

Rapporto **CEIS - Sanità 2008**

*La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive
a sette anni dalla riforma del Titolo V
e alla vigilia del Federalismo fiscale*

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

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

Finito di stampare nel mese di gennaio 2009 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
CEIS - Sanità 2008

*La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive
a sette anni dalla riforma del Titolo V
e alla vigilia del Federalismo fiscale*

La VI Edizione del Rapporto Sanità del CEIS, 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:

- A.N.I.A. (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici)
- Boehringer Ingelheim Italia
- GlaxoSmithKline Italia
- J&J Medical Holding
- Pfizer Italia S.r.l.
- TEVA Pharma Italia S.p.a.

I *partner* dell'iniziativa condividono con il CEIS 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.



Il VI Rapporto Sanità (anno 2008) del CEIS, Università degli studi 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 2008) by CEIS, University of Rome Tor Vergata, is available on request at: segr.sanita@ceis.uniroma2.it

Indice

Presentazione del Rapporto

Luigi Paganetto, Giovanni Tria 29

Introduzione

La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del Federalismo fiscale

Spandonaro F. 33

Capitolo 1 - Il sistema di finanziamento

47

Giordani C., Morelli G.

1.1 Finanziamento della spesa sanitaria nei Paesi OECD 49

1.2 Finanziamento e risultato economico di esercizio del SSN italiano 55

1.3 Finanziamento e risultato economico di esercizio dei Servizi Sanitari Regionali 59

1.4 Il riparto delle risorse per la sanità 65

Riferimenti bibliografici 72

Capitolo 2 - Il sistema dell'assistenza ospedaliera

75

Francia L., Polistena B., Sciattella P.

2.1 Le strutture e i posti letto 82

2.2 Le apparecchiature tecnico-biomediche 95

2.3 Le risorse umane 98

2.3.1 Il personale delle strutture di ricovero e cura pubbliche 104

2.4 Assistenza per acuzie 108

2.4.1	Tassi di ricovero in acuzie	108
2.4.2	Degenza media e case-mix	117
2.4.3	Il valore della produzione	118
2.4.4	L'appropriatezza	124
2.4.5	Politiche tariffarie	126
2.5	Assistenza per riabilitazione	131
2.5.1	Tassi di ricovero	131
2.5.2	Degenza media	134
2.5.3	Il valore della produzione	135
2.6	Assistenza per lungodegenza	135
2.6.1	Il bisogno	135
2.6.2	Degenza media	137
2.6.3	Il valore della produzione	138
2.7	La spesa per ricovero nei paesi OECD	138
2.8	Stima della spesa sanitaria ospedaliera totale	142
2.9	L'andamento della spesa ospedaliera convenzionata	146
Riferimenti bibliografici		150
Appendici		151
Focus		
L'attività di trapianto in Italia: Un'analisi regionale dei flussi di domanda e offerta		
		154
Donia Sofia A., Gitto L.		
2.A.1	L'offerta di trapianti	155
2.A.2	La domanda di trapianti	157
2.A.3	Risultati delle stime e problemi aperti	166
Riferimenti bibliografici		170
<i>Capitolo 3 - Il sistema dell'emergenza sanitaria</i>		175
Piasini L., Coticoni M., Francia L.		
3.1	La normativa di riferimento	176
3.2	Offerta strutturale e assistenziale	177
3.3	I ticket del Pronto Soccorso	180
Riferimenti bibliografici		187

Capitolo 4 - Il sistema di assistenza residenziale 191

Doglia M.

4.1	Le Residenze Sanitarie: caratterizzazione	193
4.2	Le Residenze Sanitarie	195
4.3	I dati sulle Residenze Sanitarie	198

Riferimenti bibliografici		205
----------------------------------	--	-----

Capitolo 5 - Il sistema dell'assistenza farmaceutica 209

Bernardini A.C., Ratti M.

5.1	Le politiche nazionali sul farmaco	212
5.2	Gli interventi regionali	213
5.2.1	Ticket farmaceutico	213
5.2.2	Distribuzione diretta e per conto	215
5.2.3	Limiti prescrittivi	216
5.2.3.1	Limiti prescrittivi degli anibitori di pompa	216
5.2.3.2	Quota minima di farmaci equivalenti	218
5.3	L'evoluzione della spesa farmaceutica	220
5.4	Spesa farmaceutica nazionale e regionale	222

Riferimenti bibliografici		228
----------------------------------	--	-----

Capitolo 6 - Il sistema di assistenza specialistica 231

Alato C., Polistena B.

6.1	Spesa specialistica OECD	233
6.2	Il Bisogno	236
6.3	Prestazioni	238
6.4	Offerta	244
6.5	Dimensione delle strutture erogatrici	247
6.6	Evoluzione della spesa specialistica convenzionata	250
6.7	Spesa specialistica totale (stima)	255
6.8	Ticket	258

*Capitolo 7 - L'integrazione socio-sanitaria:
i percorsi adottati dalle Regioni italiane* 263

D'Adamo A., Giordano R.

7.1	Le linee di riforma in tema di integrazione socio-sanitaria	263
7.2	Il processo di decentramento istituzionale/decisionale e il riordino del sistema di offerta delle prestazioni sociali	264
7.3	Gli strumenti di programmazione per il governo del sistema di politiche ed assistenziali	273
7.4	Lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sanitari e socio-sanitari	279
7.5	Conclusioni	285
Riferimenti bibliografici		287

Capitolo 8 - Il sistema dell'assistenza domiciliare 291

Ploner E., Polistena B.

8.1	Gli orientamenti nazionali in tema di cure domiciliari	293
8.2	L'Assistenza Domiciliare nelle Regioni	300
8.3	Le cifre della disabilità in Italia	303
8.4	Potenziale offerta di ADI sul territorio	307
8.5	Il ricorso all'Assistenza Domiciliare integrata	310
8.6	La spesa sanitaria per ADI (stima)	313
Riferimenti bibliografici		316

Capitolo 9 - La spesa sanitaria 319

Polistena B.

9.1	Analisi della spesa sanitaria nei paesi OECD	324
9.2	La dinamica della spesa sanitaria nei paesi OECD	328
9.3	La composizione della spesa sanitaria nei paesi OECD	330
9.4	La spesa sanitaria pubblica in Italia	332
9.5	La spesa sanitaria privata in Italia	340
9.6	La spesa sanitaria pubblica diretta per funzioni in Italia	343
9.7	La spesa sanitaria pubblica conenzionata per funzioni in Italia	351

9.8	L'analisi dei costi sanitari	362
9.9	Banca dati e modello stimato	364
9.10	L'evoluzione della spesa sanitaria totale	367
9.11	L'evoluzione della spesa sanitaria pubblica e privata	368

Riferimenti bibliografici		370
----------------------------------	--	-----

Capitolo 10 - L'equità nel SSN

Doglia M.

10.1	Dati e metodologia	375
10.2	L'impoverimento e le spese catastrofiche	376
10.3	L'impatto delle varie tipologie di spesa sanitaria <i>out of pocket</i>	382

Riferimenti bibliografici		384
----------------------------------	--	-----

Capitolo 11 - L'impatto del sistema sanitario sull'economia

Ratti M., Spandonaro F., Borgia P.

11.1	Il sistema industriale farmaceutico	387
11.1.1	L'industria farmaceutica internazionale	389
11.1.2	L'industria farmaceutica in Italia	395
11.1.3	Il settore industriale dei farmaci equivalenti	400
11.1.4	L'industria dei farmaci generici in Italia	402
11.2	Il sistema industriale dei dispositivi medici	404
11.2.1	Il mercato internazionale dei dispositivi medici	405
11.2.2	Il mercato Europeo dei dispositivi medici	408
11.2.3	Spesa pubblica per i dispositivi medici in Italia	414
11.3	Il mercato assicurativo	416
11.3.1	il mercato internazionale	416
11.3.2	Il mercato a livello nazionale	418
11.3.3	La tutela integrativa	420

Riferimenti bibliografici		422
----------------------------------	--	-----

Curriculum Vitae Autori		423
--------------------------------	--	-----

Indice grafici e figure

Capitolo 1 - Il sistema di finanziamento

- Tabella 1.1 Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria Valori percentuali – Anno 2006	48
- Tabella 1.2 Caratteristiche dei sistemi sanitari nei Paesi OECD - Anno 2006	50
- Figura 1.1 Spesa sanitaria Paesi OECD per fonte di finanziamento (pubblica e privata). Valori percentuali – Anno 2006	51
- Figura 1.2 Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria nei Paesi OECD. Valori percentuali – Anni 1980-2006	52
- Figura 1.3 Composizione del finanziamento privato della spesa sanitaria nei Paesi OECD. Valori percentuali – Anno 2006	54
- Figura 1.4 Finanziamento del SSN in percentuale del PIL. Valori percentuali – Anni 1982-2007	55
- Figura 1.5 Spesa, finanziamento e disavanzo. Valori in percentuale del PIL – Anni 1982-2007	56
- Figura 1.6 Confronto tra disavanzo nazionale e somma del disavanzo delle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori in percentuale del PIL – Anni 2003-2007	57
- Figura 1.7 Quota di disavanzo delle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori in percentuale del disavanzo nazionale – Anni 2003-2007	58
- Tabella 1.3 Variazioni annue del finanziamento, del disavanzo e delle principali voci di spesa. Valori percentuali – Anni 2003-2007	58
- Tabella 1.4 Incrementi annui del finanziamento nominale e reale. Valori percentuali – Anni 2001-2007	59
- Tabella 1.5 Finanziamento pro-capite regionale. Valori in euro – Anni 1995-2007	60
- Figura 1.8 Finanziamento pro-capite regionale e quota popolazione over 65. Valori in euro e in percentuale – Anno 2007	61
- Figura 1.9 Finanziamento per ripartizione geografica su PIL. Valori percentuali – Anni 1992-2007	62
- Tabella 1.6 Risultati di esercizio regionali. Valori assoluti e pro-capite – Anni 2003-2007	63
- Tabella 1.7 Saldi mobilità sanitaria interregionale. Milioni di euro – Anni 2001-2007	64
- Tabella 1.8 Vincoli di destinazione del finanziamento: criteri nazionali. Valori percentuali – Anni 2003-2007	66
- Tabella 1.9 Quote assegnate a livello regionale. Valori percentuali – Anni 2007-2008	66

- Figura 1.10 Relazione tra numero di posti letto per 1.000 abitanti (strutture pubbliche e convenzionate) e quota LEA per assistenza ospedaliera. Valori percentuali e assoluti – Anno 2006	67
- Tabella 1.10 Centralizzazione delle risorse finanziarie per la sanità. Valori percentuali – Anni 2007-2008	68
- Figura 1.11 Riparto FSR 2007, Regione Emilia Romagna	69
- Figura 1.12 Riparto FSR 2008, Regione Lazio	69
- Figura 1.13 Riparto FSR 2007, Regione Basilicata	70
- Figura 1.14 Riparto FSR 2007, Regione Puglia	70
- Figura 1.15 Riparto FSR 2007, Regione Sicilia	71

Capitolo 2 - Il sistema dell'assistenza ospedaliera

- Figura 2.1 Variazione nel numero delle strutture e dei posti letto totali. Valori percentuali – Anni 2006-2000	75
- Figura 2.2 Posizionamento regionale rispetto alla variazione del numero delle strutture e dei posti letto totali. Valori percentuali – Anni 2006-2000	76
- Figura 2.3 Tassi di ricovero per regime (ordinario e <i>day hospital</i>). Italia=1 – Anno 2005	77
- Figura 2.4 Indicatore di complessità dei ricoveri. Acuzie in regime ordinario - Anno 2005	77
- Figura 2.5 Indicatore di (in)appropriatezza. Ricoveri in acuzie - Anno 2005	78
- Figura 2.6 Tariffa Media Regionale. Valori percentuali rispetto alla media	79
- Figura 2.7 Tassi di ricovero in regime di riabilitazione (ricoveri ordinari). Italia=1 – Anno 2005	80
- Figura 2.8 Degenza media. Ricoveri ordinari per riabilitazione. Italia=1 – Anno 2005	80
- Figura 2.9 Tassi di ricovero in regime di lungodegenza (ricoveri ordinari). Italia=1 – Anno 2005	81
- Figura 2.10 Distribuzione del valore della produzione per regime e funzione ospedaliera - Anno 2005	82
- Figura 2.10a Variazione nel numero delle strutture e dei posti letto totali. Valori percentuali – Anni 2006-2000	89
- Tabella 2.1 Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per tipo di struttura - Anno 2006	83
- Tabella 2.2 Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate. Variazioni percentuali 2006-2000	84
- Tabella 2.3 Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate. Variazione media annua 2005-2000 e 2006-2005	85
- Tabella 2.4 Posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati per regime di ricovero - Anno 2006	86

- Tabella 2.5 Posti letto pubblici e accreditati. Variazione percentuale – Anni 2006-2000	87
- Tabella 2.6 Posti letto pubblici e privati accreditati. Variazione media annua 2005-2000 e 2006-2005	88
- Tabella 2.7 Variazione del numero di posti letto in degenza ordinaria e diurna. Valori percentuali – Anni 2006-2000	90
- Tabella 2.8 Variazione posti letto in degenza ordinaria e diurna. Variazione media annua – Anni 2005-2000	91
- Tabella 2.9 Variazione posti letto in degenza ordinaria e diurna. Valori percentuali – Anni 2006-2005	92
- Tabella 2.10 Posti letto acuti e non acuti pubblici e privati accreditati previsti per 1.000 abitanti - Anno 2006	93
- Figura 2.11 Posti letto per mille abitanti popolazione effettiva e standardizzata - Anno 2006	94
- Tabella 2.11 Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate - Anno 2006	96
- Tabella 2.12 Variazione nel numero di apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate. Valori percentuali – Anni 2006-2000	97
- Tabella 2.13 Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per 1.000.000 abitanti - Anno 2006	98
- Tabella 2.14 Personale dipendente del SSN (ASL e AO). Valori assoluti – Anno 2006	99
- Tabella 2.15 Composizione del personale dipendente del SSN (ASL e AO). Valori percentuali – Anno 2006	100
- Tabella 2.16 Variazione del personale dipendente del SSN. Valori percentuali – Anno 2006-2005	101
- Tabella 2.17 Variazione del personale dipendente del SSN. Variazione media annua – Anni 2005-2000	102
- Tabella 2.18 Personale dipendente dal SSN per 1.000 abitanti popolazione effettiva e pesata per età - Anno 2006	103
- Tabella 2.19 Personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche - Anno 2006	104
- Tabella 2.20 Variazione del personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche. Variazione percentuale – Anni 2006-2005	105
- Tabella 2.21 Variazione del personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche. Variazione media annua – Anni 2005-2000	106
- Tabella 2.22 Personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche per posto letto - Anni 2005 e 2006	107

- Figura 2.12 Tassi di ricovero per classi d'età. Acuti in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	108
- Figura 2.13 Tassi di ricovero totali e per età 0 e 75+. Acuti in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	109
- Figura 2.14 Tassi di ricovero per sesso. Acuti in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	110
- Figura 2.15 Tassi di ricovero per tipo di DRG. Acuti in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	111
- Figura 2.16 Tassi di ricovero per tipo di DRG e classi d'età. Acuti in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	112
- Figura 2.17 Tassi di ricovero per classi d'età. Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	113
- Figura 2.18 Tassi di ricovero totali e per classi d'età. Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	113
- Figura 2.19 Tassi di ricovero in giornate di degenza totali e per classe d'età. Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	114
- Figura 2.20 Tassi di ricovero per sesso. Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	115
- Figura 2.21 Tassi di ricovero per tipo di DRG. Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	116
- Figura 2.22 Tassi di ricovero per tipo di DRG e classi d'età. Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	116
- Tabella 2.23 Degenza media per età e Regione di residenza. Ricoveri ordinari in acuzie. Anno 2005	117
- Tabella 2.24 Peso medio per età e Regione di residenza. Acuti in regime ordinario - Anno 2005	118
- Tabella 2.25 Valore della produzione per regione di residenza. Acuti in regime ordinario - Anno 2005	119
- Figura 2.23 Quota del valore della produzione ospedaliera dovuto a nascite. Acuti in regime ordinario. Valori percentuali – Anno 2005	120
- Figura 2.24 Quota del valore della produzione ospedaliera per 65+ anni. Acuti in regime ordinario. Valori percentuali – Anno 2005	121
- Figura 2.25 Valore della produzione pro-capite per età 0, 75+. Acuti in regime ordinario. Età 15-64 anni=1 – Anno 2005	122
- Figura 2.26 Valore della produzione per ricovero, Italia=100. Acuti in regime ordinario. Valori percentuali – Anno 2005	123
- Figura 2.27 Valore della produzione per ricovero, Italia=100. Acuti in regime diurno. Valori percentuali – Anno 2005	124
- Tabella 2.26 Ricoveri potenzialmente inappropriati per regime. Valori percentuali sul totale dei ricoveri in acuzie – Anno 2005	125
- Tabella 2.27 Valore della produzione in acuzie per DRG inappropriati. Acuti in Regime ordinario - Anno 2005	126

- Tabella 2.28 Delibere Regionali che regolano le tariffe delle prestazioni ospedaliere vigenti, e versione del grouper adottata	127
- Figura 2.28 Tariffa Media Regionale. Acuti in regime ordinario. Valori percentuali rispetto alla media	128
- Tabella 2.29 Variazioni medie delle tariffe regionali rispetto alla media nazionale calcolata sui 100 DRG più frequenti. Acuti in regime ordinario. Valori percentuali	129
- Tabella 2.30 DRG che presentano scarti regionali minimi e massimi. Ricoveri per acuti in regime ordinario	130
- Figura 2.29 Tassi di ricovero totali e per classi d'età. Riabilitazione in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	132
- Figura 2.30 Tassi di ricovero totali e per sesso. Riabilitazione in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	132
- Figura 2.31 Tassi di ricovero in giornate di degenza totali e per classi d'età. Riabilitazione in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	133
- Tabella 2.31 Degenza media riabilitazione regime ordinario - Anno 2005	134
- Figura 2.32 Tassi di ricovero totali e per classi d'età. Lungodegenza in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	135
- Figura 2.33 Tassi di ricovero totali e per sesso. Lungodegenza in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	136
- Figura 2.34 Tassi di ricovero in giornate di degenza per età. Lungodegenza in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005	137
- Tabella 2.32 Valore della produzione per Regione di residenza. Lungodegenza in regime ordinario - Anno 2005	138
- Tabella 2.33 Quota di spesa complessiva per ricovero su spesa sanitaria totale. Valori percentuali – Anni 2000 e 2006	139
- Tabella 2.34 Spesa complessiva per degenza pro-capite nei Paesi OECD. Valori in dollari (PPP)	140
- Tabella 2.35 Quota di spesa pubblica per degenza su spesa per ricovero totale nei Paesi OECD. Valori percentuali	141
- Tabella 2.36 Stima spesa ospedaliera totale pro-capite e quota di spesa pubblica. Anno 2007	143
- Tabella 2.37 Quota di spesa ospedaliera totale su spesa sanitaria. Valori percentuali Anno 2007	144
- Tabella 2.38 Stima spesa ospedaliera totale pro-capite per popolazione pesata. Valori in euro e numeri indice (media Italia=100) – Anno 2007	145
- Tabella 2.39 Quota di spesa ospedaliera convenzionata su spesa totale pubblica. Valori percentuali	146
- Tabella 2.40 Quota di spesa ospedaliera convenzionata su spesa convenzionata. Valori percentuali	147
- Tabella 2.41 Variazione della spesa ospedaliera convenzionata. Valori percentuali	148
- Tabella 2.42 Spesa ospedaliera convenzionata pro-capite. Valori in euro	149

Appendice

- Tabella 2.A.1 Elenco dei 100 DRG più frequenti in regime ordinario (acuzie)	151
--	-----

Focus: L'attività di trapianto in Italia: Un'analisi regionale dei flussi di domanda e offerta

- Tabella 2.A.1 Centri Regionali Trapianti per organo trapiantato - Anno 2006	157
- Tabella 2.A.2 Regione di residenza vs. Regione di iscrizione dei pazienti in lista d'attesa - Anno 2006	158
- Tabella 2.A.3 Pazienti iscritti in lista d'attesa - Anno 2006	160
- Tabella 2.A.4 Regione di residenza vs. Regione di iscrizione dei pazienti trapiantati - Anno 2006	162
- Tabella 2.A.5 Liste d'attesa a seconda dell'organo trapiantato. Numero pazienti - Anno 2006	164
- Tabella 2.A.6 Numero di donatori (per milione di abitanti) - Anno 2006	165
- Tabella 2.A.7 Statistiche descrittive - Anno 2006	167
- Tabella 2.A.8 Risultati (1)	168
- Tabella 2.A.9 Risultati (2)	169

Capitolo 3 - Il sistema dell'emergenza sanitaria

- Figura 3.1 Servizi per l'emergenza sanitaria. Tassi per 100.000 abitanti - Anno 2006	175
- Tabella 3.1 Servizi per l'emergenza sanitaria. Tassi per 100.000 abitanti - Anno 2006	178
- Tabella 3.2 Mezzi di soccorso (pubblici e privati). Tassi per 100.000 abitanti - Anno 2006	179
- Tabella 3.3 Accessi al Pronto Soccorso - Anno 2006	180
- Tabella 3.4 Ticket di Pronto Soccorso attualmente in vigore	183

Capitolo 4 - Il sistema di assistenza residenziale

- Figura 4.1 Relazione tra tasso di ricovero ordinario in acuzie over 65 e posti letto nelle RSA e nelle Residenze socio-sanitarie - Anno 2005	192
- Tabella 4.1 Schema dei principali requisiti delle RSA	196
- Tabella 4.2 Presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria al 31/12/2005	200
- Tabella 4.3 Presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria. Posti letto per 1.000 residenti al 31/12/2005	201
- Tabella 4.4 Distribuzione per data di inizio di attività dei Presidi attivi al 31/12/2005	202

- Tabella 4.5 Posti letto nei presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria al 31/12/2005	202
- Figura 4.2 Relazione tra tasso di ricovero ordinario over 75 in acuzie e posti letto nelle RSA e nelle Residenze socio-sanitarie per anziani al 31/12/2005	203
- Figura 4.3 Relazione fra peso medio dei ricoveri in regime ordinario degli anziani (65+) e posti nelle RSA e nelle Residenze socio-sanitarie per anziani al 31/12/2005	204
- Tabella 4.6 Presidi residenziali socio-assistenziali a valenza sanitaria per tipo di ente gestore e tipologia di presidio - Anno 2005	204
- Tabella 4.7 Presidi residenziali socio-assistenziali a valenza sanitaria che applicano differenziazioni tariffarie (numero di presidi) - Anno 2004	205

Capitolo 5 - Il sistema dell'assistenza farmaceutica

- Tabella 5.1 "Livello" di regolamentazione regionale	210
- Figura 5.1 Correlazione tra spesa farmaceutica pro-capite e quote di generici - Anno 2007	211
- Tabella 5.2 Influenza della regolamentazione sulla spesa farmaceutica	212
- Figura 5.2 L'applicazione dei ticket nelle Regioni Italiane	214
- Tabella 5.3 Distribuzione diretta e per conto attivazione	216
- Tabella 5.4 Alcune limitazioni di prescrivibilità dei farmaci a carico del SSN	217
- Tabella 5.5 Prezzi di riferimento inibitori di pompa	218
- Tabella 5.6 Quote generici garantite	219
- Figura 5.3 Incidenza della spesa farmaceutica totale sulla spesa sanitaria totale nei Paesi OECD. Valori Percentuali – Anni 1996-2006	221
- Figura 5.4 Spesa pro-capite farmaceutica totale nei Paesi OECD. US \$ in Parità Potere di Acquisto – Anno 2006	222
- Figura 5.5 Spesa farmaceutica territoriale in Italia. Milioni di euro – Anni 1985-2007	223
- Figura 5.6 Spesa per farmaci equivalenti sulla spesa netta per quota branded e unbranded. Valori percentuali – Anno 2007	223
- Figura 5.7 Spesa regionale per farmaci equivalenti sulla spesa netta. Valori percentuali – Anni 2003-2007	224
- Tabella 5.7 Calendario delle principali scadenze brevettali - Anni 2007-2008	225
- Tabella 5.8 Composizione del consumo farmaceutico. Italia – Anno 2007	226
- Figura 5.8 Spesa farmaceutica netta su FSR. Valori percentuali – Anno 2007	227
- Figura 5.9 Spesa farmaceutica pro-capite territoriale pesata. Valori in euro – Anno 2007	228

Capitolo 6 - Il sistema di assistenza specialistica

- Figura 6.1 Correlazione tra spesa specialistica totale pro-capite e PIL pro-capite. Valori in euro – Anno 2006	231
- Figura 6.2 Quota di visite totalmente a pagamento e PIL pro-capite. Valori in euro – Anno 2006	232
- Tabella 6.1 Spesa specialistica totale pro-capite - Anno 2006	233
- Tabella 6.2 Spesa specialistica pubblica e privata pro-capite. Valori in dollari (PPP)	234
- Tabella 6.3 Quota di spesa specialistica pubblica e privata su spesa sanitaria totale. Valori percentuali	235
- Tabella 6.4 Quota di spesa specialistica pubblica su spesa ambulatoriale totale. Valori percentuali	236
- Tabella 6.5 Visite specialistiche per tipo di visita – Anno 2005	237
- Figura 6.3 Quota regionale di visite specialistiche a pagamento intero. Valori percentuali – Anno 2005	238
- Tabella 6.6 Prestazioni per tipologia - Anno 2006	239
- Tabella 6.7 Variazione media annua delle prestazioni di specialistica per tipologia - Anni 2006-2001	240
- Tabella 6.8 Prestazioni pro-capite per tipologia - Anno 2006	241
- Figura 6.4 Prestazioni di specialistica ambulatoriale pro-capite - Anno 2006	242
- Tabella 6.9 Prestazioni pro-capite per popolazione pesata - Anno 2006	243
- Figura 6.5 Prestazioni di specialistica ambulatoriale per popolazione pesata – Anno 2006	244
- Tabella 6.10 Numero strutture - Anno 2006	245
- Tabella 6.11 Quota di strutture private accreditate per branca. Valori percentuali – Anno 2006	246
- Tabella 6.12 Prestazioni medie per struttura e per branca - Anno 2006	247
- Tabella 6.13 Variazione delle prestazioni medie per struttura e per branca. Valori percentuali	248
- Tabella 6.14 Bacini medi di utenza delle strutture. Abitanti per struttura – Anno 2006	249
- Tabella 6.15 Quota di spesa per assistenza specialistica su spesa totale. Valori percentuali	251
- Tabella 6.16 Quota di spesa per assistenza specialistica ambulatoriale su spesa convenzionata. Valori percentuali	252
- Tabella 6.17 Variazione della spesa per assistenza specialistica. Valori percentuali	253
- Tabella 6.18 Spesa per assistenza specialistica convenzionata pro-capite. Valori in euro	254
- Tabella 6.19 Spesa per assistenza specialistica convenzionata per abitante per popolazione pesata. Numeri indice (media Italia=100) – Anno 2007	255
- Tabella 6.20 Quota di spesa specialistica erogata dalle strutture private su spesa specialistica totale. Valori percentuali – Anno 2006	256

- Figura 6.6 Correlazione Regionale tra PIL e spesa sanitaria specialistica. Valori in euro – Anno 2006	257
- Tabella 6.21 Stima della spesa specialistica totale per abitante - Anno 2006	258

Capitolo 7 - L'integrazione socio-sanitaria: i percorsi adottati dalle Regioni

- Tabella 7.1 Leggi e orientamenti regionali sul sistema dei servizi sociali	267
- Figura 7.1 Leggi di riordino del sistema di offerta delle prestazioni sociali	275
- Figura 7.2 Gli strumenti di programmazione per il governo del sistema di politiche sociali ed assistenziali	275
- Tabella 7.2 Strategie adottate dai Sistemi Socio-Sanitari Regionali italiani	276
- Tabella 7.3 Stato della programmazione territoriale	278
- Figura 7.3 I livelli di funzionamento di un modello organizzativo dell'integrazione socio-sanitaria	284
- Figura 7.4 Gli strumenti dell'integrazione socio-sanitaria	285

Capitolo 8 - Il sistema dell'assistenza domiciliare

- Figura 8.1 Quota di over 65 assistiti in ADI e ore per caso trattato - Anno 2006	291
- Tabella 8.1 Ore medie di ADI per abitante anziano - Anno 2006	292
- Tabella 8.2 ASL senza servizio di Assistenza Domiciliare Integrata - Anno 2006	293
- Tabella 8.3 Principali riferimenti normativi nazionali sull'ADI 1992 - settembre 2008	297
- Tabella 8.4 Standard qualificanti i LEA delle cure domiciliari	299
- Tabella 8.5 Persone disabili di 6 anni e più per sesso e classe di età. Valori assoluti e tassi di disabilità per 100 persone – Anni 2004-2005	304
- Tabella 8.6 Persone disabili di 6 anni e più. Valori assoluti e tassi di disabilità – Anni 2004-2005	305
- Tabella 8.7 Persone disabili di 6 anni e più per classe di età e posizione nel contesto familiare. Valori percentuali – Anno 2005	306
- Tabella 8.8 Persone disabili di 6 anni e più per classe di età e titolo di studio. Valori percentuali – Anno 2005	307
- Tabella 8.9 ASL con servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. Valori percentuali – Anni 2004-2006	308
- Tabella 8.10 Strutture di ricovero pubbliche e case di cura accreditate che erogano il servizio di ospedalizzazione domiciliare. Valori percentuali – Anni 2004-2006	309
- Tabella 8.11 Casi trattati in ADI - Anni 2004-2006	310
- Tabella 8.12 Ore medie assistenza erogata per abitante anziano - Anni 2004-2006	312
- Figura 8.2 Confronto regionale disabili trattati in ADI. Valori percentuali – Anno 2005	313
- Tabella 8.13 Stima della spesa per ADI totale pro-capite - Anno 2006	314
- Tabella 8.14 Spesa per ADI per popolazione over 65 – Anno 2006	315

Capitolo 9 - La spesa sanitaria

- Figura 9.1 Spesa sanitaria totale pro-capite 2006 e incremento medio annuo 2006-1995 Europa, Stati Uniti e Giappone	319
- Figura 9.2 Spesa sanitaria pubblica regionale pro-capite 2007 e incremento medio annuo 2007-2001	320
- Figura 9.3 Composizione (pubblica/privata) della spesa sanitaria - Anno 2006	321
- Tabella 9.1 Classifica regionale della spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata) e numeri indice (media Italia=100) - Anno 2007	322
- Tabella 9.1a Classifica regionale della spesa sanitaria pubblica per residente pro-capite (popolazione pesata) - Anno 2007	323
- Figura 9.4 Spesa sanitaria su PIL Paesi OECD. Valori percentuali – Anno 2006	325
- Tabella 9.2 Spesa sanitaria totale pro-capite Paesi OECD. Valori in dollari (PPP)	326
- Tabella 9.2a Variazione media annua della spesa sanitaria totale pro-capite Paesi OECD. Valori percentuali	327
- Tabella 9.3 Spesa su PIL Paesi OECD. Valori percentuali	328
- Figura 9.5 Correlazione tra spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite OECD. Valori in dollari (PPP) – Anno 2006	329
- Figura 9.6 Correlazione tra livello di spesa sanitaria 1995 e incremento 2006/1995. Paesi OECD – Valori in dollari (PPP)	330
- Tabella 9.4 Quota di spesa sanitaria pubblica su spesa sanitaria totale Paesi OECD. Valori percentuali	331
- Tabella 9.5 Spesa sanitaria pubblica e tassi di variazione annui	332
- Tabella 9.6 Variazione spesa sanitaria pubblica. Valori percentuali	333
- Figura 9.7 Spesa sanitaria regionale pro-capite per popolazione pesata 2001 e variazione media annua 2007-2001	334
- Figura 9.8 Andamento della spesa sanitaria pubblica su PIL. Ripartizioni geografiche – Anni 2001-2007	335
- Tabella 9.7 Spesa sanitaria regionale pubblica su PIL. Valori percentuali	336
- Tabella 9.8a Spesa sanitaria regionale pubblica pro-capite. Numeri indice (media Italia =100)	337
- Tabella 9.8b Spesa sanitaria regionale pubblica pro-capite per popolazione pesata. Valori in euro e numeri indice (media Italia =100) – Anno 2007	338
- Tabella 9.8c Ranghi dei numeri indice spesa pro-capite per popolazione pesata e non pesata - Anno 2007	339
- Figura 9.9 Correlazione tra spesa sanitaria privata pro-capite e PIL pro-capite per Regione. Valori in euro – Anno 2006	340
- Tabella 9.9 Quota di spesa privata su spesa totale. Valori percentuali	341
- Tabella 9.10 Spesa sanitaria privata pro-capite. Valori in euro	342
- Tabella 9.11 Variazione della spesa sanitaria privata pro-capite. Valori percentuali	343
- Tabella 9.12 Quota di spesa sanitaria diretta su spesa sanitaria pubblica. Valori percentuali	344
- Tabella 9.13 Percentuale spesa per il personale su spesa diretta	345

- Tabella 9.14 Spesa regionale per il personale dipendente. Valori in euro per dipendente	346
- Tabella 9.15 Quota di spesa per beni su spesa diretta. Valori percentuali	347
- Tabella 9.16 Variazione della spesa per beni. Valori percentuali	348
- Tabella 9.17 Quota di spesa per servizi su spesa diretta regionale. Valori percentuali	349
- Tabella 9.18 Variazione della spesa per servizi. Valori percentuali	350
- Tabella 9.19 Quota di spesa convenzionata su spesa totale. Valori percentuali	351
- Tabella 9.20 Quota di spesa farmaceutica convenzionata su spesa totale convenzionata. Valori percentuali	352
- Tabella 9.21 Variazione della spesa farmaceutica convenzionata. Valori percentuali	353
- Tabella 9.22 Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite per popolazione pesata. Valori in euro e numeri indice (media Italia=100) – Anno 2007	354
- Tabella 9.23 Quota spesa ospedaliera convenzionata su spesa convenzionata. Valori percentuali	355
- Tabella 9.24 Variazione della spesa ospedaliera convenzionata. Valori percentuali	356
- Tabella 9.25 Quota di spesa per medicina di base su spesa convenzionata. Valori percentuali	357
- Tabella 9.26 Variazione della spesa per medicina di base. Valori percentuali	358
- Tabella 9.27 Quota di spesa per assistenza specialistica su spesa convenzionata. Valori percentuali	359
- Tabella 9.28 Variazione della spesa per assistenza specialistica. Valori percentuali	360
- Tabella 9.29 Quota di spesa per assistenza riabilitativa convenzionata su spesa convenzionata. Valori percentuali	361
- Tabella 9.30 Spesa sanitaria regionale per residenti. Valori in euro	362
- Tabella 9.31 Spesa sanitaria pro-capite regionale per residenti. Valori in euro	363
- Tabella 9.31a Spesa sanitaria pro-capite regionale per residenti (popolazione pesata). Valori in euro	364
- Tabella 9.32 Modello di regressione su dati panel, Italia - Anni 1995-2006	366
- Tabella 9.33 Modello di regressione su dati panel, Regioni Lazio, Sicilia, Campania, Abruzzo, Molise e Liguria - Anni 1995-2006	367
- Tabella 9.34 Previsione della spesa sanitaria totale	368
- Tabella 9.35 Previsione della spesa sanitaria pubblica	369
- Tabella 9.36 Previsione della spesa sanitaria privata	369

Capitolo 10 - L'equità nel SSN

- Figura 10.1 Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche - Anno 2006	373
- Figura 10.2 Distribuzione delle Regioni per livello e variazione dell'impoverimento	374
- Tabella 10.1 Impoverimento, povertà e spese catastrofiche. Distribuzione delle famiglie per quintili di consumo standardizzato. Valori percentuali – Anno 2005	376

- Tabella 10.2 Impoverimento, povertà e spese catastrofiche. Distribuzione delle famiglie per quintili di consumo standardizzato. Valori percentuali – Anno 2006	376
- Tabella 10.3 Spesa sanitaria OOP e quota di spesa delle famiglie impoverite in Italia - Anni 2005 e 2006	377
- Tabella 10.4 Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche. Incidenza secondo la tipologia familiare - Anni 2005-2006	378
- Tabella 10.5 Distribuzione delle famiglie secondo la tipologia. Valori percentuali – Anni 2005-2006	379
- Tabella 10.6 Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche. Incidenza secondo la Regione di residenza e le soglie nazionali. Valori percentuali – Anni 2005-2006	380
- Tabella 10.7 Famiglie povere, impoverite. Incidenza secondo la Regione di residenza e le soglie regionali. Valori percentuali – Anni 2005-2006	381
- Tabella 10.8 Composizione del consumo sanitario out of pocket. Famiglie povere. Valori percentuali – Anno 2006	382
- Tabella 10.9 Composizione del consumo sanitario out of pocket. Famiglie impoverite per quintili di consumo standardizzato. Valori percentuali – Anno 2006	382
- Tabella 10.10 Composizione del consumo sanitario out of pocket. Famiglie soggette a spese catastrofiche per quintili di consumo standardizzato. Valori percentuali – Anno 2006	383

Capitolo 11- L'impatto del sistema sanitario sull'economia

- Tabella 11.1 Concentrazione a livello regionale delle esportazioni ed importazioni in Italia – Anno 2007	388
- Figura 11.1 Correlazione tra bilancia commerciale e media occupati per azienda – Anno 2007	389
- Figura 11.2 Quota di mercato farmaceutico mondiale – Anno 2007	390
- Figura 11.3 Importazioni, esportazioni e bilancia commerciale del settore farmaceutico mondiale - Anno 2007	391
- Tabella 11.2 Numero di aziende ed occupati nel settore farmaceutico mondiale - Anno 2006-2007	392
- Figura 11.4 Composizione e quota del valore della produzione della R&S – principali settori industriali – Anno 2007	393
- Figura 11.5 Spesa farmaceutica in R&S - Anni 1990-2006	394
- Figura 11.6 Quota di mercato farmaceutico assorbita dalla R&S - Anni 1990-2006	394
- Figura 11.7 Nuove molecole lanciate sul mercato mondiale – Anni 1990-2007	395
- Figura 11.8 Allocazione delle aziende farmaceutiche sul territorio italiano - Anno 2007	396
- Tabella 11.3 Occupati nel settore farmaceutico italiano – Anno 2007	397
- Figura 11.9 Spesa per R&S in Italia - Anni 1980-2007	398

- Tabella 11.4 Investimenti fissi lordi in Italia - Anno 2007	398
- Figura 11.10 Bilancia commerciale del settore farmaceutico italiano (specialità medicinali+principi attivi) - Anni 1986-2007	399
- Tabella 11.5 Bilancia commerciale dell'industria farmaceutica regionale - Anno 2007	400
- Tabella 11.6 Valore del mercato europeo dei farmaci generici sul totale dei farmaci - Anni 1994-2004	401
- Tabella 11.7 Volume del mercato europeo dei farmaci generici sul totale dei farmaci - Anni 1994-2004	401
- Figura 11.11 Quota dei generici (%) sul valore del mercato farmaceutico (prezzo ex-factory) in Europa - Anno 2006	402
- Figura 11.12 Localizzazione delle strutture amministrative e produttive sul territorio italiano	403
- Figura 11.13 Correlazione spesa pubblica pro-capite regionale per dispositivi medici e ricoveri chirurgici pro-capite	404
- Tabella 11.8 Spesa e valore dei dispositivi medici a livello internazionale - Anno 2005	406
- Tabella 11.9 Situazione generale area dispositivi medici	407
- Tabella 11.10 Spesa e valore di produzione dei dispositivi medici in Europa - Anno 2005	408
- Tabella 11.11 Incidenza percentuale della spesa per dispositivi medici sul totale della spesa sanitaria - Anni 2002-2005	410
- Tabella 11.12 Mercato europeo dei dispositivi medici - Anni 2002 e 2005	411
- Figura 11.14 Importazioni ed esportazioni delle tecnologie medicali. Milioni di euro - Anno 2005	412
- Tabella 11.13 Aziende ed occupati nel settore dei dispositivi medici in Europa	413
- Figura 11.15 Spesa per dispositivi medici nelle strutture sanitarie pubbliche - Anni 2001-2007	414
- Tabella 11.14 Spesa pubblica pro-capite per dispositivi medici. Valori in euro - Anni 2001-2007	415
- Figura 11.16 Spesa assicurativa sanitaria nei Paesi OECD. Valori in percentuali del PIL - Anno 2006	417



Rapporto CEIS - Sanità 2008
presentazione

Presentazione del Rapporto

Siamo lieti di presentare il VI Rapporto Sanità (2008) del CEIS, Università degli studi di Roma Tor Vergata intitolato: “La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del Federalismo fiscale”.

Il Rapporto nasce dal lavoro di ricerca che il CEIS sviluppa da anni nel campo dell'economia sanitaria, della valutazione economica dei progetti sanitari, del management delle 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.

Anche il Rapporto di quest'anno ha l'ambizione 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.

Anche quest'anno il volume è edito sia in italiano che in inglese per aumentare la conoscenza del sistema sanitario italiano nella comunità scientifica internazionale.

Luigi Paganetto
Presidente CEIS
Università di Roma
Tor Vergata

Giovanni Tria
Direttore CEIS
Università di Roma
Tor Vergata



Rapporto CEIS - Sanità 2008
I introduzione

La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del Federalismo fiscale

di Spandonaro F.¹

Il Rapporto Sanità del CEIS è giunto alla VI edizione: in quanto curatore sin dalla prima edizione del Rapporto non posso che essere lieto della sempre maggiore attenzione che il lavoro riceve; aggiungo che non si è modificata la natura dell'elaborato, che vuole diffondere l'attività di ricerca in Sanità del Centro in una forma adatta alla fruizione anche da parte di un pubblico più vasto di quello dei ricercatori.

Si è, invece, ritenuto di modificarne la struttura dell'indice, adottando un approccio più organico, che contiamo di mantenere nelle prossime edizioni. Di conseguenza, il volume affronta in primo luogo le modalità di finanziamento del sistema di tutela pubblica; a fronte delle risorse impegnate, vengono poi analizzati i principali settori di assistenza (Ospedaliero, Emergenza, Residenziale, Farmaceutica, Specialistica, Sociosanitaria, Domiciliare), coniugando aspetti economico-statistici e questioni regolatorie; a seguire si analizza l'effetto finanziario (e possibilmente anche economico) dell'attività assistenziale, e quindi la spesa generata, ma anche gli impatti equitativi del sistema. Chiude il volume un capitolo dedicato alle principali "industrie" che operano in Sanità (Farmaceutica, Dispositivi Medici, Assicurazioni), per ricordare sempre che la Sanità indubbiamente "costa", ma contribuisce molto allo sviluppo dell'economia del Paese.

Il Rapporto 2008 prende le mosse dalla constatazione che il federalismo in Sanità è ormai un fatto acquisito, ma:

- permangono alcune questioni irrisolte sul lato dell'equità e del finanziamento;
- inoltre, per completare il disegno federalista, vanno superati due principali ordini di problemi, federalismo fiscale e garanzia dei Lea, sui quali quest'anno si è, in particolare, concentrato il Rapporto (nella nuova organizzazione, appunto finalizzata a permettere una trattazione più organica).

Iniziamo subito osservando che i problemi di (in)equità, che il Rapporto segnala sin dalla sua prima edizione, non trovano miglioramento, sancendo quindi l'incapacità delle politiche (nazionali e regionali) di trovare una soluzione. Quest'anno registriamo, in effetti, una diminuzione dell'incidenza delle "spese catastrofiche" per cure sanitarie, a cui rimangono comunque soggette 850.000 famiglie; ma è piuttosto lo "zoccolo duro" delle 300.000 famiglie impoverite a seguito di spese sostenute in proprio per la salute, che crea qualche preoccupazione: amplificata dalle prospettive economiche tutt'altro che ottimistiche, che certamente aggiungeranno difficoltà, a quelle che le famiglie più fragili già devono affrontare oggi.

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

Sul lato del finanziamento, la bassa crescita attesa del PIL, se da un lato permette alle risorse rese disponibili dallo Stato per la Sanità di mantenersi costanti rispetto al PIL, rischia o di riaprire la forbice fra finanziamento e spesa (trascinata da contratti, ma anche invecchiamento e “tecnologia”, e non da ultimo dalle necessità di investimento delle Regioni maggiormente disastrate, non solo finanziariamente, ma anche dal punto di vista dell’organizzazione dei servizi), o di costringere le Regioni a ricorrere a inasprimenti delle compartecipazioni, o infine a “restringimenti palesi o impliciti” dei livelli qualitativi della tutela.

Dai dati disponibili e dalle stime effettuate in ordine all’evoluzione della spesa, alle Regioni potrebbero “mancare” € 3-4 mld. nel 2009, che potrebbero salire fino a € 10 mld. nel 2010.

Ovviamente quanto sopra è facilmente smentibile, nella misura in cui recuperi sostanziali di efficienza, riescano a liberare risorse per il Servizio. L’argomento è certamente valido, oltre che auspicabile, ma sembra difficile che recuperi di efficienza economica reali possano realizzarsi senza adeguati investimenti: ristrutturazione degli ospedali dismessi, aumento dell’offerta alternativa all’ospedale, sanità elettronica, prevenzione,

Se Equità e Finanziamento (con l’incapacità di alcune Regioni di governare il sistema sanitario regionale) rappresentano il lascito (negativo) principale, due problemi ancora si frappongono con la compiuta realizzazione del Federalismo.

In primo luogo ci riferiamo al fatto che senza un meccanismo condiviso di federalismo fiscale (rimaniamo quindi nell’ambito del finanziamento, non più visto nel suo livello, quanto nel suo riparto), l’attuale assetto istituzionale rischia di rimanere incompiuto, lasciando slegata l’autonomia regionale dalla relativa responsabilità finanziaria.

In secondo luogo, va garantita sostanzialmente l’esigibilità dei diritti di cittadinanza, ovvero nel caso specifico dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

In altri termini, trovare il *fine tuning* fra differenze accettabili (legate al federalismo) e uniformità dei diritti fondamentali (legate all’idea dei LEA), sembra essere la vera sfida del SSN italiano nei prossimi anni.

Le due tematiche sono evidentemente inscindibili: non si può, ad esempio, determinare un criterio accettabile di finanziamento e/o di perequazione, se non si è ragionevolmente certi di disporre di valutazioni attendibili sui livelli di efficienza dei sistemi regionali; ma avere criteri di comparazione in questo ambito richiede la capacità di monitoraggio dei LEA in particolare, e delle diversità di bisogno delle popolazioni in generale.

Si sostiene, in pratica, che spendere meno non necessariamente è indice di maggiore efficienza, potendosi annidare nei dati la distorsione dovuta a differenze di bisogno e/o carenze di qualità (ovvero LEA garantiti solo formalmente): in termini più espliciti, spendere meno perché si ha una popolazione con minori bisogni, oppure perché la qualità dei servizi è minore, non è indice di efficienza.

Il volume non si è, quindi, volutamente occupato di determinazione dei “costi standard”, che pure sono in testa all’agenda politica, in quanto si ritiene che la loro formulazione sia, allo stato attuale delle conoscenze, ancora prematura: pur necessari, essi debbono essere la risultante di un processo complesso di valutazione, in parte ancora da esplorare, che parte dall’analisi congiunta dei costi e dei bisogni; la dizione “costo standard”

evoca, in effetti, il concetto di efficienza del sistema, nella misura in cui non si è voluto adottare il “costo medio” dell’assistenza, che è certamente maggiore della *best performance*; allo stesso tempo evoca una certa prudenza nella comparazione dei dati, essendosi scartato il “costo minimo”, che potrebbe essere il frutto di una non piena garanzia dei LEA.

Determinare un costo efficiente per l’assistenza erogata rimane, però, operazione non facile, e resa ancora più complessa da una carenza strutturale dei dati di monitoraggio disponibili: il sistema di rilevazione dei costi attuale è basato su un criterio di classificazione per natura dei fattori di produzione, quando, per affrontare credibilmente il tema dei “costi standard”, sarebbe invece necessario basarsi sulle tipologie di assistenza (a cui non a caso abbiamo ricondotto l’organizzazione del VI Rapporto Sanità).

La scelta del livello di aggregazione sul quale operare un *benchmarking* per individuare i “costi standard” è decisamente fondamentale: il livello più aggregato (*benchmarking* sui costi per residente) sembra praticamente non significativo, in quanto efficienze e inefficienze sui singoli settori assistenziali si compensano finanziariamente, ma non certo a livello di effettivo (sostanziale) rispetto dei LEA: si pensi ai finti “risparmi” sull’attività residenziale e domiciliare che si evidenziano ove piuttosto nascondono rilevanti carenze di offerta.

All’altro estremo, quello della singola prestazione o percorso diagnostico-terapeutico, prevale una variabilità soggettiva dei bisogni e dell’efficacia dei trattamenti, che sembra discriminante nello scartare questo approccio (che peraltro non trova, infatti, riscontro a livello internazionale).

In definitiva, un approccio “mediano”, sostanzialmente pragmatico, sembrerebbe essere quello di riferirsi a macro aree di assistenza (costo per tipologia di assistenza), scegliendole in modo che la “scala” sia tale da permettere di definire criteri di valutazione degli *output* e, possibilmente degli *outcome*, ragionevolmente oggettivi, e atti a scartare le esperienze caratterizzate da carenze importanti sul piano quali-quantitativo.

Le esperienze dei NHS inglese in tema di capitation vanno in questa direzione, basandosi sulla capacità di definire scale di equivalenza dei bisogni per singola tipologia di assistenza.

Che la variabilità dei bisogni sia un elemento fondamentale di giudizio è dimostrato da facili esercizi numerici: ad esempio, se si calcola il costo per residente a livello regionale, si osserva come i costi attualmente più bassi siano quelli di Sardegna, Puglia e Lombardia, peraltro subito seguite dalla Campania, che pure è in evidente stato di eccesso di disavanzo; “correggendo” i dati con i pesi utilizzati per il riparto (nella misura in cui possano rappresentare adeguatamente i differenziali di bisogno della popolazione), le migliori *performance* diventano quelle di Umbria, Basilicata e Marche, con le altre Regioni che slittano verso il basso (la Lombardia è, ad esempio, superata dalla Toscana e la Campania scende di molte posizioni).

Quanto sopra sembra sufficiente a dimostrare la sensibilità del dato al criterio di pesatura dei bisogni; se poi vogliamo entrare nel merito della capacità dell’attuale sistema di rilevazione contabile di discriminare in termini di efficienza, il caso della Campania appare paradigmatico; ma non può, altresì, non notarsi che le Regioni con costi più bassi

sembrano essere tutte Regioni di dimensioni piccole e che la Sardegna, che è fra quelle apparentemente più virtuose secondo le nostre stime, ha *performance* decisamente scarse sul versante dell'appropriatezza dei ricoveri.

Un *benchmarking* diretto dei costi totali per residente sembra, quindi, davvero un esercizio poco fondato: la materia, fondamentalmente, dipende dai criteri di standardizzazione dei bisogni, il cui algoritmo (elaborato nella versione attuale fra il 1996 e il 1999) è certamente da approfondire e rivedere.

Va sottolineato, quindi, che non è eludibile la tematica dell'adeguato finanziamento dei LEA a livello regionale mediante "costi standard", ovvero un costo ragionevolmente efficiente per l'erogazione dei servizi, ma che essa deve essere preceduta da una scientifica e condivisa valutazione dei determinanti dei costi siano essi bisogni appropriati, bisogni non appropriati, induzione di domanda, etc., con evidenti differenti implicazioni in tema di eleggibilità al finanziamento centrale e quindi alla solidarietà nazionale.

L'esperienza inglese fornisce indicazioni importanti sulle metodologie da utilizzare, ad iniziare dai livelli di disaggregazione delle stime (come già detto condotte a livello di "branche" di assistenza), per finire alla scelta delle unità di osservazione, lì identificate nei *Primary Care Trust*: evidentemente su questo ultimo punto va ragionato come trasporre il criterio nell'assetto istituzionale italiano ma, certamente, ragionare a livello di ASL sembra decisamente più corretto che usare il livello regionale, dove si mediano, e quindi nascondono, situazioni di differente "segno".

Nessuna stima potrà però mai garantire la minuta, ma non per questo meno importante, garanzia della tutela.

Siamo personalmente convinti che questa possa basarsi solo su un doppio e complementare approccio.

Il primo è quello della capacità del sistema di raccogliere in maniera efficace le segnalazioni dei cittadini: nessun metodo statistico potrà mai identificare l'area dei minuti scostamenti dalle "regole del gioco fissate" che si generano nel sistema: malgrado questi scostamenti minino alla base la sostanza del concetto di LEA. Ci sembra che, in ossequio ad una logica di *empowerment*, si dovrebbe prevedere (a livello centrale trattandosi di potenziali scostamenti dal sistema nazionale di tutela) un sistema di "complaint" reporting, mutuabile dalle logiche dell'incident reporting come evolutosi nell'ambito del risk management (ovvero di facile accesso, anonimo, scisso da logiche risarcitorie e legali, etc.). In pratica, una modalità di facile (ad esempio via WEB) e informale segnalazione degli eventi che, a discrezione dei cittadini, configurano mancanze nel sistema dei diritti. Un sistema del genere potrebbe generare informazioni utili, che un tavolo di garanzia a cui siano seduti il livello centrale, quello regionale, quello dei cittadini e dei pazienti, potrebbe far divenire un osservatorio davvero capace di monitorare l'applicazione pratica del concetto dei LEA.

Sempre in una ottica di *empowerment*, è necessario che i cittadini, ancor prima di avere accesso ad uno strumento di "voice", siano informati sulla qualità dei servizi offerti: se l'AGENAS, come più volte ribadito a livello governativo, dovrà assumersi il ruolo di agenzia indipendente per la valutazione, appare fondamentale che si apra alla partecipazione della società civile (associazioni dei cittadini, dei pazienti, istituzioni scientifiche che nelle

varie materie si occupano di Sanità e Salute, etc.), così da poter essere davvero credibilmente “terza”, in un sistema di tutela che in Italia è largamente pubblico.

A livello più aggregato, per la garanzia dei LEA si può solo effettuare uno stretto monitoraggio, ovviamente non formale, sulle politiche sanitarie regionali e sugli incentivi sostanziali che queste creano in tema di tutela.

In questo ambito rileva ancora il tema della portabilità dei diritti, in quanto in presenza di una crescente autonomia sostanziale delle Regioni, può divenire un problema per i cittadini pretendere prestazioni in Regioni diverse dalla propria. Attualmente è di fatto garantita da una sostanziale inefficienza dei meccanismi di regolazione finanziaria della mobilità, per cui in pratica tutto viene erogato e, in via di principio, a posteriori regolato fra Regioni.

A tal fine, utilizzando il progetto SANIDATA per un *Osservatorio sulla regolazione regionale e nazionale*, il VI Rapporto Sanità del CEIS ha potuto registrare la sedimentazione di crescenti differenze regolatorie in molti campi dell’assistenza: l’aspetto caratterizzante sembra essere il prevalere delle logiche di risparmio finanziario su quelle economiche, e talvolta, equitative; di più, il crescente esercizio dell’autonomia regolatoria su aspetti che toccano i diritti alle quantità delle prestazioni (giustificate da valutazioni di appropriatezza), fa prevedere, a medio termine, un crescente rischio di disparità regionali sui LEA sostanziali, e quindi potenziali problemi di portabilità dei diritti.

Rimandando ai singoli capitoli per l’approfondimento e le indicazioni di dettaglio, osserviamo qui che il settore farmaceutico appare un segmento assistenziale paradigmatico in termini di variabilità regolatoria.

Ad un indubbio successo da un punto di vista finanziario (l’onere pubblico si è decisamente contratto negli ultimi anni, per effetto degli interventi sui prezzi e sulle quantità), e prescindendo da considerazioni sulle politiche industriali, si deve notare come i limiti prescrittivi ad oggi adottati, come anche i diversi processi per l’utilizzo *off-label* dei farmaci, le modifiche regionali ai livelli di esenzione e di compartecipazione, lasciano intravedere scostamenti significativi dal principio dell’uniformità nazionale dei diritti di tutela.

Ad esempio segnaliamo come le normative sui limiti prescrittivi già vedono alcune Regioni definire prezzi di riferimento, precisamente quantificati in costi per DDD, diversi (ad es. la Sardegna per gli inibitori della pompa acida); altre (rimanendo nello stesso ambito, ad es. Lazio e Molise) adottano criteri diversi (prezzi massimi per tipologie di confezioni a diverso dosaggio); è facile convincersi che la concreta accessibilità alle varie tipologie di farmaci, come anche i disincentivi ad usare molecole più costose, sono già oggi diversi a seconda delle Regioni.

Ragionando in via di principio, quindi, già oggi esistono disparità sia sul lato della domanda, che sul lato dell’offerta, con livelli di concorrenzialità affatto sovrapponibili; sempre in via di principio, in quanto le quantità interessate al ragionamento sono per ora limitate (ma nulla vieta che in futuro si creino condizioni per evoluzioni diverse), se ragioniamo sulla portabilità dei diritti, ci si chiede a quali limiti prescrittivi dovrebbero uniformarsi le prescrizioni che dovessero essere richieste fuori Regione?

Analogamente, altre normative sembrano evolvere in modo potenzialmente distorsivo: è il caso dei farmaci inseriti nei cosiddetti file F; tale flusso, nato per ragioni di regolazio-

ne fra le Regioni, e poi esteso a quello tra le Regioni, doveva rappresentare una modalità a piè di lista di rimborso. Di fatto alcune Regioni lo hanno reso esplicitamente soggetto ad un tetto finanziario, altre lo fanno implicitamente, con l'effetto di produrre razionamenti sui farmaci ivi inseriti (che di solito sono farmaci innovativi, soggetti ad accurato monitoraggio anche dell'AIFA), persino maggiori di quelli sui farmaci rimborsati all'interno dei DRG.

Analogamente, sugli usi *off-label* alle Regioni è stata demandata la mera definizione delle procedure autorizzative, ma in carenza di requisiti minimi (ad esempio limiti di tempo per l'esecuzione del processo, oppure obbligo di adozione del criterio del silenzio assenso), tali procedure creano le condizioni reali per razionamenti impliciti e quindi diverse possibilità di accesso a farmaci in casi che di solito sono estremamente gravi e urgenti.

Se le differenze sui *ticket* possono essere (parzialmente) giustificate sulla base del loro ruolo "fiscale", legato alle situazioni finanziarie locali, molto meno ovvio appare la crescente differenziazione dei limiti di esenzione. Specialmente in un meccanismo binario (esenzione totale o nulla), appare difficile giustificare perché in una Regione i cittadini sono considerati fragili a livelli di reddito diversi (e poi qualcuno usa il reddito familiare e qualcuno il reddito familiare equivalente...).

Persino sui *ticket* apparentemente simili si annidano fonti di disparità: è il caso della specialistica dove, con poche eccezioni (ad es. Lazio) la franchigia è di fatto comune, ma non lo sono i tariffari, per cui con la stessa cifra si portano a casa "panieri" di prestazioni diverse. Si aggiunga che, sempre formalmente giustificata da ragioni di appropriatezza, alla fase del passaggio da ricovero ordinario a diurno, segue ora la fase del passaggio delle prestazioni al regime ambulatoriale; a tal fine, in alcune Regioni si assiste alla definizione di pacchetti (variamente denominati) di prestazioni ambulatoriali, tipicamente ad erogazione ospedaliera. Ci sarebbe molto da discutere sull'attribuzione delle prestazioni ad un regime (di ricovero o ambulatoriale) in base a considerazioni che spesso lasciano trasparire l'obiettivo del risparmio, come anche sul mantenimento (se non l'aumento) delle prestazioni ambulatoriali dentro le strutture ospedaliere, ma comunque rileva che, a seconda del regime regionalmente adottato, l'onere per il cittadino cambia radicalmente: di solito nullo nel caso di regime di ricovero ordinario o diurno, soggetto a *ticket* se ambulatoriale. Si pensi ad esempio a molte terapie infusionali, ivi comprese quelle oncologiche, già oggi trattate in regimi diversi a secondo delle Regioni.

Le disparità che impattano sul diritto (o almeno sulle relative modalità di accesso) sono certamente quelle che più attentamente vanno monitorate; non di meno osserviamo rilevanti differenze, che vanno segnalate, anche su normative che, pur afferendo alla sfera organizzativa di chiara competenza regionale, finiscono per avere effetti non secondari sulla qualità delle prestazioni, e quindi di nuovo sui diritti sostanziali.

Il caso paradigmatico è rappresentato qui dagli accreditamenti, e all'interno di questi, dai criteri per le strutture residenziali (ma il discorso si può allargare ad altri segmenti).

Abbiamo infatti osservato che esiste una forte eterogeneità definitoria regionale, ad esempio con significati e ruoli assegnati alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) molto differenti; se in alcune Regioni si adotta una ridefinizione delle RSA scindendone l'universo sulla base delle tipologie di utenza (RSA, RSA demenze, nuclei Alzheimer), in altre si va oltre, introdu-

cendo nuove tipologie (più o meno temporanee) in relazione al gradiente assistenziale fornito: appaiono così le Residenze Sanitarie Flessibili (RSF), le Residenze Sanitarie a Sede Ospedaliera (RSAO) o le RSA medicalizzate (RSA-M).

Ad una tale eterogeneità definitoria la legislazione (talvolta anche per problemi di “realismo” politico, legati alla forte difficoltà da parte dei gestori ad adattare i requisiti nei modi e termini indicati dalle norme) difficilmente riesce a far coincidere con chiarezza un insieme di requisiti specifici. Molti dei requisiti sono soggetti a possibili deroghe, o lasciati determinati solo nelle linee generali o, come nel caso della Lombardia, lasciati in parte a livello di suggerimento o di intenzione (nel senso che si applicano solo alle nuove strutture).

Quindi, malgrado i requisiti richiesti (ad es. spazi o personale) appaiono formalmente sovrapponibili fra le Regioni (e neppure sempre), nei fatti nel sistema convivono differenze qualitative significative per gli utenti, oltre a crearsi differenziazioni forti di requisiti tra strutture esistenti e nuove strutture (con evidenti effetti sui costi e quindi sulle barriere all’ingresso nel settore).

Appare evidente che senza criteri minimi nazionali ben identificati e cogenti, l’accreditamento (o meglio un uso disinvolto dello strumento) può diventare un modo per le Regioni meno virtuose per simulare “risparmi”, di fatto pagati dai cittadini in termini di minore sicurezza e/o qualità assistenziale.

L’effetto tangibile di questo disordine regolatorio, è la pratica incomparabilità dei dati; se escludiamo il settore ospedaliero la farmaceutica e in parte la specialistica, le statistiche disponibili appaiono del tutto incomparabili, rendendo impossibile ogni valutazione sull’efficacia e sull’efficienza dei sistemi di assistenza residenziale, domiciliare e, in generale, per tutta l’area del socio-sanitario. Per inciso, notiamo che il sociale e il sanitario risultano sempre meno separabili e andrebbero riportati definitivamente in un unico ambito di protezione. A proposito di incomparabilità dei dati, vanno anche segnalate alcune innovazioni organizzative, che contribuiscono a rendere difficili i confronti. In particolare, preme sottolineare un aspetto innovativo che si sta affacciando nel nostro sistema a partire dall’ambito dell’assistenza domiciliare, senza peraltro che goda della dovuta attenzione. Parliamo dei *voucher* (ad es. in Lombardia), detti in altri contesti assegni di cura (ad es. Toscana, Emilia Romagna). L’erogazione di buoni monetari per l’acquisto di prestazioni ha indubbi vantaggi (maggiore autodeterminazione dei soggetti beneficiari, induzione di competizione fra erogatori), ma anche qualche rischio (in particolare la scarsa flessibilità sui bisogni individuali e la diverse capacità di interloquire con il sistema di offerta a seconda delle condizioni socio-economiche).

Il fenomeno andrebbe, quindi meglio analizzato empiricamente, valutandone la sua reale efficacia e efficienza: segnaliamo che la trasformazione di alcune prestazioni attualmente erogate in natura, in prestazioni erogate di fatto in denaro, potrebbe favorire l’integrazione finanziaria da parte dei cittadini, dando un impulso significativo allo sviluppo di un secondo pilastro di protezione (sanità integrativa).

Infine, sembrano degne di nota alcune discrasie afferenti alla politica ospedaliera, che rimane l’area che assorbe maggiori risorse.

A fronte di una generale contrazione della dotazione complessiva di posti letto, in alcune Regioni si è assistito alla riduzione del numero di strutture di ricovero, soprattutto pubbli-

che; in altre Regioni, invece, si è di fatto ridimensionata la dotazione media delle strutture esistenti.

Il dato aggregato nasconde quindi politiche affatto sovrapponibili, e in qualche misura basate su modelli opposti di valutazione dell'efficienza ospedaliera.

Analogamente riscontriamo come permanga una distinzione significativa tra Nord e Sud, evidente analizzando la complessità dei ricoveri (decisamente minore nel Sud), e l'appropriatezza (anche in questo caso minore nel Sud).

Il personale delle strutture di ricovero e cura pubbliche dal 2000 ad oggi non si è ridotto, ed anzi è leggermente (al netto dei contratti libero-professionali) cresciuto: nel dettaglio sono diminuiti gli infermieri e sono aumentati medici e amministrativi.

La sensazione che se ne desume è che le politiche di riduzione dei posti letto siano spesso una operazione di facciata, mancando una reale razionalizzazione del settore.

In pratica assistiamo ad un parziale fallimento del meccanismo di pagamento a prestazione (peraltro applicato molto parzialmente, godendo la maggior parte degli ospedali pubblici di un sostanziale pagamento a piè di lista). Una riprova di questo fallimento è la forte variabilità regionale nei livelli di remunerazione ospedaliera. La tariffa media regionale, calcolata sulla base dei tariffari regionali vigenti, evidenzia differenze che sfiorano il 60%, difficilmente giustificabili su un piano razionale.

Di fatto la razionalizzazione del settore, specialmente nelle Regioni con maggiori disavanzi, che sono anche quelle con una maggiore presenza di strutture private, avviene con il meccanismo delle regressioni tariffarie. Anche qui la normativa regionale nasconde differenze significative: in alcuni casi la regressione è del 100% (in pratica superate le prestazioni assegnate le successive non vengono pagate), non solo non permettendo modifiche delle quote di mercato assegnate, ma anche costruendo rilevanti barriere all'entrata di nuove strutture (è ormai significativo il caso di strutture accreditate ma senza accordo, che quindi si vedono riconosciuti i requisiti per agire per nome e conto del SSR, ma poi non ne hanno la possibilità per mancato riconoscimento in ambito programmatico).

Come preannunciato, le politiche regionali sembrano spesso piegare le logiche dell'efficienza e dell'appropriatezza a quelle del risparmio finanziario: il fatto è evidentemente comprensibile in un contesto di finanza pubblica fortemente vincolato, che non sembra, però, tenere adeguatamente conto di alcuni fattori, peraltro oggettivi.

In primo luogo che la spesa sanitaria italiana (in percentuale del PIL) continua ad essere inferiore a quella dei Paesi a noi più affini per sviluppo economico (Francia, Germania, Olanda, Danimarca, etc); poi che classificando i Paesi per il livello di spesa sanitaria, ma anche per la sua crescita di medio periodo, l'Italia si posiziona nel quadrante dei Paesi più virtuosi.

Queste osservazioni portano, quindi, a far sostenere che il "problema" sia tutto interno ai vincoli di spesa pubblica, considerando poi che il nostro Paese si trova, con riferimento alla quota pubblica di spesa sanitaria, al di sopra della media dei Paesi OECD (nel 2006, 77,2% rispetto ad una media OECD pari al 73,4%), con una sostanziale stabilità della percentuale dal 2005. In una ottica di più lungo periodo, in Italia la quota pubblica di spesa è diminuita di circa 7 punti percentuali dal 1990 al 2000, per poi registrare un aumento di quasi 5 punti percentuali dal 2000 al 2006.

Pertanto non va dimenticato, in particolare in un momento in cui si paventano recessioni importanti, che la Sanità è un settore sostanzialmente anticiclico e che, considerando l'indotto che genera, rappresenta il terzo settore economico dopo alimentari e edilizia.

Aggiungiamo ancora che data la frequenza dei contatti dei cittadini con il SSN, siamo nell'ordine delle decine di milioni annui, ogni miglioramento di efficienza organizzativa del settore può significativamente incidere sulla produttività del sistema: senza scomodare la teoria della formazione del capitale umano, basterebbe ricordare le ore di lavoro perse per ragioni di salute personali o dei propri familiari.

Ci sembra, quindi, che ci siano buoni motivi per sostenere l'opportunità di investimenti nel settore, rafforzati dalla necessità di sostenere la razionalizzazione dei sistemi attualmente soggetti a dissesto finanziario: Regioni come la Campania, il Lazio e la Sicilia, difficilmente potranno colmare i propri (colpevoli) ritardi, senza un adeguato sforzo di riconversione dei servizi, che certamente ha un costo non irrilevante.

Ciò che sembra maggiormente ostare al cambio di rotta è, in verità, la incapacità del sistema (o quanto meno il timore) di evitare che eventuali risorse aggiuntive vadano sprecate: si ritorna quindi al tema della capacità del sistema di dotarsi di elementi concreti di valutazione dell'efficienza, senza i quali non solo non si potranno definire i "costi standard", ma neppure si potrà realizzare un nuovo corso di riqualificazione della spesa sanitaria.

In termini di sviluppi futuri, il modello econometrico utilizzato nell'ambito del Rapporto, conferma un trend di crescita della spesa sanitaria totale (pubblica più privata) più rapido di quello del PIL, sebbene la crisi possa avere esercitato un moto di contenimento anche nel settore oggetto di analisi. Nel 2010 stimiamo che la spesa avrà superato i € 149 mld. pari all'8,8% del PIL (equivalente a circa il 9,0% secondo le statistiche OECD di confronto a livello internazionale), con una crescita rispetto al 2008 di ulteriori 0,1 punti rispetto al PIL (rimanendo così al di sotto dei principali Paesi europei).

Considerando che, nello stesso periodo, a quota di finanziamento centrale pubblico è previsto rimanere sostanzialmente costante, e in presenza di una recessione, o di una sostanziale costanza del PIL reale, si evidenzia la possibilità di una crescita della componente di spesa privata, molto probabilmente per effetto di una crescita delle compartecipazioni, ovvero di un aumento del disavanzo: ovviamente, in alternativa, è possibile che il gap sia almeno parzialmente colmato da manovre di razionalizzazione della spesa, ad esempio da un rapido "rientro" delle Regioni "dissestate", ma che allo stato attuale non è dato conoscere nella loro modalità e entità.

Secondo le nostre stime di evoluzione tendenziale della spesa pubblica, questa dovrebbe attestarsi a fine periodo (2010) sul 7,1% del PIL, lasciando la spesa privata sui livelli compresi fra l'1,8% e l'1,9%.

Secondo quanto previsto nei documenti di programmazione economica, la spesa tendenziale sarebbe meno dinamica, attestandosi sul 6,8-6,9% del PIL nel 2010.

A fronte di questo quadro evolutivo, il finanziamento centrale sembra fermarsi al 6,2-6,3% del PIL; per non avere disavanzo nel 2008, sarebbe quindi necessario che le entrate regionali colmassero il resto, ovvero € 10,4 mld. secondo le stime governative o € 10,7 mld. secondo le nostre; nel 2010 la forbice si allarga: € 11,4 mld. secondo le stime governative, € 16,0 mld. secondo le nostre.

Tabella 1 - Evoluzione della spesa sanitaria

Anno	2009	2010
Spesa Sanitaria Totale	143,6	149,3
TV%	4,0%	4,0%
%PIL	8,8%	8,8%
Spesa Sanitaria Pubblica Tend.	113,6	120,0
TV%	5,3%	5,7%
%PIL	6,9%	7,1%
Spesa Sanitaria Privata	30,1	29,3
TV%	-0,6%	-2,7%
%PIL	1,8%	1,7%
Finanziamento Centrale	102,9	104,0
TV%	3,0%	1,1%
%PIL	6,3%	6,2%
Finanziamento regionale + Disavanzo	8,19	13,44

Fonte: elaborazione CEIS Sanità

Come anticipato, pur considerando l'extra gettito fiscale nelle Regioni soggette a piano di rientro, senza manovre efficaci sul lato della spesa, è presumibile che manchino all'appello € 3-4 mld. nel 2009 e € 10 mld. nel 2010; anche ulteriori manovre sul lato delle entrate non sembrano facilmente realizzabili, in assenza ad oggi di un accordo con le Regioni sul fabbisogno. In ogni caso, se i *ticket* verranno utilizzati per ridurre il gap fra spesa e finanziamento, ovvero per limitare la formazione di disavanzi (probabilmente sempre concentrati sulle stesse Regioni, sebbene in modo meno rilevante che nel passato, in quanto la forbice tra il livello di disavanzo nazionale e la somma dei disavanzi delle 5 Regioni "meno virtuose" si è allargata sino al 2004, per poi restringersi negli anni successivi, e in particolare nel 2007), la spesa privata andrà sopra i livelli su cui si è stabilizzata negli ultimi anni; qualora, invece, le Regioni decidessero di non utilizzare la leva dei *ticket*, la spesa privata potrebbe anche rimanere sostanzialmente stabile, prefigurandosi però un finanziamento del gap mediante disavanzo.

Nell'intervallo di tempo 1982-2007, la forbice tra livello di spesa e di finanziamento si è mediamente ridotta, e conseguentemente anche il disavanzo: questo processo potrebbe ora arrestarsi in mancanza di interventi rapidamente efficaci sul versante dell'efficienza del sistema, ovvero con un significativo incremento delle compartecipazioni.

Quest'ultimo punto, propone con forza l'urgenza di rivedere il binomio compartecipazioni/essenzi, fornendo però al contempo ai cittadini la possibilità e gli incentivi alla creazione di un secondo pilastro di sanità integrativa. Nell'ipotesi di maggiori compartecipazioni, e considerando che la spesa privata rimane in Italia quasi esclusivamente *out of pocket*, la Sanità integrativa potrebbe contribuire alla sostenibilità del sistema, salvaguardando forme di mutualità. A sensi del recente Decreto Ministeriale di Marzo 2008, la Sanità integrativa potrebbe rivestire un ruolo importante anche per supportare le aree meno tutelate dal SSN, odontoiatria e *Long Term Care* (LTC) prima di tutto.

A questo proposito non possiamo dimenticare che nel 2006 in Italia risultano ancora

impoverite per cause sanitarie quasi 300.000 famiglie: e quindi che sul versante dell'Equità registriamo una sostanziale stabilità del fenomeno, e di conseguenza l'incapacità delle politiche sanitarie in atto di intervenire sul problema.

Risultano, invece, soggette a spese catastrofiche oltre 850.000 famiglie con un calo degli episodi che andrà confermato nei prossimi anni.

Le misure di equità a livello geografico, seppure abbastanza disomogenee, hanno messo in luce un qualche calo dell'impoverimento in molte delle Regioni del Sud; ma, cosa più importante, l'utilizzo di indicatori regionalizzati sembra portare a conclusioni più attenuate relativamente alla disomogeneità tra SSR del Nord e del Sud Italia: in altri termini, almeno parte della disomogeneità protettiva dei SSR sarebbe da imputare a differenze nei contesti socio economici regionali.

Si conferma l'estrema fragilità dei nuclei caratterizzati dalla presenza di uno o più anziani, ma emerge sempre più una quota non trascurabile di famiglie che, seppure non si impoveriscono per le spese sanitarie, si ritrovano, a causa delle stesse, a "rischio povertà".

In un momento di crisi economica, quale l'attuale, deve essere attentamente valutata anche l'evidenza che i dati relativi agli ultimi anni disponibili portano in favore dell'ipotesi di incomprimibilità delle spese sanitarie causa di impoverimento e quindi, in qualche modo, della loro appropriatezza: nel futuro la necessità di interventi a sostegno delle famiglie impoverite saranno quasi certamente sempre più necessari e quantitativamente importanti.

In conclusione, speriamo con questa VI edizione del Rapporto di avere contribuito a segnalare la difficoltà, che non deve però far desistere dal tentativo, di trovare un giusto equilibrio fra Differenze e Uniformità; la seconda è richiesta da, riteniamo, condivisi sentimenti di giustizia sociale che sulla Sanità più che in altri settori attraversano la Società; la prima dal reiterato segnale che arriva dalle classifiche internazionali, che vedono costantemente il sistema sanitario italiano nei primissimi posti per capacità tecniche e professionali, per gli esiti clinici e tutto sommato anche per la parsimonia nella spesa, ma in posizione davvero scadente in tema di *responsiveness* e in generale di soddisfazione dei cittadini.

The background of the top half of the page features a light purple gradient. Overlaid on this gradient are several dark purple silhouettes of people of various ages and sizes, holding hands in a circular arrangement, suggesting a community or a group of people.

Capitolo 1

*Il sistema
di finanziamento*

1 - Il sistema di finanziamento¹

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato oggetto, fin dalla sua nascita, di importanti processi di riforma, che hanno generato profonde modifiche nel meccanismo di finanziamento dell'assistenza sanitaria. Il finanziamento ha un ruolo fondamentale nella determinazione del risultato di esercizio del SSN: l'eventuale disavanzo può, infatti, dipendere sia da inefficienza dal lato della spesa che da una sottostima del finanziamento, così come da errori nell'allocazione dello stesso.

A tale proposito, la L. n. 662/1996 evidenzia come i criteri di riparto delle risorse finanziarie per la Sanità alle Regioni si basino sull'individuazione dei bisogni della popolazione, stimati in funzione della numerosità della popolazione assistita, della struttura demografica e della mobilità sanitaria interregionale. Di contro, le Regioni godono di un alto livello di autonomia nella definizione delle modalità di ulteriore attribuzione delle risorse alle aziende sanitarie e ospedaliere, stabilendo la normativa solo alcuni criteri generali.

Mentre la distribuzione delle risorse dal Governo centrale alle Regioni è orientata a garantire equità al sistema, i criteri di distribuzione a livello infra-regionale sembrano maggiormente finalizzati alla ricerca dell'efficienza.

Dall'analisi del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale italiano e dei sistemi adottati negli altri Paesi OECD, nonché dei criteri di riparto dal SSN alle Regioni e da queste ultime alle aziende territoriali, cui rimandiamo ai successivi paragrafi, emergono i seguenti 15 punti degni di nota.

1. Il finanziamento pubblico rappresenta la scelta prevalente all'interno dell'area OECD, come evidenziato nella tabella 1.1.
2. Il nostro Paese si trova, con riferimento alla quota pubblica di spesa sanitaria, al di sopra della media dei Paesi OECD (nel 2006, 77,2% rispetto ad una media OECD pari al 73,4%). Si osserva una sostanziale stabilità della percentuale rispetto al 2005.
3. Considerando un periodo temporale più ampio, 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 quasi 5 punti percentuali dal 2000 al 2006.
4. A riprova di una sostanziale assenza del "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.

¹ Giordani C., *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"* (paragrafi 1.2, 1.3 e 1.4); Giordani C. e Morelli G. *Università di Teramo* (paragrafo 1.1).

Tabella 1.1 - Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria. Valori percentuali – Anno 2006

Intervalli %	Paesi OECD
≤50	Messico, Stati Uniti
50-75	Corea, Svizzera, Grecia, Australia, Polonia, Canada, Portogallo, Ungheria, Belgio, Spagna, Turchia, Slovacchia
75-85	Finlandia, Austria, Germania, Italia, Nuova Zelanda, Irlanda, Francia, Olanda, Svezia, Islanda, Danimarca, Giappone, Norvegia
>85	Regno Unito, Repubblica Ceca, Lussemburgo

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2008

5. Nel nostro Paese il mercato delle assicurazioni private stenta a decollare: nel 2006, la quota sul totale della spesa privata si stabilizza al 4,1%, restando sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente; la quota sul totale della spesa sanitaria totale non raggiunge neanche l'1,0%, fermandosi allo 0,9%.
6. L'incidenza del finanziamento del SSN italiano sul PIL è aumentata di 1,7 punti percentuali dal 1982 (4,9%) al 2007 (6,6%). 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 2007 si registra una nuova impennata della percentuale.
7. Considerando l'intervallo di tempo 1982-2007, la forbice tra livello di spesa e di finanziamento si è ridotta negli anni, e conseguentemente anche il disavanzo.
8. Dal 2003 al 2007, la forbice tra il livello di disavanzo nazionale e la somma dei disavanzi delle 5 Regioni "meno virtuose" si è allargata nel 2004 rispetto all'anno precedente, per poi restringersi negli anni successivi, in particolare nel 2007.
9. Considerando le variazioni annuali del finanziamento in termini reali, nel periodo di tempo 2001-2007 si è registrato un andamento difforme, che sembra aver seguito più il ciclo economico e politico che l'effettiva crescita dei bisogni.
10. Il livello di finanziamento regionale è strettamente legato alla quota di popolazione over 65, con poche eccezioni.
11. Con riferimento alla ripartizione geografica, i dati mostrano come il finanziamento delle Regioni del Sud in percentuale del proprio PIL risulti 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 di un federalismo che preveda una quanto mai opportuna perequazione tra le Regioni.
12. Analizzando i risultati di esercizio regionali pro-capite, in tutti gli anni dell'ultimo quinquennio è sempre il Lazio a registrare il maggior disavanzo, che risulta incidere molto più che nella media nazionale. Subito dopo il Lazio si posiziona con le sue perdite di esercizio il Molise, in tre anni sui cinque considerati (2003, 2006 e 2007), registrando anch'esso un risultato decisamente peggiore di quello medio nazionale. Nel 2004 la seconda posizione

nella classifica dei meno “virtuosi” spetta alla Liguria (€198,12 pro-capite), nel 2005 alla Campania (€256,59 pro-capite). La Lombardia e il Friuli Venezia Giulia sono tra le Regioni più “virtuose”, registrando per ciascuno degli anni considerati degli “utili” di esercizio.

13. Considerando l’ultimo quinquennio, le Regioni in cui si registra, in ciascun anno, un saldo attivo della mobilità sanitaria (sono di più le persone non residenti che vengono a farsi curare in Regione, rispetto ai residenti che vanno a farsi curare altrove in Italia) sono tutte del 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 e Sardegna), ma anche in Regioni del Nord quali Piemonte, Valle d’Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Liguria (dal 2003), Marche e Molise (fino al 2002).
14. Dal 2001 al 2007, 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, la Liguria, le Marche, la Campania, la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Sardegna.
15. La definizione dei criteri più idonei per l’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 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 sempre legati ai disavanzi registrati.

1.1. Finanziamento della spesa sanitaria nei Paesi OECD

Come è noto, la spesa sanitaria può essere finanziata attraverso risorse sia pubbliche che private. Rientrano tra le prime, ad esempio, le entrate generali dello Stato (tasse) e le assicurazioni sociali sanitarie, mentre tra le seconde si annoverano tipicamente le spese *out of pocket*, a carico delle famiglie (pagamenti diretti per l’acquisizione di beni e servizi sanitari, quota di compartecipazione delle famiglie prevista all’interno degli schemi di copertura), e le assicurazioni individuali.

I sistemi sanitari dei Paesi OECD risultano difficilmente inquadrabili in categorie specifiche, con riferimento alla fonte con cui viene finanziata la copertura sanitaria della popolazione, in quanto spesso presentano caratteristiche “miste”.

In generale si può osservare che, come evidenziato nella tabella 1.2, la maggior parte dei Paesi europei (tra cui l’Italia), ma anche extra-europei (come il Canada o il Giappone), ha adottato un sistema tipicamente pubblico, in cui lo Stato finanzia la copertura sanitaria della popolazione sia attraverso la fiscalità generale che con assicurazioni sociali.

Tabella 1.2 - Caratteristiche dei sistemi sanitari nei Paesi OECD - Anno 2006

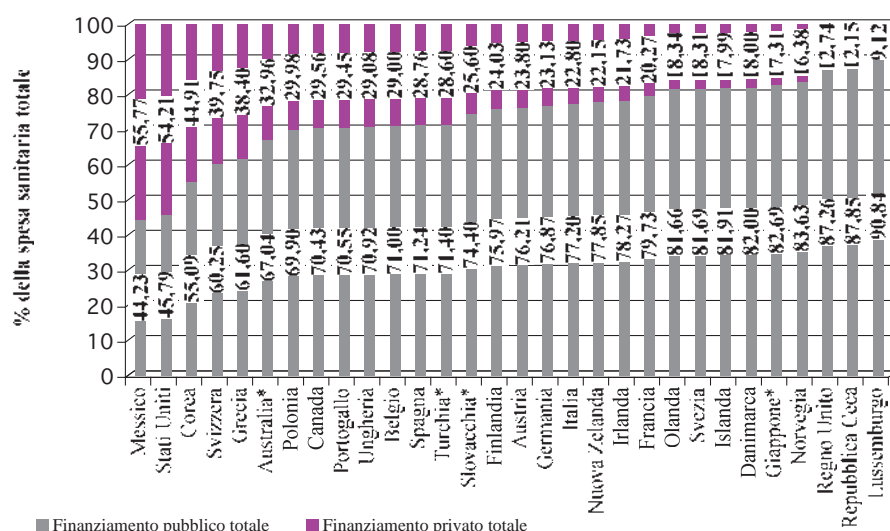
Paesi	% di copertura	Volontarietà Assicurazione: volontarie=v obbligatorie=o	Destinatari Assicurazione: individuali=i di gruppo=g	Presenza di Assicurazioni vita che includono copertura sanitaria
Australia	100	v	i	si (es. malattie gravi e disabilità)
Austria	98	v	i	
Belgio	99	v+o (LTC)	i+g	
Canada	100	v	i (10%)+g (90%)	si (malattie gravi, disabilità)
Rep. Ceca	100	v	i	normalmente no (in alcuni casi si per gravi malattie o disabilità)
Danimarca	100	v	i+g	no
Finlandia	100	v		
Francia	99,9	v	i+g	
Germania	89,6	v+o	i+g	si (disabilità permanente)
Grecia	100	v		si
Ungheria	100	v		si
Islanda	100	v	i	si
Irlanda	100	v	i+g	si (es. malattie gravi, spese ospedaliere)
Italia	100	v	i+g	si
Giappone	100	v	i+g	si (es. tumori e altre malattie specifiche)
Corea	100			
Lussemburgo	99,7			
Messico	50,4	v		no
Olanda	71,2	v	i+g	no
Nuova Zelanda	100	v	i+g	
Norvegia	100		i	
Polonia	97,3			
Portogallo	100			
Slovacchia	97,6			
Spagna	99,5	v	i	
Svezia	100			
Svizzera	100	v		
Turchia	67,2	v		si (malattie gravi)
Regno Unito	100	v	i+g	si (malattie gravi)
Stati Uniti	27,3	v		no

Fonte: OECD Health Data 2008, Muraro G. e Rebba V. (2008)

In particolare, hanno adottato un sistema c.d. “Beveridgiano”, in cui le entrate derivanti dalle tasse rappresentano la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria, l’Italia, la Danimarca, la Finlandia, l’Irlanda, il Portogallo, la Spagna, la Svezia, il Regno Unito, l’Australia,

il Canada, l'Islanda, la Nuova Zelanda e la Norvegia. Le assicurazioni sociali rappresentano invece la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria nei sistemi, c.d. "Bismarckiani", di Austria, Belgio, Francia, Germania, Ungheria, Giappone, Lussemburgo, Polonia e Olanda (prima del 2006, anno dal quale in Olanda vige, come in Svizzera, un sistema che impone l'obbligo di stipulare di un'assicurazione privata). Negli Stati Uniti, invece, dove esistono programmi di copertura pubblica di base per le famiglie a basso reddito (Medicaid) e per gli anziani (Medicare), ma la maggioranza della popolazione ricorre alla stipula di assicurazioni sanitarie private, il sistema sanitario è tendenzialmente privatistico e 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. Con riferimento, invece, alla quota di popolazione coperta, in molti Paesi OECD vige un sistema cd. "universale", in cui il sistema garantisce una copertura sanitaria all'intera popolazione (attraverso il sistema pubblico e/o con assicurazioni obbligatorie). In Italia la copertura universale viene garantita dal Servizio Sanitario Nazionale, mentre ci sono Paesi, quali la Svizzera e l'Olanda (dal 2006, 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 Paesi OECD, nonostante il sistema di copertura pubblico universale, si riscontra un ricorso significativo alla spesa sanitaria privata, attribuibile sia alle compartecipazioni, sia a disservizi nei sistemi pubblici (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, nonostante il SSN, la spesa sanitaria privata raggiunge, nel 2006, quasi il 30% della spesa totale. Nella figura 1.1 viene illustrata la quota di copertura pubblica e privata della spesa sanitaria totale nei Paesi OECD per l'anno 2006.

Figura 1.1 - Spesa sanitaria Paesi OECD per fonte di finanziamento (pubblica e privata). Valori percentuali - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2008

* anno 2005

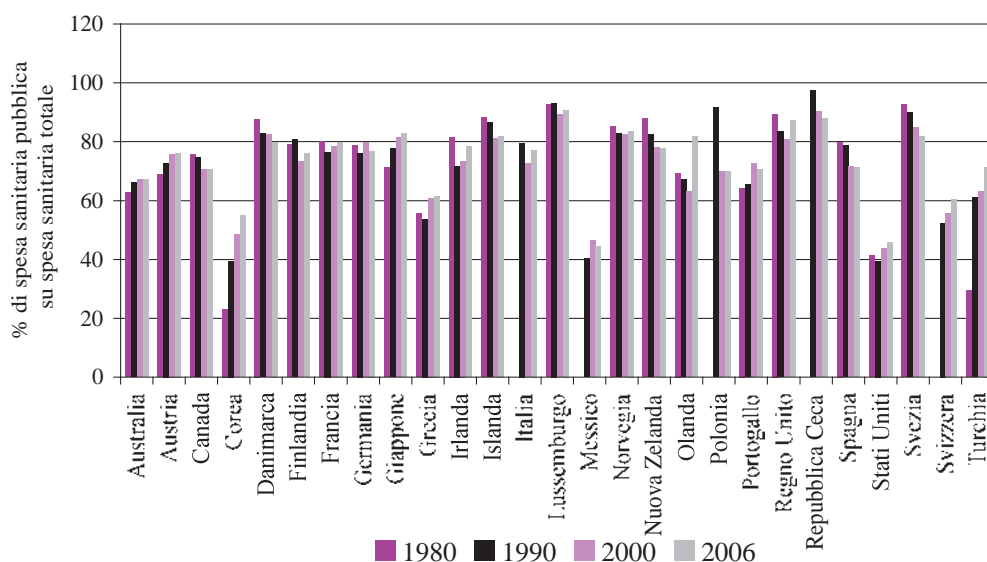
Ciò che risulta immediatamente evidente è come il finanziamento pubblico rappresenti la scelta prevalente all'interno dell'area OECD: su 30 Paesi considerati, ben 16 hanno una quota di spesa pubblica superiore al 75,0%; in particolare, raggiungono o superano l'80,0% Danimarca, Francia, Giappone, Islanda, Lussemburgo, Norvegia, Olanda, Regno Unito, Repubblica Ceca e Svezia. Si tratta, come detto, di Paesi con un sistema tipicamente a copertura universale. Negli altri Paesi, ad eccezione di Corea (55,0%), Messico (44,0%) e Stati Uniti (46,0%), tale quota non scende comunque al di sotto del 60,0%.

Con riferimento al nostro Paese, esso supera la media OECD (pari per il 2006 al 73,4%) raggiungendo il 77,2%; osserviamo una sostanziale stabilità della percentuale rispetto allo scorso anno: nel 2005 la quota pubblica di spesa sanitaria in Italia era pari, infatti, al 76,6%.

Considerando, invece, la struttura di finanziamento della spesa sanitaria nei Paesi OECD nel corso degli ultimi due decenni, essa è rimasta in linea di massima invariata. Nella figura 1.2 vengono illustrati, per i Paesi di cui si dispone di dati confrontabili, i cambiamenti della quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria totale attraverso un confronto tra la situazione relativa agli anni 1980, 1990, 2000 e 2006.

Considerando i 27 Paesi di cui si dispone di dati confrontabili², si evince come nei Paesi OECD

Figura 1.2 - Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria nei Paesi OECD. Valori percentuali – Anni 1980-2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2008

² Per i Paesi di cui non si dispone del dato 2006, è stato osservato il dato 2005.

in cui la quota pubblica di spesa sanitaria era tra le più elevate, essa sia costantemente diminuita di decennio in decennio, dal 1980 fino al 2006 (Canada, Danimarca, Nuova Zelanda, Polonia, Repubblica Ceca, Spagna e Svezia), mentre nei Paesi con una quota pubblica meno rilevante si è osservata una crescita più o meno consistente: è il caso di Australia, Austria, Corea, Giappone, Svizzera e Turchia.

Ci sono poi dei Paesi che hanno registrato un andamento “altalenante” nei decenni osservati: ad esempio, la Francia ha visto calare la quota pubblica di spesa sanitaria dal 1980 al 1990, registrando un successivo aumento nei decenni successivi; lo stesso è accaduto alla Grecia, all'Irlanda e agli Stati Uniti. Per quanto riguarda il nostro Paese, la spesa pubblica in percentuale della totale, così come osservato da Muraro e Rebba³, è inizialmente diminuita di circa 7 punti percentuali dal 1990 al 2000, per poi registrare un trend di crescita dal 2000 al 2006 (quasi 5 punti percentuali). 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 partecipazioni), 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.

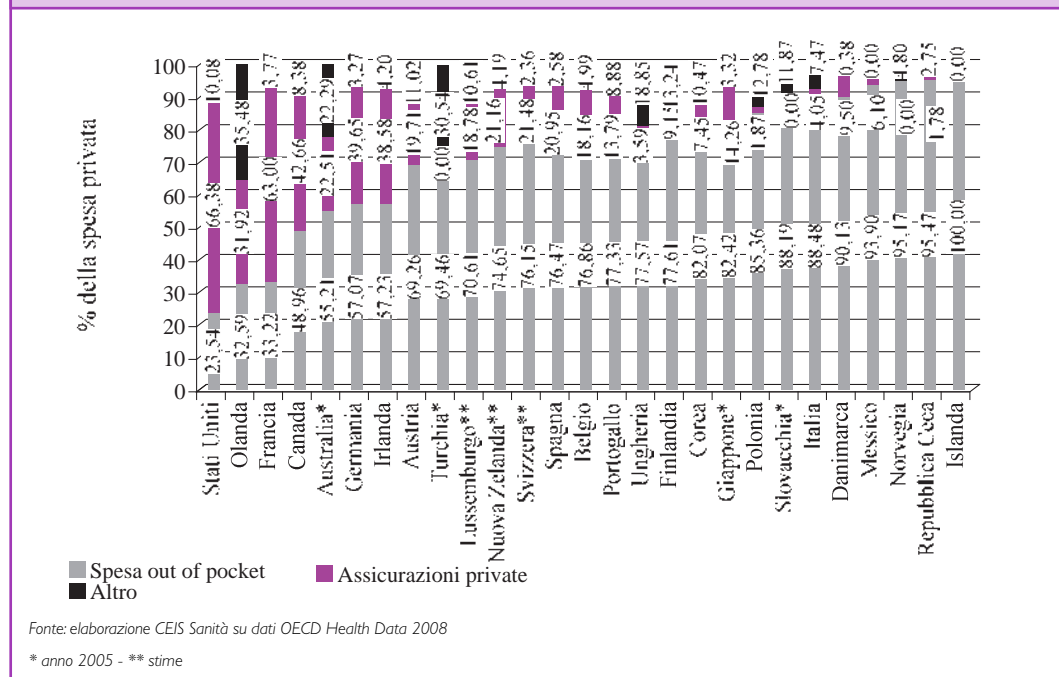
Mediamente, nei Paesi OECD⁴ il 17,1% della spesa sanitaria totale viene finanziata dalla spesa privata delle famiglie (18,4% nel 2005).

Più in dettaglio, nella figura 1.3 si osserva come, tranne che in 4 Paesi (Stati Uniti, Olanda, Francia e Canada), oltre il 50,0% della quota privata di finanziamento della spesa sanitaria sia rappresentata dalla spesa *out of pocket* delle famiglie, con una discreta variabilità tra i Paesi OECD. Si passa infatti dal 55,2% dell'Australia fino ad arrivare al 100,0% dell'Islanda. Si noti, poi, come in due terzi dei Paesi tale quota superi il 70,0%. L'Italia registra una quota sostanziosa di spesa *out of pocket*: nel 2006 essa raggiunge infatti l'88,5% della quota privata di finanziamento della spesa sanitaria, con una leggera crescita rispetto al 2005 (87,0%), a riprova di una sostanziale assenza del “secondo Pilastro” della Sanità (fondi, mutue, assicurazioni integrative in senso lato). Oltre al nostro Paese, l'intera area OECD (tranne alcuni Paesi quali Stati Uniti e Francia, ad esempio) ha registrato nell'ultimo decennio un aumento dell'incidenza della spesa *out of pocket* sul totale dei consumi delle famiglie, anche se il tasso di crescita sta ora rallentando, con conseguenti problemi sul fronte dell'equità e della solidarietà: infatti, si può affermare che maggiore è la quota di spesa *out of pocket* e per assicurazioni individuali, minore è la solidarietà tra l'intera popolazione. Con qualche eccezione, si verifica comunque 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. Con riferimento all'assicurazione sanitaria privata nei Paesi OECD, essa nel 2006 rappresenta mediamente il 4,7% della spesa totale (sostanzialmente invariata rispetto al 2005, quando era pari al 5,0%) e il 18,4% della spesa privata, anche in questo caso con una certa variabilità fra i Paesi. In particolare, come illustrato nella figura 1.3, una quota piuttosto alta della spesa per assicurazioni private sul totale della spesa privata la registrano, com'è noto, gli Stati Uniti (66,4%), ma anche la Francia (63,0%), il Canada (42,7%), la Germania (39,7%), l'Irlanda (38,6%) e l'Olanda (31,9%).

³ Muraro G. e Rebba V. (2008), *Public and Private Financing of Health Care: An Overview*

⁴ Sono esclusi da queste considerazioni Grecia, Regno Unito e Svezia, per cui non si ha disponibilità di dati confrontabili con riferimento alla suddivisione della spesa privata.

Figura 1.3 - Composizione del finanziamento privato della spesa sanitaria nei Paesi OECD. Valori percentuali – Anno 2006



Di contro, in Paesi come la Norvegia, l'Islanda e la Slovacchia, il mercato delle assicurazioni sanitarie private è del tutto assente.

Anche nel nostro Paese, come detto, il mercato delle assicurazioni private stenta a decollare: la quota sul totale della spesa privata si arresta, nel 2006, al 4,1%, restando sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente; la quota della spesa per assicurazioni private sul totale della spesa sanitaria, invece, non raggiunge neanche l'1,0% (0,92%).

Sulla base di quanto illustrato, sono diversi gli spunti di riflessione: secondo l'OECD, a politiche invariate, la componente pubblica della spesa sanitaria, inclusa quella per gli anziani non autosufficienti, potrebbe raddoppiare nell'arco di pochi decenni, in Italia come in molti altri Paesi. La crescita osservata e prevista della spesa sanitaria, dunque, induce a forti preoccupazioni i *policy makers*, che si trovano a dover affrontare una siffatta situazione a fronte di budget pubblici sempre meno consistenti. Recentemente, il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Maurizio Sacconi, ha diffuso il "Libro Verde", in cui si apre una discussione ad ampio raggio sulle sempre più necessarie ristrutturazioni con cui intervenire sull'attuale stato sociale, di cui la Sanità rappresenta una parte preponderante.

Secondo il Libro Verde, "La spesa privata rimane una componente essenziale delle spese sociosanitarie delle famiglie italiane. In questo quadro, le diverse forme di mutualità fra privati, realizzate attraverso la bilateralità, le assicurazioni private o le forme miste, sia quelle di natura previdenziale sia quelle di natura socio-sanitaria, possono concorrere in maniera efficiente ed equa a migliorare la gestione dei rischi, specie di quelli di maggiore rilievo. Per questo motivo, queste realtà devono essere collocate all'interno di una visione organica del sistema di Welfare

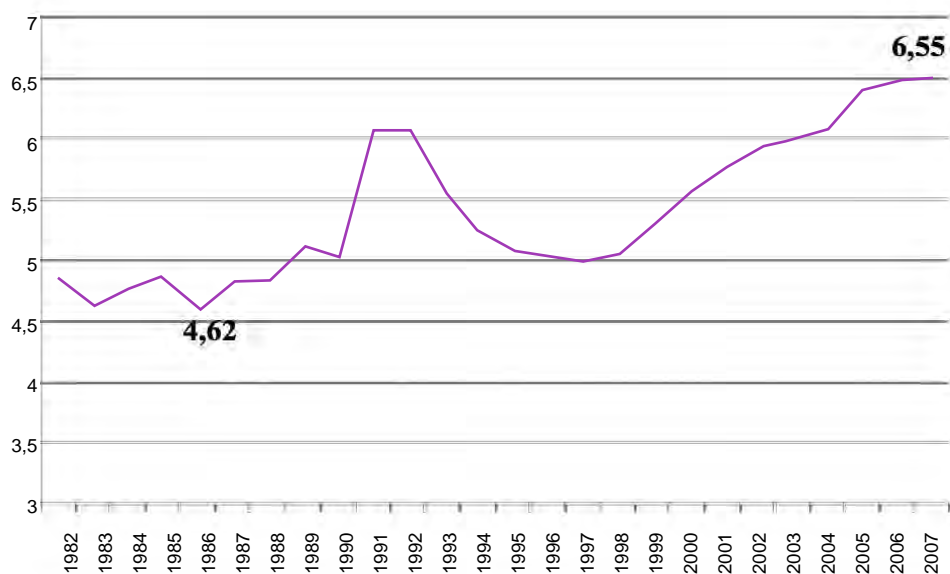
del Paese. Occorre dare, dunque, maggiore impulso allo sviluppo della previdenza complementare nonché ai fondi sanitari integrativi del servizio pubblico al fine di orientare e convogliare la spesa privata verso una modalità di raccolta dei finanziamenti che, nel rispetto del principio di solidarietà generazionale, sia in grado di porsi accanto al finanziamento pubblico di derivazione fiscale ed integrarlo. Si potrebbe favorire così la “socializzazione dei rischi” e la conseguente riduzione dei problemi di selezione degli iscritti. Lo Stato può disegnare un quadro normativo adeguato, offrire benefici fiscali, aiutare le parti e soprattutto le persone a prendere atto dei limiti, ormai ineludibili, dell’intervento pubblico”.

1.2. Finanziamento e risultato economico di esercizio del SSN italiano

Il trend del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale viene analizzato dal 1982 al 2007, ultimo anno per cui il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Settore Salute⁵ ha fornito dati confrontabili.

Se si osservano i valori del finanziamento corrente⁶ in percentuale del PIL, si riscontra un andamento crescente ma piuttosto irregolare, come mostrato nella figura 1.4.

Figura 1.4 - Finanziamento del SSN in percentuale del PIL. Valori percentuali – Anni 1982-2007



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

⁵ Nel resto del capitolo, per brevità, verrà denominato “Ministero della Salute”

⁶ Per questa analisi 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.

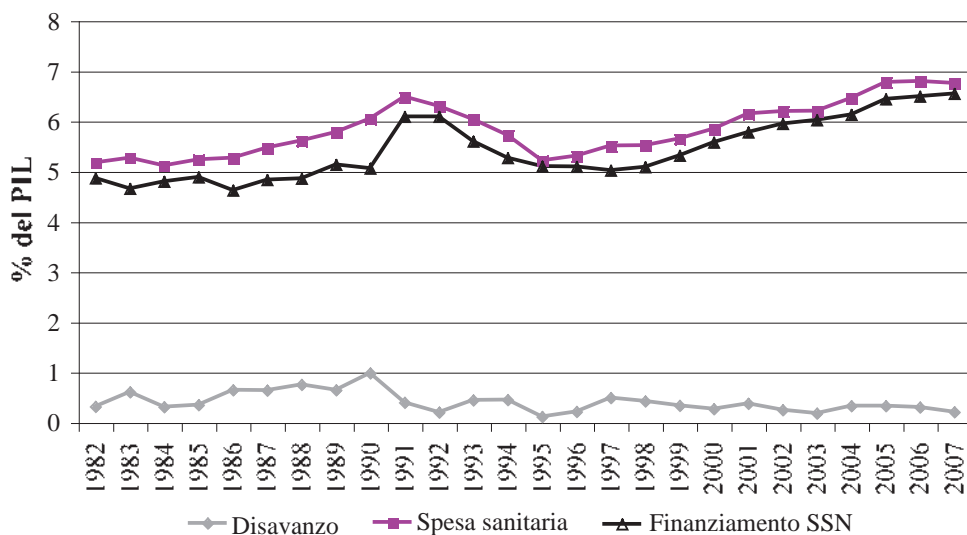
Nel periodo di tempo considerato, si è registrato un aumento dell'incidenza del finanziamento sul PIL pari a 1,7 punti percentuali, passando dal 4,9% del 1982 al 6,6% del 2007. Proprio in quest'ultimo anno si registra il picco massimo del finanziamento in percentuale del PIL (e secondo la Finanziaria 2008 e le stime del PIL, come visto, tale quota è destinata ad aumentare), mentre il valore minimo si osserva nel 1986: 4,6% del PIL. Il valore medio del finanziamento corrente in percentuale del PIL dal 1982 al 2007 è pari al 5,4%.

Come si può osservare dalla figura 1.5, la crescita del finanziamento è avvenuta a tassi piuttosto irregolari, con un picco tra il 1990 e il 1991, ossia subito prima delle importanti riforme del 1992⁷. Dal 1992 si assiste ad un trend di diminuzione del valore, che termina intorno al 1998, anno in cui si registra una nuova impennata della percentuale, che culmina nel 2007, raggiungendo, come visto, la quota del 6,6%.

Nel periodo di tempo 1982-2007, la spesa sanitaria 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 dalla nascita del SSN ad oggi.

La figura 1.5 mostra come la forbice tra spesa e finanziamento si sia comunque ridotta negli anni, e conseguentemente anche il livello del disavanzo. In particolare, considerando l'ultimo quinquennio⁸, dopo un leggero incremento della percentuale del disavanzo sul PIL registrata

Figura 1.5 - Spesa, finanziamento e disavanzo. Valori in percentuale del PIL – Anni 1982-2007



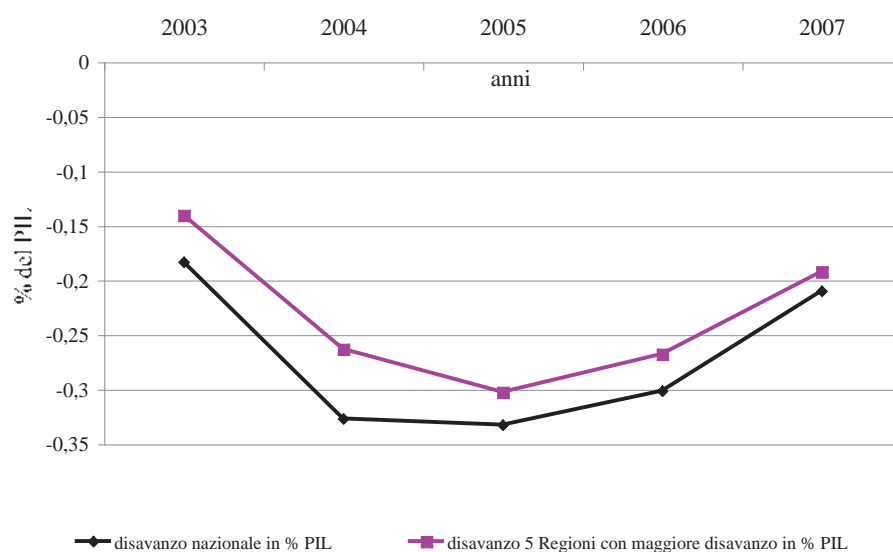
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

⁷ Cfr. Rapporto CEIS Sanità 2007, capitolo 1.4, pag. 76.

⁸ Per questi anni il Ministero della Salute ha fornito nel luglio 2008 un aggiornamento dei dati rispetto a quelli diffusi negli anni precedenti.

nel 2004 rispetto all'anno precedente (+0,3%) ed una sostanziale stabilità nei due anni successivi, si evidenzia un decremento di 0,1 punti percentuali nel 2007 rispetto al 2006.

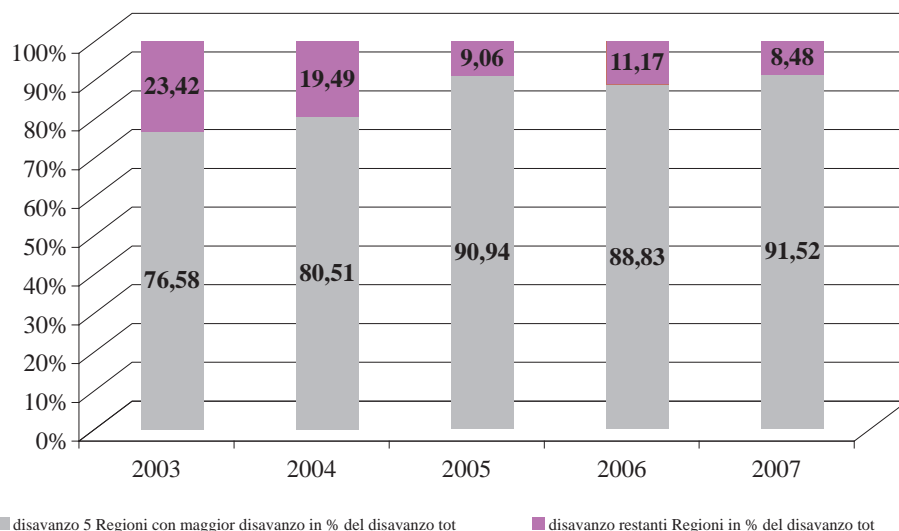
Figura 1.6 - Confronto tra disavanzo nazionale e somma del disavanzo delle 5 Regioni con maggiore disavanzo. Valori in percentuale del PIL - Anni 2003-2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Mettendo a confronto il disavanzo nazionale e la somma dei disavanzi delle 5 Regioni che hanno registrato il maggior disavanzo nel quinquennio 2003-2007, osservati in percentuale del PIL nazionale, si nota, come illustrato nella figura 1.6, che la forbice si è allargata nel 2004 rispetto all'anno precedente, per poi restringersi negli anni successivi, in particolare nel 2007, anno in cui si registra la maggior concentrazione del disavanzo. In particolare, nel 2007 le 5 Regioni con maggior disavanzo (Lazio, Sicilia, Campania, Abruzzo e Liguria) hanno sommato il 91,5% del disavanzo nazionale (figura 1.7).

Figura 1.7 - Quota di disavanzo delle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori in percentuale del disavanzo nazionale – Anni 2003-2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

L'andamento dei disavanzi sembra essere indipendente dalle variazioni delle principali voci di spesa e da quelle del finanziamento, come evidenziato nella tabella 1.3⁹.

Tabella 1.3 - Variazioni annue del finanziamento, del disavanzo e delle principali voci di spesa. Valori percentuali – Anni 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Spesa per il personale	+1,18	+5,58	+7,64	+5,22	+1,14
Spesa per beni e servizi ¹⁰	+10,55	+13,13	+17,88	+1,22	+9,84
Finanziamento	+4,39	+6,01	+7,51	+4,50	+4,51
Risultato d'esercizio	-23,89	+85,61	+4,20	-6,07	-27,78

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

⁹ Cfr. Rapporto CEIS Sanità 2007, capitolo 1.4, pagg. 79-80.

¹⁰ Questa voce comprende la spesa per beni, accantonamenti tipici, compartecipazioni per intramoenia, interessi passivi e oneri finanziari, altri servizi e imposte e tasse.

Ad esempio, nel 2004, anche in presenza di un aumento del finanziamento che “copre” quello della spesa per il personale, il disavanzo registra comunque un aumento (così come, in verità, quella per beni e servizi); viceversa, nel 2006, quando si osserva un aumento percentuale della spesa per il personale rispetto al 2005 che risulta maggiore di quello registrato dal livello di finanziamento, il disavanzo registra una diminuzione percentuale rispetto all’anno precedente.

Volendo effettuare dei confronti in termini “reali”, nella tabella 1.4 si riportano le variazioni percentuali, rispetto all’anno precedente, del livello di finanziamento nominale e di quello reale, dal 2000 (anno base) ad oggi.

Tabella 1.4 - Incrementi annui del finanziamento nominale e reale. Valori percentuali – Anni 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Finanziamento nominale	+8,61	+6,79	+4,39	+6,01	+7,51	+4,50	+4,51
Finanziamento reale	+5,61	+3,40	+1,47	+3,36	+5,38	+2,76	+2,29

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

I dati illustrati nella tabella 1.4 dimostrano come in termini reali l’aumento sia stato massimo nel 2001 e nel 2005; il 2003 e il 2006 sono stati gli anni in cui l’incremento in termini reali è stato inferiore. La variazione reale è stata comunque molto difforme nel periodo considerato, seguendo più il ciclo economico e politico che la crescita dei bisogni.

1.3. Finanziamento e risultato economico di esercizio dei Servizi Sanitari Regionali

Il finanziamento della spesa sanitaria pubblica avviene 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, sancito dal D.P.C.M. 29 novembre 2001. Come è noto, quest’ultimo aspetto ha portato ad adottare, sin dal riparto 1999, il criterio della quota capitaria ponderata, che comporta assegnazioni diverse alle Regioni, in ragione delle diverse popolazioni servite, ai sensi della Legge Finanziaria 1997 (L. n. 662/1996). Con tale norma si ritorna alla ponderazione secondo i consumi sanitari per età e sesso, con contestuale aggiunta di indicatori epidemiologici e di altri indicatori di bisogno (anche se questi ultimi non hanno mai giocato un ruolo fondamentale), perdendo nel contempo il riferimento ad indicatori di tipo strutturale.

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.

**Tabella 1.5 - Finanziamento pro-capite regionale.
Valori in euro – Anni 1995-2007**

Regioni	1995	2000	2005	2006	2007
Italia	828,547	1.167,101	1.568,046	1.630,515	1.693,126
Piemonte	840,38	1.219,12	1.691,52	1.747,70	1.791,42
Valle d'Aosta	888,18	1.438,97	1.884,39	2.036,99	2.033,62
Lombardia	854,33	1.184,99	1.551,15	1.600,28	1.671,38
Trentino A.A.	957,04	1.465,09	1.932,39	1.982,70	2.055,95
Veneto	870,37	1.200,55	1.580,64	1.675,26	1.711,96
Friuli V.G.	882,62	1.238,98	1.678,82	1.664,79	1.819,21
Liguria	900,43	1.347,32	1.712,17	1.809,13	1.873,84
Emilia Romagna	907,76	1.289,05	1.655,11	1.694,62	1.765,45
Toscana	854,21	1.233,76	1.643,10	1.681,78	1.764,81
Umbria	897,47	1.270,24	1.611,93	1.637,47	1.721,53
Marche	851,35	1.346,89	1.581,08	1.627,47	1.709,38
Lazio	814,04	1.172,00	1.598,32	1.655,48	1.650,37
Abruzzo	816,32	1.161,95	1.545,60	1.593,76	1.651,50
Molise	788,67	1.150,09	1.587,56	1.604,24	1.677,55
Campania	763,86	1.034,33	1.415,39	1.518,37	1.585,95
Puglia	786,97	1.063,57	1.465,07	1.550,20	1.633,26
Basilicata	754,31	1.026,99	1.519,05	1.575,83	1.681,62
Calabria	752,80	1.036,63	1.491,44	1.582,67	1.681,44
Sicilia	759,11	1.048,49	1.493,61	1.538,06	1.589,33
Sardegna	788,46	1.065,69	1.471,86	1.555,96	1.654,82

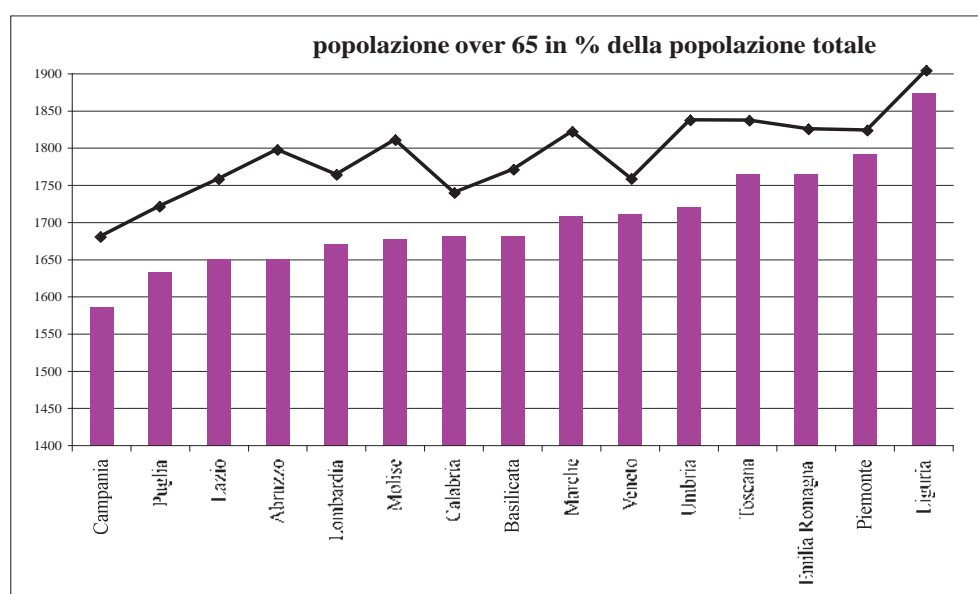
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

Nella tabella 1.5 viene illustrato il riparto pro-capite delle risorse per la Sanità tra le Regioni e le Province Autonome nel periodo 1995-2007¹¹.

Si osserva come la Campania sia stata la Regione con la minor quantità pro-capite di risorse assegnate nell'ultimo triennio, sempre seguita dalla Sicilia (tranne nel 2005, quando in seconda posizione, nella classifica delle minori assegnazioni, si trova la Puglia). Nel 1995 a ricevere il minor livello di finanziamento pro-capite è stata la Calabria, seguita immediatamente dopo dalla Basilicata, mentre nel 2000 è proprio quest'ultima ad ottenere minori risorse pro-capite, seguita dalla Campania. A ricevere, invece, le maggiori quantità di risorse per la Sanità sono state, in tutti gli anni considerati, il Trentino Alto Adige e la Valle d'Aosta, quest'ultima sempre seconda nella classifica delle maggiori assegnazioni tranne che nel 2006, quando le posizioni si sono invertite, e nel 1995, quando in seconda posizione, dopo il Trentino, si trova l'Emilia Romagna.

¹¹ 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 2007.

Figura 1.8 - Finanziamento pro-capite regionale* e quota popolazione over 65. Valori in euro e in percentuale – Anno 2007



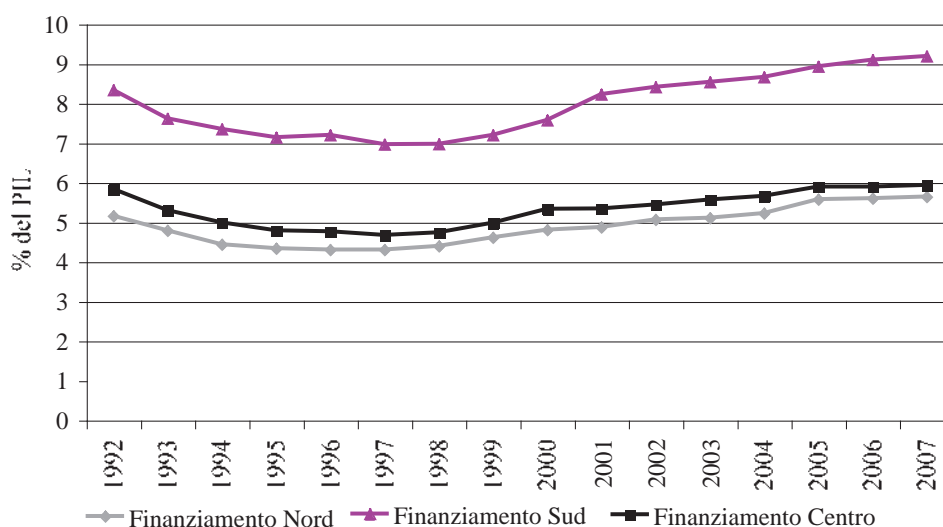
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

* Regioni a statuto ordinario

La figura 1.8, relativa all'anno 2007 e alle Regioni a statuto ordinario, evidenzia il legame tra quota di finanziamento assegnata e relativa popolazione anziana (over 65). 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 registrato, al 1° gennaio 2007, la minor percentuale di popolazione over 65 (15,52%) e over 75 (7,12%). Per entrambe queste classi di età, nel 2007 il primato della maggior percentuale spetta alla Liguria (il 26,70% della popolazione è over 65 e il 13,39% è over 75), così come anche il maggior finanziamento pro-capite (€1.873,84). Come mostrato in figura 1.8, ci sono alcune eccezioni: è il caso ad esempio di Lombardia, Calabria e Veneto, che hanno una quota di popolazione over 65 inferiore ad altre Regioni ma un livello di finanziamento pro-capite maggiore rispetto alle stesse. Si può comunque affermare che l'invecchiamento della popolazione risulta essere la variabile che incide maggiormente sulla distribuzione delle risorse.

Nella figura 1.9 viene illustrato l'andamento del finanziamento in percentuale del PIL nel Nord, nel Centro e nel Sud del nostro Paese. In generale, si nota come l'andamento sia abbastanza omogeneo in tutte le aree del Paese: dal 1998 il trend è in crescita, anche se con un tasso che sembra aver rallentato la sua corsa nel tempo. Tuttavia, si nota anche come il livello di finanziamento delle Regioni del Sud, in percentuale del proprio PIL, risulti più alto rispetto a quello del Centro e del Nord; tale gap fornisce una misura della redistribuzione delle risorse messa in atto dal sistema di riparto, e rende ancora più evidente l'importanza di realizzare un federali-

**Figura 1.9 - Finanziamento per ripartizione geografica su PIL.
Valori percentuali – Anni 1992-2007**



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

simo con una opportuna perequazione tra le Regioni.

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 al netto del saldo di mobilità interregionale¹².

Osservando la tabella 1.6 si rileva come non sempre le maggiori o minori perdite pro-capite coincidano con quelle in valore assoluto.

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 2003 esso registra una perdita pari a €134,13 pro-capite, a fronte di una media Italia di €42,70 pro-capite; nel 2004 il Lazio registra perdite

¹² 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.

Tabella 1.6 - Risultati di esercizio regionali. Valori assoluti e pro-capite – Anni 2003-2007

Regione	2003		2004		2005		2006		2007	
	Val.ass. (mln €)	Pro-capite(€)	Val.ass. (mln €)	Pro-capite(€)	Val.ass. (mln €)	Pro-capite(€)	Val.ass. (mln €)	Pro-capite(€)	Val.ass. (mln €)	Pro-capite(€)
Italia	-2.447,61	-42,70	-4.543,02	-78,48	-4.733,96	-80,97	-4.446,60	-75,69	-3.211,27	-54,31
Piemonte	-143,99	-34,03	-567,50	-132,90	10,20	2,36	-23,54	-5,42	-116,01	-26,65
Valle d'Aosta	-9,70	-80,24	-13,06	-107,04	-12,92	-105,11	-12,64	-101,93	-13,38	-107,22
Lombardia	12,80	1,41	229,08	24,77	206,90	22,03	93,97	9,92	58,84	6,16
Trentino A. A.	-27,26	-28,68	1,57	1,64	16,06	16,48	-10,04	-10,19	15,92	16,00
Veneto	-182,41	-39,85	46,00	9,91	8,50	1,81	64,39	13,59	-46,63	-9,77
Friuli V. G.	15,29	12,83	4,14	3,45	27,32	22,68	50,28	41,61	24,18	19,94
Liguria	-59,59	-37,90	-312,53	-198,12	-230,44	-144,72	-97,41	-60,50	-129,48	-80,53
Emilia Romagna	-105,39	-26,15	-351,67	-86,19	-8,14	-1,96	-48,11	-11,49	-9,74	-2,31
Toscana	-25,29	-7,19	-157,10	-44,05	-66,23	-18,41	-134,69	-37,21	52,03	14,30
Umbria	-51,85	-62,15	-33,66	-39,69	-11,87	-13,82	-43,44	-50,06	12,77	14,62
Marche	-53,52	-36,05	-150,74	-100,17	-29,00	-19,10	-34,97	-22,87	11,18	7,28
Lazio	-690,21	-134,13	-1.060,68	-203,78	-1.691,40	-320,95	-2.001,53	-377,31	-1.600,35	-291,33
Abruzzo	-133,05	-104,50	-107,20	-83,36	-183,08	-140,91	-170,19	-130,38	-141,95	-108,38
Molise	-38,76	-120,73	-38,48	-119,60	-71,74	-222,83	-59,15	-184,34	-53,26	-166,41
Campania	-554,53	-96,86	-1.007,34	-174,87	-1.485,37	-256,59	-680,78	-117,56	-528,65	-91,30
Puglia	101,00	25,10	3,34	0,83	-354,10	-87,04	-254,82	-62,59	-127,21	-31,26
Basilicata	-11,36	-19,03	-25,10	-42,05	-26,08	-43,72	-19,47	-32,77	-8,51	-14,40
Calabria	-50,19	-25,00	-122,43	-60,87	-84,25	-41,93	-104,25	-52,01	-76,22	-38,15
Sicilia	-303,20	-60,98	-670,51	-134,01	-543,53	-108,42	-842,60	-167,94	-538,53	-107,35
Sardegna	-136,40	-83,29	-209,15	-127,29	-204,80	-124,12	-117,61	-71,03	3,75	2,26

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

di esercizio per €203,78 a fronte di un dato nazionale negativo ammontante a €112,59; nel 2005 la perdita ammonta a €320,95 per il Lazio e a €80,97 per l'Italia; nel 2006 i costi superano i ricavi per un totale di €377,31 pro-capite nel Lazio e mediamente di €75,69 in Italia. Per finire, nel 2007 entrambi i valori subiscono un calo: il Lazio registra una perdita pro-capite pari a €291,33, mentre il dato medio nazionale, sempre negativo, si attesta però a €54,31 pro-capite.

Subito dopo il Lazio si posiziona con le sue perdite di esercizio il Molise, in tre anni sui cinque considerati (2003, 2006 e 2007), registrando anch'esso un risultato peggiore di quello medio nazionale. Nel 2004 la seconda posizione nella classifica dei meno "virtuosi" spetta alla Liguria (€198,12 pro-capite), nel 2005 alla Campania (€256,59 pro-capite)

La Lombardia e il Friuli Venezia Giulia sono tra le Regioni più "virtuose", registrando per ciascuno degli anni considerati degli utili di esercizio.

Vale la pena di osservare come nel 2004 il sostanziale aumento della perdita di esercizio si sia

**Tabella 1.7 - Saldi mobilità sanitaria interregionale. Milioni di euro
Anni 2001-2007**

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Piemonte	-20,269	-20,815	-19,525	-19,003	-10,732	-11,938	-11,938
Valle d'Aosta	-11,682	-12,855	-14,150	-16,282	-17,597	-17,270	-17,270
Lombardia	356,056	397,015	406,728	438,503	422,094	430,993	430,993
P. A. Bolzano	3,257	5,577	6,495	6,600	6,129	5,862	5,862
P. A. Trento	-6,512	-12,486	-13,106	-15,381	-15,825	-17,182	-17,182
Veneto	112,134	100,315	112,304	116,280	118,374	111,263	111,263
Friuli V.G.	20,743	22,305	17,079	15,520	15,261	12,057	12,057
Liguria	9,673	2,808	-8,509	-19,052	-18,642	-16,662	-16,662
Emilia Romagna	213,178	232,011	249,486	270,712	289,197	308,164	308,164
Toscana	84,213	73,124	85,247	103,664	103,932	106,566	106,566
Umbria	18,231	34,424	35,646	27,252	18,612	15,918	15,918
Marche	-25,416	-26,676	-35,863	-44,959	-43,837	-43,914	-43,914
Lazio	64,870	64,132	51,062	42,503	63,863	70,157	70,157
Abruzzo	17,833	11,174	16,227	17,377	13,306	8,362	8,362
Molise	-13,079	-1,786	3,462	0,261	6,354	19,163	19,163
Campania	-256,083	-269,162	-263,725	-260,570	-269,287	-283,153	-283,153
Puglia	-90,504	-106,999	-126,872	-153,548	-173,009	-183,881	-183,881
Basilicata	-57,937	-53,613	-55,822	-53,928	-47,960	-40,751	-40,751
Calabria	-170,413	-187,921	-192,544	-210,573	-211,732	-213,984	-213,984
Sicilia	-197,276	-199,305	-203,928	-195,353	-196,493	-200,507	-200,507
Sardegna	-51,016	-51,266	-49,690	-50,023	-52,010	-59,261	-59,261

Fonte: Ministero della Salute

*Per il 2007 vengono utilizzati i dati 2006 come stima in quanto i dati definitivi, derivanti da accordi tra le Regioni, non sono ancora disponibili

registrato a fronte di un aumento del costo del personale, ma anche, come osservato in precedenza, di un leggero aumento del finanziamento assegnato; nel 2005 si evidenzia ancora un incremento del livello di finanziamento, ma anche un cospicuo aumento del costo per l'acquisto di beni e servizi, che invece registra addirittura un calo nel 2006, a fronte di una leggera diminuzione delle risorse assegnate in sede di riparto del FSN.

Nel ricavare il livello di disavanzo regionale, un ruolo a volte importante viene attribuito alla mobilità interregionale (cfr. tabella 1.7).

Considerando l'ultimo quinquennio, le Regioni in cui si registra, in ciascun anno, un saldo attivo della mobilità sanitaria (sono di più le persone non residenti che vengono a farsi curare in Regione, rispetto ai 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 (Molise fino al 2002, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna), con qualche "eccezione geo-

grafica”: Piemonte, Valle d’Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Liguria (dal 2003), e Marche. Dal 2001 al 2007, 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, la Liguria, le Marche, la Campania, la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Sardegna.

1.4. Il riparto delle risorse per la Sanità

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 aziende e quello fra le funzioni assistenziali.

Ne segue anche che, dai comportamenti regionali, si possono evincere tanto i modelli organizzativi implicitamente adottati, quanto quelli assistenziali.

La definizione dei criteri più idonei per l’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/negoziato; 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 negoziato. Il rischio che tale tendenza comporta è che, ad esempio, il riparto 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.

Quale che sia il metodo di riparto prescelto, è però opinione ormai condivisa¹³ che esso non possa comunque prescindere da tre fattori fondamentali:

- a) la quantità di popolazione servita;
- b) il differenziale dei bisogni di natura sanitaria e socio-sanitaria (caratteristiche della popolazione);
- c) la stima delle risorse economiche necessarie per soddisfare i bisogni.

Un sistema che prescinda anche da uno solo dei fattori sopra elencati corre il rischio di presentare distorsioni gravi a danno dell’equità e dell’efficienza allocativa.

Con riferimento al primo fattore, è chiaro che maggiore è il numero di residenti e maggiore è il bisogno da soddisfare. Per quanto riguarda il differenziale dei bisogni sanitari, la sua determinazione resta un’operazione piuttosto complessa, in cui l’unica evidenza, peraltro condivisa all’interno del mondo scientifico, è che al crescere dell’età cresce l’utilizzo dei servizi. Con riferimento alle risorse economiche necessarie per finanziare il sistema sanitario, e quindi per soddisfare i bisogni della popolazione, il riparto del FSN tra le Regioni è una variabile esogena rispetto al sistema regionale, se si considera che esso è il risultato di complesse negoziazioni, economiche ma anche sociali. Di fatto, dunque, 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 sanita-

¹³ Costa e Faggiano (1994); Mapelli (2000)

**Tabella 1.8 - Vincoli di destinazione del finanziamento: criteri nazionali
Valori percentuali – Anni 2003-2007**

Livello di assistenza	2003	2004	2005	2006	2007
Collettiva (prevenzione)	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Distrettuale	49,5	49,5	49,5	51,0	51,0
Medicina di base e PLS	5,8	5,8	5,8	6,9	6,9
Farmaceutica	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0
Specialistica	10,7	10,7	10,7	13,0	13,0
Altra territoriale	20,0	20,0	20,0	18,1	18,1
Ospedaliera	45,5	45,5	45,5	44,0	44,0

Fonte: ASSR, Ministero della Salute

rie che si basa ancora prevalentemente sulla quota capitaria pesata, vincolando le somme per funzione in base ai Livelli Essenziali di Assistenza: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale o territoriale (suddivisa a sua volta in assistenza farmaceutica, medicina di base e pediatrica, assistenza specialistica, altra assistenza territoriale).

Tutte le Regioni seguono, in pratica, i criteri previsti dal sistema di riparto a livello nazionale (riportati nella tabella 1.8), a volte con opportune correzioni, ovvero assegnando ai LEA quote di risorse finanziarie, illustrate per gli anni 2007 e 2008 nella tabella 1.9, differenti rispetto agli obiettivi definiti nel D.P.C.M. del 29 novembre 2001.

Tabella 1.9 - Quote assegnate a livello regionale. Valori percentuali – Anni 2007-2008

Regioni	Assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro		Assistenza Ospedaliera		Assistenza territoriale/ distrettuale		Altra Assistenza	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Valle d'Aosta	5,5%		45,0%		46,0%		3,5%	
Lombardia	5,5%		43,5%		51,0%			
Emilia Romagna	4,5%	4,6%	44,0%	45,0%	51,5%	50,4%		
Toscana	5,0%		43,0%		52,0%			
Lazio	4,9%	5,0%	48,5%	44,0%	46,6%	51,0%		
Campania	5,0%	5,0%	42,0%	42,0%	39,1%	39,6%	13,9%	13,4%
Puglia	4,4%	4,4%	48,4%	47,2%	47,2%	48,4%		
Basilicata	5,0%	5,0%	44,0%	44,0%	51,0%	51,0%		
Calabria	5,0%		44,0%		51,0%			
Sicilia	5,0%		46,0%		49,0%			
Sardegna	5,0%		45,0%		50,0%			

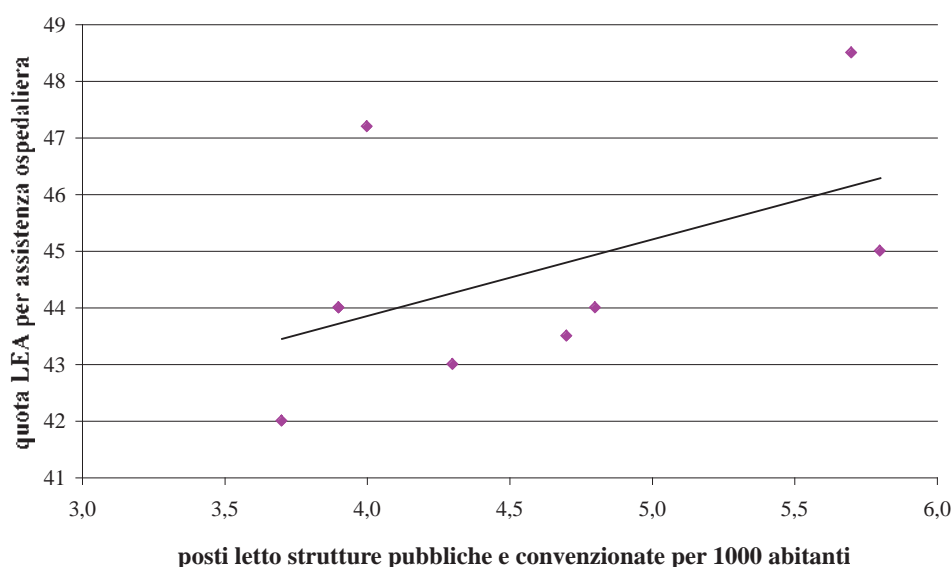
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle D.G.R.

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 dell'efficienza allocativa interna, a sua volta dipendente da una assegnazione delle risorse rispondente alle peculiari necessità che ciascuna Regione presenta in base alle 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, come mostrato nella figura 1.10.

Figura 1.10 - Relazione tra numero di posti letto per 1.000 abitanti (strutture pubbliche e convenzionate) e quota LEA per assistenza ospedaliera
Valori percentuali e assoluti – Anno 2006



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

Osservando i dati riportati nella tabella 1.8, si evince una certa variabilità 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%; a quest'ultima quota si adeguano per il 2007 Emilia Romagna, Basilicata e Calabria, e per il 2008 anche il Lazio.

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. La quota stabilita a livello nazionale per il 2007 è il 51,0%, e le Regioni che si sono attestate sulla

Tabella 1.10 - Centralizzazione delle risorse finanziarie per la Sanità. Valori percentuali – Anni 2007-2008

Regioni	Quota FSR assegnata alle Aziende	
Valle d'Aosta	96,1%	nd
Lombardia	97,0%	nd
Liguria	98,0%	nd
Emilia Romagna	96,4%	nd
Toscana	100,0%	nd
Lazio	nd	92,2%
Molise	100,0%	nd
Campania	87,6%	88,0%
Puglia	92,4%	nd
Basilicata	92,0%	92,0%
Calabria	92,3%	nd

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle D.G.R.

medesima percentuale sono Lombardia, Basilicata e Calabria. Per il 2008, anche il Lazio ha intenzione di destinare all'assistenza territoriale il 51,0% del FSR.

Considerando le quote per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, la maggioranza delle Regioni ha destinato, 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%.

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.

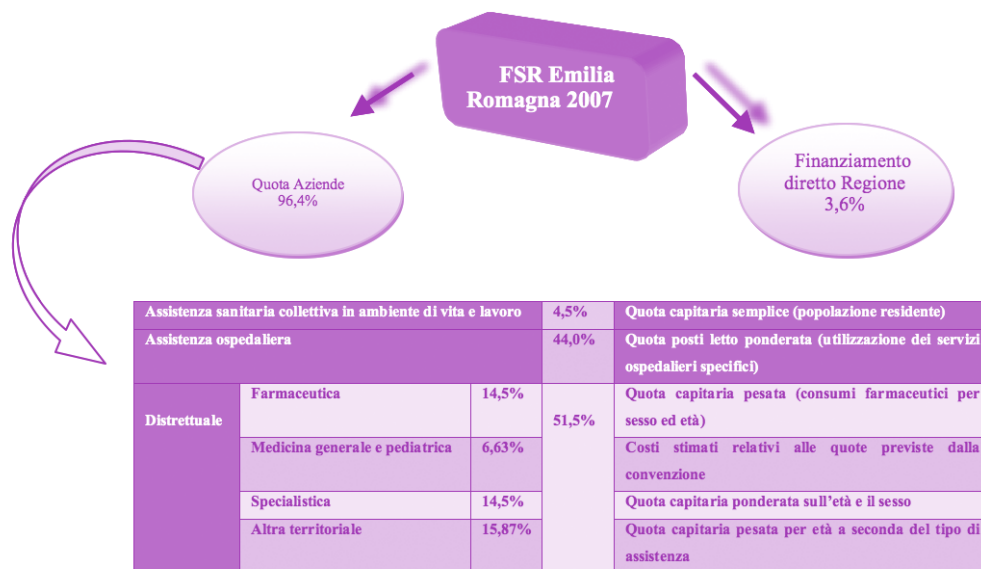
La quota di fondo assegnato ad aziende sanitarie territoriali e aziende ospedaliere fornisce, quindi, un quadro di riferimento sul livello di accentramento finanziario regionale, nonché dei sistemi utilizzati per garantire il governo e la sostenibilità finanziaria del sistema.

Per effettuare dei confronti tra le Regioni (cfr. tabella 1.10) per l'anno 2007, citiamo il Molise (che, comunque, ha solo un'Azienda sanitaria, di fatto totalmente assoggettata al controllo della Regione) e la Toscana, che destinano il 100,0% del FSR alle ASL, come esempi di chiara decentralizzazione delle responsabilità. Al contrario, in Campania si riscontra un forte centralismo finanziario: la Regione assegna alle ASL "solo" l'87,6% del fondo, mentre il restante 12,4% viene gestito a livello centrale per far fronte a eventuali esigenze impreviste e per scopi di equilibrio e perequazione.

Di fatto, le scelte regionali sono legate alla situazione socio-economica e finanziaria che caratterizza il servizio sanitario regionale, e dalla nostra analisi è emersa una correlazione positiva tra i livelli di disavanzo delle Regioni considerate e il livello di accentramento delle risorse per la Sanità.

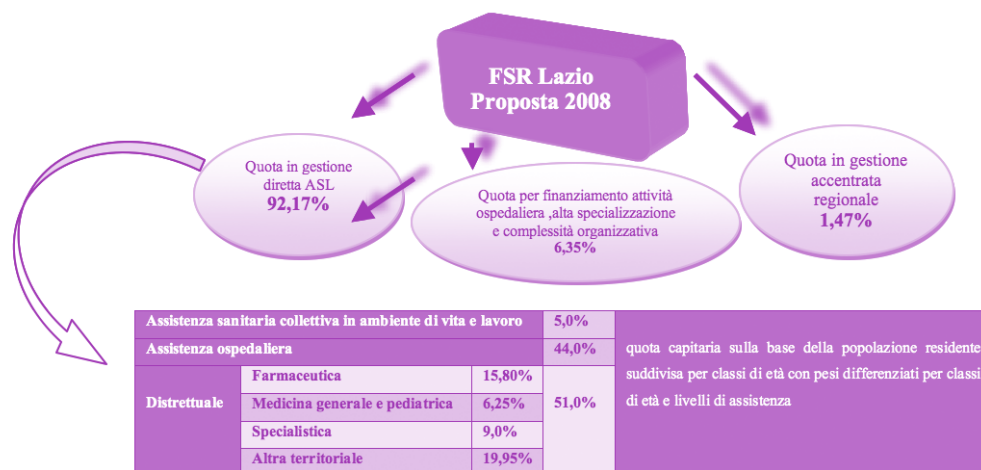
Nelle figure 1.11-1.15 vengono riassunti in forma grafica i criteri di riparto dei LEA per alcune Regioni, per gli anni 2007-2008.

Figura 1.11 - Riparto FSR 2007, Regione Emilia Romagna



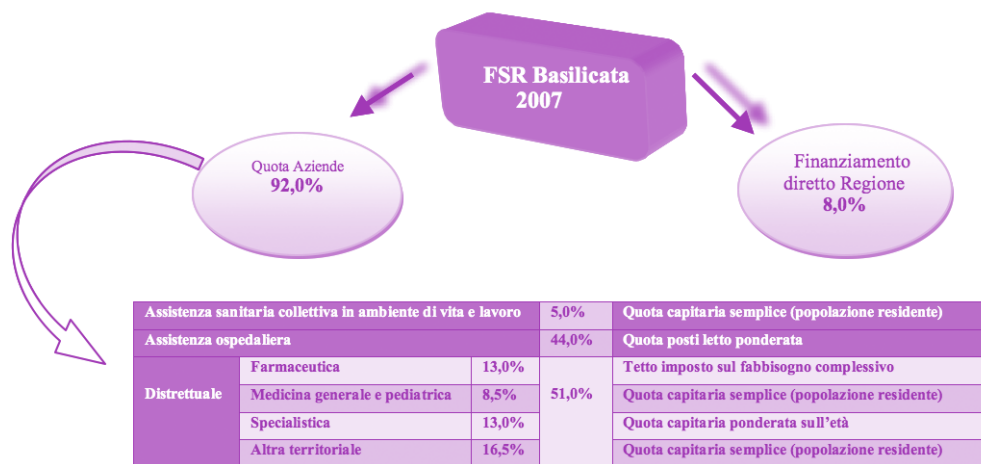
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle D.G.R.

Figura 1.12 - Riparto FSR 2008, Regione Lazio



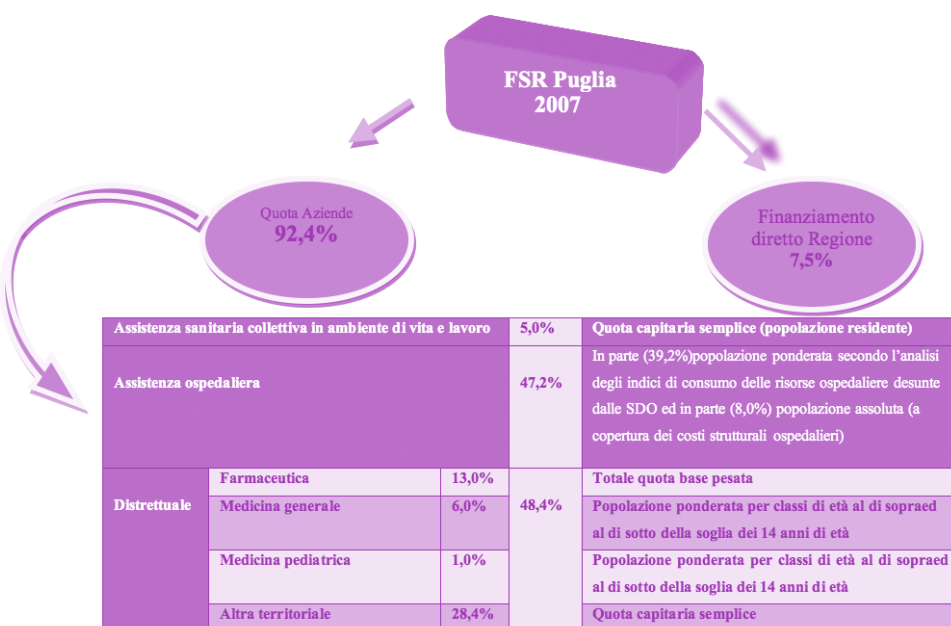
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle D.G.R.

Figura 1.13 - Riparto FSR 2007, Regione Basilicata



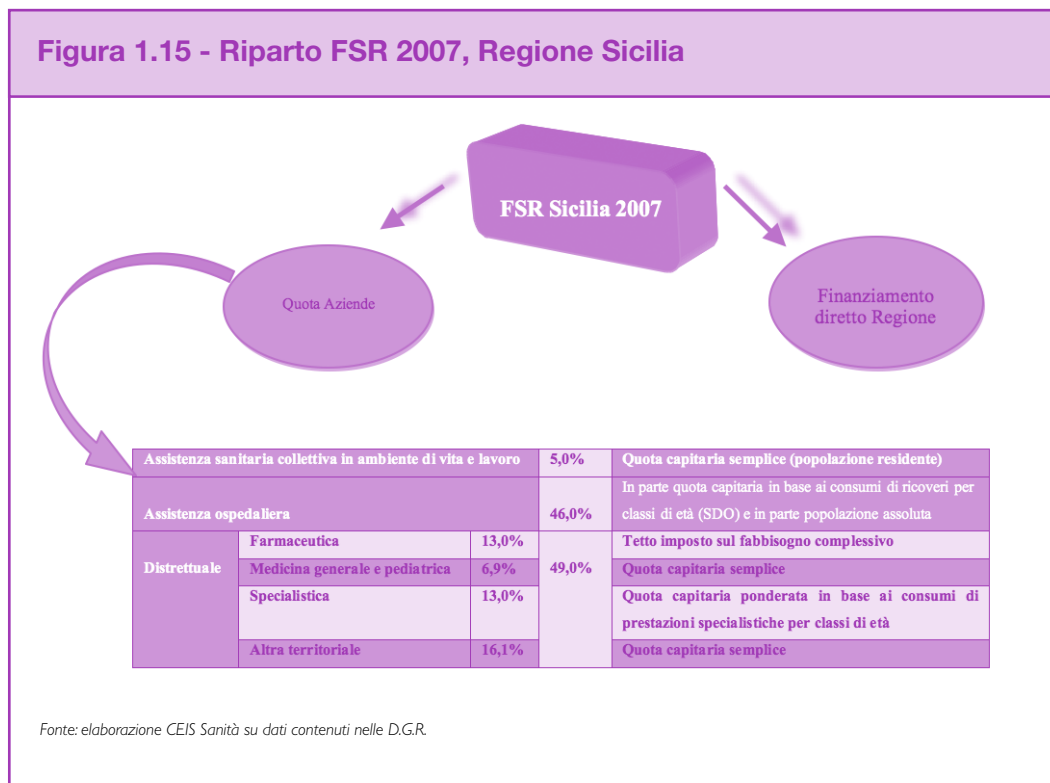
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle D.G.R.

Figura 1.14 - Riparto FSR 2007, Regione Puglia



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati contenuti nelle D.G.R.

Figura 1.15 - Riparto FSR 2007, Regione Sicilia



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, infatti, possibile ricavare le differenti modalità che le singole Regioni hanno adottato. Di seguito si esemplifica la situazione di alcune Regioni¹⁴, 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 totale del FSR viene 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 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

¹⁴ Gli anni di riferimento sono il 2003 e il 2004.

far fronte a finalità specifiche, quali obiettivi strategici o maggiori costi. La Regione Lazio finanzia direttamente le ASL; esiste poi una quota di risorse finanziarie a destinazione vincolata che viene interamente destinata al finanziamento dell'attività di prevenzione. 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 5,0%, assistenza territoriale 51,0%, assistenza ospedaliera 44,0%); 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 sfioramento 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 le 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 tariffaria e di tetti invalicabili di remunerazione, applicabili anche agli IRCCS pubblici e alle aziende ospedaliere universitarie.

Riferimenti bibliografici

- 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 e 2007.
- Corte dei Conti, Sezione regionale di controllo per la Basilicata (2007), Le politiche di settore in materia di sanità nella Regione Basilicata.
- Ministero della Salute, Rapporto Sanità 2007.
- Montagano, R. Giordano, M. Gallo, S. Lorusso (2007), Il sistema sanitario lucano, verso un sistema di finanziamento per "funzioni": dall'assistenza teorica al bisogno espresso, Dipartimento Salute Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità Regione Basilicata.
- Muraro G. e Rebba V. (2008), Public and Private Financing of Health Care: An Overview.
- Regione Basilicata, Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona ed alla Comunità, Servizio Sanitario Regionale, Riparto delle Risorse del SSR, anni vari.
- Regioni varie, Delibere della Giunta Regionale.

The background of the top half of the page features a light purple gradient. Overlaid on this gradient are several dark purple silhouettes of people of various ages and sizes, holding hands in a circle. The silhouettes are semi-transparent, allowing the gradient to show through them.

Capitolo 2

*Il sistema
dell'assistenza
ospedaliera*

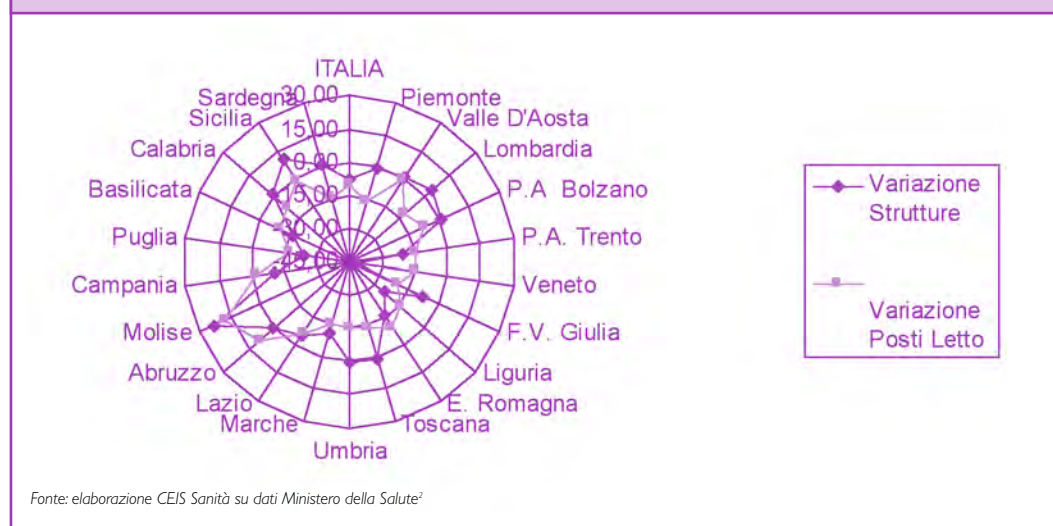
2 - Il sistema dell'assistenza ospedaliera¹

Dall'analisi del sistema di assistenza ospedaliera, a cui rimandiamo ai successivi paragrafi, emergono i seguenti elementi degni di nota.

Vi sono Regioni dove la contrazione della dotazione complessiva di posti letto è stata uno degli effetti della riduzione del numero di strutture di ricovero soprattutto pubbliche; altre Regioni, invece, hanno ridimensionato la dotazione di ogni struttura (diminuendone il numero di posti letto) senza ridurre il numero complessivo di queste ultime (figura 2.1).

Il numero complessivo di Istituti si è ridotto dal 2000 al 2006 del 7,9% a causa della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture. Il trend decrescente, delineatosi nel precedente quinquennio, con -1,5% variazione media annua risulta confermato, tra il 2005 e il 2006, con una variazione percentuale di minore entità e pari a -0,4%. Analogamente, la dotazione complessiva di posti letto si riduce del 10,8% nello stesso periodo (2000-2006), con variazione percentuale nel 2006 rispetto all'anno precedente del -0,5% e una variazione media annua pari a -2,1% nel periodo 2000-2005. Il processo di riduzione ha riguardato soprattutto le strutture di ricovero pubbliche³. Ma tali dati considerati a livello regionale hanno rilevato come vi sia eterogeneità tra le differenti realtà.

**Figura 2.1 - Variazione nel numero delle strutture e dei posti letto totali
Valori percentuali – Anni 2006-2000**

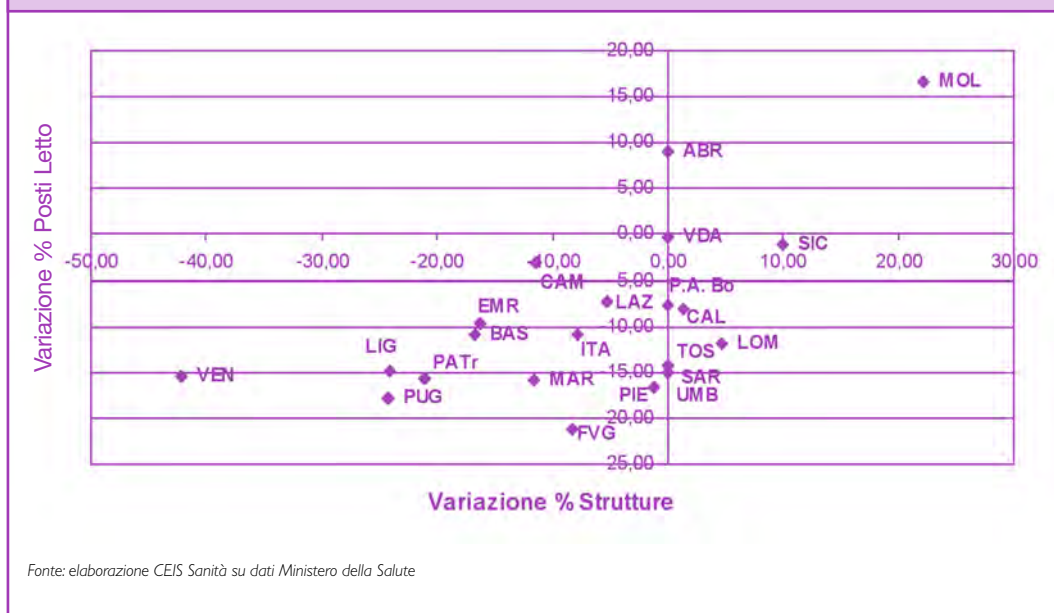


¹ Francia L. (paragrafi 2.1, 2.2, 2.3), Polistena B. (paragrafi 2.7, 2.8, 2.9) e Sciattella P. (paragrafi 2.4, 2.5, 2.6), CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

² Oggi Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Per brevità verrà usata la dicitura Ministero della Salute.

³ Dati per le elaborazioni tratti da: Ministero della Salute (acura di): Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere - Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, rispettivamente anno 2000, 2005 e 2006.

**Figura 2.2 - Posizionamento regionale rispetto alla variazione del numero delle strutture e dei posti letto totali
Valori percentuali – Anni 2006-2000**

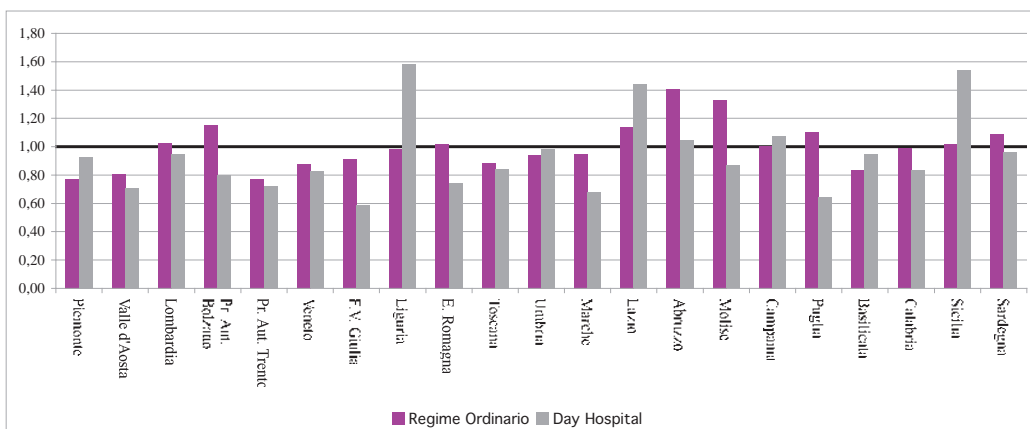


Rappresentando in un sistema di assi cartesiani le Regioni in base alla rispettiva variazione percentuale del numero di strutture e di posti letto complessivi, sempre nel periodo 2006-2000, appare evidente come circa i due terzi delle Regioni si posizionino nel quadrante dove sia la variazione percentuale di strutture che quella dei posti letto hanno segno negativo (riduzione contestuale di numero di strutture e di posti letto). Casi estremi di questo comportamento sono quelli del Veneto (con una contrazione rispettivamente del -42,1% delle strutture e del -15,4% dei posti letto) e del Friuli Venezia Giulia (con -8,3% di strutture e -21,1% di posti letto). Ben quattro tra Regioni e Province Autonome, come già emerso, mantengono immutato il numero delle strutture e agiscono solo in termini di riduzione di posti letto. Fa eccezione a quanto sino ad ora illustrato il Molise, con un comportamento nettamente in controtendenza, caratterizzato da un contestuale significativo incremento in termini percentuali di strutture e di posti letto rispettivamente pari a +22,2% e a +16,6% (figura 2.2).

Il tasso di ricovero (acuti in regime ordinario) è pari a 140,0 ricoveri per 1.000 abitanti residenti: fra le Regioni centro-settentrionali presentano un tasso superiore rispetto alla media solo la Provincia Autonoma di Bolzano (+15,4%) e il Lazio (+14,1%). 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 significativamente minore del livello nazionale è la Basilicata (-16,5%) (figura 2.3).

La distinzione tra Nord e Sud Italia risulta ancora più evidente analizzando la complessità dei ricoveri; l'indicatore complessivo prende in considerazione i tre fattori che caratterizzano la "severità" dei casi trattati: degenza media, peso medio, valore della produzione per ricovero, ed è ottenuto come somma dei *ranking* delle singole Regioni.

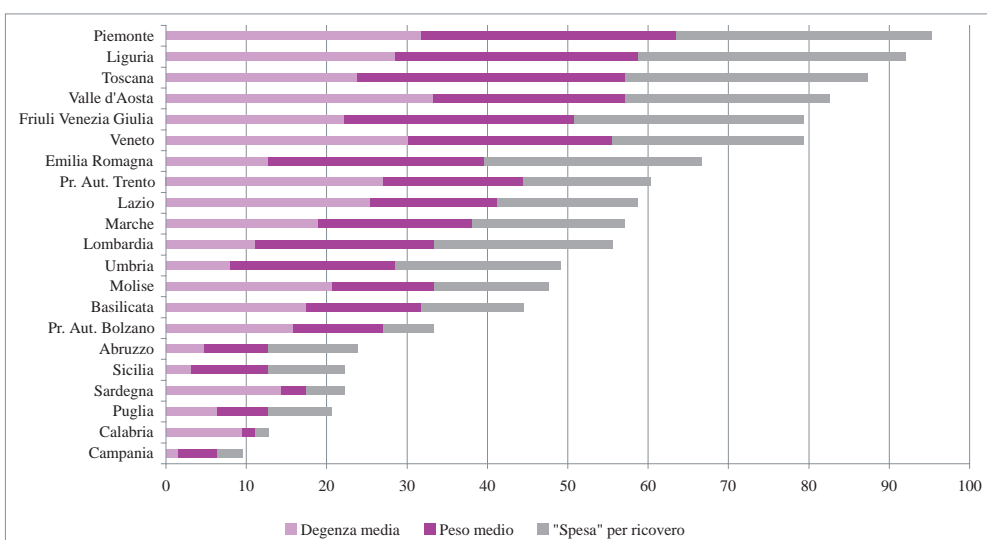
**Figura 2.3 - Tassi di ricovero per regime (ordinario e day hospital)
Italia=1 – Anno 2005**



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

Le Regioni caratterizzate da una casistica più complessa sono quelle settentrionali, in particolare Piemonte 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 dal registrare la minore complessità dei ricoveri (figura 2.4).

**Figura 2.4 - Indicatore di complessità dei ricoveri
Acuzie in regime ordinario
Anno 2005**



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

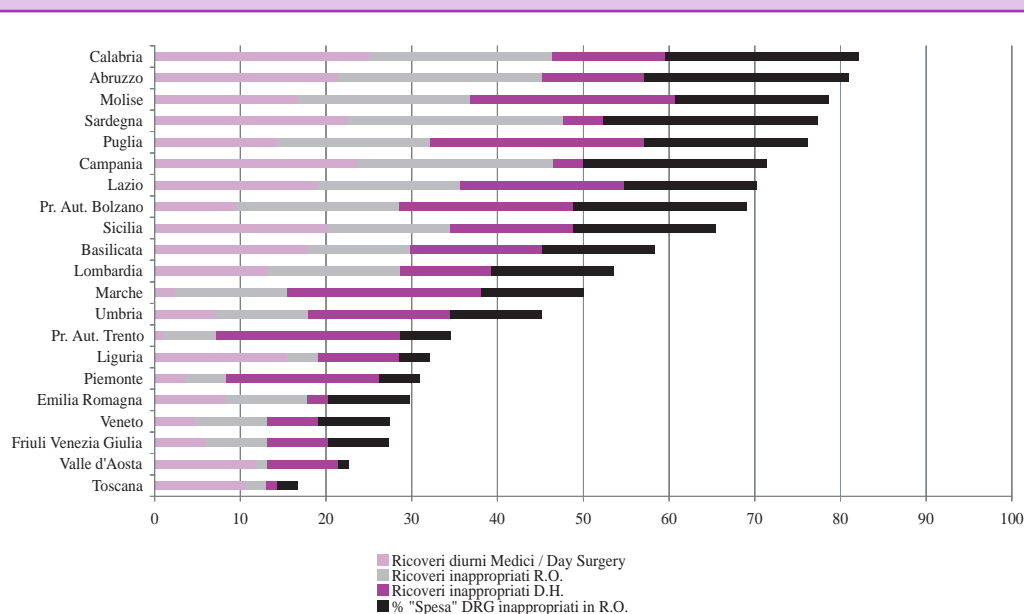
L'(in)appropriatezza dei ricoveri per acuzie viene sintetizzata analizzando complessivamente quattro fattori:

- Proporzione dei ricoveri diurni medici rispetto a quelli chirurgici
- Percentuale di ricoveri a rischio di (in)appropriatezza in regime ordinario
- Percentuale di ricoveri a rischio di (in)appropriatezza in *day hospital*
- 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 Calabria, Molise, 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, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Veneto (figura 2.5).

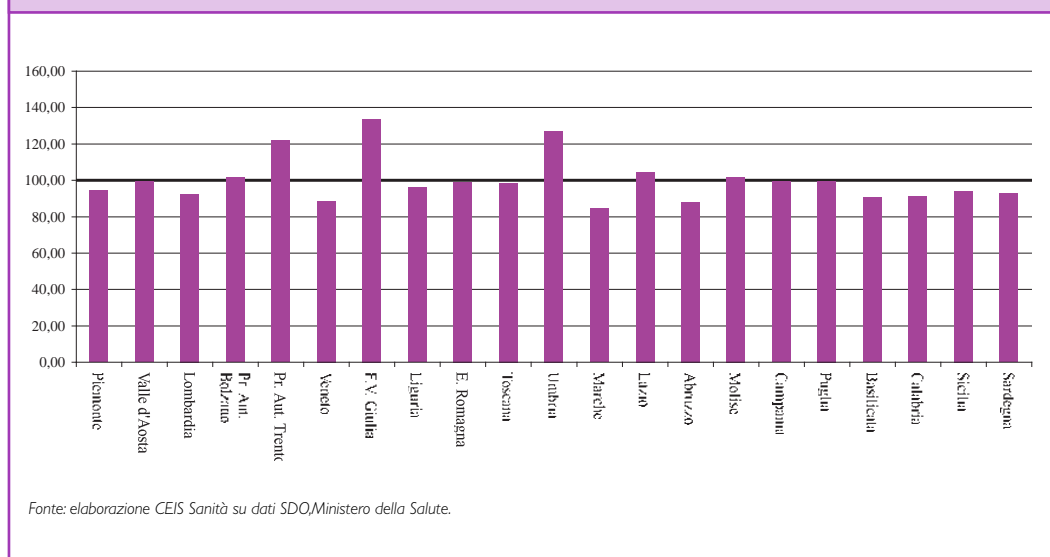
**Figura 2.5 - Indicatore di (in)appropriatezza
Ricoveri in acuzie
Anno 2005**



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

La forte variabilità regionale è evidente anche nei livelli di remunerazione ospedaliera, anche se in questo caso non sembra legata all'area territoriale d'appartenenza. La tariffa media regionale, calcolata sulla base dei tariffari regionali vigenti, evidenzia differenze notevoli: la tariffa massima è, infatti, superiore del 58,1% rispetto a quella minima. Le Regioni che presentano tariffe più elevate sono Friuli Venezia Giulia (+33,7% della media nazionale), Umbria (+27,2%) e Provincia Autonoma di Trento (+21,9%); al contrario le Regioni con livelli tariffari più bassi sono Veneto (-11,3%), Abruzzo (-11,8%) e Marche (-15,4%) (figura 2.6).

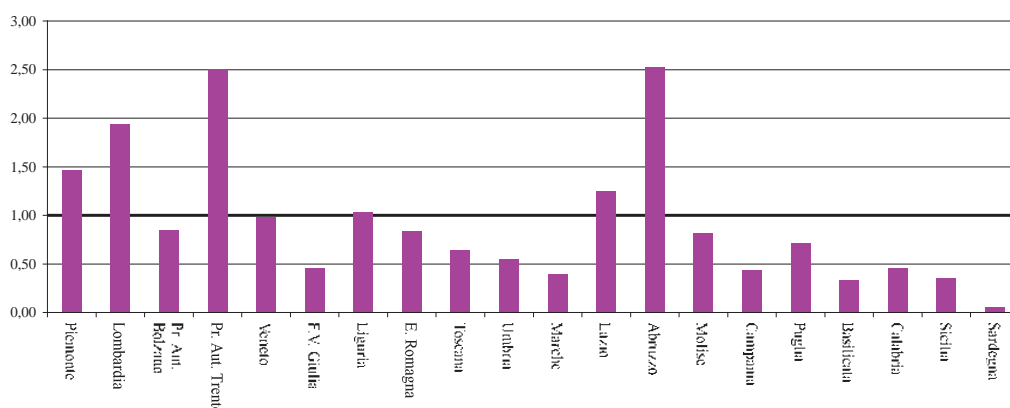
**Figura 2.6 - Tariffa Media Regionale
Valori percentuali rispetto alla media**



Per quanto riguarda la riabilitazione e la lungodegenza la variabilità regionale nel ricorso all'ospedalizzazione è superiore rispetto alle acuzie.

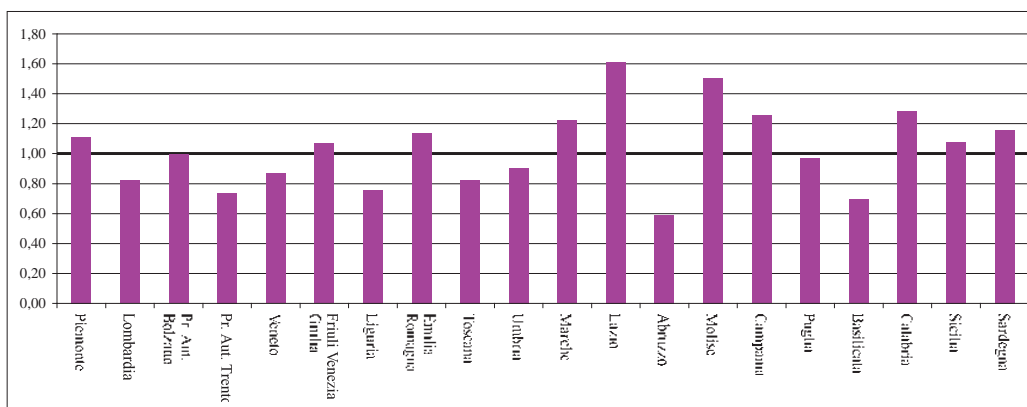
Per la riabilitazione è ancora evidente la suddivisione territoriale tra Sud e Centro-Nord; le Regioni meridionali infatti presentano tassi notevolmente più bassi rispetto alla media nazionale, in particolar modo la Sardegna presenta un valore pari al 5,9% di quello nazionale, mentre Basilicata e Sicilia presentano valori inferiori rispetto alla media del 66,7% e 64,6%. Le Regioni che registrano tassi maggiori sono la Lombardia, con un tasso quasi doppio rispetto alla media nazionale, la Provincia Autonoma di Trento (+150,3%) e l'Abruzzo (+153,1%) (figura 2.7).

**Figura 2.7 - Tassi di ricovero in regime di riabilitazione (ricoveri ordinari)
Italia=1 – Anno 2005**



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

**Figura 2.8 - Degenza media
Ricoveri ordinari per riabilitazione
Italia=1 – Anno 2005**



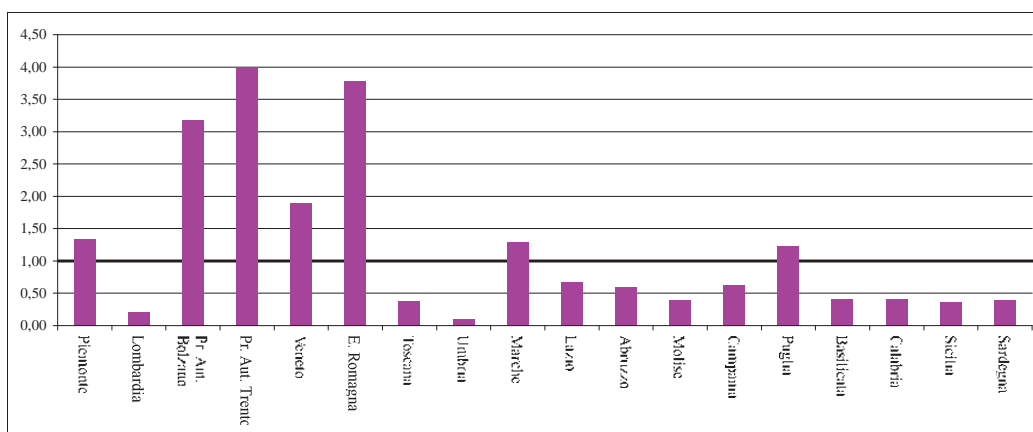
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO, Ministero della Salute.

La degenza media per ricovero ordinario in riabilitazione è pari a 26,3 giornate; la durata del ricovero sembra essere inversamente proporzionale al livello di ospedalizzazione: le Regioni con tassi di ricovero superiori presentano generalmente una durata dei ricoveri minore, mentre le Regioni del Sud, caratterizzate da un modesto numero di ricoveri, registrano una degenza superiore rispetto al livello nazionale. Le Regioni con degenza media più elevata sono Lazio (+61,1%), Molise (+50,5%) e Calabria (+28,4%); mentre quelle caratterizzate da una degenza minore sono Provincia Autonoma di Trento (-26,1%), Basilicata (-30,5%) e Abruzzo (-40,8%) (figura 2.8).

Per quanto riguarda la lungodegenza, il maggior ricorso si registra nelle Province del Trentino Alto Adige, in Veneto e in Emilia Romagna, con valori decisamente superiori rispetto al livello nazionale (figura 2.9).

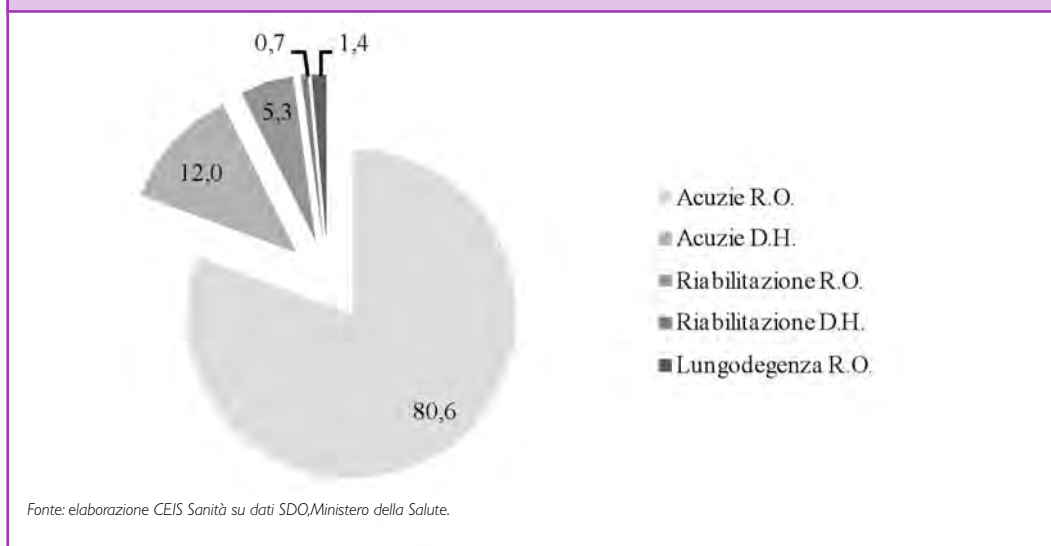
Il valore della produzione totale è pari a € 33,4 mld. (valore ottenuto con le tariffe nazionali 1997); ovviamente le acuzie assorbono la quota più significativa pari al 92,6%, la riabilitazione il 6% e la lungodegenza il restante 1,4%. Il *day hospital* assorbe il 13,0% del valore della produzione totale in acuzie, e l'11,1% in riabilitazione (figura 2.10).

**Figura 2.9 - Tassi di ricovero in regime di lungodegenza (ricoveri ordinari)
Italia=1 – Anno 2005**



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

Figura 2.10 - Distribuzione del valore della produzione per regime e funzione ospedaliera - Anno 2005



2.1 Le strutture e i posti letto

L'assistenza ospedaliera nel 2006 (ultimo anno disponibile) è stata erogata tramite 1.217 istituti di cura, di cui circa il 54,0% pubblici e la parte restante privati accreditati (tabella 2.1).

Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia sono le Regioni in cui è maggiore la presenza di privato accreditato.

Il numero complessivo di Istituti si è ridotto dal 2000 al 2006 del 7,9% per effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture (tabella 2.2). Il trend decrescente, già evidenziatosi nel quinquennio 2000-2005 con una variazione media annua pari a -1,5%, risulta confermato, anche se in minore entità, tra il 2005 e il 2006 con una variazione del dato pari a -0,4% (tabella 2.3).

**Tabella 2.1 - Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per tipo di struttura
Anno 2006**

Regioni	Totale	Strutture pubbliche								Strutture accreditate
		Totale	Aa.Oo.	Osp. Gestione Diretta	Pol. Univ	IRCCS	Osp. Classif. Assimil.	Istituti presidi di ASL	Enti di Ricerca	Case di cura
Italia	1.217	654	97	438	10	55	32	20	2	563
Piemonte	82	39	8	24		2		5		43
Valle d'Aosta	1	1		1						
Lombardia	133	60	29	2		21	7	1		73
P. A. Bolzano	12	7		7						5
P. A. Trento	15	10		8			2			5
Veneto	55	40	2	21		3	7	7		15
Friuli V. G.	22	17	3	12		2				5
Liguria	22	18	3	10		3	2			4
E. Romagna	72	26	5	20		1				46
Toscana	70	42	4	32		2		3	1	28
Umbria	16	11	2	9						5
Marche	46	33	2	29		2				13
Lazio	162	77	5	51	3	8	8	2		85
Abruzzo	35	22		22						13
Molise	11	8		6		1			1	3
Campania	124	55	8	39	2	2	3	1		69
Puglia	75	38	2	29		5	2			37
Basilicata	10	9	2	7						1
Calabria	76	37	4	32		1				39
Sicilia	132	71	17	48	3	1	1	1		61
Sardegna	46	33	1	29	2	1				13

Fonte: Ministero della Salute

È però opportuno specificare che tale fenomeno ha riguardato solo le strutture pubbliche (che dal 2000 al 2006 sono diminuite del 16,7% con variazione media annua pari a -3,1% nel periodo 2000-2005 e variazione del -2,2 tra il 2005 e il 2006), a fronte di un incremento (pari al 5,0% nel periodo complessivo considerato 2000-2006, con variazione media annua pari a 0,6% nel periodo 2000-2005 e variazione pari a 1,8% tra il 2005 e il 2006) del numero di strutture private accreditate.

**Tabella 2.2 - Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate
Variazioni percentuali 2006-2000**

Regioni	Totale	Pubbliche	Private Accreditate
Italia	-7,87	-16,69	5,04
Piemonte	-1,20	-11,36	10,26
Valle d'Aosta	0,00	0,00	0,00
Lombardia	4,72	-16,67	32,73
P. A. Bolzano	0,00	-12,50	25,00
P. A. Trento	-21,05	-28,57	0,00
Veneto	-42,11	-48,72	-11,76
Friuli V. G.	-8,33	-10,53	0,00
Liguria	-24,14	-33,33	100,00
E. Romagna	-16,28	-40,91	9,52
Toscana	0,00	0,00	0,00
Umbria	0,00	0,00	0,00
Marche	-11,54	-13,16	-7,14
Lazio	-5,26	4,05	-12,37
Abruzzo	0,00	0,00	0,00
Molise	22,22	14,29	50,00
Campania	-11,43	-16,67	-6,76
Puglia	-24,24	-43,28	15,63
Basilicata	-16,67	-18,18	0,00
Calabria	1,33	0,00	2,63
Sicilia	10,00	1,43	22,00
Sardegna	0,00	0,00	0,00

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 Regione con maggior contrazione del numero complessivo di strutture è il Veneto (variazione media annua pari a -10,3, mentre distinguendo tra strutture pubbliche e private, il dato diventa pari rispettivamente a -12,5% e -2,5%), mentre quella che registra un maggior incremento in termini percentuali di strutture è il Molise con variazione media annua pari a 4,1% (distinguendo tra pubbliche e private, il dato è pari rispettivamente a 2,7% e 8,4%).

Tabella 2.3 - Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate. Variazione media annua 2005/2000 e 2006/2005

Regioni	2005/2000			2006/2005		
	Totale	Pubbliche	Private accreditate	Totale	Pubbliche	Private accreditate
Italia	-1,55	-3,15	0,63	-0,41	-2,24	1,81
Piemonte	-0,24	-2,38	1,97	0,00	0,00	0,00
Valle d'Aosta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	0,16	-4,23	4,94	3,91	3,45	4,29
P. A. Bolzano	0,00	-2,64	4,56	0,00	0,00	0,00
P. A. Trento	-2,20	-3,04	0,00	-11,76	-16,67	0,00
Veneto	-10,35	-12,50	-2,47	0,00	0,00	0,00
Friuli V. G.	-0,85	-1,08	0,00	-4,35	-5,56	0,00
Liguria	-6,25	-7,79	8,45	4,76	0,00	33,33
E. Romagna	-2,70	-8,00	1,84	-4,00	-10,34	0,00
Toscana	0,00	0,47	-0,72	0,00	-2,33	3,70
Umbria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Marche	-2,42	-2,78	-1,47	0,00	0,00	0,00
Lazio	-1,08	1,06	-2,84	0,00	-1,28	1,19
Abruzzo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Molise	4,10	2,71	8,45	0,00	0,00	0,00
Campania	-0,29	0,30	-0,82	-10,14	-17,91	-2,82
Puglia	-7,24	-11,68	0,00	10,29	5,56	15,63
Basilicata	-3,58	-3,93	0,00	0,00	0,00	0,00
Calabria	0,00	0,00	0,00	1,33	0,00	2,63
Sicilia	1,77	0,00	4,06	0,76	1,43	0,00
Sardegna	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Nell'ultimo anno (2006), la variazione percentuale del numero complessivo di strutture si muove in un *range* che va dal -11,8% rilevato nella Provincia Autonoma di Trento (con rispettivamente nessuna variazione del numero delle strutture private e una riduzione del 16,7% del numero di quelle pubbliche) al +10,3% della Puglia (con un incremento del 5,6% e del 15,6%, rispettivamente delle strutture pubbliche e di quelle private).

L'offerta in termini di "posti letto" al 2006 (ultimo dato disponibile) è pari a poco meno di 231 mila posti letto di degenza ordinaria, di cui quasi il 21,0% nel privato accreditato (come nel 2005), e di quasi 31.000 posti per il *day hospital*, questi ultimi privati accreditati per l'11,0% (tabella 2.4).

È dedicato al *day hospital*, come nel 2005, il 12,0% del totale dei posti disponibili.

Questi dati, se considerati a livello regionale, rilevano come vi sia una notevole eterogeneità tra le differenti realtà: a Regioni dove l'offerta complessiva di posti letto è praticamente solo pub-

Tabella 2.4 - Posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati per regime di ricovero - Anno 2006

Regioni	Degenza Ordinaria			Day Hospital			Deg. Pagam. (n.)	Totale Posti Letto		
	Totale (n.)	di cui Pubblici (%)	di cui Accreditati (%)	Totale (n.)	di cui Pubblici (%)	di cui Accreditati (%)		(n.)	di cui Pubblici (%)	di cui Accreditati (%)
Italia	230.814	78,8	21,2	30.751	89,3	10,7	2.343	263.908	80,2	19,8
Piemonte	16.793	78,2	21,8	2.254	93,1	6,9		19.047	79,9	20,1
Valle d'Aosta	433	100,0	0,0	55	100,0	0,0	2	490	100,0	0,0
Lombardia	39.056	77,9	22,1	4.382	86,5	13,5	650	44.088	79,1	20,9
P. A. Bolzano	2.051	84,5	15,5	183	100,0	0,0	28	2.262	86,0	14,0
P. A. Trento	2.252	79,1	20,9	264	97,7	2,3		2.516	81,0	19,0
Veneto	17.690	93,4	6,6	2.278	95,7	4,3	412	20.380	93,8	6,2
Friuli V. G.	4.510	87,6	12,4	580	92,8	7,2	206	5.296	88,6	11,4
Liguria	6.317	97,2	2,8	1.075	99,3	0,7	58	7.450	97,5	2,5
E. Romagna	17.954	79,8	20,2	2.047	91,0	9,0	160	20.161	81,1	18,9
Toscana	13.134	86,0	14,0	1.985	86,2	13,8	264	15.383	86,3	13,7
Umbria	2.804	91,9	8,1	567	94,2	5,8	8	3.379	92,3	7,7
Marche	5.795	83,6	16,4	665	91,6	8,4	20	6.480	84,4	15,6
Lazio	26.229	67,8	32,2	3.905	82,0	18,0	79	30.213	69,7	30,3
Abruzzo	5.968	77,8	22,2	613	95,9	4,1	106	6.687	79,8	20,2
Molise	1.675	86,5	13,5	188	95,2	4,8		1.863	87,4	12,6
Campania	18.808	68,6	31,4	2.529	84,2	15,8	56	21.393	70,5	29,5
Puglia	14.986	83,1	16,9	1.349	94,5	5,5	120	16.455	84,2	15,8
Basilicata	1.983	97,0	3,0	346	100,0	0,0	17	2.346	97,4	2,6
Calabria	8.080	59,2	40,8	1.016	94,9	5,1	11	9.107	63,2	36,8
Sicilia	17.024	76,6	23,4	3.823	86,3	13,7	103	20.950	78,5	21,5
Sardegna	7.272	79,1	20,9	647	91,8	8,2	43	7.962	80,2	19,8

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

blica come la Valle d'Aosta (100,0%), la Liguria (97,5%) e la Basilicata (97,4%), si contrappongono Regioni quali la Calabria (63,2%), il Lazio (69,7%) e la Campania (70,5%) dove la presenza di posti letto privati accreditati è significativa. Distinguendo per regime di ricovero, inoltre, emerge come in Calabria i posti letto per degenza ordinaria pubblici siano pari al 59,2%, contro il 95,0% circa dei posti letto per il *day hospital*; il Lazio registra una dotazione di posti letto pubblici per degenza ordinaria e *day hospital* pari rispettivamente al 67,8% e all'82,0% del totale per regime di ricovero.

Considerando la dotazione nazionale complessiva, in sintesi, emerge che l'80% dell'offerta di posti letto appartiene a strutture pubbliche. Questo dato, se correlato con quello dell'offerta in termini di strutture (tabella 2.1), da cui emerge che solo il 54,0% di esse sono pubbliche, evidenzia come le strutture private accreditate hanno dimensioni medie decisamente inferiori.

Nel periodo che va dal 2000 al 2006, si registra una diminuzione media del numero compless-

sivo di posti letto pari al 10,8%, con variazione percentuale nel 2006 rispetto all'anno precedente del -0,5% e una variazione media annua pari a -2,1% nel periodo 2000-2005. Emerge quindi come il fenomeno della riduzione della dotazione complessiva di posti letto sia rallentato tra il 2005 e il 2006. Nel dettaglio, si registra una contrazione dell'1,2% dei posti letto pubblici a fronte di un incremento del numero di posti letto privati accreditati pari al 2,0% circa. La riduzione si è manifestata in modo disomogeneo sul territorio nazionale. Nel periodo 2000-2006 la Regione in cui si registra la contrazione maggiore di letti è il Friuli Venezia Giulia con il -21,1% (variazione nel 2006 rispetto all'anno precedente del -4,9% e variazione media annua pari a -3,7% nel periodo 2000-2005), seguita dalla Puglia con -17,8% (con variazione percentuale tra il 2005 e il 2006 del +3,4% di segno opposto alla variazione media annua pari a -4,5% che ha invece caratterizzato il periodo 2000-2005). L'Abruzzo e il Molise, per contro, sono le uniche Regioni che registrano rispettivamente un incremento del 9,0% (variazione media annua nel periodo 2000-2005 dell'1,9% e variazione tra il 2005 e il 2006 del -0,86%) e del 16,6% (variazione media annua nel periodo 2000-2005 pari a 2,5% e variazione del 2006 rispetto al 2005 del 2,9%) (tabelle 2.5 e 2.6).

**Tabella 2.5 - Posti letto pubblici e accreditati
Variazione percentuale – Anni 2006-2000**

Regioni	Totali	Pubblici	Accreditati
Italia	-10,78	-13,56	2,60
Piemonte	-16,67	-20,64	4,14
Valle d'Aosta	-0,41	-0,41	0,00
Lombardia	-11,88	-15,14	3,11
P. A. Bolzano	-7,67	-14,17	72,28
P. A. Trento	-15,63	-22,00	29,62
Veneto	-15,37	-16,19	-0,78
Friuli V. G.	-21,13	-23,44	3,08
Liguria	-14,78	-15,65	43,75
E. Romagna	-9,60	-5,93	-22,61
Toscana	-14,21	-14,76	-10,64
Umbria	-15,04	-16,07	-0,38
Marche	-15,91	-17,61	-5,35
Lazio	-7,32	-6,72	-8,66
Abruzzo	8,98	-4,85	155,87
Molise	16,58	8,17	152,69
Campania	-3,11	-5,54	3,26
Puglia	-17,79	-23,17	31,00
Basilicata	-10,76	-11,02	0,00
Calabria	-8,15	-13,03	1,67
Sicilia	-1,18	-7,00	28,10
Sardegna	-15,03	-18,60	3,42

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Tabella 2.6 - Posti letto pubblici e privati accreditati
Variazione media annua 2005-2000 e 2006-2005**

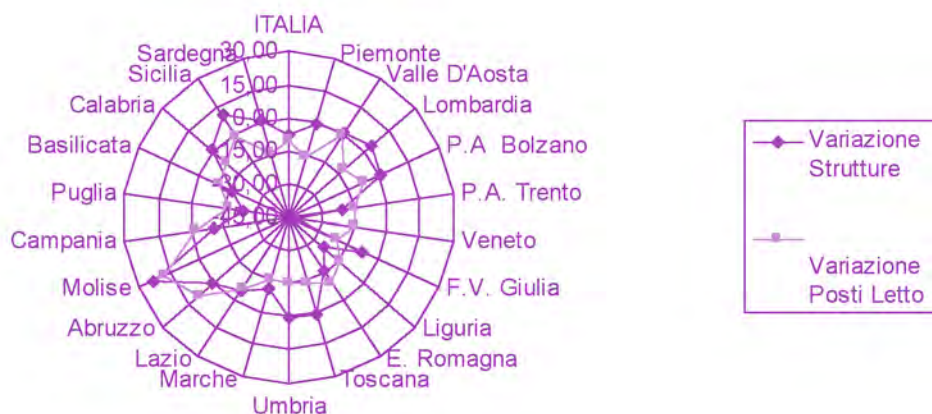
Regioni	2005/2000			2006/2005		
	Totali	Pubblici	Accreditati	Totali	Pubblici	Accreditati
Italia	-2,15	-2,64	0,11	-0,55	-1,17	2,06
Piemonte	-3,55	-4,38	0,39	-0,15	-0,70	2,14
Valle d'Aosta	-1,04	-1,04	0,00	4,93	4,93	0,00
Lombardia	-2,34	-3,01	0,51	-0,79	-1,14	0,53
P. A. Bolzano	-1,35	-2,61	10,56	-1,18	-2,02	4,28
P. A. Trento	-2,86	-4,27	5,33	-2,44	-3,00	0,00
Veneto	-3,32	-3,47	-0,78	0,21	0,02	3,18
Friuli V. G.	-3,68	-4,14	0,74	-4,89	-5,40	-0,66
Liguria	-2,73	-2,82	2,38	-2,12	-2,69	27,78
E. Romagna	-1,64	-0,66	-5,47	-1,80	-2,75	2,51
Toscana	-2,65	-2,72	-2,21	-1,86	-2,15	-0,05
Umbria	-2,57	-2,76	-0,08	-3,21	-3,47	0,00
Marche	-2,90	-3,38	-0,11	-2,57	-2,15	-4,81
Lazio	-1,59	-1,22	-2,45	0,43	-0,81	3,40
Abruzzo	1,91	-0,80	20,80	-0,86	-0,95	-0,52
Molise	2,53	1,46	15,72	2,87	0,62	21,76
Campania	-0,90	-1,57	0,78	1,38	2,26	-0,66
Puglia	-4,48	-5,33	2,09	3,39	1,03	18,10
Basilicata	-0,76	-0,77	0,00	-7,31	-7,49	0,00
Calabria	-1,55	-2,63	0,48	-0,68	-0,64	-0,74
Sicilia	0,05	-1,03	4,91	-1,44	-2,04	0,81
Sardegna	-3,04	-3,57	-0,52	-0,82	-2,40	6,14

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Il processo di riduzione ha riguardato soprattutto le strutture di ricovero pubbliche che hanno infatti ridotto i posti letto del 13,6% (variazione media annua nel quinquennio 2000-2005 pari a -2,6% e variazione tra il 2005 e il 2006 del -1,2%) contro un incremento del 2,6% (variazione media annua nel quinquennio 2000-2005 pari a 0,1% e variazione tra il 2005 e il 2006 del 2,1%) del numero dei posti letto presenti nelle strutture accreditate.

Anche in questo caso si ravvisa una certa difformità a livello locale, dove a Regioni in cui la contrazione della dotazione complessiva di posti letto è stata naturale conseguenza di una riduzione del numero di strutture di ricovero per lo più pubbliche (esempi più evidenti sono: il Veneto, la Liguria, la Puglia, la Basilicata e l'Emilia Romagna), si contrappongono Regioni (è il caso di Toscana, Umbria, Provincia Autonoma di Bolzano e Sardegna) dove la riduzione di posti letto è stata conseguenza del ridimensionamento della dotazione di ogni struttura, senza una loro riduzione numerica (figura 2.10).

**Figura 2.10a - Variazione nel numero delle strutture e dei posti letto totali
Valori percentuali – Anni 2006-2000**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute²

Distinguendo tra ricovero ordinario e diurno, si evidenzia come a fronte di una riduzione media del 14,0% (variazione media annua nel quinquennio 2000-2005 pari a -2,8% e variazione tra il 2005 e il 2006 del -0,9%) dei posti letto previsti complessivamente per la degenza ordinaria, nel periodo che va dal 2000 al 2006 si registra un incremento medio dei posti letto destinati al *day hospital* pari al 27,8% (variazione media annua nel quinquennio 2000-2005 pari a +4,4% e variazione tra il 2005 e il 2006 del +3,0%) (tabelle 2.7, 2.8 e 2.9).

**Tabella 2.7 - Variazione del numero di posti letto in degenza ordinaria e diurna
Valori percentuali – Anni 2006-2000**

Regioni	Ordinari			Diurni			Deg. a Pagamento
	Totali	Pubblici	Accreditati	Totali	Pubblici	Accreditati	
Italia	-14,00	-16,83	-1,48	27,78	20,25	167,83	-30,45
Piemonte	-18,73	-22,75	-0,11	13,38	5,53	15600,00	-100,00
Valle d'Aosta	-4,20	-4,20	0,00	37,50	37,50	0,00-	200,00
Lombardia	-14,71	-18,14	0,07	18,11	11,80	85,00	22,87
P. A. Bolzano	-9,01	-16,23	72,28	71,03	71,03	0,00	-68,54
P. A. Trento	-15,62	-22,60	27,99	-15,65	-17,57	600,00	0,00
Veneto	-16,73	-17,45	-4,96	4,93	2,64	106,25	-38,23
Friuli V. G.	-24,28	-26,82	0,36	6,62	3,86	61,54	-4,19
Liguria	-20,45	-21,40	37,50	35,05	34,05	800,00	1.060,00
E. Romagna	-9,33	-4,32	-24,89	-13,96	-18,40	91,67	30,08
Toscana	-17,96	-17,93	-18,15	27,98	19,39	133,33	-28,84
Umbria	-18,16	-19,04	-6,56	4,42	1,71	83,33	0,00
Marche	-17,65	-18,91	-10,60	23,84	13,41	560,00	-84,85
Lazio	-11,60	-11,07	-12,70	48,20	39,72	104,65	-73,04
Abruzzo	7,76	-7,57	156,98	22,85	20,74	108,33	7,07
Molise	8,13	-0,48	143,01	889,47	842,11	900,00	-100,00
Campania	-8,85	-12,00	-1,12	85,14	72,81	198,51	-28,21
Puglia	-18,38	-24,18	30,97	3,85	2,57	32,14	-66,29
Basilicata	-18,96	-19,44	-100,00	107,19	107,19	0,00	13,33
Calabria	-12,63	-19,92	0,67	55,35	51,81	173,68	-15,38
Sicilia	-11,33	-16,84	13,23	97,16	70,19	52300,00	68,85
Sardegna	-14,26	-17,81	2,49	-19,93	-22,86	39,47	-46,91

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Come nel caso della distribuzione delle strutture si evidenzia una disomogeneità territoriale notevole: a fronte di un incremento di quasi 9 volte del numero di posti letto in *day hospital* rispetto al 2000 in Molise e del raddoppio in Basilicata, vi sono delle Regioni dove i posti letto per *day hospital* si contraggono: è il caso per esempio della Sardegna (-19,9%, con variazione media annua nel quinquennio 2000-2005 pari a -3,8% e variazione tra il 2005 e il 2006 del -2,6%) e dell'Emilia Romagna (-14,0%, con variazione media annua nel quinquennio 2000-2005 pari a -3,2% e variazione tra il 2005 e il 2006 del +1,4%).

**Tabella 2.8 - Variazione posti letto in degenza ordinaria e diurna
Variazione media annua – Anni 2005-2000**

Regioni	Ordinari			Diurni			Deg. a Pagamento
	Totali	Pubblici	Accreditati	Totali	Pubblici	Accreditati	
Italia	-2,79	-3,32	-0,61	4,41	3,30	19,48	-5,24
Piemonte	-4,00	-4,84	-0,46	2,31	0,83	174,90	-14,87
Valle d'Aosta	-1,98	-1,98	0,00	6,96	6,96	24,57	0,00
Lombardia	-2,89	-3,62	0,00	3,14	2,22	11,32	1,54
P. A. Bolzano	-1,68	-3,12	10,56	11,21	11,21	0,00	-16,56
P. A. Trento	-3,01	-4,58	5,06	-1,65	-2,06	47,58	0,00
Veneto	-3,78	-3,92	-1,74	0,42	-0,08	16,27	-1,93
Friuli V. G.	-4,42	-4,95	0,21	2,25	1,79	10,07	-0,66
Liguria	-4,26	-4,36	1,22	7,54	7,39	55,18	73,67
E. Romagna	-1,53	-0,29	-5,82	-3,24	-3,84	7,99	7,43
Toscana	-3,43	-3,45	-3,32	5,03	4,26	12,94	-7,74
Umbria	-3,07	-3,20	-1,35	0,29	-0,27	12,89	0,00
Marche	-3,32	-3,75	-1,01	4,96	3,47	116,89	-30,12
Lazio	-2,38	-2,02	-3,17	7,01	6,13	12,21	-21,03
Abruzzo	2,03	-0,95	20,92	3,34	2,98	14,87	-18,78
Molise	1,12	-0,15	15,72	54,82	54,82	0,00	-33,17
Campania	-2,07	-2,85	-0,24	12,31	10,11	27,24	-1,59
Puglia	-4,50	-5,38	1,93	-1,46	-1,92	7,12	-19,02
Basilicata	-1,97	-2,02	0,00	12,35	12,35	0,00	2,53
Calabria	-2,46	-4,17	0,39	8,38	8,25	12,34	13,97
Sicilia	-1,69	-2,80	2,75	12,67	9,70	238,13	10,61
Sardegna	-3,19	-3,73	-0,78	-3,85	-4,61	8,06	13,27

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Questa difformità di comportamento trova una motivazione nel diverso “livello di maturità dei sistemi locali”: le Regioni che hanno ancora un numero esiguo di posti in *day hospital* (rispetto alla media) manifestano l’esigenza di incrementarli; le Regioni con una dotazione di posti letto per degenza diurna già significativa tendono invece a “deospedalizzare”.

La dotazione di posti letto per degenza ordinaria, invece, nel periodo 2000-2006, ad eccezione di Molise e Abruzzo, dove si registra un incremento rispettivamente pari a 8,1% e 7,8%, si riduce nelle rimanenti Regioni, con un range che va dal -24,4% del Friuli Venezia Giulia al -4,2% della Valle d’Aosta.

**Tabella 2.9 - Variazione posti letto in degenza ordinaria e diurna
Valori percentuali – Anni 2006-2005**

Regioni	Ordinari			Diurni			Deg. a Pagamento
	Totali	Pubblici	Accreditati	Totali	Pubblici	Accreditati	
Italia	-0,91	-1,55	1,57	3,00	2,23	10,00	-8,97
Piemonte	-0,32	-1,01	2,23	1,17	1,25	0,00	0,00
Valle d'Aosta	5,87	5,87	0,00	-1,79	-1,79	0,00	0,00
Lombardia	-1,22	-1,57	0,05	1,18	0,16	8,23	13,84
P. A. Bolzano	-0,97	-1,87	4,28	0,55	0,55	0,00	-22,22
P. A. Trento	-1,70	-2,14	0,00	-8,33	-8,51	0,00	0,00
Veneto	0,99	0,81	3,73	2,75	3,03	-2,94	-31,90
Friuli V. G.	-5,09	-5,68	-0,71	-4,61	-4,95	0,00	-0,96
Liguria	-1,10	-1,76	29,41	-6,11	-6,16	0,00	-26,58
E. Romagna	-2,08	-2,93	1,40	1,44	-0,75	30,50	-9,09
Toscana	-2,31	-2,18	-3,11	0,15	-3,11	26,98	6,45
Umbria	-4,37	-4,73	0,00	2,90	3,09	0,00	0,00
Marche	-2,52	-1,82	-5,92	-2,78	-4,40	19,15	-9,09
Lazio	-0,26	-1,53	2,54	5,63	3,76	15,03	-12,22
Abruzzo	-2,52	-3,05	-0,60	4,25	4,26	4,17	202,86
Molise	2,26	0,28	17,10	11,24	5,92	900,00	-100,00
Campania	1,18	1,69	0,08	3,61	6,77	-10,51	-22,22
Puglia	2,76	-0,02	19,01	11,76	13,03	-6,33	-3,23
Basilicata	-10,47	-10,77	0,00	15,72	15,72	0,00	0,00
Calabria	-1,05	-0,89	-1,29	3,89	2,12	52,94	-56,00
Sicilia	-3,46	-4,14	-1,14	8,58	7,14	18,59	1,98
Sardegna	0,82	-0,60	6,59	-2,56	-2,30	-5,36	-71,52

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Il numero di posti letto complessivi, rapportato al numero degli abitanti, nel 2006 è pari a 4,5 posti letto ogni 1.000 abitanti (contro i 4,6 del 2005), di cui 3,9 destinati al ricovero per acuti e il rimanente 0,6% ai non acuti; anche se questi dati sono soggetti a notevole variabilità regionale, la media nazionale risulta essere coerente con quanto previsto dalla normativa vigente ⁴ (tabella 2.10).

⁴ 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.

Tabella 2.10 - Posti letto acuti e non acuti pubblici e privati accreditati previsti per 1.000 abitanti – Anno 2006

Regioni	Posti letto per Acuti			Posti letto per Non Acuti		
	Pubblici	Accreditati	Totale	Pubblici	Accreditati	Totale
Italia	3,3	0,6	3,9	0,3	0,3	0,6
Piemonte	3,0	0,4	3,5	0,5	0,4	0,9
Valle d'Aosta	4,0		4,0			
Lombardia	3,2	0,6	3,9	0,4	0,3	0,8
P. A. Bolzano	3,9	0,2	4,0	0,1	0,5	0,7
P. A. Trento	3,5	0,2	3,7	0,6	0,7	1,3
Veneto	3,5	0,2	3,7	0,5	0,1	0,6
Friuli V. G.	3,7	0,4	4,2	0,2	0,1	0,2
Liguria	4,2	0,0	4,2	0,3	0,1	0,4
E. Romagna	3,4	0,5	3,9	0,5	0,4	0,9
Toscana	3,5	0,4	3,9	0,2	0,2	0,3
Umbria	3,4	0,3	3,7	0,2	0,0	0,2
Marche	3,3	0,4	3,7	0,3	0,3	0,6
Lazio	3,7	0,9	4,5	0,3	0,9	1,2
Abruzzo	3,9	0,7	4,6	0,2	0,4	0,6
Molise	4,5	0,4	4,9	0,5	0,4	0,9
Campania	2,5	0,8	3,4	0,1	0,3	0,3
Puglia	3,1	0,5	3,6	0,3	0,1	0,4
Basilicata	3,6	0,1	3,7	0,2		0,2
Calabria	2,8	1,2	4,0	0,1	0,4	0,5
Sicilia	3,1	0,8	3,9	0,2	0,1	0,3
Sardegna	3,8	0,9	4,7	0,0	0,1	0,1

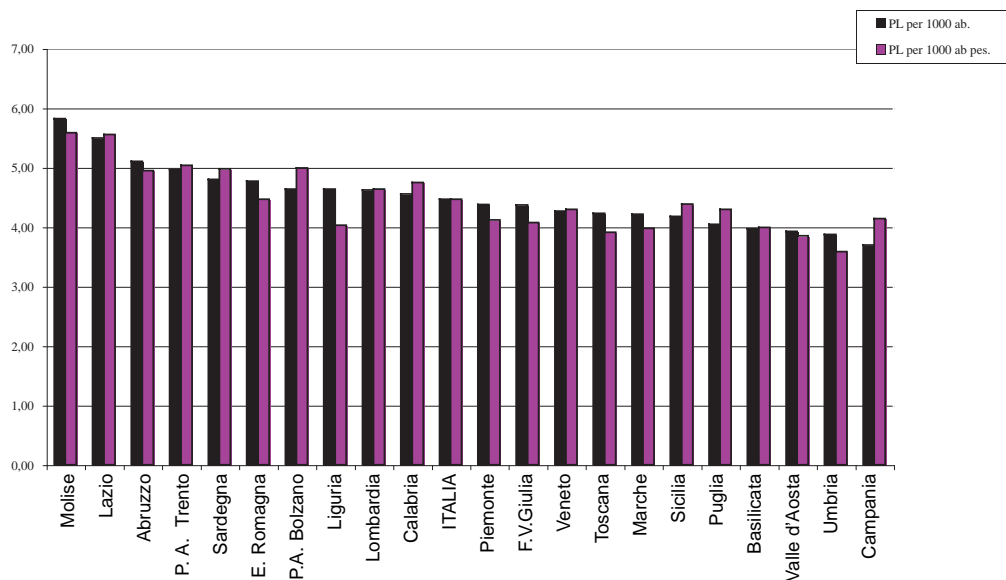
Fonte: Ministero della Salute

Se si considera la ripartizione tra “acuti” e “lungo degenza e riabilitazione” prevista dalla normativa, però, emerge che non è rispettata l’indicazione di destinare a questi ultimi 1 posto letto ogni 1.000 abitanti. Solo il Lazio e la Provincia Autonoma di Trento, infatti, risultano nel 2006 avere una dotazione di posti letto per non acuti congrua al dettato normativo con rispettivamente 1,2 e 1,3 posti letto per 1.000 abitanti. Dei 4,5 posti letto, il 3,6 appartiene al pubblico e il rimanente 0,9 a strutture private accreditate. Le Regioni con maggiore densità di posti letto per 1.000 abitanti sono il Molise (5,8), il Lazio (5,5) e l’Abruzzo (5,2). 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, immediatamente seguita dall’Umbria con 3,9 posti letto. Delle rimanenti Regioni circa metà registra valori compresi tra 4,5 e 5,0 posti letto per 1.000 abitanti e la rimanente parte tra 4,0 e 4,5.

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 popolazione⁵, i 4,6 posti letto per 1.000 abitanti della Regione Liguria, caratterizzata dal bacino di utenza più anziano a livello nazionale, sono sostanzialmente equivalenti ai 3,7 della Campania, cioè della Regione con la popolazione in media più giovane. Entrambe le Regioni, standardizzando la popolazione, infatti, hanno una densità di posti letto per 1.000 abitanti di poco superiore a 4,0 (figura 2.11). Oltre alla Campania, le Regioni che aumentano la densità di posti letto, tenendo conto della struttura demografica della popolazione, sono: Puglia (4,3 posti letto per 1.000 abitanti, invece dei 4,0 con popolazione non standardizzata), Sicilia (4,4 invece di 4,2), Calabria (4,7 invece di 4,6), Provincia Autonoma di Bolzano (5,0 invece di 4,6) e Sardegna (5,0 invece di 4,8). L'Abruzzo, per contro, considerando la popolazione standardizzata, riduce il numero di posti letto a 5,0 contro i 5,1 di partenza. La variabilità regionale si conferma comunque significativa, anche se aumenta il numero di Regioni che presenta una densità di posti letto per 1.000 abitanti compresa tra 4,0 e 5,0.

Figura 2.11 - Posti letto per mille abitanti popolazione effettiva e standardizzata Anno 2006



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

⁵ 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.

2.2 Le apparecchiature tecnico-biomediche

La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche per la diagnosi e la cura nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate è un parametro che contribuisce a definire il livello di qualità dell'offerta delle strutture di ricovero e cura presenti sul territorio. Prendendone in considerazione alcune delle più significative: TAC (Tomografo Assiale Computerizzato), EMD (Apparecchio per Emodialisi), TRM (Tomografo a Risonanza Magnetica), ALI (Acceleratore Lineare), GCC (Gamma Camera Computerizzata), emerge come nel 2006 la dotazione sia concentrata nelle strutture di cura pubbliche. L'offerta a livello nazionale di apparecchiature per emodialisi e di acceleratori lineari, infatti, è per più del 90,0% pubblica. La percentuale si riduce leggermente per le GCC, dove l'offerta pubblica è pari all'87,4% della complessiva. Le TAC e i TRM, infine, denotano anch'essi una prevalenza di componente complessiva pubblica, anche se più contenuta e pari rispettivamente al 76,8% e al 68,6% dell'offerta totale (tabella 2.11).

Questi dati sono soggetti a notevole variabilità regionale. Considerando le singole tipologie di apparecchiature si evidenzia come a Regioni soprattutto del Nord Italia con dotazione quasi completamente appartenente al pubblico, si frappongano Regioni per lo più del Centro e del Meridione, dove l'offerta nel privato accreditato di apparecchiature diventa una componente rilevante. Si noti che in 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. Analogamente in Calabria e in Campania più del 50,0% delle attrezzature TRM è privata; in Emilia Romagna l'offerta proveniente dal privato accreditato risulta pari al 41,0% della complessiva.

Le Regioni che sono caratterizzate da una maggiore presenza di apparecchiature tecnico-biomediche appartenenti al privato sono in genere quelle dove l'offerta privata accreditata, sia in termini di numerosità di strutture che di posti letto, è particolarmente rilevante rispetto alla media.

Tabella 2.11 - Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate - Anno 2006

Regioni	ALI		EMD		GCC		TAC		TRM	
	Totale	di cui Pubblici (%)	Totale	di cui Pubblici (%)	Totale	di cui Pubblici (%)	Totale	di cui Pubblici (%)	di cui Pubblici (%)	di cui Pubblici (%)
Italia	279	90,32	12.784	90,70	508	87,40	1.310	76,79	682	68,62
Piemonte	23	91,30	1.099	99,82	30	93,33	94	82,98	55	65,45
Valle d'Aosta	0	100,00	31	100,00	2	100,00	3	100,00	2	100,00
Lombardia	57	89,47	2.026	89,83	74	97,30	210	77,14	106	60,38
P. A. Bolzano	2	0,00	96	100,00	4	100,00	9	77,78	7	71,43
P. A. Trento	4	100,00	203	100,00	1	100,00	9	88,89	4	75,00
Veneto	34	97,06	847	99,88	51	96,08	93	86,02	65	76,92
Friuli V. G.	12	100,00	313	93,93	9	100,00	24	87,50	14	71,43
Liguria	9	100,00	456	99,56	10	100,00	31	100,00	23	100,00
E. Romagna	18	88,89	819	96,21	28	96,43	94	79,79	51	58,82
Toscana	18	94,44	868	98,16	59	94,92	58	93,10	38	92,11
Umbria	7	100,00	339	100,00	6	66,67	22	90,91	8	100,00
Marche	8	87,50	447	100,00	18	94,44	37	75,68	25	80,00
Lazio	28	92,86	1.475	66,58	55	76,36	145	74,48	88	63,64
Abruzzo	3	100,00	358	94,69	13	100,00	32	71,88	18	55,56
Molise	2	100,00	101	100,00	8	87,50	14	78,57	7	85,71
Campania	9	100,00	506	76,48	45	48,89	127	62,99	41	48,78
Puglia	14	92,86	1.205	85,23	29	93,10	80	75,00	41	75,61
Basilicata	3	66,67	187	100,00	2	100,00	11	90,91	5	100,00
Calabria	6	83,33	452	99,34	11	72,73	60	61,67	20	45,00
Sicilia	20	65,00	549	97,27	35	80,00	124	68,55	45	66,67
Sardegna	2	100,00	407	79,12	18	88,89	33	75,76	19	78,95

Fonte: Ministero della Salute

Le apparecchiature tecnico-biomediche nel tempo si sono incrementate numericamente, in modo spesso considerevole, anche se non omogeneo su tutto il territorio nazionale (tabella 2.12).

Fa eccezione tra quelle considerate la GCC, che complessivamente a livello nazionale si riduce dal 2000 al 2006 dell'8,8%. Dato caratterizzato da una notevole variabilità regionale dove, a fronte di un incremento della dotazione di queste apparecchiature del Veneto pari all'82,1%, si registrano nello stesso periodo delle notevoli riduzioni, la più consistente delle quali in Liguria e pari al 47,4%.

Tabella 2.12 - Variazione nel numero di apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate Valori percentuali Anni 2006-2000

Regioni	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM
Italia	45,31	19,15	-8,80	33,95	108,56
Piemonte	35,29	23,90	-9,09	16,05	83,33
Valle d'Aosta	0,00	24,00	0,00	200,00	200,00
Lombardia	14,00	18,97	-17,78	24,26	89,29
P. A. Bolzano	200,00	11,63	-20,00	12,50	133,33
P. A. Trento	33,33	16,00	0,00	80,00	100,00
Veneto	70,00	16,99	82,14	30,99	132,14
Friuli V. G.	50,00	6,46	-10,00	0,00	133,33
Liguria	50,00	36,12	-47,37	34,78	187,50
Emilia Romagna	125,00	11,28	-12,50	36,23	70,00
Toscana	12,50	1,17	47,50	16,00	100,00
Umbria	133,33	54,09	-25,00	83,33	100,00
Marche	300,00	7,97	12,50	15,63	177,78
Lazio	47,37	24,37	-15,38	46,46	137,84
Abruzzo	0,00	31,14	30,00	28,00	38,46
Molise	200,00	7,45	33,33	100,00	133,33
Campania	-18,18	28,10	-40,00	47,67	105,00
Puglia	180,00	13,25	-3,33	25,00	95,24
Basilicata	300,00	55,83	-33,33	37,50	400,00
Calabria	-14,29	15,90	-31,25	30,43	100,00
Sicilia	66,67	39,34	-23,91	85,07	200,00
Sardegna	0,00	14,33	-18,18	6,45	58,33

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le apparecchiature TRM, per contro, nel periodo considerato, sono più che raddoppiate a livello nazionale. In questo caso, si verifica una implementazione della dotazione di tutte le Regioni, con variazioni tra il 38,5% dell'Abruzzo e il 400,0% del Molise. Circa tre quarti delle Regioni registrano un incremento di TRM maggiore o al più uguale al 100,0%.

A livello nazionale, nel sistema di assistenza ospedaliera ci sono 22,1 TAC, di cui circa 5,0 private, ogni 1.000.000 di abitanti (tabella 2.13).

Tabella 2.13 - Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per 1.000.000 abitanti - Anno 2006

Regioni	ALI		EMD		GCC		TAC		TRM	
	Pubbl.	Private	Pubbl.	Private	Pubbl.	Private	Pubbl.	Private	Pubbl.	Private
Italia	4,26	0,46	196,09	20,11	7,51	1,08	17,01	5,14	7,91	3,62
Piemonte	4,82	0,46	252,02	0,46	6,43	0,46	17,92	3,68	8,27	4,36
Valle d'Aosta	0,00	0,00	248,37	0,00	16,02	0,00	24,04	0,00	16,02	0,00
Lombardia	5,34	0,63	190,67	21,58	7,54	0,21	16,97	5,03	6,70	4,40
P. A. Bolzano	0,00	4,10	196,85	0,00	8,20	0,00	14,35	4,10	10,25	4,10
P. A. Trento	7,89	0,00	400,37	0,00	1,97	0,00	15,78	1,97	5,92	1,97
Veneto	6,91	0,21	177,23	0,21	10,26	0,42	16,76	2,72	10,47	3,14
Friuli V. G.	9,90	0,00	242,45	15,67	7,42	0,00	17,32	2,47	8,25	3,30
Liguria	5,60	0,00	282,36	1,24	6,22	0,00	19,28	0,00	14,30	0,00
E. Romagna	3,79	0,47	186,59	7,34	6,39	0,24	17,76	4,50	7,10	4,97
Toscana	4,67	0,27	234,18	4,40	15,39	0,82	14,84	1,10	9,62	0,82
Umbria	8,02	0,00	388,33	0,00	4,58	2,29	22,91	2,29	9,16	0,00
Marche	4,56	0,65	291,00	0,00	11,07	0,65	18,23	5,86	13,02	3,26
Lazio	4,73	0,36	178,76	89,75	7,65	2,37	19,66	6,74	10,19	5,83
Abruzzo	2,29	0,00	258,82	14,51	9,93	0,00	17,56	6,87	7,63	6,11
Molise	6,25	0,00	315,55	0,00	21,87	3,12	34,37	9,37	18,75	3,12
Campania	1,55	0,00	66,84	20,55	3,80	3,97	13,82	8,12	3,45	3,63
Puglia	3,19	0,25	252,34	43,74	6,63	0,49	14,74	4,91	7,62	2,46
Basilicata	3,38	1,69	316,23	0,00	3,38	0,00	16,91	1,69	8,46	0,00
Calabria	2,50	0,50	224,72	1,50	4,00	1,50	18,52	11,51	4,50	5,51
Sicilia	2,59	1,40	106,44	2,99	5,58	1,40	16,94	7,77	5,98	2,99
Sardegna	1,21	0,00	194,04	51,22	9,64	1,21	15,07	4,82	9,04	2,41

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

Considerando le apparecchiature TAC presenti nelle strutture pubbliche, la dotazione regionale è variabile passando da un massimo di 34,4 e 24,0 TAC ogni 1.000.000 di abitanti registrate rispettivamente in Molise e Valle d'Aosta, alle circa 14,0 della Campania. Il Molise con 315,5 EMD, 21,9 GCC, 34,4 TAC e 18,7 TRM ogni 1.000.000 di abitanti, rappresenta mediamente la Regione con il maggior parco di attrezzature per abitanti.

2.3 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 impiegato nelle ASL, ivi compresi quelli degli Istituti di cura a gestione diretta, e nelle AA. OO) negli ultimi anni è sostanzialmente stabile: l'organico complessivo è pari a 652.587 unità che nel 2006 (come nel 2005) è pari a 11 unità di personale complessivo per mille abitanti, di cui il 16,2% è costituito da personale

medico e odontoiatrico e oltre il 40,7% da altro personale sanitario, in maggioranza infermieristico (tabelle 2.15 e 2.16).

Fra il 2005 e il 2006, il personale aumenta dello 0,7% (contro una variazione media annua nel periodo 2000-2005 dello 0,4%), con un comportamento difforme a seconda delle figure professionali considerate.

A fronte di un incremento del personale infermieristico del 5,1% (variazione media annua nel precedente quinquennio dello 0,1%), si registra un aumento dei medici pari a 0,2% (variazione media annua nel periodo 2000-2005 pari a 1,9%).

**Tabella 2.14 - Personale dipendente del SSN (ASL e AO)
Valori assoluti – Anno 2006**

Regioni	Totale*	Sanitario			Profession.	Tecnico	Amministr.
		Totale	Medici e odontoiatri	Personale infermier.			
Italia	652.587	452.254	105.860	265.444	1.598	121.730	76.613
Piemonte	56.291	36.684	8.606	21.150	110	11.415	8.081
Valle d'Aosta	2.004	1.277	297	677	5	428	294
Lombardia	91.495	60.567	12.686	35.575	221	19.386	11.317
P. A. Bolzano	8.051	4.910	870	2.807	26	1.949	1.114
P. A. Trento	7.063	4.459	881	2.717	12	1.755	836
Veneto	57.777	39.669	7.577	25.349	119	11.758	6.231
Friuli V. G.	17.330	11.738	2.279	7.189	40	3.815	1.737
Liguria	21.703	15.365	3.337	9.303	46	3.835	2.456
E. Romagna	55.588	39.861	8.062	23.940	178	9.663	5.886
Toscana	49.344	35.103	7.383	21.244	157	8.927	5.110
Umbria	10.759	7.979	1.833	4.701	30	1.768	977
Marche	18.006	13.074	2.831	7.877	26	3.088	1.810
Lazio	48.368	35.818	9.445	20.353	131	6.329	6.084
Abruzzo	15.725	11.088	2.827	6.699	28	2.823	1.783
Molise	4.025	2.905	724	1.621	5	753	362
Campania	55.560	38.908	10.838	22.600	156	9.794	6.640
Puglia	35.440	24.806	6.363	13.993	87	6.354	4.119
Basilicata	6.579	4.733	1.118	2.816	15	1.198	633
Calabria	22.996	15.375	4.319	8.567	59	4.008	3.529
Sicilia	47.831	33.084	9.837	18.151	106	8.894	5.646
Sardegna	20.652	14.851	3.747	8.115	41	3.790	1.968

Fonte: Ministero della Salute

*Il TOTALE comprende le Qualifiche Atipiche.

Il personale tecnico, invece, è l'unica figura professionale che diminuisce (-2,7%), in linea con quanto avvenuto nel periodo precedente (tra il 2000 e il 2005 si verifica una variazione media annua pari a -2,3%).

Tabella 2.15 - Composizione del personale dipendente del SSN (ASL e AO). Valori percentuali – Anno 2006

Regioni	Totale* (n.)	Sanitario (%)			Profession. (%)	Tecnico (%)	Amministr. (%)
		Totale	Medici e odontoiatri	Personale infermier.			
Italia	652.587	69,30	16,22	40,68	0,24	18,65	11,74
Piemonte	56.291	65,17	15,29	37,57	0,20	20,28	14,36
Valle d'Aosta	2.004	63,72	14,82	33,78	0,25	21,36	14,67
Lombardia	91.495	66,20	13,87	38,88	0,24	21,19	12,37
P. A. Bolzano	8.051	60,99	10,81	34,87	0,32	24,21	13,84
P. A. Trento	7.063	63,13	12,47	38,47	0,17	24,85	11,84
Veneto	57.777	68,66	13,11	43,87	0,21	20,35	10,78
Friuli V. G.	17.330	67,73	13,15	41,48	0,23	22,01	10,02
Liguria	21.703	70,80	15,38	42,87	0,21	17,67	11,32
E. Romagna	55.588	71,71	14,50	43,07	0,32	17,38	10,59
Toscana	49.344	71,14	14,96	43,05	0,32	18,09	10,36
Umbria	10.759	74,16	17,04	43,69	0,28	16,43	9,08
Marche	18.006	72,61	15,72	43,75	0,14	17,15	10,05
Lazio	48.368	74,05	19,53	42,08	0,27	13,09	12,58
Abruzzo	15.725	70,51	17,98	42,60	0,18	17,95	11,34
Molise	4.025	72,17	17,99	40,27	0,12	18,71	8,99
Campania	55.560	70,03	19,51	40,68	0,28	17,63	11,95
Puglia	35.440	69,99	17,95	39,48	0,25	17,93	11,62
Basilicata	6.579	71,94	16,99	42,80	0,23	18,21	9,62
Calabria	22.996	66,86	18,78	37,25	0,26	17,43	15,35
Sicilia	47.831	69,17	20,57	37,95	0,22	18,59	11,80
Sardegna	20.652	71,91	18,14	39,29	0,20	18,35	9,53

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

*Il TOTALE comprende le Qualifiche Atipiche.

Persiste una certa disomogeneità a livello territoriale: con riferimento al personale del SSN, si va dagli aumenti del 7,5% e del 6,1% registrati rispettivamente in Friuli Venezia Giulia e in Valle d'Aosta, alle contrazioni misurate in Sardegna e nel Lazio, rispettivamente del -1,2% e del -3,6% (tabelle 2.16 e 2.17).

Tabella 2.16 - Variazione del personale dipendente del SSN. Valori percentuali – Anno 2006-2005

Regioni	Totale*	Sanitario			Profession.	Tecnico	Amministr.
		Totale	Medici e odontoiatri	Personale infermier.			
Italia	0,75	1,83	0,20	5,12	0,06	-2,69	0,08
Piemonte	0,79	1,94	0,48	7,15	1,85	-2,42	0,31
Valle d'Aosta	6,09	3,40	6,83	5,95	25,00	19,89	0,34
Lombardia	-0,82	-0,06	-2,54	3,94	-0,45	-2,77	-1,41
P. A. Bolzano	1,71	1,78	2,59	-2,37	8,33	-0,76	2,20
P. A. Trento	0,74	0,61	0,11	5,60	0,00	2,09	-1,30
Veneto	0,95	0,96	-0,95	5,08	-1,65	1,08	0,73
Friuli V. G.	7,47	8,24	1,56	11,39	2,56	5,47	6,89
Liguria	0,38	0,70	-0,63	3,18	-2,13	0,39	-1,60
E. Romagna	2,73	3,23	1,56	7,75	1,71	2,44	-0,02
Toscana	3,59	5,28	-0,46	5,02	-0,63	-1,03	0,87
Umbria	-0,16	0,08	-0,43	3,30	0,00	1,84	-5,24
Marche	1,72	2,44	1,43	5,75	-7,14	-0,35	0,33
Lazio	-3,60	-1,28	-1,30	0,92	-5,07	-15,61	-2,64
Abruzzo	2,60	3,67	-0,56	7,86	-9,68	-0,84	1,89
Molise	2,55	3,34	4,32	7,49	0,00	0,80	0,00
Campania	1,31	2,77	3,31	6,52	-3,11	-2,97	-0,33
Puglia	1,11	3,18	2,75	5,41	14,47	-8,68	4,07
Basilicata	0,97	1,85	1,45	3,87	7,14	-3,62	3,94
Calabria	0,66	1,83	0,23	5,05	9,26	-3,95	1,23
Sicilia	-0,39	1,40	-0,31	5,72	-0,93	-6,86	0,86
Sardegna	-1,21	-0,24	-0,24	1,42	-4,65	-4,00	-2,62

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

*Il TOTALE comprende le Qualifiche Atipiche.

Si registrano valori che variano per i medici dal +4,3% del Molise al -2,5% della Lombardia. Per quanto riguarda gli infermieri, invece, si misurano sul territorio nazionale valori che vanno dal +11,4% del Friuli Venezia Giulia al -2,4% della Provincia Autonoma di Bolzano.

La variabilità del dato personale dipendente del SSN sul territorio nazionale rimane notevole, anche se si considera il personale rispetto alla popolazione: i valori registrati nelle singole Regioni vanno da un valore massimo registrato nella Provincia Autonoma di Bolzano di 16,5 unità per 1.000 abitanti a quello minimo della Puglia pari a 8,7 unità per 1.000 abitanti (immediatamente seguito dal Lazio con 8,8 unità) (tabella 2.18).

Tabella 2.17 - Variazione del personale dipendente del SSN. Valori percentuali Anni 2005/2000

Regioni	Totale*	Sanitario			Profession.	Tecnico	Amministr.
		Totale	Medici e odontoiatri	Personale infermier.			
Italia	0,39	0,96	1,87	0,09	1,94	-2,32	2,05
Piemonte	0,82	0,48	1,56	-1,15	1,35	0,95	2,19
Valle d'Aosta	0,86	2,36	3,95	0,28	5,92	-4,48	2,50
Lombardia	-1,08	-0,91	0,12	-2,16	-1,13	-2,82	1,45
P. A. Bolzano	2,35	2,38	4,15	0,76	0,85	1,94	2,74
P. A. Trento	0,94	0,70	1,87	-0,94	19,14	0,97	2,00
Veneto	1,08	0,56	0,75	-0,60	-0,33	2,43	2,01
Friuli V. G.	-0,40	-1,01	1,73	-2,74	2,19	-0,50	4,56
Liguria	0,95	1,95	2,78	1,24	6,07	-4,36	4,94
E. Romagna	1,10	1,54	1,51	0,96	2,99	-0,75	1,38
Toscana	0,06	0,21	2,12	0,01	3,20	-1,57	2,00
Umbria	1,59	2,23	0,72	2,93	0,68	0,31	-0,89
Marche	0,90	1,81	1,59	1,84	0,00	-2,82	1,85
Lazio	1,26	2,95	4,22	2,16	1,36	-6,19	3,47
Abruzzo	0,29	1,10	2,73	0,43	3,58	-3,97	3,65
Molise	0,87	1,79	1,38	1,85	10,76	-2,60	1,93
Campania	1,14	2,19	2,76	1,33	6,78	-3,70	3,90
Puglia	-1,40	-0,31	1,33	-1,12	-2,44	-4,92	-0,65
Basilicata	2,19	3,85	3,34	3,74	6,96	-2,67	1,76
Calabria	0,43	2,17	3,07	2,01	3,26	-5,47	1,88
Sicilia	0,34	1,42	2,16	0,40	4,71	-3,07	0,68
Sardegna	0,18	1,58	0,89	1,78	-1,76	-4,88	2,03

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

*Il TOTALE comprende le Qualifiche Atipiche.

La dotazione di personale medico rispetto alla popolazione residente risulta come media nazionale pari a circa 1,8 ogni 1.000 abitanti. Il valore minore si registra in Puglia dove è pari a 1,6 e quello massimo in Valle d'Aosta con 2,4 ogni 1.000 abitanti

Tabella 2.18 - Personale dipendente dal SSN per 1.000 abitanti popolazione effettiva e pesata per età - Anno 2006

Regioni	Personale SSN		Personale Medico		Personale Infermieristico	
	per 1000 ab. eff.	per 1000 ab. pes.	per 1000 ab. eff.	per 1000 ab. pes.	per 1000 ab. eff.	per 1000 ab. pes.
Italia	11,04	11,04	1,79	1,79	4,49	4,49
Piemonte	12,93	12,17	1,98	1,86	4,86	4,57
Valle d'Aosta	16,06	15,75	2,38	2,33	5,42	5,32
Lombardia	9,59	9,62	1,33	1,33	3,73	3,74
P. A. Bolzano	16,51	17,78	1,78	1,92	5,76	6,20
P. A. Trento	13,93	14,15	1,74	1,76	5,36	5,44
Veneto	12,10	12,17	1,59	1,60	5,31	5,34
Friuli V. G.	14,29	13,33	1,88	1,75	5,93	5,53
Liguria	13,50	11,74	2,08	1,81	5,79	5,03
E. Romagna	13,16	12,31	1,91	1,79	5,67	5,30
Toscana	13,56	12,55	2,03	1,88	5,84	5,40
Umbria	12,32	11,42	2,10	1,94	5,39	4,99
Marche	11,72	11,06	1,84	1,74	5,13	4,84
Lazio	8,80	8,90	1,72	1,74	3,71	3,74
Abruzzo	12,01	11,64	2,16	2,09	5,11	4,96
Molise	12,58	12,07	2,26	2,17	5,06	4,86
Campania	9,60	10,75	1,87	2,10	3,90	4,37
Puglia	8,71	9,25	1,56	1,66	3,44	3,65
Basilicata	11,13	11,20	1,89	1,90	4,76	4,80
Calabria	11,51	11,99	2,16	2,25	4,29	4,47
Sicilia	9,53	10,01	1,96	2,06	3,62	3,80
Sardegna	12,45	12,91	2,26	2,34	4,89	5,07

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

2.3.1 Il personale delle strutture di ricovero e cura pubbliche

Il personale delle strutture di ricovero e cura pubbliche, secondo la definizione del Ministero della Salute⁶, include il personale (purché con un rapporto di lavoro continuativo) di: AA.OO., Istituti di ricovero e cura gestiti direttamente dalle ASL, strutture di ricovero equiparate alle pubbliche (policlinici universitari, IRCCS, ospedali classificati, istituti di cura privati qualificati come presidio delle ASL ed enti di ricerca). Nel 2006 (ultimo dato disponibile) il personale delle strutture di ricovero e cura pubbliche è risultato pari a 546.503 unità (-1,3% rispetto al 2005, con variazione media annua tra il 2000 e il 2005 del +0,2%), di cui 102.390 medici e odontoiatri (-1,6% rispetto al 2005 e +1,5% come variazione media annua nel periodo 2000-2005) e 238.487 infermieri (+3,6% se confrontato con il dato rilevato nel 2005, ricordando che nel quinquennio 2000-2005 la variazione media annua è stata pari a -0,5%) (tabelle 2.19, 2.20 e 2.21).

Tabella 2.19 - Personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche Anno 2006

Regioni	Totale*	Sanitario			Profession.	Tecnico	Amministr.
		Totale	Medici e odontoiatri	Personale infermier.			
Italia	546.503	397.708	102.390	238.487	979	99.722	43.530
Piemonte	44.503	31.180	7.911	18.188	79	8.816	4.142
Valle d'Aosta	1.166	930	258	513	2	155	79
Lombardia	101.077	67.561	15.717	40.371	220	22.249	10.508
P. A. Bolzano	5.337	3.563	763	2.187	15	1.291	411
P. A. Trento	5.359	3.480	740	2.211	7	1.462	409
Veneto	41.133	29.230	6.402	18.879	65	8.295	3.228
Friuli V. G.	14.952	10.246	2.220	6.304	26	3.402	1.167
Liguria	19.746	15.025	3.592	9.254	27	3.109	1.536
E. Romagna	39.538	30.339	7.063	18.294	59	6.538	2.440
Toscana	33.525	26.762	6.672	16.468	45	4.491	1.767
Umbria	7.962	6.169	1.645	3.722	17	1.131	405
Marche	14.231	11.091	2.682	6.844	11	2.132	910
Lazio	55.832	41.353	11.672	24.215	116	8.120	5.268
Abruzzo	12.284	9.122	2.253	5.819	14	2.096	738
Molise	3.347	2.673	744	1.484	7	577	81
Campania	43.382	32.407	9.839	18.840	62	7.316	3.148
Puglia	28.794	21.530	5.936	12.988	62	5.095	2.025
Basilicata	4.968	3.821	931	2.391	6	904	237
Calabria	15.841	11.762	3.368	7.037	34	2.586	1.454
Sicilia	39.411	28.757	9.021	16.158	81	7.346	2.965
Sardegna	14.115	10.707	2.961	6.320	24	2.611	612

Fonte: Ministero della Salute

Note: Non è compreso il Personale in Rapporto Libero Professionale o altro tipo di Rapporto. Il TOTALE comprende le Qualifiche Atipiche. Per gli IRCCS sono state considerate anche le sedi distaccate

⁶ Vedi Ministero della Salute, "Il Personale delle ASL e degli Istituti di cura pubblici" Anno 2006

Anche in questo caso è presente una notevole variabilità regionale. Il Piemonte è la Regione che presenta tra il 2005 e il 2006 il maggiore incremento percentuale del personale complessivo delle strutture di ricovero e cura pubbliche con il +6,3%, mentre la Provincia Autonoma di Bolzano presenta con il -19,4% la maggior contrazione di personale.

Tabella 2.20 - Variazione del personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche. Variazione percentuale – Anni 2006/2005

Regioni	Totale*	Sanitario			Profession.	Tecnico	Amministr.
		Totale	Medici e odontoiatri	Personale infermier.			
Italia	-1,30	-0,42	-1,57	3,58	-5,04	-4,87	-0,23
Piemonte	6,34	10,32	5,72	20,22	-1,25	-3,61	0,93
Valle d'Aosta	-3,32	-0,75	1,98	2,19	100,00	-19,27	3,95
Lombardia	-0,16	0,93	-0,97	5,02	-2,65	-2,23	0,09
P. A. Bolzano	-19,45	-15,47	-11,38	-14,74	-25,00	-20,55	-43,54
P. A. Trento	2,82	2,56	3,50	11,22	0,00	4,65	-1,21
Veneto	-4,23	-5,74	-7,11	-0,82	4,84	-2,42	4,16
Friuli V. G.	5,01	5,05	-2,59	11,40	4,00	1,86	9,17
Liguria	6,13	5,56	4,15	8,12	-35,71	9,86	6,08
E. Romagna	-6,30	-6,72	-7,48	-4,38	-11,94	-4,23	-5,97
Toscana	-7,05	-5,58	-7,13	-2,77	-32,84	-15,10	-4,74
Umbria	-0,13	-0,66	-0,42	2,22	-10,53	-0,70	-3,34
Marche	1,61	2,17	3,83	4,90	-26,67	-0,98	2,02
Lazio	-2,66	-1,48	-1,12	5,29	8,41	-8,18	0,61
Abruzzo	1,67	3,45	-1,92	8,26	-12,50	-6,43	7,74
Molise	0,03	-0,48	-0,40	4,73	250,00	-0,69	15,71
Campania	0,10	1,76	1,11	3,77	-15,07	-6,52	-0,19
Puglia	-6,68	-5,58	-6,61	-4,75	-7,46	-12,05	-3,30
Basilicata	5,03	3,21	6,40	10,08	20,00	13,00	6,28
Calabria	3,78	6,10	4,92	10,04	13,33	-7,41	7,86
Sicilia	-2,73	-1,34	-2,41	2,73	10,96	-8,67	-1,13
Sardegna	0,44	0,65	1,82	0,96	-11,11	-3,87	-1,77

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

È caratterizzato da notevole variabilità anche l'andamento del personale medico/odontoiatrico e infermieristico. Mentre la dotazione del personale medico odontoiatrico registra valori tra il 6,4% della Basilicata e il -11,4% della Provincia Autonoma di Bolzano, le unità di personale sanitario tra cui gli infermieri arrivano a ridursi sempre nella Provincia Autonoma di Bolzano del -14,7% a fronte di un incremento del 20,2% che si rileva in Piemonte.

Tabella 2.21 - Variazione del personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche. Variazione media annua - Anni 2005/2000

Regioni	Totale*	Sanitario			Profession.	Tecnico	Amministr.
		Totale	Medici e odontoiatri	Personale infermier.			
Italia	0,16	0,67	1,50	-0,47	0,57	-3,10	3,09
Piemonte	-2,05	-2,41	-0,67	-4,61	-2,33	-2,68	1,06
Valle d'Aosta	-2,09	1,90	4,30	0,36	-12,94	-13,65	-2,21
Lombardia	0,17	0,25	1,04	-1,08	2,27	-1,64	3,13
P. A. Bolzano	5,60	4,83	5,75	2,25	5,92	1,48	30,41
P. A. Trento	-1,89	-1,62	-0,30	-3,51	18,47	-2,64	-1,70
Veneto	-1,86	-2,16	-1,12	-3,56	-2,40	-2,22	1,09
Friuli V. G.	-0,32	-1,00	1,55	-2,76	-0,78	-0,36	6,40
Liguria	-1,22	-0,07	0,27	-0,32	5,59	-7,88	4,00
E.Romagna	1,89	2,32	2,35	1,77	0,92	-0,70	2,68
Toscana	0,50	0,92	1,90	0,16	14,53	-4,21	4,49
Umbria	1,32	2,10	0,28	2,57	-1,98	-3,48	-0,42
Marche	1,16	1,87	1,40	1,72	-8,19	-4,31	7,69
Lazio	1,81	2,89	3,40	1,24	0,96	-4,79	4,37
Abruzzo	0,15	0,68	2,26	-0,21	-7,79	-4,83	3,67
Molise	2,48	3,74	4,41	2,12	-16,74	-2,46	2,46
Campania	1,08	1,91	3,01	0,63	-0,80	-3,19	3,76
Puglia	-1,77	-0,83	0,16	-1,62	-3,72	-5,68	0,39
Basilicata	1,26	3,45	2,51	2,33	4,56	-5,74	-0,96
Calabria	0,19	1,52	2,06	1,07	-1,28	-5,48	5,59
Sicilia	0,72	1,98	2,07	1,37	2,67	-2,66	0,91
Sardegna	0,39	1,54	2,07	1,29	-3,34	-4,32	5,98

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Con riferimento al personale non sanitario, anche nelle strutture di ricovero e cura pubbliche si conferma, come per quello del SSN, una significativa riduzione della componente tecnica (-3,1% variazione media annua nel quinquennio 2005-2000 e -4,9% tra il 2006 e il 2005). Il personale professionale e quello amministrativo che tra il 2000 e il 2005 sono stati caratterizzati da un trend positivo (con variazione media annua, rispettivamente pari a +0,6% e +3,1%), nel-

l'anno successivo hanno registrato una riduzione rispettivamente del -5,0% e del -0,2%). Le unità complessive di personale per posto letto sono mediamente 2,6 (come nel 2005) e di queste l'1,9 è sanitario (dato invariato rispetto al 2005). Anche in questo caso il dato è soggetto a variabilità regionale. A fronte del Molise e della Puglia che con due unità di personale (di cui 1,6 sanitario) per posto letto sono le Regioni con la disponibilità minore, il Friuli Venezia Giulia si contrappone con tre unità (di cui il 2,1 sanitario) (tabella 2.22). Nel 2006 il numero medio di infermieri per medico è pari a 2,3 (+0,1 rispetto al 2005). Le Regioni con il minor numero di infermieri per medico sono Sicilia (1,8), Campania (1,9), Molise (2,0) e Valle d'Aosta (2,0). Quelle dove il rapporto risulta essere maggiore sono Provincia Autonoma di Bolzano (2,9), Veneto (2,9), Provincia Autonoma di Trento (3,0), Friuli Venezia Giulia (2,8).

Tabella 2.22 - Personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche per posto letto - Anni 2005 e 2006

Regioni	Totale		Sanitario		di cui medici e odontoiatri		di cui personale infermier.		Rapporto tra personale infermieristico/medico e odontoiatrici	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Italia	2,58	2,55	1,86	1,86	0,49	0,48	1,07	1,11	2,21	2,33
Piemonte	2,73	2,90	1,84	2,03	0,49	0,52	0,99	1,19	2,02	2,30
Valle d'Aosta	2,58	2,50	2,01	1,99	0,54	0,55	1,07	1,10	1,98	1,99
Lombardia	2,87	2,87	1,90	1,92	0,45	0,45	1,09	1,14	2,42	2,57
P. A. Bolzano	3,34	2,69	2,12	1,79	0,43	0,38	1,29	1,10	2,98	2,87
P. A. Trento	2,48	2,55	1,61	1,66	0,34	0,35	0,95	1,05	2,78	2,99
Veneto	2,25	2,15	1,62	1,53	0,36	0,34	1,00	0,99	2,76	2,95
Friuli V. G.	2,87	3,01	1,97	2,06	0,46	0,45	1,14	1,27	2,48	2,84
Liguria	2,49	2,64	1,91	2,01	0,46	0,48	1,15	1,24	2,48	2,58
E. Romagna	2,51	2,35	1,93	1,80	0,45	0,42	1,14	1,09	2,51	2,59
Toscana	2,66	2,47	2,09	1,97	0,53	0,49	1,25	1,21	2,36	2,47
Umbria	2,47	2,47	1,92	1,91	0,51	0,51	1,13	1,15	2,20	2,26
Marche	2,50	2,55	1,94	1,98	0,46	0,48	1,17	1,22	2,53	2,55
Lazio	2,70	2,63	1,98	1,95	0,56	0,55	1,08	1,14	1,95	2,07
Abruzzo	2,24	2,28	1,64	1,69	0,43	0,42	1,00	1,08	2,34	2,58
Molise	2,07	2,07	1,66	1,65	0,46	0,46	0,88	0,92	1,90	1,99
Campania	2,94	2,94	2,16	2,20	0,66	0,67	1,23	1,28	1,87	1,91
Puglia	2,25	2,10	1,66	1,57	0,46	0,43	0,99	0,95	2,15	2,19
Basilicata	1,91	2,01	1,50	1,55	0,35	0,38	0,88	0,97	2,48	2,57
Calabria	2,63	2,73	1,91	2,03	0,55	0,58	1,10	1,21	1,99	2,09
Sicilia	2,41	2,35	1,74	1,71	0,55	0,54	0,94	0,96	1,70	1,79
Sardegna	2,15	2,16	1,63	1,64	0,44	0,45	0,96	0,97	2,15	2,13

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT e Ministero della Salute 2008

2.4 Assistenza per acuzie

2.4.1 Tassi di ricovero in acuzie

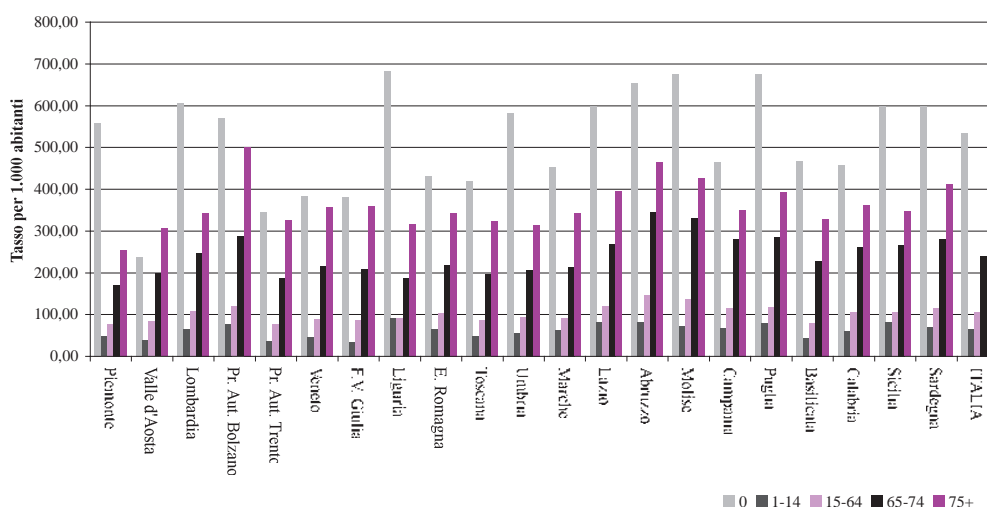
In Italia il tasso medio di ricovero per acuzie in regime ordinario è pari a 140,0 per 1000 abitanti. Nello specifico all'età iniziale è pari a 533,8 per 1000 (esclusi i nati sani), scende a 66,0 ricoveri su 1000 abitanti nella classe d'età 1-14 anni e cresce progressivamente fino a 348,9 nell'ultima fascia d'età (75+). L'analisi dell'ospedalizzazione rivela una forte variabilità regionale, soprattutto nel primo anno di vita: un maggiore ricorso al ricovero si rileva in Liguria (682,1), Molise (674,9), Puglia (674,9) e Abruzzo (654,6). Viceversa i tassi minori si registrano in Valle d'Aosta (238,1), Provincia Autonoma di Trento (345,9) e Friuli Venezia Giulia (382,0).

Nella classe d'età centrale, 15-64 anni, i ricoveri in media sono 104,5 per 1000 abitanti, meno della metà di quelli registrati in età 65-74 anni (240,3) e poco meno di un terzo di quelli in età 75+ (348,9).

La variabilità tra le Regioni è in questo caso meno significativa: l'intervallo compreso tra 80 e 110 ricoveri ogni 1000 abitanti racchiude infatti 12 Regioni; i valori estremi si registrano in Piemonte, dove i ricoveri ammontano a 77,9 per 1000 abitanti, e in Abruzzo, dove i ricoveri sono quasi il doppio (146,8 per 1000) (figure 2.12 e 2.13).

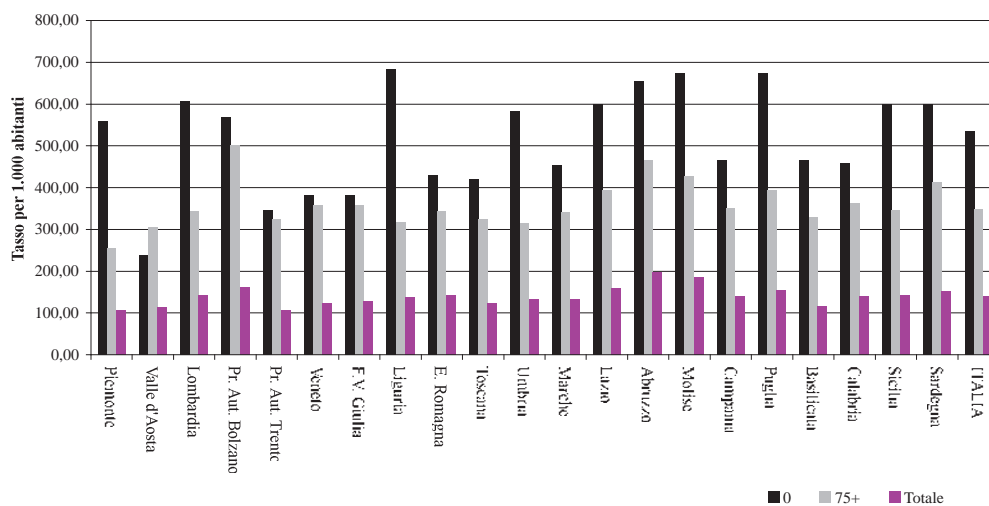
Per quanto riguarda i ricoveri dei più anziani, è la Provincia Autonoma di Bolzano a raggiungere tassi più elevati (501,4), seguita da Abruzzo (464,5), Molise (427,1) e Sardegna (412,8). In generale le Regioni del Centro e del Sud presentano livelli di ospedalizzazione delle classi più anziane maggiori rispetto alle Regioni del Nord; il Piemonte e la Valle d'Aosta, ad esempio, hanno i tassi minori pari rispettivamente a 254,6 e 305,9 per 1000 abitanti.

Figura 2.12 - Tassi di ricovero per classi d'età. Acuti in regime ordinario
Valori per 1000 abitanti - Anno 2005



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO/Ministero della Salute

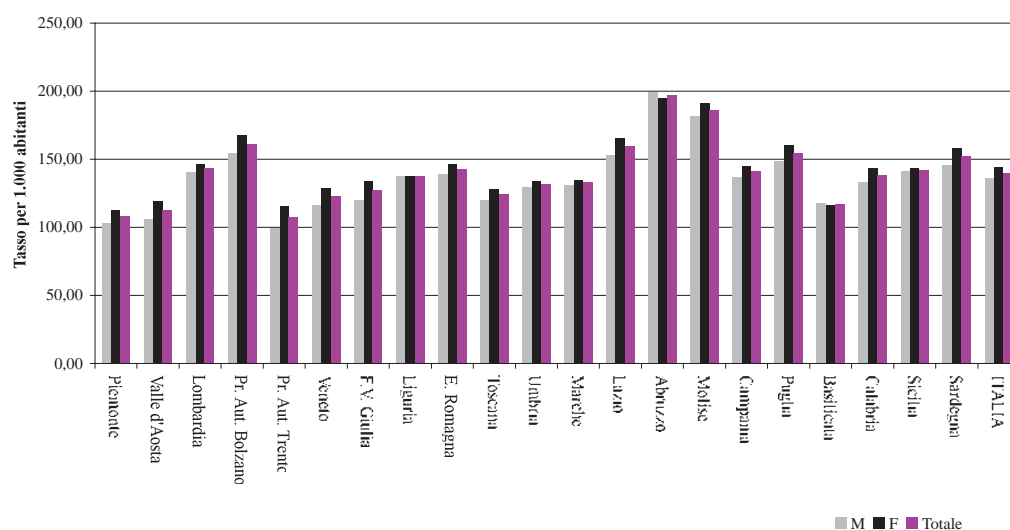
**Figura 2.13 - Tassi di ricovero totali e per età 0 e 75+. Acuti in regime ordinario
Valori per 1000 abitanti – Anno 2005**



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

L'analisi dei tassi di ricovero per sesso evidenzia un ricorso all'assistenza ospedaliera maggiore per le donne in tutte le Regioni, ad eccezione di Abruzzo e Basilicata, con differenze mediamente più consistenti nelle Regioni settentrionali (figura 2.14).

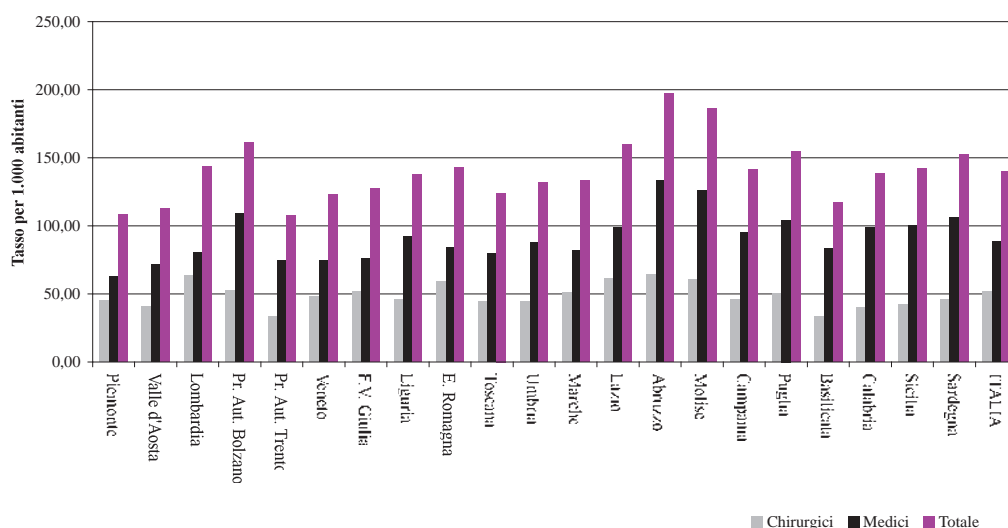
Figura 2.14 - Tassi di ricovero per sesso. Acuti in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005



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

In tutte le Regioni i tassi di ricovero per DRG medici risultano maggiori rispetto a quelli chirurgici; le differenze tra tipologie sono moderate nelle Regioni del Nord (ad eccezione delle province del Trentino Alto Adige), ed aumentano consistentemente nelle Regioni meridionali. Mentre in Lombardia e in Piemonte, infatti, i tassi di ricovero relativi a DRG chirurgici sono inferiori del 21% e del 28% rispetto a quelli per DRG medici, in Basilicata, Calabria e Sicilia, la percentuale arriva al 60% (figura 2.15).

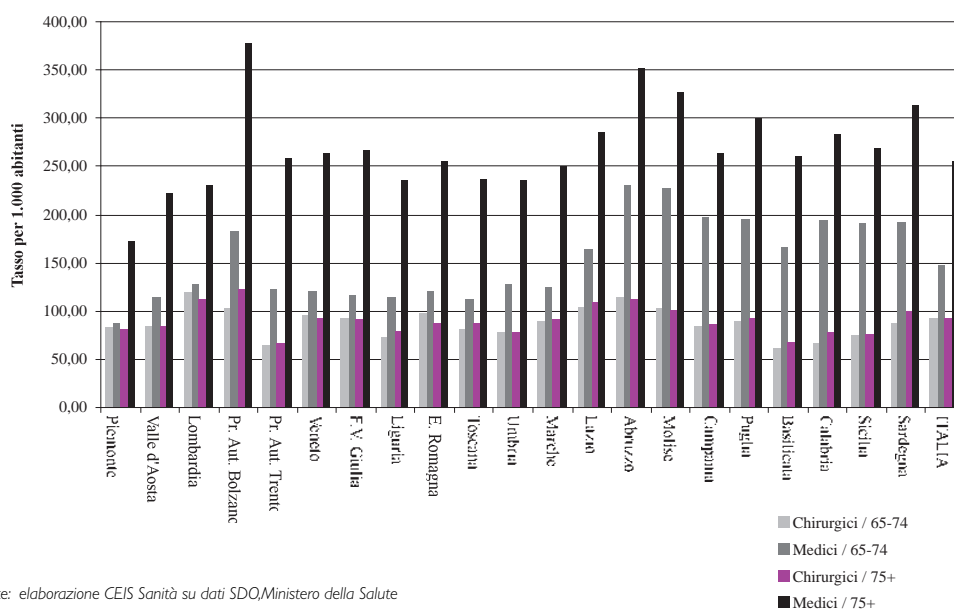
Figura 2.15 - Tassi di ricovero per tipo di DRG. Acuti in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO/Ministero della Salute

Le differenze esistenti tra i tassi di ricovero per tipologia di DRG sono concentrate prevalentemente nelle età più anziane; nelle Regioni del Nord riguardano esclusivamente l'ultima fascia d'età, mentre in quelle del Sud il gap tra ricoveri chirurgici e medici è significativo in entrambe le fasce d'età anziane (figura 2.16).

Figura 2.16 - Tassi di ricovero per tipo di DRG e classi d'età. Acuti in regime ordinario. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005

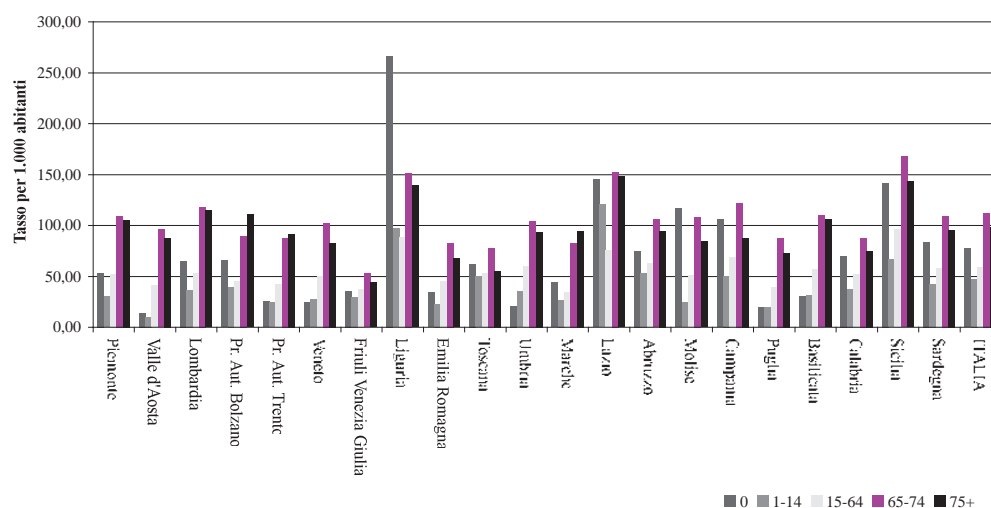


Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO/Ministero della Salute

Passando ai ricoveri diurni, in Italia il tasso di ricovero è pari complessivamente a 66,8 ricoveri ogni 1000 abitanti; nello specifico all'età iniziale il tasso è pari a 77,2, diminuisce nella fascia d'età adolescenziale (47,2) ed aumenta progressivamente al crescere dell'età, sino a raggiungere il massimo nella fascia 65-74 anni (112,4 ricoveri ogni 1000 abitanti) (figura 2.17).

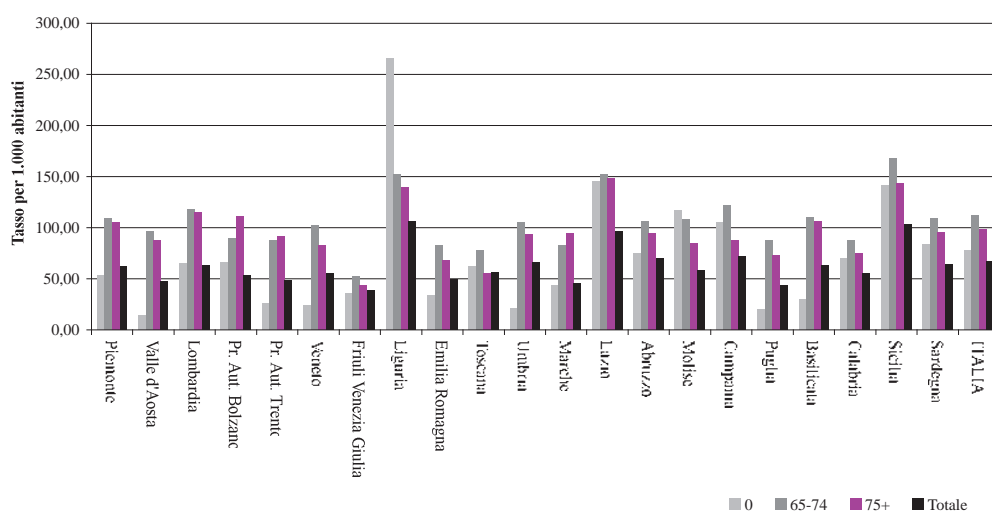
La Regione che presenta il tasso di ricovero totale più alto è la Liguria, per la quale si registrano 105,8 ricoveri ogni 1000 abitanti, mentre il minor ricorso al *day hospital* si verifica in Friuli Venezia Giulia (39,1 ricoveri per 1000 abitanti) (figura 2.18).

Figura 2.17 - Tassi di ricovero per classi d'età. Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti - Anno 2005



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO/Ministero della Salute

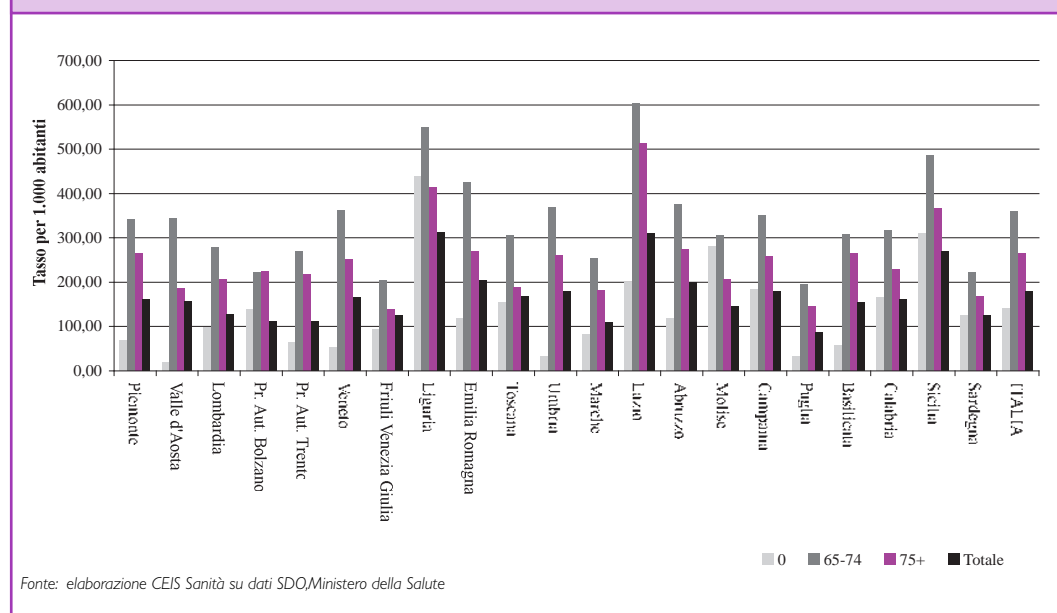
Figura 2.18 - Tassi di ricovero totali e per classi d'età. Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti - Anno 2005



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO/Ministero della Salute

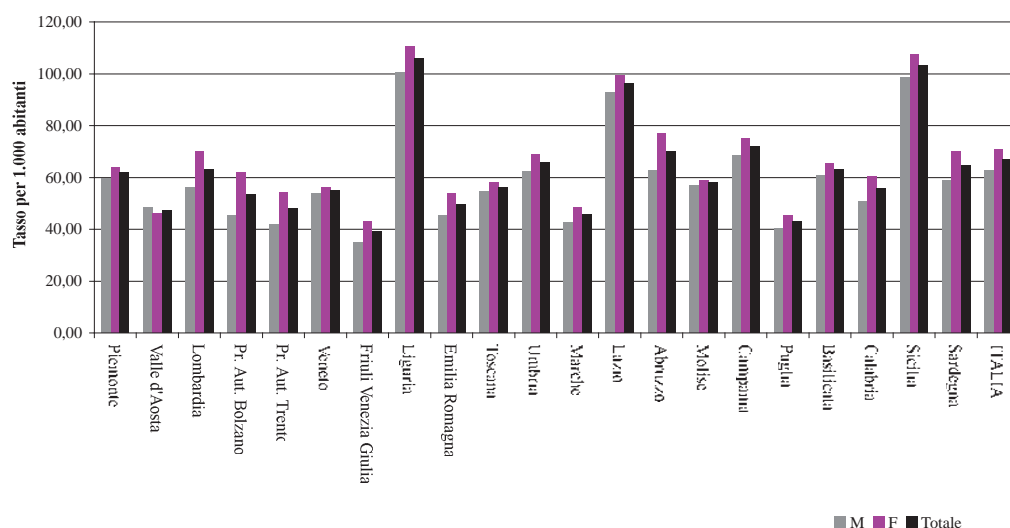
Analizzando il numero di accessi in *day hospital* attraverso il tasso di ricovero in giornate di degenza per 1000 abitanti si confermano i *ranking* precedenti; in particolare la Liguria presenta il numero di accessi più alto nell'età iniziale (437,6 per 1000 abitanti), mentre il Lazio presenta il numero di accessi maggiore nelle classi d'età più anziane (602,5 per 1000 abitanti in età 65-74 anni e 512,8 per 1000 abitanti ultrasettantacinquenni) (figura 2.19).

Figura 2.19 - Tassi di ricovero in giornate di degenza totali e per classe d'età Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti - Anno 2005



L'analisi del tasso di ricovero per sesso evidenzia un ricorso al *day hospital* maggiore per le donne in tutte le Regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta (figura 2.20).

Figura 2.20 - Tassi di ricovero per sesso. Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti - Anno 2005



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

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, mentre 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 inappropriata in tutte le Regioni meridionali. Una conferma arriva dall'analisi dei tassi di ricovero per tipologia ed età, che evidenzia un notevole ricorso alla *day surgery* nelle Regioni del Nord e del Centro, soprattutto nell'ultima fascia d'età, e tassi per DRG chirurgici sistematicamente inferiori nelle Regioni meridionali, eccezion fatta per la Puglia (figure 2.21 e 2.22).

Figura 2.21 - Tassi di ricovero per tipo di DRG. Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005

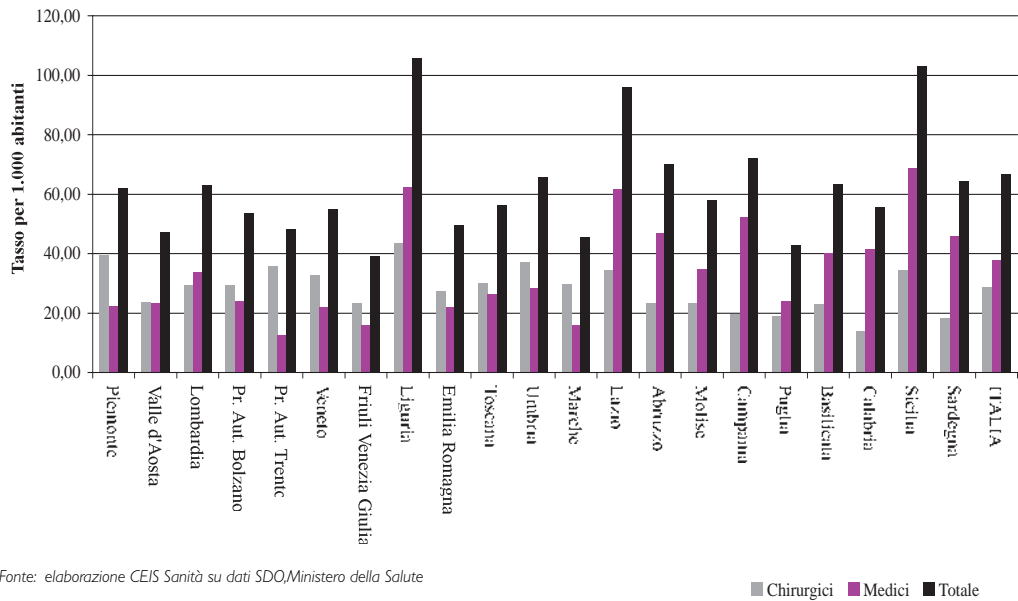
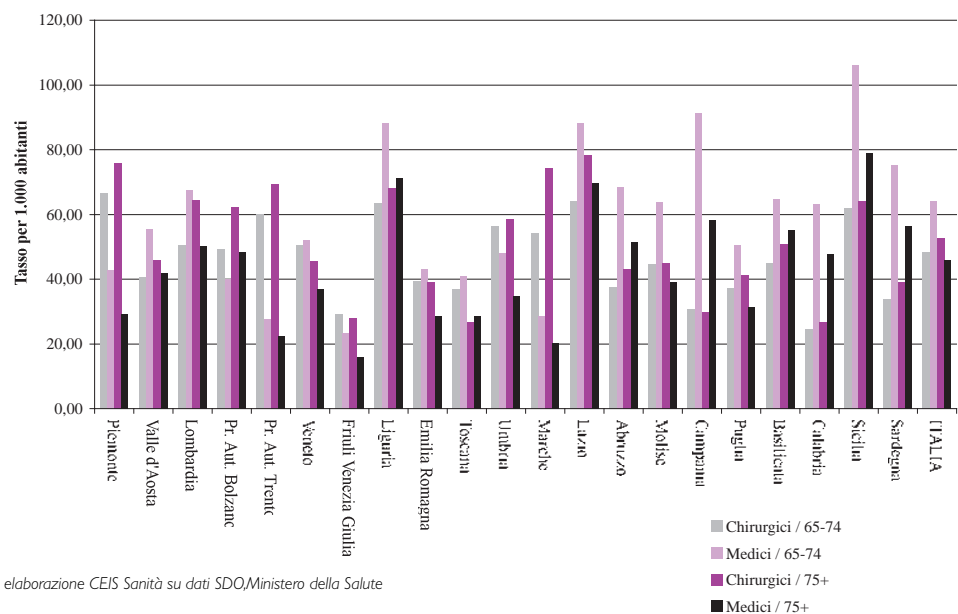


Figura 2.22 - Tassi di ricovero per tipo di DRG e classi d'età. Acuti in regime diurno. Valori per 1000 abitanti – Anno 2005



2.4.2 Degenza media e case-mix

La degenza media dei ricoveri ordinari in acuzie è pari a 6,7 giornate per ricovero. I valori più elevati si registrano generalmente nelle Regioni settentrionali, Valle d'Aosta (8,4), Piemonte (8,1) e Veneto (7,9); le Regioni con degenza minore sono, invece, Campania, Sicilia ed Abruzzo, che presentano medie inferiori ai 6 giorni di degenza per ricovero (tabella 2.23).

Tabella 2.23 - Degenza media per età e Regione di residenza. Ricoveri ordinari in acuzie. Anno 2005

Regioni	Classi d'età					Totale
	0	1-14	15-64	65-74	75+	
Italia	6,25	3,65	5,64	7,98	9,05	6,73
Piemonte	6,03	3,74	6,8	9,48	10,77	8,08
Valle d'Aosta	6,73	2,73	6,09	10,28	12,64	8,41
Lombardia	6,06	3,61	5,28	7,7	9,22	6,47
P. A. Bolzano	6,27	2,79	5,65	8,03	9,61	6,76
P. A. Trento	6,41	3,21	6,12	9,28	10,58	7,75
Veneto	7,27	3,84	6,53	9,09	10,34	7,87
Friuli V. G.	7	3,1	5,61	8,48	9,9	7,43
Liguria	6,29	4,59	6,4	9,07	9,93	7,82
E. Romagna	6,53	3,59	5,42	7,59	8,72	6,63
Toscana	7,43	4,38	6,24	8,56	9,1	7,48
Umbria	5,28	3,25	5,19	7,58	7,97	6,3
Marche	6,39	3,54	5,48	7,93	9,36	6,95
Lazio	6,72	4,15	6,69	8,96	10,02	7,62
Abruzzo	5,9	3,63	4,94	7,09	7,75	5,99
Molise	5,07	3,48	5,94	8,54	9,35	7,14
Campania	6,34	3,09	4,69	6,91	7,41	5,45
Puglia	5,62	3,69	5,22	7,56	8,46	6,16
Basilicata	5,09	3,28	5,68	8,04	8,56	6,77
Calabria	5,87	3,36	5,43	7,61	8,13	6,31
Sicilia	5,79	3,57	5,16	6,87	7,5	5,82
Sardegna	6,4	3,85	5,83	7,87	8,52	6,66

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

La degenza media è strettamente legata alla complessità dei casi trattati.

Utilizzando il peso medio, ovvero un indicatore che descrive la complessità media dei ricoveri utilizzando il sistema dei pesi relativi, si nota che le Regioni che presentano una casistica più "severa" sono quelle del Nord, mentre per le Regioni del Sud i pesi risultano inferiori rispetto al riferimento nazionale. In particolare Piemonte e Valle d'Aosta, che presentano la degenza media per ricovero più alta, hanno pesi medi per ricovero maggiori rispetto alla media nazio-

nale rispettivamente del 7% e del 13%; analogamente la Campania, che presenta la degenza media più bassa, è caratterizzata da un peso medio inferiore rispetto alla media del 12% (tabella 2.24).

Tabella 2.24 - Peso medio per età e Regione di residenza. Acuti in regime ordinario. Anno 2005

Regioni	Classi d'età			Totale
	0-14	15-64	65+	
Italia	0,80	1,14	1,52	1,26
Piemonte	0,85	1,28	1,71	1,43
Valle d'Aosta	0,83	1,15	1,65	1,35
Lombardia	0,80	1,22	1,63	1,34
P. A. Bolzano	0,69	1,05	1,43	1,16
P. A. Trento	0,85	1,12	1,52	1,27
Veneto	0,92	1,22	1,60	1,36
Friuli V. G.	0,91	1,26	1,60	1,41
Liguria	0,94	1,29	1,65	1,43
Emilia Romagna	0,86	1,24	1,58	1,36
Toscana	0,96	1,26	1,67	1,44
Umbria	0,75	1,16	1,59	1,32
Marche	0,81	1,15	1,55	1,31
Lazio	0,83	1,12	1,47	1,23
Abruzzo	0,70	1,03	1,35	1,15
Molise	0,65	1,08	1,40	1,19
Campania	0,76	1,02	1,40	1,12
Puglia	0,75	1,03	1,43	1,14
Basilicata	0,77	1,08	1,45	1,22
Calabria	0,75	0,98	1,31	1,09
Sicilia	0,75	1,07	1,41	1,16
Sardegna	0,76	1,01	1,28	1,09

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

2.4.3 Il valore della produzione

Il valore della produzione nazionale per ricoveri ordinari in acuzie nel 2005 è poco inferiore a € 27 mld. (valore ottenuto con le tariffe nazionali 1997); le Regioni che presentano un valore più alto sono ovviamente Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia, che insieme sommano il 44,5% del valore della produzione del Paese.

Analizzando il valore della produzione pro-capite, le Regioni con “costi” per abitante maggiori risultano Abruzzo (€ 591,80) e Molise (€ 582,10), seguite da Lazio (€ 520,95) e Liguria (€ 505,80). La Lombardia, che assorbe la quota maggiore della “spesa” totale, presenta un valore pro-capite pari a € 494,01, superiore del 7,4% rispetto al riferimento nazionale. Le Regioni

caratterizzate da valori della produzione pro-capite minori sono invece Piemonte (€ 395,69), Basilicata (€ 371,36) e Provincia Autonoma di Trento (€ 355,49) (tabella 2.25).

Tabella 2.25 - Valore della produzione per regione di residenza. Acuti in regime ordinario. Anno 2005

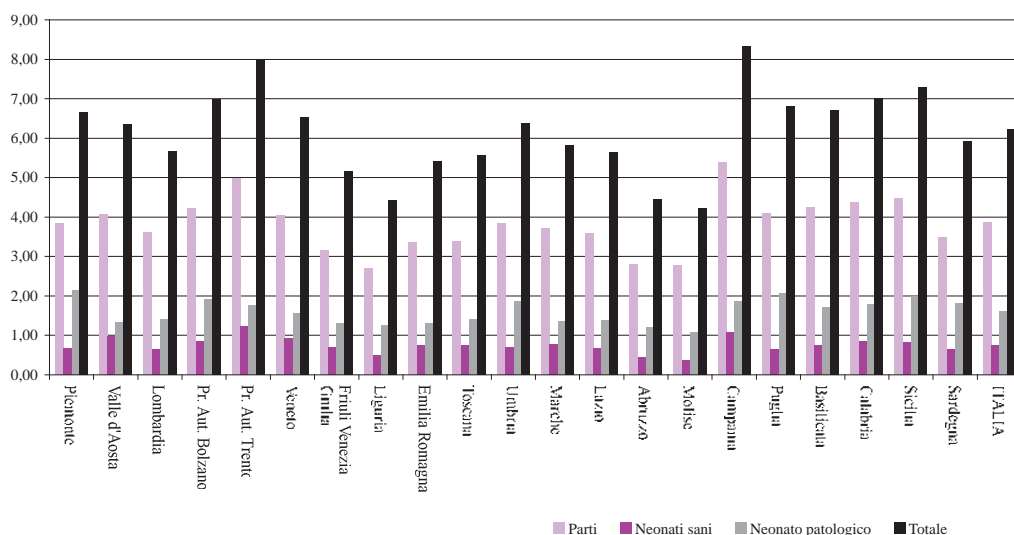
Regioni	Valore della produzione	Quota %	Valore della produzione pro-capite
Italia	26.958.899.644,64	100	459,99
Piemonte	1.715.697.215,25	6,36	395,69
Valle d'Aosta	49.364.313,26	0,18	399,96
Lombardia	4.660.559.325,96	17,29	494,01
P. A. Bolzano	234.084.055,70	0,87	487,82
P. A. Trento	177.748.855,98	0,66	355,49
Veneto	2.031.497.374,76	7,54	430,48
Friuli V. G:	557.160.684,94	2,07	461,80
Liguria	809.905.243,23	3,00	505,80
Emilia Romagna	2.083.989.487,49	7,73	499,82
Toscana	1.651.632.114,42	6,13	457,63
Umbria	386.937.979,00	1,44	448,15
Marche	680.209.446,57	2,52	446,39
Lazio	2.754.454.375,12	10,22	520,95
Abruzzo	770.700.077,17	2,86	591,80
Molise	187.104.371,80	0,69	582,10
Campania	2.412.082.835,57	8,95	416,60
Puglia	1.883.313.451,42	6,99	462,75
Basilicata	221.075.481,92	0,82	371,36
Calabria	800.008.159,51	2,97	398,64
Sicilia	2.159.982.931,29	8,01	430,69
Sardegna	731.391.864,27	2,71	442,50

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

Volendo stimare il “costo” della nascita, è stata calcolata la quota del valore della produzione relativa ai parti (DRG da 370 a 375), ai neonati sani (DRG 391) e ai neonati con patologie legate al parto (DRG da 385 a 390).

In Italia il valore della produzione destinata alle nascite è pari al 6,2% del totale; in particolare la quota dei parti è pari al 3,9%, la quota dei nati sani allo 0,7% e quella dei neonati patologici all'1,6%. Le Regioni che presentano quote di “spesa” più alte sono la Campania (8,3%), per la quale il costo dei parti rappresenta il 5,4% del valore totale della produzione, la Provincia Autonoma di Trento (8%) e la Sicilia (7,3%). 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, pari al 60% del totale dei parti (figura 2.23).

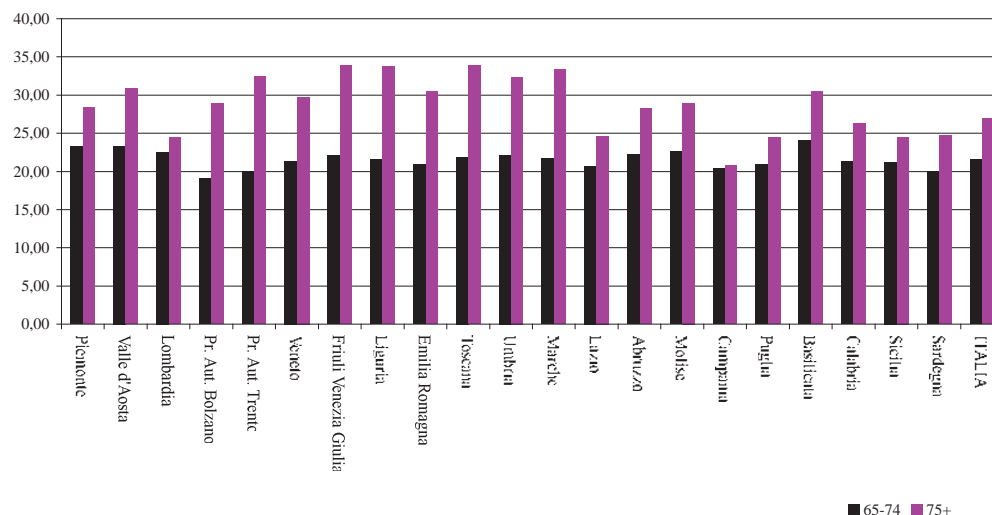
**Figura 2.23 - Quota del valore della produzione ospedaliera dovuto a nascite Acuti in regime ordinario
Valori percentuali – Anno 2005**



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

Il valore della produzione destinato alla popolazione più anziana (65+) assorbe, nella maggior parte delle Regioni, la parte più consistente dei “costi” totali. In Italia il 48,2% del valore della produzione totale è concentrato nelle fasce 65-74 e 75+ (rispettivamente 21,4% e 26,8%). Le Regioni che presentano le percentuali più alte sono Friuli Venezia Giulia (55,6%), Toscana (55,3%) e Liguria (55%); quelle che presentano invece valori più bassi sono Lazio e Puglia (45,1%), Sardegna (44,4%) e Campania (40,8%) (figura 2.24).

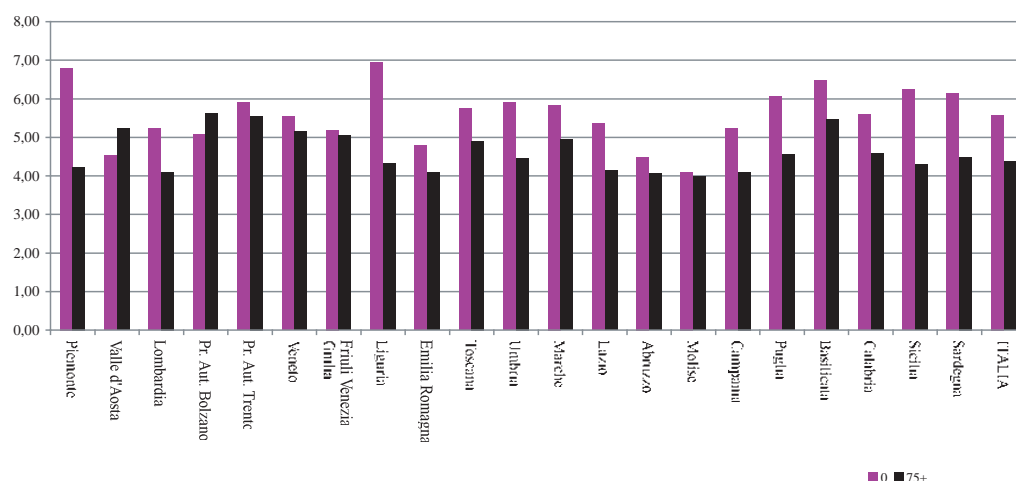
**Figura 2.24 - Quota del valore della produzione ospedaliera per 65+ anni Acuti in regime ordinario
Valori percentuali – Anno 2005**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO/Ministero della Salute

Rapportando il valore della produzione delle singole classi d'età a quello della classe centrale si nota che la Liguria è la Regione che in proporzione destina la maggior parte della "spesa" a ricoveri in età iniziale; il valore della produzione pro-capite relativo a tale fascia d'età (compresi i nati sani) è pari a 7 volte quello della fascia d'età centrale. Le altre Regioni per le quali il peso dell'età iniziale è elevato sono Piemonte (6,8), Basilicata (6,5) e Sicilia (6,2). Per quanto riguarda gli ultrasettantacinquenni le Regioni caratterizzate da pesi maggiori sono le Province Autonome di Trento e Bolzano (5,6), la Basilicata (5,5), la Valle d'Aosta e il Veneto (5,2) (figura 2.25).

**Figura 2.25 - Valore della produzione pro-capite per età 0, 75+
Acuti in regime ordinario
Età 15-64 anni=1 – Anno 2005**

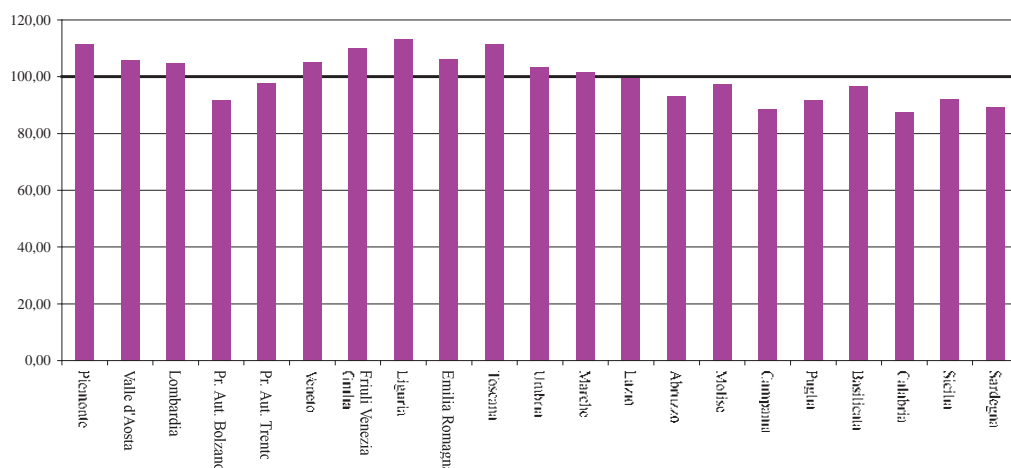


Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO, Ministero della Salute

Le Regioni del Nord, ad eccezione delle Province Autonome di Trento e Bolzano, presentano una “spesa” per ricovero maggiore rispetto alla media nazionale, ciò indica la presenza di una casistica generalmente più complessa; le Regioni meridionali, invece, presentano valori sistematicamente inferiori rispetto alla media nazionale.

Le Regioni con “costi” per ricovero maggiori sono Liguria, +13,2% rispetto al riferimento nazionale, Piemonte (+11,5%), Toscana (+11,4%) e Friuli Venezia Giulia (+10,1%); le Regioni con valori minori sono Sardegna (-10,6%), Campania (-11,3%) e Calabria (-12,4%) (figura 2.26).

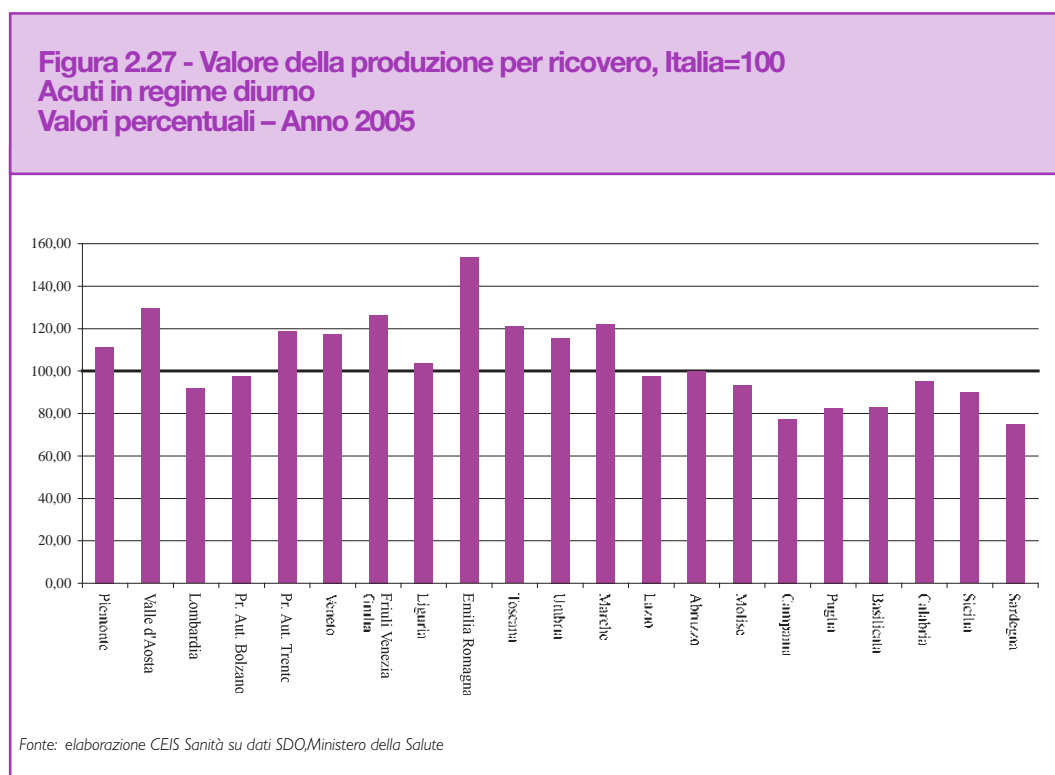
**Figura 2.26 - Valore della produzione per ricovero, Italia=100
Acuti in regime ordinario
Valori percentuali – Anno 2005**



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

Per quanto concerne i ricoveri per acuzie in *day hospital*, il valore della produzione nazionale nel 2005 è pari a € 4 mld., circa il 13,1% della “spesa” totale per ricoveri ordinari in acuzie (esclusi i nati sani).

Anche per il *day hospital* risulta evidente una distinzione territoriale in base alla complessità dei casi trattati: le Regioni del Nord (ad eccezione della Lombardia e della Provincia Autonoma di Bolzano) presentano “spese” per ricovero sistematicamente maggiori rispetto alle Regioni meridionali. L'indice più elevato si registra in Emilia Romagna, dove il “costo” per ricovero è maggiore del 53,6% rispetto alla media nazionale, in Valle d'Aosta (+29,5%) e in Friuli Venezia Giulia (+26,4%). Le Regioni con valori della produzione minori sono Basilicata (-16,8%), Puglia (-17,3%), Campania (-22,7%) e Sardegna (-25,1%) (figura 2.27).



2.4.4 L'appropriatezza

I ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza rappresentano il 24,1% del totale dei ricoveri (regime ordinario e *day hospital*); in particolare per il regime ordinario la percentuale è pari al 16,9% dei casi, mentre per il *day hospital* sale al 39,2%.

Analizzando le singole Regioni si evidenzia una maggiore percentuale di ricoveri ordinari a rischio di (in)appropriatezza nel Sud e nel Centro; la Sardegna, l'Abruzzo, la Calabria e la Campania hanno percentuali superiori al 20%, mentre per le Regioni del Nord tali percentuali sono generalmente inferiori al 13% (7,8 in Valle d'Aosta).

Per quanto riguarda il *day hospital* la differenza tra Nord e Sud è meno netta, anche se la maggior parte delle Regioni meridionali presentano valori superiori rispetto al livello nazionale (ad eccezione di Sardegna e Campania), a dimostrazione di un maggiore sviluppo della deospedalizzazione nel Nord (tabella 2.26)

**Tabella 2.26 - Ricoveri potenzialmente inappropriati per regime
Valori percentuali sul totale dei ricoveri in acuzie – Anno 2005**

Regioni	R.O.	D.H.	Media
Italia	16,9	39,2	24,09
Piemonte	12,0	42,3	23,05
Valle d'Aosta	7,8	38,4	16,82
Lombardia	18,1	38,8	24,41
P. A. Bolzano	18,9	45,0	25,43
P. A. Trento	12,1	45,2	22,36
Veneto	13,2	37,0	20,60
Friuli V. G.	13,2	37,8	18,99
Liguria	11,3	38,4	23,07
Emilia Romagna	14,0	33,4	19,02
Toscana	10,3	32,7	17,25
Umbria	14,1	41,5	23,22
Marche	14,9	47,4	23,21
Lazio	18,2	42,5	27,36
Abruzzo	22,7	38,8	26,94
Molise	19,0	48,4	25,96
Campania	20,9	35,1	25,70
Puglia	18,8	48,4	25,23
Basilicata	14,7	40,2	23,66
Calabria	20,7	39,2	26,00
Sicilia	17,4	39,5	26,70
Sardegna	23,2	36,7	27,19

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 € 2,7 mld, circa il 10,4% del valore totale (esclusi i nati sani). Le Regioni che presentano la quota più alta dei “costi” sono Sardegna (15,8%), Abruzzo (15,2%) e Calabria (14,2%), mentre quelle che presentano la percentuale minore sono Liguria (6,4%), Toscana (5,9%) e Valle d'Aosta (4,4%) (tabella 2.27).

Tabella 2.27 - Valore della produzione in acuzie per DRG inappropriati Acuti in Regime ordinario - Anno 2005

Regioni	Valore della produzione	Quota %
Italia	2.783.546.215,21	10,4
Piemonte	118.473.976,70	6,95
Valle d'Aosta	2.171.665,63	4,44
Lombardia	494.930.933,20	10,69
P. A. Bolzano	29.610.064,81	12,76
P. A. Trento	13.757.093,80	7,84
Veneto	160.035.653,84	7,95
Friuli .V. G.	43.754.794,55	7,91
Liguria	51.432.932,61	6,38
Emilia Romagna	175.449.019,52	8,48
Toscana	96.636.142,03	5,90
Umbria	33.527.750,11	8,73
Marche	61.447.080,71	9,10
Lazio	311.053.289,91	11,37
Abruzzo	116.447.643,57	15,18
Molise	22.666.168,87	12,16
Campania	326.274.223,57	13,67
Puglia	230.215.537,28	12,30
Basilicata	20.413.697,70	9,30
Calabria	112.484.417,13	14,18
Sicilia	248.035.182,82	11,58
Sardegna	114.728.946,85	15,79

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

2.4.5 Politiche tariffarie

L'elaborato prende in considerazione esclusivamente le tariffe relative a prestazioni in regime di ricovero ordinario per acuti, compresi i nati sani. Poiché molte Regioni prevedono suddivisioni in fasce per tipologia di struttura assistenziale, per rendere i dati confrontabili sono stati analizzati i tariffari relativi a strutture intermedie senza particolari complessità (tabella 2.28).

Tabella 2.28 - Delibere Regionali che regolano le tariffe delle prestazioni ospedaliere vigenti, e versione del grouper adottata

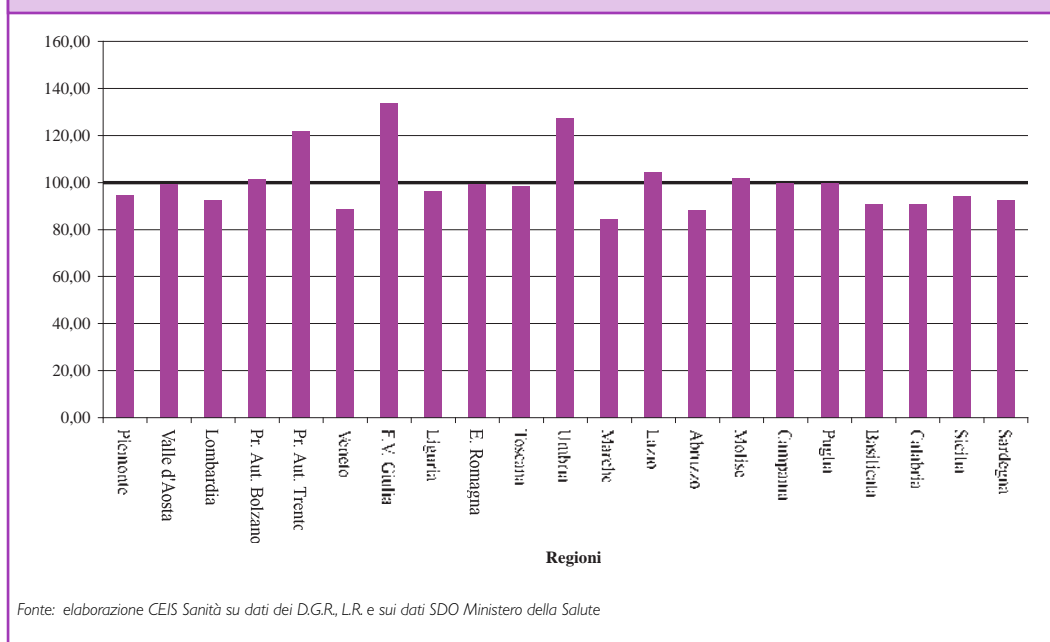
Regioni	D.G.R.	Versione Group HCFA
Piemonte	D.G.R. 44-2139 del 07/02/2006	19°
Valle d'Aosta	D.G.R. 4986 del 30/12/2004	19°
Lombardia	D.G.R. 5743 del 31/10/2007	19°
P. A. Bolzano	D.G.P. 4289 del 10/12/2007	19°
P. A. Trento	D.G.P. 546 del 07/3/2008	19°
Veneto	D.G.R. 916 del 28/3/2006	19°
Friuli V. G.	D.G.R. 780 del 13/04/2006	19°
Liguria	D.G.R. 83 del 1/02/2005	19°
Emilia Romagna	D.G.R. 1920 del 10/12/2007	19°
Toscana	D.G.R. 1404 del 27/12/2004	19°
Umbria	D.G.R. 2019 del 22/11/2006	19°
Marche	D.G.R. 2265 del 23/12/2002	14°
Lazio	D.G.R. 436 del 19/06/2007	19°
Abruzzo	D.G.R. 658 del 09/07/2007	19°
Molise	D.G.R. 111 del 09/02/2007	10°
Campania	D.G.R. 7269 del 27/12/2001	19°
Puglia	D.G.R. 1464 del 3/10/2006	19°
Basilicata	D.G.R. 2686 del 21/12/2005	19°
Calabria	D.G.R. 331 del 1/06/2007	19°
Sicilia	D.A. 2230 del 18/10/2007	19°
Sardegna	D.G.R. 9 del 9/03/2005	10°

Fonte: Sanidata da D.G.R. e L.R.

Si noti che Molise e Sardegna utilizzano ancora la versione 10 del grouper HCFA e le Marche la versione 14°, ciò rende non del tutto confrontabili i tariffari regionali.

Nel calcolo della media regionale, poiché le elaborazioni del Ministero adottano la versione 10° del grouper HCFA, non sono stati considerati i DRG che nella versione 19° non sono più validi, sono stati modificati o sono stati aggiunti ex-novo (figura 2.28).

**Figura 2.28 - Tariffa Media Regionale - Acuti in regime ordinario
Valori percentuali rispetto alla media**



Il calcolo della tariffa media regionale evidenzia una notevole variabilità nei livelli regionali di remunerazione; la tariffa massima, registrata in Friuli Venezia Giulia, è superiore del 58,1% rispetto a quella minima, registrata nelle Marche. Le Regioni che presentano tariffe più elevate sono Friuli Venezia Giulia (+33,7% della media nazionale), Umbria (+27,2%) e Provincia Autonoma di Trento (+21,9%); al contrario le Regioni con livelli tariffari più bassi sono Veneto (-11,3%), Abruzzo (-11,8%) e Marche (-15,4%).

Il coefficiente di variazione totale è pari a 12,4 e scende a 10,0 se si eliminano i due valori estremi, il valore mediano è quello della Toscana, pari al -1,6% del riferimento nazionale.

Analizzando le variazioni percentuali medie, si ottiene un'indicazione di quanto mediamente i singoli tariffari si discostino dalla media nazionale, in ribasso (-) o in aumento (+). Il calcolo è stato effettuato prendendo in considerazione esclusivamente i 100 DRG più frequenti (Vd. Appendice), che rappresentano nel 2005 il 61,2% dei casi e assorbono il 65,5% del valore della produzione totale (elaborazione CEIS Sanità sulle SDO del 2005). L'analisi evidenzia una notevole variabilità nei livelli regionali di remunerazione, lo scarto tra la variazione massima negativa e quella massima positiva è infatti di 50 punti percentuali.

Vengono confermate le variazioni rispetto alla media nazionale già evidenziate con il calcolo della tariffa media; le Marche presentano variazioni al ribasso più forti, pari al -15,4%, seguite da Basilicata (-10,9%), Veneto (-10,5%), Calabria e Lombardia (-9,9%) e Sardegna (-9,7%). Le Regioni che presentano gli incrementi maggiori sono la Provincia

Autonoma di Trento (+24,3%), l'Umbria (+27,7%) e il Friuli Venezia Giulia (+34,7%). Le altre Regioni ad avere tariffe superiori rispetto alla media sono Molise (+1,8%), Provincia Autonoma di Bolzano (+2,4%) e Lazio (+4,7%).

Le restanti Regioni presentano variazioni negative rispetto alla media, l'Abruzzo applica un decremento medio del -8,9%, il Piemonte del -6,4%, la Sicilia del -5,1%, mentre Liguria e Toscana rispettivamente del -5,0% e del -4,6%.

Emilia Romagna, Campania, Valle d'Aosta e Puglia, infine, registrano variazioni rispetto alla media nazionale compresi tra il -0,4% e il +0,2% (tabella 2.29).

Tabella 2.29 - Variazioni medie delle tariffe regionali rispetto alla media nazionale calcolata sui 100 DRG più frequenti Acuti in regime ordinario Valori percentuali

Regioni	Variazione
Marche	-15,37%
Basilicata	-10,86%
Veneto	-10,47%
Calabria	-9,93%
Lombardia	-9,87%
Sardegna	-9,73%
Abruzzo	-8,89%
Piemonte	-6,36%
Sicilia	-5,09%
Liguria	-4,99%
Toscana	-4,60%
Emilia Romagna	-0,37%
Campania	-0,21%
Valle d'Aosta	0,06%
Puglia	0,18%
Molise	1,80%
Pr. Aut. Bolzano	2,36%
Lazio	4,67%
Pr. Aut. Trento	24,33%
Umbria	27,67%
Friuli Venezia Giulia	34,67%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati dei D.G.R., L.R.

Per identificare, tra i 100 DRG selezionati, quelli che presentano variazioni più significative è stata calcolata la variazione percentuale tra le tariffe delle Regioni che presentano il valore massimo e minimo, alla quale è stato aggiunto, come indice di variabilità, il coefficiente di variazione.

**Tabella 2.30 - DRG che presentano scarti regionali minimi e massimi
Ricoveri per acuti in regime ordinario**

DRG	Descrizione	Regione Minimo	Regione Massimo	%	CV
116	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con altre patologie	Abruzzo	Friuli Venezia Giulia	44,34%	10,37
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con cc	Valle d'Aosta; Liguria; Campania; Puglia	Umbria	50,14%	13,59
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	Marche	Friuli Venezia Giulia	59,98%	14,46
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	Marche	Friuli Venezia Giulia	59,99%	14,15
416	Setticemia, età > 17	Marche	Friuli Venezia Giulia	60,01%	13,31
121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze cardiovascolari dimessi vivi	Marche	Friuli Venezia Giulia	60,02%	14,66
75	Interventi maggiori sul torace	Valle d'Aosta; Campania; Puglia	Lombardia	63,00%	16,02
5	Interventi sui vasi extracranici	Abruzzo	Friuli Venezia Giulia	63,64%	12,12
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	Toscana	Friuli Venezia Giulia	63,71%	12,59
316	Insufficienza renale	Piemonte	Friuli Venezia Giulia	64,20%	14,24
198	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	Veneto	Umbria	193,24%	32,33
158	Interventi su ano e stoma, senza cc	Liguria	Umbria	203,67%	24,32
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	Lombardia	Friuli Venezia Giulia	204,98%	26,92
132	Aterosclerosi, con cc	Lombardia	Friuli Venezia Giulia	213,92%	21,79
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	Veneto	Friuli Venezia Giulia	230,41%	28,52
403	Linfoma e leucemia non acuta con cc	Veneto	P. A. Trento	235,13%	23,99
143	Dolore toracico	Veneto	Friuli Venezia Giulia	240,00%	23,32
473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17	Toscana	P. A. Trento	261,80%	25,67
379	Minaccia di aborto	Veneto	Friuli V. G.	266,43%	27,03
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare, senza cc	Marche	Umbria	350,70%	24,05

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati dei D.G.R., L.R.

I DRG che presentano maggiore variabilità sono “Minaccia di aborto” (DRG 379) e “Altri interventi sul sistema cardiovascolare, senza cc” (DRG 479) per i quali il valore massimo è pari rispettivamente a 3,7 e 4,5 volte quello minimo, e il coefficiente di variazione è pari a 27,0 e 24,0.

Anche per i DRG che presentano minore variabilità nelle tariffe, relativi a “Impianto di pacemaker cardiaco permanente con altre patologie” (DRG 116⁷) ed a “Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con cc” (DRG 110), il valore massimo è comunque superiore del 44,3% e del 50,1% rispetto a quello minimo, e il coefficiente di variazione è pari a 10,4 e 13,6 (tabella 2.30). Per evidenziare l’impatto dei DRG a rischio di inappropriately sulle variazioni regionali, l’analisi è stata ripetuta prendendo in considerazione esclusivamente i 43 DRG definiti “potenzialmente a rischio” dal DPCM del 29.11.2001.

Le differenze tra i tariffari regionali sono comprese tra il 110% relativo ad “Esofagite, gastroenterite e miscelanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17” (DRG 184) ed il 358,9% relativo a “Decompressione tunnel carpale” (DRG 6). Per quanto riguarda i DRG a rischio di inappropriately non viene rispettata la distribuzione evidenziata dalle analisi precedenti; le Regioni che presentano valori minimi, infatti, sono Lombardia, Piemonte, Sardegna e Calabria, mentre quelle con tariffe superiori sono di nuovo Umbria, Provincia Autonoma di Trento e Friuli Venezia Giulia.

La riduzione delle tariffe relative a DRG (in)appropriati potrebbe essere interpretata come un maggiore sforzo a disincentivare il numero di ricoveri inappropriati; l’analisi della correlazione tra tariffa media e percentuale dei ricoveri inappropriati evidenzia però incorrelazione tra le due variabili ($\rho=-0,11$).

2.5 Assistenza per riabilitazione

2.5.1 Tassi di ricovero

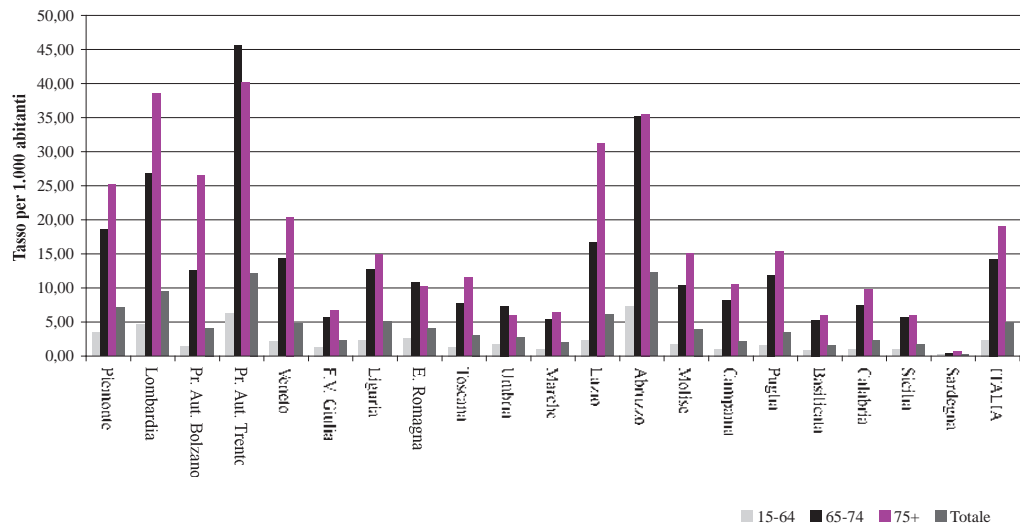
In Italia il tasso di ricovero totale è pari a 4,9 ricoveri ogni 1000 abitanti; raggiunge i 14,3 ricoveri ogni 1000 abitanti per la classe d’età 65-74 anni, e 19 ricoveri ogni 1000 ultrasettantacinquenni.

La variabilità osservata tra le Regioni è superiore rispetto all’analisi sui ricoveri per acuzie, si passa infatti da un tasso di ricovero totale di 12,3 ricoveri ogni 1000 abitanti dell’Abruzzo ad un valore di 0,3 per 1000 registrato in 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 Provincia Autonoma di Trento con un tasso pari a 40,2 per 1000 abitanti, seguita da Lombardia (38,5 per 1000) e Abruzzo (35,5 per 1000), dall’altro Sicilia e Basilicata, con un tasso inferiore a 6 ricoveri ogni 1000 abitanti, e Sardegna dove si registrano 0,6 ricoveri ogni 1000 abitanti ultrasettantacinquenni (figura 2.29).

⁷ Nella versione 19 del grouper HCFA il DRG 116 è stato modificato (Vd. Appendice), tale modifica non comporta comunque variazioni significative del livello tariffario corrispondente

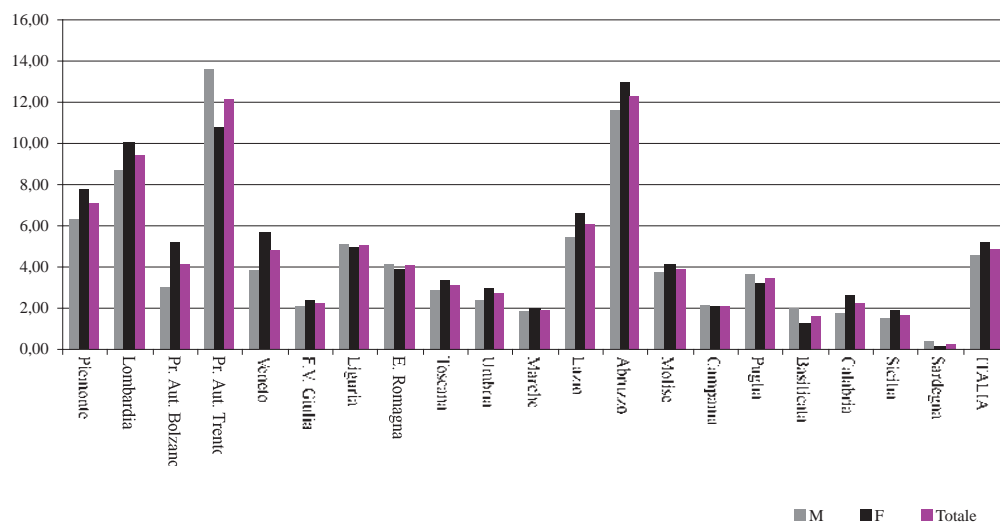
⁸ Tra i 43 DRG a rischio di inappropriately è presente anche il DRG 222, che nella versione 19 del grouper HCFA non è più valido. Il DRG non è stato quindi considerato nell’analisi dell’inappropriately.

**Figura 2.29 - Tassi di ricovero totali e per classi d'età
Riabilitazione in regime ordinario
Valori per 1000 abitanti - Anno 2005**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO/Ministero della Salute

**Figura 2.30 - Tassi di ricovero totali e per sesso
Riabilitazione in regime ordinario
Valori per 1000 abitanti - Anno 2005**

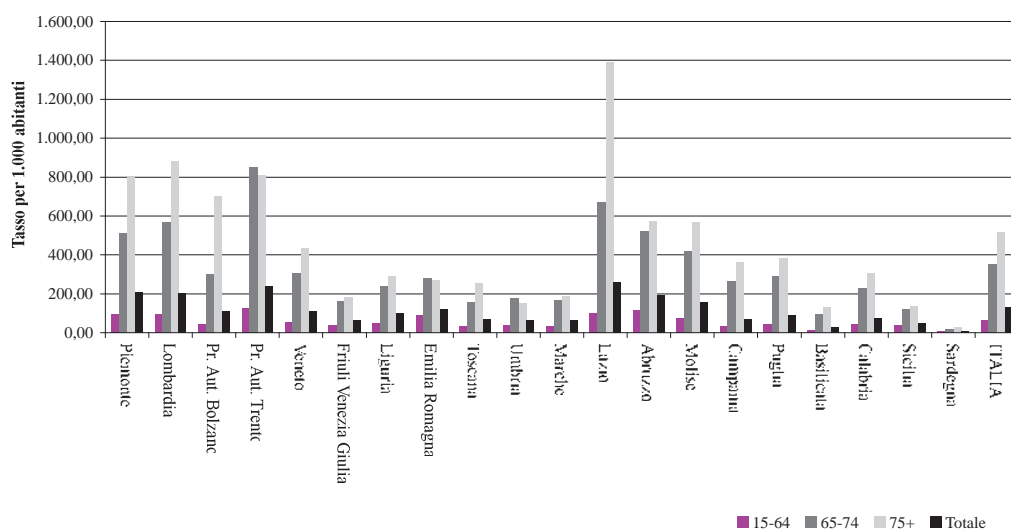


Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SDO/Ministero della Salute.

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 5,2 ricoveri per 1000 rispetto ai 4,5 degli uomini. La differenza tra i sessi è tendenzialmente minore nelle Regioni del Sud (figura 2.30).

L'analisi dei tassi di ricovero in giornate di degenza conferma un ricorso maggiore per le Regioni centro-settentrionali; in particolare la Regione che presenta il maggior numero di giornate di degenza in riabilitazione è il Lazio (257,3 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 1.393 giornate ogni 1.000 abitanti, un valore elevatissimo se si pensa che l'altra Regione con il maggior numero di giornate di degenza per ultrasettantacinquenni è il Piemonte con 801 giornate ogni 1.000 abitanti. Le Regioni che presentano i tassi più bassi sono sempre Sicilia (48,8), Basilicata (29,6) e Sardegna (8,4) (figura 2.31).

Figura 2.31 - Tassi di ricovero in giornate di degenza totali e per classi d'età Riabilitazione in regime ordinario
Valori per 1000 abitanti – Anno 2005



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

2.5.2 Degenza media

La degenza media in regime ordinario è pari a 26,3 giornate, e risulta abbastanza omogenea per le fasce d'età considerate, passa infatti da 26,9 giornate in età 15-64 anni, a 24,8 giornate in età 65-74 anni ed arriva a 27,4 per l'età più anziana. La Regione che presenta la degenza media più alta è il Lazio, con 42,4 giornate per ricovero, seguito dal Molise con 39,3 giornate di degenza; quelle che presentano invece una degenza media inferiore sono Basilicata (18,3) e Abruzzo (15,6) (tabella 2.31).

**Tabella 2.31 - Degenza media riabilitazione regime ordinario
Anno 2005**

Regioni	Classi d'età			
	15-64	65-74	75+	Totale
Italia	26,86	24,8	27,36	26,33
Piemonte	28,00	27,55	31,87	29,27
Lombardia	20,92	21,25	22,89	21,59
P. A. Bolzano	27,82	24,16	26,48	26,18
P. A. Trento	19,67	18,66	20,14	19,45
Veneto	25,94	21,42	21,44	22,84
Friuli V. G.	28,04	29,06	27,38	28,12
Liguria	21,91	18,73	19,55	19,94
Emilia Romagna	35,80	25,89	26,56	29,95
Toscana	23,29	19,90	21,95	21,65
Umbria	22,75	23,83	25,58	23,84
Marche	36,42	30,97	29,35	32,16
Lazio	42,80	40,16	44,58	42,41
Abruzzo	15,70	14,83	16,20	15,59
Molise	41,88	40,35	37,67	39,63
Campania	31,81	32,55	34,73	33,07
Puglia	27,84	24,58	25,12	25,59
Basilicata	14,77	17,72	22,18	18,30
Calabria	40,31	30,81	30,98	33,81
Sicilia	36,74	21,16	22,42	28,38
Sardegna	24,09	39,89	47,88	30,46

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

2.5.3 Il valore della produzione

Il valore della produzione per ricoveri ordinari in riabilitazione nel 2005 è prossimo a € 1,8 mld.; per il *day hospital* la “spesa” ammonta a € 219 mln., un valore pari al 12,4% circa del regime ordinario.

2.6 Assistenza per lungodegenza

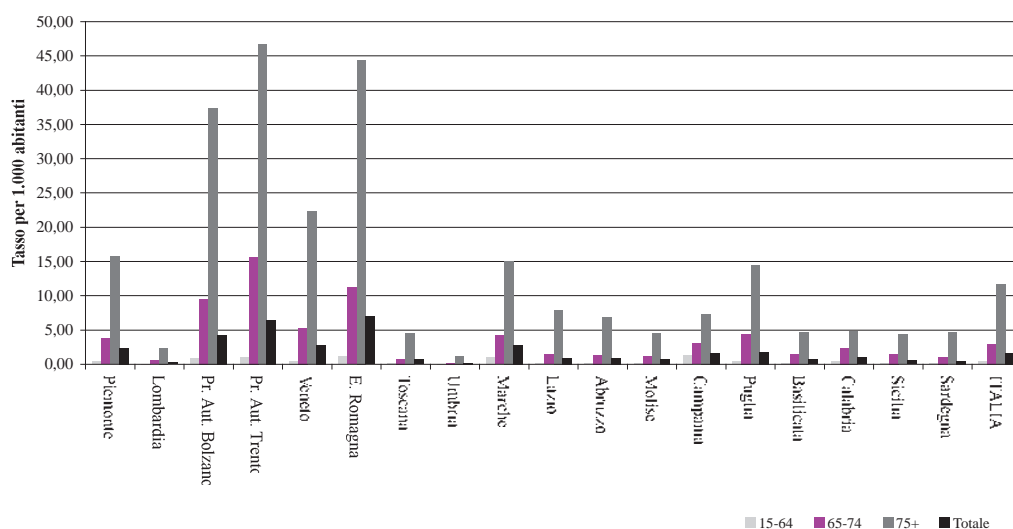
2.6.1 Il bisogno

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 11,7 ricoveri ogni 1.000 abitanti nella classe 75 anni e più.

I tassi più alti si registrano nelle Regioni settentrionali, in particolare in Emilia Romagna (7 per 1.000), in Trentino Alto Adige (6,5 nella Provincia Autonoma di Trento e 4,3 nella Provincia Autonoma di Bolzano) e in Veneto (2,8); le Regioni che presentano il minor numero di ricoveri sono invece la Sardegna (0,5 per 1.000), la Lombardia (0,3) e l’Umbria (0,2 per 1.000).

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 sottostimare l’effettivo ricorso all’assistenza ospedaliera (figura 2.32).

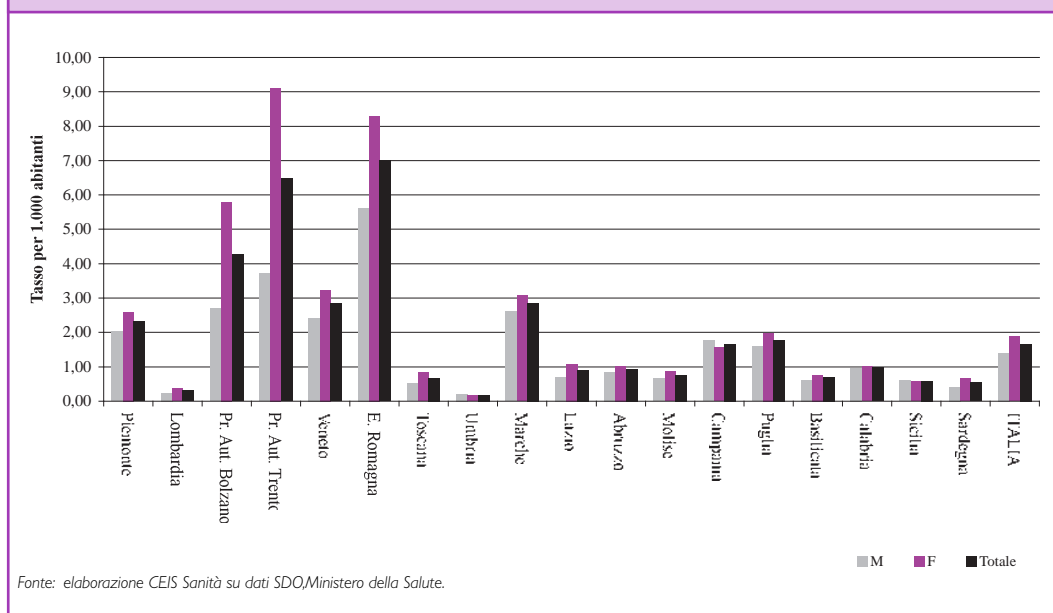
Figura 2.32 - Tassi di ricovero totali e per classi d’età Lungodegenza in regime ordinario Valori per 1000 abitanti – Anno 2005



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

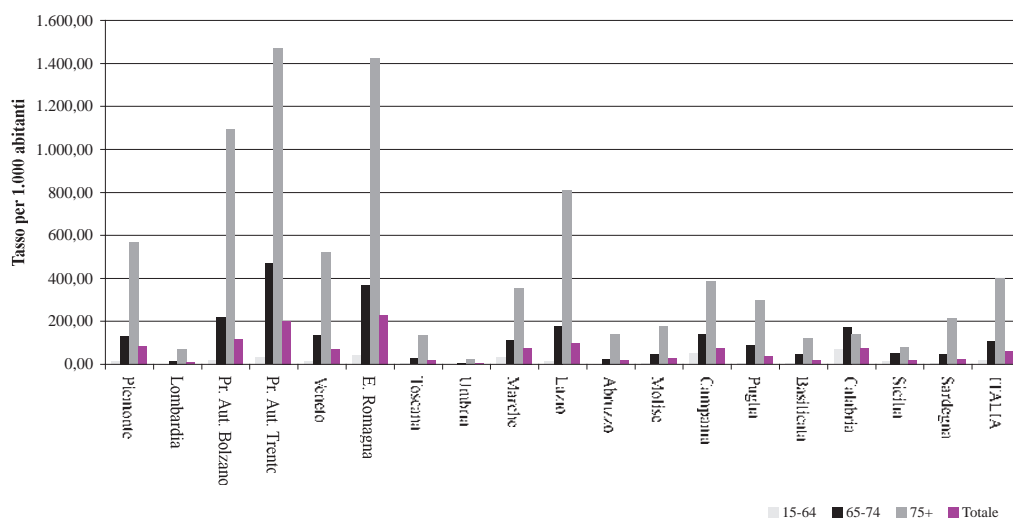
L'analisi dei tassi di ricovero per sesso mostra in tutte le Regioni, ad eccezione di Campania, Umbria e Sicilia, un maggior numero di ricoveri per le donne. Le differenze più significative si registrano in Trentino Alto Adige, dove i tassi di ricovero delle donne sono doppi rispetto a quelli degli uomini, in Toscana e in Sardegna dove i tassi degli uomini sono inferiori del 39% e del 37%. In Sicilia il numero di ricoveri è praticamente equidistribuito tra i sessi (0,6 per 1.000), mentre in Campania e in Umbria i tassi delle donne sono inferiori rispetto a quelli degli uomini rispettivamente del 12% e del 25% (figura 2.33).

**Figura 2.33 - Tassi di ricovero totali e per sesso
Lungodegenza in regime ordinario
Valori per 1000 abitanti - Anno 2005**



Il tasso di ricovero in giornate di degenza in Italia è pari complessivamente a 60,1 giornate ogni 1000 abitanti, la durata della degenza aumenta al crescere dell'età, è pari a 18,2 per 1.000 nella fascia 15-64 anni, a 108,3 giornate per la fascia 65-74 anni e arriva a 401,8 giornate ogni 1.000 residenti ultrasettantacinquenni. Le variazioni regionali delle giornate di degenza seguono quelle riscontrate nel numero di ricoveri: i tassi più elevati si registrano in Emilia Romagna (228,7) e in Trentino Alto Adige (160), mentre i valori più bassi si registrano in Lombardia e in Umbria (rispettivamente 9,3 e 4,2 per 1000) (figura 2.34).

**Figura 2.34 - Tassi di ricovero in giornate di degenza per età
Lungodegenza in regime ordinario
Valori per 1000 abitanti – Anno 2005**



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

2.6.2 Degenza media

La degenza media è pari in Italia a 36,2 giornate per ricovero, la variabilità regionale è considerevole, si passa infatti dalle 107,5 giornate di degenza medie del Lazio, alle 19,9 dell'Abruzzo. La degenza media registrata nel Lazio è notevolmente superiore rispetto a quella delle altre Regioni, in particolare è maggiore del 41,8% rispetto alla degenza della Calabria (pari a 75,8 giornate per ricovero) e del 135,7% rispetto a quella della Sardegna (pari a 45,6 giornate).

2.6.3 Il valore della produzione

Il valore della produzione relativo a ricoveri ordinari in lungodegenza è pari in Italia a € 453 mln.; contrariamente all'assistenza per acuzie e per riabilitazione, la Regione che assorbe la maggior parte dei "costi" è l'Emilia Romagna (28,2%), seguita da Lazio (12,5%), Campania (12,2%) e Piemonte (10,7%) (tabella 2.32).

Tabella 2.32 - Valore della produzione per Regione di residenza Lungodegenza in regime ordinario - Anno 2005

Regioni	Valore della produzione	Quota %
Italia	453.188.232,58	100
Piemonte	48.568.428,94	10,72
Lombardia	11.818.728,59	2,61
P. A. Bolzano	7.482.265,90	1,65
P. A. Trento	13.824.382,91	3,05
Veneto	44.091.976,27	9,73
Emilia Romagna	127.843.285,08	28,21
Toscana	10.598.284,02	2,34
Umbria	505.864,11	0,11
Marche	15.228.695,33	3,36
Lazio	56.578.015,26	12,48
Abruzzo	3.321.949,01	0,73
Molise	1.194.148,18	0,26
Campania	55.357.019,11	12,22
Puglia	20.208.860,95	4,46
Basilicata	1.499.983,27	0,33
Calabria	16.944.193,11	3,74
Sicilia	12.634.440,50	2,79
Sardegna	5.487.712,04	1,21

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

2.7 La spesa per ricovero nei Paesi OECD

Oggetto di una profonda evoluzione normativa, che ne ha modificato soprattutto l'organizzazione, l'ospedale ha mantenuto nel tempo inalterata la sua fondamentale funzione assistenziale, conservando un ruolo centrale nel sistema delle cure praticamente in tutti i Paesi appartenenti all'Unione Europea e, più in generale, all'area OECD.

Elemento che accomuna i sistemi dei diversi Paesi è il rilevante assorbimento di risorse dell'assistenza ospedaliera.

La spesa per prestazioni erogate in regime di degenza costituisce, in tutte le realtà considerate, una quota piuttosto rilevante della spesa sanitaria totale.

I Paesi che destinano una quota maggiore di spesa sanitaria alla spesa ospedaliera sono Islanda, Svizzera e Italia in cui, nel 2006, la spesa per degenza è pari rispettivamente al 56,6%,

46,2% e al 45,20% della spesa sanitaria totale. Viceversa risorse minori vengono destinate all'assistenza ospedaliera da Portogallo, Svezia e Stati Uniti (rispettivamente 20,7%, 25,0% e 25,9% della spesa sanitaria totale) (tabella 2.33).

**Tabella 2.33 - Quota di spesa complessiva per ricovero su spesa sanitaria totale
Valori percentuali – Anni 2000 e 2006**

Paesi	2000	2006
Australia	32,70	34,60**
Austria	39,30	40,70
Belgio	35,30*	38,20
Canada	30,90	28,40
Corea	25,50	26,70
Danimarca	53,20	30,20
Finlandia	40,40	38,30
Francia	35,70	36,90
Germania	35,50	35,00
Giappone	38,40	38,80**
Grecia		
Irlanda		
Islanda	56,20	56,60
Italia	43,20	45,20
Lussemburgo	36,00	40,10**
Messico	37,30	27,40
Norvegia	42,80	41,20
Nuova Zelanda		28,90
Olanda	36,50	37,60***
Polonia	29,10***	30,10
Portogallo	24,30	20,70
Regno Unito		
Repubblica Ceca	26,60	34,60
Slovacchia	26,40	27,00**
Spagna	28,20	27,20
Stati Uniti	28,50	25,90
Svezia	51,70	25,00
Svizzera	46,80	46,20**
Turchia	19,90	
Ungheria	29,30	28,00

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data

*dato 1997

**dato 2005

***dato 2002

In particolare nella Repubblica Ceca si è assistito ad un considerevole aumento della spesa sanitaria ospedaliera tra il 2000 e il 2006 (+8%); incrementi importanti anche se meno evidenti si osservano anche in Lussemburgo (+4,1%), in Belgio (+2,9) e Italia (+2%).

Nella maggior parte dei Paesi invece la quota di spesa ospedaliera rispetto alla spesa totale è rimasta costante o si è ridotta; caso eclatante è quello della Svezia in cui la percentuale di spesa ospedaliera su spesa totale si è ridotta tra il 2000 e il 2006 del 26,7%.

Tabella 2.34 - Spesa complessiva per degenza pro-capite nei Paesi OECD
Valori in dollari (PPP)

Paesi	2000	2006
Australia	741	
Austria	1122	1469
Belgio	695*	1333
Canada	778	1045
Corea	192	395
Danimarca	1265	1011
Finlandia	725	1021
Francia	865	1272
Germania	947	1180
Giappone	755	960**
Grecia		
Irlanda		
Islanda	1537	1890
Italia	887	1181
Lussemburgo	920	1664**
Messico	189	217
Norvegia	1301	1863
Nuova Zelanda		708
Olanda	853	1065***
Polonia	213***	274
Portogallo	367	439
Regno Unito		
Repubblica Ceca	261	515
Slovacchia	159	305**
Spagna	432	669
Stati Uniti	1303	1742
Svezia	1181	801
Svizzera	1525	1880**
Turchia	86	
Ungheria	250	420

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data

Anche dall'analisi della spesa totale pro-capite si evince una estrema variabilità tra i paesi OECD. I Paesi con spesa pro-capite superiore sono Islanda (\$ 1.890), Svizzera (\$ 1.880) e Norvegia (\$ 1.863), mentre quelle con una spesa pro-capite inferiore sono Messico (\$ 217), Polonia (\$ 274) e Slovacchia (\$ 305) (tabella 2.34).

In Italia la spesa per degenza pro-capite è pari, nel 2006, a \$ 1.181 in crescita del 4,9% medio annuo.

Tabella 2.35 - Quota di spesa pubblica per degenza su spesa per ricovero totale nei Paesi OECD - Valori percentuali

Paesi	2000	2006
Australia	73,50	77,20**
Austria	83,00	84,00
Belgio	92,00*	78,90
Canada	86,50	86,00
Corea	65,90	64,60
Danimarca	93,80	93,90
Finlandia	84,40	87,70
Francia	93,70	94,40
Germania	86,30	84,00
Giappone	89,80	89,70**
Grecia		
Irlanda		
Islanda	99,20	99,30
Italia	89,90	92,20
Lussemburgo	93,90	94,80**
Messico	68,10	61,30
Norvegia	92,10	93,60
Nuova Zelanda		84,60
Olanda	80,90	78,70***
Polonia		95,20
Portogallo		
Regno Unito		
Repubblica Ceca	98,50	98,20
Slovacchia	100,00	98,30**
Spagna	86,90	86,60
Stati Uniti	56,90	57,50
Svezia	99,00	97,10
Svizzera	57,50	63,20**
Turchia	85,10	
Ungheria	88,60	89,50

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data

*dato 2003

**dato 2005

*** dato 2002

In tutti i Paesi OECD la spesa per degenza è prevalentemente pubblica e, ad esclusione di Corea, Svizzera, Messico e Stati Uniti la percentuale di spesa per degenza pubblica su spesa per degenza totale è superiore al 77%. In particolare in Italia il 92,2% della spesa per degenza è pubblica (tabella 2.35).

2.8 Stima della spesa sanitaria ospedaliera totale

Utilizzando i dati forniti dalle Regioni nell'ambito della rilevazione dei costi LA riferita al 2005⁹, si sono stimate le quote regionali di spesa ospedaliera attribuibili alle strutture pubbliche e private accreditate.

In particolare, nota la spesa sanitaria totale e la spesa ospedaliera accreditata e supponendo che la quota destinata all'assistenza ospedaliera sia rimasta costante dal 2005, si è potuta stimare la spesa ospedaliera totale e la percentuale di spesa ospedaliera pubblica.

L'onere complessivo della spesa ospedaliera così stimata è pari nel 2007 al 42,1% della spesa sanitaria pubblica totale e ammonta a circa € 43,4 mld., imputabile per l'80,3% circa alle strutture pubbliche e per il restante 19,7% a quelle accreditate.

Le Regioni con una spesa ospedaliera pro-capite più elevata sarebbero, nel 2007, la Valle d'Aosta, il Trentino Alto Adige e il Friuli Venezia Giulia, mentre quelle con una spesa inferiore sono Lombardia, Veneto e Basilicata (tabella 2.36).

Le Regioni che destinano una quota maggiore di risorse all'ospedaliera rispetto alle altre sono Campania, Sicilia e Abruzzo (tabella 2.37).

⁹ I dati della Provincia Autonoma di Bolzano, del Molise e della Sicilia sono frutto di stime.

Tabella 2.36 - Stima spesa ospedaliera¹⁰ totale pro-capite e quota di spesa pubblica - Anno 2007

Regioni	Spesa ospedaliera pro-capite (euro)	% spesa pubblica su tot osp
Italia	733,37	80,27
Piemonte	827,00	86,23
Valle d'Aosta	935,59	93,66
Lombardia	758,88	71,64
Trentino A. A.	930,33	92,53
Veneto	813,43	86,47
Friuli V. G.	882,66	95,87
Liguria	850,33	87,08
Emilia Romagna	769,80	84,54
Toscana	783,56	92,35
Umbria	787,55	94,52
Marche	760,21	92,63
Lazio		
Abruzzo	865,64	83,06
Molise		
Campania	800,38	85,79
Puglia	769,30	75,25
Basilicata	759,02	99,12
Calabria	767,95	86,85
Sicilia	815,53	82,93
Sardegna	784,88	92,85

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

¹⁰ Nella spesa ospedaliera comprendiamo attività di pronto soccorso, assistenza ospedaliera per acuti, (ordinari, day hospital e day surgery), interventi ospedalieri a domicilio, assistenza ospedaliera per lungodegenti e per riabilitazione, emocomponenti e servizi trasfusionali e trapianto organi e tessuti.

**Tabella 2.37 - Quota di spesa ospedaliera totale su spesa sanitaria
Valori percentuali – Anno 2007**

Regioni	2007
Italia	42,05
Piemonte	45,56
Valle d'Aosta	46,73
Lombardia	44,37
Trentino A. A.	45,86
Veneto	46,62
Friuli V. G.	48,79
Liguria	43,74
Emilia Romagna	41,82
Toscana	44,03
Umbria	45,76
Marche	45,45
Lazio	
Abruzzo	49,12
Molise	
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

Volendo tener conto delle diverse strutture demografiche è possibile considerare la spesa ospedaliera pro-capite per popolazione pesata (tabella 2.38).

**Tabella 2.38 - Stima spesa ospedaliera totale pro-capite per popolazione pesata
Valori in euro e numeri indice (media Italia=100) – Anno 2007**

Regioni	2007	Numeri indice
Italia	733,37	100,00
Piemonte	778,16	106,11
Valle d'Aosta	917,57	125,12
Lombardia	761,56	103,84
Trentino A. A.	972,04	132,54
Veneto	818,05	111,55
Friuli V. G.	823,37	112,27
Liguria	739,74	100,87
Emilia Romagna	720,14	98,20
Toscana	724,83	98,84
Umbria	729,46	99,47
Marche	717,22	97,80
Lazio		
Abruzzo	839,42	114,46
Molise		
Campania	896,57	122,25
Puglia	817,57	111,48
Basilicata	764,34	104,22
Calabria	799,87	109,07
Sicilia	856,61	116,80
Sardegna	813,96	110,99

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Standardizzando per la popolazione pesata, le differenze tra le ripartizioni tendono ad attenuarsi ma permangono; si passa infatti da un numero indice superiore a 120 in Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta e Campania a valori di circa il 2% inferiori alla media in Emilia Romagna e Marche.

2.9 L'andamento della spesa ospedaliera convenzionata

La spesa ospedaliera convenzionata rappresenta in Italia l'8,6% della spesa sanitaria pubblica totale. Le Regioni con una quota di spesa ospedaliera convenzionata maggiore sono il Lazio (15,1%) e la Puglia (12,2%), mentre quelle con una quota di ospedaliera convenzionata inferiore sono Basilicata (0,5%), Friuli Venezia Giulia (2,1%) e Umbria (2,6%) (tabella 2.39).

Tabella 2.39 - Quota di spesa ospedaliera convenzionata su spesa totale pubblica - Valori percentuali

Regioni	2001	2006	2007
Italia	10,43	8,48	8,58
Nord	9,82	8,48	8,58
Centro	11,90	9,16	9,23
Sud	10,39	8,06	8,17
Piemonte	8,44	6,52	6,49
Valle d'Aosta	0,00	2,99	3,28
Lombardia	15,31	13,26	13,19
P. A. Bolzano	4,49	1,95	1,98
P. A. Trento	5,33	5,33	5,42
Veneto	5,60	6,58	6,51
Friuli V. G.	5,82	2,24	2,07
Liguria	11,13	5,90	6,86
Emilia Romagna	6,27	6,74	7,22
Toscana	4,34	3,45	3,44
Umbria	2,99	2,55	2,60
Marche	3,48	3,47	3,51
Lazio	20,50	14,77	15,09
Abruzzo	7,29	8,52	8,15
Molise	5,62	11,08	10,08
Campania	12,23	7,18	7,66
Puglia	12,17	12,15	12,17
Basilicata	0,84	0,43	0,45
Calabria	7,17	6,60	6,78
Sicilia	12,15	8,36	8,33
Sardegna	5,13	3,54	3,69

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 2.40 - Quota di spesa ospedaliera convenzionata su spesa convenzionata - Valori percentuali

Regioni	2001	2006	2007
Italia	7,60	9,06	9,37
Nord	5,94	7,75	8,02
Centro	6,66	8,56	8,07
Sud	10,06	10,98	11,87
Piemonte	4,75	7,40	7,79
Valle d'Aosta	12,79	9,46	9,66
Lombardia	6,68	8,45	8,65
P. A. Bolzano	2,26	1,88	1,91
P. A. Trento	2,67	3,67	3,91
Veneto	8,53	10,20	10,54
Friuli V. G.	5,14	4,87	6,02
Liguria	3,90	5,82	5,83
Emilia Romagna	4,09	5,81	6,09
Toscana	5,01	6,75	6,86
Umbria	2,53	2,95	3,04
Marche	5,58	4,91	4,83
Lazio	7,81	10,23	9,52
Abruzzo	5,55	4,98	5,27
Molise	6,46	7,50	9,19
Campania	12,02	15,11	16,28
Puglia	7,62	7,79	7,81
Basilicata	6,37	5,28	5,26
Calabria	9,49	8,85	8,00
Sicilia	11,69	12,24	14,62
Sardegna	7,87	10,09	10,21

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In particolare la spesa ospedaliera rappresenta in Italia il 9,4% della spesa convenzionata totale: 8,0% al Nord, 8,1% al Centro e 11,9% al Sud. Le Regioni in cui l'ospedaliera assorbe maggiori risorse della spesa convenzionata sono Campania e Sicilia, mentre quelle che assorbono una quota inferiore Provincia Autonoma di Bolzano e Umbria (tabella 2.40).

In generale, quindi, la spesa riferita all'acquisto di prestazioni di degenza ordinaria, riabilitazione e lungodegenza da presidi in regime di convenzione e da strutture private accreditate mostra una notevole eterogeneità tra le Regioni e di fatto riflette lo spazio concesso agli operatori privati nell'erogazione dei servizi di assistenza ospedaliera.

**Tabella 2.41 - Variazione della spesa ospedaliera convenzionata
Valori percentuali**

Regioni	2006/2001	Media annua 2006/2001	2007/2006
Italia	6,12	1,20	4,22
Nord	11,30	2,16	6,04
Centro	5,21	1,02	1,36
Sud	0,03	0,01	3,63
Piemonte	-0,11	-0,02	3,44
Valle d'Aosta			10,67
Lombardia	10,68	2,05	4,79
P. A. Bolzano	-42,15	-10,37	4,71
P. A. Trento	27,42	4,97	5,24
Veneto	52,20	8,76	3,20
Friuli V. G.	-52,55	-13,85	2,99
Liguria	-33,08	-7,72	21,30
Emilia Romagna	42,06	7,27	11,66
Toscana	2,67	0,53	2,24
Umbria	12,34	2,35	3,68
Marche	26,40	4,80	4,89
Lazio	4,45	0,87	0,99
Abruzzo	53,54	8,95	-2,00
Molise	166,00	21,61	-6,47
Campania	-26,37	-5,94	9,57
Puglia	30,77	5,51	3,43
Basilicata	-32,24	-7,49	8,53
Calabria	12,08	2,31	8,03
Sicilia	-7,86	-1,62	-0,90
Sardegna	-12,86	-2,71	6,30

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 e del 4,2% tra il 2006 e il 2007. Tra il 2006 e il 2007 è cresciuto più al Nord che al Centro e al Sud e soprattutto in Liguria, Emilia Romagna e Valle d'Aosta (tabella 2.41).

La spesa ospedaliera convenzionata pro-capite è pari in media a € 149,58: € 153,15 al Nord, € 168,86 al Centro e € 134,24 al Sud (tabella 2.42).

Le Regioni con una spesa ospedaliera convenzionata pro-capite più elevata sono Lazio e Lombardia, mentre quelle con una spesa inferiore Basilicata e Friuli Venezia Giulia, Regioni con una presenza esigua di strutture convenzionate.

**Tabella 2.42 - Spesa ospedaliera convenzionata pro-capite
Valori in euro**

Regioni	2001	2006	2007
Italia	140,40	144,45	149,58
Nord	136,48	145,32	153,15
Centro	167,67	169,83	168,86
Sud	130,80	129,50	134,24
Piemonte	117,63	114,19	117,81
Valle d'Aosta	0,00	59,70	65,63
Lombardia	206,18	216,85	225,57
Trentino A. A.	78,29	70,12	72,98
Veneto	76,56	110,88	113,58
Friuli V. G.	78,84	36,57	37,53
Liguria	167,20	109,72	133,28
Emilia Romagna	89,18	119,99	132,85
Toscana	60,77	60,24	61,28
Umbria	40,68	43,40	44,74
Marche	46,50	56,29	58,76
Lazio	295,82	298,01	290,63
Abruzzo	99,19	147,16	143,71
Molise	76,63	204,19	191,48
Campania	156,73	113,75	124,66
Puglia	147,18	190,32	196,92
Basilicata	9,78	6,69	7,29
Calabria	89,18	100,67	109,10
Sicilia	152,28	139,21	137,97
Sardegna	65,36	56,24	59,65

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Riferimenti bibliografici

- AIOP (2008), Ospedali e Salute, Quinto rapporto annuale 2007, Franco Angeli.
- ISTAT (a cura di) 2006, Annuario Statistico Italiano 2006, ISTAT.
- ISTAT (a cura di) 2007, Demo: demografia in cifre visionabile all'indirizzo internet: <http://demo.istat.it/>.
- Ministero della Salute (a cura di) 2002, Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2000, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) 2002, Personale delle ASL e degli Istituti di Cura pubblici - anno 2000, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) 2005, Compendio del Servizio Sanitario Nazionale – Ottobre 2005, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) 2005, Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) 2006, Rapporto nazionale di monitoraggio dell'Assistenza sanitaria - anni 2002-2003, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) 2007, Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2005, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) 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) 2007, Personale delle ASL e degli Istituti di Cura pubblici - anno 2005, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) 2008, Personale delle ASL e degli Istituti di Cura pubblici - anno 2006, Ministero della Salute.
- Spandonaro F., Francia L. (2005), "Carenza di infermieri: la realtà italiana a confronto con il resto del mondo", Scienze Infermieristiche, vol. 1, n.1, 2005
www.istat.it
www.ministerosalute.it
www.oecd.org

APPENDICI

Tabella A1: Elenco dei 100 DRG più frequenti in regime ordinario (acuzie)

Drg	Descrizione	Drg	Descrizione
1	Craniotomia età > 17, eccetto per traumatismo	198	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc
5	Interventi sui vasi extracranici	202	Cirrosi e epatite alcolica
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne
15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, con cc
16	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con cc	207	Malattie delle vie biliari, con cc
17	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza cc	208	Malattie delle vie biliari, senza cc
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età >17 con cc
75	Interventi maggiori sul torace	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età >17 senza cc
79	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 con cc	215	Interventi su dorso e collo, senza cc
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 senza cc
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	222	Interventi sul ginocchio senza cc
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	225	Interventi sul piede
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 con cc	231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore
90	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 senza cc	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza cc
104	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco	236	Fratture dell'anca e della pelvi
105	Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	243	Affezioni mediche del dorso
106	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc
107	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	290	Interventi sulla tiroide
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con cc	294	Diabete età > 35
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	303	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, per neoplasia
116	Altri interventi per impianto di pacemaker cardiaco permanente o di defibrillatore automatico (aicd) o di generatore di impulsi	310	Interventi per via transuretrale, con cc

APPENDICI

Tabella A1: Elenco dei 100 DRG più frequenti in regime ordinario (acuzie)

Drg	Descrizione	Drg	Descrizione
119	Legatura e stripping di vene	311	Interventi per via transuretrale, senza cc
121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze cardiovascolari dimessi vivi	316	Insufficienza renale
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi	323	Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza cc
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc
127	Insufficienza cardiaca e shock	371	Parto cesareo senza cc
130	Malattie vascolari periferiche, con cc	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti
132	Aterosclerosi, con cc	379	Minaccia di aborto
134	Ipertensione	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, con cc	386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	387	Prematurita` con affezioni maggiori
140	Angina pectoris	389	Neonati a termine con affezioni maggiori
143	Dolore toracico	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17
144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con cc	403	Linfoma e leucemia non acuta con cc
148	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con cc	408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza cc	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
154	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 con cc	416	Setticemia, età > 17
158	Interventi su ano e stoma, senza cc	429	Disturbi organici e ritardo mentale
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	430	Psicosi
172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente, con cc	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
174	Emorragia gastrointestinale, con cc	468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale
182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 con cc	473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17	475	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita

APPENDICI

Tabella A1: Elenco dei 100 DRG più frequenti in regime ordinario (acuzie)

Drg	Descrizione	Drg	Descrizione
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18	478	Altri interventi sul sistema cardiovascolare, con cc
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 senza cc	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare, senza cc
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con cc	481	Trapianto di midollo osseo
197	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, con cc	483	Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei

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

Focus:

L'attività di trapianto in Italia: Un'analisi regionale dei flussi di domanda e offerta¹¹

Il trapianto di organi è, ormai da diversi anni, una procedura accettata e sperimentata per tutte quelle malattie degenerative in cui la terapia sostitutiva non è possibile: esso, quindi, rappresenta l'unico modo per assicurare la sopravvivenza del paziente (come nel caso del trapianto di cuore), o per migliorare sensibilmente la qualità della vita (come nel caso del trapianto di rene in alternativa alla dialisi).

L'attività di trapianto comporta diverse importanti questioni economiche (Machnicki *et al.* 2006).

Anzitutto, il classico problema economico della scarsità delle risorse trova, in quest'area, una connotazione drammatica, dato che pazienti e medici devono fronteggiare il problema della carenza di organi: l'offerta di questi ultimi da parte dei potenziali donatori, infatti, è sempre inferiore alla domanda, con la conseguente creazione di lunghe liste di attesa.

La letteratura economica si è concentrata sulla formulazione di modelli per incentivare una politica di donazioni. Jacobbi *et al.* (1997) sottolineano la necessità di allargare il numero di donatori, tenendo conto di indicatori di rischio e di beneficio. La spinta verso una politica delle donazioni è stata sostenuta anche da Rizvi e Naqvi (1997), che inquadrano il problema per i Paesi in via di sviluppo. Il limite di questi studi è, come può notarsi, la circostanza che essi sono decisamente risalenti nel tempo e meriterebbero di essere aggiornati descrivendo e analizzando le condizioni attuali.

In secondo luogo, a fronte di costi molto elevati, il trapianto procura notevoli benefici in termini di allungamento degli anni di vita e miglioramento delle sue condizioni, misurabili attraverso le tecniche di valutazione economica¹². Ad esempio, un filone importante di analisi fa riferimento alla qualità della vita del paziente a seguito dell'intervento (così, ad esempio, lo studio di Chang *et al.*, 2004, sulla qualità della vita percepita dai pazienti a seguito del trapianto di rene).

Infine, le procedure di assegnazione degli organi ai pazienti in lista di attesa presentano delle importanti implicazioni etiche (tra cui la principale è quella della determinazione della morte cerebrale del possibile donatore).

In ogni caso, il trapianto di organi è configurabile come un'attività di produzione che richiede un percorso organizzativo articolato e complesso in cui sono coinvolte figure professionali diverse, appartenenti ad unità operative situate in luoghi differenti. Infatti, prima di arrivare al trapianto si passa attraverso fasi diverse, ognuna essenziale per il buon esito dell'intervento:

- diagnosi e cura dei riceventi in attesa;

¹¹ Donia Sofio A.; Gitto L.; CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

¹² Una rassegna esauriente delle problematiche legate alla valutazione economica dei trapianti è contenuta nel già citato lavoro di Machnicki *et al.*, 2006).

- gestione delle liste di attesa secondo criteri condivisi e trasparenti;
- diagnosi e cura del futuro donatore in rianimazione ed accertamento collegiale della morte;
- prelievo degli organi nell'ospedale che ha trattato il donatore;
- individuazione dei riceventi dalla lista di attesa e loro preparazione al trapianto;
- analisi, conservazione, trasporto e distribuzione degli organi;
- trapianto dei singoli organi;
- cura post operatoria dei trapiantati e loro riabilitazione.

Tale attività richiede, quindi, l'applicazione di un modello organizzativo efficiente e l'adozione di procedure operative codificate ed omogenee che possano garantire il risultato migliore in termini di efficacia.

2.A.1. L'offerta di trapianti

Secondo il dettato della Legge n. 91 del 1° aprile 1999, il sistema su cui si basa la rete che coordina le attività di donazione, prelievo e trapianto in Italia è articolato in quattro livelli: nazionale, regionale, interregionale, locale (tabella 2.A.1).

Il **livello di coordinamento** locale (ASL e Centri di Trapianto) ha il compito di gestire i potenziali donatori, avvalendosi dell'aiuto di medici esperti che devono seguire le varie fasi del processo di donazione, trasmettere i dati al centro regionale e promuovere tutte le iniziative di informazione.

Il **livello di coordinamento regionale**, attraverso i Centri Regionali Trapianti, gestisce all'interno di ogni Regione le liste di attesa, i prelievi e i rapporti con le rianimazioni del territorio, controlla l'esecuzione dei test immunologici e procede all'allocazione degli organi; esso, inoltre, cura i rapporti con il Centro Interregionale di riferimento.

Il **livello di coordinamento interregionale** si avvale delle tre organizzazioni attualmente esistenti: AIRT (Associazione Interregionale Trapianti), che comprende il Piemonte, la Val d'Aosta, la Toscana, l'Emilia Romagna, la Puglia e la Provincia Autonoma di Bolzano; NITp (Nord Italia Transplant Program), che comprende il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, la Lombardia, le Marche, il Veneto e la Provincia Autonoma di Trento; OCST (Organizzazione Centro Sud Trapianti), che comprende l'Abruzzo, la Basilicata, la Calabria, la Campania, il Lazio, il Molise, la Sardegna, la Sicilia e l'Umbria. Tali Centri Interregionali gestiscono, all'interno della propria area, i rapporti con i Centri Regionali e con quello Nazionale per tutto quanto concerne il coordinamento dei donatori, gli organi eccedenti, le urgenze, gli anticipi di organi e la loro restituzione, gli scambi con le altre organizzazioni.

Il **livello di coordinamento nazionale** fa capo al Centro Nazionale Trapianti, organo tecnico del Ministero della Salute¹³, che monitorizza attraverso il SIT l'attività di donazione e trapianto sul territorio nazionale e predispone gli indirizzi tecnico-operativi per il loro svolgimento attraverso l'emanazione di linee guida e protocolli.

L'intervento di trapianto può essere effettuato solo presso i Centri Trapianto, autorizzati dalle Regioni di appartenenza sulla base di requisiti tecnici e professionali.

I Centri Trapianto sull'intero territorio nazionale sono 47: essi presentano una diversa distribuzione tra le Regioni a seconda della tipologia di organo trapiantato.

¹³ Oggi Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Per brevità verrà usata la dicitura Ministero della Salute.

Dalla tabella 2.A.1 notiamo che in Basilicata e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano non esiste alcun Centro Trapianti; vi è un solo centro in Liguria, Marche ed Umbria. Nelle altre Regioni il numero dei Centri Trapianto varia da un minimo di 2 fino ai 5 del Lazio e agli 8 della Lombardia. Per quanto riguarda, invece, la diversa distribuzione regionale dei Centri a seconda del tipo di organo trapiantato, il maggior numero di Centri effettua il trapianto di rene; vi è una maggiore concentrazione con riferimento al trapianto di fegato e, soprattutto, per il trapianto di cuore. Nel caso, infine, di trapianti multi-organo, questi vengono effettuati solo in 9 Regioni (Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto).

**Tabella 2.A.1 - Centri Regionali Trapianti per organo trapiantato
Anno 2006**

Regioni	n. centri	n. centri cuore	n. centri fegato	n. centri rene	n. centri che effettuano altri trapianti	n. centri che effettuano trapianti multiorgano
Abruzzo-Molise	2	1	0	1	0	0
Basilicata	0	0	0	0	0	0
Calabria	2	0	0	2	0	0
Campania	4	1	1	2	0	0
Emilia Romagna	3	1	2	3	0	2
Friuli V.G.	2	1	1	1	1	0
Lazio	5	2	3	4	0	2
Liguria	1	0	1	1	0	1
Lombardia	8	3	4	8	2	4
Marche	1	0	1	1	1	0
Piemonte- Valle d'Aosta	3	2	1	3	0	1
P.A. Bolzano	0	0	0	0	0	0
P.A. Trento	0	0	0	0	0	0
Puglia	2	0	1	2	1	0
Sardegna	2	1	1	2	0	1
Sicilia	4	2	1	3	0	1
Toscana	3	1	1	3	0	1
Umbria	1	0	0	1	0	0
Veneto	4	2	2	4	3	1

Fonte: SIT, Ministero della Salute, 2006

2.A.2. La domanda di trapianti

I dati sulla potenziale domanda di trapianti e sulla mobilità dei pazienti possono ricavarsi dal numero degli iscritti nelle liste di attesa per ciascun Centro Trapianto: in queste ultime possono iscriversi sia i cittadini italiani che i pazienti stranieri o extracomunitari assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

La tabella 2.A.2 illustra il numero di pazienti, suddivisi per Regione, iscritti in lista d'attesa.

Nella tabella possono individuarsi diversi flussi:

- 1) pazienti out, cioè tutti i pazienti che preferiscono iscriversi nelle liste d'attesa di una Regione diversa da quella dove risiedono: il numero di questi pazienti è riportato in ciascuna riga e indica la mobilità verso altre Regioni dalla propria Regione di residenza (deve, ovviamente, escludersi il dato relativo ai pazienti residenti che rimangono nella propria Regione);
- 2) pazienti residenti, cioè tutti i pazienti che si iscrivono nella liste d'attesa della propria Regione di residenza, senza perciò spostarsi;
- 3) pazienti in, cioè tutti quei pazienti che si sono iscritti in una Regione, e che provengono da

Tabella 2.A.2 - Regione di residenza vs. Regione di iscrizione dei pazienti in lista d'attesa - Anno 2006

Regione	Abruzzo	Calabria	Campania	E. Romagna	Friuli V. G.	Lazio	Liguria	Lombardia	
Abruzzo	117			66		30	4	32	
Basilicata			1	32		42	2	10	
Calabria	1	181	3	136	3	28	9	66	
Campania	41	1	669	332	13	143	35	162	
Emilia Romagna			1	868		2	4	100	
Friuli V.G.		1		1	66			6	
Lazio	85	1	5	131	2	606	3	84	
Liguria				29			187	51	
Lombardia				157	3	2	10	1461	
Marche				72		3	1	75	
Molise	37		2	20	1	16		5	
Piemonte				26		2	7	84	
P.A. Bolzano				2	1			3	
P. A. Trento				5				24	
Puglia	11		1	365	33	51	9	122	
Sardegna				17		15	4	47	
Sicilia		3		116	19	19	6	129	
Toscana				112	2	8	18	54	
Umbria			1	16		18		26	
Valle d'Aosta						1		5	
Veneto			1	42	9	1		27	
Totale	292	187	684	2545	152	987	299	2573	

Fonte: Centro Nazionale Trapianti, 2006

una Regione diversa. Il flusso di pazienti in, riportato per ciascuna colonna, registra, perciò, i pazienti “in entrata” presso ogni Regione.

In sintesi, l'ultima riga della tabella 2.A.2 riporta il numero totale di pazienti in lista d'attesa per Regione (somma dei pazienti in e dei pazienti residenti) e può rappresentare, perciò, un indice di “attrattività” di ciascuna Regione per l'attività di trapianto (in altre parole, quanti pazienti si iscrivono, tra residenti e non, nelle liste d'attesa di quella Regione).

L'ultima colonna della tabella 2.A.2 rappresenta, invece, il fabbisogno per ciascuna Regione (somma dei pazienti out e dei pazienti residenti).

	Marche	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto	Totale
	14	1				2		13	279
	1	10		1	4		6	109	
	3	12	3		13	26	2	25	511
	2	46	61	7	23	120	41	219	1915
	15	9			2	19		59	1079
	2	1						27	104
	6	9	2	1	11	46	18	59	1069
		13				9		6	295
	1	9	2	1	2	9		64	1721
	95	2						48	296
	10		1			2		2	96
		448	1	1		5		11	585
								3	9
								18	47
	11	10	661	1	6	37	3	74	1395
	1	2	1	134		4	1	12	238
	1	33	2	7	706	25		76	1142
		6	1	4		197	1	8	411
	7				1	9	75	8	161
		11			1				18
	1	2			1			466	550
	169	615	745	156	767	514	141	1204	12030

Questi dati sono ulteriormente riassunti nella seguente tabella:

**Tabella 2.A.3 - Pazienti iscritti in lista d'attesa
Anno 2006**

Regione residenza	OUT	Residenti	IN	Totale pazienti OUT+ Residenti (domanda di trapianti per ciascuna Regione)	Totale pazienti IN+ Residenti (domanda di trapianti - pazienti in lista d'attesa - soddisfatta all'interno di ciascuna Regione)
Abruzzo	162	117	175	279	292
Basilicata	109	0	0	109	0
Calabria	330	181	6	511	187
Campania	1246	669	15	1915	684
Emilia Romagna	211	868	1677	1079	2545
Friuli V.G.	38	66	86	104	152
Lazio	463	606	381	1069	987
Liguria	108	187	112	295	299
Lombardia	260	1461	1112	1721	2573
Marche	201	95	74	296	169
Molise	96	0	0	96	0
Piemonte	137	448	167	585	615
P. A. Bolzano	9	0	0	9	0
P. A. Trento	47	0	0	47	0
Puglia	734	661	84	1395	745
Sardegna	104	134	22	238	156
Sicilia	436	706	61	1142	767
Toscana	214	197	317	411	514
Umbria	86	75	66	161	141
Valle d'Aosta	18	0	0	18	0
Veneto	84	466	738	550	1204
Totale	5093	6937	5093	12030	12030

Fonte: SIT, Ministero della Salute, 2006

Nella prima colonna è riportato il numero di pazienti out. Il totale dei pazienti out deve logicamente essere uguale al totale dei pazienti in. Infatti, se un paziente ha deciso di trasferirsi in un'altra Regione per effettuare un trapianto, alla decisione di emigrare (c.d. outflow decision) dovrà necessariamente seguire una corrispondente inflow decision. Di conseguenza, il numero di pazienti che decidono di spostarsi dalla propria Regione è equivalente ai pazienti che giungono presso altre Regioni.

Le ultime due colonne considerano i flussi di pazienti in uscita (più i residenti) e in entrata (più i residenti): come si è detto, quest'ultimo dato rappresenta un indice della "attrattività" di cia-

scuna Regione ai fini dell'effettuazione di un trapianto. Regioni come Lombardia ed Emilia Romagna si pongono al primo posto per numero di pazienti in lista d'attesa residenti: queste Regioni presentano, inoltre, un elevato numero di pazienti provenienti da altre Regioni.

Risalta, poi, la situazione di altre Regioni, come, ad esempio, la Sicilia, dove la maggior parte dei pazienti in lista d'attesa sono residenti (706, a fronte di 61 pazienti iscritti provenienti da altre Regioni).

Complessivamente, la Campania è la Regione con il maggior numero di pazienti in lista di attesa (pazienti out + pazienti residenti), seguita dalla Lombardia, dalla Puglia e dalla Sicilia. La Campania è anche la Regione con il maggior numero di pazienti out (ad esclusione, perciò, dei residenti), seguita dalla Sardegna, dal Lazio e dalla Sicilia.

Ad un numero così elevato di pazienti in lista d'attesa non corrisponde, però, un'attività di trapianto (data dal numero di interventi effettuati) tale da poter soddisfare la domanda.

Nella tabella 2.A.4 sono riportati i dati relativi ai pazienti effettivamente trapiantati. Il numero limitato di trapianti, a fronte dei pazienti in lista d'attesa, sottolinea la necessità di questi ultimi di individuare le sedi dove la propria domanda potrà essere soddisfatta con maggiore probabilità e giustifica, pertanto, la mobilità interregionale: essa può essere spiegata, oltre che dalla presenza in una Regione di Centri Trapianto d'eccellenza, anche dal maggior numero di donatori segnalati.

A questo proposito, si nota come la Lombardia sia nuovamente al primo posto per numero di trapianti effettuati: la maggioranza degli interventi (428 su 600) viene, però, effettuata su pazienti residenti.

Una situazione peculiare si presenta per le Regioni meridionali: ad esempio, sono tutti residenti i pazienti trapiantati della Calabria (24 su 24); risaltano, inoltre, la Campania (su 128 trapianti ben 124 sono effettuati su residenti) e la Puglia (58 pazienti residenti trapiantati su 60 interventi effettuati). Si nota come nelle Regioni settentrionali i pazienti trapiantati provengano da quasi tutte le altre Regioni: l'intuizione che potrebbe cogliersi in questo dato è che vi è una maggiore mobilità dei pazienti verso queste Regioni. I pazienti sono, cioè, disposti a spostarsi con maggiore probabilità verso le Regioni settentrionali, mentre nelle Regioni meridionali si avrà una maggior percentuale di pazienti residenti.

Tabella 2.A.4 - Regione di residenza vs. Regione di iscrizione dei pazienti trapiantati Anno 2006

Regione	Abruzzo	Calabria	Campania	E. Romagna	Friuli V. G.	Lazio	Liguria	Lombardia	
Abruzzo	16			5	1	12		3	
Basilicata			1	1		17	1	4	
Calabria		24	1	17	1	8	3	11	
Campania	5		124	30	2	34	11	23	
E. Romagna				134	2	1	4	23	
Friuli V.G.					54			2	
Lazio	19			9		197		9	
Liguria							54	15	
Lombardia	1			24	3	1	10	428	
Marche	1			8		1		6	
Molise	8			2		2	1	2	
Piemonte				1	2		3	17	
P. A. Bolzano									
P.A. Trento				1				6	
Puglia				34	13	11	6	8	
Sardegna				5	1	1		4	
Sicilia			1	5	3	4	1	14	
Stato estero			1			4		1	
Toscana				16		1	3	12	
Umbria						4		2	
Valle d'Aosta									
Veneto				2	12			10	
Totale	50	24	128	294	94	298	97	600	

Fonte: SIT, Ministero della Salute, 2006

I criteri per l'iscrizione in lista di attesa variano a seconda del tipo di organo trapiantato. Ad esempio, secondo le Linee Guida per il Trapianto di rene, ogni paziente adulto può iscriversi nella lista di attesa di un Centro Trapianti della Regione di residenza e presso un altro Centro Trapianti del territorio nazionale di sua libera scelta. Inoltre, se la Regione di residenza effettua un numero di donazioni inferiore a 5 donatori per milione di abitanti, il paziente può iscriversi, oltre che nel Centro della propria area di residenza, in altri due Centri di sua scelta, per un totale di tre iscrizioni complessive.

Invece, nel caso del trapianto di fegato, ogni paziente può iscriversi in un solo Centro Trapianti del territorio nazionale di sua libera scelta, senza, pertanto, essere vincolato dalla residenza. Per i trapianti degli altri organi (cuore, polmone, pancreas), pur non essendoci a tutt'oggi specifiche Linee Guida di riferimento, si tende a privilegiare la "mono iscrizione" sul territorio nazionale, effettuata sempre attraverso il Centro Trapianti prescelto dal paziente.

Per i pazienti pediatrici (entro i 18 anni) esiste una lista unica nazionale per tutti i programmi di

	Marche	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto	Totale
	2	1			1	4		3	48
		1				3			28
		5			5	7	1	6	89
		46	1	2	5	44	1	39	367
	2	4				5		15	190
					1		12	69	
		5			2	31	4	7	283
		5				2			76
	1	13				5		20	506
	51					2		2	71
		1				2		1	19
		255		1		8			287
		1						1	2
		1						12	20
		11	58		4	16		8	169
		3	1	88		3			106
		13		2	184	6	1	10	244
			2	10	4			22	
	1	7		1		181		2	224
	3				3	4	17	1	34
		7						1	8
		2			2	1		213	242
	60	381	60	96	216	329	24	353	3104

trapianto, ed è quindi consentita una sola iscrizione sul territorio nazionale, che viene effettuata dal Centro Interregionale cui afferisce il Centro Trapianti scelto dal paziente.

Infine, un paziente può eseguire un intervento all'estero quando le strutture italiane non sono in grado di offrire il trattamento di cui ha bisogno o quando i tempi sono troppo lunghi per poter effettuare l'intervento o le cure. In questi casi, il paziente deve ottenere un'autorizzazione preventiva dalla propria ASL di provenienza. Come può vedersi nella tabella 2.A.4, i pazienti che si sono sottoposti al trapianto in uno Stato estero sono stati 22 nel 2006.

La tabella 2.A.5 presenta i dati riguardanti i flussi di mobilità tra le varie Regioni per tipologia di organo (cuore, fegato, rene, polmone, pancreas).

Tabella 2.A.5 - Liste d'attesa a seconda dell'organo trapiantato
Numero pazienti - Anno 2006

Regione residenza	Cuore			Fegato			Rene			Polmone			Pancreas		
	In	Out	Totale	In	Out	Totale	In	Out	Totale	In	Out	Totale	In	Out	Totale
Abruzzo	7	13	20	0	33	33	110	100	210	0	9	9	0	6	6
Basilicata	0	8	8	0	17	17	0	81	81	0	2	2	0	0	0
Calabria	0	27	27	0	78	78	181	209	390	0	8	8	0	8	8
Campania	22	41	63	82	185	267	565	977	1542	0	29	29	0	11	11
Emilia Romagna	39	22	61	212	5	217	587	141	728	3	28	31	13	12	25
Friuli V. G.	2	1	3	15	7	22	47	24	71	0	4	4	2	2	4
Lazio	26	27	53	95	35	130	470	363	833	11	17	28	4	16	20
Liguria	0	27	27	23	11	34	155	49	204	0	15	15	9	5	14
Lombardia	142	27	169	150	72	222	1060	138	1198	66	14	80	43	6	49
Marche	0	14	14	15	30	45	78	142	220	0	8	8	2	5	7
Molise	0	5	5	0	6	6	0	85	85	0	0	0	0	0	0
Piemonte	32	31	63	20	14	34	372	68	440	21	12	33	3	12	15
P. A. Bolzano	0	3	3	0	5	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0
P. A. Trento	0	7	7	0	8	8	0	30	30	0	1	1	0	1	1
Puglia	15	46	61	28	106	134	618	541	1159	0	15	15	0	19	19
Sardegna	26	2	28	12	21	33	94	40	134	0	11	11	2	28	30
Sicilia	35	42	77	186	51	237	460	313	773	15	13	28	9	13	22
Toscana	15	26	41	10	20	30	155	158	313	9	7	16	4	2	6
Umbria	0	13	13	0	15	15	75	43	118	0	11	11	0	3	3
Valle d'Aosta	0	3	3	0	0	0	0	14	14	0	0	0	0	1	1
Veneto	63	13	76	81	25	106	299	30	329	20	6	26	3	4	7
Totale	424	399	823	929	744	1673	5326	3547	8873	145	210	355	94	154	248

Fonte: SIT, Ministero della Salute, 2006

Si nota come la Campania sia la Regione con il maggior numero di pazienti che emigrano in altre Regioni per trapianti di fegato, rene e polmone, mentre la Puglia presenta il maggior numero di pazienti out per i trapianti di cuore e la Sardegna per quelli di pancreas. Per quanto riguarda le liste d'attesa relative a pazienti in, è significativo notare come la Lombardia attragga un maggior numero di pazienti per quasi tutti gli organi, ad eccezione dei trapianti di fegato, dove il flusso maggiore di pazienti si dirige verso l'Emilia Romagna, seguita dalla Sicilia.

Nella tabella 2.A.6 è indicato, sia per il 2005 che per il 2006, il numero di donatori per Regione, distinti in donatori segnalati e donatori effettivi per milione di abitanti. Donatori segnalati sono i donatori sottoposti ad accertamento di morte cerebrale, il cui utilizzo è ancora potenziale, a differenza dei donatori effettivi, che sono, invece, i donatori da cui sia stato prelevato almeno un organo per il trapianto.

**Tabella 2.A.6 - Numero di donatori (per milione di abitanti)
Anno 2006**

Regioni	Donatori segnalati 2006	Donatori segnalati 2005	Differenza 2006-2005	Donatori effettivi 2006	Donatori effettivi 2005	differenza 2006-2005
Abruzzo-Molise	48.0	40.4	7.6	18.3	20.2	-1.9
Basilicata	33.5	21.7	11.8	13.4	8.4	5.0
Calabria	20.9	17.4	3.5	7.5	6.5	1.0
Campania	19.6	23.7	-4.1	11.8	13	-1.2
Emilia Romagna	52.0	57.5	-5.5	29.6	36.4	-6.8
Friuli V. G.	41.4	40.5	0.9	35.5	31.3	4.2
Lazio	40.7	29.7	11.0	17.6	12.3	5.3
Liguria	53.4	56.6	-3.2	38.2	40.7	-2.5
Lombardia	30.0	28.7	1.3	22.4	20.4	2.0
Marche	40.1	40.1	0.0	29.2	30.6	-1.4
Piemonte- Valle d'Aosta	50.3	48.7	1.6	30.9	34.1	-3.2
P. A. Bolzano	45.4	43.2	2.2	23.8	30.2	-6.4
P. A. Trento	8.4	6.3	2.1	6.3	6.3	0.0
Puglia	18.2	15.4	2.8	7.0	7.5	-0.5
Sardegna	31.9	34.9	-3.0	23.3	20.2	3.1
Sicilia	21.1	19.9	1.2	9.9	7.2	2.7
Toscana	74.6	53.7	20.9	42.3	31.7	10.6
Umbria	35.1	42.4	-7.3	12.1	15.7	-3.6
Veneto	42.8	44.2	-1.4	30.0	32	-2.0

Fonte: SIT, Ministero della Salute, 2006

Al primo posto per numero di donatori effettivi nel 2006 risulta la Toscana, seguita dal Friuli Venezia Giulia, dal Piemonte e dal Veneto; all'ultimo posto si collocano le Regioni meridionali. In sintesi, il quadro che emerge da questa breve ricognizione vede, con riferimento all'offerta, una grande concentrazione di Centri trapianto polispecialistici nelle Regioni del Centro Nord, così come il numero di donatori, sia segnalati che effettivi; per quanto riguarda la domanda, si nota come il flusso migratorio provenga prevalentemente dalle Regioni meridionali e sia diretto verso le Regioni settentrionali.

Il passo successivo della nostra analisi consisterà nella verifica della correlazione tra la domanda di trapianti formulata dai pazienti out e l'offerta, rappresentata, in primo luogo, dalla potenziale disponibilità di organi, cioè dal numero dei donatori segnalati per Regione (tenendo conto che un donatore segnalato non è necessariamente un donatore che verrà effettivamente utilizzato) e, in secondo luogo, dai Centri che possono effettuare l'attività di trapianto.

2.A.3. Risultati delle stime e problemi aperti

A fronte di numerose questioni economiche legate ai trapianti, più volte esaminate dalla letteratura medico-economica, non sono numerosi gli studi condotti per l'Italia. I primi lavori risalgono alla fine degli anni '80 (ad esempio, Reale *et al.*, 1987, sulla localizzazione dei centri per il trapianto di cuore) e all'inizio degli anni '90 (Famulari *et al.*, 1992, sull'organizzazione dell'attività di trapianto in Italia). Un'analisi regionale relativa a diversi centri, distinti a seconda dell'organo trapiantato, è quella contenuta in un saggio del 1993 (Gario, Ancona, Mittone, 1993) sull'attività di trapianto svolta nella Regione Lombardia: gli autori evidenziano l'assoluta indisponibilità di informazioni sui costi dei trapianti e si concentrano, pertanto, sulla stima del costo medio per tale attività. Il merito di questo lavoro è che, per la prima volta in Italia, viene posto l'accento su questioni di carattere finanziario legate al management di un'attività complessa quale è il trapianto: abbiamo già segnalato, infatti, come il trapianto possa essere inteso alla stregua di un processo produttivo. Altre questioni economiche legate all'attività di trapianto vengono enucleate negli studi di Clerico e Zanola svolti tra la fine degli anni '90 e i primi anni 2000 (1998, 2003). Una caratteristica comune dei lavori finora pubblicati è che molto spesso essi fanno riferimento all'esperienza dei singoli Centri: così, ad esempio, i lavori svolti per la Regione Toscana relativi all'attività di trapianto dell'Ospedale di Cisanello (Filipponi, Pisati *et al.*, 2003, Filipponi, Urbani *et al.*, 2003, Pisati *et al.*, 2003), o il recente studio di Passerani *et al.* (2007) che si basa sull'esperienza dell'ospedale Niguarda di Milano. Inoltre, tali studi hanno, il più delle volte, natura prevalentemente sperimentale: essi non consentono, perciò, né generalizzazioni, né confronti tra formule organizzative e decisioni terapeutiche diverse, né una chiara valutazione sulle condizioni della domanda e dell'offerta.

Un'eccezione a quest'ultimo aspetto di criticità è rappresentata dal lavoro di Quintieri *et al.* (1999), che sintetizza l'attività di trapianto in Italia nel quinquennio 1992-1997, distinguendo i trapianti effettuati a seconda della tipologia di organo e descrivendo le caratteristiche dei donatori e dei riceventi. Un ulteriore sforzo verso la descrizione delle condizioni della domanda e dell'offerta è effettuato da Casciani e Valeri (2000), che si soffermano sulla relazione tra domanda di trapianti (rappresentata dai pazienti iscritti in lista d'attesa) e offerta (rappresentata dal numero dei donatori e dal numero di centri trapianto): le variabili che gli autori identificano quali indicatori di domanda e offerta sono le stesse adottate nella presente analisi.

Per gli organi trapiantati non vi è un prezzo (in questo lavoro non consideriamo il caso del mercato illegale di organi e tutti i problemi ad esso collegati); un vincolo è, invece, rappresentato dalla disponibilità di organi e dalla presenza sul territorio di centri che possano effettuare gli interventi di espianto degli organi e di successivo trapianto. A tal proposito, con riferimento al trapianto di rene, Miceli *et al.* (2000) sottolineano la difficoltà che i pazienti possono incontrare nell'accesso ad un intervento salvavita come il trapianto: si creano delle discriminazioni, pur in assenza di barriere economiche, che potrebbero essere eliminate identificando i fattori che ostacolano l'accesso a questo tipo di interventi (ad esempio, gli autori ipotizzano come il livello d'istruzione dei pazienti possa determinare un tardivo ricorso ai servizi sanitari).

Alla luce di questa breve rassegna dei lavori relativi allo stato dei trapianti in Italia, si nota come manchi un'analisi con caratteristiche di continuità sulla domanda e sull'offerta. La presente analisi, che mostra, oltretutto, caratteristiche di replicabilità attraverso l'aggiornamento dei dati su liste d'attesa e i donatori segnalati anno per anno, intende colmare questa lacuna.

I dati impiegati (del 2006) sono dati aggregati e riguardano il numero dei pazienti in lista d'attesa, il numero di donatori segnalati, il numero dei Centri per ciascuna Regione. I dati rela-

Tabella 2.A.7 - Statistiche descrittive - Anno 2006

Variabile	Media	Dev. standard	Minimo	Massimo
Liste d'attesa "out"	92,06	63,17	14,1	215,2
Donatori segnalati 2006	37,23	15,68	8,4	74,6
Liste d'attesa "out" cuore	20,94	13,82	1	46
Liste d'attesa "out" fegato	39,15	44,90	5	185
Liste d'attesa "out" rene	186,68	235,49	1	977
Liste d'attesa "in" cuore	22,31	33,97	0	142
Liste d'attesa "in" fegato	48,89	67,22	0	212
Liste d'attesa "in" rene	280,31	284,04	0	1060
Numero Centri	2,47	1,92	0	8
Numero Centri cuore	0,89	0,93	0	3
Numero Centri fegato	1,05	1,07	0	4
Numero Centri rene	2,15	1,89	0	8
Numero Centri altri organi	0,42	0,83	0	3
Centri Trapianto multiorgano	0,73	1,04	0	4
Interventi c/o Centri cuore	181,7	250,54	11	857
Interventi c/o Centri fegato	376,30	283,34	11	878
Interventi c/o Centri rene	456,43	409,41	18	1604
Sopravvivenza cuore (%)	85,80	2,48	81,6	89,4
Sopravvivenza fegato (%)	85,93	3,96	79,3	91
Sopravvivenza rene (%)	96,91	1,32	92,5	98,2
Sopravvivenza casi complessi cuore (%)	74,19	18,10	50	100
Sopravvivenza casi complessi fegato (%)	76,82	20,07	25	100

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

tivi a Piemonte-Valle d'Aosta e Abruzzo-Molise sono stati ulteriormente aggregati; le osservazioni relative alle Province Autonome di Trento e Bolzano sono, invece, considerate separatamente. Numero di pazienti in lista d'attesa e donatori sono stati ponderati per milione di abitanti.

Le stime sono state condotte con il metodo OLS. L'equazione stimata considera come variabile dipendente il numero di pazienti in lista d'attesa che emigrano verso altre Regioni per milione di abitanti; tra i regressori sono stati considerati il numero di donatori segnalati per milione di abitanti e il numero dei Centri Trapianto.

I risultati possono osservarsi nella seguente tabella:

Tabella 2.A.8 - Risultati stime (1)		
Variabile dipendente: liste d'attesa out	Coefficiente stimato	Errore standard
Donatori segnalati 2006	1,471**	0,622
Numero Centri	6,480	3,065

**** significativo al 95%; *** significativo al 99%**
R2 = 0,464; F (2, 17) = 10,50***

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SIT, Ministero della Salute, 2006

Vi è una correlazione positiva e significativa tra i donatori segnalati e i pazienti in lista d'attesa; la circostanza che colpisce maggiormente, anche se il coefficiente stimato non è significativo, è il ruolo svolto dal numero dei Centri Trapianto nell'influenzare la domanda dei pazienti in lista d'attesa. Il coefficiente stimato per quest'ultima variabile, infatti, è notevolmente più elevato rispetto al coefficiente relativo al numero dei donatori. La mobilità dei pazienti sembrerebbe, pertanto, influenzata più che dai donatori e dalla concreta disponibilità di organi, dalla presenza sul territorio di Centri Trapianto.

Abbiamo poi ripetuto la stima considerando quale variabile dipendente i pazienti out, distinti a seconda del tipo di organo trapiantato, concentrando l'analisi sui trapianti di cuore e fegato, interventi che possono presentare un certo grado di complessità. Le variabili esplicative impiegate fanno riferimento al numero di Centri Trapianto per Regione, l'attività di ciascuno di questi centri (intesa come numero di interventi di trapianto effettuati sul totale degli interventi eseguiti) e un indice di sopravvivenza per i casi complessi.

I risultati ottenuti possono vedersi nella tabella sottostante.

Tabella 2.A.9 - Risultati stime (2)

Variabile dipendente: liste d'attesa "out"	Coefficiente stimato – Cuore (tra parentesi gli errori standard) R²=0,30	Coefficiente stimato - Fegato (tra parentesi gli errori standard R²=0,46
Centri Trapianto	13,125* (7,766)	16,832** (6,468)
Attività Centri	-0,040** (0,017)	-0,025 (0,022)
Sopravvivenza casi complessi	0,590** (0,234)	0,018 (0,147)
Costante	-33,335** (13,071)	8,387 (17,683)

* *significativo al 90%*; ** *significativo al 95%*

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati SIT, Ministero della Salute, 2006

I coefficienti stimati non sono tutti significativi. L'attività dei Centri, intesa come il numero di interventi di espianto e trapianto organo effettuati, mostra una correlazione inversa nell'incrementare le liste d'attesa (tanto maggiore il numero di interventi effettuati, tanto minore il numero di pazienti che sceglierà quel Centro per iscriversi in lista d'attesa). La sopravvivenza per i pazienti sottoposti ad interventi complessi ha un effetto positivo e significativo nel determinare l'incremento delle liste d'attesa per i pazienti che devono sottoporsi ad un trapianto di cuore. La non significatività della stessa variabile per i trapianti di fegato suggerisce come occorrerebbe un eventuale ulteriore approfondimento sulle complicanze che possono insorgere a seguito di un trapianto, considerando la probabilità che vi sia un rigetto.

A tal proposito, giova specificare come l'indice di complessità venga calcolato a cura del Sistema Informativo Trapianti sulla base di un'analisi multivariata.

La complessità della casistica viene desunta dalle variabili risultate più significative nell'analisi multivariata condotta per ciascun Centro Trapianto, che sono: l'età del donatore; l'età del ricevente; un eventuale precedente intervento chirurgico effettuato sul paziente; la pregressa ospedalizzazione del paziente. Ad un coefficiente elevato corrisponde una più alta probabilità di osservare un fallimento. Ad esempio, con riferimento all'età del ricevente, il fattore di rischio è proporzionale all'incremento dell'età del ricevente: così, un trapianto su un ricevente di 50 anni comporterà, relativamente all'età del ricevente, un rischio determinato mentre un trapianto su un ricevente di 30 anni comporterà un rischio minore. Queste 4 variabili rendono la casistica di ogni Centro più complessa e rendono più difficile ottenere una sopravvivenza elevata: esse segnalano, perciò, un maggiore grado di difficoltà che il centro affronta.

Per ciascun centro il SIT calcola l'indice di rischio medio e l'indice di rischio cumulato. L'indice di rischio medio è la media dei coefficienti di rischio calcolati su tutti i trapianti eseguiti dal singolo Centro: tale indice è correlato alla percentuale dei casi complessi eseguiti da un centro rispetto alla propria casistica. Il secondo indice, non impiegato nelle regressioni svolte per il pre-

sente studio, è, invece, correlato alla percentuale dei casi complessi eseguiti dal Centro rispetto alla casistica nazionale.

La variabilità nei risultati, e la non significatività di alcuni coefficienti stimati, potrebbe essere, a nostro avviso, il segnale di una informazione imperfetta tra i pazienti, i loro familiari e la collettività in generale su tutti gli elementi utili per formulare una scelta ottimale.

Ad esempio, gli unici indicatori di performance del Centro Trapianto considerati nei report compilati dal SIT sono l'attività dei Centri stessi, la sopravvivenza dei pazienti e la sopravvivenza dei casi complessi. Oltre la sopravvivenza, sarebbe opportuno valutare anche il miglioramento nella qualità della vita percepita dai pazienti.

Sarebbe quindi auspicabile, come anche sottolineato da Biancofiore (2007), ampliare per l'Italia l'ambito di studi di valutazione economica, che finora sono stati svolti prevalentemente per Paesi esteri, impiegando i dati raccolti a cura del SIT e delle Associazioni dei donatori d'organi e dei pazienti trapiantati.

L'altro punto critico per l'organizzazione del sistema dei trapianti in Italia è quello della disponibilità di organi: se l'obiettivo finale è quello di raggiungere l'equilibrio tra domanda e offerta di organi, bisogna, da un lato, incrementare la politica delle donazioni, chiarendo maggiormente e diffondendo pubblicamente le informazioni sui relativi rischi e benefici, e dall'altro lato, razionalizzare ed ampliare il sistema informativo nazionale sull'attività dei Centri Trapianto, in modo da giungere ad un'allocazione degli organi efficiente ed efficace.

Ringraziamenti

Si ringrazia il dott. Nicola Torlone (Centro Regionale Trapianti Lazio) per le informazioni e gli utili suggerimenti forniti in corso di svolgimento del lavoro.

Riferimenti bibliografici

- Biancofiore G. (2007), "Economics and organ transplantation: a challenge to win", *Minerva Anestesiologica*, 73 (10): 487-488.
- Casciani C.U., Valeri M. (2000), "Planning of transplantation centers", *Annali dell'Istituto Superiore di sanità*, 36 (2): 173-178.
- Chang C.F., Winsett R.P., Gaber O., Hathaway D.K. (2004), "Cost-effectiveness of post-transplantation quality of life intervention among kidney recipients", *Clinical Transplantation*, 18: 407-414.
- Clerico G., Zanola R. (1998), "Analisi economica dei trapianti: una rassegna dei problemi", *MECOSAN*, n. 4.
- Clerico G., Zanola R. (2003), "Analisi economica dei trapianti: il caso italiano", in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2003*, Il Mulino, Bologna.
- Famulari A., De Paolis P., Utzeri G., Valeri M., Elli M., Pisani F., Tisone G., Adorno D., Lombardo A., Casciani C.U. (1992), "Transplant organization in Italy", *Transplantation Proceedings*, 24 (5): 1855-1856.
- Filippini F., Pisati R., Cavicchini G., Olivieri M.I., Ferrara R., Mosca F. (2003), "Cost and outcome analysis and cost determinants of liver transplantation in a European National Health Service hospital", *Transplantation*, 75 (10): 1731-1736.

- Filippini F., Urbani L., Catalano G., Biancofiore G., Campatelli A., Baldoni L., Vignali C., Mosca F. (2003), "Tuscany liver transplant program: key aspects of the organizational model", *Transplantation Proceedings*, 35 (3): 1013-1014.
- Gario G., Ancona F., Mittone L. (1993), *Analisi economica dei trapianti d'organo in Lombardia*, Collana IReR - Istituto regionale di ricerca per la Lombardia, Franco Angeli Editore.
- ISTAT (1998-2006), "Dati demografici e indicatori economici" (su www.istat.it).
- Jacobbi L.M., McBride V., Etheredge E.E., McDonald J.C., Feduska N., Frey D.J., Boudreaux J.P., Van Meter C., McMillan R., Tesi R.J. (1997), "Costs associated with expanding donor criteria: a collaborative statewide prospective study", *Transplantation Proceedings*, 29: 1550-1556.
- Machnicki G., Seriai L., Schnitzler M.A. (2006). "Economics of transplantation: a review of literature", *Transplantation Review*, 20: 61-75.
- Miceli M., Di Lallo D., Perucci C.A. (2000), "Absence of economic barriers does not reduce disparities in the access to renal transplantation: A population based study in a region of central Italy", *Journal of Epidemiological Community Health*, 54: 157-158.
- Passarani S., De Carlis L., Maione G., Alberti A.B., Bevilacqua L., Baraldi S. (2007), "Cost analysis of living donor liver transplantation: the first Italian economical data", *Minerva Anestesiologica*, 73 (10): 491-499.
- Pisati R., Ferrara R., Mosca F., Filippini F. (2003), "Cost and outcome evaluation of liver transplantation at Cisanello Hospital. Methods for data analysis", *Transplantation Proceedings*, 35 (3): 1038-1040.
- Quintieri F., Chistolini P., Pugliese O. (1999), "Organ transplantation in Italy: Analysis of donors and recipients", *European Journal of Epidemiology*, 15 (5): 493-497.
- Ratcliffe J., Young T., Buxton M., Eldabi T., Paul R., Burroughs A., Papatheodoridis G., Rolles K. (2001), "A simulation modeling approach to evaluating alternative policies for the management of the waiting list for liver transplantation", *Health Care Management Sciences*, 4 (2): 117-124.
- Reale A., Scibilia G., Alfani D., Berloco P., Adorno D., Toscano M. (1987), "The place of heart transplantation: the Italian experience", *European Heart Journal*, Suppl. F: 34.
- Rizvi S.A.H., Naqvi S.A. (1997), "Need for increasing transplant activity: a sustainable model for developing countries", *Transplantation Proceedings*, 29: 1560-1562.
- Turchetti G. (2003), "Liver transplantation and economics", *Transplantation Proceedings*, 35 (3): 1035-1037.



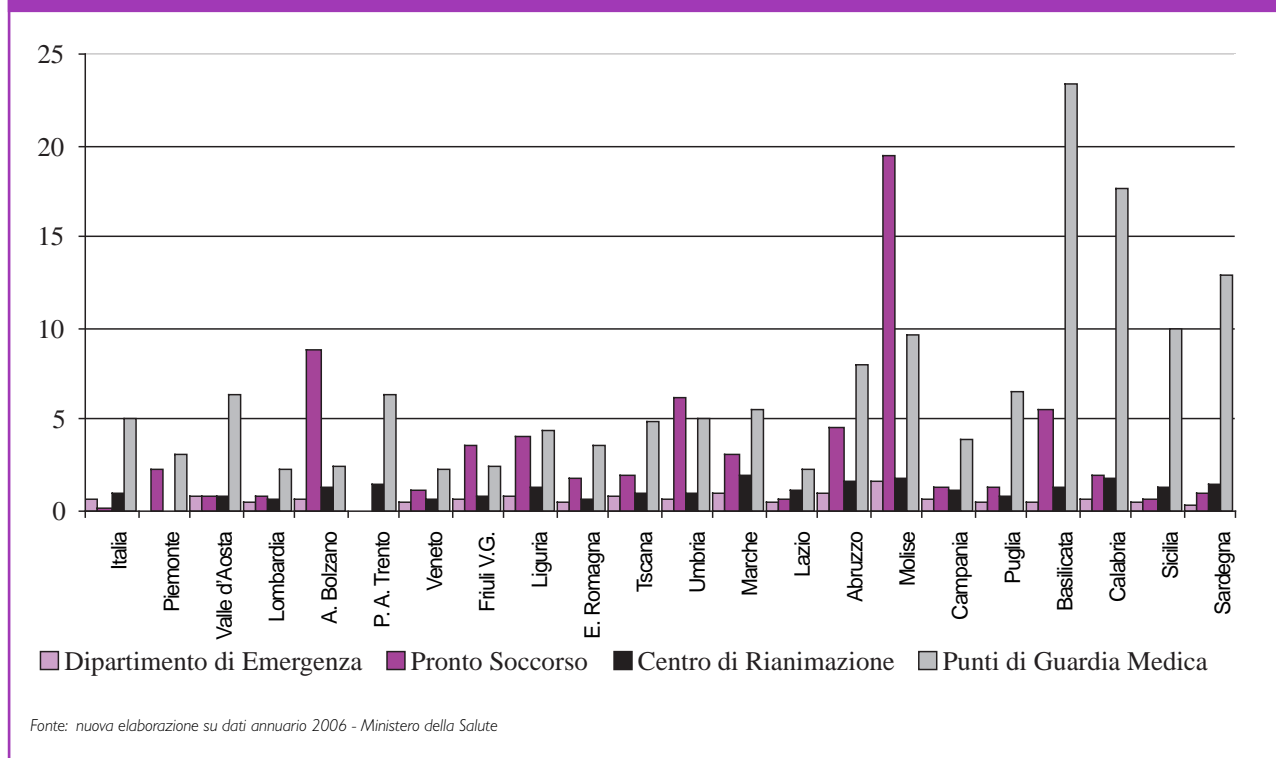
Capitolo 3
**Il sistema
dell'emergenza
sanitaria**

3 - Il sistema dell'emergenza sanitaria¹

Il sistema di emergenza è evidentemente un elemento fondamentale del sistema sanitario; nei paragrafi seguenti viene approfondita l'analisi del sistema di assistenza, fornendo alcuni dati di organizzazione e di attività. Anticipiamo qui i principali risultati:

- la normativa nazionale di riferimento, nei suoi lineamenti generali, è applicata in tutte le Regioni e l'unificazione della metodologia di classificazione degli accessi si offre come strumento utile per la necessaria riorganizzazione del servizio, al fine di ottenere una razionalizzazione dell'assistenza sul territorio nazionale;
- la rete dell'emergenza in Italia non è però organizzata in maniera uniforme tra le diverse Regioni. Si evidenzia, infatti, un'evidente variabilità dell'offerta: Lombardia e Lazio sono le Regioni per le quali si evince una maggior coerenza e razionalità tra l'offerta (misurata in numero di strutture) e domanda (in termini di complessità degli accessi);
- la complessità degli accessi che si rileva sembra infine mediamente bassa rispetto alla

**Figura 3.1 - Servizi per l'emergenza sanitaria
Tassi per 100.000 abitanti – Anno 2006**



¹ Piasini L., Coticoni M., CRINALI S.r.l.(paragrafi 3.1 e 3.2); Francia L. CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (paragrafo 3.3).

complessità organizzativa che caratterizza l'emergenza: infatti, solo il 16% degli accessi genera ricovero e il tasso di decessi fra i pazienti che accedono al Pronto Soccorso è meno dello 0,1%.

3.1 La normativa di riferimento

In Italia i livelli di assistenza per l'emergenza sanitaria sono stati definiti attraverso il DPR 27 marzo 1992. Con tale norma viene assegnato al Sistema Sanitario Nazionale il compito di gestire l'attività di Pronto Soccorso. Inoltre vengono definite le attività da svolgere in modo uniforme su tutto il territorio nazionale nonché viene istituita una Centrale Operativa di coordinamento, al fine di garantire un complesso di servizi e prestazioni di urgenza ed emergenza sia a livello territoriale che a livello ospedaliero.

Successivamente, nel 1996, sono state emanate le Linee guida sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza. Viene così definito l'insieme delle strutture dedicate al soccorso, la loro competenze e la loro gestione. Sinteticamente è possibile riassumere come segue le indicazioni raccolte nelle Linee guida:

- istituzione di una Centrale Operativa che risponde a numero unico, il 118, e che si occupa di accogliere tutte le richieste di intervento in emergenza. La Centrale coordina gli interventi e la risposta ospedaliera ed è operativa 24 ore su 24 avvalendosi di personale infermieristico e medico specializzato nell'emergenza sanitaria;
- acquisizione di ambulanze, centri mobili di rianimazione ed eliambulanze che vanno a costituire l'insieme di tutti i mezzi di soccorso presenti sul territorio;
- creazione di una rete assistenziale costituita di servizi e presidi;

La rete assistenziale, sempre secondo le Linee guida di cui sopra, è composta da:

- Punti di primo intervento dedicati alla risoluzione in loco dell'emergenza o la stabilizzazione del paziente finalizzata al trasferimento successivo in una struttura idonea alla cura;
- Pronto Soccorso ospedalieri dedicati all'accertamento diagnostico della patologia, qualora possibile, all'intervento risolutivo della stessa o alla stabilizzazione del paziente per garantirne un sicuro trasferimento, sotto il coordinamento della Centrale Operativa, in luogo adatto a fornire prestazioni specializzate;
- Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), adottando un uniforme approccio assistenziale, sono costituiti da più unità operative con autonome responsabilità clinico-assistenziali che assicurano una perfetta interdipendenza tra di loro, ciò in modo da garantire un'assistenza immediata e accurata. I DEA si distinguono in DEA di primo e di secondo livello a seconda della complessità assistenziale legata alla composizione delle unità in essi coinvolte.

Il DPR 27 marzo 1992 prevede inoltre che "All'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di *triage*, come primo momento di accoglienza, valutazione clinica e indirizzo all'intervento diagnostico. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio".

L'adozione della funzione di *triage* ha quindi lo scopo di organizzare in modo rapido ed efficiente l'assistenza presso i centri di soccorso. L'urgenza dei pazienti viene valutata da un infermiere specializzato e preposto a questo compito, il quale attribuisce la priorità al

paziente attraverso l'assegnazione di un "codice". Ai fini della valutazione viene adottata una scheda che riporta gli esiti della prima analisi del paziente, la quale deve essere periodicamente ripetuta durante la permanenza presso le sale di attesa del Pronto Soccorso, ciò al fine di evitare di sottovalutare eventuali evoluzioni peggiorative.

In molti casi sono stati adottati "codici di colore" che classificano quattro tipologie di priorità rilevabili (bianco, verde, giallo e rosso):

- rosso: elevata gravità e pericolo di vita, immediata assistenza;
- giallo: gravità, immediata assistenza e riesame ripetuto frequentemente;
- verde: gravità lieve, assistenza dopo attesa, riesame ripetuto;
- bianco: gravità bassa.

Per ciò che riguarda la classificazione delle prestazioni erogate viene utilizzata la classificazione ICD-9-CM, nell'ultima o nella penultima versione, la quale garantisce a livello internazionale uno standard per la codifica delle patologie e degli interventi.

3.2 Offerta strutturale e assistenziale

Nella tabella 3.1 si riportano alcuni dati di carattere strutturale, rapportati alla popolazione regionale, che ci permettono di intraprendere l'analisi dell'offerta della rete di emergenza nazionale.

Da una prima lettura si evince immediatamente come, tra una Regione e l'altra, la variabilità dell'offerta sia notevole.

Talune Regioni sono dotate di un numero di Dipartimenti di Emergenza per abitante molto basso, e ciò riguarda anche quelle con un territorio medio-grande, con un bacino d'utenza non affatto ridotto rispetto ad altre Regioni (si veda ad esempio il Piemonte che ha soltanto 0,02 Dipartimenti di Emergenza ogni 100.000 abitanti). A fronte di ciò bisogna considerare l'alternativa presenza, in codeste Regioni, di strutture di Pronto Soccorso che potremmo considerare supplenti dei Dipartimenti di Emergenza.

Diversamente da quanto precedentemente descritto, alcune Regioni, come il Molise, l'Abruzzo e le Marche, hanno un elevato numero di Dipartimenti di Emergenza e nello stesso tempo hanno molti Pronto Soccorso per abitante.

Proseguendo l'analisi, risulta evidente come talvolta vi sia una scarsa coerenza fra numero di strutture di Rianimazione e numerosità di strutture di emergenza: viene naturale interrogarsi su come si configuri in queste Regioni la rete delle strutture di Pronto Soccorso.

Il Molise rappresenta un caso paradigmatico: come abbiamo già osservato, ha molti Pronto Soccorso e molti Dipartimenti di Emergenza, ma anche molti Punti di Guardia Medica. Ciò vale soprattutto per le piccole Regioni: in Regioni come la Lombardia e il Lazio, che risultano essere dotate di una equilibrata rete di Emergenza, ovvero un'organizzazione attenta e bilanciata dell'offerta assistenziale, di contro si registra anche un numero proporzionalmente ridotto di punti di Guardia Medica.

Le osservazioni sinora fatte sembrano essere avvalorate anche dall'analisi dei dati sui mezzi di soccorso (tabella 3.2). Anche in questo caso il *benchmark* sembra essere rappresentato dalla Lombardia e dal Lazio.

Per alcune Regioni, con elevato numero di mezzi molto superiori alla media, si potrebbe

azzardare l'ipotesi del condizionamento organizzativo subito a causa della morfologia del territorio, anche se ciò non trova poi riscontro nel confronto con altre Regioni che presentano simile tipologia orografica.

Passando all'analisi dell'attività svolta da parte dei Pronto Soccorso (tabella 3.3), osser-

**Tabella 3.1 - Servizi per l'emergenza sanitaria
Tassi per 100.000 abitanti - Anno 2006**

Regione	Dipartimento di Emergenza	Pronto Soccorso	Centro di Rianimazione	Punti di Guardi Medica
Italia	0,59	0,09	1	5,14
Piemonte	0,02	2,3	0,02	3,09
Valle d'Aosta	0,81	0,81	0,81	6,45
Lombardia	0,47	0,77	0,63	2,28
P. A. Bolzano	0,62	8,89	1,24	2,49
P. A. Trento	0	0	1,39	6,37
Veneto	0,46	1,16	0,63	2,34
Friuli V. G.	0,62	3,65	0,81	2,42
Liguria	0,74	4,14	1,24	4,47
Emilia Romagna	0,48	1,84	0,6	3,61
Toscana	0,83	2,01	0,97	4,94
Umbria	0,69	6,28	1,04	5,07
Marche	1,05	3,17	2,03	5,56
Lazio	0,53	0,68	1,15	2,21
Abruzzo	1	4,53	1,61	7,97
Molise	1,56	19,48	1,87	9,66
Campania	0,71	1,23	1,12	3,99
Puglia	0,52	1,36	0,88	6,51
Basilicata	0,5	5,61	1,35	23,4
Calabria	0,7	1,89	1,75	17,71
Sicilia	0,48	0,68	1,32	9,95
Sardegna	0,3	0,92	1,51	12,86

Fonte: nostra elaborazione su dati Annuario 2006 - Ministero della Salute

**Tabella 3.2 - Mezzi di soccorso (pubblici e privati)
Tassi per 100.000 abitanti – Anno 2006**

Regione	Ambulanze di Tipo "A"	Ambulanze Pediatriche	Ambulanze di Tipo "B"	Unità Mobili di Rianimazione
Italia	2,09	0,08	1,9	0,57
Piemonte	0,55	0,07	1,2	0,23
Valle d'Aosta	0	0	0	0
Lombardia	0,87	0,11	0,81	0,41
P. A. Bolzano	2,07	0	6,84	0
P. A. Trento	26,87	0	15,13	0
Veneto	3,04	0	1,79	0,55
Friuli V. G.	1,8	0,06	0,56	0,12
Liguria	11,84	0,25	3,64	2,98
Emilia Romagna	3,1	0,02	0,98	0,24
Toscana	3,81	0,17	4,03	0,55
Umbria	4,38	0	4,49	0,46
Marche	2,62	0	1,77	0,85
Lazio	0,7	0,13	1,3	0,17
Abruzzo	2,91	0	2,07	0,92
Molise	0,93	0,62	2,49	1,56
Campania	1,05	0,1	2,09	0,5
Puglia	1,72	0,07	2,31	0,71
Basilicata	0,5	0,17	3,03	1,01
Calabria	1,2	0,05	0,75	0,7
Sicilia	0,94	0,08	2,03	1,06
Sardegna	1,75	0,06	2,05	0,91

Fonte: nostra elaborazione su dati Annuario 2006 - Ministero della Salute

viamo che le Regioni, che da una prima analisi delle dotazioni strutturali, risultano avere un numero di strutture di Pronto Soccorso superiore alla media, risultano mostrare un'evidente inefficienza organizzativa. Infatti il numero di accessi per abitante, nella maggior parte dei casi allineato con quello medio nazionale, non sembrerebbe in alcun modo giustificare la numerosità delle strutture.

Inoltre, rispetto al totale degli accessi, la percentuale di decessi, come anche la percen-

Tabella 3.3 - Accessi al Pronto Soccorso - Anno 2006

Regione	Accessi	Accessi x 100.000 abitanti	% di ricoveri	% di decessi
Italia	24.034.676	4,09	16,9	0,09
Piemonte	1.714.041	3,95	0,11	0,15
Valle d'Aosta	51.137	4,12	15,2	0,06
Lombardia	3.738.749	3,95	14,5	0,11
P. A. Bolzano	241.171	5	16,2	0,07
P. A. Trento	236.895	4,71	10,3	0,05
Veneto	2.059.713	4,35	14,1	0,09
Friuli V. G.	424.632	3,51	16,1	0,08
Liguria	700.077	4,35	15,9	0,09
Emilia Romagna	1.774.416	4,24	14,4	0,09
Toscana	1.174.640	3,24	13,4	0,11
Umbria	365.705	4,21	14,9	0,05
Marche	553.793	3,62	14,9	0,1
Lazio	2.289.921	4,32	20,2	0,15
Abruzzo	571.611	4,38	22,8	0,06
Molise	169.909	5,29	39,2	0,04
Campania	2.732.788	4,72	16,5	0,04
Puglia	1.491.395	3,66	25,8	0,06
Basilicata	173.575	2,92	24,9	0,05
Calabria	875.598	4,37	24,3	0,05
Sicilia	2.266.958	4,52	18,3	0,05
Sardegna	427.952	2,58	20,8	0,04

Fonte: nostra elaborazione su dati Annuario 2006 - Ministero della Salute

tuale dei ricoverati, porta alla logica conclusione che gran parte degli accessi riguarda casi che potrebbero essere tranquillamente trattati in un contesto diverso, nel territorio. A livello nazionale, ci troviamo di fronte ad una percentuale media pari al 16% di ricoveri rispetto alla totalità degli accessi in Pronto Soccorso. Sopra tale media si posizionano solo otto Regioni: solo il Molise si differenzia con una percentuale pari al 39%. Il numero di decessi più elevato, anche se pur sempre vicino alla media nazionale, lo detengono Lazio e Lombardia, questo potrebbe essere un indicatore della complessità degli accessi come della qualità assistenziale qualora potessimo dimenticare la percentuale dei ricoveri rispetto agli accessi.

3.3 I ticket del Pronto Soccorso

La normativa nazionale in ambito sanitario prevede un *ticket* non solo sulle ricette mediche e sulle prescrizioni farmaceutiche, ma anche su alcune prestazioni di Pronto

Soccorso. Tale iniziativa mira in particolare a ridurre le inefficienze e a responsabilizzare il cittadino per migliorare l'appropriatezza degli accessi, mediante il meccanismo della compartecipazione. La L. n. 296/2006 (Finanziaria 2007) ha stabilito, nello specifico, che per quanto riguarda il Pronto Soccorso le prestazioni erogate non seguite da ricovero, la cui condizione sia stata codificata come non urgente (codice bianco), gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a € 25.

La somma di € 25 è stata stabilita, quindi, solo sugli "accessi impropri" al pronto soccorso; per accessi impropri si intendono appunto i codici bianchi in quanto si ritiene che non dovrebbero essere seguiti dall'équipe del Pronto Soccorso ma dal medico di famiglia o dal servizio di "continuità assistenziale". Oltre alla somma di € 25, le Regioni possono decidere di far pagare un *ticket* aggiuntivo per eventuali prestazioni effettuate in Pronto Soccorso: visite specialistiche, accertamenti diagnostici, interventi terapeutici, etc. In base alla L. n. 296/2006 non pagano il *ticket* al Pronto Soccorso per codice bianco gli assistiti che accedono a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti. La quota fissa per le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso non è, comunque, dovuta dagli assistiti di età inferiore a 14 anni anche se non esenti. Questo tenendo presente che le Regioni e le Province Autonome possono legiferare in tema di esenzioni, distinguendosi da quanto dettato dalla normativa nazionale. Diverse Regioni, ad esempio, hanno adottato anche le esenzioni già previste dalla normativa nazionale per le prestazioni di assistenza specialistica. A differenza di quanto accade per il *ticket* sulla specialistica e quello sulla farmaceutica, dove si registra una certa differenziazione tra le Regioni, i *ticket* di Pronto Soccorso, ad oggi, hanno trovato un'applicazione sul territorio nazionale abbastanza uniforme. Prima dell'entrata in vigore della Finanziaria del 2007, undici tra Regioni e Province Autonome applicavano già un *ticket* al Pronto Soccorso, introdotto con normativa regionale: Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Umbria, Sardegna, Marche e Provincia Autonoma di Bolzano. L'aumento di competenza delle Regioni in sanità, avvenuto nel 2001 con le modifiche al titolo V della Costituzione, ha infatti fatto sì che quello della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino fosse un provvedimento innanzi tutto a discrezione delle Regioni. Solo alcune di queste realtà (ad es.: l'Emilia Romagna, la Valle d'Aosta, la Lombardia e la Sardegna) si sono adeguate alla nuova normativa nazionale del 2007, altre (come ad es.: la Provincia Autonoma di Bolzano e il Friuli Venezia Giulia) invece hanno al momento mantenuto i *ticket* applicati in precedenza. Il Friuli Venezia Giulia, ad esempio, ha mantenuto le quote diversificate in rapporto alla tipologia di prestazione, introdotte sin dal 1992². La Provincia Autonoma di Bolzano, analogamente, ha mantenuto i *ticket* introdotti nel 2002 pari, rispettivamente, a € 15 per la visita specialistica nel

² *Ticket di:* 1) € 7,74 per Visita di Pronto soccorso; 2) € 10,32 per visite per consulenze specialistiche; 3) € 18,07 per esami di laboratorio; 4) € 12,91 per radiografia al torace; 5) € 23,24 per altre indagini radiologiche; 6) € 30,98 per Ecografia; 7) € 12,91 per elettrocardiogramma; 8) € 23,24 per elettroencefalogramma (compresa la consulenza neurologica); 9) € 12,91 per altri esami strumentali (consulenze specialistiche). - Le voci dal 3 al 9 sono comprensive della visita di Pronto Soccorso (Fonte: ASSR (2007)).

caso in cui l'accesso al Pronto Soccorso è giustificato ma non seguito da ricovero, ed € 50 più eventuali *ticket* per ulteriori prestazioni nel caso in cui l'accesso non è né urgente né giustificato.

In Emilia Romagna, invece, il *ticket* già previsto sui codici bianchi di € 23 è portato a € 25 (in entrambi i casi per la sola visita specialistica; sono previsti *ticket* per ulteriori prestazioni con le stesse modalità vigenti per la specialistica). Anche la Lombardia ha adottato il *ticket* di € 25 come quota fissa per i codici bianchi in sostituzione della precedente compartecipazione che era pari a € 35 per la sola visita specialistica e a € 50 se venivano effettuate altre prestazioni diagnostiche.

La Sardegna, che in precedenza applicava un *ticket* di € 15 per gli accessi classificati come codice bianco, ha portato a € 25 tale quota, introducendo però un *ticket* di € 15 per i codici verdi.

Con l'entrata in vigore della Finanziaria, le Regioni che non avevano adottato in precedenza forme di compartecipazione alla spesa legate al Pronto Soccorso (Sicilia, Piemonte, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Lazio e Provincia Autonoma di Trento) si sono adeguate, applicando in genere quanto previsto dalla normativa nazionale senza particolari "personalizzazioni". Fa eccezione la Puglia che ha introdotto per i codici bianchi oltre alla quota fissa di € 25 per l'accesso, anche un *ticket* nel caso di conseguenti prestazioni specialistiche.

Tabella 3.4 - Ticket di Pronto Soccorso attualmente in vigore

Regione	Ticket per l'accesso e per ulteriori prestazioni	Casi di applicazione	Esenzioni
Abruzzo	Ticket di € 25 come quota fissa; in caso di prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e ad altre prestazioni specialistiche e/o di consulenza, l'importo è di € 36,15	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta: - dagli assistiti con età inferiore ai 14 anni - dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti - più in generale dagli assistiti non esenti per età, reddito, patologia e invalidità come per la specialistica
Basilicata	Ticket di € 25	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta: - dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni - dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti
Calabria	Ticket di € 25	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta: - dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni - dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti
Campania	Ticket di € 25	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta: - dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni - dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti - da esenti per reddito o patologia
Emilia Romagna	€ 25 per la sola visita specialistica + ticket per ulteriori prestazioni con le stesse modalità vigenti per la specialistica	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti.
Friuli V. G.	Ticket variabile commisurato alle prestazioni fruitive: 1) € 7,74 per visita di Pronto Soccorso; 2) € 10,32 per visite per consulenze specialistiche; 3) € 18,07 per esami di laboratorio; 4) € 12,91 per radiografia al torace; 5) € 23,24 per altre indagini radiologiche;	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	esenzione prevista per i soggetti affetti da patologia cronica o invalidante o da malattia rara (DM n. 329/1999 e n. 279/2001 e successive modifiche), in quanto l'esenzione è riconosciuta in qualsiasi regime di erogazione delle prestazioni (circ. Min. San. N. 13, prot n. 100/DGPS/4.16211 del 13 dicembre 2001).

Segue ►

Segue - Ticket di Pronto Soccorso attualmente in vigore

Regione	Ticket per l'accesso e per ulteriori prestazioni	Casi di applicazione	Esenzioni
Friuli V. G.	6) € 30,98 per Ecografia; 7) € 12,91 per elettrocardiogramma; 8) € 23,24 per elettroencefalogramma (compresa la consulenza neurologica); 9) € 12,91 per altri esami strumentali (consulenze specialistiche). Le voci dal 3 al 9 sono comprensive della visita di Pronto Soccorso.		
Lazio	Ticket di € 25	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti.
Liguria	Ticket di € 25 come quota fissa; Ticket di € 36,15, come tetto massimo, se oltre alla visita vengono erogate ulteriori prestazioni diagnostiche, di laboratorio, strumentali e terapeutiche	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta: - dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni, - dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti - esenzioni previste per le prestazioni specialistiche
Lombardia	Ticket di € 25 per la visita specialistica, comprese altre eventuali prestazioni diagnostiche-terapeutiche	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	esenzioni in caso di: - bambini di età inferiore a 14 anni e cittadini di età maggiore a 65 anni - esenzioni previste per le prestazioni specialistiche
Marche	Ticket di € 25	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni.
Molise	Ticket di € 25	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta : - dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 6 anni - dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti - più in generale dagli assistiti non esenti per età, reddito, patologia e invalidità come per la specialistica
Piemonte	Ticket di € 25	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta: - dagli esenti dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria, - dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni - dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti

Segue ►

Segue - Ticket di Pronto Soccorso attualmente in vigore

Regione	Ticket per l'accesso e per ulteriori prestazioni	Casi di applicazione	Esenzioni
P. A. Bolzano	Ticket di € 15	casi giustificati ma non seguiti da ricovero ospedaliero	<ul style="list-style-type: none"> - esenzioni previste dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche - esenzione totale per figli a carico fino a 14 anni con reddito familiare annuo inferiore a 36.152€; - diminuzione del ticket al 50% per tutte le tariffe per figli a carico con il massimale annuale ridotto al 50%
P. A. Trento	Ticket di € 50 + ticket per ulteriori prestazioni fino ad un massimo di € 100 Ticket di € 25	nei casi in cui l'accesso al Pronto Soccorso non è né urgente né giustificato codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	<p>le esenzioni valgono solo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali</p> <p>sono esenti coloro che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accedono per traumatismi - accedono per avvelenamenti acuti - sono di età inferiore ai 14 anni compiuti - sono già esentati per malattia (cronica o rara), invalidità o condizione soggettiva - sono esenti per reddito.
Puglia	Ticket di € 25 + ticket per eventuali prestazioni specialistiche fino ad un massimo di € 36,15 per ciascun gruppo di 8 prestazioni della stessa branca.	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	<ul style="list-style-type: none"> - valgono le stesse esenzioni riferite a soggetti esenti per età, reddito, patologia previste per le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali - la quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni - la quota non è dovuta dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti - sono fatti salvi i casi di esenzione e le disposizioni regionali preesistenti
Sicilia	Ticket di € 25	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	<p>la quota non è dovuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni - dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti. - Dagli assistiti esenti per reddito (€ 9.000 Isee per l'intera famiglia) - Sono esenti tutte le categorie gli invalidi, gli esenti per patologia limitatamente alle prestazioni inerenti la patologia d'esenzione.

Segue ►

Segue - Ticket di Pronto Soccorso attualmente in vigore

Regione	Ticket per l'accesso e per ulteriori prestazioni	Casi di applicazione	Esenzioni
Sardegna	Ticket di €25	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	<p>le quote non sono dovute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dagli assistiti non esenti di età inferiore ai 14 anni, - dagli assistiti appartenenti ad una delle categorie che danno diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per le prestazioni specialistiche individuate dalle vigenti disposizioni regionali, - dagli assistiti che accedono per traumi o avvelenamenti acuti <p>esenzioni previste dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche</p>
	Ticket di €15	Codici verdi (pazienti poco critici e a bassa priorità di accesso)	
Toscana	€ 25 per accesso, prima visita ed eventuali analisi di laboratorio + al massimo € 25 se c'è bisogno di prestazioni specialistiche più complesse (per es. radiografia)	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	esenzioni previste dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche
Umbria	Ticket di € 25	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti. più in generale dagli assistiti non esenti per età, reddito, patologia e invalidità come per la specialistica
Valle d'Aosta	Ticket di € 25	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti
Veneto	Ticket di € 25 come quota fissa (inclusa la visita); è previsto un tetto massimo di € 36,15 per branca specialistica per le prestazioni aggiuntive.	codici bianchi (prestazioni eseguite in regime di Pronto Soccorso ospedaliero non seguite da ricovero)	la quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il Pronto Soccorso a seguito di traumi e avvelenamenti acuti esenzioni previste per le prestazioni specialistiche

Fonte: elaborazione Sanidata su dati ASSR/AGENAS 2007 e normativa nazionale e regionale aggiornata al 2008

Riferimenti bibliografici

- Aa. V.v (2007) “*Ticket* Sanitari: in gran parte d’Italia sono già realtà”, [www.ilBisturi.it](http://www.ilbisturi.it/story_3176.html).
http://www.ilbisturi.it/story_3176.html
- ASSR (2007) “Ricognizione regionale dei *ticket* di Pronto soccorso in vigore dopo la legge finanziaria del 2007”, http://www.assr.it/agenas_pdf/TICKET_PS_05_2007.pdf
- Cottone N. (2007), “Il Governo rivede i *ticket* sanitari con le Regioni” www.ilsole24ore.com, sezione “norme e tributi”.
- Gobbi B. e Todaro S. (2007), “Pronto Soccorso, *ticket* in campo” www.ilsole24ore.com, sezione “in primo piano”.

The background of the top half of the page features a light purple gradient. Overlaid on this gradient are several dark purple silhouettes of people of various ages and sizes, holding hands in a circle. The silhouettes are semi-transparent, allowing the gradient to show through them.

Capitolo 4

*Il sistema di assistenza
residenziale*

1 - Il sistema di assistenza residenziale¹

Negli ultimi anni si è assistito ad una crescente attenzione verso l'assistenza di tipo residenziale non ospedaliera; tale attenzione è legata ad una pluralità di fattori:

1. una crescita della domanda alimentata da un progressivo invecchiamento della popolazione;
2. una crescente necessità di riduzione delle spese che trova nella rimodulazione delle prestazioni assistenziali uno dei suoi possibili strumenti;
3. una maggiore attenzione all'“accompagnamento” dei malati e disabili anche nelle fasi terminali della vita.

La crescente importanza dell'assistenza residenziale ha fatto sì che, nell'ambito della predisposizione del nuovo sistema sanitario nazionale italiano, venisse dedicato a questo aspetto uno dei 13 mattoni.

È infatti fondamentale ricordare che, come sottolinea la Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, la prestazione “residenziale” non si differenzia necessariamente da quella “ospedaliera” per un minore gradiente di assistenza, in quanto possono sussistere condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), quindi con un gradiente assistenziale che può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie. In ogni caso le prestazioni residenziali, attraverso una opportuna riclassificazione delle strutture ed una gradazione dei livelli di assistenza, possono permettere di ottimizzare l'offerta di prestazioni rispetto ai costi delle stesse.

La correttezza di questa impostazione sembra confermata dalla correlazione tra tassi di ricovero degli anziani e offerta dei posti letto in RSA.

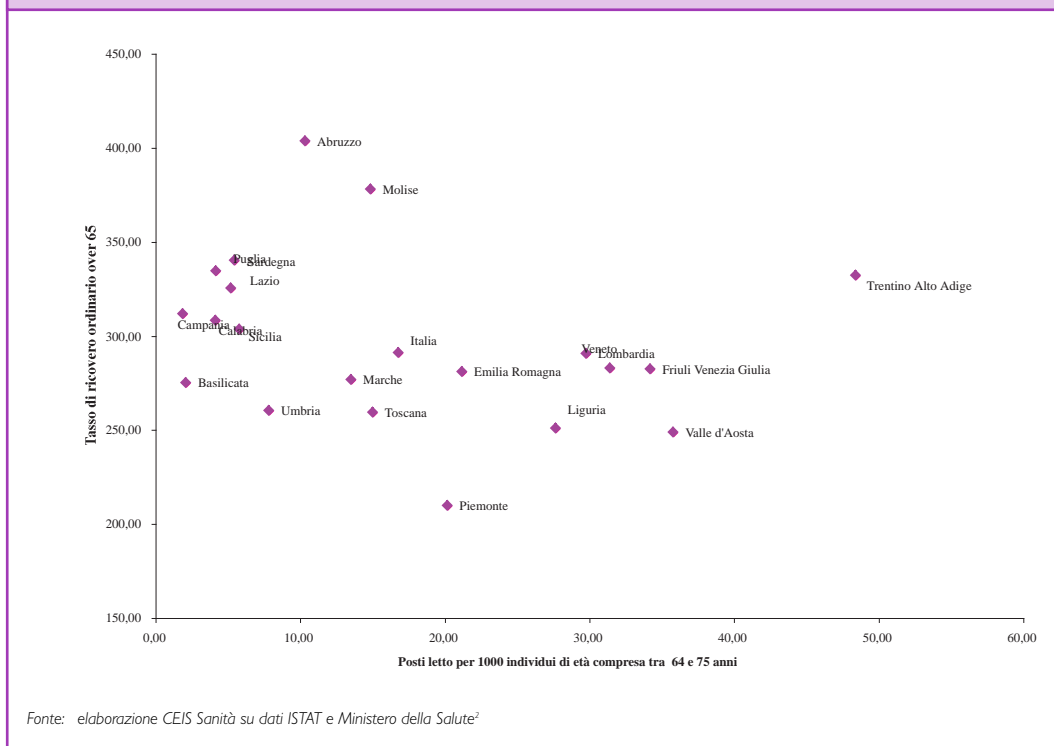
La figura 4.1 mette in relazione la dotazione di posti letto nelle RSA e nelle Residenze socio sanitarie per anziani (dati per 1.000 individui over 65) con il tasso di ricovero per la stessa fascia di età.

Tale grafico, seppure si notino alcuni valori regionali che sembrano *outliers*, mostra una certa correlazione negativa tra le variabili che può essere sintomo di una tendenza a ospedalizzare gli anziani in assenza di posti in RSA o Residenze socio sanitarie.

Dall'analisi svolta emerge però una forte eterogeneità definitoria con significati e ruoli assegnati alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) molto differenti da Regione a Regione; tale differenziazione ed indeterminazione porta in talune Regioni ad una ridefinizione delle RSA scindendone l'universo sulla base non solo delle tipologie di utenza (RSA, RSA demenze, nuclei Alzheimer) ma anche, introducendo nuove tipologie di strutture più o meno temporanee in rela-

¹ Doglia M., CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma “Tor Vergata”.

Figura 4.1 - Relazione tra tasso di ricovero ordinario in acuzie over 65 e posti letto nelle RSA e nelle Residenze socio sanitarie - Anno 2005



zione al gradiente assistenziale fornito, si pensi ad esempio alle Residenze Sanitarie Flessibili (RSF), alle Residenze Sanitarie a Sede Ospedaliera (RSAO) o alle RSA medicalizzate (RSA-M). L'emergere di tali sottotipologie mostra di fatto la necessità di classificare l'utenza sulla base del livello di assistenza sanitaria fornita calcolato su parametri il più possibile oggettivi.

Ad una tale eterogeneità definitoria peraltro la legislazione (talvolta anche per problemi di "realismo" politico) difficilmente riesce a far coincidere con chiarezza un insieme di requisiti specifici. Molti dei requisiti sono pertanto soggetti a deroghe, lasciati determinati nelle linee generali ma non puntualmente definiti o, come nel caso della Lombardia, lasciati in parte a livello di suggerimento o di intenzione (nel senso che si applicano solo alle nuove strutture).

A livello regionale, in molti casi sembra esservi una forte difficoltà da parte dei gestori ad adattare i requisiti nei modi e termini indicati dalle norme. Tale difficoltà, oltre che spesso riportata negli stessi preamboli delle delibere è anche evidente nel regime di prorogatio adottato in gran parte delle Regioni.

L'analisi della legislazione vigente sembra quindi evidenziare la necessità di un'attenta vigilanza da parte dell'operatore pubblico per un'evidente allontanamento del sistema delle RSA da quello di un mercato concorrenziale; appaiono infatti differenziazioni forti di requisiti tra struttu-

² Oggi Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Per brevità verrà usata la dicitura Ministero della Salute

re esistenti e nuove strutture (con evidenti effetti sui costi e quindi sulle barriere all'ingresso nel settore) nonché talvolta l'esplicito divieto di rilascio di nuove autorizzazioni che rende il mercato chiuso ai soli *incumbent*; se si considera accanto a questo la presenza evidente di vantaggi di localizzazione, le consuete asimmetrie informative tipiche di molti mercati sanitari e la fragilità degli utenti, risulta evidente quanto sia importante un'attenta regolamentazione di questo tipo di operatori ed un sistema di controllo delle prestazioni erogate.

Tale controllo può essere effettuato solo attraverso una riclassificazione omogenea delle strutture ed una continuità ed omogeneità dei flussi di dati; è per tale motivo che ci sembra che il lavoro svolto dal 12° Mattone nel ridefinire e riclassificare le strutture e nel definire i debiti informativi possa essere il punto di partenza per lo sviluppo di un sistema di monitoraggio e *governance* delle strutture residenziali.

Altre tipologie di dato (quali ad esempio quello ISTAT) seppure possono fornire importanti indicazioni relativamente alla localizzazione, il dimensionamento e lo sviluppo degli operatori residenziali, appaiono, così come diffusi, troppo aggregati per fornire quell'analisi di dettaglio necessaria alla comprensione di un fenomeno così complesso; c'è però da dire che questi, fino alla completa implementazione dei lavori del 12° mattone, appaiono tra i pochi dati in grado di fornire una fotografia omogenea e generale della residenzialità in Italia.

4.1 Le Residenze Sanitarie: caratterizzazione

La Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza nella sua relazione "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali" sottolinea come le basi normative nazionali riferite alla prestazioni residenziali siano relativamente modeste.

Richiamando i seguenti atti:

- L. 11 marzo 1988, n. 67 – art. 20 (legge finanziaria 1988)
- D.P.C.M. 22 dicembre 1989 successivamente sostituito dal D.P.R. 14 gennaio 1997.
- Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani 1994-1996
- D.P.C.M. 14 Febbraio 2001 – Decreto sulla Integrazione Socio sanitaria
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

In particolare bisogna richiamare l'attenzione sul D.P.R. 14 gennaio 1997 (atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie) che, emanato sulla base dell'art. 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, definisce i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private fornendo quindi alle Regioni ed alle Province Autonome il riferimento normativo che fissa i criteri minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA in Italia.

Tale decreto classifica le strutture in:

- a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti;
- b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- c) strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno.

In particolare, nell'ambito del punto c, definisce le RSA come: «presidi che offrono a soggetti

non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello “alto” di assistenza tutelare ed alberghiera.»

Il decreto sottolinea quindi come le RSA siano «destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate».

Appare quindi, da tale definizione, che i criteri per essere ammessi in una RSA sono legati a tre ordini di fattori: la non autosufficienza, la non domiciliabilità e la necessità di un livello “alto” di assistenza tutelare ed alberghiera; tale tipologia di strutture risulta dunque orientata ad un bacino di utenza simile a quello dell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) raccogliendo però quegli individui per cui la domiciliarizzazione appare impossibile per l’assenza di un supporto familiare o per l’eccessivo peso che su questo ricadrebbe.

Bisogna peraltro sottolineare come le Residenze Sanitarie Assistenziali siano solo una componente dell’assistenza sanitaria residenziale extra ospedaliera, a cui si affiancano strutture indirizzate verso ambiti di assistenza specifici quali la salute mentale e le dipendenze; tali strutture costituiscono due ulteriori gruppi di assistenza residenziale che si affiancano alle RSA ma che trova i loro riferimenti in una normativa spesso disgiunta da quella qui esaminata.

Allo stato attuale si è posta l’attenzione solamente sui provvedimenti contenenti norme specificamente indirizzate alle strutture di tipo residenziale per le quali sono possibili estrapolazioni sufficientemente affidabili di dati statistici (Residenze sanitarie, RSA ecc.) tralasciando invece la normativa legata a salute mentale e dipendenza. In particolare, visto che l’analisi delle strutture per cure palliative è già stata approfondita³ si è scelto di concentrarsi sulle Residenze Sanitarie Assistenziali; è infatti in questo tipo di strutture che si rilevano probabilmente le maggiori differenze definitorie.

Nel mettere in luce tali differenze si è peraltro cercato di porre maggiore attenzione sulle caratteristiche funzionali previste per le strutture, con particolare riferimento ai requisiti strutturali ed a quelli organizzativi (nell’accezione, questi ultimi, di requisiti di personale ed ore di assistenza fornite all’utente). Questo perché tali requisiti appaiono quelli più correttamente confrontabili in quanto caratterizzati da una maggiore “oggettività” e quindi più idonei a scopo esemplificatorio e di indagine statistica.

Nella seconda sezione del lavoro si è tentato invece di analizzare i numeri del fenomeno per fornirne una valutazione di tipo statistico descrittiva. Per l’analisi quantitativa bisogna rilevare che, sebbene si possa concordare con la Commissione per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza quando afferma che: «i dati sulle prestazioni erogate sono praticamente inesistenti, in assenza di un flusso informativo nazionale che consenta di rilevare l’episodio di ricovero» e che «Men che meno esiste un flusso in grado costruire indici di case-mix assistenziale dei soggetti assistiti e di valutare l’appropriatezza del trattamento»; in realtà in Italia esistono una pluralità di fonti che possono fornire interessanti informazioni sul fenomeno della residenzialità. Sfortunatamente tali fonti appaiono spesso frammentarie e riferite a specifici ambiti territoriali e/o strutturali. Data l’eterogeneità nelle definizioni e nelle classifica-

³ *Hospice in Italia, prima rilevazione ufficiale, anno 2006.*

zioni adottata a livello regionale nonché dei diversi livelli di offerta forniti dalle strutture, appare quindi difficile ricongiungere i dati dalle varie indagini, rilevazioni e sperimentazioni in un *unicum* confrontabile senza sottoporsi a forti rischi di distorsione.

Si è quindi scelto di riferirsi unicamente a quelle rilevazioni a carattere nazionale che garantissero un'univocità delle definizioni e delle modalità di raccolta dei dati, e che fornissero un dato validato.

In pratica si è fatto riferimento esclusivamente all'indagine sui presidi residenziali socio assistenziali effettuata annualmente dall'ISTAT.

Tale indagine raccoglie, ogni anno a partire dall'anno di riferimento 1999, 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, riavviata dopo alcuni anni di sospensione, 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 Province Autonome di Bolzano e Trento la rilevazione dei dati viene svolta direttamente dai rispettivi uffici di statistica, secondo criteri concordati con l'ISTAT. Successivamente i dati raccolti vengono trasmessi all'ISTAT, che cura la loro integrazione, validazione ed elaborazione.

4.2 Le Residenze Sanitarie

Per quanto attiene ai requisiti minimi strutturali e tecnologici, il D.P.R. 14 gennaio 1997 prevede una «capacità recettiva non inferiore a 20 e non superiore, in via eccezionale, a 120 posti, articolata in nuclei da 10/20 soggetti», tali soggetti vanno collocati in camere da 1 a 4 posti letto garantendo in ogni camera la privacy degli ospiti e l'accesso ed il movimento di carrozzine; non viene in tale atto fissata una dimensione standard e/o una dimensione minima per le camere.

Il decreto fissa poi la presenza e la composizione generica di varie aree:

- **Area residenzialità** con tra l'altro: servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza; ambulatorio-medicheria; locale controllo personale con servizi igienici annessi; cucina attrezzata; spazi soggiorno/gioco/TV/spazio collettivo ecc.
 - **Area valutazione e terapie** in cui si devono trovare: locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche; un'area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione; locali e palestra con attrezzature per le specifiche attività riabilitative previste.
 - **Area Socializzazione** con: angolo bar; sale e soggiorni polivalenti; locale per servizi all'ospite e servizi igienici.
 - **Area Generale di supporto** di cui devono fare parte: un ingresso con portineria, posta e telefono; uffici amministrativi; cucina, dispensa e locali accessori (se non appaltate all'esterno); lavanderia e stireria (se non appaltate all'esterno); magazzini; camera ardente ecc.
- Dal punto di vista dell'organizzazione vengono fissati quali requisiti essenziali (da realizzarsi anche tramite l'integrazione territoriale con le ASL):
- la presenza di una valutazione multidimensionale effettuata attraverso strumenti validati;
 - raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo della struttura;

Tabella 4.1 - Schema dei principali requisiti delle RSA

Regione	Dimensione	Dimensione in deroga	Dimensione Nuclei	Pl. Camere	Dim. Camere	Deroga/Proroga	
Italia	20-120	120	10-20	1,2,3,4		Si	
Abruzzo	20-120	120	20	1,2	12, 18, 26 e 32 mq	Si	
Basilicata	20-120	120	10-20	1,2,3,4	.	Si	
Calabria	20-120	120	10-20	1,2,3,4	.	Si	
Campania	20-120	120	10-20	1,2,3,4	.	Si	
Emilia Romagna	max 60	120	20-30	1,2	12,18	Si	
Friuli V. G.	20-120	120	10-20	1,2,3,4	.	Si	
Lazio	20-80	120	10-20	1,2,3,4	12, 18, 26 e 32 mq	Si	
Liguria	20-120	120	10-20	1,2,3,4	.	Si	
Lombardia	20-120	>120	10-20	1,2	12, 18 mq	Si	
Marche	20-120	120	20-30	1,2,3,4	12, 18, 26 e 32 mq	Si	
Molise	max 80	120	20-25	1,2,3,4	12, 18, 26 e 32 mq	Si	
Piemonte	20-80	120	10-20	1,2,3,4	12, 18, 26 e 32 mq	Si	
Puglia	60	20	fino a 20	1,2,3,4	12, 18, 26 e 32 mq	Si	
Sardegna	40-120		20-25	1,2,3,5	.	Si	
Sicilia	20-120	120	10-20	1,2,3,4	.	Si	
Toscana	20 - 120	120	20	1,2,3,4			
P. A. Bolzano	20-120	120	10-20	1,2,3,4		Si	
P. A. Trento	20-120	120	fino a 20	1,2,3,4		Si	
Umbria	da 20 a 60	120	10-20	1,2	12, 18 mq	Si	
Valle d'Aosta	20-120	120	10-20	1,2	12, 18 mq	Si	
Veneto	da 20 a 40	120	20	1,2,3,4	12, 18, 26 e 32 mq	Si	

Fonte: elaborazione Sanidata su BUR regionali

	Minimi Ass. Medica	Minimi Ass. Infermieristica	Minimi Altro Tipo di Assistenza	H24	Altre Tipologie
	No, in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.	No, in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.	No, in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.		
	Si	Si	Si	Si	
	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997		
	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997		Residenza Sanitaria ad elevata medicalizzazione (RSA-M)
	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997		
	Si	Si	Si	Si	
	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997		
	Si	Si	Si	Si	
	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997		
	Si	Si	Si	Si	
	Si	Si	Si	Si	Nuclei di Assistenza Residenziale (NAR), Residenze Sanitarie Terapeutiche (RST)
	Si	Si	Si	Si	RSA Demenze, Residenze per persone disabili
	Si	Si	Si	Si	Residenze Assistenziali Flessibili (RAF)
	Si	Si	Si	Si	
	Si	Si	Si	Si	Nuclei per pazienti Alzheimer
	Si	Si	Si	Si	
	Si	Si	Si	Si	Articolazione "modulare". Modulo base + specialistici
	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997	D.P.R. 14 gennaio 1997		
	Si	Si	Si	Si	Residenze Sanitarie Assistenziali a sede Ospedaliera (RSAO)
	Si	Si	Si	Si	
	Si	Si	Si	Si	NAR, RST, RSD e Residenze Sanitarie Riabilitative (RSR)
	Si	Si	Si	Si	Strutture residenziali di riconversione ospedaliera (HRSA)

- stesura di un piano di assistenza individualizzato
- coinvolgimento della famiglia dell'ospite

A tali requisiti organizzativi si aggiunge la prescrizione della presenza personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate. Tale personale dovrà operare secondo le modalità e le logiche dell'équipe. E' comunque importante rilevare che il decreto non definisce parametri di riferimento per la quantificazione del personale.

A tale normativa di carattere generale si è affiancata comunque una molteplicità di atti regionali che hanno recepito ed integrato la normativa nazionale definendo, in quasi tutte le Regioni, riferimenti puntuali (ma eterogenei sul territorio) per gli standard di personale e, in maniera meno completa, per il dimensionamento degli spazi.

La tabella 4.1 cerca di sintetizzare, relativamente ad alcuni parametri più "oggettivi", le differenze regionali nel recepire o integrare i requisiti definiti dal D.P.R. 14 gennaio 1997.

Dalla tabella emerge la presenza in praticamente tutte le Regioni di deroghe o proroghe ai termini per l'adeguamento. In particolare le deroghe possono riguardare il numero massimo di ospiti consentito, le dimensioni dei singoli nuclei così come le dimensioni ed il numero di posti letto delle camere. In pratica emerge un trattamento fortemente differenziato tra strutture già operanti ed eventuali nuove strutture che volessero accedere al mercato dei servizi residenziali.

Un dato che occorre poi tenere presente nella lettura della tabella 4.1 è che, sebbene molte Regioni abbiano puntualmente definito i requisiti di personale delle RSA, tali requisiti sono tutt'altro che omogenei ed appaiono talvolta difficilmente confrontabili, non solo per le diverse unità di misura in cui sono espresse (tempo, unità di operatori) ma anche per la pluralità di metodi per definire il concetto di unità di personale (tenendo o meno in considerazione, ad esempio, i tempi che si stima non saranno lavorati per malattie o ferie, nella conversione da unità ad ore e viceversa). Anche a tale riguardo si rileva poi un trattamento differenziale tra strutture già operanti e nuove strutture; mentre per le prime infatti spesso il calcolo viene effettuato sul numero di posti letto mediamente occupati l'anno precedente, per le seconde il parametro di riferimento è invece il numero di posti letto da autorizzare.

Altra caratteristica da sottolineare è l'emergere nelle Regioni di una pluralità di strutture differenziate che si riconducono alle RSA ma si discostano in qualche modo dalla definizione generale (tra queste ricordiamo le RAF, le RSA-M, le RSAO ecc.) tale scostamento, come anche in parte sottolineato dalle nuove classificazioni basate sul gradiente assistenziale proposte dalla relazione finale del 12° Mattone, mostra una possibile debolezza nell'approccio definitorio finora adottato che, non solo favorisce una forte eterogeneità interregionale nella definizione dei requisiti, ma spesso non riesce attraverso la definizione "standard" a cogliere tutti i livelli di assistenza necessari.

4.3 I dati sulle Residenze Sanitarie

L'ISTAT rileva informazioni su una pluralità di presidi quali: Centri di pronta accoglienza, Centri di accoglienza notturna, Comunità familiari, Comunità socio educative per minori, Comunità socio riabilitative, Comunità alloggio, Istituti per minori, Residenze assistenziali per anziani autosufficienti, Residenze socio sanitarie per anziani, Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e

Centri di accoglienza per immigrati. Si è scelto di selezionare solo i dati relativi alle strutture residenziali che, sulla base delle descrizioni fornite dall'ISTAT ai rispondenti (che si riportano per completezza) sembravano avere una maggiore connotazione sanitaria si sono quindi considerati e commentati i dati relativi soltanto 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".

Queste tre tipologie sono state, in questo lavoro definiti "presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria".

Bisogna peraltro sottolineare come la definizione di Residenza Sanitaria Assistenziale adottata dall'ISTAT nella sua rilevazione, appaia estremamente simile a quella inserita nel D.P.R. 14 gennaio 1997. Tale similitudine ci ha spinto ad utilizzare il dato ISTAT piuttosto che quello del Ministero della Salute. I due dati appaiono infatti difficilmente integrabili in quanto il Ministero classifica i posti letto ed i presidi in base al tipo di utenza assistita piuttosto che alla tipologia di struttura. I due dati appaiono comunque, almeno nei macro-aggregati sufficientemente coerenti in quanto relativamente al 2005, l'annuario statistico del Ministero riportava 4.602 strutture di tipo residenziale di cui 3.297 private accreditate e 1.305 pubbliche, dato questo che appare coerente con quello ISTAT riportato in tabella 4.6.

Il confronto tra dati ISTAT e dati di fonte ministeriale potrà comunque in seguito fornire ulteriori interessanti informazioni e spunti di riflessione.

Relativamente a quanto pubblicato dall'ISTAT, per i presidi qui considerati, si sono riportati i dati relativi alla distribuzione delle strutture tra le varie Regioni italiane, alla dimensione indicata come numero medio di posti letto per struttura, ai dati di sviluppo nel tempo delle strutture, ai dati relativi agli enti gestori ed alle politiche di differenziazione delle tariffe.

La tabella 4.4 mostra come negli anni il numero medio di strutture a rilevanza sanitaria che hanno iniziato annualmente l'attività sia cresciuto da 17,5 presidi l'anno nel periodo 1950-1979 ad una media di circa 85,8 presidi l'anno nel periodo 2000-2005. In realtà il più alto numero medio annuale di presidi che hanno iniziato l'attività si è avuto nel periodo 1990-1999 (questo per tutte le tipologie di presidi considerate).

Tabella 4.2 - Presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria al 31/12/2005

(I) Regioni	Comunità socio-riabilitativa	Resid. socio-sanitaria per anziani	RSA	Totale
Italia	722	1.531	1.412	3.665
Piemonte	116	223	79	418
Valle d'Aosta	2	23	7	32
Lombardia	57	27	556	640
Trentino A. A.	61	63	65	189
Veneto	19	238	56	313
Friuli V. G.	63	87	35	185
Liguria	52	164	52	268
Emilia Romagna	71	348	66	485
Toscana	16	37	247	300
Umbria	14	26	6	46
Marche	22	56	57	135
Lazio	76	18	59	153
Abruzzo	23	34	16	73
Molise	17	18	1	36
Campania	31	20	29	80
Puglia	22	46	8	76
Basilicata	5	6	0	11
Calabria	15	10	26	51
Sicilia	30	77	22	129
Sardegna	8	9	23	40

Fonte: ISTAT

Secondo l'ISTAT in Italia, nelle tre categorie da noi selezionate come "a maggiore rilevanza sanitaria", sarebbero risultati attivi al 31/12/2005 circa 3.665 presidi (tabella 4.2). La tabella mostra inoltre come, sempre secondo il dato ISTAT, la maggioranza delle RSA e Residenze socio sanitarie per anziani risulti concentrata nel Nord. Tale dato si riflette nella tabella 4.3 che mostra la dotazione di posti letto nelle strutture selezionate in relazione rispettivamente alla popolazione, alla popolazione con 65 anni o più ed alla popolazione con 75 anni o più. Tale tabella mostra una dotazione di posti letto nettamente maggiore nelle Regioni del Nord rispetto a quelle del Centro e del Sud con l'eccezione dell'Emilia Romagna e del Molise.

La situazione chiaramente varia a seconda del tipo di struttura esaminata; i posti letto in Comunità socio riabilitative sono abbastanza presenti nel Nord (in particolare in Trentino, Friuli e Liguria) ma anche in alcune Regioni del Centro (Lazio ed Abruzzo) dove assumono valori superiori al doppio di quelli medi nazionali e presentano peraltro un picco in Molise (1,71 posti per 1.000 abitanti a fronte di una media nazionale di 0,34). Le dotazioni di posti letto in Residenze Socio sanitarie sono invece particolarmente ampie (rispetto alla situazione nazionale) in Veneto, Valle d'Aosta, Trentino e Liguria. Le RSA trovano invece ampia diffusione in Lombardia e Trentino, in particolare però, mentre in Lombardia la relativa abbondanza di posti

letto per 1.000 abitanti in RSA è in parte compensata da una carenza di posti letto in Residenze Socio sanitarie per anziani non autosufficienti (solo 0,3 posti per 1.000 abitanti a fronte di una media nazionale di 1,64) in Trentino alla disponibilità di posti in RSA si affianca anche una disponibilità abbastanza ampia di posti letto in Residenze Socio sanitarie per anziani non autosufficienti (6,04 posti per 1.000 abitanti, quasi il doppio dei valori medi nazionali). Tale disomogeneità nelle disponibilità di posti, suggerisce di trattare, nei commenti all'analisi, congiuntamente le RSA e le Residenze Socio sanitarie per anziani non autosufficienti. Se si riportano le dotazioni di queste due tipologie di strutture alla popolazione anziana (maggiormente interessata ai servizi da queste fornite), le analisi sulle dotazioni relative di posti letto non variano di molto; le Regioni del Nord e l'Emilia Romagna sono dotati di posti letto in RSA e Residenze socio sanitarie in numero superiore alla media Nazionale mentre le Regioni del Centro e del Sud hanno dotazioni nettamente inferiori alla stessa (con l'eccezione di Toscana, Molise che, seppure presentano dotazioni di posti letto per anziano minori alla media nazionale si discostano

**Tabella 4.3 - Presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria
Posti letto per 1.000 residenti al 31/12/2005**

Regioni	Comunità socio riabilitativa			Residenza socio sanitaria per anziani			Residenza sanitaria assistenziale (Rsa)		
	p.l. per 1000 abitanti	p.l. per 1000 abitanti (età 65 o+)	p.l. per 1000 abitanti (età 75 o+)	p.l. per 1000 abitanti	p.l. per 1000 abitanti (età 65 o+)	p.l. per 1000 abitanti (età 75 o+)	p.l. per 1000 abitanti	p.l. per 1000 abitanti (età 65 o+)	p.l. per 1000 abitanti (età 75 o+)
Italia	0,34	1,76	3,79	1,64	8,40	18,16	1,64	8,41	18,18
Piemonte	0,45	2,04	4,45	3,07	13,84	30,19	1,41	6,34	13,82
Valle d'Aosta	0,24	1,23	2,64	5,93	29,75	64,09	1,20	6,05	13,03
Lombardia	0,18	0,95	2,15	0,30	1,55	3,53	5,39	28,22	64,10
Trentino A. A.	0,81	4,65	9,72	3,04	17,41	36,41	5,41	31,02	64,85
Veneto	0,06	0,34	0,72	4,90	25,91	55,36	1,05	5,54	11,83
Friuli V. G.	0,80	3,62	7,39	6,17	27,81	56,74	1,42	6,39	13,04
Liguria	0,70	2,63	5,35	5,63	21,21	43,22	1,72	6,47	13,17
E. Romagna	0,27	1,20	2,45	4,28	18,91	38,42	0,52	2,29	4,65
Toscana	0,12	0,51	1,03	0,47	2,04	4,14	3,00	13,01	26,42
Umbria	0,51	2,20	4,43	1,49	6,41	12,92	0,33	1,43	2,88
Marche	0,24	1,05	2,14	2,05	9,18	18,74	0,97	4,35	8,88
Lazio	0,82	4,38	9,87	0,20	1,08	2,44	0,78	4,15	9,37
Abruzzo	0,79	3,75	7,76	1,57	7,44	15,39	0,61	2,92	6,04
Molise	1,71	7,87	16,26	3,17	14,60	30,16	0,06	0,29	0,59
Campania	0,18	1,20	2,73	0,11	0,74	1,68	0,18	1,17	2,66
Puglia	0,39	2,32	5,17	0,64	3,76	8,35	0,07	0,44	0,97
Basilicata	0,15	0,77	1,68	0,42	2,12	4,63	0,00	0,00	0,00
Calabria	0,33	1,83	3,98	0,17	0,94	2,05	0,58	3,20	6,99
Sicilia	0,26	1,44	3,14	0,84	4,78	10,40	0,18	1,03	2,23
Sardegna	0,11	0,65	1,44	0,22	1,29	2,88	0,72	4,19	9,33

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

di poco da questa).

Per quanto riguarda la dimensione media dei presidi (indicata in numero di posti letto) bisogna rilevare che, seppure non emerge un trend definito i presidi del Centro Sud tendono ad avere dimensioni minori rispetto a quelli del Nord, in particolare per le RSA e le Residenze socio sanitarie per anziani dimensioni particolarmente elevate si riscontrano in Veneto e Lombardia.

Come premesso esiste una correlazione negativa tra le variabili che può essere sintomo di una

Tabella 4.4 - Distribuzione per data di inizio di attività dei Presidi attivi al 31/12/2005

	1950-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2005
Comunità socio-riabilitativa	2,6	11,3	26,6	21,0
Residenza socio-sanitaria per anziani	7,7	26,7	34,9	27,3
Residenza sanitaria assistenziale (Rsa)	7,2	14,7	40,8	37,5
Totale	17,5	52,7	102,3	85,8

Fonte: elaborazione CEIS sanità su dati ISTAT

Tabella 4.5 - Posti letto nei presidi residenziali a maggiore valenza sanitaria al 31/12/2005

	Comunità socio-riabilitativa	Resid. socio-sanitaria per anziani	RSA	Totale
Italia	28	62	68	58
Piemonte	17	60	77	51
Valle d'Aosta	15	32	21	28
Lombardia	30	103	91	86
Trentino A. A.	13	47	81	48
Veneto	16	97	88	90
Friuli V. G.	15	85	49	55
Liguria	21	55	53	48
Emilia Romagna	16	51	33	43
Toscana	26	46	44	43
Umbria	31	49	48	44
Marche	16	56	26	37
Lazio	57	59	70	62
Abruzzo	45	60	50	53
Molise	32	57	20	44
Campania	34	32	35	34
Puglia	73	56	38	59
Basilicata	18	41	0	31
Calabria	44	34	45	42
Sicilia	43	55	41	50
Sardegna	23	41	51	43

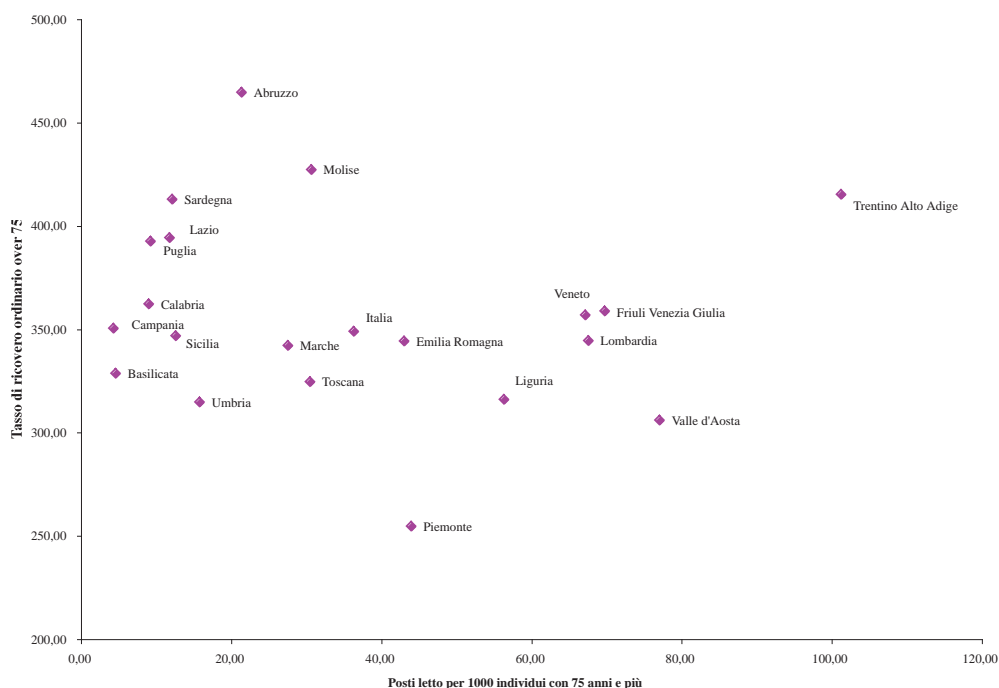
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

tendenza ad ospedalizzare gli anziani in assenza di posti letto in RSA o Residenze socio sanitarie (figura 4.2).

La figura 4.3 invece mostra la relazione tra la dotazione di posti letto nelle RSA e nelle Residenze socio sanitarie per anziani (dati per 1.000 individui con età maggiore o uguale a 75 anni) e il peso medio sul ricovero ordinario per acuti di tale gruppo di popolazione. Tale variabili mostrano una certa correlazione positiva, possibile sintomo di una maggiore appropriatezza dei ricoveri per acuti della popolazione anziana là dove sono disponibili più posti di residenzialità extra-ospedaliera, confermando indirettamente il dato precedente, ovvero la sostituibilità fra ospedalizzazione e ricovero nelle RSA.

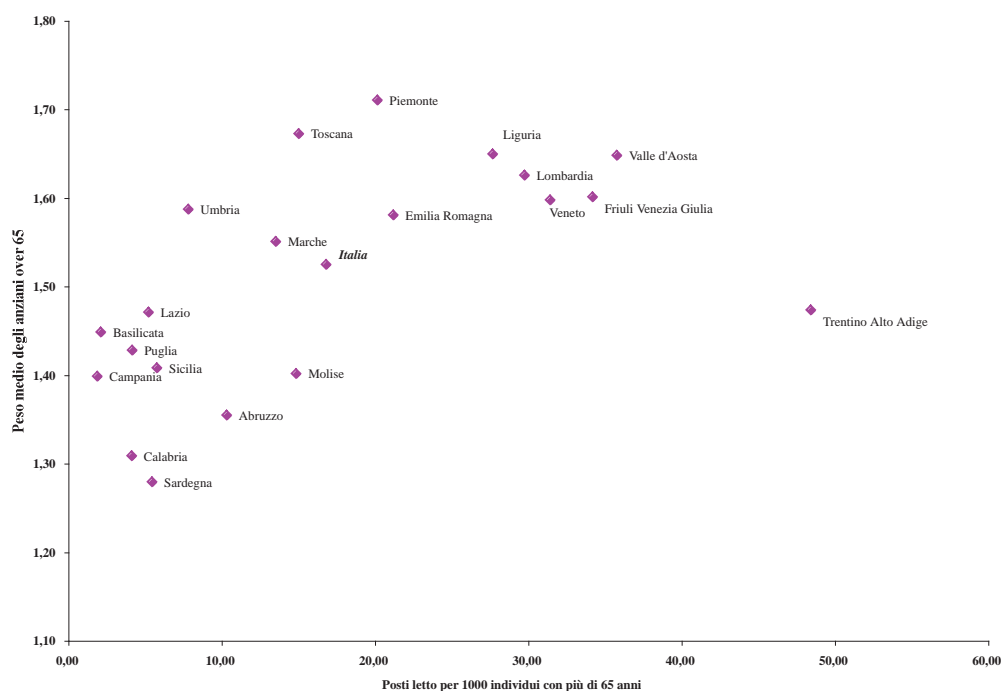
La tabella 4.6 mostra la distribuzione dei presidi a rilevanza sanitaria in base all'ente gestore (pubblico o privato). Tale tabella mostra un notevole coinvolgimento del settore privato (sia profit che no profit) nella gestione delle strutture residenziali in generale e delle RSA in particolare. Tale dato conferma l'importanza di un'attenta regolamentazione atta a ridurre per quanto possibile le barriere all'ingresso del settore.

Figura 4.2 - Relazione tra tasso di ricovero ordinario over 75 in acuzie e posti letto nelle RSA e nelle Residenze socio sanitarie per anziani al 31/12/2005



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

Figura 4.3 - Relazione fra peso medio dei ricoveri in regime ordinario degli anziani (65+) e posti nelle RSA e nelle Residenze socio sanitarie per anziani al 31/12/2005



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

La tabella 4.7 mostra invece come la differenziazione delle tariffe sia molto più presente tra le Residenze socio sanitarie per anziani e le RSA che non tra le Comunità socio riabilitative. Poco più di un terzo di entrambi i tipi di residenze applica infatti un qualche tipo di differenziazione tariffaria. Il criterio di differenziazione prevalentemente usato da questo tipo di strutture è il livello di disabilità degli utenti.

Tabella 4.6 - Presidi residenziali socio assistenziali a valenza sanitaria per tipo di ente gestore e tipologia di presidio - Anno 2005

Tipo	Pubblico	Privato	Non indicato	Totale
Comunità socio-riabilitativa	199	471	52	722
Residenza socio-sanitaria per anziani	634	766	131	1.531
Residenza sanitaria assistenziale (Rsa)	398	938	76	1.412
Totale	1.231	2.175	259	3.665

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Tabella 4.7 - Presidi residenziali socio assistenziali a valenza sanitaria che applicano differenziazioni tariffarie (numero di presidi) - Anno 2004

Tipologia di presidio	Fasce di reddito degli utenti	Grado di disabilità degli utenti	Altro	- di cui Tipo di stanza	- di cui Residenza degli utenti	Non Indicato	Presidi con almeno un criterio	Totale Presidi	Percentuale sul totale
Comunità socio-riabilitativa	45	59	32	1	4	19	105	736	14,3%
Residenza socio-sanitaria per anziani	143	334	230	80	33	51	503	1.380	36,4%
Residenza sanitaria assistenziale (Rsa)	105	317	172	59	34	24	447	1.273	35,1%
Totale	293	710	434	140	71	94	1.055	3.389	31,1%

Fonte: ISTAT

Riferimenti bibliografici

- Age.na.s. (2008), Ricognizione delle norme regionali sull'accreditamento istituzionale, Marzo 2008.
- 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.

The background of the top half of the page features a series of dark silhouettes of people of various ages and sizes, holding hands in a circle. The silhouettes are set against a light, hazy background, creating a sense of community and support. The overall color palette is a soft, muted purple.

Capitolo 5

*Il sistema
dell'assistenza
farmaceutica*

5 - Il sistema dell'assistenza farmaceutica¹

L'analisi del sistema dell'Assistenza Farmaceutica in Italia, approfondita nei paragrafi seguenti, fa emergere in primo luogo come il settore farmaceutico in Italia sia stato oggetto di un numero elevatissimo di 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 nominali di quasi il 75%. L'attività politica pubblica di contenimento dei costi farmaceutici a livello nazionale, diversamente dal passato, non si è limitata ad interventi regolatori sul prezzo del farmaco ma è intervenuta anche con azioni sulla quantità del venduto.

In una logica di tipo federalista anche le Regioni sono a loro intervenute, sia attraverso i classici interventi di compartecipazione dei cittadini alla spesa, sia sperimentando interventi alternativi quali il mantenimento od implementazione della distribuzione "in nome e per conto", l'utilizzo di limiti prescrittivi di alcune categorie di farmaci (ad es. prezzi di riferimento degli inibitori di pompa e quota minima di farmaci equivalenti).

Tutti questi interventi, in misura diversa, hanno fatto registrare nel 2007 una diminuzione del 2,6% della spesa farmaceutica territoriale complessiva (una diminuzione provocata dalla diminuzione della spesa pubblica farmaceutica del 5,4% e da un aumento della spesa privata farmaceutica del 4%) rispetto all'anno precedente (nel 2006 già si era registrata una diminuzione del 1%). Si è invertita, così, la tendenza al rialzo, ma è anche aumentata la quota di spesa privata, che già è seconda a livello dei Paesi OECD. A fronte di una diminuzione della spesa farmaceutica complessiva, cresce anche la variabilità delle "soluzioni" regionali (tabella 5.1).

I limiti prescrittivi ad oggi adottati, come anche i diversi processi per l'utilizzo *off label* dei farmaci, le modifiche ai livelli di esenzione e di compartecipazione, lasciano intravedere scostamenti regionali significativi dal principio dell'uniformità nazionale dei diritti di tutela.

Emblematica per tali differenze è l'area dei limiti prescrittivi particolarmente importante; ad esempio ci riferiamo ai provvedimenti regionali in merito ai prezzi di riferimento per i farmaci appartenenti alla categoria terapeutica omogenea ATC A02BC - Inibitori della pompa acida (PPI). In Abruzzo, Calabria, Campania, Puglia, Sicilia il prezzo minimo di riferimento in tale categoria è calcolato in € 0,90, in Sardegna € 0,76; nel Lazio viene rimborsato al farmacista il prezzo massimo corrispondente al prezzo di riferimento della confezione di lansoprazolo (dal 26 ottobre 2007 € 4,61 per le confezioni a basso dosaggio e € 8,54 per le confezioni a dosaggio maggiore); in Molise la spesa addebitabile a carico del SSR per i PPI è di € 5,76 per le confezioni a basso dosaggio e € 10,67 per quelle a dosaggio superiore, con incentivi completamente diversi in tema di case mix prescrittivi.

Un altro esempio è quello del ricorso ai farmaci equivalenti che ha raggiunto a livello regionale

¹ Bernardini A. C., Ratti M., CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Tabella 5.1 - “Livello” di regolamentazione regionale

Regione	Livello limiti prescrittivi*	Procedimenti applicativi off-label**	Livello compartecipazione	Prezzi di rifacimento Inibitori di pompa****	Quota generici*****
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

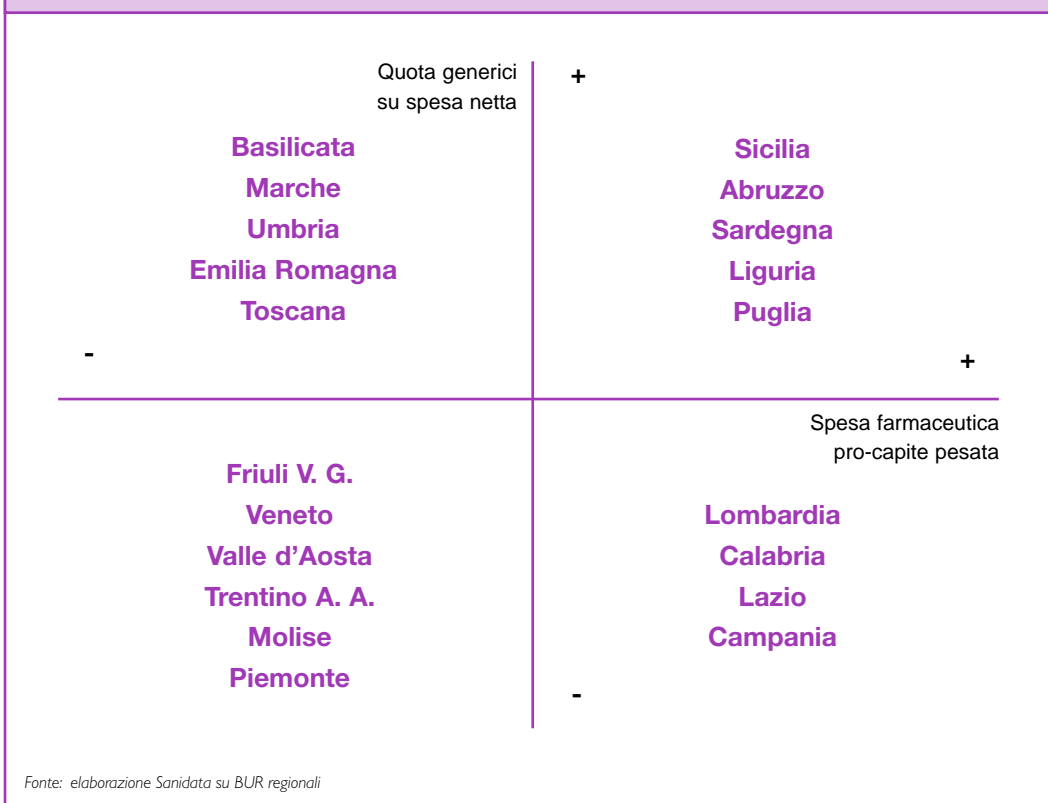
Fonte: elaborazione Sanidata su BUR regionali

il 20,3% della spesa farmaceutica a carico del SSN (+48,18% rispetto al 2006) e il 30,7% delle quantità consumate (+21,34% rispetto al 2006). L'utilizzo dei farmaci equivalenti, al fine di incrementare l'appropriatezza prescrittiva delle Aziende sanitarie e degli Enti equiparati, assume politiche regionali differenti. Correlando la spesa farmaceutica pro-capite pesata netta con la quota di generici sulla spesa netta (figura 5.1) si possono individuare quattro situazioni regionali diverse: le Regioni che hanno una spesa pro-capite elevata e un'elevata quota di generici (Abruzzo, Liguria, Puglia, Sardegna, Sicilia); le Regioni con una spesa pro-capite bassa e una quota di generici elevata (Basilicata, Marche, Umbria, Emilia Romagna e Toscana); le Regioni che hanno sia una spesa pro-capite bassa, sia una quota di generici bassa (Friuli Venezia Giulia, Veneto, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Molise, Piemonte); infine, le Regioni che

hanno una spesa pro-capite elevata e una quota di generici bassa (Lombardia, Calabria, Lazio, Campania).

Nella maggior parte delle Regioni (con esclusione della Valle d'Aosta e del Trentino Alto Adige) più del 70% della spesa netta 2007 per farmaci equivalenti di classe A è composta da farma-

Figura 5.1 - Correlazione tra spesa farmaceutica pro-capite e quote di generici Anno 2007



ci *branded*.

Il consumo farmaceutico totale nel 2007 ha superato le 30 mln. di dosi (DDD), circa 525 le dosi per abitante, 1,719 mld. le confezioni consumate complessivamente, 29 le confezioni di farmaci acquistate da ogni cittadino.

A livello regionale il consumo più elevato (classe A SSN) è il Lazio con 1.020 DDD/1000 ab die, seguita da Sicilia e Calabria, le Province Autonome di Bolzano e Trento presentano il consumo più basso.

Queste differenze nei consumi si riflettono sulla spesa, infatti, anche se quasi tutte le Regioni hanno rispettato il tetto programmato per la spesa territoriale (tranne: il Lazio che presenta la spesa più alta d'Italia con il 14,9%, la Calabria con il 14,5% e la Sicilia con il 14,5%), molte sono ancora oltre il tetto complessivo del 16%.

La spesa delle strutture sanitarie, attestandosi in media nelle Regioni italiane al 4,3% della

spesa totale, ha contribuito allo sfioramento del tetto del 16% in 10 Regioni (Lazio 17,7%, Sicilia 17,1%, Sardegna 17,0%, Calabria 16,8%, Abruzzo 16,6%, Puglia 16,5%, Campania 16,4%, Umbria, Toscana, Liguria 16,1%).

Un ranking della relativa virtù delle Regioni è desumibile dal livello di sfioramento del tetto del

Tabella 5.2 - Influenza della regolamentazione sulla spesa farmaceutica

		LIVELLO INTERVENTI REGIONALI**		
		BASSO	MEDIO	ALTO
SFORAMENTO TETTO (16%)*	ALTO		Sardegna	Lazio Sicilia
	BASSO	Umbria	Toscana Campania Calabria	Puglia Liguria Abruzzo
	NESSUNO	Valle d'Aosta Trentino Alto Adige Emilia Romagna	Friuli Venezia Giulia Lombardia Marche	Basilicata Piemonte Veneto Molise

Fonte: elaborazione Sanidata

*NESSUNO: €16%; BASSO: >16%<17%; ALTO: €17%

**In base alla tabella 5.1. BASSO:-; MEDIO: +/++; ALTO: >++

16% (al netto del *payback* versato dalle aziende) e dal livello di interventi regionali (tabella 5.2). Un livello di intervento medio alto provoca la mancanza di sfioramento o un basso sfioramento nella maggior parte delle Regioni italiane (Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Basilicata, Piemonte, Veneto, Molise, Toscana, Calabria, Campania, Puglia, Liguria, Abruzzo); fanno eccezione la Sardegna, il Lazio e la Sicilia. La Valle d'Aosta, il Trentino Alto Adige e l'Emilia Romagna pur avendo un livello di interventi regolatori basso riescono a mantenere la spesa farmaceutica al di sotto del tetto del 16%. Infine, l'Umbria rileva un basso sfioramento a fronte di bassi interventi regolatori sul farmaceutico.

5.1 Le politiche nazionali sul 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 nominali di quasi il 75% (all'incirca del 100% se si prende in considerazione la sola spesa pubblica territoriale lorda). A decorrere dall'anno 2002, anche a causa dell'eliminazione del *ticket* nel 2001 (L. n. 388/2000), viene fis-

sato che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per l'assistenza farmaceutica territoriale sia non superiore (a livello nazionale e in ogni singola Regione) del 13% della spesa sanitaria complessiva.

Nell'ultimo triennio, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha provveduto ad emanare provvedimenti volti a completare il recupero dello sfondamento della spesa farmaceutica avvenuto nel 2005, e a contenere la spesa dell'anno 2006; in particolare, la Determinazione AIFA n. 26 del 27 settembre 2006, in vigore dal 1° ottobre 2006, ha applicato una ulteriore riduzione del 5% sul prezzo al pubblico comprensivo di IVA di tutti i farmaci rimborsabili dal SSN (classe A), successivamente esteso per tutto il 2007 con la legge finanziaria 2007 (L. n. 296/2006). Si sono quindi consumati una serie di interventi di tagli dei prezzi rivolti in prima battuta a classi selezionate di farmaci e poi generalizzati verso tutte le classi rimborsate dal SSN che, concepiti inizialmente come tagli temporanei, di fatto sono diventati permanenti. Una delle principali 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 settembre 2006 a fronte del versamento alle Regioni degli importi individuati da apposite tabelle di equivalenza degli effetti economico-finanziari per il SSN generabili dalla riduzione del 5% (meccanismo del *Pay Back*, prorogato sino al 31 Dicembre 2008).

La L. n. 222/2007 ha poi 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 in classe A ai fini della rimborsabilità, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, non potrà superare (a livello nazionale ed in ogni singola Regione) il tetto del 14 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, mantenendo al 16% l'onere complessivo.

5.2 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%² nel 2007 al 14%³ nel 2008). In particolare, le principali manovre sono state 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.

5.2.1 Ticket farmaceutico

Il *ticket* farmaceutico è attualmente (settembre 2008) applicato in dieci Regioni Italiane (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Lazio, Molise, Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia) e nella Provincia Autonoma di Bolzano (figura 5.2). Di recente è stato introdotto in Campania

² L. n. 405/2001

³ L. n. 222/2007

(1° gennaio 2007), ponendolo a € 1,50 a confezione con un massimo di € 3 a ricetta, in Abruzzo (1° gennaio 2007) dove è di € 0,50 a confezione con un massimo di € 1 a ricetta e nel Lazio (17° settembre 2008) con un minimo di € 1 a confezione ad un massimo di € 3,50; ulteriori modifiche hanno riguardato: la variazione di ticket in Sicilia (4° aprile 2007) da € 2 a confezione fino ad un massimo di € 4,50 (prima da € 0,50 a € 2 a confezione), e le variazioni nel regime di nuove esenzioni in Piemonte (gennaio 2008). Nelle Regioni dove non si applicano ticket i cittadini pagano comunque l'eventuale differenza tra prezzo di riferimento e prezzo della specialità medicinale più costosa. L'incidenza sulla spesa farmaceutica netta delle Regioni che hanno applicato il ticket nel 2007 è del 6,1% contro l'1,7% delle Regioni che non hanno applicato il ticket (differenza tra prezzo di riferimento e prezzo della specialità medicinale più costosa).

Figura 5.2 - L'applicazione dei ticket nelle Regioni Italiane



5.2.2 Distribuzione diretta e per conto

Anche per quanto riguarda la distribuzione le Regioni hanno assunto diverse determinazioni. L'art. 8, comma 1, lettera a, b e c della L. n. 405/2001 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 nel PHT (Prontuario Ospedale Territorio⁴) 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 ottobre 2004 ha introdotto il PHT quale strumento per garantire la continuità assistenziale, individuando la lista dei principi attivi che possono essere oggetto di forme alternative di distribuzione in base a condizioni di compatibilità con la distribuzione diretta.

Per distribuzione diretta si intende la dispensazione di farmaci ai pazienti, per il consumo al proprio domicilio, effettuate attraverso le strutture sanitarie. Rientrano nella distribuzione diretta le prestazioni farmaceutiche erogate:

- alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo;
- ai pazienti cronici e/o soggetti a piani terapeutici;
- ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale.

La distribuzione per conto è una forma di distribuzione diretta da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende sanitarie locali rivolta ai soli pazienti residenti del territorio di competenza attraverso specifici accordi. Questi tipi di distribuzione consentono di realizzare un risparmio per il SSR attraverso la distribuzione territoriale di confezioni ospedaliere e di garantire ai pazienti che necessitano di controlli ricorrenti di usufruire di una distribuzione capillare sul territorio.

Tutte le Regioni utilizzano questi meccanismi alternativi di distribuzione ad eccezione dell'Abruzzo e della Calabria, le quali non hanno stipulato accordi per la distribuzione per conto e realizzano solo la distribuzione diretta (tabella 5.3).

⁴ 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).

Tabella 5.3 - Distribuzione Diretta e per conto attivazione

Regioni	Distribuzione diretta	Distribuzione per conto
Abruzzo	SI	NO
Basilicata	SI	SI
Calabria	SI	NO
Campania	SI	SI
Emilia Romagna	SI	SI
Friuli V. G.	SI	SI
Lazio	SI	SI
Liguria	SI	SI
Lombardia	SI	SI
Marche	SI	SI
Molise	SI	SI
Piemonte	SI	SI
Puglia	SI	SI
Sardegna	SI	SI
Sicilia	SI	SI
Toscana	SI	SI
Umbria	SI	SI
Valle d'Aosta	SI	SI
Veneto	SI	SI
P. A. Trento	SI	SI
P. A. Bolzano	SI	SI

Fonte: elaborazione Sanidata su BUR regionali

5.2.3 Limiti prescrittivi

Un altro metodo di governo della spesa farmaceutica adottato dalle Regioni è quello di porre dei limiti prescrittivi per alcune categorie di farmaci (tabella 5.4).

Sono previsti limiti prescrittivi, nel senso di non permettere la prescrizione di più di un pezzo a ricetta, in Abruzzo, Basilicata, Calabria, Lazio, Molise e Sicilia. In Abruzzo tale limitazione è prevista per i farmaci di cui alla nota 66 (F.A.N.S. selettivi e COXIB esclusi equivalenti), per gli antibiotici orali la cui confezione sia sufficiente a coprire sei giorni di terapia e per i F.A.N.S. per via iniettiva. In Basilicata ed in Calabria 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).

5.2.3.1 Limiti prescrittivi degli inibitori di pompa

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

Tabella 5.4 - Alcune limitazioni di prescrivibilità dei Farmaci a carico del SSN

Regione	Limiti prescrittivi
Abruzzo	1 conf. per ricetta per i 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
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	1 conf. per ricetta (esclusi antibiotici monodose, farmaci per fleboclisi, interferoni per epatite cronica max 2 confezioni nel caso in cui il numero delle dosi non consenta la terapia di 30gg)
Lazio	1 conf. per ricetta (statine C10AA + Ezetimibe- Sinvastatina C10BA02)
Liguria	max 6 conf./ricetta stupefacenti per la terapia del dolore
Molise	1 confezione per ricetta STATINE C10AA
Piemonte	Max 6 conf. per ricetta per codeina + paracetamolo (altre ricette con stessa data per coprire i 30 gg di terapia)
Sicilia	1 conf. per ricetta per i farmaci Inibitori della Pompa Protonica (ad eccezione degli equivalenti).
Veneto	max 6 pezzi per Antibiotici monodose e Medicinali somministrabili solo per fleboclisi ed Interferoni per soggetti affetti da epatite cronica

Fonte: elaborazione Sanidata su BUR regionali

"Inibitori della pompa acida"-PPI (tabella 5.5), la spesa per tale categoria di farmaci (seconda per spesa, dopo le statine) ha fatto registrare nel 2007, a livello nazionale, un calo di oltre il 14% rispetto al 2006.

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 e in Molise la spesa addebitabile a carico del SSR per i PPI è: € 5,76 per le confezioni a basso dosaggio e € 10,67 per quelle a dosaggio superiore.

Tabella 5.5 - Prezzi di riferimento Inibitori di pompa

Regione	Contenuti
Abruzzo	Indicazioni di prescrivere PPI €€ 0,90/DDD.
Calabria	La spesa addebitabile a carico del SSR per PPI € €0,90/DDD
Campania	La spesa addebitabile a carico del SSR per PPI €€0,90/DDD
Lazio	Prezzo di riferimento Lansoprazolo
Liguria	La spesa addebitabile a carico del SSR è rappresentata dal costo del medicinale generico
Molise	La spesa addebitabile a carico del SSR per i PPI è: € 5,76 per le confezioni a basso dosaggio e € 10,67 per quelle a dosaggio superiore
Puglia	Prescrizione di Misoprostolo o la spesa addebitata a carico del SSR per PPI €€ 0,90 /DDD
Sardigna	La spesa addebitabile a carico del SSR per i PPI è €€ 0,76/DDD.
Sicilia	La spesa addebitabile a carico del SSR per i PPI è €€0,90

Fonte: elaborazione Sanidata su BUR regionali

5.2.3.2 Quota minima di farmaci equivalenti

Le Regioni, al fine di incrementare l'appropriatezza prescrittiva delle Aziende sanitarie e degli Enti equiparati dovranno dall'esercizio 2008 dare applicazione alle 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 (tabella 5.6).

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 Liguria sulla base dell'analisi dei consumi si prevede di incrementare l'utilizzo dei farmaci generici per alcune categorie (Inibitori della HMG CoA Reduttasi, Antinfiammatori oxicam derivati, eparine, antagonisti dei ricettori alfa adrenergici, altri antidepressivi). L'obiettivo è giungere almeno ad una quota, definita in termini di unità posologica erogata, pari a quella più alta fra tutte le Aziende sanitarie registrata nel 2007, incrementata almeno del 50%. Vengono stabiliti gli indicatori in termini di percentuale, per singola classe, di unità posologiche da erogare di farmaci generici o nel caso degli inibitori selettivi della serotonina, macrolidi e gli ACE inibitori non associati di farmaci che abbiano adottato lo stesso prezzo.

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.

Tabella 5.6 - Quote generici garantite

Regione	Titolo	Commenti
Basilicata	Obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata Anno 2008 2009	<p>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</p> <p>ATC C09AA: Inibitori della HMG Reduttasi: Prescrizione dei farmaci a base di principi attivi generici €25%</p>
Liguria	Anno 2008. Assegnazione delle risorse finanziarie alle Aziende sanitarie ed agli Enti equiparati. Direttive ed obiettivi.	<p>Incremento del 50% rispetto alla percentuale di consumo più alta fra tutte le ASL della regione registrata nel 2007, per le seguenti categorie terapeutiche:</p> <p>ATC C10AA Inibitori della HMG CoA Reduttasi</p> <p>ATC M01AC Antinfiammatori oxicam derivati</p> <p>ATC B01AB Eparine</p> <p>ATC G04CA antagonisti dei ricettorialfa adrenergici</p> <p>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</p> <p>ATC N06AB Inibitori selettivi della serotonina 90%</p> <p>ATC J01FA Macrolidi 80%</p> <p>ATC C09AA Ace inibitori non associati 95%</p> <p>ATC C09BA Ace inibitori+Diuretico 65%</p> <p>ATC J01DC Cefalosporine II Generazione 95%</p> <p>ATC C08CA Ca-Antagonisti derivati Diidropirimidinici 80%</p>
Marche	Assistenza Farmaceutica anno 2007 Atto di indirizzo per le Aziende sanitarie e l'INRCA	<p>ATC A02BC Inibitori di pompa protonica: Farmaci equivalenti €50% sul tot delle unità posologiche della medesima classe ATC da incrementare nel 2008/2009.</p> <p>ATC C08CA derivati diidropiridinici: Farmaci equivalenti €30% delle unità posologiche della medesima classe ATC</p> <p>ATC C09C C09D Sostanze ad azione sul sistema renina angiotensiva: Farmaci equivalenti € 20 % sul totale delle confezioni della medesima classe ATC</p> <p>ATC C09AA ACE inibitori non associati: Farmaci equivalenti €40% delle unità posologiche della medesima classe ATC</p> <p>ATC C10AA Inibitori dell'HMG CoA Reduttasi : Farmaci equivalenti €50% delle unità posologiche della classe ATC da incrementare nel 2008/2009</p> <p>ATC G04CA Antagonisti dei ricettori alfa adrenergici: Farmaci equivalenti € 85% sul totale delle unità posologiche della medesima classe ATC</p> <p>ATC N06AB Inibitori selettivi della serotonina : Farmaci equivalenti €90% sul totale delle unità posologiche della medesima classe ATC</p> <p>ATC N06AX Altri antidepressivi: Farmaci equivalenti €15% sul totale delle unità posologiche della medesima classe ATC</p>

SEQUE

SEGUE - Quote generici garantite

Sicilia	Misure per il risanamento del sistema sanitario regionale. Interventi in materia di assistenza farmaceutica convenzionata.	<p>ATC A02BC 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.</p> <p>ATC C09AA Ace inibitori non associati: farmaci equivalenti € 40% totale confezioni erogate della medesima classe ATC</p> <p>ATC C10AA Inibitori dell'HMG C0A Reduttasi: Farmaci equivalenti €50% totale confezioni erogate della medesima classe ATC</p> <p>ATC G04CA Antagonisti dei ricettori alfa adrenergici: Farmaci equivalenti € 70% totale confezioni erogate della medesima classe</p> <p>ATC N06AB Inibitori selettivi della serotonina: Farmaci equivalenti € 60% per il 2007 e 70% per il 2008 totale confezioni erogate classe ATC</p> <p>ATC N06AX Altri antidepressivi: Farmaci equivalenti € 15% totale confezioni erogate della medesima classe ATC</p>
Toscana	Assistenza farmaceutica 2007	<p>ATC A02BC Inibitori della pompa protonica: Farmaci equivalenti €70% totale unità posologiche della classe</p> <p>ATC C08CA Derivati diidropiridinici: Farmaci equivalenti € 30% totale unità posologiche della classe ATC</p> <p>ATC C09AA ACE Inibitori non associati: Farmaci equivalenti €40% totale unità posologiche classe C09AA</p> <p>ATC C10AA ACE inibitori della HMG Reduttasi: Farmaci equivalenti €60% totale unità posologiche classe C10AA</p> <p>ATC G04CA Antagonisti dei ricettori alfa adrenergici: Farmaci equivalenti € 85% totale unità posologiche classe G04CA</p> <p>ATC N06AB Inibitori selettivi della serotonina- ricaptazione: Farmaci equivalenti €90% totale unità posologiche classe</p> <p>ATC N06AX altri anti-depressivi: Farmaci equivalenti €15% totale unità posologiche della medesima classe ATC</p>

Fonte: elaborazione Sanidata su BUR regionali

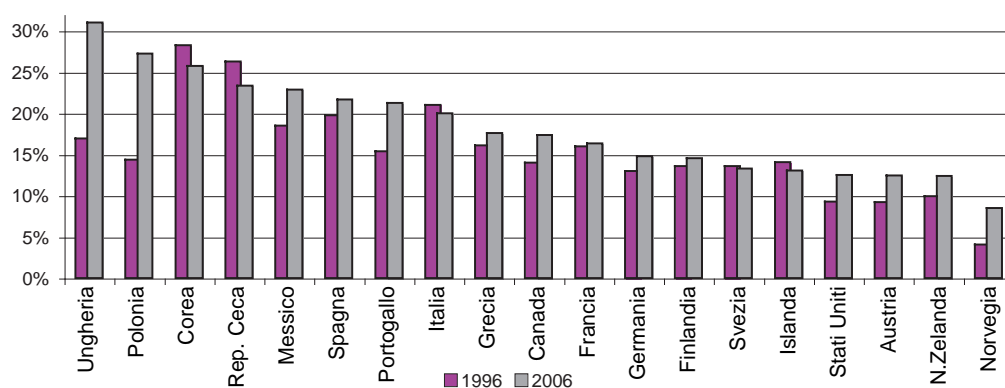
5.3 L'evoluzione della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica rappresenta una quota rilevante della spesa per l'assistenza sanitaria (figura 5.3) in tutto il mondo, in media nei Paesi OECD (2006), si attesta al 18,2% del totale spesa sanitaria (dati OECD); dal 1996 è cresciuta in media annua del 0,3% con un incremento totale nel periodo del 4%. L'Italia si colloca al di sopra della media (considerando quei Paesi⁵ di cui è disponibile il dato) con un'incidenza della spesa totale farmaceutica sul totale spesa sanitaria del 20% (-1,1% rispetto al 1996, in controtendenza con la media dei Paesi OECD); l'Ungheria è la nazione dell'OECD con una maggior incidenza 31% e la Norvegia la Nazione

⁵ Ungheria, Polonia, Corea, Repubblica Ceca, Messico, Spagna, Portogallo, Italia, Grecia, Canada, Francia, Germania, Finlandia, Svezia, Islanda, Stati Uniti, Austria, Nuova Zelanda, Norvegia.

con l'incidenza più bassa 8,5%. La variabilità dei livelli di spesa farmaceutica, tra i Paesi OECD, è riconducibile ad una variabilità in termini di prezzo, volumi prescrittivi e di consumi, ma anche dalla struttura della spesa sanitaria.

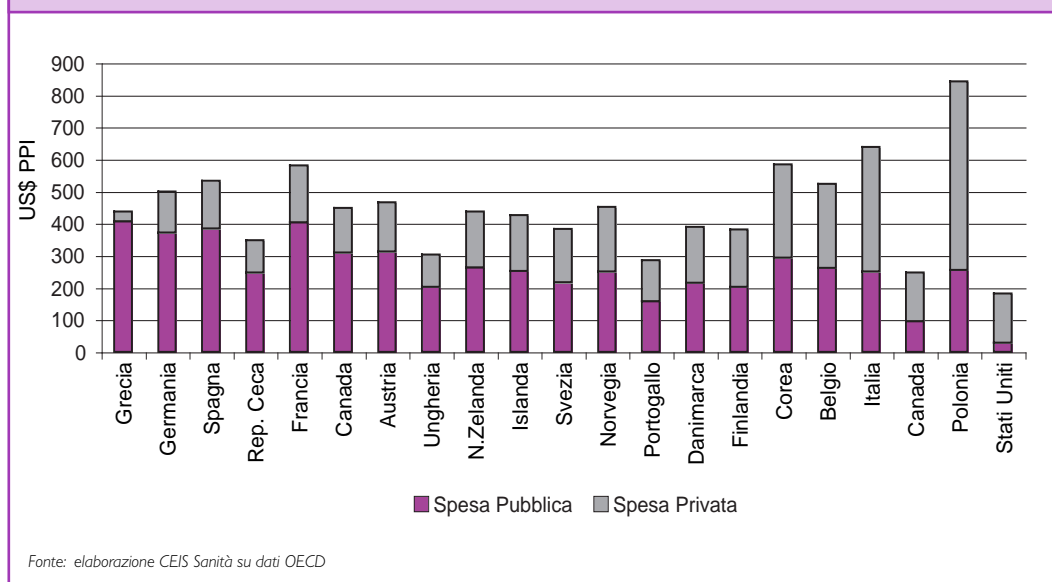
**Figura 5.3 - Incidenza della Spesa farmaceutica totale sulla spesa sanitaria totale nei Paesi OECD
Valori Percentuali - Anni 1996-2006**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD

Un confronto più significativo si ottiene utilizzando la spesa pro-capite: si osserva come l'Italia nel 2006 si trovi al sesto posto, all'interno dell'area OECD, con una spesa pro-capite di US\$ 524 (considerando quei Paesi di cui è disponibile il dato) (figura 5.4). Precedono l'Italia per spesa pro-capite farmaceutica gli Stati Uniti (US\$843), Canada (US\$ 639), Belgio (US\$ 584), Francia (US\$ 581), Spagna (US\$ 533). Analizzando separatamente la spesa farmaceutica pro-capite pubblica e privata si osserva come l'Italia abbia tra i Paesi Europei la seconda quota di pro-capite privata (50%) sul totale (preceduta solo dalla Polonia con 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 (85%), seguono gli Stati Uniti (70%) e il Canada (61%).

Figura 5.4 - Spesa pro-capite farmaceutica totale nei paesi OECD
US \$ in Parità Potere di Acquisto Anno 2006



5.4 Spesa farmaceutica nazionale e regionale

Nel 2007 la spesa farmaceutica territoriale complessiva⁶ (figura 5.5), sia pubblica che privata, si è attestata a € 18.760 mln.⁷, facendo registrare una diminuzione del 2,6% rispetto all'anno precedente (€ 19.254 mln.), determinata da un aumento della spesa privata di circa il 4% (in controtendenza con l'anno precedente, attestandosi su valori simili al 2005) e da una diminuzione della spesa pubblica pari al 5,4% (la più consistente dal 1996). L'aumento della spesa privata, se pur consistente (€ 0,23 mln.), non ha compensato la diminuzione della spesa pubblica (€ 0,73 mln.). La voce che maggiormente ha contribuito all'aumento della spesa privata è la Classe A privato (+25%), ovvero, i farmaci di Classe A acquistati direttamente dal cittadino, seguono l'automedicazione (SOP e OTC) +1,9% e la Classe C con ricetta +0,9.

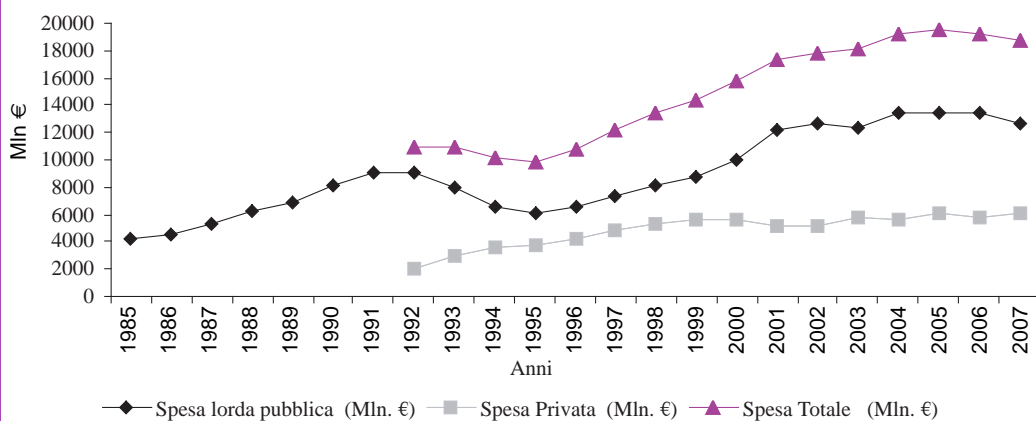
A fronte di una diminuzione della spesa farmaceutica complessiva, cresce il mercato dei farmaci equivalenti⁸, che ha raggiunto il 20,3% della spesa farmaceutica a carico del SSN (+48,18% rispetto al 2006) e il 30,7% delle quantità consumate (+21,34% rispetto al 2006), anche se ancora è scarso l'utilizzo dei farmaci *unbranded* (figura 5.6). Nella maggior parte delle Regioni (con esclusione della Valle d'Aosta e del Trentino Alto Adige) più del 70% della spesa

⁶ La spesa farmaceutica territoriale comprende la spesa convenzionata (farmacia) e la spesa in distribuzione diretta.

⁷ OSMED, (2008), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2007*, Roma, giugno 2008.

⁸ 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 5.5 - Spesa farmaceutica territoriale in Italia
Milioni di euro - Anni 1985-2007

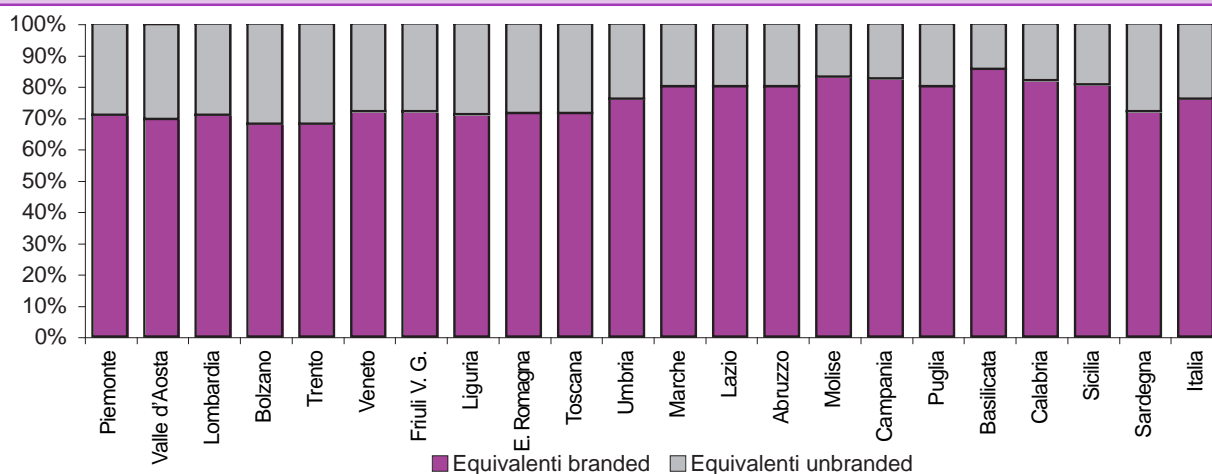


Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OSMED

netta 2007 per farmaci equivalenti di classe A è composta da farmaci *branded*.

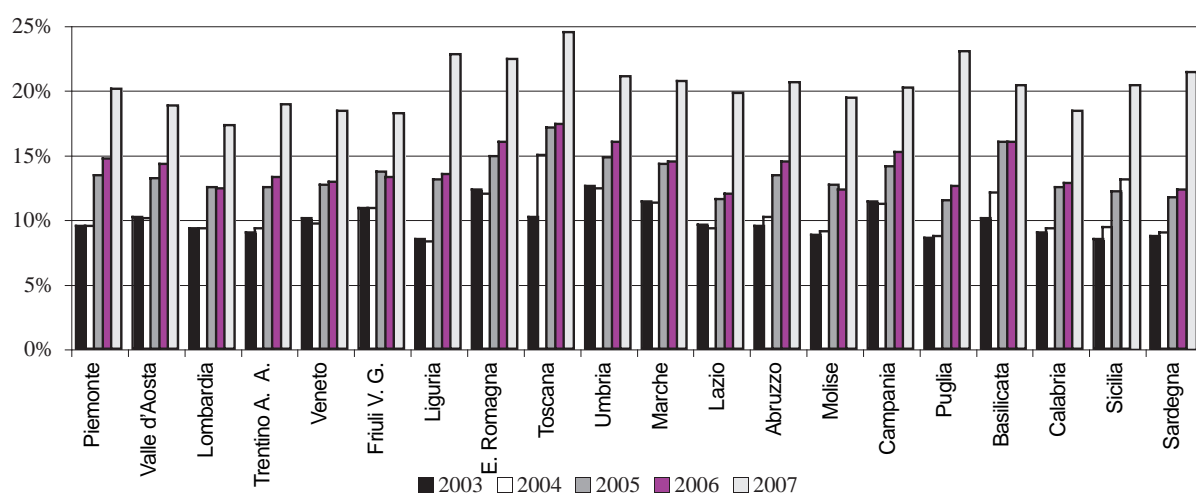
In media nazionale, nel 2007 l'incidenza dei farmaci equivalenti sulla spesa netta rispetto al 2006 ha avuto un incremento del 45,8%. La Toscana (24,5%), la Puglia (23,0%), la Liguria (22,8%) e l'Emilia Romagna (22,4) sono le Regioni che presentano una maggior spesa per farmaci equivalenti sulla spesa netta, la Lombardia (17,3%), il Friuli Venezia Giulia (18,2%), la Calabria (18,4%) e il Veneto (18,4%) sono quelle con incidenza per spesa netta per farmaci

Figura 5.6 - Spesa per farmaci equivalenti sulla spesa netta per quota *branded* e *unbranded*
Valori percentuali - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OSMED

**Figura 5.7 - Spesa Regionale per farmaci equivalenti sulla spesa netta
Valori percentuali - Anni 2003-2007**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OSMED

equivalente minore.

I dati di spesa farmaceutica territoriale relativi ai primi 5 mesi del 2008 evidenziano una continuità nella diminuzione, anche se più contenuta, della spesa (-1,3%), rispetto allo stesso periodo del 2007, che indirizza la spesa farmaceutica territoriale nazionale 2008 a rimanere al di sotto del tetto di spesa programmato. Tale decremento, come nell'anno precedente, non deriva dalla diminuzione del numero delle ricette, che nello stesso periodo subiscono un rialzo del 6,2%, ma dalla riduzione della spesa media per ricetta determinata dagli interventi sui prezzi dei medicinali varati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (taglio selettivo dei prezzi dei farmaci a maggior impatto sulla spesa, in vigore dal 15 luglio 2006, e ulteriore taglio generalizzato del 5% dei prezzi di tutti i medicinali, in vigore dal 1° ottobre 2006⁹), supportati dagli interventi di contenimento varati dalle singole Regioni e dallo scadere di un numero considerevole di brevetti tra il 2007 e il 2008 (tabella 5.7).

Nel 2007 la spesa farmaceutica netta territoriale del SSN ha rappresentato l'11,8% della spesa

⁹ Determina Aifa 27 settembre 2006 pubblicata sulla G.U. del 29 Settembre 2006.

**Tabella 5.7 - Calendario delle principali scadenze brevettuali
Anni 2007-2008**

Molecola	mese	anno
Flurithromycin	1	2007
Amtolmetin guacil	2	2007
Flumazenil	2	2007
Rimexolone	2	2007
Trandolapril	2	2007
Tropisetron	2	2007
Bisoprolol	3	2007
Ciprofloxacina	3	2007
Alendronic acid	4	2007
Cetirizine	4	2007
Simvastatin	4	2007
Doxazosin	5	2007
Fluconazole	5	2007
Octreotide	5	2007
Quinapril	5	2007
Piperacillin	7	2007
Lisinopril	8	2007
Loratadine	9	2007
Fluvoxamine	11	2007
Leuprorelin	11	2007
Amlodipine	12	2007
Cefixime	12	2007
Clarithromycin	12	2007
Enalapril maleato + idroclor	12	2007
Ganciclovir	12	2007
Omeprazole	12	2007
Pravastatin	12	2007
Ramipril	12	2007
Risperidone	12	2007
Salbutamol	12	2007
Zolpidem	12	2007
Parnaparin	1	2008
Manidipine	4	2008
Cefuroxamine axetil	5	2008
Toremifene	5	2008
Bicalutamine	7	2008
Cefepime	7	2008
Fluvastatin	8	2008
Cefprozil	9	2008
Ondansetron	11	2008
Ropinirole	11	2008
Cilazapril	12	2008
Felodipine	12	2008
Lacidipine	12	2008
Lomefloxacin	12	2008
Mefloquine	12	2008
Roxatidine	12	2008
Sumatriptan	12	2008
Venlafaxine	12	2008

Fonte: IMS Health

regionale, mantenendo una elevata variabilità tra le Regioni: le Regioni e Province Autonome del Nord presentano tutte una spesa al di sotto del tetto del 13% (dall'8,7 della Provincia Autonoma di Bolzano all'11,5 della Regione Liguria), anche quelle del Centro si trovano al di sotto del tetto del 13% ad eccezione del Lazio che presenta la spesa più alta d'Italia con il 14,9%; le Regioni del Sud che superano il tetto sono la Calabria (14,5%) e la Sicilia (14,5%). Il consumo farmaceutico totale (tabella 5.8), comprensivo della prescrizione territoriale e di quella erogata attraverso le strutture pubbliche (ospedali, ASL, IRCSS), ha superato i 30 mln. di dosi (DDD), di cui il 70% a carico del Servizio Sanitario Nazionale (circa 525 dosi per abitante), 1,719 mld. le confezioni consumate complessivamente (un aumento del 2,6% rispetto al 2006), e 29 confezioni di farmaci acquistate da ogni cittadino (stesso dato del 2006), 17 delle quali rimborsate dal SSN.

Il consumo farmaceutico di classe A-SSN è aumentato di quasi il 3% rispetto al 2006, ogni mille abitanti sono state prescritte 881 dosi di farmaco al giorno a fronte delle 857 registrate nel 2006 (un aumento del 51,7% se paragonato al 2000).

La Regione con il consumo più elevato (classe A-SSN) è il Lazio con 1.020 DDD/1000 ab die

Tabella 5.8 - Composizione del consumo farmaceutico. Italia - Anno 2007

Classe terapeutica	DDD*	%	Confezioni 2007 (mln.)	Confezioni 2006 (mln.)	Δ % 06/07
Classe A-SSN	19.004	61,4	977	953	2,5
Classe A privato	1.705	5,5	129	113	14
Classe C con ricetta	4.085	13,2	297	299	-0,6
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	3.529	11,4	316	311	1,7
Automedicazione (esercizi commerciali)	106	0,3			
Strutture pubbliche	2.534	8,2			
Totale	30.962	100	1.719	1.675	2,6

* Milioni di giornate di terapia

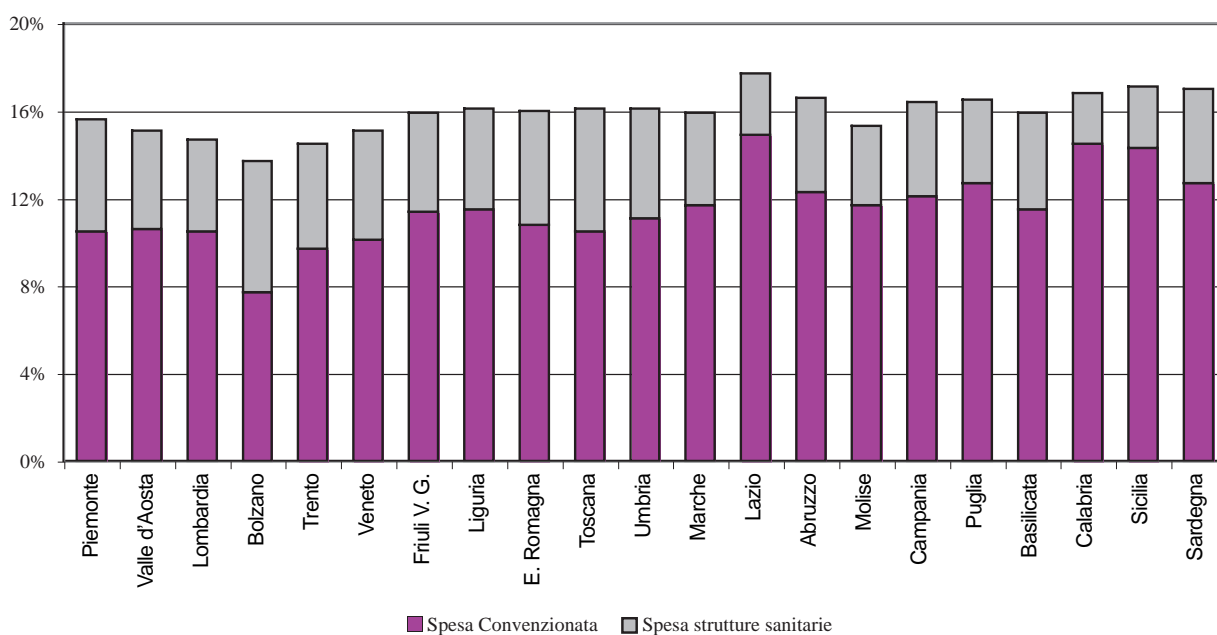
Fonte: Rapporto OsMed 2007

(nella quale si registra però una flessione dello 0,9% rispetto al 2006) seguita da Sicilia e Calabria nelle quali si registrano rispettivamente 999 e 997 dosi ogni mille abitanti, le Province Autonome di Bolzano e Trento presentano il consumo più basso.

In definitiva la spesa farmaceutica pubblica (somma della spesa convenzionata farmaceutica del SSN e della spesa farmaceutica erogata attraverso le strutture sanitarie) rappresenta il 16,0% della spesa sanitaria complessiva. Ma mentre il limite del 13% è stato sostanzialmente rispettato (tranne per il Lazio, la Calabria e la Sicilia), il limite del 16% (13% di spesa convenzionata + 3% di spesa delle strutture sanitarie) è stato superato da 10 Regioni: Lazio 17,7%, Sicilia 17,1%, Sardegna 17,0%, Calabria 16,8%, Abruzzo 16,6%, Puglia 16,5%, Campania

16,4%, Umbria, Toscana, Liguria 16,1%. In media, in Italia la spesa delle strutture sanitarie sul totale fondo della spesa sanitaria è stata del 4,3% (+1,3% di quella prevista) (figura 5.8). La spesa farmaceutica pro-capite territoriale pesata (figura 5.9) conferma che le Regioni che

Figura 5.8 - Spesa farmaceutica netta su FSR
Valori Percentuali - Anno 2007

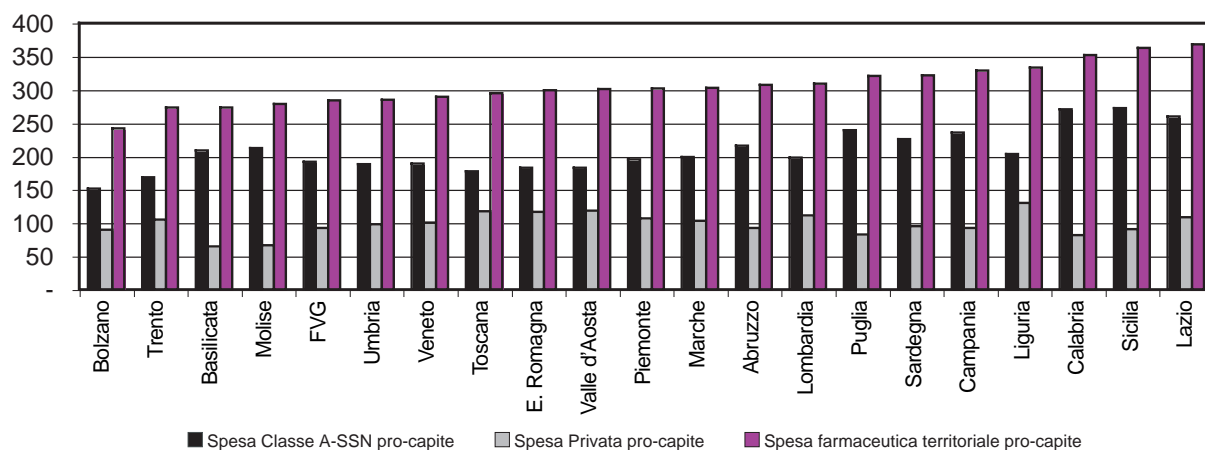


Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Federfarma e AIFA

Nota: i dati sono al netto del payback versato dalle aziende

hanno superato il tetto del 13% presentano una spesa pro-capite maggiore rispetto alle altre (Lazio € 367,90, Sicilia € 362,80, Calabria € 351,80). Mentre il Lazio presenta anche una spesa privata pro-capite elevata (€ 109,00; la sesta dopo la Liguria € 130,20, la Valle d'Aosta € 117,90, la Toscana € 116,80, l'Emilia Romagna € 116,20 e la Lombardia € 111,40) la Sicilia con € 90,50 e la Calabria con € 81,30 di spesa privata pro-capite sono al di sotto della media nazionale (€ 98,04).

Figura 5.9 - Spesa farmaceutica pro-capite territoriale pesata
Valori in euro - Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Federfarma e AIFA

Nota: i dati sono al netto del payback versato dalle aziende

Riferimenti bibliografici

- AIFA (2008), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2008.
- AssoGenerici (2007), Medicinali Equivalenti e Medicinali di Marca 2007.
- Polistena B., Ratti M., Spandonaro F. (2006), Politiche e determinanti della spesa farmaceutica in Italia, Rapporto CEIS Sanità 2007.
- Farmindustria (2008), Indicatori Farmaceutici, giugno 2008.
- Federfarma (2007), La spesa farmaceutica SSN, dati gennaio-dicembre 2007.
- Federfarma (2008), La spesa farmaceutica SSN. Dati di spesa farmaceutica gennaio-maggio 2008.
- OECD (2008).
- OSMED (2008), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2007, Roma, giugno 2008.

The background of the slide features a light purple gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people of various ages holding hands in a circle, suggesting a community or support group.

Capitolo 6

Il sistema di assistenza specialistica

6 - Il sistema di assistenza specialistica¹

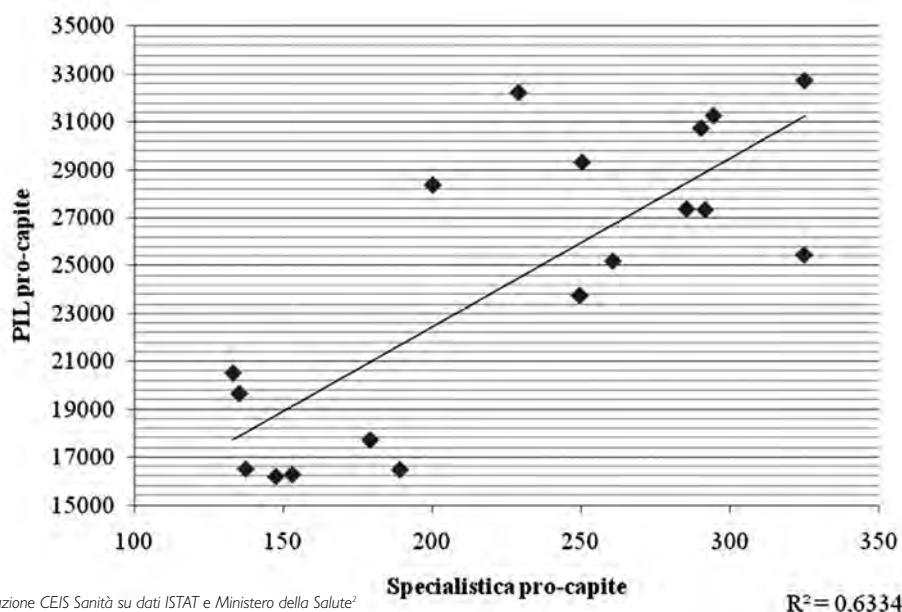
L'assistenza specialistica ambulatoriale riveste una importanza fondamentale all'interno del Sistema Sanitario italiano: tra la spesa convenzionata è seconda alla sola assistenza farmaceutica ed è certamente il tipo di assistenza più utilizzata con la peculiarità, peraltro, di svolgere prestazioni di diversa natura e complessità.

L'assistenza specialistica ambulatoriale comprende, in base alla classificazione dei livelli di assistenza individuata dal DPCM del 29 Novembre 2001 prestazioni terapeutiche e riabilitative, diagnostica strumentale e di laboratorio.

Il presente contributo si propone di analizzare l'assistenza specialistica ambulatoriale da un punto di vista economico-finanziario, delle quantità di prestazioni erogate e, infine, dell'allocazione regionale delle stesse.

Dall'analisi dell'assistenza specialistica ambulatoriale, a cui rimandiamo ai successivi paragrafi, emergono i seguenti elementi degni di nota:

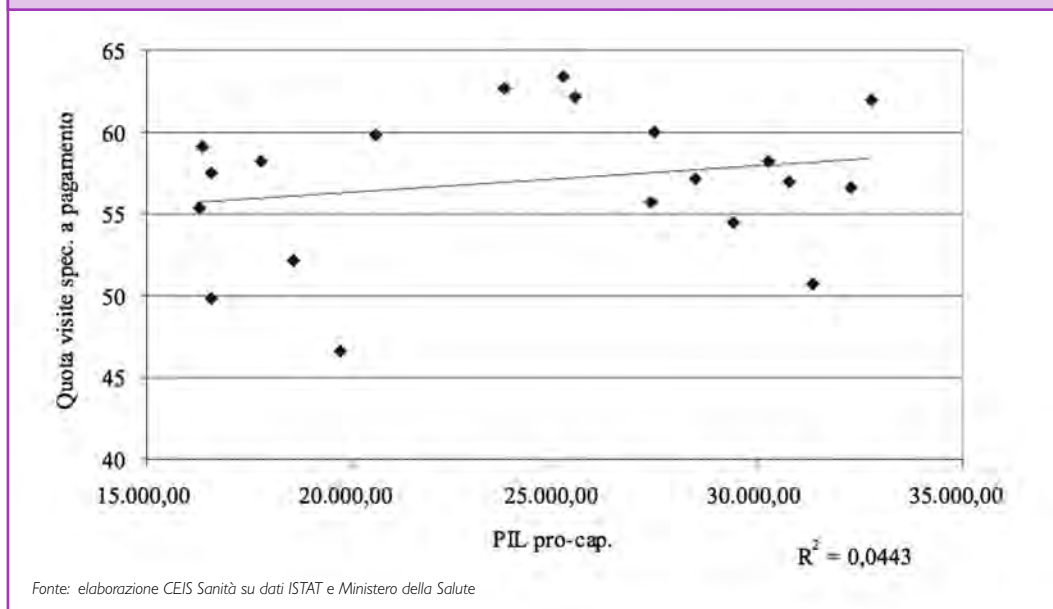
Figura 6.1 - Correlazione tra spesa specialistica totale pro-capite e PIL pro-capite
Valori in euro - Anno 2006



¹ Polistena B. (dal paragrafo 6.1 al paragrafo 6.8); Alato C., Polistena B. (paragrafo 6.8), CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

² Oggi Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Per brevità verrà usata la dicitura Ministero della Salute.

Figura 6.2 - Quota di visite totalmente a pagamento e PIL pro-capite
Valori in euro - Anno 2006



1. È presente una evidente correlazione tra spesa specialistica totale pro-capite e PIL pro-capite (*proxy* anche del titolo di studio).
2. Si noti però che non si riscontra una correlazione tra la quota di visite totalmente a pagamento e PIL pro-capite ad indicare che non il reddito, bensì presumibilmente liste di attesa o la qualità delle prestazioni e dei servizi a spingere all'utilizzo di prestazioni specialistiche private.
3. La spesa sanitaria specialistica totale si stima compresa fra i € 11,5 e 12,0 mld., imputabile per il 70,0% circa, come dimostrato anche dal dato OECD, alle strutture pubbliche e per il restante 30,0% a quelle private accreditate, nonostante queste ultime costituiscano circa la metà delle strutture totali. Valle d'Aosta e Liguria si stima spendano oltre € 300,00 pro-capite di specialistica pubblica e privata; ultime in graduatoria Sicilia, Sardegna e Abruzzo con una spesa pro-capite inferiore a € 140,00, valore inferiore di oltre la metà rispetto alle Regioni con valori di spesa pro-capite massimi.

**Tabella 6.1 - Spesa specialistica totale pro-capite
Anno 2006**

Regioni	Valori in euro
Italia	204,5
Valle d' Aosta	325,1
Liguria	324,9
Trentino A. A.	294,5
Piemonte	291,7
Emilia Romagna	290,3
Toscana	285,4
Marche	260,6
Veneto	250,3
Umbria	249,5
Lombardia	228,9
Friuli V. G.	200,1
Puglia	189,1
Basilicata	179,1
Campania	152,9
Calabria	147,4
Sicilia	137,3
Sardegna	135,1
Abruzzo	133,0
Lazio	n.d
Molise	n.d

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

4. Regredendo la spesa specialistica totale pro-capite per il PIL pro-capite, la quota di spesa specialistica privata su spesa specialistica totale e la degenza media, emerge che l'unica variabile che influenza significativamente la spesa specialistica (tra quelle analizzate) è il PIL pro-capite. In altri termini le Regioni con più accreditata spendono meno in specialistica totale ma questo sembra dipendere dal minore reddito (interpretabile eventualmente come una proxy del livello di istruzione) e non dalla tipologia di erogatore.
5. Solo Lombardia, Sicilia, Sardegna, Lazio e Friuli Venezia Giulia hanno un *ticket* sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale differente dalle altre Regioni. Malgrado questa sostanziale omogeneità, questo non garantisce equità in quanto le Regioni adottano nomenclatori tariffari differenti e quindi l'incidenza sui pazienti è comunque diversa.

6.1 Spesa specialistica OECD

Secondo i dati OECD la spesa specialistica³ in Italia è pari al 2,7% del PIL nel 2006 in crescita dello 0,3% rispetto al 2001. La quota di spesa specialistica su PIL maggiore si osserva nel 2006

³ Il dato comprende le prestazioni effettuate dentro gli ospedali.

negli Stati Uniti (6,9%), seguita dal Portogallo (3,3%) che registra un valore pari alla metà di quello degli Stati Uniti e dalla Svezia (3,1%). I Paesi con una spesa specialistica su PIL minore sono invece Polonia, Repubblica Ceca e Ungheria (rispettivamente 1,2%, 1,6% e 1,7%). In Italia nel 2006 si spendono, tra spesa pubblica e privata, \$ 788, valore in crescita del 23,6%

**Tabella 6.2 - Spesa specialistica pubblica e privata pro-capite
Valori in dollari (PPP)**

Paesi	1990	1996	2001	2006
Australia	348	501	754	
Austria	432	620	744	895
Belgio	540	684		637
Canada	424	506	684	920
Corea	85	170	343	493
Danimarca	342	455	666	841
Finlandia	429	363	464	690
Francia	344	440	553	603
Germania	538	573	638	744
Giappone	493	490	665	
Grecia				
Irlanda				
Islanda	382	469	692	826
Italia	415	485	643	788
Lussemburgo		996	651	
Messico			134	249
Norvegia	286		583	830
Nuova Zelanda				599
Olanda	245	276	544	
Polonia				170
Portogallo			500	679
Regno Unito				
Repubblica Ceca		280	236	345
Slovacchia			123	
Spagna		494	648	759
Stati Uniti	1090	1625	2154	3011
Svezia		475	873	1084
Svizzera	541	742	960	
Turchia	104	134		
Ungheria			220	301

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data

rispetto al 2001 (4,2% medio annuo).

La spesa per prestazioni per abitante passa da \$ 3.011 negli Stati Uniti e \$ 1.084 dalla Svezia a \$ 170 della Polonia preceduta solo da Messico (\$ 249) e Ungheria (\$ 301): si evidenzia quindi una estrema variabilità tra i Paesi OECD.

La spesa specialistica pubblica e privata in Italia costituisce una quota rilevante della spesa sanitaria totale: 30,1% nel 2006 e 29,0% nel 2001. I Paesi in cui la percentuale di spesa ambulatoriale sul totale di spesa sanitaria è maggiore sono ancora gli Stati Uniti seguiti dalla Svezia. Le nazioni con una spesa per specialistica inferiore sul totale di spesa sanitaria sono la Francia e la Norvegia.

Tabella 6.3 - Quota di spesa specialistica pubblica e privata su spesa sanitaria totale. Valori percentuali

Paesi	1991	1996	2001	2006
Australia	29,00	29,30	31,50	
Austria	26,10	26,40	25,70	24,80
Belgio	39,10	35,60		18,30
Canada	24,60	24,60	25,00	25,00
Corea	28,60	29,70	37,90	33,30
Danimarca	23,80	23,00	26,40	25,10
Finlandia	32,00	24,10	24,20	25,90
Francia	23,70	21,50	21,40	17,50
Germania		23,90	22,70	22,10
Giappone	44,00	29,50	32,00	
Grecia				
Irlanda				
Islanda	23,60	23,70	24,30	24,70
Italia	30,00	30,10	29,00	30,10
Lussemburgo	49,90	50,00	23,80	
Messico			24,40	31,40
Norvegia			17,90	18,40
Nuova Zelanda				24,50
Olanda	17,20	14,80	21,30	
Polonia				18,70
Portogallo			31,90	32,00
Regno Unito				
Repubblica Ceca		30,50	21,80	23,10
Slovacchia			18,40	
Spagna		39,50	39,60	30,90
Stati Uniti	40,80	42,70	43,80	44,80
Svezia		25,50	34,80	33,90
Svizzera	25,90	26,80	27,70	
Turchia	64,90	62,30		
Ungheria			22,70	20,00

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data

Tabella 6.4 - Quota di spesa specialistica pubblica su spesa ambulatoriale totale. Valori percentuali

Paesi	1991	1996	2001	2006
Australia	60,40	60,20	71,40	
Austria	68,40	64,20	65,70	67,70
Belgio				61,40
Canada	69,40	64,20	62,60	62,60
Corea	36,90	39,50	53,90	52,10
Danimarca	73,50	74,20	78,80	78,40
Finlandia	78,30	74,30	72,80	73,80
Francia	66,10	69,20	68,60	64,50
Germania		77,60	74,90	69,40
Giappone	84,80	85,30	82,40	
Grecia				
Irlanda				
Islanda	63,70	52,90	59,90	62,60
Italia	78,90	68,50	70,90	74,90
Lussemburgo	88,10	87,70	84,50	
Messico			6,70	23,30
Norvegia			62,30	62,80
Nuova Zelanda				69,60
Olanda	54,70	48,70	58,20	
Polonia				57,20
Portogallo				
Regno Unito				
Repubblica Ceca		93,40	90,70	90,00
Slovacchia			85,50	
Spagna		63,30	62,40	56,90
Stati Uniti	34,50	39,30	40,50	41,10
Svezia		76,20	78,20	77,90
Svizzera		47,70	47,90	
Turchia				
Ungheria			48,50	53,00

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data

In generale la quota di spesa specialistica pubblica è, superiore a quella privata con l'esclusione di Messico e Stati Uniti.

In Italia il 74,9% della spesa specialistica nel 2006 è considerata pubblica dall'OECD.

6.2 Il Bisogno

L'indagine multiscopo condotta dall'ISTAT ci dice che nel 2005 sono state effettuate in media 1,9 visite per abitante. Il numero di visite effettuate è aumentato, tra il 2000 e il 2005, del 16,7% (pari a 4,5 mln. di prestazioni) e ha riguardato soprattutto gli ultra settantacinquenni (+36,7%).

Il numero di visite specialistiche è cresciuto, sempre tra il 2000 e il 2005, del 10,5% mentre quello di visite generiche del 20,5%. L'incremento complessivo delle visite si verifica, in oltre il 50% dei casi per ripetizione di ricette, in 917.000 casi per malattia e in 895.000 per controllo dello stato di salute. Tra le visite specialistiche sono più numerose le visite odontoiatriche (26,9%), seguite da quelle ortopediche (11,4%), oculistiche (10,8%) e cardiologiche (9,5%). L'incremento maggiore rispetto al 1999-2000 si registra per le visite urologiche (+35,4%), le cardiologiche (+34,3%), le geriatriche (+33,0%) e le dietologiche (+32,8%).

Marche e Umbria si distinguono per le quote più alte di visite a pagamento; le più basse percentuali si registrano invece in Sardegna e in Sicilia. È elevata la quota di famiglie di *status* sociale basso (46,8%) che si fanno interamente carico della spesa, e questo può far pensare alla difficoltà da parte del Sistema sanitario di dare risposte adeguate ai cittadini.

Tabella 6.5 - Visite specialistiche per tipo di visita⁴ - Anno 2005

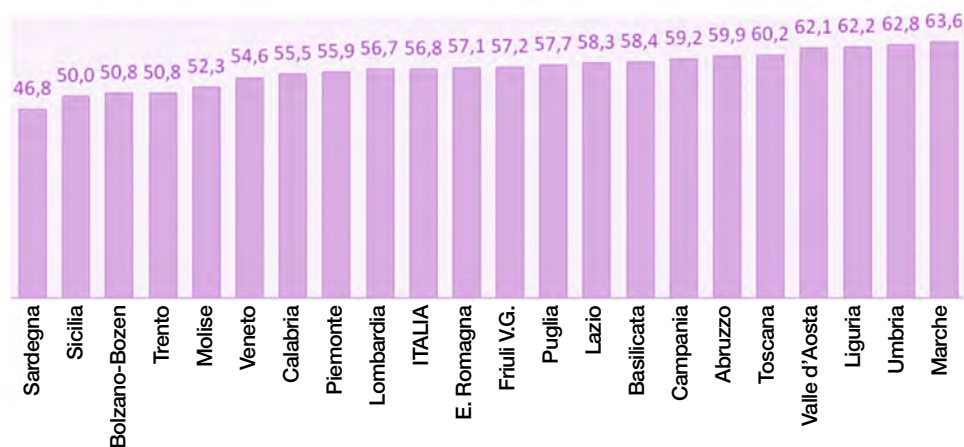
Tipo di visita specialistica	Composizione percentuale per tipo	Numero visite (migliaia)	Differenza % rispetto al 1999-2000	% a pagamento intero
Odontoiatrica	26,9	3.894	2,3	92,0
Ortopedica	11,4	1.653	16,7	45,8
Altra specialistica	11,0	1.590	14,9	37,6
Oculistica	10,8	1.566	3,6	50,7
Cardiologica	9,5	1.374	34,3	31,3
Ostetrico-ginecologica	8,1	1.166	3,5	64,5
Otorino-laringoiatra	4,3	619	-3,7	42,5
Neurologica	3,6	517	28,6	39,5
Urologica	3,5	501	35,4	31,1
Dermatologica	3,4	495	2,9	52,8
Gastro-enterologica	2,8	401	5,5	34,0
Psichiatrica, psicologica	2,0	295	18,5	32,2
Dietologica	1,8	255	32,8	57,1
Geriatrica	1,0	149	33,0	27,3
Totale	100	14.475	10,5	56,8

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Nelle quattro settimane precedenti la rilevazione sono stati effettuati 15,3 mln. di accertamenti al di fuori dei regimi di ricovero: 10,7 mln. sono gli accertamenti di laboratorio (18,4 per 100 abitanti) e 4,6 mln. gli esami specialistici (8 per 100 abitanti). Tali valori sono stabili rispetto al 2000 e mostrano un maggiore utilizzo da parte delle donne rispetto agli uomini. Il 21,0% degli accertamenti specialistici è a pagamento: Lazio, Puglia, Marche e Sicilia sono le Regioni nelle quali più frequentemente i controlli specialistici sono interamente a carico degli utenti.

⁴ Effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista.

**Figura 6.3 - Quota regionale di visite specialistiche a pagamento intero⁵
Valori percentuali - Anno 2005**



Fonte: ISTAT

Le persone di *status* sociale più elevato fanno più visite e accertamenti specialistici, mentre le persone con livello di istruzione più basso tendono, generalmente, a fare più visite generiche (41,2% contro il 18,1%), accertamenti di laboratorio (23,3% contro il 16,9%) e ricoveri (4,4% contro 2,3%)

Si ricorre a visite e ad accertamenti specialistici a pagamento soprattutto per la fiducia nel medico o nella struttura di riferimento (71,5% e 55,0% rispettivamente). Anche per il ricorso nelle strutture pubbliche la fiducia è il motivo prevalente (53% per visite e accertamenti specialistici).

In particolare la figura professionale verso la quale in Italia si ha maggiore fiducia è il medico di famiglia (64,3%), seguito subito dal medico specialista privato (32,1%) e dal medico ospedaliero (13,3%).

6.3 Prestazioni

In Italia sono state erogate nel 2006 circa 1,3 mld. di prestazioni specialistiche di laboratorio, diagnostica, medicina fisica e riabilitativa e altre prestazioni cliniche (erano 1,1 mld. nel 2005 con un incremento del 12,91%).

⁵ Effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista.

Tabella 6.6 - Prestazioni per tipologia - Anno 2006

Regioni	Totale	Analisi chim. clin., microbiol etc	Diagnostica per immagini Radiol. diagnostica	Diagnostica per immagini Medicina nucleare	Diagnostica	Med. fisica	Altre prestazioni
Italia	1.287.330.978	984.221.641	57.416.347	3.009.191	60.425.538	82.592.963	160.090.836
Piemonte	91.732.841	68.994.181	4.374.008	132.769	4.506.777	6.694.530	11.537.353
Valle d'Aosta	2.789.465	2.129.155	130.830	2.683	133.513	126.939	399.858
Lombardia	218.117.101	167.581.743	9.799.033	306.765	10.105.798	13.020.689	27.408.871
P. A. Bolzano	9.743.325	6.154.648	415.013	89.696	504.709	633.729	2.450.239
P. A. Trento	11.525.245	9.130.509	498.202	6.714	504.916	435.087	1.454.733
Trentino A. A.	21.268.570	15.285.157	913.215	96.410	1.009.625	1.068.816	3.904.972
Veneto	117.684.399	88.697.905	5.234.697	202.927	5.437.624	8.629.402	14.919.468
Friuli V. G.	23.679.146	19.118.213	869.362	35.917	905.279	747.226	2.908.428
Liguria	40.312.663	28.981.661	1.729.191	284.549	2.013.740	3.055.550	6.261.712
Emilia Romagna	91.037.794	71.846.931	4.074.827	125.336	4.200.163	1.706.646	13.284.054
Toscana	86.779.845	69.158.415	4.084.930	224.440	4.309.370	1.168.977	12.143.083
Umbria	13.893.834	10.771.172	770.695	2.978	773.673	205.898	2.143.091
Marche	31.153.159	24.066.305	1.368.332	53.088	1.421.420	1.407.585	4.257.849
Lazio	127.548.525	94.320.915	5.314.008	369.618	5.683.626	14.476.105	13.067.879
Abruzzo	27.128.242	20.561.327	1.104.168	285.161	1.389.329	878.176	4.299.410
Molise	7.204.960	5.449.062	318.731	12.092	330.823	324.605	1.100.470
Campania	117.045.927	88.270.416	6.168.920	256.528	6.425.448	11.383.346	10.966.717
Puglia	87.215.872	68.705.403	3.863.856	150.364	4.014.220	5.966.845	8.529.404
Basilicata	11.991.067	8.637.959	457.023	16.842	473.865	1.717.596	1.161.647
Calabria	42.022.006	32.019.175	1.547.320	70.328	1.617.648	2.625.921	5.759.262
Sicilia	95.313.201	75.706.773	3.856.240	304.442	4.160.682	4.198.720	11.247.026
Sardegna	33.412.361	23.919.773	1.436.961	75.954	1.512.915	3.189.391	4.790.282

Fonte: Ministero della Salute

La parte preponderante sono ovviamente le prestazioni di laboratorio, che ammontano ad oltre 984 mln. nel 2006 e a oltre 858 mln. nel 2005; seguono le prestazioni di medicina fisica (83 mln. circa), le prestazioni di diagnostica (60 mln. nel 2006 e più di 55 mln. nel 2005), mentre le altre prestazioni specialistiche ammontano complessivamente a 160 mln. nel 2006 e a 144 mln. nel 2005.

Tabella 6.7 - Variazione media annua delle prestazioni di specialistica per tipologia - Anni 2006/2001

Regioni	Analisi chim. clin., microbiol etc.	Diagnostiche	Medicina fisica e riabilitativa
Italia	5,32	2,36	-9,11
Piemonte	3,22	4,43	-0,45
Valle d'Aosta	12,04	3,83	-1,64
Lombardia	2,20	0,84	-4,34
P. A. Bolzano	22,41	13,86	2,21
P. A. Trento	24,64	13,43	-2,55
Trentino A. A.			
Veneto	3,68	-3,16	-2,75
Friuli V. G.	2,91	-1,67	-12,30
Liguria	6,20	6,39	11,67
Emilia Romagna	8,47	9,18	-9,94
Toscana	5,21	1,72	-24,08
Umbria	1,83	5,25	-26,61
Marche	4,14	-0,03	-15,48
Lazio	7,49	4,60	-11,62
Abruzzo	19,66	16,66	-12,29
Molise	18,48	8,82	-10,46
Campania	4,79	4,56	-7,13
Puglia	12,79	2,14	-0,12
Basilicata	8,72	4,33	-2,79
Calabria	4,12	3,76	-18,54
Sicilia	4,49	1,16	-25,95
Sardegna	4,91	-4,58	-10,89

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Il case mix si è quindi modificato: in assenza di micro dati non si è in grado di ottenerne una stima in valore, ma è possibile osservare che c'è stato un incremento del 5,3% per le analisi di laboratorio, del 2,4% per le prestazioni diagnostiche, e un decremento del 9,1% per la medicina fisica e riabilitativa. L'andamento regionale è comunque irregolare nelle diverse Regioni e per le branche considerate.

Nel 2006 in Italia si registrano in media 21,9 prestazioni specialistiche per abitante, contro le 19,5 del 2005; in particolare 16,8 prestazioni di laboratorio, 1,03 di diagnostica (di cui 0,98 di radiologia diagnostica e 0,05 di medicina nucleare), 1,4 di medicina fisica e 2,7 di "altre prestazioni specialistiche cliniche".

La distribuzione regionale è piuttosto difforme, variando da 25,0 prestazioni per abitante della Regione Liguria, a 16,0 dell'Umbria.

Per quanto concerne le analisi di laboratorio, la Regione con un maggior numero di prestazioni per abitante è la Toscana con una media di 19,1; la Regione ove si registra il numero minimo di prestazioni è invece l'Umbria con 12,4.

Tabella 6.8 - Prestazioni pro-capite per tipologia - Anno 2006⁶

Regioni	Totale pro-capite	Analisi chim. clin., microbiol etc per ambiente	Diagnostica per immagini Radiol. diagnostic Diagnostica per ambiente	Diagnostica per immagini Medicina nucleare per ambiente	Diagnostica per ambiente	Med. fisica per ambiente	Clinica per ambiente
Italia	21,91	16,75	0,98	0,05	1,03	1,41	2,72
Piemonte	21,13	15,89	1,01	0,03	1,04	1,54	2,66
Valle d'Aosta	22,50	17,17	1,06	0,02	1,08	1,02	3,23
Lombardia	23,02	17,69	1,03	0,03	1,07	1,37	2,89
P. A. Bolzano							
P. A. Trento							
Trentino A. A.	21,59	15,52	0,93	0,10	1,02	1,08	3,96
Veneto	24,84	18,72	1,10	0,04	1,15	1,82	3,15
Friuli V. G.	19,60	15,82	0,72	0,03	0,75	0,62	2,41
Liguria	25,04	18,00	1,07	0,18	1,25	1,90	3,89
Emilia Romagna	21,74	17,16	0,97	0,03	1,00	0,41	3,17
Toscana	23,97	19,11	1,13	0,06	1,19	0,32	3,35
Umbria	16,01	12,41	0,89	0,00	0,89	0,24	2,47
Marche	20,38	15,74	0,90	0,03	0,93	0,92	2,79
Lazio	24,04	17,78	1,00	0,07	1,07	2,73	2,46
Abruzzo	20,78	15,75	0,85	0,22	1,06	0,67	3,29
Molise	22,45	16,98	0,99	0,04	1,03	1,01	3,43
Campania	20,21	15,24	1,07	0,04	1,11	1,97	1,89
Puglia	21,42	16,87	0,95	0,04	0,99	1,47	2,09
Basilicata	20,18	14,54	0,77	0,03	0,80	2,89	1,96
Calabria	20,96	15,97	0,77	0,04	0,81	1,31	2,87
Sicilia	19,00	15,09	0,77	0,06	0,83	0,84	2,24
Sardegna	20,18	14,45	0,87	0,05	0,91	1,93	2,89

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

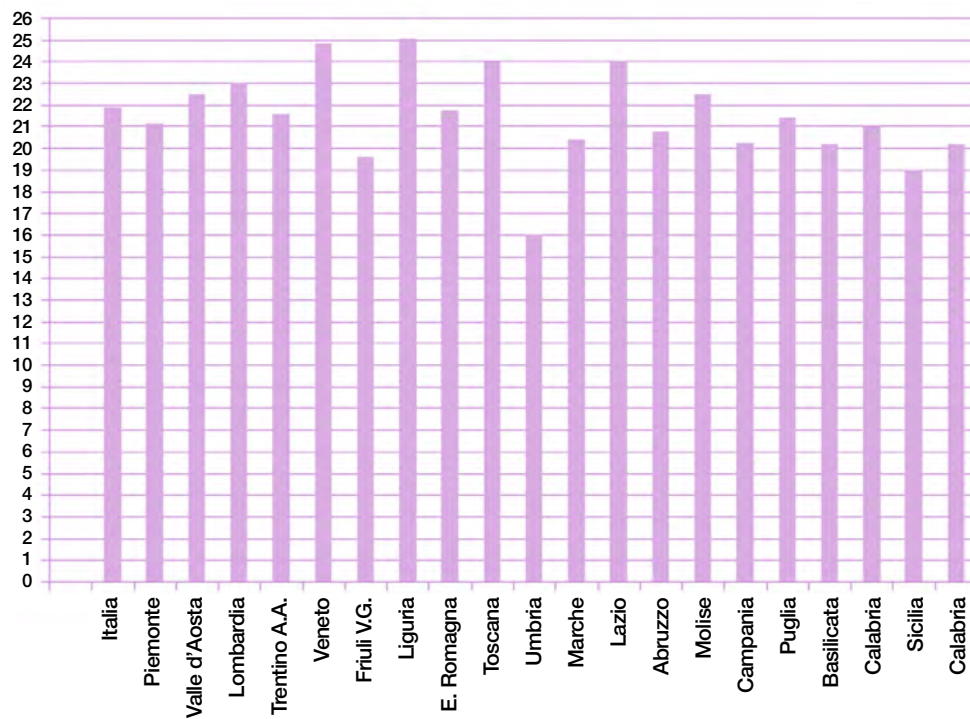
Passando alla diagnostica, la Liguria è la Regione che presenta il valore massimo di prestazioni pro-capite (1,3), mentre il Friuli Venezia Giulia è all'altro estremo, così come avveniva nel 2005, con un numero medio pro-capite di prestazioni diagnostiche pari a 0,75.

Nel settore della medicina fisica il maggior numero di prestazioni si registra in Basilicata (2,9) seguita dal Lazio (2,7), mentre il minore in Umbria (0,2), con un differenziale di oltre 13 volte.

Infine, relativamente alle altre prestazioni, il Trentino Alto Adige registra un valore medio pro-capite di prestazioni pari a 3,96, mentre è la Calabria a registrare il valore più basso (1,0).

⁶ Non è purtroppo disponibile l'informazione relativa alla suddivisione delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private.

Figura 6.4 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale pro-capite - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 6.9 - Prestazioni pro-capite per popolazione pesata - Anno 2006⁷

Regioni	Totale pro-capite	Analisi chim. clin., microbiol etc pro-capite	Diagnostica per immagini Radiol. diagnostica pro-capite	Diagnostica per immagini Medicina nucleare pro-capite	Diagnostica pro-capite	Med. fisica pro-capite	Clinica pro-capite
Italia	21,91	16,75	0,98	0,05	1,03	1,41	2,72
Piemonte	20,13	15,14	0,96	0,03	0,99	1,47	2,53
Valle d'Aosta	22,09	16,86	1,04	0,02	1,06	1,01	3,17
Lombardia	22,89	17,59	1,03	0,03	1,06	1,37	2,88
P. A. Bolzano	21,38	13,51	0,91	0,20	1,11	1,39	5,38
P. A. Trento	23,27	18,43	1,01	0,01	1,02	0,88	2,94
Trentino A. A.	22,36	16,07	0,96	0,10	1,06	1,12	4,11
Veneto	24,85	18,73	1,11	0,04	1,15	1,82	3,15
Friuli V. G.	18,59	15,01	0,68	0,03	0,71	0,59	2,28
Liguria	22,68	16,31	0,97	0,16	1,13	1,72	3,52
Emilia Romagna	20,72	16,36	0,93	0,03	0,96	0,39	3,02
Toscana	22,69	18,08	1,07	0,06	1,13	0,31	3,18
Umbria	15,24	11,81	0,85	0,00	0,85	0,23	2,35
Marche	19,64	15,17	0,86	0,03	0,90	0,89	2,68
Lazio	24,13	17,84	1,01	0,07	1,08	2,74	2,47
Abruzzo	20,44	15,50	0,83	0,21	1,05	0,66	3,24
Molise	21,97	16,62	0,97	0,04	1,01	0,99	3,36
Campania	22,04	16,62	1,16	0,05	1,21	2,14	2,06
Puglia	22,45	17,69	0,99	0,04	1,03	1,54	2,20
Basilicata	20,43	14,72	0,78	0,03	0,81	2,93	1,98
Calabria	21,74	16,57	0,80	0,04	0,84	1,36	2,98
Sicilia	19,83	15,75	0,80	0,06	0,87	0,87	2,34
Sardegna	20,55	14,71	0,88	0,05	0,93	1,96	2,95

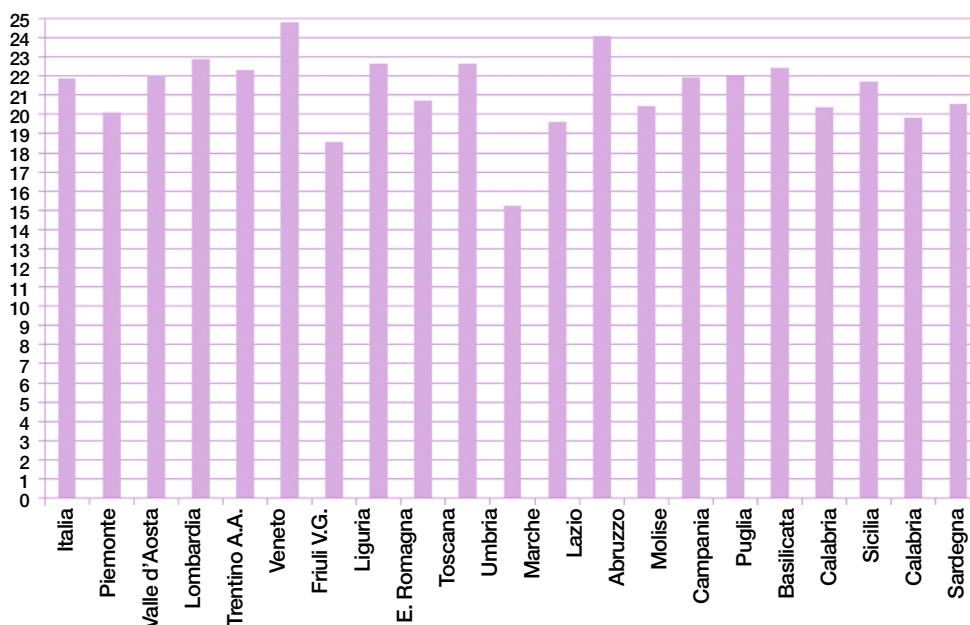
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

L'analisi per popolazione pesata⁸, quindi standardizzata per età, mostra un riavvicinamento tra le Regioni del Nord e quelle del Sud per le prestazioni specialistiche totali nel 2006 pur rilevando differenze assolutamente significative.

⁷ Non è purtroppo disponibile l'informazione relativa alla suddivisione delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private.

⁸ Pesi per specialistica fonte Ministero della Salute.

Figura 6.5 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale per popolazione pesata Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le prestazioni di specialistica in Italia rispetto al 2005 sono andate mediamente aumentando.

6.4 Offerta

Nel 2006 l'offerta di prestazioni specialistiche, viene garantita sul territorio nazionale da 9.971 strutture (ambulatoriali e laboratori) con una riduzione del 5,4% rispetto al 2005 (10.538 strutture nel 2005); parte di queste erogano prestazioni in più branche.

**Tabella 6.10 - Numero strutture
Anno 2006⁹**

Regione	Totale ambulatori e laboratori	Clinica: Totale	Diagnostica Totale	Laboratorio Totale
Italia	9.971	6.416	3.061	4.235
Piemonte	441	393	197	176
Valle d'Aosta	3	3	2	1
Lombardia	824	662	411	354
P. A. Bolzano	176	155	57	19
P. A. Trento	35	32	18	16
Trentino A. A.	211	187	75	35
Veneto	460	391	154	159
Friuli V. G.	131	121	35	29
Liguria	369	271	117	110
Emilia Romagna	456	394	202	164
Toscana	900	588	173	143
Umbria	102	82	38	35
Marche	202	144	69	100
Lazio	906	522	370	482
Abruzzo	155	91	48	96
Molise	48	32	16	19
Campania	1.462	619	372	823
Puglia	675	386	167	340
Basilicata	112	73	23	53
Calabria	455	274	119	207
Sicilia	1.713	920	333	814
Sardegna	346	263	140	95

Fonte: Ministero della Salute

In particolare 4.235 strutture erogano prestazioni di laboratorio (erano 4.258 nel 2005), 6.416 prestazioni cliniche (6.705 nel 2005) e 3.061 effettuano prestazioni di diagnostica (3.049 nel 2005)¹⁰.

Delle strutture censite, sono 4.120 sono quelle pubbliche accreditate, pari al 41,3% del totale, mentre sono 5.851 quelle private.

La distribuzione territoriale pubblico/privato è decisamente difforme fra le Regioni: nella Regione Sicilia la percentuale di strutture private raggiunge l'81,7 % (anche nel 2005 era la Sicilia a registrare una densità di strutture private maggiore rispetto alle pubbliche), seguita

⁹ Sono escluse le strutture ospedaliere.

¹⁰ Si consideri che alcune strutture erogano prestazione in più branche.

dalla Campania 79,0% (78,4% nel 2005); all'altro estremo, nella Provincia Autonoma di Bolzano, le strutture private sono solo il 17,1% (16,8% nel 2005).

Le strutture private accreditate costituiscono il 41,9% del totale nella clinica; il 49,4% per la diagnostica e il 67,8% nelle analisi di laboratorio.

Tabella 6.11 - Quota di strutture private accreditate per branca. Valori percentuali - Anno 2006

Regione	Clinica privata	Diagnostica privata	Laboratorio privato	Totale privata
Italia	41,88	49,40	67,84	58,68
Piemonte	16,54	26,90	24,43	18,82
Valle d'Aosta	66,67	50,00	0,00	66,67
Lombardia	50,60	54,74	58,76	59,59
P. A. Bolzano	16,77	12,28	26,32	17,05
P. A. Trento	25,00	22,22	31,25	31,43
Trentino A. A.	18,18	14,67	28,57	19,43
Veneto	49,62	46,10	42,77	56,52
Friuli V. G.	24,79	28,57	37,93	30,53
Liguria	19,93	40,17	44,55	31,71
Emilia Romagna	37,31	48,51	32,32	41,45
Toscana	31,97	49,71	53,85	38,78
Umbria	7,32	18,42	37,14	22,55
Marche	33,33	27,54	57,00	50,99
Lazio	45,59	56,49	73,86	66,67
Abruzzo	49,45	45,83	68,75	69,68
Molise	56,25	56,25	63,16	66,67
Campania	53,31	69,35	87,24	79,00
Puglia	32,90	38,32	67,06	56,44
Basilicata	21,92	34,78	50,94	41,96
Calabria	35,04	46,22	69,08	55,38
Sicilia	66,96	55,26	83,91	81,67
Sardegna	37,26	53,57	53,68	50,58

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In generale le strutture pubbliche sono andate aumentando tra il 2004 e il 2005 per poi ridursi nuovamente tra il 2005 e il 2006.

Bisogna comunque precisare che tali valori non sono indicativi del peso reale delle strutture private accreditate, in quanto sono diverse le dimensioni medie e le tipologie di struttura.

6.5 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.

Tabella 6.12 - Prestazioni medie per struttura e per branca - Anno 2006

Regioni	Cliniche	Analisi chim. clin., microbiol etc	Diagnostica
Italia	24.951,81	232.401,80	19.740,46
Piemonte	29.357,13	392.012,39	22.877,04
Valle d'Aosta	133.286,00	2.129.155,00	66.756,50
Lombardia	41.403,13	473.394,75	24.588,32
P. A. Bolzano	15.807,99	323.928,84	8.854,54
P. A. Trento	45.460,41	570.656,81	28.050,89
Trentino A. A.	20.882,20	436.718,77	13.461,67
Veneto	38.157,21	557.848,46	35.309,25
Friuli V. G.	24.036,60	659.248,72	25.865,11
Liguria	23.105,95	263.469,65	17.211,45
Emilia Romagna	33.715,87	438.091,04	20.792,89
Toscana	20.651,50	483.625,28	24.909,65
Umbria	26.135,26	307.747,77	20.359,82
Marche	29.568,40	240.663,05	20.600,29
Lazio	25.034,25	195.686,55	15.361,15
Abruzzo	47.246,26	214.180,49	28.944,35
Molise	34.389,69	286.792,74	20.676,44
Campania	17.716,83	107.254,45	17.272,71
Puglia	22.096,90	202.074,71	24.037,25
Basilicata	15.912,97	162.980,36	20.602,83
Calabria	21.019,20	154.682,00	13.593,68
Sicilia	12.225,03	93.005,86	12.494,54
Sardegna	18.214,00	251.787,08	10.806,54

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Escludendo la Valle d'Aosta, che ha una situazione peculiare nel 2006, la Regione con una più elevata dimensione media per struttura è il Friuli Venezia Giulia (709.150,43), seguita da dalla Provincia Autonoma di Trento (644.168,11). La Regione con una maggiore "frammentazione" è la Sicilia (117.725,43), seguita dalla Campania (142.243,99). In generale nelle Regioni meridionali il tessuto di ambulatori e laboratori mediamente è caratterizzato da dimensioni piccole, con evidenti rischi di inefficienza e qualità.

Le differenze sono rilevanti: prendendo, ad esempio, ancora il Friuli Venezia Giulia e la Sicilia osserviamo come la dimensione media dei laboratori nella prima Regione sia 7 volte superiore che nella seconda, e quella di "altre strutture" diagnostica di circa 2 volte.

In particolare nel 2006 le prestazioni di laboratorio e quelle di diagnostica per struttura sono maggiormente concentrate rispettivamente in Friuli Venezia Giulia e Veneto.

La Provincia Autonoma di Bolzano si caratterizza invece per il minor numero medio di prestazioni diagnostiche per struttura.

**Tabella 6.13 - Variazione delle prestazioni medie per struttura e per branca
Valori percentuali**

Regioni	2006/2005			2006/2004		
	Cliniche	Analisi chim. clin., microbiol etc	Diagnostiche	Cliniche	Analisi chim. clin., microbiol etc	Diagnostiche
Italia	15,76	15,29	8,16	20,84	15,19	8,58
Piemonte	26,25	28,83	10,03	19,05	-1,85	2,34
Valle d'Aosta	129,17	1,80	101,59	144,44	12,36	103,77
Lombardia	-2,96	3,39	-0,34	-2,66	4,36	4,67
P. A. Bolzano	60,54	43,67	106,77	38,98	35,15	76,96
P. A. Trento	-0,38	-0,23	6,46	29,69	13,71	25,39
Trentino A. A.	34,41	13,77	51,24	32,36	22,61	48,87
Veneto	2,90	7,91	5,73	0,27	12,51	10,19
Friuli V. G.	9,55	13,86	-1,74	14,75	30,00	10,33
Liguria	36,00	15,06	12,51	136,99	60,35	74,16
E. Romagna	7,72	9,37	8,85	10,25	-17,42	-35,74
Toscana	37,07	44,50	45,48	60,43	66,02	61,04
Umbria	-2,68	1,17	12,77	1,22	6,40	8,55
Marche	39,38	21,64	1,42	44,94	36,44	21,98
Lazio	84,59	86,92	66,72	59,47	37,86	24,27
Abruzzo	117,37	46,13	90,37	85,07	56,40	40,40
Molise	83,31	32,72	-20,81	53,00	28,79	-18,83
Campania	6,20	3,31	-7,11	8,83	2,00	11,34
Puglia	-7,93	11,69	-4,19	25,81	39,47	8,63
Basilicata	22,14	1,84	-6,67	4,14	4,54	5,74
Calabria	25,31	22,41	-3,52	32,17	27,73	16,50
Sicilia	1,32	6,98	-4,48	6,49	3,37	-2,76
Sardegna	2,94	-2,01	-13,48	10,28	6,79	-17,11

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le variazioni mettono in evidenza come, tra il 2004 e il 2005 si è osservato un lieve incremento della sola clinica (il numero di analisi e diagnostica sono rimasti pressoché costanti), mentre tra il 2005 e il 2006 l'incremento delle prestazioni è stato evidente: +15,8% per le prestazioni cliniche, +14,3% per le prestazioni di analisi e +8,2% per le prestazioni di diagnostica.

In termini di rapporto alla popolazione servita, nel 2006 abbiamo un bacino di utenza medio degli ambulatori e laboratori pari a 5.892 abitanti per struttura. Anche in questo caso il dato è

geograficamente molto variabile, si passa da un numero di abitanti medio per struttura pari a 41.326 della Valle d'Aosta a quello della Sicilia, pari a 2.929.

Nelle branche clinica, diagnostica e laboratorio si osserva un numero medio di abitanti per struttura pari rispettivamente a 9.157, 19.194 e 13.873.

Tabella 6.14 - Bacini medi di utenza delle strutture. Abitanti per struttura - Anno 2006

Regione	Totale ambulatori e laboratori	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Italia	5.892	9.157	19.194	13.873
Piemonte	9.845	11.048	22.039	24.669
Valle d'Aosta	41.326	41.326	61.989	123.978
Lombardia	11.499	14.313	23.054	26.766
P. A. Bolzano				
P. A. Trento				
Trentino A. A.	4.669	5.268	13.135	28.147
Veneto	10.301	12.118	30.768	29.801
Friuli V. G.	9.223	9.986	34.522	41.665
Liguria	4.364	5.941	13.762	14.638
Emilia Romagna	9.183	10.628	20.730	25.534
Toscana	4.022	6.156	20.924	25.314
Umbria	8.509	10.584	22.839	24.797
Marche	7.568	10.617	22.157	15.288
Lazio	5.855	10.162	14.337	11.006
Abruzzo	8.421	14.344	27.194	13.597
Molise	6.686	10.028	20.057	16.890
Campania	3.961	9.355	15.567	7.036
Puglia	6.032	10.548	24.380	11.975
Basilicata	5.304	8.138	25.830	11.209
Calabria	4.405	7.315	16.844	9.683
Sicilia	2.929	5.453	15.067	6.164
Sardegna	4.785	6.295	11.826	17.428

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

A livello regionale il dato appare piuttosto variabile. Per quel che concerne la clinica si registra un valore massimo in Valle d'Aosta (41.326), seguita da Abruzzo (14.344), e uno minimo in Trentino Alto Adige (5.268); per la branca diagnostica si osserva un valore massimo in Valle d'Aosta, seguita dal Friuli Venezia Giulia (35.552), e uno minimo in Sardegna (di 11.826 abitanti); infine per il laboratorio la Valle d'Aosta raggiunge ancora il massimo numero medio di abitanti per struttura, pari a 123.978, e la Sicilia si caratterizza per il bacino di utenza minimo, pari a 6.164 abitanti.

Relativamente ai bacini di utenza gli abitanti per struttura sono aumentati mediamente del 6,2%

tra il 2005 e il 2006; in particolare sono aumentati in Valle d'Aosta e in Abruzzo (+35,5%), mentre sono diminuiti in Basilicata e Umbria.

Importante sottolineare come il settore privato (accreditato) sia rilevante, ma con caratteristiche diverse sul territorio a causa anche delle difformi pratiche di accreditamento.

Emerge poi come al Sud sia presente una maggiore frammentazione delle strutture che sono generalmente di piccola dimensione. Complessivamente, comunque, si assiste ad un progressivo aumento delle dimensioni medie delle strutture.

Purtroppo non è possibile separare l'effettivo apporto delle strutture private e pubbliche in termini di quantità e qualità delle prestazioni.

Bisogna comunque sottolineare che tale dato è distorto dal fatto di non considerare le strutture ospedaliere. Supponendo, ad esempio, che ogni struttura ospedaliera abbia un laboratorio di analisi la variabilità tra le Regioni si riduce considerevolmente stimando il bacino di utenza per tutti i laboratori compresi quelli ospedalieri. Le Regioni in cui la riduzione del numero di abitanti per struttura è maggiore sono proprio quelle con bacino di utenza più alto: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Molise. Presumibilmente quindi non solo le strutture in queste Regioni sono mediamente meno frammentate, ma è presente anche un ricorso considerevole alle strutture ospedaliere.

6.6 Evoluzione della spesa specialistica convenzionata

L'assistenza specialistica convenzionata è pari al 3,5% della spesa totale in Italia: 2,9% al Nord, 2,9% al Centro e al 4,7% al Sud; in particolare la spesa specialistica rappresenta il 9,4% della spesa convenzionata in Italia, l'8,0% al Nord, 8,1% al Centro e 11,9% al Sud.

**Tabella 6.15 - Quota di spesa per assistenza specialistica su spesa totale
Valori percentuali**

Regioni	2001	2006	2007
Italia	3,24	3,51	3,52
Nord	2,36	2,91	2,95
Centro	2,83	3,22	2,93
Sud	4,68	4,51	4,68
Piemonte	1,80	2,59	2,74
Valle d'Aosta	3,27	2,39	2,46
Lombardia	3,15	3,75	3,74
P. A. Bolzano	0,61	0,52	0,53
P. A. Trento	0,93	1,30	1,38
Veneto	3,04	3,81	3,77
Friuli V. G.	1,75	1,38	1,60
Liguria	1,58	1,94	1,91
Emilia Romagna	1,41	1,89	1,97
Toscana	1,59	1,89	1,88
Umbria	0,77	0,82	0,84
Marche	1,77	1,47	1,47
Lazio	4,24	4,74	4,22
Abruzzo	2,23	1,94	1,99
Molise	2,38	2,97	3,57
Campania	6,18	6,30	6,58
Puglia	3,51	3,40	3,28
Basilicata	2,28	1,79	1,70
Calabria	4,13	3,62	3,10
Sicilia	5,79	5,16	5,86
Sardegna	2,85	3,40	3,31

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 6.16 - Quota di spesa per assistenza specialistica ambulatoriale su spesa convenzionata. Valori percentuali

Regioni	2001	2006	2007
Italia	7,60	9,06	9,37
Nord	5,94	7,75	8,02
Centro	6,66	8,56	8,07
Sud	10,06	10,98	11,87
Piemonte	4,75	7,40	7,79
Valle d'Aosta	12,79	9,46	9,66
Lombardia	6,68	8,45	8,65
P. A. Bolzano	2,26	1,88	1,91
P. A. Trento	2,67	3,67	3,91
Veneto	8,53	10,20	10,54
Friuli V. G.	5,14	4,87	6,02
Liguria	3,90	5,82	5,83
Emilia Romagna	4,09	5,81	6,09
Toscana	5,01	6,75	6,86
Umbria	2,53	2,95	3,04
Marche	5,58	4,91	4,83
Lazio	7,81	10,23	9,52
Abruzzo	5,55	4,98	5,27
Molise	6,46	7,50	9,19
Campania	12,02	15,11	16,28
Puglia	7,62	7,79	7,81
Basilicata	6,37	5,28	5,26
Calabria	9,49	8,85	8,00
Sicilia	11,69	12,24	14,62
Sardegna	7,87	10,09	10,21

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni con una incidenza di specialistica convenzionata maggiore sono Campania e Sicilia, mentre quelle con incidenza minore la Provincia Autonoma di Bolzano e l'Umbria.

La spesa specialistica convenzionata in Italia è cresciuta in media, del 7,2% medio annuo nel quinquennio 2001-2006, e del 3,3% tra il 2006 e il 2007.

**Tabella 6.17 - Variazione della spesa per assistenza specialistica
Valori percentuali**

Regioni	2006/2001	Media annua 2006/2001	2007/2006
Italia	41,30	7,16	3,27
Nord	58,93	9,71	6,09
Centro	55,47	9,23	-8,35
Sud	24,04	4,40	6,00
Piemonte	86,00	13,21	9,69
Valle d'Aosta	0,10	0,02	3,91
Lombardia	52,20	8,76	4,99
P. A. Bolzano	13,79	2,62	4,67
P. A. Trento	79,03	12,35	9,33
Veneto	62,31	10,17	3,19
Friuli V. G.	-2,79	-0,56	28,54
Liguria	55,06	9,17	2,73
Emilia Romagna	76,07	11,98	8,73
Toscana	53,44	8,94	1,77
Umbria	41,68	7,22	3,69
Marche	5,24	1,03	3,53
Lazio	61,93	10,12	-11,88
Abruzzo	14,34	2,72	5,06
Molise	68,65	11,02	23,18
Campania	27,78	5,02	7,16
Puglia	26,72	4,85	-0,54
Basilicata	2,19	0,43	0,21
Calabria	6,76	1,32	-10,15
Sicilia	19,33	3,60	12,94
Sardegna	50,99	8,59	-0,91

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Al Nord la specialistica convenzionata si è incrementata più della media nazionale, sia nel quinquennio considerato, che nell'ultimo anno; al Centro la spesa specialistica, aumentata molto tra il 2001 e il 2006, si è poi ridotta significativamente tra il 2006 e il 2007. Al Sud la spesa specialistica, cresciuta del +4,4% tra il 2001 e il 2006, si è ulteriormente incrementata tra il 2006 e il 2007 (+6,0%).

Le Regioni che hanno registrato un maggiore incremento sono Friuli Venezia Giulia e Molise, mentre Lazio e Calabria hanno fatto osservare un significativo decremento della specialistica convenzionata tra il 2006 e il 2007.

Ogni individuo spende in media € 61 per l'assistenza specialistica convenzionata valore superiore alla media del Nord e del Centro rispettivamente di € 9 e € 8 e nettamente inferiore alla media del Sud (€ 15).

Le Regioni con una spesa per specialistica pro-capite più elevata sono Campania e Sicilia con valori in netta crescita rispetto all'anno precedente così come in media nelle Regioni del Sud; le Regioni con spesa per specialistica più bassa sono, invece, Umbria e Trentino Alto Adige.

**Tabella 6.18 - Spesa per assistenza specialistica convenzionata pro-capite
Valori in euro**

Regioni	2001	2006	2007
Italia	43,62	59,75	61,31
Nord	32,84	49,92	52,64
Centro	39,85	59,64	53,63
Sud	59,01	72,44	76,81
Piemonte	25,12	45,40	49,67
Valle d'Aosta	49,53	47,69	49,23
Lombardia	42,38	61,30	63,89
Trentino A. A.	12,23	17,64	18,85
Veneto	41,61	64,27	65,83
Friuli V. G.	23,73	22,55	28,88
Liguria	23,68	36,01	37,04
Emilia Romagna	20,12	33,56	36,18
Toscana	22,30	33,03	33,45
Umbria	10,43	14,04	14,47
Marche	23,71	23,90	24,62
Lazio	61,19	95,56	81,32
Abruzzo	30,32	33,50	35,07
Molise	32,44	54,81	67,69
Campania	79,27	99,84	107,00
Puglia	42,52	53,28	53,01
Basilicata	26,63	27,46	27,65
Calabria	51,41	55,27	49,82
Sicilia	72,52	85,86	96,98
Sardegna	36,32	54,14	53,53

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 6.19 - Spesa per assistenza specialistica convenzionata per abitante per popolazione pesata. Numeri indice (media Italia=100) - Anno 2007

Regioni	2007	Numeri indice
Piemonte	47,38	77,28
Valle d'Aosta	48,38	78,91
Lombardia	63,59	103,72
P. A. Bolzano	12,29	20,05
P. A. Trento	26,19	42,72
Veneto	65,89	107,47
Friuli V. G.	27,4	44,69
Liguria	33,62	54,84
Emilia Romagna	34,61	56,45
Toscana	31,73	51,75
Umbria	13,8	22,51
Marche	23,8	38,82
Lazio	81,52	132,96
Abruzzo	34,52	56,30
Molise	66,26	108,07
Campania	116,44	189,92
Puglia	55,41	90,38
Basilicata	27,93	45,56
Calabria	51,57	84,11
Sicilia	101,11	164,92
Sardegna	54,31	88,58

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Anche la spesa specialistica per popolazione pesata, pur riducendo la variabilità tra le Regioni, mostra ancora una estrema differenza tra le Regioni come mostrato dai numeri indice che passano da 189 in Campania a 20 nella Provincia Autonoma di Bolzano.

6.7 Spesa specialistica totale (stima)

Utilizzando i dati forniti dalle Regioni nell'ambito della rilevazione dei costi dei LEA riferita al 2005¹¹, si sono stimate le quote regionali di spesa specialistica attribuibili alle strutture pubbliche e private accreditate.

L'onere complessivo della spesa specialistica è pari, in media, all'11,7% della spesa sanitaria pubblica totale quindi, se i valori fossero rimasti costanti nel 2006, la spesa per specialistica dovrebbe ammontare ad un valore compreso fra € 11,5 e 12,0 mld..

La spesa sarebbe imputabile per il 70,0% circa alle strutture pubbliche e per il restante 30,0% a quelle private accreditate, nonostante le strutture accreditate costituiscano circa la metà delle strutture totali; tale stima è sufficientemente coerente con il dato OECD (tabella 6.4).

¹¹ I dati di Molise e Lazio non sono disponibili.

Tabella 6.20 - Quota di spesa specialistica erogata dalle strutture private su spesa specialistica totale. Valori percentuali - Anno 2006

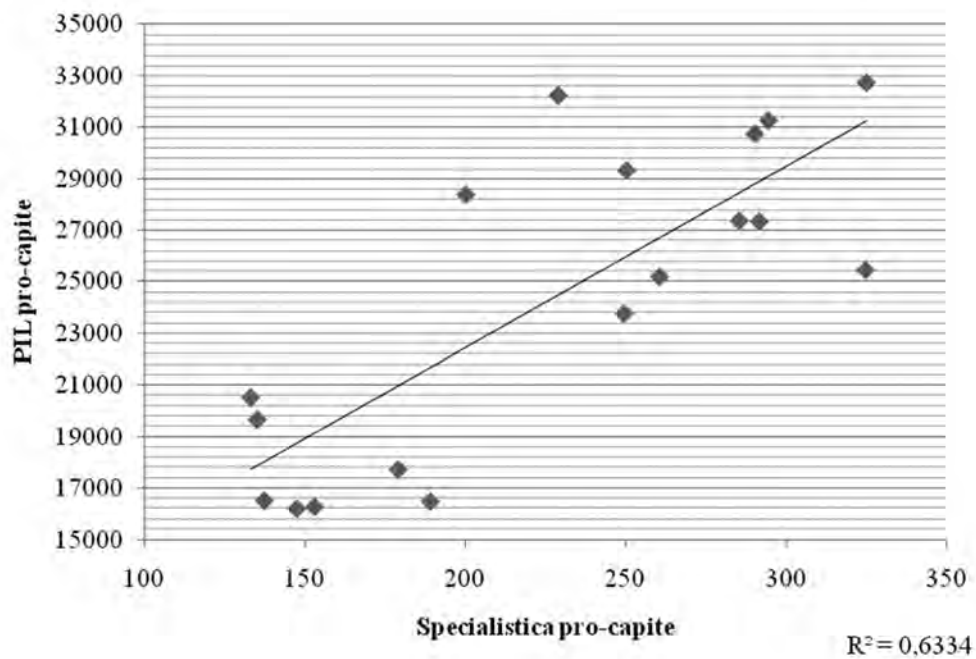
Regioni	Spec privata % su totale spec.
Italia	29,37%
Piemonte	15,57%
Valle d'Aosta	14,67%
Lombardia	26,78%
P. A. Bolzano	2,82%
P. A. Trento	12,22%
Veneto	25,68%
Friuli V. G.	11,27%
Liguria	11,08%
Emilia Romagna	11,56%
Toscana	11,57%
Umbria	5,63%
Marche	9,17%
Lazio	
Abruzzo	25,18%
Molise	
Campania	65,30%
Puglia	28,18%
Basilicata	15,33%
Calabria	37,51%
Sicilia	62,53%
Sardegna	40,09%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Regredendo la spesa specialistica totale pro-capite per il PIL pro-capite, la quota di spesa specialistica privata su spesa specialistica totale e la degenza media, emerge come la regressione sia significativa ($R^2=71,4\%$) ma l'unica variabile che influenza significativamente la spesa specialistica (tra quelle analizzate) è il PIL pro-capite.

In altri termini le Regioni con più accreditata spendono meno in specialistica totale ma questo sembra dipendere dal minore reddito (istruzione) e non dalla tipologia di erogatore.

Figura 6.6 - Correlazione Regionale tra PIL e spesa sanitaria specialistica
Valori in euro - Anno 2006



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

**Tabella 6.21 - Stima della spesa specialistica totale per abitante
Anno 2006**

Regioni	Specialistica per abitante
Italia	204,5
Piemonte	291,7
Valle d'Aosta	325,1
Lombardia	228,9
Trentino A. A.	294,5
Veneto	250,3
Friuli V. G.	200,1
Liguria	324,9
Emilia Romagna	290,3
Toscana	285,4
Umbria	249,5
Marche	260,6
Lazio	
Abruzzo	133,0
Molise	
Campania	152,9
Puglia	189,1
Basilicata	179,1
Calabria	147,4
Sicilia	137,3
Sardegna	135,1

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni con una spesa specialistica pro-capite totale più elevata sono quelle del Nord (in ordine Valle D'Aosta, Liguria, e Trentino Alto Adige) e del Centro, nella seconda metà della classifica sono invece presenti le Regioni del Sud e in particolare agli ultimi posti troviamo Abruzzo, Sardegna e Sicilia: Regioni, per quanto detto prima, caratterizzate da un reddito inferiore alla media.

6.8 Ticket

A differenza di quanto avviene per il *ticket* farmaceutico, il *ticket* per la spesa specialistica è piuttosto omogeneo tra le Regioni.

La maggior parte delle Regioni, infatti, recepiscono la normativa nazionale secondo cui si prevede un concorso alla spesa sanitaria (*ticket*) da parte dell'assistito che fruisce di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'importo massimo per ricetta previsto è di € 36,15 e ciascuna impegnativa può contenere fino ad un massimo di 8 prestazioni della stessa branca specialistica (prestazioni di branche specialistiche diverse devono essere prescritte su ricette diverse).

La legge finanziaria 2007 prevedeva inoltre che, per le prestazioni di assistenza specialistica

ambulatoriale, gli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo erano tenuti al pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a € 10. Tale *ticket* è però stato abolito con la legge finanziaria 2008.

Le tariffe delle prestazioni sanitarie fanno riferimento al nomenclatore tariffario regionale che viene periodicamente aggiornato ai sensi della normativa vigente.

Le sole Regioni che si discostano dalla normativa nazionale sono Lombardia, Sicilia, Sardegna, Friuli Venezia Giulia e Lazio.

In Lombardia, ai sensi del D.G.R. n. 5875 del 21/11/2007, per le prestazioni di diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale l'importo massimo per ricetta è fissato € 36 stante il pareggio in Bilancio. Inoltre considerati gli anni trascorsi dall'introduzione del limite di lire 70 mln. (€ 36.151,98), e tenendo conto dell'aumento del valore medio del nomenclatore tariffario, è stato elevato a € 38.500 il limite del reddito familiare complessivo per gli assistiti over 65 per l'esclusione dalla compartecipazione.

In Sardegna, nonostante la sospensione della quota fissa di € 10 sulla ricetta per prestazione specialistica, il tetto di partecipazione al costo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stato aumentato da € 36,15 a € 46,15.

In Sicilia viene effettuata una classificazione in base al reddito (ISEE). Per i soggetti appartenenti a nuclei familiari con ISEE (situazione economica equivalente) inferiore a € 7.000 le prestazioni specialistiche di diagnostica strumentale e di laboratorio restano a totale carico del servizio sanitario nazionale; i soggetti appartenenti ai nuclei familiari con ISEE maggiore di € 7.000 per le prestazioni specialistiche di diagnostica strumentale e di laboratorio va corrisposta una quota *ticket* per ricetta di € 2 più la compartecipazione fino a € 36,15. Inoltre per tali soggetti, qualora la richiesta contenga prestazioni il cui costo è superiore a € 36,15 oltre ai *ticket* va corrisposto un ulteriore pagamento pari al 10% della differenza tra la somma totale delle tariffe riferite alle prestazioni inserite nella ricetta e la quota di € 36,15.

In Friuli Venezia Giulia il *ticket* viene confermato pari a € 36,00 come da diversi anni.

Nel Lazio, a partire dal 1 Dicembre 2008, visto il Piano di Rientro tra i cui obiettivi sono compresi quelli relativi all'aumento della compartecipazione da parte dei cittadini per la specialistica, è stato introdotto un contributo fisso da aggiungere all'attuale *ticket* massimo di € 36,15 per ricetta prescritta ai pazienti non esenti, pari rispettivamente a:

- € 15,00 per ricetta per le prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare e TAC;
- € 5,00 per ricetta per le prestazioni di fisiokinesiterapia (FKT);
- € 4,00 per ricetta per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e APA (Accorpamento di Prestazioni Ambulatoriali) che non rientrano nei punti precedenti.

A partire dal 1 Gennaio 2009 poi, nella Regione Lazio, il diritto degli assistiti all'esenzione totale per reddito e per categoria sarà riconosciuto in base all'applicazione Regionale dell'ISEE.

Importante inoltre sottolineare che, nonostante la maggior parte delle Regioni applichino un *ticket* fino a € 36,15 questo non vuol dire che ci sia una condizione di equità; infatti esistono differenze significative nei nomenclatori tariffari delle singole Regioni. I cittadini delle diverse Regioni si troveranno a compartecipare in modo difforme per le prestazioni specialistiche che ricevono.

Sono esenti dal *ticket*, secondo la dalla normativa nazionale, gli individui appartenenti alle seguenti categorie principali:

1. esenti da compartecipazione per età e reddito:
 - i cittadini di età superiore ai 65 anni¹²;
 - i cittadini di età inferiore ai 14 anni¹³;
 - i titolari di pensioni sociali e familiari a carico;
 - i pensionati al minimo sopra i 60 anni e familiari a carico¹⁴;
 - i disoccupati, iscritti come tali nelle liste di collocamento¹⁵;
 - i familiari a carico di disoccupato di cui al punto sopra;
 - gli extracomunitari regolarmente residenti in Italia ed iscritti come disoccupati nelle liste di collocamento;
 - i familiari a carico di disoccupato di cui al punto sopra;
2. esenti per invalidità¹⁶:
 - invalidi di guerra e per servizio appartenenti alle categorie dalla I alla V;
 - invalidi civili ed invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3;
 - invalidi civili con indennità di accompagnamento;
 - ciechi e sordomuti;
 - ex deportati nei campi di sterminio nazista KZ (1);
 - vittime di atti di terrorismo o di criminalità organizzata;
3. Sono esenti per patologia:
 - soggetti affetti da malattie croniche e invalidanti
 - soggetti affetti da malattie rare.
4. Esenzioni per finalità o condizioni di interesse sociale nel caso di:
 - diagnosi precoce dei tumori;
 - tutela della maternità (Decreto ministeriale del 10 settembre 1998);
 - prevenzione HIV in soggetti a rischio;
 - promozione delle donazioni di sangue, organi e tessuti,
 - tutela dei soggetti danneggiati da vaccinazioni etc..

Le Regioni possono poi legiferare in maniera autonoma in tema di esenzioni.

¹² Esenzione applicata in genere in concomitanza dell'appartenenza a nucleo familiare con reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98;

¹³ Nel caso specifico del ticket sulla Specialistica, invece la soglia si riduce: sono esenti i bambini sotto i sei anni, appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98.

¹⁴ Intendendo con questo termine una famiglia che nell'anno precedente ha avuto un reddito complessivo inferiore a € 8.263 aumentati fino a € 11.362,22 per il coniuge a carico e di un ulteriore € 516 per ogni figlio a carico;

¹⁵ per disoccupato si intende colui che ha perso il lavoro ed è iscritto alle liste di collocamento, non chi non ha mai lavorato. La condizione deve essere presente al momento della fruizione della prestazione);

¹⁶ Sono inoltre esenti per tutte le prestazioni specialistiche correlate alla patologia invalidante:

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

The background of the top half of the page features a light purple gradient. Overlaid on this gradient are several dark purple silhouettes of people of various ages and sizes, holding hands in a circle, suggesting a community or support group.

Capitolo 7

*L'integrazione socio
sanitaria: i percorsi
adottati dalle Regioni
italiane*

7 - L'integrazione socio sanitaria: i percorsi adottati dalle Regioni italiane¹

Il presente contributo si inserisce nel dibattito che vede impegnato il mondo scientifico intorno alla necessità di sviluppare un sistema di *welfare* che si basi sul principio dell'integrazione socio sanitaria, ossia sul coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale volto al superamento di servizi settoriali attraverso l'integrazione delle politiche sociali, sanitarie e socio assistenziali.

Il focus di questo lavoro è fotografare lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sanitari e socio sanitari. In concreto, si cercherà di fornire una descrizione delle "prestazioni socio sanitarie", dei livelli su cui si realizza l'integrazione socio sanitaria e dei differenti percorsi adottati dalle Regioni italiane per il governo delle politiche sociali.

7.1 Le linee di riforma in tema di integrazione socio sanitaria

La legge di riforma del *Welfare*² e le successive norme contenute nella L. Cost. n. 3/2001, di riforma del Titolo V della Costituzione³, hanno innovato radicalmente il concetto e l'organizzazione dei servizi socio assistenziali in Italia puntando su principi di sussidiarietà, partecipazione, integrazione socio sanitaria, adeguatezza.

Per comprendere le linee di riforma del sistema sociale italiano è utile esaminare:

1. il ruolo che gli attori della filiera istituzionale, Stato Regioni Province Comuni, assumono a seguito del progressivo *decentramento delle funzioni* verso i livelli di governo più vicini alle reali esigenze dei cittadini/utenti.

In materia di *welfare* partecipato ed interattivo, allo Stato compete la determinazione dei principi e degli obiettivi di politica sociale, la determinazione dei criteri generali per la programmazione della rete degli interventi di integrazione sociale da attuare a livello locale, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e il monitoraggio delle politiche sociali, alle Regioni spetta il compito di definire l'architettura del sistema attraverso attività di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi e dei servizi sociali. Alle Province, invece, compe-

¹ D'Adamo A., CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Giordano R., Ufficio Risorse Finanziarie e investimenti del sistema salute, Dipartimento, Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla Comunità, Regione Basilicata.

² L. n. 328/2000: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

³ Art. 117 Cost., c. 4 attribuisce alle Regioni "La potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata allo Stato" indicate nei comma 2 e 3. Fra le materie riservate non si colloca quella socio-assistenziale, rispetto alla quale evidentemente le Regioni hanno potere legislativo primario, ovvero non limitato dai principi fondamentali della legislazione nazionale, ma soltanto dai principi costituzionali.

te concorrere alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Al livello di governo locale, infine, spetta la progettazione, la pianificazione e la gestione dell'offerta dei servizi. Concretamente, oggi, le Regioni sono le vere registe della politica socio sanitaria le quali, libere da indirizzi e vincoli dello Stato centrale, devono avviare una politica di cooperazione, più o meno forte, con i governi locali.

2. l'utilità di adottare strumenti di programmazione adeguati per il governo del sistema di politiche sociali ed assistenziali.

Lo strumento principale di programmazione delle attività è il piano. Il piano costituisce lo strumento focale per costruire le politiche sociali in una prospettiva di valorizzazione del principio di sussidiarietà verticale e orizzontale. Si devono distinguere tre tipologie di piano: il piano sociale nazionale, il piano regionale e i piani territoriali, chiamati Piani di Zona. Il piano nazionale ha la funzione principale di orientare e mobilitare diversi attori, collocati a più livelli, affinché nel loro insieme si integrino, attivando una rete progettuale e gestionale. Il piano regionale costituisce lo strumento di indirizzo per la pianificazione degli enti locali. Il Piano di Zona diviene lo strumento privilegiato per conseguire forme di integrazione degli interventi e delle politiche locali, mediante l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità e delle risposte, l'integrazione delle risorse istituzionali e sociali in una scala dimensionale adeguata.

7.2 Il processo di decentramento istituzionale/decisionale e il riordino del sistema di offerta delle prestazioni sociali

Le leggi di riforma del *Welfare* richiedono alle amministrazioni regionali e locali un approccio nuovo e diverso alla programmazione e gestione delle politiche sociali. Per far fronte a questa esigenza di riordino del sistema in materia di assistenza, nel periodo successivo alla L. n. 328/2000, alcune Regioni hanno approvato una legge organica di riorganizzazione del sistema regionale dei servizi sociali, altre sono intervenute nella materia con l'approvazione di Piani Sociali o normative di settore. Concretamente, sono nove le Regioni che hanno approvato una legge di riordino dell'intero sistema dell'offerta di prestazioni sociali, in un periodo che va dal 2003 al 2007: Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Puglia, Piemonte, Sardegna e Toscana⁴. La Campania, pur non approvando una vera e propria legge

⁴ L.R. Basilicata n. 25/1997 Riordino del sistema socio – assistenziale, a cui segue la L.R. n. 4/2007 Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale e L.R. n. 14/2007 Modifiche ed integrazioni alla L.R. n. 4/2007; L.R. Calabria n. 23/2003, Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria; L.R. Emilia Romagna n. 2/2003, Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; L.R. Friuli Venezia Giulia n. 6/2006, Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale; L.R. Liguria n. 12/2006, Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari, L.R. Piemonte n. 1/2004, Norme per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; L.R. Puglia n. 17/2003, Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia e L.R. n. 19/2006, Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia; L.R. Sardegna n. 23/2005, Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione L.R. n. 4/1998. Riordino delle funzioni socio-assistenziali; L.R. Toscana n. 41/2005, Legge sul sistema integrato dei servizi sociali e la tutela dei diritti di cittadinanza.

di regolazione del sistema, è stata tra le prime ad adottare delle linee guida che sostanzialmente non si discostano dalle indicazioni nazionali⁵. Il Molise e la Valle d'Aosta, lo stesso anno di approvazione della normativa nazionale, avevano approvato una legge di riordino della materia⁶. In realtà, la legge di riordino della Valle d'Aosta è relativa al riordino dei servizi sanitari e sociali ed è indirizzata a disciplinare più gli aspetti sanitari del sistema. Alcune tra le altre Regioni, che avevano già una legge organica che disciplinava la materia⁷, hanno preferito approvare una normativa settoriale, come ad esempio Abruzzo, Provincia Autonoma di Bolzano, Lazio, Marche, Provincia Autonoma di Trento, Umbria e Veneto.

Il Comune, in forma singola o associata, rimane il principale attore nella gestione e programmazione dei servizi e degli interventi, nella gestione delle autorizzazioni ed accreditamento dei servizi e nella gestione e finalizzazione dei finanziamenti.

Le maggiori differenze si colgono per la presenza o meno di indicazioni sulle politiche settoriali. Le leggi di riordino delle Regioni, Toscana, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Basilicata sono tra quelle che prevedono indicazioni su alcune aree, quali: famiglia, minori, anziani, disabili, immigrati, persone a rischio di esclusione sociale, tutela della salute mentale, prevenzione e trattamento delle dipendenze; la Toscana interviene anche sul contrasto della violenza contro le donne e nomadi; il Friuli Venezia Giulia su detenuti e persone senza fissa dimora. La Regione Toscana, per ognuna di queste aree, detta indirizzi e indica servizi e/o interventi ritenuti essenziali o rinvia esplicitamente ad atti successivi nei quali questi dovranno essere definiti. Le leggi della Liguria e del Friuli Venezia Giulia non prevedono indicazioni specifiche sui servizi ma piut-

⁵ D.G.R. Campania n. 1826/2001, *Linee programmatiche per la costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

⁶ L.R. Molise n. 1/2000, *Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza*, L.R. Valle d'Aosta n. 5/2000, *Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione socio-sanitaria regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate dalla Regione*.

⁷ L.R. Abruzzo n. 22/1998, *Norme per la programmazione l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale*; L. P. Bolzano n. 13/1991, *Riordino dei servizi sociali nella Provincia di Bolzano*; L.R. Lazio n. 38/1996, *Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali*; L.R. Lombardia n. 31/1997, *Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*; L.R. Marche n. 43/1988, *Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei comuni per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella Regione*, L.R. Sicilia n. 22/1986, *Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia a cui segue il D.P.R. 28/10/2005 Programmazione degli interventi di cui al documento 'Analisi, orientamenti e priorità L. n. 328/2000 - triennio 2004/2006 e la Bozza di Legge "Testo organico per le politiche sociali e per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali"*; L. P. Trento n. 14/1998, *Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in Provincia di Trento*; L.R. Umbria n. 3/1997, *Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e di riordino delle funzioni socio-assistenziali*; L.R. Veneto n. 41/2003, *Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale e Disegno di legge n. 14/2006 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi alla persona"*.

tosto forniscono indicazioni programmatiche sulle politiche ed iniziative che le Regioni intendono perseguire e favorire. La Puglia individua tre aree di intervento che considera prioritarie: la famiglia cui dedica ampio spazio inserendo un titolo apposito nella seconda legge di riordino⁸, dove individua obiettivi e priorità di intervento e la costituzione di una consulta delle associazioni familiari; una politica di sostegno economico e contrasto alla povertà; il sostegno alle persone immigrate.

Nelle Regioni di Basilicata, Liguria ed Emilia Romagna è stato istituito con legge regionale un fondo per la non autosufficienza, che finanzia prioritariamente le prestazioni sanitarie e socio sanitarie inserite nei livelli essenziali di assistenza. Nella Regione Lombardia sono stati introdotti i voucher socio sanitari, operativi dal maggio del 2003 e utilizzabili dai cittadini per “acquistare” prestazioni di assistenza domiciliare integrata, erogate da soggetti pubblici o privati, accreditati presso la Regione.

Un'altra strategia rinvenibile in alcune Regioni si basa sulla costituzione di gruppi di lavoro inter-settoriali. In Abruzzo per le Residenze Sanitarie Assistite e l'Assistenza Domiciliare Integrata; sono in atto sperimentazioni di programmazione integrata per il Pronto intervento sociale e il “Punto unico di accesso all'intera rete dei servizi alle persone e alle famiglie”. Anche nella Regione Campania, un gruppo di lavoro integrato ha prodotto la legge regionale sulle Residenze Sanitarie Assistite, mentre in Provincia di Trento, sono attivi gruppi di lavoro per l'Assistenza Domiciliare Integrata e l'emergenza caldo per gli anziani. Nelle Marche, infine, gruppi di lavoro inter-settoriali sono giunti alla stesura congiunta di atti generali di riordino del sistema integrato socio sanitario regionale e di atti di programmazione settoriale su: anziani, infanzia e tossicodipendenze.

Minori progressi si registrano nelle altre Regioni in termini di iniziative di programmazione e di elaborazione di indirizzi per l'integrazione delle politiche socio sanitarie. Nella Regione Calabria la materia è rinviata alla costituzione del Tavolo regionale integrato tra Sanità e Sociale e nella Provincia Autonoma di Bolzano è in corso il coordinamento tra il Piano sociale e il Piano sanitario, sia per quanto riguarda la definizione di obiettivi strategici sia per l'indicazione delle risorse necessarie. Dall'esame dei percorsi regionali adottati per il governo delle politiche sociali, emerge lo scenario rappresentato nella tabella che segue.

⁸ *La Regione Puglia ha emanato due leggi di riordino: L.R. n. 17/2003 e L.R. n. 19/2006*

Tabella 7.1 - Leggi e orientamenti regionali sul sistema dei servizi sociali

Regione	Leggi sul sistema dei servizi sociali	Modalità di programmazione regionale	Orientamenti regionali per la programmazione sociale territoriale	Orientamenti regionali per la gestione operativa
Abruzzo	<p>L.R. n. 22/1998 Norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale - Piano Sociale Regionale 1998/2000 L.R. n. 35/2007 Disposizioni in materia di programmazione e prevenzione sanitaria L.R. n. 32/2007 Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private.</p>	<p>Piano Sociale Regionale 1998/2000; Piano Sociale Regionale 2002-2004 adottato con atto n. 69/8 del 26 Giugno 200.2</p>	<p>D.C.R. n. 69/8/2002 L. n. 328/2000: Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali – Piano Sociale regionale 2002 – 2004” L.R. n. 6/2005 Stabilisce che le norme del Piano Sociale 2002-2004 continueranno ad applicarsi sino all'approvazione della normativa regionale di attuazione della L. n. 328/2000 D.G.R. n. 385/2005 “Piano Sociale Regionale 2002-2004 – Atto di indirizzo applicativo per la definizione delle “Azioni innovative “per l'anno 2005 – Integrazione Agosto 2006: approvate dalla Giunta le “Linee generali del Terzo Piano Sociale regionale (2007/2009)”</p>	<p>Atto n. 804/2002, la Giunta Regionale ha approvato la “Guida per la predisposizione e approvazione del Piano di zona dei servizi sociali”. Dopo la “verifica di compatibilità” da parte della Giunta Regionale sono stati approvati tutti i 35 Piani di Zona 2003/2005 D.G.R. n. 2726 del 21/12/2001 Approvazione di 8 psz ed assegnazione fondi</p>
Basilicata	<p>L.R. n. 25/1997 Riordino del sistema socio - assistenziale L.R. n.4/2007 Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale L.R. n. 14/2007 Modifiche ed integrazioni alla L.R. n. 4/2007 L.R. n. 12/2008 riassetto organizzativo e territoriale del SSR</p>	<p>Piano Regionale socio-assistenziale 2000/2002 Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona (in corso di redazione).</p>	<p>D.C.R. n. 1280/99 “Piano socio-assistenziale 2000/2002” Il Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona contiene gli indirizzi operativi per perseguire la massima integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari e con gli interventi formativi, educativi, culturali ed occupazionali</p>	<p>Istituzione dei Distretti della Salute e delle Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB), in modo da garantire l'offerta integrata socio-sanitaria e sanitaria sull'intero territorio di competenza.</p>

Segue ►

SEGUE - Leggi e orientamenti regionali sul sistema dei servizi sociali

Regione	Leggi sul sistema dei servizi sociali	Modalità di programmazione regionale	Orientamenti regionali per la programmazione sociale territoriale	Orientamenti regionali per la gestione operativa
Calabria	L.R. n. 23/2003 Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria	Piano Sociale Regionale 2004/2006	D.G.R. n. 1/2005 "Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali 2004-2006 di cui all'art. 18 della L.R. n. 23/2003"	
Campania	D.G.R. n. 1826/2001 Linee programmatiche per la costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali Deliberazione n. 109/2006 DDL "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale" - emendamenti al DDL approvato con D.G.R. n. 4/04	-	D.G.R. n. 1826/01 Linee programmatiche per la costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali	D.G.R. n. 204/2005 Approvazione Linee Guida Regionali 2005 (IV annualità). Orientamenti strategici triennio 2005 - 2007 D.G.R. n. 586/2004 Linee guida III annualità D. G. n. 352 /2003 Linee Guida per la Programmazione Sociale 2003 e per il consolidamento del sistema di welfare della Regione Campania (II Annualità)
Emilia Romagna	L.R. n. 2/2003 Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"	Piano Sociale Regionale Piano sociale e sanitario 2007-2009	D.C.R. n. 615/2004 "Stralcio Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali ai sensi dell'art. 27, L.R. 2/03 - Anno 2004" (Proposta della Giunta Regionale in data 2 novembre 2004, n. 2152)	D.G.R. n. 329/2002 "Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei piani di zona 2002/2003"
Friuli V. G.	L.R. n. 6/2006 Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale	Piano Sociale Regionale 2002/2004	D.G.R. n. 3236/2004 "Linee guida per la predisposizione del Programma delle attività territoriali (PAT)"	D.G.R. n. 3236/2004 "Linee guida per la predisposizione del Piano di zona"

Segue ►

SEQUE - Leggi e orientamenti regionali sul sistema dei servizi sociali

Regione	Leggi sul sistema dei servizi sociali	Modalità di programmazione regionale	Orientamenti regionali per la programmazione sociale territoriale	Orientamenti regionali per la gestione operativa
Lazio	L.R. n. 38/1996 Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali	Piano Sociale Regionale	D.G.R. n. 318/2004 "Proposta di piano socio-assistenziale 2003/2005 e relativi indirizzi ai piani di zona"	D.G.R. n. 318/2004 "Proposta di piano socio-assistenziale 2003/2005 e relativi indirizzi ai piani di zona"
Liguria	L.R. n. 12/2006 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari" delibera del Consiglio regionale n. 35/2007	Piano Sociale Regionale 2002/2004 Piano sociale integrato regionale 2007/2010	D.G.R. n. 65/2001 "Piano Triennale dei Servizi Sociali 2002-2004 e indirizzi ai Comuni per la redazione dei Piani di Zona. Modifiche ed integrazioni alla D.C.R. n. 44/99 recante il Piano Triennale dei Servizi Sociali 1999/2001"	D.G.R. n. 448/2003 "Linee Guida ai Comuni per la gestione associata dei servizi sociali"
Lombardia	L.R. n. 31/1997 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali"	Piano Socio-Sanitario 2002/2004	D.C.R. n. VII/462/2002 Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004	Linee guida per la redazione dei piani di zona: D.G.R. VII/7069 23/11/2001 D.G.R. 7/10803/02 D.G.R. 15452/03 D.G.R. 7/10803/02 D.G.R. 1542/03
Marche	L.R. n. 43/88 "Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei comuni, per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella Regione"	Piano Sociale Regionale	D.G.R. n. 1968/2002 "Linee Guida per la predisposizione e l'attuazione del Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali" D.C.R. n. 306/2000 "Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002"	D.G.R. n. 1968/2002 "Linee Guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona 2003"
Segue ►				

SEGUE - Leggi e orientamenti regionali sul sistema dei servizi sociali

Regione	Leggi sul sistema dei servizi sociali	Modalità di programmazione regionale	Orientamenti regionali per la programmazione sociale territoriale	Orientamenti regionali per la gestione operativa
Molise	L.R. n. 1/2000 "Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza"	Piano socio-assistenziale regionale 2004/2006	D.G.R. n. 251/2004 Piano socio-assistenziale regionale. Triennio 2004-2006.	D.G.R. n. 408/2005 "Linee Guida per la stesura dei piani sociali di zona in Molise" Approvati con D.G.R. n. 12/06
P. A. Bolzano	L. P. n. 13/1991 "Riordino dei servizi sociali nella Provincia di Bolzano"	Piano Sociale Provinciale 2000- 2002 Piano Sociale 2006-2008		
P. A. Trento	L. P. n. 14/1998 "Ordinamento dei servizi socio-assistenziale in provincia di Trento"	Piano Sociale e Assistenziale per la Provincia di Trento 2002-2003		
Piemonte	L.R. n. 1/2004 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento"	-		D.G.R. n. 51-13234/2004 "Approvazione delle linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona"
Puglia	L.R.n. 17 /2003 "Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia" L.R.n. 19/2006 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia"	Piano Sociale Regionale	D.G.R. n. 598/2006 n. 598 " Piano Regionale delle Politiche Sociali. Integrazione linee guida e modifica Atto d'indirizzo e coordinamento" D.G.R. n. 1104/2004 "Piano Regionale delle Politiche Sociali - interventi e servizi in Puglia". Approvazione	D.G.R. n. 1104/2004 "Linee guida per la stesura dei Piani Sociali di Zona" (allegato al Piano Regionale delle Politiche Sociali) Tutti gli ambiti territoriali pugliesi hanno approvato con accordo di programma la Prima Parte dei Piani Sociali di Zona, trasmessa successivamente in Regione per l'approvazione e per il relativo finanziamento. La gran parte degli

Segue ►

SEGUE - Leggi e orientamenti regionali sul sistema dei servizi sociali

Regione	Leggi sul sistema dei servizi sociali	Modalità di programmazione regionale	Orientamenti regionali per la programmazione sociale territoriale	Orientamenti regionali per la gestione operativa
Sardegna	L.R. n. 23/2005 "Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della L.R.n. 4 del 1998 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali)"	Piano Regionale dei servizi sociali e sanitari	D.G.R. n. 4/2005 "Piano Regionale dei servizi sociali e sanitari"	ambiti territoriali è, inoltre, impegnata nel completamento della stesura della Seconda Parte dei Piani Sociali di Zona con la progettazione di dettaglio D.G.R. n. 620/2006 Esecutività della D.G.R. n. 23/30 del 2006 'Linee guida per l'avvio dei Piani locali unitari dei servizi alla persona (L.R 23 dicembre 2005, n. 23).
Sicilia	D.P.R. 8/10/2005 Programmazione degli interventi di cui al documento 'Analisi, orientamenti e priorità legge n. 328/2000 - triennio 2004/2006' Bozza di Legge "Testo organico per le politiche sociali e per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali"	Piano Socio-Sanitario	D. P. n. 243 del 4/11/2002 Linee Guida per l'attuazione del Piano Socio-sanitario della Regione Siciliana D. P. del 11/05/2000 PSR 2000-2002 D.G.R. luglio 2002 Linee guida di indirizzo ai Comuni per la redazione dei Piani di Zona - Triennio 2001 - 2003, in attuazione della L. n. 328/2000. Verso il piano socio-sanitario della Regione Siciliana	Circolare del 6/04/2005 "La gestione dei Piani di Zona e l'affidamento dei servizi" Circolare n. 85/2003 del 18/03/2003 Indice ragionato per la stesura del Piano di Zona - Allegato tecnico-operativo al Piano Socio-sanitario della Regione Siciliana.
Toscana	L.R. n. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti della cittadinanza sociale"	Piano Sociale Integrato 2002/2004	D.G.R. 1046/2005 "Attuazione per l'anno 2005 del Piano Integrato Sociale Regionale 2002/2004"	D.G.R. n. 108/2004 "Aggiornamento Linee guida piani di zona"

Segue ►

SEGUE - Leggi e orientamenti regionali sul sistema dei servizi sociali

Regione	Leggi sul sistema dei servizi sociali	Modalità di programmazione regionale	Orientamenti regionali per la programmazione sociale territoriale	Orientamenti regionali per la gestione operativa
Umbria	L.R. n. 3/97 "Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e di riordino delle funzioni socio-assistenziali"	Piano Sociale Regionale	D.G.R. n. 2003/2003 "Proposta Organizzativa per il Secondo Piano Sociale Regionale" D.C.R. n. 759/1999 Piano Sociale Regionale 2000-2002	D.G.R. n. 248/2002 "Atto di indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio" D.G.R. n. 649/2000 "Linee guida regionali per la costruzione dei Piani di Zona"
Valle d'Aosta	L.R. n. 5/2000 "Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione"	Piano Sociale Regionale 2006/2008	L.R. n. 13/2006 "Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/2008"	
Veneto	Disegno di legge n. 14/2006 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi alla persona"	Piano Regionale Servizi alla Persona e alla Comunità 2003/2005	D.G.R. del 10/06/2003 "Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità 2003-2005 Politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali della Regione del Veneto negli anni 2003-2005"	D.G.R. n. 1560/2006 "Piani di Zona dei Servizi alla Persona 2003/2005: allineamento della programmazione in corso al 31 dicembre 2006. Indicazioni per la presentazione Piani di Zona dei Servizi alla Persona 2007/2009"

Fonte: elaborazione CEIS Sanità

7.3 Gli strumenti di programmazione per il governo del sistema di politiche sociali ed assistenziali

Proviamo a descrivere lo scenario nazionale in termini di programmazione regionale e territoriale.

I Piani Sociali Regionali nelle varie Regioni acquisiscono denominazione diversa, Piano Sociale Regionale, in Abruzzo, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta, Piano Regionale socio assistenziale in Basilicata e Molise, Piano Sociale a Bolzano, Piano Socio Sanitario in Lombardia e Sicilia, Piano sociale e sanitario in Emilia Romagna, Piano Sociale Integrato in Toscana, Piano Sociale e Assistenziale a Trento, Piano Regionale Servizi alla Persona e alla Comunità in Veneto.

La Puglia ha fatto seguire in tempi brevi un nuovo Piano Sociale Regionale, la Calabria e la Sardegna hanno approvato una proposta di piano⁹, Toscana e Liguria¹⁰ hanno approvato il piano sociale dopo la L. n. 328/2000 ma prima della approvazione della legge regionale di riordino ed aggiornano periodicamente i Piani Sociali precedentemente approvati, in Emilia Romagna e Piemonte sono in corso di discussione i progetti dei nuovi Piani Sociali.

Tra le Regioni che non hanno approvato una disciplina organica dopo la legge quadro nazionale, alcune hanno approvato un piano sociale regionale dopo il 2000: Abruzzo, Lombardia, Molise, Sicilia, Provincia Autonoma di Trento, Valle d'Aosta¹¹. Tale atto può essere letto, in alcuni casi, come una volontà politica di intervenire nel sistema dei servizi sociali, pur senza arrivare all'approvazione di una vera e propria legge di riordino dell'intero sistema regionale. La Basilicata, invece, ha approvato una disciplina organica dopo la legge quadro nazionale, L.R. n. 4 del 14 Febbraio 2007, Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, pur non avendo approvato un Piano Sociale Regionale successivo alla legge nazionale.

⁹ D.G.R. Puglia n. 1104/2004, Piano regionale delle politiche sociali, interventi e servizi in Puglia, D.G.R. Puglia n. 598/2006, Piano regionale delle politiche sociali. Integrazione linee guida e modifica Atto di indirizzo e coordinamento; D.G.R. Calabria n. 1/2005, Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali 2004-2006 di cui all'art. 18 della L.R. n. 23/2003; D.G.R. Sardegna n. 4/21/2005, Piano regionale dei servizi socio-sanitari.

¹⁰ D.C.R. Liguria n. 65/2001, Piano triennale dei servizi sociali 2002-2004 ed indirizzi ai comuni per la redazione dei piani di zona. Modifiche ed integrazioni alla D.C.R. n.44/1999 Piano triennale dei servizi sociali 1999/2001; D.C.R. Toscana n. 122/2002, Piano integrato sociale, D.C.R. Toscana n. 141/2003, Aggiornamento per il 2003 del piano integrato sociale, D.C.R. Toscana n. 108/2004, Aggiornamento per il 2004 del piano integrato sociale.

¹¹ D.C.R. Abruzzo n. 69/2002, Piano sociale regionale 2002-2004, D.G.R. Abruzzo n. 385/2005, Piano sociale regionale 2002-2004 - Atto di indirizzo applicativo per la definizione delle azioni innovative per l'anno 2005 - integrazione, D.C.R. n.57/1/2004 Piano socio sanitario 2007-2009; D.C.R. Lombardia n. VIII/257/2006, Piano socio sanitario regionale 2007-09; D.G.R. Molise n. 251/2004, Piano sociale regionale; D.C.R. Sicilia n. 243 4/11/2002, Linee guida per l'attuazione del Piano socio-sanitario della Regione Sicilia; D.G.P. Trento n. 581/2002, Piano sociale assistenziale per la Provincia autonoma di Trento 2002-03 Linee guida e misure attuative; L.R. Valle d'Aosta n. 13/2006, Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/08. Il Veneto ha approvato una proposta di piano con la D.G.R. 10/6/2003 (PDL n. 396), Piano regionale di servizi alla persona e alle comunità - politiche sanitarie, socio sanitarie e sociali della Regione Veneto per il triennio 2003-2005.

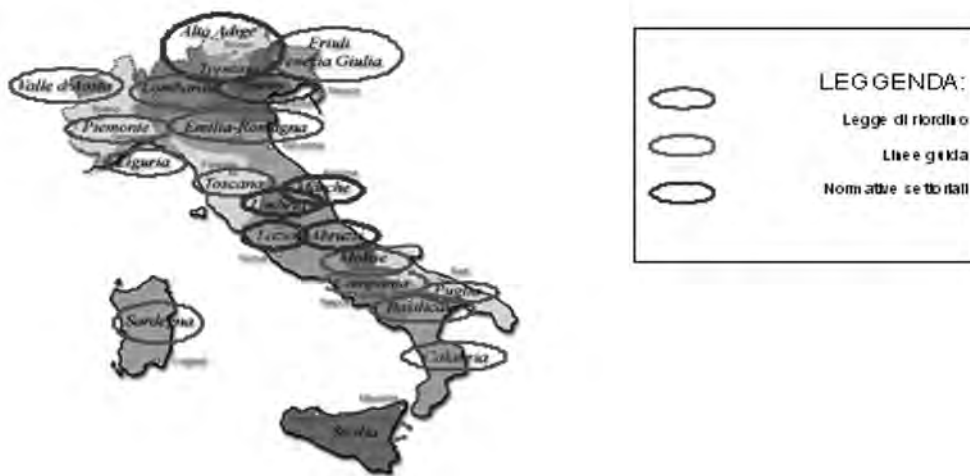
Un gruppo di Regioni aveva Piani Sociali Regionali antecedenti la legge nazionale, ma approvati in tempi molto vicini a questa: Provincia Autonoma di Bolzano, Marche, Umbria¹². Pertanto, non si è resa necessaria una nuova emanazione di Piani Sociali né queste Regioni hanno ritenuto di dover approvare delle leggi riordino del sistema dei servizi sociali, sebbene alcune risultino piuttosto datate¹³. Le procedure di approvazione dei piani previste nelle leggi di riordino variano, andando da una tendenza dirigista della Puglia, che prevede una approvazione da parte della sola Regione, senza alcuna forma di partecipazione da parte di organismi rappresentativi degli enti locali o del terzo settore, a forme di concertazione, previste dalle leggi regionali di Piemonte e Calabria, che prevedono la partecipazione di organismi rappresentativi degli enti locali e, nel caso della Calabria, anche di rappresentanti del terzo settore. Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Toscana, nel procedimento di approvazione del piano sociale, prevedono la consultazione o intesa con organismi rappresentativi di enti locali previsti a livello regionale, che esprimono parere sulla proposta di piano formulata dalla Giunta¹⁴.

¹² D.G.P. Bolzano n. 5513/1999, Piano sociale provinciale; D.C.R. Marche n. 3/2000, Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali; D.C.R. Umbria n. 59/1999, Piano sociale.

¹³ L.P. Bolzano n. 13/1991, Riordino dei servizi sociali nella Provincia di Bolzano, L.R. Marche n. 43/1988, Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei comuni per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella Regione; L.R. Umbria n. 31/1999, Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio-assistenziali.

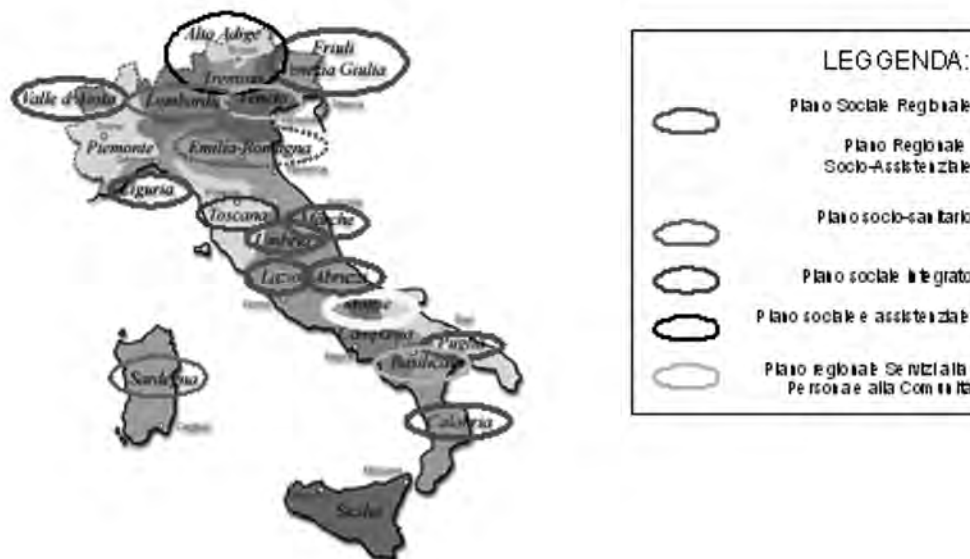
¹⁴ La Regione Emilia Romagna prevede che sulla proposta di piano vi sia il parere della conferenza Regione - autonomie locali; la Regione Friuli Venezia Giulia richiede l'intesa con conferenza permanente per la programmazione sanitaria; la Regione Liguria prevede che sulla proposta di piano sia acquisito il parere del comitato dei sindaci di distretto socio-sanitario, della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale e della consulta del terzo settore; la Regione Toscana prevede la consultazione della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria; la Regione Sardegna prevede il parere del consiglio delle autonomie locali.

Figura 7.1 - Leggi di riordino del sistema di offerta delle prestazioni sociali



Fonte: elaborazione CEIS Sanità

Figura 7.2 - Gli strumenti di programmazione per il governo del sistema di politiche sociali ed assistenziali



Fonte: elaborazione CEIS Sanità

Dalla lettura dei diversi Piani Sociali Regionali emergono tre strategie prioritarie di intervento:

- rafforzamento del terzo settore per favorire il coordinamento interdisciplinare e l'integrazione socio sanitaria;
- priorità di sistema e priorità di benessere sociale;
- consolidamento degli assetti istituzionali e gestionali per la definizione di forme più stabili di gestione associata dei servizi.

Segue una tabella (tabella 7.2 – Strategie adottate dai sistemi socio sanitari regionali italiani) che collega alle strategie di intervento identificate le scelte operate dalle diverse Regioni.

Tabella 7.2 - Strategie adottate dai Sistemi Socio Sanitari Regionali italiani

STRATEGIE PRIORITARIE DI INTERVENTO	Regioni
Rafforzamento del terzo settore per favorire il coordinamento interdisciplinare e l'integrazione socio-sanitaria	Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte Sardegna, Sardegna Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Provincia Autonoma di Trento
Priorità di sistema e priorità di benessere sociale	Abruzzo, Calabria, Provincia Autonoma di Bolzano
Consolidamento degli assetti istituzionali e gestionali per la definizione di forme più stabili di gestione associata dei servizi	Campania, Liguria

Fonte: elaborazione CEIS Sanità

Sviluppare il rafforzamento della coesione sociale attraverso interventi di contrasto al rischio di esclusione sociale e attraverso interventi di sostegno all'integrazione sono le strategie prioritarie previste dalle Regioni Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e dalla Provincia Autonoma di Trento.

Le Regioni Abruzzo, Calabria e la Provincia Autonoma di Bolzano hanno individuato come strategia prioritaria di intervento l'obiettivo di salute e di sistema. I primi rappresentano le misure di efficacia da conseguire e le strategie istituzionali, professionali e comunitarie da attivare per raggiungere i risultati. Gli obiettivi di sistema, invece, sono finalizzati a definire i caratteri fondamentali della rete dei servizi, per consentire che l'offerta di servizi e dei livelli essenziali di assistenza sia distribuita nel territorio in termini di equità. La scelta di queste Regioni e della Provincia di Bolzano è stata quella di dare priorità alla promozione della crescita del settore pubblico contemporaneamente allo sviluppo del sistema non profit per potenziare

l'integrazione fra pubblico e privato e per favorire il potenziamento e il decentramento dei servizi.

La Campania e la Liguria hanno, invece, individuato la priorità principale nel consolidamento degli assetti istituzionali e gestionali per la definizione di forme più stabili di gestione associata dei servizi. Una forte attenzione è anche dedicata al potenziamento delle competenze delle professioni sociali che rappresenta un ulteriore rilevante impegno strategico su cui le due Regioni prevedono di concentrarsi.

In termini di programmazione territoriale, il quadro che si prospetta è quello sintetizzato nella tabella che segue (tabella 7.3 – Stato della programmazione territoriale), la maggior parte delle Regioni, ha provveduto a ripartire il territorio regionale in ambiti territoriali/zone per la gestione dei servizi sociali. Tali ambiti sono quasi sempre intercomunali con eccezione delle grandi città dove gli ambiti sono unicomunali o, in qualche caso, sono previsti più ambiti per una sola grande città. La realizzazione della riforma dei Piani di Zona non è ancora in linea con i risultati previsti secondo cui gli ambiti territoriali sovracomunali avrebbero dovuto garantire la realizzazione di una rete di servizi sociali attraverso la gestione associata dei Comuni e il coinvolgimento attivo delle associazioni del terzo settore. Si rileva, infatti, una situazione completamente disomogenea che vede Regioni in ritardo di attuazione dei Piani di Zona e altre che hanno assunto una funzione più prescrittiva, di indirizzo, indicando criteri e contenuti da inserire nei Piani di Zona, attribuendo agli enti intermedi funzioni più ispettive e di controllo invece che di partnership finalizzata alla condivisione di strategie e progettazione a livello zonale. Nel primo gruppo di Regioni, i Comuni o le aggregazioni di Comuni si sentono più autonomi nell'esercitare la funzione di programmazione, nel secondo, invece, si sentono più vincolati e limitati nelle proprie scelte.

Tabella 7.3 - Stato della programmazione territoriale

Regione	Organizzazione territoriale	Modalità di programmazione territoriale	Organismi tecnici a regia regionale
Abruzzo	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Ufficio di Piano Regionale
Basilicata	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Linee Guida
Calabria	Distretti Socio-sanitari	Piani di Zona	-
Campania	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Linee Guida
Emilia Romagna	Zone sociali	Piani di Zona	Linee Guida per l'approvazione dei PSZ
Friuli V. G.	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Linee di sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali
Lazio	Distretti	Piani di Zona	Linee Guida
Liguria	Zone territoriali, Distretti sociali	Piani di Zona	Linee Guida
Lombardia	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Linee Guida
Marche	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Linee Guida
Molise	Aree	Piani di Zona	Linee Guida per la stesura dei Piani di Zona
P. A. Bolzano	Comprensori Distretti	Piani di Zona collegati a quelli di settore e dei comprensori	Linee guida
P. A. Trento	Ambiti territoriali	Piani Sociali di Zona	Linee guida e misure attuative
Piemonte	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Linee Guida
Puglia	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Linee Guida
Sardegna	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Linee Guida
Sicilia	Distretti socio-sanitari	Piani di Zona	Linee Guida
Toscana	Zone socio-sanitarie	Piani di Zona	Linee Guida
Umbria	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Linee Guida costruzione dei PSZ
Valle d'Aosta	Distretti socio-sanitari	Piani di Zona	Linee Guida per la costruzione dei PSZ
Veneto	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Linee Guida

Fonte: rielaborazione propria su dati Rapporto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Formez, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Dipartimento di Studi sull'Impresa, (2006), Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto

7.4 Lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sanitari e socio sanitari

L'ampio processo di riforme che sta interessando il settore socio sanitario italiano è, quindi, riconducibile a due grosse direttrici: lo sviluppo di un *welfare* partecipato ed interattivo e la territorializzazione degli interventi, che confermano la necessità di gestire le politiche sociali in un'ottica di governance moderna che tenga conto di una molteplicità di livelli e di attori e la necessità di offrire interventi integrati sul territorio per essere sempre più prossimi al cittadino. L'integrazione è una esigenza derivante dai numerosi e continui cambiamenti demografici, sociali e culturali che causano un aumento dei bisogni delle fasce più deboli della popolazione. La natura di questi bisogni è spesso composita e richiede prestazioni di natura sanitaria e socio sanitaria e lo sviluppo di un sistema socio sanitario integrato. Le aree a rischio considerate nei Piani Socio Sanitari sono materno infantile, anziani, disabili, malati mentali, tossicodipendenti, malati terminali, malati di HIV. Per assicurare alle persone bisognose prestazioni adeguate, oltre alle risorse economiche, si è resa necessaria la collaborazione tra i servizi e l'integrazione tra livelli organizzativi e gestionali delle istituzioni coinvolte. Dal punto di vista normativo, già la L. n. 833/78 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale è intervenuta su questo tema affermando il principio dell'integrazione funzionale degli interventi di base sanitari e sociali, da realizzarsi nelle Unità sanitarie locali. La successiva produzione normativa in materia di assistenza socio sanitaria ha mantenuto l'integrazione come obiettivo e ha definito, già a partire dagli anni '80, l'organizzazione dei servizi sul territorio (USL e Distretti), le competenze gestionali dei vari livelli istituzionali (Regioni, Province, Comuni singoli e associati, Aziende sanitarie) e i compiti di programmazione delle Regioni contenuti nei Piani Sanitari Regionali.

Nello specifico, il D.Lgs n. 229/99 ha previsto nuove condizioni di rapporto tra Regioni, Comuni e Aziende unità sanitarie locali nella programmazione sanitaria e socio sanitaria a livello regionale e locale ed ha precisato che l'integrazione socio sanitaria riguardasse «tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale». All'interno di questa normativa, ai comuni si chiede una maggiore responsabilizzazione nella programmazione sanitaria e socio sanitaria. Alle Aziende sanitarie è richiesto di adottare, secondo le procedure stabilite dalla legge regionale e con la partecipazione degli enti locali interessati, il Piano attuativo locale. I distretti adottano il Programma delle attività territoriali o distrettuali (PAD) in cui sono indicate organicamente le attività da svolgere, la localizzazione dei servizi del distretto e la determinazione delle risorse per l'integrazione socio sanitaria.

La L. n. 328/2000 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali, invece, affronta il tema dell'integrazione socio sanitaria con riferimento ai principi generali della programmazione, ai livelli di programmazione, alle funzioni dei comuni e delle Regioni, alla definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Ribadisce, inoltre, la centralità del territorio per la realizzazione, attraverso i Piani di Zona, della rete di servizi sociali e il loro coordinamento e la loro integrazione con gli interventi sanitari.

L'applicazione della normativa alla programmazione dei servizi socio sanitari è messa in luce dai Piani Sanitari e Sociali che, oltre a definire gli obiettivi previsti, i compiti tra livelli istituzionali, le risorse da stanziare, elencano le tipologie di servizi programmate per area di

disagio, le relative prestazioni e gli enti erogatori.

Secondo il PSN 1998-2000, l'integrazione¹⁵ delle politiche per la salute «nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione, privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, valorizza i diversi centri di responsabilità, qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati, promuove la solidarietà e valorizza gli investimenti di salute nelle comunità locali».

Sempre nel PSN 1998-2000¹⁶ si precisa che la strategia dell'integrazione socio sanitaria si realizza su più livelli:

- *istituzionale*. L'integrazione istituzionale si realizza attraverso la predisposizione di una serie di strumenti giuridici, quali la delega, le convenzioni e gli accordi di programma tra l'ente gestore dei servizi assistenziali, amministrazione comunale o comprensori, e l'azienda sanitaria locale. L'estrema complessità delle azioni socio sanitarie richiede, infatti, la collaborazione tra le diverse istituzioni che indicano la cornice e gli elementi portanti della collaborazione tra il sociale ed il sanitario. In concreto, le Regioni, nei loro piani, possibilmente socio sanitari, attraverso la definizione delle priorità, dei criteri e dell'entità dei finanziamenti e le linee guida per l'organizzazione, devono promuovere la collaborazione richiedendo agli Enti la formulazione di Piani Socio Sanitari di Zona integrati ed unitari. All'interno dei Piani Regionali devono essere definiti anche i criteri di finanziamento e gli indirizzi organizzativi. Il distretto può essere considerato il "contenitore" dove si concretizza, nel migliore dei modi, la gestione unitaria dei processi integrati e delle risorse. Esso è anche la struttura dove si esplicano la programmazione operativa e le collaborazioni e le azioni dei vari operatori.
- *a livello gestionale*. L'integrazione gestionale si verifica a livello territoriale. Anche qui il distretto assume un ruolo strategico di unificazione, di raccordo e di coordinamento tra i servizi delle diverse istituzioni. Gli strumenti in cui vengono definiti i bisogni e gli interventi di natura sanitaria e socio sanitaria necessari per affrontarli sono il Programma delle attività territoriali, che si configura come un Piano di salute distrettuale, e il Piano di Zona, che è lo strumento attraverso il quale il Comune disegna il sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- *organizzativo*. L'integrazione organizzativa si realizza nell'ambito del processo assistenziale

¹⁵ *«Nei Piani Regionali, l'integrazione deve costituire una priorità strategica ... Sono da considerarsi prioritarie nell'integrazione socio-sanitaria le attività afferenti all'area materno-infantile; handicap; anziani, con particolare riferimento ai soggetti non autosufficienti; salute mentale; tossicodipendenza; condizioni che richiedono un'assistenza prolungata e continuativa, con particolare riferimento alle patologie oncologiche e alle infezioni da HIV» (PSN 1998-2000)*

¹⁶ *Il PSN 1998-2000 assume come idee forti per l'integrazione delle politiche per la salute i seguenti nove punti:*

1. *rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti*
2. *promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari*
3. *diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute*
4. *favorire comportamenti e stili di vita per la salute*
5. *contrastare le patologie più importanti*
6. *aiutare a convivere attivamente con la cronicità*
7. *percorrere le strade dell'integrazione socio sanitaria*
8. *rilanciare la ricerca*
9. *investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema*

socio sanitario tra figure di diversa professionalità. Tale integrazione può avvenire all'interno dello stesso servizio o tra servizi facenti capo ad altre istituzioni appartenenti al medesimo servizio. È necessario riconoscere e valorizzare il lavoro territoriale di ambito e di distretto, come luogo in cui realizzare i processi di presa in carico integrati, a cura di professionalità dipendenti da istituzioni diverse.

- *finanziario*. L'integrazione finanziaria si realizza attraverso la corretta imputazione di risorse ai fondi dei due comparti (sanitario e sociale), rispettivamente per le attività e prestazioni sanitarie e quelle assistenziali a rilievo sanitario. La corretta imputazione è possibile a condizione che nell'accordo di programma siano definite chiaramente le quote di responsabilità di ogni ente rispetto alle attività da garantire.

Il concetto di rete integrata di servizi acquista una maggiore specificazione nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003¹⁷. In esso, sono previste quote di risorse aggiuntive a favore dei Comuni associati e incentivi a favore dell'esercizio congiunto delle funzioni sociali in ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari. Infine, l'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio sanitaria, il D.P.C.M. del 14 febbraio 2001¹⁸, definisce le tipologie di prestazioni per aree di intervento e regola i criteri di suddivisione della spesa tra il SSN e i Comuni.

Le "prestazioni socio sanitarie" sono definite come quelle attività atte a soddisfare mediante percorsi integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Esse sono classificate, in base alla prevalenza dei bisogni (natura del bisogno, complessità e intensità dell'intervento assistenziale, durata) e delle risorse implicate nei processi assistenziali, in (DPCM 14 febbraio 2001):

- *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, finalizzate "alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite". Queste prestazioni, di competenza delle Aziende Sanitarie ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali;
- *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, attività dell'ambito sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni, possono essere prestate

¹⁷ Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, a cura dell'art. 18, comma 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328, afferma che il sistema integrato di interventi e servizi sociali non può che realizzarsi con il concorso di una pluralità di attori, istituzionali e non, pubblici e privati, rispetto ai quali sono distribuiti ruoli e responsabilità, competenze e risorse. In tale contesto, il Piano nazionale ha la funzione principale di orientare e mobilitare i diversi soggetti affinché ciascuno faccia "la propria rete" e affinché nel loro insieme si integrino, attivando una rete progettuale e gestionale.

¹⁸ Il D.P.C.M. del 14.2.2001 recante "Atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria", definisce prestazioni socio-sanitarie "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico, di aiuto domestico, di ospitalità alberghiera;

- *prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria*, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del percorso personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Tali prestazioni ad elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle Aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono, in particolare, riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio sanitario inerenti le funzioni psico-fisiche e la limitazione delle abilità del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza. L'integrazione socio sanitaria si realizza a livello territoriale. La competenza è congiunta, delle ASL e dei Comuni. I processi integrati fra istituzioni, si concretizzano nel distretto, anche attraverso la gestione unitaria di diverse fonti di risorse.

Sarebbe opportuno definire assetti più funzionali alla gestione delle attività socio sanitarie, che siano anche in grado di consentire l'effettivo esercizio di una programmazione partecipata da parte della comunità locale, individuando un modello di governo che riesca a coordinare le attività svolte dal sistema sanitario e da quello sociale. Ciò può avvenire attraverso l'applicazione dell'articolo 3-quater del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. che individua nel distretto l'articolazione dell'Unità sanitaria locale più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione. Si ritiene, quindi, che il distretto possa costituire la struttura più indicata a favorire l'integrazione socio sanitaria. Il distretto è, infatti, la struttura dotata di autonomia tecnico-funzionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL, che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri. Il distretto è, inoltre, la sede privilegiata per la programmazione delle attività territoriali alla quale concorrono i comuni, attraverso il Comitato dei sindaci del distretto. Il Programma delle attività territoriali ha la finalità di individuare la localizzazione dei servizi, di determinare le risorse per l'integrazione socio sanitaria e le quote a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la realizzazione dei presidi per il territorio di competenza.

L'obiettivo che ci si pone è quello di provare ad identificare un modello di governance dell'integrazione socio sanitaria che riesca a realizzare sia l'integrazione istituzionale, che caratterizza il modello istituzionale, che gestionale, del modello economico-aziendale. È il distretto ad assumere il ruolo strategico di coordinamento fra le funzioni sanitarie e socio sanitarie di competenza della ASL con quelle socio assistenziali gestite dagli Enti locali. Ciò al fine di consentire ai cittadini che si rivolgono ai punti di accesso del sistema dei servizi sociali o di quelli sanitari di vedere considerato e poi trattato il loro bisogno nel suo insieme, senza doversi essi stessi fare carico di ricomporre le valutazioni e i

conseguenti interventi offerti da due diversi sistemi.

Con riferimento ai modelli di integrazione istituzionale e/o organizzativa proposti in letteratura, è possibile formulare la proposta di un modello organizzativo dell'integrazione socio sanitaria, la creazione di un "centro socio sanitario distrettuale" attraverso il quale realizzare sia l'integrazione istituzionale che gestionale assegnando, ai comuni ed all'azienda, il compito di amministrare congiuntamente i servizi sanitari e socio sanitari distrettuali. L'integrazione istituzionale si realizza attraverso la predisposizione di uno specifico strumento di governance, l'accordo di programma tra l'ente gestore dei servizi assistenziali, il comune, e l'azienda sanitaria locale. L'integrazione gestionale si realizza a livello territoriale grazie al Piano di Zona, strumento attraverso il Comune disegna il sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio sanitari, al quale partecipano in modo diretto e attivo le ASL e i comuni territorialmente interessati.

Il modello organizzativo dell'integrazione socio sanitaria si realizza, quindi:

- 1.a livello *istituzionale*, attraverso la costruzione di un Accordo di Programma sul "Piano di Zona" tra l'ente gestore dei servizi assistenziali e l'azienda sanitaria locale, attraverso i distretti. In esso, vengono specificati gli obiettivi da raggiungere nella singola area, le competenze di ogni soggetto istituzionale, le risorse messe a disposizione, le modalità per la gestione integrata, tutti gli altri strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione partecipata. Il funzionamento del modello potrebbe essere agevolato dalla definizione di un ambito territoriale dei servizi sociali coincidente con quello della ASL. A tal fine, i comuni che sottoscrivono l'Accordo di Programma devono essere coincidenti con i comuni che fanno parte dell'Azienda Sanitaria. Per perseguire gli obiettivi dell'Accordo di Programma è possibile istituire un Comitato, composto dai sindaci dei Comuni del Distretto socio sanitario e dal Direttore Generale dell'Azienda USL, e dei Tavoli di Concertazione dei servizi socio sanitari integrati, aperti ai diversi portatori di interesse, opportunamente identificati. Questo tipo di integrazione diventa ancora più intensa se si pensa di condividere spazi erogativi (es. sede di un distretto socio sanitario utilizzato sia dai servizi dell'ASL che dai servizi del comune) e di erogare servizi congiuntamente.
- 2.a livello *gestionale*, attraverso la predisposizione dei Piani di Zona, come processi programmatori del sistema dei servizi sociali e socio sanitari, ai quali partecipano in modo diretto e attivo le ASL e i comuni territorialmente interessati. Il Piano di Zona definisce i programmi sociali e la loro integrazione per tutte le aree di intervento. Esso deve essere redatto in coerenza con i contenuti dei Programmi delle Attività Territoriali (PAT) e del Piano sociale nazionale e regionale. Viene definito dal Comitato dell'Accordo di Programma che lo elabora anche attraverso la partecipazione del Tavolo di Concertazione dei Servizi Sociali e socio sanitari.
- 3.a livello *organizzativo*, attraverso la valorizzazione del lavoro territoriale di ambito e di distretto che si realizza attraverso la motivazione delle professionalità da assegnare alle varie unità operative integrate. Si potrebbe anche prevedere l'acquisto e/o la progettazione congiunta di servizi socio sanitari. Per progettazione di servizi s'intende la definizione analitica dei contenuti delle prestazioni, la definizione e la scelta degli utenti, la scelta delle modalità di erogazione, le politiche tariffarie e l'individuazione degli strumenti di comunicazione/attivazione delle prestazioni.

Infine, l'integrazione a livello finanziario si potrebbe realizzare attraverso la creazione, ad integrazione del fondo regionale per l'esercizio delle funzioni socio assistenziali, di un fondo regionale per l'esercizio delle funzioni socio sanitarie coperto, a livello distrettuale, con risorse dei Comuni e delle Aziende sanitarie.

Figura 7.3 - I livelli di funzionamento di un modello organizzativo dell'integrazione socio sanitaria



Queste riflessioni sono state possibili grazie agli spunti emersi dalla lettura di alcuni Accordi di Programma che iniziano ad essere costruiti in Italia. Si fa riferimento, ad esempio, all'esperienza del distretto socio sanitario del Comune di Siracusa, agli interventi socio sanitari integrati nel comprensorio di Forlì, alla gestione socio sanitaria del Comune di Siena.

Tuttavia, il modello può essere considerato un "modello forte" solo se viene caratterizzato e definito, individuando e scegliendo forme di rapporto tra i sistemi (sociale e sanitario) che assicurino una più solida integrazione istituzionale e più efficaci modalità di collaborazione a livello gestionale.

Figura 7.4 - Gli strumenti dell'integrazione socio sanitaria



7.5 Conclusioni

Dopo una fase di allontanamento tra servizi sanitari e servizi sociali avviatosi con l'aziendalizzazione della sanità e con la regolazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, dettato più dalla ricerca di un'impostazione differenziata del principio di sussidiarietà che da scelte consapevolmente razionali sulle condizioni di efficienza ma soprattutto sui bisogni dell'utenza, si sta assistendo ad un progressivo riavvicinamento tra i settori, con modalità diversificate da Regione a Regione.

Le modalità di tale riavvicinamento manifestano esperienze di risposte di tipo contingente ad una problematica evidentemente comune, complessa ed di fatto ineludibile: l'esigenza di ridefinizione del setting dei servizi di cittadinanza sociale attorno alla persona ed alla comunità in cui essa vive, e quindi alla domanda piuttosto che all'offerta di servizi attivati in base al modello istituzionale scelto.

Certamente i modelli, gli strumenti e le modalità risentono fortemente della tipologia e della storia di relazioni tra il regolatore pubblico e gli operatori pubblici e privati e dal grado di robustezza e diffusione di questi ultimi.

Piuttosto che una esigenza di separatezza istituzionale, focalizzata sull'esigenza di demarcare gli ambiti istituzionali di protezione sociale, sta prendendo forma una tendenza a ricercare modalità di integrazione tra servizi ma soprattutto tra gli strumenti gestionali dei diversi attori in

campo: Aziende Sanitarie, Comuni, operatori privati no-profit e profit.

Ciò sta comportando la maturazione di una progressiva demarcazione tra le funzioni di regolazione pubblica e quelle gestionali, esercitate da operatori pubblici e privati in condizioni di progressiva standardizzazione dei requisiti produttivi e di servizio e quindi di maturazione di migliori condizioni di concorrenza.

Sotto la spinta di una ricerca di risposte migliori ai bisogni di salute ed agli stati di disagio e svantaggio da un lato, e della diffusione delle tecnologie e dei modelli di interazione culturale dell'altro, sta maturando un progressivo disaccoppiamento tra il modello istituzionale (Aziendale per la sanità, comunale per i servizi sociali) ed i modelli di servizio e di produzione, con la conseguenza che il modello istituzionale e quello di servizio-produzione di fatto coincidono sempre più raramente.

Tale spinta al cambiamento, ed alla contestuale ricerca del confronto, investe soprattutto la rielaborazione del modello e del ruolo del "distretto", quale articolazione territoriale intermedia omogenea per i servizi e la produzione, attorno a cui si intessono soprattutto relazioni cooperative tra i diversi attori istituzionali in gioco.

Si tratta quindi di un cambiamento che, dato il modello istituzionale separato (brevemente, Comuni per l'assistenza sociale ed Aziende Sanitarie per l'assistenza sanitaria), investe principalmente il modello organizzativo ed il modello gestionale dell'integrazione tra i setting dei servizi per l'assistenza sanitaria e per quella sociale.

La condizione di sostenibilità di una sfida di cambiamento così impegnativa risiede nell'adeguatezza della leva finanziaria, che dovrà assumere una consistenza sufficiente per poter realmente rendere più efficace per l'utenza ed efficiente in termini di spesa il setting dell'assistenza sanitaria e sociale, soprattutto considerando la comune derivazione dalla finanza regionale. In altri termini, una dotazione finanziaria per l'integrazione socio sanitaria che non raggiunge in media neppure il 10% della spesa corrente annua delle risorse complessivamente attivate da Comuni ed Aziende Sanitarie e che risente della bassa intensità di investimenti strutturali e telematici, non può materialmente sostenere una modificazione dei comportamenti reali degli attori e concorrere a realizzare quelle sfide dell'innovazione e dell'integrazione su cui impostare le auspiccate relazioni efficienti e sostenibili di finanza pubblica e soprattutto della spesa sanitaria. L'osservazione finale è che le esperienze di integrazione in corso e le condizioni di sostenibilità consegnano un importante elemento di riflessione ed apprendimento circa la necessità di delineare il modello di servizio dei settori sanitario e sociale sulla base delle caratteristiche dell'utenza (che sono diverse in base alla composizione della popolazione ed alle caratteristiche del territorio), della maggiore demarcazione tra funzioni di regolazione e di gestione dei servizi ma soprattutto dell'impostazione delle relazioni di sussidiarietà in chiave cooperativa.

Trattasi peraltro di condizioni essenziali per il conseguimento degli obiettivi di coesione e di inclusione sociale fissati dal Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013, in quanto l'inadeguatezza degli strumenti e delle modalità dell'integrazione dei servizi sanitari e sociali, soprattutto riguardo i setting assistenziali nell'ambito dei distretti, costituisce uno degli ostacoli più evidenti al benessere materiale e quindi allo sviluppo sociale ed economico nelle aree sottoutilizzate e svantaggiate rispetto a cui promuovere l'elevazione e l'intensificazione di copertura e miglioramento degli obiettivi di servizio.

Riferimenti bibliografici

- Bernhart J., Gunsch R., Promberger K., Tragust K., (a cura di), (2006), *Innovazione nel management sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Bubbico F., Cepiku D., Colangelo R., D'Adamo A., Giordano R., Meneguzzo M., Siniscalchi A., (2006), *Governance pubblica: approcci teorici ed esperienze*, McGraw-Hill, Milano.
- Cepiku D., Meneguzzo M., [2005], *Le scelte delle regioni nel processo di governance del sistema socio sanitario*, in *Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, pp. 135-174.
- Cepolina S., [2002], *I servizi socio sanitari. L'integrazione parte dall'analisi della domanda*, in *Mecosan*, Vol. 11, N. 42, pp. 55-68.
- D'Adamo A., (2005), *Assetti e modalità organizzative dei servizi sociali. Il caso della Regione Basilicata*, in *Modelli e forme organizzative del decentramento: ruolo e sviluppo del terzo settore*, Aiccon, Bologna.
- D'Adamo A., (2005), *Network interistituzionali e sviluppi di nuove leadership territoriali. Alcune riflessioni sulle esperienze in Basilicata*, a Giordano R. (coautore), *Azienda Pubblica*, n. 2
- Ferioli E., (2005), *Le leggi regionali sul sistema dei servizi sociali*, *Prospettive sociali e sanitarie* n. 3.
- Formez, *Percorsi evolutivi dei Piani Sociali di Zona, analisi di fondo*, quaderno n. 20.
- Lega F., Longo F., (2002), *Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della Regione e delle aziende a confronto*, in *Mecosan*, Vol. 11, N. 41, pp. 9-21.
- Legge 8 novembre 2000, N. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186).
- Longo F., (1999), *ASL, distretto, medico di base. Logiche e strumenti manageriali*, EGEA, Milano
- Longo F., (2001), *Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settore socio assistenziale, socio sanitario e sanitario*, in *Mecosan*, Vol. 10, N. 37, pp. 59-68.
- Longo F., (2007), *Incentivi e strumenti per l'integrazione delle reti socio sanitarie*, *Tendenze nuove - 4-5/2007 nuova serie*, Il Mulino.
- Meneguzzo M. (1997), *Ripensare la modernizzazione amministrativa e il New Public Management. l'esperienza italiana: innovazione dal basso e sviluppo della governance locale*, Azienda Pubblica, Vol. 10, N. 6, Maggioli Editore.
- Meneguzzo M. (2006), *Managerialità, innovazione e governance: la P.A. verso il 2000*, Aracne, Roma.
- Meneguzzo M. (a cura di), (2001), *I network del settore pubblico*, Egea, Milano.
- Meneguzzo M., Cepiku D., Ferrari D. (2004), *Governance e coordinamento strategico delle reti aziendali: sistemi sanitari a confronto*, *Convegno nazionale AIES: I livelli di governo della sanità: Finanziamento, assetti istituzionali e management*.
- Ministero Del Lavoro e Delle Politiche Sociali (2003), *Libro bianco sul Welfare, Proposte per una società dinamica e solidale*, Roma.
- Ministero Del Lavoro e Delle Politiche Sociali (2005), *Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale, Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Roma.

- Ministero Del Lavoro e Delle Politiche Sociali, (2005), I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza, Prospettive sociali e sanitarie n. 1.
- Ministero Del Lavoro e Delle Politiche Sociali (2006), Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale, Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali, Roma.
- Ministero Del Lavoro e Delle Politiche Sociali, Formez, Università Degli Studi Di Roma "Tor Vergata" - Dipartimento di Studi sull'Impresa, (2006), Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto, Roma.
- Ministero Del Lavoro e Delle Politiche Sociali (2006), Strategie di integrazione nella costruzione delle zone sociali. La progettazione delle zone ed i loro Piani: un'analisi di casi, Roma.
- Ministero Del Lavoro e Delle Politiche Sociali (2006), Il disagio degli adolescenti, valutare gli interventi, valutare le politiche, Roma.
- Ministero Del Lavoro e Delle Politiche Sociali (2006), I modelli di affidamento dei servizi sociali e l'attuazione dei sistemi di accreditamento, Roma.
- Pizzuti F. R. (2006), Rapporto sullo Stato Sociale, Utet, Torino.
- Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali (2001-2003), a cura dell'art. 18, comma 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328
- Rossi E., (2004), Sussidiarietà e politiche sociali dopo la riforma del titolo V della costituzione. Atti del convegno, Pisa, 27-28/9/2002. Interventi di Paolo Carozza, Emanuele Rossi ed altri. A cura di Elena A. Ferioli, Giappichelli, Torino.
- Tardiola A., (2005), Alla ricerca di una governance per le politiche sociali, in Modelli e forme organizzative del decentramento: ruolo e sviluppo del terzo settore, Aiccon, Bologna.

The background of the top half of the page features a light purple gradient. Overlaid on this gradient are several dark purple silhouettes of people of various ages and sizes, holding hands in a circle. The silhouettes are semi-transparent, allowing the gradient to show through. The overall mood is supportive and communal.

Capitolo 8

***Il sistema
dell'assistenza
domiciliare***

8 - Il sistema dell'assistenza domiciliare¹

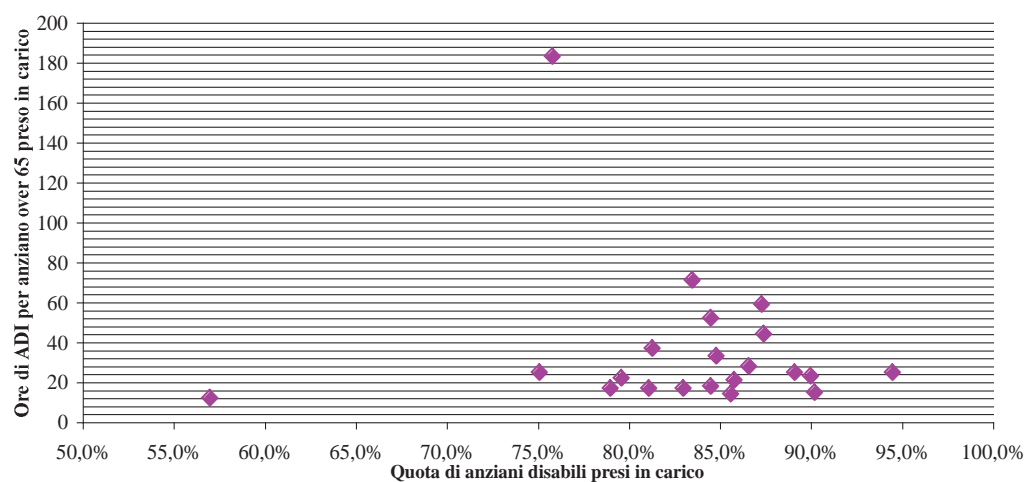
A seguito dell'allungamento della vita e del probabile aumento delle disabilità e delle cronicità, nascono nuovi, e spesso complessi, bisogni a cavallo fra sociale e sanitario. In questo contesto, una importanza crescente la assumono i modelli di assistenza domiciliare. Non a caso, recentemente, sono stati definiti dettagliatamente i livelli essenziali di assistenza specifici per le cure domiciliari², prevedendo diversi livelli di intensità delle cure in base alla diversa complessità dei pazienti.

L'obiettivo del presente lavoro è stato quindi quello, in un primo momento, di analizzare le varie disposizioni normative nazionali disciplinanti la "nascita" e lo sviluppo delle cure domiciliari, per poi passare all'analisi della ulteriore regolazione prodotta dalle varie Regioni. Successivamente, lo studio si è rivolto all'analisi quantitativa dell'offerta di cure domiciliari e della domanda rappresentata in prima approssimazione dalla quota di persone disabili o non autosufficienti che usufruiscono del servizio.

Rimandando alla lettura dei successivi paragrafi per gli approfondimenti, sembrano meritevoli di essere segnalati i seguenti aspetti:

- Alla elevata variabilità della percentuale di over 65 che ogni Regione prende in carico domiciliariamente, si aggiunge quella dell'intensità assistenziale (quantità di ore annue mediamente erogate per abitante anziano preso in carico), e non c'è significativa correlazione fra le due variabili (anche per la presenza di valori evidentemente anomali).

Figura 8.1 - Quota di over 65 assistiti in ADI e ore per caso trattato - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

¹ Ploner E., CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (dal paragrafo 8.1 al paragrafo 8.5); Polistena B. CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (paragrafo 8.6).

² "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" (2006).

- A livello nazionale le ore annue che in media sono state erogate per ogni paziente anziano assistito in ADI sono state, nel 2006, 24. Come detto il dato presenta una notevole variabilità all'interno delle diverse Regioni; in effetti, si passa dalla Valle d'Aosta che mediamente dedica ad ogni anziano preso in carico 183 ore, alla Sardegna che quasi triplica il valore nazionale (71 ore) sino a Veneto Molise che rimangono sotto le 15 ore (tabella 8.1). È presumibile che ci siano problemi significativi di comparabilità dei dati disponibili: è infatti evidente nei dati come le Regioni meridionali sembrano erogare un numero di ore di assistenza mediamente superiori per assistito; allo stesso tempo è presumibile che il dato non tenga conto delle ore effettivamente erogate, bensì di quelle che lo sono direttamente, trascurando i benefici monetari quali voucher e assegni di cura. Per promuovere un sistema di cure domiciliari efficace e efficiente è quindi necessario un sistema informativo più adeguato di quello esistente.

**Tabella 8.1 - Ore medie di ADI per abitante anziano
Anno 2006**

Regione	Ore medie over 65
Italia	24
Valle d'Aosta	183
Sardegna	71
Campania	59
Puglia	52
Basilicata	44
Sicilia	37
Abruzzo	33
Marche	28
Toscana	25
Piemonte	25
Liguria	25
Emilia Romagna	23
P. A. Trento	22
Lazio	21
Lombardia	18
Friuli V. G.	17
Umbria	17
Calabria	17
P. A. Bolzano	15
Veneto	14
Molise	12

Fonte: Ministero della Salute

- Su 180 ASL presenti sul territorio nazionale nel 2006 ancora 7 non offrono il servizio di ADI, sebbene il D.P.C.M. del 29 Novembre 2001 abbia sancito che tale tipo di prestazione rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio (tabella 8.2).

Tabella 8.2 - ASL senza servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Anno 2006

Regioni	N. ASL senza ADI
Umbria	1
Lazio	1
Puglia	1
Calabria	2
Sicilia	2

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

8.1 Gli orientamenti nazionali in tema di cure domiciliari

Il merito della diffusione dell'assistenza domiciliare integrata e dell'approccio multidisciplinare che le è indissolubilmente legato, va riconosciuto alla geriatria. In effetti, la geriatria è stata la prima disciplina medica che ha dovuto prendere atto che la natura del bisogno di cui è portatore l'anziano non autosufficiente è spesso complessa, essendo caratterizzata sia da elementi sanitari che sociali; l'integrazione tra prevenzione, assistenza primaria e percorsi terapeutici, infatti, non è in grado di far fronte a bisogni socio assistenziali compositi, che vedono agire accanto a elementi sanitari anche, e soprattutto, elementi sociali. In questi casi, il mancato intervento sul piano sociale, potrebbe annullare anche il più complesso intervento sanitario.

Non sorprende, quindi, che la prima definizione di assistenza domiciliare integrata (ADI) si trovi nel Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani" valido per il quinquennio 1991-1995³. In tale documento, l'ADI viene definita come «un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio assistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso». Inoltre, il succitato Progetto estende l'applicazione dell'ADI oltre l'ambito puramente geriatrico definendola come un servizio orientato al soddisfacimento dei bisogni degli individui che presentano la necessità di un'assistenza continuativa. L'ADI, quindi, si esplica quando, per motivi di organizzazione sanitaria o per ragioni sociali, si ritiene opportuna un'assistenza alternativa al ricovero.

L'ospedalizzazione domiciliare, come ipotizzato nel medesimo Progetto Obiettivo, a differenza dell'ADI che prevede accessi al domicilio del paziente da parte di personale infermieristico, del medico di medicina generale, ecc., rappresenta il complesso di prestazioni altamente specialistiche erogate al domicilio dell'utente da parte di un'equipe ospedaliera. Si tratta di prestazioni che nella maggior parte dei casi sono rivolte a persone o in fase terminale o colpite da malat-

³ L'assistenza a domicilio nasce nelle Regioni in ambito socio assistenziale e solo successivamente si è venuta distinguendo da essa un'altra forma di assistenza domiciliare, caratterizzata da una specifica connotazione sanitaria, e che il Progetto Obiettivo ha codificato con il termine di assistenza domiciliare integrata.

tie croniche in fase di riacutizzazione o da malattie croniche evolutive, per le quali sono necessari più accessi al giorno da parte di sanitari specializzati, medici e infermieri. L'implementazione dell'ospedalizzazione domiciliare realizza due obiettivi principali: in primo luogo permette a determinati ammalati, che non hanno ancora concluso il loro "percorso" ospedaliero, di tornare a casa evitando così la sofferenza causata da lunghi periodi di degenza, ed in secondo luogo consente al paziente di avere la certezza di essere seguito da un'equipe competente nella patologia da trattare.

Definizioni più recenti di ADI, tuttavia riconducibili a quelle fornite dal Progetto Obiettivo, si ritrovano nel Piano Sanitario Nazionale valido per il triennio 1998-2000⁴. Secondo detto Piano, «...le condizioni necessarie dell'ADI sono: la pianificazione organica delle unità di offerta nel distretto, la valutazione multidimensionale, la globalità e intensività dei piani di cura, la continuità terapeutica degli interventi, la collaborazione tra operatori sanitari e sociali, la collaborazione della famiglia, la valutazione evolutiva degli esiti». Schematicamente, quindi, il buon funzionamento dell'assistenza domiciliare è funzione della realizzazione delle seguenti condizioni:

- presa in carico basata sulla verifica di predefiniti criteri di eleggibilità: presso ogni Distretto sanitario deve essere istituita un'Unità di Valutazione Multidimensionale⁵ (UVM), il cui compito è quello di vagliare le condizioni del potenziale paziente attraverso la valutazione multidimensionale (VMD) in modo da evidenziare tanto le esigenze sanitarie che quelle sociali;
- garanzia di una gestione approfondita e coordinata degli interventi: la sicurezza di una gestione efficace dipende fondamentalmente dalla disponibilità di tutte le figure professionali necessarie all'ADI e delle altre risorse strutturali e tecnologiche⁶.

I successivi Piani Sanitari Nazionali⁷ sottolineano che l'ADI e l'ospedalizzazione domiciliare devono essere garantite e coordinate dal Distretto socio sanitario; appare evidente, dunque, come il territorio da sempre considerato quale erogatore di servizi extra ospedalieri deve essere indirizzato verso una nuova offerta di prestazioni, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extra territoriale sempre più riservata alle patologie acute. L'ambito territoriale deve diventare sede di riferimento per l'assistenza personalizzata, finalizzata alla gestione delle cronicità e all'intervento a medio e basso livello tecnologico, dalla prevenzione alla riabilitazione.

⁴ Il Piano Sanitario Nazionale 1998 2000 sostiene che «...le cure domiciliari, e in particolare l'assistenza domiciliare integrata, rappresentano una base privilegiata di azione per garantire flessibilità ed efficacia agli interventi. L'assistenza domiciliare diventa integrata (ADI) quando professionalità diverse, sanitarie e sociali, collaborano per realizzare progetti unitari, cioè mirati sulla diversa natura dei bisogni. La programmazione dell'ADI deve prevedere la complementarità tra i diversi moduli assistenziali, la valorizzazione del nursing, la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può favorire la permanenza a casa anche di persone non autosufficienti».

⁵ La composizione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale varia in relazione al bisogno che deve essere soddisfatto. Ad esempio, nel caso di eventuale presa in carico di una persona anziana, l'UVM sarà costituita dal geriatra, dall'infermiere e dall'assistente sociale e in questo caso si parlerà di Unità di Valutazione Geriatrica (UVG).

⁶ Ad esempio, spazi per la direzione, per il materiale, per le apparecchiature di telemedicina, ecc..

⁷ Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2003 2005; Piano Sanitario Nazionale 2006 2008.

Tuttavia, il D.P.C.M. del 29 novembre 2001⁸ benchè abbia elencato con estrema precisione le prestazioni ricomprese nell'area dell'integrazione socio-sanitaria⁹ e abbia precisato che l'erogazione delle prestazioni vada regolata tenendo conto del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità, definendo, quindi, come fondamentale elemento di unitarietà i Livelli Essenziali di Assistenza che devono essere garantiti a tutti i cittadini, sul versante sociale non esiste ancora una disposizione normativa che determini da un punto di vista univoco i Livelli Essenziali di Assistenza sociale (i cosiddetti LIVEAS) in attuazione a quanto previsto dalla L. n. 328/2000.

In particolare, la L. n. 328/2000, sottolinea che gli interventi in campo socio assistenziale sono di competenza dei Comuni mentre quelli socio sanitari sono condivisi a livello locale fra Comuni ed ASL. In buona sostanza, la predetta legge ha creato un modello di *welfare* sempre più municipalizzato ed orientato alla creazione di un sistema di servizi e prestazioni sociali sulla rete delle autonomie locali, affidando, di fatto, la disciplina dei servizi sociali alla legislazione esclusiva delle Regioni.

Il legislatore, inoltre, con la suddetta disposizione normativa, definisce l'ADI come l'insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socio assistenziale erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani disabili e di pazienti affetti da malattie cronico degenerative, parzialmente, totalmente, temporaneamente non autosufficienti, che hanno necessità di un'assistenza continuativa. L'ADI, quindi, comprende svariate prestazioni sia a carattere sanitario, quali prestazioni mediche da parte dei medici di medicina generale, prestazioni infermieristiche, prestazioni di medicina specialistica da parte degli specialisti dell'ASL, prestazioni riabilitative, ecc., sia prestazioni di carattere socio assistenziale, come igiene e cura della persona, aiuto domestico, accompagnamento per commissioni, ecc...

Appare evidente, dunque, come l'ADI sia caratterizzata da vari livelli assistenziali dipendenti dalle specifiche necessità della persona che la richiede; in particolare, si parlerà di:

- primo livello: prestazioni caratterizzate da bassa intensità sanitaria ed elevata intensità socio assistenziale;
- secondo livello: prestazioni caratterizzate da media intensità assistenziale con presenza del medico o dell'infermiere al domicilio una o più volte a settimana;
- terzo livello: prestazioni caratterizzate da alta intensità sanitaria e da alta intensità socio assistenziale.

In definitiva, per quanto concerne le logiche di intervento, è evidente come si sia progressivamente affermata una impostazione della disciplina normativa che tende a disincentivare il ricorso a forme di istituzionalizzazione preferendo interventi territoriali indirizzati a mantenere l'utenza all'interno del proprio ambito familiare e sociale, nel tentativo, anche, di evitare il ricor-

⁸ Anche il D. Lgs. n. 229/1999 indica l'ADI tra le funzioni e le risorse garantite dai Distretti socio sanitari e le prestazioni domiciliari fra quelle possibile oggetto di fondi integrativi del Sistema Sanitario Nazionale. In definitiva, l'ADI è compresa nei Livelli Essenziali di Assistenza.

⁹ L'ADI e l'ospedalizzazione domiciliare.

so improprio all'ospedalizzazione.

Inoltre, dal momento che l'utenza è portatrice di un bisogno caratterizzato da una commistione di elementi sanitari e socio assistenziali, è sempre più sottolineata la necessità fondamentale di integrare le politiche di carattere socio assistenziale con quelle più prettamente sanitarie.

Complessivamente, dunque, le principali linee di indirizzo sembrano essersi orientate verso:

- il mantenimento dell'individuo non autosufficiente all'interno del proprio domicilio;
- la realizzazione di una rete di servizi che consenta una migliore personalizzazione degli interventi sulla base delle specifiche esigenze del singolo utente e che contemporaneamente permetta l'integrazione socio sanitaria;
- una maggiore attenzione alla qualità delle prestazioni e alla capacità di scelta, di personalizzazione e di autonomia dell'utente.

Tuttavia, in conseguenza del fatto che la componente sociale degli interventi socio sanitari non è regolata a livello centrale dal punto di vista normativo, gli interventi socio assistenziali hanno seguito percorsi differenziati a livello locale e soprattutto regionale, generando assai spesso modelli diversi di ADI e rendendo, quindi, il quadro nazionale alquanto disomogeneo. Il confronto, dunque, dei dati sulla diffusione delle cure domiciliari nelle Regioni è piuttosto complesso. Nella tabella 8.3 sono riportati i principali riferimenti normativi nazionali relativi all'ADI.

Tabella 8.3 - Principali riferimenti normativi nazionali sull'ADI 1992-settembre 2008

Norma	Titolo
Prospettive assistenziali n. 97 gennaio-marzo 1992	Progetto obiettivo per la tutela della salute degli anziani
D.P.R. del 1° marzo 1994	Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1994 – 1996
D.P.R. del 23 luglio del 1998	Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1998 – 2000
D. Lgs. n. 229/1999	Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419
L. n. 328/2000	Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
D.P.R. n. 270/2000	Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale
D.P.R. n. 272/2000	Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta
D.P.C.M. del 14 febbraio 2001	Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio – sanitarie
D.P.C.M. del 29 novembre 2001	Definizione dei livelli essenziali di assistenza
D.P.R. del 23 maggio 2003	Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 2003 – 2005
Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Provvedimento 23 marzo 2005	Intesa, ai sensi dell'articolo 2 – nonies della legge 26 maggio 2004, n. 138, di conversione in legge del decreto – legge 29 marzo 2004, n. 81, sulle proposte di accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per la specialistica convenzionata – Testo integrato Accordo collettivo nazionale per la medicina generale
Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Provvedimento 15 dicembre 2005	Intesa, ai sensi dell'art. 5 dell'Accordo Stato – Regioni, rep. n. 1805 del 24 luglio 2003, sull'ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta – Accordo collettivo nazionale per i pediatri di libera scelta
D.P.R. del 7 aprile 2006	Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006 – 2008
L. n. 296/2006	Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)
L. n. 244/2007	Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)

Fonte: elaborazione Sanidata

Un cenno a parte merita un documento di recente pubblicazione dal titolo “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”, approvato, alla fine del 2006, dalla Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei LEA. Detto documento, definisce le principali prestazioni domiciliari per profilo di bisogno e per figure professionali coinvolte, criteri omogenei di eligibilità e indicatori di verifica dell’ero-

gazione delle cure domiciliari.

Da questo momento in poi per l'assistenza sanitaria non si parlerà più di assistenza domiciliare, bensì di cure domiciliari, per distinguere in maniera netta le cure sanitarie e socio sanitarie integrate, dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio assistenziale. In particolare, con tale disposizione normativa, il legislatore italiano ha definito le cure domiciliari come l'insieme dei «trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei Comuni».

In relazione ai bisogni specifici degli assistiti, invece, le cure domiciliari si distinguono in:

- cure domiciliari prestazionali: caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato; rappresentano una risposta prestazionale, qualificata da un punto di vista professionale, ad un bisogno di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo. Non presuppongono la presa in carico del paziente, né la valutazione da parte dell'UVM. Generalmente, vengono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente;
- cure domiciliari integrate di primo e secondo livello (già ADI): si rivolgono a malati che pur non presentando criticità specifiche necessitano comunque di continuità assistenziale e di interventi programmati. Il medico di medicina generale (MMG) assume un ruolo centrale nell'assumersi la responsabilità clinica dei processi di cura e partecipa alla definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale e la redazione del Programma Assistenziale Individuale (PAI);
- cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali: consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità, in presenza di specifiche criticità, come malati terminali (oncologici e non), pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo, ecc... Per l'attivazione di questa tipologia di cure è necessaria, in primo luogo, la valutazione multidimensionale da parte dell'UVM., e successivamente la definizione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare (PAI).

Ogni percorso di cura è identificato da tre variabili che permettono di misurarlo oggettivamente e di renderlo confrontabile; in particolare, le tre dimensioni qualificanti ogni profilo di cura sono:

- durata del periodo di cura: è il periodo intercorrente tra la data di ammissione e la data di dimissione (GDC o giornate di cura);
- valore della Giornata Effettiva di Assistenza (GEA): essendo il rapporto tra i costi totali del percorso di cura ed il numero di Giornate Effettive d'Assistenza Erogate; in pratica è il costo medio per accesso;
- intensità assistenziale (CIA o Coefficiente di Intensità Assistenziale), data dal rapporto tra GEA e GDC. In pratica si rapporta il costo medio per giornata di assistenza al periodo di presa in carico. Il parametro dovrebbe assumere valori differenziati in relazione alla complessità del caso ed alla situazione sociale e familiare che condizionano la frequenza degli accessi domiciliari necessari (tabella 8.4).

Tabella 8.4 - Standard qualificanti i LEA delle cure domiciliari

Tipologia cure domiciliari	Natura del bisogno	Intensità (CIA=GEA /GDC)	Durata media	Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	Operatività del servizio (fascia oraria 8 - 20)
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico Funzionale			<ul style="list-style-type: none"> • Infermiere (15-30') • Professionisti della Riabilitazione(30') • Medico (30') 	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Primo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,30	180 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Infermiere (30') • Pofessionisti della Riabilitazione (45') • Medico (30') • Operatore socio sanitario (60') 	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Secondo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,50	180 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Infermiere (30-45') • Professionisti della Riabilitazione(45') • Dietista (30') • Medico (45') • Operatore socio-sanitario (60-90') 	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD Integrate di Terzo Livello (già OD)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Infermiere (60') • Professionisti della Riabilitazione(60') • Dietista (60') • Psicologo (60') • Medico e/o Medico Specialista (60') • Operatore socio sanitario (60-'90) 	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure Palliative malati terminali (già OD CP)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Infermiere (60') • Professionisti della Riabilitazione(60') • Dietista (60') • Psicologo (60') • Medico e/o Medico Specialista (60') • Operatore socio sanitario (60-90') 	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

Fonte: Ministero della Salute.

I requisiti fondamentali per l'attivazione delle cure domiciliari sono:

- condizione di non autosufficienza¹⁰ e presenza di patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure che siano erogabili a domicilio;
- adeguato supporto familiare o informale;
- idonee condizioni abitative;
- consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- presa in carico da parte del MMG.

Una nota negativa del documento summenzionato è rappresentata dal fatto che non viene quindi data nessuna direttiva per quanto concerne l'integrazione delle cure domiciliari con l'assistenza domiciliare sociale di competenza comunale. Non viene fornita alcuna utile informazione circa il momento di integrazione delle due forme di assistenza e questo fatto avrà sicuramente delle ricadute a livello locale.

8.2 L'Assistenza Domiciliare nelle Regioni

Nella maggior parte dei contesti regionali si accede al servizio di cure domiciliari attraverso la valutazione multidimensionale che indaga lo stato fisico, mentale, funzionale e l'area economica e socio relazionale del soggetto. Per assolvere a tale compito, tutte le Regioni hanno istituito presso il servizio competente per l'assistenza domiciliare (Centro di Assistenza Domiciliare, CAD, nel Lazio; Nuclei Operativi di Assistenza Domiciliare, NOAD in Emilia Romagna, ecc.), l'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) anche detta, nei diversi contesti, Unità Valutativa Distrettuale o Territoriale – alla quale è affidato il compito di caratterizzare i casi più complessi attraverso la valutazione multidimensionale. Scopo della valutazione multidimensionale è quello di predisporre il Piano Individualizzato di Assistenza (PAI), che prevede cosa fare, da parte di chi e con quale periodicità. Questa équipe multiprofessionale è composta stabilmente da un medico, da un assistente sociale e un infermiere/assistente sanitario, con l'eventuale coinvolgimento di altre figure mediche secondo le caratteristiche del paziente esaminato. Inoltre, sulla base di quanto stabilito dal Piano Sanitario Nazionale 1998 2000, nell'organizzazione del sistema di funzionamento dell'UVM, tutte le Regioni devono individuare il responsabile del processo (*care manager*), cui 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; deve, anche, essere individuato il responsabile del caso (*case manager*), che segue le fasi attuative del piano di intervento individualizzato e rimane il responsabile degli aspetti clinici del programma assistenziale collegialmente definito. Generalmente, coincide con il MMG.

In Italia, inoltre, non è ancora stato adottato un unico strumento di valutazione multidimensionale; sulla scia di questo, alcune Regioni hanno ritenuto indispensabile procedere all'ap-

¹⁰ La non autosufficienza si valuta misurando la capacità della persona a svolgere o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana, articolate in due gruppi: attività per la cura di sé (*Activities of Daily Living ADL*), e attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living IADL*). Per misurare ADL e IADL si usano scale che stabiliscono la quantità di aiuto necessaria affinché la persona possa svolgere le funzioni determinanti per vivere..

provazione di strumenti che garantiscano:

- sistemi di valutazione delle condizioni di non autosufficienza uniformi sul territorio regionale;
- la quantificazione del punteggio per l'accesso alla rete dei servizi domiciliari.

A tal proposito, ricordiamo, a titolo esemplificativo, l'impiego della scheda SVAMA (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano) in Veneto, dello SCHEMA POLARE in Toscana, del RUG (Resource Utilization Groups) nel Lazio e della AGED PLUS per la valutazione della non autosufficienza degli anziani in Liguria. Tali metodologie permettono alle Unità di Valutazione Multidimensionale di pesare in modo omogeneo le istanze delle persone non autosufficienti misurandone le condizioni sociali e socio sanitarie e definendone il conseguente profilo assistenziale.

In tutte le Regioni, di regola, la richiesta di assistenza proviene dal MMG del paziente, anche se formalmente la famiglia, gli operatori sociali, lo stesso paziente o il reparto di dimissione dell'ospedale, in caso di dimissione protetta, possono formulare la suddetta richiesta. In generale le Regioni non prevedono dei tempi massimi per la presa in carico; ad esempio, la Toscana ha stabilito che la presa in carico deve avvenire ordinariamente in tempi "ragionevolmente rapidi", senza ulteriore specificazione; il Lazio specifica che la presa in carico del paziente avviene nei due giorni lavorativi successivi alla definizione del PAI per le situazioni non urgenti e nelle 24 ore successive nel caso di urgenze, ma lascia indeterminato il tempo per accedere al PAI.

In ogni caso, la maggior parte delle Regioni ha individuato presso i Distretti socio sanitari una porta unica di accesso (PUA) – definita in svariati modi: punto unico di accesso in Toscana; sportello sociale in Emilia Romagna; sportello di cittadinanza in Liguria; porta unica di accesso in Puglia; ecc.. – alla rete integrata dei servizi domiciliari, le cui funzioni, seppur diversamente combinate negli ambiti regionali, sono sostanzialmente riconducibili alle seguenti:

- informazione: ascolto delle richieste e dei bisogni e successivo orientamento dell'utente verso il canale più adeguato a fornire informazioni più specifiche;
- accompagnamento: indirizza attivamente ed accompagna l'utente verso le strutture erogatrici di servizi attraverso, per esempio, la definizione di appuntamenti (la presa in carico) e l'attivazione di équipe professionali;
- promozione: tutela e promuove il corretto utilizzo del sistema integrato di servizi;
- osservatorio: attività di monitoraggio dei servizi e degli interventi erogati sul territorio di riferimento.

Tutte le Regioni, ad eccezione della Lombardia, hanno regolamentato il percorso delle cure domiciliari prevedendo l'erogazione diretta delle prestazioni da parte del distretto socio sanitario; ad esempio, la Liguria, l'Emilia Romagna, la Toscana e il Veneto hanno tentato di unire e mettere in rete i diversi attori coinvolti nell'assistenza (famiglie, associazioni, privato, sociale), continuando però, a gestire ed erogare direttamente i servizi. La Toscana, nel 2004, ha riprogettato le linee guida per la realizzazione di un modello territoriale integrato di ADI, rivolto principalmente alle persone anziane, che poggia le sue basi sul punto unico di accesso, su un protocollo per valutare le condizioni di bisogno (Schema Polare) e una scheda di progetto per il piano assistenziale personalizzato;

Si consideri che di fatto più di una Regione affianca all'erogazione diretta forme di beneficio monetario.

In Toscana si distingue tra assistenza domiciliare diretta e indiretta (assegno di cura, che si con-

figura come una indennità monetaria) e assistenza diretta dei servizi mediante buoni servizio e accreditamento di strutture (forma riconducibile al *voucher*). L'Emilia Romagna impiega gli assegni di cura all'interno di un programma il più possibile personalizzato (anche in questo caso sembra una forma di *voucher*). La Liguria, nell'ambito del piano individuale di cura, eroga fino a € 800,00 al mese ai disabili tra indennità di accompagnamento e Fondo per la non autosufficienza.

La Lombardia, con la D.G.R. n. 12902/2003, ha introdotto esplicitamente lo strumento del *voucher* socio sanitario, che non è altro che un titolo di acquisto, cioè un buono con cui la persona può pagare un servizio. Infatti, con il *voucher* socio sanitario, la persona può acquistare prestazioni di assistenza domiciliare integrata da soggetti pubblici e privati, profit e *non profit* accreditati dalla Regione¹¹. Il valore mensile del *voucher* è stato stabilito in rapporto a tre livelli di assistenza domiciliare individuati in base: 1) alle risorse umane e tecniche impiegate nei percorsi di cura; 2) alla tipologia del bisogno e 3) alla complessità dell'intervento assistenziale programmato, come riportato nel seguente schema:

Questa tariffa paziente/mese intende in un certo senso archiviare la regola del pagamento per singolo accesso da parte dei professionisti, per creare una sorta di budget mensile con cui la persona che si trova in stato di bisogno acquista le diverse prestazioni; in linea di principio, ogni paziente è libero di scegliere dove farsi curare.

Quindi, considerato che il beneficiario del *voucher* ha la libertà di scegliere tra gli enti accreditati quello a cui intende rivolgersi per ottenere le prestazioni indicate nel titolo di acquisto, il vantaggio fondamentale del *voucher* è costituito dal fatto che rappresenta uno strumento che può contribuire alla crescita di un sistema di offerta di servizi socio sanitari ed alla creazione di un mercato più ampio e differenziato, incrementando di conseguenza la competizione fra soggetti erogatori. Tuttavia, data l'asimmetria informativa che caratterizza gli scambi di servizi sanitari, si può paventare qualche rischio nella misura in cui non tutti i soggetti beneficiari del *voucher* hanno le necessarie competenze ed informazioni per poter effettuare una scelta oculata e ponderata tra le diverse strutture erogatrici.

Il gruppo più ampio di Regioni, di cui fanno parte Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Liguria,

¹¹ Per erogare prestazioni remunerate dal *voucher*, i fornitori, siano pubblici o privati, con scopo di lucro o non profit, devono essere in possesso dei requisiti indicati dalla D.G.R. n. 12902/2003; in particolare viene richiesto che:

- il rappresentante legale non abbia subito condanne penali, non abbia procedimenti penali in corso e goda della pienezza dei diritti civili;
- lo scopo sociale si in linea con la specificità del settore;
- il potenziale fornitore sia operativo nel settore da almeno due anni;
- le prestazioni professionali siano svolte da personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni socio sanitarie da erogare;
- il possesso dell'idoneità professionale nonché organizzativo gestionale sia accertato dalla ASL territorialmente competente.

I soggetti a cui la ASL riconosce la presenza dei requisiti prescritti possono richiedere l'accreditamento.

Abruzzo, Sardegna, ecc..., ha classificato le cure domiciliari in tre livelli in base all'intensità assistenziale: ADI a bassa intensità assistenziale, ADI a media intensità assistenziale ed ADI ad elevata intensità assistenziale. Anche la Lombardia, ha individuato tre livelli di cure, dedicando il terzo solo ai malati terminali.

Esistono, poi, tutta una serie di cure domiciliari di tipo prettamente specialistico: la nutrizione artificiale domiciliare (NAD) nel Lazio, in Liguria, Lombardia, Toscana e Veneto; il trattamento a domicilio (Tad) per le persone con AIDS in Emilia Romagna e Veneto; ADI cure palliative per malati terminali nel Lazio, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna; ADI per pazienti con demenza/Alzheimer in Veneto; assistenza domiciliare ventilatoria in Veneto.

Sulla base del modello adottato, ovviamente, variano la tipologia e la quantità di figure professionali coinvolte.

Conclusivamente, per quanto riguarda l'erogazione delle cure domiciliari, nei diversi contesti regionali si assiste ad uno spettro piuttosto ampio di modelli gestionali, in particolare sulla base delle risorse professionali effettivamente disponibili; si passa da situazioni dove l'erogazione diretta del servizio soddisfa tutte le necessità e richieste assistenziali, soprattutto in Veneto ed Emilia Romagna, a situazioni in cui l'erogazione del servizio viene delegata a altri soggetti, come in Lombardia e nel Lazio dove prevalgono i soggetti del terzo settore.

Livelli di assistenza	Entità economica
1° Profilo di base	€ 362,00
2° Profilo per pazienti complessi	€ 464,00
3° Profilo per pazienti terminali	€ 619,00

8.3 Le cifre della disabilità in Italia

L'ISTAT valuta che circa 2,6 mln persone abbiano problemi di disabilità (tabella 8.5); inoltre, la disabilità risulterebbe più diffusa con il crescere dell'età: il tasso di disabilità passa da 17,7 fra gli over 75 (13,6 ogni 100 uomini e 20,6 ogni 100 donne) a un valore di 41,6 fra gli ottantenni (34,2 disabili ogni 100 uomini e circa 45,0 ogni 100 donne).

La disabilità è più diffusa tra le donne: il 6,1% delle donne risultano essere disabili contro un tasso dei maschi pari a 3,3%. Lo svantaggio delle donne non si può giustificare soltanto con la loro maggiore longevità; infatti, tale fenomeno emerge, a partire dai 55 anni, in tutte le classi di età.

Tabella 8.5 - Persone disabili di 6 anni e più per sesso e classe di età. Valori assoluti e tassi di disabilità per 100 persone - Anni 2004-2005

Valori assoluti (dati in migliaia)											
Sesso	Classi di età										
	6-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e oltre	Totale
Maschi	41	19	28	46	51	76	64	99	131	328	882
Femmine	39	17	23	41	50	98	111	180	289	879	1.727
Maschi e Femmine	80	36	51	87	101	174	175	279	420	1.207	2.610

Tassi per 100 persone											
Sesso	Classi di età										
	6-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e oltre	Totale
Maschi	1,60	0,60	0,60	1,00	1,30	2,20	4,20	7,80	13,60	34,20	3,30
Femmine	1,60	0,60	0,50	0,90	1,30	2,70	6,40	11,30	20,60	45,30	6,10
Maschi e Femmine	1,60	0,60	0,60	0,90	1,30	2,50	5,40	9,70	17,70	41,60	4,70

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT.

Nel periodo considerato, le Regioni con i più elevati tassi di disabilità sono state la Sicilia (6,05%), l'Umbria e il Molise (5,88%), e la Basilicata (5,85%) (tabella 8.5). Seguono, in ordine decrescente Campania (4,67%), Piemonte (4,62%) e Sicilia (6,05%). Lombardia (3,80%), Provincia Autonoma di Trento (2,79%) e Provincia Autonoma di Bolzano (2,47%) sono le Regioni con i tassi più bassi. Appare dunque evidente come siano il Centro e il Sud a scontare i più elevati tassi di disabilità (tabella 8.6).

La maggior parte delle persone disabili vive da sola (32%) o con il coniuge all'interno di coppie¹² senza figli (26,7%). Risulta evidente come all'aumentare dell'età cresca la percentuale dei disabili che vivono da soli: si passa da un'incidenza del 24,5% di persone diversamente abili che vivono da sole nella fascia di età compresa tra i 65 e i 74 anni fino ad arrivare ad una percentuale del 41,8% superati i 75 anni e parallelamente, all'interno delle medesime classi di età, diminuisce la quota dei disabili che vivono in coppia (43% nella classe di età 65 - 74 e 26,3%

¹² Con il termine coppia ci si riferisce sia alla coppia coniugata che a quella non coniugata.

**Tabella 8.6 - Persone disabili di 6 anni e più
Valori assoluti e tassi di disabilità - Anni 2004-2005**

Regione	Valori assoluti	Tasso di disabilità
Italia	2.609.000	4,73%
Piemonte	190.000	4,62%
Valle d'Aosta	5.000	4,31%
Lombardia	337.000	3,80%
P. A. Bolzano	11.000	2,47%
P. A. Trento	13.000	2,79%
Veneto	182.000	4,11%
Friuli V. G.	52.000	4,54%
Liguria	86.000	5,65%
Emilia Romagna	171.000	4,35%
Toscana	179.000	5,23%
Umbria	48.000	5,88%
Marche	75.000	5,21%
Lazio	217.000	4,36%
Abruzzo	66.000	5,35%
Molise	18.000	5,88%
Campania	252.000	4,67%
Puglia	212.000	5,54%
Basilicata	33.000	5,85%
Calabria	105.000	5,54%
Sicilia	285.000	6,05%
Sardegna	72.000	4,59%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT, Indagine Multiscopo secondo ciclo.

nella classe oltre i 75 anni). In larga parte ciò è conseguenza dello scioglimento della coppia a causa del decesso di uno dei due *partner*.

All'aumentare dell'età aumenta anche la percentuale dei disabili che vivono all'interno di famiglie come "membro aggregato in famiglie con un solo nucleo"¹³ (11,5% negli over 75); invece, come è naturale attendersi, i disabili che vivono o con entrambi i genitori o con un solo genitore presentano un'incidenza maggiore tra i 6 ed i 44 anni (61,8% nel primo caso e 11,8% nel secondo) rispetto alle classi di età superiori. Una quota non trascurabile di disabili, pari al 7,5% una volta superati i 65 anni, vive in altre famiglie (soprattutto con fratelli e/o sorelle oppure è genitore con figli non celibi o non nubili) (tabella 8.7).

¹³ L'ISTAT definisce come famiglia l'insieme delle persone coabitanti legate da vincoli di matrimonio o parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi. Un nucleo è l'insieme delle persone che formano una relazione di coppia o di tipo genitore-figlio. Una famiglia può contenere un nucleo, può essere formata da un nucleo più altri membri aggregati, da più nuclei (con o senza membri aggregati) o da nessun nucleo (persone sole, famiglie composte ad esempio da due sorelle, da un genitore con figlio separato, divorziato o vedovo, ecc.).

Le persone con disabilità che hanno la licenza elementare o nessun titolo sono il 72,7% e tra questi il 18,9% raggiunge un diploma di scuola media inferiore e solo l'8,4% consegue un diploma di scuola superiore o la laurea. Ad eccezione dell'età 25-44 nella quale il 48,6% dei

**Tabella 8.7 - Persone disabili di 6 anni e più per classe di età e posizione nel contesto familiare
Valori percentuali - Anno 2005**

Posizione nel contesto familiare	Classi di età				Totale
	6-44	45-64	65-74	75 e più	
Persone sole	3,90	12,00	24,50	41,80	32,00
Membro aggregato in famiglie con un solo nucleo	2,00	2,90	3,80	11,50	8,40
Genitore in coppia con figli	13,40	37,80	13,50	4,40	10,40
Genitore in nucleo con un solo genitore	1,20	5,80	7,50	8,70	7,40
Coniuge in una coppia senza figli	2,00	24,70	43,00	26,30	26,70
Figlio in una coppia	61,80	3,60	-	-	6,40
Figlio con un solo genitore	11,80	7,30	0,20	0,10	2,00
In altre famiglie	3,90	5,80	7,50	7,20	6,80

Fonte: ISTAT.

disabili ottiene la licenza media contro il 31,9% che non possiede alcun titolo o la sola licenza elementare, in corrispondenza dei titoli di studio più bassi la quota di disabili è costantemente più elevata in tutte le classi di età.

In particolare, mentre il 71,6% delle persone con disabilità di età compresa tra i 6 e i 24 anni dichiara o di non possedere alcun titolo o la sola licenza elementare, il 20,7% dei disabili appartenenti alla stessa classe di età raggiunge la licenza media e il 7,8% titoli di studio superiori.

Il fatto che le percentuali maggiori di persone diversamente abili che non possiedono titoli di studio o conseguano i livelli di istruzione più bassi siano nelle fasce di età oltre i 65 anni (76,3% nella classe 65-74 e 78,5% oltre i 75 anni) può essere imputato in parte all'elevata percentuale di persone anziane presenti nella popolazione oggetto di studio, ovvero quella popolazione anziana che essendo disabile non ha potuto accedere a livelli superiori di istruzione (tabella 8.8).

**Tabella 8.8 - Persone disabili di 6 anni e più per classe di età e titolo di studio
Valori percentuali - Anno 2005**

Titolo di studio	Classi di età					Totale
	6-24	25-44	45-64	65-74	75 e più	
Laurea e diploma	7,80	19,60	16,70	7,70	6,30	8,40
Licenza media inferiore	20,70	48,60	29,80	15,90	15,20	18,90
Licenza elementare e nessun titolo	71,60	31,90	53,50	76,30	78,50	72,70

Fonte: ISTAT.

8.4 Potenziale offerta di ADI sul territorio

Le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata sono, come più volte sottolineato, incluse nelle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in ambito territoriale previste dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001, ferma restando l'autonomia di ogni singola Regione nell'organizzazione del servizio. Quindi, l'erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata all'interno dei LEA interessa ogni singola ASL. Ne consegue che, per ricavare informazioni sulle potenzialità di offerta dei servizi di ADI sul territorio, si assume come indicatore la percentuale di ASL con servizio di ADI ed il suo valore di riferimento è il 100% (tabella 8.9).

**Tabella 8.9 - ASL con servizio di Assistenza Domiciliare Integrata
Valori percentuali - Anni 2004-2006**

Regioni	% ASL con ADI - Anno 2006	Variazione % ASL con ADI - 2004-2006
Italia	96	3,30
Piemonte	100	0,00
Valle d'Aosta	100	0,00
Lombardia	100	0,00
P. A. Bolzano	100	0,00
P. A. Trento	100	0,00
Veneto	100	4,80
Friuli V. G.	100	0,00
Liguria	100	20,00
Emilia Romagna	100	0,00
Toscana	100	8,30
Umbria	75	0,00
Marche	100	0,00
Lazio	92	8,30
Abruzzo	100	16,70
Molise	100	0,00
Campania	100	7,70
Puglia	92	0,00
Basilicata	100	0,00
Calabria	82	18,20
Sicilia	78	-11,10
Sardegna	100	0,00

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Il valore dell'indicatore nazionale è aumentato dal 2004 al 2006 del 3,3%. Nell'ultimo anno considerato, le Regioni che ancora non hanno attivato in tutte le ASL del proprio territorio un servizio di ADI sono risultate essere: Umbria (75%), Lazio (92%), Puglia (92%), Calabria (82%) e Sicilia (78%).

Tra il 2004 e il 2006, le Regioni che hanno incrementato il numero di servizi di assistenza domiciliare sono state: Veneto (+4,8%), Liguria (+20,0%), Toscana (+8,3%), Abruzzo (+16,7%), Campania (+7,7%) e Calabria (+18,2%). Le restanti Regioni, ad eccezione della Sicilia che ha ridotto, nel periodo considerato, il numero di ASL che erogano assistenza domiciliare (-11,1%), hanno mantenuto invariata la percentuale di offerta.

Inoltre, il costante e progressivo invecchiamento della popolazione, la crescente domanda di posti letto per acuti e soprattutto la necessità di una razionalizzazione delle risorse disponibili hanno, per certi aspetti e in presenza di specifiche patologie¹⁴, “imposto” alle Regioni di offrire anche servizi di ospedalizzazione domiciliare. Per indagare l’offerta di servizi di ospedalizzazione domiciliare sia da parte delle strutture di ricovero pubbliche, che da parte delle case di cura accreditate (convenzionate), si considerano i valori percentuali a livello regionale del servizio in oggetto attivato dalle strutture medesime (tabella 8.10).

Tabella 8.10 - Strutture di ricovero pubbliche e case di cura accreditate che erogano il servizio di ospedalizzazione domiciliare. Valori percentuali - Anni 2004–2006

Regioni	Strutture di ricovero pubbliche		Case di cura accreditate	
	% sul totale strutture 2006	Variazione % 2004-2006	% sul totale strutture 2006	Variazione % 2004-2006
Italia	10,70	1,20	2,00	1,60
Piemonte				
Valle d’Aosta				
Lombardia	5,00	1,40		
P. A. Bolzano				
P. A. Trento				
Veneto	20,00	-1,10		
Friuli V. G.	11,80	6,20		
Liguria	5,60			
Emilia Romagna	3,80	0,20	6,50	
Toscana	9,50	2,70		
Umbria	9,10		20,00	
Marche	6,10	-2,70		
Lazio	13,00	3,90	3,50	1,10
Abruzzo	4,50	0,00		
Molise	25,00	0,00		
Campania	21,80	7,30	2,90	
Puglia	39,50	0,60	2,70	
Basilicata				
Calabria	2,70	2,70		
Sicilia	1,40	0,00	1,60	
Sardegna	18,20	6,10		

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

¹⁴ 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 e stato di minima coscienza, ecc..

Nell'ultimo anno analizzato, ed in base ai dati disponibili, le Regioni con la più alta percentuale di strutture di ricovero pubbliche che prevedono il servizio di ospedalizzazione domiciliare sono risultate essere: Puglia (39,5%), Molise (25%), Campania (21,8%) e Veneto (20%). Dal 2004 al 2006, complessivamente il valore dell'indicatore nazionale è aumentato dell'1,2%. Confrontando i dati fra gli estremi dell'intervallo temporale considerato, si nota come le Regioni Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lazio, Campania e Sardegna hanno incrementato la percentuale di servizi attivi di ospedalizzazione domiciliare, mentre Veneto e Marche l'hanno ridotta. Per quanto concerne l'offerta di ospedalizzazione domiciliare da parte delle case di cura accreditate, tra il 2004 e il 2006, il valore nazionale ha subito un incremento dell'1,6%. Sui valori regionali non è possibile fare un confronto sulla dinamica, dal momento che l'unica Regione di cui sono disponibili i dati per l'intero periodo considerato è il Lazio.

8.5 Il ricorso all'Assistenza Domiciliare Integrata

Sebbene in linea di principio l'ADI sia rivolta a tutta la popolazione non autosufficiente, in realtà assiste soprattutto la popolazione anziana (over 65) (tabella 8.11).

Tabella 8.11 - Casi trattati in ADI - Anni 2004-2006

Regione	2004				2006			
	Casi Trattati	% anziani (over 65) trattati	Anziani trattati per 1.000 residenti anziani	Tasso per 1.000 ab.	Casi Trattati	% anziani (over 65) trattati	Anziani trattati per 1.000 residenti anziani	Tasso per 1.000 ab.
Italia	373.414	84,10	28,20	6,50	414.153	84,10	30,00	7,05
Piemonte	22.039	78,70	18,60	5,20	19.890	75,10	15,30	4,58
Valle d'Aosta	55	89,10	2,00	0,50	66	75,80	2,00	0,53
Lombardia	70.754	86,50	35,20	7,70	76.641	84,50	35,20	8,09
P. A. Bolzano	227	83,70	2,50	0,50	357	90,20	4,00	0,74
P. A. Trento	1.073			2,20	1.572	79,60	13,30	3,13
Veneto	45.987	82,50	43,70	9,90	54.556	85,60	51,40	11,51
Friuli V. G.	25.896	78,80	77,70	21,60	26.133	79,00	75,80	21,63
Liguria	5.364	91,70	11,80	3,40	13.858	94,50	30,70	8,61
E. Romagna	52.382	88,00	49,80	12,80	59.093	90,00	55,90	14,11
Toscana	25.825	89,00	28,10	7,20	20.092	89,10	21,30	5,55
Umbria	5.860	83,10	24,80	6,90	9.881	83,00	40,60	11,39
Marche	10.025	89,40	26,90	6,70	14.595	86,60	36,30	9,55
Lazio	44.900	84,50	39,20	8,60	41.719	85,80	34,90	7,86
Abruzzo	11.930	82,30	36,60	9,30	11.314	84,80	23,20	8,67
Molise	6.971	67,20	67,80	21,70	6.723	57,00	83,30	20,95
Campania	11.741	89,80	12,40	2,00	11.785	87,30	11,20	2,04
Puglia	10.476	80,90	12,60	2,60	13.556	84,50	16,90	3,33
Basilicata	5.727	82,20	40,90	9,60	5.873	87,40	40,40	9,89
Calabria	4.821	85,20	11,60	2,40	11.252	81,10	25,00	5,61
Sicilia	8.630	79,60	7,90	1,70	10.701	81,30	9,90	2,13
Sardegna	2.731	73,10	7,30	1,70	4.496	83,50	13,00	2,72

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Nel corso del 2004 sono stati assistiti al proprio domicilio 373.414 pazienti; di questi circa l'84% è rappresentato da anziani, con un'età superiore a 65 anni, mentre durante il 2006 sono stati 414.153 i pazienti assistiti con cure domiciliari di secondo e terzo livello con la medesima incidenza di anziani del 2004.

Seppure, nel periodo preso in esame, il livello di copertura sia stato lievemente in crescita, il numero di anziani assistiti è ancora piuttosto basso, collocandosi attorno al 3%. Le differenze fra le varie Regioni sono piuttosto marcate, passando dalla Valle d'Aosta che sembrerebbe assistere solo il 2% di anziani, al Molise che ne assiste circa l'8%.

A livello nazionale, sono stati assistiti in ADI circa 6 pazienti ogni 1.000 abitanti nel 2004 e circa 7 nel 2006, con una notevole variabilità regionale: Friuli Venezia Giulia (21,60 nel 2004 e 21,63 nel 2006), Molise (21,70 nel 2004 e 20,95 nel 2006) ed Emilia Romagna (12,80 nel 2004 e 14,11 nel 2006) sono le Regioni che hanno fatto registrare i valori più alti di Assistenza Domiciliare. Invece, nel corso del 2006, le Regioni che hanno presentato i tassi più bassi sono state: Valle d'Aosta (0,53), Provincia Autonoma Bolzano (0,74), Campania (2,04) e Sicilia (2,13).

Quanto appena esposto non sarebbe completamente esaustivo nel descrivere i diversi impegni regionali in tema di cure domiciliari di secondo e terzo livello, se oltre al numero dei casi trattati non considerassimo anche le ore che in media vengono impiegate per ogni anziano preso in carico (tabella 8.12). Infatti, le ore che in media sono state dedicate ad ogni paziente anziano sono aumentate dal 2004 al 2006 circa del 2%, ma alcune Regioni hanno drasticamente ridotto il loro impegno a favore di questa fascia di età. Ad esempio, l'Emilia Romagna, l'Umbria, la Sicilia e la Sardegna hanno diminuito la loro offerta media "oraria" di ADI, ma allo stesso tempo hanno incrementato le loro percentuali di anziani presi in carico. Questo significa che alcune ASL di suddette Regioni hanno puntato sull'assistenza a un maggior numero di anziani, riducendo al contempo il numero, già basso, di ore medie di assistenza per singolo anziano trattato.

**Tabella 8.12 - Ore medie assistenza erogata per abitante anziano
Anni 2004-2006**

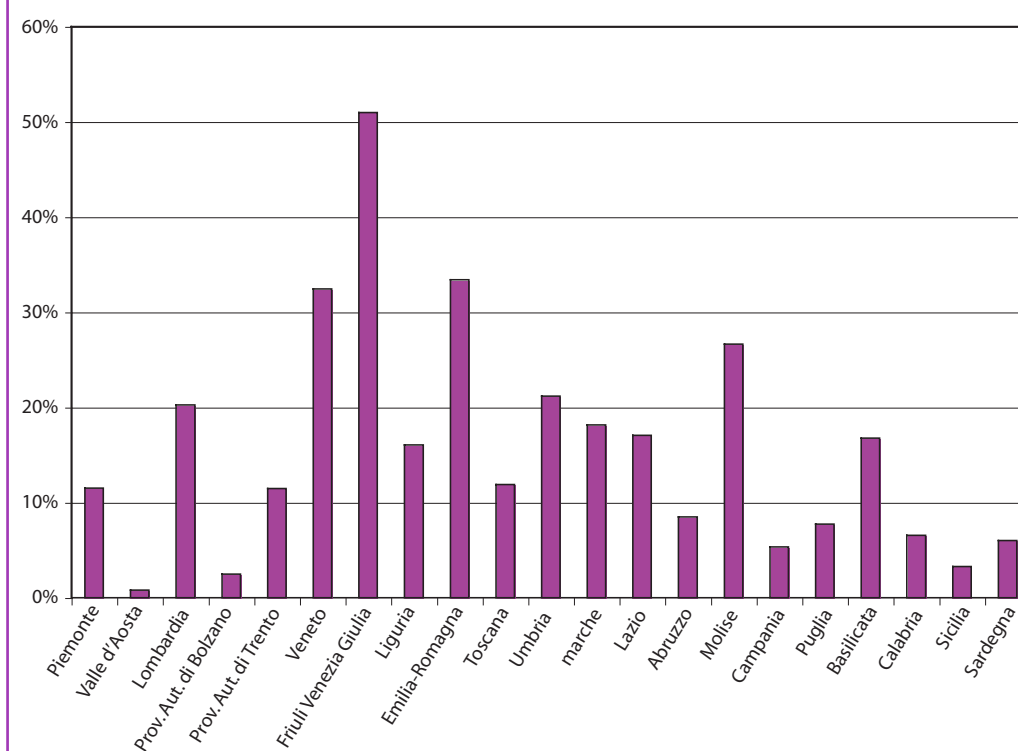
Regioni	Ore medie 2006	Variazione media annua 2004-2006
Italia	24	2,005
Piemonte	25	2,062
Valle d'Aosta	183	-13,219
Lombardia	18	-2,667
P. A. Bolzano	15	22,474
P. A. Trento	22	
Veneto	14	0,000
Friuli V. G.	17	19,024
Liguria	25	2,062
Emilia Romagna	23	-7,704
Toscana	25	17,851
Umbria	17	-24,723
Marche	28	-10,557
Lazio	21	2,470
Abruzzo	33	43,614
Molise	12	0,000
Campania	59	31,731
Puglia	52	15,470
Basilicata	44	1,156
Calabria	17	-43,365
Sicilia	37	-1,325
Sardegna	71	-13,550

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute.

Dall'analisi dei dati emerge che, nel 2005, Veneto (32%), Friuli Venezia Giulia (51%), Emilia Romagna (33%) e Molise (27%) 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% sul totale dei disabili.

Le Regioni che, invece, hanno presentato le percentuali più basse sono state: Valle d'Aosta (1%), Campania (5%), Sicilia (3%) e Sardegna (6%) (figura 8.2).

**Figura 8.2 - Confronto regionale disabili trattati in ADI
Valori percentuali - Anno 2005**



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

8.6 La spesa sanitaria per ADI (stima)

Utilizzando i dati forniti dalle Regioni nell'ambito della rilevazione dei costi LA riferita al 2005, si sono stimate le quote regionali di spesa per assistenza domiciliare integrata attribuibili alle strutture pubbliche e private accreditate.

L'onere complessivo della spesa per ADI così stimata, è pari nel 2006 all'1,05% della spesa sanitaria pubblica totale e ammonta a circa € 937 mln..

In media in Italia si spendono € 16 pro-capite nel 2006.

Le Regioni con una spesa per ADI più elevata pro-capite sono Umbria (€ 41,18), Emilia Romagna (€ 26,88) e Toscana (€ 25,63) mentre quelle con una spesa inferiore Campania, Valle d'Aosta e Calabria (rispettivamente € 6,64, € 7,32 e € 7,40). Le Regioni che destinano una quota maggiore di risorse all'assistenza domiciliare rispetto alle altre sono Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche ed Emilia Romagna viceversa risorse scarse vengono dedicate all'ADI dalla Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Campania, Calabria e Puglia.

Non è quindi presente una netta differenziazione tra Nord e Sud ma diversità sostanziose tra le Regioni a prescindere dalla ripartizione geografica.

**Tabella 8.13 - Stima della spesa per ADI totale pro-capite
Anno 2006**

Regioni	Spesa ADI pro-capite	% spesa per ADI
Italia	15,95	0,01
Piemonte	21,65	0,01
Valle d'Aosta	7,33	0,00
Lombardia	13,97	0,01
Trentino A. A.	14,28	0,01
Veneto	17,35	0,01
Friuli V. G.	46,68	0,03
Liguria	15,89	0,01
Emilia Romagna	26,88	0,02
Toscana	25,64	0,01
Umbria	41,18	0,02
Marche	25,94	0,02
Lazio		
Abruzzo	20,85	0,01
Molise		
Campania	6,64	0,00
Puglia	7,75	0,00
Basilicata	18,16	0,01
Calabria	7,40	0,00
Sicilia	22,67	0,01
Sardegna	8,58	0,01

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Ipotizzando che siano principalmente gli anziani a usufruire dell'assistenza domiciliare abbiamo calcolato la spesa per ADI pro-capite per popolazione over 65.

**Tabella 8.14 - Spesa per ADI per popolazione over 65
Anno 2006**

Regioni	Spesa ADI pro-capite per pop. Over 65
Italia	80,83
Piemonte	96,50
Valle d'Aosta	36,29
Lombardia	71,86
Trentino A. A.	80,80
Veneto	90,44
Friuli V. G.	206,96
Liguria	59,94
Emilia Romagna	118,31
Toscana	110,43
Umbria	176,91
Marche	114,93
Lazio	
Abruzzo	98,02
Molise	
Campania	43,36
Puglia	44,87
Basilicata	91,49
Calabria	40,44
Sicilia	126,10
Sardegna	48,70

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

È possibile osservare una elevata variabilità regionale; le Regioni con una spesa pro-capite over 65 maggiore sono Friuli Venezia Giulia, Umbria e Sicilia mentre quelle con spesa per ADI inferiore Valle d'Aosta, Calabria e Campania.

Riferimenti bibliografici

- 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'integrazione sociale delle persone con disabilità. Anno 2004. Statistiche in breve 2005.
- ISTAT. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005. Nota per la stampa, 2 marzo 2007.
- 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.

The background of the top half of the page features a light purple gradient. Overlaid on this gradient are several dark purple silhouettes of people of various ages and sizes, holding hands in a circle. The silhouettes are semi-transparent, allowing the gradient to show through them.

Capitolo 9

La spesa sanitaria

9 - La spesa sanitaria¹

Dall'analisi della spesa sanitaria, a cui rimandiamo ai successivi paragrafi, emergono i seguenti elementi degni di nota:

1. Nei Paesi Europei, Stati Uniti e Giappone, la media di spesa sanitaria totale pro-capite è pari a \$ 3.385,1 e la variazione media annua al 5,9% nel periodo 1996-2006. I Paesi del Nord Europa: (Olanda, Belgio, Norvegia e Lussemburgo) hanno una spesa pro-capite sopra la media e allo stesso tempo in rapido incremento. Portogallo, Spagna, Grecia, Regno Unito e Islanda, invece, hanno una variazione superiore alla media ma una spesa sanitaria totale pro-capite al di sotto della media. Francia, Austria, Svizzera e Stati Uniti registrano una spesa pro-capite sopra la media ma variazione inferiore alla media. L'Italia assieme a Giappone, Finlandia, Svezia, Islanda, Danimarca e Germania, appartiene al gruppo di Paesi con spesa pro-capite e variazione media annua inferiore alla media.

In generale si osserva una lieve correlazione negativa fra i livelli di spesa e la loro dinamica: quindi si verifica una tendenza alla convergenza dei sistemi sanitari sul versante della spesa. L'Italia può definirsi, per quanto riguarda la spesa, un Paese virtuoso, registrando una spesa inferiore alla media e una crescita contenuta.

Figura 9.1 - Spesa sanitaria totale pro-capite 2006 e incremento medio annuo 2006/1995 Europa, Stati Uniti e Giappone

		Dinamica	+		
		Portogallo Spagna Grecia Regno Unito Islanda		Olanda Belgio Lussemburgo Norvegia	+
-					
					Livello
		Giappone Italia Finlandia Svezia Islanda Danimarca Germania		Francia Austria Svizzera Stati Uniti	
					-

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2008

¹ Polistena B. CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

2. Nelle Regioni Italiane la media di spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione pesata è pari a € 1.744 e la variazione media annua al 5,1% nel periodo 2001-2007. Dalla figura che segue si evince che Emilia Romagna, Lazio, Molise, Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta e Veneto hanno una spesa pro-capite sopra la media e allo stesso tempo in rapido incremento. Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Puglia hanno una variazione superiore alla media ma una spesa sanitaria totale pro-capite al di sotto della media. Abruzzo e Piemonte registrano una spesa pro-capite sopra la media ma variazione inferiore alla media. Infine Calabria, Campania, Liguria, Sardegna, Sicilia, Toscana e Umbria sono Regioni con spesa pro-capite e variazione media annua inferiore alla media. Non emergono quindi comportamenti omogenei tra le ripartizioni.



Analizzando la composizione della spesa, a fronte di una media della spesa sanitaria pubblica pro-capite di € 1.702,95 e privata pro-capite di € 476,27 nelle Regioni italiane (anno 2006), emerge come la maggior parte delle Regioni del Nord registrano in media una spesa pro-capite sia pubblica che privata superiore alla media con l'aggiunta del Lazio. Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Veneto registrano invece una spesa pubblica pro-capite inferiore alla media italiana ma una spesa privata comunque superiore alla media. Abruzzo e Molise sono le uniche due Regioni con una spesa pubblica superiore alla media e una spesa privata inferiore. La

² Oggi Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Di seguito per brevità verrà usata la dicitura Ministero della Salute.

maggior parte delle Regioni del Sud e del Centro quindi fanno osservare una spesa pubblica e privata pro-capite inferiori alla media.

Come era lecito aspettarsi, quindi, nelle Regioni meridionali, dotate di minor reddito pro-capite la spesa privata è inferiore. Tranne che in Abruzzo e Molise (Regioni soggette a piano di rientro) in queste Regioni anche la spesa pubblica è inferiore alla media. Solo Friuli Venezia Giulia, Veneto e Lombardia fra le Regioni del Nord, hanno una spesa pubblica inferiore alla media. La variabilità della spesa pubblica risulta superiore di quella privata.

Figura 9.3 - Composizione (pubblica/privata) della spesa sanitaria Anno 2006

Dinamica		+	-
Friuli Venezia Giulia Lombardia Veneto		Toscana Piemonte Emilia Liguria Trentino Alto Adige Valle d'Aosta Lazio	+
-			
Livello		+	-
Calabria Basilicata Puglia Campania Sardegna Marche Sicilia Umbria		Abruzzo Molise	-

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

3. Classificando le Regioni secondo la spesa pubblica corretta per la popolazione pesata, ai primi posti in graduatoria troviamo Trentino Alto Adige, Lazio e Valle d'Aosta con una spesa superiore a € 1.970 pro-capite e rispettivamente del 18%, 14% e 13% sopra la media. Le Regioni, invece, con spesa pro-capite per popolazione pesata inferiore sono Basilicata, Calabria e Sardegna con valori inferiori alla media del 9,4%, 8,5% e 6,8%.

Tabella 9.1 - Classifica regionale della spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata) e numeri indice (media Italia=100) Anno 2007

Regioni	Valori in euro	Numeri indice
Trentino A. A.	2.052	117,66
Lazio	1.988	113,99
Valle d'Aosta	1.972	113,07
Molise	1.852	106,19
Emilia. Romagna	1.785	102,35
Veneto	1.773	101,66
Abruzzo	1.759	100,86
Piemonte	1.754	100,57
Italia	1.744	100,00
Friuli V. G.	1.737	99,60
Liguria	1.737	99,60
Lombardia	1.732	99,31
Toscana	1.710	98,05
Sicilia	1.705	97,76
Campania	1.684	96,56
Umbria	1.655	94,90
Puglia	1.644	94,27
Marche	1.630	93,46
Sardegna	1.626	93,23
Calabria	1.595	91,46
Basilicata	1.580	90,60

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

4. Volendo analizzare il costo assistenziale nell'ottica dei SSR, ovvero l'onere per l'assistenza ai residenti delle singole Regioni emerge come la Regioni con spesa maggiore per residente sono nel 2007 Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Liguria mentre quelle con spesa minore Sardegna, Puglia e Lombardia. La spesa pro-capite per residente è minore della spesa pro-capite per Regione produttrice in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio e Molise mentre è nettamente superiore in Valle d'Aosta e Calabria. Classificando le Regioni secondo la spesa pubblica per Residente corretta per la popolazione pesata possiamo notare come le Regioni con spesa minore siano Umbria, Basilicata e Marche mentre quella con spesa maggiore siano Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Lazio. Tra le Regioni di dimensioni considerevoli con spesa minore troviamo Sardegna e Toscana.

Tabella 9.1a - Classifica regionale della spesa sanitaria pubblica per residente pro-capite (popolazione pesata) - Anno 2007

Regioni	Euro
Valle d'Aosta	2108,28
Trentino A. A.	2063,51
Lazio	1974,81
Molise	1793,60
Piemonte	1756,65
Abruzzo	1752,63
Veneto	1749,32
Liguria	1746,26
Sicilia	1746,15
Campania	1734,63
Friuli V. G.	1727,45
Emilia Romagna	1714,24
Calabria	1701,14
Puglia	1689,92
Lombardia	1686,28
Toscana	1681,85
Sardegna	1661,93
Marche	1657,86
Basilicata	1647,08
Umbria	1637,46

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

5. Il modello econometrico predisposto mostra come le variabili reddito, invecchiamento della popolazione e finanziamento spingano verso l'alto la spesa sanitaria. Inoltre anche l'incremento della tecnologia porta ad un aumento dei costi sanitari ma allo stesso tempo migliora, se usata in modo appropriato, la qualità delle cure.

Le compartecipazioni hanno il segno negativo atteso, mostrando come contribuiscano a controllare la spesa sanitaria.

Infine anche una maggiore quota di erogazione diretta risulta significativa, accompagnandosi ad un livello inferiore di spesa; tale risultato sembrerebbe dimostrare un fallimento del governo del rapporto pubblico/privato, creandosi un effetto ingiustificatamente espansivo per effetto delle maggiori quote di accreditamento, con molta probabilità dovuto a duplicazioni dei servizi.

6. Replicando le stime limitatamente alle Regioni soggette a Piano di rientro emergono alcune interessanti differenze dal modello applicato a tutte le Regioni italiane: sono infatti risultate significative anche altre variabili; in primo luogo il tasso dei posti letto per abitante, possibile segnale dell'inefficienza dei sistemi sanitari con eccesso di offerta ospedaliera; quindi, la "percentuale di persone con titolo di studio inferiore": una maggiore quota di popolazione senza titolo di studio o con licenza elementare è infatti negativamente correlata alla spesa

sanitaria totale (in questo caso presumibilmente l'effetto reddito non è completamente spiegato dal PIL); infine il tasso di mortalità. Non sono invece significative, a differenza del modello nazionale, le variabili *ticket* e finanziamento pro-capite, a riprova sia di uno scarso legame fra finanziamento e spesa, sia dell'inefficacia delle politiche di contenimento.

9.1 Analisi della spesa sanitaria nei Paesi OECD

I sistemi sanitari sono in forte crescita in termini di dimensioni e importanza nei Paesi OECD. Il progresso nelle cure e nello sviluppo di nuove medicine ha contribuito ad un continuo miglioramento nello stato di salute goduto dai Paesi OECD negli ultimi decenni³. Allo stesso tempo, la spesa sanitaria non è mai stata così alta, continuando ad assorbire una percentuale del PIL crescente.

In definitiva la spesa sanitaria in Italia non sembra nel medio periodo fuori controllo. La variabilità della spesa tra le Regioni è però molto diversa come anche la dinamica. La spesa privata, essendo legata al reddito è molto variabile; la spesa pubblica non sembra compensare tali differenze.

Le cure sanitarie e la spesa sanitaria non sono l'unico aspetto che influisce sulla salute; la salute della popolazione nei Paesi sviluppati è certamente influenzata da fattori socio economici e dagli stile di vita oltre che dalla fornitura delle cure sanitarie in se⁴.

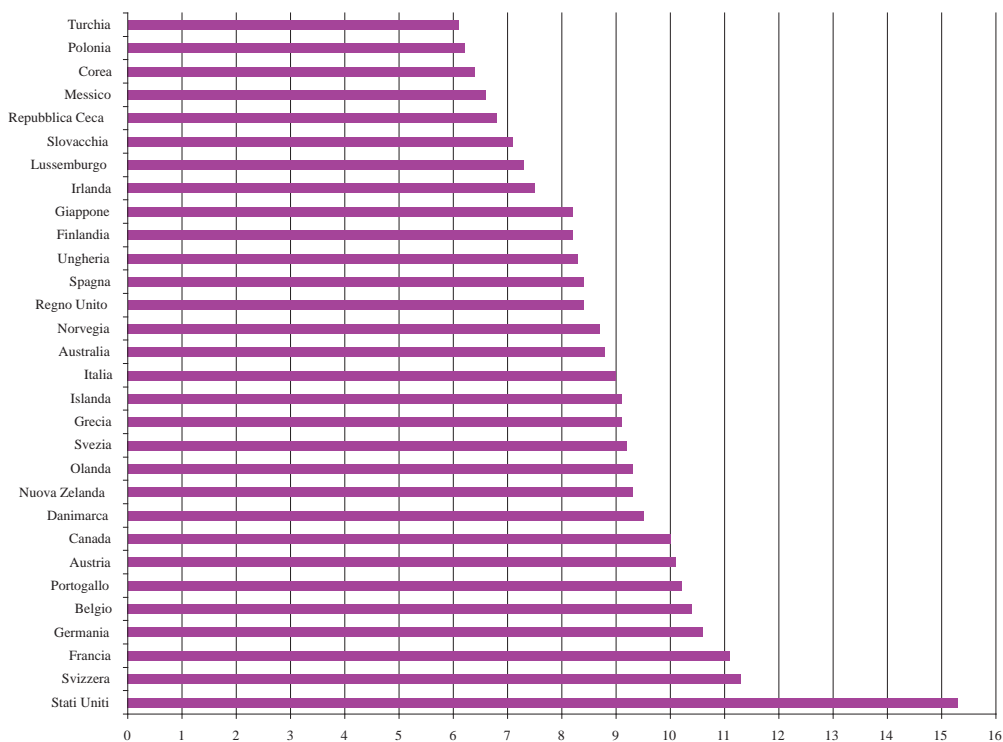
Con l'aumento della speranza di vita nei Paesi OECD sono aumentati anche i costi sanitari, in alcuni casi, addirittura, ad un ritmo superiore alla crescita economica del Paese.

La porzione di PIL allocata nel 2006 alla spesa sanitaria (totale) varia considerevolmente tra i Paesi: considerando i Paesi OECD si parte dal 15,3% degli Stati Uniti per arrivare al 6,2% in Polonia. In particolare nel 2006, dopo gli Stati Uniti, spiccano Svizzera, Francia e Germania con una spesa rispettivamente del 11,3%, del 11,1% e del 10,6% del PIL; dall'altro versante troviamo la Turchia, la Corea e il Messico con una quota di spesa sanitaria totale sul PIL pari rispettivamente al 6,1%, 6,4% e al 6,6%.

³ Fonte OECD Health Data.

⁴ Fonte OECD Health Data Report.

Figura 9.4 - Spesa sanitaria su PIL Paesi OECD. Valori percentuali - Anno 2006⁵



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2008

Dai dati OECD emerge come l'Italia, pur collocandosi nella media dell'OECD con una spesa al 9,0% del PIL (media OECD pari a 8,9% così come nell'anno precedente), resta al di sotto dei suoi principali partner⁶ dell'Unione Europea come Francia e Germania.

Anche l'analisi della spesa sanitaria totale pro-capite conferma come gli Stati Uniti siano i "primi" nella classifica con una spesa sanitaria di \$ 6.714 seguiti dalla Svizzera (\$ 4.311). Tra i Paesi in fondo alla classifica la Turchia che nel 2006 ha speso solo \$ 591 pro-capite in Sanità. Il confronto viene fatto in parità di potere d'acquisto.

In Italia, la spesa pro-capite è di \$ 2.614 contro i \$ 2.824 della media OECD nel 2006.

⁵ I dati di Australia, Turchia, Giappone e Slovacchia si riferiscono all'anno 2005.

⁶ Con media partner consideriamo Germania, Francia, Spagna, Svezia e Norvegia.

Tabella 9.2 - Spesa sanitaria totale pro-capite Paesi OECD. Valori in dollari (PPP)

Paesi	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006
Media OECD	198	387	631	923	1.189	1.495	1.950	2.701	2.824
Australia		437	643	928	1.200	1.611	2.265	2.999	2.999
Austria	196	435	784	939	1.631	2.259	2.859	3.507	3.606
Belgio	150	350	644	969	1.358	1.854	2.377	3.421	3.488
Canada	301	480	780	1.264	1.738	2.057	2.513	3.460	3.678
Corea			89	160	329	502	753	1.276	1.480
Danimarca		543	897	1.256	1.544	1.871	2.379	3.169	3.349
Finlandia	185	345	571	925	1.367	1.440	1.794	2.523	2.668
Francia	194	369	669	1.036	1.449	1.997	2.421	3.306	3.449
Germania	269	572	971	1.409	1.769	2.275	2.671	3.251	3.371
Giappone	151	301	585	874	1.125	1.551	1.967	2.474	2.474
Grecia	161		491		853	1.264	1.429	2.283	2.483
Irlanda	117	275	516	658	792	1.204	1.801	3.126	3.082
Islanda	175	375	755	1.184	1.667	1.910	2.736	3.373	3.340
Italia					1.359	1.538	2.053	2.496	2.614
Lussemburgo						1.911	2.554	4.153	4.303
Messico					296	386	508	724	794
Norvegia	144	323	668	943	1.370	1.863	3.039	4.328	4.520
Nuova Zelanda	216	424	508	639	990	1.244	1.604	2.223	2.448
Olanda		450	741	967	1.416	1.799	2.337	3.192	3.391
Polonia					290	411	583	843	910
Portogallo	48	155	276	397	636	1.036	1.509	2.029	2.120
Regno Unito	161	295	470	694	965	1.350	1.847	2.580	2.760
Repubblica Ceca					560	899	980	1.447	1.490
Slovacchia						603	603	1.130	1.130
Spagna	95	212	363	497	873	1.193	1.536	2.260	2.458
Stati Uniti	351	590	1.065	1.765	2.738	3.656	4.570	6.347	6.714
Svezia	312	531	944	1.271	1.592	1.746	2.284	3.012	3.202
Svizzera	346	621	1.017	1.460	2.034	2.598	3.256	4.069	4.311
Turchia		45	70	68	156	173	432	591	591
Ungheria						660	852	1.440	1.504

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data

**Tabella 9.2a - Variazione media annua della spesa sanitaria totale pro-capite Paesi OECD
Valori percentuali**

Paesi	1975/1970	1980/1975	1985/1980	1990/1985	1995/1990	2000/1995	2005/2000	2006/2005
Media OECD	14,29	10,27	7,89	5,19	4,70	5,46	6,73	4,56
Australia		8,03	7,61	5,28	6,07	7,05	5,77	
Austria	17,29	12,50	3,67	11,68	6,73	4,82	4,17	2,82
Belgio	18,47	12,97	8,51	6,98	6,42	5,10	7,55	1,96
Canada	9,78	10,20	10,14	6,58	3,43	4,09	6,60	6,30
Corea			12,45	15,51	8,82	8,45	11,12	15,99
Danimarca		10,56	6,96	4,22	3,92	4,92	5,90	5,68
Finlandia	13,27	10,60	10,13	8,12	1,05	4,49	7,06	5,75
Francia	13,72	12,64	9,14	6,94	6,63	3,93	6,43	4,33
Germania	16,29	11,16	7,73	4,66	5,16	3,26	4,01	3,69
Giappone	14,79	14,21	8,36	5,18	6,63	4,87	4,69	
Grecia					8,18	2,48	9,82	8,76
Irlanda	18,64	13,41	4,98	3,78	8,74	8,39	11,66	-1,41
Islanda	16,47	15,02	9,42	7,08	2,76	7,45	4,27	-0,98
Italia					2,51	5,95	3,99	4,73
Lussemburgo						5,97	10,21	3,61
Messico					5,45	5,65	7,34	9,67
Norvegia	17,54	15,64	7,14	7,76	6,34	10,28	7,33	4,44
Nuova Zelanda	14,44	3,68	4,70	9,15	4,67	5,21	6,74	10,12
Olanda		10,49	5,47	7,93	4,90	5,37	6,43	6,23
Polonia					7,22	7,24	7,65	7,95
Portogallo	26,42	12,23	7,54	9,88	10,25	7,81	6,10	4,48
Regno Unito	12,88	9,76	8,11	6,82	6,95	6,47	6,91	6,98
Rep. Ceca					9,93	1,74	8,11	2,97
Slovacchia							13,38	
Spagna	17,41	11,36	6,49	11,93	6,44	5,18	8,03	8,76
Stati Uniti	10,95	12,54	10,63	9,18	5,95	4,56	6,79	5,78
Svezia	11,22	12,20	6,13	4,61	1,86	5,52	5,69	6,31
Svizzera	12,41	10,37	7,50	6,86	5,02	4,62	4,56	5,95
Turchia		9,24	-0,58	18,07	2,09	20,08	6,47	
Ungheria						5,24	11,07	4,44

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2008

È importante osservare un rallentamento della crescita della spesa che è stata pari al 3,1% tra il 2005 e il 2006 in area OECD: il ritmo più basso dal 1997. Nell'ultimo decennio la spesa sanitaria è aumentata notevolmente tra il 2000 e il 2003 (a un tasso medio del 6,2%) mentre dal 2003 la crescita ha iniziato a diminuire, segnando rialzi medi del 3,6% e registrando nel 2006 un ulteriore rallentamento.

9.2 La dinamica della spesa sanitaria nei Paesi OECD

Il progresso che la medicina ha ottenuto nella prevenzione, diagnosi e cura della salute rappresenta uno dei principali fattori di incremento dei costi per la Sanità: lo sviluppo e la diffusione di nuove tecnologie e nuove medicine, inclusi i processi decisionali sulle modalità di finanziamento di nuovi strumenti, trattamenti o medicine.

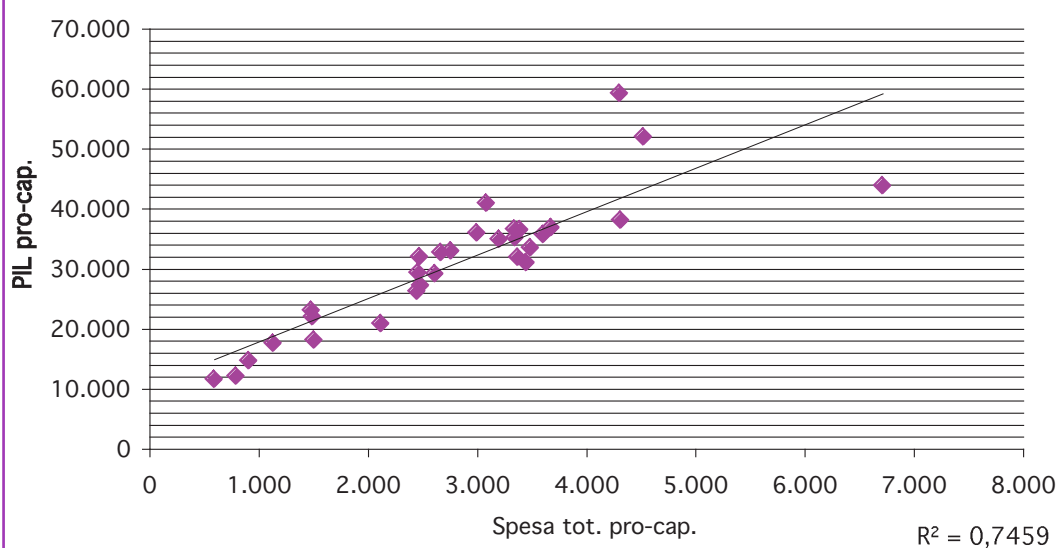
Tabella 9.3 - Spesa su PIL Paesi OECD. Valori percentuali

Paesi	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006
Media OECD	5,01	6,31	6,58	6,74	6,96	7,68	7,82	8,92	8,87
Australia		6,50	6,30	6,60	6,90	7,40	8,30	8,80	
Austria	5,20	7,00	7,50	6,50	8,40	9,70	9,90	10,30	10,10
Belgio	3,90	5,60	6,30	7,00	7,20	8,20	8,60	10,70	10,40
Canada	6,90	7,00	7,00	8,10	8,90	9,00	8,80	9,90	10,00
Corea			3,40	3,40	4,00	3,90	4,60	6,00	6,40
Danimarca		8,70	8,90	8,50	8,30	8,10	8,30	9,40	9,50
Finlandia	5,50	6,20	6,30	7,10	7,70	7,70	7,00	8,30	8,20
Francia	5,40	6,40	7,00	8,00	8,40	9,90	9,60	11,20	11,10
Germania	6,00	8,40	8,40	8,80	8,30	10,10	10,30	10,70	10,60
Giappone	4,60	5,70	6,50	6,70	6,00	6,90	7,70	8,20	8,20
Grecia	5,40		5,90		6,60	8,60	7,80	9,00	9,10
Irlanda	5,10	7,30	8,30	7,50	6,10	6,70	6,30	8,20	7,50
Islanda	4,70	5,70	6,30	7,20	7,80	8,20	9,50	9,40	9,10
Italia					7,70	7,30	8,10	8,90	9,00
Lussemburgo	3,10	4,30	5,20	5,20	5,40	5,60	5,80	7,80	7,30
Messico					4,80	5,60	5,60	6,40	6,60
Norvegia	4,40	5,90	7,00	6,60	7,60	7,90	8,40	9,10	8,70
Nuova Zelanda	5,20	6,70	5,90	5,10	6,90	7,20	7,70	8,90	9,30
Olanda		7,00	7,40	7,30	8,00	8,30	8,00	9,20	9,30
Polonia					4,80	5,50	5,50	6,20	6,20
Portogallo	2,50	5,10	5,30	5,70	5,90	7,80	8,80	10,20	10,20
Regno Unito	4,50	5,50	5,60	5,90	6,00	6,90	7,20	8,20	8,40
Repubblica Ceca					4,70	7,00	6,50	7,10	6,80
Slovacchia							5,50	7,10	7,10
Spagna	3,50	4,60	5,30	5,40	6,50	7,40	7,20	8,30	8,40
Stati Uniti	7,00	7,90	8,70	10,00	11,90	13,30	13,20	15,20	15,30
Svezia	6,80	7,50	8,90	8,50	8,20	8,00	8,20	9,20	9,20
Svizzera	5,40	6,90	7,30	7,70	8,20	9,70	10,30	11,40	11,30
Turchia		3,00	3,30	2,20	3,60	3,40	4,90	5,70	5,70
Ungheria						7,30	6,90	8,50	8,30

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2008

In generale i Paesi OECD con un PIL pro-capite più elevato hanno una spesa sanitaria pro-capite più consistente, come dimostrato dal coefficiente di correlazione pari al 74,6%. Ciò nonostante, esistono differenze significative tra i vari Paesi che possono dipendere, almeno in parte, dalle scelte di politica sanitaria riguardo ai livelli di spesa ritenuti appropriati.

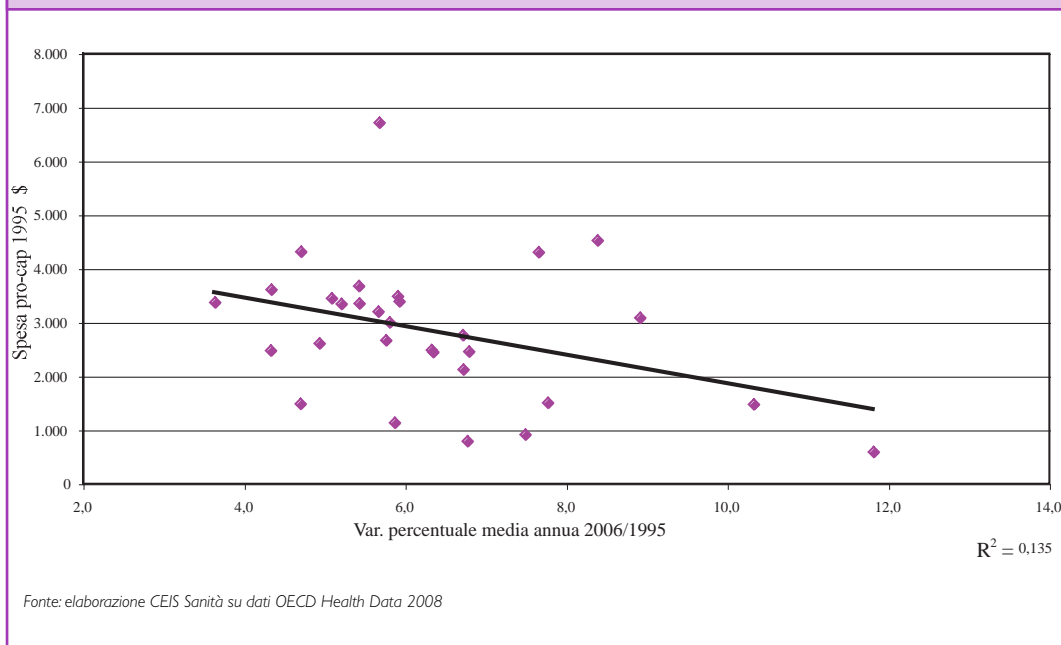
Figura 9.5 - Correlazione tra spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite OECD
Valori in dollari (PPP) - Anno 2006⁸



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2008

⁸ I dati di Australia, Turchia, Giappone e Slovacchia si riferiscono all'anno 2005.

Figura 9.6 - Correlazione tra livello di spesa sanitaria 1995 e incremento 2006/1995 Paesi OECD. Valori in dollari (PPP)



Dalla figura precedente si può anche osservare che i Paesi partiti da un livello di spesa più basso hanno subito un incremento di spesa maggiore.

La spesa sanitaria totale pro-capite in Italia è nella media dei Paesi partner con una variazione media annua nel lungo periodo che non è stata elevata rispetto alla media. I sistemi universalistica pubblici (nei grafici abbiamo evidenziato Danimarca, Italia e UK) si mostrano parsimoniosi (livello di spesa inferiore alla media). L'Italia rispetto agli altri ha anche avuto una crescita inferiore a quanto sarebbe stato presumibile in base ai livelli di spesa iniziali.

Secondo l'analisi svolta dall'OECD, il minor aumento della spesa negli ultimi anni è dovuto, in particolare, a una contrazione della spesa farmaceutica, che nel 2006 è aumentata solo del 2% rispetto al 6-7% degli anni precedenti. Sono gli Stati Uniti il Paese che destina più risorse ai medicinali, con una spesa di \$ 843 pro-capite nel 2006, seguiti da Canada e Belgio e Francia. Gli Usa sono anche l'unico Paese OECD dove la spesa farmaceutica privata supera quella pubblica. L'Italia si colloca al sesto posto della graduatoria, con \$ 524 di spesa farmaceutica pro-capite: un valore superiore alla media OECD che è pari a \$ 440. Le nazioni con una spesa farmaceutica minore sono Nuova Zelanda, Danimarca, Polonia e Messico (ultimo Paese con \$ 182 di spesa pro-capite). Le variazioni nella spesa farmaceutica tra i vari Stati riflettono differenze nei prezzi e nei consumi di medicinali, così come anche la rapidità e la diffusione di farmaci nuovi e più costosi (per questi aspetti si rimanda al capitolo sull'assistenza farmaceutica).

9.3 La composizione della spesa sanitaria nei Paesi OECD

Il settore pubblico assorbe la quota di spesa sanitaria più consistente, eccetto che negli Stati Uniti, Messico e Corea, dove la percentuale pari rispettivamente al 45,8%, 44,2% e 55,1%

della spesa sanitaria totale; tuttavia anche negli Stati Uniti, dove il settore privato ha un ruolo centrale nel finanziamento delle spesa, la spesa sanitaria pubblica risulta pari al 7,0% del PIL, percentuale paragonabile alla media OECD (6,5% del PIL). In Italia la spesa sanitaria pubblica è, nel 2006, pari al 6,9% del PIL contro il 2,0% di quella privata.

Tabella 9.4 - Quota di spesa sanitaria pubblica su spesa sanitaria totale Paesi OECD. Valori percentuali

Paesi	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006
Media OECD	72,6	76,8	73,1	73,3	72,7	72,2	72,3	72,9	72,8
Australia		73,6	62,6	70,6	66,2	65,8	67	67	
Austria	63	69,6	68,8	76,1	72,8	72,6	75,8	76,5	76,2
Belgio						78,5			
Canada	69,9	76,2	75,6	75,5	74,5	71,4	70,4	70,2	70,4
Corea			23,2	32,9	39,5	38,1	48,5	53,1	55,1
Danimarca		85,4	87,8	85,6	82,7	82,5	82,4		
Finlandia	73,8	78,6	79	78,6	80,9	74,1	73,4	75	76
Francia	75,5	78	80,1	78,5	76,6	78,6	78,3	79,9	79,7
Germania	72,8	79	78,7	77,4	76,2	81,6	79,7	77	76,9
Giappone	69,8	72	71,3	70,7	77,6	83	81,3	82,7	
Grecia	42,6		55,6		53,7	52	60,9	62,8	61,6
Irlanda	81,7	79	81,6	75,7	71,7	71,9	73,5	79,5	78,3
Islanda	66,2	87,1	88,2	87	86,6	83,9	81,1	81,4	82
Italia					79,5	70,8	72,5	76,7	77,2
Lussemburgo	88,9	91,8	92,8	89,2	93,1	92,4	89,3	90,2	90,9
Messico					40,4	42,1	46,6	45,5	44,2
Norvegia	91,6	96,2	85,1	85,8	82,8	84,2	82,5	83,5	83,6
Nuova Zelanda	80,3	73,7	88	87	82,4	77,2	78	77,4	77,8
Olanda		67,9	69,4	70,8	67,1	71	63,1		
Polonia					91,7	72,9	70	69,3	69,9
Portogallo	59	58,9	64,3	54,6	65,5	62,6	72,5	71,8	70,6
Regno Unito	87	91,1	89,4	85,8	83,6	83,9	80,9	86,9	87,3
Repubblica Ceca	96,6	96,9	96,8	92,2	97,4	90,9	90,3	88,6	87,9
Slovacchia							89,4	74,4	
Spagna	65,4	77,4	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,6	71,2
Stati Uniti	36,3	40,9	41,2	39,6	39,4	45,3	43,7	45,1	45,8
Svezia	86	90,2	92,5	90,4	89,9	86,6	84,9	81,7	81,7
Svizzera				50,3	52,4	53,8	55,6	59,6	60,3
Turchia		50	29,4	50,6	61	70,3	62,9	71,4	
Ungheria						84	70,7	70,9	70,9

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2008

In generale in tutti i Paesi Europei la quota di spesa pubblica è andata prima a decrescere per poi crescere nuovamente.

Di conseguenza, la spesa sanitaria privata nel nostro Paese ha una tendenza ascendente piuttosto pronunciata tra il 1995 e il 2006 mentre era decresciuta in maniera evidente tra il 1990 e il 1995.

9.4 La spesa sanitaria pubblica in Italia

La spesa sanitaria pubblica in Italia è passata, secondo i dati Ministero della Salute, da € 80.122 mln. nel 2002 a € 103.123 mln. nel 2007 con un incremento medio annuo, in termini nominali, del 5,17 %. In particolare la spesa sanitaria totale pubblica ha subito un incremento in linea con la media nazionale al Nord (5,14%), superiore alla media al Centro (5,80%) e inferiore alla media nazionale al Sud (4,86%).

È importante sottolineare come tale variazione sia influenzata dall'inclusione degli IRCCS, i cui costi in passato non venivano contabilizzati.

Tabella 9.5 - Spesa sanitaria pubblica e tassi di variazione annui

Anno	Min. Salute ⁹	
	mld. di euro	T.V.
2001	76,70	
2002	80,12	4,46
2003	82,72	3,25
2004	89,61	8,33
2005	96,20	7,35
2006	100,05	4,00
2007	103,12	3,07

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Si può osservare dai dati, come il 2006 e il 2007 abbiano segnato un raffreddamento della crescita della spesa dopo un biennio di crescita molto significativa.

Analizzando la spesa sanitaria per Regione è evidente 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 mentre tra il 2006 e il 2007 Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Calabria. Al contrario le Regioni in cui la spesa sanitaria è cresciuta meno sono, nel quinquennio, Friuli Venezia Giulia, Calabria e Campania mentre tra il 2006 e il 2007 Lazio e Sicilia hanno fatto osservare un decremento della spesa (stesse Regioni che avevano registrato un forte incremento medio annuo nel quinquennio 2001-2006 e soggette a piano di rientro).

⁹ Il dato totale non include gestione straordinaria e mobilità verso Bambin Gesù e SMOM.

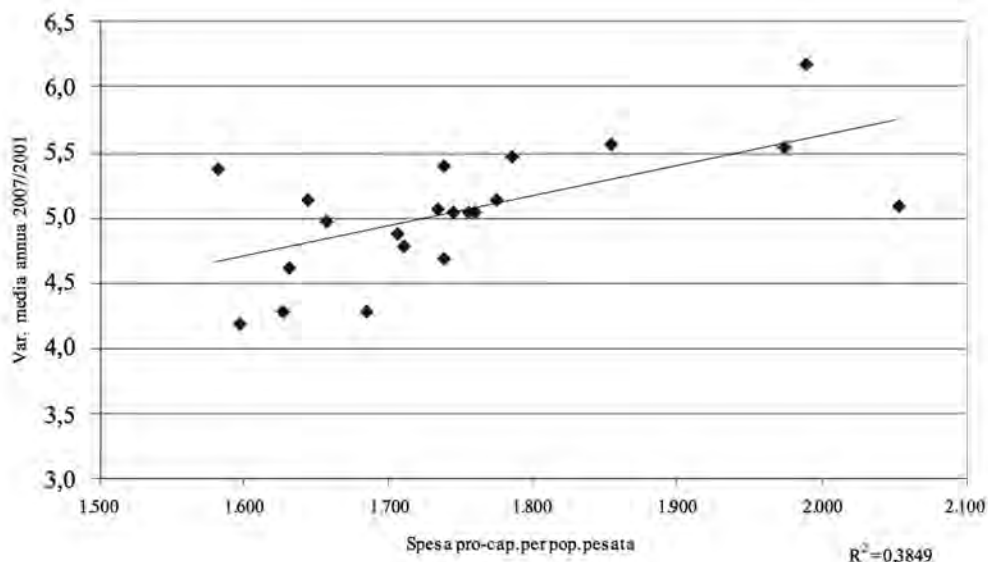
**Tabella 9.6 - Variazione spesa sanitaria pubblica¹⁰
Valori percentuali**

Regioni	2006/2001	Media annua 2006/2001	2007/2006
Italia	30,45	5,46	3,07
Nord	28,88	5,21	4,85
Centro	36,68	6,45	0,65
Sud	28,91	5,21	2,16
Piemonte	29,23	5,26	3,98
Valle d'Aosta	37,20	6,53	0,80
Lombardia	27,84	5,04	5,33
P. A. Bolzano	33,15	5,89	3,35
P. A. Trento	27,55	4,99	3,41
Veneto	29,54	5,31	4,32
Friuli V. G.	23,37	4,29	11,18
Liguria	26,16	4,76	4,41
Emilia Romagna	32,06	5,72	4,31
Toscana	29,35	5,28	2,31
Umbria	31,66	5,65	1,71
Marche	26,50	4,81	3,69
Lazio	45,01	7,72	-1,19
Abruzzo	31,32	5,60	2,37
Molise	34,82	6,16	2,76
Campania	25,46	4,64	2,58
Puglia	30,90	5,53	3,25
Basilicata	30,37	5,45	5,07
Calabria	21,72	4,01	5,19
Sicilia	33,90	6,01	-0,56
Sardegna	26,36	4,79	1,85

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

¹⁰ Nel calcolo della spesa pubblica escludiamo la spesa per straordinaria e la mobilità verso Bambin Gesù e SMOM.

Figura 9.7 - Spesa sanitaria regionale pro-capite per popolazione pesata 2001 e variazione media annua 2007-2001



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

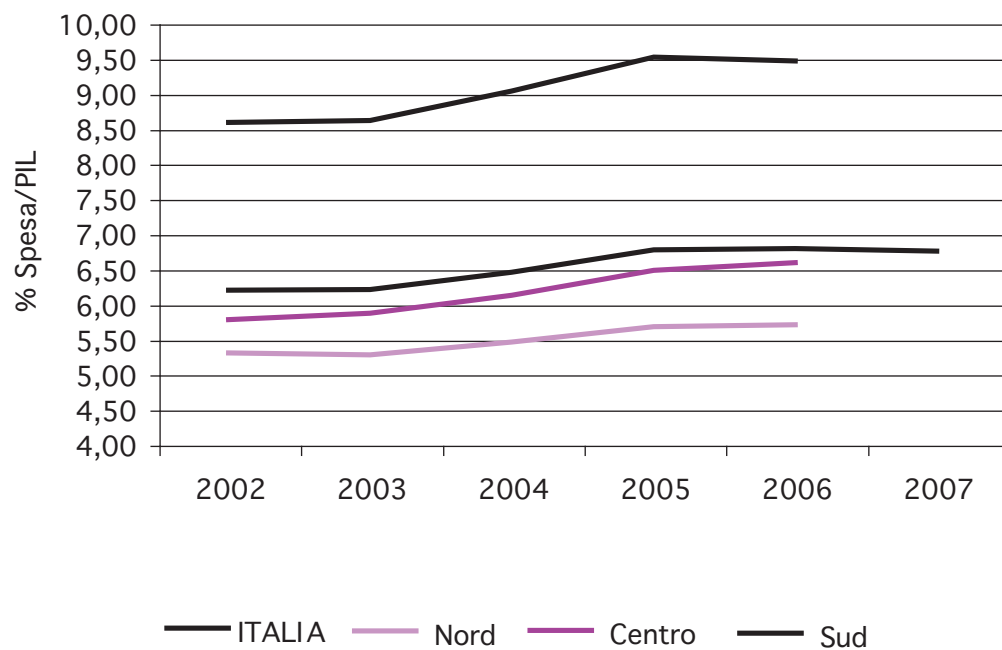
Non esiste una chiara relazione diretta tra livello di spesa sanitaria pro-capite per popolazione pesata e la variazione media annua e questo evidenzia l'estrema disomogeneità nel comportamento delle Regioni.

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

A fronte di un perdurante vincolo di bilancio pubblico, aggravato dalla scarsa crescita economica, la crescita della spesa sanitaria è oggetto di preoccupazione a causa della sua influenza determinante sui conti pubblici anche al fine di evitare la prospettiva, messa in luce dall'OECD, che prevede una spesa media in Italia nel 2050 del 9,7% del PIL.

In particolare la spesa sanitaria pubblica Italiana è pari al 6,7% del PIL nel 2007 in leggera riduzione rispetto ai livelli 2006 (6,8%), la spesa Sanitaria nel Nord, Centro e Sud assorbe invece rispettivamente il 5,7%, il 6,4% e il 9,3% del PIL nel 2007 e il 5,7%, 6,6% e il 9,4% nel 2006. Come si può osservare dalla figura, l'andamento della spesa sanitaria su PIL è simile tra l'Italia, il Centro e il Nord mentre al Sud tale rapporto si attesta su livelli nettamente superiori. Il fenomeno dipende dal fatto che mediamente il Sud ha un PIL significativamente inferiore a quello del Centro Nord, insieme al fatto che in Italia il meccanismo perequativo fra le Regioni fa sì che la spesa sanitaria complessiva sia poco o nulla legata ai livelli di reddito; gli effetti redistributivi indotti dai meccanismi solidaristici, impliciti nel sistema di sicurezza sociale di stampo universalistico, tendono ad invertire la relazione che normalmente si trova fra quota di PIL assorbito dall'assistenza sanitaria e PIL pro-capite medio.

**Figura 9.8 - Andamento della spesa sanitaria pubblica su PIL
Ripartizioni geografiche - Anni 2001-2007**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

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

**Tabella 9.7 - Spesa sanitaria regionale pubblica su PIL
Valori percentuali**

Regioni	2001	2006	2007
Italia	6,14	6,76	6,72
Nord	5,20	5,68	5,72
Centro	5,83	6,58	6,37
Sud	8,56	9,39	9,34
Piemonte	5,76	6,34	6,36
Valle d'Aosta	5,39	6,08	5,89
Lombardia	4,67	5,05	5,11
P. A. Bolzano	5,89	6,47	6,44
P. A. Trento	5,64	6,13	6,09
Veneto	5,30	5,77	5,77
Friuli V. G.	5,53	5,81	6,20
Liguria	6,68	7,30	7,30
Emilia Romagna	5,11	5,77	5,76
Toscana	5,82	6,35	6,28
Umbria	6,40	7,20	6,99
Marche	6,07	6,38	6,36
Lazio	5,70	6,69	6,34
Abruzzo	7,21	8,29	8,27
Molise	8,55	9,73	9,68
Campania	9,14	9,72	9,73
Puglia	8,35	9,43	9,36
Basilicata	7,74	8,63	8,74
Calabria	9,07	9,25	9,55
Sicilia	8,85	9,98	9,72
Sardegna	7,56	8,08	8,01

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Date le naturali differenze nei livelli regionali di reddito, è solo per effetto dei meccanismi solidaristici che la spesa sanitaria pro-capite è quindi sostanzialmente omogenea tra le Regioni.

**Tabella 9.8a - Spesa sanitaria regionale pubblica pro-capite
Valori in euro**

Regioni	2001	2006	2007
Italia	1346,46	1702,95	1743,97
Nord	1389,91	1713,62	1785,65
Centro	1408,77	1853,81	1830,37
Sud	1259,47	1606,98	1642,06
Piemonte	1393,75	1750,35	1815,30
Valle d'Aosta	1514,97	1999,60	2002,21
Lombardia	1346,50	1635,82	1710,34
Trentino A. A.	1599,55	1981,36	2028,55
Veneto	1367,13	1685,12	1744,99
Friuli V. G.	1354,00	1633,06	1809,18
Liguria	1502,80	1859,23	1943,97
Emilia Romagna	1422,82	1779,63	1840,64
Toscana	1399,80	1748,16	1779,50
Umbria	1361,15	1701,82	1720,85
Marche	1337,98	1620,88	1672,70
Lazio	1442,82	2017,90	1925,54
Abruzzo	1361,30	1727,34	1762,28
Molise	1364,64	1843,00	1898,70
Campania	1281,92	1585,29	1626,41
Puglia	1209,83	1565,96	1617,57
Basilicata	1168,96	1537,62	1623,07
Calabria	1244,10	1525,11	1609,39
Sicilia	1253,46	1665,34	1656,11
Sardegna	1274,56	1590,16	1615,90

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa sanitaria pubblica pro-capite è pari in media in Italia a € 1.744, ovvero € 42 in meno rispetto all'anno precedente.

Nonostante quanto precedentemente detto, l'andamento Regionale presenta un discreta variabilità: la spesa sanitaria pubblica pro-capite assume valori massimi in Trentino Alto Adige (€ 2.029) e Valle d'Aosta (€ 2.002) mentre presenta valori minimi in Calabria (€ 1.609) e Sardegna (€ 1.616).

In particolare la spesa pro-capite è nettamente superiore alla media in Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta, Liguria e Lazio con valori superiori alla media di oltre il 10% mentre nettamente al di sotto della media troviamo Puglia, Sardegna e Calabria.

La spesa è cresciuta tra il 2006 e il 2007 molto in Friuli Venezia Giulia ma anche in Basilicata e Calabria, mentre si è ridotta solo nel Lazio e Sicilia cioè nelle Regioni con disavanzo più elevato.

Tabella 9.8b - Spesa sanitaria regionale pubblica pro-capite per popolazione pesata¹¹
Valori in euro e numeri indice (media Italia =100) - Anno 2007

Regioni	Valori in euro	Numeri indice
Italia	1.744	100,00
Nord	1.764	101,15
Centro	1.823	104,53
Sud	1.672	95,87
Piemonte	1.754	100,57
Valle d'Aosta	1.972	113,07
Lombardia	1.732	99,31
Trentino A. A.	2.052	117,66
Veneto	1.773	101,66
Friuli V. G.	1.737	99,60
Liguria	1.737	99,60
Emilia Romagna	1.785	102,35
Toscana	1.710	98,05
Umbria	1.655	94,90
Marche	1.630	93,46
Lazio	1.988	113,99
Abruzzo	1.759	100,86
Molise	1.852	106,19
Campania	1.684	96,56
Puglia	1.644	94,27
Basilicata	1.580	90,60
Calabria	1.595	91,46
Sicilia	1.705	97,76
Sardegna	1.626	93,23

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa per popolazione pesata (secondo la quota capitaria), come ci si aspetterebbe dato che l'età è il fattore considerato preponderante nell'assorbimento di risorse, "riduce" le differenze tra le Regioni diminuendo quelle del Nord ed aumentando quella del Sud.

Persiste comunque una importante variabilità come dimostrato dai numeri indice. In particolare Trentino Alto Adige, Lazio, Valle d'Aosta hanno un numero indice pari rispettivamente a 118, 114 e 113; Piemonte, Lombardia, Veneto Friuli Venezia Giulia, Liguria e Abruzzo assumono valori vicini alla media nazionale mentre Marche, Sardegna, Calabria e Basilicata sono

¹¹ La popolazione pesata in questo caso è stata ottenuta riproporzionando la popolazione in base al peso implicito nel finanziamento delle Regioni proveniente dalle delibere CIPE.

quelle che più si discostano dalla media nazionale.

Si osservano differenze sostanziali tra i numeri indice della spesa pro-capite della popolazione pesata e quelli per popolazione non pesata. Se guardiamo alla matrice dei ranghi possiamo osservare che le Regioni che cambiano il posto in graduatoria in maniera più evidente sono Emilia Romagna ma anche Friuli Venezia Giulia, Veneto e Liguria mostrano una spesa per popolazione pesata molto più simile alla media italiana rispetto alla spesa pro-capite. Viceversa Sardegna ma anche Basilicata e Sicilia fanno osservare una spesa per popolazione pesata più alta rispetto a quella per popolazione non pesata.

Tabella 9.8c - Ranghi dei numeri indice spesa pro-capite per popolazione pesata e non pesata - Anno 2007

Regioni	Popolazione pesata	Popolazione non pesata	Differenza
Abruzzo	7	10	-3
Basilicata	20	15	5
Calabria	19	19	0
Campania	14	11	3
Emilia Romagna	5	16	-11
Friuli V. G.	10	17	-7
Lazio	2	5	-3
Liguria	9	2	7
Lombardia	11	14	-3
Marche	17	18	-1
Molise	4	4	0
Piemonte	8	6	2
Puglia	16	20	-4
Sardegna	18	9	9
Sicilia	13	8	5
Toscana	12	7	5
Trentino A. A.	1	1	0
Umbria	15	13	2
Valle d'Aosta	3	3	0
Veneto	6	12	-6

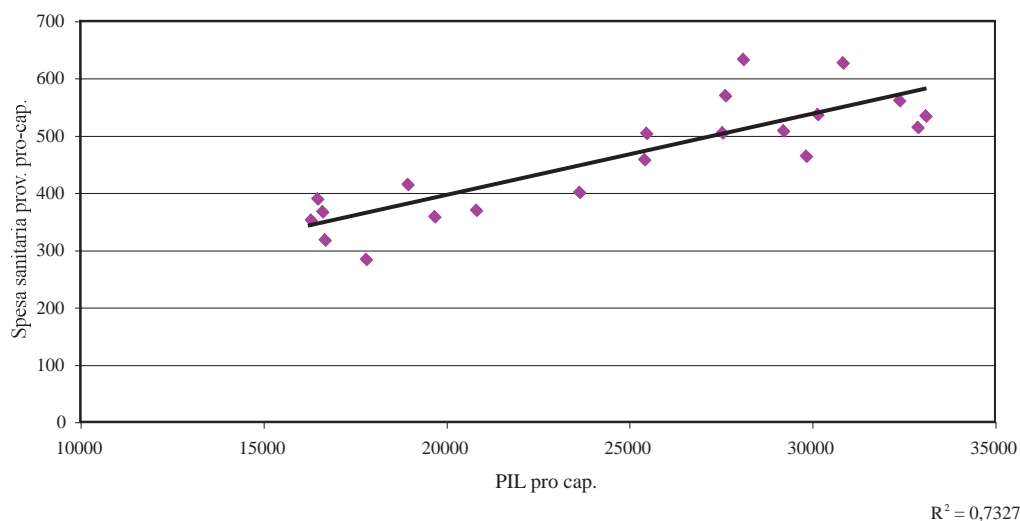
Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

9.5 La spesa sanitaria privata in Italia

La spesa privata nel 2006 rappresenta in media il 21,9% della spesa in leggera riduzione rispetto al 2005 (22,1%). La spesa privata è evidentemente superiore al Nord (24,7%) rispetto al Centro (21,4%) ma soprattutto al Sud (17,9%), seguendo il reddito delle famiglie.

Il grafico mostra infatti come sia presente una evidente correlazione positiva tra spesa privata e reddito delle famiglie ($R^2=73,3\%$): le Regioni con PIL pro-capite maggiore fanno registrare una spesa privata pro-capite superiore.

Figura 9.9 - Correlazione tra spesa sanitaria privata pro-capite e PIL pro-capite per Regione
Valori in euro - Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Le Regioni con una quota di spesa privata più alta nel 2006 sono Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Lombardia con valori rispettivamente pari a 27,9%, 26,1% e 25,5%. Le Regioni, invece, con una quota di spesa privata minore sono Basilicata, Sicilia e Abruzzo con valori inferiori al 18%.

Tabella 9.9 - Quota di spesa privata su spesa totale. Valori percentuali

Regioni	2001	2005	2006
Italia	23,55	22,09	21,85
Nord	26,19	24,93	24,66
Centro	23,76	21,82	21,43
Sud	19,47	18,07	17,94
Piemonte	26,10	24,73	24,56
Valle d'Aosta	23,53	21,68	20,47
Lombardia	26,97	26,04	25,55
P. A. Bolzano	21,75	20,65	19,98
P. A. Trento	21,94	20,97	20,27
Veneto	25,10	23,61	23,17
Friuli V. G.	28,43	27,01	27,93
Liguria	22,82	21,69	21,34
Emilia Romagna	27,58	25,93	26,07
Toscana	23,44	22,50	22,41
Umbria	20,22	18,98	19,06
Marche	23,83	22,50	22,04
Lazio	24,45	21,62	21,03
Abruzzo	19,66	17,37	17,65
Molise	20,02	18,22	18,37
Campania	19,36	17,69	18,21
Puglia	21,16	19,40	19,01
Basilicata	17,59	15,82	15,61
Calabria	21,15	21,14	20,37
Sicilia	17,81	16,69	16,02
Sardegna	19,02	18,15	18,41

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa sanitaria privata pro-capite in Italia è pari a € 476,3; ogni cittadino del Nord spende in media € 545,6, € 505,7 al Centro e € 351,4 al Sud.

La spesa sanitaria privata è cresciuta in media tra il 2005 e il 2006 del 2,6% (3,8% a prezzi dell'anno 2005) crescita inferiore a quella della spesa pubblica che è cresciuta tra il 2005 e il 2006 del 4%. La crescita maggiore si osserva nelle Regioni del Centro con un incremento medio annuo del 3,1% mentre al Sud, nonostante un livello iniziale inferiore, la spesa privata è cresciuta solo dell'1,9%. Al Nord la crescita della spesa sanitaria privata è stata pari al 2,8%.

Tabella 9.10 - Spesa sanitaria privata pro-capite. Valori in euro

Regioni	2001	2005	2006
Italia	435,50	474,79	476,27
Nord	506,20	549,77	545,62
Centro	453,08	494,04	505,75
Sud	318,62	345,17	351,39
Piemonte	505,61	554,09	569,82
Valle d'Aosta	455,93	511,12	514,61
Lombardia	515,82	554,06	561,35
P. A. Bolzano			534,76
P. A. Trento			464,70
Trentino A. A.	449,16	500,61	499,02
Veneto	467,20	495,84	508,26
Friuli V. G.	532,05	617,57	632,88
Liguria	459,02	510,96	504,43
Emilia Romagna	555,48	604,52	627,43
Toscana	437,86	490,60	504,91
Umbria	354,03	384,54	400,86
Marche	429,26	456,02	458,13
Lazio	486,15	525,20	537,21
Abruzzo	344,93	355,81	370,18
Molise	357,21	405,96	414,76
Campania	323,18	348,66	352,86
Puglia	338,66	362,92	367,58
Basilicata	259,71	277,93	284,47
Calabria	342,21	381,98	390,09
Sicilia	285,91	312,82	317,65
Sardegna	317,56	346,66	358,71

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni in cui la spesa privata è cresciuta maggiormente sono Umbria, Emilia Romagna e Abruzzo mentre quelle in cui è cresciuta meno sono Liguria, Provincia Autonoma di Trento e Marche.

**Tabella 9.11 - Variazione della spesa sanitaria privata pro-capite
Valori percentuali**

Regioni	Media annua 2000/2005	2006/2005
Italia	2,27	2,61
Nord	2,47	2,81
Centro	2,41	3,06
Sud	1,76	1,86
Piemonte	2,35	3,11
Valle d'Aosta	2,99	1,59
Lombardia	2,38	2,20
P. A. Bolzano	3,58	1,18
P. A. Trento	2,75	0,30
Veneto	2,15	3,34
Friuli V G.	3,48	2,78
Liguria	2,23	-0,17
Emilia Romagna	2,75	4,69
Toscana	2,92	3,53
Umbria	2,59	5,33
Marche	2,05	1,13
Lazio	2,16	2,96
Abruzzo	1,22	4,52
Molise	2,54	1,84
Campania	1,78	1,24
Puglia	1,56	1,37
Basilicata	1,20	1,93
Calabria	2,03	1,88
Sicilia	1,90	1,63
Sardegna	1,91	3,83

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

La variabilità della spesa totale fra le Regioni risulta maggiore di quella pubblica: quindi la spesa privata ha l'effetto di aumentare il gap tra le Regioni.

9.6 La spesa sanitaria pubblica diretta per funzioni in Italia

Analizzando le componenti della spesa sanitaria pubblica, va distinta la quota a gestione diretta da quella convenzionata/accreditata.

La spesa diretta rappresenta la quota maggiore, con un valore pari nel 2007, al 62,5% in Italia, al 63,2% al Nord, al 63,7% al Centro e al 60,6% al Sud.

**Tabella 9.12 - Quota di spesa sanitaria diretta su spesa sanitaria pubblica
Valori percentuali**

Regioni	2001	2006	2007
Italia	57,39	61,26	62,47
Nord	60,21	62,42	63,24
Centro	57,51	62,42	63,72
Sud	53,45	58,95	60,61
Piemonte	62,07	64,97	64,89
Valle d'Aosta	74,43	74,79	74,55
Lombardia	52,87	55,65	56,83
P. A. Bolzano	72,85	72,21	72,15
P. A. Trento	65,20	64,51	64,78
Veneto	64,30	62,61	64,19
Friuli V. G.	65,88	71,62	73,49
Liguria	59,61	66,71	67,32
Emilia Romagna	65,41	67,52	67,72
Toscana	68,23	72,00	72,59
Umbria	69,75	72,01	72,36
Marche	68,25	69,95	69,53
Lazio	45,71	53,69	55,64
Abruzzo	59,84	61,08	62,22
Molise	63,23	60,34	61,21
Campania	48,56	58,31	59,60
Puglia	53,89	56,31	58,05
Basilicata	64,25	66,18	67,59
Calabria	56,46	59,02	61,32
Sicilia	50,50	57,87	59,96
Sardegna	63,79	66,25	67,56

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni con una quota di spesa diretta superiore sono Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia mentre quelle con una spesa diretta minore Lazio e Puglia.

La voce principale è il personale pari al 32,77% della spesa pubblica totale in Italia; a livello di ripartizione è pari al 32,27% al Nord, 32,06% al Centro e al 33,93% al Sud. Si osserva quindi che il Sud assorbe una quota di spesa per il personale maggiore alla media Italiana e a quella delle altre ripartizioni nel 2007.

In Italia, ma anche in tutte le ripartizioni, la quota di spesa per il personale su spesa totale è andata decrescendo sia nel quinquennio 2001/2006 che tra il 2006 e il 2007.

In particolare la voce spesa per il personale è pari al 52,5% della spesa pubblica diretta in Italia; a livello di ripartizione è pari al 51,0% al Nord, 50,3% al Centro e al 56,0% al Sud; si conferma quindi che il Sud assorbe una quota di spesa per il personale maggiore alla media Italiana.

Tabella 9.13 - Percentuale spesa per il personale su spesa diretta

Regioni	2001	2006	2007
Italia	61,09	54,51	52,46
Nord	58,07	53,30	51,02
Centro	60,50	51,79	50,32
Sud	66,11	58,09	55,98
Piemonte	59,57	54,83	52,97
Valle d'Aosta	62,59	58,06	54,84
Lombardia	58,27	53,18	49,82
P. A. Bolzano	59,80	56,87	62,76
P. A. Trento	57,69	57,02	55,85
Veneto	56,43	51,14	47,77
Friuli V. G.	56,31	52,05	53,61
Liguria	59,02	54,46	51,90
Emilia Romagna	57,79	52,92	50,97
Toscana	58,33	51,39	49,76
Umbria	59,20	52,13	51,19
Marche	58,39	54,73	53,09
Lazio	63,78	51,16	49,76
Abruzzo	61,73	53,82	51,03
Molise	64,13	58,72	55,60
Campania	68,82	58,43	56,20
Puglia	61,81	54,31	52,37
Basilicata	61,54	57,09	54,32
Calabria	71,08	64,99	60,28
Sicilia	67,63	59,17	58,27
Sardegna	63,82	58,21	56,56

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, nel 2007, provincia Autonoma di Bolzano e Calabria mentre le Regioni in cui viene assorbita una quota minore sono Veneto e Toscana.

Importante sottolineare che la spesa per il personale (dipendente) è andata negli anni a crescere in quanto l'aggregato tende ad allinearsi agli aumenti del costo della vita, con variazioni cicliche dovute ai rinnovi contrattuali. In particolare negli ultimi 5 anni è cresciuta del 4,12% in Italia, del 3,96% al Nord, del 4,46% al Centro e del 4,14% al Sud.

Le fasi di alleviamento del peso relativo dei costi del personale sono state caratterizzate da misure di contenimento della spesa quali provvedimenti di *turn over* e limitazioni di assunzione nel settore pubblico mentre invece quelle di crescita sono legate ai rinnovi contrattuali, agli automatismi di carriera, alle deroghe al blocco delle assunzioni etc..

Tabella 9.14 - Spesa regionale per il personale dipendente¹²
Valori in euro per dipendente

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 V. 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

La spesa per personale per dipendente è pari in Italia, nel 2006, 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.

Le Regioni con un livello di spesa per dipendente superiore sono nel 2006 Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano, mentre quelle con una spesa per dipendente inferiore Lombardia e Friuli Venezia Giulia.

In particolare le Regioni in cui la spesa per dipendente è cresciuta maggiormente sono

¹² Il dato personale dipendente del 2007 non è disponibile.

Valle d'Aosta, Sardegna e Toscana (variazione media annua superiore al 12,0%) mentre quelle in cui è cresciuta meno Lazio e Lombardia (variazione media annua inferiore al 4%). Malgrado le differenze quantitative e qualitative degli organici, le differenze osservate risultano difficilmente spiegabili.

Altra funzione importante di spesa diretta sono i beni che, nel 2007, assorbono in Italia l'11,8% della spesa pubblica totale. Al Nord e al Centro la spesa per beni è superiore a quella media nazionale, pari rispettivamente al 12,1% e 12,8% della spesa pubblica totale, mentre al Sud la spesa per beni è inferiore alla media (10,9% della spesa pubblica).

**Tabella 9.15 - Quota di spesa per beni su spesa diretta
Valori percentuali**

Regioni	2001	2006	2007
Italia	15,78	18,44	18,93
Nord	16,85	18,84	19,09
Centro	16,30	19,03	20,06
Sud	13,79	17,49	17,98
Piemonte	17,53	20,26	20,76
Valle d'Aosta	13,08	15,55	16,14
Lombardia	16,97	18,30	18,59
P. A. Bolzano	16,04	14,95	15,87
P. A. Trento	15,09	16,58	16,88
Veneto	16,89	19,33	19,63
Friuli V. G.	15,34	19,39	18,81
Liguria	16,61	18,38	18,42
Emilia Romagna	16,96	18,84	18,97
Toscana	18,17	20,46	21,12
Umbria	16,83	19,52	20,44
Marche	20,09	22,44	22,83
Lazio	12,84	16,77	18,31
Abruzzo	17,20	20,53	20,62
Molise	14,15	17,29	17,98
Campania	11,24	16,71	16,95
Puglia	15,16	20,86	21,94
Basilicata	15,82	19,10	20,49
Calabria	11,87	13,74	14,10
Sicilia	13,38	15,60	15,75
Sardegna	17,55	19,09	20,15

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La quota assorbita dalla spesa per beni (sulla spesa diretta) nel 2007 è superiore alla media nazionale (18,9%) sia al Nord (19,1%) che al Centro (20,1%), mentre al Sud tale quota risulta inferiore alla media (18,0% della spesa diretta).

Nonostante questo le Regioni che nel 2007 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 e Sicilia.

Tabella 9.16 - Variazione della spesa per beni. Valori percentuali

Regioni	2006/2001	Media annua 2006/2001	2007/2006
Italia	62,74	10,23	7,90
Nord	49,32	8,35	7,64
Centro	73,11	11,60	8,32
Sud	80,24	12,50	8,00
Piemonte	56,33	9,35	6,38
Valle d'Aosta	63,92	10,39	4,24
Lombardia	45,12	7,73	9,24
P. A. Bolzano	23,06	4,24	9,57
P. A. Trento	38,64	6,75	5,72
Veneto	44,42	7,63	8,61
Friuli V. G.	69,57	11,14	10,66
Liguria	56,21	9,33	5,60
Emilia Romagna	51,50	8,66	5,30
Toscana	53,67	8,97	6,47
Umbria	57,64	9,53	7,02
Marche	44,83	7,69	4,87
Lazio	122,59	17,35	11,79
Abruzzo	60,01	9,86	4,75
Molise	57,26	9,48	8,37
Campania	124,07	17,51	6,37
Puglia	88,17	13,48	11,96
Basilicata	62,15	10,15	15,13
Calabria	47,19	8,04	12,20
Sicilia	78,84	12,33	4,00
Sardegna	42,79	7,38	9,62

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa per beni è andata crescendo in media del 10,2% medio annuo nel quinquennio 2001-2006 e del 7,9% tra il 2006 e il 2007. Analizzando le ripartizioni osserviamo come al Nord la spesa per beni è cresciuta dell'8,4% tra il 2001 e il 2006 e del 7,6% tra il 2006 e il 2007; al Centro l'incremento è stato dell'11,6% nel quinquennio e dell'8,3% nell'ultimo anno; al Sud l'incremento è stato rispettivamente del 12,5% e dell'8,0%.

Le Regioni in cui la spesa per beni è cresciuta maggiormente, tra il 2006 e il 2007 sono Basilicata e Calabria, mentre, quelle in cui è cresciuta meno sono Sicilia e Valle d'Aosta con

valori 3 volte inferiori a quelli massimi e circa 2 volte inferiori alla media italiana.

Per quel che concerne i servizi, così come avveniva per la spesa per beni, il Nord e il Centro registrano una quota di spesa (rispetto alla spesa totale) superiore alla media nazionale, mentre al Sud tale quota è nettamente inferiore. In Italia la quota di spesa per servizi su spesa totale è pari all'12,0%, al Nord al 12,9%, al Centro è pari al 13,2% e al Sud al 9,8% della spesa pubblica.

In particolare la spesa per servizi è pari in media al 19,1% della spesa diretta: 20,5% al Nord, 20,7% al Centro e 16,1% al Sud.

Le Regioni che assorbono una quota di spesa per servizi su spesa diretta maggiore sono Veneto e Lazio, mentre quelle che ne assorbono una quota minore sono Calabria e Marche.

**Tabella 9.17 - Quota di spesa per servizi su spesa diretta regionale
Valori percentuali**

Regioni	2001	2006	2007
Italia	16,42	18,56	19,14
Nord	18,08	19,74	20,48
Centro	16,64	20,31	20,74
Sud	13,71	15,68	16,14
Piemonte	15,88	17,06	16,97
Valle d'Aosta	18,82	19,26	20,61
Lombardia	18,17	19,40	20,45
P. A. Bolzano	19,89	20,00	15,87
P. A. Trento	13,99	17,17	17,98
Veneto	19,91	21,83	24,34
Friuli V. G.	18,56	23,02	22,10
Liguria	17,37	19,20	20,17
Emilia Romagna	18,49	20,47	20,61
Toscana	16,99	18,46	19,83
Umbria	17,19	20,39	20,30
Marche	14,16	15,33	14,64
Lazio	17,14	23,27	23,39
Abruzzo	14,16	17,04	16,87
Molise	16,02	16,54	17,40
Campania	13,93	15,79	16,26
Puglia	15,93	17,11	17,58
Basilicata	18,18	16,13	17,64
Calabria	10,79	12,83	12,73
Sicilia	12,72	15,44	15,85
Sardegna	11,90	14,60	15,84

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 9.18 - Variazione della spesa per servizi. Valori percentuali

Regioni	2006/2001	Media annua 2006/2001	2007/2006
Italia	57,42	9,50	8,39
Nord	45,89	7,85	10,19
Centro	81,11	12,61	4,89
Sud	62,56	10,21	8,11
Piemonte	45,28	7,76	3,34
Valle d'Aosta	41,14	7,13	7,48
Lombardia	43,66	7,51	13,40
P. A. Bolzano	32,74	5,83	-18,09
P. A. Trento	54,90	9,15	8,72
Veneto	38,27	6,70	19,30
Friuli V. G.	66,37	10,72	9,52
Liguria	56,09	9,31	10,65
Emilia Romagna	50,95	8,58	5,32
Toscana	48,29	8,20	10,80
Umbria	61,24	10,03	1,76
Marche	40,39	7,02	-1,53
Lazio	131,25	18,25	2,96
Abruzzo	61,30	10,03	3,22
Molise	32,75	5,83	9,68
Campania	70,72	11,29	8,01
Puglia	46,91	8,00	9,39
Basilicata	19,14	3,56	17,37
Calabria	51,34	8,64	8,41
Sicilia	86,31	13,25	5,75
Sardegna	61,08	10,00	12,64

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa per servizi è andata crescendo in media del 9,5% medio annuo nel quinquennio 2001-2006, e dell'8,4% tra il 2006 e il 2007. Analizzando le ripartizioni osserviamo come al Nord la spesa per servizi è cresciuta del 7,8% tra il 2001 e il 2006 e del 10,2% tra il 2006 e il 2007; al Centro l'incremento è stato dell'12,6% nel quinquennio e del 4,9% nell'ultimo anno; al Sud l'incremento è stato rispettivamente del 10,2% e dell'8,1%.

Le Regioni in cui la spesa per servizi è cresciuta maggiormente, tra il 2006 e il 2007 sono Veneto e Basilicata mentre quelle in cui si è addirittura ridotta Provincia autonoma di Bolzano e Marche. In generale i beni e servizi rappresentano un aggregato mutevole e in crescita anche perché assorbono le trasformazioni dell'organico, nella misura in cui magari sfruttando il *turn over* – si passa da contratti di dipendenza a contratti libero professionali; inoltre, la voce si “gonfia” ulteriormente di costi, anch'essi prima contenuti nella voce personale per effetto della scelta di utilizzare l'*outsourcing* per intere funzioni non core (tipicamente cucine, pulizie, lavan-

derie etc.). In aggiunta, anche le modificazioni dei rapporti di accreditamento, cambiando la quota di attività a gestione diretta sul totale incide modificando l'aggregato.

9.7 La spesa sanitaria pubblica convenzionata per funzioni in Italia

La spesa convenzionata/accreditata è molto difforme fra le Regioni e risulta tendenzialmente decrescente negli anni; è pari, nel 2007, al 37,5% della spesa totale in Italia al 36,8% al Nord, al 36,3% al Centro e al 39,4% al Sud.

La quota maggiore di spesa convenzionata è quella per l'assistenza farmaceutica assorbendo

**Tabella 9.19 - Quota di spesa convenzionata su spesa totale
Valori percentuali**

Regioni	2001	2006	2007
Italia	42,61	38,74	37,53
Nord	39,79	37,58	36,76
Centro	42,49	37,58	36,28
Sud	46,55	41,05	39,39
Piemonte	37,93	35,03	35,11
Valle d'Aosta	25,57	25,21	25,45
Lombardia	47,13	44,35	43,17
P. A. Bolzano	27,15	27,79	27,85
P. A. Trento	34,80	35,49	35,22
Veneto	35,70	37,39	35,81
Friuli V. G.	34,12	28,38	26,51
Liguria	40,39	33,29	32,68
Emilia Romagna	34,59	32,48	32,28
Toscana	31,77	28,00	27,41
Umbria	30,25	27,99	27,64
Marche	31,75	30,05	30,47
Lazio	54,29	46,31	44,36
Abruzzo	40,16	38,92	37,78
Molise	36,77	39,66	38,79
Campania	51,44	41,69	40,40
Puglia	46,11	43,69	41,95
Basilicata	35,75	33,82	32,41
Calabria	43,54	40,98	38,68
Sicilia	49,50	42,13	40,04
Sardegna	36,21	33,75	32,44

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

il 29,9% della spesa convenzionata (11,2% della spesa pubblica totale) in Italia, il 27,0% al Nord (9,9% della spesa pubblica totale), il 31,9% al Centro (11,6% della spesa pubblica totale) e il 32,7% al Sud (12,9% della spesa pubblica totale).

L'incidenza della spesa per l'assistenza farmaceutica sul totale della spesa sanitaria corrente si è ridotta in tutte le aree del Paese, pur con differenti gradi di intensità. All'estremo inferiore dei livelli di spesa si collocano le Regioni Nord Orientali che mantengono il minor peso relativo dalla farmaceutica convenzionata; le Regioni del Nord Ovest arrivano a destinare una quota di spesa farmaceutica convenzionata simile a quella del Nord Est.

Anche il Centro, ma soprattutto il Sud, hanno registrato una riduzione della quota della spesa farmaceutica.

Tabella 9.20 -Quota di spesa farmaceutica convenzionata su spesa totale convenzionata. Valori percentuali

Regioni	2001	2006	2007
Italia	35,68	31,95	29,92
Nord	33,29	28,36	26,96
Centro	36,46	33,95	31,88
Sud	38,06	35,29	32,68
Piemonte	36,07	30,19	28,72
Valle d'Aosta	45,80	36,98	36,02
Lombardia	28,45	24,43	23,28
P. A. Bolzano	32,71	22,19	20,37
P. A. Trento	28,45	24,64	23,91
Veneto	35,73	26,92	26,61
Friuli V. G.	38,55	42,47	40,22
Liguria	39,77	38,69	34,19
Emilia Romagna	37,29	32,79	30,70
Toscana	43,36	38,33	37,16
Umbria	48,58	41,61	39,88
Marche	47,42	41,44	38,98
Lazio	31,06	30,63	28,00
Abruzzo	40,91	33,09	30,83
Molise	41,64	28,89	26,91
Campania	33,58	31,80	29,59
Puglia	38,49	33,58	30,46
Basilicata	47,67	38,85	36,03
Calabria	42,57	41,71	39,99
Sicilia	38,52	37,14	34,25
Sardegna	44,20	42,01	38,94

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In particolare la quota per la spesa farmaceutica è diminuita tra il 2006 e il 2007 passando, in Italia, dal 12,4% all'11,2% della spesa sanitaria totale. La spesa farmaceutica convenzionata si attesta al Nord e al Centro al di sotto del limite del 13% fissato per la spesa in convenzione sia nel 2006 che nel 2007 mentre al Sud tale soglia viene superata nel 2006 quando raggiungeva ancora il 14,5% per poi raggiungere il 13,0% nel 2007.

Le Regioni che nel 2007 superano ancora il tetto del 13% sono Calabria e Sicilia, mentre le Regioni più virtuose con quota inferiore di farmaceutica convenzionata sono la Provincia Autonoma di Trento e Valle d'Aosta.

**Tabella 9.21 -Variazione della spesa farmaceutica convenzionata
Valori percentuali**

Regioni	2006/2001	Media annua 2006/2001	2007/2006
Italia	6,18	1,21	-6,49
Nord	3,70	0,73	-2,52
Centro	12,56	2,40	-8,73
Sud	5,41	1,06	-9,24
Piemonte	-0,08	-0,02	-0,87
Valle d'Aosta	9,22	1,78	-0,86
Lombardia	3,31	0,65	-2,30
P. A. Bolzano	-7,55	-1,56	-4,92
P. A. Trento	12,67	2,42	-0,42
Veneto	2,22	0,44	-1,25
Friuli V. G.	13,04	2,48	-1,64
Liguria	1,14	0,23	-9,41
Emilia Romagna	9,02	1,74	-2,93
Toscana	0,74	0,15	-2,88
Umbria	4,31	0,85	-3,73
Marche	4,61	0,90	-1,07
Lazio	21,94	4,05	-13,48
Abruzzo	2,93	0,58	-7,41
Molise	0,91	0,18	-6,42
Campania	-3,71	-0,75	-7,48
Puglia	8,19	1,59	-10,05
Basilicata	0,52	0,10	-6,63
Calabria	12,24	2,34	-4,79
Sicilia	9,91	1,91	-12,86
Sardegna	11,95	2,28	-9,26

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le manovre di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata hanno mostrato la loro efficacia producendo non solo un rallentamento dei tassi di crescita, ma anche, in molti casi, una riduzione in valore assoluto.

Tra il 2006 e il 2007 la spesa convenzionata si è ridotta in media del 6,5%: 2,5% al Nord, 8,7% al Centro e 9,2% al Sud.

Le Regioni con una spesa farmaceutica pro-capite più elevata sono Calabria (€ 248,95), Lazio (€ 239,12) e Sicilia (€ 227,11) mentre quelle con una spesa inferiore sono Trentino Alto Adige (€ 141,32), Veneto (€ 166,26) e Lombardia (€ 171,90). In Italia ogni individuo (popolazione pesata) spende in media € 195,8 in farmaci: nel Nord € 172,1 mentre al Centro e al Sud rispettivamente € 205,3 e € 223,4, valori superiori alla media nazionale e ancor di più alla media del settentrione. Le Regioni con una spesa farmaceutica pro-capite pesata più elevata sono Calabria (€ 258,7), Lazio (€ 240,9) e Sicilia (€ 237,2) mentre quelle con una spesa inferiore sono Trentino Alto Adige (€ 147,6), Veneto (€ 167,4) e Lombardia (€ 172,14).

Tabella 9.22 - Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite per popolazione pesata
Valori in euro e numeri indice (media Italia=100) - Anno 2007

Regioni	Valori in €	Numeri indice
Italia	195,82	100
Nord	172,14	
Centro	205,26	
Sud	223,36	
Piemonte	172,18	87,93
Valle d'Aosta	180,29	92,07
Lombardia	172,14	87,91
Trentino A. A.	147,65	75,40
Veneto	167,37	85,47
Friuli V. G.	180,41	92,13
Liguria	190,32	97,19
Emilia Romagna	172,3	87,99
Toscana	168,87	86,24
Umbria	177,34	90,56
Marche	189,06	96,55
Lazio	240,91	123,03
Abruzzo	200,16	102,22
Molise	191,18	97,63
Campania	216,41	110,51
Puglia	218,46	111,56
Basilicata	190,9	97,49
Calabria	258,68	132,10
Sicilia	237,82	121,45
Sardegna	210,11	107,30

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Come si evince dai numeri indice persiste una importante variabilità nella spesa farmaceutica convenzionata per popolazione pesata: si passa da 132 in Campania (+32% rispetto alla media) a 75 in Trentino Alto Adige (25% rispetto alla media).

La spesa ospedaliera convenzionata rappresenta in Italia l'8,6% della spesa totale. Le Regioni con una quota di spesa ospedaliera convenzionata maggiore sono il Lazio (15,1%) e la Puglia (12,2%) mentre quelle con una quota di ospedaliera convenzionata inferiore sono Basilicata (0,5%), Friuli Venezia Giulia (2,1%) e Umbria (2,6%).

Tabella 9.23 -Quota spesa ospedaliera convenzionata su spesa convenzionata - Valori percentuali

Regioni	2001	2006	2007
Italia	7,60	9,06	9,37
Nord	5,94	7,75	8,02
Centro	6,66	8,56	8,07
Sud	10,06	10,98	11,87
Piemonte	4,75	7,40	7,79
Valle d'Aosta	12,79	9,46	9,66
Lombardia	6,68	8,45	8,65
P. A. Bolzano	2,26	1,88	1,91
P. A. Trento	2,67	3,67	3,91
Veneto	8,53	10,20	10,54
Friuli V. G.	5,14	4,87	6,02
Liguria	3,90	5,82	5,83
Emilia Romagna	4,09	5,81	6,09
Toscana	5,01	6,75	6,86
Umbria	2,53	2,95	3,04
Marche	5,58	4,91	4,83
Lazio	7,81	10,23	9,52
Abruzzo	5,55	4,98	5,27
Molise	6,46	7,50	9,19
Campania	12,02	15,11	16,28
Puglia	7,62	7,79	7,81
Basilicata	6,37	5,28	5,26
Calabria	9,49	8,85	8,00
Sicilia	11,69	12,24	14,62
Sardegna	7,87	10,09	10,21

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In particolare la spesa ospedaliera convenzionata rappresenta in Italia il 9,4% della spesa convenzionata totale: 8,0% al Nord, 8,1% al Centro e 11,9% al Sud. Le Regioni in cui l'ospedaliera assorbe maggiori risorse della spesa convenzionata sono Campania e Sicilia, mentre quelle che assorbono una quota inferiore sono Provincia Autonoma di Bolzano e Umbria.

In generale, quindi, la spesa riferita all'acquisto di prestazioni di degenza ordinaria, riabilitazione e lungodegenza da presidi in regime di convenzione mostra una notevole eterogeneità tra le Regioni e di fatto riflette lo spazio degli operatori privati nell'erogazione dei servizi di assistenza ospedaliera.

**Tabella 9.24 -Variazione della spesa ospedaliera convenzionata
Valori percentuali**

Regioni	2006/2001	Media annua 2006/2001	2007/2006
Italia	6,12	1,20	4,22
Nord	11,30	2,16	6,04
Centro	5,21	1,02	1,36
Sud	0,03	0,01	3,63
Piemonte	-0,11	-0,02	3,44
Valle d'Aosta			10,67
Lombardia	10,68	2,05	4,79
P. A. Bolzano	-42,15	-10,37	4,71
P. A. Trento	27,42	4,97	5,24
Veneto	52,20	8,76	3,20
Friuli V. G.	-52,55	-13,85	2,99
Liguria	-33,08	-7,72	21,30
Emilia Romagna	42,06	7,27	11,66
Toscana	2,67	0,53	2,24
Umbria	12,34	2,35	3,68
Marche	26,40	4,80	4,89
Lazio	4,45	0,87	0,99
Abruzzo	53,54	8,95	-2,00
Molise	166,00	21,61	-6,47
Campania	-26,37	-5,94	9,57
Puglia	30,77	5,51	3,43
Basilicata	-32,24	-7,49	8,53
Calabria	12,08	2,31	8,03
Sicilia	-7,86	-1,62	-0,90
Sardegna	-12,86	-2,71	6,30

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 e del 4,2% tra il 2006 e il 2007. Tra il 2006 e il 2007 è cresciuto più al Nord che al Centro e al Sud e soprattutto in Liguria, Emilia Romagna e Valle d'Aosta.

La quota di spesa per medicina di base sul totale della spesa sanitaria pubblica in Italia è pari al 5,8%, in linea con il Nord (5,4%) e il Centro (5,5%), mentre al Sud tale quota è nettamente più alta (6,6%); la modesta variazione della spesa per la medicina generale in termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica riflette l'assenza di mutamenti significativi nella dotazione complessiva di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di guardia medica.

In particolare la quota per medicina di base è pari al 15,50% in Italia, 14,6% al Nord, 15,2% al Centro e 16,9% al Sud della spesa in convenzione nel 2007.

**Tabella 9.25 - Quota di spesa per medicina di base su spesa convenzionata
Valori percentuali**

Regioni	2001	2006	2007
Italia	13,80	15,30	15,50
Nord	13,32	14,67	14,57
Centro	13,46	14,67	15,22
Sud	14,56	16,46	16,87
Piemonte	13,72	15,97	15,67
Valle d'Aosta	19,57	19,05	18,85
Lombardia	11,11	12,77	12,44
P. A. Bolzano	15,78	15,27	15,18
P. A. Trento	15,56	15,58	15,16
Veneto	15,88	15,44	15,70
Friuli V. G.	16,32	20,38	20,54
Liguria	11,82	14,33	14,15
Emilia Romagna	15,62	16,17	16,49
Toscana	18,56	21,75	21,43
Umbria	18,96	19,96	19,91
Marche	19,24	20,94	20,34
Lazio	10,12	10,76	11,61
Abruzzo	16,40	15,92	17,15
Molise	17,77	17,54	19,00
Campania	14,07	17,71	17,16
Puglia	13,01	14,22	14,42
Basilicata	20,68	24,53	25,71
Calabria	16,47	17,72	17,56
Sicilia	13,80	14,89	16,27
Sardegna	17,59	20,01	20,68

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La crescita della spesa per l'assistenza di base è sufficientemente omogenea tra le Regioni, e comunque inferiore ai ritmi di crescita della spesa sanitaria complessiva; inoltre le variazioni in valore assoluto sono ampiamente riconducibili al rinnovo delle convenzioni conformemente agli accordi collettivi nazionali, all'attuazione di accordi integrativi locali, oltre che ai servizi assistenziali aggiuntivi.

**Tabella 9.26 - Variazione della spesa per medicina di base
Valori percentuali**

Regioni	2006/2001	Media annua 2006/2001	2007/2006
Italia	31,45	5,62	1,14
Nord	34,05	6,04	1,86
Centro	31,75	5,67	0,86
Sud	28,50	5,14	0,47
Piemonte	38,97	6,80	2,21
Valle d'Aosta	31,69	5,66	0,66
Lombardia	38,22	6,69	-0,10
P. A. Bolzano	31,97	5,70	2,94
P. A. Trento	30,23	5,43	-0,11
Veneto	31,88	5,69	1,64
Friuli V. G.	28,09	5,08	4,71
Liguria	26,08	4,74	1,24
Emilia Romagna	28,38	5,12	5,70
Toscana	33,60	5,96	-1,29
Umbria	28,20	5,09	0,18
Marche	30,26	5,43	2,14
Lazio	31,44	5,62	2,15
Abruzzo	23,52	4,32	7,07
Molise	43,48	7,49	8,89
Campania	28,01	5,06	-3,66
Puglia	35,56	6,27	0,51
Basilicata	46,32	7,91	5,48
Calabria	23,29	4,28	-1,61
Sicilia	22,90	4,21	3,28
Sardegna	34,05	6,04	1,18

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Ogni cittadino in Italia spende in media, nel 2007, € 101,43 per la medicina di base, € 95,60 al Nord, € 101,11 al Centro e € 109,13 al Sud.

Altra voce importante da analizzare è l'assistenza specialistica convenzionata pari al 3,5% della spesa totale in Italia, 2,9% al Nord, 2,9% al Centro e 4,7% al Sud; in particolare la spesa specialistica rappresenta il 9,4% della spesa convenzionata in Italia, l'8,0% al Nord, 8,1% al Centro e 11,9% al Sud.

Tabella 9.27 - Quota di spesa per assistenza specialistica su spesa convenzionata. Valori percentuali

Regioni	2001	2006	2007
Italia	7,60	9,06	9,37
Nord	5,94	7,75	8,02
Centro	6,66	8,56	8,07
Sud	10,06	10,98	11,87
Piemonte	4,75	7,40	7,79
Valle d'Aosta	12,79	9,46	9,66
Lombardia	6,68	8,45	8,65
P. A. Bolzano	2,26	1,88	1,91
P. A. Trento	2,67	3,67	3,91
Veneto	8,53	10,20	10,54
Friuli V. G.	5,14	4,87	6,02
Liguria	3,90	5,82	5,83
Emilia Romagna	4,09	5,81	6,09
Toscana	5,01	6,75	6,86
Umbria	2,53	2,95	3,04
Marche	5,58	4,91	4,83
Lazio	7,81	10,23	9,52
Abruzzo	5,55	4,98	5,27
Molise	6,46	7,50	9,19
Campania	12,02	15,11	16,28
Puglia	7,62	7,79	7,81
Basilicata	6,37	5,28	5,26
Calabria	9,49	8,85	8,00
Sicilia	11,69	12,24	14,62
Sardegna	7,87	10,09	10,21

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Le Regioni con una incidenza di specialistica convenzionata maggiore rispetto al totale della spesa convenzionata sono Campania e Sicilia mentre quelle con incidenza minore sono la Provincia Autonoma di Bolzano e l'Umbria.

**Tabella 9.28 - Variazione della spesa per assistenza specialistica
Valori percentuali**

Regioni	2006/2001	Media annua 2006/2001	2007/2006
Italia	41,30	7,16	3,27
Nord	58,93	9,71	6,09
Centro	55,47	9,23	-8,35
Sud	24,04	4,40	6,00
Piemonte	86,00	13,21	9,69
Valle d'Aosta	0,10	0,02	3,91
Lombardia	52,20	8,76	4,99
P. A. Bolzano	13,79	2,62	4,67
P. A. Trento	79,03	12,35	9,33
Veneto	62,31	10,17	3,19
Friuli V. G.	-2,79	-0,56	28,54
Liguria	55,06	9,17	2,73
Emilia Romagna	76,07	11,98	8,73
Toscana	53,44	8,94	1,77
Umbria	41,68	7,22	3,69
Marche	5,24	1,03	3,53
Lazio	61,93	10,12	-11,88
Abruzzo	14,34	2,72	5,06
Molise	68,65	11,02	23,18
Campania	27,78	5,02	7,16
Puglia	26,72	4,85	-0,54
Basilicata	2,19	0,43	0,21
Calabria	6,76	1,32	-10,15
Sicilia	19,33	3,60	12,94
Sardegna	50,99	8,59	-0,91

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa specialistica convenzionata è cresciuta in media in Italia, del 7,16% medio annuo nel quinquennio 2001-2006 e del 3,3% tra il 2006 e il 2007; è quindi cresciuta più della spesa ospedaliera convenzionata e della medicina di base.

Al Nord la specialistica convenzionata si è incrementata più della media nazionale, sia nel quinquennio considerato che nell'ultimo anno; di contro al Centro la spesa specialistica, aumentata molto tra il 2001 e il 2006, si è ridotta significativamente tra il 2006 e il 2007. Al Sud la spesa specialistica, cresciuta del 4,4% tra il 2001 e il 2006, si è ulteriormente incrementata tra il 2006 e il 2007 (6,0%).

Le Regioni che hanno registrato un maggiore incremento sono il Friuli Venezia Giulia e Molise, mentre Lazio e Calabria hanno fatto osservare un significativo decremento della specialistica convenzionata tra il 2006 e il 2007.

Tabella 9.29 - Quota di spesa per assistenza riabilitativa convenzionata su spesa convenzionata. Valori percentuali

Regioni	2001	2006	2007
Italia	6,35	5,89	5,76
Nord	4,17	4,07	3,75
Centro	5,97	5,35	5,63
Sud	9,11	8,49	8,47
Piemonte	2,91	4,24	4,94
Valle d'Aosta	4,09	1,67	1,64
Lombardia	4,33	3,70	3,86
P.A. Bolzano	25,39	1,91	1,90
P. A. Trento	1,25	0,54	0,49
Veneto	2,84	4,30	1,09
Friuli V. G.	1,89	2,49	2,47
Liguria	12,93	17,27	18,21
Emilia Romagna	1,05	0,34	0,36
Toscana	4,90	4,16	4,35
Umbria	9,57	5,85	6,28
Marche	6,43	7,84	7,58
Lazio	6,00	5,36	5,74
Abruzzo	13,93	17,44	18,04
Molise	13,01	12,30	11,46
Campania	9,33	7,78	7,64
Puglia	9,95	9,91	10,71
Basilicata	12,15	14,76	18,80
Calabria	6,92	5,99	6,62
Sicilia	8,07	6,09	4,77
Sardegna	6,73	8,18	7,65

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Variabilità elevata si osserva anche nell'analisi dell'assistenza riabilitativa convenzionata tra le singole ripartizione: questa infatti assorbe il 2,2% della spesa sanitaria totale, l'1,4% al Nord, il 2,0% al Centro e il 3,3% al Sud, valore mediamente in riduzione rispetto all'anno precedente.

In particolare la spesa per riabilitazione assorbe il 5,8% della spesa convenzionata: 3,7% al Nord, 5,6% al Centro, 8,5% al Sud.

Sembra importante sottolineare come i livelli di spesa espressi in termini pro-capite possono offrire una prima valutazione del valore delle risorse utilizzate e indirettamente dell'efficienza dei sistemi sanitari ma solo il "confronto" con gli *outputs* e, a maggior ragione, con gli *outcomes*, aggiunge vero valore al sistema della conoscenza, in modo da poter inferire correttamente sulle politiche e sugli interventi sul sistema sanitario.

9.8 L'analisi dei Costi Sanitari

L'analisi fin qui effettuata, partendo dai dati Ministero della Salute, considera la spesa dal punto di vista della produzione di prestazioni sanitarie nelle Regioni, non tenendo conto dei costi derivanti dalla mobilità passiva e includendo i costi sostenuti per mobilità in entrata.

Volendo analizzare il costo assistenziale nell'ottica dei SSR, ovvero l'onere per l'assistenza ai residenti delle singole Regioni emerge come la Regioni con spesa maggiore per residente siano nel 2007 Valle d'Aosta, Trentino e Liguria mentre quelle con spesa minore Sardegna, Puglia e Lombardia.

La spesa pro-capite per residente è minore del costo della produzione pro-capite nelle Regioni con forte attrazione, quali Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio e Molise, mentre è nettamente superiore in Valle d'Aosta e Calabria.

Tabella 9.30 - Spesa sanitaria regionale per residenti. Valori in euro

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Piemonte	5901,069	6037,838	6316,437	7140,677	7314,243	7611,51	7913,63
Valle d'Aosta	192,377	206,077	213,316	227,607	244,446	265,177	267,17
Lombardia	11767,9	12488,44	12534,45	13051	14362,63	15068,73	15894,92
P.A. Bolzano	772,9	854,928	900,377	933,681	974,199	1027,553	1062,135
P.A. Trento	726,589	781,373	824,42	858,557	893,004	935,657	966,989
Veneto	6051,701	6296,784	6556,442	6917,299	7420,26	7873,351	8218,527
Friuli V.G.	1578,652	1669,88	1736,641	1898,056	1995,014	1961,135	2181,756
Liguria	2363,253	2432,593	2525,43	2906,591	2956,361	3010,272	3142,334
E. Romagna	5430,136	5820,681	6026,275	6517,825	6878,716	7144,127	7465,336
Toscana	4807,877	5049,578	5181,065	5581,803	5977,37	6221,563	6367,645
Umbria	1103,615	1163,152	1254,766	1305,068	1391,783	1461,051	1486,329
Marche	1984,291	2090,58	2128,816	2339,487	2429,022	2521,933	2613,342
Lazio	7317,086	7487,984	7958,109	8987,661	9971,347	10634,33	10507,45
Abruzzo	1699,169	1821,983	1883,68	1950,359	2185,943	2246,344	2299,865
Molise	451,768	450,744	488,647	514,279	580,42	572,268	588,563
Campania	7573,433	7818,586	8072,861	8871,069	9661,497	9463,482	9700,391
Puglia	4961,345	5150,475	5295,569	5650,062	6305,305	6559,722	6767,176
Basilicata	758,616	780,687	820,14	877,335	930,114	954,23	1000,533
Calabria	2681,898	2742,476	2772,347	2973,249	3074,1	3270,936	3429,619
Sicilia	6437,11	6709,445	6909,048	7641,971	8026,608	8555,864	8509,003
Sardegna	2134,653	2267,325	2325,154	2470,193	2631,131	2692,056	2740,75

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 9.31 - Spesa sanitaria pro-capite regionale per residenti. Valori in euro

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Piemonte	1398,55	1433,04	1492,78	1672,21	1689,13	1753,10	1818,04
Valle d'Aosta	1612,91	1723,83	1764,27	1865,02	1989,50	2138,90	2140,58
Lombardia	1306,95	1382,44	1376,10	1411,41	1529,06	1590,33	1665,18
Trentino A. A.	1603,03	1739,70	1814,63	1862,14	1915,84	1992,85	2039,93
Veneto	1342,26	1390,07	1432,35	1489,87	1578,80	1661,64	1721,68
Friuli V. G.	1336,44	1410,84	1457,42	1584,11	1656,00	1623,08	1799,24
Liguria	1496,68	1549,42	1606,31	1842,56	1856,65	1869,58	1954,34
E. Romagna	1369,07	1460,82	1495,27	1597,32	1656,98	1706,04	1767,67
Toscana	1375,70	1443,96	1473,44	1565,25	1661,18	1718,72	1750,21
Umbria	1339,03	1407,84	1504,14	1538,96	1620,35	1683,48	1702,62
Marche	1355,34	1421,08	1433,93	1554,66	1599,32	1649,61	1701,29
Lazio	1430,14	1463,33	1546,52	1726,69	1892,11	2004,67	1912,77
Abruzzo	1347,16	1443,29	1479,39	1516,73	1682,44	1720,93	1755,89
Molise	1405,33	1406,52	1522,04	1598,64	1802,81	1783,28	1838,83
Campania	1326,78	1371,35	1410,08	1540,02	1668,94	1634,19	1675,32
Puglia	1232,31	1281,37	1316,01	1398,19	1549,91	1611,12	1662,75
Basilicata	1265,62	1306,66	1374,18	1469,57	1559,17	1606,22	1691,98
Calabria	1328,51	1364,67	1381,07	1478,24	1529,96	1631,87	1716,48
Sicilia	1293,09	1351,17	1389,56	1527,40	1601,13	1705,30	1696,08
Sardegna	1305,76	1390,27	1419,82	1503,38	1594,57	1625,95	1651,61

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 9.31a - Spesa sanitaria pro-capite regionale per residenti (popolazione pesata). Valori in euro

Regioni	2007
Piemonte	1.756,65
Valle d'Aosta	2.108,28
Lombardia	1.686,28
Trentino A. A.	2.063,51
Veneto	1.749,32
Friuli V.G.	1.727,45
Liguria	1.746,26
Emilia Romagna	1.714,24
Toscana	1.681,85
Umbria	1.637,46
Marche	1.657,86
Lazio	1.974,81
Abruzzo	1.752,63
Molise	1.793,60
Campania	1.734,63
Puglia	1.689,92
Basilicata	1.647,08
Calabria	1.701,14
Sicilia	1.746,15
Sardegna	1.661,93

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

Se guardiamo invece alla spesa per residente per popolazione pesata¹³ le Regioni con spesa minore sono Umbria, Basilicata e Marche mentre quella con spesa maggiore Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Lazio.

9.9 Banca dati e modello stimato

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

Le variabili prese in considerazione sono il PIL pro-capite: proxy del livello economico raggiunto e, come evidenziato dalla letteratura, la più "importante" determinante della spesa sanitaria; la teoria, ma anche l'evidenza empirica, pregressa suggeriscono come esista, a livello aggregato, una correlazione positiva fra condizione economica e quota destinata alla spesa sanitaria.

¹³ La popolazione pesata in questo caso è stata ottenuta riproporzionando la popolazione in base al peso implicito nel finanziamento delle Regioni proveniente dalle delibere CIPE.

Un ruolo importante nell'analisi è assunto dalle variabili di tipo demografico e in particolare dalla stima dell'impatto dell'invecchiamento analizzata attraverso la percentuale di popolazione *over 75* in quanto la letteratura internazionale conviene sul fatto che la prima e principale causa dell'incremento della spesa sanitaria sia l'invecchiamento della popolazione. Inoltre poiché già dagli anni '80 si discute sull'impatto dei costi di morte sulla spesa sanitaria ritenendo che non sia l'invecchiamento a causare un aumento della spesa sanitaria quanto che la spesa sanitaria cresce nei giorni immediatamente antecedenti alla morte, si è scelto di indagare i costi di morte analizzando l'impatto di questa variabile sulla spesa sanitaria totale.

A livello istituzionale risulta fondamentale comprendere l'impatto dell'intervento pubblico, e per questo è stato inserito il finanziamento previsto dalle delibere CIPE e quindi il finanziamento *ex ante*; inoltre poiché i sistemi organizzativi Italiani differiscono molto tra le Regioni è sembrato fondamentale analizzare come la suddivisione tra spesa a gestione diretta e in convenzione/accreditamento influenzi la spesa sanitaria totale.

Inoltre è stata inserita la variabile istruzione, in termini di percentuale di individui senza titolo di studio o con licenza elementare, come covariata di natura sociale ma anche economica.

Un altro aspetto importante da analizzare da un punto di vista delle politiche sanitarie è quello relativo all'effetto dei *ticket* sulla spesa sanitaria che è stato analizzato attraverso il solo gettito del *ticket* farmaceutico non essendo disponibili dati sui *ticket* per l'assistenza specialistica.

Inoltre anche i posti letto vengono introdotti nel modello nel tentativo di analizzare l'efficienza del sistema.

Per cogliere le peculiarità di offerta dei Sistemi Sanitari Regionali si è analizzata le variabili tasso personale dipendente essendo, come precedentemente analizzato, la voce di costo maggiore.

Infine è stato considerato l'impatto della tecnologia, con una *proxy* rappresentata dal numero di TAC e risonanze magnetiche presenti.

Il modello stimato è un panel a effetti fissi sulle 20 Regioni Italiane per gli anni 1995 2006.

Definendo:

SST = spesa sanitaria totale pro-capite

PIL = PIL pro-capite

FIN = finanziamento ottenuto dalle delibere CIPE pro-capite

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

TPD = tasso personale dipendente

POP_75+ = percentuale popolazione over 75

M = tasso generico di mortalità

TK = spesa per *ticket* farmaceutico pro-capite

TPL = tasso posti letto

TEC = TAC e RMN per 100.000 abitanti

STS = % senza titolo di studio o licenza elementare

Il modello stimato è:

$$SST=f(PIL;FIN;SDSC;TPD;POP_75+;M;TK;TPL;STS;TEC)^{14}$$

¹⁴ Per semplicità sono stati omessi i pedici relativi alle Regioni e al tempo.

Si è scelto di stimare il modello inizialmente a livello nazionale, e successivamente per le Regioni soggette a piano di rientro: Lazio, Sicilia, Campania, Abruzzo, Molise e Liguria. Analizziamo dapprima il modello generale; le variabili individuate nel modello finale¹⁵ spiegano il 64% della variabilità della spesa sanitaria totale pro-capite. In particolare l'effetto temporale è colto in maniera pressochè totale (R^2 within 97%) ma anche l'effetto di variabilità tra le Regioni viene spiegato in maniera più che soddisfacente (R^2 between 58%).

**Tabella 9.32 - Modello di regressione su dati panel, Italia
Anni 1995-2006**

SST	Coefficienti	P > t
PIL	0,0374	0,000
FIN	0,1286	0,055
SDSC	-67,4989	0,004
POP_75+	170,5934	0,000
TK	-2,0445	0,015
TEC	4,6147	0,000
Costante	-675,9454	0,000

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

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

In particolare si conferma come un aumento di reddito porti a un incremento della spesa sanitaria, e che l'invecchiamento della popolazione influisce sull'incremento della spesa sanitaria; risulterebbe verificato anche quest'anno come un maggiore finanziamento spinga verso l'alto la spesa sanitaria facendo sorgere, quindi, il dubbio che possa esistere una sostanziale duplicazione di funzioni fra settore pubblico e privato nonchè una tendenza del sistema regionale ad "approfittare" delle maggiori risorse messe a disposizione centralmente.

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

Troviamo poi significativa la variabile *ticket*, con il segno negativo atteso mostrando come tale intervento possa ridurre la spesa sanitaria.

Infine risulta significativa la variabile tecnologia: un miglioramento della tecnologia aumenta i costi ma allo stesso tempo migliora, se usata in modo appropriato, la qualità delle cure.

I risultati sopra esposti mediano comportamenti nettamente differenziati a livello regionale.

L'analisi è stata reiterata per le Regioni soggette a piano di rientro.

¹⁵ Si presenta il modello finale e quindi depurato delle variabili non significative.

Le variabili individuate nel modello finale¹⁶ spiegano il 55% della variabilità della spesa sanitaria totale pro-capite. In particolare l'effetto temporale è colto in maniera pressoché totale (R^2 within 98%) così l'effetto di variabilità tra le Regioni (R^2 between 75%).

Tabella 9.33 - Modello di regressione su dati panel, Regioni Lazio, Sicilia, Campania, Abruzzo, Molise e Liguria - Anni 1995-2006

SST	Coefficienti	P > t
PIL	0,0592	0,000
SDSC	-91,9312	0,047
M	1,4635	0,003
POP_75+	224,5961	0,000
TPL	7,2182	0,008
STS	-10,8985	0,011
TEC	5,1412	0,000
Costante	-1324,7380	0,003

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

L'analisi svolta per queste Regioni mette in luce importanti aspetti che differiscono dal modello medio italiano: sono infatti significative altre variabili, fra cui il tasso posti letto per abitante, possibile segnale dell'inefficienza del sistema, che presumibilmente ha eccesso di offerta; inoltre la quota di persone con titolo di inferiore, in quanto una maggiore percentuale di popolazione senza titolo di studio o con licenza elementare è negativamente correlata alla spesa sanitaria totale (in questo caso presumibilmente l'effetto reddito non è completamente spiegato dal PIL, ma può anche evidenziare che gli individui meno istruiti consumano meno o la presenza di barriere all'accesso); infine il tasso di mortalità che avvalorerebbe la possibilità di una importanza dei costi di morte.

Non sono invece significative, a differenza del modello nazionale, le variabili *ticket* e finanziamento pro-capite, confermando lo scarso legame fra spesa e finanziamento accordato e l'inefficacia, in queste Regioni, degli strumenti di contenimento della spesa.

9.10 L'evoluzione della spesa sanitaria totale

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

- per quanto concerne il PIL si è adottata l'evoluzione prevista nel DPEF 2009-2013;
- per quanto concerne l'evoluzione del finanziamento centrale si è adottata la quantificazione

¹⁶ Si presenta il modello finale e quindi depurato delle variabili non significative.

- contenuta nel DL 112/2008;
- le ipotesi demografiche sono state mutate dalle previsioni elaborate dall'ISTAT;
 - per quanto concerne la tecnologia si è estrapolato il trend di medio periodo;
 - la quota di spesa diretta si ipotizza in leggera crescita nei prossimi anni per effetto dei vincoli finanziari cui sono soggette le regioni del Centro Sud a maggiore presenza di strutture private accreditate;
 - i *ticket* sono stati ipotizzati in lieve crescita per effetto dei piani di rientro.
- Il quadro tendenziale che emerge è caratterizzato da una crescita moderata ma costante che porterebbe la spesa all'8,8% del PIL nel 2010, con una crescita di 0,05 punti di PIL annui.

Tabella 9.34 - Previsione della spesa sanitaria totale

Anno	2006	2007	2008	2009	2010
Spesa Sanitaria Totale	128,3	130,9	138,1	143,6	149,3
TV%	4,7%	2,0%	5,5%	4,0%	4,0%
%PIL	8,7%	8,5%	8,7%	8,8%	8,8%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità

Si noti che la crescita del 2007 è particolarmente ridotta per effetto degli slittamenti sul 2008 dei rinnovi contrattuali. Nella previsione, evidentemente, pesa l'ipotesi di crisi finanziaria che contribuirà a contenere i consumi, in particolare quelli privati.

9.11 L'evoluzione della spesa sanitaria pubblica e privata

Per quanto concerne l'evoluzione della spesa pubblica, si ritiene che nel breve periodo essa 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. Fanno parziale eccezione alcuni settori, quali il farmaceutico, ove i meccanismi delle compartecipazioni e le manovre sui prezzi e sulle quantità, possono comportare repentine modifiche nei *trend*.

Si è quindi adottato come criterio generale quello dell'estrapolazione tendenziale per singola funzione di spesa, adottando il medio periodo come orizzonte di riferimento; quest'ultima scelta poggia sulla ragionevole necessità di evitare la proiezione nel futuro di anomalie statistiche (o spesso contabili) registratisi nel passato, ma che non sempre trovano giustificazione economica.

Per quanto concerne i settori soggetti a rinnovi contrattuali, ne è stato tenuto conto distribuendo l'onere su più annualità; per la farmaceutica si è confermato il trend attuale, post manovre di razionalizzazione dei prezzi e delle quantità.

Tabella 9.35 - Previsione della spesa sanitaria pubblica

Anno	2006	2007	2008	2009	2010
Spesa Sanitaria Pub.Tend.	100,4	102,4	107,8	113,6	120,0
TV%	5,3%	2,0%	5,3%	5,3%	5,7%
%PIL	6,8%	6,7%	6,8%	6,9%	7,1%

Il quadro risultante è più dinamico di quello previsto nei documenti di programmazione economica, in particolare per il 2010; per il biennio precedente emerge in buona sostanza una diversa allocazione temporale degli oneri, maggiormente concentrati sul 2008 nell'ipotesi governativa.

Qualora il quadro fosse quello delineato, e trovasse adeguato finanziamento pubblico, la spesa privata rimarrebbe sostanzialmente costante o, forse, leggermente decrescente.

Tabella 9.36 - Previsione della spesa sanitaria privata

Anno	2006	2007	2008	2009	2010
Spesa Sanitaria Privata	26,1	28,6	30,3	30,1	29,3
TV%	2,6%	9,4%	6,0%	-0,6%	-2,7%
%PIL	1,8%	1,9%	1,9%	1,8%	1,7%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità

In caso contrario, evidentemente, eventuali manovre sul lato delle compartecipazioni sposterebbero una quota di spesa pubblica su quella privata, modificando le tendenze sopra esposte.

Riferimenti bibliografici

- Abel-Smith B, (1963) "Paying for Health Services", Geneva, World Health Organization, 1963 (Public 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

The background of the top half of the page features a light purple gradient. Overlaid on this gradient are several dark purple silhouettes of people of various ages and sizes, holding hands in a circle. The silhouettes are semi-transparent, allowing the gradient to show through them.

Capitolo 10

L'equità nel SSN

10 - L'equità nel SSN¹

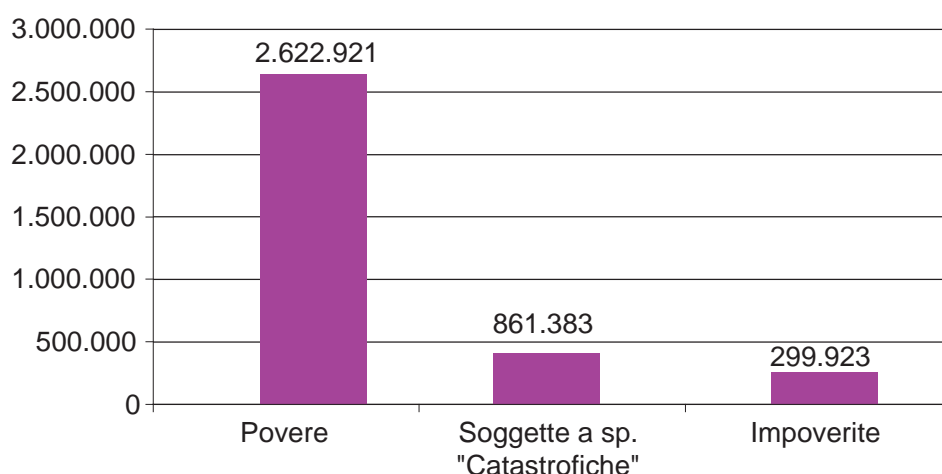
Anche quest'anno nell'ambito del rapporto CEIS Sanità si è deciso di includere un capitolo relativo alle misure dell'equità misurata nel cosiddetto *burden space* ossia quell'insieme di misure proposte dalla World Health Organization (WHO) che tengono conto del peso delle spese per consumi sanitari effettivamente lasciato direttamente a carico delle famiglie.

Nell'analisi condotta si è scelto di privilegiare le misure di impoverimento e "catastroficità" ed in particolare l'impoverimento che appare una misura particolarmente versatile ed in grado di dare interessanti indicazioni di *policy*.

Nel 2006 in Italia risultano impoverite 349.180 famiglie (pari a circa l'1,5% del totale); se si utilizzano le soglie epurate della componente sanitaria il numero di nuclei impoveriti risulta invece pari a 299.923 (circa l'1,3% del totale). Nel 2005 erano risultati invece impoveriti 345.363 nuclei (sempre pari all'1,5% del totale) ovvero 310.822 nuclei applicando le soglie al netto della componente di spesa OOP. Quindi registriamo una sostanziale stabilità del fenomeno, e di conseguenza sembra confermarsi l'incapacità delle politiche sanitarie in atto di intervenire sul problema.

Risultano invece soggette a spese catastrofiche 861.383 famiglie (pari al 3,7% dei nuclei). Tale percentuale nel 2005 era del 4,1%: si è quindi assistito un calo degli episodi di catastroficità.

Figura 10.1- Famiglie Povere, Impoverite e soggette a Spese Catastrofiche Anno 2006



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

¹ Doglia M., CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

Le misure di equità a livello geografico seppure abbastanza disomogenee hanno messo in luce un qualche calo, nel 2006, dell'impoverimento in molte delle Regioni del Sud; ma, cosa più importante, l'utilizzo di indicatori regionalizzati sembra portare a conclusioni più attenuate relativamente alla disomogeneità tra SSR del Nord e del Sud Italia: in altri termini, almeno parte della disomogeneità protettiva dei SSR sarebbe da imputare a differenze nei contesti regionali.



La figura 10.2 riporta il posizionamento delle Regioni rispetto al livello (sopra o sotto la media) dell'impoverimento, e alla variazione di tale livello (aumento o riduzione) fra il 2005 e il 2006. Ovviamente la dinamica di tali livelli va valutata con riserva, potendo risentire della variabilità campionaria.

È stata confermata anche nel 2006 l'estrema fragilità di quei nuclei caratterizzati dalla presenza di uno o più anziani (Persona sola con 65 anni e più e Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più) che, pur essendo circa un quarto del totale costituiscono circa la metà dell'impoverimento complessivo.

Un altro preoccupante fenomeno rilevato dalla nostra analisi è la presenza di una quota non trascurabile di famiglie che, seppure non si impoveriscono per le spese sanitarie, si ritrovano, a causa delle stesse, a "rischio povertà". Se si debba o meno valutare un intervento a favore di questi nuclei è chiaramente un giudizio di valore di competenza dei *policy makers* e della collettività; appare però opportuna un'attenta riflessione su questa componente del fenomeno.

Altra rilevante indicazione viene dalla lettura congiunta delle dinamiche di spesa sanitaria OOP

tra 2005 e 2006 e delle dinamiche di povertà ed impoverimento negli stessi anni; tali dati, letti congiuntamente, sembrano accreditare l'ipotesi dell'incomprimibilità delle spese causa di impoverimento e quindi, in qualche modo, della loro appropriatezza, e quindi della conseguente necessità di un urgente intervento a sostegno delle famiglie impoverite.

10.1 Dati e metodologia

Come per gli anni scorsi il lavoro è basato sull'analisi dei microdati dell'indagine sui consumi delle famiglie prodotta annualmente dall'ISTAT e relativa ad un campione di circa 25.000 famiglie l'anno; nello studio sono stati utilizzati i dati relativi alle ultime due edizioni disponibili dell'indagine (anni 2005 e 2006).

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 è stata dettata da due ordini di fattori: da una parte il tentativo di mantenere per quanto possibile la continuità con quanto precedentemente elaborato, e dall'altra l'osservazione che tali spese sono spesso una delle cause primarie dell'impoverimento e della catastoficità in Italia (Doglia e Spandonaro, 2007a e 2007b).

Anche quest'anno, seguendo un approccio già adottato (Doglia e Spandonaro, 2007a, 2006a, 2006b, 2005), si è scelto di calcolare gli indicatori proposti dalla WHO adattandoli alla realtà del nostro Paese tramite l'applicazione delle soglie di povertà relativa ed assoluta definite dall'ISTAT. Quest'anno però si è scelto di modificare il criterio di selezione ed aggregazione delle voci di spesa familiari, al fine di rendere i dati pubblicati coerenti con quelli relativi alla povertà diffusi dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT): in questa ottica, la spesa media è stata 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, adottando il criterio utilizzato dall'ISTAT stesso. Tale scelta appare peraltro la più coerente con le soglie di povertà utilizzate. Per non stravolgere eccessivamente l'analisi si è scelto di non modificare il criterio di aggregazione e di calcolo della catastoficità che rimane pertanto quello utilizzato nelle precedenti edizioni del rapporto CEIS. Inoltre, dato che, come più volte sottolineato (Doglia e Spandonaro, 2005, 2006a), una delle maggiori criticità delle misure di equità nel *burden space* è legata alla scelta delle soglie, si è ritenuto opportuno effettuare una revisione delle stesse, per tenere conto del fatto che la soglia di povertà relativa non comprende solo generi di prima necessità, ma fornisce uno standard minimo di vita, includendo una seppur piccola componente sanitaria; si è scelto, quindi, di ricalcolare l'impoverimento, riferendolo ad una soglia epurata della componente sanitaria. Tale componente è stata calcolata, coerentemente con la definizione di soglia di povertà relativa, adottando come riferimento la spesa pro-capite media nazionale OOP (per beni e servizi sanitari) assegnandola ad una famiglia di due componenti; quindi, per le famiglie con un numero di componenti diverso da due, si è fatto ricorso a fattori correttivi, ovvero alla "scala di equivalenza" che rappresenta l'insieme di coefficienti di correzione utilizzati per determinare la soglia di povertà stessa. In un'ottica sempre più orientata al federalismo ed all'autonomia regionale si è poi ritenuto fondamentale ricalcolare l'impoverimento cercando di cogliere, per quanto possibile, le specificità

regionali; si è scelto pertanto di calcolare, sempre coerentemente con la metodologia ISTAT, delle soglie di povertà relative regionali; tali soglie equivalgono, per una famiglia di due componenti, alla spesa media pro-capite nella Regione, al netto delle spese per manutenzione straordinaria delle abitazioni, dei premi pagati per assicurazioni vita e rendite vitalizie, rate di mutui; per famiglie con diversa numerosità di componenti, e quindi per tenere conto delle economie di scala, il valore della soglia si ottiene applicando la “scala di equivalenza” ISTAT.

10.2 L'impoverimento e le spese catastrofiche

Nel 2006 in Italia risultano impoverite 349.180 famiglie (pari a circa l'1,5% del totale); se si utilizzano le soglie epurate della componente sanitaria il numero di nuclei impoveriti risulta invece pari a 299.923 (circa l'1,3% del totale). Nel 2005 erano risultati invece impoveriti 345.363 nuclei (sempre pari all'1,5% del totale) ovvero 310.822 nuclei applicando le soglie al netto della componente di spesa OOP. Quindi registriamo una sostanziale stabilità del fenomeno, e di conseguenza sembra confermarsi l'incapacità delle politiche sanitarie in atto di intervenire sul problema. Risultano poi soggette a spese catastrofiche 861.383 famiglie (pari al 3,7% dei nuclei). Tale percentuale nel 2005 era del 4,1%: si può quindi concludere che, tra il 2005 ed il 2006, sebbene l'impoverimento sia rimasto stabile, si è registrato un calo degli episodi di catastroficità.

Tabella 10.1 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche. Distribuzione delle famiglie per quintili di consumo standardizzato. Valori percentuali - Anno 2005²

Quintili	1	2	3	4	5	Totale
Povere	54,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%
Impoverite	6,1%	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%	1,3%
Sogg. a sp. “catastrofiche”	14,0%	2,2%	1,3%	1,2%	1,7%	4,1%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Tabella 10.2 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche. Distribuzione delle famiglie per quintili di consumo standardizzato. Valori percentuali - Anno 2006

Quintili	1	2	3	4	5	Totale
Povere	55,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%
Impoverite	5,7%	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%	1,3%
Sogg. a sp. “catastrofiche”	12,6%	1,9%	1,2%	1,3%	1,3%	3,7%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

² La tabella differisce da quella pubblicata l'anno scorso in quanto sia l'impoverimento che la povertà sono ora calcolate seguendo le aggregazioni ISTAT; inoltre l'impoverimento è stato ricalcolato correggendo la soglia ISTAT (cfr paragrafo 10.1) ed i quintili di consumo equivalente sono ricalcolati solo sui consumi che entrano nel computo dell'impoverimento.

Il dato appare di notevole interesse se si legge in correlazione con la variazione delle spese OOP effettuate dagli italiani e della quota di spesa sul totale delle famiglie impoverite; la tabella 10.3 mostra infatti una contrazione dei consumi sanitari privati di circa il 4,7%; tale calo appare però dovuto in gran parte ad una contrazione delle spese da parte delle famiglie appartenenti ai quintili di popolazione più ricchi. Relativamente alla quota di spese effettuate dai nuclei impoveriti si osserva anzi un aumento della stessa che passa dal 2,7% al 3,0%; tale dato, seppure non univocamente interpretabile appare però un'evidenza in favore dell'impossibilità di contrazione delle spese sanitarie da parte delle famiglie a minore reddito, costrette quindi ad impoverirsi: allo stesso tempo propende per una sostanziale appropriatezza delle stesse e della necessità urgente di fornire supporto alle famiglie in difficoltà.

Tabella 10.3 - Spesa sanitaria OOP e quota di spesa delle famiglie impoverite in Italia. Anni 2005 e 2006

Quintili	Quota spesa sanitaria OOP impoverite		Variazione 2006/2005
	2005	2006	
Totale	2,7%	3,0%	-4,7%
1	28,8%	29,7%	-0,3%
2	6,4%	7,0%	+0,5%
3	1,4%	1,4%	+0,1%
4	0,2%	0,1%	-4,5%
5	0,0%	0,0%	-8,3%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Un ulteriore passo interpretativo è stato quello di analizzare la povertà e l'impoverimento negli intorni delle soglie di povertà, individuando in particolare quelle famiglie che l'ISTAT definisce "a rischio di povertà" ossia con un consumo familiare di poco (+10%) superiore alla soglia di povertà.

L'applicazione di questa tipologia di analisi permette di mettere in luce anche un altro importante effetto delle spese sanitarie: accanto alle famiglie che si impoveriscono ve ne è infatti un considerevole numero (282.850 famiglie pari al 1,2% del totale dei nuclei) che, seppure non impoveritesi, si spostano nella fascia a "rischio" di povertà. A queste si affiancano un gruppo di famiglie (non considerate come impoverite perché già povere) che vengono spinte ancora più a fondo nella povertà dalle spese sanitarie.

Passando ad analizzare quali tipologia di famiglie è maggiormente esposta ai rischi di impoverimento, l'analisi conferma che risultano particolarmente fragili quelle caratterizzate dalla presenza di uno o più anziani (Persona sola con 65 anni e più e Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più) a cui sono associate le più alte incidenze di impoverimento (2,2% e 2,6% rispettivamente); il dato appare abbastanza preoccupante se si considera che tali famiglie pur rappresentando circa un quarto dei nuclei, contribuiscono a circa il 50% dell'impove-

rimento complessivo.

Anche la situazione delle famiglie con più di due figli è preoccupante in quanto, non solo uno su quattro di tali nuclei risulta povero, ma l'incidenza dell'impoverimento per questa tipologia di famiglie è notevolmente superiore all'incidenza media nazionale.

**Tabella 10.4 - Famiglie povere, impoverite e soggette a sp. catastrofiche
Incidenza secondo la tipologia familiare - Anni 2005 2006**

Tipologia familiare	2005			2006		
	Povere	Impoverite	Sogg.a spese catastrofiche	Povere	Impoverite	Sogg.a spese catastrofiche
Persona sola con meno di 35 anni	4,9%	0,0%	0,8%	2,9%	0,0%	0,4%
Persona sola con 35-64 anni	3,1%	0,3%	1,2%	3,4%	0,4%	1,5%
Persona sola con 65 anni e più	11,7%	2,6%	7,2%	12,6%	2,2%	7,7%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con meno di 35 anni	4,8%	0,5%	1,2%	5,5%	0,2%	0,4%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 35-64 anni	4,8%	0,9%	1,8%	4,8%	0,5%	1,2%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 65 anni e più	12,9%	2,1%	6,8%	12,5%	2,6%	5,9%
Coppia con 1 figlio	8,8%	1,0%	2,3%	8,6%	0,6%	1,9%
Coppia con 2 figli	13,6%	1,1%	3,3%	14,5%	1,2%	3,0%
Coppia con 3 e più figli	24,5%	1,3%	7,6%	25,6%	1,9%	5,9%
Mono genitore	13,4%	1,4%	3,4%	13,8%	0,7%	2,6%
Altre tipologie	19,9%	1,7%	7,4%	17,8%	2,5%	5,9%
Totale	11,1%	1,3%	4,1%	11,1%	1,3%	3,7%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Tabella 10.5 - Distribuzione delle famiglie secondo la tipologia. Valori percentuali - Anni 2005 2006

Tipologia familiare	2005			2006		
	Povere	Impoverite	Sogg.a spese catastrofiche	Povere	Impoverite	Sogg.a spese catastrofiche
Persona sola con meno di 35 anni	2,9%	0,0%	0,5%	3,1%	0,0%	0,3%
Persona sola con 35-64 anni	9,8%	2,1%	2,9%	10,5%	3,3%	4,5%
Persona sola con 65 anni e più	14,5%	28,3%	25,7%	14,8%	25,4%	31,3%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con meno di 35 anni	2,1%	0,8%	0,6%	1,9%	0,3%	0,2%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 35-64 anni	7,3%	4,8%	3,2%	7,2%	2,9%	2,4%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 65 anni e più	11,3%	17,7%	18,9%	11,1%	23,0%	18,0%
Coppia con 1 figlio	17,2%	12,4%	9,7%	17,8%	8,6%	9,1%
Coppia con 2 figli	17,1%	14,4%	13,8%	16,9%	15,9%	13,8%
Coppia con 3 e più figli	4,2%	4,2%	7,9%	4,1%	6,1%	6,7%
Mono genitore	8,1%	8,2%	6,7%	7,3%	3,9%	5,1%
Altre tipologie	5,6%	7,1%	10,2%	5,3%	10,7%	8,6%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Per effettuare l'analisi a livello territoriale, si affiancheranno le incidenze di impoverimento calcolate rispetto alla soglia di povertà relativa nazionale corretta (tabella 10.6), con un nuovo indicatore di impoverimento (che per semplicità definiremo impoverimento regionale) che corrisponde all'impoverimento valutato rispetto ad una soglia di povertà relativa calcolata, per ciascuna Regione, con la metodologia ISTAT ma con riferimento ai soli dati regionali (tabella 10.7). Anche tale indicatore verrà elaborato con il fattore di correzione (questa volta regionale) per tenere conto della componente di spesa sanitaria OOP compresa nella soglia di povertà relativa come definita dall'ISTAT.

Tabella 10.6 - Famiglie povere, impoverite, e soggette a spese catastrofiche Incidenza secondo la Regione di residenza e le soglie nazionali. Valori percentuali - Anni 2005 2006

Regione	2005			2006		
	Povere	Impoverite	Sogg.a spese catastrofiche	Povere	Impoverite	Sogg.a spese catastrofiche
Italia	11,1%	1,3%	4,1%	11,1%	1,3%	3,7%
Piemonte e Valle d'Aosta	7,1%	0,9%	3,0%	6,5%	0,6%	2,5%
Lombardia	3,7%	0,7%	2,2%	4,7%	0,6%	2,5%
Trentino A. A.	5,1%	0,6%	4,0%	6,2%	0,6%	3,3%
Veneto	4,5%	0,9%	3,3%	5,0%	0,6%	1,9%
Friuli V. G.	7,2%	1,1%	2,1%	8,2%	1,5%	2,7%
Liguria	5,2%	0,8%	3,5%	6,1%	0,3%	1,2%
Emilia Romagna	2,5%	0,3%	1,2%	3,9%	0,7%	2,1%
Toscana	4,6%	0,4%	1,7%	6,8%	1,5%	2,7%
Umbria	7,3%	0,8%	2,1%	7,3%	1,0%	3,8%
Marche	5,4%	1,0%	1,9%	5,9%	1,5%	1,3%
Lazio	6,8%	0,9%	2,1%	7,0%	0,7%	2,2%
Abruzzo	11,8%	1,4%	3,8%	12,2%	1,3%	3,2%
Molise	21,5%	1,3%	6,1%	18,6%	2,1%	4,2%
Campania	27,0%	2,0%	7,7%	21,2%	2,1%	6,0%
Puglia	19,4%	2,8%	6,8%	19,8%	2,0%	5,2%
Basilicata	24,5%	2,1%	8,5%	23,0%	1,6%	9,1%
Calabria	23,3%	4,1%	11,2%	27,8%	3,5%	7,3%
Sicilia	30,8%	3,0%	8,7%	28,9%	3,1%	9,0%
Sardegna	15,9%	2,6%	6,0%	16,9%	1,5%	4,9%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Il significato dei due indicatori di impoverimento è leggermente differente: infatti, mentre l'impoverimento "classico" misura il fenomeno con riferimento al livello di consumo e povertà del Paese, l'impoverimento regionale incorpora nelle soglie differenziate la disomogeneità di consumo e povertà rispetto al livello nazionale, effettuando una sorta di "standardizzazione del contesto" e mettendo quindi in luce la difficoltà dei sistemi sanitari regionali (SSR) di proteggere i cittadini nei diversi contesti locali al netto della disomogeneità tra gli stessi.

La tabella 10.6 mostra tra il 2005 ed il 2006 un andamento non univoco dell'impoverimento a livello di ripartizione geografica anche se si può cogliere una leggera tendenza alla riduzione dell'impoverimento nella maggior parte delle Regioni del Sud (con esclusione di Campania e Molise); tutte le variazioni sono comunque soggette alla variabilità campionaria, che può mascherare e distorcere gli effetti di effettive modificazioni del fenomeno. Peraltro i valori di impoverimento delle Regioni del Sud nel 2006 continuano ad essere significativamente più alti dei valori medi nazionali.

Tabella 10.7 - Famiglie povere, impoverite. Incidenza secondo la Regione di residenza e le soglie regionali. Valori percentuali - Anni 2005 2006

Regione	2005		2006	
	Impoverite	Povere	Impoverite	Povere
Italia	1,2%	7,1%	1,2%	7,6%
Piemonte e Valle d'Aosta	1,6%	8,5%	2,2%	10,1%
Lombardia	1,1%	8,1%	1,2%	8,2%
Trentino A. A.	1,6%	7,9%	1,2%	8,0%
Veneto	1,0%	6,3%	0,5%	8,9%
Friuli V. G.	0,7%	8,1%	2,4%	9,3%
Liguria	1,7%	7,2%	0,9%	7,0%
Emilia Romagna	1,1%	6,5%	1,2%	8,5%
Toscana	1,3%	6,5%	1,5%	7,1%
Umbria	0,3%	6,2%	1,0%	5,9%
Marche	0,9%	3,6%	0,8%	3,5%
Lazio	1,0%	6,8%	0,8%	7,3%
Abruzzo	1,4%	5,6%	1,3%	5,8%
Molise	1,3%	11,3%	1,8%	8,1%
Campania	1,3%	5,6%	1,1%	4,9%
Puglia	1,2%	6,3%	1,2%	6,5%
Basilicata	1,3%	10,0%	1,2%	8,0%
Calabria	2,6%	5,9%	1,5%	6,2%
Sicilia	1,1%	8,6%	0,9%	7,4%
Sardegna	2,1%	6,8%	1,3%	8,6%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

La tabella 10.7 mostra invece i valori degli indicatori calcolati non più rispetto ad una soglia nazionale ma alle relative soglie regionali. Tale analisi conferma una tendenza alla riduzione dell'impoverimento nelle Regioni del Sud e soprattutto mostra come, almeno una parte delle differenze tra le capacità di protezione dalle spese sanitarie tra SSR del Nord e del Sud Italia sia da imputare al diverso livello di consumo (e presumibilmente anche di ricchezza) degli ambiti territoriali.

L'analisi dell'impoverimento regionale mette peraltro in luce la possibile presenza di criticità anche in SSR di Regioni del Nord quali ad esempio Piemonte/Valle d'Aosta e Friuli (dove si rilevano valori di impoverimento regionale particolarmente elevati, pari rispettivamente a 2,2 e 2,4%). Bisogna però sottolineare che, in particolare per il Friuli, la variazione particolarmente ampia rispetto ai valori dello scorso anno potrebbe essere dovuta ad un campione particolarmente sfavorevole (e quindi ad una distorsione nella stima).

10.3 L'impatto delle varie tipologie di spesa sanitaria *out of pocket*

Si riportano di seguito le distribuzioni percentuali delle spese sanitarie OOP, rispettivamente per i nuclei poveri, quelli impoveriti e quelli soggetti a spese catastrofiche; si è già sottolineato (Doglia e Spandonaro, 2007a° e 2007b) come tali tabelle non possano essere correttamente utilizzate per definire le cause di impoverimento, ma possono ugualmente fornire alcune informazioni su cosa consumano i diversi nuclei in difficoltà.

Tabella 10.8 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* Famiglie povere. Valori percentuali - Anno 2006

Tipologia di spesa	%
Ospedaliera	0,2%
Visite	11,8%
Dentista	3,3%
Ausiliari	1,8%
Analisi	5,0%
Apparecchi	2,9%
Termali	0,0%
Farmaceutica	73,2%
Disabilità	1,8%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Coerentemente con quanto visto negli scorsi anni la Farmaceutica mantiene un peso notevole sulle spese dei nuclei più poveri, probabilmente a causa dell'imperfetto disegno delle partecipazioni e dell'inefficacia delle esenzioni.

Tabella 10.9 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* Famiglie impoverite per quintili di consumo standardizzato Valori percentuali - Anno 2006

Tipologia di Spesa	1	2
Ospedaliera	0,0%	2,8%
Visite	18,9%	24,6%
Dentista	4,7%	13,9%
Ausiliari	0,9%	1,9%
Analisi	6,7%	7,0%
Apparecchi	7,3%	4,3%
Termali	0,0%	0,0%
Farmaceutica	60,0%	36,7%
Disabilità	1,7%	8,6%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Il peso della farmaceutica si attenua con il crescere del reddito delle famiglie; fra le famiglie impoverite entrano nei budget familiari ulteriori spese (quali quelle odontoiatriche), che rappresentano un impatto significativo.

Come già dimostrato (Doglia e Spandonaro, 2007a° e 2007b) la minore incidenza delle spese per disabilità non deve trarre in inganno, trattandosi della tipologia di spesa che con maggiore probabilità provoca l'impoverimento.

Tabella 10.10 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* Famiglie soggette a spese catastrofiche per quintili di consumo standardizzato. Valori percentuali - Anno 2006

Spesa	1	2	3	4	5
Ospedaliera	0,0%	1,6%	0,6%	2,0%	10,7%
Visite	17,6%	18,7%	12,6%	3,2%	3,5%
Dentista	4,2%	9,5%	24,0%	42,5%	60,2%
Ausiliari	2,2%	1,6%	5,6%	1,1%	2,0%
Analisi	4,4%	10,3%	3,0%	1,7%	0,4%
Apparecchi	5,6%	3,9%	5,8%	2,2%	5,7%
Termali	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Farmaceutica	63,6%	44,4%	12,4%	6,7%	5,4%
Disabilità	2,5%	10,1%	36,0%	40,6%	11,9%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

Infine fra le spese catastrofiche, al crescere del reddito spicca la spesa odontoiatrica e, per i più abbienti, quella ospedaliera (evidentemente a pagamento).

Riferimenti bibliografici

- 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 (2004), La povertà assoluta: informazioni sulla metodologia di stima, Statistiche in breve, 30 giugno 2004.
- ISTAT (2005), La povertà relativa in Italia nel 2004, Statistiche in breve, 6 ottobre 2005.
- ISTAT (2006), La povertà relativa in Italia nel 2005, Statistiche in breve, 11 ottobre 2006.
- ISTAT (2006), La povertà relativa in Italia nel 2006, Statistiche in breve, ottobre 2007.
- 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 F.S. 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

The background of the top half of the page features a light purple gradient. Overlaid on this gradient are several dark purple silhouettes of people of various ages and sizes, holding hands in a circular arrangement, suggesting a community or a group of people. The silhouettes are semi-transparent and blend into the background.

Capitolo 11

*L'impatto
del sistema sanitario
sull'economia*

11 - L'impatto del sistema sanitario sull'economia¹

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 Confindustria², 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, è andata progressivamente aumentando nell'ambito del sistema economico nazionale. 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 (stimati in € 73,5 mld) in valutazione 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 Alimentari³.

Il presente capitolo, proseguendo il lavoro svolto nei precedenti anni (Rapporti CEIS), vuole fornire ulteriori elementi di conoscenza sul contributo fornito al sistema economico nazionale dai settori industriali trainanti la "filiera della salute" (industria farmaceutica e industria dei dispositivi medici), sia in termini di valore aggiunto, che di contributo in termini di ricerca ed occupazione qualificata.

11.1 Il sistema industriale farmaceutico

L'attività produttiva farmaceutica mondiale in termini di valore (€ 519,5 mld.) è cresciuta del 6,4% rispetto al 2006. L'industria farmaceutica italiana registrando nel 2007 un fatturato ex factory totale (farmacia+ospedali) di € 16,7 mld. (+1,4% rispetto al 2006), pari al 3,2% del mer-

¹ Ratti M., CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (paragrafi 11.1 e 11.2); Spandonaro F. CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (paragrafi 11.3, 11.3.1, 11.3.3); Spandonaro F. e Borgia P. CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (paragrafo 11.3.2).

² Vedi studio Confindustria (2006).

³ Vedi Studio Ambrosetti (2006).

cato mondiale, si attesta al 6° posto nel ranking mondiale. L'aumento di fatturato del +1,4%, anche se positivo, risulta inferiore alla media del +5% dei principali Paesi produttori di farmaci (USA, Giappone, Germania, Francia e Regno Unito) e provoca una perdita di quota di mercato dello 0,2% rispetto all'anno precedente.

I Paesi con la migliore bilancia commerciale sono la Svizzera (€+15,9 mld.), la Germania (€+9,9 mld.) e l'Irlanda (€+9,8 mld.); quelli con saldo negativo elevato Usa (€ -14,8 mld.) e Giappone (€ -3,9 mld.). L'Italia ha una bilancia commerciale positiva (€+1,2 mld.) se si considera il solo commercio di medicinali (confezionati e non) e negativa (€ -2,6 mld.) nel caso del commercio totale del settore farmaceutico (commercio dei medicinali, materie prime farmaceutiche e altri prodotti finiti). Il livello regionale di concentrazione delle prime 4 Regioni (C4) esportatrici di prodotti farmaceutici in Italia è di circa il 77%; delle prime 8 (C8) è del 91,6%. Simile è il livello di

Tabella 11.1 - Concentrazione a livello regionale delle esportazioni ed importazioni in Italia Anno 2007

	C4	C8
Esportazioni	76,9%	91,6%
Importazioni	85,5%	95,2%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farminindustria 2008

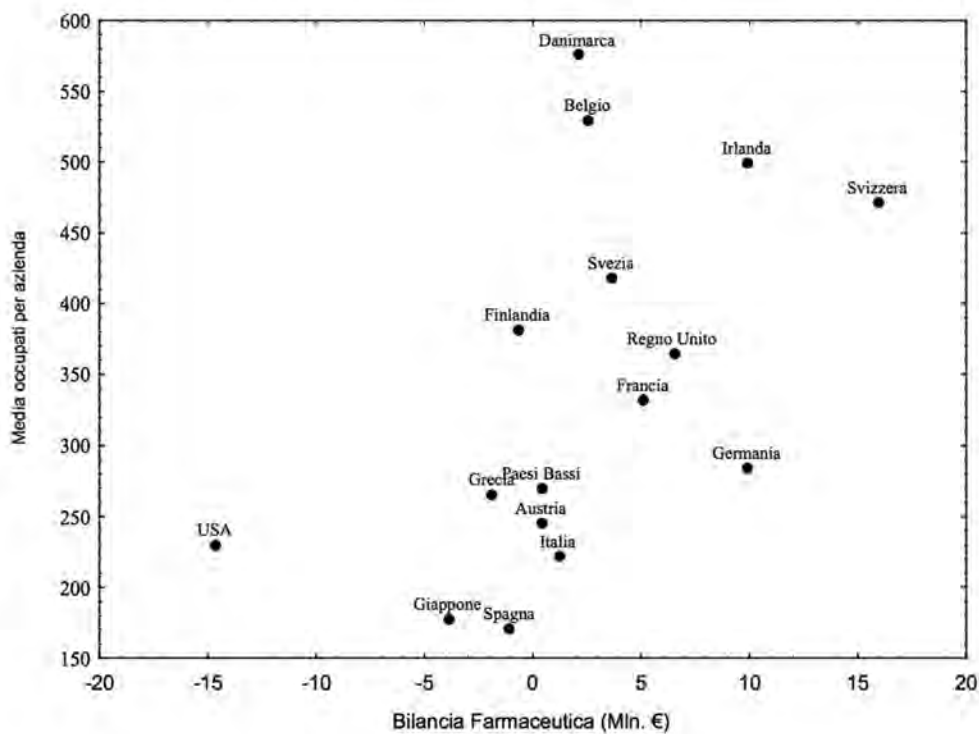
concentrazione delle Regioni con maggior importazione di prodotti farmaceutici: 85,5% (C4) e 95,2% (C8) (tabella 11.1).

L'industria farmaceutica, nel 2007, occupa negli USA 292.400 unità per 1268 aziende, seguono il Giappone (188.954 occupati per 1062 aziende), la Germania (113.200 occupati per 398 aziende) e l'Italia (72.000 occupati per 324 aziende). Il bilancio strutturale dell'industria Italiana farmaceutica nel 2007, a differenza dei principali Paesi farmaceutici (USA, Giappone, Germania, Francia e Regno Unito), è in negativo sia per quanto riguarda l'occupazione (-2,3%), sia per quanto riguarda il numero delle aziende (-10,5%) rispetto al 2006.

I Paesi con bilancia commerciale positiva, come già osservato nel Rapporto CEIS 2007, sono quelli che registrano una dimensione media di impresa più alta e anche un più alto valore di occupato sulla produzione, come la Svizzera (dimensione media di 472 unità e un prodotto per occupato pari a € 547.588) e l'Irlanda (dimensione media di 500 unità e un prodotto per occupato pari a € 608.143). In termini di politica industriale si conferma quindi particolarmente degno di approfondimento il legame fra dimensione media di impresa e produttività (figura 11.1) sebbene molti altri fattori contribuiscono a spiegare i comportamenti delle imprese farmaceutiche.

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 €70.523,5 mln. che rap-

Figura 11.1 - Correlazione tra bilancia commerciale e media occupati per azienda Anno 2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farindustria

presenta il 19,3% dell'investimento totale in R&S. Gli investimenti in R&S, hanno permesso l'introduzione di 640 nuove molecole farmaceutiche sul mercato mondiale tra il 1990 e il 2007. In Italia la spesa in R&S nel 2007 è stata di € 1.170 mln., pari al 14,0% della spesa totale in R&S del settore manifatturiero e al 10,4% del settore industriale italiano. Sempre in Italia nel 2007, si registrano investimenti fissi lordi nel settore farmaceutico di € 1.075 mln. (+3,9% rispetto al 2006); un valore aggiunto di € 6.853 mln. (+0,5% rispetto al 2006); e un investimento per occupato di € 14.930 (il doppio rispetto alla media dell'industria italiana).

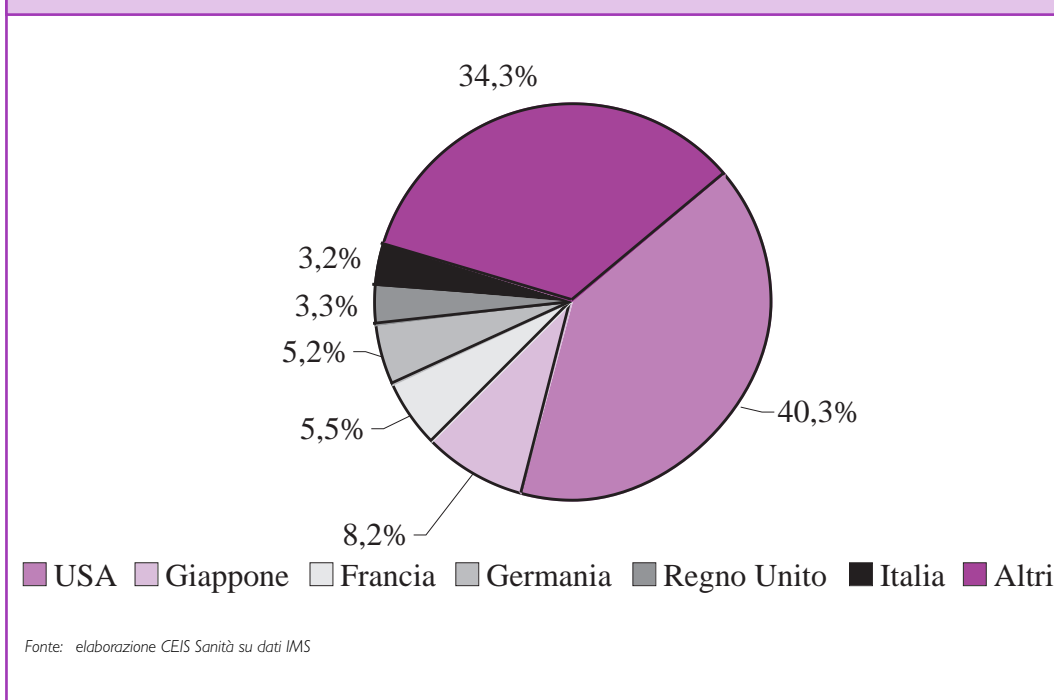
11.1.1 L'industria farmaceutica internazionale

L'industria farmaceutica mondiale in termine di valore (€ 519,5 mld.; 31,7% del valore dell'industria chimica mondiale) è cresciuta del 6,4% rispetto al 2006 (in flessione del 1,1% rispetto all'anno precedente).

L'industria farmaceutica italiana ha registrato nel 2007 un fatturato ex factory totale (farmacia+ospedali) di € 16,7 mld. (+1,4% rispetto al 2006), pari al 3,2% del mercato mondiale (-0,2% rispetto al 2006), attestandosi al 6° posto nel ranking mondiale molto vicino al Regno Unito. Gli

Usa, con un fatturato ex fabbrica di € 209,3 mld. (40,3% del totale) si collocano al primo posto, anche se, perdono una quota considerevole del mercato pari al 5% a fronte di un aumento del fatturato ex fabbrica del 4,10%. Al secondo posto troviamo il Giappone (€ 42,7 mld.) con una quota di mercato di 8,2% e una perdita del mercato di 1,2%. Seguono Francia (€ 27,1 mld.), la Germania (€ 25,4 mld.) e la Regno Unito (€16,4 mld.) (figura 11.2).

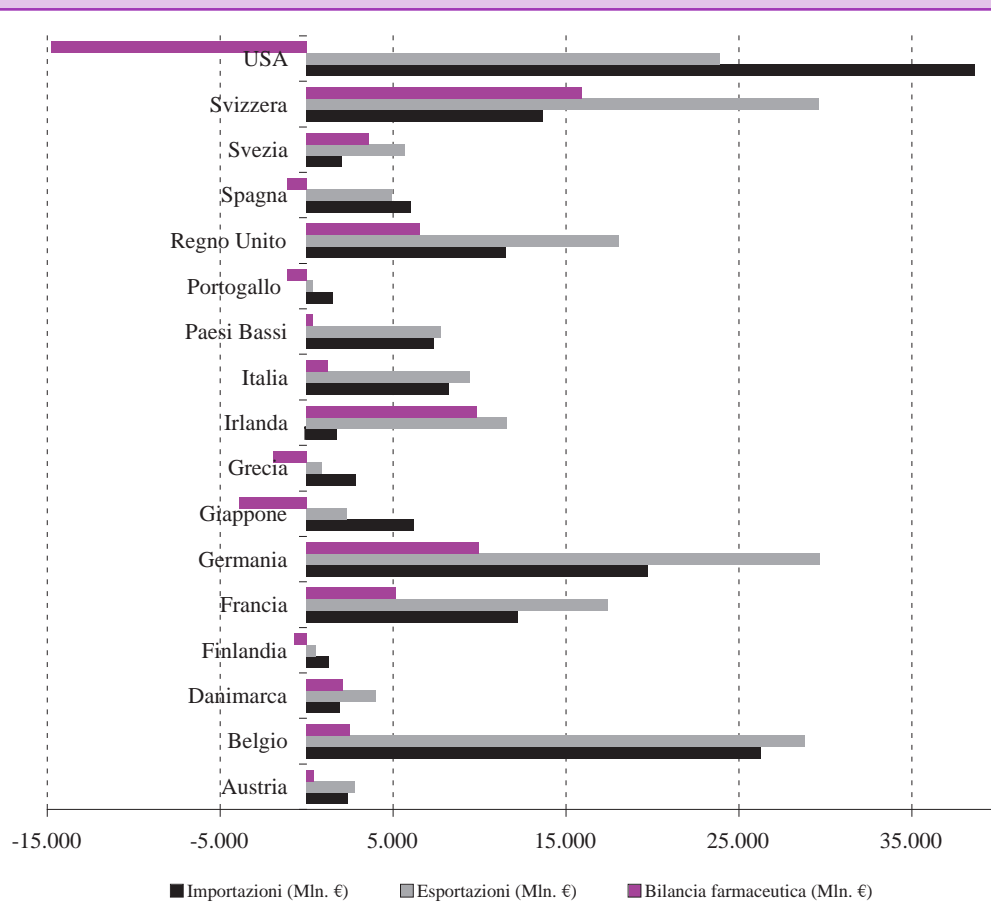
Figura 11.2 - Quota di mercato farmaceutico mondiale Anno 2007



I Paesi con la migliore bilancia commerciale sono la Svizzera (€+15,9 mld.), la Germania (€+9,9 mld.), l'Irlanda (€+9,8 mld.), il Regno Unito (€+6,5 mld.), la Francia (€+5,2 mld.), la Svezia (€+3,6 mld.). Si determina invece un saldo negativo per gli Usa (€-14,8 mld.), il Giappone (€-3,9 mld.), la Grecia (€-1,9 mld.), il Portogallo (€-1,1 mld.) e la Spagna (€-1,1 mld.) (figura 11.3). 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 €+1,2 mld.; nel secondo, invece, il saldo commerciale è di € -2,6 mld. (il valore delle importazioni equivale a € 14,5 mld, quello delle esportazione a € 11,9 mld). L'industria farmaceutica, nel 2007, negli USA occupa 292.400 unità (+3,7% rispetto al 2006), seguono il Giappone con 188.954 occupati (-6,9% rispetto al 2006), la Germania (113.200; +0,1% rispetto al 2006), la Francia (103.350; +1,8% rispetto al 2006), il Regno Unito e l'Italia 72.000 occupati (rispettivamente +5,9% e -2,3%). Anche per il numero di aziende gli USA occupano il primo posto con 1268 unità, seguono il Giappone 1062 unità, la Germania 398

unità (-8,9%), l'Italia 324 unità (-10,5%) e la Francia 311 unità (-1,3%) (tabella 11.2). Se però, consideriamo il numero di aziende per milione di abitanti, al primo posto troviamo l'Irlanda con 11,78 aziende, al secondo la Svizzera con 9,7 aziende e al terzo il Giappone 8,3 aziende; l'Italia è al di sopra della media europea (4,7aziende) con 5,5 aziende per mln. di abitanti.

Figura 11.3 - Importazioni, esportazioni e bilancia commerciale del settore farmaceutico mondiale - Anno 2007



Fonte: Efpia, Eurostat 2008

**Tabella 11.2 - Numero di aziende ed occupati nel settore farmaceutico mondiale
Anno 2006-2007**

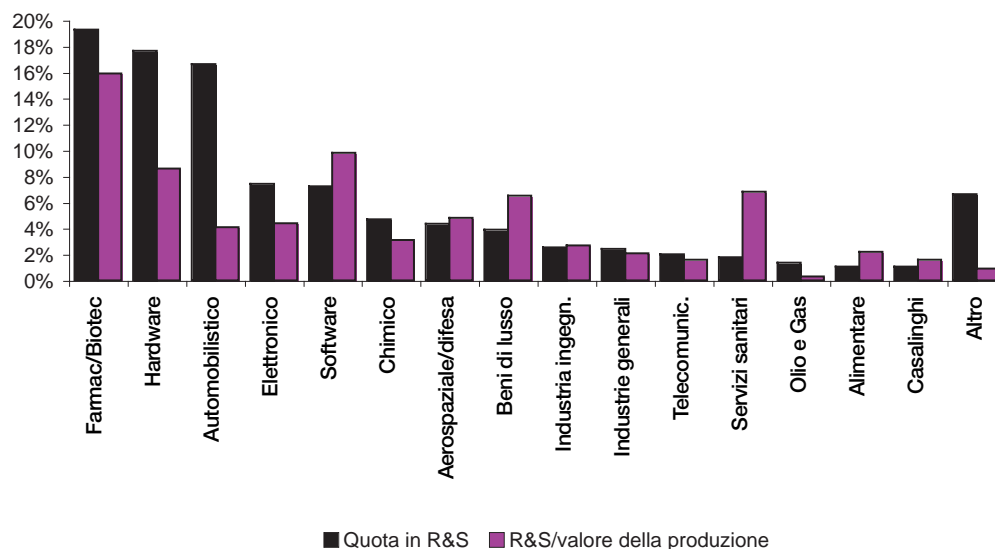
	n°Aziende 2007	n°Aziende 2006/2007	n°Occupati 2007	n°Occupati 2006/2007	Media occupati per azienda 2007	Media occupati per azienda 2006/2007	Prodotto per occupato 2007 (€)
Spagna	228	-3,8%	39.117	-0,4%	172	3,4%	318.506
Giappone	1062	0,0%	188.954	-6,9%	178	-6,8%	352602
Italia	324	-10,5%	72.000	-2,3%	222	2,4%	313.486
USA	1268	0,0%	292.400	3,7%	231	3,9%	1267344
Austria	39	-9,3%	9.593	-4,1%	246	5,6%	195.351
Grecia	43		11.450	0,9%	266		58.166
Paesi Bassi	60	-7,7%	16.200	0,0%	270	8,4%	349.630
Germania	398	-8,9%	113.200	0,1%	284	9,8%	209.090
Francia	311	-1,3%	103.350	1,8%	332	3,2%	333.275
Norvegia	14	16,7%	4.691	2,8%	335	-11,8%	121.936
Regno Unito	197	1,0%	72.000	5,9%	365	4,7%	345.125
Finlandia	16	23,1%	6.110	0,2%	382	-18,6%	140.262
Svezia	44	7,3%	18.434	-12,1%	419	-18,2%	390.366
Svizzera	72	0,0%	34.000	6,1%	472	6,1%	547.588
Irlanda	49	2,1%	24.500	2,1%	500	0,0%	608.163
Belgio	55	0,0%	29.155	1,9%	530	1,9%	180.449
Danimarca	30	11,1%	17.286	2,1%	576	-8,1%	305.334
Bulgaria			8.249	-1,4%			29.701
Cipro			739	0,0%			108.254
Estonia			229	-8,0%			91.703
Lettonia			1.839	1,4%			51.659
Lituania			846	-30,6%			37.825
Malta			445	0,0%			76.404
Polonia	116	1,8%	30.000	0,0%	259	-1,7%	45.567
Portogallo			10.581	-3,4%			172.857
Repubblica Ceca	54	0,0%	9.442	0,0%	175	-0,1%	79.750
Romania			20.000	119,2%			11.150
Slovacchia			1.800	-32,6%			104.444
Slovenia			6.500	0,0%			155.538
Ungheria			15.365	2,5%			120.404

Fonte: Efpia, Eurostat, Farmindustria 2008

Infine, sembra importante analizzare l'attività di R&S. A livello mondiale il settore farmaceutico/biotecnologico esprime, tra le varie categorie industriali, il più alto valore di spesa in R&S pari a € 70.523,5 mln che rappresenta il 19,3% (figura 11.4) dell'investimento totale in R&S (su base dei 37 principali settori industriali mondiali indicati nella ICB (Industrial Classification Benchmark)) e il 15,9% del valore della produzione. Nel 2007 sono state immesse nel merca-

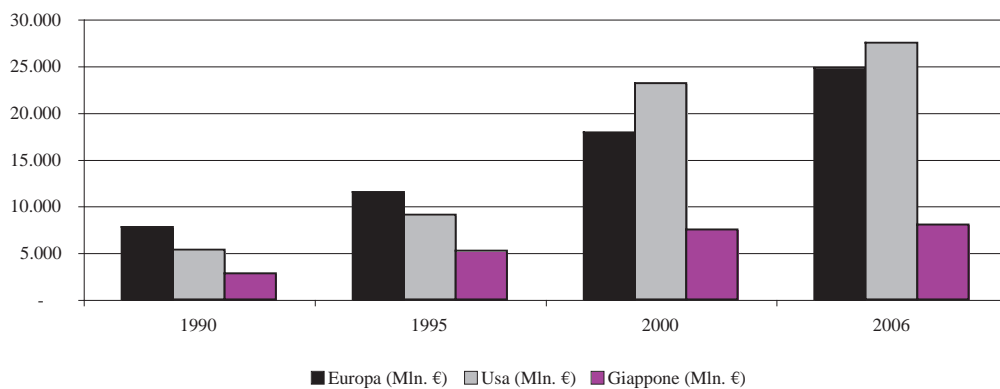
to mondiale. Analizzando la spesa in R&S tra il 1990 e il 2006 (figura 11.5) si nota come la R&S dell'industria Europea sia stata scavalcata fra il 1995 e il 2000 da quella USA; dopo il 2000 il gap si sta riducendo: € 24.759 mld. in Europa (+21,7% rispetto al 2000; +14% rispetto al 2006) contro i € 27.451 mld. degli USA nel 2005 (+7,67% rispetto al 2000; +10,3 rispetto al 2005). L'Europa reinveste in R&S (figura 11.6) una quota maggiore per tutto il periodo esaminato (1990-2006) rispetto ad USA e Giappone. Gli investimenti in R&S, hanno permesso l'introduzione di 640 nuove molecole farmaceutiche sul mercato mondiale tra il 1990 e il 2007 (figura 11.7). Nel 2007 sono state introdotte nel mercato mondiale 25 nuove molecole chimiche e biologiche (-29% rispetto al 2006): 12 nel mercato USA; 10 in quello europeo; e una in quello giapponese; 2 in altri Paesi.

Figura 11.4 - Composizione e quota del valore della produzione della R&S principali settori industriali - Anno 2007



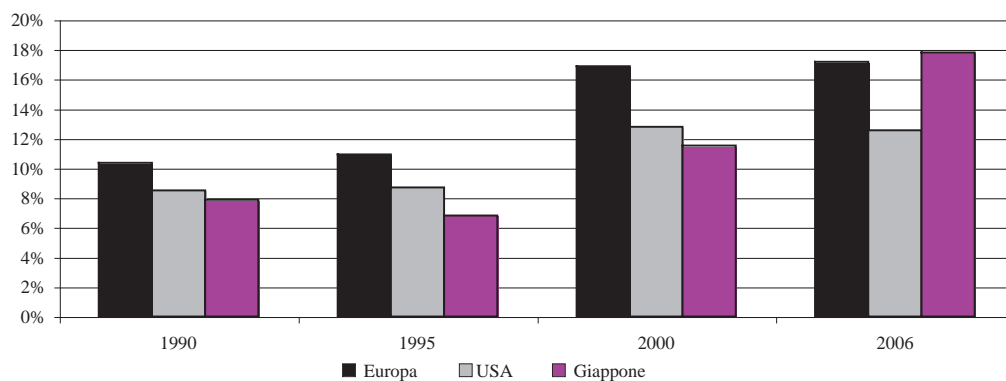
Fonte: EU Industrial R&S Investment Scoreboard, Joint Research Centre, Directorate General Research, European Commission

**Figura 11.5 - Spesa farmaceutica in R&S
Anni 1990-2006**



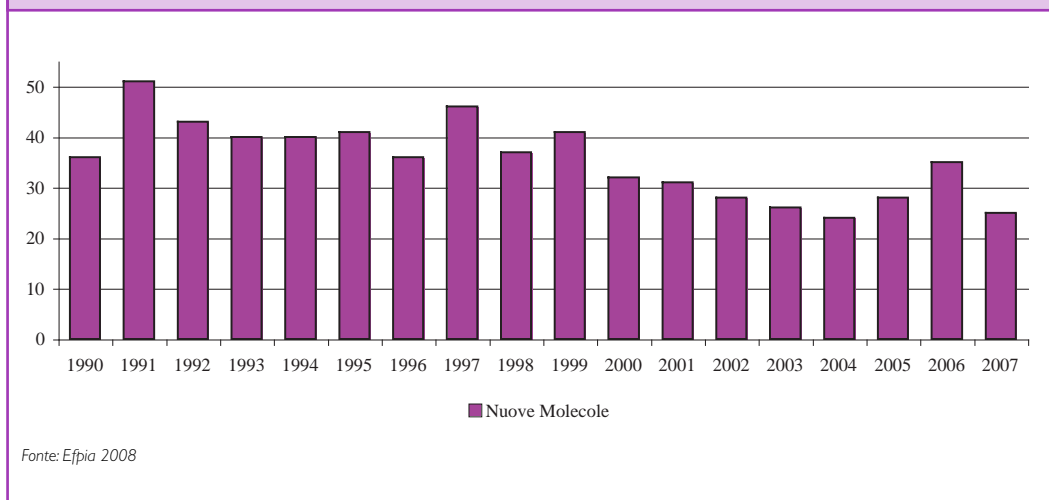
Fonte: Associazione di categoria Efpia 2008

**Figura 11.6 - Quota di mercato farmaceutico assorbita dalla R&S.
Anni 1990-2006**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Associazione di categoria EFPIA 2008

**Figura 11.7 - Nuove molecole lanciate sul mercato mondiale
Anni 1990-2007**



11.1.2 L'industria farmaceutica in Italia

L'Italia, nel 2007, con un fatturato ex-factory di € 16,7 mld. si colloca al 6° posto del ranking mondiale. L'aumento di fatturato del +1,4, andamento inferiore alla media del +5% dei principali Paesi produttori di farmaci (USA, Giappone, Germania, Francia e Regno Unito), provoca una perdita di quota di mercato del -0,2% rispetto all'anno precedente. Anche, il numero di aziende farmaceutiche (324) attive sul territorio Italiano (figura 11.8) e il numero di occupati totali (72.000) (tabella 11.3) hanno subito rispettivamente, nel 2007, una flessione del -10,5% e del -2,3%. La Regione con più occupati nel settore è la Lombardia (33.100; -2,9% rispetto al 2006), seguono il Lazio con 16.800 (-4% rispetto al 2006) e la Toscana con 7.200 occupati. Una quota rilevante degli addetti, l'8,7% (+0,3% rispetto al 2006) pari a 6.250 unità, è occupato in attività di ricerca, contro una media dell'industria nel complesso all'incirca dell'1%. Come per il numero di occupati totali, si riscontra un maggior impiego degli occupati in R&S in Lombardia (2.800; 45%), Lazio (1.130; 18%), Veneto (800; 13%), Toscana (670; 11%); è importante segnalare anche l'Abruzzo che dispone di 140 occupati in ricerca (10,6 occupati per 100.000 abitanti).

Figura 11.8 - Allocations delle aziende farmaceutiche sul territorio Italiano Anno 2007



**Tabella 11.3 - Occupati nel settore farmaceutico Italiano
Anno 2007**

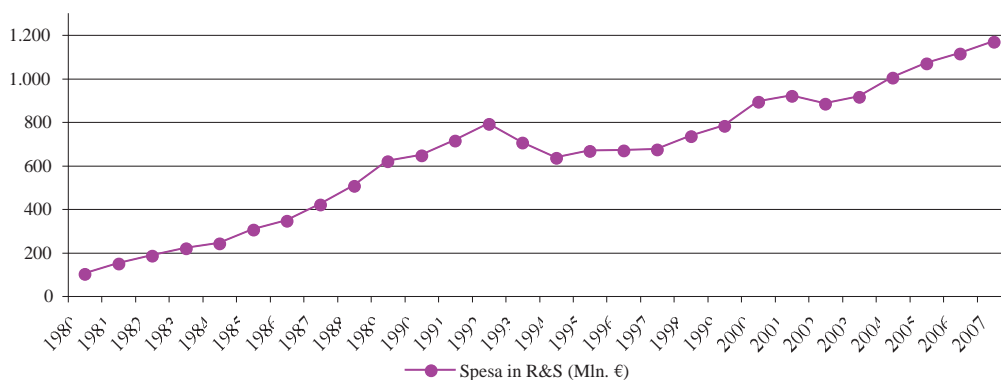
Regione	Totale numero occupati nel settore	% sul tot occ. nel settore	Totale numero occupati in ricerca	% occ di ricerca/ occ del settore	occ. tot / 100.000 ab.	occ. di ricerca/ 100.000 ab.
Totale Italia	72.000	100%	6.250	8,68%	121,76	10,75
Abruzzo	1400	1,94%	140	0,19%	106,89	10,69
Basilicata	43	0,06%			7,27	
Calabria						
Campania	950	1,32%	50	0,07%	16,41	0,86
Emilia Romagna	3.500	4,86%	365	0,51%	82,87	8,64
Friuli V. G.	420	0,58%	20	0,03%	34,64	1,65
Lazio	16.800	23,33%	1.130	1,57%	305,83	20,57
Liguria	500	0,69%			31,10	
Lombardia	33.100	45,97%	2.800	3,89%	346,76	29,33
Marche	1.100	1,53%	50	0,07%	71,61	3,26
Molise						
Piemonte	2.000	2,78%	70	0,10%	45,95	1,61
Puglia	357	0,50%			8,77	
Sardegna						
Sicilia	1.350	1,88%	150	0,21%	26,91	2,99
Toscana	7.200	10,00%	670	0,93%	197,90	18,42
Trentino A.A.	180	0,25%	5	0,01%	18,10	0,50
Umbria						
Valle D'Aosta						
Veneto	3.100	4,31%	800	1,11%	64,94	16,76

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

La spesa in R&S nel 2007 è stata di € 1.170 mln. (figura 11.9), pari al 14,0% della spesa totale in R&S del settore manifatturiero e al 10,4% del settore industriale italiano.

Rispetto al 2006 la spesa in ricerca è cresciuta del 4,9% confermando il trend positivo degli ultimi anni (+130,9% dal 2000).

**Figura 11.9 - Spesa per R&S in Italia
Anni 1980-2007**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria 2008

Il contributo in investimenti fissi lordi del settore farmaceutico (tabella 11.4) è pari a € 1.075 mln. con un incremento rispetto al 2006 del +3,9%; l'investimento per occupato è stimato in € 14.930 il doppio rispetto alla media dell'industria italiana (€ 7.240)

**Tabella 11.4 - Investimenti fissi lordi in Italia
Anno 2007**

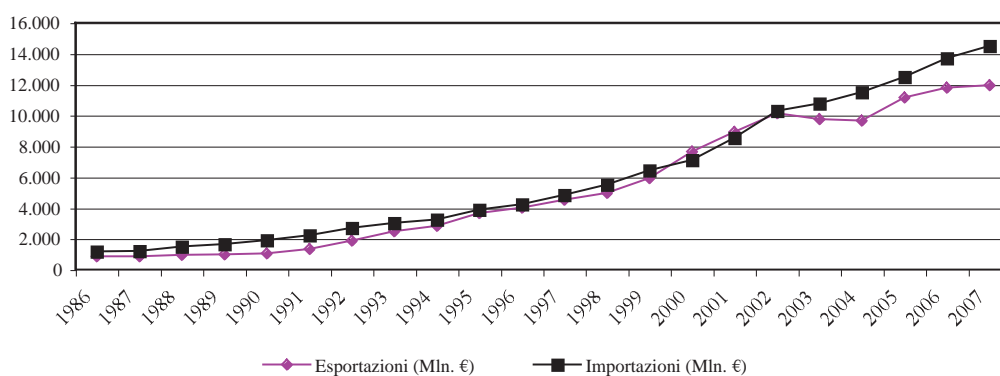
	Industria farmaceutica	Totale industria Italia
Investimenti fissi lordi 2007 (mln. €)	1.075	48.814
Tassi % di variazione 2007/2006	3,9%	2,1%
Investimenti per occupato 2007 (mgl. €)	14,93	7,24

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Farmindustria 2008

La bilancia commerciale del settore farmaceutico italiano fa registrare nel 2007 un saldo positivo di € 1,2 mld., se si considera il solo commercio di medicinali (confezionati e non); negativo di € 2,6 mld. (+€ 0,62 mld. rispetto al 2006) 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 2006 dell'1% e del 55% rispetto al 2000; le importazioni sono aumentate del 6% (€ 14.512 mld.) rispetto al 2006 e del 104% rispetto al 2000. Dal 2002 le importazioni hanno un trend di crescita medio doppio rispetto alle esportazioni (7,15% delle importazioni contro 3,54% delle esportazioni) (figura 11.10). Analizzando l'interscambio

commerciale dell'industria farmaceutica regionale, si può notare come il saldo negativo Italiano sia provocato principalmente dal saldo negativo della Lombardia (€-4.192 mln.) e in parte da quello del Lazio (€ -392 mln.) e della Puglia (€ -325 mln.). Le altre Regioni (tranne la Toscana, Calabria e Sardegna) presentano un saldo commerciale positivo; rilevante è il saldo positivo delle Marche (€ 1.441 mln.), della Campania (€ 294 mln.) e dell'Emilia Romagna (€ 231 mln.)(tabella 11.5).

Figura 11.10 - Bilancia commerciale del settore farmaceutico Italiano (specialità medicinali+principi attivi) Anni 1986-2007



Fonte: ISTAT

Tabella 11.5 - Bilancia commerciale dell'industria farmaceutica Regionale Anno 2007

Regioni	Esportazioni (mln. di euro)	Importazioni (mln. di euro)	Bilancia Commerciale (mln. di euro)
Italia	11.930	14.515	-2.585
Lombardia	3.654	7.846	-4.192
Lazio	3.048	3.440	-392
Marche	1.700	259	1.441
Toscana	776	863	-87
Emilia Romagna	577	346	231
Campania	445	151	294
Puglia	371	696	-325
Veneto	353	212	141
Piemonte	317	291	26
Abruzzo	256	161	95
Sicilia	220	147	73
Trentino A. A.	60	31	29
Umbria	42	6	36
Friuli V. G.	35	16	19
Liguria	33	24	9
Basilicata	24	3	21
Molise	17	14	3
Calabria	1	4	-3
Sardegna	1	5	-4
Valle d'Aosta			

Fonte: Farmindustria 2008

11.1.3 Il settore industriale dei farmaci equivalenti

Un segmento dell'industria farmaceutica di crescente interesse è quello della produzione dei farmaci equivalenti. I dati internazionali sul volume e sul consumo di farmaci equivalenti vengono forniti 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 assuma andamenti diversi in termini di valore (tabella 11.6) e di volume prescrittivo (tabella 11.7). Negli USA il farmaco equivalente è maggiormente consolidato, rispetto alla media europea (circa il 16% del valore di mercato e il 30% del volume prescrittivo nel 2004), assorbendo il 24,5% del valore del mercato totale farmaceutico e circa il 63% del volume prescrittivo totale⁴; simile è la situazione del Canada con il 18,1% del valore totale e il 44,5% del volume prescrittivo⁵; valori più contenuti rispecchiano la situazione in Giappone con il 5,2% del valore totale e il 16,8% del volume prescrittivo⁶.

⁴ Fonte: *Generic Pharmaceutical Association 2006*.

⁵ Fonte: *Canadian Generic Pharmaceutical Association 2006*.

⁶ Fonte: *Japan Generic Pharmaceutical Manufacturing Association, 2004*.

**Tabella 11.6 - Valore del mercato Europeo dei farmaci generici sul totale dei farmaci
Anni 1994-2004**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Austria	5,5%	5,8%	5,9%	6,1%	5,8%	5,7%	5,8%	6,1%	6,5%	7,6%	8,8%
Belgio	0,8%	0,8%	0,8%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	2,2%	2,6%	3,8%	4,8%
Danimarca	39,3%	36,2%	34,2%	32,9%	31,8%	30,3%	30,1%	29,3%	29,0%	28,3%	29,7%
Francia	0,9%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	1,2%	2,2%	2,8%	3,9%	5,3%	6,6%
Gran Bretagna	8,6%	8,3%	8,9%	10,3%	10,4%	11,8%	13,8%	11,1%	13,3%	17,0%	20,1%
Italia	0,9%	0,9%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,9%	1,7%	2,2%	2,5%
Olanda	8,5%	8,9%	8,9%	9,8%	10,8%	12,0%	13,5%	14,2%	17,9%	21,9%	17,7%
Polonia	66,4%	66,8%	65,7%	62,1%	58,4%	59,2%	57,6%	57,8%	57,6%	56,9%	60,5%
Portogallo	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,8%	2,5%	6,7%	8,6%
Spagna	1,7%	1,5%	1,4%	1,3%	1,4%	1,9%	2,8%	3,6%	4,0%	4,5%	5,0%

Fonte: European Generic Medicines Association

**Tabella 11.7 - Volume del mercato Europeo dei farmaci generici sul totale dei farmaci
Anni 1994-2004**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Austria	9,2%	9,8%	10,2%	10,6%	10,7%	11,0%	11,5%	12,3%	13,1%	14,3%	15,8%
Belgio	2,2%	2,3%	2,6%	2,9%	3,1%	3,1%	3,3%	4,7%	5,7%	6,9%	8,0%
Danimarca	61,3%	58,5%	58,1%	58,4%	58,3%	59,0%	59,8%	63,3%	72,8%	66,0%	69,7%
Francia	1,8%	1,6%	1,6%	1,6%	1,7%	2,2%	3,9%	5,0%	6,7%	9,1%	10,4%
Gran Bretagna											49,0%
Italia	1,4%	1,5%	1,4%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,7%	2,8%	3,8%	4,5%
Olanda	19,9%	22,6%	25,3%	27,1%	28,9%	33,0%	34,7%	35,9%	39,9%	43,1%	44,3%
Polonia	90,8%	89,6%	88,5%	8,9%	85,0%	84,3%	83,8%	83,8%	84,0%	83,9%	84,7%
Portogallo	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	1,2%	2,3%	5,6%	7,2%
Spagna	2,0%	1,9%	1,9%	1,9%	2,0%	2,5%	3,1%	4,0%	4,9%	6,1%	8,1%

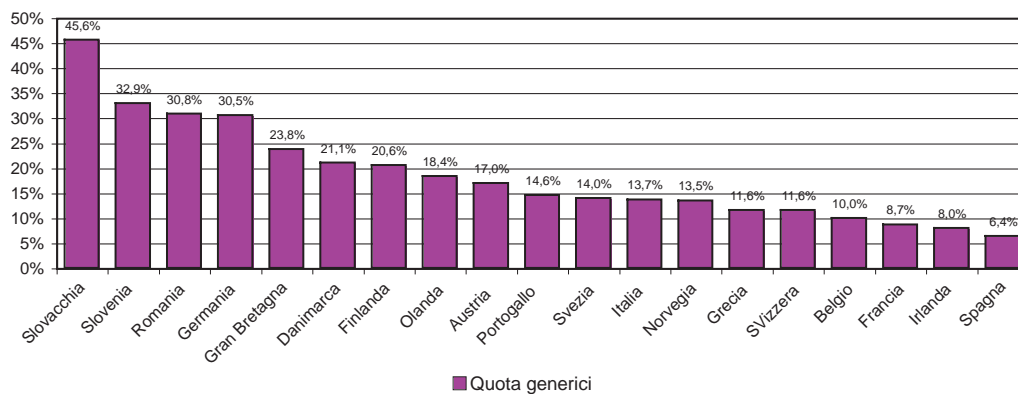
Fonte: European Generic Medicines Association

Dati recenti⁷ (figura 11.11) evidenziano in Europa due situazioni di mercato dei farmaci equivalenti contrapposte:⁸ da una parte i Paesi con un mercato consolidato (Austria, Olanda, Finlandia, Danimarca, Gran Bretagna, Germania, Romania, Slovenia, Slovacchia); dall'altra quei Paesi che hanno un mercato di equivalenti ancora in via di sviluppo (Spagna, Irlanda, Francia, Belgio, Svizzera, Grecia, Norvegia, Italia, Svezia, Portogallo).

⁷ Fonte: EFPIA, 2008.

⁸ Quota di mercato in termini di valore monetario dei farmaci generici rispetto alla totalità dei farmaci in commercio >15%.

Figura 11.11 - Quota dei generici (%) sul valore del mercato farmaceutico (prezzo ex-factory) in Europa - Anno 2006



Fonte: Efpia, 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

11.1.4 L'industria dei farmaci generici in Italia

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.

L'industria dei farmaci generici in Italia è rappresentata da circa 48 aziende⁹ di cui il 48% è a carattere nazionale. Sono localizzate (tra centri amministrativi e produttivi) su gran parte del territorio Italiano (figura 11.12); la Regione che ospita il maggior numero di strutture è la Lombardia con circa il 54% del totale, seguono il Lazio con circa il 10% e il Veneto con circa l'8%, rispecchiando la localizzazione dell'industria farmaceutica nel suo complesso.

⁹ Aziende associate Assogenerici, 2007.

Figura 11.12 - Localizzazione delle strutture amministrative e produttive sul territorio italiano



Il numero medio di occupati del settore industriale dei generici è stimato¹⁰ intorno alle 68 unità, contro i 222 rilevati nel settore industriale farmaceutico totale¹¹. 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 il farmaco equivalente è stato immesso in commercio in Italia a partire dalla legge Finanziaria 2001) è dovuta principalmente alla scadenza recente di numerosi brevetti (31 nel 2007), ad una normativa stringente e una informazione più attenta di tutte le figure professionali (medici, farmacisti) e non (cittadino).

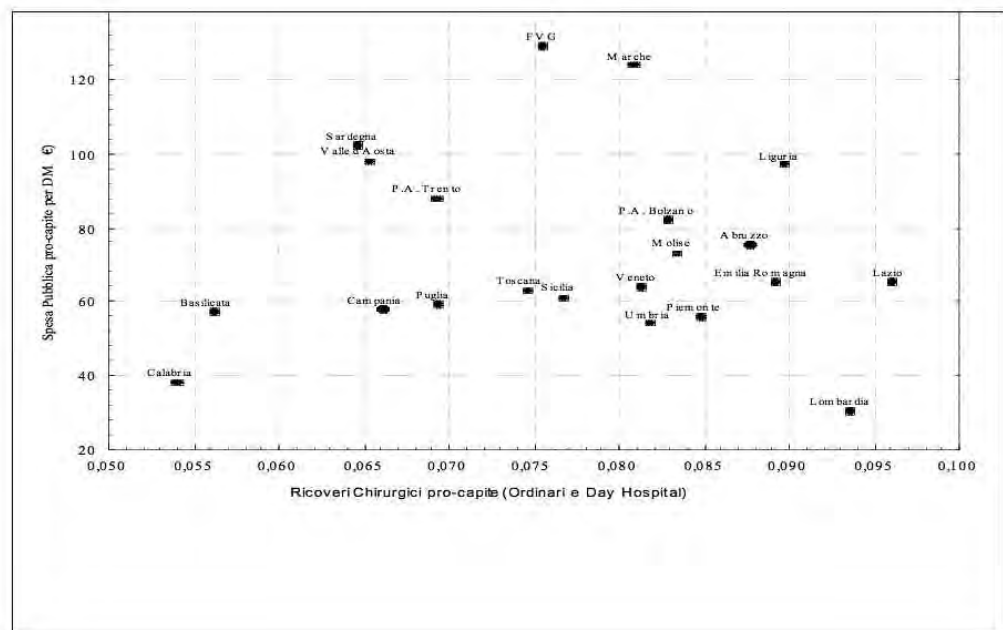
¹⁰ Si riferisce alle aziende di generici associate ad Assogenerici.

¹¹ Rapporto Ceis 2007.

11.2 Il sistema industriale dei dispositivi medici

Il mercato dei dispositivi è composto da un numero considerevole di imprese, di prodotti e tecnologie che sono la testimonianza di un mercato vitale e complesso. Tale complessità, però, rende difficoltoso quantificare in termini monetari il valore del mercato passato e presente. Attualmente, a livello internazionale, si valuta che nel 2005 la spesa per dispositivi sia stata di circa € 188 mld. e il valore della produzione pari a € 145 mld.. Gli USA rappresentano il Paese con la quota di spesa 42% e di valore della produzione 51% maggiore, seguono i Paesi dell'Unione Europea con una quota di spesa del 34% e un valore della produzione pari al 30%, infine, il Giappone con una quota di spesa e di valore della produzione intorno al 10%. Dei Paesi Europei la Germania rappresenta, nel 2005, la quota maggiore di spesa sul totale Europa pari al 31,4% e un valore della produzione pari al 34,3%, seguono la Francia con una quota di spesa pari al 15,6% e un valore della produzione di circa il 14% e l'Italia con un 11% di quota di spesa e un 12% di valore della produzione.

Figura 11.13 - Correlazione spesa pubblica pro-capite regionale per dispositivi medici e ricoveri chirurgici pro-capite



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute¹²

¹² Oggi Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Per brevità verrà usata la dicitura Ministero della Salute.

In Europa, la spesa per dispositivi medici nel 2005 ha rappresentato il 6,3% della spesa sanitaria totale. L'Italia si trova al di sotto della media europea con una incidenza sulla spesa sanitaria totale del 5,6% 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 una diversa imputazione dei dati (di quote ammortamento e di manutenzione) o da livelli di privatizzazione più o meno accentuati. 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*) (figura 11.13). 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.

In termini di bilancia commerciale, si registra un saldo positivo per il sistema industriale europeo dei dispositivi medici (all'incirca € 3,2-5,6 mld.) e un saldo negativo per l'Italia di € 3,4 mld.. A fronte di una bilancia commerciale negativa si evidenzia, in Italia, come nel resto dell'Europa, un tessuto produttivo formato da numero considerevole di imprese (550) di piccole dimensioni (in media 55 addetti) caratterizzate da una forte incidenza di imprese commerciali. La correlazione fra bilancia commerciale e dimensione media d'impresa implica che le imprese italiane dovrebbero poter crescere per essere competitive e contribuire al benessere del Paese, inserendosi in *network* internazionali.

11.2.1 Il mercato internazionale dei dispositivi medici

I Paesi attraverso l'utilizzo di regolamentazioni sempre più stringenti stanno cercando di identificare con chiarezza l'esistente in termini di numerosità e di valore. Attualmente, a livello internazionale, si possono utilizzare i dati sui dispositivi medici forniti da Eucomed¹³ o da sporadiche rilevazioni come quella pubblicata dalla US International Trade Commission¹⁴ (USITC) nel 2007. Per completezza di informazione seguiranno dati da entrambe le fonti, ove differenti verranno utilizzate come confronto.

Le stime a livello mondiale valutano, nel 2005, una spesa per dispositivi di circa € 187 mld. (per Eucomed) e un valore della produzione (fatturato *ex factory*) pari a € 145 mld.¹⁵ (per USITC). Gli USA rappresentano il Paese con la quota più alta di spesa sul totale mondiale del 42% e un valore della produzione, sempre sul totale mondiale, pari a 51%, seguono i Paesi dell'Unione Europea con una quota di spesa del 34% e un valore della produzione pari al 30%, infine, il Giappone con una quota di spesa e un valore della produzione intorno al 10% (tabella 11.8).

¹³ Associazione Europea dell'industria dei dispositivi medici (European Medical Technology Industry Association).

¹⁴ United States International Trade Commission "Medical Devices and Equipment: Competitive Conditions Affecting U.S. Trade in Japan and Other Principal Foreign Markets.

¹⁵ Valore di conversione €1=\$1,24.

**Tabella 11.8 - Spesa e valore dei dispositivi medici a livello internazionale
Anno 2005**

	Spesa 2005 (mld. di euro)	Valore della produzione 2005 (mld. di euro)
Investimenti fissi lordi 2007 (mln. €)	1.075	48.814
Tassi % di variazione 2007/2006	3,9%	2,1%
Investimenti per occupato 2007 (mgl. €)	14,93	7,24

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati US International Trade Commission marzo 2007 e Eucomed 2007

Il mercato di produzione 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 per immagini ed endoscopia. I Paesi Europei hanno sul proprio territorio il maggior numero di aziende (8.500 10.000) caratterizzate da una dimensione media piccola; gli USA 6.000 7.000 aziende di varia conformazione (piccole medie grandi); il Giappone all'incirca 750 aziende di piccole e grandi dimensioni (tabella 11.5).

La Bilancia commerciale risulta positiva per i Paesi Europei (+€ 3,2 5,6 mld.) e per gli USA (+€ 1,4 mld.), negativa per il Giappone (€ 3,9 mld.) (tabella 11.9).

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 (tabella 11.9). 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%. 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. 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 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. Negli Stati Uniti e nel Giappone il contenimento dei costi è ricercato principalmente dalle assicurazioni private e dal Governo, in Europa principalmente dal Governo.

Tabella 11.9 - Situazione generale area dispositivi medici

		Stati Uniti	Unione europea	Giappone
Informazioni 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
	Quota di produzione globale di DM (2005)	51% (US trade commission)	30% (US trade commission)	10% (US trade commission)
	Quota di spesa per DM (2005)	42% Eucomed)	34% (Eucomed)	10% (Eucomed)
	Industria	6.000-7.000 aziende piccole, medie e grandi dimensioni	8.500-10.000 società perlopiù aziende di piccola/media dimensione	750 aziende di grandi e piccole dimensioni
	Bilancia Commerciale	Saldo positivo €1,4 mld. (US trade commission)	Saldo positivo €3,2 mld. (US trade commission) €5,6 mln. (Eucomed)	Saldo negativo €3,9 mld. (US trade commission)
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 ultrasessantacinquenni del 18%.	La popolazione è di 457.0 mln.; il 17% è composto da ultrasessantacinquenni (2005). Nel 2025 si prevede una quota di ultrasessantacinquenni del 23%.	La popolazione è 127.5 mln.; il 20% è composto da ultrasessantacinquenni (2005). Nel 2025 si prevede una quota di ultrasessantacinquenni del 30%.

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati US International Trade Commission marzo 2007 e Eucomed 2007

11.2.2 Il mercato Europeo dei dispositivi medici

Il mercato europeo dei dispositivi medici, come già detto precedentemente, rappresenta il 34% della spesa totale per dispositivi medici e il 30% del volume di produzione per dispositivi medici. Dei Paesi europei¹⁶ la Germania ha la quota maggiore di spesa sul totale Europa pari al

Tabella 11.10 - Spesa e valore di produzione dei dispositivi medici in Europa Anno 2005

	Spesa (mln. di euro) Eucomed 2005	Quota di spesa (%) Eucomed 2005	Valori della produzione (mln. euro) USITC* 2005	Quota di spesa produzione (%) USITC* 2005
Austria	830	1,30%	718	1,56%
Belgio	900	1,41%	541	1,18%
Cipro	110	0,17%	5	0,01%
Repub. Ceca	40	0,06%		
Danimarca	1.010	1,59%	1.612	3,51%
Estonia	90	0,14%	36	0,08%
Finlandia	500	0,79%	803	1,75%
Francia	9.960	15,65%	6.317	13,77%
Germania	20.000	31,43%	15.767	34,36%
Grecia	800	1,26%	59	0,13%
Gran Bretagna	6.700	10,53%	4.083	8,90%
Irlanda	380	0,60%	4.585	9,99%
Italia	7.010	11,02%	5.556	12,11%
Lettonia	80	0,13%	8	0,02%
Lituania	110	0,17%	42	0,09%
Lussemburgo	60	0,09%		
Malta	20	0,03%		
Norvegia	1.000	1,57%		
Olanda	2.500	3,93%	1.419	3,09%
Polonia	880	1,38%	593	1,29%
Portogallo	650	1,02%	124	0,27%
Romania	170	0,27%		
Rep. Ceca	500	0,79%		
Slovacchia	210	0,33%	96	0,21%
Slovenia	190	0,30%	47	0,10%
Spagna	5.500	8,64%	1.263	2,75%
Svezia	1.330	2,09%	1.997	4,35%
Svizzera	1.590	2,50%		
Ungheria	510	0,80%	219	0,48%

Fonte: US International Trade Commission marzo 2007 e Eucomed 2007

¹⁶ I valori sono riferiti ai Paesi OECD

31,4% e un valore della produzione pari al 34,3%, seguono la Francia con una quota di spesa pari al 15,6% e un valore della produzione di circa il 14%, l'Italia con un 11% di quota di spesa e un 12% di valore della produzione, la Gran Bretagna con una quota di spesa del 10,5% e un valore della produzione pari al 9%. In termini di valore della produzione è interessante segnalare anche la quota espressa dall'Irlanda di circa il 10% del totale Europa (tabella 11.10). 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 2005, rappresenta il 6,3% del totale (tabella 11.11). Quindi, la spesa per dispositivi medici rappresenta una quota rilevante della spesa sanitaria totale, in particolar modo in alcuni Paesi quali l'Estonia (14,1%), la Repubblica Slovacca (12,3%) e la Lettonia (11,7%). In Italia la spesa per dispositivi medici rappresenta il 5,6% della spesa sanitaria totale (ovvero lo 0,43% del PIL) con un decremento del 0,2% rispetto al 2002.

La spesa pro-capite per dispositivi medici più elevata, nel 2005, si riscontra in Germania (€ 243) seguita da Norvegia (€ 218), Svizzera (€ 215), Danimarca (€ 187). L'Italia con una spesa per dispositivi medici pro-capite di € 122 si colloca al 10° posto nella classifica europea (tabella 11.12). Se si considera l'andamento della spesa pro-capite tra il 2002 e il 2005, osserviamo che i Paesi con più elevato incremento sono Estonia (113,3%), Repubblica Slovacca (95,5%), Lituania (92,4%) e Spagna (76,4%); l'Olanda è l'unico Paese che registra un lieve decremento (0,3%) mentre hanno una crescita inferiore al 10% sono Germania (5,4%), segno di un mercato già forte in partenza, Norvegia (5,7%), Irlanda (6,5%), Cipro (7,1%), Portogallo (8,6%) e Belgio (9,6%) (tabella 11.12). In Italia l'incremento della spesa per dispositivi medici pro-capite è pari, tra il 2002 e il 2005 al 13,9%.

Tabella 11.11 - Incidenza percentuale della spesa per dispositivi medici sul totale della spesa sanitaria - Anni 2002-2005

Paesi	Anno 2002	Anno 2005	Diff. 2002-2005
Austria	4,3%	3,7%	-0,6%
Belgio	3,6%	3,3%	-0,3%
Bulgaria		6,6%	
Cipro	4,5%	4,7%	0,2%
Danimarca	5,7%	5,7%	0,0%
Estonia	10,8%	14,1%	3,3%
Finlandia	4,8%	4,5%	-0,3%
Francia	6,5%	5,8%	-0,7%
Germania	8,6%	8,6%	0,0%
Grecia	4,4%	4,8%	0,4%
Inghilterra	4,8%	4,5%	-0,3%
Irlanda	4,9%	3,7%	-1,2%
Italia	5,8%	5,6%	-0,2%
Lettonia	11,5%	11,7%	0,2%
Lituania	8,3%	9,0%	0,7%
Lussemburgo	4,1%	2,6%	-1,5%
Malta	1,7%	6,1%	4,4%
Norvegia	6,2%	4,6%	-1,6%
Olanda	6,5%	5,6%	-0,9%
Polonia	6,1%	6,9%	0,8%
Portogallo	5,3%	4,8%	-0,5%
Romania		3,3%	
Rep. Ceca	7,9%	8,0%	0,1%
Rep. Slovacca	8,6%	12,3%	3,7%
Slovenia	7,1%	6,0%	-1,1%
Spagna	6,1%	8,2%	2,1%
Svezia	5,1%	5,2%	0,1%
Svizzera	4,5%	4,7%	0,2%
Ungheria	9,2%	7,8%	-1,4%

Fonte: OECD, European Commission, Eucomed Member Associations e Medistat

Come detto precedentemente la bilancia commerciale Europea, nel 2005 ha registrato un saldo positivo che oscilla, in base ai dati disponibili (Eucomed, US trade commission) tra i € 3,2 5,6 mld..

A livello di dettaglio di singolo Paese europeo sono disponibili solo i dati forniti da Eucomed (figura 11.14). In base a tali dati l'Irlanda (€ 5.055 mln.), la Germania (€ 4.794 mln.), l'Inghilterra (€ 1.125 mln.) la Danimarca (€ 851 mln.), la Svezia (€ 452 mln.) e la Finlandia (€ 280 mln.) presentano una bilancia commerciale positiva; l'Italia ha un saldo negativo di € 3.400 mln., circa € 2.000 mln. in più rispetto al 2002. Tale variazione è dovuta in particolar modo all'import, che

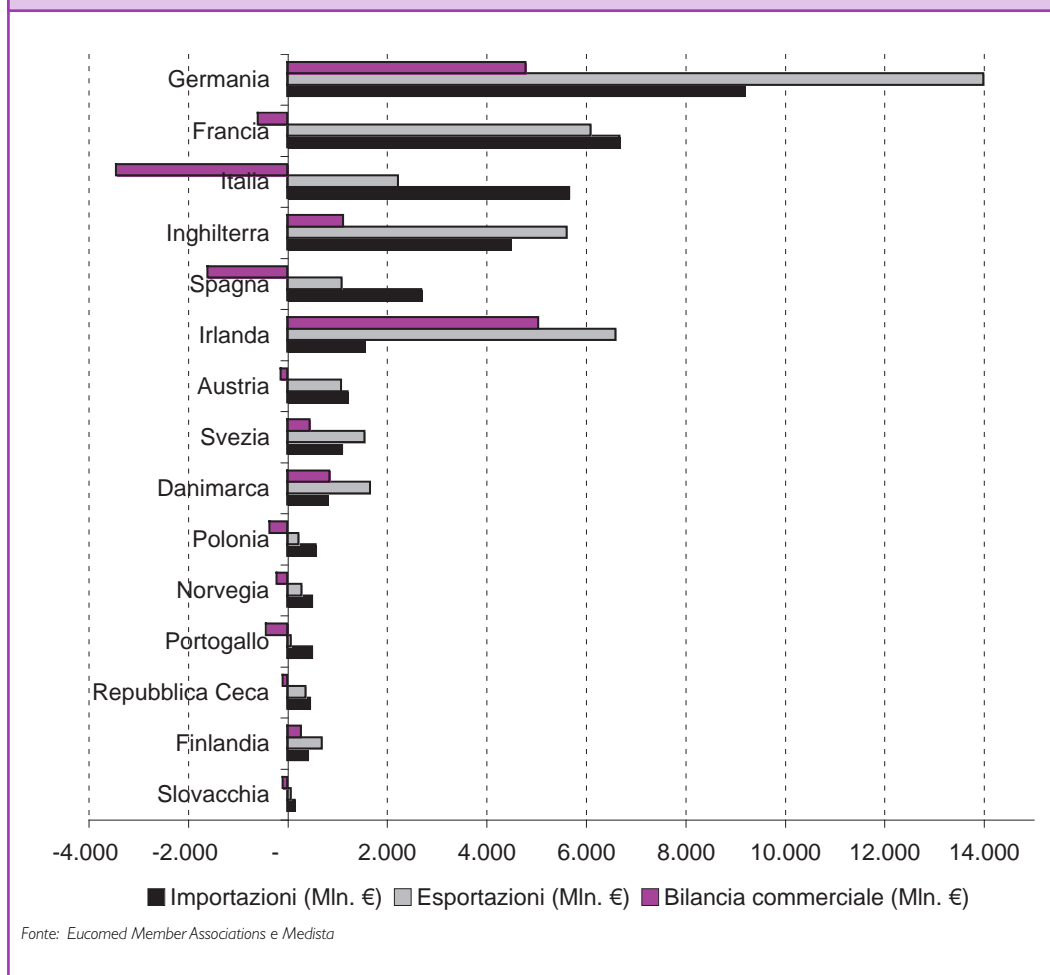
**Tabella 11.12 - Mercato europeo dei dispositivi medici
Anni 2002-2005**

Paesi	Spesa 2002 pro-capite (euro)	Spesa 2005 pro-capite (euro)	Variazione % spesa pro-capite (euro) 2002-2005
Austria	90	102	12,8%
Belgio	79	87	9,6%
Bulgaria		14	
Cipro	41	44	7,1%
Danimarca	161	187	15,8%
Estonia	30	64	113,3%
Finlandia	86	96	11,2%
Francia	150	166	10,3%
Germania	230	243	5,4%
Grecia	49	72	47,6%
Inghilterra	97	112	15,5%
Irlanda	89	95	6,5%
Italia	107	122	13,9%
Lettonia	26	33	28,1%
Lituania	17	33	92,4%
Lussemburgo	111	125	12,8%
Malta	50	61	21,0%
Norvegia	206	218	5,7%
Olanda	154	154	-0,3%
Polonia	20	23	14,5%
Portogallo	57	62	8,6%
Romania		7	
Rep. Ceca	36	49	37,2%
Rep. Slovacca	20	39	95,5%
Slovenia	65	96	46,9%
Spagna	73	129	76,4%
Svezia	120	148	23,6%
Svizzera	188	215	14,2%
Ungheria	36	50	39,2%

Fonte: OECD, European Commission, Eucomed Member Associations e Medistat

è passato da € 1.440 mln. del 2002 a € 5.670 mln. nel 2005, mentre l'export ha invece subito una riduzione del 22% nell'intero periodo. Registrano una bilancia commerciale negativa anche la Spagna (€ -1.600 mln.), la Francia (€ -584 mln.), il Portogallo (€ -527 mln.), la Polonia (€ -355 mln.), la Norvegia (€ -206 mln.), l'Austria (€ -133 mln.), la Repubblica Ceca (€ -90 mln.) e la Slovacchia (€ -83 mln.).

**Figura 11.14 - Importazioni ed esportazioni delle tecnologie medicali
Milioni di euro - Anno 2005**



Il tessuto produttivo europeo è caratterizzato da molte imprese di piccole dimensioni (tabella 11.13). I dati reperibili dalle due fonti citate hanno spesso una alta variabilità legata principalmente all'utilizzo di Eucomed dei dati delle aziende associate. Per Eucomed il maggior numero di imprese è concentrato in Inghilterra (2.200), Germania (1.540) e Spagna (1.000) che sommano il 44% delle aziende; l'Italia conta all'incirca 550 aziende, come l'Olanda, la Polonia e la Svizzera. Per la USITC (fonte Eurostat) il maggior numero di imprese è concentrato in Italia (15.350), Germania (12.020) e Francia (8.037) che sommano il 62% delle aziende. Complessivamente nell'industria Europea dei dispositivi medici sono occupati, nel 2005, all'incirca 377 435.000 unità.

Tabella 11.13 - Aziende ed occupati nel settore dei dispositivi medici in Europa

Paese	Eucomed			US International Trade Commission*		
	Numero aziende 2005	Occupati 2005	Occupati medi per azienda 2005	Numero aziende 2005	Occupati 2005	Occupati medi per azienda 2005
Austria	550	6.000	10,91	896	6.976	8
Belgio		5.500		1.162	3.203	3
Cipro				62	95	2
Repubblica Ceca		12.760				
Danimarca		14.000		379	8.935	24
Estonia				54	881	16
Finlandia		3.000		519	4.321	8
Francia	990	40.000	40,4	8.037	44.451	6
Germania	1.540	110.000	71,43	12.024	158.423	13
Grecia		2.500		254	444	2
Ungheria		4.250		1.878	7.839	4
Inghilterra	2.200	60.000	27,27	1.751	34.575	20
Irlanda		26.000		62	18.747	302
Italia	550	29.815	54,21	15.350	31.038	2
Olanda	550	9.500	17,27	1.425	11.144	8
Norvegia		500				
Polonia	550	8.700	15,82	6.068	14.764	2
Portogallo		3.200		817	3.074	4
Romania		15.000				
Slovacchia		2.198				
Slovenia		1.237		113	2.900	26
Spagna	1.100	25.400	23,09	108	881	8
Svezia	770	15.000	19,48	4.448	14.575	3
Svizzera	550	40.000	72,73	1.243	10.183	8

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati US International Trade Commission marzo 2007 e Eucomed 2007

*Fonte: Eurostat

Il numero medio di occupati per azienda (in base ai dati Eucomed) mostra che i Paesi con un valore medio più elevato sono Svizzera (72,73), Germania (71,43) e Italia (54,21). Di contro i dati USITC indicano un valore medio elevato in Irlanda (302), Slovenia (26) e Danimarca (26). Per quanto concerne la spesa in R&S delle aziende si stima, in Europa, un valore intorno al 6% del volume di produzione (tabella 11.9).

11.2.3 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 0,43% del PIL (Eucomed 2007).

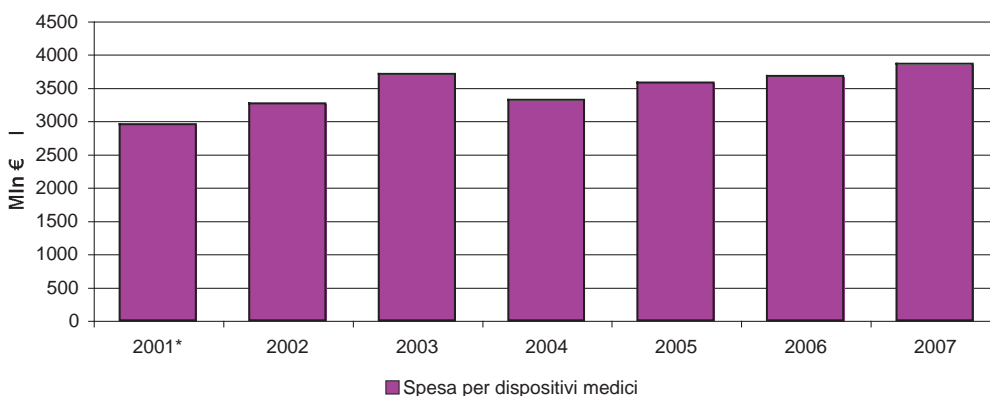
Una verifica del dato per la quota pubblica è possibile a partire dai dati dei Conti Economici (CE) Ministeriali. Dai CE sono state individuate ed estrapolate le voci di aggregazione di spesa per dispositivi medici:

- 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 11.15).

**Figura 11.15 - Spesa per dispositivi medici nelle strutture sanitarie pubbliche
Anni 2001-2007**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute

*2001: Nd Sicilia e PA. 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) (tabella 11.14). 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 privatizzazione 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*) (figura 11.13). 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 afficienza negli acquisti.

**Tabella 11.14 - Spesa pubblica pro-capite per dispositivi medici
Valori in euro - Anni 2001-2007**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007/2001
Italia	52	57	65	57	61	63	65	26%
Friuli V. G.	54	60	63	120	129	133	146	173%
Marche	103	103	101	118	124	124	125	22%
Liguria	67	74	78	93	97	100	106	59%
Valle d'Aosta	134	147	149	86	98	102	105	-22%
Sardegna	93	105	102	91	102	100	96	3%
P.A. Trento	142	147	162	86	88	91	91	-36%
P.A. Bolzano	nd	160	159	79	82	82	83	
Abruzzo	129	145	148	69	75	79	80	-38%
Veneto	103	105	142	61	64	68	76	-27%
Molise	105	118	127	68	73	73	75	-28%
E. Romagna	81	86	91	61	65	68	74	-9%
Sicilia	nd	25	26	59	61	72	73	
Puglia	39	40	67	54	59	61	68	72%
Lazio	48	53	56	60	65	64	65	35%
Toscana	86	93	101	59	63	64	63	-28%
Piemonte	68	67	73	54	56	58	62	-8%
Campania	29	31	36	54	58	58	60	109%
Umbria	62	67	75	53	54	55	57	-9%
Basilicata	38	35	44	56	57	26	38	0%
Lombardia	12	6	5	26	30	30	31	157%
Calabria	35	36	37	35	38	22	23	-33%

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati del Ministero della Salute

11.3 Il mercato assicurativo

Come evidenziato dal premio Nobel Arrow in un suo fondamentale articolo del 1963, al quale si fa convenzionalmente risalire la nascita dell'Economia Sanitaria, il settore sanitario è caratterizzato dall'incertezza: sul lato della domanda, in quanto non è possibile prevedere quando ci si ammalerà, con quale gravità e con quale impatto economico; ma anche sul lato dell'offerta, in quanto non è certo neppure l'esito delle terapie.

Il rischio di malattia può peraltro ridursi, e in effetti nell'ultimo secolo si è già considerevolmente ridotto per effetto degli avanzamenti della scienza diagnostica e clinica; è altresì dimostrato che anche gli stili di vita possono modificare significativamente i rischi, tanto che si stima che quasi il 40% delle patologie dipenda dai comportamenti (fumo, abuso di alcool, sedentarietà, etc.). La visione precedente si applica in media alla popolazione, mentre a livello individuale l'alea della malattia rimane molto forte: la ragione risiede nel fatto che esistono altri fattori, quali quelli genetici, ritenuti eziologicamente molto rilevanti, per i quali, malgrado i progressi fatti, le conoscenze sono ancora parziali, in particolare per quanto riguarda i meccanismi di azione.

Se da una parte i rischi sanitari si sono, quindi, mediamente ridotti (l'aumento della speranza di vita ne è una dimostrazione), dobbiamo dall'altra osservare che "nuovi" rischi emergono, quali quelli legati alla non autosufficienza, a sua volta dipendente da progressivo aumento della vita. Aggiungiamo, inoltre, che i rischi economici connessi alla malattia non si sono, di contro, affatto ridotti: tendono, piuttosto, ad aumentare insieme all'introduzione delle nuove opportunità terapeutiche.

Quanto precede per giustificare che va ribadita l'importanza sociale e individuale della tutela sanitaria e, in questo contesto, in particolare dell'aspetto assicurativo, ovvero del trasferimento del rischio: se, infatti, non è evidentemente trasferibile il rischio di ammalarsi, lo è invece quello connesso agli oneri economici che dall'evento avverso derivano.

Al trasferimento del rischio sono deputate, in primo luogo, le imprese di assicurazione, oppure gli Stati e si parla in tal caso di assicurazioni sociali.

Non stupisce, quindi, l'osservazione per cui tutti i sistemi sanitari abbiano, in primo luogo, una funzione di tipo assicurativo, che viene nei fatti esercitata con un mix di assicurazioni sociali, collettive e individuali: proprio la composizione del mix viene, poi, normalmente assunta quale fattore caratterizzante dei sistemi stessi.

11.3.1 Il mercato internazionale

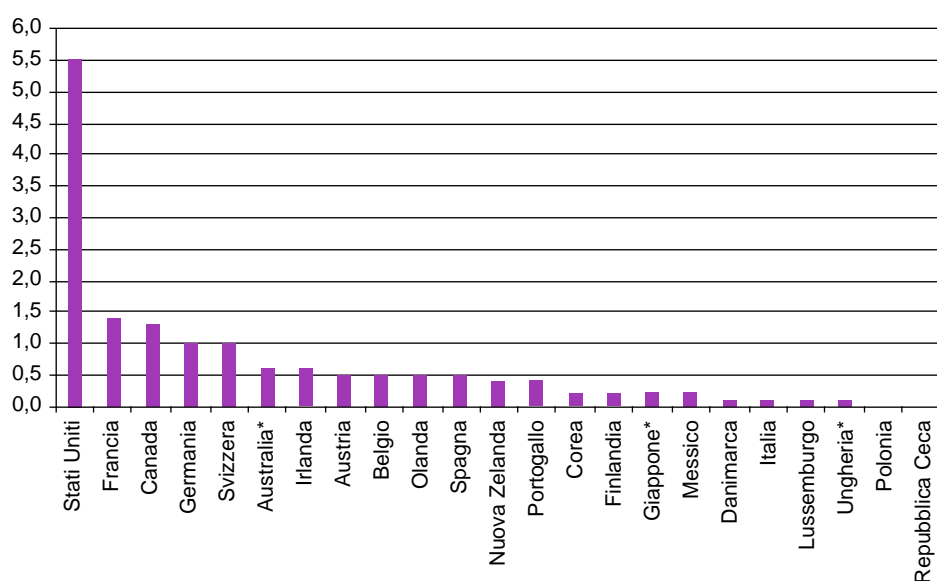
Lo sviluppo del mercato assicurativo (privato) è molto difforme a livello internazionale, essendo fortemente dipendente dalle scelte pubbliche in tema di mix ottimale di assicurazioni sociali e private.

Con riferimento ai Paesi OECD, la spesa assicurativa privata nel 2006 rappresentava mediamente il 4,7% della spesa totale (leggermente in discesa rispetto al 2005, quando era pari al 5,0%); in pratica l'assicurazione sanitaria rappresenta in media (Paesi OECD) il 0,4-0,5% del PIL, con una forte variabilità fra Paesi. In rapporto alla spesa privata, è pari al 18,4%, essendo nella quota restante ricompresa sia la spesa *out of pocket* completamente privata, sia quella per le compartecipazioni ai sistemi di tutela pubblici.

Si consideri che in tale percentuale consideriamo sia la spesa per polizze individuali, sia quella per polizze collettive (siano esse promosse da fondi aperti e chiusi delle imprese di assicu-

razione, ovvero forme di mutualità su base locale, professionale, etc.); analogamente sono comprese sia le spese per polizze di base (ove non vige un Servizio Sanitario Pubblico), sia quelle per polizze integrative o complementari (cosiddetto secondo pilastro), sia quella stipulate individualmente.

**Figura 11.16 - Spesa assicurativa sanitaria nei Paesi OECD
Valori in percentuali del PIL - Anno 2006**



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati OECD Health Data 2008

Com'è noto, gli Stati Uniti (5,5% del PIL), ma anche la Francia (1,4% del PIL), hanno mercati assicurativi molto sviluppati, anche se profondamente diversi: nel primo caso il sistema di tutela è, infatti, basato sulla logica delle responsabilità individuale, e quindi sulla stipula di polizze individuali o collettive aziendali; nel secondo caso, invece, prevale la logica della mutualità, ovvero di una tutela basata su fondi collettivi costituiti solitamente su base professionale.

Molti altri Paesi hanno un mercato assicurativo significativamente sviluppato: ad esempio il Canada (1,3% del PIL), la Germania (1,0% del PIL), la Svizzera (1,0% del PIL), l'Australia e l'Irlanda (0,6% del PIL).

L'Olanda, che nel 2006, si attesta allo 0,5% del PIL, ha poi cambiato regime nel 2006 come spiegato di seguito.

Di contro, in Paesi come la Norvegia, l'Islanda e la Slovacchia, il mercato delle assicurazioni sanitarie private è praticamente assente.

Storicamente il mercato assicurativo si è maggiormente sviluppato nei sistemi cosiddetti privatistici (es. USA), o in quelli mutualistici (es. Francia), rimanendo invece sullo sfondo in quelli pubblici universalistici (Danimarca, Italia, UK).

La novità più recente è il caso olandese, in quanto è stato integrato l'approccio universalistico,

tipico delle assicurazioni sociali, con un forte sviluppo del mercato assicurativo privato.

Dal 1.1.2006 l'*Health Insurance Act* (HIA) obbliga, infatti, ogni persona che legalmente vive o lavora in Olanda ad acquistare da una Compagnia privata un'assicurazione sanitaria con (almeno) un pacchetto (predefinito) di garanzie che coprono le spese sanitarie di base.

Le Compagnie hanno l'obbligo di accettare ogni richiesta di copertura ad un prezzo stabilito, senza esclusioni di garanzia relative a condizioni sanitarie preesistenti. Ogni assicuratore definisce il tasso di premio relativo a classi omogenee di rischio, competendo quindi sul prezzo.

Ogni individuo deve pagare, in contropartita, un contributo in relazione al proprio reddito (7,2% dei primi € 31.200 del reddito annuale nel 2008); tale contributo è in realtà versato ad apposito istituto finanziario pubblico, il quale lo trasferisce al Fondo di Equalizzazione del Rischio (REF: Risk Equalization Found): il compito del REF è quello di evitare che si crei una discriminazione rispetto ai rischi soggettivi. In pratica, lo Stato ha la funzione di equalizzare i rischi: per ogni assicurato ad alto rischio la Compagnia riceve, infatti, un contributo dal REF, e viceversa per le persone a basso rischio.

Essendo i sussidi indipendenti dall'assicuratore scelto, si evidenzia una forte sensibilità delle famiglie rispetto al prezzo applicato dagli assicuratori, e la tendenziale assenza di incentivi per le Compagnie a discriminare rispetto allo stato di salute dei singoli. I premi relativi ai bambini ed ai ragazzi al disotto dei 18 anni sono, poi, totalmente a carico del governo che paga direttamente il REF.

I cittadini, infine, sono liberi di acquistare un'assicurazione supplementare volontaria, a fronte di prestazioni non coperte da quella obbligatoria: ad esempio cure dentarie per gli adulti, fisioterapia, occhiali da vista, medicina alternativa, chirurgia plastica. Più del 90% della popolazione olandese acquista tale copertura supplementare dallo stesso assicuratore.

Le Compagnie competono, quindi, oltre che sul prezzo, anche sul servizio: valendo il principio della libera scelta dell'assicurato su luogo di cura, l'assicuratore promuove accordi di convenzionamento con le strutture, contrattando agevolazioni sui rimborsi o l'applicazione di franchigie.

L'esempio, sottolinea una seconda funzione che è tipica del mercato assicurativo, quella della committenza; anche nel mercato USA si registra una crescente attenzione delle assicurazioni al controllo della qualità degli erogatori, oltre naturalmente che a quello dell'efficienza, entrambi spinti dalla competizione per offrire servizi migliori a prezzi più bassi possibile.

11.3.2 Il mercato a livello nazionale

La natura universalistica del SSN italiano, in base a quanto argomentato precedentemente, sarebbe sufficiente a spiegare larga parte della modesta crescita del sistema assicurativo nel nostro Paese.

Per comprendere appieno la questione, ai sensi della ultima osservazione del paragrafo precedente, dobbiamo aggiungere che la funzione di committenza è di fatto monopolio delle ASL, quindi ancora di tipo pubblico.

Evidentemente, il modello adottato ha indubbi pregi, ma anche qualche rischio: ad esempio mentre, in via di principio, i cittadini/pazienti possono "votare" sull'erogatore (ad es. cambiando ospedale o ambulatorio), non possono cambiare il mandato di "rappresentanza" assunto dalla ASL.

Non a caso, riteniamo, lo sviluppo dei meccanismi di valutazione delle *performance*, pur con qualche lodevole eccezione, sono scarsamente sviluppati nel nostro Paese, dove non matura una competizione fra ASL.

Ne segue che la quota della spesa per assicurazioni private sul totale della spesa sanitaria si ferma ad un modesto 0,92%, e sul totale della spesa privata si arresta (2006) al 4,1%, restando sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente. In pratica siamo sul 0,1% del PIL.

Alle cifre precedenti, che riguardano il "ramo malattia", comprensivo, peraltro di una quota significativa di polizze di tipo indennitario, e per infortuni, si deve ancora aggiungere la quota di mercato relativo alla Responsabilità Civile Sanitaria, sia per le strutture, sia per i professionisti. Va considerato che, in una fase di crescita limitata (nel 2007 la raccolta premi al netto del settore auto è stata del 3,8%, e il Ramo RC generale è cresciuto solo 1,4%), il settore Salute ha fatto registrare una crescita ben al di sopra della media: il "ramo malattia" ha raggiunto il +12,1%, pari a € 2.049 mln., e l'assistenza ha toccato quota +7,5%, ovvero € 377 mln.

Per capire l'andamento reale del settore va, ovviamente, prioritariamente analizzato il rapporto fra oneri per sinistri di competenza e premi¹⁷: da questo punto di vista è possibile segnalare come il ramo RC Generale sia passato dal 91,0% del 2006 al 78,3% del 2007, mentre il ramo malattia dal 76,3% al 73,8%, e il ramo assistenza dal 35,7% al 34,1%. Nonostante il miglioramento tecnico, i Rami RC generale e Malattia risultano però avere anche per il 2007 un saldo tecnico negativo.

In particolare, è possibile evidenziare come nell'assicurazione RC Sanitaria, nonostante un numero di sinistri sostanzialmente stabile, negli ultimi anni di rilevazione disponibili (28.400 sinistri nel 2006 di cui il 58% relativo alle Strutture Sanitarie ed il restante 42% imputabile ad errori medici), permanga una forte criticità nella redditività. Questo sembra dipendere soprattutto dai tempi di liquidazione molto lunghi, ma anche da una scarsa efficienza complessiva del mercato, che registra in molte Regioni processi di trasferimento del rischio che non hanno adeguato supporto di conoscenza statistica e spesso fondati su una logica più "giuridica" che economica.

In particolare, si evidenzia la difficoltà a rivedere l'approccio alla funzione di *brokeraggio*, che deve evidentemente svolgersi in un contesto tutto sommato peculiare, quale quello delle aziende pubbliche. A ben vedere, in un mercato privato il *Broker*, secondo un classico rapporto di agenzia, seleziona le offerte assicurative e le propone al cliente che poi effettua la scelta; in un mercato pubblico la scelta del prodotto discende dagli esiti di gara, e la selezione dipende quindi dalla bontà del capitolato. Appare, quindi, evidente che il *Broker* finisce per essere principalmente un consulente in fase di predisposizione della gara, dovendo però agire all'interno di vincoli amministrativi stringenti.

Allo stesso tempo, il *Broker* deve dimostrarsi capace, oltre che dell'analisi oggettiva del rischio, di analizzare l'avversione soggettiva al rischio da parte della azienda: la questione non è semplice, data la natura pubblica e le grandi dimensioni che caratterizzano le aziende sanitarie, che lasciano pensare ad una limitata avversione al rischio, e quindi che la spinta al trasferimento

¹⁷ Ivi compresa l'eventuale sufficienza/insufficienza degli importi riservati dei sinistri accaduti negli anni precedenti.

dipenda da fattori in larga misura riconducibili ad inefficienza di sistema: ad esempio una valutazione non sempre coerente del danno erariale e quindi dell'obbligatorietà o meno dell'applicazione del principio di rivalsa sul professionista, oppure la difficoltà di creare riserve di bilancio in contesti finanziari critici, come quelli di alcune Regioni del Centro-Sud.

11.3.3 La tutela integrativa

Le rilevazioni disponibili sono, comunque, a supporto dell'esistenza di motivazioni importanti a favore di un maggiore sviluppo delle coperture assicurative sanitarie. Dal punto di vista della teoria economica, infatti, l'assicurazione sanitaria dovrebbe proteggere le persone in primo luogo dai costi maggiormente importanti (catastrofici): l'analisi condotta in altra parte del Rapporto, dimostra che la frequenza di eventi catastrofici è tutt'altro che insignificante in Italia, riguardando quasi un milione di famiglie. In tale analisi emerge, altresì, che vari fattori, oltre evidentemente il contesto socio economico, inducono condizioni di spesa catastrofica o al limite di impoverimento delle famiglie.

Questi fattori sono riconducibili a due famiglie principali (con alcune aree di sovrapposizione):

- tendenze all'*opting out*;
- carenze di offerta.

Nella prima famiglia troviamo le motivazioni che portano a effettuare spese fuori dal SSN, o in regime libero professionale intra-murario, ovvero la volontà (e possibilità) di ottenere prestazioni maggiormente personalizzate rispetto ai propri bisogni (non necessariamente strettamente sanitari) o, comunque, in tempi più rapidi di quelli garantiti dal SSN. Nella seconda, troviamo la carenza di offerta di alcune prestazioni, quali la *Long Term Care* per i casi di non autosufficienza, e l'odontoiatria.

Proprio per ovviare ai limiti sopra evidenziati, recentemente (31 Marzo 2008) è stato emanato un Decreto Ministeriale (Min. della Salute) tendente da una parte a superare l'*empasse* in cui si erano venuti a trovare i fondi sanitari integrativi (ai sensi del D. Lgs. n. 229/1999), dall'altra a creare condizioni di maggiore tutela nelle aree di carenza.

Il Decreto, pur con alcuni limiti derivanti dall'assetto disegnato a suo tempo dall'art. 9 del citato D. Lgs. n. 229/1999, ha tentato di superare sia la artificiosa contrapposizione fra fondi "doc" e "non doc", derivante ad esempio in termini fiscali dal D. Lgs. n. 41/2000, sia di allargare la platea delle prestazioni erogabili, allentando i vincoli derivanti dalla subordinazione all'accREDITAMENTO dei professionisti e delle strutture.

Il Decreto ha inoltre innovato, ad esempio subordinando il beneficio fiscale, e quindi l'intervento statale, ad un impegno da parte dei Fondi a erogare prestazioni nell'area della odontoiatria e della LTC.

Infine, segnaliamo la previsione di una anagrafe/osservatorio dei Fondi, che dovrebbe permettere nel futuro di meglio conoscere il complesso mondo delle coperture sanitarie, ad esempio quelle storicamente erogate da un numero notevole di Società di Mutuo Soccorso.

Evidentemente ulteriori interventi sarebbero auspicabili, sia in ordine alla definizione degli aspetti attuativi delle norme, si pensi ai regolamenti per il funzionamento dei Fondi e al loro controllo, sia in ordine alla inaugurazione dell'Anagrafe. Saranno anche da chiarire meglio gli aspetti relativi alle quote di prestazioni di odontoiatria e LTC da garantire.

Interventi più di sostanza sarebbero, poi, auspicabili in ordine alla effettiva parificazione di trat-

tamento, fondamentalmente fiscale, e quindi a garanzia di una libera concorrenza fra i vari attori di sistema: Compagnie di assicurazione, Società di Mutuo Soccorso, Fondi di natura contrattuale, etc.; allo stesso modo potrebbe immaginarsi un definitivo superamento di alcuni vincoli dettati dal D. Lgs. n. 229/1999, che non sembrano praticamente giustificati da ragioni di tutela e garanzia dei cittadini, quanto da un farraginoso tentativo di evitare che i Fondi Integrativi abbiano una funzione sostanzialmente sostitutiva: cosa che, a ben vedere, invece avviene per ragioni strutturali del sistema, quali le lunghe liste di attesa in alcuni settori e la introduzione dell'istituto della libera professione intra-murale.

L'esperienza brevemente descritta, introduce un ulteriore elemento di riflessione sullo sviluppo del mercato assicurativo: alla funzione di trasferimento del rischio e a quella di committenza, sembra infatti naturalmente aggiungersene una terza, derivante dalla natura dei nuovi bisogni emergenti, ovvero alla LTC: parliamo della gestione finanziaria delle riserve che sono proprie di coperture quali la LTC, che naturalmente sono caratterizzate da un forte *lag* temporale fra raccolta dei premi e erogazione dei benefici.

Proprio la esplicita indicazione della copertura LTC quale priorità sociale, implicitamente contenuta nel Decreto Ministeriale di Marzo 2008, fa intuire che i Fondi integrativi dovrebbero ragionevolmente porsi il problema di costituire riserve, almeno per questo aspetto.

Questo chiama direttamente in causa le Compagnie, che hanno tra l'altro maturato una insostituibile esperienza in campo finanziario, necessaria per una oculata politica di investimento delle riserve. Il tema è nuovo nel contesto italiano, ove sinora l'assicurazione malattia è rimasta quasi completamente nell'alveo delle gestioni a ripartizione. La natura dei nuovi bisogni rende però appetibile una differenziazione dei rischi e quindi la creazione di fondi a capitalizzazione, così come è stato per la previdenza allorquando si sviluppò il secondo pilastro complementare.

Evidentemente la creazione di riserve, guardando al futuro, potrebbe avere risvolti positivi anche in termini di supporto agli investimenti in Sanità, creando le condizioni per un maggiore sviluppo di partnership pubblico/privato; allo stesso tempo sarà attentamente da valutare la possibilità di estendere le regole di controllo e garanzia già previste per i Fondi pensionistici complementari, ovvero di predisporre di nuove ad hoc per la Sanità.

La necessità di regole ad hoc è peraltro suggerita da alcune caratteristiche dell'assicurazione sanitaria che risultano almeno in parte peculiari e devono quindi trovare una loro specifica regolamentazione: a titolo di esempio, ricordiamo come sia in essere un complesso dibattito sulla durata ottimale dei contratti, esistendo un evidente trade-off fra incentivi alla competizione che fanno propendere per la massima libertà dell'iscritto di trasferire la propria posizione (preoccupazione ad esempio alla base del recente decreto Bersani), e massimizzazione del welfare degli iscritti, che probabilmente richiederebbe qualche maggiore limite: in altri termini, i vantaggi della competizione sui premi potrebbero essere vanificati, qualora la "mobilità" configurasse un rischio rilevante per le Compagnie, che verrebbe evidentemente scontato ex ante sui premi stessi.

A questo si aggiunge la difficoltà di prevedere regole di trasferimento delle posizioni eque ed efficienti, in assenza di riserve, regola peraltro attualmente dominante nell'ambito delle tutele sanitarie, ispirate per lo più a forme di ripartizione annuale dei rischi.

Riferimenti bibliografici

- Arrow K.J, (1963), The Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review, V. 53, n. 5.
- 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.
- Decreto del Ministro della Salute del 31.3.2008.
- De Jong P.R., Mosca I., (2006), Change and Challenges of the Health Care Reform in the Netherlands: what should the Dutch be aware of?, TILEC Discussion Paper, Tilburg University.
- Efpia (2008), The pharmaceutical industry in figures, 2008.
- Eucomed, Competitiveness and Innovativeness of the European Medical Technology Industry, 2007.
- Farindustria (2008), Indicatori farmaceutici, 2008.
- Farindustria (2006), Indagine conoscitiva sulla localizzazione regionale delle unità locali delle imprese farmaceutiche.2006
- Global Harmonization Task Force (<http://www.ghtf.org/>)
- McGinnis J.M., Williams Russo P., Knickman J.R., (2002), The Case for more Active Policy Attention to Health Promotion, Health Affairs, V. 21, n. 2.
- Mennini F.S., Ratti M., Spandonaro F., Il settore industriale sanitario in Italia, Rapporto CEIS 2007.
- Ministero della Salute (2004), Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici, Versione 1.0.
- Ministero della Salute (2007), Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici, Dispositivi Medici, Aspetti Regolatori ed Operativi.
- 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.
- van de Ven W.P.M.M., Schut F.T., (2008), Universal Mandatory Health Insurance in The Netherlands: A Model for the United States?, Health Affairs, V. 27, N. 3.

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".

✓ **PIERLUIGI BORGIA**

Economista.

Attualmente lavora presso la Montepaschi Assicurazioni Spa.

Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

✓ **MARCO COTICONI**

Consulente junior presso la società di consulenza CRINALI S.r.l..

✓ **ANTONELLA D'ADAMO**

Economista. Master in Innovazione e Management nelle Amministrazioni Pubbliche.

Dottoranda 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".

✓ **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".

✓ **AMALIA DONIA SOFIO**

Professore Associato di Economia Sanitaria e Direttore del Master in Economia e Gestione in Sanità presso la Facoltà di Economia dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

✓ **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".

✓ **RAFFAELE GIORDANO**

Economista e Revisore contabile.

Dirigente dell'Ufficio Risorse finanziarie ed investimenti del sistema salute della Regione Basilicata (Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale).

Componente del Nucleo di Valutazione e verifica degli investimenti pubblici (NUVV) del Settore Salute del Ministero Lavoro, Salute e Politiche Sociali.

✓ **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".

✓ **GIOVANNA MORELLI**

Professore Associato di Politica Economica presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Teramo.

Direttore della rivista "Economia dei Servizi. Mercati Istituzioni Management" edita da Il Mulino, Bologna.

✓ **LAURA PIASINI**

Consulente senior presso la società di consulenza CRINALI S.r.l.

✓ **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 Per L'Analisi Del Mutamento Socio-Economico".

Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

✓ **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".

✓ **PAOLO SCIATELLA**

Statistico.

Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

✓ **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.

Il CEIS (Centro di Studi Economici e Internazionali) istituito nel 1987 presso la Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata", promuove attività di ricerca, realizza progetti di formazione post-universitaria, organizza seminari e conferenze, stabilisce accordi di cooperazione con altre Università, istituzioni nazionali ed organismi internazionali. Le attività di ricerca, ispirate a criteri di interdisciplinarietà, si concentrano sull'analisi dell'integrazione economica europea nei processi di globalizzazione, nel ruolo delle istituzioni nella crescita economica. Il Centro attribuisce priorità allo sviluppo di metodologie e strumenti per l'analisi quantitativa dei fenomeni e delle politiche economiche. Il CEIS pubblica le riviste CEIS Working Papers, le riviste trimestrali Labour, libri, monografie e la Newsletter.

Il Rapporto Sanità del CEIS è giunto alla VI edizione.

Il volume affronta in primo luogo le modalità di finanziamento del sistema di tutela pubblica; a fronte delle risorse impegnate, vengono poi analizzati i principali settori di assistenza (Ospedaliero, Emergenza, Residenziale, Farmaceutica, Specialistica, Sociosanitaria, Domiciliare), coniugando aspetti economico-statistici e questioni regolatorie; a seguire si analizza l'effetto finanziario (e possibilmente anche economico) dell'attività assistenziale, e quindi la spesa generata, ma anche gli impatti equitativi del sistema. Chiude il volume un capitolo dedicato alle principali "industrie" che operano in Sanità (Farmaceutica, Dispositivi Medici, Assicurazioni), per ricordare sempre che la Sanità indubbiamente "costa", ma contribuisce molto allo sviluppo dell'economia del Paese.