CEIS TOR VERGATA Centre for Economic and International Studies

FONDAZIONE ECONOMIA TOR VERGATA
Economia Istituzioni Sviluppo Tecnologico

Rapporto - Sanità 2009

CEIS - Fondazione Economia Tor Vergata

Sanità e sviluppo economico

Università degli Studi
di Roma "Tor Vergata"

Health Communication

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

Finito di stampare nel mese di giugno 2010 da Arti Grafiche Srl

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

Rapporto - Sanità 2009

CEIS - Fondazione Economia Tor Vergata

Sanità e sviluppo economico

La VII Edizione del Rapporto Sanità del CEIS - Fondazione Economia *Tor Vergata*, Università di Roma *Tor Vergata*, è il risultato di una partnership con aziende e associazioni sensibili alla crescita delle competenze nell'ambito del sistema sanitario.
La pubblicazione e diffusione del volume presso gli operatori e gli esperti sanitari è resa possibile dal supporto finanziario e dall'impegno di:

- Boehringer Ingelheim Italia
- Fondazione MSD
- GlaxoSmithKline Italia
- Pfizer Italia S.r.l.
- TEVA Pharma Italia S.p.a.
- J&J Medical Holding

I *partner* dell'iniziativa condividono con il CEIS - Fondazione Economia *Tor Vergata* la necessità di fornire agli operatori del settore e ai politici, elementi scientifici a supporto delle decisioni. Oltre al mondo politico, il Rapporto è indirizzato al management aziendale, che può trarne informazioni per migliorare il livello di programmazione e organizzazione, in una logica di *empowerment* ed anche ai cittadini e le loro associazioni.

Il Rapporto, ideato, progettato e realizzato in italiano e inglese, raccoglie il lavoro svolto dai ricercatori del CEIS, Facoltà di Economia dell'Università di Roma *Tor Vergata* e di altri esperti e studiosi del settore.

Wyeth is now part of Pfizer

Il VII Rapporto Sanità (anno 2009) del CEIS - Fondazione Economia Tor Vergata Università di Roma *Tor Vergata*, è disponibile anche in Inglese (solo formato elettronico), che può essere richiesto a:
segr.sanita@ceis.uniroma2.it

The English version of the VI Health Report (year 2009) by CEIS - Fondazione Economia Tor Vergata *University of Rome* Tor Vergata*, is available on request at: segr.sanita@ceis.uniroma2.it*

Indice

Prefazione
di Renato Lauro 35

Presentazione del Rapporto
di Luigi Paganetto, P. Lucio Scandizzo 39

Introduzione

Sanità e sviluppo economico
di Spandonaro F. 43

Capitolo 1 - Il quadro di riferimento demografico e socio-economico

di Alato C.

1.1	**Introduzione**	75
1.2	**La struttura e l'evoluzione demografica**	75
1.3	**La mortalità**	88
1.4	**Istruzione**	93
1.5	**La struttura familiare**	98
1.6	**Quadro economico**	103

Capitolo 2 - Il sistema di finanziamento della Sanità

di Giordani C.

2.1	**I sistemi di finanziamento nei Paesi OECD**	123
2.2	**Il sistema di finanziamento in Italia e il risultato economico di esercizio del SSN italiano**	131
2.2.1	**La recente normativa e i dati del finanziamento nazionale**	131
2.2.2	**Il risultato economico di esercizio del SSN italiano**	135
2.3	**Il riparto regionale del finanziamento**	138

2.4 **Il risultato di esercizio a livello regionale** 141
2.5 **I saldi della mobilità sanitaria interregionale** 144
2.6 **L'intervento dello Stato nei disavanzi regionali** 145
2.7 **Il riparto delle risorse intra regionale** 146
2.8 **Gli obiettivi di Piano** 156
2.9 **Il riparto del sociale** 158

Capitolo 2a - Le competenze per il federalismo sanitario

di Meneguzzo M., Fiorani G., Cepiku D.

2a1. Introduzione 165

2a2. **Il federalismo fiscale in sanità** 166
2a3. **Le competenze chiave per il federalismo: un primo inquadramento** 168

Capitolo 3 - La Spesa sanitaria

di Polistena B.

3.1 **Analisi della spesa sanitaria nei paesi OECD** 180
3.2 **La dinamica della spesa sanitaria nei paesi OECD** 183
3.3 **La relazione tra spesa sanitaria e PIL nei paesi OECD** 185
3.4 **La composizione della spesa sanitaria nei paesi OECD** 189
3.5 **La spesa sanitaria pubblica in Italia** 192
3.6 **La spesa sanitaria privata in Italia** 199
3.7 **La spesa sanitaria pubblica diretta in Italia** 203
3.8 **La spesa sanitaria pubblica convenzionata per funzioni in Italia** 222
3.9 **Il modello di previsione della spesa** 248
3.9.1 **L'evoluzione della spesa sanitaria totale** 251
3.9.2 **L'evoluzione della spesa sanitaria pubblica e privata** 252

Capitolo 4 - La performance del sistema sanitario: l'equità

di Di Rocco S., Doglia M.

4.1 **Introduzione e obiettivi** 258
4.2 **Dati e metodologia** 258
4.3 **L'impoverimento e le spese catastrofiche** 260
4.4 **Spese sanitarie e tipologia familiare** 261
4.5 **L'analisi territoriale** 264

4.6	**Le spese sanitarie**	268
4.7	**Riflessioni finali**	270

Capitolo 5 - I servizi ospedalieri

di Francia L., Polistena B., Sciattella P.

5.1	**Introduzione**	278
5.2	**Il Bisogno: i tassi di ricovero**	279
5.3	**L'offerta**	288
5.3.1	**Le strutture**	288
5.3.2	**I posti letto**	291
5.3.3	**I posti letto in degenza ordinaria**	295
5.3.3.1	**I posti letto in day hospital**	298
5.3.4	**I posti letto in day surgery**	301
5.3.5	**I posti letto per la degenza a pagamento**	303
5.3.6	**Le apparecchiature tecnico-biomediche**	306
5.3.7	**Le risorse umane**	310
5.3.7.1	**Il personale delle strutture di ricovero e cura pubbliche**	312
5.3.8	**La razionalizzazione dell'offerta**	313
5.4	**L'Utilizzo**	315
5.5	**Il valore della produzione**	320
5.6	**Mobilità**	329
5.7	**L'appropriatezza**	332
5.8	**La spesa**	337
5.8.1	**Confronti internazionali**	337
5.8.2	**Spesa ospedaliera in Italia (stima)**	341
5.8.3	**Spesa ospedaliera convenzionata**	343

Capitolo 6 - Assistenza intermedia

di Di Rocco S., Francia L., Sciattella P.

6.1	**Introduzione**	351
6.1.1	**Offerta di cure intermedie**	352
6.2	**Riabilitazione ospedaliera**	353
6.2.1	**Il bisogno**	353
6.2.2	**L'Utilizzo**	357
6.2.3	**Il valore della produzione**	359
6.3	**Lungodegenza ospedaliera**	367
6.3.1	**Il Bisogno**	367
6.3.2	**L'Utilizzo**	370

6.3.3 Il valore della produzione 371
6.4 Servizi residenziali 375
6.5 L'offerta 377
6.6 Partecipazione degli assistiti alle spese 377
6.7 Analisi regionale 378
6.8 Fonti di finanziamento dei presidi 382

Capitolo 7 - I servizi ambulatoriali specialistici

di Polistena B.

7.1 Introduzione 392
7.2 Le politiche tariffarie 393
7.3 Offerta 397
7.3.1 Dimensione delle strutture erogatrici 399
7.4 Utilizzo 403
7.5 La spesa 409
7.5.1 Spesa per assistenza specialistica: OECD confronti internazionali 409
7.5.2 Spesa ambulatoriale specialistica totale 414
7.5.3 La spesa specialistica convenzionata 418

Capitolo 8 - Servizi ambulatoriali di primo livello

di Lista V.

8.1 Introduzione 426
8.2 I servizi ambulatoriali di primo livello 427
8.2.1 L'assistenza primaria e la medicina di famiglia 427
8.3 Regolamentazione 430
8.3.1 Il Distretto 430
8.3.2 La Medicina Generale 432
8.3.2.1 La funzione di gatekeeping 433
8.3.2.2 Forme Associative di Assistenza Primaria 434
8.3.3 Criticità organizzative 442
8.4 L'offerta 443
8.4.1 Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta 443
8.4.2 Continuità Assistenziale 446
8.4.3 L'Emergenza Sanitaria Territoriale 448
8.4.4 I Centri di Salute Mentale (CSM) 448
8.4.5 I Consultori Familiari 450

8.4.6	I Servizi per le Tossicodipendenze (SERT)	452
8.5	La spesa	454
8.6	Performance	456
8.6.1	Quality and Outcomes Framework (Qof)	457
8.6.2	Health Search	459
8.6.3	Appropriatezza prescrittiva e presa in carico	462

Capitolo 9 - Servizi domiciliari e prestazioni monetarie

di Ploner E.

9.1	Introduzione	471
9.2	Disabilità e non autosufficienza	473
9.2.1	Gli orientamenti regionali in tema di valutazione della non autosufficienza	474
9.3	La domanda di cure domiciliari	477
9.4	L'offerta di servizi domiciliari	477
9.5	L'utilizzazione	482
9.5.1	I beneficiari dell'Indennità di Accompagnamento	495
9.6	La spesa	499
9.6.1	La spesa sanitaria per ADI	499
9.6.2	La spesa dei Comuni per il Servizio di Assistenza Domiciliare	501

Capitolo 10 - Il sistema di Assistenza Farmaceutica

di Bernardini A.C., Ratti M.

10.1	Le politiche nazionali del farmaco	511
10.2	Politica dei farmaci equivalenti in Italia	514
10.3	Gli interventi regionali	515
10.3.1	Ticket Farmaceutico	515
10.3.2	Distribuzione Diretta e per Conto	515
10.3.3	Limiti Prescrittivi	516
10.3.4	Quota minima farmaci equivalenti	518
10.3.5	Prontuari Terapeutici Ospedalieri Regionali	520
10.4	L'evoluzione della spesa farmaceutica	520
10.4.1	Spesa farmaceutica internazionale	520
10.4.2	Spesa farmaceutica nazionale	522
10.4.2.1	Spesa farmaceutica totale	523
10.4.2.2	Spesa farmaceutica territoriale	524
10.4.2.3	Consumi e spesa farmaceutica per equivalenti	528
10.4.2.4	Spesa farmaceutica convenzionata	531

Capitolo 10 a - Accessibilità ai farmaci oncologici in Italia 539

di Mennini F. S., Russo P., Siviero P. D, Rasi G.

Capitolo 10 b - I farmaci biologici: ambiti di applicazione, prospettive di utilizzo e considerazioni sulla spesa 555

di Gitto L.

Capitolo 11 - La valutazione multi-livello delle performance dei network di interesse generale. Analisi di due casi studio in sanità

di Cepiku D., Conte A., D'Adamo A., Piovi M.

11.1 Introduzione: i network di aziende sanitarie e la misurazione della loro performance 573
11.2 Obiettivi e domande di ricerca 574
11.3 Metodi di ricerca 574
11.4 Un modello multi-livello di valutazione delle performance dei network di interesse generale 574
11.4.1 I network di aziende sanitarie 575
11.4.2 La valutazione delle performance dei network 575
11.5 La rete delle cliniche ticinesi di riabilitazione (REHA TICINO) 578
11.5.1 La rete ed il sistema di network management 578
11.5.2 Gli obiettivi perseguiti a livello macro, meso e micro e le misure di performance 579
11.6 L'Ente per i Servizi Tecnico-Amministrativi di Area Vasta-Centro della Regione Toscana 582
11.6.1 La rete ed il sistema di network management 582
11.6.2 Gli obiettivi perseguiti a livello macro, meso e micro e le misure di performance 584
11.7 Discussione e conclusioni 587
11.8 Implicazioni operative e di policy 588

Capitolo 12 - La strategia dell'aggregazione della domanda in Sanità: acquisti e funzioni collegate

di Fiorani G., Petrillo L., Pierascenzi S.

12.1	**Introduzione**	595
12.2	**La strategia della centralizzazione degli acquisti: i differenti approcci regionali**	597
12.3	**Valutazione d'impatto delle esperienze di centralizzazione**	599
12.4	**Le aree di intervento dei processi di aggregazione della domanda**	603
12.4.1	**La logistica**	604
12.4.2	**ICT, eHEALTH e HTA**	607
12.4.3	**La formazione**	608

Capitolo 13 - L'impatto del sistema sanitario sull'economia

di Ratti M., Morelli G.

13.1	**Introduzione e sintesi**	615
13.2	**Il sistema industriale farmaceutico**	619
13.2.1	**L'industria farmaceutica internazionale**	619
13.2.1.1	**Il settore industriale dei farmaci equivalenti**	624
13.2.2	**L'industria farmaceutica in Italia**	626
13.2.2.1	**L'industria dei farmaci generici in Italia**	632
13.3	**Il sistema industriale dei dispositivi medici**	633
13.3.1	**Il mercato internazionale dei dispositivi medici**	636
13.3.2	**Il mercato Europeo dei dispositivi medici**	637
13.3.3	**Spesa pubblica per i dispositivi medici in Italia**	644
13.4	**Appendice: gli indici di specializzazione**	646

Rapporto Sanità 2009 - Basilicata

La sfida di qualità, innovazione e sostenibilità della sanità lucana 651

Curriculum Vitae Autori

669

Indice grafici e figure

Capitolo 1 - Il quadro di riferimento demografico e socio-economico

- **Figura 1.1** Evoluzione della popolazione residente. Valori in milioni. 76
- **Figura 1.2** Tassi regionali di incremento naturale. Valori per 1000 residenti. 79
- **Figura 1.3** Struttura per età della popolazione. Valori in milioni – Anni 1985 e 2009. 80
- **Tabella 1.1** Età media della popolazione per Regione di residenza. 81
- **Tabella 1.2** Età media della popolazione straniera per Regione di residenza. Anno 2009. 82
- **Figura 1.4** Popolazione regionale over 75. Valori % – Anni 1985 e 2009. 83
- **Tabella 1.3** Indice regionale di dipendenza degli anziani. Valori %. 84
- **Tabella 1.4** Indice regionale di invecchiamento. Valori %. 85
- **Tabella 1.5** Speranza di vita alla nascita per sesso. 86
- **Figura 1.5** Speranza di vita alla nascita per genere. Anni 2005-2008. 87
- **Tabella 1.6** Indice regionale di dipendenza strutturale. Valori %. 88
- **Tabella 1.7** Tassi regionali di mortalità perinatale. Valori per 1000 nati. 89
- **Tabella 1.8** Tassi regionali di mortalità infantile per sesso. Valori per 1000 nati vivi – Anno 2006. 90
- **Figura 1.6** Mortalità regionale standardizzata per genere. Tassi per 10.000 abitanti. 91
- **Tabella 1.9** Giornate di vita perdute per mortalità evitabile per Regione e genere e classifica regionale. Media anni 2000-2002. 92
- **Tabella 1.10** Tassi di mortalità evitabile regionale per tipo di intervento. Valori per 100.000 (pop. 0-74 anni) Media anni 2000-2002. 93
- **Figura 1.7** Distribuzione della popolazione residente (15 anni e oltre) per titolo di studio. Valori %. 94
- **Tabella 1.11** Quota di popolazione con livello di istruzione terziaria. Paesi OECD. Valori %. 95
- **Figura 1.8** Distribuzione della popolazione secondo il livello di istruzione. Paesi OECD. Valori % - Anni 2000-2006 96
- **Figura 1.9** Indicatori regionali dell'istruzione universitaria. Anno accademico 2006-2007. 98
- **Figura 1.10** Numero di famiglie. Valori in migliaia. 99
- **Figura 1.11** Numero medio di componenti per famiglia. 99
- **Tabella 1.12** Famiglie e numero medio di componenti per Regione di residenza. Valori in migliaia. 100
- **Tabella 1.13** Coppie e genitori soli con figli per Regione di residenza. Valori %. 101
- **Tabella 1.14** Coppie senza figli per Regione di residenza. Valori %. 102
- **Tabella 1.15** PIL regionale. Valori in Mil. euro. 103

- **Tabella 1.16** Variazioni del PIL nominale. Valori %. 104
- **Tabella 1.17** PIL regionale a prezzi costanti. Valori in Mil. euro (prezzi 2000). 105
- **Tabella 1.18** Variazioni medie annue PIL a valori costanti (prezzi 2000). Paesi OECD. Valori %. 106
- **Tabella 1.19** PIL regionale pro-capite. Valori in euro. 107
- **Tabella 1.20** Debito pubblico su PIL. Valori %. 108
- **Figura 1.12** Andamento del rapporto Debito pubblico/PIL. Valori %. 108
- **Tabella 1.21** Debito pubblico in rapporto al PIL. Paesi dell'Unione Europea. Valori %. 109
- **Tabella 1.22** Variazione del debito pubblico in rapporto al PIL. Paesi dell'Unione Europea. Valori %. 110
- **Tabella 1.23** Tasso di occupazione per Regione di residenza. Valori %. 112
- **Tabella 1.23a** Tasso di occupazione per sesso per Regione di residenza. Valori % 113
- **Tabella 1.24** Tasso di disoccupazione per Regione di residenza. Valori %. 114
- **Tabella 1.24a** Tasso di disoccupazione per sesso per Regione di residenza. Valori % 115

Capitolo 2 - Il sistema di finanziamento della Sanità

- **Figura 2.1** Rapporto finanziamento del SSN su PIL. Valori % – Anni 1982-2008. 120
- **Figura 2.2** Finanziamento su PIL per ripartizione geografica. Valori % – Anni 1982-2008. 121
- **Figura 2.3** Concentrazione del disavanzo: quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori % – Anni 2004-2008. 121
- **Figura 2.4** Numero di posti letto per 1.000 abitanti vs quota LEA per assistenza ospedaliera. Valori assoluti e % – Anno 2007. 122
- **Figura 2.5** Spesa sanitaria per fonte di finanziamento. Paesi OECD. Valori % – Anno 2007. 124
- **Tabella 2.1** Alcune caratteristiche dei sistemi sanitari. Paesi OECD – Anno 2007. 125
- **Tabella 2.2** Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria. Paesi OECD. Valori % – Anni 1970-2008. 126
- **Figura 2.6** Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria. Paesi OECD. Valori % – Anni 1970-2007. 127
- **Figura 2.7** Composizione del finanziamento privato della spesa sanitaria. Paesi OECD. Valori % – Anno 2007. 128
- **Tabella 2.3** Quota di spesa out of pocket e per assicurazioni private sulla spesa sanitaria totale. Paesi OECD. Valori % – Anno 2007. 129
- **Tabella 2.4** Finanziamento su PIL per ripartizione geografica. Valori percentuali – Anni 2004-2008. 132
- **Figura 2.8** Composizione del finanziamento del SSN. Valori % – Anno 2008. 133

- **Figura 2.9** Quota del finanziamento nazionale proveniente da IRAP e addizionale IRPEF. Valori % – Anni 2004-2008. 134
- **Figura 2.10** Spesa, finanziamento e disavanzo nazionale sul PIL. Valori % – Anni 1982-2008. 135
- **Figura 2.11** Concentrazione del disavanzo. Risultato di esercizio in percentuale del PIL attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori % – Anni 2004-2008. 136
- **Figura 2.12** Concentrazione del disavanzo: quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori % – Anni 2004-2008. 137
- **Tabella 2.5** Variazioni finanziamento, disavanzo e delle principali voci di spesa. Valori % – Anni 2002-2008. 138
- **Figura 2.13** Finanziamento pro-capite regionale e quota popolazione over 65. Valori in euro e in % – Anno 2008. 139
- **Tabella 2.6** Finanziamento pro-capite regionale. Valori in euro – Anni 1995-2008. 140
- **Tabella 2.7** Risultati di esercizio regionali. Valori in euro – Anni 2004-2008. 142
- **Tabella 2.8** Risultati di esercizio regionali (senza e con gestione straordinaria). Valori in euro – Anni 2004-2008. 143
- **Tabella 2.9** Saldi mobilità sanitaria interregionale. Mln. di euro – Anni 2001-2008. 144
- **Tabella 2.10** Vincoli di destinazione finanziamento: criteri nazionali. Valori % – Anni 2003-2010. 146
- **Tabella 2.11** Quote assegnate ai LEA a livello regionale. Valori % – Anni 2007-2008. 147
- **Tabella 2.12** Numero di posti letto per 1.000 abitanti vs quota LEA per assistenza ospedaliera. Valori assoluti e % – Anno 2007. 148
- **Tabella 2.13** Centralizzazione delle risorse finanziarie per la Sanità. Quota FSR assegnata alle Aziende. Valori % – Anni 2003-2008. 149
- **Tabella 2.14** Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale. 151
- **Tabella 2.15** Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario (Accordo 26 febbraio 2009). Valori in mgl. euro – Anno 2008. 158
- **Tabella 2.16** Riparto generale delle risorse finanziarie del FNPS. Valori in euro e in % – Anno 2008. 159
- **Tabella 2.17** Risorse finanziarie del FNPS destinate a Regioni e Province autonome. Valori in euro e in % – Anno 2008. 160

Capitolo 2a - Le competenze per il federalismo sanitario

- **Figura 2a1** Il federalismo fiscale in Sanità: finalità, strumenti attuativi e fattori condizionanti. 167
- **Figura 2a2** Macroaree di competenza. 168

Capitolo 3 - La Spesa sanitaria

- **Figura 3.1** Spesa sanitaria totale pro-capite 2007 e incremento medio annuo 2007/1990. 178
- **Figura 3.2** Spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione pesata. Anno 2008. 179
- **Figura 3.3** Spesa sanitaria privata pro-capite. Anno 2007. 180
- **Figura 3.4** Spesa sanitaria su PIL nei Paesi OECD. Valori % – Anno 2007. 181
- **Tabella 3.1** Spesa sanitaria totale pro-capite OECD. Valori in dollari PPA. 182
- **Tabella 3.2** Spesa sanitaria totale pro-capite OECD. Variazione % media annua. 183
- **Figura 3.5** Correlazione tra livello di spesa sanitaria 1990 e incremento 2000/1990 nei Paesi OECD. Valori in dollari (PPP) e variazioni %. 184
- **Figura 3.6** Correlazione tra livello di spesa sanitaria 2000 e incremento 2007/2000 nei Paesi OECD. Valori in dollari (PPP) e variazioni %. 185
- **Tabella 3.3** Spesa sanitaria sul PIL nei Paesi OECD. Variazioni %. 186
- **Figura 3.7** Correlazione tra spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite OECD. Valori in dollari PPA – Anno 1990. 187
- **Figura 3.8** Correlazione tra spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite OECD. Valori in dollari PPA – Anno 2006. 188
- **Figura 3.9** Correlazione tra spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite OECD. Valori in dollari PPA – Anno 2007. 189
- **Tabella 3.4** Quota della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale. Paesi OECD. Valori %. 190
- **Tabella 3.5** Quota di spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa pubblica. Paesi OECD. Valori %. 191
- **Tabella 3.6** Spesa sanitaria pubblica. Valori ass. in mld. di euro e tassi di variazione % annui. 192
- **Tabella 3.7** Spesa sanitaria pubblica. Variazione %. 193
- **Figura 3.10** Spesa sanitaria pubblica su PIL. Valori % – Anni 2001-2008. 194
- **Tabella 3.8** Spesa sanitaria pubblica su PIL. Valori %. 195
- **Tabella 3.9** Spesa sanitaria pubblica pro-capite. Valori in euro. 196
- **Figura 3.11** Spesa sanitaria pro-capite. Valori in euro. Anni 2001-2008. 197
- **Tabella 3.10** Spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione pesata. 198
- **Figura 3.12** Correlazione tra spesa sanitaria privata pro-capite e PIL pro-capite. Anno 2007. 199
- **Tabella 3.11** Quota di spesa privata su spesa totale. Valori %. 200
- **Tabella 3.12** Spesa sanitaria privata pro-capite. Valori in euro. 201
- **Tabella 3.13** Variazione della spesa sanitaria privata. Valori %. 202
- **Figura 3.13** Correlazione tra spesa sanitaria privata pro-capite e ticket pro-capite. Anno 2007. 203
- **Tabella 3.14** Quota di spesa sanitaria diretta sulla spesa sanitaria pubblica totale. Valori %. 204

- **Tabella 3.15** Spesa per il personale dipendente. Valori ass. in mln. di euro. 205
- **Tabella 3.16** Spesa per il personale dipendente. Variazioni %. 206
- **Tabella 3.17** Quota della spesa per il personale sulla spesa sanitaria pubblica totale. Valori %. 207
- **Tabella 3.18** Quota di spesa per il personale sulla spesa sanitaria pubblica diretta. Valori %. 208
- **Tabella 3.19** Spesa pro-capite per il personale. Valori in euro. 209
- **Tabella 3.20** Spesa pro-capite per il personale a popolazione pesata. Valori in euro. 210
- **Tabella 3.21** Costo medio per unità di personale. Valori ass. in euro e variazioni %. 211
- **Tabella 3.22** Spesa diretta per beni. Valori ass. in mln. di euro. 212
- **Tabella 3.23** Spesa diretta per beni. Variazioni %. 213
- **Tabella 3.24** Quota di spesa per beni sulla spesa sanitaria pubblica totale. Valori in euro. 214
- **Tabella 3.25** Quota di spesa per beni sulla spesa sanitaria pubblica diretta. Valori %. 215
- **Tabella 3.26** Spesa pro-capite per beni. Valori in euro. 216
- **Tabella 3.27** Spesa diretta per servizi. Valori ass. in mln. di euro. 217
- **Tabella 3.28** Spesa diretta per servizi. Variazioni %. 218
- **Tabella 3.29** Quota spesa diretta per servizi sulla spesa sanitaria pubblica totale. Valori %. 219
- **Tabella 3.30** Spesa diretta per servizi sulla spesa sanitaria pubblica diretta. Valori %. 220
- **Tabella 3.31** Spesa pro-capite per servizi. Valori in euro. 221
- **Tabella 3.32** Spesa convenzionata. Valori ass. in mln. di euro. 222
- **Tabella 3.33** Spesa convenzionata. Variazioni %. 223
- **Tabella 3.34** Quota di spesa convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale. Valori %. 224
- **Tabella 3.35** Spesa farmaceutica convenzionata. Valori ass. in mln. di euro. 225
- **Tabella 3.36** Spesa farmaceutica convenzionata. Variazione %. 226
- **Tabella 3.37** Quota di spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale. Valori %. 227
- **Tabella 3.38** Spesa pro-capite farmaceutica convenzionata. Valori in euro. 228
- **Tabella 3.39** Spesa ospedaliera convenzionata. Valori ass. in mln. di euro. 229
- **Tabella 3.40** Spesa ospedaliera convenzionata. Variazione %. 230
- **Tabella 3.41** Quota di spesa ospedaliera convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale. Valori %. 231
- **Tabella 3.42** Quota di spesa ospedaliera convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori % 232
- **Tabella 3.43** Spesa ospedaliera convenzionata per struttura accreditata. Milioni di euro. 233
- **Tabella 3.44** Spesa per medicina di base convenzionata. Valori ass. in mln. di euro. 234
- **Tabella 3.45** Spesa per medicina di base convenzionata. Variazioni %. 235
- **Tabella 3.46** Quota di spesa per medicina di base sulla spesa sanitaria pubblica totale. Valori %. 236

- **Tabella 3.47** Spesa pro-capite per medicina di base convenzionata. Valori in euro. 237
- **Tabella 3.48** Spesa per specialistica convenzionata. Valori ass. in mln. di euro. 238
- **Tabella 3.49** Spesa per assistenza specialistica convenzionata. Variazioni %. 239
- **Tabella 3.50** Quota di spesa per assistenza specialistica convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale. Valori %. 240
- **Tabella 3.51** Spesa pro-capite per assistenza specialistica convenzionata. Valori in euro. 241
- **Tabella 3.52** Spesa per altra assistenza convenzionata. Valori ass. in mln. di euro. 242
- **Tabella 3.53** Quota di spesa per altra assistenza convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale. Valori %. 243
- **Tabella 3.54** Quota di spesa per altra assistenza convenzionata sulla spesa pubblica convenzionata. Valori %. 244
- **Tabella 3.55** Quota di spesa per ass. riabilitativa su altra assistenza convenzionata. Valori %. 245
- **Tabella 3.56** Spesa per ass. riabilitativa pro-capite. Valori in euro. 246
- **Tabella 3.57** Quota di spesa per protesica su altra ass. convenzionata. Valori %. 247
- **Tabella 3.58** Spesa per protesica pro-capite. Valori in euro. 248
- **Tabella 3.59** Modello di regressione su dati panel. Italia – Anni 1995-2007. 250
- **Tabella 3.60** Previsioni della spesa sanitaria totale. Spesa in mdl. di euro e valori %. 251
- **Tabella 3.61** Previsione della spesa sanitaria pubblica. Spesa in mdl. di euro e valori %. 252
- **Tabella 3.62** Previsione della spesa sanitaria privata. Spesa in mdl. di euro e valori %. 252

Capitolo 4 - La performance del sistema sanitario: l'equità

- **Tabella 4.1** Impoverimento, povertà e spese catastrofiche. Distribuzione delle famiglie per quintili di consumo standardizzato. Italia 2007. 260
- **Tabella 4.2** Rinuncia a prestazioni sanitarie per motivi economici. Distribuzione delle famiglie per quintili di reddito disponibile equivalente. Italia 2007. 260
- **Tabella 4.3** Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche. Incidenza secondo la tipologia familiare – Italia 2006 e 2007. 262
- **Tabella 4.4** Rinuncia alle prestazioni sanitarie per motivi economici. Incidenza secondo la tipologia familiare – Italia 2007. 263
- **Tabella 4.5** Rinuncia di almeno un adulto a prestazioni sanitarie per file di attesa, distribuzione delle famiglie per tipologia familiare – Italia 2007. 263
- **Tabella 4.6** Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche. Incidenza secondo la regione di residenza – Italia 2007. 264
- **Tabella 4.7** Famiglie povere ed impoverite con riferimento alle soglie di povertà regionali. Incidenza secondo la regione di residenza – Italia 2006 e 2007. 265
- **Figura 4.1** Relazione tra incidenza di impoverimento e di famiglie soggette a spese catastrofiche secondo la regione di residenza – Italia 2007. 266
- **Figura 4.2** Relazione tra incidenza di impoverimento (con soglie regionali) e di famiglie

soggette a spese catastrofiche secondo la regione di residenza – Italia 2007. 267
- **Figura 4.3** Relazione tra incidenza di impoverimento (con soglie regionali) e impoverimento (con soglia nazionale) secondo la regione di residenza – Italia 2007. 267
- **Tabella 4.8** Composizione del consumo sanitario out of pocket. Famiglie povere – Italia 2007. 268
- **Tabella 4.9** Composizione del consumo sanitario out of pocket per quintili di consumo standardizzato. Famiglie impoverite – Italia 2007. 269
- **Tabella 4.10** Composizione del consumo sanitario out of pocket per quintili di consumo standardizzato. Famiglie soggette a spese catastrofiche – Italia 2007. 269

Capitolo 5 - I servizi ospedalieri

- **Figura 5.1** Tassi di ricovero per regime (ordinario e day hospital). Ricoveri in acuzie. Italia = 1 – Anno 2006. 275
- **Figura 5.2** Indicatore di complessità dei ricoveri. Acuti in regime ordinario. Anno 2006. 276
- **Figura 5.3** Indicatore di (in)appropriatezza. Ricoveri in acuzie. Anno 2006. 277
- **Figura 5.4** Distribuzione del valore della produzione per regime di ricovero e funzione ospedaliera. Anno 2006. 277
- **Tabella 5.1** Composizione dei ricoveri per attività e Regione di residenza. Valori % – Anno 2006. 279
- **Figura 5.5** Tassi di ricovero regionali per classi d'età. Acuti in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 280
- **Figura 5.6** Tassi di ricovero regionali totali e per classi d'età. Acuti in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 281
- **Figura 5.7** Tassi di ricovero regionali per sesso. Acuti in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 281
- **Figura 5.8** Tassi di ricovero regionali per tipo di DRG. Acuti in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 282
- **Figura 5.9** Tassi di ricovero regionali per tipo di DRG e classi d'età. Acuti in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 283
- **Figura 5.10** Tassi di ricovero regionali per classi d'età. Acuti in regime diurno. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 284
- **Figura 5.11** Tassi di ricovero regionali totali e per classi d'età. Acuti in regime diurno. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 285
- **Figura 5.12** Tassi di accesso regionali totali e per classe d'età. Acuti in regime diurno. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 286
- **Figura 5.13** Tassi di ricovero regionali per sesso. Acuti in regime diurno. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 286
- **Figura 5.14** Tassi di ricovero regionali per tipo di DRG. Acuti in regime diurno. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 287
- **Figura 5.15** Tassi di ricovero regionali per tipo di DRG e classi d'età. Acuti in regime diurno. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 287

- **Tabella 5.2** Strutture di ricovero per tipo di struttura. Valori assoluti – Anno 2007. 289
- **Tabella 5.3** Strutture di ricovero. Variazioni % – Anni 2000-2007. 290
- **Tabella 5.4** Posti letto totali previsti ed utilizzati. Numero e composizione % – Anno 2007. 291
- **Tabella 5.5** Posti letto previsti. Variazioni % – Anni 2000-2007. 292
- **Figura 5.16** Posti letto totali per 1.000 abitanti. Popolazione effettiva e standardizzata – Anno 2007. 293
- **Figura 5.17** Posti letto totali per acuti per 1.000 abitanti. Popolazione effettiva e popolazione standardizzata – Anno 2007. 294
- **Tabella 5.6** Posti letto in degenza ordinaria previsti. Numero e composizione % Anno 2007. 295
- **Tabella 5.7** Posti letto in degenza ordinaria. Variazioni % – Anni 2007-2000. 296
- **Figura 5.18** Posti letto degenza ordinaria per 1.000 abitanti. Popolazione effettiva e standardizzata – Anno 2007. 298
- **Tabella 5.8** Posti letto in day hospital previsti. Numero e composizione % – Anno 2007. 299
- **Tabella 5.9** Posti letto in day hospital. Variazioni % – Anni 2007-2000. 300
- **Figura 5.19** Posti letto in day hospital per 1.000 abitanti. Popolazione effettiva e popolazione standardizzata – Anno 2007. 301
- **Tabella 5.10** Posti letto in day surgery previsti. Numero e composizione % – Anno 2007. 302
- **Figura 5.20** Posti letto in day surgery per 1.000 abitanti. Popolazione effettiva e popolazione standardizzata – Anno 2007. 303
- **Tabella 5.11** Posti letto degenza a pagamento. Valori assoluti – Anno 2007. 304
- **Tabella 5.12** Posti letto in degenza a pagamento. Variazioni % Anni 2007-2000. 305
- **Figura 5.21** Posti letto degenza a pagamento per 1.000 abitanti. Popolazione effettiva e standardizzata – Anno 2007. 306
- **Tabella 5.13** Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura. Numero e composizione % – Anno 2007. 307
- **Tabella 5.14** Variazione numero di apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura. Valori % – Anni 2000-2007. 308
- **Tabella 5.15** Variazione nel numero di apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura. Variazioni % medie annue – Anni 2000-2007. 309
- **Tabella 5.16** Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura. Numero per 1.000.000 abitanti (popolazione effettiva) – Anno 2007. 310
- **Tabella 5.17** Personale dipendente del SSN (ASL e AO). Valori assoluti – Anno 2007. 311
- **Tabella 5.18** Personale dipendente del SSN (ASL e AO). Variazione % media annua – Anni 2005-2007. 312
- **Tabella 5.19** Personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche. Valori assoluti – Anno 2007. 313

- **Figura 5.22** Posizionamento regionale rispetto alla variazione del numero delle strutture e dei posti letto totali. Valori % – Anni 2007-2000. 314
- **Tabella 5.20** Ricoveri totali in acuzie per tipologia di struttura di ricovero e Regione di residenza. Valori % – Anno 2006. 315
- **Tabella 5.21** Peso medio per età e Regione di residenza. Ricoveri ordinari in acuzie – Anno 2006. 316
- **Tabella 5.22** Degenza media per età e Regione di residenza. Acuti in regime ordinario – Anno 2006. 317
- **Tabella 5.23** Degenza media per tipologia di struttura di ricovero e Regione di residenza. Acuti in regime ordinario – Anno 2006. 318
- **Tabella 5.24** Peso medio per età e Regione di residenza. Ricoveri diurni in acuzie – Anno 2006. 319
- **Tabella 5.25** Accessi medi per età e Regione di residenza. Acuti in regime diurno – Anno 2006. 320
- **Tabella 5.26** Valore della produzione. Acuti + nati sani in regime ordinario. Valori assoluti in mln. di euro e composizione % – Anno 2006. 321
- **Figura 5.23** Composizione del valore della produzione ospedaliera per età. Acuti in regime ordinario. Valori % – Anno 2006. 322
- **Tabella 5.27** Valore della produzione pro-capite per età. Acuti in regime ordinario. Valori in euro e num. indice Italia = 100. 323
- **Tabella 5.28** Valore della produzione per ricovero. Acuti in regime ordinario. Valori in euro e num. indice Italia = 100. Anno 2006. 324
- **Figura 5.24** Quota del valore della produzione ospedaliera attribuibile alle nascite. Acuti in regime ordinario. Valori %. Anno 2006. 325
- **Tabella 5.29** Valore della produzione. Acuti in regime diurno. Valori assoluti in mln. di euro e variazioni %. Anno 2006. 326
- **Figura 5.25** Composizione del valore della produzione ospedaliera per età. Acuti in regime diurno. Valori %. Anno 2006. 327
- **Tabella 5.30** Valore della produzione pro-capite per età. Acuti in regime diurno. Valori in euro e num. indice Italia = 100. Anno 2006. 328
- **Tabella 5.31** Valore della produzione per ricovero. Acuti in regime diurno. Valori in euro e num. indice Italia = 100. Anno 2006. 329
- **Tabella 5.32** Mobilità per ricoveri. Acuti in regime ordinario. Anno 2006. 330
- **Tabella 5.33** Valore della produzione relativo alla mobilità per ricoveri. Acuti in regime ordinario. Anno 2006. 331
- **Figura 5.26** Valore della produzione per ricovero per tipo di mobilità. Acuti in regime ordinario. Valori in euro – Anno 2006. 332
- **Tabella 5.34** Indicatore di (in)appropriatezza. Ricoveri in acuzie – Anno 2006. 333
- **Figura 5.27** Tassi di ricovero per DRG a rischio di inappropriatezza. Acuti in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 334
- **Tabella 5.35** Quota di ricoveri potenzialmente inappropriati per tipologia di DRG. Ricoveri acuti ordinari. Valori % – Anno 2006. 335
- **Tabella 5.36** Val. della produz. dei ricoveri potenzialmente inappropriati. Ricoveri acuti ordinari. Valori in mln. di euro e composizione % – Anno 2006. 336

- **Tabella 5.37** Quota di spesa per degenza sulla spesa sanitaria totale. Valori %. 338
- **Tabella 5.38** Spesa pro-capite per degenza. Valori in dollari PPP. 339
- **Tabella 5.39** Quota della spesa pubblica per degenza sulla spesa per degenza totale. Valori %. 340
- **Tabella 5.40** Stima spesa ospedaliera pro-capite e quota sulla spesa sanitaria pubblica. Valori assoluti in euro e quota % – Anno 2008. 341
- **Tabella 5.41** Quota della spesa ospedaliera sulla spesa sanitaria. Valori % – Anno 2008. 342
- **Tabella 5.42** Stima spesa ospedaliera totale pro-capite per popolazione pesata. Valori assol. in euro e num. indice Italia = 100 – Anno 2008. 343
- **Tabella 5.43** Spesa ospedaliera convenzionata. Variazione %. 344
- **Tabella 5.44** Quota di spesa ospedaliera convenzionata sulla spesa sanitaria convenzionata. Valori %. 345
- **Tabella 5.45** Spesa ospedaliera convenzionata pro-capite. Valori in euro. 346
- **Tabella 5.46** Spesa ospedaliera convenzionata pro-capite per popolazione pesata. Valori in euro. 347

Capitolo 6 - Assistenza intermedia

- **Figura 6.1** Posti letto totali per non acuti per abitante (pop. effettiva e pesata). Valori per 1.000 abitanti – Anno 2007. 352
- **Figura 6.2** Tassi di ricovero per classi d'età. Riabilitazione in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 353
- **Figura 6.3** Tassi di ricovero per genere. Riabilitazione in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 354
- **Figura 6.4** Tassi di ricovero in giornate di degenza per classi d'età. Riabilitazione in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 355
- **Figura 6.5** Tassi di ricovero in giornate di degenza per classi d'età. Riabilitazione in regime diurno. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 356
- **Figura 6.6** Tassi di ricovero in giornate di degenza per genere. Riabilitazione in regime diurno. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 356
- **Tabella 6.1** Quota ricoveri ordinari sul totale ricoveri in riabilitazione per classi d'età. Valori % – Anno 2006. 357
- **Tabella 6.2** Degenza media. Riabilitazione in regime ordinario. Anno 2006. 358
- **Tabella 6.3** Valore della produzione e composizione per regione di residenza. Riabilitazione in regime ordinario. Valori in euro e % – Anno 2006. 359
- **Figura 6.7** Valore della produzione ospedaliera pro-capite. Riabilitazione in regime ordinario. Numeri indici (Italia=100) – Anno 2006. 360
- **Figura 6.8** Quota del valore della produzione ospedaliera per classi di età. Riabilitazione in regime ordinario. Valori % – Anno 2006. 361
- **Tabella 6.4** Valore della produzione per ricovero. Riabilitazione in regime ordinario. Valori in euro e numeri indice (Italia=100) – Anno 2006. 362
- **Tabella 6.5** Valore della produzione e composizione per regione di residenza. Riabilitazione in regime diurno. Valori in euro e % – Anno 2006. 363

- **Figura 6.9** Valore della produzione pro-capite. Riabilitazione in regime diurno. Numeri indice (Italia=100) – Anno 2006. 364
- **Tabella 6.6** Distribuzione del valore della produzione per regime di ricovero. Riabilitazione. Valori % – Anno 2006. 365
- **Figura 6.10** Quota del valore della produzione ospedaliera. Riabilitazione in regime diurno età >15 anni. Valori % – Anno 2006. 366
- **Tabella 6.7** Valore della produzione medio per ricovero. Ricoveri diurni in riabilitazione. Valori in euro e numeri indice (Italia=100) – Anno 2006. 367
- **Figura 6.11** Tassi di ricovero totali e per classi d'età. Lungodegenza in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 368
- **Figura 6.12** Tassi di ricovero per genere. Lungodegenza in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 369
- **Figura 6.13** Tassi di ricovero in giornate di degenza per età >15. Lungodegenza in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti – Anno 2006. 370
- **Tabella 6.8** Degenza media. Lungodegenza in regime ordinario. Anno 2006. 371
- **Tabella 6.9** Valore della produzione e composizione per Regione. Lungodegenza in regime ordinario. Valori in euro e % – Anno 2006. 372
- **Figura 6.14** Valore della produzione ospedaliera pro-capite. Lungodegenza in regime ordinario. Numeri indice (Italia=100) – Anno 2006. 373
- **Figura 6.15** Quota del valore della produzione ospedaliera per classe d'età. Lungodegenza in regime ordinario. Valori percentuali – Anno 2006. 374
- **Tabella 6.10** Valore della produzione medio per ricovero. Regime ordinario in lungodegenza. Valori in euro e numeri indice (Italia=100) – Anno 2006. 375
- **Tabella 6.11** Presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria attivati e cessati per tipologia di presidio. Valori % – Anno 2005. 377
- **Tabella 6.12** Distribuzione presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria per tipo di pagamento degli ospiti e tipologia di presidio. Valori % – Anno 2005. 377
- **Tabella 6.13** Distribuzione (ponderata per il numero di assistiti) dei presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria per tipo di pagamento degli ospiti e tipologia di presidio. Valori % – Anno 2005. 378
- **Tabella 6.14** Distribuzione assistiti per tipologia di pagamento e di presidio ospitante. Valori % – Anno 2005. 378
- **Tabella 6.15** Quota assistiti delle Comunità socio-riabilitative per tipologia di pagamento e Regione. Valori % – Al 31.12.2005. 379
- **Tabella 6.16** Quota assistiti delle Residenze socio-sanitarie per anziani per tipologia di pagamento e Regione. Valori % – Al 31.12.2005. 380
- **Tabella 6.17** Quota assistiti delle RSA per tipologia di pagamento e Regione. Valori % – Al 31.12.2005. 381
- **Figura 6.16** Distribuzione dei presidi a maggiore valenza sanitaria per classe di contribuzione degli ospiti e tipologia di presidio. Anno 2005. 382
- **Figura 6.17** Distribuzione dei presidi a maggiore valenza sanitaria per classe di contribuzione della ASL o Ministero della Salute e tipologia di presidio. Anno 2005. 383

- **Figura 6.18** Distribuzione dei presidi a maggiore valenza sanitaria per classe di contribuzione delle Province e tipologia di presidio. Anno 2005. 383
- **Figura 6.19** Distribuzione dei presidi a maggiore valenza sanitaria per classe di contribuzione delle Regioni e tipologia di presidio. Anno 2005. 384
- **Tabella 6.18** Distribuzione dei presidi a maggiore valenza sanitaria per classe di contribuzione e tipologia di presidio. Anno 2005. 385
- **Tabella 6.19** Vettori di contribuzione per tipologia assistenziale. Valori % – Anno 2005. 386
- **Figura 6.20** Quote di contribuzione da parte delle ASL e del Min. della Salute per tipologie di presidio. Valori % – Anno 2005. 387

Capitolo 7 - I servizi ambulatoriali specialistici

- **Figura 7.1** Spesa specialistica pro-capite vs spesa ospedaliera pro-capite (per popolazione pesata). Anno 2008. 392
- **Tabella 7.1** Normativa di riferimento. 393
- **Tabella 7.2** Prime 50 prestazioni per rapporto tra tariffa massima e minima. 395
- **Tabella 7.3** Le 50 prestazioni con differenza minima tra tariffa massima e minima regionale. 396
- **Tabella 7.4** Ambulatoriale Specialistica. Numero strutture – Anno 2007. 397
- **Tabella 7.5** Ambulatoriale Specialistica: strutture private per titolare del rapporto – Anno 2007. 398
- **Tabella 7.6** Ambulatoriale Specialistica. Prestazioni medie per struttura e per branca – Anno 2007. 399
- **Tabella 7.7** Ambulatoriale Specialistica. Variazione % delle prestazioni medie per struttura e per branca. 400
- **Tabella 7.8** Ambulatoriale Specialistica. Bacini medi di utenza delle strutture. Abitanti per struttura – Anno 2007. 401
- **Tabella 7.9** Ambulatoriale Specialistica. Bacini medi di utenza delle strutture. Abitanti (popolazione pesata) per struttura – Anno 2007. 402
- **Tabella 7.10** Prestazioni ambulatoriali specialistiche per tipologia. Anno 2007. 404
- **Tabella 7.11** Prestazioni ambulatoriali specialistiche per tipologia. Variazione % – Anni 2007/2006. 405
- **Tabella 7.12** Prestazioni ambulatoriali specialistiche pro-capite per tipologia. Anno 2007. 406
- **Figura 7.2** Prestazioni ambulatoriali specialistiche pro-capite per tipologia. Anno 2007. 407
- **Tabella 7.13** Prestazioni ambulatoriali specialistiche pro-capite per popolazione pesata. Anno 2007. 408
- **Figura 7.3** Prestazioni ambulatoriali specialistiche per popolazione pesata. Anno 2007. 409
- **Tabella 7.14** Spesa ambulatoriale complessiva specialistica su PIL. Valori %. 410

- **Tabella 7.15** Spesa ambulatoriale complessiva (pubblica e privata) pro-capite. Valori in dollari (PPP). 411
- **Tabella 7.16** Variazione % della spesa ambulatoriale complessiva (pubblica e privata) pro-capite. Variazioni medie annue. Valori %. 412
- **Tabella 7.17** Quota di spesa ambulatoriale pubblica e privata sulla spesa sanitaria totale. Valori %. 413
- **Tabella 7.18** Quota di spesa ambulatoriale pubblica sulla spesa ambulatoriale totale. Valori %. 414
- **Tabella 7.19** Quota di spesa ambulatoriale specialistica pubblica sulla spesa ambulatoriale specialistica totale. Valori %. 415
- **Tabella 7.20** Stima della spesa ambulatoriale specialistica totale per abitante. 416
- **Tabella 7.21** Stima della spesa ambulatoriale specialistica totale per abitante per popolazione pesata. 417
- **Tabella 7.22** Spesa per assistenza specialistica convenzionata. Variazioni %. 418
- **Tabella 7.23** Quota di spesa per assistenza specialistica convenzionata sulla spesa sanitaria convenzionata. Valori %. 419
- **Tabella 7.24** Spesa pro-capite per assistenza specialistica convenzionata. Valori in euro. 420
- **Tabella 7.25** Spesa pro-capite per assistenza specialistica convenzionata per popolazione pesata. Valori in euro. 421
- **Tabella 7.26** Confronto fra la spesa specialistica convenzionata pro-capite pura e pesata. Anno 2008. 422

Capitolo 8 - Servizi ambulatoriali di primo livello

- **Figura 8.1** Dimensione (abitanti afferenti) regionale media per ASL – Anno 2007. 431
- **Figura 8.2** Dimensione (abitanti afferenti) regionale media per Distretto – Anno 2007. 432
- **Tabella 8.1** Accordi Integrativi Regionali (AIR). 438
- **Tabella 8.2** Schema riassuntivo delle forme associative. 440
- **Tabella 8.3** Quadro di sintesi dell'Assistenza Primaria – Anno 2007. 443
- **Figura 8.3** Adulti residenti per MMG – Anni 2000, 2005 e 2007. 444
- **Figura 8.4** Adulti residenti per MMG. Variazioni % – Anni 2000, 2005 e 2007. 444
- **Figura 8.5** Bambini residenti per PLS. Anni 2000, 2005 e 2007. 445
- **Figura 8.6** Bambini residenti per PLS. Variazioni % – Anni 2000, 2005 e 2007. 446
- **Figura 8.7** Punti guardia medica – Anni 2000, 2005 e 2007. 447
- **Figura 8.8** Punti di guardia medica. Variazioni % – Anni 2000, 2005 e 2007. 448
- **Figura 8.9** Numero CSM per Regione – Anno 2007. 449
- **Figura 8.10** Dimensioni medie CSM per Regione – Anno 2007. 450
- **Figura 8.11** Numero Consultori per Regione – Anno 2007. 451
- **Figura 8.12** Dimensioni medie Consultori per Regione – Anno 2007. 451
- **Figura 8.13** Numero SERT per Regione – Anno 2006. 452
- **Figura 8.14** Dimensione media SERT per Regione – Anno 2006. 453
- **Tabella 8.4** Spesa per medicina di base convenzionata. Valori %. 454

- **Tabella 8.5** Quota di spesa per medicina di base convenzionata sulla spesa sanitaria convenzionata. Valori %. 455
- **Tabella 8.6** Spesa pro-capite per medicina di base convenzionata. Valori in euro. 456
- **Tabella 8.7** Indicatori del PHC nel NHS-UK 2005-2008 classificati sulla base delle aree di interesse. 458
- **Tabella 8.8** Indicatori del PHC nel NHS-UK 2008-2011 classificati sulla base delle aree di interesse. 459
- **Figura 8.15** Numero di MMG che inviano informazioni nel database Health Search-THALES (anni 2001-2007). 460
- **Tabella 8.9** Indicatori Italia (Health Search) classificati sulla base delle aree di interesse – Anni 2007-2008. 462
- **Tabella 8.10** Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica territoriale – Anni 2008 vs 2007. 463
- **Figura 8.16** Numero medie di ricette per Medico di base (MMG+PLS) Anni 2005 e 2007 464
- **Figura 8.17** Numero medio di ricette per Medico di base (MMG+PLS) a livello regionale - Anni 2005 e 2007 464

Capitolo 9 - Servizi domiciliari e prestazioni monetarie

- **Figura 9.1** Anziani trattati in ADI sul totale della popolazione anziana. Anno 2007. 469
- **Figura 9.2** Confronto regionale anziani assistiti in ADI e assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari. Anno 2006. 470
- **Figura 9.3** Beneficiari di indennità di accompagnamento e casi trattati in ADI. Valori percentuali Anno 2005. 471
- **Figura 9.4** Servizi domiciliari e trasferimenti monetari a titolarità pubblica. 472
- **Tabella 9.1** ASL con servizio attivo di Assistenza Domiciliare Integrata. Valori percentuali. Anni 2000-2007. 477
- **Tabella 9.2** ASL senza servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. Anno 2007. 478
- **Tabella 9.3** Strutture di ricovero pubbliche e private che erogano il servizio di ospedalizzazione domiciliare. Valori percentuali – Anni 2000-2007. 479
- **Tabella 9.4** Comuni e associazioni di Comuni coperti dal servizio di assistenza domiciliare per tipo di prestazione e per area di utenza. Valori percentuali – Anno 2006. 481
- **Tabella 9.5** Comuni e associazioni di Comuni coperti dal servizio di assistenza domiciliare per tipo di prestazione e per area di utenza. Valori percentuali – Anni 2005-2006. 482
- **Tabella 9.6** Anziani assistiti a domicilio in alcuni Paesi europei. Valori % – Anno 2007. 483
- **Tabella 9.7** Casi trattati in ADI – Anno 2007. 484
- **Figura 9.5** Confronto regionale disabili trattati in ADI. Valori % – Anno 2005. 485

- **Tabella 9.8** Casi trattati in ADI. Valori percentuali – Anni 2000-2007. 486
- **Tabella 9.9** Anziani trattati in ADI. Valori percentuali – Anni 2000-2007. 487
- **Figura 9.6** Confronto regionale anziani trattati in ADI sul totale della popolazione anziana. Valori percentuali – Anno 2007. 488
- **Figura 9.7** Confronto regionale casi trattati in ADI sul totale della popolazione. Valori percentuali – Anno 2007. 489
- **Tabella 9.10** Ore medie assistenza erogata per paziente anziano. Anni 2000-2007. 490
- **Figura 9.8** Quota di anziani utenti di ADI e ore medie annue di assistenza. Valori ass. e % – Anno 2007. 491
- **Figura 9.9** Confronto regionale per tipo di prestazione anziani trattati con SAD sul totale della popolazione over 65. Valori % – Anno 2006. 492
- **Tabella 9.11** Anziani assistiti in ADI e con assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari. Valori assoluti – Anno 2006. 493
- **Figura 9.10** Confronto regionale per tipo di prestazione disabili trattati con SAD sul totale della popolazione under 65. Valori % – Anno 2006. 494
- **Figura 9.11** Confronto regionale disabili e anziani trattati con SAD per tipologia di prestazione. Valori % – Anno 2005. 495
- **Tabella 9.12** Beneficiari di Indennità di Accompagnamento per genere. Anno 2007. 496
- **Tabella 9.13** Beneficiari di Indennità di Accompagnamento per genere. Variazioni medie annue % – Anni 2007/2005. 497
- **Figura 9.12** Quota di beneficiari di Indennità di Accompagnamento. Valori % – Anno 2007. 498
- **Figura 9.13** Quota dei beneficiari di Indennità di Accompagnamento sul totale dei disabili. Valori % – Anno 2005. 499
- **Tabella 9.14** Stima della spesa per ADI totale pro-capite. Valori in euro – Anno 2008. 500
- **Tabella 9.15** Spesa per ADI per popolazione over 65. Valori in euro – Anno 2008. 501
- **Tabella 9.16** Spesa dei Comuni singoli o associati per tipo di prestazione. Valori % – Anno 2006. 502
- **Tabella 9.17** Spesa dei Comuni singoli o associati per area di utenza. Valori % – Anno 2006. 503
- **Tabella 9.18** Spesa dei Comuni singoli o associati per area di utenza. Valori in euro – Anno 2006. 504

Capitolo 10 - Il sistema di Assistenza Farmaceutica

- **Tabella 10.1** “Livello” di regolamentazione regionale. 510
- **Figura 10.1** Correlazione tra spesa farmaceutica pro-capite e quote di generici – Anno 2008. 511
- **Tabella 10.2** Limitazioni prescrivibilità di farmaci a carico del SSN. 517
- **Tabella 10.3** Quota generici garantiti. 519

- **Figura 10.2** Incidenza della Spesa farmaceutica totale sulla spesa sanitaria totale. Paesi OECD. Valori % – Anni 1997-2007. 521
- **Figura 10.3** Incidenza della Spesa farmaceutica totale sul PIL. Paesi OECD. Valori % – Anni 1997-2007. 521
- **Figura 10.4** Spesa pro-capite farmaceutica totale Paesi OECD. Valori in US$ in PPA – Anno 2007. 522
- **Figura 10.5** Spesa farmaceutica netta su FSR. Valori % – Anno 2008. 524
- **Figura 10.6** Spesa farmaceutica territoriale in Italia. Mil. euro – Anni 1985-2008. 525
- **Figura 10.7** Incidenza della spesa privata territoriale sulla spesa sanitaria delle famiglie. Valori % – Anni 1995-2008. 525
- **Figura 10.8** Incidenza della classe ATC sulla farmaceutica territoriale e sui consumi DDD/1000 ab. die. Valori % – Anno 2008. 526
- **Figura 10.9** Spesa farmaceutica pro-capite territoriale (pop. pesata). Valori % – Anno 2008. 527
- **Figura 10.10** Spesa per farmaci equivalenti sulla spesa netta per quota branded e unbranded. Valori percentuali – Anno 2008. 528
- **Figura 10.11** Spesa regionale per farmaci equivalenti sulla spesa pubblica netta. Valori % – Anni 2003-2008. 529
- **Tabella 10.4** Calendario delle principali scadenze brevettuali – Anno 2010. 530
- **Tabella 10.5** Variazione spesa farmaceutica convenzionata. Valori %. 531
- **Tabella 10.6** Quota di spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria convenzionata. Valori %. 532
- **Tabella 10.7** Spesa pro-capite farmaceutica convenzionata. Valori in euro. 533
- **Tabella 10.8** Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite per popolazione pesata. Valori in euro. 534
- **Tabella 10.9** Graduatoria regionale della spesa farmaceutica convenzionata pro-capite per popolazione pesata. 535

Capitolo 10a - Accessibilità ai farmaci oncologici in Italia

- **Tabella 10a.1** Durata delle diversi componenti che precedono l'accesso alle specialità oncologiche (n°=14) in Italia 543
- **Figura 10a.1** Durata delle diversi componenti dell'accessibilità in Italia relative al medesimo sottoinsieme di specialità medicinali (n°=14), valori medi e range min-max 544
- **Tabella 10a.2** Analisi della componente regionale nell'accessibilità ai farmaci oncologici: frequenza di accesso per il paziente per singola regione 545
- **Figura 10a.2** Intervalli tra autorizzazione AIFA e movimentazione SSN verso strutture pubbliche 546
- **Figura 10a.3** Intervallo tra autorizzazione AIFA e movimentazione SSN verso una struttura pubblica per Regione negli orphan drug, rispetto alle nuove entità chimiche. I valori sono mediane e range interquartile 547

- **Figura 10a.4** Intervallo tra autorizzazione AIFA e movimentazione SSN verso una struttura pubblica per Regione nelle Regioni con PTOR, vincolante rispetto a quelle senza PTOR. I valori sono mediane e range interquartile 548
- **Figura 10a.5** ANOVA del prezzo medio nazionale per confezione di farmaci oncologici 549

Capitolo 10b - I farmaci biologici: ambiti di applicazione, prospettive di utilizzo e considerazioni sulla spesa

- **Figura 10b.1** - Numero di prescrizioni di farmaci biologici per il trattamento della psoriasi 557
- **Tabella 10b.1** Distribuzione geografica dei centri PSOCARE 557
- **Figura 10b.2** Pazienti iscritti nei centri di riferimento PSOCARE ed in trattamento con farmaci biologici 558
- **Tabella 10b.2** Farmaci per la cura dell'artrite reumatoide 559
- **Figura 10b.3** % di impiego del natalizumab (Tysabri®) nei Paesi Europei (anno 2008) 562
- **Tabella 10b.3** Spesa e consumi per farmaci (DDD) erogati dalle strutture pubbliche – categorie terapeutiche I livello ATC (in euro, anno 2008) 563
- **Tabella 10b.4** Spesa per immunosoppressori biologici (in euro, anno 2008) 564
- **Tabella 10b.5** Erogazione dei farmaci biologici attraverso le strutture pubbliche per categoria terapeutica e per sostanza (anno 2008) 565
- **Figura 10b.4** % di spesa per farmaci biologici e altri farmaci in Italia, Europa e nel resto del Mondo (anno 2007) 566

Capitolo 11 - La valutazione multi-livello delle performance dei network di interesse generale. Analisi di due casi studio in sanità.

- **Tabella 11.1** Modello teorico di valutazione delle performance dei network di interesse generale. 577
- **Tabella 11.2** La valutazione delle performance della rete REHA TICINO. 581
- **Tabella 11.3** La valutazione delle performance della rete ESTAV Centro Toscana. 586

Capitolo 12 - La strategia dell'aggregazione della domanda in sanità: acquisti e funzioni collegate

- **Tabella 12.1** Spesa sanitaria nazionale (anni 2004-2007; migliaia di euro). 595
- **Figura 12.1** Composizione della spesa sanitaria nazionale nel 2007. 596
- **Figura 12.2** Modelli "deboli" verso modelli "forti". 598
- **Tabella 12.2** Sintesi risultati economici e organizzativi. 600
- **Figura 12.3** Modello di valutazione di impatto a quattro livelli. 601
- **Tabella 12.3** Categorie merceologiche. 602
- **Figura 12.4** Le aree di intervento. 603

Capitolo 13 - L'impatto del sistema sanitario sull'economia

- **Figura 13.1** Variazione del numero degli occupati settore farmaceutico. Valori % – Anni 2007-2008. 616
- **Tabella 13.1** Concentrazione regionale delle esportazioni ed importazioni farmaceutiche. Valori % – Anno 2008. 617
- **Figura 13.2** Correlazione tra bilancia commerciale farmaceutica e numero medio occupati per azienda. Anno 2008. 617
- **Figura 13.3** Quota del mercato farmaceutico mondiale. Anno 2008. 619
- **Tabella 13.2** Aziende ed occupati nel settore farmaceutico mondiale. Anni 2007-2008. 620
- **Figura 13.4** Composizione e quota del valore della produzione in R&S. Principali settori industriali. Anno 2008. 621
- **Figura 13.5** Spesa farmaceutica in R&S. Anni 1990-2007. 621
- **Tabella 13.3** Distribuzione degli investimenti in R&S. 622
- **Figura 13.6** Nuove molecole lanciate sul mercato mondiale. Anni 1990-2008. 622
- **Figura 13.7** Importazioni, esportazioni e bilancia commerciale. Settore farmaceutico mondiale. Anno 2008. 623
- **Tabella 13.4** Quota del mercato europeo relativa ai farmaci generici. Valori %. Anni 1995-2004. 624
- **Figura 13.8** Quota dei generici sul valore del mercato farmaceutico europeo (prezzo ex-factory). Valori %. Anno 2008. 625
- **Figura 13.9** Spesa per R&S. Italia – Anni 1980-2008. 626
- **Tabella 13.5** Investimenti fissi lordi. Italia – Anno 2008. 627
- **Figura 13.10** Allocazione delle aziende farmaceutiche sul territorio. Italia – Anno 2008. 628
- **Tabella 13.6** Occupati nel settore farmaceutico. Italia – Anno 2008. 629
- **Figura 13.11** Bilancia commerciale del settore farmaceutico specialità medicinali e principi attivi. Italia – Anni 1986-2008. 630
- **Tabella 13.7** Bilancia commerciale industria farmaceutica regionale. Valori in mil. euro – Anno 2008. 630

- **Figura 13.12** Specializzazione produttiva del settore farmaceutico. Indice di Balassa – Anno 2007. 631
- **Figura 13.13** Specializzazione produttiva del settore farmaceutico. Indice di Lafay – Anno 2007. 632
- **Figura 13.14** Localizzazione delle imprese genericiste sul territorio italiano – Anno 2008. 633
- **Tabella 13.8** Situazione generale area dispositivi medici. 635
- **Tabella 13.9** Spesa per dispositivi medici a livello internazionale. Valori in mld. euro e in % – Anni 2005-2007. 637
- **Tabella 13.10** Spesa e valore di produzione dei dispositivi medici. Europa. Valori in mil. euro e in % – Anno 2005. 638
- **Tabella 13.11** Quota della spesa per dispositivi medici sul totale della spesa sanitaria. Valori % – Anni 2002-2007. 639
- **Tabella 13.12** Quota della spesa e valore di produzione dei dispositivi medici sul PIL. Europa – Anno 2007. 640
- **Tabella 13.13** Spesa e valore di produzione pro-capite dei dispositivi medici. Europa. Valori in euro – Anno 2007. 641
- **Figura 13.15** Incidenza della spesa in R&S sul valore aggiunto delle tecnologie medicali. Valori % – Anno 2007. 642
- **Figura 13.16** Importazioni ed esportazioni delle tecnologie medicali. Valori in mil. euro – Anno 2007. 643
- **Figura 13.17** Specializzazione produttiva del settore dispositivi medici. Indice di Balassa – Anno 2007. 643
- **Figura 13.18** Specializzazione produttiva del settore dispositivi medici. Indice di Lafay – Anno 2007. 644
- **Figura 13.19** Spesa per dispositivi medici nelle strutture sanitarie pubbliche. Valori in euro Mil. – Anni 2001-2007. 645
- **Tabella 13.14** Spesa pubblica pro-capite per dispositivi medici. Valori in euro – Anni 2001-2007. 647

Prefazione

Renato Lauro – Magnifico Rettore Università degli studi di Roma *Tor Vergata*

La Sanità è un settore estremamente complesso, caratterizzato da delicate implicazioni etiche e sociali e da una intrinseca multidimensionalità.

La Sanità è anche un settore estremamente dinamico: sorretto da una robusta attività di ricerca clinica e industriale, che forse non ha uguali il settore sanitario ha registrato una continua espansione delle opportunità terapeutiche, permettendo un rapido incremento della durata e, specialmente, della qualità della vita delle popolazioni.

Non di meno, l'evoluzione tecnologica e, la conseguente modificazione delle aspettative della popolazione, mettono a dura prova la capacità degli Stati di far fronte alla crescita dei costi.

Oggi la ricerca economica e organizzativa si intreccia strettamente con la ricerca clinica e industriale. Solo con un approccio multidisciplinare si può credibilmente far fronte alla complessità che caratterizza la Sanità.

Per quanto sopra, l'Università degli studi di Roma *Tor Vergata* rappresenta un osservatorio privilegiato e, allo stesso tempo, un laboratorio originale di conoscenze; al suo interno sono rappresentate competenze di eccellenza in tutte le più importanti aree di ricerca sanitaria: basti citare quella clinica e assistenziale, con un importante Policlinico e corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Scienze Infermieristiche e per le professioni sanitarie; quella economica e del management sanitario; l'ingegneria sanitaria (ivi compresa l'IT applicato alla Sanità) il corso interfacoltà in Biotecnologia ed anche quella del diritto sanitario.

Il Rapporto Sanità edito annualmente dal CEIS, Centro interdipartimentale dell'Università di Roma *Tor Vergata*, e dalla Fondazione Economia Tor Vergata, rappresenta un esempio di eccellenza nella ricerca applicata in Sanità, e anche un tentativo di approccio multidisciplinare ai problemi delle politiche sanitarie.

È, quindi, con piacere che presentiamo la VII edizione del Rapporto, con l'auspicio che il volume possa continuare a rappresentare un punto di riferimento per l'elaborazione delle politiche sanitarie del Paese, nella convinzione che solo un continuo e sistematico supporto scientifico potrà permettere al SSN italiano di rimanere sempre ai vertici dell'eccellenza internazionale.

Rapporto - Sanità 2009
presentazione

Presentazione del Rapporto

Luigi Paganetto – Presidente Fondazione CEIS-Economia *Tor Vergata*

P. Lucio Scandizzo – Direttore CEIS – Università *Tor Vergata*

Siamo lieti di presentare il VII Rapporto Sanità (2009) CEIS-Fondazione Economia Tor Vergata intitolato: "Sanità e sviluppo economico".

Il Rapporto nasce dal lavoro sviluppato da anni nel campo dell'economia sanitaria, della valutazione economica dei progetti sanitari, dal management dell'Aziende Sanitarie Pubbliche e Private, ricerca che alimenta anche una intensa attività di formazione post laurea e di assistenza tecnico-scientifica a Istituzioni ed Enti Pubblici e Privati.

Il Rapporto non ha l'ambizione di riassumere la situazione della sanità in Italia. Esso si propone, piuttosto, il compito di gettare luce su alcuni aspetti critici che riguardano la condizione nel nostro Paese. Questa condizione si presenta infatti peculiare dal punto di vista della sua collocazione economica tra pubblico e privato, della situazione economica complessiva italiana e della articolazione territoriale e amministrativa in cui la domanda e l'offerta di sanità si inseriscono.

Come per gli anni precedenti, il Rapporto si pone l'obiettivo di fornire un supporto scientifico alle scelte di politica sanitaria effettuate dalle istituzioni pubbliche e private, incentrandosi su tematiche cruciali per il disegno di attuazione del federalismo fiscale in un quadro di mantenimento di un adeguato livello di solidarietà all'interno del sistema di tutela pubblica. Com'è stato più volte osservato, la sanità in Italia non appare più dispendiosa degli altri Paesi, né in termini assoluti, né in termini relativi. I suoi risultati, sia in termini di salute dei cittadini, sia di costo-efficacia della spesa, sembrano inoltre interessati da una apprezzabile tendenza al miglioramento. Allo stesso tempo, le differenze territoriali di performance e di efficienza delle istituzioni sono tali da determinare legittime preoccupazioni sul fronte della finanza pubblica come su quello, non meno importante, della solidarietà e della inclusione sociale.

Come bene pubblico, che include rilevanti elementi fiduciari, le analisi condotte documentano come la sanità italiana sia alla ricerca di un difficile equilibrio tra stato e mercato. Come bene pubblico locale, inoltre, la sanità richiede un'articolazione territoriale di

tale equilibrio, che appare tanto più ardua quanto più essa procede con la devolution amministrativa e finanziaria inevitabile in una ottica federalista. Come strumento di inclusione e integrazione sociale, infine, in una crescente tendenza a combinarsi con prestazioni di carattere assistenziale piuttosto che meramente medico, la sanità costituisce una componente di benessere fondamentale anche dal punto di vista dell'equità e della giustizia sociale, che si realizzano anche attraverso adeguati livelli delle prestazioni sanitarie. In questo quadro di solidarietà e di sussidiarietà appaiono due obiettivi la cui validità dipende in maniera cruciale dal fatto che siano entrambi perseguiti con un grado sufficiente di contemporanea intensità.

Rapporto - Sanità 2009
introduzione

Sanità e sviluppo economico

Spandonaro F.[1]

Executive summary

La spesa sanitaria totale in Italia nel 2008 (ultimo dato consuntivo disponibile) è stata pari all'8,7% del PIL (e certamente il dato del 2009 risulterà cresciuto ulteriormente, anche per effetto della recessione economica) ma, con l'indotto che crea, si stima che l'economia legata alla Sanità in termini di valore aggiunto superi il 12%, rappresentando la terza industria italiana dopo alimentari ed edilizia.

Malgrado l'importanza strategica del settore, rafforzata dall'elevato contenuto di ricerca e innovazione, e quindi di potenziale capacità competitiva sui mercati, assistiamo ad una netta prevalenza delle politiche sanitarie sul lato assistenziale rispetto a quelle sul lato industriale: è un dato di fatto che gli indici di specializzazione economica dell'Italia nel settore farmaceutico e dei dispositivi medici siano nel primo caso appena sufficienti e nel secondo del tutto insoddisfacenti, a dimostrare un'insufficiente attenzione del Paese per il settore; ne segue che la bilancia commerciale farmaceutica è positiva con un saldo di appena € +0,6 mld. se si considera il solo commercio di medicinali, ma è negativa di € 2,4 mld. allargando le analisi anche alle materie prime; quella dei dispositivi medici è invece ampiamente negativa: € 3,6 mld.

La prevalenza delle politiche sul lato assistenziale si spiega facilmente, essendo dettata dalle preoccupazioni sul lato dell'impatto sulla spesa pubblica, che indubbiamente è rilevante e pari al 6,7% del PIL.

A ben vedere tali preoccupazioni sembrano scarsamente fondate: l'incidenza della spesa sanitaria totale in Italia è pari all'8,7% del PIL rispetto all'8,9% media dei Paesi OECD; lo scarto è poi decisamente inferiore alla media dei Paesi dell'Europa a 15 (9,2%); ma, ciò che più conta, le politiche di contenimento sembrano essere state vincenti: infatti dal 1990 ad oggi, la crescita di tale incidenza è stata in Italia inferiore agli altri Paesi, fermandosi ad un solo punto di PIL: solo Finlandia e Nuova Zelanda hanno fatto meglio, peraltro avendo registrato una crescita del PIL decisamente superiore.

Per effetto degli andamenti di cui sopra, ovvero una percentuale di spesa complessivamente destinata alla Sanità su livelli medio bassi, unita ad una perdurante scarsa crescita del PIL, la spesa totale pro capite italiana è oggi del 17,6% inferiore (pari a € 2.286) a quella dei Paesi EU 15 (e se si considerassero anche Paesi quali Canada, Giappone e USA tale scarto quasi raddoppierebbe); si noti che, nel tempo, il differenziale si è invertito e poi notevolmente allargato: infatti nel 1990 la spesa sanitaria italiana era dell'8,2% superiore rispetto all'EU15. In questo dato si riassume certamente una componente

[1] *Coordinatore del Rapporto Sanità del CEIS. Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

importante delle difficoltà registrate nel settore.
L'intervento pubblico, in termini quantitativi, si attesta al 76,5% della spesa totale: tale percentuale è sostanzialmente in linea con i livelli medi europei (77,4%). In termini di percentuale sul PIL, l'incidenza della spesa pubblica è cresciuta nel tempo, raggiungendo il 6,6% nel 2004, per poi rimanere sostanzialmente stabile intorno al 6,7%, anche se tale valore si prevede in crescita (7,0% del PIL) nel 2009 per effetto della scarsa crescita del PIL e secondo le previsioni contenute nel Rapporto potrebbe arrivare al 7,5% nel 2010 e al 7,7% nel 2011.
Mentre il finanziamento della Sanità in senso stretto (con i caveat sopra espressi) risulta in linea con i dati europei, quello per la non autosufficienza e la tutela sociale appare largamente carente (appena € 123 per anziano over 65) e frammentato (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo per le Politiche sulla Famiglia, il Fondo per le Politiche relative ai Diritti ed alle Pari Opportunità, il Fondo per le Non Autosufficienze, il Fondo per l'Inclusione Sociale degli Immigrati) per quanto concerne la non autosufficienza e, in generale, il sociale.
L'intervento pubblico esercita una importante funzione di redistribuzione: il riparto delle risorse porta a garantire una quota capitaria pro capite pari in media a € 1.745, con un massimo di € 2.119 in Trentino Alto Adige e un minimo di € 1.638 in Campania, con un differenziale quindi del 23%. Tali differenze si spiegano con la pesatura delle quote capitarie in base ai bisogni: si stima che circa l'1% in più di over 65 porti un finanziamento maggiore del 2,2%.
La redistribuzione operata dal finanziamento pubblico è apprezzabile nel fatto che il finanziamento garantito in media alle Regioni, in rapporto al proprio PIL, si attesta al 5,7% nel Nord, al 6,0% nel Centro, sino al 9,3% nel Sud.
Malgrado la redistribuzione, i disavanzi si concentrano nel Centro Sud: di fatto Lazio, Sicilia e Campania, in base ai risultati di esercizio, da sole rappresentano quasi il 77% del disavanzo complessivo del sistema (2008).
La maggiore peculiarità riferibile alla composizione della spesa nel sistema sanitario italiano rimane quella relativa alla componente di spesa sanitaria privata. Quella pro capite passa dagli € 292 in Basilicata, agli € 649 in Friuli Venezia Giulia, senza una evidente relazione con il reddito medio delle famiglie. Di questa spesa quasi l'86% (dati fermi al 2007) risulta spesa out of pocket, mentre in Europa molti Paesi sono sotto il 50% (32,5% in Francia).
La mancanza di un secondo pilastro di copertura sanitaria comporta effetti equitativi non desiderabili, che si riassumono nell'esistenza di oltre 338.000 nuclei familiari annualmente soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie o sociali (non autosufficienza), e quasi 992.000 nuclei familiari costretti, almeno in un mese nell'anno, a sostenere spese per la Sanità molto elevate rispetto alle proprie possibilità (spese cd. catastrofiche). Si stima inoltre che in oltre 2.600.000 nuclei familiari, almeno un componente abbia addirittura rinunciato a sostenere spese sanitarie, per il peso economico che queste avrebbero implicato.
Da un punto di vita organizzativo il sistema da una parte vede alcune tendenze comuni (ad es. accorpamento delle ASL e riduzione dei Posti Letto per acuti), ma con velocità

diverse e altrettante forze centrifughe a livello regionale, da ultimo accelerate per effetto del federalismo.
La dimensione media delle ASL sfiora oggi i 350.000 abitanti, ma con una variazione regionale molto accentuata: considerando i casi estremi, si passa da 1,5 mil. di abitanti della unica ASL della Regione Marche, ai 118.200 della Regione Basilicata, con un rapporto di 1 a 12; analogamente la dimensione media dei distretti passa dai 154.000 abitanti in media della Regione Lazio (superando di fatto la soglia dei 60.000 abitanti indicata dalle norme) a meno di 25.000 del Molise (con una rapporto di circa 1 a 6).
Le differenze sono ancora più marcate per altre forme di presidio che caratterizzano la primary care: i punti di guardia medica vanno dai 61.700 abitanti in media per punto di guardia medica della P.A. di Bolzano ai 4.200 della Regione Basilicata; i consultori dai 57.000 abitanti in media della P.A. di Trento ai 5.700 della Regione Valle D'Aosta; i Centri di salute mentale dai 118.200 abitanti in media nella Regione Basilicata ai 15.700 della Regione Valle D'Aosta.
Secondo i dati più recenti disponibili (2007) il personale dipendente delle ASL, al netto di quello impegnato nei presidi ospedalieri a gestione diretta di cui si dirà dopo, varia da 6,5 dipendenti per 1.000 abitanti della Valle d'Aosta, all'1,4 della Lombardia, con una media nazionale di 3,0; si noti la forte disparità di personale con cui si gestiscono le attività extra ospedaliere, e anche come nell'ultimo quinquennio per quanto la numerosità del personale (per quanto il dato potrebbe essere inficiato ad esempio dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di outsourcing) sia in media leggermente diminuita -3,9% nel quinquennio), le Regioni approssimativamente si equiripartiscono: poco più di metà hanno aumentato il personale, in particolare la P.A. di Bolzano, la P.A. di Trento e Basilicata (rispettivamente con +94,1%, +41,3% e +29,8%), mentre le altre lo hanno diminuito (in particolare in Lombardia -36,3%, e la Liguria -26,2%).
Passando ai presidi ospedalieri, la tendenza è a un riduzione degli stessi e anche dei posti letto, ma con velocità, modalità e livelli difformi fra le Regioni. Circa due terzi delle Regioni e Province Autonome hanno, nel periodo 2000-2007, ridotto contemporaneamente numero di strutture e di posti letto, e di queste circa metà hanno ridotto i posti letto in una percentuale maggiore rispetto a quella delle strutture. Ad oggi la densità di posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti registra un valore medio nazionale pari a 3,8; le Regioni con minore dotazione di posti letto per acuti risultano la Campania e il Piemonte con, rispettivamente 3,3 e 3,4 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti. Per contro, la Regione che presenta la densità di posti letto per acuti più elevata è il Molise con 5,2 posti letto ogni 1.000 abitanti. La disomogeneità territoriale è significativa anche nel caso dei posti letto per riabilitazione e lungo-degenza. A fronte di una media nazionale pari a 0,6 posti letto per non acuti ogni 1.000 abitanti, a livello locale si registrano dotazioni che variano da 1,3 posti letto nella P.A. di Trento sino alla completa assenza di tale tipologia nella Valle d'Aosta.
Il personale dipendente dei presidi ospedalieri pubblici, ivi comprese le aziende ospedaliere i policlinici etc, è pari a circa 2,6 unità per posto letto (media nazionale al netto degli universitari), passando da un minimo di 1,9 registrato in Molise, a un massimo di 3,1 del Friuli Venezia Giulia e della P.A. di Bolzano. Anche in questo caso gli organici medi risul-

tano significativamente diversi: nel quinquennio 2002-2007 (ultimo dato disponibile) il personale assegnato alle strutture di ricovero e cura pubbliche (per quanto il dato potrebbe essere inficiato anche in questo caso dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di outsourcing) in metà delle Regioni sembra aumentare, in particolare in Molise e in Liguria (rispettivamente +14,9%, +13,3%), mentre diminuisce nel restante 50% delle Regioni, in particolare nella P.A. di Bolzano (-6,6%), con una tendenza all'incremento del 1,2%.

Come detto, anche la composizione dell'offerta pubblica e privata si sta rideterminando, e di conseguenza la composizione della spesa (quest'ultima, anche per effetto del ricorso a forme di outsourcing all'interno delle strutture pubbliche): la quota di spesa in convenzione passa dal 42,6% del 2001 al 37,1% del 2008; nelle Regioni Lazio, Lombardia, Puglia e Sicilia osserviamo il maggior ricorso alle strutture private con una quota di spesa convenzionata superiore al 40%; di contro, nelle Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e nella P.A. di Bolzano tali percentuali sono inferiori al 26%.

Osserviamo anche che tendenzialmente un maggior ricorso a strutture private accreditate si accompagna ad una offerta privata più frammentata: nel caso ad esempio della assistenza specialistica, i Laboratori di analisi del Friuli Venezia Giulia nel 2007 avevano una dimensione media di quasi 600.000 prestazioni per struttura, e servono in media 43.600 abitanti, mentre in Sicilia facevano in media meno di 85.000 prestazioni, servendo solo 6.000 abitanti. Analogamente, per quanto riguarda i Centri per la diagnostica, si passa da una dimensione media di quasi 34.000 prestazioni e di un bacino di utenza di 21.000 abitanti della Emilia Romagna, alle 10.000 prestazioni e di 11.000 abitanti della Sardegna.

La spesa diretta, per il 79% su riferisce a personale dipendente e beni, ma nel Lazio ci si ferma al 73%, mentre in Calabria si arriva all'86%: tale dato fornisce una indicazione seppure approssimata delle diverse politiche di ricorso all'outsourcing.

Per quanto concerne l'assistenza, la variabilità regionale di quella ospedaliera è molto forte: i tassi di ricovero in regime ordinario passano da 109,5 per 1.000 residenti del Piemonte a 183,3 dell'Abruzzo. A livello di ricoveri degli anziani over 75, le differenze crescono ancora passando da 254,3 del Piemonte a 470,5 della P. A. di Bolzano. Risultano ampiamente difformi anche le degenze medie (da 5,5 giornate della Campania a 8,0 della Valle d'Aosta), la quota di ricoveri in regime diurno (dal 23,4% della Puglia al 42,6% della Sicilia), e soprattutto la quota di DRG chirurgici (dal 31,2% della Calabria al 50,4% del Piemonte). Anche la complessità dei ricoveri appare regionalmente difforme: il "valore medio della produzione" per ricovero in Valle d'Aosta risulta del 34,7% superiore a quello dei ricoveri in Sardegna.

Si stima che l'inappropriatezza dei ricoveri (utilizzando ad esempio la quota dei DRG a rischio di inappropriatezza definiti a livello ministeriale) passi dal 15,0% della Toscana al 25,4% della Sicilia.

Le differenze regionali esplodono negli altri regimi diversi dalle acuzie: basti dire che i tassi di ricovero in riabilitazione variano fra lo 0,8 per 1.000 residenti della Sardegna, all'8,9 della Lombardia; la degenza media passa dalle 16,0 giornate dell'Abruzzo, alle 40 del Lazio. Analogamente per la lungodegenza abbiamo un tasso dello 0,02 per 1.000 residenti in Valle d'Aosta e del 7,0 in Emilia Romagna, con una degenza media compre-

sa tra le 15,6 giornate del Friuli Venezia Giulia e le 51,9 della Calabria.
Passando alla residenzialità (RSA, Hospice, etc) e all'assistenza domiciliare i sistemi informativi risultano del tutto carenti; possiamo, però, ugualmente apprezzare alcuni elementi assolutamente critici. Per quanto concerne le residenzialità emerge come essa sia di fatto in larga misura a carico dei cittadini: partecipano infatti di tasca propria alle spese della struttura il 94% degli assistiti in Residenze socio sanitarie per anziani non autosufficienti. e il 90% degli assistiti in RSA: di fatto in oltre il 50% delle Residenze socio sanitarie per anziani non autosufficienti, e nel 28% delle RSA, la quota di compartecipazione rappresenta oltre il 50% delle entrate delle strutture.
Per quanto concerne la assistenza domiciliare integrata, si può apprezzare la grande differenza nell'offerta effettiva, osservando il numero di anziani presi in carico (che diminuiscono dall' 84,1% del 2004 all' 81,2% del 2007), ma ancor di più del fallimento dell'integrazione socio sanitaria che si ferma a quella fra figure professionali sanitarie: solo il 34,9% dei soggetti ultra sessantacinquenni presi in carico ha ricevuto anche una qualche forma di assistenza sociale.
L'assistenza farmaceutica, sebbene la spesa pro capite per farmaci in Italia (US$ 518) rimanga all'8° posto all'interno dell'area OECD, dopo i reiterati interventi degli ultimi anni, sembra avere un andamento sostanzialmente stabile, almeno dal punto di vista della componente territoriale: diverso è il caso della spesa farmaceutica ospedaliera, peraltro in larga misura determinata dai consumi di farmaci innovativi ad alto costo soggetti a regime di monitoraggio (cd. file F).
Nuovamente, però, la stabilità a livello nazionale nasconde rilevanti differenze a livello regionale, con una spesa pro capite (territorio), che passa da € 360 del Lazio a € 240 della P.A. di Bolzano: in termini percentuali si passa dal 15,7% della Regione Lazio al 10,3% della P.A. di Bolzano. Il tetto della territoriale è stato "sostanzialmente" rispettato (tranne per il Lazio, l'Abruzzo, la Campania, la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Sardegna), mentre il limite complessivo del 16,4% (14% di spesa convenzionata + 2,4% di spesa delle strutture sanitarie) è stato rispettato solo da poche Regioni: Valle d'Aosta (14,8%), Lombardia (15,4%), Veneto, Trento (14,0%) e Bolzano (13,5%).
L'assistenza specialistica, infine, non si esime dalla caratteristica di una pronunciata variabilità regionale: si stima che l'onere pro capite complessivo (pubblico e privato) sia pari a € 211, passando però da € 417 della P.A. di Bolzano a € 136 dell'Abruzzo; i differenziali presentano un chiaro gradiente Nord Sud, inverso rispetto a quello della farmaceutica, confermando come le differenze socio economiche delle popolazioni incidano decisamente sulla composizione dei consumi sanitari e quindi sui modelli assistenziali da adottare.

Sanità e sviluppo economico

In qualità di curatore del VII Rapporto Sanità del CEIS, prima di sintetizzarne i contenuti e di proporne una chiave di lettura complessiva dell'opera, mi corre l'obbligo di soffermarmi brevemente sulla finalità del Rapporto e, quindi, sulla struttura che si è voluta dare al volume. L'indice che è stato adottato è infatti il frutto di una approfondita riflessione, la cui genesi ha un interesse non secondario.
Iniziamo con il ribadire, che il Rapporto Sanità del CEIS si è posto, sin dalla prima edizio-

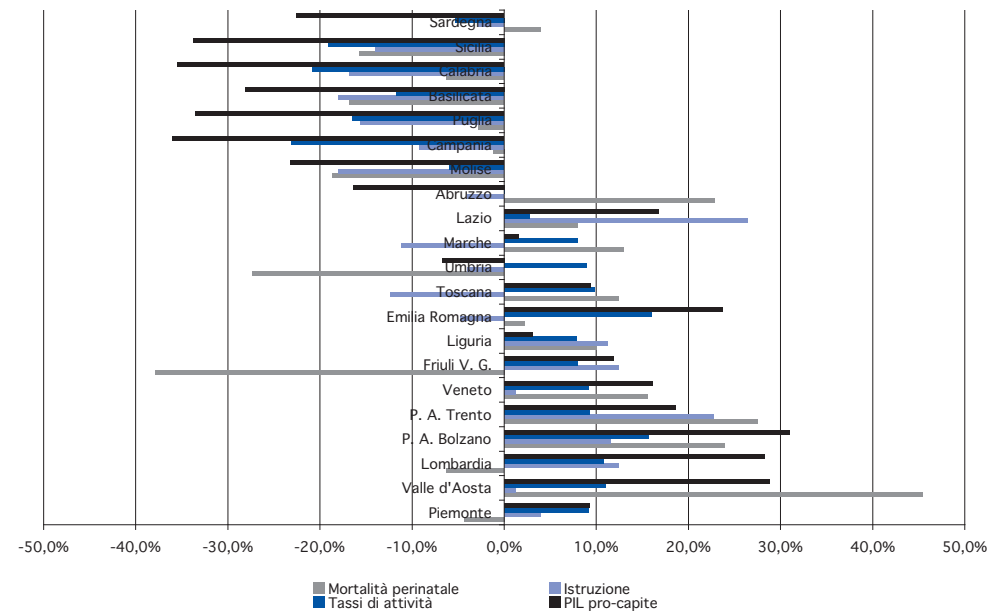
ne, come obiettivo principale, quello di fornire un contributo alla formulazione delle politiche sanitarie, ponendosi quindi a supporto dei decisori politici; a tal fine si è sempre cercato di fornire riflessioni fondate su valutazioni (quali-quantitativa) delle *performance* del SSN prima, dei SSR poi.
Tali valutazioni si caratterizzano da una parte per essere una diretta derivazione della attività istituzionale di ricerca condotta; dall'altra per la loro natura "terza", come conseguenza della natura universitaria e pubblica del CEIS (Università di Roma *Tor Vergata*).
Con il passare degli anni, il Rapporto (come anche le analoghe opere prodotte da altre autorevoli istituzioni universitarie e di ricerca) ha anche assunto un ruolo di supplenza rispetto al dovere di *accountability* del SSN (ivi ricomprendendo i SSR): ci sembra, infatti, di poter affermare che la lettura e diffusione sistematica dei dati del SSN contribuisce a rendere trasparente il servizio nei confronti dei vari *stakeholder*.
Vorremmo quindi tornare sul tema della valutazione e dell'*accountability*, peraltro già più volte toccato nei precedenti Rapporti, anche perché è da tempo nell'agenda dei Ministri della Salute che si sono succeduti.
Malgrado gli sforzi, dobbiamo ammettere che un sistema di valutazioni funzionale a rendere compiutamente conto ai cittadini delle *performance* del sistema sanitario stenta a decollare.
Chi scrive è personalmente convinto che dietro un dotto dibattito che verte sulle (invero notevoli) difficoltà di misurazione che si registrano in Sanità, si celi in realtà una grande resistenza del Sistema a farsi davvero valutare. Un segnale di questo si può desumere dal progressivo consolidarsi di un messaggio tendenzialmente distorto, che confonde la funzione di monitoraggio con quella di *accountability*.
Vale la pena sottolineare che, se il monitoraggio è condizione necessaria per il SSN (e per i SSR) per migliorarsi, in termini di efficacia, di efficienza e di equità, l'essere *accountable* (negli Stati moderni) è piuttosto un dovere per un'istituzione pubblica, teso a permettere la funzione democratica per eccellenza: la valutazione dei governanti.
Il monitoraggio richiede certamente un valutatore che sia "terzo", rispetto al valutato, ma essendo la funzione orientata al continuo miglioramento delle *performance* di Sistema, se ne giustifica un naturale posizionamento e integrazione all'interno del SSN.
Ai fini dell'*accountability*, però, sovrastrutture non servono: nella Società civile esistono (come questo Rapporto e tanti altri contributi scientifici dimostrano) le competenze e le *capabilities* (da parte di Università, Centri di ricerca, Associazioni scientifiche, Associazioni degli *stakeholder*, cittadini, etc) per valutare le informazioni disponibili, e quindi il Sistema; che a queste istituzioni "esterne" sia permesso di esprimersi sulle *performance* del sistema, è un doveroso ossequio al principio costituzionale della Sussidiarietà.
Quindi, il SSN, i SSR, devono assumersi l'obbligo (morale, ché quello giuridico già ci sarebbe, a mio modesto parere) di raccogliere e fornire in tempo utile i dati per questa operazione di trasparenza; e invece ancora oggi la diffusione dei dati è, spesso parziale, ma principalmente troppo tardiva: i Ricercatori sono mediamente costretti a ragionare della storia del SSN, piuttosto che del suo divenire. Persino i dati di interesse sanitario forniti dall'Istat sono in media "vecchi" di 2/3 anni.

La drammaticità di questa situazione si rende evidente in un anno come il presente, che segue un anno (il 2009) particolare, caratterizzato dalla crisi mondiale dei mercati: sarebbe opportuno valutare già oggi gli effetti sul SSN di questa crisi e la capacità di risposta del SSN stesso (che, non dimentichiamolo, è un fondamentale presidio del sistema di Welfare); invece potremo forse farlo compiutamente non prima del prossimo anno, quando (speriamo) la crisi sarà peraltro solo un ricordo.
La prima priorità dell'agenda della politica sanitaria dovrebbe quindi essere non tanto la valutazione (che di sistemi di indicatori fondati sui "dati che ci sono", ne circolano abbastanza), quanto una organica, sistematica e tempestiva produzione e (sottolineato) diffusione di dati utili per ragionare delle *performance* del sistema.
Il CEIS non può che ringraziare i Ministeri competenti per la disponibilità sempre dimostrata e per i dati che vengono forniti a supporto della ricerca non appena disponibili: la speranza, però, è che il sistema di informazione sanitaria nel futuro faccia un vero salto di qualità, abbandonando le logiche di raccolta amministrativa sin qui seguite.
Certamente si possono opporre ai ragionamenti sopra esposti problemi di responsabilità e di *privacy* ma riteniamo che, volendo, siano superabili; in gioco c'è il credere o meno nella Sussidiarietà come valore costituzionale e, di conseguenza, voler (o meno) uscire dall'autoreferenzialità del sistema.
Ai fini di una rifondazione delle informazioni sul sistema, un punto particolarmente critico è divenuto quello della classificazione degli oggetti di analisi: la loro univoca individuazione è requisito assolutamente indispensabile per poter effettuare confronti validi e ragionamenti attendibili, in particolar modo in un contesto di complessità come quello sanitario.
Sul lato della domanda, probabilmente, una classificazione è abbastanza elementare, essendo noti e condivisi a livello internazionale i criteri di classificazione demografica, come anche delle patologie e delle procedure sanitarie (seppure meno banale può essere l'incrocio di tali informazioni con le condizioni socio-economiche, di fragilità, etc.); altrettanto non si può dire sul lato dell'offerta, ove la complessità, per non dire la confusione, è massima.
Negli anni, purtroppo, la normativa nel SSN si è evoluta per gemmazione, spesso prona alle esigenze congiunturali di riconoscere qualche nuovo bisogno o interesse specifico, con il risultato di un continuo affastellarsi di nozioni di difficile, se non impossibile, definizione univoca.
Non sembra un caso che l'Italia, seppure disponga di una messe di dati (meno di informazioni) davvero ragguardevole, è fra i Paesi che stentano ad onorare i criteri statistici internazionali (SHA – System of Health Accounts).
A titolo di esempio, notiamo come appena si esce dall'ambito delle rilevazioni dell'assistenza ospedaliera, diviene davvero arduo trovare qualcosa di confrontabile regionalmente, quando non anche fra ASL della stessa Regione. E persino a livello ospedaliero, fra una Lungodegenza (LEA ospedaliera!) e una Residenza (LEA territoriale!), trovare il reale discrimine è operazione tutt'altro che banale; per non parlare della pratica impossibilità di estrapolazione dall'ospedaliera della spesa specialistica pubblica.
Pur continuando ad essere convinti che le politiche vadano prioritariamente lette sul lato

della domanda, per quanto sopra abbiamo optato per strutturare il volume su un criterio, sostanzialmente, legato all'offerta.
Questa scelta discende da un duplice ordine di motivi: il SSN è, infatti, una struttura prevalentemente di offerta e quindi è alle strutture ed ai professionisti che si indirizza prioritariamente la richiesta di essere *accountable*; inoltre, è sul lato dell'offerta che va reimpostato un sistema di convenzioni che sia, ad un tempo, sia intellegibile che elaborabile.
Di conseguenza, il volume è diviso in 3 sezioni: la prima riguarda gli aspetti macro, quali il quadro demografico e socio-economico, il finanziamento del SSN e dei SSR, la spesa e quindi un capitolo che riassume le valutazioni di *performance* globale del sistema, ad iniziare dall'impatto equitativo.
La seconda sezione si ispira al citato SHA, e quindi è composta di 6 capitoli, uno per ogni (macro) tipologia di struttura di erogazione. Si inizia con i servizi ospedalieri, da cui scorporiamo però riabilitazione e lungo-degenza; la ratio seguita è che il criterio che ci sembra discriminante per distinguere fra l'offerta ospedaliera e quella residenziale, potrebbe essere la capacità distintiva degli ospedali di poter trattare pazienti instabili.
Il successivo capitolo riguarda, quindi, i servizi intermedi, ovvero riabilitazione, lungodegenza e tutte le residue forme di residenza: dagli hospice, alle RSA, etc.: di questa congerie di servizi, accomunati quasi esclusivamente dal poter garantire ospitalità completa o diurna ai pazienti, sappiamo ancora troppo poco. Peraltro, nelle classifiche internazionali troviamo questo tipo di assistenza divisa fra *outpatient* e *nursing facilities*: la realtà italiana delle professioni comporta logiche diverse e per questo meriterà nel futuro uno sforzo specifico per aumentarne la conoscenza.
Seguono ancora due capitoli dedicati alle strutture ambulatoriali: il discrimine fra i quali riteniamo di poterlo individuare nella presa in carico, assente nelle strutture specialistiche, e presente in tutte le altre forme ambulatoriali che formano l'assistenza primaria: dagli studi dei MMG e PLS, ai CSM, SERT, Consultori, etc.
Segue ulteriormente l'assistenza prestata direttamente a domicilio e in generale i benefici erogati a fronte di una non autosufficienza; ed infine l'assistenza farmaceutica erogata dalle Farmacie e dagli ospedali.
La terza sezione, infine, affronta il tema delle reti di supporto: inizia con una valutazione complessiva, per approfondire il caso delle reti di acquisto e delle reti di produzione (farmaceutica e dei dispositivi medici).
Lo sforzo che si è tentato di fare riorganizzando l'indice del Rapporto è, quindi, orientato a costituire una cornice organica degli oggetti di analisi, che permetta progressivamente di effettuare confronti sempre più significativi fra SSR che tendono a divenire sempre più difformi.
Una ulteriore innovazione del Rapporto 2009 che vogliamo segnalare è quella di avere, per quanto possibile, allargato la sua visione dalla Sanità al complessivo sistema sanitario e assistenziale: evitiamo di usare il termine socio-sanitario, che tende ad escludere le prestazioni che non abbiano contenuto almeno in parte sanitario, in quanto riteniamo (come è argomentato nel cap. 9), che i tentativi di separare sanità e assistenza, trovando un'area di integrazione comune nel socio-sanitario, sia di fatto fallita.
Ragionando ancora sulle concrete possibilità definitorie, siamo in grado di definire pre-

stazioni sanitarie (svolte da operatori appartenenti alle professioni sanitarie); con qualche limite lo stesso possiamo fare per le prestazioni socio-assistenziali (così definite, in assenza di una chiara mappatura delle professioni "socio-assistenziali", perché "non svolte" da operatori appartenenti alle professioni sanitarie); ma sul beneficiario, che per un motivo o l'altro (e spesso l'eziologia è comune) ha bisogno di un ausilio, una divisione basata sulla professione dell'erogante è del tutto capziosa.
Continuare a tenere separate, specialmente sul lato del finanziamento, le prestazioni sanitarie da quelle socio-assistenziali, appare del tutto inutile e fonte di ulteriore confusione, oltre che di inefficienza (si veda nel cap. 2 il tema della dispersione dei fondi per la non autosufficienza).
Per ottenere una reale integrazione, il sistema di *welfare* andrebbe ripensato su tre aree di intervento: previdenza (prestazioni monetarie per la vecchiaia e anzianità), il sistema delle indennità monetarie per contrastare le fragilità economiche, e il sistema delle prestazioni in natura (sanitarie e socio-assistenziali) a cui nel Rapporto abbiamo assimilato le erogazioni di *voucher* o assegni di cura che dir si voglia.
Il bisogno di "rimettere ordine" negli oggetti di analisi, che i ricercatori che hanno contribuito alla stesura del Rapporto hanno fortemente sentito, deriva certamente dalla crescente differenziazione a livello regionale dei SSR, da cui emerge anche una ulteriore esigenza: quella di riposizionare le analisi sulle politiche sanitarie.
Le analisi di economia e *management* sanitario si sono per lo più limitate ad affrontare i problemi in una logica "interna" al sistema sanitario, quasi che si potesse considerare la Sanità avulsa dal contesto in cui le organizzazioni si realizzano.
Questo approccio comporta alcune conseguenze non banali: ad esempio l'evidente "questione meridionale sanitaria", intendendo la contemporanea concentrazione in alcune Regioni del Centro Sud dei maggiori disavanzi finanziari, ma anche dei maggiori problemi di inappropriatezza, diventa difficilmente spiegabile all'interno del sistema: norme, regolamentazioni e persino risorse (almeno pesate) sono per lo più sovrapponibili nelle Regioni e, quindi, non si può attribuire ad esse l'inerzia dei SSR meridionali (e del Lazio).
Vogliamo dire che l'incapacità di razionalizzazione in quelle Regioni non trova elementi endogeni al sistema sanitario che la spiegano: limitandosi a prenderne atto, i ricercatori rischierebbero di divenire "notai" delle realtà, senza produrre strumenti utili alla interpretazione delle cause dei fenomeni.
Per (iniziare) ad ovviare al problema, nel cap. 1 del Rapporto abbiamo voluto fornire una descrizione del contesto in cui i SSR operano, premettendo alle analisi sulla Sanità alcuni dati socio-economici. Ne emerge come il gap Nord-Sud che registriamo in Sanità, ha un parallelo *gap* in qualunque altro settore della Società: capacità di produzione di reddito, partecipazione al mercato del lavoro, istruzione, etc.
Nella figura precedente abbiamo calcolato le variazioni dalla media di 4 indicatori: la mortalità perinatale che è un indicatore sanitario, ma anche legato alle caratteristiche socio-economiche (per ragioni di confronto con gli altri indicatori, valori negativi, indicano un valore migliore della media); la quota di persone con licenza elementare o nessun titolo (di nuovo valori negativi indicano una situazione migliore della media sul versante dell'istruzione); i tassi di attività ovvero partecipazione al mercato del lavoro; il PIL Pro-capite.

Figura 1 - Confronto Indicatori regionali



Fonte: elaborazione su dati Istat

Si vede immediatamente come l'Italia sia spaccata, con il meridione che ha indicatori generalmente tutti sotto la media.

Allargando l'ottica ci sembra, quindi, di poter affermare che la "questione meridionale sanitaria" vada letta come una specifica declinazione della generale "questione meridionale".

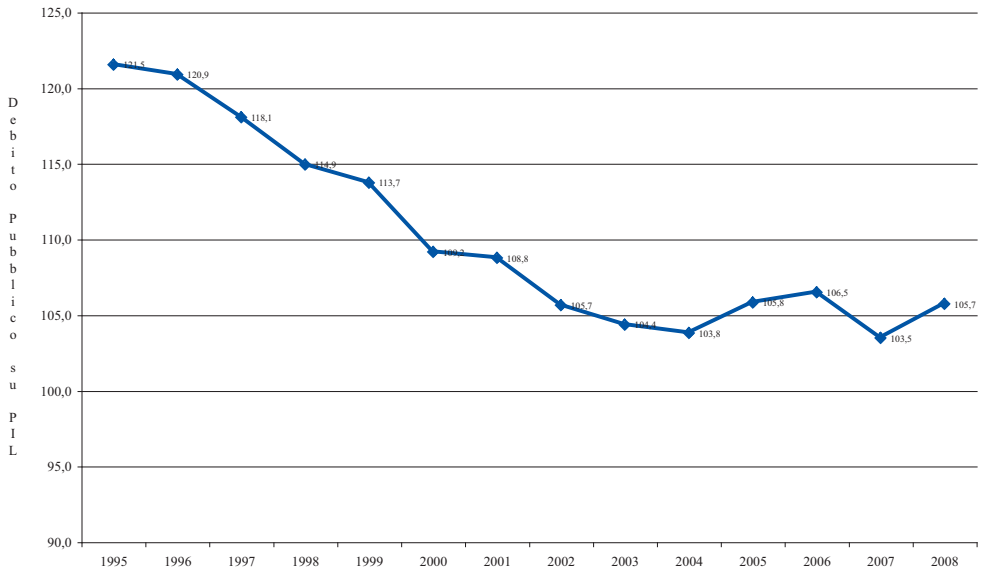
Se si accetta questa impostazione, alcune politiche recenti, quale quella dei Piani di Rientro, assumono una nuova valenza: il modello adottato sconta implicitamente l'ipotesi che il problema della Sanità meridionale (e del Lazio) sia risolvibile con soluzioni endogene ai SSR; ma se si accetta l'ipotesi sopra esposta, il nesso causale va invertito, e una soluzione ai problemi della Sanità (almeno in parte significativa) va ricercata fuori dal sistema sanitario: ad esempio, nella creazione di capitale sociale; senza quest'ultimo non c'è organizzazione pubblica (e non solo) che possa funzionare in modo efficiente: il sistema dei controlli *top-down* non può credibilmente sostituire quello dei controlli (sociali) dal basso.

Evidentemente questo non vuol dire che i Piani di Rientro siano da abbandonare: se non altro perché miglioramenti, per quanto marginali, nelle infrastrutture sociali, quali i SSR, possono contribuire a creare coesione sociale e quindi in prospettiva capitale sociale, favorendo l'innescarsi di un circolo virtuoso.

Implica, però, l'abbandono dell'illusione di "rientri" in tempi rapidi (a meno di non volersi accontentare di "rientri" meramente finanziari, magari di breve durata): senza una crescita del capitale sociale è improbabile che si potrà rivoluzionare la Sanità di una così larga

parte del Paese.
L'esempio della "questione meridionale" evoca il vizio di autoreferenzialità tipico delle analisi sul sistema sanitario, che assume peraltro molte altre sfaccettature.
Ad esempio, va sottolineato che la costruzione di un sistema di offerta sanitaria pubblica, sostanzialmente monopsonistica (da non confondersi con l'indiscussa importanza e valenza di avere un sistema sanitario pubblico, nel senso della regolamentazione e della *governance*), esponga poi la Sanità a forti rischi sul versante finanziario, direttamente derivanti dall'irrisolta questione del debito pubblico.
Quest'ultimo, dopo essersi ridotto del 15% in rapporto al PIL, fra il 1995 e il 2003, ha interrotto la discesa, e tende a rimanere costante se non addirittura a tornare a crescere, rimanendo in definitiva su valori che già costrinsero il Paese ad entrare in Europa con una deroga ai principi di Maastricht: onde non giustificarsi con l'ineluttabilità degli eventi, è da notarsi che il Belgio, con il quale condividevamo il ad inizio anni '90 il primato (del debito), ha nel frattempo ridotto di oltre il 40% l'incidenza del debito sul PIL, scendendo abbondantemente sotto il 100%; in assenza di una ripresa dell'economia italiana, e vigorosa al punto di essere superiore a quella degli altri Paesi (di cui, però, non si hanno credibili aspettative a breve termine), la pressione finanziaria sui conti pubblici e quindi sulla Sanità non potranno che rimanere fortissime; il rischio è di vedere ridotti al lumicino gli investimenti, e quindi assistere ad una obsolescenza strutturale e tecnologica, e/o di assistere ad una nuova proliferazione di debito, magari spostato a livello regionale.
Il tema della ripresa economica, per quanto parzialmente esogeno al sistema sanitario (seppure si possano intravedere reciproche influenze, come argomenteremo nel seguito), è fondamentale per comprendere le dinamiche future dei SSR.
A tal fine osserviamo che il grafico seguente sembra mostrare un modello di consumo sanitario ben più complesso di quello che si è usi adottare.
Per anni la massima preoccupazione delle autorità di Governo è stata quella di contenere la crescita della spesa sanitaria, imputata di avere una elasticità maggiore di uno rispetto al PIL, e quindi di assorbire nel tempo una quota crescente delle risorse prodotte.

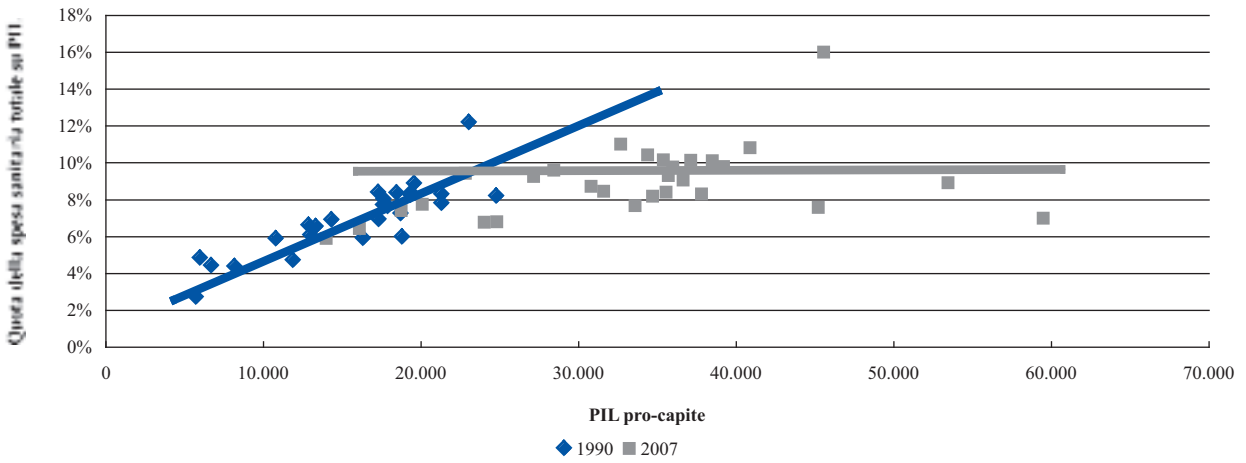
Figura 2 - Andamento del rapporto Debito Pubblico/PIL italiano
Valori %



Fonte: Commissione Europea

Questo modello (che vedeva la Sanità come un "bene di lusso") ha trovato un riscontro empirico per tutti gli anni '90, ma non sembra oggi più coerente (seppure con la mera analisi descrittiva dei dati): superata una certa soglia di PIL pro-capite (tentativamente individuabile fra i $ 25/30.000), il rapporto spesa/PIL sembra stabilizzarsi (escluso il dato USA che rappresenta storicamente un *outliers*).

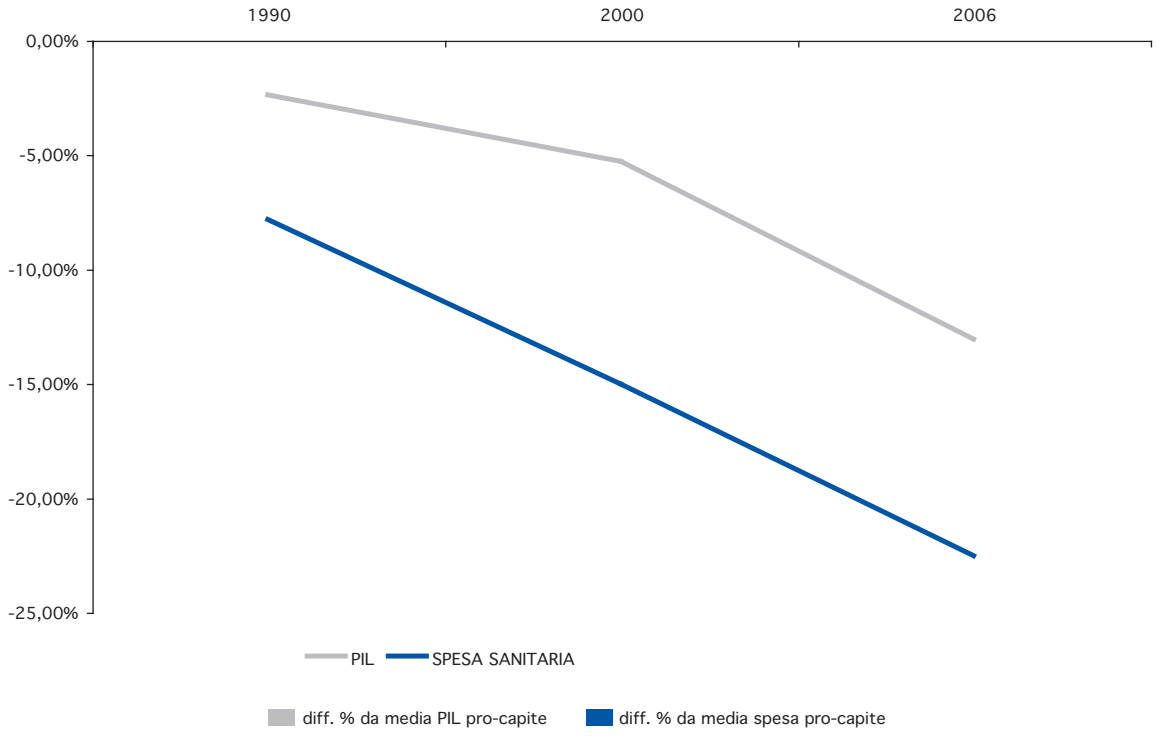
Figura 3 - Quota su PIL della spesa sanitaria totale (%) vs PIL pro-capite ($ PPP)



Fonte: OECD Health Data 2009

Tale stabilizzazione si attesta intorno al 10% (nel *range* 9-11%) del PIL, quindi in una area già raggiunta anche dall'Italia.
Il fenomeno potrebbe essere spiegato tanto come un meccanismo di "sazietà" (oltre quel livello altri bisogni divengono prioritari), quanto con le dinamiche di concorrenza internazionale, che di fatto non permettono a nessun Paese di destinare al *Welfare* risorse superiori ad un certo livello.
Questa "stabilizzazione" ha conseguenze affatto banali; ad esempio implica che a parità di "aliquota" il denominatore diventa fondamentale: il *gap* di PIL fra l'Italia e alcuni Paesi considerabili affini per sviluppo (Australia, Canada, Francia, Germania, Giappone, Olanda, Spagna, Svezia, UK, USA) è rilevante e comporta un rilevante gap di risorse destinate alla Sanità.
Purtroppo il *gap* (negativo per l'Italia) sul lato del PIL è progressivamente aumentato per tutti gli anni '90, con una accelerazione del peggioramento dopo il 2000: in pratica, questo significa un impoverimento relativo del Paese.
La Sanità ne è stata parzialmente salvaguardata (come si evince dal grafico precedente, almeno nella fase di peggioramento dell'ultimo decennio), ma ciò non toglie che fra *gap* di PIL e *gap* di "quota" (l'Italia è al 9%, quindi nella parte bassa del range 9-11%), il Paese spende per la Sanità in media circa €650 pro-capite in meno degli altri Paesi considerati affini: siamo nell'ordine di quasi il 30% della complessiva spesa sanitaria e del 35% della quota capitaria pubblica.

Figura 4 - Gap del PIL e della spesa sanitaria Italia Paesi affini
Differenze %



Fonte: Meridiano Sanità – Studio Ambrosetti The European House

Questo *gap* di spesa sanitaria, che si aggrava con la stagnazione dell'economia del Paese, appare troppo rilevante per essere ignorato; che le risorse per la Sanità saranno sempre più (ovviamente) legate all'andamento economico generale è ribadito, fra l'altro, dall'osservazione dello stretto legame esistente fra finanziamento e andamento dei consumi, sancito dalla scelta di utilizzare la compartecipazione all'IVA per il finanziamento del sistema (copre già più di un terzo del fabbisogno sanitario).
Questo *gap* rivela una *willingness to pay* per la Sanità da parte degli italiani tutto sommato limitata; visto in una prospettiva allargata, suggerisce anche che sia necessario interrogarsi su come sia possibile garantire, con la scarsità di risorse evidenziata, livelli di assistenza allineati con gli standard internazionali.
Ovviamente si potrebbe proporre una spiegazione legata alla superiore efficienza del SSN: ma questo sembra incoerente rispetto al dibattito sulla razionalizzazione del SSN in atto da oltre un trentennio.
La ricerca dei meccanismi che garantiscono l'equilibrio deve quindi essere più fine; si può, ad esempio, assumere che esista una quota di mercato non soggetto a pressioni competitive, nel quale l'applicazione ai fattori di produzione di prezzi amministrati (inferiori alla media degli altri Paesi), riduca i costi di sistema; questo è, almeno in parte, vero:

ad esempio, l'obiezione si potrebbe applicare alla remunerazione del personale, ma le stime effettuate nell'ambito di Meridiano Sanità (Studio Ambrosetti – The European House) sembrano indicare che l'effetto di contenimento che ne deriva, è parte largamente minoritaria del *gap*.
In ogni caso, esiste una ampia parte della spesa sanitaria (almeno il 25%) per la quale la globalizzazione (quindi anche dei prezzi) è un fatto ampiamente acquisito: citiamo, ad esempio, la farmaceutica e i dispositivi medici. A riprova di ciò, le innovazioni (giustamente protette dai brevetti) hanno un prezzo sostanzialmente simile a livello mondiale.
Quanto sopra porta a concludere che o il Paese invertirà il suo *trend* di impoverimento relativo, tanto da poter ridurre il *gap* di risorse e quindi di spesa sanitaria con gli altri Paesi maggiormente sviluppati, o è destinato a razionare sempre più le prestazioni sanitarie.
Questo vuol dire essere costretti a prioritarizzare gli interventi, specialmente sul versante pubblico, ove il razionamento deve risultare coerente con le istanze equitative.
L'esistenza di un razionamento è l'unico modo credibile di spiegare le dimensioni del gap di spesa sanitaria rispetto ai Paesi affini. Il Rapporto in più parti segnala come esso avvenga in modo, purtroppo, implicito: ad esempio, con meccanismi burocratici che ritardano la diffusione di alcune tecnologie innovative (si vedano gli approfondimenti al cap. 10); ma ancor di più lasciando fuori dai LEA (effettivamente esigibili) ciò che, più che con la durata della vita, è associato con la qualità (della vita e dei processi): da questo punto di vista si spiega l'assenza di una tutela formale per la non autosufficienza, ma anche il ritardo nella informatizzazione dei processi sanitari.
L'integrazione delle politiche sanitarie sul lato dell'assistenza e sul lato industriale è quindi un tema non rinviabile.
Gli indici di specializzazione produttiva del Paese nel comparto farmaceutico e dei dispositivi medici (si veda il cap. 13) ci indicano come nel primo caso non si vada oltre la mera sufficienza, e nel secondo si sia davvero lontani.
Da una adeguata specializzazione nel settore deriverebbe che gli oneri sul versante della spesa sanitaria, conseguenti all'innovazione, sarebbero almeno parzialmente controbilanciati dal miglioramento della bilancia dei pagamenti, ovvero dall'innesco di un maggiore sviluppo economico. In caso contrario, il Paese si deve rassegnare a "pagare due volte" il conto dell'innovazione.
In altri termini, promuovere l'innovazione (vera) significa dare un senso compiuto allo slogan che recita "la Sanità è un investimento, oltre che un costo"; ma porre le condizioni affinché si inneschi un circolo virtuoso, che faccia fare un salto di qualità all'industria delle cosiddette scienze della vita, richiede di passare per la creazione di un ambiente favorevole alla ricerca, che è il motore dell'innovazione.
Va ammesso che le politiche sanitarie non sembrano molto attente alla promozione della innovazione, come si desume dalla incapacità del sistema di rispettare la richiesta di stabilità e semplificazione che viene da parte dall'industria (si veda l'analisi delle politiche farmaceutiche nazionali e regionali contenuta nel cap. 10). Ma ancor di più dalla carenza di una regola trasparente di definizione e misurazione dell'innovazione.
Le esigenze di prioritarizzazione e di promozione dell'innovazione dovrebbero congiuntamente portare il Paese ad interrogarsi sulla esigenza di adottare un meccanismo esplici-

to e coordinato di valutazione sulla falsariga di quello messo in atto dal NICE in UK.
Sembra evidente che questo risponde alle esigenze di prioritarizzazione; va invece spiegato perché può rispondere anche alle esigenze di promozione dell'innovazione.
Quest'ultima va, infatti, promossa in primo luogo ex ante sul lato delle politiche industriali costituendo le condizioni perché la ricerca sia italiana e nel Paese ne rimangano i frutti; ma poi ex post il sistema sanitario deve essere disponibile a pagare l'innovazione in base al principio del value for money. Quindi, è in fase di accesso al mercato, ovvero di definizione dei criteri di rimborsabilità, che si gioca la promozione dell'innovazione e più che stabilire se un prodotto è innovativo o meno (tanto più che innovazioni magari marginali si possono riscontrare nella quasi totalità dei prodotti che arrivano al mercato), andrebbe sancito il principio che maggiori sono i benefici incrementali portati, maggiore potrà essere il prezzo pagato dalla Società; ovviamente, non mancano, gli elementi di complessità (basti pensare alla diversa dimensione dei mercati potenziali: ad esempio nel caso delle malattie rare va considerata la insufficiente dimensione dei mercati, ai fini del rientro degli investimenti sostenuti), ma criteri di supporto decisionale quali il costo per QALY sembrano la migliore tecnologia disponibile a livello pubblico per la valutazione del value for money.
In altri termini, la crescente attenzione per l'HTA e la valutazione economica in Sanità non dovrebbe essere un modo per impedire o ritardare alle innovazioni l'accesso al mercato, quanto un modo per addivenire ad una allocazione delle risorse disponibili maggiormente proporzionale al valore effettivo per la Società delle innovazioni stesse.
L'allargamento delle prospettive di analisi sul settore sanitario che il Rapporto 2009 propone, ci porta a considerare anche altri benefici e non marginali: l'esperienza di questo ultimo anno di crisi ci deve, ad esempio, ricordare l'importanza dei settori economici che per loro natura sono (almeno in larga misura) al riparo dalle fluttuazioni congiunturali: in fasi recessive profonde, questi settori (fra i quali chiaramente la Sanità) divengono un elemento anticiclico importante, capace di sostenere l'economia in crisi; che il sistema di welfare, nei cicli negativi dell'economia, debba intensificare il suo impegno sembra sostanzialmente una ovvietà, essendo la mission del sistema proprio quella di supportare i singoli e le famiglie nelle fasi di maggiore fragilità: meno scontato è ribadire che nell'espletare questa sua primaria funzione, sorregge anche l'economia nel suo complesso: è facile comprendere che se anche la Sanità (e le altre voci legate al Welfare) avesse visto la contrazione media degli altri settori economici, la recessione registrata dal PIL nel 2009 sarebbe ancora più profonda.
Per quanto concerne l'aggiornamento degli andamenti del SSN e dei SSR, si rimanda alle sintesi che introducono i singoli capitoli del Rapporto: premettiamo solo alcuni punti che sembrano particolarmente rilevanti per le politiche sanitarie dei prossimi anni.
Iniziamo con il notare che a livello internazionale si registra una generale carenza di un "secondo Pilastro": l'intera area OECD (con qualche eccezione) ha registrato nell'ultimo decennio un aumento dell'incidenza della spesa out of pocket sul totale dei consumi delle famiglie, verificandosi un sostanziale paradosso: sono i Paesi con il più alto reddito pro capite a registrare la quota minore di spesa out of pocket e viceversa. L'Italia registra una quota significativa di spesa out of pocket: nel 2007 (ultimo dato disponibile)

essa sfiora l'86% della quota privata di finanziamento della spesa sanitaria, con evidenti problemi sul lato dell'equità.
Quest'ultimi li abbiamo segnalati sin dal primo Rapporto, misurando i fenomeni di impoverimento e catastroficità (ovvero esagerata incidenza delle spese sanitarie sui bilanci delle famiglie). Nel cap. 4 si osserva come «accanto al persistere di un nucleo di iniquità manifesto, composto da quelle famiglie costrette ad impoverirsi (338.052 nuclei) e/o spinte a sostenere spese catastrofiche (991.958 nuclei), ve ne sia un altro di "iniquità latente" composto da quelle famiglie (circa 2.636.471 nuclei), non necessariamente disgiunte dalle prime, che pur nel bisogno di prestazioni sanitarie, non riescono ad accedervi per gli eccessivi costi delle stesse rispetto alla capienza dei bilanci familiari.» La presenza di anziani o di figli a carico aumenta poi notevolmente il fenomeno della "rinuncia": si è potuto osservare che le coppie con figli tendono a procrastinare la spesa sanitaria per gli adulti se rischia di portare all'impoverimento del nucleo; tale comportamento, protettivo nei confronti dei figli, appare confermato dalle percentuali relativamente basse di abbandono delle prestazioni sanitarie in favore dei bambini (peraltro esenti). Si desume dai dati elaborati, che la difficoltà maggiore nell'accedere alle prestazioni sanitarie è proprio quella economica, «indicata come la maggiore causa di rinuncia con percentuali nettamente superiori all'altro pur annoso problema delle liste d'attesa».
Aggiungiamo che considerando che la disabilità, insieme alla odontoiatria, è la maggiore determinante dell'impoverimento delle famiglie, da un punto di vista equitativo assume un ruolo fondamentale il finanziamento delle prestazioni sociali e, all'interno di questo, la quota per la non autosufficienza. Il dato evidente (vd. cap. 2) è che il finanziamento complessivo delle politiche sociali non raggiunge neppure gli €1,5 mld., cifra che appare del tutto risibile rispetto alle esigenze di redistribuzione equitativa; la situazione è aggravata dalla frammentazione dei fondi e dalla mancata definizione dei c.d. LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale), che impedisce di ancorare il riparto regionale dei Fondi a parametri oggettivi.
Si evince, in sostanza, una mancata integrazione con la Sanità, che pure rimane fra gli obiettivi più spesso richiamati dalle politiche sanitarie.
La consapevolezza che la presenza del sistema pubblico in questo ambito è insufficiente, è al centro delle preoccupazioni che hanno portato il legislatore (D. Min. 31.3.2008 e D. Min. 27.10.2009) a legare il rilancio della Sanità Integrativa alla erogazione di prestazioni di odontoiatria e socio sanitarie.
I citati decreti vorrebbero, quindi, rappresentare un impulso alla creazione di un secondo pilastro di welfare, che in Italia è assente, tranne che nella previdenza, ma che abbiamo visto essere insufficiente in larga parte dei Paesi OECD.
A tal fine, sebbene le intenzioni del legislatore siano certamente apprezzabili, alcuni punti sembrano ancora irrisolti:

- l'iniziativa sembra troppo timida, probabilmente per il timore che la partita possa richiedere nuove risorse pubbliche; in altri termini non sembra esserci adeguata consapevolezza che l'operazione è finalizzata a reindirizzare l'ingente spesa out of pocket verso forme di assicurazione collettiva, che garantiscano elementi di solidarietà;
- la normativa rimane carente anche sul versante "tecnico", sia in tema di determinazio-

ne della quota vincolata alle prestazioni di odontoiatria e socio sanitarie, ma anche in tema di vigilanza, di garanzie e di criteri di eventuale investimento;

- la normativa non sembra poi ancora riuscita nell'intento di realizzare una reale e concreta parificazione di trattamento dei soggetti, sia sul lato della gestione (Fondi), che della domanda (aderenti); in particolare, nell'assetto attuale, non è chiaro come regolamentare l'aggregazione delle forme non organizzate di domanda, sullo stile dei fondi aperti previdenziali;
- sembra, inoltre, improbabile che il secondo pilastro possa funzionare efficientemente in assenza del primo pilastro: e questo è, per quanto detto prima, il caso concreto per le prestazioni che dovrebbero afferire ai LIVEAS; si consideri, ad esempio, che malgrado la non autosufficienza sia al centro del dibattito, si è in assenza di una definizione condivisa: la sua accezione è più o meno estesa a livello regionale, generando forti asimmetrie nelle risposte assistenziali (vd. cap. 9); di fatto, l'unico elemento unificante si appalesa nella determinazione che deve avvenire sulla base di una valutazione multidimensionale: ma, al contrario, composizione delle Unità di valutazione, scale di disabilità/funzionalità utilizzate, schemi di valutazione, criteri di eleggibilità, prestazioni erogabili e valore dei benefici … tutti divergono significativamente fra le Regioni; questo, ovviamente, crea non poche iniquità, ma anche difficoltà per Fondi che volessero operare su base extra regionale;
- infine, dai primi confronti con i Fondi esistenti, emerge che, paradossalmente, l'idea di un secondo pilastro "sanitario" è antistorica, in quanto larga parte delle coperture esistenti fornisce anche prestazioni di tipo sociale e/o indennità economiche, avendo già realizzato forme concrete di integrazione; sarebbe quindi auspicabile che la normativa riconoscesse i Fondi che hanno funzioni meritorie, indipendentemente dal tipo di prestazione e organizzazione adottata; questo sembra tra l'altro coerente con la spesso richiamata volontà di favorire l'integrazione; in altri termini, l'incentivo fiscale andrebbe esteso a tutti i Fondi di assistenza, sulla base del riconoscimento della reale meritorietà della loro azione, ma indipendentemente dal tipo (sanitario, sociale, etc.) di prestazione erogata.

Si è già citata la questione della ripartizione regionale dei Fondi, con riferimento al Sociale. Anche sul versante della Sanità, le problematiche di riparto non sono secondarie: negli anni si è determinata una crescente difficoltà a trovare un accordo tra le Regioni unanime e condiviso sui criteri oggettivi di calcolo delle quote; non a caso, la tendenza è quella dell'adozione di criteri di riparto di tipo negoziale.

La questione è assolutamente rilevante dal punto di vista della politica sanitaria, sia che serva a ripartire le risorse disponibili centralmente, sia che -in una logica federalista- venga usata per stabilire i livelli di perequazione del bisogno sanitario (ex D. Lgs. n. 56/2000). Rimane centrale persino nel quadro della determinazione dei costi e fabbisogni standard prevista dalla delega al Governo di cui alla L. n. 42/2009: è, infatti, difficile pensare che un costo in Sanità possa essere standardizzato a prescindere dal bisogno della popolazione.

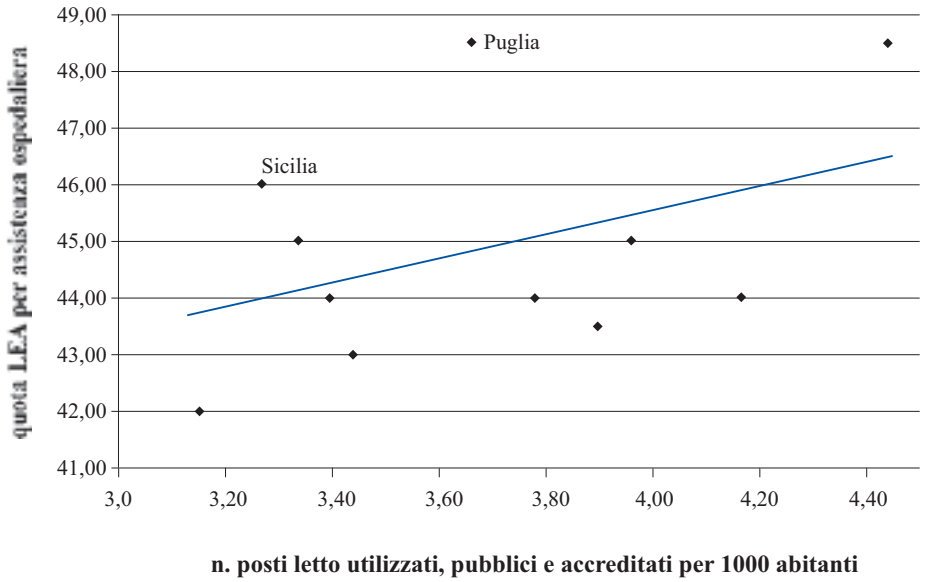
In ogni caso, non va mai dimenticato che la determinazione dei disavanzi dipende tanto dalla spesa, quanto dal finanziamento ricevuto: e quindi una distorta assegnazione delle

risorse può portare a valutazioni errate.
Su questo tema alcuni punti sembrano potersi considerare acquisiti:

- criteri oggettivi di riparto sono necessari, tanto sul versante normativo per garantire i LEA, quanto – su quello positivo – al fine di evitare conflitti;
- l'età è la principale, ma non l'unica, determinante del bisogno;
- la stima dei bisogni è un processo statistico, e non un computo ragionieristico: ovvero, calcolando e applicando separatamente gli effetti delle determinanti, ad esempio età e deprivazione, si commette un errore rilevante, in quanto fra di essi esistono evidenti correlazioni.

Un fatto non acquisito è, invece, che i criteri di determinazione del bisogno non sembrano tenere in adeguato conto il fatto che la struttura del SSN italiano ha in sé due componenti distinte: la tutela della salute individuale, ma anche quella collettiva; in altri termini, le formule di *capitation* a livello internazionale sembrano scontare una struttura di committenza da parte delle organizzazioni a cui i fondi sono assegnati (è il caso dei Primary Care Trust in UK, di cui al cap. 8), ma in Italia i fondi sono assegnati alle Regioni, le quali hanno una natura mista: di committenza e di erogazione; che nel riparto dei fondi non si tenga conto in nessun modo dell'offerta appare, quindi, un elemento critico.
Passando ad una *technicalities*, va aggiunto che stime dei bisogni fatte su 21 osservazioni statistiche (le Regioni e Provincie Autonome) non sono di fatto possibili, mancando i gradi di libertà necessari per effettuare le stime stesse.
Sarebbe quindi auspicabile un ripensamento complessivo della materia, anche immaginando che il processo di riparto regionale avvenga per somma dei fabbisogni delle "aree" (Provincie? Aree Vaste?) che compongono le Regioni stesse.
Questo, fatta salva l'autonomia regionale nell'assegnazione delle risorse alle ASL e AH, potrebbe anche evitare alcuni rischi insiti nel doppio processo di allocazione: Centro/Regioni, quindi Regioni/Aziende.
L'analisi di questo secondo passaggio (si vd. il cap. 2) evidenzia il rischio che il riparto a livello locale venga condizionato dalla spesa storica. I diversi modelli di riparto delle risorse, come anche i differenti livelli di accentramento regionale sono, infatti, legati alle condizioni finanziarie più che a scelte di programmazione. Ad esempio, con riferimento all'assistenza ospedaliera, si è osservato come ad un maggior numero di posti letto sia, quasi sempre, associato un maggiore finanziamento percentuale di questo tipo di assistenza: a dimostrazione che si finanzia l'offerta, più che la domanda.
Si aggiunga che l'attuale sistema di finanziamento, congiunto a quello contabile, finisce per fornire una immagine distorta dell'efficienza economica delle singole aziende: ove fra i ricavi si trovano le assegnazioni, e queste non dovessero essere corrispondenti ai bisogni effettivi della popolazione afferente, i risultati di esercizio non risulterebbero comparabili in termini di efficienza economica: sarebbe invece auspicabile che le Aziende, e quindi i Direttori Generali, fossero valutati su criteri confrontabili.

Figura 5 - Numero di posti letto per 1.000 abitanti vs quota LEA per assistenza ospedaliera - Valori assoluti e % - Anno 2007

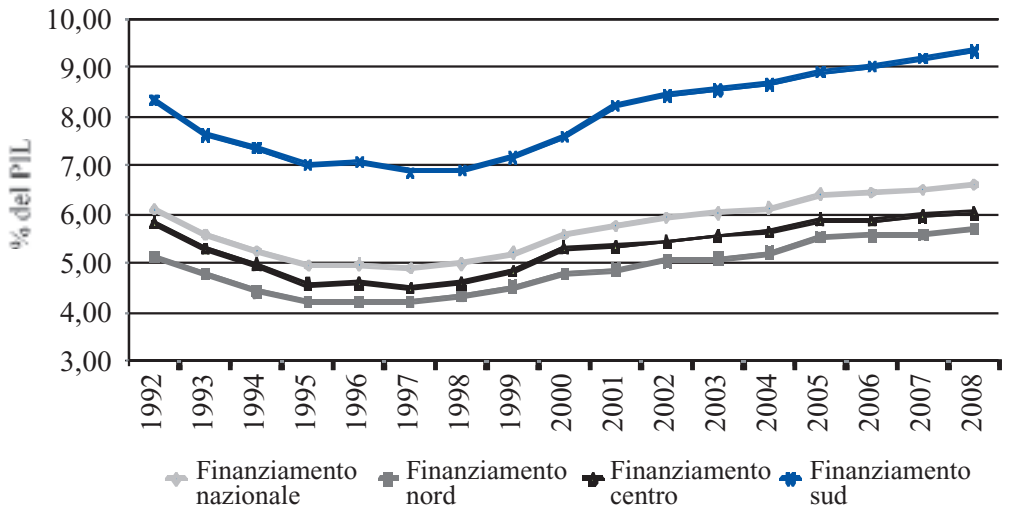


Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

Tornando ancora sul Riparto, nel cap. 2 si osserva come il livello di finanziamento regionale sia strettamente legato alla quota di popolazione *over 65,* con limitate eccezioni. In pratica si rileva che poco più del 1% di quota di anziani in più, corrisponde di fatto ad un incremento di circa il 2,2% della quota capitaria. Ci sono alcune eccezioni: è il caso ad esempio del Lazio, che ha un finanziamento inferiore a quello della Calabria, pur registrando una quota di popolazione *over 65* superiore, così come accade per la Lombardia rispetto al Veneto.

Peraltro, va detto che il sistema di riparto in essere, basato (in via di principio) sulla perequazione totale del bisogno ha, sinora, permesso consumi sanitari regionali sostanzialmente omogenei, pur se a fronte di risorse notevolmente difformi: il finanziamento, e quindi la spesa delle Regioni del Sud, in percentuale del proprio PIL risulta significativamente più alto rispetto a quello del Centro e del Nord.

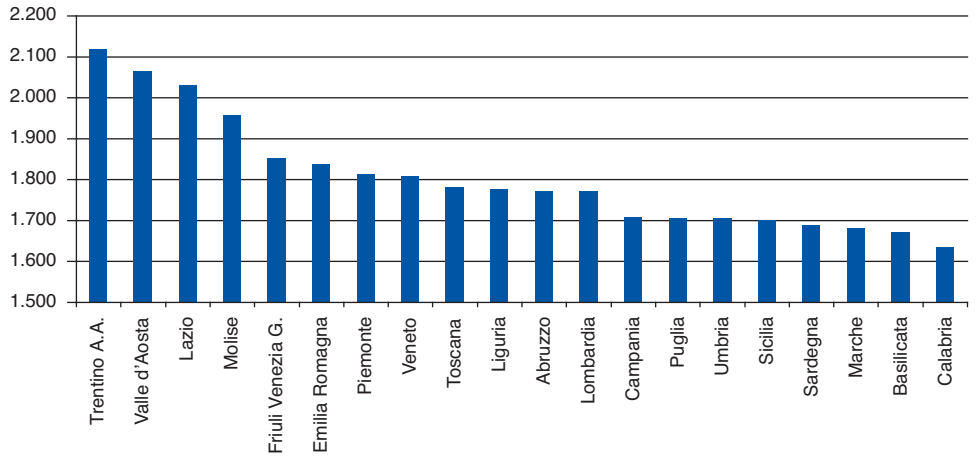
**Figura 6 - Finanziamento su PIL per ripartizione geografica - Valori %
Anni 1992-2008**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

Il grafico evoca nuovamente il bisogno di allargare le prospettive di analisi: appare, infatti, evidente la difficoltà di far funzionare in modo socialmente sostenibile il federalismo, in assenza di una risoluzione della "questione meridionale"; stante l'attuale divario economico, ogni spostamento da una logica di equità orizzontale (perequazione al 100%), ad una di equità verticale (perequazione solo dei LEA o di una parte della capacità fiscale), implica l'accettazione di disparità che possono essere socialmente di difficile gestione: questo tanto più è vero, quanto più il processo avviene in una fase in cui non sembrano esserci (per le ragioni sopra richiamate legate al debito pubblico e alla stagnazione prolungata) margini per creare risorse aggiuntive utili a moderare gli impatti delle manovre.
Passando alla spesa, il grafico seguente conferma che sistema di finanziamento e spesa sono strettamente legati.

Figura7 - Spesa sanitaria pubblica pro capite per popolazione pesata Anno 2008



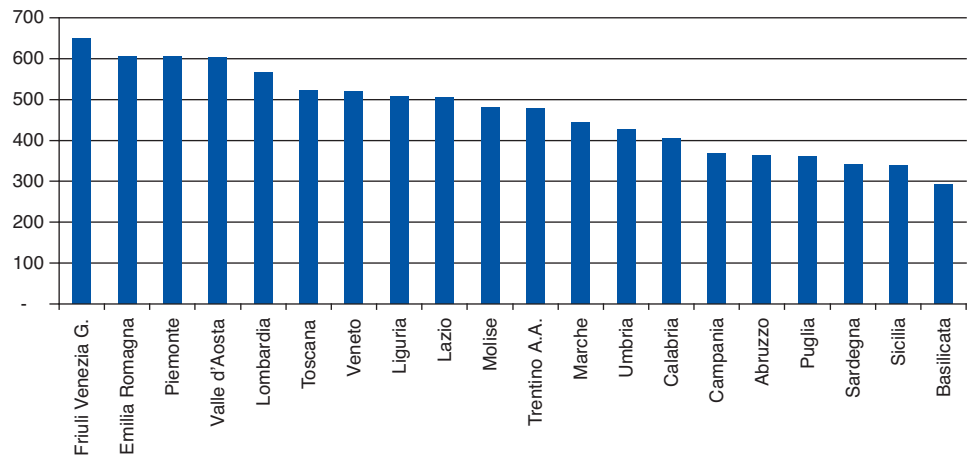
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Ministero della Salute e ISTAT

Malgrado il dato di spesa sia stato pesato per l'età, secondo i criteri usati implicitamente in fase di finanziamento, ritroviamo indicazione dell'eccesso di spesa per il Lazio, ma questo è decisamente molto opinabile per le altre due Regioni maggiormente dissestate: Campania e Sicilia. Paradossalmente, la Calabria risulta la Regione che spende meno (problemi di registrazione contabile a parte).

Il fatto che le Regioni di dimensione inferiore siano quasi tutte all'estremo "apparentemente efficiente" del grafico, sembra una dimostrazione di quanto sopra richiamato relativamente alla carente considerazione dei fenomeni di offerta nel sistema di riparto.

Su questo versante, un altro aspetto degno di nota è la distribuzione regionale della spesa privata.

Figura 8 - Spesa sanitaria privata pro capite - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Ministero della Salute e ISTAT

Tale spesa appare solo parzialmente correlata al reddito pro-capite regionale, come anche ai livelli dei ticket: questo lascia pensare sia ad un meccanismo inefficiente di compartecipazione, sia a diverse capacità di risposta del servizio pubblico.
In prospettiva, la tendenza della spesa complessiva (pubblica più privata), esclusa la parentesi della crisi del 2009 che ha teso a contrarre i consumi differibili, è di una ulteriore crescita (ricordiamo che l'Italia è sul bordo inferiore del *range* internazionale di spesa in rapporto al PIL), rimanendo comunque intorno al 9% del PIL.

Tabella 1 - Previsioni della spesa sanitaria totale
Spesa in mld. di € e valori %

Anno	2008	2009	2010	2011
Spesa Sanitaria Totale	136,7	134,3	138,5	142,3
Tasso di Variazione	+7,3%	-1,7%	+3,3%	+2,7%
Quota sul PIL	8,7%	8,8%	8,9%	8,9%

Fonte: elaborazione CEIS

Questo trend, congiunto all'inerzia del sistema pubblico, qualora rimanessero valide le previsioni di crescita del PIL contenute nel DPEF, comporterebbe una nuova tendenza al riaprirsi della forbice fra finanziamento e spesa, dell'ordine di 0,5-0,7 punti di PIL.

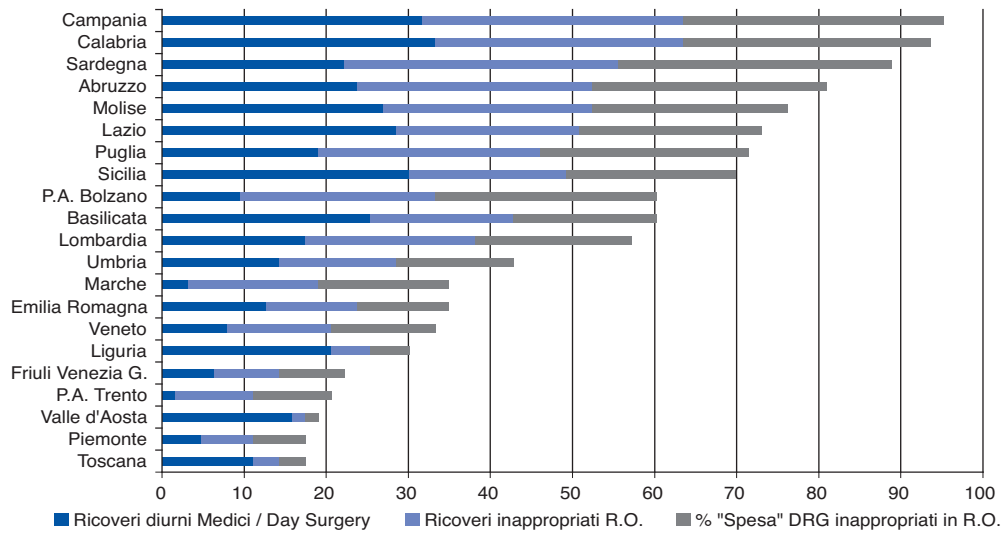
Tabella 2 - Previsione della spesa sanitaria pubblica
Spesa in mld. di € e valori %

Anno	2008	2009	2010	2011
Spesa Sanitaria Pubblica Trend.	107,8	112,0	117,0	122,4
Tasso di Variazione	5,3%	3,9%	4,5%	4,6%
Quota sul PIL	6,9%	7,3%	7,5%	7,7%

Fonte: elaborazione CEIS

Qualche ultima nota telegrafica vogliamo dedicarla ai singoli settori di assistenza.
Sul versante dei servizi ospedalieri (si vd. il cap. 5), la chiave di tutto è la grande variabilità regionale delle performance.
La figura seguente propone una lettura (multidimensionale) dell'inappropriatezza, da cui si evince anche l'enorme forbice qualitativa fra Regioni.

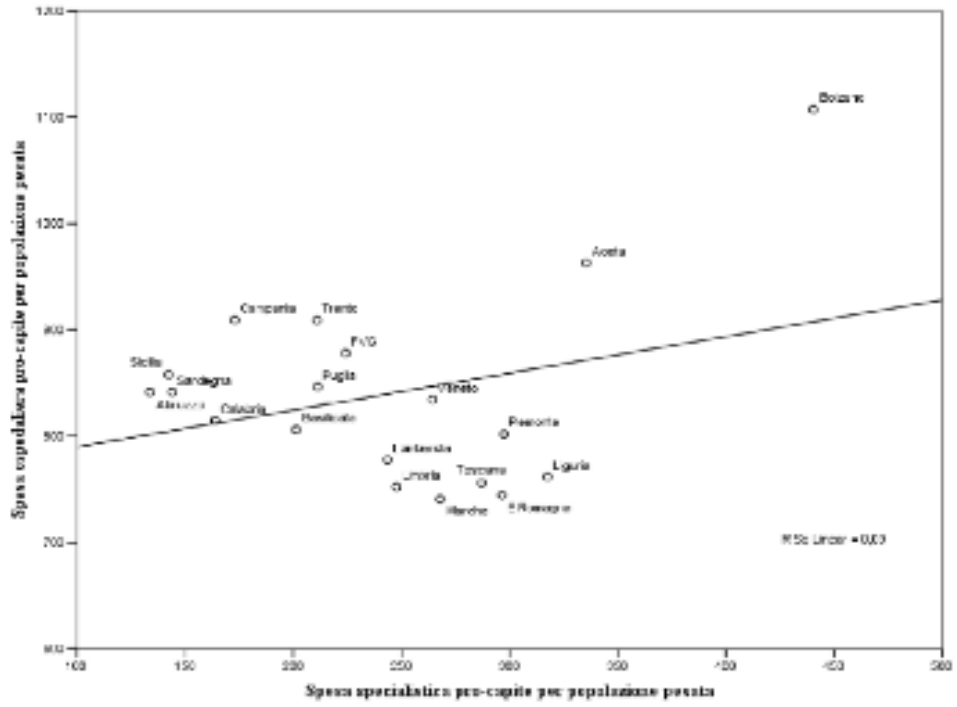
Figura 9 - Indicatore di (in)appropriatezza
Ricoveri in acuzie - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

In tema di cure intermedie (si vd. il cap. 6) emerge, a fianco di una assoluta debolezza dei sistemi informativi, una forte eterogeneità della partecipazione alla spesa per la residenzialità da parte delle famiglie. Tale eterogeneità appare legata sia alla differenziazione nella tipologia di presidio, che alle caratteristiche locali del sistema sanitario e assistenziale. L'unica indicazione univoca, che sembra emergere da tutte le analisi effettuate, è una forte contribuzione da parte degli assistiti, che avviene nel 90% dei casi, fornendo spesso al presidio oltre il 40% delle entrate. Quanto sopra evidenzia un chiaro esempio di razionamento implicito, ovvero di fallimento del ruolo di assicurazione sociale del SSN.
Passando alla assistenza ambulatoriale specialistica (cap. 7), di nuovo rileviamo una grave insufficienza del sistema informativo, che fornisce la sola spesa riferita alle strutture accreditate. Si è stimato che la spesa sanitaria specialistica, nel 2008, fosse di circa € 12,6 mld. (10,8% della spesa sanitaria pubblica), quindi non lontana dai valori della assistenza farmaceutica. Tale spesa sarebbe imputabile per il 73,3% circa alle strutture pubbliche e per il restante 26,7% a quelle private accreditate, con forti differenze Nord-Sud. Il dato lascia trasparire, ai fini del controllo, l'importanza di estrapolare il dato dei costi delle strutture ospedaliere pubbliche.
Tra l'altro, consideriamo che in Italia si spendono in media €211,3 pro-capite per l'assistenza ambulatoriale specialistica totale, ma si va dai €277,8 del Nord, ai €151,5 del Centro e ai € 158,3 del Sud. Il dato va letto considerando la potenziale complementarietà tra assistenza specialistica e ospedaliera: standardizzando rispetto al bisogno, ne troviamo in effetti una qualche evidenza (da approfondire): un maggiore ricorso alla specialistica sembra effettivamente associato ad un minor ricorso all'ospedaliera, confermando così quanto le politiche per "silos" risultino tendenzialmente inefficienti.

Figura 10 - Spesa specialistica pro-capite vs spesa ospedaliera pro-capite (per popolazione pesata) - Anno 2008



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Passando alla assistenza ambulatoriale di primo livello, quella che di fatto costituisce il *core* della *primary care*, in primo luogo va citata (si vd. il cap. 8) l'importanza dei contenuti del recente rinnovo della convenzione dei MMG e PLS.
Lo sforzo di integrazione e *accountability* appare evidente, in particolare per quanto concerne l'adozione del modello delle UCCP. Ma affinché il modello riesca a superare la logica della mera aggregazione fra professionisti, per assumere quella di una reale integrazione dei servizi e della presa in carico dei pazienti, è necessario promuovere un momento di ulteriore riflessione per risolvere i potenziali conflitti fra Distretti e UCCP.
Nel mentre le ASL si riaggregano, sembra impensabile che la UCCP sia semplicemente una disaggregazione dei distretti (30.000 abitanti la prima, 60.000 la seconda), scontando così evidenti sovrapposizioni di funzioni.
Il "territorio" stenta ancora a trovare una sua organizzazione razionale, per addivenire alla quale è necessario riaffrontare alcune questioni irrisolte, quali:

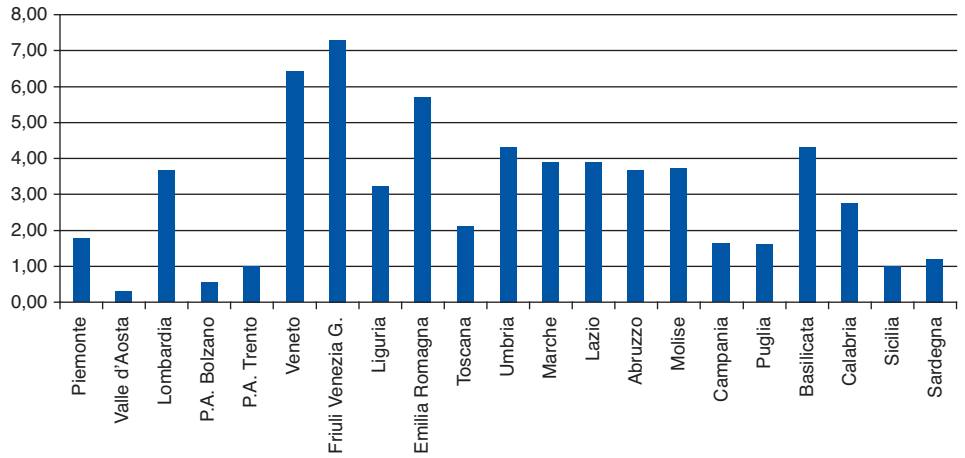
- la concreta espressione dell'integrazione;
- la separazione fra ruoli di committenza e di erogazione;
- il *gatekeeping* (oggi di fatto diffuso a vari livelli);
- la responsabilità (e quindi l'autonomia) finanziaria.

A riprova del fatto che manca un assetto organizzativo razionale, possiamo osservare come le dimensione effettiva media dei bacini di utenza dei distretti e dei presidi di *primary care* a livello regionale, sia enormemente variabile:

- i distretti variano di circa 7 volte (range 25-154.000 abitanti);
- i Centri di salute mentale (CSM) di circa 10 volte (range 16-118.000 abitanti);
- i Consultori di circa 5 volte (range 12-57.000 abitanti);
- i SERT di circa 10 volte (range 53-502.000 abitanti).

Passando alla assistenza domiciliare (cap. 9), dobbiamo osservare che la normativa nazionale dispone che tutte le Regioni garantiscano l'assistenza domiciliare integrata, ma non fornisce alcun elemento quantitativo sui livelli da raggiungere, per cui sono ugualmente rispettosi dei LEA sia il Friuli Venezia Giulia, con il suo 7,3% di *over* 65 assistiti a domicilio, che la Valle d'Aosta con solo lo 0,3% di anziani assistiti.

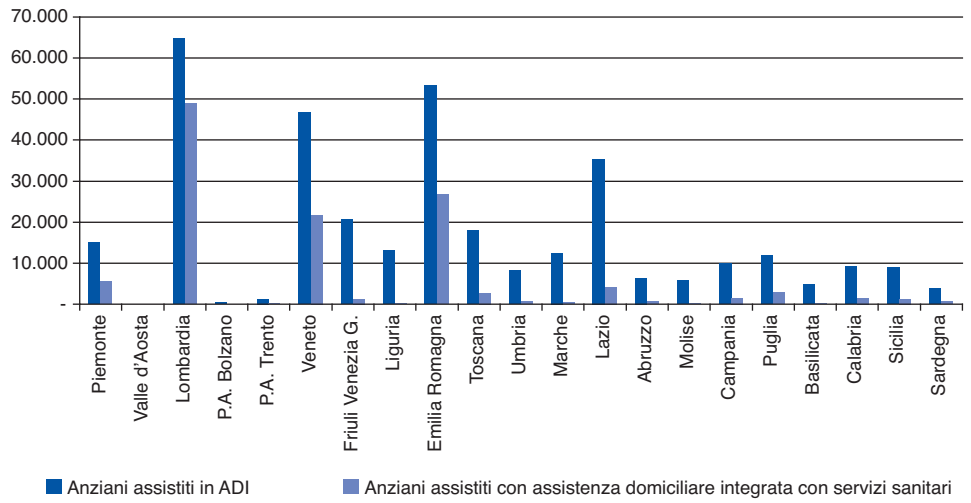
Figura 11 - Anziani trattati in ADI sul totale della popolazione anziana Anno 2007



Elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Nel 2006 (ultimo anno disponibile), su 3.781 anziani trattati in ADI, sono stati solo 573 quelli che hanno effettivamente ricevuto cure sanitarie e servizi socio-assistenziali domiciliari. Appare, quindi, evidente che l'unica integrazione realizzata sembra essere quella intra-sanitaria (ovvero fra le figure sanitarie), ma questo evidentemente non è sufficiente a definire "integrata" l'assistenza domiciliare.

Figura 12 - Confronto regionale anziani assistiti in ADI e assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari - Anno 2006



Elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Per quanto concerne l'assistenza farmaceutica (cap. 10), il 2009 è stato caratterizzato dal precoce abbandono delle promesse di stabilità del mercato, con un nuovo taglio inserito nel noto Decreto terremoto Abruzzo. La necessità dell'intervento potrebbe essere discutibile, poiché i tagli già effettuati (di fatto divenuti tutti definitivi anche dove nati come temporanei), sommati alla genericazione di molte molecole, sembrano avere ormai stabilizzato la spesa; ma il decreto introduce anche elementi distorsivi del mercato, che sono stati scarsamente oggetto di attenzione: in particolare, l'imposizione per norma di un margine di vantaggio degli equivalenti rispetto agli *originator*, appare di dubbia correttezza sostanziale, e anche foriera di incentivi perversi sulla qualità dei prodotti: ove rimanendo valida per un tempo limitato (9 mesi) può spingere a comportamenti opportunistici.
Le politiche farmaceutiche potrebbero, comunque, ottenere ulteriori risparmi, purché sappiano divenire più "fini", ovvero agendo da un lato sulla promozione dell'innovazione (meritoria) e dall'altra riducendo la variabilità prescrittoria, che è indice di inappropriatezza diffusa (a volte anche di segno negativo, ovvero di sottoconsumo, come nel caso della prevenzione a fronte di fattori di rischio).
Infine, dobbiamo registrare una crescente anarchia a livello regionale per quanto concerne le reali condizioni di accesso alle innovazioni: ad esempio in fase di recepimento in PTOR delle nuove molecole, ma anche nelle regole di appropriatezza, e nei meccanismi di acquisto e distribuzione.

Questa variabilità regionale trova limitata giustificazione in diversità epidemiologiche o organizzative locali, essendo piuttosto legata ad aspetti di tipo finanziario: da questo punto di vista rappresenta un lato deteriore del federalismo sanitario, e andrebbe rimossa con regole chiare e applicabili sul versante dei contenuti concreti delle garanzie rappresentate dai LEA.
Questo ultimo appunto ci riporta alla necessità di dare un ordine complessivo più coerente al sistema. Affinché gli indubbi miglioramenti del sistema sanitario apportati dalle riforme degli anni '90 prima e dal Federalismo poi, non si vanifichino a causa di un eccesso di differenze ingiustificate, è necessario che ci sia un lessico uniforme e una tassonomia coerente, atti a permettere confronti significativi, ma anche che le "regole del gioco" siano fair, e quindi non piegate a logiche congiunturali di cui si pagano i prezzi a posteriori.

Capitolo 1

Il quadro di riferimento demografico e socio-economico

1 - Il quadro di riferimento demografico e socio-economico[1]

C.Alato[1]

1.1. Introduzione

La Sanità è in larga misura costituita da servizi alla persona: questa osservazione è sufficiente a giustificare l'importanza di avere sempre presente la dinamica demografica nelle valutazioni di politica sanitaria; peraltro, tale dinamica, non rappresenta l'unica (o la principale) determinante della evoluzione dei sistemi sanitari: nel presente capitolo si descrivono quindi i principali dati a supporto delle analisi di politica sanitaria: il quadro demografico, quello sociale e quello economico, nei loro vari aspetti.
Sarebbe altresì auspicabile poter analizzare il quadro relativo alla morbosità che, però, in Italia è notoriamente carente: per questo ci si dovrà limitare ad aspetti alla morbilità correlati, quali la mortalità e la disabilità.

1.2. La struttura e l'evoluzione demografica

Nell'affrontare il tema dello stato sanitario di un paese un elemento molto importante da valutare è rappresentato dalla dinamica demografica, ovvero dall'evoluzione delle componenti naturali (nascite e morti) o sociali (immigrazioni ed emigrazioni) che modificano la consistenza e la struttura della popolazione.
Le cause dei cambiamenti profondi della dinamica e quindi della struttura demografica sono da ricercare in modo particolare nei processi della scienza medica e nei mutamenti dei comportamenti sociali, fenomeni che peraltro non variano nel breve periodo. Ai progressi della medicina, e alla loro accessibilità a tutta la popolazione, si può attribuire il continuo aumento della speranza di vita nei Paesi sviluppati, mentre nei mutamenti dei comportamenti sociali si devono ricercare le cause del rapido calo della fecondità, che in Italia è al di sotto del "livello di sostituzione" (2,1 figli per donna), ovvero la soglia teorica che consente ad una popolazione di mantenere inalterata la sua consistenza, a parità del livello di mortalità e di migratorietà.
Ai fini delle politiche sanitarie l'aspetto forse più rilevante nella dinamica demografica, è però rappresentato dall'invecchiamento della popolazione.
Con tale termine, si intende l'aumento del peso percentuale della popolazione anziana, sebbene sia discutibile quale debba essere l'età di riferimento per definire lo stato di anziano: più frequentemente si usano i 65 anni di età, ma tale valore sembra ormai incoerente in considerazione del generale miglioramento dello stato di salute della popolazione.
In Italia, così come nella gran parte degli altri Paesi, le statistiche di mortalità sono utilizzate per delineare le condizioni di salute della popolazione e per programmare e verificare l'efficacia di interventi volti al miglioramento della salute pubblica. La mortalità è quindi un indicatore importante ma parziale dello stato di salute di una popolazione in quanto importanti diminuzioni della

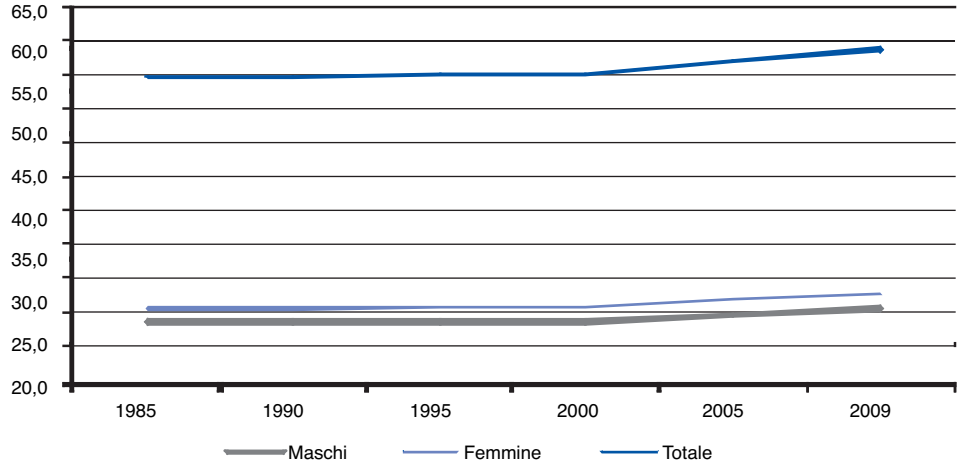
[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

mortalità per alcune gravi patologie (ad esempio alcuni tumori), possono essere dovute a progressi nella diagnosi o nel trattamento, anche se l'incidenza della malattia rimane stabile o è addirittura in aumento. Specularmente, molte malattie di grande diffusione ed impatto sociale (ad esempio artrosi, diabete, ipertensione ecc.) presentano bassi o addirittura trascurabili livelli di mortalità.
In una società che invecchia, gli indicatori di mortalità non sono, da soli, sufficienti a valutare gli *outcome* di salute (nell'accezione multidimensionale del termine). La diffusione di malattie croniche, la disabilità e più in generale la qualità della sopravvivenza stanno diventando parametri sempre più importanti anche nella cultura del mondo medico e sanitario. L'analisi della mortalità consente comunque di tracciare un quadro approssimato delle condizioni di salute e sanitarie di un Paese, utile a fini comparativi.

La popolazione residente

La popolazione residente in italia è passata da 56,6 milioni del 1985 a poco più di 60 milioni nel 2009.
Le Regioni di dimensioni maggiori per popolazione residente sono la Lombardia (che raccoglie da sola il 16,2% della popolazione italiana al 2009), la Campania, il Lazio, la Sicilia, seguite da Veneto e Piemonte. Le più piccole sono la Valle d'Aosta, il Molise, la Basilicata e l'Umbria, che non raggiungono il milione di abitanti.
Il rapporto fra la Regione con maggiore popolazione (la Lombardia) e la più piccola (la Valle

Figura 1.1 - Evoluzione della popolazione residente
Valori in milioni



Fonte: ISTAT

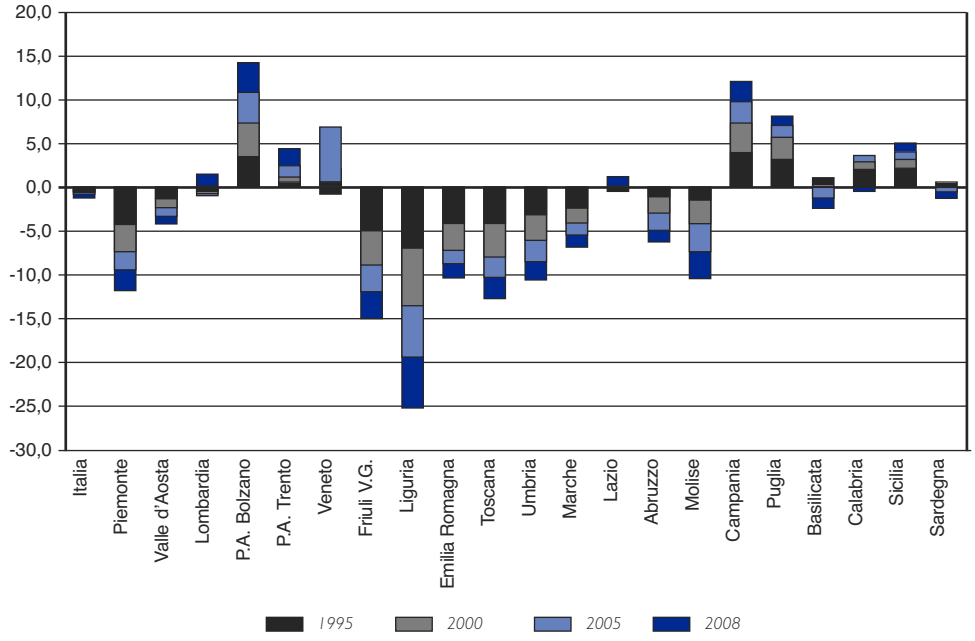
d'Aosta) sfiora le 76,7 volte; non considerando le Regioni a statuto speciale, fra Lombardia e la più piccola (il Molise) il rapporto è comunque di quasi 30 volte.
L'incremento della popolazione italiana dal 1985 al 1990 è stato dello 0,2% (medio annuo dello 0,04%); nel successivo quinquennio (1990-1995) tale incremento è stato dello 0,3% (medio annuo dello 0,1%); dal 1995 al 2000 la velocità di crescita si è ridotta, passando allo 0,1% (media annua del 0,03%). Dopo il 2000, la crescita è divenuta molto più sostenuta (anche grazie al fenomeno immigratorio): nel quinquennio 2000-2005 è stata del 2,7% con una variazione media annua dello 0,5%, e negli ultimi quattro anni è giunta allo 0,7% medio annuo.
A livello regionale è la popolazione del Lazio quella che presenta l'incremento più elevato negli ultimi anni: dal 2000 al 2005 si è accresciuta del 3%, e in solo quatto anni, dal 2005 al 2009, si è avuto un incremento pari al 6,8% (ovvero dell'1,7% in media all'anno).
Dal 2005 al 2009 le uniche due Regioni che presentano una crescita negativa sono la Basilicata e il Molise: queste presentano una variazione negativa, con una perdita rispettivamente dello 0,4% e del 1,0%.
Come anticipato, nell'interpretare i dati sopra esposti va considerato che l'Italia, che in tempi remoti è stato Paese di migranti, ormai da decenni è divenuto un Paese di immigrazione.
Complessivamente, nel 2009 gli stranieri residenti regolarmente in Italia sono 3.891.295, di cui 1.913.602 maschi e 1.977.693 femmine.
La crescita degli stranieri è continua, sebbene si sia dimezzata la velocità negli ultimi 5 anni (+28,4% nel 2004, +13,4% nel 2009).
Ancora rispetto al 2008, gli stranieri sono aumentati di 458.644 unità (+13,4%): sebbene ancora molto elevato, l'incremento è inferiore a quello dell'anno precedente (+16,8%).
Nell'ultimo anno, l'incremento maggiore si è registrato in Basilicata (+20,1%), Sardegna (+16,8%) e Molise (+16,6%), quello minore nella Provincia Autonoma di Bolzano (+10,1%) e in Lombardia (+11,0%).
Rispetto alla popolazione residente complessiva, gli stranieri regolari costituiscono quindi il 6,5% (il 6,6% è costituito da maschi e il 6,4% da femmine, con un *trend* crescente negli anni (nel 2003 rappresentavano il 3% della popolazione totale).
A livello territoriale la popolazione straniera è concentrata soprattutto nelle Regioni del Nord e del Centro. I valori più elevati, nel 2009, si registrano in Emilia Romagna e in Umbria dove gli stranieri residenti rappresentano il 10% del totale dei residenti: seguono Lombardia e Toscana (il 9% del totale dei residenti), le Marche e il Lazio (l'8% del totale dei residenti).
Al Sud risiede un minor numero di stranieri, in particolare in Basilicata e in Molise costituiscono appena il 2% dei residenti totali.

Il bilancio demografico

Il tasso di natalità della popolazione residente, a livello nazionale, è variato dal 9,3 per 1.000 del 1995 al 9,6 per 1.000 nel 2008.
A livello regionale il tasso di natalità più elevato, in tutto il periodo, si è registrato in Campania, seguita dal Trentino Alto Adige, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio. Sebbene il tasso di natalità in queste Regioni risulti più elevato, l'andamento è stato decrescente: in Campania il tasso è passato dal 12,5 per 1.000 del 1995 al 10,5 per 1.000 nel 2008. Medesima situazione si verifica in Calabria, dove il tasso passa dal dall'11,0 per mille al 9,0 per 1.000; la stessa situazione si veri-

fica anche nelle altre Regioni, fatta eccezione per il Lazio, in cui il tasso di natalità è aumentato passando dal 9,0 per 1.000 del 1995 al 10,1 per 1.000 nel 2008.
Una crescita rilevante del tasso di natalità, negli anni esaminati, si è verificata soprattutto in Emilia Romagna ove passa dal 7,1 a 9,7 per 1000, e in Toscana, da 7,2 a 9,1 per 1.000 abitanti.
Le Regioni in cui il tasso risulta invece più basso sono: Liguria, Friuli Venezia Giulia, Molise, Toscana, Sardegna. In queste Regioni, il tasso di natalità dal 1995 al 2008 tende ad aumentare, ad eccezione del Molise, dove il tasso di natalità passa da 9,0 per 1.000 del 1995 al 7,8 per 1.000 nel 2008, e della Sardegna, in cui il tasso passa dall'8,6 all'8,1 per mille.
Il tasso di mortalità a livello nazionale, è rimasto costante dal 1995 al 2008, pari al 9,8 per 1.000 abitanti (valore superiore al tasso di natalità).
A livello regionale vi sono andamenti differenti: in alcune Regioni il tasso è leggermente diminuito (nelle Regioni del Nord), e in altre leggermente aumentato (è il caso delle Regioni del Sud). Ovviamente esso risulta più elevato nelle Regioni più "vecchie": la Liguria presenta il tasso di mortalità più elevato pari al 13,9 per 1.000 nel 1995 e a 13,4 per 1.000 nel 2008. Oltre alla Liguria, registrano un tasso di mortalità elevato la Toscana, l'Emilia Romagna e l'Umbria (con un tasso di mortalità all'incirca pari all'11 per 1.000) e il Friuli Venezia Giulia (11,7 per 1.000); in Puglia e in Sardegna, viceversa, si registra il più basso tasso di mortalità (all'incirca dell'8 per 1.000).
L'andamento, a livello nazionale, del saldo naturale della popolazione (differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità) negli anni esaminati, ha assunto sempre valori negativi, anche se la differenza tra il numero dei nati e quello dei decessi si è ridotta nel corso degli anni (da -29.139 del 1995 a -8.467 nel 2008).
A livello regionale osserviamo come le sole Trentino Alto Adige, Campania, Puglia e Sicilia abbiano avuto un saldo sempre positivo.
Il saldo naturale ha cambiato segno, passando da un saldo negativo nel 1995 a un saldo positivo nei successivi anni osservati in Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto e nel Lazio.
In Basilicata, Calabria e in Sardegna invece, si è verificato un andamento opposto: positivo all'inizio e negativo successivamente.
Nelle restanti Regioni, in tutti gli anni osservati, il saldo risulta negativo.
Il tasso di crescita naturale della popolazione (differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità), ci rende gli andamenti sopra esposti in termini percentuali (sulla popolazione residente). Si evince che solo il Trentino Alto Adige (in particolare la P.A. di Bolzano), Campania e Puglia (e in misura minore Calabria e Sicilia) registrano crescite significative. Di contro Liguria e Friuli Venezia Giulia (e in misura minore Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Molise) si stanno depauperando.

Figura 1.2 - Tassi regionali di incremento naturale
Valori per 1000 residenti



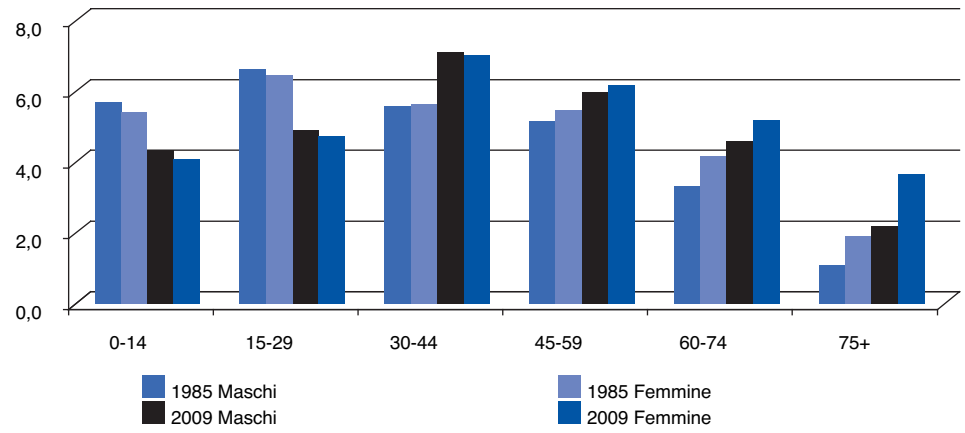
Fonte: ISTAT

Si consideri che nel calcolo non compare il contributo della popolazione straniera, che è desumibile dalle iscrizioni in anagrafe di cittadini provenienti dall'estero: nel 2008 sono state numerose (534.712) e molto superiori alle cancellazioni per trasferimento all'estero (80.974 nello stesso anno), con un saldo quindi di circa 460.000 unità.

La struttura per età della popolazione

Analizzando la struttura per età della popolazione emerge che nel corso degli anni la consistenza delle coorti di età più giovane è diminuita e insieme quella alle età adulte è andata aumentando. Confrontando i dati relativi al 1985 e al 2009, emerge come il numero dei giovanissimi (0-14 anni) sia passato da circa 11 milioni del 1985 a circa 8,5 milioni nel 2009, mentre gli individui con oltre 75 anni sono aumentati di 3 milioni.
Considerando la composizione della popolazione per età si osserva come la popolazione tra 0 e 14 anni sia passata dal 19,6% del 1985 al 14,0% nel 2009, in contrapposizione gli individui con più di 75 anni sono passati dal 5,3% al 9,8%.

Figura 1.3 - Struttura per età della popolazione
Valori in milioni - Anni 1985 e 2009



Fonte: ISTAT

L'età media della popolazione italiana, nel 2009, ha raggiunto i 43 anni, con un aumento di 6 anni rispetto al 1985.
Nel periodo osservato sono soprattutto le popolazioni delle Regioni del Sud a registrare un aumento dell'età media. In particolare in Puglia, si passa da un'età di 34 anni nel 1985 a 43 anni nel 2009, e in Sardegna da 33 a 41 anni. In Liguria, nel 2009, l'età media raggiunge i 47 anni, seguita dai 45 anni in Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Toscana.
Nel periodo osservato, gli incrementi maggiori dell'età media, si sono registrati nel quinquennio 1985-2000 (soprattutto in Sardegna, Veneto, Puglia e nel Lazio). La dinamica di incremento nel corso degli anni si è maggiormente attenuata tra le Regioni del Centro e del Nord (in Emilia Romagna nel quinquennio 2005-2009 si è registrata una variazione negativa dello 0,1%).

Tabella 1.1 - Età media della popolazione per Regione di residenza

Regione	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Italia	37	38	40	41	42	43
Piemonte	39	41	42	43	44	45
Valle d'Aosta	39	40	41	42	43	43
Lombardia	37	39	40	42	42	43
P. A. Bolzano	35	36	37	39	40	40
P. A. Trento	38	39	40	41	42	42
Veneto	37	39	40	41	42	43
Friuli Venezia G.	40	42	43	44	45	45
Liguria	42	44	45	46	47	47
Emilia Romagna	40	42	43	44	44	44
Toscana	40	42	43	44	45	45
Umbria	40	41	43	44	44	44
Marche	39	41	42	43	44	44
Lazio	36	38	39	41	42	43
Abruzzo	37	39	40	41	43	43
Molise	38	39	40	41	43	44
Campania	32	34	35	37	38	39
Puglia	33	35	36	38	40	41
Basilicata	35	36	38	39	41	42
Calabria	34	35	37	38	40	41
Sicilia	35	36	37	38	40	41
Sardegna	34	36	37	39	41	43

Considerando la popolazione straniera, osserviamo come nel 2009 la percentuale di individui ultra-settantacinquenni è pari solo allo 0,6% a fronte del 10,0% di quella residente nazionale. La maggior parte di stranieri ha, infatti, un'età compresa tra 30 e 44 anni (il 37%); il 24% è nella fascia di età 15-29 e i "giovanissimi" (tra 0-14 anni) ne rappresentano il 19%.
Nella popolazione straniera vi sono più maschi nella fascia di età 0-14 (il 20% della popolazione totale) che femmine (il 18% della stessa), la percentuale delle donne straniere tra 45 e 59 anni è maggiore rispetto a quella degli uomini, (rispettivamente il 17% e il 14% della popolazione straniera complessiva). Ancora maggiore risultano le donne con un'età compresa tra 60 e 74 anni: in questa classe di età le donne sono il doppio degli uomini.
Per quanto concerne la popolazione straniera, l'età media nel 2009 è pari a 31 anni, quindi inferiore di 12 anni rispetto alla popolazione italiana residente.

Tabella 1.2 - Età media della popolazione straniera per Regione di residenza Anno 2009

Regione	Età media
Italia	30,8
Piemonte	30,2
Valle d'Aosta	30,8
Lombardia	29,8
P.A. Bolzano	32,2
P.A. Trento	30,0
Veneto	29,3
Friuli Venezia Giulia	31,5
Liguria	32,2
Emilia Romagna	30,2
Toscana	31,4
Umbria	31,3
Marche	30,4
Lazio	32,6
Abruzzo	31,5
Molise	31,9
Campania	33,9
Puglia	31,9
Basilicata	32,0
Calabria	32,3
Sicilia	31,4
Sardegna	34,0

Fonte: ISTAT

La Regione in cui si registra la più "bassa" età media per gli stranieri è il Veneto, l'età media degli stranieri è di 29 anni seguita dalla Lombardia (30 anni). L'età media, degli stranieri, risulta invece più elevata in Sardegna (34 anni).

L'invecchiamento

L'invecchiamento della popolazione è uno dei fenomeni più rilevanti delle recenti tendenze demografiche del nostro Paese.

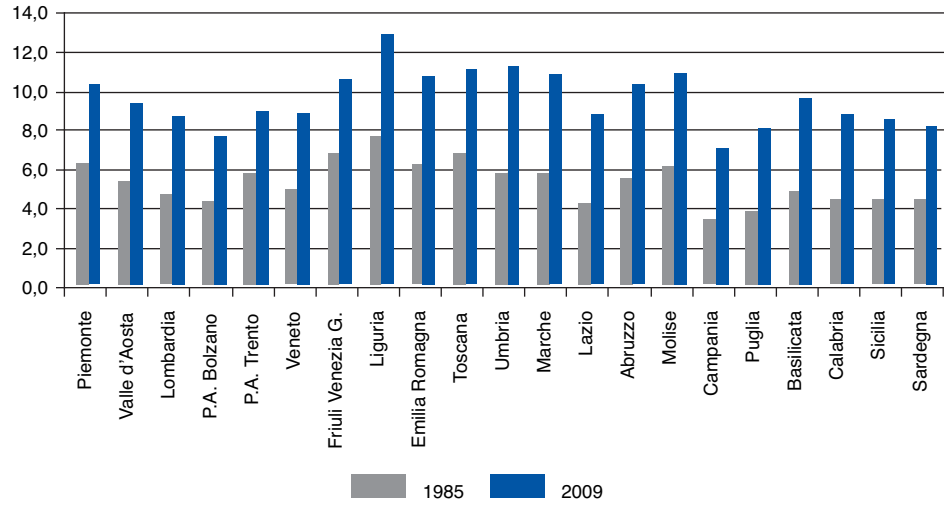
Pur essendo una caratteristica comune a tutto il territorio nazionale, il progressivo invecchiamento della popolazione presenta una discreta variabilità.

Per quanto riguarda la presenza di giovani, le Regioni del Nord e del Centro hanno percentuali di individui nelle fasce di età "più giovani" inferiori rispetto a quelle nelle età adulte e anziane. La Regione meno "giovane" è la Liguria, mentre la più "giovane" è la Campania.

Sul versante opposto, si nota come la quota di individui con 75 anni e oltre sul totale della popolazione, che a livello nazionale nel 1985 era pari al 5,3% (poco più di tre milioni di individui), è aumentata negli anni, e già nel 2000 era pari al 7,9%, fino ad arrivare al 9,8% nel 2009 (5,9 milioni di individui); la Regione che ha registrato l'aumento più elevato di questa fascia di

popolazione, in tutto il periodo considerato, è la Liguria, passata dall'8,1% del 1985 al 13,7% nel 2009, e più in generale le Regioni del Centro, le quali presentano tutte valori al di sopra della media nazionale; le Regioni del Sud registrano ancora valori inferiori rispetto alla media nazionale, fatta eccezione per l'Abruzzo, il Molise, e la Basilicata che sperimentano un rapido invecchiamento.

Figura 1.4 - Popolazione regionale over 75
Valori % - Anni 1985 e 2009



Fonte: ISTAT

Lo stesso andamento lo si osserva considerando gli over 65 e gli over 85.
La percentuale di popolazione ultra-sessantacinquenne, a livello nazionale, è passata dal 12,9% nel 1985 al 20,1% nel 2009, quella degli ultra-ottantacinquenni da 0,9% nel 1985 a 2,5% nel 2009. In Liguria, la Regione più anziana, dal 1985 al 2009, la percentuale di over 65 anni è passata dal 18,6% al 26,8%; la popolazione con 85 anni ed oltre, nello stesso periodo, è passata dall' 1,5% al 3,8%.
Un indicatore sintetico legato alla composizione per età della popolazione è fornito dall'indice di dipendenza degli anziani (popolazione di 65 anni e più su popolazione in età attiva, 15-64 anni), che fornisce un'indicazione dei problemi di sostenibilità.
Attualmente, in Italia, 100 persone in età lavorativa hanno mediamente 31 persone "a carico", ovvero circa 12 individui in più rispetto al 1985.

Tabella 1.3 - Indice regionale di dipendenza degli anziani
Valori %

Regione	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Italia	19,1	21,5	24,0	26,8	29,3	30,6
Piemonte	22,0	24,1	26,9	30,4	33,9	35,2
Valle d'Aosta	19,7	21,9	24,4	27,4	29,8	31,6
Lombardia	17,4	19,5	22,0	25,3	28,4	30,2
P. A. Bolzano	16,1	18,2	20,4	22,7	24,5	26,7
P. A. Trento	19,8	22,8	25,1	26,7	27,9	29,2
Veneto	18,2	20,7	23,3	25,8	28,1	29,7
Friuli Venezia G.	24,3	27,5	29,4	31,2	33,7	36,0
Liguria	27,5	30,7	34,4	38,6	42,4	43,3
Emilia Romagna	23,5	27,2	30,5	33,2	34,8	34,8
Toscana	24,2	27,7	30,6	33,2	35,5	36,2
Umbria	22,9	27,5	31,1	34,2	36,1	36,1
Marche	22,4	26,2	29,6	32,5	34,6	34,9
Lazio	16,6	19,2	22,0	25,2	27,9	29,6
Abruzzo	21,3	24,4	27,3	30,2	32,2	32,3
Molise	23,0	25,8	28,7	31,9	33,6	33,4
Campania	14,4	16,0	18,1	20,4	22,4	23,6
Puglia	15,8	17,6	19,8	22,6	25,2	27,0
Basilicata	18,5	20,8	23,2	27,0	29,9	30,4
Calabria	17,7	19,8	21,7	24,7	27,0	27,9
Sicilia	18,4	20,2	22,2	24,7	26,8	27,6
Sardegna	16,6	17,7	19,3	21,9	24,6	27,2

Fonte: ISTAT

La Regione che presenta il carico maggiore di anziani sulla popolazione attiva, è la Liguria, che è passata dal 27,5% nel 1985, al 43,3% nel 2009; un aumento notevole dell'indicatore si è registrato anche in Piemonte, Umbria, Lazio, Lombardia e nelle Marche. La crescita dell'indicatore in questione è risultata, invece, minore in Campania, Sicilia, Calabria e nella provincia autonoma di Trento.

L' indice di vecchiaia (percentuale di popolazione over 65 su quella 0-14), è, invece, in grado di stimare il grado di invecchiamento della popolazione, anche se viene considerato un indicatore "grossolano" poiché nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani, cosicché il numeratore e il denominatore variano in senso opposto, esaltandone l'effetto.

In Italia, nel 2009, per 100 ragazzi con meno di 15 anni, ci sono 143 over 65 anni.

Nel 1985 l'indicatore era al 66%, già nel 1992 aveva raggiunto il 100%, e nel 1995 l'indicatore è arrivato al 112%.

In generale le Regioni del Sud presentano una percentuale di anziani inferiore rispetto alla media, anche se, dal 1985 ad oggi, è comunque possibile notare un aumento dell'indicatore in

questione. È sempre la Liguria la Regione in cui si registra il valore massimo dell'indicatore: già nel 1985, l'indice di vecchiaia era pari a 136% e, attualmente, risulta pari al 236%, anche se dal 2005 al 2009 si è avuta una leggera riduzione. Seguono Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia: nella prima, dal 2005, si ha una riduzione del tasso che, in quattro anni passa dal 184% al 173%. In direzione del tutto opposta si muove la Campania, dove nel 1985 ogni 100 giovanissimi vi erano solo 37 anziani, mentre oggi sono già 95.

Tabella 1.4 - Indice regionale di invecchiamento. Valori %

Regione	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Italia	65,6	87,6	111,6	126,6	137,8	143,4
Piemonte	93,1	125,0	157,3	172,0	179,7	178,7
Valle d'Aosta	83,1	112,2	140,2	148,2	151,0	151,2
Lombardia	68,0	94,2	121,5	135,0	141,5	142,4
P. A. Bolzano	52,3	69,8	82,1	89,8	95,8	104,9
P. A. Trento	75,0	101,1	117,8	120,7	121,0	124,8
Veneto	67,7	96,3	124,0	133,7	137,3	139,2
Friuli Venezia G.	106,2	150,5	182,8	188,4	186,9	187,4
Liguria	135,7	187,7	228,3	239,7	242,5	236,1
Emilia Romagna	107,0	154,5	192,4	196,0	184,5	172,8
Toscana	104,1	143,9	180,4	191,3	191,8	185,9
Umbria	93,0	128,0	163,9	182,3	187,7	181,7
Marche	86,9	118,0	151,4	165,8	171,6	169,9
Lazio	59,0	82,8	108,3	124,3	135,0	140,9
Abruzzo	72,1	94,0	120,6	139,4	155,9	162,4
Molise	75,6	95,1	119,4	140,2	160,4	171,7
Campania	36,6	46,7	60,8	72,3	84,8	94,9
Puglia	41,1	54,2	72,7	89,4	106,1	119,5
Basilicata	53,5	68,2	87,4	110,3	132,6	146,6
Calabria	47,3	59,1	76,0	94,9	115,7	128,7
Sicilia	50,7	62,8	78,2	92,3	107,8	118,5
Sardegna	46,4	61,9	82,9	107,3	130,9	150,9

Fonte: ISTAT

L'indice è cresciuto più rapidamente per le Regioni del Nord e del Centro, nel quinquennio 1985 1990 soprattutto in Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Lombardia, la crescita è stata meno intensa al Sud in particolare in (Sicilia e Calabria). Nei quinquenni successivi si è avuta un'inversione di tendenza: l'aumento è stato meno intenso tra le Regioni del Centro e del Nord, che nel Sud.

La speranza di vita

Nel 2008 l'Istat ha stimato per l'Italia una speranza di vita alla nascita pari a 78,8 anni per gli uomini e 84,1 anni per le donne.

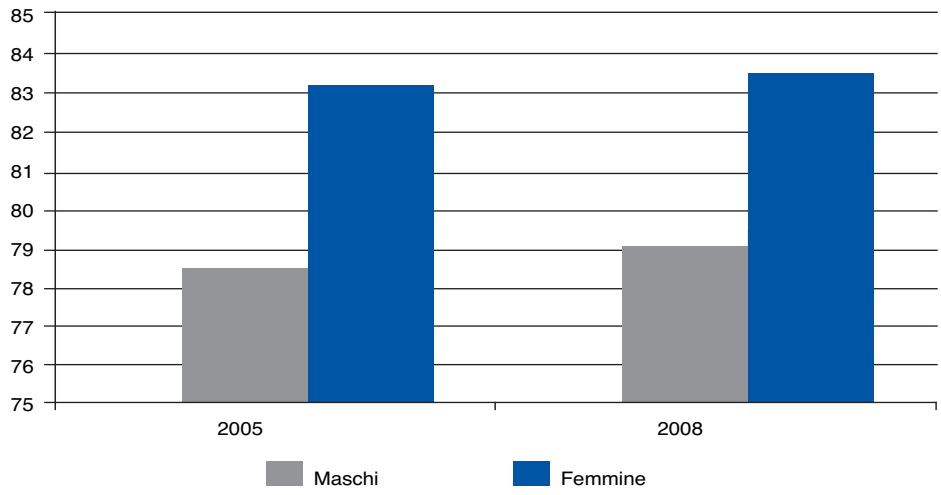
Tabella 1.5 - Speranza di vita alla nascita per sesso

Regione	2005		2009	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Italia	78,1	83,7	78,7	84,0
Piemonte	78,0	83,5	78,4	83,6
Valle d'Aosta	78,0	83,5	78,4	83,6
Lombardia	78,1	84,0	78,7	84,1
P. A. Bolzano	78,4	84,4	78,9	85,1
P. A. Trento	78,5	84,8	79,1	84,8
Veneto	78,4	84,5	78,9	84,6
Friuli Venezia G.	77,8	83,7	78,3	83,9
Liguria	78,0	83,8	78,4	83,7
Emilia Romagna	78,7	84,1	79,0	84,1
Toscana	78,9	84,2	79,3	84,3
Umbria	78,4	84,0	79,0	84,2
Marche	79,4	85,0	79,6	84,9
Lazio	77,9	83,1	78,8	83,9
Abruzzo	78,2	84,2	78,7	84,7
Molise	78,2	84,2	78,7	84,7
Campania	76,4	82,1	77,3	82,7
Puglia	78,6	83,5	79,1	84,1
Basilicata	78,0	83,2	79,0	84,2
Calabria	78,1	83,2	78,8	84,0
Sicilia	77,7	82,6	78,2	83,2
Sardegna	77,6	83,9	78,5	84,4

Fonte: ISTAT

Rispetto al 2005, la crescita è rispettivamente di 0,6 e 0,3 anni per gli uomini e per le donne. Continua quindi ad assottigliarsi la differenza di genere: l'aspettativa di vita degli uomini si avvicina a quella delle donne, per le quali aspettativa ha rallentato la sua crescita. La differenza fra i generi, nel corso degli anni, è passata da 5,6 anni nel 2005, a 5,3 anni nel 2008.

Figura 1.5 - Speranza di vita alla nascita per genere
Anni 2005-2008



Fonte: ISTAT

Le Regioni più longeve nel 2008 sono, per gli uomini le Marche (79,6 anni), la Provincia Autonoma di Trento (79,4) e la Toscana (79,1); per le donne la Provincia Autonoma di Bolzano (85,1 anni), le Marche (84,9), l'Abruzzo e il Molise (84,7). Ai livelli minimi troviamo, sia per gli uomini che per le donne, la Campania (rispettivamente 77,3 e 82,7 anni). Nel caso degli uomini, lo scarto negativo della Campania è esattamente di un anno nei confronti della Liguria e del Friuli Venezia Giulia.

Tabella 1.6 - Indice regionale di dipendenza strutturale
Valori %

Regione	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Italia	48,2	46,0	45,5	48,0	50,6	51,9
Piemonte	45,6	43,4	44,0	48,1	52,8	54,8
Valle d'Aosta	43,5	41,5	41,8	45,9	49,5	52,5
Lombardia	43,0	40,3	40,2	44,0	48,4	51,4
P. A. Bolzano	46,9	44,3	45,3	48,0	50,1	52,1
P. A. Trento	46,2	45,3	46,5	48,9	50,9	52,7
Veneto	45,2	42,2	42,1	45,1	48,6	51,0
Friuli Venezia G.	47,3	45,7	45,4	47,7	51,7	55,2
Liguria	47,7	47,0	49,5	54,7	59,9	61,6
Emilia Romagna	45,5	44,9	46,4	50,1	53,6	55,0
Toscana	47,5	46,9	47,5	50,6	54,0	55,7
Umbria	47,6	48,9	50,1	53,0	55,4	56,0
Marche	48,1	48,4	49,2	52,1	54,8	55,4
Lazio	44,7	42,5	42,3	45,5	48,5	50,6
Abruzzo	50,9	50,3	49,9	51,8	52,9	52,2
Molise	53,3	53,0	52,8	54,6	54,6	52,9
Campania	53,7	50,3	47,8	48,6	48,8	48,4
Puglia	54,0	50,2	47,1	47,9	49,0	49,5
Basilicata	53,2	51,3	49,8	51,4	52,5	51,1
Calabria	55,2	53,2	50,4	50,8	50,4	49,5
Sicilia	54,6	52,4	50,6	51,5	51,7	51,0
Sardegna	52,5	46,4	42,6	42,4	43,3	45,2

Fonte: ISTAT

1.3. La mortalità

La mortalità grezza è un indicatore importante, ma parziale, dello stato di salute di una popolazione, in quanto non coglie le dimensioni della cronicità ed in generale della qualità della vita. Di seguito vengono fornite alcuni misure specifiche che permettono confronti significativi.

Mortalità perinatale

Il tasso di mortalità perinatale (nati morti e decessi nella prima settimana di vita su nati) è un indicatore importante del livello di sviluppo di una nazione, essendo influenzato da diversi fattori che comprendono le condizioni ambientali ed economiche, i progressi nelle tecniche diagnostiche e nell'assistenza alla gravidanza, al parto ed alla prima infanzia, nonché l'ampia accessibilità a queste risorse.

Nel quinquennio 2000-2005, in generale, si osserva una riduzione del tasso in tutte le Regioni ad eccezione del Friuli Venezia Giulia, in cui si registra l'incremento maggiore, in Basilicata, in Umbria, e in misura minore in Sardegna (+ 8,2%) e Lombardia (+4,2%).

Tabella 1.7 - Tasso regionali di mortalità perinatale
Valori per 1.000 nati

Regione	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Italia	5,67	5,63	5,34	5,14	5,26	5,08
Piemonte	5,60	5,13	5,49	5,77	5,04	5,30
Valle d'Aosta	2,91	6,03	6,33	1,82	9,28	2,78
Lombardia	5,19	5,36	5,45	4,81	4,87	5,40
P. A. Bolzano	4,47	5,03	5,06	4,91	4,52	3,87
P. A. Trento	3,68	4,54	5,80	4,35	4,44	3,69
Veneto	4,82	4,94	4,98	4,61	4,54	4,29
Friuli Venezia G.	3,51	5,64	4,28	6,01	5,39	7,01
Liguria	5,71	4,39	5,76	6,12	6,13	4,57
Emilia Romagna	6,43	5,72	5,10	5,11	4,58	4,97
Toscana	4,98	5,01	3,42	3,79	5,02	4,45
Umbria	4,14	2,34	2,20	3,79	3,75	6,47
Marche	5,17	5,63	4,65	5,47	4,87	4,42
Lazio	5,75	4,83	4,83	5,52	5,40	4,68
Abruzzo	4,69	5,42	4,49	3,73	5,27	3,92
Molise	6,61	6,37	5,93	4,34	4,01	6,03
Campania	6,16	6,69	5,99	6,03	5,68	5,14
Puglia	5,84	6,15	4,81	4,32	5,75	5,23
Basilicata	3,21	6,10	6,80	1,34	4,74	5,94
Calabria	7,23	7,41	5,85	5,60	6,57	5,40
Sicilia	7,35	6,49	7,11	5,75	6,41	5,88
Sardegna	4,51	5,01	5,47	6,15	4,26	4,88

Mortalità infantile

Anche la mortalità infantile (morti nel primo anno di vita su nati vivi) è un indicatore utilizzato nella programmazione sanitaria, in quanto, viene considerata un indicatore di sviluppo del Paese.

Il tasso di mortalità nel primo anno di vita in Italia, dal 2000 al 2006, è passato da 4 a 3 decessi (4 per i maschi e 3 per le femmine), ogni 1.000 nati vivi.

Il maggior tasso di decessi nel primo anno di vita si verifica in Calabria, 5 per 1.000 (6,6 per i maschi e 4,3 per 1.000 per le femmine); escludendo per la scarsa numerosità la Valle d'Aosta, quello minore in Molise con il 2 per 1.000 (1,6 per i maschi e 2,5 per 1.000 per le femmine).

Sempre a livello regionale, si constata che il tasso è in generale maggiore per i maschi e al Sud.

Tabella 1.8 - Tassi regionali di mortalità infantile per sesso
Valori per 1.000 nati vivi - Anno 2006

Regione	Tasso di mortalità infantile		
	Maschi	Femmine	Totale
Italia	3,8	3,0	3,4
Piemonte	3,5	3,4	3,5
Valle d'Aosta	-	1,7	0,8
Lombardia	3,1	2,1	2,6
P. A. Bolzano	6,7	1,9	4,3
P. A. Trento	4,1	1,6	2,9
Veneto	3,6	2,0	2,8
Friuli Venezia G.	2,3	2,4	2,3
Liguria	3,1	3,2	3,2
Emilia Romagna	3,5	2,8	3,2
Toscana	3,1	2,5	2,8
Umbria	2,5	3,5	3,0
Marche	4,1	2,6	3,4
Lazio	4,5	3,2	3,9
Abruzzo	4,4	3,4	3,9
Molise	1,6	2,5	2,0
Campania	4,3	4,1	4,2
Puglia	4,0	4,1	4,0
Basilicata	3,1	3,8	3,4
Calabria	6,6	4,3	5,5
Sicilia	4,7	3,4	4,1
Sardegna	3,5	2,8	3,2

Fonte: ISTAT

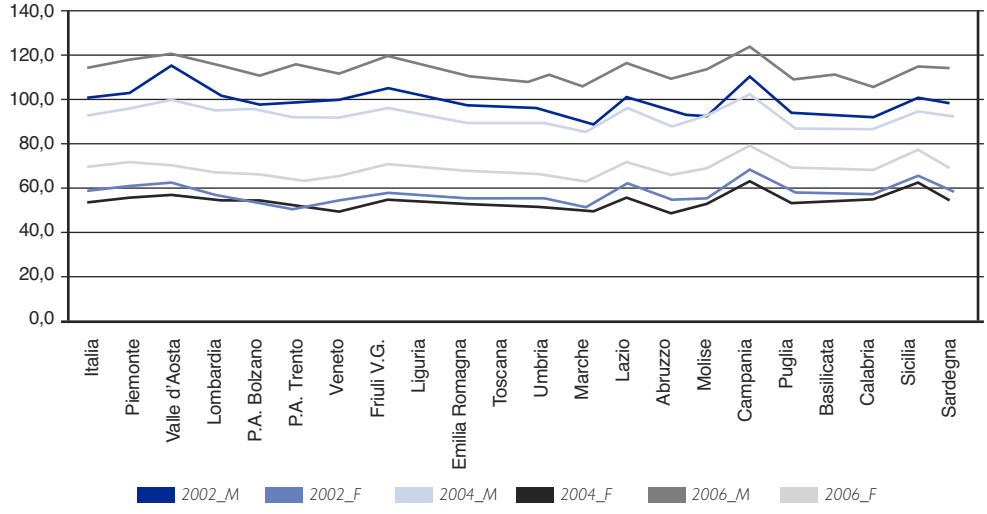
I dati mostrano una diminuzione costante in quasi tutte le Regioni, dove le differenze tra i tassi vanno riducendosi.
Nel periodo 2000-2006, a livello nazionale il tasso si è ridotto del 24%. La riduzione maggiore si è registrata in: Valle d'Aosta (-81,2%), Molise (-66,5%), Sicilia (-33,9%) e Umbria (-31,3%), quella minore in: Abruzzo (-2,4%), Friuli Venezia Giulia (-3,4%) e nel Veneto (-7,8%).
La mortalità nel primo anno di vita ha, invece, subito un incremento notevole nella Provincia Autonoma di Bolzano (+64,3%), e uno minore nelle Marche (+6,6%).

Mortalità standardizzata

I tassi di mortalità grezzi, già analizzati nel paragrafo precedente nel contesto del saldo naturale della popolazione, non si prestano a confronti essendo fortemente dipendenti dalla struttura per età delle popolazioni: consideriamo quindi i tassi di mortalità standardizzati (in base alla struttura della popolazione al Censimento 2001).
In Italia, il tasso di mortalità standardizzato è passato dal 76 per 10.000 del 2002 all'88 per 10.000 nel 2006, anche se nel 2004, rispetto al 2002, si era ridotto (70 per 10.000), cosa che potrebbe essere attribuita alla eccezionale mortalità del 2003, dovuta alla ondata

estiva di calore.
Lo stesso andamento si è registrato in tutte le Regioni italiane e con valori degli uomini costantemente maggiori rispetto alle donne. Nel 2006 il tasso standardizzato degli uomini risulta pari al 115 per 10.000, quello delle donne al 70 per 10.000. Il primato regionale spetta alla Campania. Essa presenta il più elevato tasso di mortalità, in tutti gli anni esaminati: nel 2006 è pari al 97 per 10.000 (124 per 10.000 per i maschi e 79 per 10.000 per le femmine). Nel 2006 valori del tasso elevati si registrano anche in Sicilia con il 94 per 10.000, Lazio con il 91 per 10.000, Piemonte e Valle d'Aosta con il 90 per 10.000.
I tassi di mortalità standardizzata minori si registrano nelle Marche (80 per 10.000), Veneto, Toscana e nella P.A. di Trento (83 per 10.000).

Figura 1.6 - Mortalità regionale standardizzata per genere
Tassi per 10.000 abitanti



Fonte: ISTAT

Mortalità evitabile

Il concetto di mortalità evitabile è stato proposto dall'OMS.
Nel triennio 2000-2002 il tasso di mortalità evitabile in Italia è stato pari a 229,1 e 103,7 per 100.000 residenti, rispettivamente per gli uomini e per le donne.
La Regione in cui il tasso assume il valore più elevato è, per entrambi i sessi, la Valle d'Aosta con un tasso pari a 306,0 per gli uomini e 123,2 per le donne (per 100.000 residenti).
Valori inferiori a quello medio nazionale di registrano, sia per gli uomini che per le donne in: Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Molise, Puglia, Basilicata e Calabria.
Nella classifica regionale dei giorni perduti pro capite (rispetto alla speranza di vita specifica) per mortalità evitabile (Atlante della mortalità evitabile, ERA, www.atlantesanitario.it) la posizione peggiore per entrambi i sessi la occupa la Valle d'Aosta: nel 2000-2002 sono andati perdu-

ti in media 32,25 giorni per abitante per gli uomini e 15,08 per le donne.
La Regione migliore risulta per i maschi, la Toscana con 20,2 giorni persi, e per le donne l'Umbria, con 10,71 giorni persi.
L'analisi dei tassi di mortalità evitabile per tipologia di intervento evidenzia valori più alti in corrispondenza della carenza di prevenzione primaria con un tasso di mortalità evitabile (calcolato sulla popolazione 0-74 anni) pari a 152,6 per i maschi e 37,0 per le femmine.
Valori elevati si riscontrano anche per gli interventi di igiene e assistenza sanitaria per gli uomini (58,9 per 100.000) e per carenza di diagnosi precoce per le donne (34,9 per 100.000).
A livello regionale, i valori più elevati del tasso di mortalità evitabile per gli interventi di prevenzione primaria si sono registrati, per entrambi i sessi, in Valle d'Aosta (220,7 per 100.000 maschi e 50,2 per 100.000 femmine); quelli minori per gli uomini in Calabria (22,6), Puglia e Basilicata (18,8 in entrambe), e per le donne soprattutto in Abruzzo (8,8), Calabria (7,2), Puglia (6,6) e in Basilicata (5,1).

Tabella 1.9 - Giornate di vita perdute per mortalità evitabile per Regione e genere e classifica regionale - Media anni 2000-2002

Regione	Maschi		Femmine	
	GG perduti per Tutte le cause	Posizione in classifica	GG perduti per Tutte le cause	Posizione in classifica
Italia	22,98	-	12,04	-
Piemonte	24,81	18	12,74	17
Valle d'Aosta	32,25	21	15,08	21
Lombardia	23,85	14	11,83	13
P. A. Bolzano	25,92	20	10,79	5
P. A. Trento	24,50	17	10,76	4
Veneto	23,08	10	11,23	9
Friuli V. G.	24,37	16	12,87	18
Liguria	20,58	3	11,95	14
Emilia Romagna	23,32	13	12,09	15
Toscana	20,20	1	10,74	3
Umbria	20,66	4	10,71	1
Marche	20,33	2	10,86	6
Lazio	23,19	12	12,43	16
Abruzzo	22,22	7	10,73	2
Molise	23,08	11	11,72	12
Campania	24,20	15	13,43	20
Puglia	21,17	6	11,64	11
Basilicata	22,37	8	11,05	7
Calabria	20,91	5	11,38	10
Sicilia	22,40	9	13,23	19
Sardegna	25,34	19	11,19	8

Fonte: ISTAT

La scomposizione per i principali gruppi di cause evidenzia come in Italia i valori più elevati di mortalità evitabile siano dovuti ai Tumori (94,4 per i maschi e 50,8 per le femmine).
A livello regionale si registrano valori più elevati per entrambi i sessi in: Lombardia, Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia; ancora in Campania, Veneto e nella Provincia Autonoma di Trento per i maschi e nel Lazio e Piemonte per le femmine.
Nel caso del sistema circolatorio è la Campania che presenta i valori di mortalità evitabile più elevati, sia per gli uomini (100,8 per 100.000 residenti), sia per le donne (47,2 per 100.000 residenti), contro il 75,7 e il 30,3, rispettivamente per uomini e donne, a livello nazionale.

Tabella 1.10 - Tassi di mortalità evitabile regionale per tipo di intervento Valori per 100.000 (pop. 0-74 anni) - Media anni 2000-2002

Regione	Maschi				Femmine			
	Totalità mortalità	Tumori	Sistema circolatorio	Traumatismi e avvelenamenti	Totalità	Tumori	Sistema	Traumatismi e avvelenamenti
Italia	229,1	94,4	75,7	37,3	103,7	50,8	30,3	10,6
Piemonte	243,3	98,7	74,7	46,5	108,4	54,1	28,5	13,7
Valle d'Aosta	306,0	109,6	89,4	76,9	123,2	56,7	33,1	13,8
Lombardia	243,4	111,0	72,9	37,4	103,7	55,4	26,4	10,7
P. A. Bolzano	242,5	83,1	68,9	64,1	94,1	48,0	23	13,1
P. A. Trento	246,6	105,6	69,8	44,4	96,6	53,1	25,4	8,2
Veneto	234,0	104,1	66,7	43,4	98,2	52,6	23,3	12,4
Friuli Venezia G.	247,1	106,0	71,4	44,9	112	59,5	25,9	14,5
Liguria	210,1	95,4	66,8	26,2	102,2	54,0	27,3	8,2
Emilia Romagna	224,9	88,5	72,0	44,4	102,4	53,9	25,3	13,7
Toscana	203,2	88,6	63,0	34,8	92,8	47,6	24,4	10,4
Umbria	207,7	76,7	75,1	38,6	91,6	45,5	25,4	12,1
Marche	196,7	74,6	65,9	39,7	90,4	46,3	23,8	11,9
Lazio	232,2	92,4	82,6	35,0	108,3	54,3	32	10,1
Abruzzo	213,9	77,9	72,2	41,7	88,8	39,9	27,6	10,2
Molise	219,3	68,9	83,1	43,6	97,9	34,5	36,3	13,1
Campania	254,1	105,7	100,8	24,3	120,8	51,4	47,2	7,3
Puglia	207,0	85,2	67,6	33,5	98,9	44,3	31,9	9,1
Basilicata	215,0	73,7	76,9	40,4	95	36,9	34,9	12,3
Calabria	204,9	68,7	77,9	35,6	97,7	39,1	36,3	8,4
Sicilia	222,2	81,1	88,1	31,3	113	47,1	41,4	9,3
Sardegna	245,3	98,4	71,9	49,7	98,4	48,1	26,6	11,6

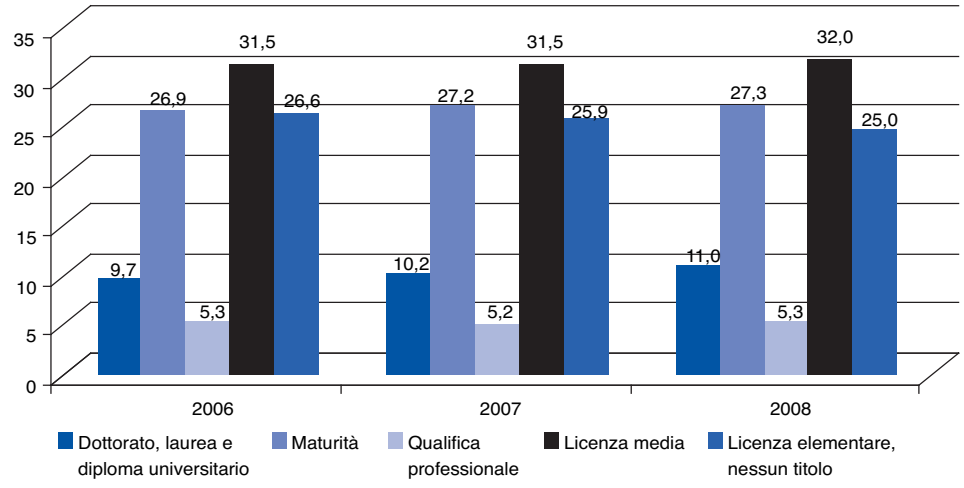
Fonte: elaborazione ERA su dati ISTAT

1.4. Istruzione

Ancora nel 2008, a livello nazionale, il 25% della popolazione (12.720.000 individui) è senza un titolo di studio o con la sola licenza elementare, anche se tale dato è in diminuzione rispetto al 2006 (13.361.000 individui); il 32% della popolazione (16.109.000 individui) possiede la licenza media; la percentuale di persone che hanno acquisito una qualifica professionale è pari al 5% (2.726.000), valore rimasto invariato dal 2006, mentre ad aver sostenuta la maturità è il 27%

della popolazione (13.933.000); infine, l'11% ha conseguito un diploma universitario, laurea o un dottorato di ricerca (ovvero a 5.466.000 individui), valore in aumento rispetto al 2006 (10%).

Figura 1.7 - Distribuzione della popolazione residente (15 anni e oltre) per titolo di studio - Valori %



Fonte: ISTAT

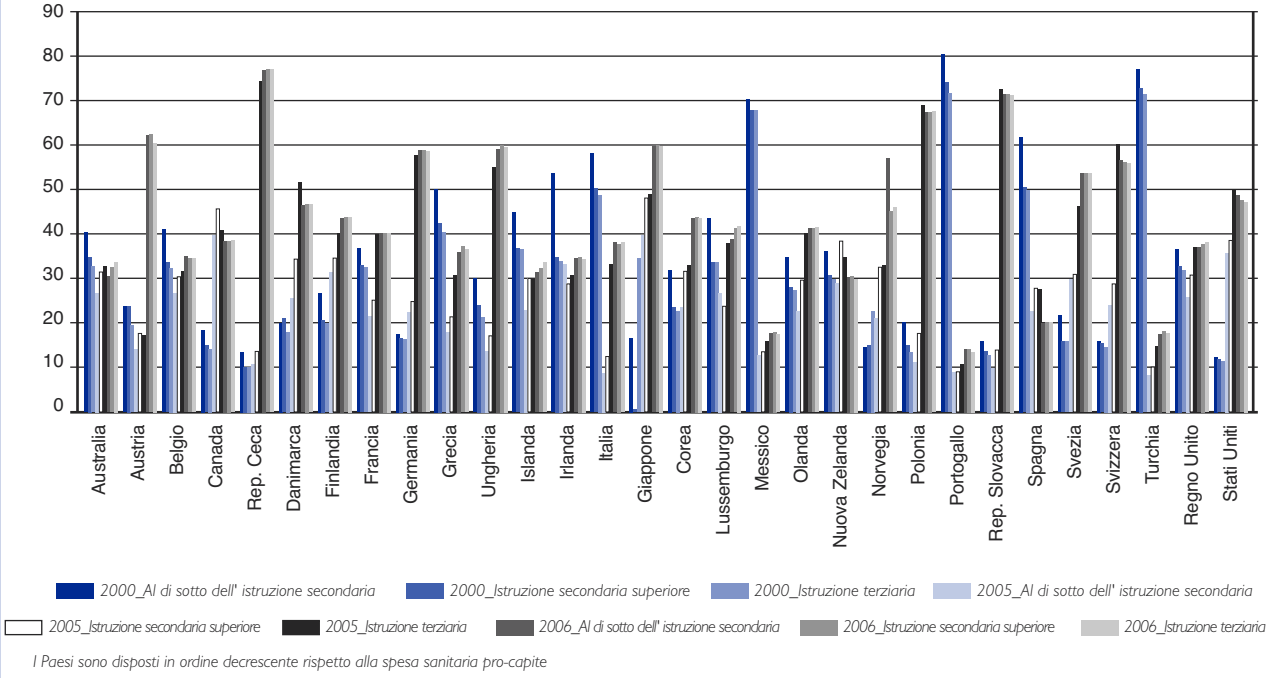
Confrontando il livello italiano di istruzione con quello dei Paesi OECD, emerge immediatamente come solo Messico, Portogallo e Turchia abbiano una quota di popolazione che non raggiunge il titolo di scuola secondaria superiore superiore all'Italia.
Dal 2000, la riduzione della popolazione con un'educazione al di sotto dell'istruzione secondaria superiore è stata del 13,8% (-2,0% dal 2005 al 2006). Altri Paesi hanno fatto molto meglio: l'Irlanda l'ha ridotta del 35,2% (-2,8% dal 2005 al 2006), la Repubblica Ceca del 28,6% e la Svezia del 27,3.
Analizzando la quota di popolazione con una istruzione secondaria superiore, l'Italia è penultima, con un valore superiore alla sola Turchia.
Dal 2000 al 2005 il maggior incremento nella quota di popolazione con educazione secondaria superiore si è registrato in Polonia 54,5% (+5,9% 2006/2005), seguita da Irlanda 52,6% (+6,9% 2006/2005) e Lussemburgo +50,0% (anche se dal 2005 al 2006 si è registrata una riduzione -11,1%).
In Italia l'incremento della popolazione con istruzione secondaria superiore, dal 2000 al 2005 è risultato pari al 33,3% (+8,3% 2006/2005).
Per quanto concerne l'educazione terziaria, di contro, l'Italia si pone a metà classifica, sebbene non si registrino miglioramenti.

Tabella 1.11 - Quota di popolazione con livello di istruzione terziaria Paesi OECD - Valori %

Paese	2000	2005	2006
Australia	31	33	34
Austria	62	63	63
Belgio	31	35	35
Canada	41	39	39
Repubblica Ceca	75	77	77
Danimarca	52	47	47
Finlandia	41	44	44
Francia	41	41	41
Germania	58	59	59
Grecia	31	36	37
Ungheria	55	59	60
Islanda	32	32	34
Irlanda	28	35	35
Italia	33	38	38
Giappone	49	60	60
Corea	44	44	44
Lussemburgo	38	39	42
Messico	16	18	18
Olanda	41	42	42
Nuova Zelanda	35	30	31
Norvegia	57	45	46
Polonia	69	68	68
Portogallo	11	14	14
Rep. Slovacca	73	72	72
Spagna	16	21	21
Svezia	47	54	54
Svizzera	60	57	56
Turchia	15	18	18
Regno Unito	37	37	38
Stati Uniti	51	49	48

Fonte: OECD

Figura 1.8 - Distribuzione della popolazione secondo il livello di istruzione Paesi OECD - Valori % - Anni 2000-2006



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

A livello italiano, possiamo evidenziare forti differenze a livello regionale: la maggior parte degli individui del Nord e del Centro consegue la licenza media e la maturità. Nel Sud la maggior parte consegue la licenza elementare e media.

Il Lazio è la Regione con il grado medio di istruzione più elevato: nel 2008 il 34% degli individui raggiunge la maturità e il 15% ottiene una laurea o un dottorato; anche le due Province Autonome di Trento e Bolzano sono caratterizzate da valori più elevati rispetto alle altre Regioni: nella prima il 15% della popolazione considerata detiene una qualifica professionale, nella seconda il 38% raggiunge la licenza media.

All'estremo opposto le popolazioni di Basilicata e Calabria, nel 2008, si distinguono per avere il titolo medio di studio più basso: il 30% degli individui al di sopra dei 15 anni o non ha nessun titolo di studio o consegue solo la licenza elementare.

Il tasso di scolarità (iscritti alla scuola superiore su popolazione di età 14-18 anni) in Italia è pari al 93% (con il 93% per i maschi e il 94% per le femmine). I valori dell'indicatore sono più bassi tra le Regioni del Nord e in particolare nella Provincia Autonoma di Trento (84%) e in Lombardia (87%). I valori più elevati si riscontrano tra le Regioni del Centro e del Sud.

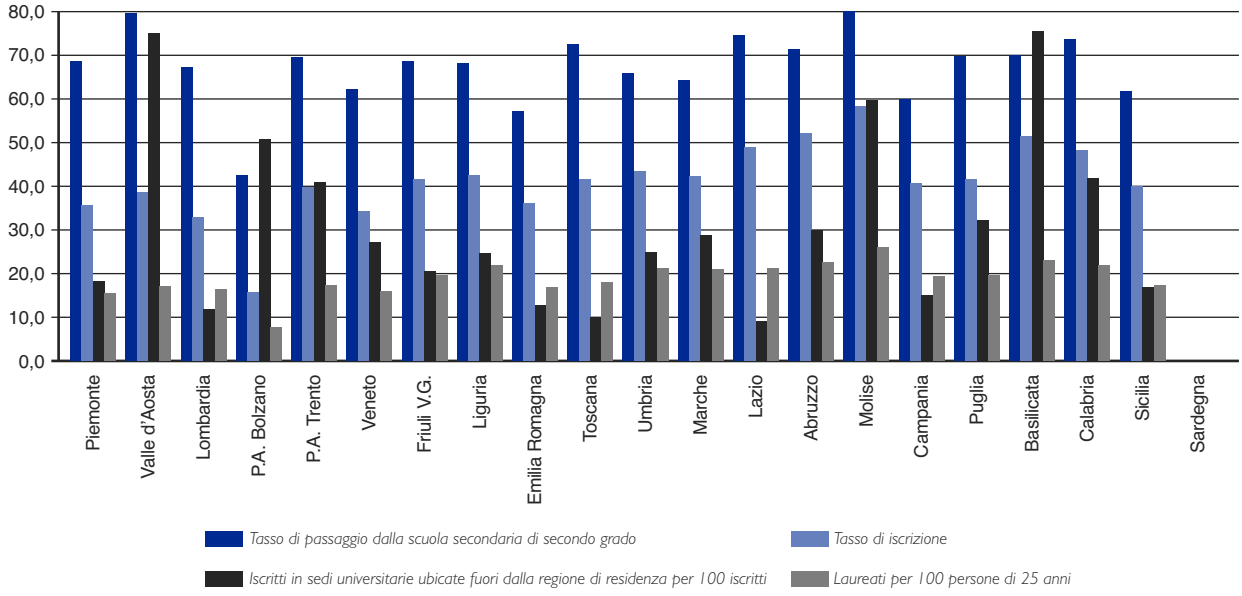
La Basilicata è la Regione con il tasso di scolarità più elevato pari al 105% (106 per i maschi e 103 per le femmine)[2]. Tale indicatore assume valori superiore a 100 anche nelle Marche (101%

[2] *Valori superiori a 100 sono dovuti alla presenza di giovani tra i 14 e i 18 anni che ripetono gli anni scolastici, o ad anticipi di frequenza o ancora a studenti che risiedono in altre Regioni.*

per entrambi i sessi), in Sardegna (soprattutto per le donne 103%), in Umbria (101% per i maschi e il 100% per le femmine) e in Molise (con il 100% per entrambi i sessi).
Situazione simile si verifica osservando il tasso di diplomati (diplomati su popolazione di età 19 anni): il tasso è maggiore al Centro e al Sud; a livello nazionale la percentuale dei diplomati è pari al 74% (con il 70% per i maschi e il 79% per le femmine); di nuovo il valore è massimo in Basilicata con il 90% (l'86% per i maschi e il 94% per le femmine). Valori elevanti del tasso si registrano anche in Molise (con l'84%) e nelle Marche (con l'83%).
Nel Nord, il numero dei diplomati, assume valori più bassi: nel Trentino Alto Adige e in particolare nella Provincia Autonoma di Bolzano[3] si ha il 62% (rispettivamente il 52% e il 72% per maschi e femmine).
Per quanto riguarda il tasso di passaggio dalla scuola secondaria di secondo grado all'Università (diplomati dell'anno precedente su immatricolati), esso si attesta su un valore pressoché costante nel periodo, pari al 66% a livello nazionale (il 71% delle femmine contro il 60% dei maschi). A livello nazionale il tasso di iscrizione universitaria dei giovani della fascia di età 19-25 anni risulta pari al 40%.
A livello regionale, l'indicatore assume il valore più elevato in Molise con il 79%, (tale Regione presenta anche il più elevato tasso di iscrizione, pari al 58%); al contrario la Provincia Autonoma di Bolzano è caratterizzata dal valore più basso (42%, con un tasso di iscrizione pari al 15%).
Considerando gli iscritti in sedi universitarie ubicate fuori dalla Regione di residenza, si evince una maggiore mobilità nelle Regioni del Sud: in modo particolare in Basilicata ove studia fuori Regione il 75% degli iscritti. Valori elevati si registrano anche in Molise con il 60% e in Calabria con il 41%, a fronte del valore medio nazionale pari al 20%.
Il numero degli iscritti universitarie situati fuori dalla Regione di residenza risulta elevato anche in Valle d'Aosta e nella Provincia Autonoma di Bolzano con il 74% e il 51% rispettivamente.
Il numero di laureati per 100 persone di 25 anni in Italia è pari al 20%; la percentuale di laureati maggiore si raggiunge in Molise con il 26%, seguita da Abruzzo e Basilicata con il 23% e dalla Calabria con il 22%; nella Provincia Autonoma di Bolzano si rileva la percentuale più bassa che si ferma al 7%. Con riferimento a questa ultima realtà, va detto che i dati esposti sono da imputare alla propensione dei giovani residenti a Bolzano ad iscriversi in università straniere, soprattutto austriache.

[3] *I valori indicati per la provincia autonoma di Bolzano comprendono gli iscritti alle prime e seconde classi delle scuole professionali riconosciute per l'adempimento dell'obbligo di istruzione (Legge finanziaria 2007, comma 623).*

Figura 1.9 - Indicatori regionali dell'istruzione universitaria
Anno accademico 2006-2007



Fonte: Elaborazioni Istat su dati Miur

1.5. La struttura familiare

Le modalità di aggregazione familiare sono un indicatore delle modificazioni sociali intercorse nel Paese.

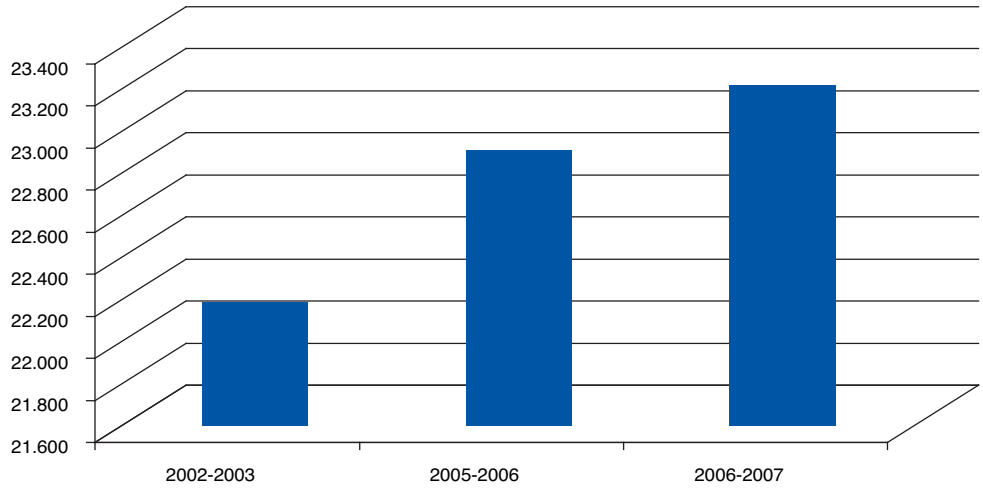
Se si registra un *trend* costante di incremento del numero delle famiglie[4], esso si accompagna ad una riduzione della loro dimensione.

In Italia sono presenti 23,2 milioni di nuclei familiari (media 2006-2007), con un incremento di 1 milione circa rispetto al 2002-2003.

Parallelamente si assiste ad un decremento del numero medio di componenti, pari oggi a 2,5 individui per famiglia, a fronte del 2,6 della media del 2002-2003.

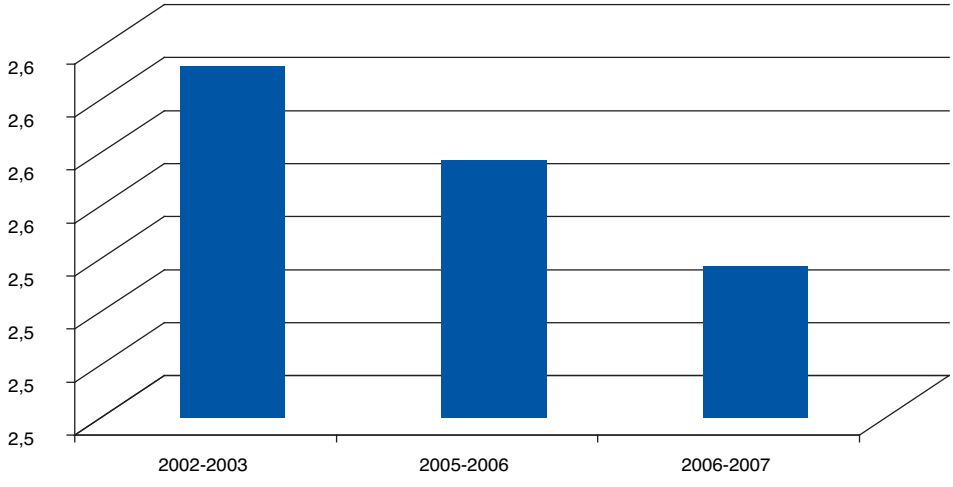
[4] *L'insieme delle persone coabitanti legate da vincoli di matrimonio o parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi costituisce una famiglia.*

Figura 1.10 - Numero di famiglie
Valori in migliaia



Fonte: ISTAT

Figura 1.11 - Numero medio di componenti per famiglia



Fonte: ISTAT

L'incremento del numero delle famiglie è fenomeno comune a tutte le Regioni; un maggior numero di componenti si ha tra le Regioni del Sud e in particolare in Campania, dove su quasi 2 milione di famiglie si registra un numero medio di componenti pari a 3.

Tabella 1.12 - Famiglie e numero medio di componenti per Regione di residenza
Valori in migliaia

Regione	Media 2002-2003		Media 2005-2006		Media 2006-2007	
	Numero di famiglie	Numero medio di componenti	Numero di famiglie	Numero medio di componenti	Numero di famiglie	Numero medio di componenti
Italia	22.187	2,6	22.906	2,6	23.219	2,5
Piemonte	1.794	2,4	1.859	2,3	1.886	2,3
Valle d'Aosta	53	2,3	55	2,2	56	2,2
Lombardia	3.673	2,5	3.862	2,4	3.880	2,5
P. A. Bolzano	174	2,7	186	2,6	188	2,6
P. A. Trento	192	2,5	201	2,5	205	2,5
Veneto	1.700	2,7	1.805	2,6	1.850	2,6
Friuli Venezia G.	496	2,4	516	2,3	518	2,3
Liguria	723	2,2	737	2,2	744	2,2
Emilia Romagna	1.685	2,4	1.737	2,4	1.782	2,4
Toscana	1.412	2,5	1.443	2,5	1.477	2,5
Umbria	311	2,7	336	2,6	342	2,5
Marche	559	2,6	581	2,6	601	2,5
Lazio	2.163	2,4	2.135	2,5	2.160	2,5
Abruzzo	470	2,7	491	2,7	495	2,6
Molise	125	2,6	121	2,7	124	2,6
Campania	1.922	3,0	1.945	3,0	1.968	2,9
Puglia	1.413	2,8	1.468	2,8	1.481	2,7
Basilicata	211	2,8	221	2,7	220	2,7
Calabria	720	2,8	739	2,7	740	2,7
Sicilia	1.802	2,8	1.866	2,7	1.888	2,7
Sardegna	589	2,8	602	2,7	614	2,7

Fonte: ISTAT

Analizzando le tipologie di famiglia, possiamo osservare che crescono i *single*, infatti, più di un quarto delle famiglie è rappresentato da persone sole: per esattezza il 26% per un totale di 6,1 milioni di individui (+1% rispetto al 2002-2003). Le donne vivono sole più frequentemente: 16% dei casi contro il 10% degli uomini. Analizzando le persone sole di 60 anni e oltre, tale percentuale sale al 57%, con un differenziale di genere elevato: infatti sono soprattutto le donne di 60 anni e più a essere sole, con un valore poco più che doppio (71%) rispetto a quello degli uomini (35% circa).

A livello territoriale il numero di persone sole è maggiore nelle Regioni del Nord e del Centro; detiene il primato la Liguria con il 35% (il 21% è rappresentato dal persone di sesso femminile, valore peraltro in diminuzione rispetto al 2002-2003, e il restante 14% da maschi, in aumento rispetto alla rilevazione del 2002-2003).

Al contrario, la Puglia, con il 22%, è la Regione in cui risiede il minor numero di persone che vivono sole.

Considerando le persone sole con 60 anni è più, le analisi si invertono: le percentuali più elevate si registrano, infatti, tra le Regioni del Sud. Il primato della Regione in cui risiede il maggior numero di persone sole all'età di 60 anni e più spetta alla Puglia con il 65% (39% per gli uomini e l'80% per le donne). A registrare la percentuale minore è il Lazio, con il 52% (il 32% e 64% rispettivamente per uomini e donne). La maggioranza dei nuclei familiari è comunque ancora costituita da coppie con o senza figli, anche se le prime sono in diminuzione rispetto agli anni precedenti. Per le coppie con figli si passa, infatti, dal 59% del 2002-2003, al 57% nel 2006 2007. L'incidenza delle coppie con figli è massima in Campania (65%), in Sicilia e Sardegna (63%) e in Calabria e Puglia (62%); risulta invece mediamente inferiore al Nord: il valore inferiore si registra in Liguria (50%).
Nel 2006-2007, rispetto al 2002-2003, si registra una riduzione del numero di coppie con figli in tutte le Regioni, ad eccezione della Toscana in cui il numero di coppie con figli rimane all'incirca costante.
I genitori soli con figli sono invece aumentati passando dall'11% del 2002-2003, al 13% del 2006-2007.

Tabella 1.13 - Coppie e genitori soli con figli per Regione di residenza
Valori %

Regione	Media 2002-2003	Media 2005-2006	Media 2006-2007
Italia	58,9	57,2	56,7
Piemonte	52,0	50,8	50,5
Valle d'Aosta	52,9	51,4	52,8
Lombardia	57,2	55,6	54,7
Trentino A. A.	59,5	58,0	58,4
P. A. Bolzano	61,1	57,6	58,8
P. A. Trento	58,1	58,5	58,0
Veneto	57,7	57,9	56,6
Friuli Venezia G.	51,4	51,0	50,4
Liguria	49,4	46,7	46,8
Emilia Romagna	53,6	50,1	50,7
Toscana	52,4	50,7	52,5
Umbria	57,8	56,0	55,3
Marche	57,8	57,0	54,7
Lazio	58,7	57,7	56,9
Abruzzo	60,2	57,3	58,3
Molise	61,5	60,0	60,7
Campania	66,2	67,3	64,9
Puglia	67,7	62,5	61,9
Basilicata	62,7	61,1	60,6
Calabria	65,1	62,5	61,8
Sicilia	65,2	61,6	62,6
Sardegna	64,4	63,8	62,5

Fonte: ISTAT

Le coppie senza figli rappresentano il 31% del totale dei nuclei familiari, registrando l'1,4% in più rispetto alla media del 2002-2003 (quando erano il 29%)
Le coppie senza figli, nel 2006-2007, sono più frequenti in Friuli Venezia Giulia (38%), Liguria (37%), Piemonte (36%) e Emilia Romagna (35%); viceversa in Campania (21%), Calabria (24%), Sicilia e Sardegna (rispettivamente 25%).

Tabella 1.14 - Coppie senza figli per Regione di residenza
Valori %

Regione	Media 2002-2003	Media 2005-2006	Media 2006-2007
Italia	29,2	30,2	30,6
Piemonte	36,6	36,6	36,3
Valle d'Aosta	35,3	34,3	33,3
Lombardia	31,2	31,8	33,4
Trentino A. A.	26,3	29,6	28,5
P. A. Bolzano	25,4	28,0	26,0
P. A. Trento	27,2	31,0	30,8
Veneto	31,3	31,1	31,5
Friuli Venezia Giulia	33,6	36,3	37,9
Liguria	37,4	38,2	37,4
Emilia Romagna	35,9	36,1	35,4
Toscana	34,9	37,0	34,9
Umbria	31,5	30,2	31,2
Marche	31,1	30,7	32,4
Lazio	28,3	29,2	29,6
Abruzzo	29,0	31,2	30,7
Molise	27,5	28,9	28,1
Campania	19,3	20,1	21,1
Puglia	21,9	25,8	27,0
Basilicata	27,2	28,7	30,9
Calabria	24,8	24,4	24,4
Sicilia	23,7	25,4	25,2
Sardegna	22,1	23,3	25,3

Fonte: ISTAT

Le famiglie numerose (con 5 o più componenti) sono il 6% circa. Ancora meno sono le famiglie "estese", ovvero tipologie familiari all'interno delle quali si individuano due nuclei (coppia o nuclei monogenitore), oppure un solo nucleo con membri aggregati alla famiglia: esse rappresentano il 5% delle famiglie totali, in diminuzione rispetto agli anni precedenti.
Le famiglie numerose dimorano soprattutto al Sud: la Campania, nel 2006-2007, ne ha il 13%, più del doppio del valore medio nazionale, sebbene in flessione rispetto al 2002-2003 quando erano il 14%).
In generale, le famiglie numerose, negli anni osservati, diminuiscono in tutte le Regioni italiane, e maggiormente al Sud. L'unica Regione in controtendenza è la Basilicata (dal 7% all'8%).

Tra il 2006-2007 il maggior numero di famiglie con aggregati più nuclei si registra tra le Regioni del Centro: in Umbria e nelle Marche corrispondono all'incirca all'8% (tra il 2002-2003 in Umbria erano il 10%), in Toscana al 7% (tra il 2002-2003 erano ancora il 10%). Anche Abruzzo e Campania si distinguono tra le altre Regioni per un numero maggiore di famiglie con più aggregati (il 7%).

1.6. Quadro economico

Le dimensioni economiche e, in particolare reddituali, sono fra le principali determinanti della spesa sanitaria e delle sue differenze; l'aspetto economico è, però, rilevante anche a livello macro: esso è infatti determinante per comprendere gli sviluppi del finanziamento pubblico, come anche analizzare le problematiche di sostenibilità dei sistemi sanitari.

PIL

A livello nazionale il PIL in termini nominali è passato da € 420.324 milioni del 1985 a € 1.572.244 milioni del 2008, con un incremeneto del 241,1% pari al 5,9% medio annuo.
Il PIL è cresciuto in tutte le Regioni, ma quelle del Nord continuano a presentare valori del PIL significativamente più elevati, e anche tassi di crescita più dinamici.

Tabella 1.15 - PIL regionale - Valori in Mil. di euro

Regione	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Italia	420.324,5	682.152,9	947.338,7	1.191.057,0	1.429.479,3	1.572.244,2
Piemonte	38.183,4	60.335,4	80.275,2	98.724,6	116.253,1	126.855,7
Valle d'Aosta	1.244,7	2.003,0	2.831,8	3.184,0	3.911,9	4.280,0
Lombardia	85.600,3	141.638,1	199.100,9	247.051,8	297.600,4	326.130,5
P. A. Bolzano	-	-	10.185,6	12.782,3	15.218,7	17.059,0
P. A. Trento	-	-	9.501,3	12.202,0	14.451,3	16.062,3
Veneto	35.898,7	59.457,5	87.105,1	111.712,3	134.177,4	147.982,8
Friuli Venezia G.	8.922,6	15.402,4	21.700,9	27.253,4	32.536,7	36.052,2
Liguria	13.696,1	21.359,3	27.038,7	33.689,9	39.668,7	43.766,0
Emilia Romagna	36.057,7	58.387,5	82.573,8	106.293,5	124.184,7	139.529,4
Toscana	29.488,6	45.227,9	62.949,2	79.808,3	96.128,1	106.073,2
Umbria	5.911,4	9.448,8	13.111,6	16.649,7	19.628,1	21.747,8
Marche	10.292,9	16.528,7	23.463,8	30.560,7	37.194,9	41.612,2
Lazio	41.459,7	68.676,4	99.562,9	123.325,0	154.814,9	171.300,2
Abruzzo	7.870,0	13.260,4	18.149,3	22.729,7	26.116,7	29.177,1
Molise	1.780,3	2.973,7	3.954,0	4.907,7	5.711,8	6.498,9
Campania	28.117,8	44.763,0	59.203,0	75.421,3	91.731,1	98.031,5
Puglia	18.979,9	31.712,4	43.665,8	55.923,1	64.867,5	71.446,1
Basilicata	2.916,3	4.636,1	6.795,1	8.825,4	10.059,7	11.198,1
Calabria	9.313,1	14.455,0	20.999,1	26.145,5	31.676,4	34.156,2
Sicilia	26.545,3	42.327,9	54.062,0	66.712,4	80.842,0	87.803,0
Sardegna	9.160,7	14.702,3	20.724,6	25.994,6	31.431,0	34.035,9

Fonte: ISTAT

Tabella 1.16 - Variazioni del PIL nominale - Valori %

Regione	1990/1985	1995/1990	2000/1995	2005/2000	2008/2005	2008/1985
Italia	62,29	38,87	25,73	20,02	9,99	274,05
Piemonte	58,01	33,05	22,98	17,75	9,12	232,23
Valle d'Aosta	60,92	41,38	12,44	22,86	9,41	243,85
Lombardia	65,46	40,57	24,08	20,46	9,59	280,99
P. A. Bolzano	-	-	25,49	19,06	12,09	-
P. A. Trento	-	-	28,42	18,43	11,15	-
Veneto	65,63	46,50	28,25	20,11	10,29	312,22
Friuli Venezia G.	72,62	40,89	25,59	19,39	10,80	304,05
Liguria	55,95	26,59	24,60	17,75	10,33	219,55
Emilia Romagna	61,93	41,42	28,73	16,83	12,36	286,96
Toscana	53,37	39,18	26,78	20,45	10,35	259,71
Umbria	59,84	38,77	26,98	17,89	10,80	267,89
Marche	60,58	41,96	30,25	21,71	11,88	304,28
Lazio	65,65	44,97	23,87	25,53	10,65	313,17
Abruzzo	68,49	36,87	25,24	14,90	11,72	270,74
Molise	67,03	32,97	24,12	16,38	13,78	265,05
Campania	59,20	32,26	27,39	21,62	6,87	248,65
Puglia	67,08	37,69	28,07	15,99	10,14	276,43
Basilicata	58,97	46,57	29,88	13,99	11,32	283,99
Calabria	55,21	45,27	24,51	21,15	7,83	266,75
Sicilia	59,46	27,72	23,40	21,18	8,61	230,77
Sardegna	60,49	40,96	25,43	20,91	8,29	271,54

Fonte: ISTAT

Nello stesso periodo, il PIL in termini reali ha subito un incremento del 44,4% pari al 1,6% medio annuo.

Analizzano il valore del Pil in termini reali, si osserva come nel periodo 1985-2008 si cresciuto in media (annua) del 1,6%, ma in modo declinante: dal 2,9% del primo quinquennio allo 0,8% dell'ultimo periodo. Le Regioni che maggiormente hanno contribuito a tale crescita sono il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e le Marche con un incremento del 2,1% medio annuo, e l'Emilia Romagna con il 2,0% medio annuo. Quelle in cui la crescita del PIL è stata minore sono la Valle d'Aosta (0,6%), la Liguria con il 0,8% e quindi Campania e Sicilia con l'1,0%.

Appare utile confrontare la perfomance dell'economia italiana con quella dei Paesi OECD.

Se il valore del PIL in termini nominali è cresciuto in tutti i Paesi OECD, gli incrementi maggiori, in tutto il periodo osservato, si sono registrati in Turchia (+53,9% medio annuo), Messico (+26,4%), Grecia (+11,7%), Islanda (+11,75%), Corea (+11,3%), Portogallo (+9,2%) e in Irlanda (+9,1%); quello inferiore, in Giappone (+2,0%), Svizzera (+3,5%), Germania (+3,8%), Francia (+4,3%), Danimarca (+4,4%), Austria (+4,5%), Belgio (+4,5%), Olanda (+4,,8%), Finlandia (+5,2%), Canada (+5,3%), Stati Uniti e Svezia (+5,5%). Il confronto condotto è però falsato dalla dinamica dei prezzi, per cui si ripete sulla base degli andamenti reali del PIL.

La crescita maggiore si è registrata in Corea (+6,2% medio annuo nel periodo 1985-2005) e in

Tabella 1.17 - PIL regionale a prezzi costanti
Valori in Mil. di euro (prezzi del 2000)

Regione	1985	1990	1995	2000	2005	2008
Italia	883.887,5	1.017.673,3	1.084.022,5	1.191.057,0	1.244.782,2	1.276.578,0
Piemonte	77.094,0	87.539,0	92.316,9	98.724,6	101.161,1	102.867,8
Valle d'Aosta	3.040,0	3.318,5	3.370,4	3.184,0	3.398,3	3.512,0
Lombardia	177.807,5	214.296,6	227.515,5	247.051,8	259.959,6	266.264,5
P. A. Bolzano	-	-	11.670,5	12.782,3	13.284,2	13.764,5
P. A. Trento	-	-	10.879,6	12.202,0	12.531,7	12.940,0
Veneto	75.195,6	88.076,0	98.868,4	111.712,3	116.917,0	121.014,9
Friuli Venezia G.	17.948,2	21.665,7	24.555,4	27.253,4	28.146,8	29.164,5
Liguria	28.910,7	30.996,9	30.973,4	33.689,9	34.044,0	34.956,5
Emilia Romagna	72.994,8	84.701,1	94.810,3	106.293,5	109.019,1	114.355,4
Toscana	60.540,0	66.471,6	72.510,7	79.808,3	83.690,8	85.847,9
Umbria	11.852,0	13.629,7	14.911,1	16.649,7	17.183,8	17.641,9
Marche	20.699,8	23.661,9	26.819,4	30.560,7	32.560,3	33.750,7
Lazio	93.992,0	108.918,0	115.515,5	123.325,0	134.725,2	139.711,8
Abruzzo	16.454,8	19.371,2	20.276,4	22.729,7	22.800,0	23.675,4
Molise	3.653,4	4.232,1	4.479,6	4.907,7	5.045,2	5.276,4
Campania	62.286,7	68.231,8	68.958,0	75.421,3	78.888,0	78.447,3
Puglia	40.588,6	47.474,8	49.273,3	55.923,1	56.304,8	57.595,0
Basilicata	6.041,7	6.669,0	7.456,3	8.825,4	8.740,3	8.972,0
Calabria	19.672,9	21.603,4	23.387,3	26.145,5	27.470,5	27.455,1
Sicilia	55.976,7	62.756,8	61.452,9	66.712,4	70.730,0	71.052,1
Sardegna	20.260,9	22.464,2	23.762,9	25.994,6	27.163,6	27.248,1

Fonte: ISTAT

Irlanda (+5,6%).
All'estremo opposto il Paese che registra la crescita minore è proprio l'Italia (+1,7% medio annuo nel periodo 1985-2005), seguita dalla Svizzera (+1,8%) e dalla Danimarca (+1,9%).

Tabella 1.18 - Variazioni medie annue PIL a valori costanti (prezzi 2000) Paesi OECD - Valori %

Paese	1990/1985	1995/1990	2000/1995	2005/2000	2008/2005	2008/1985
Australia	2,89	3,24	3,89	3,36	3,09	3,31
Austria	2,88	2,07	2,99	1,59	3,02	2,46
Belgio	3,09	1,59	2,86	1,58	2,25	2,27
Canada	2,88	1,72	4,13	2,54	1,93	2,70
Repubblica Ceca	-	-0,96	1,48	3,74	5,12	-
Danimarca	1,41	2,34	2,86	1,26	1,39	1,89
Finlandia	3,34	-0,76	4,82	2,51	3,38	2,57
Francia	3,26	1,15	2,81	1,67	1,65	2,15
Germania	3,30	2,20	2,01	0,59	2,29	2,06
Grecia	1,24	1,25	3,45	4,08	3,66	2,65
Ungheria	-	-	3,92	4,24	1,85	-
Islanda	3,17	0,26	4,88	4,29	3,73	3,21
Irlanda	4,71	4,63	9,61	5,47	2,70	5,64
Italia	3,14	1,27	1,90	0,89	0,84	1,67
Giappone	4,79	1,52	0,98	1,30	1,23	2,02
Corea	9,64	7,81	4,38	4,49	4,16	6,24
Lussemburgo	7,48	3,95	6,13	3,59	3,99	5,11
Messico	1,68	1,53	5,45	1,87	3,26	2,70
Olanda	3,35	2,29	4,05	1,32	3,00	2,78
Nuova Zelanda	0,58	3,11	2,67	3,91	1,26	2,39
Norvegia	1,70	3,73	3,68	2,22	2,51	2,79
Polonia	-	2,18	5,41	3,08	6,00	-
Portogallo	5,67	1,70	4,08	0,87	1,06	2,80
Rep. Slovacca	-	-	3,38	4,90	8,40	-
Spagna	4,50	1,51	4,11	3,27	2,80	3,27
Svezia	2,55	0,67	3,34	2,56	2,17	2,26
Svizzera	2,91	0,10	2,04	1,31	3,00	1,77
Turchia	5,56	3,21	4,12	4,55	4,12	4,33
Regno Unito	3,32	1,64	3,44	2,50	1,98	2,62
Stati Uniti	3,22	2,52	4,35	2,41	1,74	2,94

Fonte: OECD

A livello Nazionale il PIL pro-capite, a prezzi correnti, è passato da € 7.428, nel 1985, a € 26.371 nel 2008, in poco più di un ventennio è aumentato di € 18.280.
A prezzi costanti, il PIL pro-capite , è passato da € 13.300, nel 1985, a € 21.412 nel 2008, in poco più di un ventennio è aumentato di € 8.112. Tutte le Regioni del Nord presentano valori del PIL pro-capite al di sopra della media nazionale: le Regioni più “ricche” sono la Valle d’Aosta, la provincia autonoma di Bolzano e la Lombardia. Al Centro si evidenziano dati difformi: Lazio e Toscana presentano valori più elevati della media nazionale, le Marche è allineato

Tabella 1.19 - PIL regionale pro-capite - Valori in euro

Regione	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Italia	7.427,8	12.032,1	16.665,5	20.923,8	24.451,3	26.371,4
Piemonte	8.686,1	13.953,1	18.838,6	23.366,6	26.847,2	28.822,5
Valle d'Aosta	11.064,3	17.507,6	24.275,1	26.783,4	31.837,9	33.973,7
Lombardia	9.684,0	16.027,6	22.431,4	27.538,5	31.682,9	33.822,5
P. A. Bolzano	-	-	22.827,4	27.875,4	31.900,5	34.538,7
P. A. Trento	-	-	20.836,8	25.933,7	29.045,1	31.288,8
Veneto	8.258,0	13.623,7	19.796,3	24.907,7	28.548,7	30.623,4
Friuli Venezia G.	7.321,5	12.833,7	18.342,0	23.129,8	27.007,7	29.501,2
Liguria	7.770,7	12.605,7	16.475,4	21.219,0	24.912,7	27.186,9
Emilia Romagna	9.181,4	14.965,8	21.200,0	26.941,1	29.914,1	32.632,3
Toscana	8.289,6	12.801,2	17.958,8	22.859,1	26.715,1	28.847,4
Umbria	7.313,5	11.670,9	16.114,4	20.283,8	22.851,6	24.589,0
Marche	7.270,4	11.619,2	16.347,4	20.966,0	24.490,0	26.793,6
Lazio	8.209,9	13.424,8	19.319,2	24.101,2	29.376,8	30.803,8
Abruzzo	6.409,4	10.667,9	14.469,0	18.023,2	20.101,0	22.037,3
Molise	5.408,5	9.000,7	12.010,6	15.204,8	17.741,2	20.256,2
Campania	5.081,3	7.982,0	10.401,8	13.192,0	15.845,8	16.868,9
Puglia	4.815,8	7.902,0	10.766,4	13.862,5	15.945,2	17.526,1
Basilicata	4.772,7	7.587,3	11.143,1	14.673,6	16.863,3	18.947,8
Calabria	4.478,0	6.947,3	10.170,3	12.892,2	15.765,2	17.012,6
Sicilia	5.372,3	8.516,8	10.802,3	13.360,9	16.126,2	17.457,0
Sardegna	5.673,1	8.976,1	12.552,0	15.865,6	19.048,5	20.434,4

Fonte: ISTAT

con il livello nazionale, mentre l'Umbria è al di sotto. In tutte le Regioni del Sud il livello del PIL pro-capite è inferiore a quello medio nazionale. Le Regioni più povere sono Calabria, Sicilia e Puglia.

Finanza pubblica

Un elemento critico dell'economia italiana è rappresentato dal notevole debito pubblico (valore nominale di tutte le passività lorde consolidate delle amministrazioni pubbliche centrali, enti locali e istituti previdenziali pubblici.

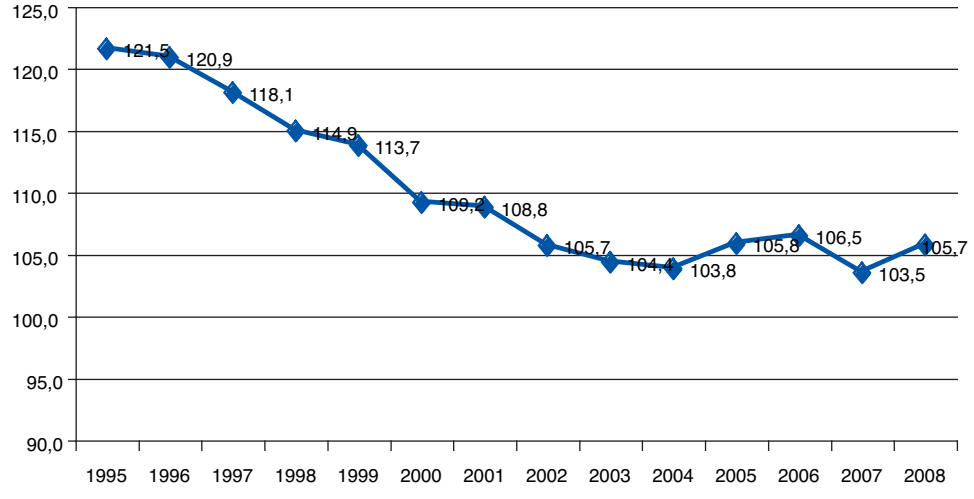
Tabella 1.20 - Debito pubblico su PIL
Valori %

Anno	Debito pubblico/PIL	Variazione
1995	121,5	-
1996	120,9	-0,7
1997	118,1	-2,8
1998	114,9	-3,1
1999	113,7	-1,2
2000	109,2	-4,6
2001	108,8	-0,4
2002	105,7	-3,1
2003	104,4	-1,3
2004	103,8	-0,5
2005	105,8	2,0
2006	106,5	0,7
2007	103,5	-3,0
2008	105,7	2,2

Fonte: ISTAT

L'andamento del debito pubblico rispetto al PIL dal 1995 è stato calante sino al 2004 per poi subire una nuova accelerazione nel 2005.
Nel 2007 si è registrato un nuovo calo e successivamente una lieve ripresa nel 2008.

Figura 1.12 - Andamento del rapporto Debito Pubblico/PIL - Valori %



Fonte: Commissione Europea

Se si prende in considerazione la situazione generale dell'Unione Europea, nel 2008 il rapporto debito/Pil si è attestato in media al 61,5%: l'Italia è il Paese con il rapporto maggiore pari al 105,7%, con una riduzione di 15,8 punti dal 1995; solo la Grecia supera il 90% (il Belgio lo sfiora), avendo nello stesso periodo ridotto il rapporto rispettivamente di 11,1 e 40,2 punti percentuali.

Tabella 1.21 - Debito pubblico in rapporto al PIL Paesi dell'Unione Europea - Valori %

Paese	1995	2000	2005	2008
Austria	68,3	66,5	63,7	62,5
Cipro	n.d.	58,8	69,1	49,1
Belgio	129,8	107,8	92,2	89,6
Finlandia	56,7	43,8	41,4	33,4
Francia	55,5	57,3	66,4	68,0
Germania	55,6	59,7	67,8	65,9
Grecia	108,7	103,2	98,8	97,6
Irlanda	82,1	37,8	27,5	43,2
Italia (a)	**121,5**	**109,2**	**105,8**	**105,7**
Lussemburgo	7,4	6,2	6,1	14,7
Malta	35,3	55,9	69,8	64,1
Paesi Bassi	76,1	53,8	51,8	58,2
Portogallo	61,0	50,5	63,6	66,4
Slovacchia	22,1	50,3	34,2	27,6
Slovenia	n.d.	n.d.	27,0	22,8
Spagna	63,3	59,3	43,0	39,5
EUR-16	**72,3**	**69,2**	**70,0**	**69,3**
Bulgaria	n.d.	74,3	29,2	14,1
Danimarca	72,5	51,5	37,1	33,3
Estonia	9,0	5,2	4,5	4,8
Lettonia	15,1	12,3	12,4	19,5
Lituania	11,9	23,7	18,4	15,6
Polonia	49,0	36,8	47,1	47,1
Regno Unito	n.d.	41,0	42,3	52,0
Repubblica Ceca	14,6	18,5	29,8	29,8
Romania	7,0	22,6	15,8	13,6
Svezia	72,2	53,6	51,0	38,0
Ungheria	87,4	54,3	61,7	73,0
EU-27	**n.d.**	**61,9**	**62,7**	**61,5**

Fonte: Commissione Europea.

(a) Il debito dell'Italia è stato aggiornato con i dati forniti dalla Banca d'Italia (Relazione Annuale 2008)

Tabella 1.22 - Variazione del debito pubblico in rapporto al PIL Paesi dell'Unione Europea - Valori %

Paese	2000/1995	2005/2000	2008/2005	2008/1995
Austria	-1,80	-2,80	-1,20	-5,80
Cipro	n.d.	10,30	-20,00	n.d.
Belgio	-22,00	-15,60	-2,60	-40,20
Finlandia	-12,90	-2,40	-8,00	-23,30
Francia	1,80	9,10	1,60	12,50
Germania	4,10	8,10	-1,90	10,30
Grecia	-5,50	-4,40	-1,20	-11,10
Irlanda	-44,30	-10,30	15,70	-38,90
Italia	**-12,30**	**-3,40**	**-0,10**	**-15,80**
Lussemburgo	-1,20	-0,10	8,60	7,30
Malta	20,60	13,90	-5,70	28,80
Paesi Bassi	-22,30	-2,00	6,40	-17,90
Portogallo	-10,50	13,10	2,80	5,40
Slovacchia	28,20	-16,10	-6,60	5,50
Slovenia	n.d.	n.d.	-4,20	n.d.
Spagna	-4,00	-16,30	-3,50	-23,80
EUR-16	**-3,10**	**0,80**	**-0,70**	**-3,00**
Bulgaria	n.d.	-45,10	-15,10	n.d.
Danimarca	-21,00	-14,40	-3,80	-39,20
Estonia	-3,80	-0,70	0,30	-4,20
Lettonia	-2,80	0,10	7,10	4,40
Lituania	11,80	-5,30	-2,80	3,70
Polonia	-12,20	10,30	0,00	-1,90
Regno Unito	n.d.	1,30	9,70	n.d.
Repubblica Ceca	3,90	11,30	0,00	15,20
Romania	15,60	-6,80	-2,20	6,60
Svezia	-18,60	-2,60	-13,00	-34,20
Ungheria	-33,10	7,40	11,30	-14,40
EU-27	**n.d.**	**0,80**	**-1,20**	**n.d.**

Fonte: Commissione Europea.

Il mercato del lavoro

Non tutta la popolazione in età attiva si presenta effettivamente sul mercato del lavoro: vuoi per libera scelta, vuoi perché scoraggiata.

Il tasso di attività (persone appartenenti alle forze di lavoro su corrispondente popolazione di riferimento età 15-64) nel 2008 in Italia è pari al 64%, con un lieve incremento rispetto al 2004 (63%).

A livello regionale, la propensione della popolazione a presentarsi nel mercato del lavoro è molto difforme; nelle Regioni del Sud è decisamente minore e in declino: in particolare in Campania si passa dal 54% del 2004 al 49% nel 2008, e in Calabria dal 54% al 51%.

Di contro nelle Regioni del Nord e del Centro è considerevolmente maggiore e crescente: in

Liguria, nel periodo 2004-2008, è passata dal 65% al 69%; analogamente in Umbria è passata dal 66% al 70% e in Friuli Venezia Giulia dal 65% al 69%. La Regione che presenta il tasso di attività più elevato è, comunque, l'Emilia Romagna (con il 74% nel 2008), seguita dalla provincia autonoma di Bolzano.
Analizzando i tassi di attività per genere si nota come questi siano del tutto superiori per gli uomini rispetto alle donne. Il tasso di attività per gli uomini dal 2004 al 2008 è rimasto all'incirca costante pari al 76%, per le donne è passato dal 51% del 2004 al 52% nel 2008.
A livello regionale si nota come il tasso sia inferiore tra le Regioni del Sud e in modo rilevante più basso per le donne. Al Sud il tasso di attività maschile è quasi il doppio di quello femminile. In particolare il tasso di attività più basso, per le donne si registra in: Campania (33% nel 2008 contro il 66% degli uomini), Sicilia (35% contro il 68%), Puglia (36% contro il 71%) e in Calabria (37% contro il 65%).
Nel 2008 le forze di lavoro ammontano in Italia a 25,1 milioni di unità: (24,3 milioni nel 2004), 23,4 milioni sono occupati (22,3 milioni nel 2004) e 1,7 milioni (2,0 milioni nel 2004) sono in cerca di occupazione.
Quindi, le forze di lavoro, dal 2004 al 2008, registrano complessivamente un aumento (di 732.000 unità). La forza lavoro maschile è passata da 14,5 milioni a 14,9 milioni, quella femminile da 9,8 milioni a 10,2 milioni.
Nel 2008 il numero di occupati cresce sia per gli uomini (+671.000) che per le donne (+644.000), e allo stesso tempo, per entrambi i sessi diminuisce il numero di individui in cerca di occupazione (-104.000 per gli uomini e -164.000 per le donne).
Il tasso di occupazione, a livello nazionale, nel 2008 si è posizionato al 60% (con una variazione annua rispetto all'anno precedente pari all'0,04%); dal 2004 il tasso è cresciuto dal 58%, facendo registrare nel periodo 2004-2008, una crescita media annua dello 0,6%.
Le Regioni in cui si è verificata una crescita maggiore del tasso di occupazione sono la Liguria e l'Umbria, nelle quali si è avuta una variazione media annua pari all'1,6%, mentre in Campania e in Calabria si è registrata una variazione negativa rispettivamente del -1,4% e del -1,0%.
La Regione che ha il più alto tasso d'occupazione (72%) è l'Emilia Romagna, seguita dal Trentino Alto Adige con il 70% (72% nella provincia autonoma di Bolzano e 67% nella provincia autonoma di Trento) e il Veneto con il 69%.

Tabella 1.23 - Tasso di occupazione per Regione di residenza
Valori %

Regione	2004	2005	2006	2007	2008
Italia	58,1	58,1	59,1	59,5	59,5
Piemonte	63,9	64,5	65,5	66,0	66,2
Valle d'Aosta	67,6	66,7	67,3	68,6	68,6
Lombardia	66,2	66,3	67,4	67,8	68,1
P. A. Bolzano	70,4	70,3	71,0	71,1	72,1
P. A. Trento	66,3	65,7	66,2	67,1	67,5
Veneto	65,0	65,2	66,3	66,6	67,2
Friuli V. G.	62,9	63,4	65,7	66,3	66,0
Liguria	61,2	62,3	63,3	65,0	65,2
Emilia Romagna	69,3	69,3	70,7	71,6	71,7
Toscana	64,0	64,6	66,0	66,1	66,6
Umbria	62,1	62,5	63,6	65,6	66,2
Marche	64,9	64,7	65,8	66,2	65,8
Lazio	59,1	58,8	59,7	60,4	60,7
Abruzzo	56,9	57,9	58,4	58,6	59,7
Molise	52,5	51,4	52,8	54,2	54,6
Campania	45,5	44,4	44,5	44,2	42,9
Puglia	45,5	44,7	46,0	47,1	47,1
Basilicata	49,5	49,2	50,5	50,1	50,1
Calabria	46,3	45,2	46,1	45,3	44,4
Sicilia	43,6	44,5	45,5	45,0	44,5
Sardegna	51,6	51,8	52,8	53,3	53,1

Fonte: ISTAT

In media nel Paese, il tasso di disoccupazione dal 2004 al 2008, è diminuito dal 8,1% al 6,7%. Le Regioni del Sud presentavano, e continuano a presentare, il tasso di disoccupazione più elevato. La “crisi” iniziata nel 2008 coinvolge maggiormente gli uomini e interessa in particolare il Sud che si conferma l’area più fragile.

Il maggior tasso di disoccupazione si registra in Sicilia (13,8% nel 2008, più del doppio del dato nazionale), seguita da Campania (12,6%) e Sardegna (12,2%). Valori elevati si registrano anche in Calabria (12,1%), Puglia (11,6%) e Basilicata (11,1%).

Le uniche due Regioni che dal 2007 al 2008 hanno registrato un tasso sostanzialmente invariato sono la Valle d’Aosta e il Trentino Alto Adige.

I tassi di disoccupazione più bassi si sono registrati proprio nel Trentino Alto Adige, in particolare nella provincia autonoma di Bolzano con il 2,4%, in Emilia Romagna con il 3,2% e in Valle d’Aosta con il 3,3%.

Nei livelli di disoccupazione di uomini e donne permangono ancora delle differenze. Nel 2004 il tasso riferito alle donne era pari al 10,5%, mentre quello degli uomini al 6,4%. La disoccupazione femminile è diminuita maggiormente (variazione media annua del -5,2%, giungendo così

Tabella 1.23a - Tasso di occupazione per sesso per Regione di residenza
Valori %

Regione	2004		2005		2006		2007		2008	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Italia	70,7	45,5	70,7	45,5	71,7	46,6	72,0	47,0	71,6	47,5
Piemonte	73,8	53,9	74,5	54,4	74,7	56,1	75,1	56,8	74,9	57,4
Valle d'Aosta	75,8	58,9	74,7	58,2	75,6	58,6	76,7	60,1	76,3	60,5
Lombardia	76,9	55,4	76,9	55,3	77,7	56,8	78,4	56,9	78,4	57,5
P. A. Bolzano	80,3	60,2	80,6	59,6	81,5	60,2	81,2	60,6	81,3	62,6
P. A. Trento	76,4	56,0	76,3	54,8	77,0	55,1	77,1	56,6	76,7	57,9
Veneto	77,3	52,4	76,9	53,1	78,3	53,8	78,6	54,3	78,3	55,8
Friuli V. G.	72,7	52,8	72,4	54,1	75,7	55,3	76,1	56,2	75,6	56,0
Liguria	71,9	50,7	73,5	51,2	73,7	53,1	74,3	55,8	74,9	55,6
Emilia Romagna	77,9	60,7	78,2	60,2	79,3	61,9	80,5	62,6	80,5	62,8
Toscana	74,9	53,2	75,0	54,2	76,6	55,5	76,0	56,3	76,5	56,8
Umbria	72,2	52,0	73,7	51,3	73,7	53,6	75,3	56,0	75,3	57,2
Marche	74,9	54,8	75,3	53,9	76,9	54,5	76,8	55,5	75,1	56,3
Lazio	71,2	47,4	69,7	48,3	71,9	48,0	72,9	48,4	72,7	49,1
Abruzzo	69,7	44,1	70,8	45,0	71,8	45,1	72,6	44,6	72,2	47,2
Molise	66,2	38,7	65,6	36,9	67,2	38,3	67,5	40,7	67,4	41,6
Campania	61,9	29,3	61,2	27,9	60,7	28,6	60,6	28,1	58,8	27,4
Puglia	62,4	29,0	63,0	26,9	63,8	28,7	64,5	30,1	64,4	30,3
Basilicata	64,3	34,5	63,9	34,5	66,6	34,3	65,8	34,4	65,2	35,1
Calabria	60,9	31,9	59,4	31,0	60,5	31,9	59,6	31,2	58,1	30,9
Sicilia	60,6	27,2	61,2	28,4	61,8	29,7	61,3	29,2	60,2	29,4
Sardegna	65,3	37,9	66,5	37,1	67,1	38,3	67,4	39,0	65,4	40,5

Fonte: ISTAT

al'8,5%), mentre la diminuzione per gli uomini è stata del -3,5%, portando il tasso al 5,5%: la differenza nei tassi, nel periodo considerato, si è quindi ridotta di 1,2 punti percentuali.

Tabella 1.24 - Tasso di disoccupazione per Regione di residenza
Valori %

Regione	2004	2005	2006	2007	2008
Italia	8,05	7,72	6,79	6,09	6,74
Piemonte	5,25	4,66	4,03	4,23	5,05
Valle d'Aosta	3,00	3,24	3,00	3,18	3,26
Lombardia	4,05	4,09	3,70	3,43	3,73
P. A. Bolzano	2,65	2,75	2,59	2,58	2,36
P. A. Trento	3,19	3,58	3,07	2,90	3,26
Veneto	4,24	4,24	4,04	3,34	3,54
Friuli V. G.	3,92	4,12	3,52	3,41	4,28
Liguria	5,76	5,75	4,77	4,82	5,37
Emilia Romagna	3,70	3,81	3,38	2,86	3,19
Toscana	5,20	5,25	4,82	4,30	5,03
Umbria	5,69	6,09	5,10	4,56	4,82
Marche	5,32	4,68	4,54	4,17	4,65
Lazio	7,94	7,72	7,55	6,38	7,51
Abruzzo	7,92	7,86	6,54	6,22	6,56
Molise	11,34	10,08	9,96	8,10	9,09
Campania	15,64	14,90	12,88	11,23	12,58
Puglia	15,48	14,62	12,77	11,17	11,58
Basilicata	12,85	12,26	10,52	9,55	11,07
Calabria	14,29	14,38	12,88	11,24	12,11
Sicilia	17,24	16,22	13,50	12,96	13,79
Sardegna	13,90	12,93	10,82	9,88	12,22

Fonte: ISTAT

Tabella 1.24a - Tasso di disoccupazione per sesso per Regione di residenza
Valori %

Regione	2004		2005		2006		2007		2008	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Italia	6,36	10,55	6,16	10,05	5,43	8,80	4,89	7,88	5,51	8,53
Piemonte	4,32	6,51	3,34	6,44	3,25	5,08	3,46	5,24	4,04	6,35
Valle d'Aosta	2,16	4,12	2,48	4,26	2,38	3,84	2,35	4,25	2,54	4,19
Lombardia	2,88	5,65	3,14	5,41	2,87	4,84	2,62	4,55	2,95	4,79
P. A. Bolzano	2,01	3,52	2,19	3,54	1,89	3,55	2,02	3,35	1,88	2,99
P. A. Trento	1,83	5,04	2,43	5,18	1,84	4,80	1,84	4,36	2,35	4,48
Veneto	2,53	6,73	2,90	6,18	2,36	6,46	2,04	5,23	2,34	5,21
Friuli V. G.	2,57	5,77	3,23	5,32	2,50	4,92	2,44	4,73	2,68	6,41
Liguria	4,02	8,09	3,22	9,13	3,41	6,57	4,15	5,69	3,99	7,13
Emilia Romagna	2,66	5,01	2,69	5,26	2,63	4,34	2,06	3,89	2,35	4,26
Toscana	3,63	7,31	3,73	7,29	3,14	7,05	2,80	6,25	3,28	7,29
Umbria	3,75	8,25	4,12	8,79	2,64	8,27	2,75	6,90	3,24	6,82
Marche	3,80	7,33	3,35	6,50	3,16	6,44	2,72	6,12	3,87	5,68
Lazio	6,26	10,25	6,41	9,48	6,05	9,62	5,12	8,15	5,88	9,74
Abruzzo	5,51	11,49	4,48	12,73	4,61	9,46	3,88	9,79	5,13	8,66
Molise	8,91	15,26	8,24	13,21	7,20	14,50	6,36	10,89	6,92	12,45
Campania	12,34	21,75	11,87	20,78	10,26	17,88	9,53	14,62	10,44	16,76
Puglia	12,11	21,77	11,54	20,92	10,32	17,68	8,96	15,46	9,38	15,83
Basilicata	9,41	18,63	8,54	18,45	7,94	15,17	6,28	15,25	8,71	15,17
Calabria	11,88	18,54	12,20	18,25	11,19	15,88	9,39	14,55	10,06	15,68
Sicilia	13,85	23,70	13,38	21,60	11,19	17,81	10,62	17,34	11,92	17,27
Sardegna	11,29	18,06	9,84	18,00	8,50	14,64	7,19	14,24	9,83	15,86

Fonte: ISTAT

Capitolo 2

Il sistema di finanziamento della Sanità

2 - Il sistema di finanziamento della Sanità

Cristina Giordani[1]

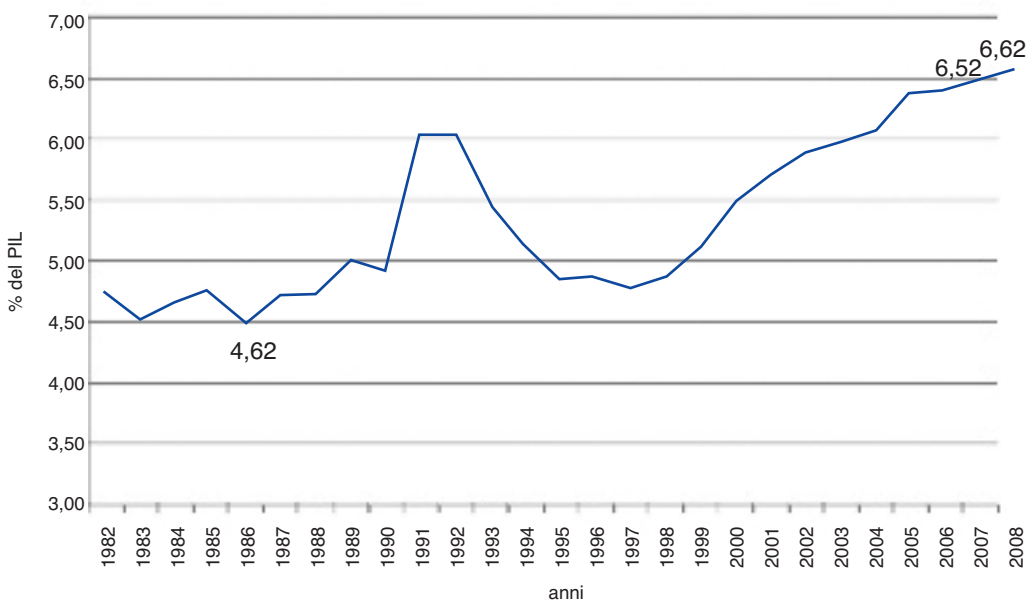
Sintesi

Elementi distintivi dell'analisi 2009 sono:

- Il finanziamento pubblico è la scelta prevalente all'interno dell'area OECD. Il nostro Paese si trova al di sopra della media dei Paesi OECD (nel 2007, 76,5% rispetto ad una media OECD pari al 72,9%). Le stime per il 2008 evidenziano un leggero aumento della quota pubblica nazionale: 77,4%. Considerando un periodo temporale più ampio, si evince come in una prima fase, dal 1970 al 1980, quasi tutti i Paesi OECD considerati, abbiano visto aumentare la quota percentuale di spesa pubblica; successivamente, dal 1980 al 2007 la maggioranza dei Paesi OECD considerati ha registrato un andamento "altalenante". In Italia la quota pubblica di spesa è diminuita di circa 7 punti percentuali dal 1990 al 2000, ma ha poi registrato un aumento di oltre 4/5 punti percentuali dal 2000 al 2008.
- A riprova di una carenza nel "secondo Pilastro della Sanità", l'intera area OECD (con qualche eccezione) ha registrato nell'ultimo decennio un aumento dell'incidenza della spesa *out of pocket* sul totale dei consumi delle famiglie. Si verifica un sostanziale paradosso: sono i Paesi con il più alto reddito pro-capite a registrare la quota minore di spesa *out of pocket* e viceversa. L'Italia registra una quota significativa di spesa *out of pocket*: nel 2007 essa raggiunge infatti l'85,9% della quota privata di finanziamento della spesa sanitaria, anche se il dato è in diminuzione rispetto all'anno precedente.
- L'incidenza del finanziamento del SSN italiano sul PIL è aumentata di 1,7 punti percentuali dal 1982 (4,9%) al 2008 (6,6%, con un aumento dello 0,1% rispetto all'anno precedente). La crescita è avvenuta a tassi piuttosto irregolari, con un picco tra il 1990 e il 1991, ossia subito prima delle importanti riforme del 1992. Dopo il successivo trend di diminuzione, dal 1998 al 2008 si registra una nuova impennata della percentuale. Considerando l'intervallo di tempo 1982-2008, la forbice tra livello di spesa e di finanziamento si è ridotta negli anni, e conseguentemente anche il disavanzo.

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

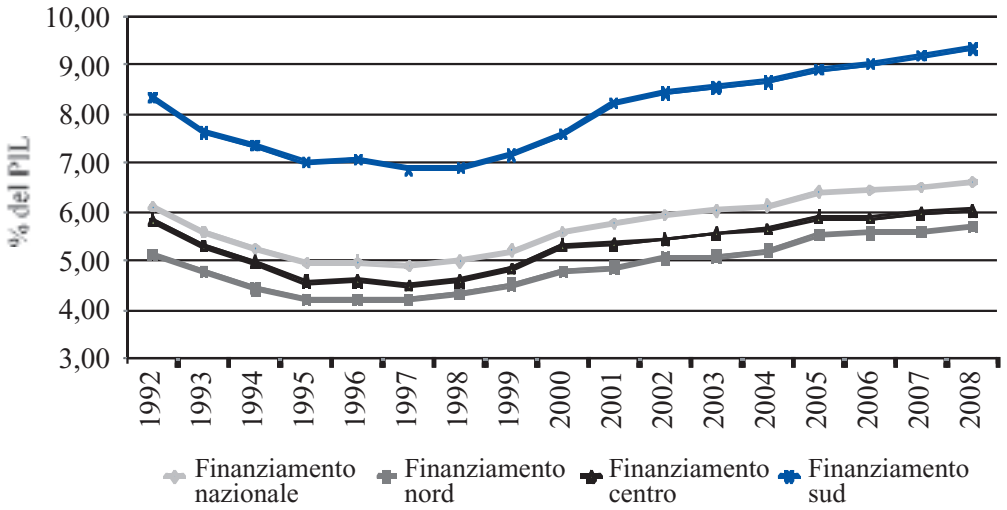
**Figura 2.1 - Rapporto finanziamento del SSN sul PIL. Valori %
Anni 1982-2008**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

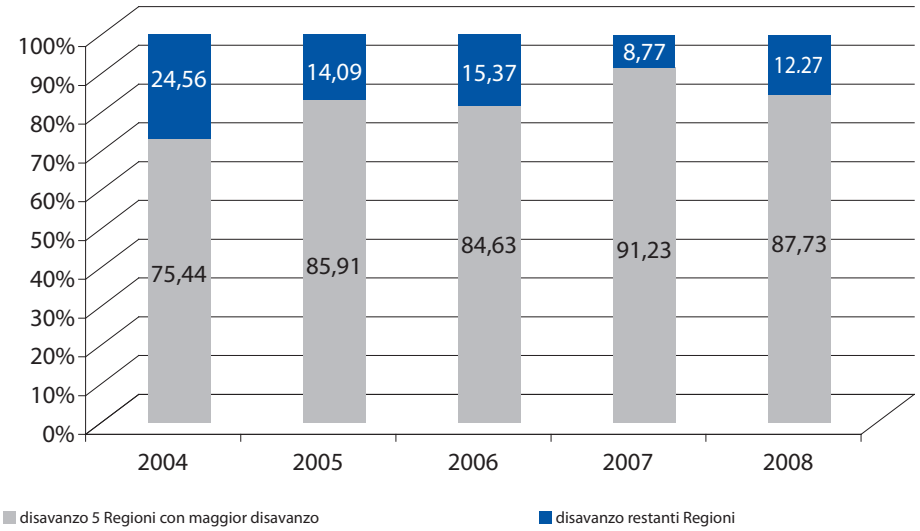
- Il livello di finanziamento regionale è strettamente legato alla quota di popolazione over 65, con poche eccezioni. In pratica si rileva che poco più del 10% di quota di anziani in più, corrisponde di fatto ad un incremento di circa il 22% della quota capitaria. Ci sono alcune eccezioni: è il caso ad esempio del Lazio, che ha un finanziamento inferiore a quello della Calabria, pur registrando una quota di popolazione over 65 superiore, così come accade per la Lombardia rispetto al Veneto.
- Con riferimento alla ripartizione geografica, i dati mostrano come il finanziamento delle Regioni del Sud in percentuale del proprio PIL risulti significativamente più alto rispetto a quello del Centro e del Nord. Tale gap rappresenta una misura della redistribuzione delle risorse attuata col sistema di riparto, e mette in risalto l'importanza dei meccanismi di perequazione all'interno dell'assetto federalista.
- Dal 2003 al 2008, la forbice tra il disavanzo nazionale e quello "concentrato" nelle 5 Regioni "meno virtuose" si è allargata sino al 2004, per poi restringersi negli anni successivi, in particolare nel 2007. Nel 2008, secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute, si registra una sia pur minima diminuzione della concentrazione del disavanzo. Le 5 Regioni con maggior disavanzo (Lazio, Campania, Sicilia, Puglia e Abruzzo) hanno sommato l'88,0% del disavanzo registrato a livello nazionale, con un decremento di oltre 3 punti percentuali rispetto all'anno precedente (nel 2000 la quota del risultato di esercizio attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo era pari a 70,9%).

**Figura 2.2 - Finanziamento su PIL per ripartizione geografica - Valori %
Anni 1992-2008**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

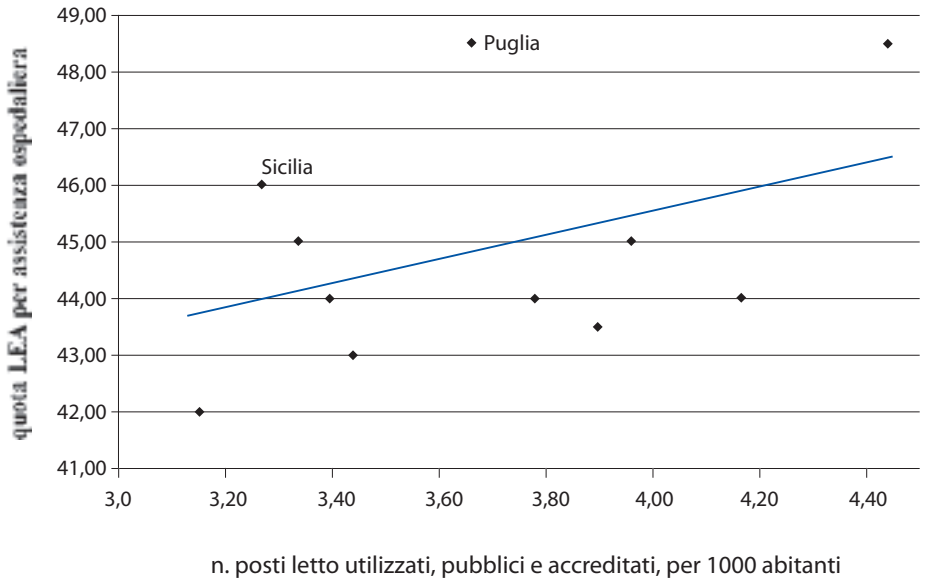
Figura 2.3 - Concentrazione del disavanzo: quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo* Valori % - Anni 2004-2008



** Rispetto al totale dei risultati negativi delle sole Regioni in disavanzo*
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

- Analizzando i risultati di esercizio regionali pro-capite dell'ultimo quinquennio, in tutti gli anni è sempre il Lazio a registrare le perdite di esercizio più consistenti, che risultano essere di molto maggiori rispetto a quelle medie nazionali. Negli ultimi tre anni del quinquennio, subito dopo il Lazio si posiziona con le sue perdite di esercizio il Molise, registrando anch'esso un risultato decisamente peggiore di quello medio nazionale. La Lombardia e il Friuli Venezia Giulia sono tra le Regioni più "virtuose", registrando per ciascuno degli anni considerati degli "utili" di esercizio. Ma se nel calcolo del risultato di esercizio si tiene conto della gestione straordinaria, in alcune Regioni i risultati di esercizio cambiano segno. Ad esempio nel 2008, Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna risulterebbero avere avanzi di esercizio e non perdite. Al contrario, nel 2005 e nel 2006 se si considerassero costi e ricavi straordinari, la Lombardia registrerebbe delle perdite di esercizio e non degli avanzi.
- La definizione dei criteri più idonei per la allocazione delle risorse nei sistemi sanitari è al centro di un dibattito scientifico, che ancora non raggiunge risultati condivisi. I criteri adottati possono essere di tipo oggettivo (es. struttura della popolazione, struttura dei consumi, etc.), oppure di tipo soggettivo/negoziale; in quest'ultima tipologia rientrano criteri strettamente politici (es. accordi politici tra Regioni) e criteri che si basano su considerazioni di carattere finanziario (es. tetti massimi di aumento, etc.). Di fatto, si è evidenziata negli anni una reale difficoltà nel trovare un accordo unanime e condiviso tra le Regioni, relativamente all'utilizzo di criteri di tipo oggettivo, per cui la tendenza è quella dell'adozione di criteri di riparto di tipo negoziale. Il rischio che tale tendenza comporta è che, ad esempio, il riparto

Figura 2.4 - Numero di posti letto per 1.000 abitanti vs quota LEA per assistenza ospedaliera - Valori assoluti e % - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

venga condizionato dalla spesa storica, senza che si tenti neanche di applicare "correzioni" a tale criterio, ad esempio provando a ripianare ex ante il disavanzo atteso. I diversi modelli di riparto delle risorse, come i differenti livelli di accentramento delle risorse, sono spesso legati alle condizioni finanziarie regionali, ovvero alla esigenza di finanziare l'offerta pubblica. Con riferimento, ad esempio, all'assistenza ospedaliera, l'analisi delle scelte operate a livello regionale suggerisce come ad maggior numero di posti letto sia quasi sempre associato un maggiore finanziamento di questo tipo di assistenza.

- Il finanziamento delle politiche sociali, oltre che essere del tutto risibile rispetto alle esigenze della popolazione, così come attualmente impostato, presenta forti criticità riassumibili nella mancata integrazione con la Sanità; nella frammentazione (la L. n. 296/2006, oltre a determinare il Fondo nazionale per le politiche sociali, ha istituito il Fondo per le politiche sulla famiglia, il Fondo per le politiche relative ai diritti ed alle pari opportunità, il Fondo per le non autosufficienze, il Fondo per l'inclusione sociale degli immigrati); nella carenza di una programmazione di medio periodo che rende oggettivamente difficile per le Regioni sostenere lo sviluppo di politiche efficaci; nella mancata definizione dei c.d. LIVEAS (LIVelli Essenziali di Assistenza Sociale), che consentirebbe di ancorare il riparto regionale dei Fondi con parametri oggettivi.

2.1. I sistemi di finanziamento nei Paesi OECD

Il finanziamento della spesa sanitaria può avvenire attraverso risorse sia pubbliche, che private. Esempi di risorse pubbliche sono le entrate generali dello Stato (tasse) e le assicurazioni sociali sanitarie; rappresentano risorse tipicamente private, invece, le spese *out of pocket* a carico delle famiglie e le assicurazioni individuali.

Il finanziamento pubblico è fondamentalmente giustificato da considerazioni di equità, a fronte della riconosciuta meritori età del "bene salute". Di conseguenza, la classificazione dei sistemi sanitari in funzione della natura del finanziamento fornisce utili indicazioni sui livelli di meritorietà attribuiti alla Sanità.

I sistemi sanitari dei Paesi OECD risultano peraltro difficilmente inquadrabili in categorie "pure" (pubblico vs privato): infatti, per lo più, presentano caratteristiche "miste".

Com'è noto, l'Italia, come la maggior parte dei Paesi europei nonché extra-europei (come il Canada o il Giappone), ha implementato un sistema fondamentalmente pubblico, in quanto la parte preponderante della copertura sanitaria è garantita dallo Stato attraverso la fiscalità generale e/o con assicurazioni sociali.

In particolare, la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria è rappresentata dalle entrate derivanti dalla fiscalità generale (sistema c.d. "Beveridgiano"), nei seguenti Paesi: Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Islanda, Italia, Norvegia, Nuova Zelanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna, e Svezia.

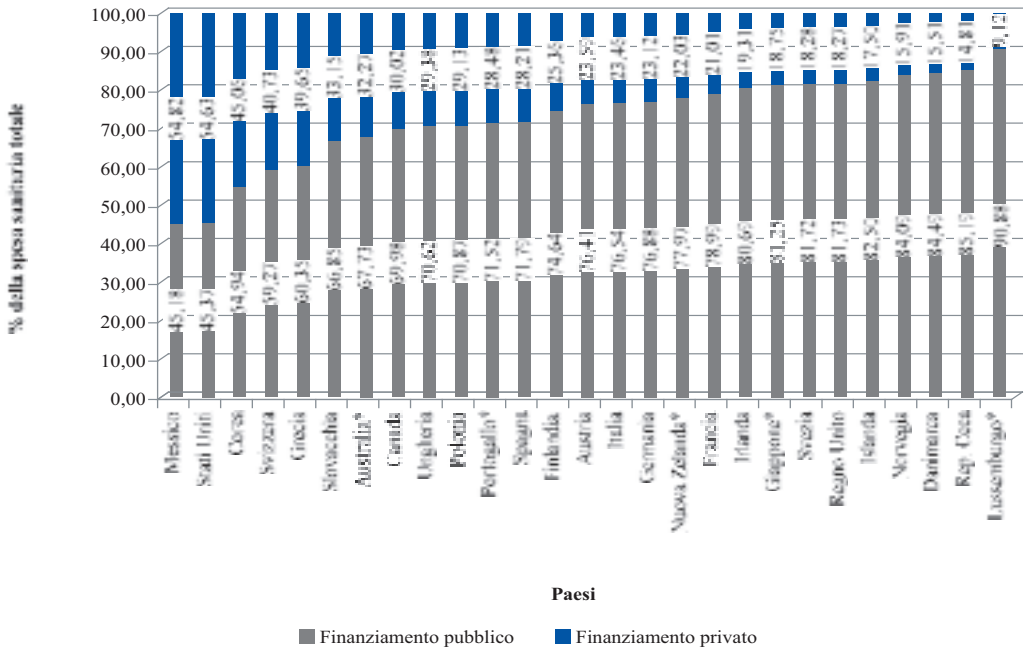
Paesi come Austria, Belgio, Francia, Germania, Giappone, Lussemburgo, Polonia, Ungheria, hanno invece adottato un sistema pubblico c.d. "Bismarckiano": le assicurazioni sociali rappresentano la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria.

L'Olanda dal 2007 ha un sistema misto, per circa il 50% finanziato dalla fiscalità generale, mentre per la restante parte le famiglie sono obbligate a stipulare un'assicurazione privata).

Fra i sistemi classificabili come "privati", si includono gli Stati Uniti, dove pur esistendo pro-

grammi di copertura pubblica di base per le famiglie a basso reddito (Medicaid) e per gli anziani (Medicare), la maggioranza della popolazione ricorre alla stipula di assicurazioni sanitarie private (la copertura pubblica raggiunge poco più del 27% della popolazione, lasciando agli altri la facoltà di stipulare assicurazioni sanitarie private o di non assicurarsi affatto).
Un'altra modalità di classificazione dei sistemi riguarda l'estensione della copertura obbligatoria nella popolazione.
In molti Paesi OECD vige un sistema c.d. "universale", in cui il sistema implica la copertura sanitaria dell'intera popolazione (attraverso il sistema pubblico e/o con assicurazioni obbligatorie).
Mentre, ad esempio, in Italia e Regno Unito la copertura universale viene garantita dal Servizio Sanitario Nazionale, ci sono Paesi, quali la Svizzera e l'Olanda (dal 2007, con la riforma "Hoogervorst"), in cui il sistema universale di copertura è garantito dall'obbligo, per tutti i residenti maggiorenni, di acquistare una polizza sanitaria individuale presso una Compagnia di assicurazione privata.
In alcuni dei Paesi OECD che hanno adottato un sistema di copertura pubblico universale, si registra comunque un significativo ricorso alla spesa sanitaria privata, attribuibile sia alle compartecipazioni, sia a disservizi nei sistemi pubblici (ad es. lunghe liste di attesa), sia alla diversa ampiezza del mercato delle assicurazioni sanitarie private integrative. A titolo di esempio, si può citare il nostro Paese dove la spesa sanitaria privata ha raggiunto, nel 2007, il 23,5%

Figura 2.5 - Spesa sanitaria per fonte di finanziamento - Paesi OECD. Valori % Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

Tabella 2.1 - Alcune caratteristiche dei sistemi sanitari - Paesi OECD - Anno 2007

Paesi	% di copertura (2006)	Assicurazione: Volontaria=v Obbligatoria=o	Destinatari Assicurazione: Individuali=i Collettive=g	Presenza di Assicurazioni vita che includono copertura sanitaria	Assicurazioni private Long Term Care
Australia	100	v	I	si (es. malattie gravi e disabilità)	no
Austria	98	v	i	n.d.	n.d.
Belgio	99	v+o (LTC)	mutue: i private:i	no mutue (n.d. per private)	si
Canada	100	v	(25%)+g (75%) i (10%)+g (90%)	si (malattie gravi, disabilità)	si
Corea	100	v	i	si	si
Danimarca	100	v	i+g	normalmente no	no
Finlandia	100	v	n.d.	n.d.	n.d.
Francia	99,9	v	i+g	n.d.	n.d.
Germania	89,6	v+o	i+g	si (disabilità permanente)	si
Giappone	100	v (o assic. automob)	i+g	si (es. tumori e altre malattie)	si
Grecia	100	v	n.d.	si	n.d.
Irlanda	100	v	i+g	si (es. malattie gravi, spese ospedaliere)	si
Islanda	100	v	i	si	si, recenti
Italia	100	v	i+g	si	si
Lussemburgo	99,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Messico	50,4	v		no	no
Norvegia	100	v	i	n.d.	no
Nuova Zelanda	100	v	i+g	si	no
Olanda	71,2	v	i+g	no	no
Polonia	97,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Regno Unito	100	v	i+g	si (malattie gravi)	n.d.
Rep. Ceca	100	v	i	normalmente no (in alcuni casi si per gravi malattie o disabilità)	no
Slovacchia	97,6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Spagna	99,5	v	i	n.d.	si
Stati Uniti	27,3	v	n.d.	no	si
Svezia	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Svizzera	100	v	n.d.	n.d.	n.d.
Turchia	67,2	v	n.d.	si (malattie gravi)	n.d.
Ungheria	100	v	n.d.	si	no

Fonte: OECD Health Data 2009

Tabella 2.2 - Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria Paesi OECD - Valori % - Anni 1970-2008

	1970	1980	1990	2000	2005	2007	2008
Australia	n.d.	62,63	66,17	67,09	67,41	67,73	n.d.
Austria	63,00	68,82	73,37	76,83	76,14	76,41	n.d.
Canada	69,94	75,58	74,54	70,36	70,27	69,98	69,84
Rep.Ceca	n.d.	n.d.	97,45	90,32	88,61	85,19	n.d.
Danimarca	n.d.	87,78	82,73	82,43	83,73	84,49	n.d.
Finlandia	73,80	79,01	80,92	71,05	73,48	74,64	n.d.
Francia	75,45	80,06	76,58	79,38	79,26	78,99	n.d.
Germania	72,81	78,69	76,20	79,68	76,97	76,88	n.d.
Grecia	42,54	55,60	53,70	60,01	60,11	60,35	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	n.d.	70,73	72,30	70,62	n.d.
Islanda	66,67	88,37	86,59	81,01	81,39	82,50	n.d.
Irlanda	81,69	81,96	71,72	73,48	77,47	80,69	n.d.
Italia	n.d.	n.d.	79,51	72,51	76,23	76,54	77,41
Giappone	69,81	71,29	77,59	81,28	82,69	81,25	n.d.
Corea	n.d.	20,13	36,52	44,88	52,06	54,94	52,66
Lussemburgo	100,00	92,71	93,10	89,25	90,14	90,88	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	40,44	46,56	45,47	45,18	n.d.
Olanda	n.d.	69,35	67,07	63,08	n.d.	n.d.	n.d.
Nuova Zelanda	80,43	87,99	82,40	78,02	77,89	77,97	n.d.
Norvegia	91,56	85,12	82,80	82,49	83,54	84,09	84,19
Polonia	n.d.	n.d.	91,68	70,03	69,40	70,87	n.d.
Portogallo	58,94	64,31	65,53	72,54	71,75	71,52	n.d.
Slovacchia	n.d.	n.d.	n.d.	89,38	74,39	66,85	n.d.
Spagna	65,36	79,92	78,75	71,62	70,58	71,79	n.d.
Svezia	86,03	92,53	89,86	84,89	81,65	81,72	n.d.
Svizzera	n.d.	n.d.	52,38	55,43	59,46	59,27	n.d.
Turchia	n.d.	23,52	60,96	62,93	71,40	n.d.	n.d.
Regno Unito	86,96	89,35	83,55	79,33	81,92	81,73	n.d.
Stati Uniti	36,18	40,82	39,21	43,21	44,45	45,37	n.d.

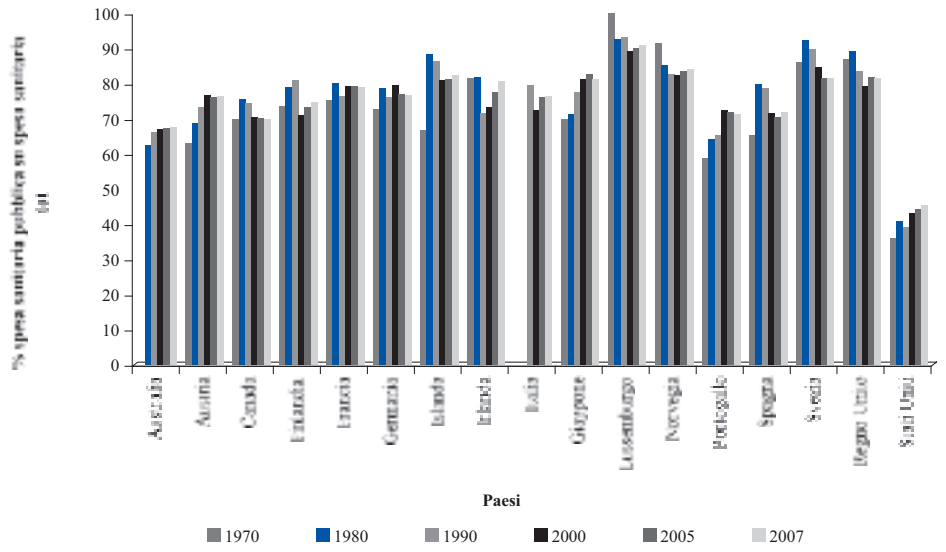
Fonte: Elaborazione Ceis Sanità su dati OECD Health data 2009

della spesa totale.

Osservando la figura precedente, risulta subito evidente come il finanziamento pubblico rappresenti comunque la scelta prevalente all'interno dell'area OECD: su 27 Paesi considerati, la metà di essi ha una quota di spesa pubblica superiore al 75%; in particolare, raggiungono o superano l'80% Irlanda, Giappone, Svezia, Regno Unito, Islanda, Norvegia, Danimarca, Repubblica Ceca e Lussemburgo. Si tratta, come detto, di tutti Paesi con un sistema tipicamente a copertura universale.

Negli altri Paesi, ad eccezione di Svizzera (59,3%), Corea (54,9%), Stati Uniti (45,4%) e Messico (45,2%), tale quota non scende comunque al di sotto del 60%.
Con riferimento all'Italia la quota di finanziamento pubblico raggiunge il 76,5% (tale valore nel 2006 era solo leggermente superiore, 77,2%, mentre nel 2005 era pari al 76,2%), superando così la media dei Paesi OECD analizzati (pari per il 2007 al 72,9%, valore leggermente inferiore alla media 2006 che era pari al 73,4%).

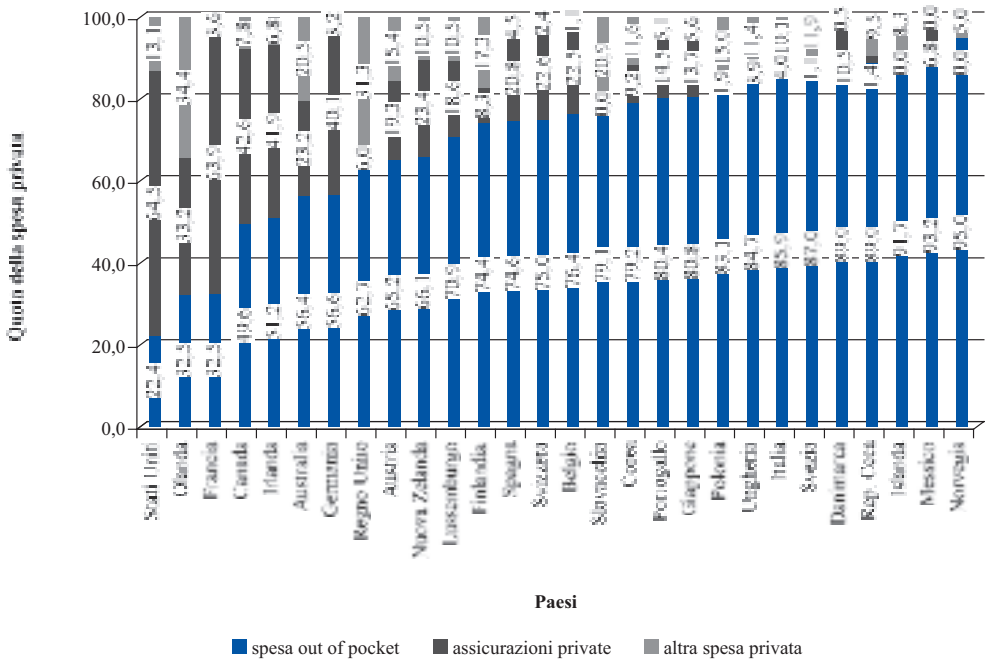
Figura 2.6 - Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria - Paesi OECD. Valori % – Anni 1970-2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

Nel lungo periodo si evince come in una prima fase, dal 1970 al 1980, tutti i Paesi considerati, abbiano visto aumentare la quota percentuale di spesa pubblica, tranne che il Lussemburgo e la Norvegia. Successivamente, dal 1980 al 2007 la maggioranza dei Paesi OECD considerati ha registrato un andamento "altalenante".
Nello specifico, Australia, Corea e Turchia hanno registrato un costante aumento della quota di finanziamento pubblico, mentre hanno diminuito tale quota Canada, Repubblica Ceca,

Figura 2.7 - Composizione del finanziamento privato della spesa sanitaria Paesi OECD. Valori % – Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

Olanda e Slovacchia.

Per quanto attiene alla quota privata di finanziamento, essa comprende la spesa *out of pocket*, ovvero la spesa totalmente a carico delle famiglie (comprese le compartecipazioni alla spesa sanitaria), quella per assicurazioni private, e quella per altre voci residuali che includono, tra gli altri, i prodotti di Istituzioni no-profit e Corporazioni diverse dalle Assicurazioni sanitarie.

Tabella 2.3 - Quota di spesa out of pocket e per assicurazioni private sulla spesa sanitaria totale - Paesi OECD - Valori % - Anno 2007

Paesi	Out of Pocket	Spesa per assicurazioni private
Austria	15,39	4,56
Belgio	18,30	5,40
Canada	14,88	12,78
Rep. Ceca	13,18	0,21
Danimarca	13,80	1,63
Finlandia	18,85	2,11
Francia	6,83	13,43
Germania	13,09	9,28
Ungheria	24,89	1,15
Islanda	16,05	0,00
Irlanda	9,90	8,10
Italia	**20,16**	**0,94**
Corea	35,70	4,13
Messico	51,09	3,73
Olanda	5,55	5,67
Nuova Zelanda	13,98	4,96
Norvegia	15,12	0,00
Polonia	24,25	0,55
Slovacchia	26,23	0,00
Spagna	21,06	5,87
Svezia	15,90	0,20
Svizzera	30,56	9,20
Regno Unito	11,45	1,10
Stati Uniti	12,21	35,25

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009.

Mediamente, nei Paesi OECD il 18,7% della spesa sanitaria totale viene finanziata dalla spesa privata delle famiglie (17,1% nel 2006)[2].
Più in dettaglio, tranne che in 4 Paesi (Stati Uniti, Olanda, Francia e Canada)[3], oltre il 50,0% della quota privata di finanziamento della spesa sanitaria è rappresentata dalla spesa *out of pocket* delle famiglie, con una certa variabilità tra i Paesi OECD. Si passa infatti dal 51,2%

[2] *Sono esclusi da queste considerazioni, per il 2007, Australia, Grecia, Giappone, Lussemburgo, Portogallo e Turchia, per cui non si ha disponibilità di dati confrontabili con riferimento alla suddivisione della spesa privata. Si tenga conto che per il 2006 e il 2005 i Paesi "esclusi" per mancanza di dati erano differenti.*

[3] *Gli stessi 4 Paesi avevano anche nel 2006 una quota di spesa OOP inferiore al 50%.*

dell'Irlanda fino ad arrivare al 95,0% della Norvegia. Si noti, poi, come in due terzi dei Paesi tale quota superi il 70,0%. L'Italia registra una quota significativa di spesa *out of pocket*: nel 2007 essa raggiunge infatti l'85,9% della quota privata di finanziamento della spesa sanitaria, anche se il dato è in diminuzione rispetto all'anno precedente, quando si era attestata al 88,5%.
Nell'ultimo decennio, nell' "area" OECD (tranne che in pochi Paesi, quali Stati Uniti e Francia), si è registrato un generalizzato aumento dell'incidenza della spesa *out of pocket* sul totale dei consumi delle famiglie, anche se il tasso di crescita attualmente sembra stia rallentando; tale trend comporta potenziali problemi sul fronte dell'equità e della solidarietà: infatti, maggiore è la quota di spesa *out of pocket* e per assicurazioni individuali, minore è la solidarietà tra la popolazione.
Con poche eccezioni, si verifica comunque un sostanziale paradosso: i Paesi con il più alto reddito registrano la quota minore di spesa *out of pocket*, e viceversa.
Nel 2007, l'assicurazione sanitaria privata rappresenta mediamente[4] il 5,4% della spesa totale (quasi un punto percentuale in più rispetto al 2006, quando la media era pari al 4,7%) e il 18,5% della spesa privata (stabile rispetto al 2006: 18,4%); anche in questo caso, non manca una certa variabilità fra i Paesi.
Quote rilevanti di finanziamento per mezzo di assicurazioni private si registrano negli Stati Uniti (64,5%, contro il 66,4% del 2006), ma anche in Francia (63,9% contro il 63,0% del 2006), in Canada (42,6%, stabile rispetto al 2006, quando la percentuale era pari a 42,7%), in Irlanda (41,9%, in aumento rispetto al 38,6% dell'anno precedente), in Germania (40,1%, contro il 39,7% del 2006), e in Olanda (33,2%, rispetto al 31,9% dell'anno precedente).
Di contro, in Paesi come la Norvegia, l'Islanda e la Slovacchia, il mercato delle assicurazioni sanitarie private continua ad essere del tutto assente, mentre in altri, pur essendo presente, sono pochi coloro che vi ricorrono: è il caso della Svezia (1,1% della spesa sanitaria privata), della Repubblica Ceca (1,4%), e della Polonia (1,9%).
Anche nel nostro Paese il mercato delle assicurazioni private ha difficoltà a decollare: la quota sul totale della spesa privata si attesta, nel 2007, al 4,0%, restando praticamente invariata rispetto al biennio precedente; di conseguenza, sul totale della spesa sanitaria la quota intermediata dalle assicurazioni private non raggiunge neanche l'1% (0,9% nel 2006).
Il tema dello sviluppo delle forme riconducibili al c.d. "secondo pilastro" è da poco al centro della attenzione delle politiche sanitarie: si veda la recente normativa (D. Min. 31.3.2008 e il D. Min. 15.1.2008)

[4] *Il valore, approssimativo, rappresenta la media delle percentuali registrate nei Paesi di cui si dispone del dato 2007. In particolare, non vengono considerate Grecia e Turchia, mentre si registra la totale assenza di assicurazioni private in Paesi come Islanda, Norvegia e Slovacchia.*

2.2. Il sistema di finanziamento in Italia e il risultato economico di esercizio del SSN italiano

2.2.1. La recente normativa e i dati del finanziamento nazionale

Il sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è stato attraversato negli anni da diverse riforme.

Tra le più rilevanti, quella iniziata a metà degli anni '90, che ha perseguito due obiettivi fondamentali: la separazione delle fonti di finanziamento statali e regionali e la creazione di un sistema di entrate proprie per il finanziamento del sistema sanitario.

Il processo si è svolto all'interno di un più generale rafforzamento dell'autonomia finanziaria locale, potenziata in maniera sostanziale grazie all'introduzione di tributi specifici (l'IRAP per le Regioni, l'ICI per i Comuni, l'ICP per le Province) e all'ampliamento del potere regolamentare di Province e Comuni sulla gestione di tali tributi. In questo contesto, non potendo citare tutte le ulteriori importanti normative che si sono nel tempo succedute, si vuole solo evidenziare alcuni degli ultimi provvedimenti adottati.

La Legge n. 42/2009, ad esempio, delega il Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'art. 119 della Costituzione. In sostanza, i principi fondamentali del federalismo fiscale esplicitati nella Legge delega sono innanzitutto il coordinamento dei centri di spesa con i centri di prelievo, che comporterà automaticamente maggiore responsabilità da parte degli Enti nel gestire le risorse, ma anche la sostituzione della spesa storica, basata sulla continuità dei livelli di spesa raggiunti l'anno precedente, con la spesa standard.

Con la L. n. 102/2009, invece, viene istituito un fondo con dotazione pari a € 800 mln. a decorrere dall'anno 2010, destinato ad interventi da definirsi con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

Con l'Intesa Stato, Regioni e Province autonome del 3.12.2009, è stato poi approvato il Patto per la Salute 2010-2012.

Il nuovo Patto per la Salute (valido per il triennio 2010-2012), stabilisce, tra le altre cose, l'aggiornamento delle risorse per il finanziamento del SSN: € 106,2 mld. per il 2010 (con un incremento, rispetto alla legislazione attuale, di € 1,6 mld., di cui € 584 mln a carico del bilancio della Stato), € 108,7 mld. per il 2011 (con un incremento di € 1,72 mld., di cui € 419 mln a carico del bilancio della Stato) e € 111,7 mld. per il 2012. Con l'Accordo viene altresì previsto il rifinanziamento del Fondo per la non autosufficienza di € 400 mln., per il 2010. Lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria viene incrementato a € 24 mld. Un ultimo importante aspetto analizzato nell'Accordo riguarda le modalità e le procedure di affiancamento delle Regioni con gravi problemi finanziari o di erogazione dei servizi attraverso una più efficace redazione, valutazione e attuazione dei Piani di Rientro.

Infine, la L. 191/2009 (Legge finanziaria 2010) elenca disposizioni da attuare al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2010-2012, di dare attuazione al citato nuovo Patto per la Salute e di assicurare, da

* *Per i dati sul SSN forniti dal Ministero della Salute, si ringraziano in particolare la D.G. della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema e la D.G. del Sistema Informativo*

parte regionale, l'equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza. Con riferimento alle risorse per la Sanità nel triennio, vengono confermate le cifre indicate nel Patto per la Salute 2010-2012.
Con riferimento ai dati sul finanziamento del SSN a livello nazionale, la serie storica del finanziamento corrente[5] in percentuale del PIL, dal 1982 al 2008, conferma un andamento crescente, ma piuttosto irregolare (figura 2.1).
Nel periodo di tempo considerato, si è registrato un aumento dell'incidenza del finanziamento sul PIL pari a 1,7 punti percentuali, passando dal 4,9% del 1982 al 6,6% del 2008. Proprio in quest'ultimo anno si registra il picco massimo del finanziamento in percentuale del PIL (e secondo l'ultima Legge Finanziaria e le stime del PIL, tale quota è destinata ad aumentare), mentre il valore minimo, 4,6% del PIL, è stato registrato nel 1986.

Tabella 2.4 - Finanziamento su PIL per ripartizione geografica Valori % - Anni 2004-2008

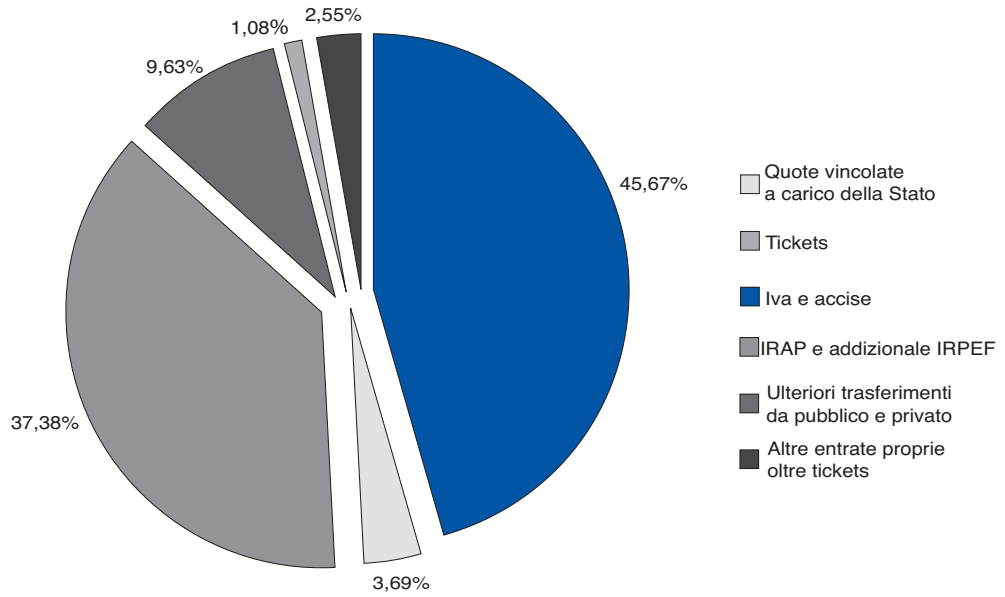
Ripartizione geografica	2004	2005	2006	2007	2008
Italia	6,13	6,41	6,45	6,52	6,62
Nord	5,22	5,53	5,56	5,59	5,68
Centro	5,66	5,89	5,87	5,97	6,02
Sud	8,65	8,90	9,01	9,18	9,33

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero Salute e ISTAT

La crescita del finanziamento è avvenuta a tassi piuttosto irregolari, con un picco tra il 1990 e il 1991, ossia subito prima delle riforme del 1992[6]. Dal 1992 si assiste ad un trend decrescente, che si inverte intorno al 1998.
Analizzando l'andamento del finanziamento, in percentuale del PIL, per ripartizioni geografiche, si nota come esso sia abbastanza omogeneo in tutte le aree del Paese. Si nota, altresì, una ulteriore funzione del finanziamento legata a fattori perequativi. Infatti, il livello di finanziamento delle Regioni del Sud risulta, in percentuale del proprio PIL, più alto rispetto a quello del

[4] *Per tutte le analisi sul finanziamento e sul risultato economico del SSN, la fonte dei dati è il Ministero della Salute (Rapporto Sanità 2008). Il finanziamento corrente è stato calcolato comprendendo i ricavi per intramoenia ed escludendo quelli straordinari e quelli relativi alla mobilità sanitaria interregionale. I saldi della mobilità sono stati presi in considerazione in sede di analisi dei risultati di esercizio regionali. Si precisa, inoltre, che il valore nazionale è il risultato della somma dei valori regionali, mentre non si tiene conto del finanziamento degli altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato (Croce Rossa Italiana e Istituti Zooprofilattici Sperimentali per le rispettive esigenze di funzionamento, Cassa Depositi e Prestiti per il rimborso delle rate dei mutui pre riforma, Università per l'erogazione delle borse di studio ai medici specializzandi).*

Figura 2.8 - Composizione del finanziamento del SSN - Valori % - Anno 2008



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

Centro e del Nord; tale gap fornisce una misura della redistribuzione delle risorse messa in atto ex ante dal sistema di finanziamento, e rende ancora più evidente l'importanza di realizzare un federalismo con una opportuna perequazione tra le Regioni.

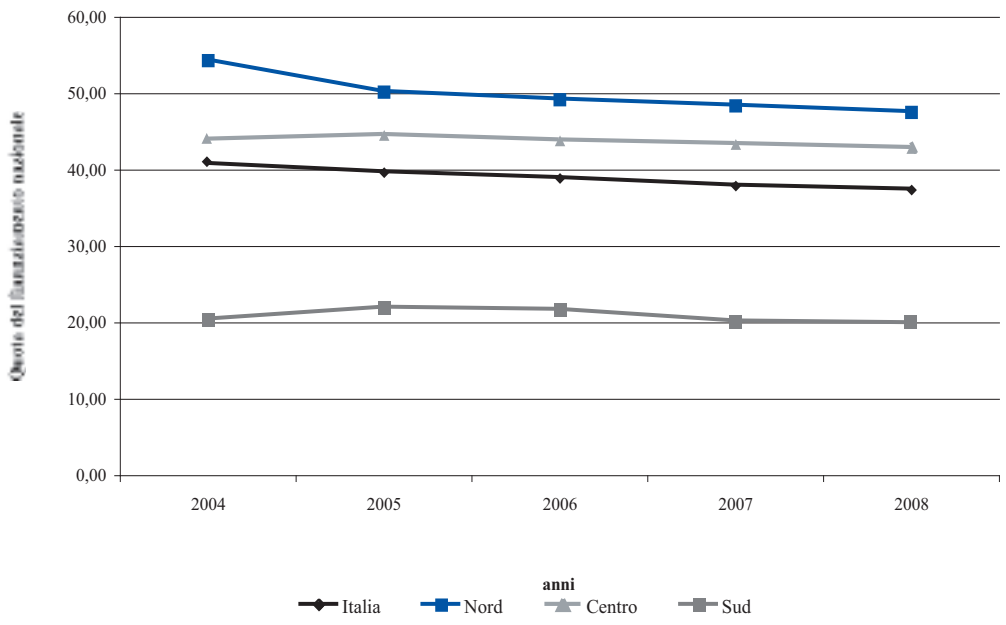
Con riferimento alle fonti del finanziamento del SSN (Regioni e Province Autonome), ed in base a quanto pubblicato nel Rapporto Sanità del Ministero della Salute, nel 2008 la quota maggiore di finanziamento, pari al 45,7% del totale, proviene dagli introiti di IVA e Accise, per un ammontare pari a € 47,5 mld. A seguire, il 37,8% del finanziamento deriva da IRAP e addizionale regionale IRPEF, stimate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze in € 38,9 mld. In coda, le entrate provenienti dai tickets: 1,08% del totale, pari a € 1,12 mld.

A seguire, si descrivono le altre fonti di finanziamento:

- ricavi ed entrate proprie varie, derivanti da tickets introitati dalle aziende sanitarie, dalle prestazioni (sanitarie e non) a soggetti pubblici e privati e da altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, etc.;
- gli ulteriori trasferimenti da pubblico e privato, in cui si ricomprendono principalmente le quote di partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome, a copertura del loro fabbisogno. In questa voce confluiscono poi gli ulteriori trasferimenti da parte della Regione o della Provincia autonoma a carico dei rispettivi bilanci (ad esempio le risorse aggiuntive stanziate al fine del raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario) o da parte di altre Amministrazioni statali, province, comuni e del settore privato;
- fondo sanitario nazionale e quote vincolate a carico dello Stato per le Regioni e le Province

autonome. Avendo il D. Lgs. 56/2000 abolito il fondo sanitario nazionale, restano però in essere i fondi vincolati da norme speciali per il finanziamento di spese sanitarie che riguardano particolari attività e specifici obiettivi. In particolare, tali attività riguardano: assistenza

Figura 2.9 - Quota del finanziamento nazionale proveniente da IRAP e addizionale IRPEF. Valori % - Anni 2004-2008



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

e formazione in tema di AIDS, borse di studio ai medici di base, assistenza agli extracomunitari, assistenza agli Hanseniani, assistenza e ricerca per la fibrosi cistica, assistenza veterinaria, obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, medicina penitenziaria.

Come si vede, dal 2004 al 2008 la percentuale di entrate provenienti da IRAP e addizionali IRPEF tendono a diminuire sia a livello nazionale che nelle diverse ripartizioni geografiche, con l'eccezione fra il 2004 e il 2005 del Centro e del Sud.

La percentuale più alta di introiti di IVA e Accise viene registrata dalla Calabria (85,5% del finanziamento totale), seguita da Basilicata (84,9%) e Molise (82,5%): si consideri che non si tratta di gettito locale, in quanto in tale voce si compensa implicitamente la perequazione regionale; in altri termini, il finanziamento delle Regioni che hanno minori gettiti da IRAP e IRPEF, in attesa di una definizione esplicita dei meccanismi di perequazione (quelli previsti dal D. Lgs. n. 56/2000, sono di fatto "congelati") è garantito dal trasferimento di IVA.

Le tre Regioni per cui incidono maggiormente i ricavi e le entrate proprie, nel 2008, sono Toscana (4,4% del finanziamento totale). Emilia Romagna (4,3%) e Veneto (3,4%).

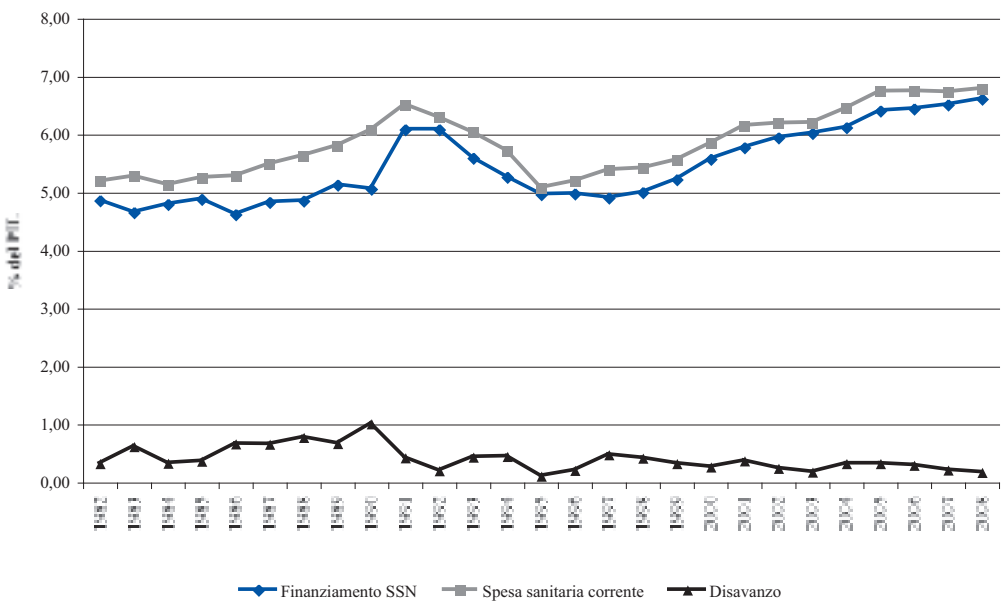
2.2.2 Il risultato economico di esercizio del SSN italiano

Nel periodo 1982-2008, la spesa sanitaria nazionale si è trovata costantemente al di sopra del livello di finanziamento del SSN, per cui si è assistito alla cronica formazione di risultati di esercizio negativi[7].

La forbice tra spesa e finanziamento si è comunque ridotta negli anni, e conseguentemente anche il livello del disavanzo. In dettaglio, la forbice tende a chiudersi quasi completamente negli anni 1992, 1995-96, 2003 e 2008, sempre in corrispondenza di importanti riforme.

Considerando in particolare l'ultimo quinquennio, dopo una sostanziale stabilità del valore registrato nel 2005 e nel 2006, si evidenzia un decremento di quasi 0,1 punti percentuali nel 2007 (rispetto al 2006), e di nuovo una stabilità nel valore 2008 rispetto a quello osservato l'anno precedente (-0,04 punti percentuali).

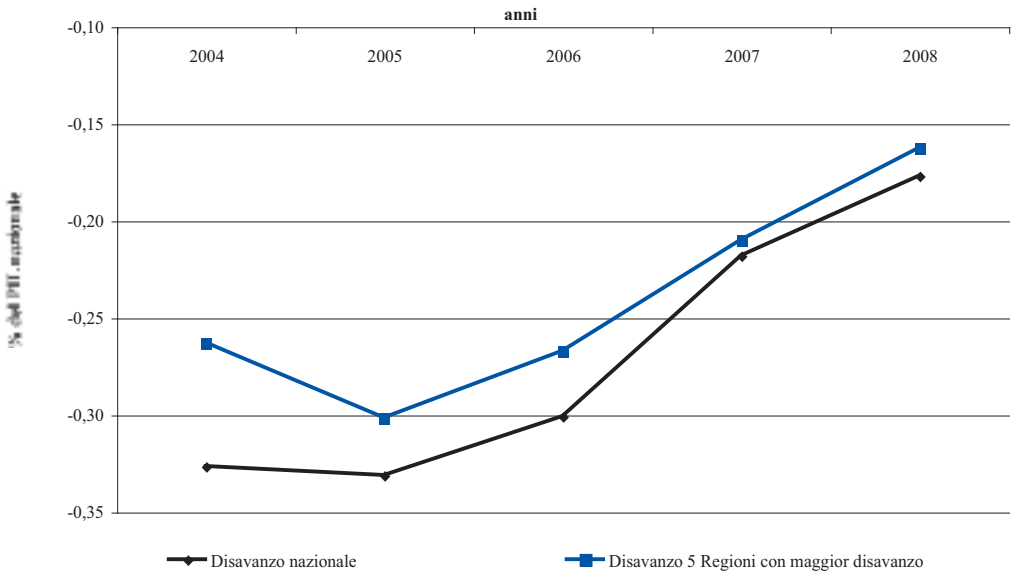
Figura 2.10 - Spesa, finanziamento e disavanzo nazionale sul PIL
Valori % - Anni 1982-2008



Fonte: elaborazione Ceis Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

[7] *In questo lavoro si utilizza come indicatore il risultato di esercizio, con cui a livello nazionale si intende la somma algebrica delle perdite e degli utili registrati dalle Regioni italiane. Tale indicatore non corrisponde al disavanzo di esercizio propriamente detto, che rappresenta la somma algebrica tra spesa e finanziamento, al netto del saldo intramoenia (nel Rapporto Sanità il Ministero della Salute considera anche il saldo della gestione straordinaria). Per il seguito, con il termine "disavanzo", più comunemente utilizzato, si intende il risultato di esercizio negativo, ossia la perdita di esercizio.*

Figura 2.11 - Concentrazione del disavanzo. Risultato di esercizio in % del PIL attribuibile alle 5 Regioni con maggiore disavanzo
Valori % - Anni 2004-2008



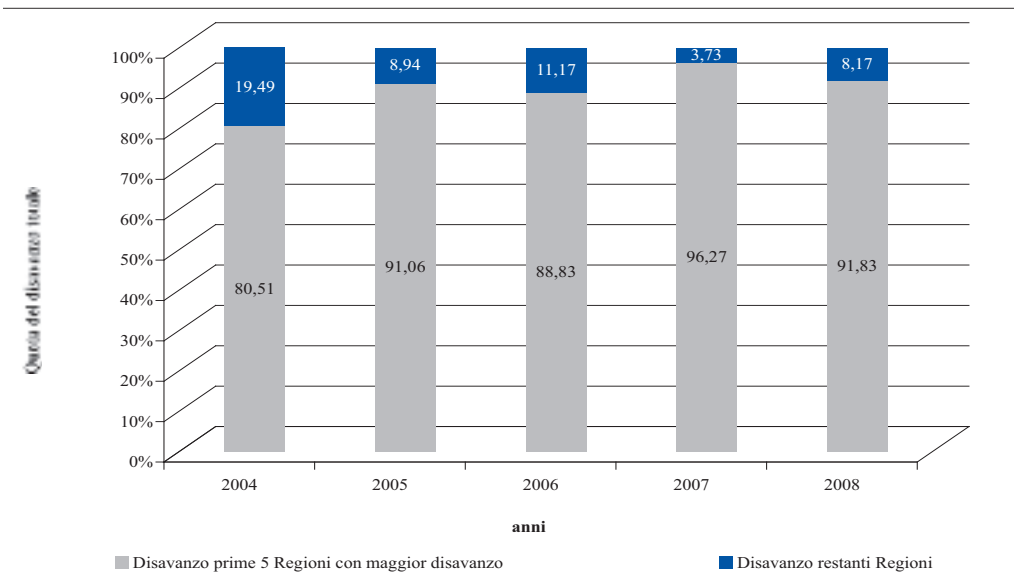
Fonte: elaborazione Ceis Sanità su dati Ministero della Salute

Mettendo a confronto la somma dei disavanzi delle 5 Regioni in peggiori condizioni finanziarie, nel quinquennio 2004-2008, con il disavanzo totale nazionale (inteso come somma algebrica dei disavanzi e degli avanzi regionali) si osserva una crescente concentrazione del disavanzo stesso.

Nel 2008, secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute[8], si registra una sia pur minima diminuzione della concentrazione del disavanzo. In particolare, le 5 Regioni con maggior disavanzo (Lazio, Campania, Sicilia, Puglia e Abruzzo) hanno sommato il 92,0% del disavanzo registrato a livello nazionale, con un decremento di meno di 5 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Come termine di confronto, si consideri che nel 2000 la quota del risultato di esercizio attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo era pari a 74,5%.

[8] *Si ricorda che le analisi sul finanziamento (e il relativo disavanzo ricavato dalla differenza con la spesa sanitaria corrente) effettuate prendono in considerazione i ricavi per intramoenia ma non quelli relativi alla gestione straordinaria, quindi possono differire dai risultati elaborati e diffusi dal Ministero della Salute.*

Figura 2.12 - Concentrazione del disavanzo: quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo* Valori % - Anni 2004-2008



Fonte: elaborazione Ceis Sanità su dati Ministero della Salute

** Rispetto al disavanzo totale nazionale (inteso come somma algebrica dei disavanzi e degli avanzi regionali)*

Restringendo l'analisi alle prime 3 Regioni con maggiore disavanzo, ovvero Lazio, Campania e Sicilia, gli andamenti si confermano.

Se invece si replica l'analisi confrontando il disavanzo delle prime 5 Regioni con peggior risultato col totale dei disavanzi accumulati dalle sole Regioni in cui la spesa sanitaria corrente ha superato il finanziamento accordato, si fornisce una quantificazione più precisa di dove si concentra il disavanzo.

Chiaramente, sterilizzando gli avanzi delle Regioni che li hanno registrati le percentuali di concentrazioni si riducono, ma l'andamento viene confermato (fig. 2.3). Nel 2008, le 5 Regioni con maggior disavanzo (Lazio, Campania, Sicilia, Puglia e Abruzzo) hanno sommato l'87,7% del disavanzo registrato a livello nazionale, con un decremento di meno di 4 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Nel 2000 la quota del risultato di esercizio attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo era pari a 70,9%.

L'andamento dei disavanzi sembra essere indipendente dalle variazioni delle principali voci di spesa e da quelle del finanziamento (Rapporto CEIS Sanità, 2007, capitolo 1.4, pagg. 79-80).

Tabella 2.5 - Variazioni finanziamento, disavanzo e delle principali voci di spesa Valori % - Anni 2002-2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Spesa personale	+2,72%	+1,18%	+5,58%	+7,64%	+5,21%	+1,20%	+4,03%
Spesa beni e servizi	+9,08%	+10,55%	+13,13%	+17,88%	+1,22%	+12,65%	+1,65%
Finanziamento	+6,79%	+4,39%	+6,01%	+7,51%	+4,50%	+5,11%	+3,31%
Disavanzo	-31,23%	-23,89%	+85,61%	+4,21%	-6,07%	-23,57%	-18,15%

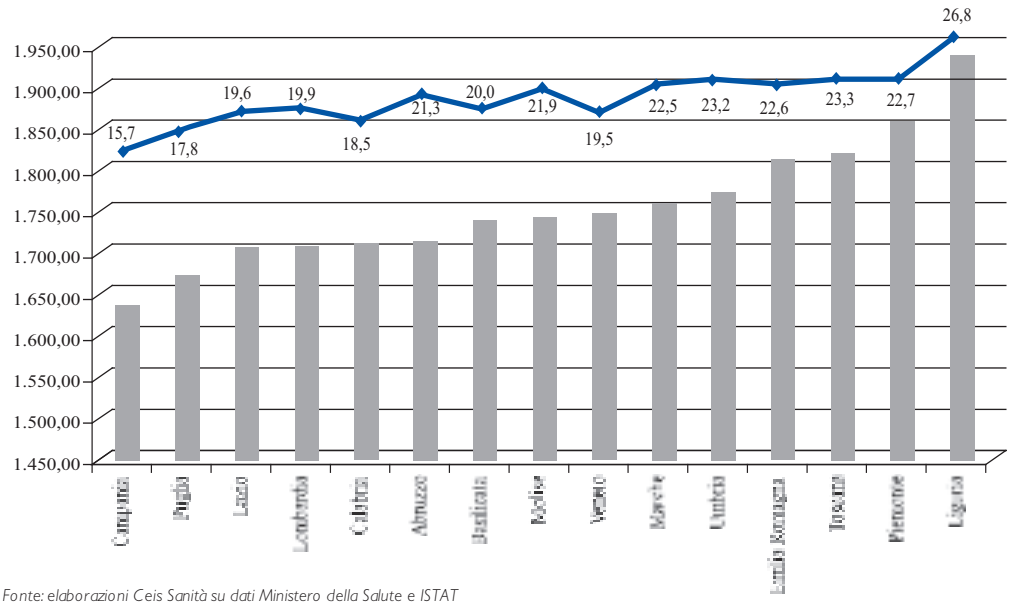
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Come si può osservare, negli anni 2002, 2003 e 2007 in presenza di un aumento del finanziamento superiore a quello della spesa per il personale (ma non a quello della spesa per beni e servizi), il disavanzo registra effettivamente una diminuzione rispetto agli anni precedenti; inoltre, nel 2005, quando si osserva un aumento percentuale della spesa per il personale rispetto al 2004 maggiore di quello registrato dal livello di finanziamento, il disavanzo registra un aumento percentuale rispetto all'anno precedente.
Tuttavia, ci sono anni in cui non sembra esserci correlazione tra le voci. Nel 2004, ad esempio, si può osservare una forte crescita del disavanzo rispetto al 2003, nonostante l'aumento percentuale del finanziamento sia superiore a quello registrato nel livello di spesa sanitaria per il personale. Nel 2005 e nel 2008, si registra una flessione nella percentuale di incremento del disavanzo nonostante l'aumento percentuale del finanziamento non raggiunga quello registrato dalla spesa per il personale.

2.3. Il riparto regionale del finanziamento

La definizione dei criteri più idonei per la allocazione delle risorse nei sistemi sanitari è al centro di un dibattito scientifico, che ancora non raggiunge risultati condivisi.
Ad oggi, il finanziamento della spesa sanitaria pubblica avviene, in pratica, sulla base sostanziale di accordi fra i Ministeri dell'Economia e della Salute e le Regioni, a cui segue un accordo fra le Regioni stesse, sancito dal parere della Conferenza Stato-Regioni. I criteri che dovrebbero informare il processo, fatte salve particolari esigenze congiunturali, risalgono al criterio del totale finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), quali diritti di cittadinanza, e il riconoscimento dei diversi bisogni della popolazione.
Tale criterio è ad oggi ancora valido, sebbene negli ultimi anni siano stati adottati "aggiustamenti" in grado di superare le divergenze sorte tra le Regioni, negoziati fra le stesse.

Figura 2.13 - Finanziamento *pro-capite* regionale* e quota popolazione over 65
Valori in € e in % - Anno 2008



Fonte: elaborazioni Ceis Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

** Regioni a Statuto Ordinario*

Confrontando, per il 2008 e per le Regioni a statuto ordinario, la quota di finanziamento assegnata e la relativa quota di popolazione anziana (over 65), si conferma lo stretto legame fra risorse assegnate e struttura demografica e, in particolare, la quota di anziani.
Si osserva come la Campania, che ha ricevuto il minor ammontare pro-capite di risorse per la sanità (€ 1.585,95), sia anche la Regione che ha la minor percentuale di popolazione over 65 (15,7%) e over 75 (7,3%). Al contrario, il primato della maggior percentuale di anziani spetta alla Liguria (il 26,8% della popolazione è over 65 e il 13,6% è over 75), a cui corrisponde anche il maggior finanziamento pro-capite (€ 1.941,18). In pratica si rileva che poco più del 10% di quota di anziani in più, corrisponde di fatto ad un incremento di circa il 22% della quota capitaria.
Ci sono alcune eccezioni: è il caso ad esempio del Lazio, che ha un finanziamento inferiore a quello della Calabria, pur registrando una quota di popolazione over 65 superiore, così come accade per la Lombardia rispetto al Veneto.
Nelle tabelle seguenti viene illustrato il riparto[9] delle risorse per la Sanità tra le Regioni e le Province Autonome nel periodo 1995-2008[10], suddividendo l'analisi per quinquenni.

[9] *Per il calcolo dei valori pro capite sono stati utilizzati i dati ISTAT relativi alla popolazione residente al 1 gennaio 2008.*

[10] *La fonte dei dati è il Ministero della Salute. Il finanziamento corrente è stato calcolato comprendendo i ricavi per l'intramoenia ed escludendo quelli relativi alla gestione straordinaria. L'ultimo anno per il quale si ha disponibilità di dati confrontabili è il 2008.*

Nel 1995, ha ricevuto il minor livello di finanziamento *pro-capite* è stata la Calabria, mentre la quote capitaria maggiore è stata assegnata al Trentino Alto Adige. Non considerando le Regioni a statuto speciale, il cui meccanismo di finanziamento è differente rispetto a quelle statuto ordinario, la quota maggiore è stata assegnata all'Emilia Romagna.
Nel 2000, la Regione con minor risorse assegnate è la Basilicata, mentre il maggior livello di finanziamento pro-capite è spettato al Trentino Alto Adige (Liguria se si escludono le Regioni a statuto speciale, la quota maggiore va alla Liguria, come noto Regione con una elevata quota di popolazione over 65).
Nel 2005, diventa la Campania la Regione con minore quota capitaria assegnata, mentre in testa alla classifica c'è sempre il Trentino Alto Adige (sempre la Liguria per le Regioni a statuto ordinario).
Per il 2008, nelle ultime tre posizioni si trovano sempre Campania, Sicilia e Puglia, mentre nelle prime 8 posizioni si trovano rispettivamente: Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna e Umbria.

Tabella 2.6 - Finanziamento pro-capite regionale - Valori in € - Anni 1995-2008

Regioni	1995	2000	2005	2008
Italia	828,55	1.167,10	1.568,05	1.744,79
Piemonte	840,38	1.219,12	1.691,52	1.860,89
Valle d'Aosta	888,18	1.438,97	1.884,39	2.108,86
Lombardia	854,33	1.184,99	1.551,15	1.709,58
Trentino Alto Adige	957,04	1.465,09	1.932,39	2.119,48
Veneto	870,37	1.200,55	1.580,64	1.748,71
Friuli Venezia Giulia	882,62	1.238,98	1.678,82	1.921,31
Liguria	900,43	1.347,32	1.712,17	1.941,18
Emilia Romagna	907,76	1.289,05	1.655,11	1.814,53
Toscana	854,21	1.233,76	1.643,10	1.822,56
Umbria	897,47	1.270,24	1.611,93	1.774,66
Marche	851,35	1.346,89	1.581,08	1.761,67
Lazio	814,04	1.172,00	1.598,32	1.708,55
Abruzzo	816,32	1.161,95	1.545,60	1.715,80
Molise	788,67	1.150,09	1.587,56	1.744,49
Campania	763,86	1.034,33	1.415,39	1.638,39
Puglia	786,97	1.063,57	1.465,07	1.674,56
Basilicata	754,31	1.026,99	1.519,05	1.741,38
Calabria	752,80	1.036,63	1.491,44	1.712,49
Sicilia	759,11	1.048,49	1.493,61	1.641,73
Sardegna	788,46	1.065,69	1.471,86	1.713,33

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

2.4. Il risultato di esercizio a livello regionale

Com'è noto, ogni anno il Ministero della Salute, nel suo Rapporto Sanità pubblicato all'interno della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, analizza i costi e i ricavi correnti del Servizio Sanitario Nazionale, arrivando a definire un risultato di esercizio finale a livello regionale. Si tratta di dati che differiscono dalle assegnazioni presenti nelle Delibere CIPE, sia per le diverse modalità di calcolo, che per le differenze che si riscontrano a consuntivo rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato.

Di seguito si analizza, sulla base dei dati forniti dal Ministero, il risultato di esercizio registrato nell'ultimo quinquennio dalle Regioni, come differenza tra costi e ricavi correnti, e comprendendo il saldo di mobilità interregionale[11].

Come evidenziato nella tabella 2,7, nel 2008 le sole Regioni che hanno registrato un avanzo sono la Lombardia, il Trentino Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia, la Toscana, l'Umbria, e le Marche.

Non sempre le maggiori o minori perdite pro-capite coincidono con quelle in valore assoluto, in considerazione del fatto che una Regione può registrare una elevata perdita pro-capite (che è indice di inefficienza) a fronte di un basso valore in termini assoluti a causa della scarsità della popolazione, e viceversa. Analizzando i dati pro-capite, si evidenzia come in tutti gli anni del quinquennio considerato sia il Lazio a registrare il peggiore risultato di esercizio, con una perdita che risulta molto più alta di quella media nazionale. In particolare, nel 2004 esso registra una perdita pari a €203,78 pro-capite, a fronte di una media Italia di €78,48 pro-capite; nel 2005 il Lazio registra perdite di esercizio per € 322,93 a fronte di un dato nazionale negativo solo leggermente superiore a quello registrato nell'anno precedente (€80,96); nel 2006 i costi superano i ricavi per un totale di € 379,14 pro-capite nel Lazio e mediamente di € 76,02 in Italia. Nel 2007 entrambi i valori subiscono un calo: il Lazio registra una perdita pro-capite pari a € 307,35, mentre il dato medio nazionale, sempre negativo, si attesta però a € 56,94 pro-capite.

Subito dopo il Lazio si posiziona con le sue perdite di esercizio il Molise, negli ultimi tre anni del quinquennio considerato, registrando anch'esso un risultato nettamente peggiore di quello medio nazionale. Sempre dal 2006 al 2008 la terza posizione nella classifica dei maggiori disavanzi pro-capite è diversa per ciascun anno, ed è occupata rispettivamente da Sicilia (€167,83 pro-capite), Abruzzo (€114,44) e la Valle d'Aosta (€120,10). Nel 2004 la seconda posizione nella classifica dei meno "virtuosi" spetta alla Liguria (€198,12 pro-capite), seguita dalla Campania (€174,87), che è invece seconda nel 2005 (con €256,13), subito prima del Molise (€220,53).

La Lombardia e il Friuli Venezia Giulia risultano essere tra le Regioni più "virtuose", aven-

[9] *Per il calcolo del risultato economico di esercizio della gestione corrente, rispetto ai dati forniti dal Ministero, non si tiene qui conto della gestione straordinaria mentre si includono costi e ricavi relativi all'intramoenia. Viene poi considerato il saldo della mobilità interregionale, ma non si considera la mobilità internazionale (italiani che vanno a farsi curare all'estero e viceversa). Si evidenzia come nei risultati analizzati in questo capitolo il disavanzo sia calcolato considerando la mobilità interregionale dal 2001 al 2008 (stime), anni per cui si dispone di dati confrontabili.*

Tabella 2.7 - Risultati di esercizio regionali - Valori in € – Anni 2004-2008

	2004		2005		2006		2007		2008	
Regione	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite
Italia	-4.543,02	-78,48	-4.732,88	-80,96	-4.466,36	-76,02	-3.366,95	-56,94	-2.781,53	-46,66
Piemonte	-567,50	-132,90	10,24	2,36	-23,57	-5,43	11,26	2,59	-29,86	-6,78
Valle d'Aosta	-13,06	-107,04	-12,92	-105,12	-12,67	-102,17	-12,58	-100,77	-15,13	-120,10
Lombardia	229,08	24,77	206,99	22,04	93,84	9,90	75,25	7,88	60,78	6,30
Trentino A.A.	1,57	1,63	16,08	16,50	-10,02	-10,17	-4,12	-4,14	15,30	15,19
Veneto	46,00	9,91	8,53	1,81	64,33	13,58	21,77	4,56	-42,36	-8,77
Friuli Venezia G.	4,14	3,45	27,37	22,72	50,35	41,67	34,16	28,17	7,34	6,01
Liguria	-312,53	-198,12	-230,54	-144,79	-97,74	-60,70	-109,71	-68,23	-113,82	-70,70
Emilia Romagna	-351,67	-86,18	-8,07	-1,94	-48,16	-11,50	4,14	0,98	-11,14	-2,60
Toscana	-157,09	-44,05	-66,01	-18,35	-134,84	-37,25	1,83	0,50	10,75	2,92
Umbria	-33,66	-39,69	-10,74	-12,51	-43,68	-50,33	1,90	2,18	16,67	18,85
Marche	-150,74	-100,17	-28,84	-18,99	-35,09	-22,95	13,42	8,73	18,31	11,79
Lazio	-1.060,68	-203,78	-1.701,83	-322,93	-2.011,27	-379,14	-1.688,36	-307,35	-1.547,68	-278,31
Abruzzo	-107,20	-83,36	-181,98	-140,06	-171,22	-131,17	-149,89	-114,44	-69,81	-52,73
Molise	-38,48	-119,60	-71,00	-220,53	-59,10	-184,17	-65,40	-204,33	-65,23	-203,30
Campania	-1.007,34	-174,87	-1.482,72	-256,13	-687,09	-118,65	-616,36	-106,45	-392,32	-67,51
Puglia	3,34	0,83	-352,33	-86,61	-255,65	-62,79	-233,86	-57,46	-204,41	-50,14
Basilicata	-25,10	-42,05	-25,35	-42,49	-20,44	-34,40	-10,88	-18,40	-25,08	-42,44
Calabria	-122,43	-60,87	-83,03	-41,32	-104,84	-52,30	-75,83	-37,95	-88,45	-44,05
Sicilia	-670,51	-134,01	-542,52	-108,22	-842,05	-167,83	-552,90	-110,21	-295,94	-58,84
Sardegna	-209,15	-127,29	-204,20	-123,76	-117,47	-70,95	-10,78	-6,50	-9,46	-5,68

Fonte: elaborazione CEIS Sanità e su dati Ministero della Salute e ISTAT

do registrato degli avanzi per ciascuno degli anni considerati. In particolare, in testa alla classifica troviamo la Lombardia nel 2004 (€24,77 pro-capite), il Friuli Venezia Giulia dal 2005 al 2007 (rispettivamente € 22,72, € 41,67 e € 28,17) e l'Umbria (€18,85). Quest'ultima Regione ha registrato utili maggiori rispetto alle perdite di esercizio solo negli ultimi due anni del quinquennio considerato.

I risultati di esercizio analizzati in questo capitolo, come già detto, non prendono in considerazione costi e ricavi straordinari.

I costi straordinari sono rappresentati, ad esempio, da minusvalenze, sopravvenienze passive (in cui vengono fatti rientrare anche gli oneri per arretrati dei contratti e delle convenzioni in caso di insufficienti accantonamenti riferiti agli anni precedenti), insussistenze passive e variazioni delle rimanenze finali. Tra i ricavi straordinari troviamo, invece, plusvalenze, sopravvenienze attive, insussistenze attive.

In quanto sopra si è, quindi, voluta analizzare la sola gestione corrente ordinaria, fornendo così un dato di "disavanzo strutturale" più che finanziario, anche se poi alcune voci

Tabella 2.8 - Risultati di esercizio regionali (senza e con gestione straordinaria)
Valori in € – Anni 2004-2008

	2004		2005		2006		2007		2008	
Regione	senza mln.	con mln.	senza mln.	con mln.	senza mln.	con mln.	senza mln.	con mln.	senza mln.	con mln.
Italia	-4.543,02	-5.789,95	- 4.732,88	-5.734,88	-4.466,36	-4.483,36	-3.366,95	-3.643,69	-2.781,53	-3.202,14
Piemonte	-567,50	-671,13	10,24	0,87	-23,57	-7,17	11,26	30,69	-29,86	2,62
Valle d'Aosta	-13,06	-13,30	-12,92	-13,91	-12,67	-13,52	-12,58	-13,53	-15,13	-15,37
Lombardia	229,08	131,32	206,99	-14,29	93,84	-4,33	75,25	9,81	60,78	21,18
P.A. Bolzano	22,92	25,21	30,68	28,06	13,00	25,27	22,48	22,40	16,12	15,04
P.A. Trento	-21,34	-8,97	-14,59	-2,84	-23,01	-14,07	-26,60	-8,48	-0,82	-2,13
Veneto	46,00	5,68	8,53	-114,10	64,33	71,39	21,77	75,42	-42,36	16,18
F. V. Giulia	4,14	9,36	27,37	27,17	50,35	18,30	34,16	39,48	7,34	7,62
Liguria	-312,53	-328,91	-230,54	-253,76	-97,74	-100,12	-109,71	-141,81	-113,82	-109,48
Emilia Romagna	-351,67	-380,10	-8,07	-16,30	-48,17	-38,42	4,14	25,93	-11,14	7,19
Toscana	-157,10	-240,36	-66,01	-14,99	-134,84	-120,62	1,83	42,24	10,75	39,27
Umbria	-33,66	-52,38	-10,74	-8,24	-43,68	-40,65	1,90	6,89	16,67	16,70
Marche	-150,74	-162,77	-28,84	-18,30	-35,09	-38,95	13,42	15,02	18,31	18,81
Lazio	-1.060,68	-1.669,28	-1.701,83	-1.737,35	-2.011,27	-1.970,86	-1.688,36	-1.613,93	-1.547,68	-1.638,80
Abruzzo	-107,20	-103,71	-181,98	-240,92	-171,22	-140,41	-149,89	-151,47	-69,81	-87,80
Molise	-38,48	-43,69	-71,00	-139,38	-59,10	-58,79	-65,40	-66,63	-65,23	-73,20
Campania	-1.007,34	-1.181,81	-1.482,72	-1.792,59	-687,09	-761,09	-616,37	-863,69	-392,32	-496,63
Puglia	3,34	41,63	-352,33	-411,95	-255,65	-169,90	-233,86	-312,85	-204,41	-414,40
Basilicata	-25,10	-31,19	-25,35	-42,76	-20,44	-22,10	-10,88	-17,59	-25,08	-25,80
Calabria	-122,43	-128,36	-83,03	-79,11	-104,84	-34,93	-75,83	-125,24	-88,45	-113,59
Sicilia	-670,51	-747,69	-542,52	-563,15	-842,05	-932,45	-552,90	-573,88	-295,94	-331,75
Sardegna	-209,15	-239,52	-204,21	-327,08	-117,47	-129,93	-10,78	-22,48	-9,46	-37,80

Fonte: elaborazione CEIS Sanità e su dati Ministero della Salute e ISTAT

straordinarie sono da considerarsi del tutto strutturali: è il caso di insussistenza passive che a volta dipendono da evidenti sottostime della mobilità passiva ovvero degli oneri futuri dei contratti.

Se nel calcolo dei risultati di esercizio si tiene conto della gestione straordinaria, si può riscontrare come questa incida notevolmente in alcuni casi. Questo fenomeno è dovuto soprattutto alle diverse voci che le varie Regioni fanno rientrare tra i costi ed i ricavi straordinari.

Nella tabella precedente si osservano, nel 2005 e 2006, un paio di casi in cui la gestione straordinaria incide pesantemente sul risultato di esercizio. Nel 2005 la Lombardia risulta in avanzo per oltre €200 mln. Al netto di costi e ricavi straordinari, essa registra un disavanzo se nel calcolo del risultato di esercizio viene considerata la gestione straordinaria.

Nello stesso anno, il fenomeno in esame interessa anche il Veneto: poco più di €193 mln. di costi straordinari, a fronte di circa €70 mln. di ricavi straordinari.
Nel 2006, di nuovo in Lombardia si registrano €98 mln. di costi straordinari che incidono pesantemente sul bilancio regionale, a fronte di ricavi straordinari praticamente nulli.
Nel 2008, per tre Regioni (Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna) si registra il fenomeno inverso, ossia esse risultano in avanzo solo se si conteggia la gestione straordinaria, mentre si osserva un disavanzo nel caso contrario.

2.5. I saldi della mobilità sanitaria interregionale

Nel livello di disavanzo regionale, un ruolo non indifferente viene giocato dalla mobilità interregionale.

Tabella 2.9 - Saldi mobilità sanitaria interregionale - Mln. di €
Anni 2001-2008

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Piemonte	-20,27	-20,82	-19,53	-19,00	-10,73	-11,94	-3,40	-3,40
Valle d'Aosta	-11,68	-12,86	-14,15	-16,28	-17,60	-17,27	-16,39	-16,39
Lombardia	356,06	397,02	406,73	438,50	422,09	430,99	441,01	441,01
P. A. Bolzano	3,26	5,58	6,50	6,60	6,13	5,86	7,59	7,59
P. A. Trento	-6,51	-12,49	-13,11	-15,38	-15,83	-17,18	-16,99	-16,99
Veneto	112,13	100,32	112,30	116,28	118,37	111,26	99,87	99,87
F. V. Giulia	20,74	22,31	17,08	15,52	15,26	12,06	15,36	15,36
Liguria	9,67	2,81	-8,51	-19,05	-18,64	-16,66	-17,75	-17,75
Emilia Romagna	213,18	232,01	249,49	270,71	289,20	308,16	327,47	327,47
Toscana	84,21	73,12	85,25	103,66	103,93	106,57	106,59	106,59
Umbria	18,23	34,42	35,65	27,25	18,61	15,92	15,33	15,33
Marche	-25,42	-26,68	-35,86	-44,96	-43,84	-43,91	-43,21	-43,21
Lazio	64,87	64,13	51,06	42,50	63,86	70,16	44,55	44,55
Abruzzo	17,83	11,17	16,23	17,38	13,31	8,36	-3,73	-3,73
Molise	-13,08	-1,79	3,46	0,26	6,35	19,16	21,85	21,85
Campania	-256,08	-269,16	-263,73	-260,57	-269,29	-283,15	-280,47	-280,47
Puglia	-90,50	-107,00	-126,87	-153,55	-173,01	-183,88	-174,98	-174,98
Basilicata	-57,94	-53,61	-55,82	-53,93	-47,96	-40,75	-39,08	-39,08
Calabria	-170,41	-187,92	-192,54	-210,57	-211,73	-213,98	-223,07	-223,07
Sicilia	-197,28	-199,31	-203,93	-195,35	-196,49	-200,51	-198,70	-198,70
Sardegna	-51,02	-51,27	-49,69	-50,02	-52,01	-59,26	-61,84	-61,84

**Per il 2008 vengono utilizzati i dati 2007 come stima in quanto i dati definitivi, derivanti da accordi tra le Regioni, non sono ancora disponibili*

Fonte: Ministero della Salute

Considerando l'ultimo quinquennio, le Regioni con un saldo attivo della mobilità sanitaria (ovvero che incassano di più per le persone non residenti che vengono a farsi curare in Regione, rispetto a quanto pagano per i residenti della Regione che vanno a farsi curare altrove in Italia) sono tutte appartenenti al Centro-Nord: Lombardia, Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio e Abruzzo. La mobilità sanitaria passiva è invece nettamente superiore a quella attiva nelle Regioni del Centro-Sud (Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna), con qualche rara "eccezione geografica" rappresentata da Piemonte, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Liguria (dal 2003), e Marche.
Nel 2008, rispetto al 2001, hanno diminuito il saldo passivo della mobilità sanitaria il Piemonte, il Molise e la Basilicata, mentre lo hanno aumentato la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, le Marche, la Campania, la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Sardegna. Con riferimento al saldo attivo, esso è aumentato in Lombardia, nella P.A. di Bolzano, in Emilia Romagna e in Toscana, mentre è diminuito nel Veneto, nel Friuli Venezia Giulia, in Liguria (diventando passivo nel 2008), in Umbria, nel Lazio e in Abruzzo (anche qui attivo nel 2001 e passivo nel 2008).

2.6. L'intervento dello Stato nei disavanzi regionali

Nel seguito si analizzano in estrema sintesi gli interventi conseguenti alla formazione dei disavanzi regionali, con riferimento ai c.d. Piani di Rientro, che le Regioni sono chiamate a stilare e realizzare sotto la supervisione centrale.
Attualmente, le Regioni interessate dai Piani di Rientro dei disavanzi sono sette: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sardegna[12], Sicilia. Anche la Regione Calabria sta concordando la predisposizione del suo Piano di Rientro.
I Piani di Rientro sono articolati temporalmente sul triennio 2007-2009, e sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni che lo hanno sottoscritto. Essi individuano innanzitutto le cause che hanno portato la Regione a registrare un disavanzo, affrontando le diverse problematiche che in essa si sono verificate. I Piani rappresentano, di fatto, dei programmi di ristrutturazione regionale.
Come illustrato nella Relazione annuale della Corte dei Conti, nel corso del 2008 è andato avanti il processo di riequilibrio dei conti sanitari avviato nel 2007, con la procedura di affiancamento gestionale da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia alle Regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna, e la sottoscrizione da parte delle suddette Regioni dei Piani di Rientro. Tale processo vede coinvolte le amministrazioni centrali nel complesso procedimento di verifica degli adempimenti, affidato ai Tavoli di monitoraggio e al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (istituito ai sensi degli artt. 9 e 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005).

[12] *Si ricorda che per Regione Sardegna la definizione del Piano di rientro è ai soli fini del recupero del finanziamento statale non erogato a seguito dell'inadempienza per l'anno 2001.*

Già dalla prima verifica dell'esercizio 2008, relativa ai provvedimenti adottati fino al mese di aprile, si sono riscontrate difficoltà crescenti delle Regioni con Piano di Rientro, con una valutazione negativa circa la conseguibilità dei risultati previsti per l'anno. Tuttavia, la verifica annuale ha solo in parte confermato le difficoltà comparse durante l'esercizio.
Di seguito viene illustrata in maniera schematica la situazione evidenziata dal monitoraggio 2008 della Corte dei Conti nelle Regioni con Piano di rientro e in quelle che hanno avanzato una proposta di Piano.

2.7. Il riparto delle risorse intra-regionale

L'assegnazione alle Regioni dei fondi per l'attività dei SSR non esaurisce il processo di finanziamento; almeno due aspetti devono ancora essere approfonditi: quello dell'assegnazione a livello regionale dei fondi fra le funzioni assistenziali e fra le aziende.
Ne segue anche che, dai comportamenti regionali, si possono evincere tanto i modelli organizzativi implicitamente adottati, quanto quelli assistenziali.
Di fatto, a livello regionale il principale problema è quello di allocare le risorse tenendo conto del differenziale di bisogno sanitario fra le ASL.
Tutte le Regioni hanno, in effetti, adottato un sistema di riparto dei fondi tra le Aziende Sanitarie che si basa ancora prevalentemente sulla quota capitaria pesata, vincolando le somme per funzione in base ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Tabella 2.10 - Vincoli di destinazione finanziamento: criteri nazionali Valori % - Anni 2003-2010

Livello di assistenza	2003 - 2004	2006 - 2010
Collettiva (prevenzione)	**5,0**	**5,0**
Distrettuale	**49,5**	**49,5**
- Medicina di base e PLS	5,8	5,8
- Farmaceutica	13,0	13,0
- Specialistica	10,7	10,7
- Altra territoriale	20,0	20,0
Ospedaliera	**45,5**	**45,5**

Fonte: Leggi Finanziarie e documenti ministeriali

Tutte le Regioni seguono, in pratica, i criteri previsti dal sistema di riparto a livello nazionale, apportando a volte opportune correzioni, ovvero assegnando ai LEA quote di risorse finanziarie differenti rispetto agli obiettivi definiti nel DPCM del 29.11.2001.
La difformità delle quote assegnate internamente dalle Regioni ai LEA sono in via di principio giustificabili, in una ottica federalista, richiamando l'obiettivo di ottenere un aumento della efficienza allocativa interna, a sua volta dipendente da una assegnazione delle risorse rispondente alle peculiari necessità che ciascuna Regione presenta in base alle

Tabella 2.11 - Quote assegnate ai LEA a livello regionale - Valori % - Anni 2007-2008

Regioni	Assistenza colletiva in ambiente di vita e lavoro	Assistenza Ospedaliera	Assistenza territoriale/ distrettuale	Altra Assistenza
Anno 2007				
Valle d'Aosta	5,50%	45,00%	46,00%	3,50%
Lombardia	5,50%	43,50%	51,00%	-
Emilia Romagna	4,50%	44,00%	51,50%	-
Toscana	5,00%	43,00%	52,00%	-
Lazio	4,90%	48,50%	46,60%	-
Campania	5,00%	42,00%	39,10%	13,90%
Puglia	4,40%	48,40%	47,20%	-
Basilicata	5,00%	44,00%	51,00%	-
Calabria	5,00%	44,00%	51,00%	-
Sicilia	5,00%	46,00%	49,00%	-
Sardegna	5,00%	45,00%	50,00%	-
Anno 2008				
Lombardia	5,50%	43,50%	51,00%	-
Veneto	5,00%	44,00%	51,00%	-
F. V. Giulia	0,00%	54,30%	45,70%	-
Emilia Romagna	4,60%	45,00%	50,40%	-
Toscana	5,00%	42,00%	53,00%	-
Lazio	5,00%	44,00%	51,00%	-
Molise	5,00%	44,00%	51,00%	
Campania	5,00%	42,00%	39,60%	13,40%
Calabria	5,00%	44,00%	51,00%	
Puglia	4,40%	47,20%	48,40%	-
Basilicata	5,00%	44,00%	51,00%	-
Sardegna	6,30%	45,00%	48,70%	-

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle DGR

proprie caratteristiche (socio-demografiche e non solo); da tale punto di vista, il criterio demografico risulta comunque essere quello prevalente, adottato praticamente da tutte le Regioni, insieme ad altri criteri che possono invece risultare diversi.
Il rischio di tale pratica, di contro, è che i criteri vengano forzati per determinare quote che, ex post, ripropongono distribuzioni di risorse in base alla spesa storica.
Con riferimento, ad esempio, all'assistenza ospedaliera, l'analisi delle scelte operate a livello regionale suggerisce come ad un maggiore finanziamento di questo tipo di assistenza venga, quasi sempre, associato un maggior numero di posti letto. Tra le eccezioni, evidenziamo le scelte attuate dalla Sicilia e dalla Puglia, in cui ad una maggiore quota LEA per l'assistenza ospedaliera si associa, rispetto alle altre Regioni, un minor numero di posti letto utilizzati.

Tabella 2.12 - Numero di posti letto per 1.000 abitanti vs quota LEA per assistenza ospedaliera - Valori assoluti e % - Anno 2007

Livello di assistenza	Numero PL pubblici e accreditati effettivamente utilizzati (ricovero ordinario) per 1.000 abitanti	Quota LEA per assistenza ospedaliera
Valle d'Aosta	3,33	45,00
Lombardia	3,92	43,50
Emilia Romagna	4,19	44,00
Toscana	3,44	43,00
Lazio	4,44	48,50
Campania	3,14	42,00
Puglia	3,64	48,40
Basilicata	3,39	44,00
Calabria	3,78	44,00
Sicilia	3,25	46,00
Sardegna	3,99	45,00

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

In ogni caso si evince una certa variabilità storica nelle scelte regionali: ad esempio, considerando l'assistenza ospedaliera, nel 2007, il Lazio vi destina il 48,5% del FSR, mentre la Campania si ferma al 42,0%, rispetto ad una quota prevista nella programmazione nazionale pari al 44,0%.
La variabilità regionale risulta ancora più evidente se si osservano le quote destinate all'assistenza territoriale: nel 2007 si passa dal 39,1% della Campania al 52,0% della Toscana (a livello nazionale il target era fissato al 51,0%).
Considerando le quote per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, la maggioranza delle Regioni ha destinato a tale voce, così come stabilito a livello nazionale, il 5,0%; la Puglia si è "fermata" al 4,4%, mentre Lombardia e Valle d'Aosta sono arrivate al 5,5%.
Per l'anno 2008, la variabilità regionale si riduce, e si registra la tendenza di molte Regioni ad adottare percentuali da destinare ai LEA in linea con quelle nazionali, con qualche eccezione: è il caso di Emilia Romagna, Toscana, Campania, Puglia e Sardegna.
Si consideri che le percentuali sopra esposte molto dipendono dalle quote ex ante trattenute centralmente dalla Regione, e che solo in parte vengono poi distribuite ulteriormente alle aziende sanitarie.
La quota di fondo effettivamente assegnato ad Aziende sanitarie territoriali e Aziende ospedaliere fornisce, quindi, una indicazione dell'accentramento finanziario regionale, nonché dei sistemi utilizzati per garantire il governo e la sostenibilità finanziaria del sistema.
Con riferimento all'anno 2008, evidenziamo come il Veneto distribuisca alle Aziende Sanitarie, ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, il 96,2% del finanzia-

mento ricevuto, tenendo accentrato il restante 3,8%, che comprende anche la gestione di un fondo integrativo a destinazione vincolata. La Regione Emilia Romagna, invece, attribuisce alle ASL l'85,6% delle risorse assegnate alla Regione. C'è però da evidenziare come nell'anno 2008 sia stato attivato in via definitiva il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)[13], in cui sono confluite anche risorse sanitarie che storicamente venivano attribuite alle Aziende USL per il finanziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani.
Di fatto, le scelte regionali sono legate alla situazione socio-economica e finanziaria che caratterizza il servizio sanitario regionale, e dalla nostra analisi emerge una correlazione positiva tra i livelli di disavanzo delle Regioni considerate e il livello di accentramento delle risorse per la Sanità.

Tabella 2.13 - Centralizzazione delle risorse finanziarie per la Sanità Quota FSR assegnata alle Aziende - Valori % - Anni 2003-2008

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Valle d'Aosta	nd	nd	nd	nd	96,1%	nd
Lombardia	nd	nd	nd	nd	97,0%	nd
Veneto	nd	nd	nd	nd	nd	96,2%
Liguria	96,8%	96,2%	nd	nd	98,0%	nd
Emilia R.	nd	nd	nd	nd	96,4%	85,6%
Toscana	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	nd
Lazio	95,0%	95,1%	95,4%	nd	nd	92,2%
Molise	nd	nd	nd	100,0%	100,0%	nd
Campania	88,4%	nd	89,5%	85,5%	87,6%	88,0%
Puglia	96,6%	nd	94,2%	nd	92,4%	93,0%
Basilicata	97,4%	96,5%	92,0%	92,0%	92,0%	92,0%
Calabria	nd	nd	95,4%	nd	92,3%	92,6%
Sicilia	97,1%	nd	97,1%	93,5%	nd	nd
Sardegna	nd	nd	95,6%	nd	nd	nd

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle DGR

[13] *In attuazione della L. R. n. 27/2004, art. 51.*

Un ulteriore aspetto di interesse è quello della regolazione del flusso delle transazioni fra aziende territoriali e ospedaliere. Dall'analisi delle deliberazioni delle Giunte Regionali è possibile ricavare le differenti modalità che le singole Regioni hanno adottato in tema di assegnazione delle risorse. Di seguito si esemplifica la situazione di alcune Regioni, evidenziando le profonde differenze esistenti nei meccanismi negoziali adottati.

Ad esempio, nella Regione Emilia Romagna le risorse finanziarie regionali vengono assegnate direttamente alle aziende sanitarie territoriali, con un vincolo di destinazione per esigenze di riparto successive. L'assistenza ospedaliera viene finanziata mediante addebito alle aziende territoriali competenti in base alla residenza dell'assistito, tenendo conto delle prestazioni effettuate sulla base del tariffario regionale. La Regione finanzia direttamente le aziende ospedaliere solo per le quote a titolo di integrazione tariffaria per maggiori oneri sostenuti.

La Regione Toscana sembra risultare quella con il modello a maggior autonomia: il FSR viene completamente destinato al finanziamento diretto delle ASL, con l'imposizione di un unico vincolo di spesa: il rispetto dei livelli di assistenza sanitaria illustrati nel Piano Sanitario Regionale. Sono dunque le stesse ASL a remunerare le aziende ospedaliere, sulla base dei tariffari regionali, a seconda delle prestazioni erogate.

La Regione Liguria, di contro, provvede ad assegnare le risorse finanziarie per la Sanità direttamente sia alle aziende ospedaliere che alle aziende sanitarie territoriali, eliminando così le ragioni di negoziazione bilaterale tra di esse. Inoltre, una quota di FSR resta accentrata a livello regionale, per far fronte a finalità specifiche, quali obiettivi strategici o maggiori costi.

La Regione Lazio finanzia direttamente le ASL. Per il finanziamento delle aziende ospedaliere esiste un sistema di abbattimenti tariffari e la costituzione di un fondo regionale per l'assistenza ospedaliera da ripartire tra aziende sanitarie locali in base alla popolazione residente, pesata sulla base dei consumi per classi di età. Il sistema della Regione Lazio, dunque, non sembra perseguire logiche di competizione tra erogatori, quanto principi di programmazione con conseguenti controlli accentrati. Per il 2008, la quota in gestione diretta della ASL è pari al 92,17% (per il finanziamento dei LEA: prevenzione 5%, assistenza territoriale 51%, assistenza ospedaliera 44%); la quota in gestione accentrata regionale è pari all'1,47%; la quota per finanziamento di attività ospedaliera, alta specializzazione e complessità organizzativa è pari al 6,35%.

La Regione Basilicata, che ha progressivamente diminuito la quota del fondo sanitario destinato alle Aziende sanitarie e quindi aumentato la quota di risorse gestite a livello accentrato, finanzia direttamente le aziende ospedaliere. La Regione utilizza vincoli finanziari, come la fissazione di tetti di spesa: in caso di sforamento di questi ultimi, ai Direttori Generali delle aziende sanitarie viene imposto l'obbligo di adottare specifici provvedimenti che indichino concrete misure e modalità operative per il rientro.

La Regione Puglia, infine, tra tutte quelle analizzate, è quella che presenta il maggior livello di accentramento regionale, accantonando ingenti quantità di risorse finanziarie per finalità regionali, tra cui è prevista la destinazione in misura specifica ad un fondo di garanzia successivamente ripartito, in misura prefissata, tra la aziende sanitarie. Per le prestazioni sanitarie delle aziende ospedaliere, la Regione impone un vincolo di destinazione delle risorse delle aziende sanitarie e delinea un sistema di regressione tariffarie e di tetti invalicabili di remunerazione, applicabili anche agli IRCCS pubblici e alle aziende ospedaliere universitarie.

Tabella 2.14 - Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale

Veneto - Anno 2008

Riferimento normativo
DGR 2690/2008 – Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2008 ai fini dell'erogazione dei LEA.

Centralizzazione risorse	
distribuito alle ASL	96,2%
accantonamenti a livello regionale	3,8%

Quote finanziamento LEA		Criteri di riparto
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro	5,0%	quota capitaria e quota pro capite della popolazione montana e lagunare aumentata del 25%
Assistenza distrettuale, di cui:	51,0%	51,0%
farmaceutica convenzionata (farmacie territoriali)	12,5%	quota capitaria
specialistica ambulatoriale (esclusa diagnostica preventiva)	12,5%	popolazione pesata sull'età
riabilitativa residenziale per anziani non autosufficienti (strutture residenziali, semiresidenziali e diurne)	6,2%	impegnative assegnate in relazione alla DGR 4200/2007 quote di rilievo sanitario riconosciute ai religiosi (DGR 4191/07) quote di rilievo sanitario per sapa, svp e centri diurni al 31/12/2007
riabilitativa residenziale per disabili ed altra riabilitativa residenziale estensiva	0,7%	spesa storica (DGR 4589/07) ripartizione proporzionale rispetto al fabbisogno previsto dalla programmazione regionale (DGR 4589/07)
riabilitativa residenziale per disabili (correttivo grandi strutture)	0,2%	secondo localizzazione effettiva delle dotazioni
riabilitativa residenziale e semiresidenziale a soggetti dipendenti da sostanze d'abuso; presidi tossicodip. In carcere)	0,3%	20% costi medi sostenuti negli anni 2002-2003-2004 25% costi medi sostenuti primi 9 mesi 2005 e prevista per l'ultimo trimestre 15% popolazione residente 15 64 anni al 31/12/2003 14% stima bisogno oppiacei media anni 2001 2002 14% numero medio di utenti inseriti in CT anni 2002 2004 10% numero medio utenti veneti dichiarati in carico dalle CT private anni 2001-2002 2% differenze negative tra budget assegnato e spesa sostenuta nel 2005
altra riabilitativa residenziale intensiva extra ospedaliera	1,5%	popolazione residente
assistenza di base, distrettuale ed altra assistenza territoriale	15,3%	quota capitaria
altra distrettuale (SUEM elisoccorso, etc.)	1,8%	quota pro capite della popolazione montana/lagunare aumentata del 25%
Assistenza ospedaliera	44,0%	50% quota capitaria e 50% quota capitaria pesata sull'età

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle DGR

Tabella 2.14 - Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale

Emilia Romagna - Anno 2008

Riferimento normativo
DGR 602/2008 - Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2008

Centralizzazione risorse	
distribuito alle ASL	85,6%
accantonamenti a livello regionale per: finanziamento sistema integrato SSR-Università, finanziamento strutture e funzioni regionali, innovazione, fondo di sostegno ai piani di rientro, accantonamento a garanzia dell'equilibrio economico finanziario e a sostegno dei processi di qualificazione delle Aziende SSR, differenziale tariffe regionali, FRNA (Fondo Regionale Non Autosufficienza)	14,4%

Quote finanziamento LEA		Criteri di riparto
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, di cui:		4,6% (4,5% nel 2007)
Igiene pubblica	44%	popolazione residente all'1/1/2007, integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede
Sicurezza e igiene del lavoro	18%	numero delle unità locali da controllare e del relativo numero di addetti
Verifiche di sicurezza	6,5%	numero degli impianti da verificare
Veterinaria	31,5%	All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE) e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2007 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica
Assistenza distrettuale, di cui:		50,4% (51,5%nel 2007)
Assistenza farmaceutica	15,3%	Quota capitaria pesata. Il sistema di pesi è stato costruito utilizzando i consumi farmaceutici specifici per sesso ed età relativi al 1° semestre 2007 di tutte le Aziende territoriali della Regione
Medici di medicina generale	7,23%	Costi stimati relativi alle quote previste dalla convenzione, che comprendono anche gli eventuali ulteriori costi per i cittadini presenti non residenti (studenti, stranieri, ecc.).
Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale	15%	Pesi sulla base dei consumi di specialistica ambulatoriale osservati nel 2006 in tutte le Aziende Sanitarie della Regione. Popolazione residente all'1/1/2007 corretta dalla presenza di studenti
Salute mentale	3,64%	Neuropsichiatria infantile: distribuzione della popolazione di età inferiore ai 18 anni. Assistenza psichiatrica per adulti: popolazione residente di età 18-64
Dipendenze patologiche	1,01%	Popolazione residente in età 15-54 anni è stata corretta con la prevalenza della tossicodipendenza nei diversi ambiti territoriali
Assistenza domiciliare e hospice	2,22%	Il 25% viene assegnato sulla base della distribuzione della popolazione residente di età 45–74 anni, ed il restante 75 % in base alla distribuzione degli ultra 75-enni.
Assistenza residenziale e semiresidenziale	4,45%	Distribuzione della popolazione ultra 75 enne
Atre funzioni assistenziali (Programmi Salute Donna e Salute Infanzia)	1,55%	Salute Donna: numerosità delle donne in età feconda (da 14 a 49 anni). Salute Infanzia: frequenza dei bambini in età 0-4 anni. Restante quota: popolazione di età inferiore ai 65 anni
Assistenza ospedaliera	45,0% (44,0% nel 2007)	Ponderazione della popolazione sulla base della utilizzazione dei servizi ospedalieri specifici (con correzione, per la degenza ordinaria, correlata al tasso standardizzato di mortalità degli under 75)

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle DGR

Tabella 2.14 - Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale

Lazio - Anno 2008

Riferimento normativo

DGR 1050/2007 – Riparto tra le aziende locali del Lazio delle risorse disponibili a valere sul FSR per l'anno 2008
Decreto del Presidente della Giunta Regionale 43/2009 – Ripartizione tra le azienda sanitarie locali del Lazio delle risorse disponibili a valere sul FSR 2008. Revisione deliberazione n. 1050 del 28 dicembre 2007

Importo Fondo Sanitario Regionale da distribuire

In base alla DGR 1050/2007: € 8.750.000.000
In base al Decreto 43/2009: € 8.751.988.406. La differenza è dovuta a:
quota per medicina penitenziaria (Delibera CIPE n. 48 del 27/3/2008)
quota accantonata per la copertura dei maggiori oneri contrattuali per il personale, biennio 2006/2007 (Del.CIPE n.100 del 18/12/2008)
il finanziamento per l'Ospedale Bambino Gesù viene attribuito direttamente dallo Stato e non per il tramite della Regione (L. 31/2008)

Centralizzazione risorse

Quota a destinazione accentrata a livello regionale	1,47%
Quota a destinazione finalizzata: ARES 118 Funzione emergenza DGR 175/2008 Alta specializzazione e complessità organizzativa acuti per attività con rilevanti costi di attesa Art. 3 comma 164 Legge 311/2004 Quota funzione ricerca e formazione facoltà medicina Accantonamento a riserva	6,35%
Quota indistinta parametrata pro capite per LEA	92,17%

Criteri di riparto Aziende USL

Quote finanziamento LEA

Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro	5%
Assistenza distrettuale, di cui:	51%
Assistenza farmaceutica	15,8%
Medici di medicina generale	6,25%
Assistenza specialistica ambulatoriale	9%
Salute mentale	4,50%
Dipendenze patologiche	1,50%
Territoriale, distrettuale, domiciliare e riabilitazione	7,90%
Assistenza sanitaria residenziale per anziani	3,50%
Correttivo geomorfologico	2,55%
Assistenza ospedaliera	44,0%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle DGR

Tabella 2.14 - Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale

Puglia - Anno 2008

Riferimento normativo
DGR n. 95 del 31/1/2008, integrate dalle DGR n. 2336 e n. 2338 del 28/11/2008

Centralizzazione risorse	
Assegnazione alle aziende territoriali per copertura LEA	93,04%
Finalizzate (Fondo per programma di riconversione, spesa personale convenzionato, medici generici e pediatri, piano regionale della prevenzione, etc.)	6,96%

Quote finanziamento LEA		Criteri di riparto
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, di cui:	4,4%	popolazione residente (quota capitaria semplice)
Assistenza distrettuale, di cui:	48,4%	
Assistenza farmaceutica	14,0%	attribuita sul totale della quota base pesata
Medici di medicina generale	6,0%	popolazione ponderata per classi di età al di sopra ed al di sotto della soglia dei 14 anni di età
Pediatri	1,0%	popolazione ponderata per classi di età al di sopra ed al di sotto della soglia dei 14 anni di età
Altra assistenza territoriale	27,4%	popolazione residente (quota capitaria semplice)
Assistenza ospedaliera, di cui	47,2%	
Assistenza ospedaliera	39,2%	popolazione ponderata secondo l'analisi degli indici di consumo delle risorse ospedaliere desunte dalle SDO
Costi strutturali ospedalieri	8,0%	quota capitaria semplice

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle DGR

Tabella 2.14 - Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale

Sardegna - Anno 2008

Riferimento normativo

DGR 18/8 del 26/3/2008

Quote finanziamento LEA	Criteri di riparto	
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro	6,3%	popolazione assoluta per l'82%; UBE + dispersione per 18%
Assistenza distrettuale, di cui:	48,7%	
Assistenza farmaceutica	14,0%	popolazione pesata in base al profilo dei consumi medi
Medici di medicina generale	4,7%	popolazione con più di 14 anni
Pediatri di libera scelta	1,0%	popolazione da 0 a 14 anni
Continuità assistenziale	1,7%	Presenze turistiche o in subordine numero dei medici in servizio
Emergenza sanitaria territoriale	1,4%	numero dei medici in servizio; costi centrali
Assistenza specialistica ambulatoriale	11,0%	popolazione pesata in base al profilo dei consumi medi
Assistenza anziani	3,0%	popolazione con più di 65 anni; dispersione popolazione
Altra assistenza distrettuale	11,9%	popolazione assoluta; dispersione popolazione
Assistenza ospedaliera	45,0%	
Ricoveri ordinari e diurni	30,0%	popolazione pesata in base al profilo dei consumi ospedalieri (DRG); tasso ospedaliero effettivo
Finanziamento per funzioni	15,0%	finanziamento forfettario con criteri definiti per singola componente; spesa storica

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle DGR

2.8. Gli obiettivi di Piano[14]

Oltre al finanziamento indistinto dei livelli essenziali di assistenza, analizzato fino a questo momento, con Delibera CIPE viene disposto anche il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (detti anche "obiettivi di Piano" in quanto delineati nel Piano Sanitario Nazionale), secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 662/96 e dalla successiva L. n. 133/2008 (che ha convertito il D.L. n. 112/2008).

L'Accordo 25.3.2009, nel delineare gli obiettivi da considerare prioritari nelle more dell'emanazione del Piano Sanitario Nazionale 2009-2011, pur ponendosi in linea di continuità con il Piano precedente, prende atto delle esigenze emergenti che richiedono nuovi impegni organizzativi, economici e gestionali.

Cure primarie. Alle cure primarie e all'assistenza nelle 24 ore l'Accordo riserva il 25% delle risorse totali confermando un vivo interesse per il raggiungimento dell'obiettivo di mettere sempre più a punto forme di assistenza in grado di ridurre gli accessi impropri nelle strutture di emergenza. Le Regioni, infatti, sono incentivate a proporre, con un ulteriore passo in avanti rispetto alla sperimentazione delle Case della salute, progetti operativi di "assistenza sanitaria in h24 " coerenti con le linee guida contenute nell'Accordo, che prevedano l'attivazione di ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità, di presidi ambulatoriali distrettuali, gestiti da Medici di Continuità Assistenziale, di Punti di Primo Intervento per una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza in situazioni di minore gravità in aree disagiate. Viene mantenuto anche il vincolo, presente nell'Accordo precedente, di € 10 mln. per la presentazione di progetti di "Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie".

La non autosufficienza. Si concorda sulla necessità di incrementare l'Assistenza Domiciliare Integrata per assicurare alla persona fragile e non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio, con l'applicazione di un progetto di cura e assistenza multiprofessionale.

Promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità. Per questi pazienti si ipotizzano modelli organizzativi rivolti a garantire lo sviluppo e l'uniformità su tutto il territorio nazionale dell'approccio riabilitativo e assistenziale nella fase di cronicità: percorsi assistenziali in Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) o percorsi di assistenza domiciliare da incentivare, ove possibile, per i soggetti giovani.

Cure palliative e la terapia del dolore. In questo ambito l'Accordo istituisce un vincolo sulle risorse di € 100 mln. al fine di sperimentare modelli organizzativi che consentano di ottenere una maggiore facilità di accesso alle risorse assistenziali disponibili, in particolare implementando la rete assistenziale per rafforzare l'offerta nel territorio per il paziente adulto e pediatrico.

[14] *I dati presentati in questo paragrafo sono stati elaborati dall'Ufficio V della Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della Salute. Si ringraziano in particolare il dott. Massimo Giannone (Direttore Ufficio V) e la dott.ssa Paolina Caputo. I dati completi sono pubblicati sul sito www.salute.gov.it.*

*Interventi per la biobanche di materiale umano.*Sempre nell'ottica di una qualificazione delle reti assistenziali si inserisce tra gli obiettivi quello che incentiva interventi in materia di "biobanche" che rappresentano un fattore determinante per lo sviluppo dell'assistenza e della ricerca. A tale scopo sono stati vincolati 15 milioni di euro.
La sanità penitenziaria. L'Accordo affronta alcuni delicati aspetti del più ampio riordino della Sanità Penitenziaria sancito dal D.Lgs. n. 230/1999 e dal DPCM 1 aprile 2008. La tutela delle detenute e della loro prole, la salute mentale la salute dei minori ed il sistema informativo sono i temi su cui le Regioni sono invitate a formulare progetti che, pur tenendo delle specificità degli istituti penitenziari insistenti sul territorio, realizzino la presa in carico di questi pazienti fino al loro reinserimento nella società.
L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano. Viene dedicato uno spazio ad una delle aree di intervento ad oggi più sottovalutate ma potenzialmente ricche di effetti positivi, alcuni ampiamente documentati, su svariate patologie. Viene, pertanto, richiesto di sviluppare programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e di "prescrizione dell'attività fisica" per le persone a rischio più elevato, in via di un'eventuale estensione di tali programmi.
Piano Nazionale della Prevenzione. In vista della elaborazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2009-2011 si ritiene di dare alle Regioni l'opportunità di consolidare i programmi in corso. Viene ribadito il vincolo di €240 mln. sulle risorse.
Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita. Obiettivi sono: favorire il parto naturale, umanizzare l'evento nascita, ridurre la mortalità neonatale e materna e stabilire nuove regole per il trasporto neonatale.
Ulteriori progettualità candidabili al cofinanziamento. Viene consentito alle Regioni di elaborare progetti anche relativamente alle tematiche trattate dal D.M. 23 dicembre 2008 (Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano - anno 2008).
Con intesa del 26.2.2009 viene approvata la proposta del Ministro della Salute di assegnazione delle risorse vincolate per l'anno 2009 per un valore pari a €1.410.070.000.
Nell'intesa, che prende atto delle modifiche intervenute sull'art. 1 comma 34 bis del D. Lgs. n. 662/1996 per effetto dell'art. 79 comma 1 quater del D. L. 25.6.2008 (convertito con L. n. 133/2008), viene subordinata l'erogazione a titolo di acconto del 70% delle risorse alla stipula dell'Accordo mentre l'erogazione del restante 30% viene subordinata all'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni degli specifici progetti.

Anno 2008

Con l'Accordo siglato il 26.2.2009 si conviene sulla necessità di garantire la continuità necessaria per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel Piano Sanitario 2006-2008 giunto al suo ultimo anno di vigenza. Si riconfermano, pertanto, per il 2008 gli indirizzi ed i vincoli sulle risorse contenuti nell'accordo precedente.
Per il perseguimento degli obiettivi di cui all'Accordo del 26.2.2009 , con intesa del 26.2.2009 viene approvata la proposta del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di assegnazione alle Regioni di risorse finanziarie vincolate, ai sensi del-

Tabella 2.15 - Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario (Accordo 26 febbraio 2009) Valori in mgl. € - Anno 2008

Regioni	Assegnaz. Totale	Cure primarie	Salute donna e neonato	Aggiorn. personale	Reti assistenziali	Governo clinico	Liste attesa	Piano prevenzione	Linee regionali
Piemonte	112.211,77	34.016,85	581,53	3.690,94	4.815,00	1.200,00	3.690,94	35.716,51	28.500,00
Lombardia	246.072,39	61.518,10	12.105,00	16.500,00	5.428,00	34.955,10	32.157,00	83.098,29	310,50
Veneto	123.057,68	31.443,06	18.706,00	1.181,65	8.200,00	6.000,00	12.038,02	43.938,95	1.550,00
Liguria	41.449,57	15.474,06	0,00	0,00	2.550,00	6.013,00	4.898,25	6.537,74	6.000,00
Emilia R.	108.871,73	27.217,93	10.887,17	9.798,46	4.354,87	3.266,15	32.661,52	16.934,44	3.751,19
Toscana	93.789,62	25.616,13	6.000,00	8.000,00	9.000,00	15.000,00	13.000,00	17.173,49	0,00
Umbria	22.504,26	5.626,07	4.046,26	956,42	3.078,57	3.073,85	2.201,19	3.521,90	0,00
Marche	39.599,15	12.962,86	2.320,00	1.299,00	1.950,00	300,00	13.533,99	7.233,30	0,00
Lazio	141.612,26	35.403,06	28.322,45	7.080,61	21.241,04	5.664,49	13.558,10	21.692,97	8.648,73
Abruzzo	33.765,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Molise	8.251,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Campania	149.265,51	37.316,38	28.500,00	3.129,01	6.000,00	20.000,00	14.921,20	23.873,92	15.525,00
Puglia	104.917,35	28.775,60	6.023,05	2.539,76	10.759,99	5.035,43	11.561,09	16.686,84	23.475,59
Basilicata	15.244,13	3.811,03	699,00	500,00	2.002,50	200,00	2.055,27	2.466,32	3.510,00
Calabria	51.507,88	12.876,97	6.000,00	1.734,11	6.000,00	11.370,78	5.202,32	8.323,71	0,00
Sicilia	68.480,19	12.453,70	8.177,00	7.017,00	4.500,00	6.250,00	9.420,49	20.662,00	0,00
TOTALE	1.360.600,00	344.511,80	132.367,46	63.426,96	89.879,98	118.328,80	170.899,38	307.860,37	91.271,01

Fonte: Ministero della Salute, D.G. Programmazione sanitaria, livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema

l'art. 1 comma 34, legge 662/1996, per l'anno 2008 pari a €1.360,600 mln. già accantonati con Delibera CIPE del 27.3.2008 n. 48.

2.9. Il riparto del sociale

La L. 328/2000 per la promozione ed il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale ha istituito il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) quale fondo unico a cui, a partire dal 2001, afferiscono le risorse destinate precedentemente a finanziare le singole leggi di settore. Questa scelta è stata compiuta nell'ottica di garantire unitarietà e coerenza allo sviluppo delle politiche sociali nel loro complesso.

La Legge finanziaria dello Stato per l'anno 2007 (L. n. 296/2006), oltre a determinare il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), ha poi istituito ulteriori stanziamenti quali il Fondo per le politiche sulla famiglia, il Fondo per le politiche relative ai diritti ed alle pari opportunità, il Fondo per le non autosufficienze, il Fondo per l'inclusione sociale degli immigrati.

Tale sistema di finanziamento, così come attualmente impostato, presenta tuttavia alcune criticità per le esigenze regionali.

Ad esempio, per il fatto che i fondi per le politiche sociali vengano determinati annualmente con legge finanziaria statale comporta una oggettiva difficoltà per le Regioni ai fini di una programmazione di medio-lungo periodo, importante per sostenere lo sviluppo di

Tabella 2.16 - Riparto generale delle risorse finanziarie del FNPS Valori in € e in % - Anno 2008

Somme destinate al finanziamento degli interventi costituenti diritti soggettivi (assegni di maternità, assegni ai nuclei familiari, agevolazioni ai genitori di persone con handicap grave, indennità a favore dei lavoratori affetti da talassemia major)	766.600.000,00	52,4%
Somme destinate alle Regioni e Province autonome (per gli interventi di competenza per le politiche sociali)	656.451.148,80	44,8%
Somme attribuite al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (per la copertura degli oneri di funzionamento finalizzati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali)	41.182.547,56	2,8%
Totale risorse	1.464.233.696,36	100,0%

Fonte: Decreto Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 19 novembre 2008

efficaci politiche sociali.
Inoltre, resta importante una veloce e concreta definizione dei c.d. LIVEAS (LIVelli Essenziali di Assistenza Sociale), che consentirebbe di ancorare il riparto del Fondo a parametri oggettivi.
Con riferimento all'anno 2008, in base al Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 19.11.2008, le risorse afferenti al FNPS ammontano a €1.464.233.696, destinate per il 52,4% al finanziamento degli interventi costituenti diritti soggettivi, per il 44,8% alle Regioni e Province autonome per gli interventi di competenza per le politiche sociali, e per il restante 2,8% al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.
Con riferimento alle risorse destinate a Regioni e Province autonome per gli interventi di competenza per le politiche sociali, in base al citato Decreto Ministeriale esse vengono ripartite come illustrato nella tabella che segue.

Tabella 2.17 - Risorse finanziarie del FNPS destinate a Regioni e Province autonome. Valori in € e in % - Anno 2008

Regioni	€	%
Abruzzo	16.090.739,50	2,45
Basilicata	8.077.225,53	1,23
Calabria	26.995.322,85	4,11
Campania	65.532.951,62	9,98
Emilia Romagna	46.304.750,99	7,05
Friuli Venezia Giulia	14.398.929,74	2,19
Lazio	56.457.581,07	8,60
Liguria	19.819.533,67	3,02
Lombardia	92.885.946,70	14,15
Marche	17.562.813,32	2,68
Molise	5.236.277,97	0,80
P.A. Bolzano	5.406.825,45	0,82
P.A. Trento	5.541.618,61	0,84
Piemonte	47.140.810,08	7,18
Puglia	45.800.019,59	6,98
Sardegna	19.433.617,23	2,96
Sicilia	60.297.916,38	9,19
Toscana	43.027.718,45	6,55
Umbria	10.777.029,31	1,64
Valle d'Aosta	1.894.603,12	0,29
Veneto	47.768.917,62	7,28
Totale	656.451.148,80	100,00

Fonte: Decreto Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 19 novembre 2008

Bibliografia

- ARS Toscana (2006), Osservatorio di Economia Sanitaria, Nota relativa ai criteri da adottare per la determinazione del fabbisogno sanitario delle Regioni italiane.
- Camera dei Deputati, C. 2534 Ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario.
- Camera dei Deputati,. Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi regionali, luglio-ottobre 2008.
- CEIS Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Rapporti anni 2006, 2007 e 2008.
- CIPE, delibere vari anni
- Corte dei Conti, Monitoraggio delle Regioni con Piano di rientro, anno 2009
- ISTAT, www.istat.it
- Ministero della Salute, Rapporti Sanità 2001-2008 e www.salute.gov.it.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Libro Verde
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Libro Bianco, maggio 2009
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione sulla Situazione economica del Paese, vari anni
- OECD, Health Data 2008 e 2009
- Regioni varie, Delibere della Giunta Regionale

Capitolo 2a

Le competenze per il federalismo sanitario

INTEGRAZIONE AL CAP 2

2a - Le competenze per il federalismo sanitario

di Meneguzzo M., Fiorani G., Cepiku D.[1]

2a.1. Introduzione

La legge delega sul federalismo fiscale, approvata nel maggio 2009, si inserisce in un processo di trasformazione del SSN, configurato come sistema di servizi sanitari regionali, finalizzato a conciliare la tutela della salute con esigenze di responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse. Questo processo, sviluppato negli ultimi dieci anni, è caratterizzato da un insieme di esperienze ricco e variegato (regionalizzazione, aziendalizzazione, esternalizzazione, empowerment degli stakeholder e degli utenti, governo clinico, ecc.).

Il sistema sanitario rappresenta, di conseguenza, uno dei principali ambiti di applicazione della riforma istituzionale federalistica; in questa prospettiva, richiede significativi interventi a livello di disegno, formulazione di policy e, soprattutto, di implementazione delle politiche stesse e rappresenta un importante ambito di ricerca e riflessione per le scienze economiche e manageriali. Finora le riflessioni teoriche sull'impatto del federalismo in sanità hanno visto privilegiare l'approccio comparativo proprio dell'economia pubblica (ad esempio fiscal federalism network dell'OECD), con attenzione particolare a temi quali la distribuzione delle funzioni tra i diversi livelli di governo, le modalità di finanziamento (entrate proprie vs trasferimenti del Centro), le politiche di spesa, i criteri e le tipologie di trasferimento dei fondi (costi standard), la redistribuzione dei fondi a livello verticale e orizzontale (la perequazione), il finanziamento degli investimenti. Tra queste tematiche, la letteratura si è concentrata perlopiù sugli effetti redistributivi e di equità (Granaglia, 2008; Carabini, 2009; Manzi, 2009), trascurando invece le signifi-

[1] *Pur essendo il capitolo frutto della ricerca comune e coordinata tra gli autori, Marco Meneguzzo ha curato il paragrafo 1, Denita Cepiku il paragrafo 2 e Gloria Fiorani il paragrafo 3.*

[2] *Si è fatto riferimento a diversi modelli interpretativi (non approfonditi in questo documento), dalle prime riflessioni del 1977 di Mintzberg sui ruoli manageriali, al modello formulato ad inizio anni 90 dalla Kennedy school of government (distinzione tra manager pubblici a forte committment strategico ed organizzativo e gestori di reti interistituzionali), al riadattamento dello stesso modello (Meneguzzo Del Vecchio 1993) in alcuni sistemi sanitari del Mezzogiorno a debole committment strategico ed operativo, ai percorsi di carriera ed alla definizione delle competenze chiave nella dirigenza centrale (Dipartimento Funzione pubblica 2003) fino alle recenti riflessioni sulla imprenditorialità e sulla valorizzazione dei talenti (EFMD 2007). L'analisi della letteratura non è riportata in questo documento e verrà approfondita in lavori successivi degli Autori.*

cative differenze – non solo geografiche – tra diverse Regioni ed Aziende Sanitarie Locali che, senza dubbio, influiranno sui tempi e sulle caratteristiche attuative del modello federalistico. Riflessioni più recenti sono focalizzate sul tema dei costi standard e sull'impatto degli stessi in termini di contenimento della spesa e conseguimento automatico di risparmi.
Il presente contributo pone l'attenzione sull'individuazione delle criticità – di disegno e di applicazione della riforma – che potranno presentarsi nei processi di trasformazione in senso federale del SSN. Tra queste, assume particolare rilevanza l'identificazione delle competenze chiave. In questa prospettiva, si individuano i profili professionali e le competenze necessarie, ai diversi livelli istituzionali (Centro, Regioni, Aziende Sanitarie Locali), per la progettazione, la messa in atto ed il monitoraggio degli impatti dei processi di trasformazione in senso federale in sanità. Profili professionali e competenze fanno diretto riferimento ai vertici dirigenziali ed ai dirigenti, quadri e professional inseriti nelle tecnostrutture pubbliche.
Dopo una sintetica sistematizzazione della letteratura sul federalismo fiscale (Paragrafo 2), volta a inquadrare il processo di riforma in Italia (in termini di finalità e strumenti adottati) nei similari processi di trasformazione di altri paesi europei, e della letteratura sui profili professionali , sono state effettuate interviste a testimoni privilegiati (Paragrafo 3) che rappresentano tutti i livelli di governo e le prospettive rilevanti:

- livello centrale: Ministero del Welfare, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministro per le Riforme per il federalismo, Ministro per la Semplificazione normativa, Ministro per i Rapporti con le regioni, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Age.Na.S., ASSR, Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, ecc.
- livello regionale: selezionate in modo tale da rappresentare diverse aree geografiche e diversi modelli di SSR;
- livello aziendale: lo stesso criterio di cui al punto precedente è stato adottato nell'individuazione delle aziende sanitarie locali;
- altri soggetti e stakeholder significativi: Cittadinanzattiva (TDM), Organizzazioni sindacali, FIASO, Federsanità, Sindacati medici ecc.

In questo contributo si riportano alcuni spunti di riflessione emersi nella prima fase di interviste. Il tema delle competenze sarà approfondito dagli Autori in successivi lavori.

2a.2 Il federalismo fiscale in sanità

Le motivazioni sottostanti le proposte sul federalismo in sanità (Figura 1) sono molteplici e hanno carattere tecnico, operativo e decisionale (economie di prossimità e di capillarizzazione e maggior adeguamento dell'offerta di servizi sanitari alle dinamiche della domanda e alle specificità locali), sono legate alla maggiore responsabilizzazione delle Regioni rispetto all'equilibrio finanziario complessivo (attraverso il conferimento di una maggiore autonomia legislativa, programmatoria e organizzativa), o all'emulazione positiva (stimolando la competizione tra Regioni e introducendo logiche di federalismo solidale), ecc. (Borgonovi, 2008).
Queste finalità saranno perseguite attraverso un insieme di leve annunciate che operano a livello centrale e regionale, ma anche locale e di singole unità operative. Gli strumenti a livello centrale includono standard di livelli assistenziali e di costo cui ancorare l'entità del finanziamento statale, poteri sostitutivi (Legge La Loggia 131/2003), meccanismi di coordinamento dinamico della finanza pubblica, il fondo perequativo, ecc. A livello regionale sono disponibili strumenti

come la compartecipazione dei privati alla spesa, tributi collegati a specifici servizi sanitari, selezionamento e riduzione del numero degli ospedali, riduzione di servizi non appropriati, ecc. ma anche strumenti per la mappatura della domanda, delle aspettative e dei bisogni generali (Borgonovi, 2008; Tardiola, Ghersi, 2009).

Non ci si può tuttavia aspettare che gli strumenti, perlopiù normativi, siano di per sé sufficienti a realizzare le finalità del disegno federalista. L'impatto effettivo in termini di capacità di controllo della spesa e di miglioramento della qualità dipenderà, come già avvenuto con altre riforme, da una serie di fattori di contesto, interni ed esterni, che ne condizioneranno l'efficacia.

Tra i fattori interni si possono menzionare l'esigenza di disporre delle competenze necessarie e di professionalità organizzative, manageriali ed economiche adeguate, in presenza di una scarsa mobilità interna ed esterna del personale, la disponibilità di sistemi di pianificazione e controllo, sistemi contabili e di budget, la qualità degli assetti istituzionali, ecc.

Tra i fattori esterni si annoverano le caratteristiche specifiche dei diversi contesti regionali, gli interessi economici dell'indotto ma anche quelli politici, la presenza di malavita organizzata, la necessità di instaurare logiche di cooperazione inter-regionale, anche per far fronte alla mancanza di competenze e professionalità specifiche.

L'eccessivo dibattito sugli strumenti (modelli per il calcolo di fabbisogno e costo standard) non deve, infatti, focalizzare l'attenzione esclusivamente sulla necessità di far quadrare i bilanci regionali. La capacità di public management e di public governance delle Regioni di attuare il federalismo deve porsi in primo piano, salvo finire per aggravare gli squilibri esistenti.

Figura 1- Il federalismo fiscale in Sanità: finalità, strumenti attuativi e fattori condizionanti

Finalità	Strumenti attuativi	Fattori condizionanti

• Risanare i deficit dei SSR
• Migliorare la qualità delle cure
• Responsabilizzare le regioni sul corretto ed efficace uso delle risorse pubbliche
• Instaurare un circolo virtuoso attraverso l'emulazione positiva
	• Trasferimenti statali basati su standard (LEA e di costo)
	• Minaccia di commissariamento / promessa di maggiore autonomia
	• Leve regionali (razionalizzazione sistema di offerta, riduzione servizi non appropriati, forme di compartecipazione alla spesa e imposizioni finalizzate
		• *Interni*
		  • Conoscenze, competenze e capacità
		  • Sistemi di pianificazione e controllo
		  • Sistemi contabili e di budget
		  • Assetti istituzionali
		• *Esterni*
		  • Interessi economici dell'indotto
		  • Valenza fortemente politica
		  • Malavita organizzata
		  • Cooperazione e perequazione inter-regionale

Possono essere utili contributi riconducibili al public management e al public governance che focalizzano l'attenzione sui processi di cambiamento strategico, organizzativo ed amministrativo dei diversi livelli istituzionali coinvolti nella riforma federale dello Stato, le relazioni interistituzionali e la governance multilivello, la sostenibilità istituzionale, sociale ed economico-finanziaria delle politiche pubbliche, i processi di capacity building e sviluppo delle competenze (amministrazione centrale, Regioni, Aziende Sanitarie), i sistemi contabili pubblici, la valutazione delle performance e dell'impatto delle politiche pubbliche.
La criticità di questi ambiti si ripresenta in modo ciclico nella storia del SSN italiano, dai ritardi registrati in molte Regioni ed USL nell'avvio della riforma dei primi anni 80 (Meneguzzo, 1991; Meneguzzo Del Vecchio 1993; Meneguzzo, Mele, Tanese, 2004), nei processi di aziendalizzazione, nella difficoltà di consolidamento del ruolo di governance e programmazione delle regioni (regionalizzazione). Con la riforma federalista in sanità si va incontro allo stesso rischio registrato in passato.
Gli aspetti manageriali sono fortemente trascurati sia nella letteratura sia nei diversi documenti di supporto alle politiche pubbliche. Una lacuna particolarmente grave è quella connessa ai profili professionali il cui fabbisogno dovrà necessariamente evolvere nei diversi livelli istituzionali.

2a.3- Le competenze chiave per il federalismo: un primo inquadramento

Sulla base della prima serie di interviste, si ritiene utile fornire un quadro di sintesi. A tal fine le competenze sono state raggruppate in cinque macroare, rappresentate in Figura 2.

Figura 2- Macroaree di competenza

I risultati delle interviste evidenziano che, per l'attuazione del federalismo in Sanità, sono di alta rilevanza le capacità di "gestione delle relazioni interistituzionali" e di "project management/management strategico"; di media rilevanza risultano, invece, le "capacità di gestione delle persone e leadership" (di rilevanza medio-bassa le competenze "giuridico-legali" e di "comunicazione pubblica ed e-government").
La capacità di gestione delle reti interistituzionali è risultata rilevante a tutti i livelli di governo.
A livello ministeriale e regionale tale competenza è fondamentale nella gestione dei Tavoli di lavoro (Box 1), che vedono i due livelli di Governo agire prima dell'adozione della norma.
"i Tavoli di Lavoro stanno diventando una realtà intermedia tra Governo e Regioni… la logica dell'accordo sta cambiando il sistema delle leggi... l'iter che produce l'atto di Governo sono i Tavoli".

Box 1.2a - I Tavoli Interistituzionali

I Tavoli Interistituzionali sono essenzialmente di due tipi:
- Commissioni che nascono su iniziativa spontanea; tali Commissioni non hanno un mandato, ossia non esiste un decreto ministeriale che ne sancisce la costituzione (in genere vengono create con l'invio di una lettera o di un'email).
- Commissioni ministeriali con mandato politico. Tali Commissioni nascono con decreto ministeriale.

Le Commissioni "spontanee" sono molto numerose e vengono replicate a volte anche a livello nazionale. Le Commissioni ministeriali sono, invece, in numero esiguo; ne esiste qualcuna sul federalismo fiscale ed una sul federalismo sanitario. Si segnala come solo uno dei Tavoli previsti dalla L. 42/2009 è stato al momento attivato.
Sarebbe interessante una mappatura dei Tavoli (ministeriali e non) che potrebbe evidenziare la presenza di decine di tavoli su uno stesso tema nonché l'intervento delle stesse persone a livello ministeriale sui vari tavoli. Se è praticamente impossibile ricostruire il numero e la composizione dei tavoli "spontanei", sarebbe fattibile effettuare una ricognizione dei Tavoli ministeriali per legislazione; tuttavia alcuni tavoli tra quelli individuati potrebbero non essere più operativi (non esistono atti ufficiali che sciolgono il tavolo).

Anche l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali)[3] sottolinea come le competenze più significative perché l'Agenzia possa affrontare il federalismo siano riconducibili in primo luogo alle relazioni interistituzionali e al project management.
"Di alta rilevanza sono la gestione di relazioni/negoziazione con gli altri livelli di governo (capacità presente a livello dell'agenzia) e il coordinamento di reti pubblico-private (capacità mediamente presente ma in fase di crescita)"…

[3] *Ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero del Welfare e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale.*

…
"seguo direttamente, quindi non tramite appalti, in media 3/4 progetti annui di cui attualmente due di livello UE".
Con riferimento alle reti pubbliche e alle reti pubblico-private, è in crescita in Agenas soprattutto il rapporto con le Università.
"Esiste tutta una serie di convenzioni con Università e Regioni, con il fine di creare rete e sinergie. Servono, infatti, centri di competenza esterna perché il numero ristretto di professionalità presenti in Agenas permette solamente di partecipare ai Tavoli. Si tratta soprattutto di reti pubbliche; si può parlare di reti pubblico-private quando la convenzione è con Università private come la Bocconi"
…
"Mediamente rilevanti risultano le competenze relative alla gestione di relazioni con organizzazioni non profit e la gestione delle relazioni con il settore privato (associazioni, imprese, intermediari finanziari) ma con l'intermediazione di attori istituzionali. Di bassa rilevanza i rapporti con la politica in quanto l'Agenas è un ente Tecnico".
La capacità di gestire le relazioni istituzionali è una competenza particolarmente rilevante per il federalismo anche a livello aziendale e riguarda sia le relazioni verticali (Azienda-Regione) che orizzontali (Azienda-Azienda).
"Il modello federale, pur se di tipo concorrente, porterà ad un aumento consistente delle relazioni interistituzionali … in un contesto in continuo cambiamento la presenza è fondamentale"
…
"Il grado di presenza di tale competenze a livello aziendale è attualmente medio ma potrebbe essere sviluppato ulteriormente".
Di alta rilevanza per il federalismo è anche la capacità di coordinare reti pubblico-private (laboratorio emergenze, volontariato).
"La capacità di coordinare reti pubblico-private è rilevante soprattutto per far fronte alla carenza di risorse; in questo ambito le competenze potrebbero essere sviluppate ulteriormente. Molto rilevante e molto presente a livello aziendale, in particolare, la capacità di gestire relazioni con il settore non profit.
Di media rilevanza è la gestione delle relazioni con il settore privato (associazioni, imprese, intermediari finanziari), che spesso viene coinvolto nei progetti come finanziatore (ad esempio Pfizer, coinvolto nel progetto "Analisi comparativa delle esperienze di aggregazione della domanda in sanità"[4]).
Nelle relazioni politiche le capacità di gestire/fare lobbying e la comunicazione con la politica sono alte così come il grado di presenza.
Bassa è per il livello aziendale la rilevanza della capacità di gestire relazioni e tavoli tecnici a livello europeo con organizzazioni internazionali".

[4] *Laboratorio Fiaso – Ceis (2009).*

Con riferimento alla seconda area di competenza risultata rilevante ("project management e management strategico"), a livello aziendale è opportuno fare una distinzione. Nel nuovo modello, il ruolo strategico si sposta a livello regionale. A livello aziendale più che di esperti in management strategico si prevede un consistente aumento del fabbisogno di figure professionali in grado di gestire progetti.
"Si confermano di media/alta rilevanza le competenze di project management
…
Il ruolo dell'azienda si trasforma in un contesto in cui la Sanità non è più solo orientata esclusivamente all'erogazione: fondamentale diventa la progettualità. Si noti come ultimamente siano aumentarti i micro progetti delle aziende sanitarie; si pensi ai numerosi progetti esistenti sul tema HTA o al fascicolo elettronico, che a volte nascono dal basso senza coinvolgere nemmeno i vertici aziendali (Direttori Generali)".

Lo sviluppo della progettualità a livello aziendale porta con sé il fabbisogno di competenze nell'area della gestione delle persone e, in particolare, della valutazione del personale.
"Nell'ambito della macroarea Project management, programmazione e controllo, di alta rilevanza per il federalismo è la valutazione delle performance, semplice da applicare nell'ambito di piccoli progetti, ma che necessita ancora di uno sviluppo se riferita alla valutazione del personale. A livello aziendale esistono diversi tentativi di valutazione del personale (ne è un esempio l'AO di Crema), che risultano, tuttavia, ancora frammentati e inadeguati per una realtà estremamente complessa (una piccola azienda conta più di 3000 persone!)
…
L'analisi e la valutazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di coordinamento potrebbe essere sufficiente
….
Si segnala come su 140 aziende sanitarie aderenti alla Fiaso sono presenti solo 10 figure professionali in grado di sviluppare il personale".
Nell'ambito della gestione e sviluppo delle persone umane e della leadership di progetto risulta di alta rilevanza per il federalismo la capacità di attivare forme di mobilità e lo scouting di personale in altre PA. Il grado di copertura di tale competenza distintiva è nelle aziende, tuttavia, ancora basso, anche se in aumento.
"Lo scouting a livello nazionale è praticamente assente e soprattutto si segnala la mancanza di una banca dati delle competenze aziendali, anche a livello regionale (nella Regione Toscana e nella Regione Friuli Venezia Giulia sono, tuttavia, attivi progetti in tal senso)".
"Di rilevanza medio-alta per il federalismo risultano anche la capacità di attivare gruppi di progetto, gruppi tecnici e task force e di gestire gruppi di lavoro multidisciplinari. La capacità di attivare gruppi di progetto è già ampiamente presente a livello aziendale. Lo sviluppo di questa competenza è stata in passato stimolata dalla necessità di passare da un approccio gerarchico ad uno orientato all'efficacia, efficienza ed economicità a seguito dell'avvio dei processi di aziendalizzazione".
A livello aziendale si registrerà, inoltre, un aumento nell'area della "Comunicazione pubblica e-government".
"la comunicazione è un'area di competenza di alta rilevanza per il federalismo anche come

conseguenza della crescita della progettualità. La sinergia tra le ASL/AO in materia assumerà un rilievo crescente; ne è un esempio la Provincia di Modena in cui la comunicazione è fatta dalle ASL/AO... a livello aziendale il grado di copertura è, tuttavia, basso e da sviluppare con opportuni interventi formativi, in particolare per quanto riguarda la comunicazione pubblica e istituzionale. La comunicazione con referenti di natura politica (Conferenza dei Sindaci), sia orizzontale sia verticale, interessa esclusivamente il vertice direzionale (il Direttore Generale).
Nettamente in diminuzione a livello aziendale risulta il fabbisogno di competenze giuridico-legali.
"l'accentramento di molte funzioni a livello regionale o di Area Vasta comporterà a breve termine (entro un anno, un anno mezzo) un alleggerimento dei singoli uffici legali delle ASL. In Toscana la funzione giuridico legale è, ad esempio, passata agli Estav".
Ne consegue che aumenteranno le relazioni interistituzionali e la comunicazione tra ASL e Area Vasta/Regione.
"le relazioni interistituzionali e la comunicazione tra ASL e Area Vasta/Regione aumenteranno con intensità più o meno profonda a seconda del modello organizzativo adottato dal SSR. Tale tendenza sarà, ad esempio, più attenuata in Lombardia, più marcata in Veneto, dove le relazioni interistituzionali aumenteranno sensibilmente in virtù dell'approccio negoziale adottato tra le Aree Vaste caratterizzate da un'alta specializzazione funzionale.[5]".
L'area giuridico-legale risulta, invece, rilevante (dopo le relazioni interistituzionali e il project management) per l'Agenas.
"di grande rilevanza sono le competenze in problemi giuridici e interpretazione normativa, competenza particolarmente sviluppata in Agenas. Gli staff legali regionali sulle tematiche sanitarie funzionano, infatti, solo in 5 o 6 Regioni. Nelle altre Regioni si tratta solo di "uffici contenzioso". Un ufficio legislativo vero e proprio che segue lo sviluppo di progetti non esiste in tutte le Regioni. Tuttavia, dove esiste è ottimo".
Risultano, infine, di bassa rilevanza le capacità di esperto in normative e fondi comunitari.
"La normativa comunitaria su molti temi non esiste (ad esempio sul tema "non autosufficienti"); esiste solo su alcuni temi (ad esempio sull' HTA)".

Riferimenti bibliografici

- Bordignon M., Turati G. (2008), "Sanità, federalismo fiscale e servizi pubblici locali", Politica in Italia, pp217-218.
- Borgonovi E. (2003), "Il ruolo delle regioni nel sistema di tutela della salute secondo il modello federalista", Mecosan, 12/46, pp2-6.
- Borgonovi E. (2008), "Verso il federalismo fiscale", Mecosan, 17/67, pp3-8.
- Borgonovi E. (2009), "Linee evolutive nei trenta anni di Servizio sanitario nazionale" (in due parti), Mecosan, Vol. 18, Nr. 68, pp3-8, Nr. 69, pp3-9.
- Carabini O.(2009), "Risparmi per tutta l'Italia con il federalismo fiscale", Sole24Ore, 19-08-09.

[5] *Il modello è differente in Toscana, dove non esiste una logica di specializzazione per le Aree Vaste, alle quali sono state attribuite le stesse funzioni da esercitare su ambiti territoriali differenti.*

- Cogo M.D. (2004), "La regionalizzazione della sanità: federalismo sanitario e fiscale", Ragiusan, 243/244, pp516-526.
- Coppola F.S, Cozzolino A. (2008), "Il federalismo in Sanità: risvolti finanziari", Rassegna economica [1955], 71/2, pp85-102.
- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (2009), Compensazione interregionale della mobilità sanitaria - testo unico, Roma, 29 luglio 2009.
- Crivelli, L. e M. Filippini (2003), Federalismo e sistema sanitario svizzero, Quaderno n. 03-03, Facoltà di scienze economiche, Università della Svizzera Italiana.
- De Vincenti C. (2008), "Se si rompe il patto per la salute", LA VOCE.INFO – 27 GIUGNO 2008.
- Dipartimento della Funzione Pubblica (2001), P.A. DUEMILA. I nuovi profili professionali per le Pubbliche Amministrazioni, a cura dell'Istituto Guglielmo Tagliacarne, http://www.innovazionepa.gov.it/dipartimento/docs_pdf/Rapporto_PA_DUEMILA.pdf
- DCM 15 Luglio 2009, DPEF 2010-2013.
- Gallo C.E. (2004), "Federalismo in materia sanitaria: i rapporti tra gli organi di vertice e la dirigenza medico-sanitaria", Sanità pubblica e privata, 3, pp247- 266.
- Quaranta A. (2004), "Federalismo in sanità: cosa cambia per le istituzioni?", Ragiusan, 243/244, pp6-14.
- Granaglia E. (2008), "Equità orizzontale in un contesto di federalismo sanitario: implicazioni dalla prospettiva della giustizia distributiva", Politiche sanitarie, 9/1, pp5-14.
- ISFOL (2008), Indagine sui profili professionali della pubblica amministrazione, http://www.isfol.it/Ufficio_Stampa/Comunicati_Stampa/Dettaglio_Comunicato_Stampa/index.scm?codi_noti=489
- Jorio E. (2008), "Federalismo fiscale e sanità", federalismi.it n. 24.
- Ladu G. (2008), "L'Italia verso il federalismo", Azienda pubblica, 21/1, pp35-48.
- LEGGE 5 maggio 2009, n. 42, Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione.
- Legge 3 agosto 2009, n. 102, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonchè proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali, Gazzetta Ufficiale n. 179 del 4 agosto 2009 - Supplemento ordinario n. 140.
- Maino F. (2001), "La ristrutturazione del servizio sanitario nazionale: la riforma Bindi e il federalismo fiscale", Politica in Italia, pp147-166.
- Manzi P. (2009), "Federalismo diseguale", CARE, n. 1, gennaio/febbraio.
- Meneguzzo M. (1993), Il cambiamento organizzativo e gestionale nell'area della sanità pubblica, Quaderni Studi e ricerche CERISDI.
- Meneguzzo M. (1991), "Sono pronte le Regioni per la riforma della Sanità", Queste istituzioni, n. 85/86.
- Meneguzzo M., Mele V., Tanese A. (2004), Strategies for implementing health care refom in southern Italy: from informal relationship to netwok management, in Jones L.R. Schedler K. Mussari R., "Strategies for public management reform", Elsevier JAI.
- Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (2009), La vita buona nella società attiva, Libro Bianco sul futuro del modello sociale, Maggio 2009.
- Montinaro D. (2007), "Il federalismo in materia sanitaria e la dirigenza", Sanità pubblica e pri-

vata, 3, pp21-27.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2009), L'attuazione del federalismo fiscale - Note informative, Dossier, Maggio 2009.
- Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (a cura di), FEDERALISMO FISCALE - Il dibattito nella "Conferenza delle Regioni e delle Province autonome"e il rapporto con il Governo per l'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione Maggio 2008 – Maggio 2009, Dossier di documentazione.
- Spandonaro F. (2004), "Federalismo in sanità: il vero nodo è nel sistema fiscale", Ragiusan, 243/244, pp94-98.

Capitolo 3
La Spesa sanitaria

3 - La Spesa sanitaria

Polistena B.[1]

Sintesi

Elementi distintivi dell'analisi 2009 sono:

- Nei Paesi OECD, la media di spesa sanitaria totale pro-capite è pari a $ 3.075 nel 2007 con una variazione media annua al +5,7% nel periodo 1990-2007. I Paesi del Nord Europa: (Olanda, Belgio, Norvegia, Irlanda) hanno una spesa pro-capite sopra la media e allo stesso tempo in rapido incremento. Messico, Polonia, Ungheria, Slovacchia, Repubblica Ceca, Corea, Spagna e Grecia, invece, hanno una variazione superiore alla media ma una spesa sanitaria totale pro-capite al di sotto della media. Islanda, Svezia, Danimarca, Germania, Francia, Austria e Svizzera registrano una spesa pro-capite sopra la media ma variazione inferiore alla media. L'Italia assieme alla Nuova Zelanda e alla Finlandia appartiene al gruppo di Paesi con spesa pro-capite e variazione media annua inferiore alla media.
  È presente una correlazione positiva importante fra i livelli di spesa e la loro dinamica.
  L'Italia può quindi definirsi, per quanto riguarda la spesa, un Paese virtuoso, registrando una spesa inferiore alla media e una crescita contenuta.

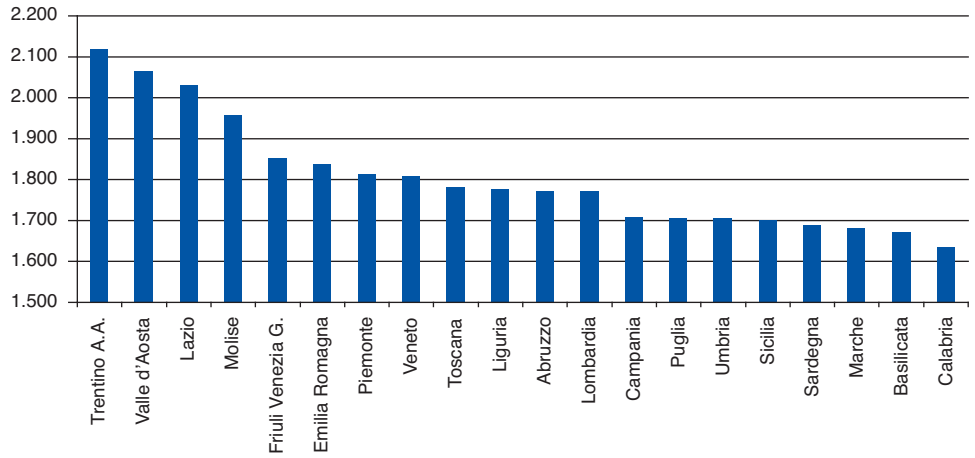
[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

Figura 3.1 - Spesa sanitaria totale pro-capite 2007 e incremento medio annuo 2007/1990

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

- I Paesi in cui la quota di spesa sanitaria su PIL in media è cresciuta maggiormente dal 1970 ad oggi sono Olanda, Danimarca, Stati Uniti, Portogallo ma anche Ungheria Belgio e Turchia; viceversa i Paesi in cui tale quota è cresciuta meno sono l'Italia, il Messico, la Polonia e la Repubblica Ceca. Si consideri che in questi Paesi si è registrato anche un aumento del PIL modesto, fattore che influenza il valore della scarsa crescita della spesa sanitaria.
- Nelle Regioni Italiane la media di spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione pesata è pari a € 1.757 nel 2008: € 1.814 al Nord, .€ 1.877 al Centro e € 1.704 al Sud. Non emergono quindi comportamenti omogenei tra le ripartizioni nonostante il dato sia depurato dalle differenti strutture demografiche.
  Le Regioni con spesa sanitaria pro-capite per popolazione pesata maggiore sono il Trentino Alto Adige, la Valle d'Aosta e il Lazio mentre quelle con spesa minore la Calabria, la Basilicata e le Marche.

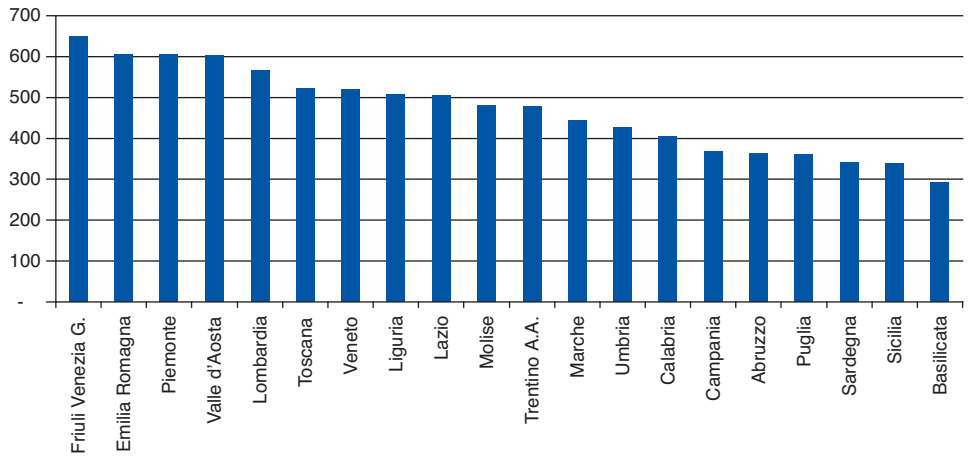
Figura 3.2 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione pesata Anno 2008



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Ministero della Salute e ISTAT

- Le Regioni che, nel 2008, presentano una quota di spesa diretta maggiore sono la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la P. A. di Bolzano, mentre quelle che hanno una spesa diretta minore sono la Lombardia, il Lazio e la Puglia. Se ne deduce che queste ultime puntano molto sull'*outsourcing* dei servizi sanitari.
- La spesa sanitaria privata è pari in media in Italia, nel 2007, a € 479,26: € 472,36 al Nord, € 477,64 al Centro e € 466,45 al Sud. Le Regioni in cui la spesa privata è più alta sono quelle del Nord (dove il reddito medio è più elevato), in particolare Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Piemonte. Le Regioni del Sud che fanno osservare una spesa sanitaria privata per abitante inferiore sono Basilicata, Sicilia e Sardegna.
  Non si rileva una correlazione tra spesa sanitaria privata e ticket significativa, il che indica che il sistema di compartecipazione è potenzialmente iniquo.

Figura 3.3 - Spesa sanitaria privata pro-capite
Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Ministero della Salute e ISTAT

- PIL, età e le variabili istituzionali, in particolare il finanziamento, la quota di spesa diretta su spesa convenzionata, il ticket, il tasso di personale dipendente, nonché la variabile *proxy* dell'innovazione tecnologica, sono le principali determinanti della spesa sanitaria.
  In particolare l'assetto istituzionale, colto dal rapporto fra spesa diretta e spesa convenzionata, impatta nel senso che la scelta dei modelli a forte accreditamento privato risulta inefficiente: tale fenomeno può interpretarsi come un fallimento nel governo dei rapporti fra pubblico/privato.
  Inoltre l'impatto dei ticket è significativo, con il segno negativo atteso, mostrando come la compartecipazioni riducano effettivamente i fenomeni di *moral hazard*.

3.1. Analisi della spesa sanitaria nei paesi OECD

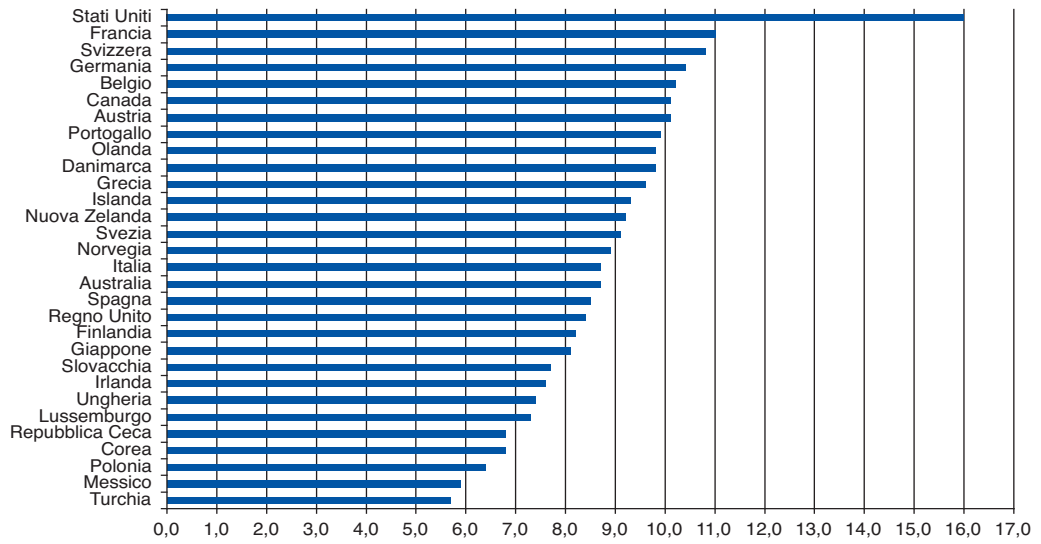
I sistemi sanitari dei Paesi OECD devono far fronte ad un costante aumento della spesa sanitaria, ma allo stesso tempo hanno la necessità di contenere i costi dell'assistenza pubblica; questo perché la spesa sanitaria non è mai stata così alta, continuando ad assorbire una quota crescente del PIL.

La spesa è spinta verso l'alto da numerose determinanti: fra quelle più spesso richiamate l'invecchiamento e l'innovazione.

Sebbene sia indubbio che l'invecchiamento della popolazione implichi un aumento dei bisogni, in letteratura non è però ancora chiaro l'effetto che l'invecchiamento ha sulla spesa sanitaria; di certo l'innovazione terapeutica comporta una crescita della spesa sanitaria sia perché l'innovazione fa aumentare la richiesta di terapie (aspettative dei pazienti), sia perché le terapie

innovative hanno costi mediamente elevati.
Le determinanti economiche sono certamente quelle che nel breve periodo incidono di più. Ad esempio, il contesto di crisi economica generale, e le incerte prospettive di ripresa, porteranno ad un ulteriore stress relativamente alla sostenibilità economica del sistema, con il rischio di indebolire la capacità di *responsiveness* del sistema, soprattutto rispetto all'accessibilità delle tecnologie sanitarie innovative.
La spesa sanitaria (totale), in termini di quota di PIL allocata, varia considerevolmente tra i Paesi: nel 2007 considerando i paesi OECD si parte dal 16,0% degli Stati Uniti per arrivare al

Figura 3.4 - Spesa sanitaria su PIL nei Paesi OECD
Valori % - Anno 2007[2]



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

5,9% in Messico. In particolare, nel 2007, i Paesi che allocano una quota maggiore di PIL per la spesa sanitaria, sono gli Stati Uniti, la Francia, la Svizzera, la Germania e il Belgio, con una spesa rispettivamente del 11,0%, del 10,8%, del 10,4% e del 10,2% del PIL; sull'altro versante troviamo la Turchia, Messico, Polonia e Corea con una quota di spesa sanitaria totale sul PIL pari rispettivamente al 5,7%, 5,9%, 6,4% e 6,8%.
Dai dati OECD emerge che l'Italia si trova solo leggermente al di sotto della media dell'OECD con una spesa dell'8,7% del PIL (media OECD pari a 8,9% così come nell'anno precedente), ma significativamente al di sotto di un panel di Paesi affini a livello europeo[3] (9,5% del PIL) e anche di un panel di Paesi affini a livello internazionale[4] (9,9% del PIL).

[3] *Nel panel di Paesi affini europei abbiamo considerato: Belgio (B), Danimarca (DK), Francia (F), Italia (I), Germania (D), Olanda (NL), Spagna (E), Svezia (S), Regno Unito (UK).*

[4] *Nel panel di Paesi affini internazionali abbiamo considerato: quelli europei più Australia (AUS), Canada (CAN), Giappone (J), Nuova Zelanda (NZ), USA,.*

Anche dall'analisi della spesa sanitaria totale pro-capite, effettuata in parità di potere d'acquisto, si osserva come gli Stati Uniti siano i primi nella classifica con una spesa sanitaria di $ 7.290 seguiti, anche se a distanza, dalla Norvegia ($ 4.763) e dalla Svizzera ($ 4.417). Tra i paesi in fondo alla classifica il Messico, che nel 2007 ha speso $ 823 pro-capite in Sanità, preceduto dalla Polonia ($ 1.035).
In Italia la spesa pro-capite è di $ 2.686; rispetto ai Paesi europei che abbiamo definito "affini" il gap è pari a $ 625,7, mentre diviene di $ 829,6 rispetto ai Paesi affini internazionali.

Tabella 3.1 - Spesa sanitaria totale pro-capite OECD
Valori in $ PPA

Paesi	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Media OECD	**199**	**387**	**632**	**925**	**1.192**	**1.532**	**1.961**	**2.707**	**3.075**
Australia	n.d.	438	644	930	1.203	1.610	2.271	2.983	n.d.
Austria	196	435	783	939	1.618	2.216	2.824	3.472	3.763
Belgio	150	349	643	969	1.357	1.853	2.377	3.301	3.595
Canada	301	480	780	1.264	1.738	2.057	2.516	3.464	3.895
Corea	n.d.	n.d.	107	180	357	525	809	1.296	1.688
Danimarca	n.d.	543	896	1.256	1.544	1.871	2.378	3.152	3.512
Finlandia	185	345	571	925	1.366	1.481	1.853	2.590	2.840
Francia	194	369	668	1.035	1.449	2.101	2.542	3.303	3.601
Germania	269	572	971	1.409	1.768	2.274	2.671	3.348	3.588
Giappone	152	301	585	874	1.125	1.551	1.967	2.474	n.d.
Grecia	161	n.d.	491	n.d.	853	1.263	1.449	2.352	2.727
Irlanda	117	275	513	657	791	1.203	1.805	2.831	3.424
Islanda	175	374	755	1.183	1.666	1.909	2.736	3.304	3.319
Italia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.359	1.538	2.052	2.536	2.686
Lussemburgo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		1.910	2.553	4.021	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	296	386	508	724	823
Norvegia	144	323	668	943	1.369	1.862	3.039	4.301	4.763
Nuova Zelanda	215	424	509	640	990	1.245	1.605	2.253	2.510
Olanda	n.d.	441	728	958	1.416	1.798	2.337	3.450	3.837
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	289	411	583	857	1.035
Portogallo	48	155	276	397	636	1.035	1.509	2.098	n.d.
Regno Unito	160	294	470	692	963	1.349	1.833	2.693	2.992
Rep. Ceca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	559	899	980	1.455	1.626
Slovacchia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	603	1.139	1.555
Spagna	95	212	363	496	872	1.193	1.536	2.267	2.671
Stati Uniti	356	601	1.091	1.811	2.810	3.748	4.704	6.558	7.290
Svezia	312	532	946	1.273	1.596	1.745	2.283	2.958	3.323
Svizzera	346	621	1.017	1.459	2.033	2.568	3.217	4.015	4.417
Turchia	n.d.	44	70	68	155	173	432	618	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	660	852	1.411	1.388

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

3.2. La dinamica della spesa sanitaria nei paesi OECD

Così come avvenuto nell'anno precedente, tra il 2006 e il 2007 si osserva un ulteriore rallentamento nella crescita della spesa sanitaria: sia in media che nei singoli Paesi. In Italia la spesa sanitaria pro-capite, che era cresciuta del 4,3% medio annuo tra il 2000 e il 2005, è aumentata dell'1,2% medio annuo tra il 2005 e il 2007.

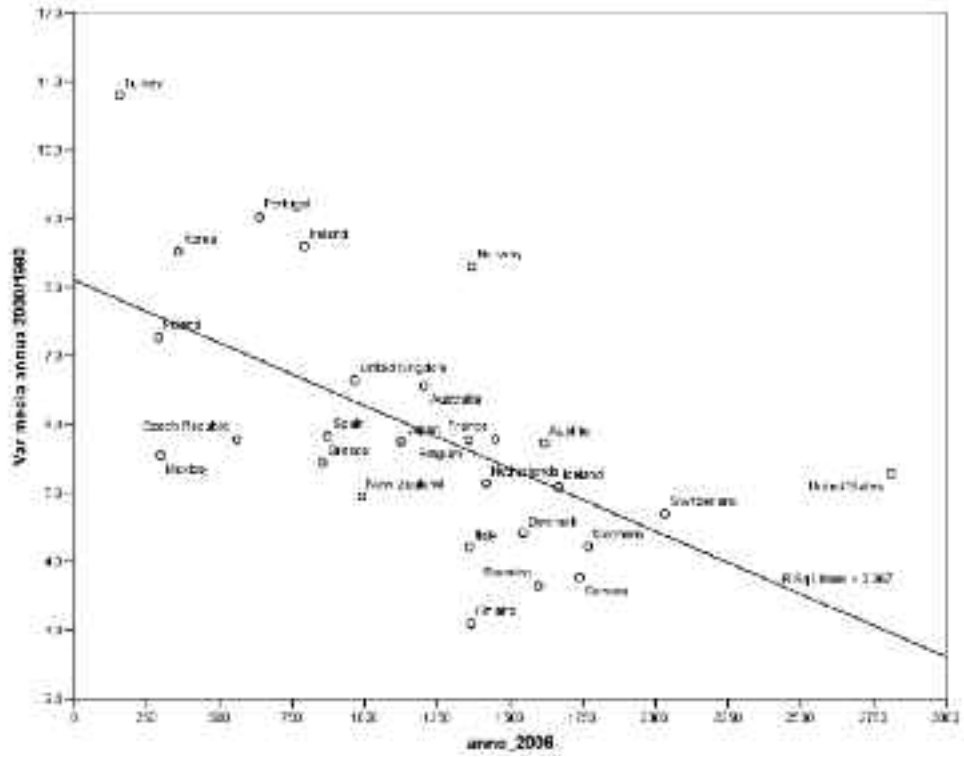
Tabella 3.2 - Spesa sanitaria totale pro-capite OECD
Variazione % media annua

Paesi	1975/1970	1980/1975	1985/1980	1990/1985	1995/1990	2000/1995	2005/2000	2007/2005
Media OECD	**14,27**	**10,32**	**7,91**	**5,19**	**5,15**	**5,06**	**6,67**	**2,58**
Australia	n.d.	8,01	7,63	5,28	6,00	7,12	5,61	n.d.
Austria	17,29	12,47	3,70	11,50	6,49	4,97	4,22	1,62
Belgio	18,40	13,00	8,55	6,97	6,43	5,11	6,79	1,72
Canada	9,78	10,20	10,14	6,58	3,43	4,11	6,60	2,37
Corea	n.d.	n.d.	10,96	14,68	8,02	9,03	9,88	5,43
Danimarca	n.d	10,54	6,99	4,22	3,92	4,91	5,80	2,19
Finlandia	13,27	10,60	10,13	8,11	1,63	4,58	6,93	1,86
Francia	13,72	12,60	9,15	6,96	7,71	3,88	5,38	1,74
Germania	16,29	11,16	7,73	4,64	5,16	3,27	4,62	1,39
Giappone	14,64	14,21	8,36	5,18	6,63	4,87	4,69	n.d.
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	8,17	2,79	10,17	3,00
Irlanda	18,64	13,28	5,07	3,78	8,75	8,45	9,42	3,88
Islanda	16,40	15,08	9,40	7,09	2,76	7,46	3,84	0,09
Italia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,51	5,94	4,33	1,16
Lussemburgo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,98	9,51	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,45	5,65	7,34	2,60
Norvegia	17,54	15,64	7,14	7,74	6,34	10,29	7,19	2,06
Nuova Zelanda	14,55	3,72	4,69	9,12	4,69	5,21	7,02	2,18
Olanda	n.d.	10,54	5,64	8,13	4,89	5,38	8,10	2,15
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7,30	7,24	8,01	3,85
Portogallo	26,42	12,23	7,54	9,88	10,23	7,83	6,81	n.d.
Regno Unito	12,94	9,84	8,04	6,83	6,97	6,32	8,00	2,13
Rep. Ceca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	9,97	1,74	8,22	2,25
Slovacchia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	13,56	6,42
Spagna	17,41	11,36	6,44	11,95	6,47	5,18	8,10	3,33
Stati Uniti	11,04	12,67	10,67	9,18	5,93	4,65	6,87	2,14
Svezia	11,26	12,20	6,12	4,63	1,80	5,52	5,32	2,35
Svizzera	12,41	10,37	7,48	6,86	4,78	4,61	4,53	1,93
Turchia	n.d.	9,73	-0,58	17,91	2,22	20,08	7,42	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,24	10,62	-0,33

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

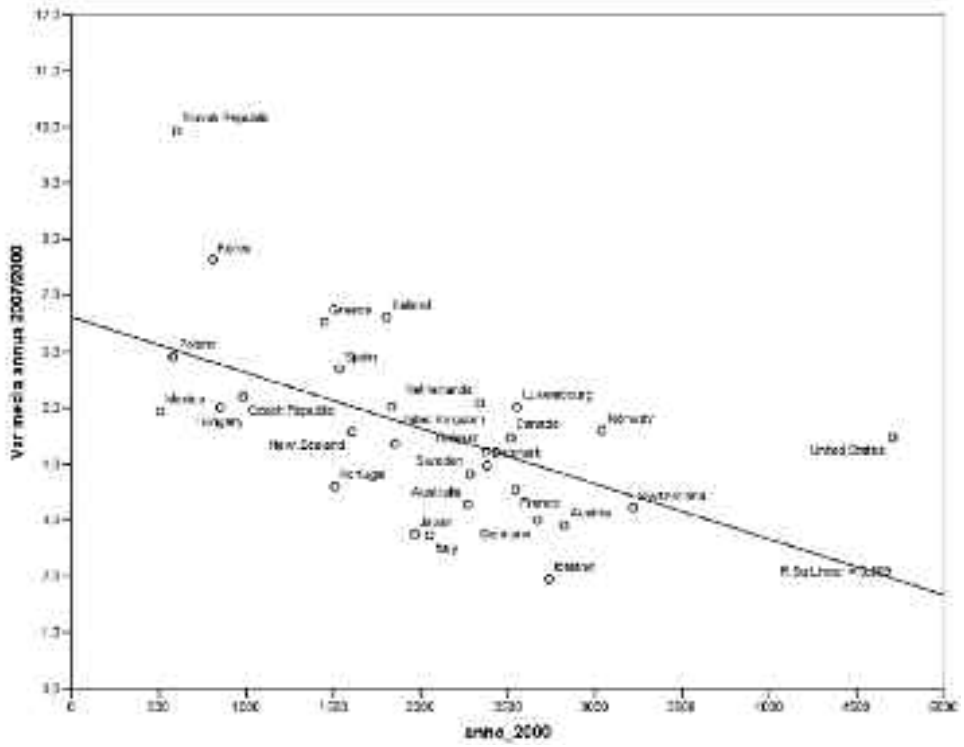
La dinamica della spesa sanitaria fra il 1990-2007 può essere scomposta in due sotto periodi: 1990-2000 e 2000-2007.
Tra il 1990 e il 2000 la spesa sanitaria è in media cresciuta più velocemente di quanto non sia avvenuto tra il 2000 e il 2007.
In generale possiamo osservare che i Paesi partiti da un livello di spesa più basso hanno subito un incremento di spesa maggiore.
La variazione della spesa sanitaria totale pro-capite in Italia, tranne che nel quinquennio 1995-2000, è inferiore alla media dei Paesi partner. L'Italia ha, in particolare, registrato una crescita inferiore a quanto sarebbe stato presumibile in base ai livelli di spesa iniziali.

Figura 3.5 - Correlazione tra livello di spesa sanitaria 1990 e incremento 2000/1990 nei Paesi OECD - Valori in $ (PPP) e variazioni %



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

Figura 3.6 - Correlazione tra livello di spesa sanitaria 2000 e incremento 2007/2000 nei Paesi OECD
Valori in $ (PPP) e variazioni %



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

3.3. La relazione tra spesa sanitaria e PIL nei paesi OECD

La dinamica della spesa sanitaria descritta, ha portato ad un incremento dell'incidenza della stessa sul PIL.

I Paesi in cui la quota di spesa sanitaria su PIL in media è cresciuta maggiormente dal 1970 ad oggi sono Olanda, Danimarca, Stati Uniti, Portogallo ma anche Ungheria Belgio e Turchia; viceversa i Paesi in cui la quota cresciuta meno sono l'Italia, il Messico, la Polonia e la Repubblica Ceca. Importante osservare che a parte l'Italia, gli altri Paesi hanno registrato anche un aumento del PIL modesto che influenza la scarsa crescita della spesa sanitaria.

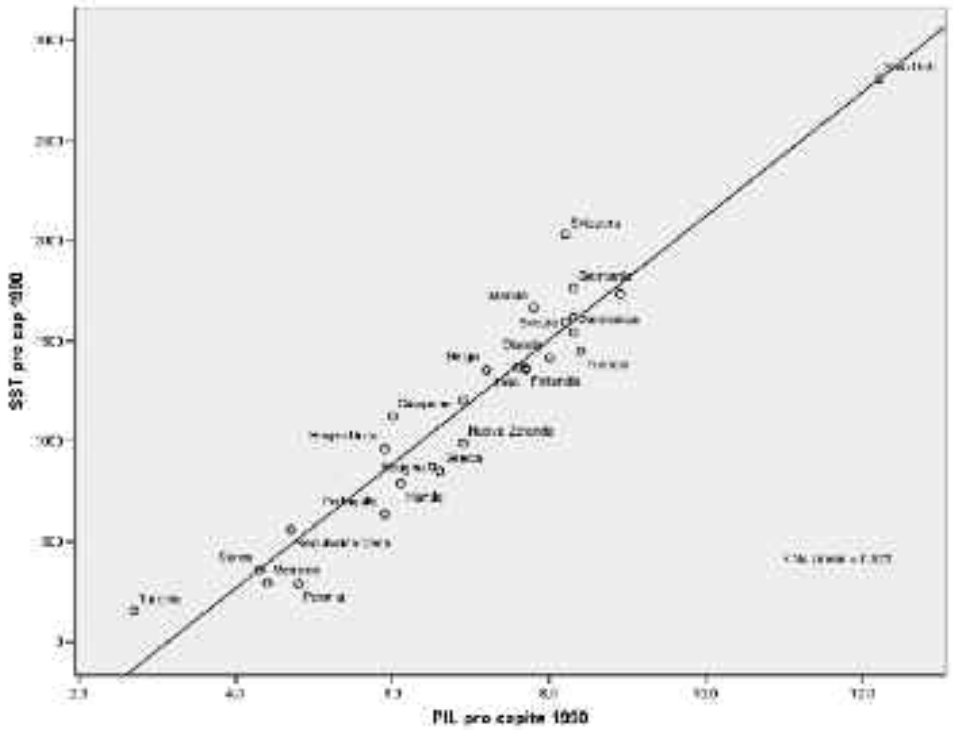
Tabella 3.3- Spesa sanitaria sul PIL nei Paesi OECD
Variazione % media annua

Paesi	1975/1970	1980/1975	1985/1980	1990/1985	1995/1990	2000/1995	2005/2000	2007/2005
Media OECD	**n.d.**	**-4,0**	**-2,4**	**-2,7**	**-0,0**	**-0,1**	**1,6**	**-4,1**
Australia	n.d.	-0,2	0,3	0,3	0,5	0,9	0,4	n.d.
Austria	1,7	0,5	-1,0	1,9	1,2	0,4	0,5	-0,3
Belgio	1,7	0,7	0,7	0,2	1,0	0,4	1,7	-0,1
Canada	0,1	0,0	1,1	0,8	0,1	-0,2	1,1	0,2
Corea	0,0	4,1	-0,2	0,4	-0,2	0,8	1,2	0,7
Danimarca	8,7	0,2	-0,4	-0,2	-0,2	0,2	1,2	0,3
Finlandia	0,7	0,1	0,8	0,6	0,2	-0,7	1,3	-0,3
Francia	1,0	0,6	1,0	0,4	2,0	-0,3	1,0	-0,1
Germania	2,4	0,0	0,4	-0,5	1,8	0,2	0,4	-0,3
Giappone	1,1	0,8	0,2	-0,7	0,9	0,8	0,5	n.d.
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,0	-0,7	1,5	0,2
Irlanda	2,2	1,0	-0,8	-1,4	0,6	-0,4	1,0	0,3
Islanda	1,0	0,6	0,9	0,6	0,4	1,3	-0,1	-0,1
Italia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-0,4	0,8	0,8	-0,2
Lussemburgo	1,2	0,9	0,0	0,2	0,2	0,2	1,9	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,7	0,0	0,7	0,1
Norvegia	1,5	1,1	-0,4	1,0	0,3	0,5	0,7	-0,2
Nuova Zelanda	1,5	-0,8	-0,8	1,8	0,3	0,5	1,4	0,1
Olanda	7,0	0,4	-0,1	0,7	0,3	-0,3	1,8	0,0
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,7	0,0	0,7	0,2
Portogallo	2,6	0,2	0,4	0,2	1,9	1,0	1,4	n.d.
Regno Unito	0,9	0,2	0,2	0,1	0,9	0,2	1,2	0,2
Rep. Ceca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,3	-0,5	0,6	-0,3
Slovacchia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1,5	0,7
Spagna	1,1	0,7	0,1	1,1	0,9	-0,2	1,1	0,2
Stati Uniti	0,9	1,0	1,3	1,9	1,4	0,0	2,1	0,3
Svezia	0,7	1,4	-0,4	-0,3	-0,2	0,2	1,0	-0,1
Svizzera	1,5	0,4	0,4	0,5	1,4	0,6	1,0	-0,4
Turchia	2,2	0,2	-0,8	1,1	-0,2	2,4	0,8	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7,3	-0,4	1,4	-0,9

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

Analizzando la relazione tra spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite nei Paesi OECD, è possibile osservare una correlazione statistica significativa e anche stabile nel tempo fra le variabili. Per inciso, la proporzione di PIL complessivamente destinata alla Sanità potrebbe essere assunta quale *proxy* della *Willingness to Pay* (WTP) nei diversi Paesi. Osservando l'evoluzione della WTP nel tempo è possibile trarre le seguenti considerazioni. Nel 1990, la maggioranza dei Paesi si colloca lungo la linea di regressione, con due eccezioni: Turchia e Svizzera, che spendono una proporzione significativamente maggiore del proprio PIL per la Sanità. Gli Stati Uniti, pur in presenza di un gap positivo in termini sia di PIL, che di spesa sanitaria pro-capite (circa 1.000 dollari superiore a quella della Germania, che è il secondo Paese tra quelli considerati per ammontare di spesa sanitaria pro-capite), mostravano nel 1990 una WTP in linea con gli altri Paesi. Nel 1990 la WTP del sistema sanitario italiano era sostanzialmente allineata a quella dei Paesi competitor.

Figura 3.7 - Correlazione tra spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite OECD
Valori in $ PPA - Anno 1990[5]

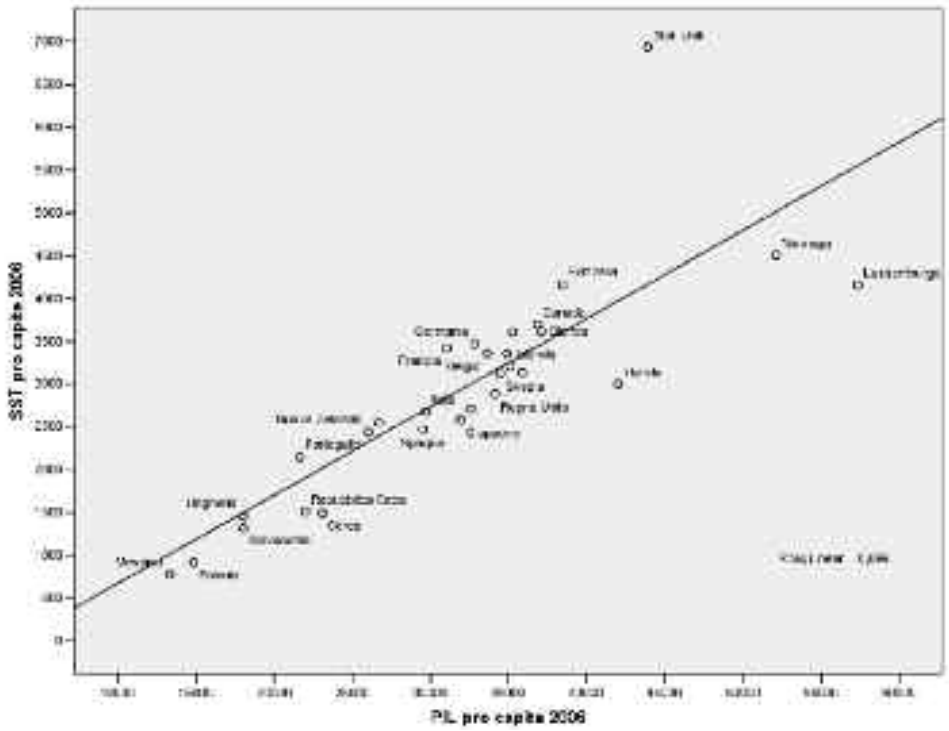


Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Helth data 2009

Nel 2006 gli Stati Uniti, si collocano, invece, in una posizione di isolamento, mostrando una WTP molto più elevata rispetto a quella degli altri Paesi.

[5] *I dati di Australia, Turchia, Giappone, Lussemburgo e Portogallo si riferiscono all'anno 2006.*

Figura 3.8 - Correlazione tra spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite OECD
Valori in $ PPA - Anno 2006[6]

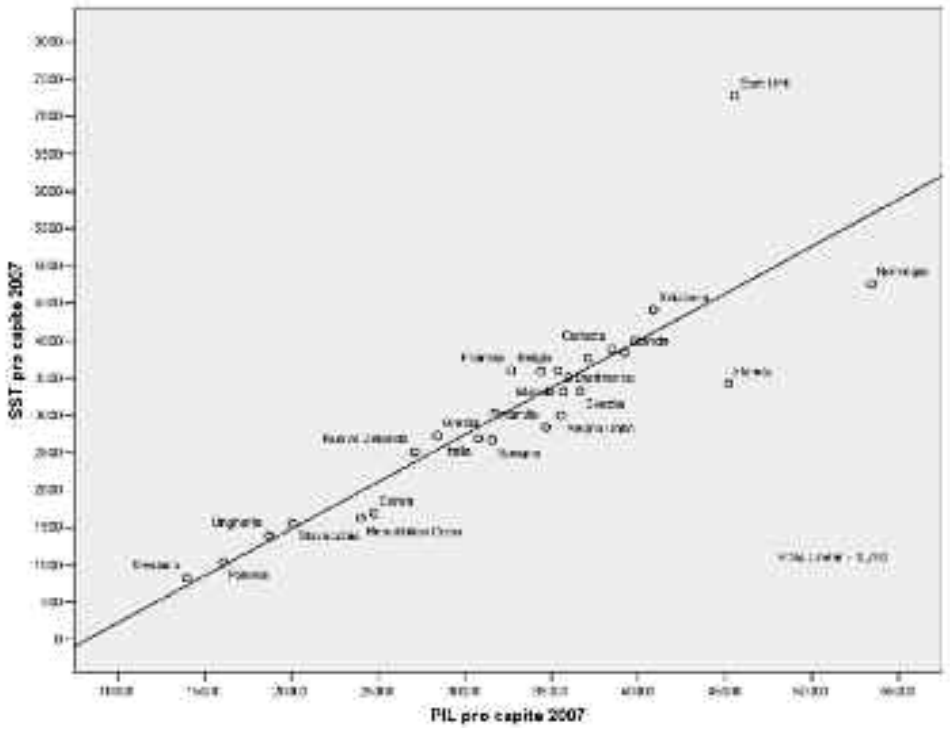


Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

L'Italia è sempre sulla linea di regressione, ma su livelli di spesa inferiori dei suoi competitor, assumendo una posizione analoga a quella della Spagna.

[6] *I dati di Australia, Giappone, Lussemburgo, Portogallo e Turchia si riferiscono all'anno 2006.*

Figura 3.9 - Correlazione tra spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite OECD
Valori in $ PPA - Anno 2007[7]



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Helth data 2009

Con il 2007 l'Italia supera la WTP media, probabilmente a causa del prolungato ristagno del PIL.

3.4. La composizione della spesa sanitaria nei paesi OECD

Ad esclusione di Messico e Stati Uniti che presentano una percentuale di spesa sanitaria pubblica rispetto alla spesa sanitaria totale rispettivamente pari al 45,2% e al 45,4%, in tutti gli altri Paesi il settore pubblico rappresenta la componente di spesa sanitaria totale più consistente. In Italia la spesa sanitaria pubblica è, nel 2007, pari al 76,5% della spesa totale (6,7% del PIL).

[7] *I dati di Australia, Turchia, Lussemburgo, Australia e Portogallo si riferiscono all'anno 2006.*

Tabella 3.4 - Quota della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale Paesi OECD - Valori %

Paesi	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Media OECD	**72,6**	**76,8**	**73,0**	**73,1**	**72,6**	**72,1**	**72,1**	**72,9**	**71,8**
Australia	n.d.	73,6	62,6	70,6	66,2	65,8	67,1	67,4	n.d.
Austria	63,0	69,6	68,8	76,1	73,4	73,9	76,8	76,1	76,4
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	78,5	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	69,9	76,2	75,6	75,5	74,5	71,4	70,4	70,3	70,0
Corea	n.d.	n.d.	20,1	29,4	36,5	36,3	44,9	52,1	54,9
Danimarca	n.d.	85,4	87,8	85,6	82,7	82,5	82,4	83,7	84,5
Finlandia	73,8	78,6	79,0	78,6	80,9	72,0	71,1	73,5	74,6
Francia	75,5	78,0	80,1	78,5	76,6	79,7	79,4	79,3	79,0
Germania	72,8	79,0	78,7	77,4	76,2	81,6	79,7	77,0	76,9
Giappone	69,8	72,0	71,3	70,7	77,6	83,0	81,3	82,7	n.d.
Grecia	42,6	n.d.	55,6		53,7	52,0	60,0	60,1	60,3
Irlanda	81,7	79,0	82,0	75,8	71,7	71,9	73,5	77,5	80,7
Islanda	66,2	87,1	88,2	87,0	86,6	83,9	81,1	81,4	82,5
Italia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	79,5	70,8	72,5	76,2	76,5
Lussemburgo	88,9	91,8	92,8	89,2	93,1	92,4	89,3	90,2	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	40,4	42,1	46,6	45,5	45,2
Norvegia	91,6	96,2	85,1	85,8	82,8	84,2	82,5	83,5	84,1
Nuova Zelanda	80,3	73,7	88,0	87,0	82,4	77,2	78,0	77,9	n.d.
Olanda	n.d.	67,9	69,4	70,8	67,1	71,0	63,1	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	91,7	72,9	70,0	69,3	70,8
Portogallo	59,0	58,9	64,3	54,6	65,5	62,6	72,5	71,8	n.d.
Regno Unito	87,0	91,1	89,4	85,8	83,6	83,9	79,3	81,9	81,7
Rep. Ceca	96,6	96,9	96,8	92,2	97,4	90,9	90,3	88,6	85,2
Slovacchia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	89,4	74,4	66,8
Spagna	65,4	77,4	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,6	71,8
Stati Uniti	36,2	40,7	40,8	39,3	39,2	44,9	43,2	44,4	45,4
Svezia	86,0	90,2	92,5	90,4	89,9	86,6	84,9	81,6	81,7
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	50,3	52,4	53,6	55,4	59,5	59,3
Turchia	n.d.	50,0	29,4	50,6	61,0	70,3	62,9	71,4	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	84,0	70,7	72,3	70,6

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

La quota di spesa sanitaria pubblica nel nostro Paese ha avuto una tendenza decrescente tra il 1990 e il 1995, mentre è andata nuovamente a crescere in maniera costante tra il 1995 e il 2007. In generale, comunque, tale andamento è comune a tutti i Paesi Europei: la quota di spesa pubblica è andata prima a decrescere per poi crescere nuovamente.

Tabella 3.5 - Quota di spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa pubblica Paesi OECD - Valori %

Paesi	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007
Media OECD	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**11,91**	**12,08**	**13,76**	**15,49**	**15,41**
Australia	n.d.	14,2	11,6	11,8	12,6	13,0	15,4	17,0	n.d.
Austria	n.d.	n.d.	10,3	9,2	11,9	12,5	14,7	15,8	15,9
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	12,4	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	13,3	12,9	12,8	12,7	13,5	13,3	15,1	17,7	18,1
Corea	n.d.	n.d.	3,9	5,7	8,0	7,1	9,3	11,0	n.d.
Danimarca	n.d.	16,5	14,9	13,1	12,3	11,3	12,7	15,0	16,2
Finlandia	n.d.	12,6	12,4	12,0	13,0	9,2	10,6	12,4	12,9
Francia	n.d.	n.d.	12,3	12,1	12,9	15,2	15,5	16,5	16,6
Germania	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	15,0	18,2	17,5	18,2
Giappone	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	16,0	17,6	n.d.
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10,1	13,1	13,2
Irlanda	n.d.	n.d.	n.d.	10,6	10,2	11,7	14,7	16,8	17,1
Islanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	18,4	18,2	17,8
Italia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11,6	9,8	12,7	14,1	13,9
Lussemburgo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	13,2	13,0	13,9	16,7	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11,4	12,5	n.d.	n.d.
Norvegia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	13,0	16,4	18,0	18,3
Nuova Zelanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10,6	13,3	15,6	18,3	n.d.
Olanda	n.d.	9,4	9,3	9,0	9,8	10,5	11,4	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	8,4	9,4	9,9	10,8
Portogallo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11,2	14,9	15,3	n.d.
Regno Unito	9,3	10,2	11,0	10,8	12,0	13,0	14,3	15,3	15,6
Rep. Ceca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11,7	14,1	14,1	13,5
Slovacchia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d	9,7	13,7	15,1
Spagna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	12,1	13,2	15,2	15,6
Stati Uniti	7,9	9,3	10,7	11,0	12,9	16,5	17,2	19,1	19,4
Svezia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10,6	12,6	13,5	14,1
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	14,2	14,6	16,0	18,9	n.d.
Turchia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10,6	12,0	10,5

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

Se analizziamo l'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa pubblica, i Paesi con una quota maggiore sono gli Stati Uniti e la Norvegia mentre quelli che assorbono per la spesa sanitaria una quota minore di spesa pubblica sono Ungheria e Polonia.
In Italia, nel 2007, il 13,9% della spesa pubblica viene assorbito dalla spesa sanitaria. Importante sottolineare che il valore italiano è inferiore a quello di tutti i Paesi "affini": questo potrebbe essere un indicatore del contributo della Sanità al risanamento della finanza pubblica italiana.

3.5. La spesa sanitaria pubblica in Italia

La spesa sanitaria pubblica in Italia è passata, secondo i dati Ministero della Salute, da € 82.724 mln. nel 2003 a € 106.632 mln. nel 2008 con un incremento in termini nominali del 5,2% medio annuo (2,5% in termini reali). In particolare la spesa sanitaria totale pubblica ha subito un incremento in linea con la media nazionale al Nord (pari al 5,3% in termini nominali e al 2,6% in termini reali), superiore alla media al Centro (5,7% in termini nominali e al 3,0% in termini reali) e inferiore alla media nazionale al Sud (4,4% in termini nominali e al 2,1% in termini reali[8]). Una delle maggiori difficoltà che si incontrano nell'analizzare la spesa sanitaria è quella di attestare il livello di spesa pubblica effettiva: i sistemi informativi disponibili (Ministero della Salute, ASSR, ISTAT, OCSE) forniscono serie storiche diverse caratterizzate da dinamiche fortemente difformi, come è possibile evincere nella tabella seguente.

Tabella 3.6 - Spesa sanitaria pubblica - Valori ass. in mld. di € e tassi di variaz.ne % annui

Anno	Min. Salute		ISTAT		OCSE	
	V. Ass.	T. Var.	V. Ass.	T.Var.	V. Ass.	T.Var.
2001	76,70	n.d.	74,23	10,60	76,55	9,92
2002	80,12	4,47	78,56	5,83	80,46	5,10
2003	82,72	3,25	81,33	3,53	83,02	3,18
2004	89,61	8,33	89,37	9,89	91,47	10,18
2005	96,20	7,35	95,31	6,65	97,38	6,46
2006	100,05	4,00	100,36	5,30	102,65	5,42
2007	103,88	3,83	101,14	0,78	103,15	0,49
2008	106,63	2,64	n.d.	n.d.	110,05	6,69

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute, ASSR, ISTAT, OCSE

Secondo i dati ISTAT e Ministero della Salute, si può osservare tra il 2006 e il 2008 un rallentamento della crescita della spesa dopo un biennio di crescita significativa mentre, secondo il dato OCSE, la spesa pubblica italiana dopo un rallentamento della crescita tra il 2006 e il 2007 ha subito un nuovo importante incremento già tra il 2007 e il 2008.
Attestandoci sull'uso dei dati di fonte ministeriale, e analizzando la spesa sanitaria per Regione, si osserva un estrema variabilità: le Regioni in cui la spesa sanitaria è cresciuta più rapidamente nel quinquennio 2001-2006 sono Lazio, Valle d'Aosta, Molise e Sicilia; tra il 2006 e il 2007 Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Calabria e tra il 2007 e il 2008 Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Basilicata. Al contrario le Regioni in cui la spesa sanitaria è cresciuta meno sono, nel quinquennio 2001-2006, Friuli Venezia Giulia, Calabria e Campania; tra il 2006 e il 2007 il Lazio e la Sicilia hanno fatto osservare un decremento della spesa (le stesse Regioni che avevano registrato un forte incremento nel quinquennio 2001-2006 e sono soggette al piano di rientro) e infine tra il 2007 e il 2008 si rileva una lieve contrazione della spesa in Abruzzo e in Sicilia, mentre nel Lazio la crescita è praticamente nulla.

[8] *In mancanza di un deflatore specifico per la sanità si è usato quello del PIL.*

[9] *Il dato totale non include i costi straordinari e la mobilità verso gli ospedali extraterritoriali: Bambino Gesù e SMOM.*

Tabella 3.7 - Spesa sanitaria pubblica[10]
Variazione %

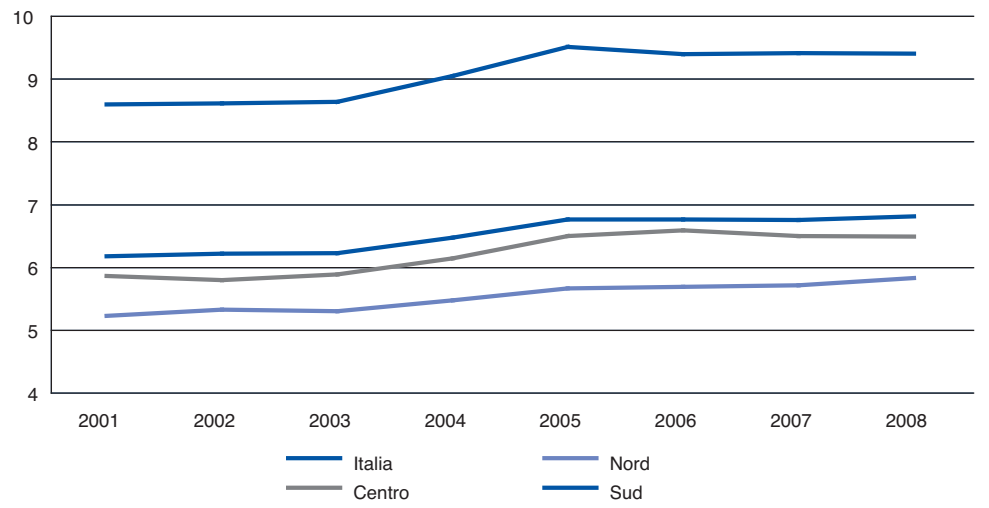
Regioni	2006/2001	Media annua 2007/2006	2008/2007
Italia	**5,46**	**3,83**	**2,65**
Nord	**5,21**	**4,80**	**3,81**
Centro	**6,45**	**2,84**	**1,96**
Sud	**5,21**	**3,13**	**1,45**
Piemonte	5,26	3,67	4,29
Valle d'Aosta	6,53	0,95	5,65
Lombardia	5,04	5,58	3,05
P. A. Bolzano	5,89	3,03	4,20
P. A. Trento	4,99	5,70	3,07
Veneto	5,31	3,75	3,72
Friuli Venezia G.	4,29	10,90	7,66
Liguria	4,76	3,78	3,67
Emilia Romagna	5,72	4,50	3,97
Toscana	5,28	3,74	3,53
Umbria	5,65	2,64	3,01
Marche	4,81	3,37	4,33
Lazio	7,72	2,22	0,33
Abruzzo	5,60	3,89	-0,39
Molise	6,16	5,21	3,66
Campania	4,64	3,47	1,24
Puglia	5,53	5,23	2,07
Basilicata	5,45	5,75	4,90
Calabria	4,01	4,88	2,84
Sicilia	6,01	-0,04	-0,03
Sardegna	4,79	2,82	3,42

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa sanitaria pubblica Italiana è pari al 6,8% del PIL nel 2008, in leggero aumento rispetto all'anno precedente (+0,06%).
In particolare la spesa sanitaria al Nord, al Centro e al Sud assorbe rispettivamente il 5,8%, il 6,5% e il 9,4% del PIL nel 2008, sostanzialmente stabile rispetto al 2007.
L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è relativamente simile tra Centro e Nord, mentre al Sud tale rapporto si attesta su livelli nettamente superiori: chiaramente questo perché mediamente il Sud ha un PIL significativamente inferiore a quello del Centro-Nord.
In altri termini, ad oggi il meccanismo perequativo fra le Regioni fa sì che la spesa sanitaria complessiva sia poco o nulla legata ai livelli di reddito.

[10] *Nel calcolo della spesa pubblica escludiamo la spesa per voci straordinarie e la mobilità verso Bambin Gesù e SMOM.*

Figura 3.10 - Spesa Sanitaria pubblica su PIL
Valori % - Anni 2001-2008



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Ministero della Salute e ISTAT

In particolare la spesa sanitaria su PIL assume valori massimi (superiori al 9%) in Molise, Campania, Calabria, Puglia, Sicilia e Basilicata, mentre assume valori minimi, inferiori al 6%, in Lombardia, Emilia Romagna e Veneto.

Tabella 3.8 - Spesa Sanitaria pubblica su PIL Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**6,14**	**6,74**	**6,72**	**6,78**
Nord	**5,20**	**5,66**	**5,68**	**5,80**
Centro	**5,83**	**6,56**	**6,47**	**6,46**
Sud	**8,56**	**9,36**	**9,38**	**9,37**
Piemonte	5,76	6,31	6,30	6,48
Valle d'Aosta	5,39	6,11	5,96	6,18
Lombardia	4,67	5,04	5,10	5,17
P. A. Bolzano	5,88	6,46	6,39	6,50
P. A. Trento	5,65	6,14	6,15	6,23
Veneto	5,30	5,74	5,70	5,81
Friuli Venezia G.	5,53	5,81	6,15	6,53
Liguria	6,68	7,30	7,20	7,36
Emilia Romagna	5,11	5,71	5,70	5,80
Toscana	5,82	6,32	6,32	6,41
Umbria	6,40	7,15	7,05	7,18
Marche	6,07	6,31	6,26	6,42
Lazio	5,70	6,70	6,53	6,41
Abruzzo	7,21	8,25	8,22	8,00
Molise	8,55	9,71	9,77	9,92
Campania	9,14	9,68	9,71	9,81
Puglia	8,35	9,38	9,64	9,58
Basilicata	7,74	8,55	8,75	9,05
Calabria	9,07	9,27	9,48	9,65
Sicilia	8,85	9,96	9,69	9,51
Sardegna	7,56	8,08	8,07	8,23

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Per effetto dei citati meccanismi solidaristici la spesa sanitaria pro-capite è, invece, piuttosto omogenea tra le Regioni.

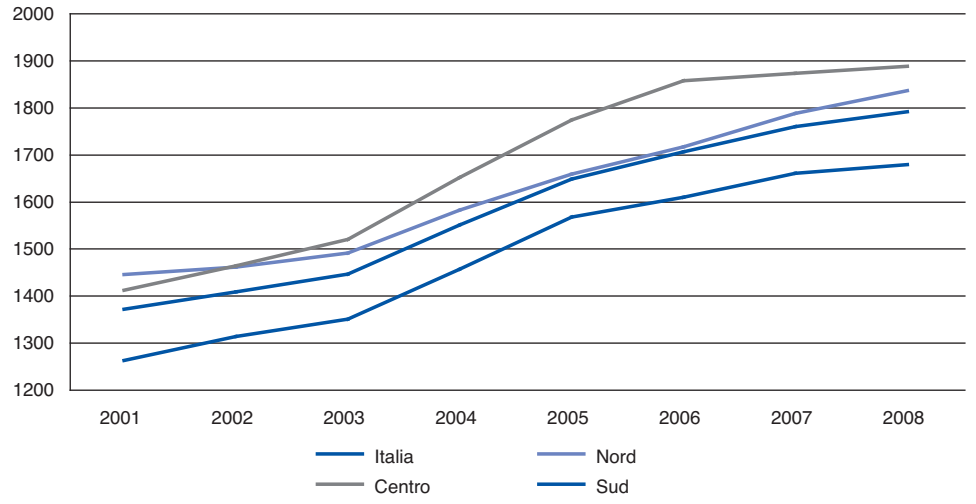
Tabella 3.9 - Spesa Sanitaria pubblica pro-capite - Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**1.369**	**1.646**	**1.703**	**1.757**
Nord	**1.443**	**1.656**	**1.714**	**1.785**
Centro	**1.409**	**1.771**	**1.854**	**1.870**
Sud	**1.259**	**1.565**	**1.607**	**1.658**
Piemonte	1.394	1.687	1.750	1.810
Valle d'Aosta	1.515	1.846	2.000	2.005
Lombardia	1.346	1.574	1.636	1.714
P. A. Bolzano	n.d.	2.055	2.141	2.183
P. A. Trento	n.d.	1.763	1.828	1.915
Veneto	1.367	1.604	1.685	1.735
Friuli Venezia G.	1.354	1.669	1.633	1.805
Liguria	1.503	1.845	1.859	1.932
Emilia Romagna	1.423	1.727	1.780	1.844
Toscana	1.400	1.690	1.748	1.804
Umbria	1.361	1.642	1.702	1.737
Marche	1.338	1.570	1.621	1.668
Lazio	1.443	1.904	2.018	1.992
Abruzzo	1.361	1.693	1.727	1.788
Molise	1.365	1.823	1.843	1.944
Campania	1.282	1.622	1.585	1.641
Puglia	1.210	1.507	1.566	1.649
Basilicata	1.169	1.479	1.538	1.634
Calabria	1.244	1.425	1.525	1.605
Sicilia	1.253	1.562	1.665	1.665
Sardegna	1.275	1.563	1.590	1.631

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa sanitaria pubblica pro-capite è pari in media in Italia nel 2008 a € 1.757, € 54 in più rispetto al 2007.
Al Nord la spesa pro-capite è di poco superiore alla media nazionale (€ 1.785), al Centro tale valore è mediamente superiore (€ 1.870), mentre al Sud la spesa media è nettamente inferiore (€ 1.658).

Figura 3.11 - Spesa Sanitaria pro-capite
Valori in € - Anni 2001-2008



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Ministero della Salute e ISTAT

La figura 3.11 mostra come l'andamento della spesa sanitaria pro-capite in Italia e nel Sud coincida, anche se attestandosi su livelli diversi; nel Centro, invece, la spesa pubblica cresce molto velocemente tra il 2002 e il 2006 presentando poi un decremento negli anni successivi. Infine, al Nord la spesa pubblica pro-capite è stata, fino al 2004, superiore alla media nazionale per poi sovrapporsi alla media italiana e superarla nuovamente dal 2007.
I livelli di spesa Regionali presentano una discreta variabilità: la spesa sanitaria pubblica pro-capite, nel 2008, assume valori massimi nella P. A. di Bolzano (€ 2.246) e Valle d'Aosta (€ 2.099), mentre presenta valori minimi in Calabria (€ 1.605) e Sardegna (€ 1.631), con un gap in termini nominali tra la Regione con valori minimi e quella con valori massimi di € 641.

Tabella 3.10 - Spesa Sanitaria pubblica pro-capite per popolazione pesata[11]

Regioni	2008	Graduatoria delle Regioni
Italia	**1.757**	
Nord	**1.814**	
Centro	**1877**	
Sud	**1704**	
Piemonte	1.814	14
Valle d'Aosta	2.066	19
Lombardia	1.771	9
Trentino A. A.	2.119	20
Veneto	1.810	13
Friuli Venezia G.	1.853	16
Liguria	1.778	11
Emilia Romagna	1.838	15
Toscana	1.781	12
Umbria	1.705	6
Marche	1.682	3
Lazio	2.031	18
Abruzzo	1.772	10
Molise	1.958	17
Campania	1.708	8
Puglia	1.706	7
Basilicata	1.671	2
Calabria	1.636	1
Sicilia	1.702	5
Sardegna	1.689	4

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Il dato spesa sanitaria per popolazione pesata permette un confronto depurato dalle differenze demografiche tra le Regioni. Le Regioni con spesa sanitaria pro-capite per popolazione pesata minore sono la Calabria, la Basilicata e le Marche mentre quelle con spesa maggiore il Trentino Alto Adige, la Valle d'Aosta e il Lazio. La differenza tra la Regione con spesa massima e spesa minima è pari a € 483 (differenza inferiore di € 158 rispetto al dato per popolazione non pesata).

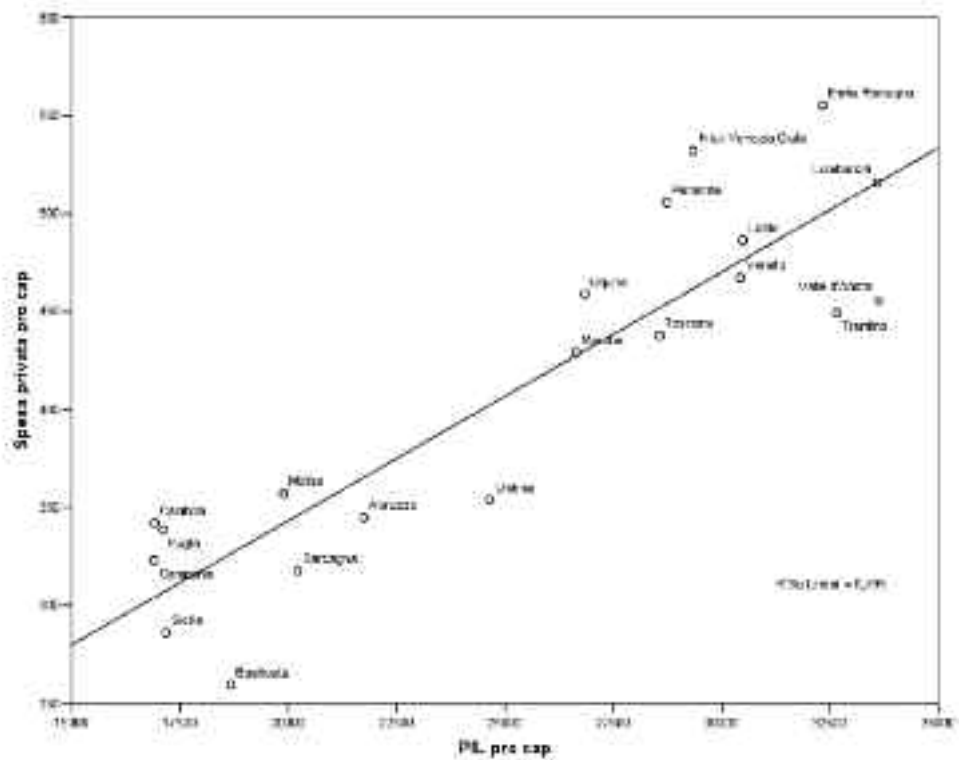
[9] *La popolazione pesata in questo caso è stata ottenuta riproporzionando la popolazione in base al finanziamento ex ante (delibere CIPE). Abbiamo compiuto questa scelta perché tale finanziamento è la media ponderata per i LEA delle quote capitarie semplici e pesate per i vari settori di interesse (farmaceutica, medicina di base etc.).*

Qualora il sistema di finanziamento delle Regioni fosse corretto tale graduatoria dovrebbe fornire l'ordinamento delle Regioni più efficienti: interessante osservare come le Regioni con spesa sanitaria pro-capite per popolazione pesata inferiore sono di dimensioni per lo più medio-piccole ma soprattutto che non sono quelle che ci si attenderebbe (Toscana, Emilia Romagna, Veneto etc.).

3.6. La spesa sanitaria privata in Italia

La spesa privata in Italia nel 2007 rappresenta in media il 21,9% della spesa sanitaria totale, in leggero aumento rispetto al 2006 (21,6%) e in riduzione rispetto al 2005 (22,2%). La quota di spesa privata è superiore al Nord (22,4%), rispetto al Centro (20,7%) e al Sud (21,7%) seguendo l'andamento del livello di reddito.
La figura mostra, infatti, una marcata correlazione positiva tra spesa privata e reddito delle famiglie (R^2 = 69,8%).

Figura 3.12 - Correlazione tra spesa sanitaria privata pro-capite e PIL pro-capite - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Le Regioni con una quota di spesa privata più alta nel 2007 sono Friuli Venezia Giulia (27,4%) e Emilia Romagna (26,2%), mentre quelle con una minore incidenza di spesa privata Basilicata (15,0%) e Sicilia (16,9%).

Tabella 3.11 - Quota di spesa privata su spesa totale
Valori %

Regioni	2000	2005	2007
Italia	**26,56%**	**22,23%**	**21,89%**
Nord	**26,53%**	**22,85%**	**22,42%**
Centro	**25,75%**	**21,10%**	**21,00%**
Sud	**27,06%**	**22,09%**	**21,71%**
Piemonte	29,29%	25,24%	26,06%
Valle d'Aosta	23,65%	21,82%	23,86%
Lombardia	30,91%	26,78%	25,62%
Trentino A. A.	25,00%	21,34%	19,97%
Veneto	27,98%	24,29%	24,00%
Friuli Venezia G.	30,30%	27,85%	27,40%
Liguria	25,80%	21,51%	21,21%
Emilia Romagna	30,92%	26,99%	26,21%
Toscana	27,03%	23,51%	23,51%
Umbria	22,57%	19,32%	20,34%
Marche	26,32%	23,11%	21,62%
Lazio	27,68%	21,04%	20,71%
Abruzzo	23,22%	17,48%	17,27%
Molise	23,81%	16,74%	19,75%
Campania	21,78%	17,37%	18,10%
Puglia	22,95%	19,48%	17,98%
Basilicata	19,89%	15,54%	15,00%
Calabria	22,97%	20,52%	18,24%
Sicilia	22,07%	16,52%	16,86%
Sardegna	20,98%	17,69%	17,27%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

La spesa sanitaria privata pro-capite in Italia nel 2007 è stata pari a € 479,3; ogni cittadino del Nord spende in media € 472,4, nel Centro € 477,6 e nel Sud € 466,4.
Le Regioni con una spesa pro-capite maggiore sono il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia Romagna, mentre quelle con spesa privata per abitante minore sono la Basilicata e la Sicilia, con un differenziale tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima di oltre il doppio.

Tabella 3.12 - Spesa sanitaria privata pro-capite
Valori in €

Regioni	2000	2005	2007
Italia	426,36	465,27	479,26
Nord	436,45	457,14	472,36
Centro	425,89	471,08	477,64
Sud	414,13	451,00	466,45
Piemonte	505,61	554,09	605,42
Valle d'Aosta	455,93	511,12	602,51
Lombardia	515,82	555,71	565,45
Trentino A. A.	449,16	500,61	478,13
Veneto	467,20	495,84	520,43
Friuli Venezia G.	532,05	617,57	649,10
Liguria	459,02	510,96	506,88
Emilia Romagna	555,48	604,52	606,52
Toscana	437,86	490,60	521,36
Umbria	354,03	384,54	425,79
Marche	429,26	456,02	444,11
Lazio	486,15	525,20	505,78
Abruzzo	344,93	355,81	363,11
Molise	357,21	405,96	479,89
Campania	323,18	348,66	368,07
Puglia	338,66	362,92	360,11
Basilicata	259,71	277,93	291,54
Calabria	342,21	381,98	404,44
Sicilia	285,91	312,82	338,18
Sardegna	317,56	346,66	341,56

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

La spesa sanitaria privata tra il 2006 e il 2007, è cresciuta in media dello 0,2%. La crescita maggiore si osserva nelle Regioni del Centro (+0,4%) e del Nord (+0,3%), mentre nel Sud la crescita è stata più esigua (+0,2)%.
Rispetto al 2000, quindi prima della abolizione dei ticket (poi parzialmente reintrodotti), la spesa sanitaria privata si è ridotta in media del 4,7% (rispettivamente 4,1% nel Nord, 2,0% nel Centro e 5,4% nel Sud).

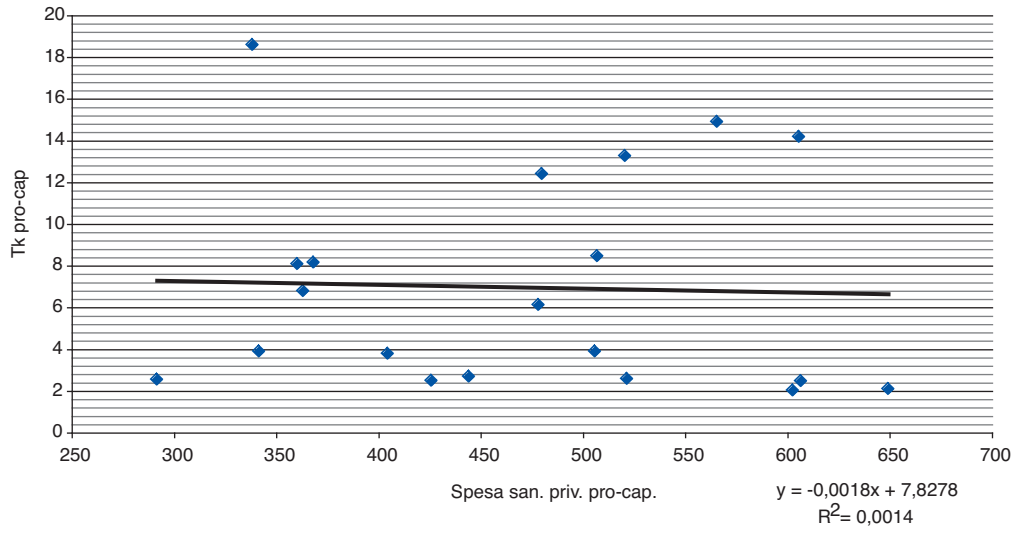
Tabella 3.13 - Variazione della spesa sanitaria privata - Valori %

Regioni	2007/2000	2007/2006
Italia	-4,67%	0,23%
Nord	-4,11%	0,32%
Centro	-1,99%	0,41%
Sud	-5,36%	0,23%
Piemonte	-4,75%	0,31%
Valle d'Aosta	-5,36%	0,06%
Lombardia	-5,47%	-0,68%
Trentino A. A.	0,21%	2,65%
Veneto	-5,29%	0,26%
Friuli Venezia G.	0,00%	0,00%
Liguria	0,00%	0,00%
Emilia Romagna	-5,03%	-0,94%
Toscana	-3,97%	0,33%
Umbria	-2,91%	-0,85%
Marche	-4,59%	-0,23%
Lazio	-4,71%	-0,62%
Abruzzo	-3,53%	0,51%
Molise	-2,23%	1,35%
Campania	-4,69%	0,23%
Puglia	-6,98%	0,01%
Basilicata	-5,95%	0,08%
Calabria	-4,05%	1,60%
Sicilia	-3,68%	0,40%
Sardegna	-4,97%	-0,79%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Le Regioni in cui la spesa privata è cresciuta maggiormente nell'ultimo anno (2007/2006) sono il Trentino Alto Adige e la Calabria; viceversa quelle che hanno registrato una maggiore riduzione di spesa sono l'Emilia Romagna e l'Umbria.
Analizzando la relazione tra spesa sanitaria privata e ticket nel 2007 (l'analisi è stata fatta sul solo ticket per la farmaceutica e non su quello specialistica e pronto soccorso per la mancanza di dati) emerge una correlazione pressoché nulla, non è quindi presente una relazione tra spesa privata e ticket e questo potrebbe far pensare ad un sistema di compartecipazione ancora perfettibile.

Figura 3.13 - Correlazione tra spesa sanitaria privata pro-capite e ticket pro-capite - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT e Federfarma

3.7. La spesa sanitaria pubblica diretta in Italia

Analizzando le componenti della spesa sanitaria pubblica, va distinta la quota a gestione diretta, ovvero quella relativa al personale dipendente e agli acquisti di beni e servizi effettuati direttamente dalle ASL, da quella convenzionata, ovvero i servizi sanitari acquistati da professionisti e strutture private accreditate.

La spesa diretta rappresenta la quota maggiore della spesa sanitaria con un valore pari in media, nel 2008, al 62,3%: tale valore si attesta al 62,9% nel Nord, al 64,2% nel Centro e al 60,1% nel Sud.

Tabella 3.14 - Quota di spesa sanitaria diretta sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**57,07**	**33,01**	**60,86**	**62,26**
Nord	**59,96**	**33,08**	**62,16**	**62,94**
Centro	**57,11**	**32,40**	**62,04**	**64,21**
Sud	**53,09**	**33,29**	**58,35**	**60,09**
Piemonte	61,78	35,08	64,69	64,35
Valle d'Aosta	74,43	42,68	74,79	74,61
Lombardia	52,67	29,51	55,42	56,49
P. A. Bolzano	72,71	40,47	72,21	72,17
P. A. Trento	65,20	36,39	64,51	65,25
Veneto	63,90	31,86	62,35	64,25
Friuli Venezia G.	65,85	37,37	71,61	73,43
Liguria	59,49	37,36	66,43	67,26
Emilia Romagna	65,07	35,03	67,04	67,06
Toscana	68,09	36,52	71,73	72,35
Umbria	69,63	36,81	71,81	72,61
Marche	68,08	37,54	69,55	69,41
Lazio	45,01	28,06	53,21	56,95
Abruzzo	59,75	31,92	60,22	61,74
Molise	63,11	33,49	60,17	60,82
Campania	48,44	32,75	57,22	58,78
Puglia	53,73	29,80	56,21	58,41
Basilicata	64,19	36,15	66,12	67,03
Calabria	56,35	39,04	58,65	59,98
Sicilia	49,51	33,19	57,19	59,15
Sardegna	63,40	37,63	66,10	67,83

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni che nel 2008 presentano una quota di spesa diretta maggiore sono Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e P. A. di Bolzano, mentre quelle che hanno una spesa diretta minore sono Lombardia, Lazio e Puglia.

La spesa per il personale

In Italia, nel 2008, per il personale sono stati spesi € 35.176,9 mln. Nel periodo 2001-2008 tale voce di spesa è cresciuta in termini nominali del 3,9% medio annuo: 3,9% nel Nord, 4,0% nel Centro e 4,0% nel Sud.

In termini reali la spesa per il personale è cresciuta tra il 2001 e il 2008 in Italia dell'1,3% medio annuo: 1,3% medio annuo al Nord, 1,4% al Centri e 1,2% medio annuo al Sud.

Tabella 3.15 - Spesa per il personale dipendente
Valori ass. in mln. di €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**20.556**	**33.415**	**33.814**	**35.177**
Nord	**11.411**	**15.207**	**15.432**	**16.259**
Centro	**3.745**	**6.785**	**6.772**	**7.048**
Sud	**8.333**	**11.423**	**11.611**	**11.870**
Piemonte	2.174	2.707	2.710	2.817
Valle d'Aosta	84	108	102	109
Lombardia	3.735	4.587	4.642	4.867
P. A. Bolzano	338	424	471	518
P. A. Trento	271	338	360	373
Veneto	2.236	2.556	2.548	2.680
Friuli Venezia G.	593	736	825	911
Liguria	835	1.088	1.091	1.130
Emilia Romagna	2.133	2.663	2.682	2.854
Toscana	1.947	2.342	2.350	2.473
Umbria	463	554	556	580
Marche	781	949	946	979
Lazio	2.152	2.940	2.919	3.015
Abruzzo	634	741	742	773
Molise	178	210	209	216
Campania	2.446	3.128	3.173	3.158
Puglia	1.623	1.950	2.009	2.056
Basilicata	277	345	352	378
Calabria	1.008	1.173	1.188	1.247
Sicilia	2.131	2.861	2.912	2.973
Sardegna	848	1.015	1.026	1.068

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In termini percentuali, la spesa per il personale è pari al 33,0% della spesa sanitaria pubblica totale in Italia; a livello di ripartizione: 32,7% nel Nord, 31,2% nel Centro e 34,7% nel Sud: appare evidente come nel Sud la quota di spesa per il personale sia maggiore della media italiana e quindi di quella della altre ripartizioni.
In Italia, ma anche a livello di tutte le ripartizioni, la quota di spesa per il personale è andata decrescendo, sia nel quinquennio 2001-2006 che nel biennio successivo.

Tabella 3.16 - Spesa per il personale dipendente Variazioni %

Regioni	2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	**10,20**	**1,20**	**4,03**
Nord	**5,91**	**1,48**	**5,37**
Centro	**12,62**	**-0,20**	**4,07**
Sud	**6,51**	**1,65**	**2,23**
Piemonte	4,48	0,12	3,94
Valle d'Aosta	5,05	-5,10	6,85
Lombardia	4,20	1,19	4,85
P. A. Bolzano	4,65	11,05	10,03
P. A. Trento	4,52	6,70	3,59
Veneto	2,71	-0,34	5,18
Friuli Venezia G.	4,39	12,14	10,40
Liguria	5,43	0,31	3,57
Emilia Romagna	4,53	0,71	6,42
Toscana	3,76	0,38	5,23
Umbria	3,66	0,29	4,22
Marche	3,98	-0,26	3,50
Lazio	6,44	-0,73	3,30
Abruzzo	3,17	0,14	4,17
Molise	3,33	-0,46	3,47
Campania	5,04	1,42	-0,46
Puglia	3,75	3,01	2,37
Basilicata	4,49	2,05	7,22
Calabria	3,07	1,35	4,96
Sicilia	6,07	1,77	2,11
Sardegna	3,65	1,11	4,07

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Tabella 3.17 - Quota della Spesa per il personale sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**35,06**	**33,40**	**32,55**	**32,99**
Nord	**34,97**	**33,27**	**32,22**	**32,70**
Centro	**33,21**	**32,23**	**30,96**	**31,24**
Sud	**37,39**	**34,69**	**33,93**	**34,68**
Piemonte	34,79	32,33	31,37	32,02
Valle d'Aosta	35,34	34,24	33,75	34,01
Lombardia	35,12	33,73	32,87	32,96
P. A. Bolzano	35,80	35,28	35,61	36,25
P. A. Trento	36,97	35,62	34,40	34,29
Veneto	46,58	43,43	40,82	41,29
Friuli Venezia G.	30,81	29,60	28,36	28,86
Liguria	43,57	41,06	44,26	46,73
Emilia Romagna	37,61	36,78	37,13	37,32
Toscana	36,28	32,02	30,75	31,19
Umbria	37,10	37,28	37,70	38,66
Marche	35,18	36,33	35,12	35,09
Lazio	37,80	35,73	34,44	35,25
Abruzzo	39,80	37,00	35,80	36,39
Molise	41,29	37,54	36,68	37,11
Campania	39,85	38,29	36,94	36,65
Puglia	29,15	27,47	26,68	27,47
Basilicata	36,94	32,87	31,69	33,14
Calabria	40,55	35,43	33,52	33,46
Sicilia	33,42	34,07	33,40	32,84
Sardegna	33,31	30,58	29,94	30,03

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Nel 2008, le Regioni in cui la spesa per il personale assorbe una percentuale maggiore della spesa sanitaria pubblica sono Liguria e Veneto, (oltre il 41,0%, della spesa pubblica) mentre le Regioni in cui viene assorbita una quota minore sono la Puglia e il Friuli Venezia Giulia, con valori inferiori al 30,0%.

Rispetto alla spesa pubblica diretta, la quota del personale in Italia è del 52,8%; a livello di ripartizione è pari al 52,0% nel Nord, al 50,0% nel Centro e al 56,0% nel Sud; si conferma quindi che nel Sud il personale assorbe una quota di spesa maggiore che nella media Italiana.

Tabella 3.18 - Quota di spesa per il personale sulla spesa sanitaria pubblica diretta - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**61,43**	**54,88**	**52,28**	**52,84**
Nord	**58,32**	**53,53**	**51,19**	**52,00**
Centro	**60,93**	**52,11**	**48,86**	**50,00**
Sud	**66,56**	**58,68**	**56,16**	**55,96**
Piemonte	59,84	55,06	53,46	52,91
Valle d'Aosta	62,59	58,06	54,72	51,19
Lombardia	58,49	53,40	50,22	51,60
P. A. Bolzano	59,92	56,87	61,33	62,82
P. A. Trento	57,69	57,02	56,90	56,94
Veneto	56,77	51,35	47,87	49,29
Friuli Venezia G.	56,34	52,06	51,34	51,29
Liguria	59,14	54,69	52,21	52,22
Emilia Romagna	58,09	53,30	51,36	52,43
Toscana	58,44	51,58	49,49	49,86
Umbria	59,30	52,28	50,52	50,95
Marche	58,53	55,05	53,22	51,59
Lazio	64,76	51,62	46,85	49,44
Abruzzo	61,82	54,59	51,32	50,79
Molise	64,26	58,88	55,11	55,44
Campania	69,00	59,55	56,82	53,88
Puglia	62,00	54,42	51,26	51,87
Basilicata	61,60	57,14	54,39	55,48
Calabria	71,23	65,41	61,81	64,11
Sicilia	69,00	59,88	58,94	60,26
Sardegna	64,22	58,33	55,90	55,85

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni in cui la spesa per il personale assorbe una percentuale maggiore della spesa sanitaria diretta sono, sempre nel 2008, la Calabria, la P. A. di Bolzano e la Sicilia, mentre le Regioni in cui ne viene assorbita una quota minore sono Veneto, Lazio e Toscana.
In generale la spesa per il personale (dipendente) in valore assoluto è cresciuta con variazioni cicliche dovute ai rinnovi contrattuali. In particolare negli ultimi 5 anni è cresciuta del 4,1% in Italia, del 4,0% al Nord, del 4,5% al Centro e del 4,1% al Sud.
Le fasi di alleviamento del peso relativo dei costi del personale, sono state caratterizzate da misure quali reiterati provvedimenti di blocco del *turn over*, mentre quelle di crescita sono legate ai rinnovi contrattuali, oltre che agli automatismi di carriera, alle deroghe al blocco delle assunzioni etc.
Rapportando il dato relativo alla spesa per il personale agli abitanti (ovvero standardizzando rispetto alla dimensione della popolazione assistita) si osserva che nel 2008 il Sud ha una spesa per il personale pro-capite inferiore alla media nazionale, e alle altre ripartizioni (rispettivamente: € 590,0 Italia, € 599,6 Nord, € 603,6 Centro e € 569,9 Sud).

Tabella 3.19 - Spesa pro-capite per il personale
Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**479,93**	**568,75**	**571,85**	**590,03**
Nord	**504,52**	**570,17**	**575,05**	**599,60**
Centro	**490,18**	**599,33**	**586,78**	**603,62**
Sud	**445,07**	**550,23**	**559,41**	**569,93**
Piemonte	515,31	623,51	622,69	640,11
Valle d'Aosta	705,73	868,39	818,59	866,57
Lombardia	414,81	484,12	486,27	504,72
P. A. Bolzano	n.d.	879,18	966,27	1049,77
P. A. Trento	n.d.	672,37	710,99	727,41
Veneto	495,99	539,54	533,72	554,54
Friuli Venezia Giulia	502,28	608,84	680,33	745,30
Liguria	528,70	675,49	678,54	701,94
Emilia Romagna	537,86	635,88	634,99	667,43
Toscana	557,07	646,85	646,04	672,65
Umbria	562,06	638,90	637,00	655,28
Marche	533,21	620,58	616,01	630,62
Lazio	420,59	554,30	531,37	542,22
Abruzzo	502,86	567,86	566,72	584,05
Molise	553,35	652,91	651,62	672,61
Campania	428,46	540,16	547,92	543,42
Puglia	403,01	478,94	493,54	504,44
Basilicata	462,22	580,94	595,59	638,95
Calabria	499,34	585,05	594,83	621,32
Sicilia	428,15	570,26	580,37	591,11
Sardegna	518,96	613,15	618,53	641,33

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

A livello regionale, si osserva come la spesa per il personale più alta è, nel 2008, quella della P. A. di Bolzano, seguita dalla Valle d'Aosta e dal Friuli Venezia Giulia, mentre le Regioni con una spesa pro-capite per il personale inferiore sono la Puglia, la Lombardia, il Lazio e la Campania. Una diversa standardizzazione si ottiene rapportando il dato di spesa alla popolazione pesata.

Tabella 3.20 - Spesa pro-capite per il personale a popolazione pesata - Valori in €

Regioni	2008
Italia	**590,03**
Nord	**593,11**
Centro	**600,95**
Sud	**579,64**
Piemonte	621,94
Valle d'Aosta	853,06
Lombardia	511,02
Trentino A.A.	895,60
Veneto	564,45
Friuli Venezia G.	716,25
Liguria	623,77
Emilia Romagna	647,74
Toscana	648,02
Umbria	632,89
Marche	616,21
Lazio	557,83
Abruzzo	587,35
Molise	654,95
Campania	560,90
Puglia	512,24
Basilicata	622,59
Calabria	618,73
Sicilia	605,96
Sardegna	644,25

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Il dato così calcolato rende più omogenea la spesa pro-capite per il personale. Le Regioni con una spesa per personale per popolazione pesata maggiore rimangono comunque il Trentino Alto Adige, la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia, tutte Regioni a statuto speciale.
Le Regioni con minore spesa pro-capite sono invece la Lombardia, la Puglia e il Lazio.

Tabella 3.21 - Costo medio per unità di personale[12]
Valori ass. in € e Variazioni %

Regioni	2001	2006	Var. media annua 2006/2001
Italia	**41.608,04**	**61.142,85**	**8,00**
Nord	**39.459,73**	**55.740,62**	**7,15**
Centro	**42.410,88**	**60.826,58**	**7,48**
Sud	**44.394,26**	**70.449,92**	**9,68**
Piemonte	39.755,11	60.829,56	8,88
Valle d'Aosta	46.479,29	92.333,62	14,71
Lombardia	37.522,13	45.382,99	3,88
P. A. Bolzano	62.969,46	79.508,15	4,77
P. A. Trento	43.460,85	63.043,29	7,72
Veneto	39.552,70	62.151,95	9,46
Friuli Venezia G.	35.615,40	49.200,44	6,68
Liguria	39.658,81	55.080,88	6,79
Emilia Romagna	40.747,45	67.347,01	10,57
Toscana	39.975,13	69.844,06	11,81
Umbria	42.948,36	69.641,92	10,15
Marche	44.552,56	66.667,35	8,39
Lazio	43.948,78	52.666,05	3,69
Abruzzo	40.825,31	60.340,77	8,13
Molise	46.627,79	62.600,54	6,07
Campania	47.239,57	72.103,89	8,83
Puglia	43.083,62	67.723,21	9,47
Basilicata	46.761,01	69.470,41	8,24
Calabria	44.363,48	74.028,79	10,78
Sicilia	44.882,48	72.596,66	10,10
Sardegna	40.242,39	71.922,21	12,31

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute
n.c.: non calcolabile

Il costo medio per unità di personale, nel 2006, in Italia si attesta a € 61.142,85. Analizzando le ripartizioni, osserviamo che il Nord si colloca al di sotto della media nazionale (€ 55.740,62), il Centro in media (€ 60.829,56) e il Sud nettamente al di sopra (€ 70.449,22) della media nazionale.
La spesa per dipendente è cresciuta nel quinquennio 2001-2006 dell'8,0% medio annuo in Italia: 7,1% al Nord, 7,5% al Centro e 9,7% al Sud.
Quindi nel Sud il personale ha un costo più alto, e il divario è nettamente cresciuto nel periodo considerato.
Le Regioni con un livello di spesa per dipendente superiore, nel 2006, sono però Valle d'Aosta e P. A. di Bolzano; quelle con una spesa per dipendente inferiore Lombardia e Friuli Venezia

[12] *Il dato personale dipendente del 2007e 2008 non è disponibile. Si consideri che si tratta di un valore medio fra tutte le professioni, sanitarie e non.*

Giulia.
Osserviamo quindi che la maggiore quota di spesa per personale nel Sud sembra dipendere più dal costo medio che non dalla numerosità.

La spesa diretta per beni e servizi

L'altra funzione compresa nella spesa diretta sono i beni e servizi, che analizzeremo separatamente. In Italia, nel 2008, per beni sono stati spesi € 12.979 mln.. Nel periodo 2001-2008 tale voce di spesa è cresciuta in termini nominali dell'9,3% medio annuo: 7,8% nel Nord, 10,4% nel Centro e 11,1% nel Sud.
In termini reali le variazioni sono più contenute e rispettivamente dell'6,6% medio annuo per l'Italia nel suo complesso, del 5,1% nel Nord, del 7,6% nel Centro e del 8,3% nel Sud.

Tabella 3.22 - Spesa diretta per beni
Valori ass. in mln. di €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**6.946,39**	**11.454,24**	**12.504,79**	**12.978,85**
Nord	**3.598,72**	**5.384,46**	**5.812,09**	**6.104,93**
Centro	**1.439,90**	**2.577,24**	**2.885,31**	**2.879,74**
Sud	**1.907,77**	**3.492,53**	**3.807,40**	**3.994,18**
Piemonte	639,95	1.000,69	1.055,15	1.108,61
Valle d'Aosta	17,60	28,54	30,21	33,46
Lombardia	1.087,98	1.572,05	1.735,64	1.824,14
P. A. Bolzano	90,68	119,22	126,61	132,48
P. A. Trento	70,87	100,06	104,38	109,48
Veneto	669,20	972,32	1.053,08	1.073,32
Friuli Venezia G.	161,59	267,25	317,10	328,48
Liguria	235,01	367,23	385,75	414,84
Emilia Romagna	625,86	957,11	1.004,16	1.080,14
Toscana	606,53	973,72	1.018,86	1.079,38
Umbria	131,70	210,83	229,27	234,28
Marche	268,58	392,72	410,37	434,01
Lazio	433,09	999,97	1.226,81	1.132,07
Abruzzo	176,71	286,87	303,58	324,26
Molise	39,24	62,27	69,07	75,20
Campania	399,25	909,07	967,97	1.009,75
Puglia	398,00	751,65	886,26	904,45
Basilicata	71,21	120,03	132,68	130,28
Calabria	168,39	235,06	275,81	303,89
Sicilia	421,74	787,92	794,89	856,52
Sardegna	233,23	339,67	377,13	389,84

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 3.23 - Spesa diretta per beni
Variazioni %

Regioni	Media annua 2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	**10,52**	**9,17**	**3,79**
Nord	**8,39**	**7,94**	**5,04**
Centro	**12,35**	**11,95**	**-0,19**
Sud	**12,86**	**9,02**	**4,91**
Piemonte	9,35	5,44	5,07
Valle d'Aosta	10,16	5,86	10,73
Lombardia	7,64	10,41	5,10
P. A. Bolzano	5,63	6,20	4,64
P. A. Trento	7,14	4,32	4,88
Veneto	7,76	8,31	1,92
Friuli Venezia G.	10,59	18,65	3,59
Liguria	9,34	5,04	7,54
Emilia Romagna	8,87	4,92	7,57
Toscana	9,93	4,64	5,94
Umbria	9,87	8,74	2,18
Marche	7,89	4,49	5,76
Lazio	18,22	22,69	-7,72
Abruzzo	10,18	5,82	6,81
Molise	9,68	10,92	8,87
Campania	17,89	6,48	4,32
Puglia	13,56	17,91	2,05
Basilicata	11,01	10,54	-1,81
Calabria	6,90	17,34	10,18
Sicilia	13,32	0,88	7,75
Sardegna	7,81	11,03	3,37

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa per beni, in Italia, è andata mediamente crescendo del 10,5% medio annuo nel quinquennio 2001-2006, del 9,2% tra il 2006 e il 2007 e del 3,8% tra il 2007 e il 2008. Analizzando le ripartizioni osserviamo come nel Nord la spesa per beni è cresciuta dell'8,4% tra il 2001 e il 2006, del 7,9% tra il 2006 e il 2007 e del 5,0% nell'ultimo anno considerato; al Centro l'incremento è stato maggiore: dell'12,3% nel quinquennio, del 12,0% tra il 2006 e il 2007, mentre c'è stata una lieve riduzione nell'ultimo anno considerato (0,2%, media peraltro condizionata dalla riduzione della spesa per beni della Regione Lazio); nel Sud l'incremento è stato rispettivamente del 12,9%, 9,0% e del 4,9%.
Si osservi come, nell'ultimo anno considerato, la spesa per beni ha complessivamente rallentato la sua crescita, tranne che nel Sud.
I beni assorbono in Italia, nel 2008, il 12,2% della spesa pubblica totale, in lieve aumento rispetto al 2007 (12,0%). Al Nord e al Centro la spesa per beni è superiore a quella media nazionale, e pari rispettivamente al 12,3% e al 13,1% della spesa pubblica totale, mentre nel Sud la spesa per beni è inferiore alla media (11,4% della spesa pubblica).

Tabella 3.24 - Quota di spesa per beni sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**9,06**	**11,45**	**12,04**	**12,17**
Nord	**10,15**	**11,78**	**12,13**	**12,28**
Centro	**9,38**	**12,28**	**13,37**	**13,08**
Sud	**7,37**	**10,47**	**11,07**	**11,44**
Piemonte	10,88	13,17	13,39	13,49
Valle d'Aosta	9,74	11,51	12,07	12,65
Lombardia	8,97	10,14	10,61	10,82
P. A. Bolzano	11,68	11,54	11,89	11,94
P. A. Trento	9,84	10,89	10,75	10,94
Veneto	10,86	12,18	12,71	12,49
Friuli Venezia G.	10,10	13,54	14,49	13,94
Liguria	9,90	12,27	12,42	12,88
Emilia Romagna	11,09	12,84	12,89	13,34
Toscana	12,40	15,39	15,52	15,88
Umbria	11,74	14,27	15,12	15,00
Marche	13,71	15,85	16,02	16,24
Lazio	5,87	9,34	11,21	10,31
Abruzzo	10,29	12,72	12,96	13,90
Molise	8,94	10,53	11,10	11,66
Campania	5,46	9,90	10,19	10,50
Puglia	8,17	11,79	13,21	13,21
Basilicata	10,16	13,14	13,73	12,86
Calabria	6,70	7,69	8,60	9,22
Sicilia	6,76	9,43	9,52	10,26
Sardegna	11,19	12,90	13,93	13,92

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni che nel 2008 hanno speso una quota maggiore della spesa sanitaria per l'acquisto di beni sono Marche, Toscana e Umbria che dedicano alla voce oltre il 15,0% della spesa sanitaria totale, mentre quelle che hanno speso meno sono Calabria, Sicilia e Lazio con una quota di spesa per beni inferiore al 10,5%.
Rapportando il dato alla spesa diretta, la quota dei beni nel Nord coincide con la media nazionale (19,1% contro 19,5%), è superiore alla media nazionale nel Centro (20,4%) e inferiore nel Sud (18,8%). La spesa per beni è andata in media crescendo ovunque.

Tabella 3.25 - Quota di spesa per beni sulla spesa sanitaria pubblica diretta - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**15,87**	**18,81**	**19,33**	**19,49**
Nord	**16,92**	**18,95**	**19,28**	**19,52**
Centro	**16,42**	**19,79**	**20,82**	**20,43**
Sud	**13,89**	**17,94**	**18,42**	**18,83**
Piemonte	17,61	20,35	20,81	20,82
Valle d'Aosta	13,08	15,39	16,18	15,69
Lombardia	17,04	18,30	18,78	19,34
P. A. Bolzano	16,07	15,98	16,48	16,05
P. A. Trento	15,10	16,89	16,48	16,69
Veneto	16,99	19,53	19,78	19,74
Friuli Venezia G.	15,34	18,91	19,73	18,50
Liguria	16,65	18,47	18,46	19,17
Emilia Romagna	17,04	19,16	19,23	19,84
Toscana	18,21	21,45	21,45	21,76
Umbria	16,86	19,88	20,83	20,60
Marche	20,14	22,79	23,08	22,86
Lazio	13,03	17,55	19,69	18,56
Abruzzo	17,22	21,13	20,99	21,30
Molise	14,17	17,50	18,25	19,32
Campania	11,26	17,31	17,34	17,23
Puglia	15,21	20,97	22,62	22,81
Basilicata	15,83	19,87	20,49	19,14
Calabria	11,90	13,11	14,34	15,62
Sicilia	13,65	16,49	16,09	17,36
Sardegna	17,66	19,52	20,54	20,38

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni che nel 2008 hanno speso una quota maggiore della spesa diretta per l'acquisto di beni sono Marche e Puglia. Le Regioni che invece hanno speso meno sono Calabria, Valle d'Aosta, P. A. di Bolzano e P. A. di Trento, con una quota di spesa per beni inferiore al 17,0% della spesa pubblica diretta.
Quanto detto vale anche per l'indicatore spesa per beni pro-capite: quest'ultima nel Sud (€ 191,8) è inferiore a quella media italiana (€ 217,7), mentre nel Nord (€ 225,1) e nel Centro (€ 246,6) è superiore.

Tabella 3.26 - Spesa pro-capite per beni
Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**123,99**	**194,96**	**211,48**	**217,70**
Nord	**146,42**	**201,89**	**216,59**	**225,13**
Centro	**132,11**	**227,64**	**250,01**	**246,65**
Sud	**92,84**	**168,23**	**183,44**	**191,78**
Piemonte	151,67	230,48	242,41	251,88
Valle d'Aosta	147,52	230,21	242,07	265,56
Lombardia	120,83	165,91	181,83	189,18
P. A. Bolzano	n.d.	247,01	259,61	268,23
P. A. Trento	n.d.	199,13	205,87	213,26
Veneto	148,43	205,20	220,61	222,11
Friuli Venezia G.	136,80	221,18	261,50	268,79
Liguria	148,83	228,07	239,91	257,69
Emilia Romagna	157,79	228,56	237,77	252,62
Toscana	173,55	268,99	280,04	293,55
Umbria	159,79	242,93	262,63	264,88
Marche	183,45	256,88	267,15	279,45
Lazio	84,65	188,50	223,33	203,57
Abruzzo	140,10	219,77	231,77	244,91
Molise	122,05	194,05	215,80	234,37
Campania	69,94	156,98	167,17	173,75
Puglia	98,86	184,61	217,76	221,87
Basilicata	118,80	202,04	224,38	220,44
Calabria	83,42	117,27	138,04	151,36
Sicilia	84,72	157,04	158,44	170,29
Sardegna	142,67	205,15	227,26	234,05

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni con una spesa per beni pro-capite più alta, nel 2008, sono Toscana, Marche e Friuli Venezia Giulia, mentre quelle con una spesa più bassa sono Calabria, Sicilia e Campania.
Per quanto concerne gli acquisti di servizi, in Italia, nel 2008, sono stati spesi € 12.929 mln..
Nel periodo 2001-2008 tale voce di spesa è cresciuta in termini nominali dell'8,7% medio annuo: 7,5% nel Nord, 10,7% nel Centro e 9,3% nel Sud.

Tabella 3.27 - Spesa diretta per servizi
Valori ass. in mln. di €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**7.227**	**11.534**	**12.670**	**12.929**
Nord	**3.861**	**5.646**	**6.241**	**6.418**
Centro	**1.469**	**2.754**	**3.015**	**2.987**
Sud	**1.897**	**3.134**	**3.414**	**3.525**
Piemonte	580	842	863	1.011
Valle d'Aosta	25	35	39	52
Lombardia	1.165	1.666	1.910	1.840
P. A. Bolzano	112	159	127	141
P. A. Trento	66	104	111	115
Veneto	789	1.098	1.306	1.286
Friuli Venezia G.	196	317	373	408
Liguria	246	384	422	433
Emilia Romagna	682	1.040	1.091	1.132
Toscana	567	879	957	899
Umbria	135	220	228	240
Marche	189	268	263	333
Lazio	578	1.387	1.567	1.514
Abruzzo	146	238	248	271
Molise	44	60	67	65
Campania	495	859	929	1.131
Puglia	418	616	710	700
Basilicata	82	101	114	124
Calabria	153	220	249	253
Sicilia	401	780	800	645
Sardegna	158	260	296	337

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In termini reali le variazioni sono più contenute e rispettivamente del 5,9% medio annuo per l'Italia nel suo complesso, del 4,8% nel Nord, del 7,9% nel Centro e del 6,5% nel Sud.

Tabella 3.28 - Spesa diretta per servizi
Variazioni %

Regioni	Media annua 2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	**9,80**	**9,85**	**2,05**
Nord	**7,90**	**10,55**	**2,83**
Centro	**13,39**	**9,47**	**-0,93**
Sud	**10,56**	**8,93**	**3,25**
Piemonte	7,76	2,43	17,11
Valle d'Aosta	6,91	9,15	33,84
Lombardia	7,42	14,62	-3,65
P. A. Bolzano	7,24	-20,61	11,65
P. A. Trento	9,55	7,28	3,60
Veneto	6,83	18,97	-1,55
Friuli Venezia G.	10,17	17,43	9,44
Liguria	9,32	10,06	2,65
Emilia Romagna	8,79	4,94	3,73
Toscana	9,15	8,89	-5,99
Umbria	10,37	3,40	5,18
Marche	7,23	-1,88	26,71
Lazio	19,12	12,99	-3,38
Abruzzo	10,35	4,28	9,23
Molise	6,02	12,26	-2,99
Campania	11,65	8,13	21,74
Puglia	8,08	15,20	-1,45
Basilicata	4,37	12,69	8,54
Calabria	7,49	13,37	1,47
Sicilia	14,25	2,58	-19,43
Sardegna	10,44	14,09	13,72

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa per servizi è andata crescendo del 9,8% medio annuo nel quinquennio 2001-2006 e ancora tra il 2006 e il 2007, mentre ha decisamente rallentato la sua crescita tra il 2007 e il 2008 (+2,1%); questo andamento medio viene condizionato in particolar modo dalla riduzione notevole della spesa per beni in Sicilia (19,4%).

In particolare le Regioni in cui la spesa per beni è cresciuta maggiormente tra il 2007 e il 2008 sono la Valle d'Aosta e le Marche. mentre quelle in cui si è ridotta sono Sicilia, Toscana, Lombardia, Lazio, Molise, Veneto e Puglia.
Nell'interpretare tali modificazioni dei *trend* di spesa, è necessario ricordare che la voce beni e servizi rappresenta un aggregato composito, le cui variazioni sono dipendenti da modifiche interne dovute tanto alle politiche di outsourcing quanto alla modificazione dei rapporti di accreditamento (che entrambe trasformano spesa per beni, rispettivamente in spesa per servizi e spesa convenzionata).
In termini di quota sulla spesa sanitaria pubblica, anche per questa voce il Nord e il Centro registrano una spesa superiore alla media nazionale, mentre nel Sud tale quota è nettamente inferiore. In Italia, nel 2008, la quota di spesa per servizi è in media pari al 12,1%, nel Nord al 12,9%, nel Centro al 13,6% e nel Sud al 10,1%.

Tabella 3.29 - Quota spesa diretta per servizi sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**9,42**	**11,53**	**12,20**	**12,13**
Nord	**10,89**	**12,35**	**13,03**	**12,91**
Centro	**9,57**	**13,12**	**13,97**	**13,57**
Sud	**7,33**	**9,39**	**9,92**	**10,10**
Piemonte	9,86	11,08	10,95	12,30
Valle d'Aosta	14,01	14,26	15,42	19,53
Lombardia	9,61	10,75	11,67	10,91
P. A. Bolzano	14,49	15,43	11,89	12,74
P. A. Trento	9,12	11,28	11,45	11,51
Veneto	12,80	13,75	15,77	14,97
Friuli Venezia G.	12,23	16,08	17,03	17,31
Liguria	10,35	12,82	13,59	13,46
Emilia Romagna	12,09	13,95	14,01	13,98
Toscana	11,59	13,88	14,57	13,23
Umbria	11,99	14,91	15,02	15,34
Marche	9,66	10,82	10,27	12,48
Lazio	7,83	12,96	14,32	13,80
Abruzzo	8,47	10,56	10,60	11,62
Molise	10,13	10,07	10,74	10,05
Campania	6,77	9,36	9,78	11,76
Puglia	8,58	9,67	10,59	10,22
Basilicata	11,68	11,09	11,82	12,23
Calabria	6,09	7,18	7,77	7,66
Sicilia	6,42	9,34	9,58	7,72
Sardegna	7,59	9,87	10,95	12,04

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Rapportando il dato alla spesa sanitaria pubblica diretta, tale voce ne rappresenta in media il 19,4%: 20,5% nel Nord, 21,2% nel Centro e 16,6% nel Sud.
Le Regioni che destinano alla spesa per servizi una quota maggiore di spesa diretta sono il Lazio, la Valle d'Aosta e il Veneto, mentre quelle che ne destinano una quota minore sono Calabria e Sicilia.

Tabella 3.30 - Spesa diretta per servizi sulla spesa sanitaria pubblica diretta - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**16,51**	**18,94**	**19,59**	**19,42**
Nord	**18,16**	**19,87**	**20,70**	**20,52**
Centro	**16,75**	**21,15**	**21,75**	**21,19**
Sud	**13,81**	**16,10**	**16,51**	**16,62**
Piemonte	15,95	17,13	17,02	18,98
Valle d'Aosta	18,82	19,06	20,66	24,21
Lombardia	18,24	19,39	20,66	19,51
P. A. Bolzano	19,93	21,37	16,48	17,13
P. A. Trento	13,99	17,49	17,55	17,56
Veneto	20,03	22,05	24,54	23,65
Friuli Venezia G.	18,57	22,46	23,19	22,97
Liguria	17,41	19,29	20,21	20,03
Emilia Romagna	18,58	20,81	20,90	20,79
Toscana	17,02	19,35	20,14	18,13
Umbria	17,22	20,77	20,69	21,06
Marche	14,19	15,57	14,80	17,57
Lazio	17,40	24,35	25,15	24,83
Abruzzo	14,18	17,54	17,17	17,81
Molise	16,06	16,73	17,66	16,66
Campania	13,97	16,35	16,63	19,29
Puglia	15,98	17,20	18,12	17,65
Basilicata	18,20	16,78	17,64	18,21
Calabria	10,81	12,25	12,95	12,98
Sicilia	12,97	16,33	16,20	13,07
Sardegna	11,97	14,93	16,14	17,62

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa media pro-capite per servizi è pari a € 216,9: € 236,7 nel Nord, € 255,8, nel Centro e € 169,2 nel Sud.

Tabella 3.31 - Spesa pro-capite per servizi
Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**128,99**	**196,31**	**214,26**	**216,86**
Nord	**157,08**	**211,68**	**232,57**	**236,66**
Centro	**134,79**	**243,27**	**261,25**	**255,82**
Sud	**92,32**	**150,96**	**164,48**	**169,25**
Piemonte	137,38	194,01	198,22	229,59
Valle d'Aosta	212,19	285,11	309,13	409,90
Lombardia	129,36	175,83	200,06	190,82
P. A. Bolzano	n.d.	330,41	259,60	286,19
P. A. Trento	n.d.	206,22	219,25	224,34
Veneto	175,03	231,69	273,60	266,10
Friuli Venezia G.	165,55	262,63	307,29	333,69
Liguria	155,61	238,28	262,62	269,25
Emilia Romagna	172,06	248,32	258,37	264,71
Toscana	162,27	242,70	262,95	244,58
Umbria	163,21	253,79	260,89	270,85
Marche	129,26	175,46	171,34	214,72
Lazio	113,02	261,49	285,32	272,33
Abruzzo	115,36	182,42	189,58	204,85
Molise	138,26	185,57	208,85	202,13
Campania	86,73	148,31	160,38	194,53
Puglia	103,85	151,41	174,50	171,68
Basilicata	136,53	170,59	193,13	209,74
Calabria	75,80	109,57	124,62	125,84
Sicilia	80,51	155,49	159,51	128,18
Sardegna	96,72	156,90	178,61	202,36

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni con una spesa per servizi pro-capite inferiore sono Calabria e Sicilia, mentre quelli con una spesa per servizi pro-capite più alta Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia, con un valore che nel 2008 è pari ad oltre il doppio rispetto a quelle precedentemente citate.
In generale le Regioni che "puntano" più sulla produzione diretta, registrando una quota di spesa diretta su spesa totale maggiore del 72%, sono la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria, la Toscana e la P. A. di Bolzano; viceversa le Regioni che puntano più sui servizi, ovvero sull'*outsourcing*, sono la Lombardia, il Lazio, la Puglia, la Campania, la Sicilia e la Calabria dove la quota di spesa diretta su spesa sanitaria totale è inferiore al 60,0%.

3.8. La spesa sanitaria pubblica convenzionata per funzioni in Italia

La spesa convenzionata/accreditata, ovvero la spesa per servizi sanitari acquistati da erogatori privati e professionisti in regime di accreditamento con i SSR, è molto difforme fra le Regioni e tendenzialmente decrescente negli anni.

In Italia, nel 2008, ammonta a € 39.527,73 mln. Nel periodo 2001-2008 tale voce di spesa è cresciuta in termini nominali dell'2,7% medio annuo: 3,7% nel Nord, 2,6% nel Centro e 1,6% nel Sud.

In termini reali le variazioni sono più contenute e rispettivamente dello 0,2% medio annuo per l'Italia nel suo complesso, dell'1,1% nel Nord, dello 0,0% nel Centro e dell'1,0% nel Sud.

Tabella 3.32 - Spesa convenzionata
Valori ass. in mln. di €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**32.680**	**38.756**	**38.662**	**39.528**
Nord	**14.109**	**17.174**	**17.546**	**18.238**
Centro	**6.524**	**7.886**	**7.632**	**7.819**
Sud	**12.047**	**13.695**	**13.484**	**13.471**
Piemonte	2.230	2.662	2.777	2.855
Valle d'Aosta	46	62	64	51
Lombardia	5.714	6.874	7.037	7.358
P. A. Bolzano	211	287	296	284
P. A. Trento	251	326	337	345
Veneto	2.201	2.985	2.935	3.119
Friuli Venezia G.	546	560	581	580
Liguria	958	996	1.009	1.053
Emilia Romagna	1.952	2.420	2.510	2.594
Toscana	1.554	1.772	1.790	1.810
Umbria	339	413	412	422
Marche	622	745	772	772
Lazio	4.008	4.957	4.657	4.815
Abruzzo	689	878	879	801
Molise	161	235	243	252
Campania	3.764	3.827	3.826	3.690
Puglia	2.246	2.786	2.777	2.868
Basilicata	250	309	318	332
Calabria	1.093	1.253	1.241	1.314
Sicilia	3.088	3.520	3.333	3.330
Sardegna	754	889	868	883

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Rispetto alla spesa sanitaria pubblica, nel 2008, la spesa convenzionata è pari in media al 37,1%, in leggera riduzione rispetto al 2007. In particolare assorbe il 36,7% della spesa sanitaria pubblica nel Nord, il 35,5% nel Centro e il 38,6% nel Sud.

Tabella 3.33 - Spesa convenzionata
Variazioni %

Regioni	Media annua 2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	**3,47**	**-0,24**	**2,24**
Nord	**4,01**	**2,16**	**3,94**
Centro	**3,87**	**-3,23**	**2,45**
Sud	**2,60**	**-1,54**	**-0,10**
Piemonte	3,60	4,31	2,79
Valle d'Aosta	6,23	1,70	-19,50
Lombardia	3,76	2,37	4,55
P. A. Bolzano	6,39	3,16	-4,10
P. A. Trento	5,40	3,49	2,25
Veneto	6,29	-1,69	6,29
Friuli Venezia G.	0,52	3,79	-0,19
Liguria	0,78	1,22	4,38
Emilia Romagna	4,39	3,70	3,33
Toscana	2,65	1,05	1,11
Umbria	4,02	-0,22	2,31
Marche	3,66	3,71	-0,06
Lazio	4,34	-6,05	3,40
Abruzzo	4,94	0,20	-8,86
Molise	7,78	3,62	3,83
Campania	0,33	-0,04	-3,55
Puglia	4,40	-0,32	3,29
Basilicata	4,29	2,94	4,52
Calabria	2,76	-0,93	5,86
Sicilia	2,65	-5,31	-0,10
Sardegna	3,33	-2,36	1,77

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 3.34 - Quota di spesa convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**42,61**	**38,74**	**37,22**	**37,07**
Nord	**39,79**	**37,58**	**36,63**	**36,68**
Centro	**42,49**	**37,58**	**35,36**	**35,53**
Sud	**46,55**	**41,05**	**39,19**	**38,59**
Piemonte	37,93	35,03	35,25	34,74
Valle d'Aosta	25,57	25,21	25,39	19,35
Lombardia	47,13	44,35	43,00	43,63
P. A. Bolzano	27,15	27,79	27,83	25,61
P. A. Trento	34,80	35,49	34,75	34,47
Veneto	35,70	37,39	35,43	36,30
Friuli Venezia G.	34,12	28,38	26,56	24,62
Liguria	40,39	33,29	32,47	32,69
Emilia Romagna	34,59	32,48	32,23	32,03
Toscana	31,77	28,00	27,27	26,63
Umbria	30,25	27,99	27,20	27,02
Marche	31,75	30,05	30,15	28,87
Lazio	54,29	46,31	42,56	43,86
Abruzzo	40,16	38,92	37,54	34,34
Molise	36,77	39,66	39,06	39,13
Campania	51,44	41,69	40,27	38,37
Puglia	46,11	43,69	41,38	41,88
Basilicata	35,75	33,82	32,92	32,81
Calabria	43,54	40,98	38,70	39,84
Sicilia	49,50	42,13	39,91	39,88
Sardegna	36,21	33,75	32,05	31,54

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Mentre a livello di ripartizione le differenze sono contenute, a livello regionale la variabilità è molto ampia: si passa da meno del 20% della Valle d'Aosta a oltre il 43% di Lazio e Lombardia; in generale i sistemi sanitari regionali che ricorrono maggiormente alle strutture private sono, in ordine decrescente, Lazio, Lombardia e Puglia.

Spesa farmaceutica

La quota maggiore di spesa convenzionata è destinata all'assistenza farmaceutica che in Italia, nel 2008, ammonta a € 11.207,87 mln. Nel periodo 2001-2008 tale voce di spesa si è ridotta in termini nominali del 0,6% medio annuo: 0,4% nel Nord, 0,4% nel Centro e 0,8% nel Sud. In termini reali le variazioni sono più consistenti e rispettivamente del 3,1% medio annuo per l'Italia nel suo complesso, del 2,9 % nel Nord, del 2,9 % nel Centro e del 3,3% nel Sud.

Tabella 3.35 - Spesa farmaceutica convenzionata
Valori ass. in mln. di €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**11.662**	**12.382**	**11.539**	**11.208**
Nord	**4.697**	**4.871**	**4.724**	**4.569**
Centro	**2.379**	**2.678**	**2.441**	**2.313**
Sud	**4.585**	**4.834**	**4.374**	**4.326**
Piemonte	804	804	797	808
Valle d'Aosta	21	23	23	21
Lombardia	1.626	1.679	1.632	1.560
P. A. Bolzano	69	64	61	60
P. A. Trento	71	80	79	79
Veneto	786	804	783	752
Friuli Venezia G.	210	238	233	225
Liguria	381	386	348	335
Emilia Romagna	728	794	770	728
Toscana	674	679	657	626
Umbria	165	172	165	158
Marche	295	309	305	294
Lazio	1.245	1.518	1.313	1.236
Abruzzo	282	290	267	267
Molise	67	68	64	63
Campania	1.264	1.217	1.118	1.114
Puglia	864	935	837	855
Basilicata	119	120	112	124
Calabria	465	522	497	496
Sicilia	1.190	1.307	1.139	1.071
Sardegna	333	373	340	336

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 3.36 - Spesa farmaceutica convenzionata Variazione %

Regioni	Media annua 2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	**1,21**	**-6,81**	**-2,87**
Nord	**0,73**	**-3,02**	**-3,28**
Centro	**2,40**	**-8,84**	**-5,22**
Sud	**1,06**	**-9,50**	**-1,12**
Piemonte	-0,02	-0,90	1,47
Valle d'Aosta	1,78	-1,61	-7,42
Lombardia	0,65	-2,85	-4,40
P. A. Bolzano	-1,56	-4,92	-1,13
P. A. Trento	2,42	-1,83	0,48
Veneto	0,44	-2,60	-3,88
Friuli Venezia G.	2,48	-2,20	-3,09
Liguria	0,23	-9,66	-3,78
Emilia Romagna	1,74	-2,99	-5,48
Toscana	0,15	-3,20	-4,79
Umbria	0,85	-3,87	-4,39
Marche	0,90	-1,05	-3,85
Lazio	4,05	-13,52	-5,86
Abruzzo	0,58	-7,97	-0,03
Molise	0,18	-6,11	-0,48
Campania	-0,75	-8,11	-0,41
Puglia	1,59	-10,50	2,11
Basilicata	0,10	-6,88	10,90
Calabria	2,34	-4,79	-0,37
Sicilia	1,91	-12,91	-5,92
Sardegna	2,28	-8,83	-1,30

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Grazie alle manovre di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata si è osservato negli anni non solo un rallentamento dei tassi di crescita ma anche in molti casi una riduzione in valore assoluto.

Tra il 2007 e il 2008 la spesa convenzionata si è ridotta in media del 2,9%: 3,3% nel Nord, 5,2% nel Centro e 1,1% nel Sud. Tale riduzione era già iniziata nel 2006, in maniera ancor più pronunciata rispetto all'ultimo anno (6,8% in Italia, 3,0% nel Nord, 8,8% nel Centro e 9,5% nel Sud).

In generale in tutte le ripartizioni, ma soprattutto nel Sud, tra il 2001 e il 2008 si è registrata una riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale. L'incidenza della spesa per l'assistenza farmaceutica sul totale della spesa sanitaria corrente si è quindi ridotta in tutte le aree del Paese, pur con differenti gradi di intensità.

In particolare la quota per la spesa farmaceutica nazionale è diminuita tra il 2007 e il 2008 passando dal 11,1% al 10,5% della spesa pubblica sanitaria totale: nel Nord è passata dal 9,9% al 9,2%, nel Centro dall'11,3% al 10,5% mentre nel Sud dal 12,7% al 12,4%. Rimangono

quindi dei *gap* significativi fra le riapartizioni.
Le incidenze di spesa inferiori si registrano nella P. A. di Bolzano, di Trento e nelle Regioni Valle d'Aosta, Veneto e Emilia Romagna, dove l'assorbimento è inferiore al 9,0%. Sul versante opposto, le Regioni che destinano alla farmaceutica convenzionata una quota maggiore della spesa sanitaria sono la Calabria, unica Regione che supera ancora nel 2008 il tetto del 13% (15,0%), la Sicilia (12,8%) e la Puglia (12,5%).

Tabella 3.37 - Quota di spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**15,21**	**12,38**	**11,11**	**10,51**
Nord	**13,25**	**10,66**	**9,86**	**9,19**
Centro	**15,49**	**12,76**	**11,31**	**10,51**
Sud	**17,72**	**14,49**	**12,71**	**12,39**
Piemonte	13,68	10,58	10,11	9,84
Valle d'Aosta	11,71	9,32	9,08	7,96
Lombardia	13,41	10,84	9,97	9,25
P. A. Bolzano	8,88	6,17	5,69	5,40
P. A. Trento	9,90	8,75	8,12	7,92
Veneto	12,76	10,07	9,45	8,76
Friuli Venezia G.	13,15	12,05	10,63	9,57
Liguria	16,06	12,88	11,21	10,41
Emilia Romagna	12,90	10,65	9,89	8,99
Toscana	13,78	10,73	10,01	9,21
Umbria	14,70	11,65	10,91	10,12
Marche	15,06	12,45	11,92	10,98
Lazio	16,87	14,18	12,00	11,26
Abruzzo	16,43	12,88	11,41	11,45
Molise	15,31	11,46	10,23	9,82
Campania	17,27	13,26	11,77	11,58
Puglia	17,75	14,67	12,48	12,48
Basilicata	17,04	13,14	11,57	12,23
Calabria	18,53	17,09	15,51	15,03
Sicilia	19,06	15,65	13,63	12,83
Sardegna	16,00	14,18	12,57	12,00

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In termini pro-capite, in Italia si spendono € 188,0 in farmaci: nel Nord € 168,5, mentre nel Centro e nel Sud rispettivamente € 198,1 e € 207,7, valori superiori alla media nazionale e ancor di più alla media del settentrione.

Tabella 3.38 - Spesa pro-capite farmaceutica convenzionata
Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**208,15**	**210,76**	**195,15**	**187,99**
Nord	**191,12**	**182,65**	**176,04**	**168,49**
Centro	**218,24**	**236,51**	**211,49**	**198,13**
Sud	**223,16**	**232,83**	**210,76**	**207,69**
Piemonte	190,66	185,14	183,01	183,65
Valle d'Aosta	177,39	186,39	182,16	167,09
Lombardia	180,56	177,25	170,93	161,77
P. A. Bolzano	n.d.	132,02	124,23	121,28
P. A. Trento	n.d.	159,87	155,54	154,36
Veneto	174,40	169,63	164,00	155,71
Friuli Venezia G.	178,11	196,83	191,82	184,45
Liguria	241,41	239,44	216,61	208,18
Emilia Romagna	183,53	189,52	182,30	170,20
Toscana	192,84	187,56	180,65	170,18
Umbria	200,06	198,19	189,41	178,74
Marche	201,46	201,81	198,74	189,00
Lazio	243,33	286,18	239,00	222,25
Abruzzo	223,64	222,44	204,00	201,75
Molise	208,95	211,22	198,84	197,40
Campania	221,42	210,15	193,13	191,63
Puglia	214,72	229,71	205,68	209,68
Basilicata	199,20	202,02	188,99	209,70
Calabria	230,58	260,65	248,95	246,83
Sicilia	238,96	260,60	226,98	212,99
Sardegna	203,96	225,46	205,08	201,67

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni con una spesa farmaceutica convenzionata pro-capite più elevata sono Calabria (€ 246,8), Lazio (€ 222,2) e Sicilia (€ 213,0), mentre quelle che si attestano su un livello di spesa inferiore sono la P. A. di Bolzano (€ 121,3), il Veneto (€ 155,7) e la Lombardia (€ 161,8).

Spesa ospedaliera convenzionata

La spesa ospedaliera convenzionata è notevolmente eterogenea tra le Regioni, riflettendo il diverso spazio concesso a livello regionale agli operatori privati nell'erogazione dei servizi di assistenza ospedaliera.

In Italia, nel 2008, la spesa ospedaliera convenzionata ammonta a € 8.948,74 mln.. Nel periodo 2001-2008 tale voce di spesa è cresciuta in termini nominali dell'1,6% medio annuo: 3,0% nel Nord, 1,1% nel Centro e dello 0,0 % nel Sud.

In termini reali la spesa ospedaliera convenzionata si è ridotta del 0,9% medio annuo in Italia: in particolare è cresciuta dello 0,4% medio annuo nel Nord, e decresciuta del 1,5% e del 2,5% rispettivamente al Centro e al Sud.

Tabella 3.39 - Spesa ospedaliera convenzionata
Valori ass. in mln. di €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**7.997**	**8.487**	**8.694**	**8.949**
Nord	**3.482**	**3.876**	**4.061**	**4.290**
Centro	**1.828**	**1.923**	**1.880**	**1.969**
Sud	**2.688**	**2.689**	**2.753**	**2.690**
Piemonte	496	496	515	531
Valle d'Aosta		7	8	1
Lombardia	1.857	2.055	2.101	2.265
P. A. Bolzano	35	20	21	22
P. A. Trento	38	49	51	53
Veneto	345	525	547	557
Friuli Venezia G.	93	44	45	54
Liguria	264	177	207	218
Emilia Romagna	354	502	565	589
Toscana	212	218	234	215
Umbria	34	38	39	40
Marche	68	86	86	94
Lazio	1.514	1.581	1.522	1.620
Abruzzo	125	192	189	138
Molise	25	66	67	73
Campania	895	659	721	731
Puglia	593	775	783	761
Basilicata	6	4	5	6
Calabria	180	202	215	241
Sicilia	758	698	677	642
Sardegna	107	93	96	97

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 3.40 - Spesa ospedaliera convenzionata Variazione %

Regioni	Media annua 2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	**1,20**	**2,44**	**2,93**
Nord	**2,16**	**4,78**	**5,63**
Centro	**1,02**	**-2,21**	**4,73**
Sud	**0,01**	**2,40**	**-2,29**
Piemonte	-0,02	3,82	3,16
Valle d'Aosta	n.d.	11,13	-86,04
Lombardia	2,05	2,26	7,82
P. A. Bolzano	-10,37	4,67	2,24
P. A. Trento	4,97	4,86	2,51
Veneto	8,76	4,18	1,73
Friuli Venezia G.	-13,85	1,03	21,52
Liguria	-7,72	17,17	5,31
Emilia Romagna	7,27	12,50	4,16
Toscana	0,53	7,26	-8,12
Umbria	2,35	3,31	3,12
Marche	4,80	-0,41	10,12
Lazio	0,87	-3,75	6,45
Abruzzo	8,95	-1,73	-26,72
Molise	21,61	1,62	9,92
Campania	-5,94	9,46	1,42
Puglia	5,51	1,08	-2,89
Basilicata	-7,49	35,88	15,47
Calabria	2,31	6,54	11,89
Sicilia	-1,62	-3,04	-5,15
Sardegna	-2,71	2,89	1,76

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

L'andamento della spesa ospedaliera convenzionata è estremamente variabile tra le Regioni: in media è cresciuta dell'1,2% medio annuo tra il 2001 e il 2006, del 2,4% tra il 2006 e il 2007 e del 2,9% tra il 2007 e il 2008. Tra il 2007 e il 2008 la spesa ospedaliera convenzionata è cresciuta più nel Nord che nel Centro, mentre è diminuita nel Sud.
La spesa ospedaliera convenzionata (che include l'acquisto di prestazioni di degenza in acuzie, riabilitazione e lungodegenza da presidi in regime di accreditamento con il SSR) a livello nazionale rappresenta, nel 2008, l'8,4% della spesa sanitaria pubblica totale, attestandosi sugli stessi livelli del 2006 e del 2007.

Tabella 3.41 - Quota di spesa ospedaliera convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**10,43**	**8,48**	**8,37**	**8,39**
Nord	**9,82**	**8,48**	**8,48**	**8,63**
Centro	**11,90**	**9,16**	**8,71**	**8,95**
Sud	**10,39**	**8,06**	**8,00**	**7,71**
Piemonte	8,44	6,52	6,53	6,46
Valle d'Aosta	0,00	2,99	3,29	0,43
Lombardia	15,31	13,26	12,84	13,43
P. A. Bolzano	4,49	1,95	1,98	1,94
P. A. Trento	5,33	5,33	5,29	5,26
Veneto	5,60	6,58	6,61	6,48
Friuli Venezia G.	5,82	2,24	2,04	2,30
Liguria	11,13	5,90	6,66	6,77
Emilia Romagna	6,27	6,74	7,26	7,27
Toscana	4,34	3,45	3,56	3,16
Umbria	2,99	2,55	2,57	2,57
Marche	3,48	3,47	3,35	3,53
Lazio	20,50	14,77	13,91	14,76
Abruzzo	7,29	8,52	8,06	5,93
Molise	5,62	11,08	10,70	11,35
Campania	12,23	7,18	7,59	7,60
Puglia	12,17	12,15	11,67	11,11
Basilicata	0,84	0,43	0,56	0,62
Calabria	7,17	6,60	6,71	7,29
Sicilia	12,15	8,36	8,11	7,69
Sardegna	5,13	3,54	3,54	3,48

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni con una quota di spesa ospedaliera convenzionata maggiore sono il Lazio (14,8%), la Lombardia (13,4%) e il Molise (11,3%), mentre quelle con una quota minore sono la Valle d'Aosta (0,4%), la Basilicata (0,6%) e la P. A. di Bolzano (1,9%).

Tabella 3.42 - Quota di spesa ospedaliera convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**10,43**	**8,48**	**8,37**	**8,39**
Nord	**9,82**	**8,48**	**8,48**	**8,63**
Centro	**11,90**	**9,16**	**8,71**	**8,95**
Sud	**10,39**	**8,06**	**8,00**	**7,71**
Piemonte	8,44	6,52	6,53	6,46
Valle d'Aosta	0,00	2,99	3,29	0,43
Lombardia	15,31	13,26	12,84	13,43
P. A. Bolzano	4,49	1,95	1,98	1,94
P. A. Trento	5,33	5,33	5,29	5,26
Veneto	5,60	6,58	6,61	6,48
Friuli Venezia G.	5,82	2,24	2,04	2,30
Liguria	11,13	5,90	6,66	6,77
Emilia Romagna	6,27	6,74	7,26	7,27
Toscana	4,34	3,45	3,56	3,16
Umbria	2,99	2,55	2,57	2,57
Marche	3,48	3,47	3,35	3,53
Lazio	20,50	14,77	13,91	14,76
Abruzzo	7,29	8,52	8,06	5,93
Molise	5,62	11,08	10,70	11,35
Campania	12,23	7,18	7,59	7,60
Puglia	12,17	12,15	11,67	11,11
Basilicata	0,84	0,43	0,56	0,62
Calabria	7,17	6,60	6,71	7,29
Sicilia	12,15	8,36	8,11	7,69
Sardegna	5,13	3,54	3,54	3,48

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Una ulteriore modalità di analisi è quella di rapportare la spesa al numero di strutture accreditate.
Le Regioni con una quota maggiore di spesa ospedaliera convenzionata per struttura e che, quindi, dimostrano di avere strutture private mediamente più grandi sono la Liguria, il Veneto, la Lombardia, il Molise e il Lazio, mentre le Regioni con strutture private mediamente più piccole sono la P. A. di Bolzano e la Basilicata (che ricorrono peraltro in maniera minimale alle strutture convenzionate), ma anche la Calabria dove è più evidente la frammentazione dell'offerta privata in piccoli ospedali.

Tabella 3.43 - Spesa ospedaliera convenzionata per struttura accreditata - mln. di €

Regioni	2007
Italia	16,04
Piemonte	12,55
Valle d'Aosta	n.d.
Lombardia	30,45
P. A. Bolzano	4,22
P. A. Trento	10,26
Veneto	36,49
Friuli Venezia G.	8,93
Liguria	51,75
Emilia Romagna	12,29
Toscana	8,35
Umbria	7,78
Marche	6,59
Lazio	22,05
Abruzzo	14,52
Molise	22,20
Campania	10,60
Puglia	21,17
Basilicata	5,40
Calabria	5,51
Sicilia	10,58
Sardegna	7,98

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Spesa per medicina di base convenzionata

La spesa per medicina di base convenzionata, in Italia, nel 2008, ammonta a € 6.083,74 mln.. Nel periodo 2001-2008 tale voce di spesa è cresciuta in termini nominali dell'4,4% medio annuo: 4,9% nel Nord, 3,9% nel Centro e 4,0% nel Sud.

In termini reali le variazioni sono più contenute e rispettivamente dell'1,7% medio annuo per l'Italia nel suo complesso, del 2,2% nel Nord, dell'1,3% nel Centro e dell'1,4% nel Sud.

Tabella 3.44 - Spesa per medicina di base convenzionata
Valori ass. in mln. di €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**4.511**	**5.930**	**6.008**	**6.084**
Nord	**1.879**	**2.519**	**2.569**	**2.623**
Centro	**878**	**1.157**	**1.174**	**1.151**
Sud	**1.754**	**2.254**	**2.264**	**2.310**
Piemonte	306	425	436	441
Valle d'Aosta	9	12	12	14
Lombardia	635	877	863	856
P. A. Bolzano	33	44	45	49
P. A. Trento	39	51	52	52
Veneto	349	461	473	491
Friuli Venezia G.	89	114	118	120
Liguria	113	143	144	150
Emilia Romagna	305	391	425	450
Toscana	288	385	382	378
Umbria	64	83	81	88
Marche	120	156	158	163
Lazio	406	533	553	523
Abruzzo	113	140	151	151
Molise	29	41	46	46
Campania	529	678	657	632
Puglia	292	396	399	472
Basilicata	52	76	77	80
Calabria	180	222	218	222
Sicilia	426	524	538	532
Sardegna	133	178	178	175

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 3.45 - Spesa per medicina di base convenzionata
Variazioni %

Regioni	Media annua 2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	**5,62**	**1,31**	**1,27**
Nord	**6,04**	**2,01**	**2,09**
Centro	**5,67**	**1,48**	**-1,95**
Sud	**5,14**	**0,44**	**2,00**
Piemonte	6,80	2,49	1,09
Valle d'Aosta	5,66	-1,02	15,72
Lombardia	6,69	-1,59	-0,87
P. A. Bolzano	5,70	3,36	8,42
P. A. Trento	5,43	2,96	-1,50
Veneto	5,69	2,61	3,89
Friuli Venezia G.	5,08	3,70	1,24
Liguria	4,74	0,95	4,36
Emilia Romagna	5,12	8,56	5,97
Toscana	5,96	-0,87	-1,05
Umbria	5,09	-2,43	8,79
Marche	5,43	1,64	2,61
Lazio	5,62	3,73	-5,45
Abruzzo	4,32	7,95	0,28
Molise	7,49	11,31	1,36
Campania	5,06	-3,05	-3,86
Puglia	6,27	0,66	18,31
Basilicata	7,91	1,58	3,83
Calabria	4,28	-1,61	1,59
Sicilia	4,21	2,72	-1,17
Sardegna	6,04	0,28	-1,99

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La crescita della spesa per l'assistenza di base è inferiore ai ritmi di crescita della spesa sanitaria complessiva; le variazioni in valore assoluto sono per lo più riconducibili al rinnovo delle convenzioni e all'attuazione degli accordi integrativi locali, oltre che ai servizi assistenziali aggiuntivi quali l'assistenza domiciliare.
Nel 2008 la quota nazionale di spesa per medicina di base sul totale della spesa sanitaria pubblica totale è pari al 5,7%: in linea con tale valore sono il Nord (5,3%) e il Centro (5,2%), mentre nel Sud l'incidenza è nettamente più alta (6,6%).

Tabella 3.46 - Quota di spesa per medicina di base sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**5,88**	**5,93**	**5,78**	**5,71**
Nord	**5,30**	**5,51**	**5,36**	**5,28**
Centro	**5,72**	**5,51**	**5,44**	**5,23**
Sud	**6,78**	**6,76**	**6,58**	**6,62**
Piemonte	5,20	5,60	5,53	5,36
Valle d'Aosta	5,00	4,80	4,71	5,16
Lombardia	5,24	5,66	5,28	5,08
P. A. Bolzano	4,28	4,25	4,26	4,43
P. A. Trento	5,41	5,53	5,39	5,15
Veneto	5,67	5,77	5,71	5,72
Friuli Venezia G.	5,57	5,78	5,41	5,08
Liguria	4,77	4,77	4,64	4,67
Emilia Romagna	5,40	5,25	5,46	5,56
Toscana	5,90	6,09	5,82	5,56
Umbria	5,74	5,59	5,31	5,61
Marche	6,11	6,29	6,19	6,08
Lazio	5,49	4,98	5,05	4,76
Abruzzo	6,59	6,20	6,44	6,48
Molise	6,54	6,96	7,36	7,20
Campania	7,24	7,38	6,92	6,57
Puglia	6,00	6,21	5,94	6,89
Basilicata	7,39	8,30	7,97	7,89
Calabria	7,17	7,26	6,81	6,73
Sicilia	6,83	6,27	6,44	6,37
Sardegna	6,37	6,75	6,59	6,24

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa pro-capite per la medicina di base in Italia, nel 2008, è in media di € 102,0: € 96,7 nel Nord, € 98,6 nel Centro e € 110,9 nel Sud.
Le Regioni con una spesa pro-capite per medicina di base maggiore nel 2008, così come nel 2007, sono Molise e Basilicata, mentre quelle con una spesa minore sono Lombardia e Liguria.

Tabella 3.47 - Spesa pro-capite per medicina di base convenzionata
Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**80,52**	**100,93**	**101,60**	**102,04**
Nord	**76,45**	**94,44**	**95,74**	**96,73**
Centro	**80,56**	**102,19**	**101,73**	**98,59**
Sud	**85,38**	**108,59**	**109,10**	**110,90**
Piemonte	72,53	97,96	100,14	100,12
Valle d'Aosta	75,81	96,04	94,43	108,26
Lombardia	70,50	92,61	90,46	88,78
P. A. Bolzano	n.d.	90,89	92,98	99,54
P. A. Trento	n.d.	101,06	103,12	100,32
Veneto	77,51	97,27	99,07	101,67
Friuli Venezia G.	75,41	94,44	97,58	98,03
Liguria	71,74	88,70	89,67	93,47
Emilia Romagna	76,88	93,49	100,63	105,33
Toscana	82,54	106,46	105,01	102,81
Umbria	78,09	95,07	92,22	99,02
Marche	81,76	101,99	103,18	104,71
Lazio	79,27	100,50	100,67	94,02
Abruzzo	89,66	107,01	115,12	114,20
Molise	89,19	128,20	143,06	144,66
Campania	92,76	117,05	113,49	108,70
Puglia	72,58	97,29	97,97	115,72
Basilicata	86,42	127,59	130,21	135,27
Calabria	89,20	110,76	109,32	110,53
Sicilia	85,65	104,44	107,29	105,76
Sardegna	81,15	107,41	107,47	104,94

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Spesa specialistica convenzionata

La spesa per specialistica convenzionata, ovvero la spesa per analisi di laboratorio, diagnostica strumentale, terapia fisica, etc. erogata da strutture private accreditate con i SSR, in Italia, nel 2008, ammonta a € 3922,85 mln.. Nel periodo 2001 2008 tale voce di spesa è cresciuta in termini nominali del 6,7% medio annuo: 9,3% nel Nord, 7,2% nel Centro e 4,6% nel Sud. In termini reali le variazioni sono più contenute e rispettivamente del 4,0% medio annuo per l'Italia nel suo complesso, del 6,5% nel Nord, del 4,5% nel Centro e del 1,9% nel Sud.

Tabella 3.48 - Spesa per specialistica convenzionata
Valori ass. in mln. di €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**2.485**	**3.511**	**3.730**	**3.923**
Nord	**838**	**1.332**	**1.473**	**1.560**
Centro	**434**	**675**	**634**	**706**
Sud	**1.212**	**1.504**	**1.624**	**1.657**
Piemonte	106	197	217	244
Valle d'Aosta	6	6	6	2
Lombardia	382	581	668	723
P. A. Bolzano	5	5	6	5
P. A. Trento	7	12	14	16
Veneto	188	305	305	335
Friuli Venezia G.	28	27	46	38
Liguria	37	58	58	55
Emilia Romagna	80	141	153	143
Toscana	78	120	123	126
Umbria	9	12	14	15
Marche	35	37	38	39
Lazio	313	507	459	527
Abruzzo	38	44	50	48
Molise	10	18	22	26
Campania	452	578	615	637
Puglia	171	217	217	225
Basilicata	16	16	15	25
Calabria	104	111	100	121
Sicilia	361	431	517	484
Sardegna	59	90	89	91

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 3.49 - Spesa per assistenza specialistica convenzionata Variazioni %

Regioni	Media annua 2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	**7,16**	**6,26**	**5,16**
Nord	**9,71**	**10,62**	**5,91**
Centro	**9,23**	**-6,11**	**11,42**
Sud	**4,40**	**7,96**	**2,03**
Piemonte	13,21	10,02	12,35
Valle d'Aosta	0,02	2,42	-65,60
Lombardia	8,76	15,01	8,18
P. A. Bolzano	2,62	4,62	-4,08
P. A. Trento	12,35	17,48	10,68
Veneto	10,17	0,15	9,74
Friuli Venezia G.	-0,56	69,66	-18,79
Liguria	9,17	0,27	-4,85
Emilia Romagna	11,98	8,79	-6,46
Toscana	8,94	3,21	1,92
Umbria	7,22	16,35	4,28
Marche	1,03	2,91	3,38
Lazio	10,12	-9,50	14,86
Abruzzo	2,72	14,25	-4,69
Molise	11,02	23,47	19,34
Campania	5,02	6,37	3,62
Puglia	4,85	-0,13	3,67
Basilicata	0,43	-10,43	69,46
Calabria	1,32	-10,15	21,65
Sicilia	3,60	20,12	-6,40
Sardegna	8,59	-1,07	2,65

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa specialistica convenzionata in Italia è cresciuta del 7,2% medio annuo nel quinquennio 2001-2006, del 6,3% tra il 2006 e il 2007 e del 5,2% tra il 2007 e il 2008.
Al Nord la specialistica convenzionata si è incrementata più della media nazionale, sia nel quinquennio considerato, che tra il 2006 e il 2007, per poi crescere più lentamente nell'anno successivo; nel Centro la spesa specialistica, aumentata molto tra il 2001 e il 2006, si è ridotta tra il 2006 e il 2007 per poi subire una significativa crescita tra il 2007 e il 2008; nel Sud è cresciuta del 4,4% medio annuo tra il 2001 e il 2006, si è ulteriormente incrementata dell'8,0% tra il 2006 e il 2007per poi crescere ancora, ma con ritmi più lenti, tra il 2007 e il 2008 (+2,0%).
Le Regioni che hanno registrato un maggiore incremento sono Basilicata e Calabria, mentre Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia hanno fatto osservare un significativo decremento di tale voce. L'assistenza specialistica convenzionata incide per il 3,7% sulla spesa sanitaria pubblica totale a livello nazionale, mentre si attesta al 3,1% nel Nord, al 3,2% nel Centro e al 4,8% nel Sud.

Tabella 3.50 - Quota di spesa per ass.nza specialistica convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**3,24**	**3,51**	**3,59**	**3,68**
Nord	**2,36**	**2,91**	**3,08**	**3,14**
Centro	**2,83**	**3,22**	**2,94**	**3,21**
Sud	**4,68**	**4,51**	**4,72**	**4,75**
Piemonte	1,80	2,59	2,75	2,97
Valle d'Aosta	3,27	2,39	2,42	0,79
Lombardia	3,15	3,75	4,08	4,28
P. A. Bolzano	0,61	0,52	0,53	0,49
P. A. Trento	0,93	1,30	1,45	1,56
Veneto	3,04	3,81	3,68	3,90
Friuli Venezia G.	1,75	1,38	2,11	1,59
Liguria	1,58	1,94	1,87	1,72
Emilia Romagna	1,41	1,89	1,96	1,77
Toscana	1,59	1,89	1,88	1,85
Umbria	0,77	0,82	0,93	0,95
Marche	1,77	1,47	1,47	1,45
Lazio	4,24	4,74	4,19	4,80
Abruzzo	2,23	1,94	2,13	2,04
Molise	2,38	2,97	3,49	4,02
Campania	6,18	6,30	6,47	6,63
Puglia	3,51	3,40	3,23	3,28
Basilicata	2,28	1,79	1,51	2,44
Calabria	4,13	3,62	3,10	3,67
Sicilia	5,79	5,16	6,20	5,80
Sardegna	2,85	3,40	3,28	3,25

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 3.51 - Spesa pro-capite per ass.nza specialistica convenzionata
Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**44,35**	**59,75**	**63,09**	**65,80**
Nord	**34,09**	**49,92**	**54,89**	**57,52**
Centro	**39,85**	**59,64**	**54,93**	**60,50**
Sud	**59,01**	**72,44**	**78,23**	**79,54**
Piemonte	25,12	45,40	49,82	55,36
Valle d'Aosta	49,53	47,69	48,52	16,53
Lombardia	42,38	61,30	69,98	74,94
P. A. Bolzano	n.d.	11,22	11,61	11,00
P. A. Trento	n.d.	23,82	27,73	30,31
Veneto	41,61	64,27	63,89	69,26
Friuli Venezia G.	23,73	22,55	38,12	30,72
Liguria	23,68	36,01	36,15	34,36
Emilia Romagna	20,12	33,56	36,20	33,44
Toscana	22,30	33,03	33,92	34,20
Umbria	10,43	14,04	16,24	16,71
Marche	23,71	23,90	24,48	25,03
Lazio	61,19	95,56	83,52	94,76
Abruzzo	30,32	33,50	38,14	35,97
Molise	32,44	54,81	67,85	80,78
Campania	79,27	99,84	106,21	109,65
Puglia	42,52	53,28	53,23	55,10
Basilicata	26,63	27,46	24,71	41,90
Calabria	51,41	55,27	49,82	60,32
Sicilia	72,52	85,86	103,15	96,30
Sardegna	36,32	54,14	53,44	54,66

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Altra assistenza convenzionata

La spesa per le altre voci di assistenza convenzionata, che contiene in particolare l'assistenza riabilitativa e la protesica, in Italia, nel 2008, ammonta a € 9.364,5. Nel periodo 2001-2008 tale voce di spesa è cresciuta in termini nominali del 6,5% medio annuo: 7,1% nel Nord, 7,6% nel Centro e 4,7% nel Sud.

In termini reali le variazioni sono più contenute e rispettivamente dell'3,8% medio annuo per l'Italia nel suo complesso, del 4,4% nel Nord, del 4,9% nel Centro e del 2,0% nel Sud.

Tabella 3.52 - Spesa per altra assistenza convenzionata
Valori ass. in € mln.

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**6.025**	**8.446**	**8.691**	**9.365**
Nord	**3.213**	**4.577**	**4.719**	**5.197**
Centro	**1.005**	**1.454**	**1.503**	**1.679**
Sud	**1.807**	**2.415**	**2.469**	**2.489**
Piemonte	518	740	813	831
Valle d'Aosta	10	14	15	13
Lombardia	1.216	1.681	1.773	1.954
P. A. Bolzano	69	154	164	148
P. A. Trento	95	134	141	146
Veneto	532	891	827	984
Friuli Venezia G.	125	137	139	143
Liguria	163	233	251	294
Emilia Romagna	486	592	597	684
Toscana	302	370	394	466
Umbria	68	109	113	121
Marche	105	157	185	182
Lazio	531	818	810	910
Abruzzo	131	212	223	197
Molise	30	43	45	44
Campania	623	695	714	576
Puglia	325	462	541	556
Basilicata	57	93	109	98
Calabria	164	196	211	235
Sicilia	354	560	462	600
Sardegna	122	155	165	184

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In rapporto alla spesa sanitaria pubblica totale, l'altra assistenza convenzionata incide , nel 2008, dell'8,8%: di questa il 20,9% è assistenza riabilitativa e il 18,8% assistenza protesica. Nel Nord, la voce altra assistenza convenzionata incide per il 10,5% sulla spesa sanitaria pubblica totale (di cui l'11,8% è assistenza riabilitativa e il 15,3% protesica); nel Centro e nel Sud la quota di spesa per altra assistenza convenzionata è pari rispettivamente al 7,6% e al 7,1% (al Centro il 24,8% della spesa per altra assistenza convenzionata è costituita da assistenza riabilitativa e il 20,7 da assistenza protesica mentre al Sud tali quote sono pari al 37,3% e al 25,1%).

Tabella 3.53 - Quota di spesa per altra assistenza convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**7,86**	**8,44**	**8,37**	**8,78**
Nord	**9,06**	**10,02**	**9,85**	**10,45**
Centro	**6,54**	**6,93**	**6,96**	**7,63**
Sud	**6,98**	**7,24**	**7,18**	**7,13**
Piemonte	8,80	9,74	10,32	10,11
Valle d'Aosta	5,59	5,71	5,89	5,01
Lombardia	10,03	10,85	10,83	11,58
P. A. Bolzano	8,88	14,91	15,37	13,35
P. A. Trento	13,22	14,58	14,50	14,59
Veneto	8,63	11,16	9,98	11,45
Friuli Venezia G.	7,82	6,92	6,37	6,07
Liguria	6,85	7,80	8,08	9,13
Emilia Romagna	8,61	7,95	7,66	8,44
Toscana	6,17	5,84	6,00	6,85
Umbria	6,06	7,38	7,49	7,77
Marche	5,34	6,36	7,23	6,82
Lazio	7,19	7,64	7,41	8,29
Abruzzo	7,63	9,39	9,50	8,45
Molise	6,93	7,19	7,29	6,75
Campania	8,52	7,58	7,52	5,99
Puglia	6,68	7,25	8,06	8,12
Basilicata	8,20	10,17	11,31	9,63
Calabria	6,53	6,40	6,57	7,11
Sicilia	5,67	6,70	5,53	7,19
Sardegna	5,86	5,88	6,08	6,57

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Rapportando il dato alla spesa convenzionata osserviamo che, nel 2008, il 23,7% della spesa convenzionata viene utilizzata per altra assistenza convenzionata: il 28,5% al Nord, il 21,5% al Centro e il 18,5% al Sud.

Tabella 3.54 - Quota di spesa per altra assistenza convenzionata sulla spesa pubblica convenzionata - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**18,44**	**21,79**	**22,48**	**23,69**
Nord	**22,77**	**26,65**	**26,89**	**28,49**
Centro	**15,40**	**18,44**	**19,69**	**21,47**
Sud	**15,00**	**17,63**	**18,31**	**18,48**
Piemonte	23,21	27,81	29,28	29,11
Valle d'Aosta	21,85	22,66	23,21	25,88
Lombardia	21,27	24,46	25,19	26,55
P. A. Bolzano	32,72	53,64	55,22	52,11
P. A. Trento	37,99	41,09	41,74	42,33
Veneto	24,18	29,84	28,17	31,54
Friuli Venezia G.	22,93	24,39	23,98	24,66
Liguria	16,97	23,43	24,89	27,92
Emilia Romagna	24,88	24,47	23,78	26,36
Toscana	19,40	20,86	21,99	25,72
Umbria	20,04	26,37	27,52	28,76
Marche	16,81	21,15	23,97	23,63
Lazio	13,24	16,50	17,40	18,89
Abruzzo	18,99	24,12	25,31	24,59
Molise	18,86	18,14	18,65	17,25
Campania	16,56	18,17	18,67	15,61
Puglia	14,49	16,60	19,48	19,39
Basilicata	22,93	30,06	34,36	29,35
Calabria	15,00	15,61	16,97	17,86
Sicilia	11,45	15,89	13,85	18,02
Sardegna	16,18	17,42	18,96	20,82

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Analizzando nello specifico la spesa per assistenza riabilitativa pro-capite osserviamo come in Italia si spendono in media € 32,8: € 22,6 al Nord, 35,6 al Centro e € 44,6 al Sud; quest'ultimo valore appare nettamente più alto rispetto alla media.
Le Regioni con spesa per assistenza riabilitativa minore sono l'Emilia Romagna, la P. A. di Trento e il Veneto, viceversa quelle con spesa per assistenza riabilitativa maggiore sono la Basilicata, l'Abruzzo e la Puglia.

Tabella 3.55 - Quota di spesa per ass. riabilitativa su altra assistenza convenzionata - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**34,44**	**27,04**	**25,76**	**20,91**
Nord	**18,31**	**15,26**	**13,76**	**11,81**
Centro	**38,73**	**29,04**	**28,72**	**24,77**
Sud	**60,73**	**48,17**	**46,92**	**37,31**
Piemonte	12,56	15,25	16,67	17,98
Valle d'Aosta	18,72	7,39	7,17	33,22
Lombardia	20,35	15,14	15,27	13,45
P. A. Bolzano	77,59	3,56	3,45	3,73
P. A. Trento	3,29	1,31	0,68	1,95
Veneto	11,76	14,40	4,07	3,41
Friuli Venezia G.	8,26	10,21	5,40	38,25
Liguria	76,20	73,71	73,81	31,34
Emilia Romagna	4,24	1,39	1,48	1,23
Toscana	25,26	19,93	19,73	16,95
Umbria	47,77	22,18	22,16	6,48
Marche	38,27	37,05	31,98	35,13
Lazio	45,31	32,52	33,25	29,14
Abruzzo	73,37	72,29	70,54	40,33
Molise	68,98	67,82	60,57	40,17
Campania	56,31	42,79	39,40	48,05
Puglia	68,63	59,69	61,37	42,53
Basilicata	52,99	49,09	55,39	49,03
Calabria	46,11	38,35	39,13	28,16
Sicilia	70,49	38,34	34,12	25,24
Sardegna	41,58	46,94	36,55	28,84

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 3.56 - Spesa per ass. riabilitativa pro-capite
Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**37,03**	**38,87**	**37,87**	**32,85**
Nord	**23,93**	**26,18**	**24,19**	**22,63**
Centro	**35,70**	**37,29**	**37,39**	**35,62**
Sud	**53,41**	**56,03**	**55,81**	**44,59**
Piemonte	15,41	26,00	31,15	33,95
Valle d'Aosta	15,84	8,44	8,47	34,91
Lombardia	27,46	26,87	28,36	27,26
P. A. Bolzano	n.d.	11,37	11,56	11,17
P. A. Trento	n.d.	3,49	1,88	5,54
Veneto	13,88	27,06	7,05	6,94
Friuli Venezia G.	8,75	11,55	6,21	44,78
Liguria	78,47	106,89	115,24	57,22
Emilia Romagna	5,19	1,96	2,09	1,97
Toscana	21,80	20,35	21,35	21,46
Umbria	39,43	27,86	28,81	8,89
Marche	27,34	38,17	38,54	41,24
Lazio	47,00	50,13	49,06	47,67
Abruzzo	76,17	117,22	119,86	60,03
Molise	65,27	89,93	85,80	54,51
Campania	61,49	51,39	48,59	47,63
Puglia	55,48	67,78	81,56	58,02
Basilicata	50,78	76,74	102,38	80,94
Calabria	37,47	37,42	41,24	32,90
Sicilia	50,06	42,75	31,41	30,11
Sardegna	31,05	43,88	36,24	31,84

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Analizzando, infine, la spesa per assistenza protesica pro-capite possiamo osservare come ogni cittadino spenda in media € 29,6: i valori nelle 3 ripartizioni sono vicini alla media e in particolare € 29,3, € 29,7 e € 29,4 rispettivamente al Nord, al Centro e al Sud.
Le Regioni con spesa pro-capite per assistenza riabilitativa maggiore sono la P. A. di Bolzano, il Piemonte e il Friuli Venezia Giulia mentre quelle con spesa minore le Marche, la Toscana e la Valle d'Aosta.

Tabella 3.57 - Quota di spesa per protesica su altra ass.convenzionata Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**17,33**	**18,32**	**19,15**	**18,84**
Nord	**14,62**	**15,15**	**15,77**	**15,27**
Centro	**30,90**	**21,48**	**21,35**	**20,67**
Sud	**14,60**	**22,44**	**24,27**	**25,05**
Piemonte	25,40	24,00	23,48	24,24
Valle d'Aosta	21,14	23,00	24,80	19,10
Lombardia	12,12	10,89	11,08	10,59
P. A. Bolzano	0,00	18,87	18,94	22,43
P. A. Trento	9,68	10,87	10,90	11,20
Veneto	12,32	11,85	13,95	13,10
Friuli Venezia G.	25,66	35,19	37,42	36,79
Liguria	13,60	15,49	15,18	14,69
Emilia Romagna	12,32	16,16	16,96	15,86
Toscana	18,69	14,40	14,04	12,35
Umbria	26,00	29,75	29,26	30,63
Marche	12,27	13,16	10,87	12,25
Lazio	42,13	25,19	26,20	25,28
Abruzzo	8,38	10,26	10,95	15,53
Molise	17,21	13,37	14,74	15,36
Campania	16,61	20,86	23,01	29,12
Puglia	9,37	18,56	19,97	20,59
Basilicata	18,64	23,05	19,83	19,89
Calabria	17,68	22,69	22,77	23,06
Sicilia	13,72	31,05	37,01	28,81
Sardegna	20,74	28,44	33,51	31,36

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 3.58 - Spesa per protesica pro-capite
Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**18,64**	**26,34**	**28,14**	**29,59**
Nord	**19,11**	**25,99**	**27,73**	**29,26**
Centro	**28,49**	**27,59**	**27,81**	**29,72**
Sud	**12,84**	**26,10**	**28,87**	**29,94**
Piemonte	31,16	40,93	43,85	45,77
Valle d'Aosta	17,89	26,27	29,30	20,07
Lombardia	16,36	19,33	20,58	21,45
P. A. Bolzano	n.d.	60,24	63,53	67,25
P. A. Trento	n.d.	28,97	30,28	31,85
Veneto	14,55	22,28	24,15	26,68
Friuli Venezia G.	27,18	39,78	43,01	43,07
Liguria	14,01	22,46	23,70	26,83
Emilia Romagna	15,09	22,85	23,97	25,36
Toscana	16,13	14,70	15,19	15,64
Umbria	21,46	37,36	38,04	42,03
Marche	8,76	13,56	13,10	14,38
Lazio	43,70	38,83	38,65	41,35
Abruzzo	8,70	16,64	18,60	23,12
Molise	16,28	17,73	20,88	20,85
Campania	18,14	25,05	28,38	28,86
Puglia	7,58	21,08	26,54	28,09
Basilicata	17,86	36,03	36,66	32,84
Calabria	14,36	22,14	24,00	26,95
Sicilia	9,74	34,63	34,07	34,37
Sardegna	15,48	26,59	33,23	34,62

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

3.9. Il modello di previsione della spesa

In continuità con i rapporti CEIS precedenti, e con la letteratura internazionale, si è analizzato l'andamento della spesa sanitaria in Italia e le sue determinanti, attraverso un modello panel a effetti fissi.

Le variabili prese in considerazione sono di natura economica, istituzionale, demografica, sociale, di domanda e di offerta.

In particolare dal punto di vista economico abbaiamo considerato la relazione fra spesa e PIL pro-capite: tale variabile è assunta come proxy del livello economico della popolazione e, come dimostrato nella letteratura econometrica, rappresenta di fatto la più "importante" determinante della spesa sanitaria.

Il nesso causale della relazione tra spesa sanitaria e PIL può essere interpretato con due differenti approcci:

- Sanità come costo: ossia, quota di PIL "assorbita" dalla sanità per funzionare;
- Sanità come investimento economico e sociale: ossia, sistema sanitario come promotore di

salute e fattore di sviluppo economico.
A livello istituzionale risulta fondamentale comprendere l'impatto (eventualmente moltiplicativo) dell'intervento pubblico in Sanità, e per questo è stato inserito il finanziamento previsto dalle delibere CIPE (finanziamento ex ante); inoltre poiché i sistemi organizzativi italiani differiscono molto tra le varie Regioni, si è introdotta una variabile in grado di analizzare come la suddivisione tra spesa a gestione diretta e in convenzione/accreditamento influenzi la spesa sanitaria totale. Si è, altresì, indagato l'effetto dei ticket sulla spesa sanitaria, per poter inferire se tale strumento abbia realmente effetto sui livelli di spesa. Per quel che concerne le variabili di natura demografica, il modello considera la percentuale di popolazione *over* 75, oltre che il tasso generico di mortalità (quest'ultimo inserito come *proxy* dei cosiddetti "costi di morte", secondo cui non sarebbe tanto l'invecchiamento, quanto i costi sostenuti nella fase terminale della vita, il principale driver di crescita della spesa sanitaria). La variabile livello di istruzione, in termini di percentuale di individui senza titolo di studio o con licenza elementare, è stata inserita nel modello per cogliere l'impatto delle caratteristiche sociali; ovviamente tale variabile ha una stretta correlazione anche con il livello economico. I posti letto vengono introdotti nel modello nel tentativo di analizzare l'impatto di possibili fenomeni di *supply induced demand*, quindi di spesa inappropriata generata sul lato dell'offerta. Altra variabile di offerta considerata è il tasso di personale (dipendenti per abitante), considerabile una *proxy* della (in)efficienza regionale.
Infine è stato considerato l'impatto della tecnologia, usando come *proxy* il numero di TAC e risonanze magnetiche per abitante presenti nel sistema.
Il modello stimato è un panel a effetti fissi sulle Regioni Italiane per gli anni 1995-2007.
Definendo:
SST = spesa sanitaria totale pro-capite
FIN = finanziamento ottenuto dalle delibere CIPE pro-capite
M = tasso generico di mortalità
PIL = PIL pro-capite
POP_75+ = percentuale di popolazione over 75
SDSC = rapporto tra spesa pubblica a gestione diretta e convenzionata
STS = quota di popolazione senza titolo di studio o con licenza elementare
TEC = numero TAC e RMN per 100.000 abitanti
TPD = personale dipendente per abitante
TPL = posti letto per abitante
TK = spesa per ticket farmaceutico pro-capite
Il modello stimato è:
SST=f(SST; FIN; M; PIL; POP_75+; SDSC; STS; TEC; TPD; TPL; TK)[13]
Le variabili risultate significative nel modello finale[14] spiegano circa il 66,9% della variabilità della spesa sanitaria totale pro-capite. Sia l'effetto temporale, che l'effetto di variabilità tra le Regioni, viene spiegato in maniera più che soddisfacente (R^2 within 96,1% R^2 beetween 69,8%).

[13] *Per semplicità sono stati omessi i pedici relativi alle Regioni e al tempo.*

[14] *Si presenta il modello finale e quindi depurato delle variabili non significative.*

Tabella 3.59 - Modello di regressione su dati panel Italia - Anni 1995-2007

Variabile	Coefficienti	p > | t | [15]
PIL	0,0473	0,000**
FIN	0,1231	0,112*
SDSC	-86,6003	0,000**
TPD	2,4410	0,078*
POP_75+	132,6545	0,000**
TK	-1,8484	0,035**
TEC	5,0191	0,000**
Costante	-828,6941	0,001**

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT e Ministero della Salute
***significatività>90%*
**significatività>85%*

Risultano quindi significative, e con il segno atteso, il PIL, l'età, le variabili istituzionali e in particolare il finanziamento, la quota di spesa diretta su spesa convenzionata e il ticket, il tasso personale dipendente nonché la variabile *proxy* dell'innovazione tecnologica.
In particolare, un aumento di prodotto porta a un incremento della spesa sanitaria (elasticità pari a 0,82); analogamente l'invecchiamento della popolazione influisce sull'incremento della spesa sanitaria (elasticità=0,53); un maggiore finanziamento pubblico tende, seppure in modo minimo, a espandere la spesa sanitaria totale (elasticità 0,06): dato che tale effetto è a netto dell'effetto delle compartecipazioni (vedi oltre),si può supporre sia attribuibile ad una sostanziale duplicazione di funzioni fra settore pubblico e privato, come anche ad una tendenza del sistema regionale ad "approfittare" delle maggiori risorse messe a disposizione centralmente.
L'assetto istituzionale, colto dal rapporto fra spesa diretta e spesa convenzionata, impatta nel senso che la scelta dei modelli a forte accreditamento privato risulta inefficiente: probabilmente possiamo interpretare tale fenomeno come un fallimento nel governo dei rapporti fra pubblico/privato.
L'impatto dei ticket è significativo, con il segno negativo atteso, mostrando come la compartecipazioni riducano effettivamente i fenomeni di *moral hazard*.
Anche la variabile tasso personale dipendente è significativa: un numero di personale più elevato, che certamente porta ad un servizio di migliore qualità, comporta ovviamente dei costi. Tale variabile potrebbe però essere interpretata anche come una inefficienza del sistema: troppo personale rispetto alle necessità (soprattutto con una riduzione dei posti letto e dei ricoveri ordinari).

[15] *** significatività > 95%*
** significatività > 85%*

Infine risulta significativa la variabile tecnologia confermando che un miglioramento delle cure comporta un aumento dei costi ma anche un miglioramento della qualità delle cure stesse. Allo stesso tempo, anche in questo caso, la significatività di questa variabile potrebbe indicarci un elemento di inefficienza in termini di un eccesso di TAC e RMN rispetto al reale bisogno.
Non è invece significativa la variabile tasso posti letto non permettendoci di confermare la teoria della SID ma facendoci ipotizzare quanto non sia il posto letto quanto il personale e le strutture che gli ruotano intorno a influire sui costi.

3.9.1. L'evoluzione della spesa sanitaria totale

Sulla base del modello stimato si è prodotta una previsione della spesa sanitaria. Le ipotesi adottate sono le seguenti:

- per quanto concerne il PIL si è adottata l'evoluzione prevista nel DPEF 2010-2013: per l'anno 2010 € 1.564,8 mld., per il 2011 € 1.623,4 mld. e per il 2012 € 1.685,4 mld..
- per quanto concerne l'evoluzione del finanziamento centrale si è adottata la quantificazione contenuta nel DPEF 2010 2013: per l'anno 2010 € 114,919 mld., per il 2011 € 118,564 mld., per il 2012 € 122,969 mld. e per il 2013 € 127,877 mld..
- la quota di spesa diretta si ipotizza in leggera crescita nei prossimi anni, per effetto dei vincoli finanziari (piani di rientro) cui sono soggette le regioni del Centro Sud a maggiore presenza di strutture private accreditate;
- le ipotesi demografiche sono state mutuate dalle previsioni elaborate dall'ISTAT;
- i ticket sono stati ipotizzati in lieve crescita, anch'essi per effetto dei piani di rientro;
- il personale si è ipotizzato in lieve decremento;
- la tecnologia si è ipotizzata stabile.

Il quadro tendenziale che emerge è caratterizzato da una crescita della spesa sanitaria totale che porterebbe la spesa all'8,9% del PIL nel 2010, in crescita di 0,1 punti di PIL rispetto all'anno precedente.

Tabella 3.60 - Previsioni della spesa sanitaria totale
Spesa in mdl. di € e valori %

Anno	2008	2009	2010	2011
Spesa Sanitaria Totale	136,7	134,3	138,5	142,3
Tasso di Variazione	+7,3%	-1,7%	+3,3%	+2,7%
Quota sul PIL	8,7%	8,8%	8,9%	8,9%

Fonte: elaborazione CEIS

3.9.2. L'evoluzione della spesa sanitaria pubblica e privata

La previsione della spesa pubblica è stata effettuata partendo dall'ipotesi che, nel breve periodo, questa sia dominata dai fattori inerziali, derivanti dalla rigidità dell'offerta pubblica, a cui si sovrappongono *shock* esogeni derivanti, ad esempio, dai rinnovi contrattuali e delle convenzioni.

Unica eccezione è quella del farmaceutico, ove i meccanismi delle compartecipazioni, nonché fattori politici (tagli dei prezzi, etc.) , possono comportare variazioni esogene significative.

Partendo da tali ipotesi, si è quindi proceduto ad estrapolare il tendenziale per singola funzione di spesa, considerando retrospettivamente il medio periodo l'orizzonte di riferimento più idoneo per cogliere i *trend* in atto[16].

Gli effetti dei rinnovi contrattuali sono stati distribuiti su più annualità. Per quel che concerne la farmaceutica, invece, si è scelto di mantenere il *trend* attuale, ovvero post manovre di razionalizzazione dei prezzi e delle quantità.

Tabella 3.61 - Previsione della spesa sanitaria pubblica
Spesa in mdl. di € e valori %

Anno	2008	2009	2010	2011
Spesa Sanitaria Pubblica Trend.	107,8	112,0	117,0	122,4
Tasso di Variazione	5,3%	3,9%	4,5%	4,6%
Quota sul PIL	6,9%	7,3%	7,5%	7,7%

Fonte: elaborazione CEIS

Il quadro risultante è più dinamico di quello previsto nei documenti di programmazione economica, che evidentemente scontano ipotesi di razionalizzazione della spesa.

Nel modello adottato la spesa privata è determinata in modo residuale: qualora il quadro evolutivo fosse quello delineato, la spesa privata decrescerebbe tra il 2008 e il 2010 attestandosi, nel 2010 all'1,4% del PIL.

Tabella 3.62 - Previsione della spesa sanitaria privata
Spesa in mdl. di € e valori %

Anno	2008	2009	2010	2011
Spesa Sanitaria Pubblica Trend.	28,9	22,3	21,5	19,9
Tasso di Variazione		-22,8%	-3,7%	-7,4
Quota sul PIL	1,8%	1,5%	1,4%	1,2%

Fonte: elaborazione CEIS

[16] *Si è scelto il medio periodo con l'obiettivo di evitare proiezioni di anomalie contabili o statistiche.*

Riferimenti bibliografici

- Abel-Smith B, (1963) “Paying for Health Services”, Geneva, World Health Organization, 1963 (Publich Health Papers No.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 an Wealth: An International Study of Health Care Spending” Lexington Books.
- www.istat.it
- www.ministerodellasalute.it

Capitolo 4

La performance del sistema sanitario: l'equità

4 - La performance del sistema sanitario: l'equità

Di Rocco S.[1], Doglia M.[1]

Sintesi

Elementi distintivi dell'analisi 2009 sono:

- Accanto al persistere di un nucleo di iniquità manifesto, composto da quelle famiglie costrette ad impoverirsi (338.052 nuclei) e/o spinte a sostenere spese catastrofiche (991.958 nuclei), ve ne sia un altro di "iniquità latente" composto da quelle famiglie (circa 2.636.471 nuclei), non necessariamente disgiunte dalle prime, che pur nel bisogno di prestazioni sanitarie, non riescono ad accedervi per gli eccessivi costi delle stesse rispetto alla capienza dei bilanci familiari. Tali famiglie, non potendo (o non volendo) affrontare le conseguenze degli effetti (impoverimento o spesa catastrofica) che le spese porterebbero sulla famiglia, rinunciano alle prestazioni sanitarie.
- La presenza di anziani o di figli a carico ha un effetto dirompente sulla capacità delle famiglie di fare fronte alle spese sanitarie che si presentano. Si evidenzia altresì la possibilità che le coppie con figli tendano a procrastinare la spesa sanitaria per gli adulti, o ad effettuarla solo quando, seppure intensa, questa non porti all'impoverimento. La presenza di un tale comportamento protettivo nei confronti dei figli, che rischia però di andare a scapito della salute dei genitori, appare confermato anche dalle percentuali relativamente basse di abbandono delle prestazioni sanitarie a favore dei bambini (peraltro a minor rischio in quanto esenti).
- L'abbandono e la catastroficità non sono fenomeni che interessano solo i quintili inferiori della popolazione, anzi percentuali abbastanza elevate di abbandono si registrano anche nella popolazione del terzo quintile, dove si trovano cioè quelle famiglie appartenenti a pieno diritto al ceto medio, questo sia per la specialistica (4,17%) che per le spese dentistiche (8,40%).
- Il persistere dell'iniquità a livello territoriale appare sicuramente un problema più del Sud che del Nord Italia, e l'impoverimento contribuisce fortemente all'aumento del divario di povertà esistente nel Paese; comunque, se si relativizza l'indagine al contesto locale, si scopre una difficoltà di molti SSR del Nord nel difendere i propri cittadini dal peso delle spese sanitarie. L'indagine sembra mettere in luce anche alcuni SSR (ad esempio Marche, Lazio, Veneto ed Emilia Romagna) che sembrano avere un maggior successo rispetto alla media nazionale nel difendere le famiglie dalle spese sanitarie.
- Per quanto attiene alle tipologie di spesa, si confermano i ruoli importanti di farmaceutica,

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"*

disabilità e spese dentistiche; queste ultime in particolare, visti anche i dati sulla rinuncia, sembrano assumere sempre più il connotato di un vero e proprio problema sociale.

- Nella percezione delle famiglie, la difficoltà maggiore nell'accedere alle prestazioni sanitarie è quella economica, che viene indicata come la maggiore causa di rinuncia con percentuali nettamente superiori all'altro pur annoso problema delle liste d'attesa.

4.1. Introduzione e obiettivi

Le misure di equità nel cosiddetto burden space, ovverosia quell'insieme di misure proposte dalla World Health Organization (WHO) che cercano di valutare l'impatto equitativo delle spese per consumi sanitari lasciate direttamente a carico delle famiglie, ha portato, nella sua applicazione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, ad evidenziare la persistenza in Italia di un nucleo di iniquità.

Nell'utilizzare tale approccio ci si è però spesso posti l'interrogativo di quanto le misure del fenomeno, seppure adattate al contesto nazionale, fossero in grado di catturare completamente l'eventuale carenza di copertura delle esigenze sanitarie delle famiglie italiane ed, in particolare, delle fasce di popolazione più deboli. Il presente contributo è quindi un tentativo di utilizzare i dati raccolti dall'indagine su "Reddito e condizioni di vita" (EU-SILC) per contestualizzare i valori di impoverimento rilevati, cercando quindi di individuare, in modo più esaustivo, quale possa essere effettivamente il livello del peso economico della malattia che il SSN lascia a carico delle famiglie italiane.

4.2. Dati e metodologia

Relativamente alle stime dell'impoverimento e della catastroficità il lavoro è basato, come per gli scorsi anni, sull'analisi dei microdati dell'indagine sui consumi delle famiglie, prodotta annualmente dall'Istat e relativa, per il 2007, ad un campione di circa 24.400 nuclei; nello studio sono stati utilizzati i dati relativi alle ultime due edizioni disponibili (anni di riferimento 2006 e 2007).

Per quanto attiene l'aggregazione delle spese out of pocket (OOP) si è scelto di continuare ad includervi anche i consumi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti e ai disabili sebbene, almeno per la quota erogata da professionisti non sanitari (badanti etc.), non si tratti strettamente di spese classificabili come sanitarie. Tale scelta appare coerente non solo in un'ottica di continuità con quanto precedentemente elaborato, ma anche con l'osservazione che tali spese sono spesso una delle cause primarie delle difficoltà delle famiglie italiane (Doglia e Spandonaro, 2007a e 2007b).

Per quanto attiene alle scelte di carattere più prettamente tecnico (scelta delle spese da considerare, aggregazione e soglie) si è scelto di istituzionalizzare il più possibile il lavoro e di calcolare, come già fatto in precedenza, gli indicatori proposti dalla WHO adattandoli alla realtà del nostro Paese. Si è utilizzato pertanto il criterio di selezione ed aggregazione delle voci di spesa adottato dall'Istat[2] nel calcolo delle stime di povertà e si è valutato l'impoverimento

[2] *La spesa media è stata quindi calcolata al netto delle spese per manutenzione straordinaria delle abitazioni, dei premi pagati per assicurazioni vita e rendite vitalizie, rate di mutui e restituzione di prestiti.*

rispetto alle soglie utilizzate per tali stime. Si è, così, resa la stima dell'impoverimento completamente compatibile con le stime di povertà relativa effettuate dall'ISTAT, dato con cui una tale tipologia di indicatore non può non confrontarsi.
Per l'analisi della catastroficità si è scelto invece di mantenere una linea di continuità con quanto precedentemente elaborato e quindi di non applicare la nuova matrice di soglie di povertà assoluta recentemente pubblicata dall'ISTAT ma di continuare ad utilizzare la rivalutazione con l'inflazione della vecchia soglia, nonché il criterio di selezione WHO, che utilizza tutte le voci di spesa desumibili sia dal "libretto degli acquisti" che dal "riepilogo delle spese familiari", già utilizzato nelle precedenti elaborazioni. Sempre in un'ottica di continuità, al fine di cogliere le specificità locali, si è scelto di calcolare l'impoverimento a livello regionale anche rispetto alle soglie di povertà relativa calcolate per le varie Regioni coerentemente con la metodologia Istat.
Quest'anno si è poi tentato di arricchire il carattere informativo degli indicatori di equità nel burden space affiancandovi i dati relativi all'abbandono delle prestazioni sanitarie ricavato dall'indagine "Reddito e condizioni di vita" (EU SILC). Tale indagine ha come obiettivo prioritario l'analisi della distribuzione dei redditi, del benessere e della qualità della vita delle famiglie e, nel perseguire tale intento, raccoglie anche dati sulla rinuncia da parte di individui adulti (rilevati singolarmente) e di bambini (rilevati a livello familiare) alla fruizione di alcune prestazioni sanitarie (specialistica e dentistica) con le relative motivazioni; i dati utilizzati sono relativi all'ultimo anno disponibile (2007).
Il carattere peculiare dell'indagine, di origine non sanitaria, e la necessità di confrontare stime ottenute mediante i dati relativi all'indagine sui consumi con quelle ottenute invece con i dati dell'indagine EU-SILC, ha richiesto alcuni adattamenti: si è quindi scelto di ricodificare sia le tipologie familiari identificate dall'ISTAT relative all'indagine sui consumi che quelle definite dall'indagine sui redditi, in modo da rendere le due tipologie simili e mettere al contempo maggiormente in risalto la presenza nei nuclei di anziani (età pari o superiore a 65 anni) e di figli a carico, categorie queste per le quali è stata rilevata una maggiore associazione con le difficoltà economiche legate a spese sanitarie.

4.3. L'impoverimento e le spese catastrofiche

Nel 2007 in Italia risultano impoverite 338.052 famiglie (pari a circa l'1,4% del totale); risultano poi 991.958 famiglie (pari al 4,2% dei nuclei) soggette a spese catastrofiche.

Tabella 4.1 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche - Distribuzione delle famiglie per quintili di consumo standardizzato - Italia 2007[3]

Quintili	1	2	3	4	5	Totale
Fam. Povere	55,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%
Fam. Impoverite	6,2%	0,8%	0,1%	0,0%	0,0%	1,4%
Fam sogg a spese catastrofiche	13,6%	2,5%	1,4%	1,4%	1,9%	4,2%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Tale dato, relativamente stabile nel tempo, mostra il persistere di una situazione di difficoltà delle famiglie italiane; tale difficoltà, legata alla spesa è però solo un aspetto della relazione tra spesa OOP e cura; mentre infatti alcuni nuclei sono costretti ad impoverirsi o sono comunque soggetti ad una forte spesa (cosiddetta catastrofica) ci sono delle famiglie che, per carenza di risorse o impossibilità di accedere al credito, si trovano costrette a rinunciare alle prestazioni sanitarie in quanto non sono in grado di sostenerle economicamente. La tabella 2 mostra infatti come il 5,1% delle famiglie residenti in Italia (pari a circa 1.227.977 nuclei), presenti almeno un componente che, pur avendo necessità di prestazioni specialistiche vi rinuncia per motivi economici; tale percentuale sale al 9,3% (circa 2.249.399 nuclei) per le prestazioni odontoiatriche ed al 10,9% (circa 2.636.471 nuclei) per le due tipologie considerate congiuntamente.
Tali famiglie, almeno per la componente di prestazioni a cui rinunciano, non entrano ovviamente nel computo dell'impoverimento, né in quello della catastroficità in quanto, a fronte di un bisogno, non effettuano la spesa.

Tabella 4.2 - Rinuncia a prestazioni sanitarie per motivi economici Distribuzione delle famiglie per quintili di reddito disponibile equivalente - Italia 2007

Quintili	1	2	3	4	5	Totale
Almeno un membro rinuncia a prestazioni dentistiche	15,72%	12,10%	8,40%	6,37%	3,73%	9,26%
Almeno un membro rinuncia a prestazioni specialistiche	10,50%	6,37%	4,17%	2,97%	1,27%	5,06%
Almeno un membro rinuncia a dentista o specialista	18,66%	14,26%	9,78%	7,42%	4,17%	10,86%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

[3] *L'impoverimento è calcolato seguendo le aggregazioni Istat e senza la correzione della soglia di povertà.*
I quintili di consumo equivalente sono calcolati solo sui consumi che entrano nel computo della povertà e dell'impoverimento.

Con numeri di tale rilevanza le motivazioni economiche sembrano essere, almeno secondo l'indagine Istat, la principale causa di abbandono delle prestazioni sanitarie da parte delle famiglie italiane. Il confronto tra la tabella 4 e la tabella 5 mostra infatti che, almeno per quanto riguarda la rinuncia degli individui adulti, la presenza di liste di attesa spinge a rinunciare a prestazioni specialistiche un quantitativo di famiglie pari a circa la metà dei nuclei che rinunciano per motivi economici. Tale rapporto, per le prestazioni dentistiche, appare di circa uno a sette. Si rileva inoltre che per tutte le tipologie familiari la rinuncia per motivi economici presenta incidenze più elevate di quella per liste di attesa.

4.4. Spese sanitarie e tipologia familiare

L'analisi per tipologia familiare, effettuata quest'anno con le citate ricodifiche, evidenzia ancora una volta il ruolo rilevante della presenza di anziani o figli a carico nel determinare la difficoltà della famiglia di far fronte a spese sanitarie; in particolare si sottolinea come, nell'ambito delle stesse tipologie familiari (singoli o coppie senza figli), la presenza di anziani faccia salire notevolmente la probabilità (e quindi l'incidenza) di impoverirsi o di andare incontro a spese catastrofiche. Così, ad esempio, tra le famiglie monocomponente si passa da un'incidenza di impoverimento nulla per i giovani ad un'incidenza del 2,6% per gli anziani. Analogamente, per una coppia senza figli, ci si sposta dallo 0,4% all'1,6% o al 2,6% a seconda della presenza di uno o due anziani. Un simile trend di crescita è presente anche per gli altri indicatori di difficoltà (catastroficità e rinuncia) e per la presenza di figli in famiglia. In particolare si rileva come, per le coppie con figli, appaia meno accentuato lo spread di impoverimento che passa dall'1,2% nel caso di un figlio a 1,5% nel caso di tre o più figli, mentre risulta più accentuato quello relativo alla rinuncia degli adulti che passa per le prestazioni specialistiche dal 4,4% al 9,0% e per la dentistica dall'8,9% al 15,0%. Peraltro la tabella 3 mostra come, mentre le maggiori incidenze di impoverimento (2,6% nel 2007) sono associate agli anziani soli (Persona sola con 65 anni e più e Coppia senza figli con entrambi i componenti con 65 anni e più), le maggiori incidenze di catastroficità (tabella 3) ed abbandono delle prestazioni (tabella 4) appaiono invece associate alle coppie con due o più figli; per quanto attiene la rinuncia degli adulti sia a prestazioni specialistiche, che quella a prestazioni dentistiche le relative incidenze appaiono maggiormente influenzate dalla presenza di figli a carico che non dalla presenza di anziani.
Tale diversità può essere da imputare sia a differenze comportamentali (le famiglie senza anziani tendono maggiormente a procrastinare la spesa per gli adulti o ad effettuarla solo quando, seppure gravosa, questa non porti all'impoverimento), sia a differenti incidenze dei nuclei poveri nelle diverse tipologie familiari.

Tabella 4.3 - Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche Incidenza secondo la tipologia familiare - Italia 2006 e 2007

Tipologia familiare	2006			2007		
	poveri	Impoveriti	catastrofici	poveri	impoveriti	catastrofici
Persona sola con meno di 35 anni	2,9%	0,0%	0,4%	2,7%	0,0%	0,7%
Persona sola con 35-64 anni	3,4%	0,5%	1,5%	4,2%	0,7%	1,4%
Persona sola con 65 anni e più	12,6%	2,8%	7,7%	12,0%	2,6%	7,8%
Coppia senza figli senza membri anziani	4,8%	0,5%	1,0%	4,2%	0,4%	1,7%
Coppia senza figli con un componente con 65 anni e più	8,1%	0,8%	2,8%	6,5%	1,6%	2,9%
Coppia senza figli con entrambi i componenti con 65 anni e più	14,0%	3,5%	6,9%	15,2%	2,6%	6,9%
Coppia con 1 figlio	8,6%	1,1%	1,9%	10,6%	1,2%	2,8%
Coppia con 2 figli	14,5%	1,2%	3,0%	14,0%	1,4%	3,7%
Coppia con 3 e più figli	25,6%	2,0%	5,9%	22,8%	1,5%	8,8%
Monogenitore	13,8%	0,9%	2,6%	11,3%	1,0%	3,1%
Altre tipologie	17,8%	1,9%	5,9%	18,0%	1,6%	5,4%
Totale	11,1%	1,5%	3,7%	11,1%	1,4%	4,2%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Bisogna comunque richiamare l'attenzione sul fatto che, così come catastroficità ed impoverimento sono fenomeni differenti (seppure con aree di contatto), così l'abbandono e gli indicatori di equità nel burden space non rappresentano necessariamente due fenomeni disgiunti (alcuni nuclei potrebbero, ad esempio, impoverirsi per le cure ritenute più urgenti e quindi essere costretti a rinunciare a parte delle cure ovvero rinunciare dopo aver sostenuto spese catastrofiche). Purtroppo, con i dati disponibili, non si è potuto indagare sul sovrapporsi degli stessi.

Tabella 4.4 - Rinuncia alle prestazioni sanitarie per motivi economici Incidenza secondo la tipologia familiare - Italia 2007

Tipologia familiare	Specialistica			Dentistica		
	Rinuncia almeno un adulto	Rinuncia almeno un bambino	Rinuncia almeno un membro	Rinuncia almeno un adulto	Rinuncia almeno un bambino	Rinuncia almeno un membro
Persona sola con meno di 35 anni	2,38%		2,38%	6,82%		6,82%
Persona sola con 35-64 anni	3,39%		3,39%	8,07%		8,07%
Persona sola con 65 anni e più	4,38%		4,38%	5,64%		5,64%
Coppia senza figli senza membri anziani	3,37%		3,37%	7,42%		7,42%
Coppia senza figli con un componente con 65 anni e più	4,31%		4,31%	8,27%		8,27%
Coppia senza figli con entrambi i componenti con 65 anni e più	4,56%		4,56%	6,40%		6,40%
Coppia con 1 figlio	4,42%	0,28%	4,46%	8,85%	0,36%	8,94%
Coppia con 2 figli	6,03%	0,87%	6,51%	10,79%	2,28%	11,84%
Coppia con 3 e più figli	8,97%	2,68%	9,14%	15,00%	5,05%	16,66%
Altra tipologia con almeno un componente con 65 anni e più o un minore	6,99%	0,93%	7,36%	12,83%	1,90%	13,47%
Altra tipologia senza componenti anziani o minori	6,77%		6,77%	11,89%		11,89%
Totale	4,93%	0,38%	5,06%	8,95%	0,81%	9,26%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Tabella 4.5 - Rinuncia di almeno un adulto a prestazioni sanitarie per file di attesa, distribuzione delle famiglie per tipologia familiare - Italia 2007

Tipologia familiare	2007	
	Specialistica	Dentistica
Persona sola con meno di 35 anni	2,02%	0,51%
Persona sola con 35-64 anni	1,70%	0,33%
Persona sola con 65 anni e più	2,51%	1,18%
Coppia senza figli senza membri anziani	2,65%	1,60%
Coppia senza figli con un componente con 65 anni e più	2,70%	2,04%
Coppia senza figli con entrambi i componenti con 65 anni e più	2,58%	1,57%
Coppia con 1 figlio	2,54%	1,37%
Coppia con 2 figli	3,27%	1,70%
Coppia con 3 e più figli	2,12%	1,92%
Altra tipologia con almeno un componente con 65 anni e più o un minore	3,35%	0,92%
Altra tipologia senza componenti anziani o minori	2,61%	1,93%
Totale	2,63%	1,30%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

4.5. L'analisi territoriale

L'analisi a livello territoriale è stata condotta affiancando le incidenze di impoverimento, calcolate rispetto alla soglia di povertà relativa nazionale, (Tabella 6) all'impoverimento valutato rispetto ad una soglia di povertà relativa regionale, calcolata cioè, per ciascuna Regione, con la metodologia Istat ma con riferimento ai soli dati locali (Tabella 7). In pratica, questa metodologia tenta di descrivere il fenomeno per cui una famiglia può ritrovarsi, a causa di spese sanitarie, con un tenore di vita estremamente ridotto rispetto alla propria regione (impoverendosi a livello regionale) pur mantenendo un livello ancora superiore alla soglia di povertà nazionale (non entrando quindi nel computo dell'impoverimento generale). Il confronto tra i due indicatori permette di cogliere la differenza di impoverimento tra le regioni al lordo ed al netto delle differenze del livello di vita legate al contesto locale. Isolando quindi, in qualche modo, la difficoltà incontrata dai sistemi sanitari regionali (SSR) nel proteggere i cittadini nei diversi contesti locali dalla disomogeneità tra gli stessi.

Tabella 4.6 - Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche Incidenza secondo la regione di residenza - Italia 2007

Regione	Povertà		Impoverimento		Catastroficità	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Italia	**11,1%**	**11,1%**	**1,5%**	**1,3%**	**3,7%**	**4,2%**
Piemonte e Valle d'Aosta	6,5%	6,6%	1,0%	0,9%	2,5%	4,1%
Lombardia	4,7%	4,8%	0,7%	0,5%	2,5%	3,5%
Trentino A.A.	6,2%	5,2%	0,8%	0,7%	3,3%	3,5%
Veneto	5,0%	3,3%	0,8%	0,9%	1,9%	2,2%
Friuli Venezia G.	8,2%	6,6%	2,4%	0,7%	2,7%	2,7%
Liguria	6,1%	9,5%	0,3%	1,2%	1,2%	2,7%
Emilia Romagna	3,9%	6,2%	0,7%	0,7%	2,1%	2,6%
Toscana	6,8%	4,0%	1,5%	0,6%	2,7%	2,6%
Umbria	7,3%	7,3%	1,4%	1,1%	3,8%	3,6%
Marche	5,9%	6,3%	1,1%	0,9%	1,3%	2,3%
Lazio	7,0%	7,9%	0,7%	0,6%	2,2%	2,0%
Abruzzo	12,2%	13,3%	1,8%	1,6%	3,2%	3,7%
Molise	18,6%	13,6%	1,8%	2,4%	4,2%	7,7%
Campania	21,2%	21,3%	2,9%	2,1%	6,0%	5,0%
Puglia	19,8%	20,2%	2,3%	2,3%	5,2%	6,3%
Basilicata	23,0%	26,3%	1,8%	3,2%	9,1%	9,0%
Calabria	27,8%	22,9%	3,3%	3,3%	7,3%	9,1%
Sicilia	28,9%	27,6%	3,2%	2,9%	9,0%	8,9%
Sardegna	16,9%	22,9%	2,1%	2,4%	4,9%	6,0%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

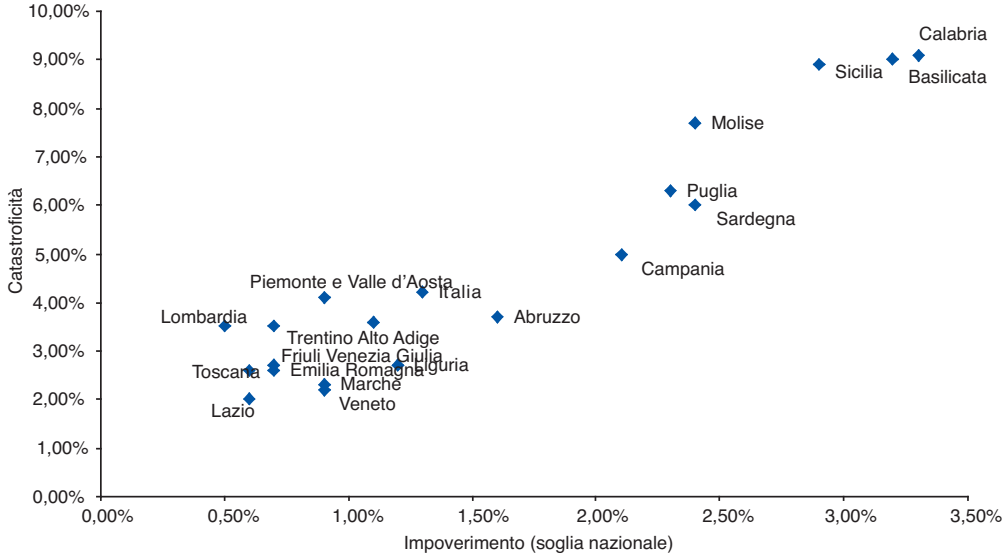
Tabella 4.7 - Famiglie povere ed impoverite con riferimento alle soglie di povertà regionali - Incidenza secondo la regione di residenza - Italia 2006 e 2007

Regioni	impoverimento regionale		povertà regionale	
	2006	2007	2006	2007
Italia	**1,3%**	**1,2%**	**8,7%**	**8,4%**
Piemonte e Valle d'Aosta	2,5%	1,8%	12,1%	11,5%
Lombardia	1,0%	1,6%	9,4%	10,0%
Trentino A.A.	1,1%	2,0%	9,7%	7,6%
Veneto	0,8%	1,1%	9,6%	6,6%
Friuli Venezia G.	2,4%	1,3%	10,9%	9,1%
Liguria	0,9%	1,5%	8,3%	11,0%
Emilia Romagna	1,2%	0,9%	9,6%	10,8%
Toscana	1,2%	1,3%	8,1%	6,2%
Umbria	1,6%	1,7%	7,4%	10,3%
Marche	1,3%	0,7%	4,3%	6,0%
Lazio	0,8%	0,8%	8,2%	7,5%
Abruzzo	1,7%	0,6%	6,2%	9,4%
Molise	1,7%	2,3%	9,6%	10,9%
Campania	1,4%	0,8%	5,8%	5,8%
Puglia	1,2%	0,5%	7,9%	6,4%
Basilicata	1,4%	1,2%	9,2%	9,8%
Calabria	1,7%	1,5%	6,8%	7,7%
Sicilia	1,0%	0,8%	8,4%	7,2%
Sardegna	1,4%	2,3%	10,5%	9,6%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Purtroppo i dati dell'impoverimento a livello regionale, riducendosi di molto la numerosità campionaria, sono soggetti ad una notevole variabilità, spesso dovuta più a fattori di selezione che ad effettive variazioni; i dati regionali devono pertanto essere interpretati con la massima cautela.
Per favorire la lettura di tali dati i valori di impoverimento e catastroficità regionali (tabelle 6 e 7), sono stati rappresentati mediante tre grafici (Figure da 1 a 3).

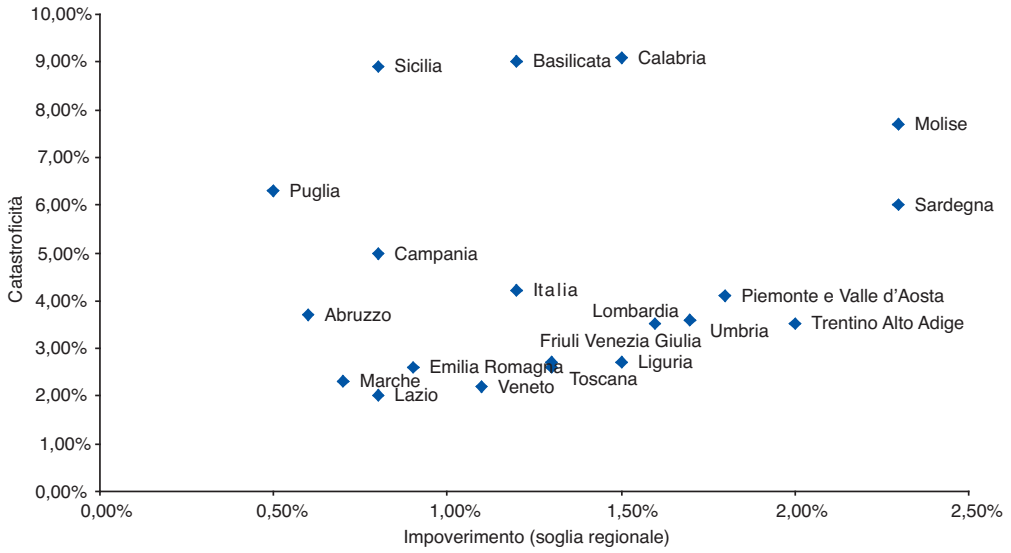
Figura 4.1 - Relazione tra incidenza di impoverimento e di famiglie soggette a spese catastrofiche secondo la regione di residenza - Italia 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

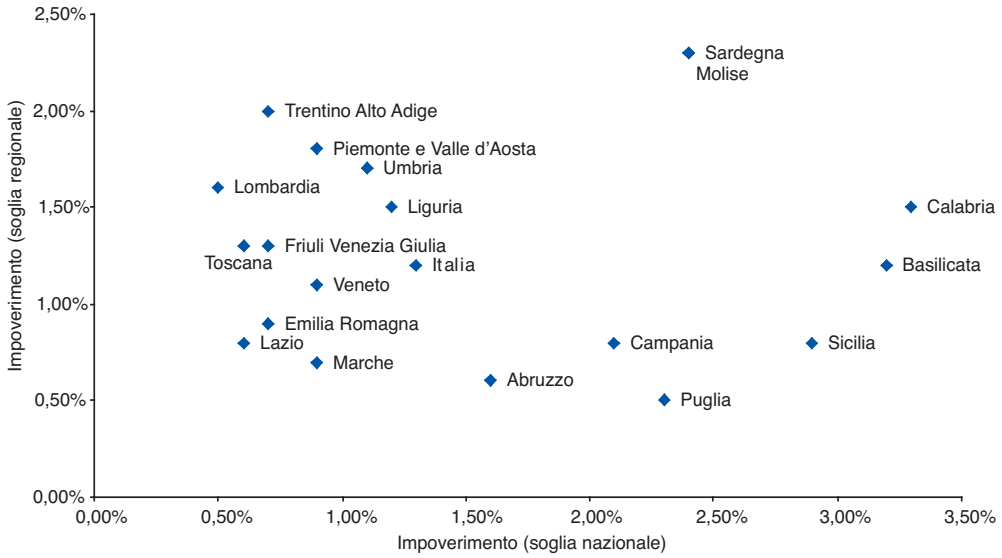
La figura 1 unisce i dati relativi all'impoverimento ed alla catastroficità nelle varie regioni; tali dati appaiono di fatto fortemente correlati (con un R^2 di 0,897). In realtà, considerando invece i dati di impoverimento relativo alle soglie regionali, tale correlazione scompare completamente (figura 2), segno che la stessa è legata alle differenze regionali piuttosto che a differenze nei sistemi sanitari regionali (SSR). Tale assenza di correlazione perdura se si confrontano le due diverse misure di impoverimento (figura 3). La lettura di figura 2 permette peraltro di distinguere, seppure con una certa cautela, le regioni con sistemi sanitari apparentemente più efficaci nella protezione delle famiglie (con impoverimento e catastroficità inferiori alla media nazionale) quali Lazio, Marche, Veneto ed Emilia Romagna da quelle con situazioni più critiche (impoverimento e catastroficità superiori ai valori nazionali) quali Sardegna, Molise e Calabria.

Figura 4.2 - Relazione tra incidenza di impoverimento (con soglie regionali) e di famiglie soggette a spese catastrofiche secondo la regione di residenza - Italia 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Figura 4.3 - Relazione tra incidenza di impoverimento (con soglie regionali) e impoverimento (con soglia nazionale) secondo la regione di residenza - Italia 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

4.6. Le spese sanitarie

Si è già mostrato (Doglia e Spandonaro, 2007a e 2007b) come le distribuzioni percentuali delle spese rispettivamente per i nuclei poveri, quelli impoveriti e quelli soggetti a spese catastrofiche, non possano essere correttamente utilizzate per definire le cause di impoverimento. Tali dati permettono però di confermare quanto fin qui affermato sull'abbandono e forniscono alcune interessanti informazioni su cosa consumano i diversi nuclei in difficoltà.

Tabella 4.8 - Composizione del consumo sanitario out of pocket -Famiglie povere - Italia 2007

Spesa	1
Ospedaliera	0,3%
Visite	10,2%
Dentista	7,4%
Ausiliari	0,8%
Analisi	6,4%
Apparecchi	3,8%
Termali	0,0%
Farmaceutica	70,0%
Disabilità	1,0%
Totale	100,0%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Il dato sulla composizione della spesa OOP sostenuta dalle famiglie appare infatti coerente con l'analisi fin qui effettuata: le famiglie più povere che, come si è visto, hanno un alto tasso di rinuncia alle prestazioni sanitarie, sia specialistiche che dentistiche, possono permettersi di spendere quasi esclusivamente per la farmaceutica (70% delle spese per i poveri).

Tabella 4.9 - Composizione del consumo sanitario out of pocket per quintili di consumo standardizzato - Famiglie impoverite - Italia 2007

Spesa	1	2	3
Ospedaliera	0,7%	0,0%	3,3%
Visite	14,9%	14,1%	0,0%
Dentista	4,5%	14,3%	64,4%
Ausiliari	2,7%	0,0%	1,2%
Analisi	7,4%	17,7%	0,4%
Apparecchi	6,8%	11,0%	6,8%
Termali	0,0%	0,0%	0,0%
Farmaceutica	62,4%	33,2%	6,9%
Disabilità	0,6%	9,7%	17,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Tale tipologia di spesa, comunque, date le basse capacity to pay dei suddetti nuclei, appare sufficiente a metterli in difficoltà: forse per politiche di esenzione non ottimali.
Il peso della farmaceutica, come determinante di iniquità, si attenua con il crescere del reddito, quando le famiglie riducono il livello di rinuncia (tabella 2) ed entrano nei budget familiari prestazioni più costose (quali quelle specialistiche ed odontoiatriche); è infatti a queste tipologie di spesa, oltre che alla disabilità, che le famiglie del ceto medio in stato di difficoltà sembrano destinare larga parte del proprio budget per spese sanitarie.

Tabella 4.10 - Composizione del consumo sanitario out of pocket per quintili di consumo standardizzato - Famiglie soggette a spese catastrofiche, Italia 2007

Spesa	1	2	3	4	5
Ospedaliera	0,7%	1,4%	1,2%	3,1%	3,7%
Visite	13,5%	11,0%	4,2%	8,4%	2,2%
Dentista	8,3%	14,4%	43,3%	46,4%	74,2%
Ausiliari	2,0%	1,9%	4,0%	2,5%	3,2%
Analisi	6,4%	11,1%	3,8%	2,7%	1,5%
Apparecchi	6,2%	9,8%	8,0%	8,8%	4,4%
Termali	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%
Farmaceutica	61,7%	40,7%	18,0%	8,4%	3,0%
Disabilità	1,3%	9,8%	17,1%	19,8%	7,3%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

4.7. Riflessioni finali

L'analisi svolta mostra come, accanto al persistere di un nucleo di iniquità manifesto, composto da quelle famiglie costrette ad impoverirsi (338.052 nuclei) e/o spinte a sostenere spese catastrofiche (991.958 nuclei), ve ne sia un altro di "iniquità latente" composto da quelle famiglie (circa 2.636.471 nuclei), non necessariamente disgiunte dalle prime, che pur nel bisogno di prestazioni sanitarie, non riescono ad accedervi per gli eccessivi costi delle stesse rispetto alla capienza dei bilanci familiari; tali famiglie, non potendo (o non volendo) affrontare le conseguenze degli effetti (impoverimento o spesa catastrofica) che le spese porterebbero sulla famiglia, rinunciano alle prestazioni sanitarie. Appare evidente che, in un sistema universalistico come quello del SSN italiano, la presenza di una così forte componente di nuclei che di fatto resta esclusa o penalizzata dal sistema pone gravi interrogativi sull'effettiva universalità e funzionalità dello stesso. Lo studio ha peraltro evidenziato ancora una volta il ruolo dirompente che la presenza di anziani o di figli a carico ha sulla capacità delle famiglie di fare fronte alle spese sanitarie che si presentano. L'analisi comparata di rinuncia e degli indicatori nel burden space, in un'ottica di tipologia familiare, ha poi permesso di mettere in luce delle differenze nei comportamenti delle famiglie: si evidenzia la possibilità che le coppie con figli tendano a procrastinare la spesa sanitaria per gli adulti, o ad effettuarla solo quando, seppure intensa, questa non porti all'impoverimento. La presenza di un tale comportamento protettivo nei confronti dei figli, che rischia però di andare a scapito della salute dei genitori, appare confermato anche dalle percentuali relativamente basse di abbandono delle prestazioni sanitarie a favore dei bambini (peraltro a minor rischio in quanto esenti). L'abbandono e la catastroficità non sono fenomeni che interessano solo i quintili inferiori della popolazione, anzi percentuali abbastanza elevate di abbandono si registrano anche nella popolazione del terzo quintile, dove si trovano cioè quelle famiglie appartenenti a pieno diritto al ceto medio, questo sia per la specialistica (4,17%) che per le spese dentistiche (8,40%).

Il persistere dell'iniquità a livello territoriale appare sicuramente un problema più del Sud che del Nord Italia, e l'impoverimento contribuisce fortemente, come si è già avuto modo di sottolineare, all'aumento del divario di povertà esistente nel Paese; comunque, se si relativizza l'indagine al contesto locale, si scopre una difficoltà di molti SSR del Nord nel difendere i propri cittadini dal peso delle spese sanitarie. L'indagine sembra comunque mettere in luce anche alcuni SSR (quali ad esempio quelli di Marche, Lazio, Veneto ed Emilia Romagna, che sembrano avere un maggior successo rispetto alla media nazionale nel difendere le famiglie dalle spese sanitarie. Per quanto attiene alle tipologie di spesa, si confermano i ruoli importanti di farmaceutica, disabilità e spese dentistiche; queste ultime in particolare, visti anche i dati sulla rinuncia, sembrano assumere sempre più il connotato di un vero e proprio problema sociale.

Resta infine da sottolineare come, nella percezione delle famiglie, la difficoltà maggiore nell'accedere alle prestazioni sanitarie sia quella economica, che viene indicata come la maggiore causa di rinuncia con percentuali nettamente superiori all'altro pur annoso problema delle liste d'attesa.

L'integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie ed il supporto alle famiglie appaiono quindi una priorità per il Paese, anche per il rischio che i costi non sostenuti oggi per proteggere le famiglie dal peso delle spese sanitarie si scarichino domani, maggiorate, sui costi del sistema salute.

Bibliografia

- Doglia M (2008), L'equità nel SSN, in Rapporto CEIS – Sanità 2009, IEP, Roma.
- Doglia M e Spandonaro F (2007a), Distribuzione e cause dell'impoverimento e delle spese catastrofiche: le modifiche del quadro equitativo nel SSN, in Rapporto CEIS – Sanità 2007, IEP, Roma.
- Doglia M e Spandonaro F (2007b), 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 (2008), La povertà relativa in Italia nel 2007, Statistiche in breve, 04 novembre 2008.
- Istat (2007), La povertà relativa in Italia nel 2006, Statistiche in breve, ottobre 2007.
- Istat (2006), La povertà relativa in Italia nel 2005, Statistiche in breve, 11 ottobre 2006.
- Istat (2005), La povertà relativa in Italia nel 2004, Statistiche in breve, 6 ottobre 2005.
- Istat (2004), La povertà assoluta: informazioni sulla metodologia di stima, Statistiche in breve, 30 giugno 2004.
- 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 redistributivi, 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

Capitolo 5
I servizi ospedalieri

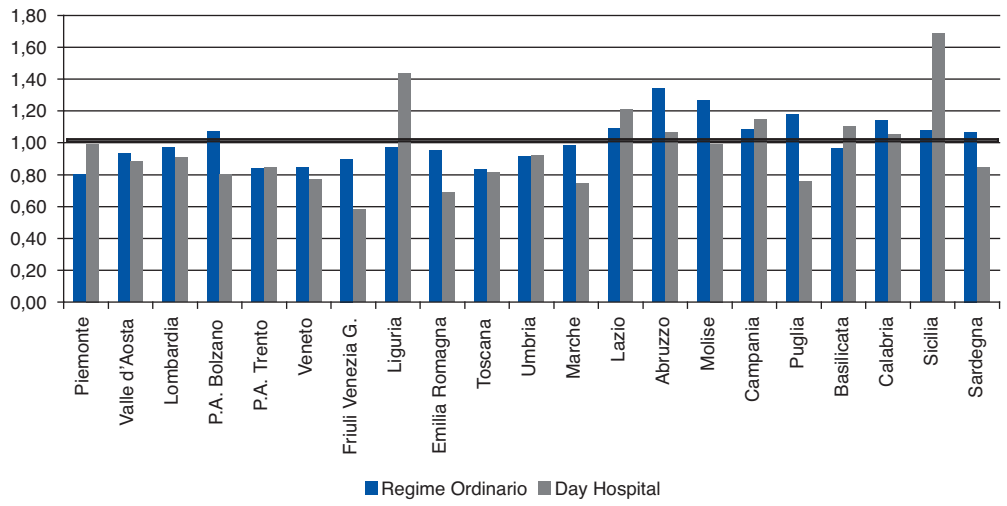
5 - I servizi ospedalieri

Francia L.[1], Polistena B.[1], Sciattella P.[1]

Elementi distintivi dell'analisi 2009 sono:

- Il tasso di ricovero (acuti in regime ordinario) è pari a 136,5 ricoveri per 1.000 abitanti residenti: fra le Regioni centro-settentrionali presentano un tasso superiore rispetto alla media solo la P. A. di Bolzano (+7,1%) e il Lazio (+9,3%). Le Regioni meridionali invece, malgrado una età media inferiore, sono caratterizzate da livelli di ospedalizzazione superiori alla media: l'unica Regione a presentare un tasso di ricovero minore del livello nazionale è la Basilicata (-3,5%).

Figura 5.1 - Tassi di per ricovero regime (ordinario e day hospital). Ricoveri in acuzie - Italia=1 - Anno 2006



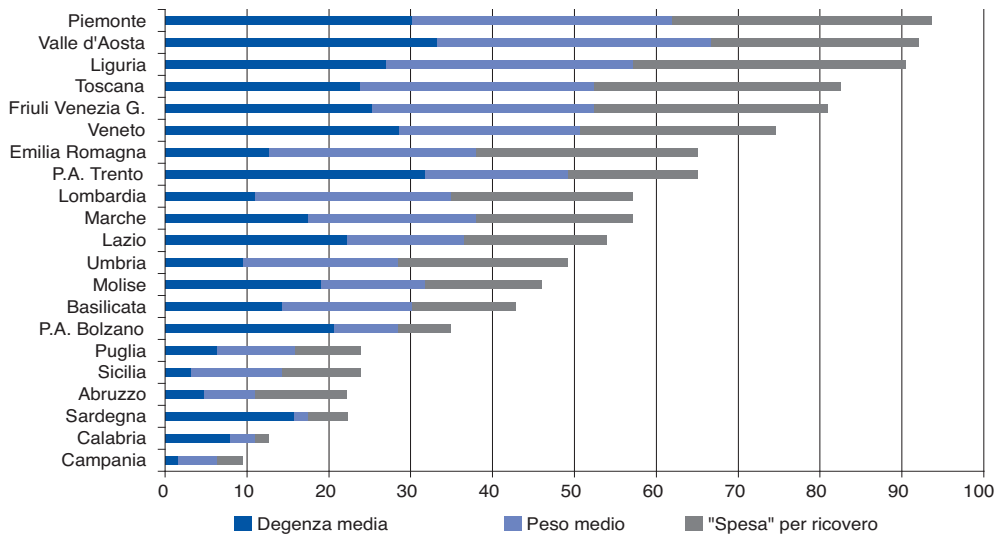
Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO,Ministero della Salute

[1] *CEIS-Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*
L. Francia ha curato il § 3, B. Polistena il § 8, P. Sciattella i § 1,2,4,5,6,7.

[2] *Gli autori desiderano ringraziare per i dati il Ministero della Salute e in particolare la Dott.ssa L. Lispi e la Dott.ssa C.Tamburini .*

- La distinzione tra Nord e Sud Italia risulta ancora più evidente analizzando la complessità dei ricoveri; utilizzando un indicatore complessivo (che prende in considerazione degenza media, peso medio, valore della produzione per ricovero) le Regioni caratterizzate da una casistica più complessa sono ancora quelle settentrionali: Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria, alle quali si aggiunge la Toscana. Le altre Regioni centrali si posizionano nella zona intermedia, mentre tutte le Regioni meridionali presentano valori nettamente inferiori; Calabria e Campania sono caratterizzate dalla minore complessità dei ricoveri.

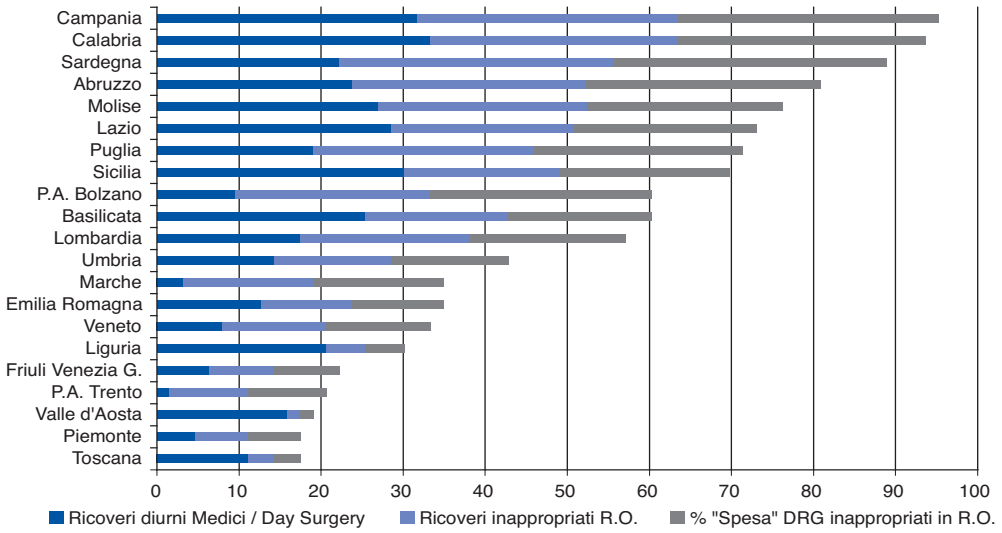
Figura 5.2 - Indicatore di complessità dei ricoveri Acuti in regime ordinario - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

- Misurando l'(in)appropriatezza dei ricoveri per acuzie con la sintesi di tre fattori (proporzione dei ricoveri diurni medici rispetto a quelli chirurgici, percentuale di ricoveri e valore della produzione in regime ordinario relativa a ricoveri potenzialmente (in)appropriati) risulta nuovamente evidente una distinzione tra le Regioni meridionali e quelle settentrionali, con le prime caratterizzate da un indice sintetico di (in)appropriatezza maggiore: in particolare Calabria, Campania, Molise e Puglia presentano il risultato peggiore, Toscana, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Liguria quello migliore.

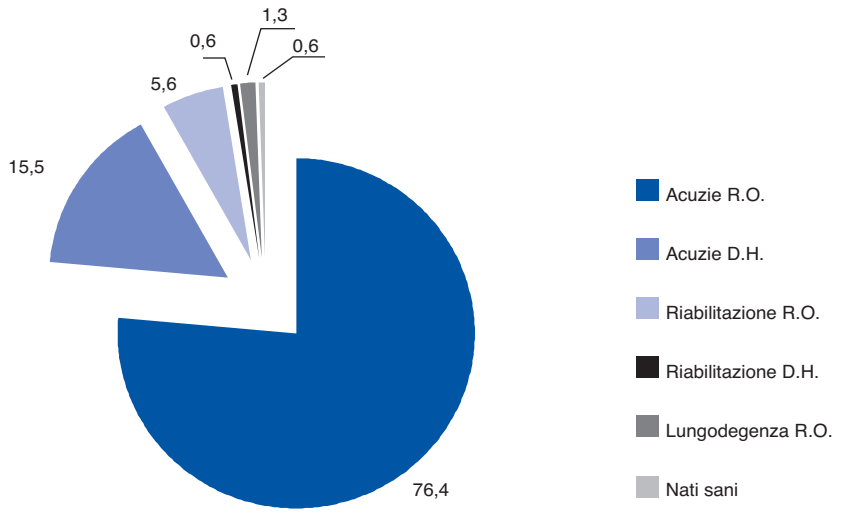
Figura 5.3 - Indicatore di (in)appropriatezza Ricoveri in acuzie - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

- Il valore della produzione totale (valore ottenuto con la tariffa unica convenzionale 2006) sarebbe pari a circa €33 mld.; ovviamente le acuzie (compresi i nati sani) assorbono la quota più significativa pari al 92,5%, la riabilitazione il 6,2% e la lungodegenza il restante 1,3%. Il day hospital assorbe il 16,8% del valore della produzione totale in acuzie, e il 9,1% in riabilitazione.

Figura 5.4 - Distribuzione del valore della produzione per regime di ricovero e funzione ospedaliera - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

- Sul versante della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera, si conferma un trend che si mantiene decrescente nel tempo (anche se negli ultimi anni con intensità inferiore) sia per le strutture, che per i posti letto. Le differenze regionali rimangono però rilevanti. Per le strutture accreditate, si osserva prima un andamento decrescente (variazione media annua pari a -0,5% nel periodo 2000-2002) e poi un significativo incremento (variazione media annua pari a +1,2% periodo 2002-2006). Nell'ultimo anno oggetto di rilevazione, invece, questa componente torna a decrescere (-3,7%).
- Analizzando nel dettaglio il fenomeno si osserva come solo alcune Regioni siano riuscite ad abbattere contemporaneamente posti letto e strutture, e di queste solo la P.A. di Trento, il Veneto, la Liguria, l'Emilia Romagna, il Lazio, la Campania e la Puglia hanno ridotto le strutture più dei posti letto.
- Calcolando i posti letto rispetto alla popolazione pesata, a fronte di una media Italia di circa 4,4 p.l. per 1000 abitanti, molte Regioni sono ancora distanti: Molise (6,0), Lazio (5,3), P.A. di Trento (5,0), Abruzzo (4,8), P.A. di Bolzano (4,8); la Regione con la minore dotazione rispetto al bisogno (popolazione pesata), risulta l'Umbria con 3,5 p.l.
- Il processo di riduzione dei posti letto ordinari si accompagna ad un incremento di posti letto diurni (day hospital e day surgery), ma con forti differenze regionali: le Regioni Sicilia, Basilicata, Umbria e Liguria hanno una maggiore quota di posti letto diurni, mentre Puglia e P.A. di Bolzano registrano i livelli più bassi.

5.1. Introduzione

Secondo la classificazione adottata nel Rapporto 2009, nei servizi ospedalieri comprendiamo l'analisi dell'attività svolta in acuzie, in regime di ricovero sia ordinario, che diurno. Sono invece compresi fra i servizi intermedi, i ricoveri per riabilitazione e lungodegenza.

I ricoveri in acuzie rappresentano in Italia il 96,2% dei ricoveri totali (regime ordinario e diurno): i ricoveri in riabilitazione pesano per il 3,0% e quelli in lungodegenza per il restante 0,8%. La distribuzione regionale dei ricoveri è abbastanza omogenea: la quota di ricoveri acuti è compresa tra il 92,0% della P. A. di Trento ed il 99,2% della Sardegna, ma la maggior parte delle Regioni presenta percentuali che variano tra il 94,0% ed il 97,0%. Le differenze maggiori sono relative alla restante parte dei ricoveri: infatti, mentre in alcune Regioni la lungodegenza è sviluppata e racchiude una parte consistente dei ricoveri (Emilia Romagna, le P. A. di Trento e Bolzano, Marche, Veneto e Piemonte), in altre è praticamente assente (Sicilia, Umbria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Valle d'Aosta).

Tabella 5.1 - Composizione dei ricoveri per attività e Regione di residenza Valori % - Anno 2006

Regioni	Acuti	Riabilitazione	Lungodegenza
Italia	96,16	3,01	0,83
Piemonte	94,64	4,08	1,28
Valle d'Aosta	97,93	2,07	0,01
Lombardia	94,40	5,22	0,38
P. A. Bolzano	95,33	2,45	2,22
P. A. Trento	92,04	5,92	2,04
Veneto	94,95	3,52	1,53
Friuli Venezia G.	98,03	1,79	0,18
Liguria	96,82	3,13	0,05
Emilia Romagna	94,13	2,09	3,78
Toscana	97,23	2,33	0,43
Umbria	97,72	2,09	0,19
Marche	96,74	1,70	1,57
Lazio	95,75	3,85	0,40
Abruzzo	95,97	3,69	0,35
Molise	96,41	3,29	0,30
Campania	97,18	2,09	0,73
Puglia	96,85	2,31	0,84
Basilicata	97,34	2,11	0,55
Calabria	97,57	1,89	0,55
Sicilia	98,29	1,51	0,20
Sardegna	99,19	0,50	0,31

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

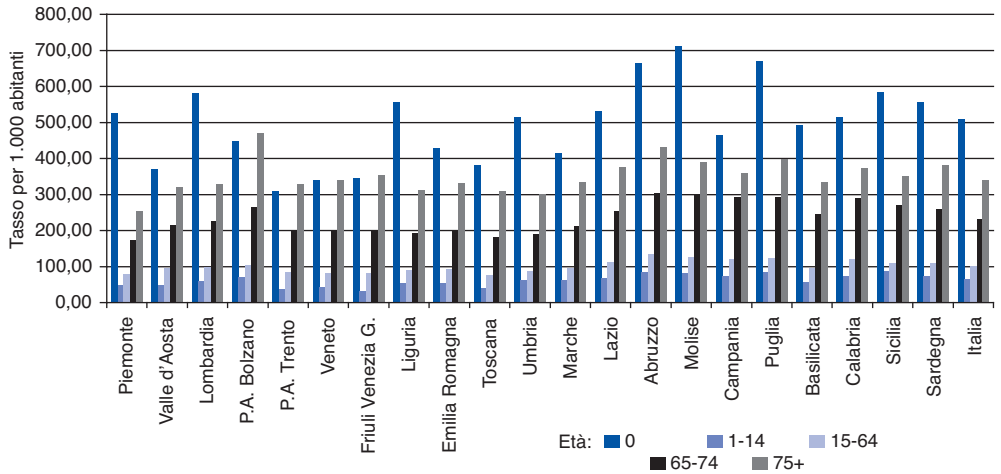
5.2. Il Bisogno: i tassi di ricovero

In Italia il tasso medio di ricovero per acuzie in regime ordinario è stato nel 2006 pari a 136,5 per 1000 abitanti. Nello specifico alla nascita è pari a 508,6 per 1000 (esclusi i nati sani), scende a 64,2 ricoveri su 1000 abitanti nella classe d'età 1-14 anni e cresce poi progressivamente fino a 340,8 nell'ultima fascia d'età (75+). L'analisi dell'ospedalizzazione rivela una forte variabilità regionale, soprattutto alla nascita: una maggiore proporzione di ricoveri si concentra in Molise (712,0), Puglia (670,3) ed Abruzzo (664,1). Viceversa i tassi minori si registrano in Friuli Venezia Giulia (344,2), Veneto (340,6) e P. A. di Trento (308,3). Essendo esclusi dal computo i bimbi nati sani, tale variabilità potrebbe essere spiegata dalla differente età della madre al parto; la correlazione tra l'età media al parto ed il tasso di ricovero in età 0 è però negativa, sebbene non significativa (ρ = -0,17): probabilmente, quindi, si tratta di differenze di organizzazione (e quindi di efficienza regionale).

La classe d'età centrale presenta tassi di ricovero nettamente inferiori rispetto a quelli delle classi più anziane; in media i ricoveri in età 15-64 anni sono 101,4 per 1000 abitanti, meno della metà di quelli registrati in età 65-74 anni (232,7) e poco meno di un terzo di quelli in età 75+ (340,8).

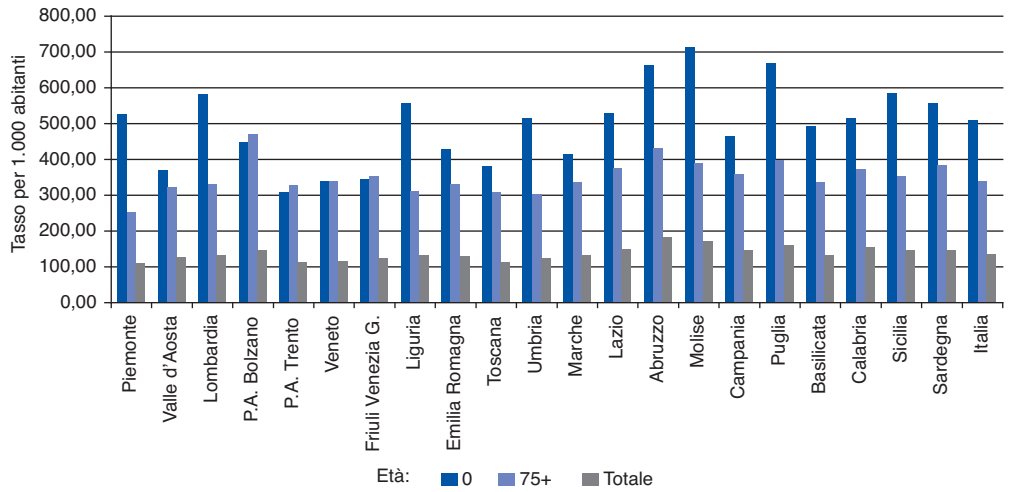
Rispetto alle altre età, la variabilità tra le Regioni è in questo caso meno marcata, anche se significativa: l'intervallo compreso tra 80 e 110 ricoveri ogni 1000 abitanti racchiude infatti più della metà delle Regioni; i valori estremi si registrano in Toscana, dove i ricoveri ammontano a 75,6 per 1000 abitanti, e in Abruzzo, dove i ricoveri sono quasi il doppio (135,5 per 1000).
Per quanto riguarda i ricoveri dei più anziani, è la P. A. di Bolzano a raggiungere tassi più elevati (470,5), seguita da Abruzzo (432,3), Puglia (396,8) e Molise (389,2). In generale le Regioni del Sud presentano livelli di ospedalizzazione delle classi più anziane nettamente maggiori rispetto alle Regioni centro-settentrionali: a conferma di ciò i tassi minori si registrano in Liguria (312,1), Toscana (309,2), Umbria (302,0) e Piemonte (254,3).

Figura 5.5 - Tassi di ricovero regionali per classi d'età
Acuti in regime ordinario - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

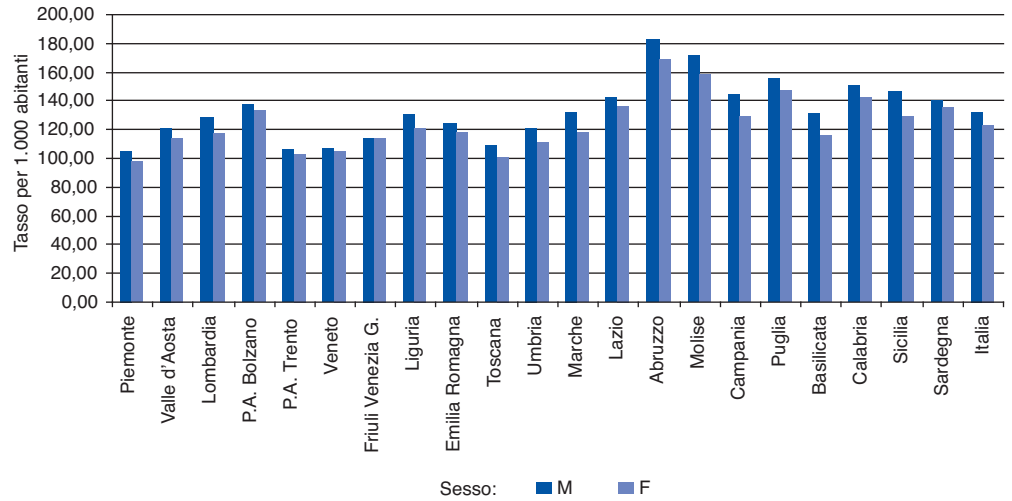
Figura 5.6 - Tassi di ricovero regionali totali e per classi d'età
Acuti in regime ordinario Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Analizzando i tassi di ricovero totali per sesso (eliminando i parti) si nota un maggior ricorso all'assistenza ospedaliera da parte degli uomini: in media, infatti, il numero di ricoveri è maggiore del 7,5% rispetto a quello delle donne. A livello regionale è possibile notare una differenza sostanziale tra Nord e Sud: generalmente le Regioni meridionali (ad eccezione di Puglia, Calabria e Sardegna) presentano differenze maggiori rispetto alla media nazionale con valori che superano il 13,5%, quelle settentrionali presentano differenze minori (ad eccezione della Lombardia).

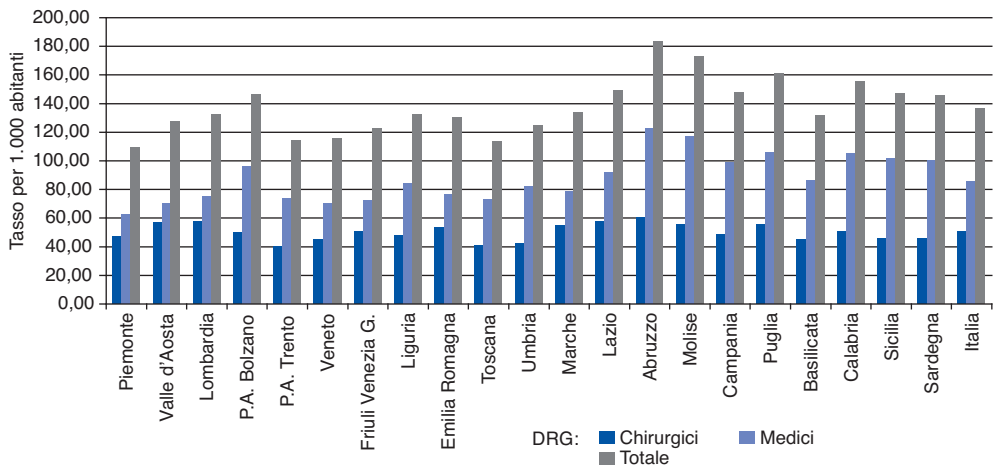
Figura 5.7 - Tassi di ricovero regionali per sesso
Acuti in regime ordinario - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Analizzando separatamente i DRG medici e chirurgici è possibile osservare come, in tutte le Regioni, i primi risultino nettamente maggiori, ma le differenze tra tipologie sono moderate nelle Regioni del Nord (ad eccezione delle provincie del Trentino Alto Adige), ed aumentano consistentemente nelle Regioni meridionali. Mentre in Lombardia ed in Piemonte, infatti, i tassi di ricovero relativi a DRG chirurgici sono inferiori solo del 23,0% e del 25,1% rispetto a quelli per DRG medici, in Molise, Sardegna e Sicilia, la percentuale supera il 52,0%.

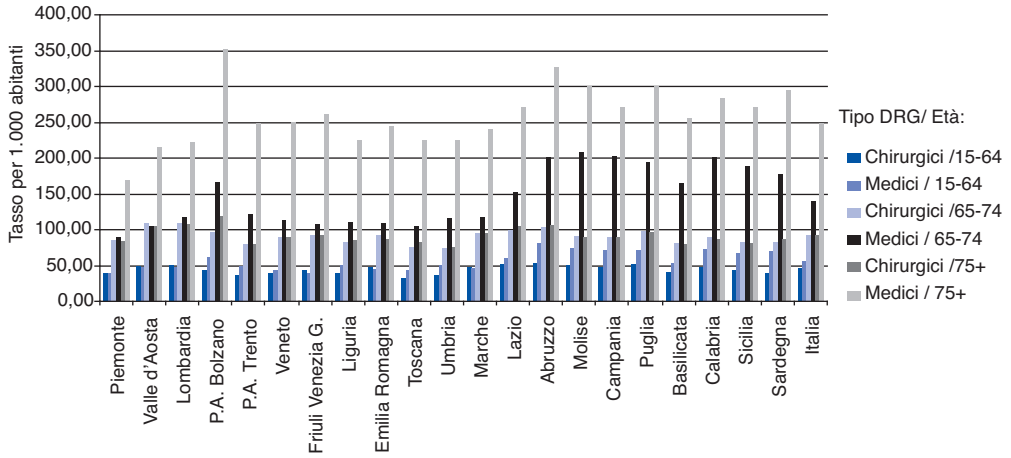
Figura 5.8 - Tassi di ricovero regionali per tipo di DRG
Acuti in regime ordinario - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Le differenze regionali evidenziate precedentemente possono essere spiegate analizzando i tassi distinti per tipologia di DRG e per fasce d'età. Il gap tra ricoveri medici e ricoveri chirurgici, ovviamente, aumenta al crescere dell'età, ma mentre nelle Regioni settentrionali i ricoveri sono pressoché equi-distribuiti per la fascia d'età centrale e le differenze diventano notevoli nella fascia d'età più anziana, per le Regioni meridionali i ricoveri chirurgici sono sistematicamente inferiori, e le differenze sono significative a partire dalla fascia d'età 65-74 anni.

Figura 5.9 - Tassi di ricovero regionali per tipo di DRG e classi d'età
Acuti in regime ordinario - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006

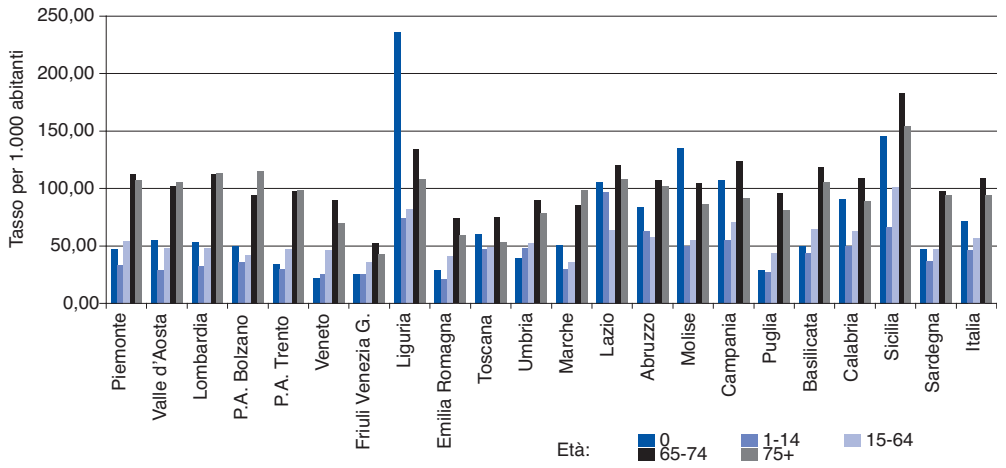


Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Passando ai ricoveri diurni (in acuzie), in Italia il tasso di ricovero è pari complessivamente a 64,6 ricoveri ogni 1000 abitanti; in particolare alla nascita si attesta a 71,6, diminuisce poi per la fascia d'età adolescenziale (46,1), ed aumenta progressivamente al crescere dell'età, sino a raggiungere il massimo per l'età 65-74 anni, per la quale i ricoveri sono 108,8 ogni 1000 abitanti. A differenza del regime ordinario, per il quale la classe d'età 75+ anni presenta il maggior ricorso all'ospedalizzazione, per il day hospital in questa classe l'ospedalizzazione diminuisce a 94,4 per 1.000.

La Regione che presenta il tasso di ricovero totale più alto è la Sicilia, per la quale si registrano 109,0 ricoveri diurni ogni 1000 abitanti, mentre il minor tasso di ricovero in day hospital si verifica in Friuli Venezia Giulia (37,7 ricoveri per 1000 abitanti).

Figura 5.10 - Tassi di ricovero regionali per classi d'età
Acuti in regime diurno - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006

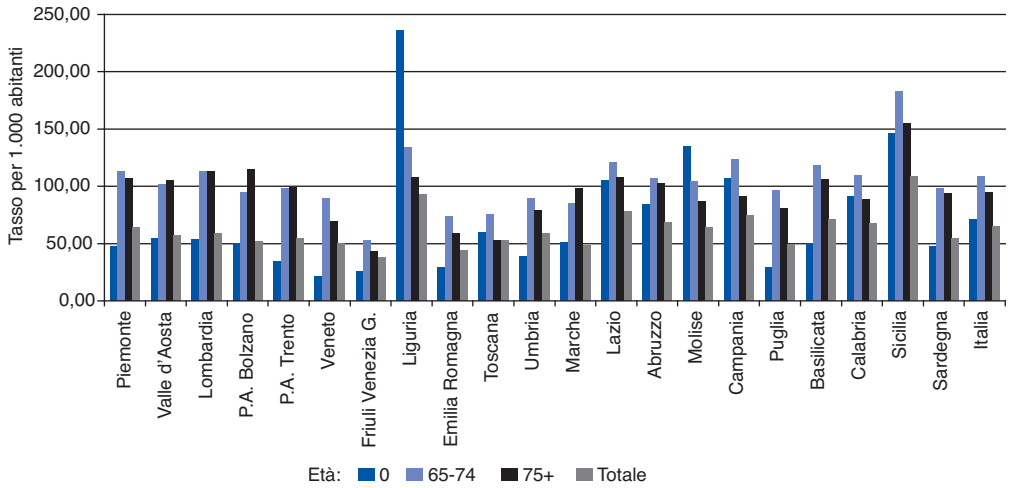


Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Alla nascita si può notare una forte variabilità del numero di ricoveri diurni nelle diverse Regioni. I livelli maggiori di utilizzo si riscontrano in Liguria (236,6 per 1.000), in Sicilia (146,1) e in Molise (135,3), e sono maggiori di circa 6 volte (escludendo il valore estremo della Liguria) rispetto a quelli più bassi registrati in Friuli Venezia Giulia (25,9) e Veneto (21,6). Per la classe d'età 65-74 anni, Sicilia e Liguria presentano ancora il maggior numero di ricoveri diurni (rispettivamente 183,3 e 134,3), mentre il Molise (104,3) registra un tasso di ricovero diurno inferiore rispetto alla media nazionale. Per la classe d'età più anziana la Sicilia si conferma la Regione con il maggior numero di ricoveri diurni (154,8), mentre crescono notevolmente rispetto alle altre fasce d'età i ricoveri di Lombardia (113,3) e P. A. di Bolzano (114,9).

Le Regioni che presentano il minor numero di ricoveri diurni per le classi più anziane sono ancora il Friuli Venezia Giulia (52,9 ricoveri per 1.000 residenti in età 65-74 anni), l'Emilia Romagna (73,9) e la Toscana (75,2).

Figura 5.11 - Tassi di ricovero regionali totali e per classi d'età
Acuti in regime diurno - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006

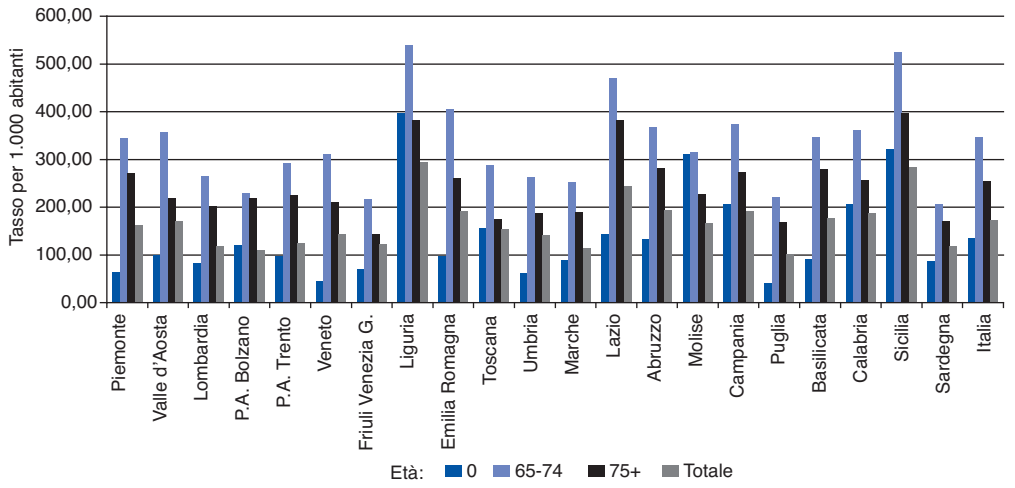


Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Nel caso dei ricoveri diurni l'incidenza è fortemente distorta dal numero di accessi effettuati per ogni ricovero. Per avere un'informazione maggiormente confrontabile, è stato ricalcolato il tasso in termini di giornate di degenza.

Il tasso (di accessi) conferma peraltro i ranking precedenti, almeno per quanto riguarda le Regioni con un maggior ricorso al day hospital: i valori più elevati si registrano ancora in Liguria (293,7 accessi ogni 1.000 residenti), in Sicilia (283,3), nel Lazio (244,7), in Abruzzo (192,8) e in Campania (192,4). Al contrario la P. A. di Bolzano e la Puglia presentano i tassi (di accesso) più bassi (pari rispettivamente a 108,7 e 100,9 per 1.000 residenti), seguite dalle Marche (114,0), dalla Lombardia e dalla Sardegna (118,2). È interessante evidenziare il caso dell'Emilia Romagna (ed in misura minore del Friuli Venezia Giulia) che, pur avendo il tasso di ricovero assoluto più basso d'Italia, presenta un tasso di accesso superiore del 10,6% rispetto alla media nazionale (+17,3% nella fascia d'età 65-74 anni).

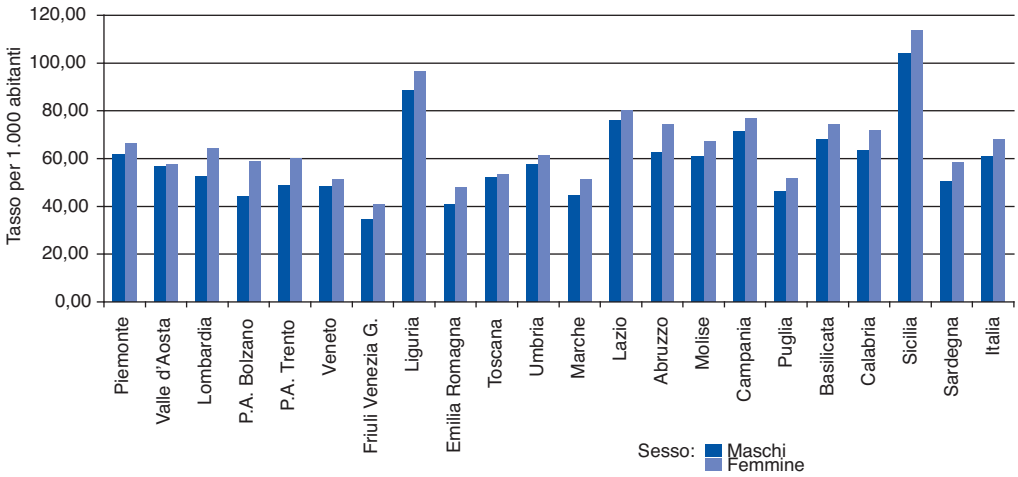
Figura 5.12 - Tassi di accesso regionali totali e per classe d'età
Acuti in regime diurno - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

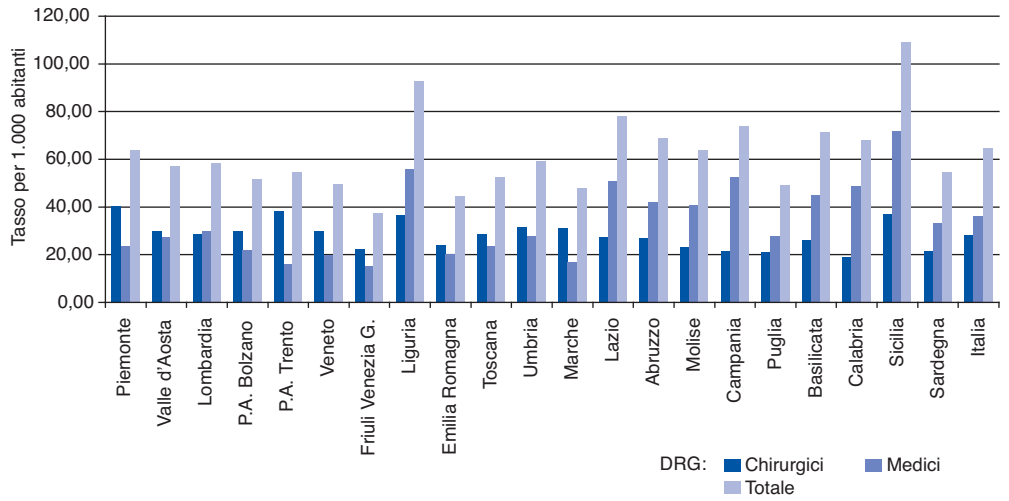
L'analisi del tasso di ricovero diurno per sesso evidenzia un ricorso al day hospital maggiore per le donne in tutte le Regioni (sono esclusi i parti); le differenze maggiori si registrano nelle P. A. di Bolzano e Trento (rispettivamente +33,5% e +23,5%), mentre in Toscana e Valle d'Aosta i ricoveri sono pressoché equi distribuiti (rispettivamente +2,5% e +1,7%).
I tassi di ricovero diurno per tipologia di DRG evidenziano una netta divisione tra le Regioni del

Figura 5.13 - Tassi di ricovero regionali per sesso
Acuti in regime diurno - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

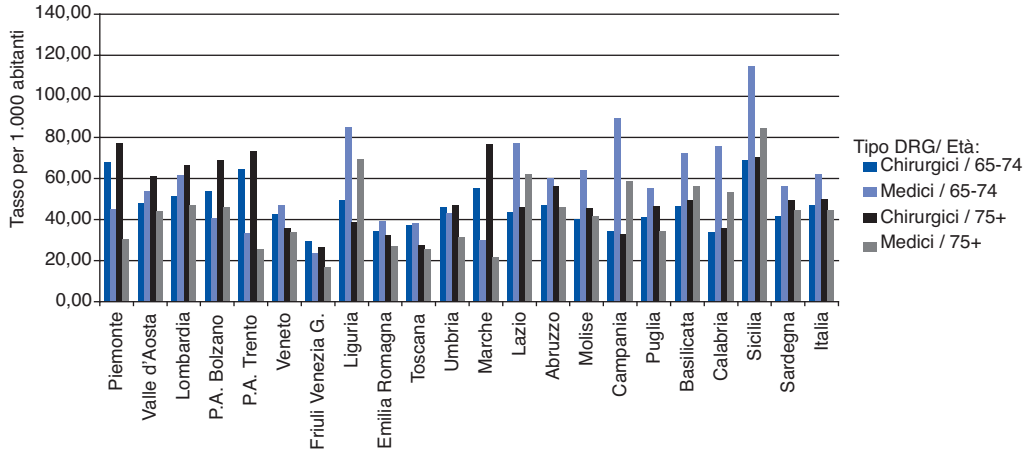
Figura 5.14 - Tassi di ricovero regionali per tipo di DRG
Acuti in regime diurno - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Centro-Nord e quelle meridionali; tutte le Regioni del Nord, ad eccezione di Lombardia e Liguria, e del Centro, ad eccezione del Lazio, presentano un numero di ricoveri diurni superiore per DRG chirurgici rispetto a quelli medici; di contro tutte le Regioni meridionali presentano un basso ricorso alla day surgery ed un notevole ricorso a ricoveri diurni medici. Questo dato suggerisce la possibile esistenza di una diffusa (in)appropriatezza in tutte le Regioni del Sud. In media i tassi di ricovero in day hospital nella fascia d'età 65-74 anni sono più alti per i DRG medici, mentre per la fascia d'età 75+, i valori più alti vengono registrati per i DRG chirurgici.

Figura 5.15 - Tassi di ricovero regionali per tipo di DRG e classi d'età
Acuti in regime diurno - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

5.3. L'offerta

L'offerta si analizza sia in termini di presidi ospedalieri e tipologia, sia per quanto concerne le loro dimensioni (posti letto), la dotazione tecnologica (grandi apparecchiature) e il personale.

5.3.1. Le strutture

L'assistenza ospedaliera nel 2007 (ultimo dato disponibile) è stata erogata tramite 1.197 istituti di cura, di cui circa il 45,3% case di cura accreditate e la rimanente parte da strutture pubbliche.

Nella Monografia "Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere - Annuario statistico del SSN" del Ministero della Salute, dal quale sono ripresi i dati di questa trattazione, per strutture pubbliche si intendono: le aziende ospedaliere, gli ospedali a gestione diretta, le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN, le aziende ospedaliere integrate con l'università, i policlinici universitari privati, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), gli ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'art.1 ultimo comma, L.132/1968, gli istituti privati qualificati presidio della U.S.L e gli enti di ricerca[3]. Sono definite invece strutture private accreditate, le case di cura private accreditate presso il S.S.N.. Per agevolare una corretta interpretazione dei dati, appare opportuno ricordare che in realtà in voci quali ad esempio quella degli "IRCCS" sono considerati sia quelli di natura giuridica pubblica che privata.

L'assistenza ospedaliera erogata in tali strutture riguarda sia la diagnosi e la cura delle malattie acute che di quelle di lunga durata che non possono essere affrontate ambulatorialmente o a domicilio.

[3] *Ricordando che la monografia del Ministero della Salute da cui sono ripresi i dati della presente trattazione contiene le elaborazioni dei dati risultanti dai flussi informativi attivati con il D.P.C.M. 17/05/1984, rinnovati ed ampliati con successivi Decreti Ministeriali, si fa presente che rispetto alle edizioni precedenti, quella sui dati del 2007, raccoglie le integrazioni a tali flussi, intervenute con il D.M. del 5/12/2006 - "Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie".*

Alla tradizionale ripartizione per tipologia delle strutture di ricovero riportata nell'Annuario Statistico del SSN, quindi, si aggiungono nell'analisi dei dati del 2007 le due tipologie: aziende ospedaliere integrate con il SSN e aziende ospedaliere integrate con l'università. Più nello specifico si definiscono:

- *aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN: le aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta (Art. 2 c. 2 let. a) del D. Lgs. n. 517 21/12/99)*
- *aziende ospedaliere integrate con l'università: le aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza dell'università (Art. 2 c. 2 lett. b) del D. Lgs. n. 517 21/12/99).*

Tabella 5.2 - Strutture di ricovero per tipo di struttura
Valori Assoluti - Anno 2007

Regioni	Totale	Aa.Oo.	Aa.Oo. integr. con Univ.	Osped. Gestione Diretta	Istit. presidio di ASL	Pol. Univ. Priv.	Aa.Oo. integr. con SSN	IRCCS	Enti di Ricerca	Osp. Classif. o Assimil.	Case di cura accreditate
Italia	1.197	82	15	437	20	2	8	59	2	30	542
Piemonte	81	8		24	6			2			41
Valle D'Aosta	1			1							
Lombardia	131	29		2	1			24		6	69
P.A. Bolzano	12			7							5
P.A. Trento	14			7						2	5
Veneto	54	2		21	7			3		6	15
Friuli Venezia G.	21	1	2	11				2			5
Liguria	22	3		10				3		2	4
Emilia Romagna	73	1	4	21				1			46
Toscana	70		4	32	3			2	1		28
Umbria	16	2		9							5
Marche	46	2		29				2			13
Lazio	147	3	2	52	2	2	1	8		8	69
Abruzzo	35			22							13
Molise	10			5				1	1		3
Campania	123	8		39	1		2	2		3	68
Puglia	75		2	29				5		2	37
Basilicata	11	2		8							1
Calabria	76	4		32				1			39
Sicilia	135	16	1	48			3	2		1	64
Sardegna	44	1		28			2	1			12

Fonte: Ministero della Salute

La presenza, in termini di numerosità di case di cura accreditate è maggiore nelle Regioni Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia.

L'osservazione dell'andamento del numero di strutture di ricovero e cura complessivamente intese, nel periodo 2000-2007 (variazione percentuale complessiva pari a -9,4%), conferma un trend che si mantiene decrescente nel tempo. Nell'ultimo biennio oggetto di rilevazione, il fenomeno segna un rallentamento (variazione media annua 2005-2007 pari a -1,0%, mentre era pari a -1,6% nel quinquennio precedente).

Tabella 5.3 - Strutture di ricovero
Variazioni % - Anni 2000-2007

Regioni	2007/2000 Var. %		2005/2000 Var. % media annua		2007/2005 Var. % media annua	
	Totale	Solo case di cura accreditate	Totale	Solo case di cura accreditate	Totale	Solo case di cura accreditate
Italia	-9,39	1,12	-1,55	0,63	-1,03	-1,00
Piemonte	-2,41	5,13	-0,24	1,97	-0,61	-2,35
Valle D'Aosta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	3,15	25,45	0,16	4,94	1,17	-0,72
P.A. Bolzano	0,00	25,00	0,00	4,56	0,00	0,00
P.A. Trento	-26,32	0,00	-2,20	0,00	-9,25	0,00
Veneto	-43,16	-11,76	-10,35	-2,47	-0,91	0,00
Friuli Venezia G.	-12,50	0,00	-0,85	0,00	-4,45	0,00
Liguria	-24,14	100,00	-6,25	8,45	2,35	15,47
Emilia Romagna	-15,12	9,52	-2,70	1,84	-1,34	0,00
Toscana	0,00	0,00	0,00	-0,72	0,00	1,84
Umbria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Marche	-11,54	-7,14	-2,42	-1,47	0,00	0,00
Lazio	-14,04	-28,87	-1,08	-2,84	-4,74	-9,37
Abruzzo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Molise	11,11	50,00	4,10	8,45	-4,65	0,00
Campania	-12,14	-8,11	-0,29	-0,82	-5,59	-2,14
Puglia	-24,24	15,63	-7,24	0,00	5,02	7,53
Basilicata	-8,33	0,00	-3,58	0,00	4,88	0,00
Calabria	1,33	2,63	0,00	0,00	0,66	1,31
Sicilia	12,50	28,00	1,77	4,06	1,52	2,43
Sardegna	-4,35	-7,69	0,00	0,00	-2,20	-3,92

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute

Considerando la variabilità del dato a livello regionale, emerge una notevole eterogeneità di comportamenti. Nel periodo 2000-2005 la variazione media annua del numero complessivo di strutture si muove in un range che va dal +4,1% rilevato nel Molise (considerando solo le case di cura accreditate il dato è pari a +8,4%) al -10,3% del Veneto (considerando solo le case di cura accreditate il dato è pari a -2,5%).
Nell'ultimo biennio di rilevazione, 2005-2007, la realtà con maggiore contrazione del numero complessivo di strutture è la P.A. di Trento (-9,3%, con nessuna variazione nel numero di case di cura accreditate); mentre quella che registra un maggior incremento in termini percentuali di strutture è la Puglia, con una variazione media annua pari a +5,0% (pari a +7,5%, considerando solo le case di cura accreditate).

5.3.2. I posti letto

L'offerta complessiva di posti letto (sia per acuti che per non acuti) previsti al 1 gennaio 2007 e dichiarati in anagrafe (ultimo dato disponibile) è pari a 259.476, di cui il 19,3% in case di cura accreditate. I posti letto effettivamente utilizzati, invece, sono stati stimati pari a circa l'85,5% di quelli complessivamente previsti.

Tabella 5.4 - Posti letto totali previsti ed utilizzati. Numero e composizione % - Anno 2007

Regioni	PL previsti*		PL utilizzati**		PL utilizzati/PL previsti*	
	Totale	di cui accreditati (%)	Totale	di cui accreditati (%)	Totale	Solo accreditati (%)
Italia	259.476	19,3	221.703	20,7	85,4	91,7
Piemonte	18.862	19,2	16.542	21,0	87,7	96,3
Valle D'Aosta	472	0,0	415	0,0	87,9	0,0
Lombardia	43.053	19,1	37.406	20,5	86,9	93,4
P.A. Bolzano	2.183	12,9	1.953	14,4	89,5	100,0
P.A. Trento	2.498	19,1	2.264	20,8	90,6	98,7
Veneto	20.096	6,4	17.573	6,7	87,4	91,2
Friuli Venezia G.	5.275	11,4	4.282	12,8	81,2	91,0
Liguria	7.258	2,5	6.058	2,4	83,5	80,4
Emilia Romagna	20.313	19,2	17.697	20,2	87,1	91,6
Toscana	15.152	13,5	12.498	13,8	82,5	84,4
Umbria	3.284	8,1	2.707	8,3	82,4	84,9
Marche	6.453	14,6	5.545	16,0	85,9	94,0
Lazio	28.826	28,3	24.405	30,0	84,7	89,8
Abruzzo	6.509	20,8	5.444	24,1	83,6	96,8
Molise	1.999	11,7	1.640	13,7	82,0	95,7
Campania	21.246	30,1	18.147	32,1	85,4	91,3
Puglia	16.501	16,3	14.826	17,6	89,8	96,8
Basilicata	2.278	2,5	1.931	2,8	84,8	100,0
Calabria	8.915	37,1	7.554	41,6	84,7	94,8
Sicilia	20.886	22,3	16.289	24,3	78,0	85,1
Sardegna	7.417	18,1	6.645	18,6	88,0	90,1

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute
** P.L. al 01/01/2007 e dichiarati in anagrafe*
*** Per tutte le strutture, escluse le case di cura accreditate, la percentuale di rilevazione è stata del 99,2%; per le case di cura accreditate, del 98,5%.*

Le realtà che nel 2007 presentano una maggior percentuale di posti letto utilizzati sono la P.A. di Trento (90,6% dei posti letto previsti), la Puglia (89,8%) la P.A. di Bolzano (89,5%) e la Sardegna (88,0%); le Regioni con la minor percentuale di posti letto effettivamente utilizzati, sono invece la Sicilia (78,0%) e il Friuli Venezia Giulia (81,2%).
L'osservazione dell'andamento del numero di posti letto previsti complessivi, analogamente a quanto rilevato per le strutture di ricovero e cura, nel periodo 2000-2007 conferma un trend che si mantiene decrescente nel tempo (variazione percentuale complessiva pari a -12,3%). Nell'ultimo biennio oggetto di rilevazione, il fenomeno segna un rallentamento (variazione

media annua 2005-2007 pari a -1,1%, mentre era pari a -2,1% nel quinquennio precedente).
Considerando la variabilità del dato a livello regionale si rileva per i posti letto previsti complessivamente intesi, come già osservato nel caso delle strutture di ricovero e cura, una notevole eterogeneità di comportamenti. Nel periodo 2000-2005 la variazione media annua si muove in un range che va dal +2,5% rilevato nel Molise (considerando solo i posti letto accreditati il dato è pari a +15,7%) al -4,5% della Puglia (considerando solo i posti letto accreditati il dato è pari a +2,1%).
Nell'ultimo biennio di rilevazione, 2005-2007, la Regione con maggiore contrazione del numero complessivo di posti letto è la Basilicata (variazione media annua pari a -5,1%; considerando solo quelli accreditati la variazione media annua è pari a -3,4%); mentre quella che registra un maggior incremento in termini percentuali di posti letto è il Molise, con una variazione media annua pari a +5,1% (pari a +10,1%, considerando solo i posti letto accreditati). L'offerta di posti letto complessivamente previsti, se rapportata alla popolazione, consente di porre ulteriormente in evidenza la disomogeneità della distribuzione della dotazione sul territorio nazionale. A fronte di un numero di posti letto complessivi rapportato al numero degli abitanti nel 2007,

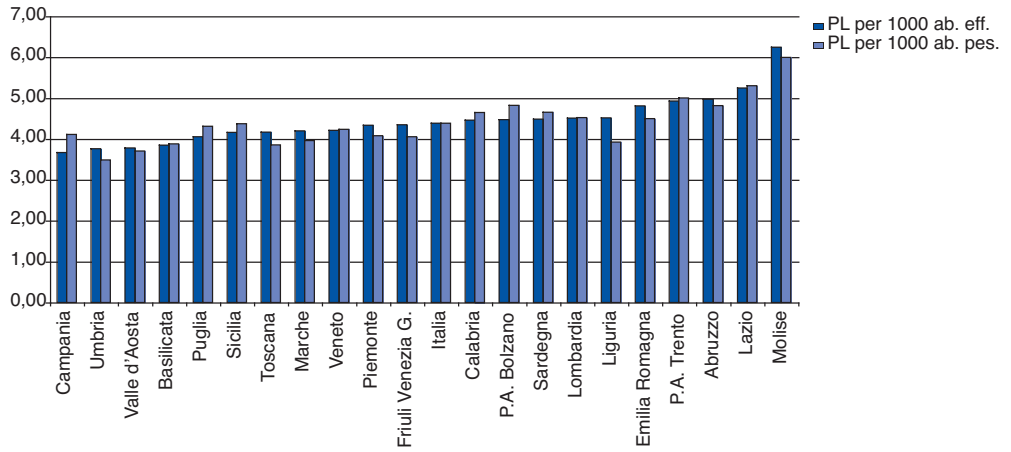
**Tabella 5.5 - Posti letto previsti*
Variazioni % - Anni 2000-2007**

Regioni	2007/2000 Var. %		2005/2000 Var. % media annua		2007/2005 Var. % media annua	
	Totali	Solo accreditati	Totali	Solo accreditati	Totali	Solo accreditati
Italia	-12,28	-1,65	-2,15	0,11	-1,11	-1,09
Piemonte	-17,47	-1,39	-3,55	0,39	-0,56	-1,66
Valle D'Aosta	-4,07	0,00	-1,04	0,00	0,53	0,00
Lombardia	-13,95	-8,03	-2,34	0,51	-1,57	-5,31
P.A. Bolzano	-10,90	53,26	-1,35	10,56	-2,34	-3,69
P.A. Trento	-16,23	29,62	-2,86	5,33	-1,58	0,00
Veneto	-16,55	0,94	-3,32	-0,78	-0,60	2,45
Friuli Venezia G.	-21,44	3,25	-3,68	0,74	-2,67	-0,25
Liguria	-16,98	43,75	-2,73	2,38	-2,35	13,04
Emilia Romagna	-8,92	-20,53	-1,64	-5,47	-0,53	2,59
Toscana	-15,50	-13,47	-2,65	-2,21	-1,68	-1,62
Umbria	-17,43	1,15	-2,57	-0,08	-3,01	0,76
Marche	-16,26	-11,73	-2,90	-0,11	-1,50	-5,78
Lazio	-11,57	-18,57	-1,59	-2,45	-2,11	-3,98
Abruzzo	6,08	157,01	1,91	20,80	-1,77	-0,04
Molise	25,09	151,61	2,53	15,72	5,06	10,11
Campania	-3,77	4,69	-0,90	0,78	0,34	0,35
Puglia	-17,56	35,53	-4,48	2,09	1,82	10,54
Basilicata	-13,35	-6,67	-0,76	0,00	-5,13	-3,39
Calabria	-10,09	0,55	-1,55	0,48	-1,39	-0,92
Sicilia	-1,48	32,57	0,05	4,91	-0,87	2,14
Sardegna	-20,84	-11,63	-3,04	-0,52	-3,88	-4,77

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute
** P.L. al 01/01 dell'anno considerato e dichiarati in anagrafe*

pari a circa 4,4 posti letto ogni 1.000 abitanti (contro i 4,5 del 2006 e i 4,6 del 2005), le realtà che nell'ultimo anno oggetto di rilevazione presentano una maggiore densità di posti letto per 1.000 abitanti sono il Molise (6,2 contro il 5,8 nel 2006), il Lazio (5,2 contro il 5,5 nel 2006), l'Abruzzo (5,0 contro il 5,2 nel 2006) e la P.A. di Trento (4,9 come nel 2006). Per contro la Campania, risulta essere la Regione con minor dotazione di posti letto rispetto alla popolazione, avendone solo 3,7 per 1.000 abitanti (3,5 nel 2006), immediatamente seguita dall'Umbria e dalla Valle d'Aosta con 3,8 posti letto. Delle rimanenti Regioni praticamente tutte registrano valori compresi tra 4,0 e 4,5 posti letto per 1.000 abitanti; con eccezione della Basilicata con 3,9 posti letto per 1.000 abitanti e dell'Emilia Romagna con 4,8 posti letto per 1.000 abitanti.
Per rendere maggiormente confrontabili le diverse realtà territoriali e quindi gli indicatori sopra menzionati, è indispensabile tenere conto delle peculiarità di ciascuna struttura demografica. Standardizzando rispetto alle caratteristiche demografiche della popolazione[4], la Regione Liguria, che accoglie il bacino di utenza più anziano a livello nazionale da 4,5 passa a 3,9 posti letto equivalenti per 1.000 abitanti; per contro, la Campania, caratterizzata dalla popolazione in media più giovane, da 3,7 arriva a 4,1 posti letto equivalenti per 1.000 abitanti. Standardizzando la popolazione, quindi, i posti letto di queste due realtà (come già rilevato negli anni precedenti) diventano sostanzialmente equivalenti, presentando entrambe una densità di posti letto per 1.000 abitanti vicina al 4,0.

Figura 5.16 - Posti letto totali per mille abitanti popolazione effettiva e standardizzata
Anno 2007

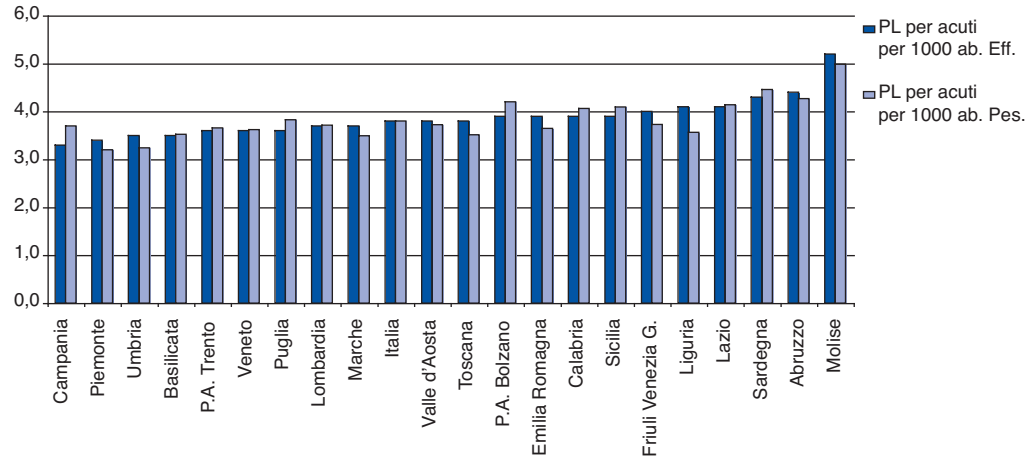


Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

[4] *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 demografico.*

Ancora, dei 4,4 posti letto ogni 1.000 abitanti (dato medio nazionale), 3,8 sono destinati al ricovero per acuti (contro i 3,9 del 2006) e il rimanente 0,6 (come nel 2006) ai non acuti. Pur risultando questi dati notevolmente variabili a livello regionale, la media nazionale, si conferma coerente con quanto previsto dalla normativa vigente[5]. Focalizzando l'attenzione sulla componente dell'offerta per acuti (in essa sono escluse le discipline: residuale manicomiale, unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenti e neuro-riabilitazione, cure palliative/hospice), si evidenzia come dei 3,8 posti letto ogni 1.000 abitanti, 0,5 siano privati accreditati. Standardizzando rispetto alle caratteristiche demografiche della popolazione, le Regioni con minore dotazione di posti letto per acuti sono il Piemonte e l'Umbria, entrambe con 3,2 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti. Per contro, la Regione che presenta la densità di posti letto per acuti più elevata è il Molise (5,0 posti letto ogni 1.000 abitanti), seguita dalla Sardegna (4,5) e dall'Abruzzo (4,3).

Figura 5.17 - Posti letto totali per acuti per mille abitanti popolazione effettiva e popolazione standardizzata - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

[5] *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 prevedono 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% (arrivando così a 5,0 p.l. per 1.000 abitanti) in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. Si segnala per completezza anche l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 che afferma all'art. 6 c. 1: "Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011".*

5.3.3. I posti letto in degenza ordinaria

Nel 2007 è dedicato alla degenza ordinaria l'86,9% del totale dei posti disponibili. L'offerta complessiva di posti letto in degenza ordinaria previsti al 01/01/2007 e dichiarati in anagrafe (ultimo dato disponibile) è pari a 225.426, di cui il 20,6% in case di cura accreditate. Le Regioni che registrano una maggior componente in regime ordinario di posti letto accreditati sono la Calabria, la Campania e il Lazio con, rispettivamente, il 41,3%, il 32,0% e il 29,8%. Le Regioni con minor percentuale di posti letto accreditati ordinari sul totale sono invece la Liguria e la Basilicata (entrambe con il 2,9%), e la Valle d'Aosta che non ha alcuna dotazione di posti letto privati accreditati.

Tabella 5.6 - Posti letto in degenza ordinaria previsti* Numero e composizione % - Anno 2007

Regioni	Totali	di cui Accreditati (%)
Italia	225.426	20,6
Piemonte	16.549	21,0
Valle D'Aosta	416	0,0
Lombardia	37.995	20,2
P.A. Bolzano	1.967	14,3
P.A. Trento	2.231	21,1
Veneto	17.524	6,7
Friuli Venezia G.	4.515	12,2
Liguria	6.059	2,9
Emilia Romagna	18.050	20,6
Toscana	12.810	13,6
Umbria	2.766	8,4
Marche	5.703	15,5
Lazio	24.956	29,8
Abruzzo	5.682	23,3
Molise	1.658	13,5
Campania	18.378	32,0
Puglia	14.987	17,5
Basilicata	1.922	2,9
Calabria	7.860	41,3
Sicilia	16.735	23,9
Sardegna	6.663	18,9

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute)
** P.L. al 01/01/2007 e dichiarati in anagrafe*

La degenza ordinaria (mantenendo a parte la degenza a pagamento), mostra un andamento difforme della dotazione complessivamente intesa, rispetto a quanto accade considerando solo la componente privata accreditata. I posti letto per degenza ordinaria totali si riducono per l'intero periodo 2000-2007 (variazione complessiva pari a -16,0%), con un dimezzamento della velocità nell'ultimo biennio (variazione media annua rispettivamente pari a -2,8% nel periodo

2000-2005, e pari a -1,6% in quello 2005-2007). Considerando solo la componente privata accreditata, invece, cresce leggermente tra il 2000 e il 2003, si riduce di poco per poi rimanere sostanzialmente costante successivamente fino al 2006, per poi ridursi nell'ultimo anno di rilevazione (variazione complessiva 2000-2007 pari a -6,4%, con variazione media annua rispettivamente pari a -0,6% nel periodo 2000-2005, e pari a -1,8% in quello 2005-2007).

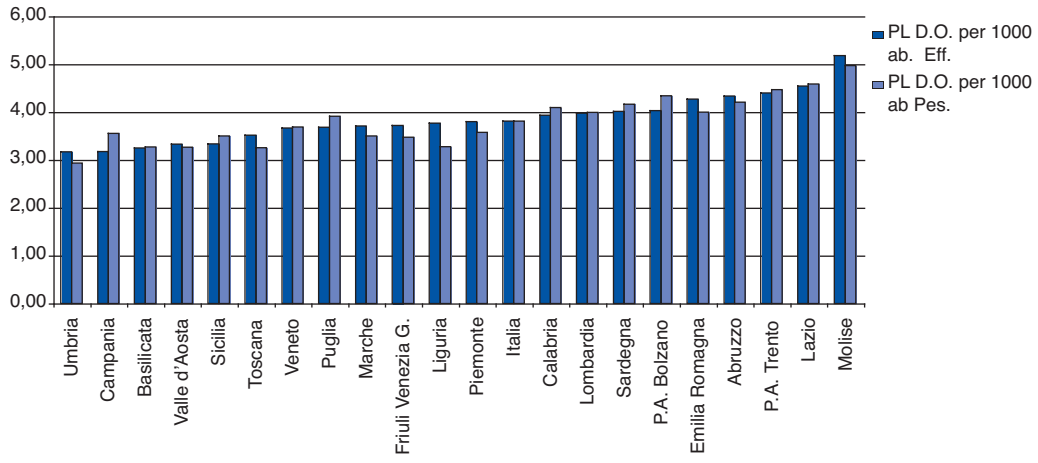
Tabella 5.7 - Posti letto in degenza ordinaria
Variazioni % - Anni 2000-2007

Regioni	2007/2000 Var. %		2005/2000 Var. % media annua		2007/2005 Var. % media annua	
	Totali	Solo accreditati	Totali	Solo accreditati	Totali	Solo accreditati
Italia	-16,00	-6,40	-2,79	-0,61	-1,62	-1,77
Piemonte	-19,91	-5,07	-4,00	-0,46	-0,89	-1,43
Valle D'Aosta	-7,96	0,00	-1,98	0,00	0,85	0,00
Lombardia	-17,03	-10,88	-2,89	0,00	-1,97	-5,61
P.A. Bolzano	-12,73	53,26	-1,68	10,56	-2,54	-3,69
P.A. Trento	-16,41	27,99	-3,01	5,06	-1,32	0,00
Veneto	-17,51	-4,39	-3,78	-1,74	0,02	2,15
Friuli Venezia G.	-24,19	-1,61	-4,42	0,21	-2,53	-1,34
Liguria	-23,70	35,16	-4,26	1,22	-2,60	12,79
Emilia Romagna	-8,84	-22,67	-1,53	-5,82	-0,78	2,18
Toscana	-19,99	-22,16	-3,43	-3,32	-2,39	-4,01
Umbria	-19,26	-4,92	-3,07	-1,35	-2,87	0,87
Marche	-18,96	-16,98	-3,32	-1,01	-2,06	-6,53
Lazio	-15,89	-23,05	-2,38	-3,17	-2,58	-4,93
Abruzzo	2,60	156,40	2,03	20,92	-3,66	-0,41
Molise	7,04	140,86	1,12	15,72	0,61	7,73
Campania	-10,94	-1,57	-2,07	-0,24	-0,57	-0,19
Puglia	-18,38	35,94	-4,50	1,93	1,37	11,14
Basilicata	-21,45	-6,67	-1,97	0,00	-6,85	-3,39
Calabria	-15,01	-0,73	-2,46	0,39	-1,89	-1,34
Sicilia	-12,84	13,85	-1,69	2,75	-2,58	-0,30
Sardegna	-21,44	-15,03	-3,19	-0,78	-3,89	-6,00

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute

A livello regionale, la dotazione di posti letto per degenza ordinaria, nel periodo 2000-2007, ad eccezione di Molise e Abruzzo, dove si registra un incremento rispettivamente pari a 7,0% (con variazione media annua rispettivamente dell'1,1% nel periodo 2000-2005, e dello 0,6% nel biennio 2005-2007) e 2,6% (con variazione media annua rispettivamente del 2,0% nel periodo 2000-2005, e del -3,6% nel biennio 2005-2007), si riduce nelle rimanenti Regioni, con un range che va dal -24,2% del Friuli Venezia Giulia al -8,0% della Valle d'Aosta.
Ancora, rapportando i posti letto ordinari complessivi alla popolazione, nel 2007 risultano 3,8 posti letto ogni 1.000 abitanti di cui 0,8 privati accreditati. Le realtà che nell'ultimo anno oggetto di rilevazione presentano una maggiore densità di posti letto per 1.000 abitanti sono il Molise (5,2 posti letto ogni 1.000 abitanti), il Lazio (4,5), l'Abruzzo (4,3) e la P.A. di Trento (4,4). Per contro la Campania e l'Umbria, risultano essere la Regioni con minor dotazione di posti letto di degenza ordinaria rispetto alla popolazione, con 3,2 per 1.000 abitanti, seguite dalla Valle d'Aosta, Basilicata e Sicilia tutte con 3,3 posti letto circa per 1.000 abitanti.
Anche nel caso dei posti letto in regime ordinario, per rendere maggiormente confrontabili le diverse realtà territoriali e quindi gli indicatori sopra menzionati, è indispensabile tenere conto delle peculiarità di ciascuna struttura demografica. Standardizzando rispetto alle caratteristiche demografiche della popolazione, le realtà che presentano una dotazione di posti letto più elevata sono il Molise, il Lazio e la P.A. di Trento rispettivamente con: 5,0, 4,6 e 4,5 posti letto ordinari ogni 1.000 abitanti. Quella con la dotazione minore, invece, risulta essere l'Umbria (con 2,9 posti letto ordinari ogni 1.000 abitanti), seguita da Valle d'Aosta, Liguria, Toscana e Basilicata (tutte con 3,3 posti letto ordinari ogni 1.000 abitanti).

Figura 5.18 - Posti letto degenza ordinaria per mille abitanti popolazione effettiva e standardizzata - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

5.3.3.1. I posti letto in day hospital

Nel 2007 è dedicato al ricovero in day hospital il 9,5% del totale dei posti disponibili, contro il 12,0% registrato nei due anni precedenti. Tale riduzione dipende dalla nuova classificazione adottata che separa i posti letto destinati alla day surgery.

L'offerta complessiva di posti letto in day hospital previsti al 1 gennaio 2007 e dichiarati in anagrafe (ultimo dato disponibile) è pari a 24.670, di cui il 10,1% in case di cura accreditate. Le Regioni che registrano una maggior componente in regime diurno di posti letto accreditati sono il Lazio, la Campania, la Toscana e la Sicilia con, rispettivamente, il 19,1%, il 16,5, il 13,6% e il 12,2%. Le realtà con una totale assenza di posti letto accreditati diurni sono invece la Valle d'Aosta, le Province Autonome di Trento e Bolzano, l'Umbria e la Basilicata.

Tabella 5.8 - Posti letto in day hospital previsti * Numero e composizione % - Anno 2007

Regione	Totali	di cui Accreditati (%)
Italia	24.670	10,1
Piemonte	1.487	2,9
Valle D'Aosta	35	0,0
Lombardia	3.263	8,8
P.A. Bolzano	122	0,0
P.A. Trento	159	0,0
Veneto	1.684	5,5
Friuli Venezia G.	547	7,7
Liguria	793	1,1
Emilia Romagna	1.808	8,5
Toscana	1.726	13,6
Umbria	297	0,0
Marche	530	7,4
Lazio	3.330	19,1
Abruzzo	557	4,3
Molise	120	5,8
Campania	2.225	16,5
Puglia	987	6,8
Basilicata	274	0,0
Calabria	911	4,4
Sicilia	3.255	12,2
Sardegna	560	8,4

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute
** P.L al 01/01/2007 e dichiarati in anagrafe*

Sempre con riferimento ai posti letto per degenza diurna, considerandone l'andamento della dotazione nel tempo, essi aumentano tra il 2000 e il 2006, con una decisa inversione del fenomeno nel 2007, dovuta però alla richiamata riclassificazione degli stessi in letti destinati alla day surgery. Nello specifico si registra un incremento medio dei posti letto destinati al day hospital pari al 2,5% (variazione media annua nel quinquennio 2000-2005 pari a +4,4% e variazione media annua tra il 2005 e il 2007 del -9,1%).
Come per le strutture e per l'offerta di posti letto in regime ordinario, si evidenzia una distribuzione di posti letto dedicati al day hospital molto disomogenea a livello territoriale. A fronte di un incremento di più di 5 volte del numero di posti letto in day hospital rispetto al 2000 in Molise (con variazione media annua del +54,8% nel periodo 2000-2005, e del -15,7% nel biennio 2005-2007) e del 67,9%, del 64,1% e del 62,9%, rispettivamente di Sicilia, Basilicata e Campania, vi sono delle Regioni dove i posti letto per day hospital si contraggono. Le realtà dove questo fenomeno è più evidente, sono la P.A. di Trento (-49,2%, con variazione media annua rispettivamente del -1,6% nel periodo 2000-2005, e del -25,7% nel biennio 2005-2007) e l'Umbria (-45,3%, con variazione media annua rispettivamente del +0,3% nel periodo 2000-2005, e del -26,6% nel biennio 2005-2007).

Tabella 5.9 - Posti letto in day hospital
Variazioni % - Anni 2000-2007

Regioni	2007/2000 Var. %		2005/2000 Var. % media annua		2007/2005 Var. % media annua	
	Totali	Solo accreditati	Totali	Solo accreditati	Totali	Solo accreditati
Italia	2,51	102,36	4,41	19,48	-9,09	-8,84
Piemonte	-25,20	n.c.	2,31	n.c.	-18,30	-47,50
Valle D'Aosta	-12,50	0,00	6,96	0,00	-20,94	0,00
Lombardia	-12,05	-10,00	3,14	11,32	-13,20	-27,44
P.A. Bolzano	14,02	0,00	11,21	0,00	-18,13	0,00
P.A. Trento	-49,20	0,00	-1,65	n.c.	-25,70	-100,00
Veneto	-22,43	93,75	0,42	16,27	-12,85	-4,51
Friuli Venezia G.	0,55	61,54	2,25	10,07	-5,15	0,00
Liguria	-0,38	n.c.	7,54	n.c.	-16,78	6,07
Emilia Romagna	-24,00	60,42	-3,24	7,99	-5,35	4,51
Toscana	11,28	100,00	5,03	12,94	-6,68	4,33
Umbria	-45,30	-100,00	0,29	12,89	-26,58	-100,00
Marche	-1,30	n.c.	4,96	n.c.	-11,97	-8,91
Lazio	26,38	84,59	7,01	12,21	-5,09	1,86
Abruzzo	11,62	100,00	3,34	14,87	-2,67	0,00
Molise	531,58	n.c.	54,82	0,00	-15,73	n.c.
Campania	62,88	173,88	12,31	27,24	-4,53	-9,39
Puglia	-24,02	19,64	-1,46	7,12	-9,57	-7,91
Basilicata	64,07	0,00	12,35	0,00	-4,27	0,00
Calabria	39,30	110,53	8,38	12,34	-3,49	8,47
Sicilia	67,87	n.c.	12,67	n.c.	-3,85	-5,24
Sardegna	-30,69	23,68	-3,85	8,06	-8,16	-8,39

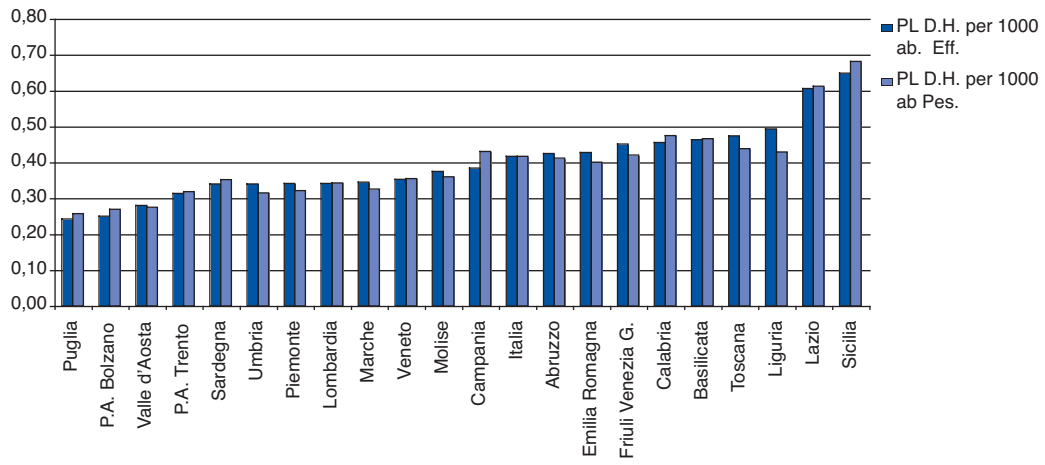
Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute
n.c.: non calcolabile

Nonostante, quindi, la massiccia conversione in molte Regioni dei posti letto per degenza diurna a day surgery, in alcune realtà i posti letto per day hospital si riducono in misura percentuale minore rispetto alla media. Questo accade in quelle Regioni con ancora un numero esiguo di posti day hospital (rispetto alla media); le Regioni con una dotazione di posti letto per degenza diurna già significativa, tendono a dedicare maggiori risorse a forme alternative di assistenza.
Rapportando i posti letto diurni totali alla popolazione, nel 2007 risultano 0,4 posti letto ogni 1.000 di cui 0,04 privati accreditati. Le Regioni che nell'ultimo anno oggetto di rilevazione presentano una maggiore densità di posti letto diurni per 1.000 abitanti sono la Sicilia (0,65 posti letto diurni ca. ogni 1.000 abitanti), il Lazio (0,61) e la Liguria (0,49). Per contro la Puglia (0,24 posti letto diurni ogni 1.000 abitanti), la P.A. di Bolzano (0,25) e la Valle d'Aosta (0,28), risultano essere le realtà con minor dotazione di posti letto di degenza diurna rispetto alla popolazione.
Standardizzando rispetto alle caratteristiche demografiche della popolazione, le realtà che presentano una dotazione di posti letto diurni più elevata si confermano la Sicilia e il Lazio con, rispettivamente, 0,68 e 0,61 posti letto diurni ogni 1.000 abitanti. Quella con la dotazione minore, come considerando la popolazione effettiva, risulta essere la Puglia (con 0,26 posti letto diurni ogni 1.000 abitanti), immediatamente seguita da P.A. di Bolzano (0,27) e Valle d'Aosta (0,28).

5.3.4. I posti letto in day surgery

Nel 2007 è dedicato al day surgery il 2,7% dei posti letto complessivi[6].

Figura 5.19 - Posti letto in day hospital per mille abitanti popolazione effettiva e popolazione standardizzata - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

L'offerta complessiva di posti letto in day surgery previsti al 01/01/2007 e dichiarati in anagrafe (ultimo dato disponibile) è pari a 6.905, di cui il 15,7% in case di cura accreditate. Oltre al Friuli Venezia Giulia, che presenta una offerta esclusivamente privata accreditata di posti letto per il day surgery, le Regioni che registrano una maggior componente di posti letto accreditati sono la Sicilia, la Campania e la Sardegna con, rispettivamente, il 32,8%, il 25,3% e il 24,3%. Le realtà con una totale assenza di posti letto accreditati per il day surgery sono invece la Valle d'Aosta, la P.A. di Bolzano e la Basilicata.
Essendo questa componente dell'offerta di recente introduzione nella ripartizione della dotazione complessiva di posti letto, non è possibile illustrarne l'evoluzione temporale.

[6] *Con il termine day surgery si può intendere "la possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di effettuare interventi chirurgici, o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno (...), in anestesia locale, loco-regionale o generale", Guzzanti e Mastrilli (1993).*

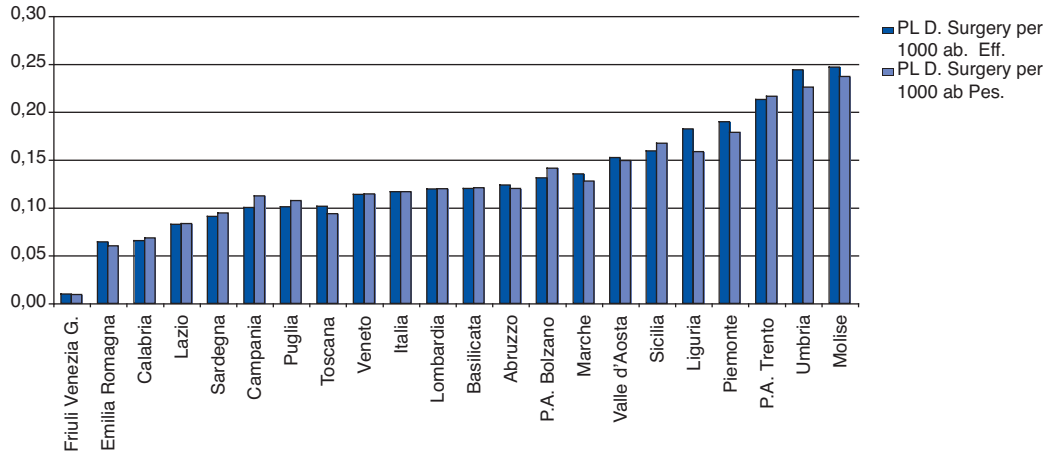
Tabella 5.10 - Posti letto in day surgery previsti * Numero e composizione % - Anno 2007

Regione	Totali	di cui Accreditati (%)
Italia	6.905	15,7
Piemonte	826	11,1
Valle D'Aosta	19	0,0
Lombardia	1.140	22,1
P.A. Bolzano	64	0,0
P.A. Trento	108	5,6
Veneto	543	3,9
Friuli Venezia G.	12	100,0
Liguria	293	0,7
Emilia Romagna	271	9,2
Toscana	369	16,8
Umbria	213	15,5
Marche	208	8,2
Lazio	454	17,4
Abruzzo	162	6,2
Molise	79	3,8
Campania	580	25,3
Puglia	411	0,2
Basilicata	71	0,0
Calabria	131	16,0
Sicilia	799	32,8
Sardegna	152	24,3

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute
** P.L. al 01/01/2007 e dichiarati in anagrafe*

Rapportando i posti letto per day surgery totali alla popolazione, nel 2007 risultano 0,12 posti letto ogni 1.000 di cui 0,02 privati accreditati. Le realtà che nell'ultimo anno oggetto di rilevazione presentano una maggiore densità di posti letto per day surgery per 1.000 abitanti sono il Molise (0,25 posti letto per day surgery ogni 1.000 abitanti), l'Umbria (0,24) e la P.A. di Trento (0,21). Per contro, il Friuli Venezia Giulia, con solo 0,01 posti letto per day surgery ogni 1.000 abitanti, è la Regione con minore densità.
Standardizzando rispetto alle caratteristiche demografiche della popolazione, le realtà che presentano una dotazione di posti letto per day surgery più elevata si confermano il Molise, l'Umbria e la P.A. di Trento con, rispettivamente, 0,24, 0,23 e 0,22 posti letto per day surgery ogni 1.000 abitanti. Si conferma la Regione con minor dotazione il Friuli Venezia Giulia (0,01 posti letto per day surgery ogni 1.000 abitanti).

Figura 5.20 - Posti letto in day surgery per mille abitanti popolazione effettiva e popolazione standardizzata - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

5.3.5. I posti letto per la degenza a pagamento

Nel 2007 sono stati destinati alla degenza a pagamento 2.475 posti letto, pari all'1,0% della dotazione di posti letto complessiva. Per degenza a pagamento, si può intendere l'attività di ricovero non a carico del SSN.

**Tabella 5.11 - Posti letto degenza a pagamento*
Valori Assoluti - Anno 2007**

Regione	Totali
Italia	2.475
Piemonte	0
Valle D'Aosta	2
Lombardia	655
P.A. Bolzano	30
P.A. Trento	0
Veneto	345
Friuli Venezia G.	201
Liguria	113
Emilia Romagna	184
Toscana	247
Umbria	8
Marche	12
Lazio	86
Abruzzo	108
Molise	142
Campania	63
Puglia	116
Basilicata	11
Calabria	13
Sicilia	97
Sardegna	42

Fonte: dati Ministero della Salute
** P.L. al 01/01/2007 e dichiarati in anagrafe*

Considerando l'andamento di questa tipologia di offerta nel tempo, essa si riduce tra il 2000 e il 2007 del 26,5% (con una variazione media annua rispettivamente, del -5,2% nel periodo 2000-2005, e del -1,9% nel biennio 2005-2007). La Regione dove l'incremento percentuale è decisamente maggiore nel periodo 2000-2007 è la Liguria (+2.160,0%, con variazione media annua rispettivamente pari a +73,8% nel periodo 2000-2005, e pari a +19,6% nel biennio successivo), seguita a una certa distanza dal Molise (+373,3%, con variazione media annua del -33,2% nel periodo 2000-2005, e +495,8% nel biennio successivo) e dalla Sicilia (+59,0%, con variazione media annua del +10,6% nel periodo 2000-2005, e -2,0% nel biennio 2005-2007).

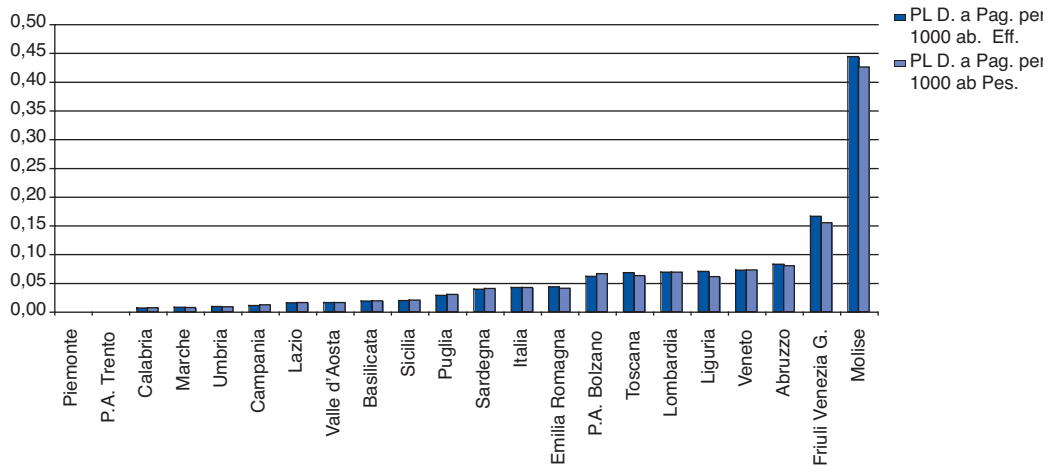
**Tabella 5.12 - Posti letto in degenza a pagamento
Variazioni % - Anni 2000-2007**

Regioni	2007/2000 Var. %	2005/2000 Var. % media annua	2007/2005 Var. % media annua
Italia	-26,54	-5,24	-1,94
Piemonte	-100,00	-100,00	0,00
Valle D'Aosta	n.c.	n.c.	0,00
Lombardia	23,82	1,54	7,10
P.A. Bolzano	-66,29	-16,56	-8,71
P.A. Trento	0,00	0,00	0,00
Veneto	-48,28	-1,93	-24,49
Friuli Venezia G.	-6,51	-0,66	-1,70
Liguria	2.160,00	73,67	19,60
Emilia Romagna	49,59	7,43	2,25
Toscana	-33,42	-7,74	-0,20
Umbria	0,00	0,00	0,00
Marche	-90,91	-30,12	-26,15
Lazio	-70,65	-21,03	-2,25
Abruzzo	9,09	-18,78	75,66
Molise	373,33	-33,17	495,82
Campania	-19,23	-1,59	-6,46
Puglia	-67,42	-19,02	-3,28
Basilicata	-26,67	2,53	-19,56
Calabria	0,00	13,97	-27,89
Sicilia	59,02	10,61	-2,00
Sardegna	-48,15	13,27	-47,26

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute
n.c.: non calcolabile

Rapportando i posti letto destinati alla degenza a pagamento alla popolazione, nel 2007 risultano 0,04 posti letto ogni 1.000 abitanti. Le realtà che nell'ultimo anno oggetto di rilevazione presentano una maggiore densità di posti letto destinati alla degenza a pagamento per 1.000 abitanti sono il Molise (0,44 posti letto destinati alla degenza a pagamento ogni 1.000 abitanti) e il Friuli Venezia Giulia (0,17). Per contro, il Piemonte e la P.A. di Trento presentano una dotazione nulla. Standardizzando rispetto alle caratteristiche demografiche della popolazione, il quadro generale rimane pressoché invariato.

Figura 5.21 - Posti letto degenza a pagamento per mille abitanti popolazione effettiva e standardizzata - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

5.3.6. Le apparecchiature tecnico-biomediche

La qualità dell'offerta delle strutture di ricovero e cura presenti sul territorio è anche definita dalla presenza o meno di apparecchiature tecnico-biomediche per la diagnosi e la cura. Prendendone in considerazione alcune: TAC (Tomografo Assiale Computerizzato), EMD (Apparecchio per Emodialisi), TRM (Tomografo a Risonanza Magnetica), ALI (Acceleratore Lineare), GCC (Gamma Camera Computerizzata), si conferma come anche nel 2007, nel sistema di assistenza ospedaliera, la dotazione sia prevalentemente pubblica, registrando un ulteriore aumento di tale componente rispetto al 2006. L'offerta a livello nazionale di apparecchiature per emodialisi e di acceleratori lineari, escludendo la componente privata accreditata è pari rispettivamente al 91,3% e al 91,1% (nel 2006, la percentuale di offerta di queste apparecchiature è stata, rispettivamente, del 90,3% e del 90,7%). La percentuale, anche se sempre significativa, è leggermente inferiore per le GCC, dove l'offerta escludendo la dotazione privata accreditata è pari all'87,9% (87,4 nel 2006). Anche se in misura inferiore, i Tomografi Assiali Computerizzati e quelli a Risonanza Magnetica, infine,presentano una componente al di fuori delle case di cura accreditate prevalente, rispettivamente pari a 77,4% e a 71,2% (rispettivamente 76,8% e 68,6% nel 2006).

I dati evidenziano come le apparecchiature tenico biomediche siano quasi completamente al di fuori delle case di cura accreditate soprattutto nelle Regioni del Nord Italia; a queste si frappongono Regioni appartenenti soprattutto al Centro e al Meridione, dove la componente di offerta privata accreditata diventa particolarmente significativa (anche se, rispetto all'anno precedente, in leggera diminuzione). I dati, inoltre, sono soggetti a notevole variabilità regionale; a Regioni come la Sicilia, la Calabria e la Campania più del 30,0% delle TAC disponibili nelle strutture di ricovero e cura appartiene al privato accreditato, si frappongono realtà quali quella della Valle D'Aosta e della Liguria, dove l'offerta privata accreditata è completamente assente.

Ancora, in Calabria, Campania e Abruzzo almeno il 45,0% delle attrezzature TRM è in case di cura accreditate.
Si conferma comunque una maggiore presenza di apparecchiature tecnico-biomediche appartenenti alle case di cura private accreditate per lo più nelle Regioni che sono caratterizzate da una particolare rilevanza rispetto alla media, sia in termini di numerosità di strutture che di posti letto accreditati.

Tabella 5.13 - Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura Numero e composizione % - Anno 2007

Regioni	ALI		EMD		GCC		TAC		TRM	
	Totale	di cui Private Accr (%)	Totale	di cui Private Accr (%)	Totale	di cui Private Accr (%)	Totale	di cui Private Accr (%)	Totale	di cui Private Accr (%)
Italia	287	8,71	13.142	8,86	478	12,13	1.338	22,57	706	28,75
Piemonte	26	7,69	1.200	0,17	28	7,14	95	16,84	55	32,73
Valle D'Aosta	0	0,00	32	0,00	2	0,00	3	0,00	3	0,00
Lombardia	55	9,09	2.103	6,99	75	1,33	210	21,43	117	35,04
P.A. di Bolzano	2	100,00	93	0,00	4	0,00	8	25,00	7	28,57
P.A. di Trento	4	0,00	204	0,00	1	0,00	9	11,11	5	20,00
Veneto	27	0,00	922	0,00	36	0,00	86	8,14	57	14,04
Friuli Venezia G.	11	0,00	300	6,33	9	0,00	24	12,50	15	33,33
Liguria	10	0,00	427	0,70	11	0,00	32	0,00	25	0,00
Emilia Romagna	20	10,00	895	4,58	30	6,67	92	19,57	56	37,50
Toscana	20	5,00	850	1,88	39	7,69	61	6,56	39	7,69
Umbria	7	0,00	353	0,00	6	33,33	21	9,52	9	0,00
Marche	7	0,00	442	0,00	16	6,25	38	15,79	24	12,50
Lazio	25	8,00	1.443	35,34	50	22,00	152	25,00	90	32,22
Abruzzo	7	0,00	370	5,14	13	0,00	41	21,95	18	44,44
Molise	2	0,00	103	0,97	8	12,50	12	25,00	8	12,50
Campania	12	8,33	529	18,90	44	47,73	134	37,31	41	46,34
Puglia	17	11,76	1.215	13,74	31	6,45	78	26,92	42	23,81
Basilicata	2	0,00	193	0,00	6	0,00	13	7,69	5	0,00
Calabria	8	12,50	468	0,64	13	23,08	61	37,70	22	50,00
Sicilia	20	35,00	530	3,02	35	20,00	133	33,83	46	39,13
Sardegna	5	0,00	470	25,74	21	9,52	35	22,86	22	22,73

Fonte: dati Ministero della Salute

Le apparecchiature tecnico-biomediche, fatta eccezione per la GCC, tra il 2000 e il 2007, sono incrementate numericamente, in modo spesso considerevole, anche se non omogeneo su tutto il territorio nazionale.
Il numero di GCC, infatti, che complessivamente a livello nazionale si riduce dal 2000 al 2007 del 14,2% (variazione media annua rispettivamente pari a -2,6% nel periodo 2000-2005 e a -1,1% nel biennio 2005-2007), a livello regionale presenta un andamento non omogeneo, dove a fronte di un raddoppio della dotazione di queste apparecchiature in Basilicata (variazione media annua rispettivamente pari a +5,9% nel periodo 2000-2005 e a +22,5% nel biennio 2005-2007), si registrano nelle stesso periodo delle notevoli riduzioni, la più consistente in Liguria e pari al -42,1% (variazione media annua rispettivamente pari a -1,1% nel periodo 2000-2005 e a -21,8% nel biennio 2005-2007), immediatamente seguita dalla Campania con una contrazione del 41,3% (variazione media annua rispettivamente pari a -8,9% nel periodo 2000-2005 e a -3,2% nel biennio 2005-2007).

Tabella 5.14 - Variazione numero di apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura - Valori % - Anni 2000-2007

Regioni	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM
Italia	49,48	22,49	-14,18	36,81	115,90
Piemonte	52,94	35,29	-15,15	17,28	83,33
Valle D'Aosta	0,00	28,00	0,00	200,00	n.c.
Lombardia	10,00	23,49	-16,67	24,26	108,93
P.A. Bolzano	n.c.	8,14	-20,00	0,00	133,33
P.A. Trento	33,33	16,57	0,00	80,00	150,00
Veneto	35,00	27,35	28,57	21,13	103,57
Friuli Venezia G.	37,50	2,04	-10,00	0,00	150,00
Liguria	66,67	27,46	-42,11	39,13	212,50
Emilia Romagna	150,00	21,60	-6,25	33,33	86,67
Toscana	25,00	-0,93	-2,50	22,00	105,26
Umbria	133,33	60,45	-25,00	75,00	125,00
Marche	250,00	6,76	0,00	18,75	166,67
Lazio	31,58	21,67	-23,08	53,54	143,24
Abruzzo	133,33	35,53	30,00	64,00	38,46
Molise	n.c.	9,57	33,33	71,43	166,67
Campania	9,09	33,92	-41,33	55,81	105,00
Puglia	240,00	14,19	3,33	21,88	100,00
Basilicata	n.c.	60,83	100,00	62,50	400,00
Calabria	14,29	20,00	-18,75	32,61	120,00
Sicilia	66,67	34,52	-23,91	98,51	206,67
Sardegna	150,00	32,02	-4,55	12,90	83,33

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute
n.c.: non calcolabile

Le apparecchiature TRM, invece, nel periodo considerato, sono più che raddoppiate a livello nazionale. In questo caso, si verifica un incremento della dotazione di tutte le Regioni, con variazioni che si confermano tra il 38,5% dell'Abruzzo e il 400,0% della Basilicata. Tutte le Regioni, fatta eccezione di Abruzzo, Piemonte, Sardegna ed Emilia Romagna, registrano un incremento di TRM maggiore o al più uguale al 100,0%.

Tabella 5.15 - Variazione nel numero di apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura - Variazioni % medie annue - Anni 2000-2007

Regioni	2005/2000 Var. % Media Annua					2007/2005 Var. % Media Annua				
	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM
Italia	6,09	2,97	-2,57	4,71	13,28	5,47	2,87	-1,13	4,26	7,58
Piemonte	5,29	3,80	-1,89	1,67	14,09	8,71	5,95	-3,39	3,90	-2,62
Valle D'Aosta	0,00	4,40	8,45	14,87	n.c.	0,00	1,60	-18,35	22,47	73,21
Lombardia	0,79	3,61	-3,58	3,73	11,84	2,84	1,71	0,00	1,71	9,26
P.A. Bolzano	n.c.	2,22	-4,36	2,38	18,47	0,00	-1,57	0,00	-5,72	0,00
P.A. Trento	5,92	1,44	0,00	12,47	8,45	0,00	4,17	0,00	0,00	29,10
Veneto	2,83	3,41	7,93	1,90	11,38	8,35	3,78	-6,30	5,00	8,97
Friuli Venezia G.	8,45	0,20	-2,09	0,00	16,72	-4,26	0,50	0,00	0,00	7,42
Liguria	8,45	6,59	-1,08	4,01	21,29	5,41	-3,76	-21,83	6,90	9,11
Emilia Romagna	16,27	1,50	-1,28	5,46	9,86	8,47	6,24	0,00	1,11	8,01
Toscana	4,56	-0,85	-3,77	1,92	12,34	0,00	1,69	8,71	5,31	7,10
Umbria	14,87	8,51	-5,59	12,89	14,87	8,01	3,27	0,00	-2,30	6,07
Marche	35,10	2,53	4,56	2,38	25,48	-11,81	-2,92	-10,56	2,74	-7,42
Lazio	7,28	4,60	-2,94	8,08	14,56	-3,77	-1,42	-5,51	2,03	11,03
Abruzzo	-7,79	2,64	3,71	0,00	2,90	87,08	9,07	4,08	28,06	9,54
Molise	14,87	-1,09	3,13	11,38	10,76	0,00	7,58	6,90	0,00	26,49
Campania	-1,89	6,06	-8,92	5,80	11,84	9,54	-0,09	-3,24	8,42	8,23
Puglia	19,14	0,59	0,00	3,77	10,12	19,02	5,29	1,65	0,65	11,14
Basilicata	n.c.	6,32	5,92	4,56	31,95	0,00	8,81	22,47	14,02	11,80
Calabria	0,00	1,35	-7,22	4,75	13,70	6,90	5,94	8,71	2,55	7,61
Sicilia	8,45	4,33	-6,43	10,82	20,43	5,41	4,32	2,99	8,97	10,02
Sardegna	0,00	2,05	-2,89	1,26	10,76	58,11	9,22	5,13	2,99	4,88

Fonte: Elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute

Rapportando il numero di apparecchiature tecnico-biomediche alla popolazione, un confronto tra realtà regionali evidenzia delle significative disomogeneità. A livello nazionale, nel sistema di assistenza ospedaliera, ci sono 22,6 TAC, di cui circa 5,0 private accreditate, ogni milione di abitanti.

Tabella 5.16 - Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura Numero per 1.000.000 abitanti (popolazione effettiva) - Anno 2007

Regioni	ALI		EMD		GCC		TAC		TRM	
	Totale	Private Accred.	Totale	Private Accred.	Totale	Private Accred.	Totale	Private Accred.	Totale	Private Accred.
Italia	4,85	0,42	222,25	19,70	8,08	0,98	22,63	5,11	11,94	3,43
Piemonte	5,97	0,46	275,68	0,46	6,43	0,46	21,82	3,68	12,64	4,14
Valle D'Aosta	0,00	0,00	256,39	0,00	16,02	0,00	24,04	0,00	24,04	0,00
Lombardia	5,76	0,52	220,31	15,40	7,86	0,10	22,00	4,71	12,26	4,30
P.A. di Bolzano	4,10	4,10	190,70	0,00	8,20	0,00	16,40	4,10	14,35	4,10
P.A. di Trento	7,89	0,00	402,34	0,00	1,97	0,00	17,75	1,97	9,86	1,97
Veneto	5,66	0,00	193,15	0,00	7,54	0,00	18,02	1,47	11,94	1,68
Friuli Venezia G.	9,07	0,00	247,40	15,67	7,42	0,00	19,79	2,47	12,37	4,12
Liguria	6,22	0,00	265,57	1,87	6,84	0,00	19,90	0,00	15,55	0,00
Emilia Romagna	4,74	0,47	211,92	9,71	7,10	0,47	21,78	4,26	13,26	4,97
Toscana	5,50	0,27	233,63	4,40	10,72	0,82	16,77	1,10	10,72	0,82
Umbria	8,02	0,00	404,37	0,00	6,87	2,29	24,06	2,29	10,31	0,00
Marche	4,56	0,00	287,74	0,00	10,42	0,65	24,74	3,91	15,62	1,95
Lazio	4,55	0,36	262,68	92,84	9,10	2,00	27,67	6,92	16,38	5,28
Abruzzo	5,34	0,00	282,49	14,51	9,93	0,00	31,30	6,87	13,74	6,11
Molise	6,25	0,00	321,80	3,12	24,99	3,12	37,49	9,37	24,99	3,12
Campania	2,07	0,17	91,36	17,27	7,60	3,63	23,14	8,64	7,08	3,28
Puglia	4,18	0,49	298,54	41,03	7,62	0,49	19,17	5,16	10,32	2,46
Basilicata	3,38	0,00	326,38	0,00	10,15	0,00	21,98	1,69	8,46	0,00
Calabria	4,00	0,50	234,23	1,50	6,51	1,50	30,53	11,51	11,01	5,51
Sicilia	3,99	1,40	105,64	3,19	6,98	1,40	26,51	8,97	9,17	3,59
Sardegna	3,01	0,00	283,23	72,92	12,65	1,21	21,09	4,82	13,26	3,01

Fonte: Elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

Considerando le apparecchiature TAC presenti nelle strutture eccetto le case di cura private accreditate, la dotazione regionale è variabile passando da un massimo di 28,1 TAC ogni 1.000.000 di abitanti in Molise a un valore minimo di 12,3 registrato nella P.A. di Bolzano. Escludendo sempre la componente privata accreditata, la Regione con mediamente il maggior parco di attrezzature per abitanti si conferma il Molise con 318,7 EMD ogni 1.000.000 di abitanti (315,5 nel 2006), 21,9 GCC (come nel 2006), 28,1 TAC (34,4 nel 2006) e 21,9 TRM (18,7 nel 2006).

5.3.7. Le risorse umane

Le risorse umane rappresentano la prima voce di costo nell'ambito dell'erogazione dell'offerta sanitaria. Il personale dipendente del SSN (costituito dal personale delle ASL, ivi compreso

quello degli Istituti di cura a gestione diretta, delle AA. OO e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università) negli ultimi anni è sostanzialmente stabile: l'organico complessivo è pari a 649.248 unità che nel 2007 (come nel biennio precedente) è pari a 11 unità di personale complessivo per mille abitanti, di cui il 69,7% è costituito dal personale sanitario, il 18,3% da quello tecnico, l'11,7% da quello amministrativo, e il rimanente 0,2% da personale con ruolo professionale. Ancora, sempre con riferimento al personale del SSN complessivamente inteso, il 16,5% di esso è costituito da personale medico e odontoiatrico (16,2% nel 2006) e il 40,7% da personale infermieristico, (come nel 2006). Fra il 2005 e il 2007, il personale aumenta con una variazione media annua dello 0,1% (contro una variazione media annua nel periodo 2000-2005 del 0,4%), con un comportamento difforme a seconda delle figure professionali considerate. Nel medesimo periodo di osservazione, a fronte di un incremento medio annuo del personale infermieristico del 2,3% (variazione media annua nel precedente quinquennio dello 0,1%), si registra un aumento medio annuo dei medici pari a 0,6% (variazione media annua nel periodo 2000-2005 pari a 1,9%).

Tabella 5.17 - Personale dipendente del SSN (ASL, AO e AO integrate con l'Università) Valori assoluti - Anno 2007

Regioni	Totale*	Sanitario Totale	Sanitario: medici e odontoiatri	Sanitario: personale infermier.	Profession.	Tecnico	Amministr.
ITALIA	649.248	452.285	106.817	264.177	1.594	119.031	75.996
Piemonte	55.766	36.536	8.489	21.147	108	11.208	7.913
Valle D'Aosta	2.000	1.288	290	692	5	402	305
Lombardia	90.371	59.946	12.504	35.097	217	18.963	11.241
P.A. Bolzano	8.284	5.044	897	2.895	27	2.025	1.133
P.A. Trento	7.124	4.529	874	2.801	12	1.749	833
Veneto	57.664	39.486	7.560	24.905	123	11.681	6.374
Friuli Venezia G.	17.192	11.673	2.280	7.118	39	3.724	1.756
Liguria	21.390	15.143	3.318	9.139	42	3.794	2.410
Emilia Romagna	55.657	39.901	8.060	24.074	179	9.759	5.818
Toscana	49.049	34.880	7.483	20.983	164	8.889	5.072
Umbria	10.624	7.962	1.868	4.704	31	1.695	932
Marche	17.763	12.886	2.771	7.769	24	3.067	1.779
Lazio	48.788	36.593	9.622	20.724	137	6.084	5.971
Abruzzo	15.460	10.980	2.790	6.549	22	2.713	1.742
Molise	3.997	2.929	712	1.651	5	722	341
Campania	54.704	38.639	10.885	22.250	149	9.365	6.505
Puglia	35.511	25.084	6.579	14.023	88	6.128	4.138
Basilicata	6.803	4.942	1.163	2.953	14	1.200	647
Calabria	22.663	15.389	4.373	8.578	60	3.783	3.408
Sicilia	48.167	33.749	10.544	18.103	105	8.612	5.626
Sardegna	20.271	14.706	3.755	8.022	43	3.468	2.052

Fonte: Ministero della Salute
** Il totale comprende le qualifiche atipiche*

Tabella 5.18 - Personale dipendente del SSN - variazione % media annua anno 2005-2007

Regioni	Totale*	Sanitario Totale	Sanitario: medici e odontoiatri	Sanitario: personale infermier.	Profession.	Tecnico	Amministr.
Italia	0,12	0,92	0,55	2,28	-0,09	-2,45	-0,37
Piemonte	-0,07	0,76	-0,44	3,51	0,00	-2,12	-0,89
Valle D'Aosta	2,90	2,12	2,14	4,06	11,80	6,12	2,03
Lombardia	-1,02	-0,55	-1,99	1,26	-1,13	-2,48	-1,04
P.A. di Bolzano	2,30	2,25	2,85	0,35	6,07	1,54	1,95
P.A. di Trento	0,80	1,09	-0,34	4,34	0,00	0,87	-0,83
Veneto	0,38	0,25	-0,59	1,61	0,82	0,21	1,51
Friuli Venezia G.	3,26	3,75	0,80	5,02	0,00	1,47	3,95
Liguria	-0,54	-0,38	-0,60	0,68	-5,47	-0,34	-1,74
Emilia Romagna	1,42	1,65	0,77	4,09	1,14	1,71	-0,59
Toscana	1,47	2,28	0,44	1,85	1,88	-0,73	0,06
Umbria	-0,71	-0,07	0,73	1,67	1,65	-1,19	-4,92
Marche	0,17	0,48	-0,36	2,13	-7,42	-0,52	-0,70
Lazio	-1,39	0,43	0,28	1,37	-0,36	-9,93	-2,25
Abruzzo	0,44	1,32	-0,94	2,68	-15,76	-2,38	-0,23
Molise	0,91	2,08	1,29	4,63	0,00	-1,69	-2,94
Campania	-0,13	1,02	1,86	2,41	-3,80	-3,68	-1,19
Puglia	0,65	2,14	3,07	2,78	7,61	-6,15	2,25
Basilicata	2,18	3,13	2,73	4,37	0,00	-1,74	3,07
Calabria	-0,40	0,96	0,74	2,56	5,41	-4,79	-1,13
Sicilia	0,16	1,70	3,37	2,68	-0,94	-5,03	0,25
Sardegna	-1,53	-0,61	-0,01	0,13	0,00	-6,28	0,76

Fonte: Elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute
** Il totale comprende le qualifiche atipiche.*

Oltre al personale tecnico che diminuisce nel biennio 2005-2007 con una variazione media annua del -2,5%, in linea con quanto avvenuto nel periodo precedente (tra il 2000 e il 2005 si verifica una variazione media annua pari a -2,3%), si contrae anche il personale del ruolo professionale (-0,1% variazione media annua 2005-2007, a fronte del +1,9% variazione media annua del periodo 2000-2005) e del ruolo amministrativo (-0,4% variazione media annua 2005-2007, a fronte del +2,0% variazione media annua del periodo 2000-2005).

5.3.7.1. Il personale delle strutture di ricovero e cura pubbliche

Il personale delle strutture di ricovero e cura pubbliche (senza considerare il personale universitario) nel 2007 (ultimo dato disponibile) è risultato pari a 550.140 unità, di cui il 73,0% è costituito dal personale sanitario, il 18,2% da quello tecnico, il 7,9% da quello amministrativo, e il rimanente 0,2% da personale con ruolo professionale. Ancora, sempre con riferimento al personale delle strutture di ricovero e cura pubbliche complessivamente inteso, il 18,0% di esso è costituito da personale medico e odontoiatrico e il 44,7% da altro personale sanitario, in maggioranza infermieristico.

Tabella 5.19 - Personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche Valori assoluti - Anno 2007

Regioni	Totale*	Sanitario Totale	Sanitario: medici e odontoiatri	Sanitario: personale infermier.	Profession.	Tecnico	Amministr.
Italia	550.140	401.513	99.073	245.883	875	100.246	43.310
Piemonte	44.034	30.803	7.550	18.279	72	8.760	4.069
Valle D'Aosta	1.185	941	253	530	2	150	92
Lombardia	99.243	66.182	14.365	40.540	181	21.977	10.447
P.A. Bolzano	5.926	3.768	789	2.280	15	1.558	336
P.A. Trento	5.604	3.656	755	2.342	6	1.527	414
Veneto	47.455	33.898	6.911	22.428	73	9.478	3.727
Friuli Venezia G.	14.427	9.934	2.151	6.118	26	3.301	1.124
Liguria	19.184	14.595	3.381	9.044	33	3.101	1.442
Emilia Romagna	40.625	31.108	6.755	19.682	53	6.958	2.322
Toscana	33.931	26.770	6.324	16.981	40	4.853	1.779
Umbria	7.610	6.010	1.524	3.749	17	1.153	352
Marche	13.816	10.777	2.530	6.727	7	2.107	875
Lazio	53.310	39.764	10.658	23.804	78	7.472	5.176
Abruzzo	12.087	9.103	2.287	5.759	10	1.953	696
Molise	3.355	2.717	676	1.593	2	548	81
Campania	43.814	33.044	9.839	19.442	60	7.311	3.068
Puglia	31.183	23.444	6.347	14.258	68	5.300	2.310
Basilicata	5.182	4.051	980	2.530	5	829	257
Calabria	15.237	11.367	3.275	6.838	36	2.478	1.284
Sicilia	39.108	28.742	8.828	16.419	71	7.107	2.871
Sardegna	13.824	10.839	2.895	6.540	20	2.325	588

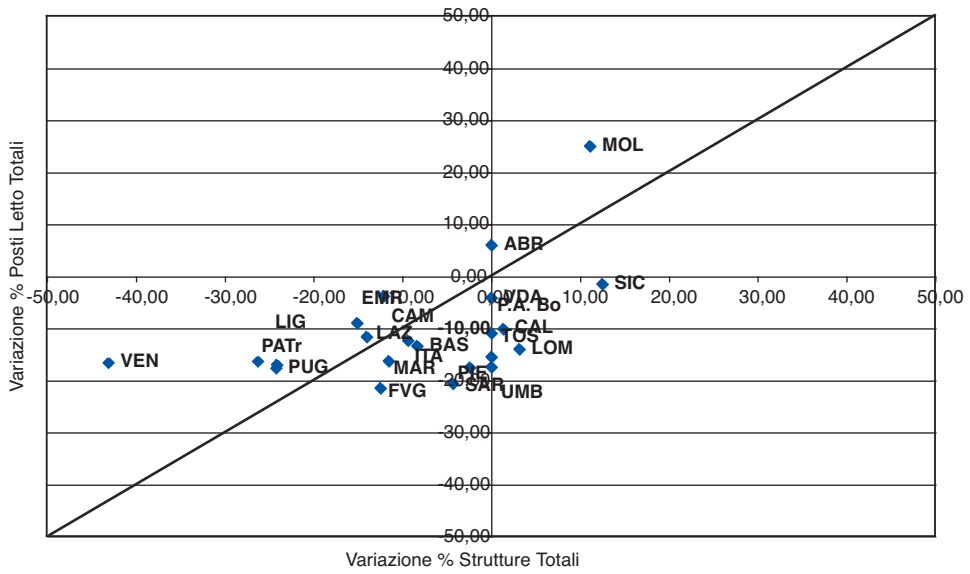
Fonte: Ministero della Salute
**Il Totale comprende le qualifiche atipiche e non è ricompreso il personale universitario*

5.3.8. La razionalizzazione dell'offerta

L'andamento del processo di razionalizzazione del numero di strutture e di posti letto si presenta eterogeneo a livello regionale. A realtà in cui la contrazione della dotazione complessiva di posti letto sembra naturale conseguenza di una riduzione del numero di strutture di ricovero (esempi più evidenti sono: il Veneto, la Liguria, la Puglia, la Basilicata, l'Emilia Romagna e Sardegna), si contrappongono realtà (come Valle d'Aosta, Toscana, Umbria, P.A. di Bolzano) dove la riduzione di posti letto è stata probabile conseguenza del ridimensionamento della dotazione media delle strutture. Considerando la complessiva dotazione nazionale di posti letto, emerge che, nel 2007, il 19,3% dell'offerta (20,0% nel 2006) appartiene a case di cura private accreditate. Questo dato, correlato alla maggiore incidenza in termini di strutture (45,2% nel 2007, 46,0% nel 2006) evidenzia come le altre tipologie di strutture abbiamo dimensioni medie decisamente superiori a quelle private accreditate.

La effettiva razionalizzazione dell'offerta è apprezzabile rappresentando i fenomeni descritti in un sistema di assi cartesiani, in base alla specifica variazione del numero di strutture e di posti letto complessivi.

Figura 5.22 - Posizionamento regionale rispetto alla variazione del numero delle strutture e dei posti letto totali - Valori % - Anni 2000-2007



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dat, Ministero della Salute.

Una prima analisi si basa sul segno delle variazioni rispettivamente delle strutture e dei posti letto: evidentemente l'attesa è che i posti letto si riducano, come previsto dalle politiche sanitarie nazionali e regionali da oltre due decenni: questo avviene per circa due terzi delle Regioni (circa il 76,0%) a sinistra dell'asse delle ordinate. Una effettiva razionalizzazione richiede, però, che si riduca anche il numero delle strutture, cosa che si realizza solo per le Regioni sotto l'asse delle ascisse: le realtà di Valle d'Aosta, Toscana, Umbria e P.A. di Bolzano, collocate sull'asse delle ordinate, quindi sembrano ridurre i posti letto riducendo la dimensione media delle strutture, con il rischio di non abbattere i costi (diseconomie di scala). Ancora, come valutazione successiva, anche dove si riducono entrambi gli indicatori, per una analisi corretta del fenomeno, dobbiamo guardare alle Regioni nel quadrante in basso a sinistra, ma solo quelle al di sopra della bisettrice (ove i posti letto si riducono in percentuale maggiore rispetto alle strutture): in pratica solo la P.A. di Trento, il Veneto, la Liguria, l'Emilia Romagna, il Lazio, la Campania e la Puglia sembrano avere tenuto questo comportamento. Vi sono però realtà, come ad esempio il Lazio, che nonostante la riduzione nel periodo di riferimento di strutture e posti letto, presentano un numero di posti letto per 1.000 abitanti, ancora maggiore rispetto a quanto normativamente previsto. Nel contesto nazionale il Molise, rappresenta una eccezione in quanto, è stato caratterizzato da un incremento di posti letto totali del 25,1%, con un numero di strutture complessivo cresciuto dell'11,1%, nel periodo 2000-2007. Nel medesimo periodo considerando solo la componente delle case di cura private accreditate, per contro, sono incrementate del 50%, con un aumento dei posti letto pari a 1,5 volte rispetto a quelli del 2000.

5.4. L'Utilizzo

I ricoveri

In Italia nel 2006 sono stati effettuati 11.964.092 ricoveri in acuzie; il 71,6% dei quali viene effettuato in Aziende ospedaliere (31,8%) e Ospedali a gestione diretta (39,8%), per il 14,8% in case di cura private, per il 9,6% in IRCCS, Policlinici universitari ed Enti di ricerca, mentre il restante 4,0% avviene in ospedali classificati (3,2%) ed istituti non classificati (0,8%). Le differenze regionali dipendono, ovviamente, dalla differente offerta sanitaria territoriale: in Lombardia, ad esempio, il 62,7% dei ricoveri avviene in Aziende ospedaliere ed il 2,3% in ospedali a gestione diretta, mentre in Abruzzo le percentuali sono rispettivamente 2,2% e 75,6%. Questo perché mentre in Lombardia metà delle strutture sono Aziende Ospedaliere, in Abruzzo tutte le strutture sono classificate come ospedali a gestione diretta. Ancora più rappresentativo è il caso dei Policlinici universitari, IRCCS ed Enti di ricerca, che nel Lazio raccolgono il 18,9% dei casi, in Molise il 12,4% ed in Lombardia l'11,8%, mentre nelle altre Regioni, dato il numero esiguo di strutture di questa tipologia, sono inferiori al 5% (2,1% in Toscana e 1,3% in Veneto).

Tabella 5.20 - Ricoveri totali in acuzie per tipologia di struttura di ricovero e Regione di residenza - Valori % - Anno 2006

Regioni	Azienda Ospedal.	Ospedale a gestione diretta	Clinica o policlinico universit.	IRCCS	Ospedale classific.	Casa di cura privata	Istituto non classific. presidio della USL	Ente di ricerca
Italia	31,8	39,8	3,9	5,6	3,2	14,8	0,8	0,1
Piemonte	35,8	47,1	0,0	2,5	0,2	12,3	2,0	0,0
Valle d'Aosta	8,0	81,7	0,1	1,9	0,2	8,1	0,0	0,0
Lombardia	62,7	2,3	0,0	13,3	3,4	18,0	0,3	0,0
P. A. Bolzano	1,4	91,3	0,0	0,3	0,2	6,6	0,2	0,0
P. A. Trento	4,2	80,8	0,1	0,9	6,9	5,9	1,2	0,0
Veneto	18,1	64,2	0,1	1,9	5,2	5,9	4,6	0,0
Friuli Venezia G.	44,1	34,6	3,8	7,3	0,2	9,6	0,4	0,0
Liguria	35,3	43,9	0,0	8,4	8,5	3,7	0,0	0,1
Emilia Romagna	31,0	53,6	0,1	2,1	0,1	12,9	0,2	0,0
Toscana	29,6	61,3	0,2	1,3	0,1	6,9	0,0	0,6
Umbria	43,6	47,4	0,9	2,6	0,3	5,1	0,0	0,0
Marche	26,1	58,7	0,3	3,7	0,1	10,9	0,1	0,0
Lazio	14,6	31,6	13,0	11,7	9,0	18,5	1,6	0,1
Abruzzo	2,2	75,6	1,0	2,0	0,2	18,8	0,1	0,1
Molise	2,8	73,8	1,6	4,9	0,3	10,6	0,1	5,9
Campania	26,9	33,2	10,1	3,0	3,9	22,4	0,6	0,1
Puglia	17,0	53,5	0,5	8,2	6,1	14,4	0,1	0,1
Basilicata	38,2	49,7	1,2	3,7	1,1	5,9	0,1	0,1
Calabria	30,1	43,4	2,2	3,1	0,4	19,8	0,1	0,1
Sicilia	43,1	28,2	9,8	1,5	1,3	16,1	0,1	0,0
Sardegna	12,2	64,3	5,6	1,8	0,1	16,0	0,0	0,0

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Il peso medio e la degenza media dei ricoveri ordinari

Per quanto concerne la complessità dei casi trattati, stimando il peso medio, si nota che le Regioni che presentano una casistica più "severa" sono quelle del Nord, mentre per le Regioni del Sud i pesi sono inferiori rispetto al riferimento nazionale. In particolare Valle d'Aosta e Piemonte, che presentano la degenza media per ricovero più alta, hanno anche pesi medi per ricovero maggiori rispetto alla media nazionale, rispettivamente del 13,1% e del 12,3%; analogamente la Campania, che presenta la degenza media più bassa, è caratterizzata da un peso medio inferiore rispetto alla media del 9,0%.

Tabella 5.21 - Peso medio per età e Regione di residenza. Ricoveri ordinari in acuzie. Anno 2006

Regioni	Classi d'età			
	0-14	15-64	65+	Totale
Italia	0,93	0,99	1,25	1,09
Piemonte	1,11	1,08	1,40	1,22
Valle d'Aosta	1,18	1,11	1,43	1,25
Lombardia	0,90	1,04	1,33	1,15
P. A. Bolzano	0,78	0,91	1,16	1,00
P. A. Trento	0,95	0,99	1,26	1,10
Veneto	1,05	1,01	1,27	1,13
Friuli Venezia G.	1,12	1,06	1,28	1,18
Liguria	0,99	1,08	1,37	1,22
Emilia Romagna	0,99	1,05	1,30	1,16
Toscana	1,15	1,07	1,35	1,22
Umbria	0,97	0,98	1,27	1,11
Marche	0,92	1,02	1,27	1,13
Lazio	0,91	0,97	1,20	1,05
Abruzzo	0,88	0,92	1,10	0,99
Molise	0,83	0,98	1,17	1,05
Campania	0,86	0,91	1,17	0,99
Puglia	0,91	0,93	1,19	1,02
Basilicata	1,06	0,98	1,21	1,09
Calabria	0,97	0,91	1,09	0,99
Sicilia	0,87	0,95	1,18	1,03
Sardegna	0,90	0,91	1,08	0,97

Fonte: Commissione Europea.

La degenza media dei ricoveri ordinari in acuzie è pari a 6,7 giornate per ricovero; analizzando il dato in funzione delle classi di età, si nota che le giornate di degenza sono 6,3 nel primo anno di vita, scendono a 3,6 ed a 5,5 nell'età adolescenziale e nella fascia d'età centrale, ed aumentano considerevolmente nelle età più anziane (7,9 giornate nella fascia d'età 65-74 e 9,0 giornate nella fascia 75+). Analizzando le differenze regionali si nota una degenza generalmente più alta nelle Regioni settentrionali; la media più alta si riscontra in Valle d'Aosta (8,0), P. A. di Trento (7,9), Piemonte, Veneto e Liguria (7,8); al contrario le Regioni con degenza media più bassa sono Campania, Sicilia ed Abruzzo, che presentano medie inferiori ai 6 giorni.

Tabella 5.22 - Degenza media per età e Regione di residenza
Acuti in regime ordinario - Anno 2006

Regioni	Classi d'età					
	0	1-14	15-64	65-74	75+	Totale
Italia	6,3	3,6	5,5	7,9	9,0	6,7
Piemonte	6,0	3,7	6,5	9,2	10,5	7,8
Valle d'Aosta	7,7	3,4	6,0	9,1	12,4	8,0
Lombardia	6,0	3,5	5,2	7,7	9,3	6,5
P. A. Bolzano	7,1	2,9	5,8	8,1	9,6	6,9
P. A. Trento	6,9	3,5	6,3	9,4	10,8	7,9
Veneto	7,4	3,8	6,3	9,0	10,5	7,8
Friuli Venezia G.	7,0	3,0	5,6	8,6	10,1	7,6
Liguria	5,8	4,0	6,2	8,7	10,0	7,8
Emilia Romagna	6,2	3,4	5,4	7,6	8,7	6,6
Toscana	7,6	4,3	6,0	8,4	9,0	7,4
Umbria	6,3	3,5	5,4	7,5	8,0	6,4
Marche	7,2	3,5	5,3	7,9	9,3	6,9
Lazio	6,5	3,9	6,2	8,5	9,7	7,2
Abruzzo	5,9	3,7	5,0	7,0	7,8	6,0
Molise	5,8	3,8	5,8	7,9	9,1	6,9
Campania	6,4	3,2	4,8	6,9	7,4	5,5
Puglia	5,8	3,8	5,2	7,5	8,5	6,2
Basilicata	5,4	3,7	5,6	7,9	8,7	6,7
Calabria	6,1	3,8	5,6	7,6	8,1	6,4
Sicilia	6,0	3,6	5,3	7,0	7,7	5,9
Sardegna	6,8	3,9	5,9	8,0	8,7	6,7

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Analizzando la degenza media per tipologia di struttura di ricovero si nota come cliniche e policlinici universitari abbiano una degenza superiore rispetto alla media (+13,7% rispetto alla media nazionale), seguite dalle Aziende Ospedaliere (+7,8%); le degenze medie più basse si registrano nelle case di cura private (-20,1%).

Tabella 5.23 - Degenza media per tipologia di struttura di ricovero e Regione di residenza Acuti in regime ordinario - Anno 2006

Regioni	Azienda Ospedal.	Ospedale a gestione diretta	Clinica o policlinico universit.	IRCCS	Ospedale classific.	Casa di cura privata	Istituto non classific. presidio della USL	Ente di ricerca
Italia	7,21	6,83	7,61	6,27	6,45	5,35	6,20	6,49
Piemonte	8,21	7,99	7,03	6,06	5,35	6,83	7,25	4,57
Valle d'Aosta	7,63	8,60	6,13	4,90	4,56	4,28	8,33	13,50
Lombardia	7,12	5,95	7,34	6,51	6,12	4,65	5,13	7,93
P. A. Bolzano	7,45	6,86	3,32	5,12	5,70	8,25	4,22	-
P. A. Trento	8,01	8,23	7,70	6,08	5,21	7,01	4,61	-
Veneto	8,04	7,96	9,26	5,73	7,89	7,14	5,92	7,00
Friuli Venezia G.	8,73	6,67	7,13	4,97	12,07	6,79	5,89	3,00
Liguria	8,66	7,73	6,67	5,58	7,42	5,32	6,07	6,17
Emilia Romagna	6,79	6,57	7,32	5,29	5,77	6,87	5,67	6,79
Toscana	7,80	7,29	7,01	6,06	5,71	6,45	7,14	7,87
Umbria	6,89	6,06	7,44	5,89	5,94	5,92	5,63	6,00
Marche	7,18	6,91	7,66	7,93	6,89	5,27	8,39	5,88
Lazio	8,86	6,93	8,23	6,03	6,96	6,61	6,68	6,13
Abruzzo	7,25	6,68	8,55	6,04	6,36	3,94	8,66	5,07
Molise	7,53	7,14	8,20	7,11	7,19	5,42	8,80	5,85
Campania	6,09	6,01	6,72	6,07	4,80	4,00	5,43	5,24
Puglia	7,09	6,27	8,14	6,20	6,43	4,85	7,26	6,95
Basilicata	7,22	6,60	8,74	6,18	6,20	4,46	6,77	5,96
Calabria	7,59	5,97	7,87	6,97	6,95	5,62	5,89	6,00
Sicilia	6,25	5,37	7,40	6,45	6,57	5,47	7,19	7,15
Sardegna	6,10	6,99	6,73	7,57	6,55	6,08	6,23	7,39

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Il peso medio e gli accessi medi dei ricoveri diurni

Anche per il regime diurno la stima del peso medio evidenzia una casistica più "severa" nelle Regioni del Nord: in particolare Emilia Romagna e Valle d'Aosta registrano pesi maggiori rispetto alla media nazionale rispettivamente del 13,3% e 12,0%. Tutte le Regioni del Sud, alle quali si aggiunge il Lazio, presentano invece un peso medio inferiore rispetto alla media nazionale.

Tabella 5.24 - Peso medio per età e Regione di residenza
Ricoveri diurni in acuzie - Anno 2006

Regioni	Classi d'età			
	0-14	15-64	65+	Totale
Italia	0,67	0,81	0,81	0,80
Piemonte	0,70	0,88	0,83	0,85
Valle d'Aosta	0,90	0,90	0,87	0,89
Lombardia	0,70	0,84	0,78	0,81
P. A. Bolzano	0,65	0,86	0,76	0,80
P. A. Trento	0,67	0,87	0,81	0,84
Veneto	0,68	0,90	0,89	0,88
Friuli Venezia G.	0,63	0,91	0,90	0,88
Liguria	0,61	0,83	0,89	0,83
Emilia Romagna	0,83	0,90	0,92	0,90
Toscana	0,63	0,87	0,93	0,86
Umbria	0,64	0,82	0,79	0,80
Marche	0,71	0,85	0,77	0,81
Lazio	0,67	0,78	0,77	0,76
Abruzzo	0,64	0,76	0,77	0,75
Molise	0,66	0,77	0,78	0,76
Campania	0,67	0,76	0,78	0,75
Puglia	0,68	0,79	0,75	0,77
Basilicata	0,67	0,76	0,78	0,76
Calabria	0,67	0,76	0,78	0,75
Sicilia	0,64	0,75	0,76	0,74
Sardegna	0,76	0,80	0,75	0,78

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Nel 2006 un ricovero diurno in acuzie risulta costituito, in media, da 2,7 accessi; analizzando il dato in funzione delle classi di età, si nota che gli accessi per ricovero sono prossimi a 2 nel primo anno di vita (1,9) e nell'età adolescenziale (1,8), sono in linea con la media (2,7) nella fascia d'età centrale ed in quella più anziana, e raggiungono il massimo nella fascia d'età 65-74 anni (3,2 accessi per ricovero). A livello regionale si registra una forte variabilità: il valore massimo registrato in Emilia Romagna (4,3) è infatti doppio rispetto a quello minimo della Lombardia (2,0). Inoltre si denota una tendenziale differenza tra Nord e Sud: le Regioni settentrionali, ad eccezione di Piemonte, Trentino Alto Adige e Lombardia, presentano valori superiori rispetto alla media, mentre le Regioni meridionali, ad eccezione di Abruzzo e Calabria, presentano valori inferiori.

Tabella 5.25 - Accessi medi per età e Regione di residenza
Acuti in regime diurno - Anno 2006

Regioni	Classi d'età					
	0	1-14	15-64	65-74	75+	Totale
Italia	1,9	1,8	2,7	3,2	2,7	2,7
Piemonte	1,3	1,5	2,5	3,1	2,5	2,5
Valle d'Aosta	1,8	1,6	3,3	3,5	2,1	3,0
Lombardia	1,5	1,5	2,0	2,4	1,8	2,0
P. A. Bolzano	2,4	1,7	2,1	2,4	1,9	2,1
P. A. Trento	2,9	1,8	2,1	3,0	2,3	2,3
Veneto	2,1	2,4	2,7	3,4	3,0	2,9
Friuli Venezia G.	2,8	2,1	3,2	4,1	3,3	3,3
Liguria	1,7	1,6	3,1	4,0	3,5	3,2
Emilia Romagna	3,4	3,4	4,0	5,5	4,4	4,3
Toscana	2,6	2,3	2,7	3,8	3,3	2,9
Umbria	1,6	1,5	2,4	2,9	2,4	2,4
Marche	1,7	2,1	2,4	3,0	1,9	2,4
Lazio	1,4	1,6	3,3	3,9	3,5	3,1
Abruzzo	1,6	1,5	2,9	3,4	2,8	2,8
Molise	2,3	1,7	2,6	3,0	2,6	2,6
Campania	1,9	1,8	2,6	3,0	3,0	2,6
Puglia	1,4	1,6	2,1	2,3	2,1	2,1
Basilicata	1,8	1,8	2,4	2,9	2,6	2,5
Calabria	2,3	2,0	2,7	3,3	2,9	2,8
Sicilia	2,2	2,0	2,6	2,9	2,6	2,6
Sardegna	1,8	2,0	2,3	2,1	1,8	2,2

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

5.5. Il valore della produzione

Il D. Min. della Salute del 21.11.2005 stabilisce che, a partire dal 1.1.2006, ai fini della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, venga adottata la versione 19° del sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere Diagnosis Related Groups (DRG). Per stimare il valore della produzione, non essendo disponibile un tariffario nazionale per la versione DRG in questione, è stata considerata la Tariffa Unica Convenzionale (T.U.C.) per l'anno 2006.

I ricoveri ordinari

Il valore della produzione nazionale per ricoveri ordinari in acuzie nel 2006 è pari a €25,4 mld.; le Regioni che presentano un valore più alto sono ovviamente Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia, che insieme sommano il 44,1% del valore della produzione ospedaliera del Paese.

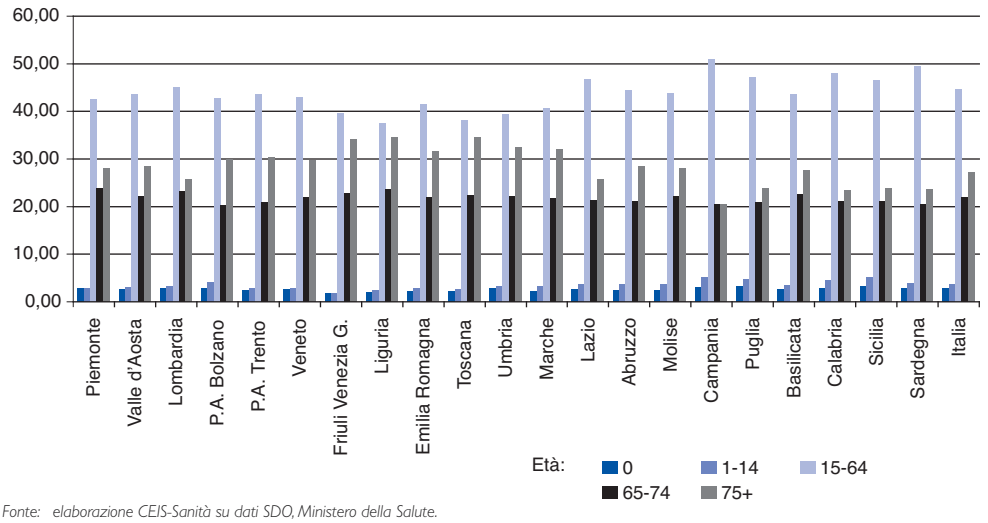
Tabella 5.26 - Valore della produzione Acuti + nati sani in regime ordinario - Valori assoluti in mln. di € e composizione % - Anno 2006

Regioni	Valore della Produzione	Composiz.
ITALIA	25.408,75	100,00%
Piemonte	1.728,72	6,80%
Valle d'Aosta	59,18	0,23%
Lombardia	4.148,90	16,33%
P. A. Bolzano	206,49	0,81%
P. A. Trento	188,46	0,74%
Veneto	1.841,88	7,25%
Friuli Venezia G.	519,82	2,05%
Liguria	778,48	3,06%
Emilia Romagna	1.845,11	7,26%
Toscana	1.506,04	5,93%
Umbria	358,09	1,41%
Marche	678,55	2,67%
Lazio	2.486,26	9,79%
Abruzzo	673,11	2,65%
Molise	164,28	0,65%
Campania	2.403,17	9,46%
Puglia	1.874,22	7,38%
Basilicata	243,19	0,96%
Calabria	866,24	3,41%
Sicilia	2.168,98	8,54%
Sardegna	669,58	2,64%

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO ,Ministero della Salute.

La composizione del "costo" per età ha un andamento omogeneo nelle varie Regioni: all'età iniziale la quota è compresa tra il 2,8% ed il 3,2% (sono esclusi i nati sani), cresce lentamente sino alla classe di età 1-14, per poi aumentare esponenzialmente nelle fasce di età successive. Ovviamente il massimo viene raggiunto nella classe d'età centrale, data l'ampiezza della stessa, più avanti si vedrà che scomponendo tale classe l'assorbimento del valore della produzione risulterà proporzionale al crescere dell'età.

Figura 5.23 - Composizione del valore della produzione ospedaliera per età - Acuti in regime ordinario - Valori % - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Analizzando il valore della produzione pro-capite, al fine di eliminare l'influenza della numerosità della popolazione regionale, si nota che le Regioni con "costi" per abitante maggiori sono Abruzzo (€512,02) e Molise (€510,43), seguite da Liguria (€481,12) e Valle d'Aosta (€471,67). La Lombardia, che assorbe la quota maggiore del valore della produzione nazionale, presenta un valore pro-capite pari a € 432,82, superiore del 1,3% rispetto alla media nazionale. Le Regioni caratterizzate da "spesa" pro-capite minore sono invece Piemonte (€394,67), Veneto (€383,03) e Pr.Aut. di Trento (€368,76).

Tabella 5.27 - Valore della produzione pro-capite per età - Acuti in regime ordinario
Valori in € e num. indice Italia = 100

Regioni/ Classi di età	0	1-14	15-64	65-74	75+	Totale	Numero indice
Italia	1250,70	117,34	288,85	894,17	1237,09	427,46	100,0
Piemonte	1286,91	93,05	258,88	785,81	1045,41	394,67	92,3
Valle d'Aosta	1223,01	117,79	310,16	975,96	1405,86	471,67	110,3
Lombardia	1249,93	107,89	292,05	928,37	1274,00	432,82	101,3
P. A. Bolzano	1110,66	108,12	271,94	949,64	1619,07	420,94	98,5
P. A. Trento	862,99	71,73	243,67	817,77	1194,98	368,76	86,3
Veneto	996,41	85,22	246,34	824,65	1248,17	383,03	89,6
Friuli Venezia G.	947,20	64,71	258,06	834,88	1311,44	425,97	99,7
Liguria	1305,03	108,85	289,78	853,44	1249,69	481,12	112,6
Emilia Romagna	1094,91	105,70	278,23	833,49	1213,89	435,04	101,8
Toscana	1095,15	90,90	243,73	792,07	1222,61	411,34	96,2
Umbria	1312,01	111,98	250,95	782,40	1120,81	408,05	95,5
Marche	1103,83	117,53	277,69	847,76	1244,66	439,03	102,7
Lazio	1286,73	127,56	318,57	927,12	1344,00	456,71	106,8
Abruzzo	1464,76	149,02	348,38	1005,10	1373,42	512,02	119,8
Molise	1581,18	146,47	345,63	1025,80	1302,29	510,43	119,4
Campania	1204,43	128,07	311,05	996,44	1198,93	410,51	96,0
Puglia	1584,62	150,48	322,33	1016,94	1359,36	457,28	107,0
Basilicata	1279,77	106,64	269,54	882,15	1190,37	407,19	95,3
Calabria	1325,93	134,94	310,58	940,50	1156,38	429,37	100,4
Sicilia	1443,13	148,56	301,91	953,49	1196,43	428,47	100,2
Sardegna	1422,53	127,37	285,30	841,85	1170,38	401,03	93,8

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Rapportato il valore della produzione al numero totale dei ricoveri, si ottiene una misura "implicita" del case-mix medio regionale.

Le Regioni che presentano valori maggiori dell'indicatore sono Valle d'Aosta (+18,3% rispetto al riferimento nazionale), Liguria (+15,9%), Toscana (+15,8%) e Piemonte (+15,0%); le Regioni che invece presentano valori della produzione per ricovero minori sono Campania (-11,1%), Calabria (-12,0%) e Sardegna (-12,2%).

In generale si nota una marcata divisone territoriale: le Regioni del Nord, ad eccezione della P. A. di Bolzano, presentano un "costo" medio per ricovero maggiore rispetto alla media nazionale, mentre tutte le Regioni meridionali presentano valori inferiori rispetto alla media nazionale.

Tabella 5.28 - Valore della produzione per ricovero - Acuti in regime ordinario
Valori in € e num. indice Italia = 100 - Anno 2006

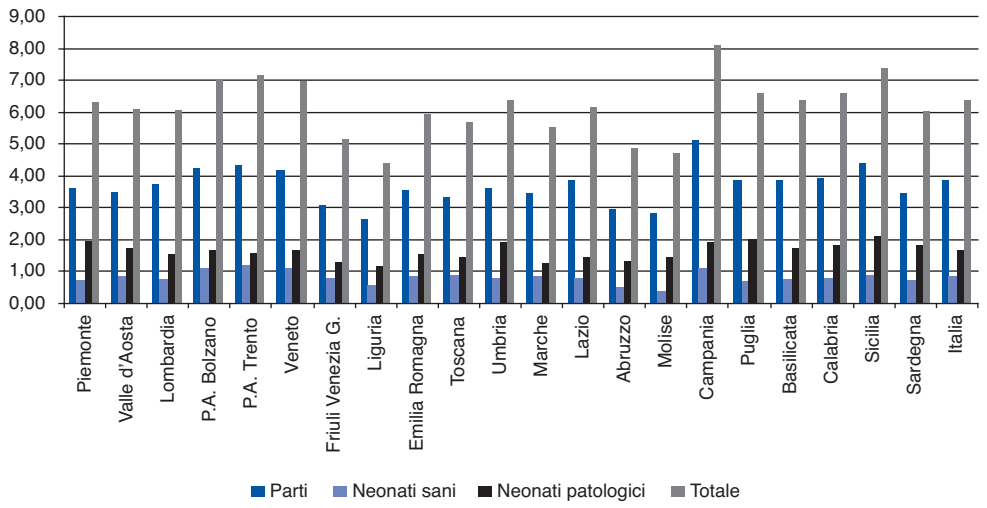
Regioni/ Classi di età	0	1-14	15-64	65-74	75+	Totale	Numero indice
Italia	2459,15	1.827,16	2.848,53	3.843,37	3.629,56	3.132,01	100,0
Piemonte	2442,79	1.940,14	3.249,93	4.517,37	4.111,43	3.602,84	115,0
Valle d'Aosta	3304,61	2.392,30	3.221,65	4.546,78	4.380,68	3.704,12	118,3
Lombardia	2147,35	1.776,02	2.957,39	4.100,03	3.860,28	3.261,27	104,1
P. A. Bolzano	2473,31	1.544,04	2.586,81	3.583,75	3.441,14	2.880,11	92,0
P. A. Trento	2799,28	1.870,56	2.881,70	4.043,32	3.635,90	3.228,64	103,1
Veneto	2925,17	2.043,64	2.975,61	4.112,74	3.681,88	3.321,12	106,0
Friuli Venezia G.	2751,79	2.099,66	3.122,33	4.186,71	3.707,74	3.473,04	110,9
Liguria	2341,62	2.013,62	3.243,28	4.425,97	4.004,54	3.630,37	115,9
Emilia Romagna	2557,83	1.905,80	3.044,52	4.128,34	3.664,07	3.344,03	106,8
Toscana	2872,31	2.316,49	3.225,93	4.383,72	3.953,71	3.625,56	115,8
Umbria	2547,96	1.823,38	2.918,11	4.079,69	3.711,80	3.274,81	104,6
Marche	2655,42	1.892,10	2.942,67	3.987,60	3.713,89	3.280,81	104,8
Lazio	2426,58	1.852,96	2.812,73	3.670,42	3.563,51	3.061,04	97,7
Abruzzo	2205,61	1.750,02	2.571,64	3.299,74	3.176,77	2.793,88	89,2
Molise	2220,69	1.775,87	2.754,53	3.438,25	3.346,30	2.956,06	94,4
Campania	2592,33	1.750,13	2.585,70	3.409,43	3.335,14	2.783,46	88,9
Puglia	2364,13	1.761,96	2.602,54	3.483,52	3.425,54	2.840,68	90,7
Basilicata	2596,02	1.856,28	2.831,57	3.603,49	3.549,91	3.090,13	98,7
Calabria	2579,90	1.862,20	2.572,27	3.238,44	3.105,01	2.756,53	88,0
Sicilia	2469,76	1.705,18	2.751,19	3.514,13	3.402,37	2.913,84	93,0
Sardegna	2552,58	1.736,80	2.593,67	3.228,39	3.061,99	2.750,39	87,8

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

I "costi" della nascita

Volendo stimare la quota di costo dell'assistenza ospedaliera, in regime ordinario, attribuibile alla nascita, è stata sommata la quota del valore della produzione relativa ai parti (DRG da 370 a 375), ai neonati sani (DRG 391) ed ai neonati con patologie legate al parto (DRG da 385 a 390): alle nascite è risultato essere destinato il 6,4% del totale della "spesa"; in particolare la quota dei parti è pari al 3,9%, la quota attribuita ai bimbi nati sani allo 0,8% e quella dei neonati patologici all'1,7%. Le Regioni che presentano quote di "costo" più alte sono la Campania (8,1%), per la quale il costo dei parti rappresenta il 5,1% del valore totale della produzione, la Sicilia (7,4%) e la P. A. di Trento (7,1%). Il "costo" particolarmente elevato dei parti in Campania, oltre che dall'elevato numero di nascite, potrebbe essere spiegato dall'alta percentuale di "parti cesarei" registrata nella Regione, che raggiunge il 60,7% del totale. Le Regioni che presentano quote minori sono invece l'Abruzzo (4,9%), il Molise (4,7%) e la Liguria (4,4%).

Figura 5.24 - Quota del valore della produzione ospedaliera attribuibile alle nascite - Acuti in regime ordinario - Valori % - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

I ricoveri diurni

Il valore della produzione nazionale relativa a ricoveri diurni per acuzie nel 2006 è di €5 mld, pari al 16,8% del valore della produzione totale per ricoveri in acuzie (esclusi i nati sani). Analogamente al regime ordinario, le Regioni che presentano il "costo" maggiore sono Lombardia (13,7% del totale), Sicilia (12,3%), Lazio (10,1%) e Campania (8,7%), mentre quelle che assorbono la quota minore sono Molise (0,5%) e Valle d'Aosta (0,2%).

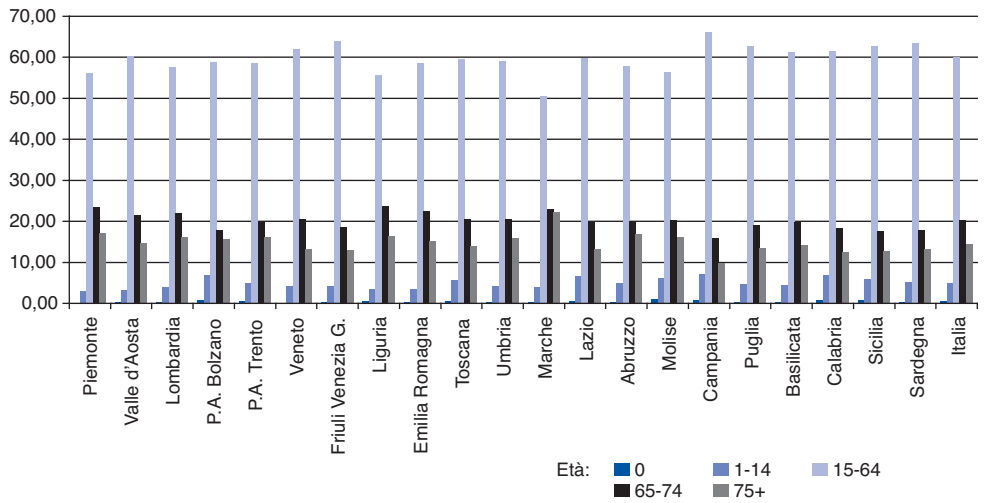
Tabella 5.29 - Valore della produzione Acuti in regime diurno - Valori assoluti in mln. di € e variazioni % - Anno 2006

Regioni	Valore assoluto	Composiz.
Italia	5.102,54	100,0
Piemonte	434,52	8,5
Valle d'Aosta	11,57	0,2
Lombardia	696,60	13,7
P. A. Bolzano	32,89	0,6
P. A. Trento	42,72	0,8
Veneto	390,66	7,7
Friuli Venezia G.	78,54	1,5
Liguria	220,21	4,3
Emilia Romagna	407,06	8,0
Toscana	331,80	6,5
Umbria	73,93	1,4
Marche	118,45	2,3
Lazio	513,97	10,1
Abruzzo	116,97	2,3
Molise	24,98	0,5
Campania	445,04	8,7
Puglia	223,17	4,4
Basilicata	47,67	0,9
Calabria	158,27	3,1
Sicilia	627,75	12,3
Sardegna	105,76	2,1

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

La composizione del "costo" per età è omogenea per tutte le Regioni; la quota è minima alla nascita, pari in media allo 0,5%, nella fascia d'età adolescenziale cresce sino al 5,0%, e raggiunge il 59,9% nella fascia centrale (15-64 anni). Le classi d'età anziane, infine, assorbono rispettivamente il 20,3% ed il 14,3% dei "costi" totali.

Figura 5.25 - Composizione del valore della produzione ospedaliera per età - Acuti in regime diurno - Valori % - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Analizzando il valore della produzione per residente, si nota che la Regione con il "costo" più elevato è la Liguria (€136,86), seguita da Sicilia (€125,12) e Piemonte (€99,95); la Lombardia, che assorbe il 13,7% del valore totale della produzione in day hospital, presenta un "costo" per residente paria a €73,25, inferiore rispetto alla media nazionale di 15,4 punti percentuali. Le Regioni con valori della produzione pro-capite minori sono il Friuli Venezia Giulia (€64,89), la Sardegna (€63,80) e la Puglia (€54,82).

Tabella 5.30 - Valore della produzione pro-capite per età - Acuti in regime diurno
Valori in € e num. indice Italia = 100 - Anno 2006

Regioni/ Classi di età	0	1-14	15-64	65-74	75+	Totale	Numero indice
Italia	42,36	32,63	78,59	167,49	132,54	86,57	100,0
Piemonte	24,30	25,21	86,31	196,00	163,15	99,95	115,5
Valle d'Aosta	37,83	24,87	84,53	185,54	141,22	92,98	107,4
Lombardia	26,98	22,06	63,10	149,96	135,41	73,25	84,6
P. A. Bolzano	47,13	29,83	60,15	134,69	135,98	67,79	78,3
P. A. Trento	35,03	29,30	75,31	177,93	145,96	84,63	97,8
Veneto	16,73	26,59	76,18	165,93	118,13	82,14	94,9
Friuli Venezia G.	23,72	24,30	63,71	103,48	75,64	64,89	75,0
Liguria	118,90	47,60	122,32	241,80	170,46	136,86	158,1
Emilia Romagna	30,02	28,32	87,73	191,65	128,84	96,79	111,8
Toscana	51,60	45,05	84,35	160,85	109,25	91,43	105,6
Umbria	23,19	30,68	78,29	150,82	114,80	84,93	98,1
Marche	29,48	25,58	60,67	156,77	152,21	77,29	89,3
Lazio	41,45	49,41	85,02	180,08	144,44	95,20	110,0
Abruzzo	39,39	34,94	79,10	167,76	142,24	89,45	103,3
Molise	93,86	38,24	67,95	143,55	115,10	77,94	90,0
Campania	60,27	33,99	75,71	145,55	107,74	76,86	88,8
Puglia	15,46	17,38	51,27	110,71	92,23	54,82	63,3
Basilicata	29,76	26,78	74,92	151,83	120,81	80,43	92,9
Calabria	64,27	38,18	73,25	150,70	112,49	79,09	91,4
Sicilia	98,70	50,36	119,13	232,06	186,97	125,12	144,5
Sardegna	29,26	27,41	58,41	116,22	104,38	63,80	73,7

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

L'analisi del valore della produzione per numero di ricoveri mostra, anche per il day hospital, una netta distinzione territoriale: le Regioni del Nord (ad eccezione della Lombardia e della Pr.Aut. di Bolzano) presentano indici di complessità sistematicamente maggiori rispetto alle Regioni meridionali. L'indice più elevato si registra in Emilia Romagna, dove la "spesa" per ricovero è maggiore del 62,0% rispetto al livello medio nazionale, seguita da Toscana (+29,8%) e Friuli Venezia Giulia (+28,4%). Le Regioni con valori della produzione per ricovero minori sono Basilicata (-15,8%), Puglia (-16,7%) e Campania (-22,6%).

Tabella 5.31 - Valore della produzione per ricovero - Acuti in regime diurno
Valori in € e num. indice Italia = 100 - Anno 2006

Regioni/ Classi di età	0	1-14	15-64	65-74	75+	Totale	Numero indice
Italia	591,99	708,50	1379,52	1539,42	1403,33	1339,93	100,0
Piemonte	513,08	747,56	1606,78	1738,23	1520,55	1559,84	116,4
Valle d'Aosta	686,04	869,04	1757,15	1820,25	1338,65	1630,03	121,7
Lombardia	504,10	687,53	1323,23	1329,25	1195,48	1251,16	93,4
P. A. Bolzano	946,96	836,50	1420,07	1421,68	1183,40	1310,58	97,8
P. A. Trento	1023,91	970,66	1582,53	1816,54	1476,79	1552,26	115,8
Veneto	773,86	1023,67	1658,51	1843,91	1693,33	1650,42	123,2
Friuli Venezia G.	915,26	943,15	1757,00	1955,63	1744,86	1720,52	128,4
Liguria	502,49	639,59	1494,89	1801,05	1580,14	1477,11	110,2
Emilia Romagna	1045,01	1345,58	2123,18	2594,34	2171,89	2170,44	162,0
Toscana	856,91	961,17	1712,09	2138,88	2053,59	1739,17	129,8
Umbria	592,36	641,85	1484,22	1685,92	1460,12	1431,33	106,8
Marche	577,80	855,38	1680,08	1839,09	1548,30	1608,39	120,0
Lazio	393,21	509,58	1333,88	1489,65	1339,63	1215,76	90,7
Abruzzo	468,71	556,90	1365,13	1567,03	1386,98	1300,99	97,1
Molise	693,94	766,01	1229,58	1376,14	1323,75	1216,14	90,8
Campania	563,34	619,42	1077,77	1177,81	1175,73	1036,98	77,4
Puglia	531,29	627,10	1174,78	1150,15	1137,05	1116,30	83,3
Basilicata	596,88	616,06	1156,00	1279,68	1143,48	1128,06	84,2
Calabria	705,91	759,69	1169,37	1376,95	1265,88	1163,96	86,9
Sicilia	675,77	755,87	1173,66	1266,20	1208,00	1147,62	85,6
Sardegna	616,04	749,58	1242,08	1185,23	1109,33	1169,78	87,3

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute

5.6. Mobilità

L'analisi della mobilità prende in considerazione esclusivamente i ricoveri acuti ordinari, di cui vengono riportati i flussi interregionali, con l'aggiunta della percentuale di ricoveri effettuati in Regioni limitrofe, ed il valore della produzione.

Tabella 5.32 - Mobilità per ricoveri - Acuti in regime ordinario - Anno 2006

Regioni	Ricoveri Autoctoni	Mobilità Attiva	di cui da Regioni limitrofe	Mobilità Passiva	di cui da Regioni limitrofe	Saldo
Piemonte	436.714	29.109	19.730	39.506	32.344	- 10.397
Valle d'Aosta	12.268	1.471	893	3.572	2.365	- 2.101
Lombardia	1.212.724	118.023	47.878	49.450	31.105	68.573
P. A. Bolzano	67.731	5.295	3.603	3.177	2.328	2.118
P. A. Trento	47.318	4.931	3.295	10.332	8.989	- 5.401
Veneto	518.326	46.499	28.714	30.177	25.397	16.322
Friuli Venezia G.	138.854	12.632	8.404	9.608	5.581	3.024
Liguria	189.106	23.214	9.736	24.131	15.186	- 917
Emilia Romagna	512.269	78.734	39.090	34.831	28.840	43.903
Toscana	386.129	43.002	18.366	25.606	15.533	17.396
Umbria	95.435	15.449	11.534	13.021	8.783	2.428
Marche	182.059	17.876	13.443	23.011	17.910	- 5.135
Lazio	753.096	73.547	40.119	52.441	37.453	21.106
Abruzzo	213.745	34.012	23.331	25.885	17.077	8.127
Molise	44.007	15.019	13.699	11.333	9.090	3.686
Campania	788.401	18.400	9.710	65.600	34.966	- 47.200
Puglia	605.041	22.733	12.171	50.248	7.795	- 27.515
Basilicata	59.762	8.664	7.821	18.340	10.638	- 9.676
Calabria	265.829	9.052	1.336	45.895	1.493	- 36.843
Sicilia	692.337	11.646		45.407		- 33.761
Sardegna	229.810	4.139		11.876		- 7.737

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

Come era logico aspettarsi, si evidenzia una netta distinzione tra aree geografiche: le Regioni meridionali sono caratterizzate generalmente da un saldo migratorio negativo, mentre quelle centro-settentrionali da un saldo positivo, eccezion fatta per Marche, Piemonte, Valle d'Aosta, P. A. di Trento e Liguria. I poli di maggior attrazione sono Lombardia, Emilia Romagna e Lazio; in particolare l'8,9% dei ricoveri effettuati nel Lazio e in Lombardia, ed il 13,3% di quelli effettuati in Emilia Romagna riguardano pazienti non residenti (meno della metà dei quali risiede in Regioni limitrofe). Le Regioni caratterizzate da un maggior "esodo" dei propri residenti sono invece Basilicata (23,5% dei ricoveri dei residenti avviene in altre Regioni), Valle d'Aosta (22,6%) e Molise (20,5%). Il Molise presenta comunque un saldo migratorio positivo; è interessante notare, però, che mentre per la mobilità attiva il 91,2% dei ricoveri riguarda pazienti residenti in Regioni limitrofe, per la mobilità passiva questa percentuale scende all'80,0%. Per le Regioni che, come il Molise, presentano caratteristiche morfologiche peculiari, la mobilità è certamente influenzata anche dalla maggiore o minore facilità di accesso alle strutture ospedaliere. In questo caso la mobilità attiva potrebbe essere dovuta ad una maggiore facilità dei residenti nelle Regioni confinanti ad accedere alle strutture del Molise, mentre la mobilità passiva potrebbe derivare da una scelta "mirata". Ciò viene confermato dall'analisi dei costi per ricovero, che mostra una "spesa" maggiore,e presumibilmente una casistica più complessa, per i ricoveri in uscita.

Il valore della produzione legato alla mobilità è pari a circa €2,2 mld, pari all'8,7% del valore della produzione complessivo; le Regioni in cui i valori sono più significativi sono, ovviamente, la Lombardia, l'Emilia Romagna, il Lazio e la Campania.

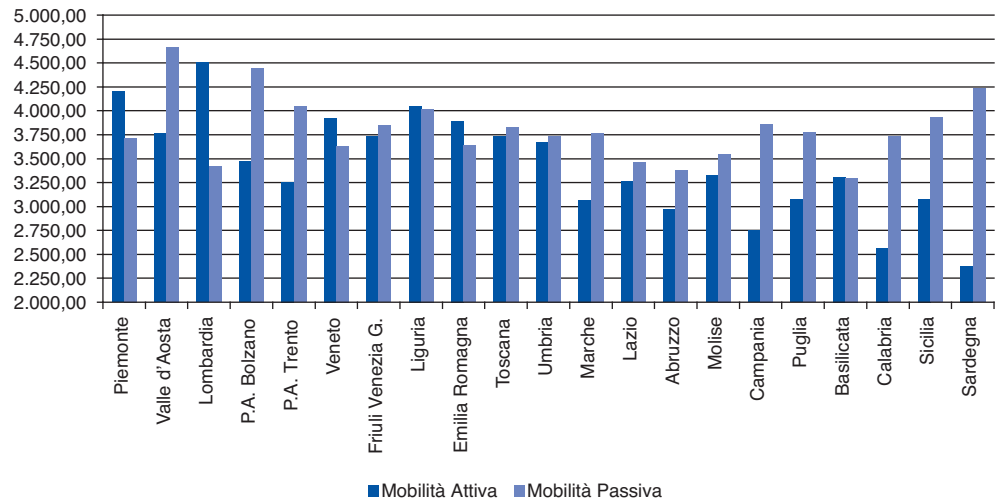
Tabella 5.33 - Valore della produzione relativo alla mobilità per ricoveri Acuti in regime ordinario - Anno 2006

Regioni	Mobilità Attiva	Mobilità Passiva	Saldo
Piemonte	122.344.749,42	146.839.661,94	-24.494.912,52
Valle d'Aosta	5.537.059,58	16.669.515,41	- 11.132.455,83
Lombardia	531.528.926,53	168.893.431,15	362.635.495,38
P. A. Bolzano	18.374.138,53	14.120.562,48	4.253.576,05
P. A. Trento	16.043.558,10	41.773.588,52	-25.730.030,43
Veneto	182.372.908,66	109.498.231,18	72.874.677,48
Friuli Venezia G.	47.142.685,97	36.953.049,50	10.189.636,47
Liguria	94.014.561,66	96.965.945,38	- 2.951.383,72
Emilia Romagna	306.236.639,17	126.785.091,30	179.451.547,88
Toscana	160.407.924,03	97.885.435,85	62.522.488,18
Umbria	56.641.120,56	48.660.684,77	7.980.435,79
Marche	54.843.402,59	86.673.208,32	- 31.829.805,73
Lazio	240.216.592,02	181.539.927,12	58.676.664,90
Abruzzo	100.864.386,68	87.389.037,02	13.475.349,66
Molise	49.885.904,67	40.197.165,02	9.688.739,65
Campania	50.570.526,98	253.627.929,97	- 203.057.402,99
Puglia	69.856.273,65	189.467.073,88	- 119.610.800,23
Basilicata	28.669.620,30	60.467.737,37	- 31.798.117,06
Calabria	23.246.175,82	171.196.096,95	- 147.949.921,13
Sicilia	35.838.904,65	178.614.969,24	- 142.776.064,60
Sardegna	9.856.884,29	50.274.601,50	- 40.417.717,21

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

L'analisi del valore della produzione si concentra infine sul confronto tra i costi per ricovero relativi alla mobilità attiva e quelli relativi alla mobilità passiva, al fine di fornire una stima della severità dei ricoveri caratterizzanti la mobilità. I risultati evidenziano una netta distinzione tra aree geografiche: le Regioni settentrionali, ad eccezione di Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige, presentano costi per ricovero maggiori per la mobilità attiva, mentre per le Regioni del Sud i costi maggiori riguardano la mobilità passiva. Presumibilmente, quindi, mentre nelle Regioni del Nord la mobilità attiva riguarda ricoveri con una casistica più complessa rispetto a quelli della mobilità passiva, nel Sud si verifica la situazione opposta.

Figura 5.26 - Valore della produzione per ricovero per tipo di mobilità Acuti in regime ordinario - Valori in € - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

5.7. L'appropriatezza

L'analisi dell'appropriatezza è stata condotta analizzando varie dimensioni:

- l'incidenza dei ricoveri per acuzie relativi ai 43 DRG dichiarati a rischio di inappropriatezza dal D.P.C.M. del 29.11.2001;
- la proporzione di ricoveri diurni medici rispetto a quelli chirurgici;
- il valore economico attribuibile alla produzione in regime ordinario di ricoveri potenzialmente (in)appropriati.

L'(in)appropriatezza regionale dei ricoveri per acuzie può quindi essere sintetizzata analizzando l'ordinamento complessivo rispetto ai seguenti tre fattori:

- Proporzione dei ricoveri diurni medici rispetto a quelli chirurgici
- Percentuale di ricoveri a rischio di (in)appropriatezza in regime ordinario
- Valore della produzione in regime ordinario relativa a ricoveri potenzialmente (in)appropriati.

L'indicatore totale è ottenuto come somma dei ranking delle singole Regioni.

Anche in questo caso risulta evidente una distinzione tra le Regioni meridionali e quelle settentrionali; le prime infatti sono caratterizzate da un indice sintetico di (in)appropriatezza maggiore: in particolare Campania, Calabria, Sardegna e Abruzzo presentano i risultati peggiori. Le Regioni del Nord invece registrano un minor numero di ricoveri a rischio di (in)appropriatezza, i risultati migliori sono ottenuti da Toscana, Piemonte, Valle d'Aosta e P. A. di Trento.

Tabella 5.34 - Indicatore di (in)appropriatezza
Ricoveri in acuzie - Anno 2006

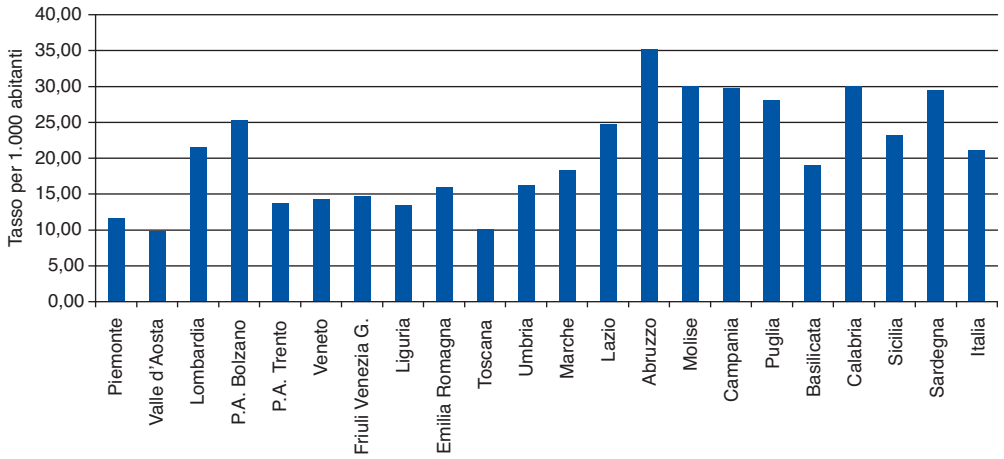
Regione	Ricoveri Day Surgery/ Ricoveri medici	Ricoveri inappropriati R.O.	Ricoveri inappropriati D.H.	% "Spesa" DRG inappropriati in R.O.	Ranking
Toscana	22,17	8,96	27,98	3,21	1
Valle d'Aosta	9,69	7,73	35,40	2,73	2
Friuli Venezia G.	48,38	11,95	32,27	4,62	3
Liguria	-34,11	10,17	30,37	3,56	4
Emilia Romagna	18,76	12,24	29,73	4,78	5
Veneto	47,37	12,32	30,54	4,78	6
Piemonte	72,26	10,71	38,71	3,85	7
P. A. Trento	136,20	11,97	41,50	4,75	8
Umbria	14,01	13,07	36,45	5,00	9
Marche	82,74	13,69	45,08	5,46	10
Basilicata	-42,27	14,41	37,87	5,78	11
Lombardia	-3,84	16,19	38,69	6,29	12
Lazio	-46,31	16,59	36,25	6,88	13
P. A. Bolzano	36,25	17,32	43,04	7,45	14
Sicilia	-48,59	15,80	38,36	6,69	15
Sardegna	-35,38	20,23	35,80	9,09	16
Abruzzo	-36,20	19,18	38,47	8,43	17
Puglia	-24,04	17,43	46,58	7,42	18
Molise	-43,49	17,39	45,02	7,23	19
Campania	-59,11	20,22	35,51	8,76	20
Calabria	-60,83	19,31	37,68	8,52	21

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Ricoveri ordinari

Per quanto concerne il regime ordinario, l'analisi dei tassi di ricovero evidenzia un maggior numero di ricoveri a rischio nelle Regioni centro meridionali. La media nazionale è pari a 21,1 ricoveri potenzialmente inappropriati ogni 1000 residenti: i valori più alti si registrano in Abruzzo (35,2 per 1000), Calabria (30,1) e Molise (30,0); tra le Regioni settentrionali, solo la P. A. di Bolzano (25,3) e la Lombardia (21,5) presentano valori superiori rispetto al livello nazionale. Le Regioni che presentano il minor numero di ricoveri potenzialmente inappropriati per residente sono il Piemonte (11,7 per 1000), la Toscana (10,2) e la Valle d'Aosta (9,8).

Figura 5.27 - Tassi di ricovero per DRG a rischio di inappropriatezza Acuti in regime ordinario - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

I tassi di ricovero distinti per tipologia, evidenziano un maggior numero di ricoveri inappropriati fra i DRG medici; in media il tasso di "inappropriatezza" dei ricoveri in regime ordinario è pari a 13,8 per i ricoveri medici e del 7,3 per 1000 abitanti per quelli chirurgici. Le differenze più significative si registrano nella P. A. di Bolzano, dove il numero di ricoveri medici inappropriati per 1000 abitanti è pari a 3,8 volte quello relativo a ricoveri inappropriati chirurgici, seguita dalla Liguria (3,6), dalla Sicilia (2,7) e dall'Umbria (3,2).

Tabella 5.35 - Quota di ricoveri potenzialmente inappropriati per tipologia di DRG
Ricoveri Acuti Ordinari - Valori % - Anno 2006

Regioni	DRG Chirurgici	DRG Medici
Italia	14,36	16,08
Piemonte	11,02	10,47
Valle d'Aosta	9,13	6,60
Lombardia	16,01	16,34
P. A. Bolzano	10,59	20,80
P. A. Trento	8,17	14,05
Veneto	8,80	14,58
Friuli Venezia G.	12,12	11,83
Liguria	6,06	12,50
Emilia Romagna	11,53	12,74
Toscana	7,11	10,00
Umbria	9,11	15,11
Marche	16,79	11,53
Lazio	15,82	17,07
Abruzzo	20,23	18,66
Molise	16,30	17,90
Campania	18,49	21,07
Puglia	18,05	17,10
Basilicata	14,50	14,36
Calabria	22,17	17,93
Sicilia	11,99	17,51
Sardegna	20,95	19,91

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Il valore della produzione per acuzie in regime ordinario relativo a ricoveri potenzialmente inappropriati è pari in Italia a €1,5 mld., circa il 6,2% del valore totale. Le Regioni che presentano la quota più alta dei "costi" inappropriati sono la Sardegna (9,1%), l'Abruzzo (8,8%) e la Calabria (8,5%), mentre quelle che presentano la percentuale minore sono la Liguria (3,6%), la Toscana (3,2%) e la Valle d'Aosta (2,7%).

Tabella 5.36 - Val. della produz. dei ricov. potenz.nte inappr. - Ricoveri acuti ordinari Valori in mln. di € e composizione % - Anno 2006

Regioni	Valore assoluto	%
Italia	1.554,53	6,17
Piemonte	66,07	3,85
Valle d'Aosta	1,60	2,73
Lombardia	258,79	6,29
P. A. Bolzano	15,22	7,45
P. A. Trento	8,85	4,75
Veneto	87,13	4,78
F.V. Giulia	23,83	4,62
Liguria	27,53	3,56
E. Romagna	87,45	4,78
Toscana	47,89	3,21
Umbria	17,76	5,00
Marche	36,76	5,46
Lazio	169,54	6,88
Abruzzo	56,41	8,43
Molise	11,83	7,23
Campania	208,30	8,76
Puglia	138,21	7,42
Basilicata	13,95	5,78
Calabria	73,18	8,52
Sicilia	143,76	6,69
Sardegna	60,46	9,09

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Ricoveri diurni

Per il regime di ricovero diurno la stima dell'inappropriatezza viene effettuata analizzando l'incidenza dei ricoveri diurni medici su quelli chirurgici.

L'analisi conferma quanto visto per il regime ordinario, le Regioni del Sud sono caratterizzate da una maggiore inappropriatezza dei ricoveri rispetto alle Regioni settentrionali; concentrandosi sulla distribuzione percentuale dei ricoveri diurni per tipologia di DRG infatti si nota come nelle Regioni del Nord, ad eccezione della Liguria, i ricoveri in day surgery siano maggiori rispetto a quelli medici, mentre nelle Regioni del Sud accade il contrario. In particolare mentre per l'aggregato del Nord si registrano in media 85 ricoveri medici ogni 100 ricoveri chirurgici, nel Sud i ricoveri medici sono quasi doppi rispetto a quelli chirurgici, precisamente 194 ogni 100.

5.8. La spesa

5.8.1. Confronti internazionali

L'assistenza ospedaliera è al centro dell'attenzione nelle politiche sanitarie in tutti Paesi sviluppati, in larga misura per le ingenti risorse che essa assorbe. La valenza economica della "preoccupazione" è ancor più tangibile proiettandosi nel futuro: la specializzazione, così come il continuo avvento di tecnologie innovative, hanno infatti esteso le opportunità terapeutiche, ma allo stesso tempo hanno avuto un impatto rilevante sulla spesa sanitaria.
Fattor comune di tutti i sistemi sanitari dei diversi Paesi, è il rilevante assorbimento di risorse dell'assistenza ospedaliera; infatti la spesa per prestazioni erogate in regime di degenza costituisce, in tutte le realtà, una quota piuttosto rilevante della spesa sanitaria totale.
Nonostante il confronto tra i Paesi debba essere fatto con cautela a causa della diversità dei sistemi, si osserva come i Paesi che destinano una quota maggiore di spesa sanitaria alla spesa ospedaliera siano Svizzera, Italia e Islanda con valori, nel 2007, rispettivamente pari al 45,9%, 44,8% e al 44,0% della spesa sanitaria complessiva. Viceversa risorse minori vengono destinate all'assistenza ospedaliera in Slovacchia, Portogallo e Stati Uniti (rispettivamente 21,4%, 20,8% e 19,4% della spesa sanitaria totale).

Tabella 5.37 - Quota di spesa per degenza sulla spesa sanitaria totale Valori %

Paesi	1980	1990	2000	2005	2007
Australia	47,5	41,5	32,6	34,8	35,3*
Austria	n.d.	39,8	39,5	39,5	40,1*
Belgio	33,1	32,8	n.d.	36,3	38,0
Canada	53,8	49,1	30,9	28,2	27,8
Corea	24,2	28,9	27,2	26,4	27,9
Danimarca	61,6	55,3	53,2	31,2	36,4
Finlandia	46,3	44,7	39,2	38,3	37,1
Francia	49,4	44,3	38,3	37,0	37,0
Germania	33,2	34,7	35,5	34,9	34,5
Giappone	30,9	33,0	38,4	38,8	38,3*
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	59,1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islanda	59,1	53,8	56,2	46,5	44,0
Italia	n.d.	42,9	43,2	44,3	44,8
Lussemburgo	31,3	26,4	36,0	40,1	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	37,3	28,7	24,3
Norvegia	63,9	61,7	42,8	40,7	41,7
Nuova Zelanda	72,2	60,4	n.d.	33,1	33,0
Olanda	54,6	49,2	36,5	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	29,4	30,7
Portogallo	28,7	32,3	24,3	21,3	20,8
Regno Unito	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rep. Ceca	n.d.	n.d.	26,6	33,4	32,9
Slovacchia	n.d.	n.d.	26,4	27,0	21,4
Spagna	54,1	44,1	28,2	27,1	27,6
Stati Uniti	42,9	34,9	27,7	25,8	19,4
Svezia	n.d.	n.d.	51,7	30,3	29,7
Svizzera	47,5	47,9	46,2	45,5	45,9
Turchia	n.d.	33,4	19,9	n.d.	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	29,3	29,4	29,6

*Fonte: OECD Health Data*Valori anno 2006*

In particolare i Paesi dove la quota destinata all'assistenza ospedaliera si è ridotta maggiormente sono Stati Uniti (-6,4%), Slovacchia (-5,6%) e Messico (-4,4%). Incrementi importanti si osservano invece in Danimarca (+5,2%), Belgio (+1,7%) e Polonia (+1,3%).

Tabella 5.38 - Spesa pro-capite per degenza - Valori in $ PPP

Paesi OCSE	1980	1990	2000	2005	2007
Australia	306	499	741	1.037	1.107*
Austria	n.d.	644	1.116	1.372	1.508*
Belgio	213	445	n.d.	1.197	1.366
Canada	419	853	779	978	1.083
Corea	26	103	220	342	471
Danimarca	552	854	1.265	985	1.278
Finlandia	264	611	727	991	1.053
Francia	330	641	975	1.221	1.333
Germania	322	614	947	1.167	1.238
Giappone	180	371	755	960	987
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	303	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islanda	446	897	1.537	1.538	1.461
Italia	n.d.	583	887	1.122	1.203
Lussemburgo	n.d.	n.d.	919	1.611	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	189	208	200
Norvegia	427	845	1.301	1.752	1988
Nuova Zelanda	367	598		746	828
Olanda	398	696	853	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	252	318
Portogallo	79	206	367	447	448*
Regno Unito	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rep. Ceca	n.d.	n.d.	261	486	536
Slovacchia	n.d.	n.d.	159	307	332
Spagna	196	385	432	614	737
Stati Uniti	468	980	1.303	1.693	1.413
Svezia	n.d.	n.d.	1.180	897	988
Svizzera	483	973	1.486	1.828	2.027
Turchia	n.d.	52	86	n.d.	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	250	414	411

Fonte: OECD Health Data 2009
** Valori anno 2006*

La spesa totale per degenza pro-capite mostra, come prevedibile, una estrema variabilità tra i paesi OECD. I Paesi con spesa pro-capite maggiore sono Svizzera ($ 2.027), Norvegia ($ 1.988) e Austria ($ 1.508) mentre quelli con spesa pro-capite minore sono Messico ($ 257), Polonia ($ 318) e Slovacchia ($ 332).

Tabella 5.39 - Quota della spesa pubblica per degenza sulla spesa per degenza totale - Valori %

Paesi OCSE	1980	1990	2000	2005	2007
Australia	79,2	75,8	73,5	77,5	77,9*
Austria	n.d.	78,1	83,5	83,8	84,3
Belgio	69,8	69,2	n.d.	82,9	81,9
Canada	87,6	87,1	86,5	86,4	85,8
Corea	20,5	46,6	56,8	60,1	65,8
Danimarca	95,6	98,7	93,8	94,2	94,3
Finlandia	92,0	93,1	84,4	87,4	88,1
Francia	92,0	92,1	94,4	94,3	93,8
Germania	85,6	85,8	86,3	84,5	83,7
Giappone	93,7	92,7	89,8	89,7	88,7*
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	83,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islanda	100,0	100,0	99,2	99,2	99,2
Italia	n.d.	92,5	89,9	91,9	92,2
Lussemburgo	81,8	95,1	93,9	94,8	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	68,1	63,8	55,1
Norvegia	100,0	100,0	92,1	93,6	94,0
Nuova Zelanda	95,0	95,0	n.d.	86,9	86,5
Olanda	81,8	77,6	80,9	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	95,4	95,4
Portogallo	93,4	91,2	n.d.	n.d.	n.d.
Regno Unito	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rep. Ceca	n.d.	n.d.	98,5	98,0	97,6
Slovacchia	n.d.	n.d.	100,0	98,3	82,4
Spagna	81,2	96,7	86,9	86,1	86,7
Stati Uniti	54,1	52,2	56,9	58,3	55,2
Svezia	n.d.	n.d.	99,0	97,2	97,3
Svizzera	n.d.	n.d.	57,1	63,0	62,2
Turchia	n.d.	n.d.	85,1	n.d.	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	88,6	88,0	90,1

Fonte: OECD Heath Data

In Italia la spesa totale per degenza è pari a $ 1.203 nel 2007 in leggera crescita rispetto al 2005.
In tutti i paesi OECD la spesa per degenza è prevalentemente pubblica.
Solo in Messico, Stati Uniti, Svizzera e Corea la percentuale di spesa per degenza pubblica su spesa per degenza totale è inferiore al 77,0%. In Islanda, Repubblica Ceca e Svezia la quota di spesa pubblica per degenza è, di contro, superiore al 97,0%.
In particolare in Italia la quota di spesa pubblica per degenza è pari al 92,2% della spesa per degenza totale.

5.8.2. Spesa ospedaliera in Italia (stima)

Utilizzando i dati forniti dalle Regioni nell'ambito della rilevazione LA dei costi, riferita al 2005 , è possibile stimare le quote regionali di spesa ospedaliera. Purtroppo non è possibile separare la quota riferibile alle acuzie da quella per riabilitazione e lungodegenza, in quanto tutte sono comprese nel Livello Essenziale di Assistenza Ospedaliera. Si adotta l'ipotesi che la quota destinata all'assistenza ospedaliera sia rimasta costante dal 2005. Quindi, nota la spesa sanitaria totale e la spesa ospedaliera privata accreditata, si è stimata la spesa ospedaliera totale e la percentuale di spesa ospedaliera pubblica. L'onere complessivo della spesa ospedaliera così stimata è pari al 41,1% della spesa sanitaria pubblica totale €43,8 mld. nel 2008 (rispettivamente €43,4 mld., ovvero €42,1% nel 2007 e €39,5 mld. ovvero €41,1% nel 2005).
Nel 2008, in particolare, il 79,6% della spesa ospedaliera è assorbito dal settore pubblico (era il 79,3% circa nel 2005 e 80,3% nel 2007) e per il restante 20,4% al settore privato accreditato. Le Regioni con una spesa ospedaliera pro-capite più elevata sono, nel 2008, la P. A. di Bolzano, la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia mentre quelle con una spesa pro-capite inferiore sono la Lombardia, le Marche e la Calabria.

Tabella 5.40 - Stima spesa ospedaliera pro-capite e quota sulla spesa sanitaria pubblica Valori assoluti in € e quota % - Anno 2008

Regioni	Spesa pro-capite	Quota
Italia	735,39	79,59%
Piemonte	850,49	85,82%
Valle d'Aosta	980,76	99,07%
Lombardia	776,02	69,72%
Bolzano	1030,49	95,76%
Trento	893,65	88,53%
Veneto	828,85	86,10%
Friuli Venezia G.	940,53	95,28%
Liguria	875,08	84,53%
Emilia Romagna	791,96	82,61%
Toscana	813,90	92,82%
Umbria	808,02	94,38%
Marche	782,09	92,23%
Lazio	n.d.	n.d.
Abruzzo	865,67	87,93%
Molise	n.d.	n.d.
Campania	814,36	84,55%
Puglia	798,90	76,64%
Basilicata	801,81	98,68%
Calabria	783,69	84,71%
Sicilia	817,48	84,38%
Sardegna	816,45	92,83%

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 5.41 - Quota della spesa ospedaliera sulla spesa sanitaria Valori % - Anno 2008

Regioni	Quota
Italia	41,12%
Piemonte	45,56%
Valle d'Aosta	46,73%
Lombardia	44,37%
P.A Bolzano	45,88%
P.A Trento	45,84%
Veneto	46,62%
Friuli Venezia Giulia	48,79%
Liguria	43,74%
Emilia Romagna	41,82%
Toscana	44,03%
Umbria	45,76%
Marche	45,45%
Lazio	n.d.
Abruzzo	49,12%
Molise	n.d.
Campania	49,21%
Puglia	47,56%
Basilicata	46,76%
Calabria	47,72%
Sicilia	49,24%
Sardegna	48,57%

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute

Per standardizzare il dato rispetto ai diversi bisogni della popolazione, è stata rielaborata la spesa ospedaliera pro-capite per popolazione pesata.

Tabella 5.42 - Stima spesa ospedaliera totale pro-capite per popolazione pesata - Val. assol. in € e numeri indice Italia = 100 - Anno 2008

Regioni	Spesa	Numero indice
Italia	735,39	100,00
Piemonte	802,04	109,06
Valle d'Aosta	962,85	130,93
Lombardia	778,17	105,82
P.A. Bolzano	1106,79	150,51
P.A. Trento	908,97	123,60
Veneto	834,39	113,46
Friuli Venezia G.	878,01	119,39
Liguria	761,84	103,60
Emilia Romagna	744,64	101,26
Toscana	755,89	102,79
Umbria	752,47	102,32
Marche	740,79	100,74
Lazio	n.d.	n.d.
Abruzzo	841,32	114,41
Molise	n.d.	n.d.
Campania	909,26	123,64
Puglia	846,26	115,08
Basilicata	806,04	109,61
Calabria	814,66	110,78
Sicilia	857,63	116,62
Sardegna	841,35	114,41

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute

Standardizzando per la popolazione pesata le differenze tra le ripartizioni, pur rimanendo, tendono ad attenuarsi; le Regioni in cui la spesa per popolazione pesata è maggiore sono P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta e Campania (rispettivamente €1.106,8, €962,8 e €909,3), viceversa quelle con spesa minore sono Marche, Emilia Romagna e Umbria (rispettivamente €740,8, € 744,6 e €752,5).

5.8.3. Spesa ospedaliera convenzionata

La spesa ospedaliera convenzionata è notevolmente eterogenea tra le Regioni, riflettendo il diverso spazio concesso a livello regionale agli operatori privati nell'erogazione dei servizi di assistenza ospedaliera.

In Italia, nel 2008, la spesa ospedaliera convenzionata ammonta a €8.948,74 mln.. Nel periodo 2001-2008 tale voce di spesa è cresciuta in termini nominali dell'1,6% medio annuo: 3,0% nel Nord, 1,1% nel Centro e dello 0,0 % nel Sud.

In termini reali la spesa ospedaliera convenzionata si è ridotta del -0,9% medio annuo in Italia: in particolare è cresciuta dello 0,4% medio annuo nel Nord, e decresciuta del -1,5% e del -2,5% rispettivamente al Centro e al Sud.

Tabella 5.43 - Spesa ospedaliera convenzionata - Variazione %

Regioni	Media annua 2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	1,20	2,44	2,93
Nord	2,16	4,78	5,63
Centro	1,02	-2,21	4,73
Sud	0,01	2,40	-2,29
Piemonte	-0,02	3,82	3,16
Valle d'Aosta	n.d.	11,13	-86,04
Lombardia	2,05	2,26	7,82
P. A. Bolzano	-10,37	4,67	2,24
P. A. Trento	4,97	4,86	2,51
Veneto	8,76	4,18	1,73
Friuli Venezia G.	-13,85	1,03	21,52
Liguria	-7,72	17,17	5,31
Emilia Romagna	7,27	12,50	4,16
Toscana	0,53	7,26	-8,12
Umbria	2,35	3,31	3,12
Marche	4,80	-0,41	10,12
Lazio	0,87	-3,75	6,45
Abruzzo	8,95	-1,73	-26,72
Molise	21,61	1,62	9,92
Campania	-5,94	9,46	1,42
Puglia	5,51	1,08	-2,89
Basilicata	-7,49	35,88	15,47
Calabria	2,31	6,54	11,89
Sicilia	-1,62	-3,04	-5,15
Sardegna	-2,71	2,89	1,76

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute
n.c.: non calcolabile

L'andamento della spesa ospedaliera convenzionata è estremamente variabile tra le Regioni: in media è cresciuta dell'1,2% medio annuo tra il 2001 e il 2006, del 2,4% tra il 2006 e il 2007 e del 2,9% tra il 2007 e il 2008. Tra il 2007 e il 2008 la spesa ospedaliera convenzionata è cresciuta più nel Nord che nel Centro, mentre è diminuita nel Sud. La spesa ospedaliera convenzionata (che include l'acquisto di prestazioni di degenza in acuzie, riabilitazione e lungodegenza da presidi in regime di accreditamento con il SSR) a livello nazionale rappresenta, nel 2008, l'8,4% della spesa sanitaria pubblica totale, attestandosi sugli stessi livelli del 2006 e del 2007. Le Regioni con una quota di spesa ospedaliera convenzionata maggiore sono il Lazio (14,8%), la Lombardia (13,4%) e il Molise (11,3%), mentre quelle con una quota minore sono la Valle d'Aosta (0,4%), la Basilicata (0,6%) e la P. A. di Bolzano (1,9%). Sulla spesa convenzionata totale, la spesa ospedaliera convenzionata in media rappresenta in Italia il 22,6%: 23,5% nel Nord, 25,2% nel Centro e 20,0% nel Sud. Le Regioni in cui vengono destinate maggiori quote di spesa convenzionata alla ospedaliera, sono ancora il Lazio, la Lombardia e il Molise, mentre Basilicata, Valle d'Aosta e P. A. di Bolzano registrano le quote minori.

Tabella 5.44 - Quota di spesa ospedaliera convenzionata sulla spesa sanitaria convenzionata - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	24,47	21,90	22,49	22,64
Nord	24,68	22,57	23,14	23,52
Centro	28,01	24,38	24,64	25,18
Sud	22,31	19,63	20,42	19,97
Piemonte	22,25	18,62	18,53	18,60
Valle d'Aosta	n.d.	11,85	12,94	2,24
Lombardia	32,49	29,89	29,86	30,79
P. A. Bolzano	16,53	7,01	7,12	7,59
P. A. Trento	15,33	15,01	15,21	15,25
Veneto	15,68	17,60	18,65	17,85
Friuli Venezia G.	17,06	7,89	7,68	9,35
Liguria	27,54	17,73	20,52	20,71
Emilia Romagna	18,12	20,76	22,52	22,70
Toscana	13,66	12,31	13,07	11,87
Umbria	9,88	9,11	9,44	9,51
Marche	10,95	11,56	11,10	12,23
Lazio	37,76	31,89	32,68	33,64
Abruzzo	18,15	21,89	21,47	17,26
Molise	15,27	27,93	27,39	29,00
Campania	23,77	17,21	18,85	19,82
Puglia	26,38	27,82	28,21	26,52
Basilicata	2,34	1,29	1,70	1,87
Calabria	16,47	16,11	17,32	18,31
Sicilia	24,54	19,84	20,31	19,29
Sardegna	14,16	10,48	11,04	11,04

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

La spesa ospedaliera convenzionata pro-capite è, nel 2008, pari in media a €150,1: €158,2 nel Nord, €168,7, nel Centro e €129,2 nel Sud.
Le Regioni con una spesa ospedaliera convenzionata pro-capite più elevata sono il Lazio e la Lombardia, mentre quelle con una spesa inferiore sono Valle d'Aosta e Basilicata, ove è esigua la presenza di strutture accreditate.

Tabella 5.45 - Spesa ospedaliera convenzionata pro-capite
Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	142,74	144,45	147,03	150,10
Nord	141,68	145,32	151,32	158,19
Centro	167,67	169,83	162,92	168,66
Sud	130,80	129,50	132,64	129,16
Piemonte	117,63	114,19	118,25	120,64
Valle d'Aosta	n.d.	59,70	65,91	9,11
Lombardia	206,18	216,85	220,13	234,94
P. A. Bolzano	n.d.	41,74	43,24	43,65
P. A. Trento	n.d.	97,39	101,20	102,46
Veneto	76,56	110,88	114,66	115,23
Friuli Venezia G.	78,84	36,57	36,82	44,39
Liguria	167,20	109,72	128,74	135,41
Emilia Romagna	89,18	119,99	133,85	137,71
Toscana	60,77	60,24	64,29	58,45
Umbria	40,68	43,40	44,58	45,37
Marche	46,50	56,29	55,79	60,76
Lazio	295,82	298,01	277,00	291,27
Abruzzo	99,19	147,16	144,11	104,47
Molise	76,63	204,19	208,03	228,11
Campania	156,73	113,75	124,54	125,84
Puglia	147,18	190,32	192,45	186,58
Basilicata	9,78	6,69	9,13	10,54
Calabria	89,18	100,67	107,59	119,80
Sicilia	152,28	139,21	134,98	127,70
Sardegna	65,36	56,24	57,73	58,53

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 5.46 - Spesa ospedaliera convenzionata pro-capite per popolazione pesata Valori in € - Anno 2008

Regioni	2008
Italia	150,10
Nord	153,85
Centro	163,31
Sud	136,69
Piemonte	113,77
Valle d'Aosta	8,95
Lombardia	235,59
P. A. Bolzano	46,88
P. A. Trento	104,22
Veneto	116,00
Friuli Venezia Giulia	41,44
Liguria	117,89
Emilia Romagna	129,48
Toscana	54,28
Umbria	42,25
Marche	57,55
Lazio	294,00
Abruzzo	101,53
Molise	219,18
Campania	140,51
Puglia	197,65
Basilicata	10,60
Calabria	124,54
Sicilia	133,97
Sardegna	60,32

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati Ministero della Salute

Confrontando il dato spesa ospedaliera convenzionata per popolazione pesata e per popolazione semplice, nonostante il primo tenga conto dei differenziali di bisogno della popolazione, si può osservare come la situazione non muti sostanzialmente: le Regioni con una maggiore spesa ospedaliera convenzionata pro-capite rimangono il Lazio, la Lombardia e il Molise, mentre quelle con una spesa inferiore sono la Valle d'Aosta e la Basilicata; evidentemente il differenziale di spesa tra le Regioni dipende dalla minore o maggiore presenza di strutture convenzionate e quindi dalle diverse scelte regionali in termini di accentramento o accreditamento e non dalle caratteristiche demografiche.
Non si riduce neanche la variabilità tra le Regioni infatti la differenza tra la Regione con spesa maggiore e quella con spesa minore rimane nell'ordine delle 32 volte.

Bibliografia

- AIOP (2009), Ospedali e Salute, Sesto rapporto annuale 2008, Franco Angeli.
- GUZZANTI E. e MASTRILLI F. (1993), Il day hospital. La day surgery, Editeam Gruppo Editoriale.
- ISTAT (a cura di) 2009, Demo: demografia in cifre- visionabile all'indirizzo internet: http://demo.istat.it/.
- Ministero della Salute (a cura di) 2001, 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.
- Ministero della Salute (a cura di) 2008, Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2006, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) 2008, Personale delle ASL e degli Istituti di Cura pubblici- anno 2006, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) 2009, Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2007, Ministero della Salute.
- Sito istituzionale Ministero della Salute, http://www.salute.gov.it/.
- Sito istituzionale Age.Na.S., http://www.agenas.it/.

Capitolo 6
Assistenza intermedia

6 - Assistenza intermedia

Di Rocco S.[1], Francia L.[1], Sciattella P.[1]

Sintesi

- L'offerta post acuzie è molto difforme a livello regionale.
- La variabilità dei parametri di utilizzo in campo post acuzie è molto rilevante e sembra nascondere potenziali sacche di inappropriatezza, come sembra dimostrare la variabilità nelle degenze medie.
- La lungodegenza ha caratteristiche di utilizzo profondamente diverse dalla riabilitazione e potenzialmente più simili alla residenzialità (a dimostrazione della arbitrarietà della classificazione attuale nei LEA: Ospedaliera per riabilitazione e lungodegenza, Territoriale per le residenze).
- L'analisi dell'assistenza residenziale conferma, anche dal lato del finanziamento, una forte eterogeneità della partecipazione alla spesa per la residenzialità. Tale eterogeneità appare legata sia alla differenziazione nella tipologia di presidio che alle caratteristiche locali del sistema sanitario e assistenziale.
- L'unica indicazione univoca che sembra emergere da tutte le analisi effettuate, è una forte contribuzione da parte degli assistiti che si trovano coinvolti nel pagamento nel 90% dei casi e fornendo spesso al presidio oltre il 40% delle entrate. Appare quindi evidente il fallimento del ruolo di assicurazione sociale del SSN che lascia una cospicua parte delle spese per la disabilità e la non autosufficienza (fortemente legate ai presidi a maggiore valenza sanitaria) sugli ospiti e di conseguenza sulle famiglie.

6.1. Introduzione

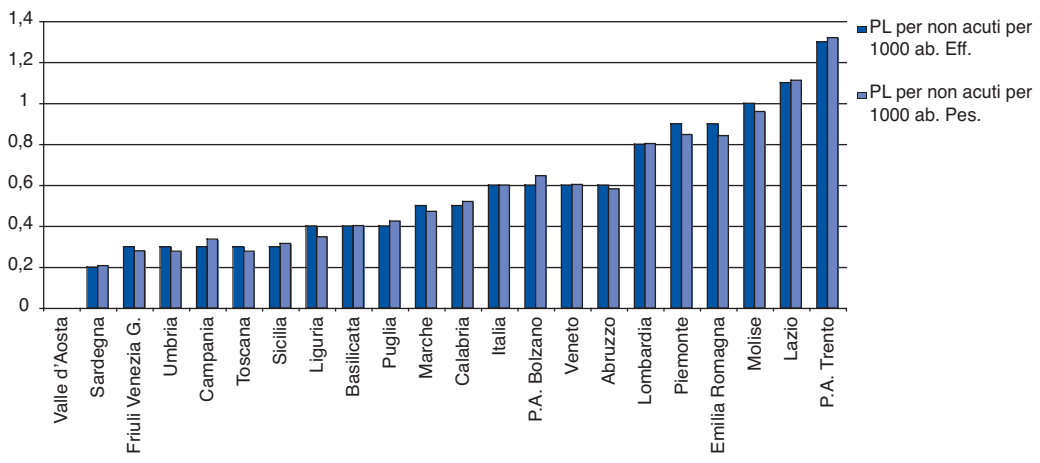
Il presente capitolo è dedicato alle cure intermedie, ovvero le forme di assistenza residenziale/ospedaliera non per acuti. Evidentemente sono setting assistenziali per pazienti stabilizzati (la possibilità di ricovero di paziento non stabilizzati è fattore distintivo della ospedaliera in acuzie); all'interno del settore si trovano presidi con caratteristiche fortemente differenziate, sia per intensità assistenziale, che per destinazione (tipologia di ospiti o di bisogni trattati).
Nel capitolo si tratta l'assistenza riabilitativa, la lungodegenza e la residenzialità: si ricorda che le prime due fanno parte del LEA Ospedaliera, mentre la residenzialità è convenzionalmente considerata parte del LEA Territoriale: a ben vedere, la classificazione sostanziale dei presidi in un LEA piuttosto che nell'altro risulta non sempre agevole e non necessariamente oggettiva: proprio questa ultima considerazione fa propendere per una trattazione quanto più possibile integrata.

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

6.1.1. Offerta di cure intermedie

Focalizzando l'attenzione sulla componente dell'offerta ospedaliera di posti letto per non acuti (in essa sono incluse le discipline: residuale manicomiale, unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenti e neuro riabilitazione, cure palliative/hospice), si evidenzia come dei 0,6 posti letto ogni 1.000 abitanti, la metà (0,3) siano privati accreditati.
Considerando il dato a livello regionale, si evidenzia una certa eterogeneità di comportamento. A realtà che presentano un numero di posti letto ogni 1.000 abitanti per non acuti pari rispettivamente a 1,3 (P. A. di Trento), 1,1 (Lazio) e 1,0 (Molise) si contrappongono Regioni con tale dato prossimo o addirittura pari a zero; è il caso, per esempio, della Valle d'Aosta (0,0), Sardegna (0,2), Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Campania e Sicilia (queste ultime tutte con un valore pari a 0,3 posti letto non acuti ogni 1.000 abitanti).
Standardizzando rispetto alle caratteristiche demografiche della popolazione, le Regioni con minore dotazione di posti letto per non acuti (oltre la Valle d'Aosta che ha una dotazione nulla) si confermano la Sardegna, il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria, la Toscana, la Campania e la Sicilia con valori pressoché invariati rispetto al dato calcolato considerando la popolazione effettiva. Lo stesso accade per le Regioni che presentano la densità di posti letto per non acuti più elevata.

Figura 6.1 - Posti letto totali per non acuti per abitante (pop. effettiva e pesata) - Valori per 1000 abitanti - Anno 2007



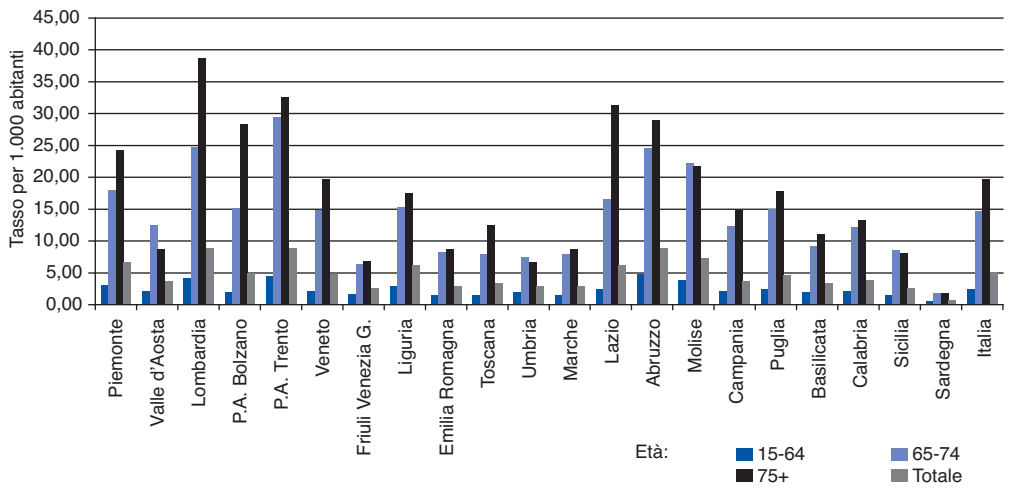
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

6.2. Riabilitazione ospedaliera

6.2.1. Il bisogno

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera per riabilitazione, i tassi di ricovero raggiungono livelli massimi (nel livello e nella variabilità) nelle classi 65-74 anni e 75+. In Italia il tasso di ricovero totale è pari a 5,1 ricoveri ogni 1000 abitanti; raggiunge i 14,7 ricoveri ogni 1000 abitanti per la classe d'età 65-74 anni, e 19,8 ricoveri ogni 1000 ultrasettantacinquenni.
La variabilità osservata tra le Regioni è molto elevata, infatti i tassi di ricovero sono compresi tra gli 8,9 di Lombardia ed Abruzzo e il 0,8 della Sardegna. Analizzando la sola classe d'età 75+ anni, per la quale si registrano i valori più alti, le differenze tra le Regioni risultano ancora più evidenti: da un lato troviamo la Lombardia con un tasso pari a 38,8 per 1000 abitanti, seguita dalla P. A. di Trento (32,6 per 1000) e dal Lazio (31,4 per 1000); all'altro estremo troviamo il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria con un tasso inferiore a 7 ricoveri ogni 1000 abitanti e la Sardegna, che come visto presenta il tasso più basso, dove si registrano solo 1,8 ricoveri ogni 1000 abitanti ultrasettantacinquenni.

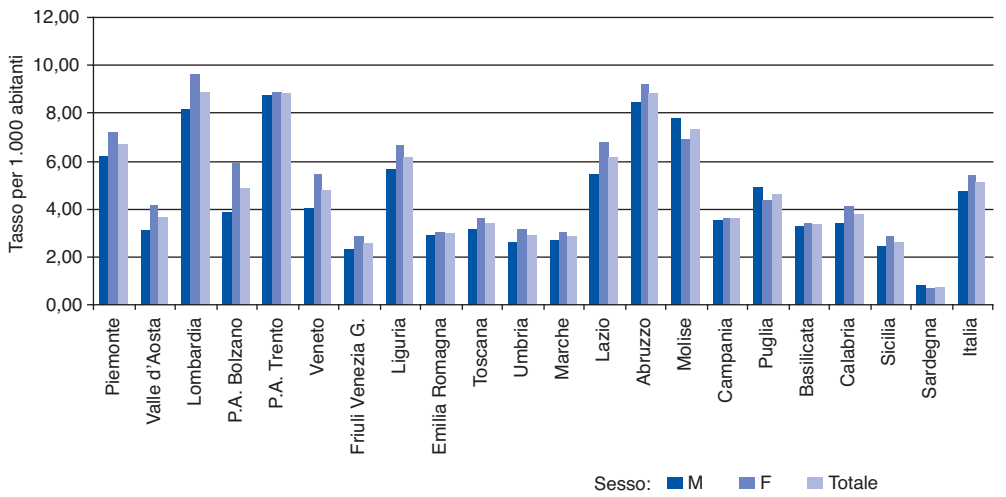
Figura 6.2 - Tassi di ricovero per classi d'età - Riabilitazione in regime ordinario - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute

L'analisi dei tassi di ricovero per sesso mostra in media un ricorso all'assistenza ospedaliera per riabilitazione leggermente maggiore per le donne, per le quali si registrano 5,4 ricoveri per 1000 rispetto ai 4,7 degli uomini. La differenza tra i sessi è tendenzialmente maggiore nelle Regioni del Nord: in Veneto lo scarto è del 36,3% e nella P. A. di Bolzano del 53,7%; Molise, Puglia e Sardegna, invece, presentano tassi maggiori per gli uomini.

Figura 6.3 - Tassi di ricovero per genere - Riabilitazione in regime ordinario - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006

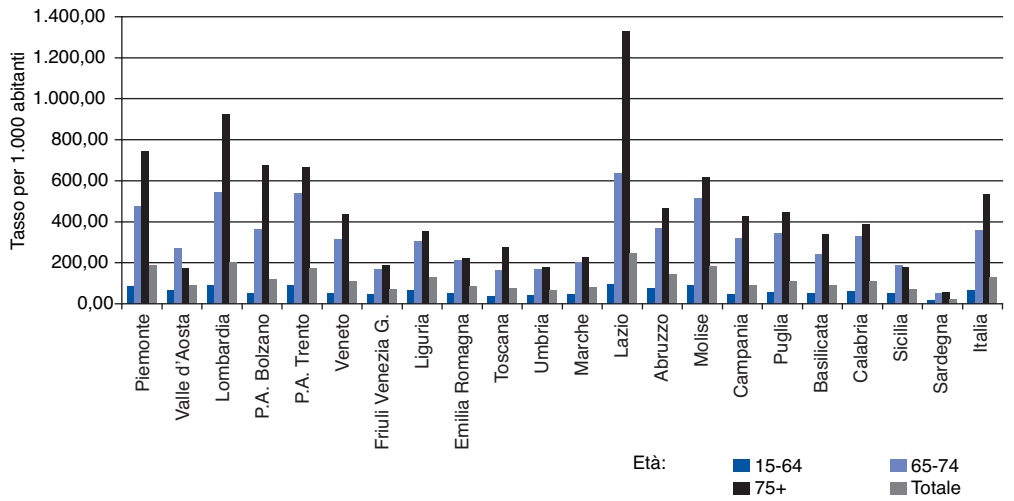


Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

Data la forte variabilità della degenza, è utile ripetere l'analisi dei tassi di ricovero esprimendoli in giornate di degenza.

Si conferma un ricorso tendenzialmente maggiore per le Regioni centro-settentrionali; in particolare la Regione che presenta il maggior numero di giornate di degenza in riabilitazione è il Lazio (247,0 ogni 1000 abitanti), pur non avendo un numero elevato di ricoveri. Il valore del tasso del Lazio risente del notevole numero di giornate di degenza della classe d'età 75+, per la quale si registrano 1.329 giornate ogni 1000 abitanti: la seconda Regione per maggior numero di giornate di degenza per ultrasettantacinquenni è la Lombardia che si ferma a 925 giornate ogni 1000 abitanti. Le Regioni che presentano valori più bassi dei tassi in giornate di degenza sono sempre la Sicilia (69,4), l'Umbria (68,1) e la Sardegna (21,1).

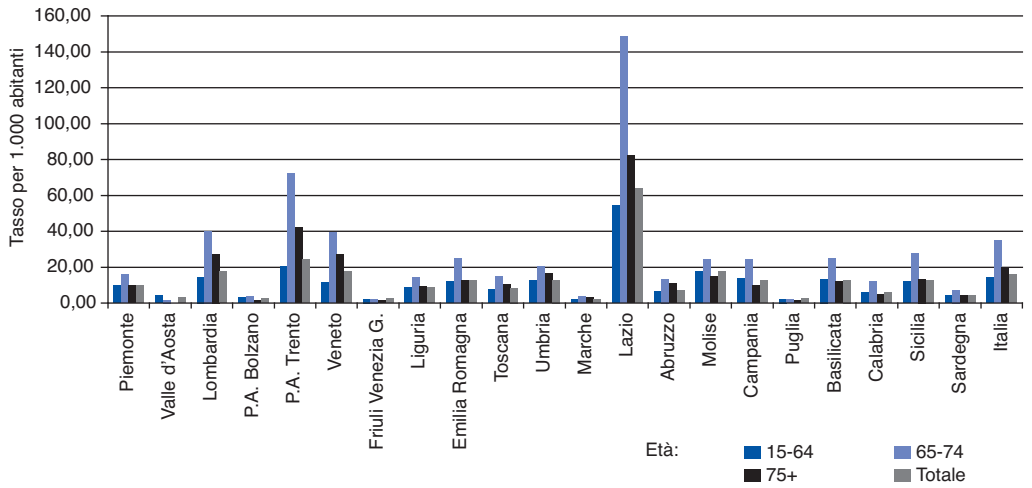
Figura 6.4 - Tassi di ricovero in giornate di degenza per classi d'età - Riabilitazione in regime ordinario - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

Per quanto riguarda i ricoveri diurni, il numero medio di accessi è di 16,2 ogni 1000 abitanti, in particolare è pari a 14,4 accessi in età 15-64 anni, 34,7 in età 65-74 anni e 19,7 in età 75 anni e più. Anche per il day hospital il Lazio è la Regione che presenta il maggior numero di accessi (63,9 per 1000), seguito dalla P. A. di Trento (24,4), dal Veneto e dal Molise (17,5); le Regioni che presentano il minor numero di accessi al day hospital sono invece la P. A. di Bolzano, la Puglia e il Friuli Venezia Giulia (2,7 accessi), oltre alle Marche (2,2). Anche nel ricorso al day hospital si conferma una forte variabilità regionale: il valore minimo infatti è pari a 2 accessi ogni 1000 abitanti, mentre il valore massimo è pari a 64 accessi; il coefficiente di variazione, calcolato eliminando i due valori estremi, è pari a 58,1.

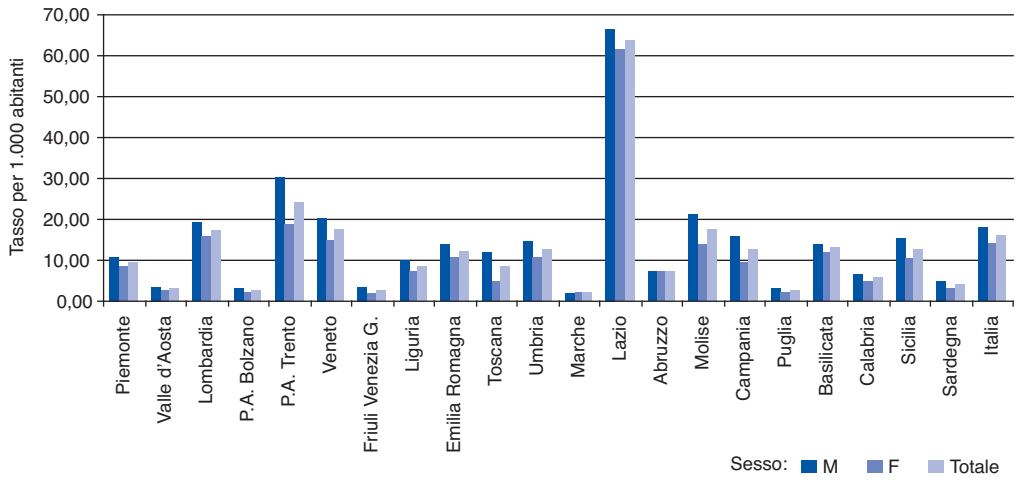
Figura 6.5 - Tassi di ricovero in giornate di degenza per classi d'età - Riabilitazione in regime diurno - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

L'analisi dei tassi di ricovero in giornate di degenza per genere evidenzia un maggiore ricorso degli uomini (in tutte le Regioni ad eccezione di Marche ed Abruzzo); le differenze più significative si registrano in Sardegna, Friuli Venezia Giulia, e Toscana.

Figura 6.6 - Tassi di ricovero in giornate di degenza per genere - Riabilitazione in regime diurno - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

6.2.2. L'Utilizzo

La percentuale di ricoveri ordinari per riabilitazione è pari in Italia al 74,9% del totale: nella classe 15-64 anni la percentuale di ricoveri ordinari ammonta al 71,8%, nella fascia di età 65-74 anni all'85,5, ed in quella più anziana raggiunge il 92,5%.
Le Regioni che presentano la quota maggiore di ricoveri in regime ordinario sono la P. A. di Bolzano (95,9), la Valle d'Aosta (94,2%) e la Puglia (92,2%); in queste aree territoriali la quasi totalità dei ricoveri per la classe d'età più anziana è effettuato in regime ordinario (99,5% nella P. A. di Bolzano, 100,0% in Valle d'Aosta e 98,9% in Puglia). Di contro le Regione che ricorrono maggiormente al day hospital sono l'Umbria (25,9%), il Lazio (32,8%) e la Sicilia (32,9%). Queste percentuali risentono dell'intenso ricorso al day hospital della fascia d'età 15-64 anni, per la quale i ricoveri sono praticamente equidistribuiti tra i due regimi: 42,6% in Sicilia e 48,5% nel Lazio.

Tabella 6.1 - Quota ricoveri ordinari sul totale ricoveri in riabilitazione per classi di età - Valori % - Anno 2006

Regioni	Classi d'età			
	15-64	65-74	75+	Totale
Italia	71,79	85,53	92,52	80,88
Piemonte	81,71	92,15	95,70	89,77
Valle D'Aosta	88,61	97,65	100,00	94,21
Lombardia	76,72	86,43	92,92	84,29
P. A. Bolzano	88,70	97,92	99,54	95,86
P. A. Trento	74,29	83,11	88,66	81,41
Veneto	71,40	83,14	90,14	78,06
Friuli Venezia G.	87,92	96,36	97,77	88,04
Liguria	72,57	88,86	93,74	84,69
Emilia Romagna	65,49	81,21	89,20	76,74
Toscana	76,78	86,24	93,50	85,17
Umbria	68,38	84,80	85,50	74,07
Marche	84,45	93,12	96,20	89,59
Lazio	51,53	73,86	90,16	67,16
Abruzzo	88,06	94,30	96,42	91,47
Molise	83,46	95,26	96,97	90,39
Campania	66,42	84,66	91,57	75,35
Puglia	87,37	97,52	98,95	92,16
Basilicata	68,97	83,16	92,02	76,58
Calabria	80,71	90,22	95,66	86,99
Sicilia	57,44	74,98	81,23	67,11
Sardegna	72,89	80,00	84,95	74,94

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

La degenza media in regime ordinario è pari a 25,7 giornate, e risulta abbastanza omogenea per le fasce d'età considerate: passa infatti dalle 25,7 giornate in età 15-64 anni, a 24,4 giornate in età 65-74 anni ed arriva a 27,0 per l'età più anziana. Le ragioni della omogeneità sono probabilmente da ricercarsi nel cut off per la remunerazione dei ricoveri, posto per lo più a 30 giornate.
Le Regioni che presentano la degenza media più alta sono Lazio, con 40,2 giornate per ricovero, e la Calabria con 28,7 giornate di degenza; quelle che presentano invece una degenza media inferiore sono P.A. di Trento (19,8) ed Abruzzo (16,0).

Tabella 6.2 - Degenza media - Riabilitazione in regime ordinario Anno 2006

Regioni	Classi d'età			
	15-64	65-74	75+	Totale
Italia	25,73	24,44	27,03	25,72
Piemonte	27,54	26,69	30,68	28,38
Valle d'Aosta	29,99	22,00	20,26	24,61
Lombardia	22,09	22,01	23,86	22,66
P. A. Bolzano	26,04	24,12	23,92	24,50
P. A. Trento	20,47	18,43	20,45	19,78
Veneto	25,07	21,36	22,07	22,71
Friuli Venezia G.	27,90	26,13	27,31	27,21
Liguria	23,23	19,68	20,45	20,98
Emilia Romagna	31,69	25,71	25,47	27,59
Toscana	22,96	20,51	22,28	21,91
Umbria	22,34	22,19	26,62	23,40
Marche	31,74	25,26	26,44	27,57
Lazio	38,46	38,41	42,40	40,17
Abruzzo	16,46	15,10	16,14	15,98
Molise	23,21	23,03	28,43	24,83
Campania	22,55	25,73	28,92	24,98
Puglia	23,40	22,90	25,01	23,50
Basilicata	26,03	26,25	30,76	27,38
Calabria	30,05	27,04	28,99	28,72
Sicilia	31,61	21,87	22,16	26,28
Sardegna	27,46	28,55	31,50	28,02

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

6.2.3. Il valore della produzione

Il valore della produzione attribuibile ai ricoveri ordinari in riabilitazione nel 2006 supera gli €1,8 mld.; le Regioni che presentano un valore più alto sono ancora Lombardia e Lazio, che coprono rispettivamente il 25,2% ed il 17,4% del valore della produzione totale, seguite dal Piemonte, che raggiunge il 10,6% del totale.

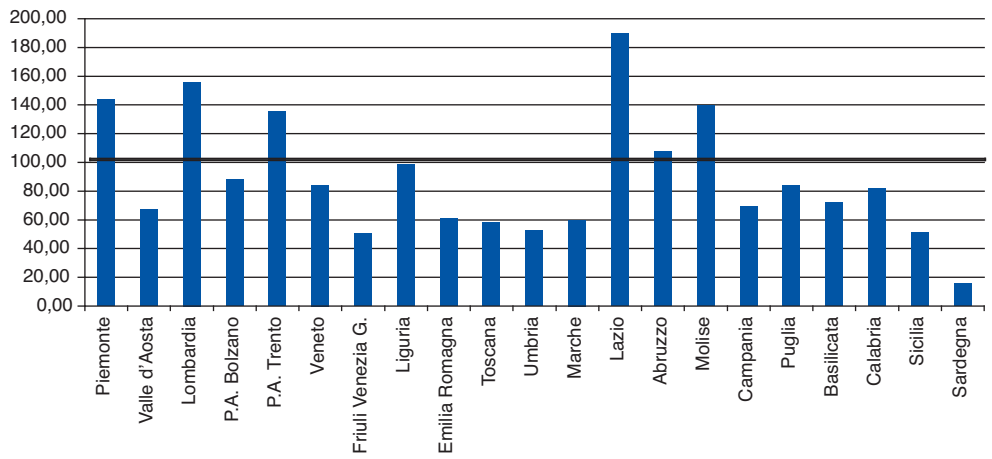
Tabella 6.3 - Valore della produzione e composizione per regione di residenza. Riabilitazione in regime ordinario - Valori in € e % - Anno 2006

Regione	Valore della Produzione	Quota %
Italia	1.851.282.016,72	100,00
Piemonte	196.477.723,28	10,61
Valle d'Aosta	2.629.049,55	0,14
Lombardia	466.122.938,42	25,18
P. A. Bolzano	13.436.314,12	0,73
P. A. Trento	21.504.728,03	1,16
Veneto	125.817.622,61	6,80
Friuli Venezia G.	19.282.183,06	1,04
Liguria	49.901.568,61	2,70
Emilia Romagna	80.604.548,80	4,35
Toscana	66.036.103,50	3,57
Umbria	14.377.270,46	0,78
Marche	28.829.477,36	1,56
Lazio	321.543.860,58	17,37
Abruzzo	44.103.099,59	2,38
Molise	14.029.491,15	0,76
Campania	126.018.337,88	6,81
Puglia	106.907.455,31	5,77
Basilicata	13.379.010,66	0,72
Calabria	51.368.979,05	2,77
Sicilia	80.716.855,86	4,36
Sardegna	8.195.398,84	0,44

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

Il valore della produzione pro-capite nazionale è pari ad €31,41; le Regioni che presentano i "costi" per abitante più alti sono Lazio (+89,6% rispetto la media nazionale), la Lombardia (+56,0%), il Piemonte (+43,9%), il Molise (+39,4%), la P.A. di Trento (+35,6%) e l'Abruzzo (+7,4%). Le Regioni con la "spesa" per abitante minore sono il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna i cui valori corrispondono rispettivamente al 50,7% ed al 15,7% della "spesa" media nazionale.

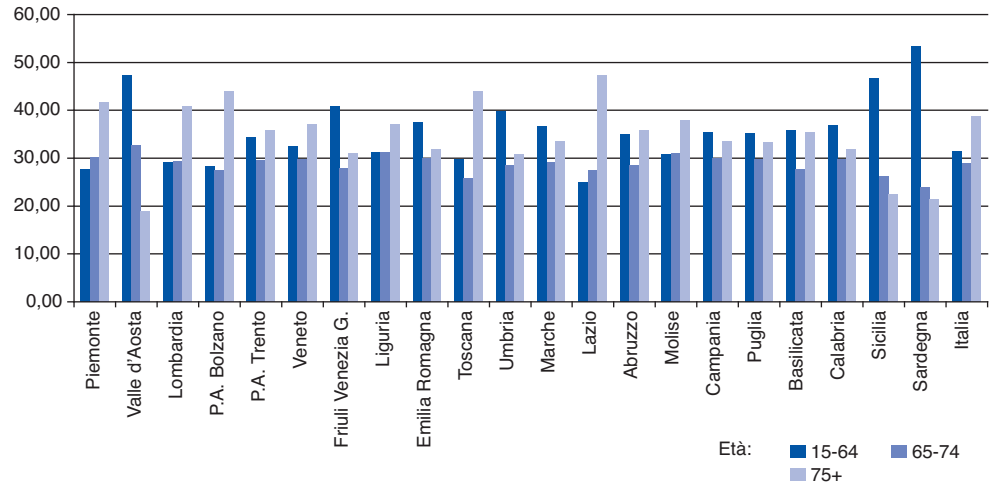
Figura 6.7 - Valore della produzione ospedaliera pro-capite Riabilitazione in regime ordinario - Numeri indici (Italia=100) - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

La distribuzione per età dei "costi" dell'assistenza per riabilitazione è più eterogenea rispetto a quella osservata per le acuzie. La quota di "spesa" maggiore è assorbita dall'età 75+ anni (38,8% del totale), mentre la classe d'età centrale 15-64 anni raggiunge il 31,4%, la classe 65-74 anni il 29,0%, ed il restante 0,8% è distribuito nelle fasce più giovani. La variabilità tra le Regioni riguarda principalmente il peso della classe d'età 15-64 anni: generalmente, infatti, la quota di "spesa" per le due fasce d'età anziane è concentrata in quella 75+ anni. I "costi" maggiori nella fascia d'età centrale si registrano in Sardegna, dove il valore assorbito è pari a 53,5% quello del totale, in Valle d'Aosta (47,4%) ed in Sicilia (46,6%).

Figura 6.8 - Quota del valore della produzione ospedaliera per classi di età - Riabilitazione in regime ordinario - Valori % - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

Analizzando la "spesa" per ricovero il Lazio si conferma la Regione con la spesa media maggiore (+56,8% rispetto la media nazionale), seguito da Calabria (+10,4%), Piemonte (+8,7%) e Basilicata (+8,2%). Lombardia e P. A. di Trento, che presentano una spesa per abitante nettamente superiore rispetto alla media, sono caratterizzate, invece, da un costo per ricovero inferiore rispetto alla media nazionale rispettivamente dell'11,0% e 22,0%. Ciò potrebbe essere dovuto, soprattutto per Lombardia e P. A. di Trento, ad un numero elevato di ricoveri con casistica meno complessa.

Tabella 6.4 - Valore della produzione per ricovero Riabilitazione in regime ordinario Valori in € e numeri indice (Italia = 100) - Anno 2006

Regione	Valore della Produzione	Numero indice
Italia	6.178,83	100,00
Piemonte	6.718,80	108,74
Valle d'Aosta	5.765,46	93,31
Lombardia	5.496,08	88,95
P. A. Bolzano	5.686,13	92,03
P. A. Trento	4.818,45	77,98
Veneto	5.538,72	89,64
Friuli Venezia G.	6.190,11	100,18
Liguria	5.030,91	81,42
Emilia Romagna	6.436,52	104,17
Toscana	5.358,77	86,73
Umbria	5.673,75	91,83
Marche	6.579,07	106,48
Lazio	9.685,64	156,76
Abruzzo	3.809,87	61,66
Molise	5.987,83	96,91
Campania	6.048,98	97,90
Puglia	5.686,57	92,03
Basilicata	6.686,16	108,21
Calabria	6.821,91	110,41
Sicilia	6.095,52	98,65
Sardegna	6.572,09	106,36

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

Per quanto concerne i ricoveri per riabilitazione in day hospital il valore della produzione nazionale nel 2006 è pari circa a €185 mil.. Analogamente al regime ordinario, le Regioni che presentano i valori più alti sono il Lazio (37,0%) e la Lombardia (17,4% del totale), mentre quelle che assorbono la quota minore sono il Friuli Venezia Giulia (0,3%), la P. A. di Bolzano (0,1%) e la Valle d'Aosta (0,04%).

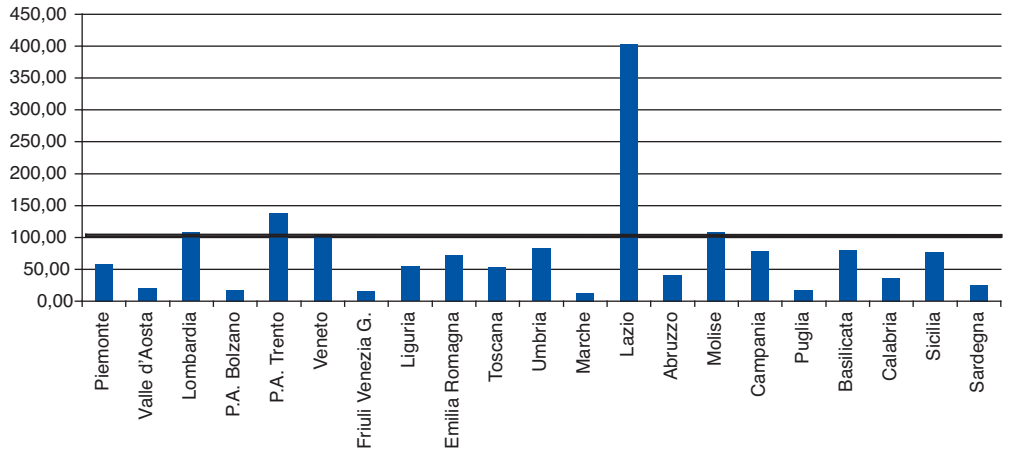
Tabella 6.5 - Valore della produzione e composizione per regione di residenza. Riabilitazione in regime diurno - Valori in € e % - Anno 2006

Regione	Valore della Produzione	Quota %
Italia	185.960.890,70	100,00
Piemonte	8.023.399,38	4,31
Valle d'Aosta	77.620,86	0,04
Lombardia	32.409.242,79	17,43
P. A. Bolzano	265.472,78	0,14
P. A. Trento	2.193.375,87	1,18
Veneto	15.874.473,34	8,54
Friuli Venezia G.	590.526,88	0,32
Liguria	2.763.493,08	1,49
Emilia Romagna	9.669.984,37	5,20
Toscana	6.076.535,75	3,27
Umbria	2.257.546,79	1,21
Marche	634.794,84	0,34
Lazio	68.753.302,62	36,97
Abruzzo	1.695.354,33	0,91
Molise	1.096.741,83	0,59
Campania	14.243.064,18	7,66
Puglia	2.233.090,40	1,20
Basilicata	1.482.025,36	0,80
Calabria	2.289.182,34	1,23
Sicilia	11.998.662,22	6,45
Sardegna	1.333.000,69	0,72

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

Il valore della produzione pro-capite a livello nazionale è pari ad €3,16; anche in questo caso il Lazio presenta il valore più elevato, con un "costo" per residente pari ad €12,73, circa 4 volte il valore nazionale. Le Regioni che presentano costi per abitante superiori rispetto alla media sono la P. A. di Trento (+37,7%), il Molise (+8,5%), la Lombardia (+8,0%) e il Veneto (+5,8%); i costi minori si registrano in Puglia e nella P. A. di Bolzano (17,4% della media), nel Friuli Venezia Giulia (15,5%) e nelle Marche (13,1%).

Figura 6.9 - Valore della produzione pro-capite - Riabilitazione in regime diurno - Numeri indice (Italia=100) - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

Il valore della produzione per ricoveri diurni è pari al 9,1% del valore della produzione totale per ricoveri in riabilitazione. La distribuzione dei "costi" per regime ripercorre quella dei ricoveri; le Regioni che presentano una quota di "spesa" maggiore per il day hospital sono infatti Lazio (17,6%), Sardegna (14,0%), Umbria (13,6%), e Sicilia (12,9%), mentre quelle che presentano percentuali più basse sono Puglia (2,1%) e P. A. di Bolzano (1,9%).

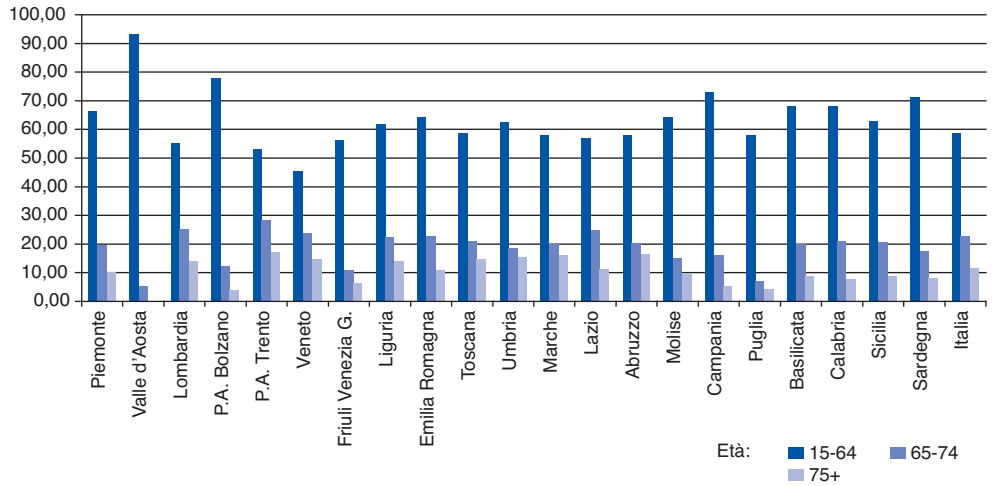
Tabella 6.6 - Distribuzione del valore della produzione per regime di ricovero - Riabilitazione Valori % - Anno 2006

Regione	Ordinario	Day Hospital
Italia	90,87	9,13
Piemonte	96,08	3,92
Valle d'Aosta	97,13	2,87
Lombardia	93,50	6,50
P. A. Bolzano	98,06	1,94
P. A. Trento	90,74	9,26
Veneto	88,80	11,20
Friuli Venezia G.	97,03	2,97
Liguria	94,75	5,25
Emilia Romagna	89,29	10,71
Toscana	91,57	8,43
Umbria	86,43	13,57
Marche	97,85	2,15
Lazio	82,38	17,62
Abruzzo	96,30	3,70
Molise	92,75	7,25
Campania	89,85	10,15
Puglia	97,95	2,05
Basilicata	90,03	9,97
Calabria	95,73	4,27
Sicilia	87,06	12,94
Sardegna	86,01	13,99

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

La distribuzione per età dei "costi" destinati alla riabilitazione in day hospital è fortemente concentrata nella fascia d'età centrale, la quale assorbe in Italia il 58,7% del valore totale della produzione; la quota di spesa diminuisce poi al crescere dell'età, passando al 22,7% nella fascia d'età successiva ed al 11,6% in quella più anziana.
Le Regioni presentano una distribuzione della "spesa" qualitativamente omogenea, sebbene con alcune differenze legate al diverso peso assunto dalle singole fasce d'età. Le aree che presentano una quota di "spesa" maggiore per l'età più anziane sono la P. A. di Trento, per la quale la classe 65+ anni assorbe il 45,7% del totale, (percentuale comunque inferiore rispetto a quella della classe 15-64 pari al 53,2%), la Lombardia (39,2%) e il Veneto (38,3%); la quota minore destinata ai ricoveri diurni per gli anziani si riscontra in Puglia (11,4%).

Figura 6.10 - Quota del valore della produzione ospedaliera Riabilitazione in regime diurno età > 15 anni - Valori % - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

La Regione che presenta il valore della produzione medio per ricovero maggiore è il Molise (+67,8% rispetto al valore nazionale), seguito da Lazio (+61,4%), Sardegna (+21,8%), Toscana (+7,9%) e Valle d'Aosta (+5,6%). I valori minori si registrano in Puglia e Friuli Venezia Giulia, dove i "costi" medi per ricovero sono inferiori del 46,8% rispetto al valore nazionale, e nelle Marche (-52,5%).

Tabella 6.7 - Valore della produzione medio per ricovero - Ricoveri diurni in riabilitazione - Valori in € e numeri indice (Italia = 100) - Anno 2006

Regione	Valore della produzione	Numeri indice
Italia	2.625,05	100,00
Piemonte	2.406,54	91,68
Valle d'Aosta	2.772,17	105,60
Lombardia	2.050,83	78,13
P. A. Bolzano	2.602,67	99,15
P. A. Trento	2.152,48	82,00
Veneto	2.486,99	94,74
Friuli Venezia G.	1.396,04	53,18
Liguria	1.541,27	58,71
Emilia Romagna	2.548,09	97,07
Toscana	2.831,56	107,87
Umbria	2.545,15	96,96
Marche	1.247,14	47,51
Lazio	4.235,66	161,36
Abruzzo	1.571,23	59,86
Molise	4.404,59	167,79
Campania	2.089,65	79,60
Puglia	1.396,55	53,20
Basilicata	2.421,61	92,25
Calabria	2.033,02	77,45
Sicilia	1.849,08	70,44
Sardegna	3.196,64	121,77

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

6.3. Lungodegenza ospedaliera

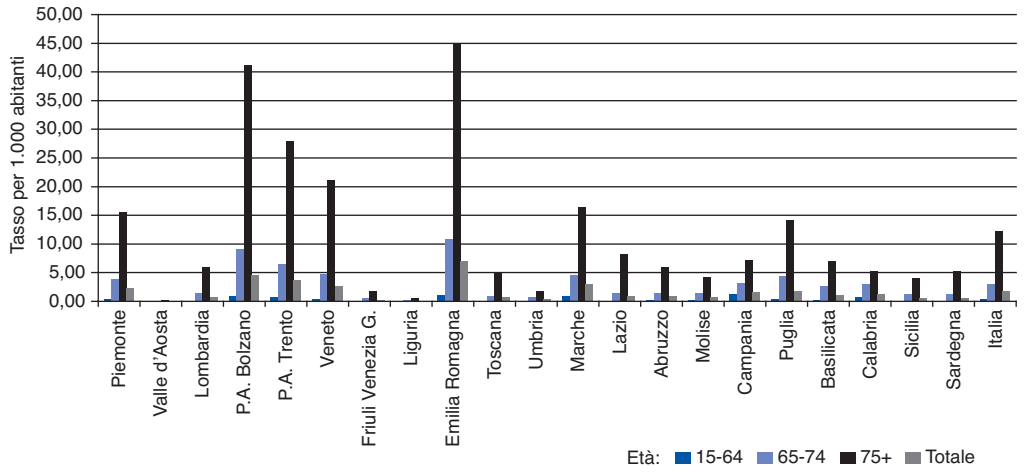
6.3.1. Il Bisogno

Per quanto riguarda l'assistenza per lungodegenza, il tasso di ricovero totale è pari a 1,7 ricoveri ogni 1000 abitanti; in particolare per la classe 15-64 anni è pari a 0,4 per 1000, aumenta fino a 3 ricoveri ogni 1000 abitanti nella classe 65-74 anni e raggiunge il massimo di 12,2 ricoveri ogni 1000 abitanti nella classe 75 anni e più.

I tassi più alti si registrano nelle regioni settentrionali, in particolare in Emilia Romagna (7,0 per 1000), e in Trentino Alto Adige (4,6 nella P. A. di Bolzano e 3,7 nella P. A. di Trento); le Regioni che presentano il minor numero di ricoveri sono invece Friuli Venezia Giulia (0,3 per 1000), Liguria (0,1) e Valle d'Aosta (0,02 per 1000).

È importante ricordare che la lungodegenza non è una tipologia di attività esclusiva degli ospedali, gran parte dei lungodegenti si trovano nelle RSA, e quindi i tassi di ricovero potrebbero non essere confrontabili a causa delle diverse classificazioni regionali delle strutture.

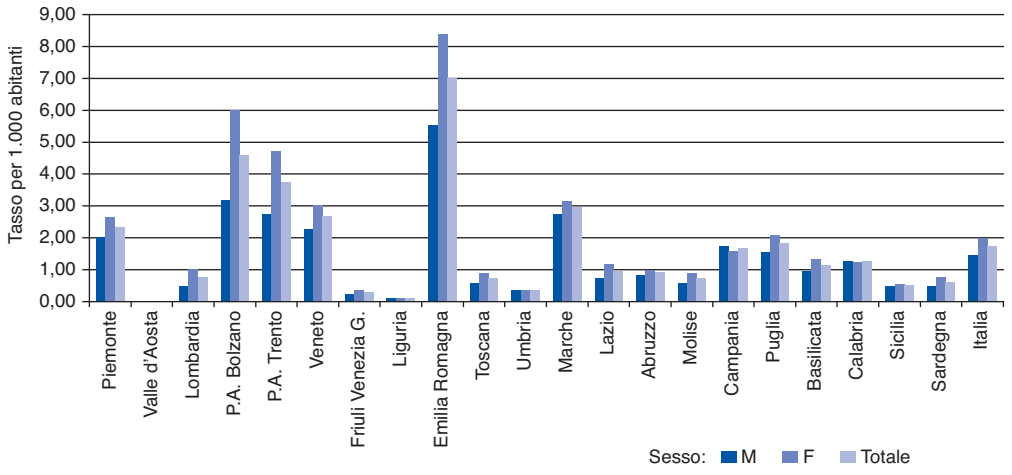
Figura 6.11 - Tassi di ricovero totali e per classi d'età
Lungodegenza in regime ordinario - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

L'analisi dei tassi di ricovero per genere mostra un maggior numero di ricoveri per le donne in tutte le Regioni, ad eccezione di Valle d'Aosta, Umbria, Campania e Calabria. Le differenze più significative si registrano in Lombardia ed in Trentino Alto Adige, dove i tassi di ricovero delle donne sono doppi rispetto a quelli degli uomini, oltre che nel Lazio ed in Sardegna dove i tassi degli uomini sono inferiori del 37,5%. In Umbria il numero di ricoveri è praticamente equidistribuito tra i sessi (0,4 per 1000), mentre in Calabria e Campania i tassi delle donne sono inferiori rispetto a quelli degli uomini rispettivamente del 3,6% e del 10,0%.

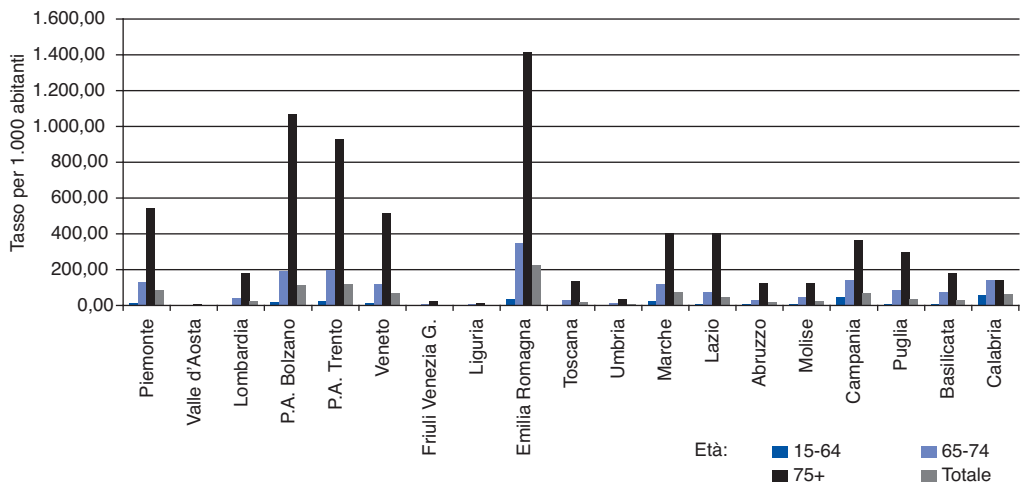
Figura 6.12 - Tassi di ricovero per genere - Lungodegenza in regime ordinario - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

Il tasso di ricovero in giornate di degenza in Italia è pari complessivamente a 55,5 giornate ogni 1000 abitanti; la durata della degenza aumenta al crescere dell'età: è pari a 15,2 per 1000 nella fascia 15-64 anni, a 96,6 giornate per la fascia 65-74 anni ed arriva a 377,5 giornate ogni 1000 residenti ultrasettantacinquenni. Le differenze regionali delle giornate di degenza seguono quelle riscontrate nel numero di ricoveri: i tassi più elevati si registrano in Emilia Romagna (224,2 per 1000) ed in Trentino Alto Adige (118,3), mentre i valori più bassi si registrano in Friuli Venezia Giulia (4,7), Liguria (3,4) e Valle d'Aosta (0,6).

Figura 6.13 - Tassi di ricovero in giornate di degenza per età > 15 Lungodegenza in regime ordinario - Valori per 1000 abitanti - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

6.3.2. L'Utilizzo

La degenza media è pari a 32,0 giornate per ricovero. La durata del ricovero è maggiore nella fascia d'età 15-64 anni, per la quale raggiunge le 36,6 giornate, diminuisce poi nella fascia 65-74 anni, caratterizzata da una degenza media di 31,7 giornate, e in quella più anziana (31,0 giornate per ricovero).

La variabilità regionale è considerevole, si passa infatti dalle 51,9 giornate di degenza della Calabria alle 15,6 del Friuli Venezia Giulia, e non si evidenzia una particolare legame tra durata del ricovero ed area geografica di residenza.

Tabella 6.8 - Degenza media - Lungodegenza in regime ordinario Anno 2006

Regioni	Classi d'età			
	15-64	65-74	75+	Totale
Italia	36,61	31,70	30,96	31,99
Piemonte	37,41	34,73	35,31	35,42
Valle d'Aosta	-	-	35,50	35,50
Lombardia	32,89	29,45	30,13	30,24
P. A. Bolzano	24,72	21,09	25,91	24,90
P. A. Trento	32,15	30,46	33,29	32,67
Veneto	29,14	25,97	24,39	25,14
Friuli Venezia G.	28,76	12,99	13,72	15,63
Liguria	31,92	25,31	31,46	29,87
Emilia Romagna	35,30	32,16	31,52	31,99
Toscana	39,48	31,48	27,93	29,47
Umbria	24,82	23,17	21,25	22,41
Marche	28,76	25,55	24,37	25,42
Lazio	52,38	54,67	48,96	50,08
Abruzzo	24,82	22,38	21,65	22,25
Molise	29,56	33,10	29,57	30,31
Campania	37,28	45,64	51,70	42,90
Puglia	19,19	19,41	20,92	20,33
Basilicata	31,95	29,50	25,97	27,91
Calabria	75,76	48,66	27,30	51,90
Sicilia	26,41	17,74	18,28	19,15
Sardegna	40,93	41,42	43,47	42,75

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

6.3.3. Il valore della produzione

Il valore della produzione relativo a ricoveri ordinari in lungodegenza è pari in Italia a €436 mil.; contrariamente all'assistenza per acuzie e riabilitazione, la Regione che assorbe la maggior parte dei "costi" è l'Emilia Romagna (29,3%), seguita da Campania (12,2%) e Piemonte (11,2%).

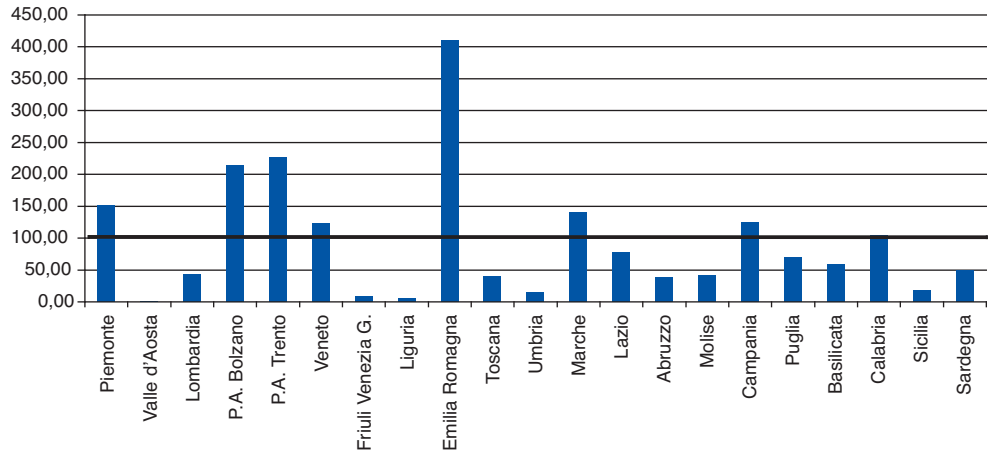
Tabella 6.9 - Valore della produzione e composizione per Regione - Lungodegenza in regime ordinario Valori in € e % - Anno 2006

Regione	Valore della Produzione	Quota %
Italia	436.048.123,53	100,00
Piemonte	48.636.917,28	11,15
Valle d'Aosta	9.722,23	0,02
Lombardia	30.394.093,35	6,97
P. A. Bolzano	7.706.989,11	1,77
P. A. Trento	8.460.274,33	1,94
Veneto	43.173.305,33	9,90
Friuli Venezia G.	767.690,96	0,18
Liguria	727.344,84	0,17
Emilia Romagna	127.927.427,56	29,34
Toscana	10.744.791,63	2,46
Umbria	972.335,50	0,22
Marche	15.836.008,27	3,63
Lazio	31.191.479,46	7,15
Abruzzo	3.679.572,69	0,84
Molise	990.883,78	0,23
Campania	53.274.552,14	12,22
Puglia	20.804.048,69	4,77
Basilicata	2.554.001,32	0,59
Calabria	15.364.245,14	3,52
Sicilia	6.794.433,97	1,56
Sardegna	6.038.005,95	1,38

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

Il valore della produzione pro-capite per lungodegenza in Italia è pari in media a € 7,40; l'Emilia Romagna è la Regione con i "costi" per abitante maggiori, pari a € 30,42, circa 4 volte il valore nazionale. Le altre Regioni con "costi" elevati sono le Province di Trento e Bolzano (rispettivamente +126,6% e +114,7%), Piemonte (+51,2%) e Marche (+39,7%). I valori della produzione pro-capite minori si registrano in Friuli Venezia Giulia, dove il "costo" per abitante rilevato è pari all'8,6% di quello italiano, in Liguria (7,8%) ed in Valle d'Aosta (1,5%).

Figura 6.14 - Valore della produzione ospedaliera pro-capite Lungodegenza in regime ordinario - Numeri indice (Italia=100) - Anno 2006



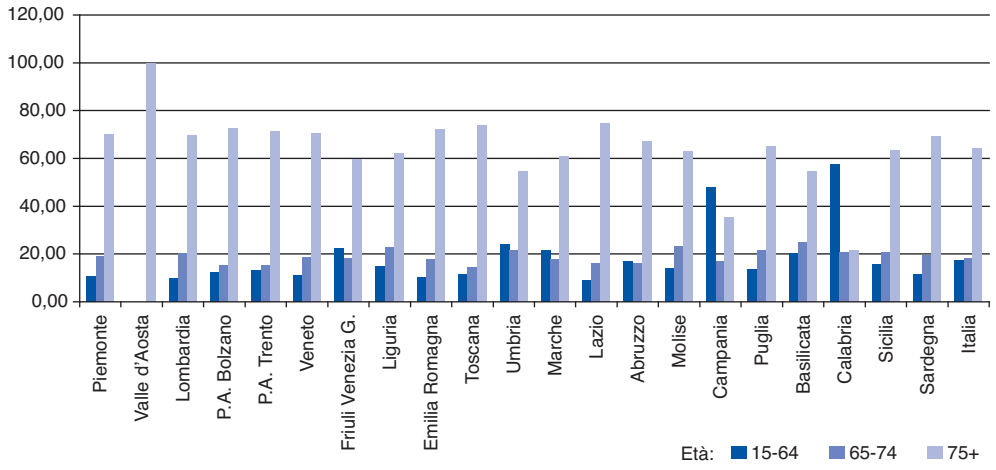
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

La distribuzione per età del valore della produzione è, come ovvio, fortemente concentrata nelle classi d'età più anziane: il 64,4% dei "costi" in lungodegenza è destinato alla popolazione ultra-settantacinquenne, il 18,2% alla popolazione in età 65-74 anni, ed il 17,4% alla popolazione in età 15-64 anni.

Le Regioni in cui il valore della produzione è maggiormente destinato alla popolazione più anziana sono Emilia Romagna, Lombardia e Lazio, per le quali la popolazione in età 65 e più assorbe più del 90,0% dei "costi" totali.

Al contrario Calabria e Campania, avendo una degenza media nettamente più elevata nella classe d'età centrale, presentano una distribuzione per età della "spesa" per lungo-degenza difforme: la fascia d'età che assorbe il valore della produzione maggiore è, appunto, quella centrale (15-64 anni), alla quale sono destinati rispettivamente il 57,5% e il 47,9% dei "costi" totali.

Figura 6.15 - Quota del valore della produzione ospedaliera per classe d'età - Lungodegenza in regime ordinario - Valori percentuali - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

Analizzando la "spesa" media per ricovero, Calabria e Lazio si confermano le Regioni con i valori più alti: il costo per caso ammonta infatti rispettivamente a €6.104,19 ed €6.077,84, circa 1,5 volte il "costo" medio nazionale. Le altre Regioni ad avere valori elevati rispetto alla media sono Sardegna (+36,3% rispetto al valore nazionale), Campania (+29,7%) e Piemonte (+11,7%). Le Regioni con i "costi" minori sono invece Puglia (-33,9%), Sicilia (-39,0%) e Friuli Venezia Giulia (-50,7%).

Tabella 6.10 - Valore della produzione medio per ricovero - Regime ordinario in lungodegenza Valori in € e numeri indice (Italia= 100) - Anno 2006

Regione	Valore della Produzione	Numeri indice
Italia	4.264,03	100,00
Piemonte	4.762,26	111,68
Valle d'Aosta	4.861,12	114,00
Lombardia	4.180,76	98,05
P. A. Bolzano	3.449,86	80,91
P. A. Trento	4.481,08	105,09
Veneto	3.403,49	79,82
Friuli Venezia G.	2.103,26	49,33
Liguria	3.996,40	93,72
Emilia Romagna	4.341,38	101,81
Toscana	3.986,94	93,50
Umbria	3.086,78	72,39
Marche	3.506,64	82,24
Lazio	6.077,84	142,54
Abruzzo	3.079,14	72,21
Molise	4.198,66	98,47
Campania	5.530,42	129,70
Puglia	2.816,69	66,06
Basilicata	3.755,88	88,08
Calabria	6.104,19	143,16
Sicilia	2.601,24	61,00
Sardegna	5.811,36	136,29

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO,Ministero della Salute.

6.4. Servizi residenziali

L'analisi dell'assistenza di tipo residenziale non ospedaliera effettuata lo scorso anno nell'ambito del rapporto CEIS ha evidenziato alcuni fattori di particolare criticità nello studio delle residenze sanitarie; in particolare è emersa un'estrema frammentazione dei dati e delle definizioni che rende difficile una lettura univoca degli stessi.

Il presente contributo vuole costituire un breve approfondimento di quanto già pubblicato ponendo in evidenza le fonti di finanziamento delle strutture residenziali a carattere sanitario.

Per i dati si è fatto riferimento all'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali effettuata annualmente dall'Istat.

Tale indagine raccoglie, ogni anno, tramite un questionario postale, informazioni riguardanti tutte le strutture in cui trovano alloggio persone che per motivi diversi si trovano in stato di bisogno. L'indagine è condotta in collaborazione con il centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico (CISIS). In particolare, nelle Regioni Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Sardegna e nelle PP. AA. di Bolzano e Trento la rilevazione dei dati viene svolta direttamente dai rispettivi uffici di statistica, secondo criteri concordati con l'Istat.

L'uso di tale indagine appare l'unico modo per avere una visione omogenea di un fenomeno

complesso come la residenzialità in Italia, in attesa dell'entrata a regime della raccolta dei dati prevista dal 12° mattone del SSN e la successiva messa a disposizione del relativo flusso informativo da parte del Ministero della Salute.

Come in un precedente lavoro del CEIS (Doglia,2008), si è scelto di selezionare tre tipologie di presidio e di riunirle sotto l'etichetta di "presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria". Queste appaiono infatti le strutture residenziali che, sulla base della descrizione fornita dall'Istat presentano una maggiore connotazione sanitaria.

In particolare, si è fatto riferimento a:

- Comunità socio-riabilitativa; definita dall'Istat come un "presidio residenziale che accoglie individui con problemi sociali di varia natura: anziani con limitata autosufficienza, portatori di handicap fisici, psichici o sensoriali, tossicodipendenti, alcolisti, dimessi dal carcere e altre persone in difficoltà. Questo tipo di comunità si caratterizza per l'adozione di progetti specifici di riabilitazione e di recupero delle capacità personali. I progetti sono attuati con l'ausilio di operatori specializzati e sono finalizzati, se è possibile, al reinserimento dei soggetti nella società".
- Residenza socio-sanitaria per anziani; definita dall'Istat come un "presidio residenziale destinato prevalentemente ad anziani non autosufficienti, dotato di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti".
- Residenza Sanitaria Assistenziale; definita dall'Istat come un "presidio residenziale destinato ad anziani non autosufficienti o a persone disabili, che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera".

È peraltro rilevante ricordare che la definizione di "Residenza Sanitaria Assistenziale" qui riportata, presenta una quasi perfetta coincidenza con quella inserita nel D.P.R. 14.1.1997 che rappresenta la base normativa di riferimento per le RSA.

Dal punto di vista metodologico, dato che la presente analisi è riferita solo ad un sottogruppo di presidi e, vista la possibilità di accesso (seppure parziale) direttamente al microdato, si è scelto di utilizzare solo i dati relativi ai presidi effettivamente presenti nel database senza considerare i coefficienti di correzione utilizzati dall'Istat. Questo perché i coefficienti di correzione per la mancata risposta totale sono tarati sull'intera indagine e non sulle singole tipologie di presidio; data la grande numerosità del campione rispetto alla popolazione (3.093 su un totale stimato di circa 3.665 presidi) si è preferito fotografare il dato effettivamente rilevato, ritenendolo una buona approssimazione di quello reale.

6.5. L'offerta

Tabella 6.11 - Presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria attivati e cessatiper tipologia di presidio - Valori % - Anno 2005

Tipologia presidio	Attivati	Cessati
Totale	1,10%	0,87%
Comunità socio-riabilitativa	2,67%	0,67%
Resid. socio-sanitaria per anziani	0,52%	0,52%
Resid. Sanitaria Assist.le (RSA)	0,95%	1,39%

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

L'analisi si basa sulla rilevazione del 2005 (ultimo anno disponibile): i dati, seppure non recenti, appaiono comunque piuttosto stabili per la poca mobilità dei presidi. Difatti, come mostra la tabella precedente, i presidi a maggiore valenza sanitaria presentano una bassa variabilità con tassi di entrata e di uscita intorno all'1%.

Tabella 6.12 - Distribuzione presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria per tipo di pagamento degli ospiti e tipologia di presidio - Valori % - Anno 2005

Tipo di pagamento	Comunità socio-riabilitativa	Resid. socio-sanitaria per anziani	RSA	Totale
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Tutti gli assistiti pagano	25,17%	63,06%	52,30%	51,70%
Pagano soltanto alcuni assistiti	25,83%	30,22%	41,80%	33,69%
Il soggiorno è sempre gratuito	49,00%	1,57%	4,86%	11,99%
n.d.	0,00%	5,15%	1,04%	2,62%

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

6.6. Partecipazione degli assistiti alle spese

Se passiamo ad esaminare le informazioni che riguardano la partecipazione degli assistiti alle spese per il soggiorno all'interno dei presidi, si può osservare che nel 12,0% delle strutture l'assistenza è a titolo completamente gratuito, nel 33,6% il versamento di una retta è previsto almeno per una parte degli ospiti mentre in oltre la metà dei presidi è previsto il pagamento, eventualmente differenziato, da parte di tutti gli ospiti.
In particolare, si rileva, per gran parte delle variabili osservate, una notevole eterogeneità del dato così, mentre circa il 50% delle comunità socio-riabilitative offrono un'accoglienza totalmente gratuita, tale percentuale si riduce al 4,9% e all'1,6% rispettivamente per le RSA e per le residenze socio-sanitarie per anziani.

Il fenomeno appare ancora più evidente (specialmente per le RSA) se si considerano i dati ponderati con il numero di assistiti. La tabella successiva mostra ad esempio come le RSA in cui il soggiorno è completamente gratuito, pur essendo il 4,9 % del totale, ospitino solo l'1,8% degli assistiti in tale tipologia di presidio.

Tabella 6.13 - Distribuzione (ponderata per il numero di assistiti) dei presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria per tipo di pagamento degli ospiti e tipologia di presidio - Valori % - Anno 2005

Tipo di pagamento	Comunità socio-riabilitativa	Resid. socio-sanitaria per anziani	RSA	Totale
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Tutti gli assistiti pagano	15,33%	58,67%	46,54%	49,69%
Pagano soltanto alcuni assistiti	32,91%	36,22%	50,99%	42,65%
Il soggiorno è sempre gratuito	51,76%	1,04%	1,78%	5,45%
n.d.	0,00%	4,06%	0,69%	2,21%

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

Tabella 6.14 - Distribuzione assistiti per tipologia di pagamento e di presidio ospitante Valori % - Anno 2005

Tipo di presidio	A parziale carico dell'assistito	A totale carico dell'assistito	A carico del presidio	A carico di altri enti	Totale
Comunità socio-riabilitativa	32,24%	4,36%	2,65%	60,76%	100,00%
Residenza socio-sanitaria per anziani	42,98%	51,27%	1,64%	4,11%	100,00%
Resid. Sanitaria Assistenziale (RSA)	43,99%	45,79%	1,40%	8,82%	100,00%

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

La tabella precedente riporta invece le quote di assistititi distinte sulla base del tipo di pagamento (totale, parziale o nullo) e specificando, in caso di gratuità per gli ospiti, da chi è finanziato il soggiorno (presidio stesso o altri enti). Dall'esame di tale tabella emerge che l'assistenza è prevalentemente a pagamento per gli ospiti nelle RSA e nelle residenze socio-sanitarie per anziani: difatti le spese sono sostenute, totalmente o parzialmente, dagli assistiti rispettivamente nel 90% e 94% dei casi. Nelle comunità socio-riabilitative, invece, il pagamento del soggiorno è a carico degli assistiti, in misura parziale nel 37% dei casi, integralmente solo nel 4,36% dei casi.

6.7. Analisi regionale

Se si esplode la tabella precedente considerando anche la dimensione regionale, si ottengono le tabelle seguenti; una prima analisi di tali tabelle coglie quanto già in precedenza sottolineato e cioè che la distribuzione delle spese di assistenza rispetto ai soggetti che le sostengono, a livello territoriale, si presenta molto eterogenea, rispecchiando la forte disomogeneità delle politiche regionali in materia sanitaria e assistenziale.
Ad esempio, per le comunità socio-riabilitative, da un lato troviamo Regioni come Piemonte,

Lombardia, Marche e Sardegna in cui è preponderante la partecipazione degli ospiti al pagamento del soggiorno nel presidio, dall'altro lato vi sono Regioni quali Liguria, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia in cui le spese sono quasi esclusivamente sostenute da enti diversi dal presidio.
Anche nelle residenze socio-sanitarie per anziani e nelle RSA si rileva una forte differenziazione a livello regionale sebbene un fenomeno omogeneizzante sembri emergere se si considerano congiuntamente le prime due colonne della tabella: il pagamento, per tutte le Regioni, è di fatto (quasi) sempre a carico almeno parzialmente degli assistiti, la struttura ospitante e gli altri enti contribuiscono per un numero di ospiti molto contenuto.
Nella lettura delle tabelle va tenuto conto dei missing del Trentino Alto Adige: le informazioni relative ai presidi considerati per le strutture di Trento non sono risultate infatti presenti nel data set se non per un numero estremamente limitato di presidi (il dato può quindi di fatto essere considerato relativo alla sola P. A. Bolzano).

Tabella 6.15 - Quota assistiti delle Comunità socio-riabilitative per tipologia di pagamento e Regione - Valori % - Al 31.12.2005

Regioni	Pagamento a parziale carico dell'assistito (a)	Pagamento a totale carico dell'assistito (b)	Pagamento a carico dell'assistito (a) + (b)	A totale carico del presidio	A totale carico di altri enti
Piemonte	65,23%	15,17%	80,40%	1,50%	18,10%
Valle d'Aosta	25,00%	32,14%	57,14%	3,57%	39,29%
Lombardia	56,49%	4,13%	60,62%	1,05%	38,33%
Trentino A. A.	30,71%	1,16%	31,88%	9,75%	58,37%
Veneto	52,92%	1,67%	54,58%	2,08%	43,33%
Friuli Venezia G.	53,52%	6,90%	60,42%	0,78%	38,80%
Liguria	15,57%	0,78%	16,35%	2,24%	81,41%
Emilia Romagna	53,37%	1,52%	54,89%	0,00%	45,11%
Toscana	49,45%	2,91%	52,36%	1,09%	46,55%
Umbria	40,28%	1,18%	41,47%	0,00%	58,53%
Marche	89,21%	4,44%	93,65%	0,00%	6,35%
Lazio	4,45%	0,39%	4,84%	1,95%	93,21%
Abruzzo	12,20%	2,92%	15,12%	7,39%	77,49%
Molise	0,00%	0,00%	0,00%	1,12%	98,88%
Campania	0,00%	14,72%	14,72%	6,50%	78,78%
Puglia	15,74%	8,12%	23,86%	4,06%	72,08%
Basilicata	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Calabria	38,73%	0,70%	39,44%	0,00%	60,56%
Sicilia	6,15%	0,26%	6,41%	7,82%	85,77%
Sardegna	57,14%	13,04%	70,19%	0,00%	29,81%

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

Tabella 6.16 - Quota assistiti delle Residenze socio-sanitarie per anziani per tipologia di pagamento e Regione - Valori % - Al 31.12.2005

Regioni	Pagamento a parziale carico dell'assistito (a)	Pagamento a totale carico dell'assistito (b)	Pagamento a carico dell'assistito (a) + (b)	A totale carico del presidio	A totale carico di altri enti
Italia	42,98%	51,27%	94,25%	1,64%	4,11%
Piemonte	40,20%	53,57%	93,77%	0,88%	5,35%
Valle d'Aosta	54,89%	44,78%	99,67%	0,00%	0,33%
Lombardia	23,08%	73,79%	96,87%	0,21%	2,92%
Trentino A.A.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Veneto	39,34%	54,85%	94,19%	3,05%	2,76%
Friuli Venezia G.	39,31%	55,55%	94,86%	3,63%	1,51%
Liguria	37,78%	55,75%	93,53%	0,27%	6,19%
Emilia Romagna	64,56%	30,78%	95,35%	0,69%	3,96%
Toscana	30,27%	67,62%	97,89%	1,94%	0,17%
Umbria	82,53%	15,42%	97,95%	0,74%	1,31%
Marche	24,50%	70,59%	95,09%	1,32%	3,59%
Lazio	29,74%	70,26%	100,00%	0,00%	0,00%
Abruzzo	40,49%	54,85%	95,34%	2,29%	2,37%
Molise	8,68%	90,06%	98,74%	0,42%	0,84%
Campania	21,37%	68,34%	89,71%	2,64%	7,65%
Puglia	22,80%	63,79%	86,58%	0,99%	12,42%
Basilicata	62,58%	36,20%	98,77%	0,00%	1,23%
Calabria	43,51%	55,84%	99,35%	0,00%	0,65%
Sicilia	23,50%	58,68%	82,19%	1,30%	16,52%
Sardegna	28,37%	67,47%	95,85%	1,04%	3,11%

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

Tabella 6.17 - Quota assistiti delle RSA per tipologia di pagamento e Regione
Valori % - Al 31.12.2005

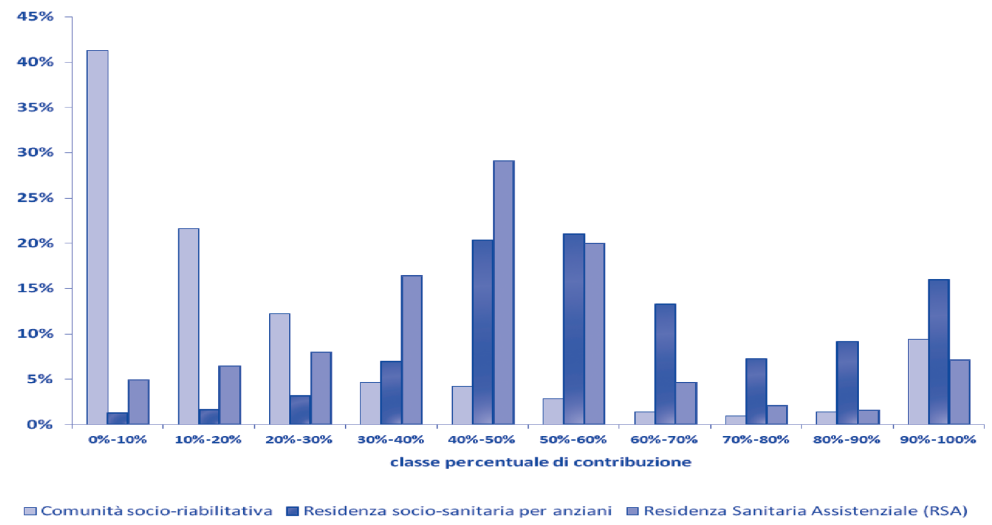
Regioni	Pagamento a parziale carico dell'assistito (a)	Pagamento a totale carico dell'assistito (b)	Pagamento a carico dell'assistito (a) + (b)	A totale carico del presidio	A totale carico di altri enti
Italia	43,99%	45,79%	89,78%	1,40%	8,82%
Piemonte	55,89%	41,29%	97,18%	0,79%	2,04%
Valle d'Aosta	74,58%	25,42%	100,00%	0,00%	0,00%
Lombardia	30,38%	60,95%	91,32%	0,57%	8,11%
Trentino A.A.	90,84%	4,18%	95,02%	2,08%	2,90%
Veneto	62,03%	24,40%	86,43%	0,67%	12,90%
Friuli Venezia G.	30,26%	49,46%	79,72%	5,56%	14,72%
Liguria	60,25%	18,22%	78,47%	5,78%	15,75%
Emilia Romagna	68,02%	19,86%	87,88%	1,40%	10,71%
Toscana	59,36%	36,71%	96,07%	1,14%	2,79%
Umbria	70,87%	17,72%	88,58%	3,54%	7,87%
Marche	36,29%	21,32%	57,61%	11,07%	31,33%
Lazio	53,63%	37,89%	91,52%	0,00%	8,48%
Abruzzo	66,96%	13,57%	80,54%	13,39%	6,07%
Molise	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Campania	7,92%	45,85%	53,77%	0,38%	45,85%
Puglia	11,32%	87,42%	98,74%	0,00%	1,26%
Basilicata	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Calabria	60,16%	7,10%	67,26%	0,00%	32,74%
Sicilia	40,59%	18,04%	58,63%	17,84%	23,53%
Sardegna	45,67%	18,27%	63,94%	0,59%	35,47%

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

6.8. Fonti di finanziamento dei presidi

La presenza o assenza di contribuzione non appare sufficiente a definire il livello di partecipazione al finanziamento della residenzialità da parte dei diversi soggetti coinvolti: per questo le tabelle che seguono presentano, raggruppate per classi percentuali di contribuzione, le principali fonti delle entrate dei presidi.

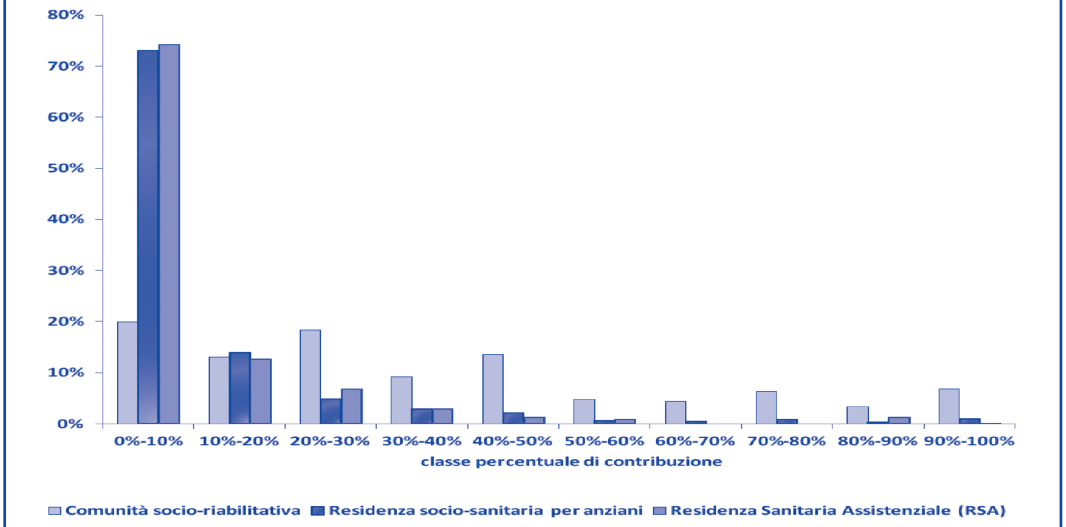
Figura 6.16 - Distribuzione dei presidi a maggiore valenza sanitaria per classe di contribuzione degli ospiti e tipologia di presidio - Anno 2005



Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

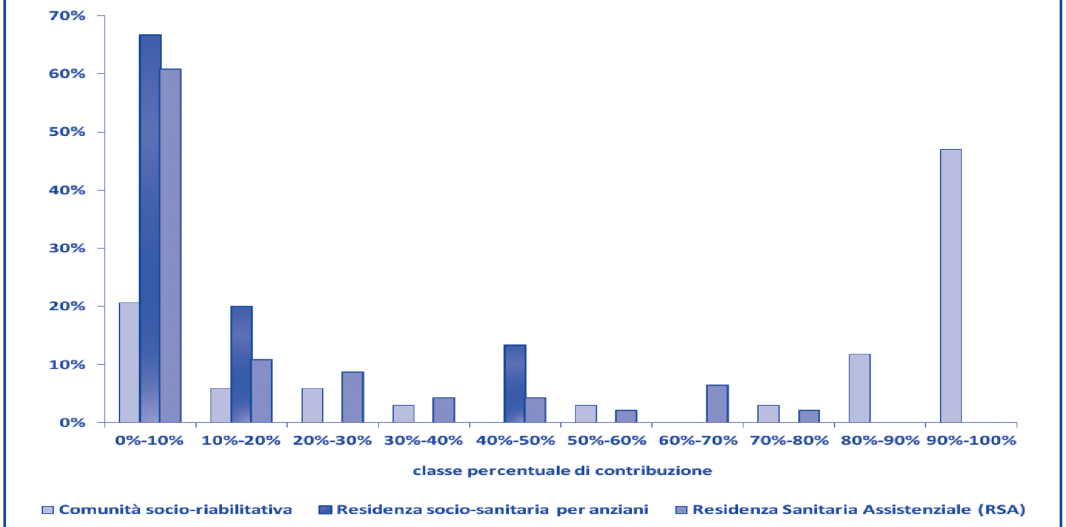
Su un totale di 3.097 presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria esaminati, soltanto 1 su 3 non presenta alcuna contribuzione da parte degli assistiti (tale rapporto per le RSA e le residenze socio-sanitarie per anziani è di 1 a 5). Nel 50% delle strutture, in cui la contribuzione degli assistiti è richiesta, questa copre tra il 30% ed il 60% delle spese di soggiorno.

Figura 6.17 - Distribuzione dei presidi a maggiore valenza sanitaria per classe di contribuzione della ASL o Ministero della Sallute e tipologia di presidio Anno 2005



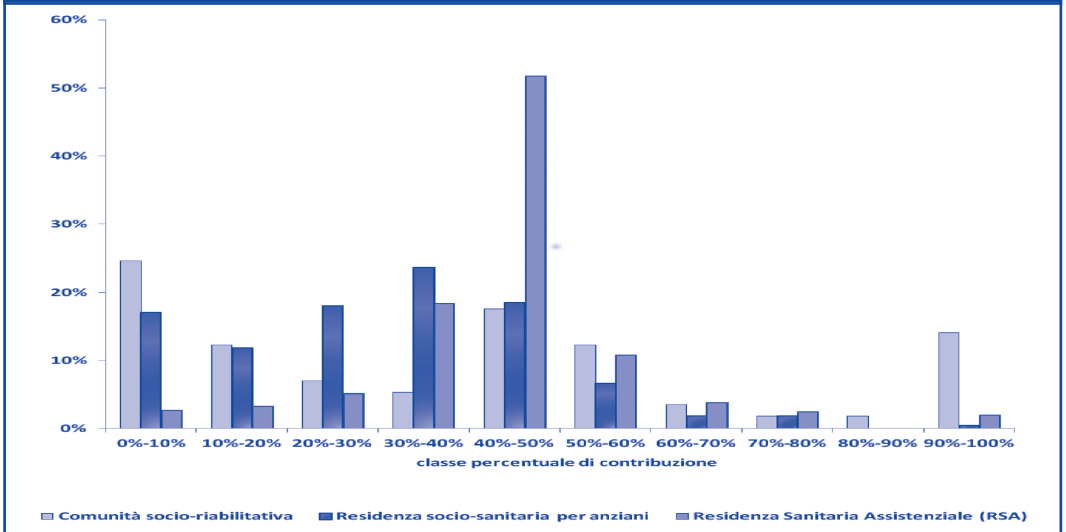
Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

Figura 6.18 - Distribuzione dei presidi a maggiore valenza sanitaria per classe di contribuzione delle Province e tipologia di presidio - Anno 2005



Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

Figura 6.19 - Distribuzione dei presidi a maggiore valenza sanitaria per classe di contribuzione delle Regioni e tipologia di presidio - Anno 2005



Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

Circa la metà dei presidi ricevono finanziamenti dai Comuni che, nel 79,7% dei casi, coprono quote inferiori al 20% delle entrate degli stessi; analogamente un presidio su due riceve contributi dalle ASL e dal Ministero della Salute; tali contributi coprono di solito tra il 30% ed il 60% delle entrate, anche se vi sono casi di contribuzione totale (9,4 %).
Un quinto dei presidi residenziali è finanziato dalle Regioni in una misura che, nel 57% dei casi è tra il 30% ed il 50%. Un numero molto limitato di presidi (0,5% di residenze socio-sanitarie, 1,9% di RSA) ottiene invece un finanziamento superiore all'80% del fabbisogno.
Al finanziamento delle Province sono interessate solo circa il 3% delle strutture peraltro con livelli di contribuzione molto bassi, in genere inferiori al 10%.

Tabella 6.18 - Distribuzione dei presidi a maggiore valenza sanitaria per classe di contribuzione e tipologia di presidio - Anno 2005

Classe di contribuzione	Comunità socio-riabilitativa		Residenza socio-sanitaria per anziani		Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)		Tutti i presidi	
	Quote	Quote su presidi che ricevono contrib.	Quote	Quote su presidi che ricevono contrib.	Quote	Quote su presidi che ricevono contrib.	Quote	Quote su presidi che ricevono contrib.
Ospiti								
nessuna contrib.	64,50%	-	22,54%	-	20,56%	-	29,94%	-
0%-10%	14,67%	41,31%	0,97%	1,25%	3,90%	4,91%	4,72%	6,74%
10%-20%	7,67%	21,60%	1,27%	1,64%	5,12%	6,44%	3,94%	5,63%
20%-30%	4,33%	12,21%	2,46%	3,18%	6,33%	7,97%	4,27%	6,09%
30%-40%	1,67%	4,69%	5,37%	6,94%	13,01%	16,38%	7,50%	10,71%
40%-50%	1,50%	4,23%	15,75%	20,33%	23,07%	29,04%	15,71%	22,43%
50%-60%	1,00%	2,82%	16,27%	21,00%	15,87%	19,98%	13,16%	18,78%
60%-70%	0,50%	1,41%	10,30%	13,29%	3,64%	4,59%	5,92%	8,44%
70%-80%	0,33%	0,94%	5,60%	7,23%	1,65%	2,07%	3,10%	4,43%
80%-90%	0,50%	1,41%	7,09%	9,15%	1,21%	1,53%	3,62%	5,17%
90%-100%	3,33%	9,39%	12,39%	15,99%	5,64%	7,10%	8,12%	11,58%
Comuni								
nessuna contrib.	65,67%	-	48,43%	-	43,63%	-	49,98%	-
0%-10%	6,83%	19,90%	37,69%	73,08%	41,80%	74,15%	33,24%	66,45%
10%-20%	4,50%	13,11%	7,16%	13,89%	7,11%	12,62%	6,63%	13,25%
20%-30%	6,33%	18,45%	2,46%	4,78%	3,82%	6,77%	3,72%	7,43%
30%-40%	3,17%	9,22%	1,49%	2,89%	1,65%	2,92%	1,88%	3,75%
40%-50%	4,67%	13,59%	1,12%	2,17%	0,69%	1,23%	1,65%	3,30%
50%-60%	1,67%	4,85%	0,30%	0,58%	0,43%	0,77%	0,61%	1,23%
60%-70%	1,50%	4,37%	0,22%	0,43%	0,00%	0,00%	0,39%	0,78%
70%-80%	2,17%	6,31%	0,45%	0,87%	0,00%	0,00%	0,61%	1,23%
80%-90%	1,17%	3,40%	0,15%	0,29%	0,69%	1,23%	0,55%	1,10%
90%-100%	2,33%	6,80%	0,52%	1,01%	0,17%	0,31%	0,74%	1,49%
Province								
nessuna contrib.	94,33%	-	98,88%	-	96,01%	-	96,93%	-
0%-10%	1,17%	20,59%	0,75%	66,67%	2,43%	60,87%	1,45%	47,37%
10%-20%	0,33%	5,88%	0,22%	20,00%	0,43%	10,87%	0,32%	10,53%
20%-30%	0,33%	5,88%	0,00%	0,00%	0,35%	8,70%	0,19%	6,32%
30%-40%	0,17%	2,94%	0,00%	0,00%	0,17%	4,35%	0,10%	3,16%
40%-50%	0,00%	0,00%	0,15%	13,33%	0,17%	4,35%	0,13%	4,21%
50%-60%	0,17%	2,94%	0,00%	0,00%	0,09%	2,17%	0,06%	2,11%
60%-70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,26%	6,52%	0,10%	3,16%
70%-80%	0,17%	2,94%	0,00%	0,00%	0,09%	2,17%	0,06%	2,11%
80%-90%	0,67%	11,76%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%	4,21%
90%-100%	2,67%	47,06%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,52%	16,84%
Regioni								
nessuna contrib.	90,50%	-	84,25%	-	67,82%	-	79,34%	-
0%-10%	2,33%	24,56%	2,69%	17,06%	0,87%	2,70%	1,94%	9,39%
10%-20%	1,17%	12,28%	1,87%	11,85%	1,04%	3,23%	1,42%	6,89%
20%-30%	0,67%	7,02%	2,84%	18,01%	1,65%	5,12%	1,97%	9,55%
30%-40%	0,50%	5,26%	3,73%	23,70%	5,90%	18,33%	3,91%	18,94%
40%-50%	1,67%	17,54%	2,91%	18,48%	16,65%	51,75%	7,79%	37,72%
50%-60%	1,17%	12,28%	1,04%	6,64%	3,47%	10,78%	1,97%	9,55%
60%-70%	0,33%	3,51%	0,30%	1,90%	1,21%	3,77%	0,65%	3,13%
70%-80%	0,17%	1,75%	0,30%	1,90%	0,78%	2,43%	0,45%	2,19%
80%-90%	0,17%	1,75%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,16%
90%-100%	1,33%	14,04%	0,07%	0,47%	0,61%	1,89%	0,52%	2,50%
Asl e Ministero della Salute								
nessuna contrib.	48,83%	-	47,91%	-	49,26%	-	48,59%	-
0%-10%	1,50%	2,93%	10,90%	20,92%	5,38%	10,60%	7,02%	13,65%
10%-20%	2,17%	4,23%	5,52%	10,60%	2,78%	5,47%	3,85%	7,48%
20%-30%	1,17%	2,28%	7,01%	13,47%	2,69%	5,30%	4,27%	8,30%
30%-40%	2,50%	4,89%	11,72%	22,49%	8,24%	16,24%	8,63%	16,79%
40%-50%	4,33%	8,47%	11,79%	22,64%	13,36%	26,32%	10,93%	21,26%
50%-60%	4,67%	9,12%	3,51%	6,73%	8,67%	17,09%	5,66%	11,01%
60%-70%	7,00%	13,68%	1,27%	2,44%	3,04%	5,98%	3,04%	5,91%
70%-80%	4,83%	9,45%	0,30%	0,57%	2,17%	4,27%	1,88%	3,65%
80%-90%	4,33%	8,47%	0,07%	0,14%	1,13%	2,22%	1,29%	2,52%
90%-100%	18,67%	36,48%	0,00%	0,00%	3,30%	6,50%	4,85%	9,43%

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

La tabella seguente mostra, separatamente per le attività assistenziali e per quelle sanitarie, quali Enti contribuiscono congiuntamente al finanziamento delle strutture attraverso la copertura dei costi di gestione, la fornitura di beni e servizi, personale ed integrazione alle rette.

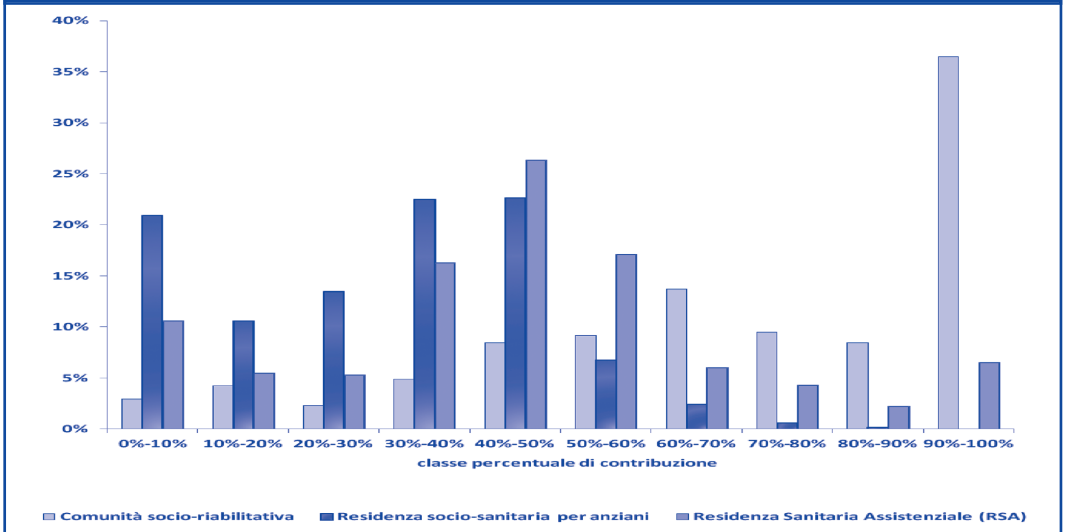
Tabella 6.19 - Vettori di contribuzione per tipologia assistenziale
Valori % - Anno 2005

Fonte contributo	Quote	Quote su presidi che ricevono contrib.
Attività Assistenziale		
Nessuna, non indicato	33,66%	-
Comune e/o consorzio Comuni	28,52%	42,98%
Provincia	1,36%	2,05%
Comune e Provincia	0,68%	1,02%
Regione	3,14%	4,73%
Comune e Regione	4,36%	6,58%
ASL e/o Ministero	10,15%	15,30%
ASL e Comune	13,74%	20,71%
ASL e Regione	1,07%	1,61%
ASL, Regione e Comune	1,81%	2,73%
Altro	1,52%	2,29%
Attività Sanitaria		
Nessuna, non indicato	38,22%	-
Comune e/o consorzio Comuni	1,29%	2,09%
Regione	7,92%	12,82%
Comune e Regione	1,49%	2,41%
ASL e/o Ministero	38,76%	62,74%
ASL e Comune	3,72%	6,02%
ASL e Regione	6,11%	9,89%
ASL, Regione e Comune	1,39%	2,25%
Altro	1,10%	1,78%

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

In linea con la vigente normativa le strutture che ricevono finanziamenti per le attività assistenziali e lo hanno indicato nel questionario, ottengono tali contributi prevalentemente (43,0% dei presidi) dal Comune o da consorzi di Comuni in via esclusiva, ovvero (nel 20,7% dei casi) dalla ASL e dal Comune.
Per le prestazioni di tipo sanitario chiaramente il finanziamento, quando fornito da enti pubblici, deriva dalla ASL e/o dal Ministero (62,7% dei presidi) ovvero dalle Regioni (12,8% dei casi) e per un numero limitato di Istituti (189, pari a circa il 9,9%) sia dalla ASL che dalla Regione.

Figura 6.20 - Quote di contribuzione da parte delle ASL e del Min. della Salute per tipologie di presidio - Valori % - Anno 2005



Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati Istat

Bibliografia

- Age.na.s. (2008), Ricognizione delle norme regionali sull'accreditamento istituzionale, Marzo 2008.
- Doglia M (2008), Il Sistema di Assistenza Residenziale, in Rapporto CEIS – Sanità 2009, IEP, Roma.
- Doglia M e Spandonaro F (2007), Distribuzione e cause dell'impoverimento e delle spese catastrofiche: le modifiche del quadro equitativo nel SSN, in Rapporto CEIS – Sanità 2007, IEP, Roma.
- Doglia M e Spandonaro F (2006), L'equità nel Servizio Sanitario Nazionale: impoverimento e spese catastrofiche, in Rapporto CEIS – Sanità 2006, IEP, Roma, pp. 229-240.
- Istat (2008), L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia Anno 2005, 28 Ottobre 2008.
- Istat (2005), L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto Anno 2001, Roma, 25 ottobre 2005.
- Ministero della Salute, Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali.
- Ministero della Salute (2007), Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Anno 2005, aprile 2007.
- Ministero della Salute (2007b), Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali Relazione Finale, Progetto Mattoni SSN, 21 febbraio 2007.
- Zucco F (2007) (a cura di), Hospice in Italia, prima rilevazione ufficiale, anno 2006, Medica Editoria e Diffusione Scientifica, Milano 2007.

Capitolo 7

I servizi ambulatoriali specialistici

7 - Servizi ambulatoriali specialistici

Polistena B.[1]

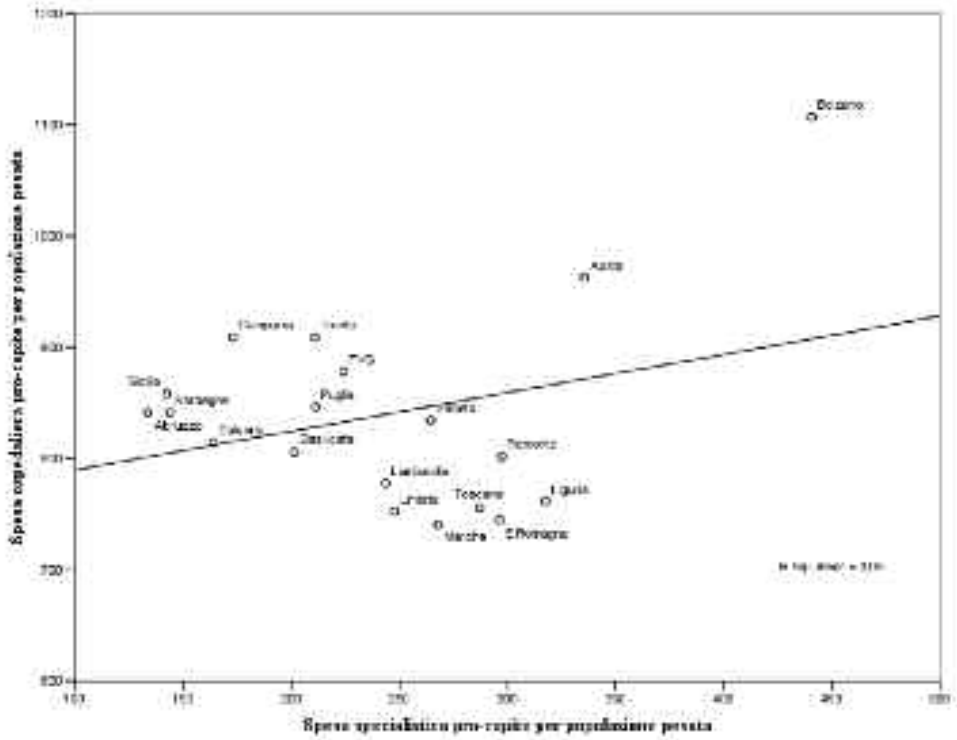
Sintesi

Elementi distintivi dell'analisi 2009 sono:

- Il processo di tariffazione regionale ha portato ad una forte differenziazione dei livelli di remunerazione delle prestazioni specialistiche, apprezzabile andando ad analizzare le singole tariffe che mostrano differenze fino a 80 volte tra una Regione e l'altra.
  Le tariffe, quindi, non sembra siano legate ai costi di produzione, come ci si aspetterebbe, quanto alle politiche di (dis)incentivazione all'effettuazione di alcune prestazioni.
- La spesa sanitaria specialistica totale si stima, nel 2008, ammontare a circa € 12,6 mld. (10,8% della spesa sanitaria pubblica).
  La spesa sarebbe imputabile per il 73,3% circa alle strutture pubbliche e per il restante 26,7% a quelle private accreditate. In particolare la quota di spesa ambulatoriale specialistica pubblica è pari al 79,3% al Nord, 89,8% al Centro e al 50,5% al Sud.
- In Italia si spendono in media €211,3 pro-capite per l'assistenza ambulatoriale specialistica totale: €277,8 al Nord, €151,5 al Centro e €158,3 al Sud.
- Analizzando la complementarietà tra assistenza specialistica e ospedaliera (entrambe misurate in termini di spesa standardizzata per i bisogni) si evidenzia, in generale, una relazione inversa: un maggiore ricorso alla prima riduce il ricorso alla seconda.

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

Figura 7.1 - Spesa specialistica pro-capite vs spesa ospedaliera pro-capite (per popolazione pesata)
Anno 2008



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

7.1. Introduzione

L'assistenza specialistica ambulatoriale è prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM del 29.9.2001) all'interno della Macro Area dell'Assistenza Distrettuale, all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che individuano le prestazioni garantite dal servizio sanitario pubblico a tutti i cittadini residenti e regolarmente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
L'assistenza specialistica ambulatoriale comprende, in pratica, le prestazioni terapeutiche e riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio.
Nella logica classificatoria assunta nel Rapporto 2009, in questo capitolo analizziamo più complessivamente l'assistenza erogata in strutture ambulatoriali non deputate alla presa in carico continuativa del paziente. Per analogia di bisogno soddisfatto, le riflessioni saranno quindi estese agli "ambulatori" interni delle strutture ospedaliere, ovvero alle prestazioni erogate dai servizi di diagnostica ospedalieri a pazienti esterni (non ricoverati).
Una complessità aggiuntiva è data dallo sviluppo in atto in molte Regioni del day service ambulatoriale, organizzato in ambito ospedaliero per dare risposta a pazienti trattabili ambulatorialmente, ma con necessità diagnostiche e terapeutiche complesse.
Adottando questo punto di vista, l'assistenza analizzata in questo capitolo è considerabile parte dell'assistenza primaria, più che della cosiddetta assistenza territoriale (termine ambiguo

con cui in Italia ci si riferisce all'assistenza extra ospedaliera).
L'assistenza ambulatoriale specialistica, quindi, riveste una importanza fondamentale, sia perché è primariamente interessata ai processi di deospedalizzazione che sono in atto in tutte le Regioni, sia per la sua importanza economica: basti dire che tra la spesa convenzionata è seconda alla sola assistenza farmaceutica.

7.2. Le politiche tariffarie

Nel presente paragrafo si analizzano i profili regolatori dell'assistenza ambulatoriale specialistica, privilegiando quelli che hanno subito recenti innovazioni, ovvero che delineano una crescente difformità fra i servizi sanitari regionali.
In particolare ci si concentrerà sulle politiche tariffarie.
Da un punto di vista normativo, l'assistenza specialistica ambulatoriale comprende le prestazioni previste dai Nomenclatori Tariffari Regionali delle Prestazioni Specialistiche, erogabili ad assistiti non ricoverati, da parte di strutture del SSN o da strutture accreditate, presso gli ambulatori specialistici, intra ed extra ospedalieri, nonché presso il domicilio del paziente, le strutture residenziali e semiresidenziali. Le prestazioni di assistenza specialistica sono suddivise in branche non esclusive (in quanto alcune prestazioni possono essere comprese in più branche) come previsto dal nomenclatore tariffario, e ad ogni prestazione è attribuita una tariffa.
Con il D. Min. della Sanità del 12.9.2006, "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie", è stato emanato l'aggiornamento delle tariffe massime di riferimento. Per quel che concerne le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, il citato Decreto conferma l'erogabilità a carico del Servizio Sanitario Nazionale entro i limiti delle tariffe massime individuate con D. Min. della Sanità del 22.7.1996. Ogni Regione può, quindi, attenersi al tariffario di riferimento nazionale o adottare un proprio nomenclatore tariffario (in teoria entro i limiti delle tariffe massime). Molte Regioni hanno adottato provvedimenti a tal proposito, predisponendo un proprio nomenclatore tariffario, modificando alcune prestazioni o procedendo al reindirizzamento verso il tariffario nazionale.

Tabella 7.1 - Normativa di riferimento

Regioni	Normativa
Abruzzo	DGR n. 880/2007
Basilicata	DGR n. 1962/2006
Molise	DGR n. 800/2007
Piemonte	DGR n. 84-10526/2008
Sardegna	DGR n. 34-9/ 2007
Toscana	DGR n. 420/2007 DGR 926/2006
Umbria	DGR n.2394/2007
Veneto	DGR n. 2612/2007 DGR n. 2468/2006

Fonte: Sanidata

Il processo di tariffazione regionale ha portato ad una forte differenziazione dei livelli di remunerazione delle prestazioni specialistiche, apprezzabile andando ad analizzare le tariffe per le singole prestazioni: nella tabella che segue vengono riportate le 50 prestazioni per cui è massimo lo scarto tra tariffa massima e minima adottata.
Ad esempio, per la "fotoforesi terapeutica", prestazione rimborsata solo in 14 delle 21 Regioni italiane, la tariffa massima (adottata dalla Regione Toscana) è ben 86,4 maggiore della tariffa minima (pari alla tariffa nazionale).
Anche per la prestazione "inseminazione artificiale" le differenze tra le Regioni sono notevoli: tutte le 21 Regioni riconoscono questa prestazione, ma con una tariffa che va da € 7,78 (Regione Campania) a €475,15 (Regione Toscana), con un differenziale di oltre 61 volte (tariffario nazionale €77,47).
Altra prestazione in cui si evidenzia una notevole differenza tra le Regioni è "l'iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore": la tariffa massima è ben 42 volte superiore a quella minima.
Altre prestazioni, invece, soprattutto quelle di laboratorio, vengono valutate dalle 21 Regioni in maniera sostanzialmente omogenea, sebbene le differenze permangono. Peraltro, differenze tariffarie anche minime per prestazioni come quelle di laboratorio, essendo le prestazioni numericamente più diffuse (come analizzeremo in seguito), portano a differenze significative in termini di costi per il SSR.
In conclusione appare evidente come le tariffe non sembra siano legate ai costi di produzione, come ci si aspetterebbe, quanto alle politiche di (dis)incentivazione all'effettuazione di alcune prestazioni.
Tale incentivo o disincentivo potrebbe essere legato ad un tentativo di combattere l'inappropriatezza, ma è lecito il dubbio che possa essere distorto da vincoli di risparmio finanziario.
A tal proposito può essere interessante notare i comportamenti delle Regioni soggette a Piano di Rientro: Lazio, Abruzzo, Liguria e Molise hanno adottato le tariffe nazionali, mentre la Campania e la Sicilia si sono discostate dal riferimento nazionale: la prima con tariffe mediamente più basse, la seconda con valori tariffari in media lievemente superiori rispetto a quelle nazionali.

Tabella 7.2 - Prime 50 prestazioni per rapporto tra tariffa massima e minima

Descrizione tariffa	Tariffa DM 1996	N. Regg. (a)	N. Regg. (b)	Tar. Min	Tar. Max	Tar. Media	Rapp. Tar. Max/Min
Fotoferesi terapeutica	7,75	14,00	8,00	7,70	665,00	54,84	86,36
Inseminazione artificiale	77,47	21,00	8,00	7,78	475,15	117,05	61,07
Latte muliebre	3,98	20,00	8,00	1,70	90,80	8,31	53,41
Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	9,71	20,00	10,00	9,50	400,00	29,56	42,11
Incisione di ascesso perianale	34,86	21,00	9,00	6,66	220,63	43,83	33,13
Tipizzazione genomica hla-dpa1 ad alta risoluzione	155,30	20,00	11,00	7,08	222,21	154,58	31,39
Irradiazione cutanea totale con elettroni (tsei/tsebi)	1.053,57	21,00	8,00	71,48	1.890,00	1.067,83	26,44
Training prenatale	122,56	21,00	10,00	6,80	175,76	123,39	25,85
Angioscopia percutanea	59,29	21,00	9,00	3,75	84,80	59,32	22,61
Sondaggio gastrico frazionato	87,80	21,00	13,00	6,02	125,60	88,20	20,86
Test epicutanei a lettura ritardata [patch test] (fino a 20 allergeni)	32,54	21,00	9,00	2,12	41,35	32,22	19,50
Porfirine (ricerca qualitativa e quantitativa)	13,32	21,00	6,00	0,85	16,50	13,08	19,41
Tomoscintigrafia globale corporea (pet)	1.071,65	21,00	10,00	89,87	1.651,10	1.115,63	18,37
Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'ano	41,83	21,00	9,00	12,19	223,80	50,95	18,36
Altre procedure diagnostiche sull'apparato lacrimale	40,90	21,00	12,00	3,30	58,50	39,32	17,73
Riduzione chiusa di lussazione della mano e delle dita della mano	36,15	21,00	10,00	5,55	97,64	39,94	17,59
Gengivectomia	27,89	21,00	9,00	6,66	108,00	33,58	16,22
Test di emolisi al saccarosio	2,79	21,00	9,00	2,58	41,30	4,72	16,01
Ricostruzione di dente mediante intarsio	34,86	21,00	9,00	12,76	200,00	56,90	15,67
Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo	13,94	21,00	9,00	1,86	29,00	14,62	15,59
Legatura delle emorroidi	41,83	21,00	9,00	11,33	175,23	48,60	15,47
Tomoscintigrafia miocardica (pet) di perfusione a riposo e dopo stimolo	1.071,65	21,00	10,00	89,87	1.367,45	1.094,40	15,22
Cromocistoscopia	56,81	21,00	9,00	13,89	211,12	64,63	15,20
Velocita' di sedimentazione delle emazie (ves)	1,81	21,00	6,00	1,20	18,08	2,60	15,07
Iniezione retrobulbare di sostanze terapeutiche	36,15	21,00	11,00	3,46	51,70	36,24	14,94
Drenaggio percutaneo addominale	34,86	21,00	9,00	3,46	49,85	34,86	14,41
Specillazione del dotto naso-lacrimale	56,81	21,00	9,00	5,67	81,28	58,34	14,34
Tomoscintigrafia miocardica con indicatori di lesione	41,26	21,00	8,00	29,41	412,65	70,59	14,03
Ige specifiche allergologiche: quantitativo	101,69	20,00	5,00	8,97	125,30	81,86	13,97
Biopsia di strutture linfatiche	41,83	21,00	8,00	4,30	59,85	42,00	13,92
Asportazione locale di lesione della mammella	29,75	21,00	12,00	14,11	196,35	38,18	13,92
Asportazione delle emorroidi	41,83	21,00	8,00	37,65	500,00	72,50	13,28
-Legatura dei dotti deferenti	87,80	21,00	13,00	9,81	125,62	89,95	12,81
Incisione della ghiandola lacrimale	34,09	21,00	9,00	3,91	48,75	34,12	12,47
Incisione del sacco lacrimale	34,09	21,00	9,00	3,91	48,75	34,12	12,47
Asportazione o demolizione locale di lesione delle ossa facciali	98,13	21,00	9,00	15,43	186,00	102,71	12,05
Biopsia delle pareti vaginali	19,83	21,00	9,00	2,36	28,40	19,84	12,03
Uretroscopia	27,27	21,00	9,00	4,18	50,00	28,29	11,96
Prelievo di sangue venoso	2,58	21,00	5,00	0,52	6,20	2,85	11,92
Asportazione del sacco e delle vie lacrimali	258,23	21,00	9,00	31,33	369,47	264,18	11,79
Infusione di fattori della coagulazione	11,62	21,00	9,00	1,30	14,50	11,51	11,15
Sfinterotomia anale	41,83	21,00	9,00	14,20	157,82	47,90	11,11
Impianto di dente	11,62	21,00	9,00	11,60	128,30	20,66	11,06
Asportazione o elettrocoagulazione di lesione o tessuto dell'uretra	38,63	21,00	9,00	5,99	65,00	40,64	10,85
Drenaggio ascesso prostatico	27,27	21,00	9,00	9,79	105,56	31,32	10,78
Frenulotomia	18,59	21,00	9,00	16,73	174,18	27,15	10,41
Liberazione di sinechie peniene	19,83	21,00	9,00	17,85	184,74	28,81	10,35
Ablazione tartaro	9,71	21,00	9,00	3,51	36,00	12,96	10,26
Rieducazione motoria individuale in motuleso grave	11,36	17,00	9,00	3,05	31,20	12,60	10,23
Correzione dei vizi di refrazione	79,53	21,00	7,00	64,00	650,00	242,34	10,16

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Agenas
N. Regg. (a) = numero Regioni che prevedono la rimborsabilit
N. Regg. (b) = numero Regioni che adottano la tariffa del D. Min. Salute 22.7.1996

Tabella 7.3 - Le 50 prestazioni con differenza minima tra tariffa massima e minima regionale

Descrizione tariffa	Tariffa DM 1996	N. Regg. (a)	N. Regg. (b)	Tar. Min	Tar. Max	Tar. Media	Rapp. Tar. Max/Min
Vitamina d	16,27	21,00	8,00	16,25	19,90	16,80	1,22
Massaggio prostatico	5,84	21,00	10,00	5,80	7,10	6,00	1,22
Stiramento del prepuzio	5,84	21,00	10,00	5,80	7,10	6,00	1,22
Toxoplasma anticorpi (titolazione mediante agglutinazione) [test di fulton]	3,36	19,00	9,00	3,35	4,10	3,50	1,22
Treponema pallidum anticorpi anti cardiolipina (flocculazione) [vdrl] [rpr]	3,36	21,00	9,00	3,35	4,10	3,49	1,22
Campylobacter antibiogramma	7,64	20,00	7,00	7,60	9,30	7,94	1,22
Entamoeba histolytica nelle feci esame colturale (coltura xenica)	7,64	20,00	8,00	7,60	9,30	7,94	1,22
Parassiti intestinali [protozoi] esame colturale (coltura xenica)	7,64	19,00	8,00	7,60	9,30	7,96	1,22
Protozoi in materiali biologici diversi esame colturale	7,64	19,00	8,00	7,60	9,30	7,96	1,22
Virus epstein barr [ebv] anticorpi eterofili (test rapido)	7,64	21,00	8,00	7,60	9,30	7,88	1,22
Gruppo sanguigno abo/rh ii controllo	5,16	21,00	9,00	5,15	6,30	5,32	1,22
Cryptosporidium antigeni nelle feci ricerca diretta (i.f.)	5,16	20,00	9,00	5,15	6,30	5,36	1,22
Prelievo di sangue arterioso	5,16	21,00	9,00	5,15	6,30	5,37	1,22
Borrelia burgdorferi anticorpi (i.f.)	12,60	19,00	12,00	12,39	15,15	12,90	1,22
Chlamydie da coltura identificazione (i.f.)	3,62	20,00	10,00	3,60	4,40	3,73	1,22
Chimotripsina [feci]	5,42	21,00	8,00	5,40	6,60	5,61	1,22
Esteri organofosforici	5,42	20,00	8,00	5,40	6,60	5,62	1,22
Nortriptilina	5,42	21,00	8,00	5,40	6,60	5,61	1,22
Ala deidrasi eritrocitaria	5,22	21,00	8,00	5,16	6,30	5,41	1,22
Chlamydie anticorpi (titolazione mediante f.c.)	5,22	20,00	8,00	5,16	6,30	5,41	1,22
Virus anticorpi (titolazione mediante f.c.)	5,22	19,00	9,00	5,16	6,30	5,38	1,22
Protoporfirina ix eritrocitaria	7,70	21,00	14,00	7,70	9,40	7,94	1,22
Apolipoproteina b	5,94	21,00	9,00	5,90	7,20	6,17	1,22
Porfobilinogeno [u]	5,94	20,00	9,00	5,90	7,20	6,18	1,22
Miceti anticorpi (titolazione mediante agglutinazione)	5,94	20,00	9,00	5,90	7,20	6,16	1,22
Coproporfirine	6,40	20,00	13,00	6,20	7,55	6,54	1,22
Treponema pallidum anticorpi (ricerca qualitat. Mediante emoagglutin. Passiva) [tpha]	3,46	20,00	7,00	3,45	4,20	3,60	1,22
Apolipoproteina altra	6,09	21,00	8,00	6,09	7,40	6,32	1,22
Virus parotite anticorpi (titolazione mediante f.c.)	7,49	19,00	9,00	7,49	9,10	7,81	1,21
Ceruloplasmina	5,68	21,00	9,00	5,68	6,90	5,86	1,21
Immunoglobuline iga, igg o igm (ciascuna)	5,84	21,00	9,00	5,68	6,90	6,01	1,21
Sostanza amiloide ricerca	3,41	20,00	9,00	3,40	4,10	3,55	1,21
Chlamydie da coltura identificazione microscopica (col. Iodio, giemsa)	3,41	21,00	9,00	3,40	4,10	3,53	1,21
Micoplasma pneumoniae anticorpi (e.i.a.)	11,21	19,00	9,00	11,20	13,50	11,48	1,21
Leptospire anticorpi (e.i.a.)	13,94	18,00	9,00	13,90	16,75	14,28	1,21
Echinococco [idatidosi] anticorpi (titolazione mediante i.h.a.)	8,06	19,00	9,00	8,05	9,70	8,32	1,20
Bordetella anticorpi (e.i.a.)	9,09	19,00	9,00	9,09	10,95	9,38	1,20
Borrelia burgdorferi anticorpi (e.i.a.)	7,49	19,00	9,00	7,49	9,00	7,73	1,20
Micoplasma pneumoniae anticorpi (titolazione mediante i.f.)	7,08	18,00	9,00	7,08	8,50	7,28	1,20
Micobatteri anticorpi (e.i.a.)	10,79	19,00	8,00	10,79	12,95	11,05	1,20
Virus morbillo anticorpi (e.i.a.)	7,75	19,00	12,00	7,70	9,15	7,92	1,19
Virus parvovirus b19 anticorpi (e.i.a.)	7,75	19,00	12,00	7,70	9,15	7,92	1,19
Virus varicella zoster anticorpi (e.i.a.)	7,75	19,00	11,00	7,70	9,15	7,98	1,19
Virus parotite anticorpi (e.i.a.)	9,14	19,00	8,00	9,10	10,80	9,41	1,19
Anticorpi anti organo	14,51	20,00	8,00	14,46	17,10	14,84	1,18
Treponema pallidum anticorpi (e.i.a.)	6,61	19,00	8,00	6,60	7,80	6,77	1,18
Virus adenovirus anticorpi (e.i.a.)	12,65	19,00	10,00	12,65	14,90	12,96	1,18
Immunoglobuline: catene kappa e lambda [s/u]	9,30	20,00	15,00	9,30	10,95	9,50	1,18
Angio-rm dell' arto superiore o inferiore	246,35	20,00	10,00	232,40	271,80	248,74	1,17
Rimozione di altro corpo estraneo dal tronco eccetto scroto, pene e vulva	7,75	20,00	13,00	7,70	8,95	7,90	1,16

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Agenas
N. Regg. (a) = numero Regioni che prevedono la rimborsabilit
N. Regg. (b) = numero Regioni che adottano la tariffa del D. Min. Salute 22.7.1996

7.3. Offerta

Nel 2007 l'offerta di prestazioni specialistiche, viene garantita sul territorio nazionale da 9.822 strutture (ambulatori e laboratori di analisi) con una riduzione dell'1,5% rispetto al 2006 (9.981 strutture) e del 7,3% rispetto al 2005 (10.538 strutture).
In particolare sono presenti 2.757 strutture al Nord, 2.131 al Centro e 4.934 al Sud.

Tabella 7.4 - Ambulatoriale Specialistica - Numero strutture - Anno 2007[2]

Regioni	Totale ambul. e labor.	di cui pubblici	Clinica: totale	di cui pubblici	Diagnost. totale	di cui pubblici	Laborat: totale	di cui pubblici
Italia	**9.822**	**39,87%**	**6.326**	**56,86%**	**3.047**	**49,69%**	**4.270**	**39,87%**
Nord	**2.757**	**56,33%**	**2.292**	**63,09%**	**1.149**	**55,44%**	**1.028**	**56,33%**
Centro	**2.131**	**48,19%**	**1.363**	**63,32%**	**660**	**50,15%**	**763**	**48,19%**
Sud	**4.934**	**27,08%**	**2.671**	**48,22%**	**1.238**	**44,10%**	**2.479**	**27,08%**
Piemonte	453	81,90%	395	83,80%	202	74,26%	195	81,90%
Valle D'Aosta	3	33,33%	3	33,33%	2	50,00%	1	33,33%
Lombardia	795	38,87%	641	47,27%	387	43,93%	340	38,87%
P. A. Bolzano	55	61,82%	51	66,67%	14	78,57%	14	61,82%
P. A. Trento	32	65,63%	29	72,41%	18	77,78%	16	65,63%
Veneto	457	43,98%	389	51,16%	159	54,09%	160	43,98%
Friuli Venezia G.	139	67,63%	121	77,69%	43	58,14%	28	67,63%
Liguria	365	68,49%	269	79,93%	118	60,17%	103	68,49%
Emilia Romagna	458	59,39%	394	62,94%	206	52,91%	171	59,39%
Toscana	925	60,54%	625	66,72%	173	49,71%	138	60,54%
Umbria	104	76,92%	83	92,77%	37	81,08%	36	76,92%
Marche	201	49,75%	144	67,36%	69	73,91%	101	49,75%
Lazio	901	31,85%	511	53,23%	381	43,04%	488	31,85%
Abruzzo	169	36,69%	112	55,36%	53	58,49%	98	36,69%
Molise	51	25,49%	34	35,29%	18	44,44%	25	25,49%
Campania	1.445	19,86%	624	44,55%	380	31,58%	821	19,86%
Puglia	681	38,18%	387	65,63%	165	59,39%	353	38,18%
Basilicata	115	59,13%	78	76,92%	24	66,67%	56	59,13%
Calabria	444	43,02%	279	63,80%	119	52,94%	203	43,02%
Sicilia	1.674	17,32%	889	31,72%	330	44,55%	816	17,32%
Sardegna	355	46,48%	268	60,45%	149	42,28%	107	46,48%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Parte di queste strutture erogano prestazioni in più branche.
Quindi, seppure con minore velocità, prosegue il trend di riduzione delle strutture operanti, in atto dal 2004.

[2] *Sono escluse le strutture ospedaliere.*

In particolare 4.270 strutture erogano prestazioni di laboratorio (erano 4.235 nel 2006 e 4.258 nel 2005), 6.236 prestazioni cliniche (6.416 nel 2006 e 6.705 nel 2005) e 3.047 effettuano prestazioni di diagnostica (3.061 nel 2006 e 3.049 nel 2005)[3].
Delle strutture censite nel 2007, il 39,9% sono pubbliche (56,3% al Nord, 48,2% al Centro e 27,1% al Sud) in riduzione rispetto al 2006 quando le strutture pubbliche rappresentavano il 41,3% del totale. In generale le strutture pubbliche sono andate aumentando tra il 2004 e il 2005 per poi ridursi tra il 2005 e il 2007. Se analizziamo la distribuzione territoriale pubblico/privato possiamo osservare come questa sia molto disomogenea: si passa da Regioni come il Piemonte e l'Umbria in cui oltre il 76,0% delle strutture hanno una natura pubblica, a Regioni come Sicilia e Campania in cui la percentuale di strutture pubbliche è, di contro, inferiore al 20%. Le strutture pubbliche costituiscono il 56,9% del totale nella branca clinica, il 49,7% nella diagnostica e il 39,9% nelle analisi di laboratorio.

Tabella 7.5 - Ambulatoriale Specialistica: Strutture private per titolare del rapporto - Anno 2007

Regioni	Singolo medico	Società	Casa di cura	Altro
Italia	**16,77%**	**73,37%**	**5,52%**	**4,34%**
Nord	**15,15%**	**64,34%**	**10,86%**	**9,64%**
Centro	**7,43%**	**77,52%**	**8,61%**	**6,44%**
Sud	**20,18%**	**74,99%**	**2,83%**	**2,00%**
Piemonte	3,66%	73,17%	21,95%	1,22%
Valle D'Aosta	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Lombardia	6,38%	66,46%	11,11%	16,05%
P. A. Bolzano	23,81%	42,86%	9,52%	23,81%
P. A. Trento	0,00%	60,00%	30,00%	10,00%
Veneto	39,84%	50,00%	4,69%	5,47%
Friuli Venezia G.	22,22%	57,78%	6,67%	13,33%
Liguria	5,22%	89,57%	2,61%	2,61%
Emilia Romagna	13,44%	65,59%	18,28%	2,69%
Toscana	11,78%	63,84%	10,68%	13,70%
Umbria	16,67%	70,83%	12,50%	0,00%
Marche	7,92%	77,23%	12,87%	1,98%
Lazio	4,40%	85,97%	6,53%	3,10%
Abruzzo	19,63%	71,03%	4,67%	4,67%
Molise	21,05%	47,37%	0,00%	31,58%
Campania	3,45%	92,31%	2,85%	1,38%
Puglia	39,43%	54,39%	2,85%	3,33%
Basilicata	12,77%	76,60%	2,13%	8,51%
Calabria	20,16%	70,75%	5,53%	3,56%
Sicilia	27,89%	69,36%	1,88%	0,87%
Sardegna	25,26%	68,95%	5,79%	0,00%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

[2] *Si consideri che alcune strutture erogano prestazione in più branche.*

Passando alle strutture private accreditate, in Italia i titolari sono principalmente Società (73,4% in Italia, 64,3% al Nord, 77,5% al Centro e 75,0% al Sud); ne ha la titolarità un singolo medico solo nel 16,8% dei casi (15,2% al Nord, 7,4% al Centro e 20,2% al Sud), mentre il 5,5% è di case di cura (10,9% al Nord, 8,6% al Centro e 2,8% al Sud).

7.3.1. Dimensione delle strutture erogatrici

Per poter avere una indicazione, anche se approssimata, della dimensione media delle strutture, è possibile rapportare le prestazioni rese al numero di strutture per branca[4], utilizzare quindi un indicatore basato sui volumi di attività media.

Tabella 7.6 - Ambulatoriale Specialistica - Prestazioni medie per struttura e per branca - Anno 2007

Regioni	Clinica	Analisi di Laboratorio	Diagnostica
Italia	**24.132,07**	**188.474,25**	**17.960,61**
Nord	**35.084,61**	**393.858,93**	**25.208,96**
Centro	**19.994,74**	**180.148,59**	**13.710,42**
Sud	**16.844,89**	**105.867,16**	**13.499,19**
Piemonte	28.687,86	321.000,18	18.882,46
Valle D'Aosta	128.978,00	1.531.623,00	62.000,50
Lombardia	42.998,16	474.711,07	25.382,15
P. A. Bolzano	37.619,45	200.200,14	19.005,50
P. A. Trento	45.528,66	490.660,06	24.207,00
Veneto	36.331,00	457.337,16	31.830,64
Friuli Venezia G.	25.034,20	597.008,68	18.911,91
Liguria	22.019,55	214.173,15	13.971,97
Emilia Romagna	37.587,28	331.901,60	33.879,47
Toscana	14.576,61	330.377,19	15.548,14
Umbria	29.843,95	228.480,97	17.301,38
Marche	31.588,23	192.091,49	19.572,48
Lazio	21.754,77	131.628,62	11.465,61
Abruzzo	38.381,40	190.541,17	24.529,42
Molise	30.375,94	129.652,76	18.206,50
Campania	17.060,39	103.146,17	14.112,41
Puglia	19.224,55	100.099,73	14.138,19
Basilicata	13.690,60	124.833,45	20.408,50
Calabria	16.570,02	122.129,38	11.390,34
Sicilia	12.765,45	84.733,14	12.197,13
Sardegna	16.926,29	183.055,49	10.190,56

Fonte: elaborazione CEIS Sanità Ministero della Salute

[4] *Nella branca "Clinica" sono comprese anestesia, cardiologia, chirurgia generale, chirurgia plastica, chirurgia vascolare angiologia, dermosifil. endocrinologia, gastroent. chir.endosc digest., nefrologia, neurologia, neurochirurgia, oculistica, odontost. chir. max. facc., oncologia, ortopedia tramato, ginecologia ostetricia, otorinolar., pneumol., psichiatria, radioterap., urologia, altro.*

Si consideri che nelle tabelle seguenti sono considerate solo le strutture pubbliche autonome e quindi non sono inclusi gli ospedali. In Italia vengono erogate in media 24.132 prestazioni di clinica per struttura (35.085 al Nord, 19.995 al Centro e 16.845 al Sud), 188.474 prestazioni di analisi di laboratorio (393.859 al Nord, 180.149 al Centro e 105.867 al Sud) e 17.961 di diagnostica (25.209 al Nord, 13.719 al Centro e 13.449 al Sud).
Le Regioni con una più elevata "dimensione" media per struttura nella branca delle prestazioni di laboratorio sono nell'ordine, in Friuli Venezia Giulia (597.009) e nella P. A. di Trento (490.660), mentre sono minime in Sicilia e in Puglia (84.733 e 100.099).
Per le prestazioni di diagnostica, abbiamo "dimensioni" di struttura maggiori in Emilia Romagna (33.879) e Veneto (31.831) e minori in Sardegna (10.191) e Calabria (11.390).
Infine P. A. di Trento e Lombardia si caratterizzano per il maggior numero medio di prestazioni cliniche per struttura (rispettivamente 45.529 e 42.998) mentre Sicilia e Basilicata per il minore (12.765 e 13.691 prestazioni). Se tra il 2004 e il 2005 si era osservato un lieve incremento delle "dimensioni" medie delle strutture per la sola branca clinica (il numero di analisi e di diagnosti-

Tabella 7.7 - Ambulatoriale Specialistica - Variazione % delle prestazioni medie per struttura e per branca

Regioni	Clinica	Analisi di Laboratorio	Diagnostica
Italia	**-3,29**	**-18,9**	**-9,02**
Nord	**5,40**	**-12,48**	**6,22**
Centro	**-15,50**	**-30,96**	**-26,88**
Sud	**-6,44**	**-19,86**	**-17,48**
Piemonte	-2,28	-18,11	-17,46
Valle D'Aosta	-3,23	-28,06	-7,12
Lombardia	3,85	0,28	3,23
P. A. Bolzano	137,98	-38,2	114,64
P. A. Trento	0,15	-14,02	-13,7
Veneto	-4,79	-18,02	-9,85
Friuli Venezia G.	4,15	-9,44	-26,88
Liguria	-4,7	-18,71	-18,82
Emilia Romagna	11,48	-24,24	62,94
Toscana	-29,42	-31,69	-37,58
Umbria	14,19	-25,76	-15,02
Marche	6,83	-20,18	-4,99
Lazio	-13,1	-32,73	-25,36
Abruzzo	-18,76	-11,04	-15,25
Molise	-11,67	-54,79	-11,95
Campania	-3,71	-3,83	-18,3
Puglia	-13	-50,46	-41,18
Basilicata	-13,97	-23,41	-0,94
Calabria	-21,17	-21,04	-16,21
Sicilia	4,42	-8,89	-2,38
Sardegna	-7,07	-27,3	-5,7

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

ca medie erano rimasti pressoché costanti), tra il 2005 e il 2006 la razionalizzazione del mercato è stata evidente: +15,8% per il numero medio di prestazioni cliniche per struttura, +14,3% nella branca delle analisi di laboratorio e +8,2% in quella diagnostica.
Ma il processo sembra essersi subito interrotto: tra il 2006 e il 2007 si osserva di nuovo una riduzione delle "dimensioni" medie in tutte le branche e in particolare nella diagnostica (18,9% laboratorio; 9,0% diagnostica e 3,3% clinica). Questa inversione del trend deve peraltro essere attribuita principalmente ad una riduzione complessiva dei volumi di attività come si vedrà nel seguito. In termini di rapporto alla popolazione servita, nel 2007 il bacino di utenza medio degli ambulatori e laboratori è pari a 6.070 abitanti per struttura, in leggera crescita rispetto al 2006 (5.892 abitanti per struttura). Il bacino di utenza è superiore alla media nazionale al Nord (8.239 abitanti per struttura) ed inferiore alla media sia al Sud che al Centro (rispettivamente 4.221 e 5.479 abitanti per struttura). La variabilità regionale è, anche in questo caso, estremamente significativa, passando da 41.993 abitanti per struttura in Valle D'Aosta, a 3.005 abitanti in media per struttura in Sicilia.

Tabella 7.8 - Ambulatoriale Specialistica - Bacini medi di utenza delle strutture - Abitanti per struttura - Anno 2007

Regione	Totale ambulatori e laboratori	Clinica	Analisi di Laboratorio	Diagnostica:
Italia	**6.070**	**9.424**	**13.962**	**19.567**
Nord	**8.239**	**9.911**	**19.770**	**22.097**
Centro	**5.479**	**8.566**	**17.690**	**15.302**
Sud	**4.221**	**7.797**	**16.823**	**8.401**
Piemonte	9.716	11.142	22.571	21.788
Valle D'Aosta	41.993	41.993	125.979	62.990
Lombardia	12.129	15.043	28.360	24.916
P. A. Bolzano	8.980	9.685	35.279	35.279
P. A. Trento	16.042	17.702	32.085	28.520
Veneto	10.574	12.422	30.202	30.392
Friuli Venezia G.	8.792	10.100	43.645	28.420
Liguria	4.410	5.984	15.629	13.643
Emilia Romagna	9.336	10.852	25.005	20.756
Toscana	3.975	5.883	26.645	21.255
Umbria	8.504	10.656	24.568	23.904
Marche	7.727	10.785	15.377	22.508
Lazio	6.172	10.883	11.396	14.596
Abruzzo	7.834	11.821	13.510	24.981
Molise	6.291	9.436	12.834	17.824
Campania	4.022	9.313	7.078	15.293
Puglia	5.986	10.534	11.548	24.706
Basilicata	5.139	7.577	10.554	24.625
Calabria	4.522	7.196	9.890	16.871
Sicilia	3.005	5.658	6.164	15.241
Sardegna	4.692	6.215	15.567	11.179

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In particolare nelle singole branche (clinica, diagnostica e analisi di laboratorio) si osserva un bacino medio di abitanti per struttura pari rispettivamente a 9.424, 19.567, 13.962 al Nord, al Centro e al Sud (erano 9.157, 19.194 e 13.873 nel 2006).
Sempre analizzando le singole branche possiamo osservare che per la clinica le Regioni con un bacino di utenza minore sono la Sicilia, la Toscana e la Liguria, mentre quelle con un numero medio di abitanti per struttura maggiore la Valle D'Aosta, la P. A. di Trento e la Lombardia; per la diagnostica le Regioni con valori inferiori sono la Sardegna, la Liguria e il Lazio mentre quelle con valori superiori sono la Valle D'Aosta, la P. A. di Bolzano e il Veneto; infine, per le prestazioni di laboratorio, il bacino medio di utenza inferiore si osserva in Sicilia, Campania e Calabria, mentre le Regioni con bacino di utenza superiore sono la Valle D'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la P. A. di Bolzano. Il differenziale tra le Regioni è considerevole, come dimostrato dalla devianza pari a 7.256,0 per la clinica, 10.473,2 per la diagnostica e 24.265,0 per il laboratorio. Fra il 2005 e il 2007 gli abitanti medi per struttura sono aumentati mediamente del 5,0% medio annuo.

Tabella 7.9 - Ambulatoriale Specialistica - Bacini medi di utenza delle strutture - Abitanti (popolazione pesata) per struttura - Anno 2007

Regione	Totale ambulatori e laboratori	Clinica	Analisi di Laboratorio	Diagnostica
Italia	**6.070**	**9.424**	**13.962**	**19.567**
Nord	**10.057**	**12.098**	**24.132**	**26.973**
Centro	**4.420**	**6.911**	**14.273**	**12.346**
Sud	**4.043**	**7.469**	**16.114**	**8.047**
Piemonte	9.609	11.020	22.322	21.549
Valle D'Aosta	41.604	41.604	124.812	62.406
Lombardia	12.007	14.891	28.075	24.665
P. A Bolzano	8.867	9.562	34.834	34.834
P. A. Trento	15.845	17.484	31.689	28.168
Veneto	10.445	12.271	29.835	30.022
Friuli Venezia G.	8.724	10.022	43.307	28.200
Liguria	4.405	5.977	15.610	13.626
Emilia Romagna	9.221	10.719	24.697	20.501
Toscana	3.933	5.821	26.364	21.030
Umbria	8.394	10.518	24.249	23.594
Marche	7.642	10.667	15.209	22.262
Lazio	6.097	10.750	11.257	14.418
Abruzzo	7.750	11.695	13.365	24.713
Molise	6.276	9.414	12.803	17.782
Campania	4.007	9.279	7.053	15.237
Puglia	5.976	10.516	11.529	24.666
Basilicata	5.142	7.581	10.560	24.639
Calabria	4.500	7.161	9.843	16.790
Sicilia	2.997	5.643	6.148	15.203
Sardegna	4.674	6.192	15.509	11.137

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Analizzando il dato per popolazione pesata, e quindi standardizzato rispetto al diverso bisogno delle popolazioni, si conferma come al Nord sono presenti strutture mediamente più grandi (10.057 abitanti per struttura per popolazione pesata) mentre al Centro e al Sud strutture mediamente più piccole (rispettivamente 4.420 e 4.043 abitanti per struttura per popolazione pesata). Le Regioni con un numero maggiore di abitanti per struttura per popolazione pesata sono Valle D'Aosta, P. A. di Trento e Lombardia mentre quelle con un bacino di utenza inferiore sono Sicilia Toscana e Campania.
Anche per la branca clinica sono la Valle D'Aosta, la P. A. di Trento e la Lombardia a registrare un numero medio di abitanti per struttura maggiore mentre la Sicilia, la Toscana e la Liguria presentano un bacino di utenza inferiore.
Per la diagnostica la Valle D'Aosta, la P. A. di Bolzano e il Veneto hanno un bacino di utenza superiore mentre la Sardegna, la Liguria e il Lazio un bacino d utenza inferiore; infine per la clinica la Valle D'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la P. A. di Bolzano sono le Regioni con un numero maggiore di abitanti per struttura mentre la Sicilia, la Campania e la Calabria quelle con un numero minore.
In definitiva, nel Sud è presente una maggiore frammentazione delle strutture il che spiega perché si assiste ad un maggiore aumento delle dimensioni medie delle strutture, sebbene le differenze rispetto al Nord rimangano molto elevate.
Purtroppo non è possibile apprezzare separatamente l'apporto delle strutture private e pubbliche in termini di quantità e qualità delle prestazioni.
Inoltre, le analisi sono distorte dal non poter considerare le strutture ambulatoriali ospedaliere.

7.4. Utilizzo

In Italia sono state erogate nel 2007 1,1 mld. di prestazioni specialistiche tra prestazioni di laboratorio, diagnostica, medicina fisica e riabilitativa e clinica con una riduzione complessiva del 15,4% rispetto al 2006 (1,3 mld.).

Tabella 7.10 - Prestazioni ambulatoriali specialistiche per tipologia - Anno 2007

Regioni	Totale	Clinica	Analisi di laboratorio	Diagnostica	Diagnostica per immagini Radiol. diagnostica	Diagnostica per immagini Medicina	Med. fisica
Italia	**1.089.114.013**	**152.659.463**	**804.785.034**	**54.725.970**	**50.874.882**	**3.851.088**	**76.943.546**
Nord	**546.104.788**	**80.413.926**	**404.886.982**	**28.965.099**	**27.488.462**	**1.476.637**	**31.838.781**
Centro	**191.805.003**	**27.252.825**	**137.453.374**	**9.048.879**	**8.345.463**	**703.416**	**18.049.925**
Sud	**351.204.222**	**44.992.712**	**262.444.678**	**16.711.992**	**15.040.957**	**1.671.035**	**27.054.840**
Piemonte	83.329.687	11.331.706	62.595.036	3.814.256	3.686.276	127.980	5.588.689
Valle D'Aosta	2.194.893	386.934	1.531.623	124.001	121.407	2.594	152.335
Lombardia	212.668.632	27.561.819	161.401.764	9.822.891	9.406.493	416.398	13.882.158
P. A. Bolzano	5.521.421	1.918.592	2.802.802	266.077	203.245	62.832	533.950
P. A. Trento	10.007.529	1.320.331	7.850.561	435.726	428.512	7.214	400.911
Veneto	99.579.374	14.132.759	73.173.946	5.061.072	4.890.320	170.752	7.211.597
Friuli V. G.	21.450.313	3.029.138	16.716.243	813.212	786.820	26.392	891.720
Liguria	30.719.202	5.923.258	22.059.834	1.648.693	1.315.893	332.800	1.087.417
E. Romagna	80.633.737	14.809.389	56.755.173	6.979.171	6.649.496	329.675	2.090.004
Toscana	59.268.834	9.110.382	45.592.052	2.689.829	2.541.595	148.234	1.876.571
Umbria	11.643.570	2.477.048	8.225.315	640.151	628.116	12.035	301.056
Marche	26.418.476	4.548.705	19.401.240	1.350.501	1.177.132	173.369	1.118.030
Lazio	94.474.123	11.116.690	64.234.767	4.368.398	3.998.620	369.778	14.754.268
Abruzzo	25.465.371	4.298.717	18.673.035	1.300.059	1.020.353	279.706	1.193.560
Molise	4.991.369	1.032.782	3.241.319	327.717	323.315	4.402	389.551
Campania	112.196.244	10.645.682	84.683.006	5.362.714	4.967.483	395.231	11.504.842
Puglia	48.821.278	7.439.902	35.335.205	2.332.801	1.895.649	437.152	3.713.370
Basilicata	9.991.817	1.067.867	6.990.673	489.804	478.086	11.718	1.443.473
Calabria	33.079.484	4.623.036	24.792.264	1.355.451	1.224.862	130.589	2.308.733
Sicilia	88.329.619	11.348.481	69.142.239	4.025.052	3.660.580	364.472	3.813.847
Sardegna	28.329.040	4.536.245	19.586.937	1.518.394	1.470.629	47.765	2.687.464

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La parte preponderante delle prestazioni è costituito dalle analisi di laboratorio, che ammontano a circa 805 mln. (73,9% delle prestazioni totali), in netta riduzione rispetto al 2006, quando erano oltre 980 mln. e al 2005 (858 mln.): dai dati disponibili, non è però apprezzabile se la riduzione possa dipendere dalle modifiche dei nomenclatori e nello specifico dall'aggregazione di pacchetti di prestazioni; seguono le prestazioni di medicina fisica pari al 7,1% del totale (circa 77 mln. nel 2007 e 83 mln. nel 2006), e le prestazioni di diagnostica: 5,0% del totale prestazioni (55 mln. nel 2007, 60 mln. nel 2006 e come nel 2007 55 mln. nel 2005); infine le prestazioni cliniche ammontano complessivamente al 14,0% del totale nel 2007 (un totale di 153 mln. nel 2007, 160 mln. nel 2006 e 144 mln. nel 2005).

In generale possiamo osservare che, ad esclusione della diagnostica per immagini e medicina nucleare, tutte la altre tipologie di prestazioni sono andate riducendosi: -18,3% per le analisi di laboratorio, -11,4% la radiologia diagnostica, -6,8% la medicina fisica e riabilitativa, -4,6% la clinica.
In particolare la riduzione per tutte le branche, con la sola esclusione della medicina fisica, è stata più evidente al Centro rispetto al Nord e al Sud.
Nel 2007, in Italia, vengono effettuate in media 18,3 prestazioni specialistiche per abitante (20,1 al Nord, 16,4 al Centro e 16,9 al Sud), contro le 21,9 del 2006; in particolare 13,5 prestazioni di laboratorio (17,8 al Nord, 11,8 al Centro e 12,6 al Sud), 0,9 di diagnostica (1,3 al Nord, 0,8 al Centro e al Sud) di cui 0,8 di radiologia diagnostica e 0,1 di medicina nucleare, 1,3 di medicina fisica (1,4 al Nord, 1,6 al Centro e 1,3 al Sud) e 2,6 di prestazioni cliniche (3,5 al Nord, 2,3 al Centro e 2,2 al Sud).

Tabella 7.11 - Prestazioni ambulatoriali specialistiche per tipologia Variazione % - Anni 2007/2006

Regioni	Totale	Clinica	Analisi di laboratorio	Diagnostica	Diagnostica per immagini Radiol. diagnostica	Diagnostica per immagini Medicina	Med. fisica
Italia	**-15,40**	**-4,64**	**-18,23**	**-9,43**	**-11,39**	**27,98**	**-6,84**
Nord	**-9,98**	**-0,26**	**-12,48**	**2,30**	**1,34**	**24,36**	**-9,16**
Centro	**-26,05**	**-13,79**	**-30,69**	**-25,76**	**-27,67**	**8,20**	**4,59**
Sud	**-16,64**	**-5,98**	**-18,82**	**-16,13**	**-19,80**	**42,61**	**-10,66**
Piemonte	-9,16	-1,78	-9,27	-15,37	-15,72	-3,61	-16,52
Valle D'Aosta	-21,31	-3,23	-28,06	-7,12	-7,20	-3,32	20,01
Lombardia	-2,50	0,56	-3,69	-2,80	-4,01	35,74	6,62
P. A. Bolzano	-43,33	-21,70	-54,46	-47,28	-51,03	-29,95	-15,74
P. A. Trento	-13,17	-9,24	-14,02	-13,70	-13,99	7,45	-7,85
Veneto	-26,99	-17,06	-30,30	-30,49	-30,82	-27,35	-12,53
Friuli Venezia G.	-15,38	-5,27	-17,50	-6,92	-6,58	-15,86	-16,43
Liguria	-9,41	4,15	-12,56	-10,17	-9,49	-26,52	19,34
Emilia Romagna	-23,80	-5,41	-23,88	-18,13	-23,90	16,96	-64,41
Toscana	-11,43	11,48	-21,01	66,16	63,18	163,03	22,46
Umbria	-31,70	-24,97	-34,08	-37,58	-37,78	-33,95	60,53
Marche	-16,20	15,58	-23,64	-17,26	-18,50	304,13	46,22
Lazio	-15,20	6,83	-19,38	-4,99	-13,97	226,57	-20,57
Abruzzo	-25,93	-14,93	-31,90	-23,14	-24,75	0,04	1,92
Molise	-6,13	-0,02	-9,18	-6,43	-7,59	-1,91	35,91
Campania	-30,72	-6,15	-40,52	-0,94	1,44	-63,60	20,01
Puglia	-4,14	-2,93	-4,06	-16,54	-19,48	54,07	1,07
Basilicata	-44,02	-12,77	-48,57	-41,89	-50,94	190,73	-37,77
Calabria	-16,67	-8,07	-19,07	3,36	4,61	-30,42	-15,96
Sicilia	-21,28	-19,73	-22,57	-16,21	-20,84	85,69	-12,08
Sardegna	-7,33	0,90	-8,67	-3,26	-5,07	19,72	-9,17

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 7.12 - Prestazioni ambulatoriali specialistiche pro-capite per tipologia - Anno 2007

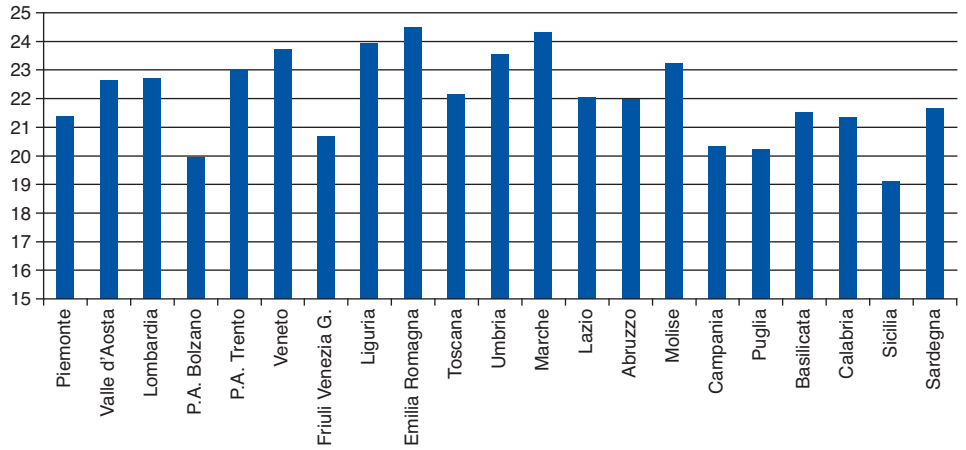
Regioni	Totale	Clinica	Analisi di laboratorio	Diagnostica	Diagnostica per immagini Radiol. diagnostica	Diagnostica per immagini Medicina	Med. fisica
Italia	18,27	2,56	13,50	0,92	0,85	0,06	1,29
Nord	20,14	3,54	17,82	1,28	1,21	0,07	1,40
Centro	16,43	2,33	11,77	0,78	0,71	0,06	1,55
Sud	16,86	2,16	12,60	0,80	0,72	0,08	1,30
Piemonte	18,93	2,57	14,22	0,87	0,84	0,03	1,27
Valle D'Aosta	17,42	3,07	12,16	0,98	0,96	0,02	1,21
Lombardia	22,06	2,86	16,74	1,02	0,98	0,04	1,44
P. A. Bolzano	11,18	3,88	5,67	0,54	0,41	0,13	1,08
P. A. Trento	19,49	2,57	15,29	0,85	0,83	0,01	0,78
Veneto	15,42	3,22	10,58	0,70	0,63	0,07	0,93
Friuli Venezia G.	20,61	2,92	15,14	1,05	1,01	0,04	1,49
Liguria	17,55	2,48	13,68	0,67	0,64	0,02	0,73
Emilia Romagna	19,08	3,68	13,70	1,02	0,82	0,21	0,68
Toscana	18,86	3,46	13,27	1,63	1,56	0,08	0,49
Umbria	16,12	2,48	12,40	0,73	0,69	0,04	0,51
Marche	13,16	2,80	9,30	0,72	0,71	0,01	0,34
Lazio	17,01	2,93	12,49	0,87	0,76	0,11	0,72
Abruzzo	16,99	2,00	11,55	0,79	0,72	0,07	2,65
Molise	19,23	3,25	14,10	0,98	0,77	0,21	0,90
Campania	15,56	3,22	10,10	1,02	1,01	0,01	1,21
Puglia	19,31	1,83	14,57	0,92	0,85	0,07	1,98
Basilicata	11,98	1,83	8,67	0,57	0,47	0,11	0,91
Calabria	16,91	1,81	11,83	0,83	0,81	0,02	2,44
Sicilia	16,48	2,30	12,35	0,68	0,61	0,07	1,15
Sardegna	17,56	2,26	13,75	0,80	0,73	0,07	0,76

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La distribuzione regionale è piuttosto difforme, variando da 22,1 prestazioni per abitante della Regione Lombardia a 11,2 della P. A. di Bolzano, a conferma delle notevoli differenze.
In particolare sono le stesse, Lombardia e P. A. di Bolzano, ad erogare il numero massimo e minimo di prestazioni di laboratorio (rispettivamente 16,7 e 5, 7), mentre per le prestazioni di diagnostica è l'Emilia Romagna ad erogare il numero massimo di prestazioni (1,6), con sempre la P. A. di Bolzano ad erogarne il numero minimo (0,5): con un differenziale che è pari a circa 3 volte. Per la medicina fisica la Regione che eroga più prestazioni è il Lazio (2,6) mentre quella che ne eroga meno l'Umbria (0,3).
Infine, relativamente alle prestazioni cliniche, la P. A. di Bolzano registra un valore medio pro-capite pari a 3,9, mentre è la Basilicata a registrare il valore più basso (1,8).

[4] *Non è purtroppo disponibile l'informazione relativa alla suddivisione delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private.*

Figura 7.2 - Prestazioni ambulatoriali specialistiche pro-capite per tipologia Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

L'analisi per popolazione pesata[6], quindi standardizzata, mitiga solo in maniera minima le differenze tra le Regioni del Nord e quelle del Sud: 19,7 prestazioni pro-capite per popolazione pesata al Nord, 20,4 al Centro e 17,6 al Sud. Questo dimostra come solo una piccola parte del gap è spiegata dalle differenze di bisogno.

[4] *Pesi per specialistica fonte Ministero della Salute.*

Tabella 7.13 - Prestazioni ambulatoriali specialistiche pro-capite per popolazione pesata - Anno 2007[7]

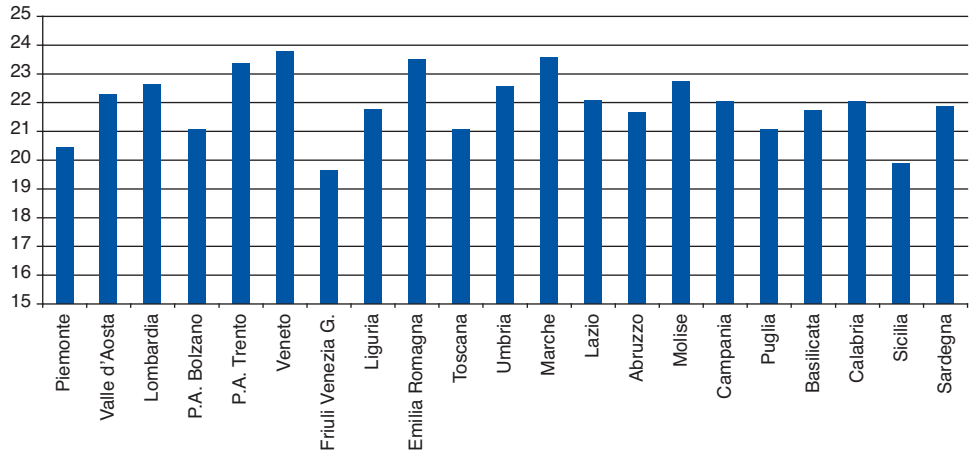
Regioni	Totale	Clinica	Analisi di laboratorio	Diagnostica	Diagnostica per immagini Radiol. diagnostica	Diagnostica per immagini Medicina	Med. fisica
Italia	**18,27**	**2,56**	**13,50**	**0,92**	**0,85**	**0,06**	**1,29**
Nord	**19,70**	**2,90**	**14,60**	**1,04**	**0,99**	**0,05**	**1,15**
Centro	**20,36**	**2,89**	**14,59**	**0,96**	**0,89**	**0,07**	**1,92**
Sud	**17,60**	**2,26**	**13,16**	**0,84**	**0,75**	**0,08**	**1,36**
Piemonte	18,10	2,46	13,60	0,83	0,80	0,03	1,21
Valle D'Aosta	17,14	3,02	11,96	0,97	0,95	0,02	1,19
Lombardia	21,96	2,85	16,66	1,01	0,97	0,04	1,43
P. A. Bolzano	11,79	4,10	5,98	0,57	0,43	0,13	1,14
P. A. Trento	19,79	2,61	15,52	0,86	0,85	0,01	0,79
Veneto	15,94	3,33	10,94	0,72	0,65	0,07	0,96
Friuli Venezia G.	20,64	2,93	15,16	1,05	1,01	0,04	1,49
Liguria	16,66	2,35	12,98	0,63	0,61	0,02	0,69
Emilia Romagna	17,34	3,34	12,45	0,93	0,74	0,19	0,61
Toscana	18,11	3,33	12,75	1,57	1,49	0,07	0,47
Umbria	15,33	2,36	11,80	0,70	0,66	0,04	0,49
Marche	12,60	2,68	8,90	0,69	0,68	0,01	0,33
Lazio	16,48	2,84	12,10	0,84	0,73	0,11	0,70
Abruzzo	17,02	2,00	11,57	0,79	0,72	0,07	2,66
Molise	18,96	3,20	13,90	0,97	0,76	0,21	0,89
Campania	15,24	3,15	9,90	1,00	0,99	0,01	1,19
Puglia	20,94	1,99	15,81	1,00	0,93	0,07	2,15
Basilicata	12,48	1,90	9,03	0,60	0,48	0,11	0,95
Calabria	17,06	1,82	11,93	0,84	0,82	0,02	2,46
Sicilia	17,03	2,38	12,76	0,70	0,63	0,07	1,19
Sardegna	18,28	2,35	14,31	0,83	0,76	0,08	0,79

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La distribuzione regionale appare ancora difforme, variando da 22,0 prestazioni per abitante della Regione Lombardia a 11,8 della P. A. di Bolzano.
In particolare sono le stesse, Lombardia e P. A. di Bolzano, ad erogare il numero massimo e minimo di prestazioni di laboratorio (rispettivamente 16,7 e 6,0), mentre per le prestazioni di diagnostica è l'Emilia Romagna ad erogarne il numero massimo (1,6) e sempre la P. A. di Bolzano ad erogarne il numero minimo (0,6).

[7] *Non è purtroppo disponibile l'informazione relativa alla suddivisione delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private.*

Figura 7.3 - Prestazioni ambulatoriali specialistiche per popolazione pesata Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Per la medicina fisica la Regione che eroga più prestazioni è il Lazio (2,7) mentre quella che ne eroga meno l'Umbria (0,3).
Infine per la clinica la Regione che eroga più prestazioni è la P. A. di Bolzano (4,1) mentre quella che ne eroga meno è la Basilicata (1,8).

7.5. La spesa

Nei paragrafi seguenti si analizza la spesa per l'assistenza ambulatoriale specialistica, partendo dal generale (confronti internazionali), al particolare (spesa italiana totale e per funzioni).

7.5.1. Spesa per assistenza specialistica: OECD confronti internazionali

Secondo i dati OECD la spesa per assistenza ambulatoriale[8] in Italia, nel 2007, è pari al 2,7% del PIL, valore stabile rispetto ai due anni precedenti.
Il Paese in cui la spesa ambulatoriale assorbe una quota maggiore del PIL è di gran lunga gli Stati Uniti (8,4%) seguiti, con valori quasi 3 volte inferiori, dal Portogallo (3,1%) e dalla Svezia (3,0%). I Paesi con una spesa ambulatoriale su PIL minore sono la Polonia, l'Ungheria e la Norvegia, con valori rispettivamente pari all'1,2%, l'1,5% e l'1,6% del PIL.
Possiamo notare che, tra il 2005 e il 2007, la quota di spesa ambulatoriale sul PIL è rimasta sostanzialmente stabile in tutti i Paesi considerati.

[7] *Il dato comprende le prestazioni effettuate dentro gli ospedali e le prestazioni di MMG e PLS.*

Tabella 7.14 - Spesa ambulatoriale complessiva specialistica su PIL Valori %

Paesi	1980	1990	2000	2005	2006	2007
Media OECD	**1,9**	**2,2**	**2,2**	**2,4**	**2,5**	**2,5**
Australia	1,7	2,0	2,6	2,8	2,8	n.d.
Austria	1,4	2,1	2,4	2,4	2,4	2,4
Belgio	2,5	2,9		2	1,8	2,0
Canada	1,8	2,2	2,2	2,5	2,5	2,5
Corea	1,3	1,4	1,6	2,1	2,3	2,3
Danimarca	2	1,8	2,1	2,3	2,3	2,6
Finlandia	1,6	2,4	1,8	2,1	2,2	2,2
Francia	1,5	2	1,8	1,9	1,9	1,9
Germania	2,8	2,5	2,3	2,3	2,3	2,3
Giappone	2,9	2,6	2,4	2,6	2,6	n.d.
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islanda	1,1	1,8	2,3	2,4	2,3	2,4
Italia	n.d.	2,4	2,4	2,7	2,7	2,7
Lussemburgo	2,6	2,6	1,4	1,9	n.d.	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	1,2	1,8	1,8	1,9
Norvegia	1,3	1,6	1,5	1,7	1,6	1,6
Nuova Zelanda	n.d.	n.d.	n.d.	2,1	2,5	2,3
Olanda	1,5	1,4	1,7	n.d.	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	1,1	1,2	1,2
Portogallo	n.d.	n.d.	2,7	3,3	3,4	
Regno Unito	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rep. Ceca	n.d.	n.d.	1,5	1,6	1,6	1,7
Slovacchia	n.d.	n.d.	1,1	1,2	1,6	1,7
Spagna	n.d.	n.d.	2,9	2,5	2,5	2,5
Stati Uniti	2,8	4,7	5,8	6,8	8,3	8,4
Svezia	n.d.	n.d.	2,2	3,0	3,0	3,0
Svizzera	n.d.	2,2	2,9	3,3	3,2	3,1
Turchia	n.d.	1,8	1,4	n.d.	n.d.	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	1,5	1,8	1,7	1,5

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

La spesa pro-capite per prestazioni ambulatoriali presenta una estrema variabilità tra i Paesi OECD: si passa dagli $ 3.842 degli Stati Uniti, ai $ 195 in Polonia.
Tali valori, trattandosi in larga misura di prestazioni che comportano l'utilizzo di tecnologie sofisticate, commercializzate in tutto il mondo in un contesto di mercato globalizzato, sembrano dare una prima indicazione dei livelli tecnologici dei sistemi sanitari a livello internazionale.
In Italia, nel 2007, si sono spesi, complessivamente, $ 818 pro-capite, valore in crescita del 2,2% rispetto al 2006, che ci pone al di sotto della media dei Paesi OECD.
In media la spesa ambulatoriale è andata crescendo tra il 1980 e il 2007: 8,3% medio annuo

Tabella 7.15 - Spesa ambulatoriale complessiva (pubblica e privata) pro-capite - Valori in $ (PPP)

Paesi	1980	1990	2000	2005	2006	2007
Media OECD	**187**	**414**	**556**	**745**	**807**	**854**
Australia	176	349	718	946	992	n.d
Austria	151	403	685	810	838	885
Belgio	252	539	n.d.	650	599	708
Canada	196	424	620	863	922	979
Corea	35	113	267	449	521	568
Danimarca	200	342	617	755	803	945
Finlandia	143	429	469	646	709	751
Francia	141	343	456	575	598	629
Germania	324	538	606	733	765	797
Giappone	261	493	622	788	824	n.d.
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islanda	128	382	657	830	822	857
Italia	n.d.	415	600	766	800	818
Lussemburgo	n.d.	n.d.	627	985	n.d.	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	119	225	244	268
Norvegia	123	286	545	787	816	863
Nuova Zelanda	n.d.	n.d.	n.d.	523	644	623
Olanda	142	245	502	n.d.	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	156	172	195
Portogallo	n.d.	n.d.	n.d.	689	726	n.d.
Regno Unito	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rep. Ceca	n.d.	n.d.	226	317	346	397
Slovacchia	n.d.	n.d.	116	193	292	345
Spagna	n.d.	n.d.	608	673	735	794
Stati Uniti	346	1090	1996	2834	3631	3842
Svezia	n.d.	n.d.	614	972	1041	1103
Svizzera	n.d.	541	904	1165	1219	1286
Turchia	n.d.	104	123	n.d.	n.d.	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	185	299	302	283

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

tra il 1980 e il 1990, 3,0% medio annuo tra il 1990 e il 2000, 6,0% tra il 2000 e il 2005, 8,3% tra il 2005 e il 2006 e 5,9% tra il 2006 e il 2007.

Tra il 2006 e il 2007 i Paesi in cui la spesa ambulatoriale è cresciuta maggiormente sono la Slovacchia e il Belgio (+18,2%) mentre i Paesi in cui si è ridotta sono Ungheria e Nuova Zelanda (rispettivamente -6,3% e -3,3%).

Tabella 7.16 - Variazione % della spesa ambulatoriale complessiva (pubblica e privata) pro-capite - Variazioni medie annue - Valori %

Paesi	1990/1980	2000/1990	2005/2000	2006/2005	2007/2006
Media OECD	**8,3**	**3,0**	**6,0**	**8,3**	**5,9**
Australia	7,1	7,5	5,7	4,9	n.d.
Austria	10,3	5, 5	3,4	3,5	5,6
Belgio	7,9	n.d	n.d	-7,9	18,2
Canada	8,0	3,9	6,8	6, 4	6,2
Corea	12,4	9,0	11,0	16,0	9,0
Danimarca	5,5	6,1	4,1	6,4	17,7
Finlandia	11,6	0,9	6,6	9,8	5,9
Francia	9,3	2,9	4,8	4,0	5,2
Germania	5,2	1,2	3,9	4,4	4,2
Giappone	6,6	2,4	4,8	4,6	n.d.
Grecia	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Irlanda	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Islanda	11,6	5,6	4,8	-1,0	4,3
Italia	n.d	3,8	5,0	4,4	2,3
Lussemburgo	n.d	n.d	9,5	n.d	n.d
Messico	n.d	n.d	13,6	8,4	9,8
Norvegia	8,8	6,7	7,6	3,7	5,8
Nuova Zelanda	n.d	n.d	n.d	23,1	-3,3
Olanda	5,6	7,4	n.d	n.d	n.d
Polonia	n.d	n.d	n.d	10,3	13,4
Portogallo	n.d	n.d	8,3	5,4	n.d.
Regno Unito	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Rep. Ceca	n.d	n.d	7,0	9,2	14,7
Slovacchia	n.d	n.d	10,7	51,3	18,2
Spagna	n.d	n.d	2,1	9,2	8,0
Stati Uniti	12,2	6,2	7,3	28,1	5,8
Svezia	n.d		9,6	7,1	6,0
Svizzera	n.d	5,3	5,2	4,6	5,5
Turchia	n.d	1,7	n.d	n.d	n.d
Ungheria	n.d	n.d	10,1	1,0	-6,3

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

La spesa ambulatoriale in Italia costituisce una quota rilevante della spesa sanitaria totale: 30,5% nel 2007, in crescita dello 0,6% rispetto all'anno precedente. Per confronto, tranne gli Stati Uniti che si attestano sul 52,7%, gli altri Paesi ad alto utilizzo dell'assistenza ambulatoriale si posiziono sul 30%: le quote maggiori di osservano in Corea e Svezia (rispettivamente 33,6% e 33,2% della spesa sanitaria complessiva). I Paesi con una quota minore di ambulatoriale sono la Francia e la Norvegia (rispettivamente 17,6% e 18,1% della spesa sanitaria complessiva).

Tabella 7.17 - Quota di spesa ambulatoriale pubblica e privata sulla spesa sanitaria totale - Valori %

Paesi	1980	1990	2000	2005	2006	2007
Media OECD	**28,4**	**31,9**	**26,6**	**26,1**	**27,0**	**26,5**
Australia	27,3	29,0	31,6	31,7	31,6	n.d.
Austria	19,3	24,9	24,3	23,3	23,2	23,5
Belgio	39,2	39,8	n.d.	19,7	17,8	19,7
Canada	25,1	24,4	24,6	24,9	25	25,1
Corea	32,6	31,6	33	34,7	34,9	33,6
Danimarca	22,3	22,1	25,9	24	23,9	26,9
Finlandia	25,0	31,4	25,3	24,9	26,2	26,4
Francia	21,1	23,7	18	17,4	17,5	17,5
Germania	33,4	30,4	22,7	21,9	22,1	22,2
Giappone	44,6	43,9	31,6	31,9	31,9	n.d.
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islanda	16,9	22,9	24	25,1	25,6	25,8
Italia	n.d.	30,6	29,2	30,2	29,9	30,5
Lussemburgo	49,5	49,3	24,5	24,5	n.d.	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	23,5	31,1	31,4	32,6
Norvegia	18,4	20,9	17,9	18,3	18,1	18,1
Nuova Zelanda	n.d.	n.d.	n.d.	23,2	26,4	24,8
Olanda	19,6	17,3	21,5	n.d.	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	18,2	18,7	18,9
Portogallo	n.d.	n.d.	30,6	32,9	33,8	n.d.
Regno Unito	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rep. Ceca	n.d.	n.d.	23,1	21,8	22,9	24,4
Slovacchia	n.d.	n.d.	19,3	17	22	22,2
Spagna	n.d.	n.d.	39,6	29,7	29,8	29,7
Stati Uniti	31,7	38,8	42,4	43,2	52,4	52,7
Svezia	n.d.	n.d.	26,9	32,9	33,3	33,2
Svizzera	n.d.	26,6	28,1	29,0	29,3	29,1
Turchia	n.d.	66,6	28,4	n.d.	n.d.	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	21,7	21,2	20,7	20,4

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

In media nei Paesi OECD, nel 2007, il 63,6% della spesa ambulatoriale è pubblica; tale quota è rimasta piuttosto costante dal 1990. Ad esclusione di Messico, Stati Uniti, Corea e Svizzera, tutti gli altri Paesi dell'area OECD presentano una quota di spesa ambulatoriale pubblica superiore a quella privata. In particolare i Paesi con una quota maggiore di spesa ambulatoriale pubblica sono la Repubblica Ceca e la Danimarca (rispettivamente l'87,5% e l'80,8%); viceversa i Paesi con una quota di spesa ambulatoriale pubblica inferiore sono il Messico (28%) e gli Stati Uniti (33,8%). In Italia, nel 2007, la composizione era il 75,0% della spesa pubblica e il restante 25,0% privata.

Tabella 7.18 - Quota di spesa ambulatoriale pubblica sulla spesa ambulatoriale totale - Valori %

Paesi	1980	1990	2000	2005	2006	2007
Media OECD	**60,8**	**63,2**	**63,3**	**64,3**	**63,7**	**63,6**
Australia	42,0	59,2	72,1	66,2	66,5	n.d.
Austria	66,4	72,5	71,2	73,1	73,5	73,8
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	63,6	65,2	64,9
Canada	64,9	68,9	62,2	63,0	63,2	63,2
Corea	14,6	35,3	44,3	48,6	48,9	48,9
Danimarca	84,3	71,9	78,0	76,5	77,5	80,8
Finlandia	72,0	77,8	66,8	69,9	71,9	71,9
Francia	72,6	65,8	66,2	64,7	64,5	64,3
Germania	74,2	67,7	75,9	69,7	69,4	68,8
Giappone	85,7	84,4	81,7	82,0	82,0	n.d.
Grecia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islanda	76,4	61,7	59,2	62,3	64,5	65,3
Italia	n.d.	78,9	69,8	74,8	75,0	75,0
Lussemburgo	86,9	87,7	84,1	86,4	n.d.	n.d.
Messico	n.d.	n.d.	5,6	24,2	23,3	28,0
Norvegia	24,5	30,4	61,1	62,8	62,7	63,3
Nuova Zelanda	n.d.	n.d.	n.d.	67,8	72,0	78,8
Olanda	56,4	52,4	58,7	n.d.	n.d.	n.d.
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	57,0	57,2	57,4
Portogallo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Regno Unito	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rep. Ceca	n.d.	n.d.	91,2	89,8	90,0	87,5
Slovacchia	n.d.	n.d.	86,9	64,7	69,0	72,1
Spagna	n.d.	n.d.	62,7	54,2	55,3	56,4
Stati Uniti	30,7	33,1	39,7	41,0	34,1	33,8
Svezia	n.d.	n.d.	75,0	76,7	77,5	78,3
Svizzera	n.d.	n.d.	47,4	48,9	48,4	49,0
Turchia	n.d.	n.d.	45,2	n.d.	n.d.	n.d.
Ungheria	n.d.	n.d.	52,0	55,0	52,4	54,6

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

7.5.2. Spesa ambulatoriale specialistica totale

Il sistema informativo del Ministero della Salute non permette di ricostruire in modo attendibile l'ammontare di spesa riferibile alla ambulatoriale specialistica, in particolar modo a causa della mancanza di informazioni sul costo dell'assistenza erogata nelle strutture intra ospedaliere. Utilizzando i dati forniti dalle Regioni nell'ambito della rilevazione dei costi dei LEA (LA), riferita al 2005[9], si sono però potute effettuare stime di larga massima delle quote regionali di spesa specialistica, distinguendo tra spesa pubblica e spesa privata.

[9] *I dati di Molise e Lazio non sono disponibili.*

Nella rilevazione citata, l'onere complessivo della spesa ambulatoriale specialistica pubblica e convenzionata sarebbe pari, in media, al 10,8% della spesa sanitaria pubblica. Quindi, ipotizzando che la quota di spesa ambulatoriale specialistica sia rimasta costante negli anni successivi, la spesa dovrebbe nel 2008 ammontare a circa €12,6 mld..
La spesa sarebbe imputabile per il 73,3% circa alle strutture pubbliche e per il restante 26,7% a quelle private accreditate; tale stima è sufficientemente coerente con il dato OECD secondo cui il 75% della spesa ambulatoriale è spesa pubblica.
In particolare la quota di spesa ambulatoriale specialistica pubblica è pari al 79,3% al Nord, 89,8% al Centro e al 50,5% al Sud.

Tabella 7.19 - Quota di spesa ambulatoriale specialistica pubblica sulla spesa ambulatoriale specialistica totale - Valori %

Regioni	2008
Italia	**73,25%**
Nord	**79,29%**
Centro	**89,85%**
Sud	**50,54%**
Piemonte	82,20%
Valle D'Aosta	95,15%
Lombardia	69,38%
P. A. Bolzano	97,37%
P. A. Trento	85,42%
Veneto	73,78%
Friuli Venezia G.	87,00%
Liguria	90,17%
Emilia Romagna	89,17%
Toscana	88,67%
Umbria	93,54%
Marche	90,95%
Lazio	n.d.
Abruzzo	73,50%
Molise	n.d.
Campania	31,30%
Puglia	72,83%
Basilicata	79,02%
Calabria	62,00%
Sicilia	29,65%
Sardegna	61,72%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni con una netta prevalenza di spesa specialistica pubblica (valori superiori al 90,0%) sono Liguria, Valle D'Aosta, P. A. di Bolzano e Marche, mentre quelle con una maggiore prevalenza di spesa accreditata sono Sicilia e Campania con una quota di spesa pubblica inferiore al 32%.

Tabella 7.20 - Stima della spesa ambulatoriale specialistica totale per abitante

Regioni	2008
Italia	**211,32**
Nord	**277,82**
Centro	**151,46**
Sud	**158,30**
Piemonte	311,07
Valle D'Aosta	341,21
Lombardia	244,76
P. A. Bolzano	417,67
P. A. Trento	207,91
Veneto	264,10
Friuli Venezia G.	236,22
Liguria	349,56
Emilia Romagna	308,87
Toscana	301,80
Umbria	258,85
Marche	276,67
Lazio	n.d.
Abruzzo	135,73
Molise	n.d.
Campania	159,60
Puglia	202,81
Basilicata	199,69
Calabria	158,71
Sicilia	136,87
Sardegna	142,77

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In Italia si spendono in media €211,3 pro-capite per l'assistenza ambulatoriale specialistica: €277,8 al Nord, €151,5 al Centro e €158,3 al Sud.
La spesa ambulatoriale specialistica pro-capite totale più elevata si registra nelle Regioni del Nord: in particolare P. A. di Bolzano, Liguria, Valle D'Aosta e Piemonte; viceversa, le Regioni con una spesa ambulatoriale specialistica totale pro-capite inferiore sono Abruzzo, Sicilia e Sardegna (tutte meridionali), con livelli di spesa pro-capite pari a circa la metà delle Regioni settentrionali.

Tabella 7.21 - Stima della spesa ambulatoriale specialistica totale per abitante per popolazione pesata

Regioni	2008
Italia	**211,32**
Nord	**271,69**
Centro	**187,73**
Sud	**165,26**
Piemonte	297,45
Valle D'Aosta	335,61
Lombardia	243,66
P. A. Bolzano	440,49
P. A. Trento	211,06
Veneto	264,48
Friuli Venezia G.	224,22
Liguria	317,64
Emilia Romagna	296,58
Toscana	287,11
Umbria	247,83
Marche	268,04
Lazio	n.d.
Abruzzo	133,77
Molise	n.d.
Campania	173,13
Puglia	211,39
Basilicata	201,46
Calabria	164,03
Sicilia	142,49
Sardegna	144,07

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Standardizzando il valore di spesa per tenere conto dei diversi bisogni della popolazione, si evidenzia come le Regioni in cui la spesa specialistica pubblica e convenzionata per abitante è maggiore rimangono la P. A. di Bolzano, la Valle D'Aosta e la Liguria mentre quelle con spesa inferiore sono l'Abruzzo, la Sicilia e la Sardegna.
Analizzando, infine, la complementarietà tra spesa specialistica e spesa ospedaliera (entrambe standardizzate per i bisogni) si evidenzia, escludendo due Regioni, P.A. di Bolzano e Valle d'Aosta, che hanno valori anomali, una relazione tendenzialmente inversa: più assistenza specialistica meno assistenza ospedaliera e viceversa (si rimanda alla figura 1).

7.5.3. La spesa specialistica convenzionata

La spesa per specialistica convenzionata, ovvero la spesa per analisi di laboratorio, diagnostica strumentale, terapia fisica, etc. erogata da strutture private accreditate con i SSR, in Italia, nel 2008, ammonta a €3.922,85 mln.. Nel periodo 2001-2008 tale voce di spesa è cresciuta in termini nominali del 6,7% medio annuo: 9,3% nel Nord, 7,2% nel Centro e 4,6% nel Sud. In termini reali le variazioni sono più contenute e rispettivamente del 4,0% medio annuo per l'Italia nel suo complesso, del 6,5% nel Nord, del 4,5% nel Centro e del 1,9% nel Sud.

Tabella 7.22 - Spesa per assistenza specialistica convenzionata Variazioni %

Regioni	Media annua 2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	**7,16**	**6,26**	**5,16**
Nord	**9,71**	**10,62**	**5,91**
Centro	**9,23**	**-6,11**	**11,42**
Sud	**4,40**	**7,96**	**2,03**
Piemonte	13,21	10,02	12,35
Valle D'Aosta	0,02	2,42	-65,60
Lombardia	8,76	15,01	8,18
P. A. Bolzano	2,62	4,62	-4,08
P. A. Trento	12,35	17,48	10,68
Veneto	10,17	0,15	9,74
Friuli Venezia G.	-0,56	69,66	-18,79
Liguria	9,17	0,27	-4,85
Emilia Romagna	11,98	8,79	-6,46
Toscana	8,94	3,21	1,92
Umbria	7,22	16,35	4,28
Marche	1,03	2,91	3,38
Lazio	10,12	-9,50	14,86
Abruzzo	2,72	14,25	-4,69
Molise	11,02	23,47	19,34
Campania	5,02	6,37	3,62
Puglia	4,85	-0,13	3,67
Basilicata	0,43	-10,43	69,46
Calabria	1,32	-10,15	21,65
Sicilia	3,60	20,12	-6,40
Sardegna	8,59	-1,07	2,65

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa specialistica convenzionata in Italia è cresciuta del 7,2% medio annuo nel quinquennio 2001-2006, del 6,3% tra il 2006 e il 2007 e del 5,2% tra il 2007 e il 2008.
Al Nord la specialistica convenzionata si è incrementata più della media nazionale, sia nel quinquennio considerato, che tra il 2006 e il 2007, per poi crescere più lentamente nell'anno successivo; nel Centro la spesa specialistica, aumentata molto tra il 2001 e il 2006, si è ridotta tra

il 2006 e il 2007 per poi subire una significativa crescita tra il 2007 e il 2008; nel Sud è cresciuta del 4,4% medio annuo tra il 2001 e il 2006, si è ulteriormente incrementata dell'8,0% tra il 2006 e il 2007per poi crescere ancora, ma con ritmi più lenti, tra il 2007 e il 2008 (+2,0%).
Le Regioni che hanno registrato un maggiore incremento sono Basilicata e Calabria, mentre Valle D'Aosta e Friuli Venezia Giulia hanno fatto osservare un significativo decremento di tale voce.
L'assistenza specialistica convenzionata incide per il 3,7% sulla spesa sanitaria pubblica totale a livello nazionale, mentre si attesta al 3,1% nel Nord, al 3,2% nel Centro e al 4,8% nel Sud. Rapportando il dato al totale della spesa convenzionata, la spesa specialistica ne rappresenta il 9,9%: l'8,6% nel Nord, 9,0% nel Centro e 12,3% nel Sud.

Tabella 7.23 - Quota di spesa per ass.nza specialistica convenzionata sulla spesa sanitaria convenzionata - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**7,60**	**9,06**	**9,65**	**9,92**
Nord	**5,94**	**7,75**	**8,39**	**8,55**
Centro	**6,66**	**8,56**	**8,31**	**9,03**
Sud	**10,06**	**10,98**	**12,04**	**12,30**
Piemonte	4,75	7,40	7,81	8,54
Valle D'Aosta	12,79	9,46	9,53	4,07
Lombardia	6,68	8,45	9,49	9,82
P. A. Bolzano	2,26	1,88	1,91	1,91
P. A. Trento	2,67	3,67	4,17	4,51
Veneto	8,53	10,20	10,39	10,73
Friuli Venezia G.	5,14	4,87	7,95	6,47
Liguria	3,90	5,82	5,76	5,25
Emilia Romagna	4,09	5,81	6,09	5,51
Toscana	5,01	6,75	6,89	6,95
Umbria	2,53	2,95	3,44	3,50
Marche	5,58	4,91	4,87	5,04
Lazio	7,81	10,23	9,85	10,94
Abruzzo	5,55	4,98	5,68	5,94
Molise	6,46	7,50	8,93	10,27
Campania	12,02	15,11	16,08	17,27
Puglia	7,62	7,79	7,80	7,83
Basilicata	6,37	5,28	4,59	7,45
Calabria	9,49	8,85	8,02	9,22
Sicilia	11,69	12,24	15,52	14,54
Sardegna	7,87	10,09	10,22	10,31

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni ove la specialistica incide maggiormente sul totale della spesa convenzionata sono la Campania e la Sicilia, mentre quelle con incidenza minore sono la P. A. di Bolzano e l'Umbria. L'assistenza specialistica convenzionata pro-capite si attesta in media a €65,8, con un valore inferiore a tale media nel Nord (€57,5) e nel Centro (€60,5) e nettamente superiore nel Sud (€79,5).
Le Regioni con una spesa per specialistica pro-capite più elevata sono Campania, Sicilia e Lazio, con valori superiori a €94; le Regioni con spesa per specialistica più bassa sono invece la P. A. di Bolzano e Valle D'Aosta, con una spesa pro-capite inferiore a €16.

Tabella 7.24 - Spesa pro-capite per ass.nza specialistica convenzionata Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**44,35**	**59,75**	**63,09**	**65,80**
Nord	**34,09**	**49,92**	**54,89**	**57,52**
Centro	**39,85**	**59,64**	**54,93**	**60,50**
Sud	**59,01**	**72,44**	**78,23**	**79,54**
Piemonte	25,12	45,40	49,82	55,36
Valle D'Aosta	49,53	47,69	48,52	16,53
Lombardia	42,38	61,30	69,98	74,94
P. A. Bolzano	n.d.	11,22	11,61	11,00
P. A. Trento	n.d.	23,82	27,73	30,31
Veneto	41,61	64,27	63,89	69,26
Friuli Venezia G.	23,73	22,55	38,12	30,72
Liguria	23,68	36,01	36,15	34,36
Emilia Romagna	20,12	33,56	36,20	33,44
Toscana	22,30	33,03	33,92	34,20
Umbria	10,43	14,04	16,24	16,71
Marche	23,71	23,90	24,48	25,03
Lazio	61,19	95,56	83,52	94,76
Abruzzo	30,32	33,50	38,14	35,97
Molise	32,44	54,81	67,85	80,78
Campania	79,27	99,84	106,21	109,65
Puglia	42,52	53,28	53,23	55,10
Basilicata	26,63	27,46	24,71	41,90
Calabria	51,41	55,27	49,82	60,32
Sicilia	72,52	85,86	103,15	96,30
Sardegna	36,32	54,14	53,44	54,66

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Standardizzando il dato sui bisogni (pro-capite a popolazione pesata), si osserva una riduzione in valore assoluto dei differenziali di spesa tra le Regioni, ma non si modificano le posizioni delle stesse nell'ordinamento per spesa: le Regioni con spesa specialistica pro-capite maggiore rimangono la Campania, la Sicilia e il Lazio mentre quelle con spesa inferiore la P. A. di Bolzano, la Valle D'Aosta e l'Umbria.

Tabella 7.25 - Spesa pro-capite per ass.nza specialist. conv. per popolazione pesata - Valori in €

Regioni	2008
Italia	**65,80**
Nord	**56,26**
Centro	**59,15**
Sud	**83,04**
Piemonte	52,93
Valle D'Aosta	16,26
Lombardia	74,61
P. A. Bolzano	11,60
P. A. Trento	30,77
Veneto	69,36
Friuli Venezia G.	29,15
Liguria	31,22
Emilia Romagna	32,11
Toscana	32,54
Umbria	16,00
Marche	24,25
Lazio	94,95
Abruzzo	35,45
Molise	79,13
Campania	118,95
Puglia	57,43
Basilicata	42,26
Calabria	62,34
Sicilia	100,25
Sardegna	55,15

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Come mostra la tabella che segue quindi il dato di spesa specialistica convenzionata per popolazione pura e per popolazione pesata non mostra differenze considerevoli in termini di graduatoria tra le Regioni.

Tabella 7.26 - Confronto fra la spesa specialistica convenzionata pro-capite pura e pesata - Anno 2008

	Classifica per popolazione pesata	Classifica della spesa specialistica convenzionata	Differenza graduatorie	Scostament € o posizioni
Piemonte	10	8	2	+
Valle D'Aosta	19	20	-1	
Lombardia	5	5	0	
P. A. Bolzano	21	21	0	
P. A. Trento	16	17	-1	
Veneto	6	6	0	
Friuli Venezia G.	17	16	1	
Liguria	15	13	2	+
Emilia Romagna	14	15	-1	
Toscana	13	14	-1	
Umbria	20	19	1	
Marche	18	18	0	
Lazio	3	3	0	
Abruzzo	12	12	0	
Molise	4	4	0	
Campania	1	1	0	
Puglia	8	9	-1	
Basilicata	11	11	0	
Calabria	7	7	0	
Sicilia	2	2	0	
Sardegna	9	10	-1	

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute
+ 2-4 posizioni in più
++ 4-6 posizioni in più
+++ oltre 6 posizioni in più
2-4 posizioni in meno
4-6 posizioni in meno
oltre 6 posizioni in meno

Bibliografia

- Annuario Ministero della Salute 2007.
- OECD Health Data 2009.
- www.agenas.it.
- www.sanidata.it.

Capitolo 8

Servizi ambulatoriali di primo livello

8 - Servizi ambulatoriali di primo livello

Lista V.

Sintesi

Elementi distintivi dell'analisi 2009:

- Malgrado l'enfasi sullo spostamento dell'assistenza sul "territorio", ritenuta condizione necessaria per la razionalizzazione del SSN, ancora stenta a configurarsi in modo compiuto una organizzazione razionale dell'assistenza primaria. In particolare rimane incompiuto il processo di integrazione fra professionisti, ma anche fra distretti e strutture di offerta (di primo livello) che configurano questo livello assistenziale;
- L'ACN del 2009 (Accordo Collettivo Nazionale 29.7.2009) della medicina generale va nella suddetta direzione:
  - o prevedendo la partecipazione obbligatoria dei MMG alle aggregazioni funzionali territoriali;
  - o introducendo il concetto di UCCP come aggregazione funzionale territoriale con ambito intra distrettuale finalizzata ad assistere una popolazione non superiore a 30.000 abitanti;
- Ciò nonostante, sul versante dell'appropriatezza prescrittiva le differenze regionali rimangono elevate: a livello nazionale osserviamo ad esempio che il numero medio di ricette per Medico di base (MMG + PLS) continua a crescere, avendo raggiunto nel 2007 le 9.607 prescrizioni annue per medico;
- Anche a livello di offerta le differenze rimangono elevate:
  - o ogni MMG ha in media un carico potenziale (numero teorico assistibili) di 1.097 adulti residenti (maggiori di 14 anni), passando dalla P.A. di Bolzano con 1.605 residenti adulti per MMG (deroga al massimale), al Lazio, con 977;
  - o analogamente per i pediatri di libera scelta, a livello nazionale, il carico potenziale è di 1.010 bambini residenti, con la P.A. di Bolzano a 1.508 bambini, e la Sardegna a 855 ;
  - o sono stati rilevati 3.042 punti di guardia medica, con 13.109 medici titolari. La distribuzione dei punti di guardia medica è piuttosto disomogenea a livello regionale: la Calabria è la Regione che presenta il maggior numero di punti di guardia medica (360), a fronte dei valori minimi registrati in Valle d'Aosta e nella P.A. di Bolzano (8);
  - o per quanto riguarda i Centri di salute mentale (CSM), anch'essi responsabili della presa in carico, se ne contano complessivamente 1.331, con una discreta variabilità a livello regionale. A livello di bacino di popolazione per CSM la Basilicata si attesta con il valore più elevato pari a 118.200 abitanti, di gran lunga superiore alla media nazionale (44.793 abitanti); di contro la Valle d'Aosta presenta un bacino di soli 15.747 abitanti per CSM;
  - o il numero di Consultori presenta un andamento molto disomogeneo a livello regionale, con una prevalenza maggiore nelle regioni settentrionali. Il valore massimo è raggiunto dalla

Regione Toscana con 296 Consultori, a fronte però di una bacino di popolazione per Consultorio pari 12.442, quasi la metà rispetto alla media nazionale. Al contrario il Molise, a cui è associato il numero minore di consultori (7), presenta una dimensione media pari a 45.834 abitanti, più del doppio di quella nazionale. La P.A. di Trento registra il valore più elevato pari a 57.040 abitanti per Consultorio;

- infine i SERT (Servizi per le tossicodipendenze), attivi all'interno della ASL, cioè in ogni Distretto Sanitario, sono complessivamente 544. A livello di dimensione media di ciascun SERT la P.A. di Trento presenta il valore in assoluto più elevato, pari a 502.478 abitanti per SERT, coprendo quasi la totalità della popolazione residente. Al contrario la Regione Molise presenta un bacino di popolazione per SERT pari a 53.485, attestandosi con il valore più basso a livello regionale.

8.1. Introduzione

La necessità di una riforma sanitaria nell'ambito dell'assistenza primaria risulta oggi indispensabile e indifferibile alla luce soprattutto dei nuovi scenari che si vanno delineando: trasformazioni a livello demografico, epidemiologico e nelle tecnologie ma anche nelle caratteristiche della Società, i cui singoli componenti sentono sempre di più l'esigenza di un maggior coinvolgimento nella tutela della loro salute. Il contesto in cui si sviluppa l'assistenza primaria assume quindi un ruolo centrale, in quanto è proprio in questo ambito che si incontrano i bisogni dei cittadini-pazienti e si rilevano i principali fattori di rischio, ossia la probabilità che si sviluppino determinate patologie, quali ad esempio quelle di tipo cronico associate sempre di più all'avanzamento dell'età. L'incremento crescente delle patologie croniche rende la cronicità un'emergenza sanitaria strategica. I malati cronici necessitano di un'assistenza continua e vicina ai luoghi in cui vivono, di un accesso semplice e di un percorso di diagnosi e cura personalizzato e condiviso. Per risolvere queste problematiche è intervenuta la normativa, in particolare con gli Accordi collettivi nazionali (ACN), che ai libero professionisti non ha chiesto altro che la creazione di un nuovo modello organizzativo nel quale, pur rimanendo inalterata l'individualità del medico e il suo rapporto fiduciario con il paziente, occorre garantire un'estensione dell'orario di apertura dello studio per assicurare la continuità assistenziale. Questo obiettivo può essere più facilmente raggiunto attraverso la creazione di forme di aggregazione dove sono coinvolte diverse figure professionali (forme associative proposte a livello regionale). L'ACN del 29.7.2009 costituisce un tassello fondamentale per una riorganizzazione complessiva dell'Assistenza Primaria, ma molto dipenderà dalle scelte regionali. Negli ultimi anni si è assistito, in tal senso, al passaggio dalla fase di sperimentazione alla diffusione e al consolidamento di modelli regionali di associazionismo (èquipe, NCP, GCP, UTAP etc).

È da notare, inoltre, che, nonostante l'ampia produzione di normativa, i distretti siano rimasti deboli, mai decollati veramente come punto di riferimento per la medicina di base. Questo probabilmente è accaduto perché l'attenzione al territorio è piuttosto recente: è con il PSN 1998 2000 che si è stabilito di spostare le risorse dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale e quest'esigenza è stata, poi, ancor più enfatizzata dal fenomeno del federalismo.

È importante, anzitutto, dare una definizione precisa ed univoca delle funzioni delle cure primarie e poi è necessario un cambiamento anche culturale affinché si realizzi il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa.

8.2. I servizi ambulatoriali di primo livello

In questo capitolo l'attenzione è focalizzata sulle strutture ambulatoriali di primo livello: tale denominazione è stata scelta per distinguerle dagli ambulatori specialistici e, allo stesso tempo, fra varie possibili alternative, è sembrata quella che meno si presta a interpretazioni fuorvianti. Elementi distintivi di questo tipo di strutture, rispetto a quelle "specialistiche" (o meglio di secondo livello), possono ritrovarsi nella presa in carico del paziente, ovvero il rappresentare il punto di primo accesso dell'utente al sistema sanitario; a queste caratteristiche si aggiunge in alcuni casi la funzione di gatekeeping, ovvero di "autorizzazione" alla presa in carico finanziaria da parte del SSN.

Il medico di medicina generale (MMG) rappresenta la figura centrale dei servizi di primo livello: nel suo ambulatorio avviene la presa in carico continuativa del paziente, in particolare quelli portatori di polipatologie, tipicamente cronico degenerative. Il paziente viene seguito durante tutto il suo iter sanitario, dalla manifestazione del bisogno alla verifica delle modalità di attivazione della rete dei servizi per il processo riabilitazione del paziente stesso.

In larga misura, anche se non in via esclusiva, nelle strutture oggetto di questo servizio, si concretizza quindi la cosiddetta assistenza primaria (PHC) e al suo interno la medicina di famiglia. La definizione di assistenza primaria, ma anche quella di medicina di famiglia, non sono immediate e verranno discusse nel paragrafo seguente; premettiamo qui che, tendenzialmente, non useremo la dizione medicina di base, come anche limiteremo agli aspetti strettamente normativo convenzionali quella di medicina generale: la ragione è che entrambe non sembrano rendere correttamente conto della reale complessità dell'approccio assistenziale a cui si riferiscono: entrambe tendono a non riconoscere da un punto di vista lessicale la natura "specializzata" dell'assistenza primaria.

8.2.1. L'assistenza primaria e la medicina di famiglia

Nel 1978 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) convoca ad Alma Ata una Conferenza Internazionale sulla Primary Health Care.

La "Dichiarazione di Alma Ata", fu sottoscritta tra il 6 e il 12.9.1978 da 134 Paesi. La Dichiarazione definisce la Primary Care come «…quella assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione. L'Assistenza Primaria costituisce parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. È il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria».

Il messaggio più forte e significativo che emerge dalla Dichiarazione è proprio quello contenuto nella definizione stessa di PHC.

Dalla definizione emergono molti spunti rilevanti: intanto l'utilizzo del termine essential (essenziale) poi ripreso anche dal SSN italiano, ad indicare tutto ciò che appare ragionevolmente utile e, allo stesso tempo, compatibile con lo stato di sviluppo di un Paese.

Quindi anche l'aver sottolineato la natura di primo livello di accesso al sistema che caratterizza gli interventi afferenti alla PHC.
Diversi fattori contribuirono, nel decennio successivo, a far "archiviare" le conclusioni della Conferenza (Maciocco G.,2008):

- il contemporaneo forte sviluppo del settore ospedaliero, delle biotecnologie e dell'industria farmaceutica
- la minore attrazione, da parte dei governi, della medicina generalista rispetto a quella specialistica.

A distanza di 30 anni dalla Dichiarazione di Alma Ata i Paesi che attuano politiche universalistiche in campo sanitario sono però rimasti una piccola minoranza, interessando meno del 20% della popolazione mondiale. Questa minoranza è rappresentata dai Paesi con sistemi di welfare dalle radici molto solide, rafforzate da un sistema di valori, quali il riconoscimento della salute come diritto, condiviso dall'intera comunità nazionale (Europa occidentale, Canada, Giappone, Australia, Nuova Zelanda, per citare i più importanti Paesi industrializzati).
I sistemi sanitari di questi Paesi, in questi ultimi anni, sono peraltro stati interessati da importanti riforme (vd. ad es. in UK la Riforma Thatcher e la Riforma Blair), che hanno determinato una ulteriore modificazione del ruolo dei medici nell'ambito della PHC: infatti è stato loro attribuito il ruolo di filtro verso l'accesso alle cure secondarie (cosiddetto gate keeping) e, quindi, una crescente responsabilità finanziaria (budget).
Negli ultimi anni le politiche nei confronti dell'assistenza primaria si sono trovate a fronteggiare nuove sfide (Maciocco G.,2008):

- la modifica del ruolo dei pazienti: si è assistito alla presa d'atto, forse tardiva, di una situazione che vede gli assistiti, in misura sempre maggiore, ricercare attivamente l'accesso diretto alle informazioni per acquisire le conoscenze necessarie per essere soggetti attivi nel processo assistenziale e per partecipare alle decisioni che riguardano la loro salute. L'empowerment del paziente, attraverso l'educazione sanitaria e la promozione dei comportamenti favorevoli alla salute, fornisce alle persone gli strumenti critici per prendere le decisioni migliori per il loro benessere, riducendo così le disuguaglianze culturali e sociali. Il fine ultimo è, quindi, quello di ridurre, nel limite del possibile, l'asimmetria di conoscenze tra il medico ed il paziente. (Geraci, 2009);
- l'emergenza malattie croniche: la netta crescita della prevalenza di queste patologie è alimentata dall'effetto congiunto dell'invecchiamento della popolazione e della crescente esposizione a fattori di rischio di carattere ambientale e sociale;
- le diseguaglianze nella salute: legate soprattutto all'accesso ai servizi; questa spiegherebbe una parte sostanziale del totale carico di malattia (Burden of Disease[1]) anche nei Paesi dell'Europa occidentale (Maciocco G.,2008).

Le iniquità sarebbero per lo più legate al reddito e al livello di istruzione: esistono, infatti, delle correlazioni tra reddito pro-capite e indicatori di salute (ad es. l'aspettativa di vita alla nascita)

[5] *È l'impatto di un problema di salute in una determinata area misurato dai costi sostenuti, dalla mortalità e dalla morbilità rilevata o da altri indicatori. Viene spesso quantificato in termini di quality adjusted life years (QALYs) o disability adjusted life years (DALYs), che combinano il carico, dovuto sia alla mortalità che alla morbilità, in un unico indice.*

(Maciocco G.,2002); in particolare, l'impatto della povertà sulla salute è determinato da fattori quali: scarsa nutrizione, abitazioni inadeguate, scarsa igiene e stili di vita poco sani.
Il livello di istruzione pone delle significative differenze nelle opportunità e nell'accesso alle cure, in quanto i cittadini meno istruiti, spesso sono i meno informati o comunque hanno meno accesso alle informazioni e questo può causare un minor ricorso al sistema sanitario, soprattutto alle iniziative preventive.
Di conseguenza, in molti Paesi, sta diventando sempre più evidente che i miglioramenti nella salute della popolazione generale non possono essere raggiunti senza sforzi aggiuntivi per ridurre le iniquità sociali.
Queste tematiche hanno prodotto nell'ultimo decennio alcune linee di approfondimento concettuale sul ruolo dell'assistenza primaria.
In definitiva, sebbene sia difficile sintetizzare la complessa evoluzione del dibattito sopra esposto, possiamo fissarne alcuni punti chiave:

- con l'enfasi sulla assistenza primaria si è voluta affermare la necessità di affrontare in modo sistematico le politiche di tutela della salute;
- la PHC è quindi un approccio basato sulla medicina di iniziativa;
- la PHC richiede una attenzione sull'empowerment del paziente e sul contesto sociale in cui vive, oggetto peculiare della medicina di famiglia;
- la PHC dovrebbe promuovere l'integrazione dei servizi sanitari dei vari livelli, eventualmente assumendo anche il ruolo di gatekeeping: essendo la PHC nata con una chiara enfasi sulla esigenza di trovare una compatibilità fra approccio assistenziale e grado di sviluppo del Paese, assume un ruolo di garante della sostenibilità del sistema pubblico;
- ne segue che le strutture deputate alla PHC sono tendenzialmente di primo livello;
- ma sarebbe erroneo pensare al primo livello come caratterizzato da "non specializzazione": anzi, avendo una precisa competenza nelle gestione di problemi assistenziali socio sanitari complessi, richiede una peculiare specializzazione (per questo riteniamo che la dizione "medico di medicina generale" o "medico di base" vada culturalmente superata).

Per quanto sopra, questo capitolo analizza i servizi di primo livello, fra i quali ci pare che, nella esperienza italiana, possano ricadere (senza pretesa di esaustività):

- gli ambulatori dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS);
- la medicina della continuità assistenziale, ossia i punti di guardia medica;
- la medicina dei servizi e dirigenza territoriale[2] (SUMAI);
- l'emergenza sanitaria territoriale;
- i consultori e in generale i centri per l'assistenza materno infantile;
- i Centri di salute mentale (CSM);
- i SERT;
- i servizi di prevenzione.

[2] *È un settore bloccato dal D.Lgs. n. 502/1992; è costituito da medici in regime di dipendenza e di convenzione, retribuiti con compenso orario. Solo con l'Accordo del 2005 ai medici convenzionati è stato permesso di assumere incarichi a tempo pieno (38 h/settimana), svolgendo, nell'ambito dei distretti, funzioni sia di supporto, sia di responsabilità nell'organizzazione e nelle attività di medicina legale, prelievi, assistenza domiciliare, assistenza alle tossicodipendenze, igiene pubblica, attività sanitarie di comunità, etc*

8.3. Regolamentazione

La regolamentazione del settore è molto complessa e difficilmente sintetizzabile. Nei prossimi paragrafi ci si concentrerà in particolare su quello che riguarda la Medicina Generale, sia per l'importanza che essa riveste nel sistema sanitario italiano, sia perché di recente profondamente innovata.
Viene premessa una analisi della regolamentazione del Distretto di ASL, in quanto struttura funzionale all'interno della quale dovrebbero trovare coordinamento le varie strutture operative precedentemente elencate.

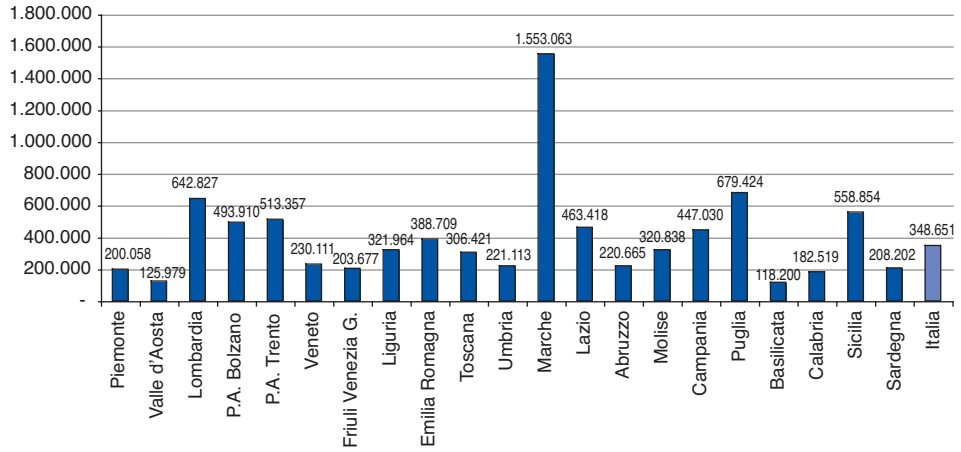
8.3.1. Il Distretto

Nel nuovo assetto delineato dalle recenti riforme del SSN e dal PSN 1998 2000 il concetto di Distretto è profondamente mutato, con il passaggio da una concezione strutturale ad una funzionale; la L. n. 833/1978 identificava il Distretto quale mero contenitore di servizi, mentre oggi si configura come un sistema integrato di unità organizzative che interagiscono per realizzare la finalità dell'assistenza primaria (Ricciardi G, Damiani G, 2004).
La L. n. 833/1978 all'art. 10 stabiliva che «… i Comuni, singoli o associati, o le Comunità montane articolano le Unità Sanitarie Locali in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento … le Regioni disciplinano le modalità organizzative e funzionali delle unità sanitarie locali …».
Il PSN 1994-1996 aggiunge a quanto previsto dalla L. n. 833/1978 la finalità del Distretto di realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi erogati, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione.
Il PSN 1998-2000, a completamento di quanto già espresso precedentemente, lo definisce come una struttura operativa dell'azienda USL e ribadisce che esso si configura come luogo di risposta unitaria e globale alla domanda di salute e sede nella quale si attivano i percorsi di accesso del cittadino ai servizi sanitari.
Si definisce, dunque, un unico livello di assistenza sanitaria distrettuale che comprende le aree dell'assistenza sanitaria di base, specialistica semiresidenziale e territoriale, residenziale per non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati.
Il D. Lgs. n. 229/1999 ha inoltre previsto che le Regioni disciplinino l'organizzazione del Distretto in modo da garantire l'Assistenza Primaria e la continuità assistenziale e ribadisce le finalità del Distretto stesso: garantire accessibilità, continuità e tempestività della risposta assistenziale e favorire un approccio multidisciplinare alla promozione della salute che assicuri un elevato grado di integrazione tra i diversi servizi sanitari e tra questi ed i servizi socio assistenziali.
Il D. Lgs. n. 229/1999, inoltre, sancisce l'autonomia economico finanziaria del Distretto, che si traduce in un budget proprio ed individua la programmazione negoziata con i Comuni come strumento essenziale per la attuazione delle attività socio sanitarie (PAT: Programma delle Attività Territoriali)[3].

[3] *Il PAT, previsto dal D. Lgs. n. 229/1999, rappresenta il principale strumento di programmazione strategica. La sua finalità è quella di definire i programmi di attività dell'intera rete dei soggetti "fragili", con individuazione degli obiettivi, delle responsabilità, dei compiti e delle modalità di svolgimento delle attività.*

La dimensione ottimale del Distretto, secondo quanto stabilito dal D. Lgs. n. 229/1999, è di 60.000 abitanti, salvo deroghe.
Ovviamente la previsione va letta insieme alla definizione della dimensione media delle ASL.
La dimensione media di un'ASL italiana sfiora i 350.000 abitanti, con elevati scostamenti a livello regionale. Ad esempio le Marche supera 1,5 mln. di abitanti nella unica ASL (denominata ASUR, L.R. n. 13/2003), costituita dalla aggregazione delle precedenti 13, trasformate in "zone territoriali" dotate di rilevanti competenze di programmazione e gestione dei servizi.
All'altro estremo, escludendo la Basilicata che ha anch'essa recentemente aggregato le ASL regionali in due ASL provinciali, la dimensione media della ASL della Valle d'Aosta non raggiunge i 126.000 abitanti, mentre in Calabria ci si attesta sui 182.000.

Figura 8.1 - Dimensione (abitanti afferenti) regionale media per ASL Anno 2007

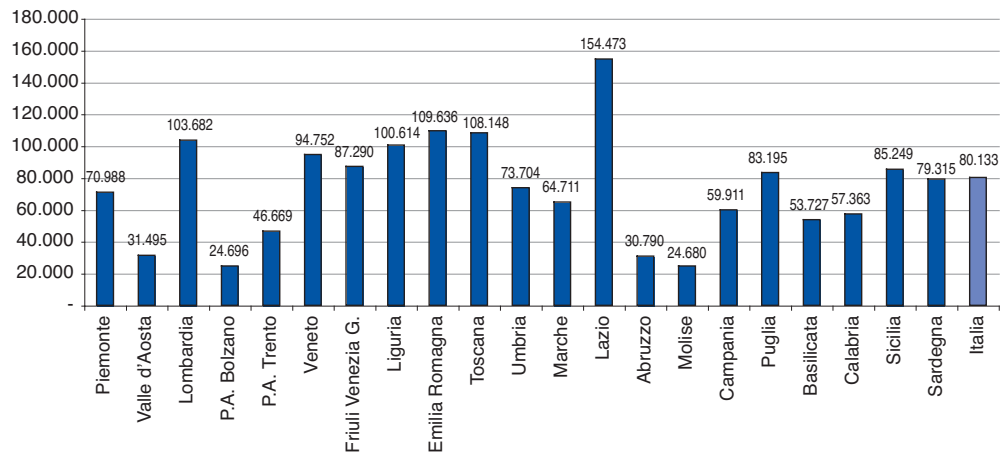


Fonte: elaborazione CEIS Sanità dati su del Ministero della Salute, 2007e dati ISTAT, 2008

Passando ai Distretti, nella maggior parte delle Regioni, ad eccezione per quelle di minor dimensione (come le P.A. di Trento e Bolzano, Abruzzo e Molise), la dimensione media dei Distretti supera di fatto spesso la soglia dei 60.000 abitanti, con un picco di 154.473 abitanti in media per ciascun Distretto nella Regione Lazio[4]. Sono cinque (Lazio, Emilia Romagna, Toscana, Lombardia e Liguria), le Regioni con Distretti che mediamene superano i 100.000 abitanti.
Come detto, all'altro estremo, le Regioni di piccola dimensione (Abruzzo, Molise, Valle d'Aosta,

[4] *La Regione Lazio ha previsto l'istituzione di 36 distretti (Dati del Ministero della Salute, 2007)*

Figura 8.2 - Dimensione (abitanti afferenti) regionale media per Distretto Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2007 e dati ISTAT, 2008

Prov. Aut. di Bolzano e Trento) hanno Distretti mediamente molto piccoli (fra i 20.000 e i 30.000 abitanti).

8.3.2. La Medicina Generale

I Medici di Medicina Generale (MMG), rappresentano normalmente il primo punto di accesso al SSN per i pazienti che li hanno scelti[5].

La figura di questi professionisti risulta centrale nel tradurre il bisogno di salute in un appropriato accesso ai servizi del SSN, ovvero svolgere attività di assistenza primaria e attivare tutti i livelli assistenziali tramite prescrizione di farmaci, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri.

La Medicina Generale è stata oggetto di copiosa normativa. Per limitarci alle norme nazionali più recenti, dobbiamo ricordare[6]:

- Il D. Min. della Salute 29.11.2001, che riconosce l'Assistenza Primaria come livello di assistenza, riconducendola più precisamente al LEA Assistenza distrettuale;
- La L. n. 289/2002, art. 52 comma 27, di istituzione della struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il SSN (SISAC);
- L'accordo Stato Regioni nella seduta del 29.7.2004, che individua le "Cure Primarie" tra le cinque linee prioritarie di intervento, con lo scopo di favorire sviluppo di forme innovative di

[5] *Definizione elaborata da WONCA Europa (2002) e successivo ACN 23.3.2005, Art. 12, comma 2.*

[6] *Elaborazione CEIS Sanità da Guzzanti E. et al.,(2009), L'Assistenza Primaria in Italia, e da dati del Ministero della salute.*

organizzazione dell'assistenza primaria, attraverso nuove modalità aggregative dei medici (cosiddette Unità Territoriali di Assistenza Primaria, UTAP)
- Il PSN 2006-2008, che prevede la riorganizzazione delle "Cure Primarie" attraverso il sempre più crescente coinvolgimento dei MMG e PLS nel governo della domanda e dei percorsi sanitari;
- La L. n. 296/2006 (Legge finanziaria 2007), che prevede l'istituzione di un fondo per il cofinanziamento di progetti regionali di particolare interesse sanitario, fra cui la sperimentazione del modello assistenziale "case della salute".

8.3.2.1. La funzione di gatekeeping

Una delle funzioni peculiarmente attribuita ai MMG (e ai PLS) è sicuramente quella di gatekeeping.

Sul finire del decennio scorso tale modello era considerato ideale per regolare il flusso di assistiti nei percorsi assistenziali (Belleri G,2006): il MMG gatekeeper aveva essenzialmente un ruolo di "filtro", ossia intercettava i bisogni di salute del cittadino paziente e orientava la domanda dei servizi.

Il presupposto del gatekeeping è quello dell'individuazione di un unico decisore prescrittore, a cui eventualmente attribuire interamente la responsabilità economico finanziaria dei consumi sanitari degli assistiti.

Negli ultimi anni, alcuni elementi legati all'evoluzione del sistema sanitario italiano, hanno però indebolito il modello del prescrittore unico; citiamo ad esempio:
- la "delega" al Pronto Soccorso ospedaliero del ruolo di punto di accesso all'ospedale;
- l'aumento dei tempi d'attesa negli studi dei MMG e il conseguente spostamento della domanda sulla libera professione;
- l'introduzione del nuovo ricettario nazionale attribuito personalmente a tutti i medici del SSN;
- il mancato collegamento della responsabilità prescrittiva con quella finanziaria, come realizzato con l'assegnazione dei budget ai Primary Care Trust (PCT) nel NHS.

Ad un unico responsabile dell'accesso ai servizi (il MMG), si va quindi di fatto sostituendo una pluralità di agenti che si scambiano ruoli decisionali nell'erogazione di prestazioni sempre più diversificate.

Non sembra, quindi, più possibile utilizzare il gatekeepig come fondamentale competenza distintiva dei MMG (e dei PLS). Piuttosto, oggi l'attenzione tende a concentrarsi sulle competenze in termini di conoscenze e competenze cliniche, ed anche organizzative, in grado di integrare l'assistenza primaria e secondaria, oltre che di prendere direttamente in carico il pazien-

te e, in ultima istanza, di garantire la sostenibilità finanziaria del sistema.
Questo processo è stato ben leggibile nell'evoluzione del NHS inglese.
Negli anni '90, con quella che è stata definita al "Riforma Thatcher", il sistema sanitario inglese è stato caratterizzato da un'evoluzione del ruolo del *General practitioner* (GP)[7], da mero erogatore di prestazioni (GP *provider*), ad acquirente per conto dei propri assistiti di prestazioni e servizi (GP *purchaser*). A tale scopo furono introdotti i contratti di fundholding, caratterizzati dall'assegnazione di un budget di spesa a gruppi di MMG associati, dotati di un bilancio autonomo commisurato al numero dei pazienti assistiti per l'acquisto di prestazioni e servizi sanitari.
Tuttavia, gli elevati costi di transazione, e anche alcune importanti limitazioni alla libertà dei pazienti, hanno portato ad una nuova strategia, caratterizzata dall'abolizione del fundholding dei singoli medici e dalla valorizzazione dell'assistenza primaria.
A tal fine, nel NHS sono stati introdotti i Primary Care Groups (PCG) (poi divenuti Primary Care Trust (PCT), ossia aggregazioni di General Practitioners (GPs) in strutture dotate di funzioni gestionali e di committenza, coordinati dalle DHA (District Health Authority), in qualche modo corrispondenti alle nostre ASL, con le quali il PCG negozia obiettivi e risorse secondo diverse modalità attuative.
I PCG possono avere un grado di autonomia crescente, dalla modalità in cui il gruppo è dipendente dalla DHA per l'acquisto di prestazioni per i propri assistiti, svolgendo al massimo un ruolo di consulenza, a quella in cui il gruppo, che diviene Primary Care Trust (PCT), gestisce in completa autonomia il budget affidatogli.
Con il contratto dei MMG (New General Medical Contract 2003), i PCG hanno definitivamente assunto la denominazione di Primary Care Trusts.
Si noti che in tal modo i servizi di assistenza primaria e quelli di comunità (assistenza domiciliare e residenziale, salute mentale, riabilitazione, etc.) sono erogati da un'unica e autonoma organizzazione, dotata di un unico budget.

8.3.2.2. Forme Associative di Assistenza Primaria

Come visto in precedenza, negli ultimi anni la tendenza internazionale e nazionale alla riorganizzazione dell'Assistenza Primaria, ha visto spostarsi l'attenzione sulla capacità di efficace presa in carico, che dipende dal coordinamento e dall'integrazione terapeutica che si è capaci di realizzare.
In tale ottica va sicuramente letta la messa a punto di percorsi diagnostico terapeutici per la gestione e il trattamento di patologie croniche e acute, nei quali sono coinvolti figure professionali differenti per competenze, status professionale, ente o unità organizzativa di appartenenza.

[5] *GP is a" licensed medical graduate who gives personal, primary and continuing care to individuals, families and a practice population irrespective of age, sex and illness. It is the synthesis of these functions which is unique" (Leeuwenhorst, Netherlands 1974). Il GP è un laureato in medicina abilitato, che fornisce assistenza personale primaria e continuativa agli individui, alle famiglie e alla popolazione che afferisce al suo ambulatorio a prescindere dall'età, dal sesso e dal tipo di malattia.*

Sempre in questa ottica, però, va letta la spinta all'associazionismo dei clinici.
La logica che spinge verso la medicina di gruppo è quella dell'integrazione, (professionale, produttiva, etc.) che realizza, con la complementarietà fra professionisti, una reale sinergia, superando la mera aggregazione funzionale.
L'aggregazione non appare, infatti, condizione sufficiente per l'integrazione.
A tal fine gli ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG e i PLS del 2000 avevano introdotto, accanto alle forme semplici di associazionismo in gruppo ed in rete, un ulteriore modello organizzativo detto Équipe Territoriale, definita dall'art. 26 dell'ACN 2005 come:

- strumento attuativo della programmazione sanitaria;
- momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel Distretto per l'erogazione dei LEA e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

Al fine di assicurare l'integrazione degli interventi socio sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, dovrebbero far parte della Èquipe Territoriale le figure professionali deputate a garantire:

- l'assistenza primaria
- la continuità assistenziale
- la pediatria di libera scelta
- l'assistenza specialistica ambulatoriale
- la medicina dei servizi
- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

L'Èquipe, quindi, supera l'associazionismo inter professionale (dei MMG/PLS) realizzando un'integrazione multi professionale fra MMG, PLS, Medici di CA e operatori di centri di salute (medici, infermieri, assistenti sociali).
In una stessa ottica l'intesa Stato Regioni del 29.7.2004 ha, in particolare, fornito indicazioni orientative sui progetti tesi a perseguire tale obiettivo, tra cui uno "Schema di riferimento per la costituzione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)".
In questa sede le UTAP sembrano essere una evoluzione del concetto sopra esposto di Équipe territoriale, essendo definite come "presidi integrati per le cure primarie, formati dall'associazione di più medici convenzionati (MMG, PLS, Medici di CA, specialisti SUMAI) che operano in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e quella specialistica e consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica".
Oltre ai medici, nella UTAP possono operare infermieri, personale di studio, amministrativo e di collaborazione in numero proporzionato alle attività previste.
Le UTAP si iscrivono, pertanto, tra le forme evolute di associazionismo dei medici convenzionati (la cui partecipazione è volontaria) e vengono introdotte nell'ACN del 2005, quali strutture territoriali ad alta integrazione multi professionale e multi disciplinare operanti a livello distrettuale, le cui funzioni sono svolte in coordinamento con il Distretto e che mirano ad un potenziamento della gestione integrata dei servizi sanitari e socio sanitari.
Operano in aree territoriali omogenee per dare risposta di salute a circa 10-20.000 utenti[8] (la

[8] *Le indicazioni generali date dalla Conferenza Stato Regioni ne prevedono da 4 a 6 ogni 100.000 abitanti*

dimensione dipende dalle scelte regionali in ragione delle specificità territoriali) con la finalità di garantire la continuità assistenziale (24 ore al giorno e sette giorni la settimana), condividere percorsi di cura e obiettivi di tutela della salute a favore dei cittadini.
È previsto che le UTAP siano organizzate e gestite dai medici stessi, che organizzano insieme l'orario dei propri studi, garantiscono la continuità dell'assistenza e offrono all'utente una risposta di salute dal primo intervento al governo dei percorsi sanitari, nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente stesso.
In ultima analisi si può affermare che mentre le Équipes territoriali rappresentano dei modelli organizzativi territoriali delle Cure primarie, le UTAP costituiscono, piuttosto, i moduli strutturali in cui avrebbero dovuto essere inserite queste forme organizzative.
L'ACN del 2009 (Accordo Collettivo Nazionale 29.7.2009) apporta importanti innovazioni rispetto al previgente ACN del 2005, con particolare riferimento all'Art. 26.
Nello specifico l'Art. 26 viene integrato da:

- Art 26 bis (Aggregazione Funzionale della Medicina Generale)
- Art. 26 ter (Requisiti e Funzioni Minime dell'Unità Complessa delle Cure Primarie).

L'Art. 26 bis prevede in particolare:

- La partecipazione obbligatoria dei MMG alle aggregazioni funzionali territoriali;
- L'individuazione delle aggregazioni funzionali sulla base dei seguenti criteri:
- riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale;
- popolazione assistita non superiore a 30.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20;
- La definizione delle modalità di partecipazione dei medici alle aggregazioni funzionali;
- L'indicazione degli scopi per cui i medici aderiscono alle aggregazioni funzionali;
- La condivisione delle attività, da parte delle aggregazioni funzionali, con il Distretto di riferimento;

L'Art. 26 ter definisce, invece, l'UCCP, come aggregazione funzionale territoriale con ambito intra distrettuale finalizzata ad assistere una popolazione non superiore a 30.000 abitanti; essa non si struttura in una configurazione prestabilita, potendo avere una sede unica dove operano MMG e PLS con il concorso di Medici di Continuità Assistenziale (CA) e di Medici specialisti ambulatoriali interni (SUMAI), ovvero essere caratterizzata da una struttura a rete consistente in più sedi distribuite sul territorio.
L'UCCP viene quindi progettata in analogia (e per riassorbire in un contesto omogeneo) a quanto sperimentato in molte Regioni italiane con nomi diversi: UTAP in Veneto, UCP nel Lazio, NCP in Emilia Romagna e GCP in Piemonte (Cicchetti A, 2009).
L'Art. 26 ter prevede nello specifico:

- La possibilità di modelli diversi di UCCP in relazione alle caratteristiche oro geografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione;
- La riallocazione degli incentivi e delle indennità, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici;
- L'individuazione della dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna UCCP, attraverso gli accordi regionali con le Organizzazioni Sindacali dei medici convenzionati;
- Due modalità per definire la dotazione strutturale, strumentale e di personale: l'erogazione in

forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico;
- L'obbligo da parte dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali e degli altri professionisti sanitari convenzionati a svolgere la loro attività all'interno delle UCCP.

Le funzioni di base dell'UCCP sono riassumibili in:
- Assicurare l'erogazione dei LEA a tutti i cittadini;
- Assicurare l'accesso ai servizi della propria Unità (equità nell'accesso ai servizi offerti);
- Realizzare nel territorio la continuità assistenziale;
- Contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

Gli Accordi regionali:
- definiscono i compiti e le attività svolte dai MMG in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'ACN e nel rispetto dei livelli di spesa programmati;
- Possono prevedere l'erogazione di prestazioni aggiuntive per determinate categorie assistenziali (es. assistenza domiciliare per pazienti oncologici in fase terminale, etc.);

Agli Accordi regionali è rimessa:
- La disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e MMG per il rispetto dei livelli programmati di spesa;
- La materia della contrattazione aziendale;
- La disciplina della sperimentazione di forme associative, oltre a quelle previste nell' ACN.

Tabella 8.1 - Accordi Integrativi Regionali (AIR)

Regione	Medicina Generale	Pediatria di libera scelta
Abruzzo	D.G.R. 09.08.2006, n. 916	D.G.R. 22.05.2006, n. 532
Basilicata	D.G.R. 11.03.2008, n. 331	D.G.R. 28.03.2007, n. 416
P.A. di Bolzano	Non applica gli Accordi Collettivi Nazionali	
Calabria	D.G.R. 08.08.2006, n. 580	D.G.R. 01 .06.2007, n. 327
Campania	D.G.R. 20 giugno 2003, n. 2128	
Emilia Romagna	D.G.R. 09.10.2006, n. 1398 D.G.R. 16.07.2008, n. 1061 (EST)*	D.G.R. 19.01.2009, n. 17
Friuli Venezia G.	D.G.R. 08.05.2008, n. 818 D.G.R 20.02.2006 n. 269	D.G.R. 24.09.2009, n. 2124 D.G.R. 08.05.2008, n. 817
Lazio	D.G.R. 21.04.2006, n. 229	D.G.R. 7.11.2006, n. 800
Liguria	D.G.R. 17.03.2006, n. 234 D.G.R. 28.07.2006, n. 818 (MST)** D.G.R. 24.01.2007, n. 42 (CA)***	D.G.R. 25.05.2007, n. 532
Lombardia	D.G.R. 16.05.2007, n. 4723 D.G.R. 08.07.2009, n. 9788 (preintesa)	D.G.R. 30.05.2007, n. 4798 D.G.R. 07.08.2009, n. 10074 (preintesa)
Marche	D.G.R. 02/07/2007, n. 751	D.G.R. 07/09/2009, n. 1399
Molise	D.G.R. 27.02.2007, n. 173	D.G.R. 02.10.2007, n. 1104
Piemonte	D.G.R. 24.04.2006, n. 28-2690 D.G.R. 28.05.2007, n. 10-5955 (integrazione)	D.G.R. 13.11.2006, n. 75-4317 D.G.R. 27.11.2006, n. 157-4648 (rettifica) D.G.R. 04.06.2007, n. 11-6034 (integrazione)
Puglia	D.G.R. 29.12.2007, n. 2289	D.G.R. 29.12.2007, n. 2290
Sardegna	D.G.R. 20.03.2008, n. 17-1	D.G.R. 11.02.2009, n. 10-45
Sicilia	DECRETO 08.08.2007	
Toscana	D.G.R. 27.03.2006, n. 216 (AP)**** D.G.R. 24.11.2008, n. 972 (CA)*** D.G.R. 18.12.2006, n. 956 (EST)* D.G.R. 27.12.2006, n. 1002 (MST)**	D.G.R. 29.01.2007, n. 55
P.A. di Trento	D.G.P. 17.04.2007	D.G.P. 16.07.2007
Umbria	D.G.R. 27.09.2006, n. 1653	D.G.R. 09.07.2007, n. 1164
Valle D'Aosta	D.G.R. 19.05.2006, n. 1451 (AP)**** D.G.R. 15.06.2007, n. 1624 (CA)*** D.G.R. 15.06.2007, n. 1625 (EST)*	D.G.R. 20.04.2007, n. 1028
Veneto	D.G.R. 30.12.2005, n. 4395	D.G.R. 07.08.2008, n. 2667

* *Emergenza Sanitaria Territoriale*
** *Medicina Servizi Territoriali*
** *Continuità Assistenziale*
**** *Assistenza Primaria*

Analisi di alcuni modelli regionali: le Unità di cure primarie (UCP) nel Lazio

Con la D.G.R. n. 693/2004, il Lazio ha approvato il Progetto dal titolo: "Sperimentazione della creazione sul territorio della rete delle cure primarie attraverso la costituzione di Unità di Cure Primarie". La Regione Lazio ha ritenuto opportuno potenziare la tutela sanitaria della cittadinanza attraverso un'intensificazione dell'assistenza territoriale e ha considerato il coinvolgimento dei MMG/PLS convenzionati con il SSR uno strumento fondamentale di questo potenziamento.

Il Progetto Sperimentale prevede:

- che le Medicine in Associazione, le Medicine di gruppo e le Medicine in Rete, costituite ed approvate ai sensi dell'art. 40 del DPR n. 270/2000, si organizzino per aumentare la disponibilità oraria da 6 a 9 ore giornaliere, senza interruzione, nell'arco temporale compreso tra le ore 10 e le ore 19 dal lunedì al venerdì;
- che nell'ambito di ogni UCP, i componenti identifichino un referente organizzativo che curerà i rapporti con la Direzione Generale della ASL e la Regione Lazio
- Per le finalità previste dal progetto è, altresì, consentita l'aggregazione di Medici che esercitano in forma singola
- Che vengano costituite le UCP, composte da MMG, convenzionati con il SSN, da un minimo di 3 fino ad un massimo di 20 medici. Ogni medico può far parte di una sola Unità di Cure Primarie

Gli obiettivi ottenibili mediante il modello di UCP sono molteplici. I più rilevanti sono:

- L'offerta di un'assistenza sanitaria individualizzata sulle esigenze del singolo paziente;
- L'accesso in tempi ristretti a prestazioni specialistiche;
- L'offerta di un'assistenza continuativa;
- La diminuzione dei ricorsi impropri al pronto soccorso;
- La diminuzione richiesta di visite domiciliari.

Analisi di alcuni modelli regionali: i Dipartimenti di Cure Primarie (DPC) in Emilia Romagna

In tutti i distretti dell'Emilia-Romagna è stata prevista (con il PSR 1999-2001) l'istituzione di uno specifico Dipartimento delle Cure Primarie (DPC) preposto alla realizzazione dell'integrazione fra medicina generale e servizi sociali, nonché all'organizzazione e gestione del processo di produzione dell'assistenza primaria a tutta la popolazione del territorio di riferimento.

L'elemento base dell'organizzazione delle cure primarie è il Nucleo di Cure Primarie (NCP), che aggrega studi di MMG e di PLS, équipe infermieristiche e altri servizi, formati da assistenti sociali, educatori professionali, terapisti della riabilitazione ed altre figure professionali.

L'obiettivo è di integrare questi professionisti convenzionati per garantire percorsi diagnostico terapeutici concordati e continuità delle cure, per il potenziamento dell'accesso con orari di ambulatorio più ampi e per il miglioramento dell'assistenza domiciliare.

L'integrazione tra professionisti "del territorio" ed ospedalieri ha l'obiettivo, in particolare, di meglio gestire le cronicità per mantenere e migliorare il livello di autonomia dell'assistito; di contenere le liste di attesa per la specialistica ambulatoriale; di migliorare l'assistenza farmaceutica.

I NCP erogano prestazioni di Assistenza Primaria in un'area territoriale omogenea, con una popolazione di 10-30 mila abitanti.

Si mira, quindi, a riconoscere al NCP il ruolo di fulcro del nuovo modello organizzativo per l'erogazione delle cure primarie e, di conseguenza, l'ambito privilegiato in cui perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale e integrazione delle attività territoriali.

Analisi di alcuni modelli regionali: i Gruppi di Cure Primarie (GCP) nel Piemonte

In Piemonte i Gruppi di Cure Primarie (GCP) diventano operativi con il Piano socio sanitario regionale 2007-2010, dopo una fase di sperimentazione.

I GCP rappresentano l'articolazione organizzativa del SSR nel territorio e la caratteristica fondamentale è quella di far convergere in un'unica struttura l'attività di MMG, PLS, Medici di CA, Medici specialisti (SUMAI), infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali, operatori della prevenzione, in un lavoro a rete e non più gerarchico e frammentato, in grado di assicurare una maggiore continuità assistenziale ai cittadini.

Tabella 8.2 - Schema riassuntivo delle forme associative

Regioni	Modelli	Professioni coinvolte	Bacino d'utenza
Emilia Romagna	NCP (2000)	MMG, PLS, I.P., Assist. Sociali, Terapisti, Prof. Sanitarie distretto	10.000-30.000
Friuli Venezia G.	UTAP (2006)	MMG, PLS, Guardia Medica, Specialisti Ambulatoriali e altre professionalità	/
Lazio	UCP (2004) UTAP (2006)	MMG ed eventuali altre figure professionali sanitarie	/
Lombardia	GCP (2005)	MMG, I.P., Specialisti ospedalieri e terapisti	minimo 6.000
Marche	ET (2004)	MMG, PLS, I.P., Assist. Sociali, Terapisti, Prof. Sanitarie distretto	/
Piemonte	ET (2006) GCP (2007-2010)* CDS (2007-2010)*	MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali ed altre professioni sanitarie	10.000-30.000
Umbria	ET (2004)	MMG, PLS, Medici di C.A., I.P., Assist. Sociali e specialisti territorio e ospedalieri	10.000-15.000
Toscana	UCP (2003)	MMG, I.P., Medici di C.A. + legame 118	5.000-50.000
Veneto	UTAP (2006)	MMG, PLS, Medici di C.A., I.P., Assist. Sociali e specialisti territorio e ospedalieri	10.000-25.000
Abruzzo	NCP	MMG, Medici di C.A., Specialisti ambulatoriali, I.P., altre profess. presenti sul territorio	6.000-15.000

** Sono previste dal piano socio-sanitario 2007-2010*
Fonte: elaborazione CEIS Sanità da: Rapporto Meridiano Sanità (2007), Guzzanti (2009)

I GCP si collocano nell'ambito del Distretto e rappresentano il punto d'accesso della rete integrata di assistenza socio sanitaria.
Attualmente in Piemonte esistono già 24 GCP e l'apertura è di almeno otto ore per cinque giorni la settimana, salvo deroghe. Ogni GCP può contare su un numero minimo di quattro medici al servizio di un bacino di utenza di 5-15.000 abitanti.
L'adesione dei MMG a questa nuova forma organizzativa di lavoro viene finanziata dalle aziende sanitarie di riferimento attraverso incentivi di diversa natura: da quelli diretti (provenienti da fondi regionali e nazionali), a quelli indiretti, come la messa a disposizione di personale, locali e tecnologie.

	Sede Unica	Presenza Specialisti	Sistema di incentivi	Responsabilità e Strumenti di controllo
	NO	SI	Retribuzione connessa principalmente a standars organizzativi: es. €1,00 per la partecipazione a NCP, € 4,70 per adesione a medicina in rete, €1,00 per estensione orario di lavoro oltre le 7 ore stabilite	SI (Referente NCP)
	SI	SI	/	n.d.
	NO	NO	Definiti standard di tipo organizzativo: es. partecipazione ad incontri: €120,00 lordi; visite in zone disagiate: €600,00 mensili	SI (verifiche su attività)
	SI	SI		SI (controlli interni/esterni ASL)
	SI	NO	Retribuzione connessa principalmente a standards organizzativi	SI (controlli amministrativi)
	NO	SI (GCP-CDS)	Sistemi di incentivazione basati su standars organizzativi. Per la realizzazione di prog. obiettivo e per il coinvogimento: quota capitaria pari a €3,50	SI (controlli amministrativi)
	NO	SI	Retribuzione connessa principalmente a standards organizzativi	SI (riunioni audit)
	SI + altri ambulatori	NO	Previsto un compenso per asistito di €5,00 per l'adesione alla medicina in associazione complessa. Prevista una verifica di alcuni parametri per modello organizzativo	SI (verifiche su attività)
	SI + altri ambulatori	SI	Retribuzione connessa principalmente a standards organizzativi	SI (accordi integrativi locali)
	NO	SI		n.d.

A confermare l'impegno della Regione Piemonte in questo senso c'è anche la recente D.G.R. n. 105-12026/2009 dal titolo "Approvazione Accordo Regionale della Medicina Generale per la definizione del "modello organizzativo" di sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie (GCP)/Case della Salute (CDS)[9]".
Le attività qualificanti richieste ai MMG all'interno del GCP/CDS sono:
- l'attività ambulatoriale tradizionale;
- l'assistenza coordinata e prolungata non inferiore alle 8 ore giornaliere;
- la partecipazione di ogni medico alle attività derivanti dalla gestione pluri-professionale di almeno un Ambulatorio Medico Orientato (AMO);
- l'attività di coordinamento, gestione e collegamento ad altri livelli di tutto il GCP.

Infine per la valutazione, si prevede che si definiscano:
- indicatori per valutare la continuità assistenziale e la contattabilità;
- indicatori di processo (ad es. incremento della effettiva attività su appuntamento effettuata dai MMG);
- indicatore di esito (ad es. valutazione, tramite un questionario, della qualità percepita dell'assistenza da parte dei cittadini);
- indicatori per valutare la presa in carico del bisogno: AMO (Ambulatorio Medico Orientato)

8.3.3. Criticità organizzative

L'analisi di quanto appena descritto, evidenzia come secondo l'ACN del 2009, l'UCCP sia costituita da medici convenzionati e da altre figure professionali (sia di natura amministrativa che sanitaria), e debba assicurare sul territorio di competenza l'erogazione dei LEA. Inoltre dovrebbe contribuire all'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.
Ciò mostra un potenziale conflitto di attribuzioni tra il Distretto e l'UCCP. Entrambi, infatti, erogano assistenza sanitaria e socio-sanitaria promuovendo l'integrazione tra i diversi servizi e soprattutto tra le figure professionali coinvolte.
Uno dei tratti distintivi è rappresentato dalla dimensione del bacino di utenza a cui si rivolgono: il Distretto copre una popolazione di 60.000 abitanti (salvo deroghe), mentre l' UCCP assiste una popolazione non superiore a 30 mila abitanti.
L'UCCP si configura, quindi, in primo luogo come un'aggregazione funzionale territoriale che opera a livello intra distrettuale, come ente strumentale del Distretto stesso, in un'ottica di continuità assistenziale, garantendo l'effettiva presa in carico dell'utente.
In secondo luogo, tanto il Distretto quanto l'UCCP hanno anche funzioni produttive, superando la mera natura funzionale, e allo stesso tempo creando un potenziale conflitto organizzativo.
In terzo luogo non sembra ben definito il progetto strategico in termini di funzioni di programmazione e controllo, come anche di gerarchie decisionali e responsabilità finanziarie.

[9] *La CDS è un modello che era tra gli obiettivi del programma del Ministero della Salute "Un New deal della salute" presentato in Parlamento il 27.6.2006. La Casa della Salute è da intendersi come la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi*

In definitiva, attualmente l'organizzazione dell'assistenza primaria potrebbe essere vista come una grande matrioska, dove il contenitore più grande è rappresentato dall'Azienda sanitaria locale (ASL), al cui interno c'è il Distretto, come articolazione territoriale della ASL, e ancora l'UCCP, o le diverse forme associative multi professionali promosse a livello regionale (quali UTAP, GCP, NCP etc), per poi arrivare all'unità elementare costituita dal singolo MMG/PLS (o la relativa medicina di rete o di gruppo).

8.4. L'offerta

Nei paragrafi seguenti si offre un quadro statistico della consistenza dei professionisti e degli ambulatori di primo livello per singola tipologia. Una prima visione d'insieme può essere illustrata dalla tabella seguente:

Tabella 8.3 - Quadro di sintesi dell'Assistenza Primaria - Anno 2007

Anno 2005	MMG	PLS	MCA	Specialisti ambulatoriali	Medicina dei servizi	Emergenza territoriale
Professionisti	46.961	7.657	13.109	13.245	2.880	1.858
N. pazienti	1.500 max	800 max	1 : 6.500	Variabile (liste di attesa)	n.a.	n.a.
Orario lavoro	5gg h8-20 h8-10 (sab)	5gg h8-20 h8-10 (sab)	7gg h 20-08	Variabile su 5gg	Variabile su 5gg	Variabile su 5gg
Remunerazione	Quota capitaria	Quota capitaria	Tariffa oraria	Tariffa oraria	Incarico	Incarico
Contratto	3 livelli	3 livelli	2 livelli	2 livelli	2 livelli	2 livelli

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità da Tedeschi P., Università Bocconi, (2007) e su dati Ministero della Salute, 2007

8.4.1.Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta

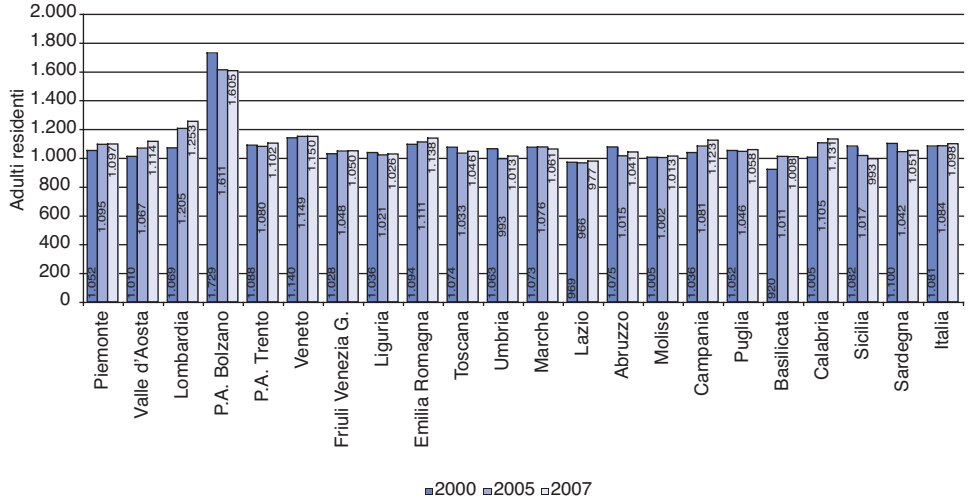
La rete assistenziale dei MMG è regolata dai seguenti indici di programmazione:

- un rapporto ottimale di un medico ogni 1.000 abitanti di età superiore a 14 anni (fino a 6 anni è obbligatoria, e fino a 14 anni è garantita, l'assistenza pediatrica);
- ogni cittadino ha diritto a scegliere liberamente il proprio medico fra quelli che operano nel suo ambito territoriale e può modificare la scelta in qualsiasi momento;
- ogni medico ha una lista di assistiti, con un massimale di iscritti di 1.500 persone (il massimale viene mediamente raggiunto dal MMG in 10-15 anni di attività).

A livello nazionale ogni MMG ha in media un carico potenziale (numero teorico assistibili) di 1.097 adulti residenti (maggiori di 14 anni); con notevoli differenziazioni però a livello regionale: il valore massimo è raggiunto dalla P.A. di Bolzano con 1.605 residenti adulti per MMG (deroga al massimale[10]), mentre il valore minimo si registra nel Lazio, con 977 residenti adulti per MMG.

[9] *Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda e sentito il comitato aziendale in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'art. 48, comma 3, punto 5, della L. n. 833/1978, e per un tempo determinato, non superiore comunque a sei mesi.*

Figura 8.3 - Adulti residenti per MMG
Anni 2000, 2005 e 2007

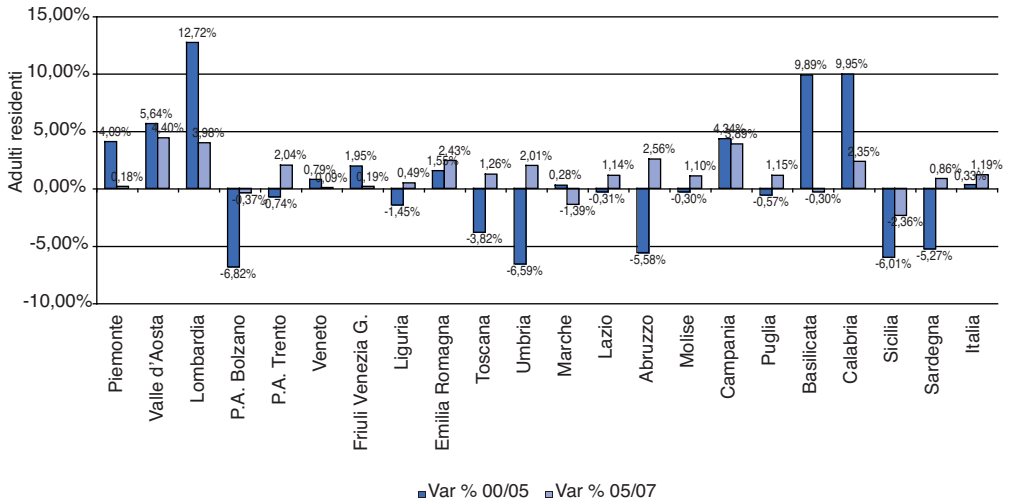


Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2007

La media nazionale di assistiti è cresciuta lievemente nel corso degli anni (dello 0,33% dal 2000 al 2005, sui cinque anni e dell' 1,2% dal 2005 al 2007, sui due anni), con differenze variabili da Regione a Regione.

Dal 2000 al 2005 a fronte di una diminuzione di circa il 6% in alcune Regioni, tra cui la P.A. di Bolzano, la Sicilia e l'Umbria, si registra un aumento sostanziale in altre come la Basilicata, la Calabria (di circa il 10%) e la Lombardia (del 12,72%).

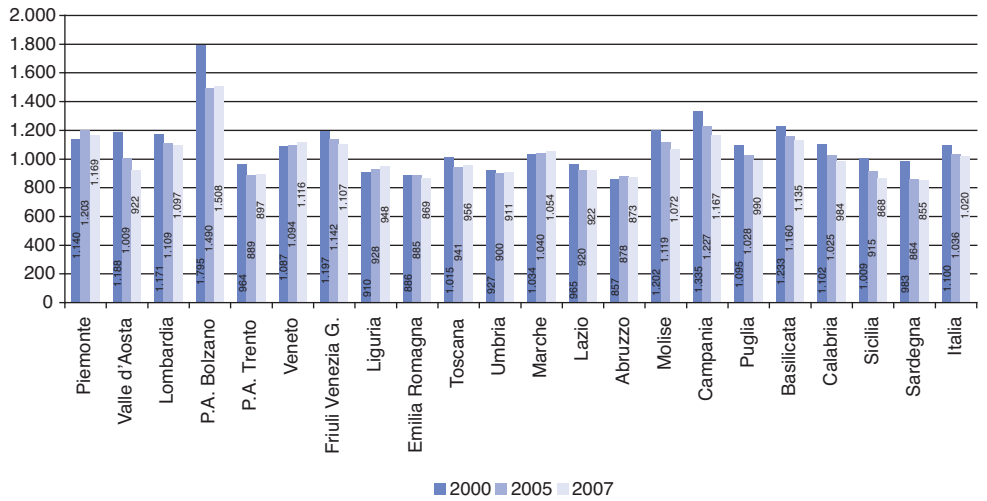
Figura 8.4 - Adulti residenti per MMG
Variazioni % - Anni 2000, 2005 e 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2007

Dal 2005 al 2007 la crescita è maggiore e si registra quasi in tutte le Regioni, ad eccezione della Basilicata, della P.A. di Bolzano, delle Marche e della Sicilia (quest'ultima con un valore negativo del 2,36%).
Per quanto concerne i PLS, a livello nazionale in media hanno un carico potenziale di 1.010 bambini residenti; anche in questo caso permangono notevoli differenziazioni a livello regionale: il valore massimo è raggiunto sempre dalla P.A. di Bolzano con 1.508 bambini residenti per PLS, mentre il valore minimo si registra in Sardegna con 855 bambini residenti per PLS.

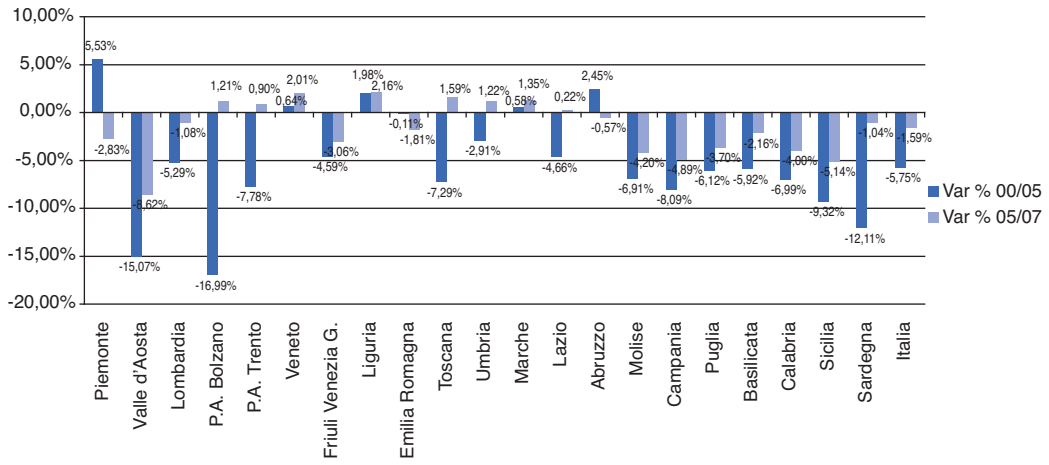
Figura 8.5 - Bambini residenti per PLS
Anni 2000, 2005 e 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2007

Se confrontiamo i valori del 2007 con quelli relativi agli anni 2000 e 2005, emerge che la media nazionale è diminuita nel corso degli anni (del 5,8% dal 2000 al 2005 e dell' 1,5% dal 2005 al 2007, sull'intero periodo), con differenze variabili da Regione a Regione.

Figura 8.6 - Bambini residenti per PLS
Variazioni % - Anni 2000, 2005 e 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2007

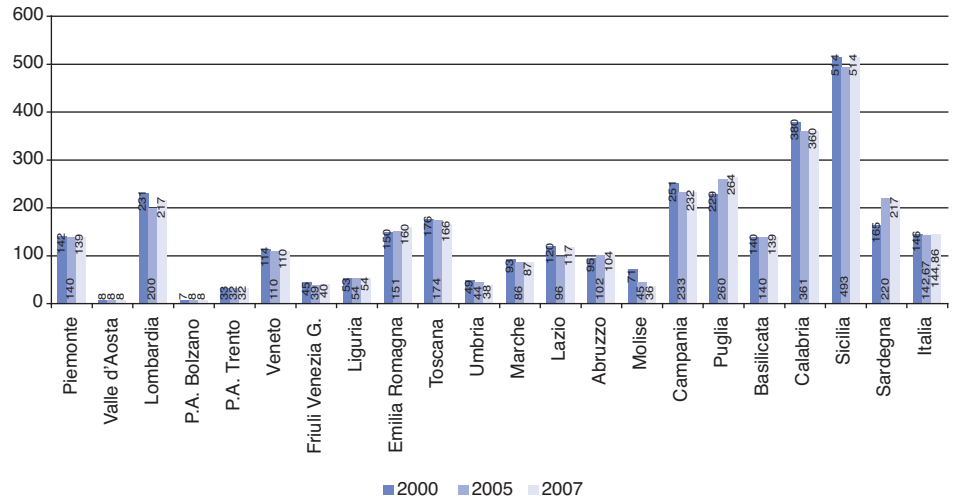
Dal 2000 al 2005 le diminuzioni più sostanziali si registrano nella P.A. di Bolzano (di circa il 17,0%) seguita dalle Valle d'Aosta (del 15,07%).
La Valle d'Aosta registra lo stesso trend decrescente anche tra il 2005 e il 2007 (dell'8,6%), seguita dalla Sicilia (del 5,14%).

8.4.2. Continuità Assistenziale

Ai medici di Continuità Assistenziale (precedentemente denominati medici di guardia medica), retribuiti con compenso orario, è attribuito il compito di garantire l'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive.
A discapito della denominazione, questa categoria di fatto risponde più che altro alle emergenze urgenze, mentre la continuità assistenziale vera e propria è in carico al MMG e al PLS. Il medico di CA subentra solo nel caso sorgano delle emergenze nella fascia oraria in cui il MMG/PLS non è presente. Se vogliamo possiamo trovare delle analogie con il ruolo svolto dal Pronto Soccorso.
Solo ultimamente, con l'ACN 2009, si è assistito ad un radicale mutamento di funzione: i medici della CA, che di notte e nei giorni festivi svolgeranno gli interventi di urgenza, di giorno avranno funzioni di prevenzione, educazione e formazione all'interno delle UCCP.
Contribuiranno, inoltre, a tenere aperti gli ambulatori per complessive 12 ore al giorno, così da conoscere gli assistiti.
In questo modo si potrà affermare che questa categoria si farà carico di garantire la continuità assistenziale, partecipando in maniera fattiva all'intero iter di salute del paziente.
Il rapporto ottimale viene definito, dall'ACN 2005, come un medico di Continuità Assistenziale ogni 5.000 abitanti.
In base a tali parametri il numero dei medici di CA dovrebbe essere di circa 12.000-13.000 unità

a livello nazionale, tenendo conto della variabilità a livello regionale.
In Italia sono stati rilevati 3.042 punti di guardia medica, con 13.109 medici titolari, pari a 22 medici ogni 100.000 abitanti.

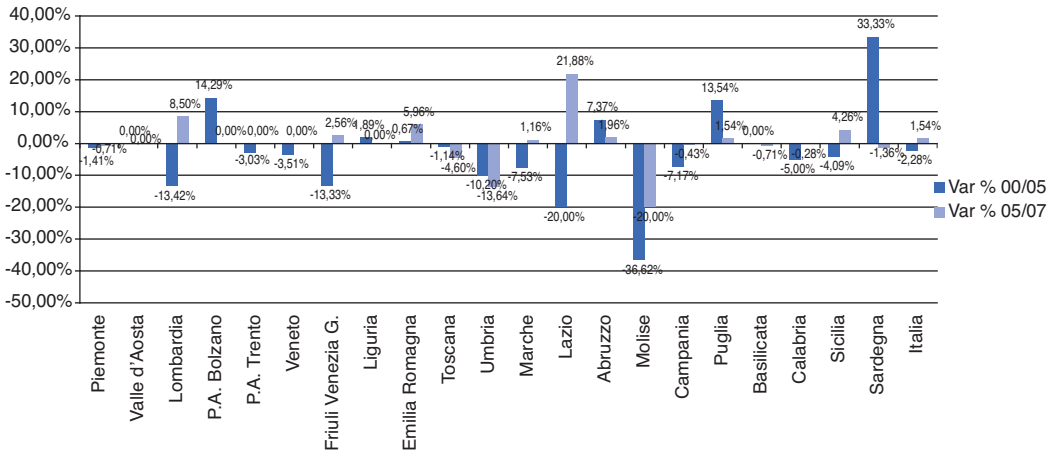
Figura 8.7 - Punti guardia medica
Anni 2000, 2005 e 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2007

Se confrontiamo i valori dell'anno 2007 con quelli relativi all'anno 2005 e all'anno 2000, emerge che la media nazionale ha subito dei cambiamenti marginali (del -2,28% dal 2000 al 2005, nell'arco dei cinque anni e dell' 1,54% dal 2005 al 2007), con differenze variabili da Regione a Regione.

Figura 8.8 - Punti di Guardia Medica
Variazioni % - Anni 2000, 2005 e 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2007

Dal 2000 al 2005 in quasi tutte le Regioni si è registrata una diminuzione dei punti di guardia medica, con un picco nel Molise (-36,62%); appare in controtendenza il dato della Sardegna con un valore positivo: +33,33%.
Tra il 2005 e il 2007, invece, si è registrato un incremento a livello nazionale, se pur marginale, nonostante due picchi di decremento ancora in Molise e in Umbria; tali valori sono compensati da una tendenza incrementale generale, e in particolare nel Lazio (+21,88%).

8.4.3. L'Emergenza Sanitaria Territoriale

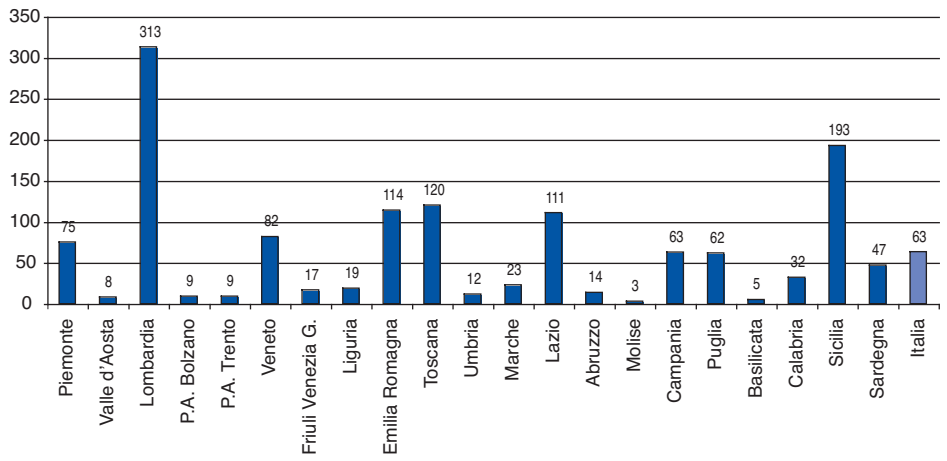
L'Emergenza Sanitaria Territoriale rappresenta una delle fasi operative del sistema dell'emergenza sanitaria, dove la figura del medico diventa il referente nella gestione di eventi critici, con una capacità di intervento terapeutico assistenziale immediata e la necessaria esperienza nella medicina di emergenza urgenza.
I medici dell'Emergenza Sanitaria–118, originariamente tutti convenzionati a 38 ore settimanali con esclusività di rapporto e provenienti dalla Continuità Assistenziale, si sono gradualmente differenziati per motivi organizzativi: in alcune Regioni sono diventati dirigenti inquadrati nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'urgenza e accettazione (D.Lgs. n. 229/1999); in altre sono medici dell'emergenza territoriale convenzionati secondo l'ACN Medicina Generale del 2005.
Tale orientamento è stato determinato dalla consapevolezza della necessità di favorire la piena integrazione e connessione del sistema dell'emergenza territoriale con il sistema di emergenza urgenza ospedaliero, al fine di realizzare una continuità terapeutica tra territorio e ospedale.

8.4.4. I Centri di Salute Mentale (CSM)

Il Centro di salute mentale (CSM), anch'esso responsabile per la presa in carico e per la continuità terapeutica, è stato istituito con il D.P.R. del 7 aprile 1994 (Progetto obiettivo "Tutela della

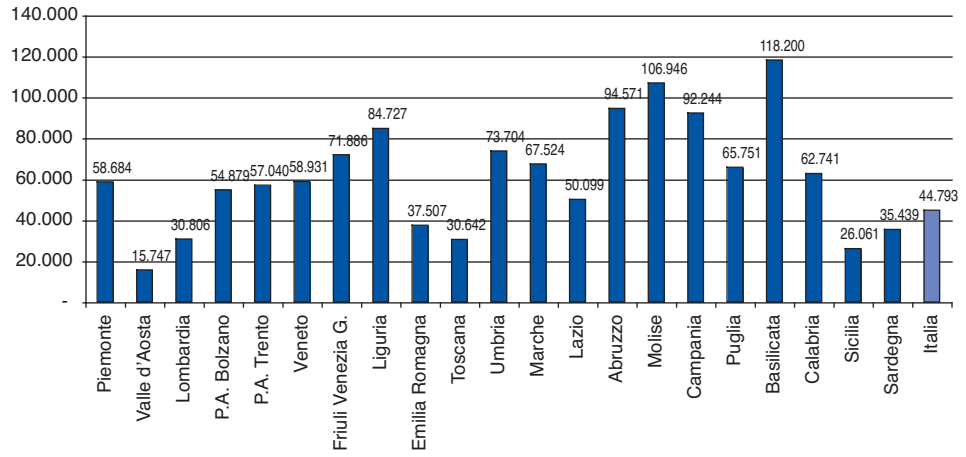
salute mentale 1994-1996") e definito come: ".. sede organizzativa del Dipartimento con attività ambulatoriali e domiciliari,.. sede organizzativa dell'équipe degli operatori ed il punto di coordinamento dell'attività sul territorio.. ".
I CSM costituiscono i primi punti di accesso alla rete dei servizi per la salute mentale, anche nei casi urgenti.
I Centri di salute mentale sono strutture per attività psichiatrica ambulatoriale aperti 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana e garantiscono l'assistenza sanitaria specialistica al paziente anche presso il proprio domicilio; in Italia ce ne sono complessivamente 1.331, con una discreta variabilità a livello regionale. Il numero dei CSM nelle varie Regioni può essere interpretato in maniera più critica analizzando la figura 8.10: infatti se prendiamo come esempio la Basilicata vediamo che, pur avendo solo cinque centri di salute mentale, presenta una dimensione media pari a circa 118.000 abitanti, circa quattro volte superiore al valore della Regione Lombardia che però può contare su un numero nettamente superiore di CSM (313).
I CSM svolgono attività psichiatrica ambulatoriale e domiciliare: visite specialistiche, consulenza e filtro per i ricoveri, programmazione terapeutica; garantiscono inoltre un servizio specifico di informazione e di assistenza alle famiglie dei pazienti. L'assistenza è assicurata attraverso la rete dei servizi per la salute mentale, in stretta integrazione con gli altri servizi territoriali, in particolare i MMG e i PLS, i servizi sociali dell'Azienda Usl, i Comuni, il volontariato, le associazioni dei familiari.

Figura 8.9 - Numero CSM per Regione Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2007

Figura 8.10 - Dimensioni medie CSM per Regione Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2007

8.4.5. I Consultori Familiari

La L. n. 405/1975 ha istituito i consultori di assistenza alla famiglia e alla maternità definendoli come: "..organismi operativi delle unità sanitarie locali, quando queste saranno istituite.."

I consultori familiari sono stati poi realizzati con tempi e modalità diversi, in seguito all'approvazione delle relative leggi regionali, che hanno sviluppato più diffusamente quanto previsto a livello nazionale.

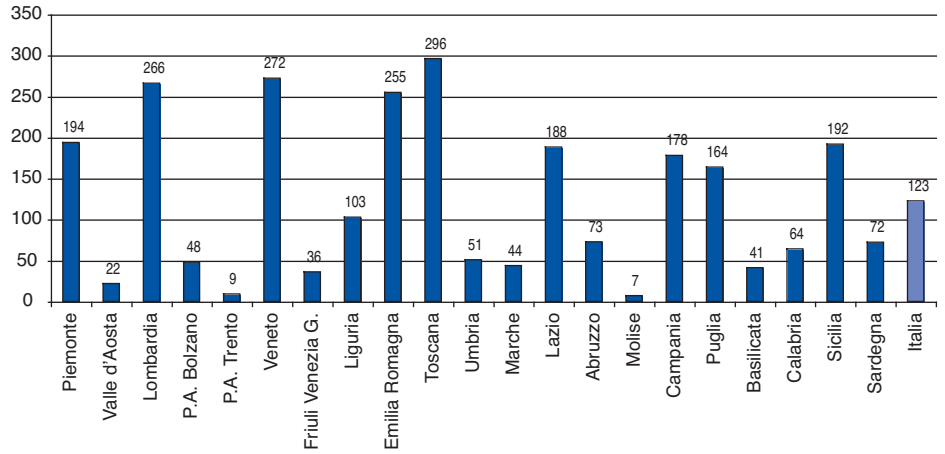
L'importanza dei servizi offerti dal consultorio viene sottolineata, a partire dalla fine degli anni Ottanta, attraverso linee di indirizzo per la riqualificazione e potenziamento dei consultori familiari, l'ultima delle quali nel contesto del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), è parte integrante del PSN 1998-2000.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) assegna un ruolo strategico centrale ai Consultori Familiari (CF) nella promozione e tutela della salute della donna e dell'età evolutiva e indica in dettaglio modalità e campi operativi prioritari.

Il Consultorio offre informazioni (anche in materia di contraccezione), colloqui, consulenza in caso di gravidanze indesiderate. Offre inoltre sostegno, assistenza psicologica, invio al servizio sociale, visita e consulenza ginecologica, controlli post-intervento di interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

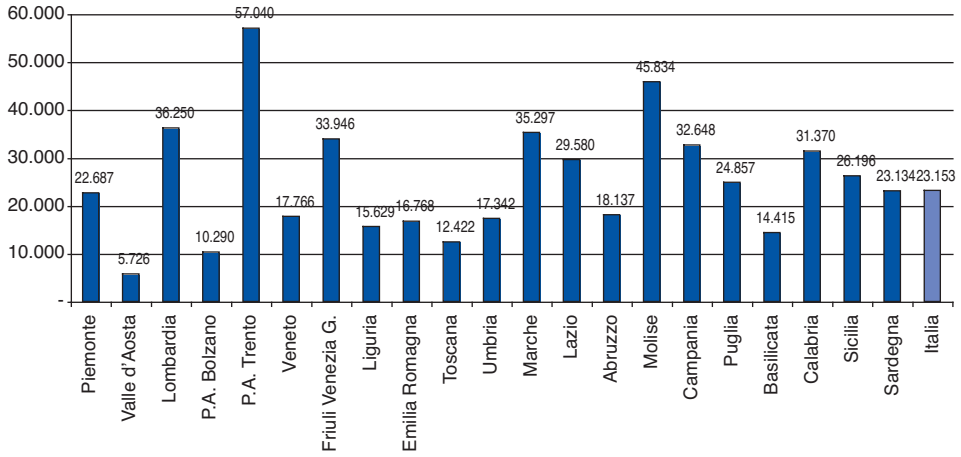
Il Consultorio può rilasciare il certificato per l'intervento di IVG, che può essere rilasciato anche dal MMG, dal ginecologo di fiducia o da altro specialista.

Figura 8.11 - Numero Consultori per Regione Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2007

Figura 8.12 - Dimensioni medie Consultori per Regione Anno 2007



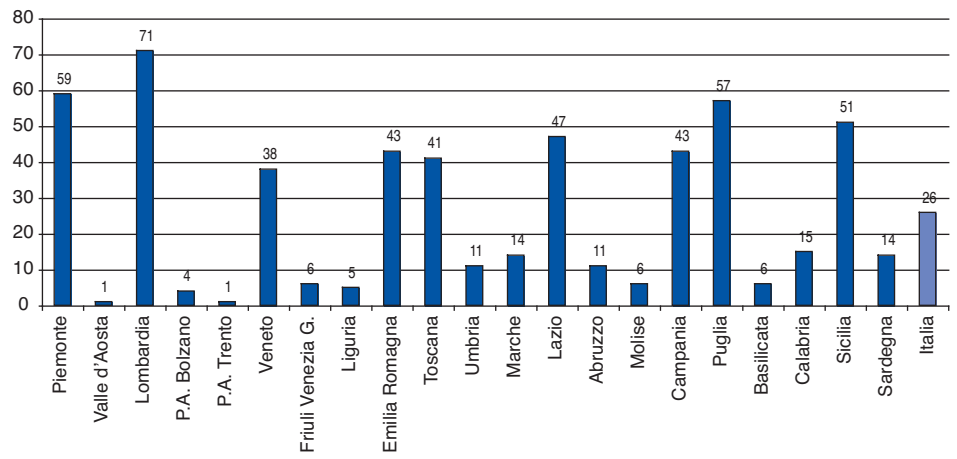
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2007

8.4.6. I Servizi per le Tossicodipendenze (SERT)

I Servizi per le Tossicodipendenze (SERT) sono stati istituiti con la L. 162/1990. Sono i servizi pubblici del SSN dedicati alla cura, alla prevenzione ed alla riabilitazione delle persone che hanno problemi conseguenti all'abuso di sostanze psicoattive (droghe o alcool) che generano dipendenza dalle stesse. I SERT attuano interventi di primo sostegno e orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie, operando anche a livello di informazione e prevenzione, particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione.

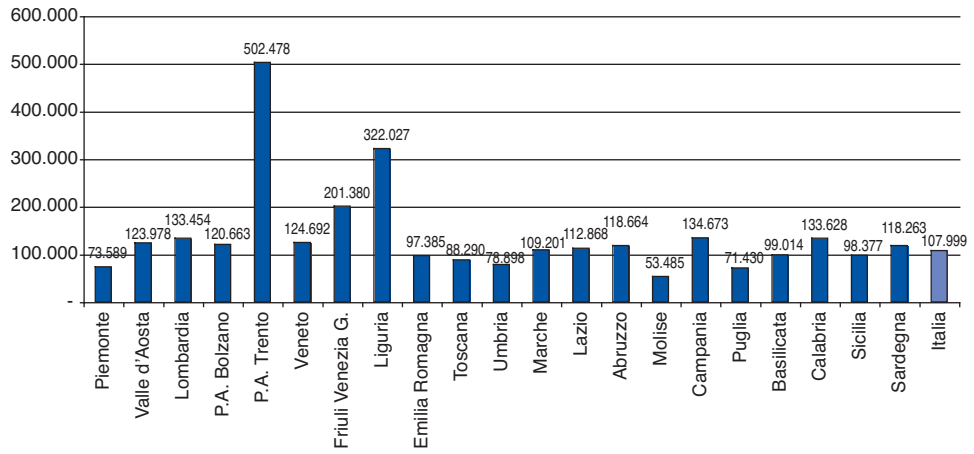
Nello specifico, accertano lo stato di salute psicofisica del soggetto, definendo programmi terapeutici individuali da realizzare direttamente o in convenzione con strutture di recupero sociale, e valutano periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico e sociale. I SERT sono attivi all'interno della ASL, cioè in ogni Distretto Sanitario. In Italia ce ne sono 544 e collaborano con altri settori della sanità e con alcune organizzazioni private dedicate a problemi sociali.

Figura 8.13 - Numero SERT per Regione
Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2006

Figura 8.14 - Dimensione media SERT per Regione Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute, 2006

8.5. La spesa

La spesa per medicina di base convenzionata, in Italia, nel 2008, ammonta a € 6.083,74 mln.. Nel periodo 2001-2008 tale voce di spesa è cresciuta in termini nominali del 4,4% medio annuo: 4,9% nel Nord, 3,9% nel Centro e 4,0% nel Sud.
In termini reali le variazioni sono più contenute e rispettivamente dell'1,7% medio annuo per l'Italia nel suo complesso, del 2,2% nel Nord, dell'1,3% nel Centro e dell'1,4% nel Sud.

Tabella 8.4 - Spesa per medicina di base convenzionata
Valori %

Regioni	Media annua 2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	**5,62**	**1,31**	**1,27**
Nord	**6,04**	**2,01**	**2,09**
Centro	**5,67**	**1,48**	**-1,95**
Sud	**5,14**	**0,44**	**2,00**
Piemonte	6,80	2,49	1,09
Valle d'Aosta	5,66	-1,02	15,72
Lombardia	6,69	-1,59	-0,87
P. A. Bolzano	5,70	3,36	8,42
P. A. Trento	5,43	2,96	-1,50
Veneto	5,69	2,61	3,89
Friuli Venezia G.	5,08	3,70	1,24
Liguria	4,74	0,95	4,36
Emilia Romagna	5,12	8,56	5,97
Toscana	5,96	-0,87	-1,05
Umbria	5,09	-2,43	8,79
Marche	5,43	1,64	2,61
Lazio	5,62	3,73	-5,45
Abruzzo	4,32	7,95	0,28
Molise	7,49	11,31	1,36
Campania	5,06	-3,05	-3,86
Puglia	6,27	0,66	18,31
Basilicata	7,91	1,58	3,83
Calabria	4,28	-1,61	1,59
Sicilia	4,21	2,72	-1,17
Sardegna	6,04	0,28	-1,99

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La crescita della spesa per l'assistenza di base è inferiore ai ritmi di crescita della spesa sanitaria complessiva; le variazioni in valore assoluto sono per lo più riconducibili al rinnovo delle convenzioni e all'attuazione degli accordi integrativi locali, oltre che ai servizi assistenziali aggiuntivi quali l'assistenza domiciliare.
Nel 2008 la quota nazionale di spesa per medicina di base sul totale della spesa sanitaria pubblica totale è pari al 5,7%: in linea con tale valore sono il Nord (5,3%) e il Centro (5,2%), mentre nel Sud l'incidenza è nettamente più alta (6,6%). L'incidenza della spesa per medicina di

base non ha subito negli anni variazioni significative, conseguentemente all'assenza di mutamenti significativi nella dotazione complessiva di MMG, PLS e medici di guardia medica.
Rapportando il dato alla spesa sanitaria in convenzione, nel 2008, la quota della medicina di base è mediamente pari al 15,4% in Italia, al 14,4% nel Nord, al 14,7% nel Centro e al 17,2% nel Sud.

Tabella 8.5 - Quota di spesa per medicina di base convenzionata sulla spesa sanitaria convenzionata - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**13,80**	**15,30**	**15,54**	**15,39**
Nord	**13,32**	**14,67**	**14,64**	**14,38**
Centro	**13,46**	**14,67**	**15,38**	**14,72**
Sud	**14,56**	**16,46**	**16,79**	**17,15**
Piemonte	13,72	15,97	15,70	15,44
Valle d'Aosta	19,57	19,05	18,55	26,66
Lombardia	11,11	12,77	12,27	11,63
P. A. Bolzano	15,78	15,27	15,30	17,30
P. A. Trento	15,56	15,58	15,50	14,93
Veneto	15,88	15,44	16,11	15,75
Friuli Venezia G.	16,32	20,38	20,36	20,65
Liguria	11,82	14,33	14,29	14,29
Emilia Romagna	15,62	16,17	16,93	17,36
Toscana	18,56	21,75	21,34	20,89
Umbria	18,96	19,96	19,52	20,76
Marche	19,24	20,94	20,52	21,07
Lazio	10,12	10,76	11,88	10,86
Abruzzo	16,40	15,92	17,15	18,87
Molise	17,77	17,54	18,84	18,39
Campania	14,07	17,71	17,18	17,12
Puglia	13,01	14,22	14,36	16,45
Basilicata	20,68	24,53	24,21	24,05
Calabria	16,47	17,72	17,60	16,89
Sicilia	13,80	14,89	16,15	15,97
Sardegna	17,59	20,01	20,55	19,79

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa pro-capite per la medicina di base in Italia, nel 2008, è in media di € 102,0, € 96,7 nel Nord, € 98,6 nel Centro e € 110,9 nel Sud.
Le Regioni con una spesa pro-capite per medicina di base maggiore nel 2008, così come nel 2007, sono Molise e Basilicata, mentre quelle con una spesa minore sono Lombardia e Liguria.

Tabella 8.6 - Spesa pro-capite per medicina di base convenzionata
Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**80,52**	**100,93**	**101,60**	**102,04**
Nord	**76,45**	**94,44**	**95,74**	**96,73**
Centro	**80,56**	**102,19**	**101,73**	**98,59**
Sud	**85,38**	**108,59**	**109,10**	**110,90**
Piemonte	72,53	97,96	100,14	100,12
Valle d'Aosta	75,81	96,04	94,43	108,26
Lombardia	70,50	92,61	90,46	88,78
P. A. Bolzano	n.d.	90,89	92,98	99,54
P. A. Trento	n.d.	101,06	103,12	100,32
Veneto	77,51	97,27	99,07	101,67
Friuli Venezia G.	75,41	94,44	97,58	98,03
Liguria	71,74	88,70	89,67	93,47
Emilia Romagna	76,88	93,49	100,63	105,33
Toscana	82,54	106,46	105,01	102,81
Umbria	78,09	95,07	92,22	99,02
Marche	81,76	101,99	103,18	104,71
Lazio	79,27	100,50	100,67	94,02
Abruzzo	89,66	107,01	115,12	114,20
Molise	89,19	128,20	143,06	144,66
Campania	92,76	117,05	113,49	108,70
Puglia	72,58	97,29	97,97	115,72
Basilicata	86,42	127,59	130,21	135,27
Calabria	89,20	110,76	109,32	110,53
Sicilia	85,65	104,44	107,29	105,76
Sardegna	81,15	107,41	107,47	104,94

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

8.6. Performance

La valutazione della qualità in medicina generale sta assumendo una valenza sempre maggiore, con la finalità sia di migliorare la pratica clinica, sia di favorire lo sviluppo di una cultura dell'accountability, ossia del rendere conto della propria attività attraverso il raggiungimento di obiettivi.

L'esigenza di valutare la "performance" dei medici è scaturita soprattutto dall'osservazione della variabilità delle pratiche cliniche, in particolare, in questo specifico caso, dalla variabilità prescrittiva, ma è legata anche alla necessità di "compensare" l'attribuzione del budget. Infatti il medico potrebbe agire in maniera opportunistica massimizzando l'efficienza a scapito della qualità.

Da queste premesse risulta chiaro come l'implementazione di sistemi di indicatori sia fondamentale come strumento per misurare il livello di qualità professionale ed evitare trade-off con l'efficienza.

Il legame tra indicatori e qualità è infatti bidirezionale: gli indicatori consentono di misurarla ma

indicano anche la tipologia di qualità che si vuole raggiungere, il benchmark in quell'ambito (Collecchia, 2009).
L'esperienza più matura in ambito di PHT è sicuramente quella del Regno Unito.
Di seguito si analizza tale esperienza, mettendola poi a confronto con una prima esperienza a livello italiano. Si consideri che per l'Italia le esperienze di misura della performance sono ancora agli albori: nel seguente paragrafo viene analizzato quindi un modello ancora sperimentale sviluppato nell'ultimo decennio dalla S.I.M.G.

8.6.1. Quality and Outcomes Framework (Qof)

È importante citare l'esperienza del Regno Unito, in virtù sia dell'esperienza storica in campo di ricerca dei General Practitioners (GPs) che delle profonde trasformazioni avvenute negli ultimi dieci anni.
Nel 2003 il nuovo contratto dei GPs ha introdotto un sistema di remunerazione basato sul raggiungimento di obiettivi di performance clinica (P4P – Pay for performance) denominato Quality and Outcomes Framework (Qof). La partecipazione è su base volontaria e attualmente comprende 8.294 GPs inglesi con una copertura quasi totale dei pazienti registrati in Inghilterra.
Il sistema di valutazione del QOF assegna fino ad un massimo di 1.000 punti distribuiti in quattro settori di valutazione:
1. area clinica (o processi clinici) (550 punti di score)
2. processi organizzativi (184 punti di score)
3. servizi aggiuntivi, come gli screening oncologici (36 punti di score)
4. soddisfazione/esperienza dei pazienti (o esiti) (100 punti di score)

A queste si aggiungono altre tre aree (Holystic care payments, Quality practice payment, Access bonus) (180 punti di score)
In totale sono 25 aree, 147 indicatori e 1.050 punti di score.
L'area clinica, che vale più del 50% dello score complessivamente ottenibile, è centrata sulle malattie croniche (cardiopatia ischemica, ictus e TIA (transient ischemic attack), ipertensione, asma, epilessia, diabete, BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva), depressione, tumori). Per queste patologie la responsabilità della continuità delle cure è a carico soprattutto del GP e delle cure primarie e rappresentano, quindi, una priorità nell'agenda del National Health Service (NHS).
La remunerazione dei GPs è legata alla proporzione di pazienti per i quali sia stato raggiunto un determinato obiettivo di processo (es: assidua e regolare misurazione della pressione arteriosa) o di risultato (es: pressione arteriosa all'interno di determinati parametri).
Nel primo anno di applicazione del QOF, la percentuale media di raggiungimento degli obiettivi era compresa tra l'82,8% delle aree a maggiore deprivazione socioeconomica e l'86,8% di quelle economicamente più avvantaggiate. Alla fine del terzo anno di applicazione la differenza tra le popolazioni dei quintili a maggiore e a minore deprivazione si era ridotta dai 4 punti percentuali del primo anno a 0,8 punti percentuali[11].

[11] *Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D., Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework, Lancet 2008; 372: 728–36*

Per individuare le possibile aree di interesse del sistema inglese, gli indicatori sono stati accorpati per argomento e riclassificati. In particolare sono stati presi in esame i sistemi relativi agli anni 2005-2008 e 2008-2011 (Di Stanislao F, Fulvi S, Bellentani MD, 2009).
Sono mutate, innanzitutto, le aree più rappresentative: nel 2005-2008 i domini più rappresentati sono l'assistenza accessibile, la salute pubblica e l'efficacia pratica clinica ed economica rispetto alle aree riguardanti le patologie cliniche acute o croniche prevalenti e il potenziamento della prevenzione primaria. Negli anni 2008-2011, invece, il sistema amplia le aree di interesse includendo anche le disabilità e l'assistenza sociale. Il fine ultimo è quello di valutare l'impatto della Primary Health Care sul miglioramento delle salute e riduzione delle diseguaglianze e l'accesso personalizzato a cure efficaci. Da questa analisi emerge che nei sistemi relativi agli anni 2005-2008 e 2008-2011 si pone maggiormente l'attenzione sui domini relativi ai bisogni (stato di salute, domanda, equità e accesso) e agli esiti in termini di sicurezza e soddisfazione degli utenti al fine di supportare i Primary Care Trust nella definizione delle priorità da perseguire, promuovendo una gestione orientata al paziente.

Tabella 8.7 - Indicatori del PHC nel NHS-UK 2005-2008 classificati sulla base delle aree di interesse

Aree interesse	Salute Pubblica	Assistenza Accessibile Reattiva	Efficacia pratica Clinica ed Economica	Governance	Sicurezza	Centralità del paziente	Ambiente e Comfort	Totale	%
Accesso	0	15	0	0	0	0	0	15	20%
Organizzazione e servizi	0	5	0	6	1	0	0	12	16%
Prevenzione Primaria e Screening	9	0	0	0	0	0	0	9	12%
Assistenza fasce d'età	5	1	1	1	0	0	0	8	11%
Malattie Cardiovascolari	0	2	5	0	0	0	0	8	11%
Tumori	1	3	2	0	0	0	0	6	8%
Salute Mentale	0	5	0	1	0	0	0	6	8%
Malattie Endocrine (Diabete)	0	2	2	0	0	1	0	5	6%
Prescrizioni	0	1	3	0	0	0	0	4	5%
Patologie genitourinarie	0	2	0	0	0	0	0	2	3%
Soddisfazione Utenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Totale Aree UK 2008	**15**	**36**	**13**	**8**	**1**	**1**	**0**	**75**	**100%**

Fonte: Di Stanislao F, Fulvi S, Bellentani MD, 2009

Tabella 8.8- Indicatori del PHC nel NHS-UK 2008-2011 classificati sulla base delle aree di interesse

Aree interesse	Indicatori precedenti vigenti	Miglioramento salute e riduzione diseguaglianze	Accesso personalizzato e cure efficaci	Pulizia e assistenza associata alle infezioni	Reputazione soddisfazione e confidenza	Gestione economica	Totale	%
Accesso	11	0	6	0	0	0	17	20%
Tumori	3	2	6	0	0	0	11	13%
Organizzazione e Servizi	0	2	4	3	0	2	11	13%
Salute Mentale	2	3	3	0	0	0	8	9%
Assistenza fasce d'età	1	7	0	0	0	0	8	9%
Soddisfazione Utenti	0	0	0	0	6	0	6	7%
Assistenza Sociale	0	1	5	0	0	0	6	7%
Malattie Cardiovascolari	2	2	0	0	0	0	4	5%
Disabilità	0	0	4	0	0	0	4	5%
Prevenzione Primaria e Screening	0	2	1	0	0	0	3	4%
Malattie Endocrine (Diabete)	1	1	0	0	0	0	2	2%
Farmaci	0	2	0	0	0	0	2	2%
Stroke	0	2	0	0	0	0	2	2%
Prescrizioni	0	0	1	0	0	0	1	1%
Patologie genitourinarie	1	0	0	0	0	0	1	1%
Totale Aree UK 2008	**21**	**24**	**30**	**3**	**6**	**2**	**86**	**100%**

Fonte: Di Stanislao F, Fulvi S, Bellentani MD, 2009

8.6.2. Health Search

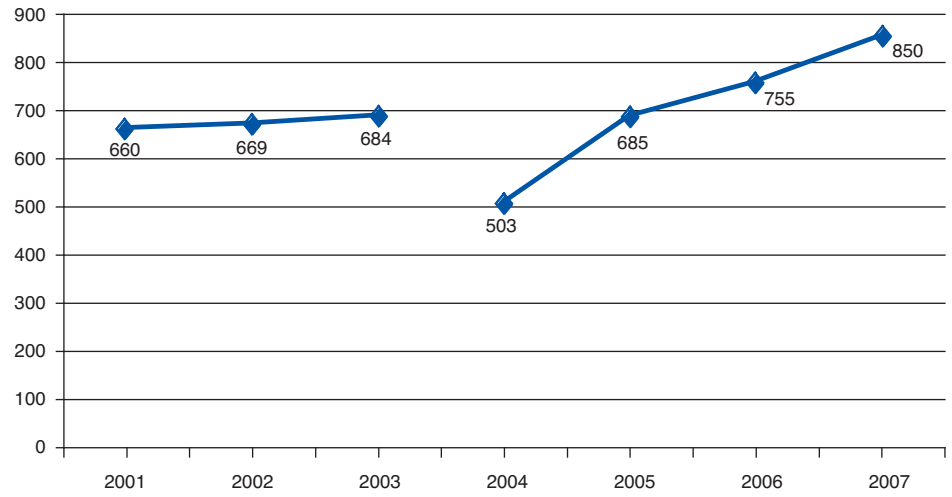
L'Health Search è stato creato nel 1998 come unità di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale (S.I.M.G.) basata sui seguenti punti programmatici:

- Creare una scuola nella quale i MMG, su base volontaria, ricevono la formazione per la descrizione e la registrazione codificata della loro attività professionale attraverso l'utilizzo di un software di gestione dei dati clinici appositamente personalizzato (Millewin)
- Costituire un network di MMG che includa un numero di ricercatori rappresentativi di ogni macroarea geografica
- Costituire un database nel quale vengano raccolte le informazioni derivanti dalla pratica clinica quotidiana

Il database viene aggiornato ogni tre mesi. Si tratta di un database relazionale, dove il codice del paziente lega tutte le informazioni presenti nel database.
Ad ottobre 2006 il database si componeva di 737 MMG con una popolazione di assistiti che copriva il 2,1% della popolazione italiana. Alla fine del 2007 i MMG partecipanti al progetto sono saliti ad 850 (il coinvolgimento dei MMG ricercatori nel progetto è stato suddiviso in due fasi ben distinte: dal 2001 al 2003 e dal 2004 al 2007)
Tutte le informazioni prodotte dai MMG vengono sottoposte ad un controllo di qualità interna affinchè venga presa in considerazione solo la coorte dei medici con la migliore qualità dei dati per avere un'informazione più solida dal punto di vista epidemiologico. Su 850 medici ne sono stati selezionati 450 in base ai seguenti parametri:

- Appropriatezza (% di diagnosi codificate, % di prescrizioni legate alle diagnosi)
- Completezza (% di dati di prevenzione registrati, differenza tra la mortalità rilevata nella popolazione di ogni MMG rispetto ai dati ufficiali dell'ISTAT)
- Frequenza di registrazione (numero di anni di permanenza nel database)

Figura 8.15 - Numero di MMG che inviano informazioni nel database Health Search-THALES (anni 2001-2007)



Fonte: sito web Health Search

I principali limiti connessi a questo database sono riconducibili a tre categorie principali:

- Generalizzabilità
  - Non sono inclusi soggetti pediatrici
  - La rappresentatività su base regionale è da migliorare
- Record linkage
  - L'uso di codici paziente criptato non permette automaticamente il linkage con altre fonti dati
- Informazioni mancanti
  - Stato socio economico
  - La causa specifica di mortalità

- Informazioni sui ricoveri (prescrizioni intra-ospedaliere etc)

Per misurare la qualità in Medicina Generale sono stati ideati come uno strumento valido per migliorare le attitudini degli stessi MMG indicatori di qualità.

Indicatori elaborati nel progetto Health Search

Gli standard di riferimento proposti (Ideale & LAP = Livello accettabile previsto) sono stati rilevati con i seguenti criteri oggettivi:

- Livello di performance raggiunto dall'attuale pratica della medicina generale (valutata attraverso il database di Health Search-THALES);
- Percentuale teorica massima auspicabile per ogni indicatore, ma ridotta in base a problemi specifici (es. % di pazienti con controindicazioni assolute ad un determinato farmaco) oppure difficoltà generali indipendenti dalla volontà o conoscenza da parte del MMG (es. ipotetico rifiuto del paziente, difficoltà di registrazione delle prescrizioni effettuate a domicilio, etc.).

Da un punto di vista strutturale, il set di indicatori che viene proposto è organizzato sotto forma di problema clinico, all'interno del quale sono poi esplicitati gli stessi indicatori, suddivisi per processo, esito intermedio ed appropriatezza prescrittiva. Gli indicatori considerati sono relativi all'attività dei 450 medici selezionati nel corso del 2007.

Il sistema italiano, a differenza di quello inglese, ha sviluppato indicatori esclusivamente per le aree cliniche privilegiando il monitoraggio dell'appropriatezza clinica e dell'efficacia degli interventi. Gli indicatori più rappresentati, sono quelli di processo e quelli relativi all'appropriatezza prescrittiva, mentre le aree di interesse più rappresentative sono: le malattie cardiovascolari (43%), le malattie endocrine, con particolare riferimento al diabete, (13%) e i tumori (7%).

Tabella 8.9- Indicatori Italia (Health Search) classificati sulla base delle aree di interesse - Anni 2007-2008

Aree interesse	Processo	Esito intermedio	Prevalenza	Determinanti di salute	Carichi di lavoro	Appropr. prescrittiva	Totale	%
Malattie Cardiovascolari	38	5	2	0	0	8	53	43%
Malattie Endocrine (Diabete)	10	4	1	0	0	2	17	13%
Tumori	4	0	5	0	0	0	9	7%
Area pneumologica (BPCO)	6	0	1	0	0	0	7	6%
Organizzazione e Servizi	0	0	0	1	5	0	6	5%
Area gastroenterologica	4	0	1	0	0	1	6	5%
Salute Mentale	2	0	1	0	0	2	5	4%
Area pneumologica (asma)	4	0	1	0	0	0	5	4%
Prevenzione Primaria e Screening	0	0	0	4	0	0	4	3%
Prescrizioni	4	0	0	0	0	0	4	3%
Area metabolica (tiroide)	2	0	0	0	0	0	2	2%
Area del dolore	1	0	0	0	0	1	2	2%
Artrite	0	0	1	0	0	0	1	1%
Stroke	0	0	1	0	0	0	1	1%
Patologie genitourinarie (ipertrofia prostatica benigna)	0	0	1	0	0	0	1	1%
Assistenza fasce d'età	0	0	0	0	0	0	0	0%
Soddisfazione Utenti	0	0	0	0	0	0	0	0%
Totale Aree Italia	**75**	**9**	**15**	**5**	**5**	**14**	**123**	**100%**

Fonte: Di Stanislao F, Fulvi S, Bellentani MD, 2009

8.6.3. Appropriatezza prescrittiva e presa in carico

Uno dei parametri di maggiore importanza per la valutazione della efficienza/efficacia della attività delle medicina generale, è quello della appropriatezza prescrittiva, la cui misura non è peraltro agevole.

Alcune valutazioni possono farsi indirettamente sulla base dei consumi farmaceutici a livello regionale.

Iniziamo con l'osservare che le principali componenti della spesa (effetto quantità, effetto prezzi, effetto mix) mostrano per il 2008 un aumento delle quantità di farmaci prescritti (+6,1%), una diminuzione dei prezzi (-6,9%) ed un aumento dell'effetto mix (+1,3%). L'aumento delle quantità di farmaci prescritti è comune a tutte le Regioni italiane. Una più marcata variabilità tra Regioni si rileva per l'effetto mix.

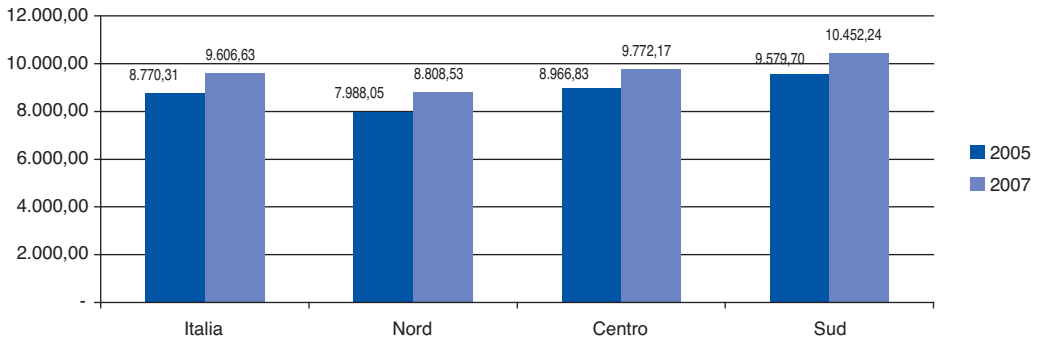
Tabella 8.10 - Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica territoriale - Anni 2008 vs 2007

	Spesa lorda 2008 (milioni)	Δ % 2008-2007				Δ % costo medio DDD
		spesa	DDD	prezzo	mix	
Italia	12.724	0,1	6,1	-6,9	1,3	-5,6

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Rapporto Osmed 2008

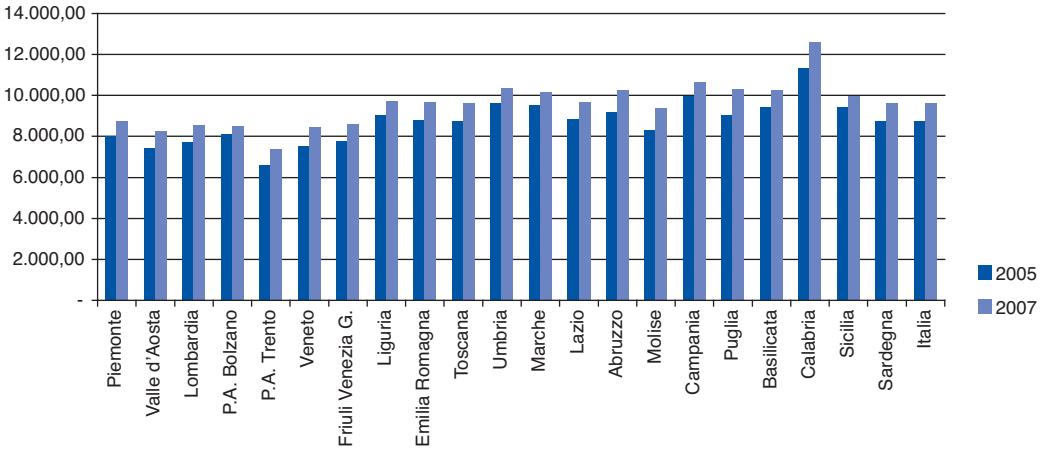
Una figura determinante che si innesta all'interno di questa dinamica è rappresentata dal MMG, che in quanto prescrittore, è in grado di influenzare i consumi di farmaci e di conseguenza l'andamento della spesa farmaceutica territoriale. Le figure seguenti mostrano come a seconda delle differenti ripartizioni geografiche cambiano i volumi prescrittivi: dai dati emerge che nelle Regioni Settentrionali il numero medio delle prescrizioni di farmaci è minore rispetto alle Regioni Centrali e a quelle Meridionali, in particolare nella P.A. di Trento dove i MMG hanno effettuato in media 7.364,21 prescrizioni contro le 12.613,98 della Calabria.
La promozione e il perseguimento dell'appropriatezza e dell' efficacia degli interventi devono rappresentare uno strumento di equità, determinando una riduzione delle disuguaglianze nell'assistenza, nonché di efficienza operativa ed allocativa, consentendo un migliore utilizzo delle risorse.

Figura 8.16 - Numero medio di ricette per MMG
Anni 2005 e 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute, 2007

Figura 8.17 - Numero medio di ricette per MMG a livello regionale
Anni 2005 e 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute, 2007

Bibliografia

- Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 2009, 29 luglio 2009. (sito web SiSac: http://www.sisac.info/)
- Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 2005, 23 marzo 2005. (sito web SiSac: http://www.sisac.info/)
- Belleri G., Gatekeeper o governatore? Il Mmg nel Ssn che cambia, Medico di medicina generale, Flero (BS), 21 giugno 2006
- Bodenheimer MD et al., Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers, JAMA, June 2 1999, vol. 281, n.21:2045-2049: ruolo del mmg (integrare cure primarie e secondary)
- Claudi M.C., Profilo storico del distretto nell'organizzazione sanitaria italiana, Rivista Igiene e Sanità pubblica, Volume LIX - N. 4 - Luglio / Agosto 2002
- Consiglio Nazionale FIMMG, La Ri-fondazione della Medicina Generale, 9 giugno 2007
- Di Stanislao F., Fulvi S., Bellentani MD, La valutazione del sistema delle Cure Primarie, Monitor Anno VIII numero 24, 2009
- Geraci G., Dalla parte del paziente, Monitor vol. 08, febbraio 2009
- Gruppo di lavoro OsMED, L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto Nazionale OsMED anno 2008. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2009
- Guzzanti E. et al., L'assistenza primaria in Italia – dalle condotte mediche al lavoro di squadra – iniziative sanitarie edizioni, 2009
- Health for All (HFA) Database, Sistema informativo dell'ISTAT, aggiornato al 27 gennaio 2009
- ISTAT (a cura di) 2009, Demo: demografia in cifre- visionabile all'indirizzo internet: http://demo.istat.it/
- Maciocco G. A trent'anni da Alma Ata. Cure primarie: evoluzione storica e prospettive, Toscana Medica, 6/08, CSeRMEG – Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale – Regione Toscana, 2008
- Ministero della Salute (a cura di) – Dipartimento della prevenzione e della comunicazione – Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze – Anno 2006 –
- Ministero della Salute (a cura di) 2007 – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2005, Ministero della Salute
- Ministero della Salute (a cura di) 2009 – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2007, Ministero della Salute
- Neri S., From Gatekeeper to Coordinator. La Riforma dell'assistenza primaria e della medicina generale, DSS PAPERS SOC 04-05, 2005
- Regione Piemonte, Approvazione Accordo Regionale della Medicina Generale per la definizione del "modello organizzativo" di sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie (G.C.P.)/ Case della Salute (C.S.), D.G.R. n. 105-12026 del 4 agosto 2009
- Ricciardi G., Damiani G., Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria, Idelson-Gnocchi Editore, 2004
- Sia C, Tonniges TF, Osterhus E, Taba S. History of the medical home concept. Pediatrics, 2004;113(5 Suppl):1473– 8
- Sole 24ore Sanità, Una domenica con il medico, volume del 23-29 dicembre 2008

- Tedeschi P., Heller L., Scelte regionali per il governo delle cure primarie, “Occhio clinico” n. 9/novembre 2004
- Tedeschi P., Dai modelli istituzionali allo sviluppo organizzativo e gestionale delle cure primarie, Milano, Università Bocconi, 2007
- The European House-Ambrosetti, iniziativa sostenuta da Pfizer, Rapporto Finale Meridiano Sanità, 2007
- Sito web http://www.healthsearch.it/

Capitolo 9

Servizi domiciliari e prestazioni monetarie

9 - Servizi domiciliari e prestazioni monetarie

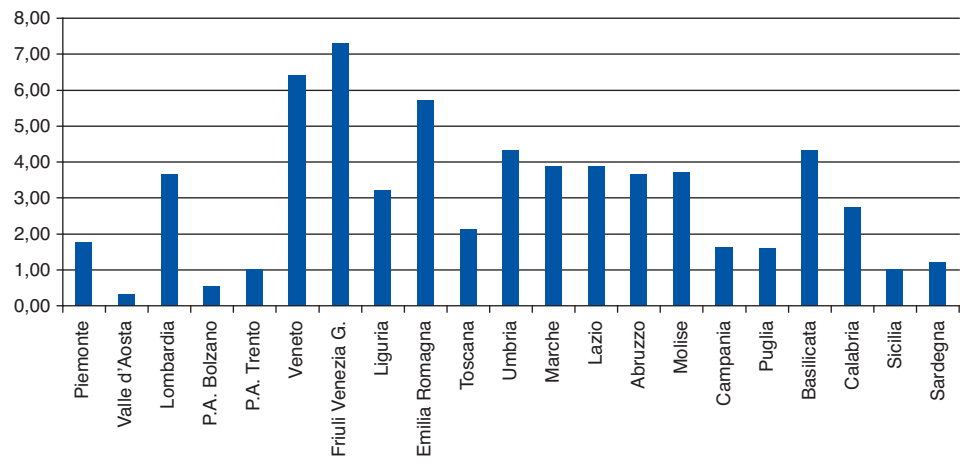
Ploner E.[1]

Sintesi

Elementi distintivi dell'analisi 2009 sono:

- in assenza di criteri universalmente validi e condivisi, l'accezione di non autosufficienza può essere più o meno estesa, e questo genera forti asimmetrie regionali nelle risposte assistenziali; ciò è maggiormente aggravato anche dalle mancanza di una codifica dei LIVEAS. Ne consegue che la delimitazione della sfera dei soggetti che compongono la popolazione dei non autosufficienti, e quindi di coloro che hanno diritto alle prestazioni domiciliari, si configura come un'operazione complessa;
- il Decreto istitutivo dei LEA dispone che tutte le Regioni garantiscano l'assistenza domiciliare integrata, ma non fornisce alcun elemento quantitativo sui livelli da raggiungere, per cui sono ugualmente rispettosi dei LEA sia il Friuli Venezia Giulia, con il suo 7,30% di *over* 65 assistiti a domicilio, che la Valle d'Aosta con lo 0,31% di anziani assistiti;

Figura 9.1 - Anziani trattati in ADI sul totale della popolazione anziana Anno 2007

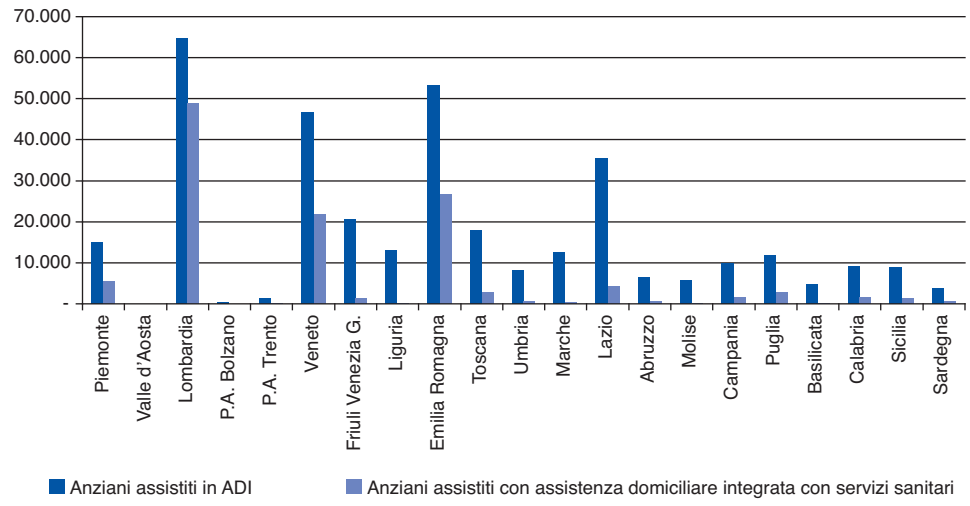


Elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

[5] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

- l'assistenza domiciliare integrata è certamente un servizio in crescita nella rete dei servizi sanitari, ma la sua organizzazione è ancora ben lungi dall'essere standardizzata e la sua diffusione è ancora inadeguata. Grandissime differenze permangono fra le varie Regioni sia sul fronte organizzativo sia su quello delle persone assistite. Se è vero che la positiva tendenza di questi ultimi anni è stata quella di un aumento dei casi trattati in ADI, è però anche vero che l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali resta l'obiettivo prioritario e più complesso da raggiungere. La competenza dei servizi di assistenza domiciliare comprendente aspetti sociali e sanitari continua ad essere separata tra Comuni e Regioni, e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono gestiti congiuntamente. Soprattutto non esistono condizioni uniformi di offerta su tutto il territorio nazionale; ancora poche sono le Regioni che hanno stabilito principi e criteri definiti e condivisi dell'integrazione di compiti e responsabilità fra il sociale ed il sanitario. Nel 2006, su 3.781 anziani trattati in ADI, sono stati solo 573 quelli che hanno effettivamente ricevuto cure sanitarie e servizi socio-assistenziali domiciliari. L'unica integrazione realizzata sembra essere dunque quella che ha coinvolto le figure sanitarie, ma che non è ancora sufficiente a definire davvero "integrata" l'assistenza domiciliare;

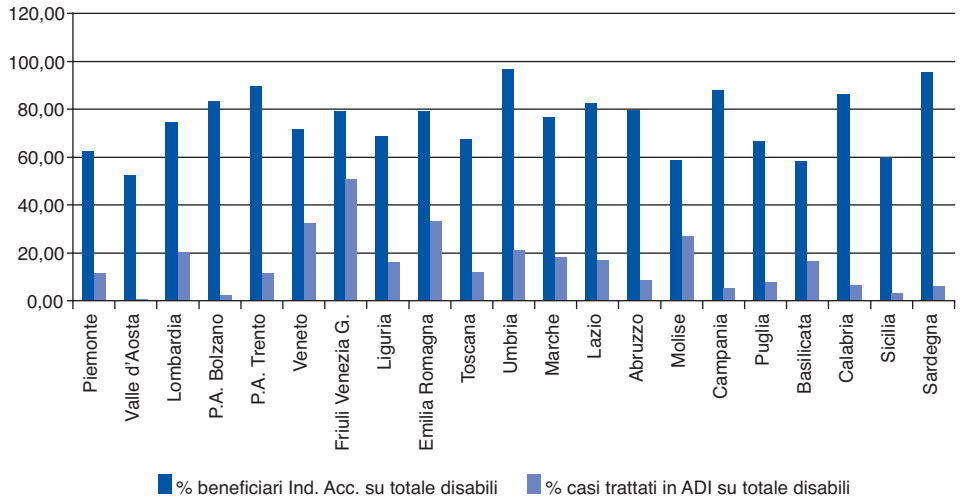
Figura 9.2 - Confronto regionale anziani assistiti in ADI e assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari - Anno 2006



Elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Se rapportiamo, con riferimento all'anno 2005, che è l'ultimo per cui è stato possibile incrociare i dati, il totale dei percettori dell'indennità di accompagnamento e il totale dei casi trattati in ADI al totale della popolazione disabile, è possibile osservare come l'indennità di accompagnamento venga erogata, a livello nazionale, a 74,3 disabili ogni 100 mentre sono solo il 15,21% i disabili che vengono assistiti con l'ADI.

Figura 9.3 - Beneficiari di indennità di accompagnamento e casi trattati in ADI - Valori percentuali - Anno 2005



Elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e Istat.

9.1.Introduzione

Il presente capitolo analizza i servizi di assistenza domiciliare ma, per ragioni che verranno successivamente evidenziate, ad esse sono "assimilate" le prestazioni in denaro, quali indennità e voucher.

L'assistenza domiciliare risponde a varie forme di bisogno e/o comprende vari *setting* assistenziali. L'assistenza domiciliare è opportuna in tutti i casi in cui sia possibile prestare una assistenza riabilitativa o di mantenimento al domicilio del paziente, potendo così evitarsi i rischi e disagi dovuti al ricovero.

L'opportunità diviene poi una necessità, ove una disabilità impedisce al paziente (o rende esageratamente oneroso per il paziente) recarsi presso strutture sanitarie.

L'assistenza domiciliare è quindi in larga misura deputata a far fronte a forme di cronicità accompagnate da disabilità.

Il domicilio del paziente è , altresì, il luogo ideale di erogazione delle prestazioni di tipo sociale, ovvero quelle che non richiedono l'intervento di un professionista sanitario; prescindendo dalla distinzione appena citata, che vede il confine fra prestazioni sociali e sanitarie porsi in corrispondenza della tipologia di professionista coinvolto nella sua erogazione, la reale separazione delle due tipologie assistenziali è sostanzialmente sfumata: in entrambi i casi le prestazioni rispondono a deficit di autonomia derivanti per lo più da eventi patologici. Proprio la comune matrice del bisogno rende opportuna e necessaria l'integrazione fra le due tipologie assistenziali, concetto di non sempre agevole traduzione, che è rimasto speso sfumato nella normativa: torneremo nel seguito sul tema per tentare di porre alcune distinzioni a fini classificatori.

I servizi domiciliari sono, quindi, la naturale cerniera fra servizi, *strictu sensu*, sanitari e servizi sociali.

Va aggiunto che, mentre le prestazioni sanitarie, esigendo l'intervento di personale sanitario (medici e/o infermieri), sono per lo più erogate in natura, quelle sociali sono invece molto spesso erogate in denaro o con voucher (buoni di spesa, assegni di cura, etc.).
Questo spiega perché il presente capitolo considera anche le prestazioni erogate in denaro, cercando altresì di evidenziarne la quota parte che assume la forma di voucher.
Nel presente contributo procederemo all'analisi quantitativa dei dati – questi ultimi, soprattutto per quanto concerne l'aspetto sociale della cura prestata, non sempre facilmente reperibili e confrontabili - delle sole prestazioni (sia sanitarie che sociali) erogabili direttamente al paziente o alla sua famiglia, e quindi che non richiedono il ricorso a strutture per il loro espletamento; in definitiva, considereremo nel nostro studio le sole cure domiciliari e i trasferimenti monetari a titolarità pubblica[2], ovvero quegli interventi che l'ente pubblico (Stato, Regione, Comune, ASL, etc.) contribuisce almeno in parte a finanziare.

Figura 9.4 - Servizi domiciliari e trasferimenti monetari a titolarità pubblica

Fonte: elaborazione CEIS Sanità

[2] *Per le altre prestazioni in strutture residenziali si veda il capitolo dedicato ai servizi di assistenza intermedia.*

9.2. Disabilità e non autosufficienza

Prima di entrare nel merito delle cure domiciliari (siano esse erogate direttamente in natura o indirettamente mediante sussidi economici), e di quali siano i soggetti eleggibili a questo tipo di prestazioni, è necessario, in primo luogo, chiarire puntualmente il concetto di (non) autosufficienza che insieme a quello di disabilità ricorre frequentemente nel settore dei servizi domiciliari.

Secondo la codifica adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità[3], per disabilità si deve intendere l'incapacità a svolgere una o più attività fondamentali del vivere quotidiano (*Activities of Daily Living ADL*), come mangiare, lavarsi, alzarsi dal letto, etc.., e/o l'incapacità di svolgere una o più importanti attività strumentali del vivere quotidiano (*Instrumental Activities of Daily Living IADL*), come preparare i pasti, andare a fare commissioni, deambulare per casa, etc… Anche l'Istat, che abbraccia la codifica adottata .dall'OMS definisce la persona disabile come colei che «… escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle tre dimensioni considerate (dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane, la dimensione della comunicazione), pur tenendo conto dell'ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, etc..)».

Il passaggio fra disabilità e non autosufficienza non è, invece, automatico e non trova ancora una sua chiara definizione, né un riscontro statistico.

Considerando la crescente importanza delle politiche di LTC, ovverosia di tutti quei servizi di natura sanitaria o assistenziale a favore delle persone non autosufficienti, tipicamente anziani, ma anche in genere disabili, sembra evidente che il confine sia labile in quanto dettato dalla definizione del diritto alla esigibilità dei servizi pubblici.

Ci sono stati dei tentativi di estrapolare dalla oggettiva (in quanto basata sull'applicazione delle scale ADL e/o IADL) rilevazione della disabilità, la consistenza (per gravità) della non autosufficienza; nel 2005, ad esempio, le Organizzazioni sindacali dei pensionati hanno presentato una proposta di legge, di iniziativa popolare, nella quale definivano «..non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'OMS e dell'ICF[4] e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali». Appare chiaro come in questo caso la non autosufficienza si ricolleghi a situazioni di disabilità permanenti che impediscono al soggetto di compiere autonomamente le normali attività sia quotidiane che relazionali. Su questa scia si colloca anche la definizione data nel Rapporto sull'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia nel 2009 nel quale si identifica la non autosufficienza come «la condizione bio-psicosociale conseguente a disabilità (di

[3] *Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap (1980).*

[4] *International Classification of Functioning, Disability and Health. Con questa nuova classificazione per definire la disabilità non ci si riferisce più ad un disturbo, strutturale o funzionale, senza prima rapportarlo ad uno stato considerato di "salute". In pratica, con l'approvazione dell'ICF, l'OMS ha inteso integrare il modello medico di disabilità con quello sociale, nel tentativo di collegare gli aspetti biologici, l'individuo e le prospettive sociali in una complessiva visione della salute come benessere psico-fisico della persona, nella sua interazione con l'ambiente di vita.*

natura mentale, fisica e/o sensoriale) che induce nell'individuo uno stato di dipendenza da terzi permanente nello svolgimento di una o più funzioni, essenziali e ricorrenti, della vita quotidiana, dipendenza che non è influenzata dalla presenza di eventuali protesi od ausili in uso».
Nella sostanza la mancanza di un provvedimento nazionale in tema di non autosufficienza e quindi di una definizione puntuale della stessa congiuntamente alla modifica del Titolo V della Costituzione concernete l' assistenza sociale, ha determinato un "vuoto legislativo" in tema di esigibilità dei diritti soggettivi da parte dei cittadini non autosufficienti.
Non di meno, per tentare di definire compiutamente l'area della non autosufficienza, sembra di fatto necessario passare per la analisi delle normative regionali che regolano gli interventi pubblici, e quindi per la rilevazione statistica dei casi riconosciuti tali dalle commissioni deputate ad accertare la sussistenza dei diritti alla tutela.
In conclusione, non esistendo una codifica unica e condivisa dello stato di non autosufficienza - non potendo essere quest'ultima considerata coincidente con la disabilità propriamente detta, quanto piuttosto sovrapponibile ad una somma di più disabilità - che costituisce criterio imprescindibile per l'esigibilità dei diritti soggettivi, appare inevitabile come l'individuazione della stessa sia affidata di fatto alla regolamentazione regionale causando, nella sostanza, differenze di trattamento nei confronti delle persone non autosufficienti affette da medesime situazioni di disabilità; la mancanza di definiti Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS) non garantisce dunque risposte omogenee ai diritti di salute delle persone (si veda oltre[5]).

9.2.1. Gli orientamenti regionali in tema di valutazione della non autosufficienza

Se la disabilità identifica uno stato di bisogno, la non autosufficienza dovrebbe rappresentare il criterio di eleggibilità al sistema integrato dei servizi socio-sanitari, e quindi anche al sistema delle cure domiciliari. Ma l'assenza di una codifica unica dello stato di non autosufficienza porta a concludere che in teoria non esiste alcuna regola di eleggibilità per il soddisfacimento dello stato di bisogno mediante le cure domiciliari, quanto piuttosto, in pratica, una molteplicità di criteri di accesso tanti quante sono le diverse codifiche dello stato di non autosufficienza adottate dalle Regioni e questo determina una notevole difficoltà nella misurazione oggettiva del fenomeno. In pratica, potremmo concludere che i soggetti non autosufficienti sono tanti quanto le Regioni vogliono che siano e non assolutamente coincidenti con il potenziale bacino di utenza costituito dalla platea di coloro che hanno riconosciuto un qualche stato di disabilità.
Scendendo nel dettaglio, nelle varie esperienze regionali, la definizione di non autosufficienza, pur mantenendo alcune caratteristiche fondamentali comuni, ha assunto, come detto, diverse connotazioni; in particolare, si sono venute configurando tre linee di indirizzo.

[5] *Come vedremo nei successivi paragrafi, ogni Regione adotta modalità diverse per definire la stessa non autosufficienza e questo provoca modi diversi di presa in carico e di soddisfacimento del bisogno della persona non autosufficiente.*

La prima vede una definizione puntuale della non autosufficienza, definita sostanzialmente come l'incapacità dell'individuo a compiere i normali atti della vita quotidiana e a mantenere la rete dei rapporti sociali; è il caso questo delle determinazioni adottate da Lazio, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Province Autonome di Trento e Bolzano, etc. In Liguria, ad esempio, sono giudicati non autosufficienti gli *over* 65 con almeno tre ADL perdute, presenza di comorbilità e disturbi comportamentali, mentre i portatori di handicap (minori ed adulti) per essere giudicati non autosufficienti devono presentare una valutazione della minorazione "grave-progressiva" o "grave-stabilizzata" e difficoltà "totale" nell'autonomia personale; inoltre, alle disabilità rilevate deve essere aggiunta l'esigenza di almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore.
Nella seconda non viene esplicitato che cosa si intenda per non autosufficienza, ma l'individuazione della stessa è affidata a particolari strumenti di valutazione, come accade ad esempio in Veneto e Piemonte[6].
La terza, infine, associa lo stato di non autosufficienza alla presenza di pluripatologie (Abruzzo[7]).
Altre differenze concernono sia le unità deputate alla valutazione dello stato di non autosufficienza, sia le metodiche di valutazione all'uopo utilizzate; ad esempio, la condizione di non autosufficienza viene stimata mediante l'impiego di apposite schede che permettono di valutare il soggetto nelle diverse aree di interesse. Nel panorama regionale, tra gli strumenti impiegati troviamo: la scheda AGED (*Assessment of geriatric disabilities*) in Liguria, la SVAMA (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano) in Veneto e in Puglia, la scheda BINA (Breve Indice di Non Autosufficienza) in Friuli Venezia Giulia. Risulta evidente come la molteplicità delle metodiche impiegate per indagare il medesimo fenomeno comporti una difficoltà nel confrontare i diversi livelli di non autosufficienza degli utenti, nonché la valutazione della qualità degli interventi.
Nei vari contesti regionali, le unità valutative hanno assunto una terminologia non uniforme. Infatti, mentre molte Regioni (Piemonte, Liguria, Lombardia, Abruzzo, Basilicata, etc..) hanno adottato la stessa denominazione di UVG (Unità di Valutazione Geriatrica)[8], le altre hanno adottato una terminologia molto varia facente comunque esplicito riferimento alla valutazione multidimensionale (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale in Veneto, Unità Valutativa Territoriale in Lazio, Puglia e Sardegna, etc.).

[6] *In Piemonte per misurare il grado di non autosufficienza viene impiegata la scheda DMI (Indice Medico di Non Autosufficienza). Con detta scheda vengono attribuiti alle patologie del soggetto che richiede la cura dei punteggi. In particolare il soggetto sarà giudicato non autosufficiente se presenta grave deficit di forza e/o movimento ad almeno due arti, oppure doppia incontinenza o ancora marcata compromissione delle capacità visive e/o uditive non correggibile con protesi, etc.*

[7] *Disabilità psico-sensoriali, disabilità fisiche, etc.*

[8] *UVG effettua, generalmente, la valutazione multidimensionale dei soggetti anziani, ma la disabilità o comunque la condizione di non autosufficienza è un fenomeno che riguarda anche adulti e minori. Sorprende quindi che alcune Regioni prevedano solo tale tipo di Unità Valutativa.*

Diverse varianti organizzative si riscontrano anche nella composizione delle dette unità valutative; in effetti, anche se il nucleo fondamentale risulta essere sempre composto da un medico, un infermiere professionale ed un assistente sociale, la maggior parte delle Regioni (Basilicata, Province Autonome di Trento e Bolzano, Lazio, Toscana, Veneto, etc..) aggiunge a queste tre figure stabili il medico di medicina generale. Altre Regioni (Basilicata, Piemonte, Puglia, etc..) prevedono poi, ad esempio, il terapista della riabilitazione, così come prevedono nel caso di valutazione di persona anziana il supporto del geriatra.
Di contro, per quanto riguarda il ruolo assunto dalle unità di valutazione, si registra un sostanziale accordo tra le diverse Regioni; infatti, indipendentemente da quale che sia la loro denominazione, ci sono alcuni compiti fondamentali che le unità valutative svolgono; in particolare:

- valutazione multidimensionale attraverso le succitate schede;
- elaborazione dei piani assistenziali individualizzati (PAI) relativi ai soggetti da ammettere ad un percorso assistenziale che stabiliscono cosa fare, da parte di chi e con quale periodicità;
- promozione dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali; a questo riguardo, sulla base di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale valido per il triennio 1998-2000 nell'organizzazione del sistema di funzionamento delle unità valutative, tutte le Regioni devono individuare il responsabile del processo (*care manager*) al quale è affidato il compito di garantire la continuità assistenziale, individuando le soluzioni concrete che possano consentire l'apporto integrato delle professionalità e l'attivazione dei servizi previsti. In definitiva, la figura del *care manager* assume la funzione di responsabile del percorso assistenziale, con il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza, assumendo funzioni di regia rispetto al progetto personalizzato, interconnettendo tutte le risorse della rete formale ed informale, per rispondere adeguatamente alla complessità di situazioni assistenziali compromesse. Questo ruolo viene generalmente svolto da un infermiere o da un assistente sociale in relazione alla prevalenza del bisogno;
- in particolare, l'individuazione del responsabile del caso (*case manager*) che costituirà il punto di riferimento della persona nel percorso assistenziale individuato e che sarà il responsabile degli aspetti clinici del programma collegialmente definito. Generalmente il *case manager* coincide con il Medico di Medicina Generale.

Le diverse modalità adottate dalle Regioni per indagare la stessa non autosufficienza, quindi, portano come conseguenza a diverse forme di accesso dei cittadini al sistema integrato dei servizi e quindi al soddisfacimento o meno dei bisogni del soggetto non autosufficiente. Appare, dunque, urgente, «anche di fronte a differenze organizzative, trovare condizioni omogenee in tutto il territorio nazionale affinchè i non autosufficienti possano accedere con uniformità ai servizi»[9] indipendentemente dal luogo di residenza per salvaguardare sia i diritti sociali che civili così come definiti dall'art. 117 della Costituzione. Tale obiettivo potrebbe essere perseguito se tutte le Regioni si accordassero su medesimi criteri valutativi ed interpretativi del fenomeno della non autosufficienza.

[9] *Banchero (2009).*

9.3. La domanda di cure domiciliari

Per quanto concerne la domanda di cure domiciliari da parte della popolazione disabile si rimanda alla lettura del Rapporto CEIS-Sanità 2008, non essendoci stata alcuna variazione dei dati[10].

9.4. L'offerta di servizi domiciliari

In questo paragrafo ci si concentrerà sull'offerta di servizi domiciliari, distinguendo le varie forme assistenziali. Iniziamo dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che, per come è stata definita dal nostro legislatore, prevede l'erogazione di prestazioni sia di carattere sanitario che di carattere assistenziale, ed è realizzata dalle ASL, spesso in accordo con i Comuni.
Per indagare l'effettiva presenza di questo tipo di prestazione assumiamo come indicatore la percentuale di ASL coperte dal servizio in oggetto sul totale delle ASL[11].

Tabella 9.1 - ASL con servizio attivo di Assistenza Domiciliare Integrata. Valori percentuali - Anni 2000-2007

Regioni	Variazione % ASL con ADI 2000-2005	Variazione % ASL con ADI 2005-2007	% ASL con ADI. Anno 2007
Italia	**4,51**	**2,13**	**96,49**
Piemonte	0,00	0,00	100,00
Valle d'Aosta	0,00	0,00	100,00
Lombardia	0,00	0,00	100,00
P. A. Bolzano	0,00	0,00	100,00
P. A. Trento	0,00	0,00	100,00
Veneto	4,76	0,00	100,00
Friuli Venezia G.	0,00	0,00	100,00
Liguria	20,00	0,00	100,00
Emilia Romagna	15,38	0,00	100,00
Toscana	8,33	0,00	100,00
Umbria	0,00	25,00	100,00
Marche	0,00	0,00	100,00
Lazio	-8,33	8,33	91,67
Abruzzo	50,00	0,00	100,00
Molise	0,00	0,00	100,00
Campania	15,38	7,69	100,00
Puglia	0,00	8,33	100,00
Basilicata	0,00	0,00	100,00
Calabria	-9,09	9,09	72,73
Sicilia	-11,11	0,00	77,78
Sardegna	25,00	0,00	100,00

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

[10] *Ploner (2008).*

[11] *L'indicatore impiegato, tuttavia, potrebbe risentire in alcuni casi del processo di accorpamento/soppressione che ha interessato negli ultimi anni molte ASL di diverse Regioni e quindi, la variazione temporale del numero di ASL potrebbe influire sull'evoluzione temporale dell'indicatore.*

I dati esposti in tabella mostrano che nel 2007, su un totale di 165 ASL, circa il 96% ha attivato il servizio summenzionato, con un incremento pari al 4,5% nel quinquennio 2000-2005 e al 2,1% nel periodo 2005-2007.
Benché nel D.P.C.M. del 29.11.2001 venga espressamente sancito che l'ADI è ricompresa nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), da garantire in modo uniforme su tutto il territorio, ancora nell'ultimo anno considerato, ci sono Regioni che ancora non prevedono un servizio capillare di ADI in tutti i Distretti delle loro ASL: in particolare il Lazio, la Calabria e la Sicilia. Nello specifico, nel Lazio c'è un'unica ASL che non prevede il servizio in oggetto, mentre in Calabria ce ne sono 3 ed infine in Sicilia 2.

Tabella 9.2 - ASL senza servizio di Assistenza Domiciliare Integrata - Anno 2007

Regioni	ASL senza ADI
Lazio	1
Calabria	3
Sicilia	2

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Se passiamo ad analizzare l'istituzione dell'ospedalizzazione domiciliare, essa risulta fondamentale, in quanto realizza due principali obiettivi: da una parte consente agli ammalati che non hanno ancora concluso il loro iter ospedaliero, di tornare a casa evitando la sofferenza di periodi di ricovero inutili; dall'altra dà agli stessi la certezza di essere seguiti da un'èquipe composta da personale esperto nelle patologie da trattare.
Si rivolge, quindi, a pazienti per lo più affetti da malattie croniche in fase di riacutizzazione o malattie croniche evolutive[12], i quali richiedono generalmente più accessi al giorno da parte di èquipe ospedaliere. Tuttavia, dalla lettura dei dati emerge chiaramente come questo tipo di servizio sia stato attivato solo in alcune le Regioni e in alcune strutture di ricovero sia pubbliche che private accreditate.

[12] *Malati terminali (oncologici e non), malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare), pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo, pazienti in stato vegetativo, etc…*

Tabella 9.3 - Strutture di ricovero pubbliche e private che erogano il servizio di ospedalizzazione domiciliare - Valori percentuali - Anni 2000-2007

Regioni	Strutture di ricovero pubbliche			Case di cura accreditate		
	Variazione percentuale 2000-2005	Variazione percentuale 2005-2007	% sul totale strutture. Anno 2007	Variazione percentuale 2000-2005	Variazione percentuale 2005-2007	% sul totale strutture. Anno 2007
Italia	**3,23**	**0,06**	**11,57**	**2,87**	**-1,59**	**2,03**
Piemonte	-7,93	-10,26	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Valle d'Aosta	n.d.	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia	-0,72	6,23	9,68	n.d.	n.d.	n.d.
P. A. Bolzano	0,00	14,29	14,29	n.d.	n.d.	n.d.
P. A. Trento	0,00	0,00	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	3,33	3,08	23,08	n.d.	n.d.	n.d.
Friuli Venezia G.	11,11	-5,23	5,88	40,00	-40,00	n.d.
Liguria	-3,70	5,56	5,56	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia Romagna	-3,37	3,96	7,41	2,17	2,17	4,35
Toscana	-2,66	0,28	11,90	-3,57	n.d.	n.d.
Umbria	0,00	0,00	9,09	40,00	-40,00	n.d.
Marche	3,43	6,06	12,12	15,38	-15,38	n.d.
Lazio	2,15	5,13	15,38	1,51	-2,12	1,45
Abruzzo	0,00	0,00	4,55	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	25,00	3,57	28,57	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	10,29	2,74	23,64	2,82	0,12	2,94
Puglia	51,08	-29,24	26,32	n.d.	2,70	2,70
Basilicata	0,00	0,00	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Calabria	0,00	-2,70	n.d.	2,63	-2,63	n.d.
Sicilia	-4,29	-1,45	1,41	11,48	-3,66	7,81
Sardegna	-3,03	9,75	21,88	-7,69	n.d.	n.d.

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Nel 2007, a livello nazionale solo l'11,5% del totale delle strutture pubbliche e circa il 2,0% del totale delle case di cura private accreditate ha attivato il succitato servizio. Scendendo nel dettaglio regionale, è possibile osservare come siano il Veneto, il Molise e la Puglia le Regioni con la più alta quota di strutture pubbliche che prevedono l'ospedalizzazione domiciliare, con percentuali rispettivamente pari a 23,0%, 28,6% e 26,3%; valori particolarmente esigui si registrano in Sicilia (1,4%) e in Abruzzo (4,6%). Nel medesimo anno, delle poche Regioni di cui sono disponibili i dati, in Sicilia il 7,8% delle case di cura private accreditate ha attivato il servizio, mentre nel Lazio sono l'1,5%.
Riferendoci alle strutture di ricovero pubbliche, il valore dell'indicatore nazionale è aumentato del 3,2% tra il 2000 ed il 2005, e solo dello 0,1% tra il 2005 ed il 2007. Le Regioni che all'interno dell'intero periodo considerato hanno attivato il servizio in un numero maggiore di strutture sono risultate essere Veneto (+3,3% tra il 2000 ed il 2005 e +3,0% tra il 2005 ed il 2007), Marche (+3,4% tra il 2000 ed il 2005 e +6,0% tra il 2005 ed il 2007), Lazio (+2,1% tra il 2000 ed il 2005 e +5,1 tra il 2005 ed il 2007), Molise (+25,0% tra il 2000 ed il 2005 e + 3,5% tra il 2005 ed il 2007) e Campania (+10,2 tra il 2000 ed il 2005 e +2,7 tra il 2005 ed il 2007).

Fra le strategie di intervento a favore delle persone non autosufficienti assume particolare rilievo anche il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) di competenza comunale. In effetti, esistono diverse modalità di erogazione delle prestazioni di tipo sociale fornite al domicilio dell'utente da parte dei Comuni: l'assistenza domiciliare socio-assistenziale[13], l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari, i servizi di prossimità (buon vicinato)[14], telesoccorso e teleassistenza, i voucher, gli assegni di cura e buoni socio-sanitari, la distribuzione dei pasti e/o la lavanderia a domicilio. Le aree di utenza a cui questi servizi possono essere rivolti sono molteplici. L'Istat[15] ne individua sette: area famiglia e minori, area disabili[16], area dipendenze, area anziani, area immigrati o nomadi, area povertà e disagio adulti e area multiutenza. Nella nostra analisi considereremo solamente l'area anziani e l'area disabili, sia perché sono le due principali area di utenza di servizi sociali domiciliari, sia perché non sempre sono disponibili i dati relativi alle altre "popolazioni". Il dato più recente fornito dall'Istat[17], relativo all'anno 2006, segnala che in Italia circa l'85% dei Comuni ha previsto l'assistenza domiciliare socio-assistenziale a favore degli anziani; questa percentuale si contrae nel caso di prestazioni di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari e di erogazione di voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari, attestandosi rispettivamente al 39,7% e al 44,3%. Per i disabili il 68% dei Comuni prevede un servizio di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale e il 35% assegna agli stessi voucher e assegni. L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari è prevista solo nel 19% delle realtà comunali esistenti nel nostro Paese. Vi sono, inoltre, marcate differenze fra le Regioni sia per quanto concerne la tipologia di prestazione, che per l'area di utenza: ad esempio, solo il 29,8% dei Comuni calabresi prevede una qualche forma di assistenza domiciliare socio-assistenziale a favore degli *over* 65, mentre il 20,5% dedica questo tipo di assistenza anche ai disabili; una quota irrisoria di Comuni, e nello specifico il 3,3% contempla l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari a favore degli anziani e l'1,7% supporta i disabili con una qualche forma di incentivo economico (voucher, assegno di cura, etc..). Di contro, in Piemonte la quasi totalità dei Comuni ha optato per l'assistenza socio-assistenziale sia a favore degli *over* che degli *under* 65 (99,8% nel primo caso e 94,0% nel secondo); percentuali significative si registrano anche nel caso delle altre due forme di assistenza considerate nell'analisi.

[13] *Servizio rivolto a persone parzialmente non autosufficienti che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale o socio educativa a domicilio.*

[14] *Forme di solidarietà (anche associative) fra persone fragili (anziani soli, coppie di anziani, disabili adulti, migranti), appartenenti ad esempio alla stessa strada, allo stesso condominio, etc.., finalizzate al reciproco sostegno da parte delle persone medesime nella risposta ai disagi e ai problemi quotidiani.*

[15] *Istat (2008).*

[16] *Nell'area disabili, secondo quanto riportato nelle indagini censuarie sugli interventi ed i servizi sociali dei Comuni dell'Istat, «rientrano gli interventi ed i servizi a cui possono accedere utenti con problemi di disabilità fisica, psichica o sensoriale (comprese le persone affette da HIV o da TBC). Le prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti rientrano nell'area anziani. Nell'area anziani, invece, rientrano gli interventi ed i servizi mirati a migliorare la qualità della vita delle persone anziane, nonché a favorire la loro mobilità, l'integrazione sociale e lo svolgimento delle funzioni primarie. Fanno parte di questa area anche i servizi e gli interventi a favore di anziani malati del morbo di Alzheimer».*

[17] *Istat (2009).*

Tabella 9.4 - Comuni e associazioni di Comuni coperti dal servizio di assistenza domiciliare per tipo di prestazione e per area di utenza - Valori percentuali - Anno 2006

Regioni	Assistenza domiciliare socio-assistenziale		Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari		Voucher, assegno di cura buono socio-sanitario	
	Disabili	Anziani	Disabili	Anziani	Disabili	Anziani
Italia	68,00	85,30	19,30	39,70	35,00	44,30
Piemonte	94,03	99,75	30,51	65,01	29,77	78,03
Valle d'Aosta	18,92	95,95	6,76	12,16	100,00	1,35
Lombardia	57,89	81,82	11,71	39,39	69,73	79,11
P. A. Bolzano	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P. A. Trento	84,30	100,00	0,00	52,02	100,00	100,00
Veneto	73,49	94,15	55,42	91,91	83,30	93,80
Friuli Venezia G.	63,47	92,69	31,96	44,29	6,85	67,12
Liguria	69,79	97,87	16,60	17,87	14,47	24,26
Emilia Romagna	70,97	93,84	19,35	47,80	78,30	72,14
Toscana	88,85	97,21	33,45	73,87	9,76	21,25
Umbria	78,26	73,91	25,00	33,70	1,09	1,09
Marche	63,82	77,24	4,47	4,88	0,41	1,22
Lazio	79,37	79,10	41,01	39,42	13,49	5,03
Abruzzo	68,52	99,02	17,38	38,69	0,00	3,61
Molise	44,12	78,68	1,47	4,41	0,00	0,00
Campania	83,48	84,39	11,62	25,41	4,36	0,73
Puglia	27,91	60,85	4,26	15,50	0,39	1,16
Basilicata	63,36	61,83	14,50	12,21	9,92	0,76
Calabria	20,54	29,83	1,47	3,42	1,71	1,22
Sicilia	58,46	83,33	6,92	22,31	43,33	24,10
Sardegna	55,97	90,19	11,67	10,88	0,80	0,00

Fonte: Istat.

L'esame dell'evoluzione temporale a livello nazionale, segnala un aumento della quota di Comuni che hanno attivato le prestazioni considerate, sia a favore degli anziani che dei disabili; in particolare, tra il 2005 ed il 2006, i Comuni che si sono impegnati sul fronte dell'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari a favore degli *over* 65 sono aumentati del 5,5%, mentre quelli che prevedono sussidi economici a favore dei disabili sono cresciuti del 4,9%.

Occorre rilevare, inoltre, come alcune realtà regionali abbiano mostrato incrementi significativi della quota di Comuni che hanno attivato il servizio di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale. È il caso, ad esempio, della Sicilia (+12,6% nel caso di anziani), del Molise (+17,6% nel caso di anziani) e del Friuli Venezia Giulia (+15,1% nel caso degli anziani e +7,7% per i disabili).

L'osservazione del dato regionale con riferimento alla sola assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari mostra che, tra il 2005 ed il 2006, le Regioni che hanno aumentato in maniera più consistente la percentuale di Comuni coperti sono risultate essere: la P. A. di Trento (+51,6%), Lombardia (+19,8%) e Sicilia (+12,1%). La Valle d'Aosta si distingue, invece, per aver ridotto in maniera drastica questo tipo di prestazione (-87,8%).

In relazione alle misure economiche di sostegno (voucher, assegni di cura, etc.) rivolte ai disabili, i Comuni che hanno fatto registrare un significativo aumento all'interno dell'arco temporale considerato sono stati quelli della Lombardia (+11,0%), della Basilicata (+8,4%) e quelli della Sicilia (+29,0%); i Comuni dell'Umbria hanno, invece, ridotto sensibilmente il loro impegno in tale ambito (-13,0%).

Tabella 9.5 - Comuni e associazioni di Comuni coperti dal servizio di assistenza domiciliare per tipo di prestazione e per area di utenza - Valori percentuali - Anni 2005-2006

Regioni	Assistenza domiciliare socio-assistenziale Variazione % 2005-2006		Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari Variazione % 2005-2006		Voucher, assegno di cura buono socio-sanitario Variazione % 2005-2006	
	Disabili	Anziani	Disabili	Anziani	Disabili	Anziani
Italia	**2,20**	**1,40**	**1,20**	**5,50**	**4,90**	**1,90**
Piemonte	0,08	0,91	-0,41	-2,65	0,58	3,07
Valle d'Aosta	9,46	10,81	6,76	-87,84	0,00	1,35
Lombardia	5,24	4,46	6,99	19,79	11,00	2,78
P. A. Bolzano	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P. A. Trento	-15,70	0,00	0,00	51,57	4,93	3,59
Veneto	-7,75	2,24	-0,34	9,64	6,37	1,38
Friuli Venezia G.	15,07	7,76	0,00	13,70	-1,83	7,76
Liguria	-3,40	-2,13	3,40	-8,09	-2,13	-5,53
Emilia Romagna	3,23	2,05	-13,49	-0,59	3,23	1,76
Toscana	-0,35	-2,44	-2,79	-5,57	2,09	-1,05
Umbria	4,35	-13,04	-17,39	3,26	-13,04	-11,96
Marche	1,22	2,03	2,44	-0,81	-1,22	-0,41
Lazio	1,06	-1,06	1,59	-0,26	7,94	0,00
Abruzzo	0,33	-0,33	0,66	-2,62	-0,33	0,00
Molise	17,65	-0,74	-0,74	-1,47	0,00	0,00
Campania	7,62	-1,27	2,54	1,81	3,27	0,00
Puglia	1,55	5,43	0,39	0,78	-0,39	-2,33
Basilicata	-3,05	-12,21	3,05	8,40	8,40	0,00
Calabria	-4,16	5,38	0,24	1,96	1,47	0,73
Sicilia	12,56	3,08	3,08	12,05	28,97	15,64
Sardegna	7,43	-2,12	1,06	1,33	0,80	0,00

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Istat.

9.5. L'utilizzazione

Confronti internazionali

La diffusione dei servizi domiciliari sanitari e sociali per anziani è assai diversificata nei vari Paesi europei. I Paesi in cui risultano maggiormente diffusi i servizi in oggetto, con riferimento al 2007, sono localizzati, per lo più, nel Nord Europa (Danimarca, Norvegia e Paesi Bassi). In tali Paesi risulta assistito con continuità a domicilio circa tra il 10,0% ed il 15,0% degli anziani ultra sessantacinquenni (il picco massimo è stato raggiunto dalla Norvegia con poco meno del 16,0%) con servizi di qualità che prevedono prestazioni integrate sociali e

sanitarie (disponibili 24 ore su 24) con l'ausilio delle moderne tecnologie telematiche ed informatiche. Tra le nazioni che assistono a domicilio un gran numero di anziani troviamo anche la Svizzera (12,3%) e la Danimarca (9,5%).

Tabella 9.6 - Anziani assistiti a domicilio in alcuni Paesi europei - Valori % - Anno 2007

Nazione	% anziani assistiti a domicilio
Danimarca	9,5
Finlandia	7,4
Francia	6,5
Germania	6,7
Ungheria	6,2
Italia	3,3
Lussemburgo	7,0
Paesi Bassi	12,9
Norvegia	15,6
Spagna	6,8
Svizzera	12,3

Fonte: OECD Health Data 2009.

Ad un livello intermedio si collocano Paesi come Francia, Germania, Lussemburgo, Finlandia e Spagna, che assistono un numero di anziani compreso tra il 6,5% ed il 7,0%.
L'Italia, con una percentuale di anziani assistiti a domicilio pari al 3,3% si colloca al livello più basso dei Paesi europei considerati.

La situazione in Italia

Secondo quanto riportato dall'Annuario Statistico del SSN, nel 2007 in Italia l'ADI era erogata a 474.567 persone (396.757 nel 2005); di queste 89.219 (pari al 18,8% del totale dei casi trattati) hanno meno di 65 anni, mentre 385.348 (pari all'81,2% del totale dei casi trattati) hanno più di 65 anni.

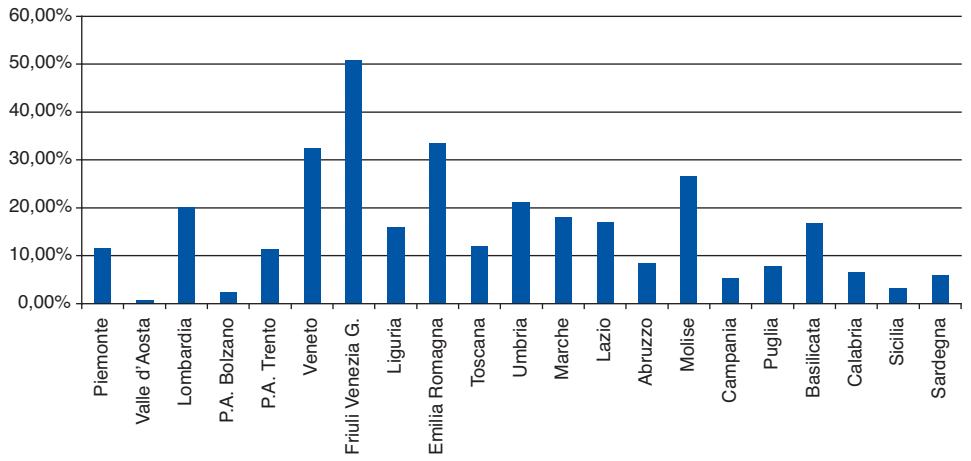
Tabella 9.7 - Casi trattati in ADI
Anno 2007

Regione	Casi trattati	Anziani trattati	*Under* 65 trattati	Anziani trattati sul totale casi trattati	*Under* 65 trattati sul totale casi trattati
Italia	**474.567**	**385.348**	**89.219**	**81,20%**	**18,80%**
Piemonte	24.300	17.447	6.853	71,80%	28,20%
Valle d'Aosta	147	78	69	53,10%	46,90%
Lombardia	81.174	68.836	12.338	84,80%	15,20%
P. A. Bolzano	683	452	231	66,20%	33,80%
P. A. Trento	1.742	976	766	56,00%	44,00%
Veneto	73.431	59.479	13.952	81,00%	19,00%
Friuli Venezia G.	24.958	20.241	4.717	81,10%	18,90%
Liguria	14.829	13.865	964	93,50%	6,50%
Emilia Romagna	64.666	54.966	9.700	85,00%	15,00%
Toscana	22.122	18.007	4.115	81,40%	18,60%
Umbria	10.814	8.813	2.001	81,50%	18,50%
Marche	15.883	13.485	2.398	84,90%	15,10%
Lazio	51.877	41.346	10.531	79,70%	20,30%
Abruzzo	12.705	10.253	2.452	80,70%	19,30%
Molise	5.790	2.629	3.161	45,40%	54,60%
Campania	17.707	14.679	3.028	82,90%	17,10%
Puglia	13.882	11.564	2.318	83,30%	16,70%
Basilicata	6.774	5.121	1.653	75,60%	24,40%
Calabria	13.071	10.182	2.889	77,90%	22,10%
Sicilia	12.784	9.256	3.528	72,40%	27,60%
Sardegna	5.228	3.576	1.652	68,40%	31,60%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

Appare chiaro quindi come l'ADI si configuri come un servizio rivolto soprattutto alla popolazione anziana sebbene, nelle intenzioni del nostro legislatore, sia stata concepita come una prestazione a favore della totalità delle persone disabili.
Se rapportiamo i casi trattati con ADI al totale dei disabili per Regione, dall'analisi dei dati emerge che, nel 2005, Veneto (32,4%), Friuli Venezia Giulia (51,0%), Emilia Romagna (33,4%) e Molise (26,7%) sono state le Regioni che hanno fatto registrare le più elevate percentuali di disabili trattati in ADI. Nel medesimo anno, la proporzione di disabili assistiti al proprio domicilio è stata del 15,2% sul totale dei disabili. Le Regioni che, invece, hanno presentato i valori più bassi sono state: Valle d'Aosta (0,8%), Campania (5,3%), Sicilia (3,3%) e Sardegna (6,0%).

Figura 9.5 - Confronto regionale disabili trattati in ADI
Valori % - Anno 2005



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

In Italia, nel periodo 2000-2007, la percentuale di casi trattati è costantemente aumentata; in particolare tra il 2000 ed il 2005 ogni anno le persone assistite in ADI sono in media aumentate del 10,6%, mentre tra il 2005 ed il 2007 del 9,4%. I dati regionali evidenziano, invece, notevoli differenze tra le Regioni italiane. La Valle d'Aosta, ad esempio, nel quinquennio 2000-2005 ha ridotto di circa il 68,0% all'anno le persone assistite in ADI, mentre nel biennio 2005-2007 le ha aumentate notevolmente raggiungendo una variazione media all'anno del 91,7%. Tra il 2005 ed il 2007 anche la P. A. di Bolzano e l'Abruzzo hanno accresciuto significativamente il numero di persone prese in carico, facendo registrare una variazione media annua del 57,6% la prima e del 50,7% la seconda. Le rimanenti Regioni si attestano su valori decisamente inferiori.

Tabella 9.8 - Casi trattati in ADI
Valori percentuali - Anni 2000-2007

Regioni	Variazione media annua 2000-2005	Variazione media annua 2005-2007	Casi trattati. Anno 2007
Italia	**10,57**	**9,37**	**240.105**
Piemonte	8,26	5,36	14.717
Valle d'Aosta	-68,09	91,70	12.092
Lombardia	8,33	9,11	45.704
P. A. Bolzano	23,17	57,60	97
P. A. Trento	-27,19	8,09	7.289
Veneto	22,41	11,53	21.482
Friuli Venezia G.	1,88	-2,95	24.145
Liguria	8,97	3,63	8.985
Emilia Romagna	44,94	6,41	8.929
Toscana	8,84	1,92	13.945
Umbria	-8,55	3,10	15.903
Marche	-0,77	8,03	14.147
Lazio	13,27	18,38	19.854
Abruzzo	14,95	50,65	2.789
Molise	7,87	9,85	3.285
Campania	16,09	14,88	6.363
Puglia	13,71	-8,00	8.629
Basilicata	15,71	10,69	2.666
Calabria	18,64	37,64	2.935
Sicilia	14,43	16,79	4.777
Sardegna	25,78	10,02	1.372

Fonte elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Sebbene a livello nazionale il numero dei casi trattati sia aumentato costantemente nel periodo considerato (2000-2007), la percentuale di *over* 65 assistiti al proprio domicilio è diminuita del 2,9% tra il 2005 ed il 2007. Si tratta di un fenomeno che ha interessato la maggior parte delle Regioni. Le contrazioni più significative hanno riguardato la Valle d'Aosta (-39,4%), la P. A. di Bolzano (-20,7%), e il Molise (-43,7%), mentre in Lombardia e Umbria la quota di anziani assistiti ha subito una riduzione seppure trascurabile. Le uniche Regioni che nel periodo 2005-2007 hanno provveduto a trattare con ADI un numero maggiore di *over* 65 sono state: la P. A. di Trento (3,8%), il Veneto (4,9%), la Toscana (0,3%) e le Marche (0,7%).

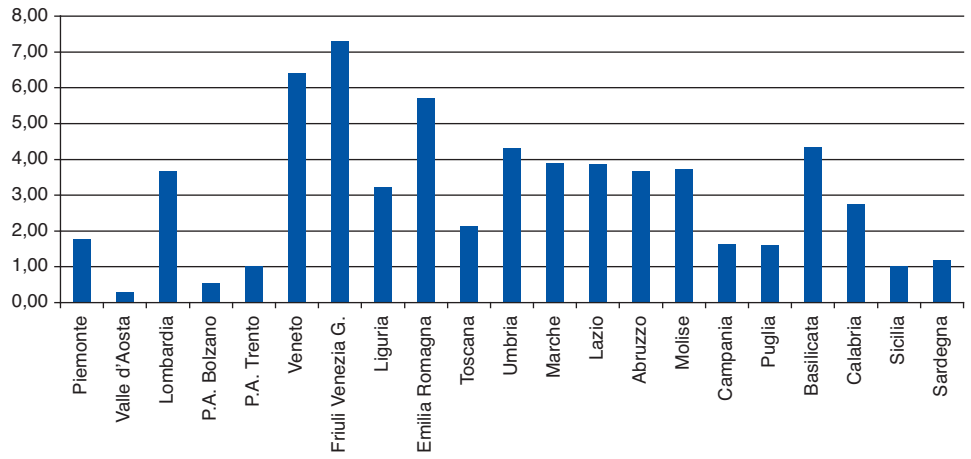
Tabella 9.9 - Anziani trattati in ADI
Valori percentuali - Anni 2000-2007

Regioni	Variazione % 2000-2005	Variazione % 2005-2007	Anziani trattati. Anno 2007
Italia	**4,30%**	**-2,90%**	**81,20%**
Piemonte	25,10%	-7,90%	71,80%
Valle d'Aosta	11,50%	-39,40%	53,10%
Lombardia	24,10%	-1,40%	84,80%
P. A. Bolzano	1,30%	-20,70%	66,20%
P. A. Trento	-47,80%	3,80%	56,00%
Veneto	-10,20%	4,90%	81,00%
Friuli Venezia G.	-4,80%	0,10%	81,10%
Liguria	1,50%	-3,60%	93,50%
Emilia Romagna	15,40%	-4,10%	85,00%
Toscana	-5,90%	0,30%	81,40%
Umbria	-6,70%	-0,20%	81,50%
Marche	-5,40%	0,70%	84,90%
Lazio	0,60%	-10,00%	79,70%
Abruzzo	26,50%	-5,50%	80,70%
Molise	12,20%	-43,70%	45,40%
Campania	-1,50%	-7,40%	82,90%
Puglia	1,00%	-2,70%	83,30%
Basilicata	-3,50%	-7,40%	75,60%
Calabria	1,50%	-8,20%	77,90%
Sicilia	-13,20%	-3,60%	72,40%
Sardegna	33,90%	-3,90%	68,40%

Fonte elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

In sintesi, nel 2007, vengono assistiti al proprio domicilio solo 3,27 anziani su 100. Dall'analisi dei dati emerge che, nell'anno considerato, Veneto (6,4%), Friuli Venezia Giulia (7,3%) ed Emilia Romagna (5,7%) sono state le Regioni che hanno fatto registrare le più alte percentuali di anziani trattati in ADI sul totale della popolazione anziana. La Valle d'Aosta assiste solo lo 0,3% degli anziani residenti nella Regione, mentre la P. A. di Trento, la Sicilia e la Sardegna garantiscono il servizio in oggetto a circa l'1,0% della popolazione *over* 65.

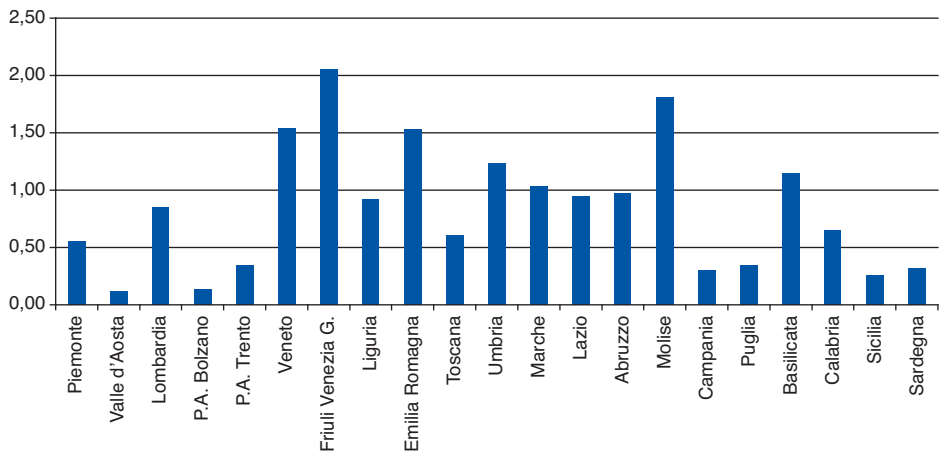
Figura 9.6 - Confronto regionale anziani trattati in ADI sul totale della popolazione anziana - Valori percentuali - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Sempre con riferimento al 2007, a livello nazionale, viene assistito in ADI circa lo 0,8% della popolazione. Il *range* tra le Regioni non è molto ampio: si va dalla Valle d'Aosta che assiste a domicilio lo 0,1% della popolazione residente, al Friuli Venezia Giulia che ne assiste circa il 2,0%.

Figura 9.7 - Confronto regionale casi trattati in ADI sul totale della popolazione - Valori percentuali - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Per meglio rappresentare i diversi impegni regionali in tema di Assistenza Domiciliare Integrata, oltre al numero dei casi trattati consideriamo le ore di assistenza che in media ogni anno vengono garantite ad ogni paziente anziano preso in carico. Da questo punto di vista la tendenza degli ultimi anni non è positiva; infatti, tra il 2000 ed il 2005, a livello nazionale, le ore medie dedicate ad ogni paziente preso in carico sono diminuite dello 0,9% all'anno e del 6,8% ogni anno tra il 2005 ed il 2007. Inoltre, l'analisi permette di evidenziare una sostanziale differenziazione di offerta tra le Regioni: ci sono Regioni come la Valle d'Aosta che nel 2007 ha erogato in media 177 ore per ogni *over* 65 trattato (pur avendo il numero più basso di anziani trattati) mentre, viceversa, il Friuli Venezia Giulia nel medesimo anno ha previsto una media di 17 ore per anziano trattato a fronte di 20.241 *over* 65 assistiti.

Tabella 9.10 - Ore medie assistenza erogata per paziente anziano Anni 2000-2007

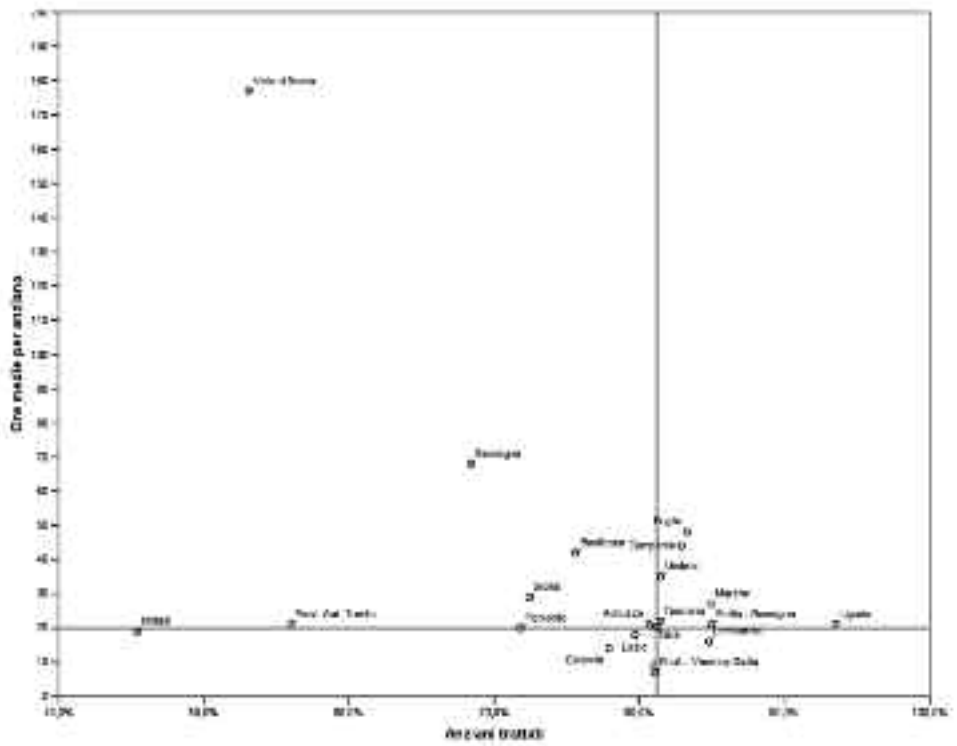
Regioni	Variazione media annua 2000-2005	Variazione media annua 2005-2007	Ore medie. Anno 2007
Italia	**-0,85**	**-6,75**	**20**
Piemonte	-6,39	-6,75	20
Valle d'Aosta	156,18	-26,87	177
Lombardia	-3,58	-10,56	16
P. A. Bolzano	0,00	-100,00	
P. A. Trento	8,45	0,00	21
Veneto	-13,79	-5,13	9
Friuli V. G.	1,76	-23,62	7
Liguria	-2,64	-13,40	21
Emilia Romagna	-0,81	-6,46	21
Toscana	-4,36	4,88	22
Umbria	6,40	52,75	35
Marche	4,24	-8,14	27
Lazio	-4,90	-7,42	18
Abruzzo	25,21	-27,54	21
Molise	1,22	5,72	19
Campania	-4,55	2,35	44
Puglia	-6,56	1,06	48
Basilicata	-4,53	-4,45	42
Calabria	1,55	-27,99	14
Sicilia	4,28	-8,47	31
Sardegna	-2,69	-8,94	68

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Se consideriamo congiuntamente la copertura (la percentuale di anziani seguiti direttamente a domicilio) e l'intensità (le ore dedicate in media ad ogni anziano trattato) dell'ADI con riferimento all'anno 2007, e se prendiamo come riferimento i valori nazionali, si evidenziano quattro gruppi di Regioni classificabili in base al modello d'intervento seguito:

- assistere più anziani con meno intensità (quadrante in basso a destra): è il caso ad esempio della Lombardia;
- assistere più anziani con più intensità (quadrante in alto a destra): rientrano in questo gruppo Puglia, Marche, Emilia Romagna;

Figura 9.8 - Quota di anziani utenti di ADI e ore medie annue di assistenza Valori ass. e % - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

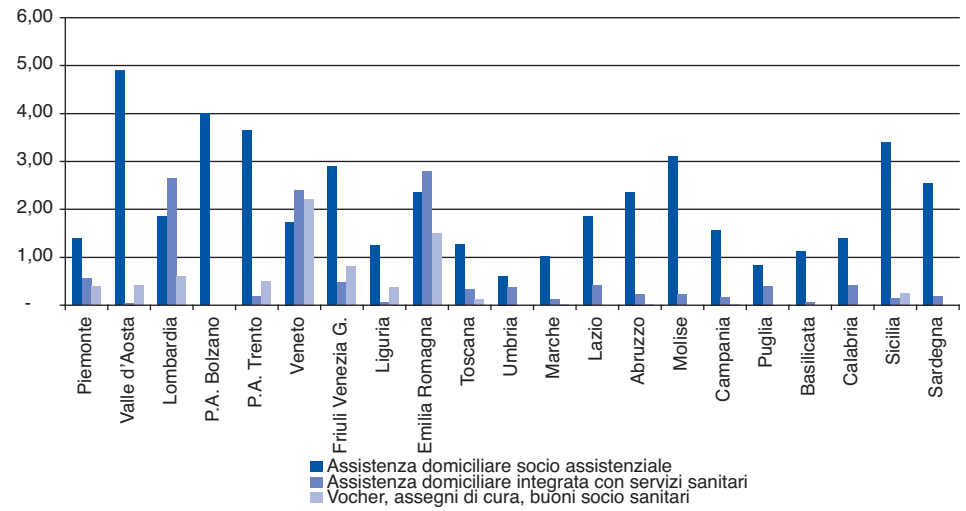
- assistere meno anziani con più intensità: è il caso della Sardegna, della Valle d'Aosta, della Basilicata;
- assistere meno anziani con meno intensità: fanno parte di questo gruppo la Calabria, il Lazio, il Molise.

Con riferimento al servizio di assistenza domiciliare (SAD), a livello nazionale, nel 2006 ha ricevuto il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale l'1,9% della popolazione anziana; il valore si riduce nel caso di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari attestandosi circa all'1%; infine, dei trasferimenti monetari (voucher, assegni di cura, buoni socio-sanitari) ne beneficia solo lo 0,5% del totale degli *over* 65.

Il dettaglio regionale, concernente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, è abbastanza variabile: si va dalla Valle d'Aosta che offre il servizio in oggetto al 4,9% della popolazione anziana residente, all'Umbria che eroga questa prestazione solo allo 0,6% degli *over* 65. Percentuali modestissime si registrano anche nel caso di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari: le Regioni con le più alte quote di anziani sul totale della popolazione appartenente a questa fascia di età assistiti con qualche forma di assistenza integrata sono la Lombardia (2,7%), il Veneto (2,4%) e l'Emilia Romagna (2,8%); le rimanenti realtà regionali si attestano su valori notevolmente inferiori all'1%. Analoga situazione si rile-

va nel caso dei trasferimenti monetari: il Veneto prevede trasferimenti monetari a favore di 2,2 anziani ogni 100 e in Emilia Romagna 1,5 *over* 65 ogni 100 beneficia di un qualche sussidio economico.

Figura 9.9 - Confronto regionale per tipo di prestazione anziani trattati con SAD sul totale della popolazione *over* 65 - Valori % - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Istat.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di competenza delle ASL prevede, per come è stata concepita, l'erogazione di prestazioni sanitarie (di tipo medico, riabilitativo, infermieristico, etc..) accompagnate, da cui la definizione di integrata, da servizi di natura sociale, quali la cura della casa, l'igiene della persona, etc.. L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari di competenza comunale è, del resto, coincidente con l'ADI, cambiando semplicemente il punto d'osservazione. Partendo da questo assunto, ci si potrebbe aspettare che il numero di anziani che ricevono l'ADI fosse lo stesso di coloro che ricevono la prestazione sociale integrata con la cura sanitaria. L'analisi dei dati, riferiti al 2006, rileva invece che, a livello nazionale, sono 348.303 gli *over* 65 che vengono assistiti con l'ADI, mentre sono solo 121.486 gli anziani che ricevono l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari. Sembrerebbe, dunque, che le ASL, in molti casi, definiscano integrata un tipo di assistenza domiciliare che consiste nella semplice erogazione di cure sanitarie senza essere supportata da alcun intervento di tipo sociale.

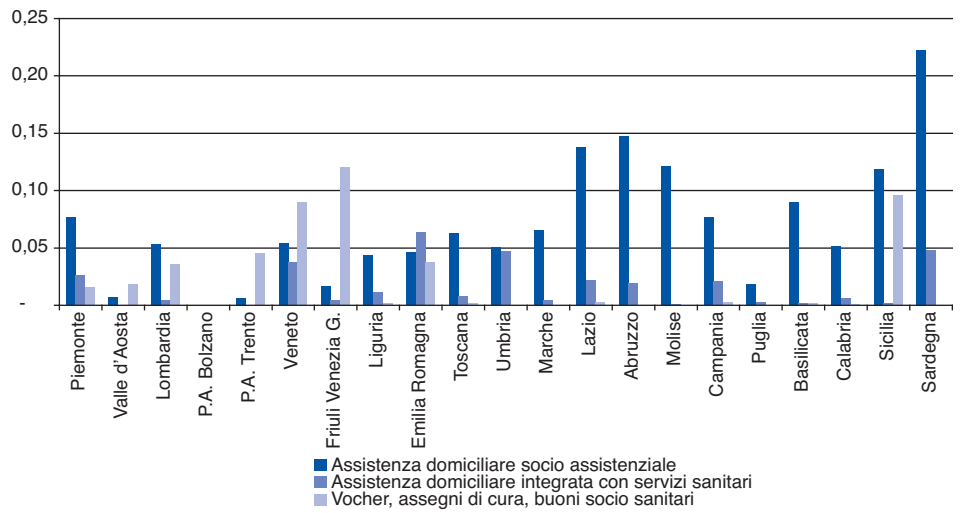
Tabella 9.11 - Anziani assistiti in ADI e con assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari - Valori assoluti - Anno 2006

Regioni	Anziani assistiti in ADI	Anziani assistiti con assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Italia	**348.303**	**121.486**
Piemonte	14.937	5.482
Valle d'Aosta	50	13
Lombardia	64.762	48.986
P. A. Bolzano	322	
P. A. Trento	1.251	173
Veneto	46.700	21.744
Friuli Venezia G.	20.645	1.321
Liguria	13.096	261
Emilia Romagna	53.184	26.699
Toscana	17.902	2.779
Umbria	8.201	771
Marche	12.523	393
Lazio	35.378	4.207
Abruzzo	6.449	650
Molise	5.869	157
Campania	9.958	1.568
Puglia	11.848	2.829
Basilicata	4.763	72
Calabria	9.148	1.549
Sicilia	8.935	1.259
Sardegna	3.781	573

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

In merito alle quote di fruizione da parte dei disabili del Servizio di Assistenza Domiciliare, dall'analisi dei dati 2006 risulta che, a livello nazionale, sul totale della popolazione con meno di 65 anni solo lo 0,07% dei diversamente abili riceve l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, mentre lo 0,02% riceve l'assistenza integrata con servizi sanitari e lo 0,03% beneficia di indennità economiche. In tutte le Regioni, per le tipologie di prestazioni considerate, si registrano quote di disabili assistiti sul totale della popolazione *under* 65 nettamente inferiori all'1,0%.

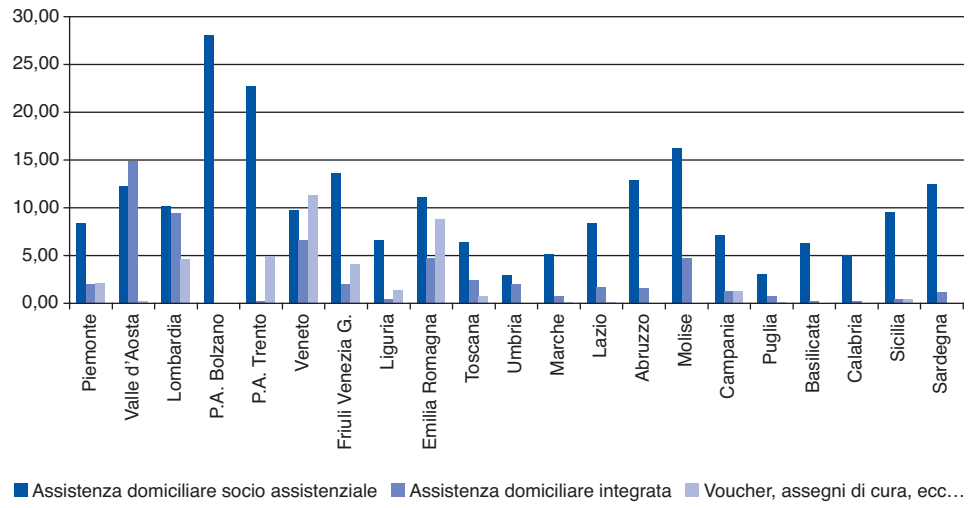
Figura 9.10 - Confronto regionale per tipo di prestazione disabili trattati con SAD sul totale della popolazione *under* 65 - Valori % - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Istat.

Se consideriamo congiuntamente sia i disabili che gli anziani, che nel loro complesso ci forniscono indicazioni circa il ricorso ai servizi di assistenza domiciliare da parte dei soggetti non autosufficienti, e rapportiamo il dato al totale della popolazione disabile, così come è stata stimata dalla Seconda Indagine Multiscopo dell'Istat, emerge che, nel 2005, in Italia, 8,5 disabili su 100 ricevono l'assistenza di tipo socio-assistenziale, 2,9 su 100 quella integrata con servizi sanitari e il 2,5% beneficia di sussidi economici. I valori sono comunque molto variabili tra le Regioni: nell'anno considerato, la P. A. di Bolzano è in grado di fornire il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale al 28,1% dei disabili, mentre l'Umbria offre il servizio in oggetto al 3,0%.

Figura 9.11 - Confronto regionale disabili e anziani trattati con SAD per tipologia di prestazione - Valori % - Anno 2005



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Istat.

La Valle d'Aosta è la Regione che assiste un maggior numero di disabili con forme integrate con i servizi sanitari (14,9%); di contro la Calabria fornisce l'assistenza domiciliare integrata solo allo 0,2% dei disabili.
Sul fronte dei benefici economici, le Regioni che presentano le più alte percentuali di assistenza con questo tipo di prestazione sono la Lombardia (4,6%), la P. A. di Trento (5,0%), il Veneto (11,3%) e l'Emilia Romagna (8,8%).

9.5.1. I beneficiari dell'Indennità di Accompagnamento

I beneficiari dell'indennità di accompagnamento, nel 2007, sono 1.937.643, di cui 1.235.963 donne e 701.680 uomini.
Nel biennio 2005-2007, il numero di indennità erogate agli uomini ha subito un aumento del 6,3% all'anno, mentre le donne che beneficiano dell'indennità di accompagnamento sono diminuite mediamente del 15,0% all'anno.

Tabella 9.12 - Beneficiari di Indennità di Accompagnamento per sesso Anno 2007

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Italia	**701.680**	**1.235.963**	**1.937.643**
Piemonte	39.955	79.063	119.018
Valle d'Aosta	737	1.886	2.623
Lombardia	85.720	165.430	251.150
P. A. Bolzano	3.144	6.031	9.175
P. A. Trento	3.710	7.926	11.636
Veneto	44.278	85.929	130.207
Friuli Venezia G.	13.024	28.065	41.089
Liguria	19.122	39.804	58.926
Emilia Romagna	45.291	90.141	135.432
Toscana	40.217	80.662	120.879
Umbria	15.662	30.721	46.383
Marche	20.299	37.126	57.425
Lazio	67.175	111.602	178.777
Abruzzo	19.743	32.699	52.442
Molise	4.013	6.534	10.547
Campania	86.726	134.850	221.576
Puglia	54.633	86.625	141.258
Basilicata	7.730	11.474	19.204
Calabria	35.880	54.815	90.695
Sicilia	67.892	102.421	170.313
Sardegna	26.729	42.159	68.888

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Istat.

Sono inoltre osservabili significative differenze regionali, sebbene in tutte le Regioni il numero delle indennità concesse sia sensibilmente diminuito nel biennio considerato. Si va, infatti, dalla Valle d'Aosta che ha ridotto mediamente all'anno il numero delle indennità del 17,6% (-10,9% per gli uomini; -19, 8% per le donne), al Molise che lo ha ridotto del 5,9% (+10,0% per gli uomini; -12,8% per le donne).

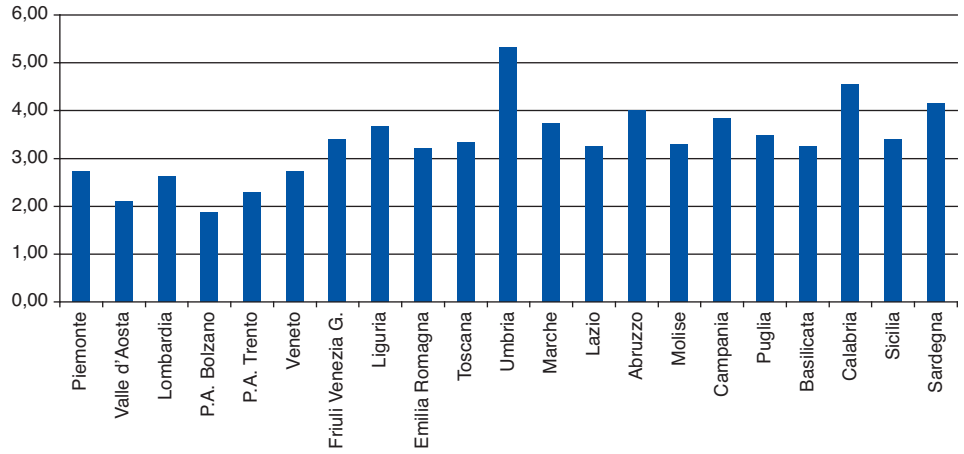
Tabella 9.13 - Beneficiari di Indennità di Accompagnamento per sesso Variazioni medie annue % - Anni 2007/2005

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Italia	**6,33**	**-15,04**	**-8,87**
Piemonte	4,47	-14,88	-9,63
Valle d'Aosta	-10,88	-19,78	-17,56
Lombardia	7,07	-13,45	-7,83
P. A. Bolzano	5,42	-14,21	-8,77
P. A. Trento	7,62	-10,67	-5,88
Veneto	7,25	-13,03	-7,47
Friuli Venezia G.	6,14	-13,23	-8,27
Liguria	5,21	-14,18	-9,10
Emilia Romagna	5,14	-14,24	-9,00
Toscana	4,82	-14,24	-9,09
Umbria	6,44	-12,87	-7,57
Marche	5,28	-15,26	-9,43
Lazio	9,03	-13,41	-6,70
Abruzzo	5,03	-16,68	-10,17
Molise	10,03	-12,77	-5,87
Campania	6,57	-16,88	-9,67
Puglia	9,83	-13,91	-6,67
Basilicata	1,97	-20,63	-13,47
Calabria	5,44	-17,77	-10,54
Sicilia	4,19	-18,89	-11,65
Sardegna	6,32	-16,61	-9,58

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Istat.

Inoltre, come emerge evidente dalla lettura della tabella 9.13, la contrazione dei benefici economici in oggetto, ha riguardato in tutte le Regioni le sole donne; in effetti, le indennità concesse agli uomini, con la sola eccezione della Valle d'Aosta, sono aumentate nel periodo considerato in tutti i contesti regionali.
L'incidenza dei percettori dell'indennità di accompagnamento raggiunge, nel 2007, il 3,3% circa della popolazione italiana. Le Regioni che erogano un maggior numero di indennità a favore della popolazione residente sono risultate essere: Umbria (5,3%), Calabria (4,5%) e Sardegna (4,2%). La P. A. di Bolzano prevede questa misura solo per l'1,9% dei suoi residenti.

Figura 9.12 - Quota di beneficiari di Indennità di Accompagnamento Valori % - Anno 2007



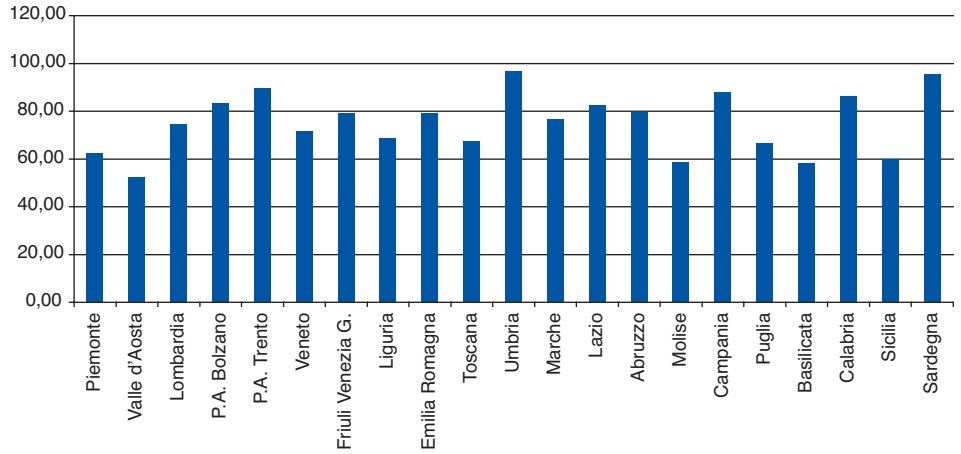
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Istat.

Se rapportiamo, con riferimento all'anno 2005, il totale dei percettori dell'indennità di accompagnamento al totale della popolazione disabile, è possibile osservare come questa misura venga erogata, a livello nazionale, a 74,3 disabili ogni 100. L'Umbria e la Sardegna sono le Regioni con le più alte percentuali di diversamente abili che ricevono l'indennità di accompagnamento, con valori pari rispettivamente a 96,6% e 95,7%. Le Regioni che fanno meno ricorso all'indennità di accompagnamento quale misura economica di supporto ai disabili, nell'anno considerato, sono risultate essere: Valle d'Aosta, Molise, Basilicata e Sicilia. Se confrontiamo questo dato con quello relativo alla quota dei disabili che vengono assistiti in ADI nel medesimo anno[18], è possibile osservare che se solo una quota esigua dei disabili è valutata non autosufficiente e quindi ha diritto alle prestazioni domiciliari (15,0% a livello nazionale), una considerevole parte dei disabili è invece stimata[19] invalida totale e permanente e idonea quindi a ricevere l'indennità di accompagnamento (in Italia il 74,2%).

[18] *Rapporto CEIS Sanità 2008.*

[19] *Dal primo gennaio 2001, il compito di accertare e riconoscere l'invalidità ai fini della concessione dell'indennità di accompagnamento è stato assegnato alle Regioni, che verificano i requisiti sanitari attraverso Commissioni mediche istituite presso le ASL.*

Figura 9.13 - Quota dei beneficiari di Indennità di Accompagnamento sul totale dei disabili - Valori % - Anno 2005



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Istat.

Appare dunque evidente quale sia la differenza tra le due misure; se il bisogno assistenziale costituisce il solo requisito necessario a ottenere l'indennità di accompagnamento, non essendo prevista la valutazione di parametri ulteriori legati, ad esempio, all'età o al reddito dell'aspirante beneficiario o del suo nucleo familiare di appartenenza, il medesimo bisogno assistenziale non costituisce assolutamente criterio di eleggibilità al sistema delle cure domiciliari; infatti, come più volte sottolineato, per poter beneficiare di un'assistenza continuativa a domicilio è necessario essere non autosufficienti, ma i criteri di individuazione del requisito impiegati nei diversi contesti regionali sono eterogenei e, sovente, le normative regionali demandano la determinazione di tali criteri a singoli Enti (ASL e/o Comuni) o a dispositivi.[20]

9.6. La spesa

9.6.1. La spesa sanitaria per ADI

Con l'ausilio dei dati forniti dalle Regioni nell'ambito della rilevazione dei costi LA riferita al 2005[21], si sono stimate le quote regionali di spesa per assistenza domiciliare integrata attribuibili alle strutture pubbliche e private accreditate.
Secondo le nostre stime l'onere complessivo della spesa per ADI è pari nel 2008 allo 0,9% della spesa sanitaria pubblica totale e ammonta a circa €1.006,6 mln.
In media in Italia si spendono quindi €17 pro-capite nel 2008 per l'ADI.

[20] *Le Unità Valutative che adottano le schede di valutazione diverse da Regione a Regione.*

[21] *Non sono disponibili i dati di Lazio e Molise.*

Le regioni con una spesa per ADI più elevata pro-capite sono Friuli Venezia Giulia (€55,1)e Umbria (€42,7) mentre quelle con una spesa inferiore sono la P. A. di Trento, e la Campania (rispettivamente €1,4 e €6,9).
Si evidenziano quindi differenze sostanziali tra le Regioni (il differenziale tra la Regione che spende di più e di meno è di circa 40 volte) indipendentemente dalla ripartizione geografica.

Tabella 9.14 - Stima della spesa per ADI totale pro-capite
Valori in € - Anno 2008

Regioni	Spesa ADI pro-capite	% spesa per ADI su spesa sanitaria pubblica
Italia	**16,88**	**0,86**
Piemonte	23,09	1,24
Valle d'Aosta	7,69	0,37
Lombardia	14,94	0,85
P.A. Bolzano	29,14	1,30
P.A. Trento	1,40	0,07
Veneto	18,31	1,03
Friuli Venezia G.	55,10	2,86
Liguria	17,10	0,85
Emilia Romagna	28,60	1,51
Toscana	27,11	1,47
Umbria	42,73	2,42
Marche	27,54	1,60
Lazio	n.d.	n.d.
Abruzzo	21,28	1,21
Molise	n.d.	n.d.
Campania	6,93	0,42
Puglia	8,31	0,49
Basilicata	20,25	1,18
Calabria	7,96	0,48
Sicilia	22,60	1,36
Sardegna	9,07	0,54

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Assumendo che siano principalmente gli anziani a usufruire dell'assistenza domiciliare, possiamo calcolare la spesa per ADI pro-capite per popolazione *over* 65.

Tabella 9.15 - Spesa per ADI per popolazione *over* 65 - Valori in € - Anno 2008

Regioni	Spesa ADI pro-capite popolazione *over* 65
Italia	**84,26**
Piemonte	101,80
Valle d'Aosta	37,36
Lombardia	75,21
P.A. Bolzano	169,46
P.A. Trento	7,37
Veneto	93,76
Friuli Venezia G.	239,10
Liguria	63,8
Emilia Romagna	126,33
Toscana	116,53
Umbria	184,07
Marche	122,46
Lazio	0,00
Abruzzo	99,94
Molise	
Campania	44,21
Puglia	46,80
Basilicata	101,09
Calabria	42,98
Sicilia	123,85
Sardegna	49,39

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Anche in questo caso si evidenzia una importante variabilità Regionale: le differenze, quindi, non sono attribuibili alla differente struttura demografica regionale.
Le Regioni con una spesa pro-capite *over* 65 maggiore sono ancora il Friuli Venezia Giulia (€239,1), l'Umbria (€184,1) e la P. A. di Bolzano (€169,5), mentre quelle con spesa per ADI inferiore sono la P. A. di Trento (€ 7,4) e la Valle d'Aosta (€ 37,4), seguite da Calabria e Campania (rispettivamente €43,0 e €44,2).

9.6.2. La spesa dei Comuni per il Servizio di Assistenza Domiciliare

In Italia nel 2006 per il Servizio di Assistenza Domiciliare sono stati spesi dai Comuni circa €758 Mil., di cui il 69,0% è stato impiegato per l'assistenza socio-assistenziale, il 13,9% per l'erogazione di benefici monetari, il 10,2% per l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari ed il 3,9% per la distribuzione dei pasti e/o lavanderia a domicilio; le rimanenti prestazioni (servizi di prossimità, telesoccorso e teleassistenza) hanno assorbito quote marginali della spesa dell'intero settore.
L'analisi del dato regionale rileva che in tutte le Regioni le quote più alte di spesa si registrano nell'ambito dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale; in particolare, in Basilicata la

prestazione in oggetto assorbe l'89,8% della spesa complessiva e l'88,7% in Calabria. Percentuali minori si registrano in Piemonte ed in Veneto: 46,8% del totale della spesa nella prima e 40,5% nella seconda. Le Regioni che destinano una quota maggiore di risorse all'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari sono Veneto (32,0%) e Umbria (32,0%), mentre la Valle d'Aosta e la Basilicata destinano a questo tipo di assistenza rispettivamente lo 0,3% e lo 0,4%. Con riferimento ai trasferimenti monetari, le Regioni che hanno destinato una quota maggiore dei loro budget a favore di questo tipo di provvidenza sono risultate essere: Piemonte (32,7%), Valle d'Aosta (29,6%), Lombardia (22,6%) e Friuli Venezia Giulia (29,3%). L'Umbria ed il Molise non hanno destinato alcuna risorsa a questa forma assistenziale. Alla distribuzione dei pasti e/o lavanderia a domicilio, le Province Autonome di Trento e Bolzano ed il Friuli Venezia Giulia dedicano rispettivamente il 10,8%, il 10,5% e l'11,4% della spesa totale del Servizio di Assistenza Domiciliare. Al telesoccorso e alla teleassistenza la Campania destina il 5,5%, seguita dalla Puglia (3,9%), mentre il Veneto impegna per il servizio in oggetto meno dello 0,1% della spesa complessiva del settore.

Tabella 9.16 - Spesa dei Comuni singoli o associati per tipo di prestazione
Valori % - Anno 2006

Regioni	Tipo di Prestazione						
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari	Servizi di prossimità (buonvicinato)	Telesoccorso e teleassistenza	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	Altro
Italia	**69,12**	**10,19**	**0,64**	**1,58**	**13,89**	**3,87**	**0,72**
Piemonte	46,84	10,79	3,04	1,10	32,73	4,66	0,84
Valle d'Aosta	68,06	0,36	0,00	0,72	29,56	1,30	0,00
Lombardia	66,90	1,48	0,59	1,48	22,64	6,47	0,44
P. A. Bolzano	89,20	0,00	0,00	0,35	0,00	10,45	0,00
P. A. Trento	67,50	3,74	0,00	0,29	17,56	10,80	0,11
Veneto	40,53	31,96	0,73	0,08	20,39	4,02	2,28
Friuli Venezia G.	52,98	5,33	0,37	0,72	29,32	11,14	0,13
Liguria	71,88	5,02	4,19	1,31	15,01	2,43	0,16
Emilia Romagna	66,91	8,73	0,07	0,81	16,91	3,64	2,92
Toscana	73,80	13,92	0,87	2,16	5,03	4,22	0,00
Umbria	65,07	32,03	0,19	2,04	0,00	0,67	0,00
Marche	85,56	8,26	0,25	0,95	1,23	3,41	0,33
Lazio	83,83	12,66	0,03	2,70	0,28	0,46	0,04
Abruzzo	86,62	8,87	0,09	3,43	0,35	0,65	0,00
Molise	88,47	7,54	0,00	2,33	0,00	1,65	0,02
Campania	77,37	14,39	0,08	5,50	1,79	0,64	0,23
Puglia	66,77	20,54	2,23	3,90	1,38	5,13	0,05
Basilicata	89,82	0,41	0,02	0,46	0,40	8,89	0,00
Calabria	88,69	4,20	0,35	3,80	0,68	2,11	0,18
Sicilia	78,72	3,41	0,00	0,83	16,21	0,69	0,13
Sardegna	87,65	8,86	0,00	0,45	0,12	0,94	1,98

Fonte: Istat.

Dal momento che il Servizio di Assistenza Domiciliare fornito dai Comuni riguarda principalmente l'area anziani e l'area disabili, nella nostra analisi continueremo a considerare solamente queste due aree di utenza. In particolare, nel 2006, a livello nazionale, all'area disabili è stato destinato il 22,2% del totale delle risorse assegnate ai servizi domiciliari. L'area anziani nel suo complesso, sempre nel 2006, ha assorbito il 69,2% del totale dei fondi del servizio.
Scendendo nel dettaglio regionale, è possibile osservare come Umbria (42,1%), Lazio (45,4%9 e Sardegna (36,7%) siano le Regioni che destinano maggiori risorse all'area disabili; la P. A. di Bolzano, invece, al Servizio di Assistenza Domiciliare a favore dei disabili non assegna alcun fondo, destinando l'intero ammontare ai soli anziani. Le Regioni che dedicano maggiori risorse all'assistenza a favore degli anziani sono risultate essere: Veneto (80,6%), Friuli Venezia Giulia (83,4%) e Emilia Romagna (84,4%); di contro il Lazio, nel medesimo anno, ha riservato per l'assistenza agli anziani il 42,3% del totale delle risorse previste per il Servizio di Assistenza Domiciliare.

Tabella 9.17 - Spesa dei Comuni singoli o associati per area di utenza Valori % - Anno 2006

Regioni	Area di Utenza	
	Disabili	Anziani
Italia	**22,15**	**69,15**
Piemonte	14,60	76,95
Valle d'Aosta	0,38	75,99
Lombardia	14,56	70,30
P. A. Bolzano	0,00	100,00
P. A. Trento	7,68	78,92
Veneto	14,18	80,65
Friuli Venezia G.	10,57	83,44
Liguria	15,58	81,45
Emilia Romagna	12,85	84,41
Toscana	17,93	74,10
Umbria	42,11	46,20
Marche	25,60	67,27
Lazio	45,48	42,33
Abruzzo	29,33	63,42
Molise	28,20	66,70
Campania	29,72	61,20
Puglia	17,32	70,80
Basilicata	33,94	52,78
Calabria	24,73	62,43
Sicilia	29,34	67,99
Sardegna	36,78	59,13

Fonte: Istat.

Nel 2006, a livello nazionale, per l'Assistenza Domiciliare Assistenziale[22] è stato speso per ogni utente disabile mediamente €2.878, mentre per ogni anziano, in media, €1.218. Il fenomeno presenta una spiccata variabilità regionale; nell'area disabili le Regioni che hanno avuto una spesa media per utente più elevata sono state: P. A. di Trento, Lazio ed Umbria; mentre, quelle che hanno rilevato una spesa più bassa sono state la Valle d'Aosta e la Calabria. Nel settore anziani, i valori più alti di spesa media per utente si sono avuti in Valle d'Aosta ed in P. A. di Trento; all'estremo opposto la Calabria, che presenta una spesa media per anziano assistito di €489.

Tabella 9.18 - Spesa dei Comuni singoli o associati per area di utenza Valori in € - Anno 2006

Regioni	Spesa media Disabili	Spesa media Anziani
Italia	**2.878**	**1.218**
Piemonte	1.960	1.782
Valle d'Aosta	1.275	4.871
Lombardia	2.447	821
P. A. Bolzano	0,00	3.469
P. A. Trento	9.078	4.243
Veneto	1.370	874
Friuli Venezia G.	2.733	2.191
Liguria	3.883	1.848
Emilia Romagna	1.629	747
Toscana	3.365	1.784
Umbria	4.770	1.606
Marche	3.278	1.745
Lazio	6.782	1.793
Abruzzo	2.799	1.355
Molise	3.005	910
Campania	2.240	1.328
Puglia	4.298	1.257
Basilicata	3.336	1.432
Calabria	1.419	489
Sicilia	2.091	1.244
Sardegna	3.461	2.607

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Istat.

[22] *Questa voce comprende i seguenti servizi: l'assistenza domiciliare socio assistenziale, l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari e i voucher, assegni di cura e buoni socio sanitari.*

Bibliografia

- D.P.C.M. 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza. GU, Suppl. ord. n. 33, 8 febbraio 2002-serie generale.
- Istat. 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. L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni-anno 2005. Anno 2008.
- Istat. L'integrazione sociale delle persone con disabilità. Anno 2004. Statistiche in breve 2005.
- Istat. La prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni-anno 2003. Anno 2005.
- Istat. La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni-anno 2004. Anno 2007.
- Istat. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005. Nota per la stampa, 2 marzo 2007.
- Istat-Inps. Statistiche in breve: i beneficiari delle prestazioni pensionistiche. Statistiche della previdenza e dell'assistenza. Anni vari.
- Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. GU, Suppl. ord. n. 186, 13 novembre 2000.
- Ministero della Salute. Dipartimento della qualità. Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio. 2006
- Progetto Obiettivo tutela della salute degli anziani. Prospettive assistenziali, n. 97, gennaio-marzo 1992.

Capitolo 10

Il sistema di Assistenza Farmaceutica

10 - Il sistema di Assistenza Farmaceutica

Bernardini A.C.; Ratti M.

Sintesi

Elementi distintivi dell'analisi 2009:

- In termini di spesa farmaceutica, l'Italia si colloca al di sopra della media dei Paesi OECD sia per incidenza della spesa totale farmaceutica sul totale spesa sanitaria (19,3% contro una media del 17,3%), sia per quota di spesa farmaceutica sul PIL (1,7% contro una media del 1,5%);
- I dati sopra esposti risentono dei denominatori, in particolare il gap di PIL rispetto agli altri Paesi, così che in termini di spesa pro capite, con US$ 518 (-1% su 2006), si posiziona all'ottavo posto ,all'interno dell'area OECD; fra i Paesi Europei è al terzo posto per spesa farmaceutica pro capite privata (52% sul totale);
- Il tetto della territoriale è stato "sostanzialmente" rispettato (tranne per il Lazio, l'Abruzzo, la Campania, la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Sardegna), il limite complessivo del 16,4% (14% di spesa convenzionata + 2,4% di spesa delle strutture sanitarie) è stato rispettato solo da poche Regioni: Valle d'Aosta (14,8%), Lombardia (15,4%), Veneto, Trento (14,0%) e Bolzano (13,5%);
- La spesa farmaceutica pro capite territoriale pesata conferma che le Regioni che hanno superato il tetto del 14% presentano una spesa pro capite maggiore rispetto alle altre (Lazio € 360,30, Calabria € 359,40 e Sicilia € 357,50);
- Si registra un aumento dello 0,3% della spesa farmaceutica territoriale complessiva (un aumento provocato un aumento della spesa privata di circa lo 0,7% e da una aumento della spesa pubblica pari allo 0,1%); a tale aumento corrisponde un aumento del numero delle prescrizioni (in termini di confezioni vendute) pari al 2,7% (+0,1 rispetto al 2007). Il numero maggiore di prescrizioni, rispetto all'anno precedente, si è registrato nella Classe A (spesa privata +5,1%; spesa SSN +4,6%);
- Il consumo farmaceutico di classe A SSN è aumentato di quasi il 4,8% rispetto al 2007: ogni mille abitanti sono state prescritte 924 dosi di farmaco al giorno a fronte delle 881 registrate nel 2007 (un aumento del 59,3% se paragonato al 2000);
- I dati di spesa farmaceutica territoriale relativi ai primi 6 mesi del 2009 (gennaio-giugno) evidenziano un limitato aumento della spesa (+0,3%), rispetto allo stesso periodo del 2008. Tale aumento, non è proporzionale al numero di ricette che nello stesso periodo subiscono un rialzo del 2,8%.
- La riduzione della spesa media per ricetta (-3,7%) è dovuta agli interventi sui prezzi dei medicinali varati dall'AIFA supportata da azioni di contenimento varati dalle singole Regioni e dallo scadere di un numero sempre elevato di brevetti;

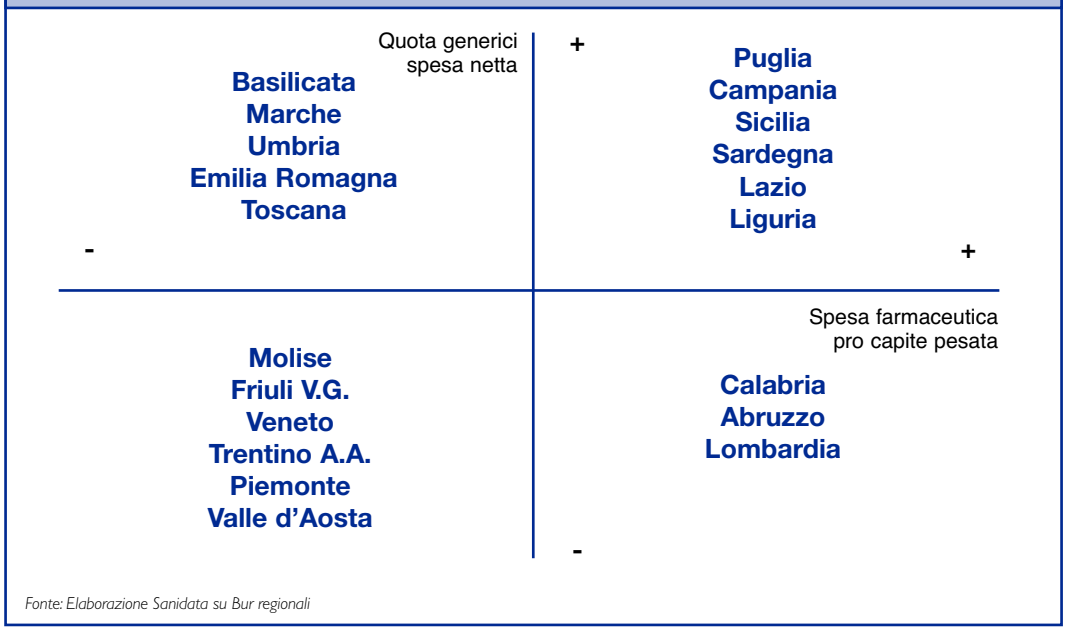
Tabella 10.1 - "Livello" di regolamentazione regionale

Regione	Livello limiti prescrittivi*	Procedimenti applicativi off label**	Livello compartecipazione ***	Prezzi di riferimento Inibitori di Pompa****	Quotagenerici *****
Piemonte	++	+	+	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-
Lombardia	-	+	+	-	-
Trentino A.A.	-	-	-	-	-
P.A. Trento	-	+	-	-	-
P.A. Bolzano	-	-	+	-	-
Veneto	++	+	+	-	-
Friuli V.G.	-	+	-	-	-
Liguria	+	-	+	+	+
Emilia Romagna	-	-	-	-	-
Toscana	-	+	-	-	+
Umbria	-	-	-	-	-
Marche	-	+	-	-	+
Lazio	+	+	+	+	-
Abruzzo	++	+	+	+	-
Molise	+	+	+	+	-
Campania	-	-	+	+	+
Puglia	-	+	+	+	-
Basilicata	+	+	-	-	+
Calabria	+	-	+	+	-
Sicilia	+	-	+	+	+
Sardegna	-	-	-	+	-

** -: Nessun limite segnalato; +: 2 limiti prescrittivi; ++: >2 limiti prescrittivi*
*** -: Nessun procedimento applicativo disciplinato; +: Definizione delle modalità applicative regionali*
**** -:No ticket; +: Ticket*
***** -:non indicato; +:indicato prezzo di riferimento*
****** -: Non previste quote generici +:quote generici*
Fonte: Elaborazione Sanidata su Bur regionali

- Il ricorso ai farmaci equivalenti ha raggiunto il 27,2% della spesa farmaceutica netta a carico del SSN e il 43,2% delle quantità consumate espresse in DDD; a livello regionale l'incidenza dei farmaci equivalenti sulla spesa netta sono cresciute in modo abbastanza difforme: dal +32,9% della Toscana, al +25,8% della Valle d'Aosta;
- Peraltro in tutte le Regioni (escluso il Trentino Alto Adige) più del 70% della spesa netta per farmaci equivalenti di classe A è composta da farmaci branded.

Figura 10.1 - Correlazione tra spesa farmaceutica pro capite e quote di generici - anno 2008



Fonte: Elaborazione Sanidata su Bur regionali

10.1. Le politiche nazionali del farmaco

Il settore farmaceutico in Italia è stato oggetto negli ultimi anni di molteplici interventi regolatori volti a contenere la spesa farmaceutica che dal 1995 al 2001 aveva fatto registrare un aumento di spesa farmaceutica totale (pubblica e privata) a valori correnti di quasi il 75% (all'incirca del 100% se si prende in considerazione la sola spesa pubblica territoriale lorda) A decorrere dall'anno 2002 (L. n. 405/2001), anche a causa dell'incremento di spesa pubblica netta derivante dall'eliminazione del ticket nel 2001 (L. n. 388/2000), venne deciso che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per l'assistenza farmaceutica territoriale fosse non superiore (a livello nazionale e in ogni singola regione) del 13% della spesa sanitaria complessiva. In una logica di tipo federalista, le Regioni, avrebbero dovuto mantenere i propri livelli di spesa al di sotto del tetto programmato: ciò nonostante, nel 2004, si registrò un ulteriore aumento della spesa territoriale (compresa la quota di distribuzione diretta ospedaliera) del 9,20% rispetto al 2003. L'allora neonata Agenzia Italiana per il Farmaco (AIFA), decise così di intervenire, non tanto per realizzare un mero taglio della spesa, quanto una complessiva razionalizzazione della stessa. Rispetto al passato gli interventi normativi hanno, in pratica, regolato non solo il prezzo del farmaco ma anche le quantità del venduto. Con il D. L. n. 156/2004 (convertito in Legge n. 202/2004), l'AIFA ha posto a carico del produttore uno sconto sulla propria quota di spettanza[1] (cosiddetto margine) pari al 4,12%

[1] *A decorrere dall'anno 1997 (L. n. 662/1996) le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali sono fissate per le aziende farmaceutiche, per i grossisti e per i farmacisti rispettivamente al 66,65%, al 6,65% e al 26,7% sul prezzo di vendita al pubblico al netto di imposta sul valore aggiunto.*

del prezzo al pubblico IVA compresa, da applicare a tutti i farmaci rimborsabili dal SSN, ad esclusione dei prodotti dispensati in ospedale, dei medicinali inseriti nelle liste di trasparenza (specialità medicinali di classe C da vendersi su presentazione di ricetta medica) e dei prodotti emoderivati plasmatici e da DNA ricombinate. La manovra di aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Nazionale 2005 (Determina AIFA del 16.12.2004), attraverso l'osservazione sui dati di consumo e di spesa relativi al primo semestre 2004, ha condotto all'applicazione del nuovo Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN).
L'analisi, avvenuta attraverso l'aggregazione dei principi attivi responsabili dell'incremento della spesa all'interno di categorie omogenee di farmaci (categorie già individuate nell'aggiornamento del PFN 2003[2] ed operate dalla Commissione Unica del Farmaco nel 1997 (CUF) sulla base di sistemi internazionalmente riconosciuti: l'*Anatomical Therapeutic Classification (ATC) e Defined Daily Dose*), ha consentito, per la prima volta, di eliminare le distorsioni di mercato agendo sull'aumento incongruo delle prescrizioni. Le 15 categorie esaminate sono quelle che hanno determinato un aumento della spesa, nel primo semestre 2004, superiore all'incremento medio del settore (pari all'8,6%). Nel computo sono stati esclusi tutti i prodotti introdotti nel 2003 (ritenuti possibili farmaci innovativi) e anche le categorie omogenee caratterizzate da una fluttuazione negativa di spesa. Successivamente è stata calcolata, per ciascuna molecola, la differenza tra il valore di spesa effettivamente registrato e il fatturato che si sarebbe realizzato qualora l'incremento, rispetto al 2003, fosse stato quello medio di settore. Infine, pesando l'incidenza di ciascuna classe rispetto al valore complessivo del ripiano, è stata fissata l'entità della singola riduzione del prezzo[3] riferita ad ogni principio attivo, in modo da coprire, per la propria quota di partecipazione al ripiano, l'aumento di spesa ponderata con i consumi 2004. Con tale individuazione e selezione dei prodotti, si è resa possibile una selettività della manovra, ovvero che la riduzione dei prezzi si applicasse a un numero contenuto di prodotti (296) lasciando inalterato il prezzo delle altre 4.474 confezioni presenti nel prontuario. Nel 2006, l'AIFA ha provveduto ad emanare ulteriori provvedimenti nazionali volti a completare il recupero dello sfondamento della spesa farmaceutica avvenuto nel 2005 ed a contenere la spesa per l'anno 2006. I provvedimenti principali sono: la Determina AIFA del 30.12.2005 (che prosegue la manovra iniziata nel 2004), che a decorrere dal 15.1.2006, ha previsto una riduzione temporanea del prezzo al pubblico dei farmaci rimborsabili dal SSN pari al 4,4% dei prezzi in vigore al 31 dicembre 2004; la Determina AIFA del 3 luglio 2006 che prevede un ulteriore riduzione dei prezzi portando il 4,4% al 5% e l'introduzione di una manovra selettiva di revisione del PFN[4] (riduzio-

[2] *"La categoria terapeutica omogenea viene definita come un gruppo di farmaci (principi attivi e relative preparazioni farmaceutiche) che, in rapporto all'indicazione terapeutica principale, hanno in comune il meccanismo d'azione e sono caratterizzati da un'efficacia clinica ed un profilo di effetti indesiderati pressoché sovrapponibile, pur potendo i singoli farmaci diversificarsi per indicazioni terapeutiche aggiuntive" G.U. n. 127/99 C.U.F.*

[3] *"Si introduce un limite massimo di riduzione del prezzo del 10%.*

[4] *La metodologia utilizzata per il PFN 2006 è simile a quella utilizzata per l'aggiornamento del PFN 2005. La principale differenza consiste nell'aver individuato i principi attivi sulla base delle variazioni dei consumi, in termini di Defined Dayly Dose (DDD) invece della variazione di spesa.*

ne 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); alla Determinazione AIFA n. 26 del 27.9.2006, in vigore dal 1.10.2006, che ha applicato una ulteriore riduzione del 5% sul prezzo al pubblico comprensivo di IVA di tutti i farmaci rimborsabili dal SSN (classe A); alla legge finanziaria 2007 (Legge n. 296/2006) che ha esteso la riduzione del 5% per tutto l'anno finanziario 2007. Pur trattandosi di tagli temporanei, di fatto i tagli operati nel periodo 2006-2007, sono diventanti permanenti; la novità della finanziaria 2007 è stata quella di consentire alle aziende farmaceutiche di richiedere all'AIFA la sospensione degli effetti della deliberazione n. 26 del 27.9.2006 a fronte del versamento alle Regioni degli importi individuati da apposite tabelle di equivalenza. Le Aziende farmaceutiche possono richiedere all'AIFA la sospensione della riduzione dei prezzi del 5%, a fronte del versamento in contanti (Pay Back) del relativo valore su appositi conti corrente individuati dalla regione, ripristinando così, per le specialità indicate, il prezzo in vigore al 30.9.2006.

Nel 2007 è intervenuta la L. n. 222/2007, la quale ha stabilito che, a decorrere dal 2008, l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta di medicinali collocati, ai fini della rimborsabilità, in classe A, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, non potesse superare (a livello nazionale ed in ogni singola Regione) il tetto del 14 % del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato. La L. n. 31/2008 ha poi prorogato il meccanismo del Pay Back fino al 31.12.2008.

IL 2009 è stato caratterizzato dall'emanazione del D.L. n. 39/2009, finalizzato alla copertura degli oneri derivanti dagli interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici del 6.4.2009 nella Regione Abruzzo, prevedendo:

- La riduzione del prezzo di vendita al pubblico dei farmaci equivalenti, escluse le specialità medicinali a brevetto scaduto, del 12% fino al 31.12.2009 (dalla riduzione sono esclusi gli equivalenti il cui prezzo è stato determinato dopo il 30.9.2008).
- La restituzione da parte delle farmacie dei cosiddetti extrasconti praticati dalle aziende farmaceutiche nel corso dell'anno 2008, attraverso una trattenuta dell'1,4% del fatturato delle farmacie del SSN, in due rate annuali.
- Una nuova ripartizione del prezzo al pubblico dei generici: 58,65% alle aziende, il 6,65% alla distribuzione intermedia e il 26,70% alle farmacie; il restante 8% ridistribuito tra farmacisti e grossisti secondo le regole di mercato, ferma restando la quota minima per la farmacia del 26,70%. Il mancato rispetto delle quote così determinate, anche con la cessione di quantitativi gratuiti di farmaci o di altra utilità economica, comporterà sanzioni per tutta la filiera del farmaco.
- La rideterminazione del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale nella misura del 13,6 % per l'anno in corso.

10.2. Politica dei farmaci equivalenti in Italia

Sul versante dei farmaci equivalenti, con il D.L. 39/2009 vengono previsti i seguenti interventi sui farmaci equivalenti:

- Riduzione del prezzo di vendita al pubblico del 12% per i farmaci equivalenti non rientranti nelle seguenti categorie:
  - o Medicinali originariamente coperti da brevetto;
  - o Medicinali che abbiano usufruito di licenze derivanti da tale brevetto;
  - o Medicinali il cui prezzo sia stato negoziato successivamente al 30.9.2008.
- Rideterminazione delle quote di spettanza sul prezzo al pubblico (ad eccezione dei medicinali originariamente coperti da brevetto e che abbiano usufruito di licenze derivanti da tale brevetto):
  - o 58,65% alle aziende,
  - o 6,65% alla distribuzione intermedia
  - o 26,70% alle farmacie;
  - o il restante 8% ridistribuito tra farmacisti e grossisti secondo le regole di mercato, ferma restando la quota minima per la farmacia del 26,70%. Il mancato rispetto delle quote così determinate, anche con la cessione di quantitativi gratuiti di farmaci o di altra utilità economica, comporterà sanzioni per tutta la filiera del farmaco.
- Le aziende titolari di farmaci di cui è scaduto il brevetto, ovvero di un medicinale che ha usufruito di una licenza del brevetto scaduto, può, nei nove mesi successivi alla data di pubblicazione dell'AIC del primo medicinale equivalente, ridurre il prezzo al pubblico del proprio farmaco, a condizione che la differenza tra il nuovo prezzo e quello del corrispondente medicinale equivalente sia:
  - o superiore a € 0,50 per i farmaci il cui costo sia inferiore o uguale a € 5, o se si tratti di medicinali in confezione monodose;
  - o superiore a € 1 per i farmaci il cui costo sia superiore ai € 5 o inferiore o pari a € 10;
  - o superiore a € 1,50 per i farmaci il cui costo sia superiore a 10€.

La manovra, giustificata dell' urgenza finanziaria conseguente l'evento sismico della Regione Abruzzo, rischia di compromettere la dinamica concorrenziale tra genericisti e originator.

La stessa Autorità Garante della Concorrenza sul Mercato[5] ha giudicato inadeguate ed insufficienti le misure contenute nel decreto. Le modifiche normative introdotte, pur evidenziano la piena consapevolezza del legislatore in merito alla prassi degli "extrasconti", risultano tuttavia inidonee a contenerne gli effetti distorsivi. I cambiamenti delle percentuali di margine dei farmaci equivalenti sembrano del tutto incapaci di garantire sia l'effettiva neutralità del farmacista, rispetto alla scelta del farmaco da commercializzare, sia la reale compressione dei prezzi dei generici verso gli effettivi costi di produzione. La distorsione della dinamica concorrenziale tra farmaci generici e farmaci di marca appare anzi ulteriormente accentuata dal fatto che tali disposizioni sono dirette esclusivamente ai medicinali equivalenti non di marca.

[5] *Parere del 15/05/2009 bollettino n. 18: "Sistema di remunerazione della distribuzione di farmaci erogati a carico del servizio sanitario locale"*

10.3. Gli interventi regionali

Il vincolo di spesa per l'assistenza farmaceutica in atto dal 2002 ha demandato a livello regionale la responsabilità di attuare manovre al fine di contenere la spesa farmaceutica al di sotto del tetto programmato (passato come detto precedentemente dal 13%[6] nel 2007 al 14%[7] nel 2008). In particolare, le principali manovre sono rivolte:

- all'utilizzo della compartecipazione dei cittadini alla spesa mediante ticket sui farmaci;
- al mantenimento od implementazione della distribuzione "in nome e per conto" attraverso accordi con farmacie e grossisti;
- all'utilizzo di limiti prescrittivi di alcune categorie di farmaci;
- alla definizione dei Prontuari Terapeutici Regionali;

10.3.1. Ticket Farmaceutico

Il ticket farmaceutico è attualmente (novembre 2009) applicato in undici Regioni Italiane (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Lazio, Molise, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) e nella P.A. di Bolzano. Di recente è stato introdotto in Calabria (D.G.R. 247 del 5 maggio 2009) con una quota fissa di € 1 a ricetta più una quota fissa aggiuntiva pari a € 2 per ciascun pezzo prescritto (massimo 2), per un limite massimo di € 5 per ricetta; in Abruzzo (D.G.R. 14/2009) € 0,50 a confezione con un massimo di € 1 a ricetta per i farmaci con prezzo di vendita inferiore o uguale a € 5 e € 2 a confezione con un massimo di € 4 a ricetta per i farmaci con prezzo di vendita superiore a € 5; ulteriori modifiche hanno riguardato nuove esenzioni in Piemonte e nuovi Ticket nel Lazio (a decorrere dal 1.12.2009) con un minimo di € 1 a confezione ad un massimo di € 4.
Nelle Regioni dove non si applicano ticket i cittadini pagano solo l'eventuale differenza tra prezzo di riferimento e prezzo della specialità medicinale più costosa.

10.3.2. Distribuzione Diretta e per Conto

Anche per quanto riguarda la distribuzione le Regioni hanno assunto diverse determinazione. L'art. 8, comma 1, lettera a, b e c della L. n. 405/01 ha previsto forme alternative, alla farmacia, di distribuzione a cui le Regioni possono ricorrere ai fini del contenimento della spesa farmaceutica, prevedendo la facoltà di attivare la distribuzione diretta dei farmaci e di stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie pubbliche e private: il contenimento dei costi diviene una conseguenza diretta di questo sistema di distribuzione implicando uno sconto medio del 50% per le ASL che acquistano farmaci direttamente dalle ditte produttrici.
In seguito, l'AIFA con la determinazione 29.10.2004 ha introdotto il PHT (Prontuario Ospedale Territorio[8]) quale strumento per garantire la continuità assistenziale individuando

[6] *L. n. 405/2001*

[7] *L. n. 222/2007*

[8] *Rappresenta una lista di medicinali per i quali sussistono le condizioni di impiego clinico e di setting assistenziali compatibili con la distribuzione diretta, ma la cui adozione dipende dall'assetto normativo, dalle scelte organizzative e dalle strategie assistenziali definite e assunte da ciascuna Regione (Determinazione AIFA del 29/10/2004)*

la lista dei principi attivi che possono essere oggetto di forme alternative di distribuzione in base a condizioni di compatibilità con la distribuzione diretta.
Tutte le Regioni utilizzano questi meccanismi alternativi di distribuzione, ad eccezione dell'Abruzzo, della Calabria e della Sicilia, le quali non hanno stipulato accordi per la distribuzione per conto e realizzano solo la distribuzione diretta.
Gli accordi attuati nelle Regioni definiscono i medicinali, le modalità di acquisto e le quote di spettanza, ovvero quale rimborso degli oneri di distribuzione da riconoscere alle farmacie e ai distributori intermedi (grossisti). Queste possono essere calcolate in misura percentuale sul prezzo al pubblico o costituite da una quota fissa in base al numero delle confezioni (per le quote di spettanza riconosciute ai grossisti si và da un minimo del 2,3% in Campania - ASL di Napoli 5 e 3, ad un 14% (Farmacisti + grossisti) nella P.A. di Bolzano, per gli oneri destinati alle farmacie le quote si differenziano tra farmacie urbane e rurali[9]).
I medicinali oggetto dell'accordo sono di solito compresi nel PHT, in alcuni casi però viene anche previsto l'acquisto di specialità medicinali non inserite, ad esempio in Campania, ASL Napoli 3 e ASL Napoli 5, o viene specificata l'esclusione di alcuni principi attivi come in Piemonte, Puglia e Umbria. La Basilicata, l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, il Lazio, la Liguria, la Lombardia, le Marche, il Molise, il Piemonte, la Puglia, la Sardegna, la Toscana, l'Umbria, la Sicilia e la Valle d'Aosta utilizzano accordi a livello Regionale, mentre la Campania (ASL Napoli 3, ASL Napoli 4, ASL Napoli 5), il Veneto (ASL delle province di Venezia Rovigo, ASL Provincia di Verona, ASL Alto Vicentino) e le Province Autonome di Trento e Bolzano definiscono accordi a livello locale.

10.3.3. Limiti Prescrittivi

Un altro metodo di controllo della spesa farmaceutica, adottato dalle Regioni, è quello di porre dei limiti prescrittivi per alcune categorie di farmaci.

[9] *Sono considerate "farmacie rurali" quelle "situate in comuni o centri abitati con popolazione non superiore a 5000 abitanti*

Tabella 10.2 - Limitazioni prescrivibilità di farmaci a carico del SSN

Regioni	Limiti prescrittivi
Abruzzo	1 conf. per ricetta per i farmaci inibitori della pompa acida (esclusi equivalenti), farmaci di cui alla Nota 66 (esclusi equivalenti), 1 confezione per ricetta per alcuni antibiotici orali la cui confezione sia sufficiente a coprire 6 gg di terapia e FANS per via iniettiva La limitazione di una confezione a ricetta non si applica: in caso di prescrizione di F.A.N.S. utilizzati per via iniettiva, impiegati per la terapia del dolore destinata a pazienti oncologici ;in caso di prescrizione di antibiotici per via orale ove è prevista la somministrazione bis in die;in caso di necessità di coprescrizione di due diversi antibiotici .
Basilicata	1 conf. per ricetta (esclusi: antibiotici monodose, farmaci per fleboclisi, interferoni per epatite cronica e prodotti galenici preconfezionati multiprescrivibili max 6 conf.; pazienti cronici max 2 conf.)
Calabria	2 pezzi per ricetta, fatte salve le specialità iniettabili monodose ed i farmaci previsti per la terapia del dolore, per i quali valgono i limiti di prescrivibilità in atto vigenti
Lazio	1 conf. per ricetta per i medicinali appartenenti alla categoria omogenea atc C10AA inibitori della HMG CoA e atc C10BA
Liguria	max 6 conf./ricetta stupefacenti per la terapia del dolore
Molise	1 confezione per ricetta STATINE C10AA
Piemonte	max 3 confezioni per ricetta ai soggetti affetti da patologie croniche, per la necessità di trattamenti prolungati nel tempo, possono usufruire della prescrizione multipla di farmaci correlati alla loro patologia cronica; max 6 confezioni per i medicinali a base di antibiotici in confezione monodose, ai medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi e ai medicinali a base di interferone per soggetti affetti da epatite cronica Per i farmaci analgesici oppiacei, utilizzati nella terapia del dolore severo è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni
Sicilia	1 conf. per ricetta per i farmaci Inibitori della Pompa Protonica (ad eccezione degli equivalenti)
Veneto	2 pezzi per ricetta max 6 pezzi per Antibiotici monodose e Medicinali somministrabili solo per fleboclisi ed Interferoni per soggetti affetti da epatite cronica Max 3 pezzi per soggetti esenti ai sensi del d. Lgs 124/98 Prima prescriz. 1 pz. Analgesici oppiacei conf suff. x 30 giorni

Fonte: Sanidata

Sono previsti limiti prescrittivi di un pezzo a ricetta in Abruzzo, Basilicata, Lazio, Molise e Sicilia. In Abruzzo tale limitazione è prevista per i per i farmaci inibitori della pompa acida (esclusi equivalenti), farmaci di cui alla Nota 66 (F.A.N.S. selettivi e COXIB esclusi equivalenti), per alcuni antibiotici orali la cui confezione sia sufficiente a coprire 6 giorni di terapia e FANS per via iniettiva. In Basilicata è prevista la limitazione prescrittiva di un pezzo a ricetta per tutte le specialità medicinali ed i prodotti galenici ad eccezione degli antibiotici monodose, farmaci per fleboclisi ed interferoni per epatite cronica. Nel Molise e nel Lazio la limitazione di una confezione per ricetta è prevista per le statine ed in Sicilia per i farmaci Inibitori della Pompa Protonica (ad eccezione degli equivalenti).
Un'area dei limiti prescrittivi particolarmente importante è quella riferita ai provvedimenti regionali in merito ai prezzi di riferimento per i farmaci appartenenti alla categoria terapeutica omogenea ATC A02BC "Inibitori della pompa acida" - PPI.

Gli inibitori di pompa protonica attualmente in commercio nel nostro Paese sono l'omeprazolo, il pantoprazolo, il lansoprazolo, l'esomeprazolo ed il rabeprazolo ed occupano da qualche anno i primi posti per spesa territoriale; tutti i principi attivi di questo sottogruppo, tranne il rabeprazolo, compaiono nell'elenco dei primi trenta principi attivi per spesa territoriale SSN di cui il lansoprazolo, oramai dal 2007, occupa il secondo posto[10].
Per quel che riguarda invece gli IPP prescritti o erogati nelle strutture pubbliche questi rappresentano circa il 27% delle DDD e il 5% della spesa della categoria terapeutica (Apparato gastrointestinale e metabolismo)[11]. Gli interventi di contenimento varati dalle Regioni prevedono che, qualora si renda necessaria una terapia con inibitori di pompa protonica, i medici possano effettuare esclusivamente prescrizioni di farmaci il cui costo per dose definita al giorno riferito al prezzo al pubblico non sia superiore al prezzo minimo di riferimento presente in tale categoria terapeutica.
In Abruzzo, Calabria, Campania, Puglia, Sicilia il prezzo minimo di riferimento è calcolato in € 0,90, € 0,76 in Sardegna. Nel Lazio la spesa addebitabile a carico del SSR corrisponde al prezzo di riferimento delle confezioni di lansoprazolo e in Molise è pari a € 5,76 per le confezioni a basso dosaggio e € 10,67 per quelle a dosaggio superiore.

10.3.4. Quota minima farmaci equivalenti

Le Regioni, al fine di incrementare l'appropriatezza prescrittiva delle Aziende sanitarie e degli Enti equiparati, hanno dato applicazione, dall'esercizio 2008, a direttive vincolanti finalizzate al contenimento della spesa e al miglioramento qualitativo delle prescrizioni di alcune categorie di farmaci mediante l'utilizzo di quote di farmaci equivalenti da garantire.
In Basilicata tali "quote" sono previste nell'ambito dei limiti prescrittivi per i PPI, per i quali si fissa un limite di 90 confezioni ogni 100 abitanti, di cui il 75% deve però essere costituito da confezioni contenenti principi attivi generici e degli inibitori della HMG-CoA Reduttasi (un'importante categoria di farmaci ipolipemizzanti); l'obiettivo è quello di raggiungere almeno il 25% di prescrizioni a base di principi attivi generici.
In Campania l'obiettivo è di conseguire un incremento (in quantità e valori) delle prescrizioni di farmaci equivalenti del 20% rispetto al livello conseguito nell'anno 2007, e nel 2009 un ulteriore incremento del 20% rispetto al 2008, per alcuni farmaci compresi nella categoria ATC4 vengono definite delle quote, in termini di confezioni erogate, per i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto.
In Liguria sulla base dell'analisi dei consumi si prevede di incrementare l'utilizzo dei farmaci generici per alcune categorie (Inibitori della HMG-CoA Reduttasi, altri antidepressivi, inibitori selettivi della serotonina, macrolidi, Ace Inibitori non associati, Ace inibitori associati, calcio antagonisti derivati diidropiridinici) definendo delle quote annue in termini di unità posologiche.

[10] *Sono considerate "farmacie rurali" quelle "situate in comuni o centri abitati con popolazione non superiore a 5000 abitanti*

[11] *L'uso dei Farmaci in Italia – Rapporto nazionale anno 2008*

Tabella 10.3 - Quota generici garantiti

Normativa	Commenti
Basilicata D.G.R. n. 329/2008	Obiettivi Aziende Sanitarie 2008/2009: utilizzo farmaci generici ≥25% Obiettivi DG Azienda 2008: ATC A02BC - Inibitori della pompa protonica: Limite prescrittivo di 90 confezioni ogni 100 abitanti di cui il 75% costituito da confezioni contenenti principi attivi generici Obiettivi DG Azienda 2008: ATC C09AA: Inibitori della HMG coa Reduttasi: Prescrizione dei farmaci a base di principi attivi generici ≥25%
Campania D.G.R. n. 1882/2008	Obiettivi DG: Incremento (in quantità e valori) delle prescrizioni di farmaci equivalenti del 20% rispetto al livello conseguito nell'anno 2007, e nel 2009 un ulteriore incremento del 20% rispetto al 2008, al fine di consentire l'allineamento della Regione Campania al comportamento prescrittivo della regione più virtuosa Per i farmaci compresi nella categoria ATC4: ATC4 N06AB (antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina): i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni singola azienda, in termini di confezioni erogate almeno il 40% per il 2008 ed il 60% per il 2009 del totale delle confezioni erogate ATC4 C09AA (Ace-inibitori non associati): i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni singola azienda, in termini di confezioni erogate almeno il 30% per il 2008 ed il 40% per il 2009 del totale delle confezioni erogate ATC4 N06AX (altri antidepressivi):i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni singola azienda, in termini di confezioni erogate almeno il 10% per il 2008 ed il 15% per il 2009 del totale delle confezioni erogate ATC4 G04CA (antagonisti dei recettori alfa adrenergici) i farmaci a base di principi attivi non coperti da brevetto, devono rappresentare, su base annua, a livello regionale e di ogni singola azienda, in termini di confezioni erogate almeno il 50% per il 2008 ed il 60% per il 2009 del totale delle confezioni erogate
Liguria D.G.R. n. 131/2009 D.G.R. n. 132/2009	L'utilizzo dei farmaci a base di generici non coperti da brevetto o che abbiano adottato lo stesso prezzo, dovrà rispettare, in termini di unità posologiche erogate, i seguenti indicatori: ATC C10AA - Inibitori della HMG CoA Reduttasi: 50% ATC N06AX - Altri antidepressivi: 20% ATC N06AB - Inibitori selettivi della seratonina: 90% ATC J01FA - Macrolidi: 80% ATC C09AA - Ace inibitori non associati: 90% ATC C09BA - Ace inibitori associati: 58% ATC C08CA - Calcio antagonisti derivati diidropiridici: 64%
D.G.R. n. 208/2008	Incrementato del 50%, in termini di unità posologiche erogate rispetto alla percentuale di consumo più alta fatta registrare fra tutte le ASL regionali nel 2007 per le seguenti categorie: ATC C10AA Inibitori della HMG CoA Reduttasi ATC M01AC Antinfiammatori oxicam derivati ATC B01AB Eparine ATC G04CA Antagonisti dei recettori alfa adrenergici ATC N06AX Altri antidepressivi L'utilizzo dei generici o delle specialità medicinali che abbiano adottato lo stesso prezzo di questi ultimi dovrà rispettare su base annua, in termini di unità posologiche erogate i seguenti indicatori: ATC N06AB - Inibitori selettivi della Seratonina: 90% ATC J01FA - Macrolidi 80% ATC C09AA - Ace inibitori+Diuretico 65% ATC J01DC - Cefalosporine II Generazione 95% ATC C08CA - Ca-Antagonisti derivati Diidropirimidinici 80%
Marche D.G.R. n. 135/2007	Obiettivi DG ASL: ATC A02BC - Inibitori di pompa protonica: Farmaci equivalenti ≥50% sul tot delle unità posologiche della medesima classe ATC da incrementare nel 2008/2009. ATC C08CA - deviatidiidropiridinici: Farmaci equivalenti ≥30% delle unità posologiche della medesima classe ATC ATC C09C C09D - Sostanze ad azione sul sistema renina angiotensiva: Farmaci equivalenti ≥20% sul totale delle confezioni della medesima classe ATC ATC C09AA - ACE inibitori non associati: Farmaci equivalenti ≥40% delle unità posologiche della medesima classe ATC ATC C10AA - Inibitori dell'HMG C0A Reduttasi : Farmaci equivalenti ≥50% delle unità posologiche della classe ATC da incrementare nel 2008/2009 ATC G04CA - Antagonisti dei ricettori alfa adrenergici: Farmaci equivalenti ≥85% sul totale delle unità posologiche della medesima classe ATC ATC N06AB - Inibitori selettivi della serotonina : Farmaci equivalenti ≥90% sul totale delle unità posologiche della medesima classe ATC ATC N06AX - Altri antidepressivi: Farmaci equivalenti ≥15% sul totale delle unità posologiche della medesima classe ATC
Sicilia L.R n. 12/2007	ATC AO2BC - Inibitori di pompa protonica: La prescrizione dei farmaci equivalenti ≥50% totale confezioni erogate nel 2007 e 60% nel 2008 del totale della medesima classe ATC. ATC C09AA - Ace inibitori non associati: farmaci equivalenti ≥40% totale confezioni erogate della medesima classe ATC ATC C10AA - Inibitori dell'HMG C0A Reduttasi: Farmaci equivalenti ≥50% totale confezioni erogate della medesima classe ATC ATC G04CA - Antagonisti dei ricettori alfa adrenergici: Farmaci equivalenti ≥70% totale confezioni erogate della medesima classe ATC N06AB - Inibitori selettivi della serotonina: Farmaci equivalenti ≥60% per il 2007 e 70% per il 2008 totale confezioni erogate classe ATC ATC N06AX - Altri antidepressivi: Farmaci equivalenti ≥15% totale confezioni erogate della medesima classe ATC
Toscana D.G.R. n. 148/2007	ATC A02BC - Inibitori della pompa protonica: Farmaci equivalenti ≥70% totale unità posologiche della classe ATC C08CA - Derivati diidropiridinici: Farmaci equivalenti ≥30% totale unità posologiche della classe ATC ATC C09AA: ACE Inibitori non associati : Farmaci equivalenti ≥40% totale unità posologiche classe C09AA ACE inibitori della HMG Reduttasi:Farmaci equivalenti ≥60% totale unità posologiche classe C10AA ATC G04CA: Antagonisti dei ricettori alfa adrenergici: Farmaci equivalenti ≥85% totale unità posologiche classe G04CA ATC N06AB - Inibitori selettivi della serotonina- ricaptazione: Farmaci equivalenti ≥90% totale unità posologiche classe ATC N06AX - altri anti-depressivi: Farmaci equivalenti ≥15% totale unità posologiche della medesima classe ATC

Fonte: Sanidata

In Sicilia, Marche e Toscana, vengono fissate delle quote di farmaci equivalenti sul totale delle unità posologiche della classe per gli inibitori della pompa protonica, derivati didropiridinici, inibitori non associati, inibitori della HMG Redattasi, adrenergici, inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione, altri anti-depressivi.

10.3.5. Prontuari Terapeutici Ospedalieri Regionali

Fra i vari strumenti adottati per il contenimento della spesa farmaceutica vi è l'adozione del PTOR – Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale.
Nonostante Il PTOR, possa rappresentare un valido strumento organizzativo e tecnico uniforme sul territorio regionale, la presenza delle numerose commissioni regionali, la diversità del loro funzionamento, le tempistiche e le procedure adottate, possono ritardare considerevolmente l'utilizzo di un farmaco e produrre significative difformità di accesso alle cure per i cittadini di Regioni diverse, o anche, nell'ambito della stessa Regione, se afferenti a Aziende Sanitarie e ospedali diversi.
Tutte le Regioni, ad eccezione della Regione Abruzzo, hanno dato carattere vincolante al proprio Prontuario Regionale, in altre parole, i prontuari di livello inferiore non possono utilizzare un farmaco ospedaliero se non è già inserito nella lista del PTOR (denominato anche PTOTR/PTR/PTAV/PTOP). Un caso particolare è quello della Regione Calabria che pur possedendo l'apparato istituzionale connesso con i PTOR, non utilizza in realtà questo strumento poiché, di fatto, tutti i farmaci del PFN vengono automaticamente inseriti nel Prontuario Regionale.

10.4. L'evoluzione della spesa farmaceutica

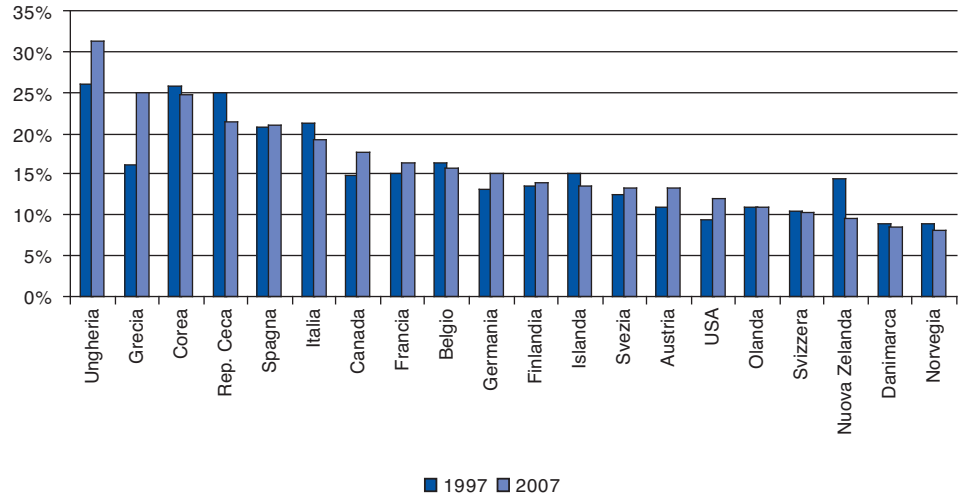
10.4.1. Spesa farmaceutica internazionale

La spesa farmaceutica è un'importante area della spesa per l'assistenza sanitaria in tutto il mondo, in media nei paesi OECD (2007), si attesta al 17,3% del totale della spesa sanitaria (dati OECD Health Data 2009); nell'ultimo decennio disponibile (1997-2007) è cresciuta in media annua del 6,4%. L'Italia si colloca al di sopra della media (considerando quei Paesi[12] di cui è disponibile il dato) con un'incidenza della spesa totale farmaceutica sul totale spesa sanitaria del 19,3% (1,9% rispetto al 1996, in controtendenza rispetto alla maggioranza dei Paesi OECD); l'Ungheria è la nazione con la maggior incidenza 31,2% e la Norvegia la Nazione con l'incidenza più bassa 8,0%. La variabilità dei livelli di spesa farmaceutica, non è facilmente spiegabile: tra i paesi OECD è presente una variabilità sia in termini di prezzo, che di volumi prescrittivi, di consumi e anche di struttura della spesa sanitaria.
L'Italia si colloca al di sopra della media OECD[13] anche considerando la percentuale di spesa farmaceutica sul PIL (1,7% contro una media del 1,5%; +0,1% rispetto al 1997). I Paesi con

[12] *Ungheria,Grecia, Corea, Repubblica Ceca, Spagna, Italia, Canada, Francia, Belgio, Germania, Finlandia, Islanda, Svezia, Austria, USA, Olanda, Svizzera, Nuova Zelanda, Danimarca, Norvegia..*

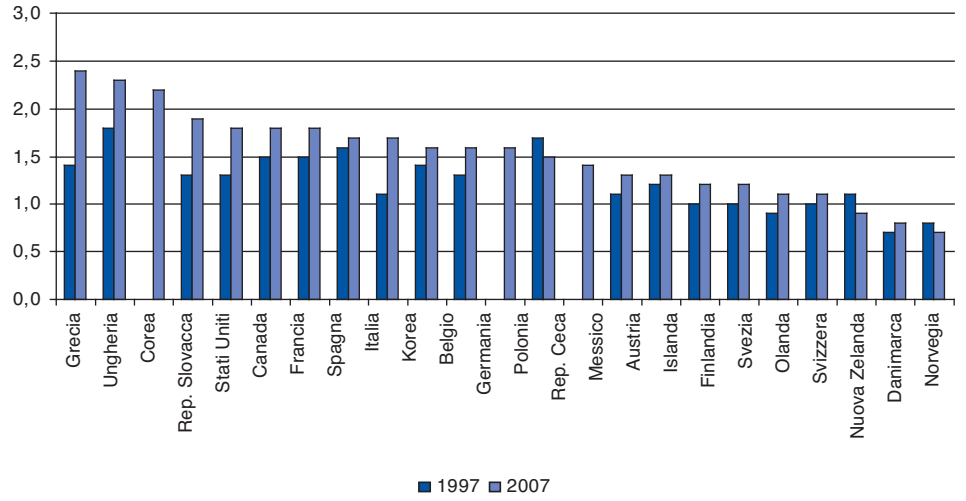
[13] *Dato disponibile 2007: Grecia Ungheria, Repubblica Slovacca, Stati Uniti, Canada, Francia, Spagna, Italia, Corea, Belgio, Germania, Polonia, Repubblica Ceca, Messico, Austria, Islanda, Finlandia, Svezia, Olanda, Svizzera, Nuova Zelanda, Danimarca, Norvegia.*

Figura 10.2 - Incidenza della Spesa farmaceutica totale sulla spesa sanitaria totale - Paesi OECD - Valori % - Anni 1997 2007



Fonte: nostra elaborazione su dati OECD Health Data 2009

Figura 10.3 - Incidenza della Spesa farmaceutica totale sul PIL Paesi OECD - Valori % - Anni 1997 2007



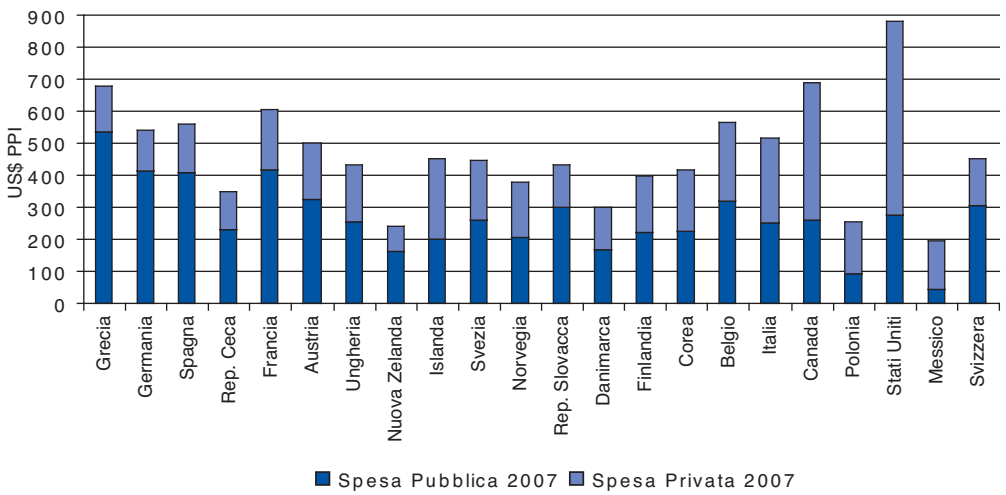
Fonte: nostra elaborazione su dati OECD Health Data 2009

una maggiore incidenza di spesa farmaceutica sul PIL sono: la Grecia (2,4%), l'Ungheria (2,3%), la Rep. Slovacca (2,2%) e gli Stati Uniti (1,9%); quelli con una incidenza più bassa sono: la Norvegia (0,7%), la Danimarca (0,8%), la Nuova Zelanda (0,9), la Svizzera (1,1%) e l'Olanda (1,1%).

Un confronto più significativo si ottiene utilizzando la spesa pro capite: si osserva come

l'Italia nel 2007 si trovi all'ottavo posto (considerando quei Paesi di cui è disponibile il dato in US $ in Parità Potere di Acquisto), all'interno dell'area OECD, con una spesa pro capite di US$ 518 (-1% su 2006). Precedono l'Italia per spesa pro capite farmaceutica gli Stati Uniti (US$878; +4% su 2006), Canada (US$ 691; +8% su 2006), Grecia (US$ 677; +55% su 2006), Francia (US$ 605; +4% su 2006), Belgio (US$ 566; -3% su 2006), Spagna (US$ 562; +6% su 2006) e Germania (US$ 542; +8% su 2006).
Analizzando separatamente la spesa farmaceutica pro capite pubblica e privata si osserva come l'Italia sia al terzo posto tra i Paesi Europei come spesa farmaceutica pro capite privata (52%) sul totale (preceduta da Polonia 62% e Islanda 61% di spesa pro capite privata sul totale). Se invece si considerano tutti i Paesi OECD la maggior quota di pro capite privata sul totale è detenuta dal Messico (79%), seguono gli Stati Uniti (69%) e il Canada (62%).

Figura 10.4 - Spesa pro capite farmaceutica totale Paesi OECD Valori in US$ in PPA - Anno 2007



Fonte: nostra elaborazione su dati OECD Health Data

10.4.2. Spesa farmaceutica nazionale

La spesa farmaceutica è composta dalla spesa territoriale e dalla spesa ospedaliera. Per spesa farmaceutica territoriale si intende la risultante della sommatoria della spesa convenzionata (comprensiva delle eventuali quote di partecipazione a carico degli assistiti) e della spesa relativa alla distribuzione diretta relativa a farmaci collocati in classe A, comunque effettuata (distribuzione diretta delle strutture pubbliche, distribuzione per conto e distribuzione in fase di dimissione ospedaliera)
La spesa farmaceutica territoriale convenzionata, quindi, comprende, l'erogazione a carico del SSN di medicinali da parte delle farmacie aperte al pubblico sulla base di presentazione di ricetta medica, mentre la farmaceutica territoriale include anche la spesa per l'erogazione diretta dei medicinali a carico del SSN, da parte delle farmacie ospedaliere.

Per "farmaceutica ospedaliera" si intendono i consumi relativi a:

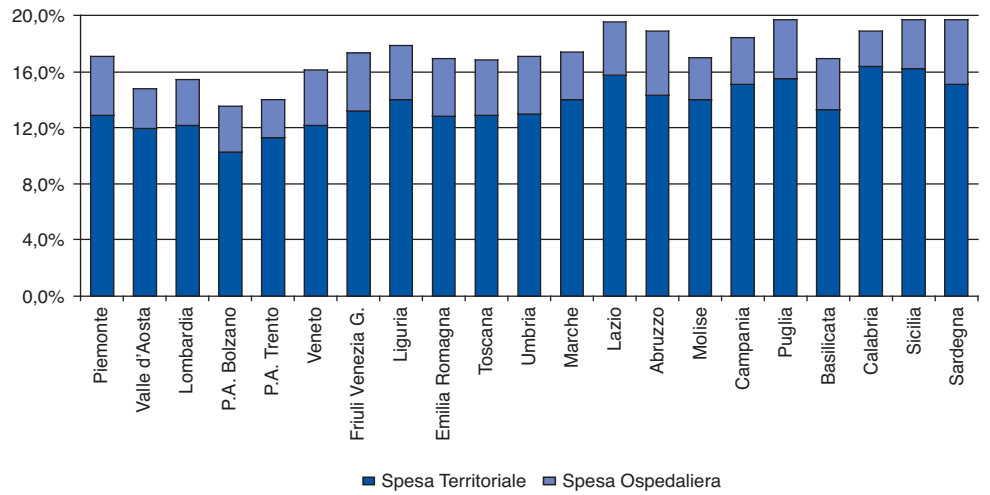
- Farmaci utilizzati (sia essi di classe A – H o C) in regime di ricovero ordinario e diurno nonché in corso di prestazioni ambulatoriali la cui tariffa
- è comprensiva del costo del farmaco;
- Ossigeno erogato nelle condizioni di cui al punto precedente;
- Medicinali di fascia H distribuiti a pazienti per l'avvio o la prosecuzione del trattamento a livello domiciliare (sia RR che OSP2).

10.4.2.1.Spesa farmaceutica totale

Nel 2008 la spesa farmaceutica complessiva (Territoriale + Ospedaliera) ammontava a € 24.426 Mil di cui il 55,9% derivante dalla spesa in Classe A (classe A-SSN 52,1%, classe A -PRIV 3,8%), il 23% dalle ASL, AO, RIA[14] e Penitenziari, il 12,7% dalla classe C con ricetta e l'8,4% dalla automedicazione. Il consumo farmaceutico totale, comprensivo della prescrizione territoriale e di quella erogata attraverso le strutture pubbliche (ospedali, ASL, IRCSS), è stato nel 2008 di circa 1,765 milioni di confezioni (un aumento del 2,7% rispetto al 2007), di cui la copertura di spesa è stata del 67% a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
Il consumo farmaceutico di classe A-SSN è aumentato di quasi il 4,8% rispetto al 2007: ogni mille abitanti sono state prescritte 924 dosi di farmaco al giorno a fronte delle 881 registrate nel 2007 (un aumento del 59,3% se paragonato al 2000). La Regione con il consumo più elevato (classe A-SSN) è la Calabria con 1.053 DDD/1000 ab die (+5,6% rispetto al 2007), seguita da Sicilia e Lazio nelle quali si registrano rispettivamente 1034,1 e 1031,7 dosi ogni mille abitanti; le P.A. di Bolzano e Trento presentano il consumo più basso (690,6 e 784,4 dosi ogni mille abitanti). In definitiva la spesa farmaceutica pubblica (somma della spesa convenzionata farmaceutica del SSN e della spesa farmaceutica erogata attraverso le strutture sanitarie) rappresenta il 17,6% della spesa sanitaria complessiva. Quindi, mentre il tetto della territoriale è stato "sostanzialmente" rispettato (tranne per il Lazio, l'Abruzzo, la Campania, la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Sardegna), il limite complessivo del 16,4% (14% di spesa convenzionata + 2,4% di spesa delle strutture sanitarie) è stato rispettato solo da poche Regioni: Valle d'Aosta (14,8%), Lombardia (15,4%), Veneto, Trento (14,0%) e Bolzano (13,5%). In media, in Italia la spesa delle strutture sanitarie sul totale fondo della spesa sanitaria è stata del 3,7% (+1,3% di quella prevista). Nel 2009 il tetto ha subito un ulteriore modifica in seguito al D. L. 39/2009.

[14] *Istituti o centri di riabilitazione*

Figura 10.5 - Spesa farmaceutica netta su FSR
Valori % - Anno 2008



Nota: i dati sono al netto del payback versato dalle aziende
Fonte: nostra elaborazione su dati Farmindustria e AIFA

L'aumento contenuto della spesa farmaceutica è in definitiva dovuto al taglio dei prezzi e alla perdita di protezione brevettuale di un numero elevato di prodotti e quindi dal costante aumento del mercato degli equivalenti.

10.4.2.2. Spesa farmaceutica territoriale

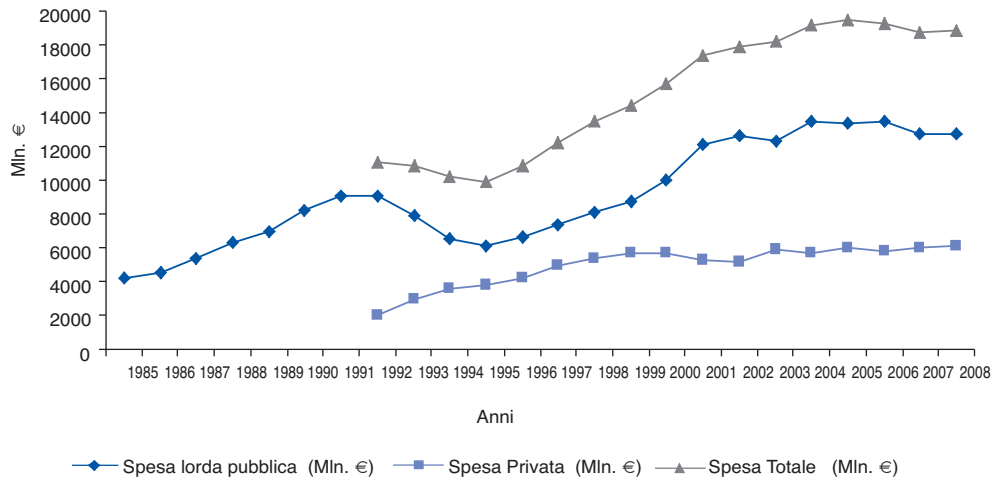
Per quanto riguarda la spesa territoriale complessiva[15], sia pubblica che privata, si è attestata a € 18.810 Mil.[16], facendo registrare un aumento dello 0,3% rispetto all'anno precedente (€ 18.758 Mil.), determinato da un aumento della spesa privata di circa lo 0,7% (l'anno precedente, rispetto al 2006, l'aumento era stato del 4,0%) e da una aumento della spesa pubblica pari allo 0,1%. Si stima[17], che nel 2008, la spesa privata abbia inciso sul 6,0% della spesa sanitaria delle famiglie. Negli ultimi anni (1998-2008) l'incidenza si è ridotta del 3,3%.

[15] *La spesa farmaceutica territoriale comprende la spesa in Classe A-SSN e privato, la spesa per l'automedicazione e la Classe C con ricetta.*

[16] *OSMED, (2008), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2007, Roma, giugno 2008.*

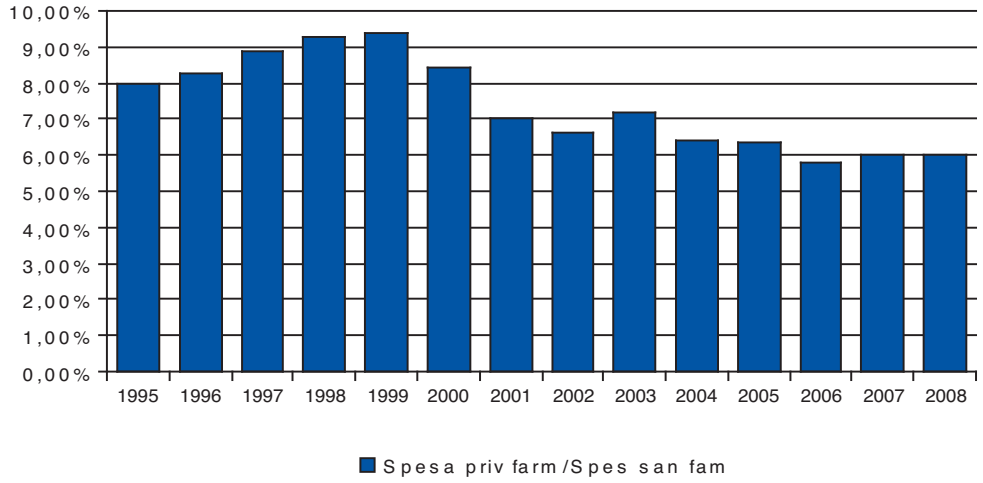
[17] *Il valore 2008 della spesa sanitaria delle famiglie è stato stimato tenendo in considerazione la variazione ottenuta nell'anno precedente.*

Figura 10.6 - Spesa farmaceutica territoriale in Italia Mil. € - Anni 1985-2008



Fonte: nostra elaborazione su dati OSMED 2009

Figura 10.7 - Incidenza della spesa privata territoriale sulla spesa sanitaria delle famiglie- Valori % - Anni 1995 2008

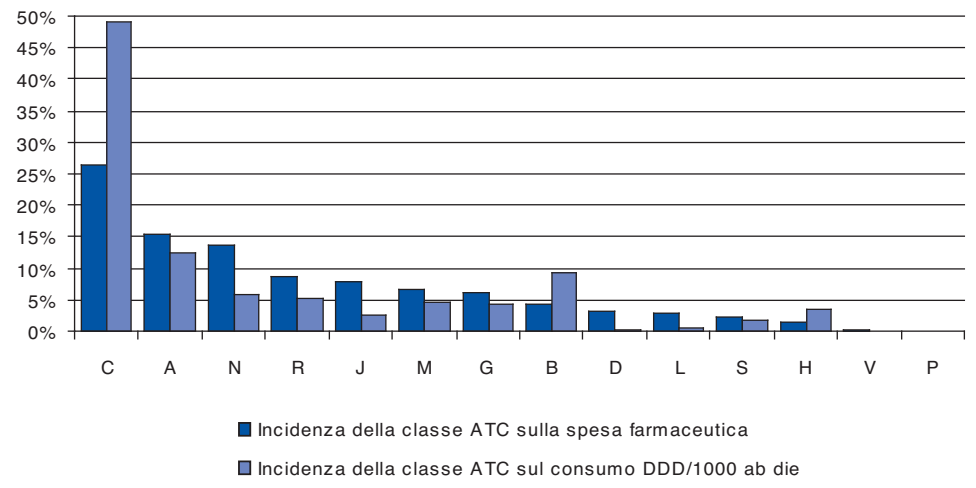


Fonte: nostra elaborazione su dati OSMED 2009 e Istat

L'aumento della spesa pubblica, anche se modesta, denota una inversione di tendenza rispetto all'anno precedente (diminuzione del 5,4%, la più consistente dal 1996).
Ad un aumento dello 0,3% della spesa farmaceutica territoriale complessiva corrisponde un aumento del numero delle prescrizioni (in termini di confezioni vendute) pari al 2,7% (+0,1 rispetto al 2007). Il numero maggiore di prescrizioni, rispetto all'anno precedente, si è regi-

strato nella Classe A (spesa privata +5,1%; spesa SSN +4,6%).
I dati di spesa farmaceutica territoriale relativi ai primi 6 mesi del 2009 (gennaio-giugno) evidenziano un aumento della spesa (+0,3%), rispetto allo stesso periodo del 2008. Tale aumento, non è proporzionale al numero di ricette che nello stesso periodo subiscono un rialzo del 2,8%. La riduzione della spesa media per ricetta (-3,7%) è dovuta agli interventi sui prezzi dei medicinali varati dall'AIFA (taglio selettivo dei prezzi dei farmaci a maggior impatto sulla spesa, in vigore dal 15.7.2006, e ulteriore taglio generalizzato del 5% dei prezzi di tutti i medicinali, in vigore dal 1.10.2006[18]) supportata da azioni di contenimento varati dalle singole Regioni e dallo scadere di un numero sempre elevato di brevetti.
La suddivisione della spesa farmaceutica territoriale per classe terapeutica mostra una incidenza maggiore delle classi C, A, N, R (rispettivamente: sistema cardiovascolare, apparato gastrointestinale e metabolismo,sistema nervoso, sistema respiratorio) rispettivamente del 26,4%, del 15,4%, del 13,7% e del 8,8%. (spesa che aumenterebbe l'incidenza di alcune classi come quella L-Antineoplastici).
La classifica rimane sostanzialmente invariata dal punto di vista dell'incidenza della classe sui consumi territoriali (% DDD/1000 ab die): le prime tre classi (C, A, N) assorbono il 67,5% delle DDD/1000 ab die. Il peso delle classi, sia sulla spesa, che sui consumi, è comunque condizionato dalla mancata incidenza sulla spesa ospedaliera[19]

Figura 10.8 - Incidenza della classe ATC sulla farmaceutica territoriale e sui consumi DDD/1000 ab die - Valori % - Anno 2008



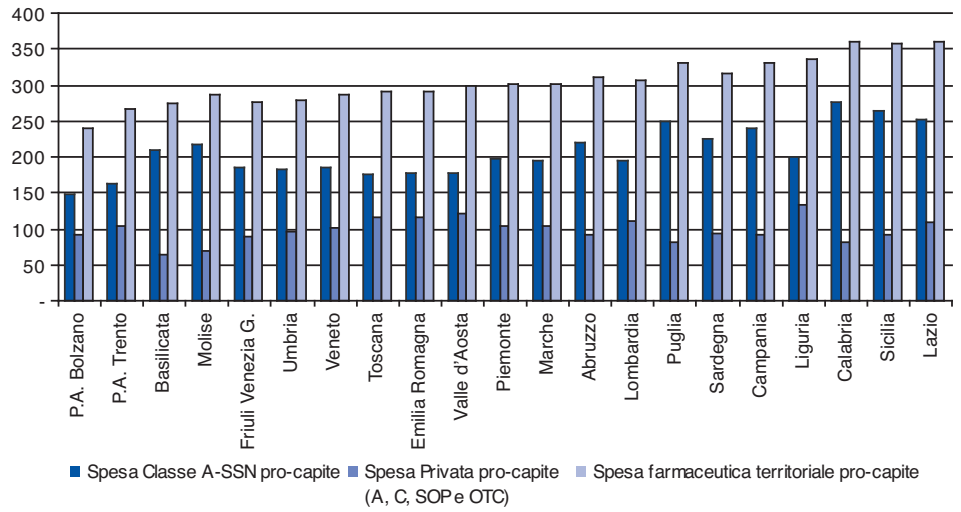
Fonte: nostra elaborazione su dati OSMED 2009

[18] *Determina Aifa 27 settembre 2006 pubblicata sulla G.U. del 29 Settembre 2006.*

[19] *Dati attualmente non disponibili*

Nel 2008 la spesa farmaceutica netta territoriale del SSN ha rappresentato in media il 13,6% della spesa sanitaria regionale, mantenendo una elevata variabilità tra le Regioni: le Regioni e Provincie Autonome del Nord presentano tutte una spesa al di sotto del tetto del 14% (dal 10,3% della P.A. di Bolzano al 14,0% della Regione Liguria); anche quelle del Centro si trovano al di sotto del tetto del 14% ad eccezione del Lazio e dell'Abruzzo che presentano una spesa del 15,7% e 14,3%; le regioni del Sud e Isole che superano il tetto sono la Calabria (16,4%) e la Sicilia (16,2%), la Puglia (15,5%), la Campania (15,1%) e la Sardegna (15,1%).
La spesa farmaceutica pro-capite territoriale pesata conferma che le Regioni che hanno superato il tetto del 14% presentano una spesa pro-capite maggiore rispetto alle altre (Lazio € 360,30, Calabria € 359,40 e Sicilia € 357,50).
La spesa procapite privata (A, C, SOP e OTC) maggiore spetta alla Liguria (€ 134,00), Valle d'Aosta (€121,20) e Toscana (€116,40); la spesa più bassa alla Basilicata (€ 64,00); Molise (€69,80) e Puglia (€82,10).

Figura 10.9 - Spesa farmaceutica pro capite territoriale (pop. pesata) Valori % - Anno 2008



Fonte: nostra elaborazione su dati OSMED 2009

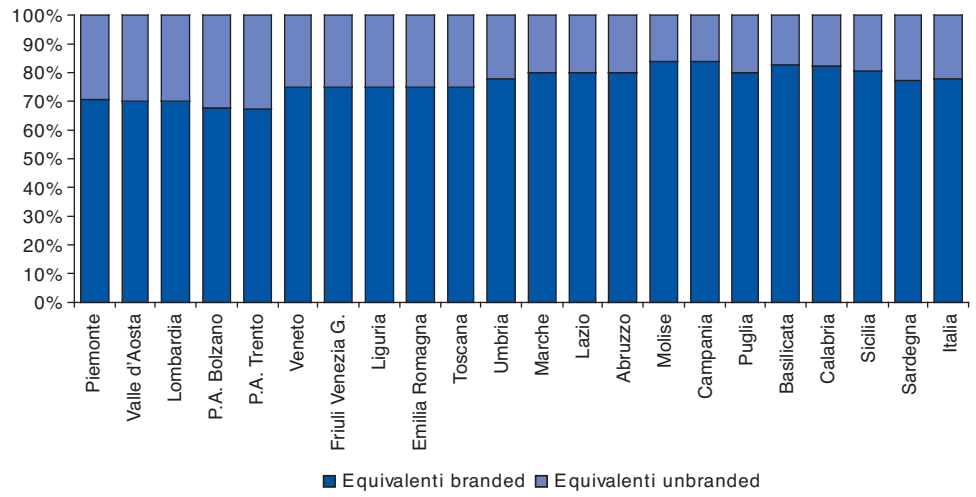
Nei primi sei mesi del 2009 rispetto al 2008, le Regioni che presentano un calo della spesa farmaceutica territoriale nei primi sono il Lazio (-6,1%), la Sicilia (-3,2%), la Calabria (-1,3%), l'Abruzzo (-0,6) e la Toscana (-0,5%). Le Regioni con un più alto impatto della spesa farmaceutica territoriale 2009 rispetto al 2008 sono la Valle d'Aosta (+4,5%), la Puglia (+3,8) la Basilicata (+3,7) e il Piemonte (+3,7).
Dati aggiornati ad ottobre 2009 confermano un calo della spesa farmaceutica netta a carico del SSN, con una diminuzione del -1% rispetto allo stesso periodo del 2008, a fronte di un aumento del numero delle ricette (+3%) correlato, probabilmente, al calo del numero dei

ricoveri (-1,7% nel 2008), risultato di un maggior ricorso all'assistenza farmaceutica territoriale. Il calo di spesa è particolarmente evidente nel Lazio (-5,4%), in Calabria (-5%) e in Sicilia (-3,9%), Regioni che hanno adottato misure di contenimento molto drastiche in conseguenza ai piani di rientro dal deficit.

10.4.2.3. Consumi e spesa farmaceutica per equivalenti

Il mercato dei farmaci equivalenti[20], è in costante aumento, ed ha raggiunto il 27,2% della spesa farmaceutica netta a carico del SSN (2008) e il 43,2% delle quantità consumate espresse in DDD (2008); si segnala tra i farmaci generici, come negli anni precedenti, uno scarso l'utilizzo dei farmaci unbranded. I consumi procapite di farmaci equivalenti sono aumentati del 47,8% rispetto al 2008.
In tutte le Regioni (escluso il Trentino Alto Adige) più del 70% della spesa netta 2008 per farmaci equivalenti di classe A è composta da farmaci branded.

Figura 10.10 - Spesa per farmaci equivalenti sulla spesa netta per quota branded e unbranded - Valori percentuali - Anno 2008

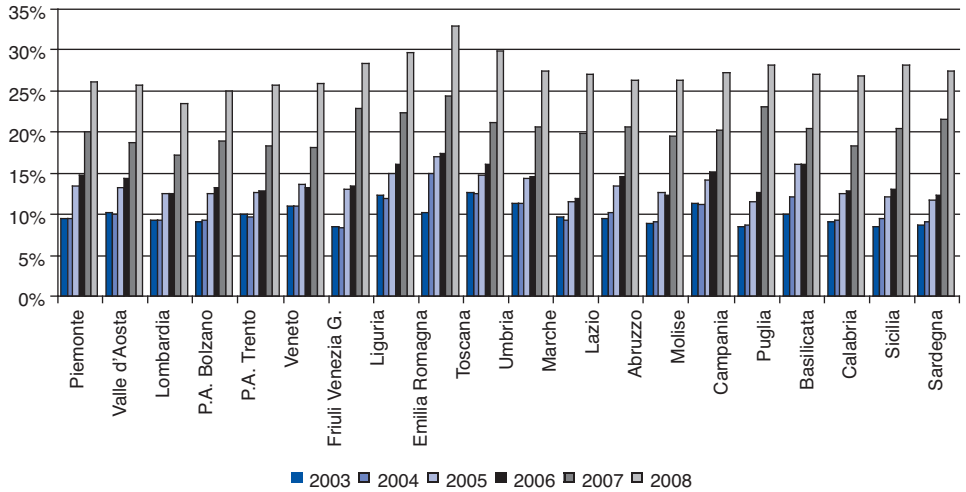


Fonte: Rapporto OSMED 2009

In media nazionale, nel 2008 l'incidenza dei farmaci equivalenti sulla spesa netta rispetto al 2007 ha avuto un incremento del 27,2%. La Toscana (32,9%), l'Umbria (29,9%), l'Emilia Romagna (29,7%) e la Liguria (28,3) sono le Regioni che presentano una maggior spesa per farmaci equivalenti sulla spesa netta, la Lombardia (23,4%), il Trentino (25,0%), il Veneto (25,7%) e la Valle d'Aosta (25,8%) sono quelle con incidenza per spesa netta per farmaci equivalente minore.

[20] *Comprensiva sia dei farmaci generici branded (farmaci a brevetto scaduto con nome di fantasia) che unbranded (farmaci a brevetto scaduto con nome del principio attivo).*

Figura 10.11 - Spesa regionale per farmaci equivalenti sulla spesa pubblica netta - Valori % - Anno 2003 2008



Fonte: nostra elaborazione su dati OSMED 2009

Tabella 10.4 - Calendario delle principali scadenze brevettuali Anno 2010

CCP	Medicamento	Scadenza brevetto	Scadenza CCP*	Normativa di concessione
844	advate - octocog alfa	11/01/2005	11/01/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
808	refacto - moroctocog alfa	11/01/2005	11/01/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
589	zanedip - lercanidipina cloridrato	21/01/2005	21/01/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
724	herceptin - trastuzumab	08/02/2005	08/02/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
729	azomyr, opulis, allex, aerius, neoclarityn - desloratadina	12/02/2005	12/02/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
624	hizaar - losartan potassico e idroclorotiazide	05/01/2009	15/02/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
575	abelcet - amfotericina	04/03/2008	19/02/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
677	beromun - tasonermina	26/02/2005	26/02/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
375	mepral - omeprazolo	16/04/2007	01/03/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
527	synvisc - acido ialuronico	29/11/2008	17/03/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
621	quadramet - samario(153sm) lexidronam pentasodico	15/04/2005	15/04/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
770	rebetol - ribavirina	16/04/2005	16/04/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
775	vasexten, osipine e libradin - barnidipina	16/04/2005	16/04/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
588	corvert - ibutilide fumarate	01/05/2005	01/05/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
722	keppra -levetiracetam	14/05/2005	14/05/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
676	beromun - tasonermina	03/07/2005	03/07/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
639	syscor - nisoldipina	14/06/2008	12/07/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
535	pylorid - sali ranitidina formati con complessi di bismuto di acido carbossilico	17/07/2009	15/07/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
554	arimidex - anastrozolo	14/06/2008	10/08/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
580	tomudex -raltitredex	24/03/2007	11/08/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
572	naropina - ropivacaina cloridrato monoidrato	15/12/2006	15/09/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
643	vellutan - tacalcitolo	07/10/2005	07/10/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
670	regranex - becaplermin	10/10/2005	10/10/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
601	excenel rtu - ceftiofur cloridrato	15/10/2005	15/10/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
582	lobivon - nebivololo cloridrato	16/03/2009	18/10/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
685	gonal-f - follitropina alfa	30/01/2006	21/10/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
825	fuzeon - enfuvirtide	30/10/2005	30/10/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
891	fuzeon - enfuvirtide	30/10/2005	30/10/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
528	hylaform - acido ialuronico	29/11/2008	01/11/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
592	mizollen - mizolastina	02/09/2006	21/11/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
540	advocin- danofloxacin	12/09/2006	27/11/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
524	taxotere -docetaxel	16/07/2007	27/11/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
623	clinoleic 20% - olio di oliva e olio di soia purificati	12/07/2008	28/11/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
537	ipstyl - lanreotide	02/12/2005	02/12/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
830	humira e trudexa - anticorpo monoclonale umano contro tnf-alfa (adalimumab)	13/12/2005	13/12/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
718	actonel, fortipan, avestra, optinate -risedronato sodico	16/12/2005	16/12/2010	regolamento 18 giugno 1992 n. 1768/92/cee
53	synarel – nafarelin	03/06/2000	31/12/2010	legge 19 ottobre 1991 n. 349

**Certificati complementari di protezione*
Fonte: Assogenerici

10.4.2.4. Spesa farmaceutica convenzionata

La quota maggiore di spesa convenzionata è destinata all'assistenza farmaceutica che in Italia, nel 2008, ammonta a € 11.207,87 mln. Nel periodo 2001 2008 tale voce di spesa si è ridotta in termini nominali del -0,6% medio annuo: 0,4% nel Nord, 0,4% nel Centro e 0,8% nel Sud.

In termini reali le variazioni sono più consistenti e rispettivamente del -3,1% medio annuo per l'Italia nel suo complesso, del -2,9 % nel Nord, del -2,9 % nel Centro e del -3,3% nel Sud.

Tabella 10.5 - Variazione spesa farmaceutica convenzionata
Valori %

Regioni	Media annua 2006/2001	2007/2006	2008/2007
Italia	**1,21**	**-6,81**	**-2,87**
Nord	**0,73**	**-3,02**	**-3,28**
Centro	**2,40**	**-8,84**	**-5,22**
Sud	**1,06**	**-9,50**	**-1,12**
Piemonte	-0,02	-0,90	1,47
Valle d'Aosta	1,78	-1,61	-7,42
Lombardia	0,65	-2,85	-4,40
P. A. Bolzano	-1,56	-4,92	-1,13
P. A. Trento	2,42	-1,83	0,48
Veneto	0,44	-2,60	-3,88
Friuli Venezia G.	2,48	-2,20	-3,09
Liguria	0,23	-9,66	-3,78
Emilia Romagna	1,74	-2,99	-5,48
Toscana	0,15	-3,20	-4,79
Umbria	0,85	-3,87	-4,39
Marche	0,90	-1,05	-3,85
Lazio	4,05	-13,52	-5,86
Abruzzo	0,58	-7,97	-0,03
Molise	0,18	-6,11	-0,48
Campania	-0,75	-8,11	-0,41
Puglia	1,59	-10,50	2,11
Basilicata	0,10	-6,88	10,90
Calabria	2,34	-4,79	-0,37
Sicilia	1,91	-12,91	-5,92
Sardegna	2,28	-8,83	-1,30

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Grazie alle manovre di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata si è osservato negli anni non solo un rallentamento dei tassi di crescita ma anche in molti casi una riduzione in valore assoluto. Tra il 2007 e il 2008 la spesa convenzionata si è ridotta in media del -2,9%: -3,3% nel Nord, -5,2% nel Centro e -1,1% nel Sud. Tale riduzione era già iniziata nel 2006, in maniera ancor più pronunciata rispetto all'ultimo anno (-6,8% in Italia, -3,0% nel

Nord, -8,8% nel Centro e -9,5% nel Sud). In generale in tutte le ripartizioni, ma soprattutto nel Sud, tra il 2001 e il 2008 si è registrata una riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale. L'incidenza della spesa per l'assistenza farmaceutica sul totale della spesa sanitaria corrente si è quindi ridotta in tutte le aree del Paese, pur con differenti gradi di intensità. In particolare la quota per la spesa farmaceutica nazionale è diminuita tra il 2007 e il 2008 passando dal 11,1% al 10,5% della spesa pubblica sanitaria totale: nel Nord è passata dal 9,9% al 9,2%, nel Centro dall'11,3% al 10,5% mentre nel Sud dal 12,7% al 12,4%. Rimangono quindi dei gap significativi fra le riapartizioni. Le incidenze di spesa inferiori si registrano nella Provincia Autonoma di Bolzano, di Trento e nelle Regioni Valle d'Aosta, Veneto e Emilia Romagna, dove l'assorbimento è inferiore al 9,0%. Sul versante opposto, le Regioni che destinano alla farmaceutica convenzionata una quota maggiore della spesa sanitaria sono la Calabria, unica Regione che supera ancora nel 2008 il tetto del 13% (15,0%), la Sicilia (12,8%) e la Puglia (12,5%). Rapportando il dato alla spesa convenzionata, la farmaceutica si attesta al 28,4%: per ripartizione abbiamo il 25,1% al Nord, il 29,6% al Centro e il 32,1% al Sud.

Tabella 10.6 - Quota di spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria convenzionata - Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**35,68**	**31,95**	**29,85**	**28,35**
Nord	**33,29**	**28,36**	**26,92**	**25,05**
Centro	**36,46**	**33,95**	**31,98**	**29,59**
Sud	**38,06**	**35,29**	**32,44**	**32,11**
Piemonte	36,07	30,19	28,68	28,32
Valle d'Aosta	45,80	36,98	35,78	41,15
Lombardia	28,45	24,43	23,19	21,20
P. A. Bolzano	32,71	22,19	20,45	21,08
P. A. Trento	28,45	24,64	23,38	22,97
Veneto	35,73	26,92	26,68	24,12
Friuli Venezia Giulia	38,55	42,47	40,02	38,86
Liguria	39,77	38,69	34,53	31,83
Emilia Romagna	37,29	32,79	30,67	28,06
Toscana	43,36	38,33	36,71	34,57
Umbria	48,58	41,61	40,09	37,47
Marche	47,42	41,44	39,53	38,04
Lazio	31,06	30,63	28,19	25,67
Abruzzo	40,91	33,09	30,39	33,33
Molise	41,64	28,89	26,18	25,09
Campania	33,58	31,80	29,23	30,18
Puglia	38,49	33,58	30,15	29,80
Basilicata	47,67	38,85	35,14	37,28
Calabria	42,57	41,71	40,08	37,72
Sicilia	38,52	37,14	34,16	32,17
Sardegna	44,20	42,01	39,22	38,04

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 10.7 - Spesa pro capite farmaceutica convenzionata
Valori in €

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	**208,15**	**210,76**	**195,15**	**187,99**
Nord	**191,12**	**182,65**	**176,04**	**168,49**
Centro	**218,24**	**236,51**	**211,49**	**198,13**
Sud	**223,16**	**232,83**	**210,76**	**207,69**
Piemonte	190,66	185,14	183,01	183,65
Valle d'Aosta	177,39	186,39	182,16	167,09
Lombardia	180,56	177,25	170,93	161,77
P. A. Bolzano	n.d.	132,02	124,23	121,28
P. A. Trento	n.d.	159,87	155,54	154,36
Veneto	174,40	169,63	164,00	155,71
Friuli Venezia G.	178,11	196,83	191,82	184,45
Liguria	241,41	239,44	216,61	208,18
Emilia Romagna	183,53	189,52	182,30	170,20
Toscana	192,84	187,56	180,65	170,18
Umbria	200,06	198,19	189,41	178,74
Marche	201,46	201,81	198,74	189,00
Lazio	243,33	286,18	239,00	222,25
Abruzzo	223,64	222,44	204,00	201,75
Molise	208,95	211,22	198,84	197,40
Campania	221,42	210,15	193,13	191,63
Puglia	214,72	229,71	205,68	209,68
Basilicata	199,20	202,02	188,99	209,70
Calabria	230,58	260,65	248,95	246,83
Sicilia	238,96	260,60	226,98	212,99
Sardegna	203,96	225,46	205,08	201,67

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In termini pro-capite, in Italia si spendono € 188,0 in farmaci distribuiti dalle farmacie: nel Nord € 168,5, mentre nel Centro e nel Sud rispettivamente € 198,1 e € 207,7, valori superiori alla media nazionale e ancor di più alla media del settentrione.

Le Regioni con una spesa farmaceutica convenzionata pro capite più elevata sono Calabria (€ 246,8), Lazio (€ 222,2) e Sicilia (€ 213,0), mentre quelle che si attestano su un livello di spesa inferiore sono la Provincia Autonoma di Bolzano (€ 121,3), il Veneto (€ 155,7) e la Lombardia (€ 161,8).
Standardizzando il dato per il bisogno della popolazione (spesa farmaceutica pro capite per popolazione pesata) si osserva che le Regioni con una spesa farmaceutica convenzionata pro capite maggiore rimangono, la Calabria e il Lazio, mentre quelle con una spesa inferiore la Provincia Autonoma di Bolzano, la Provincia Autonoma di Trento e il Veneto.
Anche con il dato per popolazione pesata la variabilità tra le Regioni rimane importante e in particolare la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima rimane pressoché costante.

Tabella 10.8 - Spesa farmaceutica convenzionata pro capite per popolazione pesata - Valori in €

Regioni	2008
Italia	**187,99**
Nord	**164,11**
Centro	**192,38**
Sud	**218,97**
Piemonte	173,27
Valle d'Aosta	164,14
Lombardia	161,90
P. A. Bolzano	129,98
P. A. Trento	156,98
Veneto	156,79
Friuli Venezia Giulia	172,49
Liguria	182,52
Emilia Romagna	161,51
Toscana	159,16
Umbria	168,02
Marche	180,51
Lazio	223,65
Abruzzo	197,26
Molise	190,80
Campania	212,56
Puglia	220,90
Basilicata	210,97
Calabria	256,20
Sicilia	222,80
Sardegna	206,21

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Come è possibile osservare dalla tabella che segue, il dato per popolazione pesata non sposta in maniera considerevole la graduatoria delle Regioni rispetto a quella por popolazione pura. Le uniche due Regioni che mutano in maniera importante la loro posizione sono la Liguria e la Campania proprio per effetto della loro peculiare struttura demografica.

Tabella 10.9 - Graduatoria regionale della spesa farmaceutica convenzionata pro capite per popolazione pesata

Regione	Graduatoria spesa per popolazione pesata	Graduatoria spesa pro-capite	Differenze graduatorie	Scostamento posizioni graduatorie
Piemonte	12	13	-1	
Valle d'Aosta	15	17	-2	-
Lombardia	16	18	-2	-
P. A. Bolzano	21	21	0	
P. A. Trento	19	20	-1	
Veneto	20	19	1	
Friuli Venezia G.	13	12	1	
Liguria	10	6	4	+ +
Emilia Romagna	17	15	2	+
Toscana	18	16	2	+
Umbria	14	14	0	
Marche	11	11	0	
Lazio	2	2	0	
Abruzzo	8	7	1	
Molise	9	9	0	
Campania	5	10	-5	--
Puglia	4	5	-1	
Basilicata	6	4	2	+
Calabria	1	1	0	
Sicilia	3	3	0	
Sardegna	7	8	-1	

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute
+ 2-4 posizioni in più
++ 4-6 posizioni in più
+++ oltre 6 posizioni in più
2-4 posizioni in meno
4-6 posizioni in meno
oltre 6 posizioni in meno

Bibliografia

- AIFA (2009), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2009.
- AssoGenerici (2007), Medicinali Equivalenti e Medicinali di Marca 2007
- Farmindustria (2009), Indicatori Farmaceutici, giugno 2009
- Federfarma (2008), La spesa farmaceutica SSN, dati gennaio-dicembre 2008.
- Federfarma (2009), La spesa farmaceutica SSN. Dati di spesa farmaceutica gennaio-maggio 2009.
- OECD Health data (2009)
- OSMED (2009), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2008, Roma, giugno 2009.

Capitolo 10a

Accessibilità ai farmaci oncologici in Italia

10a - Accessibilità ai farmaci oncologici in Italia

Mennini F.S.[1], Russo P.[2], Siviero P.D.[2], Rasi G.[2]

10a.1. - Introduzione

Negli ultimi anni sono stati sviluppati diversi nuovi trattamenti delle malattie oncologiche, orientati ad esercitare un'azione farmacologica su specifici target biologici e/o destinati a sottogruppi di malati sulla base dell'espressione di specifiche caratteristiche genetiche o recettoriali. Questi elementi di innovazione stanno incidendo sull'approccio alla sperimentazione e valutazione di questi farmaci, così come stanno incidendo successivamente sulla complessità dell'organizzazione sanitaria regionale richiesta nella dispensazione al paziente. In linea con la recente prospettiva posta dalla medicina traslazionale di ridurre il divario tra ricerca e sviluppo e accesso per il paziente, ben esemplificata dallo slogan "from bench to bedside", l'obiettivo di questa analisi è quello di valutare l'accessibilità ai nuovi farmaci oncologici autorizzati negli ultimi anni in Europa.

L'impatto a livello mondiale dei farmaci oncologici è pari a US $ 48 miliardi, tali farmaci oltre a rappresentare la prima classe terapeutica in termine di spesa e anche quella che presenta il maggiore tasso di crescita (pari al 11,3% nel 2008, IMS Health, 2008). L'attuale scenario si è palesato proprio dopo il 2005, quando la ricerca e sviluppo (R&D) nel settore delle malattie oncologiche ha portato all'introduzione di nuove terapie target.

L'Italia è il quinto mercato farmaceutico mondiale (EFPIA, 2009), con una spesa totale di più di € 24 miliardi e con un impatto dei farmaci oncologici pari a circa €1.3 miliardi (AIFA, 2009). Nonostante la rilevante spesa farmaceutica, comunque in linea con quella registrata nei Paesi maggiormente industrializzati, l'ammontare degli investimenti per la R&D posiziona l'Italia al quinto posto in Europa con un valore di circa tre volte più basso del quarto Paese (€ 3 miliardi della Svizzera - EFPIA, 2009).

Una recente survey internazionale (Jonsson & Wilking, 2008) ha evidenziato come l'Italia, all'interno dei Paesi maggiormente sviluppati, è quello con il più basso numero di nuovi farmaci oncologici introdotti e, allo stesso tempo, con quello con i più lunghi tempi di accesso per i pazienti. Questa survey, ha anche evidenziato come le notevoli disuguaglianze tra i Paesi Europei nell'introduzione dei nuovi farmaci oncologici dipenda principalmente dalla capacità di attrazione del mercato nazionale (sia in termini di valore che di accessibilità).

Sulla base di questi presupposti, il contesto Italiano rappresenta uno caso paradigmatico per

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia Università di Roma "Tor Vergata" e Facoltà di Statistica, Università di Roma "La Sapienza".*

[2] *Agenzia Italiana del Farmaco*

l'esplorazione del peso relativo delle varie fasi tra la fine della R&D e l'accesso dei pazienti ai farmaci oncologici. Molteplici fattori concorrono a determinare l'accessibilità ad un farmaco: di cui alcuni dipendenti da chi è direttamente coinvolto nella ricerca e sviluppo del farmaco, altri dipendenti dagli organismi regolatori coinvolti nella sua valutazione, altri infine dipendenti dallo specifico contesto organizzativo dell'assistenza sanitaria nonché dal paziente stesso.
Lo scopo principale di questo studio è, dunque, quello di quantificare - per un gruppo di farmaci oncologici approvati dall'EMEA dal 2006 al 2008 – l'intervallo di tempo tra la fine della fase di R&D e l'accesso ai pazienti nelle diverse Regioni Italiane.

10a.2. Metodologia

La data di presentazione della richiesta di autorizzazione centralizzata di un farmaco oncologico all'EMEA è un riferimento temporale compatibile con il completamento di una prima fase della ricerca e sviluppo di un farmaco. In effetti, benché lo sviluppo di un nuovo farmaco possa estendersi anche oltre tale data, sia per effetto del successivo completamento di studi clinici, sia per la valutazione di nuove indicazioni terapeutiche, questa rappresenta un riferimento concreto, quantomeno di una prima applicazione clinica del nuovo farmaco.
Per quanto riguarda la disponibilità del nuovo farmaco, la data della prima prescrizione e la sua somministrazione sanciscono in modo definitivo l'avvenuto accesso da parte del paziente. Tuttavia in questa analisi come proxy dell'accesso al paziente è stato utilizzato il riferimento della data di primo acquisto della specialità medicinale da parte della struttura pubblica. Tale data indica la disponibilità all'interno delle strutture pubbliche del farmaco e pertanto è verosimile che preceda di qualche giorno l'effettivo utilizzo del farmaco stesso. Inoltre, siccome la data del primo acquisto di un farmaco presenta un livello di dettaglio regionale, questa analisi potrà considerare l'influenza dell'organizzazione sanitaria regionale sulla disponibilità al cittadino di questa importante categoria di farmaci.

Selezione dei farmaci oncologici

Le specialità medicinali di farmaci oncologici sono state individuate sulla base di un criterio temporale progressivo dato dall'anno di completamento della procedura di autorizzazione centralizzata dell'EMEA. In particolare sono state selezionate tutte le specialità medicinali autorizzate con indicazioni terapeutiche relative al trattamento o alla prevenzione di malattie oncologiche, o al trattamento di effetti collaterali di terapie oncologiche, nell'intervallo compreso tra il 2006 e il 2008.
Nei tre anni considerati l'EMEA ha autorizzato 20 farmaci con indicazioni nell'ambito del trattamento o della prevenzione di malattie oncologiche, di cui il 75% era indicato nel trattamento di malattie rare. Per il 90% delle specialità autorizzate a livello Europeo è iniziato l'iter di valutazione nazionale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), e tale iter è stato completato nell'89% dei casi (i.e. 16 su 18).

Fonte dei dati

La fonte dei dati è rappresentata dai report ufficiali dell'EMEA, nonché le date degli atti amministrativi ufficiali di autorizzazione ad immissione in commercio pubblicati sulla Gazzetta ufficiale della Commissione Europea e dell'Italia. Inoltre sono state identificate le date di presentazione del dossier di richiesta del prezzo e della rimborsabilità all'AIFA, tale data si riferisce al primo dossier presentato, dopo aver escluso tutti gli eventuali dossier successivamente presentati per la medesima specialità medicinale e relativi ad eventuali richieste di estensione delle indicazioni terapeutiche o altre procedure.
Il database della tracciabilità istituito a norma del DM del 15 luglio 2004 presso l'NSIS del Ministero della Salute è stato utilizzato per individuare i mesi di inizio degli acquisti (movimentazioni) di ogni specialità oncologica seleziona in ogni singola Regione. Tale database è stato utilizzato nell'intervallo compreso tra il gennaio del 2006 e il marzo del 2009 (ultimo dato disponibile).

Indicatori di accessibilità

Le componenti temporali che precedono l'accessibilità per il paziente sono state così definite:

1. **Tempo EMEA**: intervallo compreso tra la data del parere positivo da parte dell'EMEA e la data di validazione della procedura di valutazione dell'EMEA stessa a fronte della presentazione del dossier di autorizzazione centralizzata da parte dell'azienda farmaceutica. Questo intervallo dipende in parte dai tempi tecnici della valutazione stessa da parte dell'EMEA, benché possa essere prolungato laddove eventuali criticità nella documentazione presentata implichino richieste di approfondimento dirette all'azienda farmaceutica. Tuttavia la durata degli eventuali "clock stop" nella valutazione EMEA sono stati eliminati dal computo finale del tempo EMEA.
2. **Tempo Azienda**: intervallo tra l'autorizzazione della specialità medicinale e la presentazione della domanda di richiesta del prezzo e della rimborsabilità presso l'AIFA. Questo è un tempo variabile da specialità a specialità, e dipendente almeno in parte dalle strategie dell'azienda farmaceutica nell'ingresso sul mercato internazionale. Ovviamente questo tempo potrebbe essere non conteggiabile nel caso in cui un'azienda farmaceutica, pur avendo ottenuto l'autorizzazione EMEA, decida di non introdurre il farmaco nel mercato italiano. Il tempo Azienda comprende anche i giorni di "clock stop" della specialità medicinale durante la valutazione EMEA. Il tempo Azienda non comprende la durata della ricerca e sviluppo del farmaco.
3. **Tempo AIFA**: intervallo compreso tra la presentazione della domanda di richiesta del prezzo e della rimborsabilità presso l'AIFA e l'autorizzazione all'introduzione in commercio in Italia a carico del SSN. Questo tempo dipende dalla complessità della valutazione tecnico-scientifica del nuovo farmaco. Certamente un farmaco con evidenze di efficacia chiare oppure che necessita di un accesso rapido, essendo destinato al trattamento di malattie rare, richiede un tempo inferiore e una valutazione prioritaria. Tuttavia il tempo AIFA può dipendere, almeno in parte, anche dall'azienda farmaceutica che, a fronte di eventuali dissensi sugli esiti della valutazione, può richiedere approfondimenti che prolungano la durata di questo intervallo.

4. **Tempo Regionale**: intervallo compreso tra l'autorizzazione all'introduzione in commercio in Italia a carico del SSN e l'inizio degli acquisti regionali. Questo tempo è variabile in funzione di fattori organizzativi: eventuale valutazione del farmaco da parte di commissioni regionali, introduzione in PTOR, definizione dei bandi di gara per l'acquisto, etc. La data corrispondente al potenziale inizio della disponibilità del farmaco nella Regione è stata considerata in base a due modalità: il mese relativo alla prima movimentazione verso una struttura pubblica di ogni specialità medicinale selezionata, il mese in corrispondenza del quale sono state effettuate movimentazioni coincidenti almeno con il 20° percentile delle movimentazioni complessive della specialità medicinale in questione. Quest'ultima modalità ha l'obiettivo di identificare almeno in parte l'inizio di una disponibilità "stabile" del farmaco all'interno delle strutture pubbliche della Regione.

Risultati[3]

Nella tabella 1 sono mostrati i tempi relativi alle varie componenti che precedono l'accessibilità alle specialità oncologiche autorizzate dall'EMEA in Italia. In particolare i tempi presentati riguardano il sottoinsieme dato dalle 14 specialità medicinali oncologiche che hanno raggiunto l'accessibilità in almeno una regione italiana. Infatti delle 20 specialità autorizzate dall'EMEA tra il 2006-2008, nel caso di 2 specialità non è stata ancora presentata domanda di richiesta del prezzo e della rimborsabilità in Italia, per 2 specialità -pur essendo stata presentata tale domanda- la valutazione AIFA è in corso, infine nel caso di 2 specialità medicinali sono state autorizzate dall'AIFA nel marzo del 2009 e pertanto non sono valutabili ai fini dell'acquisto da parte delle strutture pubbliche.

L'EMEA evidenzia un tempo medio di valutazione dei farmaci in questione di 273 giorni, un tempo di poco superiore a quello successivo dell'AIFA nella valutazione della rimborsabilità del farmaco e definizione del prezzo. Nel percorso che precede l'accesso alle terapie oncologiche, gli organismi regolatori identificano le tappe associate alla minore variabilità nei tempi che scandiscono le rispettive attività (i.e. pari al 14,6% e 34,5%). Al contrario i tempi dipendenti dalle attività svolte dalle aziende farmaceutiche e dalle Regioni, pur contribuendo con tempi marginalmente inferiori (rispettivamente 159 e 160 giorni), sono condizionati da una variabilità di gran lunga superiore a quella degli organismi regolatori (rispettivamente dell'90,4% e dell'89,5%).

[3] *I risultati mostrati in questa sezione coincidono in parte con quelli contenuti nel manoscritto dal titolo: "Time to market and patient access to new oncology products in Italy: a multistep pathway from European context to Regional healthcare providers" di Pierluigi Russo, Francesco Saverio Mennini, Paolo Daniele Siviero, Guido Rasi, pubblicato sulla rivista* Annals of Oncology, *Annals of Oncology, 2010, 10.1093/annonc/mdq097.*

Tabella 10a.1 - Durata delle diversi componenti che precedono l'accesso alle specialità oncologiche (n°=14) in Italia

Fasi del processo di autorizzazione	Tempo medio (% sul valore medio totale)	CV (tempo min-max)
EMEA	273 (31,8%)	14,6% (232÷397)
Aziende Farmaceutiche	159 (18,5%)	90,4% (–42÷427)
AIFA	242 (28,2%)	34,5% (98÷369)
Regioni	160 (18,7%)	89,5% (44÷501)
Totale	857 (100%)	30,8% (531÷1441)

Nota: CV = coefficiente di variazione

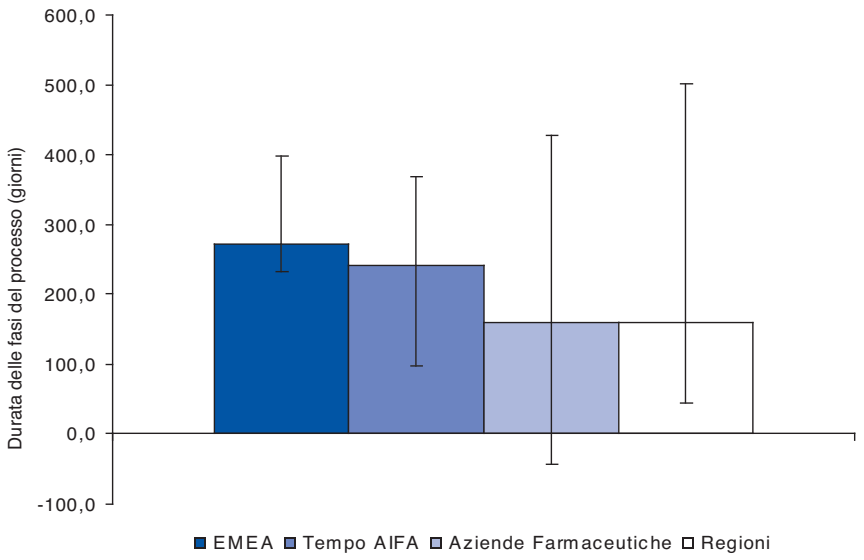
La durata complessiva all'accessibilità ai farmaci oncologici in Italia considerando il sottoinsieme comune di specialità medicinali è in media di 857 giorni (2,3 anni), con un range min-max compreso tra 1,4 e 3,9 anni. La componente con il maggior peso nel condizionare l'accessibilità è rappresentato dall'EMEA, che assorbe il 31,8% del tempo complessivo registrato.

La durata del processo valutativo AIFA è inferiore a quello EMEA, incidendo per il 28,2%; tuttavia se consideriamo l'ulteriore tempo speso a livello regionale l'intervallo all'accessibilità strettamente dipendente dal contesto nazionale Italiano rappresenta poco meno del 50% del tempo complessivo, pari a 402 giorni in media.

Il tempo accumulato dall'azienda farmaceutica incide percentualmente con il minor peso (159 giorni in media, paria al 18,5% della durata complessiva), benché sia un tempo che sottostima il peso effettivo di questa componente nell'ottica del "from bench to bedside", in quanto non tiene conto della durata della ricerca e sviluppo del farmaco. D'altronde le aziende farmaceutiche al fine di accelerare l'accessibilità al loro farmaco hanno presentano in alcuni casi molto precocemente (ancor prima dell'autorizzazione ufficiale dell'EMEA), fino ad un mese prima (42 giorni), la documentazione per la richiesta di rimborsabilità e prezzo all'AIFA.

Tuttavia, come raffigurato nella Figura 1, aziende farmaceutiche e regioni operano processi decisionali che possono essere responsabili di una variabilità molto ampia nella durata dei processi stessi, e pertanto entro certi limiti difficilmente prevedibile.

Figura 10a.1 - Durata delle diversi componenti dell'accessibilità in Italia relative al medesimo sottoinsieme di specialità medicinali (n°=14), valori medi e range min-max



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

Un'analisi più dettagliata del tempo regionale nell'accessibilità ai farmaci oncologici ha evidenziato che non tutte le 14 specialità oncologiche analizzate sono contemporaneamente disponibili in ogni regione (Tabella 2).
La percentuale massima di specialità disponibili sul totale di quelle autorizzate dall'AIFA è di quasi l'86%, tuttavia ci sono regioni dove tale percentuale arriva al 50%. D'altronde se andiamo a calcolare l'effettiva disponibilità sulla base della movimentazione di quantità significative della singola specialità medicinale (movimentazioni coincidenti almeno con il 20° percentile delle movimentazioni complessive della specialità medicinale in questione), emerge che le suddette percentuali possono ridursi ulteriormente. Ciò implica che l'effettiva disponibilità in alcune regioni potrebbe addirittura arrivare ad essere inferiore al 50% delle specialità con indicazione oncologica complessivamente autorizzate dall'AIFA.

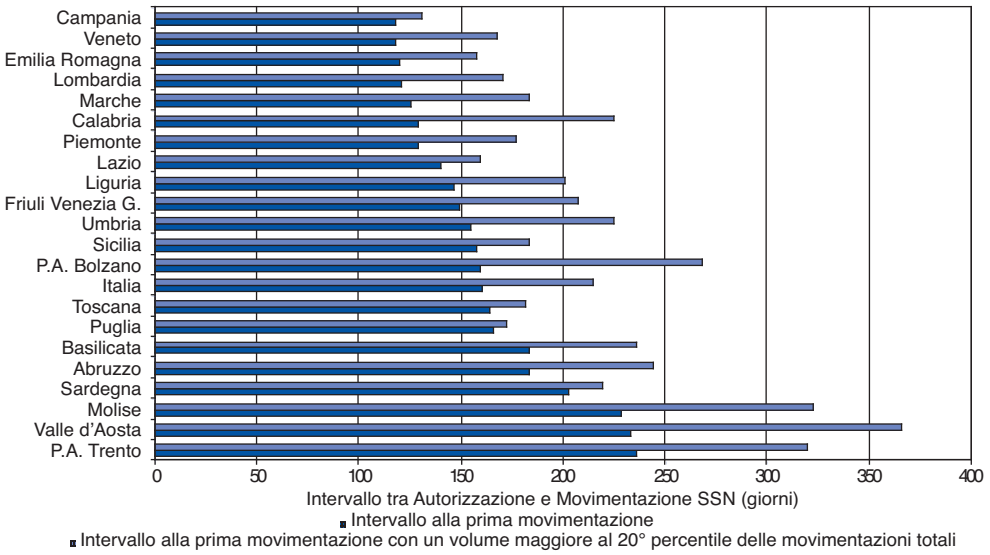
Tabella 10a.2 - Analisi della componente regionale nell'accessibilità ai farmaci oncologici: frequenza di accesso per il paziente per singola regione

Regioni	N° specialità disponibili	% specialità con accesso per il paziente	% specialità con disponibilità stabile
Campania	12	85,7%	85,7%
Friuli Venezia G.	12	85,7%	85,7%
Piemonte	12	85,7%	85,7%
Lombardia	12	85,7%	78,6%
Marche	12	85,7%	78,6%
Toscana	12	85,7%	71,4%
Veneto	12	85,7%	71,4%
Lazio	11	78,6%	78,6%
Puglia	11	78,6%	78,6%
Abruzzo	11	78,6%	71,4%
Liguria	11	78,6%	71,4%
Calabria	10	71,4%	57,1%
Emilia Romagna	10	71,4%	71,4%
Sicilia	10	71,4%	71,4%
Umbria	10	71,4%	64,3%
Basilicata	9	64,3%	57,1%
P.A. di Bolzano	9	64,3%	42,9%
P.A. di Trento	8	57,1%	42,9%
Sardegna	8	57,1%	50,0%
Molise	7	50,0%	35,7%
Valle d'Aosta	7	50,0%	21,4%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Se il quadro in termini di disponibilità complessiva delle specialità medicinali rispetto a quelle autorizzate evidenzia una certa variabilità regionale, verifichiamo l'eventuale variabilità derivante dal tempo regionale calcolato sulle specialità medicinali per le quali sono presenti delle movimentazioni SSN verso le strutture pubbliche nelle diverse regioni.
Anche su questo versante si evidenzia una certa variabilità tra le regioni (Figura 2): con 8 regioni che presentano tempi superiori ai 160 giorni medi e una variabilità di ±2 mesi. Tuttavia andando ad analizzare gli intervalli, avendo preso in esame le date in corrispondenza del quale si inizia ad avere un effettivo consolidamento delle movimentazioni del farmaco oncologico verso le strutture pubbliche, è possibile notare che solo in alcune di queste si ha un prolungamento contenuto del tempo regionale (Campania, Lazio, Sicilia, Toscana, Puglia, Sardegna). Al contrario nelle restanti 16 Regioni, il prolungamento del tempo regionale può essere anche di svariati mesi.

Figura 10a.2 - Intervalli tra autorizzazione AIFA e movimentazione SSN verso strutture pubbliche



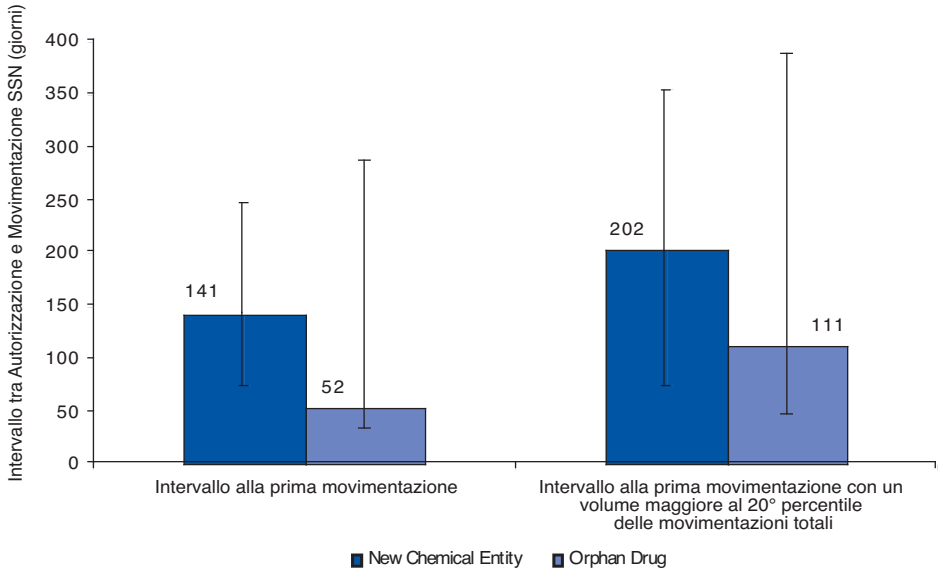
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

L'analisi del tempo regionale è stata condotta andando a considerare alcuni ulteriori variabili di raggruppamento come: l'essere o meno una specialità medicinale per il trattamento di una malattia rara (i.e. orphan drug), oppure l'essere o meno una regione con un Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) vincolante.

Analisi del tempo regionale per gli orphan drug

In linea con le attese la durata complessiva del tempo regionale all'accessibilità a farmaci orfani è inferiore a quello registrata nel caso di nuove entità chimiche.

Figura 10a.3 - Intervallo tra autorizzazione AIFA e movimentazione SSN verso una struttura pubblica per Regione negli orphan drug, rispetto alle nuove entità chimiche. I valori sono mediane e range interquartile



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

Il tempo regionale degli orphan drug è inferiore di circa il 50% rispetto alle nuove entità chimiche, indipendentemente dalla modalità di calcolo del tempo regionale stesso.

Tale riduzione è statisticamente significativa sia nel caso del calcolo del tempo regionale come intervallo tra l'autorizzazione AIFA e la data della prima movimentazione SSN della specialità medicinale ($Z=4,3$; $p<0,001$; test di Mann-Whitney), sia nel caso del calcolo che considera la data di un volume di movimentazione pari almeno al valore del 20° percentile delle movimentazioni complessive ($Z=2,9$; $p=0,003$; test di Mann-Whitney)

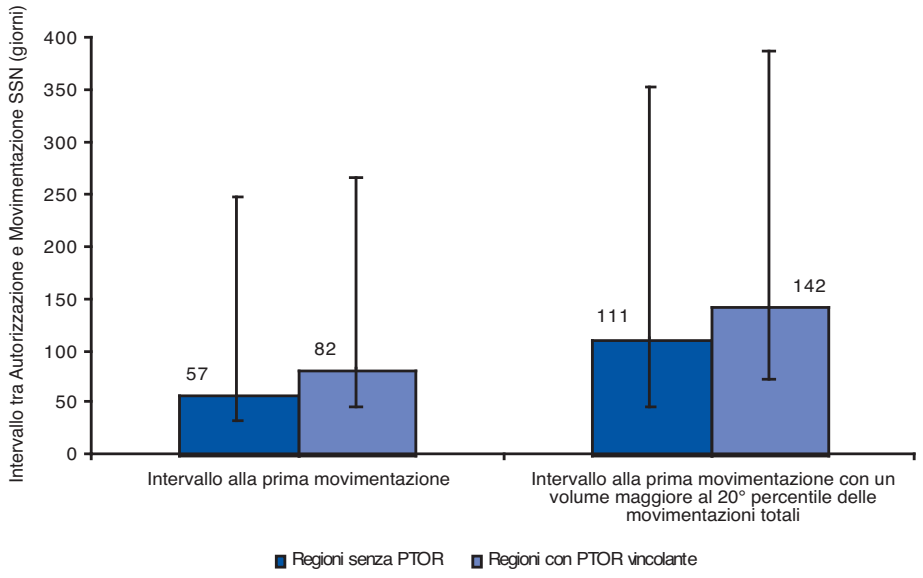
Analisi del tempo regionale nelle Regioni con PTOR

Il PTOR è uno strumento di razionalizzazione della prescrizioni nell'ambito di una Regione, tuttavia laddove l'inclusione di un nuovo farmaco all'interno del PTOR comporta l'attivazione di una serie di percorsi organizzativi di valutazione da parte delle Regioni stessa, è verosimile che ciò possa configurarsi come un ulteriore ostacolo all'accessibilità.

Il risultato dell'analisi dei tempi regionali evidenzia una tendenza verso una maggior ritardo nell'accessibilità tra le regioni con PTOR vincolante rispetto a quelle in cui non è presente (Figura 4). Tale ritardo può essere di quasi un mese, benché la differenza rispetto alle regioni senza PTOR sia solo prossima alla significatività statistica (Z=–1,8; p=0,073; test di Mann-Whitney; e Z=–1,3; p=0,189; test di Mann-Whitney, a seconda la modalità di calcolo del tempo regionale).

Tuttavia nell'ipotesi in cui il PTOR rappresenti un concreto ostacolo per l'accessibilità, allora questa analisi potrebbe aver addirittura sottostimato le reali differenze derivanti dalla sua presenza. Infatti, le Regioni senza un PTOR vincolante potrebbero avere dei PTO operanti nelle principali strutture ospedaliere, e ciò potrebbe concorre ad incrementare il valore mediano del tempo regionale proprio delle regioni senza PTOR.

Figura 10a.4 - Intervallo tra autorizzazione AIFA e movimentazione SSN verso una struttura pubblica per Regione nelle Regioni con PTOR, vincolante rispetto a quelle senza PTOR. I valori sono mediane e range interquartile



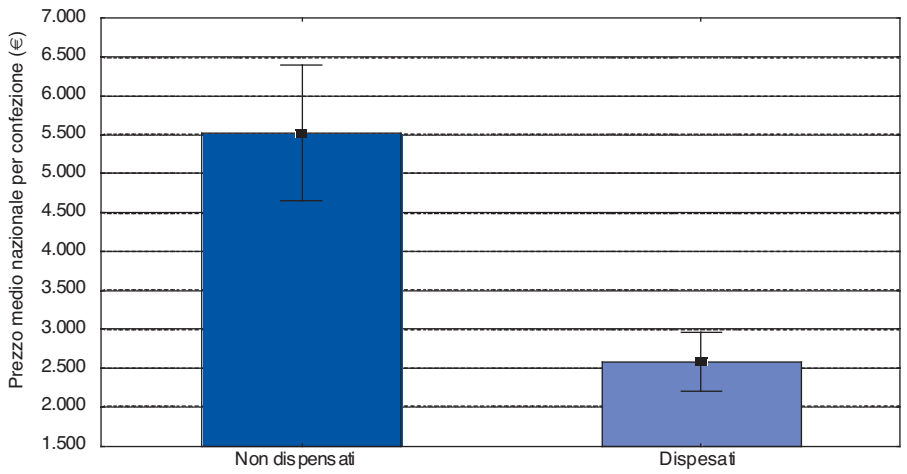
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

Analisi del prezzo[4] dei farmaci.

Una prima analisi multivariata è stata disegnata allo scopo di verificare se i farmaci oncologici a tutt'oggi non dispensati in ogni Regione presentano un prezzo medio maggiore rispetto a quelli invece attualmente dispensati. Per verificare tale ipotesi è stato predisposto un modello ANOVA a due fattori del prezzo medio nazionale per confezione dei farmaci oncologici, per valutare l'interazione del fattore "Regione" (tutte e 21 le regioni italiane) per il fattore disponibilità del farmaco nella regione (i.e. definita sulla base della presenza/assenza di movimentazioni verso strutture pubbliche regionali al marzo 2009).

Il modello ha evidenziato un effetto significativo del fattore dato dalla disponibilità del farmaco ($F=37,6$; $p<0,001$), l'analisi post-hoc mostra che i farmaci non disponibili hanno un prezzo medio significativamente maggiore di quelli attualmente dispensati ($p<0,001$; test di Bonferroni). I fattori dati dalle differenze regionali, così come l'interazione regioni × disponibilità sono risultati come degli effetti statisticamente non significativi (rispettivamente $F=1,1$; $p=0,304$; e $F=1,4$; $p=0,117$).

Figura 10a.5 - ANOVA del prezzo medio nazionale per confezione di farmaci oncologici



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2009

In definitiva, le specialità medicinali non dispensate in alcune regioni presentano un prezzo medio nazionale per confezione notevolmente maggiore rispetto a quelle correntemente dispensate.

[1] *Il prezzo considerato è quello medio nazionale per singola specialità a carico del SSN, comprensivo d'IVA, rilevato mediante il database della tracciabilità.*

Conclusioni

I risultati di questa analisi evidenziano come il processo di valutazione che conduce all'accessibilità al paziente, anche nel caso di farmaci importanti come quelli indirizzati al trattamento di malattie oncologiche, sia un processo complesso, time-consuming e verosimilmente cost-consuming.

La durata complessiva che intercorre tra il completamento della ricerca e sviluppo di un farmaco oncologico e l'accessibilità per il paziente è di circa 2,3 anni.

Diverse componenti del processo concorrono a determinare questo tempo, in prevalenza rappresentato dagli organismi regolatori europei e nazionali, a cui seguono ulteriori componenti come quella data dall'azienda farmaceutica e dalle Regionali, che assorbono ulteriore tempo per effetto di criticità organizzative e/o gestionali.

Gli elementi di variabilità che maggiormente incidono sulla durata del processo sono rappresentati da:

(a) dal tipo di specialità medicinale considerata: indubbiamente la solidità e la rilevanza delle evidenze scientifiche prodotte sono presupposti importanti nel determinare l'accesso, benché un prezzo "alto" (anche semplicemente in valore assoluto) possa rappresentare un ostacolo;

(b) un ulteriore elemento importante è dato dal ruolo svolto dalle Regioni nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria e farmaceutica: non tutti i farmaci autorizzati dall'AIFA sono poi successivamente dispensati, infatti circa l'86% delle specialità medicinali vengono poi movimentate verso una struttura assistenziale pubblica (12 su 14). Tuttavia ci sono Regioni nelle quali tale percentuale potrebbe scendere anche a meno della metà.

(c) altro elemento importante è dato dalla variabilità regionale nei tempi di attuazione della dispensazione al paziente. Tale variabilità, benché appaia probabilmente più contenuta per una categoria importante come quella dei farmaci oncologici rispetto ad altre categorie di farmaci, è pur sempre presente e incide in media con un ulteriore prolungamento di 160 giorni. Su questo tempo incidono diversi fattori come la tipologia di farmaco (orphan drug), la presenza di un PTOR vincolante, il prezzo del farmaco.

In conclusione, questa analisi fornisce per la prima volta informazioni relative al contesto Italiano sull'accessibilità ai farmaci importanti di registrazione centralizzata EMEA con indicazioni terapeutiche in malattie oncologiche. Il quadro complessivo che emerge evidenzia la complessità dei processi che separano il completamento della ricerca e sviluppo di un farmaco dall'accessibilità al paziente: alcuni tempi potrebbero essere probabilmente ottimizzati attraverso una gestione più efficiente dei processi, sia adeguando la qualità delle informazioni prodotte dall'azienda farmaceutica alla prospettiva e criticità del decisore pubblico, sia migliorando il processo decisionale stesso. Altri tempi invece si configurano come degli effettivi ritardi nell'accessibilità, probabilmente eliminabili del tutto.

E' chiaro che questa analisi ripropone, almeno in parte, il problema dell'efficienza dell'assistenza sanitaria su base territoriale e quindi della congruità tra offerta di servizi su base regionale e domanda di salute da parte del paziente (compreso di farmaci). Tuttavia evidenzia anche un'altra criticità su cui è opportuno lavorare, quella della definizione delle priorità nell'accesso anche per categorie importanti di farmaci come quelli oncologici. Appare evidente che tale processo non può tener conto esclusivamente di aspetti di efficacia (per altro difficilmente discutibile laddove si sia in presenza di terapie in pazienti selezionati per la presenza di marcatori biologici e/o genetici) ma anche di aspetti economici e di sostenibilità, altrimenti il rischio è inevitabilmente quello di incorrere in una qualche forma di razionamento implicito in un qualche fase del processo.

Bibliografia generale

1. IMS Health. Top-line industry data, top 15 global therapeutic classes 2008. http://www.imshealth.com (access verified September 2009)
2. Barni S, Petrelli F, Cabiddu M, Cazzaniga ME, Cremonesi M. From the trastuzumab era to newtarget therapies: beyond revolution. Ann Oncol 2007; 18(S6): vi1–vi4.
3. EFPIA (The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations). The pharmaceutical industry in figures. EFPIA: 2009 update
4. Italian Medicines Agency (Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA). The use of medicines in Italy -National Report - Year 2008, Rome, Italy: Pensiero Scientifico Editore, 2009.
5. Organisation For Economic Co-Operation and Development (OECD). Pharmaceutical pricingpolicies in a global market. Paris, France: OECD, 2008
6. Jonsson B, Wilking N. Market uptake of new oncology drugs. Ann Oncol 2007; 18 (S3): iii31–iii48.
7. OECD Factbook 2008: Economic, environmental and social statistics. Expenditure on R&D.http://oberon.sourceoecd.org/vl=9436463/cl=11/nw=1/rpsv/factbook/070101.htm (access verified September 2009)
8. Ministry of Labour, Health and Social Policies. Tracciabilità del farmaco, 2004. http://www.ministerosalute.it/tracciabilita/tracciabilita.jsp (access verified September 2009)
9. Zhou XH, Melfi CA and Hui SL. Methods for comparison of cost data. Ann Inter Med 1997;127: 752-756.
10. Folino-Gallo P, Montilla S, Bruzzone M, Martini N. Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Italy. Eur J Health Econ 2008; 9: 305–310.
11. Kos M, Obradovic M, Mrhar A. Accessibility to targeted oncology drugs in Slovenia and selected European countries. Eur J Cancer 2008; 44: 408–418.
12. Richter A. Assessing the impact of global price interdependencies. Pharmacoeconomics 2008;26 (8): 649-659.
13. Martini N, Folino Gallo P, Montilla S. Pharmaceutical pricing and reimbursement information. Italy Pharma Profile;2000. http://ppri.oebig.at/Downloads /Results/Italy_PPRI_2007.pdf (access verified September 2009)
14. Office for Fair Trading. International comparisons of pharmaceutical prices. http://www.oft.gov.uk/shared_oft/reports/comp_policy/oft885f.pdf (access verified

September 2009)
15. Barham L. Single technology appraisals by NICE. Are they delivering faster guidance to the NHS? Pharmacoeconomics 2008; 26 (12): 1037-1043.
16. Sinha G. Expensive cancer drugs with modest benefit. Ignite debate over solutions. JNCI 2008;100(19): 1347-1349.
17. Baio G, Russo P. A decision-theoretic framework for the application of cost-effectiveness analysis in regulatory processes. Pharmacoeconomics 2009; 27 (8): 645-655.
18. McCabe C, Bergmann L, Bosanquet N, Ellis M, Enzmann H, von Euler M, Jonsson B, KallenKJ, Newling D, Nussler V, Paschen B, de Wilde R, Wilking N, Teale C, Zwierzina H &Biotherapy Development Association. Market and patient access to new oncology products inEurope: a current, multidisciplinary perspective. Ann Oncol 2009; 20: 403–412.
19. Italian Medicines Agency (Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA). Registro Farmaci Oncologici sottoposti a Monitoraggio - Rapporto Nazionale 2007. AIFA: Rome, 2008 http://antineoplastici.agenziafarmaco.it/Registro_farmaci.pdf (access verified September 2009)
20. Mandelblatt JS, Yabroff KR, Kerner JF. Equitable access to cancer services. A review of barriers to quality care. Cancer 1999; 86: 2378–2390.
21. Hoffman C, Paradise J. Health insurance and access to health care in the United States. Ann.N.Y. Acad. Sci. 2008; 1136: 149–160.

Capitolo 10b

I farmaci biologici: ambiti di applicazione, prospettive di utilizzo e considerazioni sulla spesa

10b - I farmaci biologici: ambiti di applicazione, prospettive di utilizzo e considerazioni sulla spesa

Gitto L.[1]

10b.1. - Introduzione

I farmaci biologici sono prodotti innovativi realizzati mediante l'impiego delle biotecnologie.
La farmacopea definisce le biotecnologie come tecniche che usano organismi viventi per produrre o modificare un determinato prodotto utile all'uomo. Applicate in campo farmaceutico, le biotecnologie servono a scoprire, sviluppare e produrre agenti terapeutici e diagnostici utilizzando le tecniche del DNA ricombinante, ovvero tutte quelle tecnologie che permettono di isolare un gene da un particolare organismo e di inserirlo in una cellula in modo che questa possa produrre proteine terapeutiche.
I biologici sono, quindi, farmaci di natura proteica accomunati dal fatto di essere prodotti mediante l'utilizzo di organismi viventi.
Il ruolo dei farmaci biologici nel trattamento di patologie dermatologiche, reumatologiche, gastroenterologiche, neurologiche,ed oncologiche è andato via via aumentando negli ultimi anni, anche se la loro diffusione, a fronte delle opportunità terapeutiche, non è ancora sostanziale.
Tra le principali cause della limitata diffusione dei farmaci biologici, possono menzionarsi il ritardo nel processo di ammissione di questi ultimi tra i farmaci di fascia H (farmaci ospedalieri) e, conseguentemente, nella mancata disponibilità di essi presso tutte le strutture sanitarie, e l'elevato livello dei costi ad essi connessi.
La lunghezza del processo di ammissione di farmaci biologici innovativi e la loro asimmetrica diffusione sul territorio determinano spesso un minore accesso a terapie farmacologiche più avanzate e potenzialmente più efficaci, e concorrono ad allungare il ciclo di vita dei prodotti maturi (cfr. Pammolli e Integlia, 2009).
Le conseguenze sono di indubbio interesse, date le implicazioni di economia e politica sanitaria: mentre, da un lato, l'accesso alle cure migliori che potrebbero essere disponibili viene ritardato, dall'altro lato, le dinamiche concorrenziali di mercato vengono alterate, con effetti sul livello e sulla qualità della spesa sanitaria.
Il presente contributo illustra gli ambiti di applicazione dei principali farmaci biologici e, avvalendosi dei dati disponibili (non molti e desunti in larga parte dal Rapporto OSMED 2008 sull'uso dei farmaci in Italia), traccia un quadro sul livello di utilizzo in Italia di questi ultimi e dei costi ad essi connessi.

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

10b.2. L'impiego dei farmaci biologici

I farmaci biologici vengono prevalentemente impiegati per il trattamento e la cura di patologie dermatologiche, reumatologiche, neurologiche, oncologiche e gastroenterologiche. Modalità di impiego ed efficacia dei singoli biologici per le diverse patologie sono illustrati qui di seguito.

In ambito dermatologico, i farmaci biologici interferiscono nei processi immunologici che scatenano e sostengono la psoriasi e si rivelano, pertanto, efficaci, nel trattamento di quest'ultima.

Le molecole maggiormente studiate, che sono anche tra i farmaci prescritti più frequentemente per il trattamento della psoriasi, sono etanercept, efalizumab, infliximab, adalimubab e alefacept. Ciascuna di queste molecole viene attualmente monitorata nell'ambito del progetto PSOCARE per verificarne la tollerabilità, l'efficienza e l'efficacia a lungo termine[2].

Il progetto è stato avviato con la pubblicazione del protocollo di studio "PSOCARE: trattamento della psoriasi con farmaci sistemici in Italia" nella GU n.146 del 25 giugno 2005. Data la sua durata limitata a tre anni (la Sicilia, ultima Regione ad aderire al progetto ha individuato i centri di riferimento nel 2006), non possono ancora trarsi delle risposte sull'efficacia a lungo termine dei farmaci biologici, sull'effetto rebound e sulle reazioni avverse; esso rappresenta, tuttavia, un'utile visione d'insieme sull'adeguatezza delle terapie biologiche per il trattamento della psoriasi. Lo studio si rivela fondamentale anche sotto il profilo della valutazione economica.

Al primo posto nel numero di prescrizioni vi è l'etanercept con 3.374 pazienti (dati del 2009), seguito da ciclosporina e poi dagli altri biologici osservati nel progetto PSOCARE (efalizumab, infliximab e adalimubab)[3].

[2] *PSOCARE è un programma di ricerca sulla psoriasi promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco e condotto in collaborazione con le società scientifiche dermatologiche e con le associazioni dei pazienti. Esso intende valutare i risultati a lungo termine delle cure disponibili oggi in Italia.*

In sintesi, gli obiettivi che si prefigge sono:

1. la valutazione delle diverse tipologie di cure e l'individuazione dei fattori che determinano le decisioni circa il trattamento utilizzato;

2. la descrizione dei risultati a lungo termine e la sicurezza di ogni trattamento sistemico, il confronto tra strategie assistenziali differenti e la stima dei benefici e dei rischi delle diverse opzioni terapeutiche disponibili;

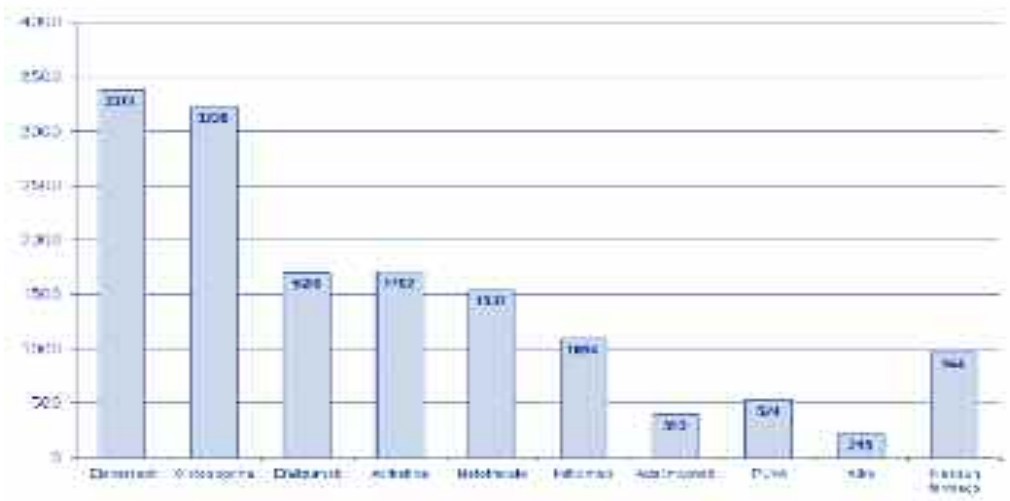
3. l'analisi della risposta al trattamento in particolare tra quanti spesso sono esclusi dagli studi clinici (pazienti con patologie multiple, bambini, anziani, donne in gravidanza) e l'identificazione dei gruppi di pazienti esposti in misura maggiore al rischio di cure inappropriate o di esiti sfavorevoli;

4. la valutazione della possibilità di trasferire nella pratica i risultati dello studio e delle linee guida esistenti evidenziando le aree di maggiore incertezza o problematicità.

(Cfr. il sito Internet dedicato al progetto, www.psocare.it)

[3] *L'efalizumab è stato oggetto, recentemente, di una rivalutazione del suo profilo beneficio-rischio da parte dell'EMEA che all'inizio del 2009, a seguito della segnalazione di alcuni casi di leucoencefalopatia multifocale progressiva (PML) ne ha disposto la sospensione dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio. Di recente (settembre 2009), un caso di PML è stato segnalato anche per un paziente in trattamento con rituximab (Mabthera®).*

Figura 10b.1 - Numero di prescrizioni di farmaci biologici per il trattamento della psoriasi



Fonte: Sito internet dedicato al progetto www.psocare.it, 2009.

In Italia sono stati istituiti dalle Regioni 155 centri di riferimento che attuano trattamenti con farmaci biologici. I centri di riferimento trattano pazienti cui sono stati già somministrati altri farmaci sistemici che si sono dimostrati inefficaci, che non sono stati tollerati, o casi che presentano controindicazioni per il trattamento con terapie sistemiche classiche come ciclosporina, metotrexato o PUVA terapia. Nella Tabella 1 può osservarsi la distribuzione geografica dei centri di riferimento PSOCARE.

Tabella 10b.1 - Distribuzione geografica dei centri PSOCARE

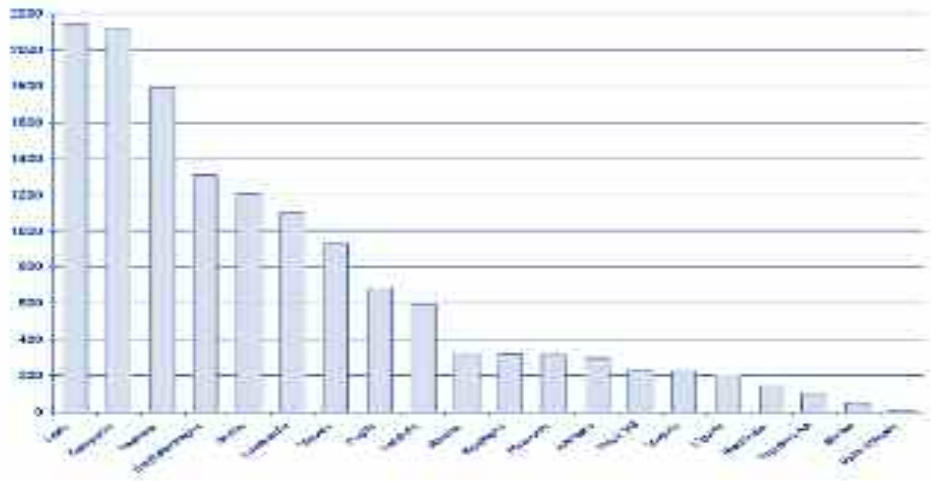
Area Geografica	Numero centri PSOCARE (%)
Nord	42 (33,6%)
Centro	36 (28,8%)
Sud	36 (28,8%)
Isole	11 (8,8%)

Fonte: Sito internet dedicato al progetto www.psocare.it, 2009.

Vi sono differenze da Regione e Regione nella distribuzione dei centri e nella somministrazione dei farmaci. Notevoli differenze si hanno, inoltre, anche nel numero di pazienti inseriti per centro, persino tra città della stessa Regione. Una possibile spiegazione di ciò potrebbe imputarsi alla migrazione dei pazienti da un centro all'altro: tuttavia, l'istituzione di numerosi centri PSOCARE è stata effettuata proprio per evitare grandi spostamenti per una prestazione ambulatoriale con cadenza periodica. Appare probabile, quindi, che l'erogazione dei trattamenti segua più il mercato che l'effettiva esigenza di trattamento.

La Figura 2 riporta il numero di pazienti iscritti per Regione nel programma PSOCARE.
A fronte di un maggior numero di centri situati nel Nord Italia, la maggior parte dei pazienti è iscritta nelle Regioni del Centro Italia.

Figura 10b.2 - Pazienti iscritti nei centri di riferimento PSOCARE ed in trattamento con farmaci biologici



Fonte: Sito internet dedicato al progetto www.psocare.it, 2009.

L'impiego dei farmaci biologici in reumatologia è più recente e risale agli ultimi 6 anni. Nel corso degli ultimi decenni, infatti, gli studi in campo immunologico hanno determinato l'importanza, nella patogenesi della malattie reumatiche, di specifiche sostanze circolanti prodotte dalle cellule del sistema immunitario, definite citochine[4]. I farmaci biologici sono capaci di legarsi alle suddette citochine, interrompendo la "cascata infiammatoria" che caratterizza diverse malattie in campo reumatologico. Attualmente in Italia sono già commercializzati quattro farmaci biologici utilizzati per varie indicazioni nel campo della reumatologia, mentre diversi altri sono per ora confinati ad un utilizzo nell'ambito di protocolli e trials di studio in via di completamento in Italia e all'estero. I farmaci biologici (in particolar modo gli anti-TNFα, cfr. nota), elencati nella Tabella 2, vengono impiegati in reumatologia per il trattamento dell'artrite reumatoide, dell'artropatia psoriasica e della spondilite anchilosante: se somministrati precocemente, entro sei mesi dall'esordio dei sintomi, essi possono modificare il decorso della malattia e contrastare efficacemente l'evoluzione verso l'invalidità. Essi, infatti, si sono dimostrati in grado di indurre un soddisfacente controllo dell'artrite reumatoide e dell'evoluzione del danno erosivo articolare in un elevato numero di pazienti in cui si è osservato fallimento dei medesimi farmaci antireumatici. Spesso questi ultimi (prevalentemente il metotrexato) vengono mantenuti associati ai farmaci biologici per potenziarne l'azione o per prevenire il calo di efficacia nel tempo.

[4] *L'attenzione degli studi di valutazione dell'efficacia clinica si è rivolta ad alcune di queste sostanze, come l'interleuchina-1 e, soprattutto, il tumor necrosis factor-alpha (TNF-α), per via del ruolo che esse rivestono nel processo di flogosi e della possibilità di sfruttare dal punto di vista terapeutico l'utilizzo di molecole di sintesi capaci di bloccare l'attività delle cellule tumorali.*

Tabella 10b.2 - Farmaci per la cura dell'artrite reumatoide

Farmaci attivi sui sintomi	Farmaci anti-reumatici	Farmaci biologici
	Metrotrexato	Infliximab (Remicade®)
Anti-infiammatori non steroidei	Leflunomide (Arava®)	Etanercept (Enbrel®)
Cortisonici a basso dosaggio	Ciclosporina (Sandimmun®)	Anakinra (Kineret®)
	Salazopirina (Salazopyrin®)	Adalimubab (Humira®)
	Idrossiclorochina (Plaquenil®)	Rituximab (Mabthera®)
	Sali d'oro (Fosfocrisolo)	

Fonte: Gorla R., I farmaci biologici per la terapia dell'artrite reumatoide, 2008.

Dopo un'iniziale fase di utilizzo più estensivo, l'unico farmaco anti-interleuchina-1 (anakinra, Kineret®) è stato progressivamente abbandonato poiché si è dimostrato efficace solo in una percentuale modesta di pazienti e viene tuttora riservato solo a casi molto particolari. Ad eccezione del rituximab (Mabthera®), che pure è un farmaco biologico, sono i farmaci anti-TNFα, come si è detto, a risultare maggiormente impiegati per il trattamento dell'artrite reumatoide: infliximab (Remicade®), etanercept (Enbrel®), adalimumab (Humira®), sono comparsi sul mercato italiano in tempi diversi e sono caratterizzati da indicazioni differenti, più per motivazioni burocratiche che cliniche.
A tutt'oggi, l'utilizzo dei farmaci anti-TNFα viene riservato a quei casi di artrite reumatoide, artropatia psoriasica e spondilite anchilosante caratterizzati da un particolare grado di attività di malattia e da una tendenza alla refrattarietà ai trattamenti con farmaci di fondo tradizionali. Non esistono, fino a questo momento, studi comparativi diretti tra i vari farmaci biologici ed è quindi impossibile esprimere giudizi attendibili circa la superiorità dell'uno rispetto all'altro. Il confronto tra i diversi trials finora eseguiti pone i tre farmaci anti-TNFα sostanzialmente sullo stesso piano; è inoltre pratica diffusa il passaggio da un farmaco biologico ad un altro in caso di insuccesso. Il costo annuo per il trattamento di un paziente con un farmaco anti-TNFα oscilla tra i 7.000 e i 13.000 euro, a seconda della molecola usata e dello schema di trattamento impostato: tale costo è certamente di gran lunga superiore a quello di qualunque terapia di fondo tradizionale normalmente utilizzata in reumatologia[5-6].

[5] *Tuttavia, di recente, studi internazionali hanno dimostrato come i farmaci biologici nella terapia dell'artrite reumatoide, a fronte di un costo assoluto iniziale più elevato, grazie alla capacità di prevenire nel tempo la disabilità legata alla malattia siano in grado di ridurre a lungo termine la spesa sanitaria e socio-economica, con un bilancio quindi positivo. A livello aggregato, si è stimato come il costo socio-assistenziale per tutte le malattie reumatiche in Italia superi i 20 miliardi di € l'anno, di cui circa un terzo a carico del SSN e due terzi a carico della società per la perdita di produttività del paziente (cfr. Mennini, 2009).*

[6] *Un'analisi sui costi della terapia diretta ad evidenziare eventuali differenze di costo nell'impiego di farmaci biologici tra loro alternativi (Mennini, 2009) ha evidenziato come per i primi 3 mesi di trattamento vi siano delle sostanziali differenze (soprattutto per quanto riguarda il rituximab, il cui costo è di gran lunga superiore rispetto al costo di altri farmaci: ad esempio, la terapia trimestrale con rituximab costa € 5.331,24 rispetto al costo di € 2.914,13 per la terapia trimestrale con etanercept - Enbrel®). Le differenze si appianano nel corso del tempo: ad esempio, un anno di trattamento con rituximab costa € 10.637,82 rispetto al costo di € 11.565,63 per un anno di trattamento con Enbrel. In media, il costo totale per paziente trattato con farmaci biologici risulta essere pari a 3.000 € se si considerano le visite ed il costo dei farmaci nei primi tre mesi di terapia; 5.700 € nei primi sei mesi; 11.300 € nel primo anno di terapia.*

Questa circostanza ha fatto sì che, fin dalla loro introduzione sul mercato, i farmaci biologici siano stati soggetti ad una regolamentazione precisa al fine anche di limitare una spesa sanitaria eccessiva (Valesini et al., 2006).
I costi elevati delle terapie con farmaci biologici hanno imposto, al momento del loro ingresso nel prontuario terapeutico, la creazione di un apposito Registro Osservazionale del Ministero della Salute in collaborazione con la Società Italiana di Reumatologia. Dal giugno 2001 al marzo 2004, inoltre, la prescrizione dei farmaci anti-TNFα è stata legata al progetto ANTARES, elaborato della Società Italiana di Reumatologia (SIR) con il patrocinio del Ministero della Salute.
Il progetto ANTARES ha identificato alcuni centri reumatologici di eccellenza, cui è stata riservata la possibilità esclusiva di prescrivere e somministrare i biologici sotto stretto controllo; ha stabilito le caratteristiche necessarie per identificare i casi clinici meritevoli di trattamento con anti-TNFα, sulla base di specifici criteri di inclusione (relativi al grado di attività e di gravità di malattia) e di esclusione (concomitanza di patologie o condizioni controindicanti il trattamento con biologici); ha, inoltre, istituto un database nel quale raccogliere tutti i dati relativi alla casistica di utilizzo dei biologici in Italia, e, in particolare, dei farmaci anti-TNFα.
Obiettivi specifici di questo studio erano la valutazione dell'impiego di questi farmaci sulla popolazione in termini di efficacia e di profilo di tollerabilità, nonché la valutazione dell'efficienza della rete assistenziale reumatologica costituita dai singoli centri individuati dalle Regioni.
Il termine del progetto ANTARES, pur svincolando lo specialista reumatologo dall'adesione al protocollo di studio, non ha modificato la situazione: quelli che fino al 2004 erano dei criteri vincolanti sono tuttora rimasti validi come linee guida che vengono applicate da tutti i principali centri reumatologici.
Nel 2004 figuravano inseriti nel database ANTARES 3.902 pazienti (di cui 1.707 analizzabili). Dei 171 centri identificati dalle Regioni, solamente 140 centri avevano contribuito attivamente, con una media di 12 casi inseriti per centro.
I principali risultati conseguiti dal progetto sono stati:
1) l'individuazione di una rete di centri specialistici a garanzia della corretta somministrazione dei farmaci biologici;
2) la valutazione della sicurezza d'impiego. Si è visto come, di norma, i farmaci biologici siano ben tollerati. Reazioni di natura allergica si sono verificate in una percentuale di casi limitata e in una forma generalmente lieve e ben controllabile. In sintesi, i dati relativi alla sicurezza a breve e medio termine dimostrano come i farmaci biologici presentino un buon profilo di safety, a patto che venga eseguito accuratamente, prima dell'arruolamento del paziente, un insieme di test di screening volti ad accertare l'idoneità del soggetto per tale trattamento e la non esistenza di possibili controindicazioni e/o fattori di rischio
3) la costituzione di una base dati on-line almeno in parte utilizzabile per l'analisi;
4) il controllo della spesa da parte delle Regioni;
5) la prosecuzione e l'ampliamento del monitoraggio su base nazionale con il protocollo per la ricerca indipendente dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).
Lo studio ANTARES, d'altra parte, ha messo in luce alcune importanti criticità tra cui:

1) la difficoltà di costituire un sistema di raccolta dati "robusto" ed affidabile;
2) lo scarso coinvolgimento dei Centri;
3) l'assenza di monitoraggio per tutti gli altri Centri non coinvolti direttamente nel programma.

Di recente, l'impiego dei biologici in dermatologia e reumatologia è stato analizzato da un unico progetto di ricerca multicentrico, MonitorNet, che confronta nella pratica clinica i farmaci biologici in termini di sicurezza, efficacia ed appropriatezza (Sfriso et al., 2009). Si tratta di un'iniziativa intesa a realizzare una collaborazione permanente tra le strutture reumatologiche italiane con il fine di migliorare l'assistenza ai pazienti attraverso la condivisione a distanza dei dati epidemiologici e clinici.

La popolazione inclusa nel nuovo studio è rappresentata da tutti i pazienti con artrite reumatoide, artropatia psoriasica, spondilite anchilosante e psoriasi, trattati con farmaci biologici presso i centri della rete, in condizioni di routine seguendo nella prescrizione e nel follow-up le correnti raccomandazioni della Società Italiana di Reumatologia.

Il progetto ha preso il via nel settembre del 2006: 37 centri reumatologici hanno aderito allo studio e hanno iniziato la raccolta dei dati all'inizio del 2007. Alla fine del 2007 è entrato in funzione il database on-line: fino al mese di maggio 2008, 20 centri hanno contribuito attivamente alla ricerca, inserendo nel database 801 casi.

Nella descrizione degli obiettivi del progetto di ricerca si evidenzia come i farmaci biologici presentino a lungo termine potenziali rischi, non ancora definitivamente chiariti dalle sperimentazioni cliniche controllate: si ribadisce, perciò, l'esigenza di costituire dei Registri, tramite cui possa essere monitorato il profilo rischio/beneficio. Rimangono, infatti, ancora da precisare: profilo di tossicità a lungo termine; tassi di reazioni avverse non frequenti ma clinicamente rilevanti; mantenimento dell'efficacia a lungo termine; frequenza di eventuali fenomeni di rebound alla sospensione del farmaco.

Fino ad ora il registro più grande in Italia è stato creato dall'U.O. Reumatologia e Immunologia Clinica Azienda Spedali Civili Brescia, dal Centro di Reumatologia del Policlinico di Pavia, dal Centro di Reumatologia dell'Ospedale Sacco di Milano, e dall'Istituto Ortopedico G. Pini di Milano. Attraverso i Registri dovrebbero essere monitorati oltre 1.300 pazienti con artrite reumatoide evoluta e resistente ai farmaci convenzionali, a cui vengono somministrati farmaci biologici anti TNF-α.

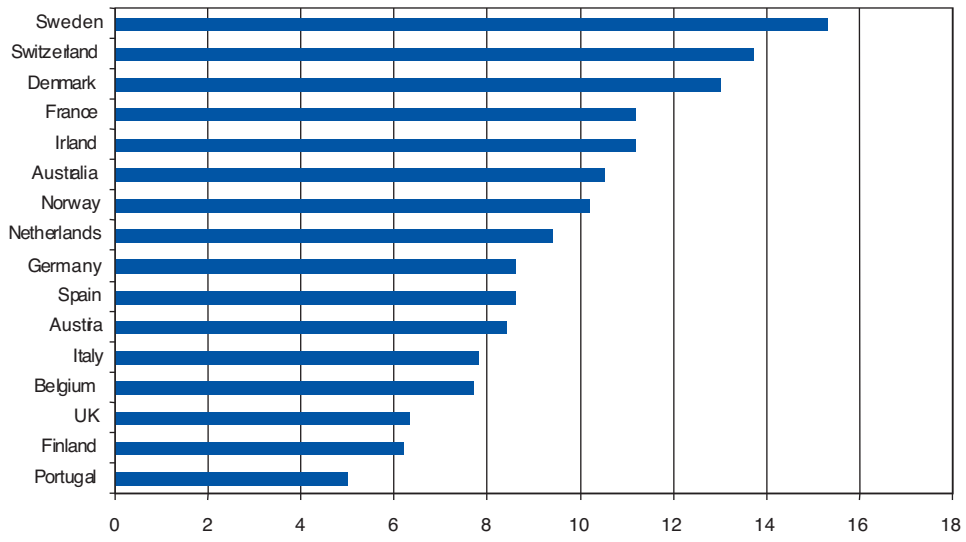
Fino a questo momento, si è osservata una soddisfacente riduzione dei sintomi e dei segni di malattia in oltre il 70% dei pazienti, mentre i limitati effetti indesiderati rilevati confermano il buon profilo di sicurezza dei farmaci.

In ambito neurologico, i farmaci biologici vengono impiegati nel trattamento delle malattie demielinizzanti (sclerosi multipla). Gli interferoni (Rebif ® - IFN-beta 1a - nelle preparazioni a 22 mcg e 44 mcg, Avonex ® - IFN-beta 1a -, Betaferon ® - IFN-beta 1b -) sono stati utilizzati negli ultimi 15 anni con risultati positivi. Sebbene non siano in grado di guarire la malattia, gli interferoni si sono dimostrati efficaci nel ridurre il tempo di comparsa della prima ricaduta dopo l'inizio della terapia, la frequenza annua e la gravità delle ricadute nella sclerosi multipla il cui andamento è "a ricadute e remissioni". E' stata, inoltre, evidenziata un'efficacia positiva nel rallentare la disabilità accumulata nel tempo.

È più recente l'immissione in commercio del natalizumab (Tysabri®), farmaco anti-TNFα,

impiegato anch'esso per il trattamento della sclerosi multipla a ricadute e remissioni. In Italia, l'impiego del natalizumab è ancora contenuto. Nella Figura 3 si evidenzia, per ciascun Paese europeo, la quota di utilizzo del natalizumab sul totale della popolazione di pazienti.

Figura 10b.3 - % di impiego del natalizumab (Tysabri®) nei Paesi Europei (anno 2008)



Fonte: AIFA, 2008.

In campo oncologico l'impiego dei farmaci biologici ha consentito di ottenere risultati estremamente interessanti. Le molecole agiscono sulla crescita del tumore bloccando la formazione di alcune proteine che hanno un ruolo chiave in questo processo e inibiscono, così, lo sviluppo delle cellule cancerose. Sono almeno quindici i farmaci biologici attualmente già in uso in campo oncologico, e sono oltre mille quelli in fase di sperimentazione clinica.
Il primo farmaco biologico utilizzato è stato l'Herceptin ®, che si è rivelato utile nel ridurre, in oltre il 50% dei casi, il rischio di recidiva nel tumore mammario operabile. Tra le molecole di più recente utilizzo c'è il lapatinib efficace nel contrastare la comparsa di metastasi da tumore della mammella.
Esistono molecole che vengono impiegate con successo contro il tumore al colon (cetuximab, bevacizumab) e altre (sunitinib, sorafenib) che hanno aperto nuove prospettive per la cura dei carcinomi renali e al fegato, per i quali fino a poco tempo fa c'erano pochissime possibilità terapeutiche. Per il carcinoma del fegato, ad esempio, uno studio pubblicato sul New England Journal of Medicine, ha dimostrato l'efficacia del sorafenib nel bloccare la progressione di questo tumore e nell'aumentare la sopravvivenza dei pazienti sottoposti alla terapia. Inoltre, sono stati recentemente annunciati i risultati di uno studio clinico con il primo farmaco biologico orale, l'erlotinib, che ha dimostrato di aumentare la sopravvivenza dei pazienti con carcinoma polmonare in fase avanzata (Humanitas, 2009).

Per quanto riguarda le nuove indicazioni nell'impiego di farmaci biologici per altre patologie ci sono evidenze nella letteratura scientifica riguardo a amiloidosi, osteoporosi, connettiviti (lupus eritematoso sistemico - LES, sclerodermia, dermatomiosite, polimiosite), malattia di Behçet, morbo di Still dell'adulto, febbre familiare mediterranea, sarcoidosi, policondrite, olimialgia reumatica, uveite, sindrome SAPHO e lombosciatalgia. È ancora presto per poter esprimere giudizi definitivi sia perché in alcuni casi le sperimentazioni sono ancora in corso sia perché a volte si parla solo di pochi casi trattati. In particolare, gli studi più avanzati riguardano la proteina ricombinante analoga del CTLA-4 (abatacept) che viene sperimentata in pazienti affetti da LES; l'anticorpo monoclonale anti-CD20 (rituximab) sperimentato su pazienti affetti da sclerodermia, vasculiti e LES; l'anticorpo monoclonale anti-IL-6 (tocilizumab) sperimentato su pazienti affetti da artrite reumatoide, malattia di Crohn e LES (Di Battista, 2006).

10b.3. La situazione in Italia

Il Rapporto OSMED 2008 evidenzia come, nell'ambito delle erogazioni di farmaci da parte delle strutture pubbliche, gli immunosoppressori biologici incidano sul consumo totale della categoria "farmaci antineoplastici e immunomodulatori" per l'8,7%, una percentuale che non si discosta molto dall'8,3% degli immunosoppressori di origine non biologica; tuttavia, la spesa pro capite è notevolmente diversa, dato il costo dei farmaci biologici, e risulta almeno tre volte maggiore (6,51 € per gli immunosoppressori biologici, che corrispondono al 18,1% della spesa lorda pro capite vs 1,83 € per gli altri immunosoppressori, che costituisce il 5,1% del totale della spesa pro capite), come si evince dalla Tabella 3.
La spesa per i biologici si accresce ulteriormente se si considerano anche gli interferoni, alfa e beta, che contano per il 13,2% della spesa e il 12,3% dei consumi.

Tabella 10b.3 - Spesa e consumi per farmaci (DDD) erogati dalle strutture pubbliche – categorie terapeutiche I livello ATC (in euro, anno 2008)

Regione	Spesa totale	Spesa lorda pro-capite	%	DDD totali	DDD/1000 abitanti per die	%
	2.150,1	**36,06**		**145,8**	**6,7**	
Antineoplastici citostatici	409,4	6,87	19	30	1,4	20,6
Anticorpi monoclonali	398,5	6,68	18,5	3,4	0,2	2,3
Immunosoppressori biologici (inclusi anti TNF-α)	**388,4**	**6,51**	**18,1**	**12,7**	**0,6**	**8,7**
Inibitori della tirosin chinasi	245	4,11	11,4	2,6	0,1	1,8
Interferoni beta	**181,5**	**3,04**	**8,4**	**12,3**	**0,6**	**8,4**
Altri immunosoppressori	109,1	1,83	5,1	12	0,6	8,3
Interferoni alfa	**103,7**	**1,74**	**4,8**	**5,8**	**0,3**	**3,9**
Terapia endocrina – ormoni	92	1,54	4,3	34,6	1,6	23,7
Fattori della crescita	84	1,41	3,9	1,3	0,1	0,9
Antiandrogeni	64,3	1,08	3	19	0,9	13
Inibitori enzimatici	23,7	0,40	1,1	7,6	0,3	5,2
Antoestrogeni	9,7	0,16	0,5	3	0,1	2,1

Fonte: Rapporto OSMED, 2008.

La spesa totale per gli immunosoppressori biologici, che ammonta a 388,4 milioni di €, è dovuta quasi interamente agli anti TNF-α (346,6 milioni di €). La spesa per immunosoppressori biologici viene ulteriormente specificata nella Tabella 4.

Tabella 10b.4 - Spesa per immunosoppressori biologici (in euro, anno 2008)

Immunosoppressori biologici (inclusi anti TNF-α)	Spesa totale (milioni di €)	DDD (milioni di giornate in terapia)
Etanercept	157,8	4,3
Adalimubab	96,9	2,6
Infliximab	91,9	4,8
Efalizumab	20,8	0,6
Natalizumab	17	0,3
Anakinra	2,2	0,1
Abatanecept	1,9	0,1

Fonte: Rapporto OSMED, 2008.

In ambito reumatologico, l'impiego degli anti TNF-α per il trattamento dell'artrite reumatoide, secondo quanto concordato dalle linee guida, dovrebbe avvenire come seconda scelta, cioè nei pazienti che non rispondono adeguatamente ai farmaci convenzionali non biologici, quali metrotrexato, leflunomide e sulfasalazina. Solo in alcuni casi, altamente selezionati, ne può essere considerato l'impiego in prima scelta. La spesa maggiore è per l'etanercept (Enbrel ®). Il consumo più basso si registra, invece, per l'abatacept (100.000 DDD nel 2008) commercializzato in Italia a fine 2007 e registrato per il trattamento dell'artrite reumatoide attiva, da moderata a grave, in combinazione con metrotrexato, quando la risposta ad altri farmaci antireumatici, incluso almeno un anti TNF–α, risulti insufficiente.
Anche in ambito dermatologico gli anti TNF-α trovano un impiego crescente, in particolare per il trattamento della psoriasi a placche di grado moderato grave dopo il fallimento della risposta con altri farmaci sistemici.
La Tabella 5 evidenzia la spesa lorda pro capite imputabile a ciascuna sostanza classificata tra i farmaci biologici.

Tabella 10b.5 - Erogazione dei farmaci biologici attraverso le strutture pubbliche per categoria terapeutica e per sostanza (anno 2008)

Sottogruppi e sostanze	Spesa lorda pro capite	%	DDD/1000 abitanti pro die	%
Anticorpi monoclonali	6,68	37,1	0,2	18
Immunosoppressori biologici (compresi anti TNF-α)	6,51	36,1	0,6	67,1
Inibitori della tirosin chinasi	4,11	22,8	0,1	13,9
Bortezomib	0,62	3,5	< 0,05	0,2
Omalizumab	0,09	0,5	< 0,05	0,8
Farmaci biologici	18,02			
Trastuzumab	2,68	14,8	0,1	10,8
Etanercept	2,65	14,7	0,2	22,7
Imatinib	2,43	13,5	0,1	8,3
Rituximab	2,16	12	< 0,05	0,9
Adalimubab	1,63	9	0,1	13,7
Infliximab	1,54	8,6	0,2	25,2
Bevacizumab	1,20	6,6	< 0,05	5
Botezomib	0,62	3,5	< 0,05	0,2
Cetuzimab	0,61	3,4	< 0,05	1,3
Sunitinib	0,56	3,1	< 0,05	1,3

Fonte: Rapporto OSMED, 2008

10b.4. Fattori di criticità nell'impiego dei farmaci biologici e spunti per ulteriori approfondimenti

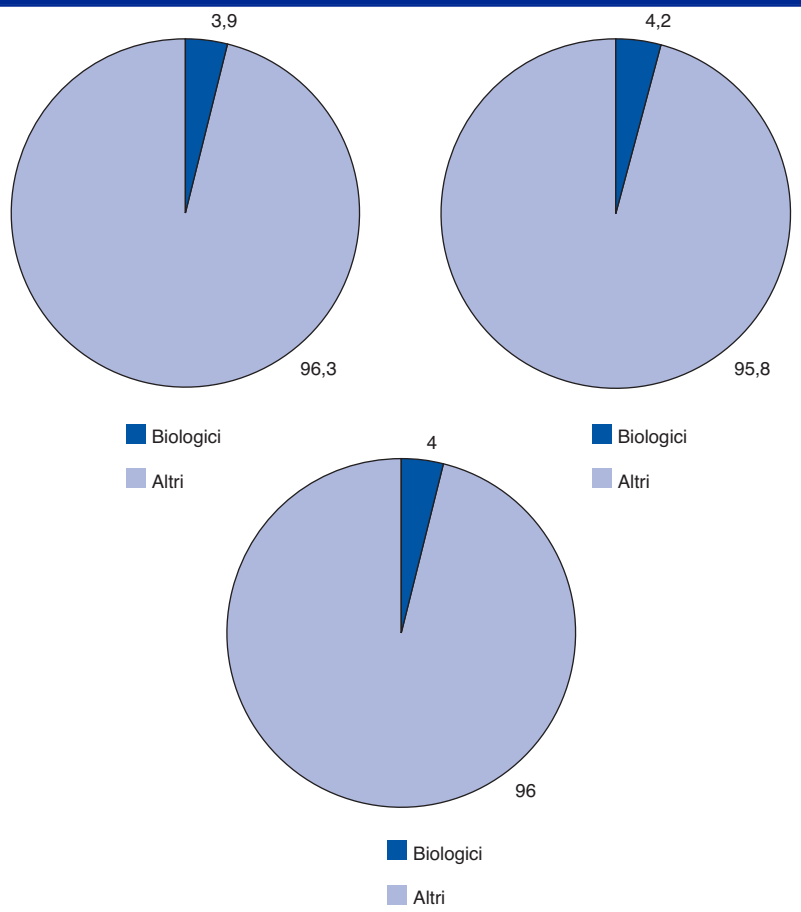
La trattazione fin qui svolta ha posto in rilievo il problema principale connesso ai farmaci biologici, che è quello dei costi elevati.

L'atteggiamento che si nota, da parte dei clinici da un lato e delle Regioni dall'altro lato, è duplice: se, da un lato, i primi chiedono di poter utilizzare i farmaci biologici su scala più larga, dati i risultati positivi in termini di efficacia e di tollerabilità da parte dei pazienti, dall'altro lato le Regioni potrebbero limitare le prescrizioni per non far aumentare troppo il numero dei pazienti da curare. Ogni paziente che necessita di un ciclo di cura con biologici costa allo Stato in media 12.000 €, cifra che, però, si rivela ben investita, in termini di costi indiretti evitati legati ad un numero più basso di giornate di lavoro perse, alle terapie, farmacologiche e riabilitative, che il paziente non dovrebbe affrontare, e, soprattutto, in termini di qualità della vita.

La spesa per i biologici è limitata non solo in Italia ma anche nel resto del mondo, come può evincersi dalla Figura 4, che presenta dei dati del 2007: nel resto del mondo, la spesa per i farmaci biologici è pari al 3,9% della spesa totale. Una percentuale di spesa lievemente più alta si nota per i Paesi europei (4,2% della spesa).

Tra tutti i Paesi europei, al momento, l'Italia si colloca tra gli ultimi posti per l'impiego di farmaci biologici, pur non discostandosi troppo dalla media.

Figura 10b.4 - % di spesa per farmaci biologici e altri farmaci in Italia, Europa e nel resto del Mondo (anno 2007)



Fonte: IMS, 2007 (dati riportati da Bove P., Il valore ed il percepito dei farmaci biologici in Italia, SIFO 2007).

Non mancano gli studi volti ad indagare le potenzialità di diffusione nel mercato dei farmaci biologici. L'indagine di Bove (2007) ha evidenziato le caratteristiche che, per i farmacisti ospedalieri, rendono i farmaci biologici maggiormente interessanti rispetto ai farmaci tradizionali: in una scala che vede un range di valutazione da 1 (= per nulla interessante) a 20 (= di grande importanza) si colloca al primo posto, con un punteggio medio di 16,33, l'azione mirata e specifica svolta dai farmaci biologici nel trattamento di determinate patologie; altre caratteristiche ritenute rilevanti sono la capacità di curare malattie "difficili" da trattare (punteggio medio di 15,85; occorre, però, ricordare che, per alcune patologie come, ad esempio, l'artrite reumatoide, i farmaci biologici vengono spesso assunti in concomitanza con i farmaci tradizionali); seguono, tra le caratteristiche menzionate, il diverso meccanismo d'azione esercitato dai biologici (punteggio medio di 14,68) e un "apprezzamento" verso la ricerca necessaria per ottenere il prodotto biotecnologico (punteggio medio di 13,14), ricerca che determina il costo elevato dei farmaci biologici.
Nella stessa indagine, una domanda ha riguardato gli aspetti su cui le aziende farmaceuti-

che dovrebbero concentrarsi per favorire una maggiore diffusione del prodotto: ancora una volta, in una scala di valutazione da 1 a 20 si attribuisce la massima importanza alla necessità di abbassare i costi (punteggio medio di 16,26), seguito dall'attenzione all'informazione e alla ricerca: un'informazione più accurata mostra un punteggio medio di 15,54, mentre la necessità di avviare sperimentazioni di confronto e studi osservazionali a lungo termine, per migliorare il profilo della safety, registra un punteggio medio di 15,23.
A tal proposito, non dovrebbe dimenticarsi come i farmaci biologici siano stati studiati e impiegati originariamente in ambito oncologico e solo successivamente abbiano trovato un utilizzo crescente in patologie croniche caratterizzate da una aspettativa di vita più lunga, per le quali le conoscenze del profilo di sicurezza diventano un elemento fondamentale per la scelta del trattamento. Le infezioni, sostenute dalla depressione della risposta del sistema immunitario, cui è anche legata l'efficacia terapeutica, si sono dimostrate essere l'effetto collaterale più frequente[7].
Un ulteriore profilo di riflessione, a cui si era fatto cenno all'inizio, riguarda, poi, la concreta disponibilità dei farmaci. Dopo il rilascio dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio, un farmaco H, prima di essere disponibile in ospedale, deve completare un iter che può differire da Regione a Regione, e, all'interno di una stessa Regione, da ASL ad ASL o da ospedale ad ospedale.
Tra l'autorizzazione nazionale e la possibilità per il medico ospedaliero di utilizzare il farmaco si possono frapporre commissioni territoriali o locali di vario livello che presiedono ad altrettanti prontuari, con potere di filtro o, addirittura, di blocco per l'area di loro competenza. Nei casi più fortunati (documentati da Pammolli e Integlia, 2009), uno stesso farmaco diviene utilizzabile nei DRG a date diverse a seconda della Regione, della ASL, della struttura ospedaliera; in altri casi, le commissioni locali possono arrivare a bloccare del tutto l'inclusione di un farmaco nei DRG, così differenziando strutturalmente il Prontuario Farmaceutico Nazionale dai prontuari in uso sul territorio.
Le conseguenze di ciò si riflettono anche nei prezzi dei farmaci. Ad esempio, con riferimento all'IFN-beta per la cura di malattie neurologiche, può osservarsi come il prezzo del farmaco vari a seconda dell'ASL considerata o, persino, a seconda dell'Azienda Ospedaliera. La determinazione del prezzo, infatti, si ha a seguito di una contrattazione tra ASL e azienda farmaceutica per la fornitura del farmaco sulla base di un ammontare di consumo stimato. A seguito dello svolgimento della gara, l'ASL o l'Azienda Ospedaliera possono ottenere degli sconti sulla fornitura[8]. La possibilità che si svolga una gara per l'aggiudicazione di determi-

[7] *Si tratta, nella maggior parte dei casi, di infezioni non gravi, trattabili e risolvibili con antibiotici. La più temibile, tra le infezioni osservate, si è dimostrata essere quella tubercolare, in soggetti con tubercolosi latente, ma misconosciuta, prima della terapia con biologici. Nei soggetti anziani (età > 65 anni) i farmaci biologici anti-TNF α sono molto efficaci, ma determinano un maggiore rischio di infezioni, specie se associati a maggiori dosaggi di cortisonici.*

[8] *La contrattazione avviene, di norma, per singola dose di farmaco. Mentre in tutte le Regioni è, di solito, ammessa la possibilità che si svolgano gare per la fornitura indette singolarmente dalle ASL o dalle Aziende Ospedaliere, in due Regioni - Sicilia e Veneto - è prevista solo una gara unica regionale. I soggetti ammessi alla contrattazione con le aziende farmaceutiche per la gara unica regionale sono le ASL, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS.*

nate quantità di farmaco al più basso prezzo possibile, anziché una trattativa privata tra ospedale e azienda farmaceutica, è prevista laddove vi sia almeno un'alternativa alla molecola del farmaco[9].

Di solito, le ASL e le Aziende Ospedaliere propongono un'offerta sul prezzo che saranno disposte a pagare per ogni dose, dato un ammontare complessivo richiesto; sulla base dell'offerta formulata e del numero di pazienti che le ASL e le Aziende Ospedaliere prevedono di avviare al trattamento farmacologico, le aziende farmaceutiche potranno effettuare uno sconto che va dal 30% al 50%[10].

Il problema della differenziazione regionale dei prontuari farmaceutici esige una soluzione soprattutto con riferimento ai prodotti biotecnologici salvavita e per il trattamento di malattie incurabili. Dato il prezzo relativamente elevato, a livello di politica del farmaco si ha un rallentamento nell'utilizzo in alcune Regioni, alcune ASL o alcuni ospedali.

In questo modo, viene, però, compromessa la natura stessa del Servizio Sanitario Nazionale: cure essenziali non sarebbero più disponibili su tutto il territorio nazionale secondo un ordine condiviso di priorità delle prestazioni che devono rientrare tra i LEA, e secondo un medesimo principio di equità nell'accesso agli stessi LEA (Pammolli e Integlia, 2009).

Il presente contributo non costituisce un'analisi esaustiva, tutt'altro: esso ha inteso delineare la situazione attuale presente in Italia, sintetizzando gli ambiti di impiego e gli studi in corso volti al monitoraggio dei farmaci biologici. Questi ultimi costituiscono, come si è visto, una sfida per i clinici nella ricerca della giusta mediazione tra efficacia (rispetto ai trattamenti farmacologici esistenti e alle potenzialità dei nuovi farmaci), tollerabilità a breve termine (che già è stata dimostrata) e a lungo termine (che potrà essere dimostrata nei prossimi anni, dopo aver condotto le osservazioni per un più lungo orizzonte temporale di riferimento), e sostenibilità finanziaria.

[9] *Così si è verificato, ad esempio, nella classe degli interferoni, per il Betaferon® – IFN-beta 1b -, con riferimento al quale, di recente, è stata immessa in commercio una molecola identica - Extavia® -, con il risultato che il prezzo di entrambi i farmaci ha subito una diminuzione. Essa è esclusa, invece, quando oggetto della contrattazione è un'unica molecola.*

[10] *Con riferimento all'esempio dell'IFN-beta, il prezzo sarà differente a seconda dell'esito della contrattazione e dello sconto concesso dalle aziende farmaceutiche. In particolare, per il Rebif 44® (IFN-beta 1a), lo sconto ottenuto dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere è di solito nella misura del 33%, di modo che il prezzo finale diminuisce da 1.590 € a poco meno di 1.000 € per confezione (in media 80 € per singola dose).*

Riferimenti bibliografici

- Bove P. (2007), Il valore ed il percepito dei farmaci biologici in Italia, relazione presentata al XXVII Convegno della Società Italiana Farmacisti Ospedalieri (SIFO), Verona, Ottobre 2007.
- Di Battista L. (2006), I farmaci "biologici", http://www.assoc-apai.org/it/pubblicazioni-e-articoli.html
- Favalli E. (2009), I farmaci biologici in reumatologia, http://www.associazioni.milano.it/alomar/info/farmacibiologiciFavalli.pdf
- Gorla R. (2008), I farmaci biologici per la terapia dell'artrite reumatoide, http://www.bresciareumatologia.it/biologici.html
- Humanitas (2009), Farmaci biologici: quando e perché funzionano, n. 1/2009, pp. 2-6.
- Mennini F.S. (2009), Impatto economico e sociale dell'Artrite Reumatoide, intervento al Workshop
- "Le malattie reumatiche nella Regione Lazio: aspetti e prospettive economiche e sociali", Roma, 17 novembre 2009.
- Pammolli F., Integlia D. (2009), I farmaci ospedalieri tra Europa, Stato, Regioni e cittadini, Quaderno CERM n.1/2009.
- Sfriso P., Salaffi F., Montecucco C.M., Bombardieri S., Todesco S. (2009), "MonitorNet: studio italiano osservazionale multicentrico per la valutazione del profilo rischio-beneficio nella pratica clinica reumatologica", Reumatismo, 61 (2): 132-139.
- Valesini G., Montecucco C., Cutolo M. (2006), "Recommendations for the use of biologic (TNF-α blocking) agents in the treatment of rheumatoid arthritis in Italy", Clinical and Experimental Rheumatology, 24, 4: 413-423.

Capitolo 11

La valutazione multi-livello delle performance dei network di interesse generale. Analisi di due casi studio in sanità

11 - La valutazione multi-livello delle performance dei network di interesse generale. Analisi di due casi studio in sanità

Cepiku D.[1], Conte A.[2], D'Adamo A.[3], Piovi M.[4]

11.1. Introduzione: i network di aziende sanitarie e la misurazione della loro performance

Il presente contributo ha ad oggetto i network - con specifico riferimento a quelli operanti nel settore sanitario e socio-assistenziale - e mira ad indagare la misurazione e la valutazione delle performance, ambito rilevante ancorché poco approfondito del governo e della gestione strategica degli stessi.

Tra le principali problematiche delle reti in ambito pubblico sono stati identificati un eccesso di tensione per il valore della connessione in sé, considerata un risultato invece che una semplice pre-condizione per creare valore pubblico; e la necessità di superare l'oscuramento informativo, esplicitando la rappresentazione dell'interesse pubblico e definendo gli output e outcome attesi (Longo, 2005). Inoltre, al manager di rete è spesso chiesta chiarezza nell'esplicitare ai diversi attori presenti all'interno della rete ed agli altri stakeholder vantaggi e svantaggi collegati al modello di rete (Meneguzzo, Cepiku, 2008).

A tal fine, e anche per far fronte alla elevata complessità tecnico-attuativa del modello di rete, occorre disporre di competenze e strumenti manageriali adeguati. Questi ultimi costituiscono il network management e governance, definiti come attività che avvengono in presenza di interdipendenze e che mirano a coordinare le strategie di attori operanti all'interno di un network e aventi obiettivi e preferenze diversificate con riferimento a uno specifico problema o politica (Kickert, Klijn, Koppenjan, 1997: 10). Il governo della rete differisce in maniera sostanziale dal management all'interno delle aziende laddove il manager è il "controllore del sistema" e si occupa prevalentemente di pianificare gli obiettivi, strutturare l'organizzazione e dirigere l'azienda, il tutto all'interno di chiare linee gerarchiche (Hunt, 1972: 25).

Dall'analisi sistematica della letteratura sui network (anglosassone ma soprattutto olandese) emerge una significativa lacuna riguardante l'alterazione delle funzioni manageriali tradizionali (pianificazione strategica, programmazione e controllo, contabilità, gestione delle risorse umane e organizzazione, ecc.) e degli strumenti di cui si avvalgono (Talbot, 2005: 512).

Ciononostante, la presenza ed il buon funzionamento di sistemi volti a misurare e valutare le

[1] *Cepiku D., Dipartimento di Studi sull'Impresa, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

[2] *Conte A., Dipartimento di Studi sull'Impresa, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

[3] *D'Adamo A., CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

[4] *Piovi M., ESTAV-Centro, Regione Toscana*

performance della rete restano condizioni essenziali per una efficace gestione del network ed il superamento dei numerosi conflitti che, date le caratteristiche intrinseche di questa configurazione (eterogeneità di missioni e interessi, di culture organizzative, diversità di stakeholder e finanziatori, ecc.), si vengono a creare.

11.2. Obiettivi e domande di ricerca

L'obiettivo della ricerca è quello di contribuire alla letteratura sul performance management delle reti, definendo un framework analitico volto a misurare le performance dei network inter-aziendali e in grado di includere tutte le dimensioni rilevanti.
Verranno esplorati i processi e gli strumenti di misurazione e valutazione delle perfomance della rete, includendo sia quelli in uso all'interno delle aziende partner e volti a misurare le reti sia quelli parte degli strumenti di network management. Le domande di ricerca includono le seguenti (Sydow, Windeler, 1998; Provan, Milward, 2001):

- Quali sono i criteri e le dimensioni di performance presi in considerazione a livello di comunità locale, a livello di network e a livello di singola azienda partner?
- Quali sono i key stakeholder identificati e come vengono coinvolti nei tre livelli?
- Quali sono le dimensioni di performance misurate?

11.3. Metodi di ricerca

Nella prima parte sono state condotte una review ed una sistematizzazione della letteratura allo scopo di definire un modello multi-livello di misurazione e valutazione delle performance dei network.
L'analisi di casi multipli di network sanitari è stata preceduta dalla definizione di un research framework a partire dalla letteratura di riferimento, avvalendosi della theory triangulation.
Nell'analisi dei casi studio sono state utilizzate una pluralità di fonti e metodi di raccolta dei dati quali interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati; l'analisi di documenti ufficiali e non, al fine di costruire un quadro di contestualizzazione. Le interviste sono state condotte sulla base di una griglia strutturata che parte dalla ricostruzione del network per indagare i sistemi di performance management (dimensioni di perfomance, strumenti e criteri di valutazione, stakeholder di riferimento, elementi di interdipendenza tra i livelli, ecc.) in tre diversi livelli, tenendo conto del grado di presidio e di rilevanza, degli strumenti concreti impiegati, ecc.
I due casi studio selezionati rappresentano delle prime esperienze di performance management sviluppate in contesti reticolari ed includono l'esperienza di "REHA Ticino", rete delle cliniche ticinesi di riabilitazione e l'Ente per i Servizi Tecnico-Amministrativi di Area Vasta (ESTAV Centro), dell'Area Vasta Centro, della Regione Toscana.

11.4. Un modello multi-livello di valutazione delle performance dei network di interesse generale

Il modello di performance management applicato alle reti di interesse generale è stato definito a partire dall'analisi e dalla sistematizzazione di due filoni di letteratura:

- I contributi riguardanti la public governance e le reti di interesse generale, con particolare riguardo alla letteratura sulle reti operanti in ambito sanitario e socio-assistenziale (Hunt,

1972: 25; Lomi, 1991; Lorenzoni, 1992; Meneguzzo, 1996; Arcari, 1996; Kickert, Klijn, Koppenjan, 1997; O'Toole, 1997; Lega, 2002; Del Vecchio, 2003; Berry et al, 2004; Longo, 2005; Cepiku, Ferrari, Greco, 2006; Bingham, O'Leary, 2007; Meneguzzo, Cepiku, 2008; Cepiku, Meneguzzo, 2009; ecc.);
- Le ricerche riguardanti il performance management, con particolare riferimento a quelle che si riferiscono ai network, sia pubblici sia privati (Bovaird, 1996; Sydow, Windeler, 1998; Provan, Milward, 2001; Talbot, 2005; Meneguzzo, 2005; Cepiku, Giordano, 2005; Thomson, Perry, Miller, 2007; Lunnan, Haugland, 2007; Bouckaert, Halligan, 2008; Van Dooren, Van de Walle, 2008; ecc.).

11.4.1. I network di aziende sanitarie

I network rappresentano soluzioni istituzionali e gestionali nate dall'interdipendenza di più aziende, pubbliche o private, particolarmente efficaci per affrontare problemi complessi e sono stati definiti come "more or less stable patterns of social relations between interdependent actors, which take shape around policy problems and/or policy programmes" (Kickert, Klijn, Koppenjan, 1997: 6).

Elemento caratterizzante della rete sono le relazioni di collaborazione che si instaurano tra i nodi, costituiti da organizzazioni dotate di autonomia e aventi obiettivi tra loro non conflingenti. Assume inoltre rilevanza la dimensione sociale e la fiducia. In letteratura si attribuiscono alle reti altre caratteristiche distintive (Rhodes, 1997: 11; O'Toole, 1997; Powell, 1990; Bingham, O'Leary, 2007):
- Interdipendenza tra le organizzazioni pubbliche, private for e non profit, che fanno parte della rete;
- Interazioni stabili e frequenti tra i membri del network volte a scambiare risorse e negoziare obiettivi condivisi;
- Interazioni, per lo più orizzontali, basate sulla fiducia e regolamentate da norme condivise;
- Assenza di una linea gerarchica di comando della rete.

Analogamente ad altri settori di intervento prevalentemente pubblico (servizi alla persona, educazione, cultura, socio-assistenziale, ecc.) i tratti salienti della public governance sono riscontrabili anche nell'attuale scenario della sanità, sia italiana sia estera. In particolare, l'approccio della public governance dà un notevole risalto alle reti ed agli aggregati interaziendali (Cepiku, 2005). Si tratta di un approccio molto utile per indagare le caratteristiche evolutive del settore sanitario sempre più frequentemente contraddistinto dal ricorso ai network quali modalità per organizzare, in maniera innovativa e flessibile, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini (Cepiku et al, 2006; Cepiku, Meneguzzo, 2004).

11.4.2. La valutazione delle performance dei network

La letteratura pone l'enfasi su due aspetti. Innanzitutto, un sistema di performance management dovrebbe includere anche gli effetti collaterali, intenzionali e accidentali, positivi e negativi. Inoltre, la performance non è un concetto unitario ma, piuttosto, un insieme di informazioni su vari risultati che rivestono un significato variabile per i diversi stakeholder (Bovaird, 1996: 147).

Network e performance management danno luogo a sinergie significative allorquando sono

utilizzati in combinazione. Infatti, la misurazione e comunicazione delle performance costituiscono un presupposto necessario affinché si instauri, in un tempo relativamente breve, un adeguato livello di fiducia tra i partner (Cepiku, Giordano, 2005).
Si è già accennato alla lacuna riguardante le funzioni di network management in generale e quelle di pianificazione strategica e programmazione e controllo in particolare. Governo e gestione strategica della rete - visti come insiemi di sistemi, processi e strumenti – differiscono, infatti, in modo significativo dal governo e dalla gestione di singole amministrazioni, agenzie ed aziende pubbliche. Occorre quindi ripensare i ruoli direzionali, il management strategico, la programmazione e il controllo, la misurazione e la gestione delle performance, i sistemi informativo-contabili e di reporting delle reti, identificate anche come situazioni caratterizzate da "no bosses, many players" (Agranoff, 2003: 11).
Le performance ad ogni livello (macro, meso e micro) fanno riferimento a stakeholder specifici e sono identificabili a partire da criteri diversi (Provan, Milward, 2001). Tuttavia, sono al contempo presenti elementi che rendono le performance dei tre livelli interdipendenti tra di loro. La valutazione delle perfomance della rete a livello macro mira ad evidenziare il vantaggio comparato di questa formula istituzionale rispetto ad altre possibili per definire le medesime politiche ed erogare gli stessi servizi. A livello macro, dovrebbe operare un sistema per la misurazione dell'impatto del network sulla società in generale. Questo sistema di misurazione può essere collocato presso una delle aziende partner, a livello sovraordinato negli organi direzionali del network stesso oppure presso un ente sovraordinato finanziatore o regolatore. Tipicamente, a questo livello, vengono identificati e coinvolti le seguenti categorie di stakeholder: associazioni di utenti, livello politico, opinione pubblica, ecc. Le dimensioni di performance al centro dell'attenzione comprendono efficienza, efficacia, qualità, impatto sul K sociale, benessere, ecc. (ibid.).
A livello meso, la misurazione delle perfomance attiene perlopiù alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi del network e ha delle implicazioni sulle logiche di network management adottate. Il sistema di misurazione delle performance può essere collocato presso una delle aziende partner qualora il network sia caratterizzato da una "capogruppo", a livello sovraordinato negli organi direzionali del network, o presso un ente sovraordinato. I portatori di interesse a cui fa riferimento questo livello sono perlopiù le aziende partner ma anche gli organi di direzione del network ed altri livelli di governo. Tipicamente le dimensioni di performance rilevate sono (l'accresciuto) supporto esterno, la crescita del network, il numero di servizi erogati, l'assenza di duplicazioni e la creazione di sinergie, l'efficienza delle attività amministrative del network, l'impegno delle aziende partner verso le finalità del network, il miglioramento delle relazioni tra le aziende partner, ecc. (ibid.).
Infine, a livello micro, il manager di ogni azienda partner valuta la convenienza per la propria istituzione a continuare a far parte del network (Cepiku, Meneguzzo, 2004). Coerentemente questo sistema si colloca in staff al vertice dell'azienda partner e fa riferimento a stakeholder quali gli organi direzionali dell'azienda, il personale stesso dell'azienda, gruppi specifici di utenti, ecc. Tra le molteplici dimensioni di performance che vengono rilevate si possono menzionare la legittimazione dell'azienda, la capacità di acquisire risorse aggiuntive, il costo dei servizi, l'accessibilità dei servizi, l'outcome per gli utenti, la capacità di sopravvivenza dell'azienda, ecc. (ibid.).

Tabella 11.1 - Modello teorico di valutazione delle performance dei network di interesse generale

Livello di analisi	Categorie principali di stakeholder	Finalità perseguite attraverso il network	Dimensioni di performance misurate
Macro Impatto sulla comunità di riferimento	Associazioni e gruppi di advocacy di utenti / pazienti, vertice politico, opinione pubblica, ecc.	Vantaggio comparato della formula di rete	Efficacia clinica e strategica, costo per la comunità e impatto sul suo benessere generale, impatto sul K sociale, ecc.
Meso Network	Organi di direzione del network ed altri livelli di governo, aziende partner.	Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del network	Efficacia strategica ed operativa, efficienza del network management. Nr di partner e di servizi, intensità delle relazioni, impegno membri, integrazione / duplicazioni / coordinamento
Micro Azienda partner	Organi direzionali dell'azienda, personale stesso dell'azienda, gruppi specifici di utenti, ecc.	Convenienza per la singola azienda a (continuare a) far parte del network	Legittimazione sociale e competitività dell'azienda partner, capacità di acquisire risorse aggiuntive, costo e qualità dei servizi, ecc.

Fonte: Ns adattamento da Provan, Milward, 2001

Da questa breve trattazione delle diverse coniugazioni della performance (dimensioni, ambiti e stakeholder), emerge anche la rilevanza di sistemi di pianificazione, programmazione e controllo. La loro presenza è imperativa sia a monte – quando si definiscono gli obiettivi e si identificano gli stakeholder – sia a valle, ossia nel momento in cui le informazioni sulle performance sono rese disponibili al vertice strategico e utilizzate nei processi decisionali. Infatti, nella letteratura sul network management (Longo, 2005), si usa identificare come funzionali ad un sistema di performance management, tra gli altri, gli strumenti di pianificazione strategica e infrastrutturale e gli strumenti di programmazione e controllo. I primi includono gli stessi elementi e caratteristiche di processo delle strategie aziendali ma si è in presenza di pianificazione strategica integrata di rete quando la funzione è volta a generare connessione e a evidenziare il vantaggio competitivo della rete.
Gli strumenti di programmazione e controllo, invece, non interessano tutti gli ambiti di azione aziendale e di rete e variano a seconda del tipo di rete e della collocazione organizzativa del sistema di programmazione e controllo integrato. Presso la capogruppo, questi strumenti sono volti alla valutazione delle performance e dell'equilibrio economico-finanziario per influenzare i confini della rete, il top management e/o l'allocazione delle risorse. A livello di committente si utilizzano a supporto delle decisioni riguardanti il rinnovo dei contratti, le decisioni di finanziamento, gli incentivi ai produttori. Presso l'amministrazione pivotale svolgono un ruolo di moral persuasion, mentre qualora presenti in forma diffusa mirano ad esercitare un controllo sociale della rete ed un allineamento delle percezioni.

11.5. La rete delle cliniche ticinesi di riabilitazione (REHA Ticino)

11.5.1. La rete ed il sistema di network management

REHA Ticino nasce nel 2007 dalla formalizzazione dell'alleanza strategica tra l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) e la Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago (CRB). In particolare, le strutture che fanno parte della rete sono la Clinica di riabilitazione di Novaggio, il servizio di riabilitazione di Faido ed il servizio di riabilitazione cardiologica dell'Ospedale San Giovanni di Bellinzona. In pratica, REHA Ticino raggruppa tutte le strutture e i servizi ai quali la pianificazione cantonale ha attribuito un mandato per la riabilitazione. Si tratta della prima rete riabilitativa costituita in Svizzera tra pubblico e privato non profit con la finalità di porre rimedio alla frammentazione territoriale e di migliorare la continuità delle cure. Ad oggi, la rete conta su 175 posti letto, diversi servizi di day hospital e oltre 400 collaboratori e cura ogni anno circa 2500 pazienti degenti. I collaboratori sono dipendenti delle strutture che aderiscono alla rete a cui è stata rivolta una indagine di clima. L'ambito di attività, definito nei mandati di prestazione, comprende la riabilitazione neurologica, muscoloscheletrica e cardiologica. Nelle strutture della rete viene anche erogata la riabilitazione geriatrica ed oncologica.

La collaborazione tra l'EOC e la Hildebrand avviene all'interno di una rete sanitaria di tipo informale, che si basa sul coordinamento delle azioni delle due organizzazioni sanitarie senza ancorare l'accordo a contratti complessi o all'integrazione proprietaria. In particolare, al fine di promuovere una gestione dei casi clinici coordinata, oltre al dialogo e alla presa in comune di decisioni cliniche tra i diversi specialisti, è stata importante la condivisione di protocolli e di linee guida (ad esempio, la Clinica Hildebrand utilizza il manuale di igiene ospedaliera dell'EOC), la promozione di momenti formativi comuni e l'esperienza di revisione di alcuni percorsi clinici (Greco, Vichi, 2007).

La collaborazione tra i due istituti si è intensificata anche dal punto di vista della gestione operativa: anche al fine di sfruttare delle interessanti economie di scala, il Centro di riabilitazione ha infatti affidato in modalità contracting out all'EOC alcuni servizi di supporto; per la gestione di altri servizi, invece, vi è una strettissima collaborazione tra le due strutture.

La forma di collaborazione più intensa è stata senza dubbio sviluppata con l'Ospedale di Locarno, favorita anche dalla vicinanza geografica tra le due strutture, ed oggi declinata sia per la presenza dei professionisti della riabilitazione e della fisiatria della Hildebrand presso la struttura per acuti, nei diversi ambiti di pertinenza, sia per la presenza, presso la Hildebrand, di professionisti dell'Ospedale di Locarno, sia per momenti congiunti di formazione. Inoltre, dal 2005, il servizio di riabilitazione dell'Ospedale è stato rilevato in toto dalla Clinica Hildebrand, con passaggio del personale dall'Ospedale alla Hildebrand (Greco, Vichi, 2007).

L'assetto istituzionale REHA Ticino è di natura informale e le attività di network management sono principalmente regolate dalla convenzione.

La rete viene gestita da un board, organo permanente della rete riabilitativa REHA Ticino, diretto dal coordinatore della rete, nominato congiuntamente dalle due istituzioni firmatarie della convenzione (EOC e CRB). Fanno parte del board il coordinatore della rete, un responsabile clinico ed uno amministrativo di ogni struttura parte dell'EOC e un responsabile ammi-

nistrativo della Clinica Hildebrand.
Il board ha il compito di definire gli indirizzi e le linee direttive della rete, gli ambiti di collaborazione e le attività promosse dalla stessa, elaborare il budget annuale delle attività, approvare le attività, le linee guida e i progetti elaborati, sostenere le cliniche e i servizi facenti parte della rete nell'implementazione delle attività, delle linee guida e dei progetti elaborati.
Il coordinatore di rete dirige il board e coordina tutte le attività della rete. Tutti i costi derivanti da attività, progetti o altro della rete riabilitativa vengono assunti nella misura di 2/3 da parte dell'EOC e 1/3 da parte della Clinica Hildebrand.
Gli istituti firmatari della convenzione si impegnano, nel rispetto reciproco delle proprie aree di specializzazione, a promuovere la conoscenza del ruolo e delle potenzialità della riabilitazione. A tale scopo istituiscono delle relazioni permanenti e regolari fra loro per favorire il reciproco rafforzamento, anche sul piano della formazione e della ricerca.

11.5.2. Gli obiettivi perseguiti a livello macro, meso e micro e le misure di performance

I promotori e attuali vertici strategici del REHA Ticino hanno identificato nei vari documenti preparatori gli obiettivi e i benefici attesi della collaborazione. Ripercorrendo il framework teorico definito nel paragrafo 11.4, i benefici attesi a livello macro sono perlopiù quelli connessi ad una maggiore competitività del settore della medicina riabilitativa ticinese a livello nazionale ed internazionale. Un ulteriore obiettivo è quello di porre rimedio alla frammentazione territoriale ed alla mancanza di una tempestiva "continuazione delle cure", associata alla consapevolezza che solo mettendo il paziente al centro di una rete realmente integrata sul piano operativo e sinergico fra specializzazioni del settore acuto e della continuità riabilitativa stazionaria e territoriale, si potrà favorire il recupero del paziente conciliando i grandi imperativi odierni come l'allocazione adeguata e controllata delle risorse, un controllo dei percorsi del paziente come pure una garanzia sulla qualità delle cure erogate.
Allo stato attuale, tuttavia, non sono state sviluppate misure dell'impatto del network sulla comunità di riferimento. Vale anche la pena notare che la misurazione degli outcome è ben più complessa di quella degli output, anche perché richiede un lasso di tempo più lungo per poter esplicare il suo effetto (in questo caso miglioramento della competitività del settore e miglioramento dello stato di salute). Le ricadute, ad ogni modo da valutare nel medio-lungo periodo, sono ad oggi apprezzabili in termini di aumento dell'indice di attrazione da regioni italiane limitrofe, di miglioramento della qualità delle prestazioni e del flusso informativo tra tutti gli attori coinvolti (Greco, Vichi, 2007).
A livello meso, la formula istituzionale di network è stata identificata dalle aziende partner, ciascuna con le proprie offerte riabilitative, come la più adatta a creare sinergie, comprimere i costi sfruttando le economie di scala, facilitare l'introduzione di protocolli terapeutici standardizzati e favorire la collaborazione e gli scambi tra la riabilitazione e il settore somatico acuto. Si tratta di una collaborazione utile a migliorare la gestione del processo clinico riabilitativo soprattutto nelle fasi post-acuta precoce e post-acuta. Un altro obiettivo è quello legato all'aggiornamento professionale continuo e coordinato del pool medico, infermieristico e terapeutico. Infine, mediante la definizione di una modalità di codifica comune di

tutti i documenti utilizzati dalle diverse strutture appartenenti alla rete e la definizione di un processo condiviso per la gestione della documentazione, si mira a uniformare le modalità di tenuta e trasmissione delle informazioni tra i partner della rete.
Un indicatore delle performance a questo livello è costituito dal numero di mandati di prestazione per l'erogazione di servizi di cura / riabilitazione attribuiti dal livello cantonale.
Altre dimensioni di performance monitorate a questo livello includono la qualità percepita dall'utente e dal personale mediante la realizzazione di due indagini, una di soddisfazione (rivolta agli utenti di tutte le strutture che fanno parte della rete) ed una di clima (rivolta al personale del network). Attraverso queste analisi si valutano da un lato, gli aspetti del servizio e della cura che necessitano di un miglioramento dal punto di vista del paziente, e dall'altro, le aspettative del personale al fine di migliorarne la soddisfazione. Entrambe le dimensioni sono monitorate anche a livello di aziende partecipanti che perseguono per lo più la finalità di una comparazione nel tempo delle performance in termini di soddisfazione dei pazienti e del proprio personale.
Sempre a livello meso, è oggetto di valutazione l'efficienza delle attività di network management, con particolare riguardo alle attività amministrative e di comunicazione.
A livello micro[1], il label "REHA Ticino" è inteso quale marchio di qualità volto a distinguere i componenti della rete da altre strutture riabilitative. Mediante le funzioni basilari classiche di ogni marchio – riduzione del rischio, identificazione e aiuto alla selezione – la rete si prefigge di porre rimedio al problema dell'asimmetria informativa, molto diffuso sul mercato della salute. Infatti, nonostante la pianificazione ospedaliera definisca chiaramente obiettivi ed attività specifiche di ciascuna struttura, esiste ancora confusione tra quanto proposto dagli istituti di riabilitazione riconosciuti e quanto offerto dagli istituti di media lunga degenza.
Il rapporto tra le due strutture costituisce un'alternativa strategica per assicurare una gamma completa dell'offerta di determinati servizi ai pazienti della regione locarnese, attraverso il collegamento dei processi operativi dei due istituti, al fine di conseguire contemporaneamente elevati livelli di qualità, di contenere i costi e di garantire integrazione e continuità del processo assistenziale. La collaborazione consente, ad esempio, di condividere e rendere fruibile un patrimonio di conoscenze, professionalità e know how tra le due aziende partner. Tale modello rappresenta, inoltre, la soluzione idonea a garantire la flessibilità e l'autonomia di azione delle due organizzazioni e, al tempo stesso, a mantenere un'unitarietà di indirizzo utile ai due attori, uno pubblico, l'altro privato (Greco, Vichi, 2007).

[1] *Si adotta, a questo livello, la prospettiva della Clinica Hildebrand.*

Tabella 11.2 - La valutazione delle performance della rete REHA Ticino

Livello di analisi	Categorie principali di stakeholder	Finalità perseguite attraverso il network	Dimensioni di performance misurate
Macro Impatto sulla comunità di riferimento	Cantone	Rafforzamento della competitività del settore riabilitativo; Riduzione della frammentazione territoriale	N.D.
Meso Network REHA Ticino	Board REHA Ticino	Sinergie; Introduzione di protocolli terapeutici standardizzati; Integrazione riabilitazione e settore somatico acuto; Miglioramento gestione processo clinico riabilitativo; Aggiornamento professionale coordinato; Processo condiviso gestione della documentazione	Monitoraggio di alcuni indicatori chiave (prevalentemente clinici) in ottica di benchmarking e attività di diffusione delle innovazioni; Nr di mandati di prestazione attribuiti dal livello cantonale; Qualità percepita dagli utenti (indagine di customer satisfaction); Qualità percepita dal personale (indagine di clima); Efficienza delle attività di network management
Micro Clinica Hildebrand	Organi direzionali della Clinica	Qualità e riduzione dei costi; Competitività; Specializzazione e integrazione verticale; Legittimazione sociale	Nr di pazienti presi a carico in ospedale; Monitoraggio di due percorsi del paziente (paziente colpito da ictus e paziente sottoposto ad intervento di protesi dell'anca) attraverso la Balanced Scorecard Indagine di clima organizzativo del personale Indagine di soddisfazione dei pazienti

Fonte: Ns adattamento da Provan, Milward, 2001

L'appartenenza della Clinica Hildebrand al network ha permesso alla stessa di ampliare l'integrazione verticale con le istituzioni poste a monte del processo di cura/riabilitazione del paziente, ciò è avvenuto mediante l'apertura, presso alcuni ospedali per acuti, di un servizio specialistico di neuropsicologia e logopedia e di un servizio di riabilitazione. Rispetto a questa dimensione i benefici di appartenenza al network vengono monitorati in termini di numero di pazienti presi a carico in ospedale.
In particolare, l'adesione della Clinica al network ha permesso di definire ulteriormente il suo ruolo all'interno del panorama della riabilitazione ticinese. Infatti, oltre ad una legittimazione legale, attribuita per effetto dei mandati di prestazione (neurologica e muscolo-scheletrica), la Clinica ha in questo modo ottenuto una legittimazione sociale del suo operato.

Di recente, la Clinica Hildebrand si è dotata di un sistema per il monitoraggio di due percorsi del paziente (il percorso del paziente colpito da ictus e il percorso del paziente sottoposto ad intervento di protesi dell'anca). Si tratta di un sistema basato sulla logica della balanced scorecard che, mediante una serie di indicatori di processo, esito, gestione del rischio ed economici, permette al management di monitorare accuratamente non solo il processo interno di riabilitazione del paziente, ma anche come questo si interfaccia con l'esterno ed in particolare con i partner del network. A questo livello, esistono anche due indagini di clima organizzativo e di customer satisfaction, come già accennato.

11.6. L'Ente per i Servizi Tecnico-Amministrativi di Area Vasta-Centro della Regione Toscana

11.6.1. La rete ed il sistema di network management

In Regione Toscana, la legge di riordino delle norme per l'organizzazione del SSR (L.R. Toscana n. 22/2000) aveva identificato nell'Area Vasta "la dimensione operativa a scala interaziendale […] ottimale per atti di concertazione" attribuendo alla stessa natura e funzione di programmazione. In questo contesto sono state individuate tre aree vaste e per ciascuna di esse è stato istituito un consorzio (Consorzio di Area Vasta, CAV) cui aderivano tutte le aziende sanitarie pubbliche dell'area, con un mandato inizialmente focalizzato sulla gestione dei processi di approvvigionamento, ma estendibile anche ad altre funzioni di supporto.
Dopo un biennio di sperimentazione, il Consiglio regionale ha valutato positivamente l'esperienza consortile e ha stabilito, all'art. 100 della L.R. n. 40/2005 (Disciplina del Servizio Sanitario Regionale), il potenziamento del ruolo dei consorzi trasformandoli in Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta (ESTAV). Si tratta di enti del Servizio Sanitario Regionale dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale. Con D.G.R. n. 1021/2005 i nuovi soggetti sono a tutti gli effetti subentrati ai CAV nell'esercizio delle funzioni che fino a tale data erano a questi attribuite, prevedendo un graduale trasferimento delle funzioni previste dalla L.R. n. 40/2005.
La decisione della Regione Toscana sull'introduzione degli ESTAV è intervenuta a seguito di un'analisi di scenario che ha tenuto conto della complessità del mercato dei servizi sanitari, del rapido processo di innovazione dei prodotti e delle procedure e della necessità di crescita di competenze professionali diversificate sul territorio. Tale scenario assegna alla funzione acquisti una rilevanza strategica, tenuto conto di fenomeni di crescente asimmetria nelle capacità e nei poteri della domanda e dell'offerta. L'offerta, infatti, presenta un carattere sovra-regionale e sovra-nazionale dei mercati, con crescente capacità di influenza sui mercati stessi da parte delle ditte fornitrici. Le singole aziende sanitarie si caratterizzano, invece, per la limitata dimensione operativa, per la scarsa circolazione delle informazioni e conoscenze tra i diversi soggetti, per una ridotta specializzazione della funzione acquisti. Questa asimmetria rende indispensabili iniziative di valorizzazione del sistema delle aziende e delle professionalità per accrescere la forza contrattuale e le competenze specialistiche dei soggetti pubblici.
Gli ESTAV hanno personale proprio (anche se prima di assumere personale occorre verificare la disponibilità presso le aziende sanitarie di riferimento ed espletare procedure di mobili-

tà del personale in servizio presso le aziende del SSR), possono contare su finanziamenti assegnati dalla Regione a carico del Fondo Sanitario Regionale, oltre che sul pagamento di fatture attive emesse nei confronti delle aziende sanitarie di riferimento per la consegna di farmaci, dispositivi medici e beni economali, disegnano la propria organizzazione in apposito regolamento generale prevedendo uffici e settori necessari per acquisire e gestire informazioni (sistema informativo , controllo di gestione, ecc.).
Le relazioni hanno una natura abbastanza formale; il principale snodo delle stesse è collocato all'interno del Consiglio Direttivo, composto dai Direttori Generali delle Aziende sanitarie incluse nella corrispondente area vasta.
Le Aree Vaste altro non sono che l'adozione della formula istituzionale contrattuale (Rebora, Meneguzzo, 1990), e più in particolare del contracting in delle funzioni tecnico-amministrative da parte delle ASL ad una nuova struttura creata in seno al servizio sanitario regionale. Benché di natura obbligatoria, è possibile intravedere – grazie anche all'orizzonte di medio-lungo periodo e alla formalizzazione – alcuni tratti di collaborazione che consentono di applicare proficuamente il framework delle partnership pubblico-pubblico.
In particolare, essendo oggetto di indagine la concreta valutazione delle performance, il livello di analisi si sposta sugli ESTAV che assolvono una funzione di staff rispetto ad ogni Area Vasta e ricoprono un ruolo di governance tecnica di supporto / fornitore di servizi alle aziende partner. Vengono, invece, lasciate alle aziende sanitarie gli aspetti gestionali. In qualità di utente esse assolvono l'individuazione dei fabbisogni, la programmazione ed il monitoraggio dei servizi ricevuti. Viene, invece, attribuita ad ogni singola Area Vasta la funzione strategica di pianificazione interaziendale in coerenza con gli indirizzi del Piano Sanitario (Fabbri, 2009).
Il paragrafo analizza il sistema di valutazione delle performance dell'ESTAV Centro, che svolge le proprie funzioni per conto delle aziende unità sanitarie locali n. 3 Pistoia, n. 4 Prato, n. 10 Firenze, n. 11 Empoli e le Aziende Ospedaliero Universitarie di Careggi e Meyer di Firenze.
I suoi organi, come per tutti gli ESTAV, sono il Direttore Generale, il consiglio direttivo e il collegio sindacale. Al Direttore Generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza legale dell'ESTAV. Il consiglio direttivo è composto dai Direttori Generali delle aziende sanitarie incluse nella corrispondente area vasta; esso approva i bilanci aziendali e il programma di attività.
In quanto ESTAV, è competente in materia di: approvvigionamento di beni e servizi; gestione dei magazzini e della logistica; gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione del centro unificato di prenotazione (CUP); gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni; organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale; gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale; gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.
L'assetto attuale non prevede che ci sia un'azienda capofila.
A ciascun ESTAV della Regione Toscana è stato attribuito il mandato di importante valenza regionale di ridisegnare le funzioni trasferite secondo nuovi modelli organizzativi che presuppongono l'attuazione di politiche di area vasta ispirate a principi di innovazione organizzativa, gestionale e tecnologica. Tali finalità richiedono una stretta collaborazione con le aziende dell'area vasta.

11.6.2. Gli obiettivi perseguiti a livello macro, meso e micro e le misure di performance

La creazione degli ESTAV, come già anticipato, nasce su impulso della regione Toscana ed è volta a razionalizzare ed ottimizzare le funzioni gestionali non sanitarie. Questo mandato è stato interpretato dalla Direzione dell'ESTAV Centro, che ha individuato come propria mission la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze professionali come risorsa strategica e condizione essenziale per migliorare la qualità delle attività.

A livello regionale esiste una programmazione interaziendale di area vasta. Il comitato di ciascuna area vasta, composto dai direttori generali delle aziende facenti parte dell'area e dal direttore generale dell'ESTAV, elabora tutti gli atti destinati alla programmazione sanitaria a livello locale. Tali atti sono sottoposti al controllo della Giunta regionale per la conformità al Piano Sanitario Regionale, affinché gli obiettivi e le indicazioni fissate nel Piano stesso siano rispettate e sviluppate negli atti di programmazione a livello locale.

Gli obiettivi perseguiti da questo tipo particolare di network sono molteplici e si distribuiscono su diversi livelli (Fabbri, 2009). Al livello macro, la costituzione degli ESTAV persegue l'obiettivo di razionalizzazione ed ottimizzazione delle funzioni non sanitarie di back office, mettendo le aziende sanitarie in grado di disporre di centri servizi moderni ed efficienti, e l'obiettivo di rafforzare la posizione contrattuale. A livello meso, gli obiettivi principali sono quelli già menzionati di valorizzazione e professionalizzazione del personale (specie di quello dedicato alla funzione approvvigionamenti), di miglioramento della qualità delle funzioni associate e (obiettivo intermedio) di codifica unica dei beni sanitari ed economali e la possibilità di adottare repertori farmaci, dispositivi medici di area vasta, ecc.

A livello micro, la nascita dell'ESTAV Centro si è scontrata con diverse condizioni di partenza delle aziende partner, dalle quali è conseguito un ordine di priorità degli obiettivi diversificato (miglioramento della qualità e riduzione dei costi). In altri termini, alcune aziende vedevano la rete come uno strumento per ridurre i costi, mentre altre erano più sensibili alla qualità dei beni e servizi acquistati e ai tempi di approvvigionamento. Il contemperamento degli interessi è avvenuto specialmente in sede di Consiglio Direttivo, organo che riunisce i vertici di tutte le aziende partner. La natura formale ed obbligatoria della rete ha reso ancora più importanti il buon funzionamento di questi meccanismi di comunicazione tra ESTAV Centro e aziende partner, essendo impraticabile l'opzione di exit.

I benefici attesi dai diversi partner includono: la realizzazione di economie di scala attraverso la razionalizzazione e la standardizzazione dei contratti di fornitura e di manutenzione, il miglioramento qualitativo dei servizi di assistenza e ottimizzazione dei costi in un sistema di area vasta, il recupero di risorse umane da destinare ad attività a più alto valore aggiunto, lo sviluppo di una maggiore forza contrattuale nei confronti dei fornitori, grazie alla capacità progettuale e alla specializzazione del personale interno, all'unificazione dei contratti a livello sovra-aziendale, alla realizzazione di servizi comuni (ad esempio i flussi regionali), alla promozione in area vasta di progetti strategici di innovazione, ricerca e sviluppo.

Per quanto riguarda i portatori di interesse presenti nei diversi livelli, dalle interviste è emerso che l'ESTAV Centro riconosce un ruolo forte alle aziende sanitarie, che identifica come stakeholder chiave, oltre naturalmente alla Regione. Una percezione di minore intensità è stata registrata con riferimento agli stakeholder esterni (livello macro), anche se, come si avrà

modo di illustrare in seguito, questi vengono di fatto considerati dal sistema di performance measurement assieme ai dipendenti (livello micro). In particolare, gli ESTAV interagiscono, nello svolgimento delle proprie funzioni, con alcune associazioni di utenti portatori di patologie particolarmente invalidanti (associazioni dei diabetici o colostomizzati) che indirettamente hanno la percezione delle performance dell'ESTAV e possono valutare l'efficacia, l'efficienza e la qualità del servizio reso e dei beni consegnati. A livello macro, è, inoltre, misurabile l'impatto del network sui fornitori e le imprese e sul mercato in generale (concorrenzialità, trasparenza, ecc.). Ad esempio, uno degli indicatori di tale impatto è dato dal livello di contenzioso che coinvolge l'ESTAV Centro.

La misurazione delle performance degli ESTAV segue un modello generale definito dalla giunta regionale in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola di Studi Superiore Sant'Anna di Pisa. Si rinvia a Vanieri et al (2009) per una descrizione generale del sistema, mentre in questo contributo si utilizzerà il framework teorico definito nel paragrafo 11.4 per leggere l'esperienza dell'ESTAV Centro.

Il sistema di valutazione delle performance è stato ideato quale strumento a supporto della programmazione regionale. Tuttavia, è possibile identificare in esso tutti e tre i livelli fondamentali del modello teorico di valutazione multi-livello delle performance (dati maggio 2009)[2].

A livello macro, il focus della misurazione è sulla capacità di perseguimento degli orientamenti regionali. Non troviamo invece misure dirette delle altre dimensioni dell'impatto del network, quale il rafforzamento della posizione contrattuale o l'impatto sui livelli di concorrenzialità del mercato.

A livello meso, sono monitorate le diverse performance del network, seppur con un'attenzione sbilanciata a favore delle misure economico-finanziarie.

A livello micro, sono misurati i risparmi di costo conseguiti per la singola azienda partner. Viene, inoltre, misurata la qualità percepita dalle aziende sanitarie, mentre non troviamo una misurazione della qualità erogata.

Le dimensioni della qualità percepita dei servizi dell'ESTAV Centro che vengono rilevate riguardano la qualità dei servizi acquisti e logistica (rilevati a partire dai dirigenti delle aziende dell'area vasta), la valutazione dello scambio delle informazioni (rilevata a partire dal top management delle aziende stesse) ed i tempi di approvvigionamento (rilevati a partire dalle percezioni sia dei dirigenti sia del top management).

[2] *Le fonti informative sono i business plan e i flussi aziendali, i dati di bilancio, le indagini CAWI a dirigenti e top management delle aziende sanitarie, a dipendenti dell'ESTAV Centro, ecc.*

Tabella 11.3 - La valutazione delle performance della rete ESTAV-Centro Toscana

Livello di analisi	Categorie principali di stakeholder	Finalità perseguite attraverso il network	Dimensioni di performance misurate
Macro Impatto sulla comunità di riferimento	Consiglio Regionale; Associazioni di utenti / pazienti; Fornitori e imprese; Mercato	Razionalizzazione ed ottimizzazione delle funzioni non sanitarie di back office (centri servizi moderni ed efficienti); Rafforzamento della posizione contrattuale	Capacità di applicare le delibere regionali nei tempi e nei modi indicati: - Integrazione ed organizzazione del CUP di area vasta nei tempi previsti - Trasferimento della funzione "Procedure concorsuali per il reclutamento del personale" nei tempi previsti - Trasferimento della funzione "Pagamento delle competenze del personale" nei tempi previsti - Trasferimento della funzione "Logistica" - Redazione listino prezzi per i beni in magazzino e prontuario per DM - Flusso informativo
Meso ESTAV Centro-Toscana	DG; consiglio direttivo; collegio sindacale; direttore amministrativo; Comitato di area vasta	Valorizzazione e professionalizzazione del personale (specie di quello dedicato alla funzione approvvigionamenti) Miglioramento della qualità delle funzioni associate; Codifica unica dei beni	Efficienza ed efficacia operativa: - Tempo medio di procedura per gli acquisti/servizi (solo per gare sotto soglia) - % di intermediazione sugli acquisti - Razionalizzazione rimanenze AV - Numero magazzini 2008/Numero magazzini 2007 - Spese in economia - Pervasività dell'azione della funzione acquisti Equilibrio reddituale, monetario, finanziario e patrimoniale e sostenibilità economica: - Equilibrio Economico Generale - Economie conseguite dall'ESTAV Centro sul totale aggiudicato - Incidenza costo logistica - Costo del personale per funzione logistica - Produttività del personale - Equilibrio Economico Finanziario - Budget Livello di soddisfazione del personale: - Tasso di risposta all'indagine di clima - Valutazione del top management - Condizioni di lavoro - La mia azienda - Comunicazione e informazione - Turn over dipendenti - Formazione - Tasso di assenza
Micro Aziende partner	Dirigenti di struttura complessa	Miglioramento della qualità e riduzione dei costi; Maggiore forza contrattuale nei confronti dei fornitori; Promozione in area vasta di progetti strategici di innovazione, ricerca e sviluppo	Valutazione esterna da parte degli utilizzatori (top e middle management delle aziende sanitarie) dei servizi erogati dall'ESTAV: - Percezione della qualità dei servizi dell'ESTAV Centro dei dirigenti delle aziende dell' AV - Percezione della qualità dei servizi dell'ESTAV del top management delle aziende dell'AV

11.7. Discussione e conclusioni

La ricerca affronta un ambito particolarmente lacunoso – la misurazione delle performance delle reti – e lo fa proponendo un modello teorico di valutazione delle performance dei network di interesse generale che si sviluppa su tre livelli: macro, meso e micro. La necessità di porre l'attenzione anche ad un livello esterno e ad uno intermedio nasce dalla natura stessa di questi network. In altri termini, il perseguimento di un interesse generale non può limitarsi alla valutazione dei benefici e della convenienza a collaborare per le singole aziende partner, ma deve tenere in considerazione anche l'impatto (previsto o indesiderato) sull'ambiente circostante e sulle altre aziende pubbliche e private.

Il modello è stato utilizzato per interpretare due casi studio di network, entrambi operanti nel settore sanitario ma differenti sotto più aspetti. Il primo caso è rappresentato da una rete di cliniche di riabilitazione del Canton Ticino ed è caratterizzato da una eterogeneità di interessi (Longo, 2005), derivanti dalla natura mista pubblica e privata non profit dei partner. Inoltre, a differenza del secondo caso studio, il REHA Ticino è caratterizzato dalla volontarietà della collaborazione che nasce dall'esigenza dei partner di migliorare la propria posizione competitiva. Il secondo caso studio, l'ESTAV-Centro Toscana, nasce su impulso della Regione e raggruppa solo aziende sanitarie pubbliche. A differenza del REHA, l'oggetto della collaborazione sono le funzioni di back-office piuttosto che i servizi di cura ed assistenza sanitaria.

Entrambe le reti operano attraverso una sovra-struttura che comprende personale proprio e definisce una propria programmazione. Nel caso REHA si ha però un'azienda capofila (la clinica Hildebrand), mentre nel caso ESTAV l'ente accentra su di sé, in via esclusiva, tutte le funzioni di supporto tecnico-amministrativo, indicate dalla normativa regionale, e le aziende svolgono su base paritaria le attività sanitarie connesse alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Per quanto riguarda la guida dei network, nel caso ESTAV si nota un'influenza molto forte della Regione, sia nell'attribuire gli obiettivi sia nel definire le misure di performance. Nel caso REHA , il cantone esercita un ruolo di regia "soft" che si basa sul numero di mandati per la riabilitazione assegnati, nell'ambito della pianificazione, alle diverse strutture presenti sul territorio.

Entrando nel merito dei sistemi di performance management, si nota in entrambi i casi una sostanziale difficoltà a misurare gli outcome delle reti, notoriamente dimensioni complesse di misurazione. Nel caso del REHA Ticino, nonostante la chiara esplicitazione di due obiettivi – rafforzamento della competitività del settore riabilitativo e riduzione della frammentazione territoriale – non sono state ancora definite delle misure operative. Nel caso ESTAV-Centro, raggruppando questa rete funzioni di back-office, l'impatto sullo stato di salute della popolazione è stato volutamente rimosso dal sistema di valutazione, in quanto gli ESTAV sono enti a supporto delle aziende sanitarie, solo indirettamente responsabili nel contribuire alle politiche e alla erogazione di servizi sanitari. A livello meso e micro troviamo, invece, una situazione maggiormente definita. In particolare, il REHA Ticino si è cimentato nella misurazione dell'efficacia del network (attraverso il numero di mandati di prestazione attribuiti dal livello cantonale) e della efficienza delle attività di network management (oltre a misurare qualità dei servizi ed il clima organizzativo del personale del network). A livello micro, la clinica Hildebrand monitora attraverso la BSC due percorsi chiave del paziente, nonché il cambiamento nel numero di pazienti della clinica per effetto della partecipazione al network. Anche in questo livello sono presenti indagini di clima organizzativo e customer satisfaction.

11.8. Implicazioni operative e di policy

La review della letteratura e l'analisi comparata dei casi studio portano ad identificare alcuni aspetti particolarmente critici nella misurazione delle performance dei network di interesse generale e consentono di formulare alcuni indicazioni operative.

L'ampiezza (span) dei sistemi di performance management dovrebbe includere tre ambiti trascurati, seppur di difficile misurazione:

- Il valore prodotto nel lungo periodo nei confronti del sistema socioeconomico di riferimento (Moore, 1995);
- Non solo l'impatto atteso della rete ma anche gli effetti collaterali, intenzionali e accidentali, positivi e negativi (Monteduro, Hinna, 2006).
- La fiducia tra gli attori (sia partner che collaborano nella rete sia tra diversi livelli di governo): la fiducia svolge un duplice ruolo in quanto, a parità di output, elevati livelli di fiducia portano ad outcome migliori; e elevati livelli di fiducia consentono di prelevare una maggiore quantità di input (Bouckaert, Halligan, 2009; Klijn et, al 2009).

Si tratta di dimensioni particolarmente complesse da quantificare e misurare. Alcune di esse, inoltre, sono spesso state volutamente lasciate fuori dai modelli teorici di performance management. Basti pensare alla fiducia considerata dalla maggior parte della letteratura come modalità alternativa al performance management per gestire i network e le relazioni di collaborazione, ignorando del tutto il reciproco influenzarsi di performance e fiducia.

La misurazione di queste dimensioni, nonché la qualità e la completezza delle informazioni sulle performance in generale, possono beneficiare di una più sistematica mappatura e coinvolgimento degli stakeholder, spesso depositari di informazioni preziose e non altrimenti acquisibili.

Infine, un aspetto critico riguarda lo scarso utilizzo delle informazioni sulle performance nei processi decisionali dei diversi attori (amministrazione sovraordinata, network manager, aziende partner). Anche in questo caso, il coinvolgimento di diversi attori (politici, direttori generali, dirigenti di servizi/programmi, controllori interni e auditor esterni, cittadini, imprese, enti finanziatori, ecc.) nella costruzione del sistema di misurazione delle performance, potrebbe rafforzare l'utilizzo nella presa di decisioni strategiche ed operative (Van Dooren, Van de Walle, 2008).

Ringraziamenti

Si ringraziano, per la loro preziosa collaborazione, Gianni Rossi, coordinatore della rete REHA Ticino e direttore della Clinica Hildebrand, Angela Greco, responsabile qualità dell'Ospedale Regionale di Locarno e di REHA Ticino, Tito Berti, direttore del Dipartimento Giuridico e risorse umane dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze.

Riferimenti bibliografici

- Agranoff R. (2003), Leveraging networks: a guide for public managers working across organizations, IBM Endowment for The Business of Government.
- Arcari A.M., (1996), Il coordinamento e il controllo nelle organizzazioni a rete, Egea, Milano.
- Berry F.S., Brower R.S., Ok Choi S., Goa W.X., Jang H.S., Kwon M., Word J., (2004), "Three traditions of network research: what the public management research agenda can learn from other research communities", Public Administration Review, n. 64/5.
- Bingham L.B., O'Leary R., (2007), A manager's guide to resolving conflicts in collaborative networks, IBM Business of Government, Networks, Collaboration, and Partnerships Series.
- Bouckaert G., Halligan J. (2009), Formulating performance systems: The roles of performance and trust, paper presented at the EGPA annual conference, Malta.
- Bovaird T. (1996), "The political economy of performance measurement", in Halachmi A., Bouckaert G., eds., Organizational Performance and Measurement in the Public Sector, London: Quorum Books.
- Cepiku D., (2005), "Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della PA?", in Azienda Pubblica, N. 1, pp. 105 – 131.
- Cepiku D., Ferrari D., Greco A., (2006), "Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie", in Mecosan: Management ed economia sanitaria, N. 57, pp. 17-36.
- Cepiku D., Giordano C., (2005), "Performance management e partnership per combattere l'AIDS, la malaria e la tubercolosi: il caso del Global Fund", in Mecosan, N. 55 pp. 99-112.
- Cepiku D., Meneguzzo M. (2009), "Politiche e strategie regionali di integrazione sociosanitaria: un'indagine empirica", in Barretta A. (a cura di), L'integrazione socio-sanitaria: ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto, Il Mulino.
- Cepiku D., Meneguzzo M., (2004), "Public sector networks: What can we learn from different approaches?", in Osborne S.P., Jenei G., Mc Laughlin K., Mike K., Challenges of public management reforms. Theoretical perspectives and recommendations, IRSPM-Budapest University, Hungary, pp. 103-133.
- Del Vecchio M., (2003), "Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica", in Anessi Pessina E., Cantù E. a cura di, L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003, Milano: Egea.
- Eisenhardt K.M., (1989), "Building theories from case study research", Academy of Management Review, 14/4, pp: 532–550.
- Eisenhardt K.M., Graebner M.E. (2007), "Theory building from cases: opportunities and challenges", Academy of Management Journal, 50/1, pp: 25–32.
- Fabbri L. (2009), "Politiche sanitarie: il modello toscano per l'amministrazione attraverso gli ESTAV", in Sanità pubblica e privata, 3, pp. 77-81.
- Gibbert M., Ruigrok W., Wicki B., (2008), "What passes as a rigorous case study?", Strategic Management Journal, 29, pp: 1465–1474.
- Greco A., Vichi M. (2007), a cura di, Il percorso del paziente: l'esperienza del Canton Ticino, McGraw Hill.
- Hunt J.W. (1972), The restless organization, Wiley, Sydney.
- Kickert W.J.M., Klijn E.H., Koppenjan J.F.M., (1997), Managing Complex Networks,

Strategies for the Public Sector, Sage, London.
- Klijn E-H., Edelenbos J., Steijn B. (2009), Governance networks and trust: the impact of trust on outcomes in governance networks, paper presented at the 13th IRSPM conference, Copenhagen.
- Klitgaard R., Treverton G.F., (2003), Assessing Partnerships: New Forms of Collaboration, IBM Endowment for The Business of Government.
- Lega F. (2002) Gruppi e reti aziendali in sanità, Egea, Milano.
- Lomi A., (1991), Reti organizzative: teoria, tecnica e applicazioni, Il Mulino Ricerca, Bologna.
- Longo F., (2005), Governance dei network di pubblico interesse, Milano, Egea.
- Lorenzoni G., eds., (1992), Accordi, reti e vantaggio competitivo. Le innovazioni nell'economia d'impresa e negli assetti organizzativi, Etaslibri, Milano.
- Lunnan R., Haugland S.A., (2007), "Predicting and measuring alliance performance: a multidimensional analysis, Strategic Management Journal.
- Meneguzzo M., (1996), Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie, Milano: Egea.
- Meneguzzo M., (2005), "Creazione di valore e sviluppo del capitale sociale: la sfida per il si-stema della PA italiana", RIREA, n. 11/12.
- Meneguzzo M., Cepiku D. (2008), Coordinamento e gestione strategica delle reti: profili e competenze del network manager, http://www.formazionelbs.luiss.it /upload/File/pasanita/performance_reti_mediche/Paper_Meneguzzo_Cepiku.pdf
- Meneguzzo M., Cepiku D., a cura di, (2008), Network pubblici: Strategia, struttura e governance, The McGraw Hill, Milano.
- Monteduro F., Hinna L. (2006), "La misurazione delle performance: cos'è e come utilizzarla nelle decisioni", in Misurare per decidere. La misurazione delle performance per migliorare le politiche pubbliche e i servizi, Dipartimento della Funzione Pubblica, Roma.
- MOORE M., (1995), Creating public value, Harvard University Press, Cambridge [edizione italiana a cura di SINATRA A., (2003), La creazione di valore pubblico, Guerini & Associati, Milano].
- O'Toole L.J., (1997), "Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration", Public Administration Review, N. 57.
- Powell W.W. (1990), "Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization", Research in Organizational Behavior, Vol. 12.
- Provan K.G., Milward H.B., (2001), "Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks", Public Administration Review, 61/4
- Rebora G.,Meneguzzo M. (1990), Strategia delle Amministrazioni Pubbliche, Utet, Torino.
- Rhodes R.A.W. (1997), Understanding Governance, policy networks, governance, reflexivity and accountability, Open University Press, Buckingham.
- Sydow J., Windeler A. (1998), "Organizing and evaluating interfirm networks: a structurationist perspective on network processes and effectiveness", Organization Science, 9/3, Special Issue: Managing Partnerships and Strategic Alliances., pp. 265-284.
- Talbot C. (2005), "Performance management", in Ferlie E., Lynn Jr. L.E., Pollitt C., eds., Oxford Handbook of Public Management, Oxford University Press.
- Thomson A.M., Perry J.L., Miller T.K., (2007), "Conceptualizing and Measuring

Collaboration", Journal of Public Administration Research and Theory, 19, pp: 23–56.

- Van Dooren W., Van de Walle S. (2008), Performance information in the public sector. How it is used. Palgrave Macmillan.
- Vanieri M., Calabrese C., Campanale C., Panero C., Nuti S. (2009), "Strumenti di governance del sistema sanitario toscano: la valutazione della performance degli Estav", in Mecosan, 69, pp.147-163.
- Yin R.K., (1995), Case study research. Design and methods, 2° edizione, Sage, Stati Uniti.
- Yin R.K., (1999), "Enhancing the quality of case studies in health services research", Health Services Research, 34/5, pp: 1209–1224.

Capitolo 12

La strategia dell'aggregazione della domanda in sanità: acquisti e funzioni collegate

12. La strategia dell'aggregazione della domanda in sanità: acquisti e funzioni collegate

Fiorani G., Petrillo L., Pierascenzi S.

12.1. Introduzione

Come avvenuto in tutti i Paesi OCSE, negli ultimi anni in Italia la spesa sanitaria corrente complessiva è cresciuta sensibilmente ed è proprio sulla funzione "beni e servizi" che si concentra l'incremento percentuale maggiore. Secondo recenti elaborazioni del Laboratorio Fiaso-Ceis (2009) su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (Tabella 12.1), l'incremento percentuale della spesa relativa all'acquisto di beni (sanitari e non sanitari) nel periodo 2004-2007 è stato pari al 31,9% (34,4% se si considerano solo i beni sanitari), con un incremento medio annuo pari al 10,6% (11,5% per i soli beni sanitari); l'incremento percentuale della spesa per l'acquisto di servizi non sanitari[1] ha negli stessi anni sfiorato addirittura il 40%, con un tasso di incremento medio annuo pari al 13,3%. Solo per avere un'idea dell'or-

Tabella 12.1 - Spesa sanitaria nazionale (anni 2004-2007; migliaia di euro)

Voci	2004	2005	2006	2007	Δ 2004/2007	Tasso di incremento medio annuo 2004-07
A. Acquisto beni	9.299.936,00	10.779.713,00	11.423.091,00	12.264.210,00	31,9%	10,6%
> Beni sanitari	8.573.842,00	10.000.434,00	10.684.133,00	11.523.481,00	34,4%	11,5%
> Beni non sanitari	726.094,00	779.279,00	738.958,00	740.729,00	2,0%	0,7%
B. Servizi non sanitari	4.139.399,00	4.882.069,00	5.335.216,00	5.789.582,00	39,9%	13,3%
C. Manutenzione e riparazione	1.187.772,00	1.362.540,00	1.407.358,00	1.515.910,00	27,6%	9,2%
Totale beni e servizi non sanitari (a+b+c)	**14.627.107,00**	**17.024.322,00**	**18.165.665,00**	**19.569.702,00**	**33,8%**	**11,3%**
Servizi sanitari	41.345.685,00	42.046.260,00	44.534.315,00	45.055.310,00	9,0%	3,0%
Formazione	132.996,00	140.149,00	132.675,00	146.115,00	9,9%	3,3%
Personale	29.508.356,00	31.758.597,00	33.414.590,00	33.811.421,00	14,6%	4,9%
Godimento beni terzi	772.221,00	831.134,00	910.953,00	858.817,00	11,2%	3,7%
Altri costi	2.591.826,00	3.660.669,00	2.271.745,00	3.885.283,00	49,9%	16,6%
Spesa totale	**88.978.191,00**	**95.461.131,00**	**99.429.943,00**	**103.326.648,00**	**16,1%**	**5,4%**

Fonte: Elaborazione Fiaso-Ceis (2009) su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

[1] *Escluse le spese di manutenzione e riparazione. La cifra non comprende la spesa sostenuta dalle aziende sanitarie per i servizi sanitari in quanto collegati ad altre politiche e processi di governo amministrativo e gestionale.*

dine di grandezza delle cifre in questione, si evidenzia come nel 2007 siano stati spesi quasi 20 miliardi di euro per l'acquisto di beni e servizi,[2] pari al 18,9% della spesa sanitaria complessiva (Figura 12.1) e in particolare:

- 12,3 miliardi di euro per l'acquisto di beni (circa il 12% della spesa sanitaria complessiva), di cui 11,5 miliardi di euro per beni sanitari.
- 5,8 miliardi di euro per servizi non sanitari[3] (circa il 5,6% della spesa totale).

Figura 12.1 - Composizione della spesa sanitaria nazionale nel 2007

Da un lato la spesa pubblica sanitaria per l'acquisto di beni e servizi costituisce motore di sviluppo dell'economia di un territorio:[4] ogni euro speso nell'acquisto di beni intermedi necessari a produrre prestazioni sanitarie (ad esempio materiale diagnostico, energia elettrica, ecc.) propaga un impulso ai settori che forniscono questi beni, che a loro volta creano una richiesta di forniture provenienti da altri comparti. È possibile distinguere un indotto di imprese di primo livello ed un indotto di secondo livello. Nel primo gruppo rientrano quelle imprese, fornitrici di beni e servizi, che rappresentano specifiche voci di costo all'interno del Conto Economico delle aziende sanitarie. Esempi sono le imprese produttrici di farmaci, di presidi chirurgici, di lastre e mezzi di contrasto, i laboratori, la radiologia, i servizi di consulenza e di sicurezza e così via. Per quando riguarda, invece, l'indotto di secondo livello, si fa riferimento all'industria della ricerca, dell'Università e della formazione specialistica.
Tuttavia le dimensioni ed il trend di crescita della spesa sanitaria per l'acquisto di beni e servizi preoccupano le istituzioni centrali e locali e sollecitano l'avvio di programmi di razionalizzazione e contenimento, in relazione ad esigenze legate al controllo della spesa pubblica e/o

[2] *Si intendono servizi non sanitari, inclusa manutenzione e riparazione.*

[3] *Escluse le spese di manutenzione e riparazione.*

[4] *Per un approfondimento Cfr. Frey M., Meneguzzo M., Fiorani G. (a cura di), "La Sanità come volano dello sviluppo economico"(in corso di pubblicazione).*

al rispetto della compatibilità del quadro macroeconomico. Questa impostazione ha assunto centralità crescente nel sistema economico italiano, in relazione all'indebitamento nel settore sanitario ed alla formulazione e gestione dei piani di rientro; indicatori importanti sono le considerazioni contenute nel DPEF 2009–2013 e nel Libro Verde, oltre all'orientamento del Ministero dell'Economia e Finanze in sede di Conferenza Stato-Regioni.
In tutte le Regioni italiane sono così stati avviati processi di centralizzazione degli acquisti finalizzati al recupero dell'efficienza (riduzione dei costi dei processi di acquisto) e dell'efficacia (miglioramento della qualità dei beni/servizi erogati) dei sistemi sanitari.
Come hanno evidenziato diversi studi (Fiorani et al., 2008; Brusoni, M. e Marsilio, M., 2007; Brusoni et al., 2008, Laboratorio Fiaso-Ceis, 2009), se l'obiettivo di razionalizzare la spesa per gli acquisti di beni e servizi è comune, le strategie adottate, volte alla ricerca di economie di scala, risultano oggi fortemente differenziate a livello regionale. È possibile individuare diversi ambiti di analisi utili a valutare, secondo un'ottica di *benchmarking*, le esperienze di centralizzazione della funzione acquisti in atto nelle diverse Regioni italiane: stato di attuazione, assetti istituzionali, *mission* ed aree di attività (integrazione acquisti-logistica-servizi amministrativi-formazione), strumenti tecnologici di supporto, risultati conseguiti, sviluppo di competenze e conoscenze dei buyer, relazioni con le imprese private fornitrici (*supply chain*, PMI), cooperazione con altre amministrazioni pubbliche, con il settore sanitario privato o con imprese.
Nei prossimi paragrafi si riportano alcune sintetiche considerazioni relativamente a questi aspetti.

12.2. La strategia della centralizzazione degli acquisti: i differenti approcci regionali

Dal punto di vista *temporale*, le prime Regioni ad aver sperimentato modelli di acquisto centralizzati sono: Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Molise. Nelle rimanenti Regioni il processo di centralizzazione degli acquisti è stato avviato tra il 2007 e il 2008.
Con riferimento all'*assetto istituzionale* ed organizzativo adottato, un recente studio del CEIS (Laboratorio Fiaso-Ceis, 2009) ha individuato cinque cluster relativi a Regioni con modelli istituzionali di centralizzazione più o meno "forti" (Figura 12.2):

1. Il cluster delle Regioni che adottano il modello leggero della Cooperazione interistituzionale (Sardegna, Basilicata, Lazio, Abruzzo, Liguria, Lombardia, Sicilia).
2. Il cluster delle Regioni che adottano il modello leggero delle Aree Vaste (Marche e Veneto).
3. Il cluster delle Regioni che adottano il modello di cooperazione basato sulla creazione di un'Associazione (AVEN - Emilia Romagna).
4. Il cluster delle Regioni che adottano il modello forte dell'Agenzia pubblica (la Toscana con gli ESTAV, il Friuli Venezia Giulia con il CSC e l'Emilia Romagna con Intercent-er).
5. Il cluster delle Regioni che adottano il modello forte della S.p.A. pubblica (Campania).

La dimensione utilizzata per la classificazione è rappresentata, quindi, dal grado di strutturazione ed autonomia giuridica della centrale di committenza o stazione appaltante, debole nel caso di semplici unioni di acquisto, forte nel caso di enti appositamente costituiti e dotati di autonomia giuridica e organizzativa (AgeNaS, 2008). Nel primo cluster sono, pertanto, raggruppate le esperienze "leggere" di "cooperazione interistituzionale", che nascono dall'aggregazione dal basso di fabbisogni comuni; nel secondo cluster ricadono le esperienze delle

Figura 12.2 - Modelli "deboli" verso modelli "forti"

Aree Vaste che potremmo definire "non strutturate"; nel terzo cluster troviamo l'esperienza "intermedia" delle Aree Vaste della Regione Emilia Romagna, che rappresentano un passaggio ulteriore rispetto alle unioni di acquisto e alle Aree Vaste di Marche e Veneto, poiché sono associazioni volontarie. Queste ultime, pur prive di personalità giuridica, si configurano come enti strumentali delle aziende sanitarie contraenti e dispongono di autonomia strategica ed operativa. Nel quarto cluster sono raggruppate le esperienze che rappresentano il modello più sofisticato e strutturato dal punto di vista organizzativo: gli Estav in Toscana, il Centro Servizi Condivisi in Friuli Venezia Giulia, Intercent-Er in Emilia Romagna. Ciò che accomuna queste esperienze è la natura di ente pubblico con personalità giuridica ed autonomia gestionale e organizzativa (Agenzia pubblica). Questi Enti hanno un modello di governance articolato, che consente alle Regioni di dettare le linee di indirizzo ed alle Aziende sanitarie "clienti" di essere coinvolte nella pianificazione; hanno una missione non limitata alla centralizzazione degli approvvigionamenti (configurandosi come centrali per i servizi amministrativi) e dispongono di personale assegnato stabilmente, per quanto proveniente dalle aziende sanitarie.
È interessante notare come la Regione Emilia Romagna compaia sia nel terzo che nel quarto cluster: sono, infatti, operative al suo interno due modalità diverse, entrambi importanti, di centralizzazione (Area Vasta e Intercent-Er), con un aumento della complessità di governance regionale determinata dal fabbisogno di coordinamento tra le due strutture e dal rischio di sovrapposizione.
Fanno, infine, parte del quinto cluster le esperienze di centralizzazione caratterizzate dalla creazione di una Società per Azioni operante a livello regionale.
Per completare il quadro delle esperienze di aggregazione della domanda in atto, è opportuno, inoltre, ricordare:

- la presenza, sul territorio nazionale, di aziende sanitarie uniche regionali (l'ASREM in Molise e l'Azienda Unica Sanitaria Locale della Valle d'Aosta) e provinciali ("l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari" della Provincia Autonoma di Trento e l'"Azienda Sanitaria dell'Alto Adige" della Provincia Autonoma di Bolzano) che, in genere, svolgono acquisti centralizzati per l'intero territorio di riferimento tramite un ufficio dedicato.[5]

[5] *È, tuttavia, da precisare che, come per l'ASUR (Regione Marche), l'Ufficio Unico Provveditorato dell'ASREM (Molise) non è ancora stato attivato (sarà attivato nel 2010, con sede ad Isernia), mentre l'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano, istituita nel 2006, risulta suddivisa in quattro comprensori (le ex ASL) dotati di autonomia tecnico-gestionale ad economico-finanziaria e, in particolare, di uffici che gestiscono le procedure di acquisto.*

- La Stazione Unica Appaltante (SUA) in Calabria, "Autorità Regionale" che, allo stato attuale, può essere considerata una sorta di "macro-struttura regionale" senza personalità giuridica e tramite la quale gli enti del SSR sono obbligati ad effettuare gli acquisti di importo superiore a 150.000 euro.
- La S.C.R. S.p.A., stazione appaltante della Regione Piemonte che, lasciando alle singole amministrazioni il pieno controllo nelle fasi di programmazione, gestione e monitoraggio degli approvvigionamenti, supporta le stesse nell'individuazione e ottimizzazione delle procedure di scelta del contraente, stipula convenzioni, predispone e gestisce gare telematiche; in Piemonte continua, pertanto, ad esistere un doppio livello di procedure di acquisto (uno a livello centrale da parte dell'S.C.R. S.p.A. e uno a livello territoriale decentrato), a differenza di ciò che avviene in Campania dove di tutti gli acquisti sanitari sono stati centralizzati presso So.Re.Sa. S.p.A.
- L'Agenzia Umbria Sanità, che gestisce parte degli acquisti sanitari regionali.
- La recente attivazione, in Puglia, presso l'Assessorato alle Politiche della Salute, del Nucleo Regionale per il coordinamento delle Unioni di Acquisto, che, tra le varie attività, svolgerà le attività negoziali delle unioni e l'analisi dei fabbisogni del SSR, si occuperà della predisposizione dell'elenco delle gare aggregate, dei capitolati e dei documenti correlati e opererà anche nell'ambito della costituenda Centrale di Acquisto Territoriale EmPULIA.[6]

L'analisi dei casi evidenzia come tale quadro di riferimento sia in continua evoluzione. Si registra, infatti, una generale tendenza a spostarsi da modelli deboli verso modelli forti di aggregazione della domanda (si pensi, ad esempio al caso degli Estav Toscana, prima CAV). Alcune Regioni inserite nel primo cluster (Figura 12.2) presentano, infatti, attualmente evidenti programmi di realizzazione di modelli di acquisto aggregati maggiormente strutturati e accentrati; si fa riferimento al caso della Regione Liguria o il caso della Regione Lombardia in cui sono state avviate e stanno assumendo crescente importanza le centrali regionali acquisti. Sarà, invece, soppresso, con tempistica ancora da definire, il CSC della Regione Friuli Venezia Giulia.

12.3. Valutazione d'impatto delle esperienze di centralizzazione

In genere sono presenti, a livello regionale, tentativi di valutazione delle performance delle esperienze di centralizzazione degli acquisti, anche se nella maggior parte dei casi si tratta di una valutazione esclusivamente di tipo economico (risparmi conseguiti), corredata da un elenco delle gare espletate e programmate e degli importi aggiudicati (Veneto, Sicilia, Basilicata, Sardegna, Marche).

Alcune Regioni (Lazio, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Campania, Aven-Emilia Romagna) rendicontano, e in alcuni casi valutano, anche benefici di tipo organizzativo (riduzione del numero di gare; semplificazione delle procedure di approvvigionamento; riduzione dei tempi, maggiore specializzazione dei professionisti).

[6] *Attualmente in via di passaggio dalla fase sperimentale alla fase a regime.*

[7] *LR 12/2009 (art. 10).*

In generale, i risparmi ottenuti in termini di costo e di tempistica (che si riduce soprattutto quando l'esperienza si consolida) sono significativamente elevati.
Nella Tabella 12.2 si presenta un quadro di sintesi dei risultati economici e organizzativi di alcune esperienze di aggregazione della domanda,[8] che mette in evidenza come i risparmi ottenuti in termini di costo e di tempistica siano significativamente elevati, in particolare in Emilia Romagna (l'Aven segnala un risparmio nella gara centralizzata farmaci del 2004 del 45% rispetto ai prezzi "ex factory", conseguito grazie anche all'adozione delle c.d. "equivalenze terapeutiche") e in Lombardia (Lombardia Informatica dichiara un risparmio del 30% e una riduzione dei tempi del 40%). Da segnalare, inoltre, l'elevato numero di gare e di volumi annualmente gestiti dagli Estav della Toscana.
Sono, invece, rare le esperienze di valutazione dell'impatto sociale e sulla qualità a seguito dell'aggregazione della domanda; ne è un esempio l'Emilia Romagna (esperienza Intercent-Er) che ha avviato indagini di Customer Satisfaction e di impatto (rivolte a pubbliche ammini-

Tabella 12.2 - Sintesi Risultati Economici e Organizzativi

Casi \ Dati	Tempo di riferimento dati	Numero gare	Importo acquisti aggregati in euro	Risparmio %	Tempi	
Lombardia -Lombardia Informatica-	2008- giugno 2009 (compresi beni non sanitari)	493	160 milioni	30% rispetto ai prezzi di storici di acquisto	Riduzione del 40%	Cooperazione Interistituzionale
Basilicata	2007-2008	44	21 milioni (relativo a 11 gare del 2007)	n.d.	n.d.	
Veneto -AV Vicenza-	2007-2008	n.d.	753 milioni di € a base d'asta e 627 milioni € di aggiudicazione	16,62% rispetto alla base d'asta	n.d.	Aree Vaste
Marche -ASUR-	Importi bandi attivi a maggio 2009	122	241 milioni	n.d.	n.d.	
Emilia Romagna -Aven-	2008	n.d.	261 milioni	Risparmi ingenti su: • Farmaci (45%); • DM per video-laparoscopia (20%)	n.d.	Associazione
Emilia Romagna -Intercent-Er-	2008 -giugno 2009 (compresi beni non sanitari)	57	900 milioni -di cui 20.5 riguardante beni sanitari 2008-	19% sui prezzi di acquisto	n.d.	Agenzia Pubblica
Toscana -Estav-	2008	2.451	950 milioni	3,21% su totale importi aggiudicati	Riduzione di 20 gg	
Friuli Venezia G. -CSC-	2007	420 gare	n.d.	4% del totale aggiudicato	Tempi medi stimati nel 2008: 60 gg	
Campania -So.Re.Sa-	2006 - marzo2009	n.d.	2.282 milioni	12% sui prezzi di acquisto	n.d.	Spa Pubblica

[8] *Sono state prese a campione le esperienze per cui è disponibile il maggior numero di dati.*

strazioni, fornitori e associazioni di categoria), da cui è emerso che i prodotti acquistati tramite convenzioni rispondono in media, per qualità e prezzo, alle esigenze delle aziende.
La *best practice* nazionale è, tuttavia, attualmente rappresentata dall'esperienza toscana di valutazione delle *performance* degli Estav. La Toscana è, infatti, l'unica Regione italiana ad aver impostato ed implementato un sistema di valutazione delle performance delle esperienze di aggregazione della domanda di tipo *multidimensionale, strutturato e continuativo*, rappresentato attraverso la logica del bersaglio.[9]
Tra le variabili considerate, in chiave di *benchmarking* tra i tre Estav (anni 2005-2008):

1. numero di atti, importi aggiudicati ed economie conseguite;
2. classificazione delle delibere per Estav e classi di importo (la presenza di gare di dimensione molto contenuta non giustificherebbe l'utilizzo dello strumento Estav);
3. classificazione degli importi aggiudicati e delle delibere in base al numero di aziende coinvolte (una percentuale alta di gare a cui partecipa una sola azienda indica che l'Estav e le aziende non sono riuscite ad organizzare gare unificate);
4. tempo medio di procedimento;
5. qualità percepita dei servizi Estav dai dirigenti delle aziende sanitarie, con particolare riferimento ai tempi di approvvigionamento (valutazione esterna);
6. quantità di gare a cui viene invitato un unico fornitore, aspetto negativo se considerato come indicatore di "potere di mercato", inteso come massima apertura il coinvolgimento del massimo numero di fornitori.

In una strategia di confronto e miglioramento continuo a livello nazionale sarebbe auspicabile l'adozione del modello di valutazione predisposto dal MeS in tutte le Regioni a tutti i livelli istituzionali (Regione, Area Vasta, Agenzia pubblica, Società per azioni, distretti, ecc.).
Un sistema di valutazione efficace dovrebbe tenere in considerazione che il sistema sanitario

Figura 12.3 - Modello di valutazione di impatto a quattro livelli

[9] *Per un approfondimento Cfr Nuti (2008), Calabrese, C. et al. (2009) e Vainieri, M. et al. (2009).*

è un sistema complesso, in cui si intrecciano diversi interessi, economici, sociali e clinici[10] e in cui la qualità dei servizi erogati, proprio per il fatto di essere legata a valori essenziali quali il miglioramento delle condizioni di salute, non può essere in nessun caso condizionata solo dai "vincoli di bilancio". Risparmi economici che si traducono in errori clinici non possono essere accettati. Si sottolinea, pertanto, la necessità di una valutazione di tipo multidimensionale, non solo economica e/o organizzativa, delle politiche di intervento in atto nei sistemi sanitari regionali (Figura 12.3).
Altre indicazioni emergono dall'analisi delle categorie merceologiche acquisite con maggiore frequenza. Le esperienze regionali più mature sono quelle che più delle altre hanno ampliato il parco di categorie merceologiche acquisite a livello regionale o sub-regionale come il CSC del Friuli Venezia Giulia e l'Intercent-ER dell'Emilia Romagna (Tabella 12.3). Le Aziende Sanitarie lucane, inoltre, hanno notevolmente ampliato le categorie di acquisti sanitari in unione a livello sub-regionale. Da notare, infine, che tutte le Regioni riportate in Tabella hanno avviato esperienze di aggregazione di acquisti di farmaci o altri beni sanitari.

Tabella 12.3 - Categorie Merceologiche

Enti \ Categorie Merceologiche	Beni Sanitari	Beni non sanitari	Servizi Sanitari	Servizi Non Sanitari	Manutenzioni e Riparazioni	Godimento Beni di Terzi
Lazio	•					
Liguria	•		•	•		
Lombardia Lombardia Informatica	•	•		•		
Sicilia	•			•		•
Basilicata	•	•	•	•	•	•
Sardegna	•	•				•
Abruzzo	•			•		
Veneto AV Vicenza	•		•	•		
Marche ASUR	•	•	•	•		•
Emilia Romagna Aven	•	•	•	•	•	
Emilia Romagna Intercent-ER	•	•	•	•	•	•
Toscana Estav	•	•	•	•	•	
Friuli Venezia G. CSC	•	•	•	•	•	•
Campania So.Re.Sa.	•			•		•

[10] *Impatti clinici potrebbero nel modello Estav essere rilevati nella valutazione esterna.*

12.4. Le aree di intervento dei processi di aggregazione della domanda

Con riferimento alle *aree di intervento*, i processi di "aggregazione della domanda" in atto in molte aree regionali evidenziano come il successo degli interventi realizzati e, soprattutto, il conseguimento di performance e risultati positivi sulla funzione acquisti non possono essere semplicemente spiegati dall'introduzione di nuovi assetti istituzionali e gestionali e dalla riprogettazione delle procedure di acquisto. Infatti, questa logica, basata sul disegno di strutture organizzative e di re-engineering dei processi e delle procedure d'acquisto era già presente nelle prime sperimentazioni di fine anni '90 (ad esempio, il progetto di sperimentazione nazionale sulla rete ospedaliera pubblica della Città di Milano); a quasi dieci anni di distanza si impone una nuova logica che prevede diverse leve di manovra sulla funzione acquisti che integrano strategia, organizzazione, processi, ehealth, sviluppo di competenze e conoscenze e soprattutto valorizzazione delle relazioni interne alla catena del valore fornitori - clienti.
Come evidenzia la Figura 12.4, l'individuazione di queste leve di manovra si raccorda alle sfide che si stanno delineando per la funzione acquisti delle aziende sanitarie ed ospedaliere e che possono essere ricondotte all'esigenza di professionalizzazione e sviluppo di conoscenze per le figure di buyer pubblico (*formazione*), all'adozione di metodi e tecniche di valutazione multidimensionali (*health technology assessment*), all'integrazione tra acquisti e logistica ed al potenziamento dei sistemi informativi ed informatici (*piattaforme ERP, e health, mandato elettronico*).
La risposta a tali sfide richiederà il rafforzamento della capacità di coordinamento e governo strategico delle Regioni, in stretto collegamento con l'identificazione di "aree vaste" e dello sviluppo di reti orizzontali e verticali tra le stesse aziende sanitarie pubbliche ed altre organizzazioni ed aziende sanitarie private for profit e non profit. In secondo luogo, occorrerà pensare ad interventi capaci di sviluppare logiche di partenariato pubblico (il cliente aziende sanitarie) e privato (il fornitore; imprese farmaceutiche, tecnologie biomediche).
Sicuramente il partenariato pubblico-privato a supporto di interventi di razionalizzazione e riprogettazione della funzione acquisti rappresenterà fattore di innovazione rispetto alla prima "stagione" di interventi sperimentali e all'attuale fase di interventi tutti interni ai servizi sanitari

Figura 12.4 - Le aree di intervento

regionali e dovrà richiedere maggiore attenzione all'interno delle politiche di intervento a livello regionale.

12.4.1. La logistica

Gli interventi di razionalizzazione dei processi di acquisto di beni e servizi prevedono, in molti casi, la messa in atto di interventi sulla gestione della catena logistica (o anche *Supply Chain Management-(SCM*), area di crescente interesse nel settore sanitario (in genere, solo le sperimentazioni di centralizzazione degli acquisti avviate recentemente, come in Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia, Sardegna, Liguria, Puglia e Calabria, coinvolgono esclusivamente la funzione di approvvigionamento di beni e servizi).
Le aree in cui interviene la logistica sono essenzialmente due: attività interne e attività esterne alla singola azienda/organizzazione sanitaria. In particolare, per le attività interne si parla di micro logistica; quest'ultima interessa le attività di gestione del farmaco/prodotto all'interno dei reparti. La macrologistica riguarda le attività tipiche della logistica industriale (gestione magazzino, rapporto con i fornitori ecc.).
I progetti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere riguardano essenzialmente la filiera del farmaco, ma a breve periodo la logistica in Sanità interesserà, sempre più, tutte le attività a monte e a valle di ogni processo di offerta di servizi sanitari.
Il modello organizzativo che si sta maggiormente diffondendo in Italia prevede la concentrazione degli attuali magazzini in un unico centro servizi (*hub*) dove convogliare tutte le attività oggi frammentate in una pluralità di magazzini[11]. Si sta, quindi, affermando una logica di aggregazione che consente la gestione unificata dei beni, sanitari e non, in un unico magazzino di ricevimento e stoccaggio con l'abbattimento del livello di riordino e delle scorte e del relativo indice di copertura. Potendo contare su una struttura centrale e trasversale a tutte le altre, si superano alcuni limiti presenti nell'attuale modello di gestione delle aziende sanitarie, come ad esempio la moltiplicazione delle quantità dei prodotti gestiti, l'assenza di economie di scala, la duplicazione delle risorse impiegate nelle procedure di magazzino e di ordine dai fornitori.
La soluzione adottata in numerose realtà regionali riguarda l'adozione di modelli istituzionali ed organizzativi basati sulle "Aree vaste". L'area vasta, in termini logistici, si caratterizza con la presenza di un'unica piattaforma logistica (*hub*) con capacità sufficiente a gestire tutte le categorie di prodotti dell'area, concentrando in un'unica struttura una serie di funzioni precedentemente affidate alle Aziende sanitarie ed ospedaliere.
Tra le esperienze di particolare interesse, si segnalano gli interventi sulla logistica messi in atto dagli Estav Toscana (Box 12.1), un progetto nell'area vasta Emilia Nord (in corso di realizzazione), due progetti di logistica centralizzata in Regione Veneto, il progetto di attivazione di un centro logistico nell'Area Vasta Sud delle Marche e un'idea progettuale di centro logistico in Regione Abruzzo.
Va evidenziato che le diverse esperienze presenti nel nostro Paese si differenziano da altre

[11] *Questa è la direzione intrapresa anche da alcune istituzioni danesi, come la County of Copenhagen Hospitals (che comprende gli ospedali dell'area suburbana), dove si ha un unico magazzino centrale all'interno della Centrale Acquisti che opera alle dipendenze della Contea.*

Box 12.1- Logistica Estav Centro: le soluzioni adottate

In Estav Centro si è assistito alla chiusura di 11 magazzini economali a cui sono subentrati appalti esterni (per la cancelleria, la modulistica e i prodotti da toeletta) e la distribuzione tramite HUB di Area Vasta (per i presidi medico-chirurgici); sono, inoltre, stati unificati i 22 magazzini farmaceutici in un unico magazzino, con consistenti risparmi economici (per affitto delle strutture) e di personale, come evidenzia la Tabella 4.

Tabella 12.4 - Confronto prima e dopo l'unificazione dei magazzini farmaceutici

	Prima (Rilevazione 2002)	Dopo - Estav (Dicembre 2008)
N. Magazzini	22	1
Superficie (Mq)	9.311	9.500
Volumi (Mc)	35.718	57.000
N. strutture in affitto	6	1
N. articoli in anagrafica	146.784	12.900
Frequenza di riapprovvigionamento	Tutti i giorni	In media 2 volte la settimana
N. ordini	76.153	9.000
Valore annuo del materiale distribuito	€143.641.171	€104.391.238
Valore della ciacenza media	€19.803.394	€10.874.087
Indice di rotazione (Acquistato/Giacenza)	7,25	9,6
N. addetti magazzino	108	51
N. farmacisti	44	4

esperienze a livello europeo che vedono i centri logistici come risultato di una partnership pubblico-privato (si veda il caso inglese del NHS nel Box 12.2) ed un business model basato sul coinvolgimento di numerosi segmenti di clienti: ospedali universitari, ospedali, centri di lungodegenza, residenze sanitarie assistenziali (Box 12.3, caso Tilak-Austria e Cadés-Svizzera).

Box 12.2 - Outsourcing delle funzioni acquisto e logistica: l'esperienza del NHS [12]

Uno dei modelli più avanzati e centralizzati di acquisti e logistica è stato attuato dal NHS inglese, in cui si è assistito al passaggio da un'esperienza di centralizzazione forte ad una di esternalizzazione. Già nel 1992, infatti, al fine di razionalizzare la spesa sanitaria pubblica, il NHS inizia un progressivo processo di centralizzazione degli acquisti e della distribuzione attraverso la costituzione di un'impresa pubblica, la NHS Supplies, articolata in due divisioni interne: la Divisione Acquisti, operante attraverso 6 Dipartimenti Regionali, e la Divisione Logistica, composta da 12 centri di distribuzione.
Nel 1998 viene lanciato un progetto di monitoraggio e valutazione della performance della supply chain sanitaria attraverso una Review commissionata dal Cabinet Office. I risultati insoddisfacenti di tale analisi spingono alla "sostituzione" della NHS Supplies con due nuove e distinte organizzazioni pubbliche: la NHS PASA (agenzia per acquisti e fornitura responsabile per la predisposizione e gestione dei contratti nazionali) e la NHS LA (autorità per la logistica operante attraverso un'infrastruttura logistica costituita da 7 centri di distribuzione e da numerosi veicoli per il trasporto fisico, in grado di coprire ben 400 Trust dislocati sul territorio nazionale e di offrire un servizio di pick-and-pack personalizzato ed un consolidamento degli ordini). Le categorie di beni e servizi offerte grazie alla sinergia tra le due organizzazioni coprivano tutte le maggiori voci di spesa[13] dei Trust.
La Review del 2001 evidenzia, tuttavia, la tendenza diffusa, da parte dei Trust, a rivolgersi direttamente al fornitore, anziché aderire ai contratti nazionali siglati da NHS PASA.
Nel 2004 il sistema di acquisti e logistica nazionali viene ripensato attraverso la sperimentazione dell'outsoucing di uno dei grandi centri di distribuzione di NHS LA. Il grande successo di tale esperienza (in termini di miglior controllo della catena distributiva e di benefici economici) porta alla decisione di ampliare le attività esternalizzate a tutti gli approvvigionamenti e alla logistica, lasciando all'impresa privata vincitrice dell'appalto nel 2005 (la DHL Logistics) anche la gestione delle risorse umane trasferite dal settore pubblico preesistente a quello privato, la gestione delle relazioni con i fornitori e delle attività di Information Technology.

[12] *Per un approfondimento Cfr. Del Bufalo E., Skipworth H., in Frey M., Meneguzzo M., Fiorani G. (in corso di pubblicazione).*
[13] *Tra le voci più significative di spesa: presidi medico-ospedalieri, materiale protesico, dispositivi medici, materiale diagnostico, materiale strumentario, prodotti alimentari, prodotti per la pulizia, arredamento, materiali di guardaroba, supporti informatici, forniture per ufficio, attrezzature sanitarie, beni economali; farmaci, attrezzature diagnostiche e sanitarie specialistiche, utenze, servizi di manutenzione e assistenza.*

Box 12.3 - Esperienze internazionali: il caso Tilak (Austria) e il caso Cadés (Svizzera)

La TilaK, Srl di proprietà del Lander del Tirolo (Austria), adotta un modello misto, centralizzato a monte solo per alcune categorie merceologiche e decentralizzato a valle (a livello aziendale), in modo da sfruttare al massimo i vantaggi di entrambi i modelli. In tal modo la società austriaca ha visto costantemente crescere il numero dei partners aderenti oltre ai benefici economici, organizzativi e distributivi offerti.
Cadés (Svizzera), nata come Federazione degli Ospedali del Cantone di Vaud, è divenuta nel 1994 la centrale di acquisto di numerose strutture sanitarie svizzere (costituita sotto la forma di società cooperativa non lucrativa). La Centrale svolge attualmente attività secondo tre principali modelli più o meno "forti":

1. studio di condizioni di mercato vantaggiose per gli associati, con messa a disposizione dei relativi cataloghi (modello debole);
2. costituzione di gruppi di acquisto;
3. gestione globale della funzione acquisti (outsourcing - modello forte).

Le strutture sanitarie aderenti, localizzate in diversi Cantoni, possono, di volta in volta, adottare il modello che meglio rispecchia le loro esigenze.

12.4.2. ICT, eHEALTH e HTA

In parallelo all'avvio di progetti di accentramento degli acquisti, sono spesso sviluppati progetti "di supporto" per uniformare le codifiche dei beni e servizi acquistati dalle ASL/AO, per costituire o rilanciare "osservatori" sui prezzi e tipologie di beni e servizi e/o per adottare piattaforme tecnologiche in grado di supportare le procedure di gare con strumenti innovativi (e-procurement). In attuazione dell'art. 2, L.405/01, tutte le Regioni hanno previsto l'adozione di un OPT regionale e sono presenti diverse forme di compartecipazione.

Per quanto riguarda le *piattaforme tecnologiche*, si tratta molto frequentemente di soluzioni sviluppate a livello regionale per tutti gli enti pubblici, come il portale Sistema Piemonte, l'agenzia Intercent-Er dell'Emilia Romagna, il Sistema informatico di intermediazione regionale in FVG, la Piattaforma E-health in Molise, la Piattaforma SInTel in Lombardia e la Piattafoma EmPulia in Puglia. Alcune Regioni come il Veneto e la Basilicata si avvalgono esclusivamente della Piattaforma Consip. La Campania ha optato per il riuso della piattaforma Intercent-Er dell'Emilia Romagna e anche la Regione Marche ha siglato un accordo in tal senso. Si evidenzia, quindi, la presenza di uno scenario in cui coesistono a livello nazionale una pluralità di mercati elettronici indipendenti: a quello Consip si sono affiancati i mercati elettronici propri delle Regioni, senza contare i portali di servizio privati che si propongono come gestori di aste on-line. In questo contesto, nel rispetto di tutti i diversi modelli giuridici regionali di centralizzazione degli acquisti esistenti o in via di realizzazione, appaiono opportuni interventi di armonizzazione. A tal proposito la Legge Finanziaria 2007, mentre stabiliva che le Regioni potessero costituire *centrali di acquisto*, anche unitamente ad altre Regioni, che operassero quali centrali di committenza in favore delle amministrazioni territoriali di riferimento, prevedeva il coinvolgimento dei diversi livelli di governo (MEF, Dipartimento Affari Regionali e Autonomie Locali, Dipartimento Innovazioni e Tecnologie, CNIPA, Regioni, Province autonome, Consip, Centrali di acquisto già esistenti) per la costituzione di un *sistema a rete*, con il fine di perseguire l'*armonizzazione* dei rispettivi piani di razionalizzazione della spesa e realizzare *sinergie* nell'utilizzo degli strumenti informatici. Tali disposizioni sono state recepite dall'Accordo del 24 Gennaio 2008 tra Governo, Regioni e Province autonome nel quale è stata proposta la predisposizione di un *Piano integrato di sviluppo della rete* finalizzato alla creazione di un sistema di *e-Procurement armonizzato a livello nazionale*.

L'Information and Communication Technology (ICT) rappresenta, quindi, lo strumento attraverso cui armonizzare le politiche di innovazione nella Sanità. In Italia sono in atto diversi progetti per diffondere l'utilizzo dell'ICT nel settore sanitario; questo processo deve essere adeguatamente preparato, coordinato e controllato: molto spesso, infatti, i progetti sulla sanità elettronica (e-Health) nascono sull'onda delle opportunità che la tecnologia ICT offre, piuttosto che da specifiche strategie regionali. Importante ambito di intervento a supporto dei processi di riprogettazione e razionalizzazione della funzione acquisti nelle aziende sanitarie ed ospedaliere diviene, quindi, valutazione delle tecnologie sanitarie[14] o *Health Technology Assessment* (HTA), una metodologia tecnica-scientifica, applicabile in sede istituzionale, politica e clinica, per assicurare il governo e la sostenibilità delle innovazioni nei sistemi sanitari.

[14] *Dispositivi medici–chirurgici e apparecchiature biomedicali; ma anche farmaci, vaccini, procedure cliniche, programmi di prevenzione e promozione della salute, modelli organizzativi e sistemi finalizzati a migliorare la qualità della vita di un individuo.*

L'HTA è, infatti, un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia, attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo.
A livello internazionale esistono numerose agenzie che svolgono attività di HTA, in maniera indipendente o sotto il "patrocinio" dell'INAHTA (*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*), che dal 1993 coordina l'attività internazionale di technology assessment.
In Italia non si è ancora affermata una linea comune in merito all'HTA; sono, infatti, in atto alcuni progetti poco coordinati e molto diversificati, che hanno prevalentemente una dimensione aziendale e solo in alcuni casi si registrano esperienze a livello regionale e/o di Area Vasta (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana hanno attivato esperienze individuali di HTA nel settore dei farmaci, dei dispositivi medici e delle alte tecnologie).
Nel 2003, nell'ambito del progetto di sperimentazione nazionale del Ministero della Salute, è stato costituito il *Network Italiano di Health Technology Assessment* (NI-HTA), grazie all'esperienza maturata dal Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" (Università Cattolica di Roma).
A partire dal 2006 (1° Forum italiano per la valutazione delle tecnologie sanitarie), sono state definite le linee guida a cui possono fare riferimento le aziende e le istituzioni sanitarie interessate all'introduzione dell'HTA.
Particolarmente importante per l'attribuzione di un ruolo istituzionale all'HTA è la decisione del 2007 della Conferenza Unificata Stato – Regioni, che ha assegnato all'Agenas la funzione di supporto alle Regioni per lo sviluppo dell'HTA. Dal 2007 l'Agenzia si occupa di realizzare studi di appropriatezza sull'impiego di specifiche tipologie di dispositivi medici e promuove attività di valutazione per la gestione delle innovazioni tecnologiche (attraverso il progetto COTE - Centro di Osservazione delle Tecnologie biomediche Emergenti). Nonostante l'Agenas sia stata identificata come propulsore di iniziative HTA, non esiste ancora un quadro istituzionale e programmatico di riferimento unico e molte Regioni continuano a muoversi autonomamente.
Indipendentemente dal modello adottato, i principi di riferimento per una corretta applicazione degli strumenti dell'HTA sono:
1. una "rete" di rilevamento delle tecnologie emergenti;
2. modelli e strumenti tecnologici di supporto alle decisioni (tra cui Horizon Scanning);
3. formazione relativa agli aspetti tecnologici e che preveda la diffusione della cultura degli strumenti dell'HTA.

12.4.3 La formazione

La formazione del personale (dirigenti, quadri ed operatori) costituisce variabile di rilevante importanza a supporto dei processi di riprogettazione degli assetti organizzativi e procedurali della funzione acquisti e delle iniziative di aggregazione della domanda.
Infatti, in un'ottica che configura le risorse umane come fattore critico di successo per il miglioramento dell'efficienza operativa, la formazione riveste un ruolo fondamentale ai fini dello sviluppo di professionalità.
La formazione si propone, inoltre, di sviluppare nuove competenze, in stretta coerenza con l'evoluzione della figura e del profilo di competenze dei buyers pubblici (i meglio conosciuti

provveditori economi) operanti nelle aziende sanitarie ed ospedaliere e nelle agenzie operative (ad es. ESTAV) e società promosse dalle Regioni. Tali competenze vanno promosse ed incentivate in campi di riferimento concretamente definiti e delimitati dall'organizzazione in un'ottica di compenetrazione tra esigenze degli individui ed esigenze del contesto organizzato. Inoltre, le attività formative, nel caso delle esperienze di accentramento di funzioni aziendali rilevanti, come quella degli acquisti, in Dipartimenti Interaziendali, possono rivelarsi un'occasione per mettere in comune saperi e competenze, favorendo l'attivazione di comunità professionali e *knowledge networks*.
Vengono di seguito descritti gli approcci alla formazione di tre diversi enti sanitari: l'ESTAV Centro in Toscana, la Zona Territoriale n. 8 nelle Marche, l'Azienda ULSS n. 3 di Bassano del Grappa in Veneto.
Il Dipartimento Acquisti di Beni e Servizi (ABS) dell'ESTAV Centro si articola in diverse sezioni a seconda della tipologia di acquisti. L'esigenza di avvalersi di personale[15] professionalmente preparato ha contribuito a porre l'attenzione sulla formazione in modo sempre puntuale, fin dalla costituzione del Dipartimento (i primi corsi risalgono, infatti, al 2003).
Gli ultimi corsi formativi rivolti al Dipartimento ABS[16] hanno riguardato i seguenti temi: consorzi, raggruppamento di imprese e casi di esclusione dalle gare; offerte anomalmente basse e società commerciali nelle procedure di gara; utilizzo dell'albo fornitori e gare telematiche; pareri dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici e il III Decreto Correttivo del Codice dei Contratti (a cui ha partecipato anche personale esterno all'ESTAV C). Inoltre, l'ESTAV C aveva previsto di effettuare un corso ad alta intensità formativa e un aggiornamento individuale obbligatorio ai fini della partecipazione al Seminario "Profili Critici nel nuovo quadro normativo degli appalti dopo il terzo decreto correttivo e recente giurisprudenza".
La Zona Territoriale n. 8 di Civitanova Marche (ASUR - Area Vasta n. 3) ha attribuito all'Ufficio Approvvigionamento tutte le funzioni inerenti la gestione delle procedure d'acquisto sopra e sotto soglia, ma anche funzioni di programmazione, controllo di gestione, liquidazione e controllo fatture. Va peraltro segnalato che la Regione Marche punta molto sulla formazione e la pone, in termini organizzativi, a livello di staff alla direzione strategica di ciascuna Zona Territoriale. La Zona Territoriale n.8 ha attivato un corso[17] distinto in quattro moduli: il primo su procedure di gara, redazione dei bandi, verifica dei requisiti dei concorrenti, valutazione delle offerte, aggiudicazione e stipula dei contratti; il secondo su appalti sottosoglia, procedure in economia, istituzione e gestione degli albi fornitori e procedure negoziate; il terzo su esecuzione dei contratti di appalto, disciplina del subappalto, nuovo regime dei pagamenti e responsabilità solidale nei rapporti committente/appaltatore/subappaltatore; il quarto sulla sicurezza negli appalti e in particolare sul Documento Unico Di Valutazione Rischi Interferenziali –DUVRI- e i costi della sicurezza, le nuove comunicazioni all'Autorità di Vigilanza sui contratti pubblici, la redazione delle schede, tempistica e responsabilità.
Il corso era rivolto al personale dell'Ufficio Approvvigionamenti, all'interno del quale lavorano

[15] *Il personale ABS in Estav Centro è quasi totalmente di provenienza dalle ASL/AO.*

[16] *I corsi sono tutti accreditati dalla Regione Toscana per il riconoscimento dei crediti ECM (dati aggiornati a giugno 2009).*

[17] *Dati a maggio 2009.*

3 operatori che si occupano di procedure di acquisti ad evidenza pubblica mentre il restante personale si occupa di procedure in economia e delle altre attività ordinarie. Da notare la specificità dei corsi attuati. L'Azienda ULSS di Bassano del Grappa (Veneto) ha attivato diversi corsi negli anni 2005-2006 sul tema dell'*e-procurement*. Negli anni 2007-2009, invece, l'oggetto principale dei corsi ha riguardato la nuova normativa sugli appalti e il *green-procurement*. L'Azienda organizza e gestisce direttamente gran parte delle iniziative, garantendo in tal modo una personalizzazione delle attività formative, la partecipazione di tutti gli operatori e un continuo interscambio con i docenti. Tali corsi sono, infine, aperti ai colleghi ed operatori afferenti l'Area Vasta della Provincia di Vicenza. Le attività formative destinate al personale che si occupa di acquisti sono state tre[18]: il primo riguardante il codice dei contratti e il relativo regolamento attuativo con un focus sugli elementi innovativi; il secondo sulle recenti modifiche al codice dei contratti (il III Correttivo, le norme sulla sicurezza e le comunicazioni obbligatorie all'Autorità); l'ultimo riguardante in generale il Codice dei Contratti Pubblici di lavori, servizi e forniture. Da tali casi aziendali si possono trarre alcuni interessanti spunti di riflessione.
L'ASUR, pienamente operativa a partire dal 2005, pur svolgendo acquisti a livello regionale, ancora non sembra essersi dotata di una struttura unitaria o integrata (quale, ad esempio, un Dipartimento Interaziendale, come l'ABS dell'ESTAV C) che effettui progetti formativi specifici per tutte le Zone afferenti l'azienda.
Il Veneto, invece, ha un'esperienza su base associativa e su area vasta che, seppure non ancora matura, ha già portato a grandi risultati; anche in questo caso ancora non è presente un Dipartimento Interaziendale che si occupi di Acquisti e che gestisca in proprio progetti importanti come quelli relativi alla formazione del personale. Da notare, tuttavia, che i corsi organizzati dall'azienda di Bassano sono stati seguiti anche alle aziende sanitarie circostanti, il che denota l'estendibilità dei progetti formativi e l'aumento della domanda relativa ai temi trattati.
L'attenzione alla formazione professionale sta crescendo nelle Regioni Marche e Veneto che risultano essere, soprattutto dal punto di vista dei contenuti dei corsi attuati, in linea con la situazione registrata in una tra le migliori *best practice* nazionali, quale è l'ESTAV C.

Bibliografia

- AA.VV. (2009), Dossier Health Technology Assessment, in «Aboutpharma», (Giugno).
- Age.Na.S (2008), Diffusione delle principali tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie.
- Anessi Pessina, E. et al. (2008, a cura di), L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2008, Egea, Milano.
- Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (2009, a cura di), L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009, Egea, Milano.
- Astorina, F. (2009), Gli acquisti al tempo dell'HTA, Il Sole 24 Ore Sanità, (9-15 Giugno).
- Baglieri, E. (2004), Forum. VERSO IL SUPPLY CHAIN MANAGEMENT: Responsabilità e competenze delle nuove Funzioni Acquisti, in «Economia & management», n. 4.
- Brusoni, M. e Marsilio, M. (2007a), La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali, in Anessi Pessina, E. e Cantù, E. (2007, a cura di), pp. 373-410.

[18] *Dati a maggio 2009.*

- Brusoni, M. e Marsilio, M. (2007b), Acquisti centralizzati: come si organizzano i Ssr, in «Il Sole 24 Ore Sanità», (18-24 Dicembre).
- Brusoni, M. et al. (2008), Processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto, in Anessi Pessina, E. et al. (2008, a cura di).
- Calabrese, C. et al. (2009), Il sistema di valutazione della performance degli Estav, in Nuti, S. (2009, a cura di).
- CEIS (2008), Rapporto CEIS – Sanità 2008, Health Communication S.r.l., Roma.
- Cicchetti, A. (2009), Lo stato dell'arte sull'Health technology assessment 'controcorrente': si va dal particolare al generale, in «Il Sole 24 Ore Sanità», (Maggio).
- Del Bufalo E., Skipworth H. (in corso di pubblicazione), L'outsourcing degli approvvigionamenti e della logistica nel sistema sanitario nazionale: evidenze dal caso inglese, in Frey, M. Meneguzzo, M., Fiorani G., «La sanità come volano dello sviluppo economico», Edizioni ETS, Pisa.
- Fiorani, G. (2008a), La riorganizzazione dell'area acquisti mediante l'aggregazione della domanda, in D'Adamo, A. e Polistena, B. (2008, a cura di), Il Sistema Sanitario della Basilicata nel 2008. Una risorsa qualificante in uno scenario in cambiamento, Mc-Graw Hill, Milano.
- Fiorani G. e Meneguzzo M.(in corso di pubblicazione), Analisi di alcune esperienze di accentramento degli acquisti e delle funzioni collegate, in Frey, M., Meneguzzo, M., Fiorani G.,«La sanità come volano dello sviluppo economico», Edizioni ETS, Pisa.
- Fiorani G. e Meneguzzo M.(in corso di pubblicazione), Tendenze in atto: benchmarking esperienze di accentramento negli acquisti, in Frey, M. e Meneguzzo, M., Fiorani G., «La sanità come volano dello sviluppo economico», Edizioni ETS, Pisa.
- Fiorani, G. et al. (2008), La diffusione del modello organizzativo-gestionale della centralizzazione degli acquisti in sanità in Italia: eterogeneità regionale e analisi comparata, paper presentato al 13° Convegno Annuale Aies, Matera, 9-10 Ottobre 2008.
- Frey, M. e Meneguzzo, M., Fiorani G.(in corso di pubblicazione), La sanità come volano dello sviluppo economico, Edizioni ETS, Pisa.
- Laboratorio Fiaso-Ceis (2009), Analisi comparativa delle esperienze di aggregazione della domanda in sanità, AboutPharma, Milano.
- Meneguzzo, M. e Buccoliero (a cura di), L. (1999), Allearsi per comperare. Politiche di acquisto dei network di aziende sanitarie, EGEA, Milano.
- Meneguzzo, M. et al. (2004a), Ricentralizzazione delle Regioni (grip back) ed aziende sanitarie; centrali di acquisto e servizi in rete, in «Rapporto Ceis Sanità», Università di Roma Tor Vergata, cap. 11.
- Meneguzzo, M. et al. (2004b), Centrali di acquisto, servizi in rete ed 'aree vaste'. Una prima valutazione delle esperienze in atto, in «Mecosan», n. 52 (Ottobre/Dicembre), pp. 115-133.
- Nuti S. (2008, a cura di), La valutazione della performance in sanità, il Mulino, Bologna.
- Regione Toscana (2008), Centralizzazione ed esternalizzazione della funzione di acquisto da parte delle aziende sanitarie dei dispositivi medici, incluse le apparecchiature, in «Rapporto Age.Na.S., Diffusione delle principali tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie».
- Vainieri, M. et al. (2009), Strumenti di governance del sistema sanitario toscano: la valutazione della performance degli Estav, in «Mecosan», n. 69.

Capitolo 13

L'impatto del sistema sanitario sull'economia

13 - L'impatto del sistema sanitario sull'economia

Ratti M.[1], *Morelli G.*[*]

13.1. Introduzione e sintesi

La continua evoluzione tecnologica, la derivante crescita delle opportunità terapeutiche e le limitate risorse pubbliche hanno comportato una sempre maggiore attenzione verso l'analisi costo-efficacia delle tecnologie e sostanze. Questa funzione pubblica è tesa al contenimento della spesa sanitaria pubblica nel rispetto della tutela della salute. Lo sviluppo tecnologico rappresenta però anche una opportunità di crescita per il sistema economico nel suo complesso. Infatti, secondo Confindustria[2], nell'ambito del sistema economico nazionale è andata progressivamente aumentando l'importanza della filiera della salute intesa come:

- fabbricazione di prodotti farmaceutici, chimici e botanici per usi medicinali;
- fabbricazioni di apparecchi medicali, chirurgici, ortopedici, di lenti e occhiali da vista;
- commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici, strumenti e apparecchi sanitari;
- commercio al dettaglio di farmaci, medicinali, apparecchi e materiale terapeutico;
- servizi ospedalieri;
- prestazioni ambulatoriali.

Nel 1996 l'incidenza sul PIL del cosiddetto indotto della filiera della salute risultava pari al 4,9%, nel 2004 si attestava al 5,6% (pari a € 73,5 mld. a prezzi costanti). Nel periodo 1996-2004, la produzione e il valore aggiunto della filiera si sono accresciuti ad un tasso medio annuo del 4% circa.

Anche lo Studio Ambrosetti 2006 segnala come l'industria legata al settore della salute produca quindi in totale un valore aggiunto diretto e indiretto significativo, stimato nell'ordine del 12% del PIL, posizionandosi al terzo posto dopo Edilizia e Costruzioni, e Alimentari[3].

Nell'attuale quadro evolutivo dell'economia internazionale, caratterizzato da un'evoluzione sempre più rapida della struttura del sistema economico globale, con tutte le conseguenze positive o negative che ne derivano, la valutazione della capacità competitiva, in termini di posizionamento della specializzazione produttiva dell'industria farmaceutica e dei dispositivi medici dell'Italia rispetto agli altri paesi Europei, risulta avere un'importanza fondamentale.

Lo studio dei vantaggi comparati di un dato Paese può essere colto mediante la suddivisione internazionale del lavoro individuando se e in quali produzioni ogni economia risulti caratterizzata da un vantaggio di costo. Il contributo si sofferma sul tema, effettuando una analisi delle differenze competitive, sia dell'industria farmaceutica, che dei dispositivi medici, comparando l'Italia con gli altri paesi Europei: a tal fine si sono utilizzati due noti indici di specializzazione: quello di Balassa (Balassa, 1965) e quello di Lafay (Lafay, 1992).

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

[*] *Professore Associato di Politica Economica nell'Università di Teramo.*

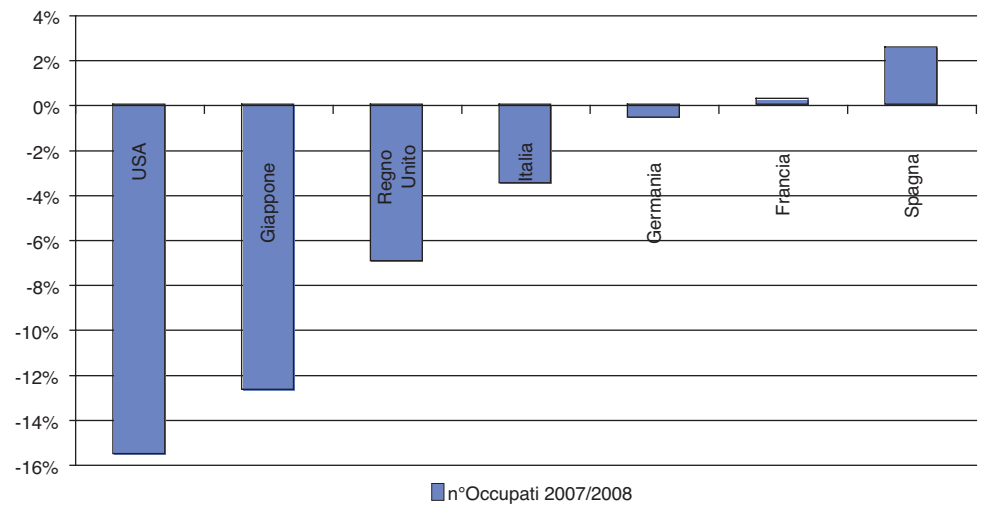
[2] *Vedi studio Confindustria (2006).*

[3] *Vedi Studio Ambrosetti (2006).*

Elementi distintivi dell'analisi 2009 sono:

- L'attività produttiva farmaceutica mondiale in termini di fatturato ex-factory (farmacia+ospedaliero) è cresciuta del 4,1% rispetto al 2007. Anche l'industria farmaceutica italiana nel 2008 è cresciuta del +4,1% rispetto al 2007, pari al 3,2% del mercato mondiale, posizionandosi così al 5° posto nel ranking mondiale. Se si considerando i Paesi con maggiori quote sul fatturato mondiale, l'aumento italiano è secondo solo alla Spagna (7,6%) e alla Germania (+4,4%);
- Il bilancio strutturale dell'industria farmaceutica italiana nel 2008 segue due andamenti opposti: da un lato, come nei principali Paesi (USA, Giappone, Germania e Regno Unito), si osserva una riduzione del personale occupato del 3,5%; dall'altro, in controtendenza, si osserva un aumento del numero delle aziende (+3,7% rispetto al 2007).

Figura 13.1 - Variazione del numero degli occupati settore farmaceutico Valori % - Anni 2007 2008



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria 2009

- A livello mondiale il settore farmaceutico/biotecnologico esprime, tra le varie categorie industriali (su base dei 37 principali settori industriali mondiali indicati nella ICB (Industrial Classification Benchmark)), il più alto valore di spesa in R&S pari a € 71.410 mln., che rappresenta il 19,2% dell'investimento totale in R&S. Gli investimenti in R&S, hanno permesso l'introduzione di 672 nuove molecole farmaceutiche sul mercato mondiale tra il 1990 e il 2008. In Italia la spesa in R&S nel 2008 è stata di € 1.200 mln. (+1,5%), pari al 13,5% della spesa totale in R&S del settore manifatturiero e al 9,6% del settore industriale italiano.
- L'Italia ha una bilancia commerciale farmaceutica negativa (€-2,4 mld.), anche se considerando il solo commercio di medicinali (confezionati e non) la bilancia commerciale risulta positiva (€ +0,6 mld.);

- La concentrazione regionale delle esportazioni farmaceutiche è molto evidente: il 71% delle esportazioni si realizza nelle prime 4 Regioni (C4); nelle prime 8 (C8) se ne concentra il 91,8%. Simile è il livello di concentrazione delle importazioni: 85,5% (C4) e 96,1% (C8);

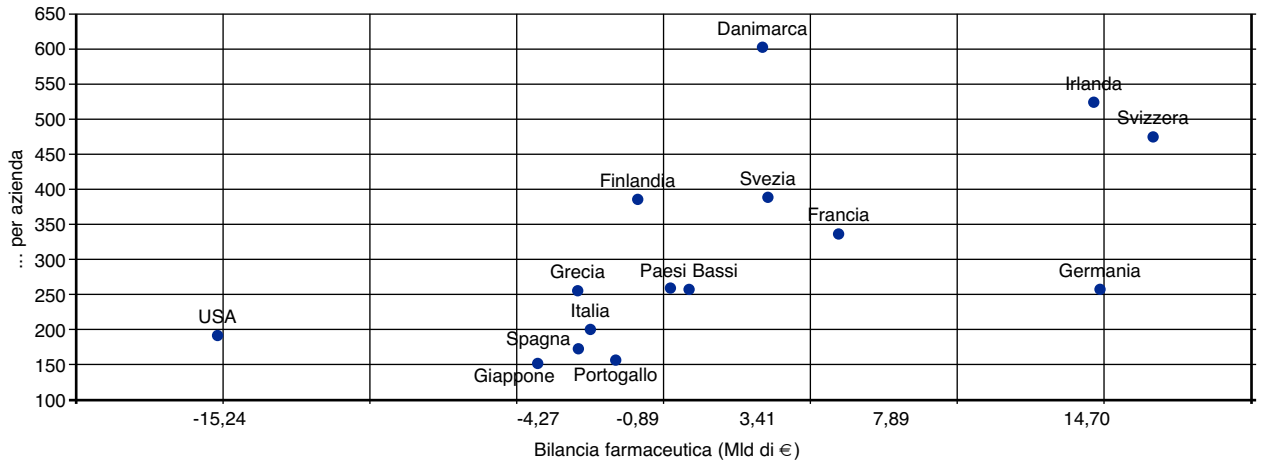
Tabella 13.1 - Concentrazione regionale delle esportazioni ed importazioni farmaceutiche Valori % - Anno 2008

	C4	C8
Esportazioni	71,09%	91,83%
Importazioni	85,56%	96,13%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria 2009

- I Paesi con bilancia commerciale positiva, registrano una dimensione media di impresa generalmente più alta e anche una più alta produttività: in Svizzera la dimensione media delle imprese è di 478 unità, con un prodotto per occupato pari a € 571.719, in Germania sono 265 le unità medie, con un prodotto per occupato pari a € 232.954 e in Irlanda la dimensione media è di 521 unità, con un prodotto per occupato pari a € 625.633. In termini di politica industriale si conferma quindi particolarmente degno di approfondimento il legame fra dimensione media di impresa e produttività, sebbene molti altri fattori contribuiscono a spiegare i comportamenti delle imprese farmaceutiche;

Figura 13.2 - Correlazione tra bilancia commerciale farmaceutica e numero medio occupati per azienda - Anno 2008



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria

- A livello internazionale, si valuta che nel 2007 la spesa per dispositivi medici sia stata di circa € 219 Mld[4] (+16,5% rispetto al 2005). Gli USA rappresentano il Paese con la quota di spesa maggiore (45%; +3% rispetto al 2005), seguono i Paesi dell'Unione Europea con una quota di spesa del 33% (-1% rispetto al 2005), infine il Giappone con una quota intorno all'11% (+1% rispetto al 2005). Dei Paesi Europei la Germania ha , nel 2007, la quota maggiore di spesa pari al 27,9%; l'Italia ha una quota del'8,6%.
- In termini di bilancia commerciale, si registra un saldo positivo per il sistema industriale europeo dei dispositivi medici (all'incirca € 5,9 Mld.), ma un saldo negativo per l'Italia di € 3,6 Mld; anche nel caso dei dispositivi medici, una politica industriale capace di far crescere la dimensione media d'impresa sembra opportuna.
- In Europa, la spesa per dispositivi medici nel 2007 ha rappresenta il 7,0% della spesa sanitaria totale. L'Italia si trova al di sotto della media europea con una incidenza sulla spesa sanitaria totale del 4,7% e al decimo posto se si considera la spesa pro capite per dispositivi medici (€ 122).
- La spesa pubblica per dispositivi medici, in base ai Conti Economici (CE) Ministeriali, è in aumento: +18% rispetto al 2002; e +4,9% come media annua dell'intero periodo in osservazione (2002-2007). Le Regioni che hanno presentato una spesa pubblica pro-capite più alta, nel 2007, sono il Friuli Venezia Giulia (€ 146), le Marche (€ 125) e la Liguria (€ 106); viceversa le Regioni che presentano una spesa pubblica pro capite più basse sono la Calabria (€ 23), la Lombardia (€ 31) e la Basilicata (€ 38). La spiccata diversità regionale può dipendere da una serie di fattori come, ad esempio, la diversa imputazione dei dati o da diversi livelli di esternalizzazione dei servizi associati;
- La verifica del livello di specializzazione dell'Italia nei settori considerati da la mera sufficienza al Paese sul versante farmaceutico, (con l'indice di Balassa positivo e quello di Lafay appena sotto lo zero); i valori sono invece entrambi nettamente negativi per il settore industriale dei dispositivi medici: in qualche modo questo conferma la mancanza di una chiara vocazione italiana nel settore delle scienze della vita e la necessità di un maggiore impegno sul versante delle politiche industriali.

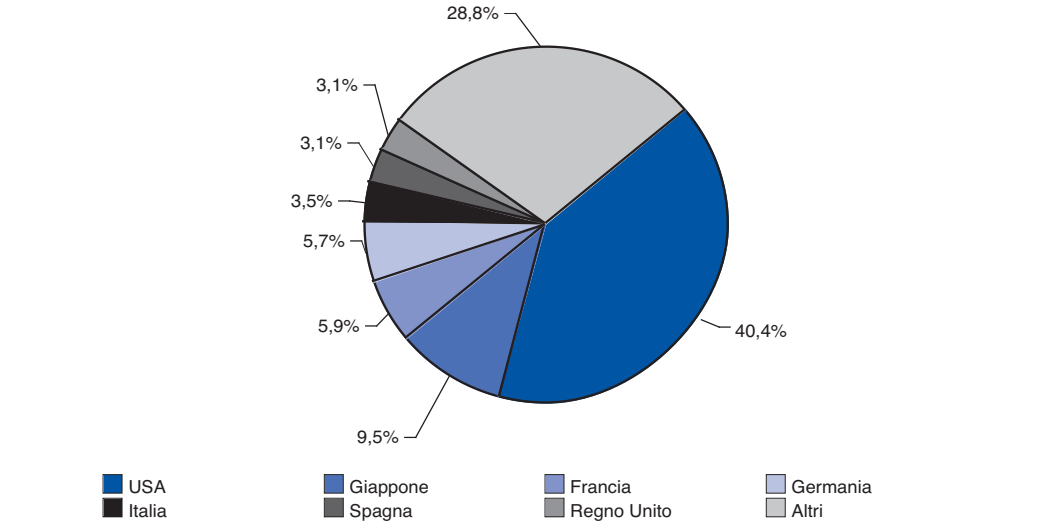
[4] *Rapporto Eucomed 2007 2008*

13.2. Il sistema industriale farmaceutico

13.2.1. L'industria farmaceutica internazionale

L'industria farmaceutica mondiale in termine di valore (€ 489,9 mld.) è cresciuta del 4,1% rispetto al 2007.
Le quote di mercato a livello mondiale si dividono come segue:

Figura 13.3 - Quota del mercato farmaceutico mondiale Anno 2008



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati IMS

L'industria farmaceutica italiana ha registrato nel 2008 un fatturato ex-factory totale (farmacia+ospedali) di € 17,5 mld. (+4,1% rispetto al 2006), pari al 3,2% del mercato mondiale (come nel 2007), attestandosi al 5° posto nel ranking mondiale (al 6° nel 2007 dopo il Regno Unito). Gli Usa, con un fatturato ex-fabbrica di € 197,9 mld. (40,4% del totale) si collocano al primo posto acquistando lo 0,1% di quota del mercato. Al secondo posto troviamo il Giappone (€ 46,7 mld.) con una quota di mercato di 8,2% (+1,3% quota di mercato rispetto al 2007). Seguono Francia (€ 28,7 mld.), la Germania (€ 27,9 mld.), la Spagna (€15,2 mld.) e il Regno Unito (€15,2 mld.).

Imprese

Gli USA occupano il primo posto per numero di aziende con 1.268 unità, seguono il Giappone 1.062 unità, la Germania 398 unità (-6,8% rispetto al 2007), l'Italia 324 unità (+3,7% rispetto al 2007) e la Francia 311 unità (-1,6%).

Tabella 13.2 - Aziende ed occupati nel settore farmaceutico mondiale - Anni 2007 2008

	n. aziende 2008	Var. n. Aziende 2007/2008	Occupati 2008	Var. Occupati 2007/2008	N. medio occupati per azienda 2008	Var. N. medio occupati per azienda 2007/2008	Prodotto* per occupato 2008 (€)
Spagna	225	-1,3%	40.117	2,6%	178	3,9%	310.567
Giappone	1062	0,0%	165.000	-12,7%	155	-12,7%	282.600
Italia	336	3,7%	69.500	-3,5%	207	-6,9%	327.032
USA	1268	0,0%	247.000	-15,5%	195	-15,5%	801.150
Austria	38	-2,6%	9.877	3,0%	260	5,7%	227.701
Grecia	50	16,3%	13.000	13,5%	260	-2,4%	54.154
Paesi Bassi	65	8,3%	16.900	4,3%	260	-3,7%	243.964
Germania	425	6,8%	112.550	-0,6%	265	-6,9%	232.954
Francia	306	-1,6%	103.633	0,3%	339	1,9%	330.744
Norvegia	13	-7,1%	4.670	-0,4%	359	7,2%	145.396
Regno Unito	209	6,1%	67.000	-6,9%	321	-12,3%	341.149
Finlandia	16	0,0%	6.185	1,2%	387	1,2%	140.501
Svezia	43	-2,3%	16.830	-8,7%	391	-6,6%	397.386
Svizzera	72	0,0%	34.440	1,3%	478	1,3%	571.719
Irlanda	47	-4,1%	24.500	0,0%	521	4,3%	625.633
Belgio	24	-56,4%	29.405	0,9%	1225	131,1%	177.589
Danimarca	28	-6,7%	16.827	-2,7%	601	4,3%	313.663
Bulgaria			8.406	1,9%			30.657
Cipro			1140	54,3%			105.263
Estonia			229	0,0%			89.520
Lettonia			1.955	6,3%			44.501
Lituania			804	-5,0%			41.915
Malta			445	0,0%			76.404
Polonia	115	-0,9%	30.000	0,0%	261		45.567
Portogallo	65		10.479	-1,0%	161		191.144
Rep. Ceca	54	0,0%	9.984	5,7%	185		99.359
Romania			20.000	0,0%			11.150
Slovacchia			2.758	53,2%			73.640
Slovenia			5.323	-18,1%			218.974
Ungheria	44		15.707	2,2%	357		132.476

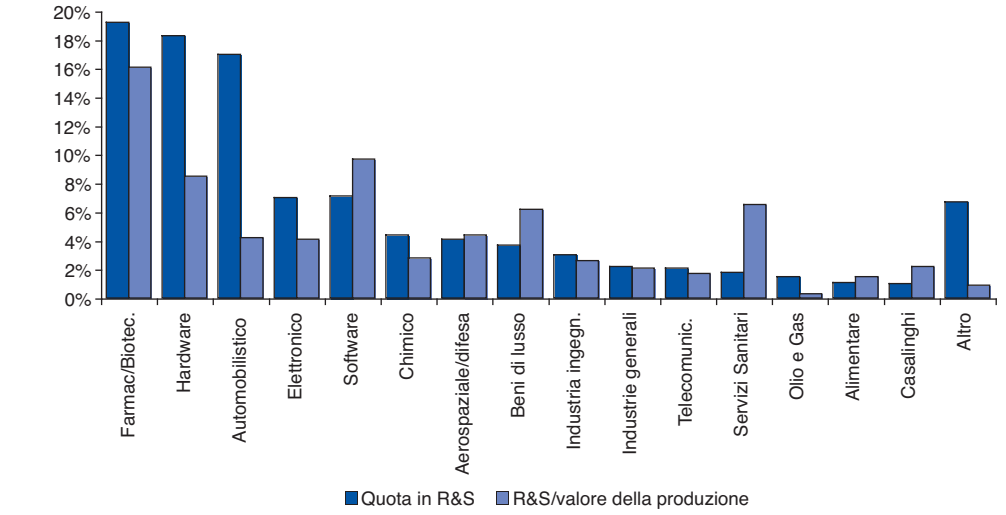
Fonte: Efpia, Eurostat, Farmindustria 2009
**Per USA e Giappone è stato usato il fatturato totale*

Infine, sembra importante analizzare l'attività di R&S. A livello mondiale, nel 2008, il settore farmaceutico/biotecnologico esprime, tra le varie categorie industriali, il più alto valore di spesa in R&S pari a € 71.410 mln (-0,1% rispetto al 2007) che rappresenta il 19,2% dell'investimento totale in R&S (su base dei 37 principali settori industriali mondiali indicati nella ICB (Industrial Classification Benchmark) e il 16,1% del valore della produzione (+0,2% rispetto al 2007).

Analizzando la spesa in R&S tra il 1990 e il 2006 si nota come la R&S dell'industria Europea risultata maggiore di quella USA tra il 1990 e il 2000, sia stata poi superata negli anni suc-

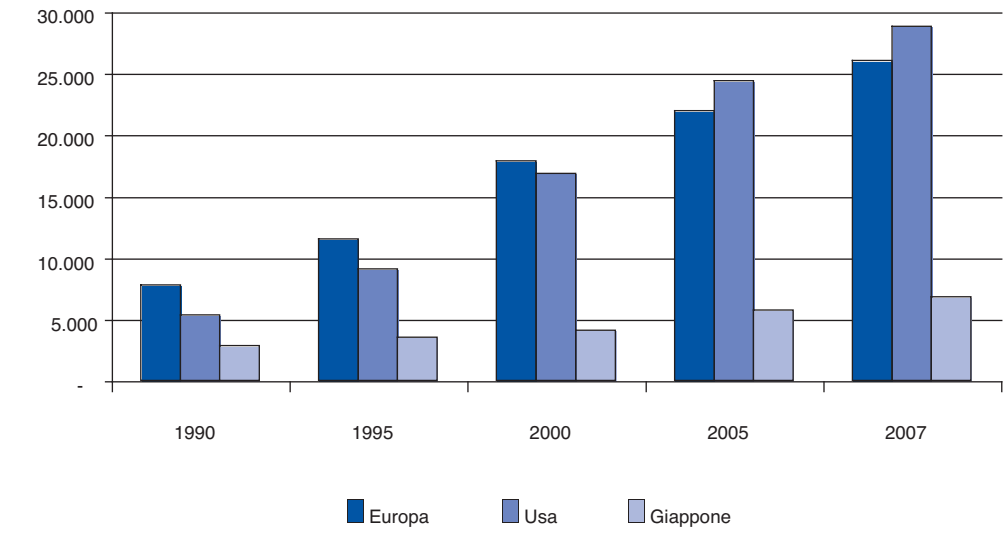
cessivi. Gli investimenti in R&S, distribuiti su più stadi, hanno permesso l'introduzione di 672 nuove molecole farmaceutiche sul mercato mondiale tra il 1990 e il 2008. Nel 2008 sono state introdotte nel mercato mondiale 32 nuove molecole chimiche e biologiche (NCE) pari al +28% rispetto al 2007.

Figura 13.4 - Composizione e quota del valore della produzione in R&S Principali settori industriali - Anno 2008



Fonte: EU Industrial R&S Investment Scoreboard, Joint Research Centre, Directorate General Research, European Commission

Figura 13.5 - Spesa farmaceutica in R&S Anni 1990 2007



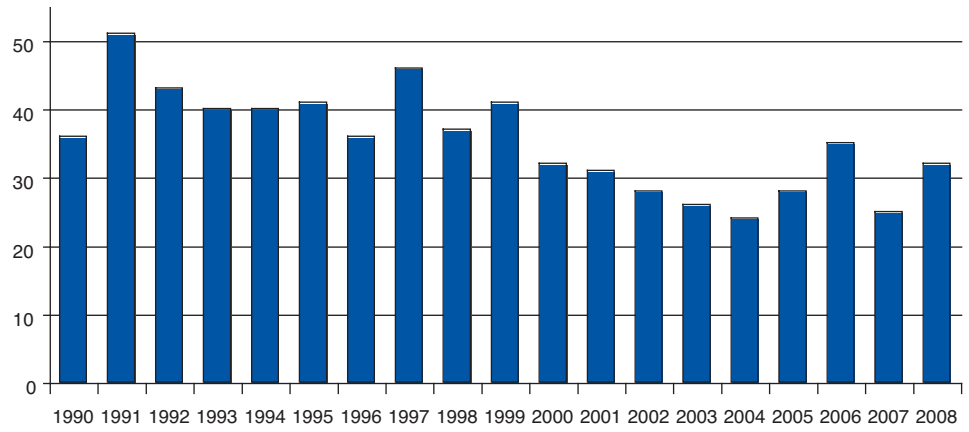
Fonte: Associazione di categoria EFPIA 2009

Tabella 13.3 - Distribuzione degli investimenti in R&S

27,3	Pre-umana/Pre-clinica		
49,0	7,4	Phase I	Trials clinici
	13,1	Phase II	
	28,5	Phase III	
5,1	Approvazione		
13,4	Pharmacovigilanza (Phase IV)		
5,2	Non classificato		

Fonte: Fonte PhRMA, Annual Membership Survey 2009

Figura 13.6 - Nuove molecole lanciate sul mercato mondiale Anni 1990 2008



Fonte: EFPIA 2009

Occupazione

L'industria farmaceutica, nel 2008, negli USA ha occupato 292.400 unità (-15,5% rispetto al 2007), seguono il Giappone con 188.954 occupati (-12,7% rispetto al 2007), la Germania (112.500; -0,6% rispetto al 2007), la Francia (103.350; +0,3% rispetto al 2007), l'Italia (69.500; -3,5% rispetto al 2007) e il Regno Unito (67.000; 6,9% rispetto al 2007).

Produttività

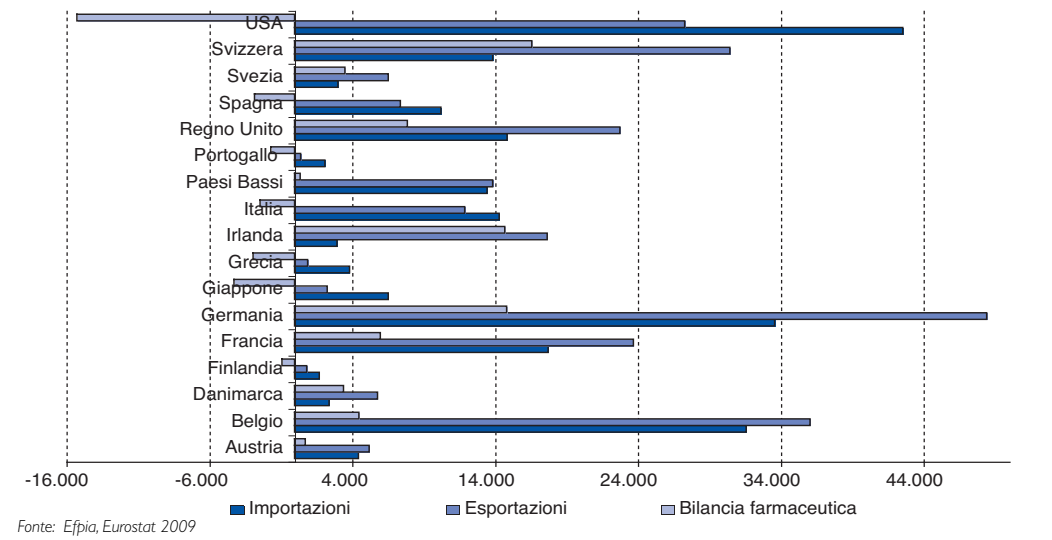
Se però, consideriamo il prodotto per occupati, al primo posto troviamo gi USA con € 801.150, al secondo l'Irlanda con € 625.633, al terzo la Svizzera con € 571.719; l'Italia è al di sopra della media europea (€ 327.032 di prodotto per occupato).

Bilancia commerciale

I Paesi con la migliore bilancia commerciale[5] sono la Svizzera (€ +16,6 mld.), la Germania (€ +14,8 mld.), l'Irlanda (€ +14,7 mld.), il Regno Unito (€ +7,8 mld.), la Francia (€ +5,9 mld.), il Belgio (€ +4,5 mld.). Si determina invece un saldo negativo per gli USA (€ 15,2 mld.), il Giappone (€ -4,3 mld.), la Grecia (€ -2,9 mld.) e la Spagna (€ -2,8 mld.).

La situazione della bilancia commerciale in Italia differisce a seconda se si considera il solo commercio di medicinali (confezionati e non) o il commercio totale (commercio dei medicinali, materie prime farmaceutiche e altri prodotti finiti). Nel primo caso, la bilancia commerciale è positiva con un saldo di €+0,6 mld.; nel secondo, invece, il saldo commerciale è di € -2,4 mld. (il valore delle importazioni equivale a € 14,3 mld, quello delle esportazione a € 11,8 mld).

Figura 13.7 - Importazioni, esportazioni e bilancia commerciale Settore farmaceutico mondiale - Anno 2008



Fonte: Efpia, Eurostat 2009

[4] *Valore di conversione dei valori monetari: €1,00=$1,40*

13.2.1.1. Il settore industriale dei farmaci equivalenti

L'interesse industriale per i farmaci equivalenti è duplice: grazie alla scadenza di numerosi brevetti si crea una opportunità di guadagno sempre maggiore per i cosiddetti generici; inoltre adottando una visione pubblica si creano le condizioni per un maggior controllo della spesa farmaceutica pubblica.

Il settore industriale dei farmaci equivalenti, in effetti, assume connotati sempre più importanti in termini di incidenza. Si stima[6], infatti, che a fronte di un valore mondiale farmaceutico nel 2007 di €723 mld, il 10% di esso sia dovuto alla vendita di farmaci generici.

I dati internazionali sul volume e sul consumo di farmaci equivalenti vengono forniti, principalmente, dalle associazioni di categoria: European Generic Medicines Association (EGA) e European Federation of Pharmaceutical Industries and Association (EFPIA).

La serie storica di EGA (1994-2004) mostra come il mercato dei farmaci equivalenti in Europa fosse, negli anni passati, nella maggioranza dei Paesi di scarso impatto sia in termini di valore, che di volume prescrittivo.

Tabella 13.4 - Quota del mercato europeo relativa ai farmaci generici Valori % - Anni 1995 2004

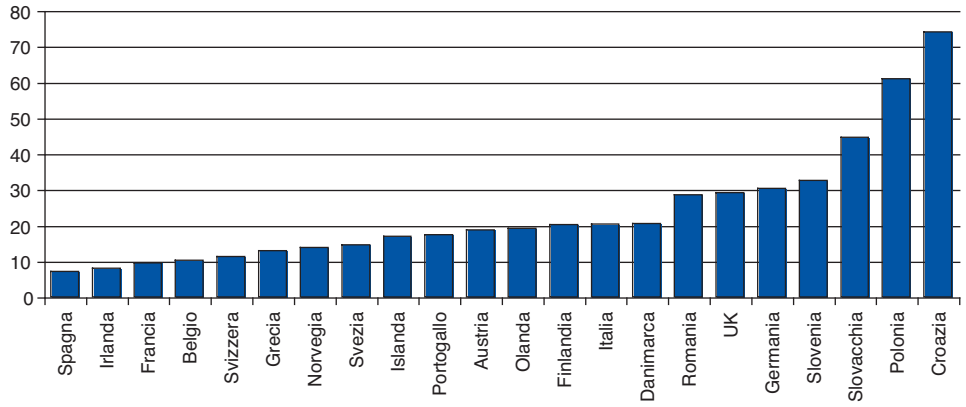
	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Valori						
Austria	5,8%	5,8%	6,1%	6,5%	7,6%	8,8%
Belgio	0,8%	1,3%	2,2%	2,6%	3,8%	4,8%
Danimarca	36,2%	30,1%	29,3%	29,0%	28,3%	29,7%
Francia	0,8%	2,2%	2,8%	3,9%	5,3%	6,6%
Gran Bretagna	8,3%	13,8%	11,1%	13,3%	17,0%	20,1%
Italia	0,9%	0,7%	0,9%	1,7%	2,2%	2,5%
Olanda	8,9%	13,5%	14,2%	17,9%	21,9%	17,7%
Polonia	66,8%	57,6%	57,8%	57,6%	56,9%	60,5%
Portogallo	0,5%	0,6%	0,8%	2,5%	6,7%	8,6%
Spagna	1,5%	2,8%	3,6%	4,0%	4,5%	5,0%
Volumi						
Austria	9,8%	11,5%	12,3%	13,1%	14,3%	15,8%
Belgio	2,3%	3,3%	4,7%	5,7%	6,9%	8,0%
Danimarca	58,5%	59,8%	63,3%	72,8%	66,0%	69,7%
Francia	1,6%	3,9%	5,0%	6,7%	9,1%	10,4%
Gran Bretagna						49,0%
Italia	1,5%	1,2%	1,7%	2,8%	3,8%	4,5%
Olanda	22,6%	34,7%	35,9%	39,9%	43,1%	44,3%
Polonia	89,6%	83,8%	83,8%	84,0%	83,9%	84,7%
Portogallo	0,8%	0,9%	1,2%	2,3%	5,6%	7,2%
Spagna	1,9%	3,1%	4,0%	4,9%	6,1%	8,1%

European Generic Medicines Association

[6] *EGA Market Review 2007*

Solo di recente, il valore di mercato e il volume prescrittivo dei farmaci generici in Europa si è incrementato colmando le differenze con USA, Canada, Giappone. Infatti, il valore di mercato medio Europeo si attesta nel 2007 al 22,4%[7] (41,8% di volume prescrittivo totale) contro un 25,6% degli USA (69% del volume prescrittivo totale[8]), un 23,0% del Canada (51,6% del volume prescrittivo[9]) e un 18,0% del Giappone (42,8% del volume prescrittivo[10]).
All'interno dell'Europa[11] sussistono, principalmente, due situazioni contrapposte: da una parte i Paesi con un mercato di generici "consolidato"[12] (Croazia, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Germania, Romania, Danimarca, Italia, Finlandia); dall'altra quei Paesi che hanno un mercato di generici ancora in via di sviluppo (Olanda, Austria, Portogallo, Islanda, Svezia, Norvegia, Grecia, Svizzera, Belgio, Francia, Irlanda, Spagna).

Figura 13.8 - Quota dei generici sul valore del mercato farmaceutico europeo - (prezzo ex-factory) - Valori % - Anno 2008



Nota: Danimarca, Finlandia, Grecia, Portogallo, Regno Unito, Romania: quota di mercato sul venduto totale; Austria, Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Olanda e Spagna: quota di mercato sui farmaci rimborsabili
Fonte: Efpia, 2008

[7] *Fonte: European Generic Association 2007*

[8] *Fonte: Generic Pharmaceutical Association 2008.*

[9] *Fonte:Canadian Generic Pharmaceutical Association 2008*

[10] *Fonte:Japan Generic Pharmaceutical Manufacturing Association, 2008*

[11] *Fonte: EFPIA, 2008*

[12] *Quota di mercato in termini di valore monetario dei farmaci generici rispetto alla totalità dei farmaci in commercio >20%*

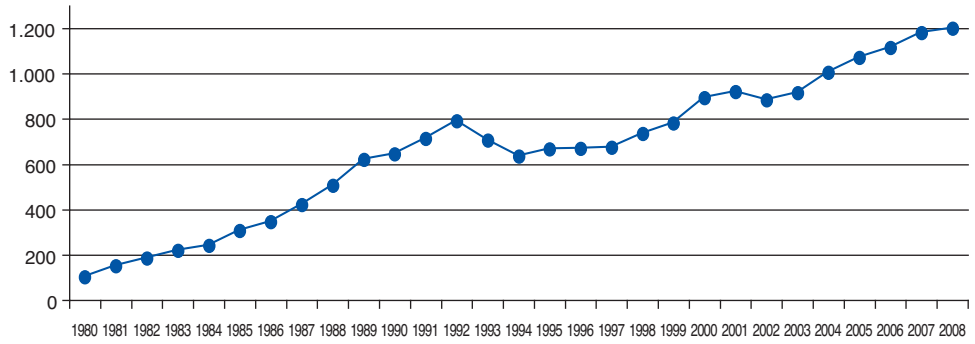
13.2.2. L'industria farmaceutica in Italia

L'Italia, nel 2008, con un fatturato ex-factory di € 17,5 mld (+4,1% rispetto al 2006) si colloca al 5°posto del ranking mondiale. L'aumento di fatturato (+4%) tra i Paesi con un maggiore fatturato farmaceutico, è secondo solo alla Spagna (7,6%) e alla Germania (+4,4%).

Spesa in R&S e investimenti

La spesa in R&S nel 2008 è stata di € 1.200 mln., pari al 13,5% della spesa totale in R&S del settore manifatturiero (-0,5% rispetto al 2007) e al 9,7% del settore industriale italiano (-0,7% rispetto al 2007).
Rispetto al 2007 la spesa in ricerca è cresciuta del 1,7% confermando il trend positivo degli ultimi anni (+31,1% dal 2003).

Figura 13.9 - Spesa per R&S Italia - anni 1980-2008



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria 2009

Il contributo in investimenti fissi lordi del settore farmaceutico è pari a € 1.100 mln. con un incremento rispetto al 2007 del +2,3%; l'investimento per occupato è stimato in € 15.827 circa il doppio rispetto alla media dell'industria italiana (€ 8.098)

Tabella 13.5 - Investimenti fissi lordi Italia - Anno 2008

	Industria farmaceutica	Totale industria
Investimenti fissi lordi 2008 (Mln. €)	1.100	53.306
Tassi % di variazione 2008/2007	2,3%	2,1%
Investimenti per occupato 2008 (Mgl. €)	15,8	7,24

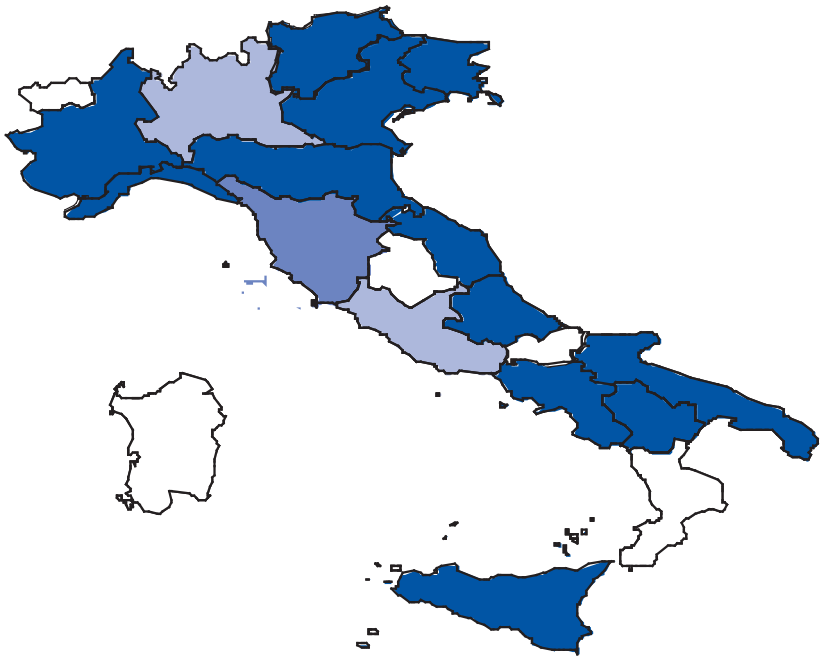
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria 2008

Imprese e occupazione

Anche, il numero di aziende farmaceutiche (336) attive sul territorio italiano ha subito nel 2007 un incremento del 3,7%.

Differente è la situazione del numero di occupati (69.500) che mostra una significativa flessione del -3,5% (-2.500 occupati) proseguendo il trend negativo del 2007.

Figura 13.10 - Allocazione delle aziende farmaceutiche sul territorio Italia - Anno 2008



Nessuna presenza | 1-20 Aziende farmaceutiche | 20-50 Aziende farmaceutiche | >50 Aziende farmaceutiche

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria 2009

La Regione con più occupati nel settore è la Lombardia (33.100; -3,0% rispetto al 2007), seguono il Lazio con 16.000 (-4,7% rispetto al 2007) e la Toscana con 7.100 occupati (-1,3% rispetto al 2007).

Una quota rilevante degli addetti, il 7,5% (-0,3% rispetto al 2007) pari a 6.230 unità, è occupato in attività di ricerca (all'incirca dell'3,2% dell'industria nel complesso). Come per il numero di occupati totali, si riscontra un maggior impiego degli occupati in R&S in Lombardia (2.800; 45%), Lazio (1.120; 18%), Veneto (770; 12%), Toscana (690; 11%). Se si considera il numero di occupati per 100.000 abitanti è importante segnalare anche l'Emilia Romagna che dispone di 400 occupati in ricerca (9,4 occupati per 100.000 abitanti) e l'Abruzzo 100 occupati in ricerca (7,6 occupati per 100.000 abitanti).

Tabella 13.6 - Occupati nel settore farmaceutico Italia - Anno 2008

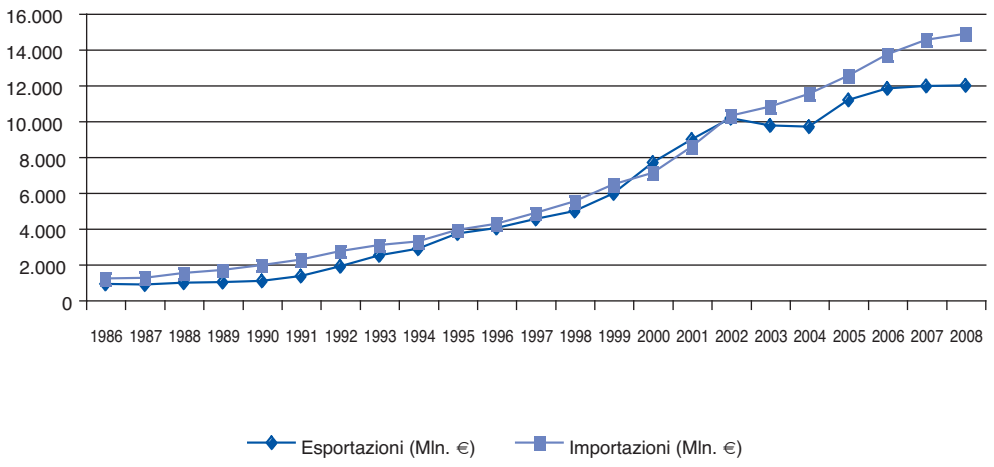
Regioni	Occupati	Quote occupati %	Occupati in ricerca	Quote occupati in ricerca %	Occupati per abitante (100.000ab.)	Occupati in ricerca per abitante (100.000ab.)
Italia	69.500	100,00%	6.230	100,00%	116,57	10,45
Piemonte	1800	2,59%	80	1,28%	40,90	1,82
Valle D'Aosta						
Lombardia	32100	46,19%	2800	44,94%	332,90	29,04
Trentino A.A.	180	0,26%	5	0,08%	17,87	0,50
Veneto	3100	4,46%	770	12,36%	64,15	15,93
Friuli Venezia G.	420	0,60%	25	0,40%	34,37	2,05
Liguria	500	0,72%			31,06	
Emilia Romagna	3500	5,04%	400	6,42%	81,86	9,35
Toscana	7100	10,22%	690	11,08%	193,09	18,77
Umbria						
Marche	1050	1,51%	50	0,80%	67,61	3,22
Lazio	16000	23,02%	1120	17,98%	287,72	20,14
Abruzzo	1200	1,73%	100	1,61%	90,64	7,55
Molise						
Campania	950	1,37%	50	0,80%	16,35	0,86
Puglia	357	0,51%			8,76	
Basilicata	43	0,06%			7,28	
Calabria						
Sicilia	1200	1,73%	140	2,25%	23,86	2,78
Sardegna						

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria 2008

Bilancia commerciale

La bilancia commerciale del settore farmaceutico italiano fa registrare nel 2007 un saldo positivo di € 522 mln. (-56,5% rispetto al 2007), se si considera il solo commercio di medicinali (confezionati e non); ma il saldo diventa negativo di € 2,9 mld. (€ +11,5 mld rispetto al 2007) se si considerano anche le materie prime farmaceutiche e altri prodotti finiti. Le esportazioni complessive hanno raggiunto il valore di € 11.945 mln. con una crescita rispetto al 2007 dello 0,2% e del 56% rispetto al 2000; le importazioni sono aumentate del 2% (€ 14.864 mld.) rispetto al 2007 e del 109% rispetto al 2000. Dal 2002 le importazioni hanno un trend di crescita medio doppio rispetto alle esportazioni (6,4% delle importazioni contro 3,0% delle esportazioni). Analizzando l'interscambio commerciale dell'industria farmaceutica regionale, si può notare come il saldo negativo italiano sia provocato principalmente dal saldo negativo della Lombardia (€ -4.366 mln.) e in parte da quello del Lazio (€ -443 mln.) e della Toscana (€ -126 mln.): questi saldi negativi dipendono evidentemente dall'importazione delle materie prime. Le altre Regioni (tranne la Sardegna e la Calabria) presentano un saldo commerciale positivo; rilevante è il saldo positivo delle Marche (€ +726 mln.), della Campania (€ +520 mln.) e dell'Emilia Romagna (€ +236 mln.).

Figura 13.11 - Bilancia commerciale del settore farmaceutico specialità medicinali e principi attivi - Italia - Anni 1986 2008



Fonte: ISTAT

Tabella 13.7 - Bilancia commerciale - Industria farmaceutica regionale Valori in mil. € - Anno 2008

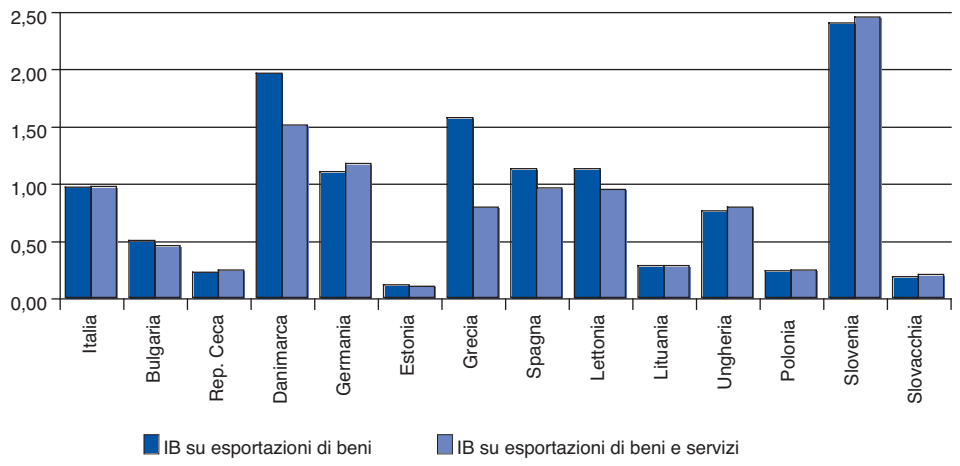
Regioni	Esportazioni	Importazioni	Saldo
Italia	11968	14864	-2895
Piemonte	351	311	40
Valle d'Aosta	0	0	0
Lombardia	3520	7885	-4366
Trentino A.A.	50	50	0
Veneto	333	172	161
Friuli Venezia G.	27	14	13
Liguria	56	32	24
Emilia Romagna	601	365	236
Toscana	857	982	-126
Umbria	28	6	23
Marche	931	205	726
Lazio	3201	3644	-443
Abruzzo	301	151	149
Molise	20	16	3
Campania	722	202	520
Puglia	808	694	114
Basilicata	11	2	9
Calbria	2	5	-3
Sicilia	142	115	27
Sardegna	0	12	-12

Fonte: Farmindustria 2008

La specializzazione

L'utilizzo dell'indice di Balassa nel settore farmaceutico calcolato sulle sole esportazioni di beni, nel 2007, indica un livello di specializzazione per l'Italia prossimo all'uno; valore al di sopra della media dei Paesi analizzati[13] (media 0,89). Si ottiene un risultato simile se l'indice viene calcolato sulle esportazioni di beni e di servizi.

Figura 13.12 - Specializzazione produttiva del settore farmaceutico Indice di Balassa - Anno2007

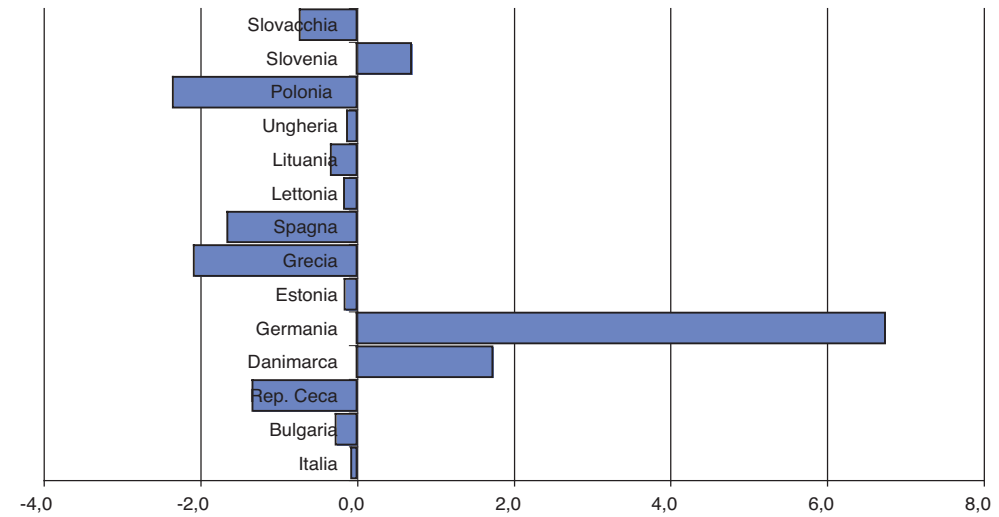


Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria e Eurostat

L'utilizzo dell'indice di Lafay applicato sulle esportazioni ed importazioni del settore farmaceutico, nel 2007, indica un livello di specializzazione per l'Italia, anche se solo leggermente, negativo (-0,06); fra i Paesi analizzati[14] presentano un valore di specializzazione positivo solo la Germania (6,7), la Danimarca (1,7) e la Slovenia (0,7).

[13-14] *Dati disponibili per: Italia, Bulgaria, Repubblica Ceca, Danimarca, Germania, Estonia, Grecia, Spagna, Lettonia, Lituania, Ungheria, Polonia, Slovenia, Slovacchia.*

Figura 13.13 - Specializzazione produttiva del settore farmaceutico Indice di Lafay - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria e Eurostat

13.2.2.1. L'industria dei farmaci generici in Italia

L'industria dei farmaci generici in Italia è rappresentata da circa 51 aziende[15] di cui circa il 48% è a carattere nazionale. Sono diffuse (considerando centri amministrativi/legali e produttivi) su gran parte del territorio Italiano; la Regione che ospita il maggior numero di strutture è la Lombardia con circa il 56% del totale, seguono il Veneto con circa il 10% e la Campania con circa il 7%, rispecchiando in parte la localizzazione dell'industria farmaceutica nel suo complesso (grande assente è la Regione Lazio con solo il 3,5% di presenza sul territorio).

Anche il mercato dei generici è fortemente concentrato: 6 aziende di generici (Ratiopharma, Teva, Mylan, EG, DOC, Hexan Sandoz) rappresentano l'87,5% del mercato italiano.

[15] *Aziende associate Assogenerici, 2009*

Figura 13.14 - Localizzazione delle imprese* genericiste sul territorio italiano - Anno 2008

Nessuna presenza Presenza di centri amministrativi o produttivi

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Assogenerici
** Si considerano le strutture amministrative/legali e produttive*

Il numero medio di occupati per impresa del settore industriale dei generici è stimato[16] intorno alle 70 unità, contro i 207 rilevati nel settore industriale farmaceutico totale. Tale differenza può essere attribuita 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 vengono calcolati nel conteggio dell'organico dell'azienda.
La crescita degli ultimi anni (ricordando comunque che la regolamentazione del farmaco equivalente è recente, risalendo alla legge Finanziaria 2001) è dovuta principalmente alla scadenza recente di numerosi brevetti, ma anche ad una normativa stringente e una informazione più attenta di tutte le figure professionali (medici, farmacisti) e non (cittadino).

13.3. Il sistema industriale dei dispositivi medici

Il mercato di produzione di dispositivi medici statunitense come quello europeo sono caratterizzati da una ampia gamma di apparecchiature mediche; il Giappone, invece, produce una limitata varietà di apparecchiature mediche focalizzata principalmente su diagnostica

[16] *Si riferisce alle aziende di generici associate ad Assogenerici*

per immagini ed endoscopia. Il numero delle apparecchiature non è peraltro indicativo della velocità di introduzione sul mercato delle stesse: infatti, l'approvazione del dispositivo medico è, in media, di 6 mesi in Europa, 3/10 mesi negli USA e di 12/36 mesi in Giappone (dati USITC US International Trade Commission).
Secondo la USITC le determinanti dell'offerta dei dispositivi sono riscontrabili nella ricerca e sviluppo (R&S), nell'accesso al capitale, nella struttura e solidità aziendale, nel marketing globale e reti di distribuzione, nella forza di lavoro specializzata, e nel sistema di regolamentazione. Per quanto riguarda gli investimenti in R&S si stima che le aziende di dispositivi medici degli USA investano il 10 13% del valore delle vendite, le aziende Giapponesi ed Europee all'incirca il 6% (Eucomed). L'utilizzo del capitale di rischio, utile al finanziamento aziendale, è di facile accesso per le aziende Statunitensi meno per quelle Europee e Giapponesi. L'attività di fusione e acquisizione, utile per rinforzare il mercato interno, è stata utilizzata, anche questa volta principalmente nel mercato americano meno in quello europeo e giapponese. La distribuzione del prodotto avviene in USA e in Europa in modo diretto, mentre in Giappone è in uso un sistema di distribuzione misto.
La USITC definisce trasparente il sistema di regolamentazione Statunitense, trasparente ed efficiente quello Europeo e complesso quello Giapponese.
Le determinanti della domanda, sempre secondo la USITC, possono essere riscontrabili ovviamente nei bisogni sanitari, ma anche nelle politiche di contenimento dei costi.

Tabella 13.8 - Situazione generale area dispositivi medici

		Stati Uniti	Unione europea	Giappone
Infomazioni generali	Prodotti	Produce una ampia varietà di apparecchiature mediche	Produce una ampia varietà di apparecchiature mediche	Produce una limitata varietà di apparecchiature mediche. Focalizzato su diagnostica per immagini ed endoscopia
	Introduzione del DM sul mercato	veloce	veloce	Lenta
	Quota di produzione globale di DM (2005)	51% (US trade commission)	30% (US trade commission)	10% (US trade commission)
	Quota di spesa per DM (2007)	45% Eucomed)	33% (Eucomed)	11% (Eucomed)
	Industria	Aziende piccole, medie e grandi dimensioni	Società perlopiù aziende di piccola/media dimensione	Aziende di grandi e piccole dimensioni
	Bilancia Commerciale	Saldo positivo € 1,4 Mld (US trade commission 2005)	Saldo positivo € 5,9 mln. (Eucomed 2007)	Saldo negativo € 3,9 Mld (US trade commission 2005)
Determinanti dell'offerta dei Dispositivi Medici	Innovazione, ricerca e sviluppo (R&D), e opere di ingegno	Alta spesa in R&D ed innovazione (10-13% delle vendite)	Bassa spesa in R&D ed innovazione (6% delle vendite)	Bassa spesa in R&D ed innovazione (6% delle vendite)
	Accesso al Capitale	Alta disponibilità di capitale di rischio	Accesso limitato al Capitale	Accesso limitato al Capitale
	Struttura e solidità aziendale	L'attività di fusione ed acquisizione (M&A) ha consolidato l'industria	Livelli bassi di consolidamento industriale mediante M&A	Livelli bassi di consolidamento industriale mediante M&A
	Marketing globale e reti di distribuzione	Sistema di distribuzione diretto	Sistema di distribuzione diretto	Sistema di distribuzione complesso
	Forza di lavoro specializzata	Forza di lavoro estremamente specializzata Alta produttività (€ 240.273 per lavoratore-2005)	Forza di lavoro estremamente specializzata Bassa produttività (€79.152 per la voratore-2005)	Buona abilità tecnica in forza di lavoro Media produttività (€ 139.887 per lavoratore-2004)
	Sistema e regolamentazioni	Trasparente sistema regolatore	Trasparente, efficiente sistema regolatore	Complesse politiche regolamentatorie rallentano la crescita mercato
Determinanti della domanda dei Dispositivi Medici	Spesa di cura sanitaria	Alta e crescente spesa per le cure sanitarie (Prodotto interno lordo del 15% (PIL))	Spesa di cura sanitaria vincolata (6-7% del PIL US trade commission; 8,7% del PIL Eucomed)	Spesa di cura sanitaria vincolata (8% del PIL)
	Politiche di contenimento dei costi	Governo e assicurazione privata tentano di contenere i costi	Governo tenta di contenere i costi	Governo e assicurazione privata tentano di contenere i costi
	Demografia	La popolazione è di 298.4 mln.; il 12% è composto da ultrasessantacinquenni (2005). Nel 2025 si prevede una quota di ultrassentacinquenni del 18%.	La popolazione è di 457.0 mln..; il 17% è composto da ultrasessantacinquenni (2005). Nel 2025 si prevede una quota di ultrassentacinquenni del 23%.	La popolazione è 127.5 mln..; il 20% è composto da ultrasessantacinquenni (2005). Nel 2025 si prevede una quota di ultrassentacinquenni del 30%.

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati US International Trade Commision marzo 2007 ed Eucomed 2009

A livello internazionale i dati disponibili sono fortemente dispersi: le principali fonti sono Eucomed[17] e Eurostat, a cui si aggiungono sporadiche rilevazioni come quella pubblicata dalla US International Trade Commision[18] (USITC) nel 2007. Per completezza di informazione e la per scarsa omogeneità dei dati a disposizione, sono stati presi in considerazione tutti i dati indipendentemente dalla fonte.

13.3.1. Il mercato internazionale dei dispositivi medici

Le stime a livello mondiale valutano, nel 2007, una spesa per dispositivi che, per Eucomed, è di circa € 219 Mld. (+16,5% rispetto al 2005). Gli USA rappresentano il Paese con la quota di spesa maggiore (45%; +3% rispetto al 2005); seguono i Paesi dell'Unione Europea con una quota di spesa del 33% (-1% rispetto al 2005); infine il Giappone con una quota intorno all'11% (+1% rispetto al 2005). Si segnala inoltre una quota di spesa del 2% della Cina (+2%) e dell'1% del Brasile.
I dati riguardanti il valore della produzione (fatturato ex factory) risalgono al 2005 e sono pari a pari a € 145Mld.[19] (per USITC). Gli USA rappresentano il Paese con la quota più alta (51%) del valore della produzione totale mondiale; seguono i Paesi dell'Unione Europea con una quota di valore della produzione pari al 30%, infine, il Giappone con una quota di valore della produzione intorno al 10%.

[17] *Associazione Europea dell'industrie dei dispositivi medici (European Medical Technology Industry Association)*

[18] *United States International Trade Commission "Medical Devices and Equipment: Competitive Conditions Affecting U.S. Trade in Japan and Other Principal Foreign Markets.*

[19] *Valore di conversione €1=$1,24$.*

Tabella 13.9 - Spesa per dispositivi medici a livello internazionale Valori in mld. € e in % - Anni 2005 2007

	2005	Spesa 2007	Incidenza sulla spesa D.M.	Spesa 2007/2005
USA	79	98	45%	24%
Europa	64	73	33%	13%
Giappone	19	23	11%	22%
Resto del mondo	25	25	12%	1%
Totale	187	219	100%	17%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Eucomed 2009

I Paesi Europei hanno sul proprio territorio il maggior numero di aziende caratterizzate da una dimensione media-piccola; le azienda USA assumono tutte le dimensioni (piccole-medie-grandi); il Giappone ha aziende prevalentemente di piccole e grandi dimensioni.
Si stima una alta redditività (valore della produzione per lavoratore) per la forza lavoro del settore dei dispositivi in USA (circa € 240.272 per unità lavorativa), media per il Giappone (€ 139.887) e bassa per i Paesi Europei di (€ 79.152 per unità lavorativa).
La Bilancia commerciale risulta positiva per i Paesi Europei (+ € 5,9 mld.) e per gli USA (+ € 1,4 mld.), negativa per il Giappone (-€ 3,9 mld.).

13.3.2. Il mercato Europeo dei dispositivi medici

Il mercato europeo dei dispositivi medici, come già detto precedentemente, rappresenta il 33% della spesa totale per dispositivi medici e il 30% del volume di produzione.
Dei Paesi europei[20] la Germania ha la quota maggiore di spesa sul totale Europa pari al 27,9% (-3,5% rispetto al 2005) e un valore della produzione pari al 33,1% (1,2% rispetto al 2005), seguono la Gran Bretagna con una quota di spesa pari a 16,2% (+5,7% rispetto al 2005) e un valore della produzione pari a 8,3% (+0,7% rispetto al 2005); la Francia con una quota di spesa pari al 13,9% (1,7% rispetto al 2005) e un valore della produzione di circa il 12,3% (1,7% rispetto al 2005), l'Italia con un 8,6% (-2,7% rispetto al 2005) di quota di spesa e un 13% (+1,0% rispetto al 2005) di valore della produzione. In termini di valore della produzione è interessante segnalare anche la quota espressa dall'Irlanda di circa l'8,7% (-1,3% rispetto al 2005) del totale Europa.

[20] *I valori sono riferiti ai Paesi OECD*

Tabella 13.10 - Spesa e valore di produzione dei dispositivi medici Europa - Valori in € mil. - E in % - Anno 2005

	Spesa 2005 Eucomed	Spesa 2007 Eucomed	Incidenza Spesa Eucomed 2005/2007	Val. della produzione 2005 Eurostat%	Val. della produzione 2007 Eurostat	Incidenza valore della produzione 2005/2007
Austria	830	830	112%	718	1.101	53%
Belgio	900	2799	211%	541	663	22%
Cipro	110	41	-63%	5	7	44%
Danimarca	1.010	1300	29%	1.612	1.720	7%
Estonia	90	97	8%	36	49	37%
Finlandia	500	530	6%	803	916	14%
Francia	9.960	10060	1%	6.317	6.720	6%
Germania	20.000	20200	1%	15.767	18.092	15%
Grecia	800	785	-2%	59		
Gran Bretagna	6.700	11750	75%	4.083	4.532	11%
Irlanda	380	407	7%	4.585	4.782	4%
Italia	7.010	6200	-12%	5.590	7.107	27%
Lettonia	80	86	7%	8	16	87%
Lituania	110	130	18%	42	69	64%
Lussemburgo	60	58	-3%			
Malta	20	27	36%			
Norvegia	1.000	1038	4%	371		
Olanda	2.500	2497	0%	1.419	3.071	116%
Polonia	880	1200	36%	593	805	36%
Portogallo	650	720	11%	124		
Romania	170	171	0%	38	61	61%
Rep. Ceca	500	545	9%	314	470	50%
Slovacchia	210	239	14%	96	138	45%
Slovenia	190	207	9%	47	79	68%
Spagna	5.500	6000	9%	1.263	1.510	19%
Svezia	1.330	1380	4%	1.997	2.347	17%
Svizzera	1.590	1676	5%			
Ungheria	510	542	6%	219	467	113%

Fonte: dati Eucomed e Eurostat

Per una maggiore comprensione e comparazione dei dati di spesa dei dispositivi medici dei diversi paesi Europei possiamo utilizzare il rapporto con la spesa sanitaria totale o la spesa pro capite.

Considerando il rapporto con la spesa sanitaria totale, la spesa per dispositivi medici in Europa, nel 2007, rappresenta il 6,8% (+0,8% rispetto al 2005) del totale. Quindi, la spesa per dispositivi medici rappresenta una quota rilevante della spesa sanitaria totale, in particolar modo in alcuni paesi quali l'Estonia (17,4%), la Lettonia (12,2%), la Lituana (11,0%), il Belgio (9,2%) e la Slovenia (9,0%).

In Italia la spesa per dispositivi medici in rapporto alla spesa sanitaria totale è del 4,7% (-0,9% rispetto al 2005) una delle più basse d'Europa (media europea 7,0%).

Tabella 13.11 - Quota della spesa per dispositivi medici sul totale della spesa sanitaria - Valori % - Anni 2002 2007

Paesi	Anno 2002	Anno 2005	Anno 2007	2005/2007
Austria	4,3%	3,7%	7,1%	91,6%
Belgio	3,6%	3,3%	9,2%	178,8%
Bulgaria		6,6%	7,6%	15,2%
Cipro	4,5%	4,7%	5,1%	8,5%
Danimarca	5,7%	5,7%	6,9%	21,1%
Estonia	10,8%	14,1%	17,4%	23,4%
Finlandia	4,8%	4,5%	4,5%	0,0%
Francia	6,5%	5,8%	5,3%	-8,6%
Germania	8,6%	8,6%	8,5%	-1,2%
Grecia	4,4%	4,8%	3,4%	-29,2%
Inghilterra	4,8%	4,5%	8,0%	77,8%
Irlanda	4,9%	3,7%	3,4%	-8,1%
Italia	5,8%	5,6%	4,7%	-16,1%
Lettonia	11,5%	11,7%	12,2%	4,3%
Lituania	8,3%	9,0%	11,0%	22,2%
Lussemburgo	4,1%	2,6%	2,4%	-7,7%
Malta	1,7%	6,1%	6,8%	11,5%
Norvegia	6,2%	4,6%	4,7%	2,2%
Olanda	6,5%	5,6%	5,6%	0,0%
Polonia	6,1%	6,9%	8,0%	15,9%
Portogallo	5,3%	4,8%	4,8%	0,0%
Romania		3,3%	4,6%	39,4%
Rep. Ceca	7,9%	8,0%	7,7%	-3,8%
Rep. Slovacca	8,6%	12,3%	8,9%	-27,6%
Slovenia	7,1%	6,0%	9,0%	50,0%
Spagna	6,1%	8,2%	8,1%	-1,2%
Svezia	5,1%	5,2%	5,3%	1,9%
Svizzera	4,5%	4,7%	4,9%	4,3%
Ungheria	9,2%	7,8%	8,2%	5,1%

Fonte: OECD, European Commission, Eucomed Member Associations e Medistat

Anche confrontando l'incidenza della spesa per DM sul PIL l'Italia con un 0,40% si trova al di sotto della media Europea (0,46%).

Tabella 13.12 - Quota della spesa e valore di produzione dei dispositivi medici sul PIL Europa - Anno 2007

	Eucomed	Eurostat
Austria	0,65%	0,41%
Belgio	0,84%	0,20%
Cipro	0,26%	0,04%
Danimarca	0,57%	0,76%
Estonia	0,62%	0,31%
Finlandia	0,30%	0,51%
Francia	0,53%	0,35%
Germania	0,83%	0,75%
Grecia	0,35%	
Gran Bretagna	0,57%	0,22%
Irlanda	0,21%	2,52%
Italia	0,40%	0,46%
Lettonia	0,41%	0,07%
Lituania	0,45%	0,24%
Lussemburgo	0,16%	
Malta	0,50%	
Norvegia	0,37%	
Olanda	0,44%	0,54%
Polonia	0,39%	0,26%
Portogallo	0,44%	
Romania	0,14%	0,05%
Rep. Ceca	0,43%	0,37%
Slovacchia	0,44%	0,25%
Slovenia	0,60%	0,23%
Spagna	0,57%	0,14%
Svezia	0,42%	0,71%
Svizzera	0,53%	
Ungheria	0,54%	0,46%

Fonte: nostra elaborazione su dati Eucomed ed Eurostat

La spesa pro capite per dispositivi medici più elevata, nel 2007, si riscontra in Belgio (€ 267) seguita da Germania (€ 245), Danimarca (€ 240), Svizzera (€ 224), Norvegia (€ 223). L'Italia con una spesa per dispositivi medici pro capite di € 107 (-12,6% rispetto al 2005) si colloca al 13° posto nella classifica europea. Se si considera l'andamento della spesa pro capite tra il 2005 e il 2007, osserviamo che i Paesi con più elevato incremento sono il Belgio (+207,0%), la Gran Bretagna (+171,0,5%), l'Austria (+109,6%) e la Polonia (+36,7%); mentre hanno registrato una decrescita maggiore del 10% la Romania (-11,5%), la Slovacchia (-12,3%), l'Italia (-12,6%) e la Grecia (-36,9%).

Tabella 13.13 - Spesa e valore di produzione pro capite dei dispositivi medici - Europa Valori in € - Anno 2007

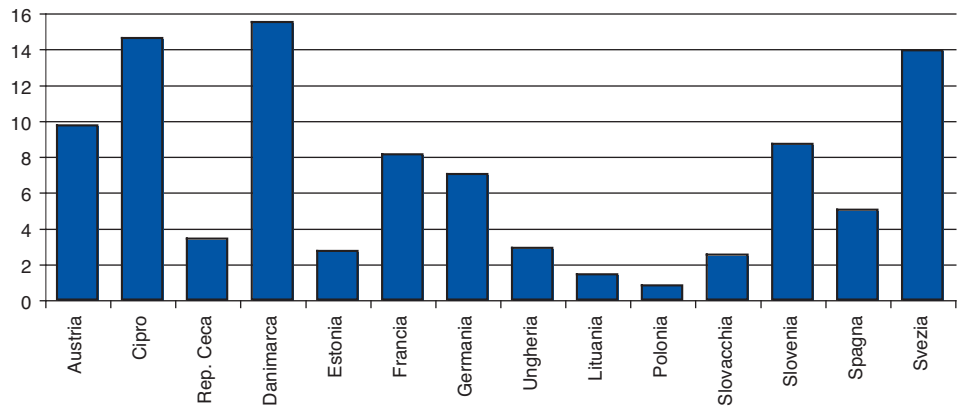
	Eucomed	Eurostat
Austria	214	134
Belgio	267	63
Cipro	53	8
Danimarca	240	318
Estonia	72	36
Finlandia	101	175
Francia	165	110
Germania	245	219
Gran Bretagna	195	75
Grecia	71	
Irlanda	99	1158
Italia	107	122
Lettonia	37	7
Lituania	38	20
Lussemburgo	128	
Malta	67	
Norvegia	223	
Olanda	153	188
Polonia	31	21
Portogallo	68	
Rep. Ceca	53	46
Romania	8	3
Slovacchia	44	26
Slovenia	103	39
Spagna	138	35
Svezia	153	260
Svizzera	224	
Ungheria	54	46

Fonte: Eucomed e Eurostat

Spesa in R&S

Per quanto concerne la spesa in R&S delle aziende si stima, in Europa, un valore intorno al 6% del volume di produzione. I dati a disposizione mostrano nel 2007 una maggiore incidenza della spesa in R&S sul valore aggiunto, rispetto agli altri paesi europei, della Danimarca (15,5%), Cipro (14,6%), Svezia (13,9%), Austria (9,7%). Il dato dell'Italia della incidenza della spesa in R&S sul valore aggiunto non è attualmente disponibile.

Figura 13.15 - Incidenza della spesa in R&S sul valore aggiunto delle tecnologie medicali - Valori % - Anno 2007



Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat

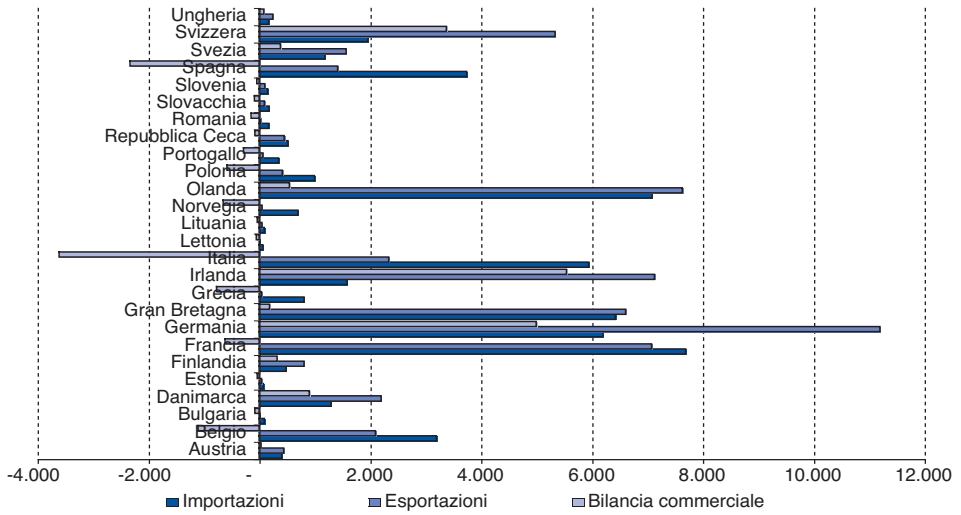
Imprese

Il tessuto produttivo europeo è caratterizzato da molte imprese di piccole dimensione.
I dati riportati da Eucomed (dati al 2005) individuano il maggior numero di imprese concentrato in Inghilterra (2.200), Germania (1.540) e Spagna (1.000) che rappresentano il 44% delle aziende; in Italia sono state censite all'incirca 550 aziende, come l'Olanda, la Polonia e la Svizzera.
Il numero medio di occupati per azienda (in base ai dati Eucomed) mostra che i Paesi con un dimensione media di impresa più elevata sono la Svizzera (72,73), la Germania (71,43) e l'Italia (54,21).

Bilancia commerciale

Come detto precedentemente la bilancia commerciale Europea, nel 2007 ha registrato un saldo positivo che in base ai dati disponibili (Eucomed) è di circa € 5,7 mld.
A livello di dettaglio di singolo Paese europeo sono disponibili solo i dati forniti da Eucomed. In base a tali dati, presentano una bilancia commerciale positiva l'Irlanda (€ 5.543 mln.), la Germania (€ 5.000 mln.), la Svizzera (€ 3.381 mln.) la Danimarca (€ 900 mln.), l'Olanda (€ 542 mln.) e la Svezia (€ 386 mln.); l'Italia ha un saldo negativo di € 3.609 mln. (il peggiore). Tale variazione è dovuta in particolar modo all'import, che è passato da € 1.440 mln. del 2002 a € 5.942 mln. nel 2007, mentre l'export ha invece subito una riduzione del 18,4% nell'intero periodo.
Registrano una bilancia commerciale significativamente negativa anche la Spagna (€ -2.326 mln.), il Belgio (€ -1.100 mln.), la Grecia (€ -770 mln.), la Norvegia (€ -645 mln.), la Francia (€ -616 mln.) e la Polonia (€ -580 mln.).

Figura 13.16 - Importazioni ed esportazioni delle tecnologie medicali Valori in mil. € - Anno 2007

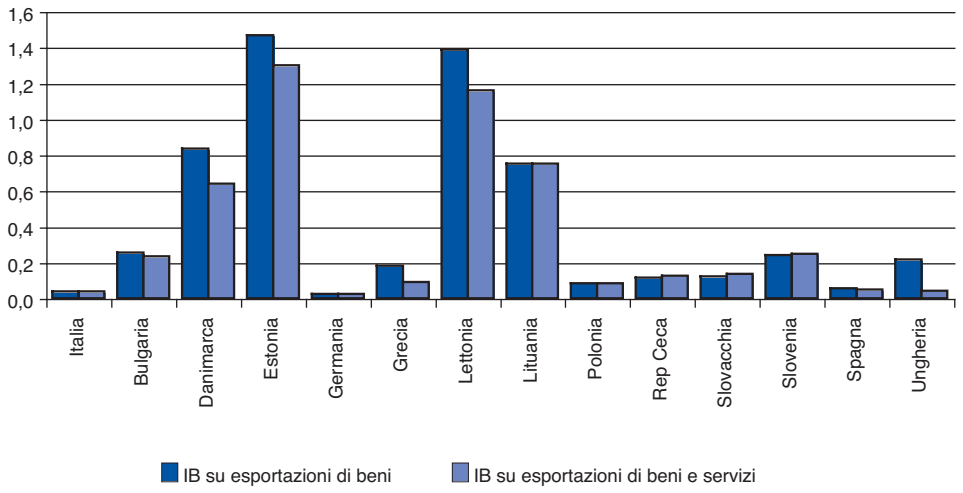


Fonte: Eucomed Member Associations e Medista

La specializzazione

Il livello di specializzazione del settore industriale dei dispositivi medici calcolato sulle sole esportazioni di beni, nel 2007, è minore rispetto a quello del settore industriale farmaceutico (0,03); ed è inferiore alla media (0,4) dei Paesi analizzati. Anche utilizzando l'indice calcolato sulle esportazioni di beni e di servizi si ottengono risultati simili per l'Italia.

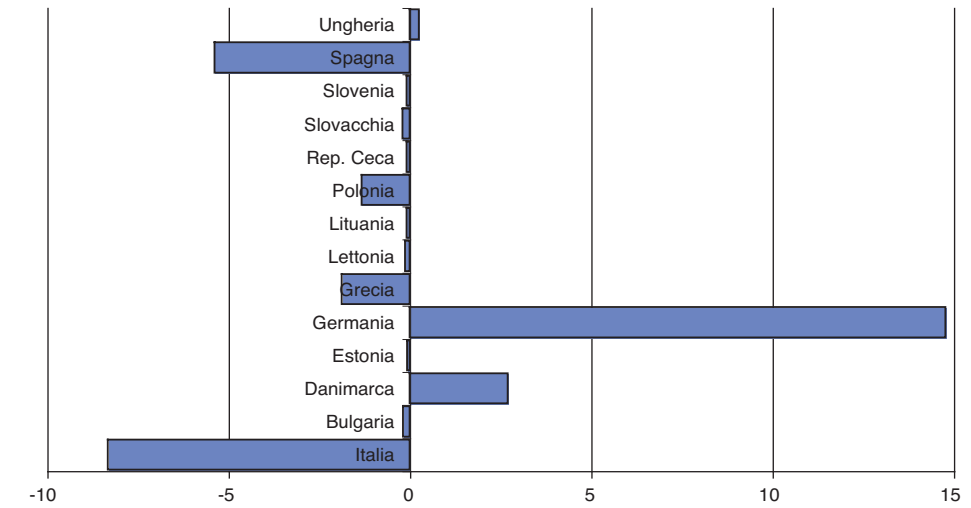
Figura 13.17 - Specializzazione produttiva del settore dispositivi medici Indice di Balassa - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria e Eurostat

L'utilizzo dell'indice di Lafay applicato sulle esportazioni ed importazioni del settore dei dispositivi medici indica un livello di specializzazione negativo per l'Italia (-8,3); positivo per la Germania (14,8), la Danimarca (2,7) e Ungheria (0,3).

Figura 13.18 - Specializzazione produttiva del settore dispositivi medici Indice di Lafay - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria e Eurostat

13.3.3. Spesa pubblica per i dispositivi medici in Italia

In termini di spesa totale (pubblica e privata) per dispositivi medici, l'Italia impegna il 5,6% della spesa sanitaria totale contro una media europea del 6,3% con un decremento del 0,2% rispetto al 2002, assorbendo lo 0,4% del PIL (Eucomed 2007).

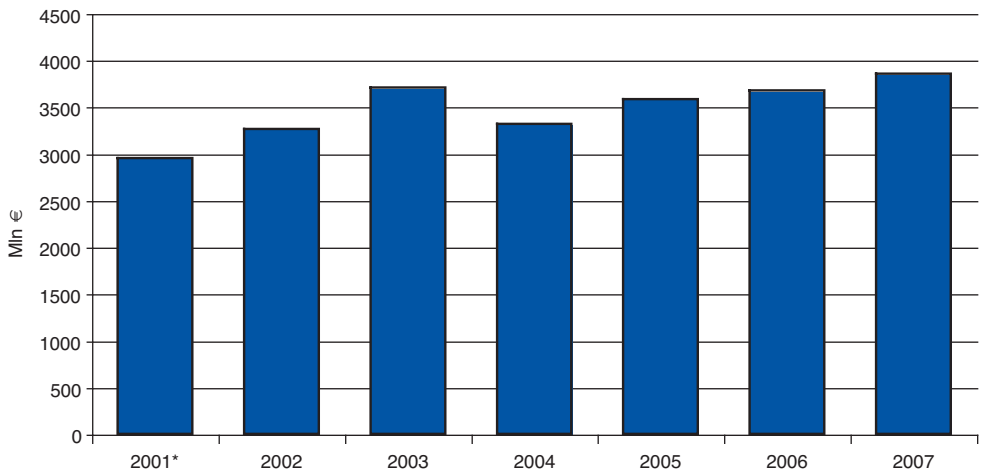
Una verifica del dato per la quota pubblica è possibile a partire dai dati dei Conti Economici (CE) Ministeriali. Dai CE sono state individuate ed estrapolate le voci di aggregazione di spesa per dispositivi medici:

- Presidi chirurgici e materiali sanitari;
- Materiali protesici e materiali per emodialisi;
- Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario;
- Materiali diagnostici, lastre rx, mezzi di contrasto per rx, carta per ecg, etc..

I dati disponibili si riferiscono al periodo 2001-2007. Il 2001 risulta deficitario dei dati della Regione Sicilia e della Provincia Autonoma di Bolzano.

I dati di spesa indicano un aumento della spesa pubblica per dispositivi medici dal 2002 (€ 3.259 mln.) al 2007 (€ 3.856 mln.) del 4,9% in media annua pari al 18% nell'intero periodo. L'andamento non è costante e presenta una flessione tra il 2003 e il 2004 del 10,5%.

Figura 13.19 - Spesa per dispositivi medici nelle strutture sanitarie pubbliche - Valori in € Mil. - Anni 2001-2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute
**2001: Nd Sicilia e P.A. Bolzano*

La spesa pubblica pro capite in Italia nel 2007 ammontava a € 65 subendo un incremento del 26% rispetto al 2001 (€ 52). Le Regioni che hanno presentato una spesa pubblica pro capite più alta, nel 2007, sono il Friuli Venezia Giulia (€ 146), le Marche (€ 125), la Liguria (€ 106) e la Valle d'Aosta (€ 105); viceversa le Regioni che presentano una spesa pubblica pro capite più basse sono la Calabria (€ 23), la Lombardia (€ 31), la Basilicata (€ 38), l'Umbria (€ 57).

L'elevata differenza Regionale può derivare da diversi fattori come l'imputazione dei dati nei CE Ministeriali (ad esempio: quote ammortamento e manutenzione) o i livelli di esternalizzazione più o meno accentuati nelle diverse Regioni italiane.

La quota di spesa pubblica pro capite regionale per dispositivi medici non sembra correlata al numero di ricoveri chirurgici pro capite (Ordinari e in Day Hospital). Non sembra quindi esserci una chiara relazione fra volumi e costi: le differenze possono quindi essere attribuite tanto a diverse registrazioni contabili, quanto a diverse efficienze negli acquisti.

Tabella 13.14 - Spesa pubblica pro capite per dispositivi medici
Valori in € - Anni 2001–2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007/2001
Italia	52	57	65	57	61	63	65	26%
Piemonte	68	67	73	54	56	58	62	-8%
Valle d'Aosta	134	147	149	86	98	102	105	-22%
Lombardia	12	6	5	26	30	30	31	157%
P.A. Trento	142	147	162	86	88	91	91	-36%
P.A. Bolzano	nd	160	159	79	82	82	83	
Veneto	103	105	142	61	64	68	76	-27%
Friuli Venezia G.	54	60	63	120	129	133	146	173%
Liguria	67	74	78	93	97	100	106	59%
Emilia Romagna	81	86	91	61	65	68	74	-9%
Toscana	86	93	101	59	63	64	63	-28%
Umbria	62	67	75	53	54	55	57	-9%
Marche	103	103	101	118	124	124	125	22%
Lazio	48	53	56	60	65	64	65	35%
Abruzzo	129	145	148	69	75	79	80	-38%
Molise	105	118	127	68	73	73	75	-28%
Campania	29	31	36	54	58	58	60	109%
Puglia	39	40	67	54	59	61	68	72%
Basilicata	38	35	44	56	57	26	38	0%
Calabria	35	36	37	35	38	22	23	-33%
Sicilia	nd	25	26	59	61	72	73	
Sardegna	93	105	102	91	102	100	96	3%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute

13.4. Appendice: gli indici di specializzazione

L'indice di Balassa (Balassa, 1965) è un indice di vantaggio comparato rivelato, ovvero di un indicatore costruito a partire dalla composizione settoriale dei flussi commerciali registrati nel periodo assunto a riferimento. L'indice si configura, essenzialmente, come un rapporto fra il peso delle esportazioni del settore in oggetto (settore industriale farmaceutico o dei dispositivi medici) sul totale dell'export nazionale e lo stesso peso, calcolato però sull'intero complesso dei Paesi considerati.

Indice di Balassa

$$BI_{i,j=} \frac{\frac{x_j^i}{\sum_j x_j^i}}{\frac{\sum_i x_j^i}{\sum_i \sum_j x_j^i}}$$

Essendo fondato sulle sole esportazioni l'indice di Balassa risulta limitato nell'attuale contesto caratterizzato da crescenti flussi bilaterali di importazioni ed esportazioni, perciò, è apparso opportuno estendere la valutazione della capacità competitiva con l'indice di Lafay che tiene conto di entrambi.
L'indice di Lafay (Lafay, 1992) mette in risalto il livello di specializzazione di un certo comparto industriale rispetto alla media dell'insieme di tutti i comparti facenti parte della stessa realtà territoriale. La specializzazione del settore industriale farmaceutico o dei dispositivi medici di un Paese in un settore viene determinato in base alle esportazioni nette, ovvero alla differenza fra esportazioni ed importazioni. Tale differenza viene poi posta a rapporto con la somma di entrambe le grandezze per il settore analizzato; si ottiene in tal modo una misura che è funzione della differenza percentuale fra export e import, ovvero quello che, comunemente, viene definito rapporto normalizzato. Più il rapporto normalizzato risulta elevato (ovvero più l'export è percentualmente superiore all'import) più il Paese tende ad essere specializzato.

Indice di Lafay

$$IS_{,j}=\left[\frac{x_j^i-m_j^i}{x_j^i-m_j^i}-\frac{\sum_j x_j^i-\sum_j m_j^i}{\sum_j x_j^i-\sum_j m_j^i}\right]\times\left[\frac{x_j^i+m_j^i}{\sum_j x_j^i-\sum_j m_j^i}\right]\times 100$$

Bibliografia

- 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.
- Efpia (2008), The pharmaceutical industry in figures, 2008.
- Eucomed, Competitiveness and Innovativeness of the European Medical Technology Industry, 2007.
- Farmindustria (2009), Indicatori farmaceutici, 2008.
- Farmindustria (2006), Indagine conoscitiva sulla localizzazione regionale delle unità locali delle imprese farmaceutiche.2006
- Global Harmonization Task Force (http://www.ghtf.org/)
- Mennini F.S., Ratti M., Spandonaro F., Il settore industriale sanitario in Italia, Rapporto CEIS 2007.
- Ministero della Salute (2007), Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici, Dispositivi Medici, Aspetti Regolatori ed Operativi.
- Studio Ambrosetti, 2006, Progetto Meridiano Sanità.United States International Trade Commission (2007),Medical Devices and Equipment: Competitive Conditions Affecting U.S. Trade in Japan and Other Principal Foreign Markets, marzo 2007.

Rapporto Sanità 2009 Basilicata

Coordinamento Scientifico:
M. Meneguzzo
F. Spandonaro

Rapporto curato da:
A. D'Adamo
B. Polistena

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

La sfida di qualità, innovazione e sostenibilità della sanità lucana

Il Rapporto CEIS Basilicata, giunto alla II edizione, è il risultato di un progetto di collaborazione scientifica tra la Regione Basilicata ed il CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali) dell'Università Tor Vergata di Roma, Facoltà di Economia, finalizzato all'analisi delle politiche sanitarie a livello regionale.
La ricerca è stata svolta dal CEIS Sanità ed ha avuto come coordinatori scientifici ed operativi, rispettivamente, il Prof. Federico Spandonaro e la d.ssa Barbara Polistena per i capitoli 1-4, il Prof. Marco Meneguzzo e la d.ssa Antonella D'Adamo per i capitoli 5-8.

Tabella 1 - Gruppo di lavoro

Progetto	Rapporto CEIS Sanità Regione Basilicata 2009
Soggetti	CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali) dell'Università Tor Vergata di Roma, Facoltà di Economia, Regione Basilicata (Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona ed alla Comunità)
Coordinamento regionale	Raffaele Giordano
Coordinamento scientifico	Marco Meneguzzo, Federico Spandonaro
Coordinamento operativo	Antonella D'Adamo, Barbara Polistena
Gruppo di lavoro	La presente ricerca è stata realizzata dal CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali) - Facoltà di Economia dell'Università di Tor Vergata: Cristina Alato, Antonella D'Adamo, Gloria Fiorani, Laura Petrillo, Cristina Giordani, Esmeralda Ploner, Barbara Polistena, Paolo Sciattella.

Indice

Sezione I

1. Caratteristiche demografiche, socio-economiche e di offerta della regione basilicata

Cristina Alato, CEIS Sanità Univ. Roma Tor Vergata

1.1 Caratteristiche demografiche socio-economiche della Regione Basilicata
1.1.1. La struttura territoriale
1.1.2. La struttura demografica
1.1.3. Aspetti socio-economici
1.1.4. Riflessioni finali
1.2. La domanda
1.2.1. Il bisogno
1.2.2. Riflessioni finali

2. Aspetti strutturali del SSR della Basilicata: offerta, finanziamento, utilizzo delle risorse e spesa

Cristina Giordani, CEIS Sanità Univ. Roma Tor Vergata, Esmeralda Ploner, CEIS Sanità Univ. Roma Tor Vergata, Barbara Polistena, CEIS Sanità Univ. Roma Tor Vergata, Paolo Sciattella, *CEIS Sanità Univ. Roma Tor Vergata*

2.1. L'offerta sanitaria
2.1.1. ASL e distretti
2.1.2. Le strutture sanitarie ed i posti letto
2.1.3. Il personale dipendente
2.1.4. Riflessioni finali
2.2. Analisi del finanziamento
2.2.1. Finanziamento regionale
2.2.2. I sistemi regionali di riparto e le risorse per la sanità
2.2.3. Risultato economico di esercizio e ripiano dei disavanzi
2.2.4. Le entrate per ASL: una analisi preliminare
2.2.5. Riflessioni finali
2.3. Analisi della spesa sanitaria pubblica, privata e per funzioni
2.3.1. Analisi della spesa per ASL
2.3.2. Riflessioni finali

3. L'assistenza ospedaliera nella Regione Basilicata: spesa e performance

Paolo Sciattella, CEIS Sanità Univ. Roma Tor Vergata

3.1. I ricoveri ordinari per acuzie
3.2. I ricoveri diurni
3.3. Ospedalizzazione e spesa per gruppo di diagnosi principale
3.4. Il ricorso alla riabilitazione e alla lungodegenza
3.5. Analisi dell'ospedalizzazione per l'anno 2008
3.6. I ricoveri ordinari per acuzie

3.7. I ricoveri diurni
3.8. Ospedalizzazione e spesa per gruppo di diagnosi principale
3.9. Il ricorso alla riabilitazione ed alla lungodegenza
3.10. Riflessioni finali

4. L'assistenza territoriale nella Regione Basilicata: spesa e integrazione
Esmeralda Ploner, CEIS Sanità Univ. Roma Tor Vergata
Introduzione
4.1. Il sistema dell'assistenza di base
4.1.1. La medicina generale alla luce del nuovo Accordo Collettivo Nazionale
4.1.2. Gli Accordi Integrativi nella Regione Basilicata
4.1.3. Il ruolo del Distretto
4.1.3.1 Strutture e professionisti per la presa in carico
4.1.4. Prescrizione e tassi di ospedalizzazione
4.1.5. La spesa per l'assistenza di base
4.1.6. Riflessioni finali
4.2. Il sistema dell'assistenza farmaceutica
4.2.1. Le principali politiche nazionali sul farmaco
4.2.2. Le linee regionali di indirizzo in tema di politica farmaceutica
4.2.3. I dati di consumo e spesa del settore farmaceutico
4.2.4. Riflessioni finali
4.3. Il sistema dell'assistenza specialistica ambulatoriale
4.3.1. Il nomenclatore tariffario regionale
4.3.2. Densità dell'offerta
4.3.3. L'utilizzo
4.3.4. La spesa
4.3.5. Riflessioni finali
4.4. Il sistema dell'assistenza domiciliare
4.4.1. L'organizzazione regionale in tema di assistenza domiciliare
4.4.2. L'offerta di assistenza domiciliare integrata (ADI)
4.4.3. Il ricorso all'assistenza domiciliare integrata
4.4.4. La spesa sanitaria per l'Assistenza Domiciliare Integrata
4.4.5. Riflessioni finali

Sezione II

5. L'assetto organizzativo e il processo di innovazione organizzativa delle aziende sanitarie: il percorso adottato dalla Regione Basilicata

Antonella D'Adamo, CEIS Sanità Univ. Roma Tor Vergata

5.5.1. Introduzione
5.5.2. Il processo di riordino del Sistema Sanitario Regionale
5.5.3. Obiettivo e metodi di ricerca
5.5.4. L'assetto organizzativo e il processo di innovazione organizzativa
5.5.5. Monitorare e interpretare il processo di innovazione organizzativa delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata attraverso l'osservazione della realtà
5.5.6. Riflessioni conclusive

6. L'integrazione sociosanitaria: il percorso adottato dalla Regione Basilicata

Antonella D'Adamo, CEIS Sanità Univ. Roma Tor Vergata

6.6.1. Introduzione
6.6.2. Il percorso di attuazione della riforma delle politiche sociali
6.6.3. Il processo di riordino del Sistema Sanitario Regionale
6.6.4. L'integrazione sociosanitaria: il percorso adottato dalla Regione Basilicata
6.6.5. Il macrolivello territoriale
6.6.6. Riflessioni conclusive

7. La riorganizzazione degli acquisti nel SSR della Basilicata. Tendenze in atto

Gloria Fiorani, CEIS Sanità Univ. Roma Tor Vergata

7.7.1. Premessa
7.7.2. Il Piano di Progetto per la RRA
7.7.3. Il processo di acquisto: il modello operativo della RRA
7.7.4. I risultati conseguiti
7.7.5. Riflessioni finali

8. Logistica, e-health ed hta. Tendenze in atto

Gloria Fiorani, CEIS Sanità Univ. Roma Tor Vergata e Laura Petrillo Dottoressa in Ingegneria Meccanica e consulente presso il CEIS

8.8.1. Logistica sanitaria in Italia: un quadro di riferimento
8.8.2. ICT in Sanità in Italia
8.8.3. Progetti in atto nella Regione Basilicata
8.8.4. HTA: una nuova metodologia per valutare le prestazioni sanitarie
8.8.5. Riflessioni finali

Executive summary

La Basilicata è una Regione con caratteristiche peculiari, che da una parte la distinguono dal resto del Meridione, dall'altra la rendono una Regione con indici estremi di disagio socio-economico, con le complessità che questo comporta per la gestione di un sistema complesso come quello sanitario.
Anche la dinamica dei cambiamenti demografici è peculiare e particolarmente accelerata.
Ad esempio, la struttura della popolazione della Basilicata, tra il 2000 ed il 2008, è stata caratterizzata da una bassissima fertilità (tasso di fecondità totale pari a 1,2 figli per donna nel 2008 contro 1,4 in Italia e nel Sud) che, congiuntamente all'incremento della sopravvivenza, in particolar modo del genere femminile (speranza di vita alla nascita pari a 78,8 anni per gli uomini e 84,1 anni per gli uomini nel 2008 e 77,0 e 81,8 nel 2000), ha determinato un invecchiamento particolarmente rapido e consistente. Ne segue che i bambini appartenenti alla classe di età 0-4 anni rappresentano solo il 4,2% della popolazione lucana (contro il 4,9% di quella meridionale), mentre gli over 65 incidono per un 20% sul totale della popolazione residente nella Regione. Quest'ultimo dato è in linea con il valore nazionale, e quindi superiore a quello del Sud (17,7%).
Dal punto di vista socio economico la Basilicata presenta un forte gap rispetto all'Italia; in particolare, il reddito disponibile per le famiglie lucane è nettamente inferiore a quello medio nazionale (-17,8%), ma superiore a quello del Sud (+5,9%). Tale dato risulta essere strettamente correlato al livello di istruzione; in effetti, nel 2008, la popolazione lucana ha continuato ad essere caratterizzata da un livello di istruzione medio basso: il 29,5% della popolazione è dotata di licenza elementare o nessun titolo; si tratta di un valore più elevato rispetto sia alla media nazionale (25,0%) che a quella del Sud (28,0%).
Marcate differenze si riscontrano anche nel mercato del lavoro; la Regione è caratterizzata da tassi di attività e di occupazione notevolmente inferiori rispetto alla media nazionale, anche se comunque superiori rispetto al Sud, e da tassi di disoccupazione inferiori rispetto al Sud ma quasi doppi rispetto alla media nazionale (12,0% nel 2008 in Basilicata e 6,7% in Italia). Quest'ultimo risultato è, peraltro, la conseguenza di una minore partecipazione della popolazione lucana al mercato del lavoro.
Sul versante dei livelli di salute, mediante l'impiego di alcuni macro indicatori, si è tentata una analisi di cui i principali risultati possono essere sintetizzati nel seguente modo:

- gli uomini appartenenti alle classi di età più avanzate hanno una speranza di vita in buona salute più elevata rispetto al Sud nel suo complesso. Detto fenomeno purtroppo non si conferma per le donne: in effetti, in quest'ultimo caso, la speranza di vita in buona salute per le donne lucane è inferiore alla media del Sud a tutte le età con la sola esclusione delle over 65;
- gli uomini e le donne lucane di età pari a 75 anni presentano una speranza di vita libera da disabilità superiore rispetto ai coetanei del Sud, mentre accade il contrario nelle restanti classi di età in confronto ai valori medi nazionali.
- in particolar modo i livelli di mortalità evitabile nella Regione risultano inferiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne.
- la Basilicata si posiziona tra i livelli più alti, anche rispetto al Mezzogiorno (137,9 ogni 1.000 persone), per cronicità (140,61 ogni 1.000 persone hanno almeno una malattia cronica). Tra le patologie croniche quella più diffusa è l'ipertensione arteriosa, che ha visto nel periodo una graduale diffusione ed un aumento in tutte le Regioni; in particolare, in Lucania il tasso standardizzato è superiore a quello medio nazionale pur rimanendo al di sotto del livello del

Mezzogiorno (Basilicata 132,11, Italia 127,61, 132,11 Mezzogiorno).
Passando ad analizzare il SSR, in primo luogo segnaliamo come sul versante dell'offerta, negli ultimi anni sia iniziato un processo di razionalizzazione sia per quanto concerne l'aggregazione delle ASL, che risultavano effettivamente dimensionate al di sotto delle medie nazionali, sia della rete ospedaliera con conseguente incremento dei bacini medi di utenza per ciascuna struttura. Se questo è un fenomeno generalizzato, per effetto delle normative nazionali, appare tuttavia, necessario sottolineare come, nel biennio 2005-2007, la Basilicata sia stata l'unica realtà in cui si è avuta una contrazione dei bacini di utenza, a fronte, comunque, di un valore regionale di 53.758 abitanti per struttura e secondo solo al Nord.
Nello specifico, tra il 2005 e il 2007, in Basilicata si è registrata una diminuzione del numero complessivo dei posti letto più incisiva rispetto alle altre Regioni (nel 2007 il rapporto era inferiore ai 4 posti per 1.000 abitanti, mentre nella media delle restanti ripartizioni il valore era ancora superiore). Sarebbe, dunque, auspicabile che questo taglio generalizzato dell'offerta in termini di posti letto fosse accompagnato da un contestuale sviluppo di tutte quelle forme di assistenza territoriale (in particolare domiciliare e residenziale) in grado di svolgere, per determinate patologie, una funzione alternativa al ricovero.
Si consideri altresì che la dotazione di personale della Regione appare "esuberante" rispetto alla popolazione da servire; l'organico lucano, infatti, rappresenta circa l'1,2% del personale nazionale e il 3,8% di quello del Mezzogiorno; si tratta, nella sostanza, di valori eccedenti rispetto alla numerosità della popolazione che rappresenta l'1,0% di quella italiana e il 2,8% di quella meridionale.
I due processi sopra descritti non sono però esenti da rischi; in effetti, da un lato la riduzione dei posti letto non è stata ancora seguita da un adeguato ridimensionamento del personale sanitario e dall'altro la riduzione della dimensione media delle strutture potrebbe comportare delle sacche di inefficienza.
Da questo punto di vista, anche in considerazione di quanto appena esposto in tema di invecchiamento della popolazione, di cronicità e disabilità, diviene strategico lo sviluppo dell'offerta di residenzialità extra ospedaliera.
Gli sforzi fatti nell'incrementare almeno l'offerta di riabilitazione, e in particolare quella domiciliare, sembrano andare nella giusta direzione, sebbene i livelli siano ancora lontani da quanto stabilito nell'Intesa Stato Regioni che attesta all'1 per 1.000 la dotazione standard per riabilitazione e lungodegenza.
Nel dettaglio, per quel che concerne l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), la Basilicata è stata l'unica Regione del Centro Sud in cui già a partire dal 2001, secondo quanto previsto dal Decreto sui LEA, ad avere attivato il servizio di ADI in tutte le ASL; inoltre, nella Regione viene assistita domiciliarmente la percentuale maggiore di under 65 a livello nazionale. Nel 2008 è presente una notevole variabilità tra le diverse ASL circa la percentuale di fruizione del servizio in oggetto da parte della popolazione anziana, non determinata dalla diversa composizione per classi di età della popolazione residente. Tuttavia, se oltre alla quota di over 65 presi in carico, consideriamo anche il numero di ore di assistenza che ogni anno in media sono state dedicate ad ogni ultra sessantacinquenne, risulta evidente come sebbene la Regione abbia optato per una politica che tende ad incrementare la percentuale di anziani assistiti, questo avviene a scapito del numero di ore medie di cure prestate.
Per quanto concerne l'assistenza ospedaliera, che rimane la prima voce di spesa, per la riabilitazione e lungodegenza si registrano tassi inferiori rispetto alla media nazionale; ciò potrebbe essere legato ad un'offerta ancora non del tutto adeguata alle esigenze della Regione. In effetti, il tasso di ricovero in riabilitazione per i residenti nella Regione è pari a 3,4 per 1.000 (3,7

nell'aggregato del Sud, mentre la media nazionale è pari a 5,1 per 1.000). Le differenze sono pressoché identiche se si considerano i ricoveri in lungodegenza: in Basilicata il tasso risulta dell'1,1 per 1.000, nel Sud dell'1,2 ed in Italia del 1,7 per 1.000.
Anche per quanto concerne il ricorso all'ospedalizzazione in acuzie, per i residenti in Basilicata si registra un ricorso all'ospedalizzazione contenuto; il tasso medio di ricovero[1] in regime ordinario è pari, infatti, a 131,8 ricoveri per 1.000 abitanti; si tratta, in buona sostanza, di un valore inferiore rispetto sia alla media delle Regioni meridionali (152,9), che alla media nazionale (136,5).
Se quello che precede è un dato certamente apprezzabile, vanno però segnalati alcuni fattori critici.
Il tasso di ricovero per sesso denota un maggior numero di ricoveri per gli uomini: in Basilicata la differenza tra i sessi è pari al 13,5% e più marcata rispetto al Sud (9,3%) ed all'Italia (7,5%).
Inoltre, la composizione dei ricoveri per tipologia di DRG evidenzia in Basilicata, così come nelle Regioni meridionali, un elevato numero di ricoveri medici ed una scarsa ospedalizzazione per DRG chirurgici, soprattutto per i più anziani; tale dato suggerisce l'esistenza di inappropriatezza, malgrado il contenuto ricorso al ricovero. E sempre in relazione all'inappropriatezza dell'attività di ricovero, registriamo che il ricorso al day surgery è ancora considerevolmente inferiore rispetto al livello nazionale.
Nella Regione, invece, il ricorso al day hospital medico è "massiccio", così come nel Meridione (il tasso di ricovero diurno per acuzie, per i lucani, è pari a 71,3 per 1.000 e per il Sud a 74,9, mentre il tasso medio nazionale risulta 64,6 per 1.000); questo dato potrebbe indicare un ancora carente deospedalizzazione delle attività di diagnostica e specialistica.
Un peso rilevante per la Regione lo ha la mobilità extra regionale, che, ha dimensioni ragguardevoli, anche per effetto dalle caratteristiche morfologiche della Regione. In particolare si evidenzia l'esistenza di una significativa mobilità passiva, che interessa prevalentemente i ricoveri chirurgici in regime ordinario: il 32,8% dei ricoveri chirurgici dei pazienti lucani è stato effettuato, nel 2006, in altre Regioni (la percentuale relativa a ricoveri medici risulta pari al 17,2%).
Un altro aspetto di rilievo legato alla mobilità è la differenza tra la degenza media calcolata sui residenti e la degenza media "interna" ovvero calcolata sui ricoveri nelle strutture della Basilicata. La prima risulta anche se di poco inferiore e, quindi, o la mobilità passiva riguarda prestazioni di livello medio basso oppure le strutture interne risultano mediamente meno efficienti di quelle di destinazione fuori Regione; questo dato ha come conseguenza che un'eventuale rientro della mobilità potrebbe non portare benefici se non prettamente finanziari.
Passando all'analisi della seconda voce di spesa, quella relativa al consumo farmaceutico, in Basilicata si evidenzia una tendenza alla contrazione peraltro comune alla totalità delle Regioni; tra il 2006 ed il 2008, si è avuta una contrazione della spesa farmaceutica a carico del SSN, ma questo sembra attribuibile in larga misura al generalizzato taglio dei prezzi dei farmaci imposto dall'AIFA e non ad un modificato atteggiamento prescrittivo da parte dei medici.
Il calo della spesa, infatti, è accompagnato da un contestuale aumento sia del numero delle ricette che del consumo dei farmaci.

[1] *Il tasso di ricovero è ottenuto rapportando il numero di ricoveri dei residenti in Basilicata alla popolazione media residente ISTAT.*

Sempre con riferimento al biennio 2006-2008, se da un lato la spesa farmaceutica netta a carico del SSN è diminuita di circa il 7,0% al Sud e solo del 2,5% in Basilicata, è dall'altro interessante sottolineare come in Basilicata (e non nella media del Sud) sia rispettato il tetto del 14% per la farmaceutica convenzionata.
Osservando la prescrizione farmaceutica sul versante delle ricette pro-capite, al netto delle differenze dovute all'età ed al sesso, se ne registra un numero significativamente più elevato al Sud ed in Basilicata, che risulta essere in larga misura imputabile alle diverse attitudini prescrittive dei medici di base.
Perché la riduzione della spesa diventi "reale" sarà quindi necessario mettere in atto una serie di azioni mirate ad un controllo effettivo, in primo luogo delle prescrizioni e, secondariamente dei consumi.
Sempre con riferimento alle attitudini prescrittive, osserviamo come l'esame dei dati relativi alla spesa pro-capite per l'assistenza primaria, mostra un'elevata variabilità di offerta tra le diverse ASL della Basilicata, in larga misura imputabile ad una distribuzione dell'offerta di assistenza primaria non del tutto razionale, ma anche una spesa regionale più elevata (per livello e dinamica) rispetto alla media nazionale e anche alla media delle altre Regioni meridionali.
Quanto sopra giustifica perché, nelle intenzioni del legislatore lucano, con la promulgazione dell'Accordo Integrativo Regionale del 2008 per la disciplina dei rapporti con i MMG, si sia voluta una sostanziale reimpostazione della relazione territorio-ospedale, perseguita mediante una ristrutturazione della rete di offerta, e riservando l'assistenza ospedaliera alle patologie acute; l'assistenza territoriale, e quindi l'assistenza di base, dovrebbe diventare soggetto attivo in grado di soddisfare la domanda di assistenza mediante una presa in carico globale e complessiva.
Per quel che concerne l'assistenza specialistica, la Basilicata rientra tra quelle Regioni che hanno adottato un proprio Nomenclatore Tariffario Regionale e quindi le tariffe di alcune prestazioni specialistiche hanno subito delle modifiche (sia in aumento che in diminuzione) rispetto ai valori di riferimento nazionali.
L'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale sembra essere nel complesso razionale ed è di natura prevalentemente pubblica. Si osserva, però, una variabilità tra le ASL che potrebbe indicare come l'offerta non sia equilibrata a livello di territorio (distribuzione geografica); tale problema probabilmente è superato per effetto dell'accorpamento delle ASL stesse.
Per quanto riguarda i volumi di prestazioni erogate, per quelle cliniche si è avuta una contrazione pari al 2,9%, mentre una riduzione più sensibile ha riguardato le analisi di laboratorio (-3,6%); le prestazioni di tipo diagnostico sono, invece, aumentate dello 0,1%. Sul fronte delle prestazioni pro-capite, come anche della relativa spesa, sono risultate essere le ASL di Venosa e Potenza quelle con i valori maggiori, anche al netto della diversa composizione per classi di età delle popolazioni residenti.
In generale la spesa pro-capite per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è bassa nelle ASL lucane; questo potrebbe dipendere tanto da una politica di razionalizzazione, quanto dal fatto che nella Regione il livello di istruzione è medio basso e questo potrebbe portare ad una minor propensione al ricorso a servizi diagnostici di tipo preventivo.
A livello macro, osserviamo un trend crescente della spesa sanitaria pubblica, che certamente proseguirà anche in futuro per effetto del citato invecchiamento a cui andrà incontro la popolazione; ne segue che è necessario sottolineare come il sistema sarà difficilmente sostenibile in assenza di una vigorosa ripresa economica. In particolare, sarà importante monitorare la situazione della Regione per capire se il "picco" di spesa sanitaria sul PIL, osservato nel 2008 e legato alla forte recessione del denominatore, rappresenta una eccezione o se il trend si man-

terrà crescente.
L'analisi delle singole voci della spesa sanitaria mostra come nella Regione la spesa per il personale pro-capite sia superiore alla media nazionale e a quella del Sud (dato correlato all'eccesso di personale).
Si assiste, inoltre, ad una razionalizzazione della spesa per beni, mentre continua a crescere la quota di spesa destinata ai servizi.
Tende ulteriormente a diminuire la quota di assistenza erogata in convenzione, in parte trasferita sulla spesa diretta delle famiglie, in parte tramutata in gestione diretta. Entrambe le modifiche derivano dal tentativo di ottenere il definitivo risanamento finanziario attraverso un razionamento delle prestazioni e la saturazione delle capacità produttive pubbliche.
Già oggi la Regione copre direttamente la maggior parte delle spese sanitarie necessarie alla popolazione, essendo la quota privata decisamente inferiore non solo a quella media nazionale, ma soprattutto a quella delle altre Regioni del Sud. Questo fatto, in teoria, dovrebbe portare ad una riduzione del rischio di impoverimento per spese sanitarie, che però è ancora elevato in Lucania rispetto alla media italiana.
Fra le ASL si osservavano importanti, ed eccessive, differenze di gestione: le ASL di Lagonegro, Matera e Montalbano Jonico sembravano avere una struttura amministrativa piuttosto simile, mentre le ASL di Venosa, ed in particolar modo quella di Potenza, se ne discostavano sensibilmente.
La riforma sanitaria che ha portato alla riduzione delle ASL da 5 a 2 dovrebbe rendere più omogenee le gestioni, ma la reale efficacia della riforma potrà apprezzarsi solo a partire dal prossimo anno quando saranno disponibili i dati definitivi e consolidati delle ASL.
L'analisi e la comparazione del finanziamento regionale mostra come, a fronte di una radicalizzazione crescente nel sistema sanitario pubblico, per cui i problemi di disavanzo si concentrano sempre più nelle Regioni meridionali, la Basilicata rappresenta una eccezione sostanzialmente positiva; infatti, sebbene il risultato di esercizio sia ancora negativo, è stato intrapreso un sentiero di risanamento finanziario, che ha ormai portato la Regione abbastanza vicina al punto di pareggio in termini assoluti. Come già detto, la stagnazione della economia regionale non ha invece permesso un altrettanto brillante risultato in termini di rapporto con il PIL.
Il risanamento è stato sostenuto sia dalla rivalutazione (in atto sin dal 2001) delle assegnazioni alla Regione, che dalla decisa riduzione del saldo della mobilità.
Confrontando il finanziamento relativo al 2008 tra la Basilicata e la media delle ripartizioni geografiche, si osserva come la Regione ottenga ormai risorse pro capite (€ 1.741,38) non molto inferiori rispetto alla media del Nord (€ 1.798,03), e sostanzialmente allineate alle risorse medie delle Regioni del Centro (€ 1.756,55), ovvero decisamente superiori a quelle medie del Sud (€ 1.668,89). Questo andamento sembra poter essere giustificato dal fatto che la Regione ha una struttura demografica per molti versi più simile a quella delle Regioni settentrionali che a quelle meridionali.
Il disavanzo, come peraltro in tutte le altre Regioni, non deriva principalmente dalla gestione ordinaria, quanto da voci "straordinarie", quali ad esempio il saldo delle sopravvenienze e il conguaglio della mobilità interregionale. La Regione su questo è intervenuta, adottando una politica basata sul principio del non ripianamento degli squilibri derivanti dalla gestione ordinaria, permettendo però (ad esempio) conguagli relativi alla mobilità. Questo potrebbe in via teorica costituire un disincentivo relativamente agli sforzi da compiere per mettere in atto misure di corretta anticipazione, e quindi reale governo, delle poste straordinarie.
Conclusivamente, la Regione Basilicata si deve in generale confrontare con due ordini di problemi; problemi socio economici tipici del mancato sviluppo del Sud e problemi demografici,

ed in particolare modo il rapido invecchiamento della popolazione; fenomeno quest'ultimo già affrontato dalla maggior parte delle regioni settentrionali.
Per quanto riguarda lo specifico del SSR, a fronte di una serie di interventi importanti sul versante della razionalizzazione del sistema di offerta e di responsabilizzazione dei prescrittori, rimangono alcuni nodi irrisolti; in particolare relativi all'inappropriatezza e inefficienza dei ricoveri, come anche della prescrizione farmaceutica. Inoltre il sistema di presa in carico territoriale appare ancora insufficiente, e anche sperequato fra le diverse aree.
Complessivamente, però, la Regione tende ad un lodevole equilibrio finanziario, che la rende sostanzialmente non assimilabile alle altre Regioni meridionali.
In tema di innovazione organizzativa delle Aziende Sanitarie, la Regione Basilicata è interessata, a partire dalla L.R. n. 12/2008, da un processo di riordino del Servizio Sanitario Regionale e da una configurazione a rete delle strutture organizzative.
Il Servizio Sanitario Regionale si compone di due Aziende sanitarie, l'Azienda sanitaria locale di Potenza (ASP) e Matera (ASM), con dimensioni corrispondenti ai rispettivi territori provinciali, dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" (AOR) per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri e dell'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture.
L'Azienda Sanitaria della provincia di Potenza succede all'Azienda Sanitaria USL n. 1 di Venosa, all'Azienda Sanitaria USL n. 2 di Potenza ed all'Azienda Sanitaria USL n. 3 di Lagonegro. L'Azienda Sanitaria di Matera succede all'Azienda Sanitaria USL n. 4 di Matera ed all'Azienda Sanitaria USL n. 5 di Montalbano Jonico. All'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" appartengono l'Ospedale "S. Carlo" di Potenza e il Presidio Ospedaliero di Pescopagano.
Le due Aziende Sanitarie Locali adottano il modello funzionale dipartimentale, si articolano in distretti sociosanitari con dimensioni coincidenti con le Comunità Locali, disciplinate dalla L.R. n. 4/ 2007,.
Un'altra scelta regionale importante è quella di riorganizzare il sistema dei servizi territoriali attraverso la costruzione di un Distretto "forte" (Distretto della salute) che assuma in sé sia le funzioni di produzione che di tutela/committenza, con una particolare attenzione a queste ultime, e che sappia essere realmente il luogo "naturale" dell'integrazione sociosanitaria (come, peraltro, affermato dalla normativa nazionale già con il PSN 1994-96 e ripreso con forza nel PSN 1998-2000 e successivi).
I distretti sociosanitari, strumento di governo partecipato delle politiche integrate della salute, assicurano l'allocazione decentrata degli uffici e delle strutture, organizzate in Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB), in modo da garantire la gestione integrata dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali sul territorio di competenza.
La scelta della Regione Basilicata è di ordinare il Sistema Sanitario Regionale secondo un modello a rete, che comprende e integra la rete ospedaliera regionale e le reti infra e interaziendali, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e dell'integrazione tra ospedale e territorio.
Il Sistema Sanitario Regionale viene, quindi, riorganizzato in tutte le sue macro-strutture:
- area ospedaliera;
- area della prevenzione: Dipartimenti di prevenzione;
- area territoriale: Distretto della Salute e Dipartimento di salute mentale.

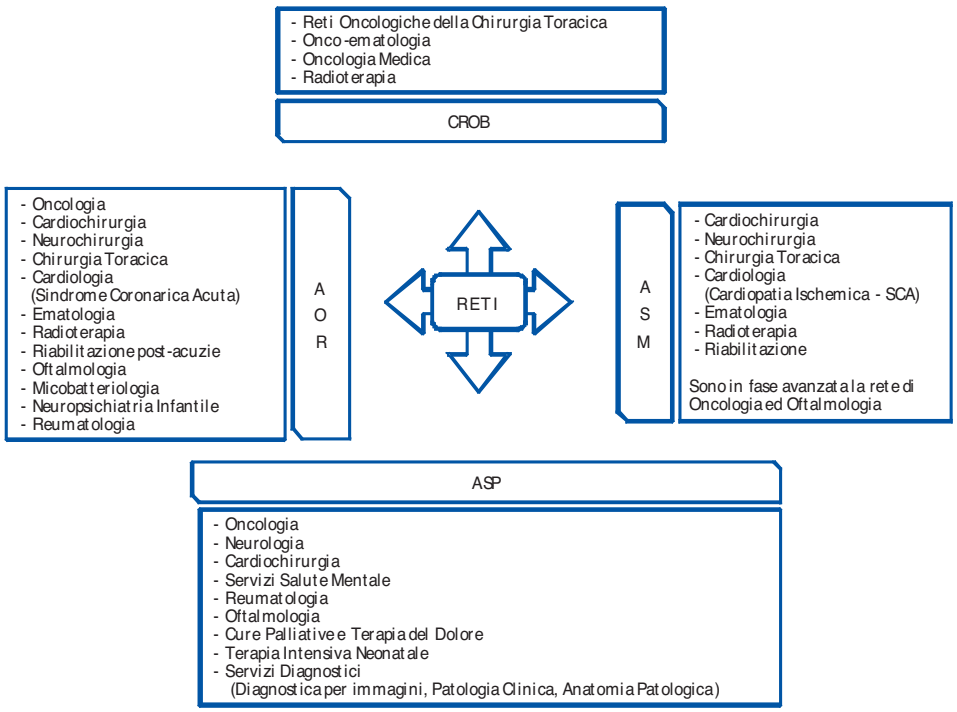
L'area distrettuale costituisce il livello ottimale di programmazione "dal basso" su cui costruire un rapporto integrato tra servizi sanitari e servizi sociali e alla persona, lavorando in sede di programmazione di zona all'analisi dei bisogni, all'offerta dei servizi, alla individuazione di obiettivi di crescita del benessere territoriale. Il Distretto della Salute garantisce l'assistenza

sanitaria, sociosanitaria e di integrazione sociale.
L'area ospedaliera è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale le Aziende sanitarie assicurano nel proprio bacino territoriale l'erogazione dell'assistenza ospedaliera in modo unitario ed integrato sulla base dei principi di programmazione e di organizzazione regionale, perseguendo anche la formazione e la ricerca.
Al fine di analizzare il processo di innovazione organizzativa che, a partire dalle leggi regionali di riordino del sistema sociale e sanitario (L.R. n. 4/2007 e L.R. n. 12/2008), delineano l'evoluzione del SSR, è stata condotta, attraverso una raccolta documentale e alcune interviste strutturate, una rilevazione nelle aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione (Azienda Sanitaria locale di Potenza, Azienda Sanitaria locale di Matera, Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo", IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture).
Le interviste, dirette o telefoniche, a seconda della disponibilità acquisita dai direttori generali, si sono basate su griglie di domande semi-strutturate, precedentemente validate dalla Regione. Nelle Aziende è stato, inoltre, possibile reperire la documentazione utile ai fini della ricerca (atto aziendale, piano strategico, pianta organica, regolamento di organizzazione).
La prospettiva della ricerca è stata, infatti, duplice:

- «esterna» finalizzata a ricostruire, in modo oggettivo, a partire dalla documentazione ufficiale, gli elementi fondamentali di rinnovamento negli assetti istituzionali;
- «interna» finalizzata a mettere in evidenza le percezioni degli operatori delle strutture sanitarie pubbliche.

Dall'analisi empirica e documentale è possibile affermare che il significato principale del più recente cambiamento del SSR sia inquadrabile come processo di consolidamento del SSR nell'ottica della rete e del rafforzamento del ruolo del livello locale di governo. Le reti vengono considerate le forme di organizzazione e gestione in grado di combinare conoscenze e informazioni per innescare processi di sviluppo organizzativo, rivedere e rafforzare modelli organizzativi, sviluppare nuove competenze e incrementare la crescita del patrimonio intangibile delle singole strutture.

Figura 1 - Il modello a rete



Le sfide che si prospettano alla Regione ma anche alle Aziende sanitarie per il prossimo futuro sono molto significative. In concreto, tra le aree assistenziali di sviluppo su cui si ritiene di dover continuare ad investire sono state evidenziate:

- l'area della assistenza territoriale, attraverso il potenziamento del ruolo e della funzione dei distretti, in conformità alle linee di indirizzo regionali, oltre al perfezionamento del processo di riqualificazione in senso distrettuale delle strutture ospedaliere periferiche;
- l'area della cronicità, attraverso l'implementazione strutturale di un'articolazione aziendale deputata specificatamente alla programmazione ed alla gestione dei percorsi assistenziali dei pazienti affetti da patologie croniche;
- l'area dell'assistenza ospedaliera per acuti, attraverso l'attivazione di processi finalizzati al recupero dell'appropriatezza clinica, gestionale ed organizzativa ed il passaggio progressivo ad un modello organizzativo strutturato per aree funzionali omogenee in base al grado di intensità di cura;
- l'area della prevenzione, attraverso lo sviluppo di politiche rivolte alla promozione della salute.

Nel precedente Rapporto (Rapporto CEIS Sanità Basilicata 2008, Capitolo 7 "Gli assetti istituzionali e il cambiamento organizzativo", pagg. 281-287) venivano declinate le direttrici e le azioni da intraprendere per favorire il cambiamento organizzativo sanitario. Si affermava che la

grande scommessa dell'innovazione consistesse nel definire le forme e gli strumenti della cooperazione tra autonomie locali (Comuni) e autonomie funzionali (Aziende sanitarie) per integrare le politiche, i territori e i servizi. Inoltre, si esprimeva la necessità di implementare il nuovo Piano Sociosanitario regionale, strumento di programmazione unico ed integrato che assegnasse all'integrazione sociosanitaria un ruolo chiave. Il Piano si dovrà configurare come " piano cornice" che contiene le linee programmatiche per la realizzazione di un nuovo assetto dell'organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, per la valorizzazione delle strutture territoriali e per una effettiva integrazione delle attività di promozione alla salute. In parallelo, dovrà essere previsto un processo complessivo di riprogettazione organizzativa mirato alla integrazione tra:

- dimensione dipartimentale delle Aziende sanitarie ed ospedaliere;
- dimensione distrettuale (il distretto della salute), quale soggetto "forte" di governo delle politiche sanitarie e sociali integrate.

È passato un anno da allora. La Regione si è orientata in questo senso individuando nell'integrazione sociosanitaria una possibile strada per lo sviluppo del sistema di welfare regionale.
Il percorso con cui la Regione cerca di integrare le politiche sociali e sanitarie, in attuazione di quanto disposto dall'art. 15 della L.R. n.4/2007 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale" ed in collegamento al processo di riordino del Sistema Sanitario Regionale previsto dalla L.R. n. 12/2008, "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale", continua con la D.G.R. n. 251/2009, delibera con cui si approva la proposta di Linee Guida programmatiche per la predisposizione del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona; con la D.G.R. n.1645/2009 "Direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende sanitarie di Potenza e Matera per l'organizzazione e il funzionamento del macrolivello territoriale" e con la predisposizione del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona (2010-2013).
Nello specifico, le Linee guida sono articolate in due sezioni:

- Parte I – Piano dei Servizi sanitari – Sistema di garanzie per la Salute;
- Parte II – Piano dei Servizi Sociali e del Benessere della persona.

La Regione è impegnata alla redazione del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona (2010-2013), strumento di cui si doterà per il governo e la gestione del sistema sanitario, sociosanitario e della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale nel triennio 2010-2013. Si tratta di uno strumento fortemente innovativo in quanto convoglia le energie sociali e istituzionali nella direzione della promozione di politiche della salute armoniche, sviluppate su un terreno di massima convergenza atto a migliorare il processo decisionale. Dalle aziende sanitarie, agli Enti Locali, dagli organismi istituzionali, a quelli privati, dalle organizzazioni sindacali a quelle di volontariato e del mondo produttivo, tutti sono coinvolti nella azioni di individuazione degli obiettivi del Piano che diviene così luogo di compartecipazione per la ricerca di soluzioni largamente accettate.
Il Piano della Regione Basilicata, dal titolo "Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2010-2013. Un Sistema di diritti e garanzie per la tutela della salute e del benessere della persona", è articolato in due parti. La I Parte del documento integrato, più prettamente sanitaria, definisce i valori e gli obiettivi del sistema sanitario regionale, analizza il contesto socio-demografico ed epidemiologico del territorio lucano, individua le strategie per le singole aree del Sistema, declina le "logiche" e "le parole-chiave" che caratterizzeranno la politica sanitaria e sociosanitaria regionale nel prossimo futuro, definisce le risorse economiche per l'attuazione del Piano. La II Parte del Piano definisce le strategie, gli indirizzi e le modalità operative per la costruzione e l'attuazione della Rete Regionale Integrata dei Servizi di Cittadinanza

Sociale.
In esso si cercherà di coniugare le tecnologie con dei percorsi individuali integrati. La medicina basata sulle evidenze, la valutazione delle tecnologie, i percorsi assistenziali, l'accreditamento istituzionale, la gestione del rischio clinico, costituiscono tecnologie forti per innovare le organizzazioni, le loro strutture, i loro meccanismi interni di funzionamento e la loro produzione, rappresentano sistemi di "garanzia" di risultato ormai indispensabili per qualsiasi livello organizzativo, sia esso macro (l'azienda), sia esso micro (i servizi). Si tratta di sistemi in grado di contribuire concretamente alle logiche di risultato e di garanzia per i cittadini e per la comunità, per indirizzare il sistema a "fare le cose giuste bene" in modo ponderato e valutabile. Le tecnologie saranno coadiuvate da percorsi e strumenti integrati sociosanitari, per promuovere una migliore appropriatezza, un miglior utilizzo dell'offerta assistenziale, la valorizzazione delle risorse residenziali e domiciliari, la razionalizzazione delle risorse economiche destinate all'assistenza.
In particolare, saranno attivate delle Unità di Valutazione Integrata (UVI), individuate come il luogo in cui avviene la presa in carico integrata dell'utente con esigenze sia sanitarie che sociali di natura complessa. In esso si effettua la Valutazione Multidimensionale da cui discende un piano personalizzato integrato, sottoscritto dall'assistito nel rispetto della normativa in materia di privacy e tutela. Il piano individuale di assistenza definisce, in base alle risultanze della valutazione integrata, le azioni e gli interventi da mettere in campo (assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale, altro), i risultati attesi, i tempi di verifica delle attività e degli outcome previsti. La "presa in carico" è sicuramente l'elemento qualificante del percorso assistenziale integrato. In tale ottica la "presa in carico" può essere definita come "una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso". Richiede lo sviluppo di un sistema di "front-office" che garantisca accoglienza e prima risposta al cittadino e che apra le porte ad un sistema più articolato e complesso al quale il cittadino possa rivolgersi con fiducia. Richiede, poi, lo sviluppo di un sistema di "back office", che comprenda l'insieme delle procedure, delle modalità organizzative e gestionali e dei rapporti per collegare le diverse interfacce. Il "case manager" o responsabile del Caso è un professionista che opera come riferimento e "facilitatore" per la persona che ha bisogni complessi sociosanitari. Questa funzione viene svolta nell'ambito di un approccio metodologico e organizzativo definito "case management" che mira a definire una modalità di gestione complessiva, clinica ed organizzativa, focalizzata sul caso specifico spesso ad elevata complessità. Lo "Sportello unico di accesso ai servizi sociali e sanitari" è lo strumento che consente la semplificazione dei percorsi amministrativi nell'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. È costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere.
Inoltre, attraverso la D.G.R. n.1645/2009 "Direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende sanitarie di Potenza e Matera per l'organizzazione e il funzionamento del macrolivello territoriale" la Regione Basilicata puntualizza l'organizzazione e il funzionamento del macrolivello territoriale. In concreto, il documento chiarisce cosa si intende per Distretto della Salute (o "Distretto Forte") e quali compiti siano ad esso attribuiti. A dimostrazione della polivalente configurazione dei Distretti della Salute, concepiti come luogo di governo della domanda, di garanzia dei Livelli essenziali di assistenza sociosanitari e di presa in carico di bisogni complessivi, il documento sottolinea che essi corrispondono a macro-dipartimenti che ogni direttore di distretto, individuato dal direttore generale della ASL, potrà delineare sul territorio considerando le specifiche necessità della comunità locale. L'area distrettuale rappresenta il livel-

lo ottimale di programmazione dal basso su cui si fonda il rapporto integrato tra servizi sanitari e servizi sociali e alla persona. Dipendono dalla Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale, composta dai sindaci dei Comuni associati e dal direttore generale dell'Azienda sanitaria competente per territorio, l'indirizzo, il coordinamento e il controllo per la realizzazione degli interventi e dei servizi della rete regionale integrata erogati in ciascun territorio attraverso i servizi del Distretto della Salute e dell'Ambito Socio-Territoriale. Tra le funzioni del Distretto rientrano quelle di pianificazione e programmazione delle attività territoriali che si esplicitano attraverso l'adozione del Piano attuativo distrettuale pluriennale a scorrimento annuale (PAD) per la parte sanitaria e sociosanitaria. Esso è parte integrante del Piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari (PISS) ed è redatto dal Direttore del Distretto che ne definisce la dotazione strutturale delle risorse (strumentali, tecnologiche, umane) necessarie alla sua elaborazione.
Assume un ruolo di decisiva importanza il direttore di distretto responsabile unico della direzione e del coordinamento di tutte le attività territoriali. È, altresì, componente del Collegio di Direzione dell'Azienda Sanitaria, e si avvale di una struttura amministrativa di distretto per la contabilità separata, la gestione del budget e dei provvedimenti propri o delegati dal Direttore Generale. È individuato dal Direttore Generale, a seguito di regolare avviso pubblico ed è nominato con atto deliberativo motivato per un periodo non superiore a cinque anni, con posizione giuridica equiparata e trattamento economico comparato e comunque non superiore a quello dei direttori sanitari ed amministrativi delle Aziende.
La scelta operata dalla Regione Basilicata, incentrata sulla specializzazione delle funzioni e sulla integrazione su scala territoriale tra sociale e sanitario, si concretizza, di fatto, nello spostamento del baricentro del sistema dall'ospedale al territorio, nella valorizzare del distretto della salute come punto strategico per l'accoglienza dei bisogni di salute dei cittadini, nello sviluppo di processi assistenziali a rete integrata tra territorio, ospedali per acuti e centri regionali di eccellenza e nell'implementare di un sistema di cure territoriali verso la reale presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini.
Il processo di innovazione è ancora tutto in campo. Per rispondere al cambiamento e alla innovazione, occorrono metodi e strumenti di gestione sofisticati ma soprattutto occorrono professionalità e competenze in grado di gestire il cambiamento che, nelle diverse posizioni di responsabilità, credano nei principi della collaborazione e dell'integrazione, occorre, inoltre, investire in ricerca, qualità e nuove tecnologie.
Come avvenuto in tutte le Regioni italiane, negli ultimi anni in Basilicata la spesa sanitaria corrente complessiva è cresciuta sensibilmente ed è proprio sulla funzione "beni e servizi" che si concentra l'incremento percentuale maggiore. Secondo dati ministeriali, nel periodo 2004-2007 l'incremento percentuale della spesa relativa all'acquisto di beni (sanitari e non sanitari) è stato pari al 34,4%, con un incremento medio annuo dell'11,5%; l'incremento percentuale della spesa per l'acquisto di servizi non sanitari ha negli stessi anni sfiorato il 40%, con un tasso di incremento medio annuo del 13,3%.
Anche in Basilicata sono, così, stati avviati interventi finalizzati alla razionalizzazione del trend di spesa: acquisti centralizzati, linee guida alla prescrizione, protocolli terapeutici, adozione di un prontuario ospedaliero regionale (PTOR), utilizzo delle Convenzioni Consip, esternalizzazione di servizi, richieste di autorizzazione preventiva condotte con il supporto dell'Osservatorio prezzi e tecnologie (per acquisti di tecnologie e per esternalizzazioni di valore superiore a €100.000,00), aumento del transato MEPA e del numero dei fornitori locali abilitati, implementazione del progetto "Sportelli in Rete". Tali azioni stanno sortendo positivi effetti per l'innesco di dinamiche di contenimento della spesa.

Tabella 2 - Principali risultati raggiunti (III trimestre 2009)

Strumento	Convenzioni CONSIP		URA	Autorizzazione preventiva	Servizi esternalizzati
Periodo	Anni 2006-08	Gen-Sett-09	Dal 2002	Nov 2002-Sett 2009	Al 30 Giu 08
Risultati	164 transazioni; €11.860.492,00	66 transazioni; €439.824,86	-31 gare per acquisto di B&S; ribassi fino al 41,46%; - 6 gare per acquisto di Tecnologie, ribassi fino al 16,28%. -24 gare di interesse regionale con ribassi fino al 30,21%.	287 richieste per complessivi €245.703.271,00	182 eventi per un controvalore annuo di €56,51 mln

La Regione Basilicata, attiva sul tema della centralizzazione degli acquisti sin dal 2002, ha nel 2008 avviato una collaborazione strategica con Consip S.p.A. per la definizione del modello di Rete Regionale degli Acquisti (RRA). Tale attività di confronto e di co-progettazione rappresenta un'importante esperienza pilota nella direzione della realizzazione della rete nazionale delle centrali di acquisto prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 24 Gennaio 2008: il modello derivante da tale collaborazione potrà, infatti, essere utilizzato in altre Regioni e nel contesto dei lavori della Conferenza Stato-Regioni.

Il modello di RRA, con il dettaglio dei flussi operativi all'interno delle macrofasi del processo di acquisto, è stato approvato con D.G.R. n.139/2010. Il sistema regionale degli acquisti lucano risulta oggi strutturato in un modello a rete che vede coinvolte tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere e si esplica attraverso:

- la formula delle Unioni Regionali d'Acquisto (URA), con designazione di un'Azienda Capofila che si fa carico dei costi di istruttoria e gestione della gara, fino all'individuazione delle ditte aggiudicatarie.
- la formula della Centrale di Committenza, le cui funzioni possono essere esercitate da un'Azienda Sanitaria o dalla Regione, che procede all'espletamento dell'intera procedura fino all'individuazione delle ditte aggiudicatarie ed alla stipula del contratto.

Il modello prevede, inoltre, la possibilità di ricorrere alla procedura individuale quando l'aggregazione della domanda non si ritiene opportuna.

L'esperienza dimostra, tuttavia, come il conseguimento di performance e risultati positivi sulla funzione acquisti preveda l'attivazione di diverse leve di manovra che integrino strategia, organizzazione, processi, e-health, sviluppo di competenze e valorizzazione delle relazioni interne alla catena del valore fornitori-clienti.

Le sfide che si stanno delineando nella Regione possono essere ricondotte a quattro diverse esigenze.

- Formazione della figura del buyer pubblico. La Basilicata ha previsto nel periodo 2009-2010 interventi formativi, destinati alle amministrazioni sanitarie, agli EELL e alle associazioni di categoria, su utilizzo del MEPA, gare elettroniche, accordi quadro e sistema dinamico acquisti; nel corso del 2009 sono, inoltre, stati realizzati eventi informativi/promozionali di presen-

tazione del progetto RRA.

- Adozione di tecniche di valutazione multidimensionali (Health Technology Assessment–HTA). Il Dipartimento della Salute regionale ha promosso valutazioni HTA per VAD cardiaci, per il fabbisogno di prestazioni radioterapiche e per la realizzazione del Report PET-CT; è, inoltre, in itinere il progetto HTA-Thalassemia.
- Integrazione tra acquisti e logistica. La Regione ha posto attenzione allo sviluppo del modello organizzativo per la gestione del farmaco a tecnologia RFID, finalizzato al contenimento della spesa e al controllo di errori di somministrazione.
- Potenziamento dei sistemi informativi ed informatici (piattaforme ERP, e-health, mandato elettronico). Si fa riferimento in primo luogo all'ambizioso progetto LUMiR (LUcania Medici In Rete), realizzato dall'Itb-Cnr (nel contesto del progetto nazionale RMMG "Rete dei Medici di Medicina Generale"), che consentirà ai medici lucani di condividere i dati utili alla cura della salute del cittadino in una comunità virtuale per favorire il passaggio di informazioni e la continuità delle cure, migliorare l'appropriatezza degli interventi terapeutici, evitare ripetizioni di indagini diagnostiche e utilizzare in modo più efficiente le strutture ospedaliere territoriali. Scopo ultimo è perfezionare l'interconnessione logica ed il potenziamento a livello applicativo del SISR esistente grazie a componenti di base quali il fascicolo sanitario elettronico, la cartella clinica virtuale e il libretto sanitario elettronico.

Il progetto LUMiR si inserisce in un quadro maturo di sanità elettronica caratterizzato da numerose iniziative in corso quali, ad esempio, BASREFER (per l'invio di referti), TeleMedBas (telemedicina per consulto e formazione), AIRO (gestione dell'accettazione e dimissione ospedaliera, Pronto Soccorso, ecc.), anagrafe sanitaria, CUP (attivo dal 2004, tra il 2005 e il 2008 le prenotazioni telefoniche extraregionali sono passate dal 50% al 74%), ADI, sistemi per la gestione delle attività dei medici generali/pediatri (BASMed, Infanzia, Millewin, Perseo, ecc.), ICAR (Interoperabilità e Cooperazione Applicativa in rete tra le Regioni). La Basilicata ha aderito al progetto ICAR come Regione capofila all'interno del task "AP-1: Cooperazioni e Compensazioni sanitarie", che ha reso possibile l'identificazione dell'assistito, la comunicazione della mobilità sanitaria e l'accesso ai dati clinico-amministrativi a livello interregionale. La Regione si è, inoltre, dotata di un sistema RIS-PACS regionale per la gestione informatica dei dati e dei processi relativi alla Diagnostica per Immagini (attualmente in fase esecutiva). Da ricordare, infine, i progetti Tessera Sanitaria, per il potenziamento del monitoraggio della spesa sanitaria, e Pre-URT, che consentirà l'effettiva operatività del sistema LUMiR su larga scala, l'attivazione di collaborazioni scientifiche e contratti di ricerca, l'erogazione di servizi e formazione ed il raccordo tra l'infrastruttura regionale con gli altri progetti nazionali di e-health.

Curriculum Vitae Autori

✔ **CRISTINA ALATO**
Statistica.
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*.

✔ **ANNA CHIARA BERNARDINI**
Economista.
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*.

✔ **DENITA CEPIKU**
Economista.
Ricercatrice in economia aziendale e docente responsabile del corso di Strategia e controlli nelle Amministrazioni Pubbliche presso la Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".
Coordina lo Strategic Interest Group in Public Management dello European Academy of Management.

✔ **ANNA CONTE**
Dottoranda di Ricerca in Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche presso la facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". Laureata in Economia delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali, ha collaborato presso il CEIS in progetti di ricerca nel campo del management e dell'organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche.

✔ **ANTONELLA D'ADAMO**
Economista.
Master in Innovazione e Management nelle Amministrazioni Pubbliche.
Dottoressa di ricerca in Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche.
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma *Tor Vergata.*

✔ **SIMONA DI ROCCO**
Satistica.
Master in Econometria Applicata. Master in Economia Pubblica. Master in Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi.
Funzionario Statistico del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

✔ **MARCO DOGLIA**
Statistico.
Master in Economia Pubblica. Dottorando in Scienze Economiche.
Funzionario Statistico presso la Ragioneria Generale dello Stato.
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*.

✔ **GLORIA FIORANI**
Laureata in Economia delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali e Dottoressa di Ricerca in Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche presso l'Università degli Studi di Roma *Tor Vergata*.
Attualmente lavora presso la stessa Università in qualità di assegnista di ricerca.
Collabora come ricercatore con il CEIS-Sanità dal 2007.

✔ **LAURA FRANCIA**
Economista.
Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari.
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*.

✔ **CRISTINA GIORDANI**
Economista.
Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari.
Funzionario amministrativo del Ministero della Salute, Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali.
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*.

✔ **LARA GITTO**
Economista.
Master in International Business and Economic Integration. Master in Economia Sanitaria.
Docente a contratto di Economia Pubblica presso l'Università di Messina.
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*.

✔ **VALENTINA LISTA**
Economista.
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

✔ **MARCO MENEGUZZO**
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 delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche.
Collabora come docente ai programmi Master e Coordinatore progetti di ricerca al CEIS Sanità dal 2003.

✔ **GIOVANNA MORELLI**
Professore Associato di Politica Economica nell'Università di Teramo. Tra i suoi interessi di ricerca i rapporti tra istituzioni ed economia, l'economia dei servizi, l'economia e alle politiche dell'innovazione e della conoscenza, l'economia sanitaria e le politiche sociali, lo sviluppo economico e crescita sociale, le istituzioni e i mercati dei sistemi finanziari, le politiche per il finanziamento dei sistemi produttivi e dei servizi locali.
È direttore della rivista Economia dei Servizi. Mercati, Istituzioni, Management edita da Il Mulino.

✔ **FRANCESCO SAVERIO MENNINI**
Professore Incaricato dell'insegnamento di Politica Economica presso la Facoltà di Scienze dell'Università di Roma *Tor Vergata*.
Professore Supplente dell'insegnamento di Economia Sanitaria presso la Facoltà di Statistica dell'Università di Roma "La Sapienza". Ricercatore presso la Facoltà di Economia dell'Università di Roma *Tor Vergata*.
CHAIR del Comitato Scientifico dell'Associazione Europea di Economia Sanitaria (ECHE).

✔ **LAURA PETRILLO**
Dottoressa in Ingegneria Meccanica e consulente presso il CEIS, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma *Tor Vergata*.

✔ **SARA PIERASCENZI**
Dottoranda di ricerca in Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche presso l'Università degli Studi di Roma *Tor Vergata*.
Consulente presso il Controllo di Gestione e Sistema Informativo Direzionale dell'AUSL di Aosta.

✔ **MONICA PIOVI**
Direttore amministrativo dell'Ente per i Servizi Tecnico-Amministrativi di Area Vasta-Centro della Regione Toscana.

✔ **ESMERALDA PLONER**
Economista.
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*.

✔ **BARBARA POLISTENA**
Statistica.
Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari e Master in Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi.
Dottoranda in "Metodi Di Ricerca l'Analisi del Mutamento Socio-Economico".
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*.

✔ **GUIDO RASI**
Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

✔ **MARCO RATTI**
Economista.
Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari.
Collaboratore di ricerca per l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.na.s.).
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*.

✔ **PIERLUIGI RUSSO**
Dirigente Medico – Ufficio Coordinamento OsMed ed attività di HTA (AIFA).

✔ **PAOLO SCIATTELLA**
Statistico.
Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*.

✔ **PAOLO DANIELE SIVIERO**
Direttore Ufficio Centro Studi (AIFA).

✔ **FEDERICO SPANDONARO**
Ricercatore presso la Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".
Supplente dell'insegnamento di Matematica per le Applicazioni Economiche.
Membro Commissione Unica per i Dispositivi Medici del Ministero della Salute.