



16° Rapporto Sanità

**Oltre l'emergenza:
verso una "nuova" vision del nostro SSN**

16th Health Report

***Beyond the emergency:
looking for a "new" italian NHS vision***

A cura di / Edited by:
Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA

La 16^a edizione del Rapporto Sanità è il risultato di una *partnership* fra il Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) e alcune Aziende sensibili alla importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie.

Il progetto si basa sulla convinzione della necessità di supportare le decisioni in tema di politiche socio-sanitarie fornendo elementi di riflessione sull'andamento e sulle tendenze in atto in Italia e in Europa, basate su evidenze scientifiche quantificabili.

Il Rapporto Sanità, inoltre, non trascura di fornire elementi che possano supportare la valutazione delle *Performance* del sistema sanitario italiano a livello regionale, per cui si rivolge anche ai cittadini e alle loro associazioni, al mondo industriale e, più in generale, a tutti gli *stakeholder* del sistema sanitario.



ISBN 978-88-99078-41-6

© 2020 C.R.E.A. Sanità

SEDE LEGALE

Piazza A. Mancini, 4 - interno G11 - 00196 Roma - Italia

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2020
presso Locopress Industria Grafica - Mesagne (BR)
per conto di Locorotondo Editore

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

Oltre l'emergenza: verso una "nuova" *vision* del nostro SSN

A cura di

FEDERICO SPANDONARO, DANIELA D'ANGELA, BARBARA POLISTENA

Coordinamento scientifico ed editoriale

BARBARA POLISTENA

Autori

BERNARDINI ANNA CHIARA

Economista.

Ricercatore C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

BELLET ILARIA

Economista. *Master in Economia e Management della Sanità*

Responsabile formazione Sidera s.r.l.

BRENNA ELENKA

Economista. *Master in Health Economics*. Dottorato di ricerca in Economia. Abilitazione a Professore Associato in SECS P/03, Scienza delle Finanze.

Assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Economia e *Management* dell'Università di Pavia.

Docente di economia politica ed economia sanitaria presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica di Milano e presso l'Università di Milano, Facoltà di Medicina.

Membro del Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria (AIES).

CARRIERI CIRO

Economista. *Master in Economia e Management della Sanità*

Ricercatore C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

CASSA RAFFAELE

Ricercatore socio-economico. Socio fondatore di Codres (Cooperativa Documentazione Ricerca Economico Sociale).

Responsabile Settore Elaborazione Statistica e Indagini *Computer Assisted*

COLLICELLI CARLA

Sociologa del *welfare* e della salute, *Associate Researcher* presso Cnr- Itb Roma, Presidente del Cps del Centro regionale S. Alessio, Vice-Presidente dell'Osservatorio Giovani e Alcol e membro del Segretariato Asvis

CRISTANZIANO ADRIANO

Farmacista.

Direttore U.O.C. Farmacia, Ospedale Monaldi – A.O. dei Colli (Napoli)

D'ANGELA CLAUDIA

Economista.

Collaboratrice C.R.E.A. Sanità

D'ANGELA DANIELA

Ingegnere biomedico. *Master in Management and Clinical Engineering*.

Amministratore Unico e Direttore Ricerca e Sviluppo C.R.E.A. Sanità. Professore a contratto presso Unicamillus

DAMUZZO VERA

Dipartimento di Scienze del Farmaco.

Scuola di Specializzazione in farmacia Ospedaliera, Università di Padova

DI LUCA VINCENZO

Ingegnere Medico. *Master in Economia e Management della Sanità*

DI SARRA FRANCESCA

Farmacista.

Farmacia Istituto Oncologico Veneto IOV – IRCCS, Padova

FORTE EMANUELA

Laurea in Scienze Politiche.

Assistenza Amministrativa ASL Latina

GABBRIELLI FRANCESCO

Chirurgo.

Direttore del Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali, Istituto Superiore di Sanità

GIANFRATE FABRIZIO

Economista Sanitario

C.R.E.A. Sanità ringrazia del contributo di idee e competenze fornito per la realizzazione del Rapporto: Giovanni Bissoni, Paolo Bordon, Tiziano Carradori, Ettore Cinque, Roberta Crialesi, Flori Degrassi, Dario Focarelli, Tiziana Frittelli, Marco Marchetti, Honar Meier, Paolo Misericordia, Riccardo Riccardi, Carmelo Scarcella, Thomas Schael, Giovanna Scroccaro, Stefania Segnana, Angelo Tanese, Donato Toma, Andrea Urbani.

C.R.E.A. Sanità, confidando nella persistenza della *partnership*, di cui ci onoriamo, ringrazia, per i loro contributi al volume, anche i colleghi di altri Centri di ricerca e Istituzioni: Elenka Brenna, Raffaele Cassa, Carla Collicelli, Adriano Cristanziano, Emanuela Forte, Francesco Gabbrielli, Fabrizio Gianfrate, David Lazari, Giuseppe Leone, Alessandra Mecozzi, Paolo Misericordia, Daniela Rebecchi, Paolo Santurri e Davide Liborio Vetrano.

GIORDANI CRISTINA

Economista. *Master* in Economia e *Management* dei Servizi Sanitari.
Funzionario giuridico presso il Ministero della Salute.
Collaboratore C.R.E.A. Sanità

LAZZARI DAVID

Resp. UOC Psicologia - Az. Osp. Univ. S. Maria - Terni (Italy). Presidente Consiglio Nazionale Ordine Psicologi. Presidente Ordine Psicologi Umbria. Docente a c. Univ. Torino e L'Aquila. *Past President* Società Italiana PsicoNeuroEndocrinologia

LEONE GIUSEPPE

Statistico
Dirigente U.O.C. Controllo di Gestione, ASL Taranto

MAISTO SANTA

Farmacista.
Tirocinante Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera presso U.O.C. Farmacia Ospedale Monaldi, Napoli

MANCUSI ROSSELLA LETIZIA

Statistica.
GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. Direction de la recherche clinique et de l'innovation

MANCUSO ANNA MARIA

Presidente Salute Donna Onlus

MECOZZI ALESSANDRA

Farmacista.
Direttore U.O.C. Farmacia ASL Latina

MISERICORDIA PAOLO

Medico di famiglia.
Responsabile del Centro Studi FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale). Responsabile Area ICT di FIMMG

PLONER MARIA ESMERALDA

Economista. *Master* in Economia e Gestione Sanitaria.
Ricercatore C.R.E.A. Sanità

POLISTENA BARBARA

Statistica, PhD. *Master* in Economia e *Management* dei Servizi Sanitari. *Master* in Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi.
Direttore Generale e Direttore Scientifico C.R.E.A. Sanità. Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

QUATTRICOCCHI ERIKA

Economista. Ricercatore C.R.E.A. Sanità

REALDON NICOLA

Dipartimento di Scienze del Farmaco. Scuola di Specializzazione in farmacia Ospedaliera, Università di Padova

REBECCHI DANIELA

Psicologa, psicoterapeuta.
Dal 2002 al 2017 direttore UOC Psicologia, Dipartimento Salute Mentale, Ausl Modena. Consigliere Ordine Psicologi Emilia Romagna, didatta scuola di specializzazione in psicoterapia Studi Cognitivi Milano

SANTURRI PAOLO

Ricercatore socio-economico.
Socio fondatore di Codres (Cooperativa Documentazione Ricerca Economico Sociale).
Responsabile Relazioni esterne, Settore Indagini di campo, Attività di analisi e documentazione

SPANDONARO FEDERICO

Economista. Professore Aggregato presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".
Presidente del Comitato scientifico C.R.E.A. Sanità

VETRANO DAVIDE LIBORIO

Medico geriatra ed epidemiologo, Phd. *Postdoctoral fellow* presso l'*Aging Research Center del Karolinska Institutet* di Stoccolma, Svezia. Consulente scientifico per Italia Longeva, Rete nazionale per l'invecchiamento e la longevità attiva.

Attività amministrative e di segreteria

MARTINA BONO e ADRIANA FRATINI

Guida alla lettura del Rapporto annuale di C.R.E.A. Sanità

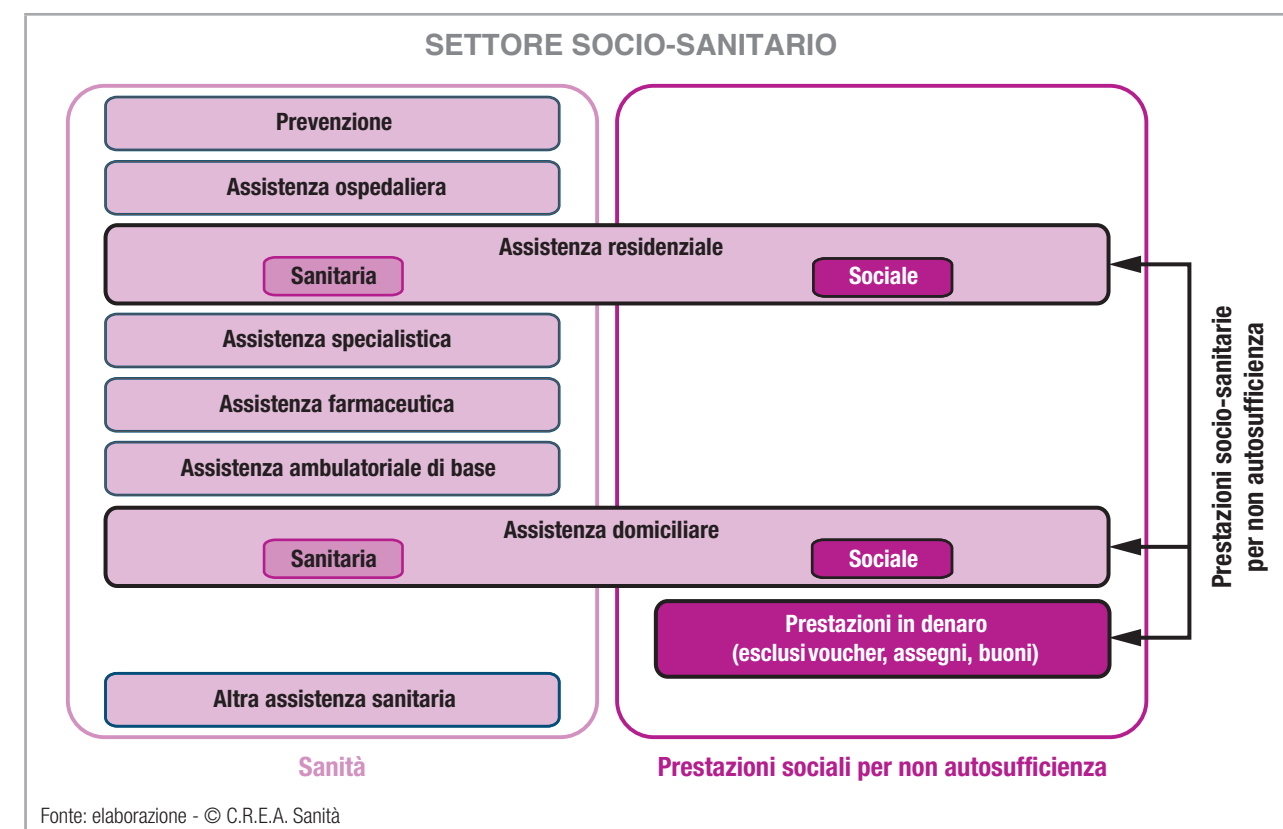
La 16a edizione del Rapporto annuale di C.R.E.A. Sanità mantiene la struttura consolidata negli ultimi anni: rimandando alla lettura anche delle "guide" pubblicate negli ultimi anni, ricordiamo qui solo alcuni aspetti essenziali.

L'ambito

Il *focus* resta il settore sanitario "allargato", intendendo in tal modo la Sanità stricto sensu e quella parte di prestazioni sociali erogate a fronte di bisogni determinati dagli esiti di patologie che conducono alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Si tratta in larga misura di prestazioni riconducibili alla cosiddetta LTC (*Long Term Care*), definibile come assistenza alle condizioni che prevedono "presenza di restrizioni alla partecipazione, associate a problemi di salute"; per inciso e precisione, non si parla di "persone con disabilità", quanto di "persone con limitazioni funzionali".

Si noti che, in Italia, il settore sanitario è caratterizzato da un sistema di prestazioni prevalentemente in natura, con una limitata quota di prestazioni in denaro erogate dalle ASL, per lo più sotto forma di voucher (regionalmente denominati anche "assegni di cura" e "buoni socio-sanitari"); le prestazioni per la LTC, se escludiamo i voucher erogati dai Comuni, sono invece in larga misura erogazioni in denaro senza un vincolo di destinazione.

Si noti che, in Italia, il settore sanitario è caratterizzato da un sistema di prestazioni prevalentemente in natura, con una limitata quota di prestazioni in denaro erogate dalle ASL, per lo più sotto forma di voucher (regionalmente denominati anche "assegni di cura" e "buoni socio-sanitari"); le prestazioni per la LTC, se escludiamo i voucher erogati dai Comuni, sono invece in larga misura erogazioni in denaro senza un vincolo di destinazione.

Figura A – La composizione del settore socio-sanitario

La struttura

Il 16° Rapporto Sanità mantiene la strutturazione in 4 parti.

Nella prima si fornisce un inquadramento del contesto in cui si muove il settore socio-sanitario italiano: gli aspetti socio-economici e demografici, il finanziamento pubblico, la spesa e le possibili misure di *Performance*.

La seconda parte è dedicata alle analisi per area assistenziale: prevenzione, ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica, primaria, domiciliare, provvidenze in denaro.

La terza parte è destinata alla analisi degli impatti economici della Sanità.

La quarta parte ospita ulteriori attività e *partnership* promosse da C.R.E.A. Sanità.

Vale la pena sottolineare che, pur nella coerenza

dell'assetto complessivo del volume, i singoli capitoli rappresentano contributi monografici indipendenti, che approfondiscono tematiche emergenti individuate da parte del team di ricerca di C.R.E.A. Sanità.

Da ultimo segnaliamo che per migliorare la fruibilità del Rapporto, ad ogni capitolo è associata una sezione di *key indicators*, che hanno la finalità di rappresentare uno strumento sintetico per monitorare, anno dopo anno, l'evoluzione dei singoli settori analizzati.

Inoltre, a ciascun capitolo è anche associata una sintesi in inglese, con l'obiettivo di permettere la divulgazione del lavoro presso Istituzioni e Centri di ricerca esteri, diffondendo così una maggiore conoscenza dell'evoluzione del SSN italiano.

Il Rapporto, infine, si chiude con un riepilogo regionale, funzionale a permettere una (ri)lettura complessiva e trasversale delle evidenze proposte, sintetizzate per ogni singola Regione.

Il coordinatore scientifico ed editoriale
Barbara Polistena

Indice/Index

Presentazione	15
<i>Presentation</i>	
Prof. Orazio Schillaci	
Introduzione	
Oltre l'emergenza: alla ricerca di una "nuova" vision del nostro SSN	19
<i>Beyond the emergency: looking for a "new" NHS vision</i>	
Executive Summary	30
Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico	43
<i>Chapter 1 - The socio-demographic context</i>	
Carrieri C.	
English Summary	67
Key Indicators	69
Capitolo 2 - L'evoluzione del finanziamento: confronti internazionali e nazionali	77
<i>Chapter 2 - The evolution of funding: international and national comparisons</i>	
Ploner ME.	
English Summary	96
Key Indicators	98
Capitolo 3 - La spesa	103
<i>Chapter 3 - Health expenditure</i>	
Capitolo 3a - L'evoluzione della spesa: confronti internazionali e nazionali	105
<i>Chapter 3a - The evolution of health expenditure in national and international comparisons</i>	
Ploner ME., Polistena B.	
English Summary	120
Capitolo 3b - Personale sanitario: dinamiche e prospettive	122
<i>Chapter 3b - Healthcare staff: dynamics and perspectives</i>	
d'Angela D., Di Luca V.	
English Summary	131
Key Indicators	132
Capitolo 4 - Indicatori di Performance	137
<i>Chapter 4 - Performance indicators</i>	
Capitolo 4a - Indicatori di Performance: Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie	139
<i>Chapter 4a - Performance indicators: catastrophic expenditure, impoverishment and economic discomfort</i>	
d'Angela D., Spandonaro F.	
English Summary	153
Key Indicators	155

Capitolo 4b - Indicatori di Performance: le Performance Regionali	159
<i>Chapter 4b - Performance indicators: regional Performance</i>	
d'Angela D., d'Angela C., Carrieri C., Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	170
<i>Key Indicators</i>	172
Capitolo 4c - Il Benessere equo e sostenibile e la Salute	176
<i>Chapter 4c - Fair and sustainable Wellness and Health</i>	
Quattrococchi E.	
<i>English Summary</i>	180
<i>Key Indicators</i>	181
Capitolo 5 - Prevenzione: influenza e stato dell'arte delle vaccinazioni tra gli anziani	185
<i>Chapter 5 - Prevention: influence and state of the art vaccinations among the elderly</i>	
Giordani C.	
<i>English Summary</i>	200
<i>Key Indicators</i>	202
Capitolo 6 - Assistenza ospedaliera	211
<i>Chapter 6 - Hospital care</i>	
Capitolo 6a - L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera: le criticità emerse con l'emergenza COVID-19	213
<i>Chapter 6a - The evolution of hospital care: the critical issues that emerged with the COVID-19 emergency</i>	
Carrieri C., d'Angela D., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	227
Capitolo 6b - La migrazione dei pazienti oncologici	228
<i>Chapter 6b - The migration of cancer patients</i>	
d'Angela D., d'Angela C., Leone G., Mancuso A., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	235
<i>Key Indicators</i>	236
Capitolo 7 - Assistenza Residenziale e semiresidenziale: i servizi di Long Term Care in una visione di trend: differenze territoriali e focus anziani	243
<i>Chapter 7 - Residential and semi-residential care:</i>	
<i>Long Term Care services in a vision of trends: territorial differences and elderly focus</i>	
Brenna E.	
<i>English Summary</i>	257
<i>Key Indicators</i>	258
Capitolo 8 - Assistenza specialistica ambulatoriale	265
<i>Chapter 8 - Specialist outpatient care</i>	
Bernardini AC.	
<i>English Summary</i>	279
<i>Key Indicators</i>	280

Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica e dispositivi medici	285
<i>Chapter 9 - Pharmaceutical and medical devices expenditure</i>	
Capitolo 9a - Assistenza farmaceutica	287
<i>Chapter 9a - Pharmaceutical care</i>	
Bernardini AC., Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	305
Capitolo 9b - Tempi di rimborsabilità e prezzo dei farmaci oncologici nel periodo 2015-2019	306
<i>Chapter 9b - Reimbursement times and oncological drugs prices in the period 2015-2019</i>	
Gianfrate F., Damuzzo V., Realdon N., Di Sarra F.	
<i>English Summary</i>	329
Capitolo 9d - Gestione dei servizi farmaceutici: efficienza interna ed esterna	331
<i>Chapter 9d - Management of pharmaceutical services: internal and external efficiency</i>	
Bellet I., Cristinziano A., d'Angela D., Forte E., Maisto S., Mecozzi A., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	339
Capitolo 9d - Governance e spesa dei dispositivi medici	341
<i>Chapter 9c - Governance and expenditure for medical devices</i>	
Migliore A., d'Angela D.	
<i>English Summary</i>	353
<i>Key Indicators</i>	355
Capitolo 10 - Assistenza primaria	361
<i>Chapter 10 - Primary care</i>	
Capitolo 10a - Il ruolo dell'assistenza primaria nella gestione del paziente oncologico	363
<i>Chapter 10a - The role of primary care in the management of cancer patient</i>	
Con la collaborazione di MSD Italia - Misericordia P., Ploner E., Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	377
Capitolo 10b - Case della salute e presidi territoriali di assistenza: lo stato dell'arte	378
<i>Chapter 10b - Healthcare homes and territorial assistance centers: the state of art</i>	
Cassa R., Collicelli C., Ploner ME., Santurri P., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	389
<i>Key Indicators</i>	390
Capitolo 11 - Assistenza domiciliare	397
<i>Chapter 11 - Home care</i>	
Vetrano DL.	
<i>English Summary</i>	404
<i>Key Indicators</i>	405

Capitolo 12 - Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri	411
<i>Chapter 12 - Cash benefits and allowances: the evolution of beneficiaries and charges</i>	
Ploner E.	
<i>English Summary</i>	427
<i>Key Indicators</i>	428
Capitolo 13 - L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive	435
<i>Chapter 13 - The healthcare industry: evolution and prospects</i>	
d'Angela D., Carrieri C.	
<i>English Summary</i>	444
<i>Key Indicators</i>	445
Capitolo 14 - Epidemiologia e costi	469
<i>Chapter 14 - Epidemiology and costs</i>	
Capitolo 14a - IV Rapporto OSSFOR: Accesso, innovatività e spesa dei Farmaci Orfani	455
Capitolo 14b - Analisi dell'utilizzo dei servizi sanitari e dei costi sostenuti per i pazienti affetti da neuromelite ottica nella Regione Campania	462
Polistena B., Spandonaro F.	
Capitolo 14c - L'Assistenza Psicologica, scenari e prospettive alla luce dei bisogni della popolazione italiana e dei nuovi LEA	471
Bernardini A.C., Lazzari D., Mancusi RL., Polistena B., Rebecchi D., Spandonaro F.	
Capitolo 15 - Prestazioni sanitarie a distanza in Telemedicina per proteggere le persone fragili e i valori sociali della sanità pubblica: la lezione del COVID-19 in Italia	487
<i>Chapter 15 - Health care services in Telemedicine for protect fragile people and the social values of health publishes: the lesson of COVID-19 in Italy</i>	
Gabbrielli F.	
<i>English Summary</i>	503
Riepilogo regionale/Regional synopsis	507



Presentation

PRESENTAZIONE

Prof. Orazio Schillaci – Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Sono lieto di presentare la 16a edizione del Rapporto Sanità, realizzata da ricercatori dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", nell'ambito delle attività promosse dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità).

Il Rapporto, anno dopo anno, e ormai da quasi un ventennio, analizza l'evoluzione e le *Performance* del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN): e mai come quest'anno, segnato dalla drammatica emergenza del COVID-19, una riflessione scientifica sulla capacità di risposta del nostro SSN e sul suo futuro prossimo, si rileva strategica, per la tutela della salute, ma anche per tutto il "sistema Italia".

Sperabilmente, il 2020 lo ricorderemo, oltre che per la pandemia, per avere finalmente generato una diffusa consapevolezza sulla centralità del tema salute in tutte le politiche e anche sull'importanza della scelta di avere un sistema pubblico e universale per la sua tutela.

Tale consapevolezza è nel DNA dell'Ateneo dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", che oltre ai suoi compiti istituzionali di ricerca e didattica, svolge con il Policlinico una importante funzione assistenziale, spesso in "prima linea", come è nell'attuale emergenza.

Sarà, però, importante fare in modo che questa acquisita consapevolezza non svanisca alla fine dell'emergenza. Per questo è essenziale che il monitoraggio su basi scientifiche del settore rimanga persistente e continui ad alimentare il dibattito sulle politiche sanitarie.

Confronto, quest'ultimo, reso ancor più necessario dalla previsione dell'arrivo di un cospicuo ammontare di risorse finanziarie: la Sanità italiana, e tutto il Paese, non si possono certamente permettere di perdere l'occasione per un radicale ammodernamento delle proprie infrastrutture; ma le risorse da sole non sono condizione sufficiente di successo: senza una visione strategica e una approfondita capacità di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle azioni da intraprendere, difficilmente si può vincere la battaglia dell'ammodernamento delle nostre Istituzioni.

Ci piace pensare che la persistenza dell'impegno scientifico sul tema dei ricercatori del C.R.E.A. Sanità, possa essere un contributo fattivo al mantenimento dell'attenzione sociale sulla Sanità, e un altrettanto attento monito a non perdere l'occasione di tramutare la drammatica esperienza dell'emergenza, in un rinnovato impulso a migliorare il nostro SSN.

PRESENTATION

Prof. Orazio Schillaci – Rector of University of Rome Tor Vergata

I am pleased to present the 16th Health Report drawn up by researchers of the Rome University "Tor Vergata", as part of the activities promoted by the Centre for Applied Economic Research in the Health Sector (C.R.E.A. Sanità).

For almost twenty years the Report has analysed the evolution and performance of Italy's National Health Service (NHS). Never before as this year, marked by the tragic COVID-19 emergency, has a scientific analysis on the NHS ability to respond to current and future challenges and on its prospects been so strategic for health protection, but also for the whole "Italian system".

Hopefully the year 2020 will be remembered not only for the pandemic, but also for having finally raised awareness about the centrality of health issues in all policies, as well as about the importance of choosing to have a public and universal system for health protection.

This awareness is in the DNA of the Rome University "Tor Vergata" which, besides its institutional research and education tasks, performs an important health function with its University Hospital, often "on the front lines", as during the current emergency.

It will be important, however, to ensure that this new widespread awareness does not fade away at the end of the health emergency. This is the reason why it is essential that the science-based monitoring of the sector continues and keeps on fuelling the debate on health policies.

This is even more necessary in this phase since a considerable amount of financial resources are expected to materialize: the National Health Service and the country, as a whole, certainly cannot afford to miss the opportunity for a radical modernisation of their infrastructure. Nevertheless, financial resources alone are not a sufficient condition for ensuring success: without a strategic vision and a thorough ability to evaluate the effectiveness and efficiency of the actions and measures to be taken, we will hardly achieve the goal of modernising Italy's institutions.

We like to think that the ongoing scientific commitment of the C.R.E.A. Sanità researchers on the subject can provide an effective contribution to keep on focusing on Healthcare, and encourage us not to miss the opportunity to turn the tragic experience of the COVID-19 emergency into renewed momentum for improving Italy's NHS.

Oltre l'emergenza: alla ricerca di una "nuova" *vision* del nostro SSN

Il 16° Rapporto Sanità, redatto dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, con alcune gradite e competenti collaborazioni, va in stampa a fine 2020: un anno segnato dall'emergenza da COVID-19.

L'evento pandemico è di quelli che probabilmente segneranno l'evoluzione sociale a livello globale: è, quindi, impossibile ignorarne l'impatto e le conseguenze.

Dobbiamo, però, avvertire che, malgrado la pubblicazione del Rapporto avvenga a fine anno, per sviluppare le analisi che contiene ci si deve accontentare, nella migliore delle ipotesi, dei dati dell'anno ancora precedente. In altri termini, il Rapporto 2020 arriva al più ad analizzare compiutamente i consuntivi 2019.

La premessa segnala al lettore che i fenomeni descritti nel Rapporto 2020, in generale, si riferiscono forzatamente al periodo pre-COVID-19; non ci siamo, però, voluti e potuti sottrarre alla responsabilità di analizzare i primi effetti della pandemia, sebbene con dati provvisori, (molto) parziali e, quindi, soggetti a modificarsi o smentirsi nel prosieguo.

Quella dei "dati" è questione da approfondire propedeuticamente, prima di entrare negli approfondimenti contenuti nel volume: non si tratta, infatti, di una mera questione accademica, coinvolgendo piuttosto aspetti essenziali della *governance* del sistema sanitario (e non).

Sebbene appaia largamente condiviso che la mole quantitativa dei dati disponibili in Sanità sia imponente e senza uguali nella Pubblica Amministrazione, qualche perplessità è lecito avanzarla sulla loro qualità e finalizzazione.

Ad esempio, la scarsissima tempestività dei dati, già sopra richiamata, rende il dato spesso inutile per supportare i processi decisionali; la natura istituzionale del dato, obbligando ad un puntiglioso

processo di validazione dello stesso, ne vanifica nei fatti l'utilità. In altri termini; il patrimonio informativo disponibile, frequentemente, risulta utilizzabile per descrivere ex post i fenomeni, ma non certo per programmare, specialmente a breve termine.

La mancanza di tempestività mina anche l'*accountability* del sistema: verificare la *Performance* pubblica, quando è presumibilmente già cambiato molto, o a volte tutto, in termini di assetto istituzionale, responsabilità manageriali etc., è sostanzialmente un esercizio puramente accademico.

Le ragioni di questo "spreco" del patrimonio informativo risiedono nel persistere di vari equivoci e limiti di impostazione; senza pretesa di esaustività, citiamo:

- la mancanza di cultura sulla natura di "bene pubblico" dei dati
- la mancanza di cultura statistica
- lo scarso coordinamento fra strumenti e obiettivi.

Sul primo punto, vale la pena di ricordare che la "trasparenza" del "dato", la gestione "*open data*", sono valori fondanti delle Società democratiche, oltre che un modello assolutamente vincente: lo dimostra anche l'esperienza mondiale maturata per lo sviluppo in tempi rapidi dei vaccini per il COVID-19, che è stata possibile anche grazie all'accesso libero alle banche dati, che incentiva la ricerca e la produzione di innovazione.

Sul secondo punto, come il Rapporto segnala da tempo, dobbiamo lamentare che il sistema informativo sanitario sembra non conoscere altro approccio che quello amministrativo, evidentemente fondato su una raccolta censuaria delle informazioni, in una logica di mero "debito informativo" verso qualche altro livello istituzionale, con tutti i limiti di inefficienza di questo approccio.

Sul terzo punto, legato strettamente al secondo, non possiamo esonerarci dall'osservare che, affinché gli strumenti siano proporzionati agli obiettivi, è necessario analizzare ed esplicitare quali obiettivi si vogliono perseguire prioritariamente: ad esempio, malgrado la ormai decennale attenzione sull' "efficientamento" del sistema, la persistente discrasia fra i dati di utilizzo delle risorse e i dati di morbilità ed esito (anche legata a discutibili questioni legate alla garanzia della *privacy*), ne vanifica ogni sensata valutazione.

Le fragilità e i "vizi" del sistema informativo si sono confermati anche nella fase pandemica; ovviamente è apparso subito evidente che senza un monitoraggio dei contagi e dell'impatto sui servizi, non si sarebbe potuta affrontare l'emergenza. Pur riconoscendo che è stato rapidamente implementato il monitoraggio, sulla qualità del dato prodotto come anche sulla sua diffusione, è lecito avanzare qualche perplessità.

Non sono state, infatti, rese accessibili le banche dati, ma solo alcuni indicatori, rendendo almeno complessa una analisi indipendente e approfondita dei fenomeni in corso; così come il sistema sembra avere avuto come obiettivo (ragionevole, ma non necessariamente l'unico perseguibile) quello della misura del rischio di saturazione della capacità produttiva del sistema di assistenza ospedaliera, peraltro in presenza di qualche incertezza sul lato dell'offerta, ovvero quello dei posti letto (di terapia intensiva e non) effettivamente disponibili e attivi.

Le misure sull'andamento dei contagi sembrano, infatti, patire limiti sostanziali, ad iniziare dal fatto che non c'è stata la capacità, e forse la possibilità, di stima del "denominatore", ovvero del reale numero di contagi in essere, sul quale le ipotesi circolate (anche a livello internazionale) sono state così variabili da risultare del tutto fuorvianti.

I numeri disponibili sono, nei fatti, condizionati dall'evoluzione dell'attività di monitoraggio, in primo luogo dal numero di tamponi effettuati come, anche, da una carenza di trasparenza sulla stessa natura dei tamponi effettuati (originari, di controllo, etc.).

Inoltre, sembra essere stato, in qualche modo, trascurato l'aspetto della comunicazione dei dati,

che pure fa parte di una *governance* dei sistemi informativi: ne è testimonianza che, a distanza di mesi dall'insorgenza della pandemia, sui media è ancora frequente che si commentino i dati diffusi senza tenere adeguato conto delle modifiche nei "denominatori", e neppure della variabilità del ciclo settimanale nell'effettuazione dei tamponi.

Non stupisce, quindi, che in un contesto quale quello descritto, le analisi svolte sui dati disponibili si siano per lo più limitate alla descrizione dei fenomeni in atto, con l'aggiunta di raccomandazioni, basate su opinioni personali, sul da farsi in termini di interventi di mitigazione; opinioni differenti che spesso hanno creato qualche confusione nell'opinione pubblica.

Ai fini del supporto alle decisioni, alla fine tutto (o molto) si è concentrato su due dati: quello della saturazione dei posti letto e quello dell'indice (l'ormai "famoso" R_t) di diffusione dei contagi.

Il primo dato, in particolare quello riferito alle terapie intensive, sembra essere quello con maggiore attendibilità "statistica", essendo "filtrato" da decisioni cliniche che in qualche modo possiamo immaginare standardizzate, seppure potenzialmente condizionate dall'offerta di letti e dall'età media dei pazienti.

Il secondo, seppure frutto di un approccio largamente consolidato sul piano scientifico, sembra invece patire il limite di essere "in ritardo" sulla necessità di orientare tempestivamente le decisioni politiche.

Uscendo da una logica puramente emergenziale (per quanto non conclusa), sarebbe quindi auspicabile che si apra un più ampio dibattito sulla qualità e utilizzabilità dei dati disponibili, per orientare con maggiore precisione e tempestività le decisioni politiche e la programmazione.

Programmazione senza *vision*

La lunga premessa è, nelle intenzioni, funzionale a discutere di *vision* e, a seguire, di programmazione: questioni che, nei sistemi complessi (quale quello sanitario), sono essenziali.

La questione dei "dati" è pertinente perché esiste una relazione inscindibile e "biunivoca" fra *vision* e struttura dei sistemi informativi, come anche fra evi-

denze raccolte e programmazione.

Così come è essenziale ricordare che una efficace programmazione richiede di essere preceduta da una *vision* strategica, senza la quale non è possibile definire gli obiettivi da perseguire e quindi i *target* con i quali misurare la propria efficacia.

Come consuetudine, il Rapporto si misura proprio con la valutazione delle strategie sviluppate in campo sanitario e con l'adeguatezza della programmazione che ne consegue: quest'anno non potendo, inoltre, esimersi dal confrontarsi con gli stimoli e le sfide poste dalla pandemia.

Una prima osservazione, desumibile dal fatto che tanto il sistema informativo quanto le risposte alla pandemia sono state il frutto di un intervento effettuato in emergenza, è che l'avvento di una pandemia non era evidentemente nella *vision* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (come, peraltro, forse in nessun altro sistema sanitario); e che, quindi, non erano state programmate le necessarie "risposte".

D'altra parte, è comune cadere nella gestione dell'emergenza proprio per carenza di *vision* e programmazione: in ogni caso si tratta di un fallimento, che genera costi umani ed economici rilevantissimi.

Nella prima fase pandemica, è stata ampiamente sbandierata la retorica (peraltro ricorrente) della capacità nazionale di gestione dell'emergenza: pur riconoscendo che dimensione e gravità della pandemia fossero probabilmente imprevedibili, bisogna ammettere che le debolezze del sistema, resesi subito drammaticamente evidenti, erano già ampiamente note e quindi non completamente inevitabili.

In altri termini, la mancanza di piani operativi, opportunamente predisposti per fronteggiare eventuali crisi pandemiche, può essere annoverata fra le mancanze di *vision*; pur ribadendo che ogni attenuante va applicata per le modalità e l'intensità di evoluzione della pandemia, dobbiamo registrare che il sistema ospedaliero italiano aveva già dato segni, più o meno ogni anno, di *stress* a fronte delle ricorrenti influenze stagionali. Ma questo segnale è stato sottovalutato, se non ignorato, probabilmente perché è mancata una reale consapevolezza che sarebbero state possibili emergenze in scala maggiore.

Efficienza tecnica ed efficienza allocativa

A una soluzione di continuità nel processo che lega *vision* e programmazione, può farsi risalire anche l'esistenza di un diffuso equivoco, resosi evidente con l'emergenza COVID-19, fra perseguimento dell'efficienza tecnica e dell'efficienza allocativa.

L'ormai quasi trentennale ricerca, per certi versi spasmodica, del risanamento finanziario del sistema, ha portato a perseguire la riduzione al minimo della capacità inutilizzata del sistema; ma va da sé che questa politica riduce i "margini" per far fronte ad eventuali eventi "imprevisti".

Del *trade-off* si è avuta piena consapevolezza per effetto della carenza di posti letto durante l'emergenza.

Quel che dovrebbe far riflettere è che i dati erano disponibili, e questo porta a chiedersi perché il tema sia rimasto negletto.

La deospedalizzazione è stata un "*must*" delle politiche sanitarie degli ultimi decenni; e sulla correttezza di tale approccio non ci può essere dubbio alcuno, nella misura in cui continua a predominare l'esigenza di sviluppare l'assistenza primaria, unica risposta possibile per far fronte al cambiamento di bisogni generato dall'invecchiamento, dalla diffusione delle cronicità ed anche, e soprattutto, dalla modificazione delle strutture familiari. E, va aggiunto, il cambiamento di bisogni anche spinto dalla innovazione, che implica sempre maggiore disponibilità di opportunità terapeutiche.

Quando una giusta istanza, come quella della deospedalizzazione, si sposa con un obiettivo più "politico", quale quello del risparmio, è però possibile che si rischi di procedere con i "paraocchi": ad esempio, già nel Rapporto 2019 (si veda per un aggiornamento dei dati il Capitolo 6) segnalavamo che l'Italia era arrivata, in tempi straordinariamente (e, quindi, anche in qualche misura "inspiegabilmente") rapidi, a diventare il Paese Europeo (EU) con il minor tasso di ospedalizzazione, con un *gap* rispetto agli altri Paesi divenuto davvero significativo. Avvertivamo, inoltre, che questa evoluzione si era realizzata in un Paese caratterizzato dall'età media elevata della

sua popolazione, e senza un concomitante sviluppo di servizi alternativi al ricovero ospedaliero.

Ci pare, allora, ci fossero sufficienti elementi perché una riflessione sulle priorità delle politiche sanitarie in questo campo fosse promossa.

Invece, la politica sanitaria nazionale è rimasta sorda e indifferente ai moniti: questa inerzia sembra poter essere ancora attribuita ad una mancanza di *vision*, che ha portato ad una riproposizione acritica delle politiche in essere; ma anche ad una carenza di strumenti di monitoraggio capaci di intercettare eventuali problematiche, quali il rischio di saturazione dell'offerta.

L'assenza di *vision* è anche alla base del rischio di cadere ora nell'errore opposto: ovvero aumentare a dismisura la capacità produttiva, con il doppio effetto di oberare il sistema di futuri oneri impropri e anche di non risolvere davvero il problema.

Un esempio di grande attualità è l'incremento dei posti letto di terapia intensiva: evidentemente ineludibile in fase emergenziale, ma che rischia di trasformarsi in un *boomerang*, nella misura in cui il loro raddoppio implica, in condizioni di ritorno alla normalità, di avere un dimezzamento dei tassi di occupazione, che in fase pre-COVID-19 erano già non altissimi (meno del 50%, dai dati disponibili). In prospettiva possiamo paventare due scenari: o i posti letto saranno "dotati" degli organici e di tutte le risorse accessorie necessarie per renderli operativi al 100%, generando un onere difficilmente sostenibile nel medio-lungo periodo, o (come temiamo probabile) con il passare del tempo, per ridurre i costi, saranno tagliate le risorse, lasciando in essere le sole infrastrutture tecnologiche, con il risultato finale che al bisogno non avremo letti davvero attivabili in modo tempestivo. Un po' come comprare degli spazzaneve in città dove nevica una volta ogni 20 anni, per poi scoprire che quando servono non partono, perché sono stati fermi troppi anni.

Il confronto con la disponibilità di letti della Germania, che viene frequentemente citato, sembra poi del tutto improponibile: non si tiene, infatti, conto che la Germania spende per la Sanità pubblica, in termini pro-capite, il 54% in più dell'Italia: un livello di spesa corrente che rimane per noi assolutamente

impossibile perseguire nel breve-medio periodo.

Resilienza vs flessibilità

In una fase in cui l'aggettivo "resiliente" sembra essere diventato la moda stagionale anche in Sanità, una corretta *vision* dovrebbe piuttosto adottare come aggettivo guida "flessibile": la sostenibilità (che non è una questione risolta, come vedremo oltre) richiede un ammodernamento delle nostre strutture e delle nostre organizzazioni, capace di renderle "adattabili" alle future "anomalie", più o meno imprevedute, nella evoluzione dei bisogni, senza però cadere nella proliferazione di eccessi di capacità produttiva.

In termini più accademici, si devono rimettere sullo stesso piano l'efficienza allocativa e quella tecnica, ma aumentando la consapevolezza dell'importanza della prima (perseguitabile con la flessibilità) e non dimenticandosi della seconda.

Nella *vision* del SSN la flessibilità (che in qualche modo è un aspetto proattivo della resilienza) dovrebbe essere un obiettivo primario; la sfida sarà trasformare uno dei servizi sanitari più sobri del mondo, in quello più flessibile.

Le Performance dei sistemi Beveridge

Il richiamo alla resilienza ci porta alla rivalutazione di un altro *slogan* che si è imposto nella prima fase della pandemia: quello della "superiorità" del nostro SSN.

Ovviamente, come il Rapporto ha da sempre testimoniato, la tutela della salute garantita dall'accesso universalistico è una vera e sostanziale conquista di civiltà.

Fortunatamente, da italiani facciamo persino fatica a pensare che ci si possa trovare da soli di fronte al peso economico della malattia.

Se sulla superiorità morale dei sistemi universalistici non dovrebbero esserci dubbi, la sua traslazione immediata in termini di maggiore efficienza è in realtà da dimostrare.

Affermare, ad esempio, che il SSN abbia risposto

all'emergenza meglio di altri sistemi sanitari non è affatto scontato.

I tempi sono del tutto immaturi per dare una risposta in termini di *Performance* dei sistemi: ma bisogna ammettere che come mancano ragioni per "boccature", mancano anche quelle per dare "promozioni".

Va dato indubbiamente merito al sistema Italia di avere risposto alla prima ondata più tempestivamente di quanto abbiano fatto altri Paesi europei (dimenticando, volutamente, i regimi negazionisti dall'altra parte degli oceani); ma è altrettanto vero che nel caso della seconda ondata abbiamo commesso lo stesso errore, perdendo settimane importanti, crogiolandoci nell'illusione di esserci guadagnati nella prima fase qualche vantaggio rispetto agli altri Paesi.

I dati con cui oggi ci presentiamo agli occhi del mondo dovrebbero, invece, imporci qualche domanda; basti vedere che i due sistemi più tipicamente Beveridgiani (noi e UK) sono purtroppo affratellati dai più alti tassi di letalità per COVID-19; con l'"aggravante" per noi, che il dato non è neppure "giustificabile" con la fase inizialmente negazionista del Regno Unito.

La questione viene sempre liquidata in modo frettoloso, con frasi dette "a mezza bocca", che la attribuiscono alla vecchiaia della nostra popolazione.

Applicando i tassi di letalità per fascia di età registrati in Italia alle strutture demografiche dei principali Paesi EU, si scopre, però, che la demografia spiega uno scarto di letalità media di 2/3 decimi di punto percentuale, meno del 5% in termini relativi.

Ed allora la domanda da farsi è in che altro modo possano spiegarsi le statistiche poco performanti di Italia e UK sulla di mortalità; senza pretesa di esauritività, una prima possibilità è che i denominatori (la popolazione contagiata) siano maggiormente sottostimati rispetto agli altri Paesi, avendo fatto "emergere" meno casi; un'altra, è che, in Italia, si ammalino di più gli anziani.

La prima la riteniamo probabile, ma dobbiamo anche ammettere che è un indicatore di cattiva *Performance* di sistema; la seconda è più difficilmente spiegabile: se dovesse, per esempio, essere frutto della nostra carenza di assistenza domiciliare, sarebbe di nuovo un indicatore di cattiva *Performance*

di sistema.

Se, poi, ci aggiungiamo le file ai *drive in*, i posti letto di terapia intensiva che dovevano essere aperti ma sono rimasti sulla carta, l'incapacità di garantire un approvvigionamento adeguato di vaccini anti-influenzali, bisogna ammettere che molto è stato fatto, ma che non sono neppure mancate *defaillances*.

Per onestà intellettuale, dobbiamo allora imparare a declinare in modo più preciso i nostri "*slogan*": è bello e irrinunciabile, da un punto di vista della giustizia sociale, avere un sistema di copertura pubblica solidaristica e universale; ma ogni altra estrapolazione a una presunta maggiore efficacia o efficienza è una illazione, e come sempre con dati oggettivi.

La gestione in deroga

Fra i punti che riteniamo strutturalmente critici del nostro sistema sanitario pubblico, c'è quello dell'efficienza degli approvvigionamenti di beni e servizi ed anche del reclutamento di personale.

Sebbene i principali osservatori su questo settore ci dicano che i tempi di aggiudicazione delle gare siano in riduzione, anche senza contare i contenziosi, peraltro sempre troppo diffusi, siamo ancora su tempi medi molto vicini ai sei mesi. Viene voglia di dire che se per acquistare qualcosa serve metà di un anno, vuol dire che non serve davvero.

Si tratta di tempistiche inconciliabili con le esigenze dell'emergenza: non a caso, si è subito deciso di intervenire affinché le Aziende potessero operare "in deroga".

Al di là dell'emergenza, l'idea è maturata grazie ad un terreno fertile inaugurato, forse, con la ricostruzione del Ponte Morandi a Genova che, in condizioni "normali", certamente non sarebbe stato realizzabile nei tempi *record* che abbiamo sperimentato.

È stato da più parti affermato che in Italia nulla si riesce a fare a causa di una burocrazia "elefantica" che, di fatto, blocca ogni volontà di "fare"; questa affermazione sconta un atteggiamento culturale che tende a ricercare sempre un capro espiatorio: tanto che ormai il termine "burocrazia" ha assunto un significato sostanzialmente negativo, che non sarebbe

nella sua etimologia.

Anche in questo caso, la domanda è che cosa si intenda sostenere dicendo che la burocrazia è un freno per il Paese: a ben vedere, l'affermazione non poggia su una vera diagnosi del problema. Le opzioni rimangono molteplici: una prima possibilità è che la burocrazia freni i processi, pur svolti correttamente, perché è ormai un "corpo" ostile dello Stato; ma una seconda possibilità è che la norma non sia correttamente impostata e, ad esempio, generi confusione e/o un atteggiamento di "amministrazione difensiva" (e in Sanità sappiamo quanto può costare la medicina difensiva); una terza è che altre Istituzioni (ad esempio il sistema giudiziario) non funzionino a dovere, minando il buon funzionamento delle norme; una quarta è che sia carente la formazione degli attori impegnati nei meccanismi di approvvigionamento; e potremmo probabilmente continuare a lungo.

La questione, quindi, non può essere liquidata con la semplice identificazione di un capro espiatorio (per quanto virtuale). Ne è riprova che, nella prima fase della pandemia, la possibilità di operare in deroga ha certamente permesso di realizzare riorganizzazioni aziendali altrimenti impensabili; ma anche che, già dopo pochi mesi, si cominciano a ripresentare i soliti "colli di bottiglia" che ben conosciamo.

L'emergenza ci dovrebbe, in definitiva, obbligare a riflettere sulle regole con cui vogliamo gestire il SSN nel futuro. Appare doveroso interrogarsi se sia vero che le norme in deroga sono l'unico modo per le aziende pubbliche di essere efficienti e, quindi, debbano essere mantenute come sono; oppure se debbano essere abolite, in tutto o in parte: e, in quest'ultimo caso, quali siano le "parti" che meritano di diventare "norma".

In altri termini, l'emergenza ha definitivamente posto in primo piano la questione della possibilità (o meno) per il *management* delle aziende pubbliche di perseguire una adeguata efficienza con l'assetto giuridico-istituzionale esistente. Un sistema la cui amministrazione non riesce a funzionare con tempi ragionevoli e certezze di risultato, è destinato a soccombere o a generare costi molto rilevanti per la Società.

Finanziamento fra costi *standard* e *sottostima*

In tema di assetto istituzionale del SSN, non ci si può poi esimere dal ragionare di finanziamento.

Con grande disinvoltura, siamo passati da una liturgia che assiomaticamente declamava la sufficienza del finanziamento, ad una che, altrettanto assiomaticamente, sconta la sua insufficienza.

Per la verità, come abbiamo argomentato in precedenti edizioni del Rapporto, nel primo caso, un tentativo di supporto alla tesi era stato fatto: la vicenda politico-istituzionale che ha portato al Decreto Legislativo n. 68/2011 sui costi *standard*, può essere letta come un tentativo di dare una sorta di supporto scientifico all'idea che il disavanzo finanziario fosse frutto di inefficienze regionali e non di un sottofinanziamento centrale (il tutto basato sullo *slogan* secondo il quale, se una Regione riesce ad essere in pareggio con il finanziamento riconosciuto, devono poterci riuscire anche le altre, aumentando la loro efficienza). Esula dagli obiettivi di questo contributo, riproporre per esteso le ragioni per cui lo *slogan* non assurge a "evidenza scientifica" di adeguatezza del finanziamento.

Invece, vale la pena di sottolineare che non abbiamo sinora acquisito alcuna nuova evidenza a supporto della tesi dell'insufficienza.

Possiamo anche notare che attribuire le difficoltà di contrasto alla pandemia, con un insufficiente finanziamento negli anni precedenti, è quanto meno velleitario: sebbene manchi un controfattuale, appare piuttosto improbabile che più risorse negli anni precedenti si sarebbero trasformate in posti letto di terapia intensiva, o in un maggiore sviluppo del territorio (sui cui non si è mai investito, ma non tanto per reale mancanza di risorse, quanto per assenza di una strategia condivisa sui termini del suo sviluppo).

Uno degli insegnamenti più chiari dell'emergenza in corso è che la misura del finanziamento è una scelta eminentemente politica: basti dire che nel 2020 è stato dato al SSN un finanziamento aggiuntivo (si veda il Capitolo 2) maggiore di quello ottenuto nei 5 anni precedenti.

La natura politica della scelta è evidente anche

dalla considerazione di quanto da anni il Rapporto segnala relativamente al fatto che, a partire dagli anni del risanamento finanziario, ovvero dell'inaugurazione dei Piani di Rientro, siamo passati da una quota di finanziamento pubblico italiano in linea con quello dei Paesi dell'EU originaria (EU-ante 1995), ad essere sotto il livello medio dei Paesi (in larga parte dell'est EU) entrati dopo il 1995 (si veda ancora il Capitolo 2).

Potremmo sintetizzare la questione dicendo che le scelte di politica economica che hanno guidato il Paese nell'ultimo ventennio (e oltre) ci hanno portato a passare dal gruppo dei Paesi "*Welfare driven*" a quello dei Paesi guidati dalla esigenza di privilegiare la crescita della produttività.

Salute ed Economia

A supporto oggettivo dell'opportunità di operare un rifinanziamento del SSN, dal punto di vista quantitativo si può proporre l'evidenza di una spesa ormai drammaticamente inferiore ai nostri principali partner EU (si rimanda al Capitolo 3 per i dettagli).

Inoltre, da un punto di vista "qualitativo", sembra sia maturata una nuova consapevolezza nell'opinione pubblica sul fatto che la salute sia condizione necessaria per lo sviluppo economico.

Il dubbio è quanto durerà questa consapevolezza (abbiamo una opinione pubblica che non brilla per memoria storica); quanto ne rimarrà è probabilmente funzione dell'uso che faremo di questo insperato "bonus".

Ragionevolmente, se sapremo coniugare politiche assistenziali e politiche industriali, potremo sperare che si consolidi la percezione che "la spesa sanitaria non è un costo ma un investimento" (tanto per usare un altro *slogan*, peraltro spesso abusato); in caso contrario, è facile immaginare che in breve la Sanità tornerà nell'alveo dei settori percepiti come fonte di spreco e malversazione.

Questo implica la responsabilità politica di saper inserire nella *vision* sul futuro del SSN, il perseguimento di un coordinamento stretto fra Ministero della Salute e gli altri dicasteri, ad iniziare dallo Sviluppo

Economico e a seguire con l'Ambiente: facendo davvero diventare la Salute un elemento fondante di tutte le politiche.

Investimenti

Le note precedenti ci portano a quello che è in prospettiva il nodo essenziale da sciogliere, nonché il banco di prova delle politiche sanitarie dei prossimi anni: ovvero il piano degli investimenti che saranno resi possibili dal rifinanziamento del SSN.

Ad oggi le misure prese appaiono in buona sostanza reattive, fundamentalmente risposte per fronteggiare la pandemia.

L'arrivo, probabile, sebbene non scontato, delle risorse del *Recovery Fund* porranno però un problema sia di *vision*, che poi di programmazione degli interventi.

Appare opportuno propedeuticamente richiamare l'attenzione sul fatto che le risorse in arrivo non sono completamente a fondo perduto: aumenterà, quindi, il debito.

Si tratta di un tema che sembra essere in questo momento preda di una rimozione collettiva; pur non sposando le tesi rigoriste ad ogni costo, che a volte sono state persino sostenute a scapito della possibilità di sostenere gli investimenti necessari per il rilancio dell'economia italiana, non possiamo dimenticare che siamo un Paese fortemente indebitato e anche con una strutturale difficoltà a spendere.

Sul primo punto, vale la pena di aggiungere (si vedano i capitoli 2, 4 e 9 del Rapporto) che il (quasi) raggiunto equilibrio finanziario regge su circa € 4 mld. di compartecipazioni, il cui onere è distribuito in modo largamente iniquo, ed è anche fonte di impoverimento (nuovamente in aumento); con l'aggravante che l'impianto solidaristico del SSN non riesce più a compensare le disuguaglianze che si creano sul versante della spesa privata: è paradigmatico che, dove anche si osserva un'apparente riduzione delle disuguaglianze, come nel caso dei consumi privati per quintili di consumo, la ragione è una crescita più rapida della spesa sanitaria a carico delle famiglie meno abbienti, oltretutto a scapito degli altri consu-

mi.

Sul secondo punto, riteniamo che, ancora una volta, la richiamata difficoltà nazionale a spendere, possa farsi risalire ad una insufficiente capacità di trasformare la *vision* (quando c'è) in progettualità, ovvero in reali opportunità di investimento.

Più correttamente, andrebbe specificato in opportunità di “buoni” investimenti: perché un investimento che non rende è meglio non farlo, in quanto sarebbe incompatibile con la possibilità di restituzione del debito.

In altri termini, nello scenario che ci si propone per i prossimi mesi/anni, gli investimenti che saranno resi possibili implicheranno una crescita del debito, che è onorabile solo se gli investimenti saranno capaci di ridurre, a parità di servizi erogati, la spesa corrente (tra l'altro finanziabile solo se accessoria e funzionale agli investimenti stessi).

Ad oggi, le poche indiscrezioni disponibili, a parte la proposta di costituire l'ennesimo “comitato”, sembrano indicare la volontà di destinare circa il 50% delle risorse all'edilizia sanitaria.

Il parco delle nostre strutture tende certamente all'obsolescenza, e la scelta di privilegiare questo tipo di finanziamento è certamente quella che viene in mente con più immediatezza. Sarebbe, però, colpevole pensare che basti avere strutture tecnologicamente “aggiornate” per aumentare in modo significativo l'efficienza del sistema.

Serve una nuova capacità progettuale, basata come più volte richiamato, sulla flessibilità, capace di precorrere nuovi modi di lavorare in Sanità e nuovi modelli di rapporto fra strutture di ricovero e territorio (tema che riprenderemo oltre).

Nella valutazione delle destinazioni del *Recovery Fund*, va approfondito anche il capitolo dell'ICT e quindi dell'*e-health* (comprendendo in tale termine, per comodità, tutte la moltitudine di applicazioni delle tecnologie dell'ICT alla Sanità).

Si tratta di un'altra sfida che richiede *vision*: in particolare, sull'impatto della “digitalizzazione” sul SSN; pensare di potersi ancora limitare a finanziare qualche progetto più o meno diffuso di Telemedicina, o rivitalizzare l'ormai vetusto progetto della cartella informatizzata, sarebbe una strategia perden-

te. Le tecnologie avanzano a ritmi impressionanti, e bisognerà avere la capacità di anticipare le opportunità create da quelle che arriveranno sul mercato nei prossimi 5 anni, evitando di implementare quelle vecchie di 5/10, con la speranza di recuperare un tempo perduto che, evidentemente, non tornerà, perché saranno presto obsolete.

Infine, un capitolo che ci sembra meritorio prevedere è quello del potenziamento delle strutture di ricerca nell'ambito del SSN, che è condizione necessaria per sviluppare un terreno fertile alle collaborazioni con le industrie del settore, rappresentando quindi la necessaria cerniera fra politiche assistenziali e industriali.

In sintesi, serve capacità di visione, per progettare la Sanità che “sarà”; serve, anche, la capacità di trasformarla poi in progettualità realizzabili.

Sarebbe, quindi, auspicabile vedere una inversione di tendenza: nel passato si è spesso operato allocando ex ante le risorse su macro capitoli di intervento, per poi distribuirle sulla base di qualche procedura competitiva (generando silos senza osmosi fra loro e, più di qualche volta, erogazioni a pioggia); sarebbe invece preferibile partire da una gara di idee, tesa a disegnare una compiuta *vision* del futuro sistema sanitario; sulla base di quella, si possono chiamare gli attori del sistema a presentare progettualità, allocando le risorse sulla base di una prioritizzazione esplicita dei rendimenti sociali attesi delle varie alternative progettuali.

Politiche del personale

Gli investimenti rimangono certamente il banco di prova della politica sanitaria, ma non ci si può esimere dal proporre qualche riflessione sulla questione del personale che, pur facendo parte del capitolo della gestione della spesa corrente, è senza ombra di dubbio un elemento chiave del funzionamento del SSN.

Anche in questo caso sono emersi repentini cambiamenti di impostazione, che rischiano di essere perseguiti in assenza di una oggettiva valutazione della situazione.

Esiste, evidentemente, una contraddizione rilevante fra la necessità di soddisfare bisogni immediati derivanti dall'emergenza e la costituzione di uno scenario sostenibile in prospettiva.

Da una parte, abbiamo rischiato, e il pericolo non è del tutto passato, di avere pensato di poter fronteggiare l'emergenza aumentando i posti letto, senza considerare che il vero collo di bottiglia, organizzativamente parlando, è pur sempre il personale sanitario.

Il problema è (forse) quantitativo, ma certamente qualitativo: si è operato con massicce assunzioni, pare oltre 36.000 unità, ma poco è stato fatto per adeguare gli organici esistenti alle nuove condizioni operative.

Ovviamente per formare un rianimatore ci vogliono tempi incompatibili con l'emergenza, ma sarebbe stato ad esempio auspicabile usare i mesi estivi per formare in maniera generalizzata il personale che oggi viene mandato in prima linea ad assistere i pazienti COVID.

Di fatto ha prevalso la dimensione “quantitativa”, che ha trovato giustificazione in una lettura quanto meno parziale dei dati.

Rimandando anche in questo caso al 15° Rapporto Sanità (si veda il Capitolo 3b) e anche al Capitolo 3b di questo volume per l'aggiornamento delle analisi, non c'è dubbio che le unità di personale dipendente siano diminuite per effetto di anni di vincoli (sia sulle assunzioni sia sulla spesa, quest'ultimo vincolo essendo stato, peraltro, ampiamente disatteso).

Anche senza considerare che, in parte, la riduzione è stata compensata da altre forme di lavoro non dipendente, possiamo osservare che il “depauperamento” si concentra nelle Regioni meridionali e nelle strutture non di ricovero (possiamo dire nel “territorio”, che pure sulla carta si vorrebbe potenziare).

Le analisi condotte l'anno scorso dimostrano, poi, che nelle strutture di ricovero, pur in presenza di una diminuzione di unità dipendenti, negli ultimi 5 anni è aumentata la dotazione per giornata di ricovero.

Ovviamente, nel frattempo, una parte della tradizionale attività di ricovero si è trasformata in attività specialistica ambulatoriale, il cui incremento reale è però difficilmente stimabile.

A completamento di quelle analisi, quest'anno il Rapporto rileva come le dotazioni di personale italiane, confrontate con quelle degli altri *partner* EU, risultano chiaramente inferiori per gli infermieri, ma non significativamente inferiori per i medici.

Il combinato disposto di queste analisi sembra confermare che esiste un problema “quantitativo”, per lo più concentrato sulla funzione infermieristica, ma principalmente esiste un problema qualitativo: ovvero un problema di reclutamento per specifiche figure specialistiche, che chiama in causa il percorso di formazione; un problema di ridefinizione delle competenze fra figure professionali; e anche un problema di riorganizzazione delle varie professioni sul territorio.

Accettando l'approccio, si pone conseguentemente il tema dell'adeguatezza delle politiche in atto: è discutibile che sia meglio utilizzare le risorse disponibili per ampliare indiscriminatamente l'organico, quando sarebbe possibile aumentare la produttività dell'organico esistente, motivandolo mediante incentivi, formazione, nonché riorganizzazione delle modalità di collaborazione.

Ad oggi, nella suddivisione delle risorse fra nuove assunzioni e incentivazioni, sembra invece avere prevalso nettamente la prima voce; se in emergenza può essere (pur rimanendo qualche perplessità) accettabile, non lo è di certo in prospettiva; reiteriamo, allora, il monito già espresso nel precedente Rapporto: attenzione a non investire in formazione di professionisti, senza avere creato le condizioni per evitare fughe in altri Paesi, dove le remunerazioni e le condizioni di lavoro e sviluppo professionale sono più appetibili.

Lo sviluppo del territorio

Da ultimo, non potevamo tralasciare il tema del “territorio”. La quantità di proclami sull'importanza di potenziare il territorio, ma anche di conseguente normazione, risulta imbarazzante se paragonata agli effetti pratici, come dimostrato dal fatto che rimane il punto debole del nostro SSN.

Sul tema la condivisione è apparentemente totale:

ma probabilmente si ferma al principio; se nessuno nega l'importanza di un potenziamento del cosiddetto "territorio", come questa debba avvenire rimane oscuro; in parte per carenza di una *vision* condivisa sul rapporto che si vuole instaurare fra le varie soluzioni assistenziali; in parte per una rimozione collettiva (da cui stiamo ora timidamente uscendo) su alcuni argomenti considerati politicamente spinosi: primo fra tutti quello dell'incardinamento istituzionale di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), ma anche degli infermieri.

Andando in ordine, da anni il Rapporto evidenzia come il principale ostacolo al potenziamento del "territorio" sia la mancanza di una condivisione sui modelli organizzativi; di fatto, ancora una volta possiamo classificarla come una mancanza di *vision* su cosa debba essere l'alternativa all'ospedale nel SSN.

Questa insufficiente elaborazione è tangibile già dal nome: "territorio" ha un significato che non evoca alcunché: al più è traducibile come "tutto ciò che non è ospedale".

Appare piuttosto evidente che sviluppare qualcosa che si riesce a definire solo per esclusione, è partita persa in partenza.

Nel Rapporto abbiamo sempre preferito parlare di Assistenza Primaria: termine più corretto, e declinabile in positivo, ma purtroppo anch'esso ormai forse superato dall'evoluzione della medicina.

Dell'assistenza primaria fa, infatti, parte certamente anche l'attività specialistica (e la stessa medicina generale ha senso di esistere solo se è "specialistica", rispetto a specifiche esigenze della popolazione): attività primaria e secondaria sono ormai un continuum, sostanzialmente senza soluzione di continuità.

Andrebbe allora sviluppata, a maggior ragione in una fase che sembra preludere a significativi investimenti strutturali, una riflessione sul tema del rapporto fra "Ospedale" e "Territorio", prendendo atto che, come l'esperienza che stiamo vivendo sembra indicare, non ha più senso pensare alle due categorie in termini alternativi e quasi conflittuali; e neppure in termini gerarchici. Rimandando per i dettagli al Capitolo 10b, in cui sintetizziamo una indagine ad hoc svolta da C.R.E.A. Sanità sullo sviluppo delle Case

della Salute, sembra doveroso segnalare che le strutture "intermedie" stentano a decollare, almeno a diventare quel luogo di riferimento della popolazione che si vorrebbe: forse perché stiamo generando una moltiplicazione di "luoghi" o di "riferimenti" che dir si voglia, creando confusione nell'utenza; forse perché il loro posizionamento organizzativo non è chiaro, finendo per rimanere *setting* assistenziali avulsi dalle logiche con cui, con le tecnologie attuali, si sviluppano i percorsi diagnostico-terapeutici.

In altri termini, e con un eccesso di semplificazione, ci sembra che sia lecito domandarsi se la strategia vincente sia spostare tecnologie in strutture sul territorio, oppure usare le tecnologie per non far spostare le persone dal proprio domicilio. Ovviamente la questione è più complessa di come l'abbiamo posta, e la risposta dipende, fra l'altro, dal tipo di tecnologia e di paziente.

Sembra, però, quanto meno doveroso provare a immaginare un sistema in cui, rinunciando ad alcuni ideologismi, si riconosce all'ospedale la sua funzione di polo di attrazione di fatto, intorno al quale si sviluppano (o dovrebbero svilupparsi) servizi di ricovero, ma anche di prevenzione, diagnosi, assistenza domiciliare; semplificando, un sistema di offerta integrato, in cui "territorio" e ospedale siano un tutt'uno che si concentra sulla soddisfazione dei bisogni dei pazienti.

Questo schema implica il ripensamento delle funzioni, se non addirittura della utilità dei distretti: il disegno che gli attribuisce una funzione di coordinamento fra servizi, ha senso se si riferisce alla pianificazione e programmazione dell'offerta; appare sostanzialmente inutile se si riferisce alla funzione di smistamento dei bisogni dei pazienti, sia perché questa è ragionevole che rimanga legata al rapporto fiduciario fra paziente e professionista sia perché, per gli aspetti operativi, quale quello delle prenotazioni, l'attuale disponibilità di tecnologie informatiche permette già una gestione diretta e distribuita della funzione.

Come anticipato, l'altra questione in cerca di soluzione è il superamento di una frattura carsica che si è generata nel sistema, fra chi vuole superare il rapporto convenzionale dei MMG e PLS e chi vuole

le mantenerla; a cui segue quella della domanda di come organizzare l'assistenza infermieristica sul territorio.

Probabilmente il tema della dipendenza/convenzione è mal posto: se il tema è il "controllo" si fa fatica a capire perché un dipendente debba essere più governabile di un professionista convenzionato (i dubbi che sia più condizionabile sono più che leciti, vista la difficoltà di licenziamento); se il tema è che le differenze di trattamento fra dipendenti e convenzionati sono ingiustificate, ha ovviamente un senso, e ne vanno valutate le possibilità di superamento; se il tema è ideologico, allora va approfondito seriamente che significhi e che valore normativo abbia la questione del rapporto fiduciario.

Quello che pare certo, è che non sia accettabile un sistema in cui non c'è rapporto fra la funzione della medicina di base e gli altri *setting*. Il tema non è solo, e non tanto, l'aggregazione dei professionisti, quanto la loro integrazione con gli altri servizi.

Questo vale in prospettiva anche per gli infermieri; che possano avere una funzione essenziale per lo sviluppo del territorio non c'è dubbio: ma non è chiaro come si deve esplicitare. Per quanto detto a proposito delle politiche sul personale, non si tratta di fornire di aiuti di studio i medici, secondo uno schema superato che vede gli infermieri in una posizione professionalmente subordinata; si tratta piuttosto di ridefinire ruoli e compiti e decidere come essi debbano integrarsi, anche da un punto di vista organizzativo.

L'esperienza delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) è stata ampiamente apprezzata in fase emergenziale, ma non sembra possa essere una soluzione definitiva (tanto più che, non a caso, sono appunto chiamate Unità Speciali): si tratta di capire quali funzioni debbano essere svolte dagli "infermieri di famiglia" e come queste attività debbano organizzarsi.

Riflessioni finali

L'emergenza COVID-19 ha inevitabilmente creato consapevolezza su alcuni pregi e anche alcuni limiti del SSN; limiti, peraltro, noti da tempo.

Abbiamo argomentato sul perché, alla luce delle varie analisi contenute nel volume, riteniamo che l'inerzia delle politiche sanitarie degli ultimi anni, ovvero il fallimento di alcune politiche rimaste meramente sulla carta, sia in larga misura ascrivibile ad una mancanza di *vision* senza la quale, abbiamo anche valutato che il rischio maggiore è quello di rimanere schiavi di una continua gestione in emergenza del sistema sanitario, che comporta costi economici e umani.

Il momento è topico, per effetto del probabile arrivo di ingenti risorse per la Sanità: ma senza una chiara progettualità, con un adeguato orizzonte temporale, il rischio di sprecare le risorse con investimenti sbagliati è forte e rappresenterebbe un suicidio per il SSN.

Dobbiamo senza dubbio investire non per mantenere l'esistente, che ha dimostrato limiti importanti, bensì per creare le condizioni di una transizione verso un modello di servizio sanitario per il futuro, che sarà adeguato anche fra 5 o 10 anni.

Per fare ciò, ribadiamo, è necessario avere una *vision* strutturata, che può essere costruita solo con un apporto corale di idee (qualcuna abbiamo modestamente provato a proporla nel Rapporto); è anche necessario uscire da un diffuso conformismo, che si nasconde dietro *slogan* a volte ondivaghi e spesso non supportati da evidenza scientifica; ed infine la consapevolezza che una programmazione efficace ed efficiente è quella che parte da una *vision* del sistema: *vision* che oggi può e deve arricchirsi con le numerose indicazioni che l'emergenza ci ha fornito, mettendo a nudo le debolezze del SSN, ma anche i suoi pregi.

Beyond the emergency: looking for a “new” NHS vision

Beyond the emergency: looking for a “new” NHS vision

The 16th Health Report, drawn up by C.R.E.A. Sanità researchers, with the contribution of competent colleagues, is going to print at the end of 2020, a year characterized by the COVID-19 emergency.

The pandemic has such an extent it will probably mark social evolution at global level: it is, therefore, impossible to disregard its impact and consequences.

We must, however, warn that, despite the Report is published at the end of the year, in view of developing the analyses it contains, we must at best make do with the data from the previous year. In other words, the 2020 Report is at best a complete analysis of the final data for 2019.

The introduction warns readers that, in general terms, the phenomena described in the 2020 Report, refer necessarily to the pre-COVID-19 period. Nevertheless, we did not want and could not shirk the responsibility of analysing the first effects of the pandemic, albeit with provisional, (very) partial data and, therefore, subject to change or be denied later on.

The issue of “data” is a matter to be examined before entering into the in-depth analysis made in the Report: it is not, in fact, a mere academic issue, as it involves rather essential aspects of the health system governance (as well as other issues).

Although it is widely shared that the quantitative amount of data available in Healthcare is impressive and unparalleled in the Public Administration, some doubts can be raised about their quality and finalisation.

For example, the very low timeliness of data, already mentioned above, makes it often useless to support decision-making processes. The institutional nature of data, which obliges us to make a thorough

validation, renders data useless in practice. In other words, the wealth of information available is frequently used to describe phenomena *ex post*, but certainly not for planning and programming, especially in the short term.

The lack of timeliness also undermines the accountability of the system: checking public performance when much, or sometimes everything, has presumably already changed, in terms of institutional set-up, managerial responsibilities, etc., is basically a purely academic exercise.

The reasons for the “waste” of this wealth of information lie in the persistence of various misunderstandings and limitations in the approach. By way of example, we can mention:

- the lack of culture about the “public good” nature of data;
- the lack of statistical culture;
- the scarce coordination between instruments and goals.

On the first point, it should be recalled that data “transparency” and “open data” management are founding values of democratic societies, as well as an absolutely winning model. This is also demonstrated by the worldwide experience gained for the fast development of COVID-19 vaccines, which has been possible also thanks to free access to databases, which encourages research and the production of innovation.

On the second point, as the Report has been long pointing out, we must complain that the health information system seems to know no other approach than the administrative one, clearly based on a mere census-style collection of information, in a logic of mere satisfaction of “information debt” to some other institutional level, with all the limits of inefficiency that this approach has.

On the third point, closely related to the second one, we cannot avoid noting that, for instruments to be proportionate to goals, we need to analyse and explain which goals are to be pursued as a priority. For example, in spite of the traditional focus on making the system “efficient”, the persistent discrepancy between data on the use of resources and data on morbidity and outcome (also connected to questionable issues relating to ensuring privacy), frustrates any sensible evaluation.

The weaknesses and “flaws” of the information systems were confirmed also during the pandemic phase. Obviously it was immediately clear that the emergency could not be tackled without monitoring infections and the impact on services. While acknowledging that monitoring has been quickly implemented on the quality of data produced, as well as on its dissemination, some doubts can be raised.

In fact, databases have not been made accessible, but only a few indicators, thus making an independent and in-depth analysis of the current phenomena complex, at the very least. The aim of the system (reasonable, but not necessarily the only one that can be pursued) has been that of measuring the risk of saturation of the production ability of the hospital care system, albeit in the presence of some uncertainties on the supply side, i.e. the (intensive care and non-intensive care) beds actually available and operational.

The measurements of infection trends seem, in fact, to have substantial limits, starting from the fact that there has not been the ability, and probably the possibility, to estimate the “denominator”, i.e. the real number of infections underway, on which the assumptions circulated (also at international level) have been so variable as to be completely misleading.

The available data is, in fact, biased by the evolution of monitoring activity, first of all by the number of swabs done for Covid-19 testing and, also, by a lack of transparency on the nature of swabs done (initial or control testing, etc.).

Moreover, in some way the aspect of data communication, which is also part of the information system governance, seems to have been neglected. This is evidenced by the fact that, many months after

the outbreak of the pandemic, the data disseminated is still frequently commented on the media without taking due account of the changes in “denominators”, nor of the variability of the weekly cycle in swab testing.

It is not surprising, therefore, that in such a context, the analyses made on the available data have mostly been confined to the description of the phenomena in progress, with some recommendations, based on personal opinions, on what to do in terms of mitigation measures - different opinions that have often been confusing and misleading for the public.

For the purposes of supporting the decision-making process, in the end everything (or much) was focused on two data: bed saturation and the infection spread index (the now “notorious” Rt).

The first data, particularly the one referring to intensive care, seems to be the most “statistically” reliable, as it is “filtered” by clinical decisions that we can somehow assume to be standardized, although potentially biased by the bed supply and patients’ average age.

The second one, although resulting from a largely consolidated approach on a scientific level, seems instead to have the limit of being “late” with respect to the need for orienting political decisions in a timely manner.

Therefore, moving away from a purely emergency logic (albeit the emergency is not over), it would be desirable to open a wider debate on the quality and usability of the available data, with a view to orienting political decisions, as well as planning and programming, more precisely and promptly.

Planning and programming without vision

The long premise is intentionally functional to discuss vision, as well as planning and programming, two issues which are essential in complex systems (such as healthcare).

The issue of “data” is relevant because there is an inseparable “one to one” relationship between vision and information system structure, as well as between

collected evidence, planning and programming.

It is also essential to recall that effective planning and programming require prior strategic vision, without which it is not possible to define the goals to be pursued and hence the targets with which to measure effectiveness and efficiency.

As customary, the Report precisely evaluates the strategies developed in healthcare and the adequacy of the resulting planning and programming. Moreover, this year it cannot avoid dealing with the food for thought and challenges posed by the pandemic.

A first consideration, stemming from the fact that both the information system and the responses to the pandemic were the result of an emergency intervention, is that the outbreak of a pandemic was clearly not in the vision of the National Health Service (NHS) (as probably in no other health system's vision) and hence the necessary "responses" had not been planned.

Moreover, it is easy to fall into the trap of merely managing the emergency, precisely because of a lack of vision, planning and programming. However, it is a failure causing very significant human and economic costs.

During the first pandemic phase, the (recurring) rhetoric of the national ability to manage the emergency was widely paraded. While acknowledging that the extent and severity of the pandemic were probably unpredictable, it must be admitted that the weaknesses of the system, which immediately became tragically evident, were already widely known and therefore not fully inevitable.

In other words, the lack of operational plans, suitably worked out to deal with possible pandemic crises, can be considered evidence of a lack of vision. While reiterating that every mitigating circumstance must be considered, given the extent and severity of the pandemic's evolution, we must note that, more or less every year, the Italian hospital system had already given signs of being put under strain by recurring seasonal influenza. But those signs were underestimated, if not ignored, probably because there was no real awareness of the fact that emergencies on a larger scale would be possible.

Technical efficiency and allocative efficiency

The existence of a widespread misunderstanding, evidenced with the COVID-19 emergency, between the pursuit of technical efficiency and allocative efficiency may also be due to a break in continuity of the process linking vision, planning and programming.

The almost thirty years of somehow spasmodic search for the system financial recovery has led to minimising the system's unused capacity. It goes without saying, however, that this policy reduces the "one to one" to cope with any "unforeseen" events.

There was full awareness of the trade-off due to the shortage of beds during the emergency.

What should make us reflect is that above mentioned data was, indeed, available, and this leads us to wonder why the issue was neglected.

Dehospitalization has been a "must" of health policies in recent decades. There can be no doubt about the correctness of this approach, insofar as the need to develop primary care continues to prevail because it is considered the only possible response to the change in needs caused by the ageing of population, the spread of chronic illnesses and above all the change of family structures. It should be added that the change of needs is also driven by innovation, which implies an increasing availability of treatment opportunities and options.

Nevertheless, when a right demand, such as de-hospitalisation, is combined with a more "political" objective, such as savings, there may be the risk of proceeding blind-folded with "a blinkered vision and blinkered solutions". For example, in the 2019 Report (see Chapter 6 for an update of data), it was pointed out that Italy had become – at an extraordinarily quick pace (and, hence, somehow also "inexplicably") – the European (EU) country with the lowest rate of hospitalisation, with a very significant gap compared to the other countries. The Report also warned that the evolution had taken place in a country characterised by the high average age of its population, and without a concurrent development of alternative services to hospitalisation primary care.

Therefore, we believe there were sufficient facts for prompting a reflection on health policy priorities in this field.

Instead, the national health policy has remained deaf and indifferent to warnings. This inertia can still be attributed to a lack of vision, which has led to an uncritical re-implementation of existing policies, but also to a lack of monitoring instruments capable of detecting possible problems, such as the risk of supply saturation.

The lack of vision also underlies the risk of falling into the trap of making the opposite mistake, i.e. increasing production capacity out of all proportion, with the dual effect of overburdening the system with future improper charges and of not really solving the problem.

A very topical case in point is the increase in the number of intensive care beds. This was obviously unavoidable in the emergency phase, but it risks recoiling with a boomerang effect, insofar as their doubling implies - in conditions of return to normalcy - a halving of employment rates which, in the pre-COVID-19 phase, were already not very high (less than 50%, based on the available data). In the future we can fear two scenarios: either the beds will be "equipped" and matched with the staff and all the accessory resources to make them 100% operational, thus generating a burden that is hard to sustain in the medium-long term, or (as may happen), over time resources will be cut to reduce costs, thus leaving only the technological infrastructure in place, with the end result that, when needed, there will be no beds that can be activated in a timely manner. It is like buying snowploughs in a city where it snows once every 20 years, only to find out that when they are needed they do not work, because they have been unused for too many years.

The comparison with the availability of beds in Germany, which is frequently mentioned, seems completely inappropriate: in fact, we do not consider that Germany spends 54% more than Italy on public health, in per-capita terms: a level of current spending that remains absolutely impossible for Italy to pursue in the short to medium term.

Resilience vs flexibility

At a time when the word "resilience" seems to have become particularly fashionable even in Healthcare, a proper vision should rather adopt the word "flexibility" as a guiding principle: sustainability (which is not a resolved issue, as we will see below) requires a modernisation of our structures and organisations, capable of making them "adaptable" to future more or less unforeseen "anomalies" in the evolution of needs without, however, falling into the trap of a proliferation of excess production capacity.

In more academic terms, allocative and technical efficiency must be put on an equal footing, albeit raising awareness of the importance of the former (which can be achieved with flexibility) and not neglecting the latter.

In the NHS vision, flexibility (which is somehow a proactive aspect of resilience) should be a primary objective. The challenge will be to turn one of the most moderate Health Services in the world into the most flexible one.

The performance of Beveridge systems

The reference to resilience leads us to re-evaluate another slogan that prevailed in the first phase of the pandemic, i.e. the "superiority" of Italy's NHS.

Obviously, as the Report has always stated, the health protection guaranteed by universalistic access to it is a real and significant achievement of civilisation.

Fortunately, for us Italians it is even hard to think that we can find ourselves alone faced with the economic burden of disease.

While there should be no doubt about the moral superiority of universalistic systems, its immediate translation in terms of greater efficiency is actually to be demonstrated.

For example, claiming that the Italian NHS has responded to the emergency better than other healthcare systems can by no means be taken for granted.

It is too early to provide a response in terms of system performance, but we must admit that, as

there are no reasons to say that the system “has failed”, there are also no reasons to say “it has been a success”.

Undoubtedly, the Italian system should be given credit for having responded to the first wave more promptly and timely than other European countries (deliberately forgetting the regimes denying the existence of the pandemic on the other shores of the oceans). It is equally true, however, that in the case of the second wave we have made the same mistake, wasting important weeks, basking in the illusion of having gained some advantage over the other countries in the first phase of the pandemic.

The data we currently record, instead, should lead to us to raise some questions. Suffice it to say that the two most typically Beveridge systems (Italy and the UK) are unfortunately afflicted by the highest COVID-19 mortality rates, with the “aggravating circumstance” that in Italy this is not even “justifiable” with the initial denial attitude prevailing in the UK.

The issue is always dismissed in a hasty manner, speaking “half-heartedly” and laying the blame on the old age of the Italian population.

Nevertheless, by applying the mortality rates by age group recorded in Italy to the demographic structures of the main EU countries, it turns out that demography explains an average mortality gap of 0.2-0.3%, i.e. less than 5% in relative terms.

Hence the question to be asked is how else can the Italian and UK poor performance statistics on mortality be explained. A first possible answer may be that the denominators (the infected population) are more underestimated than in the other countries, thus making fewer cases “emerge”. Another possible answer may be that, in Italy, the elderly people get the disease more than the rest of the population.

The first answer is likely, but we must also admit that it is an indicator of poor system performance. The second one is more difficult to explain: for example, if it were the result of Italy’s lack of home care, it would again be an indicator of poor system performance.

If we also consider the queues at the drive-in and drive-through areas for testing, as well as the intensive care beds that were supposed to be activated,

but remained only on paper, and the inability to ensure an adequate supply of flu vaccines, we must admit that much has been done, but there have also been weaknesses and failures.

Intellectual honesty requires us to learn how to define our “slogans” more precisely. From a social justice viewpoint, it is nice and even essential to have a solidarity-based and universal public coverage system, but any other consideration relating to an alleged greater effectiveness or efficiency is an inference made with objective data, as usual.

Management envisaging exceptions in these extraordinary circumstances

In our opinion, the most structurally problematic aspects of the Italian public health system include the efficiency of goods and service procurement and also staff recruitment.

Although the main observers tell us that the time needed to award tenders is decreasing in this sector, even without considering disputes and litigation, which are always too widespread, the average time is still almost six months. We could say that if you need half a year to buy something, this means you do not really need it.

These timescales are irreconcilable with the emergency needs: it is no coincidence that it was immediately decided to intervene so that companies could operate “envisaging exceptions in these extraordinary circumstances”.

Over and above the emergency, the idea developed thanks to fertile ground provided probably with the reconstruction of the Morandi Bridge in Genoa which, under “normal” circumstances, could certainly not be built in such record time.

It has been repeatedly said that nothing can be done in Italy because of “bloated” bureaucracy which, in fact, frustrate any willingness to “take action and do something”. This is due to a cultural attitude that tends to always look for a scapegoat, so much so that now the term “bureaucracy” has taken on a substantially negative connotation, which is not justified by its etymology.

In this case, too, the question to be asked is what is meant by saying that bureaucracy is a constraint holding back the country: on closer inspection, the statement is not based on a true analysis of the problem. There are many possible answers to this question: a first one is that bureaucracy is a curb on processes, although carried out properly, because it is now a hostile “body” within the State. A second possible answer, however, is that rules and regulations are not correctly defined, thus generating - for example - confusion and/or an attitude of “defensive administration” (and we all know how much defensive medicine can cost in Healthcare). A third possible answer is that other institutions (for example the judicial system) do not work properly, thus undermining the smooth functioning of rules and regulations. A fourth possible answer is that there is inadequate training of the players involved in supply mechanisms - and we could probably go on for a long time to find other possible explanations.

The issue, therefore, cannot be dismissed by simply identifying a scapegoat (albeit virtual). This is evidenced by the fact that, in the first phase of the pandemic, the possibility of operating with exceptions in those extraordinary circumstances certainly made it possible to carry out provider reorganisations that would otherwise been unthinkable. It is also demonstrated, however, that, after a few months, the usual “bottlenecks”, with which we are all familiar, are beginning to materialize again.

The emergency should ultimately oblige us to reflect on the rules with which we want to manage the NHS in the future. It seems necessary to ask ourselves whether it is true that the exceptions to the rules are the only way for public provider to be efficient and, hence, should be kept as they are, or whether they should be repealed, whole or partly, and, in the latter case, which are the “parts” that deserve to become the “rule”.

In other words, the emergency has definitively brought to the fore the issue of the possibility for public companies’ management to pursue (or not) adequate efficiency with the existing legal-institutional set-up. A system whose administration fails to operate with reasonable timescales and sure results

is bound to die or to generate very high costs for Society.

Funding between standard costs and underestimation

When examining the institutional set-up of the NHS, the funding issue cannot be disregarded.

With great ease, we have shifted from a ritual which axiomatically assumed and paraded funding adequacy to one which, axiomatically as well, states the opposite.

As a matter of fact, h, as argued in previous Reports, in the first case, an attempt was made to support that assumption. The political and institutional events that led to Legislative Decree No. 68/2011 on standard costs can be interpreted as an attempt to corroborate with scientific evidence the idea that the financial deficit was the result of regional inefficiencies and not of central underfunding (all based on the slogan according to which, if one Region manages to break even with the funding granted to it, also the others must be able to do so, by increasing their efficiency). It does not fall within the scope of this Report to repeat and fully examine the reasons why this slogan has no “scientific evidence” in relation to funding adequacy.

Instead, it should be pointed out that so far we have not acquired any new evidence to corroborate the assumption of inadequate funding.

We can also note that laying the blame on past insufficient funding for the difficulties in fighting the pandemic, is at least unrealistic. Although counterfactual evidence is lacking, it seems rather unlikely that more resources in previous years would have turned into intensive care beds, or into greater territorial structures’ development (in which no investment has ever been made, but not so much for a real lack of resources as for the absence of a shared strategy on the terms of their development).

One of the clearest lessons of the current emergency is that the amount of funding is a strictly political choice: suffice it to say that in 2020 the NHS has been provided greater additional funding (see Chap-

ter 2) than the one obtained in the previous 5 years.

The political nature of the choice is also evidenced by the consideration of what the Report has been pointing out for years in relation to the fact that, starting from the years of financial recovery, i.e. the phase of the so-called Recovery Plans to redress deficits, we have shifted from a share of Italian public funding in line with that of the original EU countries (pre-1995 EU), to a share below the average level of the countries (mostly Eastern European countries) that adhered to the EU after 1995 (see Chapter 2).

We could summarise the issue by saying that the economic policy choices that have guided the country over the last twenty years (and even later) have led us to move from the group of “Welfare-driven” countries to the group of countries driven by the need to prioritise productivity growth.

Health and Economy

In view of objectively corroborating the advisability to refinance the NHS, from a quantitative viewpoint we can provide evidence of a now significantly lower spending than our main EU partners (see Chapter 3 for details).

Moreover, from a “qualitative” viewpoint, the public seems to be increasingly aware of the fact that health is a prerequisite for economic development.

The doubt is how long this awareness will last (the Italian public opinion does not shine for historical memory) and this is probably connected to the use we will make of this unexpected “bonus”.

Reasonably, if we are able to combine welfare and industrial policies, we can hope that there will be greater perception that “health spending is not a cost but an investment” (just to use another slogan, which is often overused). Otherwise, it may be easily imagined that, in a short time, Healthcare will be perceived again as a source of waste and mismanagement.

This implies the political responsibility of being able to include - in the future NHS vision - the pursuit of close coordination between the Health Ministry and the other Ministries, starting with the Economic

Development Ministry and following with the Environment Ministry, thus really mainstreaming health in all policies as a mainstay for all of them.

Investments

The considerations made above lead us to examine what is the essential problem to solve, as well as the test case for health policies in the coming years, i.e. the investment plan that will be made possible by the NHS refinancing.

The measures taken so far appear to be largely reactive, basically designed to respond to the pandemic.

The inflow of the Recovery Fund’s resources – although it cannot be taken for granted - will probably pose a problem both in terms of vision and intervention planning and programming.

At preliminary level, it seems appropriate to draw attention to the fact that the incoming resources are not fully non-repayable resources. The debt will therefore increase.

This is an issue that currently everybody seems to neglect, as in a sort of collective forgetfulness. While not supporting the strict austerity approach at any cost, which has been followed at times, even to the detriment of the possibility to back the investment necessary for relaunching the Italian economy, we cannot forget that Italy is a highly indebted country, also with a structural difficulty in spending.

On the first point, it should be added (see Chapters 2, 4 and 9 of the Report) that the (almost) achieved financial balance relies on about 4 billion euros of co-payments and cost-sharing, the burden of which is distributed in a largely inequitable way, and is also source of impoverishment (again on the increase), with the aggravating circumstance that the solidarity-based NHS system is no longer able to offset the inequalities created on the private spending side. It is paradigmatic that, also when there is an apparent reduction in inequalities, as in the case of private consumption per consumption quintile, the reason is a faster growth in healthcare spending by the less affluent households, even to the detriment of

the other types of consumption.

On the second point, we believe that, once again, the aforementioned national difficulty in spending can be explained by an insufficient ability to turn vision (if any) into planning and programming, i.e. into real investment opportunities.

More correctly, they should be defined as “good” investment opportunities, since it is better not to make a non-yielding investment, as it would not be in line with the possibility of repaying debt.

In other words, in the scenario that is proposed for the next months/years, the investment that will be made possible will imply a debt growth, which can be honoured only if investment is able to reduce – for the same level of services - current spending (which can be funded only if ancillary and functional to the investment itself).

To date, the few rumours which are rife, apart from the proposal to set up yet another “committee”, seem to show the willingness to allocate about 50% of resources to healthcare construction.

Italy’s healthcare structures certainly tend to become obsolete, and the choice of favouring this type of financing is certainly the one that comes to mind most immediately. It would be wrong, however, to think that having technologically “updated” structures is enough to increase the system efficiency significantly.

As repeatedly mentioned, a new design ability is needed, based on flexibility, and capable of anticipating new ways of working in Healthcare and new models of relationship between hospitals and territorial facilities (a topic we will examine again later on).

In evaluating the various uses of the Recovery Fund, the Chapter on ICT and hence on e-health (including, for convenience, all the many ICT applications in Healthcare) should also be studied in depth.

It is another challenge that requires vision. With specific reference to the “digitalization” impact on the NHS, thinking that we can still confine ourselves to funding some more or less widespread Telemedicine projects, or revive the now outdated project of electronic medical records, would be a losing strategy. Technologies are advancing at an impressive pace, and we need to be able to anticipate the op-

portunities created by those that will arrive on the market over the next 5 years, thus avoiding implementing the old ones dating back to 5-10 years ago, in the hope of making up for lost time - that will clearly not come back - because they will soon be obsolete.

Finally, a Chapter is also focused on the strengthening of research structures within the NHS, which is a prerequisite to develop fertile ground for collaborations with the industries of the sector, thus serving as the necessary link between welfare and industrial policies.

In short, we need skills and vision to design the Healthcare “of the future” and we also need to be able to turn them into feasible projects.

It would, therefore, be desirable to reverse the trend. In the past, resources have often been allocated ex ante on intervention macro-chapters, and then been distributed on the basis of some competitive procedure (thus generating silos without osmosis between them and often adopting a scattergun approach and subsidizing all and sundry indiscriminately). Instead, it would be preferable to start from a competition of ideas, aimed at designing a comprehensive vision of the future health system. On that basis, the system players can be called upon to put forward projects, allocating resources on the basis of an explicit prioritisation of the expected social returns of the various project alternative options.

Staff policies

Investment certainly remains the testing ground of health policy, but we cannot avoid making some considerations on the staff issue which, although being part of the Chapter on current expenditure management, is undoubtedly a key element of the NHS operation.

In this case, too, sudden changes in approach have emerged, which risk being pursued in the absence of an objective and unbiased assessment of the situation.

There is clearly a significant contradiction between the need to meet immediate requirements arising from the emergency and the establishment of

a sustainable scenario for the future.

On the one hand, we still run the risk of thinking we can cope with the emergency by increasing the number of beds, without considering that the real organisational bottleneck is still the healthcare staffing.

The problem is (probably) quantitative, but certainly qualitative: over 36,000 people have been hired, but little has been done to adapt the existing staff to the new operating conditions.

Obviously, training a resuscitator takes time and this is incompatible with the emergency to be faced. Nevertheless, it would have been desirable, for example, to use the summer months to generally train the staff now sent to the front lines to take care of COVID-19 patients.

The “quantitative” dimension actually prevailed, which was justified by a partial interpretation of data, at the least.

Referring, also in this case, to the 15th Health Report (see Chapter 3b), as well as Chapter 3b of this Report for an update of the analyses made, there is no doubt that the number of employees has decreased as a result of years of constraints (both on recruitment and spending, although the latter constraint has been largely neglected and has remained unmet).

Even without considering that the reduction has partly been offset by forms of work other than employment, we can note that the “depletion” is concentrated in the Southern Regions and in non-hospitalization structures (hence in the “territorial structures” which the Government claims it would like to strengthen).

Furthermore, the analyses made last year show that in the hospitalization structures, despite a decrease in the number of employees, the allocations per hospitalization day have increased over the last 5 years.

Obviously, in the meantime, part of the traditional hospitalization activities has turned into specialist outpatient care, although it is hard to estimate its real increase.

In view of completing those analyses, this year’s Report notes that the Italian staffing levels, compared to those of the other EU partners, are clearly lower for the nursing profession, but not significantly

lower for doctors.

These analyses seem to confirm that there is a “quantitative” problem, mostly concentrated on the nursing profession, but also a mainly qualitative problem, i.e. a problem of recruitment for specific specialist job profiles, which is due to training pathways, as well as a problem of redefining competences among professionals and also a problem of reorganising the various professions at territorial level.

Following this approach, the issue of the adequacy of the policies in place is hence raised: it is questionable that it is better to use the available resources to expand the workforce indiscriminately, when it would be possible to increase the productivity of the existing staff, motivating them through incentives, training and reorganisation of collaboration and working methods.

To date, however, in the allocation of resources between new recruitments and incentives, the former seems to have clearly prevailed. While, in an emergency phase, this may be acceptable (although some doubts remain), this is certainly not the case for the future. Therefore, we reiterate the warning already sounded in the previous Report: be careful not to invest in the training of professionals, without having created the conditions to avoid their fleeing to other countries, where remuneration, working and professional development conditions are more attractive.

The development of primary care

Finally, we cannot disregard the issue of the so-called “territorial structures”. The lip service paid to the importance of strengthening them, but also to the related regulatory aspects, is embarrassing when compared to practical effects, as demonstrated by the fact that this remains the weakness of Italy’s NHS.

Convergence on the subject is only apparent and probably only focused on the principle. While nobody denies the importance of strengthening “territorial structures”, how this should be done remains unclear, partly due to the lack of a shared vision on the relationship we want to establish between the

various care solutions, and partly due to collective forgetfulness (a phenomenon from which we are now gradually coming out) on some topics deemed politically thorny, first and foremost the institutional incardination of General Practitioners and NHS Paediatricians, but also of nurses.

Also in previous editions the Report has highlighted that the main obstacle to the strengthening of “territorial structures” is the lack of a shared view on organisational models. In fact, once again, we can consider it as a lack of vision on what the alternative option to hospitals should be in the NHS.

This is already clear in the expression chosen: “territorial structures” has a meaning that does not refer to anything, in particular: at most it can be translated as “everything that is not hospitals”.

It is rather evident that developing something that can only be defined by exclusion is a losing battle.

In the Report we have always preferred to talk about Primary Care: a more correct term, which can also have a positive connotation, although unfortunately this expression, too, is now probably outdated as a result of the evolution in medicine.

In fact, primary care certainly also includes specialist activity (and general medicine itself has its *raison d’être* only if it is “specialist”, with respect to specific needs of the population): primary and secondary care are now a continuum, basically without interruption.

Hence a reflection on the relationship between “Hospitals” and “Territorial Structures” should be developed, all the more so in a phase that seems to be a prelude to significant structural investment, acknowledging that - as the experience we are currently living seems to suggest - it does no longer make sense to think about the two categories in alternative and almost conflictual terms, nor even in hierarchical terms. For further details, reference shall be made to Chapter 10b, in which we summarise an *ad hoc* survey carried out by C.R.E.A. Sanità on the development of the so-called “Case della Salute”. We need to point out that the “intermediate” structures are struggling to take off, at least to become a place of reference for the people, as in Government’s intention. The reason may be that probably we are cre-

ating multiple “places” or “points of reference”, thus creating confusion for users, or probably because their organisational positioning is not clear, thus ending up remaining care settings that are detached from the logic with which diagnosis and treatment pathways are developed, with current technologies.

In other words, and somehow oversimplifying, it seems legitimate to wonder whether the winning strategy is to move technologies in territorial structures, or to use technologies to avoid people moving from their homes. Obviously the issue is more complex than we put it, and the answer depends, *inter alia*, on the type of technology and patient.

However, it seems at least rightful to try and imagine a system in which, relinquishing some ideological approaches, hospitals are recognised the role as an actual pole of attraction, around which hospitalization services are developed (or should be developed), but also prevention, diagnosis and home care services, thus simplifying and streamlining an integrated supply system, in which “territorial structures” and hospitals are a whole focusing on meeting patients’ needs.

This scheme implies a rethinking of tasks and functions, if not even of the usefulness of districts. The design assigning it a function of coordination between services makes sense if it refers to the supply planning and programming, while it appears substantially useless if it refers to the function of identifying and sorting patients’ needs, both because it is reasonable that it remains linked to the trust-based relationship between patients and professionals and because, with regard to the operational aspects, such as bookings, the current availability of information technologies already allows a direct and distributed management of the function.

As mentioned above, the other outstanding issue is to overcome a rift generated in the system, between those who want to go beyond the conventional relationship between GPs and NHS paediatricians and those who want to maintain it, followed by the issue of how to organise nursing care at territorial level.

The issue of employment / license to work with the NHS is probably misplaced: if the issue is “control”,

it is hard to understand why an employee should be more governable than a professional licensed to work with the NHS (the doubts that he/she is easier to condition are more than legitimate, considering the dismissal difficulty). If the issue is that the differences in treatment between employees and licensed professionals are unjustified, it obviously makes sense, and the possibilities of overcoming them should be evaluated. If the issue is ideological, we should seriously and deeply analyse what the issue of the trust-based relationship means and what regulatory value it has.

What seems certain is that a system in which there is no relationship between the function of basic medicine and the other settings is not acceptable. The issue is not only, and not so much, the aggregation of professionals but rather their integration with the other services.

In the future this will also apply to the nursing profession. There is no doubt that these professionals may play an essential role for the development of territorial structures, but it is not clear how this role shall be played. Based on the considerations made above on staff policies, it is not a matter of providing support staff to doctors, according to an outdated scheme that sees nurses in a professionally subordinate position. It is rather a matter of redefining roles and tasks and deciding how they should be integrated, also from an organisational viewpoint.

The experience of the so-called Special Units for Continuity of Care (USCA) has been widely appreciated during the emergency phase, but it does not seem to be a definitive solution (all the more so since, not by chance, they are called Special Units). We need to understand what tasks and functions should be performed by "family nurses" and how these activities should be organised.

Final considerations

The COVID-19 emergency has inevitably raised awareness of some of the NHS strengths, as well as some of its weaknesses which, however, have long been known.

We have explained why, in the light of the various analyses made in the Report, we believe that the inertia which has characterized health policies in recent years - i.e. the failure of some policies that have remained only on paper - is largely due to a lack of vision, without which the greatest risk is to remain a slave to continuous emergency management of the health system, which entails economic and human costs.

It is a key moment, due to the probable inflow of huge resources for Healthcare, but without a clear planning and programming - with an adequate time horizon - there is the strong risk of wasting resources with wrong investment. This would be a suicide for the NHS.

We must undoubtedly invest not to maintain what already exists, which has shown significant limits and shortcomings, but rather to create the conditions for a transition to a health service model for the future, which will be adequate even in 5 or 10 years' time.

As stated above, this can be done if we have a structured vision, which can only be built with a collective contribution of ideas (some of which have been proposed in the Report). We also need to come out of a widespread conformism, which is hidden behind slogans that are sometimes vague and often not corroborated by scientific evidence. Finally, we need to raise awareness of the fact that an effective and efficient planning and programming must start from a vision of the system - a vision that can and must be currently enriched with the food for thought prompted by the emergency, which has exposed the NHS weaknesses, but also its strengths and merits.



Capitolo 1

Il contesto socio-demografico

The socio-demographic context

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 1

Il contesto socio-demografico

Carrieri C.¹

Le variabili demografiche e socio-economiche incidono in modo importante sui bisogni di salute. Lo ha dimostrato anche l'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19, che ha dimostrato quanto la salute risulti essenziale per lo sviluppo economico.

La letteratura offre una ampia evidenza dell'importanza dell'impatto dei fattori sociali e demografici (quali istruzione, occupazione, reddito) sulla salute della popolazione.

Nel seguito del capitolo, alcuni fattori di contesto, all'interno dei quali evolve il sistema sanitario, sono analizzati, al fine di fornire notizie utili per il processo di programmazione dell'offerta, e di sviluppo delle politiche di governo della domanda.

1.1. La demografia

Come già noto, la popolazione italiana è soggetta ad un processo di invecchiamento, derivante dalla contemporanea riduzione delle nascite e dall'aumento della aspettativa di vita.

Da notarsi, inoltre, che in termini assoluti l'Italia registrerà nei prossimi anni una riduzione della popolazione.

L'Italia, secondo Eurostat, registrerà una riduzione della popolazione: fra 50 anni (2066) sarà ridotta del -9,4% (-0,2% medio annuo), passando da 60.359.546 a 54.672.131 abitanti. In particolare, l'Italia si discosterà dai Paesi dell'Europa costituita

prima del 1995 (EU-Ante 1995²) di -8,9 punti percentuali e di +4,5 punti percentuali da quei Paesi dell'Europa entrati dopo il 1995 (EU-Post 1995³). L'Irlanda registrerà l'incremento di popolazione più alto (+31,8%), seguita da Lussemburgo (+28,1%) e Svezia (+26,4%); di contro la Lettonia registrerà il decremento di popolazione più alto (-36,7%), seguita da Lituania (-33,0%) e Grecia (-18,3%) (Tabella 1.1.).

Si consideri che secondo le previsioni Istat, fra 50 anni (2066) la popolazione italiana sarà ancora meno (-11,4%, pari al -0,3% medio annuo), passando da 60.380.917 a 53.513.604 abitanti. Il dato è confermato per tutte le Regioni italiane ad eccezione della P.A. di Bolzano, della P.A. di Trento e della Lombardia, che registreranno un aumento rispettivamente del +0,3%, +0,2% e +0,01% medio annuo (Tabella 1.2.).

Nel periodo citato, è anche atteso un aumento medio della popolazione anziana (*over 75*), dell'1,2% medio annuo nei Paesi EU-Ante 1995 e dell'1,8% medio annuo nei Paesi EU-Post 1995. L'aumento riguarda tutte le Nazioni europee, con un minimo dello 0,6% medio annuo della Lettonia ed un massimo del +2,7% medio annuo dell'Irlanda.

L'Italia non fa eccezione con un aumento medio della popolazione anziana (*over 75*) dello 0,9% medio annuo. Aumento che riguarda tutte le Regioni italiane, con un minimo dello 0,2% medio annuo della Liguria ed un massimo del +1,4% medio annuo della P.A. di Bolzano.

¹ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1° Gennaio 1995. In particolare, i Paesi che presero parte a questo Trattato furono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia.

³ Paesi dell'Europa che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in momenti successivi al 1995: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria.

Tabella 1.1. Previsioni popolazione in Europa

Nazione	2019	2066	Var.% 2066/19	v.m.a. %
Austria	8.858.775	9.258.122	+4,5	+0,1
Belgio	11.455.519	11.838.673	+3,3	+0,1
Danimarca	5.806.081	6.138.364	+5,7	+0,1
Finlandia	5.517.919	5.080.323	-7,9	-0,2
Francia	67.012.883	69.489.807	+3,7	+0,1
Germania	83.019.213	81.636.700	-1,7	0,0
Grecia	10.724.599	8.764.648	-18,3	-0,4
Irlanda	4.904.240	6.464.973	+31,8	+0,6
Italia	60.359.546	54.672.131	-9,4	-0,2
Lussemburgo	613.894	786.273	+28,1	+0,5
Olanda	17.282.163	17.981.536	+4,0	+0,1
Portogallo	10.276.617	8.643.100	-15,9	-0,4
Spagna	46.937.060	47.597.735	+1,4	0,0
Svezia	10.230.185	12.928.088	+26,4	+0,5
Regno Unito*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	10.649.800	10.295.186	-3,3	-0,1
Estonia	1.324.820	1.205.757	-9,0	-0,2
Ungheria	9.772.756	9.003.878	-7,9	-0,2
Lettonia	1.919.968	1.215.645	-36,7	-1,0
Polonia	37.972.812	31.555.817	-16,9	-0,4
Slovacchia	5.450.421	4.817.881	-11,6	-0,3
Slovenia	2.080.908	1.957.259	-5,9	-0,1
Lituania	2.794.184	1.873.153	-33,0	-0,8

*Dato non disponibile

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

Guardando alla struttura attuale della popolazione, nel 2019, il 15,5% della popolazione europea⁴ ha meno di 14 anni, e il 9,5% ha più di 75 anni.

Nell'ultimo decennio, i bambini nella fascia di età 0-4 anni si sono ridotti dello 0,3% medio annuo; analogamente si è ridotta dello 0,1% medio annuo la popolazione nella fascia di età 0-14 anni.

Nello stesso periodo, la popolazione residente

anziana (over 75) è invece aumentata del +2,2% medio annuo, passando da 39.316.124 a 48.844.756 individui (Figura 1.1.).

In Italia, il 13,3% della popolazione ha meno di 14 anni e l'11,7% ne ha più di 75.

Dal 2009 al 2019 i bambini da 0 a 4 anni si sono ridotti dell'1,8% medio annuo, così come si è ridotta la fascia di popolazione compresa tra 0 e 14 anni dello 0,5% medio annuo. La popolazione anziana (over 75 anni), invece, è aumentata nel periodo considerato del 2,0% medio annuo (Figura 1.2.).

Tabella 1.2. Previsioni popolazione

Regione	2019	2066	Var.% 2066/19	v.m.a. %
Italia	60.380.917	53.513.604	-11,4	-0,3
Piemonte	4.355.495	3.814.236	-12,4	-0,3
Valle d'Aosta	125.749	113.926	-9,4	-0,2
Lombardia	10.052.285	10.269.844	2,2	0,0
P.A. di Bolzano	530.438	600.470	13,2	0,3
P.A. di Trento	540.841	593.153	9,7	0,2
Veneto	4.903.231	4.473.662	-8,8	-0,2
Friuli Venezia Giulia	1.214.232	1.069.408	-11,9	-0,3
Liguria	1.549.561	1.294.870	-16,4	-0,4
Emilia Romagna	4.454.088	4.356.430	-2,2	0,0
Toscana	3.733.952	3.502.775	-6,2	-0,1
Umbria	883.111	766.282	-13,2	-0,3
Marche	1.525.772	1.269.743	-16,8	-0,4
Lazio	5.886.349	5.847.260	-0,7	0,0
Abruzzo	1.312.619	1.087.815	-17,1	-0,4
Molise	306.450	234.039	-23,6	-0,6
Campania	5.808.163	4.362.179	-24,9	-0,6
Puglia	4.032.932	2.967.310	-26,4	-0,6
Basilicata	563.794	390.711	-30,7	-0,8
Calabria	1.950.891	1.476.523	-24,3	-0,6
Sicilia	5.009.197	3.883.117	-22,5	-0,5
Sardegna	1.641.767	1.139.851	-30,6	-0,8

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

Figura 1.1. Popolazione residente al 1° gennaio 2009-2019 in Europa

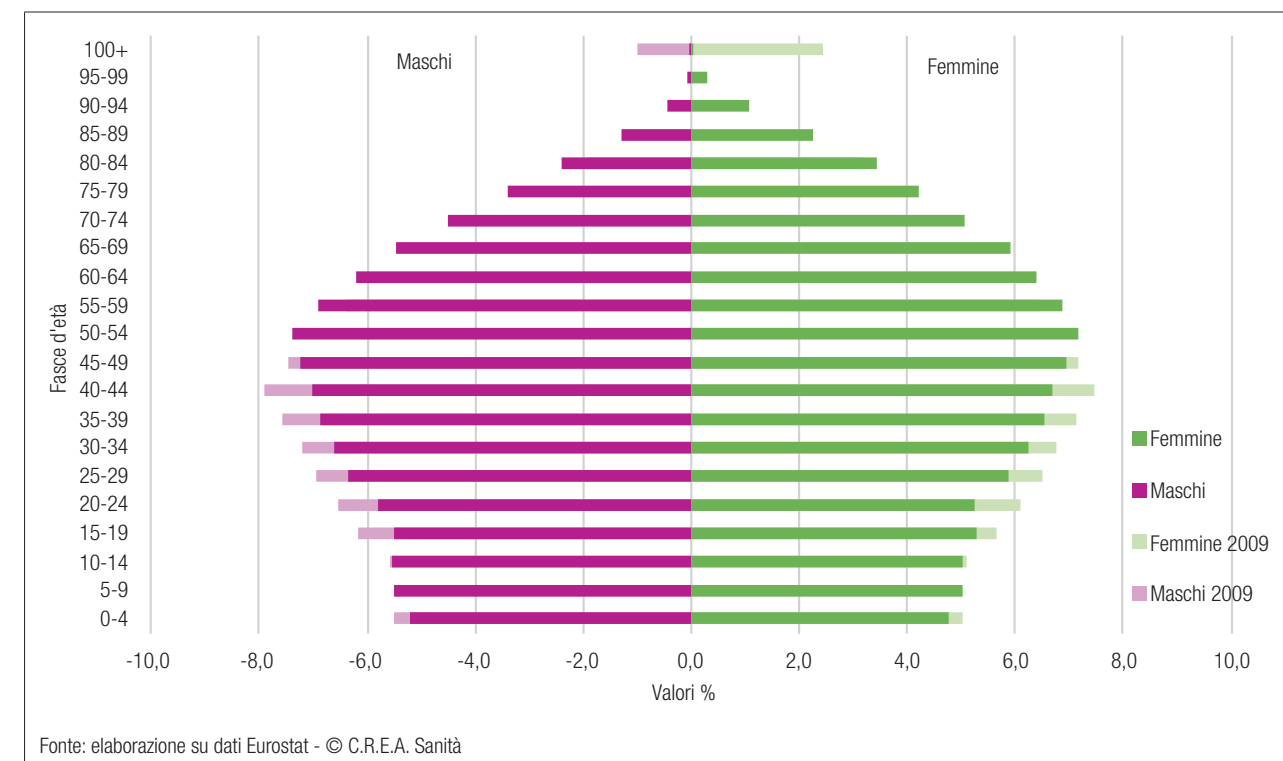
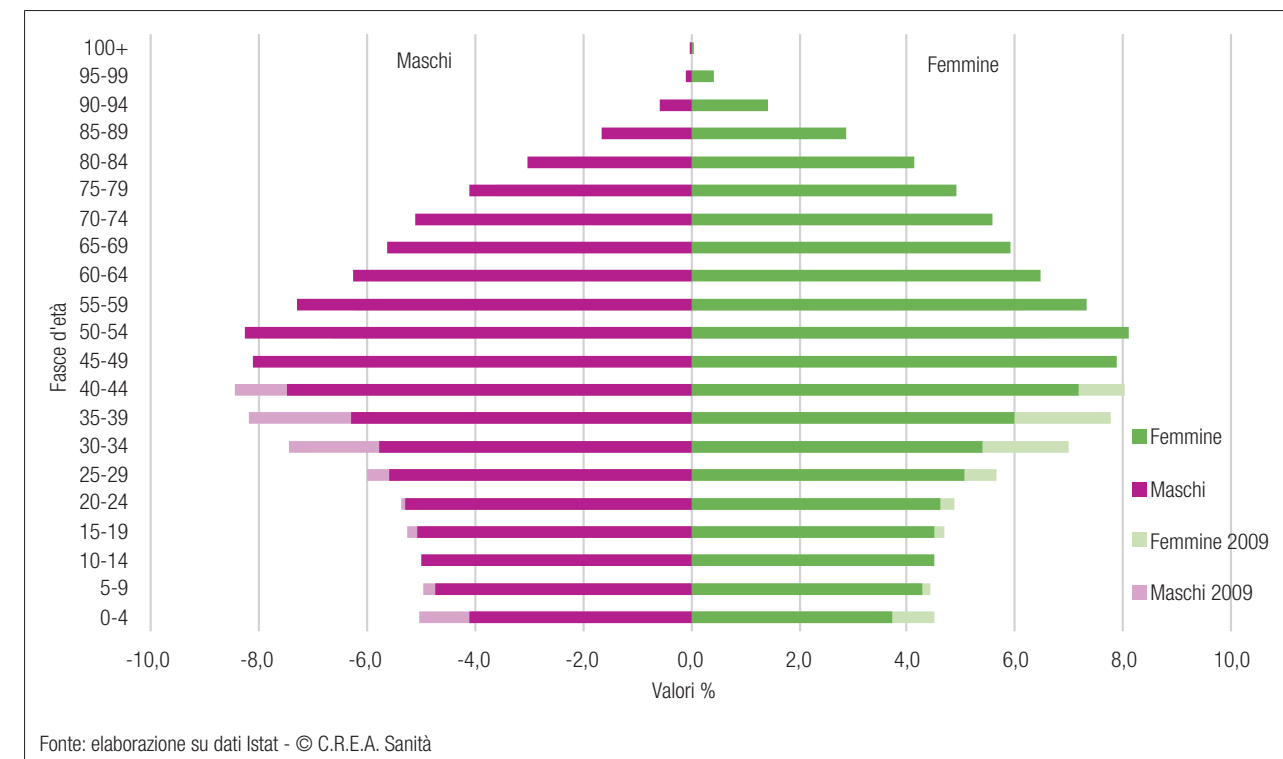


Figura 1.2. Popolazione residente al 1° gennaio 2009-2019



⁴ Europa a 28 Paesi: Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia e Ungheria.

La crescita degli anziani ha interessato tutta Europa, con l'incremento più alto in Irlanda (+3,0% medio annuo) e il più basso in Ungheria (+0,9% annuo) (Tabella 1.3.). L'Italia registra un incremento del 2,0% medio annuo tra il 2009 ed il 2019 e maggiore di un punto percentuale rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 (1,0% medio annuo) e di 1,3 punti percentuali rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995 (0,7% medio annuo).

Tabella 1.3. Quota di popolazione anziana in Europa

	Over 65 (%)		Over 75 (%)		Over 85 (%)	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019
Austria	17,4	8,0	8,0	2,1	2,1	18,8
Belgio	17,1	8,6	8,6	2,1	2,1	18,9
Danimarca	15,9	7,0	7,0	2,0	2,0	19,6
Finlandia	16,7	7,9	7,9	1,9	1,9	21,8
Francia	16,5	8,6	8,6	2,3	2,3	20,1
Germania	20,4	8,6	8,6	2,2	2,2	21,5
Grecia	18,8	9,0	9,0	1,9	1,9	22,0
Irlanda	10,9	4,8	4,8	1,2	1,2	14,1
Italia	20,3	9,8	9,8	2,5	2,5	22,8
Lussemburgo	14,0	6,6	6,6	1,4	1,4	14,4
Olanda	15,0	6,8	6,8	1,7	1,7	19,2
Portogallo	18,0	8,4	8,4	1,9	1,9	21,8
Spagna	16,6	8,4	8,4	2,1	2,1	19,4
Svezia	17,8	8,6	8,6	2,6	2,6	19,9
Regno Unito	16,1	7,7	7,7	2,1	2,1	18,4
Repubblica Ceca	14,9	6,6	6,6	1,3	1,3	19,6
Estonia	17,4	7,6	7,6	1,4	1,4	19,8
Ungheria	16,4	7,2	7,2	1,6	1,6	19,3
Lettonia	17,8	7,5	7,5	1,3	1,3	20,3
Polonia	13,5	6,2	6,2	1,2	1,2	17,7
Slovacchia	12,2	5,3	5,3	1,0	1,0	16,0
Slovenia	16,4	7,3	7,3	1,4	1,4	19,8
Lituania	17,2	7,6	7,6	1,4	1,4	19,8

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

In Italia, la crescita degli anziani ha interessato tutte le Regioni, con l'incremento più alto nella P.A. di Bolzano (+3,0% medio annuo) e il più basso in Molise (+0,7% annuo) (Tabella 1.4.). In particolare, nel 2019 la Liguria risulta la Regione con la quota di anziani (*over 75*) più alta (15,8%), mentre la Cam-

pania quella con la quota più bassa (8,8%). Le Regioni del Sud Italia, in media, registrano una quota di anziani inferiore di 1,5 punti percentuali rispetto a quelle del Centro e del Nord: si passa, infatti, da una quota dell'11,1% nel Sud ad una quota del 12,5% nel Centro-Nord (Figura 1.3.).

Tabella 1.4. Quota di popolazione anziana

	Over 65 (%)		Over 75 (%)		Over 85 (%)	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019
Italia	20,4	9,9	9,9	2,5	2,5	21,5
Piemonte	23,0	11,2	11,2	2,8	2,8	24,1
Valle d'Aosta	21,0	10,1	10,1	2,6	2,6	22,1
Lombardia	20,4	9,4	9,4	2,3	2,3	21,5
P.A. di Bolzano	17,8	8,3	8,3	2,1	2,1	18,9
P.A. di Trento	19,5	9,7	9,7	2,8	2,8	20,5
Veneto	20,0	9,5	9,5	2,5	2,5	21,3
Friuli Venezia Giulia	23,3	11,3	11,3	3,3	3,3	24,8
Liguria	27,1	13,9	13,9	3,8	3,8	27,7
Emilia Romagna	23,0	11,7	11,7	3,3	3,3	23,3
Toscana	23,6	12,0	12,0	3,3	3,3	24,5
Umbria	23,7	12,2	12,2	3,3	3,3	24,2
Marche	22,8	11,7	11,7	3,2	3,2	23,4
Lazio	20,0	9,3	9,3	2,3	2,3	20,9
Abruzzo	21,5	11,1	11,1	2,9	2,9	22,2
Molise	21,9	11,5	11,5	3,0	3,0	22,9
Campania	15,8	7,4	7,4	1,6	1,6	17,3
Puglia	18,2	8,6	8,6	2,0	2,0	19,9
Basilicata	20,1	10,2	10,2	2,4	2,4	21,2
Calabria	18,6	9,2	9,2	2,2	2,2	19,9
Sicilia	18,4	8,9	8,9	2,1	2,1	19,7
Sardegna	18,9	8,8	8,8	2,1	2,1	21,1

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

L'età media della popolazione EU attuale si attesta a 43,3 anni, inferiore a quella italiana di 3,4 anni (46,7 anni).

Rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 e a quelli EU-Post 1995, la popolazione dell'Italia registra una età media maggiore, rispettivamente di +3,2 anni (43,5 anni) e +4,9 anni (41,8 anni). L'aumento dell'età media ha interessato tutta Europa (ad eccezione della Svezia che registra un decremento di -0,2 anni), con l'incremento più alto in Spagna (+4,6 anni) e il più basso in Lussemburgo (+0,8 anni) (Tabella 1.5.).

Figura 1.3. Quota di popolazione *over 75* (valori %)



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

Tabella 1.5. Età media in Europa

Nazione	2009	2019	Differenza (anni)
Austria	41,2	43,4	+2,2
Belgio	40,8	41,7	+0,9
Danimarca	40,3	41,9	+1,6
Finlandia	41,8	42,9	+1,1
Francia	39,6	41,8	+2,2
Germania	43,7	46,0	+2,3
Grecia	40,7	44,9	+4,2
Irlanda	33,6	37,7	+4,1
Italia	43,0	46,7	+3,7
Lussemburgo	38,7	39,5	+0,8
Olanda	40,3	42,7	+2,4
Portogallo	40,8	45,2	+4,4
Spagna	39,4	44,0	+4,6
Svezia	40,7	40,5	-0,2
Regno Unito	39,2	40,2	+1,0
Repubblica Ceca	39,4	42,6	+3,2
Estonia	39,9	42,1	+2,2
Ungheria	39,6	43,0	+3,4
Lettonia	40,2	43,5	+3,3
Polonia	37,5	41,0	+3,5
Slovacchia	36,6	40,6	+4,0
Slovenia	41,2	44,0	+2,8
Lituania	39,9	44,1	+4,2

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

Tabella 1.6. Età media

Regione	2009	2019	Differenza (anni)
Italia	43,2	45,4	+2,2
Piemonte	45,2	47,0	+1,8
Valle d'Aosta	43,9	46,1	+2,2
Lombardia	43,4	45,2	+1,8
P.A. di Bolzano	40,8	42,8	+2,0
P.A. di Trento	42,6	44,6	+2,0
Veneto	43,2	45,6	+2,4
Friuli Venezia Giulia	45,6	47,5	+1,9
Liguria	47,7	49,0	+1,3
Emilia Romagna	45,0	46,2	+1,2
Toscana	45,5	47,0	+1,5
Umbria	45,1	47,0	+1,9
Marche	44,5	46,6	+2,1
Lazio	43,2	45,1	+1,9
Abruzzo	43,9	46,2	+2,3
Molise	44,2	46,8	+2,6
Campania	39,7	42,7	+3,0
Puglia	41,5	44,7	+3,2
Basilicata	42,8	45,8	+3,0
Calabria	41,7	44,5	+2,8
Sicilia	41,4	44,0	+2,6
Sardegna	43,3	46,8	+3,5

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

Figura 1.4. Età media. Anno 2019



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

Tabella 1.7. Quoziente di natalità in Europa

Nazione	2009 (per 1.000 ab.)	2019 (per 1.000 ab.)	Differenza (per 1.000 ab.)
Austria	9,2	9,6	+0,4
Belgio	11,8	10,1	-1,7
Danimarca	11,4	10,5	-0,9
Finlandia	11,3	8,3	-3,0
Francia	12,8	11,2	-1,6
Germania	8,1	9,4	+1,3
Grecia	10,6	7,8	-2,8
Irlanda	16,7	12,1	-4,6
Italia	9,6	7,0	-2,6
Lussemburgo	11,3	10,0	-1,3
Olanda	11,2	9,7	-1,5
Portogallo	9,4	8,4	-1,0
Spagna	10,6	7,6	-3,0
Svezia	12,0	11,1	-0,9
Regno Unito	12,7	10,7	-2,0
Repubblica Ceca	11,3	10,5	-0,8
Estonia	11,8	10,6	-1,2
Ungheria	9,6	9,5	-0,1
Lettonia	10,3	9,8	-0,5
Polonia	10,9	9,9	-1,0
Slovacchia	11,4	10,5	-0,9
Slovenia	10,7	9,3	-1,4
Lituania	10,2	9,8	-0,4

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

Secondo l'Istat l'età media in Italia è pari a 45,4 anni (un dato che non collima perfettamente con quello delle statistiche Eurostat), e risulta in aumento di +2,2 anni rispetto al 2009 (43,2 anni).

In tutte le Regioni italiane si registra un aumento dell'età media: la Sardegna (+3,5 anni) ha l'incremento più alto e l'Emilia Romagna (+1,2 anni) il più basso (Tabella 1.6.). Nel Mezzogiorno, si è registrato un aumento dell'età media che, nell'ultimo decennio, è risultato più alto sia rispetto al Nord, che al Centro (+2,9 anni al Sud, +1,8 al Centro, +1,8 al Nord) (Figura 1.4.).

In Europa il tasso di natalità si attesta a 9,5 nati ogni 1.000 abitanti. L'Italia registra un tasso di natalità di 7,0 bambini ogni 1.000 abitanti (-2,5 rispetto alla

media EU); il tasso risulta inferiore sia rispetto ai Paesi EU-Ante 1995, 9,4 bambini ogni 1.000 abitanti, sia a quelli EU-Post 1995, 10,0 ogni 1.000 abitanti (Tabella 1.7.). In tutta Europa si registra una riduzione del tasso di natalità nel decennio considerato, con il decremento più alto in Irlanda (-4,6 bambini ogni 1.000 abitanti) ed il più basso in Ungheria (-0,1 ogni 1.000 abitanti); fanno eccezione Germania e Austria, che hanno visto aumentare il tasso di natalità, rispettivamente di +1,3 e +0,4 bambini ogni 1.000 abitanti.

Anche in Italia il tasso di natalità è in riduzione rispetto a dieci anni prima, quando nascevano quasi 10 bambini ogni 1.000 abitanti; la riduzione è comune a tutte le Regioni italiane.

Tabella 1.8. Quoziente di natalità

Regione	2008 (per 1.000 ab.)	2018 (per 1.000 ab.)	Differenza (per 1.000 ab.)
Italia	9,8	7,3	-2,5
Piemonte	9,1	6,7	-2,4
Valle d'Aosta	10,3	7,2	-3,1
Lombardia	10,4	7,5	-2,9
P.A. di Bolzano	11,1	10,0	-1,1
P.A. di Trento	10,6	8,1	-2,5
Veneto	10,1	7,2	-2,9
Friuli Venezia Giulia	8,6	6,4	-2,2
Liguria	7,9	5,8	-2,1
Emilia Romagna	9,9	7,3	-2,6
Toscana	9,3	6,7	-2,6
Umbria	9,5	6,6	-2,9
Marche	9,5	6,7	-2,8
Lazio	10,6	7,2	-3,4
Abruzzo	9,0	6,8	-2,2
Molise	7,9	6,2	-1,7
Campania	10,6	8,3	-2,3
Puglia	9,5	7,2	-2,3
Basilicata	8,4	6,6	-1,8
Calabria	9,1	7,8	-1,3
Sicilia	10,0	8,1	-1,9
Sardegna	8,2	5,7	-2,5

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

Tabella 1.9. Età media al parto in Europa

Nazione	2008	2018	Differenza
Austria	29,5	30,9	+1,4
Belgio	29,6	30,7	+1,1
Danimarca	30,4	31,2	+0,8
Finlandia	30,1	31,0	+0,9
Francia	29,8	30,6	+0,8
Germania	30,1	31,1	+1,0
Grecia	30,2	31,5	+1,3
Irlanda	31,3	32,2	+0,9
Italia	31,1	32,0	+0,9
Lussemburgo	30,5	32,1	+1,6
Olanda	30,7	31,5	+0,8
Portogallo	29,6	31,4	+1,8
Spagna	30,8	32,2	+1,4
Svezia	30,6	31,1	+0,5
Regno Unito	29,3	30,6	+1,3
Repubblica Ceca	29,3	30,1	+0,8
Estonia	28,7	30,5	+1,8
Ungheria	28,9	29,8	+0,9
Lettonia	28,1	29,9	+1,8
Polonia	28,5	29,6	+1,1
Slovacchia	28,3	28,8	+0,5
Slovenia	29,9	30,4	+0,5
Lituania	28,1	30,1	+2,0

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

In particolare, la Regione che registra il più alto tasso di natalità è la P.A. di Bolzano (9,9), che è comunque in riduzione rispetto al 2009 (10,5); il più basso la Sardegna (5,4 nel 2019), anche esso in riduzione rispetto al decennio precedente (8,2) (Tabella 1.8.).

In Italia, nel 2018 (ultimo anno disponibile), sono state iscritte in anagrafe 440.780 nascite, oltre 12.000 in meno rispetto al 2017 (-2,8%) e oltre 129.000 in meno rispetto al 2008 (-2,5% medio annuo). Il calo è attribuibile principalmente alle nascite da coppie di genitori italiani, che scendono di oltre 130.000 unità dal 2008 al 2018 (-27,7%). Le donne italiane in età riproduttiva sono sempre meno e mostrano anche una propensione decrescente ad avere figli.

L'età media al parto in Europa, nel 2018 (ultimo anno disponibile) si attesta a 30,8 anni. In Italia è pari a 32,0 anni. Il valore è inferiore tanto rispetto ai Paesi EU-Ante 1995, che EU-Post 1995: rispettivamente di +0,8 anni e +2,3 anni. In tutta Europa si registra un incremento dell'età media al parto nel periodo considerato, con l'incremento più alto in Lituania (+2,0 anni dal 2008 al 2018) e +0,5 in Svezia (Tabella 1.9.).

Tra il 2009 ed il 2019 l'età media al parto, in Italia, è aumentata di quasi un anno (rispettivamente da 31,2 a 32,1) (Tabella 1.10.); il dato raggiunge il suo massimo in Sardegna (32,8 nel 2019) dove si osserva uno spostamento in avanti di quasi un anno rispetto al 2009 (32,1); in Sicilia si registra l'età media al parto più bassa (31,3 anni) ma comunque in aumento rispetto a dieci anni prima (30,4 nel 2009).

Tabella 1.10. Età media al parto

Regione	2009	2019	Differenza
Italia	31,2	32,1	+0,9
Piemonte	31,1	32,1	+1,0
Valle d'Aosta	31,0	32,3	+1,3
Lombardia	31,2	32,2	+1,0
P.A. di Bolzano	31,2	31,8	+0,6
P.A. di Trento	31,3	32,3	+1,0
Veneto	31,3	32,3	+1,0
Friuli Venezia Giulia	31,3	32,2	+0,9
Liguria	31,6	32,2	+0,6
Emilia Romagna	30,9	31,9	+1,0
Toscana	31,4	32,4	+1,0
Umbria	31,2	32,1	+0,9
Marche	31,3	32,4	+1,1
Lazio	31,9	32,5	+0,6
Abruzzo	31,5	32,4	+0,9
Molise	32,0	32,5	+0,5
Campania	30,6	31,7	+1,1
Puglia	31,0	31,9	+0,9
Basilicata	32,1	32,7	+0,6
Calabria	31,0	31,8	+0,8
Sicilia	30,4	31,3	+0,9
Sardegna	32,1	32,8	+0,7

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

Il tasso di fecondità⁵ medio europeo, nel 2018 (ultimo anno disponibile), è pari a 1,6, nei Paesi EU-ANTE 1995 è pari a 1,6 e in quelli EU-Post 1995 a 1,5. In Italia si attesta a 1,3. La variazione del tasso di fecondità nel decennio è minima, con l'incremento più alto che si registra in Slovacchia (+0,2) e il decremento più alto in Finlandia (-0,4) (Tabella 1.11.).

Anche in Italia è in riduzione (-0,2) rispetto al 2008; a livello regionale la P.A. di Bolzano presenta un numero medio di figli per donna più alto rispetto a tutte le altre Regioni italiane (1,7) e la Sardegna il più basso (1,0) (Tabella 1.12.).

Tabella 1.11. Tasso di fecondità in Europa

Regione	2008	2018	Differenza
Austria	1,4	1,5	0,1
Belgio	1,9	1,6	-0,2
Danimarca	1,9	1,7	-0,2
Finlandia	1,9	1,4	-0,4
Francia	2,0	1,9	-0,1
Germania	1,4	1,6	0,2
Grecia	1,5	1,4	-0,2
Irlanda	2,1	1,8	-0,3
Italia	1,5	1,3	-0,2
Lussemburgo	1,6	1,4	-0,2
Olanda	1,8	1,6	-0,2
Portogallo	1,4	1,4	0,0
Spagna	1,5	1,3	-0,2
Svezia	1,9	1,8	-0,2
Regno Unito	1,9	1,7	-0,2
Repubblica Ceca	1,5	1,7	0,2
Estonia	1,7	1,7	-0,1
Ungheria	1,4	1,6	0,2
Lettonia	1,6	1,6	0,0
Polonia	1,4	1,5	0,1
Slovacchia	1,3	1,5	0,2
Slovenia	1,5	1,6	0,1
Lituania	1,5	1,6	0,2

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

⁵ Rapporto tra il numero totale dei nati vivi in un determinato periodo e la popolazione femminile in età feconda

Tabella 1.12. Tasso di fecondità

Regione	2008	2018	Differenza
Italia	1,5	1,3	-0,2
Piemonte	1,4	1,3	-0,1
Valle d'Aosta	1,6	1,4	-0,2
Lombardia	1,5	1,4	-0,2
P.A. di Bolzano	1,6	1,7	0,1
P.A. di Trento	1,6	1,5	-0,2
Veneto	1,5	1,3	-0,2
Friuli Venezia Giulia	1,4	1,3	-0,1
Liguria	1,4	1,2	-0,1
Emilia Romagna	1,5	1,3	-0,2
Toscana	1,4	1,3	-0,2
Umbria	1,5	1,2	-0,2
Marche	1,4	1,2	-0,2
Lazio	1,5	1,2	-0,3
Abruzzo	1,3	1,2	-0,1
Molise	1,2	1,1	-0,1
Campania	1,5	1,3	-0,2
Puglia	1,3	1,2	-0,1
Basilicata	1,2	1,1	-0,1
Calabria	1,3	1,3	0,0
Sicilia	1,5	1,3	-0,1
Sardegna	1,1	1,0	-0,1

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

Struttura familiare

Negli ultimi dieci anni, il numero medio di componenti per nucleo familiare, in Italia, si è ridotto dello 0,8% medio annuo, passando da 2,5 (media 2008-2009) a 2,3 (media 2018-2019).

In particolare, sono aumentate le persone sole: nel 2019, il 33,3% delle famiglie risultano monocomponente, contro il 28,1% del 2009 (Tabella 1.13.). La tendenza è comune alla maggior parte delle Regioni: l'entità del fenomeno raggiunge il suo valore massimo in Valle d'Aosta, dove si passa dal 36,2% al 45,1% di famiglie monocomponente; in Campania il valore minimo, ma comunque in aumento: dal 21,4% al 25,8%.

Tabella 1.13. Quota di famiglie unipersonali

Regione	2009	2019
Italia	28,1	33,3
Piemonte	31,7	36,5
Valle d'Aosta	36,2	45,1
Lombardia	28,6	34,5
P.A. di Bolzano	29,9	35,6
P.A. di Trento	30,3	31,3
Veneto	26,6	29,6
Friuli Venezia Giulia	28,5	36,8
Liguria	36,8	42,5
Emilia Romagna	30,8	37,3
Toscana	27,8	34,9
Umbria	27,4	35,5
Marche	25,1	30,9
Lazio	33,3	36,5
Abruzzo	26,9	30,5
Molise	27,3	32,3
Campania	21,4	25,8
Puglia	22,4	27,5
Basilicata	25,1	32,8
Calabria	26,2	31,0
Sicilia	25,9	31,1
Sardegna	28,3	35,3

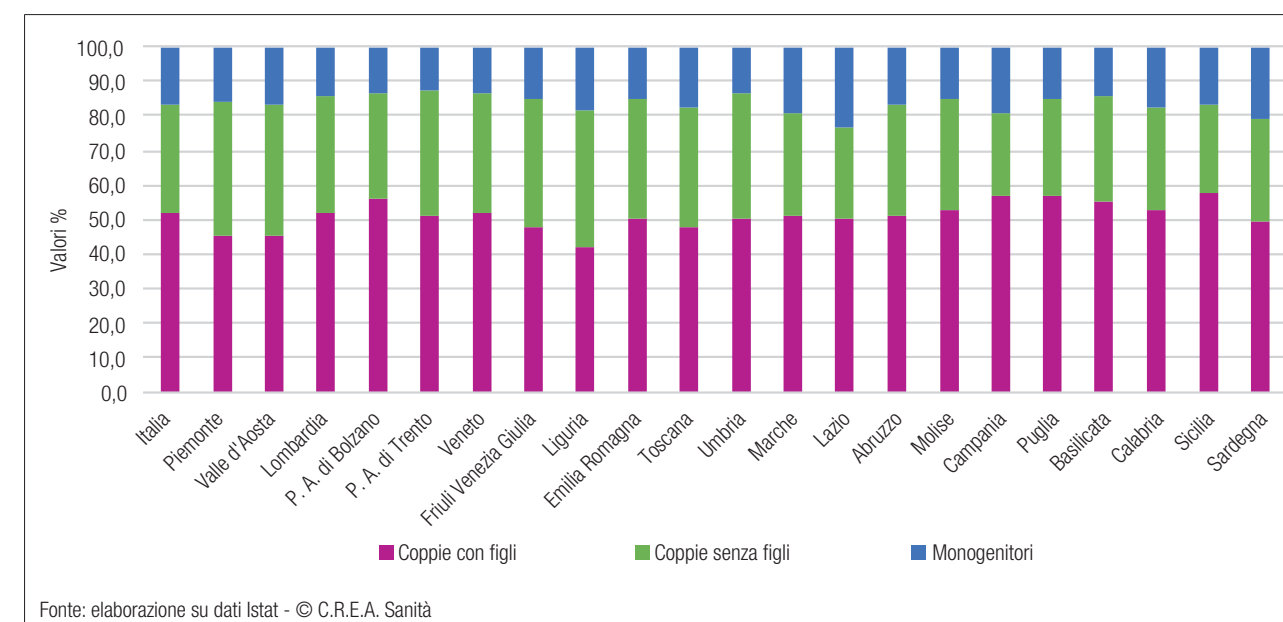
Fonte: Istat

Si riduce anche la quota di coppie con figli, che passano dal 56,3% del 2009 al 51,7% del 2019 (-4,6 punti percentuali). Nell'ultimo decennio il dato è in diminuzione in tutte le Regioni: in particolare in Sardegna, dove si registra un calo di 12,5 punti percentuali; in Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia la situazione è rimasta relativamente stabile nel periodo considerato, con una variazione rispettivamente di -0,5 punti percentuali e -0,8 punti percentuali.

La quota di coppie senza figli si attesta al 31,5% nel 2019, registrando un incremento di 0,8 punti percentuali rispetto al 2009 (30,7%); la Sardegna è la Regione che registra il maggior aumento delle coppie senza figli (+6,2 punti percentuali). In sei Regioni si registra, invece, una riduzione della quota di coppie senza figli: Lazio (-2,3 punti percentuali), Emilia Romagna (-2,0 punti percentuali), Friuli Venezia Giulia (-1,9 punti percentuali), Marche (-1,9 punti percentuali), Toscana (-1,6 punti percentuali) e Sicilia (-0,9 punti percentuali).

Sono in crescita anche le famiglie monogenitore che, nel 2019, erano pari al 16,8%, in aumento rispetto al 2009 di 3,8 punti percentuali (13,0%); il trend è confermato in tutte le Regioni italiane, ad eccezione della P.A. di Bolzano che registra di contro una riduzione di questa tipologia di famiglia di 0,4 punti percentuali. (Figura 1.5.).

Figura 1.5. Struttura dei nuclei familiari. Anno 2019



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

1.2. Caratteristiche socio-economiche

Istruzione

L'Italia occupa l'ultima posizione in Europa per quota di persone in possesso del titolo universitario e la quota più alta di "Neet" (giovani che non studiano e non lavorano).

In particolare, per la quota di popolazione in possesso del titolo universitario, l'Italia si discosta dalla media dei Paesi EU-Ante 1995 di 15,2 punti percentuali e di 10,7 da quella dei Paesi EU-Post 1995. (Figura 1.6.). Per la quota di popolazione che ha concluso il primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore, l'Italia si discosta di 14,3 punti percentuali dalla media dei Paesi EU-Ante 1995 e di 29,4 punti percentuali da quella dei Paesi EU-Post 1995.

Tuttavia, il livello di istruzione della popolazione italiana è in continuo aumento: tra il 2009 e il 2019, aumenta la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari (+5,1 punti percentuali nell'ultimo decennio) e si riduce quella relativa al primo ciclo di istruzione (-8,0 punti percentuali). La situazione resta critica nel Sud, con una quota di popolazione che è in possesso del titolo universitario

inferiore alla media nazionale di 2,7 punti percentuali e con una quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione superiore alla media nazionale di 5,0 punti percentuali.

Il livello di scolarizzazione è, comunque, in miglioramento anche al Sud: il conseguimento di una istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello), passa dal 13,2% del 2009 al 16,9% del 2019 (+3,7 punti percentuali) e di conseguenza si riduce la quota di popolazione che conclude il primo ciclo di istruzione, passando dal 50,8% del 2009 al 42,8% del 2019 (-8,0 punti percentuali).

A livello regionale il Lazio è la Regione con la più alta quota di popolazione in possesso di un titolo universitario (26,1%), valore in aumento nell'ultimo decennio di +7,0 punti percentuali; la Sicilia, invece, registra la quota più bassa (14,2% nel 2019), anche se risulta in miglioramento rispetto al 2009 di +1,7 punti percentuali (12,5%) (Figura 1.7.). Per la quota di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione, la Puglia è la Regione con la quota più alta (48,7%), valore in riduzione di -8,3 punti percentuali nel periodo considerato; l'Umbria registra la quota più bassa (28,7% nel 2019) ed in miglioramento rispetto al 2009 di -8,8 punti percentuali (37,5%).

Figura 1.6. Popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*) in Europa. Anno 2019

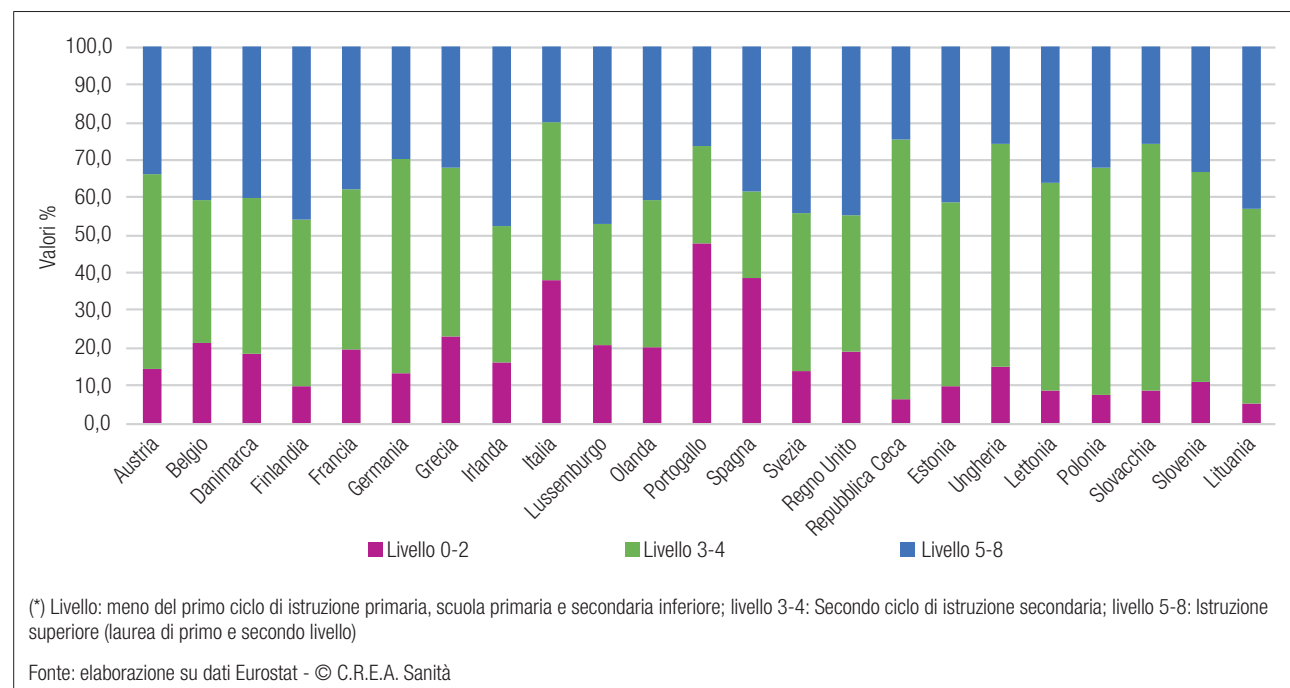
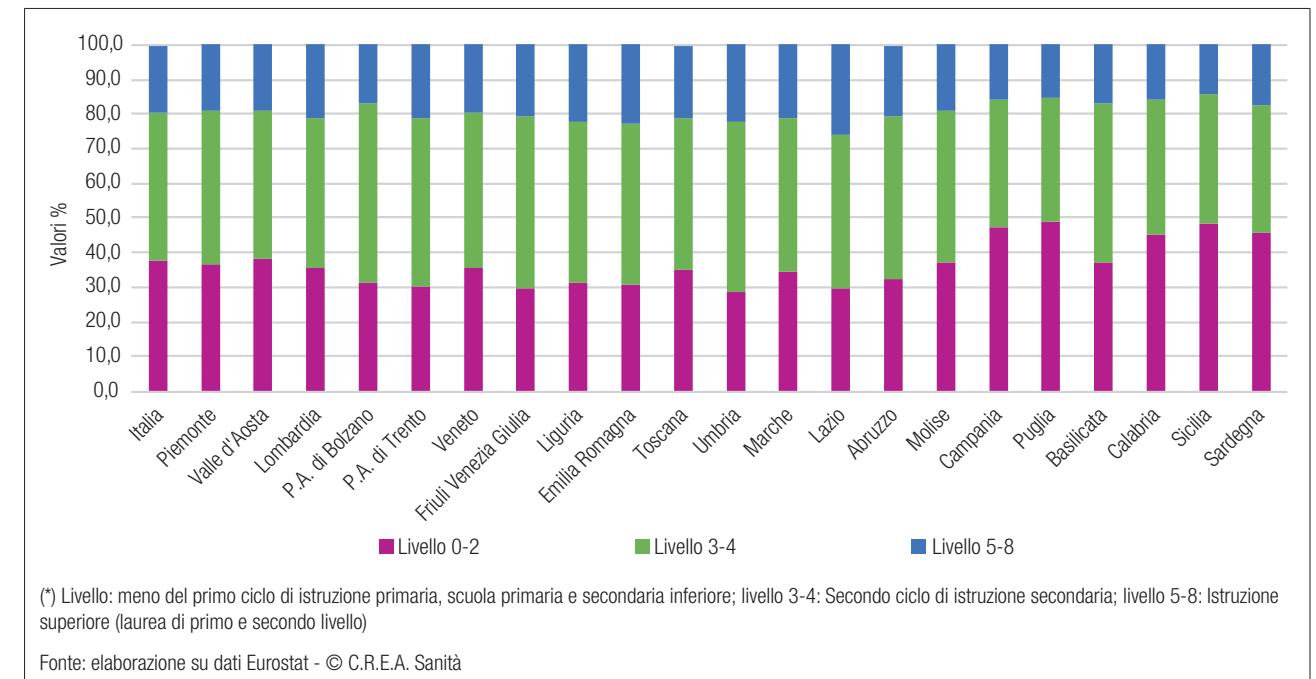


Figura 1.7. Popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*). Anno 2019



L'Italia registra anche una percentuale di giovani tra i 18 e 24 anni che abbandona prematuramente gli studi più alta rispetto ai Paesi EU, sia a quelli EU-Ante 1995 (rispettivamente 10,7% vs 13,5%), sia a quelli EU-Post 1995 scarto di 6,8 punti percentuali in più per l'Italia (Figura 1.8.).

La quota, però, si riduce tra il 2019 ed il 2009 di -5,6 punti percentuali (rispettivamente 13,5% e

19,1%) (Figura 1.9.). La situazione migliora in tutte le aree del Paese: il miglioramento più significativo si osserva nelle Regioni settentrionali dove, in media, i giovani che abbandonano gli studi si sono ridotti del -7,1 punti percentuali, contro i -3,8 punti percentuali per quelli presenti nelle aree meridionali, accentuando così il differenziale tra il Nord ed il Sud del Paese.

Figura 1.8. Giovani 18-24 anni che abbandonano prematuramente gli studi in Europa. Anno 2019

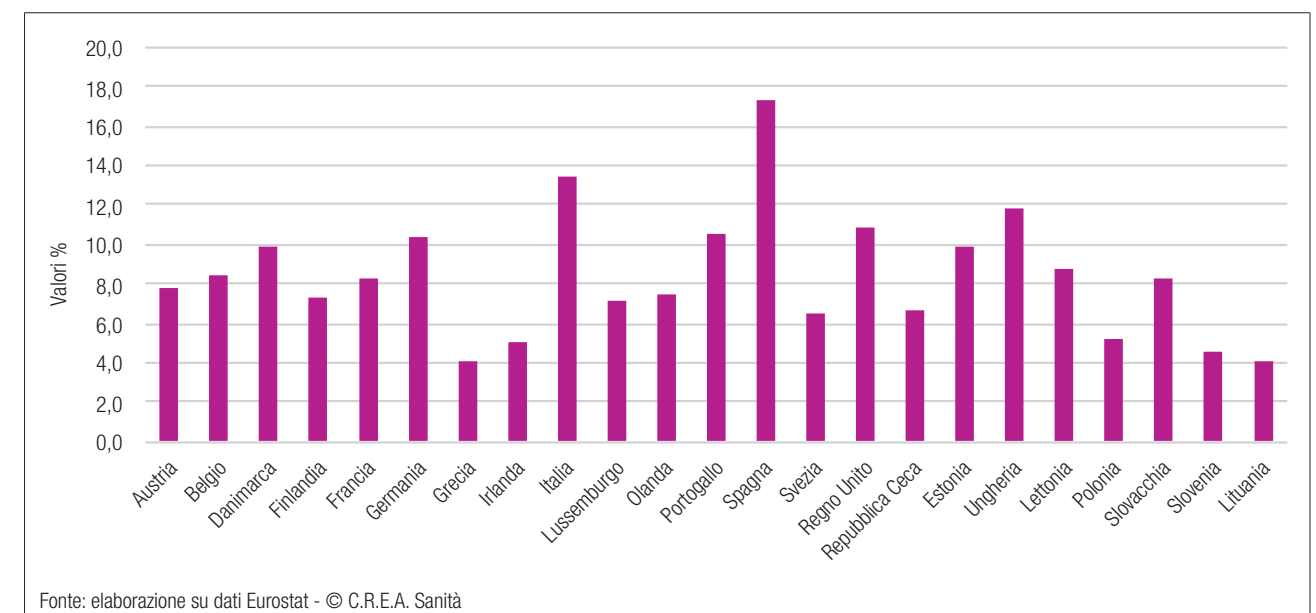


Figura 1.9. Giovani 18-24 anni che abbandonano prematuramente gli studi (valori %). Anno 2019



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

Dal confronto regionale emerge come la P.A. di Trento registri la percentuale più bassa di giovani che abbandonano prematuramente gli studi (6,8%), ed è anche in riduzione rispetto al 2009 di -5,5 punti percentuali; decisamente elevata la percentuale di giovani che abbandonano prematuramente gli studi

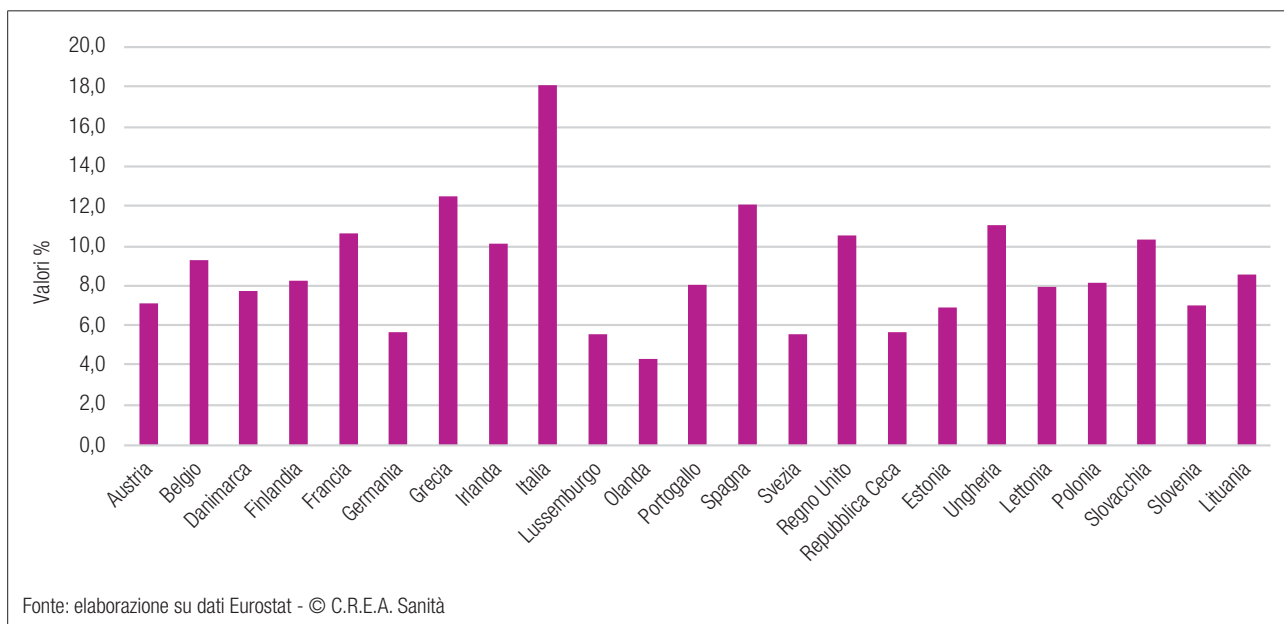
in Sicilia (22,4% nel 2019). In tutte le Regioni si registra una riduzione dei giovani che abbandona gli studi, ad eccezione di Calabria e Lazio, dove invece si registra un aumento: rispettivamente +1,8 punti percentuali e +1,1 punti percentuali.

Anche il tasso dei cosiddetti "Neet" è più alto in Italia (18,1%), risultando quasi doppio rispetto alla media europea (10,1%) (Figura 1.10.). Anche in questo caso è maggiore tanto di quello dei Paesi EU-Ante 1995, che di quelli EU-Post 1995: rispettivamente di +7,8 e +9,8 punti percentuali.

Il tasso di "Neet" in Italia è anche in aumento rispetto al 2009 di 0,5 punti percentuali (17,6%). Dal confronto tra ripartizioni geografiche si conferma che nelle Regioni del Nord la quota di "Neet" è inferiore di -12,8 punti percentuali rispetto al Sud (12,4% Nord vs 25,1% Sud) e la situazione nel Mezzogiorno è peggiorata rispetto al 2009 (+1,2 punti percentuali) (Figura 1.11.).

A livello regionale la P.A. di Bolzano ha la quota di giovani che non lavorano e non studiano inferiore (8,7% nel 2019), confermando quanto registrato nel 2009 (8,7%); viceversa la quota di "Neet" presenti in Sicilia (30,3%), è massima, ed in aumento rispetto al 2009 di +3,8 punti percentuali: uno scarto di 21,6 punti percentuali rispetto alla P.A. di Bolzano.

Figura 1.10. Giovani che non lavorano e non studiano (Neet) in Europa. Anno 2019



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

Figura 1.11. Giovani che non lavorano e non studiano (valori %) (Neet)



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

Occupazione

L'Italia presenta un livello di occupazione più basso rispetto alla media europea, sia totale, che nella fascia di età 55-64 anni. Occupa il terzo posto

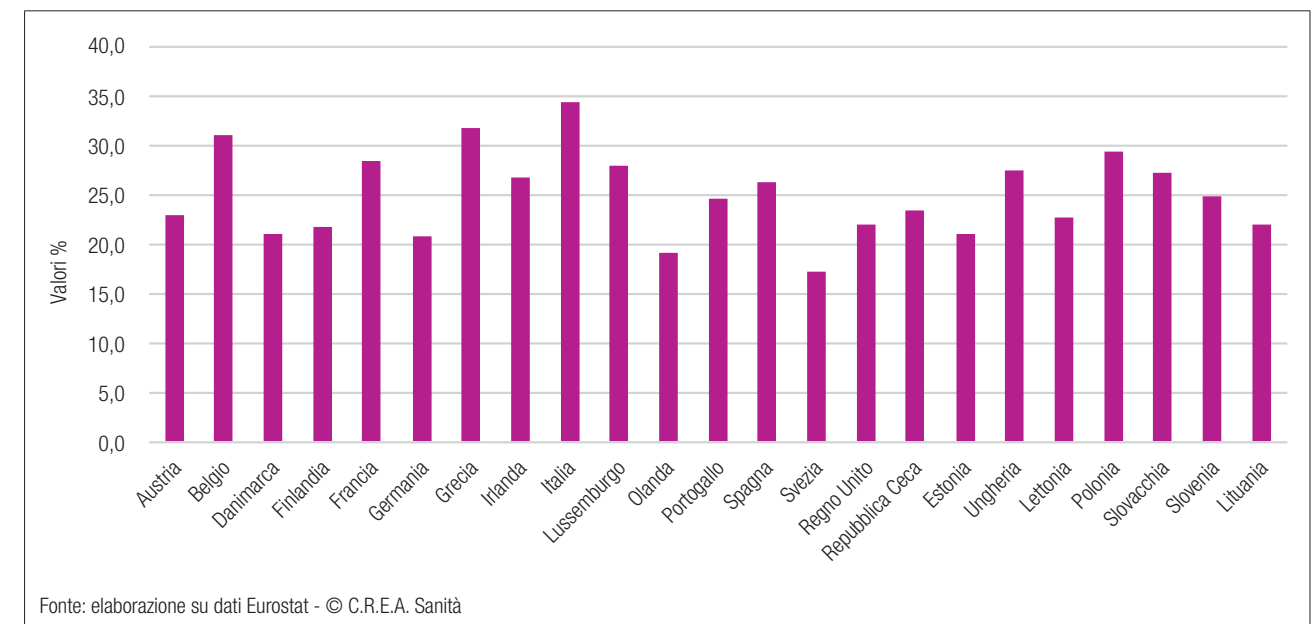
per tasso di disoccupazione generale e per quello giovanile. Inoltre, in Europa, registra il maggior tasso di inattività.

Gli inattivi, persone che non fanno parte delle forze di lavoro, ovvero quelle non classificate come occupate o disoccupate, nella fascia 15-64 anni, sono in Italia il 34,3%: il tasso è più alto di 8,3 punti percentuali rispetto alla media EU (Figura 1.12.); stesso risultato rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 e ai Paesi EU-Post 1995, dove gli scarti sono rispettivamente di +8,8 punti percentuali e +7,0 punti percentuali.

Si registra, peraltro, un miglioramento (Figura 1.13.) del dato con una riduzione, rispetto al 2009, di 3,5 punti percentuali (37,7%). La propensione della popolazione a offrirsi sul mercato del lavoro al Nord è più alta rispetto al Sud, con un gap di oltre 15,0 punti percentuali.

Dal confronto regionale emerge che il minor tasso di inattività si registra nella P.A. di Bolzano, che si discosta dal dato nazionale di oltre 10,6 punti percentuali (23,7%); il valore più elevato si registra in Sicilia, risultando pari a quasi il 50% della popolazione. Rispetto al 2009 si registra comunque una riduzione dell'indicatore in tutte le Regioni.

Figura 1.12. Tasso di inattività 15-64 anni in Europa. Anno 2019



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

Figura 1.13. Tasso di inattività 15-64 anni, valori %. Anno 2019



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

Nel 2019 il tasso di occupazione della popolazione attiva in Europa si attesta al 73,9%, con l'Italia, al 63,5% (-10,4 punti percentuali), che ci posiziona al penultimo posto in Europa: ultima è la Grecia con il 61,2% di occupati (Figura 1.14.); il gap è rilevante

Figura 1.14. Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni in Europa. Anno 2019



sia rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 (73,8%), sia verso quelli dell'EU-Post 1995 (75,0%), con scarti rispettivamente di -10,3 e -11,5 punti percentuali.

Il tasso di occupazione della popolazione attiva (tra i 20 e i 64 anni) è comunque in aumento rispetto al 2009, di +1,9 punti percentuali.

Nella fascia di età 20-64 anni si registra anche un chiaro squilibrio di genere (Tabella 1.14.): sono occupati il 53,8% delle donne (valore comunque in aumento rispetto al 2009 di +4,1 punti percentuali), contro il 73,4% degli uomini (in riduzione di -0,4 punti percentuali). Il tasso di occupazione più alto si registra nella P.A. di Bolzano: 85,5% per gli uomini, 72,8% per le donne; il più basso in Sicilia (44,5%): 57,2% per gli uomini e 32,3% per le donne.

Tutte le Regioni del Sud, ad eccezione dell'Abruzzo, registrano un tasso di occupazione inferiore al 60,0%, mentre quelle del Nord si posizionano su valori superiori al 70,0%, con una differenza media di 20,8 punti percentuali (Figura 1.15.).

Ricordiamo che l'obiettivo fissato dall'Unione Europea per il 2020 è di avere una popolazione occupata tra i 20 e 64 anni pari al 75,0%.

Tabella 1.14. Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni per genere

	2009			2019		
	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)
Italia	73,7	49,7	61,6	73,4	53,8	63,5
Piemonte	76,7	59,1	67,9	78,2	63,5	70,8
Valle d'Aosta	78,8	62,9	70,9	78,1	68,8	73,5
Lombardia	79,9	59,8	69,9	82,0	64,7	73,4
P.A. di Bolzano	83,6	66,6	75,1	85,5	72,8	79,2
P.A. di Trento	80,3	62,2	71,3	81,0	66,9	74,0
Veneto	80,1	57,3	68,8	82,1	63,2	72,6
Friuli Venezia Giulia	76,9	57,7	67,3	79,9	62,7	71,3
Liguria	76,8	57,7	67,1	75,6	59,9	67,7
Emilia Romagna	79,9	65,1	72,5	82,3	68,5	75,4
Toscana	79,0	58,9	68,8	78,8	64,8	71,7
Umbria	77,3	56,8	66,9	76,8	62,0	69,3
Marche	76,9	59,2	68,1	77,9	61,7	69,8
Lazio	76,1	52,2	63,8	74,3	57,4	65,7
Abruzzo	73,8	46,7	60,2	74,8	50,3	62,5
Molise	69,1	43,8	56,5	70,6	46,4	58,6
Campania	61,4	28,7	44,7	58,7	32,0	45,2
Puglia	66,5	31,7	48,8	65,2	35,6	50,2
Basilicata	66,9	38,7	52,8	69,0	40,6	54,8
Calabria	61,7	32,9	47,1	58,2	32,6	45,3
Sicilia	64,2	31,9	47,7	57,2	32,3	44,5
Sardegna	65,7	43,1	54,4	64,2	50,4	57,3

Fonte: Istat

Figura 1.15. Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni (valori %). Anno 2019

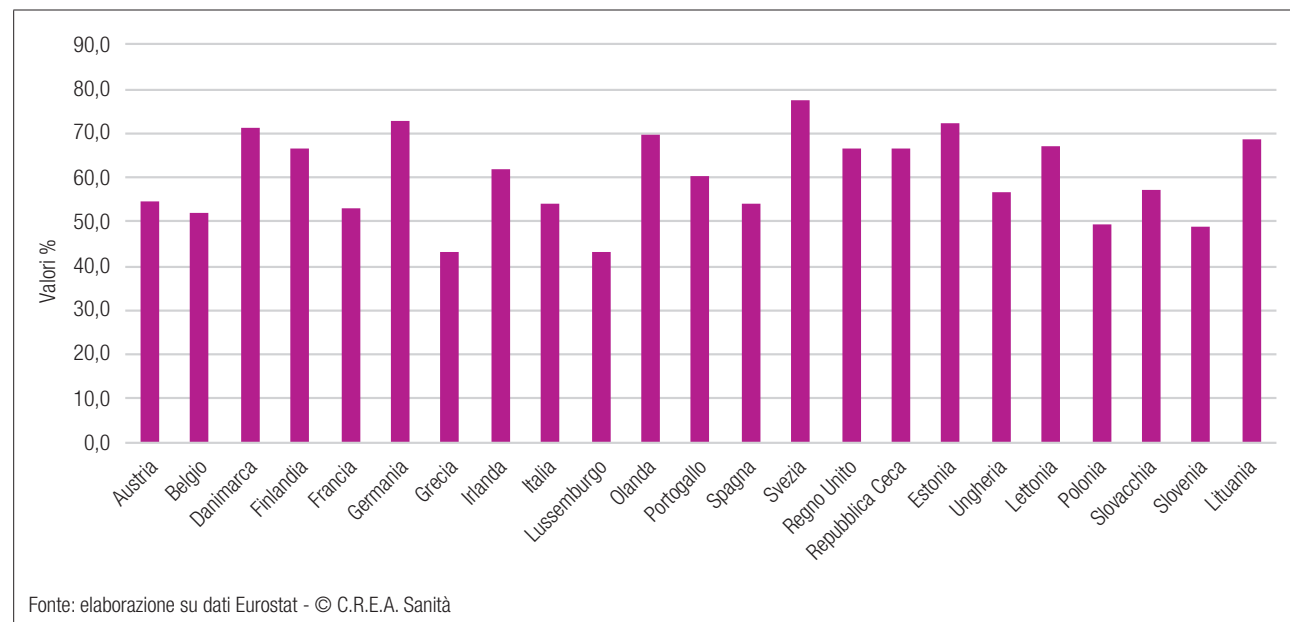


Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Anche per gli occupati appartenenti alla fascia di età 55-64 anni l'Italia registra un tasso di occupazione minore, tanto rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 (54,3% Italia vs 60,2% EU-Ante 1995), che ai Paesi dell'EU-Post 1995 (53,7% Italia vs 55,2% EU-Post 1995) (Figura 1.16.).

In Italia, Il valore risulta in crescita di 18,7 punti percentuali rispetto al 2009 (35,6%) (Tabella 1.15.). La Regione che registra il tasso di occupazione (per questa fascia d'età) più alto è la P.A. di Bolzano (65,8%), discostandosi dal valore medio nazionale di +11,6 punti percentuali e in aumento rispetto al 2008 di 24,4 punti percentuali (41,5%). La Sicilia si conferma la Regione con il dato peggiore, registrando un tasso pari al 41,6%, anche se in aumento rispetto al 2009 di 7,0 punti percentuali.

Figura 1.16. Tasso di occupazione della popolazione in età 55-64 anni in Europa. Anno 2019



Anche per gli occupati nella fascia 55-64 anni emerge il divario tra Nord e Sud: al Nord si registra un tasso di occupazione (per questa fascia d'età) superiore al 55%, mentre nel Sud è inferiore al 50%, ad eccezione di Basilicata (53,2%) e Sardegna (50,4%) (Figura 1.17.).

Figura 1.17. Tasso di occupazione della popolazione in età 55-64 anni (valori %). Anno 2019



Tabella 1.15. Tasso di occupazione 55-64 anni

Regione	2009 (%)	2019 (%)
Italia	35,6	54,3
Piemonte	32,8	55,8
Valle d'Aosta	36,8	59,6
Lombardia	34,9	57,5
P.A. di Bolzano	41,5	65,8
P.A. di Trento	34,8	59,3
Veneto	34,1	58,1
Friuli Venezia Giulia	30,5	58,0
Liguria	37,3	59,9
Emilia Romagna	39,3	62,5
Toscana	38,9	60,5
Umbria	36,7	59,6
Marche	38,5	59,2
Lazio	39,8	59,4
Abruzzo	35,3	55,8
Molise	37,1	56,5
Campania	34,7	43,8
Puglia	31,7	46,0
Basilicata	38,2	53,2
Calabria	36,6	42,7
Sicilia	34,7	41,6
Sardegna	32,5	50,4

Fonte: Istat

Infine, in termini di disoccupazione l'Italia va meglio solo di Spagna e Grecia (Figura 1.18.). In particolare, l'Italia registra un tasso pari al 10,0%, superiore ai Paesi dell'EU-Ante 1995 di +2,0 punti percentuali e di +5,5 punti percentuali rispetto ai Paesi dell'EU-Post 1995.

Il tasso di disoccupazione è anche aumentato nell'ultimo decennio (+2,2 punti percentuali, 7,8%) (Figura 1.19.).

Il differenziale tra il Nord e il Sud del Paese è molto rilevante: nel Nord la disoccupazione si attesta al 6,1%, nel Sud al 17,6%, un valore quasi triplo. In particolare, tutte le Regioni del Sud, ad eccezione di Abruzzo e Molise, hanno un livello di disoccupazione superiore al 13,0%; quelle del Nord, invece, sono tutte con valori inferiori al 9,0%, ad eccezione della Liguria (9,6%).

A livello regionale il tasso di disoccupazione oscilla tra il valore della P.A. di Bolzano (2,9%) e il valore della Calabria (21,0%). La Calabria, nel decennio, ha registrato l'aumento maggiore del tasso di disoccupazione (+9,7 punti percentuali). Degna di nota la Basilicata, unica Regione ad aver registrato una contrazione della disoccupazione nel periodo considerato (-0,5 punti percentuali).

Come per la disoccupazione in generale, anche

per quella giovanile l'Italia registra il terzo peggior risultato in Europa, migliore solo di Spagna e Grecia (Figura 1.20.): rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 l'Italia ha uno scarti di +11,7 punti percentuali (rispettivamente 17,5% e 29,2%), divario ancora più marcato rispetto ai Paesi dell'EU-Post 1995 (10,1%), dai quali si discosta di 19,1 punti percentuali.

Figura 1.19. Tasso di disoccupazione (valori %). Anno 2019

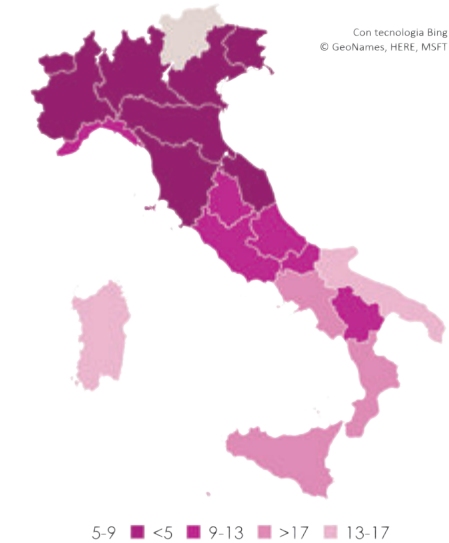


Figura 1.18. Tasso di disoccupazione in Europa. Anno 2019

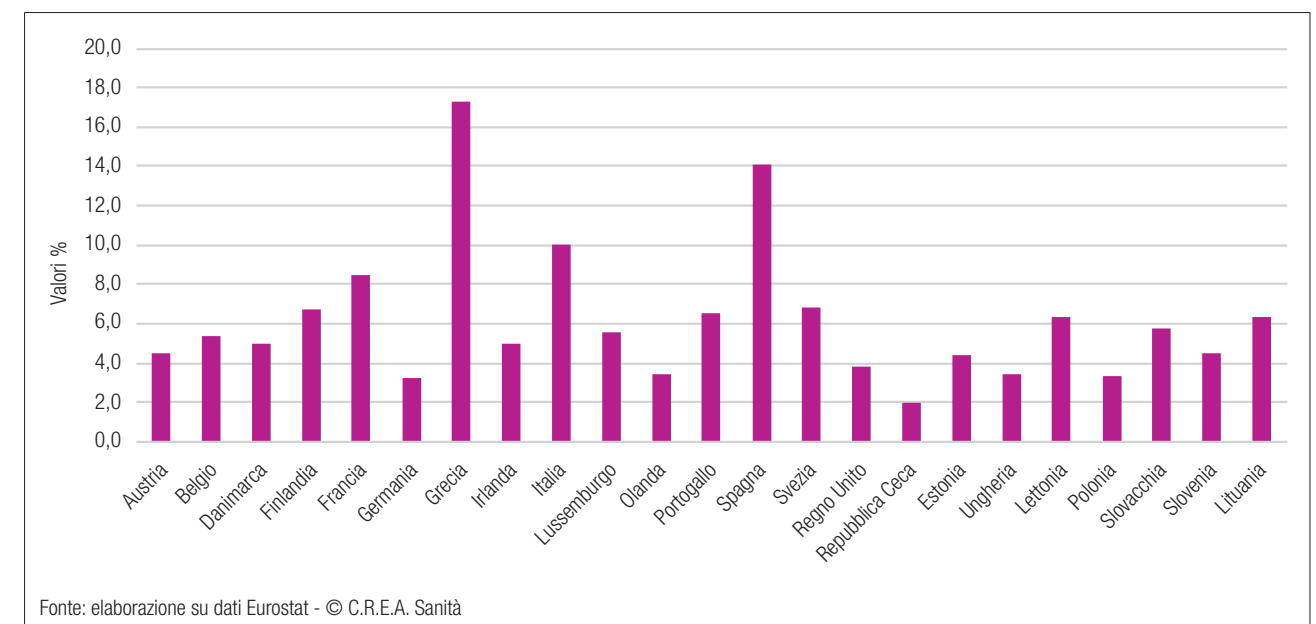
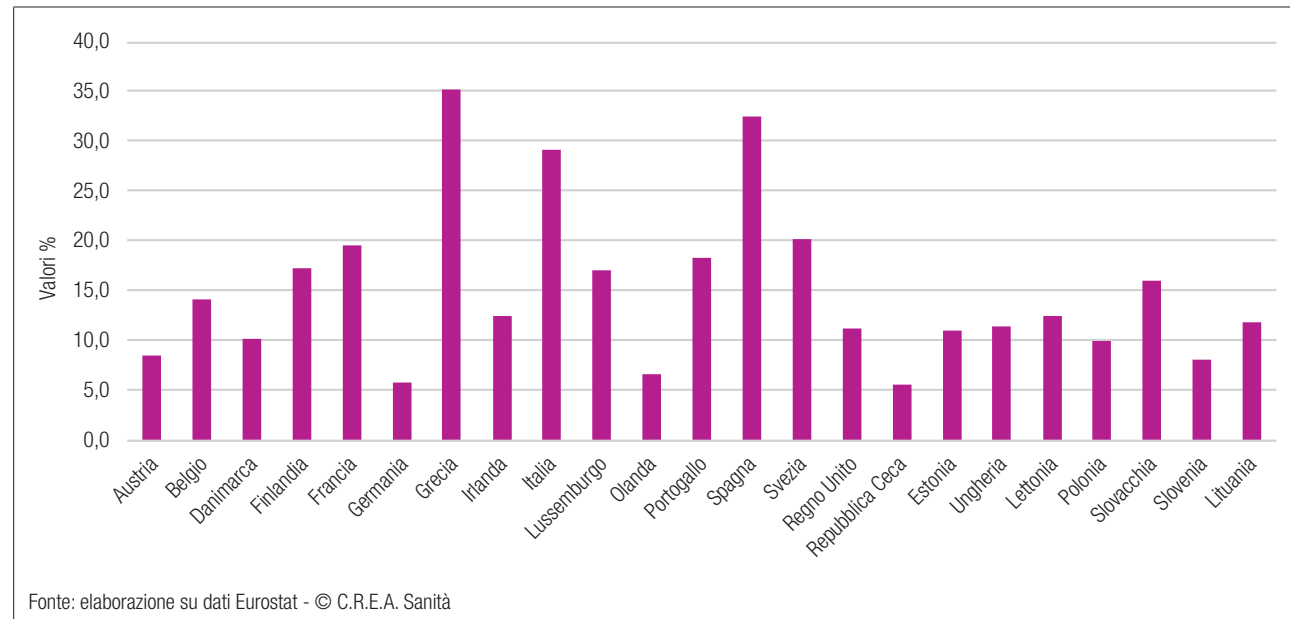


Figura 1.20. Tasso di disoccupazione giovanile in Europa. Anno 2019



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

Tabella 1.16. Tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) per genere

	2009			2019		
	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)
Italia	23,2	28,5	25,3	27,8	31,2	29,2
Piemonte	20,9	29,3	24,3	21,5	33,5	26,8
Valle d'Aosta	15,5	21,7	18,3	21,5	22,8	22,0
Lombardia	17,8	19,6	18,5	16,4	20,9	18,3
P.A. di Bolzano	8,2	10,0	8,9	7,8	9,3	8,4
P.A. di Trento	9,2	15,3	11,6	10,1	14,1	11,8
Veneto	11,8	17,5	14,3	15,1	22,3	18,2
Friuli Venezia Giulia	13,0	26,6	18,2	18,3	22,7	20,2
Liguria	17,9	18,5	18,2	23,9	23,1	23,6
Emilia Romagna	16,0	20,2	17,8	17,7	19,6	18,5
Toscana	15,8	19,6	17,3	24,0	23,2	23,6
Umbria	14,0	28,0	19,0	25,0	29,1	26,6
Marche	22,2	23,4	22,6	18,2	32,1	23,4
Lazio	26,1	36,2	30,4	29,4	29,8	29,6
Abruzzo	19,6	33,0	24,4	35,8	32,8	34,9
Molise	25,6	29,4	27,1	45,2	44,8	45,1
Campania	35,9	41,1	37,8	44,2	50,1	46,6
Puglia	30,1	36,8	32,7	40,2	40,6	40,4
Basilicata	32,0	49,7	38,3	32,0	28,8	31,1
Calabria	27,3	39,5	31,8	44,6	56,0	48,6
Sicilia	35,4	43,5	38,3	51,0	51,2	51,1
Sardegna	42,3	46,4	44,0	40,1	52,5	45,0

Fonte: Istat

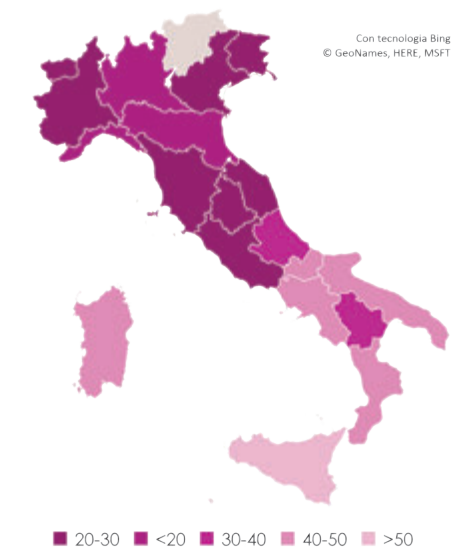
Anche in questo caso si registra un aumento rispetto al 2009, pari a 3,8 punti percentuali (Tabella 1.16.). Il tasso di disoccupazione giovanile risulta minimo nella P.A. di Bolzano, (8,4% ovvero -20,7 punti percentuali rispetto al dato nazionale), e massimo in Sicilia (51,1% nel 2019). Dal confronto per genere emerge che sono maggiormente disoccupate le donne rispetto agli uomini (rispettivamente 31,2% vs 27,8% dato medio italiano).

Anche per la disoccupazione giovanile il differenziale tra Nord e Sud appare accentuata (Figura 1.21.): 19,4% nel Nord vs 45,5% al Sud.

La evidente correlazione fra tasso di disoccupazione e tasso di inattività (Figura 1.22.), evidenzia un drammatico effetto di scoraggiamento: maggiore è la disoccupazione e maggiore è la quota di persone che rinuncia a offrirsi sul mercato del lavoro.

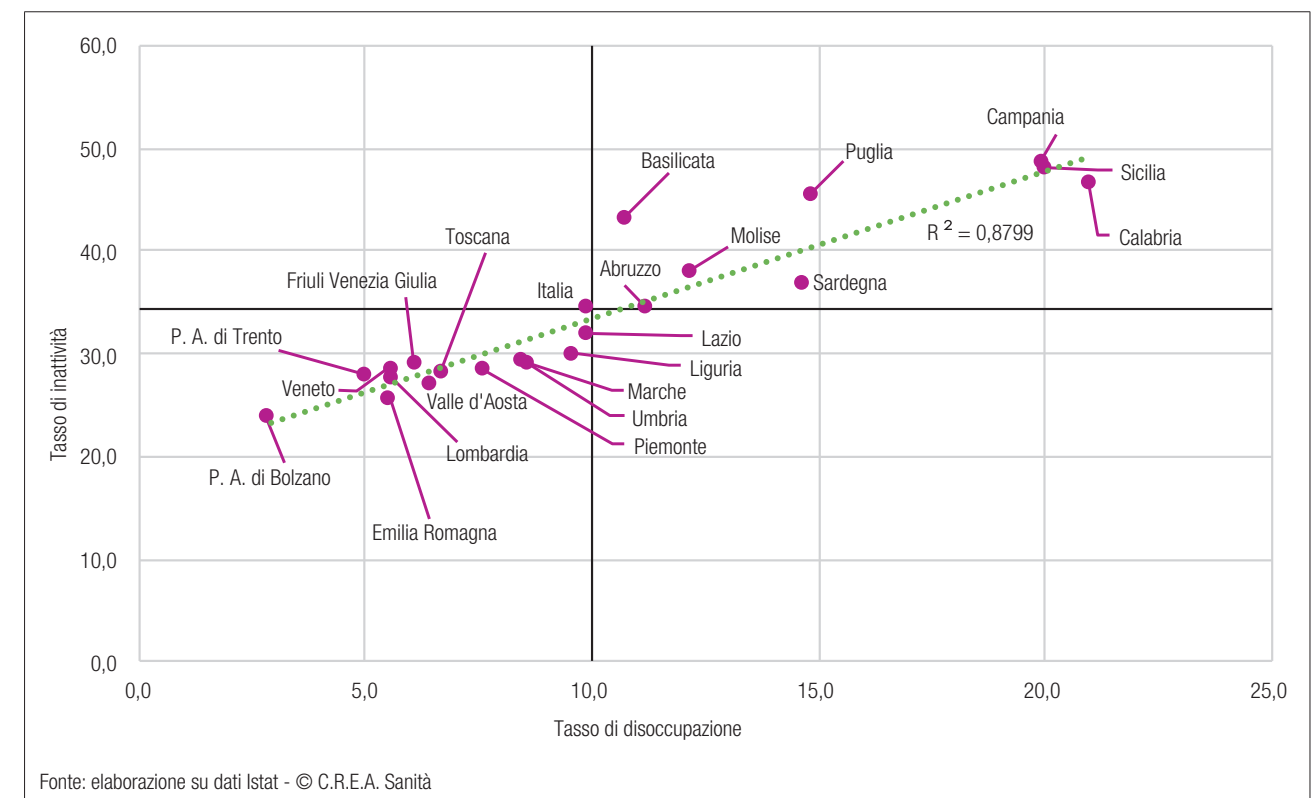
Questo implica che nelle Regioni in cui il mercato del lavoro è in condizioni critiche, la situazione reale è anche peggiore di quanto emerge dai differenziali nel tasso di disoccupazione.

Figura 1.21. Tasso di disoccupazione giovanile (valori %). Anno 2019



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

Figura 1.22. Tasso di disoccupazione vs tasso di inattività. Anno 2019



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

Produzione e reddito

L'Italia è al 4° posto in Europa per Prodotto Interno Lordo (PIL) (Figura 1.23.).

L'Italia ha però un PIL pro-capite inferiore alla media europea (€ 29.610 vs € 31.970), posizionandosi in dodicesima posizione sui 28 Paesi: in particolare, si discosta dai Paesi dell'EU-Ante 1995 di - € 6.806, risultando superiore di € 13.774 rispetto a quello dei

Paesi EU-Post 1995 (Figura 1.24.). Degno di nota è che l'Italia è il Paese peggiore in termini di crescita del PIL pro-capite: tra il 2009 ed il 2019 è pari al +1,1% medio annuo; solo la Grecia registra un dato peggiore, con un decremento del -2,0% medio annuo. L'Italia registra una crescita minore rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 (+2,4% medio annuo) di -1,3 punti percentuali e di -3,7 punti percentuali rispetto a quelli EU-Post 1995 (+4,8% medio annuo).

Figura 1.23. PIL in Europa. Anno 2019

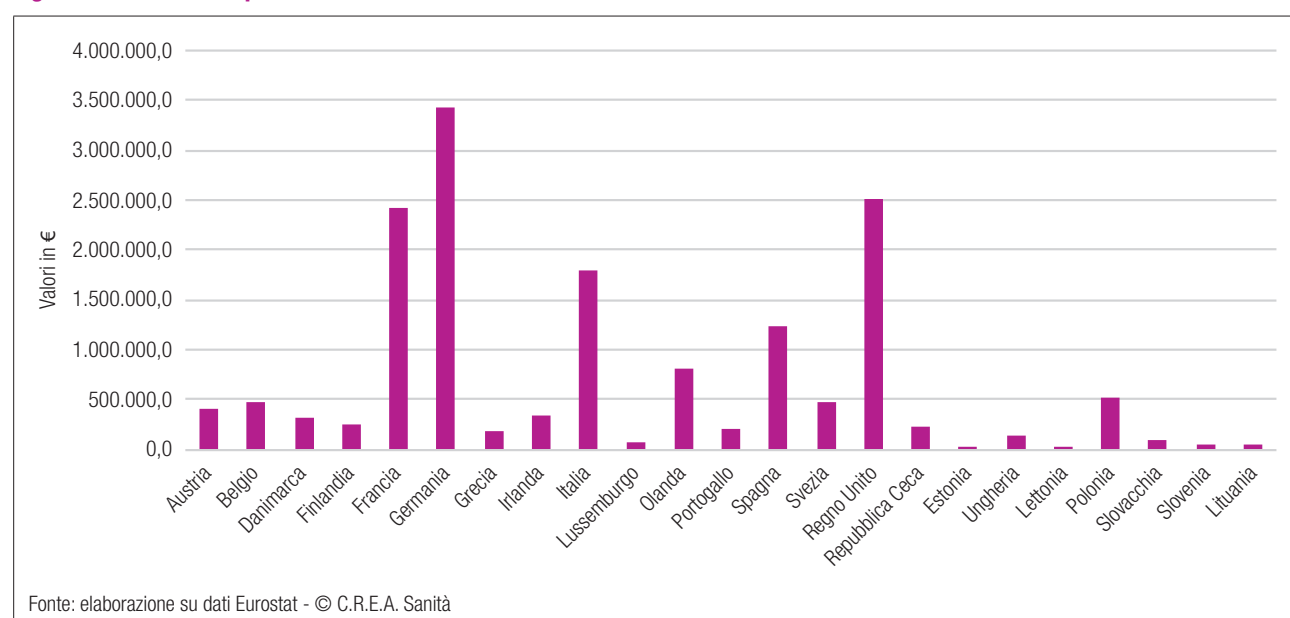


Figura 1.24. PIL pro-capite in Europa. Anno 2019

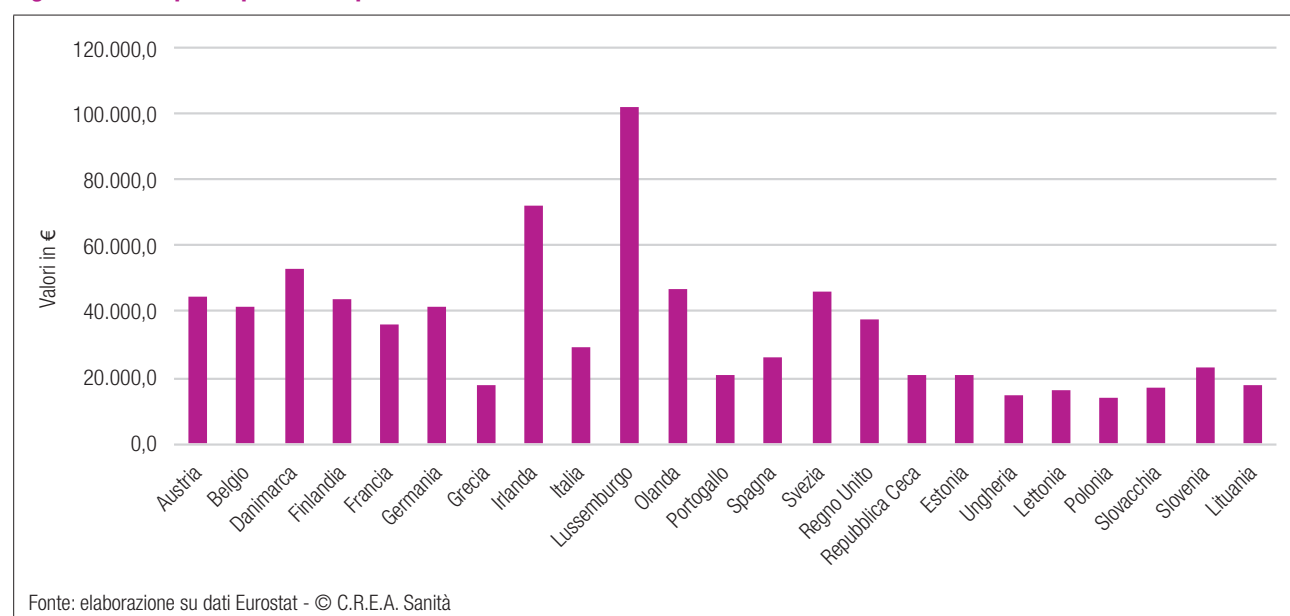
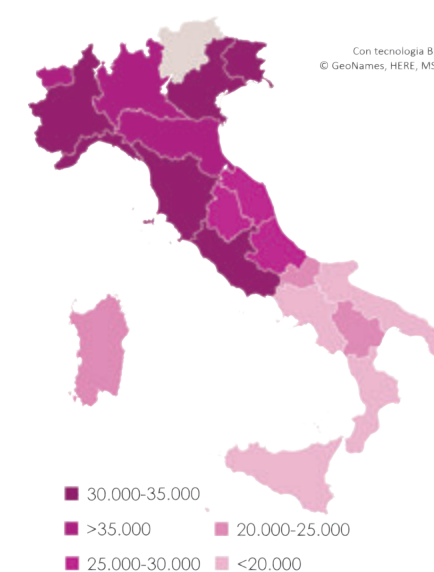


Figura 1.25. PIL pro-capite. Anno 2019



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

Il PIL pro-capite è in crescita rispetto al 2009 del +11,9% (+1,1% medio annuo) (Figura 1.25.). Le Regioni del Nord registrano un PIL pro-capite maggiore rispetto a quelle del Sud: tutte le Regioni del Nord hanno un PIL pro-capite superiore a € 30.000, quelle del Sud inferiore a € 25.000, ad eccezione dell'Abruzzo (€ 25.944). Il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (€ 47.345), quello minimo in Calabria (€ 17.257), con uno scarto del 274,4%.

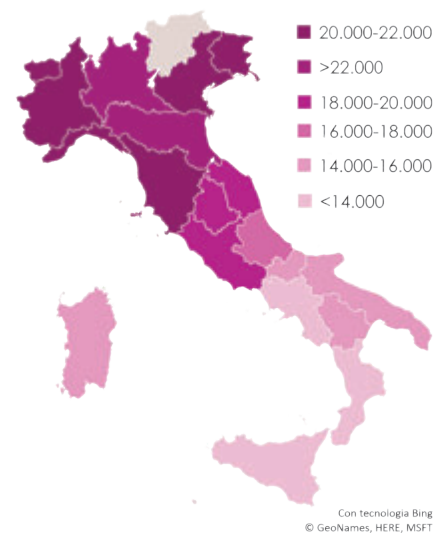
In termini nominali, il PIL è cresciuto in tutte le Regioni (ad eccezione del Molise che registra una contrazione del -0,3% medio annuo), ma in modo particolare in quelle del Nord (+1,7% medio annuo), contro una crescita più contenuta nel Centro e nel Sud del Paese (rispettivamente +1,0% e +0,7%).

Tabella 1.17. PIL

Regione	2009 (€ mil.)	2019 (€ mil.)	Var. % 2019/2009	v.m.a. % 2019/2009
Italia	1.577.255,9	1.787.664,1	+13,3	+1,3
Piemonte	120.027,6	139.144,1	+15,9	+1,5
Valle d'Aosta	4.528,2	4.961,7	+9,6	+0,9
Lombardia	334.174,9	395.213,3	+18,3	+1,7
P.A. di Bolzano	18.977,0	25.148,5	+32,5	+2,9
P.A. di Trento	17.900,8	20.815,2	+16,3	+1,5
Veneto	140.931,0	165.675,0	+17,6	+1,6
Friuli Venezia Giulia	33.548,6	38.486,3	+14,7	+1,4
Liguria	46.371,7	50.738,2	+9,4	+0,9
Emilia Romagna	135.128,8	163.654,2	+21,1	+1,9
Toscana	104.430,2	119.352,9	+14,3	+1,3
Umbria	21.641,5	22.636,8	+4,6	+0,5
Marche	39.386,4	43.358,7	+10,1	+1,0
Lazio	185.240,9	200.357,0	+8,2	+0,8
Abruzzo	29.921,0	34.027,7	+13,7	+1,3
Molise	6.674,1	6.456,3	-3,3	-0,3
Campania	103.905,6	109.244,7	+5,1	+0,5
Puglia	68.524,0	76.025,1	+10,9	+1,0
Basilicata	11.178,2	12.525,2	+12,1	+1,1
Calabria	33.044,8	33.600,9	+1,7	+0,2
Sicilia	87.974,1	89.924,9	+2,2	+0,2
Sardegna	32.570,4	34.999,1	+7,5	+0,7

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

Figura 1.26. Reddito disponibile pro capite. Anno 2018



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

In termini reali, invece, il PIL nazionale è rimasto pressoché fermo rispetto al 2009 (-0,02% medio annuo), con una forte eterogeneità regionale: 10 Regioni registrano una riduzione del PIL, in particolare nel Molise (-1,1% medio annuo); nelle restanti 11 si registra un aumento del PIL in termini reali, soprattutto la P.A. di Bolzano è quella che registra l'incremento più alto (+1,0% medio annuo).

Il reddito medio disponibile delle famiglie italiane, nel 2018 (ultimo anno disponibile), è pari a € 18.886,8 (€ 1.574,0 mensili) (Figura 1.26.), in crescita del +3,3% (+0,3% medio annuo) rispetto al 2008. Tutte le Regioni del Nord hanno un reddito disponibile superiore a € 20.000, quelle del Sud inferiore a € 14.000 (ad eccezione dell'Abruzzo che registra un reddito pari a € 16.495,8), con uno scarto del 159,0%. Si passa da un reddito medio disponibile delle famiglie di € 26.387,1 (€ 2.198,9 mensili) della P.A. di Bolzano (valore massimo) ad uno di € 12.792,9 (€ 1.066,0 mensili) della Calabria (valore minimo), con uno scarto del 206,3%.

In termini di distribuzione del reddito, osserviamo

che il rapporto fra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione, e quello dal 20% più povero, nel 2017 (ultimo dato disponibile) è pari in Italia a 6,1 (Tabella 1.18.). Dall'analisi per ripartizioni geografiche emerge che nel Nord la disuguaglianza del reddito è più bassa (4,9), mentre è massima nel Mezzogiorno (7,0).

A livello regionale la disuguaglianza maggiore si registra in Sicilia (8,2), la più bassa in Friuli Venezia Giulia (3,8).

Nel 2019 si stima, inoltre, che oltre 1.600.000 famiglie (6,4% delle famiglie residenti) siano in condizione di povertà assoluta⁶, per un totale di 4.593.000 individui (7,7% dell'intera popolazione). Sempre nello stesso anno si stima siano 2.971.000 le famiglie in condizione di povertà relativa (con un'incidenza pari al 11,4% delle famiglie residenti), per un totale di 8.834.000 individui (14,7% della popolazione).

Dal confronto per ripartizioni geografiche emerge che il Sud presenta un livello di povertà relativa (totale) pari a più del triplo rispetto al Nord Italia (rispettivamente 25,8% vs 8,7%).

In particolare, nel 2019, l'incidenza di povertà individuale relativa risulta in aumento rispetto al 2014 di +1,8 punti percentuali (12,9% nel 2014). Per confronto, nel periodo preso in esame, il Sud presenta una incidenza in crescita di +3,2 punti percentuali (22,6% nel 2014 vs 25,8% nel 2019) e nettamente più alta rispetto alle altre ripartizioni geografiche e al dato nazionale (Tabella 1.19.).

1.3. L'impatto della pandemia COVID-19 sull'economia italiana

Ormai è noto come l'impatto della pandemia di COVID-19 abbia determinato gravi conseguenze economiche. Il blocco che i Governi nazionali hanno dovuto imporre ad oltre metà della popolazione mondiale per appiattire la curva dei contagi, ha determinato la peggiore recessione dai tempi della crisi 2008-2009.

⁶ L'incidenza della povertà assoluta è calcolata sulla base di una soglia corrispondente alla spesa mensile minima necessaria per acquisire un paniere di beni e servizi che, nel contesto italiano e per una famiglia con determinate caratteristiche, è considerato essenziale a uno standard di vita minimamente accettabile. Sono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia (che si differenzia per dimensione e composizione per età della famiglia, per ripartizione geografica e per tipo di comune di residenza).

Tabella 1.18. Disuguaglianza del reddito disponibile. Anno 2017*

Regione	2017
Italia	6,1
Piemonte	4,9
Valle d'Aosta	4,2
Lombardia	5,0
P.A. di Bolzano	4,2
P.A. di Trento	5,4
Veneto	4,6
Friuli Venezia Giulia	3,8
Liguria	5,6
Emilia Romagna	4,5
Toscana	5,0
Umbria	4,4
Marche	4,4
Lazio	6,4
Abruzzo	4,6
Molise	5,1
Campania	7,5
Puglia	5,6
Basilicata	6,4
Calabria	7,6
Sicilia	8,2
Sardegna	6,4

* L'indicatore è riferito all'anno di conseguimento del reddito (t) e non all'anno d'indagine (t+1)

Fonte: Istat

Per apprezzare le dimensioni dell'impatto, possiamo riferirci alla nota COVID-19 (Maggio 2020) della Banca d'Italia ("L'impatto della pandemia COVID-19 sull'economia italiana: scenari illustrativi"), che provava a simulare gli scenari dell'impatto sull'economia italiana.

In particolare, Banca d'Italia ipotizzava che la quota di attività produttive interessate dai provvedimenti di sospensione, che era pari a circa un terzo del valore aggiunto in aprile, sarebbe scesa intorno al 10% a maggio e ulteriormente a giugno, con un recupero dell'attività relativamente rapido nella seconda metà dell'anno; inoltre si ipotizzava una contrazione del commercio mondiale del 12% nell'anno, con una ripresa parziale nel 2021; inoltre, che gli arrivi di turisti stranieri rimanessero pressoché nulli nella

Tabella 1.19. Incidenza di povertà relativa individuale (% di persone che vivono in famiglie in povertà relativa sui residenti)

Regione	2014	2019
Italia	12,9	14,7
Piemonte	7,7	10,5
Valle d'Aosta	7,7	4,9
Lombardia	5,8	8,0
P.A. di Bolzano*	..	3,4
P.A. di Trento	8,9	7,2
Veneto	6,4	11,5
Friuli Venezia Giulia	11,1	7,0
Liguria	10,0	12,6
Emilia Romagna	6,7	5,5
Toscana	6,7	7,7
Umbria	11,3	11,6
Marche	13,0	13,2
Lazio	7,8	9,8
Abruzzo	14,1	17,8
Molise	18,4	19,6
Campania	20,0	26,7
Puglia	22,2	27,4
Basilicata	30,0	16,0
Calabria	35,6	29,2
Sicilia	29,0	29,0
Sardegna	15,9	15,7

* Il dato non raggiunge la metà della cifra minima considerata

Fonte: Istat

parte restante dell'anno, con un recupero graduale nel 2021.

Secondo lo scenario della Banca d'Italia, l'attesa sarebbe di una caduta del PIL del 9,0%, con una ripresa del 4,8% nel 2021 (Tabella 1.20.). La caduta del PIL prevista è l'effetto del crollo della domanda estera e dei flussi turistici internazionali, ma anche della forte caduta della domanda interna, in seguito alla sospensione delle attività economiche per il contenimento del contagio e alle ripercussioni della crisi sull'occupazione e sui redditi delle famiglie.

Le misure della politica di bilancio di sostegno diretto alla domanda, incluse nel Decreto Legge "Cura Italia", era stata valutata nell'ordine di 2 punti percentuali.

L'occupazione, misurata in termini di unità di la-

voro equivalenti, diminuirebbe quest'anno di quasi il 10%, dato che in termini di numero di occupati si attesterebbe al 4%, valore contenuto dall'esteso ricorso alla Cassa integrazione guadagni (CIG).

Tabella 1.20. Scenario macroeconomico per l'economia italiana. Variazioni %

	2019	2020	2021
PIL	+0,3	-9,0	+4,8
Consumo delle famiglie	+0,4	-8,8	+4,6
Investimenti fissi lordi	+1,4	-12,4	+3,2
Esportazioni	+1,4	-15,4	+8,0
Importazioni	-0,2	-17,3	+9,7
Occupazione (unità di lavoro equivalenti)	+0,3	-9,8	+5,0
Occupazione (teste)	+0,6	-3,8	+2,7
Inflazione al consumo	+0,6	-0,1	0,0

Fonte: Banca d'Italia - © C.R.E.A. Sanità

1.4. Conclusioni

In letteratura è largamente condivisa l'importanza del ruolo che giocano le variabili demografiche e socio-economiche sulla salute e anche di quest'ultima sullo sviluppo economico.

Nel capitolo si descrive come la demografia italiana risulti molto più critica di quella media europea, essendo l'Italia caratterizzata da una popolazione soggetta ad un processo particolarmente rapido di invecchiamento, che ha interessato tutte le Regioni italiane: in dieci anni l'età media è aumentata di 2,2 anni raggiungendo i 45,4 anni.

Nel periodo 2019-2066, si attende un ulteriore aumento della popolazione anziana (*over 75*) del +56,6% (+1,0% medio annuo) a livello nazionale.

Inoltre, si assiste ad una repentina modificazione delle strutture familiari. Negli ultimi dieci anni, il numero medio di componenti per nucleo familiare, in Italia, si è ridotto dello 0,8% ed aumentato il numero di persone sole, tendenza che si riscontra nella maggior parte delle Regioni italiane.

Anche sul versante dell'istruzione si evidenzia un *gap* dell'Italia verso gli altri Paesi EU: l'Italia occupa l'ultima posizione in Europa per quota di persone in possesso del titolo universitario e la più "alta" quota

di giovani che non lavorano e non studiano ("*Neet*"); il *gap* con EU è ancora peggiore nelle Regioni meridionali.

Si aggiunge che dal punto di vista occupazionale l'Italia ha *Performance* peggiori della media europea: il tasso di inattività è più alto di 8,3 punti percentuali rispetto alla media EU e, malgrado ciò, il tasso di disoccupazione (generale e anche quello giovanile) è inferiore solo a quello di Grecia e Spagna.

Infine, il PIL italiano, pur essendo il 4° in Europa, in termini pro-capite si colloca sotto la media europea (in dodicesima posizione sui 28 Paesi). Crescita che nell'ultimo decennio è stata inferiore a quella EU del -1,6% medio annuo.

Anche in questo caso il *gap* interno, fra Regioni del Meridione e le altre è molto elevato e anche crescente nel tempo: +1,5% medio annuo al Nord e +0,8% medio annuo al Sud.

Se, in considerazione del fatto che gli indicatori aggregati di Salute italiani sono fra i migliori a livello internazionale, malgrado il contesto demografico e socio-economico non favorevole, si può concludere che gli esiti nazionali in termini di tutela della Salute siano più che soddisfacenti, non si può dimenticare che esiste anche un "problema inverso" che è rappresentato dai ritorni della Salute sul sistema economico.

Analizzando, allora, la relazione causale inversa, il 2020 appare paradigmatico, come la pandemia di COVID-19 ha dimostrato: a titolo di esempio; ricordiamo come la Banca d'Italia, nella sua nota di Maggio 2020, abbia stimato un impatto sul PIL della pandemia di COVID del -9,0%, con un calo del numero di occupati intorno al 4%, contenuto solo grazie al ricorso agli ammortizzatori sociali, confermando come la Salute rappresenti un pre-requisito dello sviluppo economico.

Riferimenti bibliografici

Banca d'Italia, "L'impatto della pandemia COVID-19 sull'economia italiana: scenari illustrativi", 2020
Eurostat (anni vari), <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
Istat (anni vari), *Database demografico*
Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it

ENGLISH SUMMARY

Demographic, social and economic variables have a significant impact on health needs, and also (good) health is a determinant of the economic development. This has also been confirmed by the health emergency caused by COVID-19, which has demonstrated to what extent health is essential for the economic welfare.

This chapter is deputed to describe the main demographic, social and economic dimensions that characterise Italy.

The result is a picture first of all showing how Italian demography is much more problematic than the European average, as a particularly fast ageing process is taking place, which has affected all Italian Regions: in ten years the average age has increased by 2.2 years reaching 45.4 years.

In the 2019-2066 period, a further 56.6% rise in the elderly population (over 75) is expected (a 1% average increase per year).

Over the last decade, children in the 0-4 age bracket have decreased by 0.3% on average per year. Similarly, the population in the 0-14 age bracket has decreased by 0.1% on average per year. On the other hand, over the same period, the elderly resident population (over 75) has increased by 2.2% on average per year, up from 39,316,124 to 48,844,756 individuals.

The growth of the elderly population has affected the whole of Europe, with the highest increase recorded in Ireland (+3% on average per year) and the lowest one in Hungary (+0.9% per year). Italy recorded a 2% average annual increase between 2009 and 2019, 1% higher than in the pre-1995 EU countries (a 1% annual average) and 1.3% higher than in the post-1995 EU countries (a 0.7% annual average).

There has also been a sudden change in family structures. Over the last ten years, the average num-

ber of members per household in Italy has fallen by 0.8% and the number of single people living alone has increased significantly - a trend that can be seen in most Italian Regions. The extent of this phenomenon is maximum in the Valle d'Aosta Region, where the number of single-member families has risen from 36.2% to 45.1%; on the other hand, it is minimum in the Campania Region (the youngest Region) where, however, this number has grown from 21.4% to 25.8%.

*Besides, there is also a gap between Italy and the other EU countries in terms of education: Italy is in the last place in Europe in terms of people with university degrees and records the "highest" rate of young people who do not work or study ("*Neet*"). The gap with the EU is particularly marked in the Southern regions.*

However, the Italian population's education level is increasing: between 2009 and 2019, the share of population who completed university studies increased by 5.1%, while the share of population who stopped at the first education cycle decreased (down by 8%). The situation remains problematic in the South, with a share of population having a university degree that is 2.7% lower than the national average and a share of population having completed only the first education cycle that is 5% higher than the national average.

The education level, however, is improving also in the South: the people who completed higher education studies (Bachelor's and Master's degrees) rose from 13.2% in 2009 to 16.9% in 2019 (up by 3.7%) and consequently the share of population who completed the first education cycle decreased from 50.8% in 2009 to 42.8% in 2019 (down by 8%).

From the employment viewpoint, Italy's performance is still worse than the European average: the

inactivity rate is 8.3% higher than the EU average and, despite this, the unemployment rate (both the general and the youth unemployment ones) is lower than the rate recorded in Greece and Spain only.

At national level, however, there is a 3.5% reduction in the inactivity rate (37.7%). The people's propensity to offer themselves on the labour market in the North is higher than in the South, with a gap of over 15%.

In 2019, the working population's employment rate in Europe stood at 73.9%, with Italy at 63.5% (down by 10.4%). The gap is significant compared to both the pre-1995 EU countries (73.8%) and the post-1995 EU countries (75.0%), with differences of 10.3% and -11.5% respectively.

The employment rate of the active population (aged between 20 and 64) is, however, up by 1.9% compared to 2009.

There is also a clear gender imbalance in the 20-64 age bracket: 53.8% of women are employed (up by 4.1% compared to 2009), compared to 73.4% of men (down by 0.4%). The highest employment rate is recorded in the Autonomous Province of Bolzano - 85.5% for men and 72.8% for women - while the lowest one is recorded in Sicilia (44.5%) - 57.2% for men and 32.3% for women.

All the Southern Regions Sicilia, with the exception of Abruzzo, record an employment rate lower than 60%, while the Northern ones are above 70%, with a 20.8% average difference.

It should be recalled that the target set by the European Union for 2020 is 75% for an employed population aged between 20 and 64.

Italy has an unemployment rate equal to 10%, 2% higher than the pre-1995 EU countries and 5.5% higher than the post-1995 EU countries.

The unemployment rate has increased also over the last decade (up by 2.2% to 7.8%).

The differential between the North and the South of Italy is very remarkable: in the North the unemployment rate is 6.1%, while in the South it is 17.6%.

As for unemployment in general, Italy records the third worst result in Europe for youth unemployment, better than Spain and Greece only. Compared to the pre-1995 EU countries, Italy has an 11.7% gap (17.5% and 29.2% respectively) - a gap which is even more marked than the post-1995 EU countries (10.1%), from which it differs by 19.1%.

In this case, too, there was a 3.8% increase compared to 2009.

The correlation between the unemployment rate and the inactivity rate shows the existence of a tragic discouraging effect. This implies that in the Regions where the labour market is in more problematic conditions, the real situation is even worse than what emerges from the unemployment rate differentials.

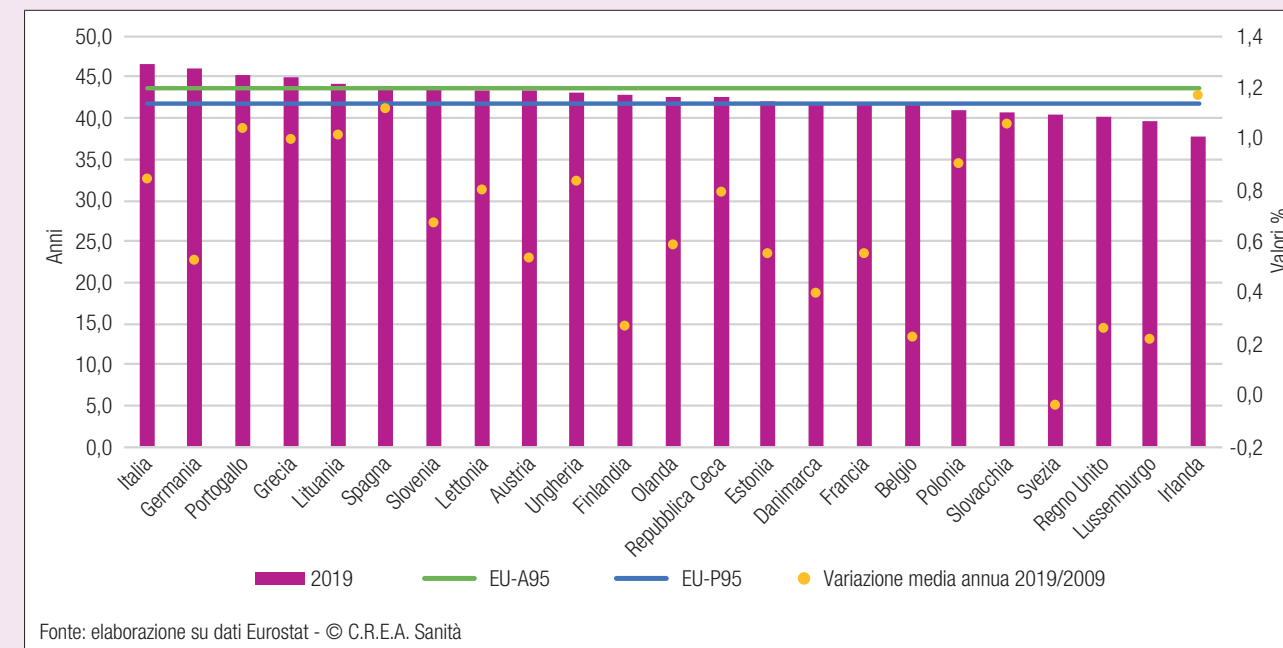
Finally, although Italy's Gross Domestic product (GDP) ranks fourth in Europe overall, in per-capita terms it is below the European average (in the twelfth position out of 28 countries), with a growth rate that has been 1.6% lower than the EU yearly average over the last decade.

Also in this case, the internal gap between Regions is very high and also growing over time: up by 1.5% on average per year in the North and by 0.8% on average per year in the South.

Considering that Italy's aggregate health indicators are among the best at international level, despite an unfavourable demographic, social and economic context, it can be said that the outcomes in terms of health protection are more than satisfactory. There is also an "opposite problem", i.e. the health impact on the economic system.

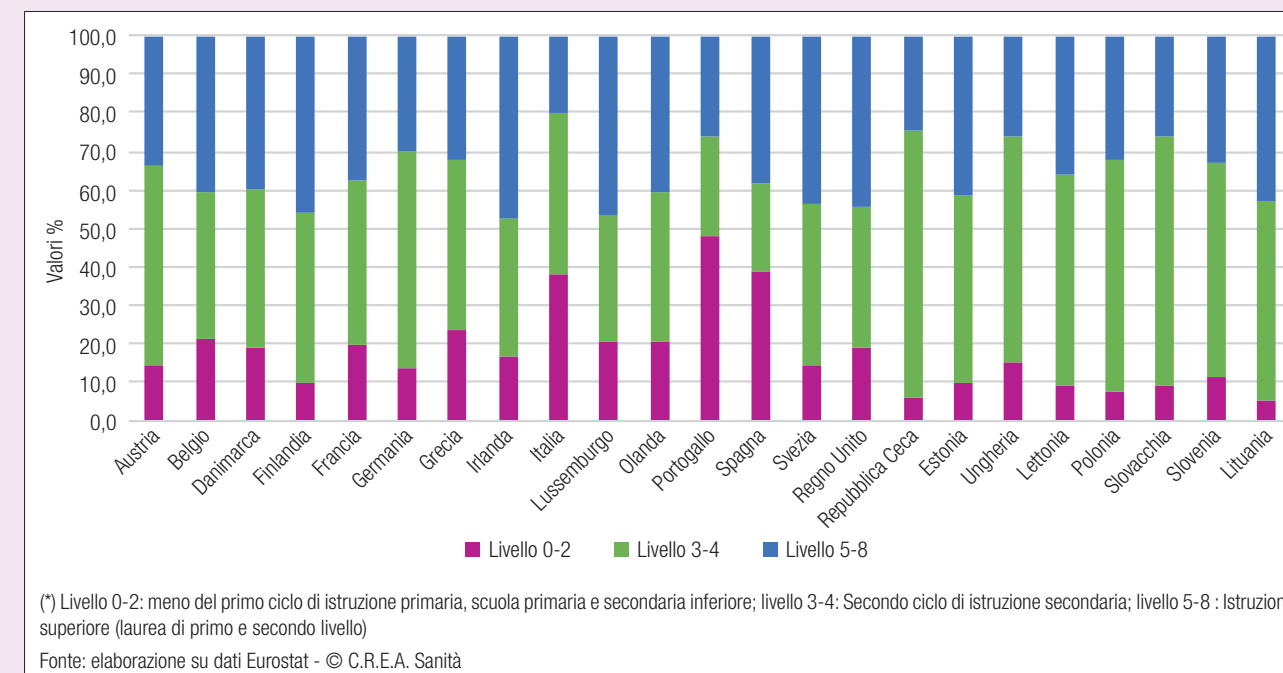
2020 appears to be a case in point, as the COVID-19 pandemic has shown. In its note of May 2020, the Bank of Italy estimated the impact of the pandemic on GDP at -9.0%, with a drop in the number of employed people of around 4%, limited only thanks to the use of social benefits. In other words, it is demonstrated once again that health is an essential prerequisite for economic development.

KI 1.1. Et  media dei residenti (Paesi EU). Anno 2019



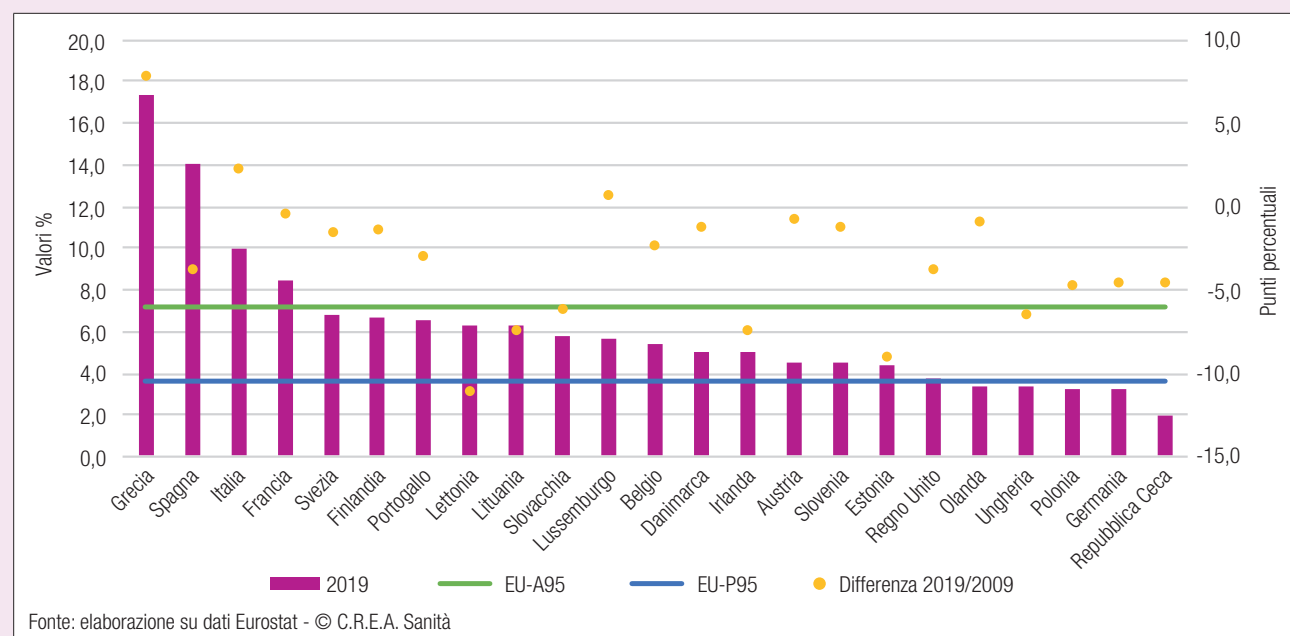
L'et  media degli italiani   la pi  alta in Europa e in continua crescita (46,7 anni contro i 43,0 del 2009). I pi  giovani sono gli irlandesi, con una et  media pari a 37,7 anni (33,6 nel 2009). In tutti i Paesi EU (tranne la Svezia) si registra un invecchiamento nel periodo considerato, con il valore massimo in Irlanda (+1,2% medio annuo), e il pi  basso in Lussemburgo e Belgio (+0,2% medio annuo). L'Italia registra una et  media maggiore di 3,2 anni rispetto alla media Paesi dell'EU-Ante 1995 e di 4,9 anni rispetto a quelli dell'EU-Post 1995.

KI 1.2. Composizione popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*) in Europa. Anno 2019



Il 37,8% degli italiani, nel 2019,   in possesso della licenza media, il 42,5% del diploma e il 19,6% ha completato il ciclo di studi universitari: rispetto agli altri Paesi europei l'Italia   in ultima posizione per quota di popolazione in possesso del titolo universitario. In particolare, si discosta dalla media dei Paesi EU-Ante 1995 di 15,2 punti percentuali e di 10,7 da quella dei Paesi EU-Post 1995. L'Irlanda   il Paese con livello di istruzione medio pi  elevato: il 47,3% della popolazione   in possesso del titolo universitario e tale quota   cresciuta rispetto al 2009 di 10,2 punti percentuali. Nell'ultimo decennio, la quota di italiani in possesso della laurea   cresciuta di 5,1 punti percentuali (14,5% nel 2009) e si  , quindi, ridotta (-8,0 punti percentuali) la quota di popolazione che si   fermata al primo ciclo di istruzione.

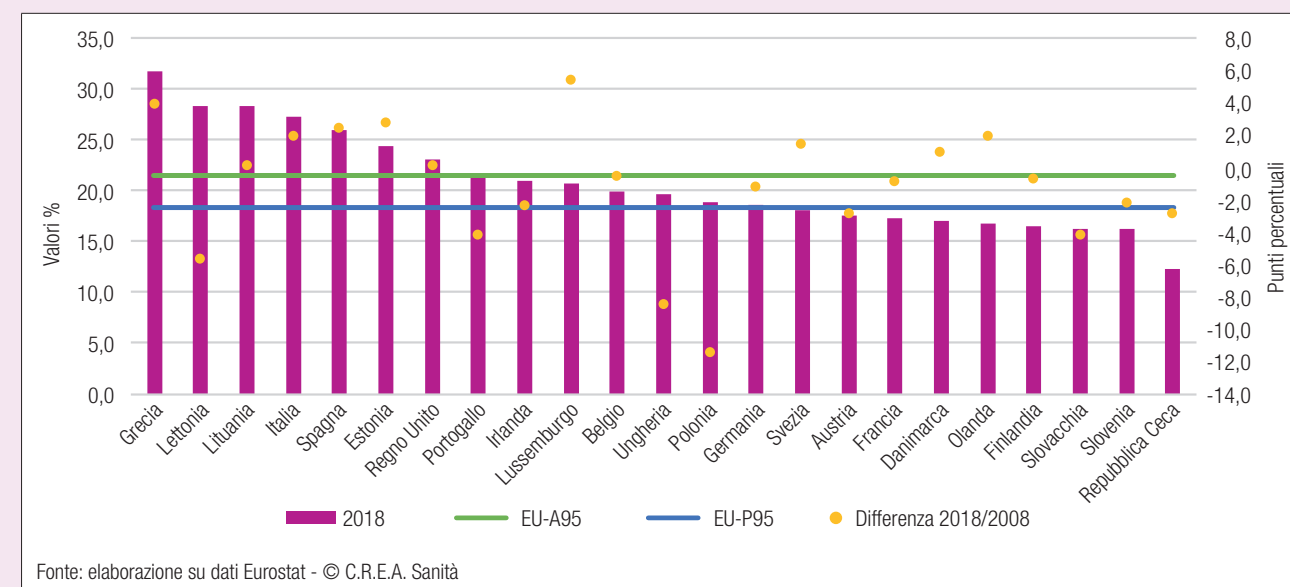
KI 1.3. Tasso di disoccupazione in Europa. Anno 2019



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

Nel 2019, il tasso di disoccupazione in Italia è stato pari al 10,0%, in aumento rispetto al 2009 di 2,2 punti percentuali; solo di Grecia e Spagna hanno risultati peggiori. Il dato italiano appare peggiore sia della media dei Paesi EU-Ante 1995 (7,2%), che di quella dei Paesi dell'EU-Post 1995 (3,6%). La Grecia registra il tasso di disoccupazione più alto (17,3%), e la Repubblica Ceca il più basso (2,0%). Nell'ultimo decennio, si osserva una riduzione del tasso di disoccupazione in tutti i Paesi EU, con la riduzione maggiore in Lettonia (-11,2 punti percentuali), e quella minimo in Francia (-0,3 punti percentuali); si registra invece una crescita del tasso di disoccupazione in Grecia, Italia e Lussemburgo, (rispettivamente pari a +7,7, +2,2 e +0,5 punti percentuali).

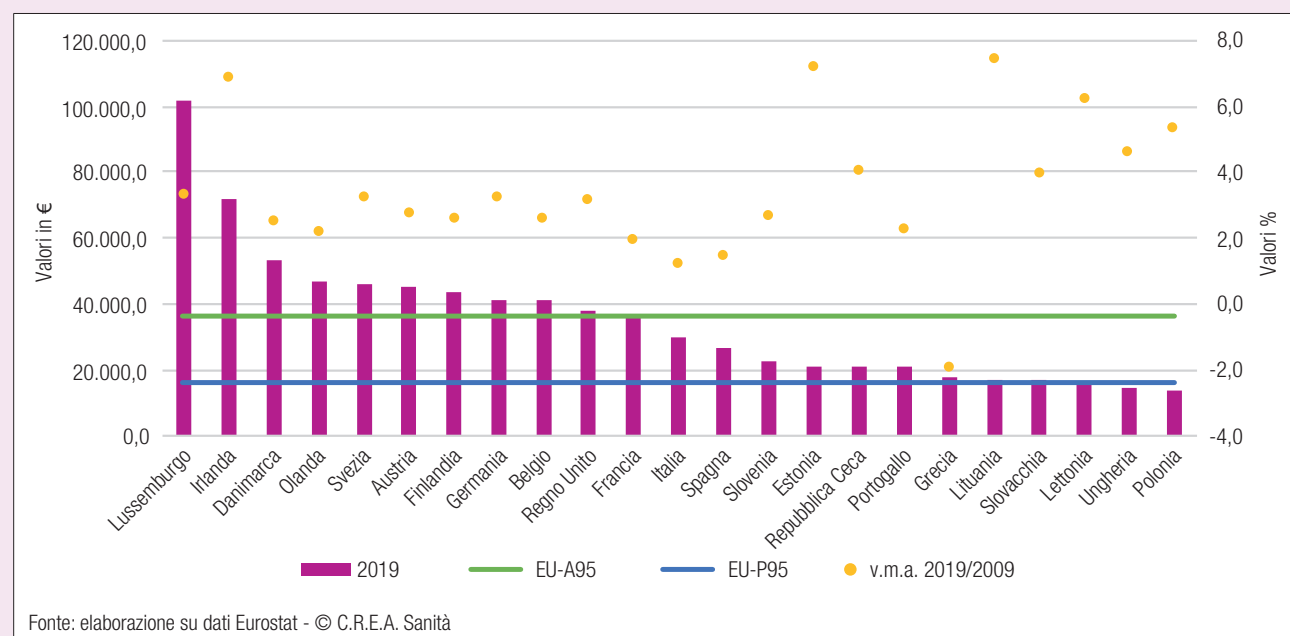
KI 1.5. Quota persone a rischio povertà o esclusione sociale in Europa. Anno 2018



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

Nel 2018 (ultimo dato disponibile) in Italia la quota di popolazione a rischio di povertà o esclusione sociale è pari al 27,3%, in crescita +1,8 punti percentuali nel decennio. Tale quota è più alta rispetto a quella media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 di 5,7 punti percentuali e di 8,8 punti rispetto ai Paesi dell'EU-Post 1995. In EU la quota più alta di persone a rischio di povertà o esclusione sociale si registra in Grecia (31,8%); valore in aumento rispetto al 2008 di +3,7 punti percentuali; la quota più bassa in Repubblica Ceca (12,2%) e in calo nel periodo considerato di -3,1 punti percentuali. Persone a rischio di povertà o esclusione sociale = persone che vivono in famiglie con un reddito disponibile inferiore al 60,0% della mediana della distribuzione individuale del reddito disponibile equivalente, o che sono gravemente svantaggiate materialmente, o che vivono in famiglie con una intensità di lavoro molto bassa.

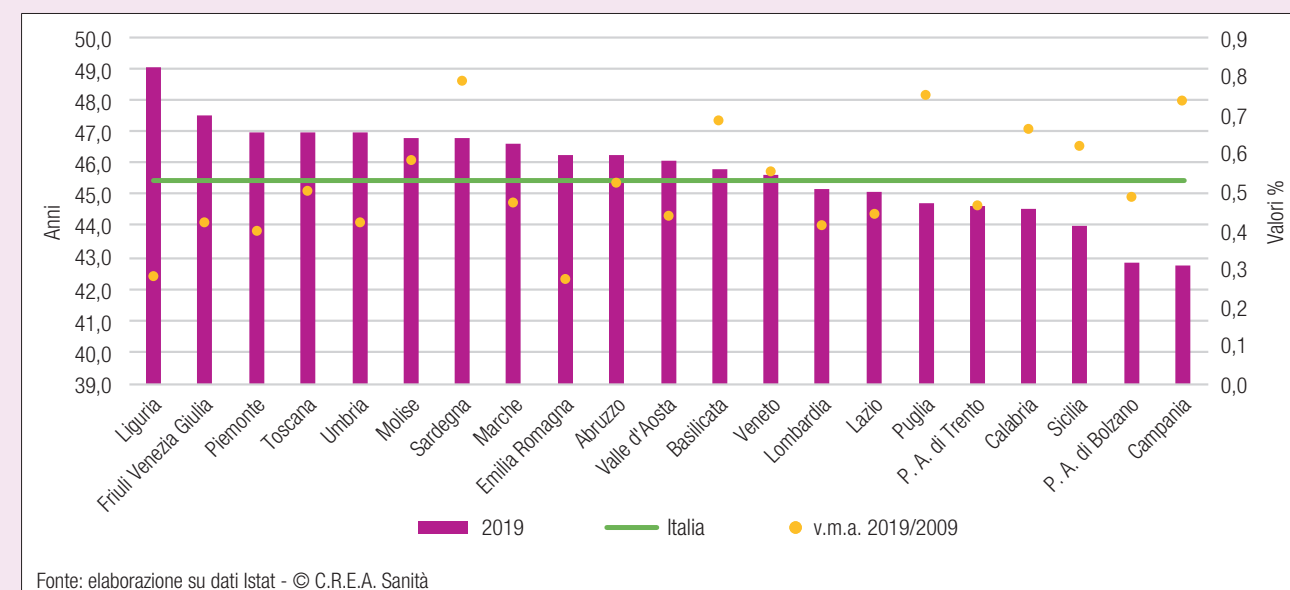
KI 1.4. PIL pro-capite. Anno 2019



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

L'Italia è al 4° posto in Europa per PIL. L'Italia ha però un PIL pro-capite inferiore alla media europea (€ 29.610 vs € 31.970), posizionandosi in dodicesima posizione sui 28 Paesi: in particolare, si discosta dai Paesi dell'EU-Ante 1995 di € -6.806, risultando superiore di € 13.774 rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995. Degno di nota è che l'Italia è il Paese peggiore in termini di crescita del PIL pro-capite: tra il 2009 ed il 2019 è pari al +1,1% medio annuo; solo la Grecia registra un dato peggiore, con un decremento del -2,0% medio annuo. L'Italia registra una crescita minore rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 di -1,3 punti percentuali e di -3,7 punti percentuali rispetto a quelli EU-Post 1995.

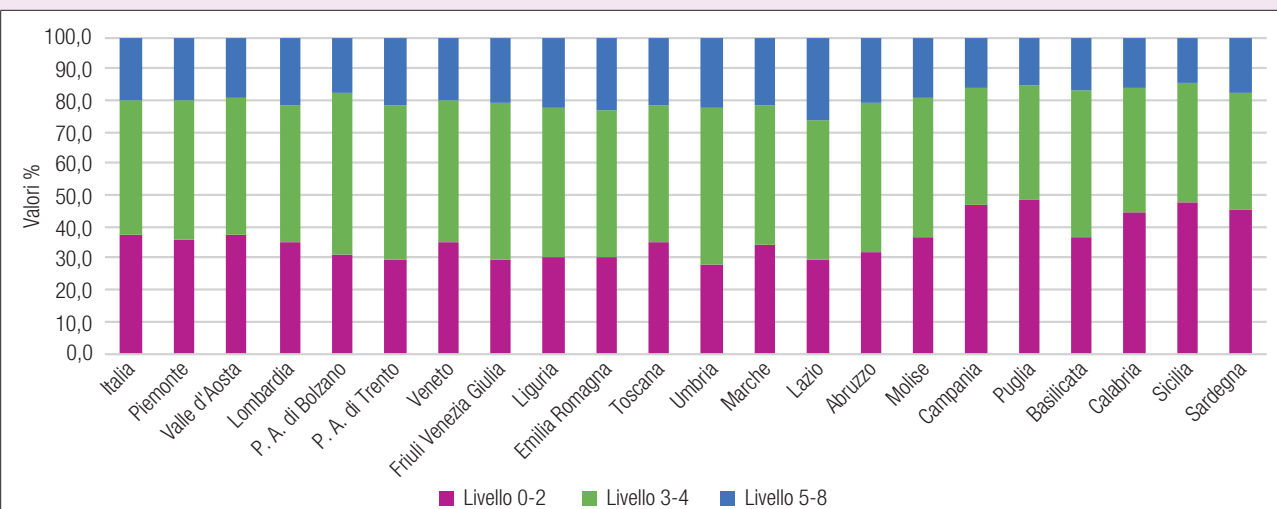
KI 1.6. Età media dei residenti per Regione. Anno 2019



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

Nel 2019, l'età media degli italiani si attesta a 45,4 anni (dato Istat), in aumento rispetto al 2009 dello 0,5% medio annuo. I più giovani sono i campani, con una età media pari a 42,7 anni (39,7 nel 2009); i più "anziani" i liguri, con un'età media pari a 49,0 anni (47,7 nel 2009). Nell'ultimo decennio si registra un invecchiamento in tutte le Regioni italiane, con il valore massimo in Sardegna (+0,8% medio annuo), e il più basso in Emilia Romagna, Liguria e Toscana (+0,3% medio annuo). Le Regioni del Sud registrano un invecchiamento più veloce rispetto a quelle del Nord (rispettivamente +0,7% medio annuo e +0,4% medio annuo).

KI 1.7. Composizione popolazione 25-64 anni per titolo di studio in Italia (*). Anno 2019

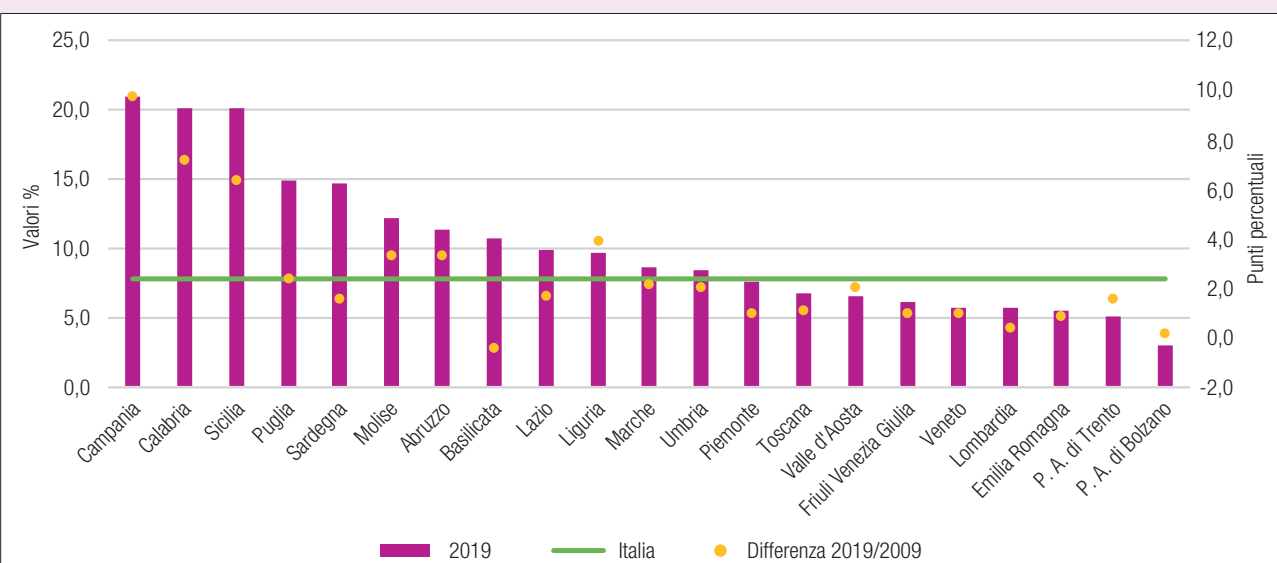


(*): Livello 0-2: meno del primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore; livello 3-4: Secondo ciclo di istruzione secondaria; livello 5-8: Istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello)

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

Il 37,8% della popolazione residente ha concluso il primo ciclo di istruzione, il 42,5% è in possesso almeno del diploma e il 19,6% ha completato il ciclo di studi universitari. Nel Sud la quota di popolazione in possesso del titolo universitario è inferiore alla media nazionale di 2,7 punti percentuali, mentre quella che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione è superiore alla media nazionale di 5,0 punti percentuali. Si assiste ad un miglioramento del livello di scolarizzazione in tutte le Regioni. Il Lazio è la Regione con la più alta quota di popolazione in possesso di un titolo universitario (26,1%), valore in aumento nell'ultimo decennio di +7,0 punti percentuali; la Sicilia, invece, registra la quota più bassa (14,2% nel 2019), in miglioramento rispetto al 2009 di +1,7 punti percentuali (12,5%). La Puglia è la Regione con la quota più alta (48,7%) di popolazione che ha concluso solo il primo ciclo di istruzione (in riduzione di -8,3 punti percentuali nel periodo considerato); l'Umbria registra la quota più bassa (28,7% nel 2019), in miglioramento rispetto al 2009 di -8,8 punti percentuali (37,5%).

KI 1.8. Tasso di disoccupazione in Italia. Anno 2019



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

Il tasso di disoccupazione in Italia è aumentato nell'ultimo decennio, passando dal 7,7% del 2009 al 10,0% del 2019 (+2,3 punti percentuali). Nel Nord la disoccupazione si attesta al 6,1%, nel Sud al 17,6%. Tutte le Regioni del Sud, ad eccezione di Abruzzo e Molise, hanno un livello di disoccupazione superiore al 13,0%; quelle del Nord, invece, sono tutte con valori inferiori al 9,0%, ad eccezione della Liguria (9,6%). Il tasso di disoccupazione oscilla tra il valore della P.A. di Bolzano (2,9%) e il valore della Calabria (21,0%). La Calabria, nel decennio, ha registrato l'aumento maggiore del tasso di disoccupazione (+9,7 punti percentuali). La Basilicata è l'unica Regione ad aver registrato una contrazione della disoccupazione nel periodo considerato (-0,5 punti percentuali).

KI 1.9. PIL pro-capite in Italia. Anno 2019



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

In Italia il PIL pro-capite è in crescita rispetto al 2009 del +11,9% (+1,1% medio annuo). Le Regioni del Nord registrano un PIL pro-capite maggiore rispetto a quelle del Sud: tutte le Regioni del Nord hanno un PIL pro-capite superiore a € 30.000, quelle del Sud inferiore a € 25.000, ad eccezione dell'Abruzzo (€ 25.944). Il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (€ 47.345), quello minimo in Calabria (€ 17.257), con uno scarto del 274,4%. La P.A. di Bolzano è la Regione che registra l'incremento più alto nel periodo considerato (+2,2% medio annuo), seguita da Emilia Romagna (+1,6% medio annuo) e Piemonte (+1,6% medio annuo); il Molise, invece, registra l'incremento di PIL pro-capite più basso (+0,02% medio annuo), seguita da Lazio (+0,1% medio annuo) e Sicilia (+0,3% medio annuo).

KI 1.10. Incidenza di povertà individuale relativa in Italia. Anno 2019



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

Nel 2019 il 6,4% delle famiglie residenti è in condizione di povertà assoluta, per un totale di 4.593.000 individui (7,7% dell'intera popolazione). Sempre nel 2019 si stima siano 2.971.000 le famiglie in condizione di povertà relativa (con un'incidenza pari al 11,4% delle famiglie residenti), per un totale di 8.834.000 individui (14,7% della popolazione). Il Sud presenta un livello di povertà relativa (totale) pari a più del triplo rispetto al Nord Italia (rispettivamente 25,8% vs 8,7%). L'incidenza di povertà individuale relativa risulta in aumento nell'ultimo quinquennio di +1,8 punti percentuali (12,9% nel 2014). Il Sud presenta una crescita di +3,2 punti percentuali, maggiore che nelle altre ripartizioni. A livello regionale la Calabria risulta la Regione con l'incidenza di povertà individuale più alta (29,2%), anche se in riduzione rispetto al 2009 (35,6%) di -6,4 punti percentuali; la P.A. di Bolzano registra l'incidenza più bassa (3,4%).

CAPITOLO 2

L'evoluzione del finanziamento: confronti internazionali e nazionali

Ploner ME.¹

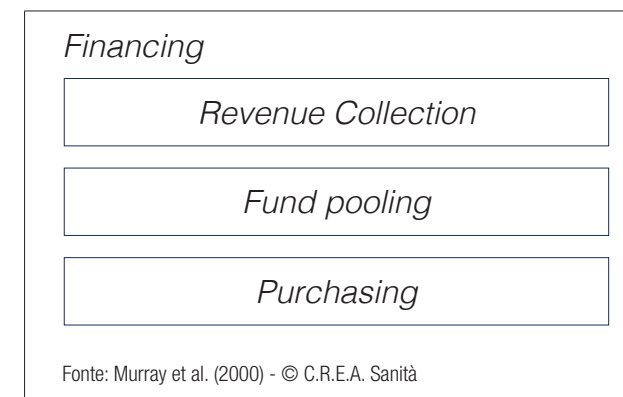
2.1. Le funzioni del sistema di finanziamento

Al fine di delineare l'evoluzione dei modelli di finanziamento dei sistemi sanitari dei principali Paesi dell'Unione Europea, è stata svolta un'analisi della letteratura attraverso l'interrogazione di Medline, Google Scholar e dei siti OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) e Eurostat.

In primo luogo, dalla analisi condotta è emerso che sovente nei dibattiti di politica sanitaria riguardanti le modalità di finanziamento dei sistemi sanitari sorgono fraintendimenti, generati dal fatto che essi vengono definiti in modo "impreciso" e/o riduttivo.

In altri termini, vengono classificati in modo dicotomico, o come sistemi di assicurazione sociale (c.d. sistemi bismarckiani) o sistemi finanziati mediante la tassazione generale (c.d. sistemi alla Beveridge), senza "sfumature" intermedie (*European Observatory on Health Care Systems*, 2002).

Figura 2.1. Funzioni chiave del finanziamento



Una parte della letteratura, pertanto, ritiene più opportuno studiare e, quindi, analizzare le modalità di finanziamento dei sistemi sanitari sulla base di tre funzioni chiave: la *revenue collection*, il *fund pooling* e il *purchasing* (Figura 2.1.).

La *revenue collection* si riferisce a chi paga, alla tipologia di pagamento effettuato e a chi lo riscuote. La figura seguente (Figura 2.2.) illustra le diverse fonti di finanziamento, i meccanismi di contribuzione, i soggetti deputati alla riscossione dei fondi nonché le loro diverse possibili combinazioni.

I fondi destinati al finanziamento della Sanità possono provenire sia dalle persone fisiche che da quelle giuridiche. I meccanismi di finanziamento includono la tassazione (diretta e indiretta; di scopo e non), i contributi sociali (collegati al salario, gravano sia su lavoratori che datori di lavoro), le assicurazioni private, i risparmi individuali, la spesa *out-of-pocket* ed i prestiti, le sovvenzioni e le donazioni. I soggetti dedicati alla raccolta dei fondi, invece, possono essere sia pubblici che privati; questi ultimi a loro volta possono essere sia profit che non-profit (Mossialos E. et al., 2002).

I *medical savings accounts* (conti correnti sanitari) sono conti individuali di risparmio in cui le persone sono tenute a depositare del denaro o sono incentivate a farlo. Il denaro accantonato in questi conti viene impiegato per l'acquisto di prestazioni sanitarie.

Ai pazienti può anche essere richiesto di pagare in tutto o in parte i costi di alcune tipologie di prestazioni sanitarie (*user charges*).

Il *fund pooling* è stato definito da Kutzin (2001) come l'"*accumulation of prepaid health care reve-*

¹ C.R.E.A. Sanità

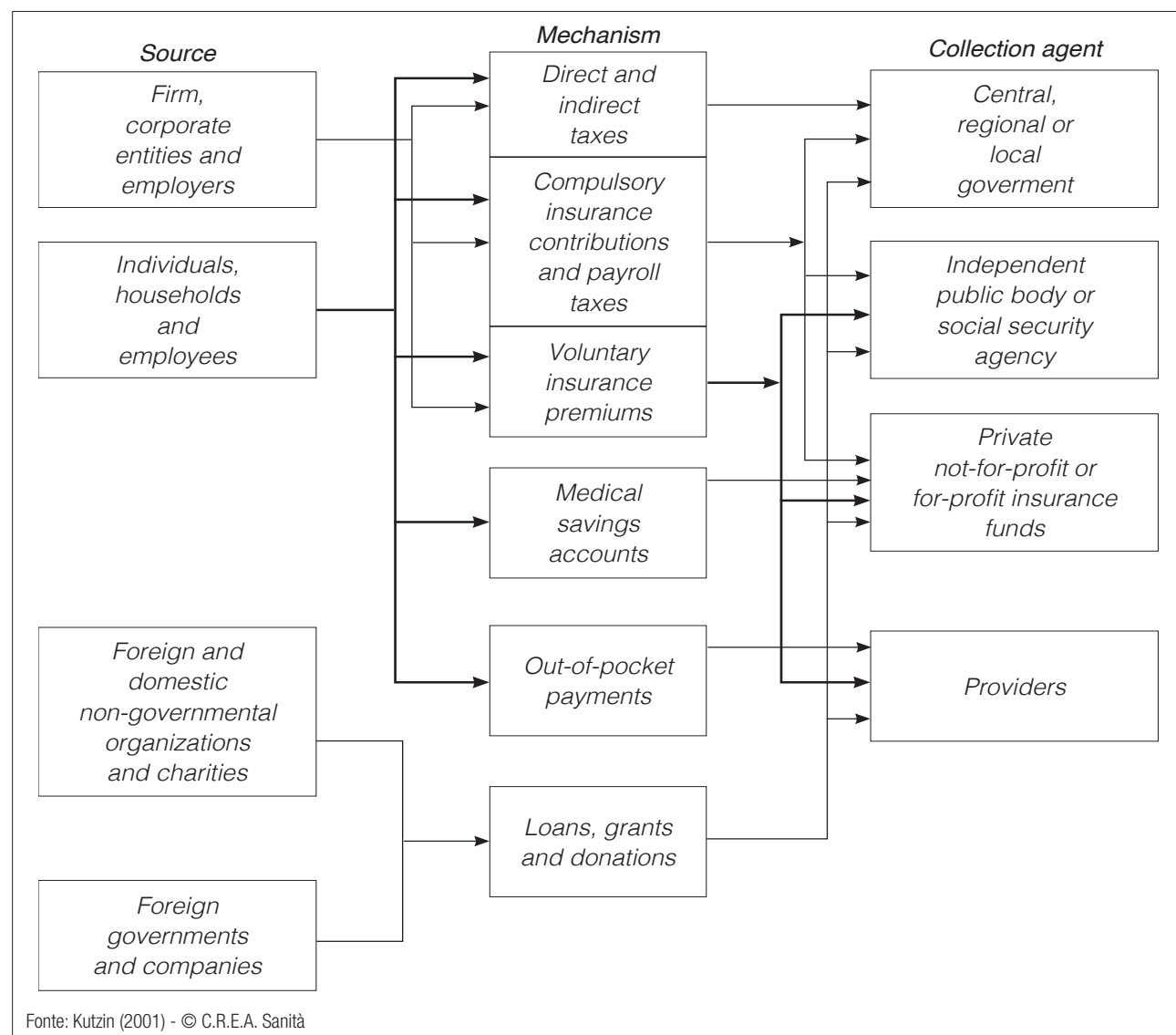
nues on behalf of a population"; in altri termini si fa riferimento alle (eventuali) forme di accantonamento delle risorse economiche destinate alle cure sanitarie della popolazione, nell'interesse della quale tali risorse vengono raccolte e accantonate. Il *fund pooling* può essere visto sia come una metodologia di finanziamento (vale a dire le modalità utilizzate per l'accumulazione dei fondi), sia come un obiettivo, ovvero come modalità di condivisione del rischio (*risk pooling*); in quest'ultimo caso, il *fund pooling* risponde alla necessità di ripartire nel tempo e su un gruppo il più ampio possibile il rischio di malattia.

L'ultima funzione, il *purchasing*, si riferisce al processo di trasferimento delle risorse accantonate ai

fornitori di assistenza sanitaria, allo scopo di assicurare alla popolazione servizi sanitari efficienti. La funzione di acquisto, in definitiva, fa riferimento a quale tipo di servizi dovrebbero essere forniti, al percorso attraverso il quale si dovrebbe accedere ai diversi servizi e al meccanismo di pagamento dei fornitori.

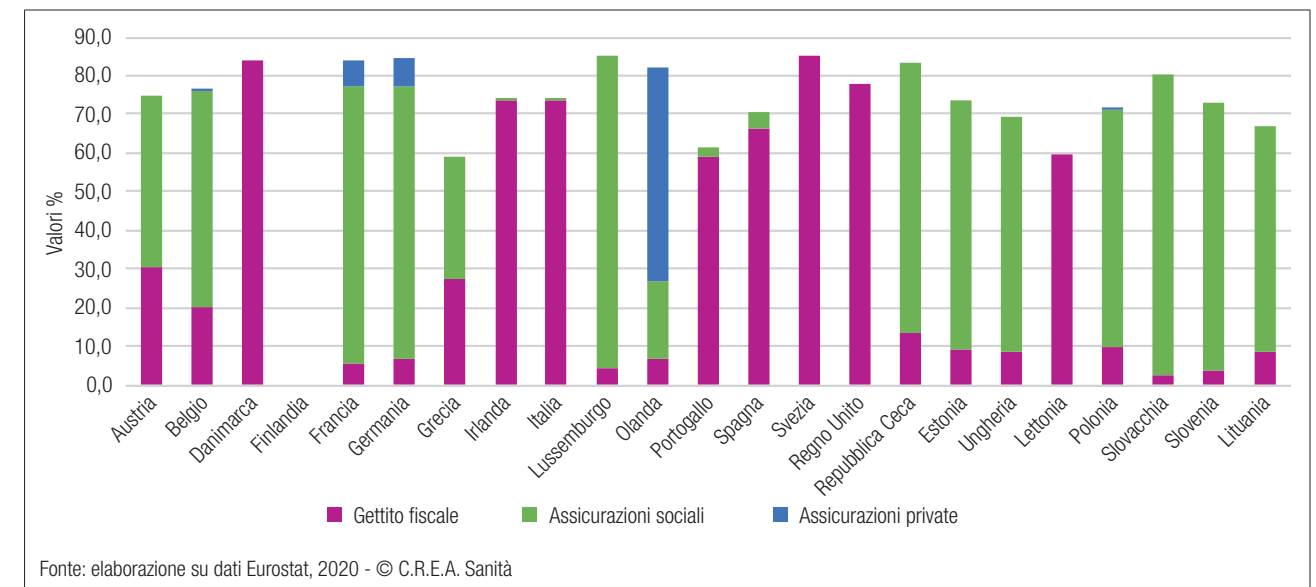
Si noti che le funzioni descritte possono, anche all'interno del medesimo Paese, essere variamente integrate ovvero disaggregate. Ad esempio, in alcuni casi vengono gestite in maniera integrata da un unico Ente; in altri casi, invece, un Ente potrebbe provvedere alla riscossione e alla raccolta dei fondi mentre un altro potrebbe essere dedicato all'acquisto e alla fornitura di servizi sanitari (Kutzin 2001).

Figura 2.2. Esempi di fonti di finanziamento, di meccanismi di contribuzione e di soggetti dedicati alla riscossione dei fondi



Fonte: Kutzin (2001) - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.3. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente secondo la fonte di finanziamento. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

2.2 Il finanziamento della spesa sanitaria: il contesto internazionale

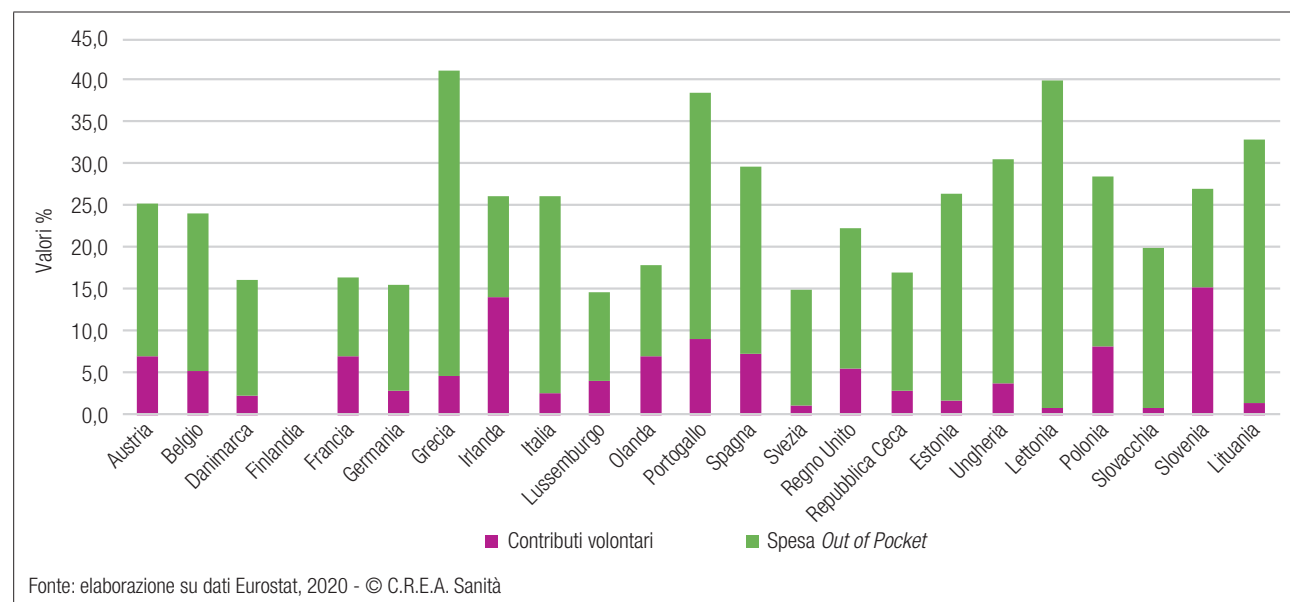
Secondo quanto argomentato nel precedente paragrafo relativamente a fonti e meccanismi di finanziamento, è emerso che nel 2018 (ultimo anno per il quale si dispone dei dati), il finanziamento pubblico della spesa sanitaria avviene sostanzialmente attraverso il gettito fiscale e gli schemi assicurativi sanitari obbligatori previsti ex-lege (sociali e privati). È possibile osservare, infatti, che i Paesi si suddividono sostanzialmente in due distinti gruppi (Figura 2.3.). Il gruppo più grande è composto da coloro che finanziano principalmente l'assistenza sanitaria attraverso i contributi sociali e le assicurazioni private obbligatorie (Austria, Belgio, Francia, Germania, Lussemburgo, Olanda, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Polonia, Slovacchia, Slovenia e Lituania). Il secondo gruppo è composto da quei Paesi in cui l'assistenza sanitaria è finanziata, invece, soprattutto attraverso la fiscalità generale (Danimarca, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna, Svezia e Regno Unito). In ogni caso, emerge come la componente pubblica (ovvero derivante dalla fiscalità generale) e assicurativa obbligatoria della spesa sanitaria sia molto elevata e superiore al 60,0% in tutti i Paesi considerati,

ad eccezione di Grecia (58,8%) e Lettonia (59,9%); in particolare, ai due estremi della distribuzione si collocano il Lussemburgo con una quota pari all'85,3% e la cennata Grecia in cui il finanziamento pubblico della sanità raggiunge il suo valore più basso.

La parte che residua di spesa è poi coperta dal settore privato, nella forma di premi assicurativi volontari, a carico dei cittadini o delle imprese che offrono copertura ai propri dipendenti, oppure di spesa *out-of-pocket*, direttamente sostenuta dai pazienti al momento dell'accesso ai servizi o dell'acquisto di beni. In particolare, nel 2018, nei Paesi analizzati, la componente *out-of-pocket*, costituita soprattutto da compartecipazioni (sulle cure specialistiche e sui farmaci) e ricorso privato ai servizi, registra una notevole variabilità: si va dal 9,2% della Francia al 39,2% della Lettonia. L'Italia presenta un dato relativamente elevato (23,5%), a testimonianza del fatto che circa un quarto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricade direttamente sull'individuo nel momento del consumo, mentre si mantiene marginale la percentuale di spesa per premi assicurativi obbligatori (0,1%) e quella dei premi assicurativi volontari (2,6%) (Figura 2.4.).

In tutti i Paesi dell'Unione Europea (EU), quindi, la quota pubblica è predominante (Figura 2.5.)

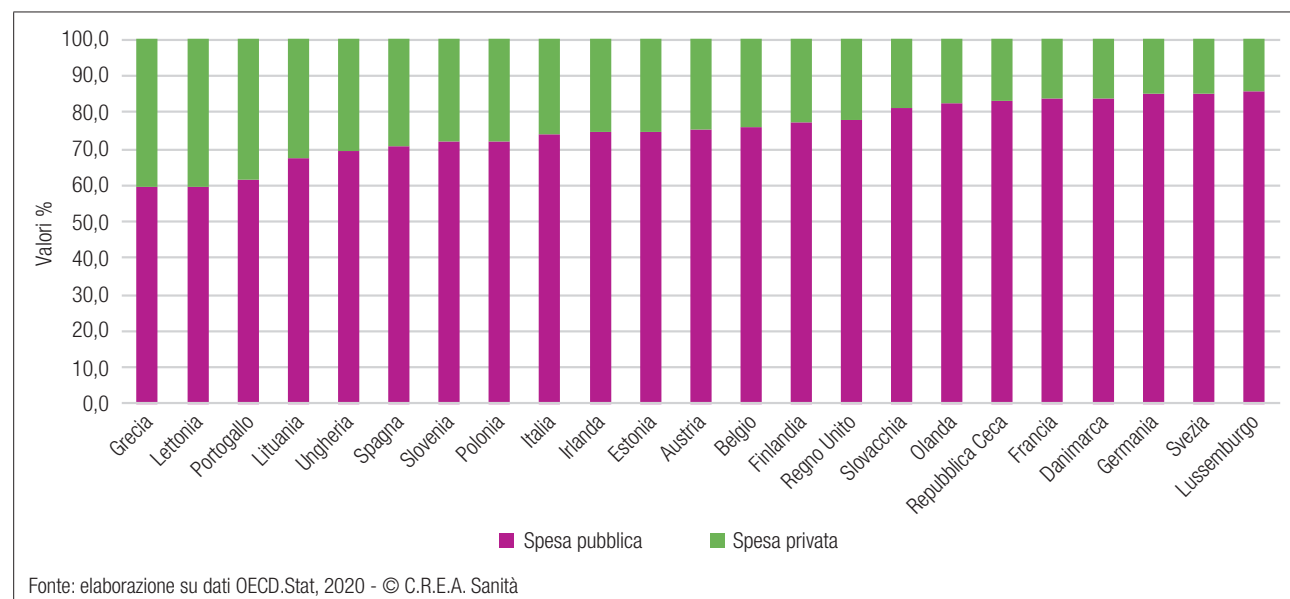
Figura 2.4. Finanziamento privato della spesa sanitaria corrente secondo la fonte di finanziamento. Anno 2018



Tuttavia, l'Italia, pur avendo un sistema sanitario pubblico di stampo universalistico, registra una quota di finanziamento pubblico pari al 74,1%, che risulta fra le più basse in Europa: questo consegue dalla considerazione che l'Italia ha una spesa per

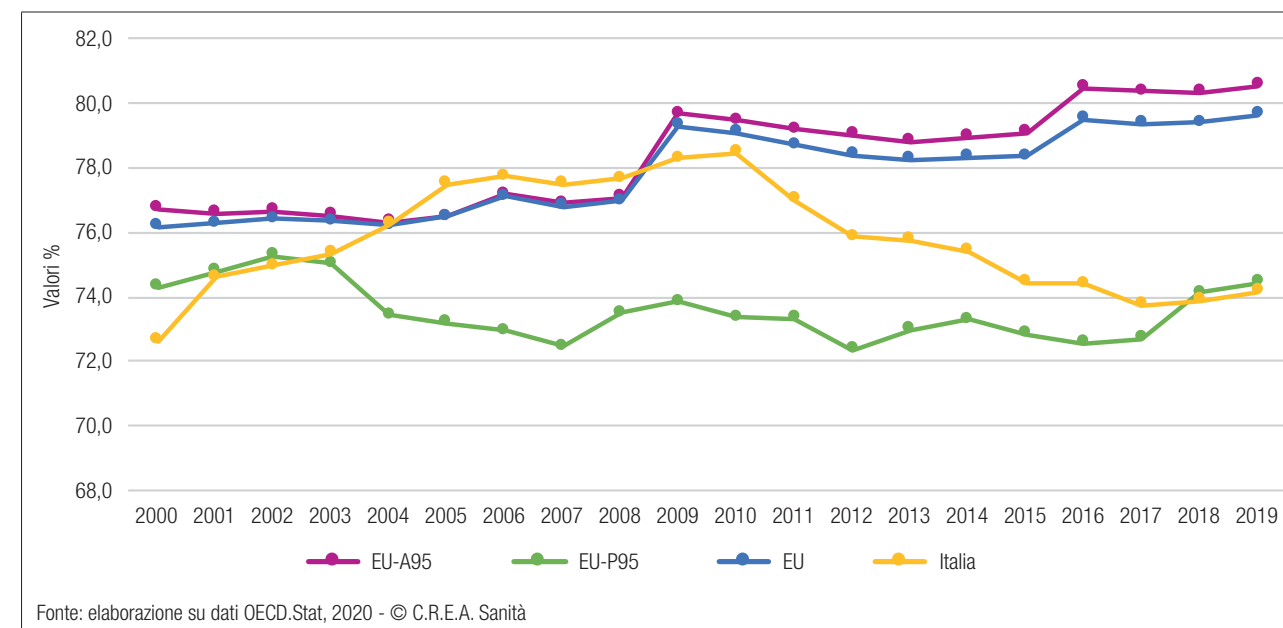
compartecipazioni molto più elevata rispetto alla maggior parte dei Paesi EU-Ante 1995² e una quota di intermediazione privata assolutamente marginale e trascurabile.

Figura 2.5. Quote di finanziamento della spesa sanitaria corrente. Anno 2019



² Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1° Gennaio 1995. In particolare, i Paesi che presero parte a questo Trattato furono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia (EU-Ante 1995)

Figura 2.6. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Considerando i soli Paesi EU-Ante 1995, il settore pubblico fa fronte, in media, all'80,5% della spesa sanitaria corrente. Solo tre Paesi hanno una percentuale di finanziamento pubblico inferiore a quella italiana: Grecia (59,3%), Portogallo (61,2%) e Spagna (70,8%). Per confronto, la Germania si attesta all'85,0%, la Francia all'83,7% e il Regno Unito al 77,8%.

La quota di copertura pubblica è in media aumentata in tutti i Paesi EU-Ante 1995, anche negli anni di massima crisi (ad eccezione di una lieve flessione tra il 2011 ed il 2013), ed ha raggiunto valori superiori all'80,0% a partire dal 2016 (Figura 2.6.). Fa eccezione proprio l'Italia, dove la quota pubblica si è contratta nel periodo, sebbene sia lievemente in crescita nell'ultimo anno.

Per i restanti Paesi EU (EU-Post 1995)³, la quota pubblica di finanziamento della spesa sanitaria è in media pari al 74,5%.

Si passa dal 59,8% della Lettonia, all'83,3% della Repubblica Ceca, che è anche l'unico Paese tra

quelli EU-Post 1995 ad avere una quota di copertura pubblica della spesa sanitaria superiore, non solo a quella dell'Italia, ma anche a quella media dei Paesi EU-Ante 1995.

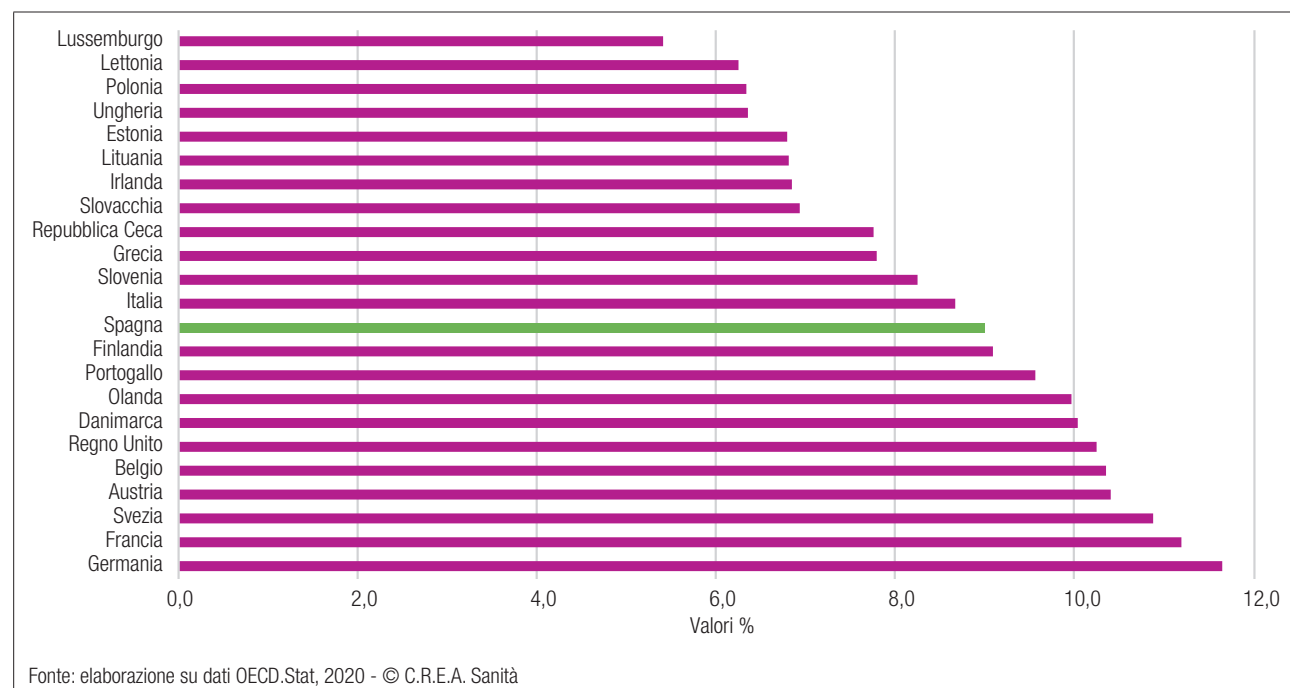
Lo scarto fra le due aree è in media di 6,1 punti percentuali.

L'Italia pur appartenendo al gruppo dei Paesi che abbiamo denominato Paesi EU-Ante 1995, ormai ha una quota di finanziamento pubblico lievemente inferiore anche a quella media dei Paesi EU-Post 1995.

L'Italia nel 2019 ha destinato alla spesa sanitaria (sia pubblica che privata) l'8,7% del proprio PIL; facendo un confronto con gli altri Paesi appartenenti al blocco dell'area EU-Ante 1995 (che presentano un valore medio pari al 10,4%) emerge che solamente Grecia, Repubblica Ceca, Irlanda e Lussemburgo hanno avuto quote inferiori del PIL assorbite dalla spesa sanitaria. Le quote più alte sono state, invece, toccate dalla Germania (11,7%), dalla Francia (11,2%) e dalla Svezia (10,9%) (Figura 2.7.).

³ Si fa riferimento ai Paesi che sono entrati a far parte dell'Unione Europea dopo la ratifica del Trattato di Corfù e precisamente: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria (EU-Post 1995). Si rimarca che OECD non fornisce i dati relativi a Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania

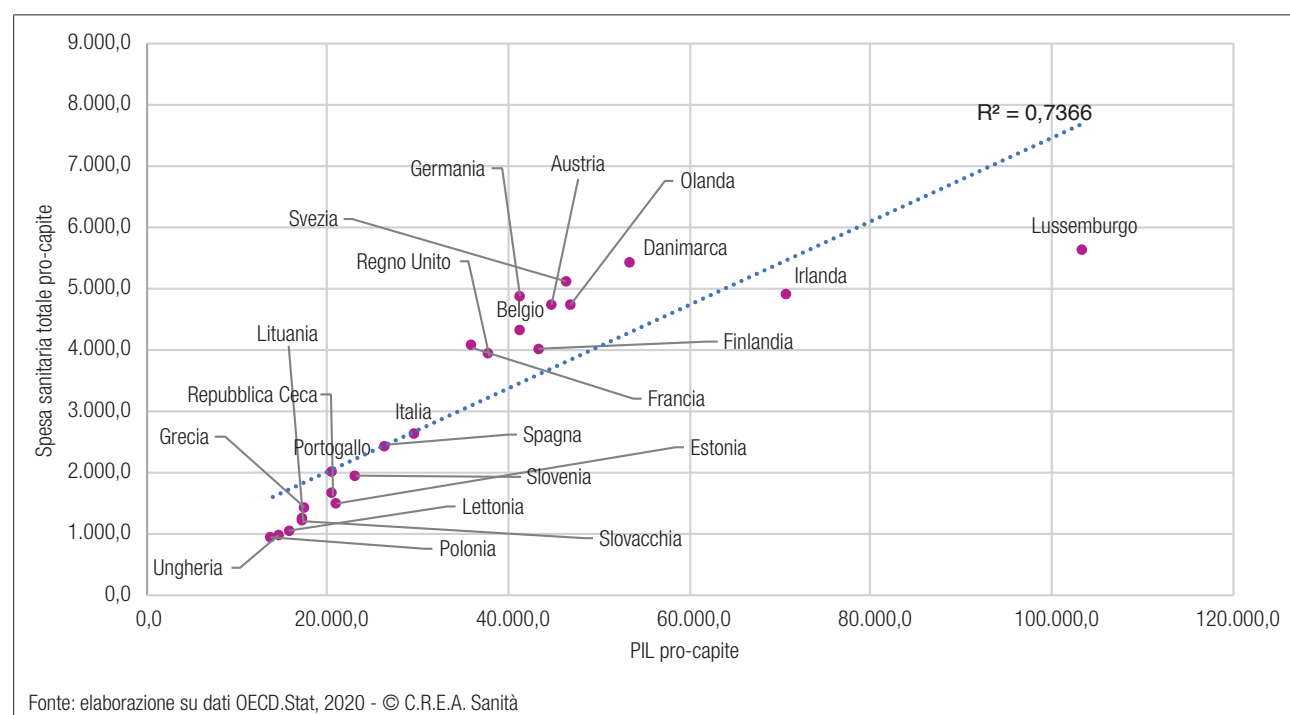
Figura 2.7. Spesa sanitaria in % del PIL . Anno 2019



Tuttavia, sebbene l'Italia destini una quota di PIL alla Sanità tra le più basse con riferimento ai Paesi EU-Ante 1995, con un reddito pro-capite di € 29.619,6 e una spesa sanitaria totale pro-capite di €

2.565,2 si colloca in coincidenza quasi perfetta con la retta interpolante; in altri termini, significa che l'Italia spende una cifra compatibile con il suo attuale livello di sviluppo economico.

Figura 2.8. Spesa sanitaria totale e PIL pro-capite. Anno 2019



La Figura 2.8. conferma che la Sanità si comporta da "bene di lusso", ma suggerisce, anche, che i Paesi sopra la retta interpolante (i Paesi più ricchi come ad esempio Francia, Germania, Regno Unito, Svezia, Danimarca, etc..) se da un lato sono i più generosi nell'erogare i benefici, potrebbero evidenziare un "eccesso" di spesa rispetto alle proprie disponibilità.

L'osservazione, per quanto una mera suggestione, va letta considerando come una spesa sanitaria pro-capite più elevata non si traduca necessariamente in *performances* migliori per il sistema (per approfondimenti si rimanda alla lettura del Capitolo 1).

2.2 Il finanziamento della Sanità in Italia

Il sistema di finanziamento della Sanità italiana adotta un modello che vede lo Stato concordare con le Regioni i fabbisogni sanitari, e un sistema di riparto regionale di tipo solidaristico, garantita dal sistema di perequazione costituzionalmente previsto. Al meccanismo solidaristico si affianca un meccanismo teso alla responsabilizzazione regionale, che prevede l'impegno delle Regioni ad intervenire con proprie risorse per colmare eventuali inefficienze di gestione.

Ad oggi, il fabbisogno sanitario nazionale è coperto da:

1. fiscalità generale delle Regioni: imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), nella componente di gettito destinata al finanziamento della Sanità, ed addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche, IRPEF

2. bilancio dello Stato, che finanzia il fabbisogno sanitario, non coperto dalle altre fonti di finanziamento regionali, attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto (IVA), destinata alle Regioni a statuto ordinario, le accise sui carburanti ed il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) (di questo, una quota è destinata alla Regione Sicilia, mentre il resto finanzia complessivamente anche altre spese sanitarie vincolate a obiettivi determinati)⁴.
3. entrate proprie convenzionali delle Aziende sanitarie (rappresentate da *ticket* e altre prestazioni rese soprattutto ai privati, quantificate secondo un importo predefinito e cristallizzato in seguito all'intesa Stato/Regioni del 2001)
4. compartecipazione delle Regioni a statuto speciale: Friuli Venezia Giulia, PP. AA. di Trento e di Bolzano, Sardegna e Valle d'Aosta, che provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno; per la Regione Sicilia, l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario

Nel 2019, il FSN (nella sua quota indistinta⁵ e vincolata) è stato fissato a € 112,9 mld.⁶, in aumento dello 0,3% sull'anno precedente. Nell'ultimo quinquennio, (2014-2019) Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Lombardia e Lazio sono state le Regioni in cui la quota di finanziamento del fabbisogno sanitario è cresciuta maggiormente (+1,5% medio annuo le prime due e +1,2% medio annuo la terza e la quarta); all'opposto si sono posizionate il Molise e la Basilicata con una flessione media annua pari a -0,1% la prima e -0,3% medio annuo la seconda (Tabella 2.1.).

⁴ Il FSN (cap. 2700 MEF) accoglie gli stanziamenti di ulteriori finalità sanitarie come, oltre agli obiettivi del Piano sanitario nazionale, con risorse consolidate annue di circa € 1,5 mld., il finanziamento degli IZS e la quota parte della sanità penitenziaria, ecc., nonché i trattamenti economici a carico dello Stato destinati ai medici specializzandi

⁵ Si fa riferimento alla quota indistinta post mobilità

⁶ Il FSN è stato determinato sommando la quota indistinta e la quota vincolata e programmata per Regioni e PP.AA. Si tenga, altresì, presente che per quanto riguarda l'assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2019, dell'importo iniziale pari a €1,5 mld. sono stati ripartiti tra le Regioni circa € 1,1 mld.. Inoltre, per quanto riguarda gli stanziamenti a favore della Croce Rossa Italiana, del Centro Nazionale Trapianti, della Veterinaria, dei Mutui pre-riforma, delle Borse di studio specializzandi e della Formazione dei medici specialisti, non essendo disponibili le relative delibere di riparto, si è provveduto ad assegnare alle Regioni delle quote corrispondenti alla distribuzione della popolazione residente nel 2019

Tabella 2.1. Riparto FSN

Regioni	Riparto 2019 (€ mil.)	Var. media annua (%) 2014/2019
Italia	112.882,7	0,7
Piemonte	8.319,2	0,5
Valle d'Aosta	233,4	1,5
Lombardia	19.567,5	1,2
P.A. di Bolzano	951,6	0,7
P.A. di Trento	989,0	1,5
Veneto	9.347,9	0,9
Friuli Venezia Giulia	2.304,2	0,4
Liguria	2.967,0	0,5
Emilia Romagna	8.708,1	0,6
Toscana	7.258,3	0,6
Umbria	1.700,9	0,3
Marche	2.856,9	0,2
Lazio	10.766,4	1,2
Abruzzo	2.418,3	0,5
Molise	604,3	-0,1
Campania	10.237,7	0,4
Puglia	7.314,9	0,6
Basilicata	1.007,9	-0,3
Calabria	3.333,4	0,3
Sicilia	8.982,3	0,5
Sardegna	3.013,8	1,1

Fonte: stima su delibere di riparto 2019 - © C.R.E.A. Sanità

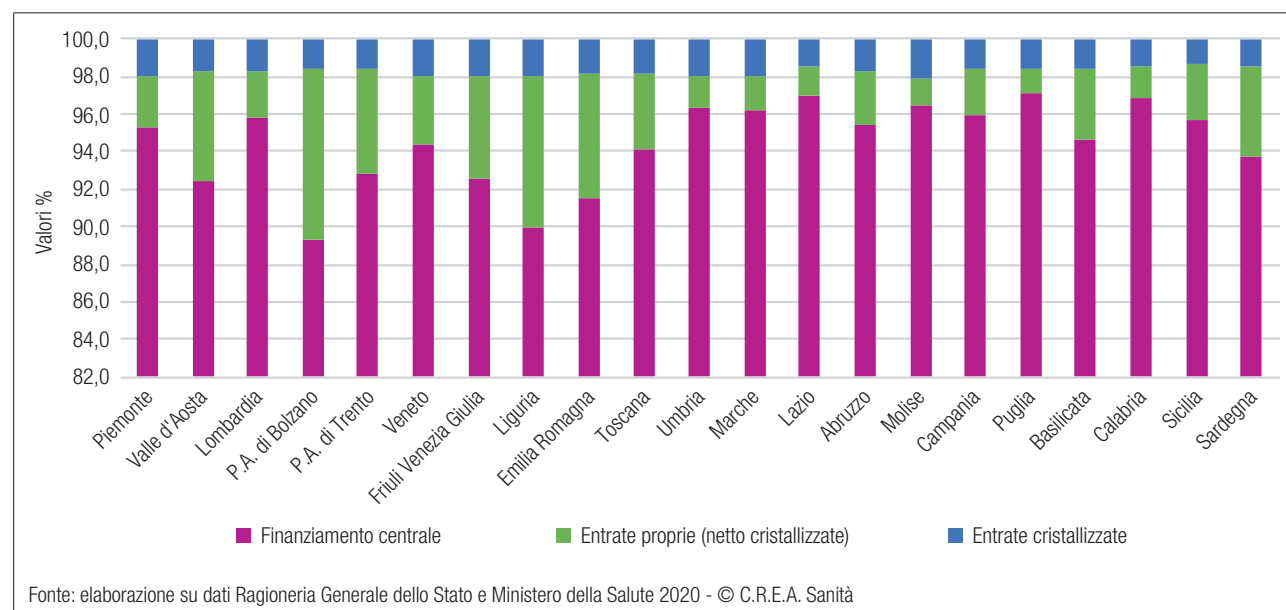
Nel periodo analizzato l'IRAP ha riportato una variazione media annua negativa pari al 4,6%; il gettito introitato dall'IRPEF è invece cresciuto dell'1,1% medio annuo, mentre le entrate derivanti dall'IVA sono aumentate del 3,1% medio annuo.

Qualora dal fabbisogno sanitario del SSN (come definito nella delibera CIPE concernente il riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN) decurtiamo le entrate proprie convenzionali delle Aziende Sanitarie (le c.d. "entrate cristallizzate"), otteniamo quello che convenzionalmente possiamo definire il "finanziamento centrale", ossia ciò che effettivamente viene assegnato dal livello centrale alle Regioni in sede di riparto, che risulta pari a € 110,9 mld. nel 2019 in crescita dello 0,4% sull'anno precedente e dello 0,7% medio annuo nel quinquennio 2014-2019.

Se al finanziamento centrale così determinato aggiungiamo le entrate proprie effettive delle Aziende Sanitarie (di cui quelle cristallizzate rappresentano una quota pari a circa il 32,0%), ricaviamo quello che la Ragioneria Generale dello Stato definisce, nel rapporto "Il monitoraggio della spesa sanitaria", il "finanziamento effettivo" del SSN.

Secondo tale fonte, nel 2019, il "finanziamento effettivo" del SSN vale € 116,7 mld. in aumento dello 0,8% sul 2018.

Figura 2.9. Composizione finanziamento effettivo. Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.2. Incidenza % entrate proprie e incidenza % misure di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini

Regioni	Entrate proprie % finanziamento effettivo	Ticket % finanziamento effettivo	Ticket % entrate proprie
Italia	5,0	1,2	23,3
Nord	5,9	1,4	24,2
Centro	4,1	1,3	31,5
Sud	4,1	0,7	16,4
Piemonte	4,7	1,4	29,5
Valle d'Aosta	7,6	3,3	43,7
Lombardia	4,2	1,0	24,6
P.A. di Bolzano	10,7	1,9	18,3
P.A. di Trento	7,2	2,1	29,0
Veneto	5,6	1,8	32,0
Friuli Venezia Giulia	7,4	1,9	25,5
Liguria	10,0	1,4	13,6
Emilia Romagna	8,5	1,7	19,6
Toscana	5,9	1,7	28,6
Umbria	3,7	1,7	46,6
Marche	3,8	1,5	39,4
Lazio	3,1	0,9	29,9
Abruzzo	4,6	1,4	31,4
Molise	3,6	0,8	21,4
Campania	4,1	0,6	13,6
Puglia	2,9	0,7	23,6
Basilicata	5,4	1,1	20,5
Calabria	3,1	0,7	23,0
Sicilia	4,3	0,5	10,5
Sardegna	6,2	0,8	13,0

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2019, al finanziamento effettivo hanno contribuito per il 95,0% il finanziamento centrale, per il 3,3% le entrate proprie delle Aziende Sanitarie (al netto di quelle cristallizzate) e per il residuale (1,7%) le cosiddette entrate cristallizzate.

Nella composizione delle risorse effettive che le Regioni hanno a disposizione per assicurare l'erogazione dei LEA, si evidenzia un gradiente tra le Re-

gioni del Nord e quelle del Centro-Sud: nelle Regioni settentrionali il finanziamento centrale rappresenta mediamente il 94,1% di quello effettivo, mentre nelle Regioni centro-meridionali tale quota sfiora il 96,0%, per effetto dei meccanismi perequativi alimentati dall'IVA, in favore delle realtà con minor capacità contributiva.

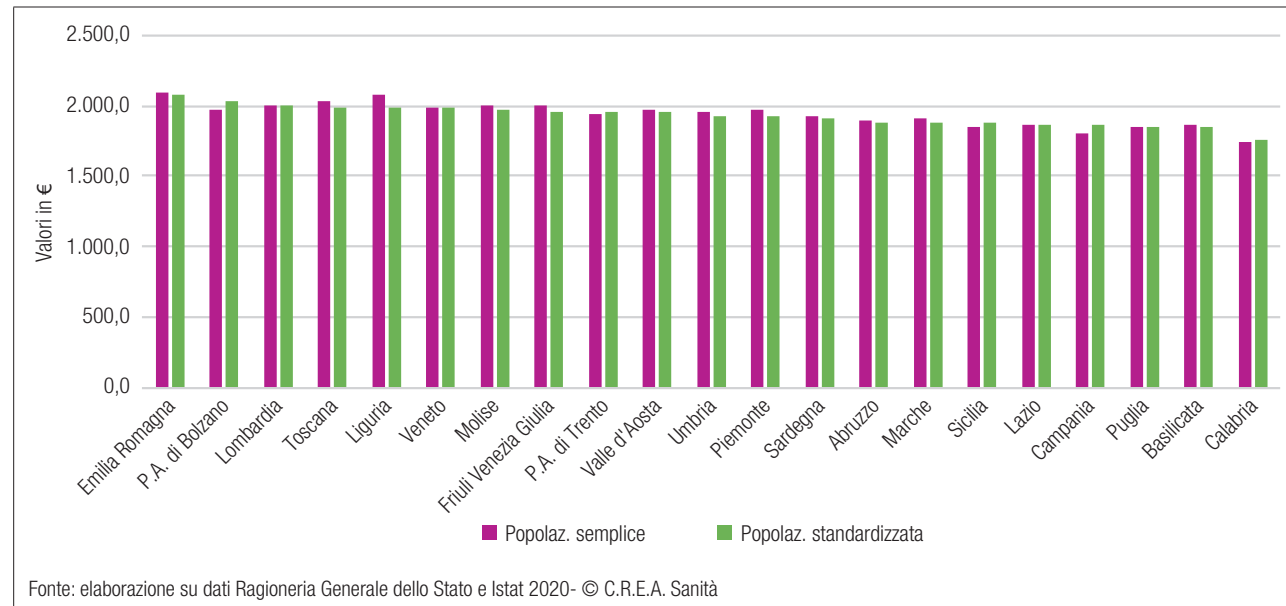
Un trend opposto, invece, è riscontrabile sia con riferimento alle entrate proprie (al netto di quelle cristallizzate), che a quelle cristallizzate: nelle Regioni del Nord le entrate proprie incidono mediamente per il 5,9% sul finanziamento effettivo; tale incidenza si ferma in media al 4,1% sia nelle Regioni centrali che in quelle meridionali (Figura 2.9.)

Le entrate proprie complessive incidono mediamente sul finanziamento effettivo per il 5,0%, in aumento di 0,7 punti percentuali rispetto al 2014 e raggiungono la loro incidenza massima nel complesso delle Regioni settentrionali (5,9%, in aumento di mezzo punto percentuale sul 2014). Il valore dell'indicatore si ferma al 4,1% sia nelle Regioni centrali che in quelle meridionali (-0,1 punti percentuali nelle prime e +1,5 punti percentuali le seconde nel periodo 2014-2019).

Tra le entrate proprie delle Aziende Sanitarie figurano le compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini: fra i ricavi troviamo, infatti, i *ticket* sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali usufruite in strutture pubbliche, quelli di pronto soccorso e altri riferiti a prestazioni minori⁷. Queste, nel loro complesso, sono mediamente pari all'1,2% (-0,1 punti percentuali rispetto al 2014) del finanziamento effettivo e al 23,3% delle entrate proprie (in flessione di 1,7 punti percentuali rispetto al 2014). Nel 2019, i *ticket* raggiungono la loro incidenza massima sul finanziamento effettivo nel complesso delle Regioni settentrionali (1,4% e in diminuzione di 0,2 punti percentuali rispetto al 2014), seguite da quelle centrali (1,3%; -0,2 punti percentuali nel periodo 2014-2019) e, infine, da quelle meridionali dove il valore dell'indicatore si ferma allo 0,7% (-0,1 punti percentuali rispetto al 2019).

⁷ Si fa riferimento ai seguenti codici dei Conti Economici delle Aziende Sanitarie: AA0950; AA0960 e AA0970. In particolare, la voce AA0970 si riferisce ai ticket per l'accesso a prestazioni non ricomprese nelle voci precedenti

Figura 2.10. Finanziamento effettivo pro-capite



Per quanto riguarda, infine, il peso delle partecipazioni contabilizzate nei Conti Economici, l'analisi evidenzia che per il 2019 hanno rappresentato oltre il 31,0% delle entrate proprie delle Regioni del Centro (in flessione di circa 4,0 punti percentuali rispetto al 2014), il 24,2% di quelle del Nord (-1,4 punti percentuali sul 2014) e il 16,4% in quelle del Sud (-1,0 punti percentuali nel periodo 2014-2019) (Tabella 2.2.).

Appare pertanto evidente come il segno delle partecipazioni sia fortemente influenzato oltre che dalle misure regionali sul tema, anche dalla capacità reddituale dei cittadini residenti nelle varie Regioni, ovvero dalla più o meno marcata incidenza delle esenzioni riconosciute nei vari territori.

In termini pro-capite, il finanziamento effettivo medio è stato nel 2019 pari a € 1.933,4 con un incremento dell'1,0% rispetto al 2018, e dell'1,0% medio annuo nel quinquennio (periodo 2014-2019).

Tra la Regione con il finanziamento pro-capite più elevato, e quella con il finanziamento minore, vi è

uno scarto in termini assoluti di € 350,1, pari a circa il 20,1%. Facendo, invece, riferimento alla popolazione standardizzata⁸, il *gap* tra la Regione con finanziamento effettivo pro-capite maggiore e quella con finanziamento minore si riduce a € 320,3 ovvero al 18,2% (Figura 2.10.).

Si tenga, in ogni caso presente che, mediamente nel 2019 € 1.837,3 pro-capite derivano dal finanziamento centrale e € 96,1 pro-capite dalle entrate proprie. Sono anche osservabili marcate differenze tra le Regioni per quanto riguarda le entrate proprie; infatti, mentre nelle Regioni del Nord le entrate proprie contribuiscono mediamente per € 118,7 pro-capite al finanziamento effettivo, tale valore scende a € 79,9 pro-capite in quelle centrali e si ferma a € 75,1 pro-capite in quelle meridionali.

Tra il 2010 ed il 2019 il finanziamento effettivo pro-capite nominale è cresciuto di € 144,1 (+0,9% medio annuo): deflazionando con il valore generale del FOI⁹, si traduce in una riduzione in termini reali del finanziamento pro-capite di € 38,1. In ogni caso,

⁸ Alla popolazione è stata applicata la medesima distribuzione regionale del FSN che si ricava dalla delibera cipe

⁹ Il FOI è l'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati. In particolare, tale indice si riferisce ai consumi dell'insieme delle famiglie che fanno capo ad un lavoratore dipendente (operaio o impiegato). Si tratta di un indice usato per adeguare periodicamente i valori monetari

già a partire dal 2011 il finanziamento pro-capite, in termini reali, ha cominciato a decrescere progressivamente, fino al 2013, anno dopo il quale si è registrata un'inversione di tendenza fino al 2017, per poi decrescere nuovamente negli ultimi due anni (Figura 2.11.).

Situazione parzialmente diversa è apprezzabile nel caso in cui il raffronto avvenisse tra il finanziamento centrale pro-capite nominale e reale; in quest'ultimo caso, infatti, tra il 2012 ed il 2019 il finanzia-

mento centrale pro-capite nominale presenterebbe una crescita di € 93,2 che si traduce, in termini reali, in un incremento corrispondente a € 19,8. Solamente tra il 2012 ed il 2015, a fronte di un aumento del finanziamento centrale pro-capite nominale ha corrisposto un decremento in termini reali (Figura 2.12.).

In termini di rapporto fra finanziamento e Prodotto Interno Lordo (PIL), si passa dal 6,9% del 2014 al 6,5% del 2019.

Figura 2.11. Finanziamento effettivo pro-capite nominale e reale

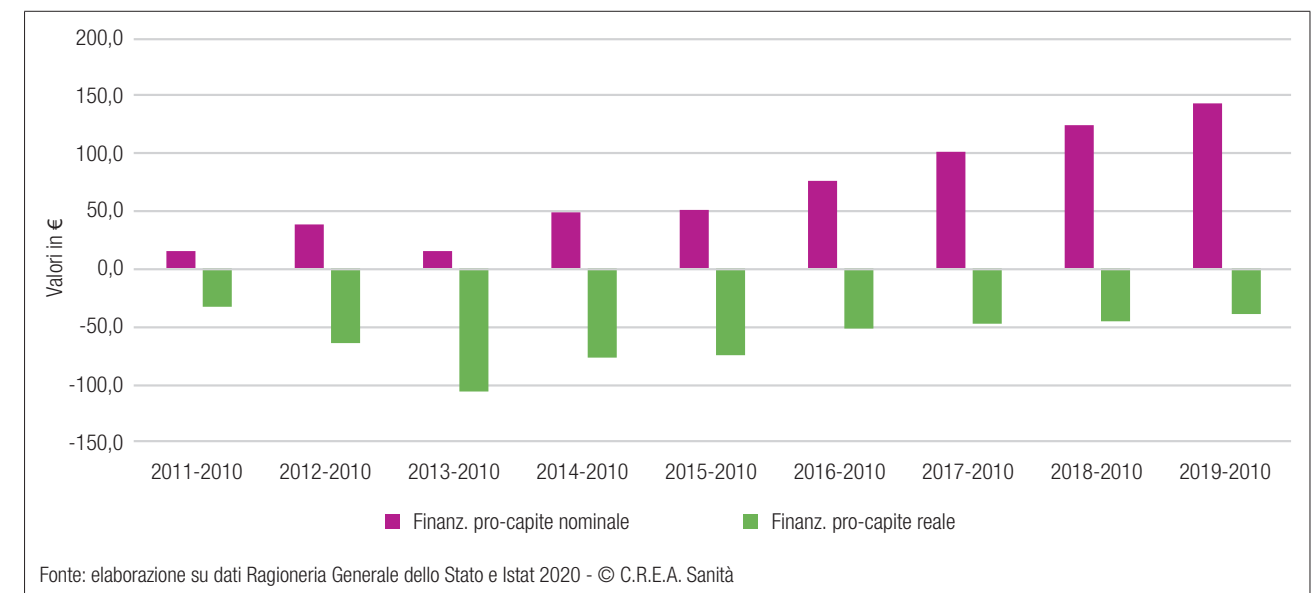


Figura 2.12. Finanziamento centrale pro-capite nominale e reale

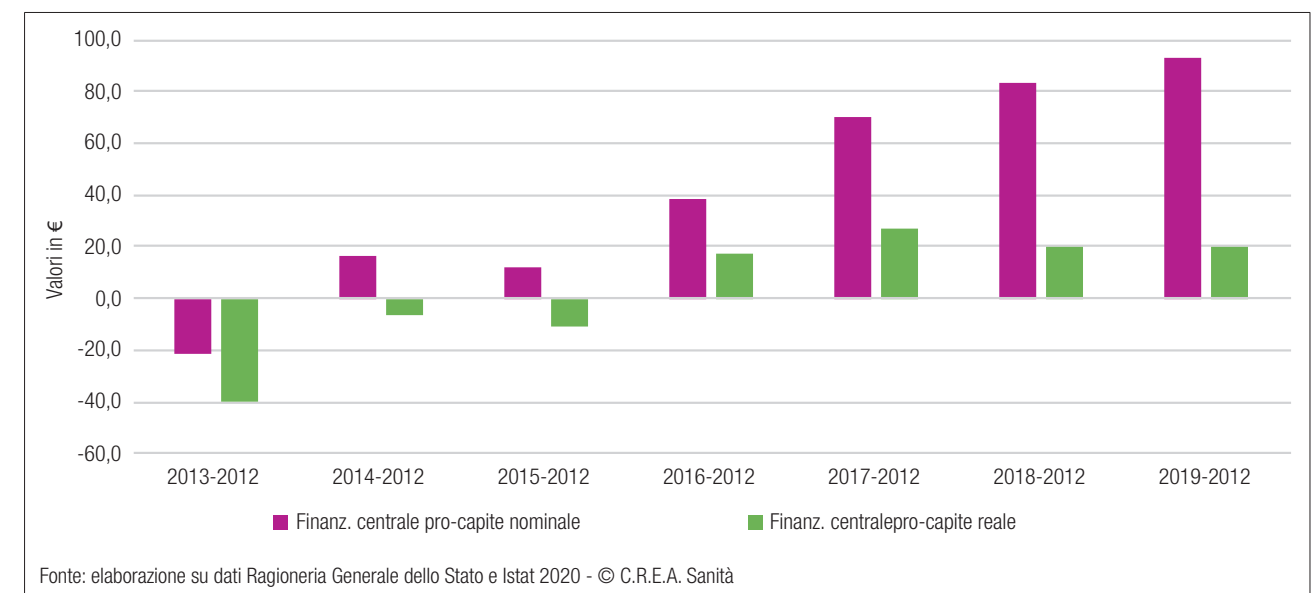


Figura 2.13. Incidenza finanziamento effettivo regionale su PIL

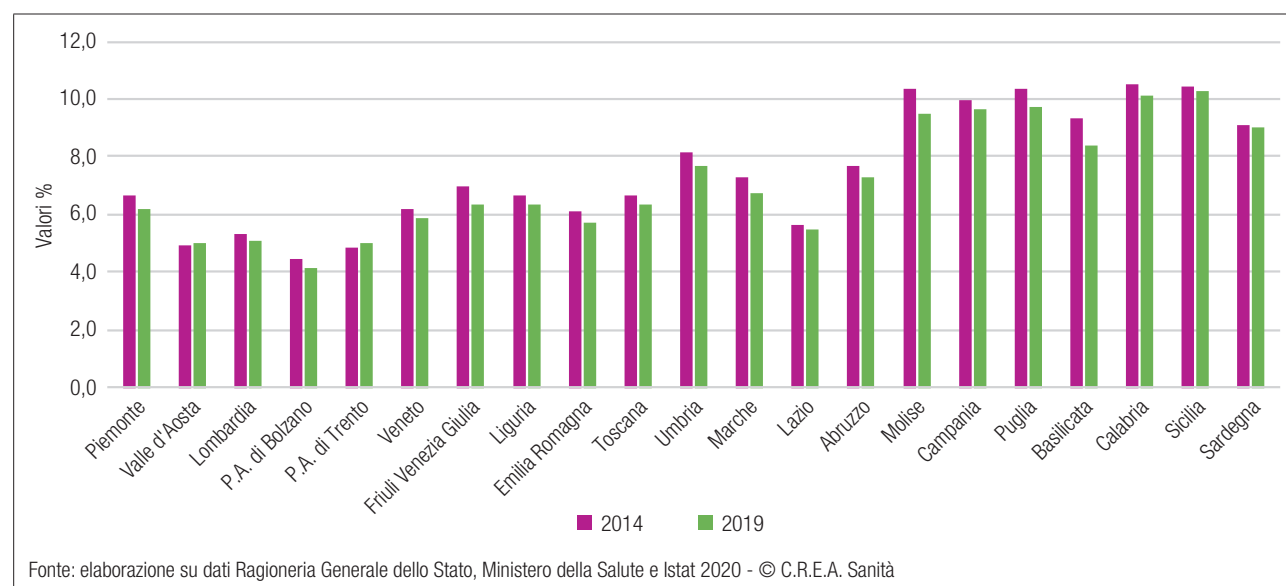
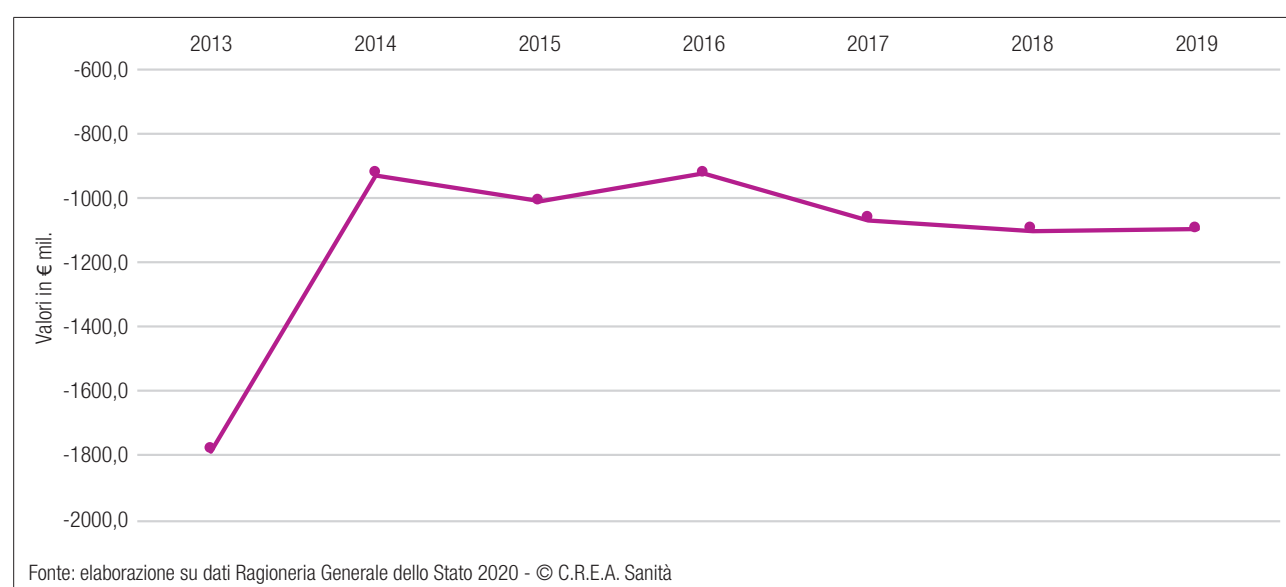


Figura 2.14. Risultati di esercizio



Si osserva un evidente gradiente Nord-Sud: in particolare, le risorse messe a disposizione per la tutela della salute nelle Regioni del Sud, per effetto della redistribuzione, rappresentano il 9,5% del PIL locale, livello in lieve flessione rispetto al 2014 (9,9%); nelle Regioni del Nord, invece, le risorse destinate alla Sanità rappresentano il 5,5% del PIL locale, livello in decrescita rispetto al 2014 (-0,4%) (Figura 2.13.).

2.3. I risultati di esercizio

Ai sensi del D. Lgs. 68/2011 sono considerate in equilibrio tutte quelle Regioni che riescono a garantire l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza ed appropriatezza, ovvero con le risorse ordinarie stabilite dalla legislazione vigente a livello nazionale, ovvero il finanziamento centrale più le entrate proprie, ivi comprese quelle non cristallizzate: in altri termini, le entrate proprie regionali considerate fra quelle che

la Ragioneria Generale dello Stato denomina entrate effettive.

Secondo questa impostazione, nel 2019 si registra un risultato di esercizio negativo complessivo pari a € 1,1 mld., in diminuzione dello 0,4% sul 2018, ma in aumento del 18,3% rispetto al 2014 (una variazione media annua pari al 3,4%) (Figura 2.14.).

In termini pro-capite, il disavanzo, nel quinquennio analizzato (2014-2019), è diminuito nelle Regioni del Centro (-110,2%), dove è passato da € 22,9 pro-capite del 2014 ad un avanzo pari a € 2,3 pro-capite del 2019, mentre sia in quelle settentrionali che meridionali è aumentato (nelle prime +127,5% andando da € 11,3 a € 25,7 pro-capite; nelle seconde del +23,9% passando da € 16,1 a € 20,0 pro-capite).

Si sottolinea che nel 2019 le Regioni con un risultato di gestione negativo sono state tredici vs le otto del 2014 (Tabella 2.3.).

Le elaborazioni espone scontano, quindi, le entrate delle compartecipazioni dei cittadini alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche (contabilizzate in entrata nei Conti Economici) e i minori costi derivanti da quelle sulla farmaceutica convenzionata e sulla specialistica erogata in strutture accreditate.

Qualora si "abolissero" le compartecipazioni, contando solo sul finanziamento centrale e le altre entrate proprie, la situazione muterebbe radicalmente: il deficit complessivo del 2019 ammonterebbe a circa € 5,7 mld., in flessione dello 0,8% rispetto all'anno precedente, anche se in aumento del 4,1% rispetto al 2014 (Figura 2.15.).

In termini pro-capite si invertirebbe il segno del risultato di esercizio anche in quelle Regioni che da un punto di vista finanziario hanno chiuso l'esercizio in avanzo (Tabella 2.4.); in altri termini nessuna Regione sarebbe in equilibrio in modo autosufficiente senza le compartecipazioni.

Mettendo a confronto il Fondo Sanitario Nazionale (FSN), e quindi il finanziamento centrale più le entra-

te cristallizzate, che rappresenta il fabbisogno sanitario standard, ovvero l'ammontare di risorse ritenuto necessario ad assicurare i LEA in condizioni di efficacia ed appropriatezza sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni, con la spesa¹⁰, ne emerge, per il 2019, un disavanzo totale pari a € 4,5 mld., ovvero € 73,8 pro-capite.

Nel 2019 solamente la Lombardia è risultata autosufficiente rispetto alle risorse stimate necessarie per assicurare il LEA (Tabella 2.5.).

Tabella 2.3. Risultati di esercizio pro-capite

Regioni	Pro-capite 2014 (€)	Pro-capite 2019 (€)
Italia	-15,26	-18,18
Nord	-11,30	-25,72
Centro	-22,88	2,33
Sud	-16,13	-19,99
Piemonte	12,80	-11,77
Valle d'Aosta	-267,07	-149,48
Lombardia	0,42	0,30
P.A. di Bolzano	-274,50	-501,28
P.A. di Trento	-400,44	-341,37
Veneto	3,19	2,14
Friuli Venezia Giulia	41,04	-117,96
Liguria	-40,04	-41,42
Emilia Romagna	2,96	0,35
Toscana	1,96	-7,55
Umbria	10,55	0,12
Marche	39,97	0,29
Lazio	-60,49	9,45
Abruzzo	4,97	-10,02
Molise	-190,73	-270,73
Campania	21,77	6,60
Puglia	3,43	-9,75
Basilicata	2,55	-11,16
Calabria	-33,16	-59,95
Sicilia	0,00	0,09
Sardegna	-217,35	-117,27

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

¹⁰ Si fa riferimento al dato di spesa pubblicato dalla Ragioneria Generale dello Stato nel suo ultimo Rapporto. In aggiunta si sottolinea che è stato impiegato il dato di spesa post mobilità

Figura 2.15. Risultati di esercizio al netto delle partecipazioni

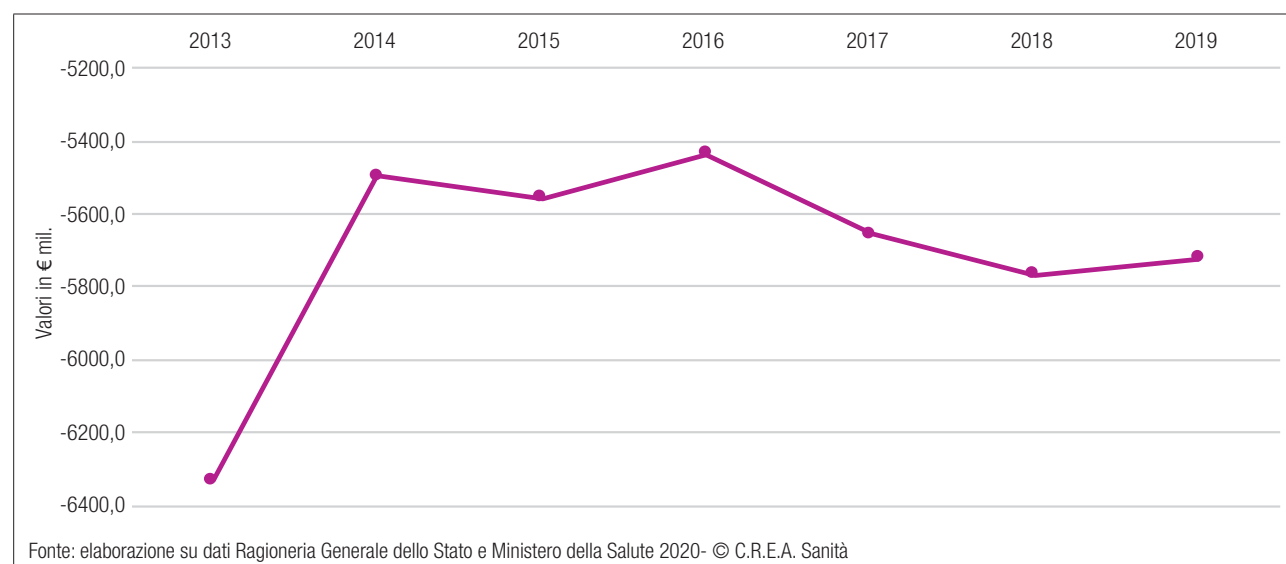


Tabella 2.4. Risultati di esercizio pro-capite al netto delle partecipazioni

Regioni	Pro-capite 2014 (€)	Pro-capite 2019 (€)
Italia	-90,4	-94,8
Nord	-88,5	-102,1
Centro	-93,6	-69,0
Sud	-91,2	-100,1
Piemonte	-54,8	-74,8
Valle d'Aosta	-333,3	-243,5
Lombardia	-85,4	-85,2
P.A. di Bolzano	-335,4	-565,3
P.A. di Trento	-458,9	-420,7
Veneto	-84,9	-83,8
Friuli Venezia Giulia	-24,1	-186,0
Liguria	-104,8	-109,9
Emilia Romagna	-64,6	-63,5
Toscana	-64,1	-73,4
Umbria	-48,0	-66,8
Marche	-17,3	-60,9
Lazio	-139,6	-68,5
Abruzzo	-59,5	-77,9
Molise	-258,3	-342,6
Campania	-67,0	-90,2
Puglia	-66,5	-83,5
Basilicata	-64,2	-90,1
Calabria	-94,9	-125,0
Sicilia	-77,0	-81,3
Sardegna	-278,8	-179,0

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.5. Differenza tra FSN e spesa. Anno 2019

Regioni	Valori assoluti (€ mil.)	Valori pro-capite (€)
Italia	-4.455,1	-73,8
Nord	-1.661,7	-59,9
Centro	-397,8	-33,1
Sud	-2.395,6	-116,3
Piemonte	-324,4	-74,5
Valle d'Aosta	-34,8	-277,2
Lombardia	279,7	27,8
P.A. di Bolzano	-332,6	-626,2
P.A. di Trento	-241,8	-446,9
Veneto	-93,4	-19,0
Friuli Venezia Giulia	-275,9	-227,0
Liguria	-381,8	-246,2
Emilia Romagna	-256,6	-57,5
Toscana	-131,0	-35,1
Umbria	-25,9	-29,3
Marche	-76,7	-50,3
Lazio	-164,3	-27,9
Abruzzo	-144,1	-109,9
Molise	-101,0	-330,4
Campania	-445,2	-76,7
Puglia	-339,7	-84,3
Basilicata	-95,6	-169,8
Calabria	-437,2	-224,5
Sicilia	-451,2	-90,3
Sardegna	-381,6	-232,8

Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato, delibere CIPE e Istat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

2.5. L'evoluzione recente

Antecedentemente all'emergenza Covid-19, la Legge di Bilancio 145/2018 aveva determinato il livello di finanziamento del fabbisogno nazionale *standard* per il triennio 2019-2021, in € 114,4 mld. per il 2019, prevedendo un incremento a tale livello di € 2,0 mld. per il 2020 ed un ulteriore aumento pari a € 1,5 mld. per il 2021 (Tabella 2.6.).

Con la Delibera n. 20 del 14 maggio 2020, il CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica), considerata la contingenza che si è determinata con lo stato di emergenza per il rischio sanitario legato al Covid-19, ha rideterminato per il 2020 il livello del finanziamento del SSN nella misura di € 118,0 mld. comprensivo anche degli € 1,4 mld. stan-

ziati nel Decreto Cura Italia per l'emergenza Covid-19. Da detto importo, tuttavia, devono essere detratte le somme che confluiscono nei Fondi farmaci innovativi e nel Fondo farmaci oncologici innovativi, ovvero circa € 664,0 mil.; pertanto, l'importo netto ripartibile tra le Regioni ammonta per il 2020 a € 117,4 mld..

Tabella 2.6. Livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard per il triennio 2019-2021

	2019 (€ mil.)	2020 (€ mil.)	2021 (€ mil.)
Fabbisogno nazionale standard	114.439,0	114.439,0	114.439,0
	-	+ 2.000,0	+ 2.000,0
	-	-	+ 1.500,0
Totale	114.439,0	116.439,0	117.939,0

Fonte: Legge di Bilancio n. 145 del 2018

Tabella 2.7. Fondi stanziati per fronteggiare l'emergenza Covid-19. Valori in € mil.. Anno 2020

Regioni	Risorse umane e rete territoriale	Incentivi economici per il personale	Ulteriori investimenti in risorse umane e rete territoriale	Acquisto ulteriori prestazioni sanitarie	Personale strutture accreditate e non	Totale
Italia	660,0	250,0	100,0	240,0	160,0	1.410,0
Nord	305,1	115,6	46,2	111,0	74,0	651,8
Centro	132,3	50,1	22,2	48,1	32,1	282,7
Sud	222,6	84,3	31,5	80,9	54,0	475,5
Piemonte	48,7	18,5	7,4	17,7	11,8	104,1
Valle d'Aosta	1,4	0,5	0,2	0,5	0,3	3,0
Lombardia	109,4	41,5	16,6	39,8	26,5	233,8
P.A. di Bolzano	5,6	2,1	0,9	2,0	1,4	12,0
P.A. di Trento	5,8	2,2	0,9	2,1	1,4	12,5
Veneto	53,6	20,3	8,1	19,5	13,0	114,6
Friuli Venezia Giulia	13,6	5,2	2,1	4,9	3,3	29,1
Liguria	17,8	6,7	2,7	6,5	4,3	37,9
Emilia Romagna	49,1	18,6	7,4	17,9	11,9	104,9
Toscana	41,6	15,8	6,3	15,1	10,1	88,9
Umbria	9,8	3,7	1,5	3,6	2,4	21,0
Marche	17,0	6,4	2,6	6,2	4,1	36,2
Lazio	63,9	24,2	9,7	23,2	15,5	136,5
Abruzzo	14,5	5,5	2,2	5,3	3,5	30,9
Molise	3,4	1,3	0,5	1,2	0,8	7,3
Campania	61,5	23,3	9,3	22,4	14,9	131,3
Puglia	43,8	16,6	6,6	15,9	10,6	93,5
Basilicata	6,2	2,3	0,9	2,3	1,5	13,2
Calabria	21,1	8,0	3,2	7,7	5,1	45,1
Sicilia	54,0	20,5	8,2	19,6	13,1	115,4
Sardegna	18,1	6,9	2,7	6,6	4,4	38,7

Fonte: Decreto Legge n. 14 del 2020 e Decreto Legge n. 18 del 2020

Di questi circa il 96,5% (€ 113,3 mld.) è destinato al finanziamento indistinto dei LEA, l'1,5% (€ 1,8 mld.) riguarda fondi vincolati per Regioni e Province Autonome, lo 0,0005% (€ 0,6 mld.) attiene a fondi vincolati per alcuni Enti (ad esempio la Croce Rossa Italiana, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, ecc...) ed, infine, l'1,2% (i cennati € 1,4 mld.) sono vincolati per il finanziamento degli interventi urgenti, adottati per far fronte all'emergenza sanitaria Covid-19.

In particolare, i fondi stanziati per far fronte all'emergenza Covid-19 sono stati così ripartiti: € 660,0 mil. (il 46,8%) per il potenziamento delle reti assistenziali territoriali (assistenza domiciliare) per quei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero e per il potenziamento delle risorse umane del SSN ovvero per il reclutamento di ulteriori professionisti sanitari; € 250,0 mil. (il 17,7%) come incentivi economici in favore del personale del SSN; € 100,0 mil. (il 7,1%) come ulteriori fondi a favore del potenziamento della rete territoriale e dell'arruolamento di nuovo personale sanitario; € 240,0 mil. (il 17,0%) per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie e, infine, € 160,0 mil. (il residuale 11,3%) per il reclutamento di personale proveniente dalle strutture private accreditate e non (Tabella 2.7.).

Alle Regioni della ripartizione settentrionale è stato assegnato il 46,2% delle risorse stanziati per l'emergenza Covid-19, a quelle del Centro il 20,0% e a quelle meridionali il 33,7%; in termini pro-capite, l'emergenza sanitaria in atto ha portato a stanziare per ciascun residente € 23,4¹¹ in più rispetto a quelli "concordati" in sede di Conferenza Stato Regioni (€ 1.925,7 pro-capite) (Tabella 2.8.). Da evidenziare, in ogni caso, che alla data in cui si scrive ci troviamo nella cosiddetta "fase 2" dell'emergenza e non è ancora dato sapere se questa recrudescenza dei contagi porterà ad una nuova ed ulteriore modifica del finanziamento complessivo del nostro SSN.

Con il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020 (cosiddetto Decreto Rilancio), sono state stanziati ulteriori risorse per il comparto Sanità per un am-

montare complessivo pari a circa € 3,2 mld.: € 1,3 mld. (il 38,7%) per il potenziamento dell'assistenza territoriale; € 1,5 mld. (il 45,2%) per il riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19; € 430,9 mil. (il 13,3%) per diversi interventi sul personale sanitario e, infine, € 95,0 mil. (il 2,9%) per finanziare 4.200 contratti di specializzazione medica in più (Tabella 2.9.). Le cennate misure si traducono, per il 2020, in un incremento del finanziamento medio pro-capite pari a € 53,9.

Tabella 2.8. Fondi stanziati per fronteggiare emergenza Covid-19. Anno 2020

Regioni	Composizione (%)	Valori pro-capite (€)
Italia	100,0	23,4
Nord	46,2	23,5
Centro	20,0	23,6
Sud	33,7	23,2
Piemonte	7,4	24,0
Valle d'Aosta	0,2	23,7
Lombardia	16,6	23,2
P.A. di Bolzano	0,9	22,5
P.A. di Trento	0,9	23,0
Veneto	8,1	23,3
Friuli Venezia Giulia	2,1	23,9
Liguria	2,7	24,6
Emilia Romagna	7,4	23,5
Toscana	6,3	23,9
Umbria	1,5	23,9
Marche	2,6	23,8
Lazio	9,7	23,3
Abruzzo	2,2	23,6
Molise	0,5	24,1
Campania	9,3	22,7
Puglia	6,6	23,3
Basilicata	0,9	23,7
Calabria	3,2	23,3
Sicilia	8,2	23,2
Sardegna	2,7	23,7

Fonte: stima su Decreto Legge n. 14 del 2020, Decreto Legge n. 18 del 2020 e Istat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

¹¹ I valori pro-capite sono stati stimati supponendo che la variazione nella popolazione residente osservabile tra il 2018 ed il 2019 si mantenga costante tra il 2019 ed il 2020

In sintesi, grazie alle misure anti Covid-19 messe in atto dal Governo, il finanziamento complessivo del SSN per il 2020 ammonta a € 120,6 mld. (+3,6% rispetto a quanto stabilito dalla Legge di Bilancio n. 145 del 2018), che si traduce in un finanziamento pro-capite medio pari a € 2.003,1: di questi, € 1.925,8 (il 96,1%) sono stati previsti dalla Delibera CIPE n. 20 del 14 maggio 2020, € 23,4 (l'1,2%) sono stati stanziati con i cosiddetti Decreti Cura Italia, mentre € 53,9 (il 2,7%) derivano dal cosiddetto Decreto Rilancio.

Tabella 2.9. Ulteriori fondi stanziati per fronteggiare emergenza Covid-19. Anno 2020

Obiettivi	Valori assoluti (€ mil.)	Composizione (%)	Valori pro-capite (€)
Potenziamento ass. territoriale	1.256,0	38,7	20,9
Riordino rete ospedaliera	1.467,0	45,2	24,4
Interventi personale sanitario	430,9	13,3	7,2
Contratti specializ. medica	95,0	2,9	1,6
Totale	3.248,9	100,0	53,9

Fonte: Decreto Legge n. 34 del 2020

Infine, dei € 750,0 mld. che l'Unione Europea a fine luglio ha messo a disposizione per supportare le economie dei Paesi membri travolte dalla crisi del Covid-19, circa € 209,0 mld. dovrebbero essere attribuiti all'Italia: di questi circa € 67,0 mld. dovrebbero essere investiti in un piano per la Sanità, secondo quanto riportato nelle relazioni delle Commissioni Bilancio di Camera e Senato, che va a coprire i prossimi cinque anni. Ci troviamo di fronte alla necessità impellente di riorganizzare il SSN, anche nelle sue declinazioni regionali, con progetti che servano a contenere nell'immediato le conseguenze della pandemia, ma che rappresentino comunque un investimento a lungo termine. Si tratta di progetti che dovranno dimostrare la loro utilità anche quando - il prima possibile - l'emergenza Covid-19 sarà finita. In sintesi, lo scopo delle risorse che arriveranno con

il *Recovery Fund* sarà quello rafforzare i "punti deboli" del nostro SSN. L'emergenza Covid-19, infatti, ha messo a nudo le lacune del nostro sistema, che andavano ben oltre il semplice effetto del taglio ai posti letto ereditati dagli ultimi decenni o dall'impoverimento delle strutture pubbliche in termini di investimenti su persone e tecnologie. Ciò che è emerso è stata una carenza della Sanità sul territorio, di una presenza ramificata che andasse a evitare che ci trovassimo di fronte ad un sistema sanitario di natura essenzialmente ospedalocentrica. Appare, in ogni caso, doveroso sottolineare come le risorse del cosiddetto *Recovery Fund* non siano destinate a "supportare" la spesa sanitaria corrente se non nella misura in cui questa risulti accessoria agli investimenti pluriennali programmati. Si tenga altresì presente che ancora non vi è contezza della "misura" di rimborso di tali fondi: certo è che genereranno nuovo debito e se, quindi, gli investimenti programmati non saranno forieri di una maggior efficienza del sistema sanitario nel suo complesso, rischieranno in futuro di far saltare nuovamente il precario equilibrio finanziario del nostro SSN.

Sulla base di queste premesse, il piano del Ministro della Salute prevede che: il 51,5% (€ 34,4 mld.) dei fondi previsti per la Sanità sarà destinato ad interventi di edilizia sanitaria; il 7,5% (€ 5,0 mld.) alla implementazione, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, di strutture (Case di comunità) che possano essere un punto di riferimento certo per i cittadini, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso e della presa in carico; il 6,0% (€ 4,0 mld.) alla realizzazione sull'intero territorio nazionale di presidi sanitari a degenza breve (15-20 giorni) che svolgano una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero; il 4,5% (€ 3,0 mld.) alla implementazione di investimenti strutturali nelle realtà laddove si rilevano flussi sistematici di mobilità passiva, con particolare riferimento alle regioni del Sud; il 3,7% ciascuno (€ 2,5 mld.) alla realizzazione di interventi per la riorganizzazione e la gestione dei servizi di cure domiciliari integrate attraverso l'utilizzo delle tecnologie digitali e all'adeguamento e al rafforzamento del sistema di prevenzione e sanità pubblica,

migliorando la dotazione tecnologica per condividere i dati a diversi livelli; il 2,2% (€ 1,5 mld.) ciascuno alla definizione di un nuovo governo e di nuovi standard assistenziali nelle residenze per pazienti disabili e non autosufficienti e al potenziamento del sistema di sanità pubblica; etc....(Tabella 2.10.).

Tabella 2.10. Piani di investimento con le risorse del Recovery Fund

Linea progettuale	Valori assoluti (€ mld.)	Composizione (%)
Interventi per l'edilizia sanitaria	34,4	51,5
Nuovi standard per l'assistenza territoriale	1,2	1,7
Casa digitale come primo luogo di cura	2,5	3,7
Casa della comunità con i MMG	5,0	7,5
Presidi a degenza temporanea	4,0	6,0
Nuove RSA	1,5	2,2
Cura delle persone con disturbi mentali	1,0	1,5
Prevenzione con strumenti <i>digital e green</i>	2,5	3,7
Contrasto alla migrazione sanitaria	3,0	4,5
Sviluppo e innovazione del sistema di emergenza	0,7	1,0
Valorizzazione della ricerca biomedica	1,2	1,8
Formazione e sviluppo delle competenze tecnico-professionali	2,6	4,0
Contrasto povertà sanitaria	0,7	1,0
Rafforzamento salute nella scuola	0,5	0,7
Rafforzamento Rete Consultoriale	1,0	1,5
Potenziamento sistemi sanità pubblica	1,5	2,2
Riordino IRCCS	0,6	0,9
Ecosistema innovativo della Salute	1,2	1,8
Trasparenza informazioni	0,0	0,0
Potenziamento sistema informativo	0,1	0,2
Evoluzione Fascicolo Sanitario Elettronico	1,5	2,2
Governance del dato	0,1	0,2
Totale	67,0	100,0

Fonte: stima su proposte Ministro della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

In definitiva, la lettura della Tabella evidenzia le macro aree di intervento individuate dal Ministero della Salute ed evidenzia, altresì come agli interventi per l'edilizia sanitaria siano destinati oltre la metà dei

fondi che si renderanno disponibili; ad oggi, tuttavia, non vi è ancora notizia dei piani operativi che stabiliscano come debbano essere concretamente impiegate le risorse e quali rendimenti ci si debba attendere dagli investimenti effettuati.

2.6. Conclusioni

Il settore pubblico rimane la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi EU.

Per quanto concerne l'Italia, a partire dal 2010, la quota pubblica della spesa è costantemente diminuita, sebbene sia in lieve ripresa nell'ultimo anno.

Questo ha comportato un progressivo scostamento dai valori medi degli altri Paesi appartenenti a EU-Ante 1995: il valore di copertura pubblica dell'Italia (74,1%) nel 2019 è ormai inferiore a quello medio dei Paesi EU-Post 1995. Malgrado ciò, l'Italia ha un livello di finanziamento della spesa sanitaria totale sostanzialmente coerente con il proprio livello di sviluppo economico (PIL).

Una conferma della sostanziale stagnazione del finanziamento in Italia è fornita dall'osservazione per cui la crescita osservabile tra il 2010 ed il 2019 sia solamente nominale: già a partire dal 2011 il finanziamento pro-capite ha cominciato a decrescere progressivamente in termini reali fino al 2013, anno dopo il quale ha avuto un'inversione di tendenza fino al 2017, per poi decrescere nuovamente nel 2018 e nel 2019.

Si tenga, in ogni caso presente che, nel 2019, € 1.837,3 pro-capite derivano mediamente dal finanziamento centrale e € 96,1 pro-capite dalle entrate proprie (circa il 5%). Sono anche osservabili marcate differenze tra le Regioni per quanto riguarda il contributo delle entrate proprie; infatti, mentre nelle Regioni del Nord contribuiscono mediamente per € 118,7 pro-capite al finanziamento effettivo, tale valore scende a € 79,9 pro-capite in quelle centrali e si ferma a € 75,1 pro-capite in quelle meridionali.

Malgrado la riduzione della crescita del finanziamento, i risultati di esercizio sono migliorati e si sono tendenzialmente stabilizzati nell'ultimo triennio, sebbene sia apprezzabile una tendenziale ripresa all'au-

mento dei deficit nelle Regioni del Nord e del Sud.

L'equilibrio è peraltro frutto dell'impegno richiesto ai cittadini attraverso la compartecipazione alla spesa, che è ovviamente difforme sul territorio nazionale, per effetto delle forti disparità di reddito. Difatti, facendo riferimento all'ultimo anno per il quale si dispone dei dati, senza le compartecipazioni risulta che il deficit complessivo ammonterebbe a circa € 4,5 mld..

In ultima analisi, le valutazioni finanziarie assumono un significato diverso a seconda del significato attribuito alle compartecipazioni.

Infine, appare doveroso accennare a come l'emergenza sanitaria in atto determinata dalla diffusione del Covid-19 abbia imposto una rimodulazione del livello del finanziamento per l'anno 2020. In particolare, il livello del finanziamento pro-capite ha riportato un incremento pari a € 23,4 ovvero sono stati ripartiti tra le Regioni € 1,4 mld. aggiuntivi per il rafforzamento dell'assistenza territoriale, per il reclutamento di ulteriori professionisti sanitari nonché per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie. A questi si devono aggiungere € 53,9 pro-capite sanciti con il cosiddetto Decreto Rilancio; ne risulta, pertanto, per il 2020 un finanziamento pro-capite medio pari a € 2.003,1.

Allo stato attuale, però, non siamo ancora in grado di valutare se tali fondi siano sufficienti a mantenere i bilanci regionali ovvero i risultati di esercizio

sugli attuali livelli o se, piuttosto, determineranno una riacutizzazione degli squilibri.

Infine, per quanto riguarda le linee progettuali di investimento da realizzarsi nel prossimo quinquennio tramite le risorse che saranno assegnate all'Italia dal *Recovery Fund*, è da sottolineare come queste ultime non siano destinate a "supportare" la spesa sanitaria corrente se non nella misura in cui questa risulti accessoria agli investimenti pluriennali programmati. Si tenga altresì presente che ancora non vi è contezza della "misura" di rimborso di tali fondi: certo è che genereranno nuovo debito e se, quindi, gli investimenti programmati non saranno forieri di una maggior efficienza del sistema sanitario nel suo complesso, rischieranno in futuro di far saltare nuovamente il precario equilibrio finanziario del nostro SSN.

Riferimenti bibliografici

Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica – CIPE (anni vari), Delibere di ripartizione del Fondo Sanitario.
Ragioneria Generale dello Stato (anni vari), Il Monitoraggio della spesa sanitaria.
Istat (anni vari), Tavole statistiche varie, www.istat.it
Ministero della Salute (anni vari), Modello di rilevazione del Conto Economico.

ENGLISH SUMMARY

The public sector is the main source of funding for health expenditure in all EU countries.

Considering only the pre-1995 EU countries, of which Italy is a member, in 2019 the public sector borne on average 80.5% of current health expenditure.

On average, the share of public expenditure coverage has increased in all countries, even in the years of greatest crisis (with the exception of a slight decrease between 2011 and 2013) and has reached values above 80% since 2016. The exception was Italy, where the public share declined during the period, although it has slightly increased this year.

The public share of healthcare spending in the remaining EU countries (post-1995 EU) is on average 74.5%.

Although Italy belongs to the group of the pre-1995 EU Member States, it now records a slightly lower share of public funding even than the average share of post-1995 EU countries.

At national level, in 2019 the National Health Fund (NHF) (both its “non constrained” share and its constrained share) amounted to € 112.9 billion, up by 0.3% as against the previous year. Over the last five years (2014-2019) Valle d’Aosta, the Autonomous Province of Trento, Lombardia and Lazio were the Regions in which the share of funding for health needs grew the most (+1.5% on average per year in the first two Regions and +1.2% on average per year in the third and fourth Region); Molise and Basilicata, instead, recorded an average 0.1% annual decrease and an average 0.3% annual decrease, respectively.

The “actual” funding in 2019, i.e. the funding obtained during the distribution of the National Health Fund, increased by what was generated by the Health Units (higher own revenues than those crystallised in the 2001 State-Regions Agreement), reached €

116.7 billion, with a 0.8% increase as against 2018.

In 2019, 95% of the actual financing was provided by central funding, 3.3% by the Health Units’ own revenues (net of crystallised revenues) and the remaining 1.7% by the so called crystallised revenues.

Own revenues include citizens’ co-payments (on outpatient specialist services provided by public facilities, first aid and other minor services). On average, they amount to 1.2% of the “actual” funding (down by 0.1% compared to 2014) and 23.3% of own revenues (down by 1.7% as against 2014).

In 2019, the average actual financing per-capita was € 1,933.4, with a 1% increase compared to 2018, and a 1% average annual increase over the 2014-2019 five-year period.

In absolute terms, the gap between the Region with the highest per-capita funding and the Region with the lowest one is €350.1, equal to approximately 20.1%.

Between 2010 and 2019, the actual nominal per-capita funding increased by € 144.1 (a 0.9% rise on average per year): deflating with the general value of the consumer price index, the reduction in real terms of the per-capita funding amounted to € 38.1.

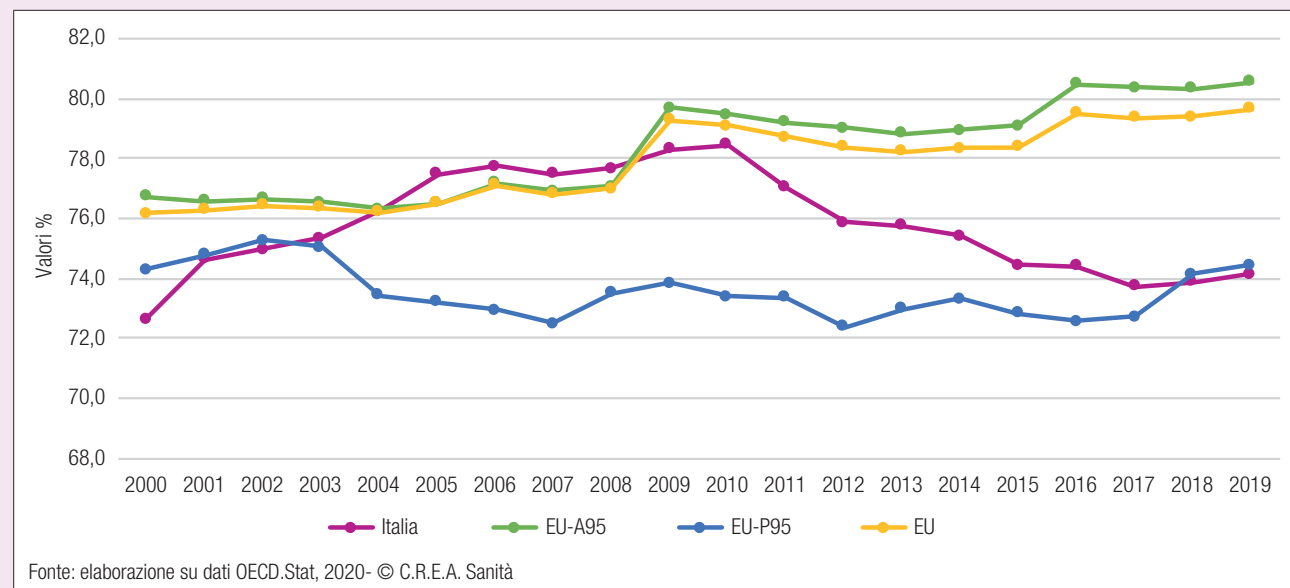
The recent emergency caused by the spread of Covid-19 has made it necessary to revise the level of funding planned for both 2020 and the following years. With specific reference to 2020, while initially the 2018 Budget Law had set the overall level of funding at € 116.4 billion (i.e. € 1,925.8 per-capita), as a result of the current situation due to the spread of the epidemic, additional resources were allocated for healthcare funding: € 23.4 per-capita (1.4 billion) with the so-called Cura Italia Decree and € 53.9 per-capita (€ 3.2 billion, approximately) with the so-called Rilancio Decree, thus bringing the total level of funding for the year 2020 to € 120.6 billion.

Moreover, through the Recovery Fund, further € 67 billion are expected to be provided, which should be invested in a multi-annual plan for Healthcare. The Recovery Fund resources, however, are not intended to “support” current healthcare expenditure except to the extent that this is ancillary to planned multi-annual investment. It should also be borne in mind that there is still no account of the “measure” of repayment of these funds. It is certain that they will generate new debt and, hence, if the planned investment does not bring about greater efficiency in

the health system as a whole, in the future it will risk destroying the precarious financial balance of Italy’s NHS once again.

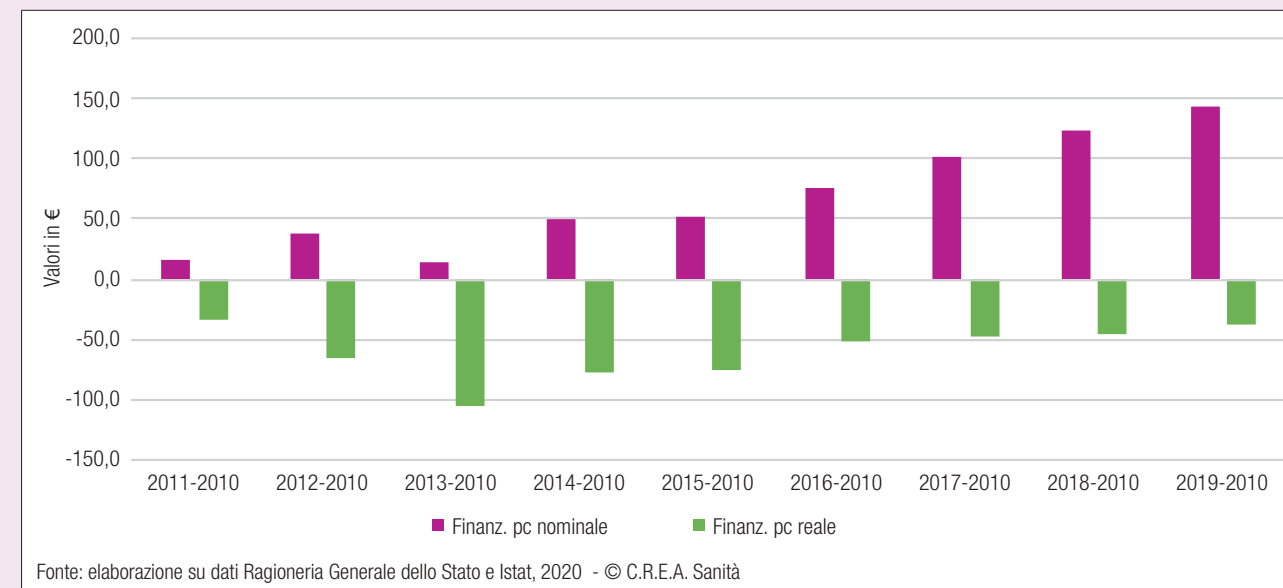
In fact, in recent years, especially from 2014 onwards, budget deficits have tended to stabilise: in 2019 there was an overall negative result of € 1.1 billion, down by 0.4% as against 2018. But these outcomes in terms of operating results, however, are also achieved thanks to the commitment required of citizens through co-payments and cost-sharing.

KI 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



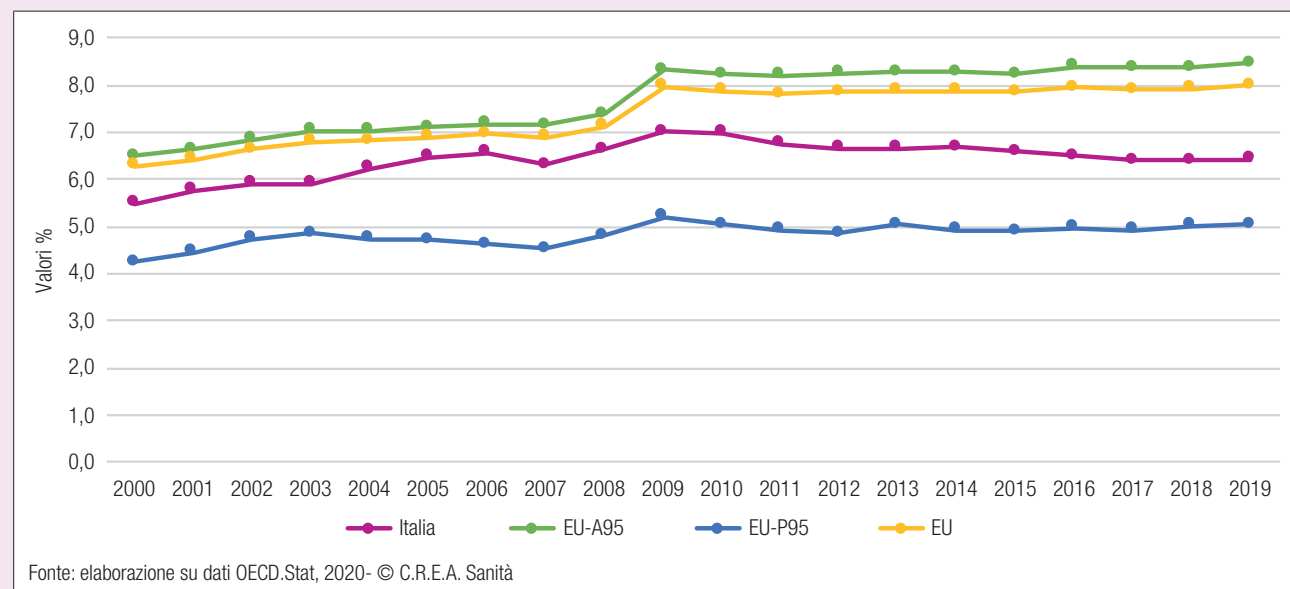
Negli ultimi 20 anni, la quota di copertura pubblica della spesa sanitaria nei Paesi EU-Ante 1995 è in media aumentata, anche negli anni di massima crisi (ad eccezione di una lieve flessione tra il 2011 ed il 2013), ed ha raggiunto valori superiori all'80,0% a partire dal 2016. Fa eccezione l'Italia, dove la quota pubblica si è contratta nel periodo, sebbene sia lievemente in crescita nell'ultimo anno. Per i restanti Paesi EU (EU-Post 1995), la quota pubblica di finanziamento della spesa sanitaria è in media pari al 74,5%. Lo scarto fra le due aree è in media di 6,1 punti percentuali. L'Italia ha ormai una quota di finanziamento pubblico lievemente inferiore a quella media dei Paesi EU-Post 1995.

KI 2.3. Finanziamento "effettivo" pro-capite nominale e reale. Anni 2010-2019



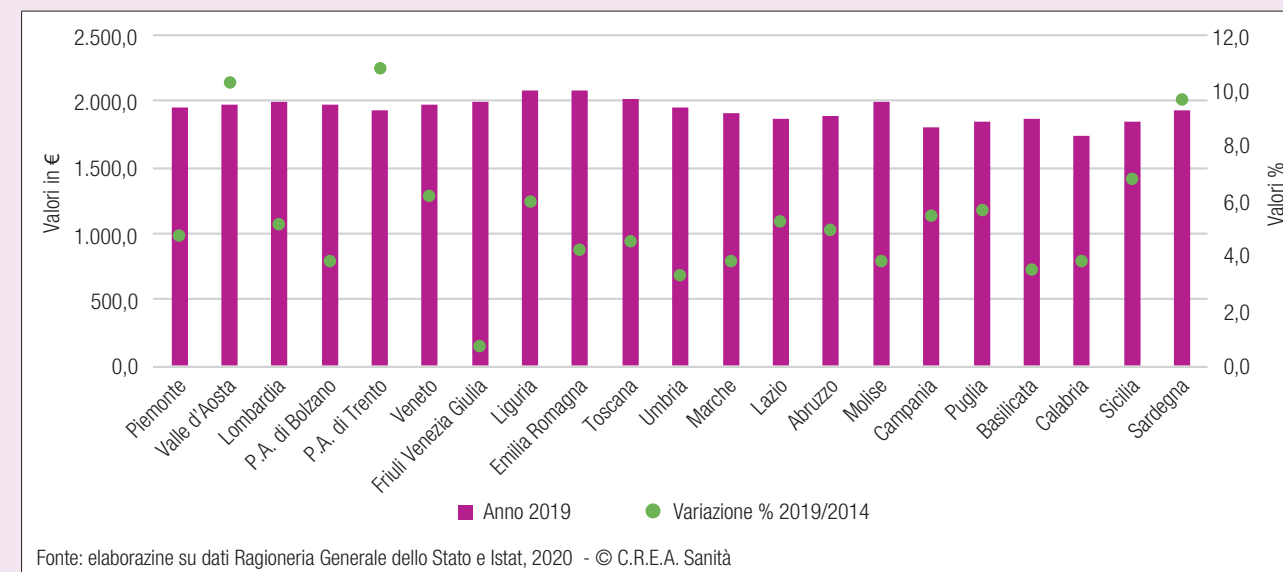
Tra il 2010 ed il 2019 il finanziamento "effettivo" pro-capite nominale della Sanità è cresciuto di €144,1 (+0,9% medio annuo). In termini reali (deflazionando con il valore del FO) la variazione risulta negativa e pari a -€38,1 (-0,2% medio annuo).

KI 2.2. Incidenza del finanziamento pubblico sul PIL



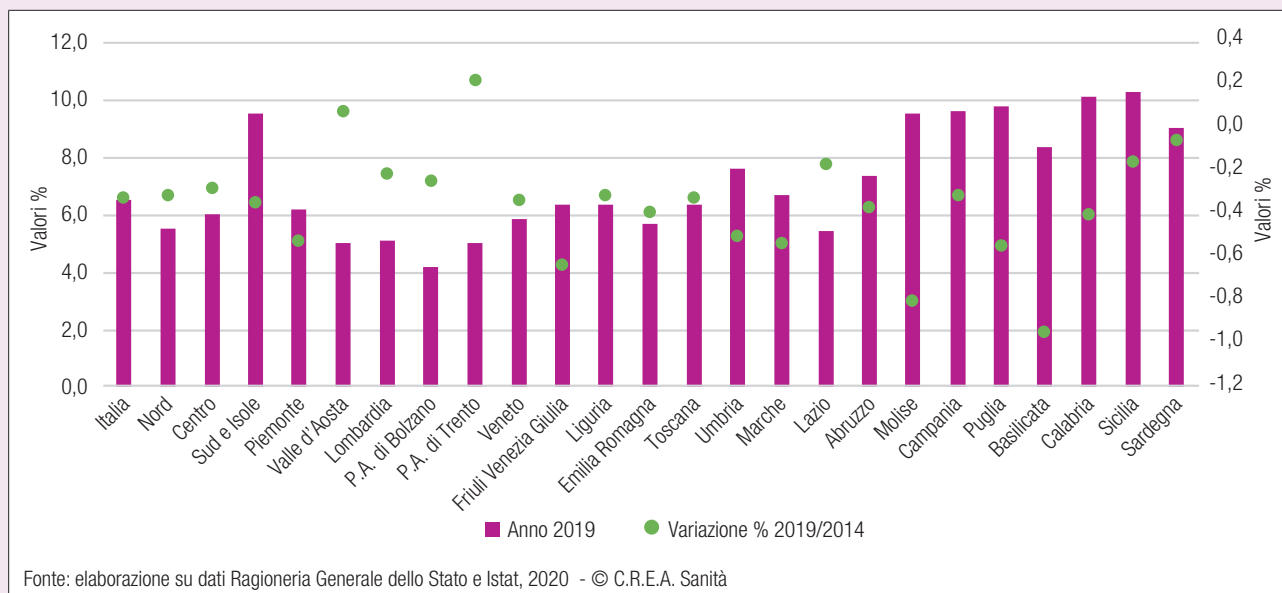
Nel 2019, il finanziamento pubblico della sanità in Italia assorbe il 6,4% del PIL contro una media dei Paesi EU-Ante 1995 e dei Paesi EU-Post 1995 rispettivamente pari all'8,5% e al 5,0%. Rispetto al 2000, in Italia la quota del finanziamento pubblico della sanità sul PIL è aumentata di 0,9 punti percentuali, valore inferiore a quello medio dei Paesi EU-Ante 1995 (+2,0 punti percentuali), ma leggermente superiore a quello dei Paesi EU-Post 1995 (+0,8 punti percentuali).

KI 2.4. Finanziamento "effettivo" pro-capite



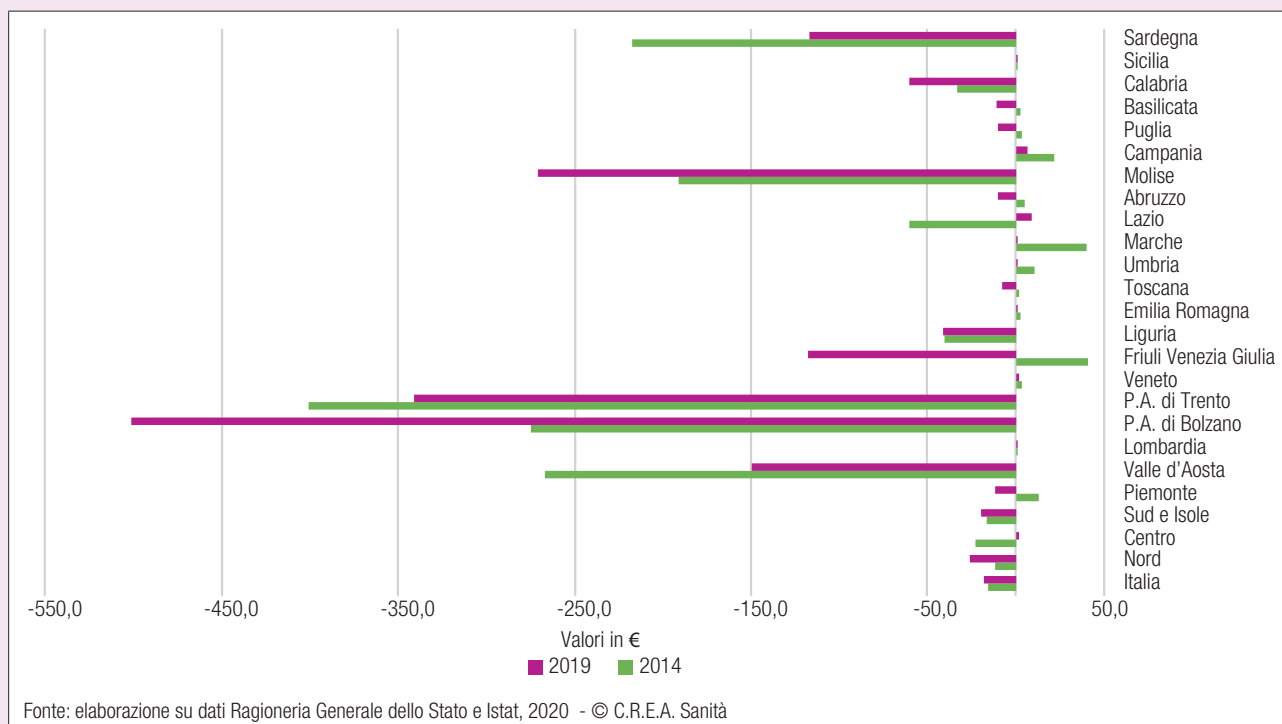
Nel 2019, il finanziamento "effettivo" (risorse assegnate in sede di riparto più entrate proprie regionali) pro-capite medio nazionale è stato di €1.933,4, in crescita dell'1,0% rispetto all'anno precedente. Tra la Regione con il finanziamento più elevato e quella con il finanziamento più basso intercorre una differenza di €350,1. Ad un estremo troviamo l'Emilia Romagna con €2.091,6 pro-capite, all'altro la Calabria con €1.741,4. Nell'ultimo quinquennio le Regioni che hanno registrato il maggiore aumento del finanziamento sono state la Valle d'Aosta (+10,2%), la P.A. di Trento (+10,7%) e la Sardegna (+9,6%); quella con l'incremento minore è stata, invece, il Friuli Venezia Giulia (0,6%).

KI 2.5. Finanziamento regionale su PIL



L'incidenza media nazionale del finanziamento "effettivo" sul Prodotto Interno Lordo (PIL) è pari a 6,5%, in diminuzione di 0,3 punti percentuali rispetto al 2014. La Regione con la massima incidenza è la Sicilia con il 10,3% seguita dalla Calabria (10,1%); quella con l'incidenza minore è la Provincia Autonoma di Bolzano con il 4,2%. Nel meridione è in media pari al 9,5% del PIL, -0,4 punti percentuali rispetto al 2014, nelle Regioni del Nord al 5,5% del PIL locale, in diminuzione rispetto al 2014 di 0,3 punti percentuali e in quelle centrali al 6,0% con una flessione di 0,3 punti percentuali.

KI 2.6. Risultato di esercizio pro-capite



In termini pro-capite, il disavanzo (finanziamento "effettivo" - spesa), nel quinquennio 2014-2019, si è quasi annullato; nelle Regioni del Centro si è passati da un deficit pro-capite pari €22,9 ad un avanzo pari a €2,3 pro-capite. Andamento opposto ha caratterizzato l'andamento del disavanzo pro-capite sia nelle Regioni settentrionali che in quelle meridionali: nelle prime è aumentato del 127,5% (passando da €11,3 pro-capite del 2014 a €25,7 pro-capite del 2019), nelle seconde è aumentato del 23,9% (andando da €16,1 a €20,0 pro-capite). Nel 2019 le Regioni con un risultato di gestione negativo sono state tredici vs le otto del 2014.



Capitolo 3

La spesa

Health expenditure

3a. L'evoluzione della spesa: confronti internazionali e nazionali

English Summary

3b. Personale sanitario: dinamiche e prospettive

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 3

La spesa

Il capitolo 3 affronta il tema della spesa sanitaria effettuando, come di consueto, un confronto con gli altri Paesi Europei. Viene inoltre analizzata la composizione della spesa sanitaria italiana (pubblica e privata) e viene elaborata una stima della spesa socio-sanitaria (Capitolo 3a).

Il capitolo è arricchito da una analisi (Capitolo 3b) dedicata all'evoluzione degli organici del SSN: si tratta di una analisi trasversale che non si limita all'aspetto della spesa, che peraltro è la voce ancora dominante nei bilanci delle Aziende sanitarie.

Health expenditure

Chapter 3 deals with the issue of healthcare spending by drawing - as usual - a comparison with the other European countries (Chapter 3a). The composition of Italy' (public and private) healthcare spending is also analysed and an estimate of social and health spending is made (Chapter 3a).

The chapter is enriched by an analysis (Chapter 3b) dedicated to the evolution of the NHS workforce: this is a cross-cutting analysis that is not confined only to the aspect of spending, which is still the dominant item in the budgets of the Local Health Units (ASL).

CAPITOLO 3a

L'evoluzione della spesa: confronti internazionali e nazionali

Ploner ME.¹, Polistena B.¹

3a.1. Il contesto internazionale

Nel 2019, la spesa sanitaria totale corrente italiana ha raggiunto € 2.565,2 pro-capite: secondo i dati diffusi dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD), la spesa italiana è inferiore del 35,1% rispetto alla media (€ 3.950,7) dei (rimanenti) Paesi entrati nella Unione Europea prima del 1995² (EU-Ante 1995) (Figura 3a.1.).

Il *gap* risulta cresciuto di un ulteriore punto e mezzo percentuale rispetto al 2018; rispetto al 2000 si è ormai allargato di 13,6 punti percentuali.

Nell'ultimo anno (2018-2019), la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese è cresciuta dell'1,3%, contro una media del 3,6% degli altri Paesi considerati (vedere oltre per la composizione); la crescita media annua italiana tra il 2000 ed il 2019 è stata pari al 2,3%, circa un punto percentuale meno della media (3,4%) degli altri Paesi EU-Ante 1995 (Figura 3a.2.).

Anche utilizzando la serie della spesa pro-capite in PPP, si ottengono risultati analoghi; nel caso della spesa totale, lo scarto tra l'Italia ed i Paesi EU-Ante 1995 tra il 2000 ed il 2019 è cresciuto di 17,2 punti percentuali, di cui 0,9 punti percentuali nell'ultimo anno, passando dal 12,5% del 2000 al 29,6% del 2019 (Figura 3a.3.).

Per contestualizzare il dato, osserviamo che nello stesso periodo il PIL pro-capite (2000-2019) in

Italia ha avuto una crescita media annua dell'1,6%, verso il 2,2% medio annuo nei Paesi EU-Ante 1995.

In termini di PIL pro-capite la distanza tra l'Italia e i rimanenti Paesi EU-Ante 1995, nel 2019, raggiunge il 21,3%, in crescita di 1,2 punti percentuali sull'anno precedente e di 9,2 punti percentuali in confronto al 2000.

Rispetto ai Paesi dell'area EU-Post 1995³, invece, il *gap* in termini di PIL pro-capite nel 2019, sebbene sia a vantaggio dell'Italia e sia pari all'86,6%, risulta in flessione di 8,9 punti percentuali rispetto all'anno precedente e di oltre 233,0 punti percentuali se il raffronto avviene rispetto al 2000.

Qualora nell'analisi si faccia riferimento al PIL pro-capite espresso in PPP (*Purchasing Power Parity*), la forbice tra l'Italia e i restanti Paesi EU-Ante 1995 si riduce, essendo pari al 12,9% nel 2019, valore tendenzialmente stabile rispetto all'anno precedente (una crescita di 0,2 punti percentuali), ma in crescita di 16,2 punti percentuali sul 2000 (quando in termini di PIL pro-capite il vantaggio era a favore dell'Italia). In PPP, il vantaggio dell'Italia verso i Paesi EU-Post 1995 è del 23,9% nel 2019: vantaggio che, tuttavia, si sta progressivamente esaurendo (ammontava al 27,6% nel 2018 e ha quindi registrato una diminuzione di 3,6 punti percentuali sull'anno precedente ed una di circa 109,0 punti percentuali in confronto al 2000 quando era al 133,1%) (Figura 3a.4.).

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

² Si fa riferimento a: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia.

³ Paesi dell'Europa che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in momenti successivi al 1995: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria

Figura 3a.1. Gap della spesa sanitaria corrente e del PIL in €. Italia vs EU-Ante 1995

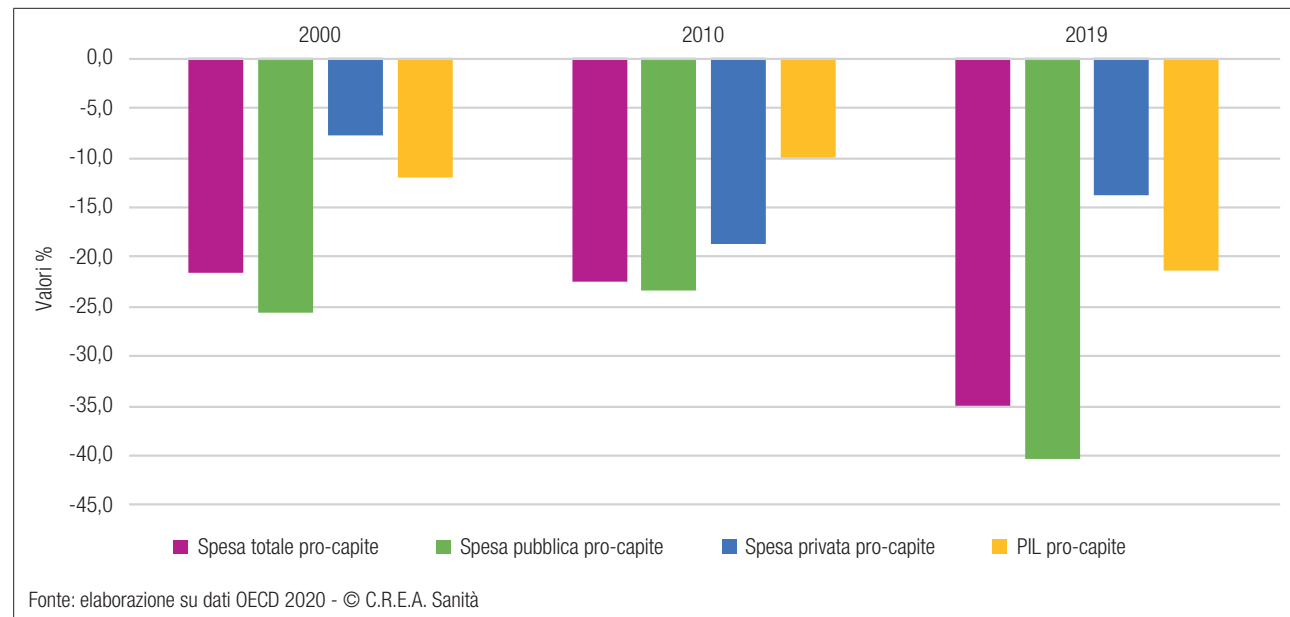
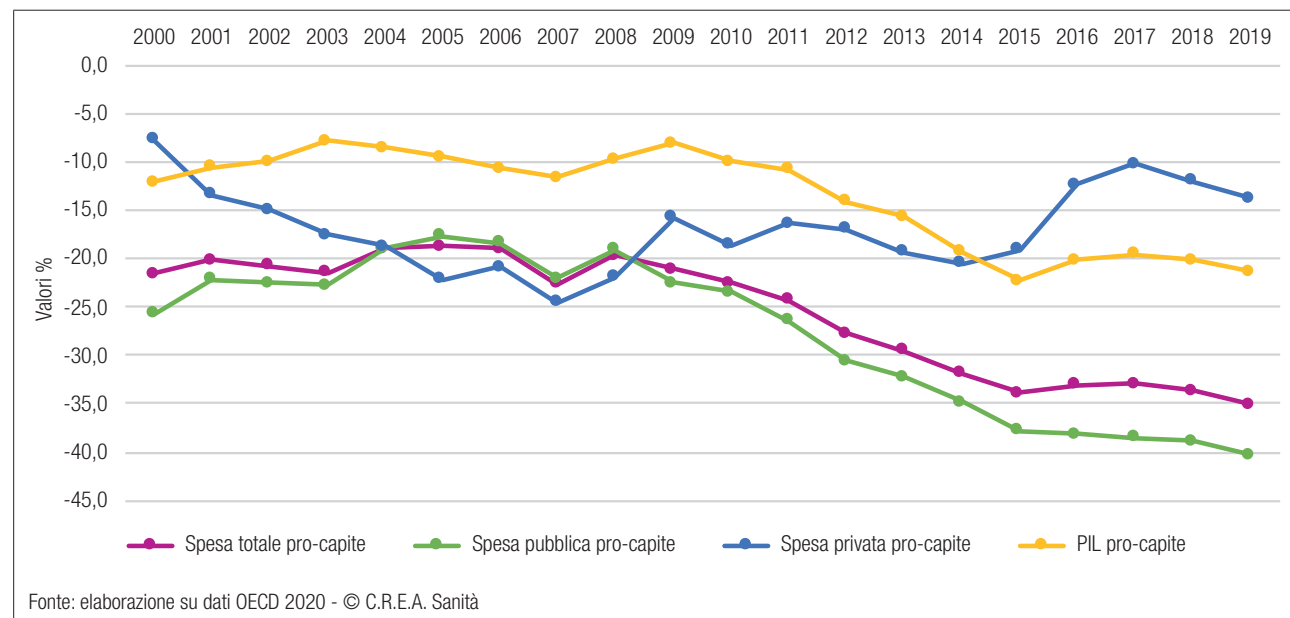


Figura 3a.2. Trend della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite in €. Gap Italia vs EU-Ante 1995



Parallelamente, rispetto ai Paesi che sono entrati a far parte dell'Unione Europea dopo il 1995⁴ (EU-Post 1995), l'Italia mantiene livelli di spesa sanitaria superiori, ma il *gap* è in costante calo: nel 2019 la nostra spesa, rispetto a quella dei Paesi EU-Post 1995, è maggiore del 138,7%; ma il *gap*

⁴ Si fa riferimento a: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria. Si rimarca che OECD non fornisce i dati relativi a Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania

rispetto al 2000 si è ridotto di oltre 316,0 punti percentuali, di cui circa 12,0 punti percentuali nell'ultimo anno.

In PPP, rispetto ai Paesi EU-Post 1995, l'Italia registra una spesa maggiore del 46,4% nel 2019, ma con un calo di 133,0 punti percentuali in con-

fronto al 2000, di cui 4,1 punti percentuali nell'ultimo anno.

Il *gap* di spesa sanitaria sopra evidenziato è, in larga misura, attribuibile ad una minore spesa pubblica.

Figura 3a.3. Gap della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite (valori in PPP). Italia vs EU-Ante 1995

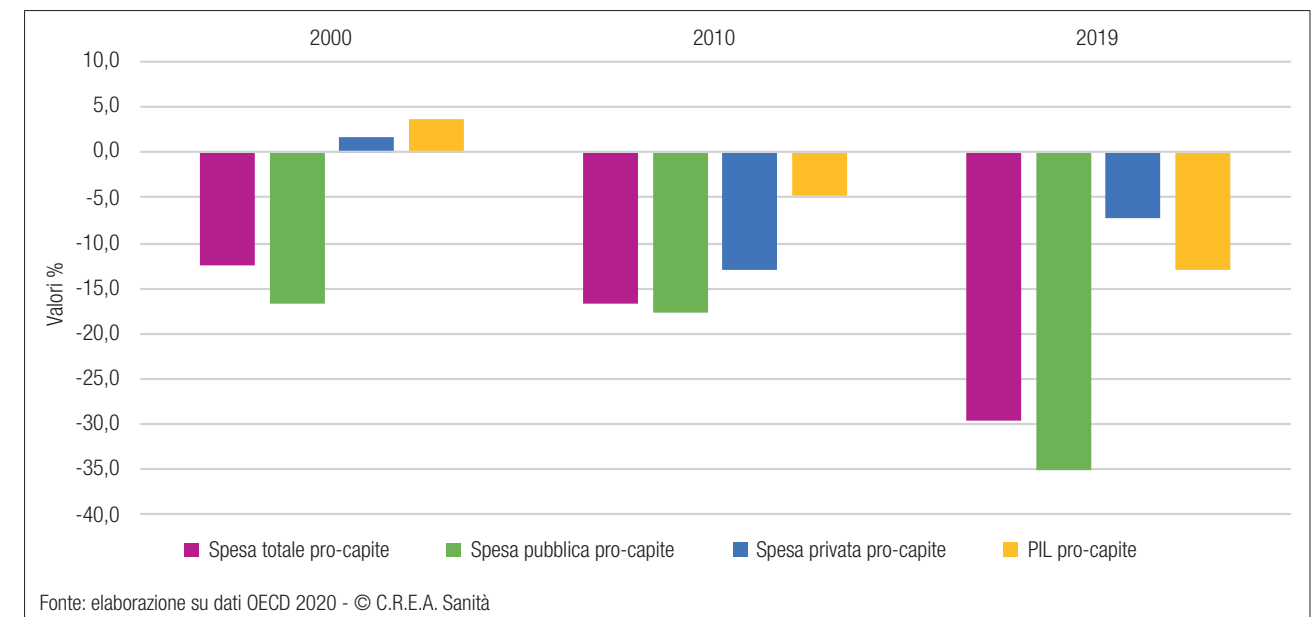


Figura 3a.4. Trend della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite (valori in PPP). Gap Italia vs EU-Ante 1995

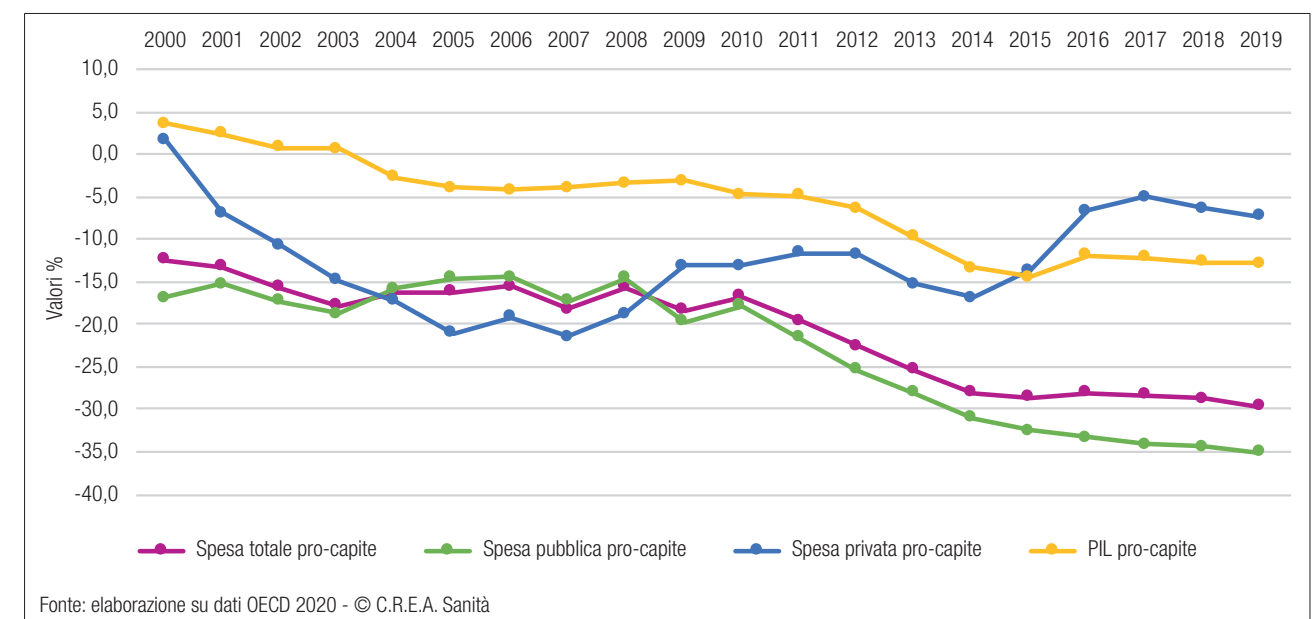
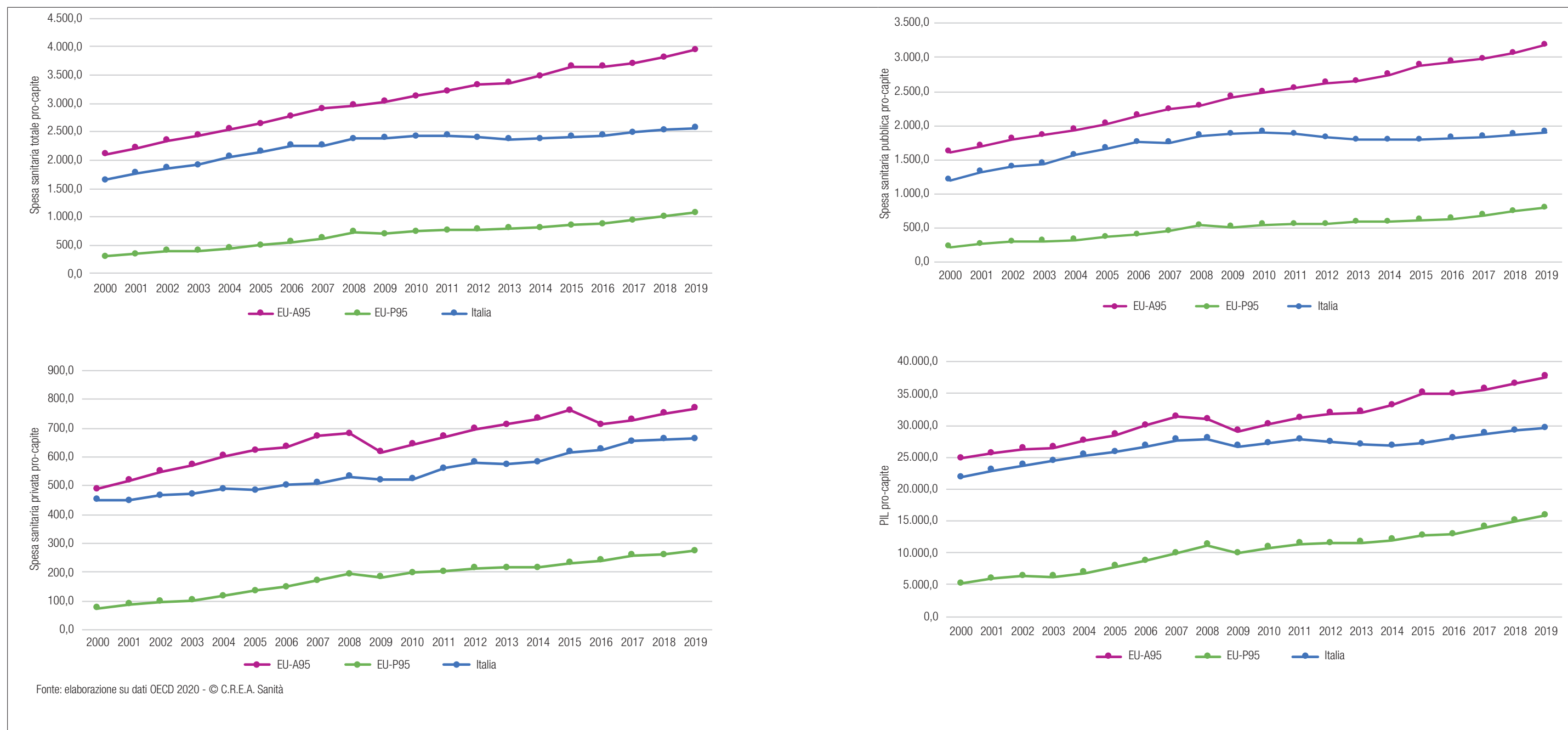


Figura 3a.5. Confronti della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite, Italia, EU-A95 e EU-P95



Su questa componente, il divario tra l'Italia ed i rimanenti Paesi EU-Ante 1995 ha raggiunto il 40,2% (+1,3 punti percentuali sull'anno precedente); la crescita dello scarto, tra il 2000 ed il 2019, è di 14,6 punti percentuali. Il dato si conferma considerando la spesa espressa in PPP: il *gap* è passato dal 16,8% del 2000, al 35,1% a fine 2019, con un incremento di 0,8 punti percentuali nell'ultimo

anno. Allargando il confronto ai Paesi EU-Post 1995, emerge come, anche per quanto concerne la spesa pubblica, il *gap* in "favore" dell'Italia, si sta progressivamente erodendo: nello specifico di 295,4 punti percentuali, dal 442,7% del 2000 al 147,2% nel 2019. In PPP, lo scarto tra Italia e Paesi EU-Post 1995 si è ridotto di quasi quattro volte rispetto

a quello "originario": dal 172,4% nel 2000 al 46,4% nel 2019. Si noti che la spesa sanitaria pubblica in Italia, nel periodo 2000-2019, cresce ben 4,3 punti percentuali meno dei rimanenti Paesi EU-Post 1995, ma più del PIL (+0,9 punti percentuali), così come peraltro avviene negli altri Paesi: si conferma quindi che il vero vincolo per la spesa italiana rimane

la minore crescita del PIL. Per quanto concerne la spesa sanitaria privata, il *gap* fra Italia e i Paesi EU-Ante 1995 è pari all'13,7%. Il *gap* della spesa privata è cresciuto in modo sostenuto nel periodo 2000-2007 (per effetto dell'abolizione dei *ticket* nel 2001), per poi avere una inversione di tendenza (probabilmente effetto

anche della revisione statistica delle serie di spesa privata, intervenuta nel 2014).

Nell'ultimo anno, il *gap* si è nuovamente ampliato (+1,8 punti percentuali).

In termini di spesa in PPP, il ricorso alla privata in Italia è sostanzialmente allineato a quello degli altri Paesi EU-Ante 1995, malgrado la natura Universalistica e globale del SSN.

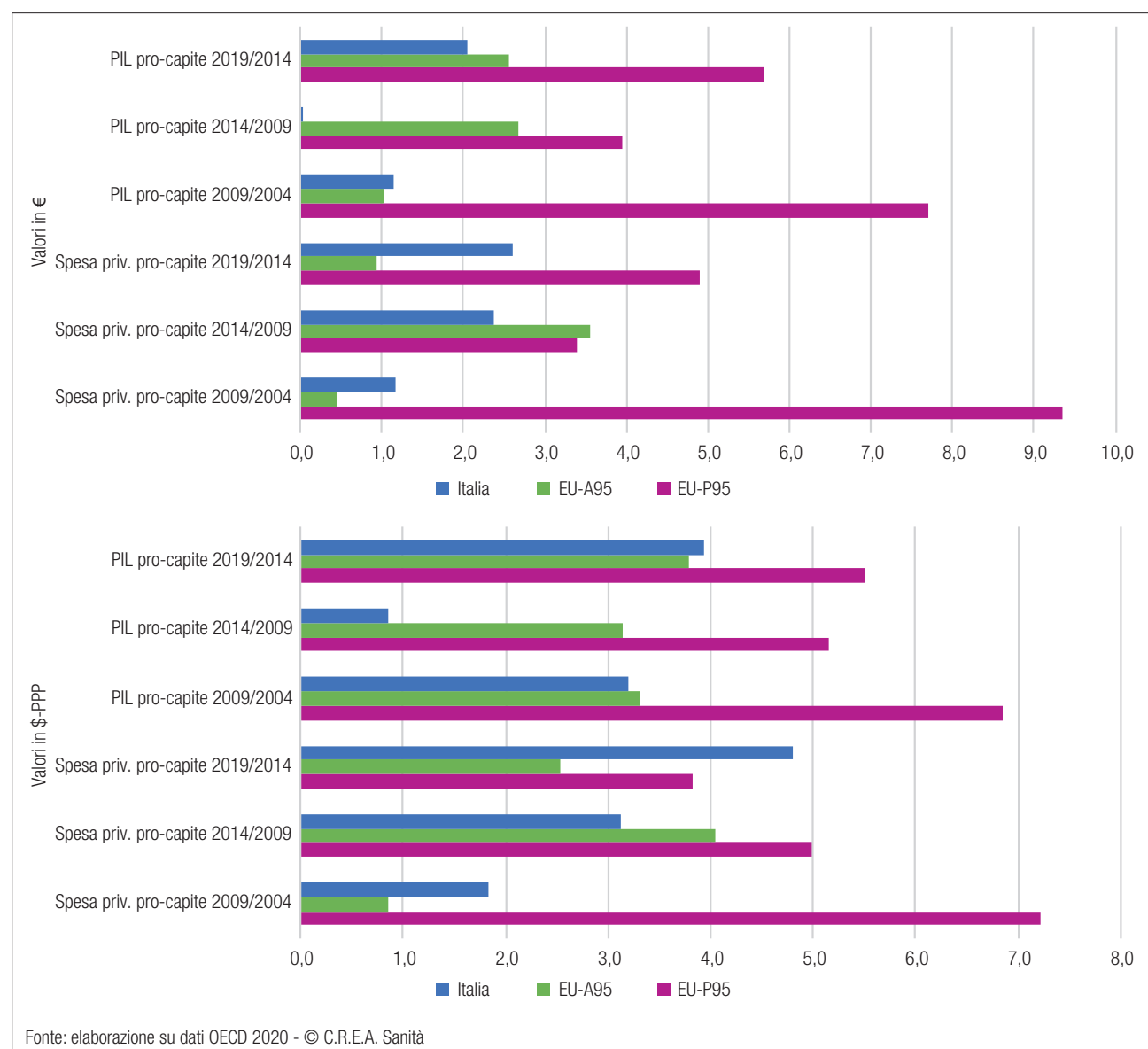
Rispetto ai Paesi EU-Post 1995, il *gap* si è ridotto di circa tre volte e mezzo tra il 2000 ed il 2019 passando dal 490,6% al 141,6%. È possibile evidenziare una situazione speculare analizzando

il dato in PPP: il *gap* è diminuito di 3,6 volte, dal 199,7% nel 2000 al 54,6% nel 2019.

In sintesi, dai confronti dell'Italia con gli altri Paesi EU emerge che nel 2019:

- la spesa totale risulta inferiore del -35,1% rispetto ai rimanenti Paesi EU-Ante 1995 (-29,6% in PPP), sebbene sia ancora superiore del +138,7% rispetto ai Paesi EU-Post 1995 (+46,4% in PPP); il primo differenziale è in progressivo allargamento, mentre il secondo in riduzione

Figura 3a.6. Confronti della spesa sanitaria delle famiglie e del PIL pro-capite. Variazioni Italia vs EU-Ante 1995 e EU-Post 1995



- in termini di spesa pubblica il *gap* è ancora maggiore, risultando pari a -40,2% rispetto a EU-Ante1995 (-35,1% in PPP); anche in questo caso il *gap* è positivo (+147,2% +46,4% in PPP) rispetto a EU-Post 1995; i *trend* sono omogenei a quelli della spesa sanitaria totale
- in termini di spesa privata si evidenzia un *gap* minore (-13,7%, -7,3% in PPP) rispetto a EU-Ante1995 e un *gap* positivo (+141,6%, +54,6% in PPP) rispetto a EU-Post 1995
- dal 2000, la crescita della spesa sanitaria corrente totale in Italia è stata mediamente inferiore a quella dei Paesi EU-Ante 1995 (2,3% vs. 3,4% medio annuo); nello stesso periodo la crescita del PIL è stata dell'1,6% medio annuo, contro una crescita nei Paesi EU-Ante1995 del 2,2% e dei Paesi EU-Post 1995 del 6,1%.

Nel periodo 2000-2019, la spesa sanitaria corrente totale in Italia cresce meno che nei Paesi EU-Ante 1995, e anche meno di quanto cresca nei EU-Post 1995 (rispettivamente 2,3%, 3,4% e 7,0% medio annuo); per l'Italia, soprattutto dopo il 2008, si registra, quindi, la tendenza ad un distacco dai primi e ad un "progressivo avvicinamento" ai secondi (Figura 3a.5.).

Analogo andamento ha caratterizzato anche la spesa pubblica pro-capite che è cresciuta rispettivamente (Italia, Paesi EU-Ante 1995, Paesi EU-Post 1995) del 2,5%, 3,6% e 6,8%.

La crescita del PIL pro-capite, segue traiettorie analoghe, sebbene la forbice si allarghi meno: i tassi di crescita sono rispettivamente dell'1,6%, 2,2%, e 6,1%.

Più o meno simile agli altri Paesi EU-Ante 1995 è, invece, l'evoluzione della spesa privata pro-capite, la cui crescita è del 2,0%, 2,4%, e 7,0% medio annuo (rispettivamente Italia, Paesi EU-Ante 1995, Paesi EU-Post 1995).

Sulla spesa sanitaria privata va espressa una nota di cautela, in quanto, a partire dal 2012, si evidenzia un disallineamento tra la spesa sanitaria delle famiglie utilizzata da OECD e quella indicata nella contabilità nazionale dell'Istat (nella fon-

te OECD risultano nel 2019 circa € 1,0 mil. in più presumibilmente attribuibili alla componente intermedia della spesa) (Figura 3a.6.): ne segue che l'incremento reale nell'ultimo quinquennio potrebbe essere lievemente inferiore di quanto stimato da OECD.

3a.2. La spesa sanitaria nelle Regioni

La spesa sanitaria totale, nel 2019, si è attestata a € 156,3 mld.), ovvero € 2.590,0 pro-capite, in aumento dell'1,1% rispetto al 2018.

A livello regionale registriamo i valori massimi in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige (rispettivamente € 3.091,8, € 2.995,2); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.216,4) e Puglia (€ 2.320,8).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è di 1,4 volte ovvero € 875,4; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 701,5 (ovvero 1,3 volte).

Situazione analoga si osserva analizzando i dati di spesa standardizzati, utilizzando i pesi dedotti dalle delibere CIPE di riparto del finanziamento.

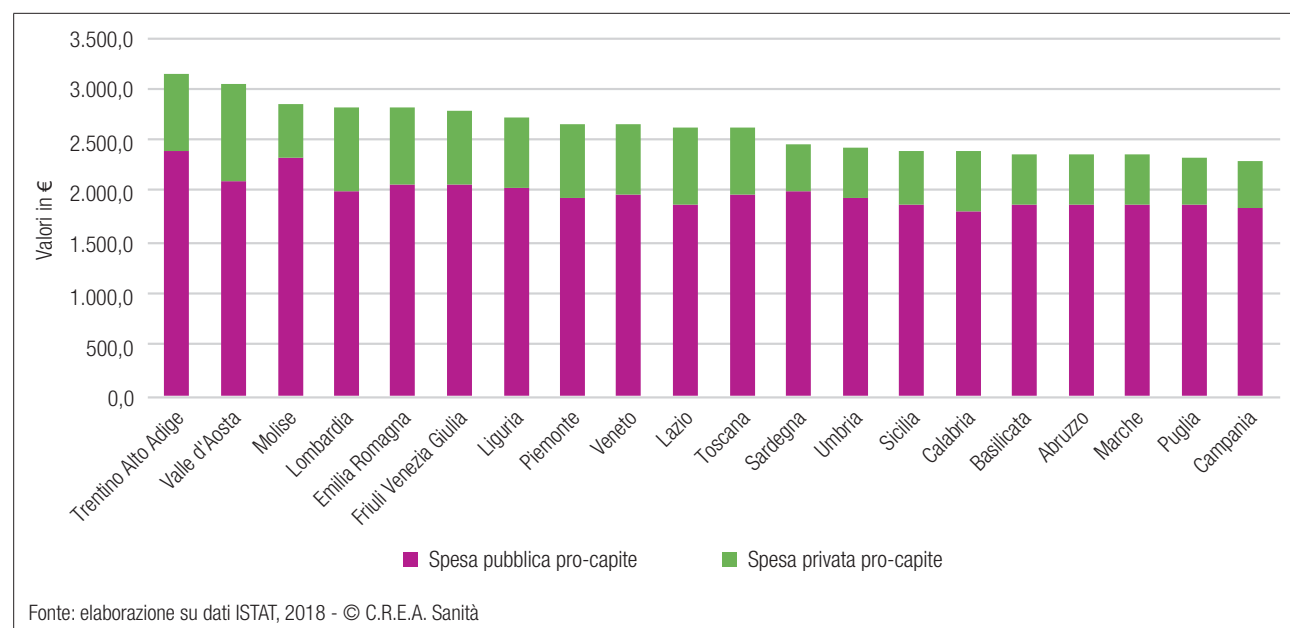
Si conferma che a livello regionale i valori massimi si registrano in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.134,2, € 3.059,1); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.286,9) e Puglia (€ 2.335,5).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima rimane di 1,4 volte, ovvero € 847,2; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 571,8 (ovvero 1,3 volte) (Figura 3a.7.).

Nel 2019, la spesa sanitaria pubblica totale, secondo i dati pubblicati sul Rapporto "Il monitoraggio della spesa sanitaria" della Ragioneria Generale dello Stato, ha raggiunto € 117,3 mld.; rispetto all'anno precedente si tratta di una crescita dell'1,2%, mentre nel quinquennio 2014-2019 l'incremento è stato pari all'1,2% medio annuo.

In termini pro-capite risulta pari a € 1.944,0 (in aumento dell'1,4% rispetto al 2018 e del 6,6% nel quinquennio) (Figura 3a.8.).

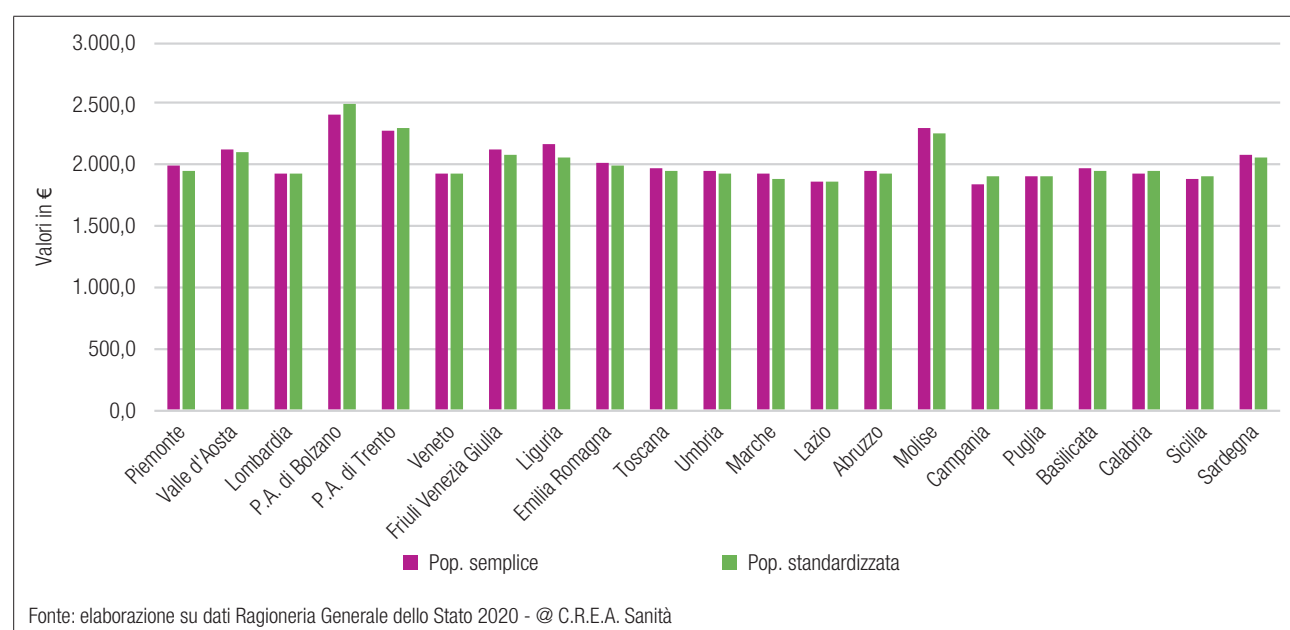
Figura 3a.7. Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata. Anno 2019



A livello regionale⁵, nel 2019 la spesa pubblica pro-capite è massima nella P.A. di Bolzano e in Molise (rispettivamente € 2.417,6 e € 2.307,8 pro-capite), seguite dalla P.A. di Trento (€ 2.274,6),

dalla Liguria (€ 2.159,7) e dalla Valle d'Aosta (€ 2.134,4); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 1.841,3) e Lazio (€ 1.859,2).

Figura 3a.8. Spesa sanitaria pubblica pro-capite. Anno 2019



⁵ La spesa considerata è quella che si ricava dai Conti Economici delle Aziende Sanitarie

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è pari al 31,3%, ovvero € 576,3 pro-capite; escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza si attenua di 6,0 punti percentuali essendo pari al 25,3% (€ 466,4 pro-capite).

Utilizzando la spesa standardizzata⁶, la differenza tra le Regioni non si attenua in modo significativo: lo scarto tra la Regione con spesa pro-capite standardizzata massima (P.A. di Bolzano € 2.498,8) e minima (Lazio € 1.870,3) rimane del 33,6% (€ 628,5). La non considerazione delle Regioni a Statuto Speciale (in questo caso le PP. AA. di Bolzano e Trento), riduce la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima al 20,9% ovvero a € 390,6.

Tra il 2010 ed il 2019 la spesa pubblica pro-capite è aumentata del 5,0% in termini nominali (variazione media annua pari allo 0,5%) (Tabella 3a.1.); tale incremento, in termini reali⁷ equivale però ad una variazione media annua negativa pari allo -0,6% (ovvero -€ 91,2 pro-capite).

Prima dell'avvio dei Piani di Rientro (convenzionalmente abbiamo considerato il periodo tra il 2002 e il 2005) la crescita media annua è risultata pari al 5,0% nel Nord, al 7,0% nel Centro e al 7,1% nel Sud e Isole; nel periodo di avvio dei Piani di Rientro (PdR) (convenzionalmente 2005-2010) la crescita media annua è stata pari al 2,7% nel Nord, al 1,9% nel Centro e al 1,8% nel meridione. Successivamente registriamo una crescita media annua molto contenuta nel Nord (+0,7%), una lieve contrazione nella ripartizione centrale (-0,1%), e una crescita nelle Regioni meridionali pari allo 0,6% medio annuo.

A livello regionale, la P.A. di Bolzano, il Molise e la Sicilia hanno registrato, nell'ultimo periodo considerato, la crescita in termini nominali più sostenuta (pari o superiore all'1,0% medio annuo). All'estremo opposto si collocano Valle d'Aosta e Lazio

(quest'ultima nel 2019 ancora sottoposta a PdR), dove si è evidenziato un rallentamento della spesa (rispettivamente -0,3% medio annuo e -0,9% medio annuo).

Tabella 3a.1. Spesa sanitaria pubblica regionale pro-capite. Variazioni % medie annue

Regioni	2005/2002	2010/2005	2019/2010
Italia	6,1	2,3	0,5
Nord	5,0	2,7	0,7
Centro	7,0	1,9	-0,1
Sud e Isole	7,1	1,8	0,6
Piemonte	6,6	2,8	0,3
Valle d'Aosta	4,3	4,3	-0,3
Lombardia	4,0	2,9	0,9
P.A. di Bolzano	3,6	1,2	1,1
P.A. di Trento	3,0	4,1	0,9
Veneto	5,2	2,1	0,9
Friuli Venezia Giulia	5,5	3,8	0,7
Liguria	6,2	1,9	0,4
Emilia Romagna	5,3	2,6	0,7
Toscana	5,2	2,9	0,6
Umbria	4,0	2,1	0,7
Marche	3,7	3,1	0,5
Lazio	9,6	1,0	-0,9
Abruzzo	6,5	-0,5	0,9
Molise	14,0	1,3	1,5
Campania	8,4	0,5	0,4
Puglia	6,4	3,2	0,5
Basilicata	8,2	4,3	0,3
Calabria	4,1	4,2	0,3
Sicilia	6,6	1,5	1,0
Sardegna	6,8	2,8	0,8

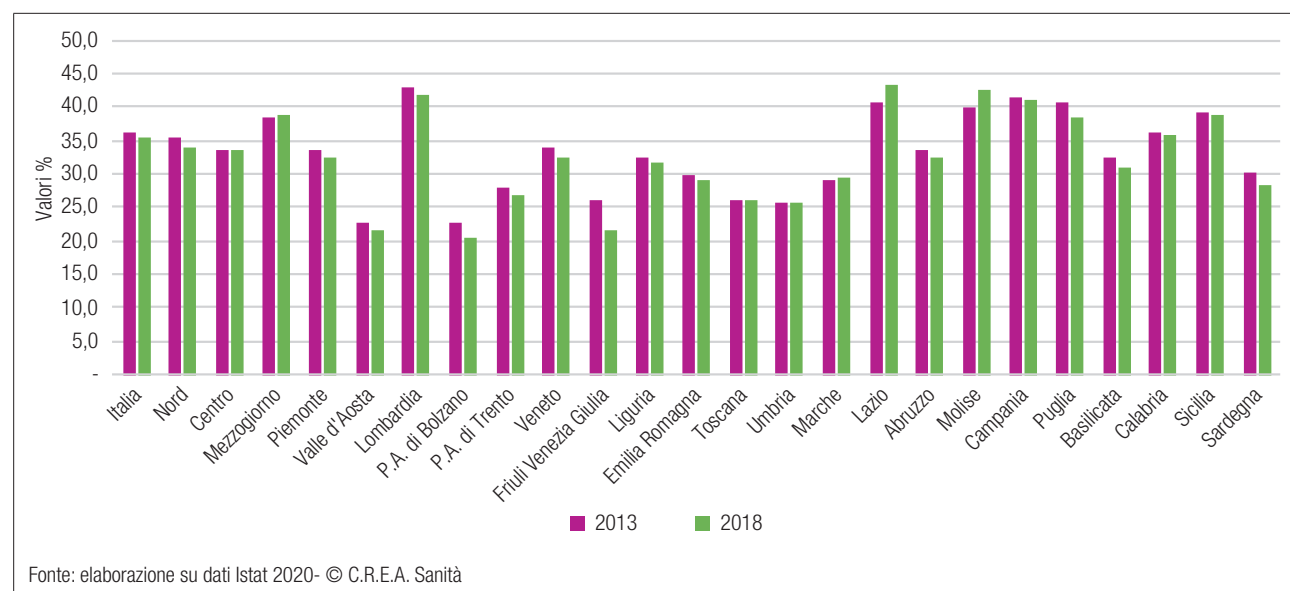
Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato 2020 - ©C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne la spesa sanitaria privata (che comprende i consumi delle famiglie e le polizze assicurative individuali e collettive assicurative) ammonta a € 39,0 mld. nel 2019, dato in aumento rispetto a quello 2018 dello 0,7%.

⁶ La spesa è stata standardizzata pesando la popolazione con i pesi impiegati per il riparto, come da relative delibere CIPE

⁷ Il valore nominale è stato deflazionato impiegando il valore generale del FOI (indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati).

Figura 3a.9. Quota spesa sanitaria pubblica convenzionata



In termini pro-capite, nel 2019 la spesa privata risulta pari a € 646,0, in crescita dello 0,9% (€ 5,9) rispetto al 2018.

A livello regionale, i valori massimi, nel 2019, si rilevano in Valle d'Aosta e Lombardia (rispettivamente € 971,6 e € 808,1), mentre all'estremo opposto si collocano Campania (€ 427,5) e Sardegna (€ 458,9).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è di 2,3 volte, pari a € 544,1; anche escludendo le Regioni a statuto speciale, la differenza rimane considerevole e pari a 1,9 volte (€ 380,6).

Utilizzando la stessa standardizzazione utilizzata per la spesa pubblica, al fine di superare il confondimento derivante dalle diverse demografie, si passa da € 961,3 della Valle d'Aosta a € 441,0 delle Campania con una differenza pari a € 520,2.

3a.3. La composizione della spesa sanitaria

Per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica, nel 2018 (ultimo anno disponibile), il 64,7% di essa è spesa diretta ed il restante 35,3% spesa conven-

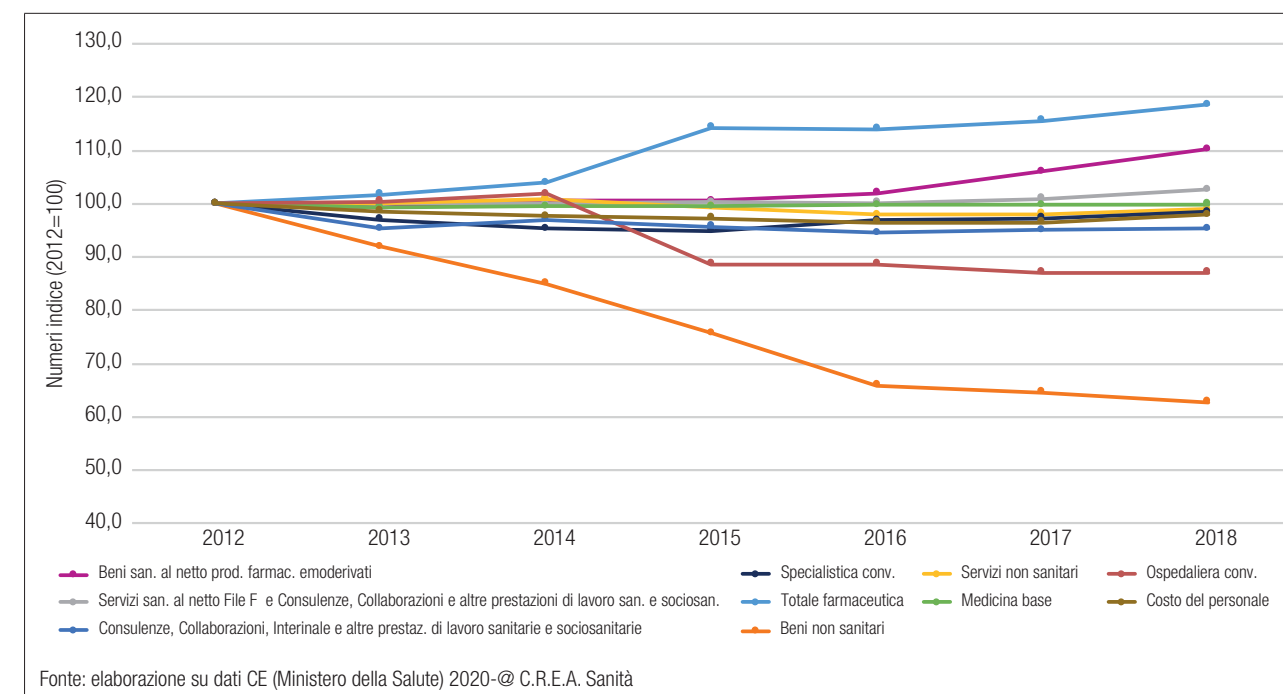
zionata.

Nell'ultimo quinquennio (2013-2018) l'incidenza della spesa convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica ha, quindi, riportato una lieve flessione, passando dal 36,1% del 2013 al 35,3% del 2018; si evidenziano, peraltro, *trend* difforni tra le Regioni: la spesa convenzionata è cresciuta in 3 Regioni, sebbene in 1 di queste (Marche) l'incremento sia stato inferiore al punto percentuale; solo Lazio e Molise hanno riportato tassi di crescita più sostenuti (+2,7 punti percentuali la prima e +2,9 la seconda). Sul versante opposto si posizionano, invece, Friuli Venezia Giulia, la P.A. di Bolzano e la Sardegna, dove la convenzionata si è contratta rispettivamente di 4,4, 2,2 e 2,1 punti percentuali.

La spesa convenzionata, in generale, continua ad avere un peso maggiore nelle Regioni meridionali (38,7%) rispetto a quelle del Nord e del Centro (rispettivamente 33,8% e 33,6%) (Figura 3a.9.).

L'evoluzione della spesa, descritta con numeri indice a base 2012=100, mostra che nel 2018 la voce spesa farmaceutica ha continuato ad aumentare dopo una lieve flessione tra il 2015 ed il 2016; così come è aumentata anche la spesa per le prestazioni specialistiche erogate in strutture convenzionate e quella per il personale; più contenuto, invece, l'incremento che ha interessato la voce relativa alle

Figura 3a.10. Spesa sanitaria pubblica per funzioni

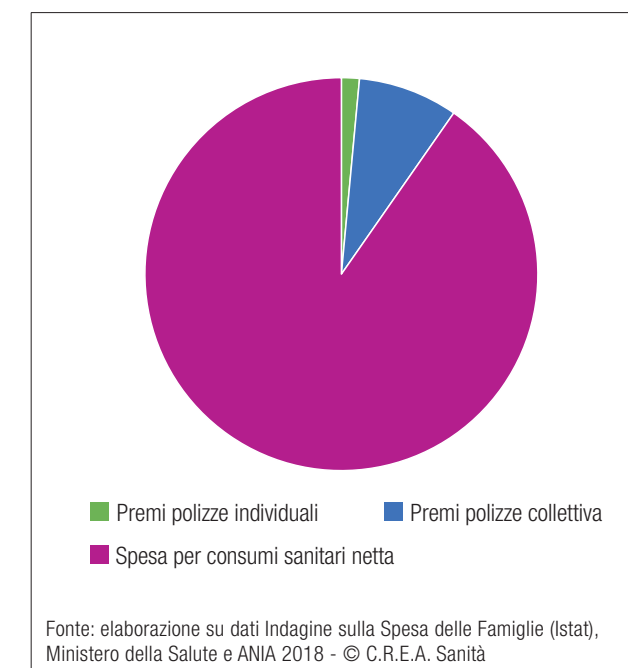


collaborazioni e consulenze. Tendenzialmente invariata risulta la spesa per l'acquisto di servizi relativi alla medicina di base e all'ospedaliera convenzionata. La spesa per l'acquisto di beni non sanitari ha continuato a diminuire, mentre la spesa per i servizi non sanitari, dopo il calo registrato fino al 2016, negli ultimi due anni è nuovamente aumentata (Figura 3a.10.).

Per quanto concerne la spesa privata, rimandando al 15° Rapporto Sanità (capitolo 3a) per i dettagli metodologici completi sulla stima delle singole componenti, ci limitiamo ad osservare che la spesa *Out of Pocket* (OOP), rilevata dall'Istat, è stata nettata dei rimborsi previsti nel caso di coperture "indirette"⁸, giungendo ad una stima (2019) di spesa OOP effettiva di € 35,2 mld. (€ 35,4 mld. nel 2018), in riduzione dello 0,6%.

La spesa intermediata si stima pari a € 3,8 mld., di cui l'84,8% sarebbero polizze collettive ed il restante 15,2 polizze individuali.

Figura 3a.11. Composizione della spesa sanitaria privata. Valori %. Anno 2019



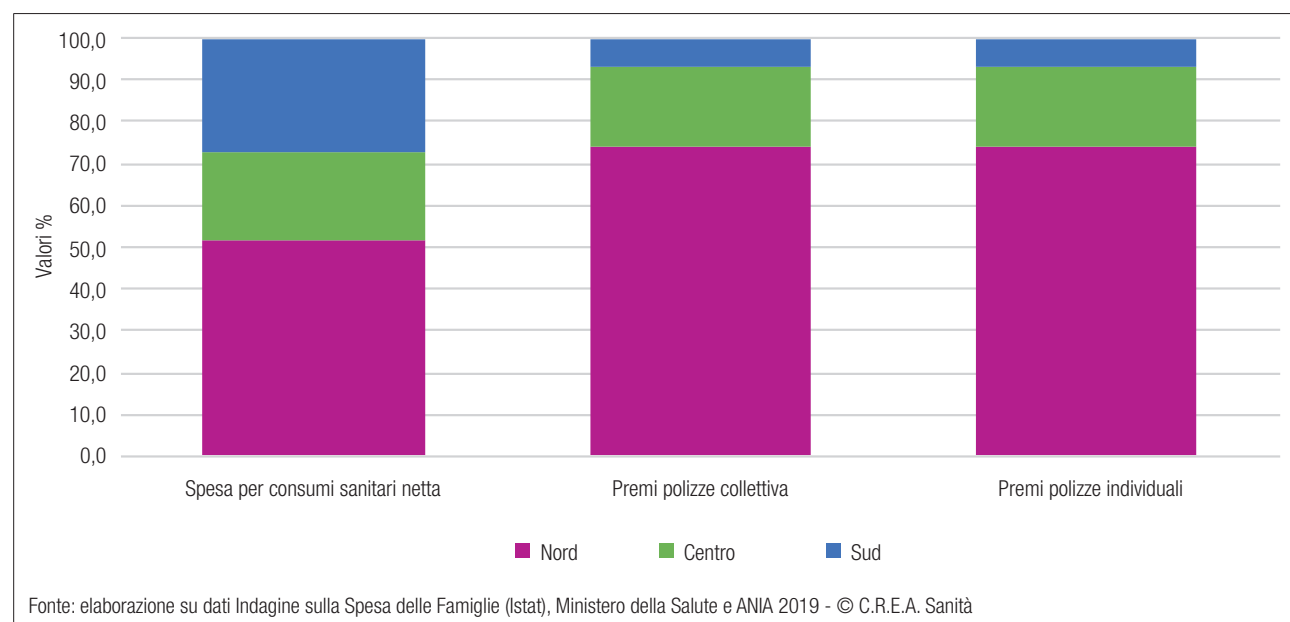
⁸ Prudenzialmente si è ipotizzato che vengano gestiti in indiretta due terzi (in valore) delle coperture assicurative individuali, e la metà di quelle collettive

Secondo le stime elaborate, la spesa OOP, nel 2019, rappresenterebbe circa il 90,9% del totale della spesa privata, e quella intermediata il restante 9,7% (in crescita di 1,2 punti percentuali rispetto all'anno precedente).

Analizzando la composizione della spesa priva-

ta per ripartizione geografica, si osserva come la componente intermediata rappresenti il 10,9% della spesa privata nel Nord, l'8,0% nel Centro e solo il 2,2% nel Sud e Isole, confermando la progressiva generazione di nuove forme di disuguaglianza nella distribuzione della spesa sanitaria (Figura 3a.12.).

Figura 3a.12. Composizione della spesa sanitaria privata per ripartizione geografica. Anno 2018



Sicilia, Calabria, Basilicata e Campania risultano essere le Regioni con la quota maggiore di spesa privata OOP, con valori che superano il 98,0%.

Trentino Alto Adige, Lombardia e Lazio risultano, invece, quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata: quest'ultima ammonta rispettivamente al 20,0%, 14,6%, 12,2% e 11,1% della spesa privata totale.

3a.4. La spesa sociale

Consideriamo in questo paragrafo la spesa rife-

ribile a prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza e alla disabilità, largamente riconducibili a spese per forme di *Long Term Care* (LTC). Si tratta di un insieme piuttosto eterogeneo di benefici, che comprendono prestazioni sia in natura che in denaro; in particolare:

- prestazioni di competenza comunale, propriamente sociali a rilevanza sanitaria⁹
- altre prestazioni in denaro, specificatamente erogate dall'INPS¹⁰
- spese delle famiglie per l'assistenza agli anziani.

In altri termini, a livello pubblico, per la non-au-

⁹ Hanno l'obiettivo di supportare le persone in stato di bisogno e con problemi di disabilità o di emarginazione e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico e di aiuto domestico

¹⁰ Ci riferiamo alle indennità di accompagnamento, alle pensioni sia di invalidità che di invalidità civile e ai costi della L. 104/1992

tosufficienza o disabilità sono erogate prestazioni in natura e riconducibili alla assistenza residenziale o domiciliare, ma anche numerosi trasferimenti monetari, quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità (pensioni di invalidità civile, assegni di invalidità, pensioni di inabilità, pensioni di invalidità ante 1984), permessi retribuiti a norma della Legge (L.) n. 104/1992 e alle prestazioni socio-assistenziali a carico dei Comuni¹¹.

Figura 3a.13. Spesa sociale per prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Valori %. Anno 2019

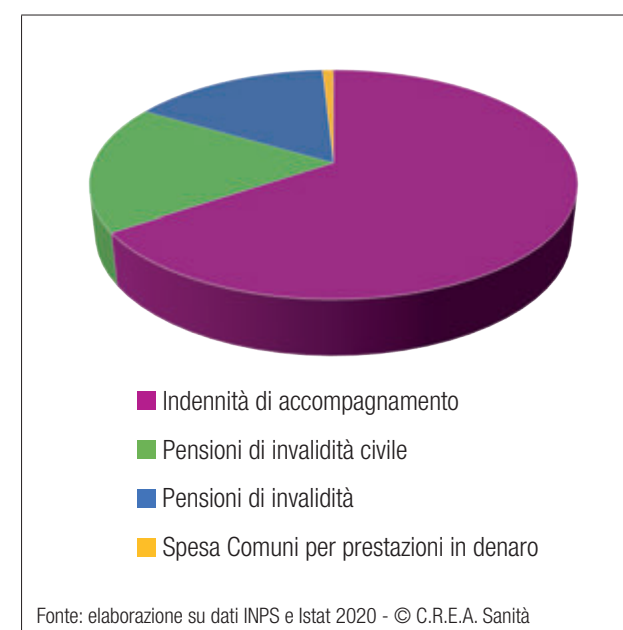


Tabella 3a.2. Spesa totale per LTC. Anno 2019

Funzioni di spesa	€ mld.	Composizione %
Spesa totale	28,0	100,0
di cui pubblica per prestazioni in natura	0,6	2,3
di cui pubblica per prestazioni in denaro	24,2	86,7
di cui privata per badanti	3,1	11,0

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Iniziando dalle provvidenze economiche, erogate dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, esse ammontano per il 2019 a circa € 21,8 mld. (per gli approfondimenti si veda il Capitolo 12).

Se aggiungiamo le somme erogate dai Comuni a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani) (€ 191,9 mil.) e la stima per i permessi retribuiti previsti dalla L. 104/1992 per dipendenti sia del settore pubblico che di quello privato (€ 2.237,4 mil.), si arriva ad un totale pari a € 23,5 mil..

Se ai citati benefici economici aggiungiamo, ancora, le prestazioni in natura offerte dai Comuni (pari a € 640,5 mil.), si stima che il complessivo onere pubblico per l'assistenza di tipo sociale ai non-autosufficienti (anziani e disabili) possa avere raggiunto € 24,9 mil. di cui il 2,0% assorbito dall'assistenza domiciliare socio-assistenziale e lo 0,6% da quella integrata con servizi sanitari, entrambe di competenza comunale, ed il restante 97,4% riferibile al complesso delle indennità monetarie erogate.

Sul versante della spesa privata sostenuta dalle famiglie per i servizi di assistenza a disabili e anziani, registriamo che, sulla base dei dati forniti dall'INPS nel 2016, si avrebbero 379.326 famiglie con una badante (o simili); applicando una retribuzione media annua di € 14.000,0 al netto dei contributi, si può stimare una spesa almeno di € 5,3 mld., senza peraltro considerare il fenomeno del "sommerso" che è di entità presumibilmente maggiore (Tabella 3a.2.).

Sebbene il diritto all'indennità di accompagnamento non implichi per il beneficiario obblighi circa il suo impiego, è possibile ipotizzare che tale provvidenza venga impiegata almeno in parte per coprire la spesa per le badanti: anche qualora fosse tutta destinata a questo scopo, se ne ricaverrebbe che non più del 42,0% della spesa per le badanti sareb-

¹¹ Ci riferiamo ai *voucher*, ai contributi economici per prestazioni sanitarie, alle rette per centri diurni, alle rette per altre prestazioni semiresidenziali e alle rette per prestazioni residenziali.

Il *voucher*, in particolare, è uno strumento che, pur nascendo come provvidenza economica, ha una destinazione vincolata, ovvero è destinato all'acquisto di prestazioni in natura, quali ad esempio prestazioni di tipo domiciliare piuttosto che residenziale; l'indagine sugli "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati" dell'Istat, tuttavia, non dettaglia quali servizi debbano essere acquistati con i *voucher* non è, quindi, possibile ripartire l'importo dei *voucher* tra i servizi al cui acquisto è "destinato"

be coperto tramite il gettito derivante dalle indennità di accompagnamento, e il residuale 58,0% (€ 3,1 mld.) rimarrebbe a totale carico delle famiglie.

Si noti che nelle stime non è stato considerato il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, tipicamente forniti da *caregiver* familiari.

In definitiva, secondo le nostre stime, alla spesa sanitaria si somma una ulteriore spesa per LTC di tipo sociale che ha raggiunto € 28,0 mld. annui ovvero l'1,6% del PIL.

3a.5. La spesa socio-sanitaria

Di seguito utilizzeremo la dizione "spesa socio-sanitaria" per riferirci al complesso della spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria e per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, per lo più non autosufficienti.

Come elaborato nei paragrafi precedenti, nel 2019, la spesa socio-sanitaria totale ammonta a € 184,3 mld., ovvero € 3.053,2 per residente. Essa risulta essere composta per l'84,8% dalla spesa sanitaria e il residuale 15,2% dalle prestazioni sociali.

La copertura pubblica è del 63,7% per la parte Sanitaria e del 13,5% per quella Sociale (Tabella 3a.3. e Figura 3a.14.).

La spesa socio-sanitaria rappresenta, nel 2019, il 10,3% del PIL, di cui il 6,6% imputabile alla spesa sanitaria pubblica, il 2,2% a quella privata, l'1,4% ai servizi della LTC sociale pubblica ed il residuale 0,2% alla spesa privata per badanti (Tabella 3a.4.).

Tabella 3a.3. Spesa socio-sanitaria. Anno 2019

Funzioni di spesa	€ mld.	Composizione %
Spesa socio-sanitaria totale	184,3	100,0
di cui pubblica	142,2	77,2
Sanitaria	117,3	63,7
Sociale	24,9	13,5
di cui privata	42,1	22,8
Sanitaria	39,0	21,2
Sociale	3,1	1,7

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.14. Composizione spesa socio-sanitaria. Valori %. Anno 2019

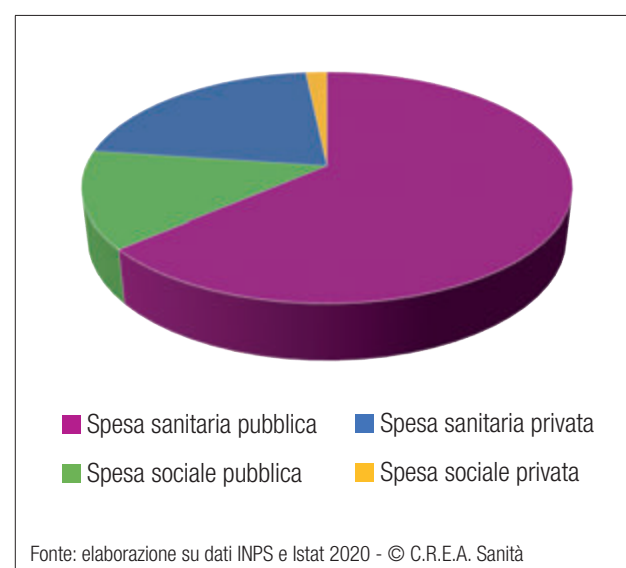


Tabella 3a.4. Spesa socio-sanitaria, quota su PIL

Funzioni di spesa	2018
Spesa socio-sanitaria totale	10,3
di cui spesa sanitaria pubblica	6,6
di cui spesa sanitaria privata	2,2
di cui LTC pubblica	1,4
di cui LTC privata	0,2

Fonte: elaborazione su Ragioneria Generale dello Stato dati INPS e Istat 2020 - © C.R.E.A. Sanità

3a.6. Conclusioni

La spesa sanitaria (totale, pubblica e privata) italiana è significativamente inferiore a quella dei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995 (-35,1%).

Per effetto di tassi di crescita italiani decisamente inferiori a quelli EU, per quanto coerenti con la minore crescita nazionale del PIL, si registra un progressivo distacco dai livelli di spesa dei Paesi EU-Ante 1995 e un progressivo avvicinamento a quello dei Paesi EU-Post 1995..

Nel 2019, in Italia, la spesa sanitaria pubblica in termini pro-capite risulta pari a € 1.944,0; tra il 2010 ed il 2019 è aumentata del 5,0% in termini nominali

(variazione media annua pari allo 0,5%); tale incremento, in termini reali equivale però ad una variazione media annua negativa pari allo -0,6% (ovvero -€ 91,2 pro-capite).

Per quanto concerne la spesa per funzioni, nel 2018, la spesa farmaceutica ha continuato ad aumentare dopo una lieve flessione tra il 2015 ed il 2016; così come è anche aumentata la spesa per le prestazioni specialistiche erogate in strutture convenzionate e quella per il personale; più contenuto, invece, l'incremento che ha interessato la voce relativa alle collaborazioni e consulenze. Tendenzialmente invariata, invece, è risultata la spesa per l'acquisto di servizi relativi alla medicina di base e all'ospedalizzazione convenzionata. La spesa per i beni non sanitari ha continuato a diminuire, mentre la spesa per l'acquisto di servizi non sanitari dopo il calo registrato fino al 2016 negli ultimi due anni è nuovamente aumentata.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria privata, nel 2019, è apprezzabile un *gap* limitato rispetto ai Paesi EU-Ante 1995, malgrado un PIL pro-capite italiano inferiore alla media EU e, un sistema sulla carta universalistico e globale.

La spesa privata rimane in larga misura OOP (90,9%), a dimostrazione di una mancanza di *governance* del settore: la componente intermediata (in leggera crescita), ammonta al restante 9,7%.

Analizzando la composizione della spesa privata per ripartizione geografica, si osserva come la componente intermediata rappresenti il 10,9% della spesa privata nel Nord, l'8,0% nel Centro e solo il 2,2% nel Sud e Isole, confermando il rischio di ampliamento delle disuguaglianze geografiche nella distribuzione della spesa sanitaria.

Sempre in tema di disuguaglianze, a livello re-

gionale registriamo che la spesa sanitaria totale pro-capite (standardizzata) per la Sanità, nel 2019, varia dai € 3.091,8 della Valle d'Aosta ai € 2.216,4 della Campania, con una differenza che ha raggiunto € 875,4 (39,5%).

La differenza è per lo più attribuibile alla componente di spesa privata: il gradiente appare quindi spiegato più dalle differenze di reddito che non dalle differenze di bisogno: dovrebbe far riflettere che, con gli attuali sistemi di riparto che non tengono conto dell'impatto della spesa privata (anche in termini di sgravio dell'onere per i SSR pubblici), e con i livelli di intervento pubblico attuali, la redistribuzione operata dal SSN non è sufficiente a ridurre le differenze geografiche, come prescritto sin dalla L. n. 833/1978.

La spesa sanitaria di fatto si integra con quella sociale: complessivamente, nel 2019, la spesa socio-sanitaria totale ammonta a € 184,3 mld. (€ 3.053,2 pro-capite) e risulta essere composta per il 63,7% dalla spesa sanitaria pubblica e per il 21,2% dalla spesa sanitaria direttamente a carico delle famiglie; inoltre, l'84,8% è spesa sanitaria e il residuale 15,2% è spesa per prestazioni sociali.

Riferimenti bibliografici

ANIA, *Premi Danni* (<http://www.ania.it/it/pubblicazioni/>)
 Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it
 Ministero della Salute, *Fondi Sanitari Integrativi*.
 Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico*.
 OECD (2016), *Health Data Statistics*.
 SDA Bocconi, (anni vari), *Osservatorio sui consumi privati in Sanità*.

ENGLISH SUMMARY

In 2019, healthcare expenditure in Italy amounted to € 156.3 billion: € 117.3 billion of public spending and € 39 billion of private spending (accounting for 25% of total expenditure).

The gap between the current Italian health expenditure and that of the other pre-1995 EU countries reached 35.1% for total health spending and 40.2% for public spending (it should be noted that in 2000 the gap was 23%). With specific reference to current private spending, the gap is 13.7%.

Italy's trend in recent years is a "progressive moving away" from the spending levels of the pre-1995 EU countries and a "progressive coming closer" to those of the post-1995 EU countries, where spending is growing at a much faster pace.

In 2019 the Italian total health per-capita expenditure amounted to € 2,590, up by 1.1% compared to 2018. The difference between the Region recording the highest expenditure and the Region recording the lowest one is 1.4 times, i.e. € 875.4; even excluding the Regions with Special Status the difference is still considerable and equal to € 701.5 (i.e. 1.3 times).

The per-capita public expenditure amounts to € 1,944, up by 1.4% compared to 2018 and by 6.6% over the five-year period: the difference between the Region with the highest spending and the Region with the lowest one is 31.3%, i.e. € 576.3 per-capita; excluding the Regions with Special Status, the difference is 25.3%, with a 6% gap (€ 466.4 per-capita).

An analysis of the public expenditure composition shows that in 2018 pharmaceutical spending continued to increase, after a slight decline between 2015 and 2016. The same held true for the spending on staff and on ambulatory specialist services provided in "accredited" private structures (i.e. those operating under an agreement with the NHS), while the increase in the item relating to collaboration and con-

sultancy services was more limited. The spending for purchasing services relating to general practitioners and "accredited" hospital services tended to remain unchanged; conversely, the spending for purchasing non-healthcare goods continued to decrease, while the spending for non-healthcare services increased again in 2017 and 2018, after decreasing until 2016.

In 2019 the households' per-capita healthcare spending amounted to € 646, up by 0.9% (€ 5.9) compared to 2018: the difference between the Region with the highest spending and the Region with the lowest one was 2.3 times, equal to € 544.1; even excluding the Regions with Special Status, the difference was still considerable and equal to 1.9 times.

It should be noted that 90.9% of private health spending is Out-of-Pocket and 9.7% is through health funds and insurance policies. The latter two is 10.9% in the North, 8.0% in central Regions and only 2.2% in the South, Sicilia and Sardegna, thus generating further regional differences.

As we can observe, the above stated regional differences in spending levels, largely originating from the private expenditure side, and are difficult to justify by differences in needs: with the current levels of public funding, now in line with the average levels of the post-1995 EU countries, the redistribution made by the NHS is no longer sufficient to even them out, thus showing the existence of a significant equity problem.

Extending the analysis to social benefits (and not strictly to health ones), particularly those linked to non-self-sufficiency and disability, typically falling within Long Term Care (LTC), we see that in 2018 they amounted to € 28 billion, of which the largest share is made up of public financial benefits (carer's allowances; civil invalidity pensions; disability pensions; vouchers; financial contributions for health

services; fees for day care centres; fees for other semi-residential services; fees for residential services and paid leave pursuant to Law No. 104/1992).

In conclusion, the total social and health spending analysed amounts to € 184.3 billion equal to 10,3% of GDP.

CAPITOLO 3b

Personale sanitario: dinamiche e prospettive

d'Angela D.¹, Di Luca V.²

3b.1. Introduzione

Le politiche di pianificazione del personale sanitario mirano a far raggiungere un giusto equilibrio tra offerta e domanda, considerando sia le diverse categorie di operatori sanitari, sia le esigenze di breve e di lungo termine.

Tale pianificazione nel settore sanitario è strategica, in particolare visti i tempi e i costi per la formazione di nuovi medici e degli altri professionisti sanitari.

In un contesto di risorse limitate, con incrementi annui di finanziamento contenuti da vari anni, a cui si sono sovrapposti vincoli di spesa sulla voce specifica, è necessario addivenire ad un corretto dimensionamento del personale; questo non solo per guidare le decisioni politiche sull'ingresso nei programmi di formazione medica e infermieristica, ma anche per valutare l'impatto di possibili riorganizzazioni nell'erogazione dei servizi sanitari, al fine di rispondere meglio ai cambiamenti della richiesta di assistenza sanitaria.

Un dimensionamento non ottimale dell'offerta di personale, in rapporto alla domanda di salute, potrebbe comportare, da un lato, problemi di accesso alle prestazioni di salute (LEA), dall'altro, in caso di un'eventuale eccedenza, un dispendio di capitale umano. I sistemi e i modelli di erogazione dei servizi sanitari stanno diventando sempre più complessi, essendo caratterizzati da un maggiore lavoro di squadra e da sovrapposizioni nei ruoli e nelle responsabilità dei diversi attori in gioco, rendendo una sfida sempre più ardua e importante quella di una corretta pianificazione del personale.

La pianificazione del personale sanitario è stata storicamente affrontata dal punto di vista demografico. Sul lato dell'offerta, le proiezioni del numero di medici, infermieri e altri operatori sanitari sono state basate principalmente sulla struttura per età della forza lavoro attuale, con l'idea di valutare la necessità di sostituire coloro che sarebbero potuti andare in pensione negli anni successivi. Anche dal lato della domanda, i modelli si sono basati principalmente – se non unicamente – sui cambiamenti demografici al livello più elementare, tenendo conto solo dei cambiamenti quantitativi della popolazione. Da una *review* sui modelli previsionali condotta da OECD, risulta che solo in alcune realtà si è tenuto conto anche dei cambiamenti nella struttura della popolazione in termini di età e carico epidemiologico (e della maggiore domanda che potrebbe derivare dall'invecchiamento della popolazione).

Un approccio esclusivamente "demografico", sul lato dell'offerta, non tiene conto di possibili cambiamenti nei tassi di ritenzione, ovvero nella capacità del sistema sanitario di trattenere o attrarre forza lavoro nei modelli di pensionamento; sul lato della domanda, invece, non tiene conto dei cambiamenti nei bisogni sanitari della popolazione, della evoluzione economica e di quella della spesa sanitaria, della crescita della produttività e dei cambiamenti nei modelli di erogazione dei servizi sanitari.

L'unità del Ministero della Salute deputata a gestire le politiche delle professioni sanitarie e programmare la forza lavoro, raccoglie i dati e le previsioni sviluppate a livello regionale e analizza e convalida

i risultati per formulare opportune richieste al Ministero della Pubblica Istruzione in merito all'ingresso nei programmi di formazione medica, infermieristica e negli altri programmi di specializzazione sanitaria.

Il fabbisogno del personale sanitario viene in origine determinato in ciascuna Regione, con modelli e approcci che possono variare, sebbene debbano considerare una serie di fattori, tra cui il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza ed i modelli di erogazione dei servizi.

Gli obiettivi sono quelli di garantire un numero adeguato di operatori sanitari per soddisfare la domanda ed evitare squilibri nella forza lavoro del Servizio Sanitario Nazionale, nonché valutare le esigenze future, in modo che il Ministero della Salute e le Regioni possano concordare il numero di studenti da inserire nei relativi programmi di istruzione e formazione.

Il Ministero della Salute, nel determinare l'assegnazione di contratti alle scuole di specializzazione, tiene conto di fattori quali la demografia, la morbilità e i modelli di erogazione dei servizi. Il numero totale di contratti che possono essere assegnati è fissato a livello nazionale tenendo conto dei vincoli di bilancio; numero che solitamente è inferiore al totale di nuovi posti di formazione specialistica richiesti dalle Regioni.

Nel presente contributo si intende quantificare la differenza in termini di organico di personale sanitario (medico ed infermieristico) tra l'Italia e la media di alcuni Paesi quali Francia, Germania, Spagna e Inghilterra, sia in rapporto alla popolazione totale, sia in rapporto a quella *over 75*. Inoltre, di quantificare, su un orizzonte temporale decennale, l'adeguatezza o meno del numero di medici a disposizione (nuovi laureati), alla luce dei pensionamenti che ci saranno, per allinearsi ai livelli medi europei.

3b.2. Il personale sanitario: stato dell'arte e fabbisogno

Come messo in rilievo di recente nella *Relazione della Corte dei Conti – Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, negli ultimi due anni

sono divenuti più evidenti gli effetti negativi di due fenomeni che hanno inciso sulle dotazioni organiche del sistema di assistenza: il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, soprattutto in alcuni ambiti, di personale specialistico.

Nella medesima relazione si sottolinea come, a seguito del blocco del *turn-over* nelle Regioni sottoposte a piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (a causa del vincolo alla spesa), negli ultimi dieci anni il personale del SSN assunto con contratto a tempo indeterminato sia fortemente diminuito (Tabella 3b.1.). Al 31/12/2018 esso era inferiore a quello del 2012 di circa 25.000 unità (circa 41.400 rispetto al 2008).

Tabella 3b.1. Personale sanitario assunto con contratto a tempo indeterminato

	2012	2017	Variazione assoluta	Variazione %
Piano	212.062	195.961	-16.101	-7,59
No piano	441.043	430.615	-10.428	-2,36
Totale	653.105	626.576	-26.529	-4,06

Fonte: elaborazione su dati Relazione Corte dei Conti – Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica - © C.R.E.A. Sanità - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3b.2. Personale sanitario assunto con contratto flessibile

	2012	2017	Variazione assoluta	Variazione %
Tempo determinato	26.200	35.800	+9.600	+36,64
Lavoro interinale	4.273	6.174	+1.901	+44,49
Totale	30.473	41.974	+11.501	+37,74

Fonte: elaborazione dati tratti dalla Relazione Corte dei Conti – Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3b.3. Distribuzione del personale sanitario assunto con contratto flessibile

	2012	2017	Variazione assoluta	Variazione %
Piano	12.494	17.813	+5.319	+43,6
No piano	18.020	24.177	+6.157	+34,2
Totale	30.514	41.990	+11.476	+37,6

Fonte: elaborazione su dati tratti dalla Relazione Corte dei Conti – Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica - © C.R.E.A. Sanità

¹ C.R.E.A. Sanità, Università di "Tor Vergata" Roma

² Ingegnere Medico

Tabella 3b.4. Personale sanitario totale

	2012	2017	2017 (tempo indeterminato + lavoro flessibile)	Variazione 2017/2012 unità di personale (indeterminato + lavoro flessibile)	Variazione % 2017/2012 unità di personale (indeterminato + lavoro flessibile)
Piano	212.062	195.961	201.280	-10.782	-5,08
No piano	441.043	430.615	436.772	-4.271	-0,97
Totale	653.105	626.576	638.052	-15.053	-2,30

Fonte: elaborazione su dati tratti dalla Relazione Corte dei Conti – Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3b.5. Dinamica personale medico assunto con contratto a tempo indeterminato

	2012	2017	Variazione unità 2017/2012	Variazione % 2017/2012
Piano	41.744	38.863	-2.881	-6,90
No piano	65.233	65.009	-224	-0,34
Totale	106.977	103.872	-3.105	-2,90

Fonte: elaborazione su dati tratti dalla Relazione Corte dei Conti – Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica - © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2012 e il 2017 il personale (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le Aziende Sanitarie Locali (ASL), le Aziende Ospedaliere, quelle Universitarie e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici, è passato da 653.105 a 626.576 unità con una flessione di 26.529 unità (-4,1%). Riduzione che è stata, però, parzialmente compensata dal ricorso a forme di contratto flessibile, che hanno comportato un incremento di 11.501 unità: si tratta in prevalenza di posizioni a tempo determinato, che crescono del 36,64% (passando da 26.200 a 35.800), e di lavoro interinale, che registra un aumento di poco meno del 45%, passando da 4.273 a 6.174 unità (Tabella 3b.2.).

Si osserva inoltre come il ricorso a tali forme di as-

sunzione sia stato trasversale, avendovi fatto ricorso tanto le Regioni sottoposte a piano di rientro, quanto quelle non sottoposte. In entrambi i casi osserviamo, infatti, un aumento, rispettivamente del 43,6% e del 34,2% (Tabella 3b.3.).

Integrando il dato del personale a tempo indeterminato, con quello delle forme di contratto flessibile, si registrano, nel 2017, 638.052 unità di personale sanitario (medico ed infermieristico) operanti nel SSN (Tabella 3b.4.).

Dall'analisi dei dati si evince come a fronte di una diminuzione complessiva nazionale media – nel periodo 2012-2017 – di oltre il 2%, nelle Regioni non sottoposte a piano di rientro la diminuzione del personale sanitario sia prossima all'1%; risulta invece prossima al 5% nelle Regioni in piano di rientro.

Tabella 3b.6. Dinamica personale medico con contratto a tempo determinato

	2012	2017	Variazione unità 2017/2012	Variazione % 2017/2012
Piano	3.125	4.349	+1.224	+39,17
No piano	3.724	4.946	+1.222	+32,81
Totale	6.849	9.295	+2.446	+35,71

Fonte: elaborazione su dati tratti dalla Relazione Corte dei Conti – Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica - © C.R.E.A. Sanità

Nel valutare più in dettaglio gli effetti della riduzione del personale sull'assistenza sanitaria va considerato distintamente l'andamento nella dotazione di medici ed infermieri.

Nel periodo 2012-2017 il personale medico assunto a tempo indeterminato si è ridotto di 3.105 unità (-2,9%), mentre l'infermieristico di 7.374 (-2,7%). Una variazione in parte compensata da aumenti delle unità a tempo determinato in entrambi i casi in crescita, pari a 2.446 per i medici e 6.222 per gli

infermieri (Tabella 3b.5.).

Per i medici, quindi, si evince come nel periodo 2012-2017 l'effettivo calo nelle assunzioni – combinando la diminuzione delle assunzioni a tempo indeterminato con l'aumento delle assunzioni a tempo determinato – a fronte di un dato nazionale che vede una diminuzione esigua, pari allo 0,62%, si attesti al -4,0% per le Regioni in piano di rientro. mentre per quelle non sottoposte si osserva addirittura un incremento del 1,5% (Tabella 3b.7.).

Tabella 3b.7. Dinamica personale medico totale

	2012	2017	2017 (tempo indeterminato + lavoro flessibile)	Variazione 2017/2012 unità di personale medico (indeterminato + lavoro flessibile)	Variazione % 2017/2012 unità di personale medico (indeterminato + lavoro flessibile)
Piano	41.744	38.863	40.087	-1.657	-3,97
No piano	65.233	65.009	66.231	+998	+1,53
Totale	106.977	103.872	106.318	-659	-0,62

Fonte: elaborazione su dati tratti dalla Relazione Corte dei Conti – Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3b.8. Dinamica personale infermieristico assunto con contratto a tempo indeterminato

	2012	2017	Variazione unità 2017/2012	Variazione % 2017/2012
Piano	89.542	84.546	-4.996	-5,58
No piano	180.330	177.952	-2.378	-1,32
Totale	269.872	262.498	-7.374	-2,73

Fonte: elaborazione su dati tratti dalla Relazione Corte dei Conti – Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3b.9. Dinamica personale infermieristico con contratto a tempo determinato

	2012	2017	Variazione unità 2017/2012	Variazione % 2017/2012
Piano	3.895	6.969	+3.074	+78,92
No piano	5.874	9.022	+3.148	+53,59
Totale	9.769	15.991	+6.222	+63,69

Fonte: elaborazione su dati tratti dalla Relazione Corte dei Conti – Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3b.10. Dinamica personale infermieristico totale

	2012	2017	2017 (tempo indeterminato + lavoro flessibile)	Variazione 2017/2012 unità di personale infermieristico (indeterminato + lavoro flessibile)	Variazione % 2017/2012 unità di personale infermieristico (indeterminato + lavoro flessibile)
Piano	89.542	84.546	87.620	-1.922	-2,15
No piano	180.330	177.952	181.100	+770	+0,43
Totale	269.872	262.498	268.720	-1.152	-0,43

Fonte: elaborazione su dati tratti dalla Relazione Corte dei Conti – Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica - © C.R.E.A. Sanità

Inoltre, come reso evidente dal 15° Rapporto Sanità, anche il tasso del personale sanitario in rapporto ai posti letto o alla popolazione è aumentato negli anni.

Lo stesso trend, anche se di minore entità, si riscontra per il personale infermieristico: una diminuzione del personale assunto a tempo indeterminato, un aumento del ricorso alle assunzioni a termine e – globalmente – una diminuzione delle unità infermieristiche per le Regioni sottoposte a piano di rientro ed un aumento per le Regioni non in piano di rientro (Tabella 3b.8.).

Riepilogando, si è registrata nel personale sanitario operante nel SSN, una contrazione del personale assunto a tempo indeterminato ed un crescente ricorso ai contratti a termine. In definitiva, l'osservazione dei dati consente di guardare al fenomeno della riduzione del personale con qualche ulteriore cautela: pur non sottovalutando il problema che può rappresentare in alcune aree, almeno nel periodo 2012-2017, la contrazione nella maggioranza delle Regioni è stata limitata.

Infatti, grazie al ricorso alle forme di contratto flessibile, solo le Regioni in piano di rientro hanno assistito ad un'effettiva contrazione del personale infermieristico (-2,15%) mentre le altre hanno registrato addirittura un aumento, seppur di lieve entità (+0,4%).

Nel periodo 2012-2017 non sembra dunque esserci stato un eccessivo depauperamento del personale sanitario sul lato dell'offerta. Bisogna però chiedersi se i numeri in gioco, che come visto si sono mantenuti pressoché costanti, riescono a rispondere efficacemente alla domanda di assistenza sanitaria della popolazione italiana.

Si consideri che a livello internazionale, in termini di numero di medici che praticano attivamente la professione, il nostro Paese, secondo i dati OECD, è in cima alle graduatorie europee: operano in Italia 4,0 medici per 1.000 abitanti contro 3,4 in Francia ed i 3,0 nel Regno Unito. La Spagna ha lo stesso valore dell'Italia, mentre in Germania si registrano 4,3 medici per 1.000 abitanti.

Diverso il caso del personale infermieristico attivo dove, all'opposto, nel nostro Paese, il tasso è molto

inferiore alla media europea, e più limitati sono i margini di un loro utilizzo, nonostante il crescente ruolo che questi possono svolgere in un contesto di popolazione sempre più anziana.

In Italia operano 6,7 infermieri per 1.000 abitanti contro i 7,8 del Regno Unito, i 10,8 della Francia ed i 13,2 della Germania. Solo in Spagna si registra un tasso inferiore, pari a 5,9 ogni 1.000 abitanti.

Esclusi Francia e Germania, che hanno una dotazione di posti letto di rispettivamente 6,0 e 8,0 ogni 1.000 abitanti, Regno Unito e Spagna hanno una dotazione simile a quella italiana (3,2), rispettivamente di 2,5 e 3,0. Dato che quindi avvalorano quanto peraltro già riportato nel 15° Rapporto Sanità (vd. Capitolo 3b), ovvero che, il deficit di personale sanitario in Italia, è concentrato soprattutto nell'assistenza extra-ospedaliera, che peraltro stenta ancora a decollare (Tabella 3b.11.).

Tabella 3b.11. Personale sanitario Italia vs EU

	Numero di medici (ogni 1.000 abitanti)	Numero di infermieri (ogni 1.000 abitanti)
Italia	4,0	6,7
Media di FR, DE, UK, ES (1)	3,7	9,4
Italia vs media (1)	+0,3	-2,7

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

Riassumendo, l'Italia si trova attualmente nel punto A, con 4,0 medici/1.000 abitanti e 6,7 infermieri/1.000 abitanti (Figura 3b.1.).

Spostarsi dal punto A equivarrebbe alla ricerca di un nuovo stato caratterizzato da un diverso assortimento dei due principali attori in gioco (medici ed infermieri): il tema sono le conseguenze in termini di efficacia ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie che ne deriverebbero.

A tal fine, vale la pena di contestualizzare l'analisi, considerando alcuni indicatori disponibili sull'efficienza dell'assistenza in Italia (sebbene con i limiti degli indicatori fortemente aggregati).

In estrema sintesi, osserviamo come l'Italia abbia la seconda più alta speranza di vita in Europa, anche

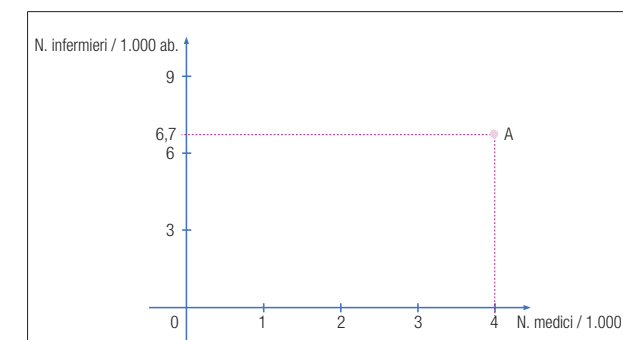
se notevoli disparità persistono tra le Regioni, per genere e situazione socio-economica, dimostrando che, nel complesso, il sistema sanitario italiano è efficiente, e garantisce un buon accesso alle prestazioni sanitarie.

Nel 2017, la speranza di vita alla nascita in Italia ha raggiunto gli 83,1 anni, ponendo il Paese al secondo posto nell'Unione europea dopo la Spagna. Nonostante a partire dal 2000 il divario di genere nella speranza di vita sia diminuito, gli uomini italiani vivono in media ancora quattro anni in meno delle donne. Sussistono, inoltre, notevoli disparità connesse alla situazione socio-economica e a livello interregionale: gli uomini italiani meno istruiti vivono in media 4,5 anni in meno rispetto a quelli più istruiti, e le persone che risiedono nelle regioni più abbienti del Nord vivono oltre tre anni in più rispetto a chi vive in quelle meno prospere del Sud (Figura 3b.2.).

Il sistema sanitario italiano si dimostra, inoltre, anche relativamente efficace nell'evitare le morti premature e presenta uno dei livelli più bassi di cause prevenibili e trattabili di mortalità in Europa (Figura 3b.3.).

Anche per quanto riguarda l'accessibilità, in Italia i bisogni sanitari non soddisfatti sono in genere bassi, sebbene le fasce di popolazione a basso reddito e i residenti in alcune Regioni incontrino maggiori ostacoli per accedere ad alcuni servizi (Figura 3b.4.).

Figura 3b.1. Tasso di medici e infermieri

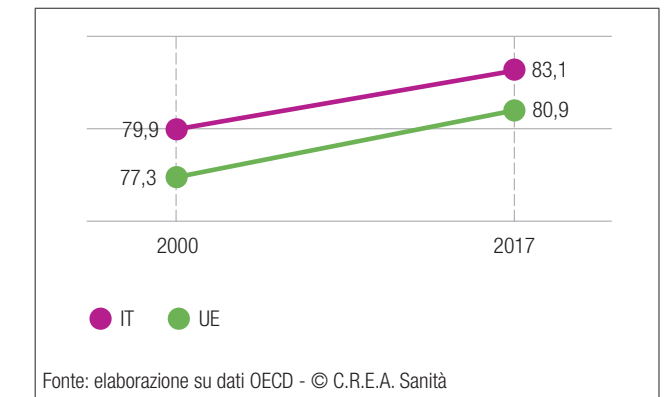


Fonte: elaborazione su dati OECD - © C.R.E.A. Sanità

L'Italia sembra dunque fornire una buona assistenza sanitaria ai propri cittadini, anche in presenza di un tasso di infermieri più basso della media Europea e, invece, più alto di medici.

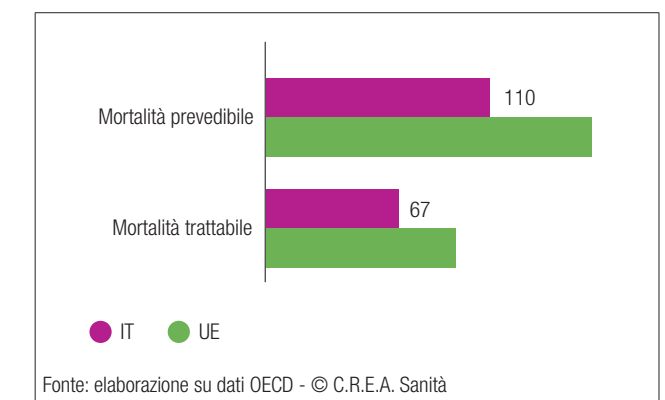
Malgrado ciò, il "sistema personale" mette in luce criticità significative.

Figura 3b.2. Speranza di vita alla nascita Italia ed Europa



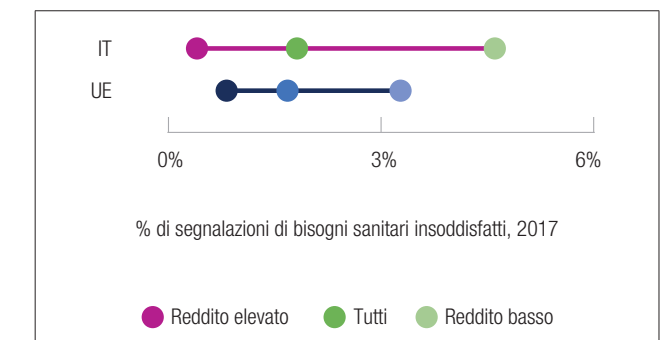
Fonte: elaborazione su dati OECD - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3b.3. Tasso di mortalità prevenibile e trattabile



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

Figura 3b.4. Bisogni sanitari insoddisfatti Italia vs Europa



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

In primo luogo, osserviamo che, per i medici, si evidenzia – anche per effetto del blocco del *turn-over* – un incremento dell'età media del personale: ha più di 55 anni oltre il 50% dei medici, la quota più elevata in Europa e superiore di oltre 16 punti percentuali alla media OCSE.

Le preoccupazioni circa la futura disponibilità di personale medico sono, inoltre, aggravate dagli ostacoli a livello di formazione e assunzione dei nuovi medici, necessari per sostituire il gran numero di colleghi che presto andranno in pensione. Tali ostacoli sono altresì all'origine di un'emigrazione massiccia di neolaureati in medicina e di giovani medici all'inizio della carriera.

Secondo i dati dell'Osservatorio OCSE, tra il 2010 e il 2016 il numero dei laureati in medicina nelle facoltà italiane è passato da circa 6.700 (1,1 ogni 10.000 ab. nel 2010) a oltre 8.000 unità (1,3 ogni 10.000 ab. nel 2016). Tuttavia, non riuscendo a trovare un tirocinio e una specializzazione per completare la formazione, poiché i posti sono limitati a un numero nettamente inferiore a quello dei laureati, molti hanno deciso di andare all'estero per portare a termine la loro formazione specialistica.

In aggiunta, sempre dall'Osservatorio OCSE, emerge che si sono trasferiti all'estero anche medici appena formati in Italia, desiderosi di beneficiare di migliori opportunità di lavoro.

Dai dati OCSE emerge peraltro come la remunerazione media dei medici specialisti in Paesi poco distanti geograficamente, quali Francia, Germania e Regno Unito, sia superiore a quella italiana (Tabella 3b.12.).

Di conseguenza, tra il 2010 e il 2018, oltre 8.800 neolaureati in medicina o medici, già in possesso di una formazione completa, hanno lasciato l'Italia per trovare un tirocinio o un posto di lavoro in un altro paese Europeo. Il fenomeno è stato compensato solo in parte dall'afflusso, nello stesso periodo, di 1.100 medici formati all'estero (Osservatorio OCSE).

Di fatto, già oggi la limitata offerta di nuovi medici sta mettendo a dura prova le capacità di alcune ASL e Aziende Ospedaliere di occupare i posti di lavoro vacanti, con un conseguente aumento della carenza di personale. Per migliorare l'attrattiva dei contratti di

lavoro, nel 2019 è stato adottato un decreto che conferisce alle Regioni maggiore flessibilità per l'offerta di contratti a tempo indeterminato per la sostituzione dei medici prossimi al pensionamento.

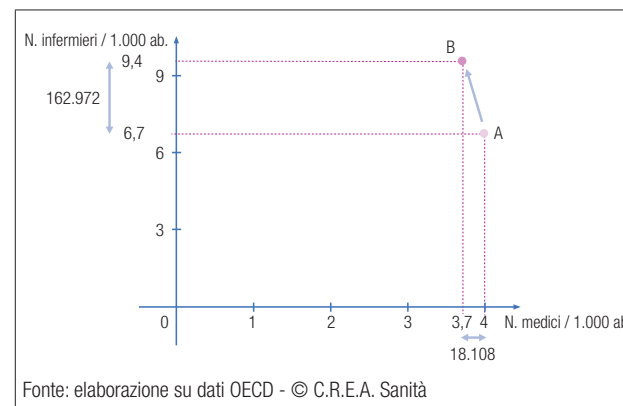
Tabella 3b.12. Remunerazione medici specialisti

Paese	Remunerazione media (€)
Italia	72.165
Francia	80.476
Germania	134.081
Regno Unito	113.971
Spagna	61.771

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

Si potrebbe, quindi, pensare di simulare soluzioni alternative, ovvero scenari che portino il sistema in un certo numero di anni – ad esempio 10 – dal punto di equilibrio A sopra citato, ad un punto di equilibrio B alternativo: ad esempio dove l'ascissa del punto sia calcolata come la media del numero di medici ogni 1.000 abitanti di Germania, Francia, Regno Unito e Spagna, mentre l'ordinata sia calcolata come la media del numero di infermieri ogni 1.000 abitanti per gli stessi Paesi (Figura 3b.5.).

Figura 3b.5. Simulazione dotazione personale sanitario Italia vs EU sulla popolazione



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

In tale scenario (una sorta di *benchmark* europeo) l'Italia presenta oggi un surplus di 0,3 medici ogni 1.000 abitanti – corrispondente ad un valore assolu-

to di 18.018 unità – ed un *gap* di 2,7 infermieri ogni 1.000 abitanti, corrispondente ad un valore assoluto di 162.972 unità.

Considerato che il numero di medici che ad oggi ha tra i 55 ed i 64 anni è pari ad 85.000 – corrispondente al 35% del totale – ed il numero di medici che ha tra i 65 ed i 74 anni è pari a 47.000 – corrispondente al 19% del totale – facendo una stima conservativa potremmo dire che tra 10 anni saranno almeno 132.000 i medici in età pensionabile. Supponendo dunque di dilazionare in 10 anni tale flusso in uscita di medici dal SSN con quota costante e pari a 13.200 medici/anno, e volendo assorbire la decima parte della quota totale di medici in surplus (18.108/10 anni), ci troveremmo a dover colmare un saldo negativo annuale pari a 11.390 medici.

In un secondo scenario, ovvero quello che definisce il numero di medici ed infermieri in rapporto alla popolazione *over 75*, come era lecito aspettarsi, essendo l'Italia il Paese "più vecchio" tra quelli analizzati, il numero di medici, ogni 1.000 abitanti *over 75*, risulta essere inferiore rispetto a quello della media dei Paesi considerati, così come il tasso di infermieri (che lo era già anche rispetto alla popolazione generale) (Tabella 3b.13.).

Tabella 3b.13. Tasso di personale sanitario Italia vs Europa sugli *over 75*

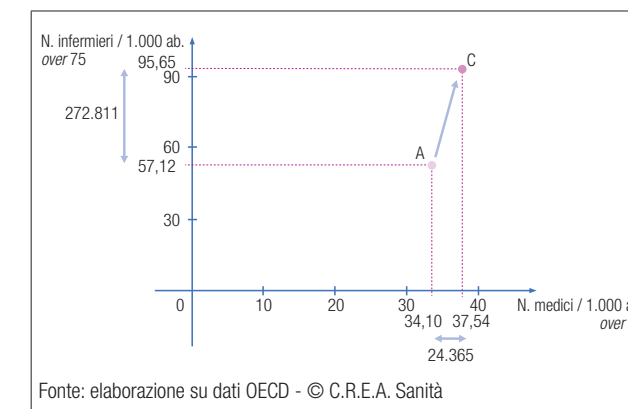
	Numero di medici per 1.000 abitanti <i>over 75</i>	Numero di infermieri per 1.000 abitanti <i>over 75</i>
Italia	34,10	57,12
Media di FR, DE, UK, ES	37,54	95,65
Differenza tra IT e media FR, DE, UK, ES	-3,44	-38,53

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

Aggiornando la simulazione e riferendola alla popolazione *over 75*, allo stato attuale mancherebbero all'appello 24.365 medici e 272.811 infermieri. In questo caso sarà necessario rivedere la quota di medici che devono entrare nel sistema sanitario nazionale, dovendo coprire in primis le uscite per pensionamento – 13.200 unità/anno – ed in seconda istanza il *gap* rispetto alla media dei Paesi presi in

considerazione. Al minimo, bisognerebbe intervenire garantendo più di 15.000 ingressi di personale medico per anno. A causa della non disponibilità dei dati necessari per il personale infermieristico, non è stato possibile replicare la simulazione per tale categoria (Figura 3b.6.).

Figura 3b.6. Simulazione dotazione personale sanitario Italia vs EU su popolazione *over 75*



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

3b.3. Conclusioni

In Italia, per quanto riguarda il personale medico, le due simulazioni (su popolazione totale e *over 75*, rispettivamente) relative all'allineamento dell'organico a quello della media di alcuni Paesi Europei, portano a risultati diametralmente opposti: nel primo caso si riscontra un esubero di 18.108 unità per 1.000 abitanti rispetto alla media di Francia, Germania, Inghilterra e Spagna; nel secondo caso, un deficit di 24.365 unità (per 1.000 abitanti *over 75*).

Per quanto riguarda il personale infermieristico, invece, in entrambe le simulazioni si riscontra un importante deficit che va da un minimo di 162.972 unità (nel primo caso) ad un massimo di 272.811, nel secondo. Tale *gap* risulta, peraltro, probabilmente sottostimato a causa della collocazione di queste figure professionali in unità operative non strettamente associate all'erogazione dell'assistenza (ad esempio uffici amministrativi delle Aziende Sanitarie), per motivi magari di non idoneità fisica ad assolvere le mansioni specifiche del ruolo.

Risulta evidente come le considerazioni sul nu-

mero dei medici in eccesso o in difetto necessitano di ulteriori approfondimenti, ma sembra chiara e prioritaria l'esigenza di intervenire in modo deciso e rapido sugli ingressi del personale infermieristico, di gran lunga sottodimensionato.

Il disegno di legge approvato dal Consiglio dei Ministri il 18 Ottobre 2020 e recante il Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 prevede uno stanziamento aggiuntivo di € 4 mld. per la Sanità. Una parte di essi sarà destinata alla conferma per l'anno 2021 di 30.000 fra medici e infermieri assunti a tempo determinato per il periodo emergenziale. Sono numeri importanti e che potrebbero sembrare timidamente in linea con la domanda di assistenza sanitaria in tempi di non emergenza. Era infatti proprio questo l'importo, stimato dal C.R.E.A. Sanità nel precedente Rapporto, necessario per omogeneizzare gli standard di personale a quelli medi delle Regioni del Nord (96.000 unità in più). Considerata la pandemia in atto in questo anno, il timore è che tali risorse rischino di assolvere al solo scopo di tamponare il surplus di richieste di assistenza senza andare ad incidere minimamente a livello strutturale sulla carenza di medici ed infermieri.

Il tetto di spesa del personale, che ricordiamo essere stato fissato pari al livello di spesa del 2018, con incrementi di un importo pari al 5% dell'incremento registrato dal Fondo Sanitario, che probabilmente tornerà a vigere, decorsa l'emergenza in essere, necessita evidentemente di una revisione che tenga presente il fabbisogno effettivo della popolazione, nonché della tipologia di assistenza (ospedaliera o extra-ospedaliera): interventi "lineari" rischiano di essere inefficienti, iniqui e, quindi, presumibilmente, anche inefficaci.

In merito all'esigenza di integrare l'organico infermieristico, come peraltro già dichiarato nel rapporto 2019 dell'Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, si fa presente che il potenziale di espansione dei ruoli infermieristici è ancora in larga misura inutilizzato. In Italia il quadro normativo per l'assistenza infermieristica non è ancora stato rivisto

per consentire la creazione di nuovi ruoli e il trasferimento di compiti e delle responsabilità, come è invece avvenuto in altri paesi dell'UE.

Dal punto di vista delle politiche sanitarie da mettere in atto per alleggerire la "sofferenza" del SSN potrebbe rivelarsi necessario agire sul ruolo del personale medico e di quello infermieristico sia tramite un piano di assunzioni che tenga conto dei due ruoli come attori sinergici, e non come entità separate, sia tramite modifiche normative volte a favorire un trasferimento di compiti dal medico all'infermiere.

Anche in termini di offerta formativa sarebbe auspicabile prevedere un aumento delle unità di accesso ai corsi di laurea universitari e alle scuole di specializzazione. Una volta aumentato il personale potenzialmente a disposizione, sarebbe però necessario incentivarlo a prestare la propria opera in Italia, garantendo buone politiche di *welfare* e stipendi allineati con quelli dei principali Paesi europei ed extra-europei, oltre a premiare l'impegno con le forme di retribuzione legate ai risultati.

Riferimenti bibliografici

- Corte dei Conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica
- C.R.E.A. Sanità, 15°Rapporto Sanità "Il ritorno alla politica nazionale in Sanità"
- OCSE, Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari (2019), Italia: Profilo della sanità 2019, Lo Stato della Salute nell'UE, OECD Publishing, Parigi/Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari, Bruxelles
- OECD (2020), *Healthdata statistics*
- Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013), "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing
- <https://www.prb.org/countries-with-the-oldest-populations>

ENGLISH SUMMARY

Health staff planning policies are designed to achieve the right balance between supply and demand, taking into account both the different categories of health workers and short and long term needs.

Such planning in the health sector is strategic, particularly considering the time and cost for training new doctors and other health professionals.

In a situation of limited resources, with small annual increases in funding for several years, to which spending constraints on the specific budget item have added, it is necessary to define a correct sizing of staff. This is needed not only to guide and orient political decisions on the entry into medical and nursing training programmes, but also to assess the impact of any reorganisation in the provision of health services, in view of better responding to changes in healthcare demand.

In this contribution, an attempt has been made to quantify the difference in terms of workforce (medical and nursing staff) between Italy and the average of some countries such as France, Germany, Spain and England. An attempt has also been made to quantify - over a ten-year time horizon - the adequacy of the number of health professionals available, considering the retirements that will take place, in view of aligning with average European levels.

In the case of medical staff, depending on some assumptions, we get diametrically opposed results; depending on the population considered for estimating the demand in one simulation we obtain a redundancy of 18,108 professionals per 1,000 inhabitants compared to the average in France, Germany, England and Spain; in a second case, a deficit of 24,365 professionals (per 1,000 inhabitants over 75 years of age) is recorded.

With specific reference to the nursing staff, instead, both simulations show that there is a significant deficit ranging from a minimum of 162,972 pro-

fessionals (in the first case) to a maximum of 272,811 in the second case..

These simulations clearly show that the considerations on the number of doctors need further study, while there is a clear priority to take decisive and quick action for the hiring of nursing staff, who is by far undersized.

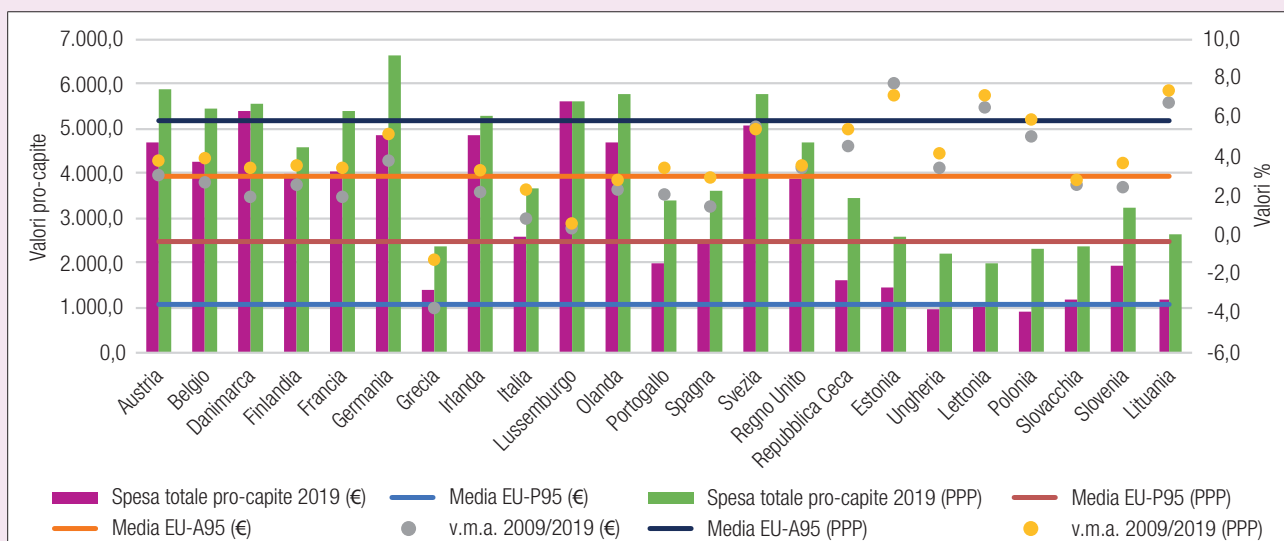
Considering this year's pandemic, the fear is that the additional resources allocated may be used for the sole purpose of finding stopgap solutions to meet the additional care demand without taking structural measures on the shortage of doctors and nurses.

With regard to the need for increasing the nursing staff, it should be noted that the potential for expanding it is still largely untapped. In Italy the regulatory framework for nursing care has not yet been revised to allow the creation of new job profiles and the transfer of tasks and responsibilities, as happened in other EU countries.

From the viewpoint of the health policies to be implemented to alleviate the NHS "suffering", it may prove necessary to take action on the medical and nursing staff both through a recruitment plan considering the two professions as synergistic players, and not as separate entities, and through regulatory changes aimed at favouring a transfer of tasks from doctors to nurses.

Also in terms of training offer, it would be desirable to envisage an increase in the number of places in university courses and specialization schools. Once the number of staff potentially available has increased, however, it would be necessary to encourage them to work in Italy, by guaranteeing competitive salaries, in line with those of the main European and non-European countries, as well as rewarding their commitment with performance-related forms of remuneration.

KI 3.1. Spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2019

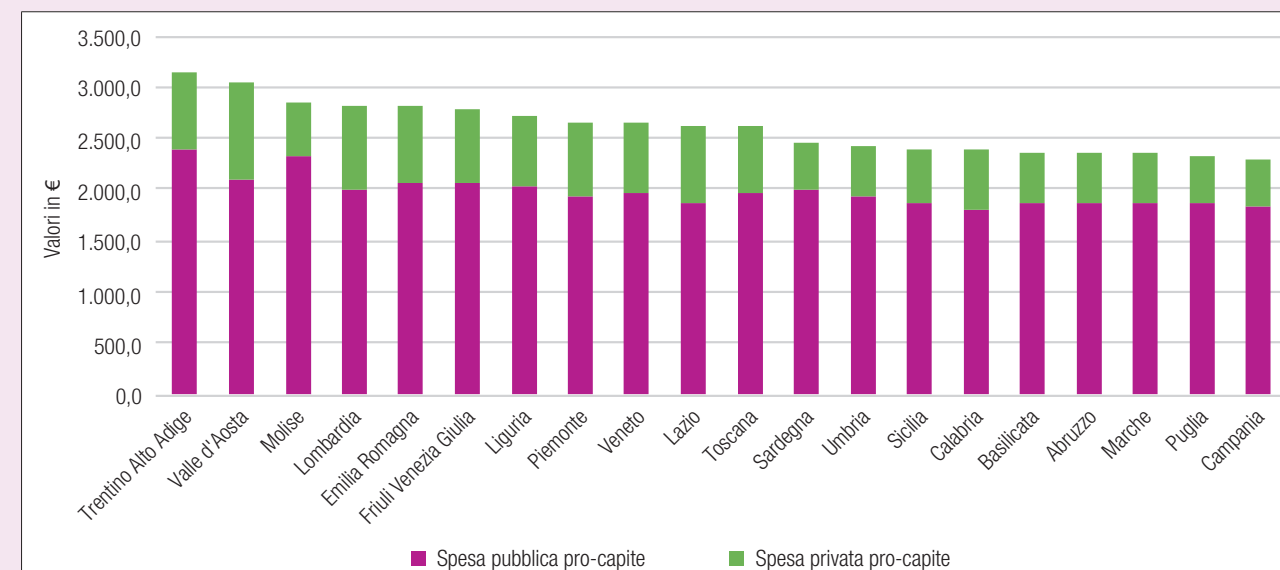


* In caso di dato mancante, è stato considerato l'ultimo anno disponibile

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, la spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2019, si attesta a € 2.565,2 con un gap del -35,1% rispetto al valore medio dei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995 (€ 3.950,7). Meno dell'Italia spendono solo la Grecia (€ 1.361,7 pro-capite), il Portogallo (€ 1.975,6) e la Spagna (€ 2.387,6). Nel periodo analizzato solo la Grecia ha presentato un tasso di crescita negativo (-3,8%); per quanto riguarda i rimanenti Paesi del blocco EU-Ante 1995, solamente il Lussemburgo (+0,2% medio annuo) ha avuto una crescita inferiore a quella dell'Italia (+0,7% medio annuo). La spesa sanitaria totale pro-capite nei Paesi EU-Post è pari a € 1.074,4 pro-capite: quasi quattro volte inferiore a quella media dei Paesi EU-Ante 1995. Il tasso di crescita medio annuo nei Paesi dell'EU-Post 1995, è del +4,4%, superiore a quello dei Paesi dell'EU-Ante 1995 (+2,7%). I risultati si confermano utilizzando valori pro-capite in PPP (*Purchasing Power Parity*): lo scarto tra l'Italia ed i Paesi EU-Ante 1995 nel 2019 è del 29,6% (€ 3.649,2 vs € 5.187,2). La spesa media dei Paesi EU-Post 1995 risulta circa la metà di quella media dei Paesi dell'area EU-Ante 1995, sebbene abbia ottenuto nel periodo 2009-2019 un tasso medio annuo di crescita superiore di 1,5 punti percentuali (+5,2% vs +3,7%).

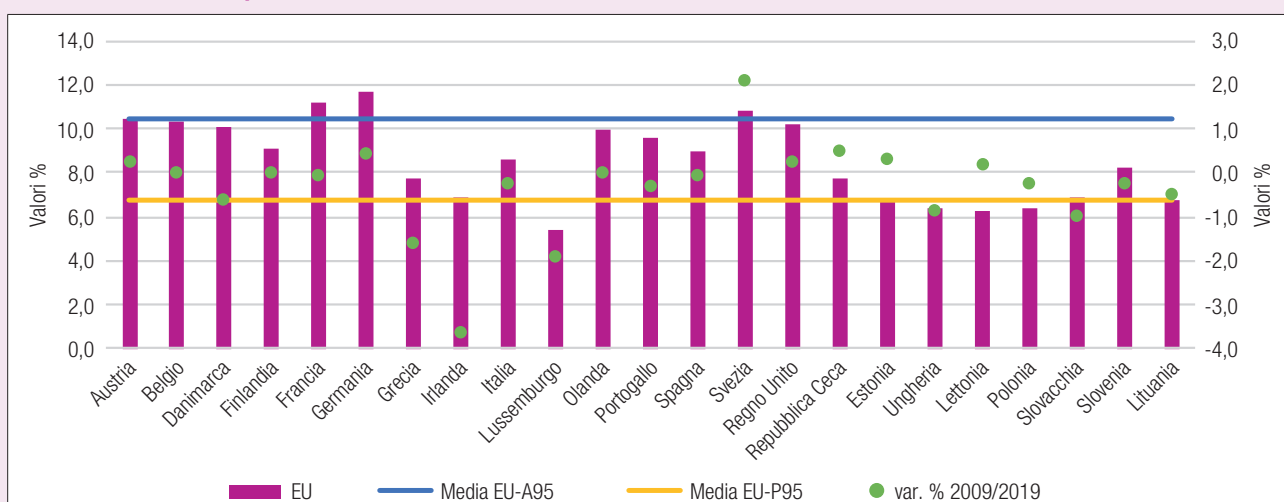
KI 3.3. Spesa sanitaria totale pro-capite per popolazione standardizzata. Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati ISTAT, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa sanitaria totale italiana, nel 2019, si è attestata a € 156,3 mld., ovvero € 2.590,0 pro-capite, in aumento dell'1,1% rispetto al 2018. A livello regionale registriamo i valori massimi in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige (rispettivamente € 3.091,8, € 2.995,2); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.216,4) e Puglia (€ 2.320,8). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è di 1,4 volte ovvero € 875,4; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 701,5 (ovvero 1,3 volte). Situazione analoga si osserva analizzando i dati di spesa standardizzati, utilizzando i pesi dedotti dalle delibere CIPE di riparto del finanziamento. Si conferma che a livello regionale i valori massimi si registrano in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.134,2, € 3.059,1); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.286,9) e Puglia (€ 2.335,5). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima rimane di 1,4 volte, ovvero € 847,2; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 571,8 (ovvero 1,3 volte).

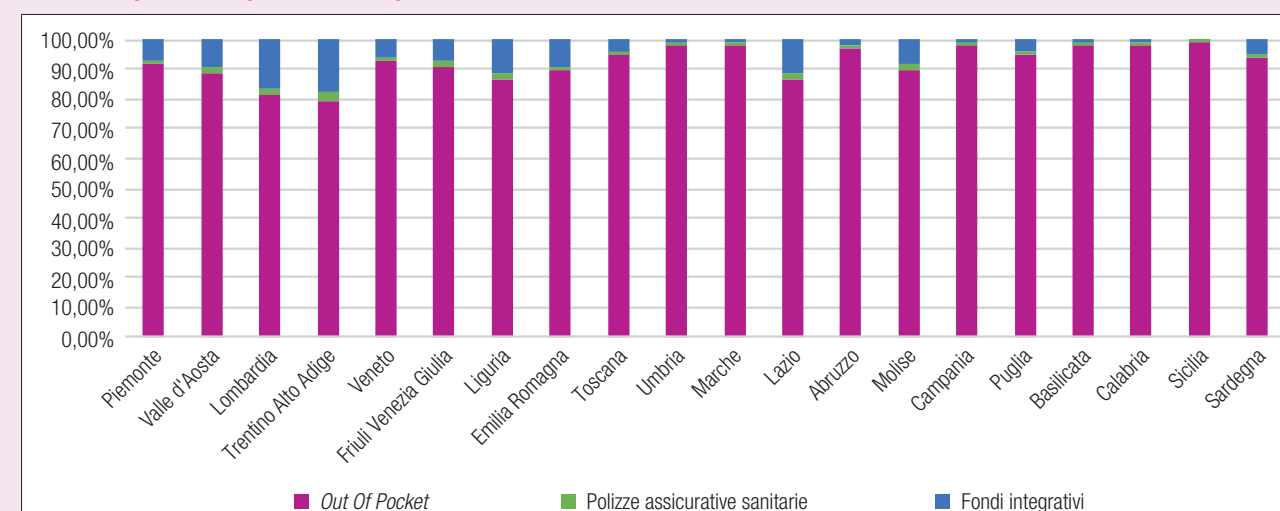
KI 3.2. Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL. Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa sanitaria totale, in Italia, nel 2019, incide sul PIL in misura pari all'8,7%, -0,3 punti percentuali negli ultimi 10 anni. L'incidenza della spesa sanitaria italiana sul PIL è inferiore di 1,8 punti percentuali rispetto alla media dell'EU-Ante 1995 (10,5%). Fra i Paesi EU-Ante 1995, solo in Grecia (7,8%), Repubblica Ceca (7,8%), Irlanda (6,8%), e Lussemburgo (5,4%) l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL si è ridotta. Nel decennio analizzato, nella maggior parte dei Paesi EU-Ante 1995 l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL si è ridotta. Nei Paesi nell'EU-Post 1995, l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL è in media del 6,8%. Valore in diminuzione di 0,3 punti percentuali nel decennio. Solamente Repubblica Ceca, Estonia e Lettonia hanno visto crescere nel decennio analizzato la quota di PIL destinata alla spesa sanitaria totale (rispettivamente +0,5, +0,3 e +0,1 punti percentuali).

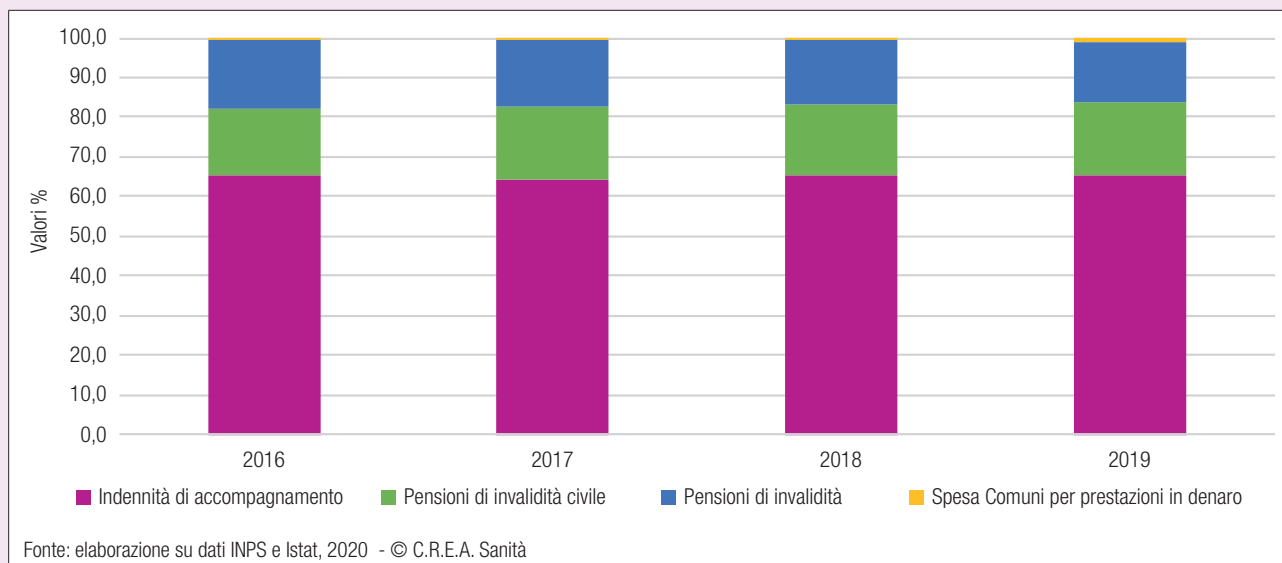
KI 3.4. Composizione spesa sanitaria privata. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Istat, ANIA, Ministero della Salute 2018 - © C.R.E.A. Sanità

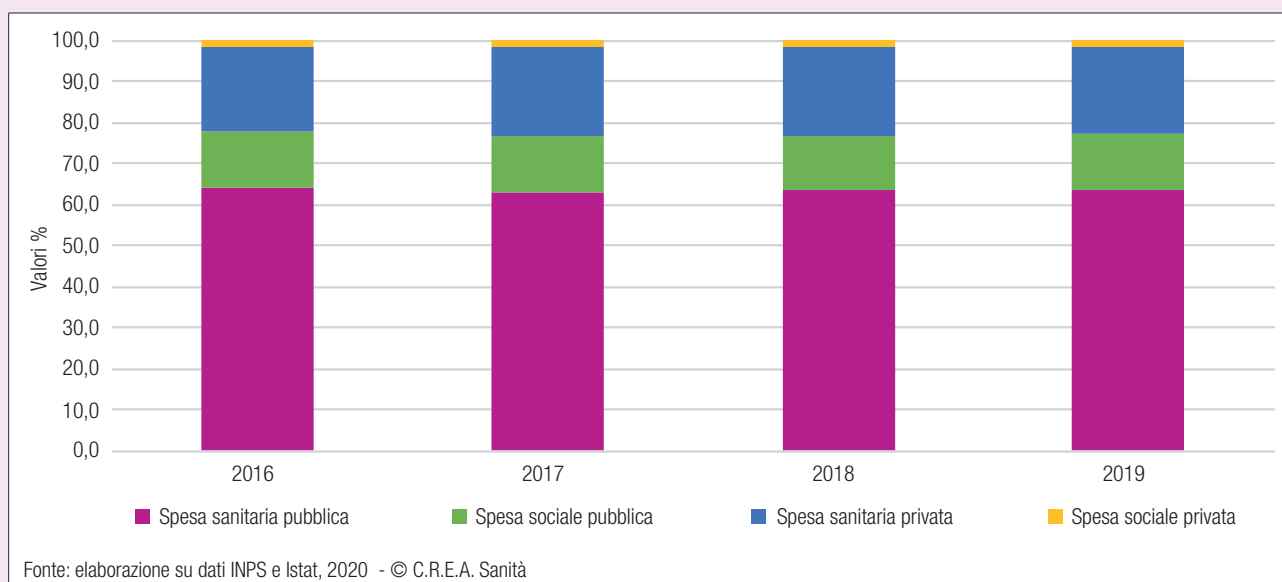
Nel 2019, in Italia, la spesa OOP rappresenta il 92,1% del totale della spesa privata, e quella intermediata il restante 7,9%, di cui 6,7% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 1,2% alle polizze individuali. Analizzando la composizione della spesa privata per ripartizione geografica, si osserva come la componente intermediata rappresenti il 10,9% della spesa privata nel Nord, l'8,0% nel Centro e solo il 2,2% nel Sud e Isole. Sicilia, Marche, Basilicata, Campania, Calabria e Umbria risultano essere le Regioni con la quota maggiore di spesa privata OOP, con valori che superano il 98,0%. Trentino Alto Adige, Lombardia e Lazio risultano, invece, quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata con valori maggiori del 14%.

KI 3.5. Spesa sociale per LTC



La spesa sociale italiana destinata alle non autosufficienze, nel 2019, è pari a circa € 22,0 mld.. Di questa, per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, per il 2019, sono stati spesi circa € 21,8 mld.. Si aggiungono le somme erogate dai Comuni a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani) per € 191,9 mil.. Oltre il 65,0% è, quindi, costituito dalla spesa per le indennità di accompagnamento, valore tendenzialmente stabile rispetto al 2018 ma in aumento di 1,4 punti percentuali rispetto all'anno precedente (2017); il 18,0% dalla spesa per le pensioni di invalidità civile in aumento di 0,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente ma in diminuzione di oltre mezzo punto percentuale rispetto al 2017; il 15,6% dalla spesa per le pensioni di invalidità in diminuzione di 0,7 punti percentuali rispetto all'anno precedente e di 1,1 punti percentuali sul 2017; il residuale 0,9%, relativo alla spesa dei Comuni per prestazioni monetarie, è in crescita di 0,3 punti percentuali, sia rispetto all'anno precedente che rispetto al 2017.

KI 3.6. Spesa socio-sanitaria



Nel 2019, la spesa socio-sanitaria totale in Italia (comprendendo quella sanitaria e quella sociale per le non autosufficienze) ammonta a € 184,3 mld., ovvero € 3.053,2 per residente. Essa risulta essere composta per l'84,8% da spesa sanitaria e il residuale 15,2% da prestazioni sociali. La copertura pubblica è del 63,7% per la parte sanitaria e del 13,5% per quella sociale. In particolare, la spesa sanitaria pubblica si è mantenuta tendenzialmente stabile nell'ultimo triennio, così come la spesa sociale pubblica e la spesa sociale privata. La spesa sanitaria privata è, invece, aumentata di circa 0,6 punti percentuali rispetto al 2016.



Capitolo 4

Indicatori di *Performance*

Performance indicators

4a. Indicatori di *Performance*: impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

English Summary

Key Indicators

4b. Indicatori di *Performance*: Le *Performance* Regionali

English Summary

Key Indicators

4c. Il Benessere equo e sostenibile e la Salute

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 4

Indicatori di Performance

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

Le Dimensioni della valutazione sono molteplici: tra queste, senza pretesa di esaustività, ricordiamo gli esiti (non solo clinici), l'appropriatezza, l'efficienza, l'equità e l'innovazione (tra cui quella tecnologica e di processo).

Quest'anno il capitolo 4 comprende valutazioni riferite in particolare alla:

- misura dell'equità del sistema sanitario in termini di impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie causato dai consumi sanitari; quest'anno l'analisi è stata arricchita di un approfondimento sul *gap* di spesa sanitaria tra famiglie meno abbienti e più abbienti, messo a confronto con il *gap* registrato per altri consumi meritori, quali l'istruzione e i tra-

sporti (Capitolo 4a)

- implementazione di tecniche di composizione delle preferenze espresse da diverse categorie di *stakeholders* finalizzate alla definizione di un'unica di misura di *Performance* regionale (in termini di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di esiti sociali, economici, etc.); la metodologia è stata sviluppata in partnership con un Panel di esperti, scelti in rappresentanza delle diverse categorie di *stakeholder* del sistema sanitario (Capitolo 4b)
- analisi del Benessere Equo e Sostenibile (BES) con particolare riferimento al contributo della salute: questa linea di ricerca nasce dall'esigenza di superare l'identificazione del benessere complessivo di una popolazione o Nazione con il solo benessere economico, in una logica di cosiddetto "superamento del PIL" (Capitolo 4c).

Performance indicators

In the healthcare sector, performance evaluation plays a fundamental role, due to both the meritorious nature of health as an asset and the information asymmetry that characterises it.

The performance evaluation indicators are manifold and include, by way of example, outcomes (not only the clinical ones), appropriateness, efficiency, equity and innovation (including technology and process innovation).

This year, Chapter 4 includes evaluations referring particularly to:

- the equity of the healthcare system in terms of households' impoverishment and economic hardship caused by health consumption; this year's analysis has been enriched by an in-depth examination of the health spending gap between more and less affluent households, compared to the gap recorded in other areas,

such as education and transport (Chapter 4a)

- the implementation of methods for assessing the preferences expressed by different categories of stakeholders, with a view to defining a single regional performance measure (in terms of service satisfaction, clinical outcomes, social and economic outcomes, etc.); the methods have been developed in partnership with a Panel of experts, chosen to represent the different categories of stakeholders in the healthcare system (Chapter 4b)
- the analysis of Equitable and Sustainable Wellbeing (ESB), with specific reference to the contribution provided by health: this line of research stems from the need to go well beyond the logic assessing the overall wellbeing of a population. or nation, only with an economic and GDP-based approach (Chapter 4c).

CAPITOLO 4a

Indicatori di Performance: Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

d'Angela D.¹, F. Spandonaro²

4a.1. Premessa

Il presente capitolo si pone l'obiettivo di descrivere i consumi sanitari direttamente sostenuti dalle famiglie, e la loro dinamica nel tempo, anche mettendoli in relazione con l'andamento dei consumi generali delle famiglie.

Ulteriore obiettivo è quello di valutare l'effettiva tutela offerta dal SSN rispetto ai rischi economici derivanti dalla malattia, e la sua tenuta nel tempo, anche confrontandola con quella garantita dallo Stato in altri settori quali l'istruzione ed i trasporti.

Per quanto concerne quest'ultimo obiettivo, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, è stata determinata l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento causato da spese per consumi sanitari, della catastroficità (intesa come "eccesso" di incidenza della spesa sui bilanci familiari), delle "nuove" rinunce, ed il disagio economico causato dalle spese sanitarie.

Quest'anno, in aggiunta al calcolo di tali indicatori, è stato determinato il *gap* di spesa tra le famiglie "più ricche" e quelle "più povere" per consumi sanitari, per l'istruzione e per i trasporti, nonché la sua dinamica temporale.

Si fa presente che i consumi sanitari delle famiglie possono essere sovrastimati, in quanto quelli considerati sono al lordo della quota di spesa coperta dalle polizze assicurative (individuali e non) in forma cosiddetta "indiretta" (ovvero dei consumi che godono di un rimborso delle spese effettuate).

Tutte le analisi sono state effettuate sia in base al quintile di consumo delle famiglie, sia in base all'area geografica di residenza delle stesse.

4a.2. I consumi delle famiglie

Secondo l'indagine Istat sulla 'Spesa delle famiglie', nel 2018, le famiglie italiane hanno sostenuto una spesa media annua per consumi pari a € 30.841,9 (+0,3% rispetto al 2017), con un livello minimo, pari a € 14.480,9, riscontrato per quelle afferenti al I quintile di consumo, ed uno massimo, pari a € 54.438,0 per quelle dell'ultimo quintile.

Quasi il 90% della spesa totale si concentra in quattro voci di spesa: "Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili" (35,0%), "Affitti figurativi" (22,9%), "Prodotti alimentari e bevande analcoliche" (17,8%) e "Trasporti" (11,3%); i consumi sanitari rappresentano il 4,7% dei consumi delle famiglie, e rappresentano l'ottava voce di spesa delle famiglie in tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione del Mezzogiorno, dove sono la settima, scambiando la loro posizione con "Ricreazione, spettacoli e cultura".

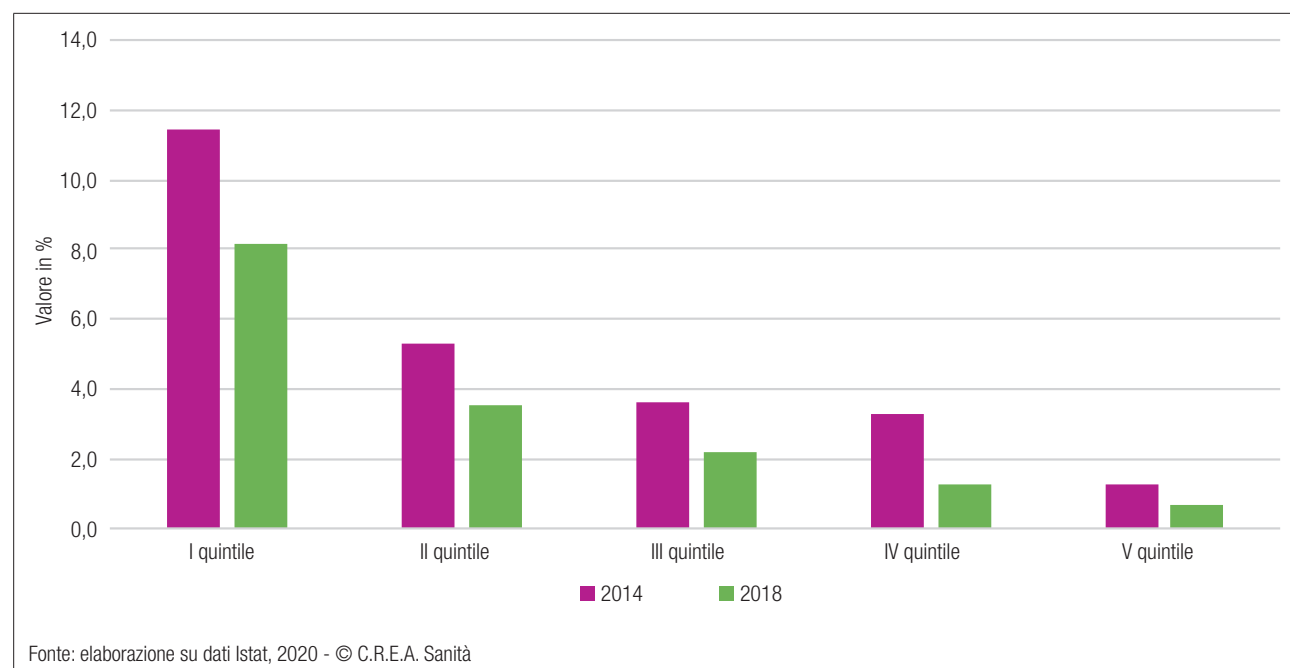
4a.3. La spesa delle famiglie per consumi sanitari

Sempre secondo l'indagine Istat sulla 'Spesa delle famiglie' 2018, il 77,6% le famiglie hanno sostenuto spese per consumi sanitari, dato sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente (77,9%). In quattro Regioni (Molise, Lazio, Puglia e Basilicata) il dato ha superato l'80% (80,5%, 81,0%, 81,0% e 85,3% rispettivamente); l'incidenza più bassa, pari al 70,4% si registra nelle Marche.

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

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.1. "Nuove" rinunce alla spesa per consumi sanitari



Ad eccezione del calo registrato nell'anno successivo alla prima crisi finanziaria (2013), quando solo il 58,2% delle famiglie aveva fatto ricorso a spese per consumi sanitari privati, il trend è complessivamente in crescita: nel periodo 2011-2018 l'aumento complessivo è stato di 16,1 punti percentuali.

Nel 2018, 3,1 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie, e di queste 819.482 non le hanno affatto sostenute: convenzionalmente possiamo definire queste ultime "nuove" rinunce alle spese sanitarie.

Rispetto all'anno precedente, il fenomeno delle "limitazioni" ha coinvolto 1,1 milioni di famiglie in meno, e quello delle "rinunce" circa 300.000 in meno.

Le "nuove" rinunce alle spese per consumi sanitari, diminuiscono in tutti i quintili di consumo, ed anche per i meno abbienti: se nel 2014 il fenomeno coinvolgeva l'11,5% ed il 5,3% delle famiglie del I e II quintile rispettivamente, nel 2018 tali valori si sono ridotti rispettivamente all'8,2% e al 3,6% (Figura 4a.1.).

La spesa sanitaria media annua delle famiglie, nel 2018, è stata pari a € 1.435,8, in riduzione del 4,0% rispetto all'anno precedente, con un'incidenza sul consumo totale del 3,9% per le famiglie del

I quintile ad una del 5,0% per quelle dell'ultimo. Rispetto all'anno precedente, l'incidenza per quelle del I quintile è aumentata di 0,2 punti percentuali, mentre è diminuita di 0,3 per quelle dell'ultimo quintile (il più ricco).

Per confronto, nel periodo 2014-2018 si era registrato un aumento di incidenza dal 4,5% al 4,7%, concentrata soprattutto nei primi tre quintili: +1,1, +1,2 e +1,1 punti percentuali rispettivamente.

Sempre rispetto al 2014, la spesa per consumi sanitari, per le famiglie del I quintile è cresciuta complessivamente del +15,5%, a fronte di una riduzione dei consumi totali del 2,3%; per quelle del II del +15,6%, vs. una riduzione di quelli totali dell'1,3%; per le famiglie dei successivi quintili, cresce la spesa sanitaria ma anche quella per i consumi totali: per quelle del III rispettivamente del +11,5% e del +4,7%, per quelle del IV del +12,1% vs. +4,7%, e per quelle del V del +3,5%, con un incremento maggiore (+5,2%) dei consumi totali.

Considerando le sole famiglie che sostengono spese per consumi sanitari, la spesa media (che denomineremo "effettiva") risulta di € 1.850,5, in leggera riduzione (-0,9%) rispetto all'anno precedente; l'incidenza delle spese sanitarie sui consumi totali,

per queste famiglie, è aumentata nel periodo 2014-2018, passando dal 5,7% del 2014 al 6,0% del 2018 (Figura 4a.2.).

Sempre nel periodo 2014-2018, la spesa media "effettiva" delle famiglie per consumi sanitari è passata da € 1.692,2 a € 1.850,5 con un incremento complessivo del 9,4%; per quelle del I quintile di consumo, passa da € 778,1 a € 898,5 con un incremento del 15,6%, a fronte di una riduzione dei consumi totali del 2,5%; analogamente per il II quintile si

passa da € 1.096,8 a € 1.267,8 con un incremento del 15,5%, a fronte di una riduzione dei consumi totali del 2,5%; per i quintili successivi aumenta tanto la spesa sanitaria, quanto quella totale per consumi: per il III quintile si passa da € 1.411,1 a € 1.572,8 con un incremento dell'11,5% (+4,7% per i consumi totali); per il IV da € 1.799,6 a € 2.017,8 con una crescita del 12,1% (+4,7% per i consumi totali); per il V da € 3.020 a € 3.120,0 con un aumento del +3,5% vs +5,2% per i consumi totali (Figura 4a.3.).

Figura 4a.2. Spesa effettiva delle famiglie per consumi sanitari per quintile di consumo

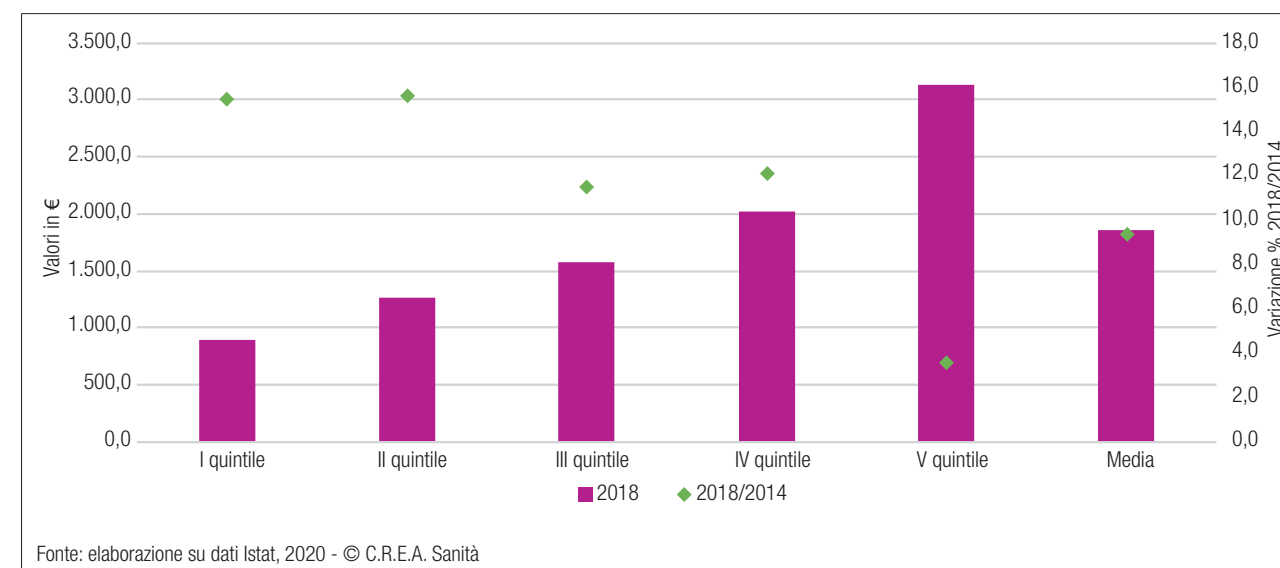


Figura 4a.3. Variazione 2018/2014 della spesa media effettiva familiare per consumi

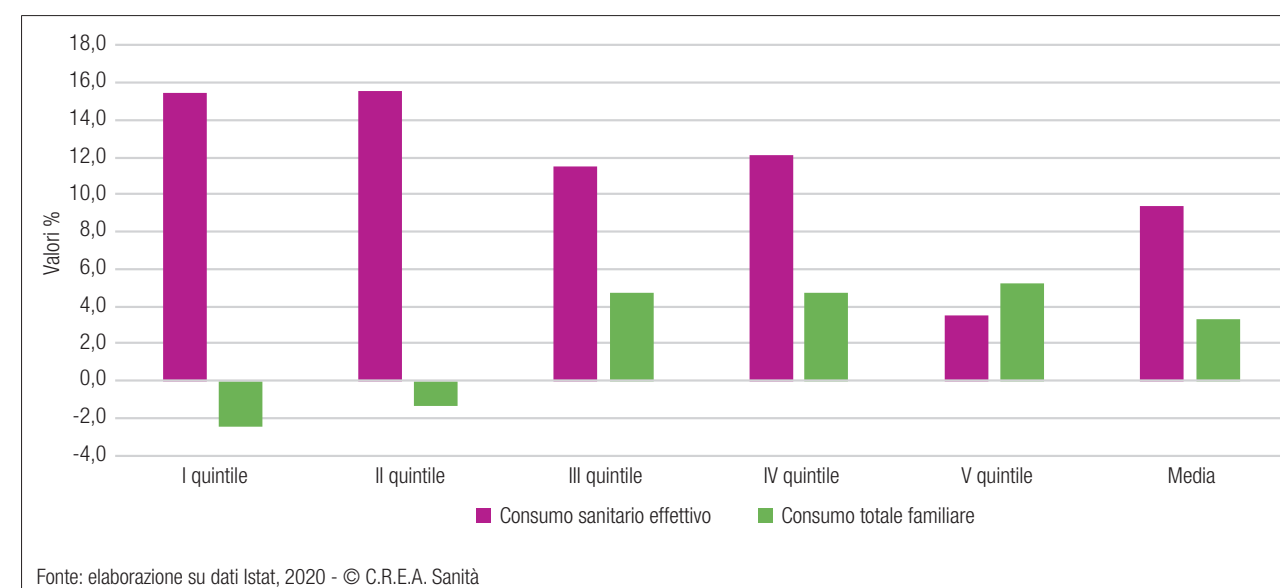
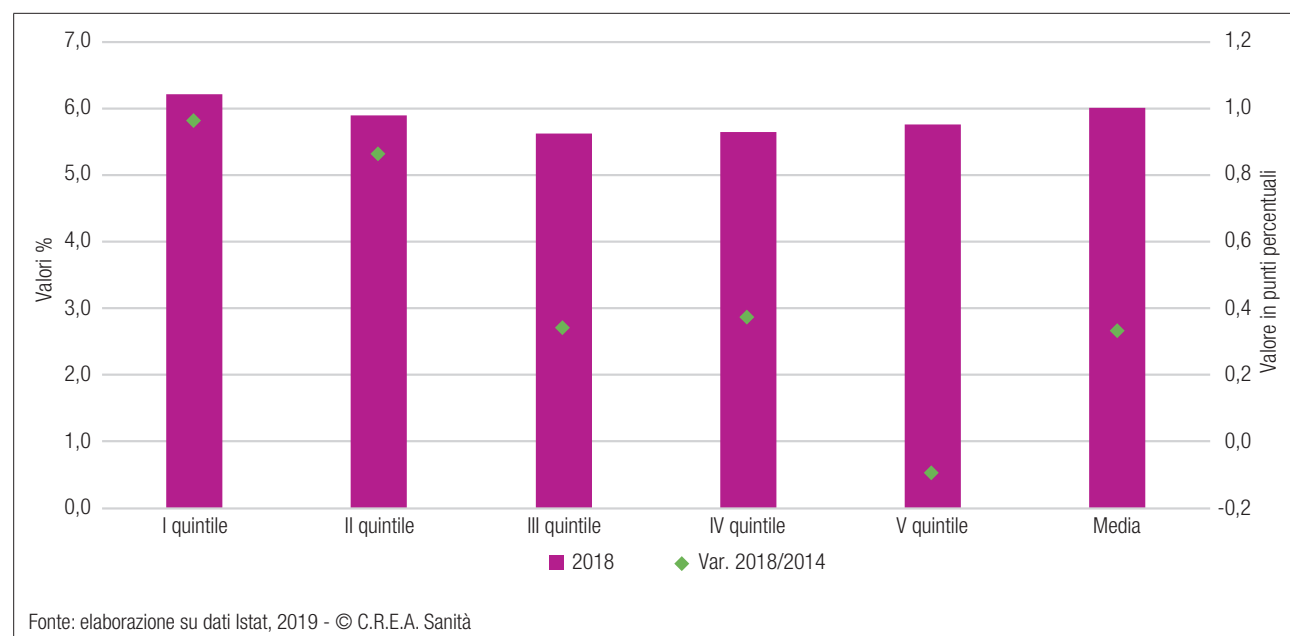


Figura 4a.4. Incidenza della spesa effettiva per consumi sanitari su quella totale e variazione per quintile di consumo



Ne segue che l'incidenza della spesa sanitaria "effettiva" sui consumi totali (Figura 4a.4.) è aumentata in media di 0,3 punti percentuali rispetto al 2014, ma l'incremento maggiore si registra per le famiglie del I e II quintile (+1,0 e +0,9 punti percentuali rispet-

tivamente); quelle del III e IV invece hanno registrato un minor incremento (+0,3 e +0,4 punti percentuali rispettivamente); e quelle dell'ultimo registrano una seppur minima riduzione, pari a 0,1 punti percentuali.

Figura 4a.5. Incidenza effettiva della spesa per consumi sanitari su quella totale, per quintile di consumo

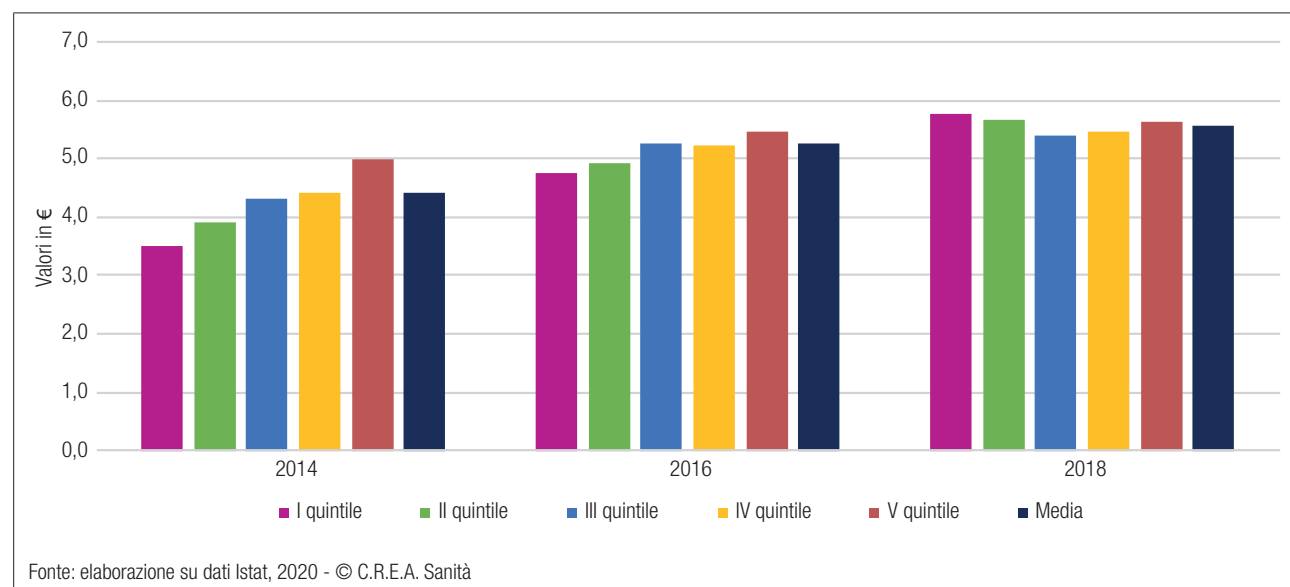
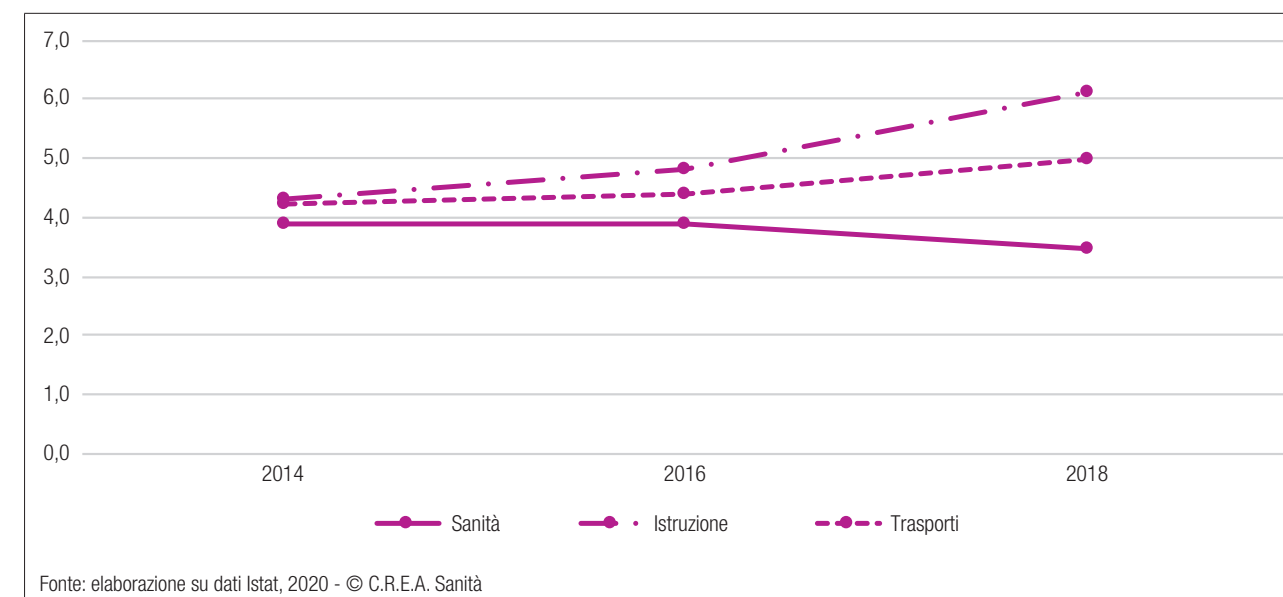


Figura 4a.6. Rapporto di spesa familiare effettiva per consumi (Sanità, Istruzione e Trasporti) tra I e V quintile



In definitiva, si conferma quanto già riscontrato nel 2017, ovvero che l'incidenza della spesa sanitaria "effettiva" sui consumi nel 2018 non varia significativamente nei diversi quintili di consumo: si passa da un valore massimo pari al 5,8% per le famiglie del I quintile, al 5,7% di quelle del II, al 5,4% di quelle del III, al 5,5% di quelle del IV e al 5,6% per quelle dell'ultimo (Figura 4a.5.). Come anticipato, il fenomeno deriva, in particolare, da un incremento nel tempo dell'incidenza per le famiglie dei primi due quintili.

Osserviamo che l'invarianza, in media, della incidenza nei vari quintili, risulta in contrasto con la natura di "bene di lusso", che normalmente viene associata alla assistenza sanitaria e che ancora si riscontrava nel 2014: se l'incidenza dei consumi non cresce più che proporzionalmente rispetto al reddito, neppure diminuisce, segnalando un vulnus nella logica di tutela che dovrebbe caratterizzare il SSN.

Complessivamente, osserviamo che la spesa media per consumi sanitari delle famiglie (che hanno consumi sanitari) dell'ultimo quintile, nel 2018, è 3,5 volte maggiore di quella sostenuta dalle famiglie del primo quintile.

Analizzando la questione in termini dinamici, osserviamo come, rispetto al 2014, per la Sanità il *gap* si è ridotto, passando da 3,9 a 3,5, mentre negli altri

due settori considerati, il *gap* è invece cresciuto di 1,8 volte per l'Istruzione e di 0,8 volte per i Trasporti (4,3 e 4,2 rispettivamente nel 2014).

In Sanità il *gap* si è ridotto nel tempo perché, come anticipato, è cresciuta la spesa sostenuta dalle famiglie meno abbienti. Per le famiglie del I e II quintile la spesa media per consumi sanitari è cresciuta circa del 16 %, contro il 3,7% per quelle dell'ultimo; nel caso dei consumi per l'Istruzione si è ridotta nei primi due quintili (-5,2% e -22,3% rispettivamente) ed è aumentata negli ultimi due (+20,4% e +38,7% rispettivamente); infine, nel caso dei Trasporti si è ridotta per le famiglie del I quintile (-7,5%) ed è cresciuta progressivamente in tutti gli altri, con un incremento minimo del +3,5% per le famiglie del II quintile ed uno massimo del 20,1% per quelle dell'ultimo (Figura 4a.7.).

Volendo trarre una conclusione da questi andamenti, potremmo dire che si coglie l'effetto redistributivo del SSN, osservando che in Sanità la disparità fra quintili è minore che negli altri settori; ma allo stesso tempo ci sono evidenze del fatto che si stia sviluppando un processo iniquo, che vede crescere l'onere diretto sulle famiglie meno abbienti, più che su quelle abbienti; se in Sanità è difficile che si tratti di meccanismi di *drop out*, questo è invece il

rischio nell'Istruzione: in questo caso le famiglie più abbienti investono molto più delle altre in istruzione, creando un crescente distacco dalle altre: sebbene l'istruzione esuli dai confini del Rapporto, per inciso osserviamo che, seppure non si evidenzia un aumento dell'onere per i meno abbienti, nondimeno si può paventare l'esistenza di una crescente iniquità, legata alla qualità dei servizi; quest'ultima genera una crescente tendenza al *drop out* da parte delle famiglie che possono permetterselo (peraltro questo meccanismo si riscontra anche in Sanità, però su un settore specifico, ovvero quello dell'odontoiatria, che rimane appannaggio dei più "ricchi"). In definitiva, gli elementi di analisi a disposizione sembrano segnalare una crescente incapacità del sistema di welfare italiano di mettere in atto politiche equitative efficaci, specialmente nel caso di Sanità e Istruzione, e con qualche problematicità in meno nel caso dei Trasporti (dove comunque l'onere, seppure distribuito sui quintili, appare crescente per tutte le famiglie).

Dall'analisi del dato per area geografica, si conferma come la spesa media annua familiare "effettiva" per consumi sanitari è massima nel Nord-Ovest (€ 2.091,3) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.529,1), con un gap tra queste due ripartizioni pari al 33%,

leggermente inferiore a quello relativo che si registra per i consumi familiari complessivi (37%); considerando invece i consumi totali delle sole famiglie che sostengono spesa per consumi sanitari, tale gap risulta essere sostanzialmente allineato.

A livello regionale il *gap* di spesa sanitaria privata tra i due quintili estremi varia da un valore massimo, pari al 5,8%, riscontrato in Piemonte, ad uno minimo, pari a 2,1, della Basilicata.

Il profilo del consumo sanitario delle famiglie

Analizzando nel dettaglio il profilo di consumo delle famiglie, si osserva come il 76,4% di quelle che effettuano spese sanitarie acquista farmaci, il 38,8% prestazioni specialistiche e/o di ricovero, il 26,3% prestazioni diagnostiche, il 20,4% cure odontoiatriche.

Rispetto al 2014, si è ridotta di circa 6 punti percentuali la quota di famiglie che spendono per farmaci, ed è aumentata di oltre 9 punti percentuali la quota di quelle che spendono per il dentista.

Nel Mezzogiorno la quota di famiglie che spende privatamente per farmaci arriva all'82,2%; nel Nord arriva al 37,8% la quota di famiglie che spendono per cure odontoiatriche (Figura 4a.9.).

Figura 4a.7. Differenza 2018/2014 di spesa effettiva familiare per consumi (Sanità, Istruzione e Trasporti)

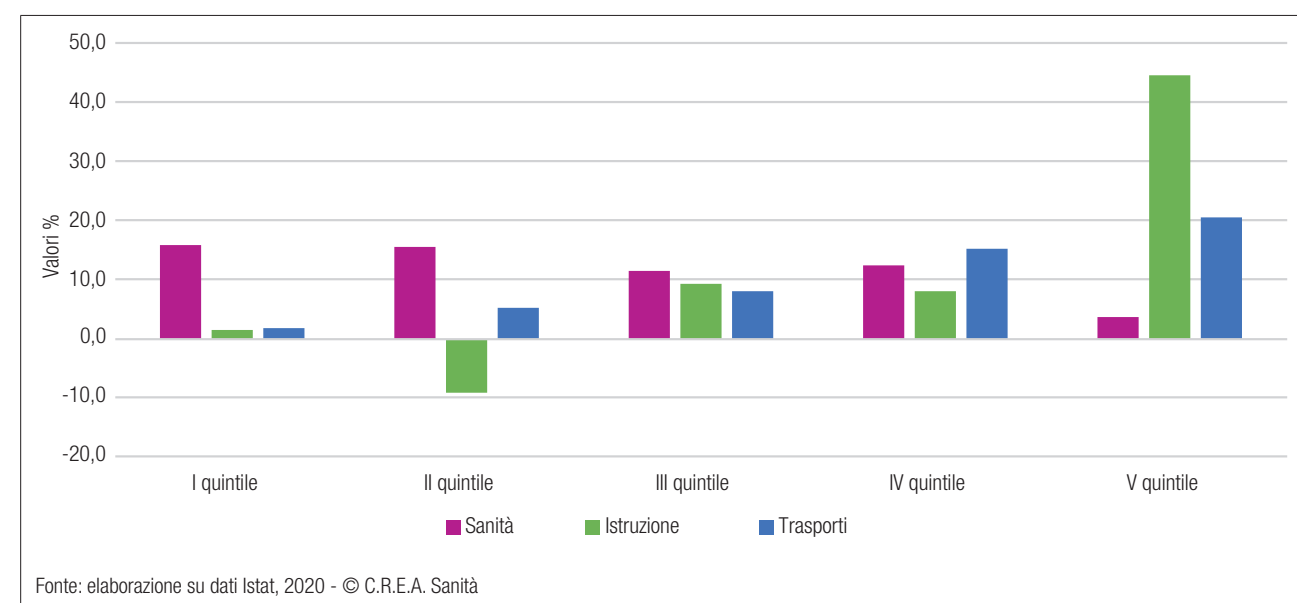


Figura 4a.8. Differenza 2018/2014 di spesa familiare per consumi (Sanità, Istruzione e Trasporti)

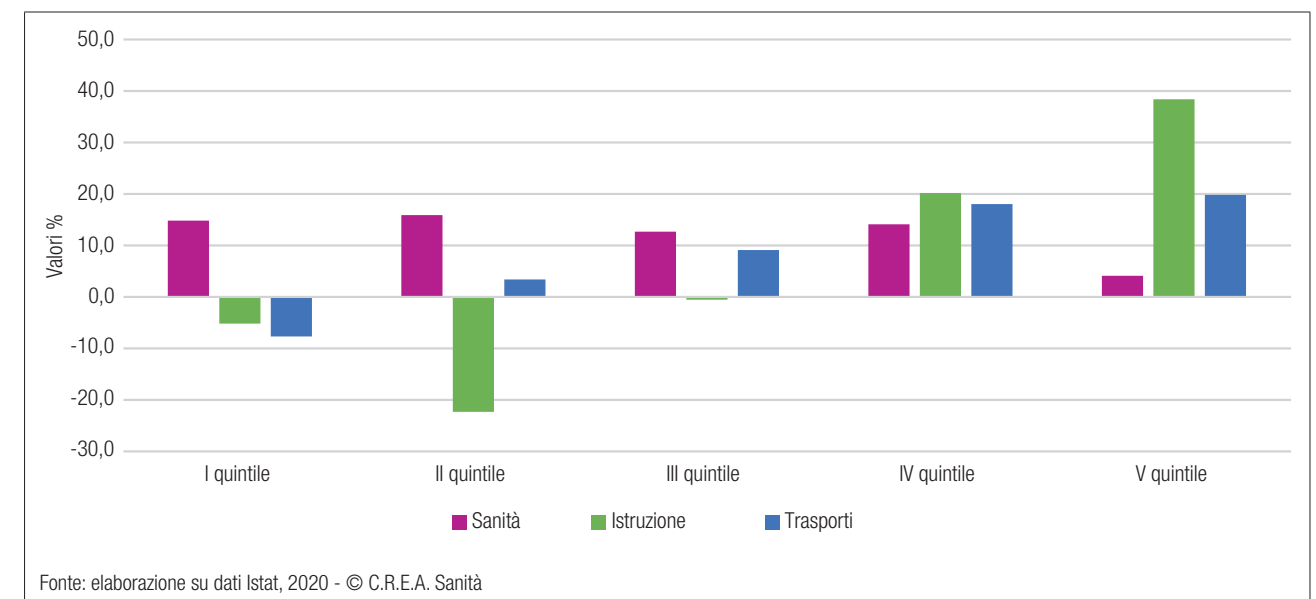
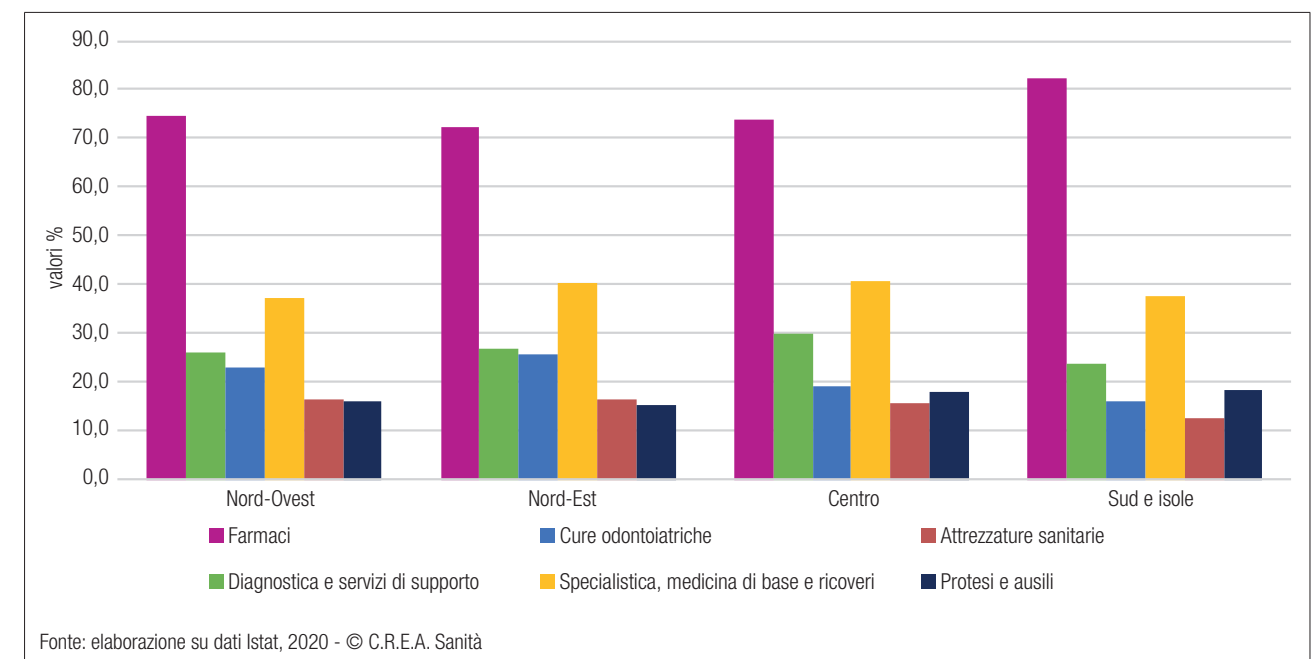


Figura 4a.9. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e ripartizione geografica. Anno 2018



Fra le famiglie dei quintili inferiori è maggiore la quota che spende per farmaci e visite specialistiche; nei quintili più alti aumenta la quota di famiglie che acquistano prestazioni diagnostiche e cure odontoiatriche (Figura 4a.10.).

In termini di spesa, i farmaci rappresentano stabilmente la quota maggiore di spesa sanitaria pri-

vata, pari al 40,5%, (40,6% nel 2017); seguono le cure odontoiatriche con il 22,9% (24,1% nel 2017), le visite specialistiche, medicina generale e ricoveri con il 15,0% (invariato rispetto all'anno precedente), le attrezzature terapeutiche con il 10,0% (9,5% nel 2017), e l'acquisto di presidi e ausili è rimasta sostanzialmente invariato e pari al 3,4%.

Nel periodo 2014-2018, analizzando il dato per voce di consumo si osserva come si è ridotta la spesa media "effettiva" per "Protesi e ausili", diagnostica e farmaci, rispettivamente del -56,2%, -13,1% e -7,1%, mentre è aumentata del 21,2% quella per il dentista e del 4,3% quella per visite specialistiche e/o ricoveri.

Dall'analisi per quintile di consumo delle famiglie,

risulta che, per le famiglie del I quintile la spesa per i farmaci rappresenta il 51,2% di quella sanitaria totale, mentre quelle per il dentista il 12,0% (poco più della metà rispetto al valore medio nazionale).

Le famiglie dell'ultimo quintile, al contrario, destinano il 30,8% della spesa per consumi sanitari alle cure odontoiatriche ed il 32,5% ai farmaci (Figura 4a.11.).

Figura 4a.10. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e quintile di consumo. Anno 2018

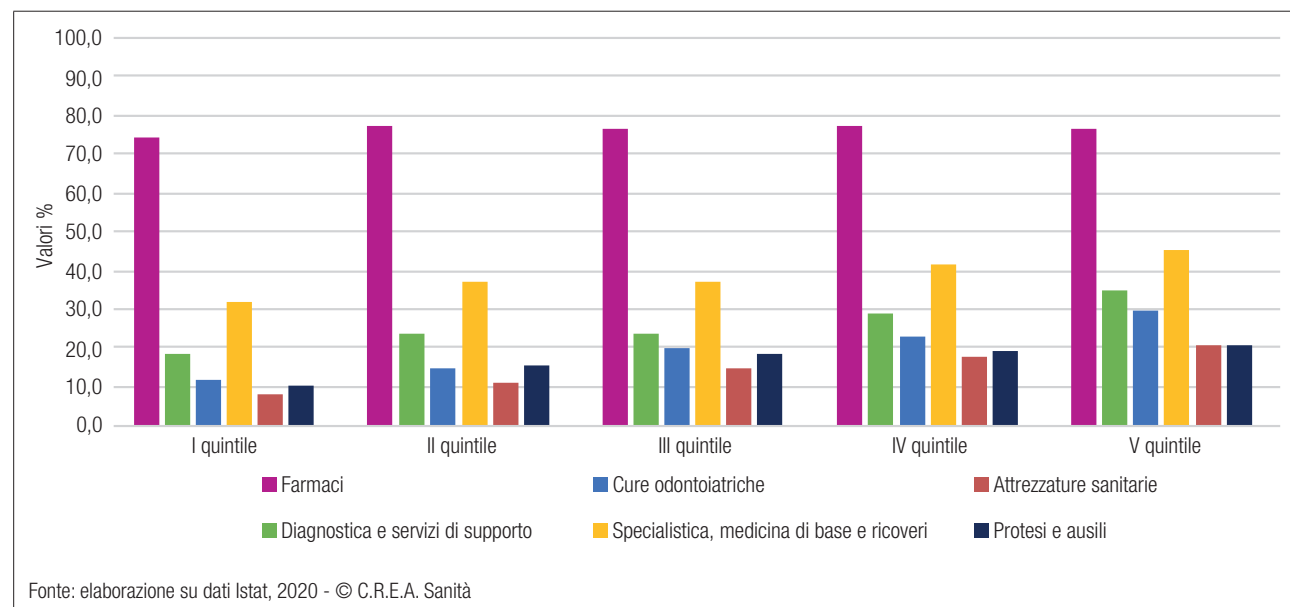


Figura 4a.11. Composizione della spesa media annua effettiva delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e quintile di consumo. Anno 2018

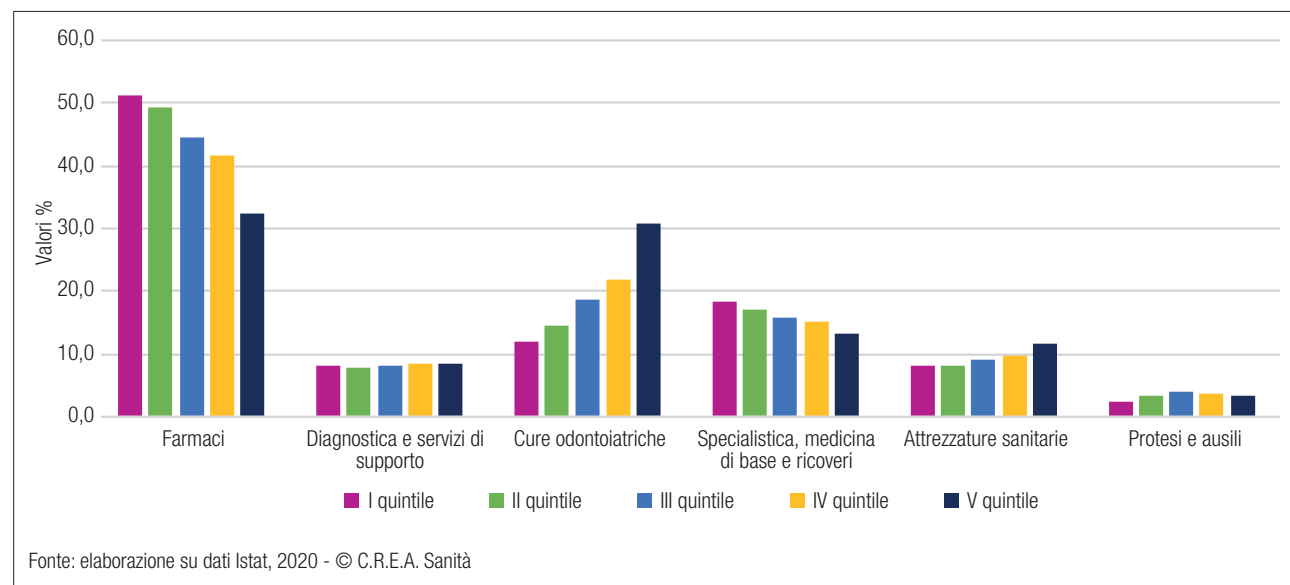
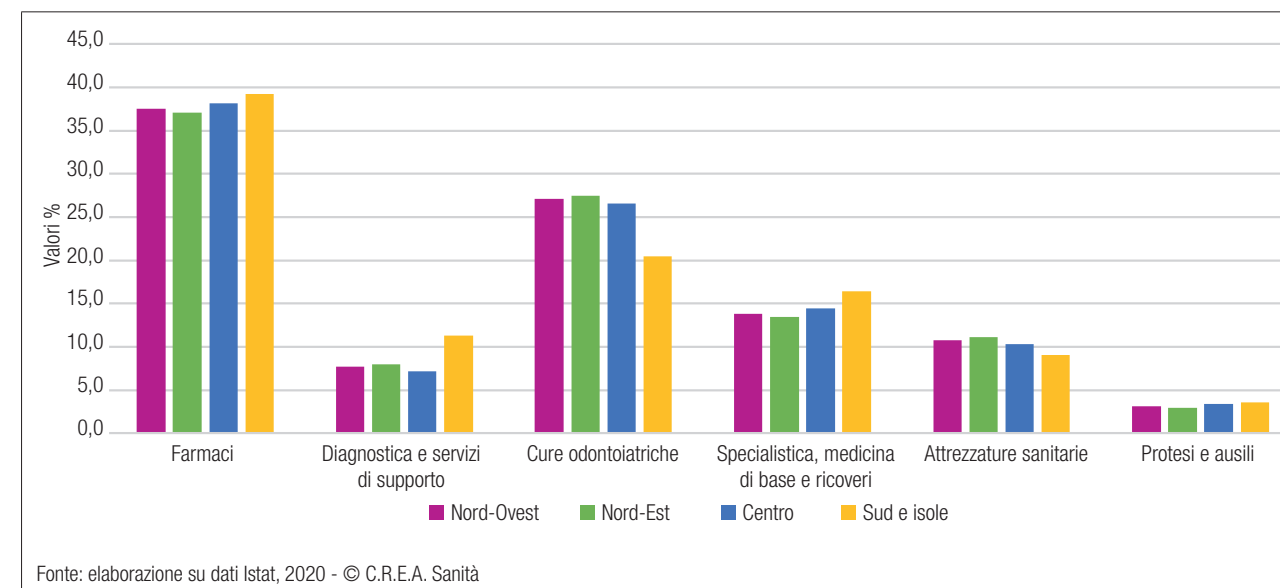


Figura 4a.12. Composizione della spesa media annua effettiva delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e ripartizione geografica. Anno 2018



Prendendo in considerazione l'aspetto geografico (Figura 4a.12.), la quota maggiore di spesa farmaceutica si registra nel Mezzogiorno (38,4%), quella per il dentista nel Nord-Est (27,2%), quella per le visite di controllo e per le prestazioni diagnostiche nel Mezzogiorno (17,5% e 12,2% rispettivamente).

In definitiva, si conferma come i farmaci rappresentano la voce di spesa più frequentemente sostenuta, seguita dalla specialistica e dalle cure odontoiatriche: per la specialistica e l'odontoiatria si conferma una maggiore propensione al consumo per le famiglie appartenenti agli ultimi quintili, che per il dentista si associa a evidenti barriere all'accesso per le famiglie meno abbienti.

Rispetto al 2014 non si sono riscontrate sostanziali differenze nella composizione del consumo, se non una tendenza ad un crescente ricorso alla spesa diretta per le visite specialistiche ed il dentista.

4a.4. L'equità dei SSR: impoverimento

Nel 2018 l'incidenza nazionale del fenomeno dell'impoverimento dovuto ai consumi sanitari diretti è pari all'1,74%, interessando 449.939 nuclei familiari: 11.429 in più rispetto all'anno precedente (2,2% di quelle che effettuano consumi sanitari).

L'impoverimento coinvolge le famiglie dei quintili più bassi (I e II): il 12,6% di quelle del I quintile che sostengono spese per consumi sanitari e l'1,2% di quelle del II.

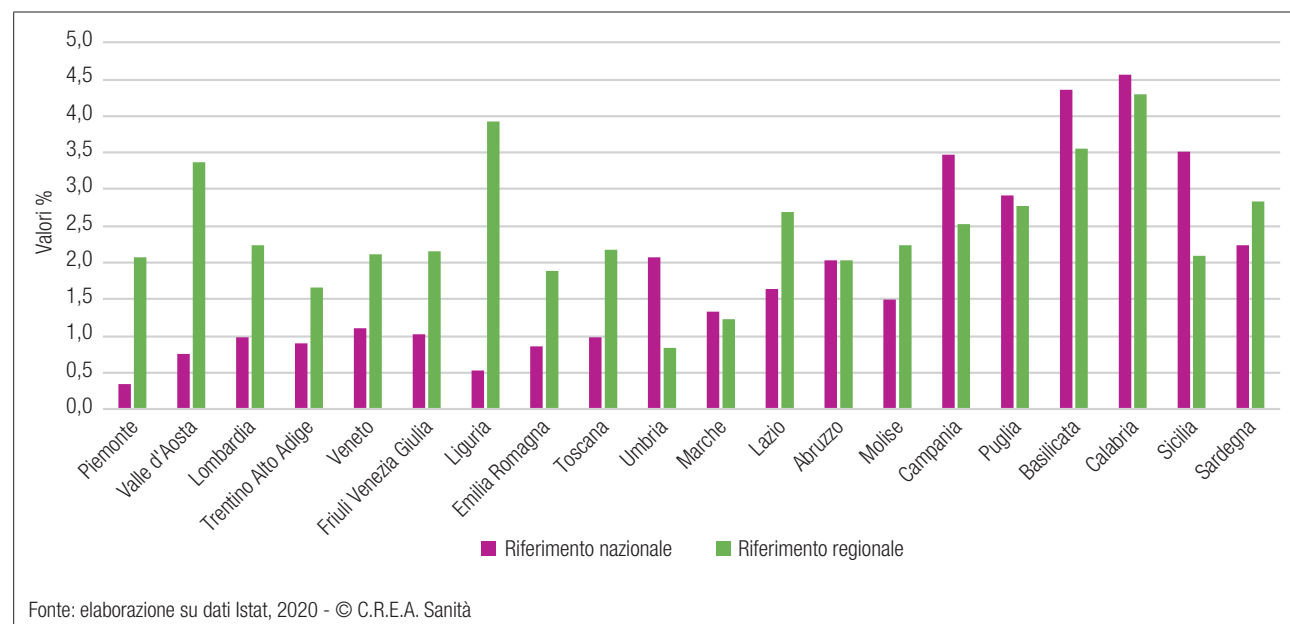
Rispetto al 2014 si è registrata una crescita dell'impoverimento per spese sanitarie di 0,5 punti percentuali. Rapportando il dato alle sole famiglie che sostengono spese sanitarie, il 2,2% risultano impoverite nel 2018, a fronte del 2,0% del 2014.

Le famiglie residenti nel Mezzogiorno continuano ad essere le più colpite: 3,3% (0,1 punti percentuale in più rispetto al 2017 e 0,3 rispetto al 2014), contro l'1,4% di quelle del Centro (0,3 p.p. in più rispetto al 2017), l'1,0% di quelle del Nord-Est (invariato rispetto all'anno precedente) e lo 0,8% di quelle del Nord-Ovest (0,2 p.p. in più rispetto al 2017).

Calabria e Basilicata risultano essere le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 4,6%, ed il 4,4%; Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente con lo 0,3%, 0,5% e 0,7%.

Applicando soglie di povertà relativa regionali, la misura del fenomeno dell'impoverimento registra 610.396 famiglie impoverite (2,4% delle famiglie), ovvero circa 160.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard" (Figura 4a.13.).

Figura 4a.13. Quota famiglie impoverite. Anno 2018



L'applicazione delle soglie regionali riduce in maniera importante le differenze di incidenza tra le ripartizioni geografiche; l'aumento interessa soprattutto le Regioni del Nord-Ovest (l'incidenza passa dallo 0,8% al 2,4%), seguite da quelle del Nord-Est (si passa dall'1,0% al 2,0%); in quelle del Mezzogiorno si assiste invece ad una riduzione di 0,7 p.p.. Il valore massimo si raggiunge in Calabria, dove il 4,3% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo in Umbria, con lo 0,8%.

Analizzando la composizione dei consumi sanitari delle famiglie impoverite si osserva come destinato ai farmaci una quota superiore a quella media (47,8%), e una inferiore alle cure odontoiatriche (19,6%), rimanendo in media nazionale per visite specialistiche, medicina generale e ricoveri (15,4%) e attrezzature sanitarie e protesi e ausili (9,6%).

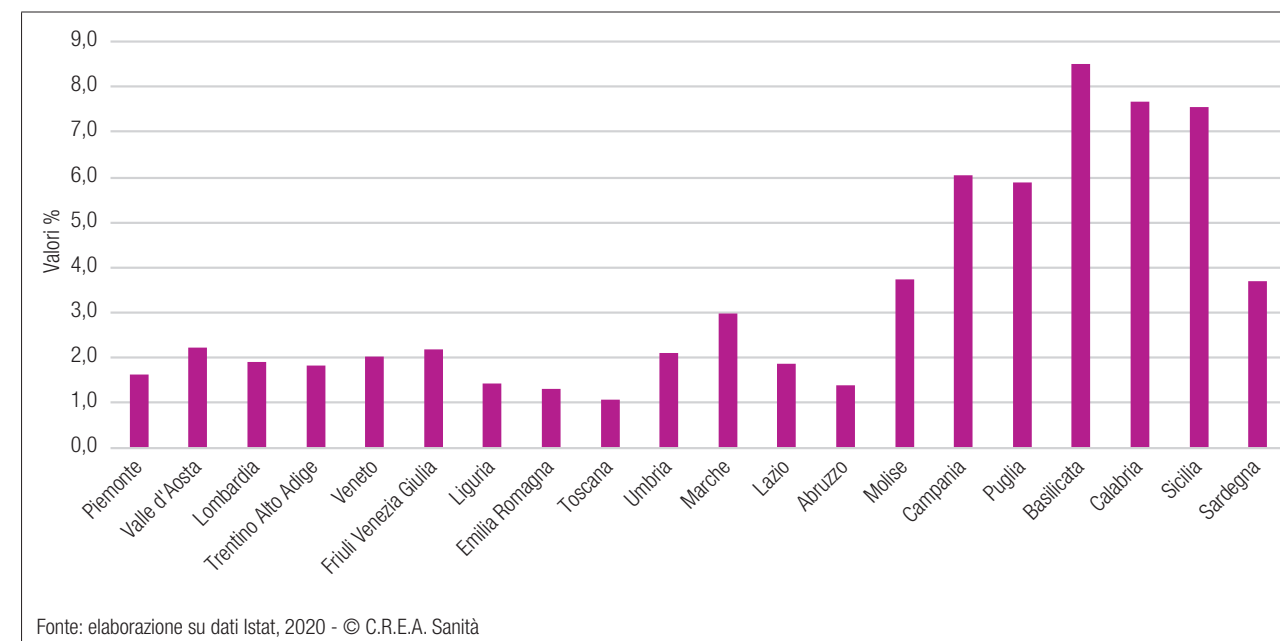
In sintesi, aumenta l'impoverimento, che rimane un problema essenzialmente del meridione, sebbene in termini relativi riguardi anche il settentrione. Le famiglie impoverite non si possono evidentemente permettere l'odontoiatria privata: essenzialmente si impoveriscono a causa di acquisti di farmaci.

4a.5. L'equità dei SSR: spese catastrofiche

A differenza di quanto riscontrato per il fenomeno dell'impoverimento, quello delle spese sanitarie catastrofiche (definite come quelle che incidono per oltre il 40% della *Capacity To Pay* delle famiglie) si è ridotto rispetto all'anno precedente, coinvolgendo il 3,1% delle famiglie residenti (il 4,0% di quelle che sostengono consumi sanitari): le famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche sono 811.012 (quasi 15.000 nuclei in meno rispetto all'anno precedente). Il Mezzogiorno continua ad essere la ripartizione più colpita, con il 6,2% delle famiglie, seguono il Centro ed Nord con l'1,8%. Rispetto all'anno precedente è aumentata la quota delle famiglie residenti nel Mezzogiorno e si è ridotta quella relativa alle famiglie del Nord; nel Centro l'incidenza del fenomeno è rimasta sostanzialmente invariata (Figura 4a.14.).

Le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Basilicata, Calabria e Sicilia (8,5%, 7,7% e 7,6% rispettivamente); ne sono quasi esenti Toscana (1,1%) e Abruzzo (1,4%).

Figura 4a.14. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche. Anno 2018



Le spese catastrofiche sono distribuite fra tutti i quintili di consumo, sebbene incidano maggiormente (9,9%) nel I quintile, del 2,5% fra quelle del II, dell'1,1% fra quelle del III, dello 0,9% fra quelle del IV e dell'1,2% fra quelle dell'ultimo (Figura 4a.15.). Rispetto all'anno precedente si è registrata una ridu-

zione di incidenza negli ultimi due quintili.

Rispetto al 2014, si evidenzia una riduzione delle famiglie soggette a spese catastrofiche, che ha interessato in particolare le famiglie del IV e V quintile di consumo.

Figura 4a.15. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche per quintile di consumo

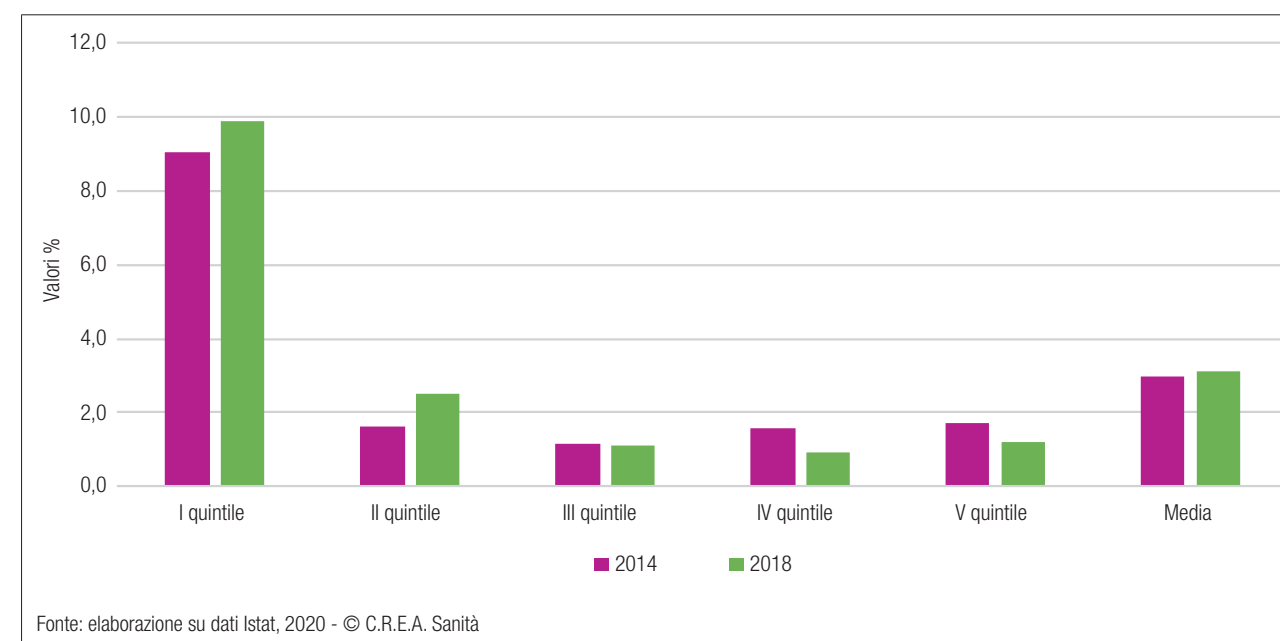
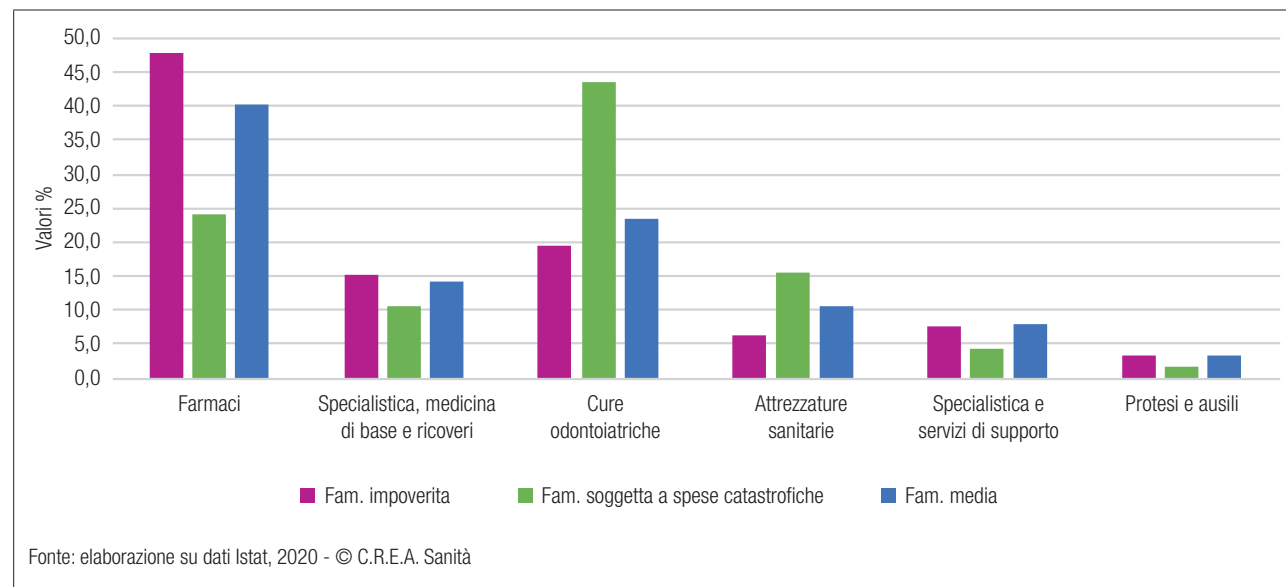


Figura 4a.16. Composizione consumi sanitari famiglie impoverite e soggette a spese catastrofiche per tipo di voce. Anno 2018



Le famiglie soggette a spese catastrofiche destinano quasi la metà (43,7%) dei propri consumi sanitari alle cure odontoiatriche, e il 24,2% ai farmaci; molto poco impattanti risultano le spese per l'assistenza ambulatoriale specialistica, nonché a protesi e ausili (Figura 4a.16.).

In sintesi, si riduce il fenomeno delle spese catastrofiche, che è prevalentemente un problema del meridione, ma colpisce anche il settentrione: in particolare è determinato dalle spese per il dentista.

4a.6. L'equità dei SSR: disagio economico

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Sanità, è stato elaborato, per il 2018, l'indicatore aggregato di "disagio economico" delle famiglie (relativo all'impatto delle spese associate ai consumi sanitari), che somma i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese per i consumi sanitari (come sopra definite).

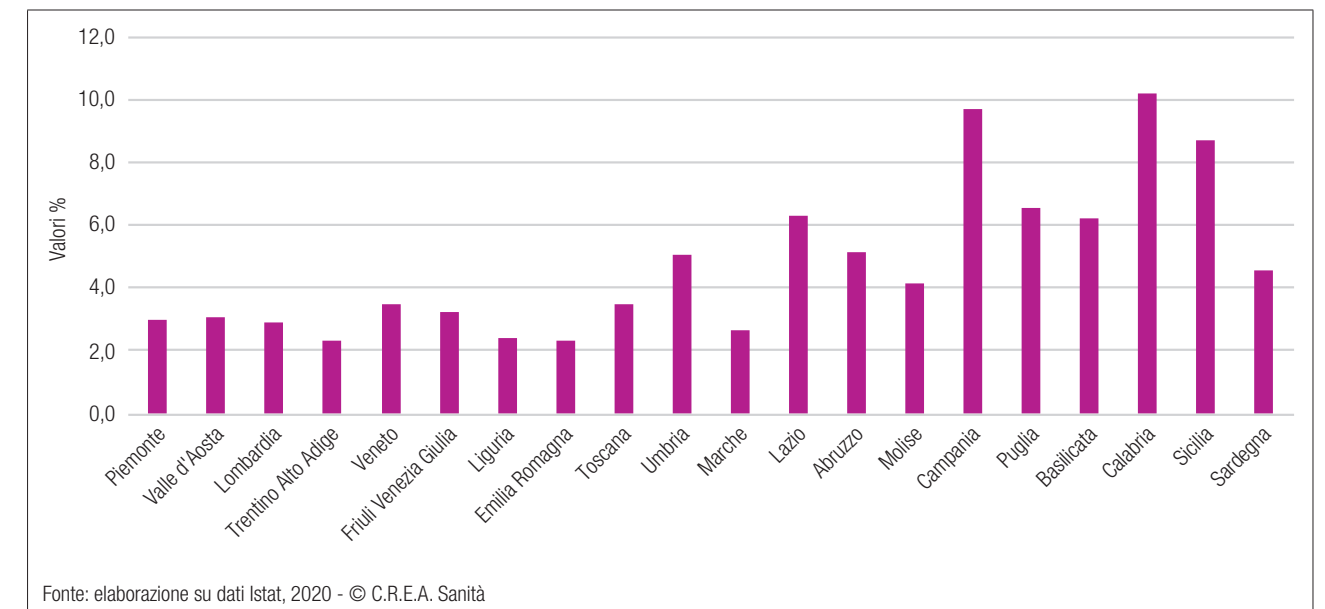
Nell'analisi dell'indicatore va tenuto conto del fatto che una parte delle famiglie senza consumi sanitari

potrebbero non averne avuto bisogno, o avere una assicurazione (cosa peraltro improbabile nei primi quintili); d'altra parte che non si considera le rinunce parziali a sostenere spese sanitarie e non si colgono i casi di rinunce "ripetute", ovvero chi non sostiene negli anni alcuna spesa per consumi sanitari.

Con i caveat espressi, la quota di famiglie che nel 2018 ha sperimentato un disagio economico a causa di consumi sanitari è pari al 4,9% delle famiglie (Figura 4a.17.), con una riduzione di 0,9 punti percentuali rispetto all'anno precedente. È significativamente superiore nel Sud del Paese (7,9% a fronte dell'8,3% dell'anno precedente); segue il Centro (4,9% a fronte del 5,9% del 2017) e il Nord (2,7% a fronte del 4,1% del 2017).

Calabria e Campania risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico dovuto ai consumi sanitari: rispettivamente il 10,2% ed il 9,7% delle famiglie; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige, dove solo il 2,3% delle famiglie residenti sperimentano condizioni di disagio economico, e l'Emilia Romagna con il 2,3%.

Figura 4a.17. Quota di disagio economico. Anno 2018



4a.7. Conclusioni

La spesa privata "effettiva" delle famiglie, destinata ai consumi sanitari, si è sensibilmente ridotta (-0,9%) rispetto all'anno precedente, raggiungendo, nel 2018, € 1.850,5 pari al 5,6% dei consumi totali (stessa incidenza rispetto dello scorso anno).

L'incidenza sui consumi delle spese sanitarie è omogenea fra i quintili, passando dal 5,8% per le famiglie del I quintile al 5,6% per quelle dell'ultimo.

Questo fenomeno è il frutto di un progressivo aumento dell'incidenza nei quintili più bassi.

A questo fenomeno si associa quello di una minore incidenza di "nuove" rinunce alle spese per consumi sanitari, soprattutto per i meno abbienti: l'aumento della spesa per consumi sanitari si associa, però, ad una riduzione degli altri consumi.

Dall'analisi del dato per area geografica, si conferma che la spesa media annua familiare "effettiva" per consumi sanitari è massima nel Nord-Ovest (€ 2.091,3) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.529,1), con un *gap* che raggiunge il 33%, di poco inferiore a quello relativo ai consumi familiari complessivi (37%).

Si osserva, altresì, che la spesa "effettiva" familiare per consumi sanitari delle famiglie dell'ultimo

quintile è quasi quattro volte maggiore di quella sostenuta dalle famiglie del primo quintile.

Confrontando il *gap* di spesa per i consumi sanitari con quello che si registra per Istruzione e Trasporti, si osserva come quello per la Sanità sia inferiore, ma perché nel tempo è aumentata la spesa media familiare effettiva sostenuta dalle famiglie dei quintili meno abbienti (di circa il 16% nel periodo 2014-2018); di contro, negli altri due settori la crescita di spesa è proporzionale alle capacità di consumo delle famiglie.

Volendo trarre una conclusione da questi andamenti, potremmo dire che in Sanità si sta sviluppando un processo iniquo, con un sempre maggiore onere sulle famiglie meno abbienti; che anche nell'istruzione sembra determinarsi uno sviluppo iniquo, seppure di altro tipo, con le famiglie più abbienti che investono molto più delle altre in istruzione dei figli; meno problematica appare invece lo sviluppo nel caso dei Trasporti.

A livello regionale il *gap* di spesa, fra le famiglie nei quintili estremi, è di oltre 4 volte in Piemonte, Emilia Romagna e Umbria, ed è inferiore a 3 volte in quelle del Sud (Puglia, Sardegna, Campania, Abruzzo, Basilicata).

Nel 2018, l'incidenza del fenomeno di impoveri-

mento per spese sanitarie è pari all'1,74%, interessando 449.939 nuclei familiari: 11.429 in più rispetto all'anno precedente (2,2% di quelle che effettuano consumi sanitari), continuando a coinvolgere soprattutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno (3,4%).

Calabria e Basilicata risultano essere le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 4,6%, ed il 4,4%; Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente con lo 0,3%, 0,5% e 0,7%.

Applicando soglie di povertà relativa regionali la misura delle famiglie dell'impoverite aumenta, attivando a 610.396 famiglie impoverite (2,4% del totale), ovvero circa 160.000 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard"; il valore massimo si raggiunge in Calabria, dove il 4,3% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo in Umbria, con lo 0,8%.

Il fenomeno della catastroficità si è, invece, ridotto, mantenendo una più alta incidenza nel Sud; Le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Basilicata, Calabria e Sicilia (8,5%, 7,7% e 7,6% rispettivamente); ne sono quasi esenti Toscana (1,1%) e Abruzzo (1,4%).

L'indicatore aggregato che abbiamo definito di "disagio economico per i consumi sanitari" si è ridotto a livello nazionale di 0,9 punti percentuali nell'ultimo anno, raggiungendo un valore del 4,9% (delle famiglie); è significativamente superiore nel Sud del Paese (7,9%, a fronte dell'8,3% dell'anno precedente); segue il Centro (4,9%, a fronte del 5,9% del 2017) e il Nord (2,7%, a fronte del 4,1% del 2017).

Calabria e Campania risultano essere le Regioni

con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico per i consumi sanitari: rispettivamente il 10,2% ed il 9,7% delle famiglie; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige, dove solo il 2,3% delle famiglie residenti sono in condizioni di disagio, e l'Emilia Romagna con il 2,3%.

In sintesi, la dinamica degli indicatori proposti, sembra dimostrare una crescente incapacità del sistema di welfare italiano di mettere in atto politiche equitative efficaci, specialmente nel caso di Sanità e Istruzione; in Sanità, crescono le problematiche di accesso, seppure con alcuni dati positivi (i fenomeni di catastroficità e disagio economico, si riducono leggermente); colpisce in particolare come la riduzione del gap di spesa fra i quintili estremi sia dovuto ad un incremento di onere per le famiglie meno abbienti: in pratica, queste rinunciano meno a sostenere consumi sanitari, ma a scapito di altri consumi, che si riducono proporzionalmente.

La crescita delle disuguaglianze, che in Sanità condiziona fortemente la capacità di accesso e quindi di tutela della propria Salute, è comune anche ad altri settori del Welfare italiano fortemente meritori, quale quello dell'istruzione: ma i meccanismi di azione risultano affatto sovrapponibili, confermando così che politiche equitative efficaci devono essere ritagliate sulle specificità dei settori di intervento, oltre che dei bisogni e dei comportamenti delle famiglie.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari), Rapporto Sanità Istat (anni vari), Indagine 'Spesa delle famiglie'

ENGLISH SUMMARY

Chapter 4a analyses the health consumption and expenditures directly incurred by households. Their trends over time have been studied in deep.

Furthermore, an attempt has been made to assess the level of actual protection provided by the National Health Service (NHS) with respect to the disease-related economic risks: the incidence of the impoverishment caused by healthcare expenditures, as well as the impact of catastrophic health expenditures (seen as "excess" of healthcare expenditures incidence on family budgets) have been evaluated; moreover an indicator of the households "economic distress" caused by healthcare expenditure has been proposed.

Finally the health expenditure gap between households belonging to the first and last quintile has been elaborated and compared with those experienced in education and transportations.

In quantitative terms, we note that households' "actual" health expenditure keeps on decreasing (-0,9% compared to 2017) and currently accounts for 5.6% of total consumption (same incidence than in the previous year), with a 5.8% incidence rate for the households in the first quintile to a 5.6% incidence rate for those of the last quintile.

According with the previous year, the highest incidence rate is recorded in the North-West of Italy, while the lowest one in the South.

Compared to 2014, there was, mainly for families of lower consume quintiles, a growth of health expenditure higher than overall expenditures.

In particular, the households of the first two quintiles recorded a growth in health consumption and, at the same time, a reduction in total consumption, with a worsening of the health consumption incidence. Conversely, the households of the third, fourth and latter quintile increased their consumption in the

period considered and reduced those intended for health.

Hence, compared to 2014, spending on health consumption increased for the poorest quintiles and decreased for the richest ones, while total consumption decreased for the former and increased for the latter.

The ratio between expenditures of first and latter quintile is lower for healthcare expenditure than for instruction and transports expenditures, and is decreased from 2014, differently from the other two sector analysed. But the phenomenon is due to the growth of expenditures in the lower quintiles.

In 2018, the incidence of impoverishment for healthcare expenditures was 1.7% and increased by 0.2 percentage points compared to 2014, thus continuing to affect mainly the families living in the South of Italy (3.3%).

Calabria and Basilicata are the Regions most affected by impoverishment, while Piemonte, Liguria and Valle d'Aosta are the least affected ones. By implementing regional relative poverty thresholds, the differences in incidence between Regions decrease. The incidence rate increases in Northern Regions and decreases in Southern Regions. The maximum value is reached in the Calabria Region, where 4.3% of households are impoverished, while the minimum value is recorded in the Umbria Region, where only 0.8% of households are impoverished.

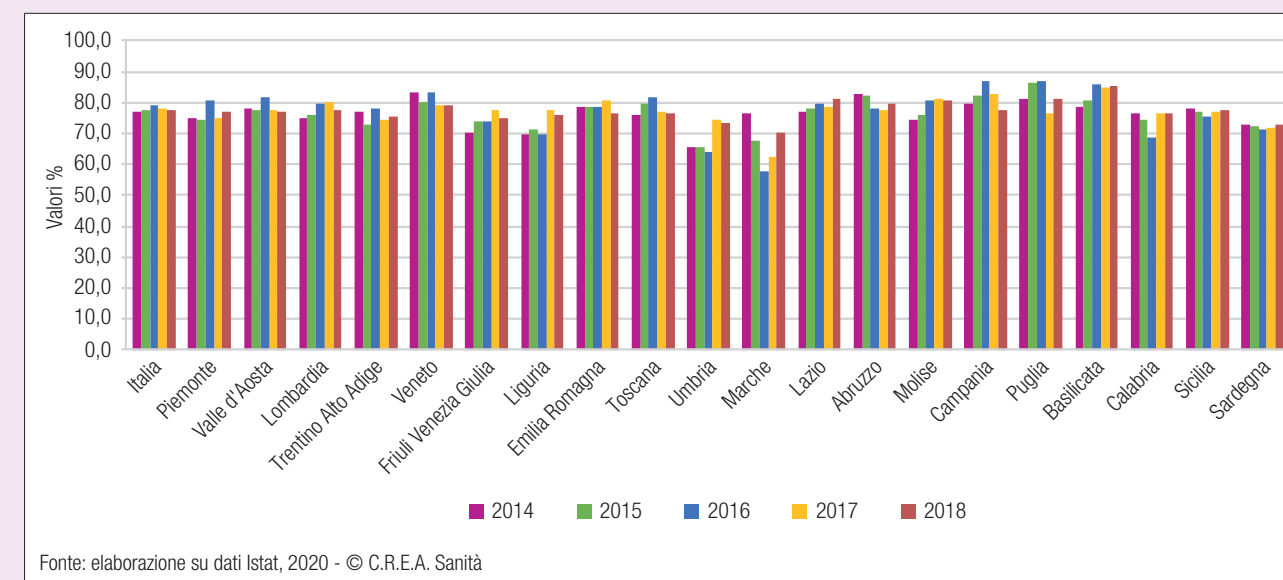
The phenomenon of catastrophic health expenditures has also decreased, by maintaining a higher incidence in the South. The Regions most affected by this phenomenon are Basilicata, Calabria and Sicilia, while Toscana and Abruzzo are almost "exempted" from it.

The incidence of "economic distress caused by healthcare spending" decreased nationally by 0.9

percentage points last year, reaching a 4.9% incidence. It was significantly higher in the South of Italy, followed by Central and Northern Italy. Calabria and Campania are the Regions with the highest incidence of hardship and distress. At the other extreme we find Trentino Alto Adige and Emilia Romagna.

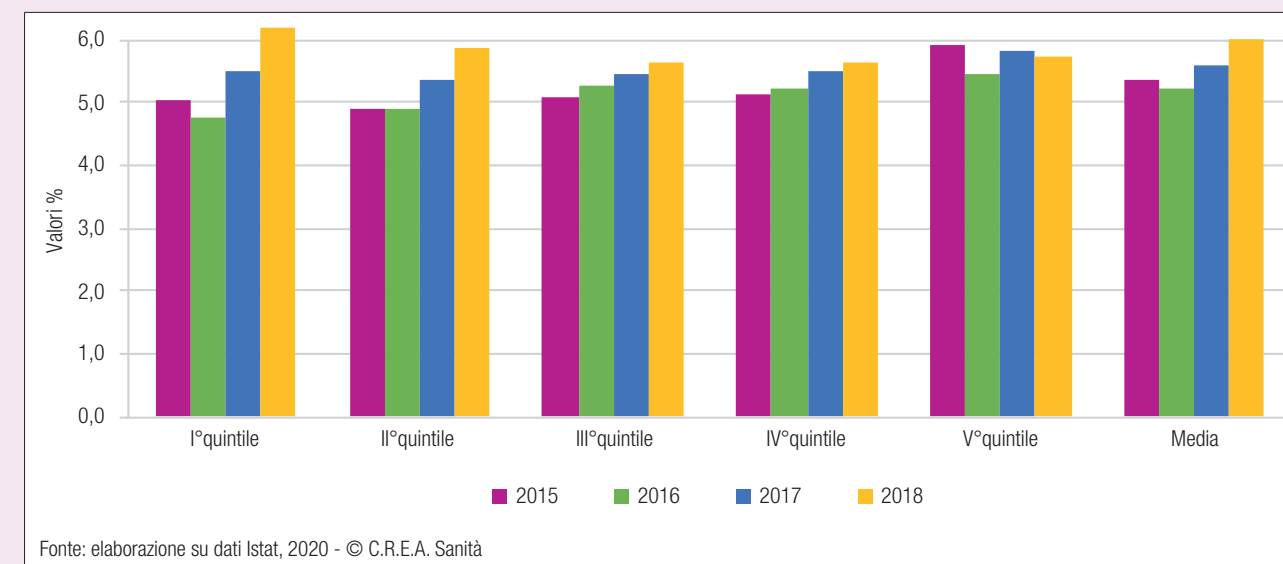
Hence all the analyses made seem to agree on the fact that, although an improvement in some measures, inequality increased both compared to 2014 and last year: generally speaking, we observe a deterioration in the effectiveness of the policies for equity in the Italian Welfare system.

KI 4a.1. Quota famiglie che sostengono spese per consumi sanitari



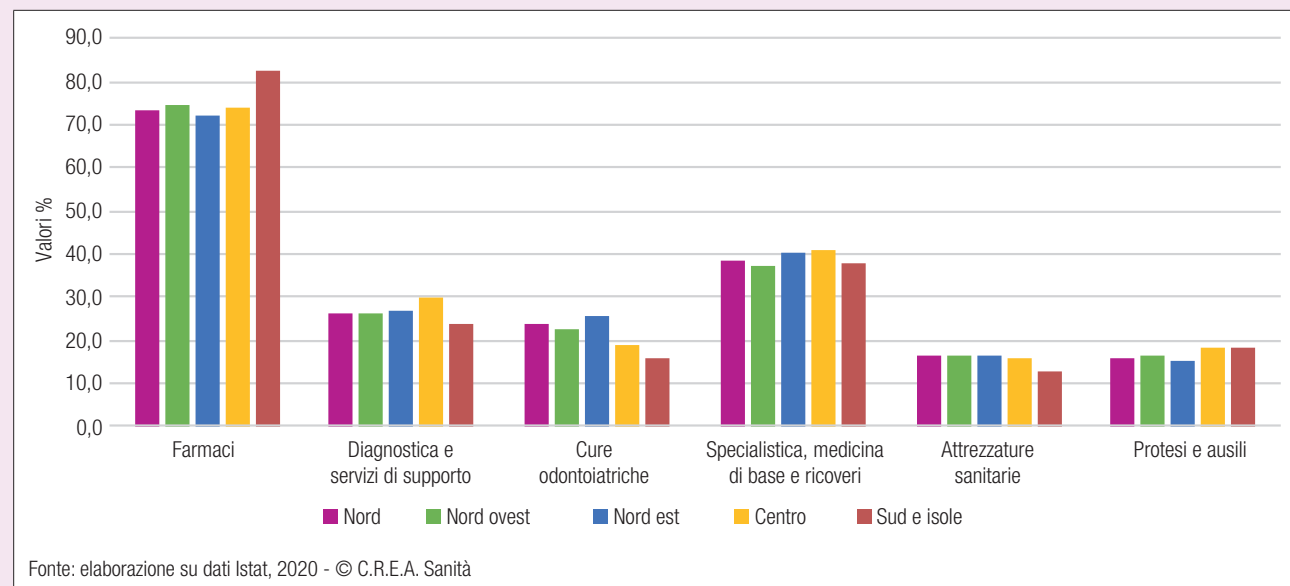
Nel 2018, il 77,6% delle famiglie italiane hanno sostenuto spese per consumi sanitari. La quota minima è pari al 70,4% delle Marche e quella massima all'85,3% della Basilicata. La quota di famiglie che sostengono spese sanitarie è in media maggiore nel Mezzogiorno (78,2%), seguito dal Nord (77,2%) e dal Centro (77,7%). Il maggior aumento si è registrato nelle Marche (+8 p.p.). In Campania, Lombardia e Friuli Venezia Giulia la quota è invece diminuita: rispettivamente -4,9 p.p., -2,7 p.p., -2,3 p.p.. Nell'ultimo anno si è registrato un aumento nelle Regioni del Centro, una diminuzione nelle regioni del Nord; è rimasta invece invariata per quella del Sud.

KI 4a.2. Incidenza della spesa media sanitaria effettiva sui consumi familiari, per quintile di consumo



Nel 2018 la spesa "effettiva" per consumi sanitari (ovvero elaborata con esclusivo riferimento alle famiglie che registrano consumi sanitari non nulli) incide per il 6,0% dei consumi totali, variando da un minimo pari al 5,6% nelle famiglie appartenenti al terzo e quarto quintile di consumo ad un massimo pari al 6,2% in quelle appartenenti al primo quintile. Rispetto all'anno precedente l'incidenza è aumentata di 0,4 punti percentuali (5,6% nel 2017): è cresciuta soprattutto nelle famiglie dei primi quintili (I e II quintile di consumo), con rispettivamente +0,7 e +0,5 punti percentuali.

KI 4a.3. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per consumi sanitari, per tipologia di spesa. Anno 2018



Nel 2018, il 76,4% delle famiglie italiane che sostengono spese sanitarie acquista medicinali, il 38,8% visite specialistiche, medicina di base e ricoveri, il 26,3% indagini diagnostiche e servizi ausiliari (psicologo, fisioterapista etc.), il 20,4% spende per il dentista, il 17,3% per protesi e ausili e il 15,8% per le attrezzature sanitarie.

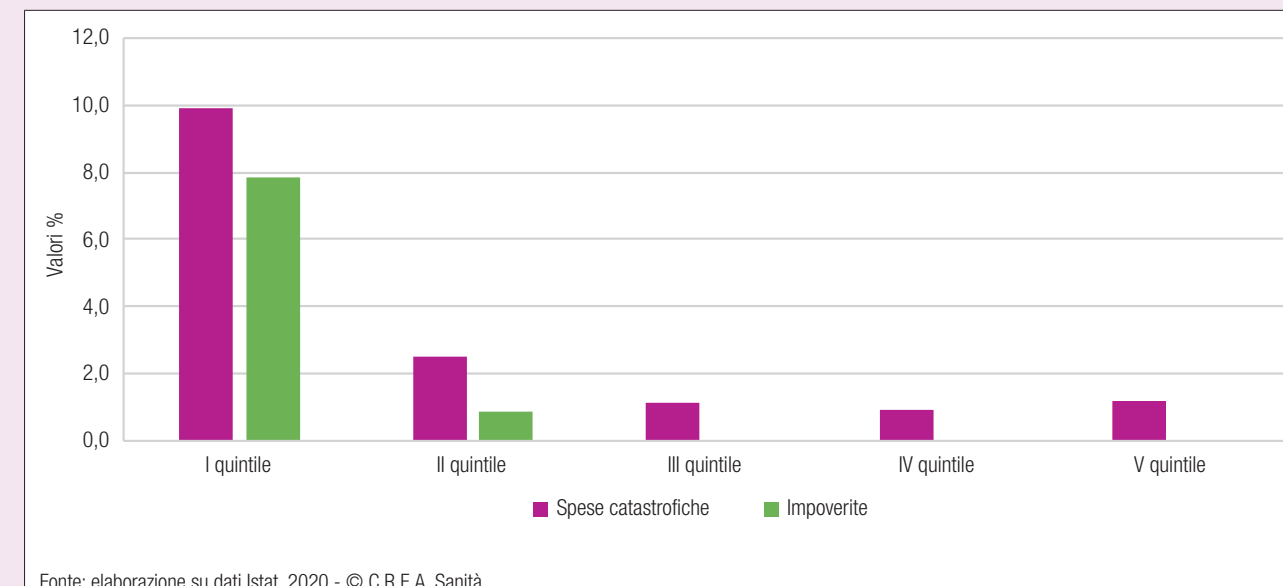
Per i farmaci si oscilla dal 72,3% del Nord-Est all'82,2% del Mezzogiorno.

Per le visite specialistiche, la medicina di base ed i ricoveri si oscilla dal 37,4% del Nord ovest al 40,7% del Centro.

Per le cure odontoiatriche si va da un minimo del 16,0% delle famiglie del Mezzogiorno ad un massimo del 25,7% del Nord est.

Per la diagnostica e i servizi ausiliari la variazione è fra il 23,6% del Mezzogiorno e il 30% del Centro.

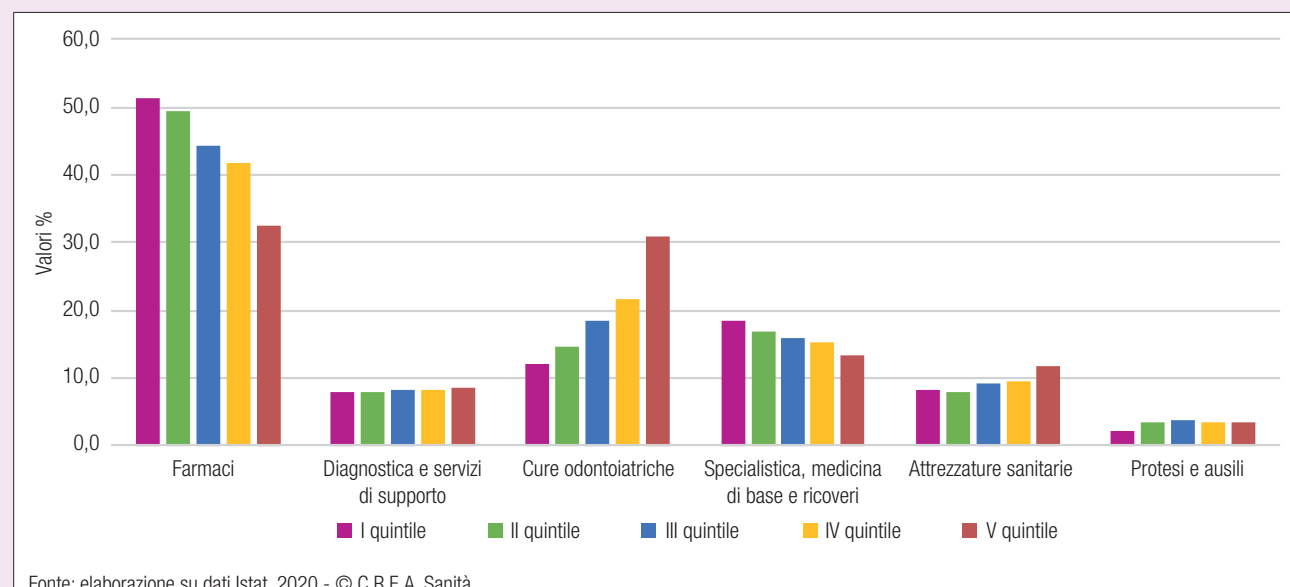
KI 4a.5. Incidenza di famiglie impoverite e soggette a spese per consumi sanitari catastrofici, per quintile di consumo. Anno 2018



Il 7,8% delle famiglie italiane del I quintile di consumo e lo 0,8% di quelle del II quintile si impoveriscono per i consumi sanitari.

Le famiglie soggette a spese catastrofiche (quelle che superano il 40% della loro *capacity to pay*) sono il 9,9% nel I quintile, il 2,5% nel II, l'1,1% nel III, lo 0,9% nel IV e l'1,2% nell'ultimo.

KI 4a.4. Composizione della spesa per consumi sanitari - per tipologia di spesa e quintile di consumo. Anno 2018

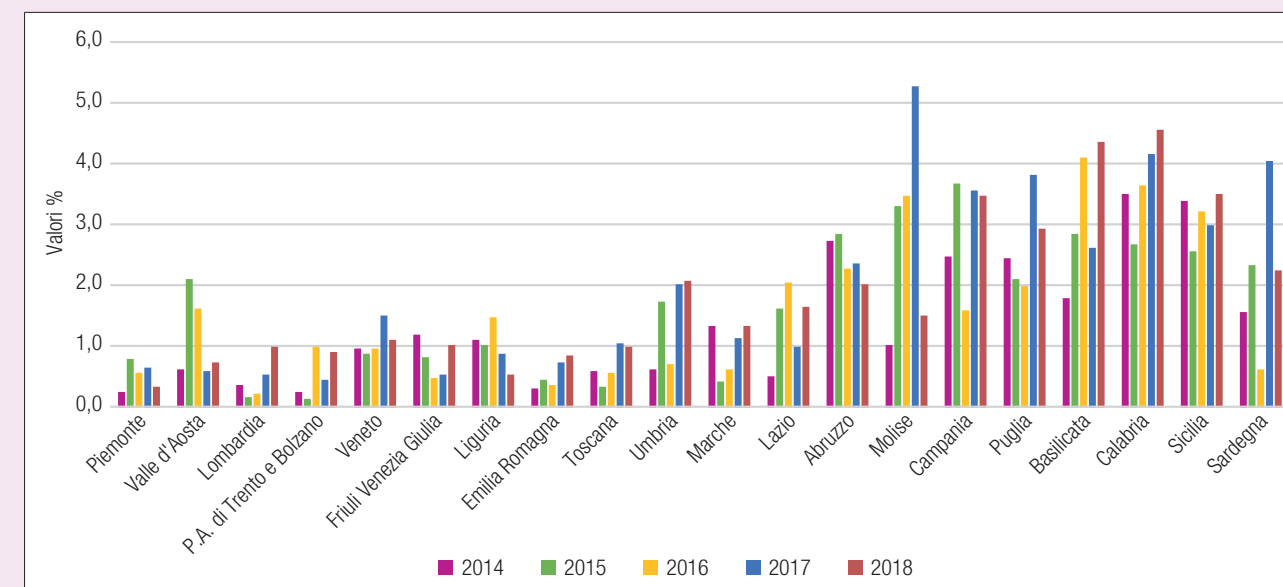


Le famiglie italiane che sostengono spese per consumi sanitari, ne destinano in media il 40,5% ai farmaci, il 22,9% alle cure odontoiatriche, il 14,9% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri, il 10% alle attrezzature sanitarie, il 8,2% alle diagnostiche e ai servizi ausiliari e il 3,4% a protesi e ausili.

Le famiglie appartenenti ai quintili più bassi di consumo destinano oltre la metà delle loro spese sanitarie (51,2%) ai farmaci, circa il 17,5% alla specialistica, il 13,2% alle cure odontoiatriche, l'8,0% alle indagini diagnostiche, l'8,0% alle attrezzature sanitarie e il 2,7% a protesi e ausili.

Per confronto, le famiglie dell'ultimo quintile destinano ai farmaci il 32,5% dei loro consumi sanitari, il 30,8% alle cure odontoiatriche, il 21,7% alla specialistica e alle indagini diagnostiche.

KI 4a.6. Quota famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari



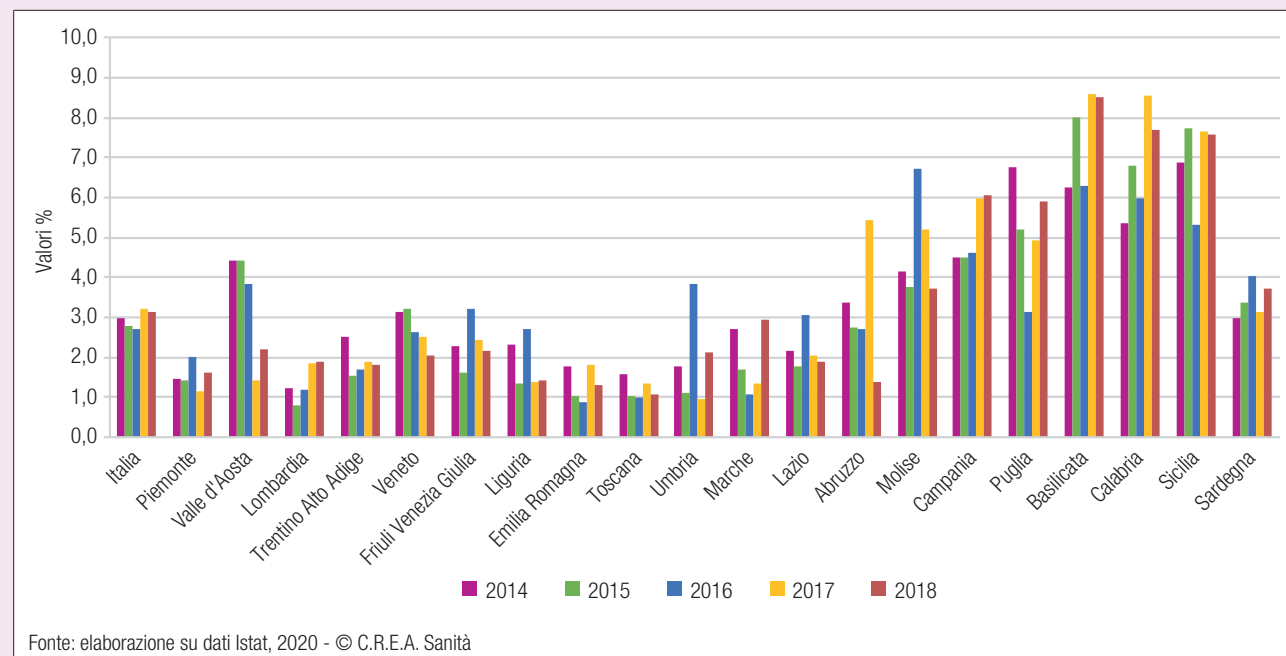
Nel 2018, si sono impoverite a causa di spese per consumi sanitari l'1,7% delle famiglie italiane (449.939 nuclei).

Il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud (3,3%), poi quelle del Centro (1,4%) e del Nord (0,9%).

Rispetto all'anno precedente l'incidenza dell'impoverimento è cresciuta di 0,04 punti percentuali (11.429 nuclei in più), soprattutto nel Centro e nel Nord; risulta limitata la crescita registrata nel Mezzogiorno.

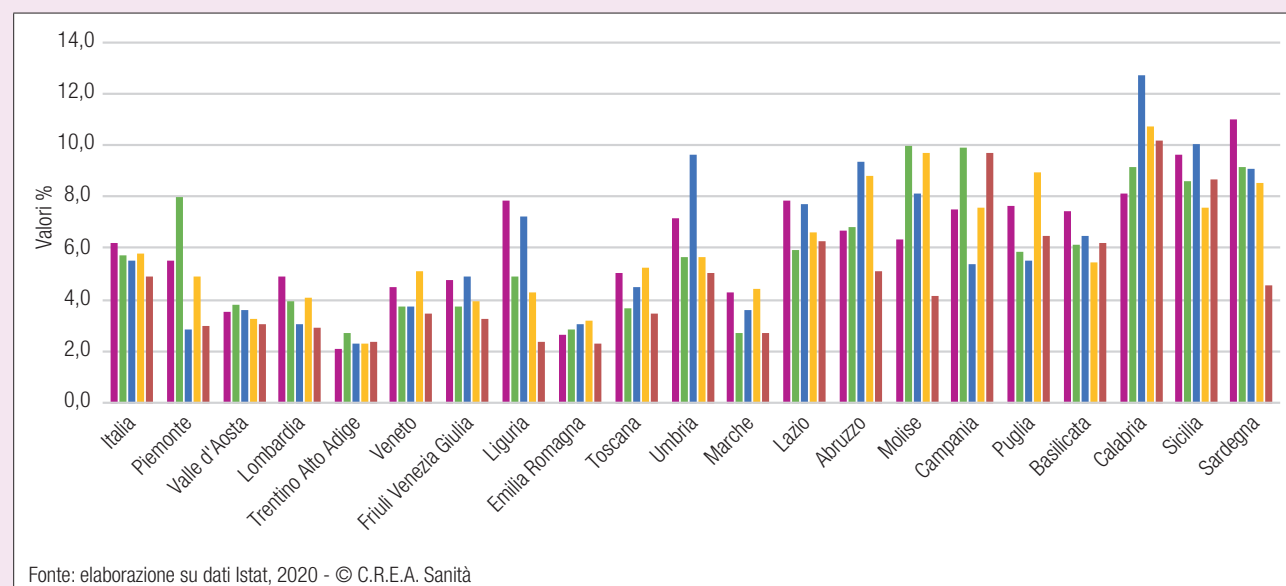
Calabria e Basilicata sono le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 4,6% e 4,4%; Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente lo 0,3%, 0,5% e 0,7%.

KI 4a.7. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche per consumi sanitari



Nel 2018, il 3,1% delle famiglie italiane (811.012 nuclei) sono state soggette a spese sanitarie catastrofiche (consumi di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*). Il fenomeno della catastroficità, colpisce soprattutto le Regioni del Sud (6,2%), poi quelle del Centro e del Nord (1,8% in entrambe le ripartizioni). Rispetto al 2017, si è assistito ad una riduzione del fenomeno di 0,1 p.p. (-15.000 nuclei). L'aumento è stato maggiore nelle Regioni del Sud; si è registrata una riduzione del fenomeno nel Nord ed una invarianza nel Centro. Le Regioni più colpite del fenomeno risultano essere Basilicata, Calabria e Sicilia (8,5%, 7,7%, 7,6% rispettivamente); ne sono quasi esenti Toscana (1,1%) e Abruzzo (1,4%).

KI 4a.8. Quota di famiglie soggette a disagio economico a causa delle spese per consumi sanitari



Nel 2018, il 4,9% delle famiglie italiane, secondo un indicatore che somma i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese per consumi sanitari) affronta un disagio economico causato dai consumi sanitari.

Rispetto al 2017 si registra una riduzione di 0,9 p.p. dell'incidenza, che ha interessato soprattutto le Regioni del Nord.

Calabria e Campania risultano essere le Regioni con maggior incidenza del fenomeno: il 10,2% e il 9,7% rispettivamente; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige e l'Emilia Romagna con entrambe il 2,3%.

CAPITOLO 4b

Indicatori di Performance: Le Performance Regionali

d'Angela D.¹, d'Angela C.², Carrieri C.³, Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

4b.1. Introduzione

Il progetto "Performance Regionali" del C.R.E.A. Sanità, giunto nel 2020 alla sua ottava annualità, si pone l'obiettivo di fornire una valutazione delle opportunità di tutela della propria salute di cui i cittadini dispongono, in funzione della loro residenza.

L'obiettivo non è quindi quello di redigere una mera classifica delle Performance dei Servizi Sanitari Regionali pubblici (SSR) né, tanto meno, rappresentare il loro grado di raggiungimento di obiettivi tecnocraticamente attribuiti ex ante; la tutela della salute attiene, infatti, ad un ambito più ampio di quello della erogazione di beni e servizi sanitari pubblici, a cui i SSR sono deputati: coinvolge, ad esempio, e senza pretesa di esaustività, la prevenzione nella sua accezione più ampia, che comprende gli stili di vita adottati dai cittadini e la protezione ambientale; comprende, altresì, i livelli di deprivazione della popolazione e, in generale, i divari socio-economici che ne derivano, in quanto impattano sulla capacità di "produzione di salute"; comprende, ancora, i servizi sociali e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione; contiene, infine, il costo-opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone altri usi meritori. Possiamo, quindi, affermare che la tutela della salute è un combinato disposto dei servizi erogati dal pubblico, dal privato, nonché di comportamenti dei cittadini.

Quello adottato è, quindi, un approccio intrinsecamente fondato sul principio della multidimen-

sionalità della Performance; a questo si aggiunge l'adozione della multi-prospettiva, ovvero l'esplicito riconoscimento del fatto che i "diversi" stakeholder dei sistemi socio-sanitari, adottano prospettive eterogenee in tema di Performance.

Il termine Performance, verrà nel seguito utilizzato per indicare una "misura sintetica della valutazione".

La sintesi a cui si fa riferimento, viene effettuata adottando un metodo "democratico" di composizione delle diverse possibili dimensioni e prospettive della valutazione.

Da ultimo, ricordiamo che la Salute, assumendo un approccio olistico, è concetto dinamico e in continua evoluzione, legato alle modifiche del contesto socio-economico, culturale e politico: ne segue che anche la misura della Performance, in quanto valutazione di livelli di tutela della salute conseguiti o conseguibili, non potrà che essere dinamica ed evolutiva.

L'approccio operativamente utilizzato, in continuità con le edizioni precedenti, è il frutto dello sviluppo di una metodologia originale di valutazione, proposto dal team di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità); lo sviluppo della metodologia è stato reso possibile dalla collaborazione con un qualificato Panel di esperti: quest'ultimo è il vero motore dei processi di affinamento annuale dell'approccio.

Il Panel è anche la "fonte" delle preferenze con cui viene elaborato l'indicatore sintetico di Performance.

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

² C.R.E.A. Sanità

³ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Sintetizzando, e rimandando ai report delle precedenti edizioni del progetto per i dettagli metodologici, l'approccio operativo utilizzato si basa su un processo a tre *steps*, che prevede:

- che il *Panel* individui e scelga un set di indicatori di *Performance*
- l'elicitazione del valore mediamente attribuito dai componenti del *Panel* ai valori delle determinazioni degli indicatori
- l'elicitazione del valore relativo mediamente attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori.

Molteplici sono le evidenze generate dal progetto sin dalla sua prima edizione; per citare le più originali e rilevanti:

- la dimostrazione/conferma della dipendenza della *Performance* dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*
- la dipendenza delle misure di composizione dai fattori politici e culturali di contesto, come anche dalle tendenze delle politiche sanitarie
- l'esistenza di una correlazione fra la misura di *Performance* ed il contesto professionale dei membri del *Panel*, indice dell'impatto che i diversi contesti socio-economici hanno sulle aspettative di salute.

In questa ottava annualità hanno aderito al *Panel* 94 componenti, con una sufficientemente equa distribuzione tra le diverse categorie di *stakeholder* e le diverse ripartizioni geografiche di provenienza; il *Panel* risulta attualmente composto come segue: 15 rappresentanti delle Istituzioni, 11 rappresentanti degli Utenti/Cittadini, 25 rappresentanti delle Professioni sanitarie, 26 componenti del *Management* sanitario e 17 rappresentanti dell'Industria.

Il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità ha selezionato e proposto al *Panel* un set di 27 indicatori, con l'indicazione di individuarne tre per ognuna delle cinque Dimensioni predeterminate di valutazione (rimaste invariate nelle ultime cinque edizioni): Esiti, Sociale, Appropriatezza, Innovazione, Economico-Finanziaria.

La scelta è avvenuta mediante un processo di consensus sviluppata utilizzando il metodo *Delphi*,

cui sono stati invitati a contribuire tutti i componenti del *Panel*.

Per quanto concerne la presentazione dei risultati, stante la particolarità del periodo dovuta all'emergenza sanitaria da COVID-19, è sembrato utile considerare anche separatamente le preferenze espresse dagli *stakeholder* operanti in contesti afflitti da un maggior tasso di incidenza di COVID-19 (Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna, P.A. di Trento); inoltre, è stata deputata particolare attenzione alla dinamica del "peso" delle diverse Dimensioni.

Durante il *meeting* dell'*expert Panel*, tenutosi in modalità *webinar* nel mese di Giugno 2020, si è tenuto altresì un dibattito tra gli intervenuti, incentrato su come dovrebbero cambiare le priorità e, di conseguenza, gli indicatori obiettivo, alla luce delle "evidenze" emerse dallo "stress-test" a cui è stato sottoposto il SSN per effetto del COVID-19.

Il seguito del presente *report* è organizzato come segue: dopo un breve riepilogo della metodologia di lavoro, segue la descrizione del processo e degli esiti della consensus sugli indicatori; quindi, si analizza l'esito dell'elicitazione delle funzioni di valore degli indicatori, distinte anche per "gruppo" di afferenza degli *stakeholder*; analogamente, a seguire, si analizza il processo di elicitazione del valore relativo agli indicatori ai fini della composizione della *Performance*; la presentazione dei risultati termina con la descrizione del *ranking* regionale, analizzato sia nel complesso che per singola Categoria di *stakeholder*; si analizza, altresì, la dinamica del contributo alla *Performance* tanto delle diverse Dimensioni, quanto dei singoli indicatori.

4b.2. Risultati

La valutazione, come per le precedenti edizioni, è frutto di una sintesi effettuata su un set di 15 indicatori, 3 per Dimensione, selezionati a distanza dal *Panel* di esperti in funzione della loro rilevanza e attendibilità.

Alla loro determinazione si è arrivati a seguito di

una *consensus* su 27 indicatori preselezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, in base a criteri di replicabilità, specificità, standardizzabilità, robustezza, oltre che di possibilità di disaggregazione a livello regionale.

Ogni componente del *Panel* ha indicato il proprio grado di accordo/disaccordo sulla opportunità di inserimento dei singoli indicatori, attribuendogli un punteggio da 1 a 9 (massimo accordo); in caso di punteggio pari o inferiore a 6, è stato chiesto di esplicitare le proprie proposte alternative.

Sono stati, quindi, selezionati 3 indicatori per ogni Dimensione, prioritizzando la scelta in base al grado di accordo, e subordinatamente al fatto che almeno il 70% dei votanti di ogni categoria avesse indicato un "gradimento/acordo" pari o superiore a 7.

Tabella 4b.1. Dimensioni e Indicatori di Performance

Dimensione	Indicatore
Sociale (Equità)	Quota famiglie che rinunciano a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
	Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati
	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza
Esiti	Aspettativa di vita in buona salute
	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
	Customer satisfaction (Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie)
Appropriatezza	Quota di interventi (Carcinoma mammario, frattura del femore, angioplastica, by-pass aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015
	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)
	Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75
Innovazione	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	Quote di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico
	Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio
Economico-Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite
	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile

Nella Tabella 4b.1 sono riportati i 15 indicatori finali selezionati.

Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le Dimensioni Economico-Finanziaria e Sociale contribuiscono maggiormente alla *Performance* (40,9% e 19,9% rispettivamente), seguite da Esiti (19,7%); le Dimensioni Appropriatezza e Innovazione, contribuiscono rispettivamente per l'11,6% ed il 7,9%.

Rispetto alla precedente edizione si registra un aumento notevole del peso della Dimensione Economico-Finanziaria (28,4 punti percentuali), dovuto all'importante peso relativo dell'indicatori di incidenza dei consumi sanitari sul reddito familiare; si è invece ridotto quello delle restanti Dimensioni: Esiti, Appropriatezza, Innovazione e Sociale (-11,5, -8,6, -6,7 e -1,6 punti percentuali rispettivamente).

Analizzando i risultati per Categoria (Figura 4b.1.), nel caso degli Utenti la Dimensione Economico-Finanziaria contribuisce per quasi il 90% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (86,9%); seguono le Dimensioni Sociale, Appropriatezza, Esiti ed Innovazione, con l'8,9%, il 2,6%, lo 0,8% e lo 0,8% rispettivamente.

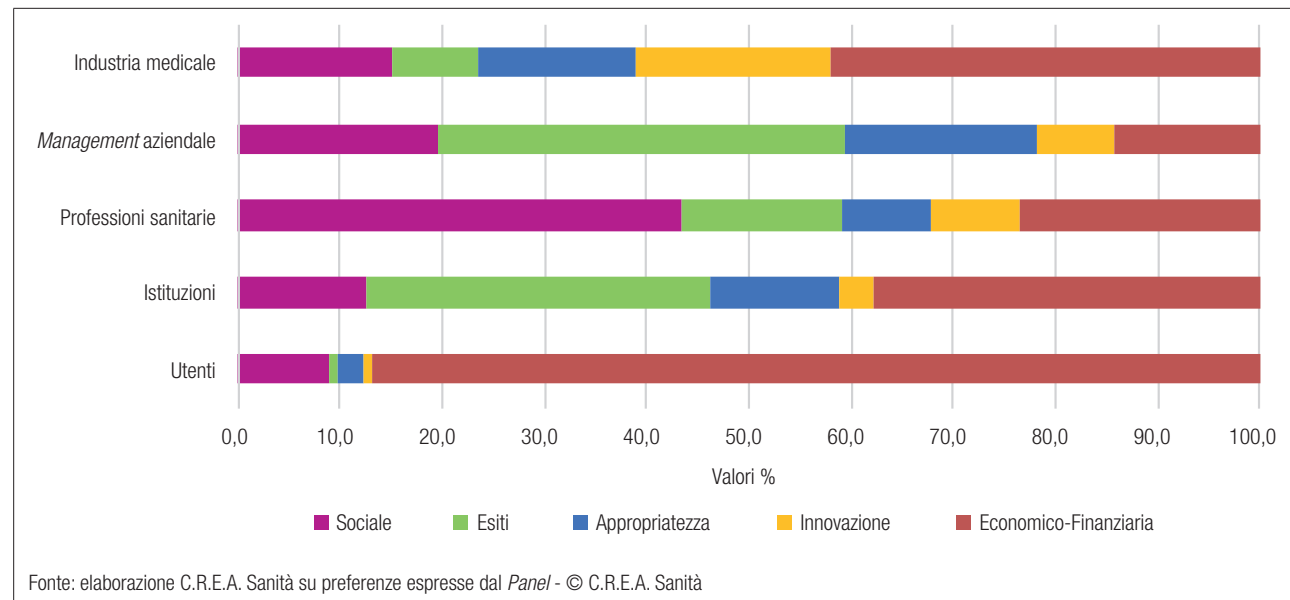
Per i rappresentanti delle Istituzioni, le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Esiti contribuiscono per oltre il 70% alla *Performance* (37,7% e 33,6% rispettivamente), segue Sociale con il 12,6%, l'Appropriatezza con il 12,5% e l'Innovazione con il 3,5%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Sociale ed Economico-Finanziaria contribuiscono per i due terzi alla *Performance* (43,3% e 23,4% rispettivamente), seguono gli Esiti con il 15,7%, l'Innovazione con l'8,9% e l'Appropriatezza con l'8,7%.

Per il *Management* aziendale sono Esiti, Sociale ed Appropriatezza le tre Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 40,0%, 19,5% e 18,7% rispettivamente; seguite dall'Economico-Finanziaria (14,2%) e dall'Innovazione con il 7,5%.

Infine, per l'Industria, sono l'Economico-Finanziaria e Innovazione le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (42,0% e 19,0% rispettivamente), seguite dall'Appropriatezza (15,4%), dal Sociale (15,2%) e dagli Esiti (8,4%).

Figura 4b.1. Contributo delle Dimensioni alla Performance per categoria

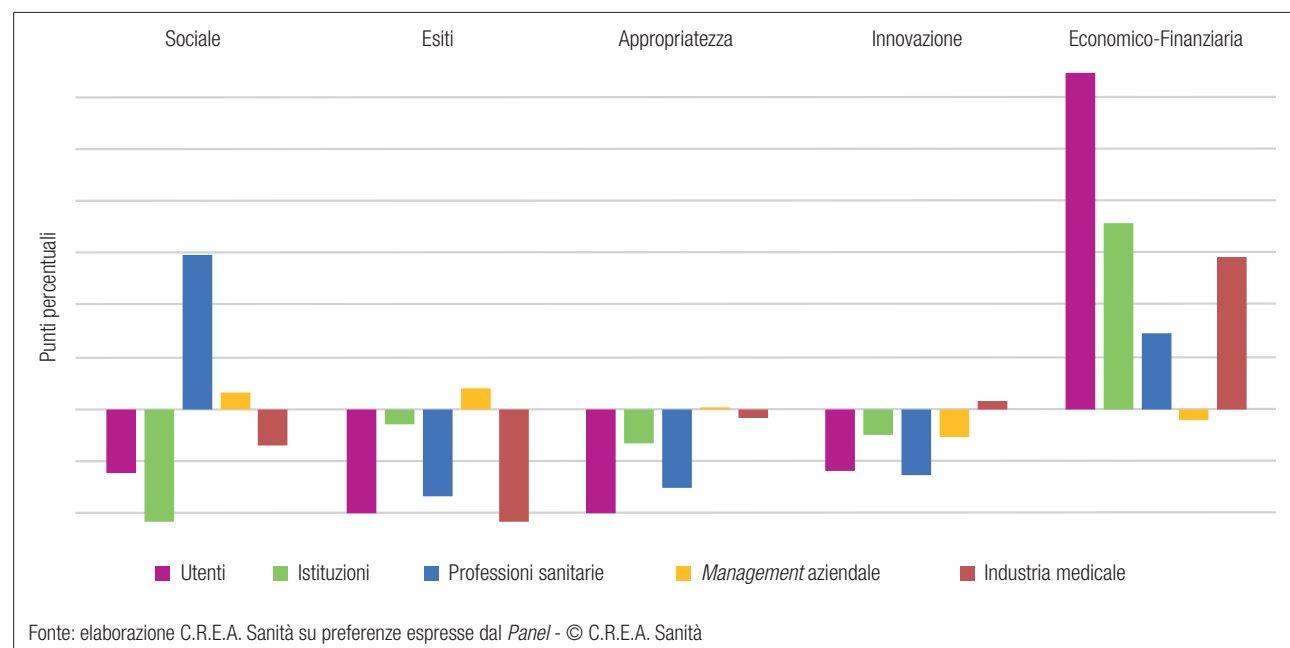


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando la dinamica dei “contributi” (Figura 4b.2.), è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia notevolmente aumentato il “peso” dell'Economico-Finanziaria (64,5 punti percentuali), a scapito delle altre categorie: Appropriatazza ed Esiti (-20,1 punti percentuali rispettivamente), Sociale (-12,3 punti percentuali) e Innovazione (-11,9 punti percentuali).

Anche per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso dell'Economico-Finanziaria (35,7 punti percentuali) e si è invece ridotto fortemente quello del Sociale (-21,5 punti percentuali); per le Professioni sanitarie è aumentato quello della Dimensione Economico-Finanziaria (14,7 punti percentuali) e del Sociale (29,7 punti percentuali) e si è invece ridotto di 16,7 punti percentuali quello degli

Figura 4b.2. Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance VIII vs VII edizione



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel - © C.R.E.A. Sanità

Esiti, di 15,0 quello dell'Appropriatazza e di 12,7 punti percentuali quello dell'Innovazione. Il *Management* aziendale è risultato essere la categoria che ha registrato meno variazioni rispetto all'edizione precedente: è aumentato il peso degli Esiti (3,9 punti percentuali), del Sociale (3,0 punti percentuali) e dell'Appropriatazza (0,2 punti percentuali), e si è ridotto quello dell'Innovazione (-5,2) e dell'Economico-Finanziaria (-1,9). Infine, per l'Industria è aumentato notevolmente il peso dell'Economico-Finanziaria (29,1 punti percentuali) e si è ridotto fortemente quello degli Esiti (-21,6 punti percentuali).

significativamente distanti da una situazione ottimale (sempre da intendersi in termini di complessive opportunità di tutela della Salute di cui dispongono i cittadini).

Il divario fra la prima e l'ultima Regione è rilevante; quasi un terzo delle Regioni non arriva neppure ad un livello pari al 50% del massimo ottenibile.

Una analisi qualitativa del *ranking* porta a distinguere quattro gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance* raggiunti; in dettaglio, 3 Regioni risultano eccellere (relativamente alle altre): P.A. di Trento, P.A. di Bolzano ed Emilia Romagna, con *Performance* comprese fra il 61% ed il 71%.

4b.3. La Performance regionale

L'indice complessivo di *Performance* determinato in questa VIII edizione della progettualità, oscilla da un massimo del 71% (del risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 33%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Trento ed il peggiore dalla Regione Calabria (Figura 4b.3.).

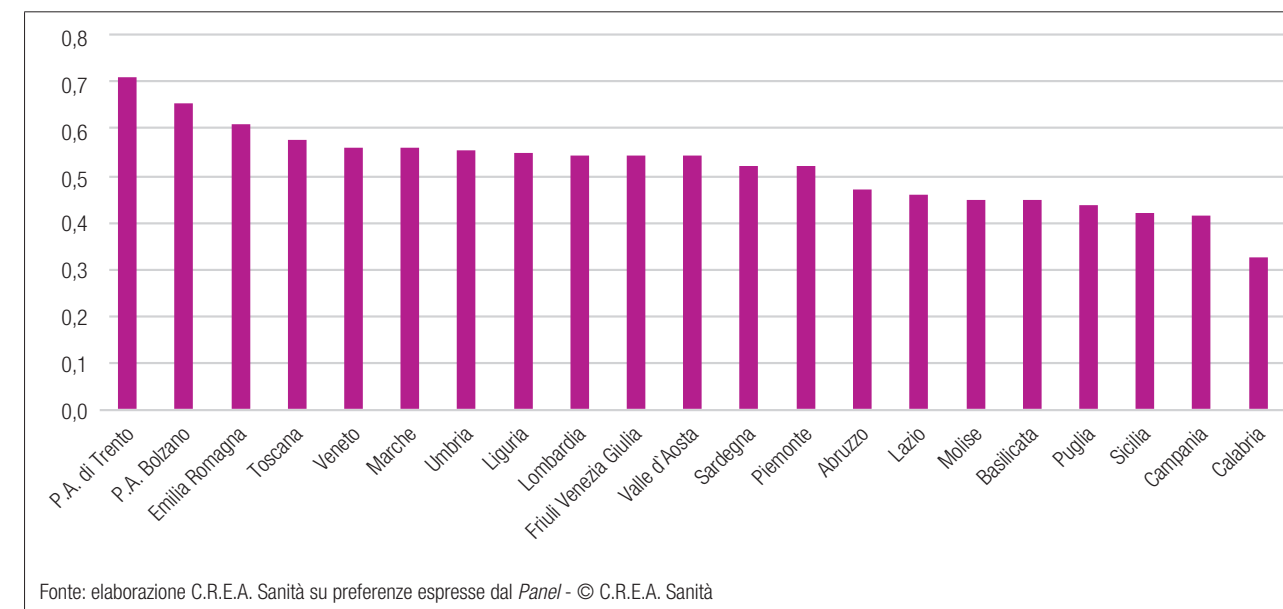
Altre 10 Regioni hanno comunque livelli di *Performance* elevati, compresi fra il 53% e il 58%, del livello ottimale: all'interno del gruppo troviamo Toscana, Veneto, Marche, Umbria, Liguria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna, Piemonte, con modeste variazioni fra loro.

Si conferma, come già emerso nella precedente edizione, che le valutazioni del *Panel* mostrino come anche le migliori *Performance* attuali siano ancora

Abbiamo poi 7 Regioni, Abruzzo, Lazio, Molise, Basilicata, Puglia, Sicilia, Campania con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, ma inferiori, compresi nel *range* 46-52%.

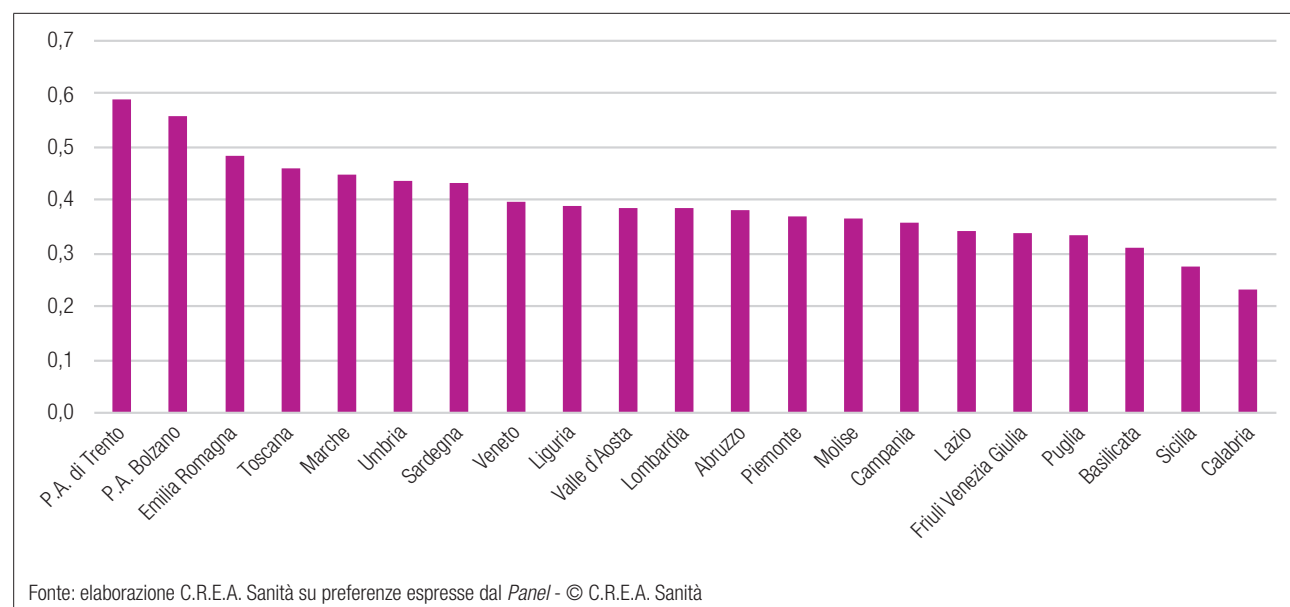
Infine, la Calabria, che registra un livello di *Performance* pari al 33% di quella massima.

Figura 4b.3. Indice di Performance



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4b.4. Indice di Performance. Categoria Utenti



Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti, la P.A. di Trento, con il 59%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di Performance però inferiore a quello registrato nella "classifica generale".

Seguono P.A. di Bolzano ed Emilia Romagna con una Performance rispettivamente pari al 56% e 48%; Basilicata, Sicilia e Calabria occupano le ultime tre posizioni con un indice di Performance inferiore al 32% (Figura 4b.4.).

Rispetto al ranking generale, per gli Utenti le prime quattro posizioni restano invariate, il Veneto perde tre posizioni diventando ottava, a scapito delle Marche; quest'ultima migliora di una posizione, passando dal sesto posto al quinto; all'estremo opposto abbiamo il Friuli Venezia Giulia che perde ben sette posizioni occupando il quint'ultimo posto e la Campania che ne recupera cinque, abbandonando l'area "critica".

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni, la misura di Performance varia dal 77% della P.A. di Trento al 38% della Calabria: si allarga quindi la forbice fra gli estremi; P.A. di Bolzano, Veneto ed Emilia Romagna seguono la P.A. di Trento con un livello di

Performance pressoché simile (tra il 65% ed il 68%). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Puglia, Campania, Basilicata e Calabria che presentano un livello di Performance compreso tra il 46% e il 38% (Figura 4b.5.).

Rispetto alla classifica generale, si confermano le prime due posizioni e ne guadagna due il Veneto, passando dal quinto al terzo posto. Nella parte bassa del ranking la Calabria si conferma in ultima posizione, con un livello di Performance pari al 38% ma più alto rispetto alla media espressa dagli stakeholder; la Campania recupera invece una posizione diventando terz'ultima.

Categoria Professioni sanitarie

Per le Professioni sanitarie aumentano le "distanze": la Performance complessiva varia fra l'81% della P.A. di Trento ed il 33% della Calabria; P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Marche, Friuli Venezia Giulia e Liguria, con un livello di Performance compreso tra 0,81 e 0,65 occupano le prime sette posizioni; Abruzzo, Lazio, Campania e Calabria occupano, invece, le ultime quattro con un indice di Performance compreso tra il 49% e il 33% (Figura 4b.6.).

Figura 4b.5. Indice di Performance. Categoria Istituzioni

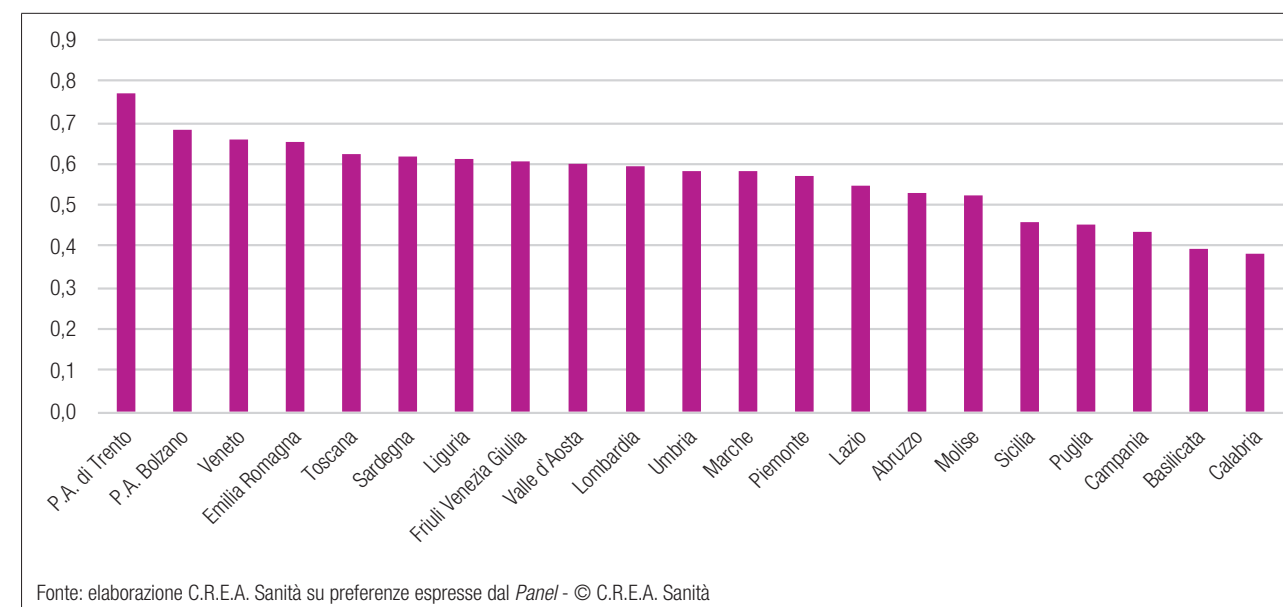
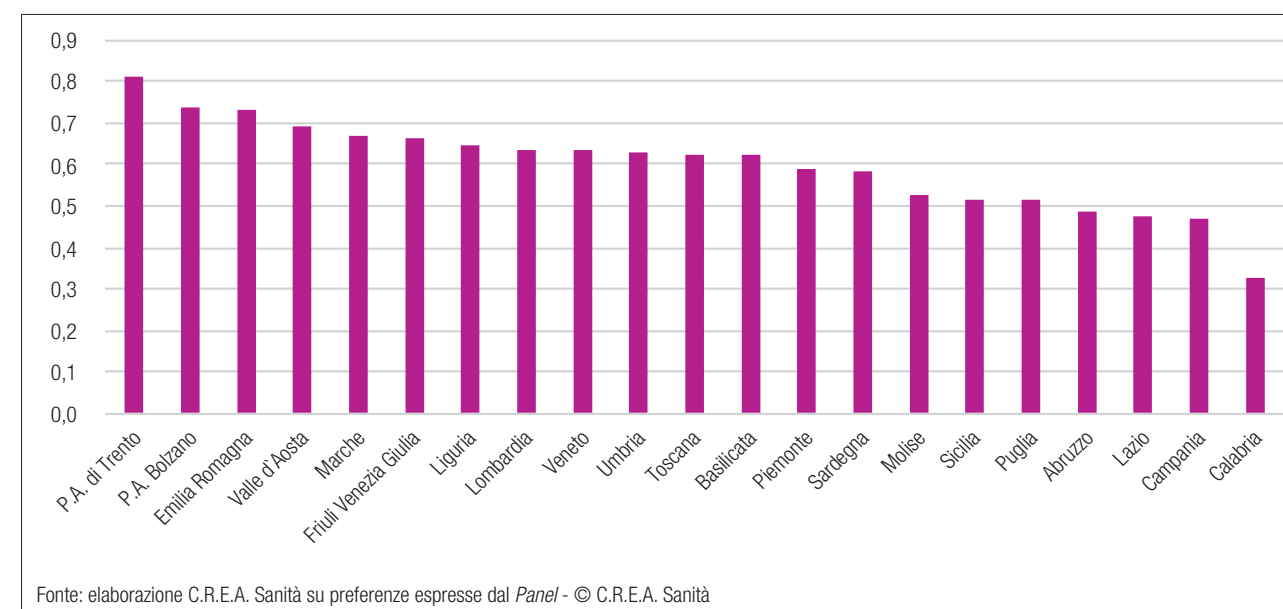


Figura 4b.6. Indice di Performance. Categoria Professioni Sanitarie



Rispetto alla classifica generale, si confermano le prime tre posizioni; la Valle d'Aosta fa un notevole balzo in avanti, recuperando ben 7 posizioni e si piazza al quarto posto, a scapito della Toscana, che invece diventa undicesima; la Calabria si conferma all'ultimo posto e il Lazio perde 4 posizioni diventando terz'ultimo.

Categoria Management aziendale

Per la Categoria Management aziendale il gap tra la Regione più performante e quella meno è molto simile rispetto a quello complessivo (Figura 4b.7.): si passa da un valore massimo del 70% della P.A. di Trento ad uno minimo del 36% della Calabria. P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia e Toscana occupano le prime quattro posizioni con una

Performance superiore al 60% (tra il 70% e il 60%); all'estremo opposto troviamo Lazio, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Molise, Sicilia, Campania e Calabria che occupano le ultime otto posizioni con un valore di *Performance* inferiore al 50% (tra il 49% e il 36%).

In questo *ranking* il Friuli Venezia Giulia recupera

sette posizioni rispetto a quello "generale", diventando terza; l'Emilia Romagna ne perde due, diventando quinta; all'estremo opposto abbiamo la Calabria, la Campania e la Sicilia che si confermano nelle ultime tre posizioni e la Puglia che ne recupera due diventando sest'ultima.

Figura 4b.7. Indice di *Performance*. Categoria *Management* aziendale

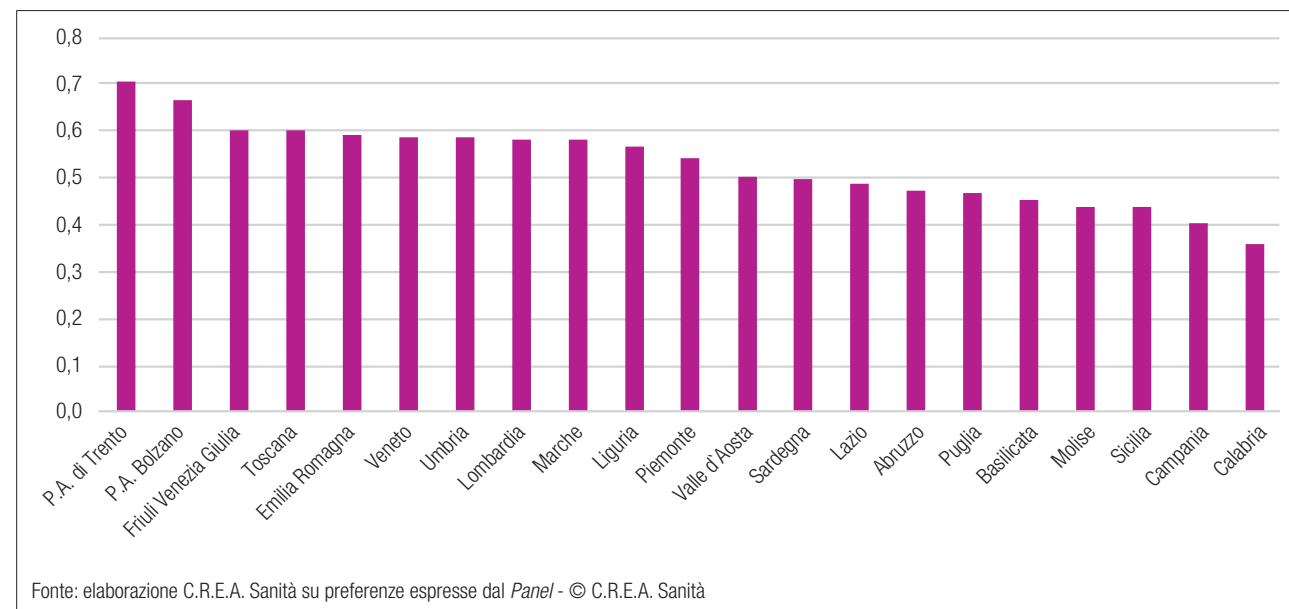
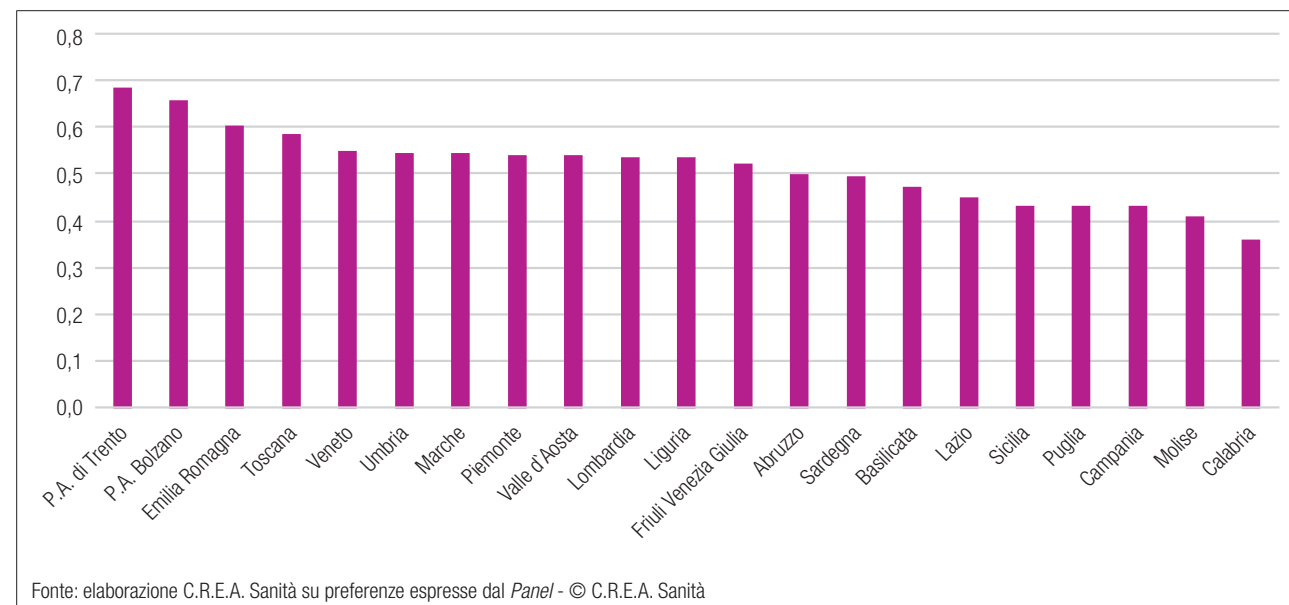


Figura 4b.8. Indice di *Performance*. Categoria *Industria medicale*



Categoria *Industria medicale*

Per i rappresentanti dell'Industria medicale la misura di *Performance* varia dal 69% della P.A. di Trento al 36% della Calabria. La P.A. di Bolzano segue quella di Trento con un livello di *Performance* pressoché simile (66%). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Puglia, Campania, Molise e Calabria che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 43% e il 36% (Figura 4b.8.).

Rispetto alla classifica generale, le prime cinque posizioni restano invariate; l'Umbria e le Marche si scambiano di posizione, passando rispettivamente sesta e settima. Nella parte bassa del *ranking* la Calabria registra il livello di *Performance* più basso; il Molise perde quattro posizioni, diventando penultima, la Sicilia recupera invece due posizioni diventando quint'ultima.

4b.4. Riflessioni per la politica sanitaria

Il progetto sulle *Performance* Regionali del C.R.E.A. Sanità è nato nel 2013 con l'ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie (e non) tese ad ottimizzare le opportunità di tutela della Salute delle persone; a tal fine la misura della *Performance*, fornendo una valutazione regionale dei livelli di tali opportunità, vuole rappresentare uno strumento teso ad incentivare azioni correttive.

Azioni che non si limitano all'efficientamento dei servizi sanitari, o più in generale, al miglioramento delle diverse realtà sanitarie regionali: questo perché la tutela della salute è responsabilità condivisa in tutte le politiche, da quelle ambientali a quelle economiche, etc.; ed anche perché passa altresì per i comportamenti dei cittadini, come ad esempio nelle decisioni relative agli stili di vita o di destinare parte del reddito ai consumi sanitari privati.

Va ribadito che la misura/valutazione di *Performance* effettuata si discosta da quelle, istituzionali e non, tese a giudicare l'efficienza della risposta pubblica o, più specificatamente, del suo *management*.

Ricordiamo, inoltre, che l'indice elaborato si fonda su un assioma di multidimensionalità della *Performance* stessa; postula anche l'esistenza di molteplici

prospettive: in altri termini, riconosce la possibilità che coesistano preferenze e valutazioni diverse sul contributo delle Dimensioni alla *Performance*, frutto dei diversi interessi di cui sono portatori i molteplici *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari. Non stupisce, quindi, che i servizi sanitari che con la nostra metodologia risultano offrire il maggior livello di tutela della salute, non necessariamente coincidono con quelli che "performano" meglio nella "Griglia LEA", né con quelli individuati quali *benchmark* per il riparto del Fondo Sanitario: queste ultime valutazioni della *Performance* si basano, infatti, su una specifica prospettiva, nello specifico quella istituzionale, e su dimensioni scelte ad hoc in funzione dell'obiettivo della valutazione.

L'adozione di una logica multi-dimensionale e multi-prospettiva implica l'utilizzo di "pesi" di composizione, che rendano conto del diverso contributo alla *Performance* che può essere attribuito alle Dimensioni, come anche alle differenze di priorità degli *stakeholder*.

Si osservi, infine, che la Salute, secondo un corretto approccio olistico, è concetto che non può essere declinato in modo statico: appare evidente la dinamica delle opportunità e delle aspettative di cura, in continua e rapida evoluzione, come anche il modificarsi del contesto socio-economico, culturale e politico nel quale esse si realizzano.

Nella visione adottata di *Performance*, alla multi-dimensionalità, multi-prospettiva e soggettività, si aggiunge come elemento caratterizzante quello della sua natura dinamica, che il nostro esercizio di elicitazione delle preferenze degli *stakeholder*, ha permesso negli anni di evidenziare e seguire, offrendo spunti per interpretare le tendenze in corso.

Con i caveat espressi, notiamo che in questa edizione, rispetto alla precedente, sono stati modificati 4 indicatori su 15:

- Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 gg dal ricovero sostituito con quello di customer satisfaction
- Quota ricoveri con DRG a rischio inappropriatezza con Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75
- Quota centri di senologia rispondenti ai requisiti

europei con Quota pazienti dimessi vivi non al domicilio

- Disavanzo pro-capite con Quota spesa sanitaria totale sul PIL.

Riteniamo le modifiche indicative di una maggiore attenzione alla presa in carico territoriale, alla qualità dei servizi (ospedalieri e non) ed alle esigenze di rifinanziamento del SSN.

Già nella fase di selezione degli indicatori si è percepita una modifica delle priorità da parte degli *stakeholder*, certamente condizionata dall'emergenza sanitaria da COVID-19 e al cosiddetto *stress-test* che ne è generato per i SSR.

Per la Dimensione Sociale si sono registrate preferenze che tendono a descrivere un atteggiamento di "stigma" verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità. Atteggiamento che si esaspera nelle valutazioni dei componenti *del Panel* afferenti alle Regioni con elevati tassi di contagi da COVID-19.

Per la Dimensione Esiti è stata attribuita una relazione più che proporzionale fra determinazioni degli indicatori e utilità/valore che generano; in particolare tutte le categorie di *stakeholder* (ad eccezione delle Istituzioni, ritengono che debbano essere particolarmente penalizzate le situazioni in cui gli indicatori, presentano valori peggiori).

Per la Dimensione Appropriata, si riscontra un andamento che esplicita una utilità marginale crescente soprattutto nella seconda metà della distribuzione; la valutazione è condivisa tra tutte le Categorie, ad eccezione delle Istituzioni, per le quali si associa un andamento sostanzialmente lineare.

Nella Dimensione Innovazione viene, complessivamente, associata una utilità marginale crescente in corrispondenza delle determinazioni degli indicatori della prima metà della distribuzione; gli afferenti alle Regioni con elevati tassi di contagio risultano avere maggiori aspettative verso gli indicatori afferenti a tale Dimensione.

Infine, per la Dimensione Economico-Finanziaria si evidenzia una utilità fortemente crescente per valori prossimi a quelli migliori nazionali (seconda metà della distribuzione). Gli *stakeholder* delle realtà più colpite dal COVID-19 sembrano mostrare una maggior consapevolezza che il livello di spesa non può

scendere oltre certi limiti e, allo stesso tempo, non può però aumentare indipendentemente dal "livello" economico della Regione.

Complessivamente, Utenti e Professioni sanitarie operanti nelle realtà più colpite dal COVID-19 risultano essere più attenti alle implicazioni del carico economico-finanziario, mentre sembrerebbero esserlo meno gli afferenti alle Istituzioni.

Per gli Utenti è la Dimensione Economico-Finanziaria quella che contribuisce in maggior misura alla *Performance*; per i rappresentanti delle Istituzioni, l'Economico-Finanziaria e gli Esiti; per le Professioni sanitarie: Sociale ed Economico-Finanziaria; per il *Management* aziendale, Esiti, Sociale ed Appropriata; infine, per l'Industria, l'Economico-Finanziaria, l'Innovazione e l'Appropriata.

Si conferma quindi il carattere di "soggettività" e il dinamismo della *Performance*, ovvero la sua dipendenza dalle dinamiche evolutive degli scenari socio-economici, culturali e politici.

L'aumento del peso della Dimensione economica, che riaumenta dopo la progressiva riduzione nelle precedenti edizioni, ci sembra possa essere messa in relazione con l'aumento dell'impatto delle spese private sui cittadini e con la maturazione di una maggiore consapevolezza sulla necessità di un rifinanziamento del sistema pubblico.

Si potrebbe aggiungere che si assiste ad un tentativo di recuperare il significato profondo del termine efficienza, inteso come ottimizzazione del rapporto fra Esiti e risorse impegnate e non come un mero risparmio di spesa.

Complessivamente, il "combinato disposto" delle dinamiche osservate sembra indicare un riorientamento del dibattito di politica sanitaria: preso atto dell'avvenuto risanamento finanziario, oggi il tema principe sembra diventare quello della ricerca di nuovi assetti nel sistema sanitario, capaci di garantire nel tempo la sopravvivenza delle politiche di tutela pubblica.

A conferma di ciò, dalla discussione tra i componenti del *Panel* intervenuti al *web-meeting* ed ai *work groups*, è emersa chiaramente l'esigenza di garantire che l'incremento di risorse economiche destinate alla Sanità, resesi disponibili con l'emergen-

za sanitaria, possa tradursi in investimenti capaci di migliorare l'efficienza e, in generale, la *Performance* del sistema, evitando che si traducano in una mera spesa improduttiva, che rischierebbe di generare un effetto *boomerang*.

Bibliografia

- C.R.E.A. Sanità (anni vari), Rapporto Sanità
C.R.E.A. Sanità (anni vari), Le *Performance* Regionali

ENGLISH SUMMARY

The chapter reports the results of the eighth year of application of an original methodology, developed by the research team of C.R.E.A. Sanità, with the aim of measuring the regional Performance in terms of health protection.

The methodology adopts a multidimensional definition of the Performance and guarantees the democratic participation of the different stakeholders of the health system through a transparent methodology for eliciting and weighing up preferences.

The development of the methodology was inspired by decision analysis techniques; the maximum efforts has been used to guarantee transparency in the preferences elicitation.

The experiment involved a group of 94 experts, belonging to 5 different categories of stakeholders ("Patients", "Health Professions", "Medical Industry", "Management" and "Institutions").

The selected (a priori) dimensions of Performance were:

- outcomes
- appropriateness
- economic and financial aspects
- equity
- innovation.

The regional rankings resulting from the experiment, in terms of overall Performance, as well as individual Performance size, allowed us to confirm that the different stakeholders have significantly different preference structures.

It follows that a democratic performance assessment should represent a compromise between different points of view, which require a focus on the methods used for their composition.

Going deeper into the results, Trento ranks first for "Patients", "Industry", "Institutions", "Healthcare Professionals" and "Management". On the opposite

side of the scale, Calabria ranks last for "Users" and "Institutions", "Management" and "Industry", "Health Care Professionals".

In this edition of the project, the contribution of the "Economic and Financial" dimension to the overall Performance increased, reaching 40.9%, (due mainly to the high weight assigned by the stakeholders to the private health expenditure indicator), followed by "Equity", 19.9%, "Outcomes", 19.7%, "Appropriateness" with 11.6% and "Innovation" with 7.9%.

From the "Patients" perspective, "Economic and Financial" and "Equity" are the most important dimensions; for "Health Professionals", "Equity" and "Economic-Financial"; from the "Institutions" perspective is "Economic and Financial" and "Outcomes" from "Medical Industry" perspective, "Outcomes" and "Economic and Financial"; finally "Health Care professionals adopt" "Outcomes" and "Equity".

The analysis confirms that different stakeholders have different opinions on the regional Performance; moreover, stakeholders acting in Regions with budget deficits give a greater "weight" to the "Economic and Financial" and "Equity" dimensions; the others to "Outcomes", "Appropriateness" and "Innovation".

In this edition, the preferences expressed by stakeholders working in Region with high cases of COVID infections, has been also analyzed.

In conclusion, in the belief that accountability is a duty, particularly on the part of public institutions, and also that Performance improvement can be encouraged and stimulated by introducing merit-based rankings, we are confident that the method tested can contribute to the health policies debate in Italy.

The intrinsic nature of the Performance, implies that the value system underlying the different Dimension composition, should be transparently declared;

besides, that different priorities of the different stakeholders should be democratically considered: our experiment shows how the performance also relies on the socio-economic context where the stakeholders act.

Finally, should be also stressed that Performance is intrinsically dynamic: our experiment demon-

strates that the assessment changes following the modification of the overall system priorities: as an example, stakeholders working in COVID Regions, seems have higher expectations in terms of regional public health system, as well as primary care facilities funding.

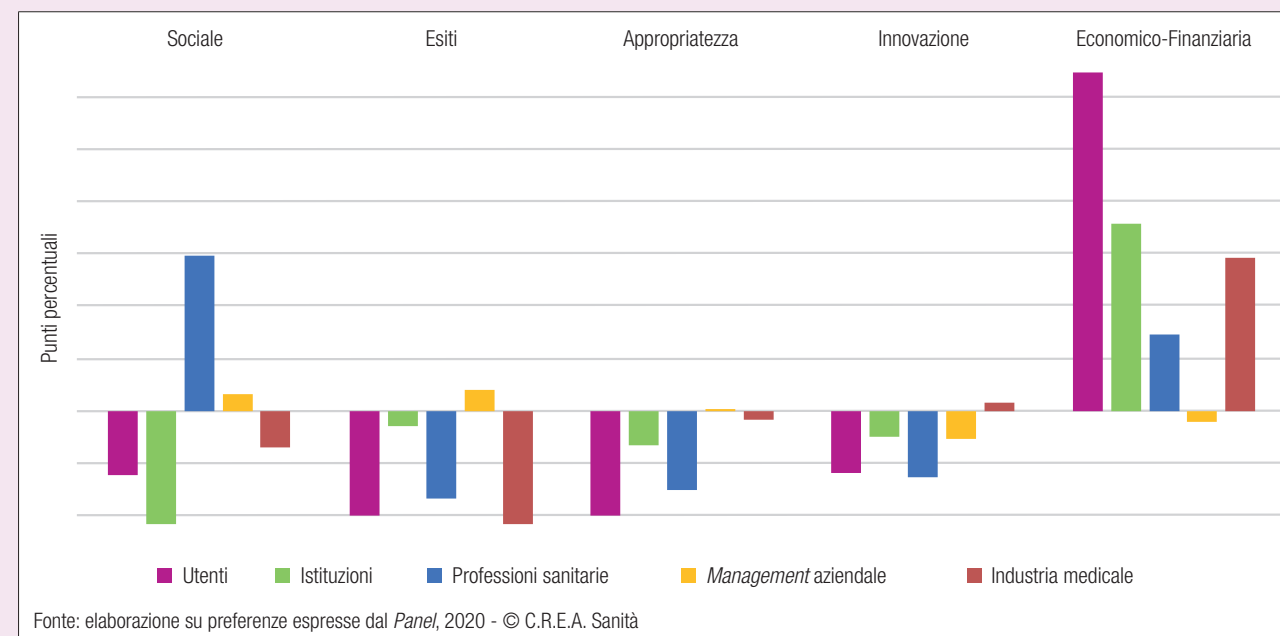
KI 4b.1. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2020



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal Panel, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

L'indice complessivo di Performance oscilla da un massimo del 71% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 33%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Trento ed il peggiore dalla Regione Calabria.

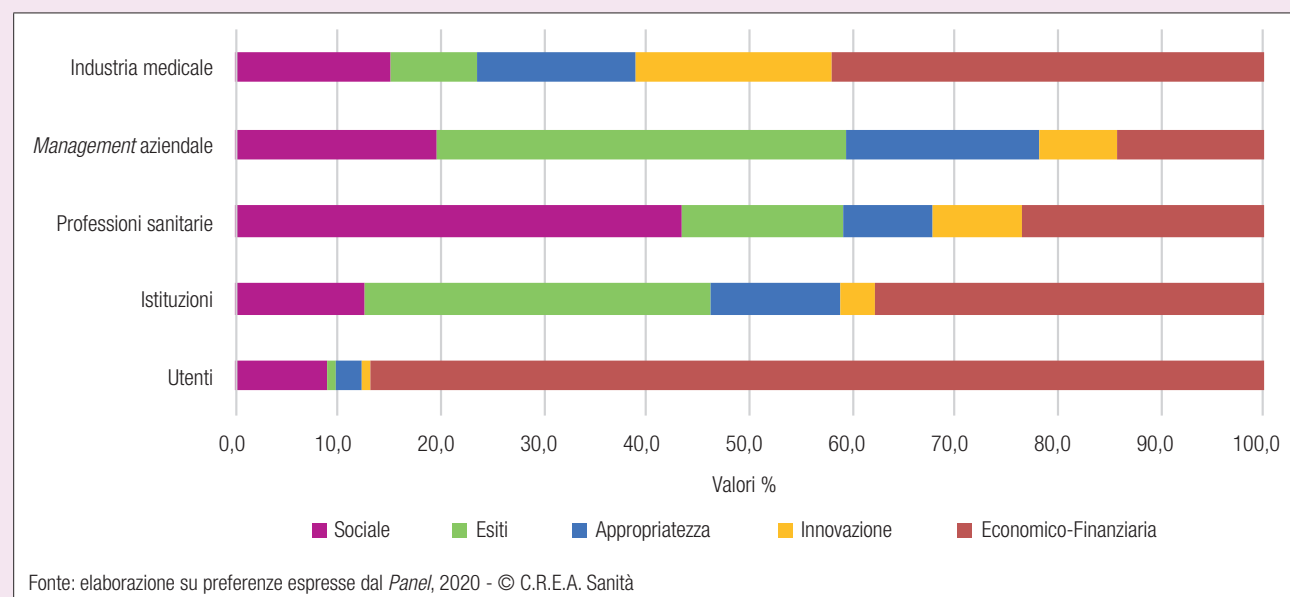
KI 4b.3. Contributo delle Dimensioni alla Performance - Variazioni VIII vs VII edizione



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal Panel, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando la dinamica dei "pesi" per categoria, è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia aumentato il contributo dell'Economico-Finanziaria (64,5%), a scapito delle categorie di Appropriatelyzza ed Esiti (-20,1% rispettivamente), le Dimensioni Sociale ed Innovazione (-12,3 e -11,9% rispettivamente). Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso dell'Economico-Finanziaria (35,7%) e si è invece fortemente ridotto quello del Sociale (21,5%); per le Professioni sanitarie è aumentato quello della Dimensione Economico-Finanziaria (14,7%) e del Sociale (29,7%), si è invece ridotto del 16,7% quello degli Esiti e di 15,0% quello della Appropriatelyzza e del 12,7% quello dell'Innovazione. Per il Management aziendale è continuato ad aumentare il peso degli Esiti (3,9%) e del Sociale (3,0%), dell'Appropriatelyzza (0,2%) e si è ridotto quello dell'Innovazione (-5,2%) e dell'Economico-Finanziaria (-1,9%). Infine, per l'Industria è notevolmente aumentato il peso dell'Economico-Finanziaria (29,1%) e si è fortemente ridotto quello Sociale (-21,6%).

KI 4b.2. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR per Categoria di stakeholder. Anno 2020



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal Panel, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

La Categoria degli Utenti attribuisce alla Dimensione Economico-Finanziaria quasi il 90% del contributo alla Performance (86,9%); seguono le Dimensioni Sociale, Appropriatelyzza, Esiti ed Innovazione, con l'8,9%, il 2,6%, lo 0,8% e lo 0,8% rispettivamente. Per i rappresentanti delle Istituzioni, le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Esiti contribuiscono per oltre il 70% alla Performance (37,7% e 33,6% rispettivamente), segue Sociale con il 12,6%, l'Appropriatelyzza con il 12,5% e l'Innovazione con il 3,5%. Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Sociale ed Economico-Finanziaria contribuiscono per due terzi alla Performance (43,3% e 23,4% rispettivamente), seguono gli Esiti con il 15,7%, l'Innovazione con l'8,9% e l'Appropriatelyzza con l'8,7%. Per il Management aziendale sono Esiti, Sociale ed Appropriatelyzza le tre Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla Performance: 40,0%, 19,5% e 18,7% rispettivamente; seguite dall'Economico-Finanziaria (14,2%) e dall'Innovazione con il 7,5%. Infine, per l'Industria, sono l'Economico-Finanziaria e l'Innovazione le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla Performance (42,0% e 19,0% rispettivamente), seguite dall'Appropriatelyzza (15,4%), dal Sociale (15,2%) e dagli Esiti (8,4%).

KI 4b.4. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2020 - Categoria Utenti



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal Panel, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Per la Categoria Utenti, la P.A. di Trento, con il 59% della Performance massima, mantiene la prima posizione, registrando un livello di Performance però inferiore a quello registrato nella "classifica generale". Seguono P.A. di Bolzano ed Emilia Romagna con una Performance rispettivamente pari al 56% e 48%; Basilicata, Sicilia e Calabria occupano le ultime tre posizioni con un indice di Performance inferiore al 32%.

KI 4b.5. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2020 - Categoria Istituzioni



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal Panel, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Per i rappresentanti delle Istituzioni la misura di Performance varia dal 77% della P.A. di Trento al 38% della Calabria: si allarga quindi la forbice fra gli estremi rispetto al ranking generale; P.A. di Bolzano, Veneto ed Emilia Romagna seguono la P.A. di Trento con un livello di Performance pressoché simile (tra il 65% ed il 68%). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Puglia, Campania, Basilicata e Calabria che presentano un livello di Performance compreso tra il 46% e il 38%.

KI 4b.7. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2020 - Categoria Management aziendale



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal Panel, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Per la Categoria Management aziendale il gap tra la Regione più performante e quella meno è molto simile rispetto a quello del ranking generale: si passa da un valore massimo del 70% della P.A. di Trento ad un minimo del 36% della Calabria. P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia e Toscana occupano le prime quattro posizioni con una Performance superiore al 60% (tra il 70% e il 60%); all'estremo opposto troviamo Lazio, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Molise, Sicilia, Campania e Calabria che occupano le ultime otto posizioni con un valore di Performance, per tutte, inferiore al 50% (tra il 49% e il 36%).

KI 4b.6. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2020 - Categoria Professioni sanitarie



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal Panel, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Per le Professioni sanitarie aumenta il gap di Performance tra la Regione migliore e peggiore: dall'81% della P.A. di Trento, al 33% della Calabria; P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Marche, Friuli Venezia Giulia e Liguria, hanno un livello di Performance compreso tra l'81% e il 65%; Abruzzo, Lazio, Campania e Calabria occupano le ultime quattro posizioni, con un indice di Performance compreso tra il 49% e il 33% di quella massima.

KI 4b.8. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2020 - Categoria Industria medicale



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal Panel, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Per i rappresentanti dell'Industria medicale la misura di Performance varia dal 69% della P.A. di Trento al 36% della Calabria. La P.A. di Bolzano segue quella di Trento con un livello di Performance pressoché simile (66%). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Puglia, Campania, Molise e Calabria che presentano un livello di Performance compreso tra il 43% e il 36%.

CAPITOLO 4c

Il Benessere equo e sostenibile e la Salute

Quattrococchi E.¹

4c.1. IL BES: definizioni

Il benessere equo e sostenibile (BES) è una linea di ricerca che nasce dall'esigenza di superare l'identificazione del benessere complessivo di una popolazione o Nazione con il solo benessere economico; tale approccio si fonda principalmente sulla corrente di pensiero dell'economista indiano Amartya Sen (premio Nobel per l'economia nel 1998).

In altri termini, la logica è quella del "superamento del Prodotto Interno Lordo (PIL)" quale unico indicatore del benessere delle Società, incentivando l'utilizzo di un approccio multidimensionale, basato su un set di indicatori che monitorino il progresso considerando aspetti sociali, ambientali ed economici.

Lo spostamento dell'enfasi «dalla misurazione della produzione economica, alla misurazione del benessere delle persone» è stato assunto da iniziative internazionali come il Rapporto della Commissione Sarkozy sulla misura della *Performance* dell'economia e del progresso sociale, dalla Dichiarazione di Instambul e «Non solo Pil: misurare il progresso in un mondo in cambiamento» della Commissione delle comunità europee.

Quest'ultime convengono sulla necessità di valutare la *Performance* non solo in termini di aggregati economici, ma anche di elementi non monetari che vadano a rappresentare la qualità della vita dei cittadini, favorendo la promozione di metodi di misurazione che «tengano conto delle dimensioni sociali e ambientali dello sviluppo economico» come indicato nel vertice del G20 a Pittsburgh nel 2009.

L'approccio, quindi, non va a sminuire l'importanza del PIL, quanto a stimolare i Paesi a "vedere oltre" l'aggregato macroeconomico, attraverso la se-

lezione di indicatori che esprimano in modo olistico il benessere di una particolare collettività.

Il punto di partenza metodologico per la definizione del benessere è il *framework* pubblicato dall'Ocse (Figura 4c.1.), che ha di fatto determinato le basi per lo sviluppo a livello nazionale della tematica.

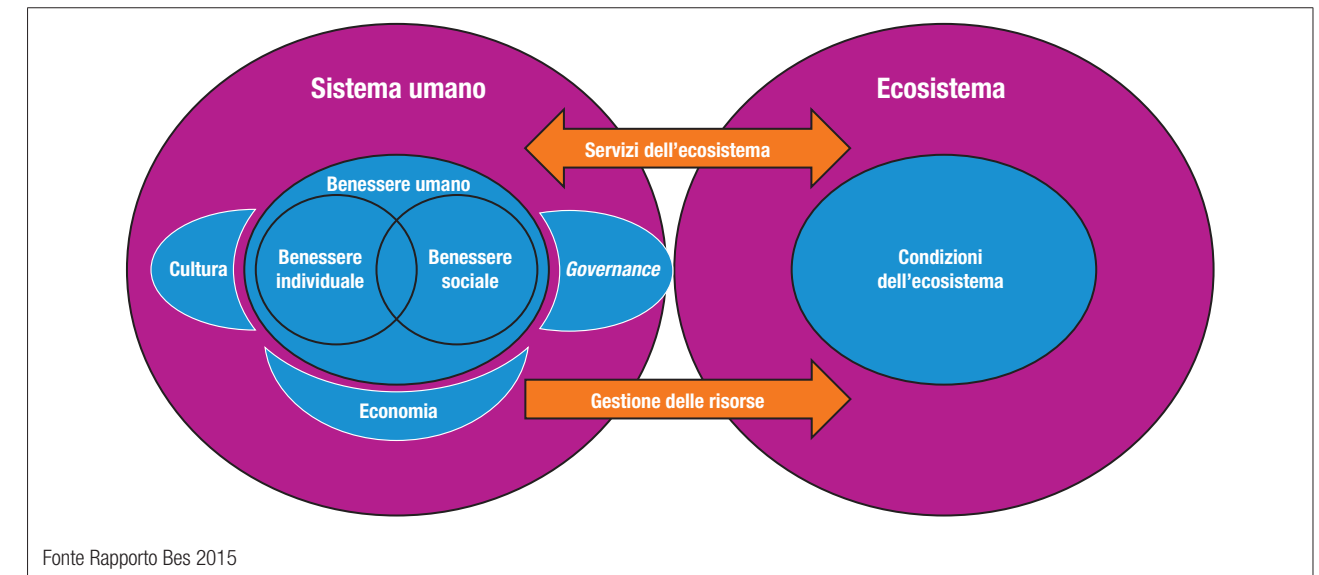
Assunto come punto di partenza la multidimensionalità del benessere, il BES si fonda su due principi cardini: l'equità, intesa come la parità di accesso alle risorse (ambientali, economiche e sociali) da parte di tutti i cittadini e fra le successive generazioni e la sostenibilità, intesa come la capacità di soddisfare i bisogni delle generazioni attuali senza compromettere i bisogni delle generazioni future.

4c.2. IL BES in Italia

La sfida della misura del benessere (equo e sostenibile) è stata raccolta in Italia dall'Istat che, dal 2013, produce annualmente un rapporto dedicato all'argomento. Il *framework* utilizzato in Italia, ad oggi, si fonda sul monitoraggio di 12 dimensioni del benessere (c.d. "domini"), analizzate attraverso un set di 130 indicatori; dal 2015, inoltre, è stata prevista una sintesi per dominio attraverso la costruzione e l'analisi di indicatori compositi.

La struttura del BES si basa fondamentalmente su due gruppi di domini: la prima tipologia, cosiddetta degli "outcome", include le dimensioni ad impatto diretto sul benessere umano ed ambientale; la seconda tipologia di domini, definiti di "contesto", è volta, invece, a misurare gli elementi funzionali al miglioramento del benessere della collettività e dell'ambiente.

Figura 4c.1. Il framework OCSE per la misurazione del progresso della Società



Gli indicatori di benessere equo e sostenibile sono stati anche introdotti nell'ordinamento legislativo italiano come strumento di programmazione economica dall'articolo 14 della Legge (L.) n. 163/2016, di riforma della Legge di contabilità (L. n. 169/2009).

Questo ha comportato la possibilità di fare entrare, per la prima volta, le dimensioni fondamentali della qualità della vita all'interno della programmazione economica e di analizzare gli effetti della politica di bilancio sul benessere, l'inclusione sociale e la sostenibilità ambientale.

L'importanza degli indicatori del BES non dipende, quindi, esclusivamente dall'innovatività con cui si studiano i progressi/regressi di una Società, ma anche dal fatto che la dimensione misurata può influenzare in modo diretto l'azione politica, assumendo particolare rilevanza nel contesto contemporaneo dove i Governi dovrebbero, tendenzialmente, soddisfare obiettivi sempre più multidimensionali.

Il Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base dei dati forniti dall'Istat, redige annualmente un apposito allegato al DEF ed una relazione.

4c.3. La Salute nel BES

Troviamo la "Salute" tra i domini di "outcome"; in particolare la salute viene definita come «la dimensione essenziale del benessere individuale che inci-

de su tutte le dimensioni della vita delle persone e in tutte le sue diverse fasi, modificando le condizioni di vita e condizionando i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità e le prospettive dei singoli e, spesso, delle loro famiglie».

La dimensione "Salute", quindi, è uno dei 12 domini che influenza maggiormente il benessere equo e sostenibile essendo un elemento centrale del benessere individuale ed anche un elemento imprescindibile per la prosperità delle popolazioni.

Il dominio "Salute", in Italia, viene analizzato attraverso un set di 13 indicatori, che lo descrivono in termini oggettivi, funzionali e soggettivi:

- speranza di vita alla nascita
- speranza di vita in buona salute alla nascita
- indice di salute mentale
- mortalità infantile
- mortalità per incidenti stradali
- mortalità per tumore
- mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso
- speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni
- eccesso di peso
- fumo
- alcol
- sedentarietà
- adeguata alimentazione.

¹ C.R.E.A. Sanità

Si noti che, tra gli indicatori, sono inclusi cinque potenziali fattori di rischio per la salute, connessi principalmente agli stili di vita.

L'ultimo allegato al DEF sugli indicatori di benessere equo e sostenibile, pubblicato a Luglio 2020, in relazione al dominio "Salute", presenta una sezione straordinaria dove vengono illustrati i tre principali scopi da raggiungere per contrastare l'emergenza Covid-19.

In particolare:

- ridurre le possibilità di contagio
- aumentare il personale sanitario
- incrementare le dotazioni di attrezzature mediche.

Inoltre, contiene un'analisi dell'andamento di alcuni indicatori (speranza di vita in buona salute alla nascita ed eccesso di peso).

L'ultima relazione sugli indicatori di benessere equo e sostenibile, pubblicata a febbraio 2020, sempre con riferimento al dominio "Salute", propone di intervenire sul miglioramento delle infrastrutture sanitarie, sull'aumento delle apparecchiature mediche, sul costo delle prestazioni specialistiche, sull'introduzione di "sugar tax", sulle accise sul tabacco e sport *bonus*.

4c.4. Le misure di sintesi del BES: criticità e opportunità

A livello internazionale, la misurazione del benessere equo e sostenibile è ferma a valutazioni prettamente parziali, ovvero, non è stato ancora sviluppato un indicatore finale in grado di aggregare tutte le dimensioni elementari e fornire una misura complessiva del benessere di un Paese.

Per lo sviluppo di misurazioni composite attendibili si devono considerare una serie di elementi imprescindibili al mantenimento dell'equilibrio tra le dimensioni sintetizzate e l'indice finale; ciò, comporta la ricerca di metriche appropriate che vadano a ridurre l'effetto della non linearità tra gli elementi e che evitino di generare modelli cosiddetti *blackbox* come illustrato nel *webinar* realizzato dall'ISTAT "Sostenibilità e Rapporto SDGS 2020: Statistiche per il nostro futuro".

Ad oggi, l'assenza di tali misure di sintesi esclude la possibilità di valutare il contributo delle singole Dimensioni rispetto ad una misura di sintesi finale.

In Italia, gli *statistical experts* hanno sviluppato esclusivamente misure di sintesi per singolo dominio o per singolo obiettivo, utilizzando metodi di aggregazioni che si basano su una variante del *Mazziotta-Pareto Index* denominata *AMPI (Adjusted Mazziotta-Pareto Index)*; solo recentemente, in via sperimentale, sono stati sviluppati degli indicatori compositi, che attraverso l'aggregazione di più obiettivi, definiscono l'andamento di alcune macro-dimensioni (sociale, economica ed ambientale) ma, al momento, non risultano consultabili.

Gli indicatori compositi disponibili per la dimensione Salute sono:

- l'indice composito per il dominio "Salute", realizzato nel rapporto BES dove sono aggregati tre indicatori elementari: speranza di vita alla nascita, speranza di vita in buona salute alla nascita e speranza di vita senza limitazioni a 65 anni;
- l'indice composito per il *Goal 3* "Salute e benessere", realizzato nel Rapporto ASviS, che aggrega 6 indicatori elementari quali: necessità di cure mediche non soddisfatte auto-riferite, quota di persone con buona o molto buona salute percepita, consumo di alcol, tasso di mortalità dovuto alla tubercolosi, all'HIV e all'epatite, speranza di vita alla nascita e tasso di mortalità dovuto a malattie croniche.

4c.5. Gli indici compositi per la dimensione "Salute" in Italia

Nel 2018, in Italia, l'indice composito del BES per il dominio "Salute" ha raggiunto il valore di 109,5, in aumento di 2 punti rispetto al 2017 e di 9,5 punti rispetto al 2010.

Il Dominio "Salute" è secondo solo a quello "Benessere soggettivo", in termini di miglioramento.

Rispetto al 2010, un miglioramento si registra in tutte le Regioni italiane.

L'indicatore assume valori migliori nel Nord e nel Centro (+4,2 e +4,7 punti), mentre nel Sud è inferiore

di 9,4 punti rispetto al valore medio.

A livello regionale, si va da un valore minimo dell'indice di 94,2 in Campania ad uno massimo, pari a 127 nella P.A. di Bolzano.

Rispetto al 2017, la Valle d'Aosta registra il peggioramento più significativo dell'indice (-2,7 punti) mentre la Calabria il più elevato incremento (+6,7 punti).

Nel 2018, il valore italiano dell'indice composito "Salute e benessere" dell'ASviS è stato pari a 108,2 in aumento di 7,1 punti rispetto all'anno precedente e di 7,0 punti rispetto al 2010.

In Europa l'Italia occupa la settima posizione per valore dell'indice, con un valore superiore di 3,9 punti rispetto alla media EU (104,4); confrontando il posizionamento dell'Italia con quello 2010, l'Italia è migliorata di sei posizioni.

A livello europeo i Paesi che hanno raggiunto valori massimi e minimi dell'indice composito "Salute e benessere" sono stati rispettivamente la Svezia (112,2) e l'Estonia (76,6).

Il valore dell'indice composito "Salute e benessere" della Svezia è migliorato di 7,9 punti rispetto alla media europea mentre quello dell'Estonia è inferiore di 27,7 punti.

Tra il 2010 e il 2018, il valore dell'indice composito in Italia è cresciuto di 2,6 punti più che nella media dei Paesi europei, che si situano in un *range* che a un estremo vede il peggioramento dell'Estonia (-5,5 punti) e all'altro il miglioramento (+11,8 punti) della Croazia.

Si noti che nessuno tra gli indicatori elementari utilizzati all'interno dell'indicatore composito si caratterizza per avere un'influenza dominante nello spiegare le disuguaglianze esistenti tra i vari Paesi.

4c.6. Conclusioni

La misurazione del benessere equo e sostenibile è sicuramente un tema di grande rilievo soprattutto in una epoca in cui è forte la necessità di monitorare i progressi di una Società in chiave multidimensionale e di innovativa.

L'Italia risulta all'avanguardia nello sviluppo del BES, e in particolare in tema di sviluppo di indica-

tori per la dimensione "Salute": a livello nazionale si evidenzia un miglioramento progressivo dell'indice composito "Salute", che risulta uno dei Domini trainanti del miglioramento del Benessere equo e sostenibile; il livello dell'indicatore "Salute e benessere" pone l'Italia, rispetto ai Paesi europei, in settima posizione con solo 4 punti di differenza rispetto al Paese con *Performance* migliore (la Svezia).

Il *trend* positivo in quasi tutti i Paesi, indica un forte impegno nel miglioramento della dimensione Salute nel Benessere.

Non risulta, invece, ancora possibile valutare il contributo del Dominio al Benessere complessivo, essendo ancora materia di dibattito.

L'opportunità di sviluppare un indicatore finale di sintesi del Benessere delle Società, alternativo alla classica misura del PIL, incentiva verso nuovi scenari di analisi colmando i numerosi *gap* che intercorrono tra le misure economiche convenzionale e la percezione del benessere da parte della popolazione; ad oggi, risulta ancora un *work in progress* internazionale che richiederà tempo per la sua concreta realizzazione.

Riferimenti bibliografici

ISTAT (anni vari), Rapporto BES

[https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-\(bes\)/il-rapporto-istat-sul-bes](https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-(bes)/il-rapporto-istat-sul-bes)

ASviS (anni vari), L'Italia e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile

<https://asvis.it/rapporto-asvis/>

Legge n. 163/2016 art. 14

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2016/08/25/16G00174/sg>

Stiglitz J, Sen A, Fitoussi JP. Rapporto della Commissione Sarkozy sulla misura della performance dell'economia e del progresso sociale, 2009.

https://www.researchgate.net/publication/258260767_Report_of_the_Commission_on_the_Measurement_of_Economic_Performance_and_Social_Progress_CMEPSP

ISTAT, Webinar Sostenibilità e rapporto SDGS 2020: Statistiche per il nostro futuro, 2020.

<https://www.istat.it/it/archivio/244173>

ENGLISH SUMMARY

Chapter 4c analyses Fair and Sustainable Well-being (BES) with specific reference to the contribution provided by health. This line of research stems from the need to overcome the approach which identifies the overall wellbeing of a population or nation with economic wellbeing alone, thus following a logic designed to “go beyond the mere Gross Domestic Product (GDP)”.

Since 2013 Istat has been drafting an annual report dedicated to the subject-matter, analysing 12 dimensions of wellbeing (the so-called “domains”), through a set of 130 indicators including, in some cases, also “composite” ones.

The BES has also been introduced into the Italian law-making system as an economic planning tool.

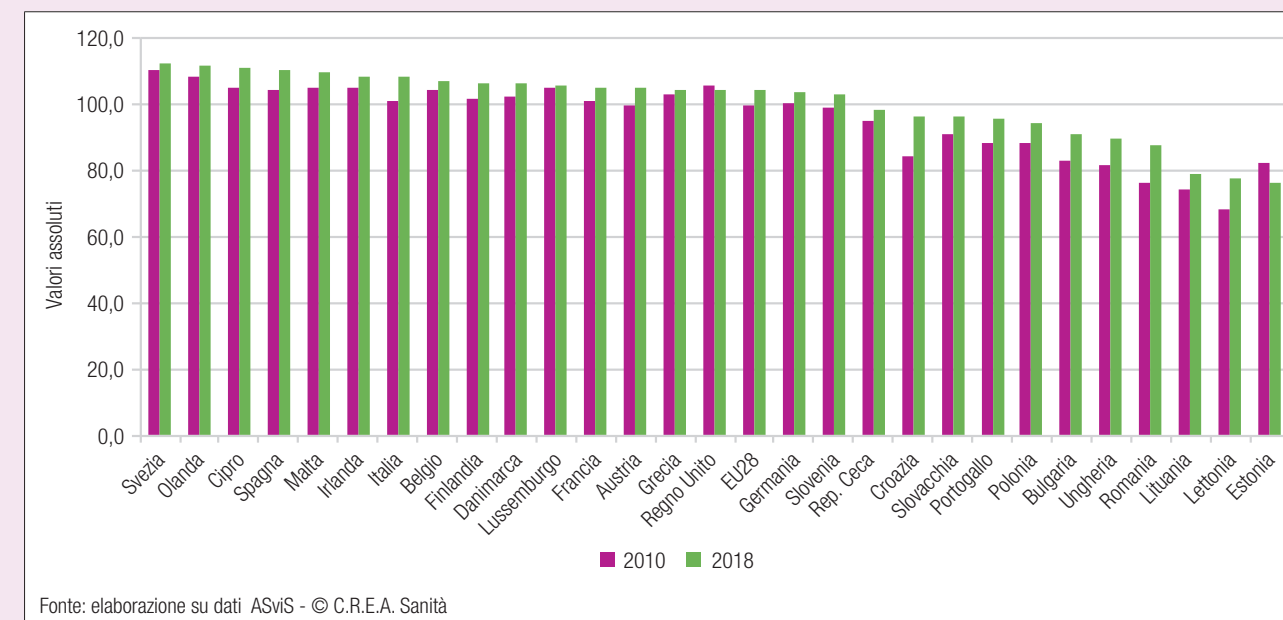
With specific reference to the “Health” dimension, in Italy two composite indices have been developed

within the BES framework: the “Health” index of Istat and the “Health and Wellbeing” index of the Italian Alliance for Sustainable Development (ASviS).

Both indices have improved progressively in recent years, both at national and European levels: the BES composite index “Health”, set at 100 in 2010, in 2018 rose to 109.5 points (up by 9.5 points); the composite index “Health and Well-being” is equal to 108.2 points. It should be noted that this index varies at EU level in a range from 112.2 points in Sweden to 76.6 points in Estonia.

“Health”, therefore, contributes significantly to the improvement of BES, although a quantitative assessment is not yet possible, as the definition of a “final” composite index of BES is an international work in progress.

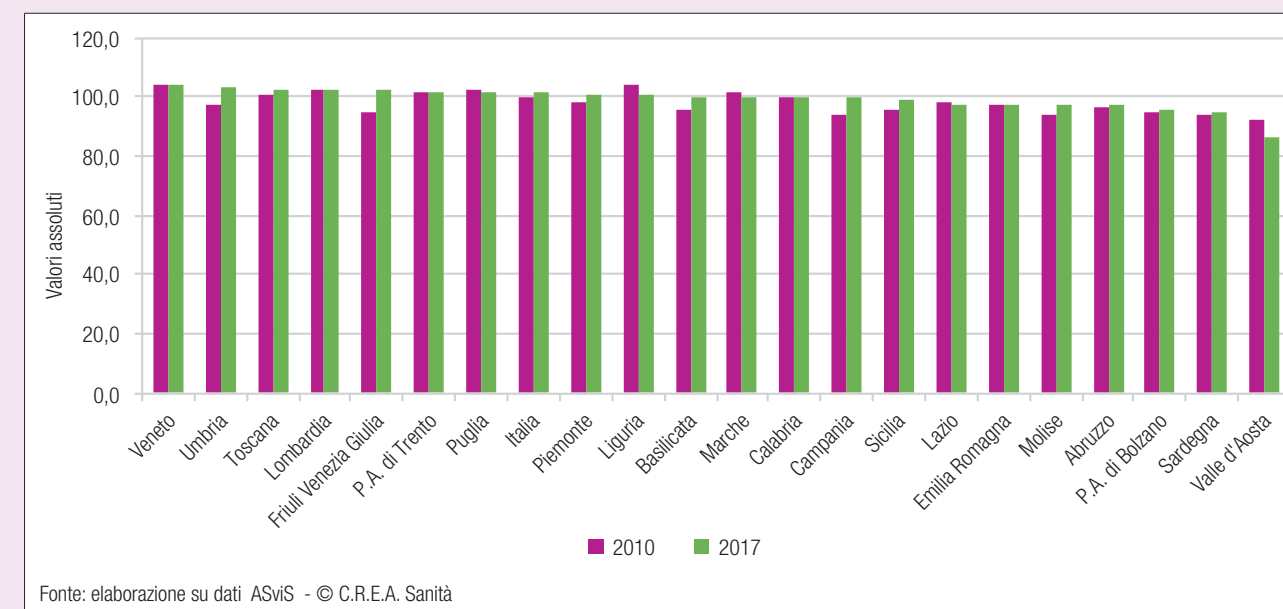
KI 4c.1. ASviS: indice composito “Salute e Benessere” in Europa



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

Nel 2018, con un valore pari a 108,2 punti, l'Italia è al settimo posto in Europa per valore dell'indice composito “Salute e Benessere”. L'indice è cresciuto di 7 punti rispetto al 2010. Il valore più alto dell'indice si registra in Svezia (112,2) seguita da Olanda (111,8) e Cipro (110,9); il valore minore in Estonia (76,6 punti) seguita dalla Lettonia (77,4 punti) e dalla Lituania (79,1 punti). Rispetto al 2010, i Paesi che hanno registrato un maggiore incremento dell'indice sono la Croazia e la Romania rispettivamente di 11,8 punti e 11,3 punti; la diminuzione più significativa si è registrata in Estonia (-5,5 punti) e nel Regno Unito (-1,7 punti).

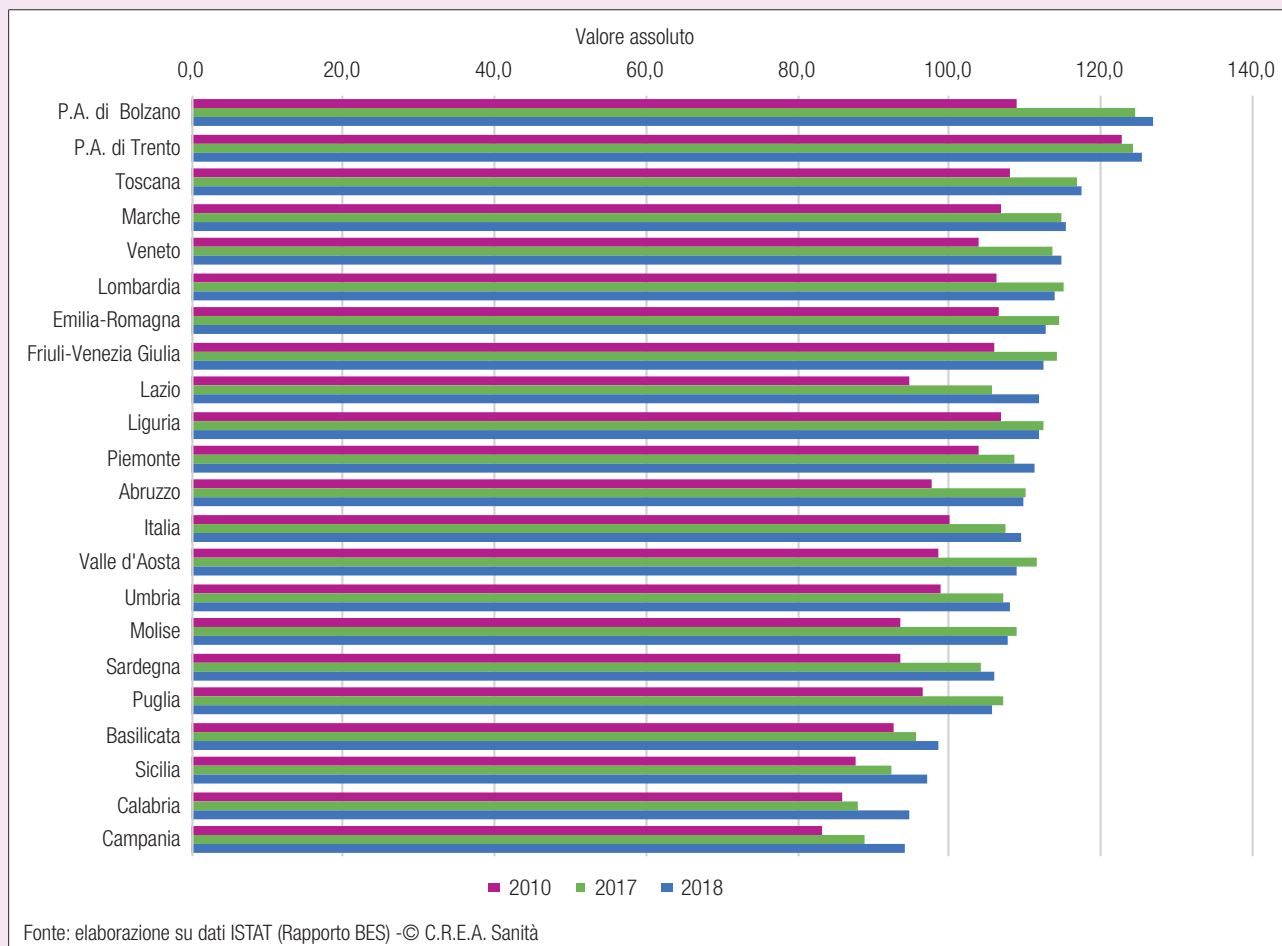
KI 4c.2. ASviS: indice composito “Salute e Benessere” in Italia



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

A livello regionale, l'indice “Salute e benessere” nel 2017 era compreso fra un minimo di 86,3 punti della Regione Valle d'Aosta ad un massimo di 104,3 punti della Regione Veneto, con una differenza di 18 punti. Rispetto al 2010, l'indice ha avuto il maggior incremento in Friuli Venezia Giulia (+7,6 punti) mentre il decremento più significativo si registrava in Valle d'Aosta con una riduzione di 6,3 punti.

KI 4c.3. BES: indice composito "Salute" in Italia



Nel 2018, l'indice "Salute" del BES è compreso in un *range* regionale che va dai 94,2 punti della Regione Campania ai 127,0 punti della P.A. di Bolzano con una differenza di 32,8 punti. Rispetto al 2017, la Valle d'Aosta registra il peggioramento più significativo dell'indice (-2,7 punti) mentre la Calabria il più elevato incremento (+6,7 punti). Rispetto al 2010, il valore dell'indice "Salute" migliora in tutte le regioni italiane con il maggior incremento registrato nella P.A. di Bolzano (+18,1 punti).

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of purple and pink. The sun is positioned above the bar chart, and the entire graphic is set against a background of faint, overlapping text in various colors.

Capitolo 5

**Prevenzione: influenza e stato dell'arte
delle vaccinazioni tra gli anziani**

*Prevention: influence and state of the art
vaccinations among the elderly*

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 5

Prevenzione: influenza e stato dell'arte delle vaccinazioni tra gli anziani

Giordani C.¹

5.1. Introduzione

L'influenza rappresenta un problema di Sanità pubblica, con un impatto rilevante dal punto di vista epidemiologico, clinico ed economico. Vanno considerati diversi fattori: l'ubiquità e la contagiosità della malattia, la variabilità antigenica dei virus, l'andamento epidemico (e periodicamente pandemico) e stagionale, la possibilità di complicanze gravi in alcune categorie di soggetti più a rischio (fra cui bambini, anziani, donne in gravidanza, persone con comorbidità e malattie croniche, come si approfondirà meglio in seguito), i costi di gestione conseguenti e i costi sociali, quali la minore produttività (Istituto Superiore di Sanità – ISS (d)).

Come ricordano, tra gli altri, il Ministero della Salute, l'ISS ed anche le principali Istituzioni internazionali (ad esempio l'Organizzazione Mondiale della Sanità – WHO o il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie dell'Unione Europea – ECDC), l'influenza è una malattia respiratoria acuta, causata da virus che infettano le vie aeree, che nell'emisfero occidentale si presenta con epidemie nella stagione invernale. Dal primo isolamento nell'uomo, che risale al 1933, sono stati identificati quattro tipi di virus, tutti appartenenti alla famiglia Orthomyxoviridae: i tipi A e B (responsabili della sintomatologia influenzale classica), il tipo C (di scarsa rilevanza clinica, in quanto generalmente asintomatico) e il tipo D (la cui possibilità di infettare l'uomo non è ancora chiara) (Ministero della Salute (b), WHO (c), ECDC (b)).

L'influenza è molto contagiosa e si trasmette pre-

valentemente per via aerea; nel soggetto sano raramente dà luogo a complicazioni, ma in alcuni casi può provocare complicanze gravi o la morte nelle persone ad alto rischio (più della metà dei casi complicati si registra nei soggetti di età superiore ai 65 anni) (ISS (d)).

L'incidenza dell'influenza è spesso sottostimata, poiché la malattia può essere confusa con altre patologie virali con manifestazioni cliniche simili, dette sindromi simil-influenzali (*Influenza Like Illness* - ILI). A questo riguardo, «l'utilizzo del termine "influenza" dovrebbe essere riservato a quei casi in cui uno dei virus influenzali è accertato come l'agente eziologico della malattia mediante appropriati *test* di laboratorio (...). Tuttavia, le indagini sierologiche e virologiche non sono eseguite routinariamente per l'identificazione del soggetto malato: per parlare di "caso" viene utilizzato un *proxy* clinico, la "sindrome simil-influenzale", una misura che ben correla con l'influenza confermata in laboratorio. L'ILI è identificata in base alle manifestazioni cliniche e include manifestazioni acute con sintomi generali e respiratori (...).» (AA. VV., 2019).

Ridurre l'impatto dell'influenza stagionale attraverso una migliore azione di sorveglianza, prevenzione e controllo aiuta i Paesi a prepararsi ad affrontare una possibile pandemia, che si verifica a intervalli di tempo imprevedibili. Come ricorda l'ISS, infatti, le particolari caratteristiche dell'influenza rendono fondamentali le attività di sorveglianza, sia epidemiologica che virologica. In particolare, «è importante individuare l'inizio, la durata e intensità dell'epidemia stagionale e la distribuzione geografica, utilizzando

¹ Economista. L'autore scrive a titolo personale e non per conto dell'Ente di appartenenza

la stima dell'incidenza delle sindromi simil-influenzali e attraverso l'identificazione precoce dei ceppi virali circolanti» (ISS (d)).

Come si vedrà meglio nel prosieguo, i sistemi di sorveglianza diffusi nel mondo, in grado di collegarsi fra loro per la raccolta dei dati provenienti dai diversi Paesi, forniscono importanti informazioni ai *decision makers* e consentono di mettere in atto tempestivamente interventi preventivi condivisi, accrescendo la sicurezza sanitaria delle popolazioni a livello globale.

Il Ministero della Salute ricorda che «la vaccinazione è il mezzo più efficace e sicuro per prevenire l'influenza e ridurre le complicanze. Poiché i virus dell'influenza cambiano spesso, la vaccinazione va ripetuta ogni anno. In inverno, però, circolano anche altri virus che provocano febbre e raffreddore, spesso scambiati per influenza. Contro questi virus il vaccino non è efficace, perché protegge solo da quelli influenzali. Sulla base dei ceppi virali circolanti e dell'andamento delle ILI nel mondo, la WHO aggiorna ogni anno la composizione del vaccino antinfluenzale» (Ministero della Salute (c)).

Tra le misure di prevenzione non farmacologiche, spesso ricordate nelle campagne di informazione, ci sono invece l'igiene respiratoria (contenimento della diffusione derivante dagli starnuti e dai colpi di tosse, con la protezione del gomito o di un fazzoletto) e il lavaggio frequente delle mani, in particolare dopo essersi soffiati il naso o aver tossito o starnutito: quest'ultimo aspetto rappresenta l'intervento preventivo di prima scelta ed è pratica riconosciuta, dalla WHO, tra le più efficaci per il controllo della diffusione delle infezioni anche negli ospedali (Ministero della Salute, 2017).

Il capitolo "Prevenzione" quest'anno intende fotografare lo stato dell'arte delle vaccinazioni antinfluenzali, con particolare riferimento ai soggetti anziani, in Europa e in Italia, anche alla luce del particolare momento di emergenza sanitaria che si sta vivendo a livello globale nel momento in cui si scrive, a causa della pandemia di COVID-19.

Dopo aver accennato all'impatto epidemiologico della malattia e ad alcune stime del *burden* economico che essa comporta, a livello nazionale e internazionale, ci si concentra sulle vaccinazioni, analiz-

zando i principali documenti di indirizzo e i dati sulle coperture. Infine, si illustrano i contenuti della Circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021" e la situazione degli approvvigionamenti dei vaccini a livello territoriale (ancora in corso nel momento in cui si scrive).

5.2. Aspetti epidemiologici e sorveglianza dell'influenza

5.2.1. Il quadro internazionale

A livello globale, ogni anno il virus influenzale colpisce tra il 5% e il 15% della popolazione adulta (da 350 milioni a 1 miliardo di persone), un'incidenza che sale al 20-30% nei bambini (WHO (c)).

Tra i 3 e i 5 milioni di casi di influenza riportati annualmente evolvono in complicanze, che causano il decesso in circa il 10% dei casi (da 290 mila a 650 mila persone), soprattutto tra i gruppi di popolazione a rischio (bambini sotto i 5 anni, donne in gravidanza, anziani, persone affette da malattie croniche).

Gli effetti del virus influenzale non sono uguali nel mondo; nei Paesi industrializzati l'influenza si rivela fatale soprattutto tra le persone di età superiore ai 65 anni. Le epidemie possono provocare alti livelli di assenteismo scolastico e/o lavorativo; le cliniche e gli ospedali possono essere in estrema difficoltà durante i periodi di massima malattia.

L'impatto nei Paesi in via di sviluppo non è noto con certezza, tuttavia si stima che in tali Paesi l'influenza causi un'elevata percentuale di decessi tra i bambini (WHO (c)).

Come si è già detto, le peculiari caratteristiche dell'influenza rendono fondamentali le attività di sorveglianza.

A livello mondiale, il *Global Influenza Programme* (GIP) della WHO fornisce agli Stati membri una guida strategica, supporto tecnico e coordinamento delle attività essenziali per rendere i loro sistemi sanitari più preparati contro le epidemie stagionali (ed eventuali pandemie) di influenza.

La sorveglianza fa riferimento al *WHO Global Influenza Surveillance and Response System* (GISRS), che attraverso i *National Influenza Centers* (NICs) e con la collaborazione dei *WHO Collaborating Centres* (CCs) e degli *Essential Regulatory Laboratories* (ERLs) dei Paesi aderenti ha l'obiettivo di monitorare l'evoluzione dei virus influenzali circolanti ed emanare le raccomandazioni per la diagnostica di laboratorio, la composizione del vaccino stagionale, la suscettibilità dei virus influenzali ai farmaci antivirali e la valutazione del rischio. Il sistema serve anche come meccanismo di allerta globale in caso di emergenza di potenziali virus pandemici (ISS (d)). I dati vanno ad alimentare, con aggiornamento settimanale, l'applicazione *web FluNet* (per la sorveglianza virologica), che affianca la piattaforma *FluID* (per la sorveglianza epidemiologica) (WHO (b)).

In Europa (Unione Europea e Area Economica Europea, EU/EEA), l'ECDC stima, ogni anno, che un numero di persone compreso tra 4 e 50 milioni contragga un'influenza sintomatica, e di conseguenza si stima un numero variabile tra 15.000 e 70.000 di decessi correlati (il 90% si verifica in soggetti di età superiore ai 65 anni, specie tra quelli con condizioni cliniche croniche di base). Inoltre, l'elevato numero di infezioni, da lievi a moderate, determina pressione sui servizi sanitari e assenze dal lavoro, e quindi perdite nella produzione (ECDC (b)).

Per la raccolta dei dati di sorveglianza virologica ed epidemiologica, a livello europeo è attivo lo *European Influenza Surveillance Network* (EISN), coordinato dall'ECDC. Le attività di sorveglianza virologica si avvalgono, tra le altre, della rete *European Reference Laboratory Network for Human Influenza* (ERLI-Net), che collabora con WHO; la sorveglianza clinica si basa fundamentalmente sui *report* forniti dai medici sentinella di assistenza primaria (soprattutto medici di medicina generale, ma in alcuni casi anche pediatri e medici con altre specializzazioni). A seconda del Paese, questi medici (che rappresentano l'1-5% del totale) rilevano il numero settimanale di pazienti che si presentano per ILI e/o infezioni respiratorie acute (*Acute Respiratory Infection* - ARI).

Ad un sottogruppo di questi casi viene effettuato il tampone naso-faringeo per la conferma diagnostica

di influenza, identificare i tipi e sottotipi di virus circolanti e fornire informazioni sulle loro caratteristiche.

In alcuni Paesi, poi, viene condotta una sorveglianza su un campione (o tutti, in alcuni casi) per gli ospedalizzati con un'infezione respiratoria acuta grave (*Severe Acute Respiratory Infection* - SARI (ECDC (c))).

Durante le stagioni influenzali, tutti i dati vengono riportati all'ECDC con frequenza settimanale, attraverso il sistema TESSy (*The European Surveillance System*).

Settimanalmente, viene pubblicato un bollettino congiunto ECDC- Ufficio regionale per l'Europa della WHO (*Flu News Europe*), in cui vengono evidenziate le caratteristiche epidemiologiche e virologiche della stagione.

Secondo i dati riportati nell'ultimo *Annual Epidemiological Report* (ECDC (a)), durante la stagione 2019-2020 sono stati analizzati 33.056 campioni provenienti da tamponi faringei di pazienti che si sono rivolti ai medici sentinella, in linea rispetto alla stagione precedente, il 36% dei quali è risultato positivo per il virus influenzale (stagione precedente: 42%).

La sorveglianza della mortalità nei Paesi europei viene svolta dalla rete EuroMOMO (*European monitoring of excess mortality for public health action*), all'interno della quale esiste un progetto chiamato FluMOMO, che stima la mortalità che potrebbe essere attribuita all'influenza (EuroMOMO).

5.2.2. Il quadro nazionale

In Italia è attivo il sistema di sorveglianza *InfluenzaNet*, istituito con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 28/9/2000 e coordinato dall'ISS con il contributo del Ministero della Salute; anche il sistema italiano si articola nella sorveglianza epidemiologica (per determinare l'inizio, la durata e l'intensità dell'epidemia stagionale) e virologica (per monitorare la circolazione dei diversi tipi e sottotipi di virus).

InfluenzaNet si basa su una rete di medici sentinella (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) reclutati dalle Regioni, che partecipano volontariamente alla sorveglianza e segnalano i casi di

ILI osservati tra i loro assistiti (il periodo di osservazione è di 28 settimane e si estende da metà ottobre a fine aprile). La popolazione minima da sorvegliare è pari al 2% di quella totale residente, per Regione e per fascia di età. I medici sentinella e altri medici operanti nel territorio e negli ospedali collaborano, inoltre, alla raccolta di campioni biologici per l'identificazione di virus circolanti; le indagini virologiche sui campioni vengono eseguite dai Laboratori della Rete *InfluNet* e dal Centro Nazionale per l'Influenza (NIC) presso l'ISS.

La raccolta e l'elaborazione delle segnalazioni di malattia a livello nazionale è effettuata dall'ISS, che produce un rapporto settimanale pubblicato sul sito internet del Ministero della Salute.

Il NIC, che fa parte della rete internazionale coordinata dalla WHO e della rete europea coordinata dall'ECDC, di cui si è detto nei paragrafi precedenti, provvede all'elaborazione dei dati virologici a livello nazionale e realizza un rapporto settimanale, anch'esso pubblicato sul sito Internet ministeriale.

L'ISS e il NIC provvedono all'invio settimanale sia dei dati epidemiologici all'ECDC che dei dati virologici alla WHO e all'ECDC.

Per avere un quadro completo sull'andamento della malattia nelle diverse stagioni, l'ISS elabora il rapporto periodico *Flu News Italia*, il quale integra i risultati di differenti sistemi: oltre a *InfluNet-Epi* (sistema di sorveglianza epidemiologica delle ILI) e *InfluNet-Vir* (sistema di sorveglianza virologica), anche *InfluWeb* (sistema di sorveglianza di tipo partecipativo, dove i cittadini riportano *online* se presentano o meno sintomi compatibili con una ILI), il sistema di monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata in laboratorio (per cui è previsto il ricovero in Unità di terapia intensiva - UTI e/o il ricorso alla terapia in Ossigenazione Extracorporea a Membrana - ECMO) e SISMG (Sistema di Sorveglianza della Mortalità Giornaliera).

La sorveglianza *InfluNet* per la stagione 2019-2020 ha stimato in Italia circa 7.595.000 casi di sindromi simil-influenzali.

Per inciso, vale la pena evidenziare come il protocollo per la stagione 2020-21 preveda alcuni cambiamenti, a causa del contesto emergenziale della

pandemia di COVID-19: innanzitutto, il nome (Protocollo operativo *InfluNet & CovidNet*), ma anche ad esempio l'arruolamento di un numero maggiore di medici sentinella (per raggiungere il 4% della popolazione regionale) e l'aumento del numero di tamponi da effettuare (Ministero della Salute (b)).

In generale, l'incidenza di ILI, pur essendo assai diversa da stagione a stagione, in Italia si aggira mediamente intorno al 9% (*range*: 4-15%) della popolazione generale; nella fascia d'età 0-14 anni l'incidenza, mediamente, è pari a circa il 26% (12-40%) (ISS (d)).

I casi severi e le complicanze sono, tuttavia, più frequenti nei soggetti al di sopra dei 65 anni di età e con condizioni di rischio come, ad esempio, il diabete, le malattie immunitarie o cardiovascolari e respiratorie croniche. Alcuni studi hanno messo in evidenza un aumentato rischio di malattia grave nei bambini molto piccoli e nelle donne incinte. Tuttavia, casi gravi di influenza si possono verificare anche in persone sane, che non rientrano in alcuna delle categorie citate (Ministero della Salute (b)).

Per quanto concerne la stima della mortalità per l'influenza (comprese le sue complicanze), con l'attenzione dovuta al fatto che gli studi pubblicati utilizzano differenti metodi statistici, si stimano circa 8.000 decessi annui in Italia (ISS (a)).

5.3. L'impatto socio-economico dell'influenza

Una epidemia influenzale ha un grande impatto, oltre che in termini di morbosità e mortalità, anche da un punto di vista economico e organizzativo, comportando elevati costi diretti e indiretti (AA.VV., 2019).

I dati a disposizione sul peso economico dell'influenza non sono molti (si segnala il Manuale per la stima del peso economico dell'influenza stagionale elaborato da WHO (WHO (a)), e gli studi esistenti spesso evidenziano risultati nettamente differenti a causa delle diverse definizioni, variabili e metodologie utilizzate.

A livello internazionale, una ricerca (Molinari NA.

et al., 2007) ha fornito una stima dei costi annuali delle epidemie di influenza stagionale nella popolazione degli Stati Uniti:

- costi sanitari diretti: \$ 10,4 mld.
- costi indiretti: \$ 16,3 mld.
- costo totale: \$ 87 mld..

Per l'Europa, una ricerca (*Vaccines Europe*, 2016 - citando uno studio di Preaud E. et al., 2014) dimostra come in EU27 la popolazione *target*, per la quale è raccomandata da WHO una copertura vaccinale minima del 75,0% (anziani *over* 65 e altri gruppi a maggior rischio), sia pari a circa 180 mil. di persone (36,0%). Di queste, se ne vaccinano solo 80 mil. (circa il 44,0%). Con questi tassi di copertura, inferiori alla soglia minima, lo studio stima che i costi correlati all'influenza comunque evitati annualmente ammontino a circa € 250 mil., di cui:

- costi diretti: € 131 mil. grazie a 1,6 milioni di casi e 45.000 ospedalizzazioni evitate + € 22 mil. grazie a 701.000 visite per assistenza di base in meno
- costi indiretti: € 96 mil. evitando 715.000 giorni di lavoro e produttività persa.

Raggiungendo per la popolazione *target* in EU27 la copertura minima raccomandata, secondo lo studio in esame si potrebbero risparmiare ulteriori € 190 mil., raggiungendo un ammontare totale di costi pubblici evitati ogni anno pari a circa € 440 mil..

Secondo un'altra ricerca, più datata (*Vaccines Europe*, 2013), citata nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, raggiungere la copertura vaccinale contro l'influenza del 75,0% nei Paesi dell'EU avrebbe evitato € 72,6 mil. di costi diretti e € 112 mil. di costi indiretti.

Per il nostro Paese, uno studio italiano (Cicchetti A. et al., 2010), citato anch'esso nel PNPV 2017-2019, indica che, tra spesa del SSN, dell'INPS, delle imprese e delle famiglie (costi diretti e indiretti), l'impatto economico complessivo dell'influenza stagionale per il sistema-Paese possa essere stimato pari a circa € 2,9 mld.. Vaccinando tutta la popolazione italiana maggiorenne, i costi globali si ridurrebbero a € 1,6 mld., generando una diminuzione netta pari a € 1,3 mld..

Sempre nel PNPV 2017-2019 si legge anche che

«vaccinando tutti i cittadini tra i 50 e i 64 anni contro l'influenza, con un investimento massimo di € 76 mil. ci sarebbe un risparmio per il SSN pari a € 746 mil., con un rapporto costo/beneficio di 1 a 10» (Ministero della Salute, 2017 - citando uno studio di Università La Sapienza - CEIS EEHTA, Tor Vergata).

In una ricerca più recente (Dal Negro R.W. et al., 2018), i cui risultati sono stati presentati al XIX Congresso Nazionale della Pneumologia (SIP, 2018), si legge che l'epidemia di influenza stagionale in Italia, tra il 1999 e il 2008, ha avuto un impatto economico annuale di almeno € 1,5 mil. (citando lo studio di (Lai P.L. et al., 2011)). La ricerca di Dal Negro R.W. et al., basata su una *survey* telefonica che ha coinvolto un campione di 1.200 italiani rappresentativo della popolazione del 2017, ha stimato l'impatto economico dell'influenza e delle ILI sia dalla prospettiva del SSN che da quella delle famiglie italiane (e della Società). In particolare, lo studio ha evidenziato che:

- il SSN spende mediamente, ogni anno, circa € 62 per malato (ogni episodio di influenza o ILI costa circa € 39, considerando che sono possibili anche più episodi per soggetto), di cui circa € 16 per farmaci, prevalentemente antibiotici e corticosteroidi. Il 39% del costo è dovuto ai ricoveri, il 15% all'accesso al Pronto Soccorso, l'8% agli antibiotici
- nella prospettiva delle famiglie italiane, per influenza o ILI si spendono mediamente, ogni anno, circa € 250 (ogni episodio costa circa € 140), di cui circa € 29 per farmaci, prevalentemente medicinali di fascia C a totale carico del cittadino, per automedicazione e gestione dei sintomi. Lo studio in esame attribuisce l'88% di questi costi, a carico della Società, alla perdita di giornate lavorative
- per il SSN, mediamente ogni vaccinazione costa € 17 per i soggetti a rischio, per i quali la vaccinazione è gratuita (costi del vaccino - prezzo *ex factory* - più costi di amministrazione) e € 11 per gli altri (solo costi di amministrazione, perché il vaccino è a carico dei pazienti)
- per le famiglie, mediamente ogni vaccinazione (per i soggetti non a rischio, perché per quelli

a rischio la vaccinazione è gratuita, a carico del SSN) costa €10 (costi del vaccino).

I dati indicano, inoltre, che più del 70% dei soggetti intervistati sarebbe disposto a spendere (*out of pocket*) fino a € 30 (e l'8% anche oltre) per prevenire un episodio di influenza o una ILI, con una *willingness to pay* media è pari a € 12,2 (solo il costo medio sostenuto per farmaci, per episodio di influenza o ILI, è pari a € 15,0).

Con tutte le approssimazioni del caso, se ci limitassimo ad applicare i risultati di questa ricerca (considerando il costo stimato per episodio) ai 7.595.000 di casi di ILI stimati in Italia per la stagione 2019-2020 in base alla sorveglianza *InfluNet*, si arriverebbe ad un costo totale di circa € 1,4 mld. (circa € 300 mil. a carico del SSN e circa € 1,1 mld. a carico delle famiglie e della Società). Potendo essere il numero dei casi sottostimato ed estremamente variabile, i costi potrebbero anche raggiungere livelli molto più elevati.

Nel 2019, la spesa effettiva pubblica per vaccini (OSMED, 2020) è stata pari a € 566,4 mil. (€ 9,4 pro-capite, più del doppio rispetto al 2014, quando ammontava a € 4,5 pro-capite), di cui:

- vaccino per l'influenza quadrivalente da virus inattivato splittato: € 64,4 mil. (1,07 pro-capite)
- vaccino per l'influenza da virus inattivato adiuvato: € 16,9 mil. (€ 0,28 pro-capite)
- vaccino antinfluenzale (antigene di superficie, inattivato, prodotto in colture cellulari): € 2,1 mil. (€ 0,03 pro-capite).

5.4. Le coperture vaccinali contro l'influenza

Come dimostrano gli studi citati in precedenza, le risorse risparmiate grazie a una più diffusa vaccinazione antinfluenzale (almeno quelle del comparto pubblico) sono rilevanti e portano a concludere che «la vaccinazione non è e non deve essere considerata un costo, ma un'opportunità di risparmio: ciò

che si dovrebbe considerare è quanto costa non implementare un programma vaccinale efficace. A fronte di un limitato risparmio legato al mancato acquisto e somministrazione dei vaccini, non vaccinare contro una malattia prevenibile rappresenta un costo molto più rilevante, sia in termini di salute e qualità di vita della popolazione sia sul piano economico» (AA.VV., 2019). Questo concetto viene evidenziato anche nell'ultimo PNPV 2017-2019.

Poiché, come già ribadito in precedenza, i virus dell'influenza si modificano spesso, è necessario che la vaccinazione venga ripetuta ogni anno; essa protegge solo dal virus dell'influenza, mentre non è efficace contro le ILI.

In Italia, la vaccinazione antinfluenzale è offerta gratuitamente alle persone che rientrano nelle categorie *target*, a rischio di complicanze. Per la stagione 2020-2021 (come si vedrà meglio in seguito) il Ministero della Salute, nel sottolineare particolarmente l'importanza della vaccinazione in costanza della pandemia da COVID-19, prevede che essa possa essere offerta in modo gratuito alle persone nella fascia di età 60-64 anni.

Vale la pena di ricordare che la prevenzione vaccinale risulta pienamente efficace solo se vengono raggiunti i livelli di copertura adeguati, altrimenti si traduce in una dispersione di risorse senza che si possano apprezzare i risultati attesi (AA.VV., 2019).

Secondo i dati forniti da OECD ed Eurostat, la copertura vaccinale contro l'influenza stagionale in Europa rimane troppo bassa rispetto agli obiettivi minimo e ottimale raccomandati da WHO e Consiglio Europeo e confermati nel PNPV 2017-2019, rispettivamente pari al 75% e al 95% della popolazione anziana e delle altre categorie a rischio (OECD, 2020 - Eurostat, 2020).

Con particolare riferimento alla popolazione anziana (65 anni e più), nel 2018 (stagione 2017-18, ad eccezione di alcuni Paesi, come illustrato nella Figura 5.1.) in nessuno dei 23 Paesi europei di cui si dispone del dato si raggiunge il 75,0% di coper-

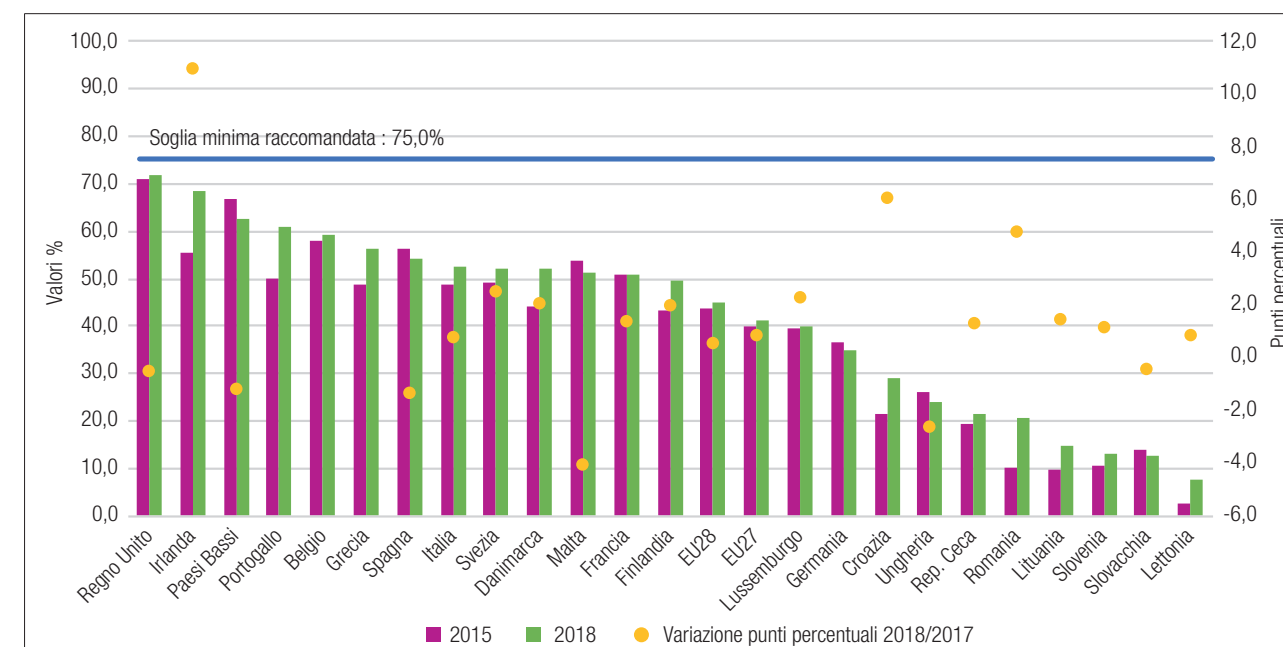
tura vaccinale contro l'influenza stagionale². L'unico Paese che si avvicina alla soglia è il Regno Unito, con una stima della copertura pari al 72,0% (in leggera diminuzione rispetto alla stagione precedente). A seguire, superano il 60,0% l'Irlanda (68,5%), i Paesi Bassi (62,7%) e il Portogallo (60,8%, dato 2017). L'Italia è all'ottavo posto, con il 52,7%; i dati per la stagione 2018-2019 sono in leggero miglioramento: 53,1%, che arriva al 54,6% nella stagione 2019-2020 (Ministero della Salute (a)).

La copertura media in Europa si ferma al 45,0%; la maggioranza dei Paesi che registrano valori inferiori appartengono all'Europa orientale: la copertura

più bassa (solo il 7,7%) la registra la Lettonia, seguita (con valori inferiori al 25,0%), da Slovacchia, Slovenia, Lituania, Romania, Repubblica Ceca e Ungheria.

Nei 19 Paesi per i quali è possibile confrontare il dato 2018 con quello dell'anno precedente, si registra un miglioramento quasi ovunque, ad eccezione di Regno Unito, Paesi Bassi, Spagna, Malta, Ungheria e Slovacchia. Per questi stessi Paesi (più la Germania) si registra un peggioramento nei tassi di copertura vaccinale anche confrontando i dati del 2018 con quelli del 2015, ad eccezione del Regno Unito (+0,9 punti percentuali).

Figura 5.1. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più) in Europa



Il dato riferito ad un anno riguarda la stagione precedente (es. il dato 2018 riguarda la stagione 2017/2018).

Per la Germania si segnala una differenza nella metodologia.

Per il 2015, per il Belgio si utilizza il dato 2013 mentre per Grecia e Malta si usa il dato 2014.

Per il 2018, per la Germania e il Portogallo si usa il dato 2017, mentre i dati di EU, Malta, Lussemburgo e Regno Unito sono stime/previsioni.

Il confronto 2018/2017 non è possibile per Belgio, Portogallo, Germania e Grecia.

I dati e le metodologie utilizzate possono differire tra i diversi Paesi (es. in Danimarca, Irlanda, Lituania, Svezia il dato di un anno riguarda la stagione in corso (es. il dato per il 2018 si riferisce alla stagione 2018/2019); in Germania si considera la popolazione 60+), per cui i confronti vanno sempre effettuati con cautela.

Per Croazia, Malta, Romania ed EU la fonte è Eurostat.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat (<https://stats.oecd.org>, aggiornamento 1/7/2020) ed Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, aggiornamento 10/7/2020), ultimo accesso novembre 2020 - © C.R.E.A. Sanità

² Vale la pena evidenziare che i confronti vanno effettuati con cautela, a causa di differenze nelle metodologie di rilevazione del dato, interruzioni nelle serie e stime/previsioni

La Figura 5.2. evidenzia il *trend* in calo delle coperture vaccinali antinfluenzali negli anziani in Belgio, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi e Spagna. Confrontando il valore 2018 con quello del 2008, tutti i Paesi considerati hanno perso diversi punti percentuali (oltre 10, tranne il Belgio con -5,9): si noti come nel 2008 i Paesi Bassi raggiungevano e superavano l'obiettivo minimo raccomandato, arrivando al 77,0%, quando l'Italia era ferma al 64,9%. Il dato più basso era quello osservato in Lussemburgo (53,7%). Negli anni, in alcuni Paesi si sono registrati andamenti altalenanti nei tassi, ma la tendenza generale, come detto, è stata al ribasso.

Per quanto concerne l'Italia, i dati sulle coperture vaccinali vengono forniti dal Ministero della Salute.

Osservando il *trend* delle coperture vaccinali antinfluenzali degli ultra65enni (Ministero della Salute (a)), dalla stagione 1999-2000 alla 2019-2020 (Figura 5.3.), si osserva un *trend* altalenante: crescente, da una copertura iniziale del 40,7%, fino alla stagione 2005-2006 (quando si registra il picco del 68,3%); successivamente decrescente, sia pure con dei

momenti di ripresa, fino a raggiungere il valore più basso del periodo (escludendo quello di partenza), pari al 48,6%, nella stagione 2014-2015; da quel momento si assiste ad una progressiva ripresa, fino ad una copertura del 54,6%, come detto, nella stagione 2019-2020. In quest'ultima stagione, la copertura vaccinale dell'intera popolazione italiana (non solo di quella anziana) è pari al 16,8% (in crescita di 1 punto percentuale rispetto alla stagione precedente).

Tra le Regioni, tornando alle coperture vaccinali contro l'influenza negli *over 65* per la stagione 2019-2020 (Figura 5.4.), si osserva una forte variabilità: si va dal 32,5% della P.A. di Bolzano (in calo di -5,8 punti percentuali rispetto alla precedente stagione) al 65,4% del Molise (+3,7 punti percentuali rispetto alla stagione 2018-2019).

Rispetto al valore medio nazionale, registrano una copertura inferiore tutte le Regioni settentrionali (tranne P.A. di Trento, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia), mentre Sardegna e Puglia sono le uniche Regioni meridionali a non registrare un valore maggiore della media nazionale.

Figura 5.2. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più), *trend* in alcuni Paesi europei

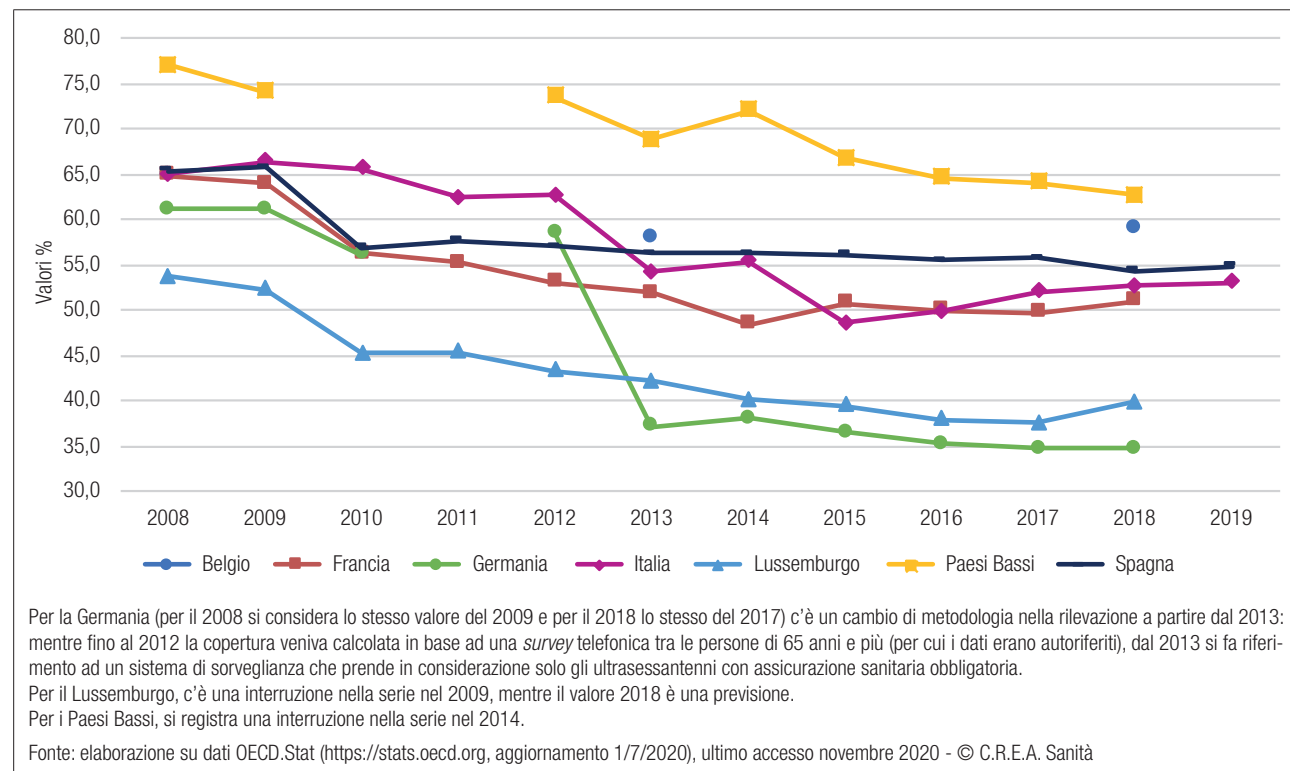


Figura 5.3. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più) in Italia

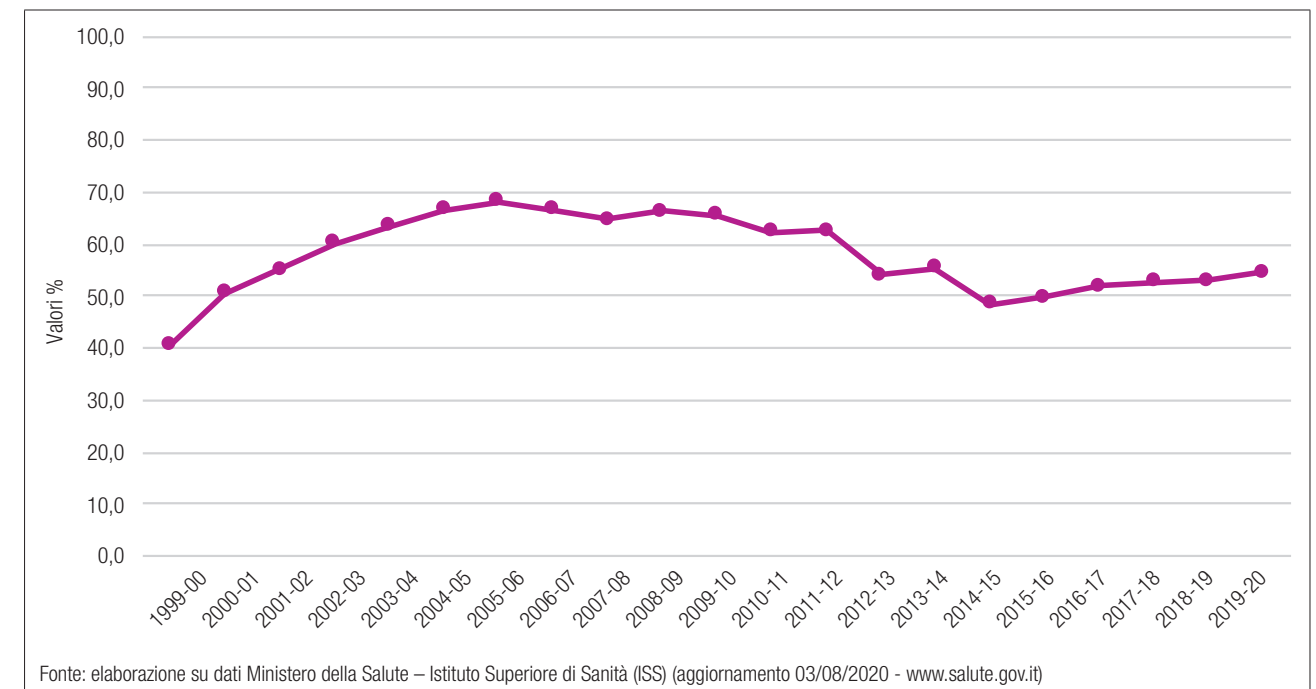
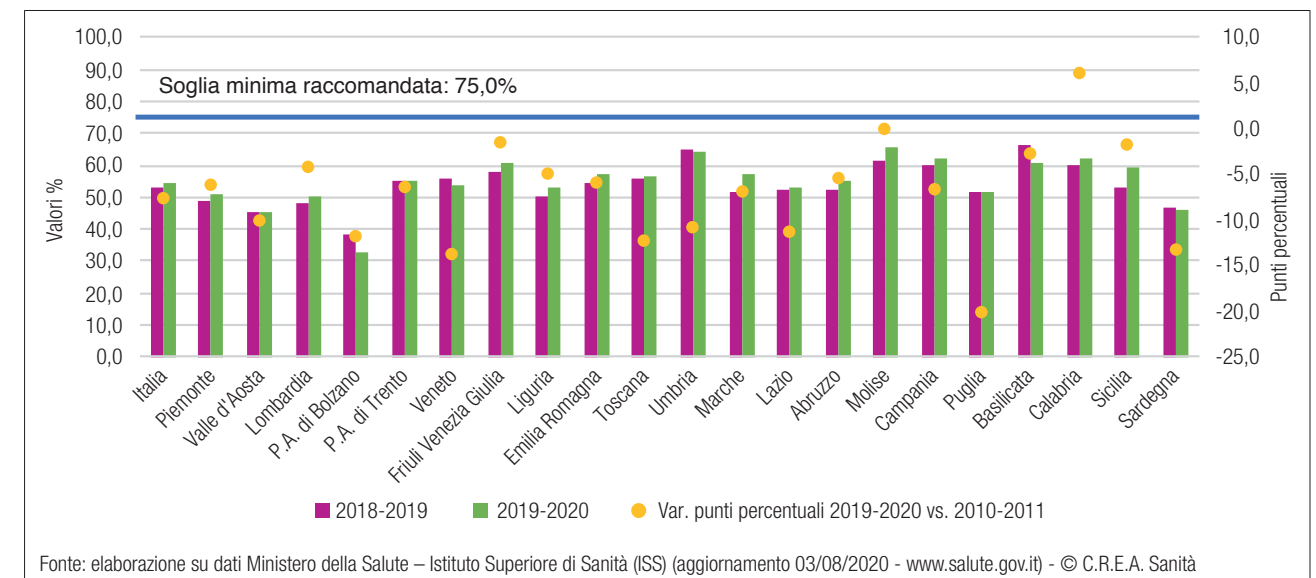


Figura 5.4. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più) nelle Regioni italiane



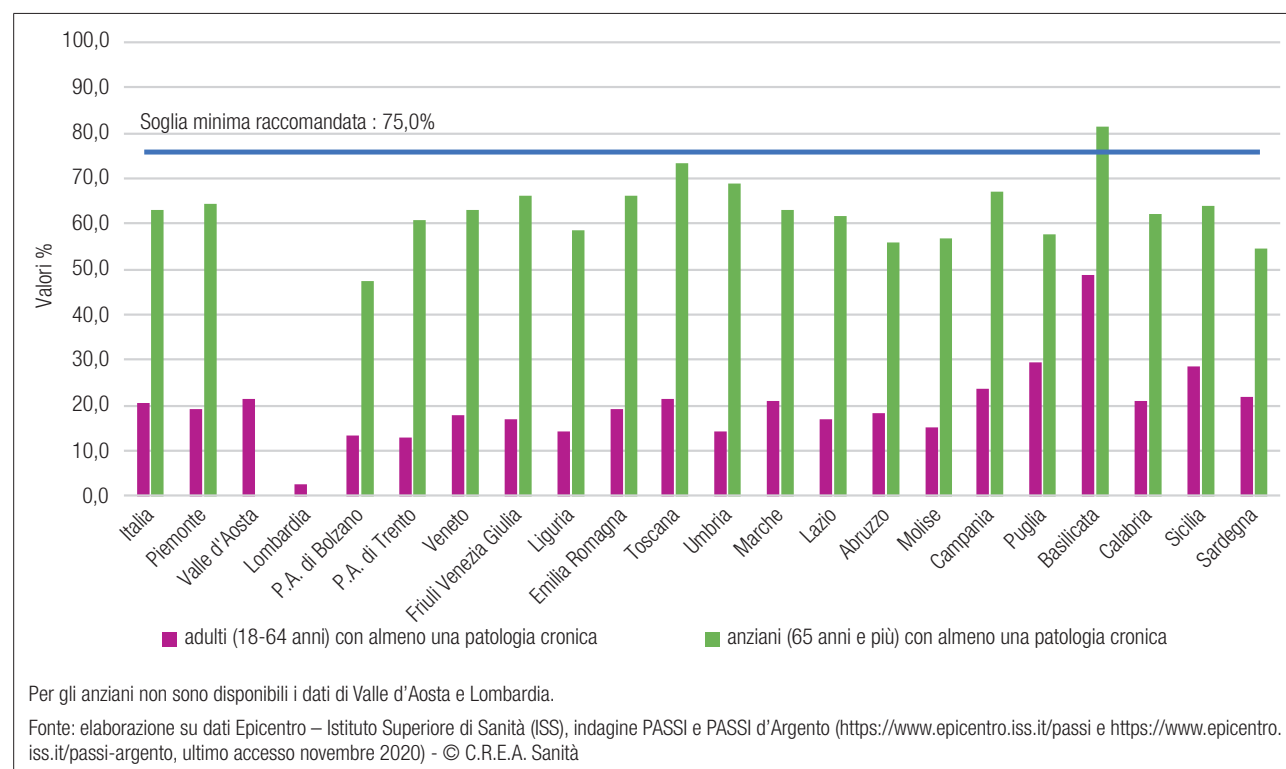
Rispetto alla stagione 2010-2011, la Calabria è l'unica Regione ad aver aumentato il livello di copertura (+6,0 punti percentuali), passando dal 55,8% al 61,8%.

Rispetto alla stagione precedente (2018-2019), invece, si registra un aumento della copertura nella maggior parte delle Regioni; fanno eccezione la

Basilicata (-5,9 punti percentuali), la P.A. di Bolzano (-5,8 punti), il Veneto (-1,7 punti), l'Umbria (-0,5 punti) e la Sardegna (-0,3 punti).

L'Istituto Superiore di Sanità pubblica anche i risultati della sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento, con i dati delle coperture vaccinali antinfluenzali tra gli adulti (18-64 anni) e gli anziani (65 anni e più) con

Figura 5.5. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli adulti e negli anziani con almeno una patologia cronica nelle Regioni italiane, periodo 2016-2019



almeno una patologia cronica (diabete, insufficienza renale, malattia respiratoria cronica, malattie cardiovascolari, tumori e malattie croniche del fegato) (ISS (b) e (c)). Nonostante si tratti di patologie croniche per le quali la vaccinazione è fortemente raccomandata, i dati mostrano come le coperture siano ancora molto limitate, soprattutto in alcuni casi (Figura 5.5.).

Per i 18-64enni con almeno una patologia cronica, i dati delle ultime campagne vaccinali contro l'influenza (periodo 2016-2019) mostrano una copertura media nazionale del 20,7%; valori superiori si registrano nelle Regioni del Centro-Sud (fanno eccezione Umbria, Molise, Lazio e Abruzzo) e in Valle d'Aosta. Il valore maggiore, pari al 48,6%, si registra in Basilicata.

Fra gli anziani con almeno una patologia cronica (2016-2019), invece, il valore medio nazionale arriva al 62,9%. Raggiunge (e supera) la soglia minima del 75,0% solo la Basilicata (81,5%), seguita dalla Toscana che arriva al 73,2%, mentre la copertura più bassa si osserva in P.A. di Bolzano (47,4%).

Il PNPV 2017-2019 ribadisce che «il calo registra-

to negli ultimi anni nelle coperture per tale vaccinazione, imputabile soprattutto a crisi comunicative su presunte problematiche di sicurezza poi rivelatesi infondate, deve spingere a rinnovato impegno nel promuovere tale intervento preventivo, spiegando i reali rischi della vaccinazione e il pericolo rappresentato dalla mancata adesione all'offerta di immunizzazione stagionale».

5.5. Raccomandazioni ministeriali per la stagione 2020-2021 alla luce della pandemia di COVID-19 nel nostro Paese

Quest'anno la Circolare "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021", elaborata dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute e pubblicata il 4/6/2020, non essendo esclusa una co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2 nella prossima stagione influenzale (2020-2021), sottolinea l'importanza della vaccinazione antinfluen-

zale, «in particolare nelle persone ad alto rischio di tutte le età, per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti, dati i sintomi simili tra COVID-19 e Influenza» (Ministero della Salute, 2020).

In particolare, l'elenco delle categorie per le quali la vaccinazione antinfluenzale stagionale è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente fornito dall'ultima Circolare è il seguente:

- persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza (es. donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in gravidanza e nel periodo "postpartum"; soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza; soggetti di età pari o superiore a 65 anni; individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti, etc.)
- soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e altre categorie di lavoratori, quali medici e personale sanitario di assistenza, forze di polizia, vigili del fuoco e altre categorie socialmente utili
- personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani (allevatori, macellatori, veterinari, etc.)
- altre categorie (donatori di sangue).

Per la stagione 2020-2021, per le motivazioni più volte espresse, la vaccinazione antinfluenzale può essere offerta gratuitamente nella fascia d'età 60-64 anni.

Per quanto riguarda gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie che operano a contatto con i pazienti, e gli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza, la vaccinazione è fortemente raccomandata.

Ancora, nella Circolare si spiega che «vista l'attuale situazione epidemiologica relativa alla circolazione di SARS-CoV-2, il documento raccomanda di anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale (nel documento si esplicitano dei suggerimenti su come condurre le campagne informative) a partire dall'inizio di ottobre e offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale, anche se si pre-

sentano in ritardo per la vaccinazione».

In tali circostanze, è fondamentale che le Regioni e Province Autonome abbiano avviato le gare per l'approvvigionamento dei vaccini antinfluenzali al più presto, basandole su stime effettuate sulla popolazione eleggibile e non, quindi, sulle coperture delle stagioni precedenti.

A questo proposito, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha precisato che, nel 2020, le Regioni hanno acquistato più di 17 milioni di dosi, oltre 5 milioni in più rispetto allo scorso anno (AIFA, 2020).

Rimane il dubbio che non siano comunque sufficienti a coprire l'aumentato fabbisogno. Ad esempio, alla fine di settembre 2020, la Fondazione Gimbe ha effettuato una analisi in tal senso, valutando che solo 12 Regioni avrebbero dosi sufficienti per vaccinare la popolazione a rischio. Non si può escludere che le disponibilità possano aumentare, considerando che l'analisi ha tenuto conto delle dosi di vaccino acquistate dalle Regioni tramite bandi di gara fino al 24 settembre, senza però considerare le procedure negoziate senza bandi o condotte in privativa, come anche eventuali forniture del Ministero della Salute (Fondazione Gimbe, 2020).

Invero, nel momento in cui si scrive la situazione è in evoluzione e le informazioni mutano continuamente; con tale caveat, si riportano alcuni risultati evidenziati l'8/10/2020 da Cittadinanzattiva, che ha dato il via, a settembre, ad una indagine relativa all'approvvigionamento dei vaccini da parte delle Regioni, attraverso l'accesso civico generalizzato.

Alle Regioni è stato sottoposto un set di domande specifiche sulle gare di acquisto dei vaccini, come anche domande di carattere più generale relative alle disposizioni che le Regioni stavano adottando per anticipare la campagna vaccinale, nonché per applicare le linee guida previste dalla Circolare del Ministro della Salute del 4.6.2020.

L'elaborazione dei dati fatta da Cittadinanzattiva prende in considerazione le risposte ricevute entro il 7/10/2020, ossia quelle che provengono dalle seguenti 10 Regioni: Abruzzo, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta.

Le Regioni hanno risposto di aver «indetto gare

tra aprile (Lazio, Puglia, Campania, Emilia) e settembre (Abruzzo dove la prima gara su vaccino tetravalente era andata deserta) e averle chiuse tra maggio e settembre, comunque prima dell'avvio della campagna vaccinale» (Cittadinanzattiva, 2020).

Con riferimento all'approvvigionamento dei vaccini, l'indagine rileva come vi siano Regioni che mostrano incrementi di dosi notevoli rispetto allo scorso anno, altre meno; di seguito si segnalano i principali risultati (provvisori):

- Puglia (+320%, 2.100.000 dosi)
- Lazio (+112%, 2.400.000 dosi)
- Toscana (+68%, 1.468.050 dosi)
- Sicilia (+65%, 1.500.650 dosi)
- Valle d'Aosta (+53,3%, 27.600 dosi)
- Umbria (+50%)
- Marche (+40%, 421.148 dosi)
- Emilia Romagna (+20%, prevedendo un possibile ulteriore 20%)
- Campania (+20%).

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, nella sua *newsletter* del 2/10/2020 pubblicata sul proprio sito Internet, ha aggiunto ulteriori informazioni su altre Regioni:

- Umbria (262.000 dosi)
- Piemonte (+54%, 1.100.000 dosi)
- Liguria (oltre 500.000 dosi)
- Basilicata (150.000 dosi)
- Lombardia (+80%).

La situazione è anche qui in continuo aggiornamento. (Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (a) e (b)).

In molte Regioni l'avvio della campagna vaccinale sarà esteso fino al 31 gennaio 2020, in linea con quanto suggerito dalla Circolare ministeriale. In merito alle misure per fronteggiare una possibile carenza per i soggetti non a rischio, le Regioni hanno risposto che avvieranno le misure previste dall'Intesa siglata con il Governo che prevede l'impegno di garantire una quota minima dell'1,5% di vaccini da redistribuire alle farmacie. L'Emilia Romagna avrebbe aumentato la quota al 3% (36.000 dosi), ed il Lazio al 4% (120.000 dosi) (Cittadinanzattiva, 2020).

5.6. Conclusioni

L'influenza, patologia respiratoria causata da infezione virale, rappresenta un serio problema di Sanità pubblica e una rilevante fonte di costi, diretti e indiretti, per l'attuazione delle misure di controllo e la gestione dei casi e delle complicanze della malattia, come riconosciuto dalle Istituzioni sanitarie italiane e internazionali.

L'incidenza dell'influenza viene spesso sottovalutata, poiché la malattia può essere confusa con altre patologie virali con manifestazioni cliniche simili, dette sindromi simil-influenzali (*Influenza Like Illness - ILI*). Nel nostro Paese, secondo quanto riportato dall'ISS, l'incidenza dei casi, pur molto diversa da stagione a stagione, si aggira mediamente intorno al 9% (*range*: 4-15%) della popolazione generale, mentre nella fascia d'età 0-14 anni raggiunge, mediamente, circa il 26% (12-40%). I casi severi e le complicanze sono, tuttavia, più frequenti nei soggetti al di sopra dei 65 anni di età e con condizioni di rischio.

Le peculiari caratteristiche dell'influenza rendono fondamentali le attività di sorveglianza. In Italia è attivo il sistema di sorveglianza *InfluNet*, coordinato dall'ISS con il contributo del Ministero della Salute, che per la stagione 2019-2020 ha stimato in Italia circa 7.595.000 casi di ILI.

L'impatto economico complessivo dell'influenza stagionale in Italia è stato stimato in diversi studi, con risultati anche molto eterogenei tra loro. Solo per fare un esempio, uno studio italiano del 2010, citato nel PNPV 2017-2019, ha evidenziato come il costo totale dell'influenza, tra spese del SSN, dell'INPS, delle aziende e delle famiglie (costi diretti ed indiretti), sia per il sistema-Italia pari a circa € 2,9 mld.. Dallo studio emerge che, vaccinando tutta la popolazione con età superiore a 18 anni, i costi complessivi si ridurrebbero a € 1,6 mld., generando così una riduzione netta di costi pari a € 1,3 mld..

Nella corrente (nel momento in cui si scrive) stagione influenzale 2020-2021, la situazione si è ulteriormente complicata a causa della pandemia di COVID-19. Essendo i sintomi di questa nuova malattia simili a quelli influenzali, e non potendo escludere

una co-circolazione dei virus, il Ministero della Salute, nella Circolare "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021", ha ribadito l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti ad alto rischio di tutte le età, anche per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti di COVID-19.

Sebbene, come osservato da diversi studi, il raggiungimento delle coperture vaccinali raccomandate consentirebbe di risparmiare non solo in termini di salute (ricoveri e decessi evitati) ma anche in termini economici, in Europa, stando agli ultimi dati forniti da OECD ed Eurostat, le coperture vaccinali antinfluenzali tra gli anziani (che rientrano tra le categorie *target* a rischio) sono insufficienti. La media EU28 nella stagione 2017-2018 si ferma al 45,0%, e nessun Paese raggiunge la soglia minima raccomandata dagli Organismi internazionali del 75,0% per anziani *over* 65 e gruppi a rischio; l'unico Paese che vi si avvicina è il Regno Unito, con il 72,0%. L'Italia si posiziona, comunque, all'ottavo posto (su 23 Paesi) con il 52,7%; il dato è in leggero miglioramento negli ultimi anni, dopo il calo osservato a partire dalla stagione 2005-2006 (quando si è registrato il picco del 68,3%). In particolare, secondo i dati più aggiornati forniti dal Ministero della Salute, nell'ultima stagione 2019-2020 la copertura vaccinale media contro l'influenza negli *over* 65 è in ulteriore aumento ed ha raggiunto il 54,6% (era il 53,1% nella stagione 2018-2019).

Si noti che, secondo i dati diffusi dall'ISS, nel nostro Paese ci si ferma ad una copertura del 62,9% anche considerando le vaccinazioni degli anziani con almeno una patologia cronica (periodo 2016-2019).

In considerazione della emergenza sanitaria di cui si è detto, quest'anno in Italia, come comunicato dall'AIFA, sono stati acquistati quantitativi più elevati di vaccini antinfluenzali (più di 17 milioni, oltre 5 in più rispetto alla stagione precedente): dalle informazioni attualmente disponibili, gli incrementi negli approvvigionamenti regionali sembrano essere molto diffusi; sarà, quindi, interessante verificare se la programmazione regionale sarà stata sufficiente per raggiungere gli obiettivi di copertura fortemente rac-

comandati dagli Organismi nazionali e internazionali.

Riferimenti bibliografici e sitografici

- AA.VV. (2019), "Flu Summit 2019 – Alleati contro l'influenza", in *Quaderni dell'Italian Journal of Public Health (QIJP)* – Vol: 8, Num. 2, <https://www.ijph.it/pdf/2019-v8-n2.pdf>
- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (2020), "Vaccino influenza: alta copertura assicurata da oltre 17 milioni di dosi disponibili", *Comunicato stampa n. 606* del 17/9/2020
- Cicchetti A., Ruggeri M., Gitto L., Mennini F.S. (2010), "Extending influenza vaccination to individuals aged 50-64: a budget impact analysis", *Int J Technol Assess Health Care*. Jul; 26(3):288-93. doi: 10.1017/S0266462310000280. PMID: 20584357
- Cittadinanzattiva (2020), "La nostra indagine civica sul vaccino antinfluenzale: solo 10 regioni rispondono", *Comunicato stampa* del 8/10/2020 <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/13598-indagine-civica-di-cittadinanzattiva-sull-approvvigionamento-da-parte-della-regione-delle-dosi-di-vaccino-antinfluenzale-solo-10-regioni-rispondono.html>
- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (a), "Vaccinazioni antinfluenzali, l'impegno delle Regioni", *Newsletter* del 2/10/2020 <http://www.regioni.it/newsletter/n-3920/del-02-10-2020/vaccini-antinfluenzali-limpegno-delle-regioni-21724/>
- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (b), "Influenza: Fontana, in Lombardia vaccini a tutte fasce protette", da *AGI* del 12/11/2020 <http://www.regioni.it/sanita/2020/11/12/influenza-fontanain-lombardia-vaccini-a-tutte-fasce-protette-622279/>
- Dal Negro R.W., Turco P. e Povero M. (2018), "Cost of influenza and influenza-like syndromes (I-LSs) in Italy: Results of a cross-sectional telephone survey on a representative sample of general population", in *Respiratory Medicine*, 141 (2018), 144-149, Elsevier Ltd. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2018.07.001>

EuroMOMO, <https://www.euromomo.eu/>

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (a), "Seasonal influenza 2019-2020", in *ECDC Annual epidemiological report for 2019* <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/seasonal-influenza-annual-epidemiological-report-2019-2020>, agosto 2020

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (b), "Seasonal influenza" <https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza>, ultimo accesso novembre 2020

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (c), "Sentinel surveillance" <https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/surveillance-and-disease-data/facts-sentinel-surveillance>, ultimo accesso novembre 2020

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (d), sito web <https://www.ecdc.europa.eu/en>

Eurostat, "Database" <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, aggiornamento dati al 10/7/2020

Fondazione Gimbe (2020), "Vaccino antinfluenzale: raccomandato per tutti, ma per 2 persone su 3 nessuna disponibilità in farmacia", *Comunicato stampa* del 28/9/2020 <https://www.gimbe.org/pagine/341/it/comunicati-stampa?pagina=3>

Istituto Superiore di Sanità (ISS) (a), "Influenza - Mortalità per influenza", *Epicentro* <https://www.epicentro.iss.it/influenza/sorveglianza-mortalita-influenza>, ultimo accesso novembre 2020

Istituto Superiore di Sanità (ISS) (b), "La sorveglianza PASSI - Vaccinazione antinfluenzale", *Epicentro* <https://www.epicentro.iss.it/passi>, ultimo accesso novembre 2020

Istituto Superiore di Sanità (ISS) (c), "La sorveglianza PASSI d'Argento - Vaccinazione antinfluenzale", *Epicentro* <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/VaccinazioneAntinfluenzale>, ultimo accesso novembre 2020

Istituto Superiore di Sanità (ISS) (d), "Tutto sull'influenza", *Epicentro*

<https://www.epicentro.iss.it/influenza/influenza>, ultimo accesso novembre 2020

Istituto Superiore di Sanità (ISS) (e), sito web <https://www.iss.it/>

Lucioni C., Costa B., Sessa A. (2001), "I costi dell'influenza in Italia", in *Farmacoeconomia e Percorsi Terapeutici*; 2: 11-8. DOI: <https://doi.org/10.7175/fe.v2i1.718>

Lai P.L., Panatto D., Ansaldi F., Canepa P., Amicizia D., Patria A.G. & Gasparini R. (2011), "Burden of the 1999-2008 seasonal influenza epidemics in Italy: Comparison with the H1N1v (A/California/07/09) pandemic", in *Human Vaccines*, 7:sup1, 217-225, DOI: 10.4161/hv.7.0.14607

Ministero della Salute (2017), "Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019" http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf

Ministero della Salute (2020), "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021", Circolare del 4/6/2020 in *Trovanorme* <https://www.trovanorme.salute.gov.it/>

Ministero della Salute (a), "Dati coperture vaccinali" <http://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=679&area=influenza&menu=vuoto>, ultimo accesso novembre 2020

Ministero della Salute (b), "Influenza", area tematica <http://www.salute.gov.it/portale/influenza/homeInfluenza.jsp>, ultimo accesso novembre 2020

Ministero della Salute (c), "Vaccinazione contro l'influenza" <http://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=686&area=influenza&menu=vuoto>, ultimo accesso novembre 2020

Ministero della Salute (d), sito web www.salute.gov.it

Molinari NA, Ortega-Sanchez IR, Messonnier ML, Thompson WW, Wortley PM, Weintraub E, Bridges CB. (2007), "The annual impact of seasonal influenza in the US: measuring disease burden and costs", in *Vaccine*. Jun 28;25(27):5086-96. doi: 10.1016/j.vaccine.2007.03.046, Epub 2007 Apr 20. PMID: 17544181

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), "Database access" <https://stats.oecd.org>, aggiornamento dati al 1/7/2020

Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) (2020), "L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2019". Roma: Agenzia Italiana del Farmaco. ISBN: 978-88-944943-6-5 www.aifa.gov.it

Preaud, E., Durand, L., Macabeo, B. et al. (2014), "Annual public health and economic benefits of seasonal influenza vaccination: a European estimate", in *BMC Public Health* 14, 813. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-813>

Società Italiana di Pneumologia (SIP) (2018), Rassegna stampa del XIX Congresso Nazionale della Pneumologia, <http://www.sipirs.it/cms/2018/10/22/rassegna-stampa-del-xix-congresso-nazionale-della-pneumologia-2018/>

Vaccines Europe (2016), "Vaccines – A tool for spending SMART", *Infographic* <https://www.vaccineseuropa.eu/wp-content/uploads/2016/01/VaccinesEurope-Infographic-Leaflet.pdf>

Vaccines Europe (2013), <https://www.vaccineseuropa.eu/>

WHO (a), "Estimating the burden of seasonal influenza" <https://openwho.org/courses/seasonal-influenza-burden>, ultimo accesso novembre 2020

WHO (b), *FluNet*, <https://www.who.int/toolkits/flunet>, ultimo accesso novembre 2020

WHO (c), "Influenza (seasonal)", *Factsheet*, [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)), ultimo accesso novembre 2020

WHO (d), sito web <https://www.who.int/>

ENGLISH SUMMARY

As highlighted by Italian and international health institutions, influenza is a public health problem with a significant impact from an epidemiological, clinical and economic viewpoint. There are several factors to consider: the ubiquity and contagiousness of the disease; the antigenic variability of viruses; the epidemic (and periodically pandemic) and seasonal trends; the possibility of recording severe complications in some groups of subjects (children, elderly people, pregnant women and people with comorbidities and chronic illnesses); the related management costs and the social costs, such as productivity loss.

According to the World Health Organization (WHO), globally the influenza virus affects 5-15% of the adult population every year, i.e. 350 million to 1 billion people (up to 20-30% of children). Three to five million influenza cases reported annually develop complications that cause death in about 10% of cases (i.e. 290,000 to 650,000 people), especially among groups at risk (such as children under 5 years of age, the elderly and people with chronic illnesses).

The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) estimates that in Europe, every year, between 4 and 50 million people contract a symptomatic influenza. As a result, there are between 15,000 and 70,000 influenza-related deaths, 90% of which affect people over 65 years of age, especially those with underlying chronic clinical conditions.

In Italy, according to the reports of the Ministry of Health and the Istituto Superiore di Sanità (the scientific and technical body of the Italian National Health Service), the incidence of influenza cases - although very different from season to season - averages around 9% of the general population (range: 4-15%), while in the 0-14 age group it reaches, on average, around 26% (range: 12-40%). Moreover,

according to several studies published, in Italy there are 8,000 deaths per year due to influenza and its complications.

Severe cases and complications of influenza are, however, more frequent in subjects over 65 years of age and with risk conditions. For the 2019-2020 season, the InFluNet surveillance (national epidemiological and virological surveillance system for influenza in Italy) has estimated about 7,595,000 cases of Influenza Like Illness (ILI) in Italy.

The total annual economic impact of influenza in Italy has been estimated by various studies, obtaining very different results. For example, one of these estimated the annual cost at 2.9 billion euros.

In the 2020-2021 influenza season, the situation has been further complicated by the COVID-19 world pandemic.

Since the symptoms of COVID-19 are similar to those of influenza, and since a co-circulation of viruses cannot be ruled out, on June 4, 2020 the Italian Ministry of Health published its circular letter, "Prevention and Control of Influenza: Recommendations for the 2020-2021 Season", in which it reaffirmed the importance of influenza vaccination, particularly in high-risk individuals of all ages, also in view of making the diagnosis and management of suspected COVID-19 cases easier.

Achieving the recommended vaccination coverage would allow to save not only in terms of health (avoided hospitalisations and deaths), but also in economic terms. For the target groups (the over-65s and other groups at risk, such as people suffering from diseases that increase the risk of complications), the minimum vaccination coverage target is 75% and the optimal one is 95% (as recommended by the WHO, the European Council and reaffirmed in the Italian National Vaccine Prevention Plan).

With specific reference to the group of elderly people over 65 years of age, according to the latest data available in Europe (provided by OECD and Eurostat), the influenza vaccination coverage is insufficient and far from reaching the minimum target.

For the 2017-2018 season, in particular, the EU28 average stood at 45% and no country reached the recommended threshold. The only country coming close to it was the United Kingdom (72%), followed by Ireland, the Netherlands and Portugal with over 60%. Italy, however, ranks eighth at 52.7%, with a slight improvement achieved in recent years, after the drop recorded since the 2005-2006 season (when it peaked at 68.3%). Almost all the countries below the European average are in Eastern Europe: the lowest coverage is recorded in Latvia (7.7%), followed by Slovakia, Slovenia and Lithuania with rates below 15%.

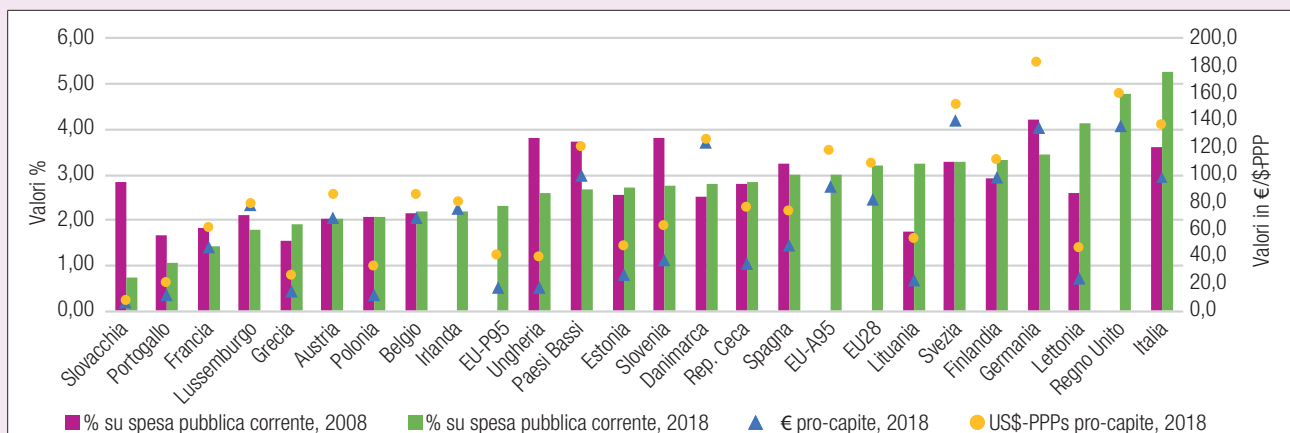
According to the data for Italy released by the Ministry of Health, in the last season 2019-2020 the influenza vaccination coverage for people over 65 years of age has further increased to 54.6%. There

is strong variability at territorial level: it ranges from 32.5% in the Autonomous Province of Bolzano to 65.4% in Molise.

Finally, again with reference to Italy, it should be noted that - according to the data published by the Istituto Superiore di Sanità - even considering the influenza vaccination of the elderly people with at least one chronic illness, who are particularly at risk, in the period 2016-2019 the coverage stood at 62.9%.

In the light of the emergency situation due to the COVID-19 pandemic, higher quantities of influenza vaccines have been purchased in Italy this year. According to the Italian Medicines Agency (AIFA), in 2020 Italian Regions have purchased over 17 million doses, over 5 million more than in the previous season. Based on the information currently available, the increases in regional supplies seem to be very different. It will therefore be interesting to check whether the regional planning has been sufficient to achieve the coverage targets strongly recommended by national and international organisations.

KI 5.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in Europa

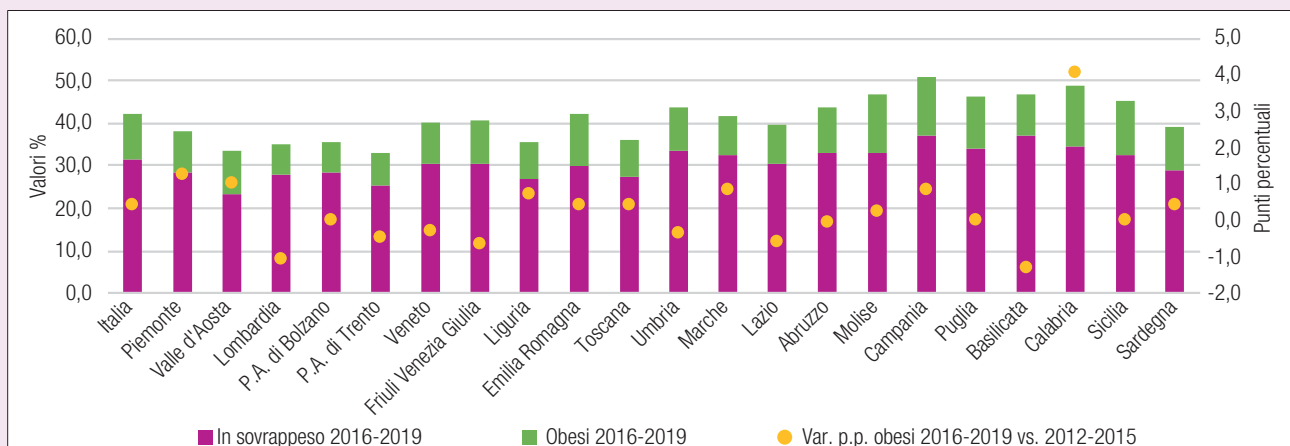


Il dato 2008 non è disponibile per Irlanda e Regno Unito (e per la media EU). EU-A95: Paesi - esclusa Italia - che facevano parte dell'Unione Europea prima del 1995 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia). EU-P95: Paesi che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in momenti successivi al 1995 (Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria). OECD non fornisce i dati relativi a Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania. Va considerato che i dati diffusi da OECD possono differire nel metodo di rilevazione fra i diversi Paesi e che in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie, per cui i dati possono risultare non totalmente comparabili tra un anno e l'altro. Con l'aggiornamento 2020 sono stati modificati anche alcuni dei dati relativi agli anni precedenti e presentati nelle scorse edizioni del Rapporto Sanità.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, aggiornamento giugno 2020, ultimo accesso ottobre 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Nell'ultimo anno per cui si dispone del dato di tutti i Paesi considerati (2018), l'Italia registra la maggior quota di spesa (corrente pubblica) destinata alla prevenzione (5,25%), immediatamente seguita dal Regno Unito con il 4,77%. La media EU28 si attesta al 3,18%. Slovacchia, Portogallo, Francia, Grecia e Lussemburgo non raggiungerebbero neppure il 2,0%. Nell'ultimo decennio, Italia, Lituania e Lettonia sono gli unici Paesi a registrare un aumento di più di 1 punto percentuale dell'incidenza della spesa pubblica per programmi di prevenzione. Una diminuzione di oltre un punto percentuale è stata invece registrata da Slovacchia, Ungheria, Paesi Bassi e Slovenia. In termini assoluti, però, l'Italia nel 2018 è solo sesta tra i 23 Paesi EU di cui si dispone del dato, con una spesa pro-capite pari a 98,3 (comunque in crescita rispetto ai € 96,8 del 2017): per confronto, ad esempio, la spesa della Svezia raggiunge € 140,2 e quella del Regno Unito a € 135,4 pro-capite. Maggiori di quella italiana sono anche le spese pro-capite di Paesi Bassi, Danimarca e Germania.

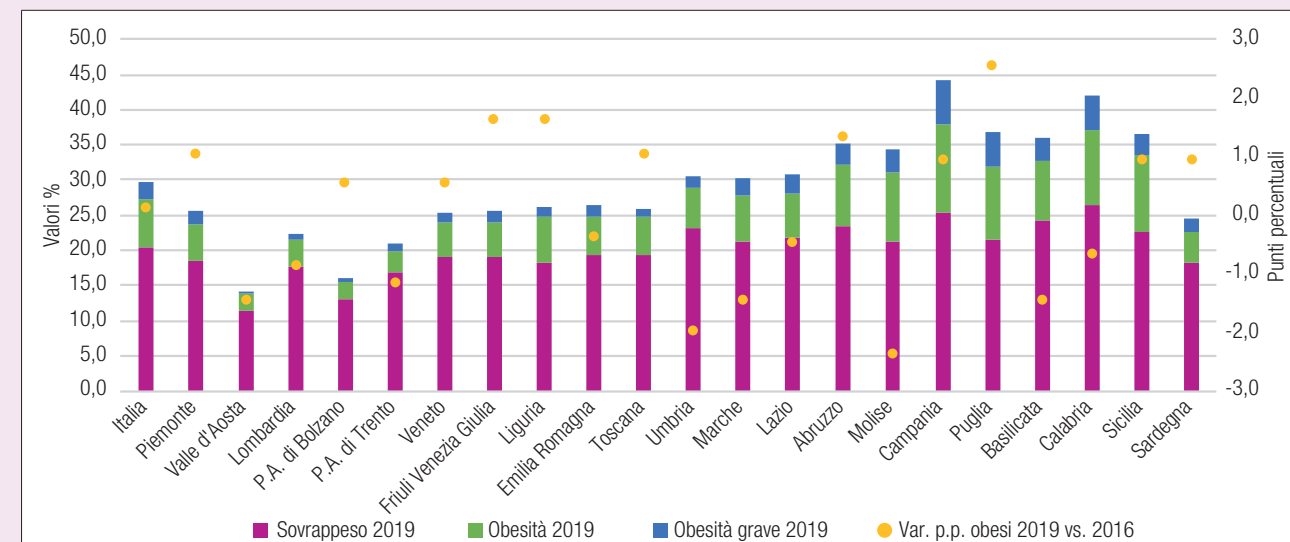
KI 5.2. Sovrappeso e obesità tra gli adulti (18-69 anni)



Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI su <https://www.epicentro.iss.it/passi/>, ultimo accesso ottobre 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Secondo l'ultima indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS, relativa al periodo 2016-2019, i dati relativi all'eccesso ponderale (obesità più sovrappeso) tra gli adulti (18-69 anni) mostrano un evidente gradiente geografico, con quote crescenti dal Nord al Sud Italia; le eccezioni sono rare: ad esempio la Sardegna, che è l'unica Regione del Sud con un risultato (39,1%) migliore della media nazionale (42,3%). Di contro, l'Umbria è l'unica Regione del Centro-Nord con una quota (43,7%) peggiore del dato Italia. Per la sola obesità, si conferma il gradiente: tra le Regioni del Sud, solo Basilicata, Sardegna e Abruzzo, con una prevalenza di obesi del 9,7%, 10,2%, 10,8% rispettivamente, sono al pari o al di sotto della media nazionale (10,8%). Il dato migliore (7,3%) è quello registrato nella P.A. di Bolzano (seguita dalla P.A. di Trento con il 7,4% e dalla Lombardia con il 7,5%); il peggiore (14,3%) in Calabria. Rispetto alla precedente rilevazione (2012-2015), 8 Regioni hanno registrato un seppur minimo miglioramento del dato sull'obesità. Il peggioramento maggiore si registra ancora in Calabria (+4 punti percentuali).

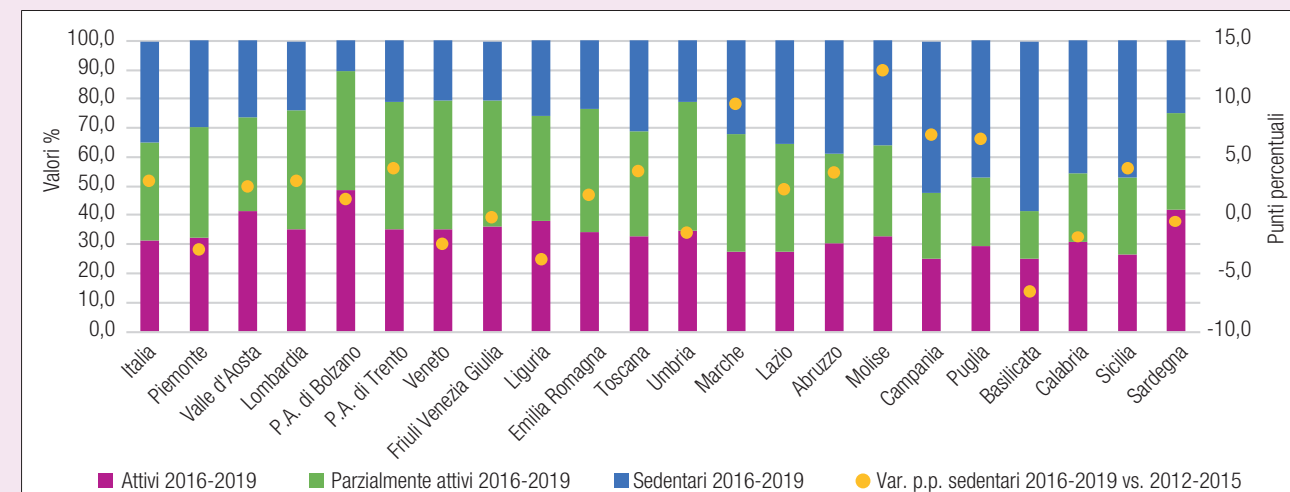
KI 5.3. Sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni



Prevalenze calcolate utilizzando i cut-off IOTF
Fonte: Istituto Superiore di Sanità (ISS) - OKkio alla Salute, <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute>, aggiornamento 10/11/2020

Nel 2019, in Italia, 3 bambini (8-9 anni di età) su 10 presentavano un eccesso ponderale: il 20,4% in sovrappeso e il 9,4% obeso (di cui il 2,4% obeso grave). Per l'eccesso ponderale si evidenzia un gradiente geografico Nord-Sud: solo la Sardegna risulta virtuosa (con il quinto miglior risultato nazionale). A fronte di una prevalenza media nazionale del 29,8% (nel 2016 era 30,6%), si passa dal 14,0% della Valle d'Aosta al 44,2% della Campania. Se si considera la sola obesità infantile, il valore medio nazionale è pari al 9,4% (9,3% nel 2016), con tutte le Regioni meridionali (ad eccezione ancora della Sardegna) che si trovano al di sopra. La Campania registra la quota maggiore di bambini obesi: 18,8% (di cui 6,2% obesi gravi, la quota più alta) contro il 2,7% della Valle d'Aosta. Rispetto al 2016, il valore medio nazionale risulta stabile (+0,1 punti percentuali), mentre sono 11 le Regioni che registrano un peggioramento. Si segnala l'aumento di +2,5 punti percentuali osservato in Puglia (dal 12,6% al 15,1%).

KI 5.4. Attività fisica praticata dagli adulti (18-69 anni)

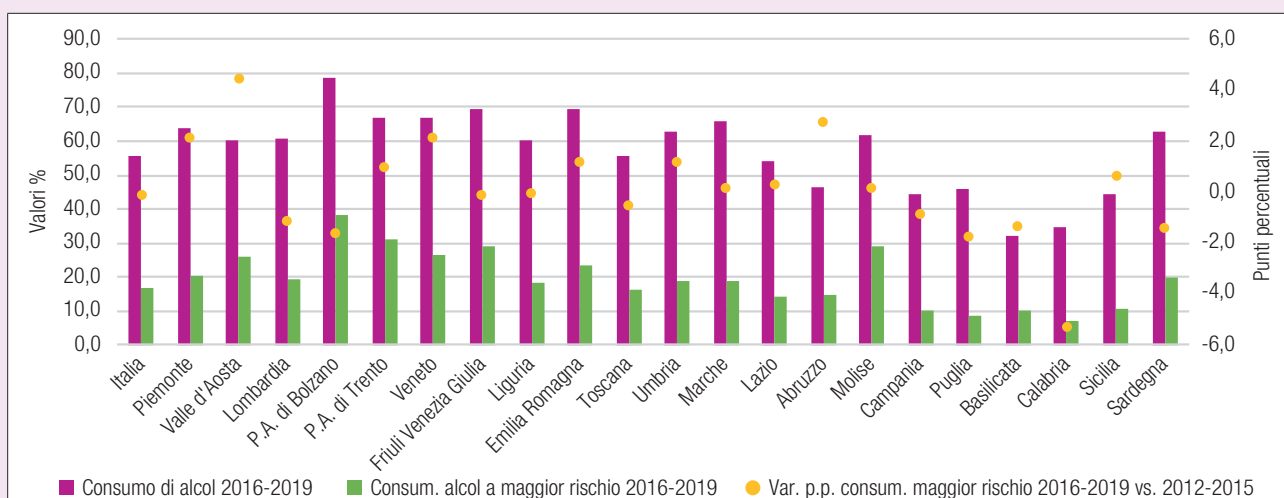


"Fisicamente attivi": intervistati che dichiarano di svolgere almeno 30 minuti di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, o almeno 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni a settimana, oppure un'attività lavorativa che richiede un importante sforzo fisico. "Parzialmente attivi": coloro che non svolgono un lavoro pesante ma praticano qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati da WHO. "Sedentari": coloro che non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero, né svolgono un lavoro pesante.

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI su <https://www.epicentro.iss.it/passi/>, ultimo accesso ottobre 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Secondo l'ultima indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS, a livello nazionale, nel periodo 2016-2019, gli adulti italiani si distribuiscono quasi equamente nelle categorie "fisicamente attivi" (31,1%), "parzialmente attivi" (33,8%) e "sedentari" (35,0%). La prevalenza maggiore di sedentari, superiore alla media nazionale, si osserva nelle Regioni meridionali (ad eccezione della Sardegna) e nel Lazio; agli estremi troviamo il 58,3% in Basilicata, contro il 10,4% registrato nella P.A. di Bolzano. Rispetto alla precedente rilevazione (2012-2015), solo in 8 Regioni la quota di sedentari non è aumentata (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Basilicata, Calabria e Sardegna).

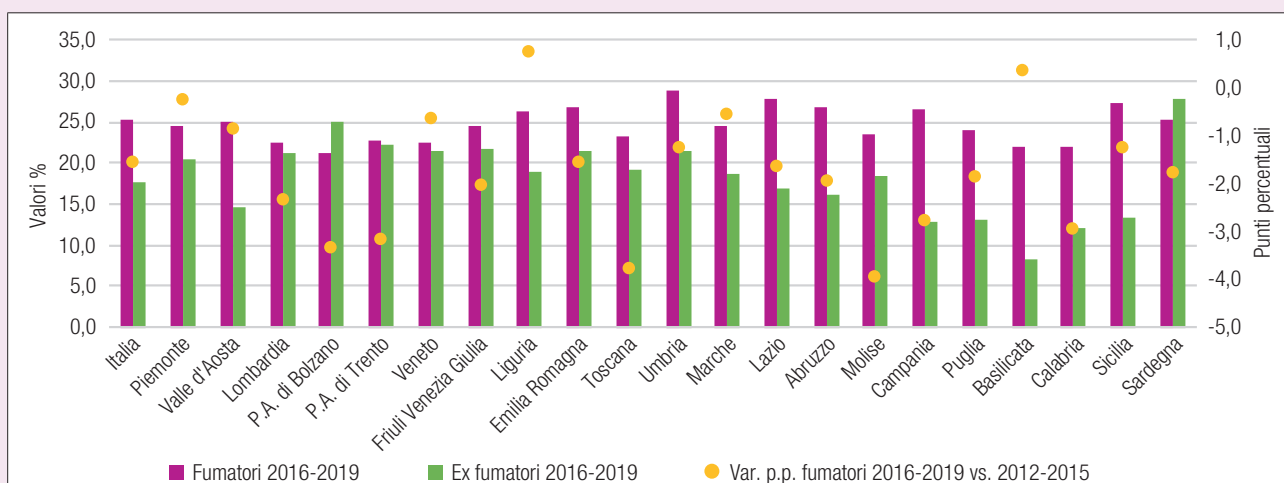
KI 5.5. Consumo di alcol e consumo "a maggior rischio" tra gli adulti (18-69 anni)



"Consumo di alcol" è la condizione di un uomo o una donna che ha consumato bevande alcoliche, almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Per "consumo di alcol a maggior rischio" si intende la prevalenza di intervistati che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 Unità Alcoliche - UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) oppure almeno un episodio di binge drinking (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto. Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI su <https://www.epicentro.iss.it/passi/>, ultimo accesso ottobre 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Secondo l'ultima indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS, relativa al periodo 2016-2019, il 55,6% degli adulti (18-69 anni) italiani consuma bevande alcoliche (almeno una volta nei 30 giorni precedenti la rilevazione). La prevalenza maggiore si osserva nelle Regioni centro-settentrionali, con qualche eccezione (es. Molise con il 61,9% e la Sardegna con il 62,7%). Si passa dal 32,0% in Basilicata al 78,7% nella P.A. di Bolzano. La quota di adulti con un consumo di alcol "a maggior rischio" si attesta, mediamente a livello nazionale, al 16,8%; la prevalenza è maggiore nel Nord e nel Centro Italia: supera il 30,0% nelle P.A. di Bolzano (38,0%) e Trento (31,2%). Il Molise (29,2%) e la Sardegna (19,9%) sono le Regioni del Sud dove la situazione è peggiore. Il consumo di alcol "a maggior rischio", rispetto alla precedente rilevazione (2012-2015), risulta sostanzialmente stabile a livello nazionale (16,8% vs. 17,0%); a livello regionale si evidenzia la crescita di +4,4 punti percentuali registrata in Valle d'Aosta (dal 21,4% al 25,8%) e la diminuzione di -5,4 punti percentuali in Calabria (dal 12,6% al 7,2%).

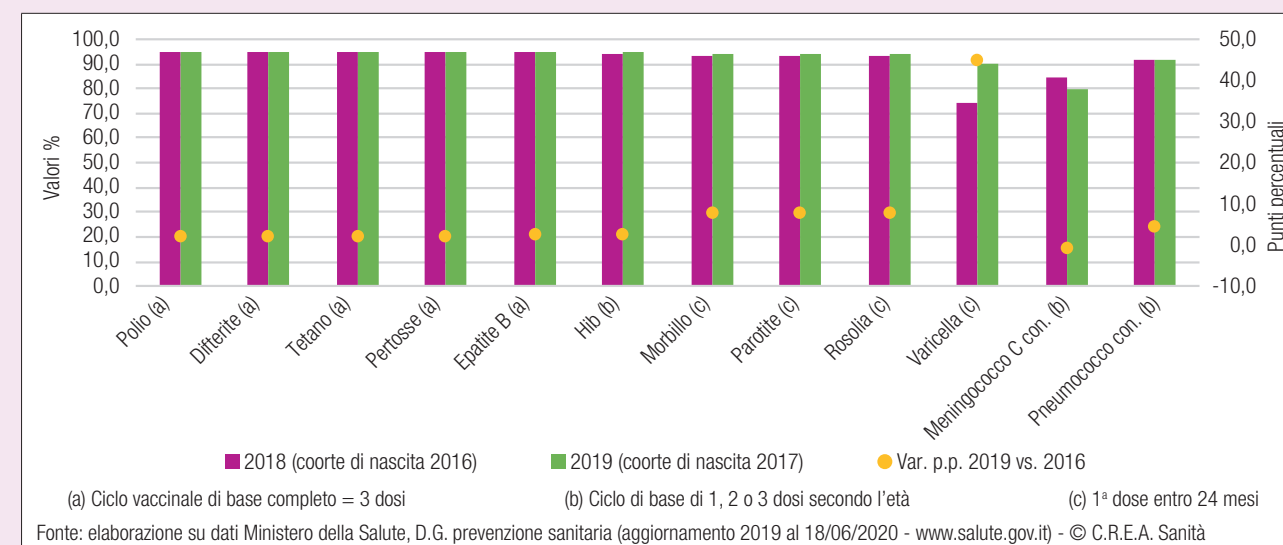
KI 5.6. Abitudine al fumo di sigarette tra gli adulti (18-69 anni)



Fumatori: adulti (18-69 anni) che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatori al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi. Ex fumatori: adulti che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di non essere fumatori al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da almeno 6 mesi. Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI su <https://www.epicentro.iss.it/passi/>, ultimo accesso ottobre 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Secondo l'ultima indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS, relativa al periodo 2016-2019, il 25,3% degli adulti (18-69 anni) italiani dichiara di essere fumatore. La quota raggiunge e supera il 27,0% in alcune Regioni del Centro e del Sud (Umbria, Lazio e Sicilia, con l'Abruzzo al 26,9%), ma anche in Liguria, Emilia Romagna e Campania la prevalenza resta più elevata della media nazionale (rispettivamente, 26,4%, 26,7% e 26,5%). La Regione più virtuosa è la P.A. di Bolzano (21,3%), mentre la prevalenza maggiore si registra in Umbria (28,8%). Rispetto alla precedente rilevazione (2012-2015), si osserva un calo di fumatori in tutte le Regioni, anche se a volte trascurabile, tranne che in Liguria (+0,7 punti percentuali) e in Basilicata (+0,3 punti percentuali). In particolare, si evidenzia la diminuzione di 4 punti percentuali in Molise (dal 27,5% al 23,5%) e di 3,8 punti percentuali in Toscana (dal 27,1% al 23,3%). Con riferimento alle quote di adulti ex fumatori, la media Italia si attesta al 17,6%, con una prevalenza maggiore osservata soprattutto nelle Regioni settentrionali, anche se la quota più alta si registra in Sardegna (27,8%). La prevalenza più bassa si osserva in Basilicata (8,2%).

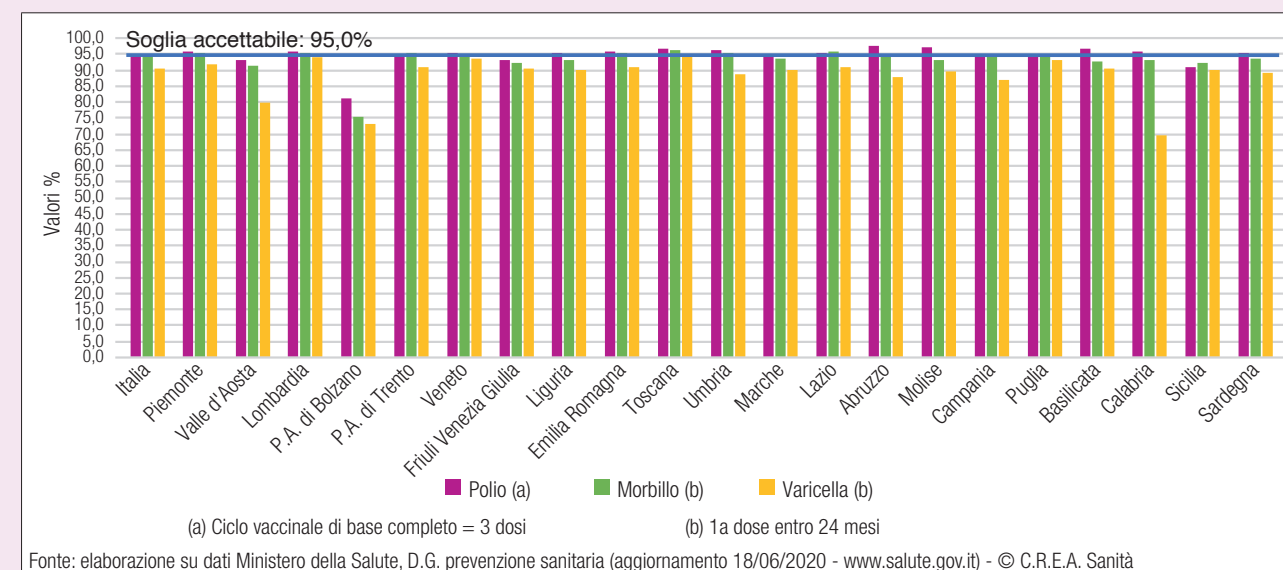
KI 5.7. Vaccinazioni dell'età pediatrica, coperture a 24 mesi per singolo antigene in Italia



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 2019 al 18/06/2020 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2019 la copertura vaccinale nazionale a 24 mesi (dato relativo ai bambini nati nel 2017) per la polio (dato usato come proxy per le vaccinazioni contenute nell'esavalente) è pari al 95,01% (ricordiamo che la soglia minima ritenuta accettabile dalla WHO per ottenere la cosiddetta "immunità di gregge" è pari al 95%). Sono 7 le Regioni che restano ancora sotto la soglia, anche se alcune sono molto prossime: Valle d'Aosta (93,24%), P.A. di Bolzano (81,18%), P.A. di Trento (94,93%), Friuli Venezia Giulia (93,36%), Marche (94,75%), Puglia (94,54%) e Sicilia (91,14%). Il dato è in leggero calo rispetto all'anno precedente (quando la copertura era del 95,09%). La tendenza è quella di un miglioramento per la prima dose di vaccino contro il morbillo, che arriva nel 2019 al 94,49% (+1,27 punti percentuali rispetto all'anno precedente), con 9 regioni che superano il 95% (tutte del Centro-Nord più l'Abruzzo) e solo 1 che ha una copertura inferiore al 90% (P.A. di Bolzano con il 75,53%). Cresce significativamente anche la copertura vaccinale per la varicella, che a livello nazionale nel 2019 raggiunge il 90,50%, registrando un aumento di +16,27 punti percentuali rispetto al 2018 (si ricorda che il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 prevede per questa vaccinazione una offerta attiva, gratuita e obbligatoria a partire dai nati nel 2017). Nel 2019 la copertura vaccinale anti-pneumococcica raggiunge il 92,00% (+0,11 punti percentuali rispetto al 91,89% registrato nel 2018), mentre diminuisce quella contro il meningococco C coniugato (-5,49 punti percentuali: 79,44% nel 2019 contro l'84,93% nel 2018). Infine, va evidenziato il mancato raggiungimento dell'obiettivo di copertura vaccinale, a livello nazionale, per la vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia, nonostante la trend sia in aumento.

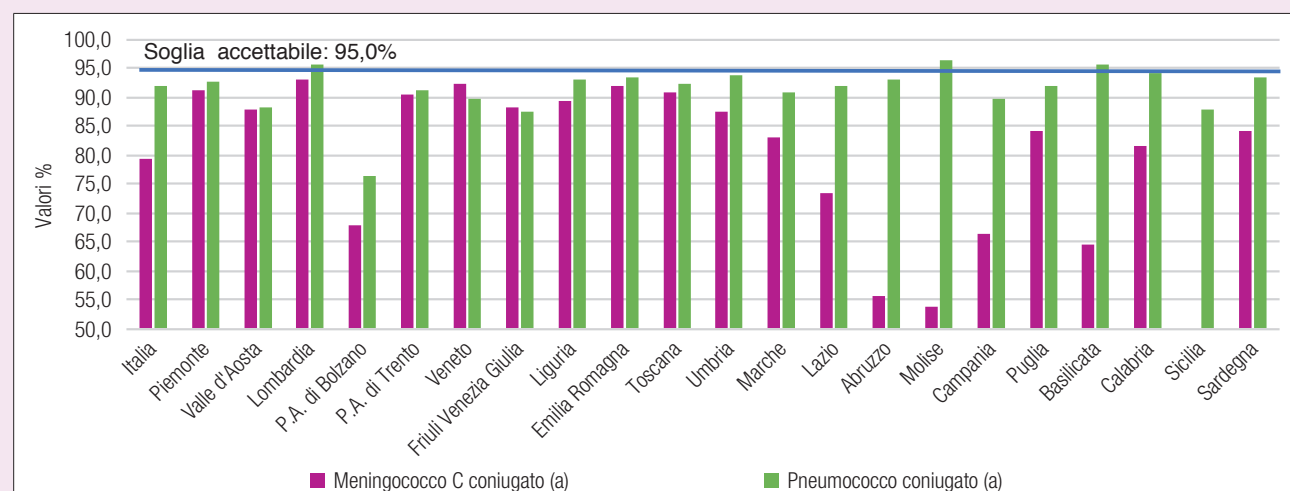
KI 5.8. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro polio, morbillo e varicella. Anno 2019 (coorte di nascita 2017)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 18/06/2020 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

Considerando il vaccino esavalente (contro poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B ed Haemophilus influenzae di tipo B), secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute la copertura contro la polio (usata come proxy) a 24 mesi sul territorio supera il 95% (soglia minima ritenuta accettabile dalla WHO per ottenere la cosiddetta "immunità di gregge") in 14 Regioni: la maggior parte si trova nel Centro-Sud, ad eccezione di Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria ed Emilia Romagna; altre 3 Regioni si avvicinano alla soglia (P.A. di Trento, Marche e Puglia). La copertura è inferiore al 90% solo nella P.A. di Bolzano (81,18%), mentre nelle altre si va dal 91,14% della Sicilia al 97,47% dell'Abruzzo. La prima dose di vaccino contro il morbillo (che usiamo come proxy per la vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia) vede una copertura che va dal 75,53% nella P.A. di Bolzano al 96,11% in Toscana. Si osserva un notevole aumento della copertura vaccinale contro la varicella in tutte le Regioni, tranne che in Basilicata e in Calabria. La forbice regionale va da una copertura del 69,68% in Calabria ad una del 94,59% in Toscana, seguita dalla Lombardia con 94,07%. Va considerato che questa vaccinazione viene offerta attivamente, gratuitamente e obbligatoriamente a partire dai bambini nati nel 2017.

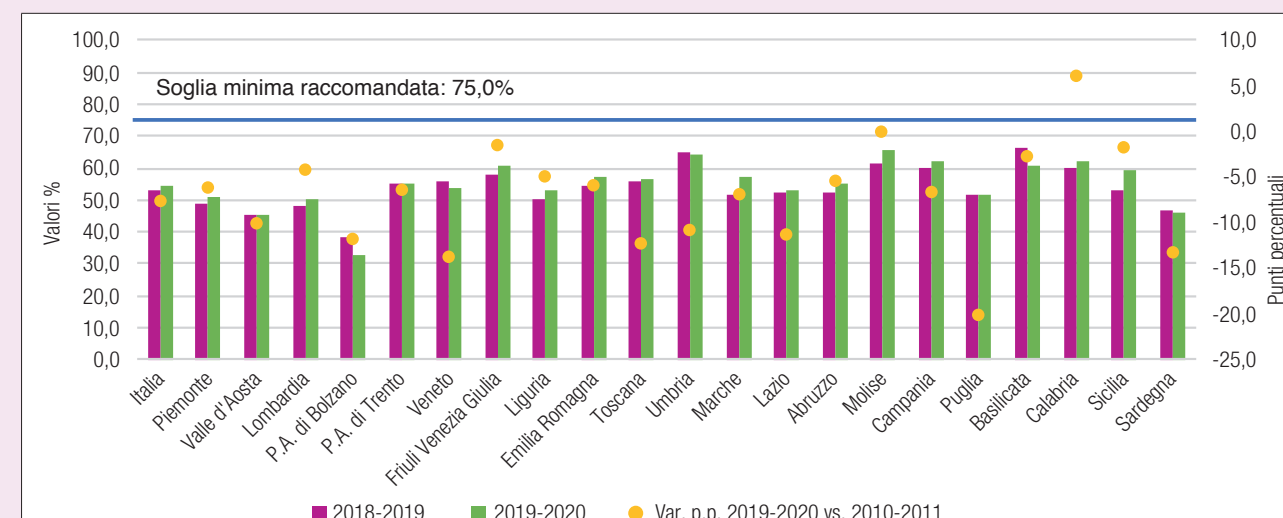
KI 5.9. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro meningococco C coniugato e pneumococco coniugato. Anno 2019 (coorte di nascita 2017)



(a) Ciclo di base 1, 2 o 3 dosi, secondo l'età
 Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 18/06/2020 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute, nel 2019 la copertura vaccinale anti-pneumococcica media nazionale a 24 mesi (bambini nati nel 2017) cresce di +0,11 punti percentuali: 91,89% nel 2018 vs 92,00% nel 2019; diminuisce quella anti-meningococcica C (-5,49 punti percentuali: 84,93% nel 2018 vs 79,44% nel 2019). Nessuna Regione raggiunge la copertura del 95% per la vaccinazione contro il meningococco C coniugato, con una forbice che va dal 33,26% della Sicilia al 93,25% della Lombardia. Per le coperture contro lo pneumococco coniugato, si registra una diminuzione nella maggioranza delle Regioni: raggiungono e superano la soglia minima accettabile del 95,00% solo Lombardia, Molise e Basilicata; la forbice va dal 76,44% della P.A. di Bolzano al 96,60% del Molise.

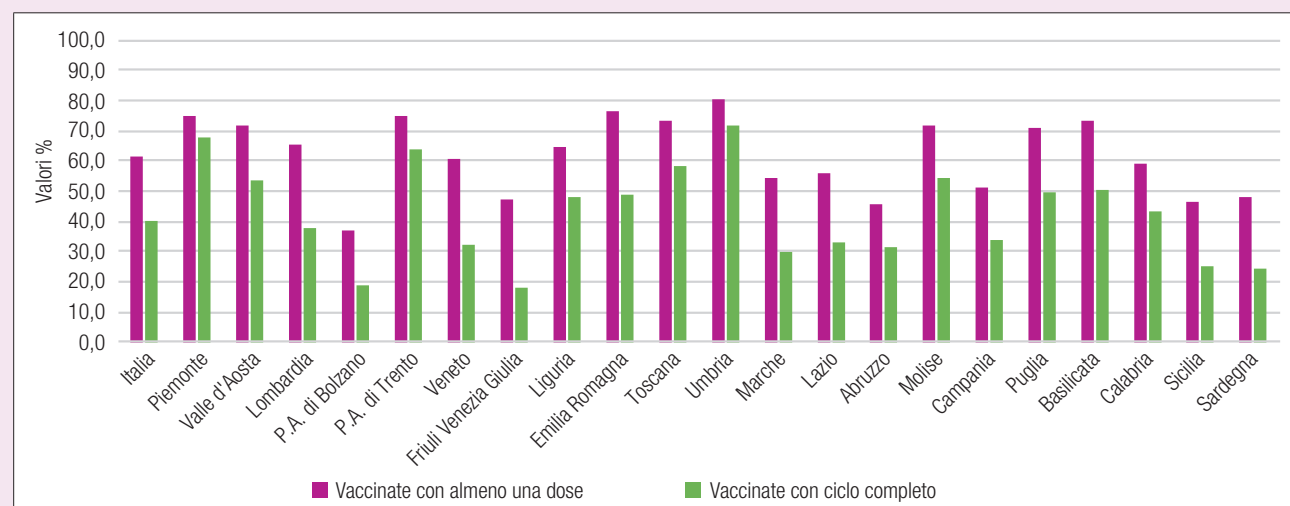
KI 5.11. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 03.08.2020 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

La copertura vaccinale media nazionale contro l'influenza stagionale tra gli anziani (65 anni e più) migliora di +1,5 punti percentuali nella stagione 2019/2020 rispetto alla precedente, raggiungendo il 54,6%. Malgrado l'aumento costante della copertura, a partire dalla stagione 2015/16, il valore rimane lontano dal 75,0% e ancor di più dal 95,0%, rispettivamente obiettivo minimo e obiettivo ottimale raccomandati da WHO e Consiglio Europeo e confermati nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019. Tra le Regioni si osserva una forte variabilità della copertura: si va dal 32,5% della P.A. di Bolzano (in calo di -5,8 punti percentuali rispetto alla precedente stagione) al 65,4% del Molise (+3,7 punti percentuali). Rispetto alla stagione 2010-2011, il calo della copertura a livello nazionale è di -7,8 punti percentuali; la Calabria è l'unica Regione ad aver aumentato il livello di copertura (+6,0 punti percentuali), passando dal 55,8% al 61,8%.

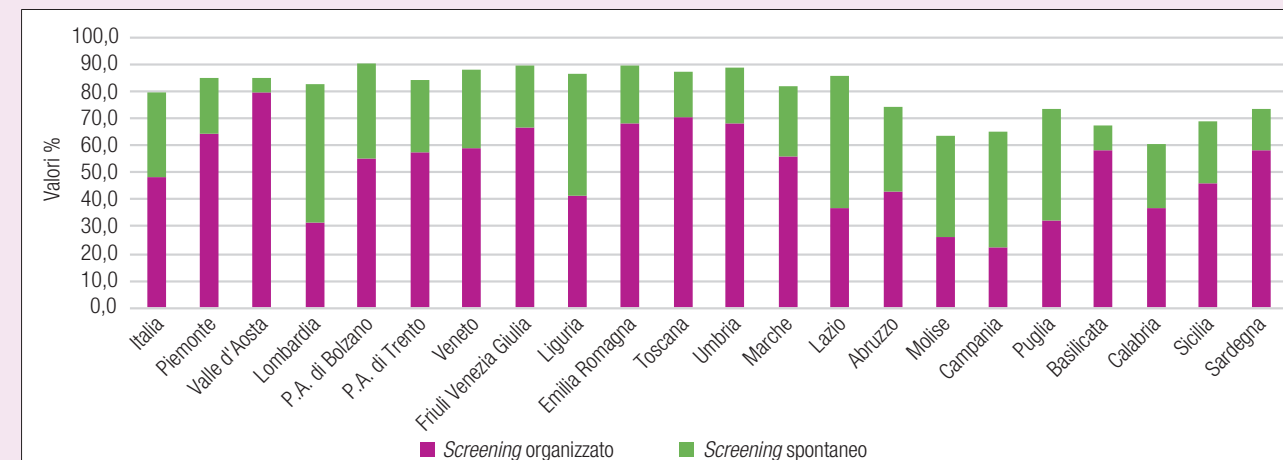
KI 5.10. Coperture vaccinali contro il Papilloma Virus Umano (HPV) al 31.12.2018 (femmine, coorte di nascita 2006)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 02/07/2020 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

La copertura vaccinale contro il Papilloma Virus Umano (HPV) per il target primario (ragazze nel dodicesimo anno di vita, ossia di 11 anni compiuti, coorte di nascita 2006) mostra un ulteriore decremento nell'ultimo anno, visibile soprattutto per il ciclo completo: questo malgrado, pur non rientrando tra quelle obbligatorie, secondo la Legge 119/2017 sia un Livello Essenziale di Assistenza. Secondo quanto evidenziato dal Ministero della Salute, alla rilevazione relativa ai dati 2015 la coorte 2003 (ragazze di undici anni compiuti al momento della rilevazione) aveva raggiunto una copertura del 66,60% per la prima dose e del 56,20% per il ciclo completo; alla rilevazione relativa ai dati 2016, la coorte 2004 aveva registrato una copertura del 65,00% per la prima dose e del 53,10% per il ciclo completo; alla rilevazione relativa ai dati 2017, la coorte 2005 mostra una copertura del 64,39%, per la prima dose e del 49,92% per il ciclo completo. All'ultima rilevazione, la coorte 2006 mostra una copertura del 61,68% per la prima dose e del 40,34% per il ciclo completo. Si riscontra una forte variabilità regionale: le coperture con almeno la prima dose vanno dal 37,33% raggiunto nella P.A. di Bolzano all'80,48% osservato in Umbria. Con riferimento alle coperture con ciclo completo, i valori sono più bassi: il minore si registra in Friuli Venezia Giulia (17,88%), il maggiore in Umbria (71,84%).

KI 5.12. Screening cervicale (pap-test o HPV test), copertura donne in fascia di età 25-64 anni. Periodo 2016-2019

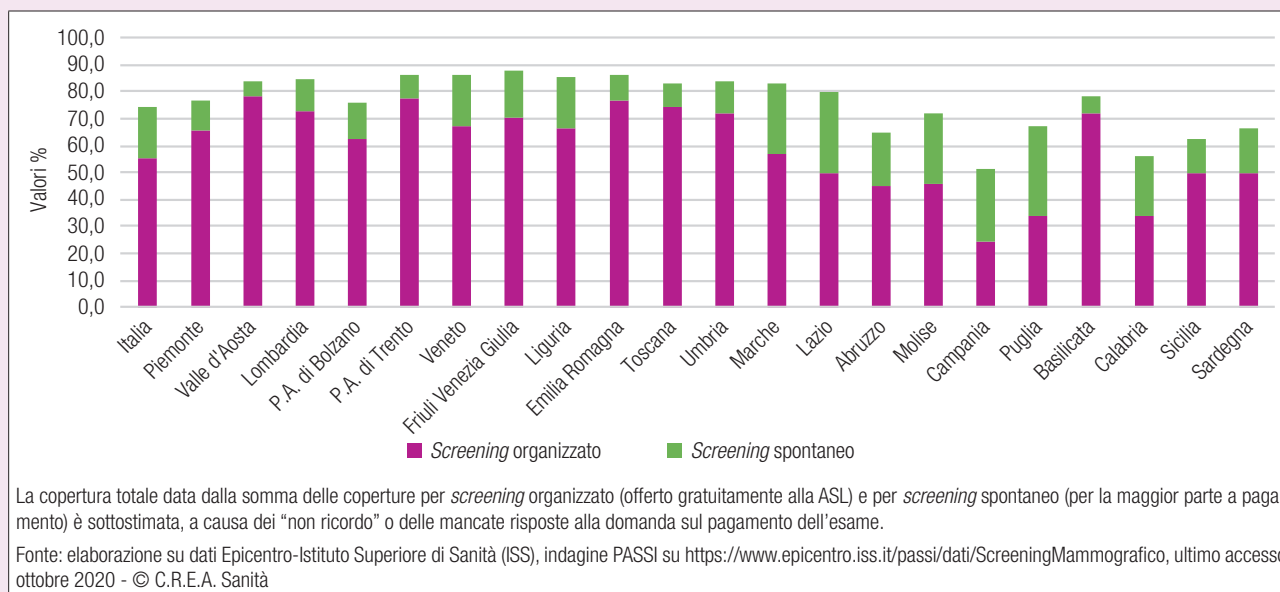


La copertura totale data dalla somma delle coperture per screening organizzato (offerto gratuitamente alla ASL) e per screening spontaneo (per la maggior parte a pagamento) è sottostimata, a causa dei "non ricordo" o delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame.

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI su <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale>, ultimo accesso ottobre 2020 - © C.R.E.A. Sanità

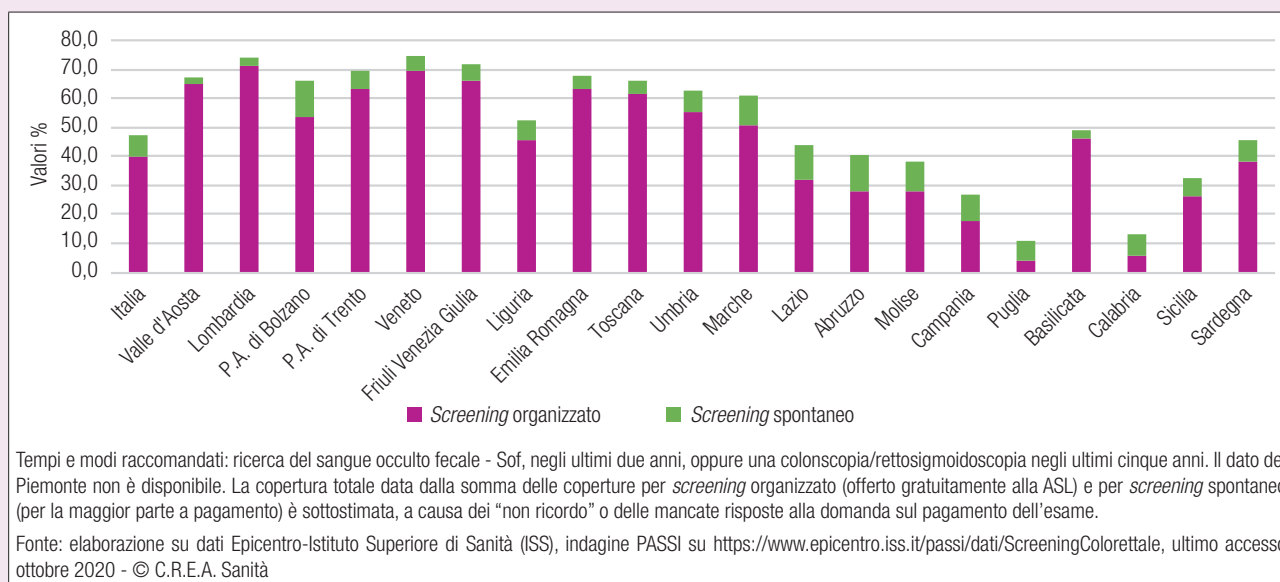
Le linee guida nazionali raccomandano che le donne di 25-64 anni effettuino lo screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina (Pap-test o HPV test) ogni tre anni, a scopo preventivo. Il 79,9% (79,2% nella precedente rilevazione 2012-2015) delle donne italiane fra i 25 e i 64 anni si è sottoposto allo screening cervicale (Pap-test o Hpv test): il 48,7% (43,2% nel periodo 2012-2015) lo ha eseguito all'interno di un programma organizzato e il 30,8% (35,5% nel 2012-2015) lo ha effettuato per iniziativa personale (sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame). Considerando gli screening totali rilevati, si evidenzia un gradiente Nord-Sud: si va dal 90,8% della P.A. di Bolzano al 63,0% della Calabria. Tutte le Regioni del Sud registrano un valore peggiore della media nazionale. Nella maggior parte delle Regioni prevalgono le coperture dovute alla adesione ai programmi organizzati (tranne Lombardia, Liguria, Lazio, Molise, Campania e Puglia). L'incremento della popolazione femminile che fa prevenzione è in sostanza determinato da un aumento della copertura dello screening organizzato (mentre la copertura dello screening spontaneo va riducendosi).

KI 5.13. Screening mammografico, copertura donne in fascia di età 50-69 anni. Periodo 2016-2019



Il 74,8% (dato in aumento rispetto al 71,8% registrato nelle precedenti rilevazioni 2012-2015) delle donne fra i 50 e i 69 anni si è sottoposta allo *screening* mammografico per la diagnosi precoce del tumore alla mammella: il 55,3% (52,4% nel 2012-2015) è attribuibile alla copertura degli *screening* organizzati, il 19,1% a quella degli esami spontanei (19,0% nella rilevazione 2012-2015), effettuati sostenendone totalmente o in parte il costo. Con riferimento alla copertura totale rilevata dalla *survey*, si registra una difformità sul territorio nazionale a sfavore del Meridione: si va dall'87,7% registrato nel Friuli Venezia Giulia al 52,2% della Campania. Le Regioni con una copertura al di sotto della media nazionale (74,8%) sono tutte del Sud (fa eccezione la Basilicata, che registra il 78,3%). Ovunque prevalgono le adesioni ai programmi organizzati rispetto agli esami spontanei, ad eccezione della Campania. Si osserva un incremento, statisticamente significativo, della popolazione femminile in età *target* che si sottopone alla mammografia in tutto il Paese, e si riducono le differenze fra Nord e Sud. Tale risultato è determinato, in particolare, da un continuo aumento della copertura nell'ambito degli *screening* organizzati, che nel Sud Italia continua ad accompagnarsi a un aumento dello *screening* spontaneo (presumibilmente perché l'offerta dei programmi organizzati, anche se in crescita, è ancora troppo bassa, sotto il 40%); nelle Regioni settentrionali, dove ai programmi organizzati partecipa il 70% della popolazione *target* femminile, la copertura determinata dall'iniziativa spontanea va invece riducendosi. L'età media della prima mammografia sta anch'essa diminuendo, attestandosi attualmente intorno ai 45 anni.

KI 5.14. Screening colorettrale nei tempi e modi raccomandati, copertura persone in fascia di età 50-69 anni. Periodo 2015-2018



A livello nazionale il 47,6% (42,6% nella precedente rilevazione 2012-2015) degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito, fra il 2016 e il 2019, uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettrali, nei tempi e modi raccomandati: il 39,6% (34,7% nel periodo 2012-2015) è attribuibile alla copertura degli *screening* organizzati, il 7,4% (7,3% nel 2012-2015) a quella degli esami spontanei. Nelle Regioni meridionali la quota di persone che si sottopone allo *screening* è poco più del 27%, valore che quasi raddoppia nelle Regioni Centrali e raggiunge il 69% fra i residenti nel Nord Italia. Si va dal 74,8% del Veneto (con la Lombardia al 74,7%) all'11,3% della Puglia, e le Regioni con un valore peggiore di quello nazionale (47,6%), ad eccezione del Lazio, sono tutte del Sud. Fa eccezione la Basilicata che raggiunge il 50,3%. Quasi ovunque prevalgono le adesioni ai programmi organizzati, ad eccezione di Calabria e Puglia. Nel periodo 2010-2019 la copertura totale dello *screening* è aumentata significativamente in tutto il Paese; la quota dello *screening* spontaneo si è andata riducendo al Nord e nel Centro, mentre è ancora aumentata nelle Regioni meridionali, dove presumibilmente l'aumento dello *screening* organizzato resta ancora insufficiente a soddisfare i reali bisogni della popolazione.



Capitolo 6

L'assistenza ospedaliera

Hospital care

- 6a. **L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera:
le criticità emerse con l'emergenza COVID-19**

English Summary

- 6b. **La migrazione dei pazienti oncologici**

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 6

L'assistenza ospedaliera

Il 2020 è stato caratterizzato dall'emergenza per il Covid-19, che qualcuno ha definito uno stress test per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In particolare, si è trattato di uno stress test che ha interessato prevalentemente le strutture ospedaliere.

Quest'anno il capitolo 6, relativo all'assistenza ospedaliera, comprende:

- una analisi dell'evoluzione dell'assistenza ospedaliera negli ultimi anni, in termini di

ricorso all'ospedalizzazione, giornate di degenza erogate, offerta di posti letto e loro utilizzo, nonché di dimensionamento del personale in esse impiegato (Capitolo 6a)

- una analisi del fenomeno della mobilità passiva extra-regionale, anche "di prossimità", per le patologie oncologiche e della sua dinamica temporale, nonché del suo impatto economico ed organizzativo nelle diverse Regioni italiane (Capitolo 6b).

Hospital care

This year the chapter deals with two aspect two different issues affecting hospital care.

The first is the current stress of hospital facilities due to COVID-19 emergency.

The second is patients' regional mobility: an old, but not yet solved problem of the Italian NHS.

More specifically, this year Chapter 6 includes:

- an analysis of the evolution of hospital care in recent years, in terms of recourse to hos-

pitalisation, lenght of stay, supply of beds and their use, as well as the sizing of staff employed in them (Chapter 6a)

- an analysis of the phenomenon of cancer patients' passive extra-regional mobility, including the "proximity" one, and its timing, as well as its economic and organisational impact on the different Italian Regions (Chapter 6b).

CAPITOLO 6a

L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera: le criticità emerse con l'emergenza COVID-19

Carrieri C.¹, d'Angela D.¹, Spandonaro F.²

6a.1. Introduzione

Il 2020 è stato caratterizzato dall'emergenza per il COVID-19, che qualcuno ha definito uno *stress test* per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In particolare, si è trattato di uno *stress test* per le strutture ospedaliere: nella prima ondata, per le Regioni con maggiore incidenza di contagi, sono andate in affanno le terapie intensive. Nella seconda, ancora in corso mentre si scrive, la pressione è stata forse maggiore per i letti "ordinari", con interi reparti riconvertiti a "posti COVID", evidentemente a scapito della possibilità delle strutture di far fronte alle esigenze degli altri tipi di malati.

In questa seconda ondata, si è quindi confermata la incapacità del sistema di assistenza primaria (ancora spesso e impropriamente definito "territorio") di fare efficacemente da filtro, evitando l'eccesso di pressione sulle strutture di ricovero.

A fronte di anni di politiche tese da una parte alla "deospedalizzazione" e, dall'altra, al "potenziamento del territorio", sembra ormai acclarato che, per quanto concerne lo sviluppo dell'assistenza primaria, il processo sia sostanzialmente fallito o, quanto meno, in estremo ritardo rispetto a quanto auspicato in una copiosa normativa nazionale e regionale; e, principalmente, in estremo ritardo rispetto all'evoluzione del processo di deospedalizzazione. L'esito non potendo che essere quello di una inadeguatezza del sistema di offerta, indebolito su un versante senza sufficiente compensazione sull'altro.

Già in precedenti edizioni del Rapporto (si veda, ad esempio, il capitolo 3b del 15° Rapporto (2019)

sono state analizzate e segnalate alcune debolezze e contraddizioni del processo evolutivo in atto: ad esempio la diminuzione nel tempo del personale dedicato ai servizi non di ricovero, in presenza di una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione senza precedenti, che ci hanno portato ad essere il Paese europeo con il più basso livello di ricorso al ricovero; come anche la natura non chiaramente definita della soluzioni intermedie, quali le cosiddette Case della Salute (vedi capitolo 3b), e principalmente la mancata risoluzione del problema centrale, che riteniamo rimanga il coordinamento fra "ospedale" e "territorio".

Non di meno, dopo anni di generalizzata condisione dell'esigenza di ridurre il ricorso al ricovero e di chiudere strutture e posti letto, l'emergenza COVID-19 ha rimesso in discussione tali posizioni: il dato più frequentemente ricordato è quello del differenziale di posti letto di terapia intensiva fra l'Italia e la Germania (che sembra riesca a rispondere all'emergenza meglio degli altri Paesi EU), ma sembra ora esserci una certa attenzione anche alla carenza di posti letto di medicina.

L'esigenza di una riprogrammazione dell'offerta ospedaliera è evidente, ed è auspicabile si basi su elementi oggettivi: il capitolo prova allora a fornire alcuni elementi quantitativi utili ad una corretta analisi dello stato dell'arte; in particolare, si aggiorna il dato di confronto internazionale (EU) sui tassi di ospedalizzazione italiani; segue una analisi dei trend del periodo 2005-2018, funzionale ad analizzare, mediante i tassi di occupazione dei posti letto, quale

¹ C.R.E.A. Sanità, Università di "Tor Vergata" Roma

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

sia la saturazione della capacità produttiva ospedaliera e, quindi, la possibilità di far fronte a situazioni emergenziali; infine, viene nuovamente affrontato il tema del personale ospedaliero, in quanto è evidente che non basta riaprire letti, in particolare di terapia intensiva, in carenza di un'adeguata disponibilità di personale, sia infermieristico che di specialisti.

6a.1. Il ricorso al ricovero: confronti internazionali

L'istogramma della Figura 6a.1. evidenzia come l'Italia sia il Paese Europeo (EU) che attualmente registra il minor ricorso all'ospedalizzazione in acuzie (OECD, 2020).

Come già segnalato nel 15° Rapporto Sanità, il dato OECD è certamente soggetto a *bias* derivanti dalle diverse organizzazioni nazionali, e quindi dalle diverse classificazioni delle strutture di ricovero; ad esempio, non può essere casuale che tutta l'area della Germania e dei Paesi limitrofi registri tassi nettamente più alti rispetto a tutti gli altri Paesi.

Con i caveat espressi, osserviamo che il tasso di ospedalizzazione italiano è pari (2018) a 101,8 ricoveri in acuzie per 1.000 abitanti; seguono Porto-

gallo e Spagna, rispettivamente con 109,4 e 114,6. Già il *gap* con la Spagna supera il 10%, ma Svezia, Irlanda, Lussemburgo e Lettonia superano il valore italiano di oltre il 30%; in Germania (234,6), Austria (228,4), Lituania (218,0) il tasso è più del doppio di quello italiano.

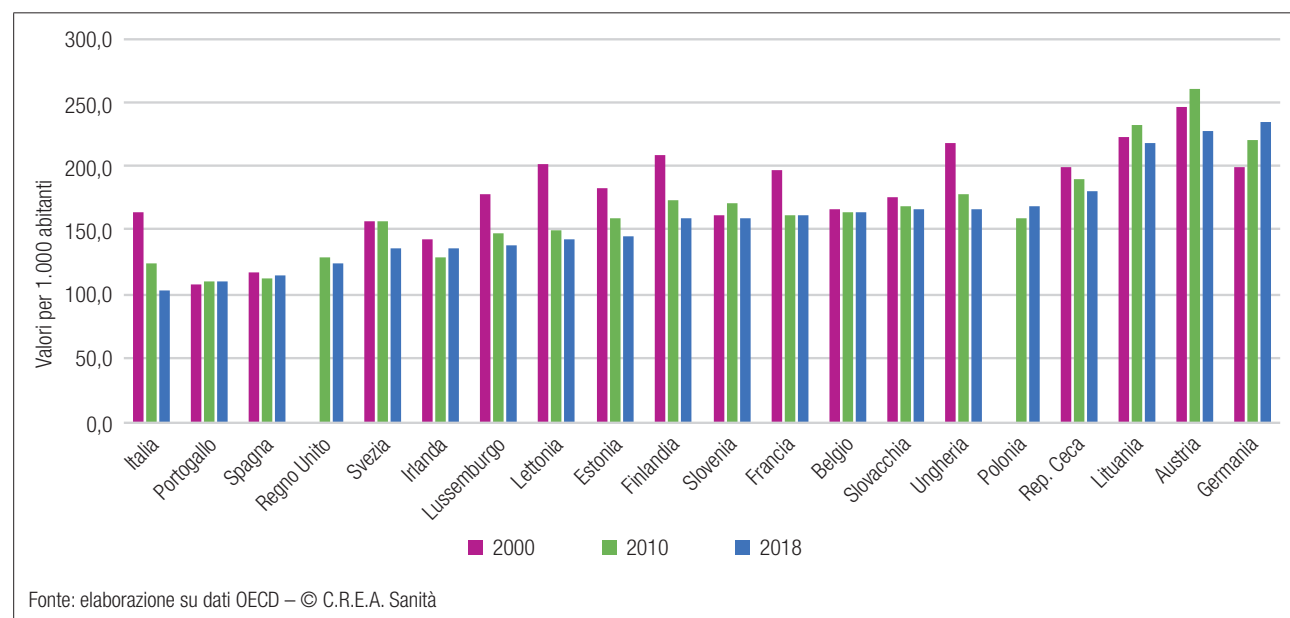
Non sembra, quindi, esserci dubbio sul fatto che dal confronto con gli altri Paesi emerga come l'Italia ricorra molto meno al ricovero.

Il fenomeno va anche contestualizzato ricordando che l'Italia è fra i Paesi che hanno realizzato il più rapido processo di deospedalizzazione, sebbene, come anticipato, non adeguatamente affiancato dal potenziamento dei servizi alternativi.

Fra il 2010 e il 2018, in Italia si è registrata una riduzione del tasso di ospedalizzazione pari a 22,6 ricoveri (per 1000 abitanti) in meno; solo in Austria la riduzione è maggiore, ma a partire da un livello decisamente più elevato di ricoveri, tanto che ancora nel 2018, rimane uno dei Paesi con il maggiore tasso di ospedalizzazione.

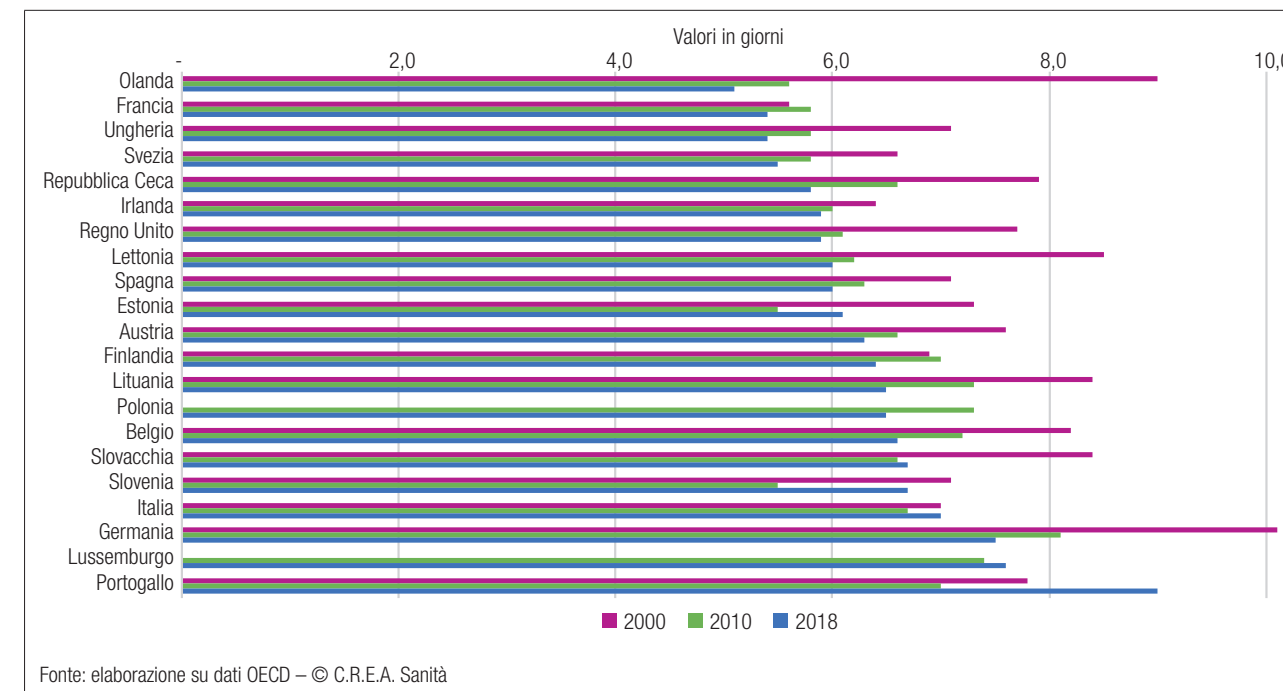
Per confronto, nel periodo considerato, l'Italia riduce il suo tasso di ospedalizzazione del 18,2%, la Svezia del 14,3%, l'Austria del 12,8%, e gli altri Paesi rimangono su riduzioni inferiori al 10,0% o addirittura li aumentano.

Figura 6a.1. Tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie



Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6a.2. Degenza media ordinaria in acuzie



Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

Va, inoltre, considerato che la degenza media italiana (Figura 6a.2.) è, di contro, relativamente elevata rispetto a quella degli altri Paesi EU: 7,0 giornate (gg.) in Italia, con i valori minimi registrati in Olanda (5,1 gg.), in Francia (5,4 gg.) e in Ungheria (5,4 gg.), e quelli massimi in Portogallo (9,0 gg.), in Lussemburgo (7,6 gg.) e in Germania (7,5 gg.).

Il dato italiano sembra assolutamente coerente con il fatto che un minor tasso di ricovero seleziona i pazienti, nel senso di privilegiare l'accesso dei pazienti più severi; ed anche con l'osservazione del fatto che l'Italia ha una popolazione più vecchia, essendo la degenza media fortemente correlata con l'età.

In termini organizzativi, una maggiore degenza media, a fronte di organici rideterminati su un numero ridotto di posti letto, potrebbe rappresentare un ulteriore indicatore di potenziale *stress* sul lato dell'offerta del sistema di ricovero.

6a.2. Il ricorso al ricovero in Italia: i principali trends

Nel 2018, in Italia si contano 6.151.722 ricoveri

ordinari in acuzie, con una riduzione del 16,6% rispetto al 2010.

Seguono quantitativamente quelli diurni in acuzie, che sono 1.767.074, con una riduzione del 41,5% rispetto al 2010.

In riabilitazione si contano 312.423 ricoveri ordinari (con un aumento del 4,4% rispetto al 2010) e 28.396 diurni (in riduzione del 53,2% rispetto al 2010).

Infine, i ricoveri in lungodegenza sono 97.259, con una riduzione del 13,6% rispetto al 2010.

Complessivamente, nel 2018, i ricoveri ordinari in acuzie rappresentano il 93,8% di quelli ordinari, seguiti da quelli in riabilitazione (4,8%) e da quelli per lungodegenza (1,5%) (Figura 6a.3.).

Si registra un ricovero in riabilitazione ogni 19,7 in acuzie, dato in diminuzione di 5,0 punti percentuali rispetto al 2010; uno in lungodegenza ogni 63,3 in acuzie e 3,2 in riabilitazione, dato in diminuzione, rispetto al 2010, di 2,2 punti percentuali per le acuzie e in aumento per la riabilitazione di 0,6 punti percentuali.

Quelli diurni sono per il 98,4% in regime di acuzie e per il restante 1,6% in regime di riabilitazione.

In acuzie i ricoveri diurni rappresentano il 22,3% dell'attività e la loro incidenza è diminuita di 6,8 punti percentuali rispetto al 2010; in riabilitazione sono l'8,3% e la loro incidenza è diminuita di 8,5 punti percentuali rispetto al 2010 (Figura 6a.4.).

Figura 6a.3. Composizione ricoveri per regime e tipo

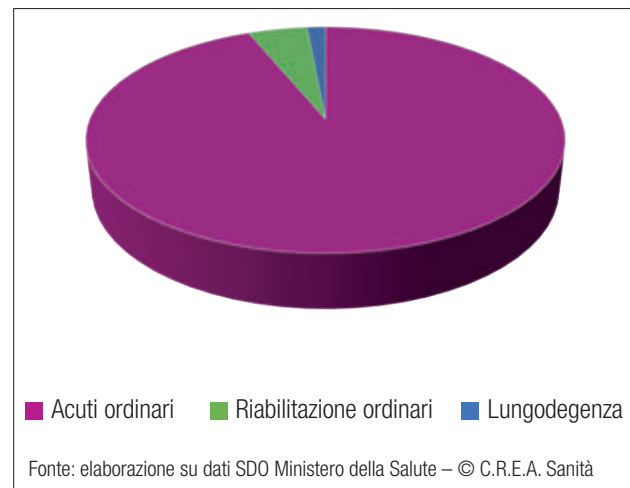
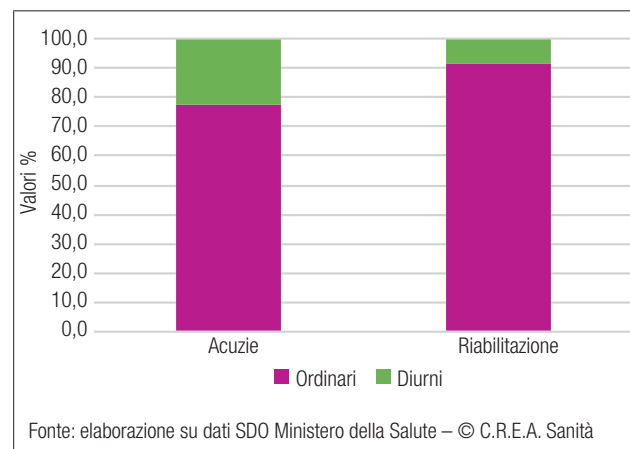


Figura 6a.4. Composizione dei ricoveri per tipo (ordinari e diurni)

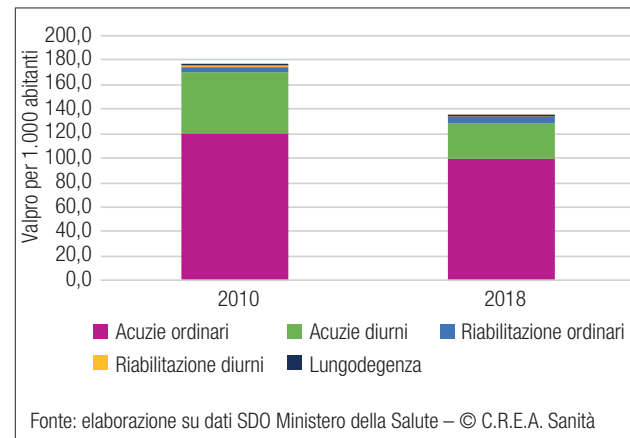


La Figura 6a.5. mostra la variazione fra il 2010 e il 2018, e la composizione, del tasso di ospedalizzazione in Italia.

In acuzie il tasso si riduce sia per i ricoveri ordinari che per i diurni, rispettivamente di 20,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti e 20,8 (ogni 1.000). Per la riabilitazione il tasso di ospedalizzazione risulta in aumento negli ordinari (+0,2 per 1.000 abitanti) e in diminuzione nei

diurni (-0,5 per 1.000 abitanti). Nella lungodegenza rimane invariato.

Figura 6a.5. Tasso di ospedalizzazione, per tipo attività e regime



La composizione dei ricoveri presenta una discreta variabilità a livello regionale (Figura 6a.6.).

La quota di ricoveri ordinari in acuzie varia dall'88,5% della Puglia, al 62,5% della P.A. di Trento; quella dei ricoveri diurni in acuzie varia dal 32,9% della Campania, all'8,0% della Puglia; per la riabilitazione, per i ricoveri ordinari si passa dal 7,3% della P.A. di Trento, all'1,0% della Sardegna e per quelli diurni varia dallo 0,9% della P.A. di Trento, allo 0,0% del Friuli Venezia Giulia; infine, per la lungodegenza, la variazione va dal 4,3% dell'Emilia Romagna, allo 0,2% del Molise.

Complessivamente il tasso di ospedalizzazione nel 2018 è pari a 135,7 ricoveri per 1.000 abitanti, in riduzione del (-23,6%) rispetto al 2010, quando era pari a 177,6.

La riduzione del tasso di ospedalizzazione è comune a tutte le Regioni sebbene con alcune variazioni significative (Figura 6a.7.).

La riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo varia dal -87,2 per 1000 abitanti della Puglia, al -16,2 del Friuli Venezia Giulia; quello dei ricoveri ordinari in acuzie varia dal -38,2 per 1000 abitanti della Puglia, al -4,9 del Veneto; quello dei ricoveri diurni in acuzie varia dal -47,5 della Puglia, al -5,5 delle Marche; per la riabilitazione, per i ricoveri

ordinari si passa dal -1,3 del Molise, al +2,4 della Valle d'Aosta e per quelli diurni varia dal -1,2 della Lombardia, allo 0,0 della Valle d'Aosta, Campania e

Sardegna; infine, per la lungodegenza, la variazione va dal -1,1 per 1000 abitanti del Molise, al +2,4 della Liguria.

Figura 6a.6. Composizione regionale dei ricoveri, per tipo e regime

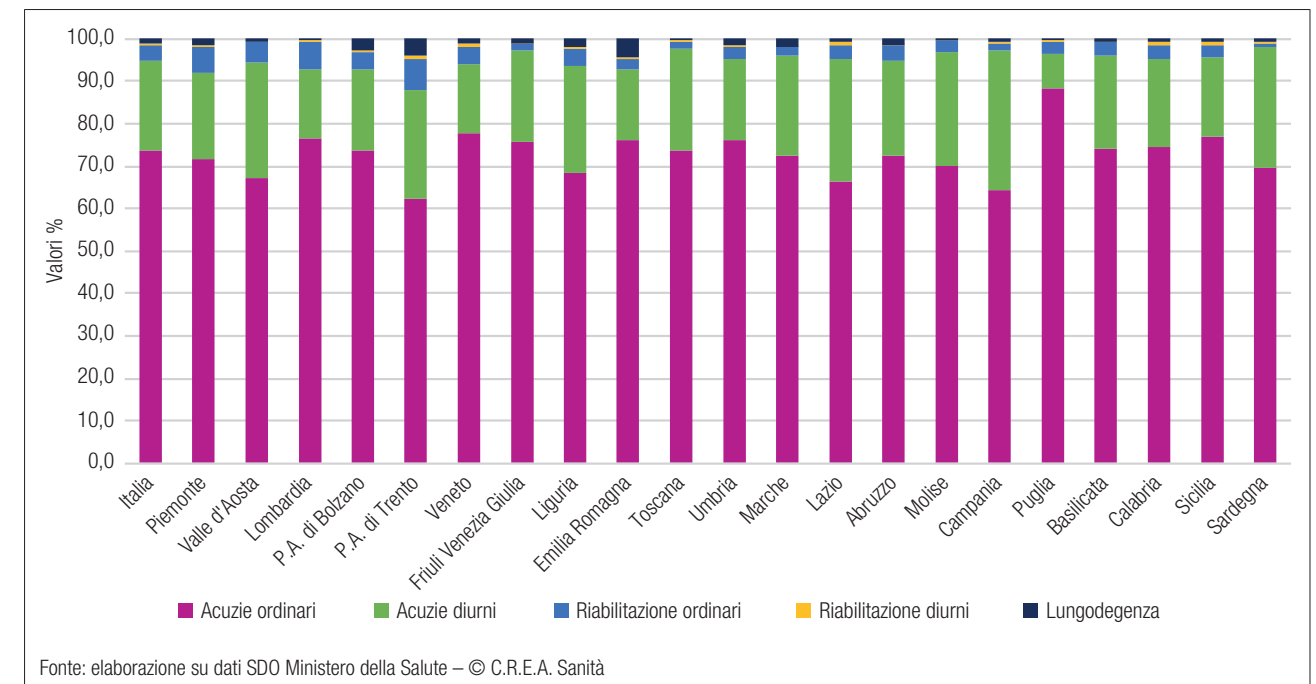


Figura 6a.7. Tasso di ospedalizzazione regionale, per tipo e regime

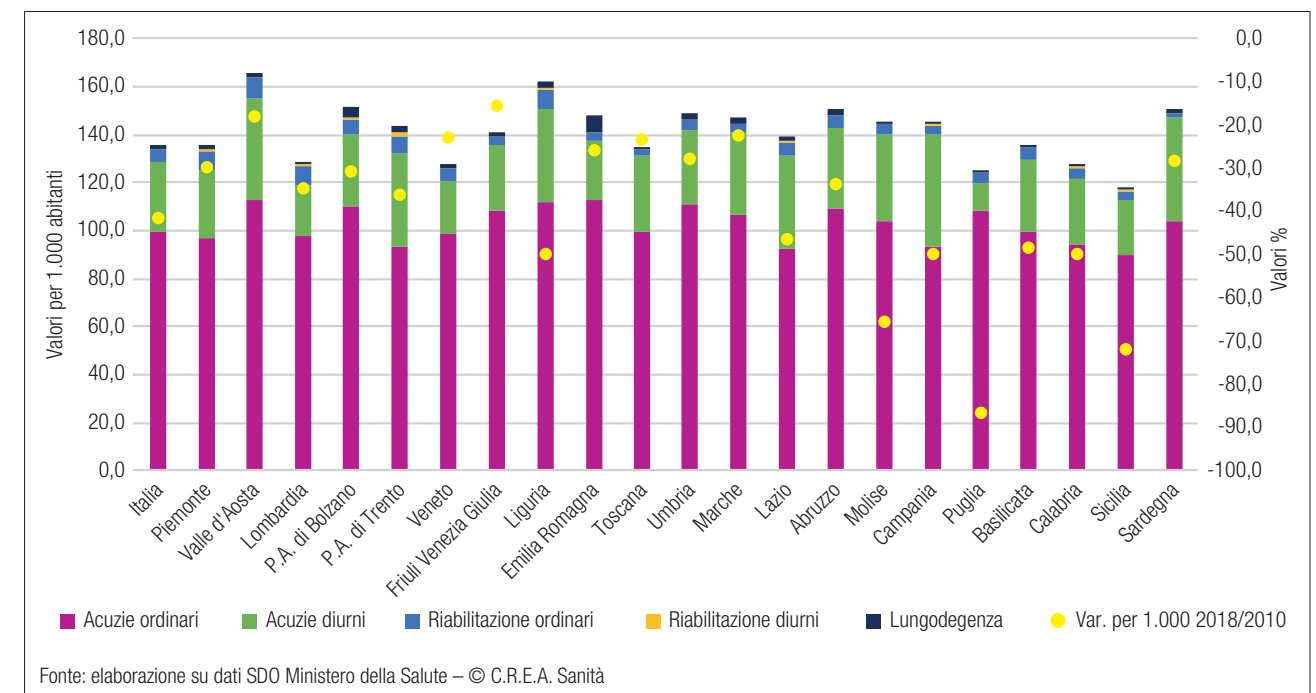
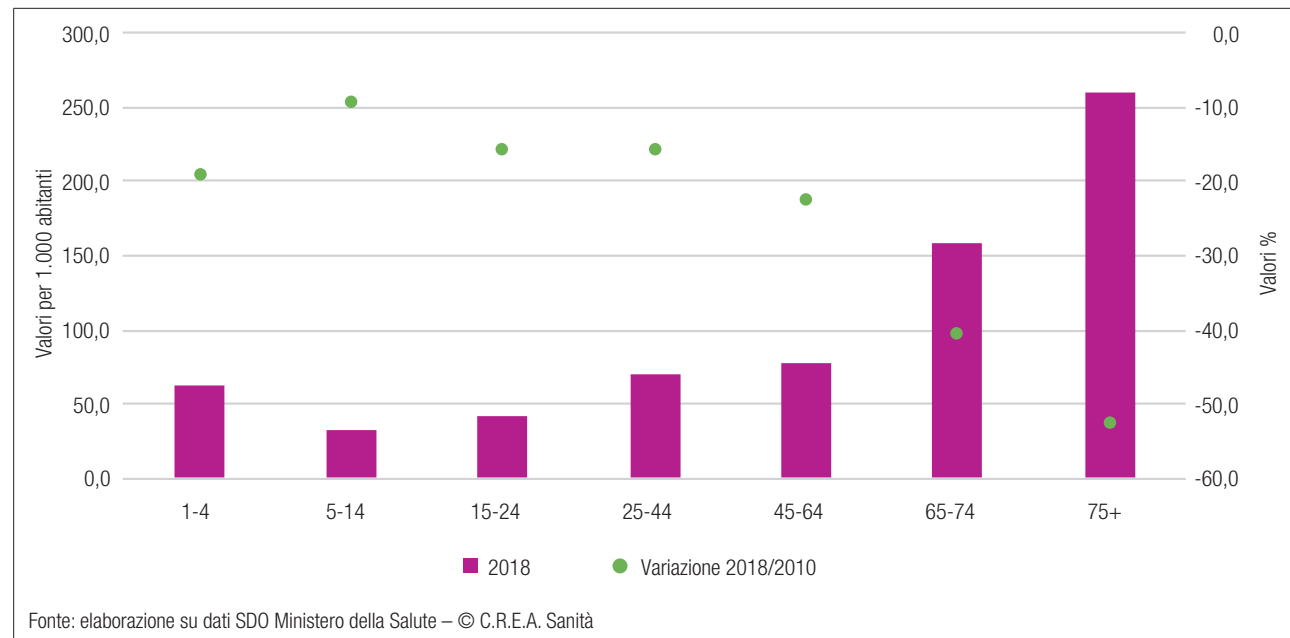


Figura 6a.8. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, per età



Facendo un focus sui ricoveri ordinari in acuzie, possiamo osservare una forte correlazione con l'età, e una riduzione rilevante dei tassi in tutte le fasce di età, comprese quelle più avanzate (Figura 6a.8.). Come già notato nel 15° Rapporto Sanità, la riduzione nelle fasce anziane smentisce le proiezioni che scontavano una invarianza dei tassi e, quindi, una "incontrollata esplosione" di ricoveri legata all'invecchiamento.

Sempre nel 2018, in Italia si contano 43.034.375 giornate di degenza ordinarie in acuzie, con una riduzione del 13,4% rispetto al 2010.

Gli accessi diurni in acuzie sono 4.537.787, con una riduzione del 46,3% rispetto al 2010.

In riabilitazione si contano 8.165.378 giornate di degenza ordinarie (con una riduzione dello 0,8% rispetto al 2010) e 431.955 accessi diurni (in riduzione del 31,4% rispetto al 2005).

Infine, le giornate in lungodegenza sono 2.357.005, con una riduzione del 17,1% rispetto al 2010.

Complessivamente, nel 2018, le giornate di degenza ordinarie erogate in acuzie rappresentano l'80,4% di quelle ordinarie, seguite da quelle in riabilitazione (15,2%) e da quelle per lungodegenza

(4,4%) (Figura 6a.9.).

Si registra una giornata erogata in riabilitazione ogni 5,3 in acuzie, dato in diminuzione di 0,8 punti percentuali rispetto al 2010; una in lungodegenza ogni 18,3 in acuzie e 3,5 in riabilitazione, dato in aumento, rispetto al 2010, di 3,8 punti percentuali per le acuzie e di 1,1 punti percentuali per la riabilitazione.

Gli accessi diurni sono per il 91,3% in regime di acuzie e per il restante 8,7% in regime di riabilitazione.

Figura 6a.9. Composizione giornate di degenza per regime e tipo. Valori %

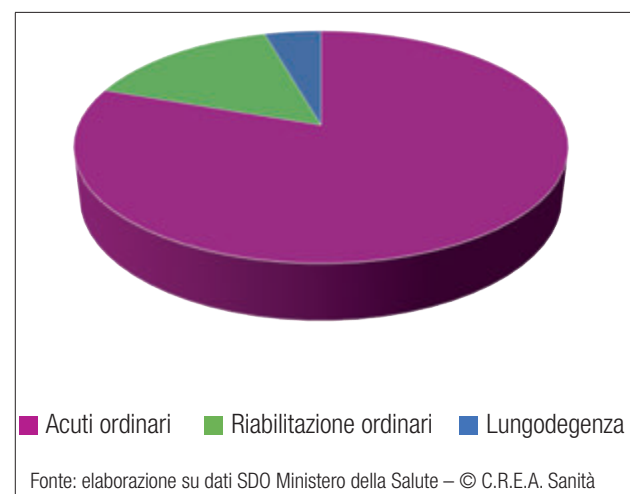
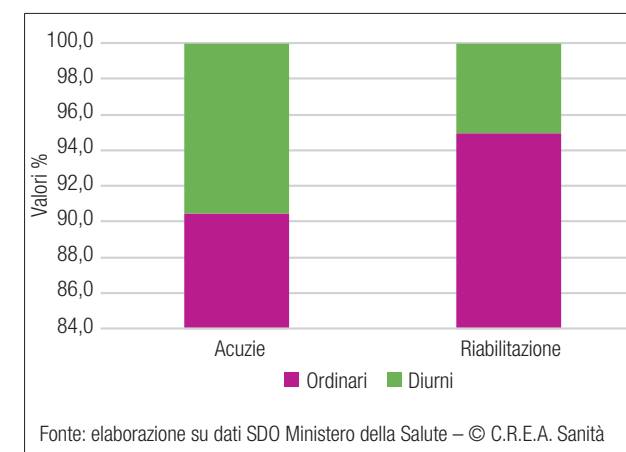


Figura 6a.10. Composizione delle giornate di degenza per tipo (ordinarie e diurne)



In acuzie gli accessi diurni rappresentano il 9,5% e la loro incidenza è diminuita di 5,0 punti percentuali rispetto al 2010; in riabilitazione sono il 5,0% e la loro incidenza è diminuita di 4,1 punti percentuali rispetto al 2005 (Figura 6a.10.).

La Figura 6a.11. mostra la variazione fra il 2010 e il 2018 della degenza media dei ricoveri in Italia.

La degenza media ordinaria in acuzie nel 2018 è pari a 7,0 giornate, in aumento (+0,3 gg.) rispetto al 2010, quando era pari a 6,7 gg.; quella in riabilitazione è pari a 26,3 giornate (-1,2 gg.) e quella in lungodegenza a 24,6 giornate (-5,8 gg.); per quan-

to concerne gli accessi medi diurni, quelli in acuzie sono pari a 2,6, in riduzione di -0,2 gg. rispetto al 2010, quando erano pari a 2,8 gg.; in riabilitazione sono pari a 15,3 (+1,5 gg.).

Le variazioni della degenza media sono abbastanza omogenee fra le Regioni sebbene con alcune variazioni significative (Figura 6a.12.).

Per quanto concerne la degenza media ordinaria in acuzie è massima in P.A. di Trento, Veneto e Liguria (7,7 gg. rispettivamente) e minima in Campania (6,4 gg.); la Regione con la massima variazione nel periodo 2018-2010 è la Sicilia (+14,7%); analogamente per gli accessi diurni in acuzie registriamo che il valore massimo è in Liguria (4,3 gg.) e minimo in Lombardia (1,2 gg.); in questo caso la Regione con la massima variazione nel periodo è la Liguria (+29,0%); per la riabilitazione, le degenza media ordinaria massima si registra nel Lazio (32,7 gg.) e minima in Valle d'Aosta (19,1 gg.) e la Regione con la massima variazione nel periodo è la Puglia (+13,8%); per gli accessi diurni il valore massimo si registra nel Lazio (22,2 gg.) e minimo in Friuli Venezia Giulia (6,0 gg.) e la Regione con la massima variazione nel periodo è la Puglia (+101,6%); infine, la degenza media in lungodegenza è massima in Emilia Romagna (27,7 gg.) e minima in Molise (0,8 gg.); tutte le Regioni registrano una riduzione e la Regione con la massima variazione nel periodo è il Molise (-96,9%).

Figura 6a.11. Degenza media, per tipo e regime

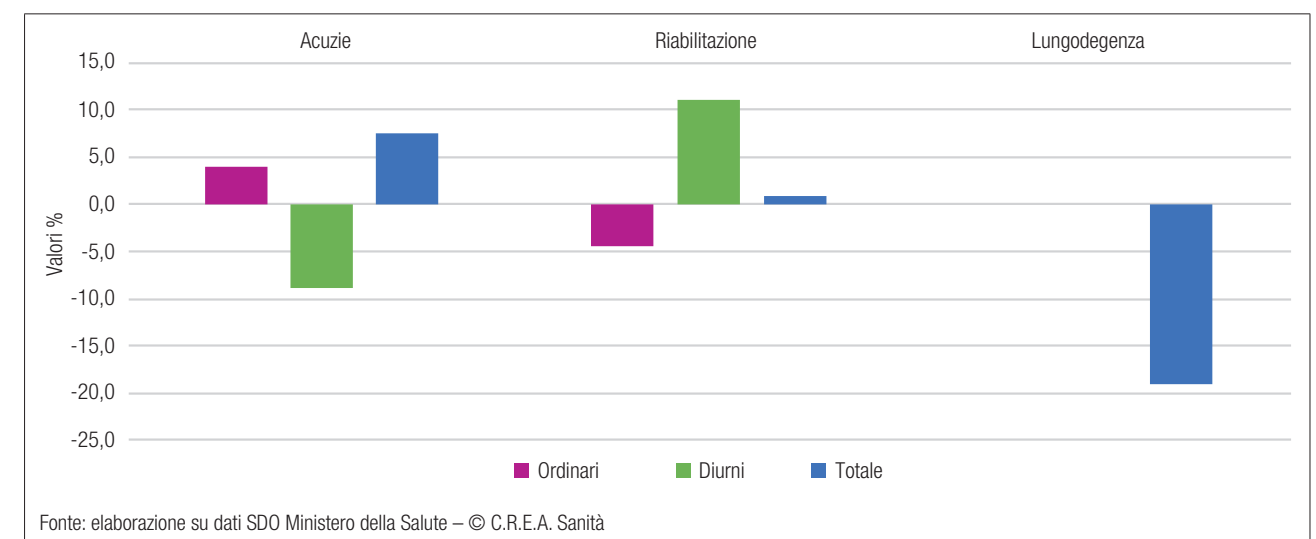
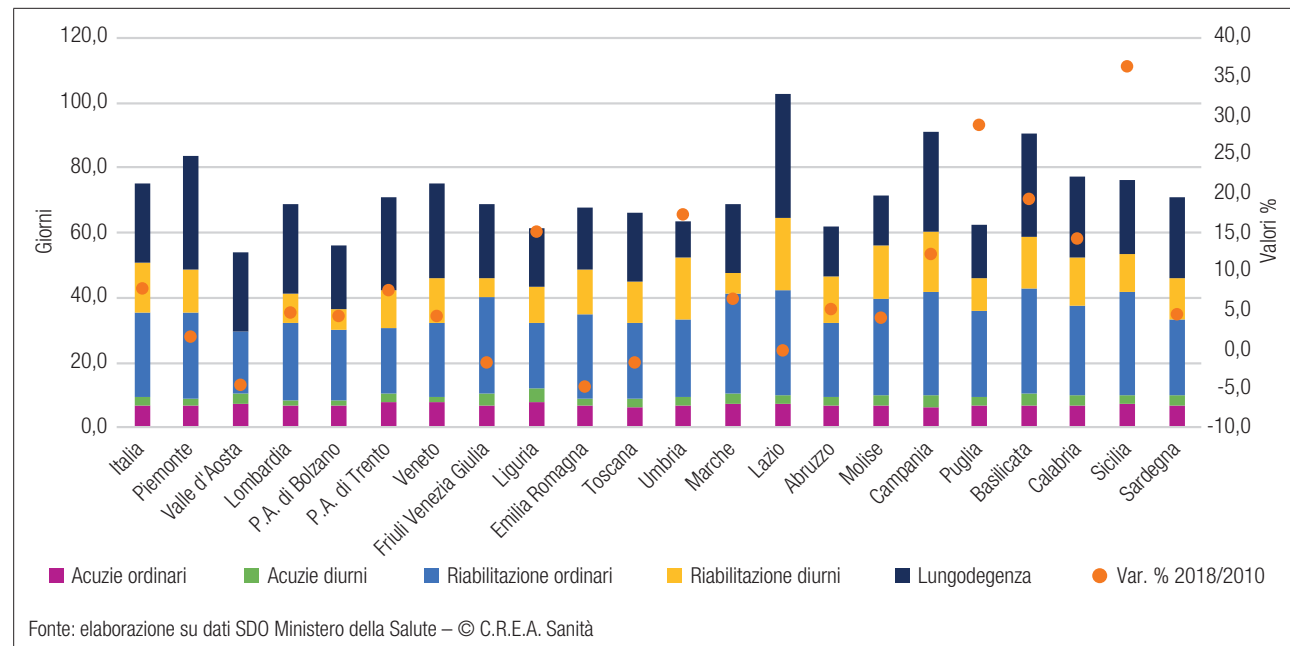


Figura 6a.12. Degenza media regionale per tipo e regime

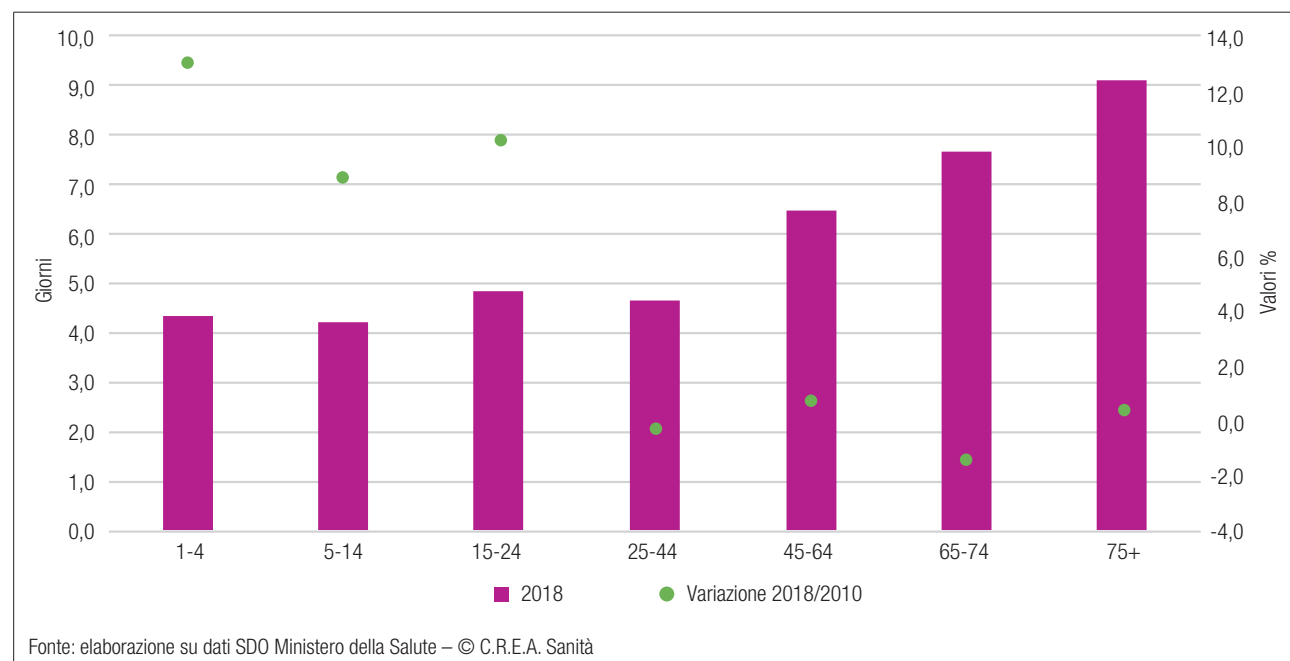


Anche per la degenza media, facendo un focus sui ricoveri ordinari in acuzie, possiamo osservare una forte correlazione con l'età, e un aumento concentrato nella fascia di età più giovani (Figura 6a.13.). Come già notato nel 15° Rapporto Sanità, il dato appare coerente con una selezione dei casi da

ricoverare e, quindi, con un conseguente incremento della complessità dei pazienti trattati.

In definitiva, in Italia si registra una tendenza alla riduzione dei ricoveri e ad un corrispondente aumento della degenza media, ma con significative differenze regionali.

Figura 6a.13. Degenza media ordinaria in acuzie, per età



Da una parte, tra il 2018 ed il 2010, i ricoveri in Italia si riducono, dall'altra la degenza media aumenta. A livello regionale, la riduzione del numero di ricoveri è eterogenea: si passa infatti da una riduzione del -43,2% della Puglia a -1,2% della Valle d'Aosta. Per la degenza media alcune Regioni la riducono (con il valore massimo in Emilia Romagna), in altre si registra un aumento dell'indicatore, in particolare in Sicilia.

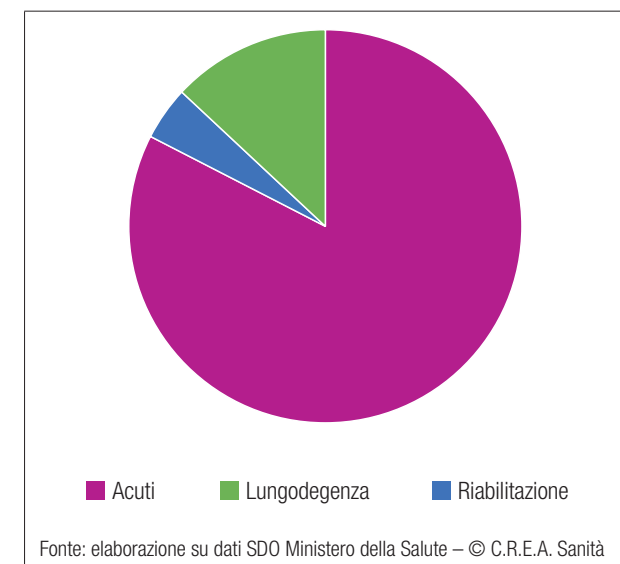
6a.3. I tassi di occupazione dei letti

Nel 2018, in Italia si contano 156.867 posti letto ordinari in acuzie (inclusi quelli a pagamento), con una riduzione del 12,7% rispetto al 2010.

I posti letto per accessi diurni in acuzie, sono 19.615, con una riduzione del 28,3% rispetto al 2010.

In riabilitazione si contano 24.769 posti letto ordinari (con una riduzione dell'1,7% rispetto al 2010) e 1.265 diurni (in riduzione del 38,4% rispetto al 2010).

Figura 6a.14. Composizione posti letto ordinari per tipo. Valori %



Infine, i posti letto in lungodegenza sono 8.385, con una riduzione del 22,4% rispetto al 2010.

Complessivamente, nel 2018, i posti letto ordinari in acuzie rappresentano l'82,6% di quelli ordinari, seguiti da quelli in riabilitazione (13,0%) e da quelli

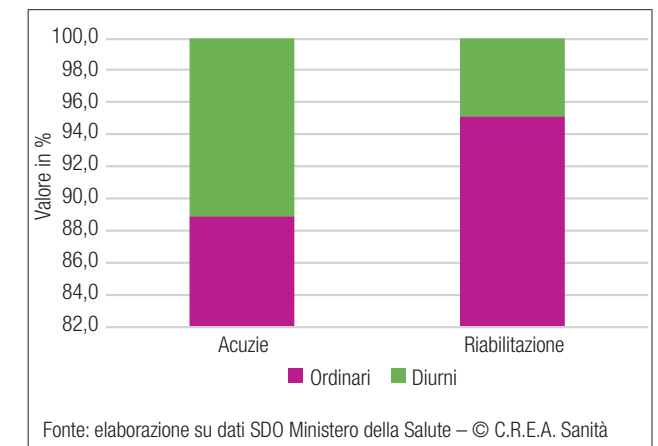
per lungodegenza (4,4%) (Figura 6a.14.).

Si registra un posto letto ordinario in riabilitazione ogni 6,3 in acuzie, dato in diminuzione di 1,1 rispetto al 2010; uno in lungodegenza ogni 18,7 in acuzie e 3,0 in riabilitazione, dato in incremento rispettivamente di 2,1 e 0,7 rispetto al 2010.

I posti per accessi diurni sono per il 93,9% in acuzie e per il restante 6,1% in riabilitazione.

In acuzie i posti letto diurni sono l'11,1% e la loro incidenza è diminuita di 2,1 punti percentuali rispetto al 2010; in riabilitazione sono il 4,8% e la loro incidenza è diminuita di 2,9 punti percentuali rispetto al 2010 (Figura 6a.15.).

Figura 6a.15. Composizione dei posti letto per tipo e regime



La Figura 6a.16. mostra la variazione fra il 2005 e il 2018, e la composizione, dei posti letto in Italia.

In termini di composizione, si osserva una riduzione del peso dei posti in acuzie (-1,1 punti percentuali), ed in riabilitazione (-0,5 punti percentuali); la lungodegenza registra un aumento di 1,5 punti percentuali.

La composizione dei posti letto presenta una discreta variabilità a livello regionale (Figura 6a.17.).

La quota di posti letto ordinari in acuzie, sul totale dei ricoveri in acuzie, varia dal 73,7% del Piemonte al 93,1% della Sardegna; quella dei posti letto per accessi diurni in acuzie varia dall'86,4% della P.A. di Trento al 100% della Valle d'Aosta; per la riabilitazione, per i posti letto ordinari si passa dal 3,5% della Sardegna, al 21,7% del Piemonte e per quelli diurni

varia dal 13,6% della P.A. di Trento a nessuno ricovero della Valle d'Aosta; infine, per la lungodegenza, la variazione va dall'1,4% della Puglia all'11,5% dell'Emilia Romagna.

Rapportando le giornate di degenza erogate ai posti letto, osserviamo che il tasso medio italiano di

occupazione dei letti nel 2018 (Figura 6a.18.) è pari al 75,2% per i posti letto ordinari in acuzie, con una riduzione di 0,6 punti percentuali rispetto al 2010; per l'attività diurna in acuzie il tasso di occupazione 2018 è pari al 31,7%, con una riduzione di 10,7 punti percentuali rispetto al 2010.

Figura 6a.16. Posti letto per tipo attività

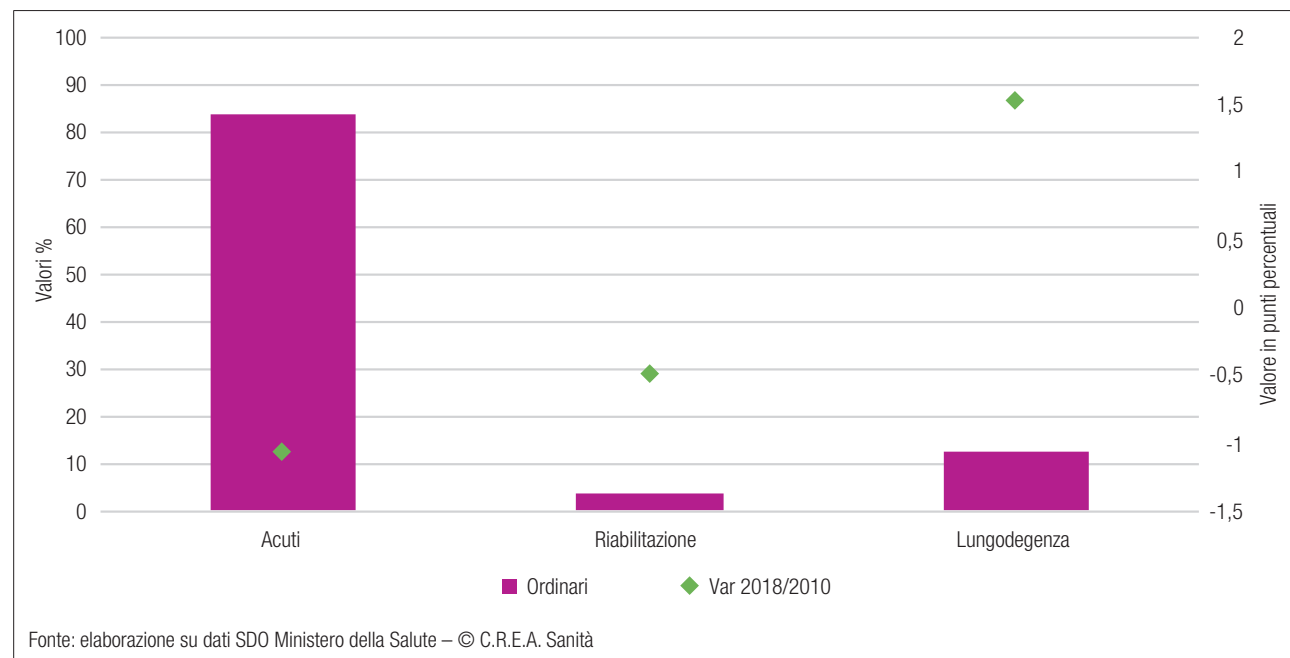


Figura 6a.17. Composizione regionale dei posti letto per tipo e regime

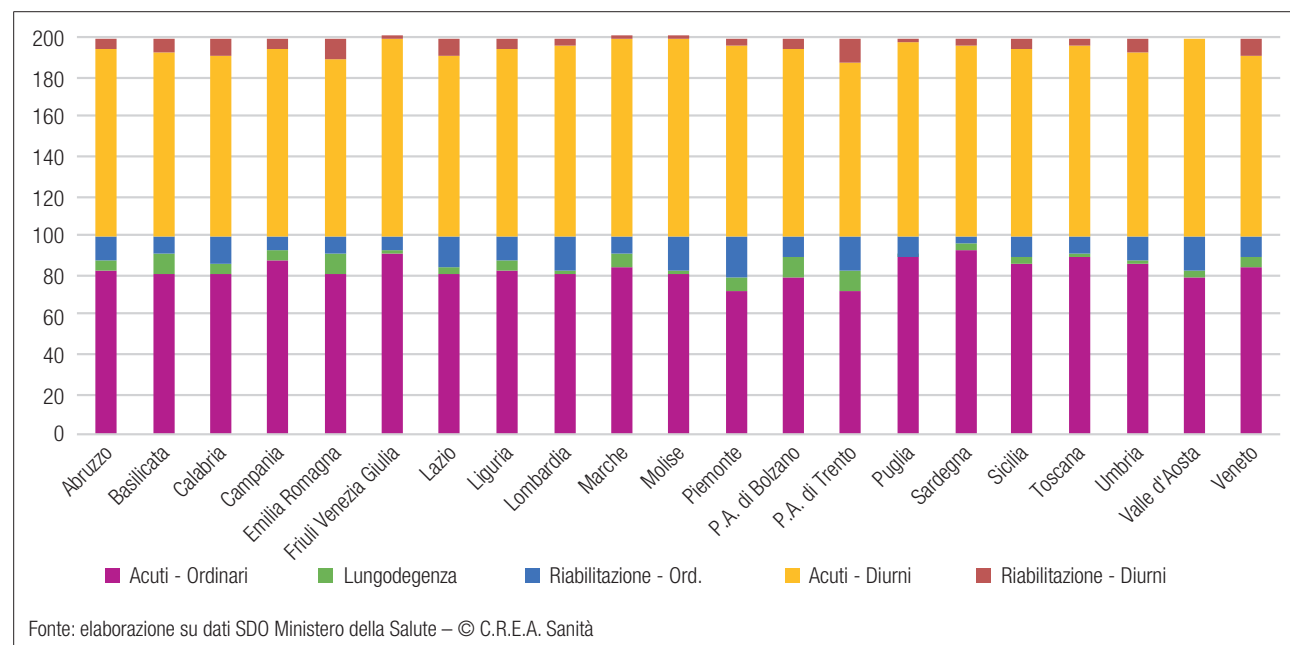
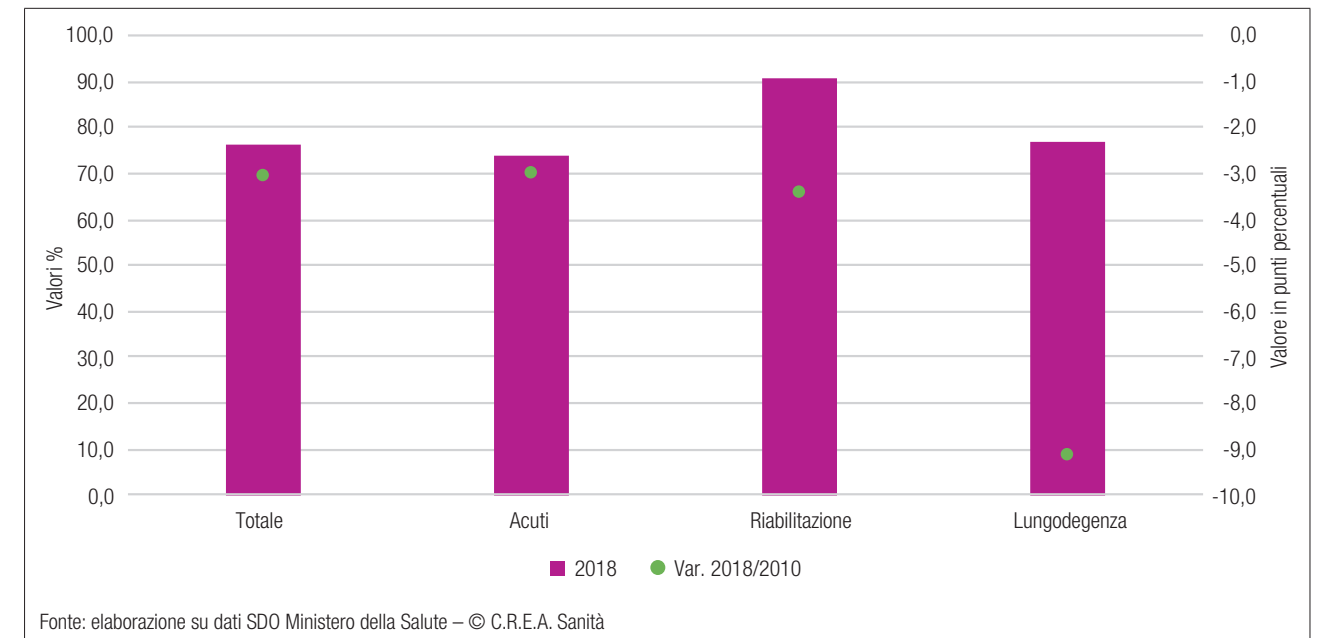


Figura 6a.18. Tassi di occupazione dei letti per tipo di attività



In riabilitazione il tasso di occupazione dei posti letto ordinari è pari al 90,3%, (con una riduzione di 2,3 punti percentuali rispetto al 2010) e per i diurni del 30,6% (con una riduzione di 17,3 punti percentuali rispetto al 2010).

Infine, per i posti letto in lungodegenza il tasso di occupazione è pari al 77,0%, con una riduzione di 9,2 punti percentuali rispetto al 2010.

I tassi di occupazione risultano variabili fra le Regioni (Figura 6a.19.).

Figura 6a.19. Tassi di occupazione regionale, regime ordinario, per tipo di attività

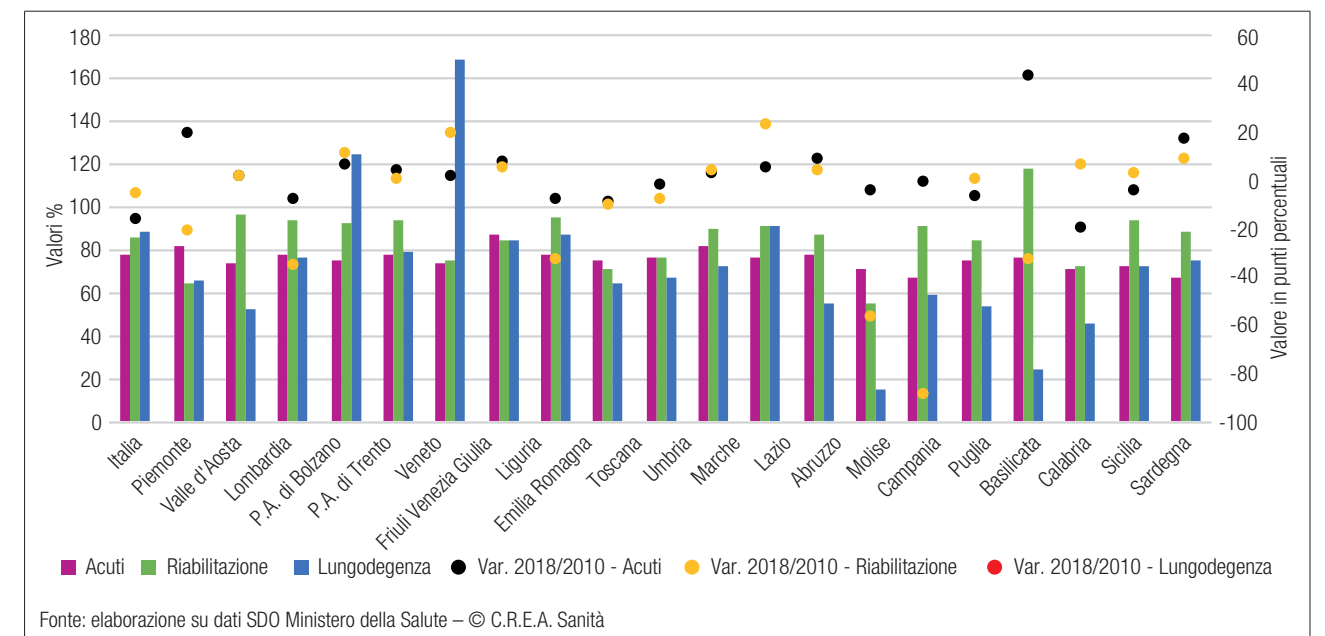
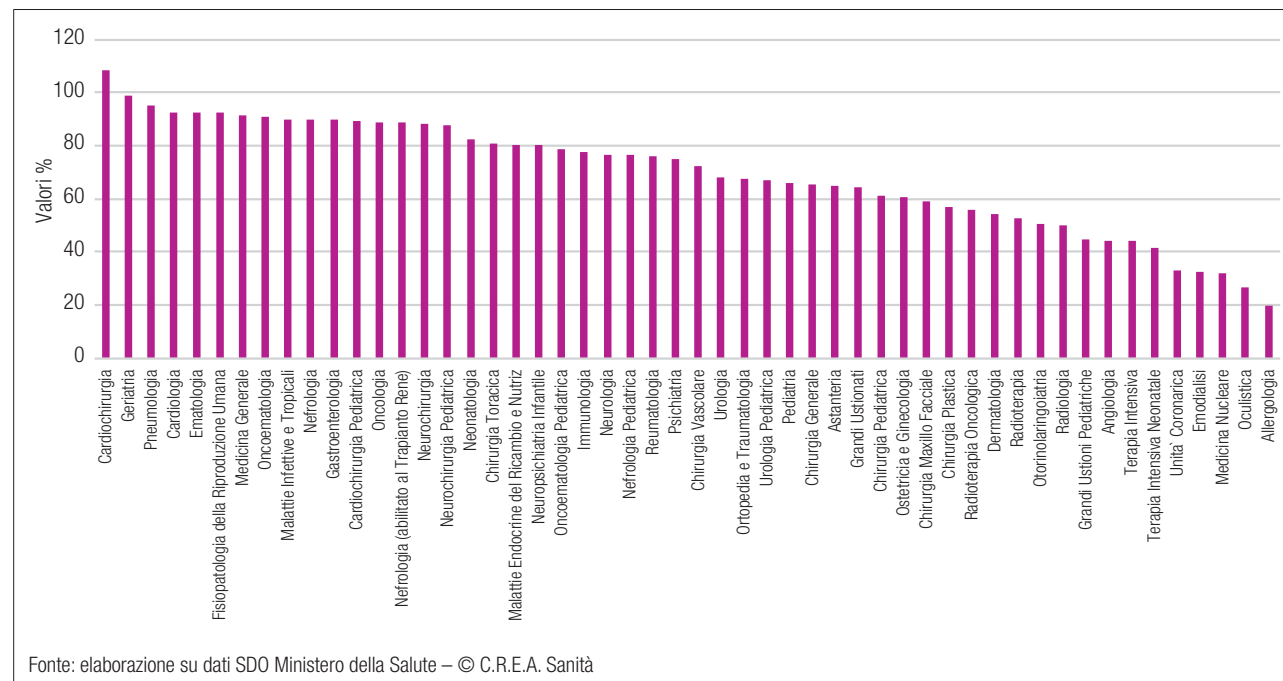


Figura 6a.20. Tassi di occupazione posti letto in acuzie, per disciplina. Anno 2018



Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari in acuzie varia dal 67,0% della Sardegna all'86,9% della Liguria; quello dei posti letto diurni in acuzie dal 15,3% della Puglia, al 60,9% della Liguria; per i posti letto ordinari in riabilitazione, si passa dal 55,6% del Molise al 118,6% della Basilicata e per quelli diurni dall'1,3% dell'Abruzzo al 75,1% del Lazio; infine, per la lungodegenza, la variazione va dal 14,8% del Molise, al 169,6% del Friuli Venezia Giulia (Figura 6a.19).

In definitiva, seppure in Italia si registra una tendenza alla riduzione dei posti letto, con significative differenze regionali, l'analisi dei tassi di occupazione sembra indicare che non si registrano ancora, in media, rischi di particolari carenze: ovviamente questo può non valere in settori specifici, quali i posti di terapia intensiva e rianimazione, pneumologia e malattie infettive, discipline particolarmente coinvolte nel periodo COVID-19: nello specifico, nel 2018, per le terapie intensive si registravano tassi di occupazione (regime ordinario) modesti pari al 44,1%; di contro erano ai limiti pneumologie e malattie infettive rispettivamente con il 95,2% e 89,9% (Figura 6a.20).

6a.4. Il personale nelle strutture di ricovero

La composizione delle variazioni sopra descritte, esitano in una riduzione delle giornate di degenza complessivamente erogate: a livello nazionale esse si riducono significativamente, da 76.969.851 nel 2005 a 58.526.500 nel 2018 (-24,0%), passando da 1,3 a 1,0 per abitante; in termini di composizione, la riduzione maggiore deriva dalle giornate di degenza ordinarie in acuzie, che passano da 54.971.750 giornate nel 2005 a 43.034.375 nel 2018 (- 21,7%), passando da 0,9 a 0,7 per abitante; anche per i ricoveri acuti diurni osserviamo una riduzione degli accessi da 10.534.570 nel 2005 a 4.537.787 nel 2018 (- 56,9%), passando da 0,2 a 0,08 per abitante; per la riabilitazione l'incremento delle giornate di degenza ordinarie è del 10,2%, da 7.410.241 nel 2005 a 8.165.368 nel 2018, passando da 0,12 a 0,13 per abitante; e per gli accessi diurni da 907.212 nel 2005 a 431.955 nel 2018 (- 52,4%), passando da 0,007 a 0,002 per abitante; infine le giornate di degenza in lungodegenza, passano da 3.059.519 giornate nel 2005 a 2.357.005 nel 2018 (- 23,5%), passando da 0,05 a 0,04 per abitante.

Si evince, quindi, una forte riduzione dell'attività di ricovero ospedaliero, sia ordinario che diurno; questa riduzione è certamente in parte compensata da un incremento delle attività specialistiche erogate in regime ambulatoriale, la cui quantificazione, con i dati disponibili è, però, molto complessa.

Con i caveat espressi, appare interessante mettere a confronto l'attività con il personale disponibile, al fine di capire il margine di operatività in caso di un nuovo aumento dei posti letto.

Purtroppo, l'ultimo dato sul personale disponibile è relativo al 2017, già analizzato nel 15° Rapporto Sanità.

Rimandando quindi al Capitolo 3b del 15° Rapporto Sanità per i dettagli, evidenziamo come rispetto al 2014:

- il personale sanitario del SSN in media si è ridotto (-2,3% verso -6,5% del personale totale)
- peraltro, nel Nord il personale sanitario è aumentato, mentre nel Sud è diminuito tranne che in Basilicata, Puglia e Sardegna
- il personale dipendente delle strutture di ricovero si è anch'esso ridotto -4,9%
- anche in questo caso si tratta di una media fra il Nord che vede aumentare il personale delle strutture di ricovero, e il Sud che lo diminuisce tranne che in Sardegna
- rapportando il personale delle strutture pubbliche di ricovero alle giornate di degenza erogate, otteniamo che nel 2014 i dipendenti per 1.000 giornate di degenza erano in media 8,4 ed aumentano a 10,7 nel 2017
- il dato si conferma considerando il ruolo sanitario, per il quale si passa da 6,1 a 8,1 unità per giornata di degenza
- la dotazione organica delle strutture di ricovero è aumentata in tutte le Regioni, tranne che in Campania in cui è rimasta immutata, con un massimo di 6,8 unità per 1.000 giornate di degenza nella P.A. di Bolzano
- analogamente anche la dotazione organica di personale sanitario delle strutture di ricovero è aumentata in tutte le Regioni, da un minimo di 0,3 unità per 1.000 giornate di degenza del

Friuli Venezia Giulia ad un massimo di 4,1 della P.A. di Bolzano.

- parallelamente, però, il personale dipendente delle strutture non di ricovero si è ridotto, anche ni rapporto agli abitanti; risultano in controtendenza solo P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Puglia e Basilicata.

Pur con tutti limiti dei dati disponibili, sembra però emergere che a fronte di strategie regionali fortemente diversificate e condizionate dai Piani di Rientro, in media si è assistito ad un depauperamento (con rare eccezioni) degli organici nelle strutture non di ricovero, e una qualche salvaguardia di quello, specie sanitario, nelle strutture di ricovero.

Sulla "carta", per effetto della drastica deospedalizzazione, si potrebbe concludere che il personale sanitario ospedaliero (differentemente da quello del "territorio") non è più carente di quanto fosse qualche anno fa.

Come anticipato, l'analisi non tiene conto dei livelli di partenza, che potrebbero essere comunque insufficienti, e degli spostamenti dell'impegno verso l'attività ambulatoriale; e neppure delle carenze per alcune figure specialistiche, anestesisti e rianimatori in primis, note da tempo, e mai risolte.

Nel primo caso, una indiretta conferma potrebbe arrivare dalla pressione che già in passato l'influenza stagionale ha portato sugli ospedali.

Nel secondo, seppure non sembrano esserci dati a conforto di un forte aumento delle prestazioni ambulatoriali erogate in strutture di ricovero, accettando che sia la spiegazione, dovrebbe in ogni caso far riflettere sulla modifica del ruolo degli ospedali e dell'impossibilità di separare la loro attività da quella "territoriale" e viceversa.

6a.5. Conclusioni

Dall'analisi svolta sull'evoluzione del settore dell'assistenza ospedaliera, possiamo affermare che:

- siamo indubbiamente il Paese EU con il minore ricorso all'ospedalizzazione (in rapporto

- alla popolazione)
- la riduzione dell'ospedalizzazione è avvenuta in tempi drammaticamente rapidi e senza adeguata compensazione sul versante del potenziamento dell'assistenza primaria
 - alla deospedalizzazione è seguita la chiusura di posti letto, sebbene con una discreta variabilità regionale
 - essendosi ridotte drasticamente le giornate complessive di degenza, pur con meno letti, i tassi di occupazione rimangono su livelli che non indicano un particolare rischio di stress sul lato dell'offerta, ovviamente con alcune eccezioni, come nel caso delle pneumologie e i reparti di malattie infettive; mentre erano abbondantemente sotto il 50% le terapie intensive, da cui si desume che a fine emergenza registreranno una fortissima sottoutilizzazione
 - sul lato degli organici registriamo come un calo del personale operante nelle strutture di ricovero pubbliche, che però va di nuovo confrontato con la diminuzione dell'attività di ricovero; gli organici per giornata di degenza, risultano persino superiori a quelli del 2014.
- Seppure con tutti caveat del caso, piuttosto che una vera carenza di offerta, se non per specifiche aree e specializzazioni (ad esempio citiamo la nota

carenza di anestesisti e rianimatori), sembra emergere una scarsa programmazione e flessibilità organizzativa; da una parte sono stati in parte sottovalutati i segnali provenienti dalla pressione delle influenze stagionali sulle strutture di ricovero; dall'altra non è stato forse adeguatamente governato il processo di sostituzione dell'attività di ricovero con quella ambulatoriale, che evidentemente necessiterebbe di un maggiore coordinamento con l'attività specialistica svolta nei setting propri dell'assistenza primaria.

Dato che i tassi di occupazione rimangono su livelli accettabili e che non indicano stress di offerta, programmare un nuovo incremento di letti sembra una scelta inefficiente: la soluzione agli attuali problemi di saturazione sembra da ricercarsi in nuove forme di flessibilità organizzativa e strutturale.

Riferimenti bibliografici

- C.R.E.A. Sanità, Rapporto Sanità (anni vari)
 Ministero della Salute (anni vari), *Schede di Dimissione Ospedaliera*
 OECD (2019), OECD.Stat
 Ministero della salute, open data sui posti letto (anni vari)
 Ministero della Salute, Annuario statistico (anni vari)

ENGLISH SUMMARY

The 2020 has been characterised by the COVID-19 emergency, which someone has called a stress test for the National Health Service (NHS).

In particular, it has been a stress test for hospitals: during the first wave, in the Regions with the highest incidence of infection, intensive care units were put under strain and had to face huge difficulties. During the second wave, which is still underway, the pressure has probably been greater for "ordinary" beds, with entire wards converted into "COVID places", clearly to the detriment of the facilities' ability to meet the needs of other types of patients.

In this chapter, an analysis is made of the evolution of hospital care. In particular, an international (EU) data comparison is made on Italian hospitalisation rates, as well as an analysis of trends for the 2005-2018 period, instrumental to analyse - through bed occupancy rates - the saturation of hospital production capacity and, therefore, the possibility of dealing with emergency situations. The sizing of staff working in hospital facilities is examined in relation to supply (beds) and demand (days of hospitalisation), as it is clear that it is not enough to increase the number of beds, especially those in intensive care units, in the lack of adequate availability of staff, both nursing professionals and specialist doctors.

Based on the analysis carried out, the following conclusions can be drawn:

- *Italy is undoubtedly the EU country with the lowest recourse to hospitalisation (in relation to its population)*
- *the reduction in hospitalisation rates has taken place at a very quick pace and without adequate offsetting in terms of strengthening and enhancement of primary care*
- *dehospitalization has been followed by the*

elimination of beds, albeit with quite significant regional differences

- *since the total number of hospitalization days has been reduced drastically, although with fewer beds, occupancy rates remain at levels that do not indicate a particular risk of stress on the supply side - obviously with some exceptions, as is the case with pulmonology and infectious disease wards - while intensive care is well below 50%, thus suggesting that at the end of the emergency it will be significantly underused*
- *there has been a decrease in the number of staff working in public hospitals, but again this is to be compared with the decrease in hospitalisation activity; the number of staff per hospitalisation day is even higher than in 2014.*

Although with all the required caveats, rather than a real lack of supply - if not for specific areas and specialisations (e.g. the well-known shortage of anaesthetists and resuscitators) - a lack of planning and organisational flexibility seems to emerge. On the one hand, the signs coming from the pressure of seasonal influenza on hospitals have been partly underestimated. On the other hand, the process of replacing hospitalization with outpatient care has probably not been adequately governed and regulated. This process would clearly require greater coordination with the specialist activity carried out in primary care settings.

Considering that bed rates are still at acceptable levels and do not indicate supply stress, planning a new increase in beds seems to be an inefficient choice: the solution to the current saturation problems should be found in new forms of organisational and structural flexibility.

CAPITOLO 6b

La migrazione dei pazienti oncologici

d'Angela D.¹, d'Angela C.², Leone G.³, Mancuso A.⁴, Spandonaro F.⁵

6b.1. Introduzione

Nell'ambito del progetto «*La Salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere*» è stato promosso un focus sull'attività di ricovero dei pazienti oncologici, e specificatamente sul fenomeno della mobilità extra-regionale di questi pazienti; il fenomeno è stato analizzato nella sua dinamica nel periodo 2010-2018, con l'obiettivo di analizzare il fenomeno a livello nazionale e regionale e di misurarne il suo impatto organizzativo ed economico.

6b.2. Metodologia

La metodologia adottata ha previsto una selezione delle principali diagnosi per tumore (ICD-9-CM); i record sono stati estratti sulla base della diagnosi principale.

In prima istanza, è stata effettuata una analisi descrittiva, con disaggregazione regionale, che ha considerato la tipologia di attività prestata (acuzie, lungodegenza o riabilitazione), il regime di ricovero (ordinario o diurno), la composizione per età, e il genere. A seguire è stata calcolata l'incidenza sui ricoveri totali, i tassi standardizzati di ospedalizzazione e ricovero, la degenza e gli accessi diurni medi, effettuando il confronto con i valori medi nazionali.

Per quanto concerne la mobilità, sono stati determinati gli indici di fuga e di attrazione regionali, sia complessivi che con specifico riferimento alle dia-

gnosi di tumore.

Per tali indici si è proceduto ad una doppia determinazione: quella "istituzionale", che considera in mobilità passiva il paziente che si ricovera in una Regione diversa da quella di residenza, e quella "di prossimità": quest'ultima è un approccio originale adottato da C.R.E.A. Sanità, teso a escludere dalla mobilità extra-regionale quella fittizia, derivante (ad esempio) dalla maggiore vicinanza a Centri situati in altre Regioni; il fenomeno può essere significativo sulle zone di confine e (la non considerazione) distorce, in particolare, il dato riferito alle Regioni di piccole dimensioni.

In pratica, abbiamo considerato in mobilità il paziente che si ricovera in una Regione diversa da quella di residenza, ma solo se la distanza tra la provincia di residenza e quella di ricovero supera i 100 km.

Infine, si è voluto caratterizzare il "profilo" tipico del paziente oncologico in mobilità: in termini di età, livello di istruzione (anche intesa quale "proxy" del reddito), degenza media; ovviamente è stato analizzato in quali Regioni è più probabile assistere a "fughe", o viceversa ad "attrazioni": si è, però, voluto andare oltre, individuando le strutture sanitarie "più attrattive", e le diagnosi e procedure per cui il paziente oncologico si facilmente decide di spostarsi.

Infine, al fine di valutare se il fenomeno della mobilità passiva possa essere in parte associato ad un sottodimensionamento dell'offerta (in termini di posti letto), è stato elaborato il numero di posti letto per

casi incidenti di tumore, come risultanti dal Rapporto "I numeri del Cancro" (AIOM). Al fine di stimare il numeratore, ovvero i posti letto destinati ai pazienti oncologici, che evidentemente possono essere ricoverati anche in reparti diversi da quello di oncologia, è stata prima determinata l'incidenza regionale, per disciplina, dei ricoveri oncologici sui ricoveri totali; quindi, questa incidenza è stata applicata ai posti letto totali per disciplina.

6b.3. Risultati

Passando ai risultati principali, propedeuticamente osserviamo che in Italia, nel 2018, sono stati effettuati 712.665 ricoveri per tumore, quasi esclusivamente (99,2% dei ricoveri totali) in acuzie (+0,4 punti percentuali rispetto al 2010): essi rappresentano l'8,9% di tutti i ricoveri in acuzie (+1,1 punti percentuali vs 2010): il 9,0% degli ordinari e l'8,7% dei diurni.

Rispetto al 2010, registriamo 112.193 ricoveri (-15,74%) in meno, ma con un incremento medio annuo dello 0,9% di quelli in regime ordinario.

La riduzione ha interessato tutte le Regioni, ad esclusione di Valle d'Aosta (1,7%) ed Abruzzo (0,3%); si passa da una riduzione massima della Sicilia, pari al -8,4% medio annuo, ad una minima del Veneto (-0,7% medio annuo).

Il 78,3% dei ricoveri per tumore viene effettuato in regime ordinario (+5,1 punti percentuali rispetto al 2010): la Puglia risulta essere la Regione con la quota maggiore, 91,2%, la Basilicata con quella minima, 74,2%.

Rapportando il dato alla popolazione si registra un tasso standardizzato di ospedalizzazione per tumore di 11,8 ricoveri ogni 10.000 ab. (13,0 per i maschi e 10,6 per le femmine), con un valore massimo (3,3) nella fascia di età 65-74 anni; nel periodo 2010-2018, si è registrata una riduzione media annua del tasso del (-1,9 ogni 10.000), però inferiore a quella registrata per il complesso dei ricoveri (-42,1 ogni 10.000 ab.): la riduzione massima ha riguardato la Sicilia (-4,3%) e l'aumento massimo (+0,7%) la Valle d'Aosta.

A livello regionale il tasso oscilla da un valore

massimo di 14,7 ogni 10.000 ab. della Valle d'Aosta ad un minimo di 6,9 della Calabria.

Il paziente oncologico ha una degenza media di 8,9 giorni (9 per i maschi e 8,4 per le femmine), pari a 1,9 giorni in più rispetto al dato medio del complesso dei ricoveri in acuzie; la degenza media si contrae dell'1,1% medio annuo, nel periodo 2010-2018; il dato è in controtendenza con l'aumento medio annuo dello 0,5% riscontrato invece per il complesso dei ricoveri in acuzie; a livello regionale si va da un valore minimo di 7,4 giorni in Toscana, ad un massimo di 10,6 giorni in Valle d'Aosta.

Analizzando il dato per età, si riscontra come, a differenza di quanto accade per il complesso dei ricoveri in acuzie, la degenza media è superiore nella popolazione più giovane.

Per quanto attiene ai ricoveri diurni, risultano 2,8 accessi medi (2,9 per i maschi e 2,7 per le femmine), ovvero 0,2 accessi in più rispetto a quelli relativi al complesso dei ricoveri in acuzie; il dato è anch'esso in riduzione, di 0,4 accessi nel periodo 2010-2018, quindi in misura maggiore rispetto a quello del complesso della attività di ricovero diurno (0,2 accessi in meno). A livello regionale si va da un valore minimo di 1,2 accessi in Lombardia ad un massimo di 5,5 giorni della Calabria.

Sempre con riferimento al 2018, e al complesso dei ricoveri in acuzie, 8,9 italiani su 1.000 si ricoverano in Regioni diverse da quella di residenza (mobilità passiva extra-regionale): si passa da un'incidenza massima pari a 29,0 su 1.000 in Molise ad una minima, pari al 4,6 della P.A. Bolzano.

Correggendo il criterio di definizione della mobilità extraregionale per la "prossimità" (ovvero escludendo i ricoveri effettuati in strutture extra-regionali situate in aree distanti meno di 100 km dalla residenza del paziente), la quota di pazienti che si ricovera fuori regione scende da 8,9 a 8,5 (su 1.000): con un valore massimo di 29,0 in Molise ed un minimo di 4,3 in Lombardia.

Il dato evidenzia quindi una limitata ma significativa presenza di spostamenti di "prossimità".

Per quanto concerne i casi oncologici, i pazienti che si ricoverano fuori regione sono 0,8 su 1.000: passando da un massimo di 3,4 su 1.000 del Molise ad un minimo di 0,3 di Lombardia e P.A. di Bolzano.

¹ C.R.E.A. Sanità, Università di "Tor Vergata" Roma

² C.R.E.A. Sanità

³ Azienda Sanitaria Locale Taranto

⁴ Salute donna Onlus

⁵ Università di "Tor Vergata" Roma, C.R.E.A. Sanità

Rapportando il dato al totale dei ricoveri (in acuzie) per tumore, il dato equivale al 9,5% dei ricoveri effettuati in mobilità (con una incidenza maggiore, di +0,6 p.p., rispetto al complesso dei ricoveri): l'incidenza maggiore si riscontra in Molise (34,6% dei ricoveri oncologici), la minore in Lombardia (3,6% dei ricoveri oncologici).

Applicando la correzione per la "prossimità", la quota di pazienti che si ricoverano per tumore fuori Regione scende dal 9,5% all' 8,5%: con un valore massimo in Molise (29,0% dei ricoveri oncologici) ed uno minimo in Lombardia (4,3% dei ricoveri oncologici).

Quindi per il caso specifico dei tumori, l'incidenza degli spostamenti di prossimità è decisamente significativa, dell'ordine del 10%.

Considerando la casistica assoluta, Campania, Calabria, Puglia, Sicilia e Lazio (Tabella 6b.1.) risultano essere le prime 5 Regioni per fughe (oltre il 50% della casistica di mobilità passiva per tumore).

Considerando la quota dei ricoveri per tumore relativa a pazienti provenienti da altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale), definita dell'indice di attrazione per tumore, si riscontra un'attrattività massima in Molise, pari al 34,6% di tutti i ricoveri effettuati in Regione per tumore, ad una minima della Lombardia pari al 3,6% (Tabella 6b.2.).

Nel considerare i dati sopra riportati è necessario tenere conto delle diverse dimensioni regionali: Lombardia, Lazio, Emilia, Veneto e Toscana, avendo una maggiore offerta, risultano anche essere le 5 Regioni più attrattive per i ricoveri oncologici, assorbendo oltre il 60% della mobilità nazionale.

Nel periodo 2010-2018, i ricoveri in mobilità passiva extra-regionale per tumore, si sono ridotti complessivamente del -5,5% (3.685 ricoveri in meno): soprattutto in Lombardia (-21,9%); sono invece cresciuti in Molise, Liguria, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Marche; nello stesso periodo, l'indice di fuga per queste patologie è però cresciuto di 1,3 ricoveri ogni 100 (ricoveri per tumore), ed in maggior misura rispetto a quello generale, che è invece cresciuto di 1,3 ricoveri ogni 1.000 (Figura 6b.1.).

Il 45,5% (30.060 ricoveri) della casistica oncologica in mobilità si concentra su 20 diagnosi: pre-

valentemente discipline urologiche, epatiche ed endocrinologiche, ovviamente con variabilità importanti a livello regionale. A meno di alcune eccezioni riscontrate prevalentemente nelle Regioni di piccole dimensioni, si tratta prevalentemente di una mobilità passiva verso Istituti di ricovero di alta specializzazione (IRCCS oncologici, Istituti oncologici di rilievo nazionale - INT, IEO -, policlinici universitari).

Tabella 6b.1. Ranking regioni di fuga per tumori

RANKING "FUGA"	Regione	VARIAZIONE RANKING FUGA CON CORREZIONE (= invariata, + aumento una posizione, - perdita una posizione)
1	Campania	=
2	Calabria	=
3	Puglia	=
4	Sicilia	=
5	Lazio	=
6	Lombardia	-----
7	Piemonte	+
8	Emilia Romagna	=
9	Abruzzo	--
10	Liguria	+
11	Toscana	=
12	Marche	++
13	Veneto	+
14	Basilicata	=
15	Sardegna	=
16	Molise	=
17	Umbria	=
18	P.A. di Trento	-
19	Friuli Venezia Giulia	+
20	Valle d'Aosta	=
21	P.A. di Bolzano	=

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 6b.2. Ranking regioni di attrattività per tumori

RANKING "ATTRATTIVITÀ"	REGIONE	VARIAZIONE RANKING ATTRATTIVITÀ CON CORREZIONE (= invariata, + aumento una posizione, - perdita una posizione)
1	Lombardia	=
2	Lazio	=
3	Veneto	-
4	Emilia Romagna	+
5	Toscana	=
6	Piemonte	-
7	Puglia	+
8	Basilicata	=
9	Umbria	-----
10	Friuli Venezia Giulia	+
11	Marche	+
12	Liguria	+
13	Abruzzo	-
14	Campania	+
15	Molise	-
16	Sicilia	-
17	P.A. di Bolzano	=
18	P.A. di Trento	=
19	Calabria	=
20	Sardegna	=
21	Valle d'Aosta	=

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Circa un terzo della mobilità si concentra in 20 procedure principali; il 31,9% dei ricoveri oncologici che vengono effettuati fuori Regione di residenza è anche associato all'effettuazione di procedure chirurgiche.

In termini di degenza media e di accessi medi diurni non sembrano riscontrarsi particolari differen-

ze tra il paziente oncologico che va fuori Regione e quello che vi resta.

Analizzando il livello medio di istruzione del paziente oncologico, si riscontra un maggior ricorso alla mobilità da parte dei pazienti con un livello di istruzione maggiore, e quindi presumibilmente con maggior reddito, suggerendo il permanere di una disparità di opportunità legata al censo.

In termini economici, i ricoveri oncologici rappresentano l'11,8% (€ 3,3 mld.) del valore dei ricoveri (€ 27,7 mld.), e quelli in mobilità rappresentano l'1,3% del valore totale (€ 369,9 mil.).

Escludendo la mobilità di prossimità, il valore dei ricoveri oncologici in mobilità si riduce del 3,0% (a € 358,7 mil.), riducendo l'incidenza del valore su tutti i ricoveri oncologici dall'11,3% all'11,0%; registrando una crescita di un punto percentuale rispetto al 2010 (2,0% in più in termini di valore). Oltre il 50% dell'onere della mobilità passiva oncologica si concentra nelle prime 5 Regioni per indice di fuga (Campania, Calabria, Sicilia, Puglia e Lazio).

A livello regionale, considerando il valore dei ricoveri per i residenti, che equivale al finanziamento per l'oncologia, la mobilità passiva incide da un minimo del 3,2% della Lombardia ad un massimo del 40,9% del Molise. Da notare che tutte le Regioni del Sud perdono, esclusa la Sardegna (9,0%), oltre il 13% del finanziamento, di cui 3, Basilicata, Calabria e Molise, più del 30%.

Per quelle del Nord, esclusa la P.A. di Trento, la perdita dovuta alla mobilità passiva per tumore è più che compensata dall'attiva, infatti, il saldo di mobilità oscilla da un valore massimo pari a € 87,8 mil. della Lombardia ad un minimo di -52,1 mil. della Campania. Solo un terzo delle Regioni, Lombardia, Lazio, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Umbria e P.A. di Bolzano presentano un saldo positivo di mobilità per tumore.

Di contro tutto il Sud soffre di esborsi per la mobilità, particolarmente rilevanti che complessivamente sommano circa € 160 mil. (Figure 6b.2. e 6b.3.).

In termini di offerta di posti letto, destinati ai pazienti oncologici, a fronte di 0,89 posti letto (ogni 10 casi incidenti a livello nazionale, nelle Regioni si passa da un valore massimo di 1,04 ogni 10, della Sar-

degna, ad uno minimo di 0,71 della Calabria). Nove Regioni (Calabria, Trentino Alto Adige, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Molise

e Campania) presentano un tasso inferiore a quello medio nazionale fino ad un massimo di 0,2 posti letto ogni 10 incidenti (Figura 6b.4.).

Figura 6b.1. Dinamica indice di fuga e di attrazione per tumori: variazione media annua 2018/2010

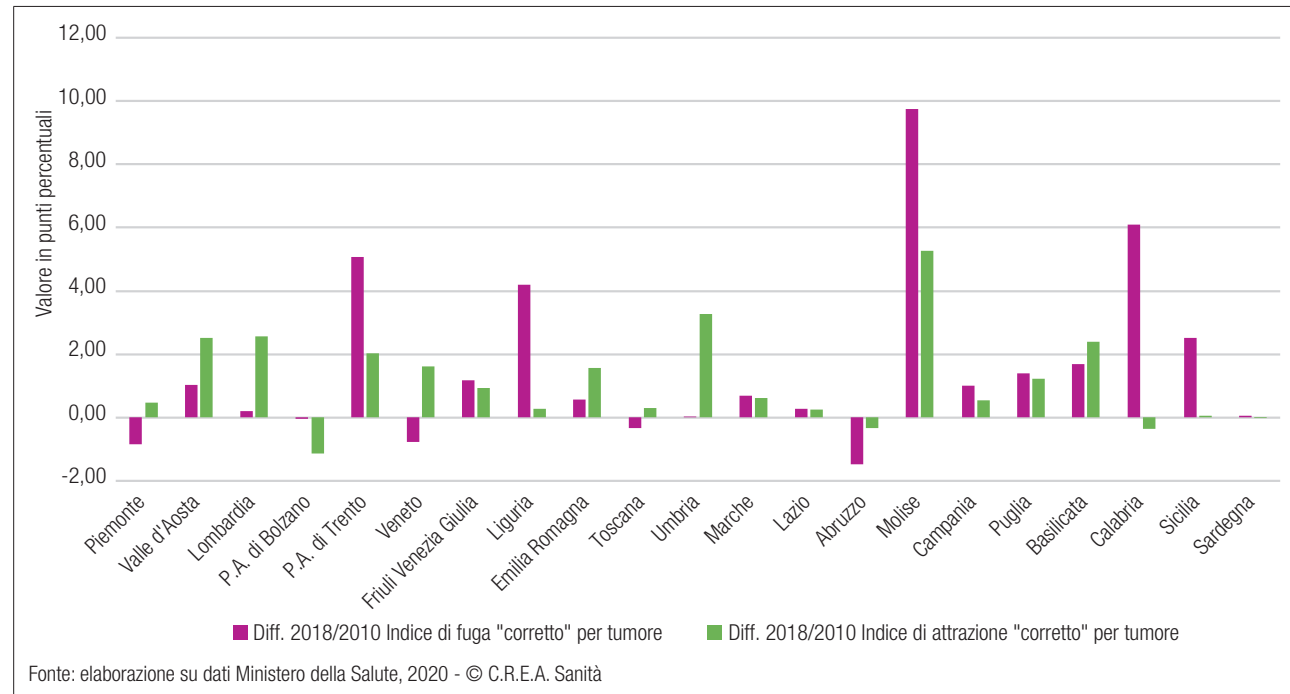


Figura 6b.2. Saldo di mobilità per tumori (2018)

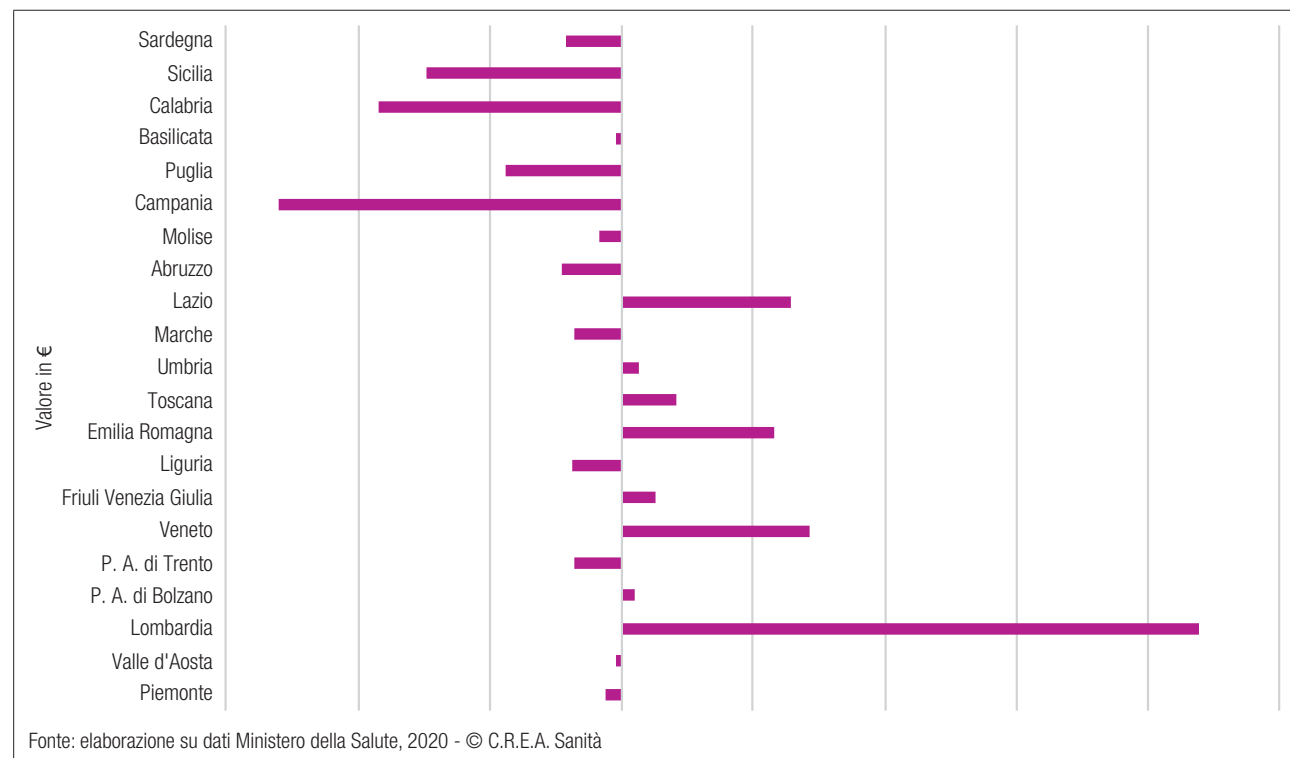
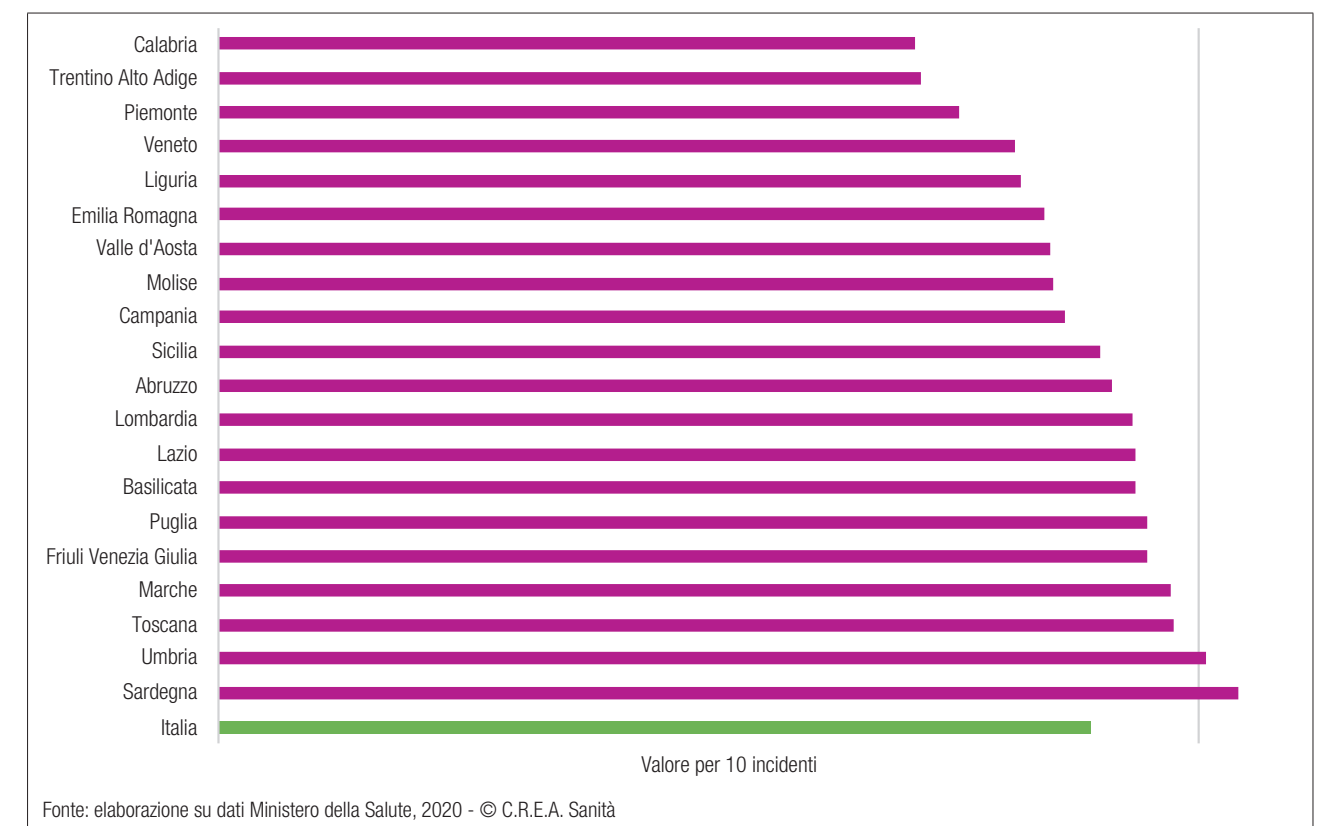


Figura 6b.3. Incidenza del saldo di mobilità per tumori sui ricoveri per tumori (2018)



Figura 6b.4. Tasso di posti letto per pazienti oncologici su incidenti per tumori (2018)



Correlando il tasso di posti letto con l'indice di fuga regionale si osserva una bassa correlazione (34,0%), dato che sembra smentire l'ipotesi che le fughe dalle Regioni siano causate da una carenza di offerta.

6b.4. Conclusioni

Da questa prima analisi della mobilità per ricoveri oncologici è possibile trarre alcune indicazioni per le politiche sanitarie, che riassumiamo a seguire.

In primo luogo, si conferma che il fenomeno della mobilità extra-regionale oncologica presenta un'importante variabilità regionale: quella passiva passa da un valore minimo pari al 4,3% dei ricoveri oncologici, riscontrato in Lombardia, ad uno massimo pari al 29,0% riscontrato in Molise; analogamente l'attrattività passa da un valore massimo in Molise, pari al 34,6% di tutti i ricoveri effettuati in Regione per tumore, ad una minima della Lombardia pari al 3,6%.

Lombardia, Lazio, Emilia, Veneto e Toscana risultano essere le 5 Regioni più attrattive per i ricoveri oncologici (assorbendo oltre il 60% della mobilità nazionale in entrata); Campania, Calabria, Puglia, Sicilia e Lazio le prime 5 Regioni per incidenza di "fughe" (oltre il 50% della casistica di mobilità passiva per tumore).

Nel periodo 2010-2018, osserviamo un peggioramento dell'indice di fuga in quasi tutte le Regioni, ad eccezione di Piemonte, Veneto, Toscana e Abruzzo.

Per inciso, questo risultato si evidenzia nonostante si sia riscontrata una riduzione del ricorso al ricovero per patologia oncologica, pur se inferiore a quella registrata per il complesso delle ospedalizzazioni.

La mobilità di "prossimità" in oncologia è significativa e vale circa il 10% del totale degli spostamenti.

Al netto di questa correzione, i dati disponibili sembra descrivere una mobilità prevalentemente

verso strutture ad alta specializzazione, effettuata soprattutto da pazienti con un maggior livello di istruzione e quindi, plausibilmente con maggior reddito: di fatto, quindi, sembra emergere una disparità di opportunità legata al censo.

La variabilità riscontrata in termini di mobilità passiva si riflette anche sugli aspetti economici: oltre il 50% dell'onere della mobilità passiva si concentra nelle prime 5 Regioni di fuga, che sono tutte del Sud: complessivamente il meridione trasferisce circa € 160 mil. per la compensazione della mobilità, alle Regioni del Nord e, in parte, del Centro.

Considerando il valore dei ricoveri oncologici per i residenti, che equivale al finanziamento, si osserva che tutte le Regioni del Sud perdono, a causa della mobilità passiva, esclusa la Sardegna (perde il 9,0%), oltre il 13% del finanziamento, di cui 3, Basilicata, Calabria e Molise, più del 30%.

L'incidenza del valore dei ricoveri oncologici in mobilità che, con la correzione di prossimità, si riduce di meno rispetto a quella relativa alla casistica: questo sembra confermare l'aspettativa di una mobilità di confine prevalentemente riferita ad assistenza di "bassa complessità".

Infine, dall'analisi dell'offerta di posti letto utilizzati per i pazienti oncologici, emerge una forte eterogeneità regionale, che sembra però non essere correlata con la quota di pazienti in fuga: smentendo quindi l'ipotesi che le fughe siano causate da una carenza di offerta in termini di posti letto.

Riferimenti bibliografici

AIOM, Rapporto "I numeri del cancro in Italia" (2019) ISTAT, tavole statistiche dati.stat.it

Ministero della salute, posti letto ospedalieri (open data)

Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera, anni vari

ENGLISH SUMMARY

Within the framework of the project "La Salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere" (Health: an asset to be defended, a right to be promoted) a focus has been made on cancer patients' hospitalization activities, and specifically on these patients' mobility across Italian Regions. Its trends in the 2010-2018 period have been analysed, at national and regional level, with the aim of measuring its organizational and economic impact.

The analysis has confirmed that cancer patients' extra-regional mobility varies significantly according to Regions. Passive mobility ranges from a 4.3% minimum of cancer patients' hospitalizations in Lombardia to a maximum of 29% in Molise; similarly, attractiveness ranges from a maximum value in Molise, equal to 34.6% of all cancer patients' hospitalizations in the Region, to a 3.6% minimum level of admissions in Lombardia.

Lombardia, Lazio, Emilia, Veneto and Toscana are the 5 most attractive Regions for cancer patients' hospitalizations (accounting for over 60% of the national incoming mobility), while Campania, Calabria, Puglia, Sicilia and Lazio are the top 5 Regions for incidence of "patients' outgoing mobility" (over 50% of passive mobility cases due to cancer).

In the 2010-2018 period, the outgoing flows index worsened in almost all Regions, with the exception of Piemonte, Veneto, Toscana and Abruzzo.

Incidentally, this is evident despite the fact that there has been a reduced recourse to hospitalization for cancer patients, although less than that recorded

for admissions as a whole.

Data interpretation should consider that "proximity" mobility for cancer patients (i.e. that of patient's moving between Province (of residence and of hospitalization) distant less than 100 kilometres, is significant and accounts for about 10% of total mobility.

Moreover, the available data seems to describe a trend of mobility mainly towards highly specialized structures, particularly by patients with a higher level of education and, hence, plausibly with higher income: in fact, a disparity of opportunities linked to census seems to emerge.

The differences recorded in terms of passive mobility are also reflected at economic level: over 50% of the passive mobility burden is concentrated in the first 5 Regions recording outgoing flows, which are all located in the South of Italy: overall, the South transfers about € 160 million to the North and, partly to central Regions.

Southern Regions "lose" an amount that is more than 13% of their overall funding, due to passive mobility, with the exception of Sardinia which loses 9% of the funding. Three Regions, namely Basilicata, Calabria and Molise, due to passive mobility, lose an amount that is over 30% of their funding.

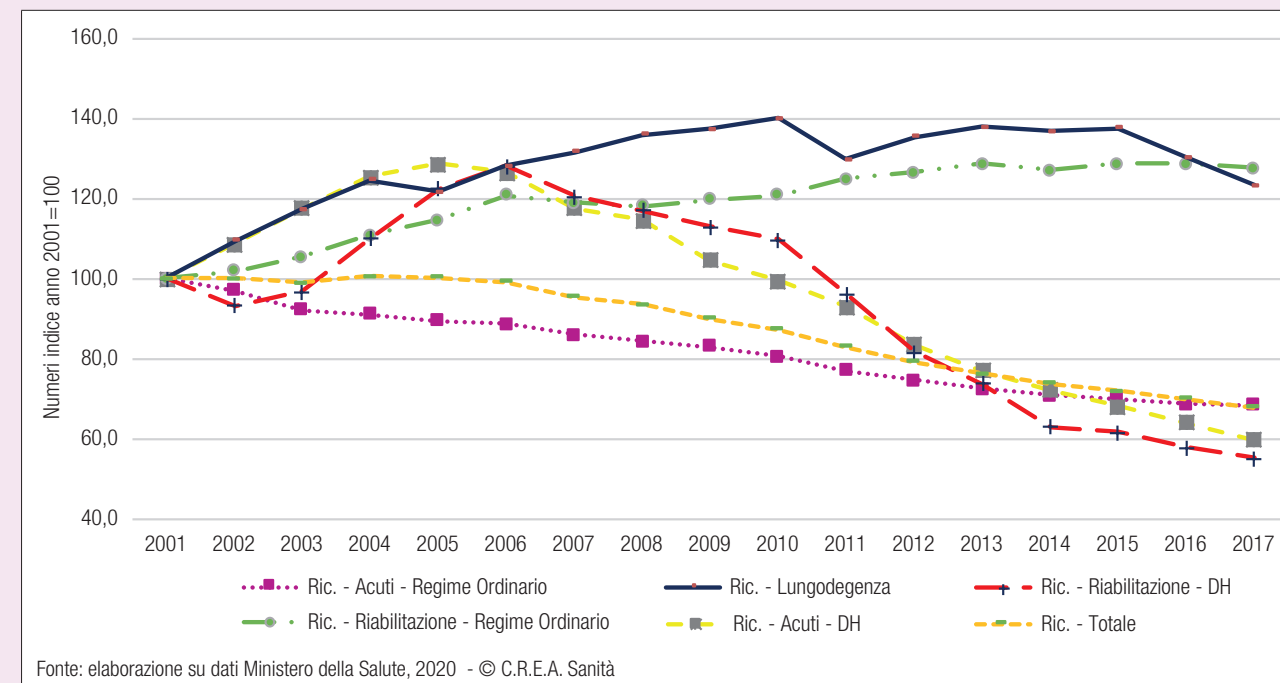
Finally, the analysis of the bed supply for cancer patients has shown great regional differences, which, however, do not seem to be correlated with the share of patients moving to other Regions, thus disproving the assumption that mobility across Regions is due to a lack of bed supply.

KI 6.1. Tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie



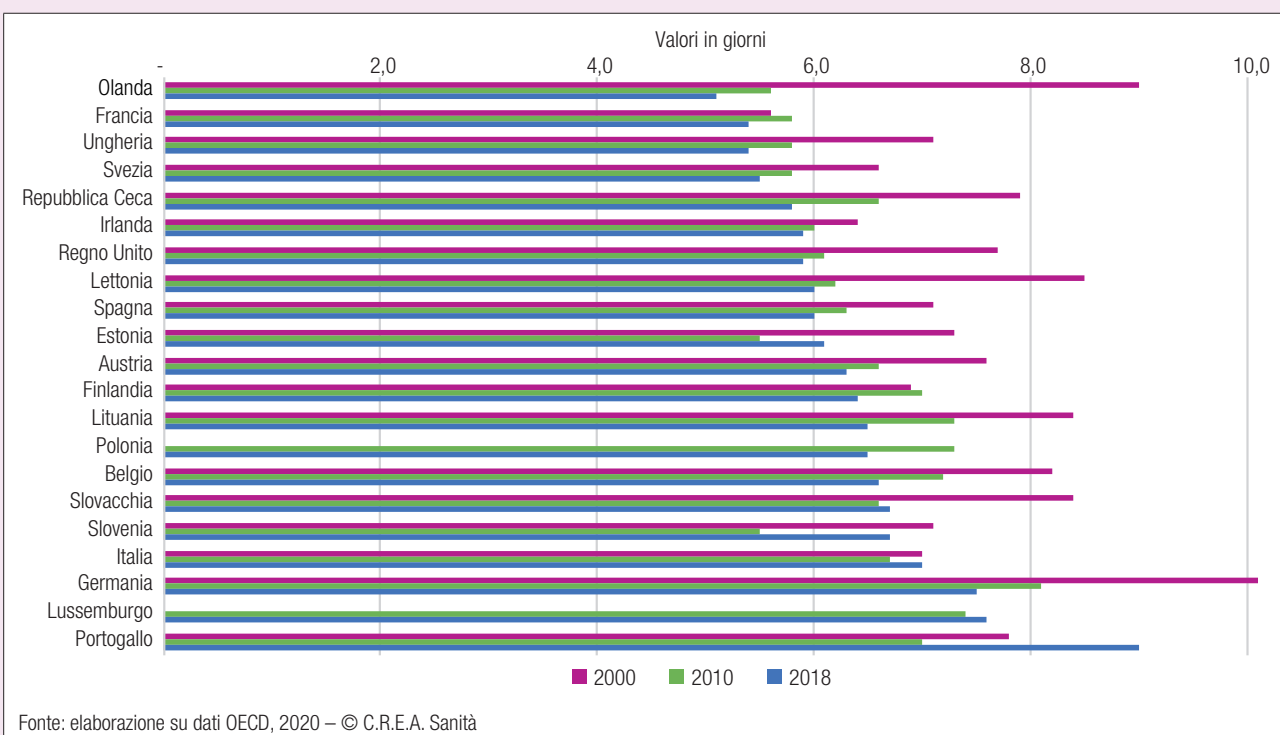
Il tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie italiano è il più basso tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato al 2018, avendo anche registrato la maggiore riduzione a livello europeo rispetto al 2010 (103,3 ricoveri ogni 1.000 abitanti nel 2018, contro 124,4 nel 2010). In Germania, per confronto, il valore è di 234,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti, segue l'Austria con 228,4 ricoveri e la Lituania con 218,0. In tutti i Paesi si è registrata una diminuzione del tasso di ospedalizzazione nel periodo considerato, tranne in Spagna, Irlanda, Francia, Belgio, Polonia e Germania.

KI 6.3. Trend dei ricoveri in Italia



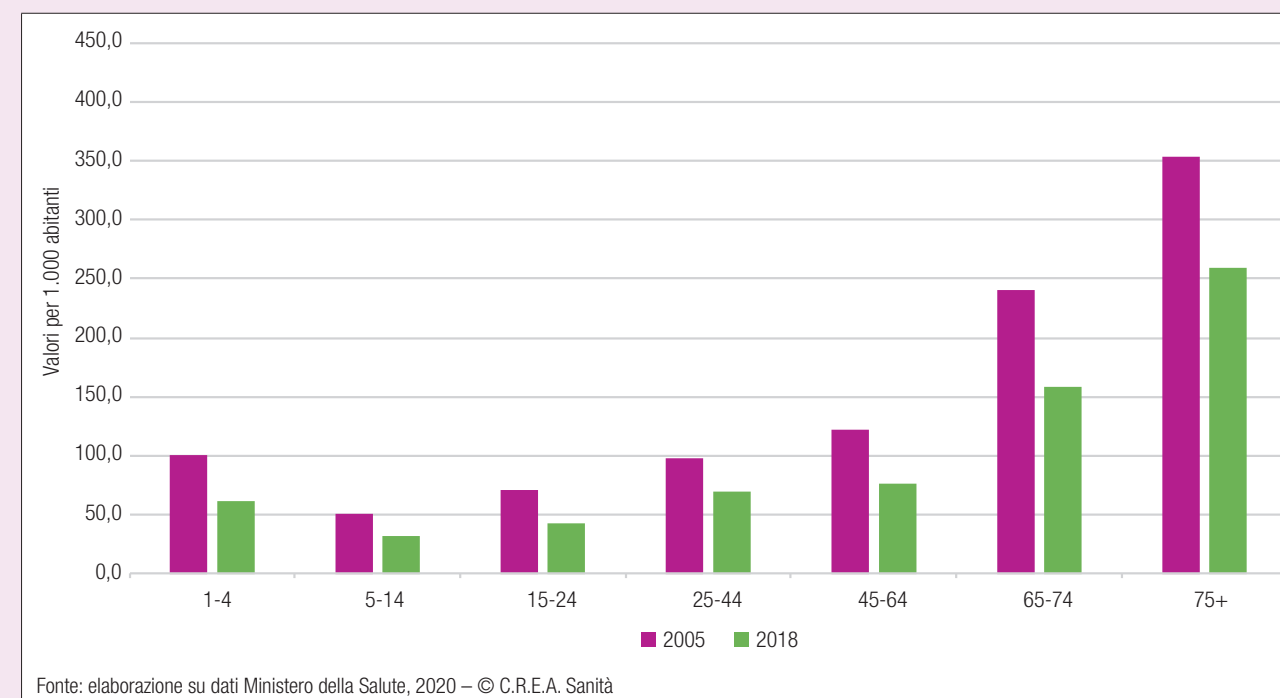
Dal 2001 al 2018, in Italia si è realizzata una contrazione del 33,6% dei ricoveri, pari ad una riduzione media annua del 2,4%: da quasi 12,6 milioni di ricoveri nel 2001 a circa 8,4 milioni nel 2018. La riduzione ha coinvolto prevalentemente l'attività in acuzie: aumenta la lungodegenza (+20,9%) e la riabilitazione in regime ordinario (+26,2%). Si sono ridotti in maggior misura i ricoveri diurni in riabilitazione, con una variazione media annua del 3,9% medio annuo, seguiti da quelli in acuzie, con una riduzione media annua del 3,1% per il regime diurno e del 2,3% per quello ordinario.

KI 6.2. Degenza media ordinaria in acuzie



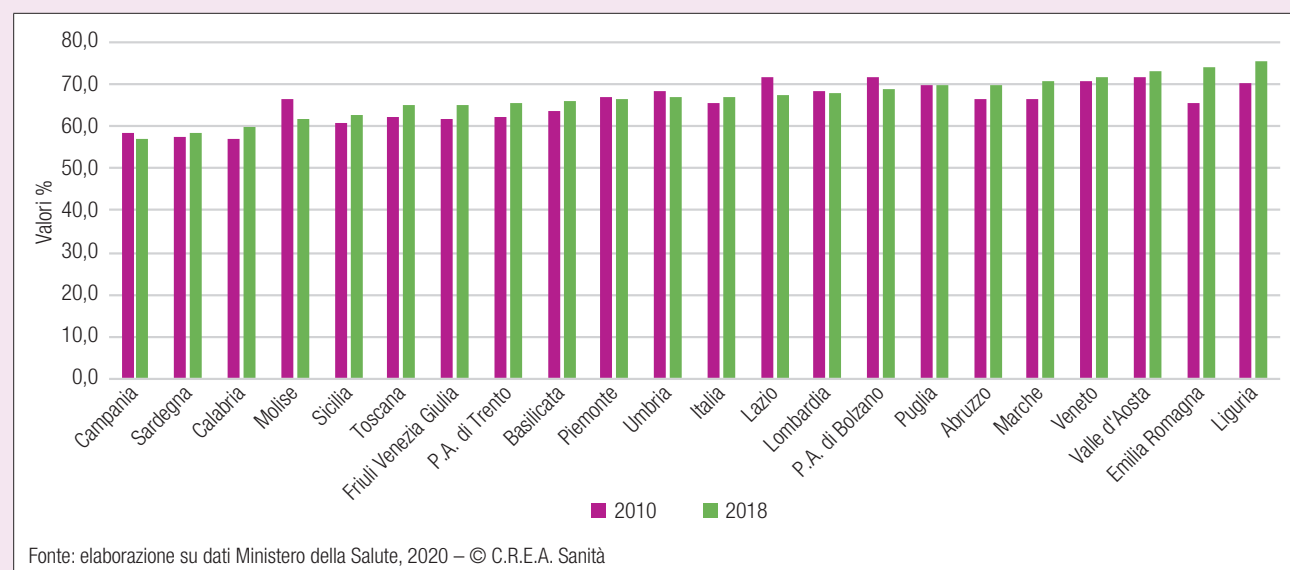
La degenza media ordinaria in acuzie italiana è inferiore solo a Portogallo, Lussemburgo e Germania. Nel 2018 risulta pari a 7,0 giorni, contro i 6,7 del 2010, in aumento come in Repubblica Ceca, Lussemburgo, Portogallo, Slovacchia e Slovenia, e in controtendenza con la riduzione di tutti gli altri Paesi EU. Per confronto, la degenza media più elevata si registra in Portogallo (9,0 giorni contro 7,0 del 2010), la più bassa in Olanda (5,1 contro 5,6 del 2010).

KI 6.4. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, per età



L'incidenza dei ricoveri ordinari in acuzie aumenta con l'età, registrando il suo valore minimo nella fascia di popolazione 5-14 anni (42,2 per 1.000 abitanti) ed il massimo negli over 75 (259,4). Negli anni il tasso di ospedalizzazione ha registrato una riduzione rilevante in tutte le fasce di età, comprese quelle più avanzate. Nell'ultimo decennio la riduzione più rilevante (-40,3%) ha interessato la popolazione più giovane (fino ai 24 anni); anche se minore, anche per la popolazione più anziana (over 75) si è registrata una riduzione significativa (-26,6%).

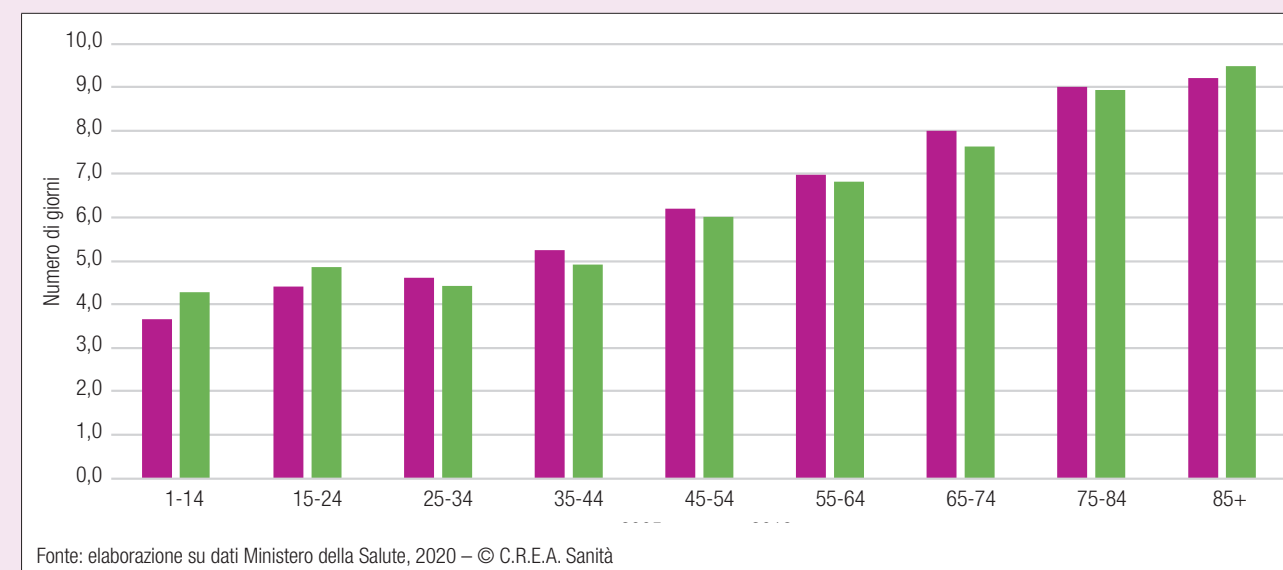
KI 6.5. Tasso di occupazione posti letto ordinari in acuzie



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nel 2018, il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari in acuzie si attesta al 66,8%; dato in miglioramento rispetto al 2010 (65,7%) di +1,1 punti percentuali. La Liguria registra il tasso di utilizzo dei posti letto più alto (75,6%), seguita da Emilia Romagna (73,8%) e Valle d'Aosta (73,2%); la Campania è la Regione che registra il tasso più basso (57,2%), seguita da Sardegna (58,2%) e Calabria (60,1%). Nella maggior parte delle Regioni si registra un aumento del tasso di occupazione dei posti letto ordinari in acuzie nel periodo considerato, ad eccezione di Molise, Lazio, P.A. di Bolzano, Umbria, Campania, Piemonte, Lombardia e Puglia.

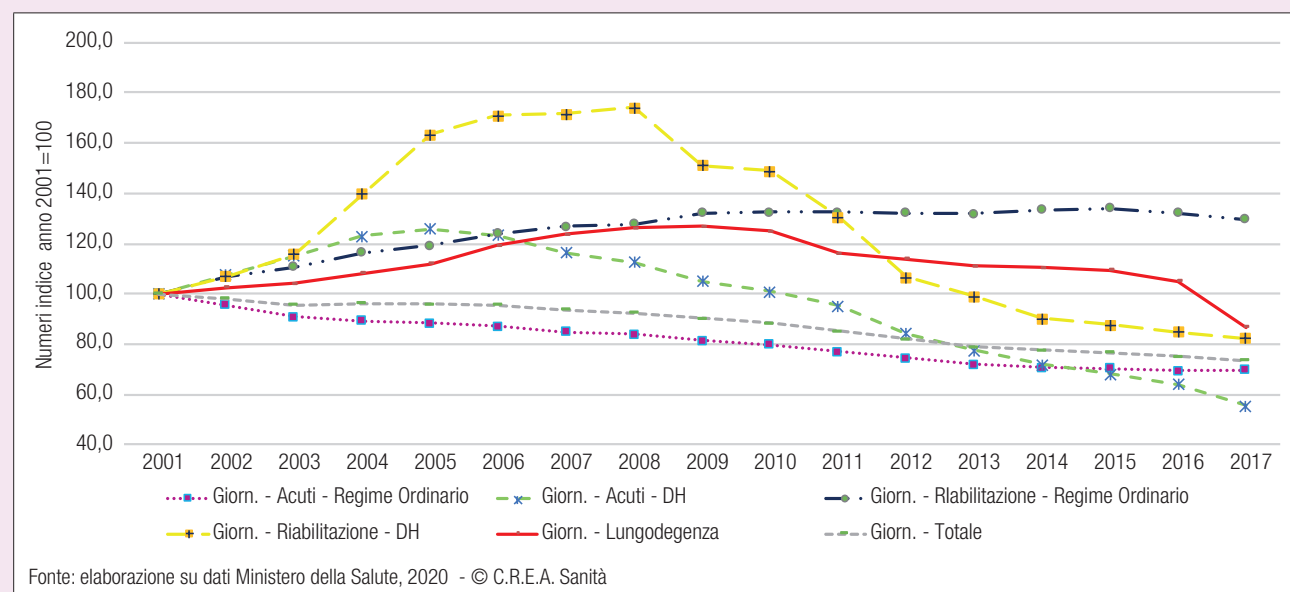
KI 6.7. Degenza media ordinaria in acuzie



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

La degenza media è di 7,0 giornate nella degenza ordinaria in acuzie e 2,6 accessi dei ricoveri diurni; in riabilitazione diventano rispettivamente 26,3 e 15,3; e in lungodegenza 24,6. La degenza media è crescente con l'età e, con riferimento ai soli ricoveri ordinari in acuzie, è aumentata del 4,0%, anche nelle fasce di età più giovani: +16,9% nella fascia 1-14 anni e +10,1% in quella 15-24 anni. Dai 25 anni in su la degenza media è diminuita, ad eccezione che negli over 85, dove, al contrario, è aumentata (+3,2%).

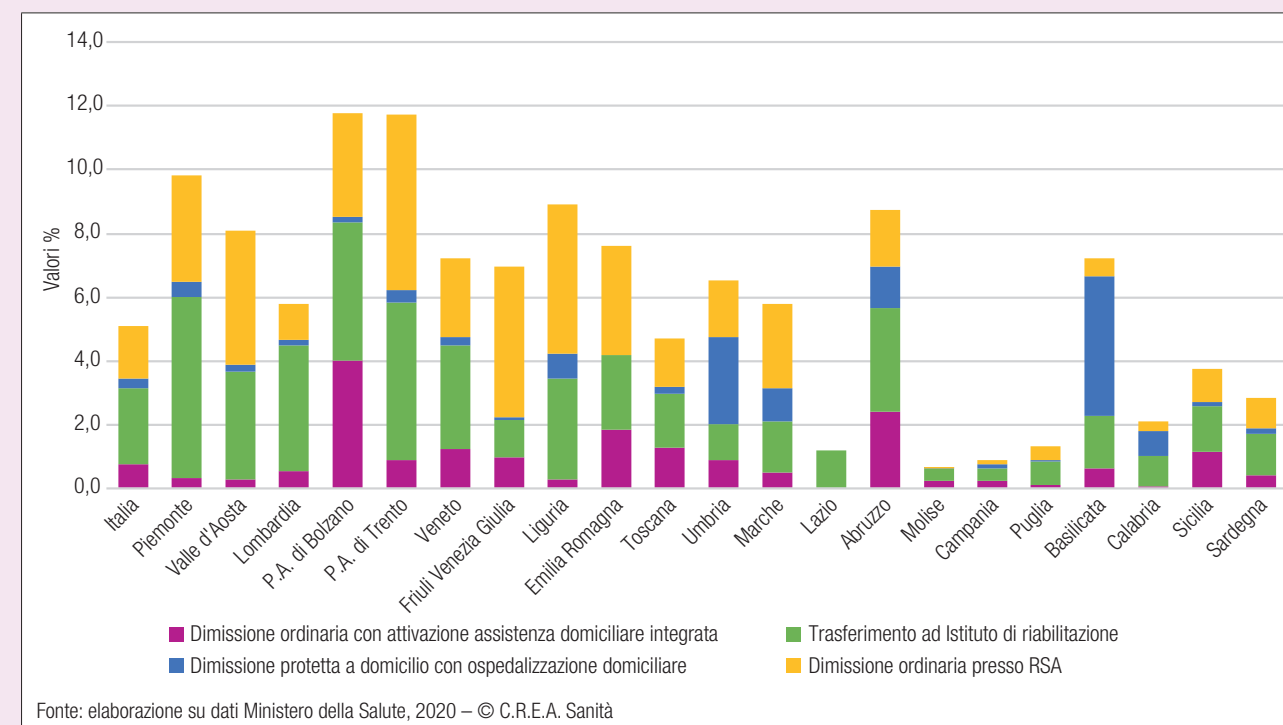
KI 6.6. Trend giornate di degenza in Italia



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Dal 2001 al 2018 le giornate di degenza si sono contratte del 27,0%, con una riduzione media annua del 1,8%: in termini assoluti si è passati da circa 80,2 milioni di giornate nel 2001 a circa 58,5 milioni nel 2018. Le giornate in riabilitazione in regime ordinario registrano un aumento medio annuo del +1,6%; nelle restanti tipologie la riduzione passa da un valore massimo del 3,5% annuo per gli accessi diurni in acuzie ad un minimo del 0,9% per quelli in lungodegenza.

KI 6.8. Quota pazienti dimessi vivi, per modalità di dimissione. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018, il 5,1% dei pazienti dimessi vivi accede a forme di assistenza intermedia, residenziale o domiciliare integrata. Il Nord-Est arriva al 7,7%, seguito dal Nord Ovest (7,1%), dal Centro (3,4%) e dal Sud (2,6%). La P.A. di Bolzano risulta essere la realtà che offre la maggiore probabilità di accesso alle forme di assistenza intermedia, con il 11,8% dei pazienti dimessi in strutture di post acuzie, seguita da quella di Trento con l'11,7%, dal Piemonte (9,8%) e dalla Liguria (8,9%); il Molise risulta invece essere la realtà con la minore quota di pazienti dimessi coinvolti in un percorso post acuzie (0,6%), seguita dalla Campania con lo 0,9% e Lazio con l'1,2%.



Capitolo 7

Assistenza residenziale e semiresidenziale

Long Term Care services in a vision of trends: territorial differences and elderly focus

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 7

Assistenza residenziale e semiresidenziale I servizi di *Long Term Care* in una visione di *trend*: differenze territoriali e focus anziani

Brenna E.¹

7.1. Introduzione

Il termine *Long Term Care* (LTC) si riferisce alla gamma di servizi sanitari e socio-sanitari rivolti a pazienti che necessitano assistenza su base continuativa a causa di una limitata o insufficiente capacità nello svolgere le attività quotidiane. Gli obiettivi principali dell'assistenza consistono nel ridurre dolore e sofferenza e nel gestire il deterioramento dello stato di salute in un'ottica di lungo periodo (OCSE, 2011).

Nei sistemi sanitari moderni, il concetto di LTC ha acquistato un peso crescente negli ultimi decenni, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, che comporta una percentuale crescente di persone bisognose di assistenza. Secondo l'ultimo aggiornamento Istat, in Italia circa un anziano (*over 65*) su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multi-cronico, con quote tra gli ultraottantenni rispettivamente del 59,0% e 64,0%. Il 30,3% degli anziani incontra gravi difficoltà nello svolgere le attività quotidiane di tipo domestico, come preparare i pasti, fare la spesa, prendere le medicine, fare lavori di casa, ecc.; per la sfera personale, l'11,2% riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona, come fare il bagno o la doccia (Istat 2017 – dati relativi al 2015). Lo stato di salute peggiora notevolmente nel passaggio dai 65 agli 80 anni; per esempio, le limitazioni motorie presenti nel 7,7% degli anziani tra i 65 e i 69 anni raggiungono quota 46,5% tra gli ultraottantenni. Per questi motivi, nonostante i servizi di LTC siano diretti a diverse tipologie di utenti, come ad esempio individui di ogni età con gravi disabilità o persone con problemi di dipenden-

za da alcol e droghe, il loro *driver* principale è rappresentato dal *trend* demografico.

A ciò si deve aggiungere che i servizi di LTC assumono un peso rilevante solo nelle società industrializzate, in particolare nei Paesi dove l'indice di occupazione femminile è particolarmente elevato, poiché nei Paesi in via di sviluppo l'assistenza agli anziani e ai soggetti non autosufficienti viene di norma demandata ai familiari e in particolare alle donne.

Per poter analizzare nel dettaglio e in maniera comparativa i servizi di LTC, ci si avvale della codifica dell'OCSE (*System of Health Account – SHA – 2011*) aggiornata al 2017, che raggruppa la rete assistenziale in due categorie, separate in base alla fonte di finanziamento, rispettivamente sanitaria e sociale.

Sulla base dei suddetti criteri definatori, la spesa pubblica per LTC include, nel caso dell'Italia, le seguenti tre componenti: la “spesa sanitaria per LTC”, le “indennità di accompagnamento” e gli “interventi socio-assistenziali”, erogati a livello locale, rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti.

Nel presente capitolo ci si concentra sulla prima categoria di servizi, che corrisponde alla voce HC.3 del sistema internazionale di classificazione SHA e che comprende l'assistenza residenziale (ricovero in case di cura) e semiresidenziale (servizi territoriali di assistenza diurna, ivi compresi i servizi di assistenza domiciliare integrata).

L'ultimo rapporto del Ministero dell'Economia e della Finanza (MEF, 2019) rileva che nel 2018 la spesa pubblica per LTC (corrispondente alla voce HC.3) è pari a € 12.430 mln. e rappresenta lo 0,7% del Pro-

¹ Università Cattolica del S. Cuore di Milano – Dipartimento di Economia e Finanza

dotto Interno Lordo (PIL). Suddividendo per tipologia di utenza, l'assistenza rivolta agli anziani e ai disabili costituisce circa due terzi della spesa sanitaria complessiva per LTC. Tale percentuale è suddivisa fra la componente erogata in forma residenziale, che copre il 60% circa della spesa, e quella non residenziale che copre la parte restante.

Il presente capitolo si colloca in questo quadro definitorio e analizza la rete di offerta dei servizi di assistenza residenziale e semiresidenziale, nonché i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) presenti in Italia negli anni che vanno dal 2009 al 2017.

La prospettiva temporale aiuta a inquadrare la rete di offerta in un'ottica di medio periodo, al fine di interpretare le misure di *policy* adottate negli ultimi anni da parte delle regioni; si profilano inoltre due obiettivi funzionali, il primo corrispondente ad un focus sui servizi diretti agli anziani, dettato dal pressante *trend* demografico, e il secondo rappresentato da un'analisi di matrice geografica al fine di individuare eventuali disparità nelle reti di servizi fra il Nord e il Sud Italia.

Le fonti utilizzate fanno capo all'Istat, e sono ri-

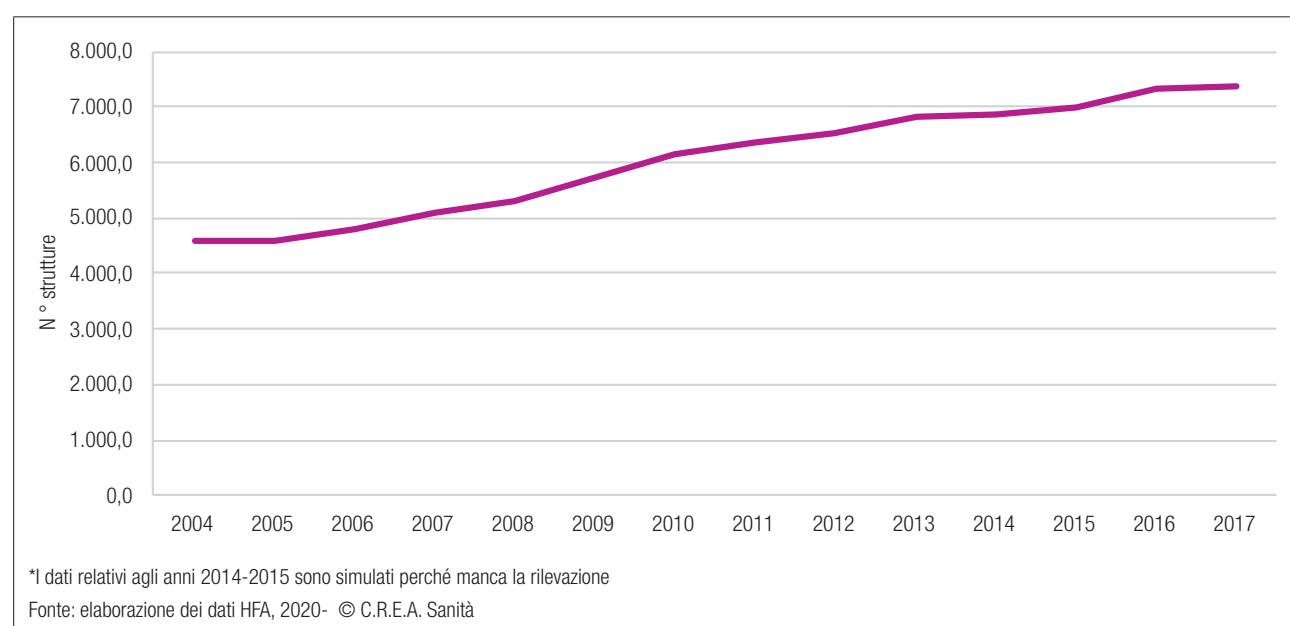
spettivamente Istat - *Health for all*; Istat - disabilità in cifre; Istat, Anziani.stat.

7.2. La rete di servizi – componente sanitaria – assistenza residenziale

Secondo l'ultimo aggiornamento dell'Istat, *Health for all* (HFA), in Italia il numero di strutture sanitarie con assistenza residenziale è pari a 7.372 (anno 2017). Dal 2004², anno in cui le strutture erano 4.599, il dato è in costante crescita con una variazione complessiva del 60,2% nei 14 anni considerati, come illustra la Figura 7.1..

Fermi restando i limiti comparativi legati alle diverse dimensioni di tali strutture, limiti che verranno superati con l'analisi dei posti letto residenziali, se si osserva il dettaglio regionale si nota una certa eterogeneità nelle scelte allocative in area residenziale (Tabella 7.1.). La Valle d'Aosta, ad esempio, passa da 0 a 13 strutture, con un incremento del 130%, diverse regioni presentano variazioni superiori al 100%, con due picchi per Marche (+202,4%) e Puglia

Figura 7.1. Numero di strutture residenziali in Italia



² Primo anno disponibile

(+297,9%). Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Toscana, che presentano una sufficiente rete di offerta nel 2004, si attestano su variazioni inferiori al 50%, mentre la Campania è l'unica regione a subire un decremento nel numero di residenze.

Tabella 7.1. Numero strutture residenziali

Regione	2004	2017	Var. %
Italia	4.599	7.372	60,3
Nord	3.304	5.094	54,2
Centro	760	1.224	61,1
Sud	381	809	112,3
Piemonte	651	1.256	92,9
Valle d'Aosta	0	13	130
Lombardia	1.061	1.466	38,2
Trentino Alto Adige	79	190	140,5
Veneto	591	833	40,9
Friuli Venezia Giulia	147	187	27,2
Liguria	134	296	120,9
Emilia Romagna	641	853	33,1
Toscana	481	502	4,4
Umbria	78	180	130,8
Marche	84	254	202,4
Lazio	117	288	146,2
Abruzzo	48	87	81,3
Molise	8	17	112,5
Campania	147	138	-6,1
Puglia	97	386	297,9
Basilicata	24	48	100,0
Calabria	57	133	133,3
Sicilia	103	168	63,1
Sardegna	51	77	51,0

Fonte: elaborazione dei dati HFA, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare, nonostante l'aumento del numero di strutture residenziali, i posti letto (PL) all'interno delle stesse seguono un *trend* altalenante negli anni compresi fra il 2009³ e il 2017, con una marcata decrescita fino al 2012, seguita da un incremento costante negli anni successivi. I dati sono riportati in Figura 7.2.: sull'in-

³ Primo anno disponibile

tero periodo si osserva un saldo netto negativo, con un taglio di 16.702 PL a livello nazionale, trainato soprattutto dalla Lombardia che vede una decrescita di più di 20.000 unità nei 9 anni considerati (Tabella 7.2.). In totale, nel 2017 a livello nazionale sono presenti 412.518 PL residenziali; il tasso di PL ogni 100.000 abitanti passa da 711 nel 2009 a 682 nel 2017. Analizzando il dettaglio geografico per il 2017, appare evidente la differenza nella rete di servizi fra Nord Italia e Centro/Sud Italia, con le Regioni settentrionali che presentano un tasso di 966 letti per 100.000 abitanti, quelle del Centro e del Sud rispettivamente 538 e 315.

Il divario fra aree geografiche si è andato riducendo nel corso degli anni, ma permane un forte sbilanciamento a favore delle Regioni settentrionali. Se una rete più potenziata nelle regioni del Nord può in parte essere dovuta ad un indice di invecchiamento più sostenuto in queste aree, ciò non basta a giustificare un tale dislivello nella fornitura di PL in area residenziale.

Disparità simili (si veda oltre) si riscontrano all'interno di altri profili assistenziali all'interno della LTC, con un'evidente carenza di risposte istituzionali nelle Regioni del Sud Italia.

Osservando il quadro relativo ai PL residenziali riportato in Tabella 7.2, emerge una accentuata eterogeneità interregionale anche all'interno delle macro-aree geografiche, che fa pensare ad un mancato disegno unitario capace di allineare le Regioni su valori comuni in termini di PL pesati per la popolazione residente.

Per esempio la Lombardia ha effettuato tagli evidenti a partire dal 2009, anno in cui il tasso di PL su 100.000 abitanti superava quota 1.000, a fronte di un valore nazionale pari a 711,3. La stessa volontà tuttavia non si osserva per altre Regioni del Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia e Liguria), che nel 2009 presentavano tassi di PL altamente superiori alla media nazionale ma che, nonostante ciò, hanno continuato ad aggiungere unità.

Figura 7.2. Numero di PL residenziali. Trend Italia 2009-2017

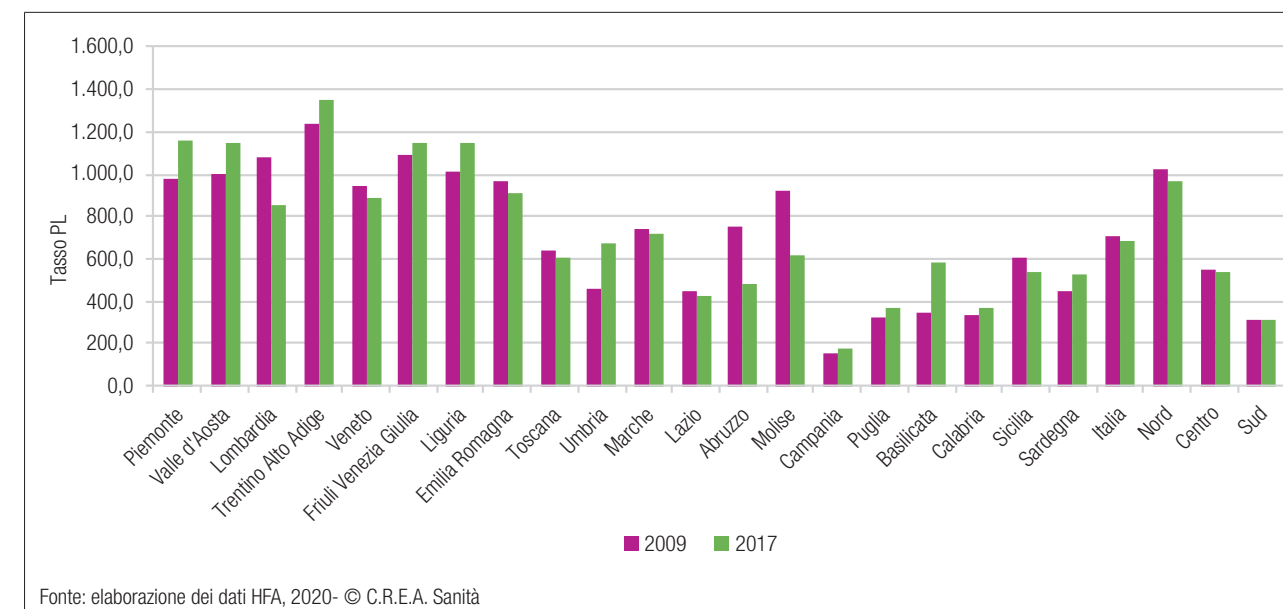


Tabella 7.2. PL e tasso PL residenziali

Regioni	Posti letto residenziali				Tasso posti letto residenziali su 100.000 ab.		
	2009	2017	Differenza	Var. %	2009	2017	Var. %
Italia	429.220	412.518	-16.702	-3,9	711,3	682,0	-4,1
Nord	282.150	268.062	-14.088	-5,0	1.022,8	966,5	-5,5
Centro	65.076	64.836	-240	-0,4	548,1	538,1	-1,8
Sud	44.087	44.108	21	0,0	311,2	314,6	1,1
Piemonte	43.485	50.533	7.048	16,2	978,0	1.154,8	18,1
Valle d'Aosta	1.274	1.447	173	13,6	996,0	1.146,6	15,1
Lombardia	105.677	85.655	-20.022	-18,9	1.075,5	853,5	-20,6
Trentino Alto Adige	12.732	14.440	1.708	13,4	1.238,2	1.352,5	9,2
Veneto	46.621	43.519	-3.102	-6,7	949,0	887,2	-6,5
Friuli Venezia Giulia	13.525	13.940	415	3,1	1.096,0	1.146,9	4,6
Liguria	16.400	17.796	1.396	8,5	1.014,8	1.143,0	12,6
Emilia Romagna	42.436	40.732	-1.704	-4,0	965,4	914,8	-5,2
Toscana	24.029	22.799	-1.230	-5,1	644,2	610,1	-5,3
Umbria	4.086	5.913	1.827	44,7	453,6	668,4	47,4
Marche	11.509	10.966	-543	-4,7	737,9	715,9	-3,0
Lazio	25.453	25.158	-295	-1,2	448,0	426,7	-4,8
Abruzzo	10.139	6.362	-3.777	-37,3	757,3	483,7	-36,1
Molise	2.947	1.910	-1.037	-35,2	920,3	619,2	-32,7
Campania	8.706	10.608	1.902	21,8	149,5	182,1	21,8
Puglia	13.434	14.782	1.348	10,0	328,9	365,2	11,0
Basilicata	2.037	3.286	1.249	61,3	346,0	579,5	67,5
Calabria	6.824	7.160	336	4,9	339,6	365,9	7,7
Sicilia	30.372	26.923	-3.449	-11,4	602,3	535,6	-11,1
Sardegna	7.535	8.590	1.055	14,0	450,5	521,2	15,7

Fonte: elaborazione dei dati HFA, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.3. Tasso di PL residenziali



Le Regioni del Centro Italia si attestano nel 2017 su tassi inferiori alla media nazionale. Si segnalano in particolare l'Umbria, che subisce un incremento di PL residenziali pari al 45%, giustificato da una situazione iniziale fortemente sottodimensionata, il Lazio, che riporta valori largamente inferiori alla media e l'Abruzzo, che ha operato tagli notevoli nonostante partisse nel 2009 con valori mediamente bassi.

Tutte le regioni del Sud presentano valori inferiori rispetto al dato medio nazionale, oltre che un differenziale molto alto rispetto alle Regioni settentrionali. In particolare, la Campania presenta il tasso di PL più basso di tutta Italia, pari a 182 ogni 100.000 abitanti, nonostante l'aggiunta di quasi 2.000 unità nel corso del periodo considerato. Altre Regioni meridionali, come la Calabria e la Puglia, presentano parametri estremamente bassi, che fanno pensare ad una carenza strutturale a livello istituzionale nel percorso di presa in carico dei soggetti più fragili, soprattutto anziani.

Queste considerazioni sono supportate dalla letteratura nazionale e internazionale, che indica un gradiente Nord-Sud nell'assistenza agli anziani non autosufficienti, ad esempio in Europa, i Paesi del Nord sono più inclini a istituzionalizzare gli stessi mentre i Paesi del Sud Europa sono ancora basati su

un modello familistico, dove il nucleo familiare tende a compensare le carenze strutturali nella rete di servizi diretti a soggetti che presentano uno scarso livello di autonomia (si veda al proposito il Capitolo 11 del 12° Rapporto Crea Sanità).

Il grafico riportato in Figura 7.3. mostra chiaramente il divario in termini di tassi di PL che ancora sussiste fra le Regioni del Nord e del Sud Italia. Si riscontra la carenza di linee guida per la condivisione di un *benchmark* comune: è possibile osservare che nel corso degli anni alcune Regioni hanno incrementato questo parametro e altre lo hanno ridimensionato in completa autonomia, con un risultato finale fortemente eterogeneo.

7.3. Le categorie di utenza

Come già accennato, i PL residenziali, sebbene prevalentemente dedicati agli anziani, prevedono diverse categorie di utenza. La Figura 7.4a. illustra la situazione per l'anno 2017: il 74% dei PL è dedicato agli anziani, altre quote sono riservate ai disabili (8%), ai minori in difficoltà (6%), ad adulti con problemi di disagio sociale (3%) o mentale (4%), o con problemi di dipendenza (2%).

Figura 7.4a. Allocations dei PL residenziali suddivisi per categoria di utenza. Anno 2017

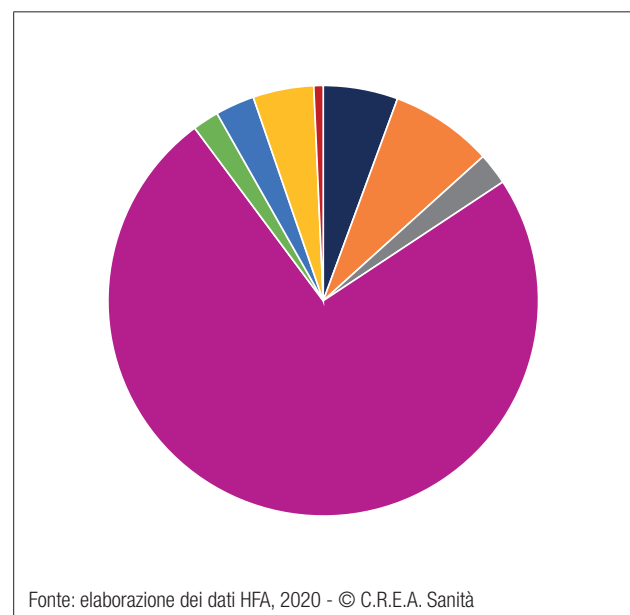
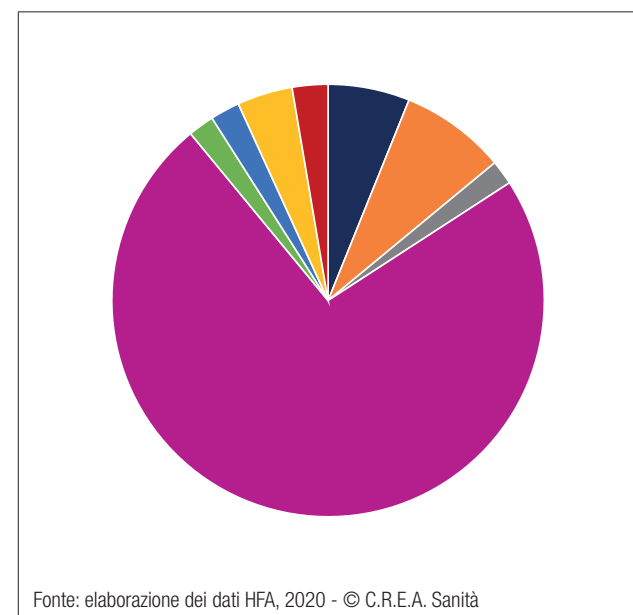


Figura 7.4b. Allocations dei PL residenziali suddivisi per categoria di utenza. Anno 2009



A fronte di tagli per 16.702 PL negli anni considerati, il quadro allocativo non sembra essere cambiato di molto dal 2009 (Figura 7.4b.). Acquistano 1 punto percentuale i PL per gli adulti con disagio sociale e per gli anziani e si assottiglia la multi-utenza, probabilmente per una maggiore appropriatezza nella classificazione dei ricoveri.

Il confronto va però integrato con l'entità dei tagli per ogni categoria interessata (Figura 7.5.). I PL per anziani, ad esempio, subiscono tagli per 9.229 unità, quelli per disabili e minori rispettivamente 2.180 e 3.144. La multiutenza presenta un marcato decremento: si può ipotizzare che una parte dei tagli sia stata riallocata su altri settori, ad esempio gli adulti

Figura 7.5. Tagli nei PL dal 2009 al 2017

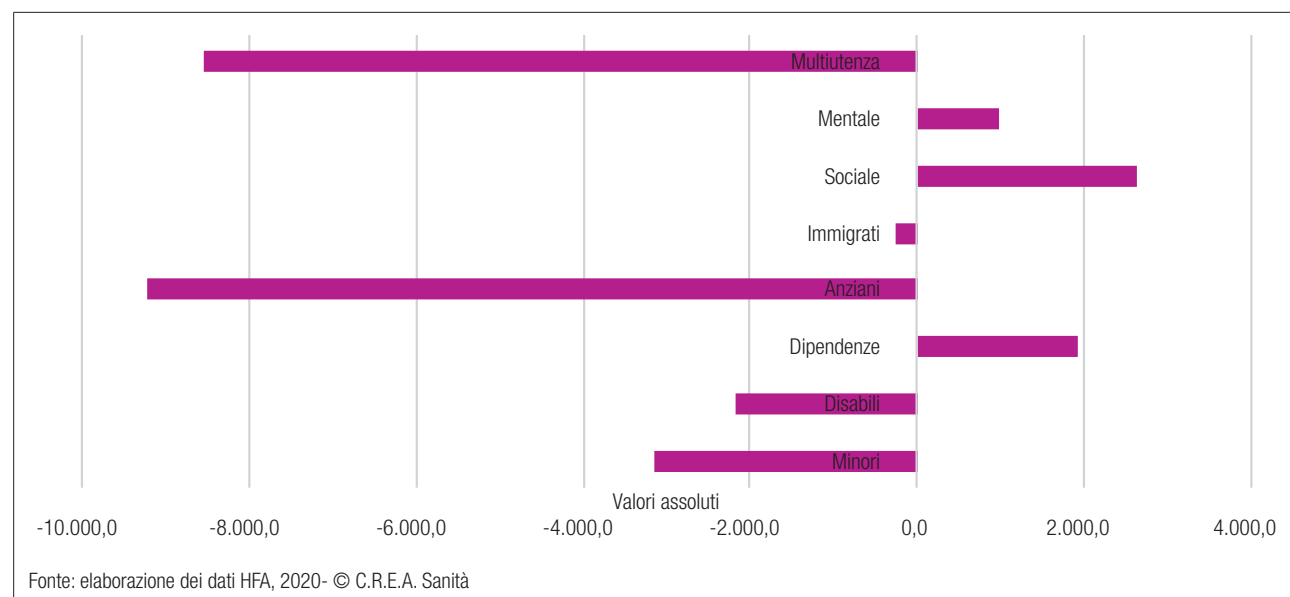
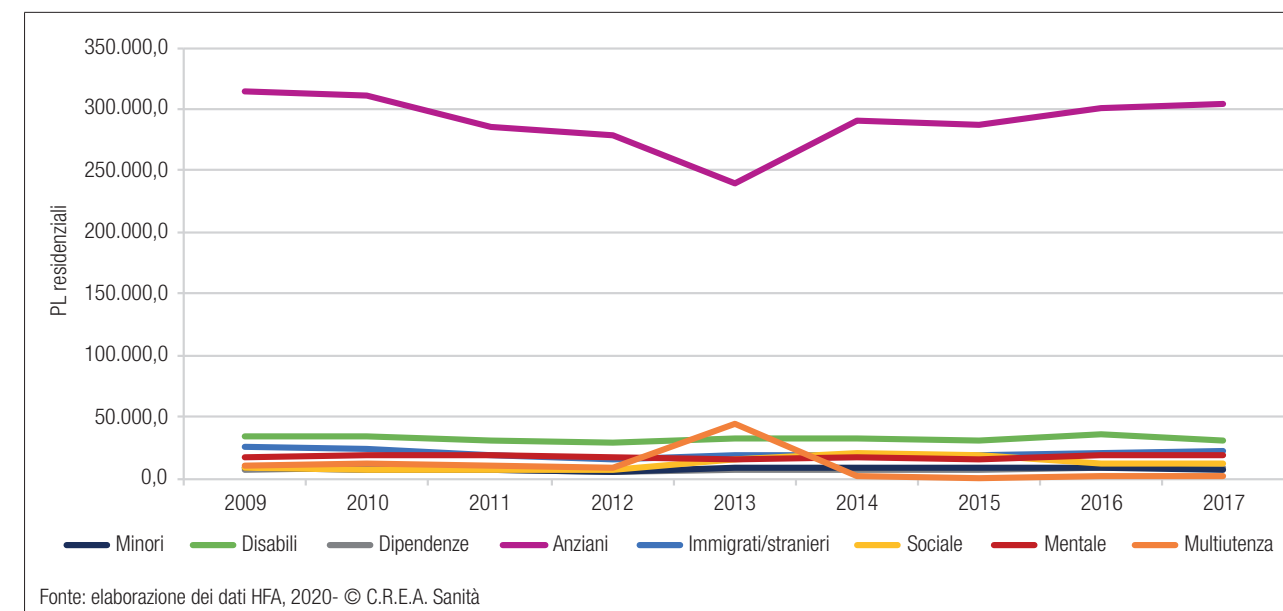


Figura 7.6. PL residenziali suddivisi per categoria di utenza. Valori assoluti



con disagio sociale (+2.638 unità) e con problemi di dipendenze (+1931 unità), tuttavia il saldo sul totale dei PL è negativo.

Per completezza, il grafico in Figura 7.6. riporta il trend dei PL disaggregati per categoria di utenza (anni 2009-2017): si osservi in particolare l'andamento dei PL dedicati agli anziani, che vede un decremento significativo fino al picco negativo del 2013, per poi riprendere una crescita che tuttavia non raggiunge i valori iniziali. Da notare, nel 2013, il picco di segno opposto per la categoria multiutenza, che fa supporre una deviazione del probabile eccesso di domanda da parte degli anziani verso la categoria multiutenza.

tosufficienti; il periodo considerato rimane lo stesso (2009-2017) e i dati sono riportati in Tabella 7.3.. Nel corso degli anni, gli ospiti ricoverati nelle residenze sono diminuiti quasi del 4%, ma si può osservare che è stato applicato un filtro sui ricoveri in base al livello di autonomia dei soggetti. Infatti, diminuiscono di circa il 20% gli anziani autosufficienti ricoverati, mentre coloro che non sono autosufficienti mostrano un lievissimo incremento. Questi ultimi rappresentano circa il 79% dei ricoverati anziani nel 2017. I tagli sono dunque stati effettuati esclusivamente sulle persone anziane autosufficienti, le quali probabilmente hanno usufruito di percorsi di cura alternativi.

7.4. Focus anziani

A fronte di un trend demografico che segna un continuo incremento nel numero di anziani, ci si interroga sulla scelta delle Regioni di tagliare PL residenziali dedicati a questa categoria di utenza. Il presente paragrafo tenta di approfondire questo argomento utilizzando come variabile principale il numero di anziani ricoverati in strutture residenziali e la sua disaggregazione in anziani autosufficienti e non au-

Un ultimo dettaglio può risultare interessante e si presta ad alcuni approfondimenti. Aumenta in maniera lieve (0,4%) il numero di anziani non autosufficienti ospitati nelle residenze, ma diminuisce il tasso relativo a questa categoria, pesato su 100.00 individui che hanno raggiunto i 65 anni di età. L'ultima colonna della Tabella 7.3. mostra infatti che nel 2009, su 100.000 persone over 65, venivano ricoverati 1.845 anziani non autosufficienti, mentre nel 2017 la capacità ricettiva rispetto a queste persone si abbassa a 1.657.

Una prima, sommaria, spiegazione trova fondamento nell'incapacità del sistema a fronteggiare la

pressione demografica crescente, ipotizzando una distribuzione costante nel tempo della non autosufficienza. Ma indagando ulteriormente proprio sull'incidenza degli individui non autosufficienti fra la popolazione anziana, si scopre che questo parametro mostra, negli anni considerati, una variazione negativa.

I dati Istat sulla disabilità⁴ indicano che nel periodo considerato diminuisce da 10,2 a 7,2 la percentuale di individui di età compresa fra i 65 e i 75 anni che presentano limitazioni gravi, mentre il valore di questo parametro rimane invariato per la popolazione *over 75*. Sembra dunque che la non autosufficienza compaia in età più avanzata rispetto agli anni passati e questo porterebbe a giustificare la flessione nel parametro osservato.

I due grafici riportati rispettivamente in Figura 7.7. e 7.8. approfondiscono due aspetti della variabile "ospiti anziani ricoverati in strutture residenziali": il primo mostra la *trend* nel tempo dell'indicatore disaggregato nelle due componenti "autosufficienti" e "non autosufficienti", il secondo si concentra sui *gap* territoriali. La Figura 7.7. mostra che gli anziani au-

tosufficienti ricoverati sono in continuo calo, mentre quelli non autosufficienti si riducono fino al 2013, e poi tornano a salire, in concomitanza con l'inversione di tendenza nei PL per anziani evidenziata in Figura 7.6..

La Figura 7.8. riprende il tema del divario assistenziale fra Nord e Sud Italia, utilizzando come indicatore il "tasso di anziani ricoverati pesato per 100.000 persone che hanno raggiunto i 65 anni di età". La scelta di un indicatore ponderato aiuta a far emergere le carenze a livello istituzionale che permangono nelle Regioni del Sud. Si può osservare un consistente decremento di questo parametro nel Nord Italia fino al 2014 e un assestamento del valore negli anni seguenti. Non si nota, tuttavia, nelle Regioni del Sud una crescita che faccia pensare ad una possibile convergenza verso i valori medi nazionali; l'indicatore di fatto è in lieve calo negli anni considerati, e permane un divario molto marcato rispetto al Nord Italia che presenta valori più che tripli rispetto al Sud. La situazione del Centro è migliore in termini relativi, anche se il parametro rimane sotto la media nazionale durante l'intero periodo.

Tabella 7.3. Persone over 65 ricoverate in strutture residenziali disaggregate per livello di autonomia

Anni	Totale	Autosuff.	% sul totale	Non autosuff.	% sul totale	Tasso* ric. autosuff.	Tasso* ric. non autosuff.
2009	301.050	75.868	25,20	225.182	74,80	621,54	1844,77
2010	294.913	75.872	25,73	219.041	74,27	616,77	1779,06
2011	279.343	69.353	24,83	209.990	75,17	560,62	1697,1
2012	269.384	64.096	23,79	205.288	76,21	507,09	1623,9
2013	278.652	67.769	24,32	210.883	75,68	520,7	1620,09
2014	289.942	71.366	24,61	218.576	75,39	539,87	1653,49
2015	287.685	69.065	24,01	218.620	75,99	516,58	1635,18
2016	285.267	62.356	21,86	222.911	78,14	460,92	1647,71
2017	287.178	61.080	21,27	226.098	78,73	447,66	1657,08
Var. assoluta	-13.872	-14.788	-	916	-	-	-
Var. %	-4,61	-19,49	-	0,41	-	-	-

*Tassi su 100.000 abitanti anziani (*over 65*)

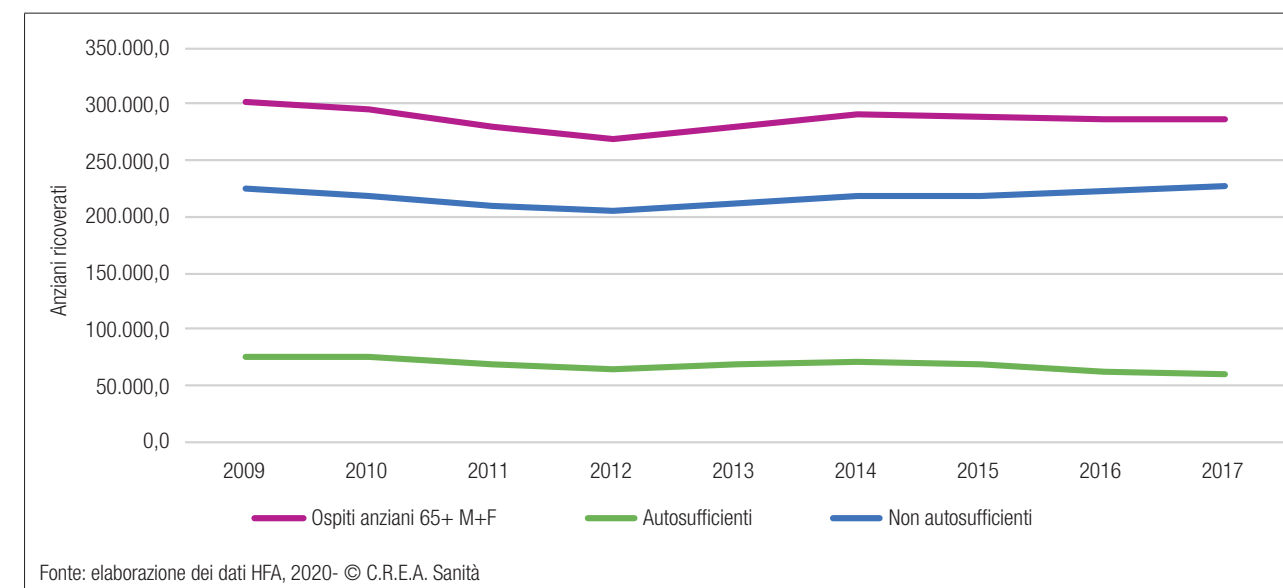
Fonte: elaborazione dei dati HFA, 2020 © C.R.E.A. Sanità - © C.R.E.A. Sanità

⁴ Istat, Disabilità in cifre

Nel Centro e nel Sud Italia, dove l'offerta di PL è minore rispetto al Nord, vengono ricoverati in casa di cura meno anziani. Questo divario nel tasso di

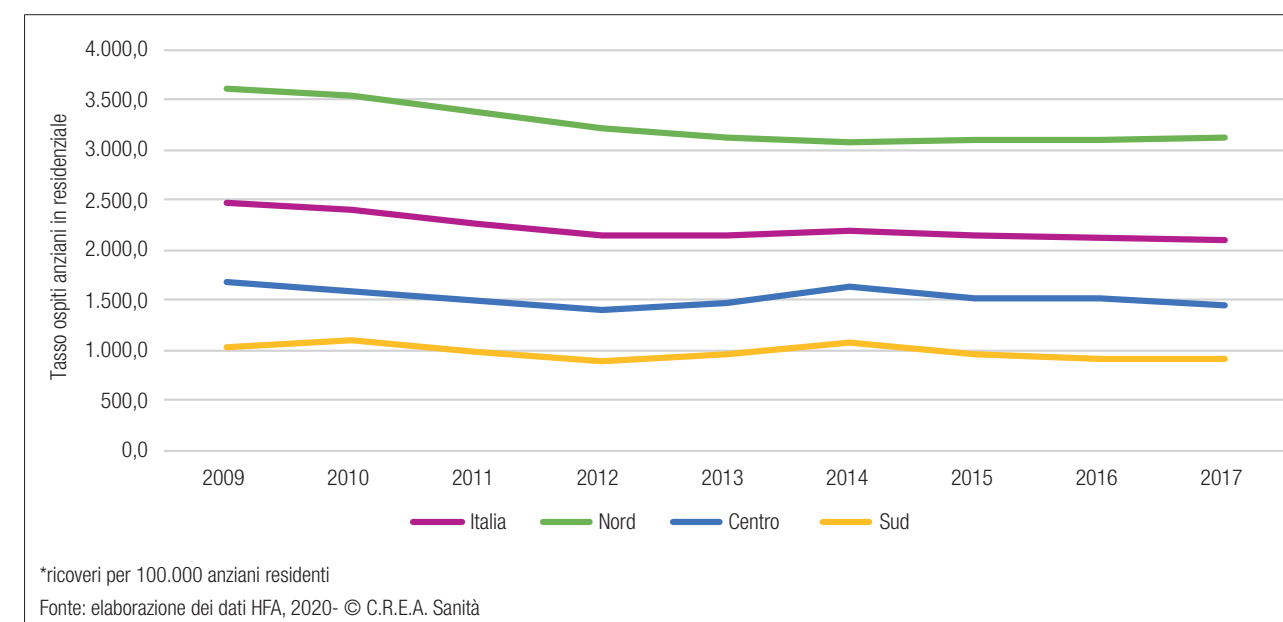
ricoveri non può essere giustificato da una minore percentuale di anziani nelle aree meridionali (21%, rispetto a 24% al Nord e 23% al Centro, anno 2017)⁵

Figura 7.7. Numero di ospiti anziani ricoverati in strutture residenziali



Fonte: elaborazione dei dati HFA, 2020- © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.8. Tasso di ricoveri di ospiti anziani in strutture residenziali*



*ricoveri per 100.000 anziani residenti

Fonte: elaborazione dei dati HFA, 2020- © C.R.E.A. Sanità

⁵ Da notare che a partire dal 2009 si assiste ad un fenomeno di invecchiamento della popolazione più marcato nelle regioni meridionali rispetto al resto d'Italia. La percentuale di anziani sulla totalità dei residenti è aumentata di quasi il 4% al Sud (dati HFA, 2020) rispetto a variazioni minori nelle altre macroregioni (quasi 2% al Centro, 2,3% al Nord). Le previsioni per il futuro indicano una persistenza di questa tendenza.

È pertanto il modello di cura che varia e che frequentemente lascia le famiglie residenti nelle Regioni del Sud Italia a gestire autonomamente gli anziani con problemi di autosufficienza nell'assenza di risposte istituzionali (Brenna e Di Novi, 2016; Pavolini e Ranci, 2014).

7.5. La rete di servizi – componente sanitaria – assistenza semiresidenziale

Il quadro finora rappresentato descrive la volontà delle Regioni di ridurre la capacità ricettiva delle strutture residenziali negli anni che vanno dal 2009 al 2017. Contrariamente a quanto indicato dai trend demografici, che mostrano una costante crescita della popolazione anziana con conseguente maggiore necessità di servizi volti a soddisfare l'aumentato bisogno di cure, i tagli maggiori sono stati effettuati nelle strutture che ospitano questa categoria di utenti.

È pertanto importante valutare se vi sia stata da parte del legislatore la volontà di deviare questa utenza su servizi di assistenza semi-residenziale (ovvero servizi diurni domiciliari e assistenza domiciliare integrata), al fine di diminuire l'onere finanziario relativo al ricovero in case di cura.

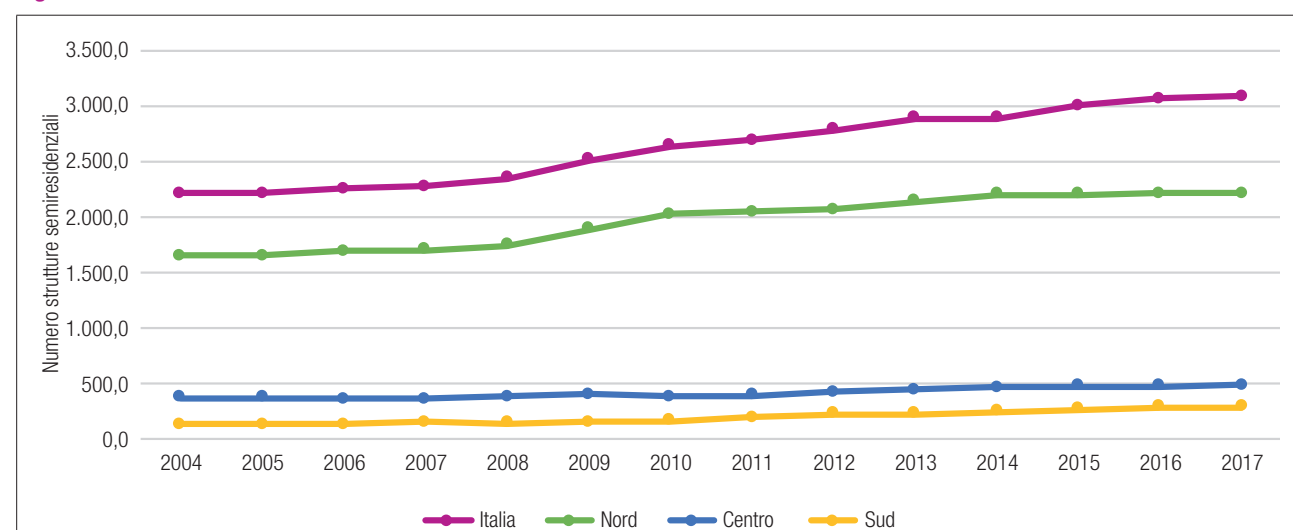
Per quanto riguarda le strutture semiresidenziali,

queste sono articolate in centri diurni che comprendono diverse categorie di utenza (ad esempio malati psichiatrici, disabili fisici e psichici) e solo il 29% di queste è predisposta per l'assistenza agli anziani (dati Ministero della salute, anno 2017).

Data questa premessa, la Figura 7.9. illustra il numero di strutture semi-residenziali disaggregato per aree territoriali nel periodo 2004-2017. A livello nazionale il numero di strutture era pari a 2.216 nel 2004 e passa a 3.086 nel 2017, con un incremento di 870 strutture. Si osserva una crescita costante, con un aumento più accentuato a partire dal 2009, trainato dalle regioni del Nord, in particolare da Veneto ed Emilia Romagna, che effettuano incrementi annuali importanti (rispettivamente di 16% e 20%) negli anni 2009 e 2010. Il dato di per sé è incompleto, perché mancano alcune osservazioni importanti (dimensioni delle strutture, utenza prevalente), perciò si è cercato di intervenire pesando il numero di strutture per la popolazione residente (si veda la Tabella 7.4.).

Il gradiente territoriale che si osserva in Figura 7.9. ha radici lontane nel tempo: nel 2004 le Regioni del Sud Italia apparivano fortemente sottodimensionate nell'area dell'assistenza semiresidenziale. Con tutti i limiti che l'indicatore impone, il tasso di strutture ogni 100.000 abitanti corrispondeva a circa 1 vs 6,27 nel settentrione. In questi anni il Sud Italia ha visto una

Figura 7.9. Numero di strutture semiresidenziali



*dati 2014 e 2015 simulati

Fonte: elaborazione dei dati HFA, 2020- © C.R.E.A. Sanità

crescita delle strutture semiresidenziali pari al 115%, a fronte di crescite del 30% e 35% rispettivamente nel Centro e nel Nord Italia, tuttavia la presenza di questi servizi appare ancora sottodimensionata rispetto alla media nazionale, con una differenza di 3 strutture ogni 100.000 abitanti.

I dati a disposizione non permettono di trarre conclusioni sull'assistenza semiresidenziale rivolta specificamente agli anziani, per cui, al fine di trarre considerazioni più appropriate, il prossimo paragrafo è dedicato all'assistenza domiciliare integrata, che vede come *target* principale la popolazione con più di 65 anni di età.

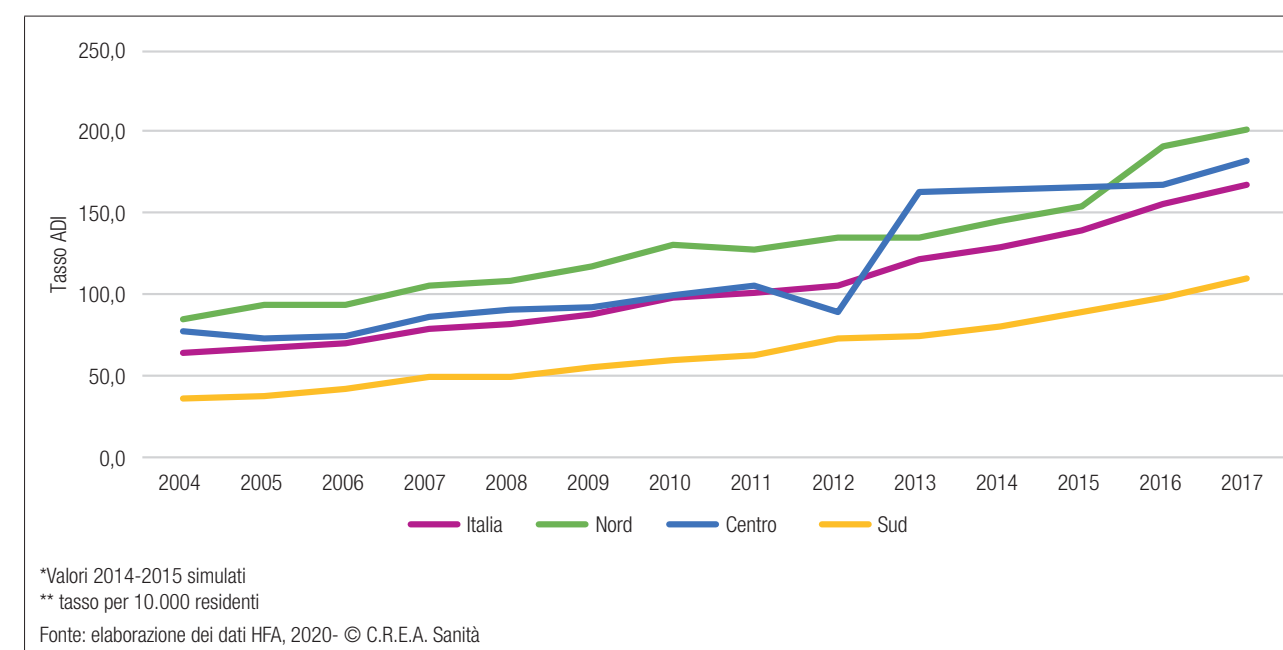
Tabella 7.4. Numero di strutture semiresidenziali e tasso pesato per la popolazione

	2004	2017	Var. assoluta	Var. %	Tasso 2004	Tasso 2017
Italia	2.216	3.086	870	0,39	3,81	5,10
Nord	1.649	2.214	565	0,34	6,27	7,98
Centro	377	489	112	0,30	3,37	4,06
Sud	138	297	159	1,15	0,98	2,11

*tasso per 100.000 residenti

Fonte: elaborazione su dati HFA, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.10. Tasso di ADI su tutta la popolazione



*Valori 2014-2015 simulati

** tasso per 10.000 residenti

Fonte: elaborazione dei dati HFA, 2020- © C.R.E.A. Sanità

7.6. La rete di servizi semi-residenziali: l'ADI

Per completare la disamina sui servizi territoriali di LTC, con un focus sulla popolazione anziana, è necessario fare riferimento all'assistenza domiciliare integrata (ADI).

Questo servizio, incluso nell'assistenza semi-residenziale, è andato sviluppandosi negli ultimi decenni al fine di permettere la permanenza al proprio domicilio di persone con limitata autosufficienza. Il servizio è rivolto a varie categorie di utenza ma gli anziani rappresentano la categoria che ne beneficia maggiormente (nel 2017 rappresentano l'83,7% degli utenti).

La Figura 7.10. riporta l'andamento temporale del tasso di servizi ADI, ogni 10.000 residenti. Il trend è crescente e la variazione a livello nazionale è del 160% nel periodo considerato, confermando un potenziamento massiccio nella rete di assistenza.

Anche per questa tipologia di servizio il divario geografico appare evidente: nel 2017, su 10.000 residenti, 110 vengono trattati in ADI nelle Regioni del Sud Italia, a fronte di un valore quasi doppio per le

Regioni settentrionali. Si può notare dal grafico che questo scarto perdura dal 2004 e si è andato accentuando negli ultimi anni. Il dato del Centro Italia appare più discontinuo nel corso del tempo, ma rimane comunque su valori superiori alla media nazionale, confermando una carenza strutturale nella rete di servizi per la LTC specialmente nelle Regioni del Sud Italia.

7.6.1. ADI: focus anziani

In linea con l'analisi dei paragrafi precedenti ci si concentra sulla popolazione anziana e si osservano i valori relativi ai servizi ADI forniti esclusivamente agli anziani, pesati per 10.000 residenti con più di 65 anni di età. La Figura 7.11. riporta sia questo indicatore che la percentuale di anziani trattati in ADI. I punti da considerare sono molteplici: innanzitutto il tasso ADI pesato per la popolazione anziana mette in luce l'intensivo utilizzo di questo servizio da parte della categoria degli *over 65* rispetto a tutte le altre categorie di utenti. Nel 2017, su 10.000 anziani, 630 usufruiscono dell'assistenza domiciliare, mentre l'indicatore generale, spalmato su tutta la popolazio-

ne, è di 167. La seconda considerazione riguarda il *trend* crescente di questo indicatore, con una accentuazione a partire dal 2009, anno in cui iniziano i tagli dei PL per anziani: segno che parte dell'utenza esclusa dai servizi residenziali, in particolare gli anziani autosufficienti, è probabilmente stata deviata verso questa tipologia di servizio, che prevede assistenza al proprio domicilio, con conseguenti notevoli risparmi sulla spesa sanitaria. La terza considerazione è di tipo allocativo: la rete di servizi ADI è stata potenziata in modo da soddisfare la crescente richiesta di assistenza da parte della popolazione anziana, che aumenta ad un ritmo incalzante (circa 13% nel periodo considerato in Italia); tuttavia la percentuale di anziani trattati non aumenta, anzi mostra un lievissimo decremento. L'incremento nella rete ADI permette di non decurtare i servizi dedicati ad altre categorie di utenti, tuttavia la pressione demografica richiede un continuo potenziamento al fine di mantenere questo equilibrio allocativo.

Per completare la disamina su questa tipologia di servizio con un occhio ai divari geografici, si riporta in Figura 7.12. il *trend* del tasso ADI riferito alla popolazione anziana, disaggregato per macro-regioni.

Figura 7.11. Tasso di ADI dedicata agli anziani e percentuale di anziani trattati

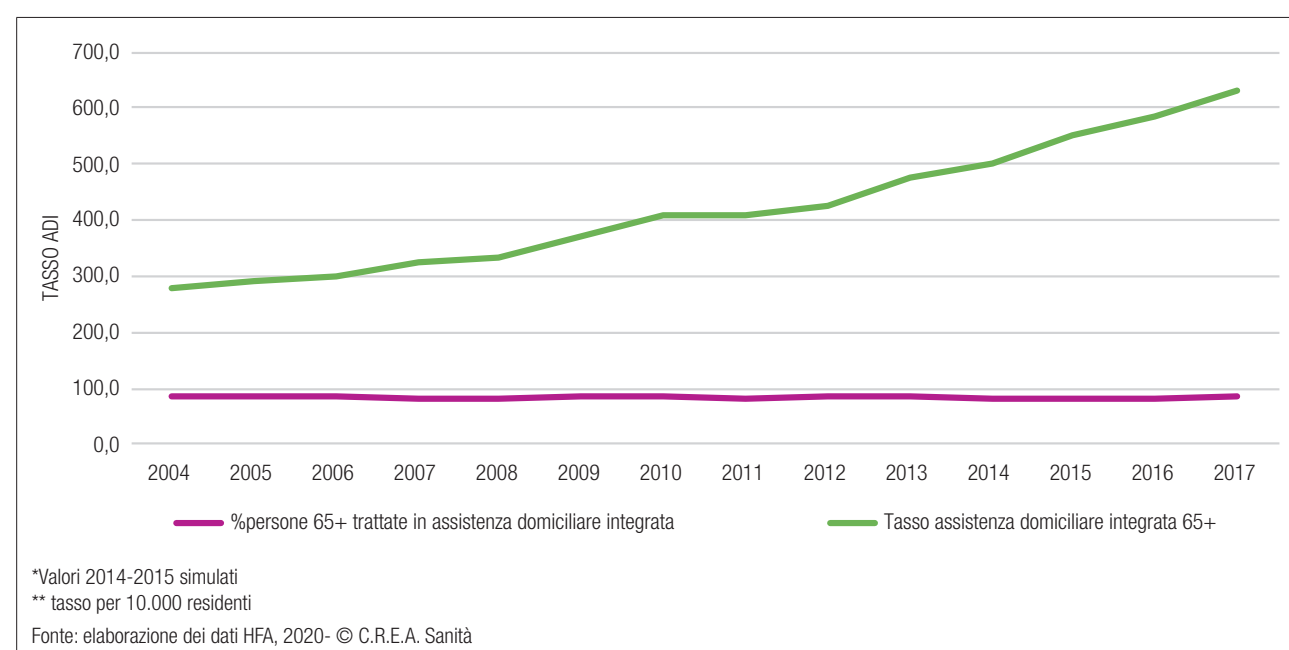
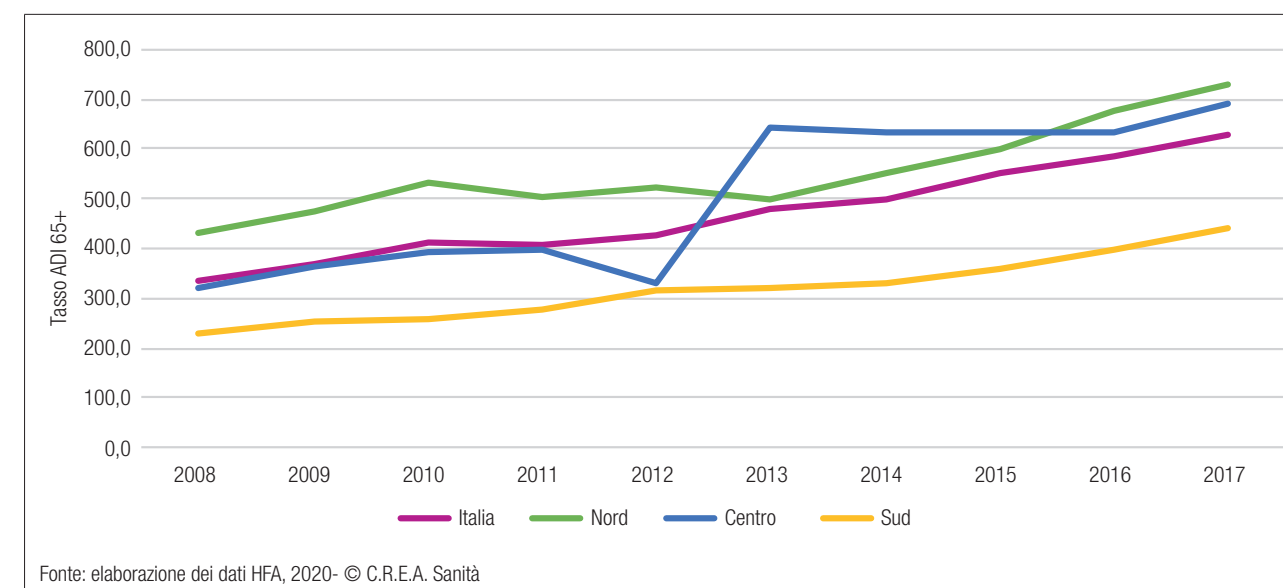


Figura 7.12. Tasso di ADI dedicata agli anziani - disaggregazione territoriale



L'andamento ricalca la situazione descritta in Figura 7.10., relativa al tasso ADI su tutta la popolazione: il Nord sopra la media nazionale; il Centro altalenante, ma comunque con valori intorno alla media nazionale; il Sud fortemente distaccato dai valori del Nord Italia, con un divario che cresce negli anni. Nel 2017 nelle Regioni settentrionali 728 anziani su 10.000 hanno la possibilità di usufruire di servizi ADI mentre nelle Regioni meridionali questo valore si abbassa a 439, facendo emergere una dinamica territoriale che vede le Regioni del Sud Italia fortemente penalizzate nel percorso di presa in carico degli anziani fragili.

7.7. Conclusioni

Il quadro delineato, seppure non esaustivo, si presta ad alcune considerazioni sulla situazione attuale delle cure di lunga durata in Italia e sui cambiamenti in atto.

L'aver considerato un *trend* di nove anni ha permesso di verificare i mutamenti nel medio periodo di un settore, quello della LTC, che è soggetto a continue revisioni a causa della pressione demografica costante. La contrazione nei posti letto in area residenziale non sarebbe visibile se si fossero

considerati solo gli ultimi 5 anni, dal 2013 al 2017, per i quali il *trend* è crescente. La visione d'insieme permette di valutare le modifiche avvenute a partire dal 2009, anno successivo alla crisi economica, che ha inevitabilmente imposto tagli nell'area sanitaria e socio-sanitaria, e che ha comportato una serie di cambiamenti nel percorso di presa in carico delle persone con fragilità.

I fenomeni evidenziati nel presente capitolo, con tutti i limiti che la trattazione di argomenti complessi in un numero limitato di pagine impone, sono i seguenti: aumenta il numero di strutture residenziali, ma diminuisce la loro capacità ricettiva, in quanto diminuiscono i PL residenziali. I tagli sono consistenti fino al 2012, anno del minimo storico, mentre negli anni seguenti riprende la crescita di PL, anche se non è tale da compensare le perdite subite a partire dal 2009. Il saldo finale presenta -16.702 PL, con una decrescita a livello nazionale pari al 3,9%. In controtendenza rispetto alla pressione demografica, che vede un aumento del 13% della popolazione anziana negli anni considerati, le decurtazioni nei PL hanno colpito prevalentemente e quasi esclusivamente la categoria degli anziani, con una variazione negativa pari a 9.229 unità.

Come conseguenza c'è stata una razionalizzazione dei ricoveri in residenziale; sono stati salva-

guardati i ricoveri per anziani non autosufficienti, che aumentano dello 0,4%, mentre si osserva un calo di presenze pari a circa il 20% per gli anziani autosufficienti. Da rilevare che la non-autosufficienza compare mediamente ad un'età più avanzata, e ciò giustifica misure che potenziano l'assistenza domiciliare e riducono il ricovero.

Effettivamente nello stesso periodo si osserva un consolidamento sia nel numero di strutture semiresidenziali, sia nei servizi di assistenza domiciliare integrata. Se i primi dedicano il 30% delle proprie risorse agli anziani, i secondi sono indirizzati principalmente alla cura delle persone con più di 65 anni di età: il tasso nazionale di servizi ADI dedicati agli anziani (pesato per 10.000 over 65) passa da 333 a 630 negli anni considerati, dimostrando la volontà del sistema di assistere gli anziani con problemi di limitata autonomia al proprio domicilio, con il duplice obiettivo di ridurre la spesa sanitaria e accompagnare il soggetto fragile in un percorso di cura che eviti o proroghi il più possibile il ricovero in residenziale, e gli permetta di invecchiare all'interno della propria sfera familiare.

Questi obiettivi sono senz'altro condivisibili, anche se la letteratura nazionale su questi argomenti suggerisce che sono ancora poche le risorse dedicate mediamente agli utenti dei servizi di assistenza domiciliare integrata (Gori, 2020; NNA, 2018). A questo proposito è di pochi mesi fa la notizia che il DL Rilancio ha destinato all'ADI € 734 mil. da spendere per il 2020, di fatto raddoppiando nel secondo semestre del 2020 i finanziamenti per quest'area. Data l'importanza di questa tipologia di servizi, si auspica che l'aumento dei fondi a disposizione diventi strutturale, in modo da garantire le risorse necessarie per il potenziamento dell'assistenza domiciliare negli anni a venire.

Un capitolo a parte andrebbe dedicato al divario geografico che è emerso per la totalità delle voci analizzate. Persiste un marcato gradiente Nord-Sud sia nella rete di offerta (servizi residenziali, semiresidenziali e di ADI), sia nel numero di soggetti trattati. Nelle Regioni del Sud Italia il tasso di ricoveri in residenziali e di anziani trattati in ADI è costantemente

minore rispetto alla media nazionale e mostra un *gap* accentuato rispetto alle Regioni settentrionali, senza che emerga negli anni una tendenza alla convergenza. La letteratura suggerisce che la copertura del fabbisogno di *welfare* venga colmata all'interno del nucleo familiare, con conseguenze che si ripercuotono inevitabilmente sul mercato del lavoro (in particolare quello femminile), sulla società e sullo sviluppo economico (Brenna, 2018). Di fronte a previsioni demografiche che vedono le Regioni del Sud Italia aumentare la percentuale di anziani a ritmi più sostenuti rispetto alle rimanenti Regioni, appare dunque necessario colmare questo divario e implementare politiche di potenziamento dei servizi di LTC in un'ottica di lunga durata.

Riferimenti bibliografici

- Brenna E., Di Novi C. (2016) Invecchiamento della popolazione e cure formali e informali: il gradiente Nord-Sud Europa, capitolo 11 del 12° Rapporto Crea Sanità, Una misura di performance dei SSR, a cura di F. Spandonaro, dicembre 2016.
- Brenna E. 2018, Cura degli Anziani, scelte lavorative e salute, Capitolo 7. In (a cura di) Cappellari, Lucifora, Rosina, Invecchiamento attivo, mercato del lavoro e benessere: analisi e politiche attive. Il Mulino editore
- Gori C., (2020) Voltiamo pagina sull'assistenza agli anziani in casa, www.lavoce.info
- MEF- Ministero Economia e Finanza – 2019, le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, Rapporto n. 20
- Ministero della Salute , Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN -Anno 2017
- NNA _ network non autosufficienza - L'assistenza agli anziani non autosufficienti in italia - 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte
- OECD, A System of Health Accounts, 2011, reviewed edition, 2017
- Pavolini E., Ranci C. 2014, Le politiche di welfare, Il Mulino

ENGLISH SUMMARY

The chapter analyses the supply of long term residential, semi-residential and home care addressed to elderly, disabled and other categories of needy recipients in Italy during the years 2009 to 2017.

According to the OECD classification "a System of Health Account – SHA" this level of care corresponds to item HC.3; the Italian public expenditure to cover the supply of these services was 12430 million euro in 2018 , which corresponds to 0.7% of Italian GDP.

Data is provided at a regional level. Interregional comparisons are carried out with a focus on a possible North-South gradient in the provision of services. The longitudinal perspective enables an insight of either the main variables' trend and the policy measures adopted in recent years by Italian regions; among LTC's recipients, the analysis is concentrated on the elderly, since they represent the main share of beneficiaries and their weight is destined to increase in the coming years.

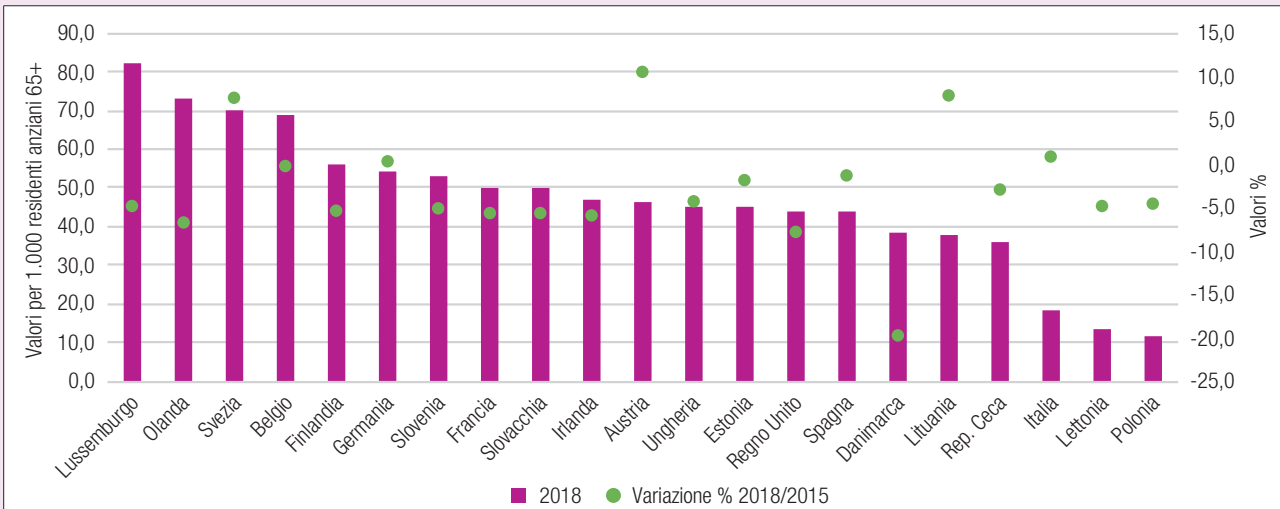
Data sources are taken from the Italian statistical

Office (ISTAT) and are respectively Istat -Health for all; Istat – disabilità in cifre; Istat - anziani.stat.

Conclusions summarise the policy measures implemented by the Italian government after the economic crisis of 2008. First of all, a cut in bed's supply for elderly residential care, which brought to a decrease in the admissions' rate for older people which were self-sufficient. Secondly, an increase of home care services which slightly compensates for the shortage of inpatient long-term care; to this extent, further steps need to be implemented in order to intensify and structure this level of assistance in the long run. Thirdly, the effort to face the demographic trend by rationalising elderly care expenditure, without compromising the other categories of LTC's recipients (disabled, addicts, people with mental illnesses, minors in difficulties).

A gap in the provision of services between Northern and Southern regions is clearly detected and represents the next government's challenge for LTC's services.

KI 7.1. Posti letto in strutture residenziali che erogano Long Term Care in Europa

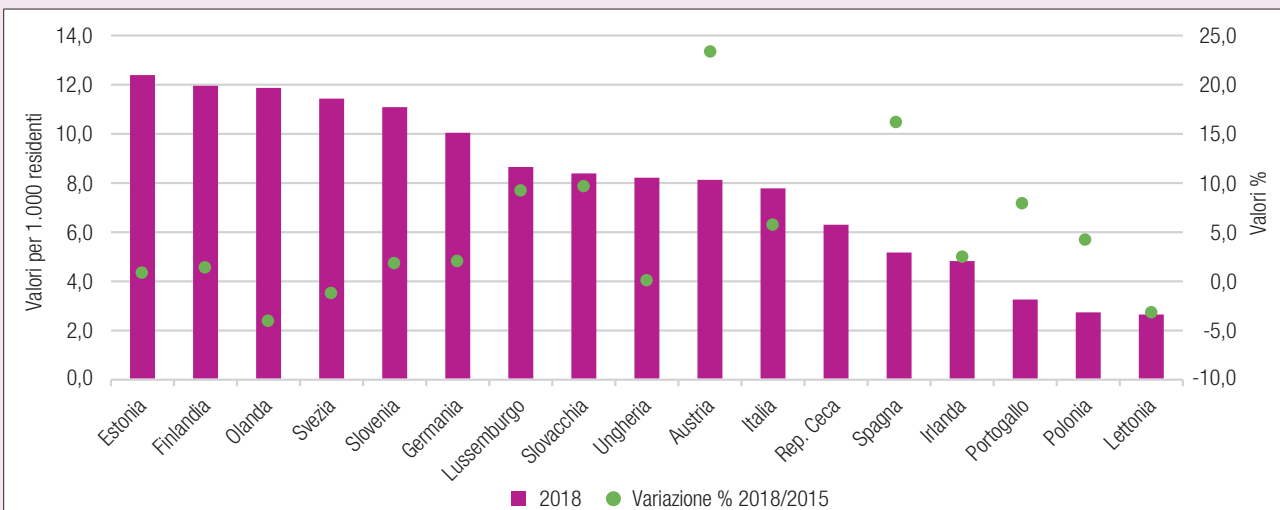


Per la Germania, non essendo disponibile il dato 2018 si considera il dato 2017. Per il 2015, si segnala una differenza nella metodologia per Austria, Belgio e Spagna. Per il 2018, si segnala una differenza nella metodologia per Austria e Spagna, mentre i valori di Belgio e Olanda sono stime/previsioni. Le strutture censite da OECD (sono esclusi gli ospedali) sono quelle che erogano un mix di servizi sanitari e sociali (con finanziamento pubblico o privato), ma i dati rilevati non sono uniformi per tutti i Paesi (ad es. per l'Italia il dato viene fornito dal Ministero della Salute e riguarda le strutture, pubbliche e private accreditate, che forniscono assistenza sanitaria e socio-sanitaria e non anche socio-assistenziale), per cui i confronti vanno effettuati con cautela. La popolazione comprende tutti i cittadini presenti o temporaneamente assenti dal Paese e gli stranieri stabiliti permanentemente nel Paese. Si usa la popolazione a metà anno.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, <https://stats.oecd.org/>, aggiornamento 1/7/2020, ultimo accesso ottobre 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018, con 18,6 posti letto per 1.000 residenti anziani (65 anni e più), l'Italia è al 10° posto in EU (10° sui 21 Paesi considerati) per numero di posti letto in strutture residenziali che forniscono Long Term Care (LTC). Il valore è in crescita del +0,5% rispetto al 2015. Il numero maggiore di posti per 1.000 residenti di 65 anni e più si registra in Lussemburgo (81,9 per 1.000 residenti anziani), seguito da Olanda e Svezia (al di sopra di 70,0 posti letto). Il tasso inferiore si osserva in Polonia (11,6), seguita dalla Lettonia (13,3). Sono solo 4 i Paesi che registrano un incremento, anche minimo, rispetto al 2015; il valore della Germania resta stabile (54,4). Si segnala il +10,2% dell'Austria (che passa da 42,1 a 46,4 posti per 1.000 over 65) e il -19,9% della Danimarca (da 48,2 a 38,6).

KI 7.2 Assistiti in strutture residenziali che erogano Long Term Care in Europa

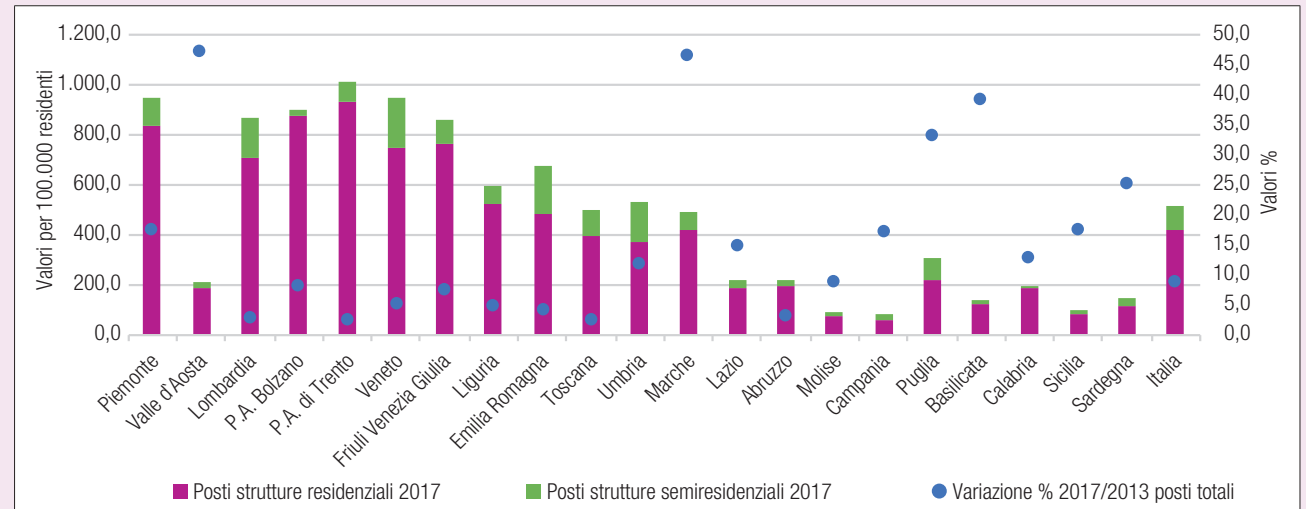


Per Olanda, Slovacchia e Slovenia, il valore 2018 non è disponibile per cui si riporta il dato 2017. Per i valori 2018 si segnala una differenza nella metodologia per Lituania e Polonia (come anche per il 2015), una discontinuità nella serie per il Lussemburgo (previsione) e una stima per la Repubblica Ceca. Per i valori 2015 si segnala una discontinuità nella serie per l'Olanda e il valore mancante per la Repubblica Ceca. Le strutture censite da OECD (sono esclusi gli ospedali) sono quelle che erogano un mix di servizi sanitari e sociali (con finanziamento pubblico o privato), ma i dati rilevati non sono uniformi per tutti i Paesi (ad es. per l'Italia il dato viene fornito dal Ministero della Salute e riguarda le strutture, pubbliche e private accreditate, che forniscono assistenza sanitaria e socio-sanitaria e non anche socio-assistenziale), per cui i confronti vanno effettuati con cautela. La popolazione comprende tutti i cittadini presenti o temporaneamente assenti dal Paese e gli stranieri stabiliti permanentemente nel Paese. Si usa la popolazione a metà anno.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, <https://stats.oecd.org/>, aggiornamento 1/7/2020, ultimo accesso ottobre 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Con riferimento agli assistiti in strutture residenziali che forniscono Long Term Care (LTC), l'Italia nel 2018, con 7,8 assistiti per 1.000 residenti (+5,6% rispetto al 2015), si ferma all'11° posto in EU (sui 17 Paesi di cui si dispone del dato). Il valore più alto lo registra l'Estonia (12,4 assistiti per 1.000 residenti); segue la Finlandia (12,0). Il valore più basso si osserva in Lettonia (2,6 per 1.000) e Polonia (2,7). Rispetto al 2015, si evidenziano la crescita del 23,1% del valore registrato in Austria (da 6,6 a 8,1 assistiti per 1.000 residenti) e la diminuzione del -4,3% registrata in Olanda (da 12,4 a 11,8).

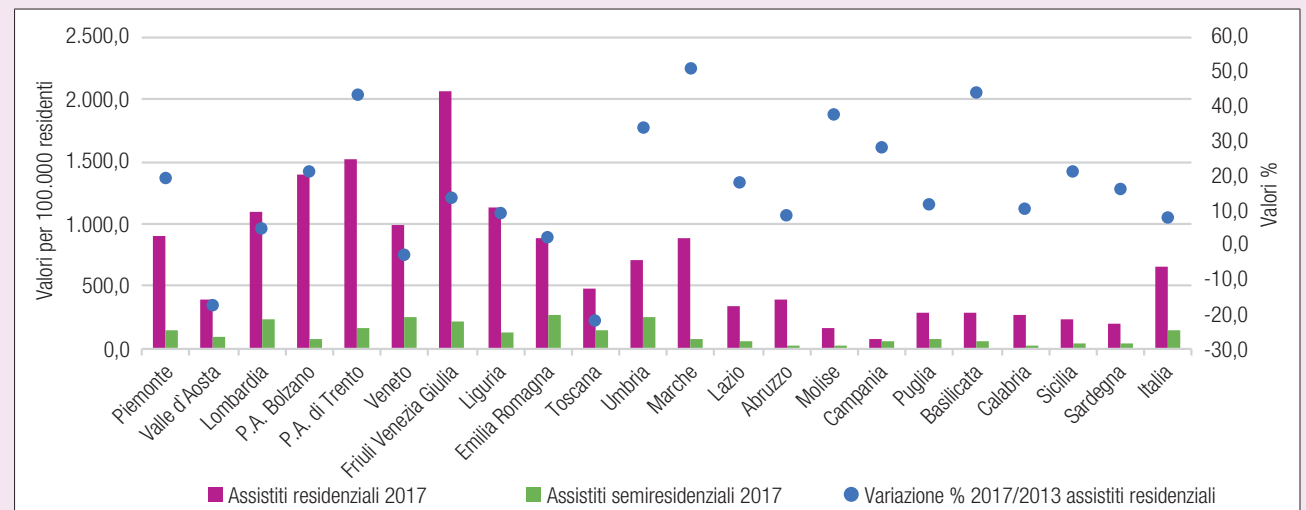
KI 7.3 Posti in strutture residenziali e semiresidenziali



Strutture residenziali: Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscono articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale. Strutture semiresidenziali: Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale. Sono esclusi gli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978. Si tratta di strutture pubbliche e private accreditate che forniscono assistenza sanitaria e socio-sanitaria (sono escluse quelle che forniscono assistenza socio-assistenziale). Si considera la popolazione residente al 31 dicembre dell'anno considerato (Istat). Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN - Anni 2013 e 2017, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 (ultimo anno disponibile nel momento in cui si scrive) i posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali ammontano a 309.562: 251.701 posti, pari all'81,3% del totale, si trovano nelle strutture residenziali e i restanti 57.861 (18,7%) in quelle semiresidenziali. Nelle strutture residenziali, la dotazione media nazionale è pari a 416 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Campania (54 posti letto per 100.000 residenti), il più alto nella P.A. di Trento (929 per 100.000). In generale, i valori sono più alti nelle Regioni del Nord. Nelle strutture semiresidenziali, invece, la dotazione media nazionale è pari a 96 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si registra in Calabria (9 posti letto per 100.000 residenti), il più alto in Veneto (201 per 100.000). Considerando i posti totali, nel 2017 rispetto al 2013 si è osservato un aumento in tutte le Regioni; in particolare, si segnala il +46,9% registrato in Valle d'Aosta (da 141 a 207 posti in strutture residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti).

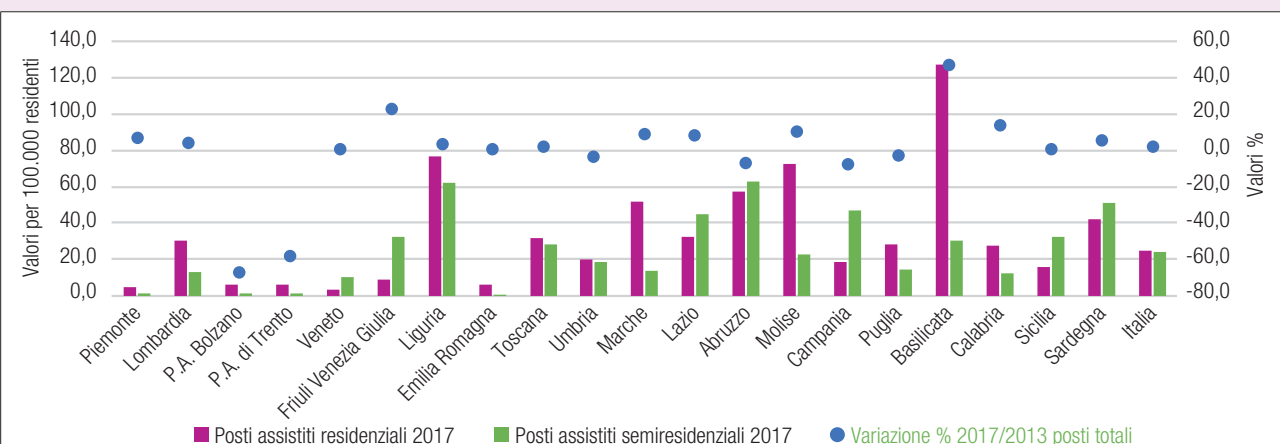
KI 7.4 Utenti in strutture residenziali e semiresidenziali



Strutture residenziali: Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscono articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale. Strutture semiresidenziali: Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale. Sono esclusi gli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978. Si tratta di strutture pubbliche e private accreditate che forniscono assistenza sanitaria e socio-sanitaria (sono escluse quelle che forniscono assistenza socio-assistenziale). Si considera la popolazione residente al 31 dicembre dell'anno considerato (Istat). Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN - Anni 2013 e 2017, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 (ultimo anno disponibile nel momento in cui si scrive), in Italia gli utenti assistiti nelle strutture residenziali sono stati 397.001, e 84.739 quelli delle strutture semiresidenziali. Nelle strutture residenziali, la media nazionale è pari a 656 assistiti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Campania (72 utenti per 100.000 residenti), il più alto in Friuli Venezia Giulia (2.058 utenti per 100.000 residenti). In generale, i valori più elevati si registrano nelle Regioni settentrionali. Con riferimento alle strutture semiresidenziali, in Italia mediamente ci sono 140 utenti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Molise (24 utenti per 100.000 residenti), il più alto in Emilia Romagna (268 per 100.000). Considerando le sole strutture residenziali, nel 2017 rispetto al 2013 si è registrato un aumento del numero di assistiti per 100.000 residenti in quasi tutte le Regioni, ad eccezione di Valle d'Aosta, Veneto e Toscana; in particolare, si segnala una variazione del +50,2% registrata nelle Marche (da 591 a 888 utenti per 100.000 residenti).

KI 7.5 Posti in Istituti o Centri di riabilitazione

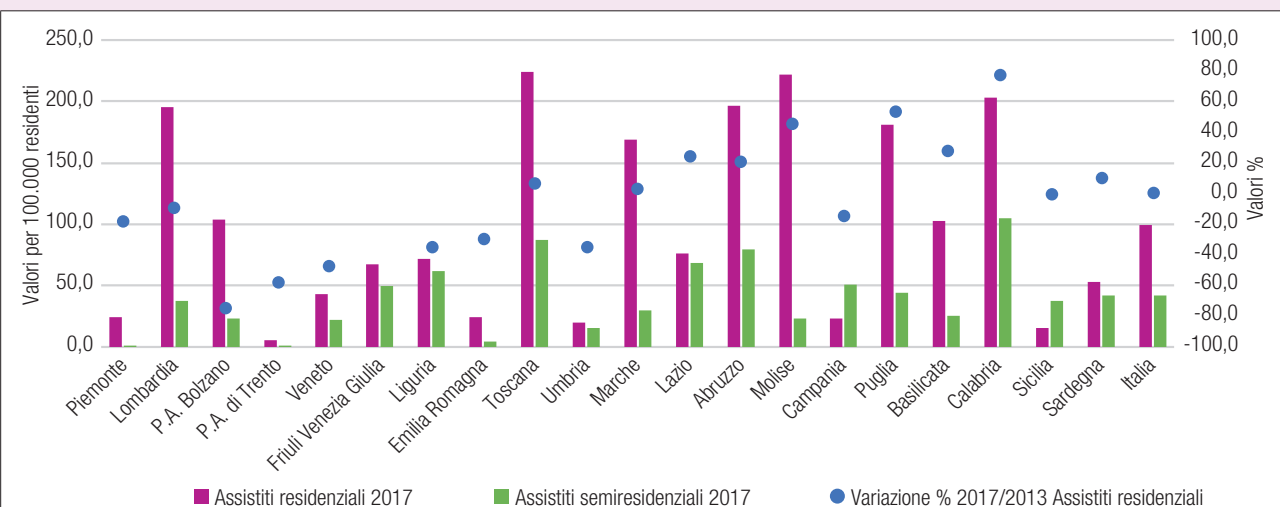


Gli Istituti o Centri di riabilitazione sono quelli ex art. 26 L. 833/1978: "Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella Regione in cui abita l'utente o anche in altre Regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale". Si considera la popolazione residente al 31 dicembre dell'anno considerato (Istat).

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN - Anni 2013 e 2017, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 (ultimo anno disponibile nel momento in cui si scrive) i posti letto nei 1.122 Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978 (pubblici e privati accreditati) ammontano a 29.310: 14.961 posti, pari al 51,0% del totale, si trovano nei Centri residenziali e i restanti 14.349 (49,0%) in quelli semiresidenziali. Negli Istituti residenziali, la dotazione media nazionale è pari a 24,7 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Veneto (3,3 posti letto per 100.000 residenti), il più alto in Basilicata (127,7 per 100.000). In generale, i valori sono più alti nelle Regioni del Centro-Sud, con qualche eccezione nel Nord. Negli Istituti semiresidenziali, invece, la dotazione media nazionale è pari a 23,7 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si registra in Emilia Romagna (0,3 posti letto per 100.000 residenti), il più alto in Abruzzo (62,5 per 100.000). Considerando i posti totali, nel 2017 rispetto al 2013 si è osservato un aumento in 11 Regioni (in Emilia Romagna e in Sicilia il valore è rimasto stabile, nelle restanti Regioni è diminuito); in particolare, si segnala il +46,1% registrato in Basilicata (da 108,2 a 158,2 posti in strutture residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti).

KI 7.6 Assistiti in Istituti o Centri di riabilitazione



Gli Istituti o Centri di riabilitazione sono quelli ex art. 26 L. 833/1978: "Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella Regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale". Si considera la popolazione residente al 31 dicembre dell'anno considerato (Istat).

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN - Anni 2013 e 2017, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 (ultimo anno disponibile nel momento in cui si scrive) gli utenti assistiti nei 1.122 Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978 (pubblici e privati accreditati) ammontano a 60.090 nei Centri residenziali e 25.070 in quelli semiresidenziali. Negli Istituti residenziali, la dotazione media nazionale è pari a 99,3 assistiti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva nella Provincia Autonoma di Trento (5,6 utenti per 100.000 residenti), il più alto in Toscana (223,9 per 100.000). In generale, i valori più alti si osservano nelle Regioni del Centro-Sud, con qualche eccezione nel Nord (es. 195,7 utenti per 100.000 residenti in Lombardia). Negli Istituti semiresidenziali, invece, la dotazione media nazionale è pari a 41,4 assistiti per 100.000 residenti: il valore più basso si registra in Piemonte e nella Provincia Autonoma di Trento (0,7 utenti per 100.000 residenti), il più alto in Calabria (104,7 per 100.000). Considerando gli assistiti dei Centri residenziali, nel 2017 rispetto al 2013 si è osservato un aumento in 10 Regioni; in particolare, si segnala che in Friuli Venezia Giulia il valore è passato da 3,2 a 67,3 utenti per 100.000 residenti (la % è fuori grafico).

KI 7.7 Posti letto equivalenti per assistenza agli anziani di 65 anni e più in strutture residenziali



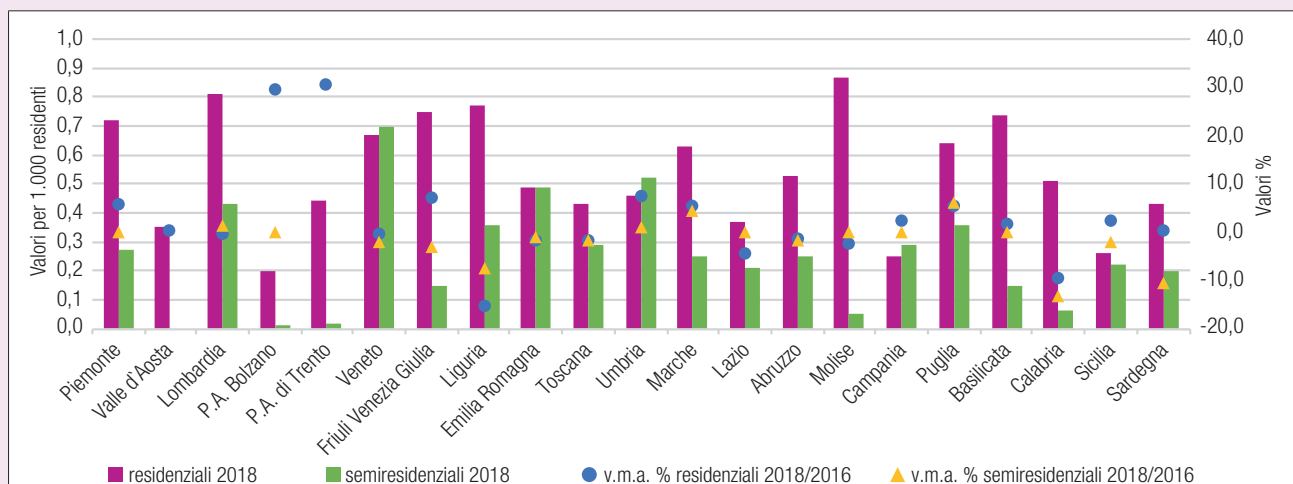
Per posti equivalenti si intende: (sommatoria delle giornate di assistenza dell'anno di riferimento/365)/popolazione anziana residente * 1.000.

Per Sardegna e P.A. di Bolzano il flusso dei dati è insufficiente per copertura e/o qualità.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - anno 2018", www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

La densità maggiore (2018) di posti letto equivalenti per assistenza agli anziani di 65 anni e più nelle strutture residenziali, si riscontra nelle Regioni del Centro-Nord (tranne che in Valle d'Aosta e nel Lazio), dove i posti superano il "valore normale" di 9,80 posti equivalenti per 1.000 residenti anziani stabilito dal Ministero della Salute nelle valutazioni della Griglia LEA. Restano al di sotto 9 Regioni, di cui 7 del Sud (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) e 2 del Centro-Nord (come detto, Lazio e Valle d'Aosta). Il Ministero della Salute segnala che lo scostamento rispetto al valore normale è rilevante e non accettabile (ossia inferiore a 4,81 e non in aumento) per la Valle d'Aosta e la Basilicata. La P.A. di Trento ha il dato migliore (73,8 posti per 1.000 anziani residenti); seguono la Lombardia (31,8 per 1.000 residenti over 65) e il Piemonte (29,7 per 1.000); il livello più basso si registra in Basilicata (1,2 per 1.000), seguita immediatamente dopo da Campania e Valle d'Aosta (con 1,3 posti equivalenti per 1.000 anziani residenti) e Molise (1,4 per 1.000). Rispetto al 2016, solo 3 Regioni registrano un peggioramento, tutte del Sud (Abruzzo, Basilicata e Calabria).

KI 7.8. Posti letto equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili

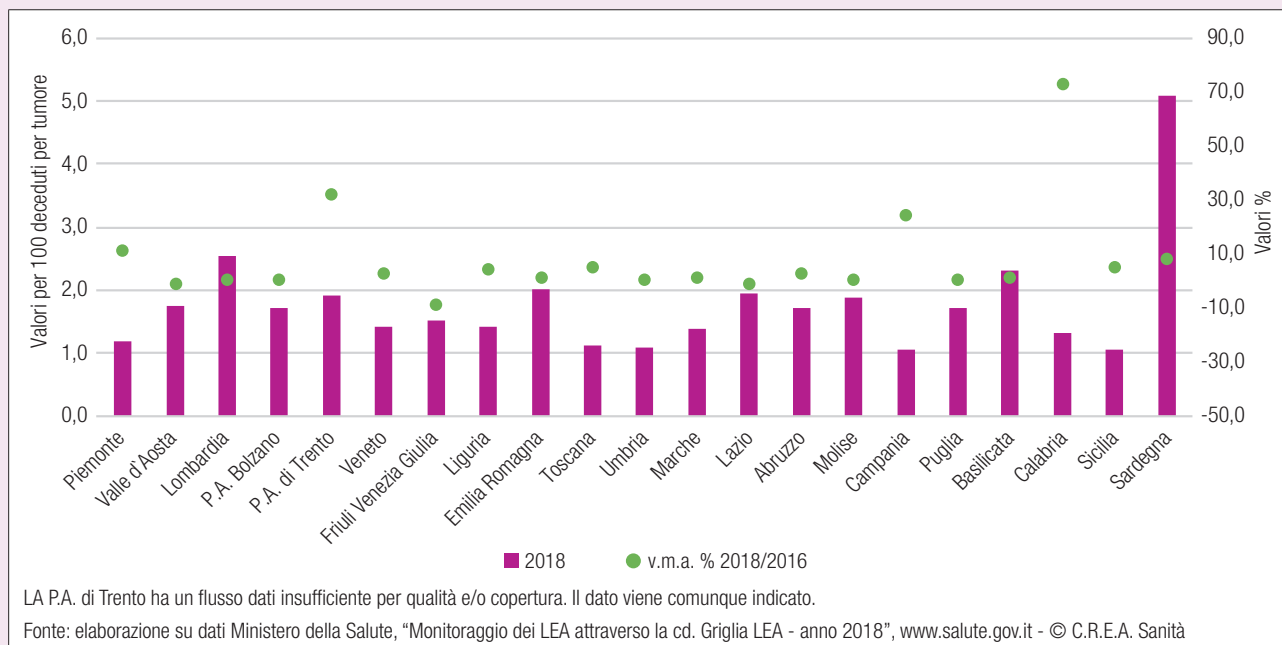


Per posti equivalenti residenziali si intende: (Giornate di assistenza per attività residenziale (rilevate con modello RIA.11 quadro H/365 + Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con modello STS.24 quadro G/365)/Popolazione residente* 1.000. Per posti equivalenti semiresidenziali si intende: (Giornate di assistenza per attività semiresidenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H/365 + Numero di giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro F/365)/Popolazione residente* 1.000. La P.A. di Trento ha un flusso dati insufficiente per qualità e/o copertura. Il dato viene comunque indicato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - anno 2018", www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

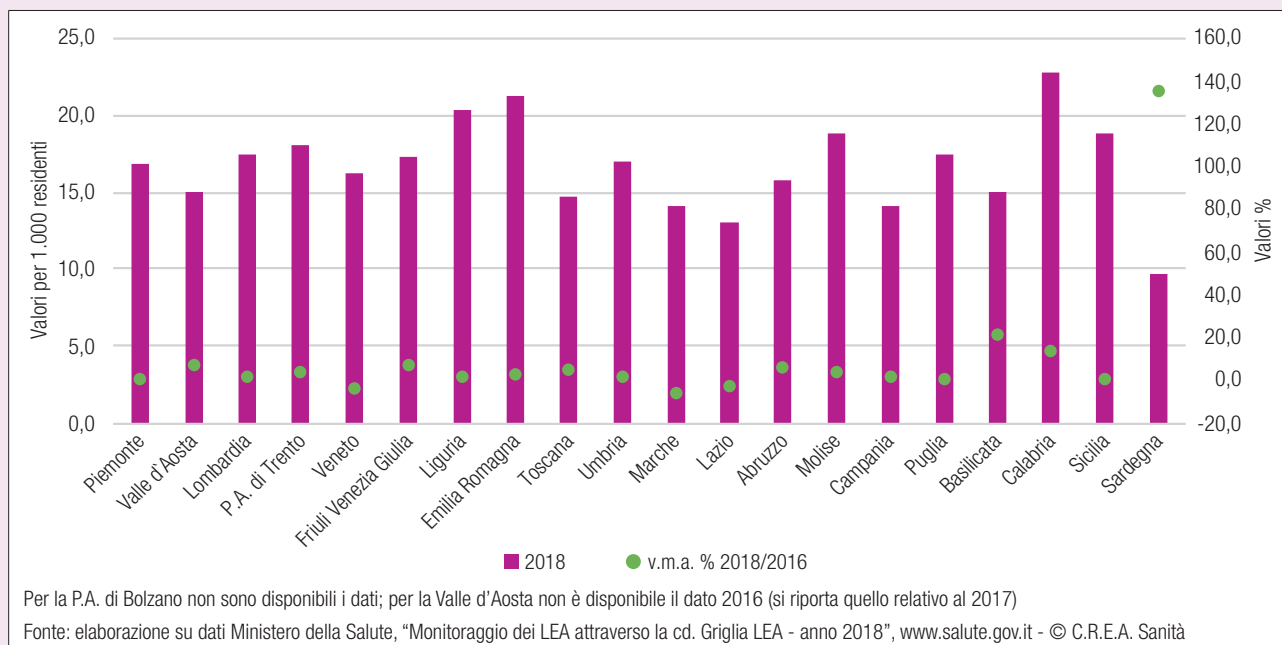
Nel 2018 sono 10 le Regioni (Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna) che si situano, anche se di poco, sotto il "valore normale" (pari a 0,50 per 1.000 residenti) stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2018 per i posti equivalenti disponibili nelle strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili. Il Ministero della Salute segnala uno scostamento rilevante e non accettabile (valore inferiore a 0,41 e non in aumento) per P.A. di Bolzano, Lazio, Campania e Sicilia. Il numero maggiore di posti equivalenti si registra in Molise (0,87 per 1.000 residenti), mentre il minore si registra nella P.A. di Bolzano (0,20 per 1.000). Rispetto al 2016, sono 9 le Regioni che registrano una diminuzione del valore; ad un estremo abbiamo il -15,6 medio annuo della Liguria e all'altro una crescita media annua del +29,1% per la P.A. di Bolzano (non considerando i valori della P.A. di Trento). Con riferimento ai posti equivalenti nelle strutture semiresidenziali, il "valore normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2018 è pari a 0,22, al di sotto del quale si trovano 8 Regioni (P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Molise, Calabria, Basilicata e Sardegna). Secondo il Ministero, lo scostamento rispetto al valore normale è rilevante e non accettabile (valore inferiore a 0,16 e non in aumento) per Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Molise, Basilicata e Calabria. Anche in questo caso, la disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti equivalenti si registra in Veneto (0,70 per 1.000 residenti), mentre il minore si registra, escludendo la Valle d'Aosta, nella P.A. di Bolzano (0,01 per 1.000 residenti). Rispetto al 2016, sono 9 le Regioni che registrano una diminuzione, anche minima.

KI 7.9. Posti letto attivi in Hospice



Il valore "normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2017 è pari a 1 posto letto in Hospice ogni 100 deceduti per tumore: nel 2018 nessuna Regione si trova al di sotto. Il valore più alto si osserva in Sardegna (5,05 posti per 100 deceduti per tumore), il più basso in Sicilia e in Campania (1,06), seguite dall'Umbria con 1,08. Tra il 2016 e il 2018 i valori sono stabili o in aumento nella maggior parte delle Regioni. Si osserva in particolare l'aumento del +71,9% medio annuo in Calabria (da 0,45 a 1,33 posti) e la diminuzione del -9,4% medio annuo in Friuli Venezia Giulia (da 1,84 a 1,51 posti letto attivi in Hospice per 100 deceduti per tumore; va comunque evidenziato che, trattandosi di tassi piuttosto bassi, anche una variazione minima può portare a variazioni percentuali elevate).

KI 7.10. Assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale



Il valore "normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2018 è di 10,82 assistiti nei Dipartimenti di Salute Mentale per 1.000 residenti, sotto il quale - con uno scostamento minimo (valore tra 8,47 e 10,82) - si trova solo la Sardegna (9,67). Il valore registrato da quest'ultima Regione è comunque in crescita (era pari a 1,76 assistiti per 1.000 residenti nel 2016). Il valore più alto nel 2018 si registra in Calabria, con 22,72 assistiti per 1.000 residenti. Tra il 2016 e il 2018 sono 4 le Regioni che registrano una diminuzione del valore, anche lieve (Veneto, Marche, Lazio e Sicilia). Dopo quello osservato in Sardegna, si segnala l'aumento del dato registrato in Basilicata, dove si passa dai 10,39 assistiti del 2016 ai 15,04 del 2018 (con una variazione media annua del +20,3%). Va evidenziato che, trattandosi di tassi piuttosto bassi, anche una variazione minima può portare a variazioni percentuali elevate.

A stylized graphic featuring a sun with rays above a bar chart with three bars of increasing height. The sun and chart are rendered in a light purple color against a darker purple background. The sun's rays are represented by small triangles. The bar chart has three vertical bars of increasing height from left to right.

Capitolo 8

Assistenza specialistica ambulatoriale

Specialist outpatient care

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 8

Assistenza specialistica ambulatoriale

Bernardini A.C.¹

8.1. Introduzione

La gestione dell'emergenza sanitaria relativa alla pandemia di coronavirus ha determinato, e sta continuando a farlo, cambiamenti nelle modalità organizzative per le prestazioni di assistenza specialistica.

Nella Circolare del Ministero della Salute (C.M.S) n. 7422/2020 "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19" sono state indicate, nella prima ondata della pandemia, le attività da considerare differibili in base a una valutazione del rapporto rischio-beneficio.

L'art. 5 del D.L. n. 14/2020, n. 14 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19" ha previsto un aumento del monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Recentemente, a conclusione delle previste procedure di controllo ed approvazione, è stato ratificato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome (CSR) l'"Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali - triennio 2016-2018" (Intesa CSR del 31/03/2020 – GU n.110 del 29/04/2020). Con tale ratifica si è concluso l'iter che ha portato alla definitiva approvazione dell'ACN 2016-2018 che dà modo alla specialistica ambulatoriale di mettere in campo strumenti ritenuti idonei per arginare il contagio da COVID-19: in particolare, Telemedicina e Teleconsulto, nonché *smart working* con la possibilità da parte degli specialisti di effet-

tuare consulenze anche telefoniche o mediante piattaforme (video-consulto), sia con i pazienti che con i colleghi di medicina generale e di pediatria di libera scelta.

Inoltre, per limitare l'affluenza di pazienti presso gli ambulatori specialistici l'art. 9 del D.L. n. 34/2020 (Decreto Rilancio) ha previsto la proroga del rinnovo dei piani terapeutici in scadenza per specifiche patologie respiratorie e per prodotti funzionali all'ospedalizzazione a domicilio.

L'evoluzione dell'epidemia, nei mesi estivi ha concesso una graduale ripresa delle attività ambulatoriali precedentemente sospese, oltre che una progressiva riprogrammazione degli appuntamenti/visite annullati. Le linee di indirizzo del Ministero della Salute (C.M.S. n. 11408/2020) per evitare il diffondersi del contagio in concomitanza con la riprogrammazione dei servizi, sono prevalentemente di carattere organizzativo e riguardano tutte le attività sanitarie, pubbliche (istituzionali e libero professionali), private, accreditate e non accreditate.

Nello scenario descritto numerosi sono stati i provvedimenti che hanno portato le Regioni ad operare cambiamenti nelle modalità di erogazione/fruizione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Nel presente capitolo, dopo una descrizione dei cambiamenti operati di alcune Regioni campione si è cercato di operare una stima delle prestazioni posticipate ed un'ipotesi sulla possibilità di recupero delle stesse.

Infine, ci si focalizza sulla Telemedicina e le sue potenzialità messe in luce nel periodo emergenziale.

È necessario sottolineare che durante la stesura

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

del capitolo è arrivata una seconda ondata di contagi, che ha portato il prolungamento delle misure straordinarie “anti-COVID” fino al 31/1/2021: questa situazione potrebbe comportare un ulteriore rallentamento nel recupero delle prestazioni, nonché un nuovo blocco nell’effettuazione delle prestazioni “dif-feribili”.

Tabella 8.1. Provvedimenti sull’assistenza specialistica ambulatoriale nelle fasi pandemiche

Regioni	
Lazio	Determinazione n. G02738/2020 Emergenza COVID-19. Costituzione Cabina di Regia per il reclutamento straordinario <u>Direzione Generale Salute e integrazione socio-sanitaria aria rete ospedaliera e specialistica</u> Nota n. 214875 del 10/03/2020 Emergenza epidemiologica da COVID-19. Indicazioni per le attività ambulatoriali e programmi di screening primo livello: indicazioni Nota n. 261150 del 01/04/2020 Strutture Di Erogazione Specialistica Ambulatoriale Nota n. 391183 del 30/03/2020 Emergenza COVID-19 - Azioni di Fase IV Nota n. 437917 del 19/05/2020 Emergenza epidemiologica da COVID-19: Ripresa attività specialistica ambulatoriale
Lombardia	DGR n. XI/2903 del 2/03/2020 Prime Determinazioni in ordine all'emergenza, epidemiologica da COVID-19 DGR n. XI/2905 del 4/03/2020 Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione dell'emergenza da COVID-19 ed intesa tra associazioni di categoria (Confindustria Lombardia, AIOP, ANISAP E ARIS) e Regione Lombardia per l'impiego straordinario di personale sanitario presso ospedali pubblici lombardi al fine di fronteggiare l'emergenza da COVID-19. DGR n. XI/2906 del 8/03/2020 Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19. D.G.R. n. XI/2986 del 23/3/2020 Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19 – area territoriale DGR n. XI/ 3115 del 7/05/2020 Indirizzi per l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia da COVID-19 D.d.g. 6 agosto 2020 - n. 9583 Aggiornamento degli indirizzi per l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia da COVID-19
Puglia	Disposizione del Dipartimento di promozione della salute – 9/3/2020 Misure per la prevenzione e gestione dell'epidemia: servizi garantiti e sospesi Disposizione del Dipartimento di promozione della salute – 26/3/2020 Misure per la prevenzione, il contrasto e il contenimento dell'emergenza: proroga sospensione attività Disposizione del Dipartimento di promozione della salute - 10/4/2020 Misure di prevenzione e gestione dell'emergenza: proroga Nota del Dipartimento promozione della salute – 22/4/2020 Notifica comunicato AIFA del 6.03.20: Estensione della proroga dei piani terapeutici Disposizione del Dipartimento di promozione della salute – 2/5/2020 Misure per la prevenzione, il contrasto e il contenimento dell'epidemia: strutture sanitarie e ripresa attività Disposizione del Dipartimento di promozione della salute – 2/5/2020 Misure per la prevenzione, il contrasto e il contenimento dell'epidemia: specialistica ambulatoriale Determinazione del Dipartimento di promozione della salute – 1/6/2020 Proroga dei piani terapeutici AIFA
Emilia Romagna	Nota PG/2020/266489 Direzione Generale cura della persona salute e <i>welfare</i> Gestione dell'attività di controllo per i pazienti affetti da patologie rilevanti (croniche e rare) nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale, nel periodo di emergenza COVID-19 D.G.R. n. 404/2020 Primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza COVID-19. Modifica alla deliberazione di Giunta regionale n. 368/2020 D.D.G. n. 10505/2020 Definizione linee di indirizzo per la gestione di percorsi specialistici in emergenza COVID-19
Sardegna	D.G.R. n. 28/18 del 4/6/2020 Linee di indirizzo per la riprogrammazione delle attività ambulatoriali, di ricovero ospedaliero programmato e per le attività socio-sanitarie delle strutture di cui all'art. 3, lettere b), c) e d) del D.P.Reg. n. 4/2008 D.G.R. n.379 del 17/6/2020 Adozione, ad interim, di raccomandazioni per la ripresa delle attività ordinarie di ricovero e ambulatoriali. D.G.R. n. 40/4 del 4/8/2020 Accesso alle prestazioni specialistiche in modalità Telemedicina Ripresa attività ambulatoriali specialistiche, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative. Rif. nota prot. n. 1845 P del 4/06/2020

Fonte: BUR Regionali e Siti istituzionali Regioni

8.2. Cambiamenti organizzativi

La necessità di contenere i contagi da COVID-19 ha determinato la necessità di modificare le modalità di erogazione dei servizi sanitari, sia sul versante delle attività ambulatoriali, come su quello dei ricoveri ospedalieri.

In considerazione delle disposizioni urgenti concernenti il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus COVID-19 emanate dal Governo con i DD.PP.CC.MM. del 8/3/2020 e del 9/3/2020, la C.M.S. n. 7422/2020 “Linee di indirizzo per la rimodulazione dell’attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19” individua le attività ambulatoriali per prestazioni garantite dal SSN (Servizio Sanitario Nazionale) da considerare procrastinabili, nello specifico le prestazioni vengono così classificate:

- non procrastinabili:
 - o U (Urgente) - da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
 - o B (Breve) - da eseguire entro 10 giorni
- Procrastinabili
 - o D (Differibile) - da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici: queste prestazioni dovranno essere valutate singolarmente in base al quesito diagnostico
 - o P (Programmata) - da eseguire entro 90/120 giorni.

Le classi di priorità indicate sono quelle definite dal PNGLA 2019-2021 (Piano Nazionale Governo Liste di attesa).

La rimodulazione dell’attività programmata differibile in corso di emergenza ha comportato la necessità di adottare modelli organizzativi che permettano il rispetto dei requisiti di sicurezza garantendo il distanziamento degli operatori sanitari e degli utenti: organizzazione degli spazi ambulatoriali, *triage* telefonico per evitare l’accesso ai pazienti con febbre o sintomi correlabili al COVID-19, regole per gli accessi, organizzazione degli appuntamenti etc.

La pandemia, ed i cambiamenti organizzativi che si sono resi necessari, hanno reso evidente l’importanza della Telemedicina e dalla Sanità Digitale;

anche nella fase 3 alcune Regioni hanno scelto di privilegiare, ove possibile, le modalità di erogazione di prestazioni in Telemedicina, specialmente per quanto attiene le visite di controllo, l’aggiornamento dei piani terapeutici e i *follow-up* (Emilia Romagna D.G.R. n. 404/2020).

Senza pretesa di esaustività si riportano i provvedimenti adottati nelle fasi della pandemia di alcune Regioni (Tabella 8.1.).

Regione Lombardia

Le prime disposizioni attuate dalla Regione in seguito all'emergenza epidemiologica hanno riguardato il reclutamento straordinario di personale sanitario della dirigenza e del comparto (D.G.R. n. XI/903/2020 e D.G.R. n. XI/2905/2020). Con DGR n. XI/2906/2020 “Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19” è stata rimodulata l'intera offerta sanitaria sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale. In particolare, per quest'ultima, è stata prevista una incisiva rimodulazione prevedendo la sospensione delle attività differibili e non urgenti sia per l'attività ambulatoriale istituzionale sia per le prestazioni erogate in regime intramoenia. Viene prevista per l'attività ambulatoriale istituzionale la possibilità di svolgimento qualora non vi sia necessità di risorse professionali per assistenza ai pazienti ricoverati sia per COVID-19 che per le altre patologie

Tali misure hanno avuto lo scopo, tra gli altri, di potenziare le dotazioni di personale con particolare riguardo alle situazioni di sovraccarico di attività, decongestionare le strutture sanitarie diminuendo l’afflusso di pazienti per le prestazioni differibili, consentire un adeguato livello di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie anche per pazienti non affetti da COVID-19.

Con D.G.R. n. XI/3115/2020 sono stati approvati i criteri cui gli erogatori, pubblici e privati, dovranno attenersi per il riavvio delle attività sanitarie (misure organizzative per l’accesso e la adeguata gestione delle attese, in modo da consentire il rispetto delle condizioni di sicurezza) e si prevede di privilegiare le modalità di erogazione delle prestazioni attraverso la Telemedicina.

Regione Emilia Romagna

La sospensione (nota della Direzione Generale cura della persona salute e *welfare* PG/2020/0210546 del 10/3/2020) dell'erogazione delle prestazioni specialistiche non urgenti dovuta all'emergenza COVID-19 ha comportato la chiusura delle agende di prenotazione per le prestazioni programmate e la mancata erogazione di quanto già prenotato, ad eccezione di quelle urgenti (identificate in ricetta con classe di priorità U - Urgente e B - Breve) e dei controlli per pazienti con patologie rilevanti (croniche e rare).

La Regione, al fine di favorire l'adozione di comportamenti omogenei sul territorio che consentano di garantire la continuità terapeutica e la massima sicurezza per pazienti e operatori sanitari, ha definito le indicazioni operative per la gestione di pazienti con patologie rilevanti (croniche e rare) ad alto rischio di instabilità clinica e riacutizzazione.

Con D.G.R. n. 404/2020 si definiscono le indicazioni per il riavvio graduale delle attività sospese, improntata a criteri di garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio di contagio e di tutela della salute dei pazienti che necessitano di trattamenti non ulteriormente rimandabili, con l'obiettivo generale di supportare la tenuta del sistema sanitario.

Regione Lazio

Fra le prime azioni per fronteggiare l'emergenza sanitaria la Regione Lazio ha disposto (Determinazione della Direzione Salute ed integrazione socio-sanitaria (D.D.) n. G02738/2020) la costituzione di una Cabina di Regia volta al coordinamento delle procedure di reclutamento straordinario di personale sanitario.

In riferimento a quanto previsto dal D.L. n. 14/2020 (art. 13, comma 1) dall'Ordinanza Regionale (O.R.) del 6/3/2020, la Nota della Direzione Generale Salute e integrazione socio-sanitaria - aria rete ospedaliera e specialistica (D.G.S.) n. 214875/2020 definisce le indicazioni per le attività ambulatoriali; in particolare, sospensione delle attività (sia in regime SSN che in libera professione intramoenia) presso i presidi

ospedalieri pubblici e privati accreditati ad eccezione delle prenotazioni con priorità U e B, dialisi, oncologia ed i controlli chirurgici ed ortopedici post operatori.

Con Nota D.G.S. n. 261150/2020 è stata fornita la mappa delle strutture di Specialistica Ambulatoriale nella quale possono essere indirizzati i pazienti non affetti da COVID-19.

Con Nota D.G.S. n. 391183/2020 è stato trasmesso il documento "Azioni di Fase IV" con l'obiettivo di delineare le linee di indirizzo per la ripresa dell'attività ordinaria del Sistema Sanitario Regionale. Vengono definite le azioni necessarie applicate sia alle attività ambulatoriali territoriali socio-sanitarie sia alla specialistica ambulatoriale per garantire la sicurezza ed il distanziamento: valutazione del rischio COVID-19 nei giorni precedenti alla visita con *triage* telefonico e comunque all'accesso, ricorso alla Televista oppure al consulto telefonico a seconda della tecnologia di cui dispone l'utente e della tipologia di visita da effettuare, distribuzione degli spazi, accessi, appuntamenti schedulati, priorità etc.

Con il documento "Attività medicina specialistica ambulatoriale e programmi di *screening* - indicazioni per la ripresa" (Nota D.G.S. n. 437917/2020) sono state fornite indicazioni complessive (da calarsi nel contesto locale) per il recupero delle prestazioni sospese; nello specifico:

1. stabilire le priorità con le quali recuperare, compatibilmente con gli spazi disponibili, le prestazioni prenotate non erogate, impegnandosi a garantire la continuità assistenziale per i *follow up* prenotati, in particolare per quelli che presentano maggiore criticità clinica
2. utilizzare la televisita/videochiamata sanitaria, il controllo remoto dei dispositivi impiantabili in ambito cardiologico e diabetologico, per la gestione delle visite di controllo e i *follow up*
3. individuare, per il recupero delle prestazioni, criteri utili a definire la precedenza di erogazione da attribuire alle prestazioni sospese
4. fornire all'utente, al termine della visita di controllo ambulatoriale, la prenotazione nel sistema ReCUP (Centro Unico di Prenotazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale)

dei successivi appuntamenti, come previsto dal PNGLA 2019-2021

5. prevedere, per il recupero delle prestazioni sospese, il ricorso a
 - a. ottimizzazione dei turni del personale, medico/comparto, e dell'uso degli spazi, delle tecnologie ed attrezzature
 - b. aperture dei presidi sanitari nelle ore serali e nelle giornate di sabato e domenica
 - c. per le strutture pubbliche, utilizzo delle prestazioni aggiuntive, per i medici specialisti e per il comparto
 - d. utilizzo delle strutture private accreditate per l'erogazione di parte delle prestazioni sospese.

Regione Puglia

Con Disposizione del Dipartimento di promozione della salute (D.P.S) del 9/3/2020 fra le misure per la prevenzione e la gestione dell'epidemia è stata prevista la sospensione delle attività di specialistica ambulatoriale (ad eccezione delle attività non differibili indicate dalla normativa nazionale).

Successive disposizioni hanno prorogato la sospensione (in concomitanza con il prolungamento dello stato di emergenza).

La Disposizione D.P.S. del 2/5/2020 stabilisce la ripresa delle attività; tutte le strutture pubbliche, private accreditate ed autorizzate, hanno potuto riattivare le attività sanitarie di specialistica ambulatoriale, anche quelle rese all'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza, definendo un piano complessivo, da aggiornarsi o modificarsi in base alle condizioni di contesto.

Il Dipartimento Salute della Regione ha fornito alle ASL (Aziende Sanitarie Locali) i nuovi indirizzi vincolanti per la riorganizzazione dei processi organizzativi e assistenziali, per la gestione degli spazi e per la migliore articolazione delle diverse attività di prevenzione, sanitarie e amministrative all'interno delle proprie strutture.

Regione Sardegna

L'ATS (Azienda Tutela Salute) della Sardegna con Nota NP/2020/0011496 del 06/3/2020 ha disposto la sospensione delle visite che non rivestivano carattere di urgenza/emergenza, fino a nuova comunicazione e, successivamente, con Nota NP/2020/0015567 del 2/4/2020 ha dato disposizione di accettare esclusivamente prenotazioni per le prestazioni Urgenti e Brevi, qualora queste ultime presentassero carattere di relativa urgenza valutabile dallo specialista di riferimento.

Con D.G.R. n. 28-18/2020 sono state definite le linee di indirizzo da applicare per la ripresa delle attività sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e territoriali, nei diversi spazi comuni e *setting* assistenziali delle strutture: ingresso, sale d'attesa, Pronto Soccorso, reparti di degenza ospedaliera, attività chirurgica, *Day Service*, *Day Hospital*, specialistica ambulatoriale etc. Sono state, inoltre, fornite indicazioni per il recupero delle prestazioni differite.

Per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale o assimilate, per garantire la sostenibilità del sistema, è stata prevista l'effettuazione del tampone fino al 30% dei pazienti individuati in base alle risultanze del *triage*, a criteri di maggiore vulnerabilità dell'utenza o a criteri di maggiore rischio di trasmissibilità in relazione alla tipologia di prestazione richiesta (criteri esplicitati dai protocolli operativi aziendali).

Per le visite di controllo, l'aggiornamento dei piani terapeutici e il *follow-up* è stata data indicazione di privilegiare le modalità di erogazione delle prestazioni a distanza, modalità confermate dalla D.G.R. n. 40-4/2020.

8.3. Le prestazioni differite

Per quantificare l'effetto dei provvedimenti nazionali relativi all'adozione di misure urgenti per il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus COVID-19 (DPCM dell'8/3/2020 e DPCM del 9/3/2020) sulla riduzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono stati considerati i dati del Sistema TS (Tessera Sanitaria) di assistenza specia-

listica a carico del SSN pubblicati dal MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze)².

Il valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, antecedenti l'attuale situazione di emergenza, risulta pari a circa € 11,2 mld. per l'anno 2016, circa € 11,6 mld. per il 2017 e circa € 11,9 mld. sia per il 2018 che per il 2019.

In termini pro-capite, il valore medio delle prestazioni, nel 2019, risulta pari a € 198, valore in crescita nel periodo 2016-2019 del 6,6% (con una sostanziale stabilità nel periodo 2018/2019 pari a +0,5%) (Figura 8.1.).

Valori più elevati si registrano nelle Regioni del Nord con € 228 pro-capite nel 2019 (+5% nel periodo 2016-2019), seguite dalle Regioni del Centro con € 182 pro-capite (-0,5% nel periodo 2016-2019) e dalle Regioni del Sud ed Isole che, con € 166 pro-capite, registrano la variazione più elevata nel periodo considerato (+14,8% nel periodo 2016/2019).

I valori oscillano da € 129 pro-capite nel 2019 nella Regione Calabria (+12% nel periodo 2016-2019) a € 251 pro-capite nella Regione Friuli Venezia Giu-

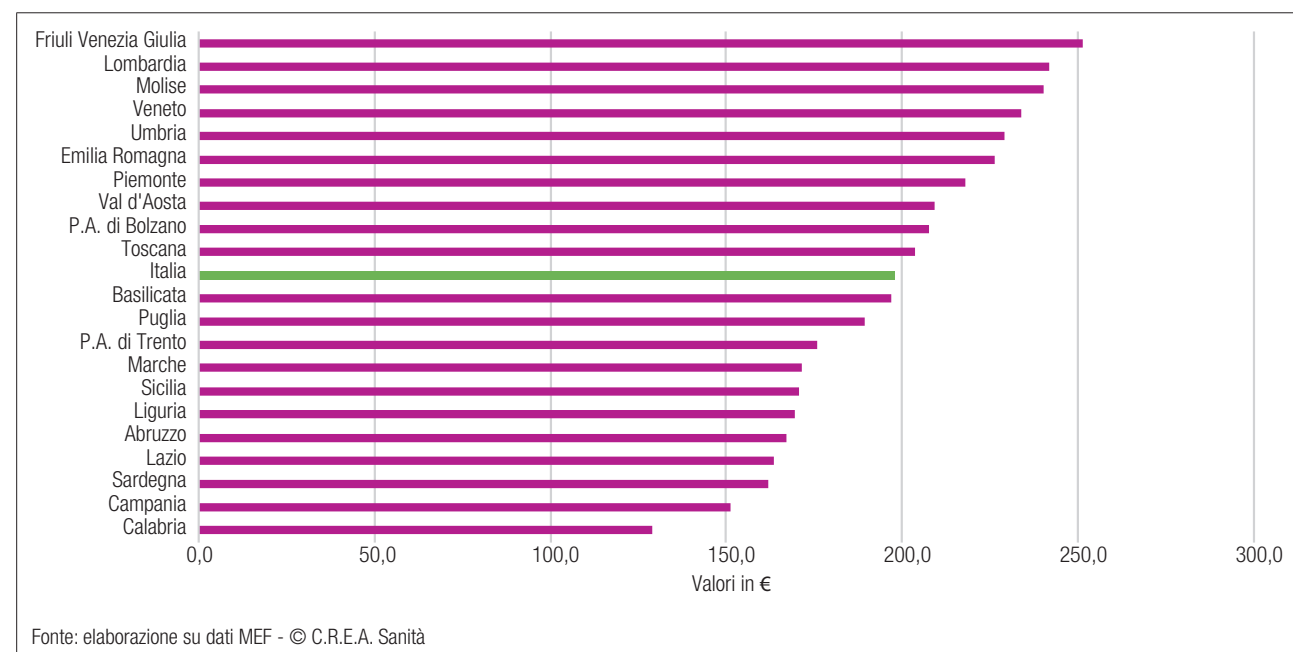
lia (+6,8% nel periodo 2016-2019). I dati disponibili (Rapporto n. 7/2020, MEF – Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria), permettono di confrontare il periodo gennaio-maggio 2020 vs lo stesso periodo del 2019: le variazioni registrate si assume siano determinate dal periodo strettamente legato all'emergenza (marzo-maggio 2020).

In termini di valore delle prestazioni si registra una diminuzione di circa il -31%, con valori che oscillano dal -61% della Regione Basilicata al -10% della Campania (Figura 8.2.).

Considerando le Regioni maggiormente colpite nella prima fase dell'emergenza, la Regione Lombardia registra una riduzione del -39%, la Valle d'Aosta del -44%, l'Emilia Romagna del -33%; il Piemonte del -29% ed il Veneto del -23%.

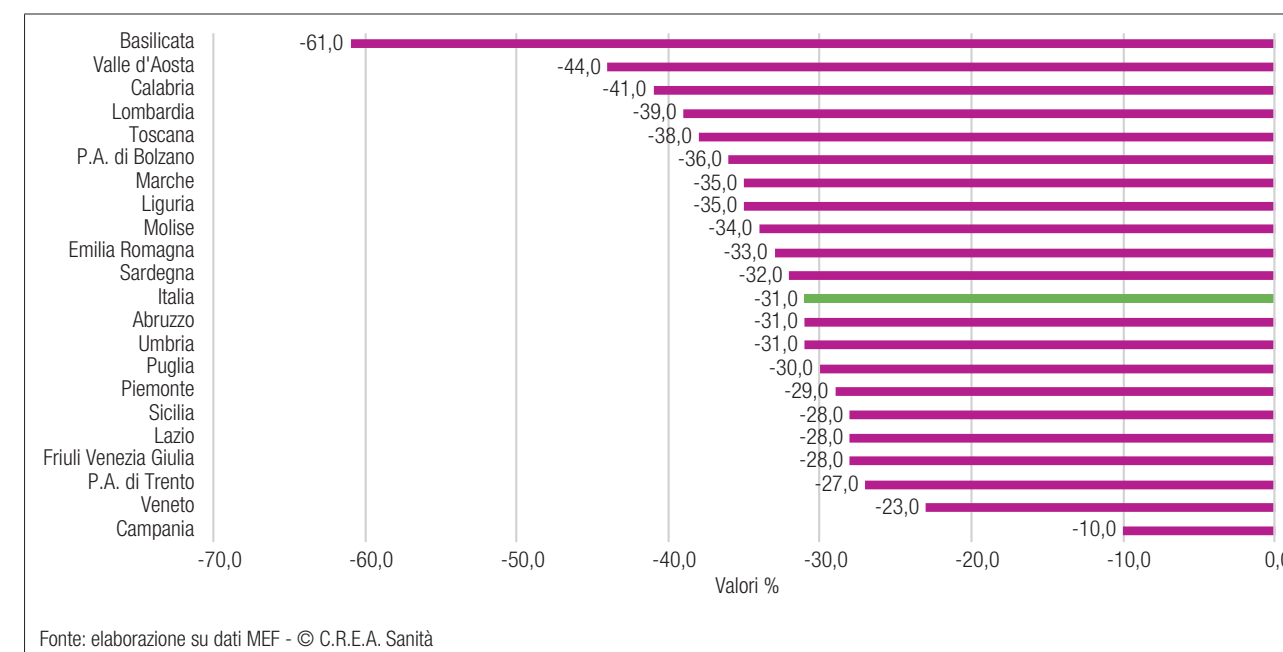
In termini di numerosità delle prestazioni è possibile effettuare un raffronto a livello nazionale dell'andamento delle ricette relative all'assistenza specialistica del periodo gennaio-maggio 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019; la riduzione complessiva risulta essere del -36%.

Figura 8.1. Valore pro-capite delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate. Anno 2019



² MEF – Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria. Rapporto n. 7/2020

Figura 8.2. Valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel periodo gennaio-maggio, 2020 vs 2019



Considerando esclusivamente i dati dei periodi toccati dalle misure emergenziali (marzo-maggio 2020) confrontati con lo stesso periodo nell'anno 2019, la riduzione del numero di ricette complessivamente considerate (prestazioni urgenti + prestazioni non urgenti) risulta essere pari al -58%; l'erogazione delle prestazioni urgenti³ registrano un aumento del +60% contro una pari riduzione delle prestazioni non urgenti.

In definitiva, dai primi dati disponibili (che andranno poi verificati) sembra potersi concludere che:

1. c'è stato un travaso di prestazioni non urgenti che sono diventate urgenti
2. pur a fronte di una generale riduzione, la resilienza delle Regioni è stata molto differente: alcune Regioni (ad esempio il Veneto) sembrano avere tenuto in termini di garanzia di accesso alle prestazioni specialistiche; altre molto meno (ad esempio la Lombardia, che peraltro è stata la Regione notoriamente più colpita dall'emergenza).

La ripresa dell'attività ambulatoriale ha richiesto

una graduale ricollocazione delle prestazioni specialistiche al fine di recuperare le prestazioni differibili/programmabili sospese a causa del primo picco pandemico.

I protocolli previsti nella fase di riapertura dell'attività ambulatoriale ordinaria avevano l'obiettivo di assicurare il rispetto delle procedure igienico-sanitarie attraverso la riorganizzazione degli spazi e degli appuntamenti per garantire il distanziamento fisico e la sanificazione degli ambienti; tali procedure possono, peraltro, potenzialmente portare ad un allungamento dei tempi di esecuzione delle prestazioni.

Per il recupero delle prestazioni non erogate il D.L. n. 104/2020 (art. 29, comma 9) aveva previsto che le Regioni presentassero al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze uno specifico Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, nel quale venissero dettagliati i modelli organizzativi prescelti, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del D.L. (validità dal giorno successivo dalla pubblicazione: GU n. 203 del 14/8/2020 - Suppl. Ordinario n. 30).

³ Nell'ambito delle prestazioni Urgenti sono incluse solo le prestazioni con classe di priorità Urgente (U). Le prestazioni con classe di priorità Breve (B), Differibile (D) o Programmata (P) sono state incluse nelle prestazioni Non Urgenti

Prima della presentazione del Piano di recupero delle liste di attesa le disposizioni normative attuate evidenziano come le strategie regionali applicate prevedano un generale ampliamento degli orari ambulatoriali e sottolineino la necessità di privilegiare, dove possibile, le attività da remoto e le Televiste. Si riportano di seguito, senza alcuna pretesa di esaustività, alcuni provvedimenti già adottati:

- Abruzzo - l'ASL di Lanciano Vasto Chieti ha avviato un piano straordinario prevedendo il prolungamento degli orari per aumentare le visite durante l'attività ordinaria
- Lazio - la Nota Regione Lazio n. 428338 del 15/5/2020 (attività medicina specialistica ambulatoriale e programmi di screening indicazioni per la ripresa) prevede:
 - o ottimizzazione dei turni del personale, medico/comparto, e dell'uso degli spazi, delle tecnologie ed attrezzature
 - o aperture dei presidi sanitari nelle ore serali e nelle giornate di sabato e domenica
 - o per le strutture pubbliche, utilizzo delle prestazioni aggiuntive, per i medici specialisti e per il comparto, come da normativa vigente; l'attività svolta dai medici specialisti in prestazioni aggiuntive, ovvero sotto altra eventuale forma di contrattualizzazione, dovrà essere rendicontata attraverso report inviati mensilmente alla Direzione Regionale Salute con indicati i volumi di prestazioni eseguite
 - o utilizzazione delle strutture private accreditate per l'erogazione di parte delle prestazioni sospese, prenotate in classe D e P, sempre all'interno del budget loro assegnato
- Marche - la Regione si orienta verso la diffusione delle nuove tecnologie, app e prenotazioni online e incremento dell'attività pomeridiana utilizzando eventualmente anche le giornate festive e prefestive; le prestazioni differite all'inizio dell'emergenza vengono annullate, sarà compito del MMG valutare l'attuale bisogno e procedere ad una nuova eventuale prescrizione (D.G.R. n. 523/2020 e D.G.R. n. 827/2020)

- Toscana - le procedure di recupero e la riprogrammazione delle attività sono concertate dalle aziende sanitarie con ISPRO (Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica) nell'ottica di percorsi omogenei e garantiti a livello regionale; le Aziende ed Enti del SSR (Servizio Sanitario Regionale) dovranno distribuire le attività programmabili dalle ore 8 alle ore 20, con possibilità di proseguimento di tutti i giorni feriali della settimana, dal lunedì al sabato compreso, in modo tale da garantire una riduzione della presenza contemporanea di pazienti e operatori sanitari nei vari presidi di erogazione, assicurando una omogenea distribuzione delle prestazioni su tutto l'arco della giornata; a tale scopo è istituito un monitoraggio aziendale e regionale per ciascun presidio (Ordinanza Regione Toscana n. 49 del 3/5/2020)
- Lombardia - per la programmazione dell'attività ambulatoriale si prevede di privilegiare le modalità di erogazione di prestazioni di Telemedicina, specialmente per quanto attiene le visite di controllo, l'aggiornamento dei piani terapeutici, il *follow-up*; l'orario di erogazione delle prestazioni ambulatoriali dovrà essere quanto più possibile ampliato per limitare l'afflusso e lo stazionamento di persone all'interno delle sale di attesa e delle aree visita/diagnostica; le strutture erogatrici, prima dell'avvio o dell'incremento delle attività precedentemente sospese o ridotte, dovranno predisporre un piano organizzativo sottoscritto dal Legale Rappresentante della struttura che dovrà essere presentato formalmente all'ATS (Agenzie di Tutela della Salute) territorialmente competente (D.G.R. n. XI/3115/2020)
- Emilia Romagna - le prenotazioni di prestazioni di primo accesso che sono state sospese dovranno essere recuperate ed erogate, in primis a partire dalle strutture che non sono coinvolte ancora direttamente nella gestione dell'emergenza COVID-19 o dove vi sia il personale disponibile all'erogazione di attività specialistica in quanto non già impegnato

in attività collegate all'emergenza; presso tali strutture, quindi, per garantire un equilibrio tra la dilazione degli appuntamenti ed il recupero del maggior numero di appuntamenti sospesi, occorrerà prevedere:

- o una riarticolazione delle agende di prenotazione
- o il contenimento della riduzione della capacità produttiva attraverso l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori
- o la riorganizzazione delle attività correlate alla prestazione con espletamento telefonico di ogni attività di anamnesi e di informazione (sia precedente che successiva alla

prestazione stessa) (D.G.R. n. 137/2020).

Le regioni che hanno attualmente presentato il Piano operativo previsto dal D.L. n. 104/2020 risultano essere 5: Marche, Toscana, Piemonte, Umbria, Veneto (Tabella 8.2.).

In particolare, la regione Marche e la Toscana rimandano alle Aziende e agli Enti l'elaborazione di un piano di riassorbimento, delle visite e dei ricoveri programmati, per l'erogazione di prestazioni aggiuntive.

Considerando l'attuale prolungamento dello stato emergenziale al 31/1/2021 l'attuazione dei Piani presentati e l'effettivo controllo della loro realizzazione rappresentano sicuramente un elemento di criticità.

Tabella 8.2. Piani operativi per il rientro delle liste di attesa

Regioni	Normativa	Contenuti
Marche	D.G.R. n. 1323/2020 Art. 29 decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104; azioni relative al personale dipendente, lavoratore autonomo e convenzionato ai fini della realizzazione del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa	<ul style="list-style-type: none"> • € 8.106.880 per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale • Incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna • Prestazioni aggiuntive da parte del personale della dirigenza del ruolo sanitario e del comparto, possibilità di stipulare nuovi contratti di lavoro a tempo determinato e di lavoro autonomo comprese le collaborazioni coordinate e continuative e all'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna
Toscana	D.G.R. n. 1225/2020 Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa redatto in attuazione del D.L. n. 104/2020, art. 29, comma IX	<ul style="list-style-type: none"> • Ogni Azienda, sulla base delle liste di prenotazione aggiornate di cui dispone, provvede ad elaborare un piano di riassorbimento delle visite e dei ricoveri programmati tramite l'integrazione tra attività istituzionale, attività aggiuntiva e acquisto dal sistema privato, utilizzando anche fasce orarie ulteriori indicate dai CUP per ampliare le agende di prenotazione in regime istituzionale
Piemonte	D.G.R. n. 2-1980/2020 Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2	<ul style="list-style-type: none"> • Le Aziende pubbliche del SSR, entro il 5 ottobre 2020, sono tenute ad aggiornare il proprio Piano organizzativo aziendale, specificando con riferimento alle risorse ripartite il modello organizzativo prescelto per il recupero delle prestazioni minime indicate • Le Aziende possono distribuire le attività programmabili, sia ambulatoriali che chirurgiche, su tutto l'arco della giornata, indicativamente dalle ore 8 alle 20, dal lunedì al sabato. • Tra le misure utilizzabili dalle Aziende, l'incremento dell'utilizzo del personale interno, l'ulteriore utilizzo delle strutture ambulatoriali, il reclutamento di personale, attraverso nuove assunzioni, anche a tempo determinato, o attraverso forme di lavoro autonomo e di collaborazione coordinata e continuativa, e la possibilità di refertare visite, esami e prestazioni specialistiche per i medici specializzandi
Umbria	ND	<ul style="list-style-type: none"> • Assegnazione obiettivi da parte dei Commissari alle Strutture eroganti delle prestazioni da recuperare (obiettivo specifico II semestre 2020) • Ampliamento offerta pubblica • Piano assunzioni specialisti: i Commissari Straordinari definiscono le esigenze specifiche che vanno valutate congiuntamente a livello regionale per predisporre un piano unico di fabbisogni • Incremento del tetto di <i>budget</i> con il privato accreditato • Piano di recupero delle vaccinazioni • Piano di recupero degli <i>screening</i>
Veneto	D.G.R. n. 1329/2020 Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Art. 29, comma 9, decreto legge 14 agosto 2020, n. 104	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento della tariffa oraria, con esclusione dei servizi di guardia per le prestazioni di accertamenti diagnostici • Prestazioni aggiuntive del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario • Incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Fonte: BUR Regionali e Siti istituzionali Regioni

8.4. Telemedicina

L'emergenza sanitaria posta dalla pandemia di COVID-19 ha messo alla prova la tenuta della Sanità italiana ed ha decisamente stimolato l'attenzione verso la Telemedicina accelerandone le applicazioni e le necessità di sviluppo; vari interventi normativi vanno nella direzione di facilitare in ogni modo possibile il controllo a distanza dei pazienti da parte dei medici di riferimento, compresi gli specialisti.

A tal fine l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha fornito indicazioni rivolte agli operatori ed ai *manager* sanitari coinvolti nell'emergenza. Il Servizio Sanitario Nazionale è stato chiamato a erogare servizi a persone obbligate in quarantena o in isolamento fiduciario, tali servizi hanno avuto ed hanno il duplice scopo di contribuire a contrastare la diffusione del COVID-19 e anche di garantire, per quanto possibile, la continuità della cura e dell'assistenza, a cui le persone hanno diritto. (Gabbriellini F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M. Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13/4/2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).

Per l'assistenza specialistica, nello specifico, ci si pone l'obiettivo di erogare controlli specialistici attraverso videochiamate, eventualmente eseguendo in tal modo anche le prestazioni già programmate prima dell'inizio del periodo di isolamento.

Prima dell'emergenza sanitaria le Linee di indirizzo del Ministero della Salute "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" di cui è stata sancita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome (CSR) (Repertorio Atti n. 16/CSR/2014), hanno rappresentato la base su cui si sono attivati progetti e sperimentazioni: ad esempio in Regione Toscana la D.G.R. n. 497/2014 ha recepito l'intesa sul documento nazionale. Tra le azioni regionali con la D.G.R. n. 1526/2017 è stato definito l'approccio attuativo per la realizzazione del

progetto "isole minori", basato sulla realizzazione di reti cliniche per la Telemedicina. L'Emilia Romagna con D.G.R. n. 648/2016 ha previsto l'implementazione dei Servizi di Telemedicina nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso. Nella Regione Veneto con Decreto del Dirigente regionale del Settore Sistema Informativo SSR (D.D.R.) n. 50/2014 si riconosceva la possibilità agli Enti del SSR di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di Telemedicina secondo le Linee di indirizzo nazionali.

Numerose sono le sperimentazioni regionali sulla Telemedicina "pre-Covid": l'emergenza ha sicuramente messo in luce il differente stato attuativo sul territorio e l'esigenza di attuare regole omogenee per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali a distanza.

Le Linee nazionali di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19 (C.M.S. n. 11408/2020), per la riattivazione delle attività ambulatoriali prevedono l'opportunità di privilegiare modalità di erogazione a distanza (Telemedicina, videochiamata, videoconferenza), per particolari tipologie di prestazione (es. alcune tipologie di visite di controllo, aggiornamento di piani terapeutici).

Le Regioni e PP. AA. di Trento e Bolzano, per la ripresa delle citate attività di specialistica ambulatoriale (Art. 50, legge n. 326 del 24/11/2003), hanno condiviso l'opportunità di attivare, tra le misure generali di prevenzione, i servizi innovativi di Telemedicina, estendendo la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici "abituali" come emerge dal Documento della Conferenza delle Regioni (CR) "Erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a distanza - semplificazione all'accesso alle cure".

Lo scopo del succitato documento è stato quello di regolamentare i servizi di Televisita⁴ per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a distanza. Le Regioni e delle PP.AA. di Trento e di Bolzano hanno condiviso il seguente sistema di regole:

- prestazioni:
 - o sistema tariffario - in fase di prima applicazione verrà applicato il sistema di remunerazione/tariffazione vigente per l'erogazione delle medesime prestazioni in modalità "tradizionale"
 - o rendicontazione - necessità di definire il campo del flusso informativo regionale che consenta di tenere traccia della modalità in Telemedicina; nel caso in cui anche sul tariffario nazionale vengano riportate prestazioni specifiche, il trattamento delle Televisite sarà equivalente ad una qualsiasi altra prestazione
- adesione informata del paziente - l'attivazione della prestazione attraverso il servizio di Telemedicina dovrà prevedere l'adesione preventiva del paziente
- responsabilità sanitaria durante attività in Televisita - alle attività sanitarie in Telemedicina si applicano tutte le norme legislative e deontologiche proprie delle professioni sanitarie, nonché i documenti d'indirizzo di bioetica
- comunicazione dell'Esito della prestazione

ambulatoriale erogata in modalità Televisita - la prestazione sanitaria erogata in modalità di Televisita è regolarmente gestita e refertata sui sistemi informatici in uso presso l'erogatore, alla pari di una visita specialistica erogata in modalità tradizionale, con la aggiunta della specifica di erogazione in modalità a distanza.

Per fronteggiare le problematiche connesse al distanziamento sociale, all'infezione da COVID-19 e garantire in un contesto straordinario un'equità di accesso ai servizi per l'erogazione di prestazioni non differibili, alcune Regioni hanno definito le modalità di tariffazione delle prestazioni specialistiche in Telemedicina, pur mantenendo inalterata la valorizzazione rispetto alle prestazioni tradizionali (Tabella 8.3.).

Fra le Regioni che hanno normato in materia ci sono: la P.A. di Trento con la Delibera della Giunta Provinciale (D.G.P.) n. 433/2020 ha inserito nel tariffario provinciale delle prestazioni specialistiche anche la Telemedicina, ovvero le visite da remoto di diverse specialità, immediatamente attivabili, che affiancano l'analoga prestazione erogata in modalità tradizionale.

Tabella 8.3. Provvedimenti sulle tariffe di assistenza specialistica ambulatoriale in Telemedicina

Regioni	Normativa	Contenuti
P.A. di Trento	D.G.P. n.433/2020: COVID-19 - Prestazioni sanitarie erogabili da remoto	È introdotta quale sperimentazione gestionale a livello provinciale l'erogazione di prestazioni sanitarie da remoto: <ul style="list-style-type: none"> • Allegato A "Catalogo delle prestazioni erogabili da remoto" • Allegato B "Indicazioni di appropriatezza prescrittiva ed erogativa per le prestazioni contenute all'allegato A" • Allegato C "Introduzione dei codici esenzione "TEL" e "COV"
Sardegna	D.G.R. n. 40/4/2020 Accesso alle prestazioni specialistiche in modalità Telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> • Recepita l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n.16/2014), "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" (allegato 1) • Tariffe per le prestazioni in Telemedicina corrispondenti a quelle delle prestazioni erogate in presenza in sede • Aggiornamento del disciplinare flussi informativi sanitari nella variabile che individua il tipo di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale con la previsione di un'ulteriore categoria specifica per l'erogazione delle prestazioni in modalità Telemedicina • Modifica dei codici non conformi del nomenclatore tariffario regionale con i nuovi codici (allegato 2)
Veneto	D.G.R. n. 568/2020 Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilità agli Enti del SSR la di erogare servizi sanitari con modalità di Telemedicina, in coerenza con le Linee di indirizzo nazionali (CSR Rep. atti n.16/2014) • Identificazione delle prestazioni in Telemedicina attraverso l'aggiunta alla descrizione delle prestazioni in uso dell'opzione "eseguibile in Telemedicina" • Le tariffe delle prestazioni erogate rimangano invariate rispetto alle rispettive tariffe previste per la medesima prestazione erogata secondo modalità tradizionali

Fonte: BUR Regionali e Siti istituzionali Regioni

⁴ Si rimanda a successivi documenti la definizione di regole omogenee per ulteriori strumenti ritenuti di rilevanza strategica per il SSN (in particolare Telemonitoraggio, Telerabilitazione)

La tariffa di queste prestazioni rimane invariata rispetto alle rispettive prestazioni "ordinarie". La ratio è quella di dare priorità al paziente e alla sua presa in carico e valutare, eventualmente, al termine dello stato di emergenza, una revisione delle tariffe delle prestazioni erogabili "a distanza".

Nell'aggiornamento del nomenclatore viene stabilito che le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, erogate in modalità da remoto, per tutta la durata dell'emergenza, siano assicurate in regime di esenzione dalla compartecipazione dalla spesa sanitaria a tutti i pazienti iscritti al SSN, a prescindere dall'accertamento del contagio da COVID-19. (codice esenzione "TEL" qualora l'utente non sia positivo per il COVID-19, codice "COV" qualora l'utente sia positivo per COVID-19 e necessiti, in relazione alla malattia, di una delle prestazioni contenute nella delibera)

Anche, la Regione Sardegna con D.G.R. n. 40/4/2020 dispone che le tariffe per le prestazioni in Telemedicina siano corrispondenti a quelle delle prestazioni erogate in presenza in sede (e ne modifica i relativi codici), specifica, inoltre, che le visite di *follow-up* e di controllo programmato devono essere prioritariamente eseguite in modalità Telemedicina, salvo impossibilità o non idoneità accertata dal personale medico

La Regione Veneto con D.G.R. n. 568/2020 ha disposto che le prestazioni sanitarie del vigente Nomenclatore Tariffario Regionale della specialistica ambulatoriale erogate in modalità di Telemedicina siano identificate attraverso l'aggiunta alla descrizione delle prestazioni in uso dell'opzione "eseguibile in Telemedicina".

In tema di tariffazione, le Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina (Repertorio Atti n. 16/CSR/2014), suddividevano le prestazioni in due tipologie:

1. prestazioni già previste dai tariffari nazionali e regionali erogate in Telemedicina che mantengono inalterato il contenuto sostanziale;

per tali prestazioni si deve fare riferimento alla corrispondente descrizione e tariffa del nomenclatore tariffario, valutando in ogni singolo caso l'eventuale valorizzazione della diversa modalità di erogazione

2. prestazioni previste dai tariffari nazionali e regionali, ma che, grazie all'utilizzo della tecnologia, vengono eseguite con modalità che possono concorrere ad un miglioramento del relativo contenuto diagnostico terapeutico e ad un rafforzamento del monitoraggio continuo; si potrà sempre fare riferimento alla tariffa già presente, ma la descrizione e il valore andranno necessariamente modificati in relazione al diverso contenuto della prestazione.

Al momento sembrerebbe che le Regioni abbiano legiferato solo sulla prima tipologia limitandosi, nella fase emergenziale, ad inserire nuove codifiche e/o specifiche per identificare la modalità di prestazione in Telemedicina mantenendo inalterata la valorizzazione.

Un aspetto che merita una riflessione e suggerisce un futuro cambiamento, alla luce della situazione attuale, è la responsabilità sanitaria durante l'attività in Televisita: alle attività sanitarie in Telemedicina si applicano tutte le norme legislative e deontologiche proprie delle professioni sanitarie, nonché i documenti d'indirizzo di bioetica (20/167/CR06d/C7).

Il Codice deontologico dell'attività medica⁵ nell'art. 78 (tecnologie informatiche) esplicita che il medico, facendo uso dei sistemi telematici, non può sostituire la visita medica che si sostanzia nella relazione diretta con il paziente, con una relazione esclusivamente virtuale; può invece utilizzare gli strumenti di Telemedicina per le attività di rilevazione o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica.

Il succitato articolo se applicato letteralmente sembrerebbe in contrasto con le attuali esigenze.

Un ulteriore aspetto, che al momento non trova riscontro normativo, ma indirettamente ed esclusiva-

mente legato alla deontologia professionale, è rappresentato dalla necessità di adeguarsi al cambiamento da parte dei medici specialistici.

Per rispondere in maniera appropriata, adeguata e sicura nel fornire un consulto a distanza, il medico dovrebbe essere formato, sia nell'utilizzo ottimale delle tecnologie a disposizione, sia sulla diversa modalità di interazione per garantire una comunicazione efficace con i pazienti.

Le linee di indirizzo nazionali individuavano nella formazione ed aggiornamento dei professionisti della salute un elemento rilevante per fornire dimestichezza con i nuovi metodi per l'esercizio della loro professione. La formazione dovrebbe essere rivolta sia alle nuove apparecchiature di acquisizione delle informazioni e le tecnologie di trasmissione dei dati, alla base di una prestazione in Telemedicina ma anche nel fornire la capacità di servirsi di nuovi strumenti di dialogo con il paziente. A tal fine veniva indicato come indispensabile la necessità di mettere in atto un programma strutturato di formazione universitaria.

Sul territorio nazionale sono stati attivati master e corsi di formazione in Telemedicina per la formazione di personale sanitario; questi potranno permettere un cambiamento nei curricula dei professionisti delle prossime generazioni e, si auspica, la copertura del *gap* formativo del personale adulto.

Seppur con i limiti attualmente esistenti in termini di regolamentazione e formazione del personale, la Telemedicina può rappresentare un'opportunità per limitare il rallentamento del sistema legato all'andamento epidemiologico della pandemia COVID-19. La ripresa dell'attività ambulatoriale programmata avverrà, in base a quanto previsto a livello nazionale e regionale, con importanti limiti organizzativo-strutturali per garantire il rispetto delle misure di sicurezza.

Si auspica inoltre, che gli sforzi messi in atto durante l'emergenza possano rappresentare un incentivo per rendere la Telemedicina parte integrante del SSN.

I nodi da sciogliere sono, però, ancora numerosi: fra questi la determinazione delle tariffe (distinguendo le tariffe "tradizionali" da quelle in Telemedicina),

l'aggiornamento del codice deontologico, la strutturazione dei percorsi formativi, l'aggiornamento delle linee di indirizzo nazionali (approvate nel 2012 e rese operative nel 2014).

8.5. Conclusioni

La gestione dell'emergenza sanitaria ha determinato, inevitabilmente, cambiamenti nelle modalità organizzative per le prestazioni di assistenza specialistica.

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni specialistiche non urgenti, dovuta all'emergenza COVID-19, ha comportato la chiusura delle agende di prenotazione per le prestazioni programmate e la mancata erogazione di quanto già prenotato (ad eccezione delle prestazioni classificate come urgenti e dei controlli per pazienti con patologie rilevanti).

In termini di prestazioni è possibile effettuare un raffronto a livello nazionale dell'andamento delle ricette relative all'assistenza specialistica del periodo toccato dalle prime misure emergenziali (marzo-maggio 2020) con lo stesso periodo dell'anno 2019; la riduzione del numero di ricette complessivamente considerate (prestazioni urgenti + prestazioni non urgenti) risulta essere pari al -58%.

Peraltro l'impatto, valutabile ad oggi solo sul valore delle prestazioni erogate, quindi con qualche rischio di *bias*, sembra difforme fra le Regioni: considerando quelle maggiormente colpite dall'emergenza, alcune effettivamente hanno registrato una forte riduzione dell'erogazione, altre sembrano essere molto sotto la media nazionale.

Dal mese di maggio l'evoluzione dell'epidemia aveva concesso una graduale ripresa delle attività ambulatoriali precedentemente sospese, oltre che una progressiva riprogrammazione degli appuntamenti/visite annullati. Le strategie regionali applicate hanno previsto un generale ampliamento degli orari ambulatoriali e la necessità di incentivare le attività da remoto e le Televiste.

La ripresa delle attività è rimasta comunque subordinata all'adeguamento delle strutture erogatrici alle misure di prevenzione e riduzione del rischio

⁵ Delibera n.112 del 18/07/2014 e s.m.i. della FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

COVID-19.

Per il recupero delle prestazioni non erogate il D.L. n. 104/2020 aveva previsto che le Regioni presentassero al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze uno specifico Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, nel quale venissero dettagliati i modelli organizzativi prescelti.

La presentazione dei suddetti Piani (avvenuta solo da parte di poche Regioni) ha coinciso con il secondo picco pandemico e con il successivo prolungamento dello stato emergenziale rendendo l'attuazione degli stessi, nonché l'eventuale presentazione da parte delle restanti Regioni, ed il controllo della loro realizzazione, un elemento di assoluta criticità.

La Telemedicina è stato largamente riconosciuto

possa rappresentare una risorsa per arginare, almeno in parte, il recupero di alcune prestazioni e contenere i ritardi, che inevitabilmente si verificheranno, nell'attuale situazione.

I nodi da sciogliere rimangono, però, ancora numerosi: fra questi la definizione delle tariffe (distinguendo le tariffe "tradizionali" da quelle in Telemedicina), l'aggiornamento del codice deontologico, la strutturazione dei percorsi formativi dei professionisti sanitari, l'aggiornamento delle linee di indirizzo nazionali (approvate nel 2012 e rese operative nel 2014).

Si auspica, che gli sforzi che verranno messi in atto durante l'emergenza possano rappresentare un incentivo per rendere la Telemedicina parte integrante del SSN.

ENGLISH SUMMARY

The management of the health emergency has inevitably led to changes in the organisational arrangements for outpatient specialist care services.

The suspension of non-urgent outpatient specialist services, due to the COVID-19 emergency, has led to stopping the reservations of scheduled services and to the failure to provide the services already booked (with the exception of services classified as urgent and checks for patients with severe illnesses).

The data available (Report No. 7/2020, Economy and Finance Ministry (MEF) - Health Expenditure Monitoring) enables us to make a comparison between the January-May 2020 period and the same period in 2019. It is assumed that the changes recorded are strictly related to the health emergency occurred in March-May 2020.

The value of services has decreased by about 31%, ranging from a 61% fall in Basilicata to a 10% one in Campania. Considering the hardest hit Regions in the first emergency phase, Lombardia has recorded a 39% reduction, while in Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Piemonte and Veneto the value of services has fallen by 44%, 33%, 29% and 23%, respectively.

In terms of number of services provided, it is possible to make only a national comparison, of the trend of prescriptions relating to ambulatory specialist assistance in the period of the first emergency measures (March-May 2020), with the same period in 2019: the reduction in the number of prescriptions considered as a whole (urgent and non-urgent services) is equal to 58%.

In short, based on the first available data (which shall later be checked), the following conclusions can be drawn:

- 1) there has been a transfer of non-urgent services that have "become" urgent*
- 2) faced with a general reduction, Regions' resilience has been very different: some Regions (e.g. Veneto) seem to have better safeguarded*

the opportunities for access to specialist services, while other Regions much less so (e.g. Lombardia, which, however, has notoriously been the Region most affected by the health emergency, as well as Campania).

The epidemic evolution during the summer had permitted a gradual resumption of outpatient activities and a progressive rescheduling of cancelled services/medical examinations.

For recovering the services not provided, Decree Law No. 104/2020 (Article 29, paragraph 9) had, in fact, laid down that Regions should submit - to the Health Ministry and to the Economy and Finance Ministry - a specific Regional Operational Plan for supplying the services previously cancelled and reducing the waiting lists.

While drafting the chapter, however, a second wave of infections has broken out, which has led to extend the extraordinary "anti-COVID" measures until January 31, 2021. This situation will presumably lead to a further slowdown in the recovery of services, as well as a new stop in the provision of "deferrable" services.

Telemedicine seems to be a resource to stem, at least partly, the postponement of some services, thus reducing the delays that will inevitably occur in the current situation.

Nevertheless, there are still many outstanding issues to be solved, such as the setting of tariffs and fees (distinguishing between "traditional" tariffs and fees and the Telemedicine ones); the updating of the clinicians code of ethics; the arrangement of training courses for health professionals; the updating of national guidelines (adopted in 2012 and made operational in 2014).

It is hoped, therefore, that the efforts that will be made during the emergency may be an incentive to make Telemedicine an integral part of the NHS supply.

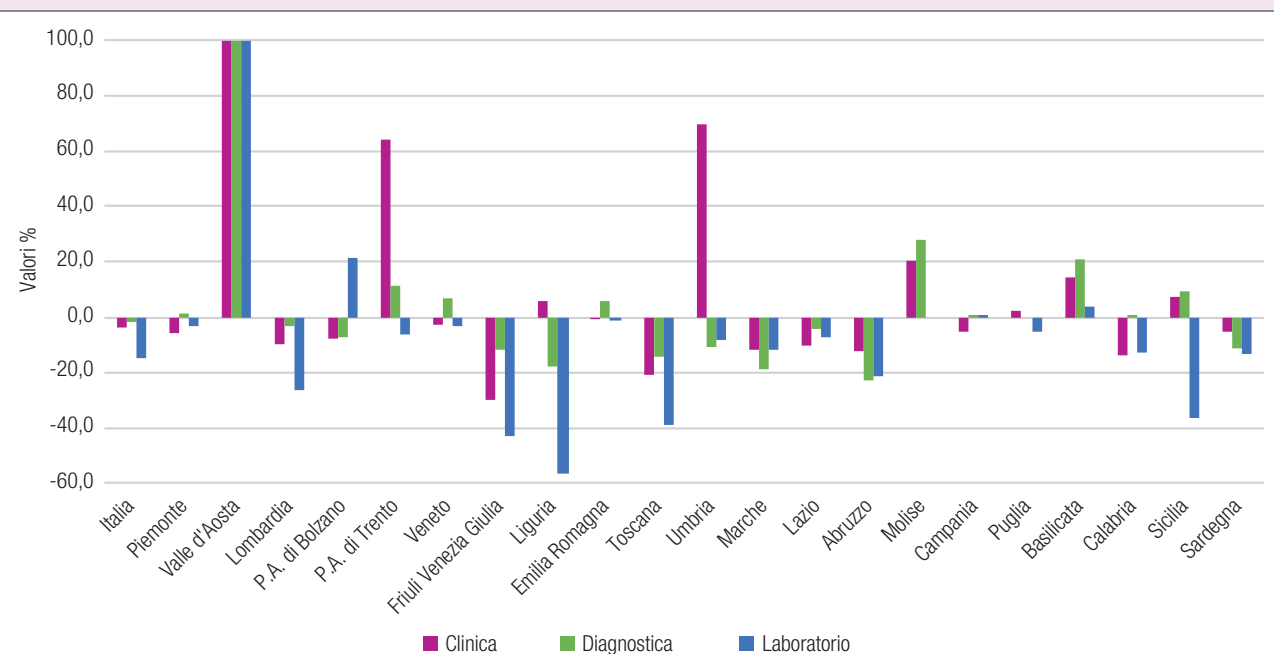
KI 8.1. Ambulatori e laboratori pubblici e privati



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel decennio 2007-2017 la suddivisione degli ambulatori e laboratori che erogano prestazioni specialistiche fra pubblici e privati rimane costante: i primi contano per il 39,9% nel 2007 e per il 39,6% nel 2017. Le variazioni più consistenti si registrano nella P.A. di Trento dove l'incidenza delle strutture pubbliche scende di 23,7 punti percentuali (dal 67,7% al 44,0%), di contro in Liguria presenta una riduzione dell'incidenza delle strutture private (dal 31,5% al 20,0%). La quota di ambulatori e laboratori privati massima nel 2017 si registra nella Regione Campania (82,7%), la minima in Liguria (20,0%).

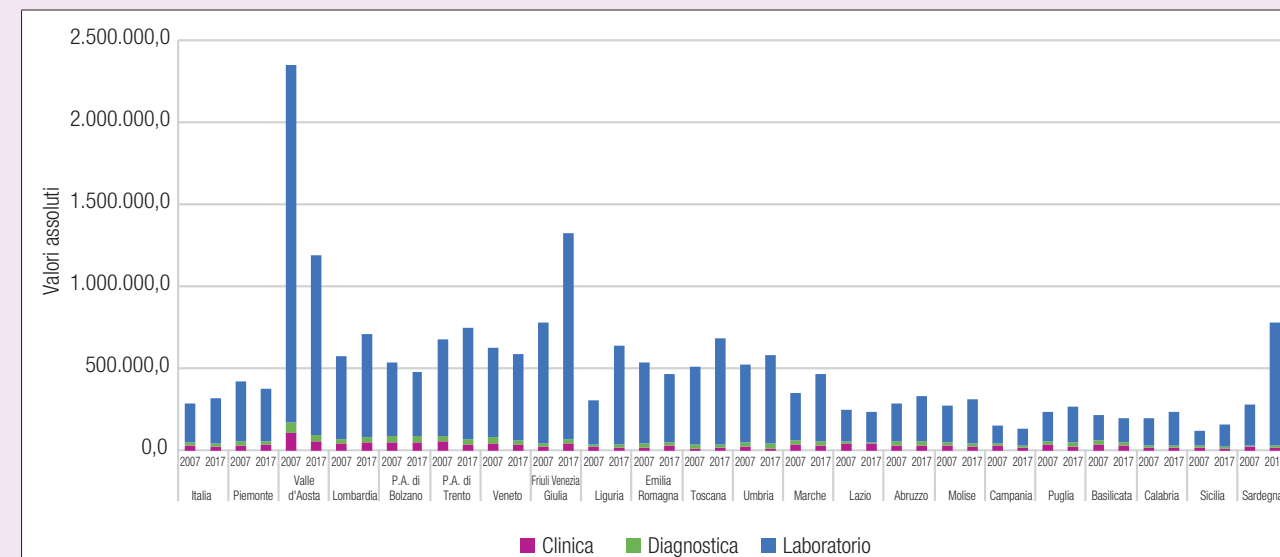
KI 8.2. Variazione strutture per branca anni 2017/2007



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tenendo presente che la medesima struttura può erogare prestazioni specialistiche appartenenti a più tipologie (clinica, diagnostica e di laboratorio), il numero di ambulatori e laboratori che svolgono attività clinica nel 2017 è pari a 6.074 (-4% rispetto al 2007); 2.995 sono le strutture che forniscono attività diagnostica (-1,7% rispetto al 2007); ed infine 3.628 i laboratori di analisi (15,0% rispetto al 2007). La variazione più consistente in termini percentuali si registra per l'attività clinica in Valle d'Aosta (+100%), la riduzione maggiore in Friuli Venezia Giulia (-29,8). Per la diagnostica è sempre la Valle d'Aosta a registrare l'incremento percentuale maggiore (+100%), mentre la contrazione maggiore si ha in Abruzzo (-22,6%). Ancora raddoppia i laboratori la Valle d'Aosta (da 1 a 2), mentre in Liguria si riducono del 56,3%.

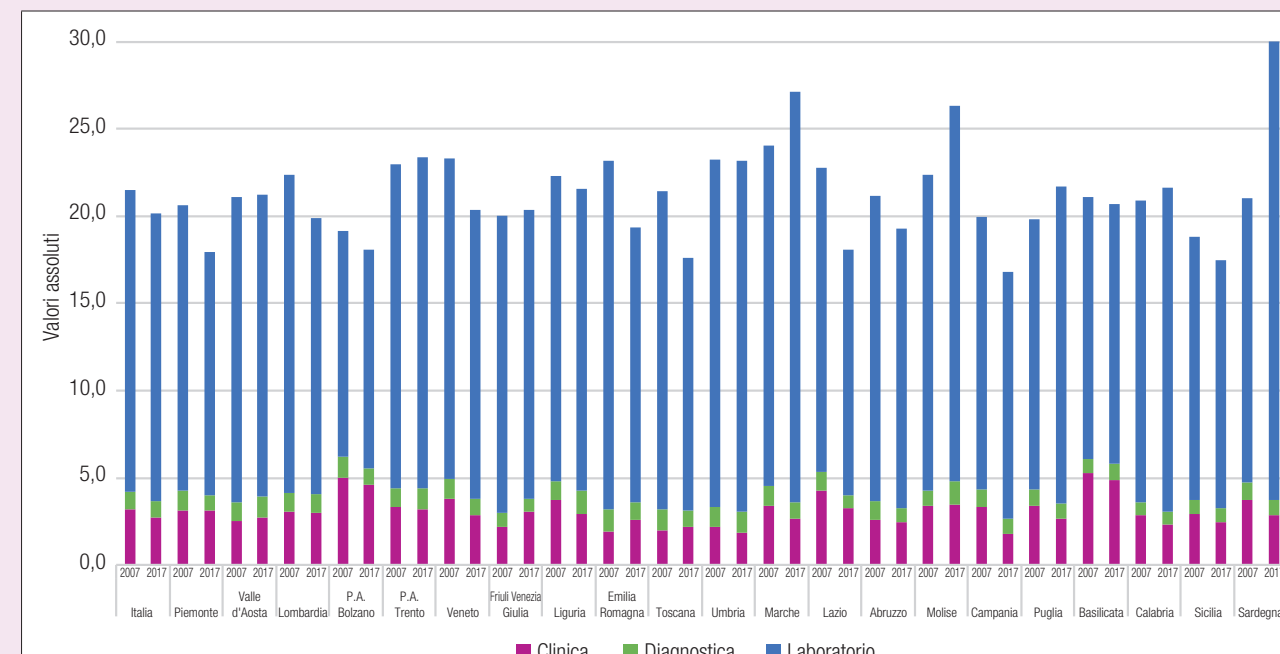
KI 8.3. Numero medio di prestazioni erogate per branca



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Il numero medio di prestazioni erogate, nel 2017, è pari a 275.292 per i laboratori, 27.230 per la clinica e 18.631,7 per le attività di diagnostica (rispettivamente +16,3%, -7,2% e -6,8% rispetto al 2007). Per le attività di laboratorio la Regione Valle d'Aosta presenta il numero medio di prestazioni più elevato pari a 1.098.263 (49,6% rispetto al 2007) di contro la Campania il numero più esiguo 99.807 (-8,9%). Per le attività di diagnostica Valle d'Aosta registra il numero di prestazioni più elevato pari a 36.555 (-46,9% rispetto al 2007) e la Sardegna il numero più basso con 11.234 (+0,9%). Per le attività di clinica è sempre la Valle d'Aosta a fornire il numero di prestazioni più elevato, con 58.368 prestazioni (-44,5% rispetto al 2007) mentre l'Umbria con 11.701 presenta il numero di prestazioni più basso (-49,1% rispetto al 2007).

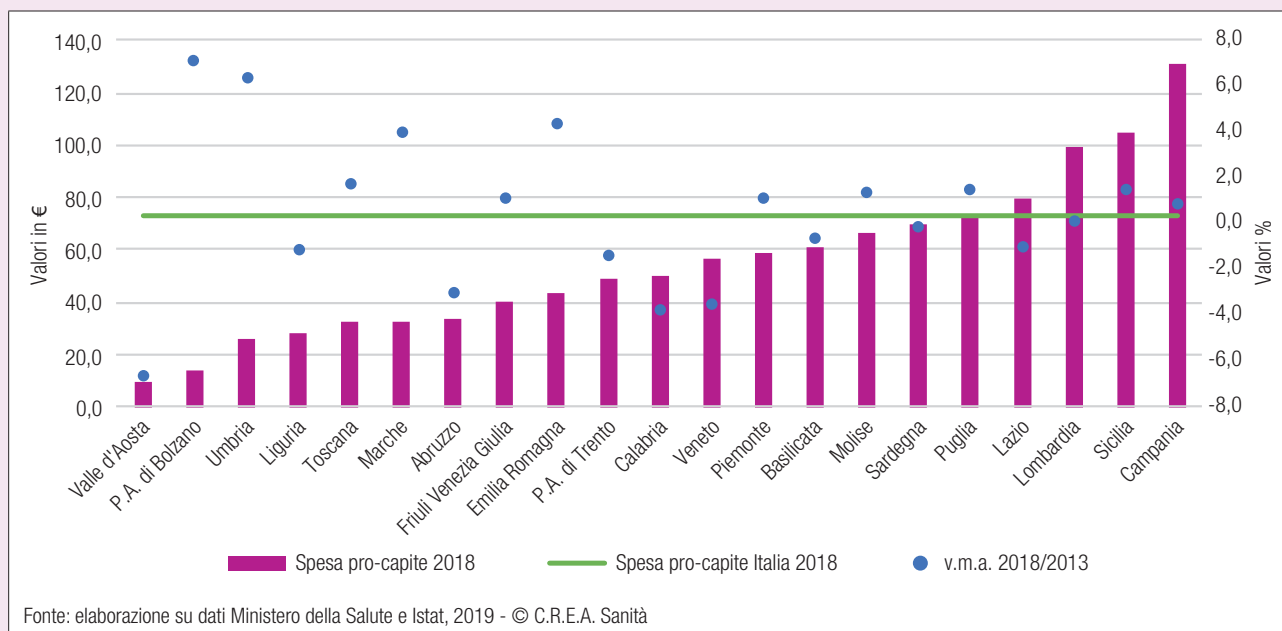
KI 8.4. Numero medio prestazioni per residente per branca



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

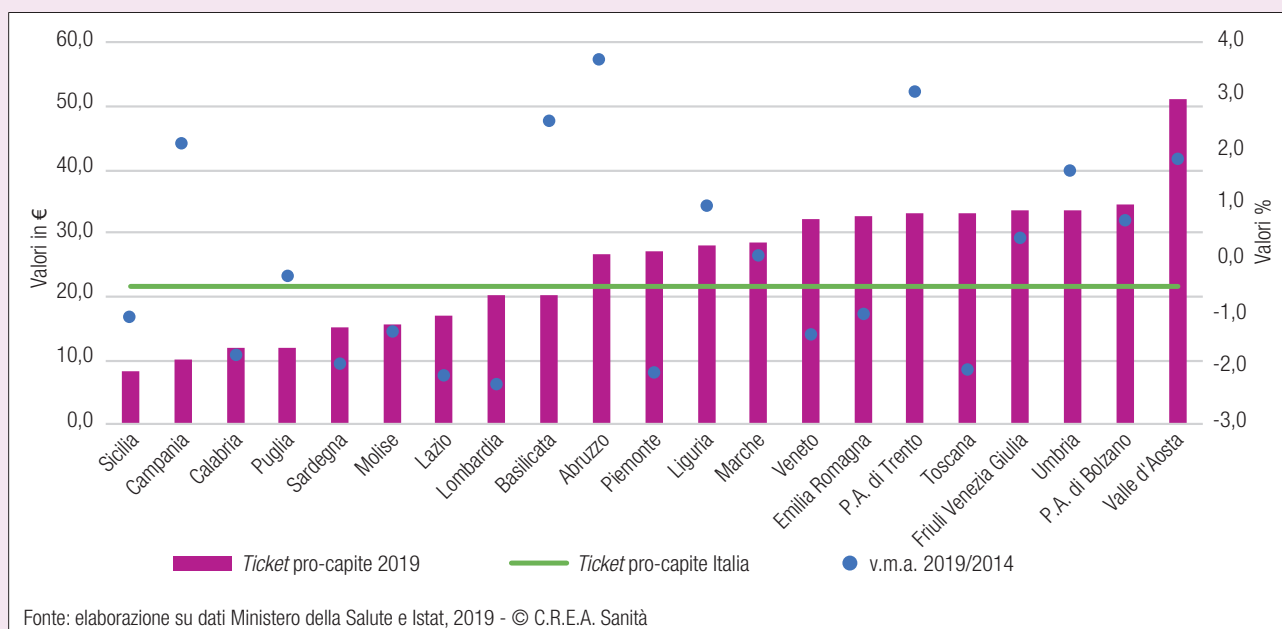
Il numero medio di prestazioni pro-capite per tipo di assistenza nel 2017 è pari a 2,7 per le attività cliniche, 0,9 per la diagnostica e 16,5 per le attività di laboratorio (rispettivamente -13,9%, -11,5% e -4,5% rispetto al 2007). Per le attività di Clinica la Regione Basilicata presenta il numero medio di prestazioni più elevato pari a 4,9 pro-capite (-6,9% rispetto al 2007) di contro la Campania il numero più esiguo con 1,8 prestazioni (-47,5%). Per le attività di diagnostica si va da un massimo di 1,4 in Liguria e Molise (rispettivamente +30,8% e +53% rispetto al 2007) ad un minimo di 0,7 in Calabria (-1,4%). Per i laboratori il numero di prestazioni più elevato si registra in Sardegna con 42,2 per residente (+158,8% rispetto al 2007), mentre la P.A. di Bolzano presenta il numero di prestazioni più basso con 12,5 (-3,5%).

KI 8.5. Spesa pro-capite per assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata



Nel 2018, la spesa netta pro-capite per specialistica ambulatoriale convenzionata (erogata dalle strutture private accreditate) ammonta a € 72,9, registrando una v.m.a dello 0,2% nel periodo 2013/2018. Il valore massimo si registra in Campania e Sicilia (rispettivamente € 130,6 e € 104,9 pro-capite); all'estremo opposto si collocano la Valle d'Aosta (€ 10,0 pro-capite), la P.A. di Trento (€ 14,5 pro-capite). Nel quinquennio analizzato si registra la variazione in aumento maggiore nella P.A. di Bolzano (+7,1% v.m.a.), la contrazione maggiore in Valle d'Aosta (-6,7% v.m.a.).

KI 8.6. Compartecipazione pro-capite al costo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (strutture pubbliche)



La compartecipazione pro-capite per prestazioni erogate da strutture pubbliche, nel 2019, si attesta a € 21,5, in diminuzione del 5,4% rispetto al 2014. Il valore massimo pro-capite si registra in Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e Umbria (rispettivamente € 50,4, € 34,3 e € 33,4); all'estremo opposto si collocano Sicilia (€ 8,4), Campania (€ 10,0), Calabria e Puglia (entrambe € 11,9). Nel quinquennio analizzato (2014-2019), la variazione media annua del ricavo delle compartecipazioni (prestazioni erogate dalle strutture pubbliche) più elevata in aumento si registra in Abruzzo (+3,6%) di contro la riduzione maggiore in Lombardia (-2,4%). La differenza tra la Regione con *ticket* massimo e quella con *ticket* minimo è di € 42,5.



Capitolo 9

Assistenza farmaceutica e dispositivi medici

Pharmaceutical and medical devices expenditure

9a. Assistenza farmaceutica

English Summary

9b. Tempi di rimborsabilità e prezzo dei farmaci oncologici nel periodo 2015-2019

English Summary

9c. Gestione dei servizi farmaceutici: efficienza interna ed esterna

9d. Governance e spesa dei dispositivi medici

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 9

Spesa farmaceutica e dispositivi medici

La spesa farmaceutica rappresenta, spesso, il cuore del dibattito delle politiche sanitarie; questo è ancora più vero negli ultimi anni, da quando il crescente ritmo di crescita dell'innovazione e il crescente impatto economico sui bilanci sanitari, hanno messo in crisi l'attuale *governance* del settore. Il settore dei dispositivi medici è assunto agli onori del dibattito di politica sanitaria più di recente, ma in modo sempre più frequente, anch'esso spinto dai crescenti problemi di sostenibilità, e dalle revisioni della regolamentazione comunitaria.

Il capitolo include quattro contributi.

Il primo (Capitolo 9a) effettua una fotografia dell'evoluzione della spesa farmaceutica, evidenziando le principali criticità del settore a livello nazionale e regionale. Una sezione specifica è dedicata alle partecipazioni alla spesa.

Il secondo (Capitolo 9b) si dedica all'accesso dei farmaci, descrivendo e comparando le tempistiche con cui AIFA, nel quinquennio 2015-2019, ha definito

il prezzo e il regime di rimborsabilità dei farmaci con indicazione oncologica e onco-ematologica approvati da EMA (*European Medicines Agency*).

L'obiettivo del capitolo è individuare quali siano le variabili che condizionano i tempi di accesso al mercato dei medicinali e se vi sia una correlazione tra queste variabili e il prezzo *ex-factory* negoziato da AIFA.

Il terzo contributo (Capitolo 9c), mediante 2 casi studio, analizza il processo di governo del farmaco a livello aziendale, a partire dalla fase di programmazione e di acquisto, per proseguire con la fase di gestione dei magazzini, dei rapporti con le Unità Operative (U.O.) e, infine, del monitoraggio dei consumi e della spesa.

Infine, il quarto contributo (Capitolo 9d) analizza il settore dei dispositivi medici, partendo da una analisi dei riferimenti normativi per poi analizzare la spesa per dispositivi medici e i relativi strumenti di governo.

Pharmaceutical spending and medical devices

Pharmaceutical expenditure is often at the heart of the health policy debate, all the more so in recent years, since the growing pace of innovation and the growing economic impact on health budgets, have put the current governance of the sector into crisis. The medical device sector has entered into the hearth of the health policy debate more recently, but ever more frequently, driven by growing sustainability problems and revisions of the EU regulations.

The chapter includes four contributions.

The first one (Chapter 9a) takes a snapshot of the evolution of pharmaceutical spending, highlighting the main problematic issues in the sector, at national and regional levels. A specific section is dedicated to the mechanism of cost-sharing in health spending.

The second one (Chapter 9b) is dedicated to drugs market access, describing and comparing the time frames with which, in the five-year period 2015-2019, the Italian Medicines Agency (AIFA) defined the price and the reimbursement regime of drugs

with oncological and onco-haematological indications approved by the European Medicines Agency (EMA).

The aim of the chapter is to identify the variables that influence the drugs time-to-market and whether there is a correlation between these variables and the ex-factory price negotiated by AIFA.

The third contribution (Chapter 9c) analyses the drugs governance process at health providers level, through 2 case studies: the analysis start from the planning and purchasing phase, through warehouse management phase, the relations with Operating Units (UU.OO.), to the monitoring of consumption and spending.

Lastly, the fourth contribution (Chapter 9d) examines the medical device sector, starting from an analysis of regulatory references and continuing with an analysis of spending on medical devices and of the related governance instruments.

CAPITOLO 9a Assistenza farmaceutica

Bernardini AC.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

9a.1. L'andamento della spesa farmaceutica

Nel 2019, in Italia, la spesa farmaceutica effettiva ha raggiunto il livello di € 30,1 mld.; di questa il 70,6% risulta a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (Tabella 9a.1.).

La spesa pubblica si è incrementata nell'ultimo quinquennio del 3,8% medio annuo, mentre quella privata del 1,6%.

La quota di spesa pubblica rispetto al 2014 è aumentata, quindi, di 2,2 punti percentuali (Figura 9a.1.).

Tabella 9a.1. Spesa farmaceutica in Italia, € mil.

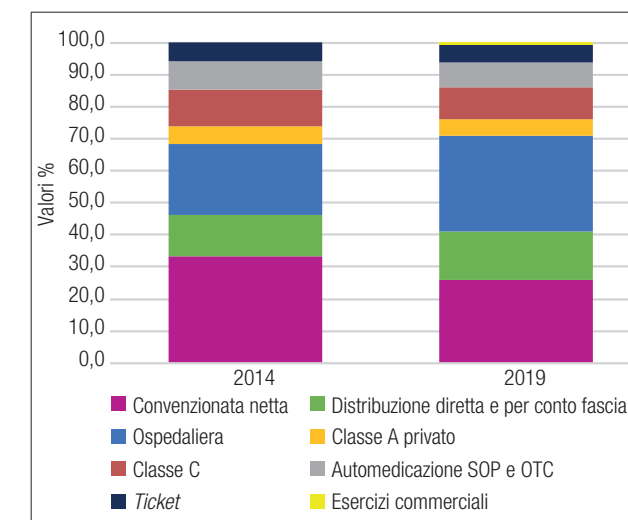
	2014	2019
Convenzionata netta*	8.598,0	7.765,0
Distribuzione diretta e per conto fascia A	3.250,0	4.481,0
Ospedaliera	5.744,0	8.980,0
Compartecipazioni alla spesa	1.500,0	1.581,0
Classe A privato	1.442,0	1.544,0
Classe C privata	2.937,0	3.066
Automedicazione SOP e OTC	2.269,0	2.392,0
Esercizi commerciali		259,0
Spesa pubblica	17.592,0	21.226,0
di cui Spesa territoriale	11.848,4	12.246,0
Payback**	732,0	1.350,0
Spesa pubblica effettiva (al netto del payback)	16.860,1	19.876,0**
Spesa privata	8.148,0	8.842,0
Spesa totale	25.382,4	30.068,0
di cui Farmaci rimborsabili	19.034,0	22.770,0
Spesa totale al netto payback	25.008,1	28.718,0

* Convenzionata lorda-ticket- Sconto al SSN L. 662/96- Sconto Det. AIFA 30/12/05- Sconto Det. AIFA 09/02/07- Sconto Legge n. 135/12 (2,25% dal 15/08/12)- Rettifiche regionali- payback 1,83%

** si stima un rientro dal payback pari al 50% dello sfioramento della spesa ospedaliera

Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2018 e Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2020 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9a.1. Composizione della spesa farmaceutica totale. Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Il costo effettivo per il SSN è pari a € 19.876 mil. nel 2019 (stimato) e a € 16.860,1 mil. nel 2014, per effetto dei payback derivanti dallo sfioramento dei tetti: ne segue un incremento effettivo nell'ultimo quinquennio del 3,3% medio annuo.

In termini di composizione, fra il 2014 e il 2019, la spesa convenzionata netta si è ridotta di 12,3 pun-

¹ Università degli studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

ti percentuali, mentre la spesa ospedaliera e quella per distribuzione diretta e per conto di fascia A sono aumentate rispettivamente di 9,7 e 2,6 punti percentuali; per quanto concerne la spesa privata, la Classe A e le compartecipazioni dei cittadini alla spesa sono rimaste sostanzialmente stabili (-0,2 e -0,5 punti percentuali rispettivamente); si è ridotta la Classe C privata² di -1,4 punti percentuali, mentre l'automedicazione è aumentata di 2,1 punti percentuali.

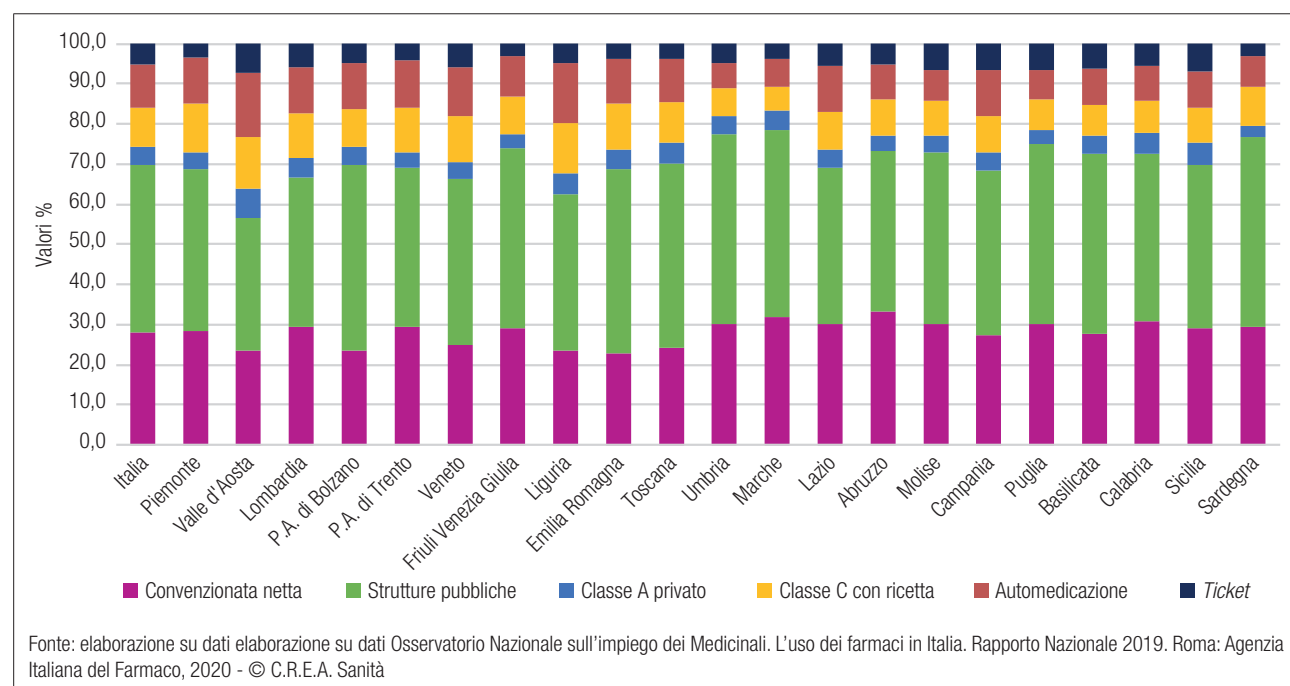
A livello regionale, la spesa delle strutture pubbliche (che comprende quella ospedaliera e la distribuzione diretta e per conto) incide per il 45,2% a livello nazionale, passando dal 52,7% della Regione Umbria, al 20,6% della P.A. di Bolzano. Le differenze sono in larga misura imputabili al differente ricorso alla distribuzione diretta e per conto.

La spesa per i farmaci erogati dalle farmacie in regime di assistenza convenzionata incide per il 26,1% sul totale della spesa nazionale; l'incidenza passa dal 29,3% in Calabria al 20,6% della P.A. di Bolzano.

Per quel che concerne la spesa privata (che comprende Classe A privato, Classe C, Automedicazione e compartecipazioni), invece, si osserva, come atteso, una situazione antitetica a quella appena descritta: le Regioni del Nord fanno osservare incidenze maggiori rispetto alla media nazionale e le Regioni del Sud minori. Il gradiente si inverte, però, per le compartecipazioni, essendo le incidenze più alte nel Meridione.

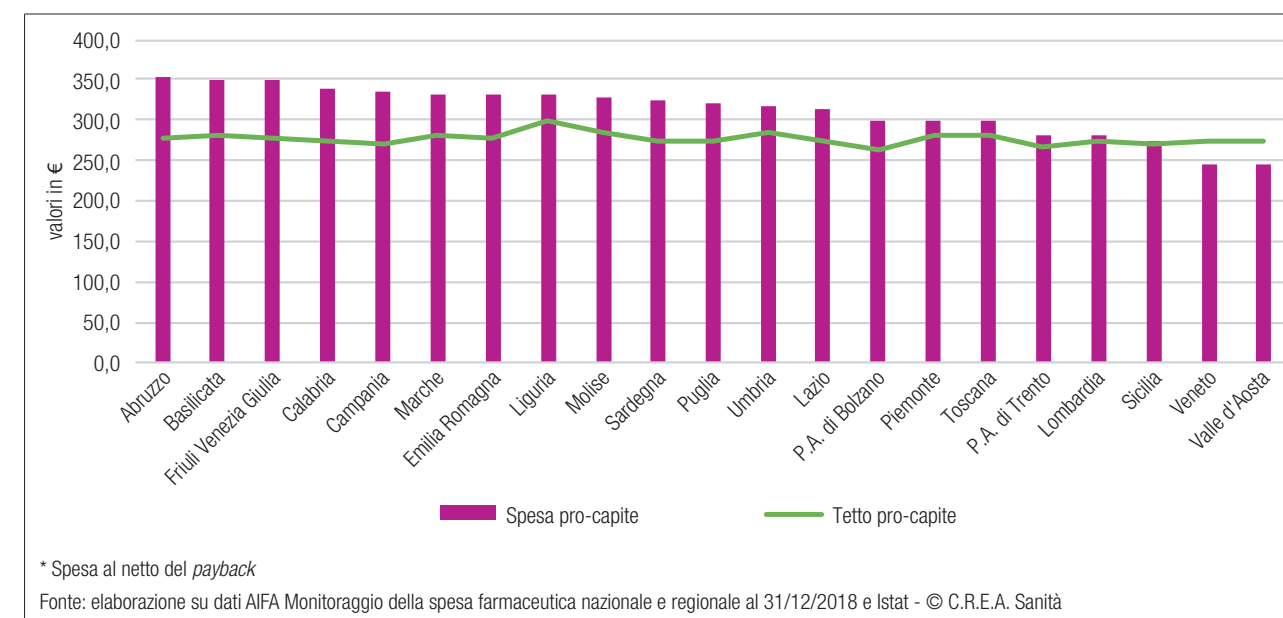
Nello specifico l'incidenza della spesa di Classe A privata sulla spesa farmaceutica totale, pari in Italia al 5,2%, passa da un minimo dell'1,2% in Umbria ad un massimo del 10,1% in Valle d'Aosta; l'incidenza della spesa per Classe C con ricetta, pari in Italia al 10,3%, passa da un minimo del 6,8% in Umbria ad un massimo del 13,5% in Liguria; quella dell'Automedicazione, in Italia pari al 8,0%, passa dal 5,4% in Umbria, al 12,7% in Valle d'Aosta; per le compartecipazioni, pari al 5,3% medio in Italia, si passa dal 2,9% in Friuli Venezia Giulia al 7,3% in Sicilia (Figura 9a.2.).

Figura 9a.2. Composizione della spesa farmaceutica totale regionale. Anno 2019



² La spesa per farmaci di classi C sostenuta da strutture pubbliche è pari a 19 mil. nel 2019, ed è ricompresa nella spesa pubblica

Figura 9a.3. Spesa farmaceutica* e tetto. Anno 2019



La spesa farmaceutica pubblica

In termini pro-capite, la spesa pubblica per farmaci risulta pari a € 351,6 pari a 70,6% del totale. Il 36,6% è assorbita dai farmaci distribuiti mediante le farmacie in convenzione (spesa netta); il 21,1% da quelli di Classe A erogati in Distribuzione Diretta (DD) dagli ospedali o dalle farmacie per conto di essi (DPC); il 42,3% dai restanti farmaci erogati da ASL, Aziende Ospedaliere, Istituti e centri di riabilitazione pubblici (RIA) e istituti penitenziari.

La spesa convenzionata, al netto delle compartecipazioni e degli sconti, è pari a € 7.765,0 mil., in riduzione dello -0,2% medio annuo nell'ultimo quinquennio.

La spesa per farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche, al netto di quella di Classe A erogata in forma diretta o per conto, è stata di € 8.980,0, in netta crescita (18,3% medio annuo nell'ultimo quinquennio).

La distribuzione diretta e per conto è stata nel 2019 pari a € 4.481,0 mil. e si è incrementata del 6,6% medio annuo tra il 2014 e il 2019.

Per il 2019, lo sfioramento complessivo della spesa rispetto al tetto programmato di spesa farmaceutica pubblica, stabilito a livello nazionale nel 14,9% del Fondo Sanitario Nazionale, è pari a € 1,797 mld.

(€ 29,8 pro-capite): la spesa è infatti risultata pari al 16,2% del Fondo Sanitario Nazionale (+1,6 punti percentuali rispetto al *target*).

Peraltro, lo sfioramento complessivo è il risultato di una compensazione fra spesa ospedaliera (eccedente il tetto) e convenzionata (largamente inferiore). Solo Abruzzo e Campania, sfiorano marginalmente (meno di € 1 pro-capite) il tetto della convenzionata.

Lo sfioramento dal tetto dell'ospedaliera, per il 50% a carico delle aziende, è pari a € 2,7 mld. (€ 44,9 pro-capite con una crescita di € 8,4 pro-capite rispetto al 2018), ovvero l'9,1% del Fondo Sanitario Nazionale (il *target* è fissato al 6,89%).

Qualora il *payback* fosse interamente pagato, il costo dei farmaci per il settore pubblico si potrebbe ridurre a € 19.876,0 mil., e la "spesa totale" a € 25.920,5 mil..

La spesa pubblica più bassa si registra in Valle d'Aosta (€ 270,6 pro-capite) e nella P.A. di Bolzano (€ 284,3); all'altro estremo troviamo € 390 in Puglia, Liguria e Basilicata. Le differenze appaiono, quindi, marcate con un rapporto tra la spesa della Regione con spesa massima e quella con spesa minima di 1,5 volte.

Con riferimento al "tetto", osserviamo che solo Valle d'Aosta e Veneto lo rispettano compensando

con l'avanzo della spesa territoriale lo sfioramento di quella ospedaliera (Figura 9a.3.).

Le Regioni che sfiorano maggiormente il tetto sono invece Abruzzo e Basilicata dove lo sfioramento è superiore a € 65 pro-capite.

Si noti che anche le Regioni che rispettano il tetto complessivo compensano con la parte in convenzione un rilevante sfioramento sul versante ospedaliero, che peraltro nessuna Regione riesce a rispettare (Figura 9a.4.).

Figura 9a.4. Spesa farmaceutica* ospedaliera pubblica pro-capite e tetto. Anno 2019

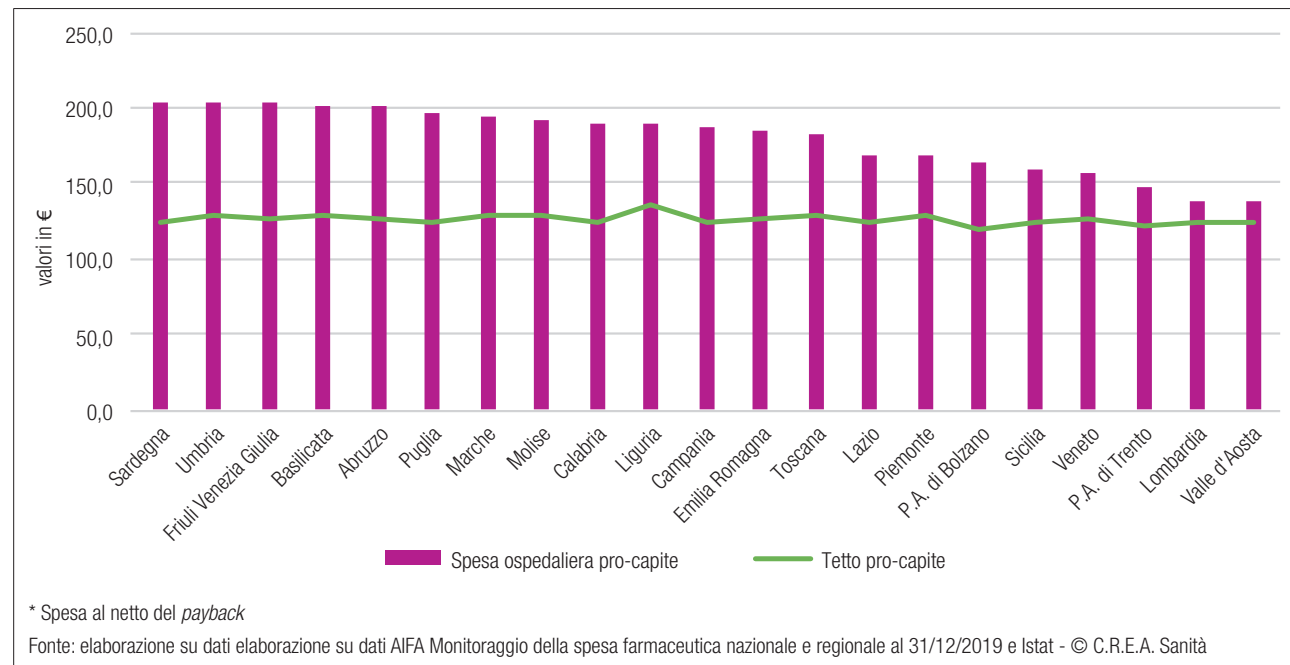
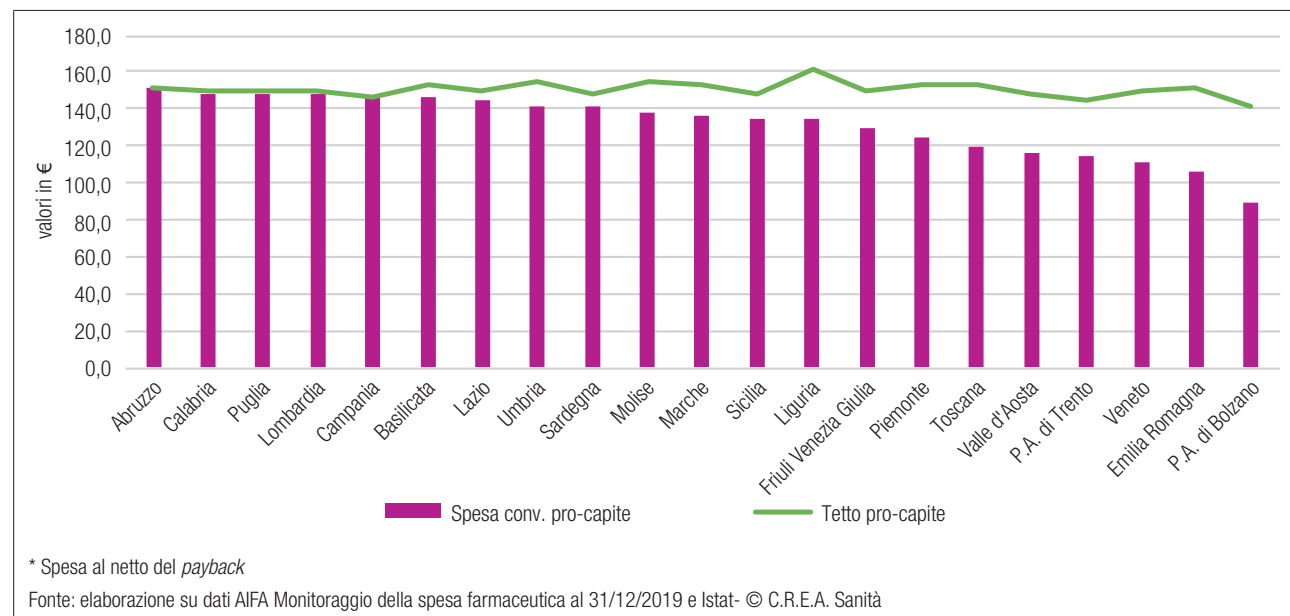


Figura 9a.5. Spesa farmaceutica* convenzionata pro-capite e tetto. Anno 2019



Tra Gennaio e Aprile 2020 tutte le Regioni hanno già sfiorato il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera per un totale di € 1.289,6 mil. (9,9%³ del FSN vs un tetto imposto del 6,69%).

Per quanto concerne la spesa convenzionata, varie Regioni hanno avanzi significativi: ad esempio supera € 44,0 pro-capite nella P.A. di Bolzano e in Emilia Romagna (Figura 9a.5.).

A livello nazionale si osserva un avanzo pari a € 913,3 mil. (€ 15,1 pro-capite), essendo la spesa pari al 7,2% del Fondo Sanitario Nazionale a fronte di un valore *target* del 7,96%. Va però considerato che la spesa di classe A considerata è al netto di quella sostenuta privatamente dalle famiglie.

Guardando al primo monitoraggio AIFA, relativo alla spesa sostenuta tra il mese di Gennaio e quello di Aprile 2020, si osserva che la spesa convenzionata ha ancora un avanzo complessivo di € 351,2 mil. Tuttavia, la Regione Lombardia ha già sfiorato il tetto

attestandosi all'8,0% del FSN, e Puglia e Calabria al 7,7%.

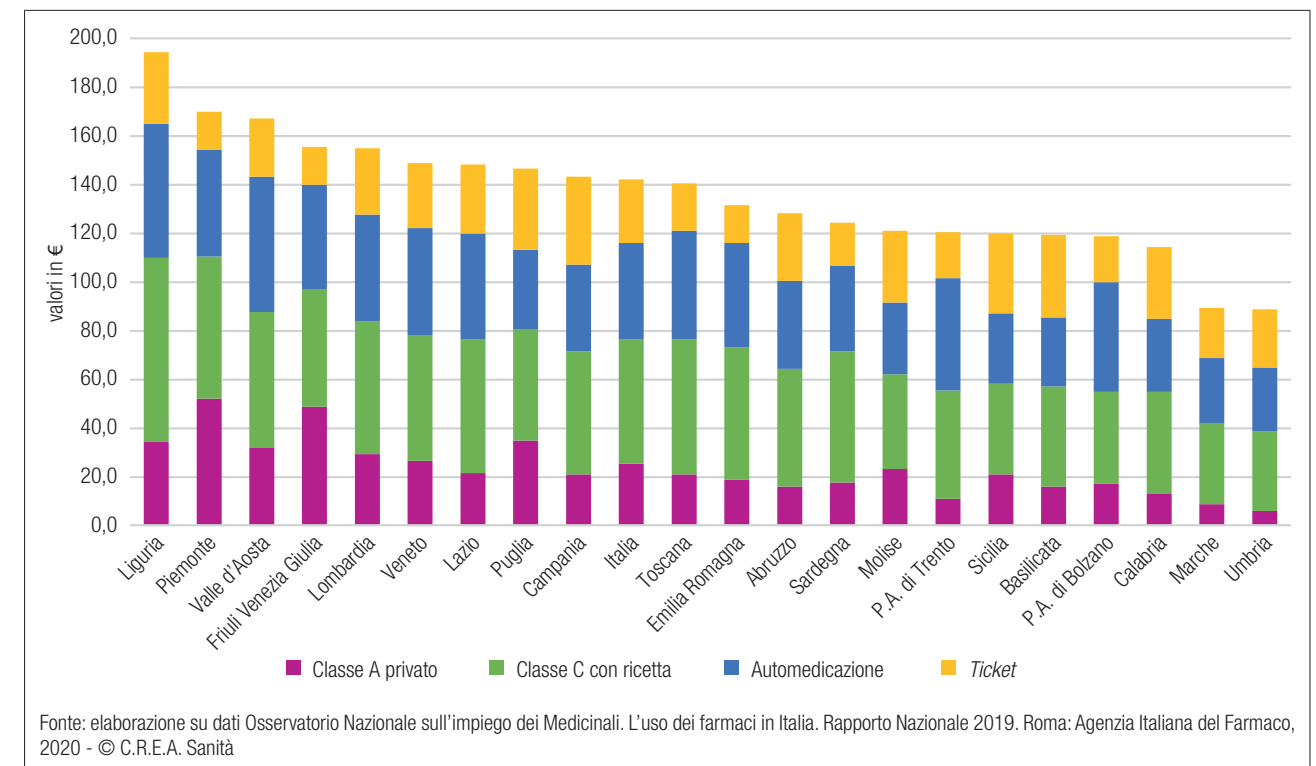
La spesa farmaceutica privata

La spesa farmaceutica pro-capite privata risulta pari a € 143,3 pro-capite.

Il ricorso alla spesa privata da parte delle famiglie è difforme a livello Regionale e non sempre correlata ai livelli di reddito. È tendenzialmente più alta nel Nord del Paese, ma nelle PP.AA. di Trento e Bolzano è inferiore persino a quella meridionale, dove il reddito medio disponibile è decisamente inferiore.

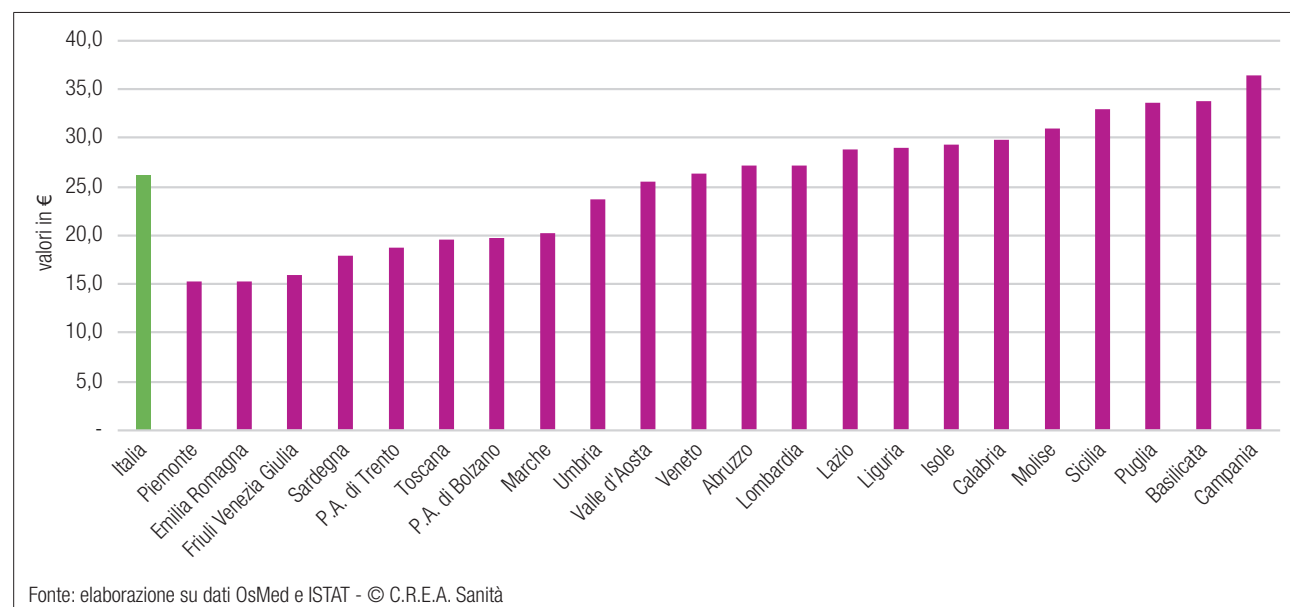
Analizzando la composizione della spesa privata (Figura 9a.6.), al primo posto, troviamo i farmaci di Classe C acquistati direttamente con il 33,2%; seguono i farmaci di Automedicazione, SOP e OTC con il 27,6%; poi le compartecipazioni alla spesa pubblica con il 18,3%; e i farmaci di Classe A acquistati direttamente dalle famiglie con il 17,8%.

Figura 9a.6. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2019



³ FSN pari a 119.053.271.511. Il dato è aggiornato al 4 giugno 2020 come comunicato dal MdS

Figura 9a.7. Compartecipazione pro capite. Anno 2019



La spesa per la Classe C, nello specifico, ammonta a € 47,6 pro-capite, in linea rispetto all'anno precedente (+0,2%). Nell'ultimo quinquennio si era registrata una riduzione del -0,3% medio annuo.

La spesa per farmaci di automedicazione (inclusa quella degli esercizi commerciali) risulta pari a € 43,9 pro-capite e in aumento del 4,8% rispetto all'an-

no precedente. Nell'ultimo quinquennio l'incremento medio annuo è stato pari al 3,3%.

La spesa annua pro-capite di Classe A privata è pari nel 2018 a € 25,6 e risulta in crescita del 13,8% rispetto all'anno precedente. Considerando l'intervallo temporale 2014-2019 si è registrato un incremento medio annuo dell'1,5%.

Figura 9a.8. Valore medio della compartecipazione per ricetta. Anno 2019

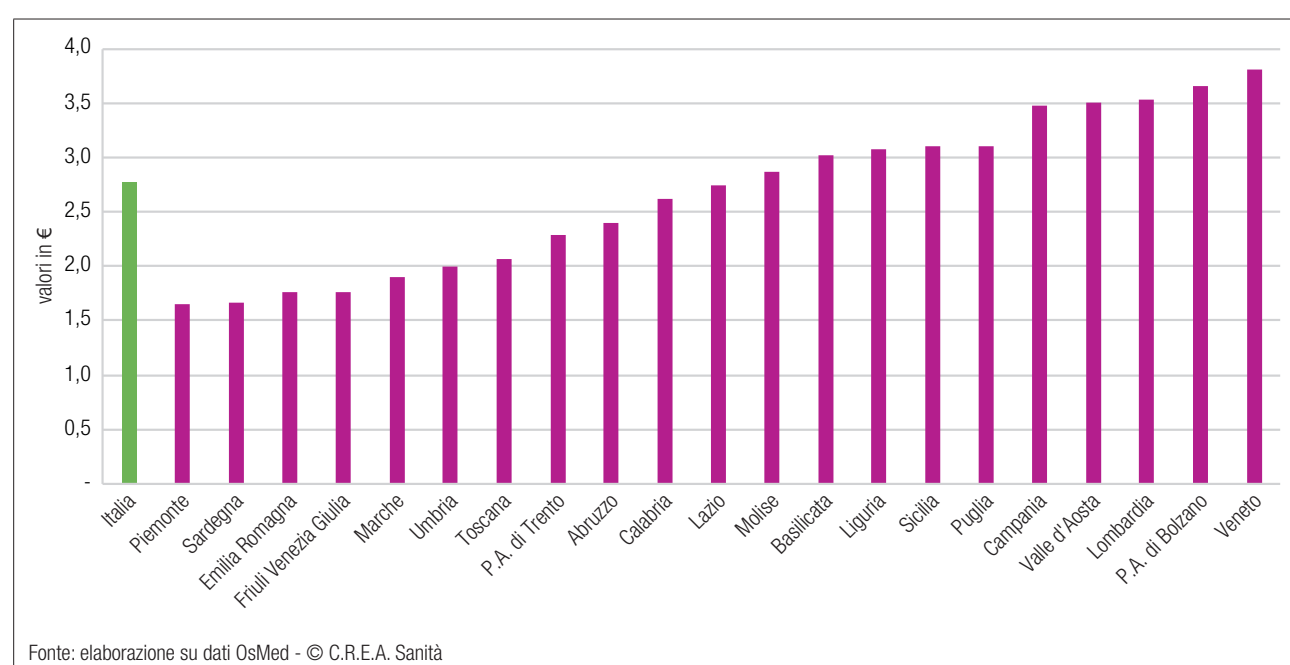
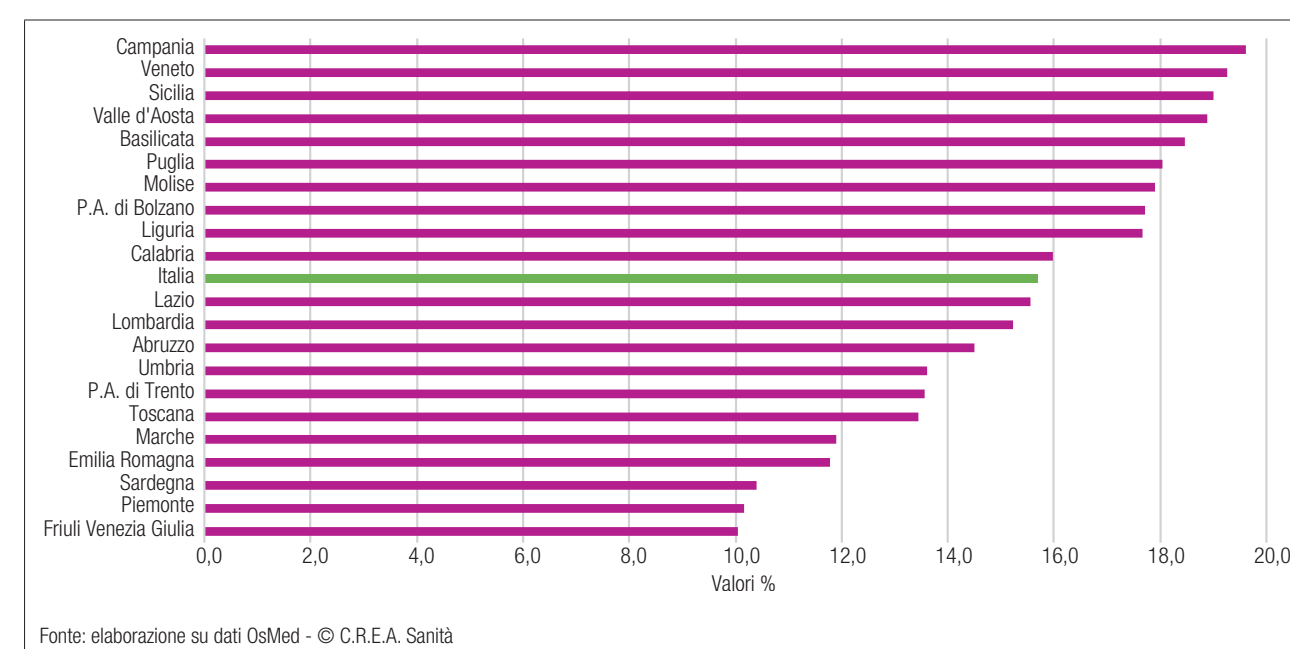


Figura 9a.9. Incidenza della compartecipazione sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda. Anno 2019



Le differenze tra le Regioni sono rilevanti: la spesa di Classe C passa da € 75,5 in Liguria a € 32,9 in Umbria; la spesa di classe A privato passa da € 52,1 in Piemonte a € 5,7 in Umbria; quella per automedicazione da € 55,7 in Valle d'Aosta a € 26,1 in Umbria.

Per quanto concerne le compartecipazioni alla spesa richiesta ai cittadini, infine, essa è pari a € 26,2 pro-capite annui, in riduzione dell'1,5% rispetto all'anno precedente. Nell'ultimo quadriennio l'incremento medio annuo è stato pari all'1,2%.

Il range di variazione regionale oscilla da € 36,4 nella Regione Campania (€ 3,5 il ticket medio per ricetta) a € 15,3 nella Regione Piemonte (€ 1,6 il ticket medio per ricetta) a fronte di un valore medio per ricetta pari a € 2,8 (Figura 9a.7. e 9a.8.).

L'incidenza della compartecipazione regionale sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda (Figura 9a.9.) varia fortemente: dall'11,8% dell'Emilia-Romagna al 19,6% nella Regione Piemonte⁴.

L'incidenza sulla spesa sanitaria privata delle famiglie (Figura 9a.10.) risulta pari a valori compresi tra l'1,4% del Trentino Alto Adige all'8,5% della Regione Campania (valore medio Italia 4,1%).

Esaminando l'andamento degli ultimi dieci anni (2009-2019) è possibile osservare come la compartecipazione procapite (Figura 9a.11.) si sia quasi raddoppiata in valore assoluto, passando da € 14,5 a € 26,2 (valore medio Italia) con una variazione media annua dell'8,1%. Nello specifico, nelle Regioni del Centro si è passati da € 12,8 a € 24,5 (variazione media annua 8,6%), nel Sud e Isole da € 15,8 a € 32,2 (variazione media annua 10,3%) e nelle Regioni del Nord da € 14,9 a € 24,2 (variazione media annua 6,2%).

In termini di valore medio per ricetta (Figura 9a.12.) si passa da € 1,5 nel 2009 a € 2,8 nel 2019, con un incremento dell'84,2% (variazione media annua 8,4%): da € 1,2 a € 2,4 nelle Regioni del Centro (+94,8%, variazione media annua 9,4%), da € 1,5 a € 3,0 nel Sud e Isole (+105,6%, variazione media annua 10,5%) e da € 1,8 a € 3,0 nelle Regioni del Nord (+65,9%, variazione media annua 6,6%).

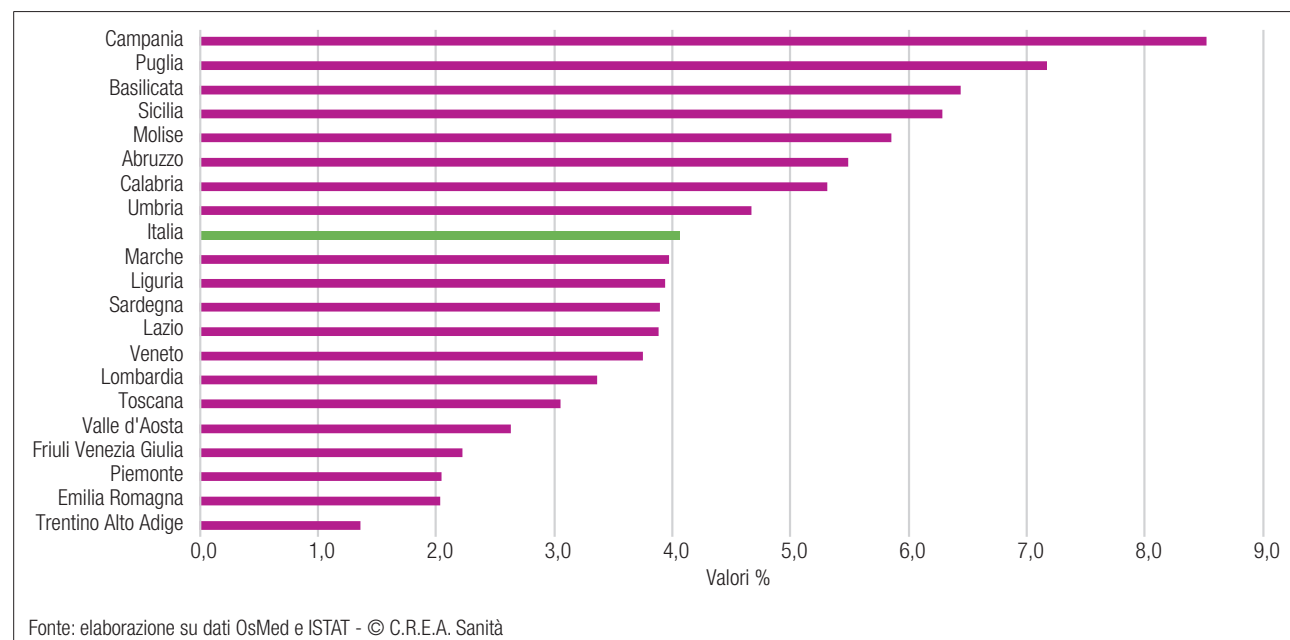
Dai dati esposti si rileva una importante concentrazione dell'incremento tra il 2010 e il 2011; pertanto si è provveduto a rivalutare l'andamento del ticket tra il 2011 e il 2019: la crescita registrata, in termini

⁴ Ticket eliminato dal 2019

di compartecipazione pro-capite, appare nettamente inferiore: +17,4% valore medio Italia (variazione media annua 2,2%), +13,7% nelle Regioni del Nord (variazione media annua 1,7%), +16,9% nelle Regioni del Sud ed Isole (variazione media annua 2,1%) e +33,6% nelle Regioni del Centro (variazione media annua 4,2%).

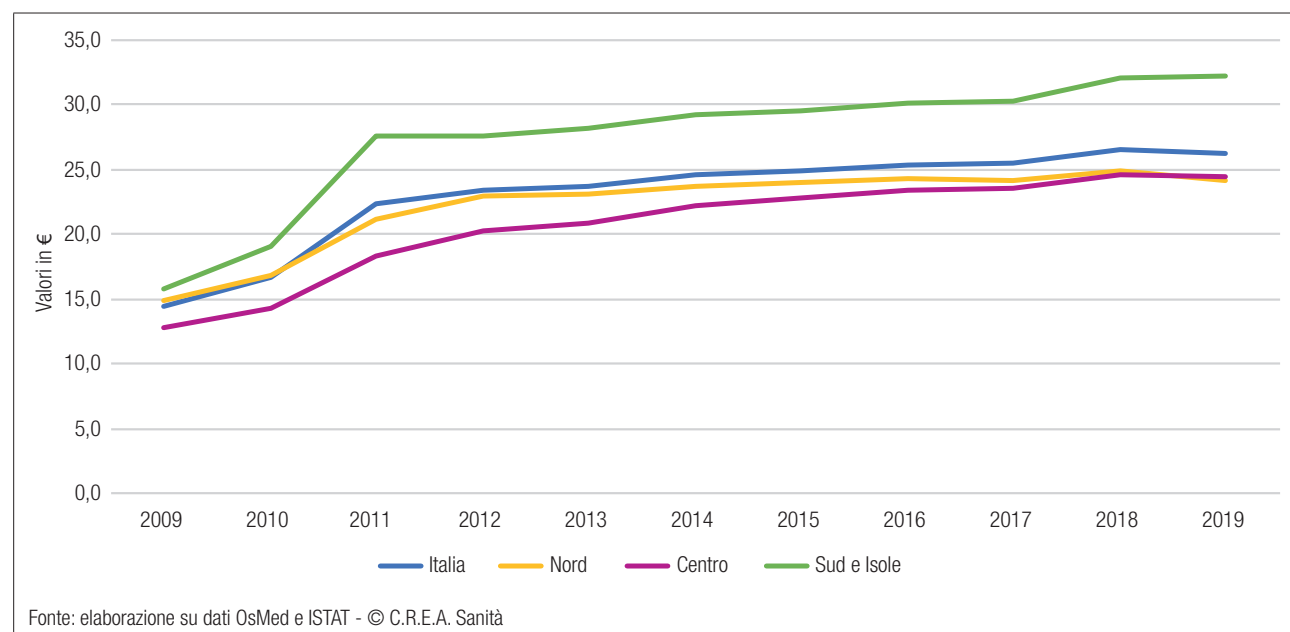
In termini di valore medio per ricetta, nello stesso periodo, si registra un aumento del +22,4% del valore medio Italia (variazione media annua 2,8%), +22,1% nelle Regioni del Nord (variazione media annua + 2,8%), + 16,7% nelle Regioni del Sud ed Isole (variazione media annua 2,1%) e +41,8% nelle Regioni del Centro (variazione media annua 5,2%).

Figura 9a.10. Incidenza della compartecipazione sulla spesa sanitaria delle famiglie. Anno 2019



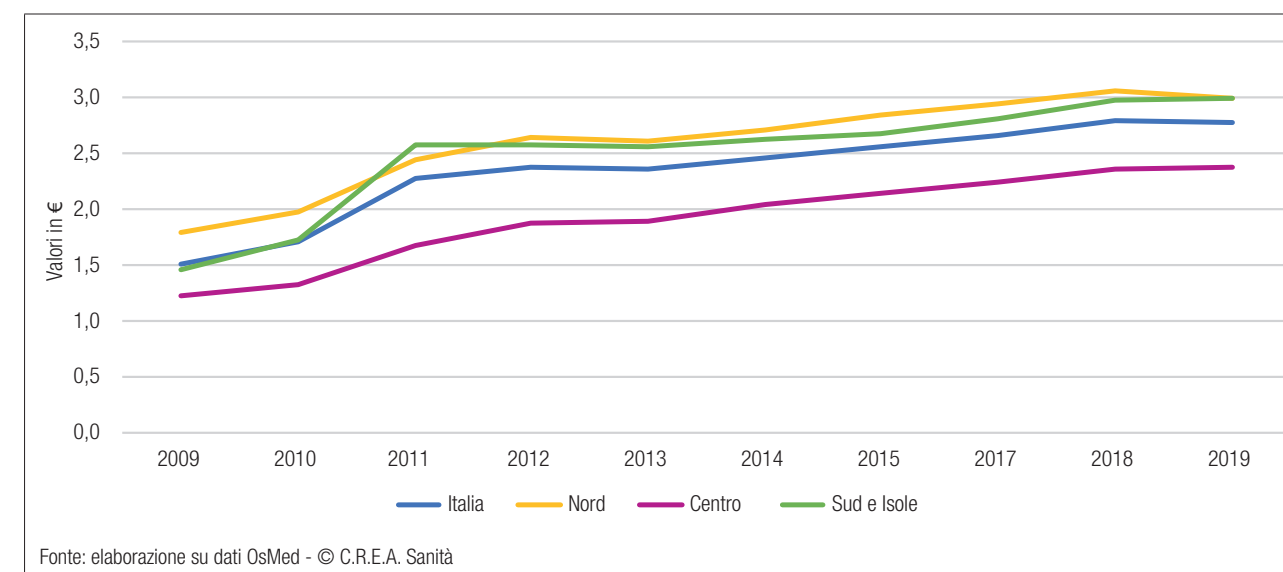
Fonte: elaborazione su dati OsMed e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9a.11. Trend compartecipazione pro capite



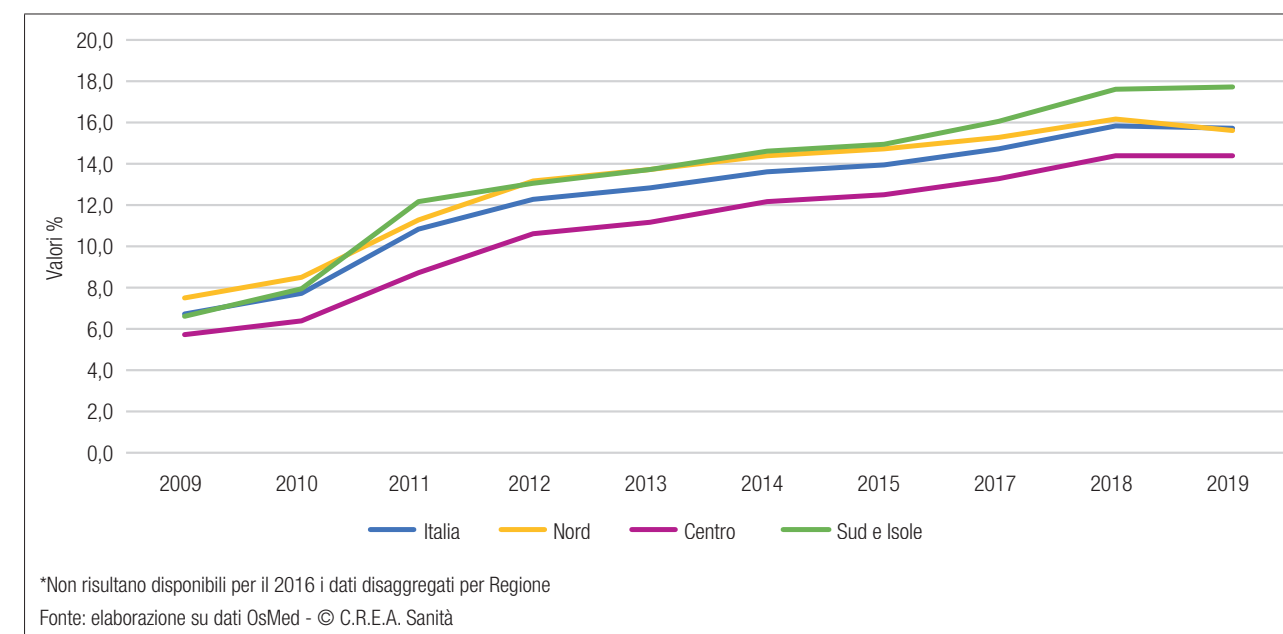
Fonte: elaborazione su dati OsMed e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9a.12. Trend compartecipazione media per ricetta



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

Figura 9a.13. Incidenza della compartecipazione sulla spesa farmaceutica lorda



*Non risultano disponibili per il 2016 i dati disaggregati per Regione

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

Si consideri che Toscana, Emilia Romagna, Umbria e Basilicata hanno introdotto il *ticket* per confezione/ricetta solo a partire dall'anno 2011.

Corrispondentemente, anche l'incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda in Italia, cresce: dal 6,7% nel 2009 al 15,7% nel 2019 (+9,0 punti percentuali, di cui +4,9 punti percentuali tra il 2011 e il 2019), con l'incremento più rilevante nelle Regioni del Sud ed Isole (+11,1 punti percentuali, di

cui +5,6 punti percentuali tra il 2011 e il 2019); seguono le Regioni del Centro (+8,6 punti percentuali, di cui +5,7 punti percentuali tra il 2011 e il 2019); e le Regioni del Nord (+8,1 punti percentuali, di cui +4,4 punti percentuali tra il 2011 e il 2019) (Figura 9a.13.).

L'incidenza sulla spesa sanitaria privata delle famiglie (Figura 9a.14.) registra una lieve riduzione dal 2016 al 2019: da 4,3% al 4,1% (valore medio Italia). I valori più elevati si registrano nelle Regioni del Sud

ed Isole, con una riduzione di 0,8 punti percentuali (dal 7,4% nel 2016 al 6,7% nel 2019); contrazioni decisamente inferiori si osservano nelle Regioni del

Nord (dove il valore passa dal 3,1% nel 2016 al 3,0% nel 2019).

Figura 9a.14. Incidenza della compartecipazione sulla spesa sulla spesa sanitaria delle famiglie

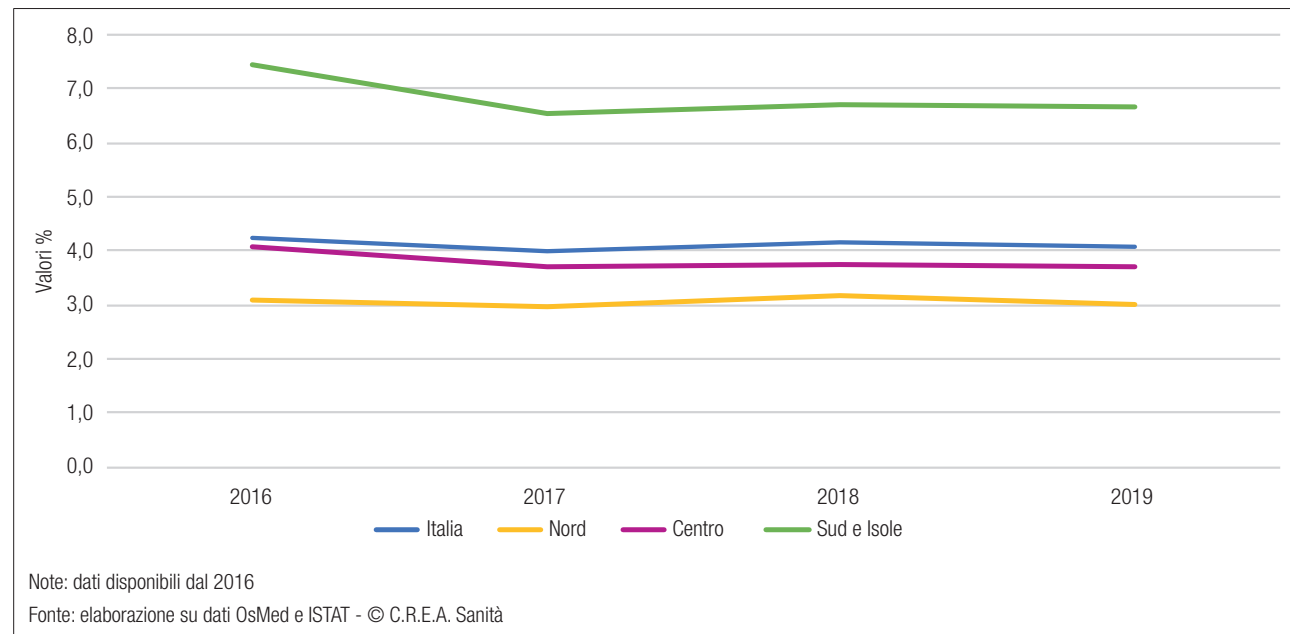
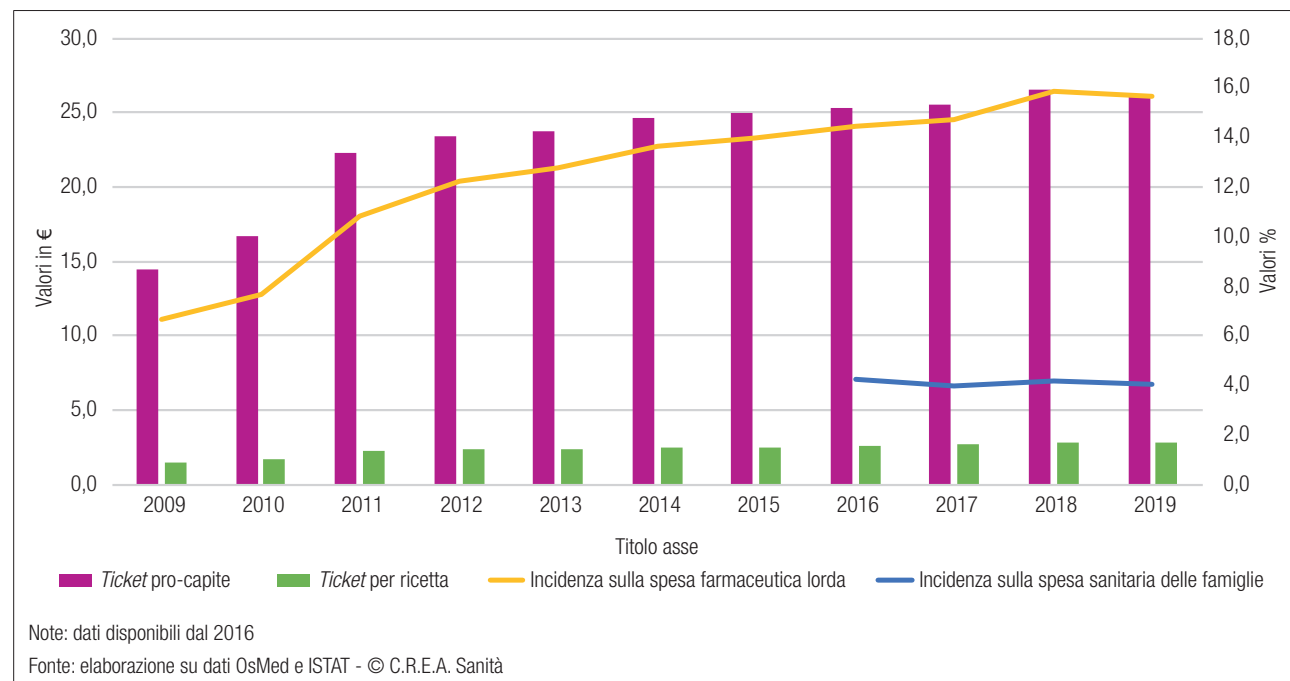


Figura 9a.15. Trend compartecipazione pro-capite media per ricetta e incidenza sulla spesa farmaceutica lorda e sulla spesa sanitaria delle famiglie



Le compartecipazioni sono di due diverse origini: il ticket sulla confezione e/o ricetta e la compartecipazione relativa al differenziale rispetto al prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto. Analizzando, quindi, la composizione della compartecipazione (Figura 9a.16.), si evidenzia come la componente relativa al differenziale rispetto al prezzo di riferimento degli equivalenti sia di gran lunga predominante,

incidendo per il 71%, con valori compresi tra il 99,4% e l'86,7% rispettivamente di Piemonte e Lazio (Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna non avendo definito il ticket fisso per ricetta presentano esclusivamente la quota del differenziale rispetto al prezzo di riferimento), al 52,3% e 53,2% di Lombardia e Valle d'Aosta.

Figura 9a.16. Composizione della compartecipazione farmaceutica. Anno 2019

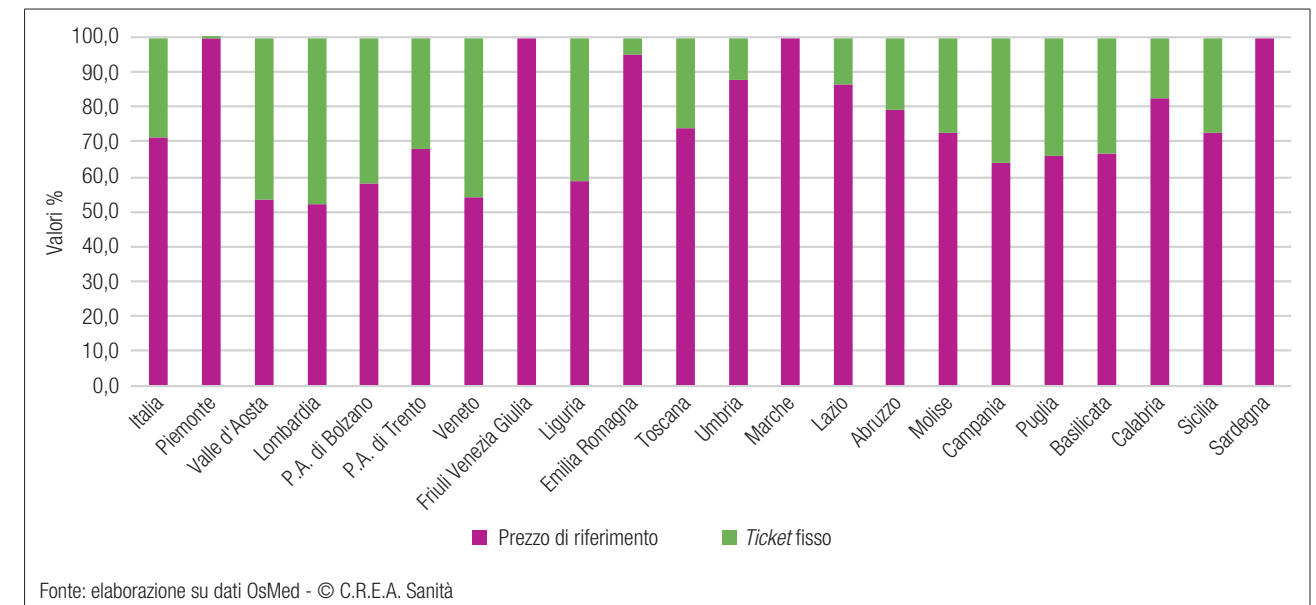
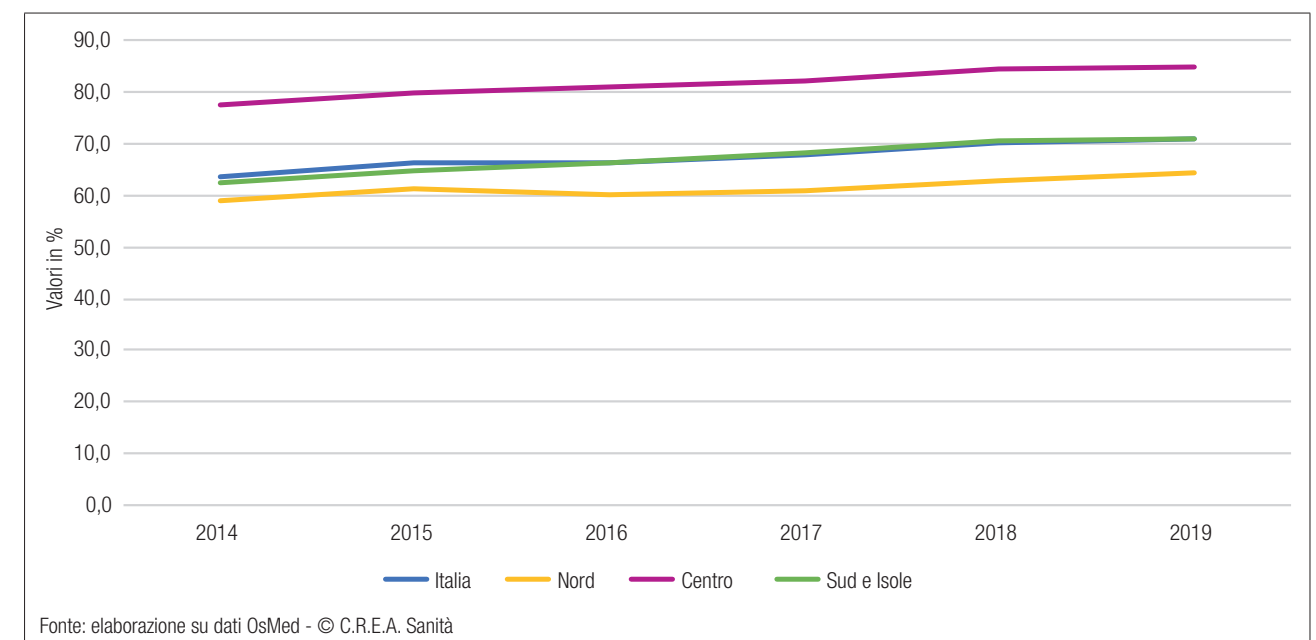


Figura 9a.17. Trend incidenza del prezzo di riferimento



L'incidenza di tale quota della compartecipazione risulta maggiore nelle Regioni del Centro (85%), seguite dalle Regioni del Sud ed Isole (71%) e dalle Regioni del Nord (64%), evidentemente per effetto di un differente ricorso ai farmaci equivalenti o *branded* a brevetto scaduto.

Nel periodo 2014-2019 (Figura 9a.17.) è possibile osservare un aumento dell'incidenza di tale compartecipazione: risulta un aumento medio nazionale di +7,4 punti percentuali (dal 63,6% al 71,0%), con la crescita più elevata che si registra nelle Regioni del Sud ed Isole (+8,5 punti percentuali, dal 62,3% al 70,7%), seguita dalle Regioni del Nord (+7,5% passando dal 58,8% al 64,3%) e dalle Regioni del Centro (+ 5,5% passando dal 77,4% all' 84,9%).

In termini pro-capite, nel 2019, il valore della quota di compartecipazione relativa al prezzo di riferimento risulta in media di € 18,6 (con un valore compreso tra € 25,0 nel Lazio a € 11,4 nella P.A. di Bolzano), equivalente ad una incidenza di € 2,0 sul valore medio delle ricette (da € 1,5 in Toscana a € 2,4 nel Lazio).

La compartecipazione pro-capite relativa al *ticket* regionale, 2019, si attesta in media a € 7,6 (con un valore compreso tra € 0,1 in Piemonte a € 13,1 nella Regione Campania⁵), equivalente ad una incidenza di € 0,8 sul valore medio delle ricette (da € 0,01 in Piemonte e € 1,7 in Lombardia).

Nel complesso si osservano valori pro-capite di compartecipazione più elevati nelle Regioni del Sud ed Isole (€ 32,2) (in cui tra l'altro il numero di esenti è notoriamente maggiore) e valori inferiori nelle Regioni del Centro e del Nord (rispettivamente € 24,5 e € 24,2).

Data la forte predominanza della quota relativa al prezzo di riferimento degli equivalenti, le disparità regionali sono in larga misura da attribuirsi a questa voce, sebbene si riscontri una variabilità regionale anche nei *ticket* sulla ricetta. Il *ticket* medio per ricetta (prezzo di riferimento + quota fissa per confezione e/o ricetta) nelle Regioni del Nord e del Sud ed Isole

presenta lo stesso valore pari a € 3,0, di contro le Regioni del Centro registrano il valore minore pari a € 2,4. Il valore della compartecipazione media relativa al prezzo di riferimento per ricetta risulta pari a € 2,1 nelle Regioni del Sud ed Isole, € 2,0 nelle Regioni del Centro e € 1,9 nelle Regioni del Nord. In termini di *ticket* fisso il valore medio per ricetta risulta essere di € 1,1 nelle Regioni del Nord, € 0,9 nelle Regioni del Sud ed Isole e € 0,4 nelle Regioni del Centro.

Il fatto che, a fronte di valori pro-capite di compartecipazione più elevati nelle Regioni del Sud ed Isole i valori medi per ricetta non rispecchiano queste disparità, sembrerebbe legato al diverso numero di ricette pro-capite (9,4 valore medio Italia), che è più elevato nelle Regioni del Sud ed Isole (10,8 ricette pro-capite), seguito dalle Regioni del Centro (10,3 ricette pro-capite) e dalle Regioni del Nord (8,1 ricette pro-capite).

9a.2. Quadro normativo delle compartecipazioni dei cittadini alla spesa

Come anticipato, la compartecipazione complessiva del cittadino alla spesa farmaceutica è composta dai *ticket* regionali e dalle quote relative al differenziale tra il prezzo dei medicinali a brevetto scaduto e il corrispondente prezzo di riferimento.

A decorrere dal 1/12/2001 (comma 1, art. 7, L. n. 405/2001) infatti, i medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente farmaco generico disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, sulla base di apposite direttive definite dalla regione (comma 4, art. 7, L. n. 405/2001).

Anche qualora il medico apponga sulla ricetta l'indicazione di non sostituibilità, o l'assistito non ac-

cetti la sostituzione proposta dal farmacista⁶, la differenza fra il prezzo più basso ed il prezzo del farmaco prescritto è a carico dell'assistito (comma 4, art. 7, L. n. 405/2001).

L'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) pubblica periodicamente (attualmente con cadenza mensile) le Liste di trasparenza ovvero l'elenco dei medicinali equivalenti e i relativi prezzi di riferimento (L. n. 178/2002).

Rimandando, per la disamina della normativa sulla compartecipazione alla spesa farmaceutica, al 15° Rapporto Sanità, osserviamo che mentre il *ticket* per confezione e/o ricetta è, attualmente, uno strumento di esclusiva competenza regionale e la variabilità regionale è conseguente alle diverse modalità di applicazione, per la compartecipazione sul prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto, applicata a livello nazionale, le differenze regionali sono attribuibili essenzialmente al diverso ricorso ai farmaci equivalenti (ancora rilevante a livello regionale).

L'attuazione della compartecipazione, a livello regionale, si è realizzata con tempistiche e modalità differenti, quali l'introduzione/modulazione della quota fissa sulla ricetta, della quota fissa o in percentuale sulle confezioni, di differenti modulazioni del *ticket* in relazione al reddito e alle categorie di esenzione.

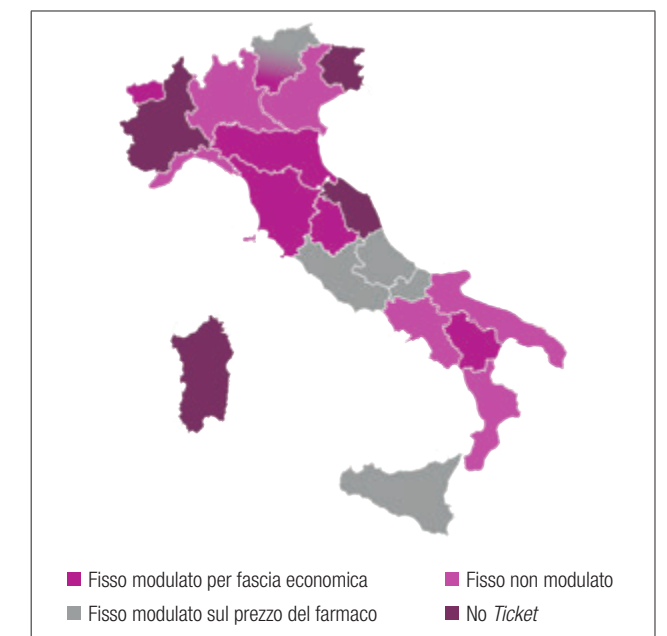
Ad oggi sono 5 le Regioni che non prevedono un *ticket* fisso per confezione e/o ricetta quale forma di compartecipazione alla spesa farmaceutica (Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Marche, Sardegna e la P.A. di Trento).

Considerando le ampie divergenze applicative esistenti, si può cercare di tracciare una mappa del panorama regionale (Figura 9a.18.) in tema di *ticket* farmaceutici, distinguendo:

- *ticket* in somma fissa per confezione e/o ricetta non modulato (Calabria, Campania, Lombardia, P.A. di Bolzano, Puglia, Veneto, Liguria)

- *ticket* in somma fissa per confezione e/o ricetta modulato in base al reddito (Basilicata, Emilia Romagna, Umbria, Toscana e Valle d'Aosta)
- *ticket* in somma fissa per confezione e/o ricetta modulato sul prezzo di vendita (Abruzzo, Lazio, Molise e Sicilia).

Figura 9a.18. Compartecipazione alla spesa sui farmaci per tipologia al 1/09/2020



Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali - © C.R.E.A. Sanità

Le modifiche regionali intervenute rispetto alla analisi condotta nel 2019⁷ riguardano:

- la Basilicata con D.G.R n. 496/2020 ha previsto l'abolizione quota fissa per ricetta dal 28/7/2020 al 31/8/2020
- l'Umbria con D.G.R n. 1267/2020 ha eliminato la quota fissa per ricetta per i redditi inferiori a €100.000,0 a partire dal 1/1/2020
- la P.A. di Trento dal 1/1/2020 ha previsto l'abolizione del *ticket* sulle ricette.

⁵ Sono escluse da questa considerazione le Regioni che non applicano il *ticket*: Friuli Venezia Giulia, Marche, P.A. di Trento e Sardegna

⁶ Il farmacista, in assenza dell'indicazione di non sostituibilità dopo aver informato l'assistito, consegna allo stesso il farmaco avente il prezzo più basso, disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, in riferimento a quanto previsto nelle direttive regionali di cui al comma 1, art 7, L. n. 405/2001

⁷ 15° Rapporto Sanità

9a.3. I consumi farmaceutici in tempi di COVID-19

Nel mese di Luglio 2020 AIFA ha pubblicato l'analisi dell'uso dei farmaci durante la prima ondata dell'epidemia COVID-19.

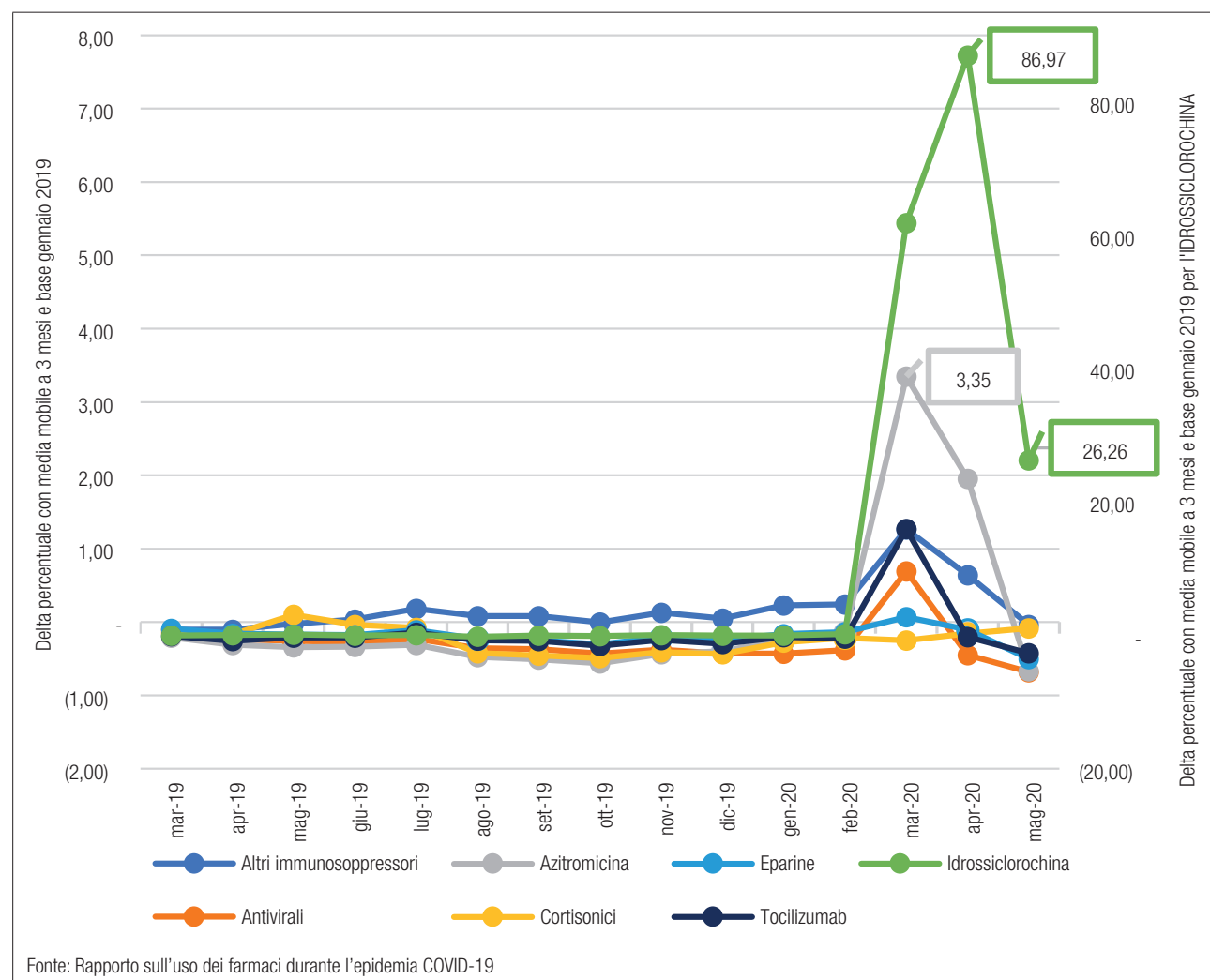
Da quanto emerge dal Rapporto, il quadro epidemiologico che ci si è trovati ad affrontare è stato caratterizzato da nuovi bisogni terapeutici, da una rilevante dinamicità nelle proposte di schemi terapeutici (spesso *off-label*), nonché da specifiche esigenze organizzative nell'erogazione delle cure. Ulteriore criticità è stata rappresentata dal fatto che, la mancata disponibilità di terapie di provata efficacia, combinata al dilagare di una malattia grave e sostanzialmente sconosciuta, ha comportato la proliferazione di una serie di protocolli di trattamento spesso basati su evidenze decisamente insufficienti e a volte molto eterogenei tra i vari centri di trattamento (AIFA, l'analisi dell'uso dei farmaci durante la prima ondata dell'epidemia COVID-19, 2020).

Nella Figura 9a.19. si riportano i consumi farmaceutici dei farmaci utilizzati per il trattamento del COVID-19 nei periodi pre e post COVID-19.

La differenza maggiore in termini assoluti tra il periodo pre e post COVID si riscontra per idrossiclorochina e azitromicina. Un incremento significativo si osserva anche per l'antivirale anti-HIV darunavir/cobicistat e per lopinavir/ritonavir e per gli inibitori dell'interleuchina 6 tocilizumab e sarilumab.

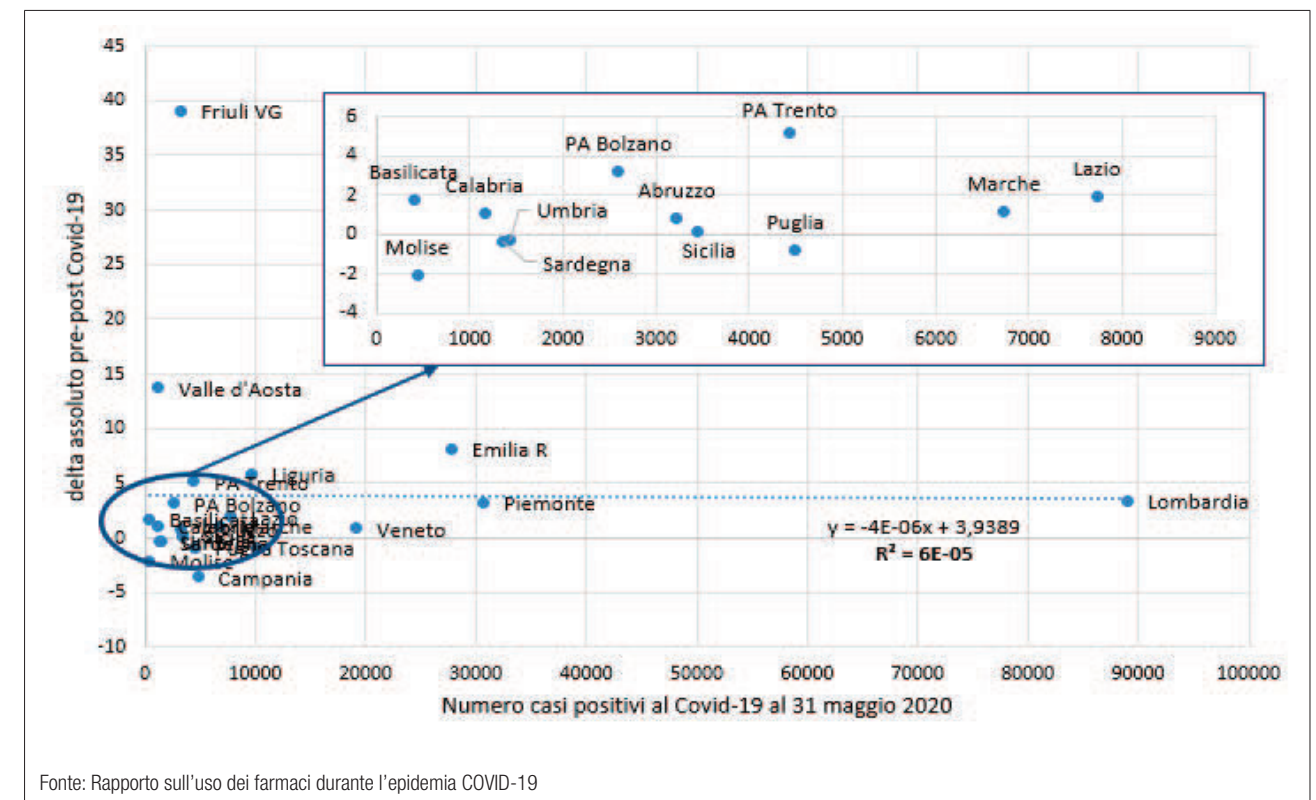
La differenza maggiore in termini assoluti tra il periodo pre e post COVID si riscontra per idrossiclorochina e azitromicina. Un incremento significativo si osserva anche per l'antivirale anti-HIV darunavir/cobicistat e per lopinavir/ritonavir e per gli inibitori dell'interleuchina 6 tocilizumab e sarilumab.

Figura 9a.19. Categorie di farmaci utilizzati per il COVID-19, serie storica del delta percentuale pre-post COVID-19 rispetto a gennaio 2019 fino a maggio 2020



Fonte: Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia COVID-19

Figura 9a.20. Categorie di farmaci utilizzate per il COVID-19, correlazione tra numero di casi positivi per regione e delta assoluto pre-post COVID-19 osservato



Fonte: Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia COVID-19

È opportuno segnalare che idrossiclorochina, cloro-china, lopinavir/ritonavir (e in caso di intolleranza o mancanza di quest'ultimo, darunavir/ritonavir) sono state rese rimborsabili a carico del SSN nel loro utilizzo *off-label* per COVID-19 dal 17/03/2020, dapprima anche in combinazione e poi solo in monoterapia. In data 26/05/2020 l'AIFA ha sospeso l'autorizzazione all'utilizzo *off-label* dell'idrossiclorochina al di fuori degli studi clinici.

Come ovvio l'utilizzo maggiore di tali sostanze è stato riscontrato nelle Regioni più colpite dall'epidemia: Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana e Veneto.

Analizzando la relazione tra il delta assoluto pre-post emergenza dei farmaci utilizzati per il COVID-19 e il numero di casi positivi al 31 maggio 2020 (Figura 9a.20.), si osserva per le Regioni maggiormente colpite dal virus, una correlazione positiva sostanzialmente omogenea. Altre Regioni, soprattutto quelle appartenenti alle Regioni confinanti, hanno fatto registrare andamenti anomali in termini di crescita del

numero di farmaci che potrebbero far pensare ad un tentativo di approvvigionamento/scorte dei farmaci da utilizzare nel caso l'epidemia si fosse diffusa anche da loro (cosa peraltro avvenuta nella seconda ondata che stiamo vivendo).

Anche in questo caso (Figura 9a.21.), il grafico di dispersione mostra una correlazione a livello regionale tra il numero di casi positivi al 31 maggio 2020 e il delta tra i periodi pre e post COVID-19, in termini di confezioni per 10.000 abitanti die, per i farmaci considerati in analisi.

Nello stesso periodo è stato valutato l'andamento dei consumi dell'ossigeno e dei medicinali iniettivi di verosimile prevalente utilizzo nelle terapie intensive, al fine di stimarne l'andamento prescrittivo durante il periodo della pandemia da COVID-19. Dall'analisi si evidenzia un incremento significativo del consumo di ossigeno, anestetici generali, sedativi e curari iniettivi (con effetto miorelaxante), oltre che i medicinali inotropi iniettivi (Tabella 9a.2.).

Figura 9a.21. Categorie farmaceutiche (ossigeno e farmaci iniettivi) utilizzate in regime ospedaliero, correlazione tra numero di casi positivi per regione e delta assoluto pre-post COVID-19 osservato

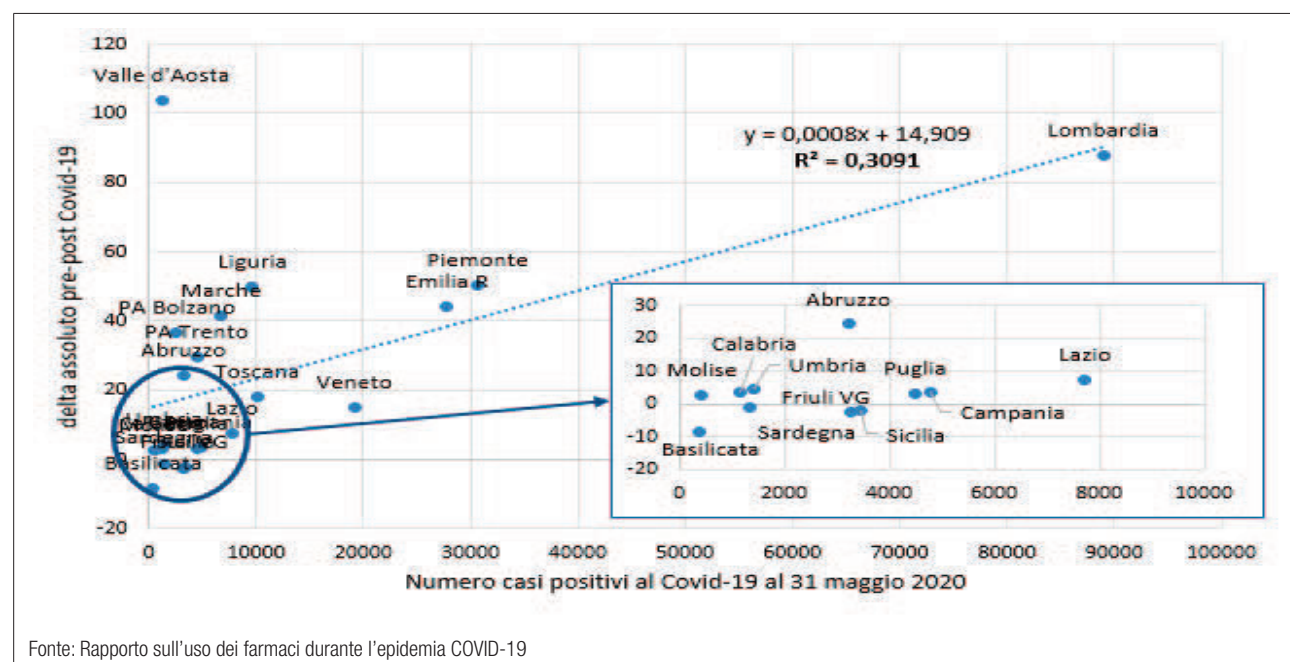


Tabella 9a.2. Distribuzione delle categorie di farmaci (ossigeno e farmaci iniettivi) utilizzati in regime ospedaliero per variazione del consumo (confezioni per 10.000 abitanti die) tra il periodo pre e post COVID-19

Categoria	ATC	Periodo Pre COVID-19			media pre	Periodo Post Covid-19			media post	Delta assoluto pre-post (*)	Delta relativo pre-post	p-value
		dic-19	gen-20	feb-20		mar-20	apr-20	mag-20				
Ossigeno	V03	51,58	55,01	53,78	53,46	94,99	83,11	38,37	72,16	18,70	34,98	0,000
Anestetici generali iniettivi	N01	0,72	0,96	0,77	0,82	2,65	2,09	0,56	1,77	0,95	116,04	0,000
Stimolanti cardiaci iniettivi	C01	1,11	1,78	1,79	1,56	2,85	2,70	0,92	2,15	0,59	37,84	0,000
Curari iniettivi	M03	0,15	0,21	0,20	0,19	1,03	0,51	0,49	0,68	0,49	264,10	0,000
Acido ascorbico iniettivo	A11	0,20	0,28	0,20	0,22	0,67	1,14	0,24	0,68	0,46	204,53	0,000
Ipnocici e sedativi iniettivi	N05	0,15	0,37	0,42	0,31	1,43	0,57	0,32	0,77	0,46	145,78	0,000
Antidoti iniettivi	V03	0,19	0,21	0,18	0,19	0,26	0,56	0,16	0,33	0,13	69,67	0,000
Terapia del dolore iniettivi	N02	1,13	1,42	1,16	1,24	2,20	1,28	0,51	1,33	0,09	7,61	0,082
Ansiolitici iniettivi	N05	0,05	0,17	0,16	0,13	0,23	0,13	0,13	0,17	0,04	30,31	0,145
Xantine iniettivi	R03	0,03	0,07	0,07	0,06	0,15	0,09	0,03	0,09	0,03	59,12	0,072
Trombolitici iniettivi	B01	0,10	0,12	0,10	0,11	0,18	0,17	0,06	0,14	0,03	27,60	0,007
Antiemetici iniettivi	A04	0,16	0,23	0,20	0,19	0,15	0,29	0,19	0,21	0,02	8,01	0,832
Mucolitici iniettivi	R05	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	-0,01	-52,79	0,161
Antiemorragici iniettivi	B02	0,40	0,57	0,46	0,48	0,49	0,42	0,14	0,35	-0,13	-27,43	0,611
Antipiretici iniettivi	N02	1,32	2,44	1,99	1,92	2,61	1,91	0,49	1,67	-0,24	-12,78	0,005
Cortisonici iniettivi	H02	1,16	2,21	1,70	1,69	2,40	1,09	0,55	1,35	-0,35	-20,41	0,093
FANS iniettivi	M01	1,10	1,86	1,46	1,47	1,76	0,55	0,60	0,97	-0,50	-33,98	0,011
Anestetici locali iniettivi	N01	1,22	1,35	1,59	1,39	1,57	0,56	0,41	0,84	-0,54	-39,16	0,035

(*) in ordine decrescente

Fonte: Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia COVID-19

Tabella 9a.3. Categorie utilizzate per le principali patologie croniche attraverso il canale della territoriale (farmaceutica convenzionata + DPC), delta assoluto, delta relativo e p-value calcolato sul delta assoluto tra i consumi pro-capite die per 10.000 abitanti tra il periodo pre e post COVID-19

Categoria	Periodo Pre COVID-19		media pre	Periodo Post Covid-19		media post	Delta assoluto pre-post (*)	Delta relativo pre-post	p-value
	gen-20	feb-20		mar-20	apr-20				
Antidiabetici	26,90	25,85	26,37	29,98	23,79	26,88	0,51	1,93	0,686
Antiaggreganti	25,07	23,28	24,18	27,41	21,80	24,60	0,43	1,77	0,714
Ipolipemizzanti	39,11	36,94	38,03	42,37	34,28	38,33	0,30	0,78	0,773
Anticoagulanti	7,18	7,01	7,10	8,13	6,51	7,32	0,22	3,12	0,584
Antipsicotici	5,60	5,55	5,57	6,12	5,28	5,70	0,13	2,32	0,530
Antiipertensivi	148,93	140,43	144,68	159,85	129,63	144,74	0,06	0,04	0,837
Antidemenza	0,83	0,79	0,81	0,89	0,73	0,81	0,00	-0,52	0,878
Anti-parkinson	3,78	3,63	3,71	4,06	3,28	3,67	-0,04	-0,95	0,924
Antiepilettici	8,81	8,60	8,71	9,41	7,77	8,59	-0,11	-1,31	0,953
Farmaci per la tiroide	9,46	8,95	9,20	10,13	8,04	9,09	-0,12	-1,27	0,958
Antidepressivi	18,00	16,92	17,46	18,78	15,70	17,24	-0,22	-1,27	0,957
Farmaci per l'osteoporosi	17,54	17,30	17,42	17,23	15,44	16,34	-1,08	-6,21	0,388
Asma e BPCO	16,83	16,76	16,79	16,11	11,71	13,91	-2,88	-17,18	0,172

(*) in ordine decrescente

Fonte: Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia COVID-19

Dalla Figura 9a.21. emerge una correlazione positiva e sostanzialmente omogenea su tutto il territorio nazionale (con poche anomalie) tra casi positivi e consumo di farmaci per il COVID-19. Sempre nell'ambito del Rapporto AIFA è stata analizzata la gestione dei pazienti cronici e con multi-morbilità, pazienti noti come maggiormente esposti al rischio di infezione e agli effetti connessi del COVID-19.

Tra le più importanti misure attivate per la gestione di tali pazienti ricordiamo l'estensione del periodo di validità dei Piani Terapeutici, l'accesso al farmaco da parte dei cittadini limitandone gli spostamenti tramite ricetta dematerializzata e le attività di informazione continua e aggiornata attraverso i vari siti istituzionali.

Al fine di verificare se il periodo di lockdown abbia comunque influenzato il comportamento prescrittivo del medico curante o il comportamento del paziente in termini di accesso al farmaco, nella Tabella 9a.3. viene riportato l'andamento dei consumi (confezioni per 10.000 ab. die) dei farmaci con indicazione per le principali patologie croniche erogati in regime di assistenza convenzionata e per conto a carico del

SSN attraverso le farmacie pubbliche e private.

Le categorie di farmaci considerate sono quelle indicate per: diabete, affezioni del sistema cardio-circolatorio e ipertensione, dislipidemie, demenze, psicosi, ansia e depressione, epilessia, parkinson, patologie respiratorie (asma e broncopneumopatia ostruttiva), osteoporosi, patologie della tiroide.

L'andamento, da quanto emerge nella Tabella 9a.3. è stato piuttosto discontinuo: nel mese di febbraio 2020, rispetto al mese precedente, si registra una riduzione dei consumi per tutte le categorie prese in esame, a marzo, mese che corrisponde con l'inizio del lockdown, si è registrata invece una crescita: è possibile ipotizzare che i medici prescrittori e i pazienti, in vista di potenziali problemi, abbiano provveduto a fare scorta dei farmaci. Nel mese successivo si è avuto, invece, un rimbalzo che ha riportato i valori nella media. A livello nazionale quindi, nel periodo pre e post COVID-19, non si evidenziano differenze significative nei consumi espressi in confezioni per 10.000 abitanti die per le categorie di farmaci esaminate.

Globalmente, i prodotti per i quali si registra un

maggior aumento dei consumi nel periodo post COVID-19 rispetto al pre COVID-19 sono: anticoagulanti, antipsicotici, antidiabetici e antiaggreganti piastrinici. Di contro, quelli per i quali si registra una riduzione dei consumi, comunque non significativa, sono: farmaci per asma e BPCO e farmaci per l'osteoporosi.

9a.4. Conclusioni

La crescita della spesa farmaceutica, negli ultimi anni, in particolare quella pubblica, è senza dubbio ascrivibile all'ingresso sul mercato di molecole ad alto costo, ivi compresa l'uscita dal Fondo Innovativi di alcune molecole che portano benefici incrementali rilevanti, ma creano problemi di rispetto del tetto massimo (ordinario) di spesa.

Solo poche Regioni, infatti, riescono a rispettare il tetto e, tra l'altro, solo grazie alla compensazione dello sfioramento della spesa ospedaliera con i "risparmi" messi in atto sulla territoriale.

Incide, tra l'altro, anche la quota, rilevante in alcuni contesti regionali, delle spese dirette dei cittadini che "rinunciano" al rimborso pubblico.

Considerando la crescita della spesa farmaceutica ospedaliera (di cui nessuna Regione riesce a rispettare il tetto), e l'esistenza di una spesa privata comunque in crescita, si conferma l'urgenza di rivedere la *governance* del comparto.

In primo luogo, sarebbe auspicabile il superamento del doppio tetto, il che implica, però, anche il rivedere le regole di ripiano, che sono difformi per le due poste.

Tale soluzione darebbe maggiore certezza alle Aziende produttrici e probabilmente maggiore flessibilità alle Regioni, evitando anche potenziali incentivi a spostamenti opportunistici di spesa fra un capitolo e l'altro.

Anche la scelta di creare 2 Fondi distinti (oncologici e non) per i Farmaci Innovativi, appare discutibile: in particolare la mancanza di compensazione tra i 2, con il rischio che si generino barriere all'accesso, pur in presenza di risorse stanziate e non utilizzate: il sistema attuale andrebbe quindi rivisto, nella direzione di una maggiore flessibilità o, prevedendo anche in questo caso l'unificazione.

Le norme di *governance* finora emanate, o in procinto di emanazione (ad esempio Linee Guida AIFA), sembrano concentrarsi esclusivamente sulla revisione del sistema di negoziazione dei prezzi, che pur rappresentando una parte importante del sistema di *governance* del settore, non appaiono esaurire le opportunità di semplificazione e efficientamento.

Altro elemento degno di nota è l'impatto del COVID-19; in alcune Regioni, quelle più colpite, l'impatto è già visibile: a titolo di esempio la Regione Lombardia (la più colpita durante la prima ondata) ha già, nei primi 4 mesi del 2020, sfiorato il tetto della spesa farmaceutica convenzionata, e tutte le Regioni hanno sfiorato il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera con un disavanzo che già supera € 1 mld..

Dal report AIFA relativo all'uso dei farmaci durante la prima ondata dell'epidemia COVID-19, emerge un forte incremento di alcune categorie farmaceutiche. Le misure prese in urgenza, quali l'estensione del periodo di validità dei Piani Terapeutici e l'accesso al farmaco da parte dei cittadini mediante ricetta dematerializzata, sembrano comunque essere state efficaci nell'evitare la rinuncia alle terapie per i pazienti cronici.

Sul piano dell'accesso ai farmaci, rileva l'andamento delle compartecipazioni, che, nell'ultimo decennio, sono quasi raddoppiate in valore assoluto, con la maggiore crescita nel Centro.

Sia la crescita delle compartecipazioni, sia la relativa maggiore incidenza nel Sud, sono generate da quelle sul differenziale rispetto ai prezzi di riferimento degli equivalenti, essendo quantitativamente (largamente) predominanti e osservando che l'incidenza del *ticket* fisso sulla ricetta è diminuita negli ultimi 5 anni.

Riferimenti bibliografici

- AIFA (vari anni), Monitoraggio della spesa farmaceutica
 AIFA (vari anni), Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale
 AIFA, 2020 Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia COVID-19
 Istat (anni vari), banche dati on line, www.istat.it

ENGLISH SUMMARY

In Italy, the actual total pharmaceutical expenditure amounts to € 30.1 billion, 70.6% of which is borne by the National Health Service (NHS). Public expenditure has increased by a 3.8% annual average over the last five years, while private expenditure has risen by 1.6%.

In recent years the growth in pharmaceutical expenditure, particularly public expenditure, is due to the entry into the market of high-cost molecules, which bring significant incremental benefits, but create problems of compliance with the expenditure ceiling.

The overrun of the ceiling reached € 1.797 billion in 2019, equal to € 29.8 per-capita. Two Regions alone manage to comply with the ceiling and only by offsetting the hospital over-expenditure with the margin existing on territorial pharmaceutical expenditure. It should also be added that the existence of a share of expenditure for class A drugs purchased directly by citizens, thus reducing the burden on the Regions, also contributes to compliance with the ceiling.

Indeed, the resulting payback reduces the actual public expenditure by 6.8% to € 19,876.

It would therefore be desirable to reflect on the possibility of overrunning the double ceiling and, at the same time, revising the rules for redressing deficits and breaking even, also considering that now the payback is actually an additional source of funding for the Regions.

Such a solution could give greater certainty to manufacturers and also greater flexibility to Regions,

thus also avoiding potential incentives for opportunistic expenditure shifts between one chapter and another. Nonetheless, the rules and regulations enacted so far on the subject of drugs governance renewal seem to lack a comprehensive approach and be rather centred on the idea of making the sector sustainable by increasing the public sector's bargaining power, obviously to be used to reduce prices.

Similarly, an issue that needs to be addressed is that of the two separate (oncological and non-oncological) Funds for Innovative Medicines: the lack of an offsetting mechanism between the two Funds seems particularly questionable, with the risk that access barriers may be created, even in the presence of resources allocated and not used.

From the economic viewpoint, the COVID-19 impact is certainly noteworthy. In the most affected Regions, the impact is already significant: for example, in the first 4 months of 2020, Lombardia (the most affected Region during the first wave) has already overrun the ceiling of pharmaceutical expenditure falling within the NHS competence. Moreover, all Regions have overrun the ceiling of hospital pharmaceutical expenditure with a deficit that is already over € 1 billion.

It should be pointed out that some emergency measures taken, such as the extension of the validity of Therapeutic Plans and citizens' access to drugs with dematerialised prescriptions, have proved to be appreciated by users and effective at least in avoiding chronic patients' disruption of therapies or non-compliance with treatments.

CAPITOLO 9b

Tempi di rimborsabilità e prezzo dei farmaci oncologici nel periodo 2015-2019

Gianfrate F.¹, Damuzzo V.², Realdon N.², Di Sarra F.³

9b.1. Introduzione

Il lavoro si pone lo scopo di descrivere e comparare le tempistiche con cui AIFA ha definito il prezzo e il regime di rimborsabilità dei farmaci con indicazione oncologica e onco-ematologica approvati da EMA (*European Medicines Agency*) nel quinquennio 2015-2019.

Obiettivo connesso è individuare quali siano i determinanti che fanno variare i tempi di accesso al mercato dei medicinali e se vi sia una correlazione tra questi fattori e il prezzo *ex-factory* del farmaco negoziato da AIFA.

Nel quinquennio 2015-2019 la spesa per i farmaci oncologici è stata in costante crescita con un incremento del costo medio per giornata di terapia da € 11,5 nel 2015 a € 16,4 nel 2019 (+42,6%). La spesa pro-capite dei farmaci oncologici è passata da € 38,8 a € 61,1 (+57,5%).

La spesa è sostenuta per il 95% da farmaci coperti da brevetto e gli anticorpi monoclonali e gli inibitori delle tirosin-chinasi sono le due categorie ATC a maggior spesa. Un'analisi dei cinque principi attivi che incidono maggiormente sulla spesa pro capite per i farmaci oncologici mette in evidenza il cambiamento occorso in questi anni nell'approccio terapeutico per la cura dei tumori.

Se infatti nel 2015 i principi attivi con maggiore incidenza di spesa pro capite erano farmaci consolidati già da molti anni in oncologia, come trastuzumab, bevacizumab, lenalidomide e imatinib, a partire dal

2017 l'immunoterapia ha acquisito quote significative di spesa tanto che nel 2019, complice anche la commercializzazione del biosimilare di trastuzumab, i primi due principi attivi per impatto sulla spesa sono nivolumab e pembrolizumab.

A partire dal 2017 alcuni farmaci oncologici hanno ottenuto il beneficio dell'innovatività terapeutica e la spesa sostenuta per queste terapie è rientrata in un fondo appositamente predisposto da AIFA. Nel Rapporto OsMed, i dati di spesa per i farmaci innovativi oncologici si riferiscono al valore complessivo di spesa e consumo di ogni medicinale e non solamente all'indicazione innovativa e non discriminano tra innovatività condizionata e piena.

La spesa nazionale dei farmaci innovativi con accesso ai Fondi è stata di circa € 585 mil. a fronte di € 1,1 mld. per i non oncologici. Il dettaglio dei principi attivi a maggiore impatto di spesa varia nei vari anni per effetto della diversa durata del periodo di efficacia dello status di innovatività.

La spesa per i farmaci orfani è cresciuta sensibilmente nel quadriennio 2015-2018 passando da € 1,21 a 1,78 mld..

Per l'anno 2019 sono stati spesi € 1,55 mld. ma questo dato di spesa non è confrontabile con il quadriennio precedente poiché la Legge di Bilancio 2019 ha cambiato i criteri di inclusione nella Lista dei farmaci orfani. Una quota sostanziale della spesa è ascrivibile a farmaci orfani con indicazione oncologica e immunomodulatori (72,5%) e circa il 15% dei farmaci ha ottenuto il requisito dell'innovatività piena.

9b.2. Medicinali oggetto dello studio

Lo studio prende in considerazione tutti i medicinali che hanno ottenuto l'autorizzazione alla commercializzazione da parte di EMA nel periodo compreso tra 01/01/2015 e 31/12/2019, appartenenti alla classe L di ATC al primo livello, con indicazione oncologica o onco-ematologica esclusi i farmaci generici o biosimilari.

Per questo campione di 56 principi attivi è stato costruito un database a partire dai dati resi dispo-

ponibili dalle Agenzie regolatorie AIFA e EMA e contenente una caratterizzazione del medicinale, il tipo di autorizzazione ottenuta a livello centralizzato, gli step di valutazione da parte di AIFA, compresi i tempi di valutazione, il prezzo del medicinale e l'attribuzione, da parte di AIFA, di limitazioni o agevolazioni alla prescrivibilità e rimborsabilità a carico del SSN.

Ai fine dell'analisi, per ciascun farmaco è stata considerata la prima indicazione terapeutica che ha ottenuto l'approvazione centralizzata da parte di EMA.

Tabella 9b.1. Informazioni contenute nel database dello studio e relativa fonte da cui originano

Tipo Dato	Campo	Fonte
Caratterizzazione del medicinale	Nome commerciale	EMA
	Principio attivo	EMA
	Codice ATC al 4° livello	EMA
	Indicazione terapeutica	EMA/GUI
	Designazione di orfano (EMA)	EMA
	Inserimento nella lista dei farmaci orfani AIFA	AIFA - Sezione Farmaci Orfani
	Codice Minsan	GUI
Limitazioni/benefici definiti da aifa ai fini della prescrivibilità e rimborsabilità	Presenza di un Registro di Monitoraggio AIFA	GUI
	Presenza di un MEA	AIFA - Sezione Registri di Monitoraggio dei Farmaci
	Tipo di MEA	AIFA - Sezione Registri di Monitoraggio dei Farmaci
	Tetto di spesa	GUI
	Classificazione ai fini dell'innovatività terapeutica	GUI
Prezzo del farmaco	Prezzo <i>ex-factory</i> IVA esclusa	GUI
	Prezzo al pubblico IVA inclusa	GUI
	Prezzo per 28 giorni di terapia	Calcolato come descritto nel paragrafo in calce
Tempi di accesso al mercato	Data autorizzazione centralizzata alla commercializzazione da parte di EMA (EPAR)	EMA
	Data pubblicazione dell'autorizzazione centralizzata in Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea	GUI
	Data valutazione da parte della CTS AIFA	GUI
	Data valutazione da parte del CPR AIFA	GUI
	Data pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del provvedimento di classificazione in classe C(nn)	GUI / AIFA Sezione dedicata ai Farmaci C(nn)
	Data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del provvedimento di definizione del prezzo e classificazione ai fini della rimborsabilità	GUI
Tipo di autorizzazione centralizzata	Autorizzazione condizionata	EMA
	Autorizzazione in circostanze eccezionali	EMA
	Procedura accelerata di valutazione	EMA

¹ Economista Sanitario² Dipartimento di Scienze del Farmaco Scuola di Specializzazione in farmacia Ospedaliera, Università di Padova³ S.C. Farmacia Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS, Padova

Alcuni farmaci, pur avendo un unico provvedimento autorizzativo da parte di EMA, sono stati considerati come casi separati in base all'indicazione terapeutica per cui erano stati approvati, in quanto caratterizzati da iter valutativi differenti da parte di AIFA. I medicinali che hanno richiesto questo tipo di approccio sono:

- Alecensa: è indicato sia in prima che in seconda linea nella cura del tumore al polmone non a piccole cellule. Le due linee si differenziano poiché solo alla prima linea è assegnato il beneficio dell'innovatività terapeutica. La seconda linea beneficia invece di un MEA *patient-level* di tipo finanziario;
- Keytruda: EMA autorizza con un unico provvedimento sia l'indicazione per il melanoma avanzato/metastatico sia l'uso nel tumore polmonare non a piccole cellule. AIFA ha approvato in un primo momento la polvere per concentrato per soluzione iniettabile indicata per i pazienti con melanoma, classificandola in C(nn) e poi procedendo con la negoziazione. In seguito, AIFA approva il concentrato per soluzione per infusione indicata sia per il melanoma che per il tumore al polmone;
- Opdivo: EMA autorizza con un unico provvedimento sia l'indicazione per il melanoma avanzato/metastatico sia l'uso nel tumore polmonare non a piccole cellule. Tuttavia, l'accesso al farmaco in Italia è avvenuto seguendo vie diverse per le due indicazioni. Per il melanoma "Opdivo" è stato classificato in C(nn) e poi negoziato. Per il tumore al polmone è stato dapprima reso disponibile il farmaco "Nivolumab-BMS" erogabile ai sensi della legge 648/96 e successivamente è stato negoziato "Opdivo" con un'unica Determina di definizione di prezzo e rimborso per entrambe le indicazioni;
- Tecentriq: EMA autorizza con un unico provvedimento sia l'indicazione per il carcinoma uroteliale sia l'uso nel tumore polmonare non a piccole cellule. Le due indicazioni sono state negoziate con classe di rimborsabilità diversa: C per carcinoma uroteliale e H per tumore pol-

monare.

A seguito di queste considerazioni, ai fini delle analisi si considera un numero totale di 60 medicinali.

Per i 60 farmaci oggetto dell'analisi è stato popolato un *database* composto come descritto in Tabella 9b.1. Si riporta, per ogni campo, la fonte da cui è stata presa l'informazione.

9b.3. Tempi di accesso al mercato

La valutazione delle tempistiche di valutazione da parte di AIFA per la definizione del prezzo e la rimborsabilità dei medicinali oggetto dello studio è stata effettuata calcolando il tempo, in mesi, tra i milestones descritti in Figura 9b.1.

Il periodo di osservazione delle valutazioni operate da AIFA per il campione di medicinali in studio ha assunto come data limite il 12/09/2020.

Figura 9b.1. Descrizione degli step di valutazione di un medicinale ai fini della determinazione del prezzo e classe di rimborsabilità



In particolare, sono stati valutati in maniera prioritaria i *milestones*:

$$\begin{aligned} \text{Tempo di accesso al mercato} \\ &= \frac{\text{(Data di autorizzazione centralizzata EMA (EPAR))}}{\text{(Data GUI prezzo e classe di rimborsabilità)}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Tempo di classificazione C(nn)} \\ &= \frac{\text{(Data di autorizzazione centralizzata EMA (EPAR))}}{\text{(Data GUI classificazione C(nn))}} \end{aligned}$$

Con l'intento di fornire anche una visione più dettagliata dei tempi necessari per la conduzione dei vari *step* valutativi si è proceduto al calcolo delle tempistiche intercorse tra la data di autorizzazione centralizzata EMA e i vari *step* valutativi riportati in Figura 9b.1. (non *milestones*).

9b.4. Prezzi negoziati

Al fine di rendere comparabili i prezzi dei medicinali oggetto dello studio, si è proceduto a calcolare il costo a carico SSN per 28 giorni di terapia.

Il prezzo *ex-factory*, al netto dell'IVA, è stato considerato come prezzo di riferimento del farmaco.

La posologia considerata è stata quella a dose piena secondo quanto riportato nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto per l'indicazione terapeutica in studio (Gazzetta Ufficiale n. 280 del 10 novembre 2020)

Il costo della terapia è stato poi calcolato seguendo queste regole:

- per farmaci con posologia determinata in base al peso corporeo del paziente, si è assunto di trattare un paziente modello di peso pari a 75 kg; I dati biometrici medi sono stati estratti dal *database WorldData* (Casadei, 2012)
- per farmaci con posologia determinata in base alla superficie corporea, si è assunto di trattare un paziente modello di peso pari a 75 kg e altezza pari a 170 cm. I dati biometrici medi sono stati estratti dal *database WorldData* (Casadei, 2012). La superficie corporea è stata calcolata con la formula di Mosteller ed è risultata pari a 1,86 m²
- per i farmaci ematologici che prevedono almeno un ciclo di induzione seguito da cicli di mantenimento condizionati dalla risposta clinica del paziente, è stato considerato solo il costo del ciclo di induzione che verrà sicuramente somministrato ad ogni paziente candidato a quella terapia
- per i farmaci orali si è considerato un numero di compresse tali a coprire 28 giorni di terapia, comprensivi di eventuali pause terapeutiche

- per i farmaci infusionali si è considerato il costo per giorno di terapia successivamente moltiplicato per 28, al netto degli eventuali scarti di produzione.

La valutazione dei prezzi è stata effettuata escludendo le terapie avanzate per uso nominale Kymriah, Yescarta e Zalmoxis in quanto *outliers* rispetto al prezzo delle altre terapie. È stato altresì escluso il farmaco Quarziba in quanto approvato per sola indicazione pediatrica e quindi non confrontabile con gli altri farmaci indicati nei pazienti adulti.

9b.5. Metodologia statistica

In linea generale, le variabili categoriche sono state descritte riportando il numero assoluto di medicinali appartenenti a ciascuna categoria e il contributo, in termini percentuali, della categoria sull'intero campione. Le variabili continue sono state descritte come mediana e *range* interquartile.

Le tempistiche di valutazione da parte di AIFA sono state riportate in mesi e la loro distribuzione descritta come mediana, *range* interquartile, minimo e massimo attraverso l'utilizzo di grafici a scatola e baffi.

Si è proceduto a confrontare la tempistica di accesso al mercato dei medicinali classificati in base a:

- ATC: si sono considerate dapprima tutte le classi ATC e in seguito si è ridotta la categorizzazione alle classi ATC maggiormente rappresentate (L01XC, L01XE, L01XX) considerando tutte le altre classi ATC come un'unica categoria denominata "ALTRO".
- Tipo di autorizzazione centralizzata: approvazione a condizione (SI/NO), approvazione in circostanze eccezionali (SI/NO), autorizzazione con procedura accelerata (SI/NO).
- Designazione di farmaco orfano: categorizzato come SI/NO sulla base allo status designato da EMA in sede di autorizzazione centralizzata (Gazzetta Ufficiale n. 280 del 10 novembre 2020). Si è proceduto poi a segnalare le difformità tra la classificazione EMA e l'inserimento, da parte di AIFA, nella Lista dei Farmaci Or-

fani (aggiornamento del 31/12/2018) (Determina AIFA del 12 settembre 2017, n. 1535). Dal 01/01/2019 AIFA si è uniformata ai criteri di designazione dei farmaci orfani applicati da EMA includendo nella Lista dei Farmaci Orfani solo i farmaci che hanno ottenuto questo status in sede di approvazione centralizzata.

- **Indicazione terapeutica:** Sono state considerate delle macro-indicazioni terapeutiche suddivise per distretto anatomico interessato dalla patologia per i farmaci oncologici e macro-classificazione per le patologie onco-ematologiche.
- **Innovatività terapeutica:** i farmaci sono stati suddivisi in tre categorie: non innovativo, innovatività potenziale o condizionata (ai sensi dell'art. 10, comma 2, Legge 189/2012) e innovatività piena (ai sensi dell'art.1, commi 402, 403 e 404 della legge 11/12/2016, n. 232).

Eventuali differenze in termini di tempo d'accesso al mercato per queste categorie sono state analizzate con l'analisi della varianza ANOVA a cui è seguita una procedura di *multiple comparison* con test di Tukey.

Le categorie che sono risultate significativamente associate ad una variazione nei tempi di accesso al mercato dei medicinali sono state poi inserite in un modello inferenziale di regressione lineare atto a valutare la capacità di queste categorie di predire la variazione di tempistiche osservata nel campione. Le categorie che sono risultate predittori significativi delle variazioni di tempistiche di accesso al mercato sono state poi inserite in un modello di regressione multivariata atto a determinare se le capacità predittive delle diverse categorie fossero tra loro indipendenti.

In analogia a quanto descritto per la valutazione dei tempi di accesso al mercato, lo stesso processo analitico è stato applicato alla valutazione e confronto dei prezzi dei farmaci oggetto dello studio.

I risultati sono stati considerati statisticamente significativi con $\alpha \leq 0,05$.

9b.6. Analisi dei tempi di accesso al mercato

Nel quinquennio di osservazione, 2015-2019, EMA ha approvato 56 nuove entità farmaceutiche in campo oncologico e onco-ematologico.

La distribuzione del numero di farmaci approvati per anno indica un numero medio di circa 12 farmaci approvati/anno, con una leggera deflessione nel numero di molecole licenziate nell'anno 2019 (Figura 9b.2.). Il numero di farmaci ricompresi nell'analisi e negoziati da AIFA è omogeneamente distribuito nei vari anni (Figura 9b.3.).

L'elenco dei farmaci approvati da EMA in ciascun anno è riportato in Tabella 9b.2..

Figura 9b.2. Distribuzione dei farmaci autorizzati da EMA divisi per anno di autorizzazione/negoziante

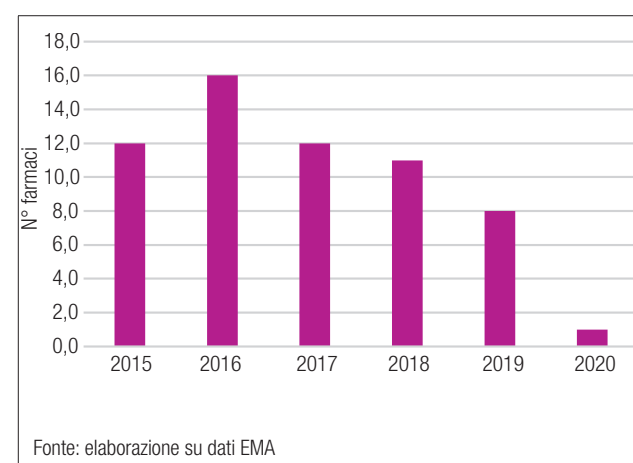


Figura 9b.3. Distribuzione dei farmaci autorizzati da AIFA divisi per anno di autorizzazione/negoziante

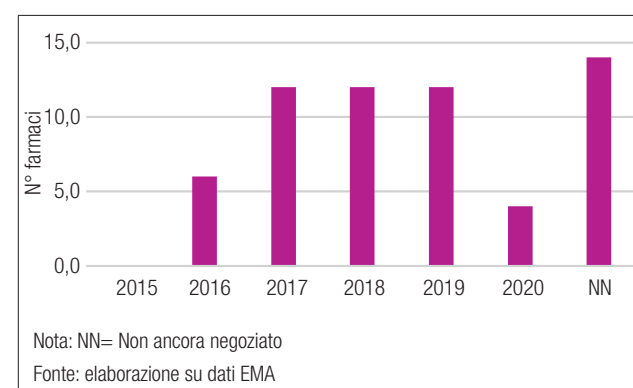


Tabella 9b.2. Elenco dei medicinali approvati da EMA suddivisi per anno in cui è avvenuta l'autorizzazione

Anno di rilascio dell'autorizzazione centralizzata					
2015	2016	2017	2018	2019	2020
Blinicyto	Cabometyx	Alecensa	Alunbrig	Erleada	Polivy (parere CHMP 2019)
Cotellic	Darzalex	Bavencio	Braftovi	Libtayo	
Farydak	Empliciti	Besponsa	Imfinzi	Lorviqua	
Imlygic	Ibrance	Fotivda	Kymriah	Talzenna	
Keytruda	Keytruda	Kisqali	Mektovi	Trecondi	
Kyprolis	Kispilyx	Qarziba	Mylotarg	Vitrakvi	
Lenvima	Lartruvo	Rydapt	Nerlynx	Vizimpro	
Odomzo	Lonsurf	Tecentriq	Rubraca	Xospata	
Opdivo	Ninlaro	Tookad	Verzenio		
Unituxin	Oncaspar	Zejula	Vyxeos liposomal		
Zykadia	Onivyde pegylated liposomal		Yescarta		
	Portrazza				
	Spectrila				
	Tagrisso				
	Venclyxto				
	Zalmoxis				

Fonte: elaborazione su dati EMA

Tabella 9b.3. Elenco dei medicinali per cui non è disponibile, al 12/09/2020, la Determina di definizione del prezzo e del regime di rimborsabilità

Farmaci C(nn) non negoziabili da AIFA al 12/09/2020					
2015	2016	2017	2018	2019	2020
Imlygic	Kispilyx	Alunbrig	Lorviqua	/	Polivy (parere CHMP 2019)*
Unituxin	Portrazza	Nerlynx	Talzenna		
	Spectrila		Trecondi		
	Onivyde pegylated liposomal*		Vitrakvi		
			Xospata		

Nota: I farmaci contrassegnati con* non sono stati nemmeno classificati in fascia C(nn)

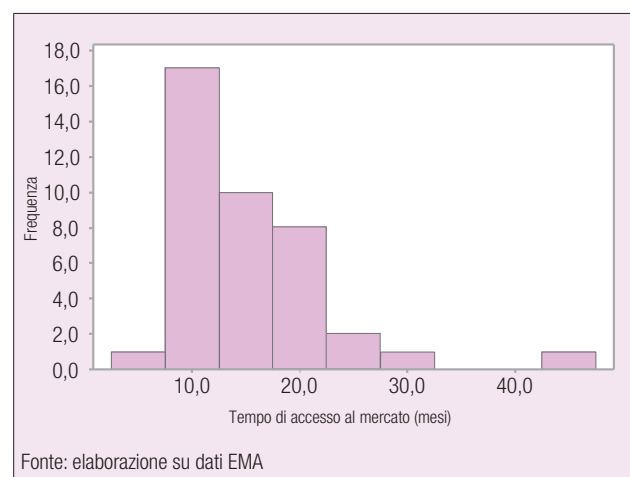
Fonte: elaborazione su dati EMA ed AIFA

14 farmaci non sono stati ancora negoziati da AIFA e 2 di questi non sono stati nemmeno inclusi nella classe C(nn). I farmaci non ancora negoziati da AIFA sono riportati in Tabella 9b.3. suddivisi per anno di approvazione da parte di EMA.

La distribuzione dei tempi intercorsi tra l'approvazione EMA e la pubblicazione nella Gazzetta Uffi-

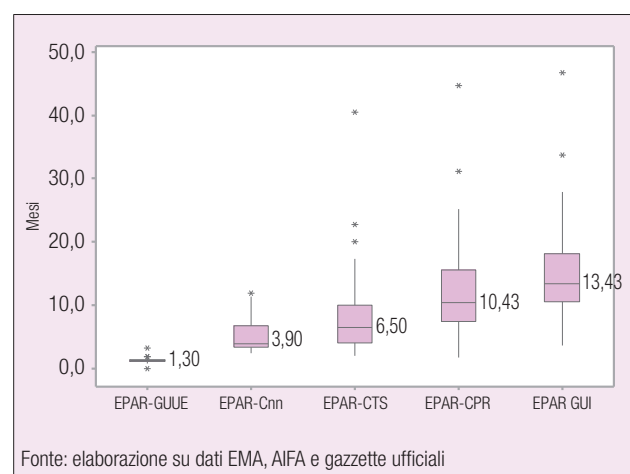
ciale Italiana della Determina AIFA di negoziazione, di seguito denominati "tempi di accesso al mercato", dei farmaci approvati con procedura centralizzata nel quinquennio 2015-2019 è spostata a sinistra verso un valore mediano di 13,4 mesi (IQR: 10,6 - 18,2 mesi) (Figura 9b.4.).

Figura 9b.4. Distribuzione del tempo di accesso al mercato dei medicinali approvati da EMA nel quinquennio 2015-2019



Non vi sono differenze significative in termini di tempo di accesso al mercato per farmaci oggetto dell'analisi rispetto all'anno di approvazione da parte di EMA, né rispetto all'anno di negoziazione da parte di AIFA.

Figura 9b.5. Box-plot relativo ai tempi intercorsi tra l'Autorizzazione da parte di EMA (EPAR) e la pubblicazione in GUUE del provvedimento di autorizzazione (GUUE), la pubblicazione in GUI del provvedimento di classificazione in fascia C(nn) (Cn-n), la valutazione da parte della CTS di AIFA (CTS) e della CPR (CPR), la pubblicazione in GUI della Determina di definizione del prezzo e del regime di rimborsabilità (GUI)



La Figura 9b.5. illustra, per i farmaci già negoziati, la distribuzione dei tempi nelle varie fasi del processo di valutazione da parte di AIFA in seguito all'ap-

provazione EMA. La valutazione da parte delle due Commissioni tecniche di AIFA (CTS e CPR) richiede circa sei mesi e mezzo, 4 dei quali impiegati dal processo di negoziazione da parte del CPR.

9b.7. Tempi di accesso al mercato in base alla classificazione ATC e indicazioni d'uso

La maggior parte dei farmaci inclusi nell'analisi appartiene alla classe ATC L01X – altri neoplastici; le sottocategorie più rappresentate sono gli inibitori di tirosinchinasi (L01XE, N=20), gli anticorpi monoclonali (L01XC, N=16) e altri agenti neoplastici (L01XX, N=13) comprendenti classi eterogenee di farmaci dalle piccole molecole alle terapie avanzate. Per un dettaglio della distribuzione nelle varie classi ATC si veda la Tabella 9b.4..

Tabella 9b.4. Classificazione dei medicinali oggetto dello studio secondo codice ATC al quarto livello

ATC 2 LIVELLO	ATC 4 LIVELLO	Descrizione della classe	N.
L01	L01AB	agenti alchilanti (alchilsulfonati)	1
	L01BC	antimetaboliti (analoghi delle pirimidine)	1
	L01XC	anticorpi monoclonali	16
	L01XD	sensibilizzanti usati nella terapia fotodinamica e radiante	1
	L01XE	inibitori di tirosinchinasi	20
	L01XX	altri agenti antineoplastici	13
	L01XY	combinazioni di agenti antineoplastici	1
	L01		2
L02	L02BB	anti-androgeni	1

Fonte: elaborazione personale su dati AIFA

Da un'analisi della varianza emerge che nel campione esiste una differenza significativa nei tempi di accesso al mercato per farmaci appartenenti a diverse classi ATC ($R^2=36,3\%$; $p=0,011$) (Figura 9b.6.), benchè alcune classi dimostrino una varianza piuttosto ampia nella distribuzione dei dati. Quando l'analisi viene ristretta alle tre classi ATC numericamente più rappresentate (L01XC, L01XE, L01XX), si osserva una riduzione statisticamente significati-

Figura 9b.6. Tempi medi (con IC95%) di accesso al mercato per i diversi gruppi ATC al 4° livello

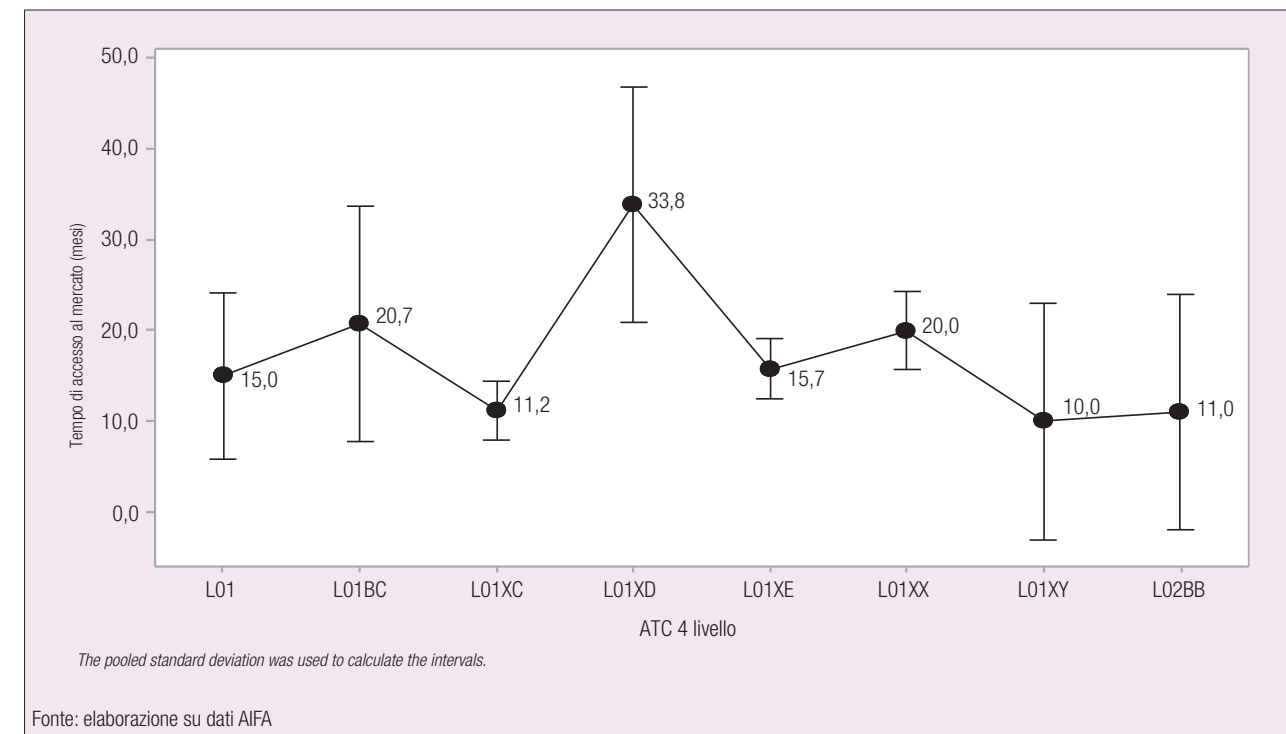
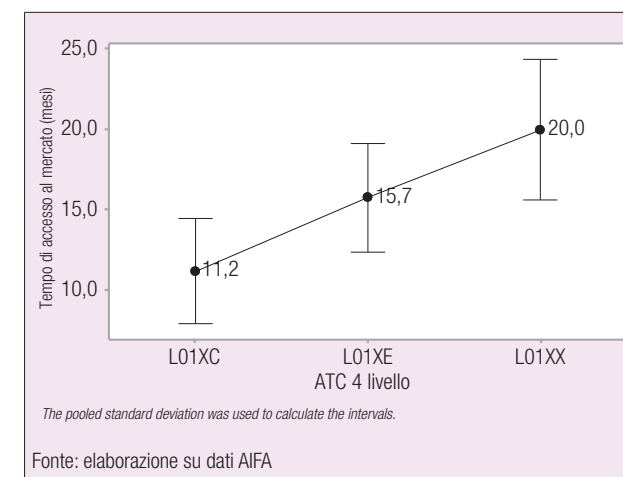


Figura 9b.7. Tempi medi (con IC95%) di accesso al mercato per le tre categorie ATC più rappresentate



va dei tempi di accesso al mercato da parte degli anticorpi monoclonali (L01XC) rispetto agli altri neoplastici (L01XX) ($R^2=23,07\%$; $p=0,008$), mentre gli inibitori di tirosinchinasi (L01XE) si assestano in una situazione intermedia (Figura 9b.7.).

Da un'analisi delle indicazioni d'uso dei farmaci oggetto di analisi emerge che i medicinali per la cura dei tumori solidi sono maggiormente rappresentati nel campione (N=41) rispetto a quelli con indicazione onco-ematologica (N=19).

Nelle indicazioni oncologiche, il carcinoma polmonare non a piccole cellule, il melanoma avanzato e il carcinoma mammario sono i distretti tumorali maggiormente rappresentati mentre in campo onco-ematologico la leucemia linfoblastica acuta, mieloma multiplo e leucemia mieloide acuta sono le indicazioni più frequenti.

Il dettaglio della prevalenza di farmaci approvati EMA, negoziati da AIFA e i tempi mediani di accesso al mercato nelle varie indicazioni sono riportati in Tabella 9b.5..

Non vi sono differenze significative in termini di tempo di accesso al mercato tra i farmaci indicati per le patologie oncologiche ed onco-ematologiche, né tantomeno tra le indicazioni maggiormente rappresentate nel campione.

Tabella 9b.5. Distribuzione del numero di medicinali autorizzati da EMA, negoziati da AIFA e i loro tempi mediani di accesso al mercato in mesi, suddivisi per indicazione terapeutica

Indicazione	N. farmaci approvati EMA	N. farmaci negoziati da AIFA	Mediana tempi di accesso al mercato
Carcinoma polmonare non a piccole cellule	12	9	12,2
Melanoma avanzato	6	5	10,5
Carcinoma mammario	5	3	13,6
Leucemia linfoblastica acuta	5	4	13,6
Mieloma multiplo	5	5	13,6
Leucemia mieloide acuta	4	3	11,1
Carcinoma cutaneo	3	3	12,4
Carcinoma renale	3	2	17
Carcinoma ovarico/tube di Falloppio/peritoneale	2	2	14,1
Carcinoma prostatico	2	2	22,4
Condizionamento pre-trapianto cellule staminali ematopoietiche	2	1	18,2
Linfoma diffuso a grandi cellule B	2	1	14,8
Neuroblastoma	2	1	14,9
Agnostico	1	0	NA
Carcinoma coloretale	1	1	20,74
Carcinoma differenziato della tiroide	1	1	12,6
Carcinoma uroteliale	1	1	9,9
Leucemia linfatica cronica	1	1	8,3
Sarcoma dei tessuti molli	1	1	8,5
Carcinoma pancreatico	1	0	NA

Fonte: elaborazione su dati EMA ed AIFA

9b.8. Tempi di accesso al mercato in base al tipo di procedura di approvazione centralizzata EMA

Nel quinquennio 2015-2019 EMA ha rilasciato autorizzazione centralizzata in circostanze eccezionali a 3 su 56 farmaci approvati, 8 farmaci sono stati approvati con procedura accelerata e 9 approvati a condizione (Tabella 9b.6.).

19 farmaci hanno ottenuto la designazione di farmaci orfani.

Tabella 9b.6. Tempi di accesso al mercato dei medicinali approvati in circostanze eccezionali, con autorizzazione condizionata o secondo procedura accelerata

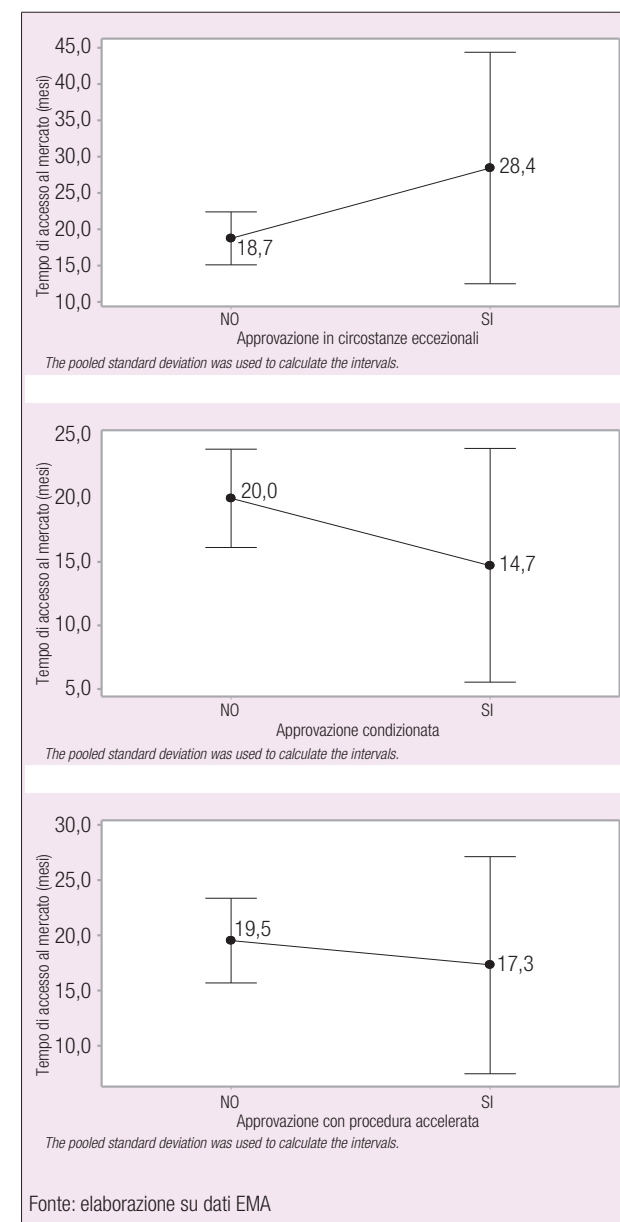
Autorizzazione in circostanze eccezionali	Data approvazione EMA	Data GUI di negoziazione	Δ (Mesi)
Lartruvo	09/11/16	21/07/17	8,47
Qarziba	07/05/17	31/07/18	14,97
Unituxin	14/08/15	12/09/20 (non negoziato)	61,87
Bavencio	17/09/17	24/09/18	12,37
Lartruvo	09/11/16	21/07/17	8,47
Libtayo	27/06/19	26/05/20	11,10
Lorviqua	05/05/19	12/09/20 (non negoziato)	16,50
Ninlaro	20/11/16	08/03/19	27,90
Polivy	16/01/20	12/09/20 (non negoziato)	8,00
Rubraca	22/05/18	12/11/19	17,94
Vitrakvi	18/09/19	12/09/20 (non negoziato)	11,97
Zalmoxis	18/08/16	14/02/18	18,17
Autorizzazione secondo procedura accelerata	Data approvazione EMA	Data GUI di negoziazione	Δ (Mesi)
Cabometyx	08/09/16	18/11/17	14,50
Darzalex	20/05/16	03/07/17	13,63
Empliciti	10/05/16	29/03/17	10,74
Kispilyx	24/08/16	12/09/20 (non negoziato)	49,30
Kyprolis	18/11/15	03/10/16	10,63
Lartruvo	09/11/16	21/07/17	8,47
Lenvima	27/05/15	10/06/16	12,64
Tagrisso	31/01/16	08/08/17	18,47

Fonte: elaborazione su dati AIFA

L'analisi della varianza dei tempi di accesso al mercato indica che non vi sono differenze significative tra farmaci approvati da EMA con particolari procedure di autorizzazione (Figura 9b.8.).

Si osserva un trend in diminuzione dei tempi di accesso al mercato per i farmaci soggetti a procedura accelerata (12,73 mesi, 95%CI: 7,10-18,36 vs 15,67 mesi, 95%CI: 13,28-18,05), pur in presenza di intervalli di confidenza ampi che pregiudicano la significatività statistica della differenza osservata.

Figura 9b.8. Tempi medi (con IC95%) di accesso al farmaco per le diverse procedure di approvazione da parte di EMA: autorizzazione in circostanze eccezionali, autorizzazione condizionata o secondo procedura accelerata



Fonte: elaborazione su dati EMA

9b.9. Tempi di accesso al mercato dei farmaci orfani

Nel quinquennio 2015-2019 il CHMP di EMA ha approvato 19 medicinali attribuendo la designazione di farmaco orfano (Tabella 9b.7.).

AIFA ha ritenuto di inserire nella Lista dei Farmaci Orfani 14 su 19 dei medicinali orfani approvati da EMA. In tre casi i medicinali non sono stati ancora

negoziati.

AIFA ha poi ritenuto di inserire nella Lista dei Farmaci Orfani anche tre medicinali non considerati tali da EMA: Bavencio, Lenvima e Venclyxto.

Tabella 9b.7. Classificazione dei farmaci orfani secondo EMA, secondo AIFA e relativi tempi di accesso al mercato

Farmaco	Farmaco orfano secondo EMA	Incluso nella lista farmaci orfani AIFA	Data approvazione EMA	Data GUI di negoziazione	Δ (Mesi)
Besponsa	Yes	SI	29/06/17	07/06/18	11,40
Blincyto	Yes	SI	22/11/15	23/02/17	15,27
Darzalex	Yes	SI	20/05/16	03/07/17	13,63
Farydak	Yes	SI	27/08/15	11/09/17	24,84
Kymriah	Yes	SI	21/08/18	12/08/19	11,84
Kyprolis	Yes	SI	18/11/15	03/10/16	10,63
Lartruvo	Yes	SI (fino al 31/12/18)	09/11/16	21/07/17	8,47
Mylotarg	Yes	SI	18/04/18	18/06/19	14,17
Ninlaro	Yes	SI	20/11/16	08/03/19	27,90
Onivyde pegylated liposomal	Yes	NO	13/10/16	12/09/20 (non negoziato)	47,64
Polivy	Yes	NO	16/01/20	12/09/20	8,00
Qarziba	Yes	SI	07/05/17	31/07/18	14,97
Rydapt	Yes	SI	17/09/17	16/08/18	11,07
Unituxin	Yes	NO	14/08/15	12/09/20 (non negoziato)	61,87
Vyxeos liposomal	Yes	SI	22/08/18	18/06/19	9,97
Xospata	yes	NO	23/10/19	12/09/20 (non negoziato)	10,80
Yescarta	yes	NO	22/08/18	11/11/19	14,84
Zalmoxis	yes	NO	18/08/16	14/02/18	18,17
Zejula	yes	SI	15/11/17	20/09/18	10,27
Bavencio	no	SI	17/09/17	24/09/18	12,37
Lenvima	no	SI (fino al 31/12/18)	27/05/15	10/06/16	12,64
Venclyxto	no	SI	03/12/16	11/08/17	8,33

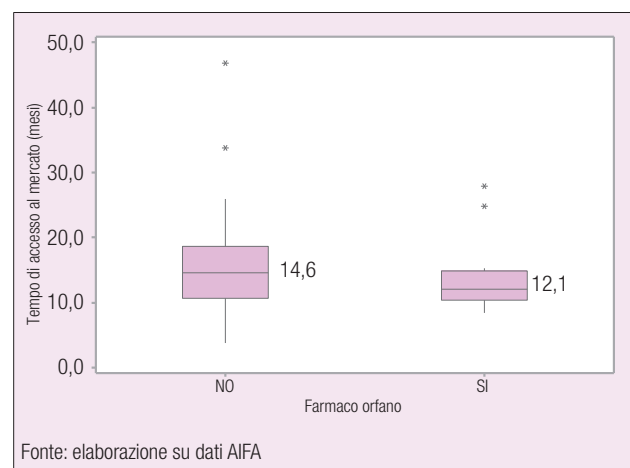
Fonte: elaborazione di dati AIFA e EMA

I tempi di accesso al mercato dei medicinali inseriti nella Lista dei Farmaci Orfani di AIFA si sono dimostrati più brevi rispetto ai medicinali privi della designazione di orfano, tuttavia questa differenza non è statisticamente significativa (Figura 9b.9.).

La mediana del tempo di accesso al mercato per i farmaci orfani (N=16) è 12,1 mesi (IQR: 10,4-14,8mesi) mentre per i farmaci non orfani è di 14,6 mesi (IQR 10,7-18,6).

Non si osserva alcuna differenza nemmeno considerando solo i medicinali che hanno ottenuto la designazione di orfano in sede di approvazione centralizzata.

Figura 9b.9. Box plots dei tempi di accesso al mercato dei medicinali inseriti nella Lista dei Farmaci Orfani di AIFA



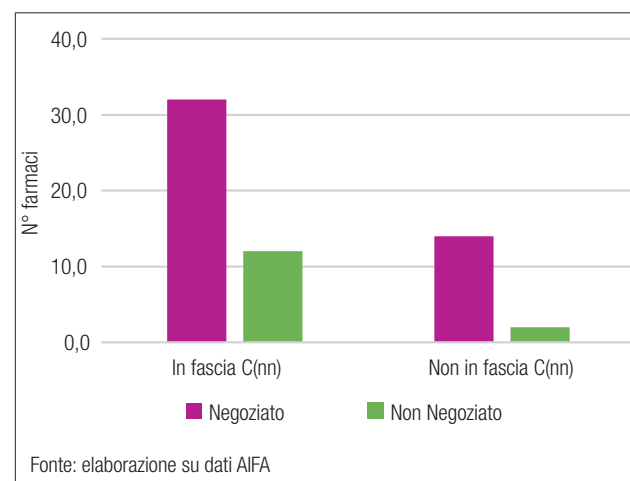
9b.10. Tempi di accesso al mercato in base alla classificazione C(nn), all'innovatività terapeutica e agli accordi negoziali (Managed Entry Agreement)

Dopo l'autorizzazione centralizzata, la maggioranza dei farmaci (44 su 60) sono stati inseriti da AIFA in fascia C(nn) (Figura 9b.10.).

La mediana dei tempi intercorsi tra l'EPAR e la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale Italiana della Determina di classificazione in fascia C(nn) è di 3,93 mesi (IQR 3,5-6,9 mesi).

Dei 44 medicinali C(nn), la maggior parte è stata negoziata in un tempo mediano di circa 8 mesi (IQR 5,8 - 14,4).

Figura 9b.10. Distribuzione dei farmaci approvati da EMA in base al passaggio attraverso una classificazione iniziale in fascia C(nn) e allo status del processo di negoziazione



La Figura 9b.11. illustra, per ogni farmaco, i tempi di classificazione in fascia C(nn) comparati con i tempi di accesso definitivo al mercato.

Non si delinea alcuna correlazione tra le due tempistiche, al contrario, si osserva che le tempistiche con cui il farmaco viene classificato in C(nn) siano molto eterogenee.

I farmaci con procedura registrativa in circostanze eccezionali, condizionata o con valutazione accelerata non beneficiano di tempi minori di inserimento in fascia C(nn) rispetto agli altri farmaci e lo stesso vale anche per i farmaci orfani.

Ad oggi 12 medicinali permangono in fascia C(nn) da un tempo mediano di 15,4 mesi (IQR 10,6 – 44,1 mesi) (Tabella 9b.8.).

Si segnala che due farmaci non sono stati né inseriti in classe C(nn) né negoziati al 12/09/2020 (Onyvide e Polivy).

In seguito a negoziazione tre farmaci sono stati classificati in fascia C (Fotivda, Vizimpro e Tecentriq indicazione carcinoma uroteliale).

Due farmaci sono stati sottoposti a tetto di spesa: Cotellic con un tetto di € 36 mil. in 24 mesi e Libtayo con un tetto suddiviso in € 11,9 mil. per il primo anno e € 14,4 mil. per il secondo.

Figura 9b.11. Tempo di accesso alla classificazione C(nn) (EPAR – C(nn)) e il tempo di accesso al mercato (EPAR – GUI di negoziazione)

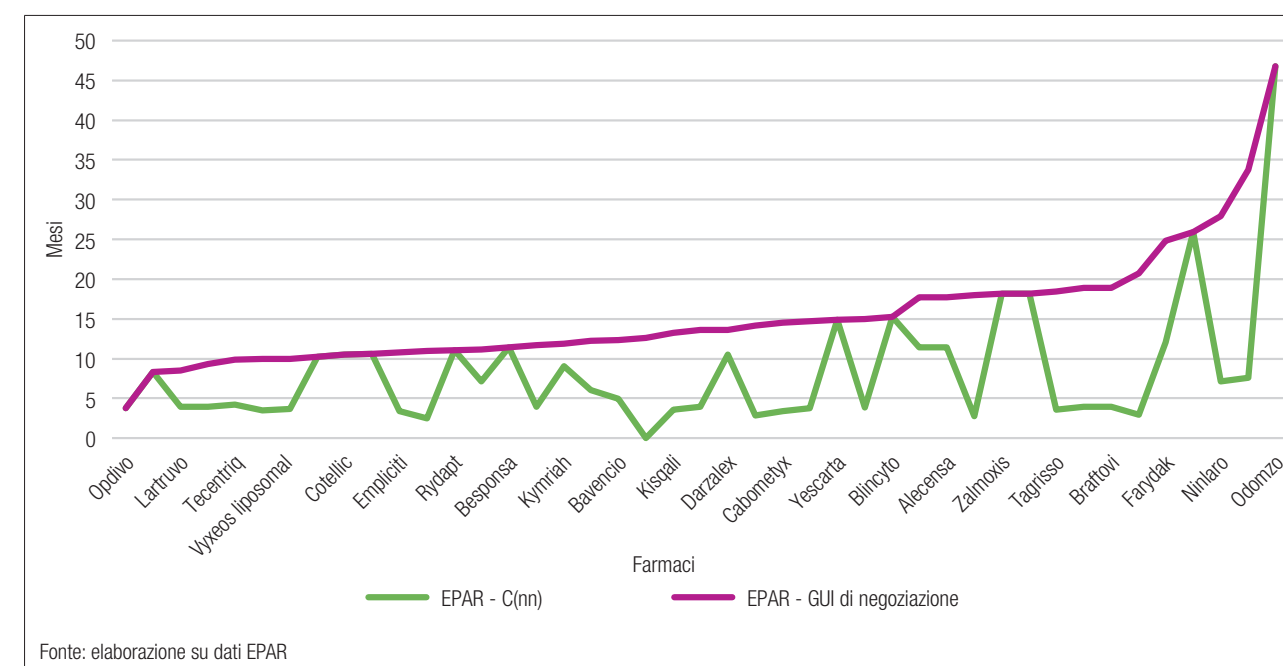


Tabella 9b.8. Tempo di accesso alla classificazione C(nn) e ritardo di accesso al mercato per farmaci non ancora negoziati da AIFA

Farmaco	Data approvazione ema	Δ (mesi) da approvazione ema	Data GUI di inserimento in c(nn)	Δ (mesi) da inserimento in c(nn)
Unituxin	14/08/15	61,87	16/11/15	58,73
Imlygic	15/12/15	57,73	10/02/17	43,67
Spectrila	13/01/16	56,77	11/04/16	53,83
Portrazza	14/02/16	55,70	13/06/17	39,57
Kispilyx	24/08/16	49,30	20/12/16	45,40
Onivyde pegylated liposomal	13/10/16	47,64	12/09/20 (non inserito in C(nn))	non inserito in C(nn)
Nerlynx	30/08/18	24,77	15/01/20	8,03
Alunbrig	21/11/18	22,00	17/04/19	17,13
Lorviqua	05/05/19	16,50	02/08/19	13,57
Trecondi	19/06/19	15,00	21/10/19	10,90
Talzenna	20/06/19	15,00	21/10/19	10,90
Vitrakvi	18/09/19	11,97	02/12/19	9,50
Xospata	23/10/19	10,80	15/01/20	8,03
Polivy	16/01/20	8,00	12/09/20 (non inserito in C(nn))	non inserito in C(nn)

Fonte: elaborazione su dati EMA ed AIFA

In merito alla valutazione dell'innovatività terapeutica dei medicinali approvati con procedura centralizzata, la CTS di AIFA ha ritenuto di assegnare il requisito di innovatività piena a 12 farmaci, innovatività condizionata o potenziale a 10 farmaci e i restanti 21 farmaci sono stati giudicati non innovativi. (Figura 9b.12. e Tabella 9b.9.)

I farmaci con innovatività piena beneficiano di tempi di accesso al mercato significativamente minori rispetto ai farmaci non innovativi ($R^2= 18,83\%$, $p=0,011$) (Figura 9b.13.).

Figura 9b.12. Distribuzione dei farmaci del campione in base al requisito di innovatività

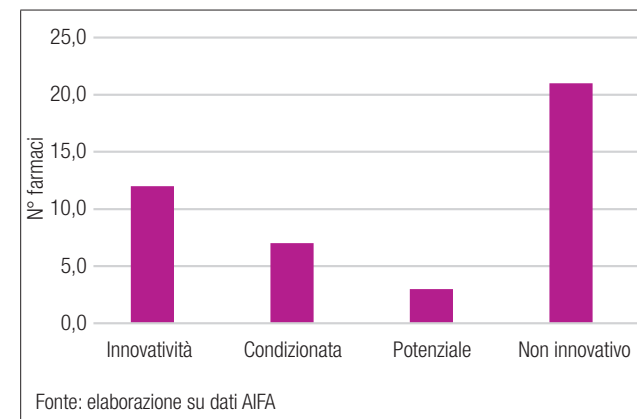
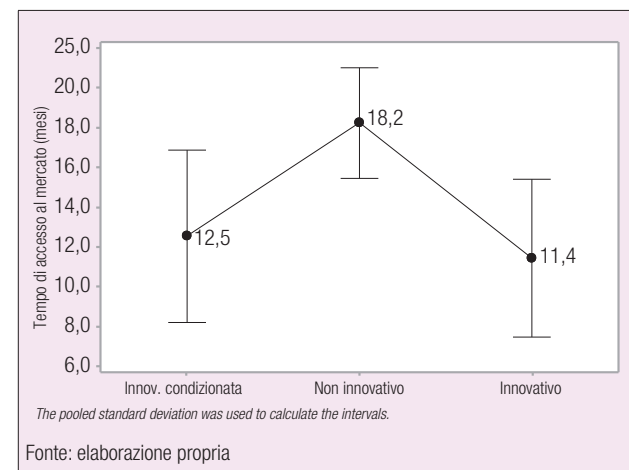


Tabella 9b.9. Elenco dei farmaci che beneficiano del requisito di innovatività o innovatività condizionata/potenziale

Innovatività	Innovatività condizionata o potenziale
Alecensa (1L NSCLC)	Alecensa (Linee successive NSCLC)
Imfinzi	Bavencio
Keytruda	Besponsa
Keytruda	Blincyto
Kymriah	Ibrance
Opdivo (melanoma)	Kisqali
Opdivo (NSCLC)	Lartruvo
Qarziba	Venclyxto
Rydapt	Verzenio
Tecentriq	Zejula
Vyxeos liposomal	
Yescarta	

Fonte: elaborazione di dati AIFA

Figura 9b.13. Tempi medi (con IC95%) di accesso al mercato dei farmaci in base al requisito di innovatività



In sede di negoziazione del prezzo, AIFA ha ritenuto di associare la prescrizione di 39 su 46 farmaci alla compilazione del Registro di Monitoraggio AIFA (Figura 9b.14.).

In 9 casi la compilazione del Registro di Monitoraggio AIFA fungeva anche da strumento per l'applicazione di MEA.

In 5 casi il MEA prevedeva un accordo finanziario (Alecensa, Darzalex, Kyprolis, Lartruvo, Tagrisso) e in 4 un accordo basato sull'outcome (Blincyto, Cotellic, Kymriah, Yescarta).

Figura 9b.14. Distribuzione dei farmaci del campione in base all'inserimento nei Registri di Monitoraggio AIFA e alla presenza di un MEA

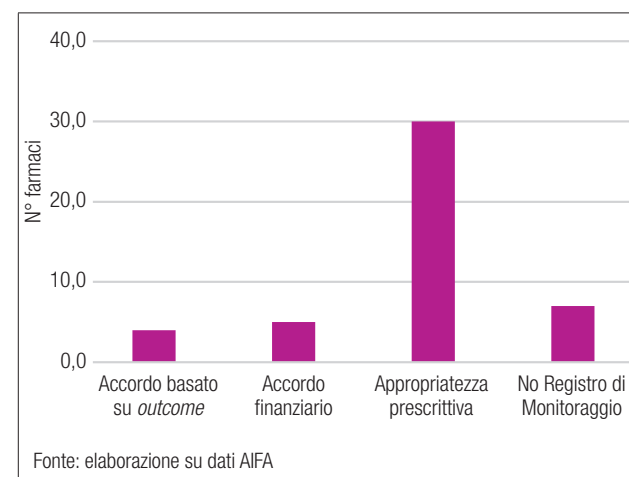
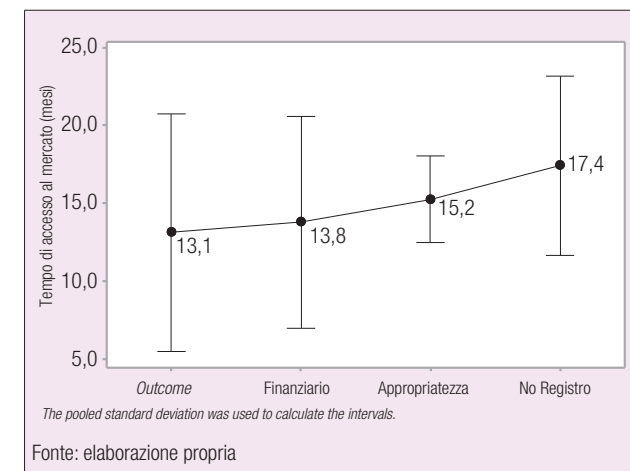


Figura 9b.15. Tempi medi (con IC95%) di accesso al mercato dei farmaci in base all'inserimento nei Registri di Monitoraggio AIFA e alla presenza di un MEA (Accordo basato sull'Outcome, Accordo finanziario, Registro di Appropriatelyzza Prescrittiva)



L'attivazione di un Registro di Monitoraggio da parte di AIFA o la negoziazione di un MEA non hanno avuto impatto sui tempi di accesso al mercato dei farmaci ($R^2=2,51$, $p=0,782$) (Figura 9b.15.).

Si segnala che i farmaci con MEA presentano intervalli di confidenza al 95% dei tempi di accesso al mercato più ampi rispetto agli altri farmaci.

9b.11. Classificazione dei farmaci sulla base dei tempi di accesso al mercato

In Tabella 9b.10. sono riportati i 10 farmaci che hanno avuto un tempo di accesso al mercato minore nel campione analizzato.

In Tabella 9b.11. sono riportati i 10 farmaci che hanno avuto un tempo di accesso al mercato maggiore nel campione analizzato, esclusi i farmaci non ancora negoziati.

In un modello di regressione lineare univariata, il tempo di accesso al farmaco dipende in maniera statisticamente significativa dal tipo di medicinale, in termini di classe ATC ($R^2= 20,43\%$, $p=0,021$), e dalla sua classificazione ai fini dell'innovatività terapeutica ($R^2=18,83$, $p=0,011$).

Si riportano le due rette di regressione lineare univariata:

- Tempo di accesso al mercato = $17,58 + 0,0$ ALTRI ATC - $6,40$ L01XC - $1,84$ L01XE + $2,39$ L01XX
- Tempo di accesso al mercato = $18,23 + 0,0$ NON INNOVATIVI - $5,70$ INNOV_CONDIZIONATA - $6,80$ INNOV_PIENA

Tabella 9b.10. Elenco dei farmaci con tempo di accesso al mercato minore

Farmaco	Indicazione terapeutica	Data approvazione ema	Data GUI di negoziazione	Δ (mesi)
Opdivo	Carcinoma polmonare non a piccole cellule	02/12/15	24/03/16	3,8
Venclyxto	Leucemia linfatica cronica	03/12/16	11/08/17	8,3
Lartruvo	Sarcoma dei tessuti molli	09/11/16	21/07/17	8,5
Opdivo	Melanoma avanzato	18/06/15	24/03/16	9,3
Tecentriq	Carcinoma polmonare non a piccole cellule	19/09/17	14/07/18	9,9
Keytruda	Melanoma avanzato	16/07/15	10/05/16	9,9
Vyxeos liposomal (previously known as Vyxeos)	Leucemia mieloide acuta	22/08/18	18/06/19	10,0
Zejula	Carcinoma ovarico/tube di Falloppio/peritoneale	15/11/17	20/09/18	10,3
Cotellic	Melanoma avanzato	19/11/15	01/10/16	10,5
Kyprolis	Mieloma multiplo	18/11/15	03/10/16	10,6

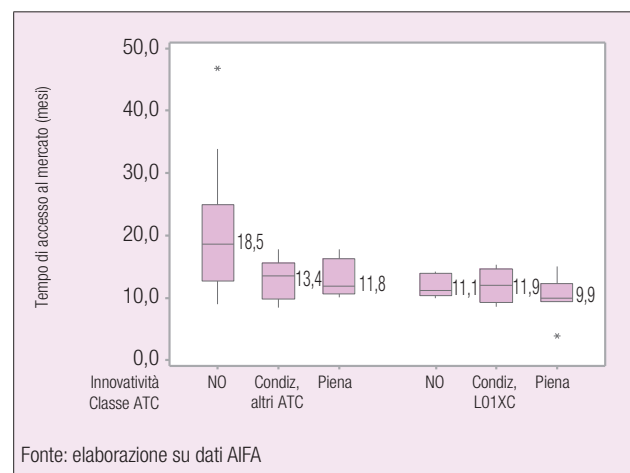
Fonte: elaborazione di dati EMA ed AIFA

Tabella 9b.11. Elenco dei farmaci con tempo di accesso al mercato maggiore

Farmaco	Indicazione terapeutica	Data approvazione EMA	Data GUI di negoziazione	Δ (MESI)
Odomzo	Carcinoma cutaneo	13/08/15	17/06/19	46,8
Tookad	Carcinoma prostatico	09/11/17	20/08/20	33,8
Ninlaro	Mieloma multiplo	20/11/16	08/03/19	27,9
Zykadia	Carcinoma polmonare non a piccole cellule	05/05/15	21/06/17	25,9
Farydak	Mieloma multiplo	27/08/15	11/09/17	24,8
Lonsurf	Carcinoma colorettale	24/04/16	07/01/18	20,7
Braftovi	Melanoma avanzato	18/09/18	09/04/20	18,9
Mektovi	Melanoma avanzato	19/09/18	09/04/20	18,9
Tagrisso	Carcinoma polmonare non a piccole cellule	31/01/16	08/08/17	18,5
Oncaspar	Leucemia linfoblastica acuta	13/01/16	12/07/17	18,2

Fonte: elaborazione di dati EMA ed AIFA

Figura 9b.16. Box-plot relativo ai tempi di accesso al mercato dei farmaci del campione suddivisi in base al possesso del requisito di innovatività e all'appartenenza alla classe ATC degli anticorpi monoclonali (L01XC)



Fonte: elaborazione su dati AIFA

I coefficienti che determinano una riduzione significativa del tempo di accesso al mercato sono la presenza di un anticorpo monoclonale (p=0,057), l'innovatività condizionata (p=0,032) o l'innovatività piena (p=0,007).

In un modello di regressione lineare multivariata (R²= 26,76%, p=0,004), permangono statisticamente significativi come predittori indipendenti di riduzione dei tempi di accesso al mercato gli anticorpi monoclonali (p=0,039) e i farmaci con innovatività piena (p=0,44) (Figura 9b.16.).

L'innovatività condizionata non raggiunge la significatività statistica (P=0,06) ma permane un determinante importante di riduzione del tempo di accesso al mercato.

Si riporta la retta di regressione:

Tempo di accesso al mercato = 19,19 + 0,0 NON INNOVATIVI - 4,82 INNOV_CONDIZIONATA - 5,09 INNOV_PIENA + 0,0 ALTRI ATC - 4,58 L01XC

9b.12. Prezzo dei medicinali in relazione ai tempi di accesso al mercato e ad ulteriori fattori di influenza

In linea generale, a livello dell'intero campione, i tempi di accesso al mercato non sono correlati con il prezzo del farmaco (R²= -0,102 p=0,546) (Figura 9b.17.).

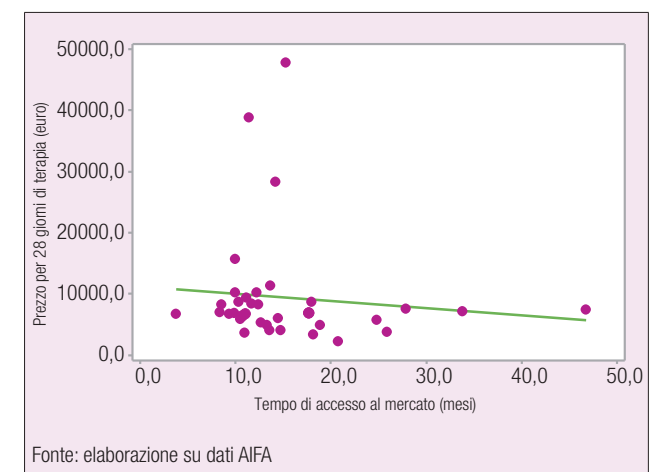
Un'analisi dei possibili fattori che determinano un innalzamento del costo sostenuto dal SSN per 28 giorni di terapia è stata effettuata secondo un modello di regressione lineare univariata.

La regressione ha visto come determinanti coinvolti in maniera significativa nell'innalzamento dei prezzi dei farmaci l'indicazione onco-ematologica (R²=20,09%, p=0,005), la designazione di orfano (R²=27,29%, p=0,001) e gli anticorpi monoclonali (R²=21,1%, p=0,018).

Si riportano le rette di regressione:

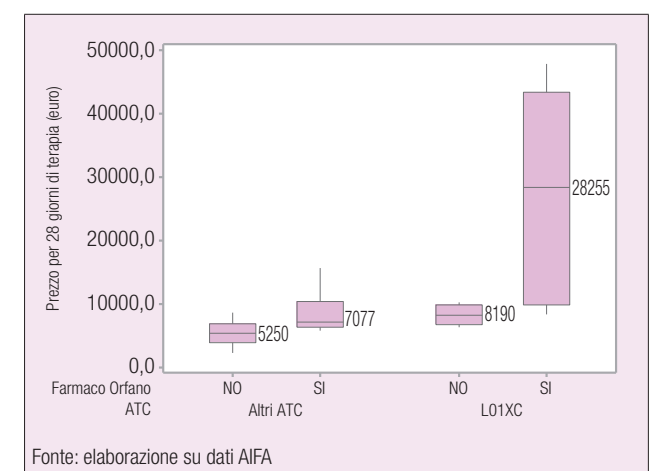
- Prezzo per 28 giorni di terapia = 15369 + 0,0 EMATOLOGICI - 8812 ONCOLOGICI
- Prezzo per 28 giorni di terapia = 6288 + 0,0 NON_ORFANI + 63774 ORFANI
- Prezzo per 28 giorni di terapia = 6903 + 0,0 ATC_ALTRO + 7874 L01XC - 1570 L01XE

Figura 9b.17. Scatter plot sulla distribuzione dei farmaci del campione sulla base del tempo di accesso al mercato e il prezzo sostenuto per 28 giorni di terapia



Fonte: elaborazione su dati AIFA

Figura 9b.18. Box-plot relativo ai prezzi per 28 giorni di terapia dei farmaci del campione suddivisi in base alla designazione di farmaco orfano e all'appartenenza alla classe ATC degli anticorpi monoclonali (L01XC)



Fonte: elaborazione su dati AIFA

Non si registrano invece condizionamenti significativi del prezzo in base all'indicazione terapeutica, alla presenza di accordi negoziali/Registro di moni-

toraggio AIFA e all'attribuzione dell'innovatività terapeutica.

Quando studiati in un modello di regressione lineare multivariata, i fattori che sono predittori significativi e indipendenti del prezzo di un ciclo di terapia di 28 giorni sono gli anticorpi monoclonali (P=0,003) e i farmaci orfani (p=0,053) (Figura 9b.18.).

Si riporta la retta di regressione:

Prezzo per 28 giorni di terapia = 6764 + 0,0 EMA-TOLOGICI - 3568 ONCOLOGICI+ 0,0 NON_ORFANI + 7170 ORFANI + 0,0 ATC_L01XC_NO + 7747 ATC_L01XC_SI

9b.13. Discussione

Nel quinquennio 2015-2019 si assiste ad una distribuzione omogenea del numero di farmaci approvati da EMA e negoziati da AIFA per ciascun anno, con un tempo mediano di accesso al mercato di 13,4 mesi.

I tempi di negoziazione sono però caratterizzati da un'alta variabilità per cui il 75% dei medicinali viene negoziato in un periodo ricompreso tra i 10,6 e 18,2 mesi dall'approvazione da parte di EMA.

Queste tempistiche sfiorano i 180 giorni previsti da AIFA dalla data di presentazione dell'istanza di rimborsabilità e la successiva pubblicazione dei provvedimenti in Gazzetta Ufficiale.

14 farmaci non sono ad oggi stati negoziati pur essendo stati approvati da EMA in media da 32 mesi.

I tempi di accesso al mercato osservati nella nostra analisi sono in linea con quanto descritto da Casadei et al. per il periodo 2005-2011 (Casadei, 2012), quando il tempo mediano di accesso al mercato per i farmaci oncologici era di 11,3 mesi e leggermente inferiori rispetto a quelli registrati da Lidonnici et al. nel periodo gennaio 2015 – gennaio 2018 (Lidonnici, 2018) dove il tempo medio di negoziazione era pari a 18,26 mesi a fronte di un tempo medio registrato nel nostro studio di 15,2 mesi.

Se confrontato con gli altri paesi dell'Unione Europea, il tempo mediano di negoziazione italiano si pone in linea con quanto riportato dall'indicatore W.A.I.T. (*Patients Waiting to Access Innovative The-*

rapies) commissionato dalla *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations* (EFPIA) e condotto annualmente dal consorzio IQVIA (EFPIA, 2020).

Nel quadriennio 2015-2018 IQVIA ha registrato un tempo mediano di accesso al mercato dei farmaci oncologici in Italia di 12.43 mesi che pone il nostro paese all'11° posto a livello europeo.

L'Italia è in linea con la media dei Paesi Europei sia in termini di tempi di accesso al mercato sia di percentuale di prodotti disponibili tra quelli approvati con procedura centralizzata.

Tuttavia, se si escludono i paesi dell'Europa orientale, Italia e Spagna continuano a presentare un ritardo nell'accesso ai medicinali che però risulta migliorato nel quinquennio 2015-2019 rispetto al 2011-2015 (*Quintiles IMS*, 2017).

Solo Paesi come il Regno Unito o la Germania, che prevedono un processo di negoziazione effettuato a posteriori rispetto all'immissione in commercio, continuano negli anni a garantire l'accesso al farmaco entro i quattro mesi previsti dalla Direttiva del Consiglio d'Europa 89/105/EEC (Panteli, 2016).

Questa strategia da un lato assicura pronta disponibilità dei medicinali, ma, in certi casi, la reale disponibilità al letto del paziente è ostacolata da una mancato inserimento del farmaco nei prontuari ospedalieri.

L'analisi dettagliata delle tempistiche dedicate ai vari step di valutazione che concorrono all'accesso al mercato dei medicinali in Italia rivela che la classificazione in fascia C(nn) avviene in mediana entro 2.6 mesi dall'autorizzazione centralizzata allineandosi quindi con le tempistiche previste da AIFA (Legge n. 189/2012).

È tuttavia importante sottolineare che i tempi di classificazione in fascia C(nn) sono eterogenei e si registrano 14 farmaci approvati da EMA nel quinquennio 2015-2019 che non sono mai stati classificati in C(nn).

Questi farmaci presentano un tempo mediano di negoziazione di 12 mesi e solo 5 su 14 erano ricompresi in programmi di fornitura ai sensi del DM 07/09/2017. Già nel biennio 2013-2015 dieci Regioni Italiane avevano iniziato a trattare i pazienti con

farmaci oncologici C(nn) (Prada, 2017) e, verosimilmente, questo fenomeno è aumentato negli anni più recenti tanto che dal 2019 AIFA ha introdotto un capitolo specifico del Rapporto Osmed dedicato a questi farmaci (Rapporto Osmed, 2019).

La mancata classificazione in fascia C(nn) costituisce quindi un ostacolo importante all'accessibilità delle cure da parte dei pazienti poichè, se non ricompresi in programmi di accesso precoce ai sensi del D.M. 7/09/2017, questi farmaci sono effettivamente non commerciabili nel territorio nazionale.

Da qualche anno, i farmaci orfani per il trattamento di malattie rare e i farmaci che rappresentano una speranza di terapia, in attesa della commercializzazione, per particolari e gravi patologie sono richiedibili per uso nominale ai sensi della Legge 94/98 ed eventualmente rimborsabili a carico del Fondo Nazionale AIFA (Legge n. 326/2003).

Indipendentemente dalla classificazione in C(nn), il medicinale autorizzato da EMA, previa istanza di negoziazione da parte dell'Azienda farmaceutica produttrice, viene valutato dalle Commissioni Tecniche di AIFA.

Il tempo mediano di passaggio attraverso questa valutazione è di 6,5 mesi: 2,6 mesi per ottenere il parere della CTS e 3.93 mesi per la decisione del CPR circa la rimborsabilità e definizione del prezzo.

Le tempistiche di valutazione da parte di CTS e CPR registrate in questo studio sono in linea con quanto riportato da altri autori per il periodo 2013-2015 (Prada, 2017) e 2015-2018 (Lidonnici, 2018).

Dopo l'espressione del parere del CPR, che nei fatti chiude la valutazione tecnica di AIFA, sono necessari ulteriori tre mesi affinché venga pubblicato in GUI il provvedimento di negoziazione e il farmaco sia dunque acquistabile a carico del SSN.

L'allungamento dei tempi amministrativi costituisce quindi un ennesimo ritardo di accesso al medicinale a cui segue il tempo necessario per l'approvvigionamento da parte dei Sistemi Sanitari Regionali che è fonte di discrepanze sostanziali sul territorio nazionale e non garantisce tempestività e equità nell'erogazione dei Livelli Minimi di Assistenza (Prada, 2017).

Queste disomogeneità di accesso ai farmaci sul

territorio nazionale concorrono all'aumento delle trasferite per motivi sanitari dei cittadini italiani residenti in Regioni che storicamente hanno una maggior difficoltà nell'erogazione dei LEA, come testimoniato dal rapporto GIMBE sulla mobilità sanitaria interregionale (Report Osservatorio GIMBE, 2020).

Il tempo di accesso al mercato è condizionato in maniera significativa ed indipendente da due fattori: la presenza di anticorpi monoclonali e l'innovatività del farmaco.

Il minor tempo di accesso al mercato per gli anticorpi monoclonali (L01XC) rispetto agli altri farmaci antineoplastici (L01XX) si può ipotizzare possa essere legato al fatto che gli anticorpi monoclonali sono una classe omogenea di molecole, con percorsi di valutazione del prezzo che si sono definiti nel tempo mentre la classe L01XX contiene terapie con meccanismo di azione e processi produttivi e di somministrazione molto eterogenei, si pensi per esempio alle terapie avanzate, che possono quindi necessitare di processi valutativi più complessi e legati non solo alla rimborsabilità ma anche a una valutazione più ampia di *Health Technology Assessment*.

La prioritizzazione dell'accesso al mercato dei farmaci innovativi è invece una pratica descritta in precedenza sia in studi su base nazionale sia a livello europeo.

Il nostro studio evidenzia un tempo mediano di accesso al mercato di 11.4 mesi per i farmaci oncologici innovativi contro i 18.23 mesi dei non innovativi, con una sostanziale riduzione dei tempi necessari alla predisposizione dell'istruttoria per la valutazione da parte della CTS e un tempo di negoziazione da parte della CPR simile ai non-innovativi.

Questo dato si dimostra in linea con quanto descritto da Lidonnici et al. per il biennio 2015-2017 (Lidonnici, 2018) ed è di qualche mese superiore alla media europea di 7,8 mesi (EEPIA, 2020).

I tempi di accesso ai farmaci innovativi a livello europeo sono ridotti in maniera sostanziale in Paesi come il Regno Unito, Germania, Svezia e Danimarca che hanno previsto misure legislative e di determinazione libera del prezzo che accelerano la disponibilità sul mercato di questi farmaci (Panteli, 2016).

Rimane tuttavia meno studiata la reale disponi-

bilità al letto del paziente in questi Paesi. Per ridurre queste disomogeneità, è stata avanzata la proposta di definizione del "valore terapeutico aggiunto" condivisa tra gli Stati Membri che permetterebbe di risparmiare tempo evitando una doppia valutazione dell'innovatività, effettuata dapprima da EMA in fase di autorizzazione in seguito dagli Stati Membri in fase di negoziazione del medicinale (*Report EU Options for improving access to medicine*, 2016).

Analogamente a quanto succede per i farmaci innovativi, ci si aspetterebbe una simile riduzione dei tempi di accesso al mercato per i farmaci orfani.

Questo trend tuttavia non è evidente nel nostro campione dove non si registra una differenza significativa nel tempo di accesso al mercato tra farmaci orfani e non-orfani.

Il tempo mediano di valutazione dei farmaci orfani oncologici osservato nel nostro campione è pari a 14,5 mesi a fronte di una media di 18,6 mesi riportata da altri autori per il periodo compreso tra il 2000 e 2016 mesi (l'analisi comprendeva tutti i farmaci orfani anche per indicazioni non oncologiche) (Zamora, 2019).

L'Italia pur non riuscendo ad assicurare una negoziazione dei farmaci orfani entro 100 giorni dall'istanza di negoziazione, è uno dei Paesi Europei che garantisce la rimborsabilità ad una percentuale rilevante di farmaci orfani approvati da EMA (il 67% secondo il rapporto W.A.I.T.) e si pone al 8° posto per tempo di accesso al mercato rispetto agli altri Paesi dell'Unione Europea (EFPIA, 2020).

Infine, le procedure di autorizzazione centralizzata condizionata, in circostanze eccezionali, o con procedura accelerata, pur volendo facilitare un accesso precoce al mercato, non condizionano in maniera significativa i tempi di valutazione del farmaco in Italia.

È tuttavia da sottolineare che i tempi di valutazione per i farmaci approvati con procedura condizionata oggetto del nostro studio sono sostanzialmente inferiori rispetto a quelli registrati da Villa et. e riferiti a medicinali approvati con questo tipo di procedura tra luglio 2006 e marzo 2017 (procedura condizionata: 14,7 mesi vs 21,2 mesi) (Villa, 2018).

Rimangono invece invariati rispetto al passato i

tempi di negoziazione per medicinali approvati in circostanze eccezionali (28.43 mesi vs 28.9 mesi).

La valutazione dei dieci farmaci che presentano un tempo di accesso al mercato minore nel nostro campione fa emergere alcune caratteristiche comuni che possono aver contribuito a ridurre i tempi di negoziazione.

Sei dei dieci farmaci negoziati più rapidamente sono innovativi.

Quattro medicinali sono inibitori del *check-point* immunitario PD-1/PDL-1, considerati innovativi di classe (nivolumab nelle indicazioni carcinoma polmonare non a piccole cellule e melanoma, atezolizumab e pembrolizumab), e due sono indicati nella leucemia mieloide acuta, patologia per cui vi era un bisogno terapeutico insoddisfatto importante (midostaurina, citarabina/daunorubicina liposomiali).

Pur non appartenendo ai dieci farmaci con percorso negoziale più veloce, anche gemtuzumab ozogamicina, un altro farmaco per la leucemia mieloide acuta ha avuto un tempo negoziale abbastanza veloce e gilteritinib è in attesa della negoziazione da circa 11 mesi.

Un'altra patologia caratterizzata da tempi veloci di negoziazione è il mieloma multiplo.

Carfilzomib, elotuzumab e daratumumab hanno tempo di accesso al mercato minori o uguali alla mediana del campione; al contrario ixazomib, un inibitore orale del proteasoma indicato sempre per il mieloma multiplo recidivato refrattario, ha avuto un tempo di negoziazione doppio rispetto ai *comparator* per via infusionale forse perché, alla data di approvazione da parte di EMA di ixazomib, questi ultimi era già sul mercato e avevano dimostrato una buona efficacia clinica.

Un caso particolare è olaratumab, primo anticorpo monoclonale per il trattamento del sarcoma dei tessuti molli metastatico, che ha avuto un tempo di accesso al farmaco veloce in virtù dell'importante bisogno terapeutico insoddisfatto in questa patologia ma che è stato ritirato dal commercio per inefficacia dopo due anni dalla commercializzazione (EMA).

Infine, due farmaci risultano negoziati in tempi ridotti verosimilmente per dinamiche di acquisizione di quote di mercato rispetto ai *comparator*.

Il primo è niraparib per il trattamento del carcinoma ovarico, il cui tempo di negoziazione è stato di sei mesi inferiore rispetto al *comparator* olaparib a fronte di un costo di poco inferiore (€ 8.601 per 28 giorni di terapia per niraparib vs € 8.927 di olaparib).

Il secondo è cobimetinib che, in associazione a vemurafenib, è indicato nel trattamento del melanoma metastatico BRAF mutato.

Al momento della negoziazione di cobimetinib, vi era un'alternativa terapeutica già in commercio ed erogabile ai sensi della legge 648/96 costituita da dabrafenib + trametinib. Trametinib era fornito gratuitamente ai sensi del D.M. 07/09/2017 ormai da due anni ed è stato negoziato tre mesi dopo la negoziazione di cobimetinib.

Da un'analisi dei tempi di accesso al mercato per farmaci con stessa indicazione e meccanismo di azione, emergono delle disomogeneità importanti all'interno di queste "categorie omogenee" di principi attivi.

Se da una parte vi sono categorie di farmaci che vengono negoziati con tempi molto simili, si vedano gli inibitori del *check-point* immunitario o gli inibitori delle chinasi ciclina-dipendenti, vi sono invece categorie con tempi di accesso al mercato relativamente disomogenei tra i principi attivi che le costituiscono.

Un esempio sono gli inibitori di ALK di seconda generazione indicati nel carcinoma polmonare non a piccole cellule.

Alectinib ha ottenuto la rimborsabilità in 17,7 mesi e il requisito di innovatività per la prima linea di trattamento.

Al contrario ceritinib è stato negoziato in 26 mesi e brigatinib non è stato ancora negoziato malgrado siano passati 22 mesi dall'approvazione EMA. In entrambi i casi, però, la possibilità di fornitura al paziente è stata garantita dall'erogazione di questi farmaci ai sensi del D.M. 07/09/2017.

Lo stesso vale anche per il farmaco lorlatinib inibitore di terza generazione di ALK.

Un'ipotesi di spiegazione di questa eterogeneità nei tempi di negoziazione all'interno di "classi omogenee" di farmaci può essere ritrovata nel fatto che alcune Aziende Farmaceutiche preferiscono attendere che il farmaco venga negoziato in altri Paesi

europei dove è maggiore la possibilità di negoziare il medicinale con un prezzo più alto.

In questo caso, il prezzo italiano più basso potrebbe essere utilizzato come *external reference price* e quindi annullare il beneficio economico in Paesi che applicano una politica di free pricing o che hanno una *willingness to pay* maggiore rispetto all'Italia (Panteli, 2016).

Infine, il presente studio ha cercato anche di far emergere quali possano essere i motivi per cui alcuni farmaci vengono negoziati con tempistiche lunghe o non arrivano mai alla definizione del prezzo e della classe di rimborsabilità.

Solo in un caso la negoziazione è stata interrotta per ritiro dell'autorizzazione centralizzata da parte di EMA (dinutuximab).

Nei restanti casi, la mancata negoziazione potrebbe essere dovuta al fatto che l'Azienda Farmaceutica non intravedeva la possibilità di acquisire quote remunerative di mercato in Italia a causa di almeno tre fattori: indicazioni terapeutiche ristrette, analoghi di uso consolidato ai sensi della Legge 648/96 o strategie di *benchmarking* con i *comparators*.

L'infusione intralesionale di talimogene laherparepvec, un coniugato tra herpes virus e fattore di stimolazione granulocitario, indicato nel trattamento del melanoma avanzato ma non metastatico, costituisce un caso esemplare poiché ha un'indicazione terapeutica molto ristretta, una via di somministrazione che richiede prestazioni sanitarie aggiuntive e, all'epoca dell'approvazione, già era noto l'importante valore terapeutico aggiunto degli inibitori del *check-point* immunitario nel melanoma avanzato.

Esempi simili di farmaci con indicazioni terapeutiche ristrette sono larotrectinib, neratinib e padeliporfin.

Un secondo motivo per cui le Aziende Farmaceutiche intravedono scarsa possibilità di accesso al mercato è quando per la stessa indicazione è già ampiamente utilizzato un medicinale analogo autorizzato all'estero ed erogabile ai sensi della legge 648/96.

Esempi di farmaci che sono in questa situazione sono l'asparaginasi (Spectrila), il treosulfano e la peg-apsaraginasi.

Infine, è possibile che nel mercato italiano siano presenti dei *comparator* che hanno già ampiamente occupato le quote di mercato del medicinale e l'Azienda Farmaceutica giudichi non conveniente negoziare il farmaco ad un prezzo molto più basso dei *competitors*.

Esempi di questo tipo sono il lenvatinib nel carcinoma renale che è stato approvato da EMA nello stesso periodo di cabozantinib ma quest'ultimo ha ottenuto la negoziazione in tempi relativamente veloci determinando una probabile diminuzione dell'interesse commerciale nei confronti di lenvatinib.

Un altro esempio è costituito da necitumab, un anticorpo monoclonale anti-EGFR, che avrebbe dovuto inserirsi in un contesto terapeutico dove vi erano già tre inibitori di tirosinchinasi ampiamente utilizzati per inibire il *pathway* di EGFR nei tumori polmonari non a piccole cellule (afatinib, erlotinib e gefitinib).

È interessante notare che il 50% dei farmaci con negoziazione ritardata sono forniti gratuitamente ai sensi del D.M. 07/09/2017 che costituisce un'occasione per garantire un ventaglio più ampio di alternative terapeutiche ai pazienti e permettere ai medici prescrittori di aumentare la loro esperienza circa il profilo di efficacia e sicurezza di questi farmaci.

Al contempo, durante il tempo di erogazione ai sensi del D.M. 07/09/2017, le Aziende Farmaceutiche non traggono profitto dalla vendita dei farmaci ma possono ottenere dei benefici immateriali come continuare ad acquisire quote di mercato e nel frattempo attendere l'evolversi dei processi autorizzativi e di negoziazione dei *comparators* (es: trametinib), attendere lo scadere del requisito di innovatività dei *competitors* (es. lorlatinib, brigatinib, gilteritinib), attendere l'approvazione di altri farmaci della stessa classe per negoziare prezzi simili e vantaggiosi per l'intera classe (es: PARP-inibitori nel tumore alla mammella BRCA mutato) e, più in generale, ottenere maggiori informazioni sul profilo di efficacia e tollerabilità del farmaco.

In conclusione quindi, l'analisi delle tempistiche di valutazione da parte di AIFA dei medicinali autorizzati a livello centrale ha permesso di individuare quale criterio di prioritizzazione dell'accesso al mercato l'innovatività terapeutica mentre si conferma la

spinta economica verso lo sviluppo di farmaci orfani che vengono negoziati a prezzo maggiore.

Elenco delle abbreviazioni

AIC – Autorizzazione all'Immissione in Commercio
 AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco
 C(nn) – Classe C non negoziata
 CHMP – *Committee for Medicinal Products for Human Use*
 CPR – Comitato Prezzi e Rimborso
 CTS – Commissione Tecnico Scientifica di AIFA
 EMA – *Committee for Medicinal Products for Human Use*
 EPAR - *European Public Assessment Report*
 GUI – Gazzetta Ufficiale
 IC – Intervallo di Confidenza
 IQR – Range Interquartile
 SSN – Sistema Sanitario Nazionale

Riferimenti bibliografici

Casadei G., Farmaci oncologici e tempi di accesso al mercato in Italia, *Ricerca&Pratica* 2012;28(6):241-251 doi. 10.1707/1191.13220.
 Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale del 16 settembre 2016, n. 94 "Linee di indirizzo regionali per la gestione dei farmaci di fascia C non negoziata (nn)", (Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n. 96 del 07 ottobre 2016).
 Decreto Legge 21 giugno 2013, n. 69 (in S.O. n. 50/L alla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 144 del 21 giugno 2013), coordinato con la Legge di conversione 9 agosto 2013, n. 98, recante: "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia", (GU Serie Generale n.194 del 20-08-2013 - Suppl. Ordinario n. 63).
 Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 "Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE", (GU Serie Generale

n.142 del 21-06-2006 - Suppl. Ordinario n. 153).
 Decreto Ministeriale 16 gennaio 2015, "Disposizioni in materia di medicinali per terapie avanzate preparati su base non ripetitiva", (GU Serie Generale n.56 del 09-03-2015).
 Decreto Ministeriale 7 settembre 2017, "Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica", (GU Serie Generale n.256 del 02-11-2017).
 Delibera dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 20 gennaio 2014, n. 7 "Regolamento recante norme sull'organizzazione e il funzionamento della Commissione consultiva tecnico - scientifica e del Comitato prezzi e rimborso".
 Deliberazione 1 febbraio 2001, n. 3 "Individuazione dei criteri per la contrattazione del prezzo dei farmaci", (GU Serie Generale n.73 del 28-03-2001).
 Determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 12 settembre 2017, n. 1535 "Criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi ai sensi dell'articolo 1, comma 402 della legge 11 dicembre 2016, n. 232", (GU Serie Generale n.218 del 18-09-2017).
 Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco 29 ottobre 2004, "Note AIFA 2004 (Revisione delle note CUF)", (GU SO del 4-11-04).
 Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea del 6 novembre 2001, n. 2001/83/CE "Codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano".
 European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) Patients W.A.I.T. (Patients Waiting to Access Innovative Therapies) Indicator 2019 Survey, published May 2020, <https://www.efpia.eu/media/554526/patients-wait-indicator-2019.pdf>, (accesso 12/09/2020).
 Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD. <http://95.110.157.84/gazzettaufficiale.biz/emittenti/elencoEmittente9.htm>, (accesso 12/09/2020).
<https://www.aifa.gov.it/elenco-note-aifa>, (accesso il 12/09/2020).

<https://www.aifa.gov.it/farmaci-a-uso-compassionevole>, (accesso 12/09/2020).
<https://www.aifa.gov.it/farmaci-orfani>, (accesso 12/09/2020).
<https://www.aifa.gov.it/liste-dei-farmaci>, (accesso 12/09/2020).
<https://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1>, (accesso 12/09/2020).
<https://www.aifa.gov.it/web/guest/registri-farmaci-sottoposti-a-monitoraggio>, (accesso il 12/09/2020).
<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/download-medicine-data>, (accesso 12/09/2020).
<https://www.worlddata.info/>, (accesso 12/09/2020).
 Legge 11 dicembre 2016, n. 232 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019", (GU Serie Generale n.297 del 21-12-2016 - Suppl. Ordinario n. 57).
 Legge 16 maggio 2014, n. 79 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale", (GU n.115 del 20-05-2014).
 Legge 23 dicembre 1996, n. 648 "Conversione in legge del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, recante misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la rideterminazione del tetto di spesa per l'anno 1996", (GU Serie Generale n. 300 del 23 dicembre 1996).
 Legge 24 novembre 2003, n. 326 - Testo coordinato del Decreto-Legge 30 settembre 2003, n. 269 coordinato con la legge di conversione 24 novembre 2003, n. 326, recante: "Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici.". Testo coordinato alla proroga disposta con D.L. 82/2004, al D.L. 168/2004, al D.L. 282/2004, al D.L. 273/2005, convertito in L. 51/2006, nonché alla L. n. 296/2006", (GU Serie Generale n. 274 del 25-11-2003- Suppl.

Ordinario n.181).
 Legge 24 novembre 2003, n. 326 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici" (GU n.274 del 25-11-2003 - Suppl. Ordinario n. 181).
 Legge 27 dicembre 2017, n. 205 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020", (GU Serie Generale n.302 del 29-12-2017 - Suppl. Ordinario n. 62).
 Legge 30 dicembre 2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", (GU Serie Generale n.302 del 31-12-2018 - Suppl. Ordinario n. 62).
 Legge 6 agosto 2015, n. 125 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali", (GU Serie Generale n.188 del 14-08-2015 - Suppl. Ordinario n. 49).
 Legge 7 agosto 2012, n. 135 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", (GU n. 189 del 14 agosto 2012- Supplemento Ordinario n. 173).
 Legge 8 aprile 1998, n. 94 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria", (GU n. 86 del 14 aprile 1998).
 Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", (GU Serie Generale n.263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n. 201).
 Lidonni D, Ronco V, Isernia M, et al. Tempi di accesso ai farmaci in Italia nel periodo 2015-2017: Analisi delle tempistiche di valutazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco. *Global & Regional*

Health Technology Assessment. January 2018. doi:10.1177/2284240318792449.

Panteli D, Arickx F, Cleemput I, et al. Pharmaceutical regulation in 15 European countries review. *Health Syst Transit*. 2016;18(5):1-122.

Prada M, Ruggeri M, Sansone C, De Fazio D, Tetamanti A, Mantovani M. Timeline of Authorization and Reimbursement for Oncology Drugs in Italy in the Last 3 Years. *Medicine Access @ Point of Care*. January 2017. doi:10.5301/maapoc.0000007.

Pricing and Market Access Outlook 2017 Edition, Quintiles IMS, <https://www.iqvia.com/-/media/quintilesims/pdfs/pricing-and-market-access-outlook-magazine-web.pdf>, (accesso 12/09/2020).

Provvedimento Commissione Unica del Farmaco del 20 luglio 2000. Istituzione dell'elenco delle specialità medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi della legge 648/96.

Provvedimento della Commissione Unica del Farmaco del 30 dicembre 1993, "relativo alla riclassificazione dei medicinali ai sensi dell'Articolo 8, comma 10, della Legge 24 dicembre 1993, n.537", (GU n.306 del 31 dicembre 1993).

Rapporto 2019 sull'uso dei Farmaci in Italia", realizzato dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'AIFA, disponibile <https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1205984/rapporto-osmed-2019.pdf/f41e53a4-710a-7f75-4257-404647d0fe1e>, (accesso 12/09/2020).

Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea del 31 marzo 2004, n. 726/2004 "che istituisce procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, e che istituisce l'Agenzia Europea per i Medicinali".

Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea del 16 dicembre 1999, n. 141/2000, "concernente i medicinali orfani"

Regolamento della Commissione Europea del 27 aprile 2000, n. 847/2000 "disposizioni di applicazione dei criteri previsti per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano nonché la definizione dei concetti di medicinale «simile» e «clinica-

mente superiore»".

Regolamento della Commissione Europea del 29 marzo 2006, n. 507/2006 "relativo all'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata dei medicinali per uso umano che rientrano nel campo d'applicazione del regolamento (CE) n. 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio dell'Unione Europea".

Report del Workshop "EU Options for Improving Access to Medicine, European Parliament, August 2016, [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/587304/IPOL_STU\(2016\)587304_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/587304/IPOL_STU(2016)587304_EN.pdf), (accesso 12/09/2020).

Report Osservatorio GIMBE n. 2/2020. La mobilità sanitaria interregionale nel 2018, https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2020.02_Mobilita_sanitaria_2018.pdf, (accesso 12/09/2020).

Villa F, Jommi C, Genazzani A, Antignani S, Montilla S, Melazzini M. Accesso precoce al mercato: dalle approvazioni condizionate di EMA agli accordi negoziali particolari di AIFA. *Global & Regional Health Technology Assessment*. January 2018. doi:10.1177/2284240318792447

Zamora B, Maignen F, O'Neill P, Mestre-Ferrandiz J, Garau M. Comparing access to orphan medicinal products in Europe. *Orphanet J Rare Dis*. 2019;14(1):95. Published 2019 May 3. doi:10.1186/s13023-019-1078-5

Ringraziamenti

Si ringrazia il Direttore della Farmacia Ospedaliera dell'Istituto Oncologico Veneto – IOV IRCCS Dr. Angelo Claudio Palozzo, la Direttrice dell'U.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale dell'AULSS3 Serenissima Dr.ssa Susanna Zardo e la collega Dr.ssa Anna Bin, il Direttore del Servizio Farmaceutico Aziendale dell'AULSS2 Marca Trevigiana – Distretto di Treviso Dr. Giovanni Berti e la Tutor Dr.ssa Elisabetta Ghiotto.

ENGLISH SUMMARY

Chapter 9b describes and compares the time frames with which, in the five-year period 2015-2019, the Italian Medicines Agency (AIFA) defined the price and the reimbursement regime for drugs with oncological and onco-haematological indications approved by the European Medicines Agency (EMA).

The aim of the chapter is to identify the variables that influence the drugs' time-to-market (TTM) and whether there is a correlation between these variables and the ex-factory price negotiated by AIFA.

This need arises from the consideration that, over the five years considered, the spending for oncological drugs has been constantly growing, with a 42.6% increase in the average cost per day of therapy and a 57.5% increase in the per-capita spending for oncological drugs.

Specifically, the chapter analyses all drugs belonging to class L of the first level ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification system), with oncological or onco-haematological indications (excluding generic or biosimilar drugs) that obtained marketing authorisation from EMA in the period between January 1, 2015 and December 31, 2019.

In the five-year period under consideration, EMA approved 56 new pharmaceutical products in the oncology and onco-haematology fields, with an average of about 12 drugs approved per year, as well as a slight decrease in the number of molecules licensed in 2019.

The analysis shows that there is a homogeneous distribution of the number of drugs approved by EMA and negotiated by AIFA for each year, with an median time-to-market of 13.4 months.

Seventy-five per cent of drugs obtains market access in a period ranging between 10.6 and 18.2 months after approval by EMA.

Fourteen of the 56 drugs approved by EMA have not yet been negotiated by AIFA (2 of them have not even been included in the Cnn class), as they have already been approved at European level for 32 months on average.

The median time elapsing between EMA's approval and the assessment of AIFA's Technical Committees is 6.5 months: 2.6 months to obtain the opinion of the Scientific and Technical Committee (CTS) and 3.9 months for the assessment of the Pricing and Reimbursement Committee(CPR).

The time-to-market, i.e. the time elapsing between EMA's approval and the publication of AIFA's Decision in the Italian Official Journal, according to the analysis made, could vary according to:

- *the ATC classification - the analysis of variance shows that there is a significant difference in the sample between the time-to-market for monoclonal antibodies (L01XC) and other neoplastic drugs (L01XX), while tyrosine kinase inhibitors (L01XE) are in an intermediate position*
- *the indication for use - solid tumours are more represented in the sample (N=41) than those with onco-haematological indications (N=19), but there are no significant differences in terms of time-to-market between the drugs indicated for oncological and onco-haematological diseases, nor between the indications most represented in the sample*
- *the type of EMA's approval procedure (accelerated or non-accelerated) - while no significant differences emerge between the drugs approved by EMA with particular authorisation procedures, there is a decreasing trend in time-to-market for the drugs subject to the accelerated procedure*

- the designation as orphan drugs - the median time-to-market for orphan drugs is 12.1 months, while for non-orphan drugs it is 14.6 months
- the Cnn classification - the median time elapsing between the European Public Assessment Report (EPAR) and the publication, in the Italian Official Journal, as a Cnn drug is 3.9 months, while most Cnn drugs were then negotiated in an median time of approximately 8 months
- the therapeutic innovativeness of drugs – the fully innovative ones benefit from significantly shorter time-to-market compared to non-innovative drugs (11.4 months for innovative oncological drugs compared to 18.2 months for non-innovative drugs)
- the negotiated agreements (Managed Entry Agreements - MEAs) - the activation of a Monitoring Register by AIFA or the negotiation of a MEA had no impact on drugs time-to-market,

but it should be noted that drugs with MEAs have 95% longer confidence intervals than the other drugs.

The regression analysis shows that the time-to-market is essentially influenced by two factors: the fact of being monoclonal antibodies and the drugs innovativeness.

Conversely, the analysis of the relationship between drugs prices in relation to time-to-market and other influencing factors, shows that they are not correlated to the drugs time-to-market, whereas they are significantly influenced by the onco-haematological indication, the designation as orphan drugs and the fact of being monoclonal antibodies.

Hence, in conclusion, the analysis of AIFA's evaluation time frames for centrally authorised drugs has made it possible to identify therapeutic innovation as a priority criterion for market access, while the economic drive towards the development of orphan drugs that are negotiated at a higher price is reaffirmed.

CAPITOLO 9c

Gestione dei servizi farmaceutici: efficienza interna ed esterna*

Bellet I.¹, Cristinziano A.², d'Angela D.³, Forte E.⁴, Maisto S.², Mecozzi A.³, Spandonaro F.³

9c.1. Introduzione

L'efficienza della gestione farmaceutica a livello di Aziende Sanitarie è fattore strategico per il *management* aziendale: sia per il suo impatto economico-finanziario, sia per quello strettamente organizzativo.

L'efficienza delle Farmacie può essere letta da un duplice punto di vista: quello della efficienza tecnica, che denomineremo "efficienza interna", che riguarda l'aspetto della ottimizzazione delle procedure di acquisto, stoccaggio, distribuzione, etc.; e quella della efficienza (prevalentemente) allocativa, che denomineremo "efficienza esterna", che riguarda la capacità di programmazione dei fabbisogni e controllo dell'appropriatezza dei consumi.

Con questa duplice ottica, nel periodo Luglio 2019-Settembre 2020, è stata intrapresa una *partnership* con le farmacie delle aziende sanitarie, A.O. dei Colli – Ospedale Monaldi e ASL di Latina, con l'obiettivo di realizzare una analisi di processo e un affiancamento *on-site*, utili a identificare le criticità gestionali, individuare possibili soluzioni migliorative e implementarle ove possibile.

Il processo di governo del farmaco è stato analizzato nella sua interezza, a partire dalla fase di programmazione e di acquisto, per proseguire con la fase di gestione dei magazzini, dei rapporti con le Unità Operative (UU.OO.) e, infine, del monitoraggio dei consumi e della spesa.

9c.2. Metodologia

Il progetto ha previsto le seguenti fasi:

- condivisione del protocollo di ricerca con i Direttori delle UU.OO. Farmacia e DG delle rispettive aziende
- raccolta delle informazioni (interviste e rilevazioni *on-site*)
- analisi qualitativa e quantitativa di quanto raccolto e relativa valutazione
- ricostruzione dei processi gestionali, ivi compresi quelli programmatori
- individuazione di eventuali criticità e di possibili leve di miglioramento
- monitoraggio (*follow up*) degli esiti del progetto.

Le quattro dimensioni principali analizzate sono:

1. l'analisi dei bisogni e della pianificazione degli acquisti; per essa sono state rilevate le modalità di stima dei consumi attesi, dei *budget* di spesa, le modalità di acquisizione dei beni (ad es. centralizzazione o meno degli acquisti e procedure di gara più frequentemente adottate), etc.
2. la gestione dei magazzini, che implica, sempre a titolo di esempio, la rilevazione del numero di magazzini presenti e, ove del caso, i rapporti tra magazzino centrale e periferici; le modalità per la loro gestione, ivi compresa la frequenza di monitoraggio delle giacenze; la definizione delle scorte minime e delle richie-

¹ Sidera srl, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Azienda Ospedaliera dei Colli (Napoli)

³ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

⁴ ASL Latina

* Con la Collaborazione di Roche SpA

ste di approvvigionamento, etc.

3. i rapporti con la "domanda", nel caso specifico rappresentata a livello ospedaliero dalle richieste delle UU.OO. che erogano l'assistenza ai pazienti interni e, a livello territoriale, dalle richieste di distribuzione diretta ai pazienti, provenienti ancora dalle UU.OO. ospedaliere (prestazioni specialistiche quali farmaci biotecnologici, farmaci per HIV, HCV, onco-ematologici, etc.), e dalle strutture territoriali, ivi compresi i Centri di Riferimento cui afferiscono i malati rari; da questo punto di vista rilevano le modalità e la frequenza di richiesta farmaci, le modalità di definizione dei *budget*, la gestione degli scarichi di magazzino e dei resi, etc.
4. il monitoraggio e la valutazione dei consumi,

tanto ai fini di analisi di appropriatezza clinica e organizzativa, che di rispetto dei *budget* di unità operativa spesa.

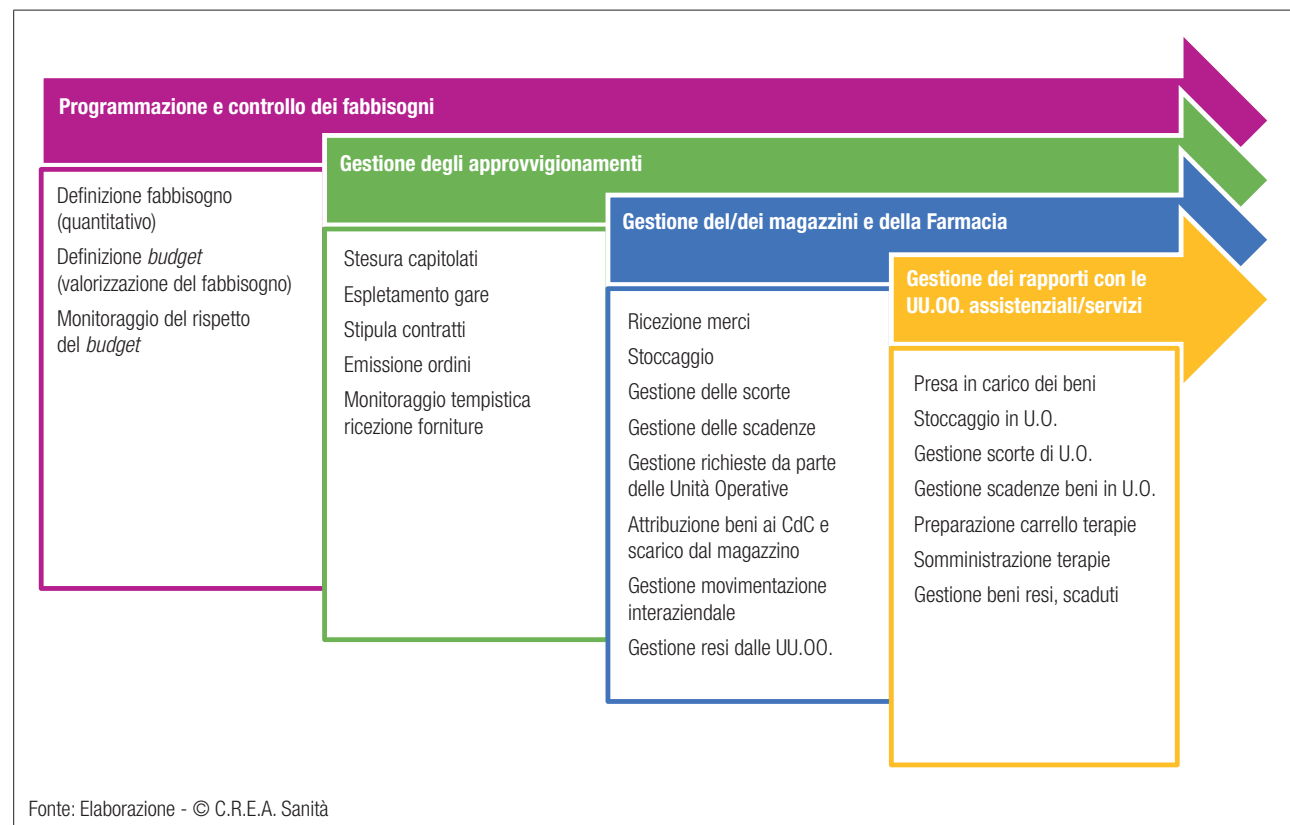
9c.3. Risultati

Sulla base delle interviste e dei riscontri effettuati *on site*, è stato ricostruito il processo di gestione del farmaco/bene sanitario, che è stato suddiviso in 4 macroattività:

- programmazione e controllo dei fabbisogni
- gestione degli approvvigionamenti
- gestione del/dei magazzino e della Farmacia
- gestione dei rapporti con le UU.OO. assistenziali/servizi.

Ogni macro-attività è stata poi disaggregata in sub-attività, come descritto nella Figura 9c.1..

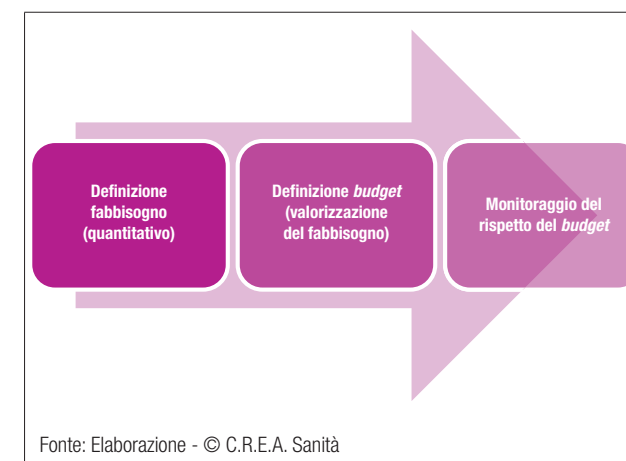
Figura 9c. 1. Processo di pianificazione e gestione dei beni gestiti dalla Farmacia



9c.3.1. Programmazione e controllo dei fabbisogni

- La macro-attività relativa a 'Programmazione e controllo dei fabbisogni' è stata declinata in 3 sub-attività (Figura 9c.2.):
- definizione del fabbisogno
- definizione *budget*
- monitoraggio del rispetto del *budget*.

Figura 9c. 2. Programmazione e controllo dei fabbisogni



In merito alla "Definizione del fabbisogno" (ospedaliero), in entrambe le realtà analizzate, avviene sulla base dello storico dei consumi degli anni precedenti, provvedendo ad integrarlo per tenere conto di necessità derivanti da riorganizzazioni o avvio di nuove attività sanitarie. Nella pianificazione si tiene conto di contratti in essere effettuati ma non ancora evasi.

La programmazione dei beni sanitari viene effettuata utilizzando conti distinti: sei in comune per entrambe le realtà ed una aggiuntiva per l'ASL di Latina:

- prodotti farmaceutici ed emoderivati (medicinali con e senza AIC)
- dispositivi medici (dispositivi, impiantabili, diagnostici in vitro)
- prodotti dietetici
- vaccini

- prodotti chimici
- materiali e prodotti per uso veterinario
- altri beni e prodotti sanitari (solo per ASL Latina).

Passando alla "Definizione del *budget*", l'A.O. dei Colli comunica, entro il 30 Settembre dell'anno di riferimento, alla Centrale di Committenza regionale, So.Re.Sa., la propria "programmazione biennale" degli acquisti.

Di fatto la programmazione avviene proiettando i fabbisogni a valore, e non a quantità, separatamente per le macro-classi merceologiche indicate nel paragrafo precedente, con dei margini di sicurezza.

Nella ASL di Latina, invece, il *budget* previsionale per i beni (farmaci e dispositivi medici) da acquisire deriva da una analisi dei *trend* di spesa degli anni precedenti, integrati per tenere conto delle discontinuità attese.

Le analisi vengono sviluppate per le seguenti 7 macro-aree:

- prodotti farmaceutici ed emoderivati
- dispositivi medici
- prodotti dietetici
- materiali per la profilassi (vaccini)
- prodotti chimici
- materiali e prodotti per uso veterinario
- altri beni e prodotti sanitari.

Tali aree sono successivamente dettagliate in ulteriori 59 sottoconti (a cura dell'Ufficio Bilancio).

Il *budget* risultante viene quindi inviato in Regione corredato di una descrizione dettagliata e giustificata per singolo sottoconto che preveda aumenti o diminuzioni di *budget* rispetto all'anno precedente.

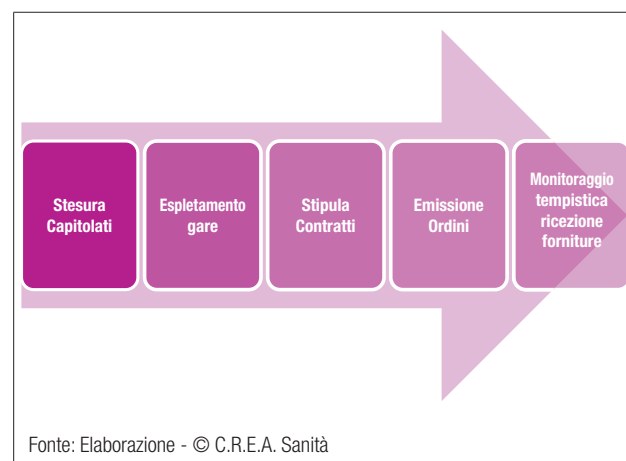
In termini di "Monitoraggio del rispetto del *budget*", in entrambe le realtà, vengono monitorati i consumi in modo dettagliato, sia per magazzino, che per Centro di Costo, sino ad arrivare alla disaggregazione per singolo bene. I monitoraggi avvengono trimestralmente e sono finalizzati a garantire il rispetto dei vincoli di spesa ed evidenziare, in modo tempestivo, scostamenti e/o nuove necessità intervenute. Alle UU.OO. è inviata apposita reportistica da parte dell'ufficio Controllo di Gestione/Direzione Strategica.

9c.3.2. Gestione degli approvvigionamenti

L'attività relativa a 'Gestione degli approvvigionamenti' è stata declinata in 5 sub-attività (Figura 9c.3.):

- stesura capitolati
- espletamento gare
- stipula contratti
- emissione ordini
- monitoraggio tempistica ricezione forniture.

Figura 9c.3. Gestione degli approvvigionamenti



In merito all'attività di "Stesura capitolati", in entrambe le realtà, la Farmacia, nella figura del Direttore della U.O.C., è coinvolta, in quanto, con i Direttori di Dipartimento e con i Direttori di U.O., predispone le caratteristiche ed i requisiti necessari dei beni richiesti, utili per la stesura dei capitolati.

In questa fase, risulta di particolare impegno (e specialmente per i dispositivi medici) l'effettuazione delle analisi di mercato tese a definire in modo corretto i prezzi a base d'asta.

La stesura formale del capitolato di gara compete poi alla U.O.C. Gestione Acquisto di Beni e Servizi - Provveditorato.

Passando alla fase di "Espletamento gare", nella realtà campana si predilige l'effettuazione di gare centralizzate regionali, di cui si fa carico la centrale di committenza (So.Re.Sa.).

Anche in caso di gare a livello aziendale, la funzione di controllo è in capo a So.Re.Sa., che la esercita autorizzando l'A.O. all'acquisto diretto dei beni e delle attrezzature sanitarie e dei servizi non sanitari.

So.Re.Sa. procede con la verifica altresì del rispetto dei parametri di prezzo e qualità previsti, e anche la coerenza con quanto dichiarato in fase di pianificazione della domanda dalle Aziende stesse.

Nella ASL di Latina, una volta predisposti i capitolati, con l'ausilio dei Direttori, la U.O.C. Provveditorato predispone le relative gare o il recepimento delle convenzioni CONSIP o della Centrale Regionale Acquisti riguardanti la tipologia dei beni da acquistare e tecnicamente rispondenti alle necessità riportate in capitolato.

La U.O.C. Assistenza Farmaceutica viene interpellata per la definizione delle qualità e quantità e, insieme ai servizi interessati all'acquisto dello specifico bene, per la verifica della reale rispondenza delle caratteristiche del bene riportate nelle convenzioni (CONSIP/Centrale Regionale Acquisti) con quelle richieste.

In entrambe le realtà, in seguito all'aggiudicazione delle gare, si procede con la "Stipula dei contratti" con i fornitori, ove vengono indicati i tempi e le quantità degli acquisti. Anche in questa fase l'U.O.C. Gestione Acquisto di Beni e Servizi - Provveditorato predispone i contratti, avvalendosi della consulenza tecnica della U.O.C. Farmacia.

Ultimata la stipula dei contratti si procede con l'attività di "Emissione ordini", che, in entrambe le realtà, viene espletata dalla U.O.C. Farmacia.

Gli ordini vengono effettuati solitamente con cadenza bimestrale, così da garantire una scorta adeguata; ovviamente, avvengono nel rispetto dei volumi di prodotto e della capacità in quel momento del magazzino.

Gli ordini devono avvenire obbligatoriamente mediante procedure informatiche e devono riportare le seguenti informazioni obbligatorie:

- magazzino di destinazione
- il luogo e i tempi massimi di consegna della merce
- il codice del materiale (tale campo richiama le informazioni del contratto e del fornitore)

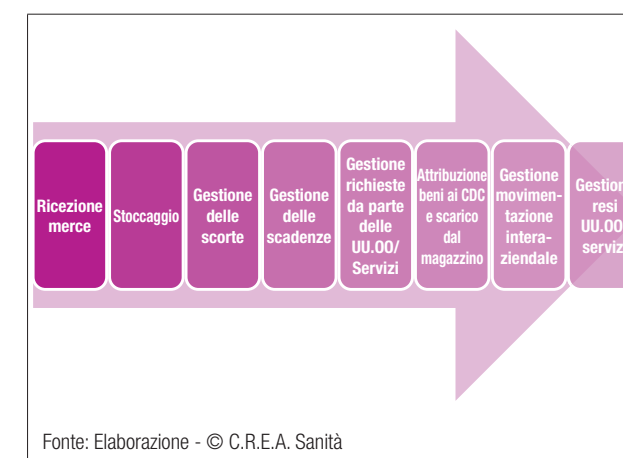
- i dati relativi ai quantitativi richiesti al fornitore.
- Una volta inviati gli ordini la Farmacia rimane in attesa delle consegne, espletando una funzione di monitoraggio dei tempi di ricezione in magazzino (attività "Monitoraggio tempistica ricezione forniture").

9c.3.3. Gestione del/dei magazzini e della Farmacia

Ad eccezione della sub-attività relativa alle richieste di farmaci da parte delle UU.OO., tutte le sub-attività vengono implementate allo stesso modo in entrambe le realtà analizzate (Figura 9c.4.):

- ricezione merce
- stoccaggio
- gestione delle scorte
- gestione richieste da parte delle UU.OO./Servizi
- Attribuzione beni ai CDC e scarico dal magazzino
- gestione movimentazione interaziendale
- gestione resi UU.OO./servizi.

Figura 9c.4. Gestione del/dei magazzini e della Farmacia



Quindi, in entrambe le realtà l'addetto al magazzino riceve la merce con il relativo DDT (Documento di Trasporto), controlla la correttezza del destinatario, l'integrità del collo e la corrispondenza tra colli consegnati e indicati sul DDT.

Una volta arrivato il bene a magazzino si procede

alle seguenti verifiche:

- conformità con l'ordine emesso
- identificazione della merce in transito o che va a stoccaggio.

Il personale competente provvede, altresì al caricamento della merce ricevuta, alla registrazione del lotto e della scadenza sullo specifico applicativo gestionale.

I farmaci vengono posizionati in ordine alfabetico, per nome commerciale. La collocazione di tutti i materiali negli scaffali avviene tenendo conto di lotti e scadenze. Per i farmaci e dispositivi che devono essere conservati a temperatura controllata sono in dotazione appositi frigoriferi la cui temperatura è costantemente monitorata.

Per le tipologie di farmaci per le quali devono essere osservate particolari norme di immagazzinamento, es. antiblastici o stupefacenti, sono previste separate e specifiche forme di conservazione.

In merito alla "Gestione delle scorte", il responsabile del magazzino di Farmacia deve pianificare il livello scorte cercando di minimizzarlo compatibilmente con i bisogni e le richieste. Teoricamente si dovrebbe pianificare un livello ottimale di scorta per singolo prodotto tenendo conto di due parametri principali:

- l'indice di consumo giornaliero
- il tempo necessario per l'approvvigionamento.

Di fatto si è desunto che le Farmacie prese in analisi si pongono l'obiettivo di minimizzare il riporto all'anno successivo dei beni, e quindi tendono a programmare le scorte in modo da chiudere l'anno con il più basso livello possibile di giacenze.

Lotti e scadenze dei prodotti vengono controllati al momento della consegna da parte del fornitore, e registrati al momento del carico dei beni nella procedura informatizzata; ciò consente di evidenziare le scadenze per mese e anno ottimizzando la gestione del farmaco.

Per quanto concerne, infine, le richieste da parte delle Unità Operative (UU.OO.), la farmacia dell'A.O. Ospedale dei Colli le riceve tre volte a settimana.

Dalle interviste effettuate *on site* si rileva che la richiesta di approvvigionamento dei beni presenti nel magazzino della Farmacia avviene:

- in forma programmata (tre volte alla settimana: lunedì, mercoledì e venerdì)
- in forma di urgenza (fuori dalla calendarizzazione, ma utilizzando sempre lo stesso *software*)
- in forma di urgenza durante gli orari di chiusura della Farmacia, mediante prestito da altre UU.OO.; in questo ultimo caso, derivante dal fatto che con il personale disponibile non è possibile garantire la reperibilità H24, non resta traccia del passaggio, con evidenti criticità per il monitoraggio dei consumi.

Il farmacista, prima di approvare la richiesta, esegue una valutazione quali-quantitativa dei beni sanitari richiesti (tipologia e quantità) in base agli scarichi precedentemente effettuati; inoltre viene valutata l'appropriatezza della richiesta; la richiesta approvata viene successivamente inviata ai magazzinieri che si occupano della preparazione della merce.

Nella ASL di Latina, per quanto attiene la fase di gestione interna dei farmaci ed altri beni sanitari, preme evidenziare che gli ordini vengono gestiti con il *software* adottato, che permette un'interfaccia con tutte le unità operative e servizi interessati.

Dalle interviste effettuate *on site* si rileva che la richiesta di approvvigionamento dei beni presenti nel magazzino della Farmacia avviene:

- in forma programmata (settimanalmente per le UU.OO., ogni quindici giorni per le strutture del territorio)
- in forma di urgenza (fuori dalla calendarizzazione, ma utilizzando sempre lo stesso *software*)
- in forma di urgenza durante gli orari di chiusura della Farmacia, mediante prestito da altre UU.OO.; in questo ultimo caso, derivante dal fatto che con il personale disponibile non è possibile garantire la reperibilità H24, non resta traccia del passaggio, con evidenti criticità.

Il farmacista, prima di approvare la richiesta, esegue una valutazione sia quali-quantitativa dei beni sanitari richiesti (tipologia e quantità) in base agli scarichi precedentemente effettuati, sia sull'appropriatezza della richiesta; l'ordine approvato viene

successivamente licenziato.

Le Farmacie procedono, quindi, all'imputazione del valore dei beni richiesti ai relativi Centri di Costo, utilizzando una procedura informatica ad hoc.

Contestualmente avviene lo scarico, informatizzato, dei beni dal magazzino. Ne segue che esso è associato alla consegna dei beni e non al loro effettivo consumo.

Si procede quindi alla stampa dell'ordine definitivo e alla consegna o al ritiro da parte della U.O./servizio.

In caso di resi da parte delle UU.OO., questi debbono essere riconsegnati alla Farmacia accompagnati da una specifica nota riportante l'elenco dei prodotti restituiti.

9c.3.4. Gestione dei rapporti con le UU.OO. assistenziali/servizi

In entrambe le realtà non sono state riscontrate differenze nell'espletamento delle sub-attività relative alla gestione dei rapporti tra la farmacia e le UU.OO., declinate nelle seguenti sub-attività (Figura 9c.5.):

- presa in carico dei beni
- Stoccaggio in U.O.
- gestione scorte di U.O.
- gestione scadenze beni in U.O.
- preparazione carrello terapie
- somministrazione terapie
- gestione beni resi, scaduti.

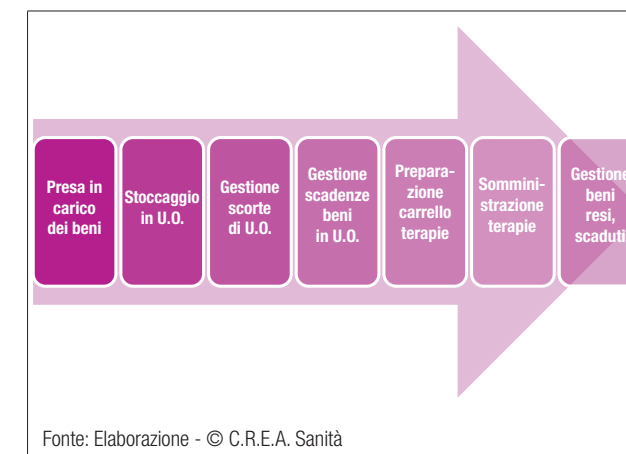
Al ricevimento della merce, il coordinatore o altro infermiere individuato, provvede a ricevere all'interno della U.O. quanto richiesto alla Farmacia, verificando la congruità con quanto richiesto e quanto ricevuto. Prende altresì atto di eventuali sostituzioni di prodotti richiesti con altri disponibili.

Una volta ricevuta la merce i beni vengono stoccati nell'armadio per lo più ubicato in medicheria.

La corretta conservazione dei farmaci è fondamentale per assicurare l'integrità del prodotto, mentre il corretto stoccaggio previene i rischi di errore evitando ad esempio di confondere tra loro farmaci con confezioni o nomi simili. A tal fine la Farmacia dà

indicazione, effettuando poi una apposita attività di vigilanza, affinché farmaci e presidi siano sistemati negli armadi secondo precisi criteri: ad esempio ordine alfabetico, forma farmaceutica, etc.; inoltre, che all'interno della U.O. sia individuato per lo stoccaggio un armadio non accessibile ai non addetti.

Figura 9c. 5. Gestione dei rapporti con le UU.OO. assistenziali/servizi



In merito alla gestione delle scorte, secondo le indicazioni rilasciate dalla Farmacia, sono previste le seguenti operazioni:

- effettuazione di una richiesta da parte delle U.O. adeguata, ovvero atta a soddisfare le necessità per un periodo non superiore a 7 giorni
- esecuzione della rotazione delle scorte, cioè la sistemazione dei farmaci in base alla loro scadenza seguendo la regola *first in first out*
- non disporre di più confezioni aperte dello stesso farmaco.

Per la gestione delle scadenze nelle UU.OO. è l'U.O.C. Farmacia che dà loro indicazione di controllare periodicamente (almeno mensilmente) la data di scadenza dei farmaci sia negli armadi che nei carrelli terapia.

Infine, per l'attività di somministrazione della terapia dovrebbe essere verificata nuovamente la scadenza ed il nome del paziente.

La Farmacia, oltre alla attività di vigilanza, e alla emanazione di procedure relative alle diverse fasi di gestione del farmaco, provvede anche a fornire con-

sulenze alla UU.OO. in merito alle prescrizioni e ad attività di farmacovigilanza.

In caso di prodotti farmaceutici scaduti questi devono essere racchiusi in apposito contenitore recante la dicitura farmaci scaduti da smaltire.

9c.4. Elementi di criticità e possibili soluzioni

Alla luce delle evidenze di possibili criticità gestionali emerse durante il lavoro di analisi svolto presso l'A.O. dei Colli, che la Direzione della farmacia stessa riferisce essersi esasperate durante il periodo dell'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19, in accordo con il Direttore della Farmacia, sono state individuate quelle ritenute strategiche per raggiungere una ottimizzazione gestionale; In particolare:

- l'eccesso di ordini annui effettuati dalle farmacie ai fornitori (indicatore di qualità peraltro previsto nella certificazione ottenuta dalla farmacia)
- le problematiche di approvvigionamento dovute ai ritardi di consegna da parte dei fornitori
- l'effettuazione di ordini di quantità maggiori a ridosso di periodi particolari (ad. es. estate etc.)
- il fenomeno del *"september issue"*, ovvero di una *"capienza"* non sufficiente di *budget* economico
- l'eccesso di richieste dalle UU.OO. alla farmacia
- le difficoltà di immagazzinamento dei beni, subordinato agli spazi disponibili.

Al fine di superare le criticità sopra elencate, sono state condivise alcune azioni correttive:

1. esecuzione di un ordine annuale programmato (unico o semestrale), con date di consegna dei beni definite a monte, per circa il 60% dei prodotti che transitano dalla farmacia: la stima del fabbisogno annuale, e quindi del quantitativo dell'ordine, deve necessariamente tener conto della dimensione del magazzino, delle scadenze dei prodotti, dello storico dei consumi, dei tempi di consegna

2. consegna direttamente presso le UU.OO. di alcuni prodotti (fisiologica etc.), caratterizzata da elevate quantità di consumo e modesto impatto economico, evitando così la giacenza nei magazzini farmaceutici
3. adozione del conto deposito per alcune tipologie di farmaci.

Analogamente, per quanto concerne la ASL di Latina, sono risultate quali aree di maggiore criticità dei servizi farmaceutici:

- l'integrazione e il coordinamento fra Regione e Aziende, con particolare attenzione ai processi di definizione dei *budget* e di gestione delle gare, nonché alle aree di non programmabilità dei consumi
- una diffusa mancanza di risorse dedicate per alcune funzioni del servizio farmaceutico che potrebbero pure migliorare l'efficienza complessiva del sistema di erogazione
- la carenza di risorse per effettuare investimenti mirati ad una più efficiente gestione del farmaco a livello di UU.OO. (reparti, strutture territoriali etc.)
- il persistere di alcune aree di carente integrazione e flessibilità delle procedure informatizzate di gestione della farmacia.

Per quanto concerne le azioni migliorative/correttive, in accordo con il Direttore della Farmacia, ci si è concentrati sull'introduzione, in corso, degli armadi farmaceutici informatizzati, che dovrebbero permettere un ulteriore miglioramento della tracciabilità e rintracciabilità prodotti, grazie anche all'implementazione della bolla elettronica, una tracciabilità completa delle operazioni di carico/scarico, ivi comprese le restituzioni, una riduzione dei tempi di allestimento, con un particolare beneficio per la distribuzione diretta, un miglioramento del controllo dei consumi, una riduzione degli errori, una più semplice e snella gestione delle scadenze e delle scorte ed una reportistica automatica.

In sintesi, le due realtà prese in analisi sono risultate complessivamente efficienti. Malgrado ciò persistono alcune aree di possibile miglioramento, in termini sia di efficienza interna (tecnica), che esterna

(allocativa).

In particolare, entrambe le realtà analizzate hanno segnalato l'esigenza di sviluppare un modello che consenta di quantificare con maggior precisione il fabbisogno aziendale, superando di fatto la logica dello storico dei consumi, e tenendo conto dei nuovi farmaci in arrivo, degli eventuali *switch* che i clinici intendono effettuare nell'anno in corso, etc..

Inoltre, è stata individuata, come area di ricerca, quella dello sviluppo di un algoritmo che consenta di definire livelli minimi di scorta, eventualmente per categorie di prodotti, in funzione degli spazi fisici del magazzino, dei tempi di consegna dei fornitori, delle scadenze dei prodotti, etc..

Entrambe le questioni richiedono una collaborazione sia orizzontale, a livello di strutture farmaceutiche aziendali, che verticale, fra diversi livelli di governo dei beni sanitari; nel primo caso, necessaria per sviluppare standard e *benchmarking* condivisi; nel secondo, per integrare le differenti informazioni sull'evoluzione del mercato e dei bisogni, disponibili a livello centrale, regionale e locale.

Riferimenti bibliografici

- Amatucci F., Mele S. (2012), I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie: elementi di innovazione e modelli di accentrimento, Milano, Egea, seconda edizione
- Amoroso C. (2017), Centralità della qualità e del bisogno: cosa prevedono la normativa e la giurisprudenza in materia di appalti e acquisti in sanità, in atti convegno Roma 25.9.2017
- ASSR Veneto (2010), Misure di performance del processo di approvvigionamento e logistica: l'analisi di *benchmarking* del SSR Veneto, quaderno 19
- FIASO (2018), La logistica sanitaria nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del SSN, Quaderni di FIASO 06/2018
- Longo F. (Rapporto OASI 2017) La centralizzazione degli acquisti nel SSN
- Russo I. (2015) Il ruolo della logistica ospedaliera per il miglioramento delle performance operative e del livello di servizio al paziente

ENGLISH SUMMARY

The efficiency of pharmaceutical management is strategic for the providers, both for its economic-financial impact and for its strictly organisational impact.

The efficiency of hospital and local units pharmacies can be interpreted from a dual viewpoint: that of technical efficiency - which we will call "internal efficiency" - concerning the optimisation of purchasing, storage and distribution procedures, etc., and the (mainly) allocative efficiency - which we will call "external efficiency" - concerning the ability to plan needs and check consumption appropriateness.

A partnership has been established with the pharmacies of two Health Units, namely "Hospital Authority dei Colli - Monaldi Hospital" and "Local Health Authority of Latina", with the aim of promoting a process analysis, considering both the above described perspectives; on-site support has been provided for identifying problematic management issues, as well as any possible improvement solutions and implement them, where possible.

In this context, the overall drug governance process has been analysed, starting from the planning and purchasing phase, and continuing with warehouse and stock management, relations with Operating Units (UU.OO.) and finally monitoring consumption and spending.

The analysis made at the Hospital Authority dei Colli has allowed to highlight possible management criticalities, which the pharmacy management itself reported to have exacerbated during the COVID-19 health emergency. In agreement with the pharmacy Director, some strategic solutions have been identified to achieve optimal management.

In particular, the following criticalities have been identified:

- the excess of annual orders placed by phar-

macies with suppliers (a quality indicator also provided for in the certification obtained by the pharmacy)

- procurement problems due to delays in delivery by suppliers
- placing orders for larger quantities before particular periods (e.g. summer, etc.)
- the phenomenon of "September issue", i.e. an insufficient "capacity" of the economic budget in the last part of the year
- the excess of requests from the UU.OO. to the pharmacy
- the difficulties in storing goods, depending on the premises and room available.

With a view to solving the criticalities listed above, some corrective actions have been envisaged:

1. placing a planned annual order (once or on a six-month basis), with delivery dates set in advance, possible for about 60% of the products passing through the pharmacy
2. delivering directly to the UU.OO. some products (saline solution, etc.), characterized by high consumption quantities and limited economic impact, thus avoiding storage in drugs warehouses
3. adoption of the "deposit account" mechanism, for some types of drugs.

Similarly, as far as the Local Health Authority of Latina is concerned, the major criticalities in pharmaceutical services are the following:

- the integration and coordination between Regions and Health Units, with specific attention paid to the processes for drawing up budgets and managing tenders, as well as to the areas where consumption cannot be perfectly planned
- a widespread lack of dedicated staff resour-

es for certain functions of the pharmaceutical services that could also improve the overall efficiency of the delivery system

- the lack of resources to make investment aimed at a more efficient drug management at UU.OO. level (medical wards, territorial structures, etc.)
- the persistence of some areas lacking integration and flexibility in computerised pharmacy management procedures.

With regard to improvements/corrective actions, in agreement with the pharmacy Director, we have focused on the introduction - currently underway - of the computerised drug cabinets, which should allow to further improve product tracking and tracing, also thanks to the implementation of the e-delivery note; the full traceability of loading/unloading operations, including returns; a reduction in set-up and arrangement time, with particular advantages for direct distribution; an improvement in consumption control; a reduction in errors; a simpler and more streamlined management of deadlines and stocks, as well as automated reporting.

In summary, the two structures analysed have

been found to be efficient overall. Nevertheless, there are still some areas which may be improved in terms of internal (technical) and external (allocative) efficiency.

In particular, both structures have shown the need to develop a model that would allow to quantify their budget more accurately, going well beyond the logic of past consumption trends, and taking into account the new drugs coming on the market, as well as any switch that clinicians plan to make during the current year, etc..

Moreover, a research area has been identified for developing an algorithm allowing to define minimum stock levels, possibly by product classes, based on the physical room available in the warehouse, suppliers' delivery times, product expiry dates, etc..

Both issues require horizontal collaboration, at the level of Health Units' pharmaceutical structures, and vertical collaboration, between different levels of health governance. The former is necessary to develop shared standards and benchmarking while the latter is needed to integrate the various information on market evolution and needs, available at central, regional and local levels.

CAPITOLO 9d

Governance e spesa dei dispositivi medici

Migliore A.¹, d'Angela D.²,

9d.1. Introduzione

Per le analisi del presente contributo, risulta propedeuticamente utile ricordare la definizione di dispositivo medico (DM), fornita dalla normativa europea; in particolare, vengono definite tre categorie di DM:

- dispositivi medici (in genere), (direttiva 93/42/CEE; D. Lgs. 24/2/1997, n.46)
- dispositivi medici impiantabili attivi (Direttiva 90/385/CEE; D. Lgs. 14/12/1992, n.507)
- dispositivi diagnostici in vitro (Direttiva 98/79/CE; D. Lgs. 8/9/2000, n. 332)

In base alla definizione più generica, che si applica alla maggior parte dei prodotti, un dispositivo medico è «uno strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto usato da solo o in combinazione, compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento, e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia, attenuazione di una malattia, diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap, studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico, intervento sul concepimento, purché non eserciti l'azione principale nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici, né mediante processo metabolico, ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi».

Ulteriormente, si definisce dispositivo medico attivo, «un dispositivo medico dipendente, per il suo funzionamento, da una fonte di energia elettrica o di

altro tipo di energia diversa da quella generata direttamente dal corpo umano o dalla gravità e che agisce convertendo tale energia». Conseguentemente, si definisce dispositivo medico impiantabile attivo «qualsiasi dispositivo medico attivo destinato ad essere impiantato interamente o parzialmente mediante intervento chirurgico o medico nel corpo umano o mediante intervento medico in un orificio naturale e destinato a restarvi dopo l'intervento».

E infine, si definisce dispositivo medico-diagnostico in vitro (*in-vitro diagnostic*, IVD) «un reagente, prodotto reattivo, calibratore, materiale di controllo, kit, strumento, apparecchio, attrezzatura o sistema destinato dal fabbricante a essere impiegato in vitro per l'esame di campioni provenienti dal corpo umano, inclusi sangue e tessuti».

9d.2. Nuovi riferimenti normativi

I nuovi Regolamenti (UE) 2017/745, relativi ai DM, e (UE) 2017/746, relativi agli IVD, pubblicati il 5/5/2017, modificano e abrogano la normativa preesistente in materia. La loro entrata a regime, dopo un periodo di transizione, era stata inizialmente prevista il 26/5/2020 nel caso dei dispositivi medici e il 26/5/2022 per gli IVD. In seguito agli effetti su scala globale causati dall'emergenza COVID-19, il 23/4/2020, il Consiglio dell'Unione Europea e il Parlamento Europeo hanno adottato il Regolamento (UE) 2020/561 il quale modifica il Regolamento (UE) 2017/745 relativo ai DM, rimandandone l'entrata a regime al 26/5/2021.

¹ C.R.E.A. Sanità

² C.R.E.A. Sanità, Università di "Tor Vergata" Roma

Alla base di questa decisione vi è la volontà di assicurare il corretto funzionamento del mercato interno e un elevato livello di protezione della salute pubblica e della sicurezza dei pazienti, nonché di garantire la certezza del diritto e di evitare possibili perturbazioni del mercato nel contesto dell'epidemia di COVID-19 e della relativa crisi sanitaria; di fatto, viene riconosciuto ai DM (guanti medicali, mascherine chirurgiche, attrezzature per la terapia intensiva e altre attrezzature mediche) un ruolo fondamentale nella gestione della crisi.

Le principali novità introdotte dai nuovi Regolamenti, prodotti a seguito di un lungo processo di revisione e consultazione (iniziato nel 2012), possono essere visti come conseguenza della volontà di aggiornamento e miglioramento delle criticità presenti nel costruito normativo precedente (Migliore A, 2017); in particolare:

- definizione ampliata del termine “dispositivo medico”, che include adesso prodotti finalizzati alla predizione e alla prognosi di patologie, così come prodotti che non hanno una finalità medica diretta (es. prodotti per la disinfezione e sterilizzazione, preservativi, *software*, *filler* e dispositivi impiantabili utilizzati per scopi estetici o cosmetici)
- riclassificazione di alcune categorie di dispositivi in Classe III (es. reti chirurgiche e impiantabili per la sostituzione del disco intervertebrale) e valutazione più approfondita per gli IVD medico-diagnostici
- definizione di nuovi (più rigorosi) requisiti di designazione e ruoli per gli organismi notificati, atti a garantire che abbiano le capacità e le competenze richieste
- definizione di nuove (più rigorose) procedure per gli organismi notificati, ai fini della valutazione dei dispositivi medici ad alto rischio (Classe III); sarà possibile avvalersi del principio di equivalenza a dispositivi già esistenti solo in alcuni casi e solo qualora il produttore del nuovo dispositivo abbia accesso completo alla documentazione tecnica del dispositivo presunto equivalente
- maggiore disponibilità dei dati delle sperimentazioni cliniche, i quali saranno disponibili sulla banca dati europea dei dispositivi medici (Eu-damed), e resi disponibili alla pubblica consultazione, entro 1 anno dalla fine dello studio o entro 3 mesi dalla sua risoluzione anticipata o interruzione, a seconda di quale evento si sia verificato per primo

• migliore tracciabilità dei dispositivi medici attraverso l'introduzione del numero di identificazione univoco (*Unique Device Identification*, UDI) e, per alcuni dispositivi impiantabili, della scheda impianto.

9d.3. La governance dei DM

Nel seguito vengono analizzati gli elementi caratteristici della *governance* del settore: in primo luogo le principali classificazioni vigenti a livello internazionale e nazionale; quindi i criteri di valutazione delle tecnologie; infine le modalità di rilevamento e monitoraggio della spesa.

9d.3.1. Classificazione internazionale dei dispositivi medici

A livello europeo, la Direttiva 93/42/CEE, attuata dal D. Lgs. 24/2/1997, n. 46, stabilisce che i DM siano classificati in quattro classi in funzione della complessità e del rischio crescenti (Tabella 9d.1.).

Tabella 9d.1. Classificazione dispositivi medici

Classe I	Dispositivi meno critici, quali la gran parte di quelli non attivi e non invasivi (all'interno della classe I sono individuabili 2 sottoclassi: la classe I sterile – quelli forniti in stato sterile – e la classe I m – quelli che svolgono una funzione di misura)
Classe IIa	Dispositivi a rischio medio, quali alcuni dispositivi non attivi (invasivi e non) e dispositivi attivi che interagiscono con il corpo in maniera non pericolosa
Classe IIb	Dispositivi a rischio medio/alto, quali alcuni dispositivi non attivi (specie invasivi) e dispositivi attivi che interagiscono con il corpo in maniera pericolosa
Classe III	Dispositivi ad alto rischio, quali gran parte di quelli impiantabili, quelli contenenti farmaci o derivati animali e alcuni dispositivi medici che agiscono sulle funzioni di organi vitali.

Fonte: elaborazione - © C.R.E.A. Sanità

Anche gli IVD sono classificati in quattro categorie (Tabella 9d.2.) in base alla destinazione d'uso indicata dal fabbricante e al rischio per la salute pubblica e/o per il paziente, nel caso di errore nella prestazione a cui sono destinati (Direttiva 98/79/CE; D. Lgs. 8/9/2000, n. 332).

Tabella 9d.2. Classificazione dispositivi medico-diagnostici in vitro

IVD ad alto rischio individuale e per la salute pubblica (compresi nell'allegato II lista A del D.Lgs. 332/2000)
IVD ad alto rischio individuale e/o moderato per la salute pubblica (compresi nell'allegato II lista B del D.Lgs. 332/2000)
Dispositivi per test autodiagnostici: qualsiasi dispositivo destinato dal fabbricante per essere usato a domicilio da profani, persone non esperte di test diagnostici
Altro tipo di dispositivi: tutti gli altri dispositivi che non appartengono all'allegato II e non sono destinati per test autodiagnostici. Questi prodotti sono la gran maggioranza dei dispositivi e non hanno un rischio diretto per le persone sottoposte a test in quanto sono principalmente usati da professionisti adeguatamente preparati. Inoltre i risultati delle analisi, ottenuti con questo tipo di reagenti, devono essere confermati con altri mezzi.

Fonte: elaborazione - © C.R.E.A. Sanità

9d.3.2. La classificazione nazionale dei dispositivi medici (CND)

Scendendo a livello nazionale, è stata introdotta la Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND), approvata con Decreto del Ministero della Salute del 20/2/2007: è uno strumento che permette di organizzare i dispositivi medici secondo una struttura ad albero ramificato, con diversi livelli di approfondimento (fino ad un massimo di 7) utilizzando una terminologia che segue l'ordine gerarchico categoria-gruppo-tipo.

In totale, sono presenti 22 categorie raggruppate secondo tre criteri: anatomico (8 categorie), funzionali (9 categorie), categorie speciali (5 categorie). È lo stesso produttore a collocare il proprio dispositivo nella tipologia terminale più appropriata, con il supporto della documentazione messa a disposizione dal Ministero della Salute (Peverini D, 2006).

La CND è soggetta ad aggiornamenti periodici finalizzati a renderla al passo con l'innovazione del settore. Inoltre, per le sue peculiarità di struttura, finalità, fruibilità e metodologia di aggiornamento la

CND è stata recentemente individuata dal *Medical Device Coordination Group* (MDCG) europeo quale base utile per sviluppare il nomenclatore dei dispositivi medici in applicazione dell'art. 26 del Regolamento (UE) 2017/745 e dell'art. 23 del Regolamento (UE) 2017/746.

9d.3.3. Il sistema Banca Dati e Repertorio dei Dispositivi Medici (BD/RDM)

Tutti i dispositivi di classe I, IIa, IIb e III (Decreto Legislativo (D. Lgs.) 24/2/1997, n. 46), i dispositivi impiantabili attivi (D. Lgs. 14/12/1992, n. 507), gli IVD (D. Lgs. 8/9/2000, n. 332) e i *kit* e gli assemblati, così come definiti all'articolo 12, comma 2, del D. Lgs. 24/2/1997, n. 46, vengono identificati e tracciati attraverso un codice univoco che ne permette l'individuazione per diverse finalità, quali segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, utilizzo da parte delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nel Sistema Banca Dati e Repertorio dei Dispositivi Medici (BD/RDM) del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Tale sistema è stato istituito con Decreto del Ministero della Salute del 20/2/2007, successivamente sostituito dal Decreto del Ministero della Salute del 21/12/2009.

Occorre tuttavia fare una distinzione tra la Banca Dati e il Repertorio dei Dispositivi Medici: sono infatti due parti distinte del sistema. Mentre la Banca Dati comprende tutti i dispositivi medici notificati e prevede l'obbligo di iscrizione, con l'inserimento di un set di informazioni minimo, il Repertorio è un sottoinsieme della stessa, costituito dai dispositivi medici per i quali, durante o successivamente alla procedura di notifica, il fabbricante (o il suo mandatario) abbia dichiarato la disponibilità a rendere visibili, anche alle strutture del SSN, le informazioni relative ai propri prodotti. Al fabbricante/mandatario viene chiesto di caricare sul sistema tutta la documentazione relativa ai dispositivi medici in oggetto (certificato marcatura CE, istruzioni per l'uso, etichette, ecc.), con il vantaggio che tale documentazione non dovrà più essere richiesta da parte delle Aziende del SSN, le quali dovranno provvedere ad acquisirla esclusivamente

tramite il Sistema BD/RDM.

L'iscrizione nel RDM è quindi una facoltà del fabbricante/mandatario ed è gratuita.

Tuttavia, ai fini delle procedure di acquisto di dispositivi medici da parte delle strutture del SSN, non esiste differenza tra prodotto registrato solo nella Banca Dati e prodotto iscritto nel Repertorio. Le strutture del SSN possono infatti acquistare entrambi.

9d.4. La valutazione dei dispositivi medici

L'*Health Technology Assessment* (HTA) è ampiamente riconosciuto come strumento di *governance* delle tecnologie sanitarie per via della sua capacità di fornire elementi preziosi per il processo decisionale a diversi livelli. Nella sua più recente definizione, condivisa all'inizio di quest'anno dalle più rilevanti società scientifiche e reti collaborative del settore, l'HTA è «un processo multidisciplinare che utilizza metodi espliciti per determinare il valore di una tecnologia sanitaria in diversi punti del suo ciclo di vita. Lo scopo è di informare il processo decisionale al fine di promuovere un sistema sanitario equo, efficiente e di alta qualità.» A completamento di questa definizione, vengono altresì messe a disposizione le seguenti note (sito HTAi):

- Nota 1: «una tecnologia sanitaria è un intervento sviluppato per prevenire, diagnosticare o trattare condizioni mediche; promuovere la salute; fornire riabilitazione; o organizzare l'erogazione di assistenza sanitaria; l'intervento può essere un test, un dispositivo, un medicinale, un vaccino, una procedura, un programma o un sistema»
- Nota 2: «il processo è formale, sistematico e trasparente e utilizza metodi all'avanguardia per considerare le migliori prove disponibili»
- Nota 3: «le dimensioni del valore di una tecnologia sanitaria possono essere valutate esaminando le conseguenze intenzionali e non intenzionali del suo utilizzo rispetto alle alternative esistenti; queste dimensioni spesso includono efficacia clinica, sicurezza, costi

e implicazioni economiche, questioni etiche, sociali, culturali e legali, aspetti organizzativi e ambientali, nonché implicazioni più ampie per il paziente, i parenti, i caregiver e la popolazione; il valore complessivo può variare a seconda della prospettiva adottata, degli stakeholder coinvolti e del contesto decisionale»

- Nota 4: «l'HTA può essere applicato in diversi punti del ciclo di vita di una tecnologia sanitaria, ovvero prima, durante o dopo l'immissione sul mercato, fino alle valutazioni sul disinvestimento di una tecnologia sanitaria».

9d.4.1. Il Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici

L'*Health Technology Assessment* (HTA) in Italia, a livello istituzionale, ha una storia relativamente recente. Esso affonda le sue radici nel Patto per la Salute 2014-2016, il quale prevedeva la creazione di un modello istituzionale per l'HTA dei dispositivi medici, finalizzato a promuovere l'uso di quelli che generano valore per il sistema. Tramite la Legge Finanziaria del 2015 è stata poi istituita una "Cabina di Regia" presieduta dal Ministero della Salute, responsabile della definizione delle priorità, dell'individuazione dei requisiti e delle informazioni per la corretta acquisizione dei dispositivi medici e della promozione di un Programma Nazionale di HTA per dispositivi medici, basato sulla collaborazione tra Regioni. Tuttavia, è solo il 21/9/2017 che viene condiviso in Conferenza Stato Regioni il Documento Strategico della Cabina di Regia che definisce il Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici (sito MdS).

Sebbene, ad oggi, alcuni degli elementi e dei processi presentati all'interno del Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici non siano ancora in fase di definizione o comunque non hanno ancora visto una implementazione pratica, si riportano ugualmente a grandi linee, per fornire un quadro d'insieme di questo tentativo di istituzionalizzazione e formalizzazione del processo di HTA a livello nazionale:

Componenti della Cabina di Regia - tre rappre-

sentanti del Ministero della Salute, due rappresentanti delle Agenzie nazionali (AGENAS, AIFA), quattro rappresentanti delle Regioni più quattro supplenti.

Attività della Cabina di Regia:

- accreditamento dei Centri Collaborativi, sulla base di criteri scientifici e garantendo la rotazione
- approvazione dei rapporti finali di *assessment* dopo la fase di consultazione degli *stakeholder*
- approvazione dei giudizi di appraisal ed emanazione delle raccomandazioni
- valutazione dei dispositivi medici e redazione di raccomandazioni per il loro utilizzo all'interno del SSN
- decisione sul riesame richiesto dalle parti interessate
- valutazione annuale delle attività e dell'impatto del programma di HTA e sviluppo di un piano strategico triennale.

Segnalazione delle tecnologie sanitarie e verifica preliminare - le tecnologie sanitarie per le quali è ritenuta necessaria una valutazione possono, infatti, essere segnalate attraverso un modulo online (<http://bvts.agenas.it>); la segnalazione è aperta a qualsiasi tipo di soggetto (industria, regioni, professionisti sanitari, società scientifiche, cittadini) e, inoltre, le tecnologie possono essere segnalate nell'intero ciclo di vita (dalle tecnologie emergenti a quelle obsolete); le segnalazioni pervenute vengono verificate da AGENAS ai fini della completezza informativa ed esistenza di documenti di valutazione completi o attività di valutazione in corso a livello internazionale; AGENAS predispone 3 liste: lista tecnologie da sottoporre a prioritizzazione da parte della Cabina di Regia (con indicazione eventuali tecnologie emergenti), lista tecnologie escluse (con motivazione); lista *report* tecnici già disponibili.

Prioritizzazione delle valutazioni - le valutazioni da effettuare vengono prioritizzate dalla Cabina di Regia in base ad una serie di criteri predefiniti, quali:

- impatto potenziale della tecnologia sul percorso assistenziale specifico cui essa è rivolta, attraverso un migliore soddisfacimento di bisogni non soddisfatti o parzialmente soddisfatti

- implicazioni etiche e sociali evidenti, con particolare riferimento ai benefici attesi sulla qualità di vita e sulla sostenibilità delle cure
- potenziale impatto organizzativo della tecnologia, compreso il rischio di elevate variabilità di diffusione e/o utilizzo della tecnologia (equità)
- potenziale impatto economico e finanziario della tecnologia (positive o negativo)
- rilevanza tecnica della tecnologia nel percorso assistenziale
- incertezza sull'efficacia comparative pratica della tecnologia
- significatività epidemiologica della condizione clinica interessata (frequenza, gravità).

Programma di lavoro - la Cabina di Regia definisce i casi da assegnare ai Centri Collaborativi Regionali, tra quelli segnalati da più Regioni, i casi in cui è necessaria una valutazione da parte di Agenas, dell'Istituto Superiore di Sanità o dei Centri Collaborativi diversi da quelli Regionali, i casi in cui è sufficiente una valutazione regionale effettuata dal proponente secondo le modalità organizzative adottate dalle Regioni e applicando metodologie e reportistica condivise a livello nazionale; Tutte le valutazioni prodotte a livello regionale sono trasmesse alla Cabina di Regia che valuta se sottoporle ad *appraisal* nazionale ai fini della espressione di raccomandazioni nazionali (non possono essere sottoposte a valutazione regionale le tecnologie prioritarie per la valutazione nazionale); per ciascuna tecnologia oggetto di valutazione, la Cabina di Regia adotta entro 60 giorni un giudizio di *appraisal*, contenente preliminari raccomandazioni di utilizzo della tecnologia nell'ambito del SSN; le raccomandazioni possono essere le seguenti:

- la tecnologia non presenta (al momento) elementi che ne suggeriscano l'introduzione
- l'introduzione della tecnologia in un percorso assistenziale comporterebbe benefici
- la tecnologia è raccomandata solo per l'utilizzo in programmi di ricerca
- l'introduzione della tecnologia nel SSN può essere ammessa subordinatamente alla raccolta contestuale di prove scientifiche.

9d.4.2. La proposta europea per la regolamentazione dell'HTA

Già dal 2016 la Commissione Europea è impegnata in un esteso processo di consultazione finalizzato alla regolamentazione dell'attività di HTA a livello europeo. La proposta legislativa è stata presentata nel gennaio 2018 ed è attualmente in fase di discussione, anche a seguito di ritardi causati dalla crisi sanitaria legata all'epidemia di COVID-19.

Pur considerando che i tempi del processo sono particolarmente lunghi (tempi tecnici, periodo transitorio, eventuali ulteriori ritardi) vale la pena considerare, nel presente contesto, cinque elementi chiave della proposta generale, vale a dire (Migliore A, 2019):

- *Coordination Group on HTA* - il gruppo di coordinamento sull'HTA sarà guidato dagli Stati Membri ed avrà il compito di definire un programma di lavoro annuale, gestire l'intero processo di cooperazione tra sottogruppi di esperti e organismi di HTA nominati dagli Stati Membri per produrre le valutazioni congiunte e approvare i rapporti congiunti finali che saranno poi pubblicati dalla Commissione
- *Joint clinical assessment* - le valutazioni cliniche congiunte dei prodotti farmaceutici saranno limitate ai medicinali sottoposti alla procedura centrale di autorizzazione all'immissione in commercio, ai nuovi principi attivi e ai prodotti esistenti per i quali l'autorizzazione all'immissione in commercio è estesa a una nuova indicazione terapeutica; per le tecnologie non farmaceutiche, le valutazioni cliniche congiunte saranno limitate a determinate classi di dispositivi medici e IVD per le quali i pertinenti gruppi di esperti (istituiti in conformità con i Regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746) abbiano dato le loro opinioni e che siano stati selezionati dal gruppo di coordinamento in base ad una serie di criteri predefiniti, quali esistenza di bisogni non soddisfatti, potenziale impatto sui pazienti, sulla sanità pubblica o sui sistemi sanitari, significativa dimensione transfrontaliera, valore aggiunto per

l'Unione (cioè rilevanza per un gran numero di Stati Membri), risorse disponibili. Le valutazioni cliniche congiunte copriranno gli ambiti tipicamente basati sull'evidenza globale (ad esempio efficacia clinica, sicurezza) mentre la valutazione di quegli elementi che sono spesso più sensibili ai contesti nazionali/regionali (ad esempio, aspetti economici, etici, organizzativi) non sarà inclusa e potrà essere eseguita dagli Stati Membri in modo indipendente.

- *Joint scientific consultation* - le consultazioni scientifiche congiunte, note anche come "*early dialogue*", saranno prodotte dal gruppo di coordinamento in risposta a una richiesta di consulenza da parte degli sviluppatori di tecnologie sanitarie; in particolare, la consulenza sarà correlata ai dati e alle prove che probabilmente saranno richiesti come parte di una (potenziale) futura valutazione clinica congiunta; tuttavia, anche se sarà necessaria l'approvazione del gruppo di coordinamento, il risultato finale di questa attività non sarà pubblicato, rimanendo riservato allo sviluppatore che ne ha fatto richiesta e non sarà vincolante a nessun livello.
- *Tecnologie sanitarie emergenti* - le tecnologie sanitarie emergenti saranno oggetto di studio nell'ambito del programma di lavoro annuale del gruppo di coordinamento. L'obiettivo è quello di eseguire attività di *horizon scanning* per garantire che le tecnologie che si prevedono avranno un impatto maggiore sui pazienti, sulla salute pubblica o sui sistemi sanitari siano identificate nelle fasi iniziali. Parte delle attività sarà la consultazione completa con tutti i gruppi di interesse pertinenti come gli sviluppatori delle tecnologie sanitarie, le organizzazioni di pazienti, gli esperti clinici, l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) e il gruppo di coordinamento dei dispositivi medici (istituito dal Regolamento europeo 2017/745).
- *Cooperazione volontaria* - la cooperazione volontaria tra gli Stati Membri sarà supportata dalla Commissione Europea e sarà correlata alla valutazione non clinica delle tecnologie

sanitarie (es. aspetti economici, etici, organizzativi), alla valutazione collaborativa sui dispositivi medici, alla valutazione di quelle tecnologie sanitarie che non sono medicinali né dispositivi medici e a quelle attività legate alla produzione di evidenza a sostegno dell'HTA.

9d.5. Strumenti di controllo della spesa: il tetto per i dispositivi medici

Il tetto di spesa per l'acquisizione dei DM (in qualche modo analogo a quello imposto sulla spesa farmaceutica, almeno nelle intenzioni di *governance*, ovvero garantire la sostenibilità del SSN) è stato istituito dal Decreto Legge (D.L.) 6/7/2011, n. 98 ed inizialmente fissato al 5,2% del livello del finanziamento del SSN a carico dello Stato e poi ridefinito, dal D.L. 6/7/2012, n. 95 e dalla Legge di Stabilità per il 2013 (Legge (L.) n. 228/2012), al 4,8% per il 2013 e, a decorrere dal 2014, al valore del 4,4%. Esso è declinato a livello regionale, avendo anche l'obiettivo di responsabilizzare le Regioni: infatti, in caso di sforamento, l'importo eccedente rimane interamente a carico della Regione.

Dato l'impatto regionale, il tetto è oggetto di accordo in Conferenza Stato-Regioni, che dovrebbe essere aggiornato con cadenza biennale, e viene espresso in percentuale del fabbisogno sanitario regionale, incidendo in modo nominalmente identico in tutte le Regioni.

Il meccanismo si è successivamente evoluto con l'introduzione del *payback*, sulla falsa riga del comparto farmaceutico: l'eventuale superamento del tetto di spesa regionale è posto a carico delle aziende fornitrici di DM per una quota complessiva pari al 40% nell'anno 2015, al 45% nell'anno 2016 e al 50% a decorrere dall'anno 2017. Ciascuna azienda fornitrice concorre alle predette quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di DM a carico dei Servizi Sanitari Regionali.

Di fatto, lo strumento del tetto, così come ad oggi regolato, sembra presentare dei limiti oggettivi, che ne hanno vanificato la cogenza. In particolare, sem-

bra un fattore critico il riferimento alla sola voce dei CE 'Dispositivi Medici', come fonte per la misurazione della spesa regionale.

Si osservano almeno tre principali elementi di criticità:

- 1 viene ignorato il *mix* di offerta pubblico-privato a livello regionale e questo può distorcere i risultati in favore delle Regioni che affidano al privato un maggior numero di procedure che richiedono l'utilizzo di DM
- 2 viene ignorato il dato delle acquisizioni di DM in noleggio e/o leasing, seppure presente nei CE
- 3 viene ignorata la spesa per i DM ad uso ripetuto pluriennale acquistati (quali ad esempio le apparecchiature diagnostiche), che vanno contabilizzati per le loro quote di ammortamento.

In merito al primo elemento critico evidenziato, appare evidente che le realtà regionali con una maggiore quota di privato accreditato tendenzialmente sono facilitate nel rispetto del tetto, come peraltro, si conferma con l'analisi dei dati (si veda oltre).

In merito al secondo elemento di criticità, la non inclusione delle voci relative ad acquisizioni di DM in noleggio e/o *leasing*, comporta un possibile *bias* nei confronti interregionali: dai dati disponibili, l'incidenza di tali voci tra le Regioni risulta variabile. Indipendentemente dall'aspetto quantitativo, la non considerazione di tale voci potrebbe essere collegata ad un incentivo a utilizzare forme di noleggio e *leasing*, non necessariamente giustificate da ragioni di efficienza, quanto di potenziale "elusione" del tetto.

In merito al terzo elemento di criticità, valgono le osservazioni sui potenziali *bias* esposte al punto precedente, con l'aggiunta che nei CE non è prevista la disaggregazione degli ammortamenti fra beni sanitari e non sanitari; questa mancata disaggregazione appare "anomala" visto che invece viene sistematicamente prevista per i beni ad uso singolo. Per questa quota, andrebbe altresì considerata la spesa relativa alla manutenzioni di talune apparecchiature: essendo frequente che una parte della manutenzione sia di fatto imputata nei costi di acquisto, è opportuno considerare anche le manutenzioni, sempre

nello spirito di evitare *bias*. Ipotizzando che gli ammortamenti per le attrezzature sanitarie rappresentino il 65% dei costi degli ammortamenti materiali, si riscontra un'importante variabilità regionale che evidenzia quindi l'importanza di monitorare anche questa voce per una analisi più precisa.

9d.5.1. La rilevazione della spesa: il Conto Economico

Con il Decreto del Ministro della Salute del 15/6/2012 è stato istituito un nuovo modello di Conto Economico (CE) per gli enti del SSN che classifica i costi sostenuti per l'acquisto dei dispositivi medici; per quanto concerne i beni ad uso singolo (o ripetuto ma entro l'anno), i CE prevedono le seguenti voci di costo in caso di acquisto:

- B.1.A.3.1 – Dispositivi medici
- B.1.A.3.2 – Dispositivi medici impiantabili attivi
- B.1.A.3.3 – Dispositivi medico-diagnostici in vitro

Tuttavia, l'acquisizione dei dispositivi medici e, in particolare, delle apparecchiature, non sempre configurano un acquisto; esistono, infatti, varie formule di acquisizione secondo le quali il bene non diventa di proprietà dell'azienda. A titolo di esempio, citiamo le apparecchiature che entrano nella disponibilità delle aziende con formule di noleggio o *leasing*.

Quindi, una parte del costo sostenuto per i dispositivi medici dovrà essere imputata nelle apposite voci di costo:

- B.4.B.1 – Canoni di noleggio – area sanitaria
- B.4.C.1 – Canoni di *leasing* – area sanitaria

Nel costo dei dispositivi medici, vanno anche considerati quelli a uso ripetuto negli anni, per i quali va annualmente imputata la relativa quota di ammortamento. In questo caso il riferimento nei CE è la voce:

- B.11 – Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali

Purtroppo, per gli ammortamenti non è stata prevista la sottovoce relativa ai beni sanitari, di fatto rendendo impossibile l'estrapolazione del dato relativo ai dispositivi medici.

9d.5.2. I flussi informativi dei consumi, dei contratti e delle grandi apparecchiature

Il Nuovo Sistema informativo Sanitario (NSIS) prevede flussi informativi specifici per il monitoraggio dell'utilizzo e della spesa sostenuta per i dispositivi medici.

I dispositivi medici soggetti alla rilevazione sono tutti quelli iscritti nel Sistema BD/RDM e acquistati dalle strutture di ricovero e dalle ASL (o strutture equiparate), e da loro distribuiti alle unità operative e/o territoriali, per consumo interno, distribuzione diretta o distribuzione per conto.

Partecipano alla rilevazione le strutture di ricovero (presidi gestiti dalle ASL, AO, IRCCS, AOU), i laboratori, gli ambulatori e gli altri tipi di strutture territoriali (RSA e altre strutture residenziali e semiresidenziali, SERT, CSM, ecc.), gli istituti o centri di riabilitazione, gli istituti penitenziari e le farmacie territoriali convenzionate.

Il flusso rileva dati relativi alla struttura utilizzatrice (codice Regione, codice Azienda sanitaria, codice struttura utilizzatrice, codice unità operativa, anno di consegna, mese di consegna) e al singolo dispositivo medico (tipo dispositivo medico, identificazione di iscrizione al Repertorio, tipo destinazione di utilizzo, destinazione di utilizzo, quantità distribuita, costo d'acquisto).

Oltre al consumo e alla spesa, i flussi acquisiscono anche dettagli collegati ai contratti di acquisto dei dispositivi medici (es. struttura contraente, tipologia del contratto, durata del contratto, forma di negoziazione, denominazione del fornitore, quantità aggiudicata, prezzo unitario aggiudicato, assistenza specialistica al personale, servizi accessori).

Il dato è aggiornato quotidianamente e viene pubblicato nell'annuario statistico del Ministero della Salute (l'ultimo disponibile riporta i dati relativi all'anno 2017). Anche le grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, sono oggetto di rilevazione del flusso informativo istituito con il Decreto del Ministero della Salute del 22/4/2014.

In particolare, le apparecchiature oggetto della

rilevazione sono quelle appartenenti alla categoria Z – “Apparecchiature sanitarie” della CND, ovvero le apparecchiature sanitarie e i principali componenti delle stesse³, in particolare:

- Acceleratori lineari (ACC) - Z11010101-03
- Gamma Camere Computerizzate (GCC) - Z11020101-05
- Sistemi TAC/Gamma Camera (GTT) - Z11020201
- Sistemi TAC/PET (PET) - Z11020301
- Tomografi a risonanza magnetica (RMN) - Z11050101-06
- Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica (ROB) - Z12020101
- Tomografi assiali computerizzati (TAC) - Z11030601-04
- Angiografi (ANG) - Z11030102-03
- Mammografi (MMI) - Z11030201-02

Delle apparecchiature vengono raccolte cinque dimensioni di informazione: localizzazione (es. unità organizzativa che ha in carico l'apparecchiatura), caratteristiche (es. numero di BD/RDM, fabbricante, informazioni specifiche per ogni tipologia di apparecchiatura), acquisizione, limitatamente alle strutture pubbliche del SSN (informazioni generali sul contratto di acquisizione, informazioni specifiche per ogni tipologia di contratto quali *leasing* finanziario, *service*, locazione/*leasing* operativo; informazioni sull'eventuale contratto di manutenzione stipulato al momento dell'acquisizione).

Il *data set* messo a disposizione dal Ministero della Salute è limitato alle informazioni relative alla localizzazione e alle caratteristiche delle apparecchiature, è aggiornato quotidianamente e viene pubblicato nell'annuario statistico del Ministero della Salute (ultimo anno disponibile: 2017).

9d.6. Il monitoraggio della spesa

La spesa pro-capite italiana rilevata dal NSIS per

i DM (ricordiamo delle sole strutture pubbliche e al netto di noleggi, leasing e ammortamenti di beni ad uso pluriennale), risulta pari a € 102,0 nel 2019.

Per confronto, ricordiamo che, secondo i dati pubblicati nell'ultimo rapporto di settore dal Centro Studi Confindustria Dispositivi Medici, la massima spesa pro-capite per DM si registra negli Stati Uniti con € 380,0; segue l'Europa con una spesa media di € 212,7 ed il Giappone con una spesa pro-capite di € 180,0. Fra i Paesi europei è possibile osservare differenze notevoli: la Germania presenta una spesa pro-capite di € 373,2; segue la Francia con € 246,3 e l'Inghilterra con € 200,6.

In Italia, secondo tale fonte, la spesa pro-capite sarebbe di € 189,8, inferiore di circa il 10,7% a quella media europea.

Ne segue che la parte monitorata dal Ministero della Salute sarebbe solo il 48,6% di quella media europea riportata da Confindustria Dispositivi Medici 2019 (€ 212,7) e l'86,4% della spesa stimata per l'Italia.

Per quanto concerne la spesa regionale, seppure sempre limitata a quella sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche, sono utilizzabili i dati dei Conti Economici (CE) della Aziende Sanitarie pubbliche, riportati nel Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica.

Si ricorda che, per permettere il monitoraggio del rispetto del tetto, sono stati recentemente adottati provvedimenti finalizzati a consentire una più precisa rilevazione della spesa per DM sostenuta dalle Aziende Sanitarie. In particolare, come anticipato, è stato aggiornato il modello CE, e, con il D.M. dell'11/6/2010 “Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale”, il Ministero della Salute ha istituito e avviato un nuovo flusso informativo per i DM, presenti nella banca dati/Repertorio, direttamente acquistati dal SSN: sebbene dall'avvio di tale flusso informativo sia stato possibile evidenziare un crescendo di adesioni da

³ Per apparecchiatura sanitaria si intende un DM attivo utilizzato, da solo o in combinazione con altri dispositivi, nei processi terapeutici, diagnostici, riabilitativi, avente caratteristiche di bene durevole. Tale caratteristica, non presa in considerazione nella direttiva 93/42/CEE, individua i dispositivi che rientrano tra i beni inventariabili (art. 2424 bis del Codice Civile)

parte delle aziende sanitarie, il dato di spesa rilevato risulta tutt'ora parziale. In particolare, da quest'ultimo è risultato un dato di spesa nazionale, nel 2017, pari a € 4,4 mld. (€ 72,4 pro-capite): valore in crescita grazie ad un maggior impiego dello strumento da parte delle Regioni, ma, in ogni caso, ancora sotto-stimato, e, quindi, non direttamente utilizzabile per quantificare la spesa sostenuta dai diversi SSR per i DM. In ogni caso, la spesa per i DM si posiziona subito dopo l'onere per il personale, per la spesa farmaceutica, e la spesa specialistica.

I CE continuano, quindi, a rappresentare l'unico strumento disponibile per la quantificazione della spesa dei DM (almeno delle strutture pubbliche).

Nel 2019 la spesa totale conferma un trend crescente che vede un aumento di spesa del 2,8% corrispondente a € 6,4 mld. (era € 6,2 mld. nel 2018 e € 6,0 mld. nel 2017).

Come già ribadito nelle precedenti edizioni del Rapporto, si tratta, di un valore certamente sottostimato per la presenza sia di tecnologie ad uso ripetuto (es. apparecchiature medicali) valorizzate per le rispettive quote di ammortamento su voci differenti

dei CE (e non univocamente estrapolabili) sia per tecnologie non acquistate, in quanto acquisite con diverse modalità quali *service*, noleggio o *leasing*.

Il dato di spesa utilizzato per la verifica del rispetto del tetto di spesa imposto alle Regioni (4,4% del FSR) continua, quindi, a presentare un *bias* rilevante, dovuto a vari fattori.

Oltre alle voci non considerate come sopra argomentato, il dato risente della differente ripartizione nelle Regioni dell'offerta pubblica e privata, che spiega il fenomeno per cui si registra un rispetto del tetto di spesa solo in Regioni caratterizzate da una forte presenza di strutture private accreditate: Campania (incidenza sul FSR del 4,2%), Lazio (4,3%) e Lombardia (4,3%) a fronte di una quota di case di cura accreditate pari rispettivamente al 57%, 56% e 54%.

Friuli Venezia Giulia, Umbria e Abruzzo risulterebbero essere invece le Regioni con la quota più alta di spesa per DM (7,7%, 7,5% e 7,5% rispettivamente), ma a fronte di una quota di strutture private (Figura 9d.1.).

Figura 9d.1. Quota di spesa per dispositivi medici (DM) su Fondo Sanitario Regionale (FSR). Anno 2019

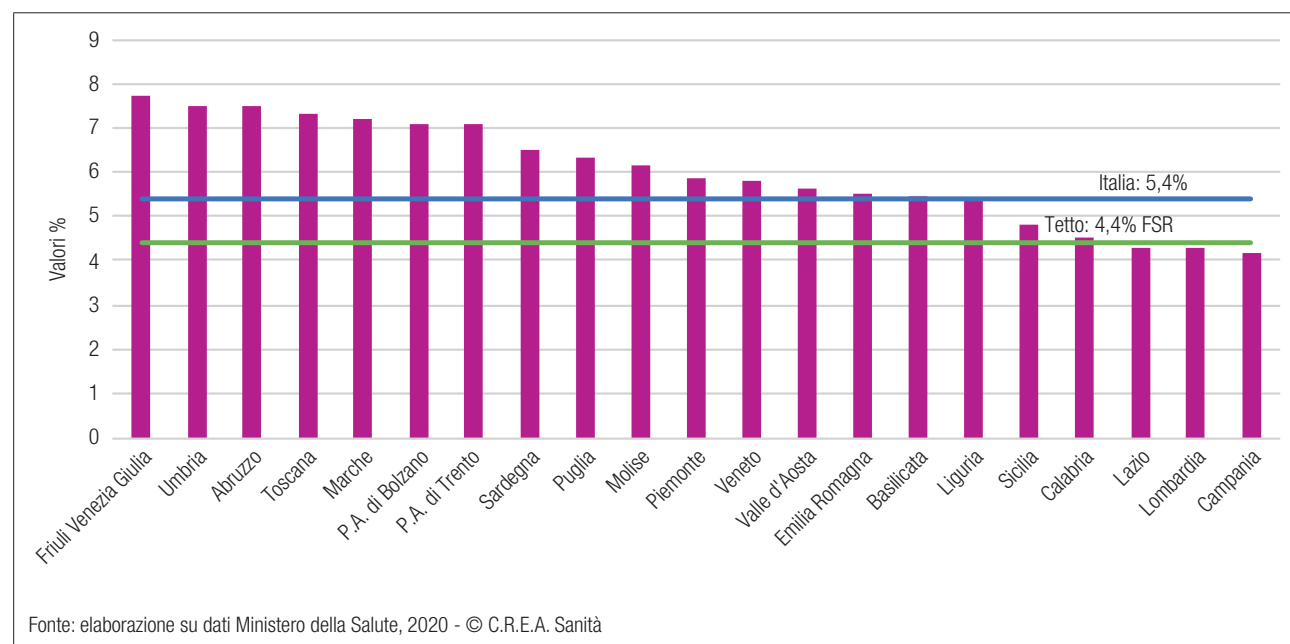
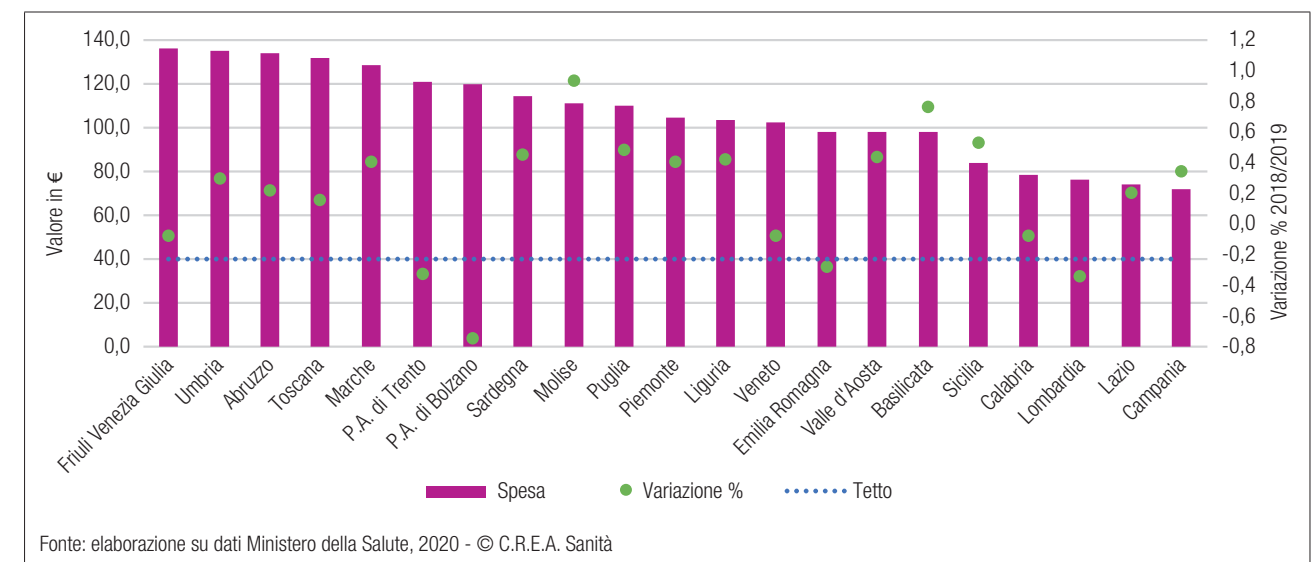


Figura 9d.2. Spesa pro-capite per dispositivi medici (DM) anno 2019 e variazione rispetto al 2018



Secondo quanto riportato da Confindustria Dispositivi Medici (dati 2017 – Centro studi Confindustria Dispositivi Medici) circa il 34% del mercato nazionale dei DM è rivolto alle strutture private, confermando che l'attuale sistema di monitoraggio adottato per il controllo della spesa sottostima l'effettivo onere del SSN, in particolare nelle Regioni con una maggiore presenza di case di cura private accreditate.

Osservando i dati di spesa pro-capite, nel 2019 si registra un valore di spesa media nazionale per DM delle strutture pubbliche pari a € 105,9 quindi cresciuto (+4,1%) rispetto al valore dell'anno precedente (€ 101,7).

Nell'ultimo anno (2019), quattro Regioni hanno fatto osservare una riduzione della spesa pro-capite per DM: P.A. di Bolzano (-0,62%), Lombardia (-0,25%), P.A. di Trento (-0,23%) ed Emilia Romagna (-0,19%). In tre Regioni (Friuli Venezia Giulia, Veneto e Calabria) la spesa è rimasta invariata, mentre è cresciuta in tutte le altre Regioni con valori maggiori osservati in Molise (+0,9%), Basilicata (+0,8%) e Sicilia (0,6%).

Il tetto previsto è stato superato in misura crescente: la spesa eccedente è passata dai circa 900 milioni del 2015 a poco meno di 1,3 miliardi del 2018 (+28%); nel quadriennio l'importo eccedente ha superato i 4 mld.. Solo 3 regioni (come anticipato) han-

no sempre mantenuto la spesa entro il tetto previsto (Lombardia, Lazio e Campania). Gli sfondamenti maggiori hanno riguardato le regioni a statuto speciale del Nord, oltre alla Toscana, l'Umbria, le Marche e l'Abruzzo (Figura 9d.2.).

9d.7. Conclusioni

In definitiva, dalle analisi condotte, appare evidente una revisione della *governance* del settore, in particolare introducendo sistemi di monitoraggio che incentivino una maggiore efficienza (senza *bias*) nell'uso dei DM, superando la mera verifica (peraltro parziale) del loro impatto finanziario.

A tal fine sarebbe in primo luogo necessario rilevare il complesso della spesa per DM, analizzandola in forma disaggregata, per tenere conto delle diverse caratteristiche dei DM, rese evidente dalle varie modalità di classificazione; si potrebbe, ad esempio, considerare la spesa per:

- dispositivi medici consumabili nell'anno, acquistati, attualmente valorizzati nella voce dei CE "Dispositivi medici" (disaggregata in impiantabili attivi, diagnostici in vitro ed altri)
- dispositivi medici ad uso ripetuto pluriennale i quali possono essere acquisiti:
 - con noleggio e/o *leasing*, e sono attual-

mente valorizzati nella voce dei CE “Canoni di noleggio – area sanitaria” e “Canoni di leasing – area sanitaria”

- tramite acquisto e quindi valorizzati per la relativa quota di ammortamento; in questo caso andrebbero considerate anche le spese imputabili alla manutenzione.

A queste tipologie andrebbero affiancati anche i dispositivi o servizi collegati, previsti nei contratti di *service* (es. strumentario chirurgico, ecc.), probabilmente valorizzate nella voce CE relativa ai servizi.

Una piena ricostruzione dei flussi suddetti permetterebbe di analizzare i relativi *trend*, distintamente per consumabili e per beni ammortizzabili, ed anche distinguendo le diverse tipologie di consumabili e le attitudini verso forme di acquisizione quali il noleggio e il *leasing*.

Le analisi condotte suggeriscono, inoltre, l'elaborazione di due distinti indicatori, utilizzabili per il *benchmarking* regionale, ed eventualmente associabili a tetti sulla base di scarti dalla media nazionale (o di un percentile ritenuto efficiente):

- 1 spesa per DM consumabili per valore dei ricoveri chirurgici in strutture pubbliche
- 2 spesa pro-capite per DM ammortizzabili.

Il primo indicatore permetterebbe di correggere in larga misura il *bias* derivante dai diversi *mix* pub-

blico-privato di attività, permettendo un *benchmarking* regionale maggiormente corretto; analogamente il secondo permetterebbe di tenere sotto controllo l'eventuale proliferazione inappropriata di apparecchiature diagnostiche.

Riferimenti bibliografici

Corte dei Conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica

Peverini D, Franceschini L, Scroccaro G. La codifica dei Dispositivi Medici e la Classificazione Nazionale CND – Guida alla consultazione e all'applicazione della CND per la realizzazione di un Repertorio dei Dispositivi Medici. Bollettino SIFO 52, 1, 2006

Migliore A. On the new regulation of medical devices in Europe. Expert Review of Medical Devices. 2017; 14:12, 921-923

Migliore A. Towards a regulation of HTA in Europe: the proposal from the European Commission. Expert Review of Medical Devices. 2019; 16:1, 1-2.

Sito HTAi: <http://htaglossary.net/health+technology+assessment>; ultimo accesso 1/10/2020

Sito MdS : http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2854; ultimo accesso 1/9/2020

ENGLISH SUMMARY

The medical device sector has recently undergone a regulatory update at EU level, with a view to improving the problematic issues existing in the previous regulatory framework.

Meanwhile, monitoring and governance mechanisms are being strengthened at national level.

They include the National Classification of Medical Devices (CND); the Database and Inventory System for Medical Devices (BD/RDM) of the New Health Information System (NSIS); the recording of flows of Medical Devices and large equipment registered in the BD/RDM System and purchased by the NHS facilities.

With regard to the evaluation of Medical Devices, the methodological tool adopted is the Health Technology Assessment (HTA). At institutional level, it has a relatively recent record, since it was formalized within the so called “2014-2016 Health Pact” (between Regions and Central Government). However, it was only in 2017 that the Strategic Document by the Coordination Unit, defining the HTA National Programme for Medical Devices was shared in the State-Regions Conference. So far some of the elements and processes outlined in it have not yet been practically implemented.

Another governance mechanism of the sector is the expenditure ceiling for the acquisition of Medical Devices, established in 2011 and reformed several times. As from 2014, in the event of overruns, the over-expenditure on Medical Devices is to be fully borne by the respective Region, with a 50% payback borne by the suppliers, along the lines of the mechanism in force in the pharmaceutical sector.

In fact, the ceiling instrument, as currently regulated, appears to have objective limits. In particular, three main issues can be mentioned:

- *the mix of public-private offer at regional level*

is not considered and this can bias results in favour of the Regions that entrust the private sector with more procedures requiring the use of Medical Devices

- *the figure relating to the rented and/or leased Medical Devices is not considered, albeit present in the Profit and Loss Accounts*
- *the expenditure on the multi-year repeated use Medical Devices purchased, which should be accounted for their depreciation shares, is not considered.*

In line with the caveats already spelled out, it should be noted that in 2019 the expenditure on Medical Devices confirmed a growing trend that saw a 2.8% increase, equal to € 6.4 billion (it was € 6.2 billion in 2018 and € 6 billion in 2017).

As already reiterated in previous Reports, in the light of the problematic issues reported, it can be said that this value is certainly underestimated.

In particular, it is affected by the different distribution of public and private supply in the Regions, which explains the phenomenon whereby the expenditure ceiling is kept only in the Regions with a strong presence of accredited (with the NHS) private structures: Campania (a 4.2% incidence on the Regional Health Fund), Lazio (4.3%) and Lombardia (4.3%).

Friuli Venezia Giulia, Umbria and Abruzzo, instead, are the Regions recording the highest share of expenditure on Medical Devices (7.7%, 7.5% and 7.5%, respectively), but against a significantly lower share of beds in accredited private facilities (about 11%, 8% and 23%, respectively).

Looking at the per-capita expenditure data, in 2019 a national average value of public structures' spending on Medical Devices equal to € 105.9 was recorded, with a 4.1% increase compared to the value of the previous year (€ 101.7).

In 2019 four Regions showed a reduction in per-capita expenditure on Medical Devices: the Autonomous Province of Bolzano (-0.62%); Lombardia (-0.25%); the Autonomous Province of Trento (-0.23%) and Emilia Romagna (-0.19%). In three Regions, namely Friuli Venezia Giulia, Veneto and Calabria, spending remained unchanged, while it increased in all the other Regions, with higher values recorded in Molise (+0.94%), Basilicata (+0.77%) and Sicilia (0.56%).

The ceiling was increasingly exceeded: over-expenditure rose from around 900 million in 2015 to slightly less than € 1.3 billion in 2018 (+28%). In the four-year period, over-expenditure exceeded € 4 billion. As mentioned above, only 3 Regions have always kept their expenditure within the envisaged ceiling (Lombardia, Lazio and Campania). The largest overruns regarded the Regions with special status in the North of Italy, as well as Toscana, Umbria, Marche and Abruzzo.

Ultimately, the analyses made clearly shows that there is a need for revising the governance of the sector, particularly by introducing monitoring systems that encourage greater efficiency (without bias) in the use of Medical Devices, thus going well be-

yond the mere (and partial) assessment and check of their financial impact.

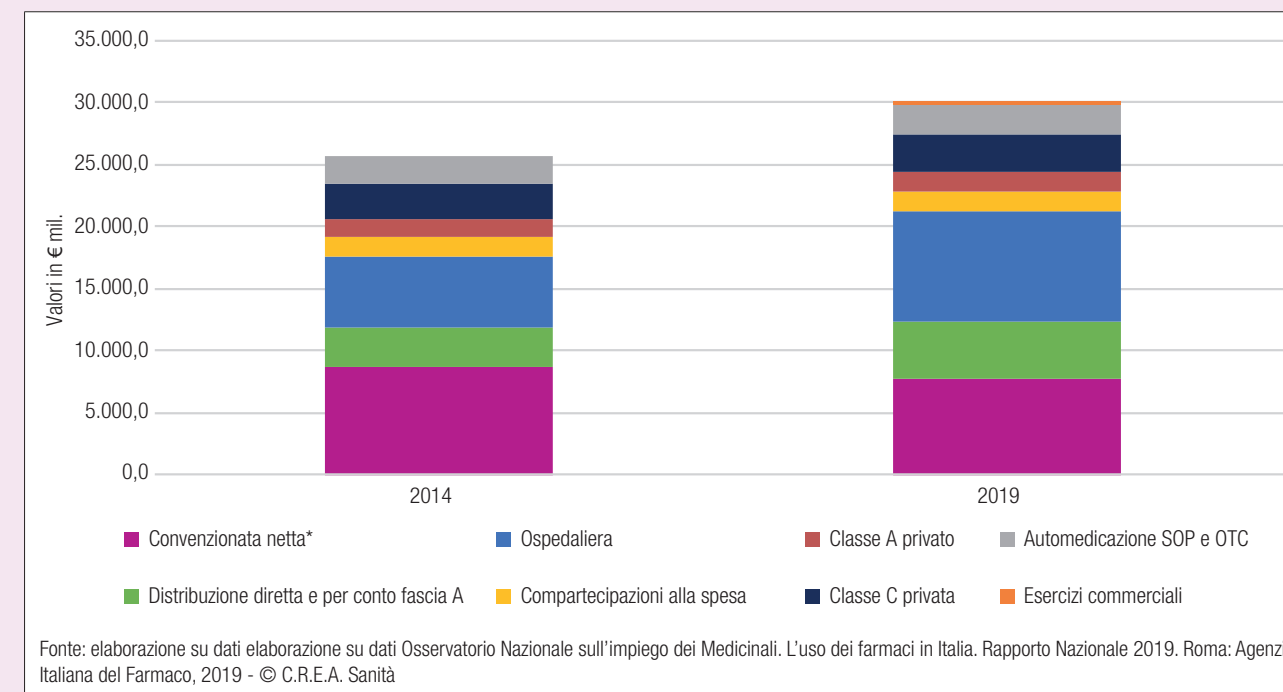
To this end, it would be first of all necessary to assess the total expenditure on Medical Devices, by analysing it in a disaggregated way, with a view to taking the different characteristics of Medical Devices into account.

The analyses made also suggest it would be useful to develop two separate indicators on which to base regional benchmarking, which can be possibly associated with ceilings based on deviations from the national average (or a percentile deemed efficient):

- expenditure on consumable Medical Devices per value of surgical hospitalizations in public facilities
- per-capita expenditure on depreciable Medical Devices.

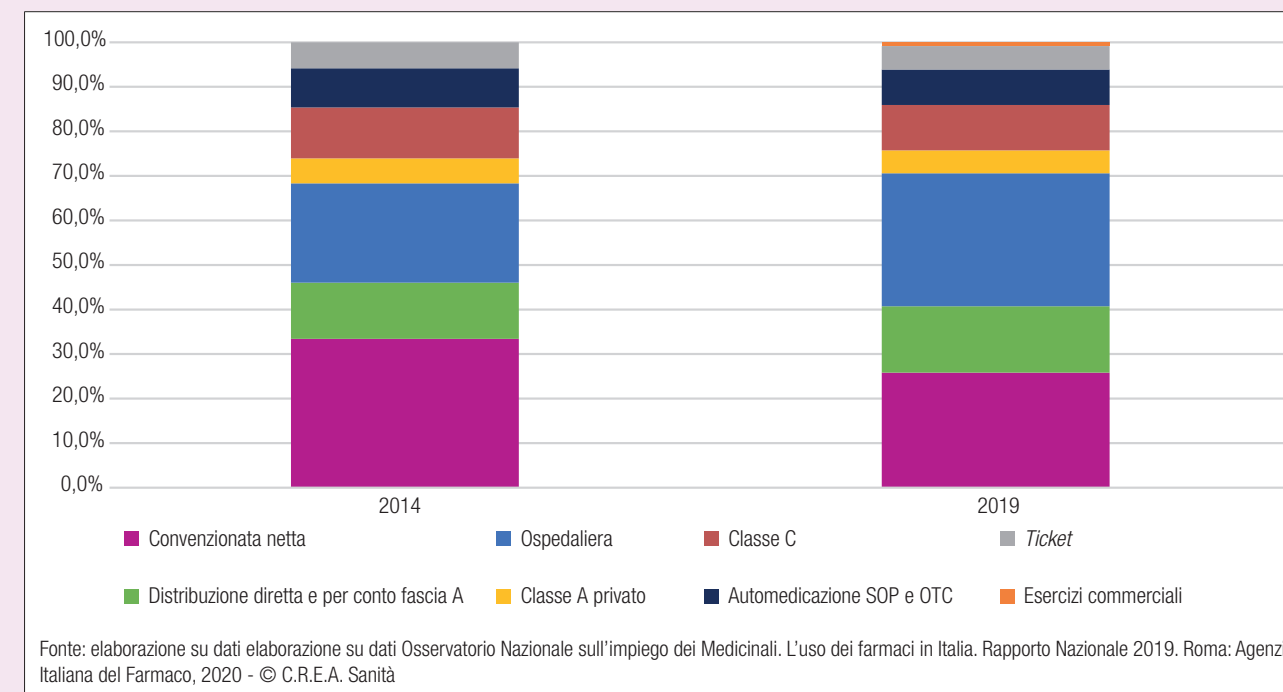
The first indicator would make it possible to largely correct the bias deriving from the different public-private mix of activities, thus allowing a more correct regional benchmarking. Similarly, the second indicator would make it possible to keep any inappropriate proliferation of diagnostic equipment under control.

KI 9.1. Composizione della spesa farmaceutica totale



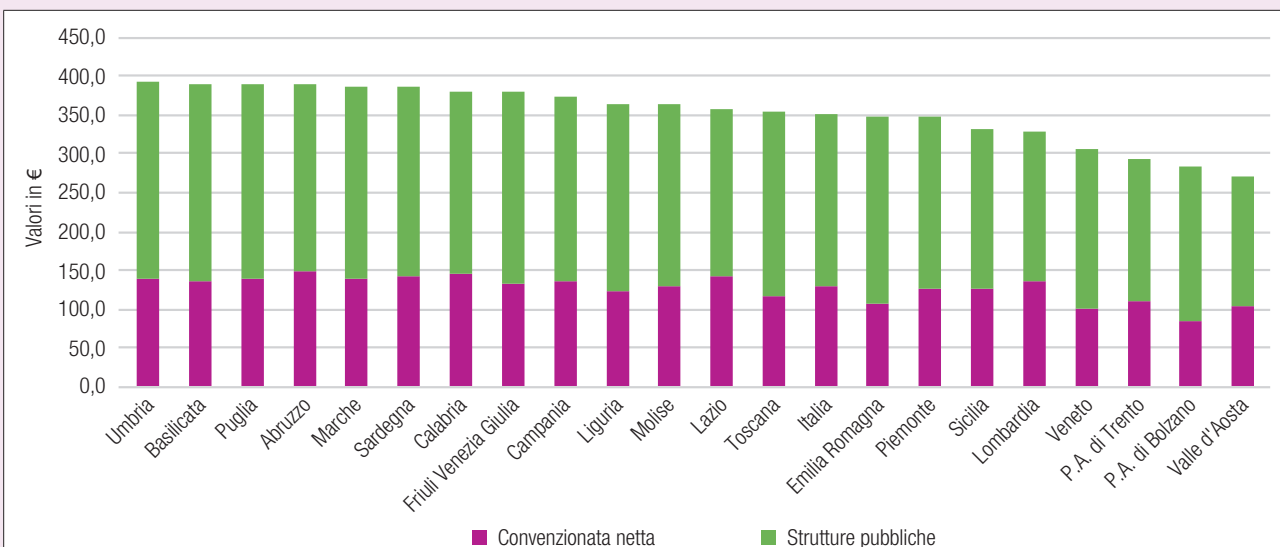
La spesa farmaceutica è complessivamente pari a € 30,1 mld., di questa il 70,6% risulta a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La spesa pubblica si è incrementata nell'ultimo quinquennio del 3,8% medio annuo, mentre quella privata del 1,6%. La quota di spesa pubblica rispetto al 2014 è aumentata, quindi, di 2,2 punti percentuali. Il costo effettivo per il SSN è pari a € 19.876 mil. nel 2019 (stimato) e a € 16.860,1 mil. nel 2014, per effetto dei *payback* derivanti dallo sfioramento dei tetti: ne segue un incremento effettivo nell'ultimo quinquennio del 3,3% medio annuo.

KI 9.2. Composizione della spesa farmaceutica totale.



In termini di composizione, fra il 2014 e il 2019, la spesa convenzionata netta si è ridotta di 12,3 punti percentuali, mentre la spesa ospedaliera e quella per distribuzione diretta e per conto di fascia A sono aumentate rispettivamente di 9,7 e 2,6 punti percentuali; per quanto concerne la spesa privata, la Classe A e le compartecipazioni dei cittadini alla spesa sono rimaste sostanzialmente stabili (-0,2 e -0,5 punti percentuali rispettivamente); si è ridotta la Classe C privata di -1,4 punti percentuali, mentre l'automedicazione è aumentata di 2,1 punti percentuali.

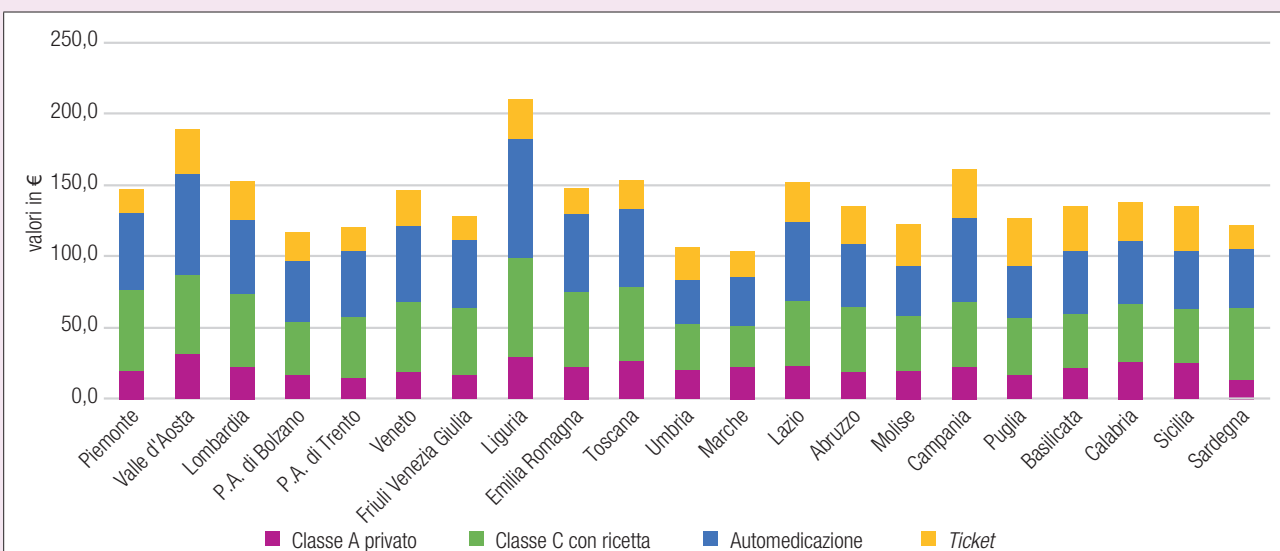
KI 9.3. Spesa farmaceutica pubblica pro-capite. Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019 e Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2019 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa farmaceutica pubblica pro-capite è pari € 351,6, di cui € 128,6 è spesa convenzionata e € 223,0 delle strutture pubbliche (ospedaliera e distribuzione diretta e per conto). La spesa convenzionata assume valori massimi in Abruzzo (€ 147,2) e valori minimi nella P.A. di Bolzano (€ 82,8). La spesa delle strutture pubbliche assume valori massimi in Umbria (€ 254,0) e valori minimi in Valle d'Aosta (€ 167,1).

KI 9.4. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa farmaceutica pro-capite privata risulta pari a € 143,3 pro-capite. Il ricorso alla spesa privata da parte delle famiglie è differente a livello Regionale e non sempre correlata ai livelli di reddito. È tendenzialmente più alta nel Nord del Paese, ma nelle PP.AA. di Trento e Bolzano è inferiore persino a quella meridionale, dove il reddito medio disponibile è decisamente inferiore. Analizzando la composizione della spesa privata, al primo posto, troviamo i farmaci di Classe C acquistati direttamente con il 33,2%; seguono i farmaci di Automedicazione, SOP e OTC con il 27,6%; poi le compartecipazioni alla spesa pubblica con il 18,3%; e i farmaci di Classe A acquistati direttamente dalle famiglie con il 17,8%. La spesa per la Classe C, nello specifico, ammonta a € 47,6 pro-capite, in linea rispetto all'anno precedente (+0,2%). Nell'ultimo quinquennio si era registrata una riduzione del -0,3% medio annuo. La spesa per farmaci di automedicazione (inclusa quella degli esercizi commerciali) risulta pari a € 43,9 pro-capite e in aumento del 4,8% rispetto all'anno precedente. Nell'ultimo quinquennio l'incremento medio annuo è stato pari al 3,3%. La spesa annua pro-capite di Classe A privata è pari nel 2018 a € 25,6, e risulta in crescita del 13,8% rispetto all'anno precedente. Considerando l'intervallo temporale 2014-2019 si è registrato un incremento medio annuo dell'1,5%. Le differenze tra le Regioni sono rilevanti: la spesa di Classe C passa da € 75,5 in Liguria a € 32,9 in Umbria; la spesa di classe A privata passa da € 52,1 in Piemonte a € 5,7 in Umbria; quella per automedicazione da € 55,7 in Valle d'Aosta a € 26,1 in Umbria. Per quanto concerne le compartecipazioni alla spesa richiesta ai cittadini, infine, essa è pari a € 26,2 pro-capite annui, in riduzione dell'1,5% rispetto all'anno precedente. Nell'ultimo quadriennio l'incremento medio annuo è stato pari all'1,2%.

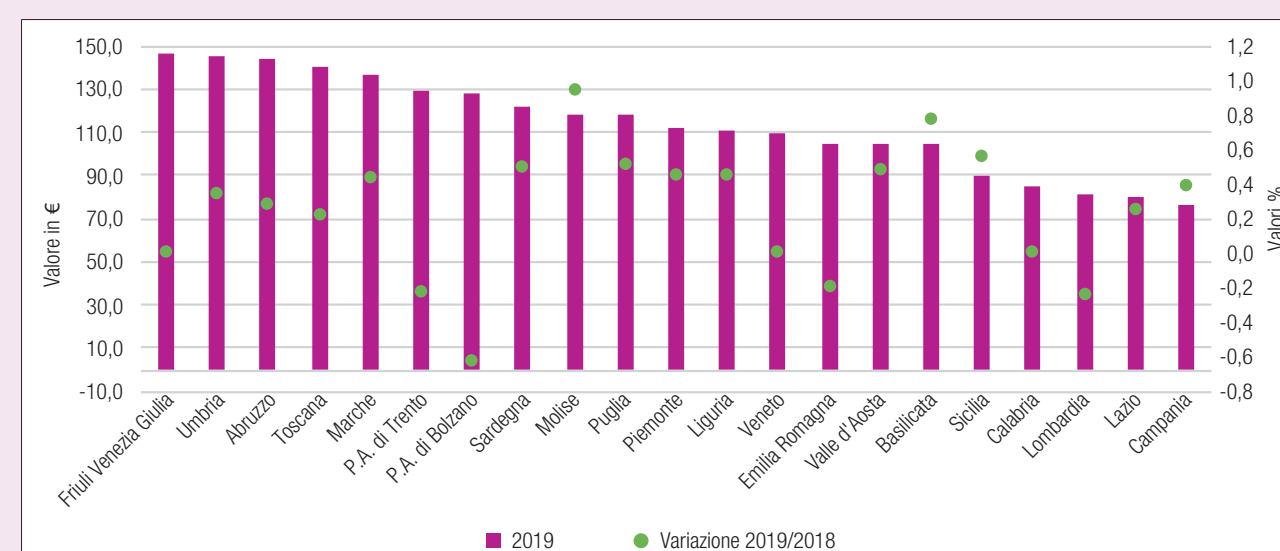
KI 9.5. Spesa farmaceutica e tetto



Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2019 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Per il 2019, lo sfioramento complessivo della spesa rispetto al tetto programmato di spesa farmaceutica pubblica, stabilito a livello nazionale nel 14,85% del Fondo Sanitario Nazionale, è pari a € 1,797 mld. (€ 29,8 pro-capite): la spesa, infatti, risultata pari al 16,2% del Fondo Sanitario Nazionale (+1,6 punti percentuali rispetto al target). Peraltro, lo sfioramento complessivo è il risultato di una compensazione fra spesa ospedaliera (eccedente il tetto) e convenzionata (largamente inferiore).

KI 9.6. Compartecipazione pro-capite (prezzo di riferimento e ticket fisso)



* Ticket fisso non presente nel 2016 e nel 2019 in Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna. Piemonte eliminato dal 1° marzo 2019

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

La Compartecipazione pro-capite alla spesa farmaceutica (differenziale rispetto al prezzo di riferimento degli equivalenti + ticket sulla ricetta) è pari nel 2019 a € 26,2 pro-capite (valore medio Italia) con un aumento del 3,4% dal 2016 al 2019. L'incremento è imputabile essenzialmente alla quota relativa al differenziale rispetto al prezzo di riferimento degli equivalenti (+10,6%); di contro la quota pro-capite relativa al ticket sulla ricetta ha registrato una riduzione (-10,8%). Le Regioni che presentano un aumento più elevato della compartecipazione sul prezzo di riferimento sono la Calabria (+22,2%) e la Basilicata (+19,4%), mentre il valore meno elevato si registra in Piemonte (+1,0%). La riduzione più consistente del ticket sulla ricetta si registra nella Regione Piemonte (-94,8%) dove il ticket è stato soppresso dal mese di marzo 2019 e nella Regione Emilia Romagna (-78,7%) (il pagamento è correlato al reddito familiare fiscale annuo lordo e dal 2019 si applica esclusivamente a partire dalla soglia di € 100.000), un aumento risulta presente solo nella Regione Basilicata (+2,4%), Liguria(+1,2%) e Umbria (+0,9%).

KI 9.7. Quota di spesa per dispositivi medici sul FSN. Anno 2019

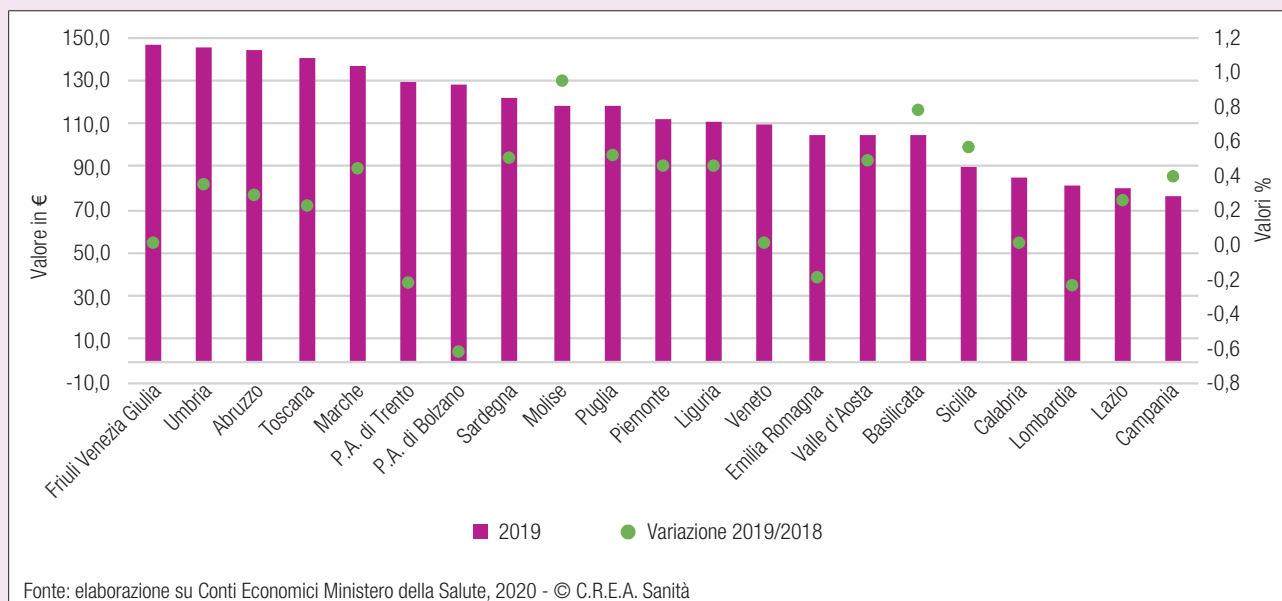


La spesa (registrata nei Conti Economici delle Aziende Sanitarie) per dispositivi medici è pari al 5,4% del FSN (5,5% nel 2018).

A livello regionale, solo quattro Regioni rispettano il tetto di spesa, fissato per legge nel 4,4% del FSN (sebbene vada rimarcato che il dato è distorto dalla presenza di strutture private accreditate): Campania (4,2%), Lazio (4,3%) e Lombardia (4,3%).

Il maggiore sfioramento si registra in Friuli Venezia Giulia, Umbria e Abruzzo (rispettivamente 7,7%, 7,5% e 7,5%).

KI 9.8. Spesa pro-capite per dispositivi medici



Osservando i dati di spesa pro-capite, nel 2019 si registra un valore di spesa media nazionale per DM delle strutture pubbliche pari a €105,9 quindi cresciuto (+4,1%) rispetto al valore dell'anno precedente (€101,7).

Nell'ultimo anno (2019), quattro Regioni hanno fatto osservare una riduzione della spesa pro-capite per DM: P.A. di Bolzano (-0,62%), Lombardia (-0,25%), P.A. di Trento (-0,23%) ed Emilia Romagna (-0,19%). In tre Regioni (Friuli Venezia Giulia, Veneto e Calabria) la spesa è rimasta invariata, mentre è cresciuta in tutte le altre Regioni con valori maggiori osservati in Molise (+0,94%), Basilicata (+0,77%) e Sicilia (0,56%).



Capitolo 10

Assistenza primaria

Primary Care

10a. Il ruolo dell'assistenza primaria nella gestione del paziente oncologico

English Summary

10b. Case della salute e presidi territoriali di assistenza: lo stato dell'arte

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 10

Assistenza primaria

Appare largamente condiviso che il futuro dei Servizi Sanitari sia legato al potenziamento dell'Assistenza Primaria, e che, per raggiungere questo obiettivo, è essenziale svilupparne i modelli organizzativi.

Il capitolo 10 vuole contribuire alla riflessione sui modelli di Assistenza Primaria, affrontando due tematiche centrali nella reingegnerizzazione dei processi, come anche nella appropriata gestione

delle risorse.

Nella prima parte (Capitolo 10a) viene affrontato il tema della presa in carico dei pazienti oncologici da parte dei MMG, i problemi riscontrati e i potenziali strumenti per contrastarli.

Nella seconda parte (Capitolo 10b), viene invece effettuato un focus sulle Case della Salute, prima normativo e poi con una rilevazione sul campo sui servizi offerti.

Primary care

It seems to be widely shared that the future of Health Services is linked to the strengthening of Primary Care, and that, in view of achieving this objective, it is essential to develop its organisational models.

Chapter 10 aims at contributing to the reflection on Primary Care models, by addressing two central issues in process re-engineering, as well as in appropriate resource management.

The first part (Chapter 10a) deals with the issue

of taking care of cancer patients by general practitioners (GPs), as well as the problems recorded and the potential tools to solve them.

The second part (Chapter 10b) is instead focused on the so-called Case della Salute (a new flexible model of territorial social and medical network of primary care and continuity of care), at first from the regulatory viewpoint and then with a field survey on the services offered.

CAPITOLO 10a Il ruolo dell'assistenza primaria nella gestione del paziente oncologico*

Misericordia P.¹, Ploner E.², Polistena B.², Spandonaro F.²

10a.1. Il contesto

I miglioramenti complessivi conseguiti grazie alla diagnosi precoce e ai nuovi trattamenti chirurgici e farmacologici, hanno contribuito ad innalzare il livello di sopravvivenza in molti Paesi sviluppati, che sono quelli in cui le malattie oncologiche hanno un'incidenza più elevata.

Non di meno il tasso di sopravvivenza al cancro varia sensibilmente a seconda della disponibilità di *screening*, di trattamenti efficaci (essendo le terapie per lo più disponibili per le tipologie più comuni di tumori), dell'accuratezza delle indagini diagnostiche e anche dei livelli di conoscenza e qualità dell'assistenza (*American Cancer Society*, 2015). Ad esempio, nel periodo 2010-2014, secondo le stime pubblicate dall'*American Cancer Society*, il tasso di sopravvivenza a 5 anni per il cancro al seno è del 90,0% negli Stati Uniti e in Australia, mentre è al 65,0% in Malesia.

Si registrano differenze di sopravvivenza anche all'interno dei Paesi, che riflettono le differenze di accesso e trattamento: ad esempio, la sopravvivenza a 5 anni per il cancro del collo dell'utero negli Stati Uniti nel periodo 2004-2009 è stata del 64,0% tra i bianchi e del 56,0% tra i neri.

Per quanto attiene nello specifico l'Italia, secondo i dati pubblicati nel Rapporto AIRTUM 2019, sui pazienti che hanno avuto diagnosi tra il 2005-2009, la sopravvivenza netta standardizzata a 5 anni dalla diagnosi per tutte le sedi neoplastiche (escluse

vescica e cute) è stata pari al 54,0% per il genere maschile e al 63,0% per quello femminile. La sopravvivenza è aumentata rispetto ai casi diagnosticati nel quinquennio precedente quando era pari al 51% per gli uomini e al 61% per le donne. Si conferma che il dato di sopravvivenza evidenzia un andamento tutt'altro che omogeneo tra le diverse ripartizioni geografiche: per entrambi i generi, infatti, nel *pool* dei registri delle Regioni del Sud esso risulta di alcuni punti percentuali inferiore rispetto a quello delle Regioni del Centro-Nord.

Si tenga, inoltre, presente che la sopravvivenza generalmente diminuisce all'aumentare dell'età per effetto delle comorbidità (AIRTUM, 2019). La popolazione italiana si caratterizza, peraltro, proprio per avere una sempre maggiore incidenza di anziani, soggetti a patologie cronico-degenerative, tra cui i tumori, che hanno il loro picco di incidenza proprio nell'età adulta-avanzata (AIRTUM 2019).

Inoltre, il fatto che un sempre maggior numero di persone sopravviva al cancro, implica che queste ultime, e le Società nel loro complesso, debbano affrontare un aumento della morbilità a lungo termine (Grunfeld E et al. 1996).

Poiché le patologie oncologiche si configurano sempre più come patologie croniche, caratterizzate da trattamenti a lungo termine, cresce anche di importanza il ruolo delle professioni che operano nella assistenza primaria (medici, infermieri, farmacisti, etc.), deputata alla presa in carico delle cronicità.

¹ Centro studi FIMMG

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

* Con la collaborazione di  MSD

10a.2. Il ruolo dell'assistenza primaria nella qualità della cura per il cancro

Già nel 2005, il *report* dell'*Institute of Medicine* "From cancer patient to cancer survivor: lost in transition", sottolineava l'importanza del coinvolgimento dell'assistenza primaria nel *follow-up* dei pazienti oncologici: infatti, mentre il ruolo dei *providers* dell'assistenza primaria nel processo di cura del cancro era, storicamente, stato quello della prevenzione e dell'individuazione precoce della malattia, con l'invecchiamento della popolazione, e il conseguente aumento delle patologie oncologiche, si poneva in modo evidente l'esigenza di individuare strategie per integrare le cure primarie nelle cure a lungo termine (Nekhlyudov et al., 2017).

Nekhlyudov et al. sottolineavano, tuttavia, come le evidenze riscontrabili in letteratura mostrassero che la conoscenza da parte dei *providers* dell'assistenza primaria in tema di cure necessarie nel lungo periodo per i pazienti oncologici, fosse in realtà ancora subottimale.

Il ruolo dell'assistenza primaria nell'assistenza oncologica è successivamente stato oggetto di analisi da parte di una Commissione multiprofessionale (*Lancet*, 2015); in particolare, tale Commissione concludeva che «... i punti di forza dell'assistenza primaria, ovvero la sua continuità, e le cure globali sia per i singoli che per le famiglie, sono particolarmente rilevanti nella fase di prevenzione e diagnosi, nella gestione condivisa (con gli specialisti) del *follow-up*, nel trattamento a lungo termine dei pazienti oncologici e nelle cure palliative...». Anche la Commissione ne 2015 concludeva che gli elementi di integrazione e i relativi strumenti di supporto, necessitassero ancora di ulteriore ricerca e di un continuo sviluppo della collaborazione multiprofessionale (Rubin et al., 2015).

Recentemente, sono stati pubblicati gli *Essential Requirements for Quality Cancer Care dell'European Cancer Organization* (ECCO): l'organizzazione, affrontando in modo sistematico la tematica della qualità delle cure per il cancro, esplicita il ruolo che in questo contesto può giocare l'assistenza primaria (Banks et al., 2019).

Secondo gli *Essential Requirements* ECCO, l'integrazione dell'assistenza primaria con i servizi di cura oncologici, è da ricercarsi in due aree chiave: 1) il *referral* (ovvero l'invio allo specialista) per la diagnosi e la cura; 2) l'assistenza durante e dopo il trattamento.

Sul primo punto, si ricorda che, mentre per alcuni tumori sono in essere efficaci programmi di *screening*, per altri l'assistenza primaria gioca ancora un ruolo importante nel processo diagnostico.

Per quanto riguarda il secondo punto, si richiama come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) abbia evidenziato che le cure integrate possono migliorare sia l'esperienza del paziente, sia i risultati clinici in presenza di multimorbilità, oltre che di necessità di cure a lungo termine.

Per quanto attiene la definizione del concetto di integrazione delle cure, prima e dopo il trattamento specialistico, si rileva come in letteratura vengono fornite una molteplicità di definizioni (ne sono state censite 175), che peraltro spesso si sovrappongono, dimostrando un'assenza di consenso circa la definizione.

In tale contesto, l'ECCO adotta la definizione dell'OMS, che recita: "My care is planned with people who work together to understand me and my carer(s), put me in control, coordinate and deliver services to achieve my best outcomes".

Secondo il documento dell'ECCO, le aree di specifico coinvolgimento dell'assistenza primaria nella assistenza dei pazienti oncologici, all'interno dei due momenti topici sopra richiamati, sono numerose:

- la prevenzione e la diagnosi della malattia
- la gestione del trattamento e degli effetti collaterali
- la riabilitazione e il *follow-up*, con una particolare attenzione alle persone anziane e fragili
- l'assistenza psicosociale
- le cure palliative
- il reinserimento lavorativo
- la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso alle cure
- l'istruzione e la formazione
- la ricerca
- il monitoraggio mediante la raccolta di dati, necessari per la misurazione dei risultati e del-

la qualità delle cure.

L'integrazione, che rimane al centro di tutti i documenti analizzati, ha come primo obiettivo quello dello sviluppo della "shared care", ovvero l'integrazione tra professionisti dell'assistenza primaria e specialisti.

In particolare, i MMG (Medici di Medicina Generale) dovranno sempre più occuparsi non solo della fase preventiva e diagnostica, ma anche assumere il ruolo di coordinatori di bisogni sanitari complessi: e, a questo fine, dovranno abbandonare le "pratiche solitarie", interfacciandosi con gli altri professionisti dell'assistenza primaria e con gli altri *settings* assistenziali (Banks et al., 2019).

A riprova dell'impatto quantitativo della presa in carico dei pazienti oncologici in assistenza primaria, è stato stimato che un MMG in media vede annualmente circa lo stesso numero di casi di tumori e di nuovi casi di diabete; va osservato che la maggior parte dei casi di cancro che vedrà sono da attribuirsi alle tipologie più comuni, come ad esempio il tumore del seno e del polmone; può, invece, capitare che un MMG nel corso della sua vita professionale non veda mai, o quasi mai, un tumore raro (come ad esempio il sarcoma). Questo, ovviamente, ha implicazioni per la fase diagnostica, come anche per quella di *follow-up* (Banks et al., 2019).

I pazienti, senza alcun dubbio, apprezzano l'assistenza continuativa da parte del loro MMG, ma quando ricevono una diagnosi di cancro con buona probabilità non sono sicuri del ruolo che il loro MMG può avere nella gestione della patologia (Halkett GK et al., 2014); sono allora gli oncologi che devono promuovere la continuità delle cure coinvolgendo il MMG lungo tutto il percorso di cura attraverso un processo di comunicazione continua, ed esortando i pazienti a mantenere un dialogo con il loro MMG.

Il secondo pilastro dell'integrazione è quello che coinvolge le svariate figure professionali "interne" all'assistenza primaria; gli *Essential Requirements* ECCO ricordano:

- MMG: infatti, il rapporto MMG-paziente e la facilità di accesso alle cure primarie sono gli elementi più frequentemente citati dai pazienti come benefici specifici garantiti dalla presa in

carico da parte dell'assistenza primaria; inoltre, i pazienti in *follow up*, con buona probabilità, accederanno più frequentemente allo studio del proprio MMG

- gli infermieri: nell'ambito delle cure primarie, essi hanno un ruolo chiave nel garantire la continuità delle cure; il report sottolinea, però, come ancora si registrino ampie differenze nell'offerta di assistenza oncologica infermieristica in Europa: solo pochi Paesi hanno infermieri specializzati in *cancer units*
 - anche i farmacisti di comunità sono di primaria importanza, considerando che circa il 98,0% degli europei può accedere alla propria farmacia entro 30 minuti e oltre un terzo entro 5 minuti
 - i servizi psicosociali e psico-oncologici, nonché i terapisti occupazionali, i quali hanno l'obiettivo di consentire ai pazienti oncologici in fase di guarigione il ritorno al lavoro e alle loro attività quotidiane
 - nell'ambito dell'assistenza primaria ai pazienti oncologici, un ruolo di primo piano è poi ricoperto *caregivers*; secondo il libro bianco della *European Cancer Patient Coalition and Eurocarers*, i *caregivers* attualmente garantiscono, in Europa, l'80,0% delle cure: quindi, i *policy-makers* devono riconoscerne formalmente il ruolo, garantendo programmi di *welfare* adeguati, compresi i permessi retribuiti, accordi di lavoro flessibili, i compensi finanziari e i diritti pensionistici
 - infine, il report cita anche i geriatri e i dentisti.
- Il lavoro di squadra interdisciplinare è quindi essenziale per l'organizzazione dell'assistenza.

Malgrado la crescente consapevolezza sull'importanza dell'integrazione dell'assistenza primaria nelle cure oncologiche, e che sia condiviso come il suo coinvolgimento permetterebbe di contenere i costi sanitari, in molti Paesi europei le risorse messe a tal scopo a disposizione sono, secondo l'ECCO, ad uno stadio embrionale (Banks, 2019).

A conferma di ciò, vari studi evidenziano come nei Paesi europei manchi ancora una compiuta armonizzazione tra assistenza primaria e specialistica;

ad esempio, si riporta che i pazienti vengono spesso dimessi senza un'adeguata pianificazione, con riammissioni di emergenza e una potenziale compromissione degli *outcomes* (Brown et al., 2014).

Lo studio di Brown S. et al. (2014) ha anche indagato per quale motivo Paesi con sistemi sanitari simili (il confronto riguarda i sistemi sanitari di: Danimarca, Norvegia, Svezia, tre giurisdizioni del Regno Unito, tre Province canadesi e due Stati australiani) abbiano risultati assai diversi per quanto attiene gli esiti clinici nella cura del cancro. Gli autori hanno evidenziato che le differenze esistenti in alcuni aspetti dei sistemi sanitari, come la regolamentazione, il finanziamento, il ruolo di *gatekeeping* dei medici di assistenza primaria, l'accesso diretto alle cure specialistiche, il grado di *comprehensiveness* dei servizi di assistenza primaria erogati, etc. non sembrano giustificare le differenze negli esiti clinici. Di contro, il livello di centralizzazione dei servizi, la libertà di movimento dei pazienti tra i diversi *providers* dell'assistenza primaria (che stimolerebbe la concorrenza fra questi), le difficoltà di accesso all'assistenza specialistica (anche a causa dell'esistenza di liste di attesa), potrebbero influenzare il comportamento, sia dei pazienti che dei professionisti, e contribuire ad un ritardo nella diagnosi, nonché a peggiorare gli *outcomes*.

In definitiva, e in ragione del fatto che il numero di persone che guarisce dal cancro sta aumentando, e ragionevolmente continuerà ad aumentare, nei Servizi Sanitari a livello mondiale stanno assumendo crescente importanza i problemi di integrazione tra le cure tipiche del *setting* acuto e i modelli di presa in carico delle patologie croniche, che sono tipicamente ambito dell'assistenza primaria.

10a.3. Accordo Stato-Regioni sulle Reti Oncologiche

Al pari di quanto avvenuto in altri Paesi, anche in Italia sono state emanate delle linee guida relative alle Reti Oncologiche per garantire la continuità assistenziale dei pazienti oncologici attraverso il coordinamento delle attività dei professionisti sia ospedaliari che non.

Uno dei principali obiettivi della Rete Oncologica regionale è, oltre a garantire l'appropriata presa in carico della patologia tumorale in maniera omogenea, assicurare la continuità delle cure tra i diversi professionisti intra ed extra-ospedalieri, coordinandosi con i Distretti e coinvolgendo le Reti locali di Cure Palliative, attraverso strumenti come il lavoro in *team*, l'elaborazione ed implementazione di PDTA, questi ultimi condivisi con i diversi attori che prendono parte alla presa in carico. La logica di rete, rafforzando il ruolo dei MMG e degli altri professionisti dell'assistenza primaria, realizza all'interno del distretto un modello d'integrazione tra coloro che operano nel territorio, ed anche con l'ospedale. Tale modello assistenziale, orientato alla continuità delle cure, prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico, costante nel tempo, da parte di un *team* multi-professionale e multi-disciplinare, caratterizzato da competenze sanitarie ed anche sociali, nonché il monitoraggio, mediante adeguati strumenti di valutazione dell'appropriatezza, dell'interfaccia tra i vari *setting* assistenziali.

Elementi prioritari per assicurare la continuità delle cure, secondo quanto contenuto nel documento sulle Reti Oncologiche sono:

- governo unitario della Rete Oncologica regionale, che individui nei distretti strutture di riferimento e coordinamento nella presa in carico, assicurando la regia dell'intero percorso extraospedaliero
- programmazione territoriale/distrettuale
- valutazione, già durante il ricovero, delle condizioni cliniche e socio-assistenziali, al fine di definire, coinvolgendo il paziente, il percorso assistenziale più idoneo da seguire alla dimissione
- applicazione di PDTA condivisi e definizioni di piani assistenziali
- *team* di assistenza primaria in cui siano presenti medici specialisti, MMG ed infermieri, con sviluppo di competenze nelle cure palliative di base
- *equipe* multiprofessionali per Assistenza Domiciliare Integrata, per esigenze riabilitative, per Cure Palliative di Base o Specialistiche

- presenza di un *team* multi-disciplinare / multi-professionale: medico palliativista, MMG, infermiere professionale, terapista della riabilitazione, psicologo e tutte le figure ritenute necessarie alla realizzazione del Piano Assistenziale Individuale
- diario clinico informatizzato, che deve essere compilato ad ogni accesso
- programmi di formazione continua ed aggiornamento indirizzati a *target* multiprofessionali
- informazione ai pazienti e comunicazione al cittadino, anche attraverso l'attivazione di un numero verde regionale, per fornire indicazioni in maniera semplice e diretta
- realizzazione di un sito della rete, con la finalità di facilitare l'accesso e l'orientamento ai percorsi definiti.

Le attività di *follow-up* dovrebbero rivolgersi ai soggetti che sono stati già trattati per una malattia oncologica e con la finalità di:

- rilevare per tempo l'eventuale ripresa della malattia
- controllare gli effetti collaterali indotti dalle terapie
- diagnosticare precocemente l'insorgenza di secondi tumori
- attivare programmi di riabilitazione, di reinserimento sociale o di supporto psicologico connessi alla malattia o ai trattamenti
- attivare programmi di cure palliative in base ai bisogni.

L'elaborazione di percorsi assistenziali per ogni malattia oncologica dovrebbe fornire indicazioni sulle modalità con le quali effettuare l'attività di *follow-up*, secondo criteri di appropriatezza scientificamente validati per ogni patologia, con l'obiettivo di realizzare comportamenti omogenei sul territorio e di migliorare l'assistenza senza spreco di risorse.

Il MMG deve essere informato al momento della conclusione dell'iter diagnostico e di inizio terapia. Il suo ruolo è fondamentale per garantire la continuità terapeutica durante le cure, nei periodi trascorsi al domicilio, durante la riabilitazione e nella fase di *follow-up* in raccordo con lo specialista di riferimento. Il suo ruolo prevede anche la gestione delle comorbidità.

10a.4. La gestione del paziente oncologico in assistenza primaria: la percezione dei Medici di Medicina Generale

Come argomentato nel paragrafo precedente, il ruolo dei MMG, nell'ambito della presa in carico in assistenza primaria dei pazienti oncologici, è fondamentale e configura un impegno crescente.

Si è, quindi, voluto indagare, mediante una apposita *survey*, quale sia la percezione dei MMG relativamente alle principali criticità attuali dei percorsi assistenziali dei pazienti oncologici.

A seguire si analizzano i risultati della *survey*, condotta in collaborazione con il Centro Studi della FIMMG nel periodo Dicembre 2019 – Gennaio 2020.

Alla *survey* hanno risposto 652 MMG: il 64% dei rispondenti appartiene al genere maschile ed il rimanente 36% a quello femminile.

Tabella 10a.1. Descrizione del campione

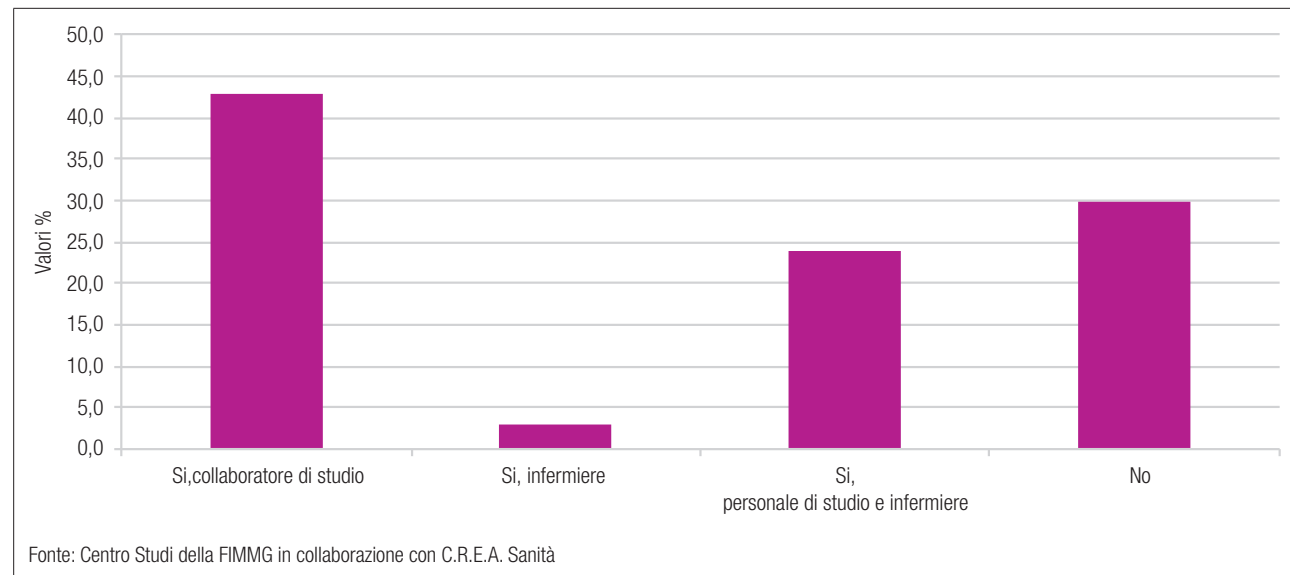
Genere	%
Maschile	63,8
Femminile	36,2
Età	%
Da 25 a 40 anni	11,3
Da 41 a 50 anni	5,2
Da 51 a 60 anni	29,5
> 61 anni	54,0
Attività professionale	%
Gruppo	36,3
Rete	31,1
Studio singolo	16,9
Associazione semplice	4,8
Lavoro come Continuità Assistenziale e/o sostituto di Assistenza Primaria	5,1
Altro	5,8

Fonte: Centro Studi della FIMMG in collaborazione con C.R.E.A. Sanità

L'11% dei rispondenti ha meno di 40 anni, il 5% tra i 40 e i 50 anni, il 30% tra i 50 e i 60 anni ed il restante 54,0% più di 61 anni.

Il 53% dei rispondenti opera nel Nord, il 19% nel Centro e il 28% nel Sud.

Figura 10a.1. Presenza di personale di studio



Da un punto di vista organizzativo, il 36% dei MMG opera in gruppo, il 31% in rete, il 6% in "altre forme" (super rete, super gruppo, associazione complessa etc.), mentre in uno studio singolo rimane il 17%, e in associazione semplice il 5%; il 5% lavora in medicina di gruppo.

Il 43% dei MMG rispondenti ha a disposizione un collaboratore di studio, il 24% si avvale anche di infermiere, il 3% solo di infermiere, mentre il 30% non ha personale di supporto.

Complessivamente, le caratteristiche dei rispondenti sono sovrapponibili a quelle di altre rilevazioni e sono considerabili sufficientemente rappresentative della categoria (Tabella 10a.1.).

Iniziando dalle campagne di *screening* oncologico, esse sono a giudizio dei rispondenti sostanzialmente efficaci: in una scala che va da 1 a 7 (dove 1 rappresenta l'efficacia minima e 7 la massima), per lo *screening* per la mammella il 68% dei rispondenti attribuisce un punteggio pari a 6-7 e solo il 6% un punteggio minore di 2; per lo *screening* per le neoplasie del colon retto il 53% dei rispondenti attribuisce un punteggio tra 6 e 7 e il 13% un punteggio minore uguale a due; e per quello delle neoplasie della cervice uterina il 53% attribuisce un punteggio tra 6 e 7 e il 12% un punteggio minore di 2 (Figura 10a.2.).

Tuttavia, il campione ritiene che le campagne re-

gionali di *screening* potrebbero essere ulteriormente migliorate, soprattutto con un maggior coinvolgimento dei MMG: il 61% del campione lo ritiene molto utile, assegnando un punteggio 6 o 7 (in una scala di importanza da 7 a 1 dove 7 rappresenta il valore massimo) e potenziando l'informazione alla popolazione *target* (66% lo ritiene molto utile, assegnando un punteggio pari a 6 o 7).

Anche una maggior puntualità sui tempi di chiamata e la "pulizia" delle liste, per scartare chi non dovrebbe partecipare allo *screening*, secondo i MMG intervistati, rappresentano strumenti utili da adottare: rispettivamente il 55% e il 41% dei rispondenti lo ritiene molto utile, assegnando un punteggio 6 o 7 (Figura 10a.3.).

Per i partecipanti alla *survey*, il MMG potrebbe maggiormente intervenire nelle campagne di *screening* attraverso il reclutamento attivo dei candidati non rispondenti all'invito (per il 64%) e con il sostegno informativo (per il 65%) (Figura 10a.4.).

I medici che hanno partecipato alla *survey* ritengono che il MMG potrebbe svolgere un ruolo proattivo particolarmente significativo nella diagnosi precoce dei melanomi (per il 68%), dei tumori del colon-retto (per il 56%) e delle neoplasie polmonari (per il 53%). In questa ultima patologia, in particolare, il 75% del campione ritiene utile focalizzare l'attenzione sui

pazienti ad elevato rischio, nonché sulla corretta e tempestiva interpretazione dei sintomi; il 54% ritiene che sia necessario procedere senza indugi ad approfondimenti diagnostici in caso di sintomi a carico dell'apparato respiratorio; il 53% considera utile migliorare la registrazione in cartella del dato relativo al fumo, per poter stratificare i pazienti e individuare le diverse classi di rischio; di contro, solo per il 18%

degli intervistati appare utile inviare i pazienti ad alto rischio a visite specialistiche periodiche.

Anche nella diagnosi delle neoplasie della mammella e di quelle prostatiche, una maggiore proattività del MMG è ritenuta utile, sebbene con percentuali minori; rispettivamente è favorevole il 44% e il 40% del campione.

Figura 10a.2. A tuo parere quanto risulta efficace la campagna di *screening* regionale sulla popolazione che assisti?

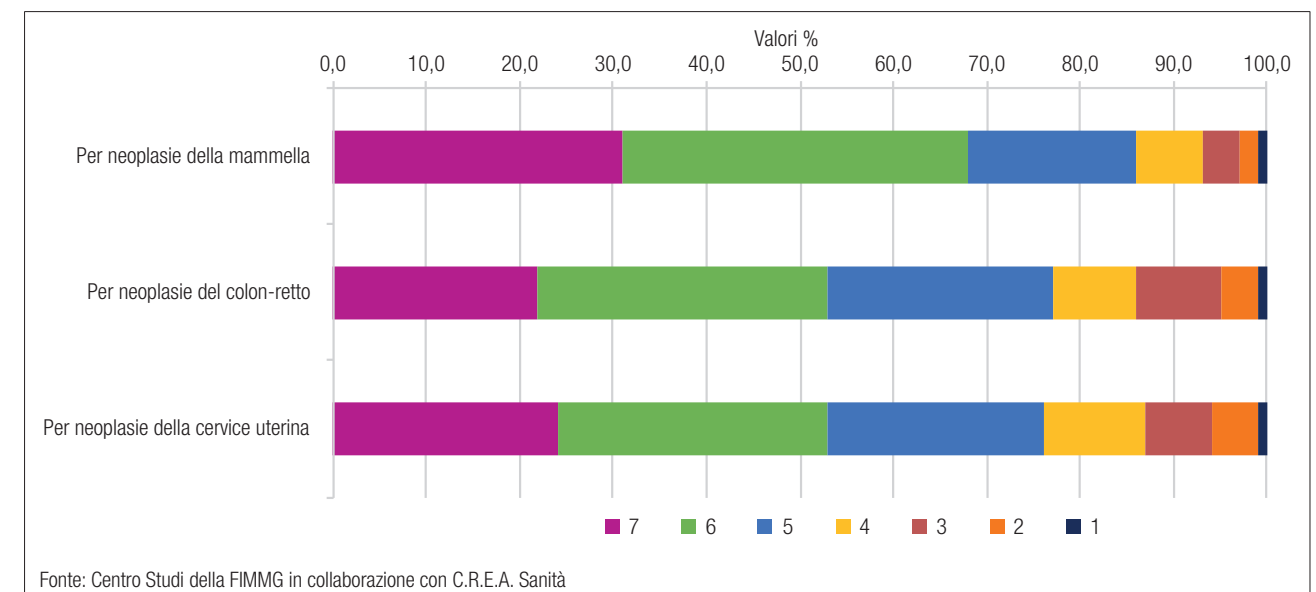


Figura 10a.3. Quali ritieni siano gli elementi delle campagne regionali di *screening* da migliorare?

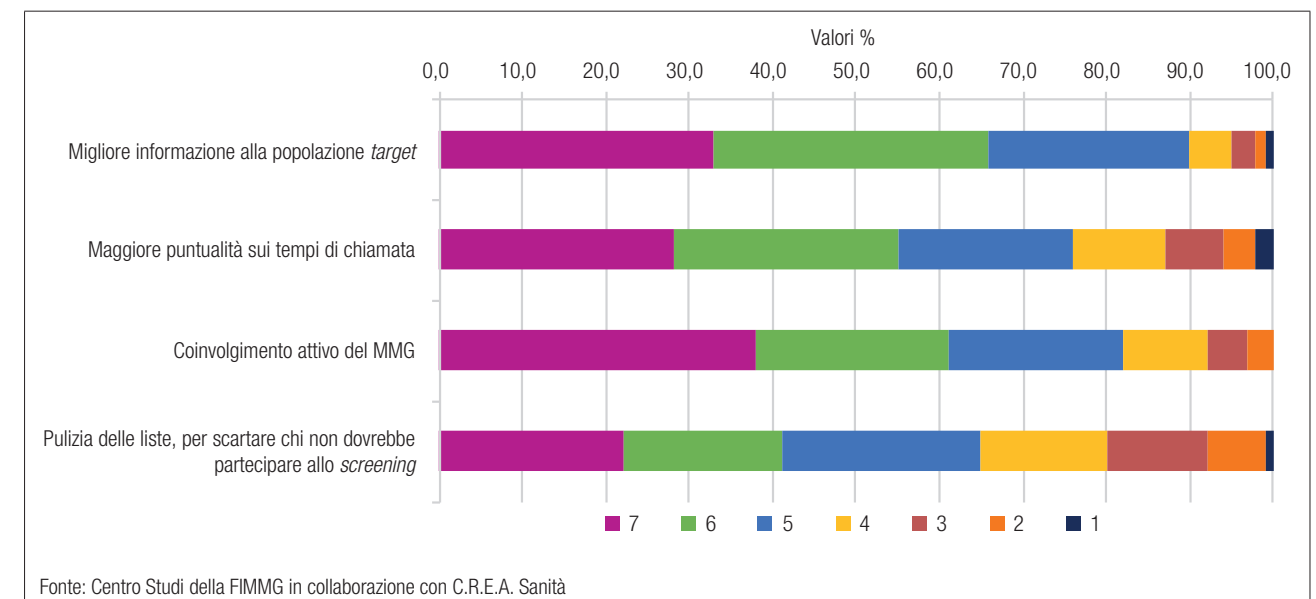
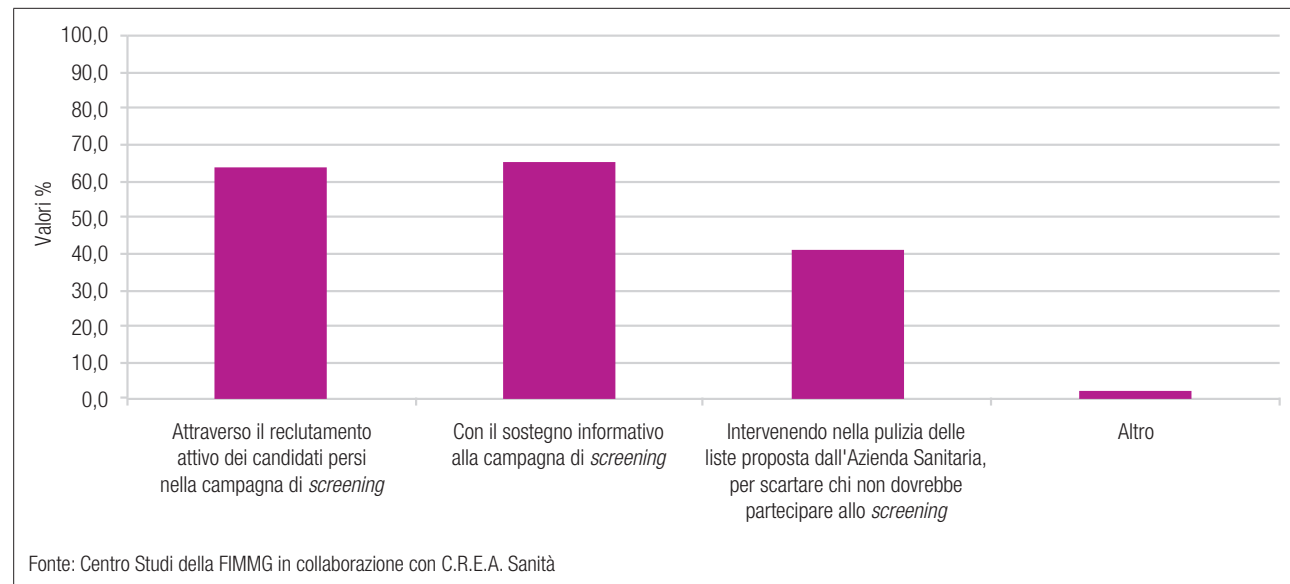


Figura 10a.4. A tuo giudizio il MMG come potrebbe intervenire proattivamente nelle campagne di screening?



Sono meno del 26% quelli che ritengono che la proattività del MMG abbia una incidenza sulla diagnosi precoce per le neoplasie della cervice uterina, gastriche, testa-collo, rene e dell'apparato genitale maschile (Figura 10a.5.).

La difficoltà nella prenotazione delle visite e degli accertamenti diagnostici viene giudicato l'ostacolo maggiore per la gestione del paziente con sospetta

patologia neoplastica (per il 70% dei medici l'item è in prima o seconda posizione fra gli altri possibili "ostacoli" proposti); a seguire vengono le difficoltà di accesso alle prestazioni diagnostiche per problemi logistici/organizzativi (per il 60% dei medici è in prima o seconda posizione rispetto agli altri possibili "ostacoli" citati).

Figura 10a.5. Per quali patologie oncologiche ritieni sarebbe importante una maggiore proattività del MMG per favorire una diagnosi precoce?

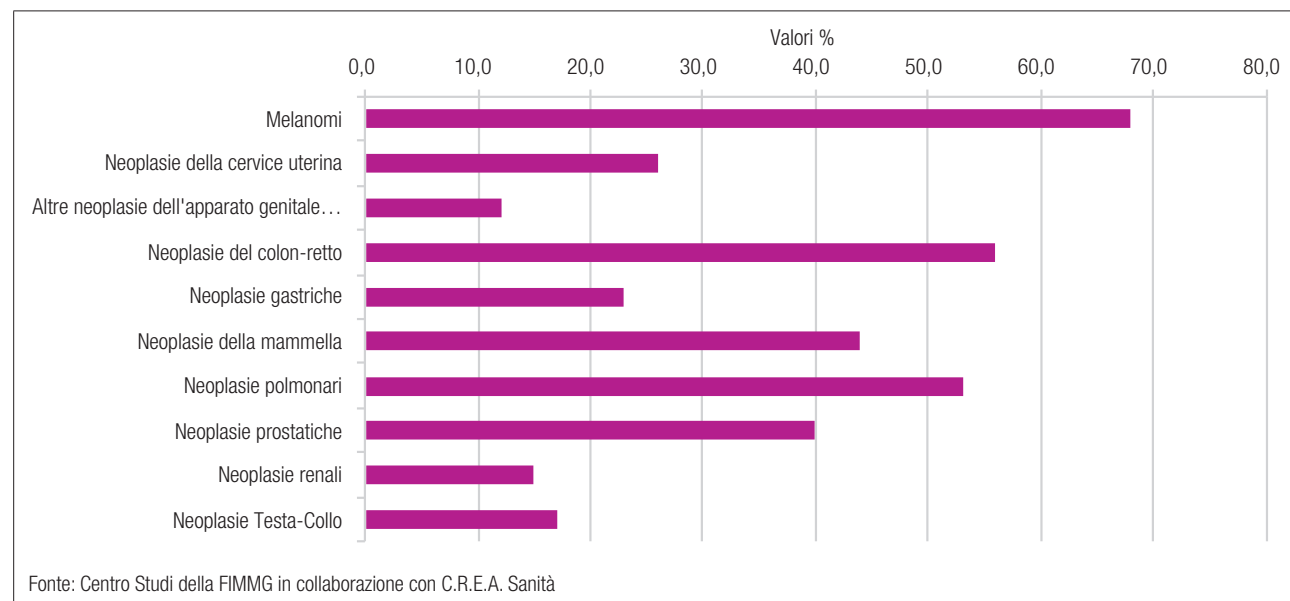
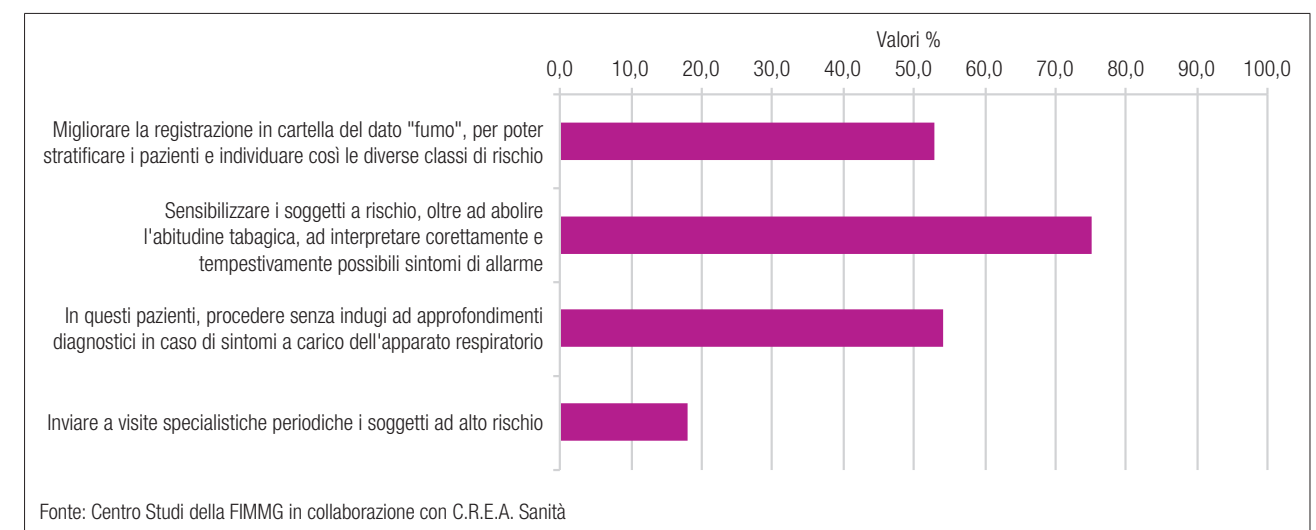


Figura 10a.6. Per favorire la diagnosi precoce delle neoplasie polmonari, focalizzando l'attenzione su una categoria particolarmente a rischio come quella dei fumatori (in particolare dei grandi fumatori), riterreste utile:



Non vengono, invece, percepiti come "ostacoli" rilevanti, né la scarsa *compliance* dei pazienti e dei loro *caregivers* (per il 65% degli intervistati si colloca in quarta e quinta posizione rispetto agli altri possibili "ostacoli" proposti nella domanda), né la conoscenza, e quindi il timore della diagnosi, della patologia oncologica e dei relativi trattamenti (per il 64% del campione si colloca in quarta e quinta posizione rispetto agli altri possibili "ostacoli" proposti) (Figura

10a.7.). Analogamente, in fase di *follow-up*, la difficoltà a prenotare visite e accertamenti diagnostici risulta il principale ostacolo (in prima/seconda posizione per il 58% degli intervistati), seguita dalla difficoltà di accesso a prestazioni sanitarie per motivi logistici/organizzativi (in prima/seconda posizione per il 49% degli intervistati).

Figura 10a.7. A tuo giudizio, quali sono i principali ostacoli che il MMG incontra nella gestione del paziente con sospetto di patologia neoplastica?

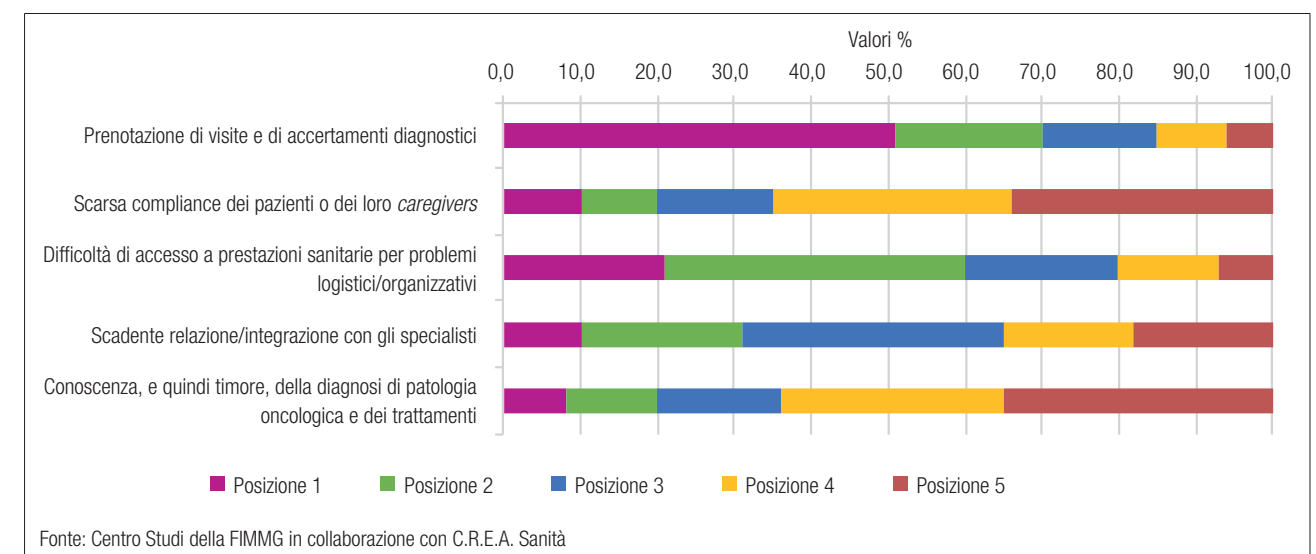
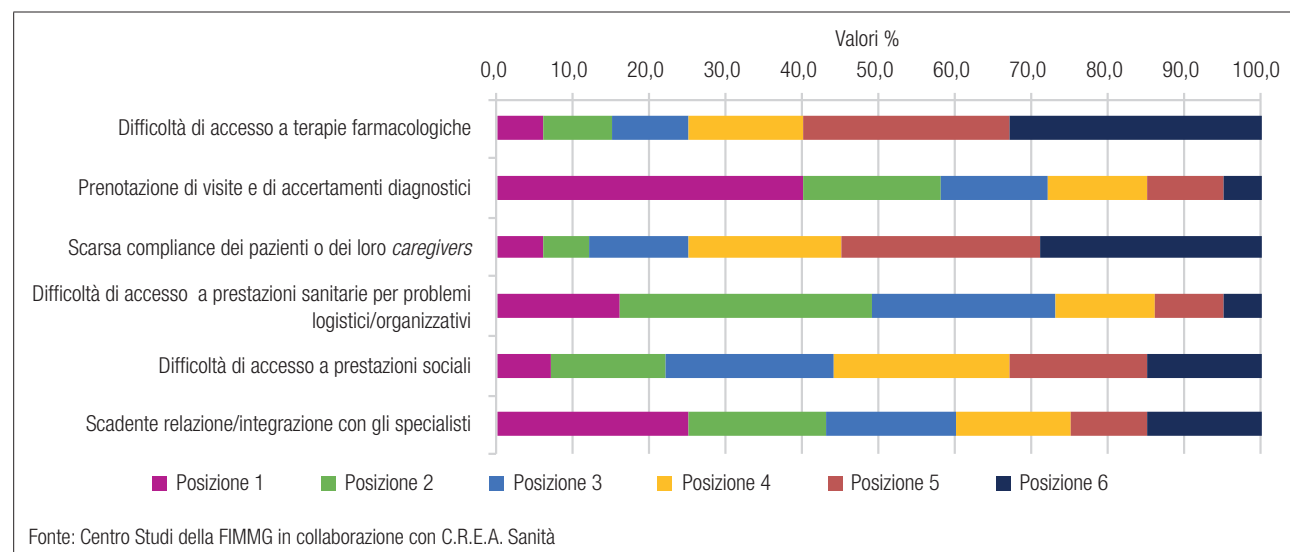


Figura 10a.8. Quali sono i principali ostacoli che incontra il MMG nella gestione del follow-up del paziente oncologico?

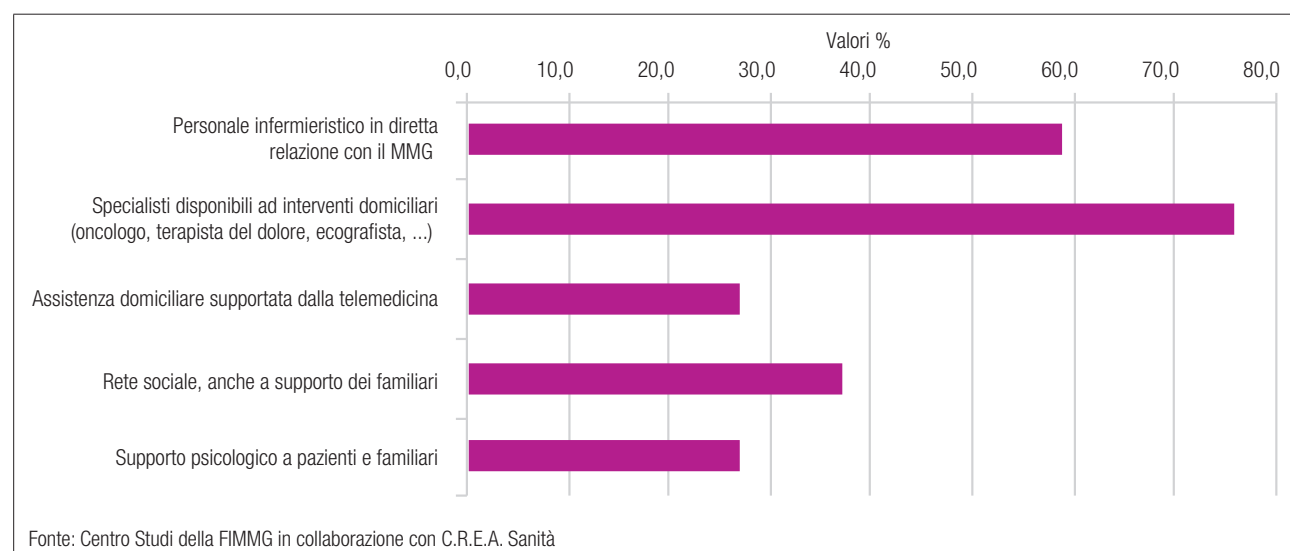


Appare degno di nota, che al primo e secondo posto, per il 43% degli intervistati, è l'item relativo alla scadente relazione/integrazione tra i MMG e i medici specialisti (Figura 10a.8.).

Elementi meno critici nella gestione del follow-up risultano la difficoltà di accesso alle terapie farmacologiche (al quarto e quinto posto per il 62% degli intervistati) e la scarsa compliance (al quarto e quinto

posto per il 55%). La disponibilità degli specialisti ad effettuare interventi domiciliari, e quella di personale infermieristico in diretta relazione con il MMG, vengono individuate come le necessità primarie per garantire un appropriato ed efficace follow-up del paziente oncologico (citato rispettivamente dal 76% e il 59% dei rispondenti).

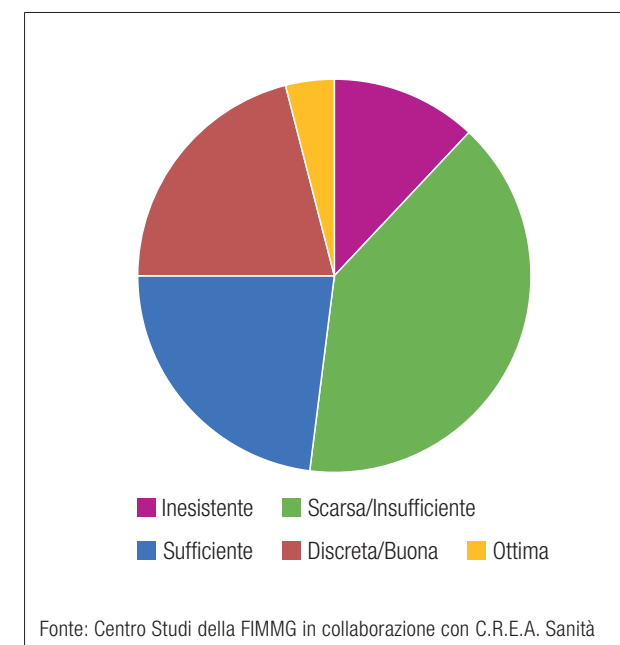
Figura 10a.9. Quale risorsa ritieni più utile potenziare per assistere in modo appropriato e efficace il paziente oncologico sul territorio?



Soluzioni ritenute meno "impattanti", sembrano essere l'implementazione di una rete sociale anche a supporto dei familiari (comunque ritenuta utile dal 37% degli intervistati), il supporto psicologico a pazienti e familiari (utile per il 27% del campione) e l'assistenza domiciliare supportata dalla telemedicina (utile per il 27% dei rispondenti) (Figura 10a.9.).

Il 52% dei partecipanti alla survey giudica "inesistente" o, comunque "insufficiente" la relazione/integrazione operativa tra oncologi e MMG: il 23% la giudica "sufficiente", il 21% "buona", con solo un 4% attestato su "ottima" (Figura 10a.10.).

Figura 10a.10. Nel territorio in cui lavori come valuti la relazione/integrazione operativa tra oncologi e MMG sulla gestione del paziente neoplastico sul territorio?



In particolare, è giudicata poco efficace e soddisfacente l'integrazione informativa tra gli oncologi e i medici di famiglia: solo il 16% assegna un punteggio 6 o 7 (in una scala da 1 a 7 dove 7 rappresenta il valore massimo), mentre il 32% assegna un punteggio minore o uguale a 2: si consideri che i MMG dichiarano che essa avviene ancora in modalità cartacea (dato riferito dall'81% dei rispondenti). La comunicazione telefonica e quella con e-mail o altri strumenti elettronici viene utilizzata come strumento di comu-

nicazione tra oncologi e MMG, solo nel 12% e nel 7% dei casi rispettivamente (Figura 10a.11.).

Figura 10a.11. Nella tua esperienza, quale modalità di integrazione informativa viene normalmente utilizzata tra oncologo e MMG per la gestione sul territorio del paziente neoplastico?

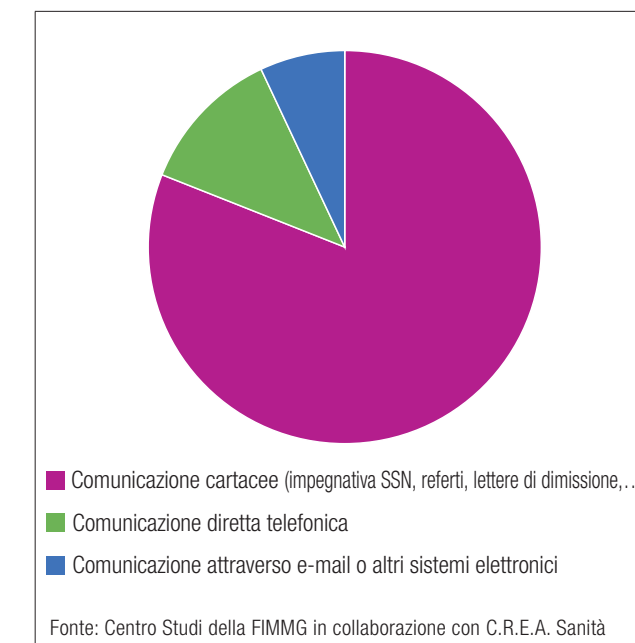


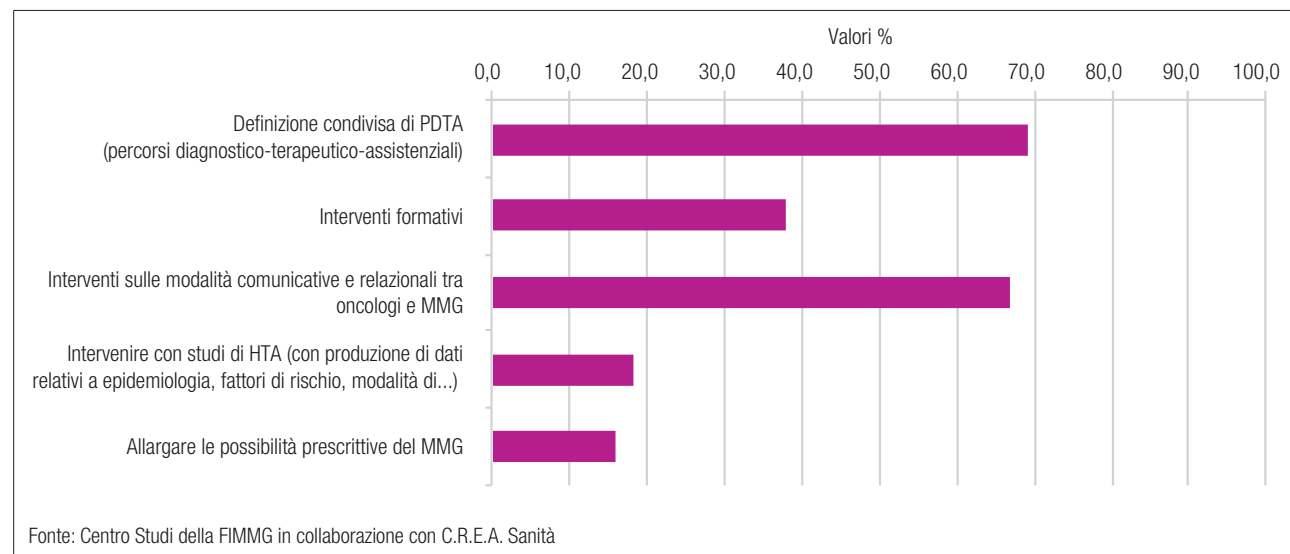
Tabella 10a.2. Ritieni tale modalità di integrazione informativa efficace e soddisfacente?

7	6	5	4	3	2	1
4%	12%	19%	15%	18%	23%	9%

Fonte: Centro Studi della FIMMG in collaborazione con C.R.E.A. Sanità

Per promuovere l'integrazione dei MMG nei percorsi di presa in carico del paziente oncologico a livello regionale, secondo il 69% dei rispondenti sarebbe prioritario procedere alla definizione condivisa dei PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali); inoltre, secondo il 67% dei partecipanti alla survey, sarebbe prioritario anche intervenire sulle modalità comunicative e relazionali tra oncologi e MMG. Meno impattanti sembrerebbero essere ritenuti gli interventi formativi (comunque utili per il 38% dei rispondenti), gli studi di HTA (ritenuti utili dal 18%) e l'allargamento delle possibilità prescrittive dei MMG (ritenuto utile dal 16%) (Figura 10a.12.).

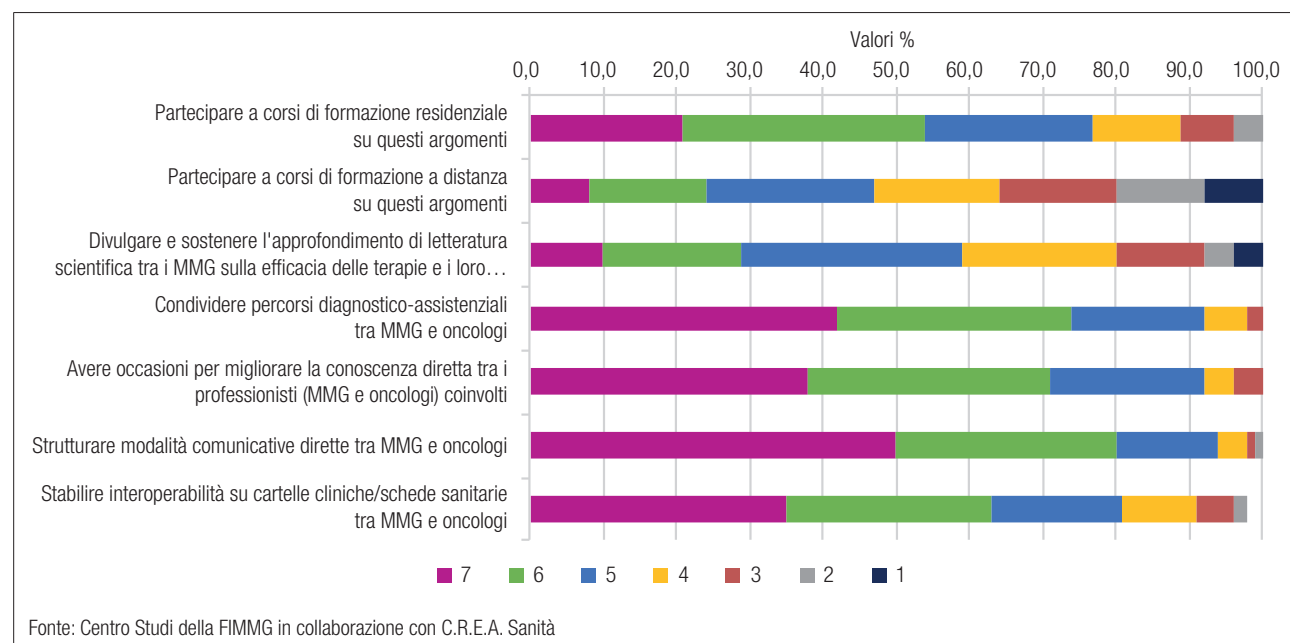
Figura 10a.12. A tuo parere quali dovrebbero essere gli interventi prioritari a livello regionale per promuovere l'integrazione dei MMG nel percorso di presa in carico del paziente oncologico?



In definitiva, quali strategie maggiormente efficaci per migliorare la relazione/integrazione operativa tra oncologi e MMG, in tema di gestione del paziente neoplastico sul territorio, vengono individuate la promozione della conoscenza tra i professionisti (utilità tra 6 e 7 per il 71% dei rispondenti), la strutturazione

di modalità comunicative dirette tra MMG e oncologi (utilità tra 6 e 7 per l'80% dei rispondenti), la già citata condivisione di PDTA (utilità tra 6 e 7 per il 74% dei rispondenti) ed, infine, l'interoperabilità sulle cartelle cliniche da parte di oncologi e MMG (utilità tra 6 e 7 per il 63% dei rispondenti).

Figura 10a.13. Per migliorare la relazione/integrazione operativa tra oncologi e MMG sulla gestione del paziente neoplastico sul territorio, quanto ritiene che possa risultare utile?



10a.4. Conclusioni

I miglioramenti complessivi conseguiti grazie alla diagnosi precoce e ai nuovi trattamenti farmacologici hanno contribuito ad innalzare significativamente il livello di sopravvivenza dei pazienti oncologici in molti Paesi.

Di conseguenza, le malattie oncologiche si configurano sempre più come patologie croniche ed i MMG dovranno sempre più assumere un ruolo di coordinatori di bisogni sanitari complessi.

Il ruolo dell'Assistenza Primaria (e quindi anche dei MMG), come già riconosciuto da autorevoli studi internazionali sin dal 2005 (*"From cancer patient to cancer survivor"*), e recentemente (2019) ribadito dall'ECCO nell'ambito degli *Essential Requirements for Quality Cancer Care*, è essenziale tanto in fase preventiva e diagnostica, quanto nel *follow-up*.

La proattività del MMG, finalizzata alla sensibilizzazione della popolazione verso la partecipazione agli *screening* organizzati, come anche all'invio tempestivo ai servizi specialistici dei sospetti di patologia, è condizione necessaria per migliorare gli *outcomes*.

Peraltro, si tratta di processi assai complessi da implementare, considerando la difficoltà di intercettare alcuni sintomi del cancro, e la grande varietà delle patologie oncologiche, oltre alla esistenza di molte forme "rare".

Sono ancora in fase di sviluppo strumenti quali le mappe/carte di rischio, adottabili nel *setting* dell'assistenza primaria, per indirizzare e uniformare i comportamenti dei MMG.

Come anche, è ancora agli albori la definizione di linee guida e PDTA che specifichino il ruolo dell'assistenza primaria nella fase di *follow-up*.

La collaborazione tra assistenza specialistica e assistenza primaria (*shared care*), che rimane l'unica valida soluzione, rimane ancora in fase embrionale. La letteratura conferma che, malgrado l'integrazione tra assistenza primaria e specialistica sia riconosciuta quale elemento di fondamentale importanza per ottimizzare la qualità e gli *outcomes* delle cure, essa è ancora lontana dall'essere realizzata in modo ottimale.

I MMG partecipanti alla *survey*, ritengono di poter svolgere un ruolo proattivo particolarmente efficace nella diagnosi precoce dei melanomi, dei tumori del colon-retto e delle neoplasie polmonari. In questa ultima patologia, in particolare, i rispondenti ritengono utile focalizzare l'attenzione dei pazienti ad elevato rischio sulla corretta e tempestiva interpretazione dei segni di allarme.

Emerge che, i MMG, pur giudicando le campagne regionali di *screening* oncologico in essere come sostanzialmente efficaci (più per la mammella, che per il colon e la cervice uterina), ritengono che potrebbero essere ancora migliorate, realizzando un maggior coinvolgimento del MMG, e potenziando l'informazione alla popolazione *target*.

È ancora opinione dei rispondenti che, nelle campagne di *screening*, il MMG potrebbe intervenire con un maggiore sostegno informativo proattivo, anche attraverso il reclutamento attivo dei candidati che non rispondono agli inviti delle aziende sanitarie.

Per la presa in carico dei pazienti oncologici, il carente rapporto con gli specialisti rimane l'elemento di maggiore criticità per l'ottimizzazione dei processi.

Segue la difficoltà nella prenotazione delle visite e degli accertamenti diagnostici, che viene giudicata l'ostacolo maggiore per la gestione del paziente con sospetta patologia neoplastica, come anche in fase di *follow-up*.

Dai partecipanti alla *survey*, viene riconosciuta l'importanza del coordinamento dei professionisti della assistenza primaria, e fra essi e gli specialisti (*shared care*): in particolare viene sottolineata come necessaria la disponibilità degli specialisti ad interventi domiciliari e quella di personale infermieristico in diretta relazione con il MMG.

Riferimenti bibliografici

Banks I. et al., (2019). ECCO Essential Requirements for Quality Cancer Care: Primary Care. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 142: 187-199.

Brown S. et al. (2014). How might healthcare systems influence speed of cancer diagnosis: A narrative

- review. *Social Science & Medicine*. 116: 56-63.
- Cohen EE. et al. (2016). American Cancer Society head and neck cancer survivorship care guideline. *CA Cancer J Clin*; 66: 203-39.
- El-Shami K. et al. (2015). American Cancer Society colorectal cancer survivorship care guidelines. *CA Cancer J Clin*. 65: 428-55.
- Grunfeld E. et al. (1996). Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. *BMJ Brit Med J*. 313(7058):665-9.
- Nekhlyudov L. et al. (2017). Integrating primary care providers in the care of cancer survivors: gaps in evidence and future opportunities. *Lancet Oncol*. 18: e30-38.
- Rapporto AIRTUM 2019
- Rubin G. et al. (2015). The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol*. 16: 1231-72.
- Runowicz CD. et al. (2016). American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology breast cancer survivorship care guideline. *CA Cancer J Clin*; 66: 43-73.
- Skolarus TA. et al. (2014). American Cancer Society prostate cancer survivorship care guidelines. *CA Cancer J Clin*; 64: 225-49.

ENGLISH SUMMARY

The overall improvements achieved through early diagnosis and new drug treatments have contributed to a significant increase in the survival of cancer patients in many countries.

Hence oncological diseases are increasingly becoming chronic diseases and General Practitioners (GPs) shall increasingly take on the role of coordinating complex health needs.

As already recognised by authoritative international studies as early as 2005 ("From cancer patient to cancer survivor") and reaffirmed in 2019 by ECCO in the framework of the Essential Requirements for Quality Cancer Care, the role of Primary Care (and therefore also of GPs) is essential both in the prevention and diagnosis phases and in the follow-up.

The GP's proactivity, aimed at raising public awareness on the importance of participating in organised screening campaigns, as well as the timely referral of patients with suspected diseases to specialist services, is a prerequisite for improving outcomes.

Moreover, these processes are very complex to be implemented, considering the difficulty of detecting some cancer symptoms and the wide range of oncological diseases, as well as the existence of many "rare" forms.

The main results obtained from a survey, targeted to the GPs registered with the Italian Federation of General Practitioners, are the following:

- *the possibility for GPs to play a particularly effective proactive role in the early diagnosis of melanoma, colorectal and lung cancer*
- *GPs believe that the existing regional cancer screening campaigns, although substantially effective (more for breast than for colon and cervical cancer), could be further improved, thus achieving greater involvement of the territorial structures and increasing information to the target population*
- *again with reference to screening campaigns, GPs could provide more proactive information support, also by actively recruiting those who do not respond to the invitations from local health units*

With regard to taking care of cancer patients, the poor relations with specialists are still the most problematic aspect for optimising processes, followed by the difficulty in booking medical examinations and diagnostic tests, which is considered the greatest obstacle for managing patients with suspected oncological diseases, as well as in the follow-up phase.

CAPITOLO 10b

Case della salute e presidi territoriali di assistenza: lo stato dell'arte

Cassa R.¹, Collicelli C.², Ploner ME.³, Santurri P.¹, Spandonaro F.⁴

10b.1. Premessa

Lo scenario demografico ed epidemiologico italiano sollecita da tempo una revisione degli assetti di offerta dei servizi sanitari. L'invecchiamento della popolazione ma non solo, stanno determinando una evoluzione delle esigenze di tipo assistenziale e preventivo. L'esigenza di cambiamento è frutto anche di cambiamenti di carattere sociale, in primo luogo quelli legati agli assetti familiari, che ha comportato la parziale perdita della rete di sostegno familiare in favore dei soggetti fragili e di quelli in età evolutiva.

Una conseguenza di quanto sopra è la necessità di rafforzare il rapporto tra ospedale e "territorio", e conseguentemente la necessità di una attenzione crescente per le cronicità e le fragilità, la cui consapevolezza è certamente "antica".

Uno dei primi sostenitori di questo cambiamento di paradigma in Italia è stato Giulio Maccacaro, epidemiologo e fondatore di Medicina Democratica, che ne immaginava anche una organizzazione e i luoghi di offerta: in un articolo del 1972, Maccacaro delineava una sua proposta per l'organizzazione dell'assistenza primaria, denominata "Casa della Salute"; essa era centrata su di un modello di Unità Sanitarie Locali nelle quali la centralità dell'ospedale veniva affiancata dalla centralità della medicina territoriale. Il termine "Casa della Salute" (CdS) richiamava, in particolare, la familiarità e la partecipazione dei soggetti delle comunità, nelle loro varie articolazioni, alla gestione dei problemi della salute.

10b.2. Le "Casa della Salute"

Una significativa spinta in avanti nella direzione dello sviluppo dell'assistenza primaria, si è avuta con il progetto lanciato nel 2006 dal Ministro Livia Turco, denominato proprio "Casa della Salute" (D. Ministero della Salute 10.7.2007, attuativo della L. n. 296/2006).

In realtà la denominazione "Casa della Salute", oltre a discendere, come abbiamo visto, dalle riflessioni di Giulio Maccacaro e di Medicina Democratica negli anni '70, era stata recuperata in ambito sindacale, e nello specifico dal Sindacato dei Pensionati Italiani (SPI-CGIL), che nel marzo 2004, assieme alla CGIL-Medici, presentava una propria proposta nell'ambito di un convegno nazionale dal Titolo "Le cure primarie, la Casa della Salute", e stabiliva con l'Università la Sapienza di Roma (Facoltà di Architettura, Dipartimento Itaca) una convenzione per realizzare uno studio di fattibilità sul tema, i cui risultati furono presentati nel 2006 in una Conferenza stampa cui partecipava anche la Ministra Livia Turco.

A seguito del "progetto Turco", sono state avviate varie iniziative sperimentali di collaborazione tra Regioni, Comuni e Aziende Sanitarie (in Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Puglia, Sicilia e Sardegna), che hanno interessato diversi contesti e altrettanto diverse realtà, peraltro disomogenee tra di loro anche a livello di interventi territoriali.

10b.3. L'indagine C.R.E.A. Sanità

Se i riferimenti normativi accumulatisi nel tempo sulle "Case della Salute" sono copiosi, di contro le informazioni sulla traduzione operativa del modello e sul suo stato di implementazione sono scarse.

L'indagine C.R.E.A. Sanità è stata promossa con l'obiettivo di rappresentare un primo tentativo di colmare questa lacuna conoscitiva.

L'indagine è stata condotta con una specifica focalizzazione sugli aspetti quantitativi dell'offerta di servizi nell'ambito delle strutture riconducibili al paradigma della "Casa della Salute".

Per definire l'ambito di rilevazione, è stata propeudicamente condotta una analisi secondaria, su letteratura e materiale grigio, in merito a tre aspetti delle "Case della Salute": denominazione, obiettivi e funzioni.

Per quanto riguarda la denominazione, in 4 Regioni la denominazione è effettivamente quella di "Case della Salute" (Emilia Romagna, Toscana, Marche e Lazio); in altre due (Puglia e Sicilia) viene utilizzata la denominazione di "Presidi Territoriali di Assistenza" (PTA).

Dalle informazioni qualitative reperite, è sembrato che le strutture fossero sovrapponibili per obiettivi e funzioni: di conseguenza la rilevazione ha riguardato entrambe le tipologie di strutture.

Volendo sintetizzare quanto emerso, possiamo elencare gli elementi che sono ricorrenti in tutte le normative regionali reperite. In particolare si tratta di:

1. assunzione del paradigma della medicina di iniziativa
2. focus su prevenzione e promozione della salute
3. focus sull'integrazione professionale
4. focus sull'individualizzazione delle cure
5. importanza della continuità assistenziale e dell'integrazione ospedale-territorio
6. presa in carico della cronicità
7. partecipazione ed *empowerment*.

Di contro non sempre sono richiamati in modo esplicito il concetto dell'individuazione di un luogo fisico unico di offerta e la necessità di una apertura oraria (minima) che garantisca la risposta assisten-

ziale.

In generale, si è rilevato come ad un estremo si situino le Regioni che privilegiano l'integrazione "fisica" dei servizi (fra quelle da noi rilevate Emilia Romagna, Toscana, Marche e Lazio); all'altro quelle che privilegiano l'integrazione funzionale come la Lombardia; nel mezzo troviamo l'esperienza denominata Presidi Territoriali di Assistenza (Puglia e Sicilia), che uniscono elementi di offerta e di integrazione funzionale.

10b.3.1. Il campione

Malgrado le difficoltà incontrate per effetto dell'eterogeneità normativa e nel reperimento dei dati, l'indagine campionaria realizzata a seguire rispetto a quella di letteratura ha permesso di analizzare 121 strutture localizzate in 10 diverse Regioni (Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria), posizionate dunque in tutte le ripartizioni geografiche; per ragioni di significatività dei dati, queste sono poi state accorpate in 8 raggruppamenti, unendo i dati di Abruzzo e Molise, e quelli di Basilicata e Calabria.

Il questionario predisposto, e utilizzato per la conduzione delle attività di rilevazione, è di tipo strutturato e consiste in una serie di domande chiuse, che prevedono modalità di risposta all'interno di batterie di *item* predefiniti, oppure l'indicazione di valori numerici.

In carenza di una base-dati anagrafica delle strutture riconducibili al modello di "Case della Salute", la rilevazione è risultata particolarmente ardua, tanto da dover essere realizzata tramite il ricorso a più strumenti (telefono, *fax*, *e-mail*, questionari somministrati in modalità *Computer Assisted Web Interview - CAWI*).

Si è proceduto inoltre cercando di identificare quante più possibili strutture con caratteristiche che le rendessero assimilabili al modello di "Case della Salute". Identificazione avvenuta mettendo insieme tutte le informazioni disponibili: quelle ufficiali regionali, ove esistenti, quelle derivate dalle ricerche sul WEB, e quelle della letteratura "grigia".

¹ CODRES

² CNR-CID Ethics, ASviS

³ C.R.E.A. Sanità

⁴ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Rispetto al campione analizzato, va evidenziato che circa il 60% delle strutture identificate, ha partecipato alla rilevazione.

Le variabili oggetto di rilevazione sono state:

- le professionalità e le funzioni tecnico-sanitarie presenti nelle "Case della Salute" (CdS)
- la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni offerte
- le caratteristiche dell'utenza
- i costi e i tempi di attesa
- le principali aree di criticità
- le prospettive e i suggerimenti rivolti al miglioramento e consolidamento dei servizi offerti.

Tabella 10b.1. Livello di complessità. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Basso	60,0	38,7	50,0	50,0	64,3	71,4	30,0	25,0	46,3
Medio/alto	40,0	61,3	50,0	50,0	35,7	28,6	70,0	75,0	53,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.2. Bacino di utenza. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Fino a 9.999		19,4	17,9	50,0		100,0	5,0		21,0
10.000-19.999	33,4	38,6	32,1	16,7	14,3		40,0	50,0	30,2
20.000-49.999	33,3	32,3	25,0	25,0	21,4		30,0	25,0	26,1
50.000 e oltre	33,3	9,7	25,0	8,3	64,3		25,0	25,0	22,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	3	31	28	12	14	7	20	4	119

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

10b.3.2. L'offerta

Come anticipato, la rilevazione ci rimanda un quadro caratterizzato da diversi livelli di complessità (Tabella 10b.1.), con una presenza sostanzialmente equi-ripartita fra strutture di bassa e medio/alta complessità. Le strutture di medio/alta complessità risultano più numerose nelle due Regioni meridionali nelle quali si è svolta l'indagine ed in Emilia Romagna.

Per quanto riguarda il bacino di utenza delle CdS, fatta eccezione per l'area Abruzzo/Molise, in tutti gli altri contesti le strutture si distribuiscono in maniera abbastanza equilibrata su bacini di utenza compresi tra le 10.000 e le 50.000 unità (Tabella 10b.2.).

Gli accessi degli utenti (2018) alle strutture analizzate, ricalcano effettivamente la distribuzione per bacino di utenza, con un valore più basso (sotto le 5.000 unità) in Abruzzo/Molise, e più alto (oltre le 50.000) nel 42% delle strutture del Lazio.

Anche il Veneto, nell'80% dei casi, vede una media di accessi annui sotto le 5.000 unità. Nelle altre Regioni gli accessi annui tendono a equi-ripartirsi nelle fasce intermedie, ovvero quelle tra le 5.000 e 50.000 unità (Tabella 10b.3.).

Altro elemento molto importante di analisi della realtà delle CdS sono gli orari di apertura al pubblico. Dalla ricerca emerge una prevalenza di strutture

che hanno adottato la formula dell'orario continuato (Tabella 10b.4.), con un numero di ore di apertura giornaliera più frequentemente comprese tra le 6 e le 14 ore (Tabella 10b.5.).

Solo nelle Marche prevale la formula dell'orario continuato H24, che invece rimane residuale nelle altre Regioni considerate. Si segnala anche che in Puglia le strutture (denominate PTA) sono aperte con la formula dell'orario spezzato.

La maggior parte delle strutture (il 41%) è aperta 6 giorni a settimana. Solo il 22% delle strutture rimane aperta 7 giorni su 7 (Tabella 10b.6.). Il 62,8% delle strutture è aperto di sabato (Tabella 10b.7.).

Tabella 10b.3. Accessi. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Fino a 4.999	80,0	18,5		33,3		100,0	11,1		19,8
5.000-9.999	20,0	37,1	12,5	16,7	25,0		27,8		22,8
1.000-19.999		33,3	16,7	50,0			11,1	50,0	18,8
20.000-49.999		7,4	41,6		33,3		11,1	50,0	18,8
50.000 e oltre		3,7	29,2		41,7		38,9		19,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	27	24	6	12	7	18	2	101

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.4. Orario di apertura. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
H24		3,2	3,6	66,7	14,3				9,9
Orario cont.	60,0	77,5	67,8	33,3	71,5	100,0	50,0	75,0	66,1
Orario spezz.	40,0	3,2	28,6		7,1		45,0	25,0	18,2
Orario misto		16,1			7,1		5,0		5,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.5. Ore giornaliere di apertura. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
< 6		19,4	3,6	8,3		14,3	10,0		9,1
6-11	40,0	32,3	46,4		50,0	42,8	80,0	50,0	43,8
12-14	60,0	45,1	46,4	25,0	35,7	42,9	10,0	50,0	37,2
24		3,2	3,6	66,7	14,3				9,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.6. Giorni settimanali di apertura. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
3		3,3							0,9
5	40,0	40,0	46,1		30,8	57,1	35,0	25,0	35,9
6	20,0	36,7	46,2	8,3	53,8	42,9	65,0		41,0
7	40,0	20,0	7,7	91,7	15,4			75,0	22,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	30	26	12	13	7	20	4	117

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.7. Apertura di sabato. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Si	60,0	54,8	53,6	100,0	71,4	42,9	65,0	75,0	62,8
No	40,0	45,2	46,4		28,6	57,1	35,0	25,0	37,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Sono aperti anche la domenica il 40% delle CdS in Veneto, l'83,3% nelle Marche, il 75% in Basilicata/ Calabria; sono invece una minoranza in Emilia Romagna, Toscana e Lazio (Tabella 10b.8.).

Nella maggioranza dei casi (86%), all'interno della struttura sono presenti gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG); rimangono sotto il livello del

50% le strutture del Veneto (40%) e della Basilicata/ Calabria (Tabella 10b.9.).

Per quanto riguarda gli ambulatori infermieristici (Tabella 10b.10.), questi sono presenti nel 95% dei casi, con una incidenza leggermente inferiore in Veneto (80%) ed Abruzzo/Molise (86%).

Tabella 10b.8. Apertura di domenica. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Si	40,0	19,4	10,7	83,3	21,4			75,0	22,3
No	60,0	80,6	89,3	16,7	78,6	100,0	100,0	25,0	77,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.9. Presenza studi dei MMG. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Si	40,0	80,6	100,0	100,0	92,9	71,4	85,0	50,0	86,0
No	60,0	19,4			7,1	28,6	15,0	50,0	14,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.10. Presenza di ambulatori infermieristici. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Si	80,0	93,5	100,0	91,7	92,9	85,7	100,0	100,0	95,0
No	20,0	6,5		8,3	7,1	14,3			5,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.11. Ore settimanali di apertura degli ambulatori infermieristici. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Fino a 12		29,7	17,9	45,4	7,7	50,0	11,8		22,0
13-24		11,1	39,3		61,5	16,7	52,9		29,4
25-48	50,0	29,6	32,1	36,4	30,8		35,3	66,7	32,1
49 e oltre	50,0	29,6	10,7	18,2		33,3		33,3	16,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	4	27	28	11	13	6	17	3	109

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.12. Numero infermieri per struttura. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
1-2			17,9	50,0	15,4				10,9
3-4			64,2	20,0	46,1		52,6	25,0	33,6
5-14	25,0	7,7	17,9	30,0	38,5			25,0	15,5
15 e oltre	75,0	92,3				100,0	47,4	50,0	40,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Val. Ass.	4	26	28	10	13	6	19	4	110

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Gli orari di apertura degli ambulatori infermieristici sono molto variabili regionalmente; nel complesso sono aperti per oltre 50 ore settimanali nel 16,5% dei casi; per 25-48 ore settimanali nel 32,1% dei casi; per 13-24 ore settimanali nel 29,4% dei casi; e fino a 12 ore settimanali nel 22,0% (Il 40% delle strutture ha un organico di infermieri superiore alle 15 unità, ma un terzo si ferma a 3-4 unità (Tabella 10b.12.).).

Il 40% delle strutture ha un organico di infermieri superiore alle 15 unità, ma un terzo si ferma a 3-4 unità (Tabella 10b.12.).

Analizzando la presenza dei servizi specialisti-

ci, la figura del cardiologo è presente nel 77% dei casi; il dermatologo è presente nel 66,1% dei casi; il diabetologo/endocrinologo nel 50,4%; l'oculista nel 69,4%; l'ostetrico nel 38,8%; lo pneumologo nel 43,8%. Una maggior presenza di servizi specialistici si riscontra scendendo verso il meridione (Tabella 10b.13.).

Riguardo alla diagnostica, si registra la disponibilità dell'ecocardiografia nel 35,5% delle strutture; dell'ecografia nel 55,4%; dell'elettrocardiogramma (ECG) nel 56,2%; della radiologia nel 49,6%; della spirometria nel 34,7% (Tabella 10b.14.).

Tabella 10b.13. Presenza di servizi specialistici. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Cardiologia									
Si	40,0	83,9	67,9	66,7	85,7	85,7	85,0	75,0	76,9
No	60,0	16,1	32,1	33,3	14,3	14,3	15,0	25,0	23,1
Dermatologia									
Si	40,0	64,5	67,9	75,0	57,1	57,1	75,0	75,0	66,1
No	60,0	35,5	32,1	25,0	42,9	42,9	25,0	25,0	33,9
Diabetologia/Endocrinologia									
Si	20,0	41,9	17,9	41,7	92,9	57,1	85,0	75,0	50,4
No	80,0	58,1	82,1	58,3	7,1	42,9	15,0	25,0	49,6
Oftalmologia									
Si	40,0	58,1	60,7	75,0	92,9	57,1	90,0	75,0	69,4
No	60,0	41,9	39,3	25,0	7,1	42,9	10,0	25,0	30,6
Ostetricia									
Si	20,0	29,0	39,3	66,7	50,0		40,0	75,0	38,8
No	80,0	71,0	60,7	33,3	50,0	100,0	60,0	25,0	61,2
Pneumologia									
Si	20,0	25,8	35,7	33,3	78,6	42,9	65,0	75,0	43,8
Val. Ass.	5	31	28	12	14	7	20	4	121

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.14. Presenza di servizi diagnostici. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Ecocardiografia									
Si	60,0	32,3	28,6	50,0	35,7	42,9	35,0	25,0	35,5
No	40,0	67,7	71,4	50,0	64,3	57,1	65,0	75,0	64,5
Ecografia									
Si	60,0	41,9	39,3	50,0	78,6	85,7	70,0	75,0	55,4
No	40,0	58,1	60,7	50,0	21,4	14,3	30,0	25,0	44,6
Elettrocardiografia									
Si	20,0	29,0	75,0	66,7	85,7	42,9	50,0	100,0	56,2
No	80,0	71,0	25,0	33,3	14,3	57,1	50,0		43,8
Radiologia									
Si	60,0	32,3	21,4	41,7	71,4	100,0	75,0	100,0	49,6
No	40,0	67,7	78,6	58,3	28,6		25,0		50,4
Spirometria									
Si	40,0	25,8	32,1	41,7	35,7	28,6	40,0	75,0	34,7
No	60,0	74,2	67,9	58,3	64,3	71,4	60,0	25,0	65,3

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.15. Presenza altri servizi residenziali. Valori %

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Cure intermedie									
Si	100,0	41,9	4,0	25,0	35,7	42,9	58,8	25,0	35,7
No		58,1	96,0	75,0	64,3	57,1	41,2	75,0	64,3
RSA									
Si	40,0	19,4	14,8	66,7		14,3	23,5	25,0	22,4
No	60,0	80,6	85,2	33,3	100,0	85,7	76,5	75,0	77,6
Hospice									
Si	40,0	3,2	3,8	8,3		28,6	25,0		9,6
No	60,0	96,8	96,2	91,7	100,0	71,4	75,0	100,0	90,4
Residenze per anziani									
Si	60,0	9,7	4,0	8,3		28,6			8,8
No	40,0	90,3	96,0	91,7	100,0	71,4	100,0	100,0	91,2

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Tabella 10b.16. Numero medio posti letto

Livello	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Lazio	Abruzzo Molise	Puglia	Basilicata Calabria	Media
Cure interm.	20,0	20,0	.	12,7	15,0	10,0	14,9	15,0	15,5
RSA.		17,8	30,5	21,9		8,0	24,0	20,0	21,3
Hosp.				3,0		10,0	27,7		19,2
Res. Anz.		22,0		20,0		10,0			19,2

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2019

Dalla indagine risulta una presenza nelle CdS di cure intermedie nel 35,7% dei casi; di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) nel 22,4%; di *Hospice* nel 9,6%; di residenze per anziani nell'8%. Sono più frequentemente fornite di queste tipologie di assistenza residenziale le strutture del Veneto (Tabella 10b.16.).

I posti letto, laddove sono presenti, ammontano in media a 15,5 per le cure intermedie, 21,3 per le RSA, 19,2 per gli *Hospice* e 19,2 per le Residenze per anziani (Tabella 10b.17.).

Inoltre, sono presenti numerosi altri servizi di maggiore o minore complessità.

Sono stati rilevati soprattutto gli ambulatori per i

prelievi nel 90,9% delle strutture; l'ambulatorio o centro diurno di salute mentale nel 38,8%; gli ambulatori per gli screening nel 43,0%; gli ambulatori per le vaccinazioni nel 59,5%; i servizi per l'assistenza domiciliare nel 52,9%; l'assistenza riabilitativa nel 45,5%; la distribuzione delle protesi nel 28,1%; il centro dialisi nel 19,8%; il centro diurno disabilità nel 14,0%; il consultorio familiare nel 57,9%; il centro di assistenza alle donne nel 30,6%; la chirurgia ambulatoriale nel 45,5%; il punto emergenza/urgenza nel 53,7%.

L'attività di questi servizi, come la loro presenza, è molto variabile, sia nel confronto infra che in quel-

lo intra-Regioni; generalmente, ove attivi, gli orari di attività si concentrano attorno alle 13-24 ore settimanali, con esclusione dei punti di emergenza/urgenza.

L'apertura di sabato, e ancor più di domenica e negli orari serali, sempre con l'esclusione ovviamente dei punti di emergenza/urgenza dove previsti, rimane del tutto residuale.

10b.4. Conclusioni

Stendere un bilancio di quanto rilevato, non appare operazione facile. In primo luogo, e come anticipato, le informazioni sul modello "Case della Salute" sono complessivamente scarse, come confermato dal fatto che anche le fonti ufficiali stentano a ricostruire un quadro organico della materia. Le ragioni di tale carenza sono legate prima di tutto alla complessità e variabilità delle impostazioni regionali, cosa che rende difficile perimetrare il fenomeno.

Infatti, sebbene si sia cercato di definire il modello di "Case della Salute" sin all'inizio degli anni 2000, si osservano alcuni elementi "distintivi", ma anche alcune residue "ambiguità".

Non sembrano, altresì, esserci dubbi che una caratteristica distintiva della "Case della Salute", rispetto agli Ospedali, siano proprio le metodologie e le tecnologie, che sono prevalentemente di tipo "soft": medicina di iniziativa, integrazione multi-professionale, partecipazione ed *empowerment*, etc.

Rimane invece ambigua l'importanza da attribuire alla caratterizzazione fisica delle "Case della Salute", con modelli che fanno dell'individuazione del luogo fisico di concentrazione dei servizi una caratteristica essenziale delle CdS, ed altri che tendono a privilegiare la logica dell'integrazione funzionale, con un ampio ventaglio di possibilità.

Questa "indeterminatezza di fatto" del perimetro del fenomeno rende ovviamente complesse le rilevazioni, che vanno intese come un primo tentativo di affrontare la materia in modo quanto più possibile quantitativo.

La ricerca ci restituisce, comunque, l'immagine di un quadro nazionale articolato su base regionale, sebbene con alcuni elementi di indubbia omogeneità:

peraltro spiegabili con il fatto che sono state studiate solo le Regioni che hanno scelto di affrontare il percorso di sviluppo delle CdS (sebbene con diverse denominazioni di fatto adottate).

Purtuttavia è importante sottolineare che l'indagine preliminare, condotta sulle normative regionali, ha permesso di evidenziare un approccio con fondamenta omogenee, almeno per quanto riguarda i riferimenti teorici e l'impostazione generale, ma in parte anche per molti aspetti relativi alle linee portanti dell'organizzazione dell'offerta.

Come era lecito aspettarsi, risultano invece abbastanza variegata le applicazioni dei principi generali: questo appare evidente, ad esempio, analizzando a livello infra, ma anche intra-regionale, i dati raccolti in merito a dimensioni, ventaglio dei servizi offerti e relativi orari di apertura.

Ci sembra di poter osservare uno sforzo regionale notevole nella direzione della creazione di servizi poliambulatoriali con una buona offerta specialistica extra-ospedaliera; ed anche il coinvolgimento, seppure ancora parziale, dei MMG e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) sembra una evidente priorità.

Quello che sembra stentare a realizzarsi è la costituzione di un vero polo di riferimento per la popolazione, davvero alternativo all'ospedale.

Infatti, come abbiamo osservato, rimane infrequente l'apertura dei servizi durante i prefestivi; come anche è quasi sempre assente la presenza di servizi in orari serali.

In altri termini, il ventaglio di soluzioni offerte è ampio (si veda a tal proposito la lunga lista di servizi ambulatoriali che è stato possibile rilevare) ma continua a seguire le logiche *standard* dell'offerta dei servizi pubblici, tutta concentrata nei classici orari lavorativi infrasettimanali.

Le CdS non sembrano potersi considerare dunque ad oggi un punto di riferimento per l'emergenza/urgenza, essendo rare le strutture aperte H24.

Inoltre, pur registrandosi una diffusa presenza di ambulatori infermieristici e di medicina generale e pediatria di libera scelta in quote rilevanti delle strutture, gli orari di apertura sono limitati e spesso anche il personale presente.

Anche il principio basilare dell'"integrazione tra

sociale e sanitario” sembra ancora lungi da essere realizzata. Va apprezzato come molte realtà stiano compiendo passi in avanti significativi, garantendo la presenza nelle CdS di presidi di tipo sociale, accanto a quelli sanitari: ma rimane ancora una realtà in divenire, lontana dal poter realizzare una piena collaborazione e integrazione tra i due comparti sulla base del principio della “centralità del paziente” con tutti i suoi bisogni.

In conclusione, anche se in alcune realtà regionali assistiamo ad uno sviluppo sul lato dei servizi garantiti sul territorio, dalle informazioni raccolte emerge, per quanto indirettamente, il fatto che non sembra si stia sviluppando un modello di offerta davvero innovativo e alternativo all'ospedale: le logiche prevalenti sembrano rimanere quelle classiche, orientate a lo-

giche di programmazione dell'offerta, e meno attente all'individuazione dei bisogni emergenti sul lato della domanda.

Riferimenti bibliografici

- AgeNaS, (2010), Indagine Distretti sanitari 2010 e integrazione socio-sanitaria
- Banchieri G., Colavita F., Massaro G., (2019), Ospedali di Comunità, Case della Salute e Cure primarie: esperienza regionali a confronto, edizioni Joelle Bollettini Ufficiali Regionali
- Dies-Censis (2009), Valutare la sperimentazione delle “Case salute”, I nuovi modelli di assistenza primaria in otto regioni italiane

ENGLISH SUMMARY

The demographic and epidemiological situation in Italy, which clearly shows an ageing population, is leading the NHS to evolve towards forms of preventive care. To do this, it is necessary to strengthen the relationship between hospitals and the “territory” and, at the same time, pay greater attention to chronic illnesses and fragile people.

In Italy the first model responding to these new care needs dates back to 1972, It was developed by Giulio Maccacaro and called “Casa della Salute” (CdS).

In the following years, also faced with a large amount of rules and regulations on the subject, very few models turning them into concrete operational measures were developed and described.

The survey conducted by C.R.E.A. Sanità has been aimed at filling - at least partly - this knowledge gap, trying to take stock of the national and regional state of the art on the subject of the so called Case della Salute.

The regulatory analysis made has shown that, even with different denominations, some common and homogeneous features in the characteristics required of the Case della Salute can be found. At the same time, however, the concrete implementation of the general principles is very different.

These differences can be found both between Regions and within them. This is shown, in particular, by the data collected regarding size, range of services offered and opening hours.

The structures examined are developed in user areas ranging between 10,000 and 50,000 people. The access to them also follows the same distribu-

tion.

The analysis made has shown a quite differentiated ambulatory specialistic care supply, as well as a frequent involvement of General Practitioners and NHS Paediatricians.

In 64% of cases, within the structures there are General Practitioners' practices. Moreover, the presence of specialistic ambulatories facilities seems to be relevant (ranging from 77% for cardiology to 38.8% for obstetrics).

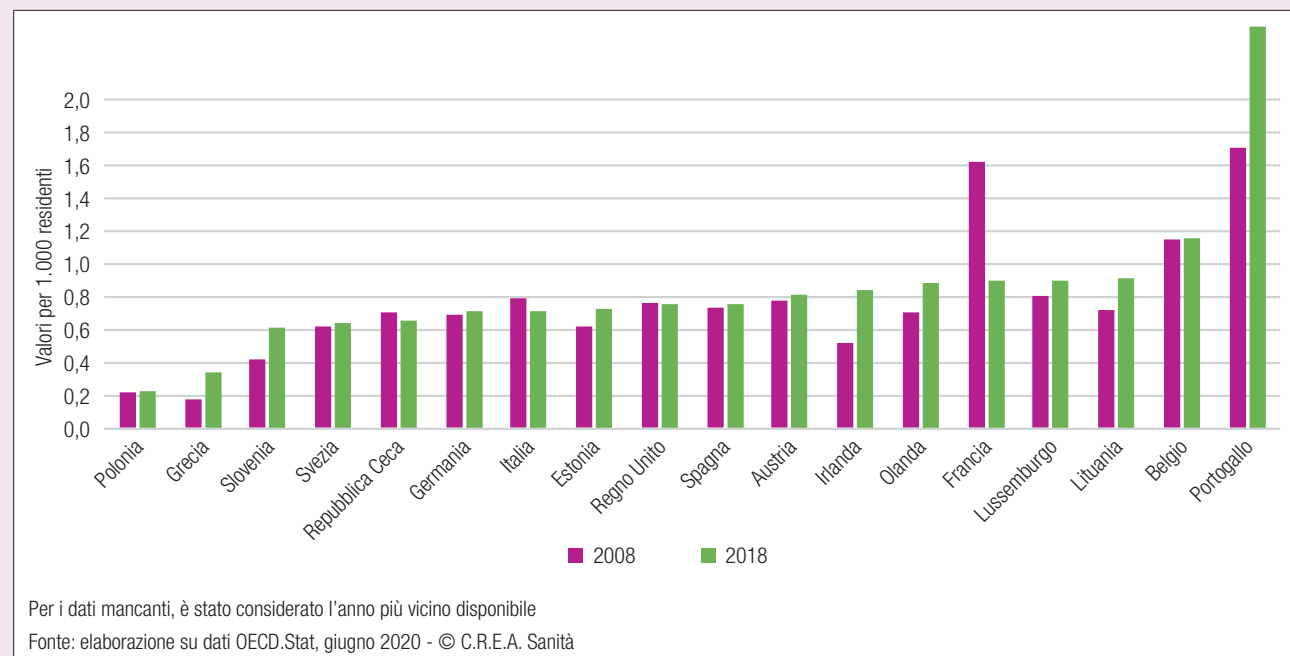
Nevertheless, the opening and provision of services in the days before holidays is not yet frequent and the services are almost never provided in the evening hours. Most facilities are opened on a daily basis for a number of hours ranging between 6 and 14.

For the time being, however, a 24-hour service supply (mainly existing only in the Marche Region), which would be necessary to really meet the emergency/urgency needs, does not exist. This is also evident with respect to the number of opening days: only 22% of facilities remain open 7 days a week.

Finally, only some structures have foreseen a real integration between healthcare and social services, which is completely absent in most cases.

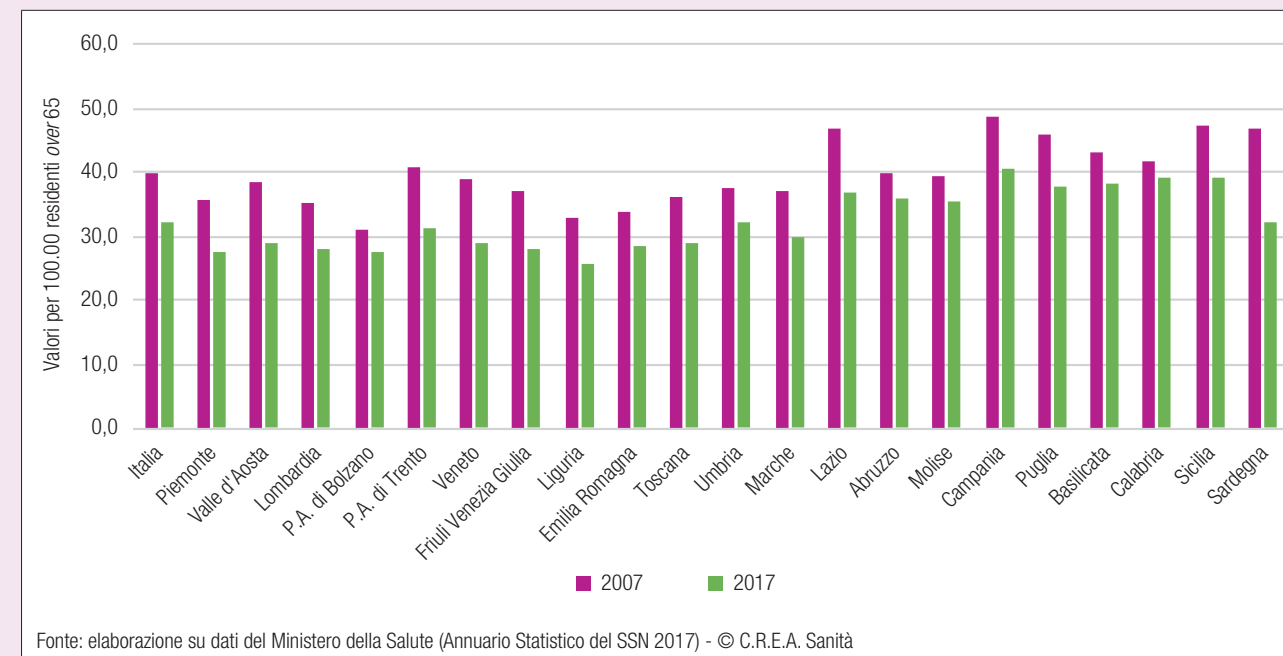
In conclusion, a truly innovative supply model, as an alternative option with respect to hospitals, does not seem to be developing. The prevailing logic seems to be still the traditional one, oriented to a supply planning approach, and less focused on the identification of emerging needs on the demand side.

KI 10.1. Medici di famiglia per residente. Confronti internazionali



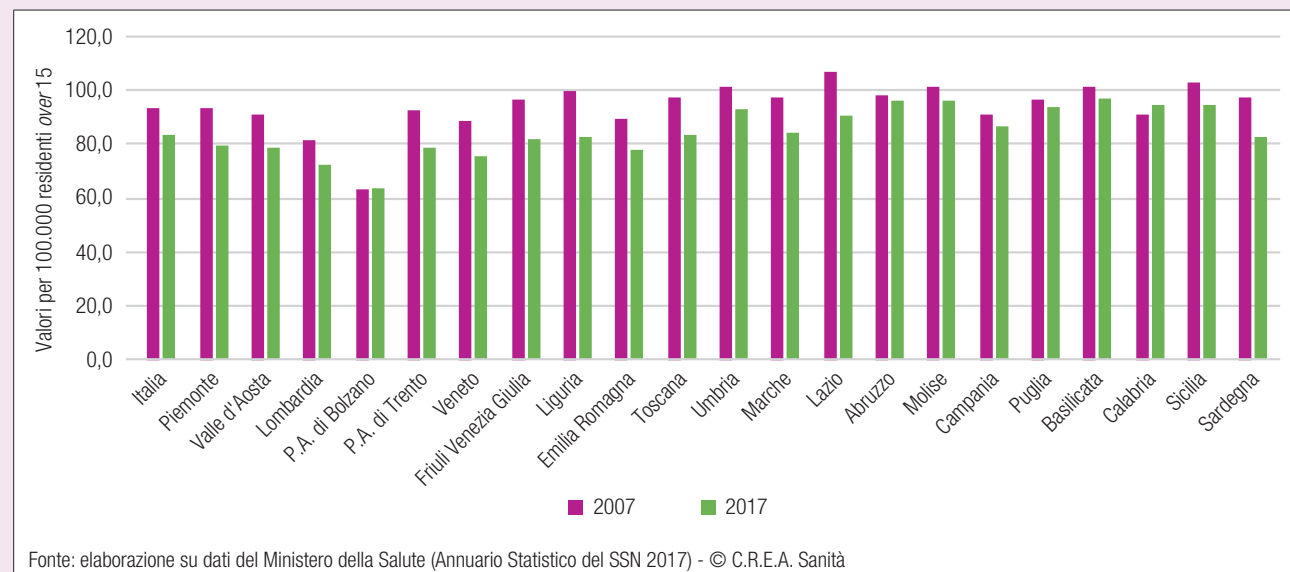
In termini di densità di *general practitioners*, l'Italia, con 0,7 medici ogni 1.000 abitanti, dato in leggero calo rispetto al 2008 quando erano 0,8, si posiziona nella parte "medio-bassa" della casistica; il Portogallo è la Nazione con la più alta densità di medici generici, con 2,4 medici ogni 1.000 abitanti, seguita da Belgio con 1,2 e Lituania con 0,9. All'estremo opposto troviamo la Polonia con 0,2 medici ogni 1.000 abitanti, seguita da Grecia (0,3) e Slovenia (0,6). Da notare che Grecia, Irlanda e Slovenia, dal 2008 al 2018, sono i Paesi che più degli altri hanno registrato un aumento dei medici di famiglia ogni 1.000 abitanti, rispettivamente del +100,0%, +61,5% e +48,8%. Francia, Italia, Repubblica Ceca e Regno Unito, invece, hanno ridotto la presenza dei medici ogni 1.000 abitanti, rispettivamente del -45,1%, -10,1%, -7,0% e -1,3%.

KI 10.3. Medici di famiglia per residenti over 65



Nel 2017 medici di medicina generale (MMG), risultano pari a 32,3 per 10.000 residenti *over 65*; il dato è in diminuzione rispetto al 2007 del 19,2% (erano 46.691, ovvero 40,0 per 10.000). La Campania ha la densità maggiore con 40,4 MMG per 10.000 residenti *over 65*, e la Liguria la minore (25,9 per 10.000). Il dato è in diminuzione in tutte le Regioni: la Sardegna registra la riduzione più sostenuta dal 2007 (-30,8%), la Calabria quella meno (-6,5%).

KI 10.2. Medici di famiglia (MMG) per residenti over 15



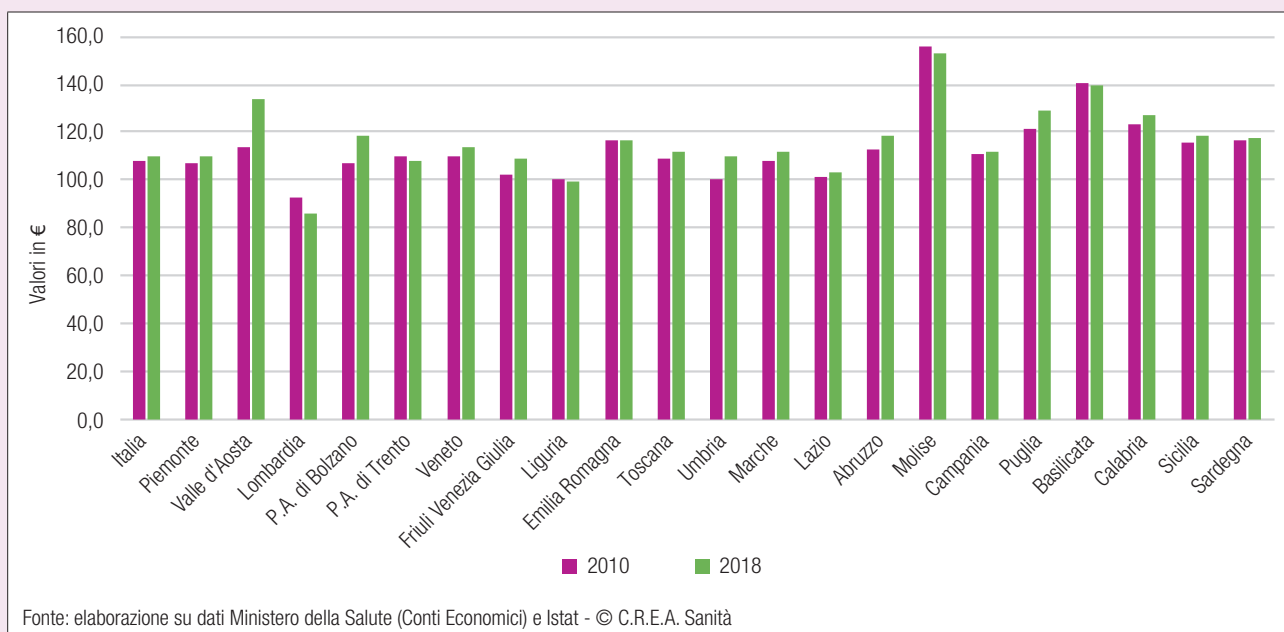
In Italia sono 43.371 medici di medicina generale (MMG) nel 2017, pari a 83,4 per 100.000 residenti *over 15*; il numero è in diminuzione rispetto al 2007 (-10,7%) quando erano 46.691 (93,4 per 100.000 residenti *over 15*). La Basilicata registra la densità maggiore (97,2 MMG per 100.000 *over 15*), e la P.A. di Bolzano quella minore (63,2 per 100.000). In tutte le Regioni, ad eccezione della Calabria, si registra un *trend* decrescente.

KI 10.4. Pediatri di libera scelta (PLS) per residenti under 15



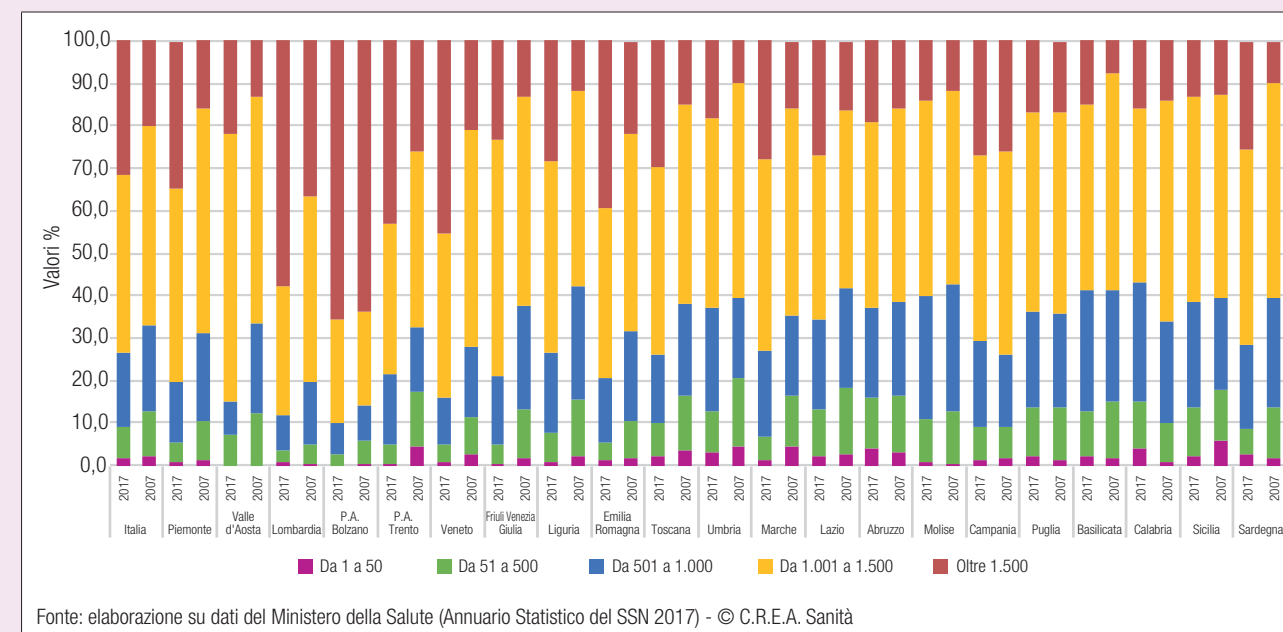
In Italia, nel 2017, i pediatri di libera scelta (PLS) sono 7.590, pari a 92,8 per 100.000 residenti *under 15*. Rispetto al 2007, si registra un incremento pari al +0,2 punti percentuali. La Sicilia ha la densità maggiore con 105,8 PLS per 100.000 residenti *under 15* anni, e il Piemonte la più alta (75,6 per 100.000). In 8 Regioni si registra un incremento (2007-2017), con il valore massimo nella P.A. di Bolzano (+22,7%).

KI 10.5. Spesa pubblica pro-capite per medicina di base



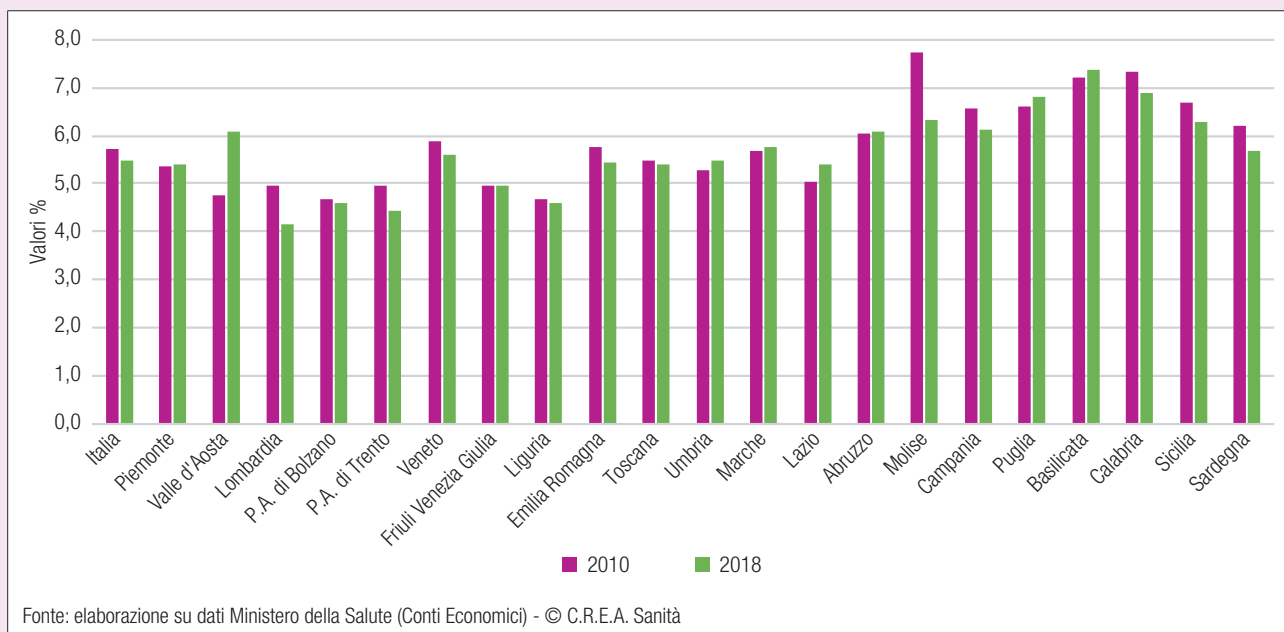
Nel 2018, il SSN per la medicina di base, la pediatria di libera scelta, la guardia medica e i consultori familiari, ha speso €109,8 per residente, +1,3% rispetto al 2010 (€ 108,4). In Lombardia si registra la spesa pro-capite minore (€86,5), in calo del -6,2% rispetto al 2010 (€92,3). In Molise quella maggiore (€152,7), anche se in calo del -2,2% rispetto al 2010 (€156,1). In tutte le Regioni si registra un aumento di spesa pro-capite per la medicina di base (2010-2018), ad eccezione di Lombardia, Molise, Basilicata ed Emilia Romagna.

KI 10.7. Medici di Medicina Generale per classi di scelta



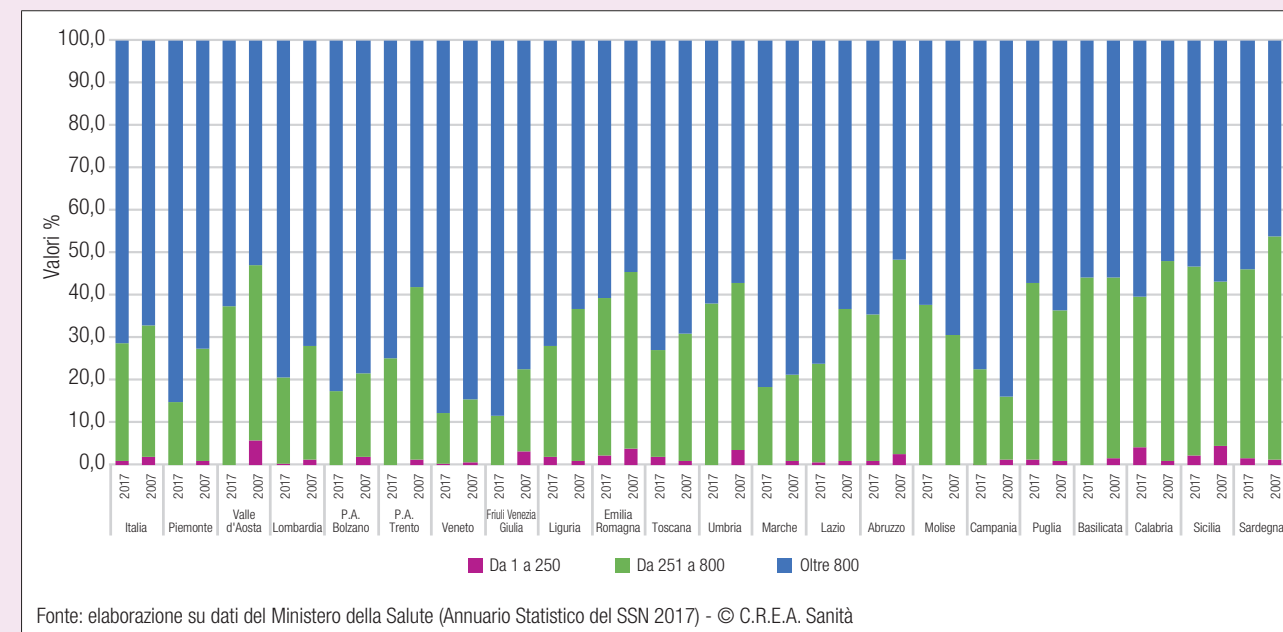
Nel 2017, il 41,7% dei MMG ha un carico medio di assistiti compreso tra 1.001 e 1.500 assistiti (massimale); la quota si è ridotta nell'ultimo decennio (47,2% nel 2007). Cresce, però, in tutte le Regioni, la quota dei medici con oltre 1.500 assistiti: nel 2017 è pari al 31,6%, contro il 20,0% nel 2007. La quota è massima (65,6%) nella P.A. di Bolzano, e minima (13,3%) in Sicilia.

KI 10.6. Incidenza della spesa pubblica per medicina di base



La spesa del SSN per la medicina di base, la pediatria di libera scelta, la guardia medica e i consultori familiari incide per il 5,5% sulla spesa sanitaria pubblica totale, valore in leggera diminuzione (-0,2 punti percentuali) rispetto al 2010, quando era pari al 5,7%. L'incidenza più alta si registra nelle Regioni meridionali, con il valore massimo (7,4%) in Basilicata; il valore minimo si registra, con il 4,2%, in Lombardia.

KI 10.8. Pediatri di Libera Scelta per classi di scelta



Nel 2017, il 71,3% dei PLS ha un carico medio di assistiti superiore a 800, quota in crescita nell'ultimo decennio (67,0% nel 2007). Le uniche Regioni che non registrano un aumento sono Molise, Puglia, Campania, Sicilia e Basilicata. La quota di pediatri massimalisti è massima (88,3%) in Friuli Venezia Giulia, e minima in Sardegna (46,3%).



Capitolo 11

Assistenza domiciliare

Home care

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 11

Assistenza domiciliare

Vetrano DL.¹

11.1. Definizione ed obiettivi

Nell'ambito della medicina territoriale, l'assistenza domiciliare integrata (ADI) rappresenta una formula valida e sostenibile – talvolta alternativa al ricovero ospedaliero – rivolta a persone che presentano multimorbilità e fragilità, laddove le condizioni familiari e socio-ambientali consentano l'erogazione di un trattamento socio-sanitario a domicilio (D.P.C.M. 12-1-2017).

In risposta a quanto previsto dalla Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2017 e legislazioni precedenti, in Italia le Aziende Sanitarie ed i Comuni agiscono sinergicamente, integrando le loro reciproche competenze e responsabilità, al fine di garantire a cittadini non autosufficienti un'assistenza di carattere sanitario-assistenziale e sociale al proprio domicilio (D.P.C.M. 12-1-2017; G.U. n.360 del 28-12-1978). La segnalazione di presa in carico perviene presso il punto unico di accesso (PUA) del Distretto socio-sanitario e un *team* di valutazione multidimensionale (Medico di Medicina Generale (MMG), infermiere, fisioterapista, assistente sociale, geriatra, psicologo) realizza, un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), qualora sussistano i criteri di eleggibilità.

Gli obiettivi principali dell'ADI possono essere così riassunti:

1. fornire assistenza a persone con patologie gestibili a domicilio, riducendo il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero o altra struttura residenziale

2. garantire continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure
3. offrire supporto alle famiglie degli assistiti
4. facilitare il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione
5. salvaguardare la qualità della vita anche nelle fasi terminali di malattia.

L'ADI è la forma di assistenza domiciliare che integra diverse competenze professionali sanitarie, in primis i MMG e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), con competenze sociali al fine di rispondere alle complesse esigenze di persone multimorbide e fragili che versano in condizioni di parziale autosufficienza. L'ADI si realizza al domicilio dell'assistito mediante erogazione coordinata e continuativa di un *pool* di prestazioni integrate tra di loro, di natura sanitaria (medico-infermieristica e riabilitativa) e socio-assistenziale (assistenza alla persona, fornitura pasti, igiene domestica).

Il MMG detiene la responsabilità clinica del PAI, mentre il Distretto socio-sanitario è responsabile del suo adempimento e delle fasi organizzative. L'attivazione dell'ADI richiede la presa in carico della persona, una valutazione multidimensionale con quantificazione del bisogno assistenziale, e la definizione di un PAI che stabilisce gli obiettivi di cura, i tempi di recupero, gli interventi e la loro modalità di erogazione.

In Italia, l'ADI si articola in quattro livelli di intensità assistenziale che viene misurata tramite Coefficiente di Intensità assistenziale (CIA; D.P.C.M. 12-1-2017). Il CIA si ottiene dal rapporto tra numero

¹ Aging Research Center, Karolinska Institutet, Stoccolma. Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

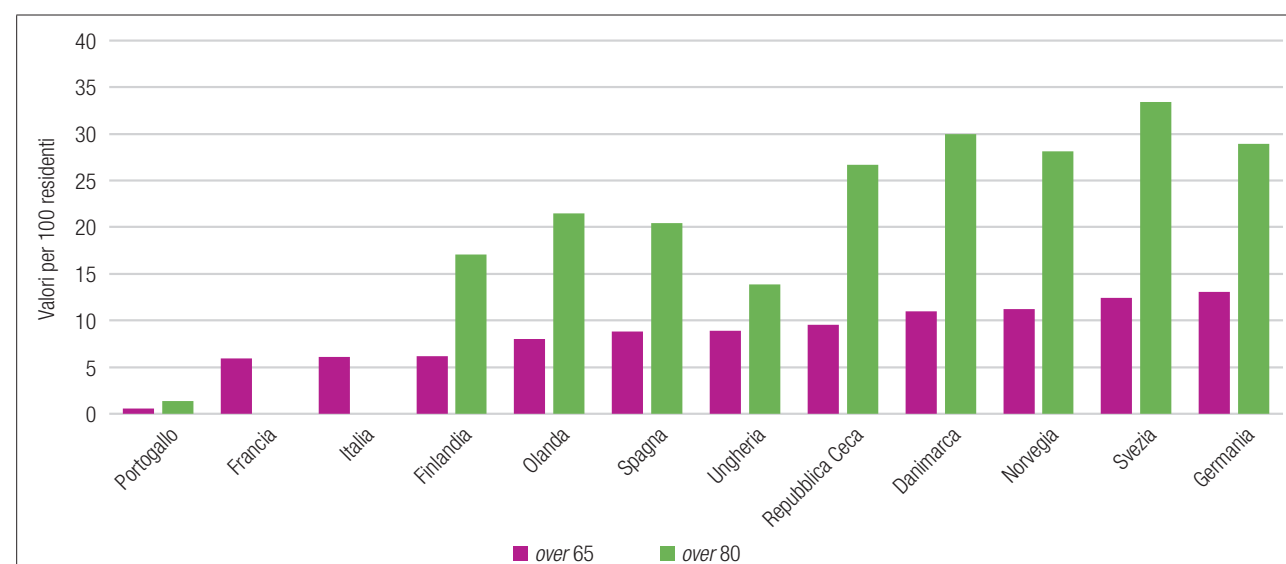
di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico dell'assistito. Il CIA può assumere valori da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana). Le cure domiciliari di livello base (CIA inferiore a 0,14) si caratterizzano per prestazioni a basso livello di intensità assistenziale, talvolta a carattere episodico, che possono non rientrare fattivamente nell'ADI propriamente detta, in quanto non richiama un'integrazione socio-sanitaria. Gli altri tre livelli (CIA rispettivamente compreso tra 0,14 e 0,30-I livello, tra 0,31 e 0,50-II livello, >0,50-III Livello) riguardano esplicitamente cure domiciliari integrate di intensità assistenziale crescente. In questo caso i servizi sanitari al paziente si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia. Una quinta area, infine, riguarda l'erogazione di cure palliative domiciliari. Queste vengono distinte in cure palliative di livello base, erogate con il coordinamento del MMG (CIA inferiore a 0,50) e cure palliative di livello specialistico, erogate da personale specializzato e caratterizzate da un CIA superiore a 0,50. Tuttavia, l'erogazione di cure palliative viene effettuata in

maniera differenziata tra le varie Regioni italiane. Si tratta talvolta di una categoria di assistenza erogata interamente in regime di ADI, altre volte rientra in processi organizzativo-assistenziali del tutto separati. Va comunque ricordato che non essendo possibile tracciare una netta linea di demarcazione tra bisogni di assistenza domiciliare che scaturiscono da patologie croniche e disabilità, e quelli relativi alla terminalità di malattie oncologiche o neurodegenerative gravi, una continuità assistenziale a carattere sanitario viene sempre garantita, almeno nella teoria, a prescindere dal modello assistenziale locale.

11.2. Il confronto europeo

Negli anni le cure domiciliari in Europa sono andate incontro ad un progressivo incremento dei volumi di servizi offerti, parallelamente all'incremento della spesa pubblica destinata alla *long-term care* (LTC). Questo *trend* risponde da un lato alla rivoluzione demografica in corso ovunque nei Paesi europei, con un rapido aumento del numero assoluto e della percentuale di persone anziane, dall'altro al riscontro positivo ottenuto in termini di efficacia di tali

Figura 11.1. Anziani in LTC domiciliare in Europa. Anno 2018



La figura mostra i Paesi appartenenti all'Unione Europea, con almeno 5 milioni di abitanti, per i quali sono disponibili i dati. I dati Olandesi si riferiscono al 2017.
Fonte: elaborazione su dati OECD, 2020 - C.R.E.A. Sanità

servizi; ovvero risparmio della spesa sanitaria destinata alla cura delle acuzie e miglioramento della continuità assistenziale (WHO/Europe 2008; OECD 2020).

Nel mondo e in Europa le cure domiciliari vengono declinate secondo un elevato numero di modelli, classificazioni e nomenclature differenti, al punto di rendere arduo ogni tentativo di confronto tra paesi diversi. Da anni l'*Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD) fornisce un confronto della percentuale di popolazione in diversi Paesi del mondo ricevente LTC domiciliare. Riportiamo qui i dati pubblicati nel 2020 facenti riferimento all'anno 2018.

Nel 2018 (Figura 11.1.) si evince una estrema differenza tra i Paesi dell'Unione Europea nell'offerta di cure domiciliari, con un evidente gradiente tra i Paesi del Mediterraneo e quelli nordici - se si guarda ai tre Paesi più virtuosi e ai meno virtuosi. Le percentuali più basse sono state riportate dal Portogallo, con una copertura pari allo 0,6% degli *over 65* e dell'1,4% degli *over 80*. All'estremo opposto la Germania riporta una copertura pari al 13,1% tra gli *over 65* e del 28,9% tra gli *over 80*. La Svezia riporta la percentuale più elevata di *over 80* beneficiari di cure domiciliari, pari al 33,4%. Nell'approfondimento dell'OCSE l'Italia si colloca terzultima con una percentuale di *over 65* in LTC domiciliare pari al 6,1%. Preme far notare che le percentuali italiane risultano superiori rispetto a quanto registrato dal Ministero della Salute Italiano e riportato di seguito in questo documento. Tale discrepanza riflette la differente metodologia di classificazione dei sistemi di LTC impiegata dal Ministero della Salute e dall'OECD.

11.3. Aggiornamento flussi SIAD 2019

In Italia è stato implementato da alcuni anni il flusso del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), parte integrante del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il cui sviluppo è stato siglato dall'Accordo Quadro tra Stato, Regioni e Province Autonome (G.U. n. 90, 18.04.2001) per lo sviluppo del nuovo Sistema infor-

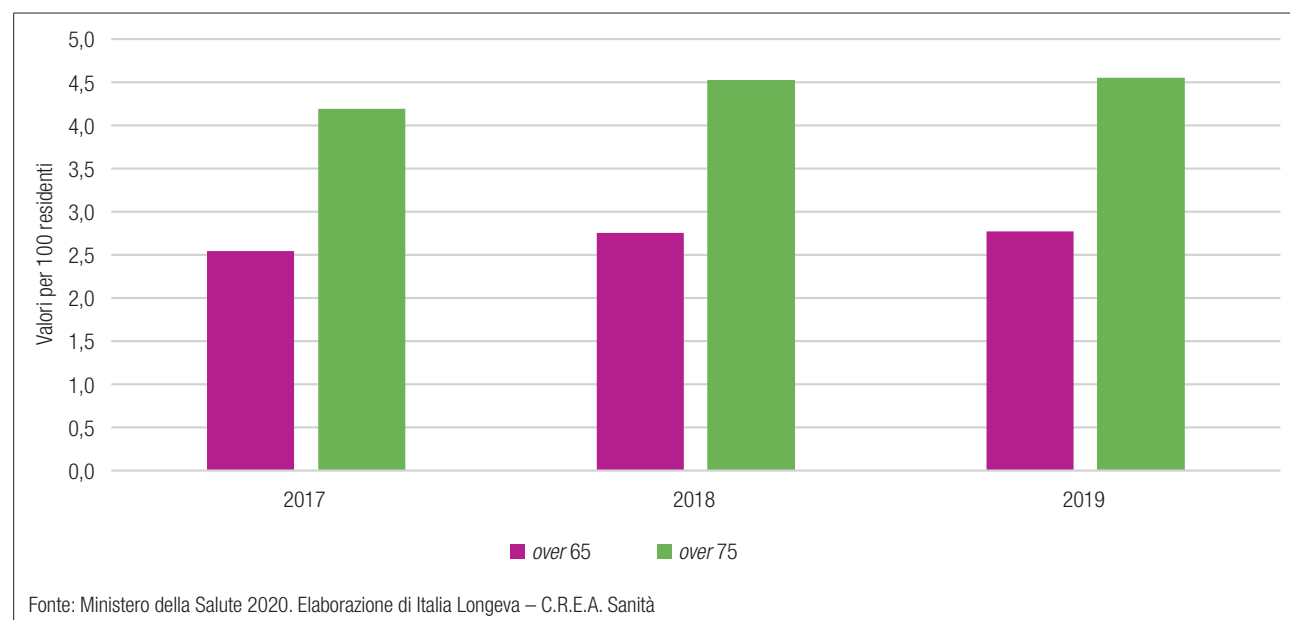
mativo sanitario nazionale.

In seguito al "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 che ha sancito l'obbligo delle Regioni e delle PP. AA. di Trento e Bolzano di trasmettere i dati relativi ai servizi erogati a livello centrale. I dati trasmessi dai Distretti Socio-Sanitari alle Regioni prima e al Ministero della Salute poi, comprendono ogni attività inerente l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria a partire dal 1 Gennaio 2009. Le informazioni inviate includono i dettagli circa la presa in carico, la valutazione multidimensionale, la definizione del PAI, e la responsabilità clinica di operatori afferenti alle Aziende Sanitarie Locali. Soddisfatti i suddetti aspetti, andranno trasmesse anche informazioni riguardanti le prestazioni erogate all'interno delle cure palliative domiciliari e in regime di dimissione protetta. Il debito informativo delle Regioni e Province Autonome nei confronti del SIAD non è omogeneo su tutto il territorio nazionale; persistono infatti realtà non ancora in grado di garantire la completa trasmissione delle informazioni. Tuttavia, si registra un progressivo incremento della qualità e della completezza dei dati trasmessi.

Nel 2019 sono state riportate dalle Regioni Italiane e dalle Province Autonome un totale di 1.064.301 prese in carico (PIC) effettuate. Tra di esse, 28% presentavano un CIA base (<0,14), 24% un CIA 1, 23% un CIA 2, 3% un CIA 3 e 11% un CIA 4. Al restante 11% delle PIC è stato attribuito un CIA 0, misura recentemente introdotta per tracciare PIC a carattere puramente episodico con attivazione e chiusura registrate nel corso della medesima giornata di attività. Si fa presente che il numero di PIC non corrisponde a quello delle persone riceventi ADI. Infatti, nell'arco dello stesso anno la medesima persona può essere oggetto di una o più PIC.

In linea con la maggior parte degli altri Paesi europei, in Italia è stato osservato un *trend* in lieve crescita del numero di anziani assistiti in ADI, ovvero i principali destinatari di cure domiciliari. La Figura 11.2. mostra come nel triennio 2017-2019 la percentuale di anziani *over 65* assistito in ADI, sia cresciuta dal 2,5% al 2,8%, con un aumento anche tra gli *over 75* da 4,2% a 4,6%. Come precedentemente discusso, tali percentuali rimangono al di sotto della media

Figura 11.2. Anziani assistiti in ADI: trend anni 2017-2019



europea se confrontate con i dati OECD.

Nel corso del 2019 sono stati assistiti in ADI 378,041 anziani, ovvero il 2,8% della popolazione italiana con più di 65 anni e il 4,6% della popolazione con più di 75 anni (Figura 11.3.). Come precedentemente osservato la forbice dell'offerta di ADI è estremamente variabile tra le diverse Regioni e Provincie Autonome 3,4. Una eterogeneità nella quale non è possibile identificare alcun gradiente Nord-Sud o una correlazione con le caratteristiche demografiche dello specifico territorio. In vetta alla classifica delle più virtuose troviamo il Molise che assiste in ADI il 5,1% dei suoi residenti *over 65* e l'8,3% degli *over 75*, seguita da Sicilia (4,4% e 7,1%), Basilicata (4,1% e 6,6%), Veneto (3,9% e 6,6%) e Abruzzo (3,9% e 6,2%). Al contrario, tra chi garantisce una minore copertura troviamo la P.A. di Bolzano (0,2% e 0,3%), la Calabria (0,4% e 0,7%), la Valle D'Aosta (0,6% e 0,9%) e il Lazio (1,4 e 2,4%). I dati relativi ai flussi SIAD della Regione Sardegna risultano non pervenuti. Preme far notare come alcune Regioni e Provincie Autonome presentino dei ritardi nel soddisfare il debito informatico del SIAD. Nello specifico caso, un ulteriore ritardo è ipotizzabile a causa della pandemia da SARS-CoV-2 in corso nel 2020.

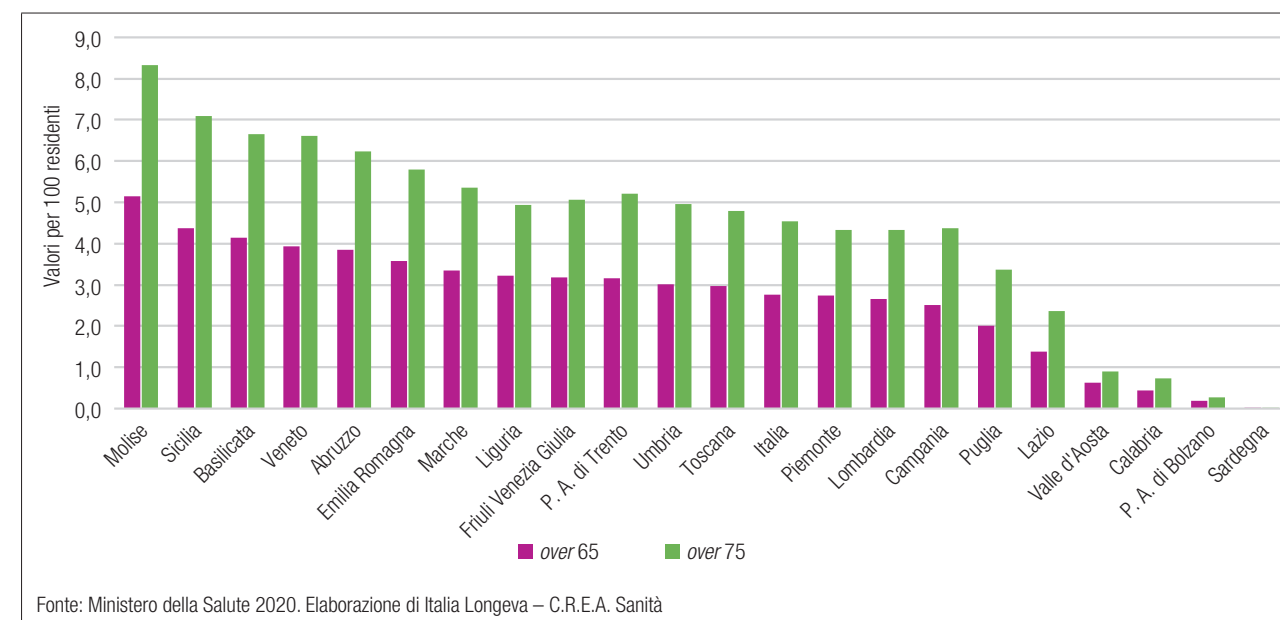
La figura 11.4. offre un confronto regionale tra la

percentuale di *over 65* assistiti in ADI nel 2018 e nel 2019. Si può osservare come vi sia una *trend* in crescita nella maggior parte delle Regioni e Provincie Autonome, tuttavia con alcune eccezioni. Vi sono infatti Regioni che nel 2019 hanno riportato una ridotta copertura ADI tra gli *over 65* rispetto al 2018, tra di esse: Friuli Venezia Giulia (3,4% vs 3,2%), Liguria (3,3% vs 3,2%), Toscana (3,3% vs 3,0%), Piemonte (2,8% vs 2,7%), Lazio (2,0% vs 1,4%) e Calabria (1,5% vs 0,4%). Come già discusso precedentemente, alcune di queste apparenti inversioni di tendenza potrebbero essere dovute ad una più lenta rendicontazione nel 2020 delle attività erogate nel corso dell'anno precedente.

11.4. Criticità dell'ADI in Italia

Sebbene attiva nel nostro Paese ormai da lungo tempo, l'ADI presenta ancora delle criticità strutturali e organizzative che ne limitano l'efficacia e la sostenibilità di un'offerta universale a chiunque ne dovesse avere bisogno. Tali criticità sono state oggetto di una serie di approfondimenti indipendenti condotti da Italia Longeva – la Rete Nazionale per la ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva – a partire

Figura 11.3. Anziani assistiti in ADI per Regione nel 2019

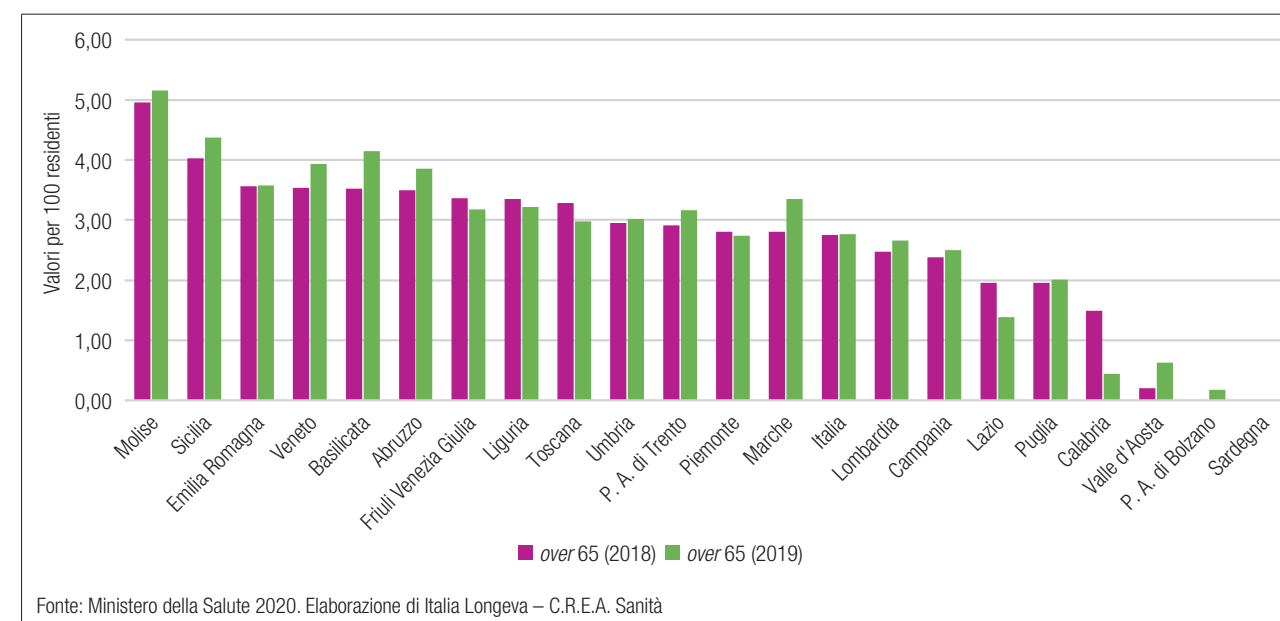


dal 2017 (Vetrano DL. 2017, Vetrano DL. 2018, Vetrano DL. 2019). Un elevato numero di eccellenze ma anche di criticità sono state evidenziate.

Probabilmente, la più evidente criticità dell'ADI in Italia riguarda l'ampia forbice dell'offerta riscontrata da sempre tra le diverse Regioni e Provincie Autonome del Paese. Prendendo ad esempio la copertura ADI tra gli *over 65*, a fronte di una media nazionale

nel 2019 del 2,8%, vi sono Regioni che riescono a garantire cure domiciliari a più di 5 anziani su 100 e altre che raggiungono appena 2 anziani su 1.000. Più in generale, a dispetto di un progressivo aumento dei volumi di prestazioni erogate, l'ADI resta sotto-dimensionata rispetto ai reali bisogni presentati dalla popolazione anziana italiana. Difficile quantificare tale discrepanza ma di certo vi sono Paesi Europei,

Figura 11.4. Anziani assistiti in ADI per Regione: confronto 2018-2019



direttamente confrontabili con il nostro, che riescono ad offrire cure domiciliari ad una più ampia fetta di popolazione.

Parallelamente all'eterogenea copertura ADI sul territorio nazionale, è stata riscontrata una vasta moltitudine di modelli organizzativi che variano tra le diverse Regioni e talvolta anche nell'ambito della stessa Provincia. I modelli spaziano infatti da una completa gestione a carico del Distretto Socio-Sanitario, che si occupa della valutazione multidimensionale, produzione del PAI ed erogazione dei servizi, a modelli misti che prevedono un'erogazione suddivisa tra Distretto e erogatori privati, sino a modelli che prevedono un'erogazione dei servizi a carico esclusivo di enti gestori privati. La stessa valutazione multidimensionale, base fondante di un adeguato PAI, viene condotta con strumenti differenti nelle varie Regioni. Tali differenze rendono difficile ogni confronto tra realtà differenti e limitano l'applicabilità di criteri di qualità univoci sul territorio nazionale.

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta un altro elemento di fragilità del nostro sistema di cure domiciliari. La teorica sinergia tra Aziende Sanitarie Locali responsabili dell'assistenza medica, e Comuni responsabili dell'assistenza sociale ed aiuto alla persona, in molteplici realtà non si realizza come previsto, con un'importante disgregazione tra le due componenti o addirittura l'assenza di quella sociale. Questo genera importanti disegualianze tra cittadini multimorbidi e fragili, la elegibilità dei quali a beneficiare di cure domiciliari è spesso subordinata o limitata da contestuali mancanze strutturali ed organizzative dei Distretti socio-sanitari.

L'utilizzo delle tecnologie, sia negli aspetti amministrativi che assistenziali delle cure, appare carente nella maggior parte delle realtà. Ad esempio, l'informatizzazione della cartella clinica con possibilità di accesso da parte degli attori multipli prendenti parte all'ADI, è ad oggi un processo ancora in itinere quasi ovunque. Similmente, poche Aziende Sanitarie Locali sono attrezzate con sistemi di telemonitoraggio dei pazienti cronici, con ipotetiche ripercussioni sulla qualità delle cure offerte. Infine, gli investimenti sulla domotica risultano ad oggi irrisori.

11.5. Conclusioni

L'assistenza Domiciliare Integrata rappresenta un'importante componente della rete della LTC in un Paese come l'Italia che si prepara ad assistere ad un'ulteriore crescita del numero di anziani portatori di multimorbilità e fragilità, sia di carattere fisico che sociale.

Ad oggi, il 2,8% dei residenti in Italia con più di 65 anni è assistito presso il proprio domicilio. I trend degli ultimi anni mostrano come l'ADI sia offerta ad un sempre maggiore numero di persone, ma la velocità del suo sviluppo non segue adeguatamente la curva di crescita del bisogno riscontrato nella popolazione. La non sufficiente copertura, con evidenti discrepanze inter-regionali, la vasta eterogeneità di modelli assistenziali differenti, lo scarso utilizzo delle tecnologie e la carente integrazione socio-sanitaria, rappresentano gli anelli deboli di questo servizio. L'analisi dei modelli virtuosi attualmente presenti sul territorio nazionale, la standardizzazione dei processi e un maggiore investimento economico saranno alla base della crescita e sviluppo di un sistema di ADI moderno, efficace e sostenibile.

Come stabilito nel cosiddetto "Decreto Rilancio" (Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020), scaturito dall'impellente necessità di potenziare le cure domiciliari durante il corso della pandemia da SARS-CoV-2, a partire dal secondo semestre del 2020, € 734 mil. saranno investiti nella riorganizzazione e potenziamento dell'ADI.

Riferimenti bibliografici

- D.P.C.M. 12-1-2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.
- Istituzione del servizio sanitario nazionale. (G.U. n.360 del 28-12-1978)
- PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001 (G.U. n. 90, 18.04.2001) Accordo quadro tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del nuovo Sistema informativo sanitario nazionale.
- WHO/Europe (2008). The Solid Facts: Home care in

- Europe.
- OECD (2020). The effectiveness of social protection for long-term care in old age, OECD Health Working Paper No. 117
- Vetrano DL (2018). L'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche. Italia Longeva.

- Vetrano DL (2019). La Continuità Assistenziale nella Long-Term Care in Italia: buone pratiche a confronto. Italia Longeva.
- Vetrano DL (2017). La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa. Italia Longeva.
- Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. "Decreto Rilancio"

ENGLISH SUMMARY

In the context of long-term care services, home care represents an effective and sustainable way to deliver care directly at home of individuals, mostly older, affected by multiple chronic diseases and disabilities, with the main purpose of preserving quality of life, guaranteeing continuity of care, providing support to families and avoiding inappropriate unplanned hospitalizations. In Italy, during the last decades, a number of decrees have regulated the principles and organization of home care services. Currently, home care services are provided by the local health agencies together with municipalities, which join their efforts to provide clinical and care support, respectively. In Italy, home care is provided according to four different levels of intensity, which is measured through the CIA (Coefficient of care intensity). CIA ranges from 0 (no care) to 1 (assistance provided on a daily basis) and reflects the personalized care plan, which every patient receives on the basis of a multidimensional assessment.

The amount of home care services provided across different European countries varies a lot. Among the countries able to provide more home care services we find Germany, Sweden, Norway and Denmark, which reported to treat at home more than 10% of people over 65, according to 2020 data from OECD. At the same time, Portugal, France, Italy and Finland barely reach 5% or below.

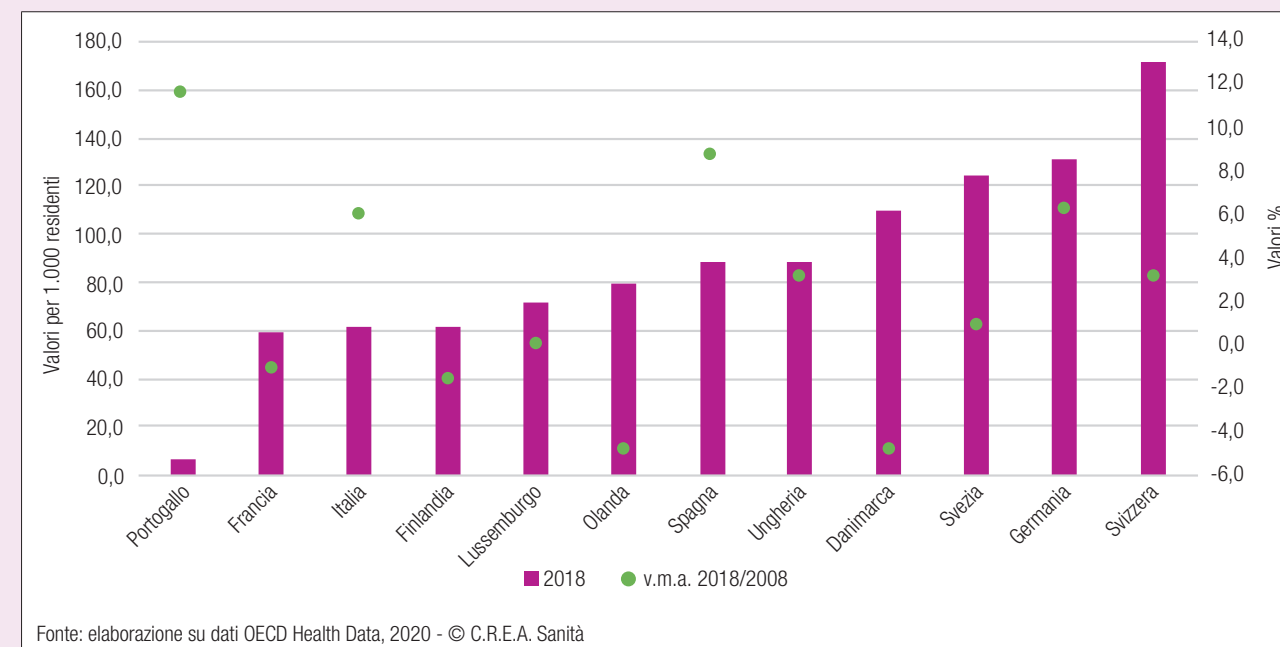
Home care activity reports are regularly transmitted from the Regions to the central Government and allow to track secular trends and regional differences. As many other European countries, Italy experienced a progressive expansion of home care services across the last years. According to data provided by the Ministry of health, 2.8% of individuals over 65 (i.e., N=378,041) were assisted at home in 2019, and 4.6% of people over 75. However, a large heterogeneity is observed across the country.

The biggest amount of home care services is offered by Molise, which provides home care to 5.1% of residents over 65 and 8.3% of those over 75, followed by Sicilia (4.4% and 7.1%), Basilicata (4.1% and 6.6%), Veneto (3.9% and 6.6%) and Abruzzo (3.9% and 6.2%). On the contrary, among those Regions providing less home care we find the Bolzano Province (0.2% and 0.3%), Calabria (0.4% and 0.7%), Valle D'Aosta (0.6% and 0.9%) and Lazio (1.4% and 2.4%). To note, the 2020 SARS-CoV-2 pandemics might have delayed the transmission of information from the Regions to the central Government, leading to a possible underestimation.

Several criticisms of home care services in Italy might be highlighted. First, there is a wide discrepancy of the home care coverage across different Regions, leading to substantial inequities among the citizens. Second, there is a multitude of organization models across the countries, with a different participation of public and private actors, which make difficult any benchmark of different realities. Third, the integration between healthcare and social services is suboptimal in most Regions, which further increases the socioeconomic disadvantages of certain population groups. Finally, the employment of technology is not aligned with what would be available today in terms of electronic clinical records, telemedicine and techno-care, making home care services less effective.

Home care represents the only possible answer to the wave of chronic disease, disease and frailty that we are expecting in Italy, the second oldest country in the World. An exercise of benchmark, modernization and potentiation of the social care represent the mandatory steps to maintain this service sustainable and effective.

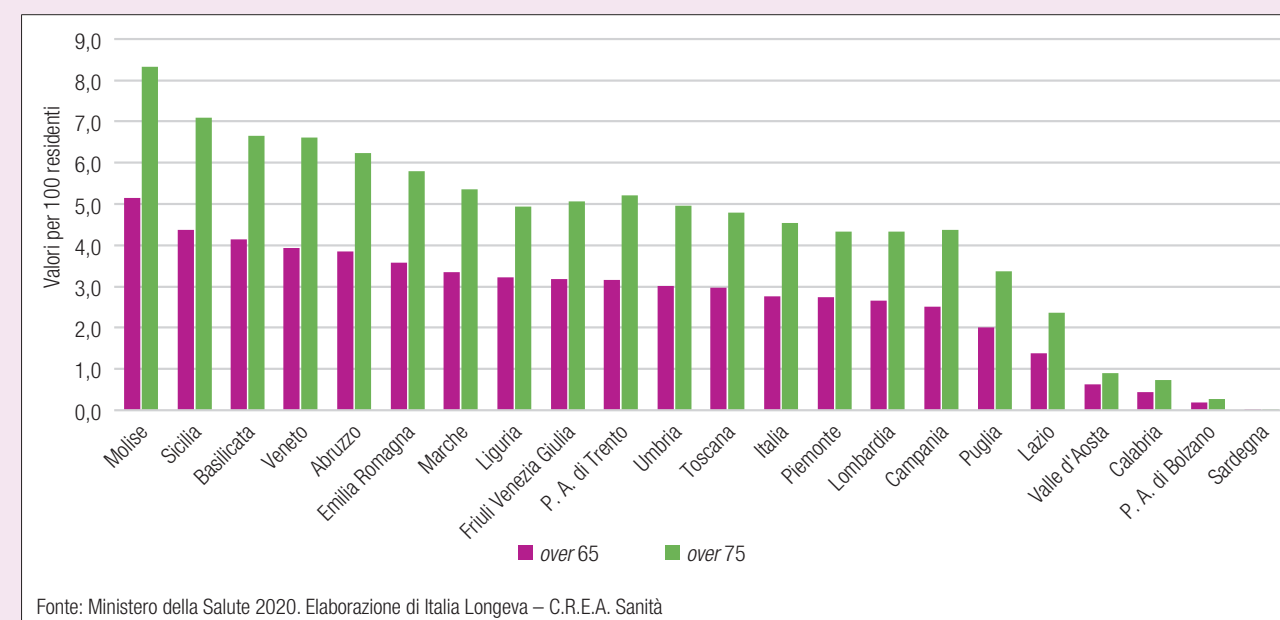
KI 11.1. Persone over 65 in assistenza domiciliare



Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, in Italia 63,0 persone ogni 1.000 residenti hanno ricevuto assistenza domiciliare. Il livello è inferiore a quello medio dei Paesi OCED, dove il tasso massimo si osserva in Svizzera (171,0 per 1.000 residenti), e quello minimo in Portogallo (6,0 per 1.000). Nel periodo 2008-2018 in tutti i Paesi di cui si dispone del dato, ad eccezione di Francia, Finlandia, Olanda e Danimarca, si è registrato un aumento dell'assistenza domiciliare. L'Italia registra un tasso di crescita tra i più alti dei Paesi EU considerati (+6,0% medio annuo).

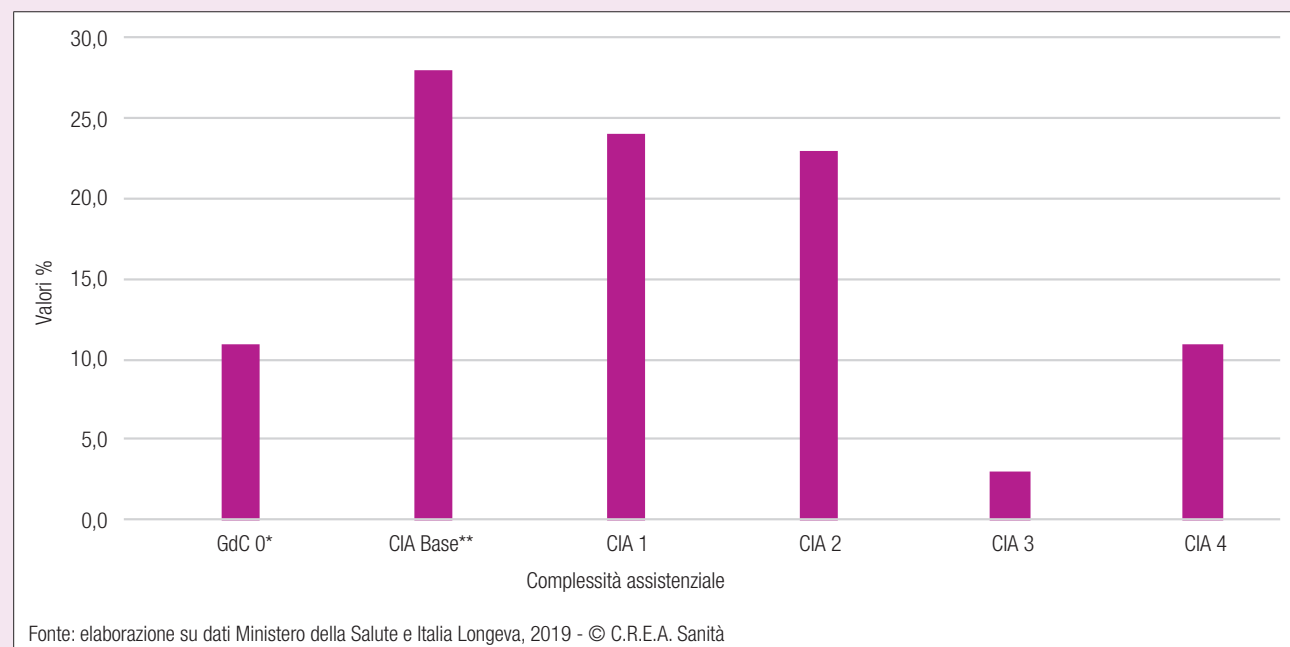
KI 11.2. Incidenza ADI su residenti anziani. Anno 2019



Fonte: Ministero della Salute 2020. Elaborazione di Italia Longeva - C.R.E.A. Sanità

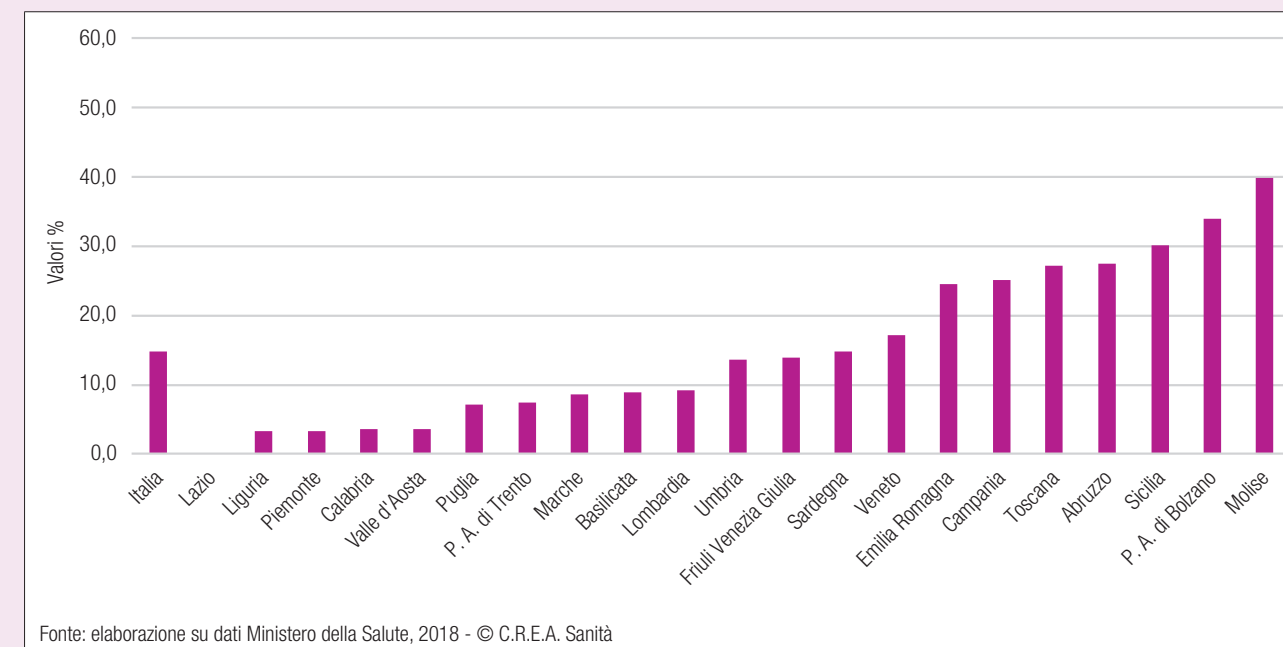
Nel corso del 2019 sono stati assistiti in ADI 378,041 anziani, ovvero il 2,8% della popolazione italiana con più di 65 anni e il 4,6% della popolazione con più di 75 anni. La forbice dell'offerta di ADI è estremamente variabile tra le diverse Regioni e PP.AA. di Trento e Bolzano. Una eterogeneità nella quale non è possibile identificare alcun gradiente Nord-Sud o una correlazione con le caratteristiche demografiche dello specifico territorio. In vetta alla classifica delle più virtuose troviamo il Molise che assiste in ADI il 5,1% dei suoi residenti over 65 e l'8,3% degli over 75, seguita da Sicilia (4,4% e 7,1%), Basilicata (4,1% e 6,6%), Veneto (3,9% e 6,6%) e Abruzzo (3,9% e 6,2%). Al contrario, tra chi garantisce una minore copertura troviamo la P.A. di Bolzano (0,2% e 0,3%), la Calabria (0,4% e 0,7%), la Valle D'Aosta (0,6% e 0,9%) e il Lazio (1,4% e 2,4%).

KI 11.3. Composizione ADI per complessità assistenziale. Anno 2019



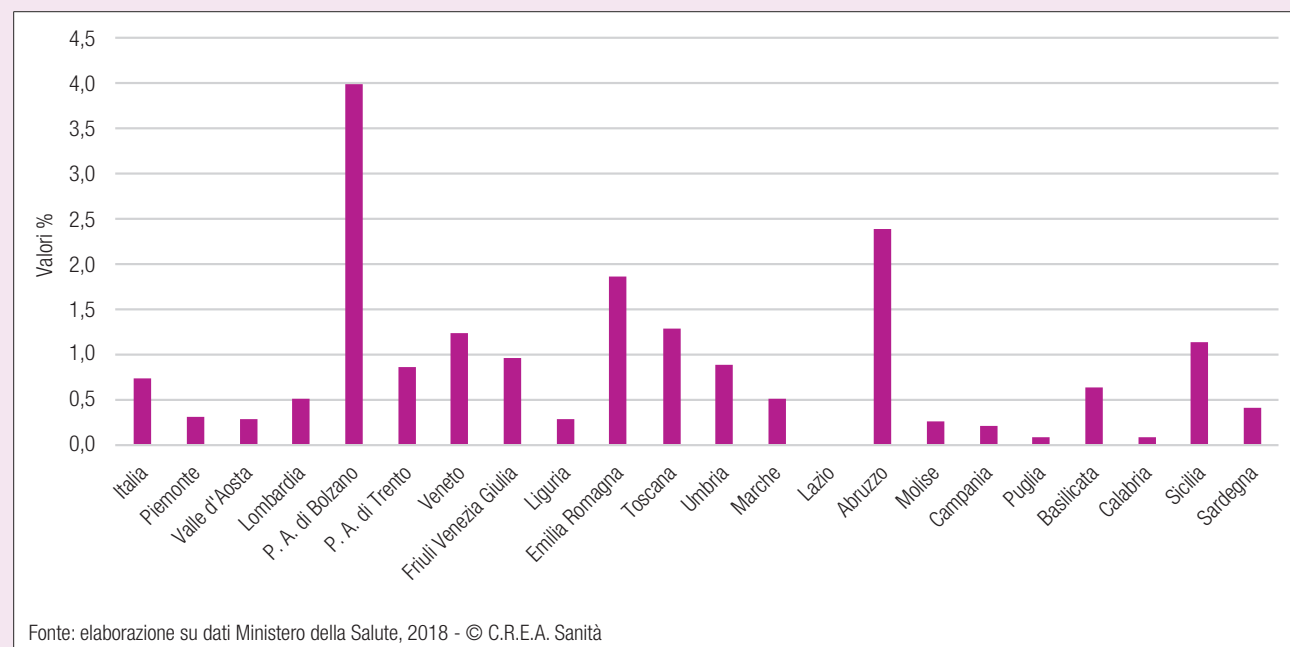
In Italia, nel 2019, al 63% delle persone in ADI vengono erogate prestazioni di bassa complessità (GdC 0, CIA Base e CIA 1), al 23% di media (CIA 2) ed al 14,0% di alta complessità (CIA 3 e 4).

KI 11.5. Quota pazienti dimessi vivi in ADI. Anno 2018



In Italia, nel 2018, il 14,6% dei pazienti dimessi vivi non al domicilio, viene inserito in una forma assistenziale di ADI. In Molise si registra il valore più alto, pari al 39,9%, segue la P.A. di Bolzano con 33,9% e la Sicilia con il 30,0%; i valori più bassi di ricorso si registrano invece in Liguria (3,2%), Piemonte (3,2%), e Calabria (3,4%).

KI 11.4. Quota residenti con attivazione di ADI in dimissione. Anno 2018



Nel 2018, lo 0,7% della popolazione italiana viene dimessa viva non a domicilio e presa in carico direttamente dall'ADI. La P.A. di Bolzano, l'Abruzzo, l'Emilia Romagna e la Toscana sono le Regioni che ricorrono maggiormente a tale forma assistenziale in fase di dimissione ospedaliera (rispettivamente 4,0%, 2,4%, 1,9% e 1,3% di residenti); la Calabria e la Puglia invece sono quelle con il minor ricorso (\leq 0,1% dei residenti).

A stylized graphic featuring a sun with rays above a bar chart with three bars of increasing height. The sun and chart are rendered in a light purple color against a darker purple background. The sun's rays are represented by small triangles. The bar chart has three vertical bars of increasing height from left to right.

Capitolo 12

**Provvidenze in denaro:
l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri**

***Cash benefits and allowances:
the evolution of beneficiaries and charges***

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 12

Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner E.¹

12.1. Premessa

Nell'ambito del SSN le prestazioni in denaro, pur non assenti, giocano un ruolo essenzialmente marginale: assumono principalmente la natura di *voucher*, quindi provvidenze da spendersi per specifici servizi sanitari erogati da professionisti o strutture all'uopo accreditate dalle ASL.

L'ambito in cui l'utilizzo del *voucher* (denominati regionalmente anche "assegno di cura" o "di assistenza") è più diffuso è certamente quello dell'assistenza domiciliare (Istat, 2020).

Al contrario del comparto sanitario, in quello sociale, di cui il Rapporto si occupa della parte deputata alle forme di *Long Term Care* (LTC) (Capitolo 7), gli interventi in denaro sono largamente prevalenti e si configurano non tanto come *voucher*, quanto come benefici/indennità.

Spesso non è previsto alcun vincolo all'utilizzo e, talvolta, neppure per l'accesso al diritto; analogamente non sono previste forme di accreditamento dei fornitori di servizi, sancendo una netta soluzione di continuità rispetto alla pratica invalsa nel SSN.

Molte delle provvidenze che possono essere considerate all'interno del disegno brevemente delineato sono gestite dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS): la struttura del *welfare* italiano prevede che, a fronte di disabilità (che spesso hanno una eziologia di tipo sanitario), che portino a deficit di capacità lavorativa o, comunque, di inserimento sociale, venga garantita una integrazione del reddito, scattando quindi il diritto a indennità o pensioni.

Nei prossimi paragrafi si sintetizzano i principali elementi quantitativi legati alle prestazioni in denaro riconducibili a condizioni di non autosufficienza o, comunque, di bisogno di lunga durata: in particolare, ci si concentrerà sulle indennità di accompagnamento, sulle pensioni di invalidità e invalidità civile, e sugli oneri derivanti dalla L. n. 104/1992.

12.2. Indennità di accompagnamento

L'INPS riconosce un'indennità di accompagnamento ai soggetti mutilati o invalidi totali che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure ai soggetti che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, necessitano di un'assistenza continuativa.

L'indennità di accompagnamento viene erogata al solo titolo della minorazione; è, pertanto, indipendente dal reddito posseduto dall'invalido e dalla sua età. Sono, invece, esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento gli invalidi che sono ricoverati gratuitamente in un istituto (ovvero con retta a carico dello Stato o altro Ente) per un periodo superiore a 30 giorni e coloro che percepiscono indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Al 1/1/2020 risultano 2,2 milioni di beneficiari di indennità di accompagnamento: il dato ha presentato una crescita del +17,1% nel decennio 2010-2020 (+1,6% medio annuo) e del +2,7% nell'ultimo anno (Figura 12.1.).

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

Figura 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento



L'aumento è essenzialmente derivante da fattori demografici, ovvero l'invecchiamento.

Infatti, a livello nazionale l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione *over 65* (pari al 16,8%) è rimasta tendenzialmente stabile rispetto al 2016 (+0,6 punti percentuali).

A livello regionale si passa però dal 26,7% della Calabria (+1,4 punti percentuali nel periodo 2016-2020), seguita dalla Campania con il 24,0% e dall'Umbria con il 22,8% (rispettivamente +1,5 e +2,0 punti percentuali), all'12,1% di Piemonte e Emilia Romagna (rispettivamente +0,1 punti percentuali e -0,6 punti percentuali nel periodo), con una scarsa o nulla correlazione con il fattore demografico.

Tra le Regioni settentrionali (che presentano un'incidenza media del 12,5%) il tasso massimo è stato raggiunto (13,9%) dalla Lombardia (+0,7 punti percentuali); tra quelle centrali (con un tasso medio del 18,0%), invece, l'indicatore ha raggiunto il suo valore massimo nella summenzionata Umbria e quello minimo in Toscana (13,1%; +0,1 punti percentuali nel periodo); infine, nelle Regioni meridionali (che presentano un tasso medio del 22,4%) ai due estremi si posizionano la Calabria

ed il Molise con il 17,5% (+0,8 punti percentuali) (Figura 12.2.).

Il tasso medio delle Regioni settentrionali è aumentato di +0,1 punti percentuali rispetto al 2016, quello delle Regioni del Centro di +1,2 punti percentuali, mentre quello della ripartizione meridionale ha riportato un incremento pari a +0,8 punti percentuali.

Per quanto riguarda la distribuzione per genere dei percettori di indennità è possibile evidenziare come la distribuzione dei benefici sia concentrata sul genere femminile: a inizio 2020, il 61,7% dei beneficiari appartiene al genere femminile. Anche in questo caso, a livello nazionale, il fenomeno è, almeno in parte, collegato alla maggiore quota di donne anziane, che rappresentano il 56,6% della popolazione *over 65*.

Si evidenzia, altresì, un gradiente Nord-Sud: in tutte le Regioni meridionali la quota di indennità erogate a donne è inferiore della quota registrata mediamente nelle Regioni della ripartizione centro-settentrionale (rispettivamente 63,6% Nord; 62,0% Centro e 60,0% Sud).

Tra le Regioni del Centro-Nord, il Friuli Venezia Giulia riporta la quota minore di uomini bene-

ficiari di indennità (34,9%); tra quelle meridionali, Campania (59,2%), Calabria e Sicilia (entrambe al 59,6%) sono, invece, le Regioni in cui si raggiunge la minor quota di donne beneficiarie (Figura 12.3.).

Anche l'analisi della distribuzione regionale per genere con riferimento esclusivamente agli *over 65* conferma l'esistenza di un gradiente tra Regio-

ni centro-settentrionali e meridionali: nelle Regioni del Nord circa il 72,0% dei percettori *over 65* del beneficio economico oggetto di analisi appartiene al genere femminile; il valore dell'indicatore supera il 70,0% nelle Regioni del Centro e si ferma a circa il 68,0% in quelle del Sud (Figura 12.4.).

Figura 12.2. Beneficiari indennità di accompagnamento: incidenza su popolazione *over 65*

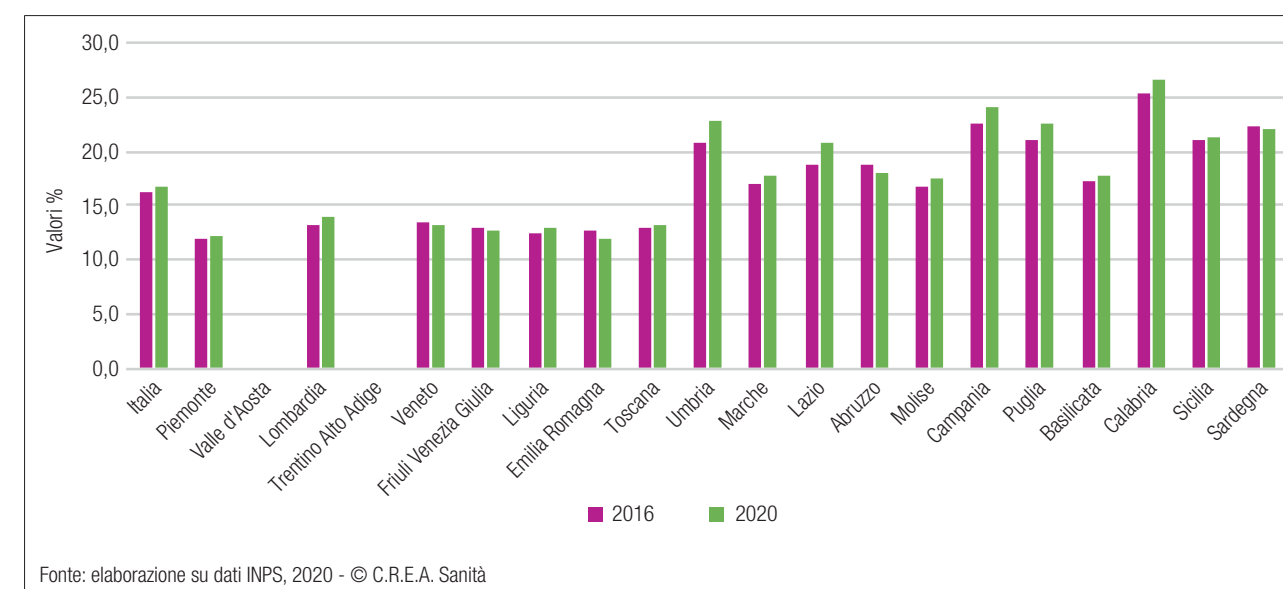


Figura 12.3. Distribuzione beneficiari di indennità di accompagnamento per genere

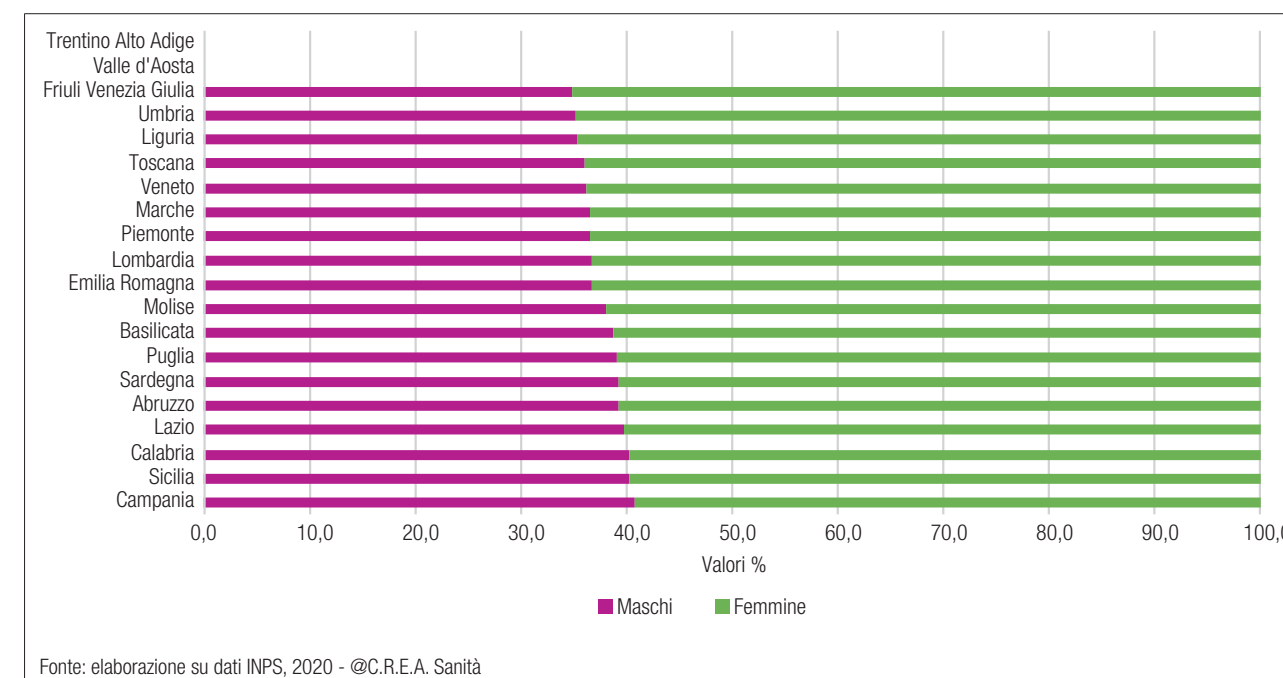
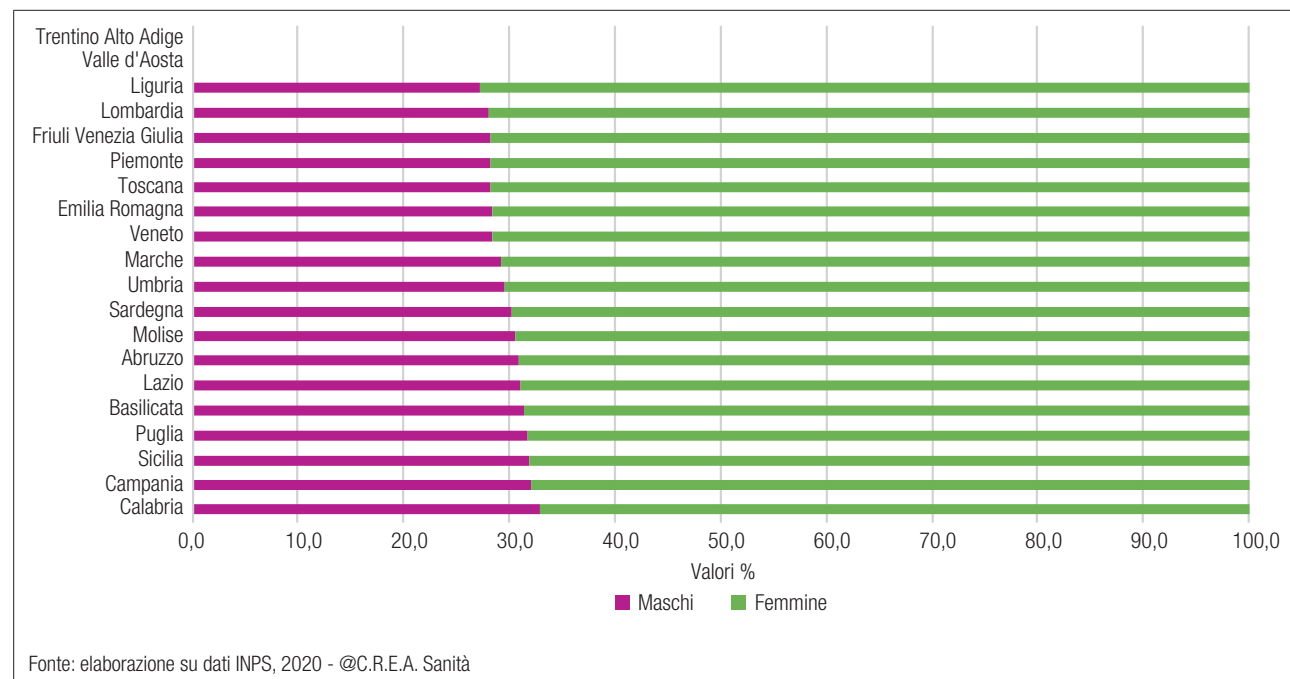


Figura 12.4. Distribuzione beneficiari di indennità di accompagnamento per genere



Nel 2020, il 18,2% delle ultrasessantacinquenni gode dell'indennità di accompagnamento a fronte del 14,8% del genere maschile.

Nelle Regioni meridionali le donne che beneficiano dell'indennità sono il 24,0% della popolazione femminile *over 65*, a fronte del 14,0% del Nord e del 19,6% del Centro. (Figura 12.5.). A tal proposito, si consideri che solamente il 31,4% della popolazione femminile *over 65* risiede al Sud contro circa il 48,0% delle Regioni del Nord: tale considerazione apre la strada ad una serie di interrogativi. In prima battuta, le donne residenti al Nord o si invalidano meno grazie a maggiori azioni di prevenzione messe in atto nelle Regioni settentrionali, oppure nel meridione vengono adottati criteri meno stringenti per l'ottenimento del beneficio economico oggetto di analisi.

In termini di spesa, nell'anno 2019, l'onere complessivo per le indennità è stato pari a € 14,4 mld., con una crescita di circa 1,7 mld. (ovvero del 13,0%, corrispondente all'1,4% medio annuo) dal

2010; rispetto all'ultimo anno, invece, la crescita è stata del 2,4% (ovvero € 335,0 mil.) (Figura 12.6.).

L'aumento della spesa è il risultato dell'azione congiunta di un incremento sia del numero totale dei percettori che dell'indennità media corrisposta (adeguata annualmente al tasso di inflazione).

In definitiva, il progressivo invecchiamento della popolazione determina una crescita della platea degli aventi diritto all'ottenimento del beneficio economico oggetto di analisi che, con il parallelo incremento delle indennità medie corrisposte, determina un aumento dell'onere complessivo a carico dell'INPS. Tuttavia, tale beneficio economico presenta diverse incidenze regionali non spiegate completamente dalla demografia: differenze che potrebbero essere il frutto di scarse attività di prevenzione messe in atto soprattutto nelle Regioni meridionali, oppure potrebbero essere causate da diverse "politiche di accesso" all'ottenimento della provvidenza economica adottate nelle varie Regioni.

Figura 12.5. Beneficiari indennità di accompagnamento per genere: incidenza su popolazione *over 65*. Anno 2020

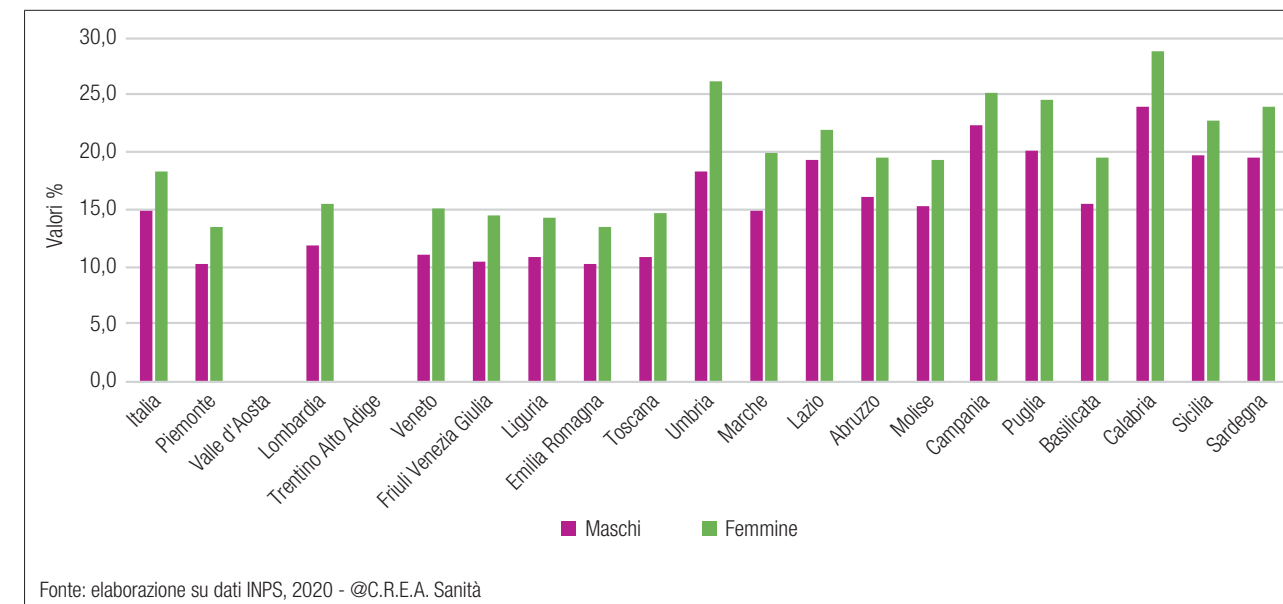


Figura 12.6. Indennità di accompagnamento: spesa annua



12.3. Pensioni di invalidità civile

Le pensioni di invalidità civile sono provvidenze economiche erogate dall'INPS ai mutilati ed invalidi civili con un'età compresa tra i 18 anni e i 65 anni nei cui confronti sia accertata una invalidità pari al 100% ovvero una totale inabilità lavorativa.

Per avere diritto alla pensione di invalidità civile

gli interessati devono rispettare determinati limiti reddituali. In particolare, il limite di reddito per il diritto alla pensione di invalidità deve essere determinato con riferimento al reddito ai fini IRPEF (Imposta sul reddito delle persone fisiche) con esclusione del reddito percepito da altri componenti del nucleo familiare di cui il soggetto interessato fa parte.

La prestazione è, parimenti, compatibile con l'in-

dennità di accompagnamento ed è altresì erogabile se l'invalido è ricoverato in un istituto pubblico che provvede al suo sostentamento.

Da sottolineare, inoltre, che le pensioni di invalidità civile all'età di pensionamento si trasformano in assegni sociali.

Al 1/1/2020 risultano circa 1,0 milioni di beneficiari di pensioni di invalidità civile. Tra il 2010 ed il

2020, il dato ha presentato una crescita del 19,2% (+1,8% medio annuo): nell'ultimo anno si è verificata una crescita del 3,6% (Figura 12.7.).

L'incidenza dei beneficiari sulla popolazione di età compresa tra i 18 e i 65 anni è pari al 2,7% a livello nazionale, in crescita di 0,2 punti percentuali rispetto al 2016.

Figura 12.7. Beneficiari di pensione di invalidità civile

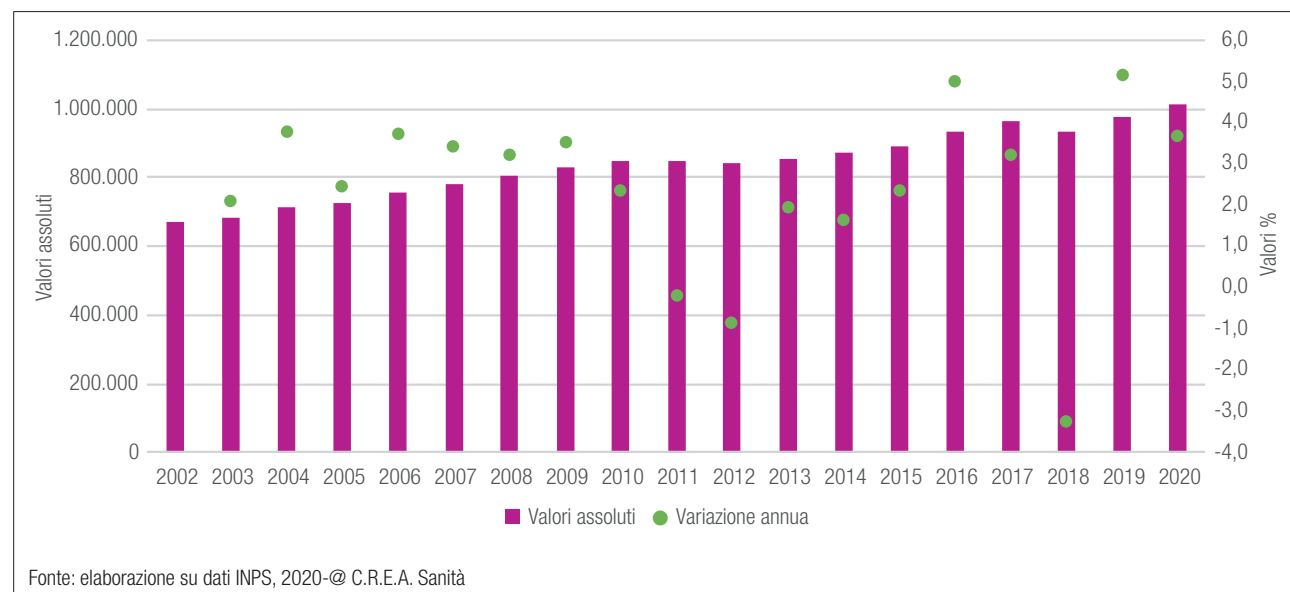
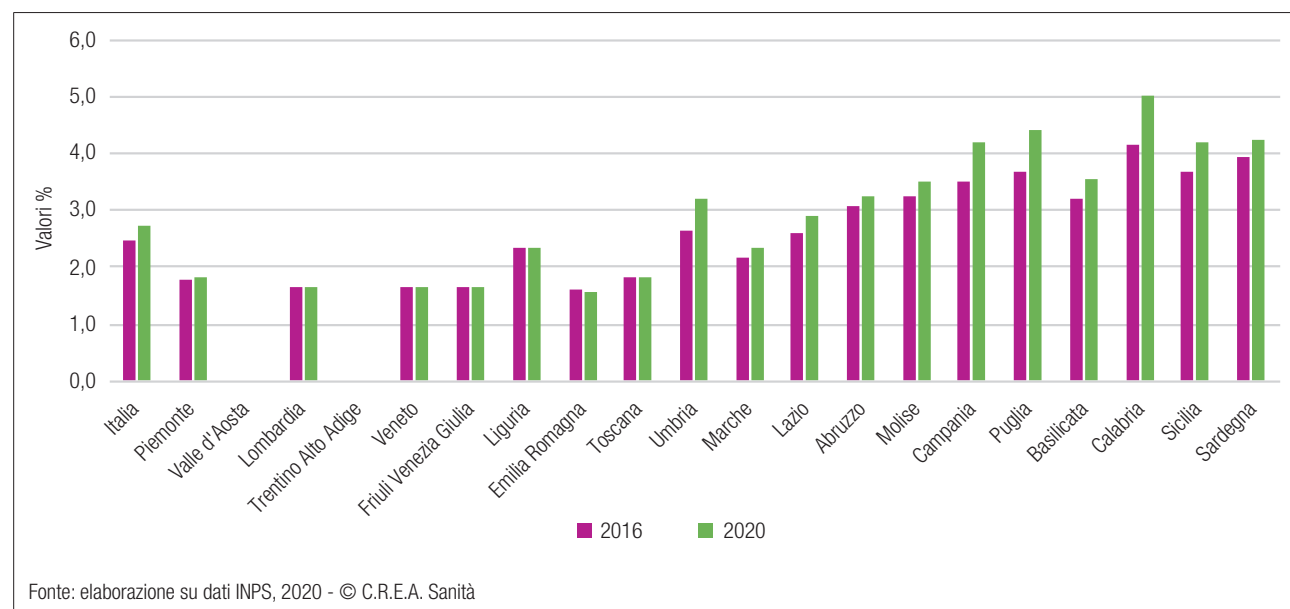


Figura 12.8. Incidenza beneficiari di pensioni di invalidità civile su popolazione 18-65



A livello regionale si passa dal 5,0% della Calabria (+0,9 punti percentuali nel periodo 2016-2020), seguita da Puglia (4,4%) e Sardegna (4,3%) (rispettivamente +0,7 e +0,3 punti percentuali), all'1,6% di Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna (tendenzialmente stabili nel periodo di analisi).

Tra le Regioni settentrionali l'incidenza di beneficiari è massima in Liguria (2,3%) e minima nelle cenate Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna; tra quelle centrali l'indicatore raggiunge il suo valore più alto in Umbria (3,2%) e quello minore in Toscana (1,8%); nel meridione, invece, si passa dal 3,3% dell'Abruzzo al dato citato della Calabria (Figura 12.8.).

Dai dati sopra esposti risulta, pertanto, evidente che nelle Regioni della ripartizione settentrionale si raggiungono tassi mediamente più bassi (1,6% stabile rispetto al 2016) rispetto a quelli delle rimanenti ripartizioni ed in particolar modo in confronto a quelli delle Regioni meridionali che hanno raggiunto nel 2020 il 4,2% con una crescita di 0,6 punti percentuali nell'arco temporale analizzato.

L'incidenza di donne che beneficiano di pensioni di invalidità è del 53,3%. Nel 2020, la quota di donne è stata massima in Umbria dove ha raggiunto il

58,0% e minima in Lombardia e Piemonte essendosi fermata rispettivamente al 50,9% e al 51,2% (Figura 12.9.). In ogni caso, sul fronte delle pensioni di invalidità civile, le differenze di genere, pur rimanendo evidenti in alcune Regioni centrali e meridionali, sono assai meno marcate rispetto alla precedente dimensione di analisi.

Nel 2020, il 2,9% delle donne di età compresa tra i 18 e i 65 anni riceve la pensione di invalidità civile contro il 2,5% dei coetanei maschi.

Le differenze osservabili nei tassi sono rilevanti: in particolare, per quanto riguarda il genere femminile che, nel 2020, vede il 4,5% delle donne residenti nel Sud beneficiare di una pensione di invalidità civile, contro il 2,7% del Centro e l'1,7% del Nord. Analoga considerazione può essere fatta anche con riferimento al genere maschile: 3,9% al Sud vs 2,3% del Centro e 1,6% del Nord (Figura 12.10.).

Indubbiamente, pur rimanendo possibile che nel Sud ci si invalidi di più, i minori redditi nel Sud determinano un maggiore accesso alla pensione di invalidità civile, che rimane una misura a sostegno della "non autosufficienza" economica, ancorata per questo a limiti reddituali.

Figura 12.9. Distribuzione dei beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere

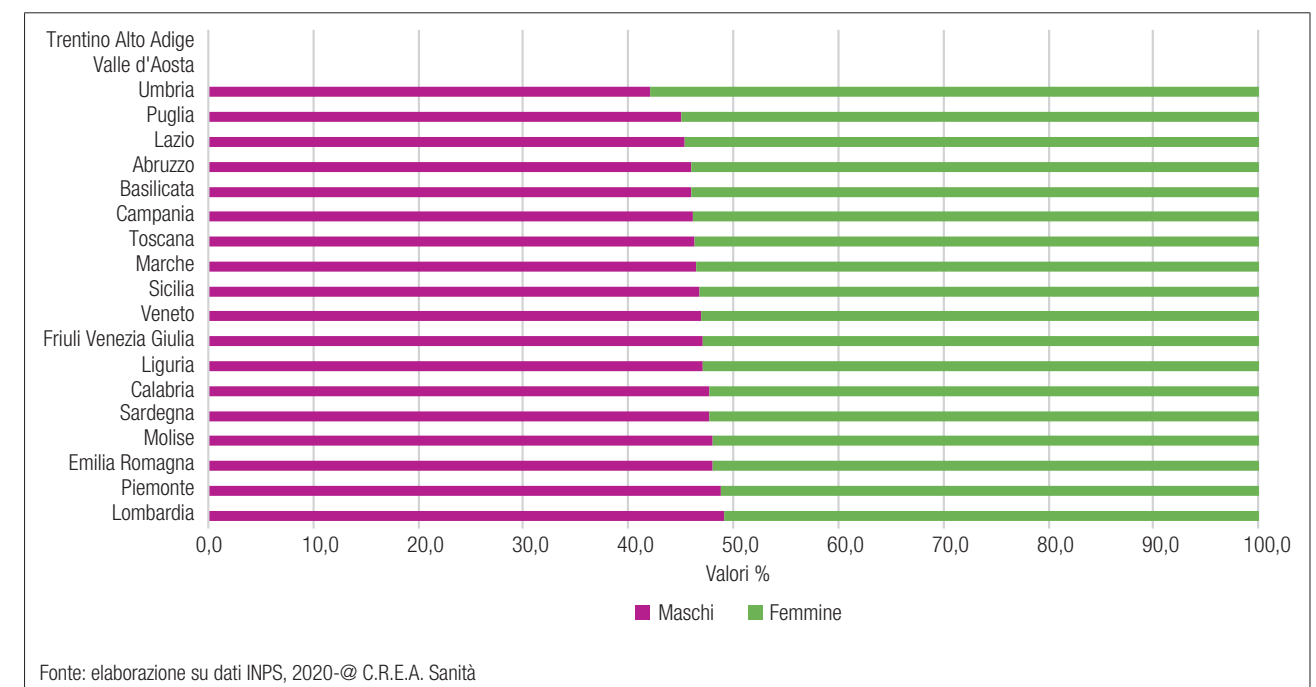


Figura 12.10. Beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere: incidenza su popolazione 18-65. Anno 2020

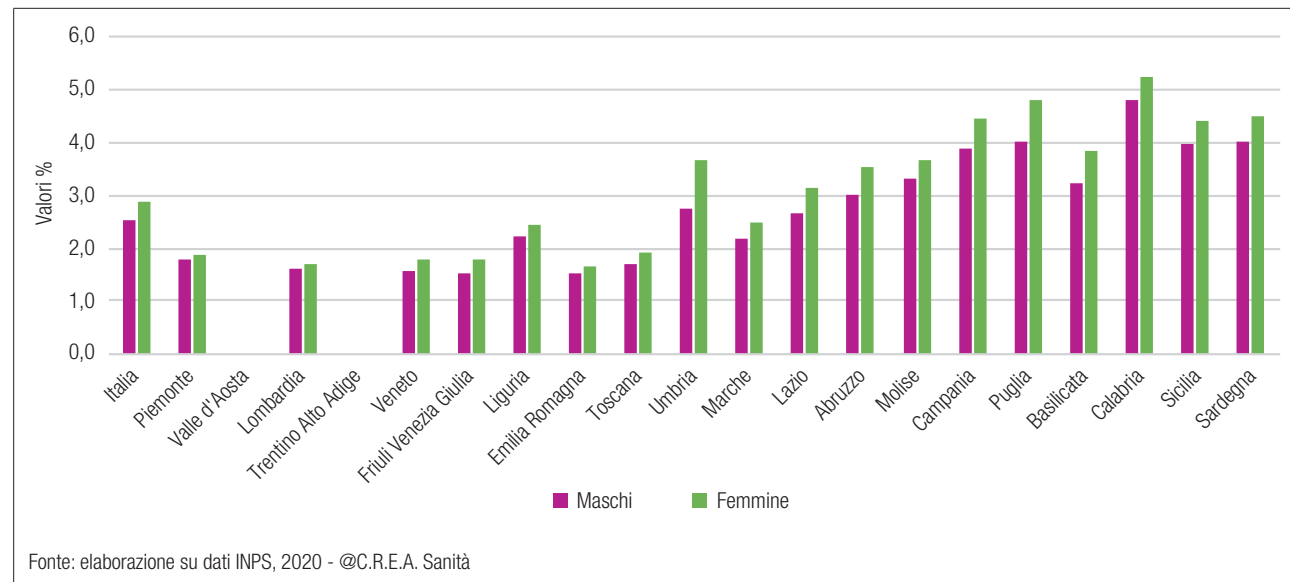
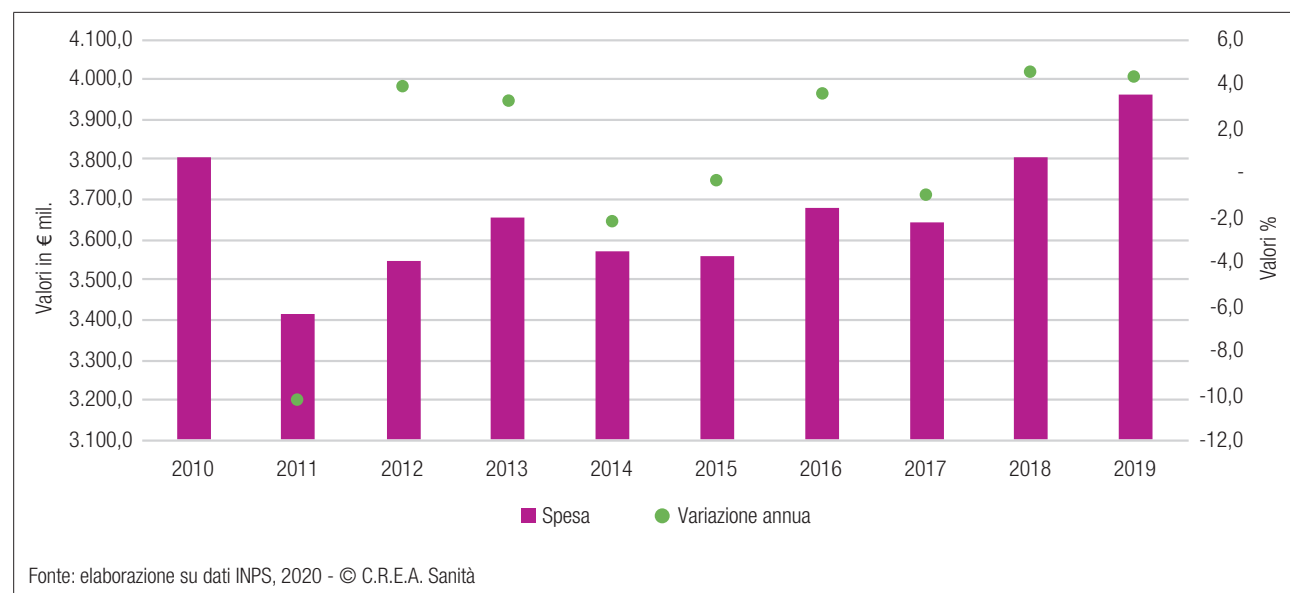


Figura 12.11. Pensioni di invalidità civile: spesa annua



In termini di spesa, l'onere complessivo 2019, per le pensioni di invalidità civile è stato di circa € 4,0 mld., valore in crescita del 4,1% rispetto al 2010 (+€ 156,3 mil.) e del 4,2% in confronto all'anno precedente (+ € 160,0 mil.) (Figura 12.11.).

La spesa, tuttavia, oltre ad essere influenzata dal numero dei percettori e dall'indennità media corrisposta (che tutti gli anni viene adeguata al tasso di inflazione), in alcuni anni è fortemente dipendente

dallo "smaltimento" degli arretrati, come si evidenzia dalla variabilità dei tassi di variazione.

In definitiva, pertanto, cresce il numero delle pensioni corrisposte, ma la spesa non in tutti gli anni analizzati segue il segno dei benefici corrisposti, per effetto della liquidazione degli arretrati; le differenze regionali osservabili nei tassi, possono almeno in parte essere spiegate dalla diversa capacità reddituale che contraddistingue le varie

ripartizioni e dal diverso livello di possibilità di occupazione, osservabile nelle varie realtà regionali, oltre che a livello di genere.

12.4. Pensioni di invalidità

All'interno delle pensioni di invalidità della gestione IVS (Invalidità, Vecchiaia e Superstiti), si classificano gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984. In particolare, la pensione di invalidità è una prestazione economica a favore dei soggetti ai quali è stata riconosciuta una riduzione parziale della capacità lavorativa (dal 74,0% al 99,0%) e con un reddito inferiore alle soglie previste annualmente dalla legge. La pensione di inabilità, invece, è una prestazione economica, erogata in favore dei lavoratori per i quali viene accertata l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa: hanno diritto alla pensione di inabilità i lavoratori dipendenti, quelli autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti, coloni e mezzadri) e gli iscritti alla Gestione Separata.

A differenza dell'invalidità civile, le pensioni di invalidità della gestione IVS rappresentano una prestazione "border line" rispetto al perimetro di interesse del Rapporto Sanità, essendo caratterizzate forte-

mente da elementi di stampo prettamente previdenziale: si tratta infatti di integrazioni della pensione, derivante nel caso di impossibilità (o di possibilità ridotta) di generare reddito.

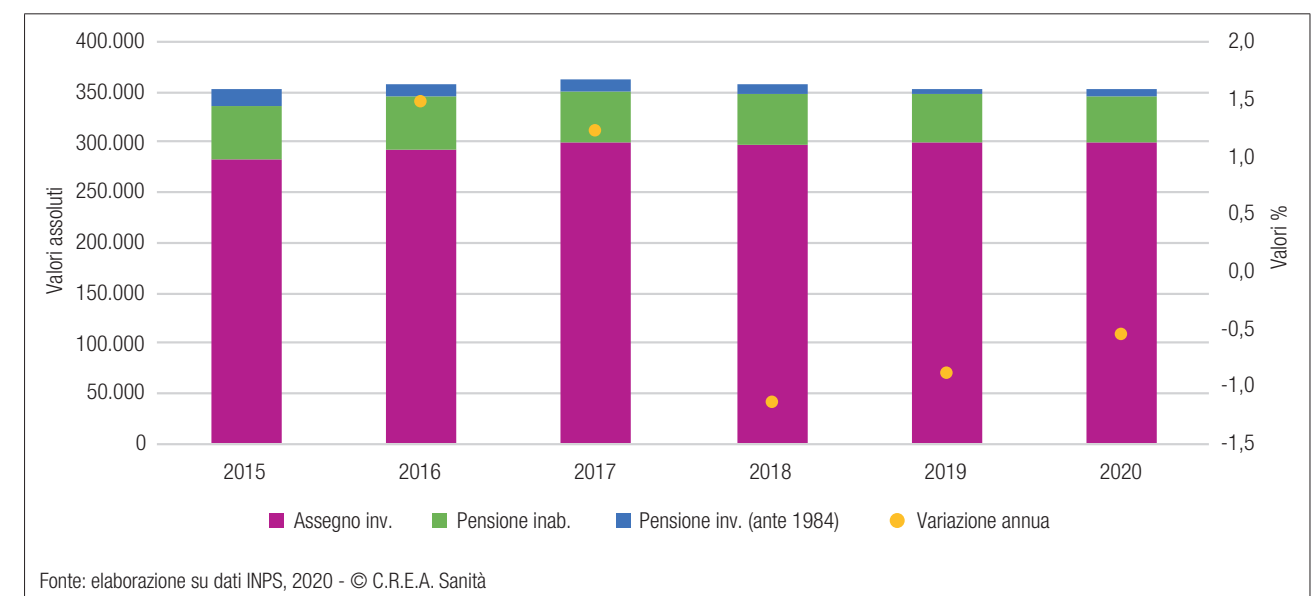
Si è quindi ritenuto di considerare i soli beneficiari di età inferiore a 65 anni, ipotizzando che per gli anziani si tratti di una prestazione strettamente previdenziale (la pensione, integrata per gli anni di minore lavoro).

Al 1/1/2020 risultano circa 352.000 pensioni di invalidità (considerando sia gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984) erogate a beneficiari di età 18-65 anni.

Rispetto al 2016 la platea è diminuita di 5.284 pensioni (-1,5%).

In particolare, il complesso delle pensioni di invalidità è costituito per l'85,1% dagli assegni di invalidità (3,4 punti percentuali in più rispetto al 2016), seguono le pensioni di inabilità con il 13,4% (-1,4 punti percentuali rispetto al 2016) e, infine le pensioni di invalidità ante 1984 con il residuale 1,5% (-1,9 punti percentuali rispetto al 2016). Nell'ultimo anno, il complesso delle pensioni di invalidità ha riportato una variazione negativa dello 0,6% (+0,2% assegni invalidità; -3,1% assegni inabilità e -18,7% pensione invalidità ante 1984) (Figura 12.12.).

Figura 12.12. Beneficiari di pensioni di invalidità



L'incidenza di beneficiari sulla popolazione 18-65 è pari allo 0,9% a livello nazionale, valore stabile rispetto al 2016.

A livello regionale si osserva una forte variabilità dell'incidenza dei beneficiari, sebbene senza un definito gradiente geografico: si passa dal 2,2% dell'Umbria (+0,3 punti percentuali rispetto al 2016) e dal 2,0% della Calabria (+0,1 punti percentuali), al valore minimo di Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Toscana dove il predetto tasso raggiunge lo 0,7% mantenendosi, peraltro, fondamentalmente inalterato rispetto al 2016.

Tra le Regioni della ripartizione settentrionale, il tasso massimo si registra in Valle d'Aosta dove raggiunge l'1,5%, mentre quello minimo si riferisce al dato citato di Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Toscana; nel Centro si va dal valore cennato dell'Umbria, allo 0,7% della Toscana; tra le Regioni meridionali, invece, si passa dal valore della Calabria allo 0,8% della Sicilia (Figura 12.13.).

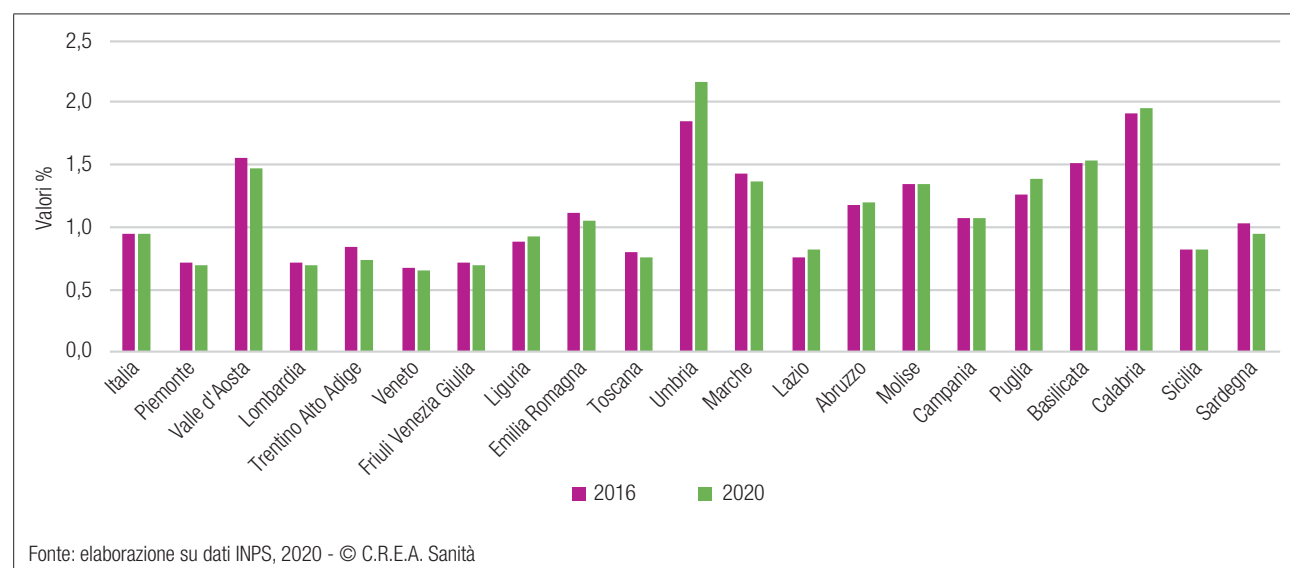
I beneficiari di pensioni di invalidità di età com-

presa tra i 18 e i 65 anni sono prevalentemente uomini (66,4%), con un gradiente tra le diverse ripartizioni: nelle Regioni settentrionali il 63,4% dei beneficiari delle pensioni di invalidità appartiene al genere maschile, in quelle centrali tale quota scende al 62,8%, mentre in quelle meridionali il valore dell'indicatore raggiunge il 70,6%. In particolare, tra le Regioni del Nord la quota di donne beneficiarie di pensioni di invalidità è massima in Emilia Romagna (39,7%) e minima in Valle d'Aosta (34,8%); tra quelle centrali, invece, il richiamato indicatore tocca il suo valore massimo nelle Marche (38,9%) e minimo in Toscana (36,7%); infine, tra quelle meridionali il valore massimo è stato riportato dalla Calabria (38,7%) e quello più basso dalla Sicilia (22,4%).

Il fatto che tale misura economica sia maggiormente "concentrata" sul genere maschile è coerente con i maggiori tassi di occupazione maschile (Figura 12.14.).

In termini di spesa, la proiezione all'anno 2020² dell'onere per le pensioni è pari a € 3,4 mld., con un decremento di circa 80,7 mil. dal 2015 (-2,3%) e del 2,1% nell'ultimo anno (Figura 12.15.).

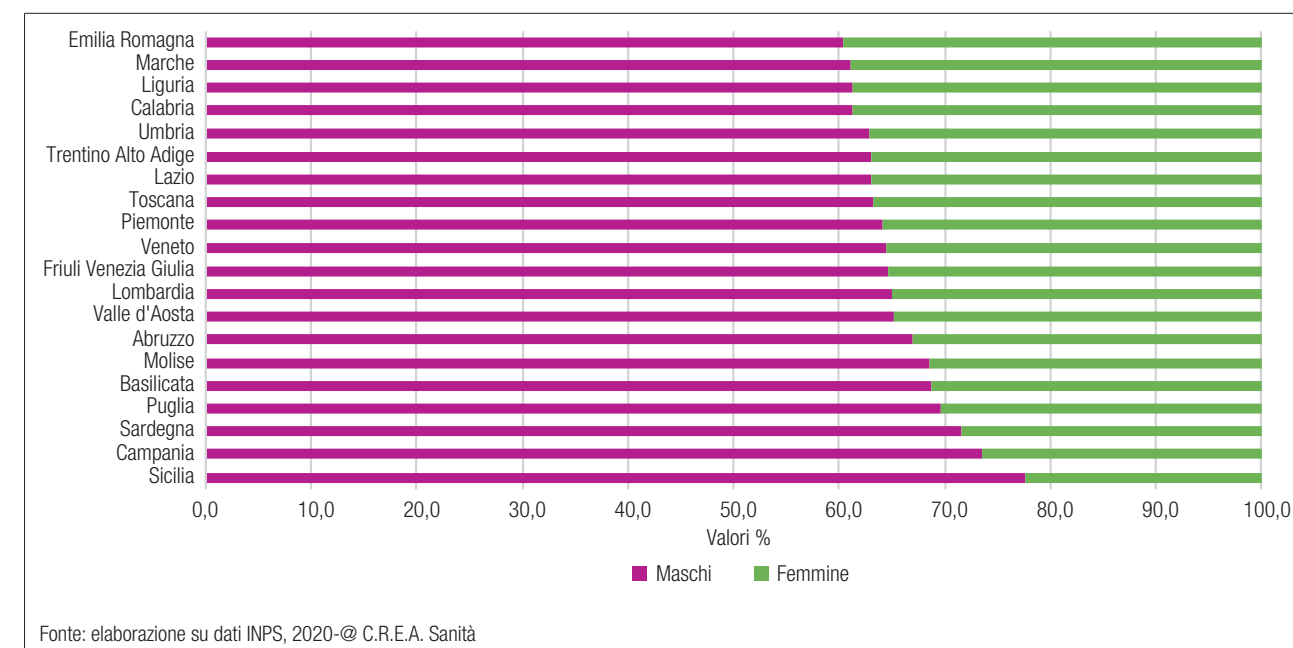
Figura 12.13. Incidenza beneficiari di pensioni di invalidità su popolazione 18-65



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

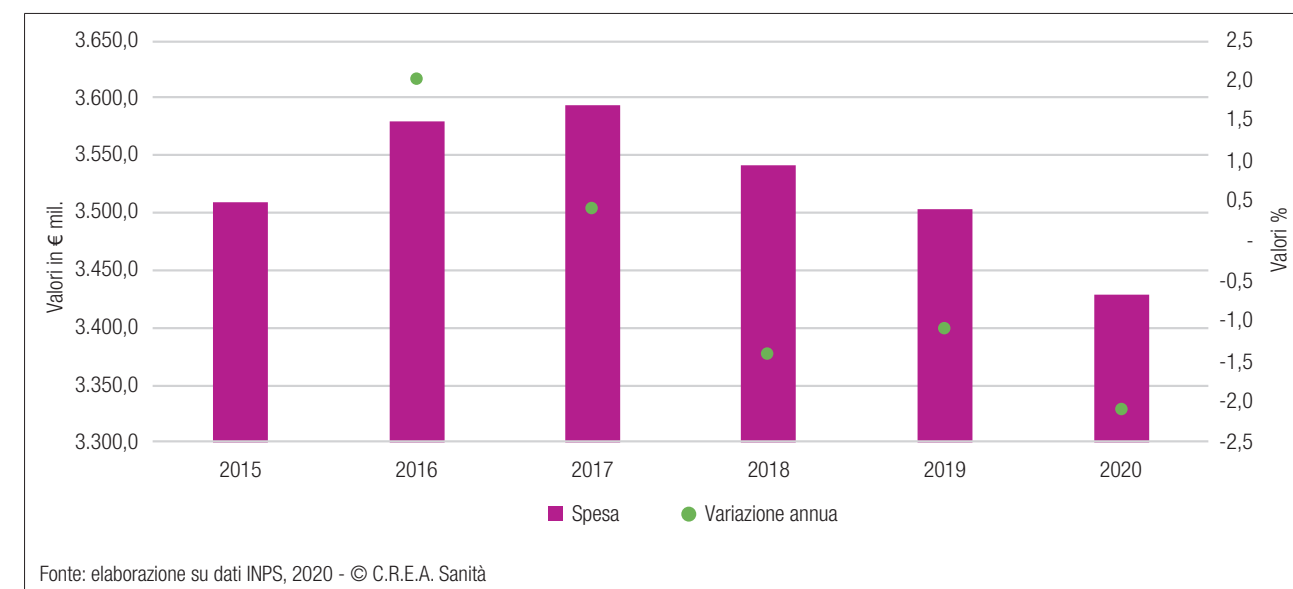
² Si tratta della spesa che l'INPS presume di sostenere nell'anno sulla base delle pensioni in essere al 1° Gennaio 2020. Per maggiori approfondimenti si rimanda all'Osservatorio sulle Pensioni erogate dall'INPS

Figura 12.14. Distribuzione dei beneficiari di pensioni di invalidità di 18-65 anni per genere



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2020-@ C.R.E.A. Sanità

Figura 12.15. Pensioni di invalidità: spesa annua



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Anche in questo caso, l'andamento della spesa potrebbe essere influenzato nei diversi anni dalla liquidazione degli arretrati.

In definitiva, il numero dei percettori della pensione di invalidità è diminuito dell'1,5% nel periodo 2016-2020 anche a causa del progressivo "esaurimento" delle pensioni di invalidità ante 1984. Sono,

tuttavia, apprezzabili differenze di genere nel riconoscimento del beneficio legate in particolar modo alla diversa composizione del mercato del lavoro.

Oneri permessi ex L. n. 104/1992

Grazie alla L. n. 104/1992, le persone disabili e le

loro famiglie possono avvalersi, tra l'altro, della facoltà di usufruire di periodi di assenza retribuiti dal lavoro, che si aggiungono a quelli ordinari già previsti, per esempio, per la maternità.

La finalità è quella di garantire il pieno rispetto della dignità umana ed i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella Società.

L'applicazione del principio è declinata all'art. 3 della richiamata legge, dove viene specificato che gli aventi diritto sono «... coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione».

Nello specifico, i permessi retribuiti spettano, secondo quanto stabilisce la normativa, ai parenti entro il terzo grado ed ai disabili stessi. Ai lavoratori disabili spettano riposi orari giornalieri di 1 ora o 2 ore a seconda dell'orario di lavoro, oppure tre giorni di permesso mensile; ai genitori di figli disabili spettano tre giorni di permesso mensili, anche frazionabili in ore oppure il prolungamento del congedo parentale

o, ancora, 2 ore al giorno in caso di orario lavorativo pari o superiore a 6 ore e un'ora in caso di orario lavorativo inferiore a 6 ore. Si tenga in ogni caso presente che anche una malattia grave determina forme di disabilità più o meno accentuate che necessitano di supporto: anche in questo caso sia i malati che i familiari possono usufruire dei permessi oggetto di analisi.

Passando all'onere derivante dalla norma, osserviamo che nel 2018 sono 7,1 milioni i permessi usufruiti da dipendenti del settore pubblico (non siamo in grado di discernere la natura della minorazione e neppure, per il settore pubblico, la tipologia di permesso, ovvero personale, piuttosto che familiare). Le giornate di permesso sono diminuite dell'1,6% rispetto al 2011 e del 2,3% sull'anno precedente (-2,5% gli uomini e -2,1% le donne).

Ad usufruire maggiormente dei citati permessi in tutti gli anni analizzati (2011-2018) sono state le donne (Figura 12.16.).

In termini percentuali, le donne dipendenti del settore pubblico usufruiscono di circa il 63,1% della totalità dei permessi; il dato è in diminuzione di 1,3 punti percentuali fra il 2011 e il 2018 (Figura 12.17.).

Figura 12.16. Permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico

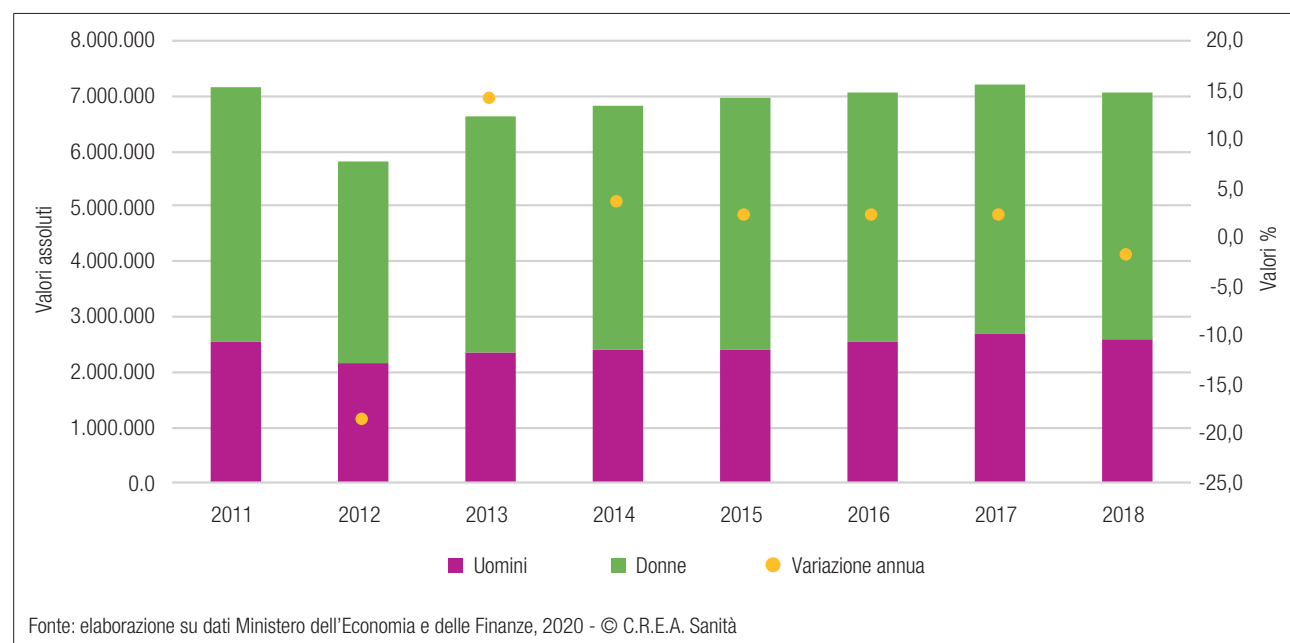


Figura 12.17. Composizione permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico



Considerando il rapporto tra lo stipendio annuale (dato dalla somma di tutte le voci stipendiali) e il numero di giornate lavorative in un anno (260 giorni), e ottenendo in tal modo la retribuzione media giornaliera, e moltiplicando per il numero dei permessi, si

può stimare che, nel settore pubblico, l'onere, per il 2018, sia stato di € 727,0 mil.: valore in riduzione del 2,6% in confronto al 2011 e del 2,2% rispetto all'anno precedente quando la spesa ha raggiunto quota € 743,7 mil. (Figura 12.18.).

Figura 12.18. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992 per anno

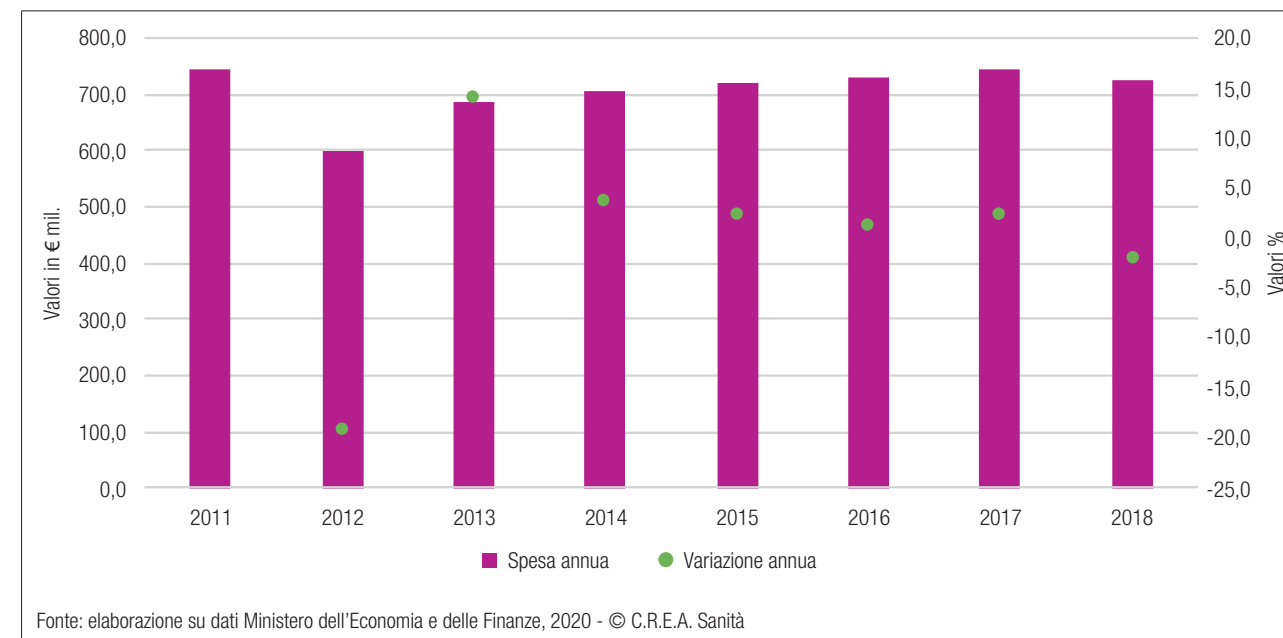


Figura 12.19. Beneficiari permessi ex L. n. 104/1992 per anno, genere e tipologia: settore privato

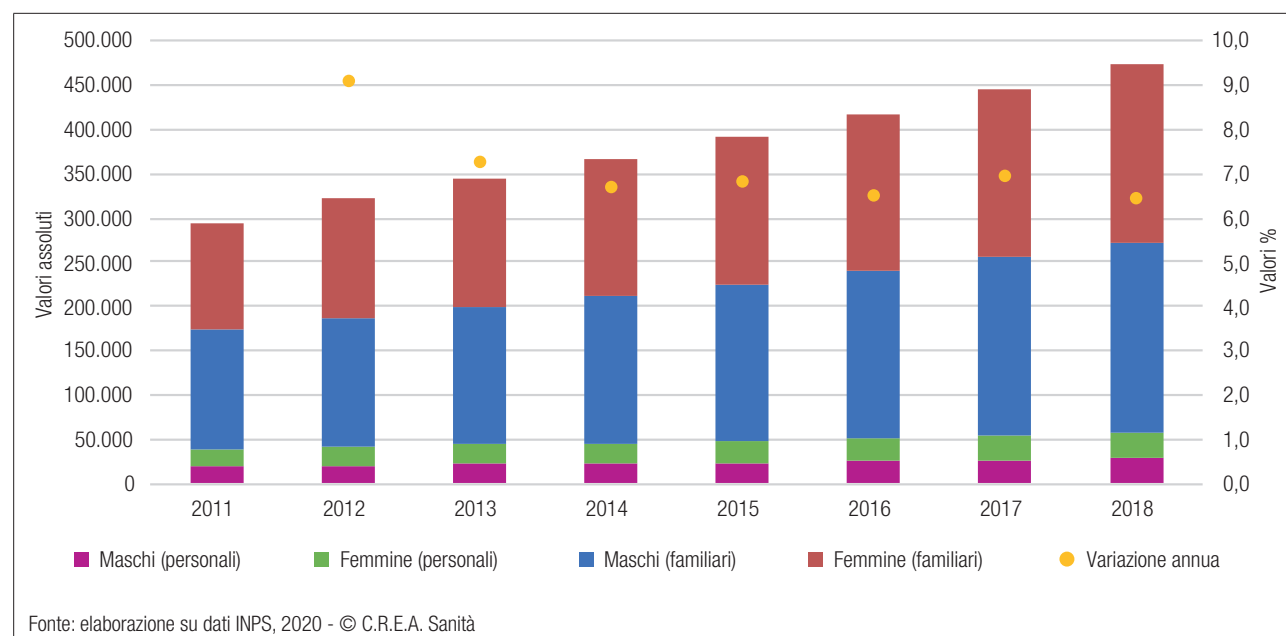
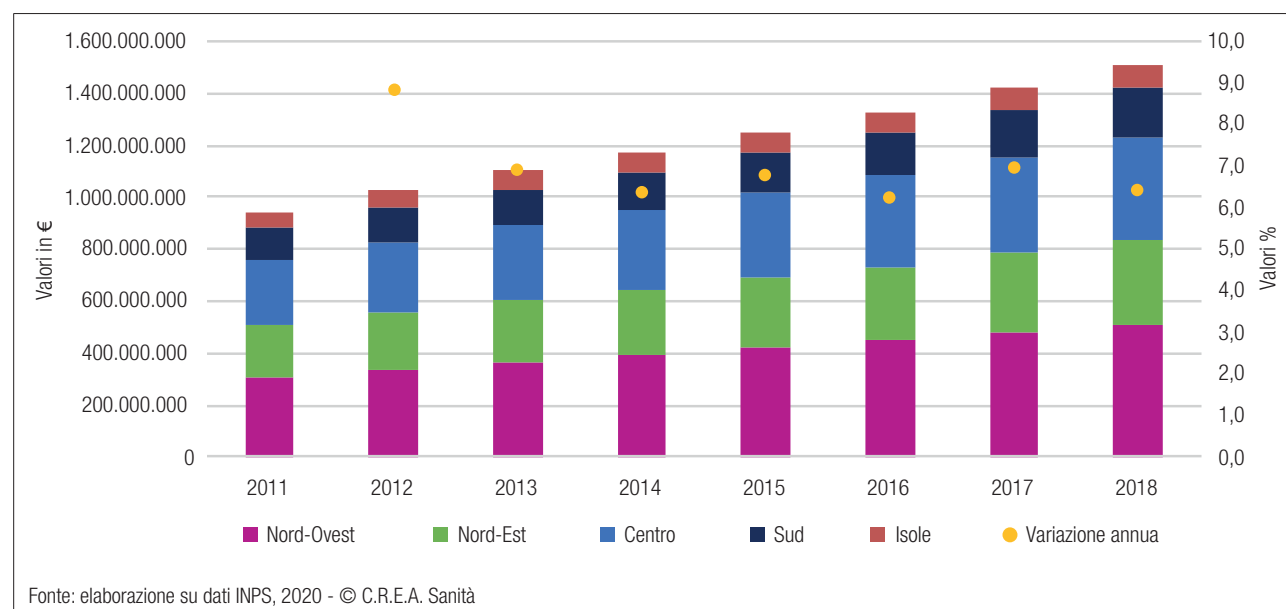


Figura 12.20. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992 per anno e ripartizione: settore privato



Nel settore privato, sempre nel 2018, risultano 473.036 beneficiari di permessi; rispetto al 2011 i beneficiari sono aumentati di oltre 178.000 unità, ovvero del 60,6% e rispetto all'anno precedente l'incremento è stato del 6,3% (+4,6% maschi personali; +3,9% femmine personali; +6,3% maschi familiari e +7,0% femmine familiari).

Di questi beneficiari, circa 416.000 (ovvero l'87,9%) usufruiscono del permesso per un familiare; solo 57.024 beneficiari ne usufruiscono a titolo personale.

Coloro che usufruiscono di un permesso per un familiare appartengono per lo più al genere maschile; i beneficiari a titolo personale, invece, sono lieve-

mente di più donne (Figura 12.19.).

Ipotizzando che ciascun beneficiario usufruisca in media di 3 permessi mensili, nel 2018, si stimano circa 17 milioni di giornate di permesso, in aumento di circa il 60,6% rispetto al 2011 e del 6,3% in confronto al 2017.

Del totale dei permessi così stimati, 2,0 milioni circa sono permessi a titolo personale, mentre la gran parte dei permessi sono usufruiti da un familiare (quasi 15 milioni).

Complessivamente, nel settore privato si stima, per il 2018, un onere annuo per i permessi di circa € 1,5 mld., di cui circa € 180,0 mil. per permessi a titolo personale e oltre € 1,3 mld. usufruiti da familiari.

L'onere si distribuisce per € 510,3 mil. nel Nord-Ovest, € 322,4 mil. nel Nord-Est, € 399,8 mil. nel Centro e € 278,0 mil. nel meridione (Figura 12.20.).

12.5. Conclusioni

Complessivamente per le varie provvidenze in denaro analizzate, si spendono (dati all'anno più recente disponibile) € 24,0 mld., una cifra pari all'1,3% del PIL e al 20,5% della spesa sanitaria pubblica.

La parte maggioritaria, il 60%, è relativa alle indennità di accompagnamento, che senza dubbio attengono alla copertura di bisogni di non autosufficienza.

Seguono, con il 16,5%, le pensioni di invalidità civile e con il 14,3% le pensioni di invalidità IVS, di cui abbiamo considerato i soli beneficiari sotto i 65 anni.

Infine, il restante 9,3%, è relativo agli oneri connessi ai permessi ex L. n. 104/1992, che in buona parte coprono ancora necessità legate alla malattia e alla disabilità.

Dopo il 2011 si assiste ad un chiaro ridimensionamento dei trend, fino a quella data di crescita: sia delle indennità, sia delle pensioni di invalidità; gli oneri per le indennità sono comunque cresciuti in valore nominale di 1,7 mld. dal 2010 (13,0% pari all'1,4% medio annuo); anche la spesa per le pensioni di invalidità civile nell'ultimo anno è cresciuta del 4,2% (e del 4,1% rispetto al 2010), così come gli oneri per la L. n. 104/1992 che sono cresciuti nel

periodo 2011-2018 del 32,5%, ossia del 4,1% medio annuo.

Queste dinamiche sono il frutto sia dell'aumento dell'indennità medie corrisposte (che annualmente vengono adeguate al tasso di inflazione), che dell'aumento del numero medio dei beneficiari: aumento per buona parte determinato dai mutamenti demografici in atto, ossia dall'invecchiamento della popolazione.

Tuttavia, permangono delle differenze regionali nei tassi di incidenza delle diverse provvidenze economiche che non sempre trovano una giustificazione nella sola demografia. Per quanto attiene all'indennità di accompagnamento i profondi scarti tra ripartizioni potrebbero essere il frutto di scarse attività di prevenzione messe in atto soprattutto nelle Regioni meridionali, oppure potrebbero essere causate da diverse applicazioni pratiche dei criteri di accesso. Sul fronte dell'invalidità civile, le differenze potrebbero essere in buona parte spiegate dalla diversa capacità reddituale delle popolazioni. Come anche, per le pensioni di invalidità, dalle diverse composizioni del mercato del lavoro, specie per quanto concerne le differenze di genere.

Come più volte rimarcato (13°, 14° e 15° Rapporto Sanità), il dato più critico rimane quello dei criteri di accesso a tali provvidenze, che non sembrano allo stato attuale gestite all'interno di un disegno coerente e integrato di welfare, capace di considerare anche gli interventi del SSN in favore della non autosufficienza, con evidenti rischi di inefficienza, derivanti da duplicazioni e iniquità.

Riferimenti bibliografici

INPS (anni vari), Osservatorio sulle prestazioni erogate a sostegno della famiglia Legge n. 104/1992, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/famiglia/main.html>

INPS (anni vari), Osservatorio sulle pensioni, complesso delle pensioni vigenti, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html>

INPS (anni vari), Osservatorio sulle pensioni, Presta-

zioni agli Invalidi Civili, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html>

INPS (anni vari), Rendiconti generali, <https://>

www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?sPathID=0%3b46306%3b46322%3b&lastMenu=46322&iMenu=12&p3=4

Legge n. 18/1980

ENGLISH SUMMARY

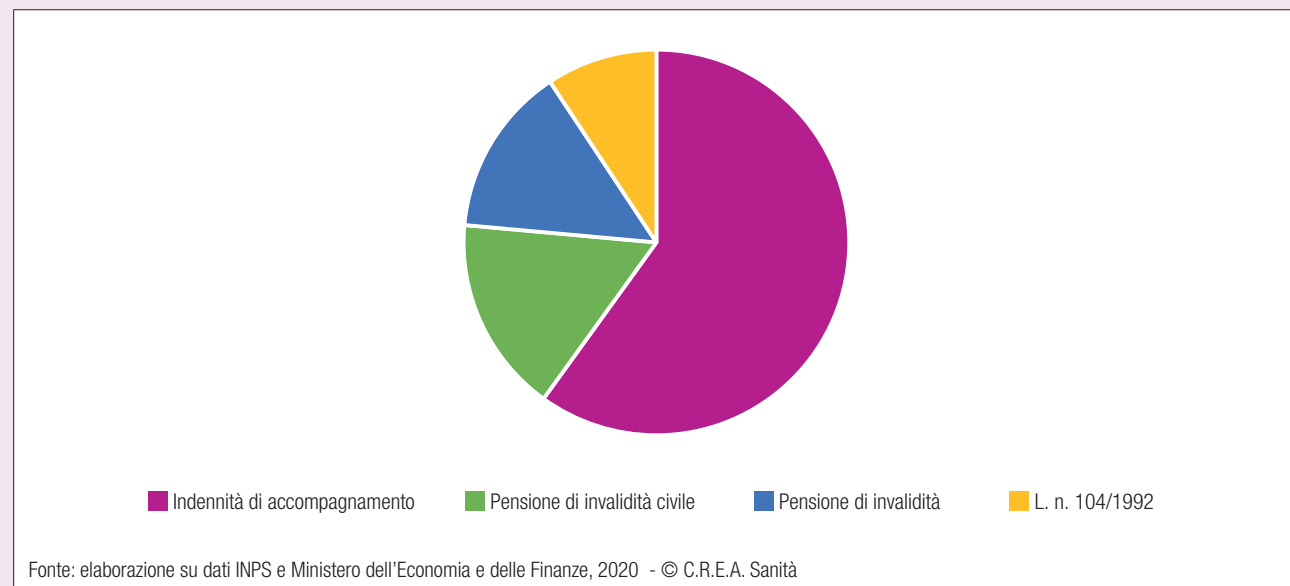
In 2019 the total expenditure on carer's allowances, civil invalidity pensions, disability pensions and paid leave pursuant to Law No. 104/1992 - analysed as allowances and cash benefits connected to situations of long-term non-self-sufficiency - amounted to about € 24.0 billion, broken down as follows: 60% for carer's allowances; 16.5% for civil invalidity pensions; 14.3% for disability pensions and the remaining 9.3% for paid leaves pursuant to Law No. 104/1992.

Although after 2011 there have been downward growth trends, both in allowances and disability pensions, the expenditure for the above stated cash benefits does not yet seem to be under control. In fact, the expenditure on carer's allowances increased by

2.4% last year (i.e. a 1.4% annual average rise between 2010 and 2019); expenditure on civil invalidity pensions increased by 4.2% last year (a 0.4% annual average increase between 2010 and 2019), while the costs associated with Law No. 104/1992 increased by 3.4% last year (i.e. a 4.1% annual average rise over the 2011-2018 period).

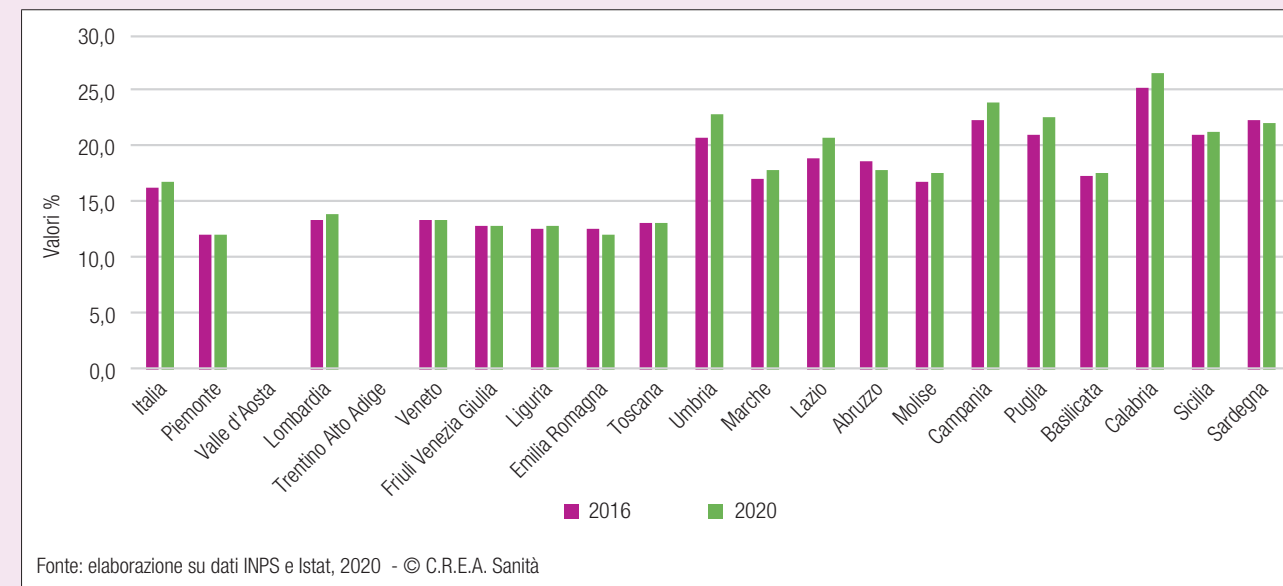
Once again, it should be noted that cash benefits, which are significant and almost exclusive forms of allowances in the framework of the social care and assistance linked to non-self-sufficiency, are managed separately from the health protection system, with different access criteria. This has an impact both on equity and economic levels, thus leading to risks of duplication of coverage.

KI 12.1. Composizione spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza. Anno 2019



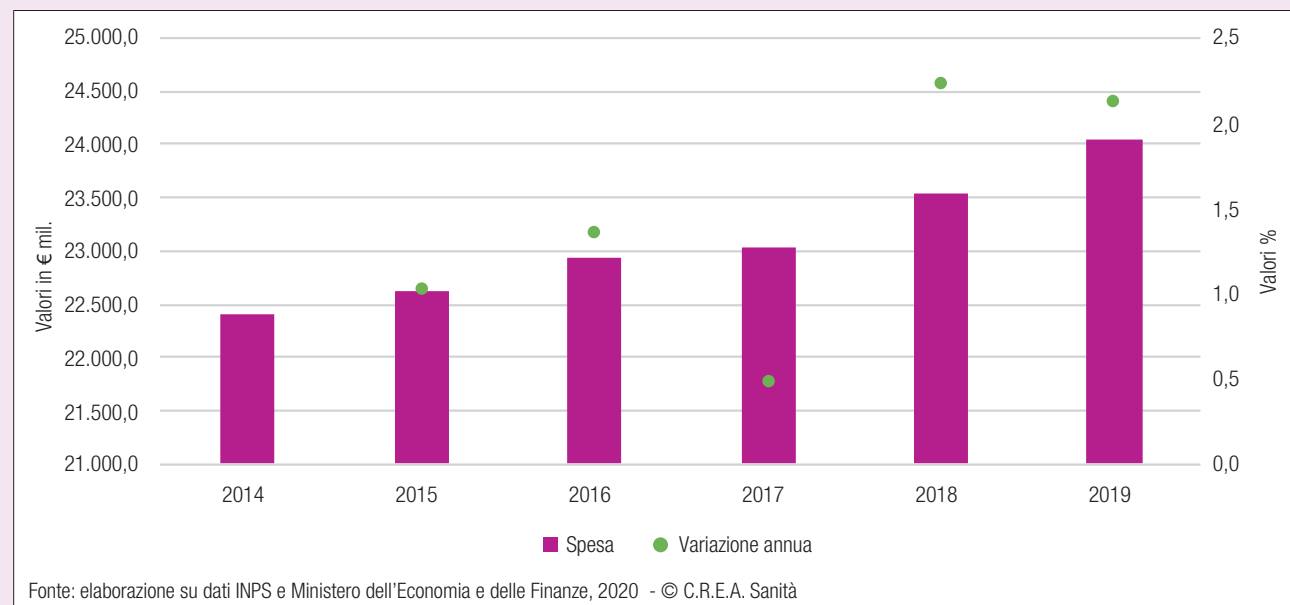
Nel 2019 la spesa totale per le indennità di accompagnamento, per le pensioni di invalidità civile, per le pensioni di invalidità (di cui fanno parte gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984) e per i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 ha superato € 24,0 mld. Il 60,0% della spesa totale è attribuibile alle indennità di accompagnamento, il 16,5% alle pensioni di invalidità civile, il 14,3% alle pensioni di invalidità ed il rimanente 9,3% ai permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992.

KI 12.3. Incidenza delle indennità di accompagnamento sulla popolazione over 65



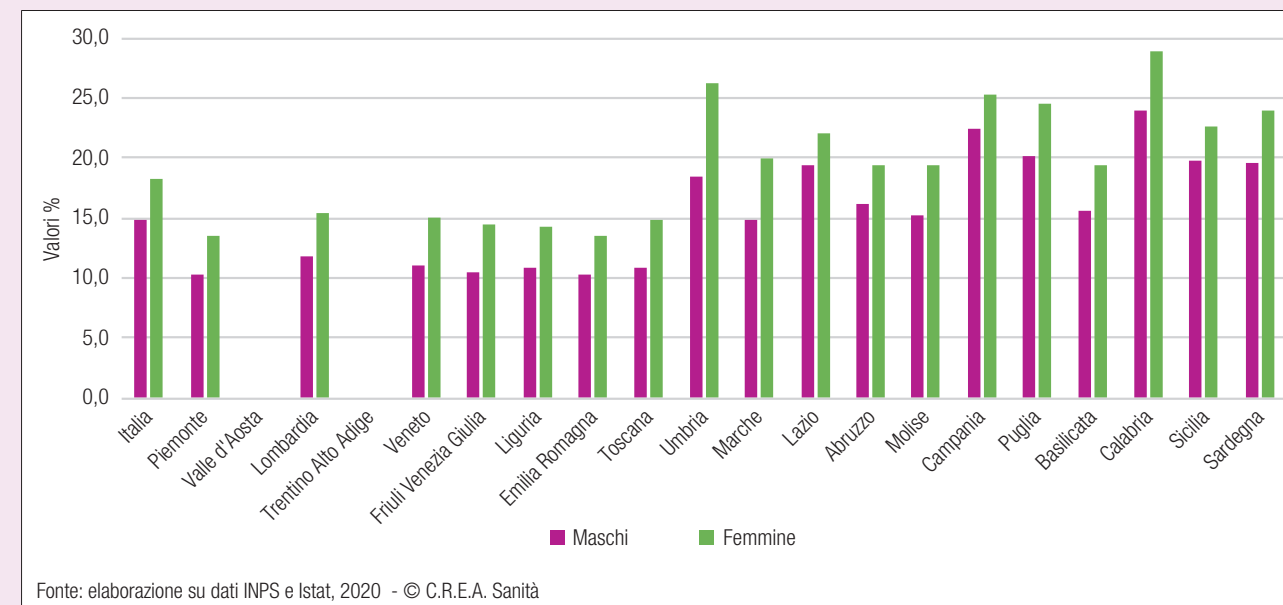
A livello nazionale l'incidenza di beneficiari di indennità di accompagnamento sulla popolazione *over 65* (pari al 16,8%) è rimasta tendenzialmente stabile rispetto al 2016 (+0,6 punti percentuali). A livello regionale si passa dal 26,7% della Calabria (+1,4 punti percentuali nel periodo 2016-2020), seguita dalla Campania con il 24,0% e dall'Umbria con il 22,8% (rispettivamente +1,5 e +2,0 punti percentuali), all'12,1% di Piemonte e Emilia Romagna (rispettivamente +0,1 punti percentuali e -0,6 punti percentuali nel periodo), con una scarsa o nulla correlazione con il fattore demografico. Tra le Regioni settentrionali (che presentano un'incidenza media del 12,5%) il tasso massimo è stato raggiunto (13,9%) dalla Lombardia (+0,7 punti percentuali); tra quelle centrali (con un tasso medio del 18,0%), invece, l'indicatore ha raggiunto il suo valore massimo in Umbria e quello minimo in Toscana (13,1%; +0,1 punti percentuali nel periodo); infine, nelle Regioni meridionali (che presentano un tasso medio del 22,4%) ai due estremi si posizionano la Calabria ed il Molise con il 17,5% (+0,8 punti percentuali). Il tasso medio delle Regioni settentrionali è aumentato di +0,1 punti percentuali rispetto al 2016, quello delle Regioni del Centro di +1,2 punti percentuali, mentre quello della ripartizione meridionale ha riportato un incremento pari a +0,8 punti percentuali.

KI 12.2. Spesa per prestazioni in denaro per la non autosufficienza



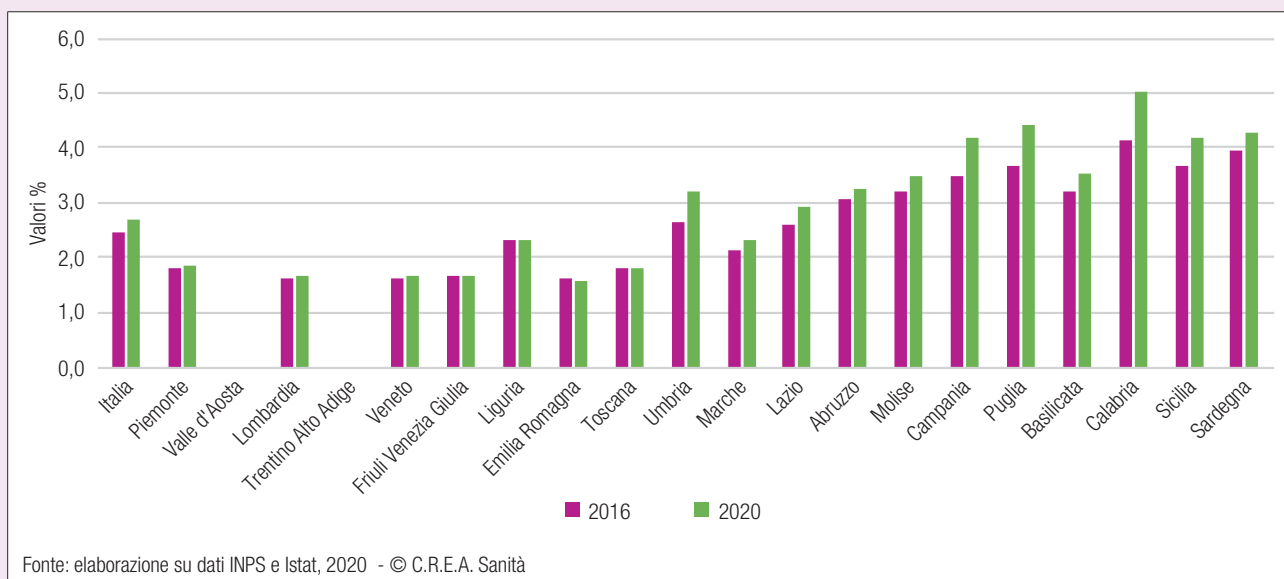
La spesa per le prestazioni in denaro, nel 2019, ha superato € 24,0 mld., con una crescita di circa € 1,6 mld. (ovvero del 7,3%, corrispondente all'1,4% medio annuo) dal 2014; in confronto all'ultimo anno, invece, la crescita è stata del 2,1% (ovvero € 492,5 mil.).

KI 12.4. Beneficiari indennità di accompagnamento per genere: incidenza su popolazione over 65. Anno 2020



Nel 2020, il 18,2% delle ultrasessantacinquenni gode dell'indennità di accompagnamento a fronte del 14,8% del genere maschile. Nelle Regioni meridionali le donne che beneficiano dell'indennità sono il 24,0% della popolazione femminile *over 65*, a fronte del 14,0% del Nord e del 19,6% del Centro. A tal proposito, si consideri che solamente il 31,4% della popolazione femminile *over 65* risiede al Sud contro circa il 48,0% delle Regioni del Nord.

KI 12.5. Incidenza di beneficiari di pensione di invalidità civile sulla popolazione 18-65 anni



L'incidenza di beneficiari di pensioni di invalidità civile sulla popolazione di età compresa tra i 18 e i 65 anni è pari al 2,7% a livello nazionale, in crescita di 0,2 punti percentuali rispetto al 2016.

A livello regionale si passa dal 5,0% della Calabria (+0,9 punti percentuali nel periodo 2016-2020), seguita da Puglia (4,4%) e Sardegna (4,3%) (rispettivamente +0,7 e +0,3 punti percentuali), all'1,6% di Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna (tendenzialmente stabili nel periodo di analisi).

Tra le Regioni settentrionali l'incidenza di beneficiari è massima in Liguria (2,3%) e minima in Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna; tra quelle centrali l'indicatore raggiunge il suo valore più alto in Umbria (3,2%) e quello minore in Toscana (1,8%); nel meridione, invece, si passa dal 3,3% dell'Abruzzo al dato citato della Calabria.

KI 12.7. Incidenza dei beneficiari di pensione di invalidità sulla popolazione 18-65 anni



L'incidenza di beneficiari di pensione di invalidità sulla popolazione 18-65 anni è pari allo 0,9% a livello nazionale, valore tendenzialmente stabile rispetto al 2016. A livello regionale si osserva una forte variabilità dell'incidenza dei beneficiari, sebbene senza un definito gradiente geografico: si passa dal 2,2% dell'Umbria (+0,3 punti percentuali rispetto al 2016) e dal 2,0% della Calabria (+0,1 punti percentuali), al valore minimo di Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Toscana dove il predetto tasso raggiunge lo 0,7% mantenendosi, peraltro, fondamentalmente inalterato rispetto al 2016.

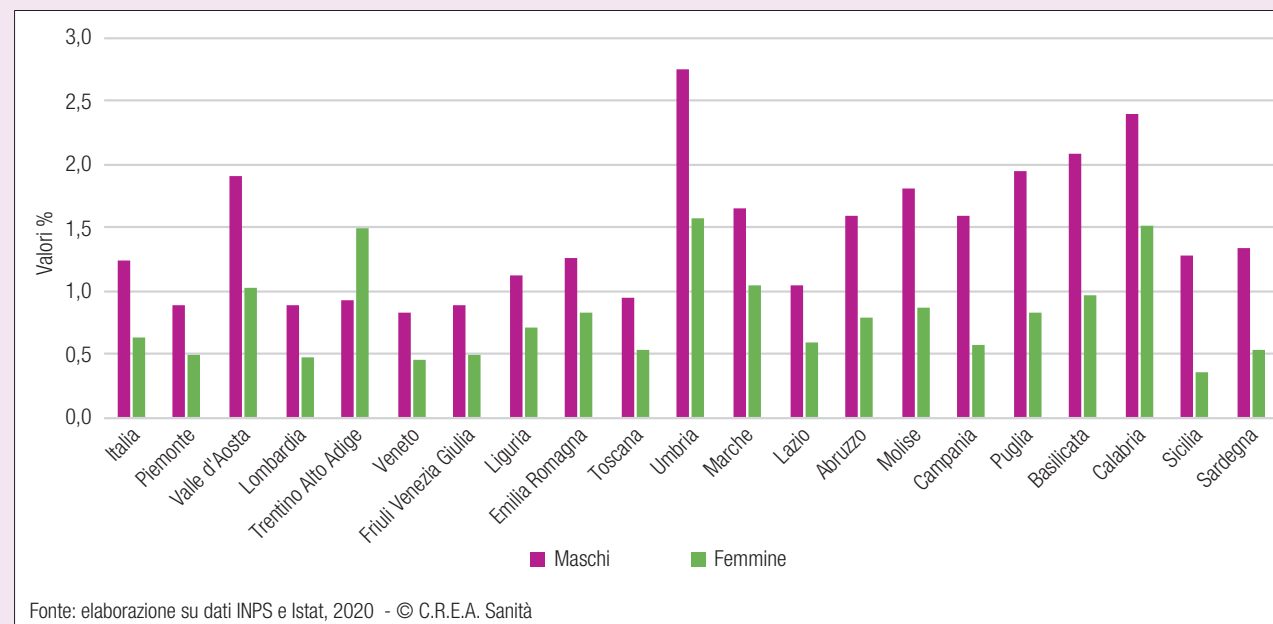
KI 12.6. Beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere: incidenza su popolazione 18-65. Anno 2020



Nel 2020, il 2,9% delle donne di età compresa tra i 18 e i 65 anni riceve la pensione di invalidità civile contro il 2,5% dei coetanei maschi.

Le differenze osservabili nei tassi sono rilevanti: in particolare, per quanto riguarda il genere femminile che, nel 2020, vede il 4,5% delle donne residenti nel Sud beneficiare di una pensione di invalidità civile, contro il 2,7% del Centro e l'1,7% del Nord. Analoga considerazione può essere fatta anche con riferimento al genere maschile: 3,9% al Sud vs 2,3% del Centro e 1,6% del Nord.

KI 12.8. Beneficiari di pensioni di invalidità per genere: incidenza su popolazione 18-65. Anno 2020



Nel 2020, l'1,3% degli uomini di età compresa tra i 18 e i 65 anni riceve la pensione di invalidità contro lo 0,6% delle coetanee femmine.

Le differenze osservabili nei tassi sono rilevanti: in particolare, per quanto riguarda il genere maschile che, nel 2020, vede l'1,7% degli uomini residenti nel Sud beneficiare di una pensione di invalidità, contro l'1,2% del Centro e l'1,0% del Nord. Assai meno marcate sono le differenze riguardanti il genere femminile (Nord 0,6% e 0,7% Centro e Sud).

A stylized graphic featuring a sun with rays above a bar chart with three bars of increasing height. The sun and bar chart are rendered in a light purple color against a darker purple background. The sun's rays are represented by small triangles. The bar chart has three vertical bars of increasing height from left to right.

Capitolo 13

L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

*The healthcare industry:
evolution and prospects*

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 13

L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

d'Angela D.¹, Carrieri C.²

13.1. Produzione e dimensione dell'industria

Il settore industriale legato alla Sanità, in Italia, (come in generale in tutti i Paesi sviluppati), è per dimensioni inferiore solo al settore Alimentare e all'Edilizia: il comparto dei farmaci e dispositivi medici (DM) vale € 44,9 mld. in termini di produzione (2,5% del PIL) (Farmindustria e Confindustria Dispositivi Medici).

Farmaci e DM rappresentano per antonomasia i settori industriali tipici del comparto; non si deve però dimenticare la crescente importanza delle soluzioni di *e-health* e quindi della Sanità nel comparto dell'*Information and Communication Technology* (ICT), le soluzioni di logistica specifica (es. armadi informatizzati per farmaci e DM, robot per immagazzinamento e stoccaggio terapie, etc.) e tante altre presenze in altri settori merceologici.

Soffermando l'analisi ai soli comparti farmaceutico e dei dispositivi medici osserviamo che, a livello mondiale, il mercato farmaceutico, nel 2019 ha proseguito la sua crescita (+12,3% rispetto all'anno precedente), raggiungendo i € 949,5 mld. (EFPIA, 2020).

Permanendo i *trend* di crescita registrati, è stato stimato che nel prossimo quinquennio (2019-2024) il mercato mondiale dei farmaci arriverà a € 1.180 mld., con una crescita annua del +6,9% (*Evaluate-Pharma*).

Crescita che ci si aspetta sia dovuta alle maggiori vendite che registreranno i farmaci orfani, che potrebbero ammontare a € 109 mld in più nel periodo

2019-2024, e la percentuale delle vendite di farmaci oncologici sul totale dei farmaci soggetti a prescrizione: si valuta che entro il 2024, la quota dei farmaci oncologici raggiungerà una percentuale pari a circa il 19,4% del totale, per un valore di € 237 mil..

Nonostante alcuni cambiamenti in atto, circa la metà del mercato mondiale (48,7%) continua a essere rappresentato dal Nord America (USA e Canada); segue l'Europa con il 22,9%; Africa, Asia (ad esclusione del Giappone) e Australia sommano il 17,1%, con il Giappone al 7,2% e l'America latina al 4,1% (EFPIA, 2020).

Secondo i dati IMS *Health*, i principali motori della crescita continueranno ad essere gli Stati Uniti, ma anche cosiddetti i mercati emergenti (Cina, India), con una crescita annua prevista per il 2023 rispettivamente pari al 4-7% e 5-8%.

In Giappone, la spesa per i farmaci è stata pari a \$ 86 mld., nel 2018, ma si prevede diminuirà dal -3-0% fino al 2023, soprattutto a causa dei tassi di cambio e della continua diffusione dei generici.

In Cina ha raggiunto i \$ 137 mld., nel 2018, e si prevede che raggiungerà i 140-170 miliardi di dollari entro il 2023, con un probabile rallentamento della crescita fino al 3-6%.

Infine, in Europa, viene previsto che le misure di contenimento dei costi, e la minore crescita dei nuovi prodotti, contribuiranno a rallentare la crescita dell'1-4% medio annuo, rispetto alla crescita annua pari al 4,7% registrata negli ultimi cinque anni.

Anche il comparto dei DM registra una crescita: +4,3% rispetto all'anno precedente, avendo raggiunto i € 444,4 mld. nel 2018 (*MedTech Europe*, 2020).

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

² C.R.E.A. Sanità

La suddivisione del mercato mondiale è rimasta pressoché invariata fra il 2017 e il 2018: quello statunitense ne rappresenta circa il 43%, quello europeo il 27% (€ 120 mld.), il 17% il resto del mondo, il 7% quello giapponese e, infine, quello cinese il 6%.

Produzione

In termini di produzione, Svizzera, Germania, Italia e Francia (in ordine decrescente) sommano il 51,6% della produzione farmaceutica europea (€ 259,9 mld., in crescita del +3,6% rispetto all'anno precedente). Degno di nota è che Stati Uniti ed Europa non sono più leader nella produzione farmaceutica. India e Cina, infatti, sono i Paesi emergenti del settore farmaceutico: l'India è prima al mondo nella produzione di farmaci generici, con quote di mercato globale del 20%; la Cina è invece la prima produttrice al mondo di principi attivi farmaceutici (API), dove Pechino raggiunge una quota mondiale del 13% (ISPI, Istituto per gli studi di politica internazionale).

Nel 2018, l'Italia, con € 32,2 mld. di produzione farmaceutica, a livello europeo è terza, dietro solo alla Svizzera (€ 45,9 mld.) e Germania (€ 32,9 mld.).

La quota della produzione italiana non è variata

rispetto all'anno precedente, attestandosi al 12,4%.

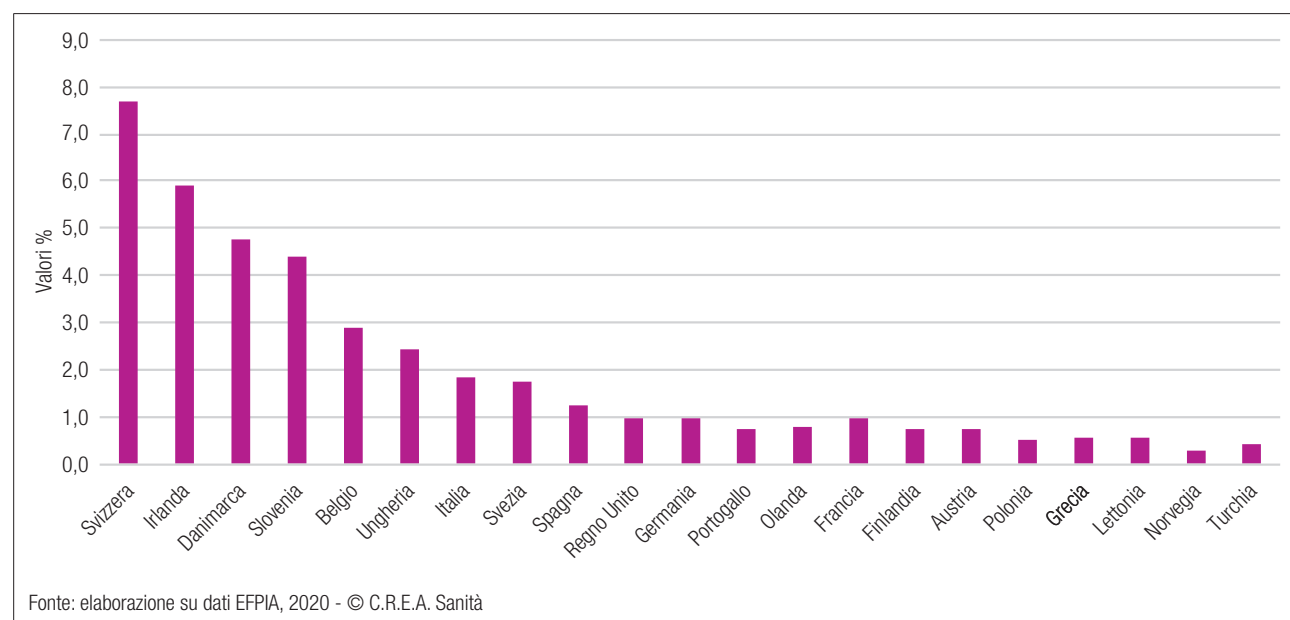
Secondo i dati prodotti da Farmindustria, nel 2019, in Italia è comunque continuato il trend espansivo della produzione farmaceutica: +9,0% nell'ultimo biennio, raggiungendo i € 34,0 mld. (€ 31,2 mld. nel 2017). Tale dinamica espansiva è attribuita esclusivamente all'export, che ne rappresenta l'85% nell'ultimo triennio, ed ha riportato una crescita del +25,6%.

Occupazione e investimenti si sono mantenuti costanti, confermando l'impegno in Italia delle imprese del farmaco.

Germania, Italia, Francia e Svizzera hanno tutte continuato ad aumentare il valore della loro produzione rispetto all'anno precedente, rispettivamente +7,7%, +6,0%, +3,2% e +2,1%.

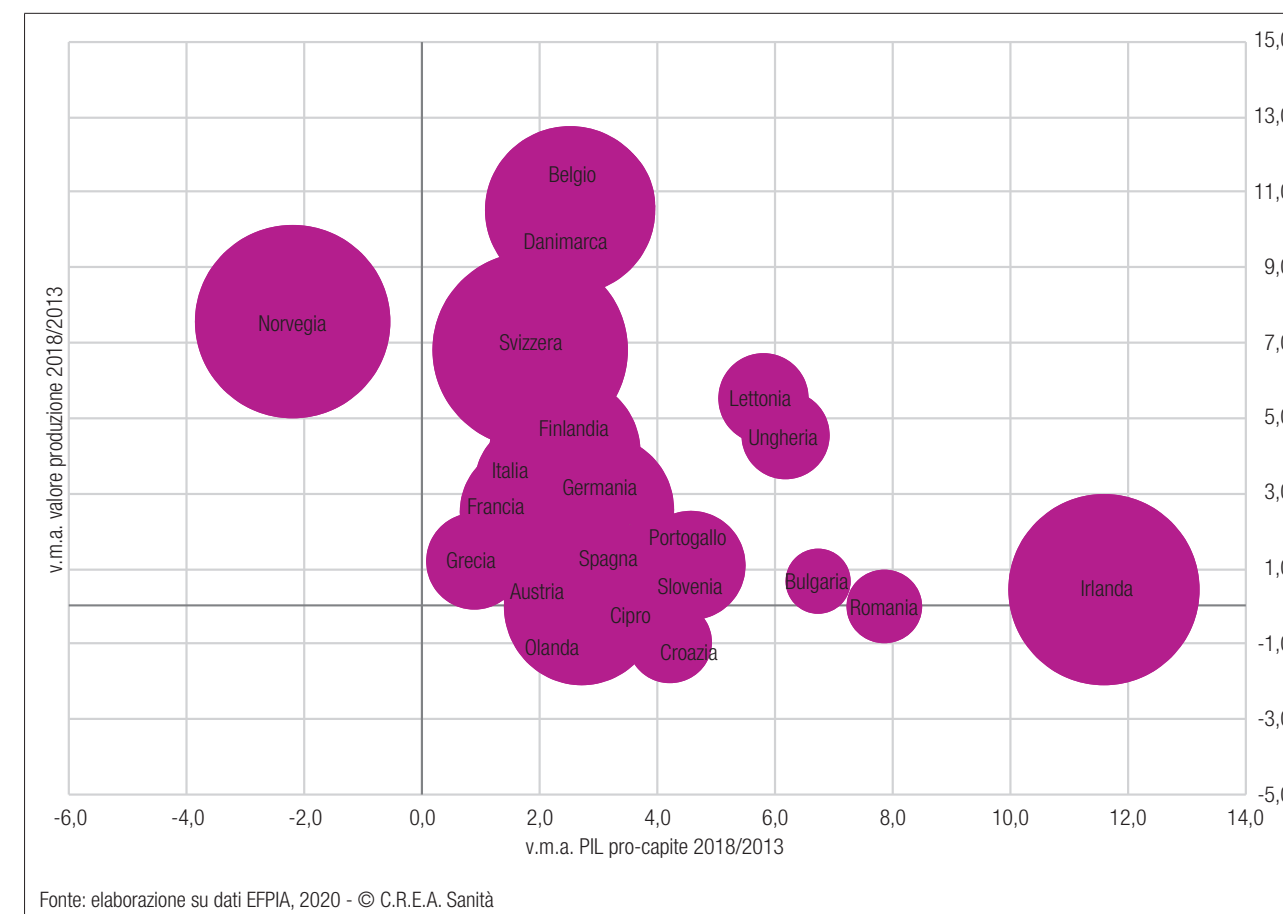
Il valore della produzione farmaceutica rappresenta in Svizzera il 7,7% del PIL, segue l'Irlanda con il 5,9%, la Danimarca e la Slovenia, rispettivamente con il 4,8% ed il 4,4%, il Belgio con il 2,9% e l'Ungheria con il 2,4%; l'Italia si posiziona tra l'Ungheria e la Svezia (1,7%), con una incidenza del valore della produzione farmaceutica sul PIL pari all'1,8%, valore invariato rispetto all'anno precedente (Figura 13.1.).

Figura 13.1. Incidenza della produzione farmaceutica sul PIL. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 13.2. Confronto fra la variazione della produzione farmaceutica e del PIL



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

L'Italia che, a fronte di un aumento del PIL del +2,0% medio annuo, ha registrato un aumento della produzione farmaceutica del +3,2% medio annuo (Figura 13.2.).

Il valore della produzione di DM in Europa, nel 2018, è pari a € 120 mld., ovvero il 27,0% della produzione mondiale, con una crescita del +4,3% rispetto all'anno precedente. Gli Stati Uniti sono il Paese che contribuisce maggiormente al mercato mondiale dei DM, con una quota pari a quasi il 43% del mercato mondiale.

Germania, Francia, Regno Unito e Italia (in ordine decrescente) continuano a rappresentare più del 60% della produzione europea dei DM (27,1%, 14,6%, 11,0% e 10,1% rispettivamente) con un valore pari rispettivamente a € 32,5 mld., € 17,5 mld., € 13,2 mld., e € 12,1 mld..

In particolare, migliora il posizionamento dell'Italia nel settore dei diagnostici in vitro, dove rappresenta il 14,5% (insieme alla Francia) della produzione europea, preceduta solo dalla Germania con il 19,4%.

Rapportando il valore della produzione al PIL, nel 2018, (Figura 13.3.) si osserva che la maggiore incidenza, pari all'1,0%, si riscontra in Germania, segue l'Austria con lo 0,7%; in Belgio, Svizzera, Francia e Italia la produzione dei DM incide per lo 0,7% sul PIL: si registra un calo per la Svizzera del -1,9% rispetto all'anno precedente ed una crescita di quota per il nostro Paese del +3,2%.

Anche nel settore dei DM, in Italia, nel periodo 2013-2018, si è registrato un incremento medio annuo del valore della produzione maggiore rispetto a quello del PIL (rispettivamente +3,9% e 2,0%) (Figura 13.4.).

Figura 13.3. Incidenza della produzione dei DM sul PIL. Anno 2018

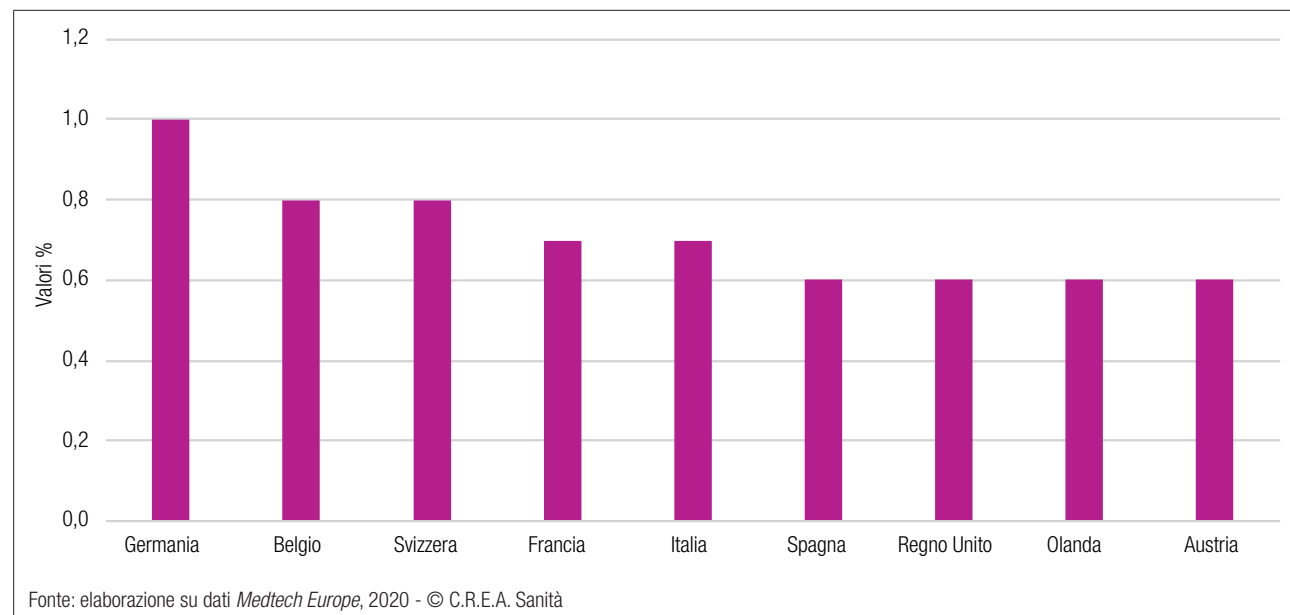
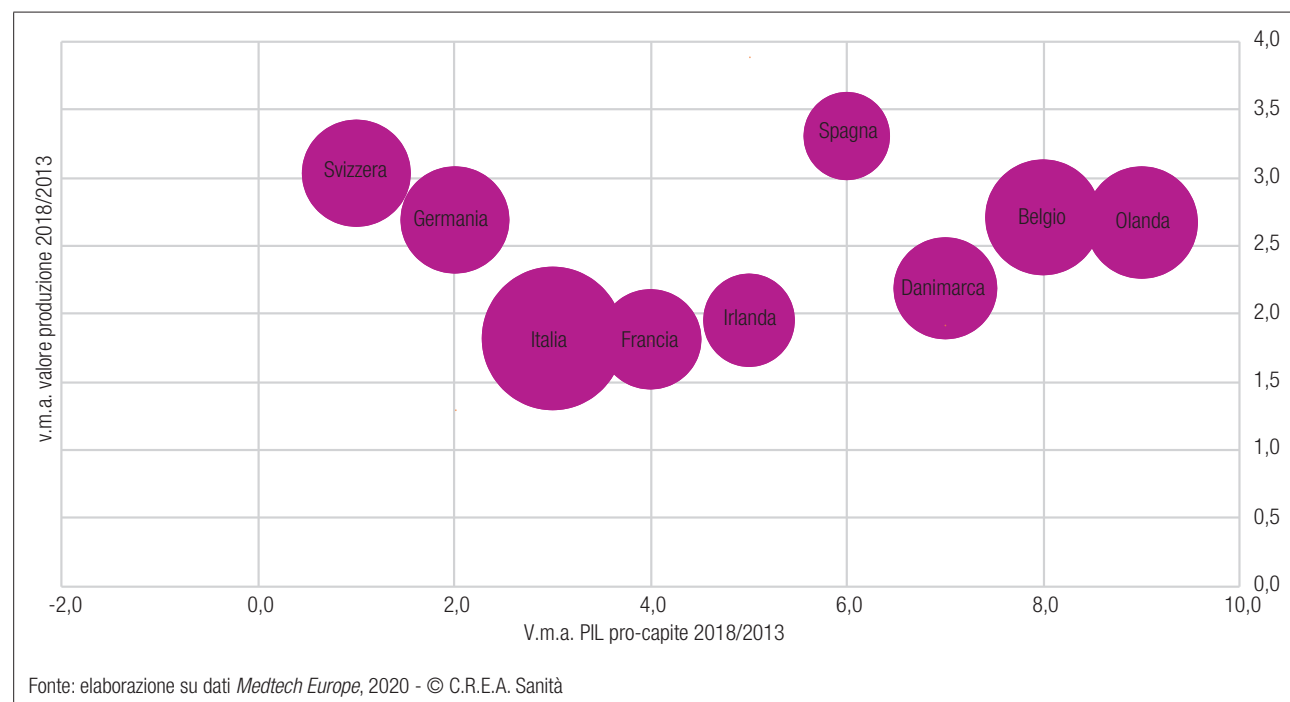


Figura 13.4. Confronto della variazione della produzione di DM e del PIL



Le dinamiche di import ed export

Nel 2018, secondo quanto riportato da EFPIA 2020, la Svizzera si conferma il Paese europeo con il saldo di bilancia commerciale più elevato (+ € 47,0 mld.), seguita dall'Irlanda con + € 34,2 mld. e dalla

Germania con + € 33,2 mld.; tutti hanno registrato una crescita del saldo, rispettivamente del 18,5%, 32,1% e 21,0% rispetto all'anno precedente.

La Germania rimane il Paese con il valore assoluto più elevato di esportazione ed importazione

nel settore farmaceutico (€ 82,6 mld. e € 49,4 mld. rispettivamente), registrando una crescita rispetto all'anno precedente rispettivamente del 10,0% e del 3,6%; segue la Svizzera per le esportazioni (€ 77,7 mld.) e il Belgio per le importazioni (€ 36,2 mld.) (Figura 13.5.).

Nel biennio 2017-2018 l'Irlanda registra il saldo commerciale positivo più alto per i medicinali (+ € 8,3 mld.), seguita dalla Svizzera (+ € 7,3 mld.) e dalla Germania (+ € 5,8 mld.).

Secondo i dati Farmindustria, nel 2019, in Italia si è registrato un saldo positivo della bilancia commerciale, pari a + € 3,6 mld., che rimane positivo, ed in crescita, qualora ci si limitasse a conteggiare medicinali (+ € 6,6 mld.) e vaccini (+ € 0,5 mld.), escludendo le materie prime e gli altri prodotti (- € 3,4 mld.); si segnala un aumento delle esportazioni di vaccini tra il 2018 ed il 2019 (da € 0,8 mld. a € 1,0 mld) ed una lieve riduzione delle importazioni (da € 0,523 mld. a € 0,508 mld.).

Nel periodo 2019-2009 l'Italia ha più che raddoppiato il valore dell'export (+168,0% cumulato; il trend

più dinamico tra i Paesi europei, che hanno registrato un aumento in media del +83,0%).

Nell'ultimo anno (2019), il valore delle esportazioni ha continuato a crescere (+25,6%) raggiungendo il valore di € 32,6 mld.; anche le importazioni totali sono cresciute del +9,1% raggiungendo € 29,0 mld..

Nel settore dei DM, Germania e Olanda si confermano i Paesi europei con il maggior valore di esportazioni ed importazioni (Figura 13.6.): nello specifico, secondo i dati riportati da MedTech Europe, la Germania nel 2018 ha esportato per un valore pari a € 26,6 mld., e l'Olanda per circa € 20,7 mld.; nello stesso anno le loro importazioni sono state pari rispettivamente a € 17,2 mld. e € 15,4 mld..

Irlanda e Germania risultano essere i Paesi con il migliore saldo della bilancia commerciale (rispettivamente + € 9,5 mld. e + € 9,4 mld.), seguite dalla Svizzera con +€ 5,8 mld..

Il peggiore saldo commerciale è quello di Spagna, Francia e Italia (rispettivamente - € 2,7 mld., - € 2,3 mld. e € 1,9 mld.).

Figura 13.5. Bilancia commerciale medicinali e variazione

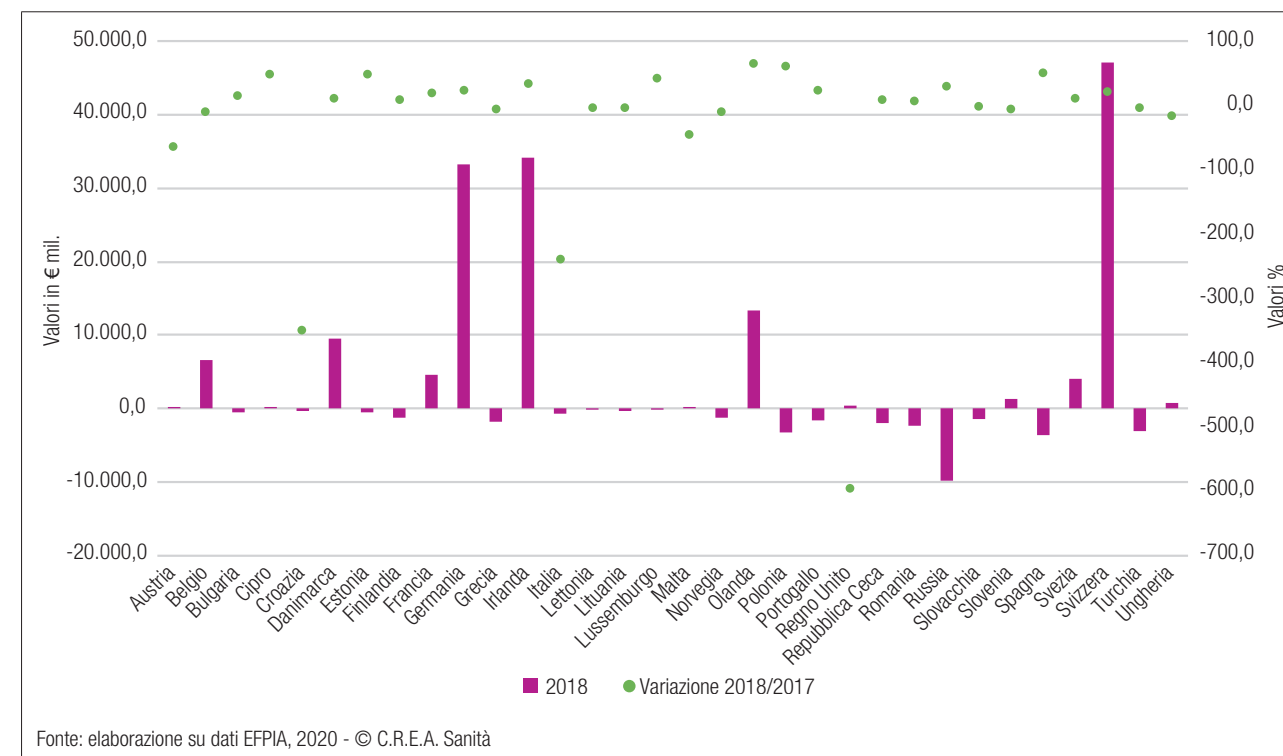
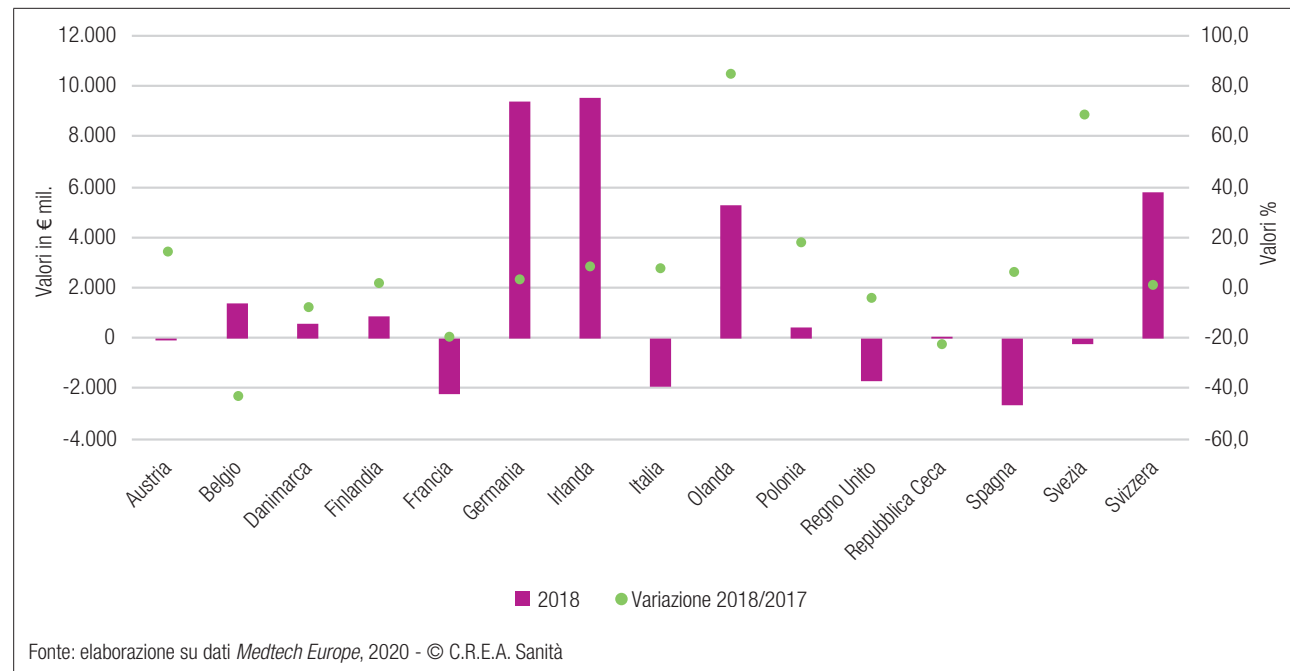


Figura 13.6. Bilancia commerciale DM e variazione



Fonte: elaborazione su dati Medtech Europe, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

In particolare, nel biennio 2018-2017 si è ridotto il valore dell'export dei DM di Belgio (- € 1,6 mld.), Danimarca (- € 0,03 mld.) e Svezia (- € 0,03), mentre è aumentato soprattutto quello di Olanda (+ € 4,0 mld.), Germania (+ € 0,8 mld.) e Irlanda (+ € 0,8 mld.).

Anche l'Italia ha incrementato l'export dei DM (+ € 0,08 mld.). Analogamente aumenta l'import, in particolar modo in Olanda (+ € 1,6 mld.), in Germania (+ € 0,5 mld.) e Polonia (+ € 0,4 mld.).

Aziende e occupati

Il numero di occupati nelle aziende farmaceutiche in Europa è aumentato dal 2013; secondo il dato EFPIA 2020, nel 2018 ha raggiunto le 793.111 unità. La Germania risulta essere il Paese con il numero di occupati più alto nel settore farmaceutico (119.535 occupati) ed in aumento rispetto al 2013, ad un tasso pari al +8,6% annuo, seguita da Francia (98.528 occupati) e Italia (66.500 occupati) (Figura 13.7.).

Anche in Italia il numero di occupati ha continuato a crescere rispetto al 2013, in particolare del +6,7%. Rispetto al 2018, invece, l'occupazione risulta stabile e pari all'1,5% dell'occupazione totale dell'industria in senso stretto (escluse le costruzioni) e allo 0,3%

dell'occupazione del Paese (Figura 13.8.).

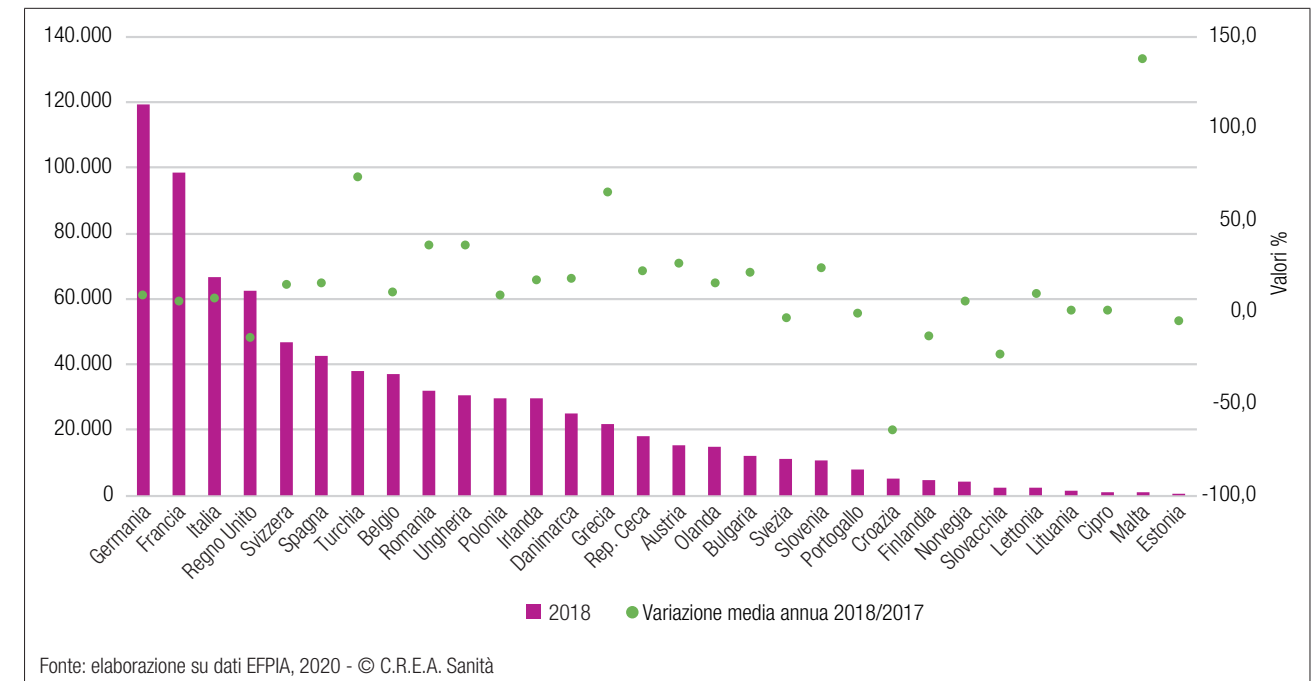
Rapportando il dato alla popolazione, la Spagna risulta essere il Paese con la maggiore incidenza di occupati del settore, contandone 10,9 ogni 10.000 abitanti; seguita dall'Italia che ne conta 9,2, dalla Germania con 7,0 e dalla Francia con 6,8.

Nel settore dei DM, nel 2018 (ultimo reperito), in Europa si contano più di 730.000 occupati. La Germania è il Paese con il più alto numero di occupati (227.700 unità), seguita da Regno Unito (97.600 unità), Francia (89.130 unità) e Italia (76.400 unità). I posti di lavoro creati dall'industria dei DM rappresentano circa lo 0,3% dell'occupazione totale in Europa e sono altamente produttivi: secondo Medtech Europe, infatti, si stima che il valore aggiunto per dipendente raggiunga € 160.000 per dipendente.

La Svizzera rappresenta il Paese con la maggior presenza di aziende per abitante (174 per 1.000.000 abitanti), seguita da Germania (135), Inghilterra (44), Spagna (24) e Francia (18).

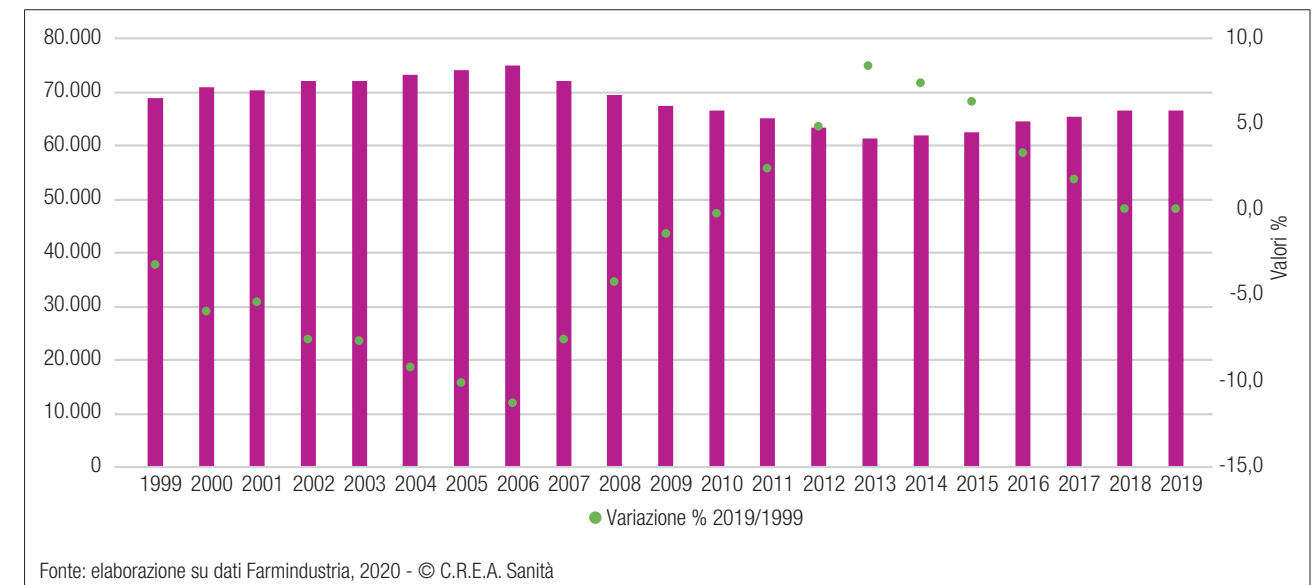
Per quanto riguarda l'incidenza degli occupati sulla popolazione, l'Irlanda primeggia in Europa, con 83 occupati ogni 10.000 abitanti, seguita da Svizzera e Danimarca (rispettivamente 69 e 29); l'Italia è nona, con 13 occupati ogni 10.000 abitanti.

Figura 13.7. Numero occupati industria farmaceutica in Europa



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 13.8. Numero occupati industria farmaceutica in Italia



Fonte: elaborazione su dati Farindustria, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

13.2. L'industria medica nell'emergenza COVID-19

Durante l'emergenza COVID-19 l'industria medica è ovviamente stata impegnata in prima linea, soprattutto quella farmaceutica, dando risposte concrete alle esigenze dei pazienti e dei lavoratori.

Nel settore farmaceutico, secondo quanto riportato da Farindustria, le imprese hanno aumentato la produzione; una tendenza che ha consentito di mantenere i livelli occupazionali e ridurre al minimo possibile le ore lavorate. Tutto questo grazie all'adozione da subito di importanti misure di prevenzione dei rischi, con Task Force su organizzazione del la-

voro, produzione, ricerca clinica, distribuzione, informazione scientifica.

In particolare, in Italia, sono stati effettuati 35 studi clinici per farmaci e vaccini contro il COVID-19; nel trimestre del *lockdown* c'è stata una continuità nell'attività di produzione e distribuzione, con un valore della produzione di circa € 17,0 mld., generato da imprese e fornitori, aumentato di € 500 mil. rispetto al 2019; l'occupazione è rimasta stabile, con il minor numero di ore lavorate e un ricorso alla Cassa Integrazione per meno del 3% dei lavoratori.

L'impegno delle imprese del farmaco in Italia nella lotta al COVID-19 (dati al 1° luglio 2020) ha riguardato:

- 64 imprese impegnate in iniziative di sostegno ai pazienti, ai medici e tutto il personale della filiera della salute
- 15 Aziende impegnate in attività di R&S e studi clinici in Italia per il trattamento della polmonite da COVID-19
- € 41 mil. di farmaci donati (esclusi quelli forniti gratuitamente per studi clinici o uso compassionevole), beni e servizi, quali respiratori, dispositivi di protezione individuale, gel disinfettante, screening, telemedicina per l'assistenza in remoto dei pazienti cronici.

Per il settore dei DM, sono state effettuate due survey da Confindustria DM, nel periodo Aprile-Maggio 2020, finalizzate a rilevare l'impatto che ha avuto l'emergenza sanitaria sulla loro attività. Sebbene il campione dei rispondenti copra solo il 25% circa delle Aziende del settore, è stato ritenuto rappresentativo. In particolare è emerso che, escludendo poche aziende presenti in aree terapeutiche che sono cresciute in quanto strettamente connesse al trattamento diretto o indiretto del COVID-19, la gran parte delle imprese ha risentito, e tutt'ora risente, del sostanziale blocco delle attività sanitarie; in termini di fatturato, durante il *lockdown* si è riscontrata una riduzione che va da quasi il 50% per le microimprese al 5,5% per le grandi, pur avendo dichiarato quasi tutti un atteggiamento ottimistico di recupero del fatturato entro la fine dell'anno. In termini di occupazione hanno fatto ricorso alla cassa integrazione soprattutto le medie e piccole imprese, optando per

una soluzione di riduzione di orario lavorativo e non di sospensione totale, rimanendo in attesa di una ripresa del mercato.

13.3. Conclusioni

Il settore industriale legato alla Sanità, in Italia, (come in generale in tutti i Paesi sviluppati), è certamente strategico.

In termini di contributo al PIL è inferiore solo al settore Alimentare e all'Edilizia.

In Italia, nell'ultimo quinquennio, la crescita della produzione farmaceutica è superiore di oltre 4 volte al tasso di crescita del PIL, e quella dei DM di oltre 3 volte.

La quota di produzione italiana nel settore dei farmaci rappresenta il 12,4% di quella europea e in quella dei DM il 10,1%: pur essendo un *player* importante a livello mondiale, il saldo della bilancia commerciale italiana rimane negativo in entrambi i settori: rispettivamente di - € 0,2 mld. e - € 1,9 mld.. La quota di produzione, al netto ovviamente dell'indotto, non è elevatissima, lasciando spazio all'introduzione di scenari finalizzati ad aumentare la vocazione nazionale nel settore.

Rimane, comunque, significativo l'aumento del valore di produzione farmaceutica che, nel 2019 (dati Farindustria), ha raggiunto il valore di € 34,0 mld.. Crescita che continua ad essere dovuta soprattutto all'*export* che ha raggiunto il suo valore massimo, pari a € 32,6 mld. (+25,6% rispetto al 2018).

L'emergenza sanitaria ha visto questi due comparti giocare in prima linea, sia per la fornitura di beni, che per la parte di ricerca e sviluppo: il settore farmaceutico, ad esempio, ad Aprile 2020 aveva incrementato il valore della produzione di quasi il 3% rispetto allo scorso anno. Quello dei dispositivi medici sembra, invece, più in sofferenza, a meno delle aziende direttamente coinvolte con i device associati al COVID: ne hanno, ovviamente, risentito molto le microimprese, che si sono avvalsi del ricorso alla cassa integrazione. Dall'indagine emerge però un atteggiamento di ottimismo.

Il quadro tracciato conferma che il comparto è certamente di importanza strategica, e la pandemia lo ha ancor di più evidenziato, ad esempio con le gravi carenze di dispositivi di protezione individuale nella prima fase dell'emergenza.

Pur in crescita, il settore rimane orfano di un piano organico di sviluppo, che resta evidente il ruolo che il settore può e deve avere nel rilancio nazionale, e capace di coordinare le politiche assistenziali e quelle industriali.

Riferimenti bibliografici

Confindustria Dispositivi Medici, <https://www.confindustria.it/emergenza-coronavirus/>

Conti Economici (anni vari), Ministero della Salute
EvaluatePharma Word Preview 2019, Outlook to 2024
Farindustria (2020), *Indicatori farmaceutici regionali*
Istat (anni vari), banche dati *on line*, www.istat.it.
ISPI (Istituto degli studi di politica internazionale)
MedTechEurope report (anni vari)
OECD (2016), *Health data statistics*
Patto della Salute 2014-2016
Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, Corte dei Conti (2019)
Rapporto EFPIA (anni vari), *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*

ENGLISH SUMMARY

The health-related industrial sector is strategic in all developed countries, including Italy.

The sector's contribution to (Gross Domestic Product) GDP is second only to that of the Food and Construction sector: in 2018, Italy's drugs and medical device sector was worth, in 2018, € 4.3 billion in terms of production (accounting for 2.5% of GDP).

At a global level, the drugs and medical device market has continued to grow (up by 12.3% and 4.3% compared to the previous year, respectively), reaching 949.5 billion and € 444.4 billion, respectively.

The United States and Europe are no longer leaders in drugs production and have given way to India and China. India is the world's leading manufacturer of generic drugs, with a 20% global market share, while China is the world's leading producer of active pharmaceutical ingredients (APIs).

With a pharmaceutical production of around € 34 billion, Italy ranks third in Europe, behind Switzerland and Germany, with an export-driven growth trend.

In the manufacturing of medical devices, which is worth € 12.1 billion, Italy ranks fourth in Europe, after Germany, France and the United Kingdom, with a growth trend higher than the national average GDP one.

In 2019, a positive pharmaceuticals trade balance was recorded, equal to € 3.6 billion, resulting from drugs (+€ 6.6 billion) and vaccines (+€ 0.5 billion), while it was negative for raw materials and other products (- € 3.4 billion). There was an increase in exports of vaccines between 2018 and 2019 (from 0.8 billion to € 1 billion) and a slight reduction in imports (from 0.523 billion to € 0.508 billion).

In the 2009-2019 period, Italy more than doubled

the value of drugs exports (a 168% cumulative increase, the most dynamic trend among European countries, which recorded a 83% average increase).

In the medical device sector, instead, with a production value of € 11.4 billion in 2019, there was a negative trade balance, but with an increase in exports, albeit lower than in the pharmaceutical sector.

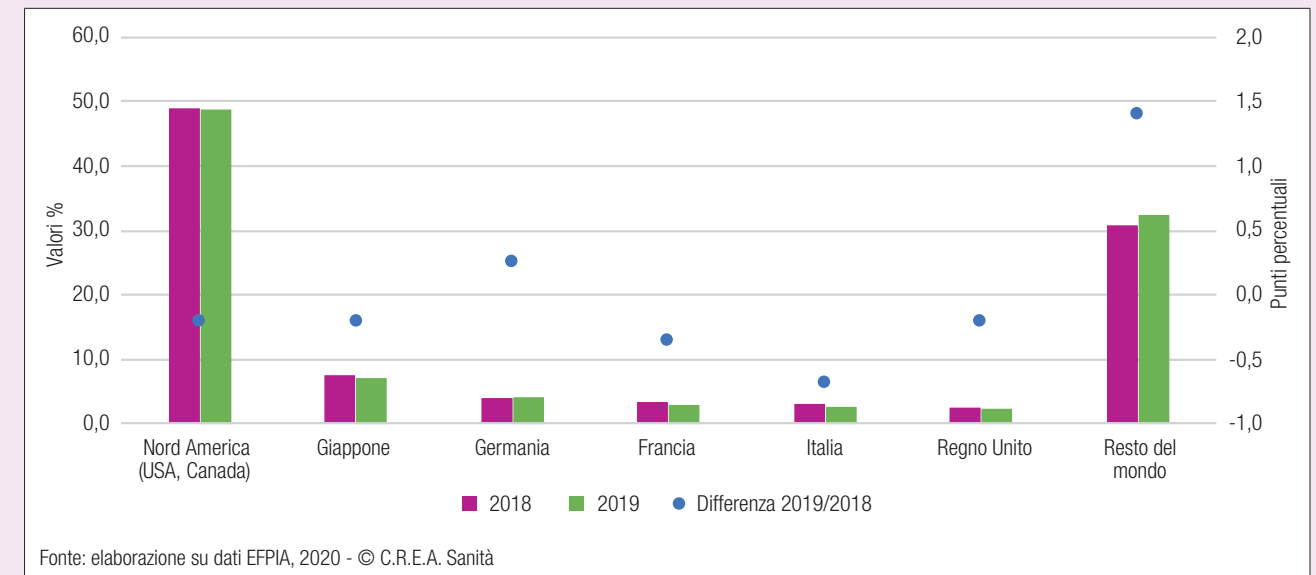
In Italy, the drugs and medical device sectors employ, respectively, 66,500 (9.2 for every 10,000 inhabitants) and 76,400 people (10.6 for every 10,000 inhabitants), recording a trend of continuous growth.

The COVID-19 health emergency has seen the drugs and medical device sectors in the forefront, both for the supply of goods and for research and development. For example, in April 2020, the drugs sector increased its production by almost 3% in value compared to last year. The medical device sector, instead, seems to be suffering more, with the exception of the companies directly involved in the production and/or marketing of the devices specifically associated with COVID-19 needs. Microenterprises, which have had to resort to welfare allowances, have obviously been particularly affected.

This picture confirms that the sector is certainly of strategic importance, and the pandemic has highlighted this even more, for example with the severe lack of personal protective equipment (PPE) in the first phase of the health emergency.

Although the sector is growing, it is still without a systematic and well-structured plan for development and coordination between welfare and industrial policies, which should be strategic for national economic development, considering Italy's particular production characteristics.

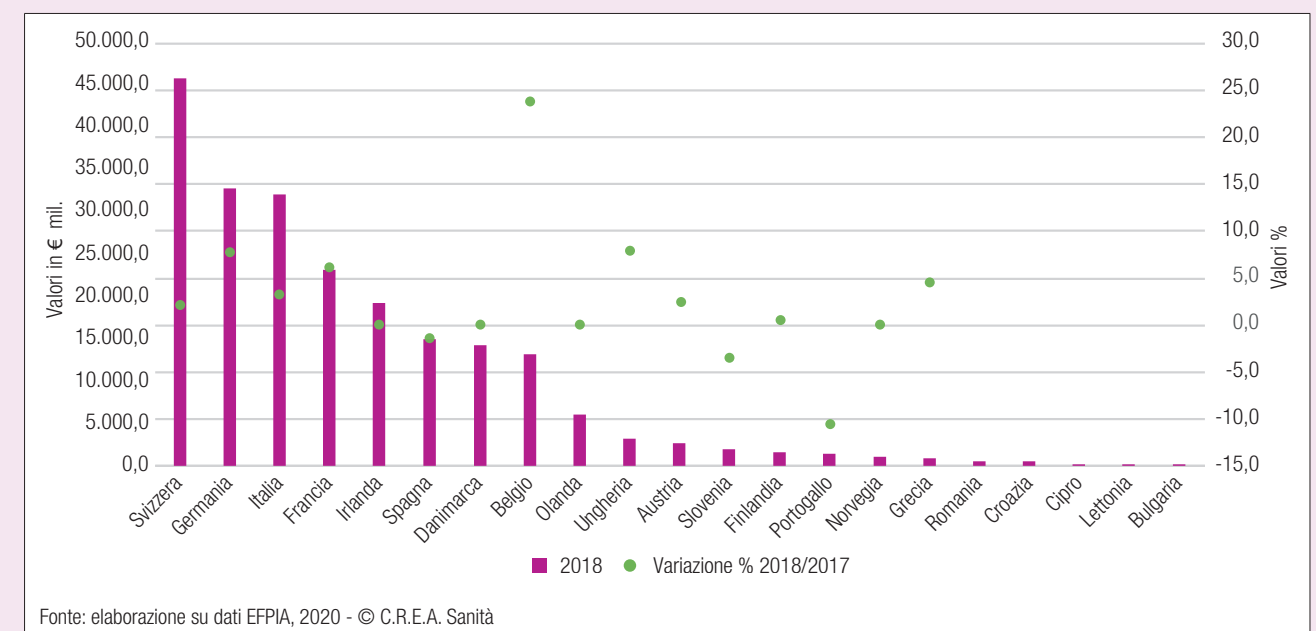
KI 13.1. Composizione del mercato mondiale farmaceutico



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2019, il mercato mondiale del settore farmaceutico vale circa € 949,5 mld.: quello del Nord America (USA e Canada) ne rappresenta il 48,7%, quello europeo il 22,9%, quello africano, asiatico (ad esclusione del Giappone) e australiano il 17,1%; segue quello giapponese con il 7,2% e quello latino americano con il 4,1%. Tra il 2018 ed il 2019 si è registrato un aumento del contributo al mercato mondiale farmaceutico della Germania e del Resto del Mondo. La riduzione della quota del mercato farmaceutico reativo all'Italia è di -0,7 punti percentuali.

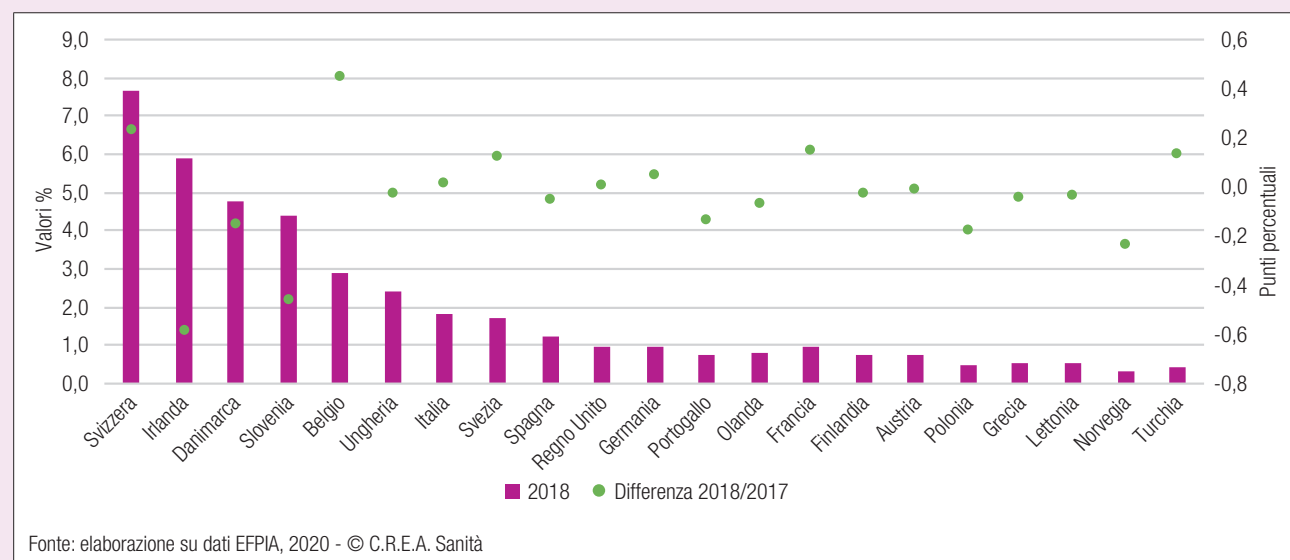
KI 13.2. Valore della produzione dell'industria farmaceutica in Europa



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Il valore della produzione farmaceutica europea, nel 2018, è pari a € 259,9 mld.. La Svizzera risulta essere il Paese con la maggiore produzione (€ 45,9 mld.), seguita da Germania (€ 32,9 mld.) e Italia (€ 32,2 mld.). L'Italia, nell'ultimo anno disponibile, registra un incremento del valore della produzione pari al +3.2%. Tutti i Paesi europei registrano un aumento della produzione nell'ultimo anno disponibile, ad eccezione di Portogallo e Spagna dove si osserva un decremento; i Paesi che hanno registrato un incremento maggiore sono Belgio, Ungheria e Germania, rispettivamente del +23,6%, +7,9% e +7,7%.

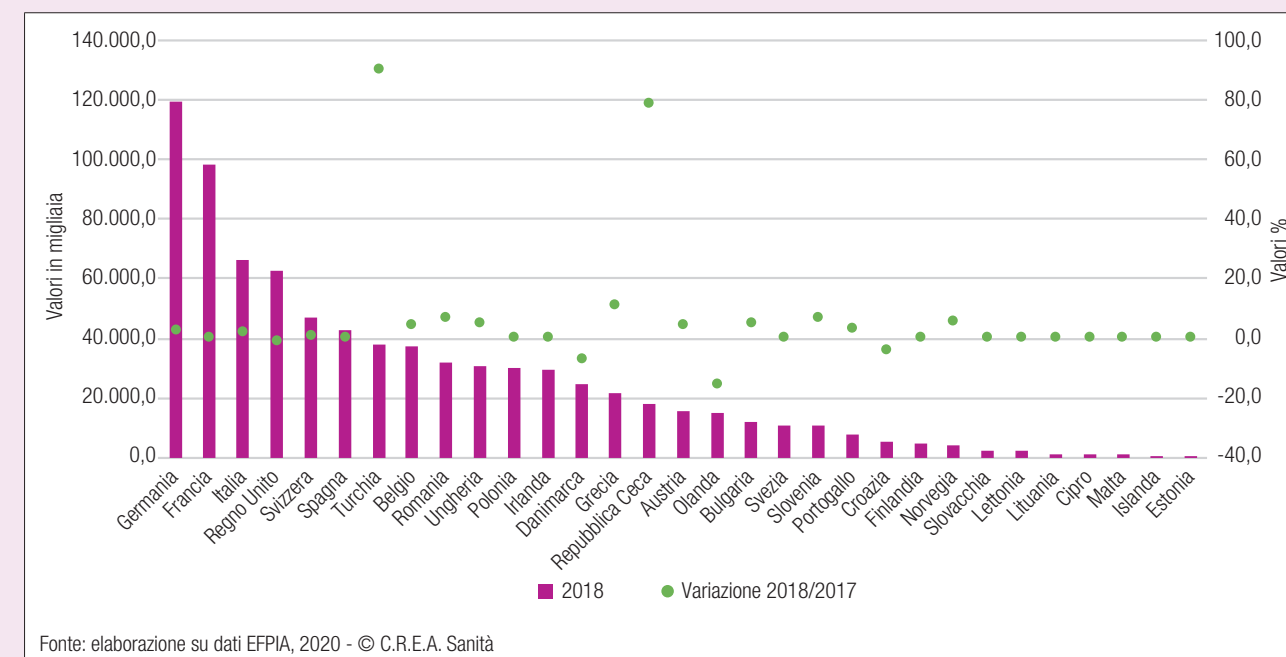
KI 13.3. Incidenza della produzione farmaceutica su PIL. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Il valore della produzione farmaceutica rappresenta in Svizzera il 7,7% del Prodotto Interno Lordo (PIL); segue l'Irlanda con il 5,9%, la Danimarca e la Slovenia, rispettivamente con il 4,8% ed il 4,4%, il Belgio con il 2,9% e l'Ungheria con il 2,4%; l'Italia ha una incidenza dell'1,8%, posizionandosi al VII posto in EU. Il Belgio è la Nazione che registra l'incremento del valore della produzione farmaceutica sul PIL più alto tra il 2018 e il 2017 (+0,4 punti percentuali), seguita da Svizzera (+0,2 punti percentuali) e Francia (+0,1 punti percentuali); in Irlanda, invece, si registra la riduzione del valore della produzione farmaceutica sul PIL più alta (-0,6 punti percentuali), seguita da Slovenia (-0,5 punti percentuali) e Norvegia (-0,2 punti percentuali). In Italia l'incidenza della produzione farmaceutica sul PIL rimane invariata.

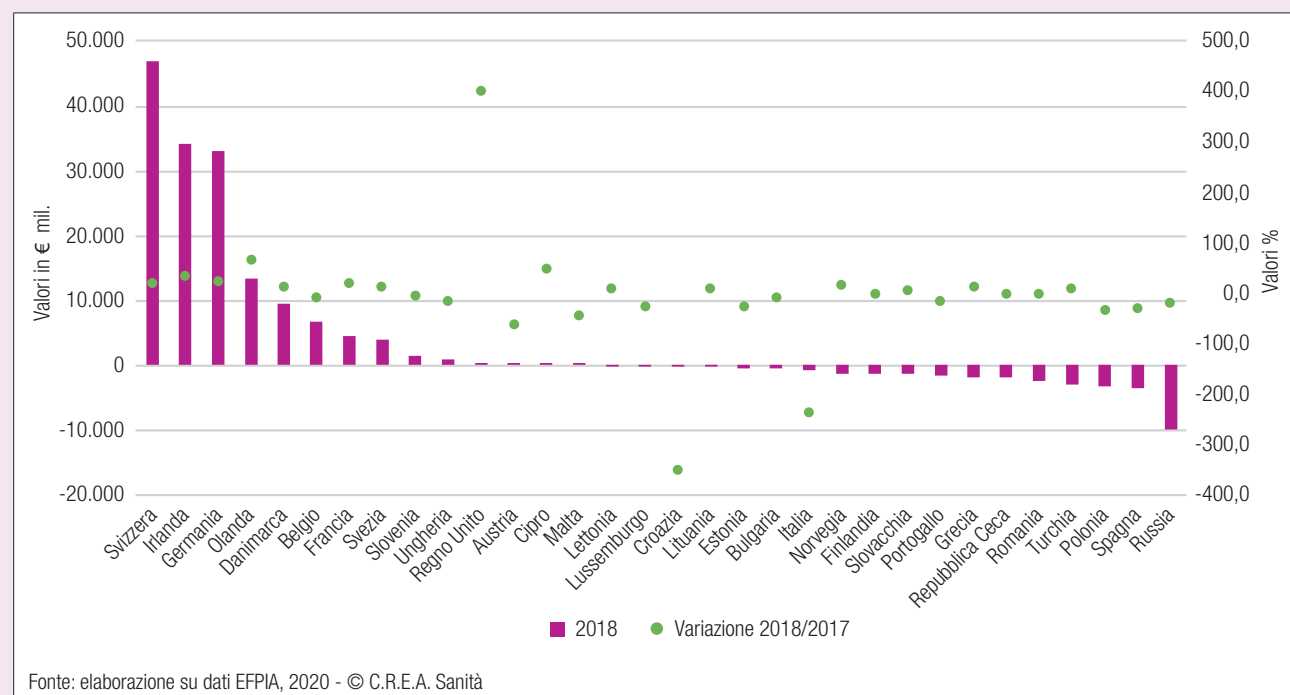
KI 13.5. Occupati nell'industria farmaceutica



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

In Europa, nel 2018, si contano 793.111 occupati nell'industria farmaceutica: valore in crescita, nell'ultimo anno, nella maggior parte dei Paesi; in particolare in Turchia, dove il valore è quasi raddoppiato in un anno (+90,0%), e in Repubblica Ceca (+78,5%). L'Italia rappresenta il terzo Paese in Europa in termini di occupati nel settore farmaceutico, (dietro solo a Germania e Francia), con un valore pari a 66.500 unità ed in crescita, rispetto al 2017, del +1,7%.

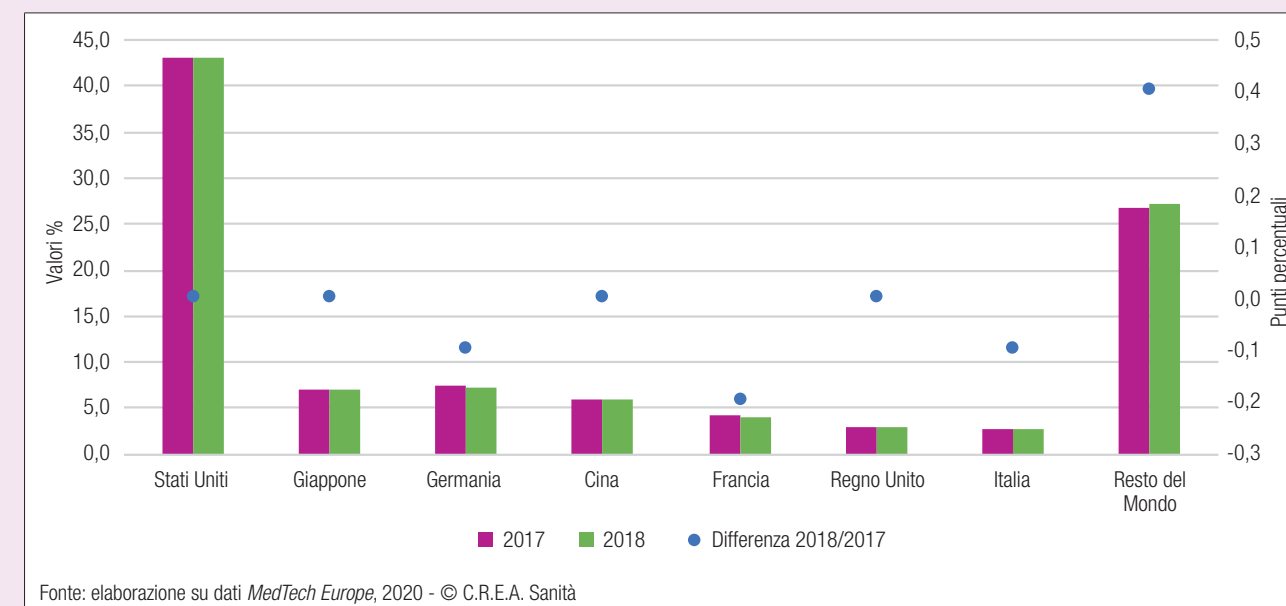
KI 13.4. Bilancia commerciale dell'industria farmaceutica. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018, la Svizzera è il Paese europeo con il saldo di bilancia commerciale farmaceutica più elevato (+ € 47,0 mld.), seguita dall'Irlanda con + € 34,2 mld. e dalla Germania con + € 33,2 mld.; tutti i Paesi citati hanno registrato una crescita del saldo, rispettivamente del +18,5%, +32,1% e +21,0% rispetto all'anno precedente. La Germania è il Paese con il valore assoluto più elevato di esportazione ed importazione nel settore farmaceutico (€ 82,6 mld. e € 49,4 mld. rispettivamente), registrando una crescita rispetto all'anno precedente rispettivamente del +10,0% e del +3,6%. Nel biennio 2017-2018 è l'Irlanda che registra il saldo commerciale positivo più alto per i medicinali (+ € 8,3 mld.), seguita dalla Svizzera (+ € 7,3 mld.) e dalla Germania (+ € 5,8 mld.). L'Italia, nel 2018, registra un saldo commerciale negativo, pari a - € 0,7 mld.; nel 2017 il saldo era positivo e pari a + € 0,5 mld.

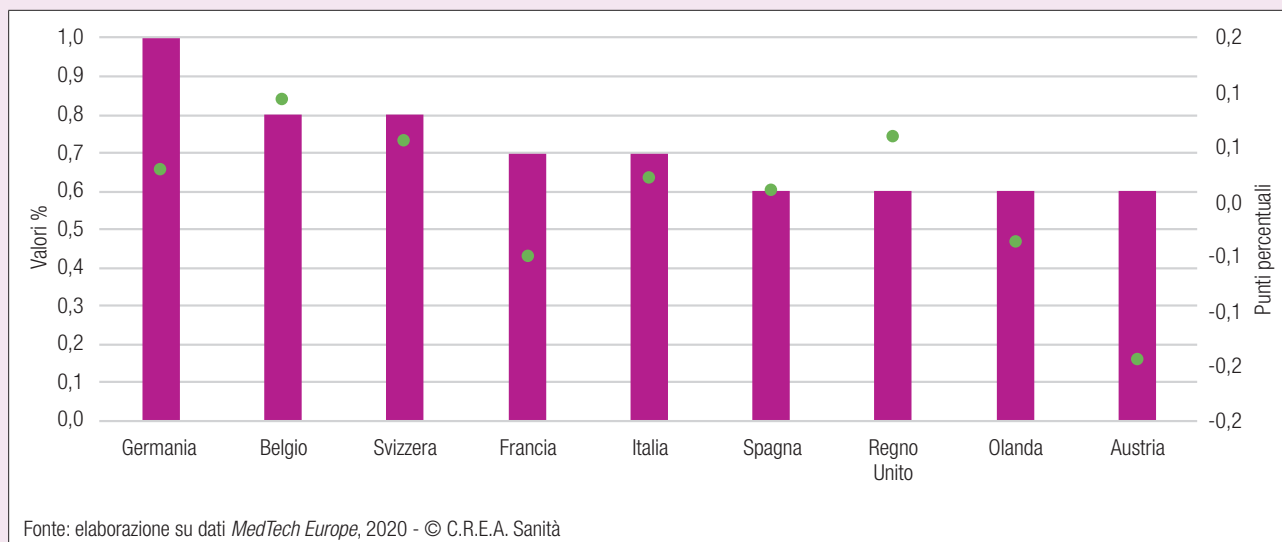
KI 13.6. Composizione mercato mondiale dispositivi medici



Fonte: elaborazione su dati MedTech Europe, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018 il mercato mondiale dei dispositivi medici vale circa € 444,4 mld.: il mercato statunitense ne rappresenta il 43,0%, quello europeo il 27,0%, quello del resto del mondo il 17,0%, quello giapponese il 7,0% e quello cinese il 6,0%. Nell'ultimo anno i contributo al mercato mondiale si è ridotto in tutti i principali Paesi europei: in particolare di -0,2 punti percentuali in Francia, -0,1 in Germania e Italia.

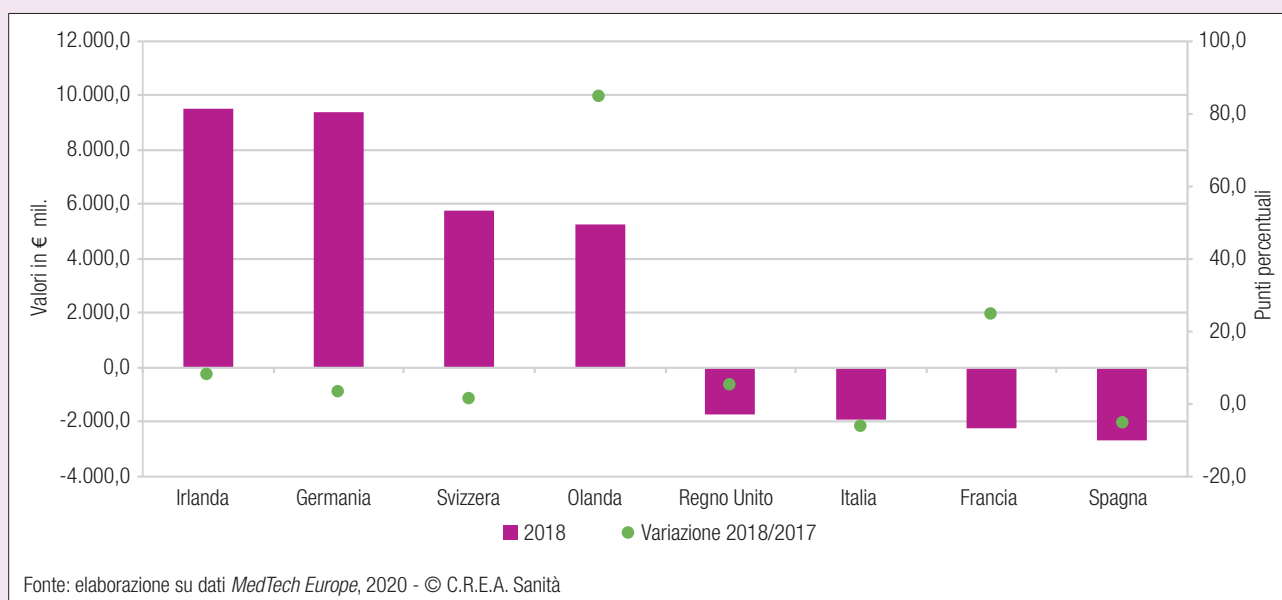
KI 13.7. Incidenza della produzione dei dispositivi medici su PIL. Anno 2018



La maggiore incidenza sul PIL del mercato dei dispositivi medici, pari all'1,0%, si rileva in Germania, seguono il Belgio e la Svizzera entrambe con lo 0,8%; in Francia e Italia la produzione dei DM incide per lo 0,7% sul PIL.

L'Italia, rispetto all'anno precedente, registra un aumento dell'incidenza del valore della produzione sul PIL, pari a +3,2 punti percentuali.

KI 13.8. Bilancia commerciale dell'industria dispositivi medici



Nel 2018, il Paese con il saldo della bilancia commerciale migliore nel settore dei Dispositivi Medici (DM) risulta essere l'Irlanda con + € 9.5 mld. (+7,7% rispetto al 2017), seguita dalla Germania con + € 9.4 mld., dalla Svizzera con € 5.8 mld. e dall'Olanda con + € 5.3 mld..

Spagna, Francia, Italia e Regno Unito presentano invece un saldo negativo, pari rispettivamente a - € 2.7 mld., - € 2.3 mld., - € 2.0 mil. e - € 1.7 mil..

Il saldo della bilancia commerciale dell'Olanda cresce di oltre l'80%, mentre in Italia si registra un decremento del -6,6%.



Capitolo 14

Epidemiologia e costi

Epidemiology and costs

14a. IV Rapporto OSSFOR:

Accesso, innovatività e spesa dei Farmaci Orfani

14b. Analisi dell'utilizzo dei servizi sanitari e dei costi sostenuti per i pazienti affetti da neuromelite ottica nella Regione Campania

14c. L'Assistenza Psicologica, scenari e prospettive alla luce dei bisogni della popolazione italiana e dei nuovi LEA

CAPITOLO 14

Epidemiologia e costi

Il Capitolo fornisce una sintesi di alcune attività svolte dal C.R.E.A. Sanità in *partnership* con altri Centri di ricerca e Enti.

L'Osservatorio Farmaci Orfani (OSSFOR), nato nel 2016, è una iniziativa congiunta di C.R.E.A. Sanità e della testata Osservatorio Malattie Rare (O.Ma.R.), con l'obiettivo di supportare le politiche sanitarie che riguardano le malattie rare (MR) e, in particolare, le tecnologie per esse specificatamente sviluppate, quali i farmaci orfani (FO).

In estrema sintesi le principali evidenze del IV Rapporto OSSFOR possono essere sintetizzate come segue:

- la prevalenza di pazienti portatori di MR, a cui sia stata riconosciuta l'esenzione, è compresa tra lo 0,65% e lo 0,72%; estrapolando i dati a livello nazionale, si stimano circa 430.000 pazienti esenti
- l'onere pro-capite per i pazienti con MR, riportato al 2018, è compreso nel range € 4.788,7-6.247,3 che, estrapolato a livello nazionale, porta ad una stima di € 2-2,5 mld. di spesa, pari all'1,7-2,1% del totale della spesa sanitaria pubblica nazionale
- la spesa media per paziente eccede la quota capitaria media di finanziamento, di circa 3 volte
- i pazienti con MR sono in prevalenza donne, anche se le risorse assorbite dal genere maschile sono maggiori
- le voci predominanti di costo sono quelle dell'assistenza farmaceutica e dei ricoveri
- si riscontra una forte variabilità fra le Aziende Sanitarie in termini di prevalenza e spesa, ma si sta attenuando per effetto del crescente accorpamento delle ASL (che implica una maggiore suddivisione dei rischi)
- i tempi di accesso al mercato dei FO in Italia tendono a ridursi
- la spesa e i consumi dei farmaci orfani si riducono nell'ultimo anno, per effetto dell'entrata in vigore della Legge n. 145/2018 (Legge di Stabilità 2019- art. 1 commi 574-585) che ha modificato, a partire dall'anno 2019 il numero di farmaci inseriti nella lista AIFA, estromettendone 39 rispetto al 2018
- la spesa complessiva per i FO risulta pari (2019) a € 1,6 mld., in riduzione rispetto all'anno precedente quando era pari a € 1,8 mld.; il 16,3% della spesa è relativa a FO innovativi (oncologici e non): pertanto, la spesa che effettivamente va a incidere sul fondo "ordinario" della farmaceutica è pari a € 1,3 mld
- sempre nel 2019, il 58,4% della spesa è relativa a FO oncologici
- entro la fine del 2020 si affacceranno sul mercato 345 nuovi medicinali, di cui il 48% sono nuove sostanze attive, e 67 sono farmaci orfani (40% delle nuove sostanze attive); il 26% di questi sono al momento potenzialmente rilevanti secondo AIFA (17% di tutti i farmaci orfani identificati)
- sono attivi 155 studi clinici, distribuiti su 11 aree terapeutiche e 19 patologie, con il coinvolgimento complessivo di oltre 30.000 pazienti, e si conferma il ruolo predominante della ricerca sulle malattie ematologiche

Nel Capitolo 14b, sviluppato grazie al contributo non condizionato di Roche, è stata stimata l'epidemiologia della Neuromielite ottica (NMO) e i relativi costi del percorso assistenziale, utilizzando come campione la popolazione della Campania, che ha reso disponibili i propri database amministrativi.

Nel 2018, sono stati identificati 53 casi prevalenti,

pari al 0,09 per 10.000 residenti e allo 0,327% dei malati rari esenti. La prevalenza è molto differenziata tra le ASL.

La spesa media per paziente con NMO, comprendente quella per farmaci, per esami diagnostici, di laboratorio, visite, ricoveri ordinari e *day hospital*, risulta ammontare a € 10.064,1 annui pro-capite, per un totale di € 533.400 pari allo 0,005% del totale della spesa sanitaria regionale.

Nel capitolo 14c, infine, viene sintetizzata una *gap analysis* svolta in partnership con il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, riferita al rapporto tra psicologi attualmente operanti nel SSN e il relativo bisogno terapeutico, con un focus specifico su ansia e depressione.

Senza dimenticare che l'intervento psicologico

declinato nei nuovi LEA coinvolge anche molte altre categorie di pazienti, tra cui:

- pazienti terminali
- minori, donne, coppie e famiglie in specifiche condizioni
- persone e minori con problemi e disturbi psicologici
- persone con disabilità
- persone con dipendenze patologiche
- donne in stato di gravidanza
- persone con disturbi dello spettro autistico.

Dalle stime elaborate, il *gap* esistente fra domanda potenziale e risorse attuali del SSN è molto ampio: mancherebbero tra i 14.474 e i 19.309 psicologi, la cui assunzione implicherebbe un onere aggiuntivo per il SSN tra i € 1,2 e i 1,6 mld.

Epidemiology and costs

The Chapter provides a summary of some of the activities carried out by C.R.E.A. Sanità in partnership with other research centres and institutions.

The Orphan Drugs Observatory (OSSFOR), established in 2016, is a joint initiative by C.R.E.A. Sanità (C.R.E.A.) and the Rare Diseases Observatory (O. Ma.R.), designed to supporting health policies concerning rare diseases (RDs) and, in particular, the technologies specifically developed for them, such as orphan drugs (ODs).

The main evidence of the 4th OSSFOR Report can be summarised as follows:

- *in Italy the prevalence of patients with rare diseases who have been granted exemption ranges between 0.65% and 0.72%; by extrapolating the data at national level, it is estimated that around 430,000 patients have been granted exemption*
- *in 2018 the economic per-capita burden for patients with rare diseases ranged between € 4,788.7 and € 6,247.3 which, extrapolated at national level, led to an estimate expenditure of € 2-2.5 billion, equal to 1.7-2.1% of the total national public health spending*
- *the average expenditure per patient is about three times higher than the average per-capita share of funding*
- *the patients with rare disease are mainly women, although the resources used up by men are higher*
- *the predominant cost items are those of pharmaceutical care and hospitalizations*
- *there are great differences between Health Units in terms of prevalence and spending which, however, are decreasing due to the growing merging of Local Health Units (which implies a greater risks pooling)*

- *the time-to-market of orphan drugs tends to decrease*
- *last year the consumption and spending for orphan drugs decreased, as a result of the entry into force of Law No. 145/2018 (2019 Stability Law - Article 1, paragraphs 574-585) which amended the number of drugs included in the AIFA list as from 2019, excluding 39 of them compared to 2018*
- *in 2019 the total spending for orphan drugs was € 1.6 billion (2019), down from the € 1.8 billion of the previous year; 16.3% of spending is related to innovative (oncological and non-oncological) orphan drugs: therefore, the spending that actually affects the "ordinary" pharmaceutical fund is equal to € 1.3 billion*
- *again in 2019, 58.4% of spending was related to oncological orphan drugs*
- *by the end of 2020, 345 new medicines will be on the market, 48% of which are new active substances and 67 are orphan drugs (40% of new active substances); according to AIFA, 26% of these new drugs are currently potentially relevant (17% of all orphan drugs identified)*
- *in the OD field, 155 clinical trials are underway on 11 therapeutic areas and 19 diseases, involving over 30,000 patients; the prominent role of research into haematological diseases is confirmed.*

In Chapter 14b, developed thanks to Roche's unconditional contribution, the epidemiology of Neuro-myelitis Optica (NMO) and the related costs of treatment and care pathways are estimated, using the population of the Campania Region as a sample.

In 2018, 53 prevalent cases were identified, equal to 0.09 per 10,000 residents and 0.327% of rare dis-

ease patients with exemption. The prevalence is very different among the various Local Health Units.

The average expenditure per NMO patient, including that for drugs, diagnostic tests, laboratory tests, medical examinations, ordinary hospitalization and day hospital services, amounts to € 10,064.1 per-capita per year, for an estimated total at national level of € 533,400, equal to 0.005% of the total regional health spending.

Lastly, Chapter 14c summarises a gap analysis carried out in partnership with the National Council of the Psychologists' Association, relating to the relationship between the psychologists currently working within the NHS and the related therapeutic needs, with a specific focus on anxiety and depression.

It should be also recalled that the psychological intervention in the new Essential Levels of Care (LEA)

also involves many other groups of patients, including:

- terminal patients
- minors, women, couples and families in particular conditions
- people and children with psychological problems and disorders
- people with disabilities
- people with pathological addictions
- pregnant women
- people with autism spectrum disorders.

Anyway, according to the estimates made, the gap between the potential demand and NHS current resources is very wide: between 14,474 and 19,309 psychologists are lacking, whose hiring would imply an additional burden for the NHS ranging between € 1.2 and 1.6 billion.

CAPITOLO 14a

IV Rapporto OSSFOR: Accesso, innovatività e spesa dei Farmaci Orfani

L'Osservatorio Farmaci Orfani (OSSFOR), è nato nel 2016, da una iniziativa congiunta del Centro di ricerca C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) e della testata Osservatorio Malattie Rare (O.Ma.R.), con l'obiettivo di supportare le politiche sanitarie che riguardano le malattie rare (MR) e, in particolare, le tecnologie per esse specificamente sviluppate, quali i farmaci orfani (FO).

La *mission* di OSSFOR è promuovere la definizione di una efficace ed efficiente *governance* del settore, orientata a garantire insieme l'accesso dei pazienti alle terapie e la sostenibilità del sistema.

OSSFOR sviluppa attività di ricerca, sistematizzando le informazioni disponibili sulla gestione dei pazienti portatori di MR, nel campo dell'epidemiologia, dell'economia, del diritto; inoltre, promuove occasioni di incontro tra le istituzioni e i principali *stakeholder* del sistema.

Quello che viene presentato è il IV Rapporto OSSFOR (2020): il Rapporto è pubblicato annualmente e si focalizza sulla raccolta ed elaborazione di dati originali sull'impatto epidemiologico ed economico delle malattie rare, sulle problematiche di accesso al mercato e, in generale, sulle opportunità e criticità della regolamentazione del sistema.

Il IV Rapporto OSSFOR (2020), contiene un approfondimento dell'epidemiologia delle malattie rare in Italia e relativi costi per il SSN. Tale approfondimento è stato sviluppato in *partnership* con la Regione Lazio, che ha messo a disposizione i propri *database* amministrativi, elaborando la mappatura dell'impegno regionale verso i pazienti con MR.

Il Rapporto, inoltre, analizza, le problematiche di accesso ai farmaci orfani in Italia, anche in comparazione con l'esperienza degli altri Paesi; grazie alla banca dati appositamente sviluppata da OSSFOR, analizza l'andamento delle traiettorie di accesso al

mercato dei FO e le dimensioni del relativo consumo e spesa ed inoltre effettua un focus sui FO che hanno ottenuto il riconoscimento dell'innovatività.

Una specifica sezione viene, poi, specificamente dedicata al tema della *governance* delle malattie rare.

Infine viene trattato il tema dell'*Horizon Scanning* e delle sperimentazioni cliniche per i farmaci orfani.

Una particolare attenzione è stata riservata al tema COVID in relazione alle problematiche che i malati rari hanno dovuto affrontare durante la prima fase dell'emergenza.

Entrando nello specifico dei principali risultati del Rapporto, segnaliamo come sono state analizzate le evidenze relative alla presa in carico dei MR nella Regione Lazio, resa possibile dalla *partnership* con la Regione, che ha messo a disposizione l'interconnessione e la possibilità di analisi dei propri *database* amministrativi.

La metodica utilizzata segue quella già implementata nelle indagini svolte negli anni scorsi in Regione Lombardia (2012), Puglia (2017), Campania (2018) e Toscana (2019).

Ad oggi, OSSFOR ha, quindi, analizzato i dati relativi a 5 Regioni, che sommano circa il 49% della popolazione nazionale; per tre Regioni (Lazio, Toscana e Campania, che assommano a circa il 26% della popolazione nazionale, e per le quali sono quindi possibili confronti) i dati elaborati si riferiscono ai soggetti con MR con esenzione riconosciuta ai sensi del DPCM del 12.1.2017 con il quale sono stati definiti i nuovi LEA. Ricordiamo come l'aggiornamento ha esitato nell'inserimento di 134 nuovi codici di esenzione, corrispondenti a oltre 200 diverse patologie.

Per la Regione Lazio e per la Toscana, i flussi si riferiscono all'anno 2018 (i flussi 2019 non sono

ancora disponibili in quanto il Ministero della Salute non ha ancora consolidato il dato di mobilità relativo all'anno 2019), mentre per la Regione Campania si dispone dell'anno 2017.

L'universo analizzato è, sia per le analisi epidemiologiche, sia per i costi, quello dei soggetti viventi in possesso di almeno una esenzione per patologia rara, disaggregato per residenza regionale.

Con i caveat espressi, osserviamo come la prevalenza nella popolazione di pazienti affetti da MR si può stimare sia compresa tra lo 0,65% e lo 0,72% (tralasciando il dato Campania che appare sottostimato come sopra argomentato).

Nel Lazio e nella Toscana, si osserva una maggiore prevalenza femminile; in Campania (valgono anche in questo caso i caveat espressi per la sottostima) si è riscontrata invece una maggiore prevalenza maschile.

Estrapolando i dati raccolti all'universo nazionale, si può presumere che i MR esenti in Italia siano all'incirca 400 mila pari allo 0,7% della popolazione nazionale.

L'analisi della distribuzione per età dei soggetti affetti da malattia rara mostra con buona regolarità l'esistenza di un picco di prevalenza nell'età adolescenziale (10-19 anni) ed un altro nella quinta decade: tali picchi sembra possano essere associati a una maggiore incidenza di diagnosi in quelle fasce di età.

Tra i soggetti portatori di MR meritano particolare attenzione quelli con condizioni ultra rare, che rappresentano una quota intorno al 16% dell'universo considerato, distribuiti su un numero elevatissimo di condizioni patologiche: fenomeno che esaspera la complessità organizzativa della relativa presa in carico.

Le condizioni ultra rare, si distinguono anche perché si concentrano nelle età giovanili: insorgenza giovanile e esiti spesso infausti sembrano poter spiegare il fenomeno.

Anche le forti differenze di prevalenza, e quindi di "carico" per la presa in carico, a livello di singole ASL è un dato che si conferma in tutte le Regioni analizzate; il problema, come suggerito dal dato di Lazio e Toscana, potrebbe però essere in via di

superamento, per effetto degli accorpamenti delle Aziende territoriali, che aumentando la dimensione media della popolazione assistita, riducono la variabilità delle prevalenze.

Mantenendo l'attenzione sui pazienti, la spesa media sanitaria diretta per malato raro, intendendo quella per farmaci, esami diagnostici, esami di laboratorio, visite, ricoveri ordinari e in *day hospital* (DH), risulta ammontare a € 6.247,3 nel Lazio, € 4.788,7 in Toscana e a € 5.469,2 in Campania.

La spesa media per paziente eccede la quota capitaria media di finanziamento: nel Lazio del 3,4 volte, in Toscana di 2,4 volte e in Campania di 3,1 volte (ricordando che i dati riferiti alle popolazioni generali sono una media di spesa che considera cittadini consumatori e non).

In definitiva, partendo dai dati di costo delle Regioni Lazio e Toscana, la spesa complessivamente sostenuta dal SSN per i MR, sempre con riferimento a quelli a cui è stata riconosciuta almeno una esenzione per patologia, risulterebbe stimabile nel range € 2-2,5 mld. pari all'1,7-2,1% del totale della spesa nazionale, a fonte di una prevalenza dell'ordine del 0,65%-0,72%. Quindi l'impatto economico dei malati rari sul *budget* regionale risulta complessivamente limitato.

Le analisi sulla spesa replicate negli anni in diversi contesti regionali, rilevano inoltre alcune importanti regolarità, tra cui segnaliamo:

- le voci predominanti di costo sono, come era lecito aspettarsi, quella per l'assistenza farmaceutica e quella per i ricoveri
- la spesa media pro-capite risulta più alta nei primi anni di età (0-5, periodo in cui molte patologie rare vengono diagnosticate) e in età adolescenziale per poi registrare un nuovo picco dopo i 75 anni, periodo in cui verosimilmente alla patologia rara si associano altre comorbilità
- le risorse assorbite dal genere maschile sono maggiori rispetto a quelle assorbite da quello femminile, malgrado la prevalenza si stimi minore
 - o tale fenomeno è legato alla spesa farmaceutica e, quindi, presumibilmente alle

maggiori opportunità terapeutiche di cui dispone attualmente il genere maschile

- la variabilità della spesa media è importante a livello di singole Aziende Sanitarie, anche se sembra attenuarsi per il crescente accorpamento delle ASL, e la conseguente maggiore suddivisione dei rischi
- sebbene con importanti divergenze regionali, ancora da approfondire, la spesa media pro-capite è inversamente correlata con la classe di prevalenza delle patologie.

Come anticipato, nel Rapporto è presente una sezione interamente dedicata ai Farmaci Orfani (FO).

Segnaliamo la disamina dell'accessibilità dei FO al mercato in diversi Paesi europei, condotta mediante una revisione di letteratura: lo studio ha permesso di apprezzare come l'Italia si collochi seconda solo alla Germania in termini di numero di FO autorizzati e di tempi di accesso al mercato.

Sempre con riferimento ai FO, il Rapporto approfondisce il tema analizzando le traiettorie temporali di accesso al mercato, sfruttando una apposita banca dati implementata da OSSFOR.

Un primo elemento di riflessione è che, a livello Europeo, sembra aumentare il tempo che intercorre tra la designazione orfana e la richiesta di autorizzazione, attraverso procedura centralizzata all'EMA; da 28 mesi (valore medio e mediano), per l'unico farmaco orfano autorizzato dall'EMA fra il 2003 ed il 2004 e ancora incluso nella lista AIFA, a 76 mesi (72 valore mediano) nel 2017/2018. Per i farmaci oncologici si passa da 24 mesi (valore medio e mediano), per l'unico farmaco orfano oncologico autorizzato dall'EMA fra il 2005 ed il 2006 e ancora incluso nella lista AIFA (nel campione non sono presenti farmaci relativi a periodi antecedenti), a 85 mesi (81 valore mediano) tra il 2017 ed il 2018. Anche per i farmaci non oncologici il valore misura una crescita passando da 28 mesi (valore medio e mediano) fra il 2003 ed il 2004, a 61 mesi (63 valore mediano) tra il 2017 ed il 2018.

La dilatazione complessiva di questa fase del procedimento è, però, imputabile alla presentazione della richiesta di designazione in una fase sempre più precoce dello sviluppo del farmaco e al conseguente maggior tempo intercorrente fra designazio-

ne e richiesta di autorizzazione da parte delle Aziende, rimanendo invece sostanzialmente costante il tempo necessario a EMA per concedere l'autorizzazione.

A livello nazionale, poi, si registra una tendenza alla riduzione della durata del processo di accesso tra autorizzazione EMA e determina di prezzo e rimborso si passa, infatti, da 26 mesi per i farmaci autorizzati EMA nel periodo 2009/2011 (valore medio e mediano), a 10 mesi (9 il valore mediano) nel 2018/2019. Per i Farmaci Oncologici si registra una riduzione consistente passando da 36 mesi (28 il valore mediano) tra il 2009/2011, a 11 mesi (12 valore mediano) nel 2018/2019; per i farmaci Non Oncologici si osserva un aumento dal triennio 2009/2011 (21 mesi il valore medio e mediano) al 2012/2014 (26 mesi il valore medio, 27 il valore mediano), seguito però da una riduzione nel periodo 2018/2019 (8 il valore medio e mediano).

I tempi si riducono ulteriormente se si escludono dalla valutazione i farmaci inseriti nell'elenco della L. n. 648/1996 e quelli in Classe Cnn. In definitiva, considerando i farmaci "direttamente negoziati", il periodo tra autorizzazione EMA e prima determina di prezzo e rimborso risulta minore di 1 mese rispetto al campione completo, considerando la media, e di 3 mesi, considerando il valore mediano.

Se si considera invece l'intero campione escludendo solo i farmaci inseriti nell'elenco della L. n. 648/1996, il periodo tra autorizzazione EMA e prima determina di prezzo e rimborso risulta inferiore di 1 mese considerando il valore medio e di 2 mesi considerando il valore mediano rispetto a quello rilevato per il totale dei farmaci orfani.

Non è possibile monitorare il processo dalla data di presentazione della domanda (o comunque dall'avvio del procedimento da parte di AIFA), dato che questa data non è pubblicamente disponibile; non è quindi possibile verificare puntualmente il rispetto della L. n. 98/2013, che aveva stabilito un termine per la conclusione della procedura negoziale di 100 giorni dalla data di presentazione della domanda; possiamo però misurare il processo "interno", ovvero il tempo di definizione della valutazione/negoziazione da parte delle Commissioni

AIFA a partire dalla prima apparizione negli ordini del giorno CTS come "Apertura CTS", sino all'ultima apparizione negli ordini del giorno CPR con esito "CDA". Pur con i limiti del campione e con l'assenza d'informazioni puntuali sulla sospensione dei lavori delle Commissioni, possiamo osservare come, il processo "interno", ovvero del tempo di definizione della valutazione/negoziazione da parte delle Commissioni AIFA mostri un aumento delle tempistiche di negoziazione dal periodo 2013/2014 al 2015/2016, passando da 263 giorni (210 valore mediano) a 291 giorni (202 valore mediano); quindi una successiva inversione di tendenza per il 2017/2019, con una durata media che risulta ridursi a 204 giorni (173 valore mediano).

Di fatto solo il 15% dei farmaci orfani termina il processo "interno" di negoziazione entro 100 giorni.

In definitiva, seppure l'analisi effettuata sembri dimostrare che, in media, aumenta l'efficienza dei processi regolatori, rimane da valutare l'impatto sociale relativo ai farmaci che si trovano nella coda destra della distribuzione cumulata, ovvero quelli che ancora scontano tempi esageratamente lunghi per il completamento del loro percorso autorizzativo. I tempi lunghi possono peraltro dipendere da vari fattori: ad esempio dalla possibilità di una sospensione dei lavori delle Commissioni, promossa sia da AIFA (per richiesta documentazione aggiuntiva), sia dell'azienda stessa (per integrazione documentazione).

Va anche tenuto presente che, per calcolare i tempi in funzione dell'effettiva disponibilità per i pazienti, a tempi descritti dovrebbero essere aggiunti quelli che intercorrono tra l'avvio del procedimento presso AIFA e l'apertura CTS, ed anche il tempo necessario per la validazione dell'accordo da parte del CdA AIFA, la preparazione e firma della Determina e la sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale.

Quindi tenuto conto che il dato è sottostimato in quanto non si dispone, come sopra esplicitato, dei tempi di presentazione della domanda da parte della azienda o comunque dall'avvio del procedimento da parte di AIFA) si segnala che a 180 giorni ancora solo il 47% dei FO hanno terminato l'iter delle commissioni.

L'impatto negativo per i pazienti è certamente

mitigato dal fatto che alcuni farmaci possono essere resi disponibili grazie all'uso compassionevole, all'inserimento nell'elenco dei farmaci erogati ai sensi della L. n. 648/1996 o al rimborso tramite i fondi di cui alla Legge 326/2003; non di meno, le approvazioni che richiedono tempi molto lunghi implicano comunque costi sociali: la questione merita, quindi, una maggiore attenzione da parte delle Istituzioni, e una approfondita disamina caso per caso.

L'analisi della spesa e dei consumi relativi ai farmaci orfani, fa emergere una riduzione di entrambe le voci: riduzione in larga parte conseguente all'entrata in vigore della L. n. 145/2018 (Legge di Stabilità 2019- art. 1 commi 574-585) che, a partire dall'anno 2019, ha modificato i criteri utilizzati per l'inserimento delle molecole nella lista dei farmaci orfani AIFA; infatti, la lista è stata ridotta ai soli autorizzati dall'EMA, di classe A e H in commercio in Italia e che non abbiano ancora esaurito il beneficio dell'esclusività di mercato.

In pratica, con la norma citata fuoriescono dalla lista dei FO riconosciuti come tali, 39 farmaci.

Quindi, se negli anni precedenti, a sostanziale parità di molecole considerate, abbiamo assistito ad una espansione di spesa attribuibile, in larga misura, all'immissione in commercio di nuovi FO (vedi II e III Rapporto OSSFOR), e al loro progressivo uptake nei primi anni di entrata sul mercato, nel 2019 la spesa per i FO ufficialmente si contrae.

Nell'anno 2019, la spesa complessiva per i FO risulta pari a € 1,6 mld., in riduzione rispetto all'anno precedente quando era pari a € 1,8 mld.; il 16,3% della spesa è relativa a FO innovativi (oncologici e non): pertanto, la spesa che effettivamente va a incidere sul fondo "ordinario" della farmaceutica è pari a € 1,3 mld.

Sempre nel 2019, il 58,4% della spesa, pari a 916,1 mil., è relativa a FO oncologici, mentre il restante 41,6%, pari a € 653,8 mil., è per FO non oncologici.

Se dallo scorso Rapporto OSSFOR era emersa una riduzione del costo medio per UMF, nel 2019 la fuoriuscita dalla lista AIFA di alcune molecole di "vecchia generazione" (ex Legge n. 145/2018) ha invertito la tendenza. Il costo medio per UMF dei FO

innovativi, nel 2019, risulta nettamente più elevato (oltre 28 volte) rispetto a quello dei farmaci non innovativi: sul dato impatta significativamente l'arrivo di terapie avanzate; anche distinguendo i FO oncologici e non si riscontrano differenze in termini di spesa per UMF ma più contenute (1,1 volte).

La distribuzione dei fatturati dei FO non sembra modificarsi negli anni; il 54,4% dei FO fattura meno di € 10 mil. e l'89,9% meno di 30 mil. annui, confermando la loro minore redditività.

Complessivamente, l'onere per i FO (ex lista AIFA), è pari al 5,5% della spesa farmaceutica sostenuta dal SSN, confermando un moderato impatto totale dei FO sulla sostenibilità della spesa.

È stato inoltre un focus relativo al riconoscimento dell'innovatività per i FO. Nel caso particolare di farmaci con indicazione per malattie rare, o comunque con tassi di prevalenza ad esse assimilabili, la Determina AIFA prevede deroghe al criterio generale, riconoscendo loro l'esistenza di elementi di criticità, come l'oggettiva difficoltà di condurre studi clinici di adeguata potenza. Per i FO orfani la Determina prevede, quindi, che l'innovatività possa essere riconosciuta anche se le prove presentate a supporto siano state giudicate di livello basso, purché sia stato evidenziato un elevato bisogno terapeutico ed esistano forti indicazioni di un beneficio terapeutico aggiuntivo.

Analizzando i dati presentati nell'ultimo report AIFA (23/6/2020), registriamo che da maggio 2017 a giugno 2020, la CTS di AIFA ha formulato valutazioni di innovatività su 76 combinazioni farmaco-indicazione

Dai giudizi reperiti nei report di valutazione dell'innovatività della CTS, relativamente alle 29 combinazioni FO-indicazione considerate, emerge come l'innovatività sia stata riconosciuta in 12 casi (41%); in altri 9 casi (31%) è stata riconosciuta l'innovatività condizionata, mentre in 8 casi (28%) l'innovatività non è stata riconosciuta.

Per confronto si segnala che, delle 47 combinazioni farmaco-indicazione (non orfane) che hanno richiesto l'innovazione, l'innovatività è stata riconosciuta in 15 casi (32%), l'innovatività condizionata in 14 casi (30%) mentre non è stata riconosciuta in 18

casi (38%). In definitiva l'innovatività, piena o potenziale, è stata riconosciuta nel 72% dei casi di molecole farmaco-indicazione orfane e nel 62% dei casi in cui è stata richiesta per molecole farmaco-indicazione non orfane.

In sintesi, nel 72% dei casi in cui è stata richiesta l'innovatività per FO questa è stata riconosciuta (piena o potenziale), di fatto superando le problematiche connesse alla valutazione della qualità delle evidenze.

Infine, al fine di analizzare le prospettive future in termini di ipotetica entrata in commercio dei FO, viene definita l'attività di *Horizon Scanning* di AIFA. L'analisi si riferisce al periodo luglio 2018-giugno 2020: i medicinali identificati dal Sistema di *Horizon Scanning* sono stati in totale 594. Di questi, 345 medicinali, pari al 58% del totale, sono nuovi medicinali mentre 249 sono nuove indicazioni terapeutiche di medicinali già in commercio (42%).

Dei 345 nuovi medicinali, 167 (pari al 48% dei nuovi medicinali) sono nuove sostanze attive, di cui 67 sono farmaci orfani (pari al 40% di tutte le nuove sostanze attive).

Tutti i farmaci orfani identificati nel periodo di riferimento, sono stati suddivisi come segue:

- il 52% sono farmaci orfani che hanno ricevuto un parere positivo di EMA. Tra questi sono compresi anche i farmaci orfani che hanno già chiuso l'iter negoziale.
- Il 39% sono farmaci orfani in valutazione e che riceveranno un parere di EMA presumibilmente entro giugno 2021
- Il 9% sono farmaci orfani che hanno avuto un parere negativo di EMA oppure sono stati ritirati nel corso della procedura di autorizzazione.

Seppur per tutti i farmaci orfani analizzati siano emerse caratteristiche particolarmente interessanti, solo il 26% di questi sono risultati al momento dell'analisi potenzialmente rilevanti (pari al 17% di tutti i farmaci orfani identificati nel periodo di riferimento).

Nello specifico, è stata realizzata un'analisi sullo stato della ricerca in corso sui farmaci orfani presentati nel rapporto AIFA "Orizzonte Farmaci 2020" concentrando sia sull'attività globale della ricerca cli-

nica mondiale che sul coinvolgimento dell'Italia. Gli studi considerati nell'analisi sono quelli che risultano attivi ai primi giorni di novembre 2020.

L'analisi degli studi clinici è stata svolta con una specifica attenzione alla quantità (numero totale di studi), qualità (fasi di studio e pazienti coinvolti) e sostenibilità (fonti di finanziamento). In relazione a queste analisi è stato poi valutato il coinvolgimento complessivo dell'Italia che risulta essere apparentemente marginale nel complesso, ma che evidenzia spunti di miglioramento evidenti nell'analisi comparativa con la situazione mondiale.

A completamento delle analisi quantitative, nei capitoli 4 e 5 vengono affrontate tematiche di rilievo per la *governance* del settore.

La consapevolezza che sia necessaria una nuova *governance* del settore farmaceutico è da tempo ampiamente condivisa: è stato realizzato un focus ai passi intrapresi in questo senso negli ultimi anni, a partire dalla Legge di bilancio 2019 fino al DM 2 agosto 2019 – pubblicato lo scorso luglio - che intende innovare i criteri di determinazione dei prezzi dei farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), superando la Delibera CIPE del 1° febbraio 2001. Sono state confrontate le due normative e analizzato le principali differenze, pur consapevoli che, in assenza delle Linee Guida attuative di AIFA, l'analisi non può considerarsi definitiva. Sembra però delinearsi un *trend* in cui il FO potrebbe essere penalizzato proprio a causa delle sue caratteristiche intrinseche (rarietà della patologia, impossibilità di completare studi clinici randomizzati su larga scala, mancanza di un comparatore).

Complessivamente, le nuove norme, pur certamente rilevanti, ancora non riescono a configurare compiutamente una "nuova *governance*" del settore. Manca un intervento "quadro" capace di dare il senso strategico della direzione verso cui ci si vuole muovere, e che tenga in considerazione le peculiarità dei farmaci orfani.

Nei capitoli 4b e 4c viene fatta una analisi del quadro normativo di riferimento per i FO; punto di riferimento rimane il Regolamento (CE) n. 141/2000, nel quale sono definiti i criteri per l'assegnazione della qualifica di farmaco orfano. Con il Regolamento

sopra citato è, inoltre, istituito presso l'Agenzia Europea per i Medicinali il Comitato per i Medicinali Orfani (COMP) e viene attribuito, alle aziende produttrici dei medesimi farmaci un periodo di esclusiva di mercato. Ulteriore incentivo è poi previsto dalla normativa nazionale, modificata con la Legge di Bilancio 2019 (Legge n. 145/2018), per tutti i FO contenuti nel Registro Europeo dei farmaci orfani istituito dal Reg. (CE) n. 141/2000.

In termini di approfondimento normativo, sono state analizzate le varie normative regionali, concernenti l'esenzione per i farmaci in fascia C necessari al trattamento delle patologie rare.

Infine il Rapporto offre una *overview* generale sui rapidi cambiamenti intercorsi nell'ambito delle malattie rare durante l'emergenza Covid-19 in Italia, con l'obiettivo di contestualizzare una complessa situazione per la quale i dati disponibili sono ancora relativamente scarsi. Sono stati analizzati il Rapporto ISS CoVID.19 n. 39/2020 realizzato dall'ISS in collaborazione con UNIAMO FIMR Onlus e il Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità 2020 redatto da Cittadinanzattiva, che denunciano le principali difficoltà vissute dai pazienti con malattie rare e tumori rari.

Sono state altresì analizzate le principali strategie messe in campo a diversi livelli, attraverso le interviste alla Sen. Paola Binetti, presidente dell'Intergruppo Parlamentare per le Malattie Rare, al Dr. Armando Magrelli, Vice *Chair Committee Orphan Medicinal Product* dell'EMA e al Prof Giuseppe Limongelli, Direttore Centro Coordinamento Malattie Rare Regione Campania.

Sintetizzando, le principali evidenze del IV Rapporto OSSFOR, sono:

- si può ragionevolmente ipotizzare che la prevalenza di pazienti portatori di MR, a cui sia stata riconosciuta l'esenzione, sia compresa tra lo 0,65% e lo 0,72%, che estrapolando i dati raccolti a livello nazionale, porta ad una stima di circa 400.000 pazienti esenti
- l'onere pro-capite per i pazienti con MR, riportato al 2018, è compreso nel *range* € 4.788,7-6.247,3, che estrapolato a livello nazionale risulterebbe stimabile nel range € 2-2,5 mld.

pari all'1,7-2,1% del totale della spesa nazionale

- l'impatto economico complessivo dei malati rari sui *budget* regionali è limitato, sebbene la spesa media ecceda la quota capitaria media di finanziamento, di circa 3 volte
- la spesa media pro-capite risulta più alta nei primi anni di età (0-5, periodo in cui molte patologie rare vengono diagnosticate) e in età adolescenziale per poi registrare un nuovo picco tra i 40 e i 50 anni
- i pazienti con MR sono in prevalenza donne, anche se le risorse assorbite dal genere maschile sono maggiori rispetto a quelle assorbite da quello femminile
- le voci predominanti di costo sono, come era lecito aspettarsi, quelle per l'assistenza farmaceutica e per i ricoveri
- la variabilità a livello di singole Aziende Sanitarie della prevalenza e della spesa dei soggetti esenti per malattia rara è notevole, ma si sta attenuando per effetto del crescente accorpamento delle ASL, che di fatto implica una maggiore suddivisione dei rischi
- da un punto di vista regolatorio, i tempi di accesso al mercato dei FO tendono a ridursi
- la spesa e i consumi dei farmaci orfani si riducono nell'ultimo anno, ma per effetto dell'entrata in vigore della Legge 145/2018 (Legge di Stabilità 2019- art. 1 commi 574-585) che ha modificato, a partire dall'anno 2019 il numero di farmaci da inserire nella lista AIFA, estromettendone 39; CON I CAVEAT ESPRESSI, nell'anno 2019 la spesa complessiva per i FO risulta pari a € 1,6 mld., in riduzione rispetto all'anno precedente quando era pari a € 1,8 mld.; il 16,3% della spesa è relativa a FO innovativi (oncologici e non): pertanto, la spesa che effettivamente va a incidere sul fondo "ordinario" della farmaceutica è pari a € 1,3 mld
- sempre nel 2019, il 58,4% della spesa, pari a 916,1 mil., è relativa a FO oncologici, mentre il restante 41,6%, pari a € 653,8 mil., è per FO non oncologici
- entro la fine del 2020 si affacceranno sul mer-

cato 345 nuovi medicinali, di cui il 48% sono nuove sostanze attive e 67 sono farmaci orfani (pari al 40% di tutte le nuove sostanze attive). Seppur per tutti i farmaci orfani analizzati siano emerse caratteristiche particolarmente interessanti, solo il 26% di questi sono risultati al momento dell'analisi potenzialmente rilevanti secondo AIFA (pari al 17% di tutti i farmaci orfani identificati nel periodo di riferimento).

- l'analisi della ricerca clinica sulle molecole orfane di prossima approvazione è attiva a livello mondiale. Abbiamo registrato 155 studi clinici attivi, distribuiti su 11 aree terapeutiche e 19 patologie, con il coinvolgimento complessivo di oltre 30.000 pazienti. Rispetto allo scorso anno si conferma il ruolo predominante della ricerca sulle malattie ematologiche ma si amplia lo spettro di patologie interessate.
- l'Italia partecipa a questa ricerca clinica in maniera disomogenea. Ricontriamo un 50% circa di partecipazione agli studi di fase III, ma anche un 6% e 11% per gli studi di Fase I e II, rispettivamente. Il numero di potenziali pazienti coinvolgibili risulta così il 23% del totale complessivo.
- comparando le fonti di finanziamento degli studi clinici emerge che la ricerca in Italia è per il 90% a carico dell'industria farmaceutica, mentre a livello mondiale si evidenzia un forte ruolo di realtà diverse dall'industria, soprattutto per gli studi di Fase I e II. Questa diversificazione manca in Italia, sarebbe quindi auspicabile lo sviluppo ed il sostegno di modelli collaborativi più estesi tra l'industria e l'accademia, anche con il ricorso ad ulteriori risorse di investimento istituzionale
- le nuove norme emanate negli ultimi anni sulla *governance* farmaceutica, pur certamente rilevanti, ancora non riescono a configurare compiutamente una "nuova *governance*" del settore: manca un intervento "quadro" capace di dare il senso strategico della direzione verso cui ci si vuole muovere, e che tenga in considerazione le peculiarità dei farmaci orfani.

CAPITOLO 14b

Analisi dell'utilizzo dei servizi sanitari e dei costi sostenuti per i pazienti affetti da neuromelite ottica nella Regione Campania*

Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

14b.1. Obiettivo

Obiettivo della ricerca "Analisi dell'utilizzo dei servizi sanitari e dei costi sostenuti per i pazienti affetti da neuromelite ottica nella Regione Campania" è quello di stimare l'epidemiologia della patologia (NMO) e i relativi costi del percorso assistenziale, utilizzando come campione la popolazione della Campania, che ha reso disponibili i propri *database* amministrativi.

In particolare, è stato possibile analizzare i ricoveri ospedalieri, le prestazioni specialistiche ambulatoriali (effettuate sia nelle strutture pubbliche, che in quelle private accreditate), i consumi farmaceutici territoriali e quelli registrati nel File F.

Non è stato possibile analizzare il consumo dei farmaci eventualmente dispensati durante i ricoveri; inoltre, non sono attualmente disponibili, in quanto i relativi flussi di dati non sono interconnettibili, le prestazioni residenziali (ricoveri nelle residenze, etc.) e domiciliari (ADI) e, in generale, quelle afferenti all'integrazione socio-sanitaria.

Le analisi sfruttano la possibilità di interconnessione dei *database* amministrativi regionali, permettendo una disamina della tutela pubblica fornita ai pazienti con NMO.

Non sono, invece, incluse nelle analisi le prestazioni sanitarie effettuate privatamente: il costo della patologia è quindi sottostimato, e va inteso come costo diretto sanitario del SSN.

Partendo dall'acquisizione delle risultanze del sistema informativo regionale campano, è stato ef-

fettuato uno studio retrospettivo, mediante estrazione di dati anonimizzati finalizzata a realizzare una analisi descrittiva della epidemiologia della NMO, in termini di prevalenza, nonché del relativo utilizzo dei servizi sanitari.

Si tenga conto che la popolazione campana è costituita da 5.826.860 cittadini residenti, pari al 9,6% della popolazione italiana.

L'universo di riferimento è rappresentato da tutti i pazienti con esenzione per NMO (codice esenzione 041.341.0) residenti in Campania nel 2018, con esclusione dei soggetti morti nel periodo identificato. La scelta di escludere i pazienti prossimi al decesso deriva dalla volontà di escludere distorsioni derivanti dalla eventuale concentrazione della spesa nel periodo immediatamente antecedente alla morte, postulata dalla cosiddetta teoria dei "costi di morte".

Nell'allegato 1 sono riportati i flussi completi a cui si è fatto riferimento per l'estrazione dei dati.

In assenza di "fattori traccianti" specifici, dalle informazioni attualmente desumibili dal *database* amministrativo della Regione Campania, non è possibile individuare in modo esaustivo i pazienti con NMO: ci si limita a quelli cui è stata riconosciuta l'esenzione per la patologia in oggetto, generando una potenziale sottostima del fenomeno.

L'esistenza di una sottostima è peraltro probabile per effetto dal fatto che alcuni pazienti decidono di non richiedere l'esenzione per motivi di tipo culturale o sociale, o anche perché già supportati da una esenzione per reddito, che in generale offre una più ampia copertura dei servizi sanitari usufruiti.

14b.2. Pazienti con esenzione per NMO

Nel 2018, i pazienti esenti per NMO, in Campania, sono risultati 53, pari allo 0,0009% dei residenti e allo 0,327% dei malati rari esenti².

La prevalenza del genere femminile è superiore, praticamente doppia, sebbene i piccoli numeri implicano una forte cautela nell'interpretazione dei dati, di quella del genere maschile (0,0012% femmine vs 0,0006% maschi).

Nello specifico le donne rappresentano il 66,0% dei pazienti con NMO contro il 34,0% degli uomini.

Dall'analisi della distribuzione infra-regionale dei malati rari emerge come la prevalenza maggiore si registri nella ASL³ Napoli 2 Nord (0,0013) mentre quella minore nella ASL di Napoli 1 Centro (0,0003) con una differenza tra ASL di oltre 4 volte (Figura 14b.1.).

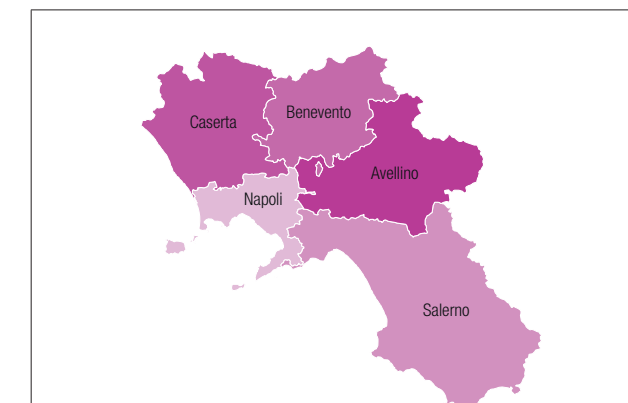
La variabilità riscontrata tra ASL è certamente connessa ai piccoli numeri che riguardano le patologie rare in generale e la NMO in particolare.

Anche la distribuzione per genere differisce tra le

ASL (Figura 14b.2). In tutte, tranne in quelle di Caserta e Napoli 1 Centro, prevalgono comunque le donne.

Per quanto attiene alla distribuzione per età dei casi, si osserva un picco nella classe di età 36-40 e in quella 56-60.

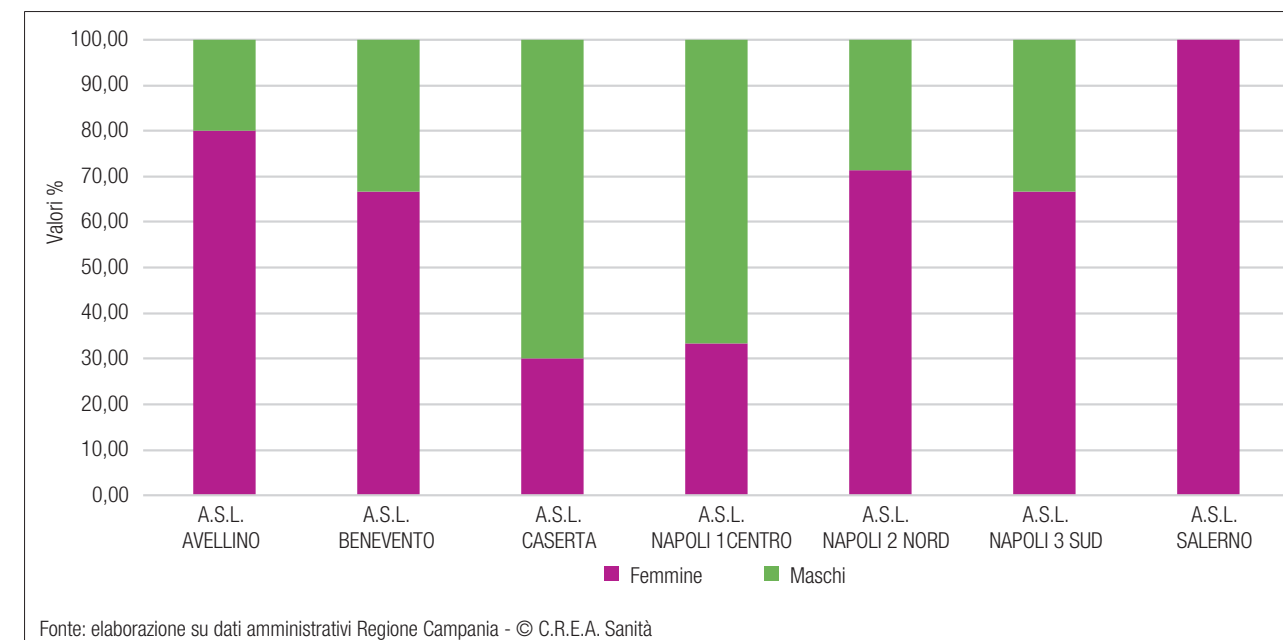
Figura 14b.1. Prevalenza per ASL. Anno 2018



Nota: *La cartina è stata colorata utilizzando una ripartizione discreta del colore legata all'ordine della provincia rispetto all'indicatore: blu scuro valore massimo

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Figura 14b.2. Distribuzione per ASL e genere. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

¹ Università degli studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

* Con la collaborazione di Roche SpA

² Il dato sui malati rari esenti si riferisce all'anno 2017 (Rapporto OSSFOR)

³ Si specifica che si fa riferimento alla popolazione per ASL 2017, ultimo dato disponibile

Il 5,7% dei pazienti ha una età minore di 20 anni, il 35,8% meno di 45 anni e il 69,8% meno di 60 anni (Figura 14b.3.).

Al 45,3% dei pazienti esenti per NMO attualmente in carico al SSR campano, è stata certificata l'esenzione da meno di 5 anni, al 69,8% dei pazienti è stata

certificata l'esenzione da meno di dieci anni, mentre l'esenzione è stata certificata da oltre 10 anni al restante 32,1% (Figura 14b.4.).

I pazienti incidenti nell'anno 2018 sono stati 7 con una età media di 51,2 anni (Figura 14b.5.).

Figura 14b.3. Distribuzione per classi di età. Anno 2018

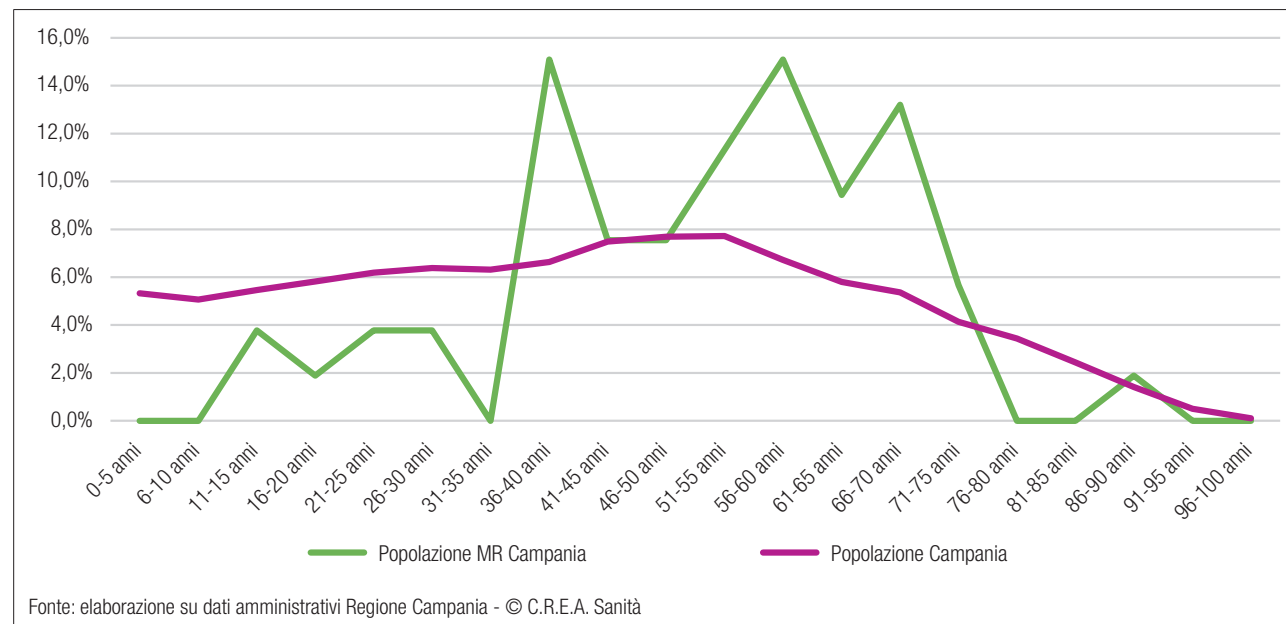


Figura 14b.4. Distribuzione cumulata per classi di età. Anno 2018

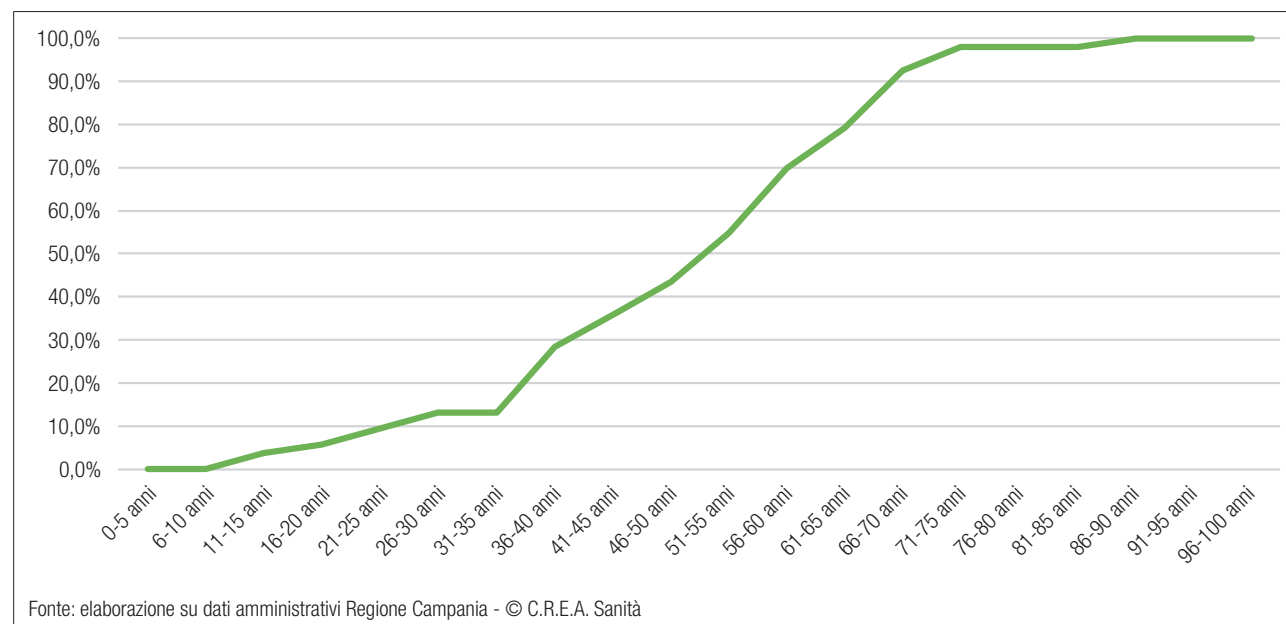
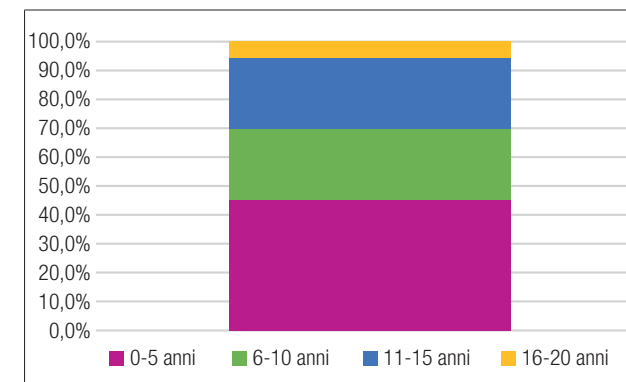


Figura 14b.5. Distribuzione per anzianità esenzione. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

14b.3. Utilizzazione

Tabella 14b.1. Ricoveri per acuti pro-capite. Anno 2018

Totale	Ordinari	Diurni
0,9	0,5	0,4

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14b.2. Ricoveri per acuti pro-capite per classi di età. Anno 2018

Fasce di età	Totale	Ordinari	Diurni
0-5			
6-10			
11-15	1,0	0,5	0,5
16-20	0,0	0,0	0,0
21-25	0,0	0,0	0,0
26-30	0,5	0,0	0,5
31-35			
36-40	0,5	0,0	0,5
41-45	2,3	1,3	1,0
46-50	0,0	0,0	0,0
51-55	1,0	0,7	0,3
56-60	1,1	0,9	0,3
61-65	0,4	0,0	0,4
66-70	1,0	0,4	0,6
71-75	2,0	1,7	0,3
76-80			
81-85			
86-90	0,0	0,0	0,0
91-95			
96-100			

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Ricoveri

In media un paziente campano affetto da NMO è stato sottoposto, nel 2018, a 0,9 ricoveri ordinari: 0,5 in regime ordinario e 0,4 in regime diurno (Tabella 14b.1.).

L'analisi per età mette in evidenza come i ricoveri pro-capite siano più alti tra i 41 e i 45 anni e tra i 71 e 75 anni (Tabella 14b.2.).

I ricoveri sono maggiormente frequenti tra le donne che sono anche quelle più colpite dalla malattia (Tabella 14b.3.).

Ai ricoveri è associato un costo medio per paziente pari a € 3.290,3 pro-capite: € 3.015,3 per i ricoveri in regime ordinario e € 275,0 in regime diurno (Tabella 14b.4.).

Tabella 14b.3. Ricoveri per acuti pro-capite per genere. Anno 2018

Genere	Totale	Ordinari	Diurni
Femmine	1,1	0,6	0,5
Maschi	0,4	0,3	0,2

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14b.4. Spesa pro-capite per ricoveri per acuti (€). Anno 2018

Totale	Ordinari	Diurni
3.290,3	3.015,3	275,0

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Farmaceutica

Nel 2018, ad un paziente con NMO vengono effettuate in media 56,3 prescrizioni per farmaci.

Il numero di prescrizioni maggiore si osserva per i pazienti tra i 41 e i 45 anni, classe di età in cui, come evidenziato in precedenza, si osserva anche una maggiore frequenza di ricoveri (Tabella 14b.5.).

Sono le donne ad avere un numero di prescrizioni annue pro-capite di farmaci mediamente più alto e pari a oltre il doppio: 68,3 vs 32,9 nel 2018 (Tabella 14b.6.).

Tabella 14b.5. Prescrizioni farmaceutica pro-capite per età. Anno 2018

Fasce d'età	Prescrizioni farmaceutica
0-5	
6-10	
11-15	7,5
16-20	14,0
21-25	13,0
26-30	19,0
31-35	
36-40	18,3
41-45	199,9
46-50	48,2
51-55	13,2
56-60	46,0
61-65	71,7
66-70	78,7
71-75	112,0
76-80	
81-85	
86-90	57,0
91-95	
96-100	

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14b.6. Prescrizioni farmaceutica pro-capite per genere. Anno 2018

Sesso	Prescrizioni farmaceutica
Femmine	68,3
Maschi	32,9

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

In File F vengono effettuate in media, nel 2018, 10,2 prescrizioni per paziente.

Come per le prescrizioni farmaceutiche, anche quelle in File F vengono effettuate con più frequenza nella classe di età 41-45 (Tabella 14b.7.).

Ancora si conferma come il genere femminile sia quello con maggior numero di prescrizioni pro-capite annue anche in File F: 11,9 per le donne vs 6,7 per gli uomini (Tabella 14b.8.).

La spesa a carico del SSN per farmaci per pazienti con NMO è pari a € 6.099,6 pro-capite di cui il 61,6% è spesa per farmaci in File F (Tabella 14b.9.).

Tabella 14b.7. Prescrizioni File F pro-capite per età. Anno 2018

Fasce d'età	Prescrizioni in File F
0-5	
6-10	
11-15	1,0
16-20	20,0
21-25	0,0
26-30	25,0
31-35	
36-40	5,0
41-45	77,7
46-50	5,8
51-55	5,3
56-60	0,2
61-65	2,6
66-70	1,5
71-75	12,2
76-80	
81-85	
86-90	0,0
91-95	
96-100	

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14b.8. Prescrizioni File F pro-capite per genere. Anno 2018

Sesso	Prescrizioni in File F
Femmine	11,9
Maschi	6,7

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14b.9. Spesa farmaceutica pro-capite (€). Anno 2018

	Totale
Farmaceutica	2.341,6
File F	3.757,9
Totale	6.099,5

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Specialistica

In media nel 2018 un paziente con NMO ha effettuato 32,1 prestazioni di assistenza specialistica di cui il 76,4% prestazioni di laboratorio, 13,9% presta-

zioni di diagnostica, 8,8% visite, 0,7% di terapeutica e 0,2% di riabilitazione (Tabella 14b.10.).

Le prestazioni di assistenza specialistica pro-capite sono superiori nelle classi di età 46-50 e 50-55 e tra i 71 e gli 80 anni, età in cui, probabilmente alle problematiche legate alla patologia si affiancano

quelle legate all'invecchiamento (Tabella 14b.11.).

In continuità con le considerazioni precedenti, il numero di prestazioni annue di assistenza specialistica pro-capite sono più elevate per le donne rispetto agli uomini (Tabella 14b.12.).

Tabella 14b.10. Prestazioni di assistenza specialistica pro-capite. Anno 2018

Totale	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Terapeutica	Visita
32,1	4,5	24,5	0,1	0,2	2,8

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14b.11. Prestazioni di assistenza specialistica pro-capite per età. Anno 2018

Fasce d'età	Totale	Diagn.ca	Lab.	Riabilitaz.	Terapeutica	Visita
0-5						
6-10						
11-15	7,0	17,5	0,0	0,0	1,0	7,0
16-20	2,0	21,0	0,0	0,0	5,0	2,0
21-25	1,5	9,5	0,0	0,5	1,5	1,5
26-30	7,0	7,5	0,0	2,0	1,0	7,0
31-35						
36-40	4,9	26,6	0,0	0,1	2,2	4,9
41-45	4,8	35,5	0,0	0,0	3,2	4,8
46-50	6,9	37,3	0,0	0,0	5,6	6,9
51-55	4,2	16,5	0,0	0,0	2,2	4,2
56-60	2,7	12,1	0,0	0,1	2,0	2,7
61-65	5,2	9,1	0,8	0,6	2,0	5,2
66-70	3,9	50,7	0,0	0,1	3,8	3,9
71-75	5,5	29,5	0,0	0,3	5,8	5,5
76-80						
81-85						
86-90	3,0	17,0	0,0	0,0	3,0	3,0
91-95						
96-100						

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14b.12. Prestazioni di assistenza specialistica pro-capite per età. Anno 2018

Genere	Totale	Diagn.ca	Laboratorio	Riabilitaz.	Terapeutica	Visita
Femmine	34,1	5,0	25,7	0,1	0,2	3,1
Maschi	28,1	3,5	22,2	0,0	0,3	2,2

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Il costo medio annuo per paziente affetto da NMO per prestazioni di assistenza specialistica è pari a € 674,3: il 71,3% è spesa per diagnostica, il 14,4%

per analisi di laboratorio, il 10,5% per visite, il 2,6% per riabilitazione e l'1,3% per terapeutica (Tabella 14b.3.).

Tabella 14b.13. Spesa per assistenza specialistica pro-capite (€). Anno 2018

Totale	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Terapeutica	Visita
674,3	480,8	96,8	17,2	8,5	71,0

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

14b.4. Mobilità

L'analisi svolta ha preso in considerazione, come anticipato, tutti i pazienti con codice di esenzione per NMO e le prestazioni a carico del SSN a prescindere se effettuate in Regione o fuori Regione. Essendo quella analizzata una malattia rara, la necessità di considerare tutte le prestazioni effettuate fuori Regioni appare ancor più importante in quanto esistono Centri di riferimento che, in alcuni casi, sono dislocati al di fuori della Regione di residenza dei pazienti.

Nel caso specifico, dato il numero esiguo di pazienti, si è scelto di non dare evidenza dei dati relativi alle prestazioni effettuate fuori Regione.

Analizzando seppur in maniera sintetica il dato di mobilità si evince che il 26,1% del totale dei ricoveri dei pazienti con NMO nel 2018 avviene fuori Regione, l'8,6% delle prestazioni specialistiche, il 4,7% delle prescrizioni in File F e il 4,1% delle prescrizioni farmaceutiche.

14b.5. I costi a carico del SSN dei pazienti con NMO

L'analisi dei costi è stata condotta nella prospettiva del SSR della Campania, quindi analizzando esclusivamente i costi diretti sanitari sostenuti dal servizio pubblico. Non sono stati presi in considerazione i costi indiretti e i costi sostenuti direttamente

dal paziente e dai suoi familiari: la loro rilevazione avrebbe richiesto una indagine condotta direttamente sui pazienti.

Inoltre, si ricorda che la stima economica prodotta non misura gli effettivi costi sostenuti: infatti, i database amministrativi riportano la spesa effettivamente sostenuta per voci quali farmaci e i servizi da strutture accreditate, mentre le altre prestazioni riportano solo la relativa utilizzazione.

Questa ultima è stata valorizzata con le tariffe riconosciute dal SSR campano agli erogatori pubblici, in primis le strutture pubbliche di ricovero. Ne consegue che i termini costo, spesa e risorse sono usati con riferimento al criterio di valutazione di volta in volta descritto e, a volte, in modo non rigorosamente appropriato.

Con i caveat sopra esplicitati, la spesa media per paziente con NMO, comprendente quella per farmaci, per esami diagnostici, di laboratorio, visite, ricoveri ordinari e *day hospital*, risulta ammontare a € 10.064,1 annui pro-capite, per un totale di € 533.400 pari allo 0,005% del totale della spesa sanitaria regionale⁴.

Tale dato appare superiore di € 4.883,4 rispetto al costo medio annuo per malato raro già rilevato per la Campania⁵ (Figura 14b.6.).

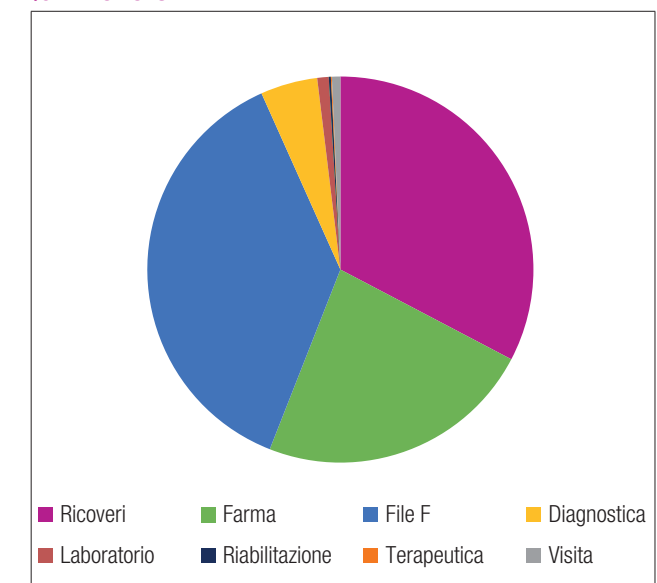
I database amministrativi non permettono ancora un collegamento con le attività sociosanitarie (RSA) e quelle relative all'assistenza domiciliare integrata (ADI), che non sono quindi compresi negli oneri so-

pra evidenziati. Nell'ottica del SSR, si ipotizza peraltro, che la sottostima sia contenuta, in quanto larga parte dei costi per l'assistenza territoriale sono sostenuti direttamente dalle famiglie.

La quota maggiore della spesa regionale è relativa ai farmaci, ed è pari al 60,6% del totale, di cui il 37,3% per farmaci monitorati nel cosiddetto File F; segue la spesa per ricoveri pari al 32,7% di quella totale, quella per diagnostica (4,8%), quella per analisi di laboratorio (1,0%), quella per le visite (0,7) e quella per riabilitazione e terapeutica (rispettivamente 0,2% e 0,1%) (Tabella 14b.14.).

L'analisi della spesa media per classe di età, da considerarsi con grande cautela dato il numero modesto di casi; appare evidente comunque come la spesa tende ad associarsi positivamente con l'età.

Figura 14b.6. Composizione della spesa media annua. Valori % Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14b.14. Spesa media pro-capite per branca. Anno 2018

	Totale	Ric.	Farma.	FILE F	Diagn.	Lab.	Riab.	Ter.	Visita
Totale	10.064,1	3.290,3	2.341,6	3.757,9	470,1	107,6	17,2	8,5	70,9
0-5									
6-10									
11-15	3.992,0	1.183,0	110,3	1.706,5	917,3	63,5	0,0	0,0	11,3
16-20	27.875,7	0,0	12.060,1	15.148,8	495,0	107,3	0,0	0,0	64,6
21-25	345,7	0,0	98,4	0,0	151,1	31,0	0,0	9,7	55,5
26-30	20.185,4	282,0	1.805,4	17.029,1	849,6	53,3	0,0	149,2	16,8
31-35									
36-40	8.957,5	232,8	2.199,1	5.637,7	752,0	96,2	0,0	4,3	35,5
41-45	16.944,9	3.717,0	6.367,7	5.959,4	436,3	133,8	0,0	0,0	330,7
46-50	7.384,2	0,0	1.993,4	4.491,8	698,1	103,3	0,0	0,0	97,6
51-55	9.981,4	1.324,9	2.835,5	5.444,5	252,2	89,9	0,0	0,0	34,4
56-60	12.577,3	11.389,5	473,5	207,1	423,7	46,6	0,0	4,3	32,6
61-65	1.827,2	224,0	856,9	4,4	333,4	176,6	182,6	5,0	44,4
66-70	8.196,1	3.992,7	2.604,3	1.114,8	217,2	202,6	0,0	1,0	63,5
71-75	19.861,0	8.864,2	4.371,6	5.831,1	570,1	102,2	0,0	11,4	110,5
76-80									
81-85									
86-90	903,4	0,0	549,1	0,0	229,9	62,4	0,0	0,0	62,0
91-95									
96-100									

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

⁴ Spesa sanitaria pubblica al netto della mobilità (fonte Ragioneria Generale dello Stato)

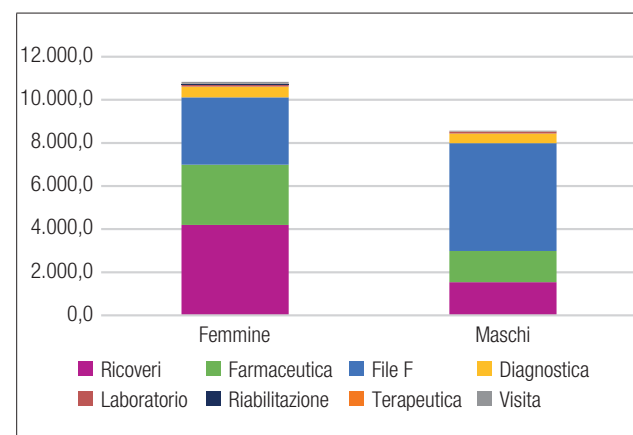
⁵ Rapporto OSSFOR, dato relativo all'anno 2017

Notevoli differenze in termini di spesa emergono anche nell'analisi per genere: la spesa media di un malato di NMO di sesso femminile è maggiore di oltre il 20% di quella di un malato di sesso maschile (10.833,2 vs 8.568,7) (Tabella 14b.7.).

La spesa pro-capite del genere femminile è maggiore di quello maschile in tutte le branche ad eccezione che per quella sostenuta in File F.

Anche in questo caso è doveroso richiamare la cautela nell'interpretazione, dovuta al numero esiguo di pazienti.

Figura 14b.7. Spesa pro-capite per branca e genere. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Campania - © C.R.E.A. Sanità

14b.6. Conclusioni

In Campania, nel 2018, i pazienti esenti per NMO (codice esenzione 041.341.0) risultano 53 pari al 0,09 per 10.000 abitanti dei residenti e allo 0,327% dei malati rari esenti. La prevalenza è molto differenziata tra le ASL: tale fenomeno è presumibilmente legato ai piccoli numeri che caratterizzano la patologia.

La spesa media per paziente con NMO (comprendente quella per farmaci, per esami diagnostici, di laboratorio, visite, ricoveri ordinari e *day hospital*) risulta ammontare in Campania nel 2018 a € 10.836,2 pro-capite. Tale dato appare superiore di € 4883,4 rispetto al costo medio regionale per malato raro esente.

La quota maggiore dell'onere è associata ai farmaci, pari al 60,6% del totale della spesa (il 37,3% è spesa di farmaci in File F); segue la spesa per ricoveri pari al 32,7,3% di quella totale, quella per diagnostica (4,8%), quella per analisi di laboratorio (1,0%), quella per le visite terapeutiche (0,7%) e quelle per riabilitazione e terapeutica (rispettivamente 0,2% e 0,1%).

Il ricorso alla mobilità passiva appare modesto, mentre, avendo svolto l'analisi sui pazienti residenti in Campania, non è dato conoscere il peso della mobilità attiva.

CAPITOLO 14c

L'Assistenza Psicologica, scenari e prospettive alla luce dei bisogni della popolazione italiana e dei nuovi LEA

Bernardini A.C.¹, Lazzari D.², Mancusi R.L., Polistena B.³, Rebecchi D.², Spandonaro F.³

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) e C.R.E.A. Sanità hanno condiviso l'obiettivo di valorizzare le informazioni disponibili in tema di assistenza psicologica nel SSN, dando vita ad una collaborazione tesa a valutare bisogni della popolazione e i conseguenti fabbisogni di risorse fisiche e economiche necessari per assicurare i "LEA psicologici" nell'ambito del SSN.

Va in premessa precisato:

- che l'indagine si riferisce esclusivamente alle situazioni ove è presente un disturbo ansioso e depressivo e non alla generalità delle problematiche contemplate nei LEA;
- che i dati epidemiologici utilizzati sono quelli disponibili prima della pandemia COVID-19, non essendo disponibili studi epidemiologici raffrontabili. Le ricerche effettuate nella pandemia mostrano tuttavia un aumento significativo dei disturbi presi in considerazione.

Per i fini del presente lavoro, si è partiti dalle evidenze disponibili in letteratura in tema di quantificazione dei bisogni di assistenza psicologica della popolazione, adattandoli poi alla popolazione italiana; si è, quindi, proceduto a valutare il fabbisogno di risorse che ne consegue; ed, infine, a realizzare una *gap analysis* deputata a stimare l'impegno di risorse necessario per adeguare l'offerta di assistenza psicologica del SSN.

In particolare, è stato utilizzato come riferimento il modello IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*) sviluppato in UK, che ha stimato i bisogni legati ad ansia e depressione.

Peraltro, alla luce dei "nuovi LEA", come anche del Piano Nazionale Cronicità, è evidente come i bisogni psicologici della popolazione siano molto più ampi: oltre a patologie come ansia e depressione, essi riguardano un ampio ventaglio di situazioni, come ad esempio il supporto ai pazienti oncologici, e in generale a quelli cronici, fino ai disagi minorili.

14c.1. Fabbisogni per la presa in carico dei casi di ansia e depressione

14c.1.1. Evidenze internazionali

Le più recenti stime della *World Health Organization* (WHO), sulla prevalenza della depressione e degli altri disturbi mentali comuni (*Depression and Other Common Mental Disorders - Global Health Estimates, 2017*), riferiscono che disturbi depressivi, di vario genere ed entità, interessano il 4,4% della popolazione mondiale. La prevalenza femminile risulta maggiore di quella maschile, rispettivamente 5,1% e 3,6%.

La prevalenza varia nelle diverse aree del mondo; da un valore pari al 2,6% tra i maschi nell'aria del Pacifico occidentale al 5,9% tra le donne africane.

I tassi di prevalenza variano anche in base all'età: si arriva ad oltre il 7,5% nelle donne di età compresa tra i 60 ed i 64 anni e al 5,5% negli uomini fra i 65 ed i 69.

Il numero totale di persone con depressione a livello mondiale ha registrato un aumento del 18,4%

¹ C.R.E.A. Sanità

² CNOP

³ Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

tra 2005 e 2015, legato sia alla crescita della popolazione globale, sia all'invecchiamento della stessa (ricordando che la prevalenza della depressione è maggiore nelle classi di età più anziane).

I disturbi d'ansia interessano il 3,6% della popolazione mondiale; come per la depressione, la prevalenza è maggiore per le donne: 4,6% rispetto al 2,6% degli uomini.

I tassi di prevalenza non variano in modo sostanziale tra le classi di età, anche se sono leggermente inferiori in quelle più anziane.

Tra il 2005 ed il 2015 si è registrato un aumento del 14,9% dei soggetti che soffrono di disturbi d'ansia.

Di particolare interesse è la *survey* denominata APMS (*Adult Psychiatric Morbidity Survey*)⁴, promossa in UK nel 2014, su commissione del NHS Digital (ex Health and Social Care Information Centre, HSCIC), con il fine di indagare la prevalenza dei disturbi mentali comuni (CMD - *Common Mental Disease*); la *survey* è stata realizzata dal National Centre for Social Research, in collaborazione con l'Università di Leicester.

L'indagine è stata condotta sulla popolazione adulta (>=16 anni) non istituzionalizzata, coinvolgendo 7.528 soggetti.

Lo strumento utilizzato è il *Clinical Interview - Revised* (CIS-R rivisitato), che permette di individuare 14 sintomi specifici e 6 tipologie di CMD [Lewis et al., 1992].

Nello specifico, ogni sezione del CIS-R valuta una specifica tipologia di sintomo CMD:

- sintomi somatici
- affaticamento
- capacità di concentrazione e smemoratezza
- problemi di sonno
- irritabilità
- preoccupazione per la propria salute fisica
- depressione

- idee depressive
- preoccupazione
- ansia
- fobie
- panico
- compulsioni
- ossessioni.

Le risposte al CIS-R sono state utilizzate per identificare il tipo di CMD, classificate secondo la 10^a classificazione internazionale della diagnosi (ICD-10):

- disturbo d'ansia generalizzato (GAD)
- depressione (lieve, moderata e grave)
- fobie
- disturbo ossessivo compulsivo (OCD)
- malattia da panico
- CMD non altrimenti specificata (CMD-NOS).

La CIS-R permette anche di associare alle CMD un livello di severità; la somma dei punteggi di ciascuna sezione determina, infatti, un'indicazione della gravità complessiva dei sintomi:

- un punteggio CIS-R di 12 o più è la soglia applicata per indicare che un livello di sintomatologia per CMD è presente in modo tale da giustificare la necessità di assistenza primaria; nell'indagine sono considerati soggetti con presenza di sintomatologia i punteggi compresi tra 12 e 18 escluso.
- un punteggio CIS-R di 18 o più indica sintomi più gravi o pervasivi, che rendono presumibilmente necessario un intervento specifico come la terapia farmacologica o psicologica; nell'indagine vengono indicati come "sintomi gravi della CMD".

Di seguito si riportano i tassi di prevalenza UK per fasce di età, ed anche per severità, stimati sulla base dei risultati della APMS (Tabella 14c.1. e 14c.2.).

Si riporta nella Tabella 14c.2. la distribuzione delle CMD per gravità, sempre secondo il CIS-R score.

Tabella 14c.1. Positività per CMD nella settimana precedente l'indagine APMS, per sesso ed età (Adulti- Anno 2014)

CMD ^a	Età							Totale
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
	%	%	%	%	%	%	%	%
Maschi								
Disturbo d'ansia generalizzato (GAD)	3,8	6,0	6,8	6,0	6,2	2,0	0,9	4,9
Depressione	0,9	4,1	2,7	4,2	4,2	2,4	0,3	2,9
Fobie	1,3	2,8	2,5	2,3	1,2	0,7	0,3	1,8
Disturbo ossessivo compulsivo (OCD)	1,2	1,1	1,7	1,4	0,7	0,3	0,3	1,1
Disturbi da panico	0,4	0,3	0,2	0,1	0,7	0,4	0,3	0,3
CMD-NOS ^b	5,6	7,9	6,1	5,6	6,8	3,5	3,8	5,8
Totale maschi	10,0	17,4	16,3	13,8	15,6	8,1	5,6	13,2
Femmine								
Disturbo d'ansia generalizzato (GAD)	9,0	6,3	7,0	8,5	6,7	5,8	3,6	6,8
Depressione	3,8	2,8	5,5	4,8	4,4	1,9	2,0	3,7
Fobie	5,4	3,8	3,5	3,0	3,3	0,5	0,6	3,0
Disturbo ossessivo compulsivo (OCD)	2,4	1,6	1,6	1,8	2,1	0,4	0,2	1,5
Disturbi da panico	2,2	0,6	0,3	0,8	0,4	0,9	0,8	0,8
CMD-NOS ^b	11,3	10,2	10,3	11,8	9,4	6,9	5,7	9,6
Totale Femmine	28,2	20,7	22,3	24,2	20,2	14,7	11,0	20,7
Totale								
Disturbo d'ansia generalizzato (GAD)	6,3	6,1	6,9	7,3	6,4	4,0	2,5	5,9
Depressione	2,3	3,5	4,1	4,5	4,3	2,1	1,3	3,3
Fobie	3,3	3,3	3,0	2,7	2,3	0,6	0,5	2,4
Disturbo ossessivo compulsivo (OCD)	1,8	1,4	1,6	1,6	1,5	0,3	0,3	1,3
Disturbi da panico	1,2	0,5	0,3	0,5	0,5	0,7	0,6	0,6
CMD-NOS ^b	8,4	9,1	8,2	8,7	8,1	5,2	4,9	7,8
Totale popolazione	18,9	19,0	19,3	19,1	18,0	11,5	8,8	17,0

a Un individuo può evidenziare più di un CMD

b CMD NOS significa CMD non altrimenti specificata. Nelle precedenti indagini questa categoria veniva definita come insieme di ansia e depressione

Fonte: APMS 2014, NHS Digital (Copyright © 2016, Health and Social Care Information Centre)

⁴ <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-psychiatric-morbidity-survey/adult-psychiatric-morbidity-survey-survey-of-mental-health-and-wellbeing-england-2014>

Tabella 14c.2. Severità della sintomatologia per CMD per sesso e classi di età nella survey APMS

	Classi di età							Totale
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
	%	%	%	%	%	%	%	%
Maschi								
0-5	76,5	72,3	69,7	72,1	69,9	81,3	81,9	74,0
6-11	14,4	12,5	15,2	14,7	15,2	11,5	12,8	13,9
Inferiore a 12	90,9	84,7	84,9	86,8	85,1	92,7	94,7	87,8
12-17	4,9	7,4	6,8	6,2	5,8	3,7	4,2	5,8
18 e più	4,2	7,8	8,3	7,0	9,1	3,6	1,1	6,4
12 e più	9,1	15,3	15,1	13,2	14,9	7,3	5,3	12,2
Femmine								
0-5	57,3	60,4	63,2	58,6	62,8	72,3	74,6	63,5
6-11	16,7	20,5	16,2	18,7	18,1	14,9	15,4	17,4
Inferiore a 12	74,0	80,9	79,4	77,3	80,9	87,1	90,0	80,9
12-17	10,9	10,5	9,4	10,2	9,8	8,1	5,1	9,3
18 e più	15,1	8,6	11,2	12,5	9,3	4,8	4,9	9,8
12 e più	26,0	19,1	20,6	22,7	19,1	12,9	10,0	19,1
Tutti								
0-5	67,1	66,3	66,4	65,3	66,3	76,6	77,6	68,6
6-11	15,5	16,5	15,7	16,7	16,7	13,2	14,3	15,7
Inferiore a 12	82,7	82,8	82,1	82,0	82,9	89,8	91,9	84,3
12-17	7,8	9,0	8,1	8,2	7,8	5,9	4,7	7,6
18 e più	9,5	8,2	9,8	9,8	9,2	4,2	3,3	8,1
12 e più	17,3	17,2	17,9	18,0	17,1	10,2	8,1	15,7

Fonte: APMS 2014, NHS Digital (Copyright © 2016, Health and Social Care Information Centre)

14c.1.2. La stima del bisogno in Italia

Per la stima dei casi prevalenti di depressione e ansia in Italia, ci si è avvalsi dei dati Istat relativi "all'Indagine Multiscopo sulle Famiglie - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 2013⁵.

L'analisi è stata condotta sui soggetti di 16 anni e più, riportati all'universo attraverso la pesatura definita dall'Istat.

I risultati emersi dalla Multiscopo sono stati con-

frontati con quelli della APMS nella popolazione UK, utilizzati poi per attribuire anche alla popolazione italiana con CMD dei livelli di severità.

Va propedeuticamente ricordato che la survey inglese è stata realizzata da personale specificamente formato e su un questionario specifico ed articolato, finalizzato alla individuazione delle CMD; l'indagine Istat, invece, si basa sulle dichiarazioni

dei soggetti intervistati: si tratta, quindi, di dati essenzialmente percepiti (sebbene in alcuni casi accompagnati da una diagnosi medica). In particolare, è possibile che alcune delle CMD considerate nell'indagine inglese possano essere state percepite e dichiarate, in Italia, come depressione e/o ansia, con il rischio di una sovrastima del dato specifico.

Dalle Figure 14c.1. e 14c.2. è possibile eviden-

ziare differenze marcate fra i dati italiani e inglesi, sia per quanto riguarda la distribuzione per età, che sul dato di prevalenza complessivo. Per tutte le distribuzioni (per sesso e totale) si rileva una maggiore prevalenza nei soggetti più giovani in Inghilterra rispetto all'Italia. Per contro nei soggetti con 65 anni e più il dato italiano mostra una prevalenza marcatamente maggiore.

Figura 14c.1. Prevalenza di depressione per 100 abitanti distribuzione per fasce di età (maschi)

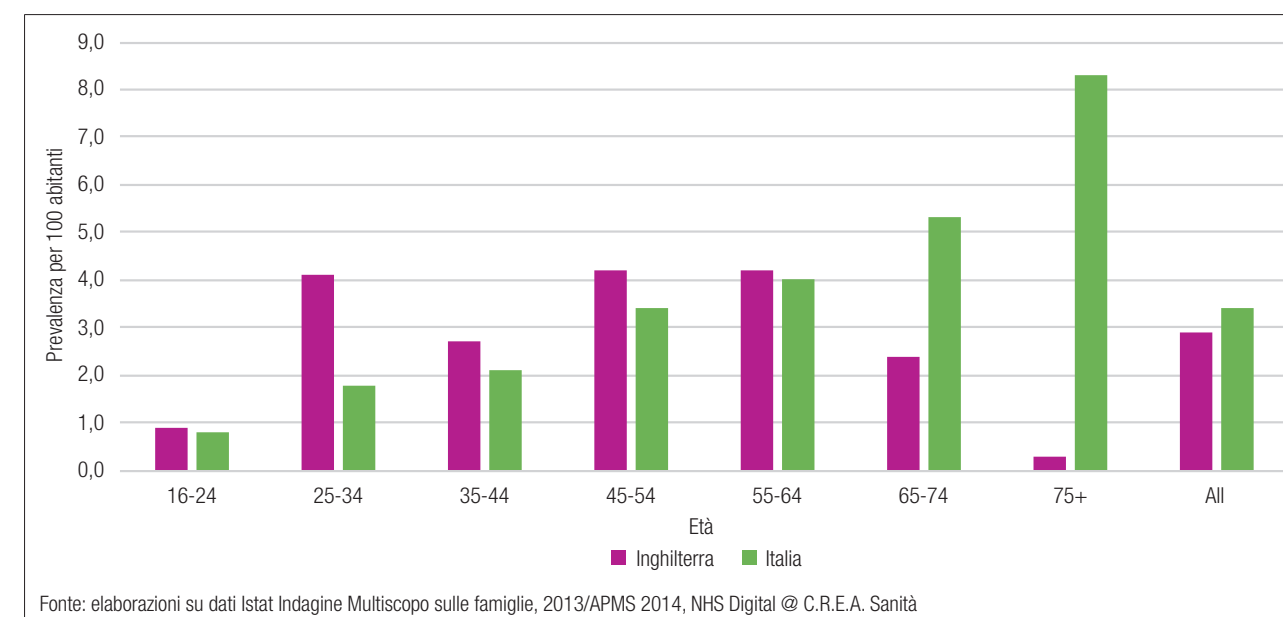
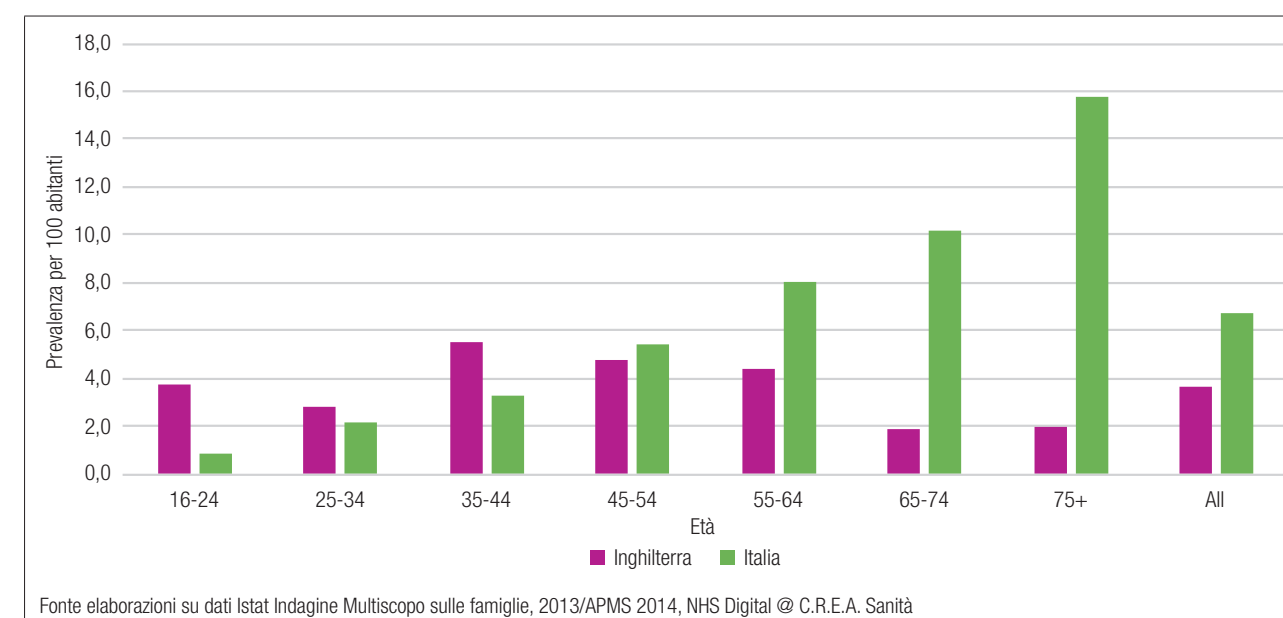
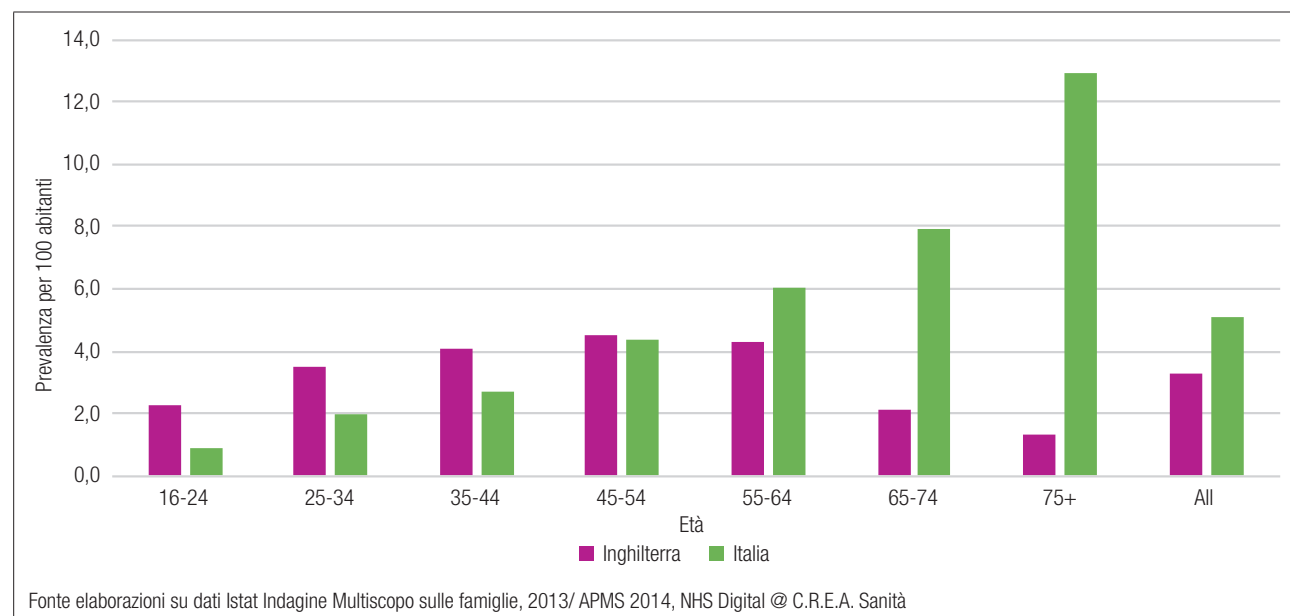


Figura 14c.2. Prevalenza di depressione per 100 abitanti distribuzione per fasce di età (Femmine)



⁵ <https://www.istat.it/it/archivio/7740>

Figura 14c.3. Prevalenza di depressione per 100 abitanti distribuzione per fasce di età (Tutti)

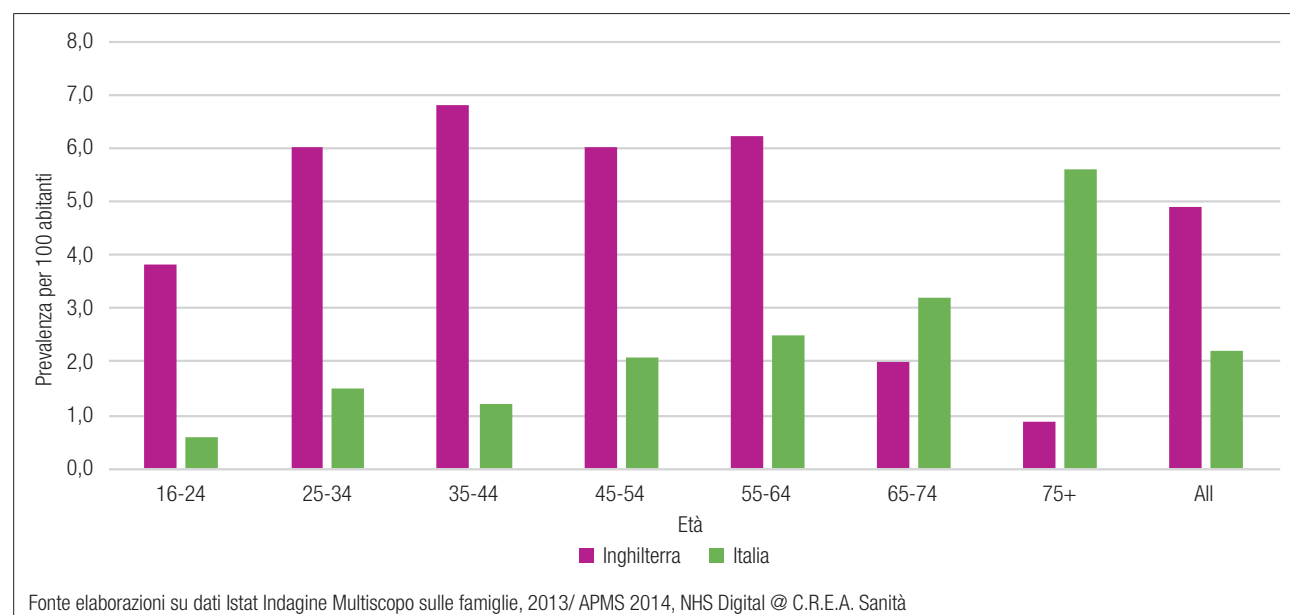


Nei maschi si rileva una sovrapposizione con i dati inglesi per quanto riguarda i soggetti più giovani (16-24 anni), e risulta molto simile anche il dato di prevalenza tra i 35 ed i 64 anni. Per quanto riguarda le femmine le due distribuzioni evidenziano maggiori differenze: nei soggetti più giovani, dai 16 fino ai 44 anni, il dato inglese risulta marcatamente superiore; sovrapponibile tra le due distribuzioni risulta la pre-

valenza tra i 45 ed i 54 anni, mentre all'aumentare dell'età il dato di prevalenza italiano diventa poi marcatamente più elevato.

Con i caveat espressi, complessivamente si evidenzia una maggiore prevalenza di depressione in Italia rispetto all'Inghilterra con 5,1 casi per 100 abitanti contro 3,3 (dati non standardizzati).

Figura 14c.4. Prevalenza di ansia per 100 abitanti distribuzione per fasce di età (Maschi)



Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, al contrario, si evidenzia globalmente una più marcata prevalenza nei dati inglesi: complessivamente 5,9 casi per 100 abitanti contro 3,6 in Italia.

Anche per questa patologia la distribuzione per età è nettamente differente tra i due Paesi: si rileva infatti una elevata prevalenza nei soggetti più giovani a partire dai 16-24 anni dove, a fronte di un dato italiano che evidenzia meno di un soggetto per 100

abitanti, i dati inglesi risultano di 10 volte superiori, in particolare per quanto riguarda le femmine. Complessivamente nella fascia più giovane si rilevano 6 casi per 100 abitanti in UK contro 0,7 in Italia. La prevalenza italiana risulta superiore solo a partire dai 65 anni, con 6 casi per 100 abitanti fino a 74 anni, contro 4 in Inghilterra, e con 9,3 casi per 100 abitanti negli ultrasessantacinquenni, contro 2,5.

Figura 14c.5. Prevalenza di ansia per 100 abitanti distribuzione per fasce di età (Femmine)

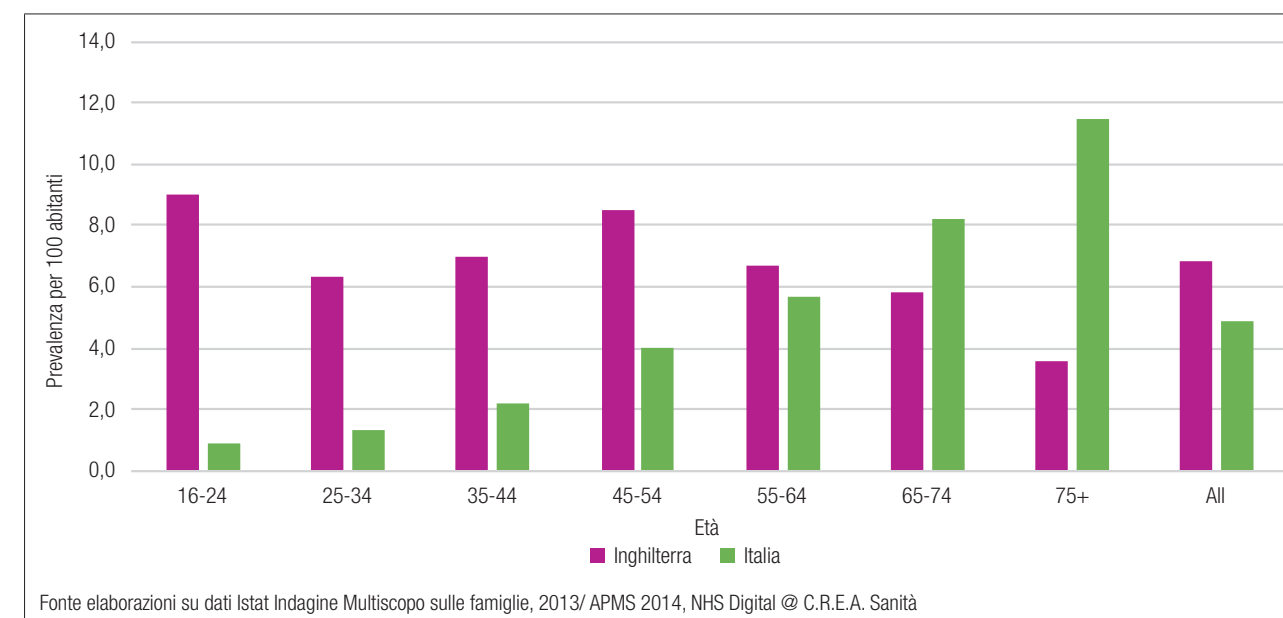
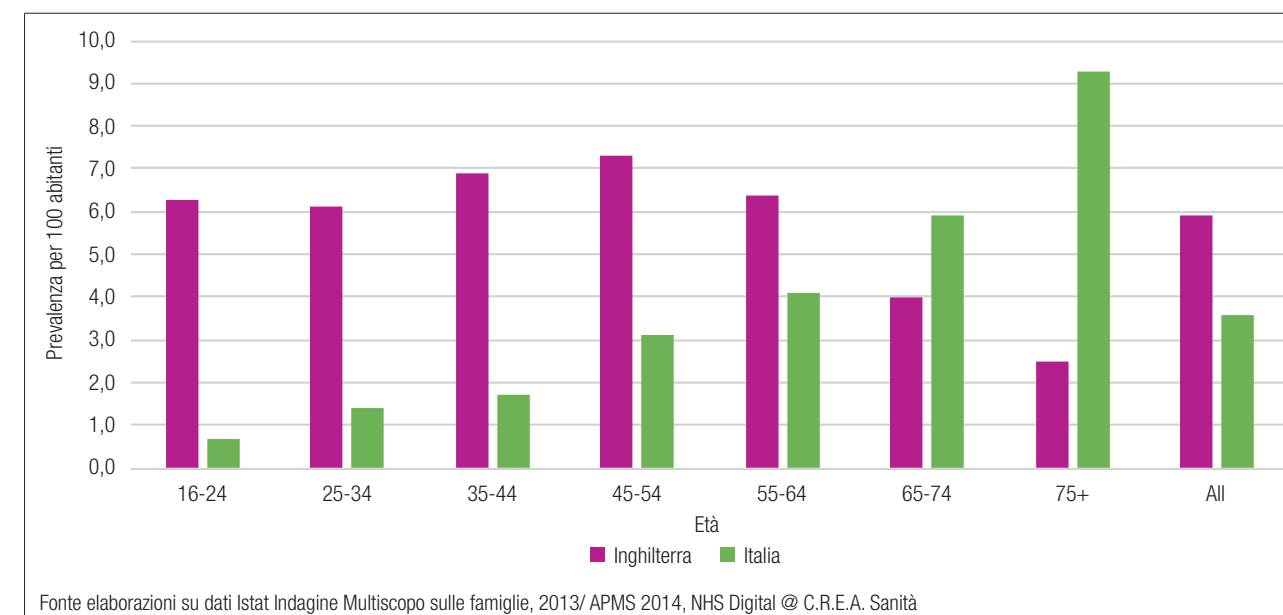


Figura 14c.6. Prevalenza di ansia per 100 abitanti distribuzione per fasce di età (Tutti)



Sintetizzando, si rileva una maggiore presenza di casi di depressione in Italia (5,1 vs 3,3 per 100 abitanti), mentre in Inghilterra risultano maggiori i casi di ansia (5,9 vs 3,6 per 100 abitanti). Per entrambe le patologie la prevalenza tende a decrescere al crescere dell'età nei dati inglesi, mentre avviene l'opposto in Italia.

Pur invitando ad una doverosa cautela nelle valutazioni, per effetto delle marcate differenze nelle distribuzioni, si riportano in Tabella 14c.3. e in Tabella 14c.4. le stime della prevalenza di depressione e ansia per severità nella popolazione italiana, elaborate applicando le frequenze desunte dalla survey APMS citata ai dati Istat.

Tabella 14c.3. Depressione: stima della ripartizione per gravità dei sintomi per sesso e classi di età. Valori %

(CIS-R) score rivisitato	Classi di età							Totale
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
Maschi								
0-5	16.388	45.543	69.000	107.248	105.708	129.820	165.758	625.639
6-11	3.085	7.874	15.047	21.866	22.987	18.363	25.906	117.519
Inferiore a 12	19.473	53.354	84.048	129.114	128.695	148.023	191.664	742.312
12-17	1.050	4.661	6.732	9.222	8.771	5.908	8.500	49.037
18 e più	900	4.913	8.217	10.412	13.762	5.748	2.226	54.109
12 e più	1.949	9.638	14.948	19.635	22.533	11.657	10.727	103.146
Femmine								
0-5	13.915	45.774	97.633	148.216	197.409	251.413	458.554	1.132.995
6-11	4.056	15.536	25.026	47.298	56.897	51.813	94.661	310.458
Inferiore a 12	17.971	61.309	122.659	195.513	254.306	302.878	553.215	1.443.453
12-17	2.647	7.957	14.521	25.799	30.806	28.167	31.349	165.935
18 e più	3.667	6.517	17.302	31.616	29.234	16.691	30.119	174.856
12 e più	6.314	14.475	31.823	57.415	60.040	44.858	61.468	340.791
Tutti								
0-5	30.303	91.317	166.633	255.464	303.118	381.233	624.312	1.758.634
6-11	7.140	23.410	40.073	69.164	79.883	70.176	120.567	427.977
Inferiore a 12	37.443	114.663	206.706	324.627	383.001	450.901	744.879	2.185.766
12-17	3.697	12.619	21.253	35.021	39.577	34.075	39.849	214.971
18 e più	4.567	11.431	25.519	42.028	42.996	22.440	32.346	228.965
12 e più	8.264	24.113	46.772	77.050	82.573	56.515	72.195	443.936

Fonte elaborazioni su dati Istat Indagine Multiscopo sulle famiglie, 2013/ APMS 2014, NHS Digital @ C.R.E.A. Sanità

Tabella 14c.4. Ansia: stima della ripartizione per gravità dei sintomi per sesso e classi di età. Valori %

(CIS-R) score rivisitato	Età (classi)							Totale
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
Maschi								
0-5	12.054	37.000	38.950	67.485	67.581	78.071	111.571	403.560
6-11	2.269	6.397	8.494	13.759	14.696	11.043	17.437	75.804
Inferiore a 12	14.323	43.345	47.445	81.244	82.276	89.018	129.008	478.819
12-17	772	3.787	3.800	5.803	5.608	3.553	5.722	31.630
18 e più	662	3.992	4.638	6.552	8.798	3.457	1.499	34.903
12 e più	1.434	7.830	8.438	12.355	14.406	7.010	7.220	66.533
Femmine								
0-5	13.261	26.742	66.369	108.132	139.887	200.929	334.227	829.084
6-11	3.865	9.076	17.012	34.506	40.318	41.409	68.996	227.182
Inferiore a 12	17.126	35.818	83.381	142.639	180.205	242.060	403.223	1.056.266
12-17	2.523	4.649	9.871	18.822	21.830	22.511	22.849	121.425
18 e più	3.495	3.808	11.762	23.066	20.716	13.340	21.953	127.953
12 e più	6.017	8.457	21.633	41.887	42.545	35.850	44.803	249.378
Tutti								
0-5	25.315	63.742	105.319	175.617	207.468	279.000	445.798	1.232.644
6-11	6.134	15.473	25.506	48.265	55.013	52.452	86.433	302.986
Inferiore a 12	31.449	79.164	130.826	223.883	262.481	331.078	532.231	1.535.085
12-17	3.295	8.436	13.671	24.625	27.437	26.064	28.571	153.055
18 e più	4.156	7.799	16.400	29.618	29.514	16.797	23.452	162.856
12 e più	7.451	16.286	30.071	54.242	56.951	42.860	52.023	315.911

Fonte elaborazioni su dati Istat Indagine Multiscopo sulle famiglie, 2013/ APMS 2014, NHS Digital @ C.R.E.A. Sanità

Nell'ansia le femmine rappresentano il 79,3% dei casi con CIS-R score tra 12 e 17 ed il 78,6% dei soggetti con sintomatologia grave.

Proiezioni

Come è noto, la popolazione italiana è soggetta ad un processo di rapido invecchiamento, che impatterà ulteriormente sulla prevalenza di ansia e depressione.

Si è quindi proceduto a proiettare la prevalenza di casi in Italia, sulla base delle previsioni di evoluzione

della popolazione elaborate dall'Istat⁶ (scenario mediano dal 2016 a 2066).

In Figura 4c.7. e Figura 4c.8. si riportano le proiezioni dal 2016 al 2066 della prevalenza per depressione e ansia.

Il trend di prevalenti risulta in crescita, per entrambe le patologie, fino al 2050, con un incremento rispetto all'anno base del 18,2% per la depressione e del 18,8% per l'ansia.

⁶ <http://demo.istat.it/previsioni2017/download.php#>

Figura 4c.7. Depressione: stima dei casi prevalenti (2017-2066)

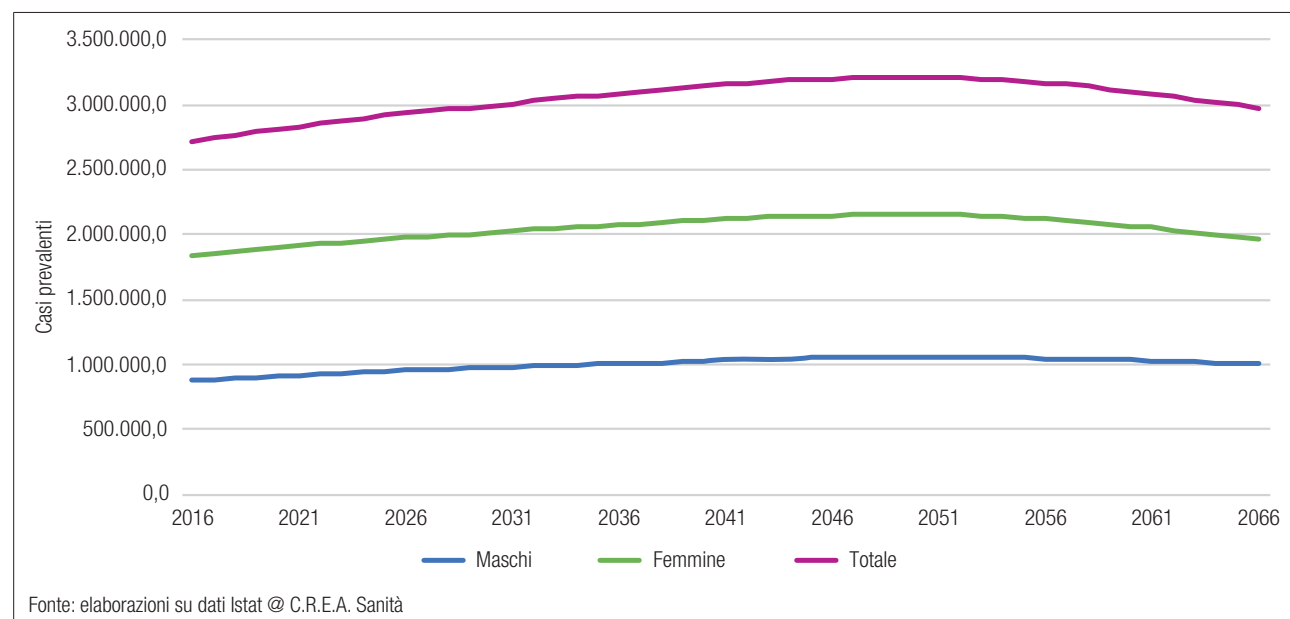
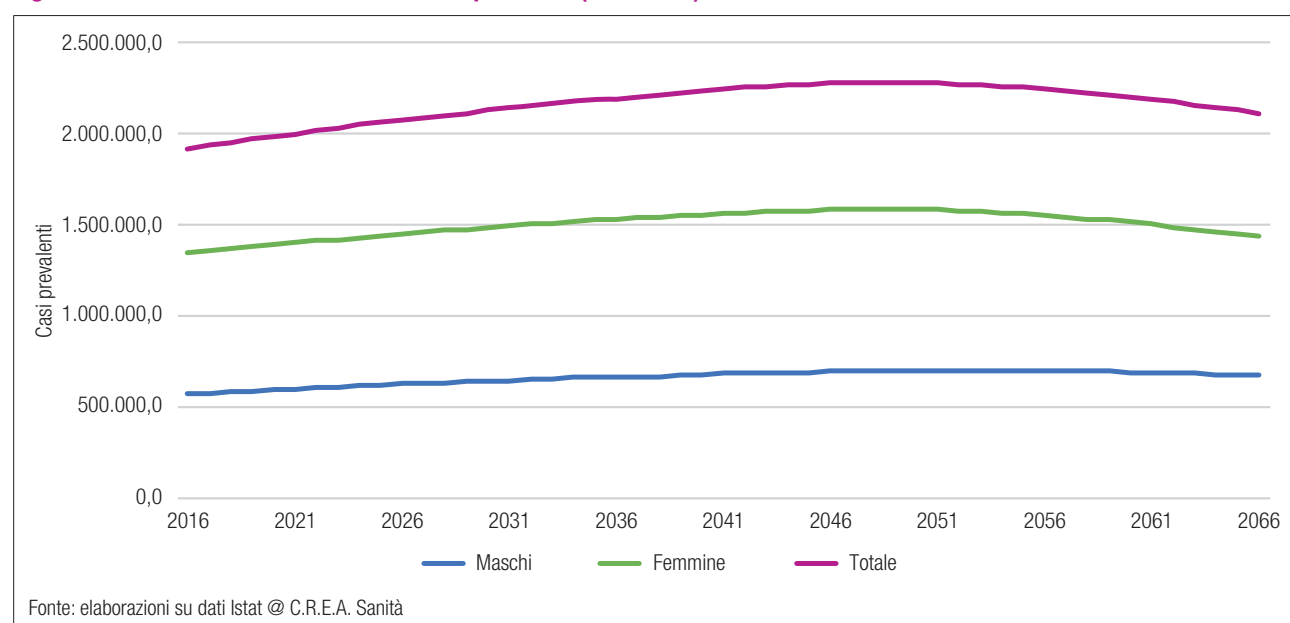


Figura 14c.8. Disturbi di Ansia: stima dei casi prevalenti (2017-2066)



14c.2. Offerta e gap analysis

Sulla base delle stime effettuate si è valutato il *gap* esistente tra l'attuale offerta di assistenza psicologica nel SSN e la domanda potenziale espressa sulla popolazione.

A tal fine è stato necessario quantificare il carico di lavoro "tipo" dello psicologo, in funzione della

distribuzione per diagnosi e severità delle patologie considerate (Tabella 14c.10.).

Il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP) ha promosso una *Consensus Conference*, effettuata nel giugno 2018 tra un gruppo selezionato di Direttori di servizi di psicologia del SSN, e coordinata dalla dott.ssa Daniela Rebecchi e dal dott. David Lazzari. Nello specifico, dall'indagine è emerso che:

- per la diagnosi primaria di disturbo ansia e depressione, la proposta di trattamento prevede una psicoterapia individuale con un numero medio di 8-12 sedute (+ 3 ore di lavoro indiretto per paziente); la quota di pazienti per questa tipologia di intervento è stata stimata essere del 35% della popolazione con ansia e depressione
- per la diagnosi primaria di disturbo d'ansia e depressione, in compresenza di altri fattori che possono influenzare lo stato di benessere o di tratti significativi di un disturbo di personalità e/o di un disturbo lieve di personalità, la proposta di trattamento è di psicoterapia individuale con un numero di medio 20-24 sedute (+5 ore di lavoro indiretto per paziente); la quota di pazienti per questa tipologia di intervento è stata stimata essere pari al 50% della popolazione con ansia e depressione
- per la diagnosi primaria di disturbo di ansia e depressione con presenza di disturbo di personalità (medio o grave)⁷ la proposta di trattamento è di un approccio integrato multi-professionale (es. farmacologica, riabilitativa, psicoterapica individuale, familiare o grupale, psicosociale); per questo gruppo si evidenzia una difficoltà nella definizione del numero di sedute necessarie agli interventi psicoterapici; la quota di pazienti per questa tipologia di intervento è di circa il restante 15% della popolazione con ansia e depressione.

Per addivenire alla stima del fabbisogno di risorse per la cura dei disturbi di ansia e depressione, i carichi di lavoro sopra descritti sono stati applicati alla popolazione prevalente stimata.

Si noti che, sia per quanto riguarda i disturbi depressivi che per i disturbi di ansia, soprattutto se individuati come stati patologici in acuto, il calcolo dei casi incidenti non appare significativo in termini di carico assistenziale. In effetti, essendo la depressione e l'ansia, se non in casi particolari, quali ad

esempio la depressione post-partum, una patologia ricorrente, la prevalenza dei soggetti con tali patologie dovrebbe meglio individuare il numero potenziale di soggetti da prendere in carico. In altri termini, al di là degli effetti derivanti dall'invecchiamento della popolazione, si può supporre che i casi che entrano per nuova diagnosi ed i casi che escono per il superamento dello stato di crisi dovrebbero compensarsi. Per altro questa ipotesi sembra essere confermata dallo studio di Clark (2018), dal quale emerge come nel sistema sanitario inglese, dove gli esiti clinici dei pazienti che accedono ai servizi sono attentamente monitorati (in particolare sono monitorati i punteggi pre-trattamento e post-trattamento per il 98,5% dei pazienti), è stato valutato guarito entro la fine del trattamento il 51% dei pazienti e, di questi, 2 pazienti su 3 (66%), ha mostrato un miglioramento affidabile (i dati disponibili più recenti coprono il periodo da gennaio a luglio 2017).

Tabella 14c.10. Disturbo d'ansia e depressione (ICD-10)

Trattamento	Sedute	Ore lavoro indiretto
Psicoterapia individuale	8-12	3
Psicoterapia individuale (presenza di altri fattori che possono influenzare lo stato di benessere o di tratti significativi di un disturbo di personalità e/o di un disturbo lieve di personalità)	20-24	5
Psicoterapia individuale (presenza di disturbo di personalità medio o grave)	Approccio integrato multiprofessionale. Difficoltà nel quantificare il numero di sedute	ND

Fonte: Consiglio Nazionale Ordine Psicologi – CNOP

La stima dei fabbisogni è stata elaborata ipotizzando alternativamente il 100%, il 70%, il 50% (scenario 1,2,3) del totale dei soggetti che presentano ansia e depressione in acuto.

Inoltre, la stima è stata effettuata esclusivamente in relazione alle prestazioni di psicoterapia, senza

⁷ Casistica non considerata nell'analisi

prendere in considerazione gli altri interventi di tipo psicologico (prevenzione, diagnosi, sostegno, colloqui con i familiari, ecc.) previsti dai LEA.

Sulla base di quanto sopra, si stima un impegno complessivo orario degli psicologi del SSN per effettuare le psicoterapie individuali (attività diretta + attività indiretta), che nei diversi scenari risulta essere:

- scenario 1: 55,5-67.1 milioni di ore
- scenario 2: 38,9-47.0 milioni di ore
- scenario 3: 27.8-33.5 milioni di ore.

Considerando che attualmente il SSN conta 8.775

psicologi attivi, il fabbisogno di professionisti per colmare la domanda di psicoterapia, per il solo ambito del trattamento dell'ansia e della depressione, risulterebbe essere compreso tra 7.832 e 31.345 unità di personale aggiuntive, a seconda dello scenario considerato (Tabella 14c.12.).

Questo si traduce in un onere aggiuntivo per il SSN che è stimabile, rispetto a una tariffa oraria di € 50,0, tra € 0,6 e 2,6 mld. a seconda dello scenario adottato.

Tabella 14c.11. Carico di lavoro – psicoterapia ansia e depressione SSN

Trattamento	Scenario 1 Pazienti	Ore complessive (DIR + IND)		Scenario 2 Pazienti	Ore complessive (DIR + IND)		Scenario 3 Pazienti	Ore complessive (DIR + IND)	
		min	Max		min	max		min	max
Diagnosi primaria di disturbo ansia e depressione	1.188.769	13.076.460	17.831.536	832.138	9.153.522	12.482.075	594.385	6.538.230	8.915.768
Diagnosi primaria di disturbo d'ansia e depressione, compresenza di altri fattori che possono influenzare lo stato di benessere o di tratti significativi di un disturbo di personalità e/o di un disturbo lieve di personalità	1.698.242	42.456.038	49.249.004	1.188.769	29.719.226	34.474.302	849.121	21.228.019	24.624.502
Tot.	2.887.011	55.532.497	67.080.539	2.377.538	38.872.748	46.956.377	1.698.242	27.766.249	33.540.270

Tabella 14c.12. Fabbisogno potenziale

	Scenario 1 - 100%		Scenario 2 - 70%		Scenario 3 - 50%	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max
Psicologi necessari per coprire la domanda potenziale	33.213	40.120	23.249	28.084	16.607	20.060
Ulteriori unità di personale SSN necessarie per colmare la domanda potenziale	24.438	31.345	14.474	19.309	7.832	11.285

Fonte: elaborazioni su dati Istat Indagine Multiscopo sulle famiglie, 2013, Ministero della Salute e CNOP @ C.R.E.A. Sanità

Tabella 14c.13. Fabbisogno potenziale - Risorse

	Scenario 1 - 100%		Scenario 2 - 70%		Scenario 3 - 50%	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max
Ore aggiuntive necessarie per coprire il fabbisogno	40.860.697	52.408.739	24.200.948	32.284.577	13.094.449	18.868.470
Risorse necessarie (Retribuzione oraria € 50,0)	2.043.034.853	2.620.436.963	1.210.047.397	1.614.228.874	654.722.426	943.423.481

Fonte: elaborazioni su dati Istat Indagine Multiscopo sulle famiglie, 2013, Ministero della Salute e CNOP @ C.R.E.A. Sanità

Al momento, quindi, oltre al potenziamento numerico ed organizzativo degli Psicologi nel pubblico, il ricorso all'attività privata, anche eventualmente accreditata, è l'unico modo per garantire un'offerta adeguata.

Gli psicologi iscritti attivi all'ENPAP (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi) risultano essere 55.239 al 2017. Gli psicologi iscritti all'albo al 2019 sono circa 115.000, di cui la metà sono anche psicoterapeuti.

Pertanto, il numero di psicologi attualmente iscritti all'Ordine e attivi, sarebbe in via teorica sufficiente per la presa in carico della domanda sin qui considerata (limitata ai disturbi di ansia e depressione).

È necessario però ricordare che, affinché l'analisi del fabbisogno sia completa, si dovrebbe tener conto:

- che nel presente studio sono state considerate solo le prestazioni di psicoterapia;
- che gli interventi psicologici previsti nei LEA non sono rivolti ai soli soggetti affetti da ansia e depressione, ma anche, come previsto dai LEA, ad ulteriori categorie come:
- pazienti terminali
- minori, donne, coppie e famiglie in specifiche condizioni
- persone e minori con problemi e disturbi psicologici
- persone con disabilità
- persone con dipendenze patologiche
- donne in stato di gravidanza
- persone con disturbi dello spettro autistico.

Il presente lavoro si è focalizzato sul tentativo di adattare alla popolazione italiana le evidenze, nazionali e internazionali, disponibili in tema di quantificazione dei bisogni di assistenza e supporto psicologico, valutandone le conseguenze in termini di fabbisogno di risorse necessarie per farvi fronte; in particolare, l'interesse per le analisi discende dall'impatto generato dall'aggiornamento dei LEA, con il quale sono state precisate ed estese le funzioni psicologiche nell'ambito delle tutele garantite dal SSN: una quantificazione dell'impatto di tali estensioni non è, peraltro, ancora stata elaborata e, a questa carenza informativa, ha cercato di ovviare il presente

lavoro.

A tal fine, si è realizzata una *gap analysis* deputata a stimare i fabbisogni aggiuntivi di risorse, sia economiche che finanziarie, rese necessarie per l'adeguamento dell'offerta del SSN alle promesse di tutela citate ai punti precedenti.

Come si evince dalla lettura dei risultati, il *gap* esistente fra domanda potenziale e risorse attuali del SSN è molto ampio: nello scenario centrale fra quelli proposti, mancherebbero tra i 14.474 e i 19.309 psicologi, la cui assunzione implicherebbe un onere aggiuntivo per il SSN tra i € 1,2 e i 1,6 mld.

Si sottolinea che la stima prende in considerazione solo l'assistenza per i disturbi di ansia e depressione, senza contare le varie altre forme di supporto psicologico riconosciute come LEA.

Peraltro, tempi e modi per il riallineamento dipendono fortemente dalle dinamiche di presa in carico e da alcuni fattori difficilmente valutabili a priori: le stime quindi rappresentano un "tendenziale", che dovrà essere adattato alle specificità locali e alle dinamiche evolutive dei servizi nei prossimi anni.

Riferimenti bibliografici

- APMS - *Adult Psychiatric Morbidity Survey* (2014), *Digital NHS UK*
- Clark D.M. (2018), *Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program - Annual Review of Clinical Psychology*
- DPCM 12 gennaio 2017 (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15) *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*
- Fondazione Gimbe (2016), *Giornata Mondiale della Salute Mentale Femminile*
- IAPT - *English Improving Access to Psychological Therapies* (2017), *Digital NHS UK*
- Istat (2013), *Indagine Multiscopo sulle Famiglie - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*
- Istat (2013), *Disabilità in cifre*
- Istat (2016), *Il consumo di alcol in Italia*

- Istat (2016), *La salute riproduttiva della donna*
- Istat (2016), *L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado. Anno scolastico 2016-2017*
- Lazzari D. (2019), *La Psiche tra salute e malattia. Evidenze ed epidemiologia*. Edra
- Ministero della Salute (2013), D.G. della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga (2017), *Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*
- Rebecchi D. (2018), *I percorsi clinici della psicologia. Metodi, strumenti e procedure nel Sistema Sanitario Nazionale*
- Relazione del Ministero della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 40/2004 (2016), *Risultati dei cicli di Inseminazione Semplice (IUI) senza donazione di gameti, secondo la fase del ciclo nel 2016*
- Sistema Informativo per la Salute Mentale (2015), *Rapporto salute mentale*



Capitolo 15

**Prestazioni sanitarie a distanza in
Telemedicina per proteggere le persone
fragili e i valori sociali della sanità
pubblica: la lezione del COVID-19 in Italia**

*Health care services in Telemedicine for protect
fragile people and the social values of health
publishes: the lesson of COVID-19 in Italy*

English Summary

CAPITOLO 15

Prestazioni sanitarie a distanza in Telemedicina per proteggere le persone fragili e i valori sociali della sanità pubblica: la lezione del COVID-19 in Italia

Gabrielli F.¹

15.1. Scenario dell'assistenza sanitaria italiana all'arrivo di COVID-19

La pandemia di virus SARS-Covid2 è arrivata in un momento già storico per l'assistenza sanitaria italiana.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) stava già affrontando da tempo la più difficile crisi strutturale dalla sua istituzione (Legge n. 833 del 23 dicembre 1978) e che ha origine da nuovi cambiamenti demografici, epidemiologici e dell'organizzazione sanitaria (Focus tematico "Lo stato della sanità in Italia" dell'ufficio Parlamentare di Bilancio).

Tali cambiamenti si sono verificati negli ultimi venti anni con tempistiche differenziate e progressivamente si sono fusi insieme in un unico scenario che non è più solo sanitario, ma anche economico e sociale.

Ad esempio, è noto che Giappone, Korea, Grecia e Italia sono i Paesi industrializzati in cui si assiste da tempo al progressivo aumento dell'aspettativa di vita associato alla consensuale diminuzione del tasso di natalità (OECD, 2019).

Ne risulta l'invecchiamento della popolazione, ovvero l'aumento dell'età media e della percentuale delle persone che hanno più di 65 anni.

Questo cambiamento non è solo un fatto meramente statistico, ma porta con sé delle modifiche profonde del sistema di previdenza (Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese, 2019) e di assistenza e induce perfino mutamenti significativi dell'epidemiologia e conseguentemente delle esigenze assistenziali e del sistema di *welfare* (Ricciar-

di, 2015).

Qualcosa di simile si può osservare negli studi epidemiologici (Istituto Superiore di Sanità), che si occupano di malattie croniche.

Essi dimostrano da tempo chiaramente una crescita netta della prevalenza di tutte le malattie croniche.

Inoltre, tali patologie sono anche legate al grado di istruzione e alla vulnerabilità sociale, come ben illustrato in recenti indagini dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e dell'Istituto Nazionale per la Salute, la Migrazione e la Povertà (INMP).

Peggiori condizioni esistenziali, che sono tipicamente associate anche alla diagnosi tardiva e a scarsa aderenza al trattamento, determinano a seguito delle complicazioni delle malattie croniche una differenza nell'aspettativa di vita di circa 5 anni.

È possibile perfino identificare quali patologie sono più probabili tra le persone con livelli d'istruzione più bassi: le malattie cerebrovascolari sono le principali cause di morte, seguite dai tumori (in particolare del sistema respiratorio e digestivo).

Per comprendere fino in fondo la serietà della suddetta situazione rispetto alle conseguenze sociali, occorre sempre ricordare che negli anziani è più frequente la presenza contemporanea di più malattie croniche allo stesso tempo.

È intuitivo che ciò rende le terapie più complicate e incerte.

Gli studi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) certificano che le malattie croniche assorbono l'82-85% dei costi per la salute, nei Paesi a più alto reddito pro-capite, e sono alla base dell'86% dei

¹ Direttore del Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali, Istituto Superiore di Sanità, Roma

decessi (Rapporto dell'OMS sullo stato Globale delle malattie non trasmissibili, 2014).

Inoltre, gli studi dimostrano che la correlazione tra disuguaglianze e aspettativa di vita è più evidente nelle nazioni con sistemi sanitari basati sul "modello Bismark", caratterizzato da numerose mutue o compagnie di assicurazione, private, deputate a coprire i costi dell'assistenza sanitaria, finanziati con i contributi degli associati o degli assicurati.

In questo modello, ogni ente è competente per una categoria specifica di lavoratori e dei loro familiari.

Il risultato è la correlazione del diritto alla tutela della salute con lo status dei lavoratori e inevitabilmente tutto ciò si trasforma in situazioni di mancanza di copertura mutualistica o assicurativa e di conseguenza la creazione di disuguaglianze tra gli stessi assistiti.

Per altro, le suddette disuguaglianze, generate dall'esistenza stessa del sistema privato, si scaricano sul bilancio dello Stato.

Se lo stato non ha risorse finanziarie sufficienti la conseguenza inevitabile è la materializzazione progressiva ma inesorabile di due tipologie di assistenza sanitaria: quella per i mutuatati o assicurati con supporto finanziario sicuro e adeguato e quella per tutti gli altri.

Va ricordato che è stato proprio per far fronte a questi effetti negativi che l'Italia ha abbandonato il sistema mutuale nel 1978, fondando l'attuale SSN finanziato con la fiscalità generale e universalistico (modello *Beveridge*) (Taroni, 2019).

L'articolo 32 della Costituzione italiana stabilisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e dell'interesse della comunità.

Inoltre, lo Stato ha anche la responsabilità di garantire la salute dei cittadini e della comunità in condizioni di uguaglianza.

Per svolgere questo compito, la Legge (L.) n. 833/78 ha istituito il SSN, una delle più grandi conquiste sociali del nostro tempo, che ha introdotto valori e principi altamente innovativi:

- cura e assistenza anche specialistica per tutti i cittadini senza distinzione;
- gratuità per i trattamenti salvavita per tutti;

- parità di trattamento;
- garanzia di accesso;
- servizi di prevenzione;
- riabilitazione.

Quando il SSN è nato, l'organizzazione e la gestione della salute erano competenze dell'amministrazione statale, mentre alle Regioni erano delegate essenzialmente compiti esecutivi.

Con la Legge costituzionale 3/2001 la tutela della salute è diventata uno dei temi in cui le Istituzioni nazionali e regionali hanno iniziato a confrontarsi su un piano di parità, creando un sistema caratterizzato dal pluralismo dei centri di potere e ampliando così il ruolo e le competenze delle autonomie locali.

Questo cambiamento costituzionale si basa sul concetto di cooperazione tra gli organi istituzionali.

Tuttavia, nel corso del tempo questo modello di relazioni istituzionali ha progressivamente diminuito la spinta collaborativa, prevalendo la ricerca di sempre maggiore autonomia gestionale a livello locale.

Sul piano organizzativo questo ha comportato due principali effetti:

- riduzione della capacità di coordinamento nelle scelte di *governance* (Rainero, 2019)
- aumento delle differenze nell'accessibilità e nell'equità di distribuzione dei servizi tra aree differenti (Barello, 2018).

Abbiamo raggiunto una situazione in cui i dati dell'attività sanitaria nelle diverse Regioni mostrano differenze regionali e persino locali in qualità, sicurezza, equità di accesso, esiti (Tradori, 2019) e anche differenze non secondarie nella capacità di erogare tutti i servizi considerati irrinunciabili (Livelli Essenziali di Assistenza – LEA) (D.P.C.M del 12 Gennaio 2017).

Eppure il concetto dei LEA era stato introdotto (Legge Costituzionale n. 3/2001) proprio per contrastare le disuguaglianze quali effetti negativi della crisi economica, anch'essa globale, pur nella limitatezza delle risorse.

L'OCSE (Recensione sulla qualità dell'assistenza sanitaria: Italia 2014. Innalzare gli standard, 2015) aveva dimostrato che il servizio sanitario nazionale italiano avrebbe dovuto affrontare due sfide principali:

- assicurare che gli sforzi per contenere la spesa sanitaria non influenzino la qualità dei servizi forniti;
- sostenere le Regioni e le Province Autonome che dispongono di un'infrastruttura più debole, in modo che possano fornire servizi di qualità pari alle regioni con le migliori prestazioni.

Tutte le suddette questioni erano presenti quando la diffusione del nuovo coronavirus ha iniziato a colpire l'Italia.

Il SSN ha comunque reagito al meglio possibile. Tuttavia, rendersi conto che non si hanno a disposizione le risorse necessarie per affrontare la pandemia e osservare che l'intero sistema si trova in difficoltà nel giro di una ventina di giorni dalla segnalazione del primo caso, è un'esperienza violenta che ha lasciato un segno profondo nella mente di tutti.

15.2. Impatto del COVID-19 sull'operatività del sistema sanitario

Nel febbraio 2020 in Italia, il numero di persone infette e con sintomi gravi o molto gravi è aumentato rapidamente in pochi giorni, soprattutto in alcune aree geografiche delle regioni settentrionali.

Erano per lo più pazienti di sesso maschile, di età superiore ai 60 anni, spesso con precedenti malattie croniche.

Il ricovero in terapia intensiva di questi pazienti si è reso necessario entro pochi giorni dal riconoscimento dei sintomi e spesso con aggravamenti improvvisi, che in poche ore hanno reso per loro indispensabile il supporto della funzione respiratoria.

In questa emergenza, gli ospedali hanno dovuto adattarsi in pochi giorni per affrontare un enorme afflusso di pazienti COVID-19. A tal fine, tutti gli altri servizi sanitari, compresi quelli ambulatoriali, sono stati gravemente limitati.

I medici dei reparti chiusi sono stati assegnati a unità di terapia intensiva per sostenere i colleghi. Tutte le risorse materiali sono state dirottate verso gli stessi reparti COVID-19.

Sono stati mantenuti solo i servizi di emergenza non differibili, anche per cercare di proteggere il più

possibile medici e infermieri, che nel frattempo hanno continuato ad essere infettati mentre facevano il loro lavoro (De Micheli, 2020).

Sono emerse difficoltà di approvvigionamento dovute al venire meno dell'autosufficienza produttiva nazionale quale effetto della globalizzazione del mercato.

Inoltre, l'emergere contemporaneo in tutto il territorio nazionale di necessità non rinviabili per affrontare la diffusione di COVID-19 ha messo in evidenza alcuni problemi di funzionamento generale del SSN.

In particolare, è emerso chiaramente che:

- esiste uno squilibrio non trascurabile tra le strutture private accreditate e quelle pubbliche rispetto alle responsabilità assistenziali nei confronti delle acuzie;
- i servizi territoriali hanno modestissime possibilità di adattarsi efficacemente a incrementi repentini delle necessità assistenziali, sia in termini di quantità di prestazioni erogabili che d'intensità di cure.

Un'indicazione di questo squilibrio può essere ottenuta incrociando i dati aperti delle istituzioni nazionali di *governance* sanitaria (Rapporto annuale sulle attività di ricovero ospedaliero (SDO), 2018).

Si osservano complessivamente 1.089 ospedali con attività di cura per pazienti acuti, di cui 657 (60,3%) sono pubblici, 77 (7,1%) sono privati accreditati e i restanti 355 (32,6%) privati non accreditati, quindi con prestazioni totalmente a carico del paziente.

Il 53,7% (585 su 1.089) degli ospedali pubblici attivi nell'assistenza per acuti hanno dipartimenti/reparti di emergenza e accettazione (DEA) e unità di pronto soccorso (PS).

Invece, il 3,1% (34 su 1089) degli ospedali privati accreditati ha DEA/PS, mentre solo l'2,7% di quelli non accreditati (29 su 1089).

Considerando la disponibilità di ospedali pubblici e aggiungendo quelli di privati accreditati, calcoliamo il rapporto tra il numero totale di letti ospedalieri e letti per i pazienti acuti.

Il risultato non supera i 2,95% abitanti, considerando a ritroso la popolazione nazionale ufficiale al 01/01/2018 che era pari a 60.483.973 (dati Istat).

Se si prende in considerazione la presenza di DEA/PS, il suddetto rapporto scende a 2,48‰ abitanti.

Ciò significa che una rilevante quota di posti letto (28.165 nel 2018) negli ospedali di cura per acuti non sono associati DEA/PS associati.

Quasi tutti i suddetti posti letto (83,7%) si trovano in ospedali privati. In pratica, una parte consistente di ospedali privati agiscono confidando sull'esistenza di servizi DEA/PS degli ospedali pubblici a cui rivolgersi ogni volta che le condizioni cliniche dei pazienti lo richiedano.

L'emergenza COVID-19 ha messo in evidenza i punti critici dell'attuale distribuzione dei servizi nei territori.

Non di meno, occorre sottolineare il fatto che,

con apprezzabile senso di responsabilità, molte delle strutture private hanno messo a disposizione letti e cure intensive ancor prima che il loro coinvolgimento fosse sollecitato dalle istituzioni regionali.

Ad esempio, in Lombardia già il 4 marzo 2020 l'amministrazione regionale ha approvato un accordo ufficiale (DRG n. XI/2905, 2020) con i presidi ospedalieri della sanità privata per fare fronte all'emergenza COVID-19.

In pochi giorni, gli ospedali privati in Lombardia hanno messo a disposizione 270 letti di terapia intensiva e 2621 letti ospedalieri ordinari per sostenere parte dello sforzo degli ospedali pubblici e hanno anche temporaneamente messo a disposizione una quota del loro personale per i turni di lavoro negli ospedali pubblici (Quotidiano Sanità, 2020).

Tabella 15.1. Distribuzione territoriale delle attività ospedaliere per pazienti acuti in regime di ricovero ordinario

Regioni	Attività per acuti in regime ordinario – 2018						
	Totale dimissioni	Ospedali pubblici		Ospedali privati accreditati, qualificati, classificati		Ospedali privati NON accreditati	
		Dimissioni	% su totale	Dimissioni	% su totale	Dimissioni	% su totale
Italia	6.130.300	4.678.113	76,31	1.392.467	22,71	59.720	0,97
Abruzzo	134.510	114.737	85,30	19.773	14,70	0	0,00
Basilicata	52.216	52.216	100,00	0	0,00	0	0,00
Calabria	150.620	126.467	83,96	24.153	16,04	0	0,00
Campania	511.270	331.953	64,93	179.317	35,07	0	0,00
Emilia Romagna	561.112	467.964	83,40	87.987	15,68	5.161	0,92
Friuli Venezia Giulia	134.484	124.779	92,78	9.705	7,22	0	0,00
Lazio	582.818	296.706	50,91	248.827	42,69	37.285	6,40
Liguria	170.355	144.219	84,66	24.287	14,26	1.849	1,09
Lombardia	1.077.160	723.334	67,15	347.837	32,29	5.989	0,56
Marche	160.627	142.757	88,87	17.870	11,13	0	0,00
Molise	27.993	20.282	72,45	7.711	27,55	0	0,00
P.A. Bolzano	63.156	61.037	96,64	641	1,01	1.478	2,34
P.A. Trento	48.593	44.652	91,89	3.941	8,11	0	0,00
Piemonte	429.612	368.793	85,84	54.760	12,75	6.059	1,41
Puglia	420.708	279.589	66,46	141.119	33,54	0	0,00
Sardegna	166.675	149.079	89,44	17.596	10,56	0	0,00
Sicilia	429.271	333.201	77,62	96.070	22,38	0	0,00
Toscana	392.320	358.961	91,50	31.845	8,12	1.514	0,39
Umbria	101.538	95.913	94,46	5.625	5,54	0	0,00
Valle d'Aosta	13.854	13.006	93,88	848	6,12	0	0,00
Veneto	501.408	428.468	85,45	72.555	14,47	385	0,08

Fonte: elaborazione Centro Naz. Telemedicina ISS su open data dal Ministero della Salute 2018

Tabella 15.2. Distribuzione territoriale dei posti letto ospedalieri per pazienti acuti

Regioni	Posti letto per acuti - 2018				
	Posti letto totale	Ospedali pubblici		Ospedali privati accreditati, qualificati, classificati	
		n. posti letto	% su totale	n. posti letto	% su totale
Italia	176.245	133.402	75,69	42843	24,31
Abruzzo	3.713	3.136	84,46	577	15,54
Basilicata	1.531	1.531	100,00	0	0,00
Calabria	4.749	3.679	77,47	1070	22,53
Campania	15.975	10.807	67,65	5168	32,35
Emilia Romagna	13.981	11.595	82,93	2386	17,07
Friuli Venezia Giulia	4.003	3.634	90,78	369	9,22
Lazio	16.981	9.734	57,32	7247	42,68
Liguria	4.746	4.095	86,28	651	13,72
Lombardia	30.488	19.487	63,92	11001	36,08
Marche	4.477	4.036	90,15	441	9,85
Molise	892	605	67,83	287	32,17
P.A. Bolzano	12.399	10.973	88,50	1426	11,50
P.A. Trento	1.674	1.652	98,69	22	1,31
Piemonte	1.560	1.329	85,19	231	14,81
Puglia	11.167	7.726	69,19	3441	30,81
Sardegna	5.410	4.606	85,14	804	14,86
Sicilia	13.744	9.578	69,69	4166	30,31
Toscana	10.749	9.683	90,08	1066	9,92
Umbria	2.808	2.553	90,92	255	9,08
Valle d'Aosta	395	383	96,96	12	3,04
Veneto	14.803	12.580	84,98	2223	15,02

Nota: Non sono riportati i posti letto in ospedali privati non accreditati, nè i centri di ricerca

Fonte: elaborazione Centro Naz. Telemedicina ISS su open data del Ministero della Salute 2018

Tuttavia, tali interazioni pubblico-privato sono avvenute in modo sostanziale principalmente nelle Regioni in cui la sanità privata, già prima della pandemia, partecipava in modo sostenuto all'erogazione di servizi di emergenza.

Dunque, osserviamo che anche in questo ambito la possibilità di avvalersi di risorse aggiuntive è significativamente diversificata nelle varie Regioni.

Per verificare l'esistenza di tale divario regionale sarebbe utile confrontare direttamente quanti degli accessi al Pronto Soccorso nelle strutture pubbliche e private si trasformino in ricoveri per acuti nella stessa struttura.

Purtroppo, i dati ufficiali a livello nazionale, reperibili e utili per tali raffronti, sono relativi ad anni ancora precedenti e per questo non molto significativi

riguardo al loro rapporto con le tecnologie digitali.

Tuttavia, basandosi sul concetto che il numero dei ricoveri in acuto risulta verosimilmente proporzionale al numero degli accessi in Pronto Soccorso, possiamo incrociare i dati nazionali del Ministero della Salute e dell'Istat relativi al 2018 e osservare che la quantità di attività ospedaliere in acuto delle strutture private, rispetto a quelle pubbliche, presenta differenze significative tra le Regioni.

Per tornare all'esempio in Lombardia di cui sopra, già nel 2018 le organizzazioni private accreditate mostravano in numeri assoluti una consolidata attitudine a fornire attività per pazienti acuti in ricovero ordinario (32,3% del totale regionale).

Per approfondire lo studio della distribuzione territoriale delle attività per acuti in ricovero ordinario,

si può elaborare per ogni regione la percentuale di ripartizione delle suddette dimissioni tra ospedali pubblici e privati (Tabella 15.1.).

È facile rendersi conto che, oltre alla già citata Lombardia, solo in Lazio, Campania e Puglia gli ospedali privati contribuivano alle attività per acuti in regime di ricovero ordinario a livelli maggiori del 30% del totale.

Solo Molise e Sicilia si posizionano tra 30 e 20 %. Tutte le altre regioni al di sotto del 20 %.

Inoltre, per completezza, si riporta che nelle attività per acuti in regime di ricovero diurno, sempre differenziando i contributi relativi degli ospedali pubblici e di quelli privati, i dati della stessa fonte mostrano una situazione del tutto analoga a quella del ricovero ordinario, con qualche differenza di posizionamento regionale rispetto alla Tabella 15.1..

In particolare, le regioni con livelli di attività privata maggiori del 30% sono ancora il Lazio (145.253 dimissioni, 57,5%) e la Lombardia (95.718 dimissioni, 41,9 %), ma accompagnate in questo caso solo dal Molise (3.810 dimissioni, 36,6%).

Veneto, Campania, Sicilia, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia, si collocano tra 30 e 20%. Tutte

le altre al di sotto del 20%.

L'andamento si ripete in modo del tutto analogo osservando la ripartizione in ciascuna regione dei posti letto per acuti tra ospedali pubblici e privati, come riportato in Tabella 15.2. e mostrato graficamente in Figura 15.1..

Lazio, Lombardia, Campania, Molise, Puglia e Sicilia hanno più del 30 % dei posti letto per acuti negli ospedali privati.

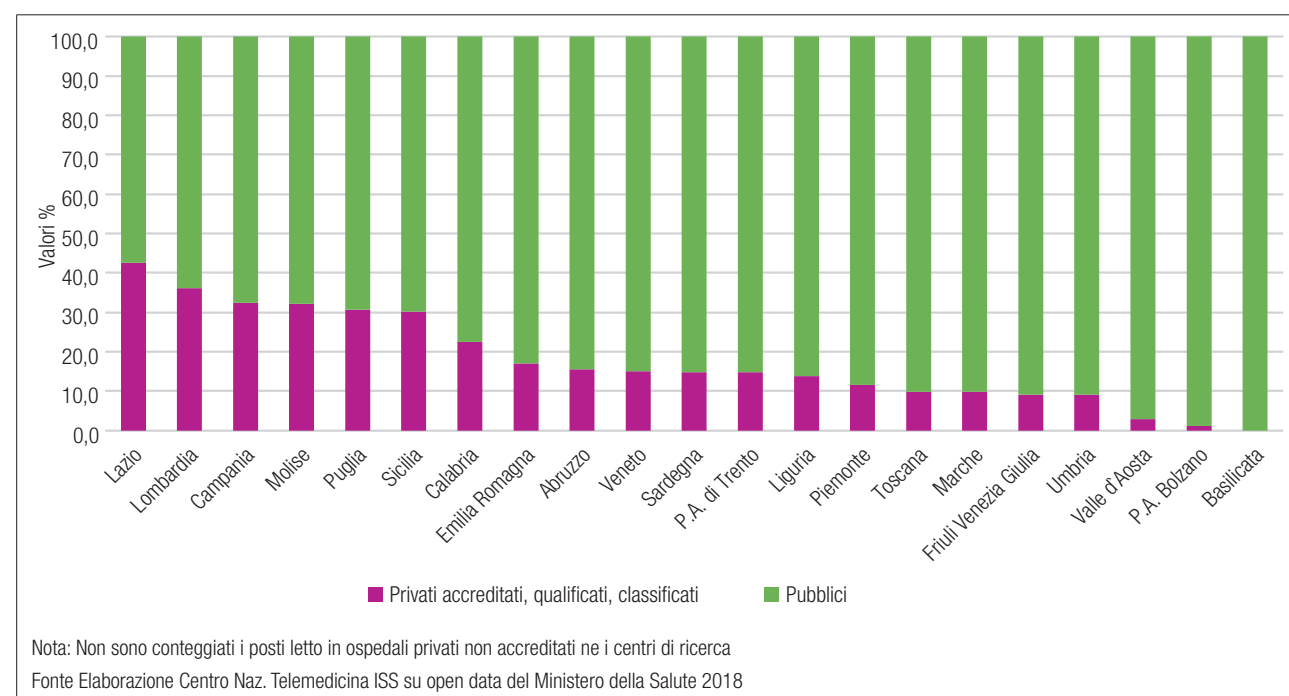
La Calabria tra 30 e 20 %. Tutte le altre regioni al di sotto del 20 %.

Ben altra situazione appare invece quando andiamo a verificare la situazione dei ricoveri di pazienti che non hanno condizioni cliniche acute in atto (non-acuti) e della ripartizione dei posti letto relativi tra strutture pubbliche e private.

Come si legge nella Tabella 15.3., l'offerta privata in questo tipo di attività rappresenta il 68,87% dei posti letto totali nazionali, a fronte del 31,13% dei posti letto pubblici.

Nove regioni, da nord a sud, la quota di posti letto in strutture private è maggiore del 70% dei rispettivi totali regionali.

Figura 15.1. Distribuzione territoriale dei posti letto ospedalieri per pazienti acuti



Tab.15.3. Distribuzione territoriale dei posti letto ospedalieri per pazienti non acuti

Regioni	Posti letto per non acuti – 2018 (lungodegenza + riabilitazione)				
	Posti letto Totale	Ospedali pubblici		Ospedali privati accreditati, qualificati, classificati	
		N. posti letto	% su totale	N. posti letto	% su totale
Italia	34.411	10.713	31,13	23698	68,87
Abruzzo	702	266	37,89	436	62,11
Basilicata	331	291	87,92	40	12,08
Calabria	1.047	142	13,56	905	86,44
Campania	2.028	353	17,41	1675	82,59
Emilia Romagna	3.414	1.586	46,46	1828	53,54
Friuli Venezia Giulia	354	250	70,62	104	29,38
Lazio	3.837	307	8,00	3530	92,00
Liguria	969	624	64,40	345	35,60
Lombardia	7.307	1.863	25,50	5444	74,50
Marche	754	303	40,19	451	59,81
Molise	206	50	24,27	156	75,73
P.A. Bolzano	4.239	878	20,71	3361	79,29
P.A. Trento	402	141	35,07	261	64,93
Piemonte	562	98	17,44	464	82,56
Puglia	1.376	384	27,91	992	72,09
Sardegna	380	135	35,53	245	64,47
Sicilia	2.081	831	39,93	1250	60,07
Toscana	1.155	258	22,34	897	77,66
Umbria	463	412	88,98	51	11,02
Valle d'Aosta	94	30	31,91	64	68,09
Veneto	2.710	1.511	55,76	1199	44,24

Nota: non sono conteggiati i posti letto in ospedali privati non accreditati, né i centri di ricerca

Fonte: elaborazione Centro Naz. Telemedicina ISS su open data del Ministero della Salute 2018

Complessivamente, nelle strutture private il volume dei ricoveri non-acuti è il 68,81% del totale nazionale, il che non sorprende viste le proporzioni tra posti letto pubblici e privati.

Più interessante è confrontare, come illustrato in Figura 15.3., la percentuale dei posti letto e la percentuale dei ricoveri, in relazione all'attività per non-acuti, tra ospedali privati e pubblici, analizzando la ripartizione regionale.

Nell'attività per acuti in ospedali privati, vi sono percentuali di dimissioni molto variabili e apparentemente fluttuanti da una regione all'altra, in base evidentemente a ragioni varie di ordine locale, in modo irregolare.

Diversa è invece la situazione per l'attività per non-acuti. Le percentuali di dimissioni in questo caso

sono per lo più ben accordate con quelle relative alla quantità di posti letto.

Questo significa che i posti letto per non-acuti sono per la maggior parte delle volte associati ad un'attività assistenziale continuativamente proporzionata al numero dei posti letto.

In altre parole, ogni posto letto in ospedali privati in questo settore è quasi sempre occupato per erogare servizi assistenziali a persone ricoverate.

Con questi dati, non è possibile affermare la stessa cosa per i ricoveri acuti.

In sintesi, la variabilità regionale nelle prestazioni di PS delle strutture ospedaliere private, correlata a variabilità delle attività di ricovero per acuti, può non dipendere da differenti modelli di programmazione dei servizi sul territorio, ma potrebbe essere l'effet-

to semplicemente della carenza (assoluta o relativa rispetto alle esigenze territoriali) di tale attività nella sanità privata.

Ne consegue che la variabile, e spesso non sufficiente, capacità delle regioni di collaborare con la

sanità privata in caso di emergenza per espandere le attività di ospedaliere per acuti costituisce l'espressione di una debolezza del sistema, piuttosto che una risorsa in termini di differenziazione dei modelli organizzativi.

Figura 15.2. Letti vs dimissioni, per acuti, in ospedali privati (% su totale)

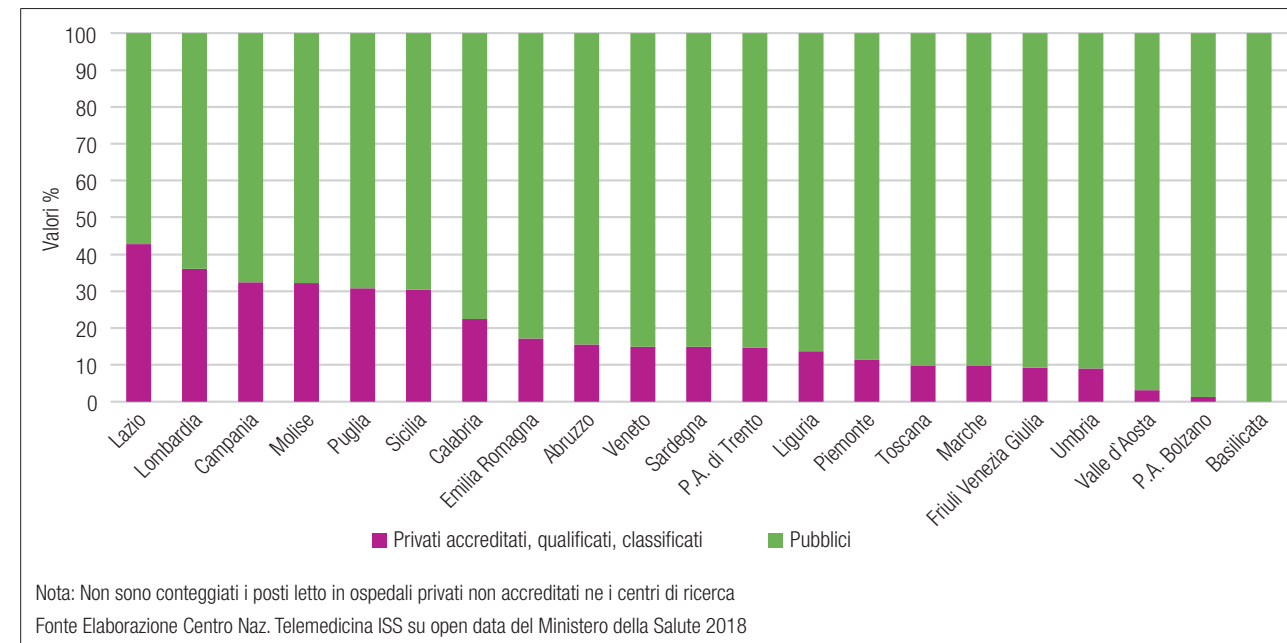
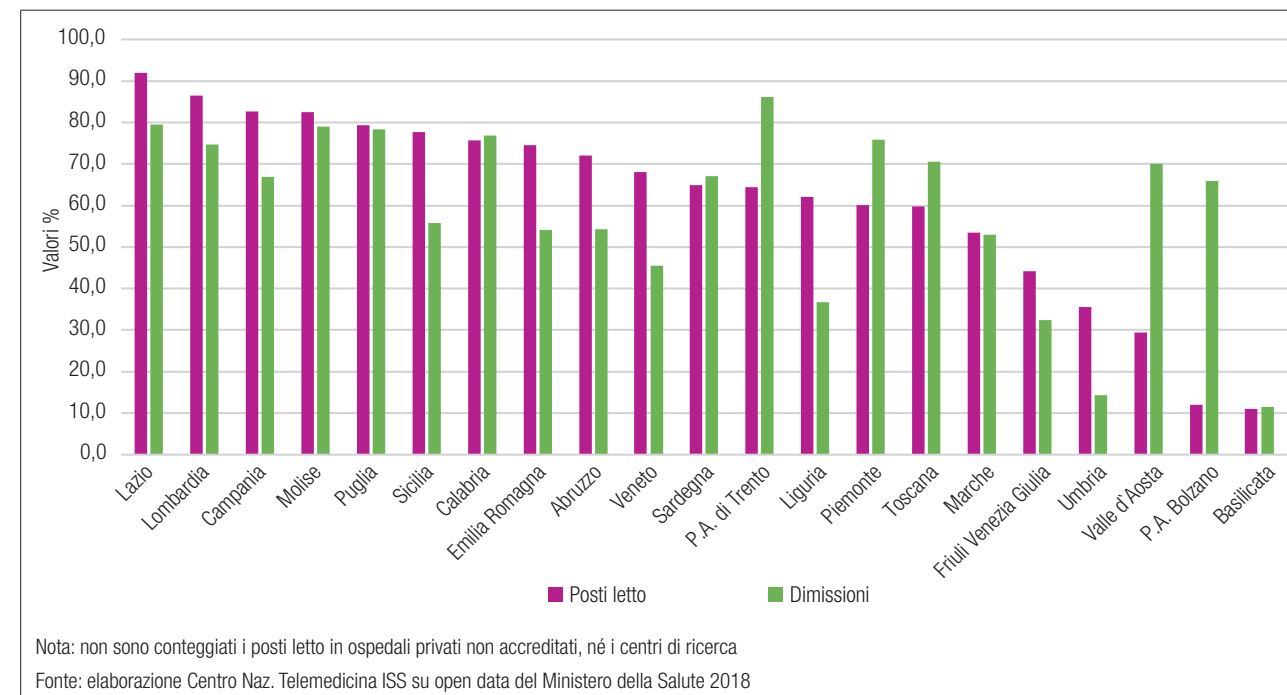


Figura 15.3. Letti vs dimissioni, non acuti, in ospedali privati (% su totale)



Analoga sintesi può essere fatta per quanto riguarda le debolezze dei servizi territoriali, specialmente riguardo alle cure primarie e ai servizi di prevenzione, progressivamente depauperati negli anni. Su questi aspetti esistono ampi riferimenti bibliografici, dal momento che è un tema piuttosto studiato e dibattuto da anni (Longo, 2012; Seghieri, 2013; Viscia, 2013; Barzan, 2019).

Rispetto a queste problematiche, l'emergenza COVID-19 ha reso obbligatoria la riorganizzazione del servizio sanitario nazionale nel suo complesso, compresa la chiara ridefinizione del ruolo dei servizi territoriali e dell'interazione tra ospedalità pubblica e privata.

Dunque, si può affermare che il vero significato strategico del rapido e drastico confinamento a casa dell'intera popolazione italiana nei primi mesi del 2020, mai sperimentato prima, consiste nell'aver impedito al virus di attaccare le debolezze del Servizio Sanitario Nazionale preesistenti a SARS-Cov-2. In ciò a ben vedere sta anche il suo stesso valore sociale, ancor prima di quello medico.

15.3. Allungamento delle liste di attesa e prestazioni a domicilio: il punto cruciale

Osservando più approfonditamente le difficoltà operative della situazione contingente, in realtà il Servizio Sanitario Nazionale si trova di fronte a una problematica non meno difficile, rischiosa e impegnativa di quelle generate direttamente dalla pandemia COVID-19.

Si tratta dell'allungamento delle liste d'attesa relative ai controlli periodici usualmente necessari per i pazienti cronici (tipicamente nelle ateropatie cardiovascolari, nel diabete e nelle broncopneumopatie, ma anche nelle insufficienze renali, nelle patologie tiroidee, nelle malattie reumatiche, ecc.), nonché l'allungamento delle liste per quelle visite specialistiche che avviano i percorsi diagnostici per il riconoscimento precoce di alcune patologie specifiche, come ad esempio il carcinoma mammario, quello uterino, prostatico o del colon, le neoplasie cutanee e molte

altre situazioni (Van de Haar, 2020).

Controlli periodici e procedure specialistiche che sono stati sospesi nei primi mesi dell'anno e che risultano tutt'ora di nuovo ostacolate dalla recrudescenza della pandemia in Italia.

Ciò a seguito sia delle restrizioni imposte alle attività dall'emergenza nazionale sia anche per la rinuncia di molti pazienti a recarsi di persona nelle strutture sanitarie per il timore del contagio.

Mentre si continua a registrare la minaccia della diffusione del nuovo coronavirus, lentamente ma inesorabilmente aumenta il tempo necessario ad effettuare una visita specialistica di controllo e gli esami collegati allo svolgimento di essa.

È evidente che a causa dell'emergenza sanitaria da COVID-19 il SSN è chiamato primariamente a erogare servizi alle numerose persone in quarantena o in isolamento fiduciario.

Bisogna inoltre ricordare che lo scopo di tali servizi è duplice: contribuire a contrastare la diffusione di COVID-19, ma anche di garantire per quanto possibile la continuità della cura e dell'assistenza a tutti.

Per di più, anche coloro che si trovano di fatto isolati al proprio domicilio possono avere comunque esigenze di continuità di cura e assistenza indipendenti dal COVID-19 (Trucil, 2020; Tseng, 2020; Dosa, 2020).

In sintesi, occorre aumentare la cura e l'assistenza a domicilio per le persone contagiate da COVID-19.

Tuttavia, occorre che ciò sia fatto senza trascurare le esigenze di cura e assistenza di pazienti cronici, di persone con situazioni di fragilità o con la necessità di eseguire azioni specifiche di prevenzione, per non esporre tutto il sistema sanitario a rischi ulteriori.

Inoltre, l'erogazione di prestazioni sanitarie in presenza risulta ancora più complicata dalla carenza relativa di risorse materiali e umane, per definizione tipica delle condizioni di emergenza, nonché dalla necessità di osservare le adeguate norme anti-contagio per la maggiore tutela possibile anche del personale sanitario.

Quindi, le prestazioni sanitarie a distanza sono pienamente giustificate, sempre se abbiamo la certezza della loro affidabilità di funzionamento.

Riguardo a questo, ricordiamo che sul piano tecnologico possiamo disporre di moderne ed eccellenti tecnologie digitali e di telecomunicazione, che offrono le migliori opportunità operative a distanza.

Quindi, il grado di affidabilità è influenzato particolarmente dal modo con il quale tali prestazioni vengono utilizzate, piuttosto che dal livello tecnologico.

Le prestazioni medico-assistenziali possibili con la Telemedicina sono molteplici. Tuttavia, durante l'emergenza COVID-19, quelle che per prime e più facilmente sono state utilizzate appartengono a poche tipologie: teleconsulto, teleconsulenza, televisita e altri tipi di videochiamata tra medico e paziente con funzione di controllo e sorveglianza (quest'ultima soprattutto per persone in quarantena senza sintomi) (Gabbrielli, 2020).

Inoltre, le suddette prestazioni in Telemedicina sono state utilizzate in maniera maggiormente efficace nel corso dell'emergenza da COVID-19 in quei territori dove esperienze di Telemedicina erano già state sperimentate, o si trovavano già in condizioni di operatività prima della pandemia (AIDossary, 2017; Salisbury, 2015).

In effetti, trovandosi nella situazione di emergenza sanitaria, è necessario realizzare e rendere disponibili quelle soluzioni che siano attivabili rapidamente, in pochi giorni, che siano utilizzabili dalle persone a domicilio con le dotazioni tecnologiche a loro disponibili nell'immediato e che siano attivabili per periodi di tempo congrui alle necessità poste dalla situazione di emergenza.

Rispetto alla durata da programmare per servizi di Telemedicina domiciliare che si vogliono attivare per dare supporto ai servizi ambulatoriali nelle fasi di *lockdown*, in base all'esperienza cinese di evoluzione dell'epidemia e in prima approssimazione, tali servizi devono garantire l'attività per non meno di 90 giorni ed è fortemente consigliabile prevederne modalità di proroga in caso di ulteriori necessità correlate all'eventuale permanere della situazione di emergenza sanitaria (Wu, 2020).

Per di più, occorre tenere presente anche le mutate esigenze relazionali verso il sistema sanitario di cui le persone necessitano quando costrette all'iso-

lamento.

Infatti, l'isolamento rende particolarmente desiderabile poter contare su un servizio facilmente fruibile a distanza, potendo accedere in modo veloce al colloquio con i sanitari, secondo necessità.

A causa della limitazione degli spostamenti, la persona si aspetta di ricevere già attraverso il contatto telematico la soluzione del suo problema, oppure la chiara indicazione di come affrontarlo. In mancanza dei suddetti riscontri, la persona tenderà a non fidarsi del sistema proposto e a non usarlo, specialmente per necessità urgenti. In realtà, queste interazioni tra la persona e gli operatori sono presenti in qualsiasi servizio assistenziale, ma a distanza sono amplificate dalla consapevolezza che il sanitario è in realtà lontano e che viene raggiunto in forza di una tecnologia che l'utente può fruire, ma usualmente non dominare.

Oltre alle suddette considerazioni, è fondamentale strutturare il servizio a distanza in base alle differenze nelle possibili situazioni di fruizione, le quali, a loro volta, dipendono dalla tipologia di persone destinatarie del servizio domiciliare (Neufeld, 2015; Calton, 2020).

15.4. Obiettivi dell'erogazione di prestazioni in Telemedicina durante emergenza COVID-19

Le attività di contrasto alla pandemia possono essere svolte da servizi sanitari che operino in Telemedicina.

Ciò è possibile con il telecontrollo a domicilio dello stato di salute degli asintomatici posti in quarantena, organizzando cadenzati rilevamenti della temperatura corporea e dell'eventuale comparsa di sintomi e riferendo al medico in caso di necessità.

Può essere utilizzato il telecontrollo medico domiciliare del quadro clinico anche in soggetti che presentino sintomi lievi o moderati da COVID-19.

Per realizzarlo si possono impiegare, in differenti combinazioni tra loro, alcuni dispositivi medici digitali di facile utilizzo presso il paziente. In tal caso il paziente deve essere già conosciuto dal medico, in

modo che egli possa valutare correttamente l'evoluzione sintomatologica.

Al controllo quotidiano della temperatura eseguita secondo le usuali prassi mediche, si può associare con facilità anche la rilevazione più volte al giorno della saturazione ematica di ossigeno, del ritmo cardiaco, della pressione arteriosa.

I suddetti dati possono essere trasmessi con varie tecnologie e modalità e permettere al medico di sorvegliare l'evoluzione della situazione del paziente potendolo curare a domicilio fino a quando vi sono le condizioni di sicurezza per farlo e potendo cogliere prontamente un eventuale peggioramento indirizzando immediatamente verso il ricovero ospedaliero.

In questo modo si rende possibile massimizzare il contrasto al contagio, anche in situazioni in cui sia insufficiente la quantità di test di positività per COVID-19 e comunque contribuendo a mitigare eventuali difficoltà del sistema ospedaliero.

Tuttavia, i risultati assistenziali che sono possibili con la Telemedicina, in tutte le sue differenti declinazioni pratiche, sia pure in condizioni non ottimali a causa dello stato emergenziale, sono più ampi e comprendono il controllo a distanza dei trattamenti medico-chirurgici in molteplici situazioni cliniche.

È ampiamente dimostrata la capacità dei sistemi di Telemedicina di tenere sotto controllo a domicilio, in sicurezza, l'andamento dell'insufficienza cardiaca cronica (Kotb, 2015; Lin, 2017), delle broncopneumopatie croniche (Li, 2020), del diabete mellito (Lee, 2018) e di altre patologie (Trucil, 2020; Tseng, 2020).

Inoltre, molti studi indicano che l'uso dei servizi di Telemedicina diffusi su tutto il territorio costituiscono nell'insieme la risposta di sistema che ha maggiori possibilità di soddisfare le esigenze sanitarie attuali e future.

È stato dimostrato che l'assistenza con la Telemedicina è in grado di rendere il sistema sanitario economicamente sostenibile (Antoniotti, 2014) e che in particolare essa può essere rapidamente utile, sicura e anche efficiente se i servizi sono ben progettati (AIDossary, 2017; O'Gorman, 2016).

Per questo, nell'affermare che la Telemedicina rappresenta un'opzione concreta, fattibile e sicura, per il controllo a domicilio di tutte le situazioni di so-

spetta infezione da SARS-Cov2 in soggetti asintomatici o paucisintomatici, appare molto utile indicare che essa consente il trattamento a distanza anche di pazienti affetti da patologie croniche o che richiedano trattamenti di lungo periodo, normalmente gestiti in parte o del tutto da servizi territoriali o da strutture residenziali.

Oltre alle patologie sopra ricordate, sono possibili prestazioni in Telemedicina per trattare varie patologie cardiovascolari, nefrologiche, endocrinologiche, dermatologiche, per la terapia del dolore, la chemioterapia, per i trattamenti psichiatrici, per il supporto alle persone con disabilità, per la cura di malattie rare, oppure per le condizioni di fragilità che richiedano costanti contatti con le strutture sanitarie e gli operatori sanitari di riferimento.

La Telemedicina offre ampie possibilità anche a persone che necessitano di particolare assistenza e/o supporto non ospedalieri, ma non differibili (ad esempio: gestanti, puerpere, persone con problematiche psicologiche, anoressia, obesità).

È bene sottolineare che la Telemedicina non deve essere utilizzata per procrastinare il ricovero ospedaliero necessario, indugiano in trattamenti medici a domicilio su persone con quadri di malattia che indichino invece cure ospedaliere di intensità maggiore.

Può e deve invece essere utilizzata, come è stato verificato anche durante tutti i mesi di pandemia ad oggi, nell'ambito dell'assistenza primaria.

Ciò attraverso interventi di facile e veloce applicazione, che abbiano un approccio pragmatico sul piano tecnologico e organizzativo, ma siano anche rigorosi sul piano della pratica medica e della sicurezza, che coprano le esigenze reali delle differenti località per mezzo di sistemi di Telemedicina scalabili secondo le necessità e utilizzando la rete per annullare la distanza tra persone e creare barriere invalicabili per il virus (Ting, 2020; Young, 2019).

Il Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità, dall'inizio dell'emergenza nazionale da COVID-19, ha collaborato con le realtà operative sul territorio italiano fornendo il proprio supporto alla realizzazione di soluzioni concrete, rapide da applicare,

aderenti alle norme vigenti e tali da offrire le migliori garanzie di sicurezza sanitaria sia per i pazienti che per i professionisti.

Il 4 marzo 2020, il Centro Nazionale ha proposto, in una delle riunioni scientifiche nazionali che venivano svolte in quel periodo, un primo modello operativo pensato per ottenere in pochi giorni un servizio in Telemedicina attivo nei territori più colpiti, con l'idea di coprire rapidamente e per un periodo limitato le esigenze dovute alla quarantena di vaste aree.

Da tale idea iniziale, vista la rapida evoluzione verso la pandemia (OMS, 2020; ECDC, 2020) e la prospettiva di dover affrontare un periodo non breve di distanziamento sociale (Hellewell, 2020) è stato sviluppato un sistema di Telemedicina che ha lo scopo di fornire un modello di riferimento subito operativo che faciliti l'erogazione di prestazioni a distanza nel periodo di emergenza sanitaria (Gabbrielli, 2020).

Il documento è improntato all'individuazione delle problematiche pratiche e alla proposizione di soluzioni scientificamente sostenute dalle evidenze, ma anche adottabili in modo semplice.

15.5. Nuovi modelli per la continuità ospedaliera-territoriale delle cure in Telemedicina

È intuitivo che se in un'area i servizi di assistenza territoriale sono meno attrezzati, nell'eventualità di un'emergenza che investe l'intera collettività si creano rapidamente sovraccarichi di richieste verso le strutture ospedaliere.

Quindi, si genera una riduzione della capacità di erogare le prestazioni verso patologie che non siano direttamente collegate all'emergenza.

Se nella stessa area anche la continuità assistenziale di base è organizzata per lo più con attività specialistiche ambulatoriali nelle medesime strutture ospedaliere è evidente che la capacità di erogare prestazioni sarà ulteriormente ridotta.

Il Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità sta sviluppando studi riguardanti le migliori strategie di adattamento alle nuove esigenze che il

SSN può raggiungere per mezzo dell'uso corretto delle innovazioni digitali.

Si possono schematizzare a riguardo cinque aree di sviluppo:

1. Aumento dell'efficacia nell'assistenza primaria attraverso l'uso di tecnologie digitali che permettano la personalizzazione dei trattamenti:
 - strumenti diagnostici di primo livello e piattaforme di interoperabilità nelle strutture di cure primarie e intermedie;
 - strumenti digitali per la prevenzione e la sorveglianza nelle Farmacie;
 - sistemi digitali di collaborazione multi-professionale per il teleconsulto tra MMG/PLS e specialisti;
 - aumento delle attività di assistenza infermieristica al domicilio dei pazienti con l'uso di dispositivi mobili;
 - coordinamento tra attività sanitarie e servizi sociali, con inserimento di tecnologie digitali nelle attività domiciliari.
2. Miglioramento di accessibilità, qualità e sicurezza delle cure ospedaliere durante le fasi di riaccutizzazione delle malattie croniche:
 - tele visita e teleconsulto dello specialista esperto per raggiungere anche i piccoli ospedali, con una frequenza sufficiente a dare adeguato supporto ai sanitari in loco;
 - sviluppo di piattaforme di interoperabilità aziendali e sistemi di *blockchain* per la gestione condivisa della cartella clinica digitale tra tutte le specialistiche e i servizi diagnostici;
 - sviluppo di sistemi digitali di gestione del rischio clinico adeguati ai servizi di Telemedicina;
 - sviluppo di database idonei a facilitare l'uso dei dati sanitari generati nelle attività ospedaliere per la ricerca medica e che siano già progettati secondo le norme europee sul trattamento dati.
3. Realizzazione della centrale operativa in Telemedicina nelle Aziende sanitarie locali e del centro di coordinamento territoriale (regionale):

- le attività sanitarie in Telemedicina, che sono per loro natura multi-centriche e multi-professionali, nonché più frequentemente rivolte alla multimorbilità, necessitano di un sistema di coordinamento su base territoriale, a più livelli: aziendale, territoriale, nazionale. Ciò è ovviamente tanto più necessario quanto più i trattamenti innovativi superano le logiche di ripartizione per attività e per specialità.

4. Interazione coordinata tra supporto digitale - formazione professionale – comunicazione.
5. Definizione degli indicatori di processo e di risultato appropriati, per quanto riguarda l'innovazione organizzativa.

15.6. Il percorso dopo COVID-19: dalla Telemedicina alla medicina digitale

Le esperienze affrontate anche durante l'emergenza COVID-19 hanno portato all'origine di nuove prospettive, derivanti essenzialmente da nuove esigenze tra ospedale e territorio.

Si tratta di privilegiare sempre di più le reti collaborative in modo che i servizi territoriali spostino sempre più la loro sfera d'azione verso la casa del paziente.

Allo stesso tempo, partendo dal concetto che la mini-invasività dell'intervento specialistico consente di concentrare tutta la fase acuta in un tempo breve e in ambiente ospedaliero, si può tranquillamente agire sulla de-ospedalizzazione dei trattamenti, con la presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali in condizioni post-acute e/o croniche.

Tra le possibilità di rete, il modello di "Reti cliniche integrate e strutturate" (ReCIS) sembra essere il più promettente per lo sviluppo nel SSN.

Queste reti, basate sull'interconnessione digitale progettata per le funzioni diagnostiche e terapeutiche, sono propedeutiche verso attività su larga scala.

Tuttavia, un'evoluzione simile sta avvenendo anche con servizi diurni multi-specialisti situati in loca-

lità collegate digitalmente tra loro e con le strutture ospedaliere locali (Rapporto OMS sullo Stato Globale delle malattie non trasmissibili, 2014).

Ciò avviene con intensità diversa nelle varie regioni, sia per le scelte di *governance* locale che per le diverse risorse economiche.

Il Centro Nazionale di Telemedicina e Nuove Tecnologie Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale italiano si impegna su questo punto per dare il massimo sostegno possibile a tutte le amministrazioni locali pubbliche che avviano processi di gestione del cambiamento per lo sviluppo dei servizi sanitari digitali.

Inoltre, affinché il suddetto ReCIS funzioni in modo utile e conforme alle norme e all'etica, è necessario garantire non solo l'equità di accesso, ma anche l'equità nella qualità dell'assistenza disponibile in luoghi diversi.

In altre parole, se viene utilizzato un sistema ICT per rendere operativa una rete ospedaliera che offra tele visite specialistiche in luoghi svantaggiati, occorre assumersi la responsabilità di garantire una visita specialistica con qualità adeguata alle circostanze operative, conoscendo perfettamente i limiti entro cui agire.

In pratica ciò comporta la gestione di due questioni distinte allo stesso tempo, ma che interagiscono tra loro nel determinare l'equità di cui sopra:

- per la rete ospedaliera - la necessità di mettere a disposizione dell'intero sistema di rete collaborativa le conoscenze e le professionalità specialistiche;
- per le aree svantaggiate - la necessità di fornire un accesso remoto a uno o più servizi specialistici per la gestione clinica puntuale del *follow-up* post-acute o post-complicazione, o della continuità assistenziale per i pazienti cronici, senza che le persone siano costrette a spostarsi.

Risolvere questi due problemi significa aggiornare la distribuzione dei servizi in un territorio, nel rispetto delle esigenze (vere, non presunte) delle persone e secondo un modello di continuità ospedale-territorio a beneficio dei pazienti (Keesara, 2020).

Riferimenti bibliografici

- AlDossary S, Martin-Khan MG, Bradford NK, Armfield NR, Smith AC. The Development of a Telemedicine Planning Framework Based on Needs Assessment. *J Med Syst.* 2017 May;41(5):74. doi: 10.1007/s10916-017-0709-4. Epub 2017 Mar 20.
- AlDossary S, Martin-Khan MG, Bradford NK, Smith AC. A systematic review of the methodologies used to evaluate telemedicine service initiatives in hospital facilities. *Int J Med Inform.* 2017 Jan;97:171-194. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.10.012. Epub 2016 Oct 17. PMID: 27919377.
- Antoniotti NM, Drude KP, Rowe N. Private payer telehealth reimbursement in the United States. *Telemed J E Health.* 2014 Jun;20(6):539-43. doi:10.1089/tmj.2013.0256. Epub 2014 Mar 21.
- Barello S, Maturo A, eds. *La tripla elica: etica, engagement, equità. Il paziente tra autonomia e giustizia sociale.* Benessere Tecnologie Società. Franco Angeli. Milano, Edizione 2018.
- Barzan E, Petracca F, Tozzi VD, Zazzera A. Cap. 11 "Regione, azienda sanitaria e medicina generale: relazione in trasformazione". In Ed. CERGAS Bocconi. Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano. Univ. Bocconi-SDA Bocconi-Egea, Milano, 2019.
- Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the time of coronavirus. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Mar 31. pii: S0885-3924(20)30170-6. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.019.
- Censis. 53° Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2019. Franco Angeli Editore, Milano, 2019. EAN: 9788891789839.
- D.P.C.M 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017.
- Dati aperti 2018 Da: Ministero della Salute; Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s.); Istituto Nazionale di Statistica (Istat); Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO) - Anno 2018.
- De Micheli A, Parini S, Ponziani MC. Il medico, la malattia e Covid19. *JAMD (2020) Vol. 23/1;* pp 1-6. doi 10.36171/jamd20.23.1.15.
- DGR 4 marzo 2020 n. XI/2905 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione dell'emergenza da covid-19 ed intesa tra associazioni di categoria (Confindustria Lombardia, AIOP, ANISAP E ARIS) e Regione Lombardia per l'impiego straordinario di personale sanitario presso ospedali pubblici lombardi al fine di fronteggiare l'emergenza da covid-19".
- Dosa D, Jump RLP, LaPlante K, Gravenstein S. Long-term care facilities and the coronavirus epidemic: practical guidelines for a population at highest risk. *J Am Med Dir Assoc.* 2020 Mar 13. pii: S1525-8610(20)30249-8. doi: 10.1016/j.jamda.2020.03.004.
- Epicentro ISS. *Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in ITALIA. PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d'Argento 2016-2018 (ultra-65enni).* <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/passi/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-patologie-croniche.pdf>.
- European Centre for Disease Prevention and Control. *Novel coronavirus disease 2019(COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK—sixth update –12 March 2020.* Stockholm: ECDC; 2020.
- Gabbrielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomi M, Cipolla M. Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
- Gabbrielli F, Capello F, Tozzi AE, Rabbone I, Caruso M, Garioni M, Taruscio D, Bertinato L, Scarpa M. Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19. Versione del 10 ottobre 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 60/2020).
- Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, Munday JD, Kucharski AJ, Edmunds WJ; Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 Working Group, Funk S, Eggo RM. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Health.* 2020 Apr;8(4):e488-e496. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30074-7. Epub 2020 Feb 28.
- INMP: <https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Atlante-italiano-delle-disuguaglianze-di-mortalita-per-livello-di-istruzione-Scarica-il-volume-monografico>.
- Istat: <http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-meta-data=1&lang=it&QueryId=15445>.
- Keesara S, Jonas A, Schulman K. Covid-19 and health care's digital revolution. *N Engl J Med.* 2020. Apr 2. doi: 10.1056/NEJMp2005835.
- Kotb A, Cameron C, Hsieh S, Wells G (2015) Comparative Effectiveness of Different Forms of Telemedicine for Individuals with Heart Failure (HF): A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *PLOS ONE* 10(2): e0118681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118681>.
- Lee JY; Huey Lee SWH. *Diabetes Technology & Therapeutics.* Jul 2018.492-500.<http://doi.org/10.1089/dia.2018.0098>.
- Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione." GU n.248 del 24-10-2001.
- Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione". GU Serie Generale n.248 del 24-10-2001.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. GU Serie Generale n.360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario.
- Li X, Xie Y, Zhao H, Zhang H, Yu X, Li J. Telemonitoring Interventions in COPD Patients: Overview of Systematic Reviews. *Biomed Res Int.* 2020 Jan 17;2020:5040521. doi: 10.1155/2020/5040521. PMID: 32016115; PMCID: PMC6988702.
- Lin M, Yuan W, Huang T, et alClinical effectiveness of telemedicine for chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis *Journal of Investigative Medicine* 2017;65:899-911.
- Longo F, Salvatore D, Tasselli S. The growth and composition of primary and community-based care services. Metrics and evidence from the Italian National Health Service. *BMC Health Services Research* 2012 (12)393.1.
- Neufeld JD, Doarn CR, Aly R. State Policies Influence Medicare Telemedicine Utilization. *Telemed J E Health.* 2016 Jan;22(1):70-4. doi: 10.1089/tmj.2015.0044. Epub 2015 Jul 28.
- OCSE. "Recensioni OCSE sulla qualità dell'assistenza sanitaria: Italia 2014. Innalzare gli standard". 15 gennaio 2015. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014_9789264225428-en#page1; download 17/10/2020.
- OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>; pp.240.
- O'Gorman LD, Hogenbirk JC, Warry W. Clinical Telemedicine Utilization in Ontario over the Ontario Telemedicine Network. *Telemed J E Health.* 2016 Jun;22(6):473-9. doi: 10.1089/tmj.2015.0166. Epub 2015 Nov 6. PMID: 26544163; PMCID: PMC4892212.
- Quotidiano Sanità, 13 aprile 2020. http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=82541.
- Rainero C, Brescia V, Cataldo A. (2019). *La formazione manageriale in sanità. Nuovi strumenti e modelli tra governance e politiche.* Economia Aziendale Online, Special Issue, 10(2), 235-256.
- Ricciardi W. *La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del servizio sanitario nazionale: come evitarlo?* Vita e Pensiero editore, 2015, pp 136. ISBN 9788834329573.
- Salisbury C, Thomas C, O'Cathain A, Rogers A, Pope C, Yardley L, Hollinghurst S, Fahey T, Lewis G, Large S, Edwards L, Rowsell A, Segar J, Brownsell S, Montgomery AA. *Telehealth in CHronic disease: mixed-methods study to develop the TECH conceptual model for intervention design and evaluation.* *BMJ Open.* 2015 Feb 6;5(2):e006448. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006448.
- Seghieri C, Mengoni A, Nuti S. Applying discrete choice modelling in a priority setting: an investigation of public preferences for primary care models.

Eur J Health Econ 2013. doi 10.1007/s10198-013-0542-8.

STAT-BASE ISTAT:

Taroni F. Il volo del calabrone. 40 anni di servizio sanitario nazionale. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2019. ISBN: 978-88-490-0638-4; pp. 136.

Ting DSW, Carin L., Dzau, V, et al. Digital technology and COVID-19. Nat Med (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0824-5>.

Tradori V, Brescia V, Biancone P. Dal concetto di qualità multidisciplinare in sanità a un modello di verifica. Economia Aziendale Online, 2019;10(4), 607-625.

Trucil D. American Geriatrics Society (AGS) Policy Brief: COVID-19 and Nursing Homes. J Am Geriatr Soc. 2020 Apr 8. doi: 10.1111/jgs.16477.

Trucil D. American Geriatrics Society (AGS) Policy Brief: COVID-19 and Nursing Homes. J Am Geriatr Soc. 2020 Apr 8. doi: 10.1111/jgs.16477.

Tseng TG, Wu HL, Ku HC, Tai CJ. The impact of the COVID-19 pandemic on disabled and hospice home care patients. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2020 Apr 3. pii: glaa081. doi: 10.1093/gerona/glaa081.

Tseng TG, Wu HL, Ku HC, Tai CJ. The impact of the COVID-19 pandemic on disabled and hospice home care patients. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2020 Apr 3. pii: glaa081. doi: 10.1093/gerona/glaa081.

Ufficio Parlamentare di Bilancio. Lo stato della sanità in Italia. Focus Tematico n.6 del 02/12/2019. http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/12/Focus_6_2019-sanit%C3%A0.pdf download

10/10/2020.

van de Haar, J., Hoes, L.R., Coles, C.E. et al. Caring for patients with cancer in the COVID-19 era. Nat Med 26, 665–671 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0874-8>.

Visca V, Donatini A, Ginic R, Federico B, Damiani G, Francesconi P, Grilli L, Rampichini C, Lapini G, Zocchetti C, Di Stanislao F, Brambilla A, Moirano F, Bellentani D. Group versus single handed primary care: A performance evaluation of the care delivered to chronic patients by Italian GPs. Health Policy 2013 (113): 188– 198.

WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mediabriefing-on-covid-19---11-march-2020>, download 08/04/2020.

WHO, Global Status Report on non-communicable diseases. 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf.

Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020 Feb 24. doi: 10.1001/jama.2020.2648.

Young JD, Abdel-Massih R, Herchline T, McCurdy L, Moyer KJ, Scott JD, Wood BR, Siddiqui J. Infectious Diseases Society of America position statement on telehealth and telemedicine as applied to the practice of infectious diseases. Clin Infect Dis. 2019;68(9):1437-1443. doi: 10.1093/cid/ciy907.

ENGLISH SUMMARY

Chapter 15 starts with the description of the Italian healthcare scenario when the COVID-19 pandemic broke out, with a view to measuring the impact it has had on the operation of the healthcare system and the opportunities created by Telemedicine treatment.

The initial phase of the pandemic put healthcare structures in distress. They were forced to channel all their resources to the emergency, thus limiting all other health services.

In this context it has emerged that:

- there is a significant imbalance between accredited private structures and public ones with regard to care responsibilities in relation to acute illnesses. This means that a considerable share of beds (28,165 in 2018) in acute care hospitals are not associated with the Emergency and Admission Department (DEA/PS)
- the territorial services have very limited possibilities to adapt effectively to sudden increases in care needs, both in terms of quantity of services that can be provided and intensity of the care provided
- the impact of the COVID-19 emergency situation has led to longer waiting lists for the regular checks-up needed for chronic patients, as well as those for specific examinations that initiate diagnostic and treatment pathways.

The need to keep on providing healthcare services, both to the many people in quarantine or isolation, and to those who need continuity of care regardless of the COVID-19 infection, has increased the use of telemedicine tools, such as teleconsultation, tele-examination and other types of video calls between doctors and patients for check-up and surveillance purposes.

Telemedicine also allows to remotely control med-

ical-surgical treatments in multiple clinical situations and to assist and/or support non-hospital patients whose care cannot be postponed (e.g. pregnant women, women who have recently given birth, people with psychological problems, or suffering from anorexia, obesity, etc.).

Since the beginning of the COVID-19 emergency, the National Centre for Telemedicine and New Care Technologies of the Istituto Superiore di Sanità has proposed an operational model designed to obtain - in a few days - a Telemedicine service operating in the territories most affected by the pandemic, with the idea of rapidly meeting - although for a limited period of time - the needs due to the quarantine in place in wide areas.

Moreover, the Centre is developing studies concerning the definition of the best strategies by which - through the correct use of digital innovations - the NHS can adapt to new and emerging needs. In this context, the possibilities for innovation can be outlined and summarized in five different opportunities:

- increased effectiveness in primary care through the use of digital technologies which allow to personalize treatments
- improved accessibility, quality and safety of hospital care during the relapse of chronic diseases;
- creation of the Telemedicine operations centre in local health units (ASL) and of the territorial coordination centre (at regional level)
- coordinated interaction between digital support, vocational training and communication
- definition of appropriate process and outcome indicators with regard to organisational innovation.

The experience gained with Telemedicine during the COVID-19 emergency has led to open up new

prospects that increasingly favour collaborative networks.

Territorial services should shift their action ever more to patients' homes, thus focusing on de-hospitalization of treatments, with territorial structures taking charge of patients in post-acute and/or chronic

conditions.

Among the digital and networking possibilities, the model of "Integrated and structured clinical networks" (ReCIS) seems to be the most promising for development in the NHS Italian.

performance
accesso
appropriato
innovazione
integrazione
SSN
regioni
attività
valutazioni
cronicità
risorse
economia
ismo
attività
cresce



Riepilogo regionale

Regional synopsis

Riepilogo regionale

Nelle pagine che seguono presentiamo il riepilogo regionale di alcuni indicatori selezionati contenuti nei singoli capitoli del volume.

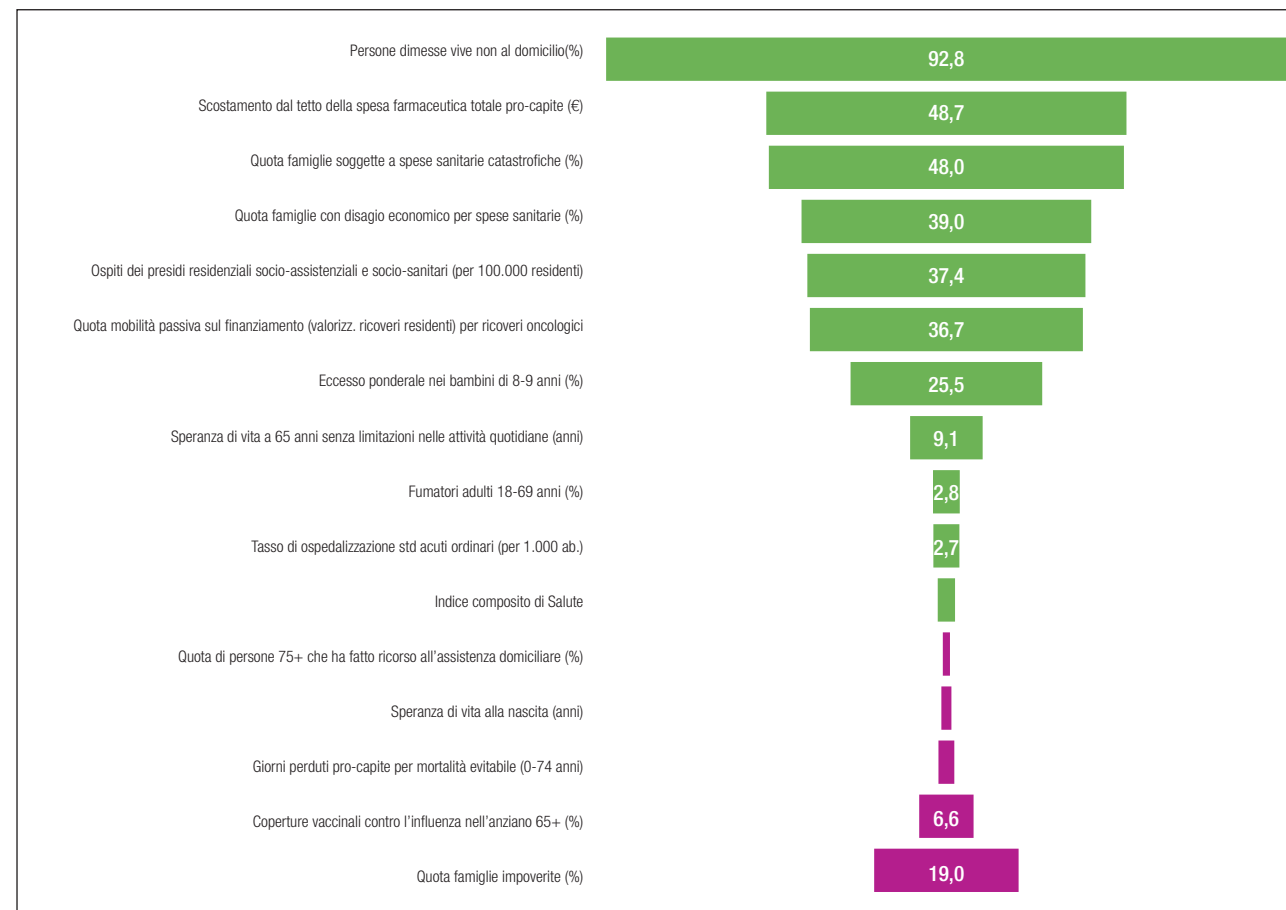
Essendo il Rapporto Sanità costruito per capitoli tematici, si è ritenuto infatti utile un riepilogo che permettesse anche una lettura regionale trasversale rispetto agli argomenti trattati.

A tal fine, per ogni Regione, sono riportati in un unico grafico alcuni indicatori (16) presenti nei capitoli, scelti per la loro rilevanza e confrontabilità. I valori degli indicatori, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), sono associati a due colori differenti: verde se il valore è migliore della media nazionale e viola se il valore è peggiore della media nazionale. La lunghezza della barra associata all'indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.

Di seguito si riportano gli indicatori utilizzati:

Contesto ed Esiti	Ind. 1: Speranza di vita alla nascita (anni) Ind. 2: Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane (anni) Ind. 3: Giorni perduti pro-capite per mortalità evitabile (0-74 anni) Ind. 4: Indice composito di Salute
Spesa e finanziamento	Ind. 1: Scostamento dal tetto della spesa farmaceutica totale pro-capite (€) Ind. 2: Quota mobilità passiva sul finanziamento (valorizz. ricoveri residenti) per ricoveri oncologici
Equità	Ind. 1: Quota famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie <i>Out Of Pocket</i> (%) Ind. 2: Quota famiglie soggette a spese sanitarie <i>Out Of Pocket</i> catastrofiche (%) Ind. 3: Quota famiglie con disagio economico per spese sanitarie <i>Out Of Pocket</i> (%)
Prevenzione	Ind. 1: Coperture vaccinali contro l'influenza nell'anziano 65+ (%), stagione 2016-2017 Ind. 2: Obesità nei bambini di 8-9 anni (%) Ind. 3: Fumatori adulti 18-69 anni (%)
Assistenza ospedaliera e primaria	Ind. 1: Tasso di ospedalizzazione std acuti ordinari (per 1.000 ab.) Ind. 2: Persone dimesse vive non al domicilio (%) Ind. 3: Quota di persone 75+ che ha fatto ricorso all'assistenza domiciliare (%) Ind. 4: Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (per 100.000 residenti)

Piemonte

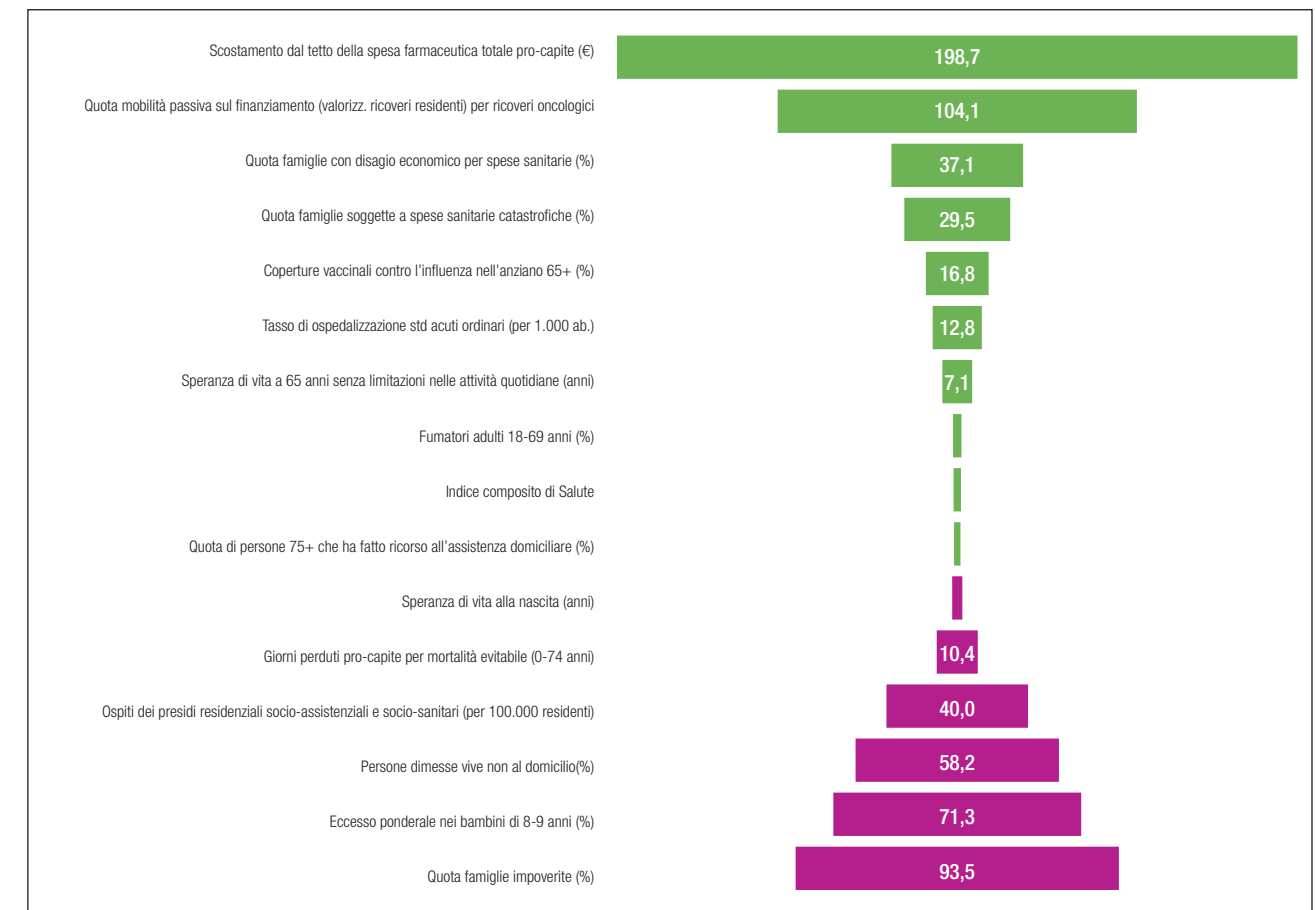


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Valle d'Aosta

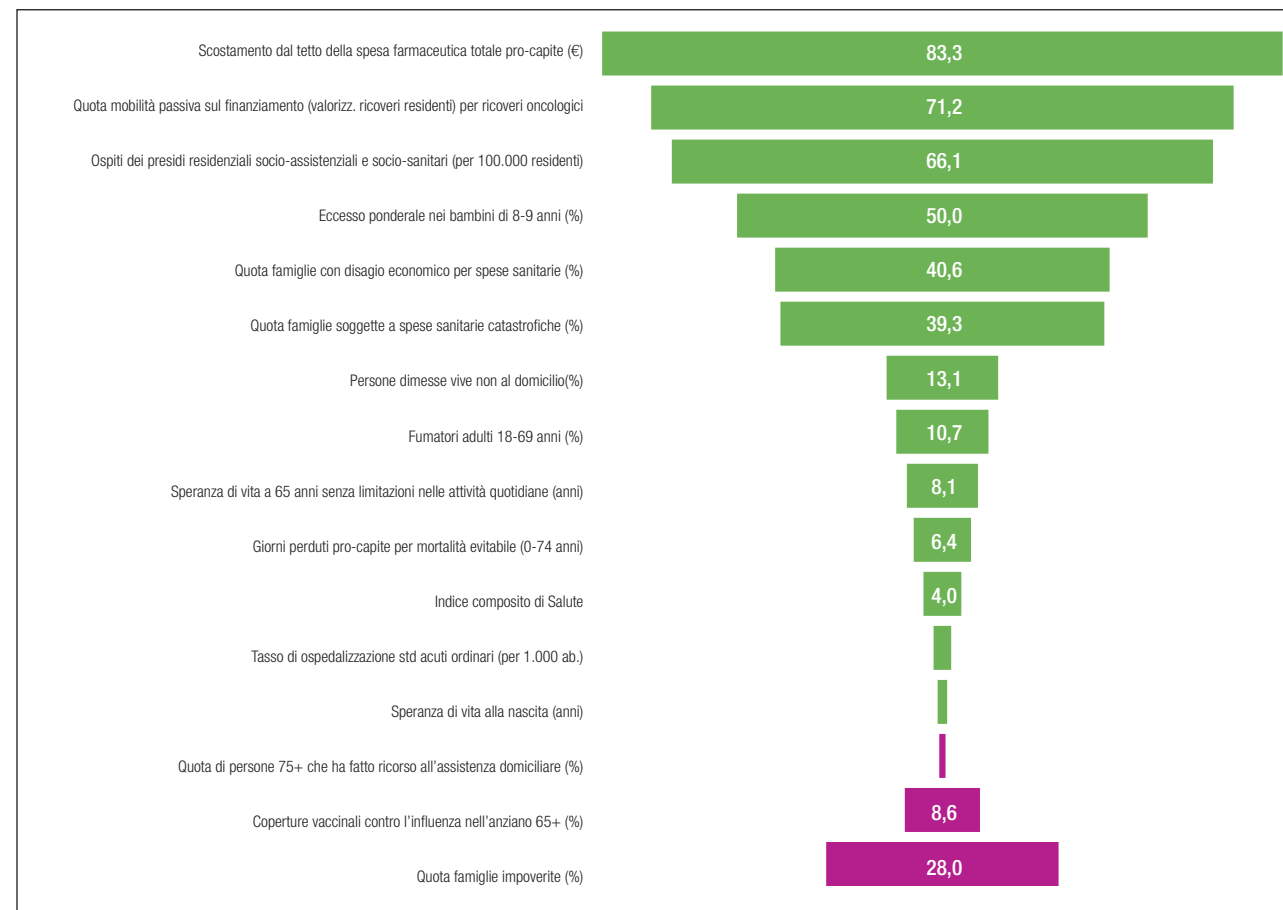


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Lombardia

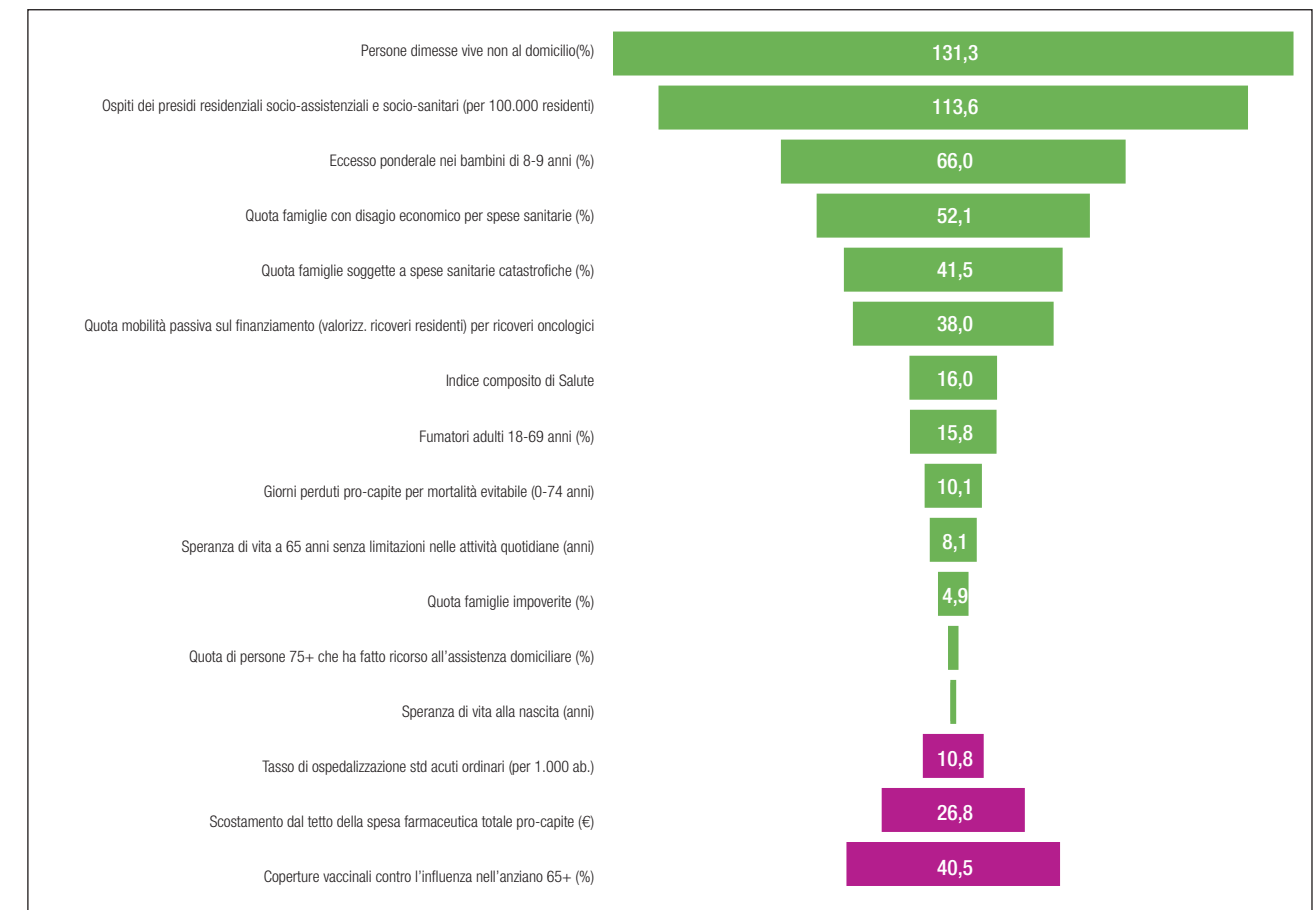
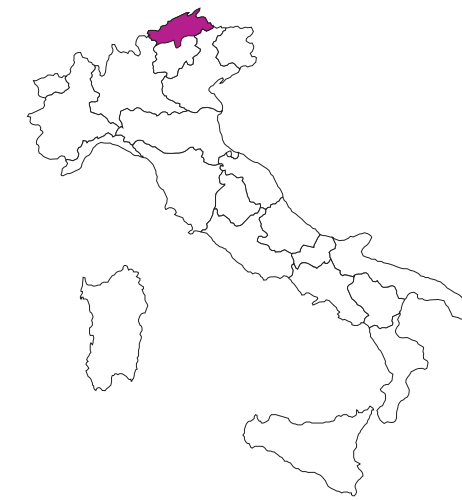


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Provincia Autonoma di Bolzano

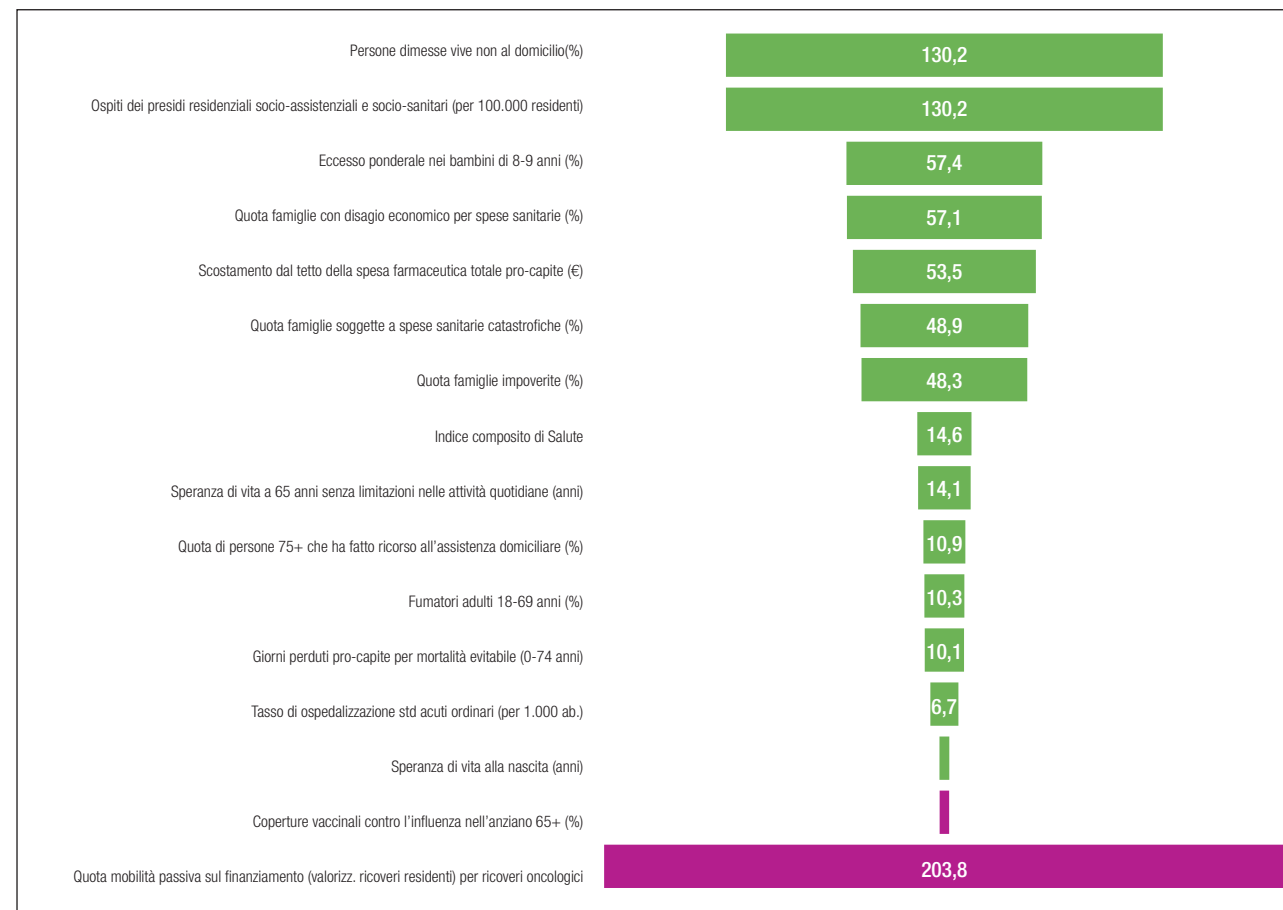


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Provincia Autonoma di Trento



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Veneto

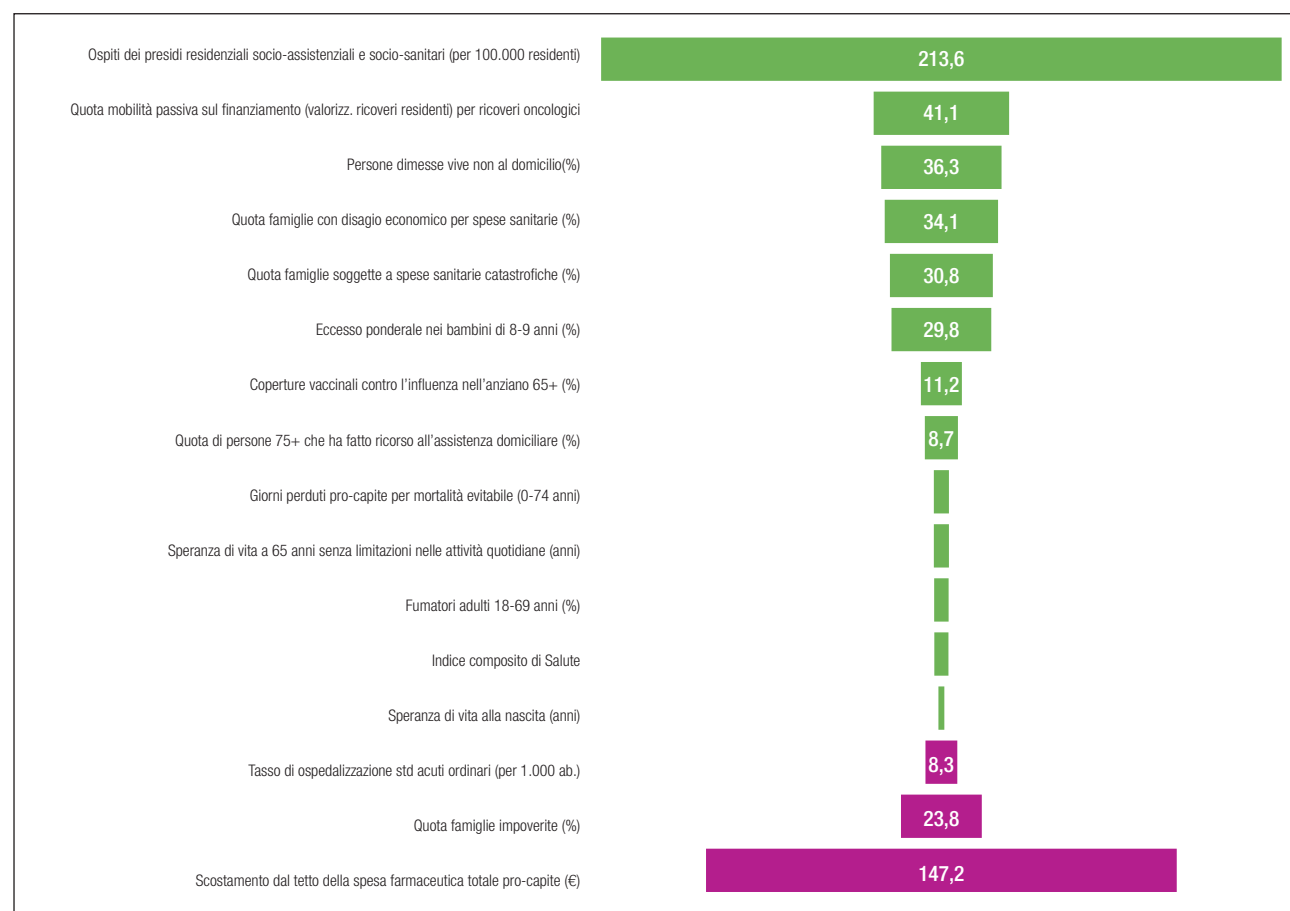


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Friuli Venezia Giulia

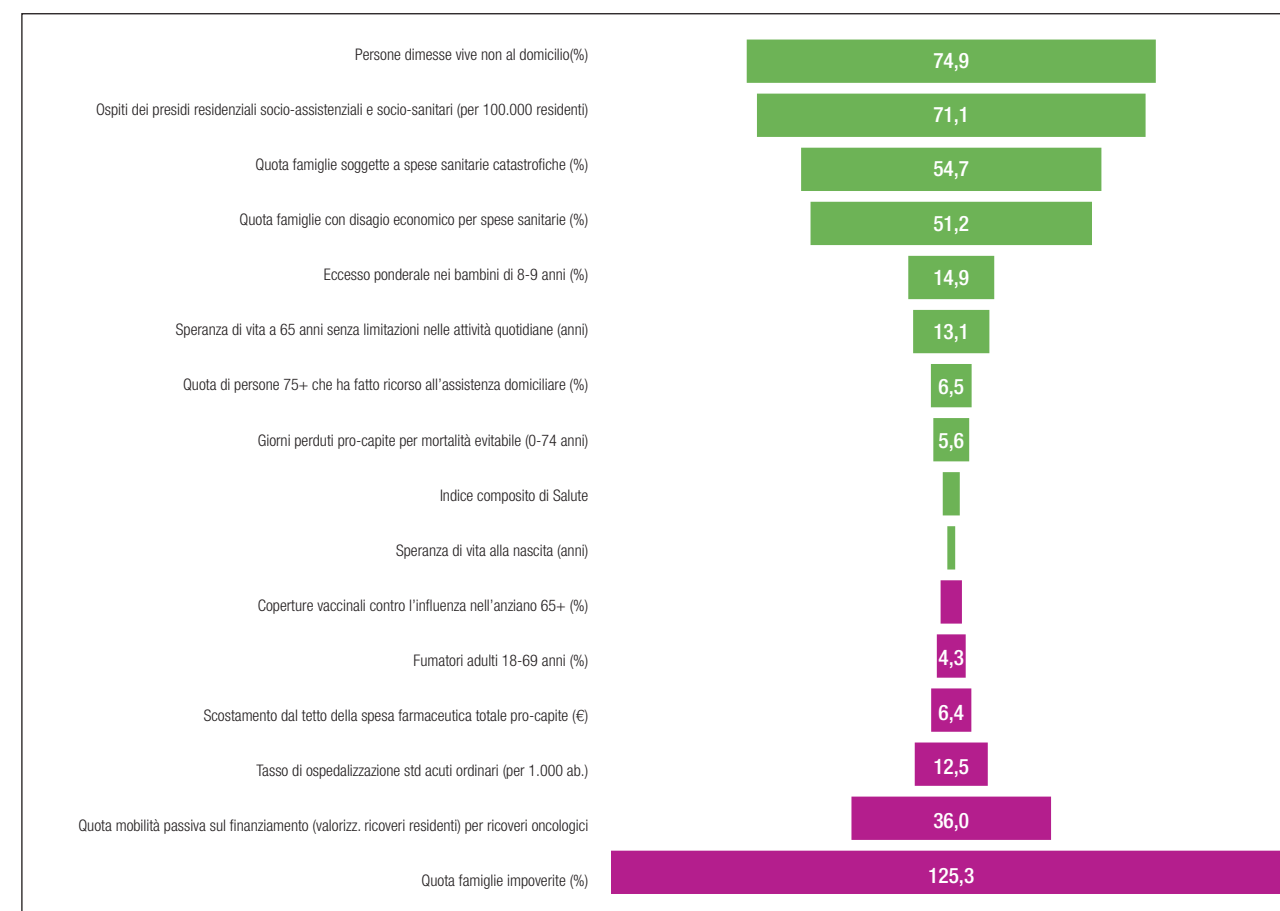


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Liguria

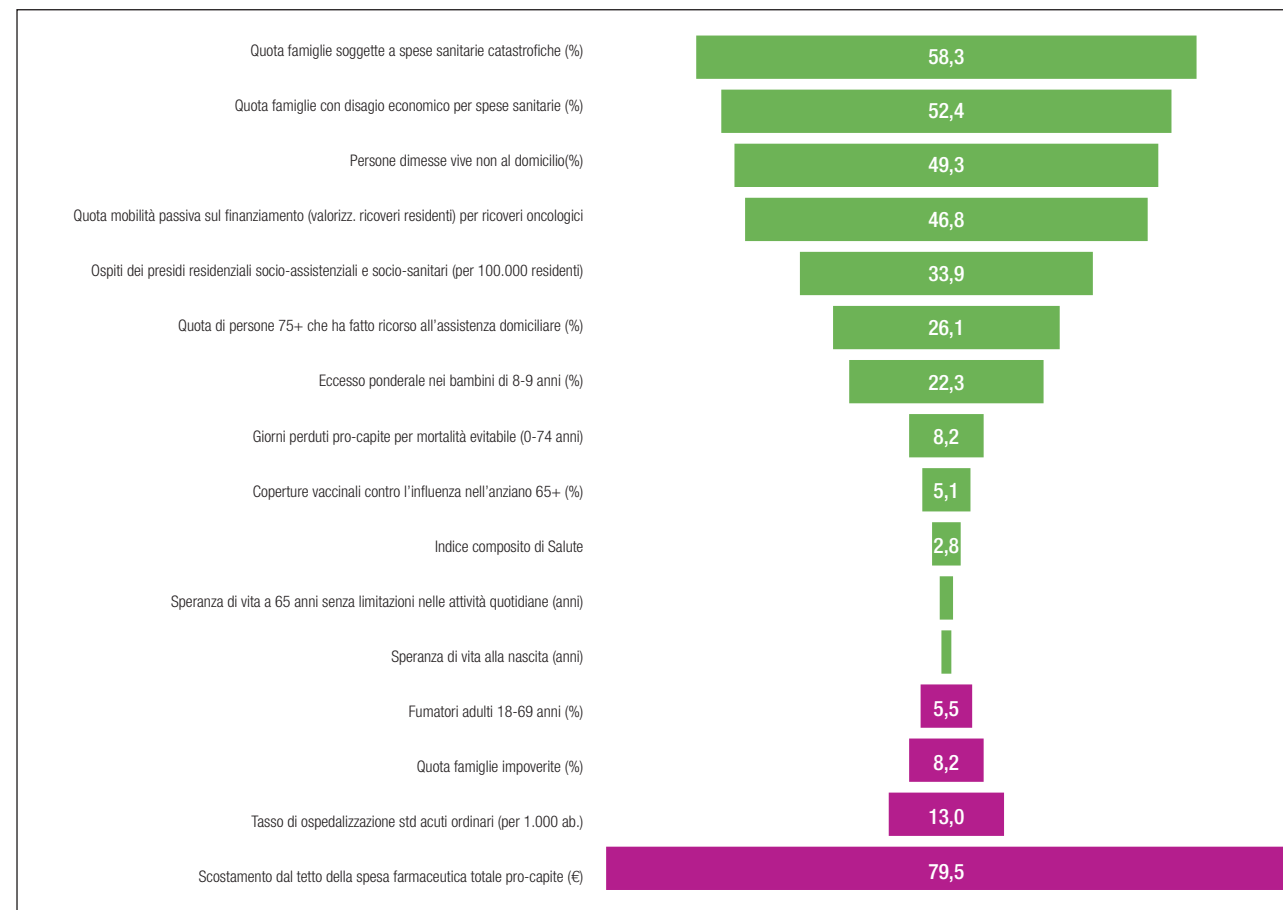


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Emilia Romagna

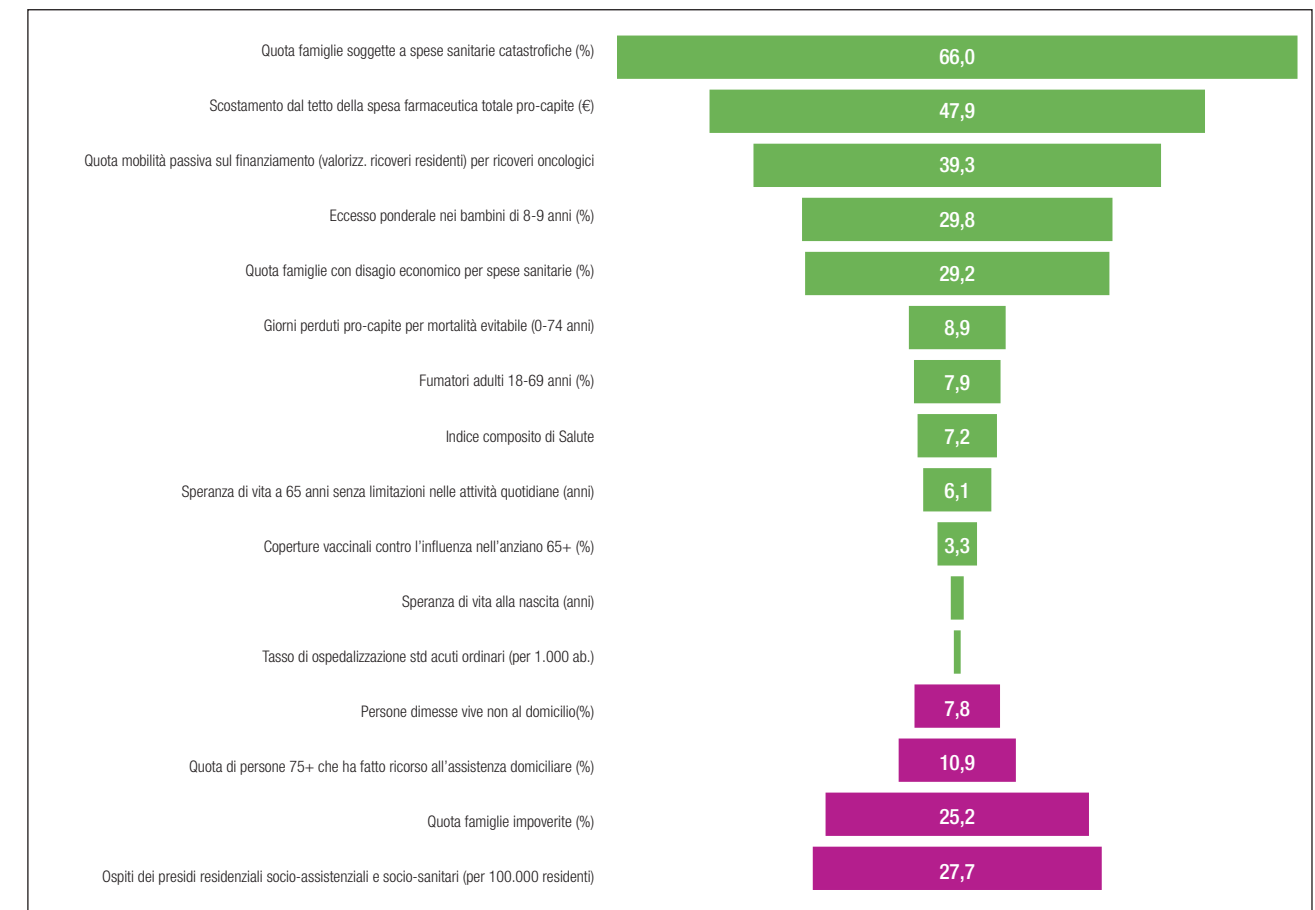


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Toscana

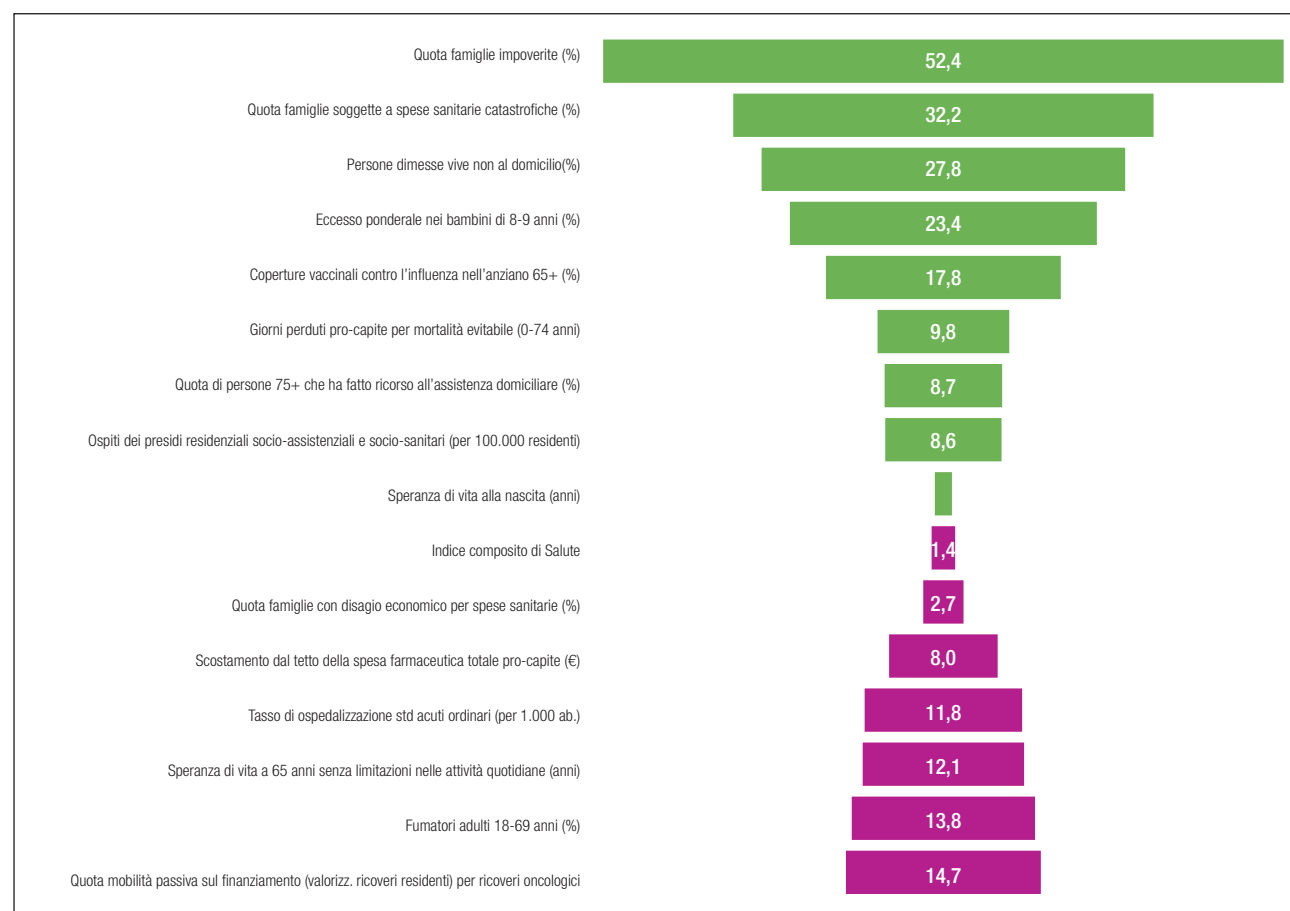


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Umbria

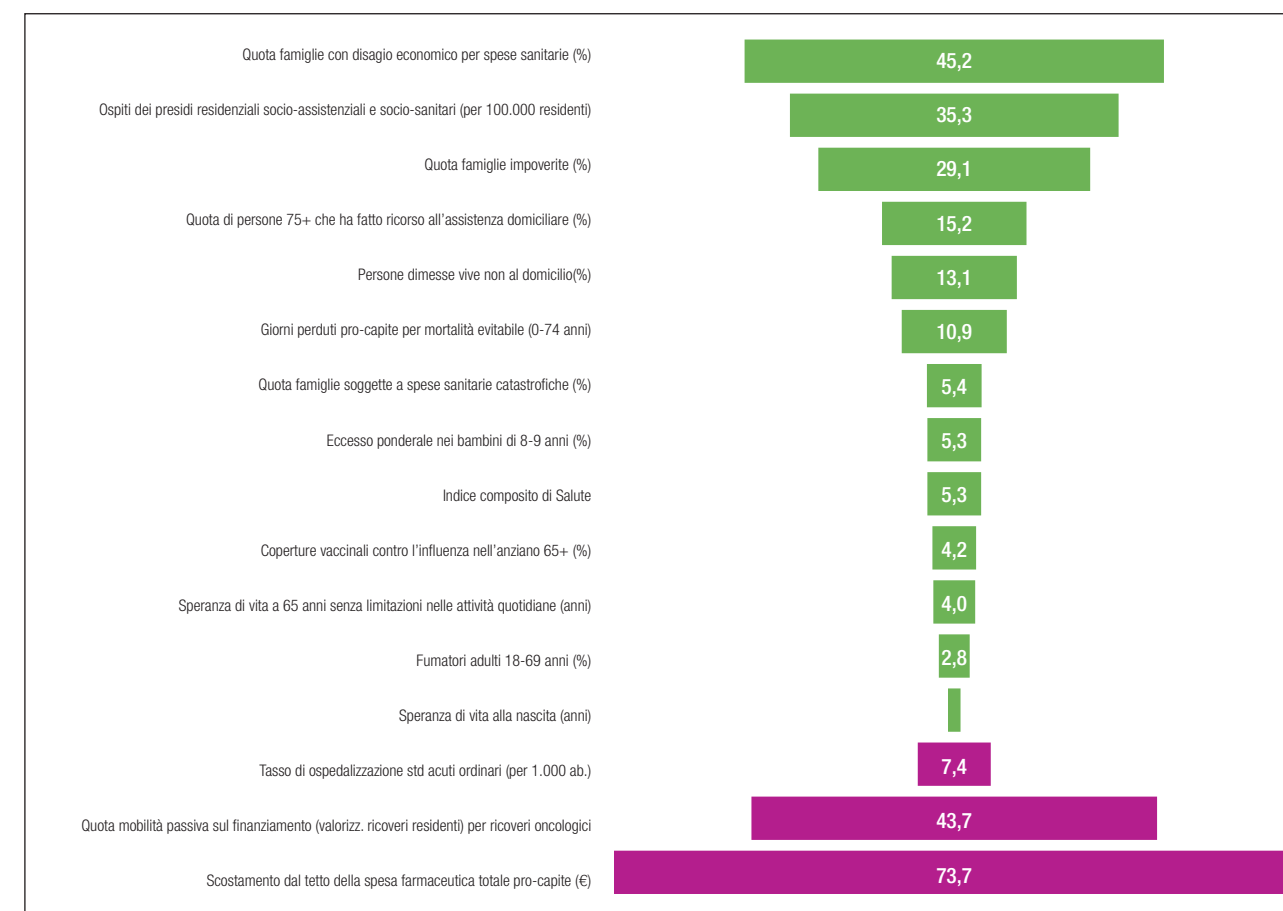


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Marche

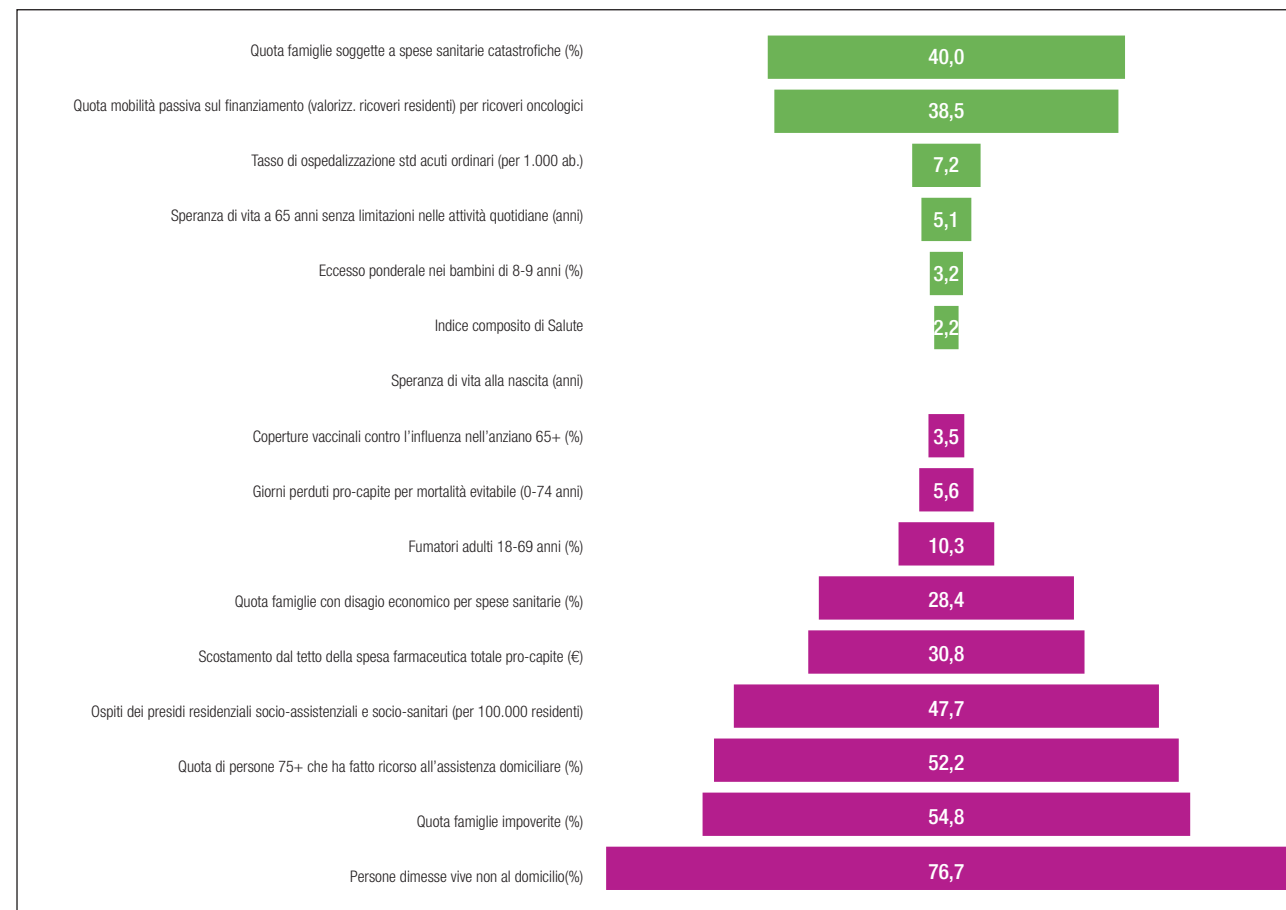


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Lazio

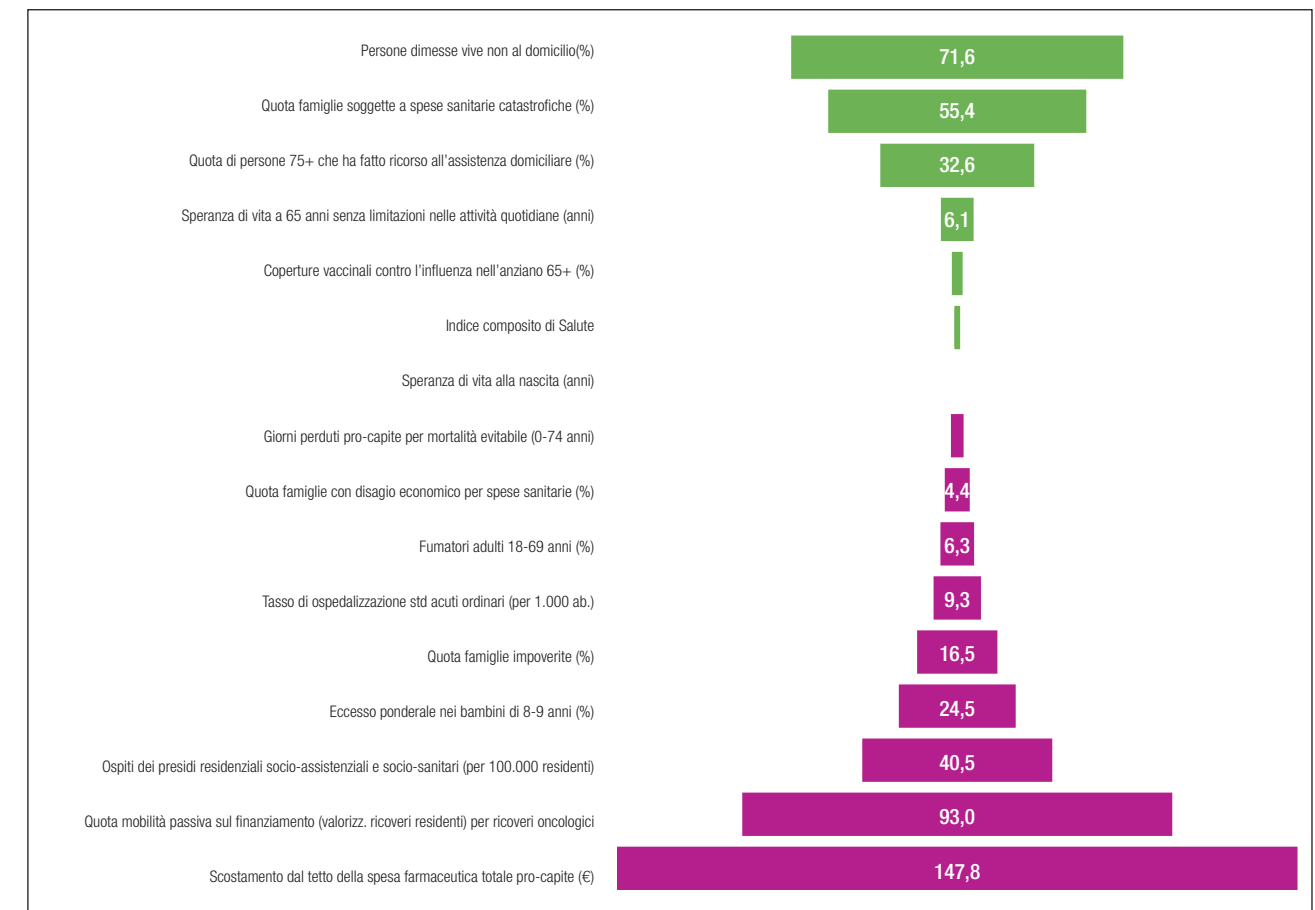


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Abruzzo



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Molise

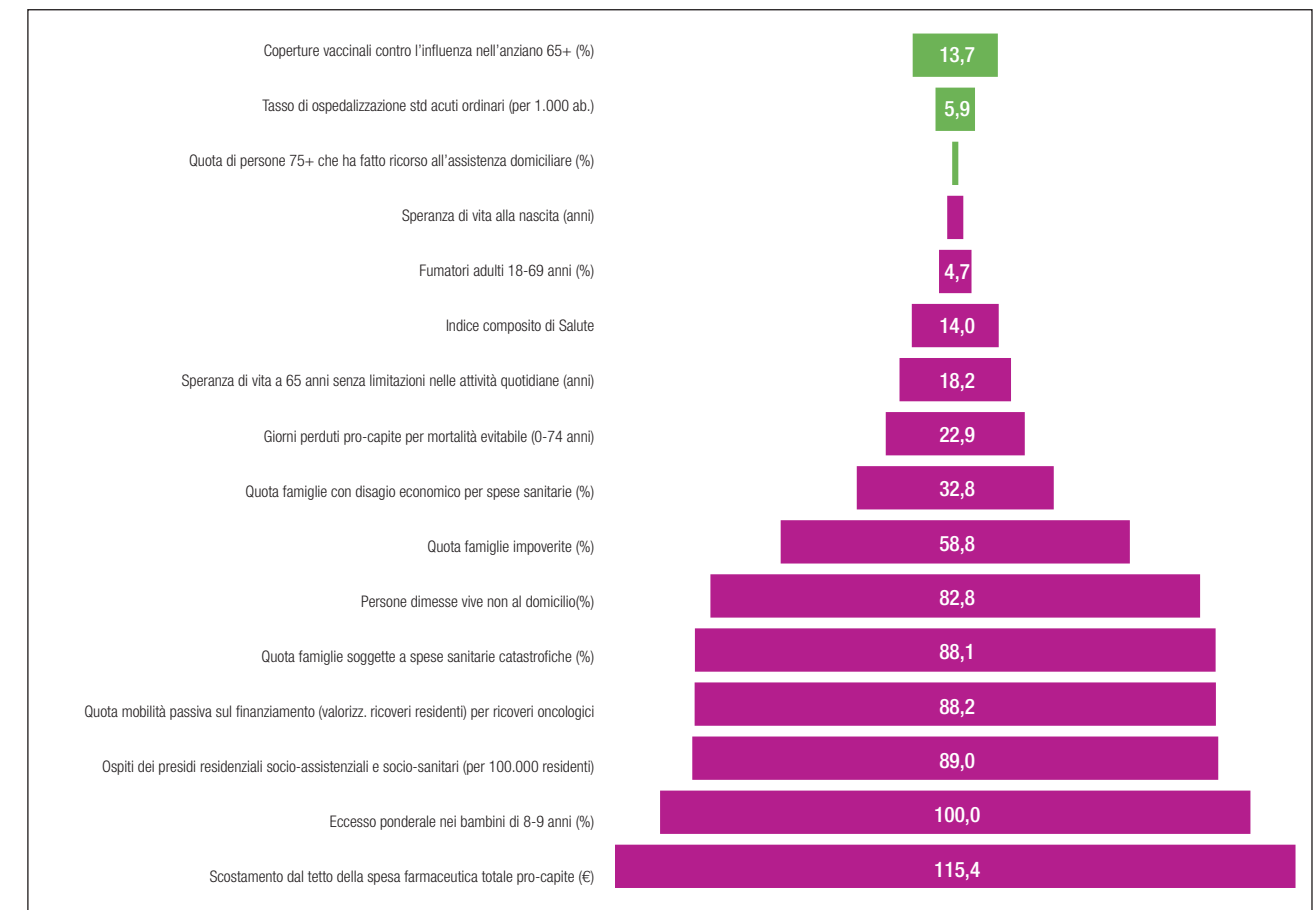


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Campania



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Puglia

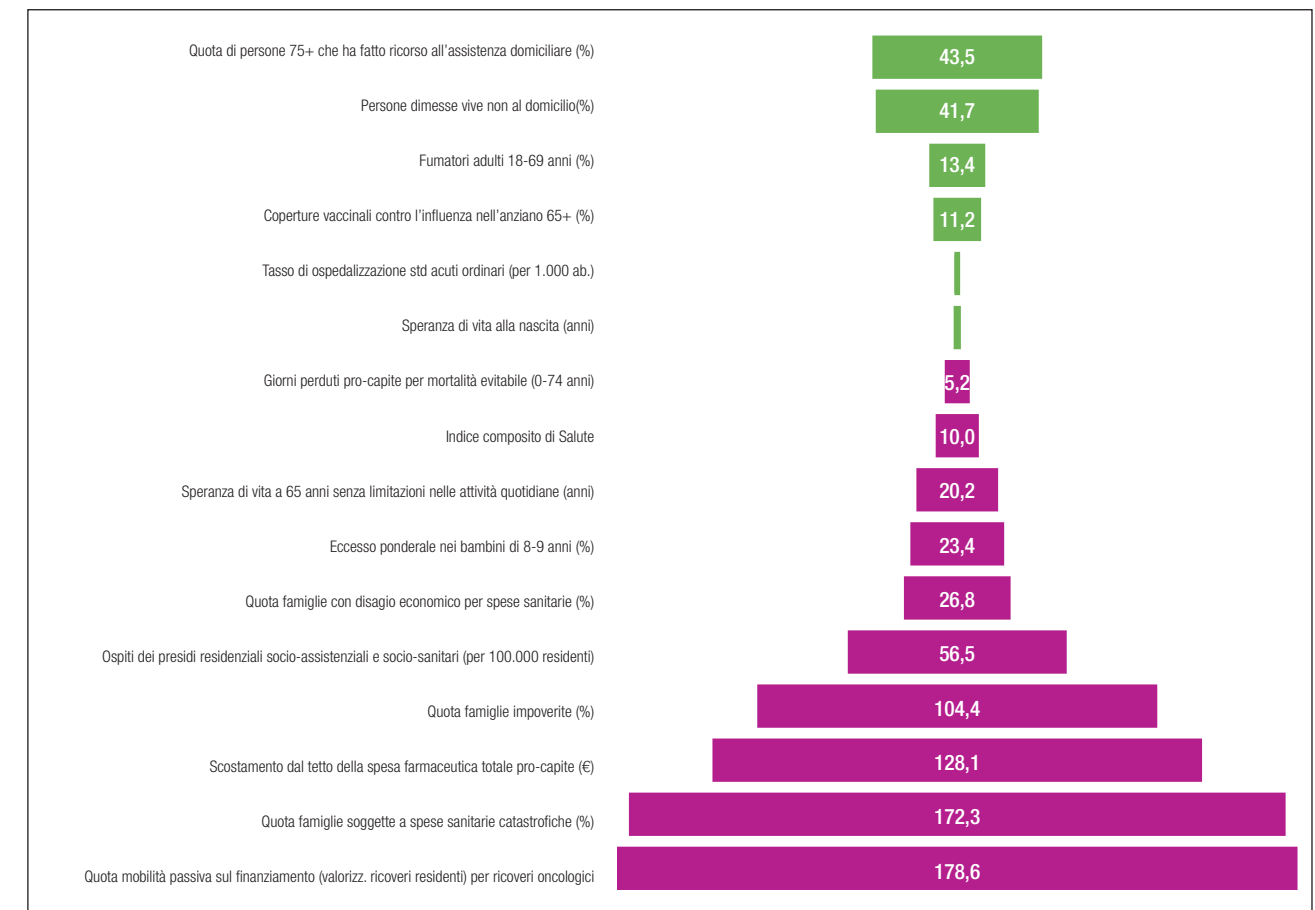


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Basilicata

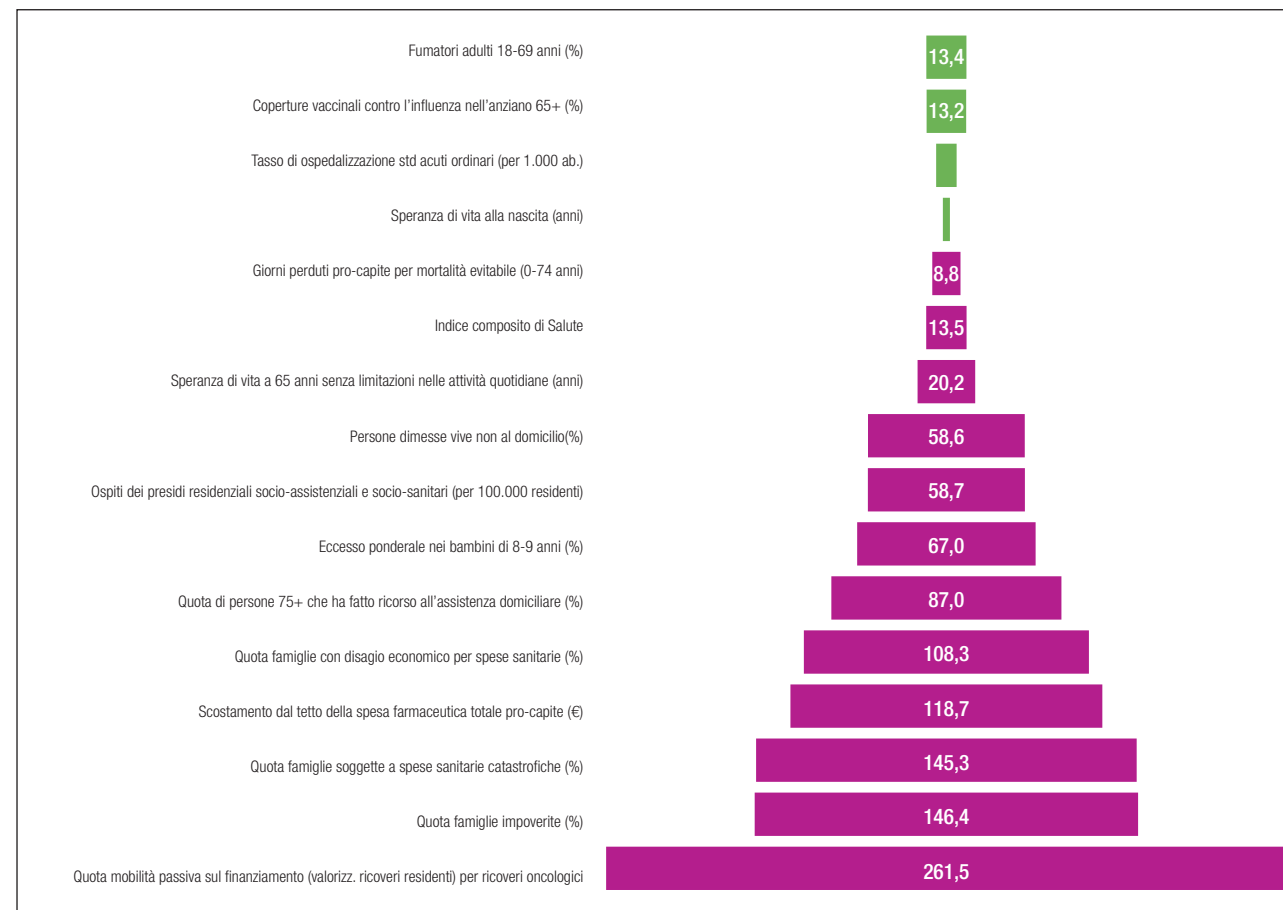


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Calabria

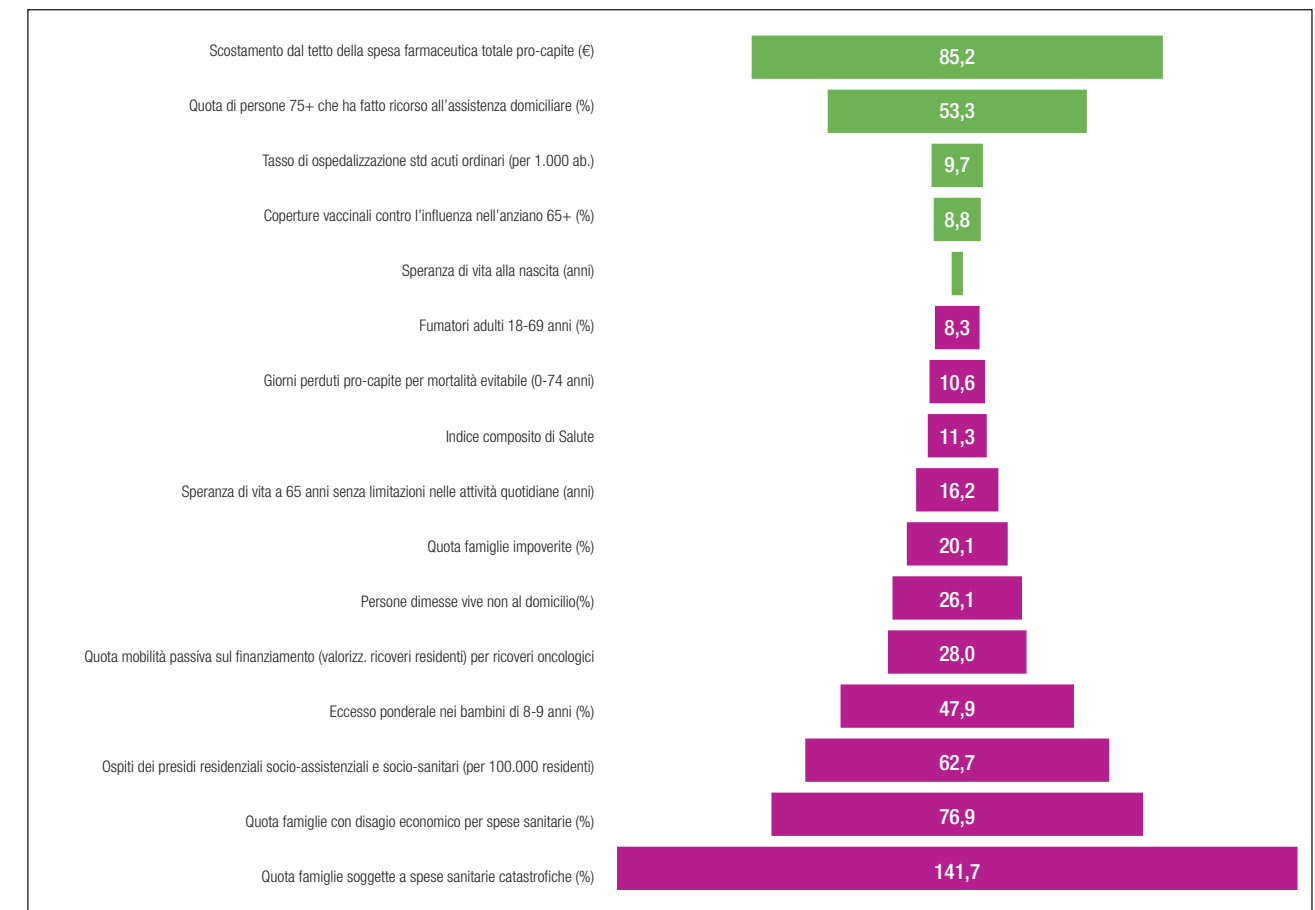


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Sicilia

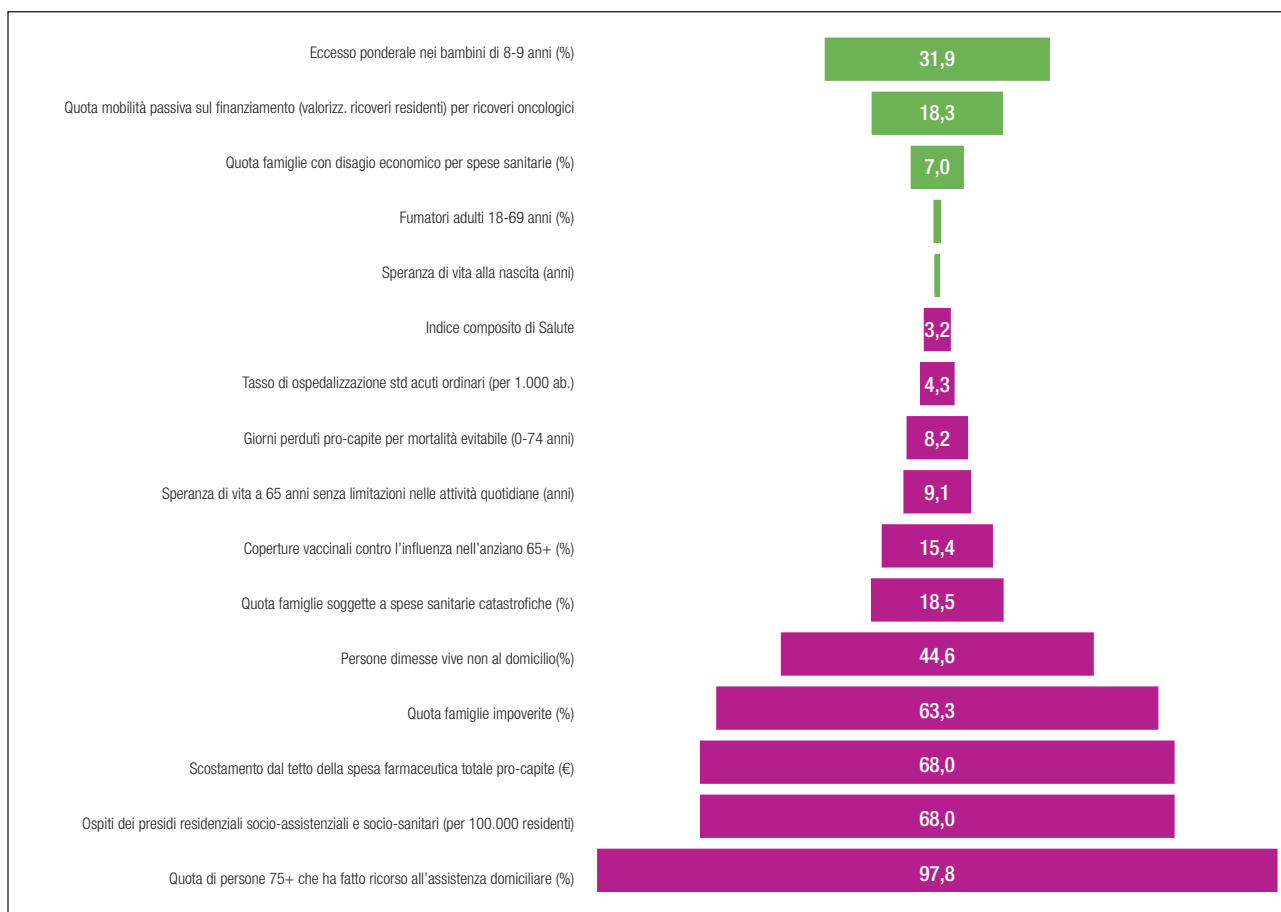


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione. Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Sardegna



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (verde) o peggiore (viola) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.