla spesa netta delle principali aziende farmaceutiche, anni 2000-2004**



Fonte: nostra elaborazione su dati di bilancio di esercizio 1994-2004

### 6.1.6 Conclusioni

I dati presentati indicano una flessione, seppur con qualche rara eccezione, nello sviluppo della creazione di valore aggiunto da parte delle principali aziende farmaceutiche a partire dal 2001 e la necessità di affrontare il tema dello sviluppo industriale e del contenimento dei costi sanitari in una logica integrata.

Abbiamo anche testimoniato come il settore si stia segmentando: ad esempio, la crescita del settore dei generici impone una rivisitazione delle politiche industriali nel settore, che tenga conto di questo nuovo *player*.

Il presente contributo evidenzia alcuni elementi utili per il dibattito. In primo luogo, colpisce la correlazione fra saldo commerciale e dimensione media d'impresa: ciò implica che

le imprese devono poter crescere per essere competitive e contribuire così al benessere del Paese, anche se il paradigma del “gigantismo” dimensionale non sembra trovare, ad oggi, adeguato riscontro empirico.

Il valore del personale sulla spesa netta, inteso quale contributo di ciascun lavoratore all’attività di R&S, mostra, poi, un certo grado di efficienza da tenere in considerazione da parte degli enti regolatori in un’ottica di corretto sviluppo del settore.

Non va, infine, trascurato il valore relativo alla capacità indotta dell’azienda farmaceutica di creare ricchezza.

L’analisi dei Bilanci di Esercizio delle principali aziende farmaceutiche (le prime 13 aziende per fatturato *ex-factory* del 2004) dimostra come l’industria legata al settore della salute produca un valore aggiunto diretto e indiretto significativo in termini di occupazione, attività in ricerca e sviluppo, capacità contributiva e ricchezza indotta (es. spese per servizi). Complessivamente la ricchezza creata dal settore salute (cfr. Rapporto CEIS 2006<sup>14</sup>) è stimata nell’ordine del 12% del PIL, posizionandosi al terzo posto dopo Edilizia e Costruzioni, e Alimentari<sup>15</sup>.

L’attività regolatoria, dunque, tesa al contenimento dei costi, deve porre l’attenzione anche alle prospettive di sviluppo delle imprese, da cui deriva un beneficio in termini di valore aggiunto, non solo monetario, ma anche di miglioramento e allungamento della vita. In particolare, affinché non perduri il ritardo registrato rispetto agli altri Paesi in relazione alla quota di R&S sul fatturato e al numero di addetti in R&S, va trovata una giusta premialità per l’innovazione.

#### Riferimenti bibliografici

- Confindustria (2006), *Il contributo della filiera della salute al prodotto nazionale*, Roma, marzo 2006.
- Di Tommaso M, Schweitzer SO, *L’industria della salute: oltre il contenimento dei costi*, L’Industria, 3/2000, pag.425, Il Mulino, 2000.
- Di Tommaso M e Schweitzer SO (2001), *L’industria della salute: oltre il contenimento dei costi*, L’Industria.
- Efpia (2007), *The pharmaceutical industry in figures*.
- Farmindustria (2006), *Indicatori farmaceutici, 2007*.
- Farmindustria (2006), *Indagine conoscitiva sulla localizzazione regionale delle unità locali delle imprese farmaceutiche*.
- Mennini FS, Polistena B, Ratti M, Spandonaro F, *Il settore industriale sanitario in Italia*, Rapporto CEIS 2006.
- Studio Ambrosetti (2006), *Progetto Meridiano Sanità*.

<sup>14</sup> Vedi Rapporto Ceis 2006, “Il settore industriale sanitario in Italia”.

<sup>15</sup> Vedi Studio Ambrosetti (2006) e Confindustria (2006).

## 6.2 - Strategie e performance nel mercato farmaceutico italiano. Un'analisi empirica\*

Gitto L.<sup>1</sup>, Mennini F. S.<sup>1</sup>, Ratti M.<sup>1</sup>

### 6.2.1 Introduzione

Alcune recenti analisi strutturali relative al mercato farmaceutico italiano e le sue caratteristiche durante gli ultimi venti anni (Mennini e Spandonaro, 2003; Mennini et al., 2005) hanno evidenziato come variazioni nei risultati economici delle aziende siano dovute sia a fattori esogeni che a fattori endogeni. Questa conclusione può trarsi anche per i principali Paesi UE e negli Stati Uniti (cfr. Gambardella et al., 2000; Jacobzone, 2000).

Tra i fattori esogeni che esercitano la loro influenza sul mercato farmaceutico possono menzionarsi le condizioni macroeconomiche (livelli di reddito, occupazione, scambi con l'estero), una serie di interventi normativi strutturali che riguardano il settore farmaceutico (riforme istituzionali, politiche regolatorie, etc.), nonché dei mutamenti nella struttura della popolazione<sup>2</sup>.

Tutti questi fattori hanno determinato un incremento nelle aspettative dei consumatori nei confronti del prodotto delle aziende farmaceutiche; per poter continuare a competere efficientemente nel mercato, queste ultime devono porre in atto comportamenti e strategie finalizzate a soddisfare sempre più segmenti di domanda e raggiungere gli obiettivi microeconomici del mantenimento o dell'aumento del livello di fatturato e del contenimento dei costi (Mennini e Spandonaro, 2003).

Il processo di scelta di una strategia da parte delle aziende farmaceutiche è rivolto, in primo luogo, a rispondere alle "sfide" imposte dal mercato e potrebbe dipendere sia da fattori "normativi", dovuti, ad esempio, alla regolazione governativa<sup>3</sup> o ad altre condizioni del mercato (come posto in evidenza dai teorici dell'impresa di scuola istituzionalista<sup>4</sup>),

\* Si ringrazia il Prof. Roberto Rocci (SeFeMeQ, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata") per i preziosi ed utili consigli forniti.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Cfr. Gambardella et al., 2000.

<sup>3</sup> Il riferimento è alle politiche di pricing o alla classificazione dei farmaci in più fasce, al fine della razionalizzazione dell'offerta, etc.

<sup>4</sup> Meyer e Rowan (1977) hanno sottolineato, tra i primi, come le organizzazioni e le imprese si conformino a vincoli istituzionali e selezionino le strategie per sopravvivere nel mercato, anziché guardare a considerazioni di efficienza. Esse dipendono, pertanto, dai vincoli esterni che sono loro imposti piuttosto che fare riferimento ad una strategia propria. In questo contesto, non devono trascurarsi anche considerazioni politiche ed etiche: ad esempio, le aziende farmaceutiche non potrebbero interrompere la produzione di alcuni farmaci che non garantiscono un adeguato livello di fatturato qualora dei sostituti non fossero disponibili, poiché si correrebbe il rischio di lasciare insoddisfatti alcuni segmenti di domanda.

sia dall'orientamento dell'azienda all'innovazione, con una strategia rivolta ad incrementare le spese in R&S allo scopo di aumentare il numero di prodotti immessi in commercio. Dall'immissione in commercio di nuovi prodotti può derivare il conseguimento di più elevati livelli di fatturato: le aziende farmaceutiche stabiliscono dei vantaggi competitivi sulle concorrenti sviluppando prodotti innovativi e differenziati, che possono anche essere commercializzati all'estero<sup>5</sup>.

Simili conclusioni possono essere tratte per l'Italia (cfr. Mennini e Spandonaro, 2003; Mennini et al., 2005): qui, le aziende leader nel mercato, durante gli anni Novanta, sono state quelle che hanno optato per una strategia innovativa, basata sull'aumento nel numero di prodotti, sull'immissione in commercio di nuovi farmaci e sulla diversificazione dei prodotti offerti. Come sottolineato dagli autori, comunque, l'implementazione di una simile strategia è divenuta sempre più difficile nel corso degli anni a causa di alcune peculiarità relative al mercato farmaceutico ed estranee alle decisioni che possono essere poste in atto dalle singole aziende, e che sono emerse nel corso del tempo. Tra queste vi è la diminuzione del ciclo di vita del prodotto, la lunghezza delle procedure richieste per l'approvazione di nuovi farmaci, i vincoli in termini di prezzo, etc.

Il presente contributo osserva le aziende che hanno conseguito il 75% del fatturato totale del settore nel periodo 1994-2004<sup>6</sup>. L'ipotesi che si vuol testare è se i loro risultati economici in termini di fatturato dipendano da un incremento nel numero di nuovi prodotti commercializzati e/o di classi terapeutiche in cui ciascuna azienda si specializza, o dalla circostanza che l'azienda appartenga ad un gruppo industriale farmaceutico o abbia sperimentato una politica di fusioni e acquisizioni allo scopo di consolidare la sua posizione nel mercato, o da una combinazione di tutti questi fattori.

Un limitato impatto di questi fattori indicherebbe come un incremento nel livello di fatturato sia prevalentemente dovuto a fattori esogeni istituzionali, che dovrebbero, piuttosto, essere esaminati attraverso un'analisi di carattere macroeconomico, anziché microeconomica.

### **6.2.2 Il mercato farmaceutico in Italia: caratteristiche "macroeconomiche" e loro influenza sulle scelte "microeconomiche" delle aziende**

Al fine di poter competere nel mercato globale, l'industria farmaceutica dovrebbe spingersi oltre l'obiettivo del raggiungimento di un profitto nel breve periodo e perseguire l'innovazione attraverso gli investimenti in R&S, con il sostegno, per quanto possibile, da parte del settore pubblico – che è spesso l'unico cliente "monopsonista".

Si è visto, però, come queste considerazioni non valgano per le aziende farmaceutiche in Italia: nel mercato nazionale le aziende sono state e sono tuttora fortemente condizionate nel loro sviluppo da fattori macroeconomici, quali, ad esempio, l'elevato grado di

<sup>5</sup> Infatti, soprattutto all'estero si è visto come tutte quelle aziende che presentano elevati livelli di spesa in R&S e produttività, acquistino una posizione di preminenza nel mercato in termini di fatturato (Holland e Batiz-Lazo, 2004).

<sup>6</sup> Data l'elevata soglia di fatturato che viene considerata, è chiaro come non si tratti solo di aziende italiane, bensì di aziende globali, che operano in Italia e che competono sullo scenario internazionale (Gambardella et al., 2000).

regolazione esistente, che consente solamente a poche aziende (non sempre le più grandi, ma quelle che riescono ad adattarsi meglio al quadro istituzionale così determinato) di stare al passo con i cambiamenti imposti da un contesto sempre più globalizzato<sup>7</sup>.

L'impatto della regolazione in Italia può notarsi con riferimento all'evoluzione del mercato farmaceutico negli anni Novanta. In particolare, in una fase iniziale – dal 1991 al 1996 – sostanziali modifiche alle regolamentazioni hanno determinato una crisi anche per le grandi aziende, che hanno conseguito una performance non brillante (solo il 42% ha registrato incrementi reali di fatturato, e di queste, più della metà, il 57%, grazie a strategie conservatrici, consistenti, cioè, nel frenare ogni spinta all'innovazione mantenendo invariato il proprio portafoglio prodotti)<sup>8</sup>.

La necessità di perseguire delle strategie di adattamento ai vincoli imposti dal mercato (tra cui, come si è visto, le possibili barriere al recepimento dell'innovazione proposta dalle aziende) ha fatto sì che le aziende si discostassero, il più delle volte, da un vero e proprio modello teorico ma si orientassero meramente verso una logica di "sopravvivenza".

L'efficacia delle azioni che il Governo può porre in essere dipende dalla compatibilità di tali misure con le condizioni economiche generali e dal livello di reattività delle aziende. Tali azioni devono essere completamente sganciate dalla logica di *welfarismo* che, nel passato, aveva fatto sì che le aziende perseguissero principalmente una strategia di *co-marketing* e *licensing*, dato che il settore pubblico costituiva l'unico sbocco commerciale per i prodotti dell'industria farmaceutica.

Ipotizzando che i cambiamenti strutturali auspicati vengano posti in atto, un nuovo scenario potrebbe aver luogo già nei prossimi anni. In tale scenario, le aziende farmaceutiche perseguono due obiettivi fondamentali:

- 1) in primo luogo, esse mirano allo sviluppo di una strategia a lungo termine, che guarda oltre i profitti ottenibili nel breve periodo;
- 2) in secondo luogo, viene manifestato e perseguito un maggiore interesse per la ricerca, da intendersi non solo come una voce di costo per le imprese, bensì come uno strumento necessario per raggiungere il livello di innovazione essenziale per competere a livello globale. Viene rafforzato, in questo senso, il ruolo delle grandi imprese. Si assume, infatti, che le innovazioni moderne e commercialmente di successo siano molto costose da intraprendere e, quindi, che le piccole imprese non possano disporre delle risorse necessarie, siano esse "fisiche" che finanziarie (Santerre e Neun, 1996; Cockburn e Henderson, 1999). Le grandi imprese farmaceutiche rivestirebbero il duplice ruolo di garantire la commercializzazione del prodotto e l'assunzione dei rischi di

<sup>7</sup> Come posto in risalto in alcuni studi (Mossialos, 1993; Mennini et al., 1996), questi due aspetti (regolazione e impatto di quest'ultima sulla globalizzazione) sono correlati.

<sup>8</sup> Cfr. Mennini e Spandonaro, 2003.

mercato. Le aziende di dimensioni più piccole non vengono, però, trascurate: ad esse potrebbe spettare il ruolo di *originator* del prodotto<sup>9</sup>.

In questo contesto, le variabili cruciali che, a livello microeconomico, si pongono come determinanti di una *performance* di successo per le aziende riguardano le caratteristiche quantitative e qualitative del portafoglio prodotti (numero e tipologia di prodotti immessi sul mercato). Le grandi imprese dovrebbero mirare all'incremento del numero di prodotti in modo tale da soddisfare quanti più segmenti di domanda, o alla specializzazione in più classi terapeutiche: come si vedrà, una strategia da selezionare ai fini del raggiungimento di un elevato livello di profitto è l'adattamento delle proprie capacità ai fini della specializzazione in quelle classi dove si sono identificati *blockbuster*.

In un sistema economico che premia l'adattamento alle condizioni di un mercato ancora eccessivamente regolamentato, la logica dell'integrazione tra più aziende (attraverso politiche di fusioni e acquisizioni o attraverso l'appartenenza a gruppi consolidati che operano prevalentemente all'estero) e il potenziamento della propria capacità produttiva e di ricerca, che comporta un incremento del numero dei prodotti e una maggiore specializzazione in più classi terapeutiche, potrebbe essere la strategia vincente ancora per i prossimi anni.

### 6.2.3 L'analisi econometrica

Il presente lavoro intende verificare empiricamente due ipotesi:

**Ipotesi A:** Livelli di fatturato più elevati sono associati alle scelte delle aziende di procedere ad una strategia innovativa, che consiste prevalentemente nell'incremento del numero di prodotti immessi in commercio e di classi terapeutiche in cui specializzarsi.

**Ipotesi B:** Le aziende che sperimentano una politica di fusioni e acquisizioni o che appartengono a gruppi consolidati hanno maggiori opportunità di ottenere livelli di fatturato più elevati. L'ipotesi A è coerente con le conclusioni raggiunte da precedenti lavori effettuati sia in Italia che in Paesi stranieri. Si è visto, ad esempio in Italia, come una strategia innovativa, basata sull'incremento del numero di prodotti immessi in commercio, che conduce, a sua volta, ad un incremento del fatturato, sia risultata l'opzione vincente per il 39,5% di tutte le aziende che operavano nel settore farmaceutico nel periodo 1991-2004 (Mennini et al., 2005)<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> *Sul versante dei rischi, le imprese più grandi si caratterizzano infatti per la diversificazione dei loro sforzi in R&S tra diversi progetti in modo tale da poter meglio assorbire i rischi associati alle attività innovative (situazione questa molto frequente nel caso delle imprese farmaceutiche). Questa è la ragione per cui occorrerebbe promuovere la costituzione di consorzi industriali e forme di cooperazione con istituzioni ed enti di ricerca pubblici, come le Università, avendo cura di salvaguardare le sfere di autonomia di ciascuno degli enti coinvolti.*

<sup>10</sup> *Le stesse conclusioni vengono confermate per i gruppi farmaceutici: in questo contesto, comunque, potrebbe essere possibile bilanciare diversi tipi di strategia, lasciando che alcune aziende all'interno del gruppo perseguano una strategia conservatrice che, nell'ambito di un disegno strategico complessivo, concorre a formare una strategia innovatrice.*

L'ipotesi B è stata formulata nella letteratura di economia industriale ed è stata soggetta più volte a verifica empirica. Molti studi hanno sottolineato il ruolo delle fusioni sullo sviluppo delle aziende e, specificamente, delle aziende farmaceutiche (a partire dal lavoro di Penrose, 1959, fino ad alcuni studi che affrontano lo stesso argomento per le industrie farmaceutiche, come Morgan, 2001, o Krishnan et al., 2004).

Per la stima del modello econometrico finalizzato alla verifica di queste ipotesi, che tenga conto di variazioni intervenute nel tempo e tra le unità osservate, si utilizzano i dati relativi alle aziende che rappresentano il 75% del fatturato del settore nel periodo 1994-2004. È opportuno notare come il *panel* di aziende osservato sia sbilanciato: le aziende incluse nel campione, infatti, non sono le stesse anno per anno. Nuove aziende possono generarsi da processi di fusione e acquisizione negli anni successivi alla prima osservazione, mentre altre aziende possono uscire dal mercato. Inoltre, il mercato farmaceutico in Italia è divenuto più concentrato negli ultimi cinque anni. Questa circostanza implica che il numero di aziende che complessivamente determinano il 75% del fatturato totale del settore sia andato modificandosi, specialmente dal 2000 in poi<sup>11</sup>.

In questo contesto è sembrato opportuno l'impiego di un modello a effetti fissi o un modello ad effetti *random*. Al fine di risolvere il problema della selezione del modello più appropriato per descrivere la situazione osservata, le stime vengono eseguite per entrambi i modelli (ad effetti fissi e *random*) effettuando, infine, il test di Hausman (1978).

#### 6.2.4 Dati, stime e risultati

Le osservazioni hanno riguardato 76 aziende farmaceutiche dal 1994 al 2004. Sono stati impiegati dati Farmindustria e IMS Health Data.

La variabile dipendente è il logaritmo del fatturato totale annuale per ciascuna azienda. Tale variabile è stata indicizzata per il livello dei prezzi.

Al fine di verificare l'ipotesi A, il livello di fatturato dovrebbe essere correlato con alcuni "indicatori di innovatività". L'innovatività caratterizza quelle aziende che rispondono ai mutamenti del mercato finalizzando i loro sforzi all'introduzione di nuovi e più profittevoli prodotti. La competizione deve, infatti, intendersi come la volontà di entrare nel mercato con nuovi prodotti e specializzarsi in più classi terapeutiche (Holland e Batiz-Lazo, 2004). Durante l'ultimo decennio, infatti, le aziende che hanno registrato un maggior successo sono state quelle che hanno operato all'interno di classi terapeutiche in veloce crescita o che si rivolgevano a settori caratterizzati da una domanda ancora non soddisfatta dalle aziende presenti nel mercato<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Non dovrebbe trascurarsi, tuttavia, il ruolo che le piccole aziende farmaceutiche hanno progressivamente acquisito negli anni più recenti. Alcuni report relativi agli ultimi 5 anni (Farmindustria, 2005), mostrano come in Italia il 92% delle aziende farmaceutiche sia di piccola dimensione; inoltre, almeno un terzo della forza lavoro è impiegato presso aziende con meno di 250 dipendenti. Sebbene le imprese "globali" giochino un ruolo chiave nel determinare orientamenti e strategie del mercato farmaceutico, sarebbe, pertanto, di interesse analizzare criticamente anche le performance delle piccole imprese.

<sup>12</sup> Nel 2002 le prime 10 classi terapeutiche sono cresciute del 37% a fronte di una crescita media nel mercato pari all'8% (Holland e Batiz-Lazo, 2004).

Tabella 1 - Statistiche descrittive

Variabile	Osservazioni	Media	Dev. Standard	Min.	Max.
Anno	836	1999	3,164	1994	2004
Aziende	836	38,5	21,950	1	76
Ranking	479	22,492	12,962	1	51
Ranking 1_10	479	0,229	0,421	0	1
Ranking 11_20	479	0,229	0,421	0	1
Ranking 21_30	479	0,229	0,421	0	1
Ranking 31_40	479	0,212	0,409	0	1
Ranking 41_50	479	0,096	0,294	0	1
Fatturato (mln. di euro)	478	152,538	115,833	38,457	789,964
Log fatturato	478	4,925	0,615	3,910	6,691
Numero di prodotti	479	39,196	24,173	6	146
Numero di prodotti <sup>2</sup>	479	2.119,468	2.809,906	36	21.316
Numero di prodotti <sup>3</sup>	479	147.422,5	321.209,2	216	3.112.136
Numero di ATC	420	7,811	3,167	1	15
Numero di ATC <sup>2</sup>	420	71,035	49,827	1	225
A	353	0,923	0,266	0	1
B	353	0,677	0,468	0	1
C	353	0,881	0,324	0	1
D	353	0,646	0,478	0	1
G	353	0,696	0,460	0	1
H	353	0,395	0,489	0	1
J	353	0,634	0,482	0	1
K	353	0,062	0,241	0	1
L	353	0,464	0,499	0	1
M	353	0,720	0,449	0	1
N	353	0,881	0,324	0	1
P	353	0,144	0,351	0	1
R	353	0,745	0,436	0	1
S	353	0,322	0,468	0	1
T	353	0,203	0,403	0	1
V	353	0,079	0,270	0	1
L T H	353	1,065	0,976	0	3
Fusioni&acquisizioni	477	0,079	0,271	0	1
Ranking*fusioni&acquisizioni	476	0,027	0,163	0	1
Gruppi	477	0,505	0,5	0	1
Tempo	476	0,754	0,431	0	1

Fonte: elaborazioni su dati Farmindustria e IMS Health Data

Anche una politica di fusioni e acquisizioni, così come l'appartenenza ad un gruppo farmaceutico consolidato, costituiscono fattori-chiave per il raggiungimento di un maggior livello di fatturato. È stato osservato, infatti, come le fusioni facilitino l'impiego di risorse e la riconfigurazione del mix di prodotti, allentando vincoli istituzionali interni e organizzativi relativi alla disponibilità di risorse. Al fine di verificare l'ipotesi B, i coefficienti associati a queste variabili dovrebbero riportare un valore positivo.

Alcune variabili di controllo sono state incluse nell'analisi, unitamente ad alcuni termini di interazione. In primo luogo, viene considerato il *ranking* delle aziende (cioè la loro inclusione tra le prime 10, 20, 30, etc., a seconda del livello di fatturato conseguito). Viene poi

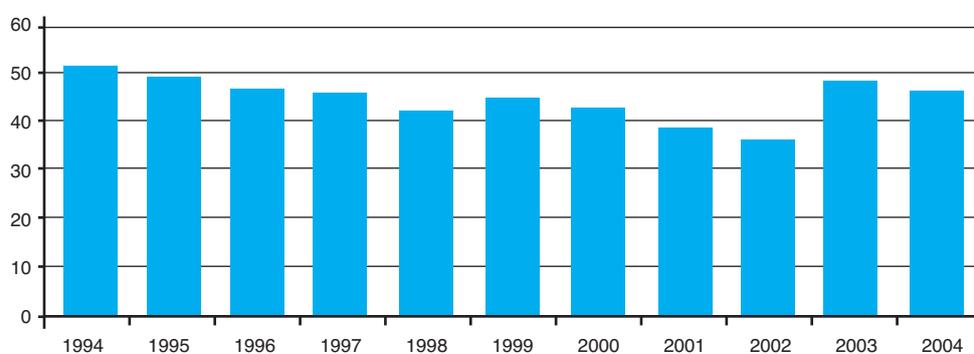
inclusa una variabile temporale, relativa alla presenza dell'azienda negli ultimi 3 anni, che dovrebbe segnalare la "popolarità" delle aziende nel mercato: si presume, infatti, che un'azienda presente nel mercato da anni, il cui marchio viene, pertanto, facilmente riconosciuto dai consumatori, abbia maggiori probabilità di conseguire un livello più elevato di fatturato rispetto alle aziende concorrenti appena entrate nel mercato.

Un'altra variabile mette in relazione il *ranking* delle aziende con la circostanza che sia stata realizzata una politica di fusioni e acquisizioni: un valore positivo associato al coefficiente stimato per quest'ultima dovrebbe indicare come le fusioni che hanno riguardato le aziende dominanti nel mercato contribuiscano a consolidare la loro *leadership* in termini di fatturato.

Nella tabella 1 è possibile vedere le statistiche descrittive del campione. Il fatturato medio – corretto per la variazione annuale nell'indice dei prezzi – è pari a € 152,538 mln., con un intervallo che va, tuttavia, da € 38,457 mln. a € 789,964 mln. Il campione è caratterizzato da grande eterogeneità, dato che esso include sia aziende globalizzate, sia aziende prevalentemente "locali". L'eterogeneità può cogliersi anche osservando il numero di prodotti e di classi terapeutiche (ATC). Il numero delle ATC varia da 1 a 15: ciò implica la coesistenza di aziende multi-specializzate con aziende caratterizzate da un numero limitato di ATC. Queste ultime potrebbero, ad esempio, aver iniziato di recente la propria attività e non aver ancora avviato una politica innovatrice tale da consentire una specializzazione in più classi terapeutiche, o preferire il consolidamento delle loro competenze in un basso numero di ATC. Il numero dei prodotti, poi, presenta una elevata variabilità, con un picco nel valore medio raggiunto nel 2002 (44 farmaci immessi in commercio). L'incremento o il decremento nel numero di prodotti potrebbe essere considerato come una risposta strategica alle pressioni competitive nel mercato.

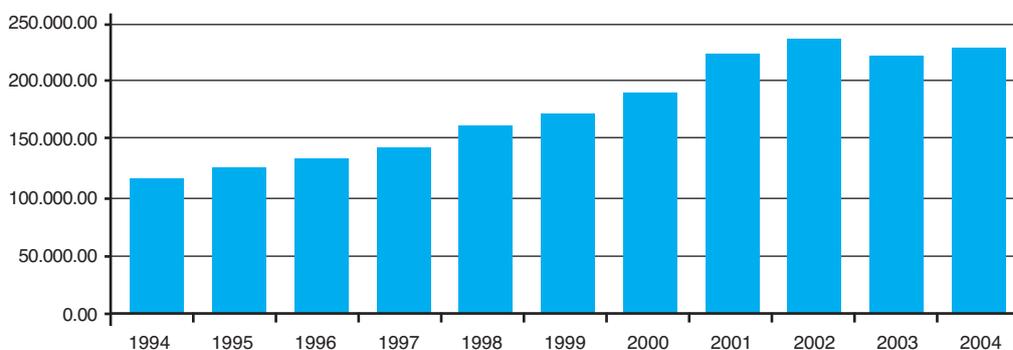
I trend nel livello di fatturato, insieme con il numero di prodotti e il numero di ATC, possono vedersi nelle figure da 1 a 4. Il livello di fatturato, che si è dimostrato crescente fino al 2002, segnala come l'introduzione di nuovi prodotti sia una possibile decisione strategica, data la correlazione positiva tra queste due variabili. Dopo il 2002 si osserva, invece, un decre-

Figura 1 - Numero di aziende che rappresentano il 75% del fatturato



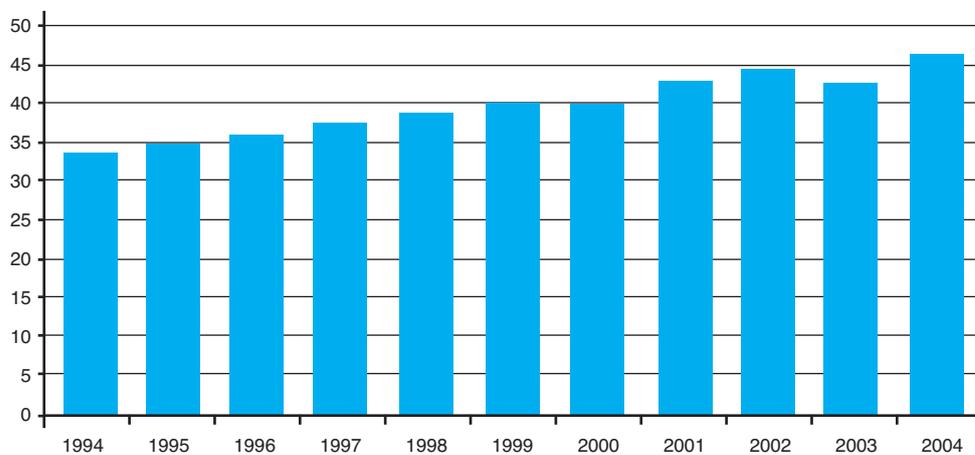
Fonte: elaborazioni su dati Farmaindustria

Figura 2 - Livello di fatturato



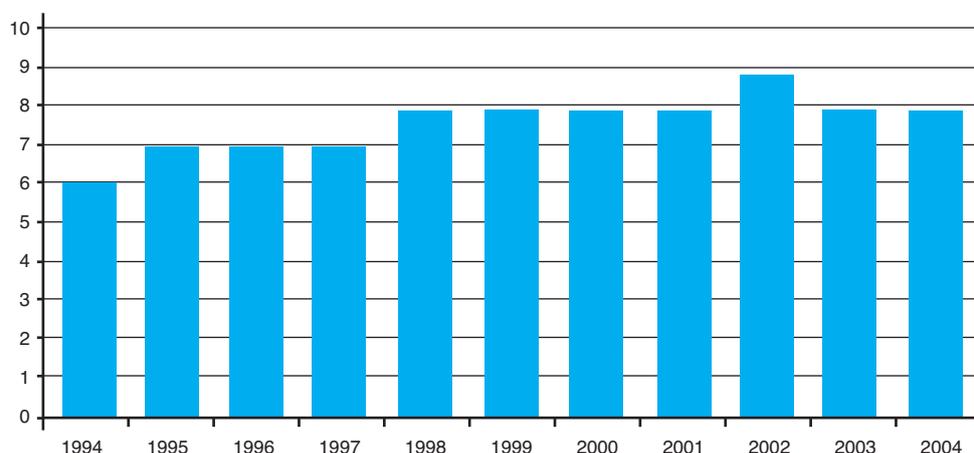
Fonte: elaborazioni su dati Farmaindustria

Figura 3 - Numero medio di prodotti per azienda



Fonte: elaborazioni su dati Farmaindustria

Figura 4 - Numero medio di classi terapeutiche per azienda



Fonte: elaborazioni su dati Farmaindustria

mento nel livello di fatturato medio, così come nel numero di prodotti e classi terapeutiche. La variabile dipendente – il logaritmo del fatturato annuo – viene regredita su: *ranking*, numero di prodotti, numero di ATC, variabile *dummy* relativa all'appartenenza a gruppi industriali, fusioni e acquisizioni correlate con il *ranking* e tempo di permanenza nel mercato. Sono state stimate diverse specificazioni del modello sopra descritto, i cui risultati per il modello ad effetti fissi possono osservarsi nella tabella 2.

I coefficienti associati al *ranking* delle aziende sono significativi e positivamente correlati al livello di fatturato. Si nota come i valori dei coefficienti siano abbastanza simili per le aziende incluse nelle prime 10 e tra l'11a e la 20a per livello di fatturato: ciò lascia presumere come, durante il periodo di osservazione, non vi sia stato un significativo *turnover* di aziende nell'ambito delle prime due classi. In altre parole, le aziende classificate tra 1 e 20 sono rimaste sostanzialmente le stesse lungo il periodo di osservazione, a fronte, per converso, di una maggiore variabilità nelle altre classi.

Altre variabili incluse nel primo modello, che risultano significative e positivamente correlate al livello di fatturato, sono relative alle caratteristiche delle aziende e alle decisioni strategiche, come l'appartenenza a gruppi consolidati e al tempo di permanenza nel mercato. Invece, il coefficiente associato alla variabile che rappresenta le fusioni non è significativo. Nel terzo e nel quarto modello questa variabile è stata combinata con la variabile *dummy* relativa al *ranking* nella prima classe (*ranking\*fusioni&acquisizioni*): dato l'effetto del *ranking* sul livello di fatturato che, come si è visto, è positivo e significativo in tutti i modelli, un risultato positivo associato a questa variabile dovrebbe sottolineare come le opportunità di crescita e di conseguire un più elevato livello di fatturato siano maggiori per le aziende più grandi che sperimentano una politica di fusione e acquisizione; viceversa, in caso di un coefficiente negativo e significativo, l'effetto positivo sul livello di fatturato non

**Tabella 2 - Stime del modello a effetti fissi (*fixed effects o covariance model*)**

Variabile dipendente: Log fatturato	Modello 1	Modello 2	Modello 3	Modello 4
Ranking 1_10	0,886** (0,065)	0,753** (0,069)	0,756** (0,078)	0,786** (0,075)
Ranking 11_20	0,823** (0,047)	0,741** (0,053)	0,734** (0,060)	0,781** (0,059)
Ranking 21_30	0,453** (0,041)	0,401** (0,046)	0,430** (0,051)	0,436** (0,052)
Ranking 31_40	0,197** (0,032)	0,160** (0,036)	0,170** (0,043)	0,173** (0,043)
Numero di prodotti		-0,003 (0,006)	-0,021** (0,008)	-0,016* (0,008)
Numero di prodotti <sup>2</sup>		0,0001 (0,0001)	0,0005** (0,0001)	0,0004** (0,0001)
Numero di prodotti <sup>3</sup>		-4,61 <sup>e-06</sup> (5,28 <sup>e-07</sup> )	-2,86 <sup>e-06</sup> (8,71 <sup>e-07</sup> )	-2,16 <sup>e-06</sup> (8,84 <sup>e-07</sup> )
Numero di ATC		0,183** (0,043)		
Numero di ATC <sup>2</sup>		-0,009** (0,002)		
Alto numero di ATC				0,234** (0,064)
LTH				-0,080** (0,058)
D			0,155** (0,052)	
G			0,159** (0,039)	
H			-0,094* (0,045)	
L			-0,339* (0,145)	
R			0,124* (0,053)	
S			-0,144* (0,053)	
Fusioni&acquisizioni	0,013 (0,030)	0,009 (0,031)		
Ranking*fusioni&acquisizioni			-0,058 (0,057)	-0,809 (0,587)
Gruppi	0,309** (0,083)	0,219** (0,087)	0,308** (0,100)	0,305** (0,104)
Tempo	0,134** (0,023)	0,122** (0,024)	0,136** (0,026)	0,154** (0,026)
Costante	4,130** (0,056)	3,459** (0,201)	4,320** (0,212)	4,200** (0,137)
F - test	63,40 (0,000)	39,59 (0,000)	23,54 (0,000)	39,33 (0,000)
R <sup>2</sup> within	0,531	0,590	0,664	0,624
R <sup>2</sup> between	0,771	0,749	0,579	0,805
R <sup>2</sup> overall	0,728	0,727	0,606	0,786

\* = significativo al 95%

\*\* = significativo al 99%

riguarderebbe le aziende maggiori, ma potrebbe, ad esempio, apprezzarsi maggiormente per le piccole e medie imprese. Tuttavia il coefficiente, che presenta in entrambi i modelli stimati un segno negativo, è nuovamente non significativo.

È chiaro come decisioni strategiche come le fusioni e acquisizioni debbano essere differenzialmente specificate (ad esempio, includendo alcuni indicatori relativi alla crescita dimensionale delle aziende o alla localizzazione geografica delle nuove sussidiarie o all'innovazione tecnologica realizzata, dato che le aziende devono continuamente effettuare nuovi investimenti per mantenersi competitive<sup>13</sup>).

Le decisioni relative alla produzione (numero di prodotti e numero di ATC) sono state considerate a partire dal secondo modello stimato, seppur con diverse specificazioni. La variabile *numero di prodotti* è inizialmente negativa, poi positiva nel momento in cui si considera il termine al quadrato e nuovamente negativa se tale variabile è al cubo: tale risultato potrebbe segnalare come, nonostante uno sforzo iniziale richiesto alle aziende per ampliare il numero dei prodotti immessi sul mercato, non vi sia un immediato effetto sul livello di fatturato; nel momento in cui l'offerta aumenta, le aziende fruiscono di economie di scala, per cui i costi diminuiscono mentre il fatturato tende ad aumentare.

Anche il *numero di ATC* mostra un trend non lineare, come *numero di prodotti*: tale variabile è positivamente correlata al livello di fatturato ma, al contrario del *numero di prodotti*, ha un impatto negativo se considerata al quadrato<sup>14</sup>.

L'appartenenza ad un gruppo farmaceutico esercita un effetto positivo sul livello di fatturato: i coefficienti presentano valori molto simili in tutti i modelli stimati.

Il *tempo*, infine, è positivamente correlato al livello di fatturato: le opportunità per incrementare quest'ultimo saranno tanto più elevate quanto maggiore è la persistenza delle aziende nel mercato. Questa circostanza potrebbe segnalare la presenza di barriere all'ingresso nel mercato farmaceutico: a meno che le nuove aziende non amplino considere-

<sup>13</sup> Si è già detto come l'impatto di programmi di R&S più ampi potrebbe essere maggiormente apprezzato per le aziende più piccole che, altrimenti, non avrebbero effettuato investimenti troppo costosi.

<sup>14</sup> Il valore del coefficiente associato al numero di ATC per ciascuna azienda è più alto, in valore assoluto, se confrontato con il coefficiente associato al numero di prodotti immessi in commercio; tale circostanza potrebbe significare come le opportunità di conseguire un elevato livello di fatturato, così come la competizione tra aziende farmaceutiche, come è già stato evidenziato, riguardi prevalentemente il numero e il tipo di ATC in cui ciascuna azienda decide di specializzarsi anziché il numero di prodotti immessi nel mercato.

Si è inteso verificare questa ipotesi includendo nei successivi modelli stimati ciascuna ATC (nella tabella sono stati riportati i coefficienti delle classi che risultano significative) e una variabile che riunisce quelle classi caratterizzate dal più elevato fatturato registrato in media per prodotto. Tale variabile rappresenta una proxy per indicare le classi terapeutiche con un ricavo medio per prodotto più elevato. Tuttavia, il coefficiente associato a ciascuna di queste classi, così come ad una combinazione di queste ultime (variabile LTH), ha un impatto negativo sul livello di fatturato: potrebbe desumersi da ciò come non sia il tipo di classe terapeutica con il più alto ricavo medio per prodotto a determinare un livello di fatturato più elevato. Piuttosto, come può notarsi dal coefficiente positivo e significativo associato alla variabile Alto numero di ATC nel quarto modello, una strategia vincente consiste nell'espandere il numero di classi terapeutiche, almeno nel breve periodo.

**Tabella 3 - Stime del modello a effetti random (random effects o error component model)**

Variabile dipendente: Log fatturato	Modello 1	Modello 2	Modello 3	Modello 4
Ranking 1_10	1,381** (0,049)	1,200** (0,057)	1,231** (0,069)	1,277** (0,067)
Ranking 11_20	0,936** (0,043)	0,853** (0,049)	0,898** (0,059)	0,923** (0,059)
Ranking 21_30	0,500** (0,040)	0,447** (0,045)	0,487** (0,054)	0,502** (0,053)
Ranking 31_40	0,214** (0,032)	0,168** (0,039)	0,184** (0,047)	0,205** (0,047)
Numero di prodotti		-0,009* (0,004)	-0,019** (0,006)	-0,019** (0,006)
Numero di prodotti2		0,0002* (0,00008)	0,0004** (0,0001)	0,0004** (0,0001)
Numero di prodotti3		-8,60 <sup>e-06</sup> * (4,50 <sup>e-07</sup> )	-2,63 <sup>e-06</sup> ** (7,70 <sup>e-07</sup> )	-2,41 <sup>e-06</sup> * (7,46 <sup>e-07</sup> )
Numero di ATC		0,020 (0,022)		
Numero di ATC2		-0,009 (0,001)		
Alto numero di ATC				0,128** (0,042)
LTH				-0,007* (0,018)
D			0,017 (0,044)	
G			0,157** (0,036)	
H			-0,020 (0,036)	
L			0,115 (0,046)	
R			0,123** (0,043)	
S			-0,089* (0,044)	
Fusioni&acquisizioni	-0,004 (0,032)	0,013 (0,034)		
Ranking*fusioni&acquisizioni			-0,033 (0,066)	-0,071 (0,066)
Gruppi	0,260** (0,035)	0,198** (0,035)	0,180** (0,044)	0,216** (0,038)
Tempo	0,102** (0,242)	0,100** (0,025)	0,103** (0,028)	0,105** (0,028)
Costante	4,027** (0,039)	3,996** (0,092)	4,099** (0,969)	4,195** (0,084)
F - test				
R2 within	0,465	0,499	0,571	0,539
R2 between	0,905	0,914	0,935	0,924
R2 overall	0,862	0,884	0,899	0,890

\* = significativo al 95%  
\*\* = significativo al 99%

volmente il proprio portafoglio prodotti e il numero di ATC, non saranno in grado di conseguire un elevato livello di fatturato, almeno nel breve periodo.

Le conclusioni già tratte analizzando i risultati ottenuti nell'ambito della stima del modello ad effetti fissi possono avanzarsi anche per il modello ad effetti *random* (vedi tabella 3).

I coefficienti relativi al *ranking*, numero di prodotti e di ATC, appartenenza a gruppi e tempo sono significativi, sebbene siano minori in valore assoluto. Ancora una volta, le fusioni e acquisizioni non sono significative.

Infine, i risultati di un Hausman test lasciano concludere per l'appropriatezza di un modello ad effetti fissi anziché un modello ad effetti *random*: in conclusione, nel sottoporre a verifica empirica il comportamento e le strategie delle aziende farmaceutiche, è opportuno tener conto di fattori non osservabili, che differiscono a seconda delle unità considerate e che possono essere incorporati in un'analisi empirica applicando un modello ad effetti fissi.

### 6.2.5 Conclusioni

Il presente contributo, che prende le mosse da altre analisi precedentemente condotte con riferimento al mercato farmaceutico italiano, ha inteso verificare le due ipotesi sopra illustrate.

Complessivamente, queste ipotesi sono state verificate: l'ampliamento del numero di prodotti e di classi terapeutiche ha un effetto positivo sul livello di fatturato. L'impatto di una politica di fusioni e acquisizioni è meno chiaro e dovrebbe essere meglio specificato.

La scelta di una strategia innovativa basata sull'incremento del numero di nuovi prodotti e di ATC (dovuto presumibilmente ad una maggior quota di investimento in attività di R&S<sup>15</sup>) è stata l'opzione vincente nell'ultimo decennio, anche se le sue potenzialità vanno diminuendo a causa di fattori istituzionali che potrebbero rendere più difficoltosa l'introduzione di nuovi prodotti.

L'appartenenza a gruppi farmaceutici consolidati determina un vantaggio competitivo, probabilmente a causa dell'alto grado di specializzazione che può conseguirsi all'interno del gruppo. Inoltre, come evidenziato in precedenza, una strategia che potrebbe definirsi conservatrice, finalizzata a mantenere lo stesso numero di prodotti e, di conseguenza, poco profittevole, se considerata all'interno di un gruppo potrebbe concorrere a definire una strategia complessivamente innovatrice.

Nuovi modelli di azienda farmaceutica sono andati emergendo negli ultimi anni: accanto ai produttori di farmaci etici sono andate affiancandosi le imprese *biotech*. Lo scenario competitivo nel mercato farmaceutico potrà ancora cambiare, con forte probabilità, nei prossimi anni.

Un'analisi di tipo macroeconomico dello scenario farmaceutico in Italia potrebbe, inoltre,

<sup>15</sup> Un interessante approfondimento in quest'ambito è quello centrato sul ruolo delle spese in R&S, così come sul tipo di innovazione realizzata (ad esempio, il ruolo dei farmaci biologici e delle New Chemical Entities – NCE –, cfr. Grabowski e Vernon, 1994).

rappresentare l'ideale complemento del presente lavoro analizzando come il settore farmaceutico è mutato nel corso dell'ultimo decennio e se le modificazioni delle variabili macro (spesa in R&S, rapporto importazioni-esportazioni, concentrazione del mercato e ruolo degli interventi regolatori) hanno avuto un impatto sui risultati economici del settore.

### Riferimenti bibliografici

- Balestra P, Nerlove M (1966), *Pooling cross section and time series data in the estimation of a dynamic model: the demand for natural gas*, *Econometrica*, 34, pp. 585-612.
- Cockburn I, Henderson R (1999), *Public-private interaction and productivity of pharmaceutical research*, NBER, working paper series, n. 6018, June 1999.
- Farindustria (2005), *Rapporto su Quale futuro per le PMI farmaceutiche in Italia?*, Ambrosetti European House, Roma, Marzo 2005.
- Gambardella A, Orsenigo L, Pammolli F (2000), *Global Competitiveness in Pharmaceuticals. A European Perspective*, Report prepared for the Directorate General Enterprise of the European Commission, Novembre 2000.
- Grabowski H, Vernon J (1994), *Innovation and structural change in pharmaceuticals and biotechnology*, *Industrial and Corporate Change*, 3, pp. 435-449.
- Greene WH (2000), *Econometric Analysis*, 4th edition, Prentice Hall, New Jersey.
- Hausman JA (1978), *Specification Tests in Econometrics*, *Econometrica*, pp. 1251-1272.
- Holland S, Batiz-Lazo B (2004), *The global pharmaceutical industry*. MSc in Health Sciences, Dublin Institute of Technology, Dublin, Ireland.
- Jacobzone S (2000), *Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals, Labour Market and Social Policy*, Occasional Papers, 4, OECD, Paris, 2000.
- Krishnan RA, Joshi S, Krishnan H (2004), *The influence of mergers on firms' product mix strategies*, *Strategic Management Journal*, 25, pp. 587-611.
- Mennini FS, Gianfrate F, Spandonaro F (2005), *Dinamiche e determinanti del settore farmaceutico in Europa*, *L'Industria*, n.s., XXVI, 1, pp. 103-118.
- Mennini FS, Ratti M, Spandonaro F (2005), *Il settore farmaceutico italiano: strategie e performance*, paper presented at the 5th IHEA Meeting, Barcelona, July 10-13, 2005.
- Mennini FS, Spandonaro F (2003), *Strategie e performance delle grandi aziende farmaceutiche in Italia (1979-2001)*, *L'Industria*, n.s., XXIV, 2, pp. 333 - 350.
- Meyer JW, Rowan B (1977), *Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony*, *American Journal of Sociology*, 83, pp. 340-363.
- Morgan EJ (2001), *Innovation and merger decisions in the pharmaceutical industry*, *Review of Industrial Organization*, 19, pp.181-197.
- Penrose E (1959), *The Theory of the Growth of the Firm*, Wiley, New York.
- Santerre RE, Neun SP (1996), *Health Economics: theories, insights and industry studies*, Chicago, Irwin, 1996.

## 6.3 - Il settore industriale dei dispositivi medici

Polistena B<sup>1</sup>, Ratti M.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 6.3.1 Introduzione

L'interesse verso il settore dei dispositivi medicali (*medical device*) negli ultimi anni è aumentato in corrispondenza della continua evoluzione tecnologica, della creazione di nuove metodologie chirurgiche che hanno portato il dispositivo medico a rivestire un ruolo centrale nella terapia e diagnostica clinica, consentendone progressi che aiutano tra l'altro a ridurre il numero di interventi chirurgici, nonché i tempi di recupero, garantendo una più adeguata capacità di monitorare il decorso della malattia.

I dispositivi medici sono famiglie di prodotti che presentano pochi tratti in comune e numerose fonti di eterogeneità, la cui definizione convenzionale è da farsi risalire al D.Lgs. n. 46/1997. Il D.Lgs. n. 46/1997 del 24 febbraio 1997, in attuazione della direttiva 93/42/CE, definisce dispositivo medico "qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento, e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'autonomia o processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi".

All'interno di questa definizione generale e facendo riferimento al D.Lgs n. 504/1992 (in attuazione della direttiva europea 90/385/CE e al D.Lgs. n. 332/2000 del 7 novembre 2000, e in attuazione della direttiva europea 98/79/CE), possiamo distinguere tre grandi famiglie di dispositivi medici: dispositivi impiantabili attivi, dispositivi medico-diagnostici in vitro e i restanti dispositivi.

Al fine di armonizzare le direttive europee e la legislazione nazionale, il decreto del Ministero della Salute del 20 febbraio 2007 e la conseguenziale approvazione della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND) danno l'opportunità a tutti gli operatori interessati di identificare chiaramente i numerosissimi dispositivi medici in commercio (Box 1). Contestualmente, al fine di rendere il mercato più trasparente e permettere alle strutture pubbliche di avere una visione più ampia e corretta del mercato, è stata

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

**Box 1 - DM 20 febbraio 2007: Criteri per l'individuazione di un "dispositivo unico"**

**Art. 1:** "È considerato "dispositivo unico",... un insieme di prodotti che, rientrando nella definizione di dispositivo medico..., siano descritti in un unico dossier tecnico:

- a** siano realizzati sulla base di un medesimo progetto tecnico esecutivo;
- b** siano realizzati con gli stessi materiali, pur essendo consentite variazioni dimensionali e di forma;
- c** siano soggetti ai medesimi requisiti essenziali e sia possibile una valutazione unitaria del rispetto degli stessi;
- d** consentano di analizzare, valutare e gestire in modo unitario, e richiamare in un unico documento, i rischi ad essi connessi, rendendo possibile l'adozione di provvedimenti comuni, anche in sede di gestione dei predetti rischi;
- e** abbiano in comune la destinazione d'uso ed i principi di funzionamento;
- f** siano collocati nella stessa classe di rischio;
- g** rendano possibile la conferma, sulla base degli stessi dati clinici, del rispetto dei requisiti relativi alle loro caratteristiche e prestazioni, nei casi previsti.

Il dispositivo identificato come "unico" ...è assoggettato ad un versamento unitario in sede di primo inserimento nella banca dati necessaria alla costituzione e alla gestione del repertorio dei dispositivi medici. Gli stessi criteri si applicano agli accessori di dispositivi medici..."

avviata l'inclusione al "Repertorio" (L. n. 266/2002, art. 57 comma 1) a cui dovranno essere "iscritti" i dispositivi medici che ambiscono ad essere utilizzati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

**6.3.2 Analogie e differenze tra il settore dei dispositivi medici e quello farmaceutico**

Il settore industriale dei dispositivi medicali (*medical device*), in termini di evoluzione tecnologica, ricerca e regolamentazione è spesso paragonato al settore farmaceutico; in realtà, insieme ad evidenti analogie, si riscontrano importanti differenze (tabella 1).

Il settore dei dispositivi medicali è, infatti, relativamente giovane rispetto a quello farmaceutico, il quale presenta un *background* storico notevolmente più lungo.

Se guardiamo alla dimensione media aziendale, ad esempio, è possibile notare come l'80% delle aziende siano di dimensioni piccole e medie (Eucomed 2007), mentre al contrario le industrie farmaceutiche sono prevalentemente costituite da multinazionali di grandi dimensioni.

La conoscenza scientifica necessaria per l'ideazione dei dispositivi medici si basa sulla chimica, fisica, l'ingegneria genetica e sistematica, mentre l'industria farmaceutica si basa su conoscenze chimiche e farmacologiche.

Lo sviluppo dell'industria dei *medical device* tende inoltre ad appropriarsi dell'innovazione e dei continui miglioramenti basati su nuove scienze, tecnologie (quali biotecnologia, elettronica) e materiali innovativi. Tali innovazioni portano ad una obsolescenza del prodotto, ma anche ad alti costi di distribuzione e di formazione per il personale; i dispositi-

vi medici, infatti, possono essere utilizzati solo dove le condizioni delle strutture sanitarie e del personale siano adeguate e quindi esclusivamente nei Paesi sviluppati.

Al contrario la ricerca in ambito farmaceutico si basa sulla valutazione di molecole e preparati procedendo quindi in maniera indipendente dagli altri settori industriali. Il ciclo di vita del prodotto risulta più lungo. La maggior parte dei farmaci possono essere somministrati indipendentemente dall'organizzazione degli ospedali, fornendo un vantaggio di diffusione anche a zone non sviluppate.

Il settore dei dispositivi medici presenta una varietà e numerosità di famiglie di prodotto estremamente maggiore rispetto a quella farmaceutica: tale numerosità, in Italia, sta creando non poche difficoltà nella predisposizione del nomenclatore.

**Tabella 1 - Principali caratteristiche dei settori dispositivi medici e farmaceutico**

Dispositivi Medici	Farmaceutica
Settore più giovane	Background storico più lungo
80% delle aziende di dimensioni medie-piccole	Aziende di grandi dimensioni, principalmente multinazionali
Numero di prodotti elevato e disomogeneo (più di 10.000 famiglie)	Numero di prodotti limitato
Ideazione di prodotto basata sulla chimica, fisica e ingegneria genetica	Ideazione di prodotto basata su conoscenze chimiche e farmacologiche
Continue innovazioni basate su nuove scienze, tecnologie (biotecnologia, elettronica) e materiali innovativi	Continue innovazioni basate su nuove scienze e tecnologie
Ciclo di vita breve del prodotto, alta obsolescenza (18 mesi sul mercato)	Ciclo di vita medio-lungo del prodotto
Alti costi di distribuzione e formazione del personale	Costi di distribuzione e formazione del personale più contenuti
I prodotti devono garantire un'alta qualità, performance, sicurezza ed efficacia	I prodotti devono garantire un'alta qualità, performance, sicurezza e costo-efficacia
Principalmente attività regolatoria basata su normativa europea	Forte attività regolatoria

Fonte: Eucomed

Infatti, mentre la regolamentazione europea dei *medical device* delinea un nuovo approccio che intende rimettere in gran parte ad un organismo accreditato il compito di accertare l'idoneità degli organismi notificati all'esecuzione delle verifiche tecniche che precedono l'immissione in commercio dei dispositivi medici e la marcatura CE, la regolamentazione dell'industria farmaceutica richiede una registrazione e una procedura di controllo per ogni singolo prodotto.

### 6.3.3 Il mercato mondiale dei dispositivi medici

Il mercato mondiale dei dispositivi medici è valutato nel 2005 in circa € 188 mld. ed è cresciuto del 2% dal 2002 (tabella 2). Il mercato europeo è però l'unico ad aver registrato, negli ultimi 3 anni, una crescita del mercato (16%) passando da € 55 mld. a € 64 mld.; il Giappone, che rappresenta nel 2005 circa il 10% del mercato, ha subito comunque una recessione del 5%, il "Resto del mondo" in media ha registrato un decremento di fatturato del 17%, mentre il mercato Usa sostanzialmente è in una situazione di ristagno.

Il mercato europeo dei dispositivi medici rappresenta il 34,2% del totale mondiale.

**Tabella 2 - Mercato mondiale dei dispositivi medici**

	Spesa 2002 (mld. €)	Spesa 2005 (mld. €)	Var. 2002-2005
Usa	79	79	0%
Europa	55	64	16%
Giappone	20	19	-5%
Resto del mondo	30	25	-17%
<b>Totale</b>	<b>184</b>	<b>187</b>	<b>2%</b>

Fonte: Eucomed

Germania (31,44%), Francia (15,66%), Italia (11,02%), Inghilterra (10,53%) e Spagna (8,65%) rappresentano da sole il 77,23% del mercato europeo. La spesa pro-capite per dispositivi medici più elevata si riscontra in Germania con € 243 seguita da Norvegia (€ 218), Svizzera (€ 215), Danimarca (€ 187). L'Italia, con una spesa per dispositivi medici pro-capite di € 122 si colloca al 10° posto nella classifica europea.

Se si considera l'andamento della spesa pro-capite tra il 2002 e il 2005, osserviamo che i Paesi con più elevato incremento sono Estonia (113,3%), Repubblica Slovacca (95,5%), Lituania (92,4%) e Spagna (76,4%); l'Olanda è l'unico Paese che registra un lieve decremento (0,3%) mentre i Paesi con una crescita inferiore al 10% sono Germania (5,4%), segno di un mercato già forte in partenza, Norvegia (5,7%), Irlanda (6,5%), Cipro (7,1%), Portogallo (8,6%) e Belgio (9,6%) (tabella 3). In Italia l'incremento della spesa per dispositivi medici pro-capite è pari, tra il 2002 e il 2005, al 13,9%.

In Europa nel 2005 la spesa per i dispositivi medici rappresenta il 6,3% del totale della spesa sanitaria (tabella 4). La spesa per dispositivi medici rappresenta una quota rilevante della spesa sanitaria totale, in particolar modo in Estonia (14,1%), Repubblica Slovacca (12,3%) e Lettonia (11,7%). In Italia la spesa per dispositivi medici rappresenta il 5,6% della spesa sanitaria totale (ovvero lo 0,43% del PIL) con un decremento dello 0,2% rispetto al 2002.

**Tabella 3 - Mercato europeo dei dispositivi medici, anni 2002 e 2005**

Paesi	Spesa 2002 (mln. €)	Spesa 2002 pro-capite (€)	Spesa 2005 (mln. €)	Spesa 2005 pro-capite (€)	Variazione % spesa pro-capite 2002-2005
Austria	730	90	830	102	12,8%
Belgio	820	79	900	87	9,6%
Bulgaria			110	14	
Cipro	30	41	40	44	7,1%
Danimarca	870	161	1.010	187	15,8%
Estonia	40	30	90	64	113,3%
Finlandia	450	86	500	96	11,2%
Francia	9.000	150	9.960	166	10,3%
Germania	19.000	230	20.000	243	5,4%
Grecia	540	49	800	72	47,6%
Inghilterra	5.800	97	6.700	112	15,5%
Irlanda	360	89	380	95	6,5%
Italia	6.160	107	7.010	122	13,9%
Lettonia	60	26	80	33	28,1%
Lituania	60	17	110	33	92,4%
Lussemburgo	50	111	60	125	12,8%
Malta	20	50	20	61	21,0%
Norvegia	930	206	1.000	218	5,7%
Olanda	2.500	154	2.500	154	-0,3%
Polonia	770	20	880	23	14,5%
Portogallo	600	57	650	62	8,6%
Romania			170	7	
Rep. Ceca	370	36	500	49	37,2%
Rep. Slovacca	110	20	210	39	95,5%
Slovenia	130	65	190	96	46,9%
Spagna	3.000	73	5.500	129	76,4%
Svezia	1.080	120	1.330	148	23,6%
Svizzera	1.360	188	1.590	215	14,2%
Ungheria	360	36	510	50	39,2%

Fonte: OECD, European Commission, Eucomed Member Associations e Medistat

A livello europeo l'Irlanda (€ 5.055 mln.), la Germania (€ 4.794 mln.), l'Inghilterra (€ 1.125 mln.) la Danimarca (€ 851 mln.), la Svezia (€ 452 mln.) e la Finlandia (€ 280 mln.) presentano una bilancia commerciale positiva; l'Italia ha un saldo negativo di € 3.400 mln. (figura 1), circa € 2.000 mln. in più rispetto al 2002. Tale variazione è dovuta in particolare modo all'*import*, che è passato da € 1.440 mln. del 2002 a € 5.670 mln. nel 2005, mentre l'*export* ha invece subito una riduzione del 22%. Registrano una bilancia commerciale negativa anche in Spagna (€ -1.600 mln.), Francia (€ -584 mln.), Portogallo (€ -527 mln.), Polonia (€ -355 mln.), Norvegia (€ -206 mln.), Austria (€ -133 mln.), Repubblica Ceca (€ -90 mln.) e Slovacchia (€ -83 mln.).

Il tessuto produttivo europeo è caratterizzato da molte imprese di piccole dimensioni: circa 11.000. Il maggior numero di imprese è concentrato in Inghilterra (2.200), Germania (1.540) e Spagna (1.000), che sommano il 44% delle aziende; l'Italia conta all'incirca 550

**Tabella 4 - Incidenza percentuale della spesa per dispositivi medici sul totale della spesa sanitaria, anni 2002-2005**

Paesi	Anno 2002	Anno 2005	Diff. 2002-2005
Austria	4,3%	3,7%	-0,6%
Belgio	3,6%	3,3%	-0,3%
Bulgaria		6,6%	
Cipro	4,5%	4,7%	0,2%
Danimarca	5,7%	5,7%	0,0%
Estonia	10,8%	14,1%	3,3%
Finlandia	4,8%	4,5%	-0,3%
Francia	6,5%	5,8%	-0,7%
Germania	8,6%	8,6%	0,0%
Grecia	4,4%	4,8%	0,4%
Inghilterra	4,8%	4,5%	-0,3%
Irlanda	4,9%	3,7%	-1,2%
Italia	5,8%	5,6%	-0,2%
Lettonia	11,5%	11,7%	0,2%
Lituania	8,3%	9,0%	0,7%
Lussemburgo	4,1%	2,6%	-1,5%
Malta	1,7%	6,1%	4,4%
Norvegia	6,2%	4,6%	-1,6%
Olanda	6,5%	5,6%	-0,9%
Polonia	6,1%	6,9%	0,8%
Portogallo	5,3%	4,8%	-0,5%
Romania		3,3%	
Rep. Ceca	7,9%	8,0%	0,1%
Rep. Slovacca	8,6%	12,3%	3,7%
Slovenia	7,1%	6,0%	-1,1%
Spagna	6,1%	8,2%	2,1%
Svezia	5,1%	5,2%	0,1%
Svizzera	4,5%	4,7%	0,2%
Ungheria	9,2%	7,8%	-1,4%

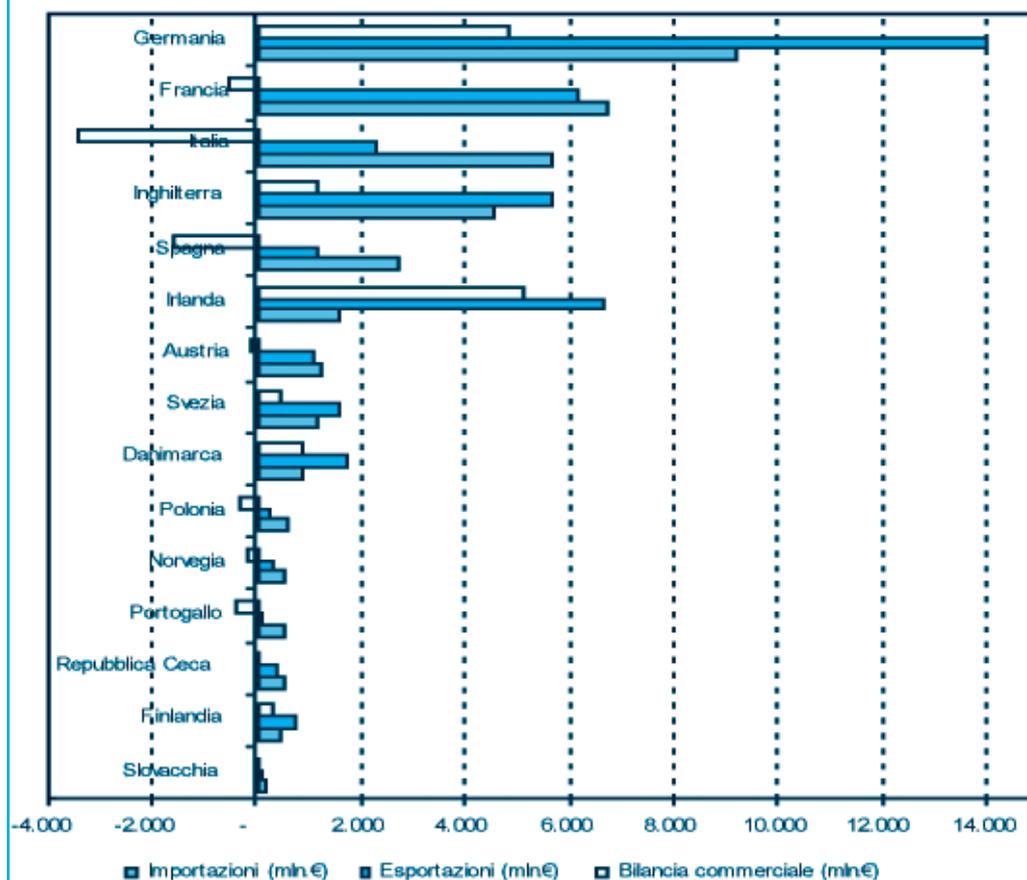
Fonte: OECD, European Commission, Eucomed Member Associations e Medistat

aziende, come l'Olanda, la Polonia e la Svizzera (tabella 5).

Complessivamente l'industria in Europa occupa (2005) circa 434.560 unità, con un incremento del 12,6% rispetto al 2002. La Germania, con il più importante mercato di dispositivi medici e seconda alla sola Inghilterra per numero di aziende, è anche la nazione con il numero maggiore di occupati (110.000), seguono Inghilterra (60.000), Svizzera (40.000) e Italia (29.815).

Il numero medio di occupati per azienda mostra che i Paesi con un valore medio più ele-

Figura 1 - Importazioni ed esportazioni delle tecnologie medicali, anno 2005 (mln. €)



Fonte: Eucomed Member Associations e Medistat

vato sono Svizzera (72,73), Germania (71,43) e Italia (54,21).

Come già evidenziato nel Rapporto CEIS 2006<sup>2</sup>, si evidenzia una correlazione positiva fra dimensione d'impresa e saldo commerciale: il Paese con miglior saldo, la Germania, ha una dimensione media d'impresa doppia (71,43 addetti) rispetto alla media (35,3 addetti). Per quanto concerne la spesa in R&S delle aziende, Eucomed stima sia tra il 3% e il 6% del totale, pari all'incirca a € 3.800 mln. annui in Europa.

<sup>2</sup> Vedi: Mennini FS, Polistena B, Ratti M, Spandonaro F, *Il settore industriale sanitario in Italia*.

**Tabella 5 - Aziende ed occupati nel settore dei dispositivi medici in Europa**

Paese	Numero aziende 2002	Numero aziende 2005	Variazione n.aziende	Occupati 2002	Occupati 2005	Variazione n. occupati	Occupati medi per azienda 2002	Occupati medi per azienda 2005
Austria		550		9.033	6.000	-34%		10,91
Belgio				5.500	5.500	0%		
Rep. Ceca				5.000	12.760	155%		
Danimarca				14.000	14.000	0%		
Finlandia				5.550	3.000	-46%		
Francia	1020	990	-2,94%	40.000	40.000	0%	39,22	40,4
Germania	1105	1540	39,37%	100.000	110.000	10%	90,5	71,43
Grecia				2.500	2.500	0%		
Ungheria				4.500	4.250	-6%		
Inghilterra	1445	2200		50.000	60.000	20%	34,6	27,27
Irlanda				22.000	26.000	18%		
Italia	510	550	7,84%	20.000	29.815	49%	39,22	54,21
Olanda		550		7.000	9.500	36%		17,27
Norvegia				920	500	-46%		
Polonia		550		8.700	8.700	0%		15,82
Portogallo				3.200	3.200	0%		
Romania					15.000			
Slovacchia				2.198	2.198	0%		
Slovenia				1.237	1.237	0%		
Spagna	1020	1100	7,84%	13.000	25.400	95%	12,75	23,09
Svezia	765	770	0,65%	15.000	15.000	0%	19,61	19,48
Svizzera	510	550	7,84%	40.000	40.000	0%	78,43	72,73

Fonte: nostre elaborazioni su dati Eucomed Member Associations

### 6.3.4 Mercato e politica dei dispositivi medici in Italia

Il settore dei dispositivi medici italiano rappresenta nel 2005 il terzo mercato in Europa con una quota pari all'11,02% e il quinto nel mondo con una quota pari al 3,73%.

In termini di spesa per dispositivi medici, l'Italia impegna il 5,6% della spesa sanitaria totale contro una media europea del 6,3%, con un decremento dello 0,2% rispetto al 2002, assorbendo lo 0,43% del PIL (come rilevato da Eucomed 2007).

Gli unici dati al momento disponibili, relativi al monitoraggio del fatturato dei dispositivi medici in Italia risalgono al 2004<sup>3</sup> e sono relativi alle aziende associate ad Assobiomedica. Tali dati indicano che il mercato italiano dei biomedicali ha realizzato un fatturato pari a € 3,428 mld., quello dei diagnostici in vitro € 1,762 mld. e quello dei prodotti da laboratorio € 525 mln.

La bilancia commerciale nel 2005, come già detto precedentemente, presenta un saldo negativo di € 3,400 mld., evidenziando un peggioramento di € 2 mld. rispetto al 2002.

Il numero di aziende totali operanti nel settore italiano viene stimato dall'associazione europea di categoria (Eucomed) in 550, con una crescita rispetto al 2002 del 7,84% (40 aziende). La maggior parte delle imprese sono di piccole dimensioni (il 73,9% non supera € 20 mln. di fatturato annuo) con un numero di dipendenti medio di 54 unità, costituite da

<sup>3</sup> Centro Studi Assobiomedica, "Il mercato dei dispositivi medici", luglio 2006.

capitale italiano per il 54% e localizzate principalmente nel Centro Nord Italia, e soprattutto in Lombardia, Emilia Romagna e Lazio. Il 67% delle imprese dell'associazione di categoria (Assobiomedica) è a carattere commerciale<sup>4</sup>, mentre il restante 33% svolge attività di produzione di tecnologie mediche (di cui l'85% è costituito da produttori nazionali). Partendo dal presupposto che l'industria dei dispositivi medici, a livello di SSN italiano, è seconda solo a quella farmaceutica, negli ultimi anni il legislatore ha posto le basi per l'armonizzazione del recepimento della normativa europea (Box 2) e la creazione di una normativa nazionale più solida (Box 3).

### Box 2 - Direttive comunitarie sui dispositivi medici e norme di recepimento nell'ordinamento

Direttiva	Norma di trasposizione	Pubblicazione	Commenti
Direttiva 93/42/CEE	D.Lgs. n. 4/1997, n. 4 Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente la definizione dei dispositivi medici	S.O.G.U. 6 marzo 1997, n. 54	Modificata da D.Lgs. n. 95/1998 (G.U.14/04/1998, n. 96) D.Lgs. 332/2000 (S.O.G.U. 17 settembre 2000, n. 189/L) – D.Lgs. n. 304/2004 (G.U. 23 dicembre 2004, n. 300)
Direttiva 90/385/CEE	D.Lgs. n. 504/ 1992, Attuazione della direttiva 90/385/CEE concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi	G.U. 30 dicembre 1992, n. 305	Modificata da D.Lgs. n. 256/1996 (G.U. 11/5/1996, n. 109)
Direttiva 2003/12/CE	D.Lgs. n. 304/2004, Attuazione della direttiva 2003/12/CE concernente la riclassificazione delle protesi mammarie	G.U. 23 dicembre 2004, n. 97	
Direttiva 2003/32/CE	D.Lgs. n. 67/2005, Attuazione della direttiva 2003/32/CE concernente i dispositivi medici fabbricati con tessuti di origine animale	G.U. 28 aprile 2005, n. 97	
Direttiva 2005/50/CE		Non ancora trasposta nell'ordinamento italiano	Relativa alla riclassificazione delle protesi articolari dell'anca, del ginocchio e della spalla nel quadro della direttiva 03/42/CEE concernente i dispositivi medici

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale dei farmaci e dei dispositivi medici

<sup>4</sup> Si intendono imprese che svolgono attività di distribuzione sul territorio italiano, spesso per aziende estere.

### Box 3 - Principale normativa nazionale sui dispositivi medici

Norma	Titoli	Commenti
Decreto Ministero della Salute 23 luglio 1998 (pubbl. in G.U. 4 agosto 1998, n. 180)	Disposizioni relative al commercio degli occhiali in attuazione dell'art. 20 del D.Lgs. n. 46/97	Modificato con D.M. Sanità 21 dicembre 1999, D.M. Sanità 26 novembre 2004 (pubbl. in G.U. 10 febbraio 2005, n. 33 e rettificato con Comunicato in G.U. 8 marzo 2005, n. 55)
Decreto Ministero della Salute 10 ottobre 2001 (pubbl. in G.U. 9 novembre 2001, n. 261)	Divieto di utilizzazione, importazione e immissione in commercio, sul territorio italiano, degli amalgami dentali non preparati sotto forma di capsule predosate e precauzioni ed avvertenze da riferire nelle istruzioni per l'uso degli amalgami dentali posti in commercio in Italia	
Decreto Ministero della Salute 3 febbraio 2003 (pubbl. in G.U. 18 marzo 2003, n. 64)	Guida al corretto utilizzo delle lenti a contatto, avvertenze, precauzioni e rischi collegati all'uso	
Decreto Ministero della Salute 15 novembre 2005 (pubbl. in G.U. 24 novembre 2005, n. 274)	Approvazione dei modelli di schede di segnalazione di incidenti o di mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro	
Decreto Ministero della Salute 2 agosto 2005 (pubbl. in G.U. 9 settembre 2005, n. 210)	Modalità di presentazione della documentazione per notifica di indagine clinica con dispositivi medici	
L. n. 266/2005, (pubbl. in suppl. ordinario n. 211 alla G.U. 29 dicembre 2005, n. 302)	Dispositivi per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)	Art 1 comma 409 Norme relative a banca dati, repertorio dei dispositivi medici e versamenti per l'attività promozionale
Decreto Ministero della Salute 20 febbraio 2007 (pubbl. in suppl. ordinario n. 72 alla G.U. 16 marzo 2007, n. 63)	Approvazione della classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND). Nuove modalità per gli adempimenti per la registrazione dei dispositivi impiantabili attivi nonché per l'iscrizione nel Repertorio dei dispositivi medici	
L. n. 296/2006, (pubbl. in suppl. ordinario n. 244 alla G.U. 27 dicembre 2006, n. 299)	Dispositivi per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)	Art. 1 comma 796 lett v. Ulteriori norme relative a banca dati e repertorio e norme relative ai prezzi da utilizzare quale base d'asta per le gare di acquisto del SSN

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale dei farmaci e dei dispositivi medici

La regolamentazione, nata al fine di rendere monitorabile la spesa attribuibile ai dispositivi medici, prende forma con la L. n. 289/2002 art. 57, con la quale è stata istituita la Commissione Unica dei Dispositivi (CUD) (Box 4). La legge finanziaria 2006, comma 409, introduce una serie di obblighi anche per le aziende produttrici dei dispositivi medici modellati sulla base della regolamentazione esistente per l'industria farmaceutica (Box 4). Dal 2004 la CUD ha predisposto la stesura della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici<sup>5</sup> (CND) con una struttura di tipo alfa-numerico sviluppata ad albero gerarchico multilivello, che aggrega i dispositivi medici in Categorie (8 categorie anatomiche, 9 categorie funzionali e 4 categorie speciali), Gruppi (contraddistinti da un numero a due cifre da 01 a 99 per ognuna delle categorie) e Tipologie (espandibili fino a 5 livelli di dettaglio). In questa prima stesura non sono ancora ricompresi i dispositivi medico-diagnostici in vitro (saranno oggetto di una analisi e classificazione successiva). Sono esclusi dalla presente classificazione, perché non ricompresi nella normativa: i medicinali, i prodotti cosmetici, il sangue umano e suoi derivati, gli organi, tessuti o cellule di origine umana e prodotti comprendenti o derivati da tessuti o cellule di origine umana, gli organi, tessuti o cellule di origine animale, salvo che il dispositivo non sia fabbricato utilizzando tessuto animale reso non vitale o prodotti non vitali derivati da tessuto animale, i dispositivi di

#### Box 4 - Competenze attribuite alla Commissione Unica dei Dispositivi (CUD)

Le finalità che il Ministero della Salute intende perseguire con l'apporto tecnico della CUD sono quelle di:

- rendere trasparente il mercato dei dispositivi medici attraverso la pubblicazione e l'aggiornamento di un repertorio;
- elaborare valutazioni di technology assessment sul rapporto costo beneficio e rischio beneficio dei nuovi dispositivi medici;
- migliorare il sistema di vigilanza sugli incidenti;
- effettuare una sorveglianza del mercato, dei consumi e dei prezzi applicati alle strutture del SSN;
- favorire una ricerca sui dispositivi medici innovativa e di qualità.

##### **Alcuni obblighi per le aziende produttrici dei dispositivi medici**

- le aziende che producono o immettono in commercio in Italia dispositivi medici sono tenute a dichiarare mediante autocertificazione diretta al Ministero della salute, entro il 30 aprile di ogni anno, l'ammontare complessivo della spesa sostenuta nell'anno precedente per le attività di promozione rivolte ai medici, agli operatori sanitari, ivi compresi i dirigenti delle aziende sanitarie, e ai farmacisti, nonché la ripartizione della stessa nella singole voci di costo;
- per l'inserimento delle informazioni nella banca dati necessaria alla istituzione e alla gestione del repertorio dei dispositivi medici, i produttori e i distributori tenuti alla comunicazione sono soggetti al pagamento, a favore del Ministero della Salute, di una tariffa di € 100 per ogni dispositivo. La tariffa è dovuta anche per l'inserimento di informazioni relative a modifiche dei dispositivi già inclusi nella banca dati;
- viene stabilita, con l'istituzione del repertorio generale dei dispositivi medici, la data a decorrere dalla quale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale possono essere acquistati, utilizzati o dispensati unicamente i dispositivi iscritti nel repertorio medesimo.

<sup>5</sup> DM 22 settembre 2005, *Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici*.

protezione individuale.

Al fine di tenere sotto controllo la spesa del SSN per i dispositivi medici l'art. 1, comma 796, lettera V, della L. n. 296/2006 (Finanziaria 2007) ha previsto che il Ministero della Salute, avvalendosi della Commissione Unica sui Dispositivi Medici (CUD) e della collaborazione istituzionale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), individui entro il 31 gennaio 2007 le tipologie di dispositivi medici per il cui acquisto la corrispondente spesa superi il 50% della spesa complessiva per dispositivi registrata dal SSN.

Inoltre, relativamente a tali dispositivi, le Regioni e le Province autonome devono fornire, entro il 15 marzo 2007, al Ministero della Salute – Direzione generale dei farmaci e dispositivi medici, anche per il tramite dell'ASSR, i prezzi unitari corrisposti per gli acquisti negli anni 2005 e 2006.

L'articolo 1, c. 796, prevede altresì che le aziende che producono o commercializzano in Italia dispositivi medici forniscano, sempre entro il 15 marzo 2007, i prezzi unitari relativi alle forniture effettuate alle aziende sanitarie nel corso del medesimo biennio relativamente agli stessi dispositivi medici. A tal fine è previsto che, con decreto ministeriale, siano stabiliti i criteri per ottemperare a tale obbligo.

I principali comparti dei dispositivi medici sono: la diagnostica di laboratorio, la diagnostica strumentale, l'ortopedia, i prodotti per la dialisi, quelli per la cardiologia<sup>6</sup>, suture, laparoscopia, diagnostica *self monitoring*, i prodotti dentali, gli ausili assorbenti per l'incontinenza e l'infusione.

### 6.3.5 Considerazioni finali

Negli ultimi anni l'interesse verso il settore dei dispositivi medicali (*medical device*) è aumentato in corrispondenza della continua evoluzione tecnologica, che ha portato il dispositivo medico a rivestire un ruolo sempre più importante nella terapia e diagnosi clinica.

Da un punto di vista industriale, il settore dei dispositivi medici risulta essere composto da un numero considerevole di imprese (550) di piccole dimensioni (in media 55 addetti) e con una forte incidenza di imprese commerciali. I prodotti e le tecnologie utilizzate testimoniano peraltro di un mercato vitale e complesso (terzo mercato europeo, il quinto a livello mondiale). Ciò non di meno l'Italia ha un saldo negativo della bilancia commerciale pari a € 3,4 mld.

La correlazione osservata fra bilancia commerciale e dimensione media d'impresa implica che le imprese italiane dovrebbero poter crescere per essere competitive e contribuire al benessere del Paese, inserendosi in network internazionali.

Per ora dobbiamo registrare che sulle politiche industriali sembrano però prevalere le regolamentazioni tese a garantire il controllo della spesa del SSN. A livello di SSN italiano il problema del monitoraggio della spesa per dispositivi medici ha determinato una copiosa regolamentazione, tesa a ottenere una maggiore trasparenza del mercato e operatività (capacità di acquisto) delle strutture sanitarie.

<sup>6</sup> È costituito dal cardiovascolare, dalla dialisi e dall'emodinamica.

Sembra quindi che il punto cruciale sia l'inaugurazione di una collaborazione fra settore pubblico e privato basata su vari obiettivi, di cui i principali sembrano essere:

- la promozione delle condizioni per una internazionalizzazione delle imprese italiane e la loro partecipazione a network di ricerca;
- l'introduzione di un rigoroso *Health Technology Assessment*, che permetta la determinazione della reale costo-efficacia dei prodotti, permettendo sia la protezione dell'innovazione, sia un efficiente approvvigionamento da parte delle aziende sanitarie pubbliche.

### Riferimenti bibliografici

- Centro Studi Assobiomedica (2000), *La spesa sanitaria, la diagnostica di laboratorio e il mercato delle tecnologie*. Terzo aggiornamento, n. 8.
- Centro Studi Assobiomedica (2002), *Il mercato dei dispositivi medici: profilo del settore ed aspetti critici*. Secondo aggiornamento, n. 8, pp 1-36.
- Centro Studi Assobiomedica (2006), *Il mercato dei dispositivi medici: profilo del settore ed aspetti critici*. Terzo aggiornamento, n. 12, pp 1-43.
- Eucomed, *Competitiveness and Innovativeness of the European Medical Technology Industry*, 2007.
- Mennini FS, Polistena B, Ratti M, Spandonaro F, *Il settore industriale sanitario in Italia*, Rapporto CEIS 2006.
- Ministero della Salute (2004), *Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici*, Versione 1.0.
- Ministero della Salute (2007), *Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici*, Dispositivi Medici, Aspetti Regolatori ed Operativi.
- Pammolli F, Riccaboni M et al. (2005), *Medical Devices Competitiveness and Impact on Public Health Expenditure*, CERM.
- D.Lgs. n. 507/1992 del 14 dicembre 1992.
- D.Lgs. n. 46/1997 del 24 febbraio 1997.
- D.Lgs. n. 332/2000 dell'8 settembre 2000.
- L. n. 266/2002 art. 57 comma 1.
- L. n. 266/2005 comma 409 del 23 dicembre 2005.
- Decreto Ministeriale 22 settembre 2005.
- Decreto Ministeriale 20 febbraio 2007.

## **Curriculum Vitae Autori**

✓ **BELLET ILARIA**

Laurea in Economia Aziendale. Dal 2005 Responsabile della Formazione ECM di Sidera presso la quale si occupa della gestione e del coordinamento delle iniziative di formazione ECM e di consulenza in ambito sanitario, con funzione di membro del Consiglio direttivo.

---

✓ **BORGIA PIERLUIGI**

Laureato in Economia presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".  
Attualmente lavora presso la Montepaschi Assicurazioni Spa.  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2003.

---

✓ **BUCHMUELLER THOMAS C.**

Professor, Economic and Public Policy, Paul Merage School of Business, University of California, Irvine.

---

✓ **BURGIO ALESSANDRA**

Laureata in Scienze statistiche e demografiche presso la Facoltà di Scienze Statistiche Demografiche e Attuariali dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Attualmente lavora presso l'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) in qualità di Primo Ricercatore dove ha la responsabilità dell'Unità operativa "Servizi sanitari e quadro epidemiologico".  
Collabora con il CEIS Sanità dal 2007.

---

✓ **BUZZI NATALIA**

Diplomata in Giornalismo Medico-Scientifico presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".  
Attualmente è direttore della Nebo Ricerche PA, coordinatore di ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) e professore a contratto all'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

---

✓ **CANANZI GIUSEPPE**

Laureato in Scienze Politiche presso l'Università degli Studi di Firenze.  
Attualmente è direttore dell'UO "Ricerche e studi economici" dell'ARAN (Agenzia per la rappresentanza negoziale del pubblico impiego), coordinatore di ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) e professore a contratto all'Università di Roma "Tor Vergata".

---

✓ **CEPIKU DENITA**

Laureata in Economia delle amministrazioni pubbliche e delle istituzioni internazionali e dottoressa di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".  
Attualmente lavora presso la stessa Università in qualità di assegnista di ricerca e collabora con il Dipartimento della Funzione pubblica.  
Collabora come ricercatrice al CEIS Sanità dal 2004.

---

✓ **CRIALESI ROBERTA**

Laureata in Scienze Statistiche e Demografiche presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Attualmente lavora presso l'Istituto Nazionale di Statistica in qualità di Dirigente di Ricerca nel settore sanitario.  
Collabora con il CEIS Sanità dal 2007.

✓ **DE POUVOURVILLE GÉRARD**

Research Director, French National Centre for Scientific Research (CNRS).

---

✓ **DOGLIA MARCO**

Laureato in Scienze Statistiche ed Economiche presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Attualmente lavora presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze in qualità di Funzionario Statistico.

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2005.

---

✓ **DONIA SOFIO AMALIA**

Laureata in Scienze politiche presso l'Università degli Studi di Messina.

Attualmente insegna Economia Sanitaria presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" in qualità di professore associato.

È direttore del Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari.

---

✓ **FELDSTEIN PAUL J.**

Professor and Robert Gumbiner Chair in Health Care Management, Graduate School of Management, University of California, Irvine.

---

✓ **FIORANI GLORIA**

Laureata in Economia delle amministrazioni pubbliche e delle istituzioni internazionali presso la facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata".

Attualmente lavora presso l'Università di Roma "Tor Vergata" in qualità di Dottoranda in Economia e gestione delle aziende e delle amministrazioni pubbliche. Collabora come ricercatore con il CEIS Sanità dal 2007.

---

✓ **FIORAVANTI LAURA**

Laureata in Economia delle Istituzioni e dei Mercati Finanziari presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Attualmente lavora presso Novartis Farma Spa in qualità di Pricing Specialist.

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dall'aprile del 2001.

---

✓ **FRANCIA LAURA**

Laureata in Economia presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Attualmente lavora presso Ass. Oasi Maria SS, IRCCS per lo studio del Ritardo Mentale e dell'Involuzione Cerebrale, Troina (EN) in qualità di Consulente presso l'Ufficio Qualità.

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal luglio 2000.

---

✓ **GIORDANI CRISTINA**

Laureata in Economia – Corso di laurea in Economia delle Istituzioni e dei Mercati Finanziari presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". Attualmente lavora presso il Ministero della Salute,

Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali. Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2000.

✓ **GITTO LARA NICOLETTA ANGELA**

Laureata in Giurisprudenza presso l'Università degli Studi di Messina.  
Attualmente lavora presso l'Università degli Studi di Messina in qualità di Docente a contratto dell'insegnamento di "Economia Pubblica".  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2005.

---

✓ **LAPENNA NICOLA**

Laureato in Ingegneria Civile presso l'Università degli Studi della Basilicata (Potenza).  
Attualmente lavora presso la Sidera S.r.l. in qualità di Direttore.  
Collabora come ricercatore del CEIS Sanità dal 2004.

---

✓ **LAZZARINI GABRIELE**

Laureato in Economia e commercio presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Attualmente lavora presso la Consip in qualità di responsabile dell'Area promozione verso le amministrazioni territoriali nell'ambito della DAPA (Direzione Acquisti Pubblica Amministrazione).  
Collabora come ricercatore con il CEIS Sanità dal 2007.

---

✓ **MARINO ANNA**

Laureata in Economia delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".  
Attualmente lavora per il Centro di Documentazione sulle Fondazioni (Fondazione Giovanni Agnelli) presso l'ISTAT in qualità di Ricercatore per la Rilevazione delle Fondazioni.  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2006.  
Collabora con il CEIS Sanità dal 2007.

---

✓ **MARTINS JO M.**

President of the Center for Health Policy and Management, Professor at the Business Department of Macquarie University, and at the School of Public Health, University of Sydney.

---

✓ **MENEGUZZO MARCO**

Laureato in Economia Aziendale presso l'Università Luigi Bocconi di Milano.  
Attualmente lavora presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" in qualità di Professore Ordinario in Economia aziende amministrazioni pubbliche.  
Collabora come docente ai programmi Master e Coordinatore progetti di ricerca al CEIS Sanità dal 2003.

---

✓ **MENNINI FRANCESCO SAVERIO**

Laureato in Economia presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".  
Attualmente lavora presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" in qualità di Ricercatore confermato.  
È, inoltre, Professore incaricato di Politica Economica presso la Facoltà di Scienze dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 1999.

✓ **POLISTENA BARBARA**

Laureata in Scienze statistiche demografiche e sociali presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2005.

---

✓ **PUIG JUNOY JAUME**

Professor, Department de Economia y Empresa,  
Universitat Pompeu Fabra, Barcellona, Spagna.

---

✓ **RAPISARDA ISABELLA**

Laureata in Giurisprudenza presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Attualmente lavora presso Consip in qualità di Account manager all'interno dell'Area Promozione verso le Amministrazioni territoriali, DAPA (Direzione Acquisti Pubblica Amministrazione).  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2007.

---

✓ **RATTI MARCO**

Laureato in Economia e Commercio presso l'Università degli studi dell'Aquila.  
Attualmente lavora presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali in qualità di collaboratore.  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2004.

---

✓ **ROCCHETTI IRENE**

Laureata in Scienze statistiche per le analisi demografiche e sociali e specializzata in Scienze demografiche per le politiche sociali e sanitarie presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Collabora come ricercatrice al CEIS Sanità dal 1/10/2006.

---

✓ **RUSSO ANGELA**

Laureata in Lingue e Letterature straniere presso lo IULM (Istituto Universitario Lingue Moderne).  
Attualmente lavora presso Consip in qualità di Esperto relazioni internazionali – Direzione Innovazione e sviluppo.  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2003.

---

✓ **RUTTEN FRANS F.H.**

Chairman of the Department of Health Policy and Management, Professor of Health Economics, IMTA Institute for Medical Technology Assessment.

---

✓ **SALVATORE MICHELE ANTONIO**

Laureato in Scienze statistiche demografiche e sociali presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Attualmente Dottorando presso il Dottorato di Demografia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

✓ **SCHWEIGER ARTURO**

Direttore Master in Economia e Gestione della Sanità, Istituto Universitario ISALUD, Buenos Aires, Argentina.

---

✓ **SOLIPACA ALESSANDRO**

Laureato in Scienze statistiche e demografiche presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Attualmente è ricercatore presso l'Istituto Nazionale di Statistica, responsabile del Sistema informativo statistico sulla disabilità. È, inoltre, Professore incaricato per l'insegnamento di "Economia applicata" e "Statistica per la ricerca sperimentale e tecnologica" presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Collabora con il CEIS dal 2007.

---

✓ **SPANDONARO FEDERICO**

Laureato in Economia e Commercio presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Attualmente è supplente dell'insegnamento di Matematica per le applicazioni economiche presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e di quello di Economia e Programmazione Sanitaria presso la Facoltà di Scienze Statistiche dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Coordina le attività dell'area Sanità del CEIS.

---

✓ **TANESE ANGELO**

Laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi di Milano e Master presso l'Institut d'Etudes politiques di Parigi.  
Direttore amministrativo della ASL Roma e Docente di Organizzazione aziendale e di gestione del cambiamento organizzativo presso la Facoltà di Scienze sociali di Chieti-Pescara.  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2001.

---

✓ **TROVATO GIOVANNI**

Laureato in Economia e Commercio presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Ricercatore presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".  
Collabora come ricercatore con il CEIS Sanità dal 2007.