



Rapporto **CEIS - Sanità 2006**

Il governo del sistema sanitario

Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali

a cura di

A. Donia Sofio

M. Meneguzzo

F.S. Mennini

F. Spandonaro

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

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

Finito di stampare nel mese di novembre 2006 da Agenzia D

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

The background of the top half of the page features a warm, orange-toned image showing the silhouettes of several people in a meeting or collaborative setting. They appear to be engaged in discussion, with some gesturing and others listening. The overall atmosphere is professional and focused.

Rapporto

CEIS - Sanità 2006

Il governo del sistema sanitario

Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali

La pubblicazione del Rapporto CEIS Sanità, giunto alla IV edizione, è il risultato di una *partnership* fra il CEIS (Fac.di Economia dell'Università di Roma *Tor Vergata*) e alcuni soggetti privati che credono nell'importanza dell'iniziativa ed in particolare dell'opportunità di offrire un supporto di conoscenze aggiuntive ai policy makers e ai vari *stakeholder* del sistema sanitario.

La *partnership* è orientata ad una stabile collaborazione fra settore pubblico e privato in un quadro coordinato di attività di ricerca, prospetticamente mirate all'organizzazione nel 2008 del Convegno Europeo di Economia Sanitaria, affidato all'Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

Il Rapporto è promosso e realizzato dal CEIS, con l'obiettivo di rendere fruibile alle Istituzioni il lavoro annualmente svolto dai propri ricercatori e da quelli appartenenti alla rete di centri di ricerca nazionali e internazionali con i quali il CEIS intrattiene stabili collaborazioni.

La diffusione capillare del volume presso operatori ed esperti del settore sanitario è resa possibile dall'intervento di:

- A.N.I.A. Ass. Nazionale Imprese di Assicurazione:
e di alcune aziende del settore farmaceutico ed elettromedicale:
- Boehringer Ingelheim Italia spa.
- GlaxoSmithKline Italia spa
- Johnson & Johnson Medical spa
- Pfizer Italia srl

I *partners* dell'iniziativa condividono con il CEIS, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*, la convinzione che sia utile fornire ai responsabili delle politiche sanitarie, a livello centrale e locale, un supporto quantitativo e indipendente, che aiuti a prendere decisioni corrette e consapevoli.

La speranza è altresì quella di incontrare il favore di tutti coloro che hanno a cuore il sistema sanitario italiano.



Indice

Presentazione del Rapporto

di Luigi Paganetto, Giovanni Tria

17

Il Governo del sistema sanitario

Il Governo del sistema sanitario: complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali

di Spandonaro F.

1 Premessa	19
2 Il contesto	19
3 Lo scenario finanziario: il governo della spesa e dei disavanzi	20
4 Lo scenario economico: il governo dell'efficienza	23
5 Il governo degli aspetti equitativi	29
6 I benefici del sistema: il governo della qualità e altro	32
7 Conclusioni	34

Capitolo 1 - Spesa e finanziamento

1.1 - Evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nei Paesi Ocse

di Francia L., Mennini F.S.

1.1.1 Introduzione	41
1.1.2 La spesa sanitaria	42
1.1.3 Spesa sanitaria pro-capite	42
1.1.4 Il settore pubblico quale strumento principale per il finanziamento della spesa sanitaria	45
1.1.5 La spesa per tipologia di assistenza	49
1.1.6 Conclusioni	53
Riferimenti bibliografici	55

1.2 - L'evoluzione della spesa sanitaria in Italia

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

1.2.1	Introduzione	57
1.2.2	Il modello utilizzato	59
1.2.3	Banca dati e il modello stimato	60
1.2.4	Le tendenze della spesa sanitaria totale	62
1.2.5	Stima degli effetti redistribuiti aggregati regionali	63
1.2.6	Conclusioni	65

Riferimenti bibliografici	66
----------------------------------	----

1.3 - Lo scenario finanziario pubblico 2007 e l'impatto sulle famiglie

di Polistena B., Spandonaro F.

1.3.1	Introduzione	67
1.3.2	Descrizione del modello utilizzato	67
1.3.3	Lo scenario 2007	68
1.3.4	Valutazioni conclusive	70

1.4 - Le politiche farmaceutiche

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

1.4.1	L'evoluzione della spesa farmaceutica	72
1.4.2	Le politiche nazionali	75
1.4.3	Gli interventi regionali	76
1.4.4	Le tendenze della spesa farmaceutica	77
1.4.5	Banca dati e il modello stimato	78
1.4.6	Le tendenze della spesa farmaceutica totale	80
1.4.7	Conclusioni	82

Riferimenti bibliografici	82
----------------------------------	----

1.5 - La razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera

di Rocchetti I., Spandonaro F.

1.5.1	Introduzione	84
1.5.2	Banca dati e metodologia	84
1.5.3	Struttura dei costi ospedalieri per età	85
1.5.4	I tassi di ospedalizzazione	87
1.5.5	L'assorbimento di risorse standardizzato per età: il case mix	90
1.5.6	I livelli tariffari	92
1.5.7	I pesi per età ("spesa" media per abitante)	93
1.5.8	Conclusioni	94

1.6 - Gli accordi regionali con la medicina generale: strumenti di un reale governo della domanda?

di Barrella A., Rebba V.

1.6.1	Il contesto di riferimento	96
1.6.2	Gli strumenti del potenziamento della medicina territoriale	96
1.6.3	Gli strumenti di natura organizzativa previsti dagli accordi regionali	97
1.6.4	Gli strumenti economico-finanziari previsti dagli accordi regionali	98
1.6.5	Conclusioni	101
Riferimenti bibliografici		102

1.7 - L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali

di Giordani C., Spandonaro F.

1.7.1	Introduzione	104
1.7.2	L'evoluzione del sistema di finanziamento	104
1.7.3	I dati nazionali: l'evoluzione del finanziamento e del disavanzo	105
1.7.4	I dati regionali: il riparto delle risorse e i disavanzi	109
1.7.5	Conclusioni	112
Riferimenti bibliografici		112

Capitolo 2 - La crescita della spesa sanitaria e il deficit: alcune esperienze internazionali

Introduzione	117
---------------------	-----

2.1 - Contenimento del deficit o contenimento dei costi? Le politiche di spesa sanitaria in Francia

di de Pouvourville G.

2.1.1	Un contesto economico peggiorativo	120
2.1.2	Un accordo per mantenere un alto livello di copertura e accesso alle cure	121
2.1.3	Miglioramento dell'efficienza dei servizi di assistenza sanitaria	122

2.2 - I problemi di politica sanitaria negli Stati Uniti

di Buchmueller T., Feldstein P.	126
2.2.1 Conclusioni	128

2.3 - Assistenza sanitaria in Australia: crescita e carico fiscale

di Martins J. M.	
2.3.1 Crescita della domanda e finanziamento pubblico	129
2.3.2 La crescita della spesa e il trasferimento del carico	129
2.3.3 Command-control e politiche Market-oriented	131
2.3.4 Il finanziamento pubblico in Australia	131
2.3.5 Esclusione e controllo dell'offerta	132
2.3.6 Il trade-off fiscale	132
2.3.7 Conclusioni	134

Riferimenti bibliografici	134
----------------------------------	-----

2.4 - Decentralizzazione e vincolo di bilancio nel sistema sanitario spagnolo

di Puig-Junoy J., Ana Tur Prats	135
---------------------------------	-----

Riferimenti bibliografici	139
----------------------------------	-----

2.5 - La competizione regolata su scala nazionale: il caso olandese

di Rutten F.	
2.5.1 L'ultimo step della riforma Dekker	140
2.5.2 Il nuovo sistema di finanziamento degli ospedali	141
2.5.3 Nuove responsabilità	142
2.5.4 Conclusioni	142

Riferimenti bibliografici	142
----------------------------------	-----

2.6 - Il deficit nel sistema sanitario argentino e analisi degli strumenti di copertura

di Levcovich M., San Martin M., Schweiger A.	
2.6.1 Introduzione	143
2.6.2 Caratteristiche del sistema sanitario argentino	143
2.6.3 Il settore pubblico	145
2.6.4 Prestazioni garantite	146
2.6.5 Spesa sanitaria	146
2.6.6 Il deficit	149
2.6.7 Commenti finali	150

Riferimenti bibliografici	151
----------------------------------	-----

Capitolo 3 - Efficienza

3.1 - L'efficienza dei Sistemi Sanitari Regionali.

Le politiche regionali di allocazione delle risorse finanziarie per la sanità

di Fioravanti L., Spandonaro F.

3.1.1	Introduzione	155
3.1.2	Le scelte regionali	155
3.1.3	Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale	158
3.1.4	Conclusioni	159
	Riferimenti bibliografici	160
	Fonti normative regionali	160

3.2 - L'efficienza delle Aziende Ospedaliere

di Fioravanti L., Polistena B., Spandonaro F.

3.2.1	Introduzione	162
3.2.2	I dati e l'elaborazione del costo medio per ricovero standardizzato	163
3.2.3	Il costo per unità di ricovero omogeneo nelle Aziende Sanitarie pubbliche italiane	164
3.2.4	Le determinanti dell'(in)efficienza ospedaliera	166
3.2.5	Il modello econometrico	166
3.2.6	Conclusioni	169
	Riferimenti bibliografici	170

3.3 - L'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale: il supporto di Consip all'innovazione dei processi e alla razionalizzazione degli acquisti per le aziende sanitarie

di Bettacchi R., Russo A.

3.3.1	Introduzione	171
3.3.2	Cenni sull'evoluzione normativa	171
3.3.3	La collaborazione con le strutture regionali dei SSR	173
3.3.4	Il nuovo ruolo di Consip alla luce degli interventi normativi	173
3.3.5	Attività e risultati 2005 del Programma rispetto alle strutture sanitarie	175
3.3.5.1	Le Convenzioni	175
3.3.5.2	Le iniziative sul mercato elettronico della P.A.	178
3.3.6	Attività progettuali attraverso collaborazioni con le amministrazioni territoriali del SSN	179
3.3.6.1	Riorganizzazione dei processi di logistica dei farmaci e dei beni sanitari nelle ASL/AO del Comune di Torino	179

3.3.6.2	Riorganizzazione dei processi di “risk management sanità” delle strutture sanitarie del Friuli Venezia Giulia	180
<hr/>		
3.4 - Rafforzare le capacità di cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie		
di Tanese A..		
3.4.1	Autonomia organizzativa: a che punto siamo?	181
3.4.2	L’innovazione organizzativa nel decennio 1996-2005	183
3.4.3	Limiti e prospettive di cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie	187
<hr/>		
Riferimenti bibliografici		193
<hr/>		
3.5 - La Balanced Scorecard tra finalità e contesti eterogenei nel confronto tra alcune esperienze internazionali		
di Ferrari D., Greco A., Merlini L.		
3.5.1	Introduzione	194
3.5.2	Ente Ospedaliero Cantonale della Svizzera italiana	194
3.5.3	Agència Valenciana de Salut	196
3.5.4	Vinzenz-Gruppe	199
3.5.5	Conclusioni	200
<hr/>		
Riferimenti bibliografici		201
<hr/>		
3.6 - Le relazioni tra Balanced Scorecard e Activity Based Costing		
di Frittoli G., Granzotto S.		
3.6.1	La Balanced Scorecard e l’Activity Based Costing	202
3.6.1.1	L’applicazione dell’ABC nelle aziende sanitarie	204
3.6.2	L’applicazione della BSC nelle aziende sanitarie straniere	205
3.6.3	Complementarietà e sinergie tra ABC e BSC	206
3.6.4	L’uso dell’ABC per l’introduzione e l’affermazione della BSC	207
3.6.5	L’uso della BSC per l’applicazione dell’ABC e dell’ABM	207
3.6.6	Conclusioni	208
<hr/>		
Riferimenti bibliografici		209
<hr/>		
3.7 - La gestione dei processi assistenziali		
di Casati G., Marchese E., Roberti V., Vichi M. C.		
3.7.1	La Clinical Governance	211
3.7.2	La gestione per processi	212
3.7.3	Il CeBePs - Centro Benchmarking dei Processi in Sanità	214
<hr/>		
Riferimenti bibliografici		218

3.8 - Assicurazioni sanitarie private e spesa out-of-pocket: livelli di protezione

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

3.8.1	Premessa	220
3.8.2	Dati e metodologia	220
3.8.3	Analisi	221
3.8.4	Discussione	222
3.8.5	Conclusioni	224

Riferimenti bibliografici	224
----------------------------------	-----

Capitolo 4 - Equità

4.1 - L'equità nel Servizio Sanitario Nazionale: impoverimento e spese catastrofiche

di Doglia M., Spandonaro F.

4.1.1	Introduzione	229
4.1.2	Dati e metodologia	229
4.1.3	Analisi preliminare	230
4.1.4	La distribuzione dell'impoverimento e delle spese catastrofiche	231
4.1.5	La struttura della spesa sanitaria per le famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche	234
4.1.6	Distribuzione regionale dell'impoverimento e delle spese catastrofiche	234
4.1.7	Distribuzione del peso delle spese out of pocket sulla capacity to pay familiare	236
4.1.8	Conclusioni	237

Riferimenti bibliografici	239
----------------------------------	-----

4.2 - L'equità di accesso

di Rocchetti I.

4.2.1	Introduzione	241
4.2.2	Il modello econometrico	241
4.2.3	Pregi e limiti del metodo	243
4.2.4	Banca dati e analisi statistica	243
4.2.5	Risultati	245
4.2.6	Conclusioni	247

Riferimenti bibliografici	248
----------------------------------	-----

Capitolo 5 - Outcomes (qualità, efficacia e sicurezza)

5.1 - Le mediane di morte per la valutazione dei costi umani delle malattie in Italia

di Bruzzone S., Mennini F. S., Palazzo F., Ricciardi A.

5.1.1	Introduzione	251
5.1.2	Metodologia	251
5.1.3	Risultati	252
5.1.4	Commenti	255

Riferimenti bibliografici	256
----------------------------------	-----

5.2 - Analisi della mortalità evitabile in Italia: un contributo ai profili e piani di salute delle Regioni

di Conti S., Mennini F. S., Minelli G., Palazzo F., Ricciardi A.

5.2.1	Introduzione	257
5.2.2	Metodologia	258
5.2.3	Risultati	260
5.2.4	Commenti	265

Riferimenti bibliografici	266
----------------------------------	-----

5.3 - Il settore industriale sanitario in Italia

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

5.3.1	Introduzione	268
5.3.2	Il mercato farmaceutico	268
5.3.3	L'industria farmaceutica in Italia	269
5.3.4	Il settore dei dispositivi medici	272
5.3.5	Il mercato dei dispositivi medici	275
5.3.6	L'industria dei dispositivi medici in Italia	277
5.3.7	Considerazioni finali	280

Riferimenti bibliografici	280
----------------------------------	-----

5.4 - La mobilità dei pazienti italiani nell'Unione Europea

di Donia Sofio A., Gabellini A.

5.4.1	Cause della mobilità dei pazienti	283
5.4.2	Regolamentazione della mobilità in Italia	284
5.4.3	Analisi economica della mobilità in Italia	286
5.4.4	Considerazioni finali	290

Riferimenti bibliografici	293
----------------------------------	-----

Curriculum Vitae Autori	294
--------------------------------	-----

The background of the top half of the page features a warm, orange-toned image. It shows the silhouettes of several people in a meeting or collaborative setting. One person on the left is gesturing with their hand, while others are seated or standing around a table, appearing to be in discussion. The overall atmosphere is professional and focused.

Ceis - sanità 2006
presentazione del rapporto

Presentazione del Rapporto

Siamo lieti di presentare il quarto Rapporto CEIS – Sanità 2006, divenuto ormai un appuntamento fisso annuale dedicato alla riflessione sulle politiche sanitarie, in Italia e nel mondo.

Il Rapporto riassume il lavoro di ricerca che il CEIS svolge in campo sanitario, con riferimento all'economia, alla valutazione economica dei progetti, al management delle Aziende pubbliche e private, sviluppando altresì una copiosa attività di formazione post-laurea e di assistenza tecnico-scientifica a Istituzioni ed Enti pubblici e privati.

Il Rapporto ha una vocazione quantitativa, utile per dare fondamento concreto alle scelte di politica sanitaria.

Il Rapporto quest'anno si concentra su: il controllo della spesa, l'incentivo dell'efficienza, le garanzie di equità, lo sviluppo del management pubblico e privato e, non ultima per importanza, l'efficacia delle cure e dei servizi.

Anche quest'anno il Rapporto si avvale dei contributi di studiosi di altri Paesi, appartenenti alle principali Istituzioni internazionali di economia sanitaria quali l'International Health Economics Association e l'European Conference Committee on Health Economics. A testimonianza della fitta rete di rapporti internazionali, è stata affidata al CEIS-Sanità nel 2008 l'organizzazione del Convegno Europeo di Economia Sanitaria.

*Luigi Paganetto
Presidente CEIS
Univ. di Roma Tor Vergata*

*Giovanni Tria
Direttore CEIS
Univ. di Roma Tor Vergata*

Il Governo del sistema sanitario: complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali

Spandonaro F.¹

1 Premessa

Il 2007 per il settore sanitario nasce sotto gli auspici di un nuovo “Patto per la Salute”. Nell’esigenza istituzionale di stabilire un nuovo (e si spera non “ennesimo”) “Anno Zero”, ci sembra si possa leggere il bisogno e la volontà di *governare* il Sistema sanitario, ovvero di mettere il SSN al servizio degli obiettivi di tutela per cui è stato creato.

Per il quarto anno consecutivo, il Rapporto CEIS offre alcuni elementi di riflessione e proposte, nell’ottica di un consapevole ed efficace *governo* del Sistema.

I contributi contenuti nel Rapporto sono il frutto di ambiti diversi di ricerca, raccolti sulla base del supporto che possono dare al processo decisionale e legati da un filo logico che, quest’anno, è la complessità del *governo* del Sistema.

In questo capitolo introduttivo si argomentano, sebbene in modo non esaustivo, le ragioni di complessità e, ove possibile, le risposte da parte dei *policy makers*, fornendo così una chiave di lettura del volume.

2 Il contesto

La riflessione introduttiva riguarda il peso dell’aspetto finanziario nel dibattito di politica sanitaria: anno dopo anno, l’accordo sulle questioni finanziarie assume, nei fatti, la veste di condizione necessaria per poter siglare accordi regionali, come il nuovo *Patto per la Salute*.

L’importanza attribuita all’aspetto finanziario è ben sintetizzata dall’allarme sui costi della Sanità, spesso tacciati di essere fuori controllo. L’analisi dei dati disponibili non sembra però suffragare completamente questa tesi.

Secondo l’ultimo OECD *Health Data*, utilizzato per ragioni di confrontabilità, la spesa sanitaria italiana (2004) ammontava all’8,4% del Pil, ben al di sotto del 9,5% della media dei 22 Paesi considerati (cfr. cap. 1.1 Francia, Mennini).

Si evince, inoltre, che la crescita della spesa sanitaria, anche se è stata più veloce dell’aumento del Pil in tutti i Paesi, in Italia lo è stata in modo più contenuto, facendo del nostro Paese uno di quelli maggiormente virtuosi; l’aumento di 0,7 punti percentuali di Pil fra il 1990 e il 2004, anche se rilevante, rappresenta il terz’ultimo valore in Europa e questo risultato assume una valenza ancora maggiore se consideriamo che si è realizzato a fronte di un livello di spesa iniziale basso e di una crescita del Pil molto modesta.

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

3 Lo scenario finanziario: il governo della spesa e dei disavanzi

Alla luce di quanto argomentato nel precedente paragrafo, il “problema di sostenibilità finanziaria” della Sanità in Italia sembra debba essere circoscritto, e in particolare all’aspetto della spesa pubblica.

In termini di livello, la preoccupazione per la spesa sanitaria pubblica può ricondursi al persistere di un debito pubblico che ha pochi paragoni in Europa; in termini di crescita, all’altrettanto persistente disavanzo che annualmente si crea, giustificando la tesi di chi ritiene fuori controllo la spesa.

Sul primo aspetto, ci sembra si possa aggiungere che, se non ci sono dubbi sul fatto che sia necessario comprimere la spesa pubblica, non è invece del tutto evidente *ex ante* quali debbano essere le priorità e quali, di conseguenza, i settori da “penalizzare” o salvaguardare.

Forse non è del tutto matura la consapevolezza che le politiche sanitarie devono, sempre più, essere inquadrare nel contesto globale degli interventi di *welfare*; si comprende allora come, in presenza di un vincolo globale, la mancanza di scelte in alcuni settori (pensiamo alla previdenza), possa comportare oneri in altri (pensiamo alla Sanità): in pratica si leva con una mano (in termini di servizi in natura) quello che l’altra mano ha “lasciato” in termini di prestazioni in denaro.

Sul secondo aspetto, quello legato al disavanzo, possiamo osservare che esso è strutturale. Giordani e Spandonaro (cfr. cap. 1.7) rilevano che il finanziamento è sempre stato inferiore alla spesa sanitaria pubblica, sin dall’esordio del SSN: il *gap*, nel periodo 1982-2005, è stato in media pari allo 0,4% del Pil, con variazioni annue relativamente modeste. In via di principio, quindi, non sarebbe stato impossibile colmare tale *gap*.

Lo stanziamento delle risorse per la Sanità non sembra peraltro essere il frutto di una attenta programmazione: osserviamo, ad esempio, che in alcuni anni la crescita del finanziamento è stata inferiore a quella del costo per il personale dipendente che, oltre a essere la maggiore e predominante voce di costo, è per sua natura facilmente prevedibile.

La legge Finanziaria in corso di discussione prevede un rilevante incremento del finanziamento centrale, che raggiunge i € 96,0 mld., più € 1,0 mld. a destinazione vincolata per le Regioni in condizioni finanziarie peggiori. A queste risorse centrali si aggiungerebbero anche € 3,7 mld. di risorse regionali, portando il finanziamento complessivo a € 100,7 mld., ovvero al 6,7% del Pil (ove quest’ultimo cresca come previsto nei documenti di programmazione economica).

Mediante un modello di simulazione (cfr. cap. 1.3, Polistena, Spandonaro) si stima che la crescita economica e demografica, oltre che lo stesso aumento del finanziamento, spingeranno il tendenziale di spesa pubblica a € 104,8/106,1 mld. (a seconda dello scenario), pur in presenza di incrementi nelle partecipazioni: in Finanziaria sono previsti aumenti per specialistica e pronto soccorso.

Per completare il quadro, vanno considerati, esogeneamente, gli effetti delle razionalizzazioni, conseguenti ai piani di rientro delle Regioni con elevati disavanzi (effetto netto stimato in Finanziaria di € 1 mld.) e gli effetti delle manovre sui prezzi (dei farmaci e dei dispositivi medici) e delle tariffe (di laboratorio), per ulteriori € 1,1 mld.

A seconda del grado di ottimismo sull’efficacia dei piani di rientro, nonché dei tagli sui

prezzi, ma anche sulla misura in cui, in sede di approvazione, troverà conferma l'attuale assetto della Finanziaria, lo scenario di spesa pubblica finale potrebbe quindi attestarsi fra € 102,7 mld. e € 105,0 mld., con un disavanzo effettivo compreso fra € 2,0 e € 4,3 mld.

Sintetizzando, nella "peggiore" delle ipotesi si confermerebbe un *gap* fra finanziamento e spesa di 0,4 punti percentuali di Pil, in linea con lo storico, mentre nella "migliore" lo scarto si ridurrebbe a 0,15 punti.

Alla luce delle numerose testimonianze internazionali raccolte nel Rapporto (cfr. cap. 2), non sembra questa essere una anomalia italiana, né tanto meno un fattore di particolare criticità. Se escludiamo i Paesi che evitano "per definizione" di maturare disavanzi, mediante l'aggiustamento dei premi assicurativi (vd. Olanda), o adottando politiche di razionamento esplicito (vd. Australia), negli altri casi (Argentina, Francia, Spagna, USA) le problematiche sembrano piuttosto simili alle nostre; la differenza che si riscontra è piuttosto una minore conflittualità o, quanto meno, sensibilità relativamente all'attribuzione della responsabilità del disavanzo stesso; questo comporta una maggiore rapidità nel ripiano, evitando così i costi impliciti indotti dall'accumulo dei debiti, ovvero dal ritardo dei pagamenti del settore pubblico.

L'esperienza internazionale ci indica, quindi, che un aspetto del *governo* del sistema riguarda il modo di evitare di aggiungere al fallimento (magari parziale) delle politiche di contenimento, l'inefficienza di una gestione finanziaria farraginoso dei disavanzi.

Tornando all'analisi dello scenario italiano, i risultati finali dipendono fortemente dalla capacità della politica sanitaria centrale e locale di agire coerentemente e coordinatamente, al fine di realizzare le misure di razionalizzazione proposte in Finanziaria.

La lettura degli interventi previsti lascia, peraltro, intravedere una sorta di "Federalismo immaturo": la logica (quella positiva) del Federalismo comporterebbe che sia compito locale quello di perseguire le condizioni di massima efficienza, lasciando ai livelli di *governo* centrale il compito di regolare i principi generali e vigilare sul rispetto dei diritti. Da una legge Finanziaria, in particolare, ci si attende la definizione delle risorse disponibili centralmente e, se del caso, una indicazione sui livelli di razionamento delle prestazioni, tali da garantire l'equilibrio.

Nell'attuale Finanziaria (centrale, pur se frutto, anche grazie alla congiuntura politica, di un accordo fra Stato e Regioni) praticamente tutte le azioni riguardano invece aspetti riconducibili alla competenza regionale, mentre sono molto limitati gli interventi sui principi generali. Per circa il 50% si tratta di razionalizzazioni derivanti dai piani di rientro regionali, e per l'altro 50% misure di responsabilizzazione dei cittadini, la cui efficacia è qualitativamente certa, poiché configurano trasferimenti finanziari, ma è quantitativamente incerta perché legata a situazioni specifiche regionali (in primo luogo i livelli di esenzione).

Sembra lecito chiedersi se le azioni citate debbano o meno essere oggetto di regolazione centrale.

Riprendendo l'esempio delle compartecipazioni, se volessimo ragionare in punta di principio, potremmo (o dovremmo) concludere che ove esse precludessero solo a ragioni di responsabilizzazione verso un uso appropriato delle risorse, allora dovrebbero più cor-

rettamente essere oggetto di legislazione regionale, al cui livello è possibile un ottimale *fine tuning* in base alle caratteristiche locali; sarebbero, invece, correttamente di pertinenza del Governo centrale, nella misura in cui configurano razionamenti (impliciti) dei LEA.

Se è, quindi, istituzionalmente discutibile una regolazione minuta a livello centrale dei livelli di compartecipazione, sarebbe invece assai più auspicabile affrontare il tema delle esenzioni, poiché per i cittadini più fragili esse configurano un diritto di cittadinanza: invece, paradossalmente, esse sono oggi soggette all'arbitrio regionale, con comportamenti abbastanza difformi.

Una spiegazione di questa inversione di ruoli e del persistere di una certa confusione istituzionale, può farsi risalire alla mancanza di un Federalismo fiscale compiuto, capace di responsabilizzare definitivamente le Regioni sul versante economico.

La sensazione è che le Regioni "usino" in qualche modo il livello di Governo centrale per farsi "omologare" le proprie scelte (nel caso delle Regioni più attive e spesso più virtuose) o per farsi indicare (o imporre) la strada delle razionalizzazioni (nel caso delle Regioni meno efficienti).

La precedente osservazione giustifica l'idea di un Federalismo "immaturo", il cui rischio è quello di spostare semplicemente il conflitto istituzionale a livello di riparto regionale delle risorse, lasciando alla Finanziaria il mero compito di configurare le condizioni per affrontare *ex post* la spinosa questione della responsabilità del disavanzo.

Ad una Finanziaria, in presenza di Federalismo più maturo, si potrebbe quindi chiedere di rinunciare a definire le modalità di riequilibrio dei bilanci regionali, spostando il focus sul monitoraggio e l'indirizzo. Si può obiettare che non è compito di una Finanziaria definire criteri di qualità e/o equità dell'assistenza, ma l'esperienza internazionale dimostra che scollegare completamente tali funzioni dalla leva finanziaria rende almeno parzialmente inefficace l'intervento centrale. Quanto meno, si dovrebbe immaginare la definizione di un sistema di incentivi a perseguire una logica di miglioramento della qualità, che è poi la filosofia della *Clinical Governance*, in Italia spesso citata a sproposito se non in modo distorto.

In definitiva, sarebbe auspicabile che il Governo centrale sposasse logiche di *pay per performance*, incentivando così i comportamenti regionali efficienti, efficaci (e di qualità), equi, lasciando alla responsabilità locale l'onere di individuare le modalità di realizzazione.

Senza che questo escluda che una aggiuntiva attenzione possa essere data al sostegno delle situazioni maggiormente critiche, come peraltro si è fatto nell'attuale Finanziaria con il fondo aggiuntivo di € 1 mld.

Che scopo ultimo debba essere quello dell'incentivazione di comportamenti complessivamente efficienti, efficaci ed equi, se mai necessitasse di conferma, è reso evidente dalla stretta relazione che i comportamenti, anche di spesa, del settore pubblico hanno con la spesa sanitaria totale e quindi con quella privata, ovvero con i bilanci delle famiglie.

L'evoluzione della spesa sanitaria totale (cfr. cap. 1.2, Polistena, Ratti e Spandonaro) dipende da fattori di crescita economica e modificazioni demografiche, ma non è neppure esente da impatti riconducibili a fattori istituzionali.

In particolare, il modello di Polistena, Ratti e Spandonaro indica un effetto espansivo della

spesa pubblica sulla spesa totale, che potrebbe essere attribuita tanto ad una duplicazione di funzioni, quanto ad una tendenza inerziale della spesa pubblica ad adeguarsi al finanziamento. Questo ultimo riscontro “giustifica”, in qualche modo, la storica tendenza a sottostimare il finanziamento, evitando espansioni di spesa non necessariamente appropriate.

Per quanto concerne l’aspetto della duplicazione, si aggiunga che anche la composizione della spesa pubblica (intesa come rapporto fra quota a gestione diretta e quota a gestione accreditata) sembra produrre un effetto non neutrale: in particolare, si riscontra una correlazione positiva fra spesa e quota a gestione accreditata, sebbene questo fenomeno sia limitato alle Regioni del Centro-Sud; in altri termini, la composizione (pubblico/privato) della spesa non sarebbe di per sé un fattore discriminante, se non dove una gestione apparentemente errata del rapporto pubblico/privato configura inefficienze di sistema.

L’analisi econometrica fornisce altri elementi di interesse: ad esempio, si conferma che le Regioni del Nord si presentano come un gruppo caratterizzato da una omogeneità di fondo dei comportamenti di spesa, mentre il Centro-Sud costituisce una “sommatoria” di comportamenti difformi, con differenze interne ancora da spiegare compiutamente.

Infine, il modello permette anche di quantificare gli effetti di redistribuzione impliciti, prodotti dalla gestione solidaristica del SSN. Essi sono rilevanti per dimensioni e caratteristiche: le Regioni del Nord “rinunciano” a quote di spesa che raggiungono e superano il 15%, in favore di Regioni del Sud che arrivano a registrare il 50% di spesa in più rispetto al livello “presumibile” in assenza di solidarietà. Si lascia così apprezzare, anche quantitativamente, quanto sia ancora in “salita” una compiuta realizzazione del Federalismo in Sanità.

In termini quantitativi, il modello prevede un aumento di spesa totale più veloce dell’incremento del Pil, sebbene per il 2007 limitato dalla previsione di una crescita reale significativa di quest’ultima variabile: si arriverebbe all’8,2%-8,3% del Pil², rimanendo sempre al di sotto delle medie europee.

L’impatto sulle famiglie è limitato, in quanto la crescita delle risorse pubbliche rese disponibili è controbilanciata dagli effetti dei nuovi (o aumentati) ticket.

Per le famiglie si assiste ad un decremento della spesa sanitaria, dell’ordine del 6-12%: la manovra, tesa a una maggiore responsabilizzazione degli utenti, innesca però complessi meccanismi equitativi; da questo punto di vista, l’adozione di ticket in cifra fissa sulle ricette della specialistica lascia supporre un impatto equitativo discutibile, in particolare sulle fasce di popolazione più a rischio (cfr. cap. 4.1 Doglia, Spandonaro).

4 Lo scenario economico: il governo dell’efficienza

Misurare l’efficienza, uscendo dalla (pur utile) evidenza aneddotica è notoriamente difficile, specialmente in un settore caratterizzato da grandi complessità come quello sanitario. Un coerente *governo* del sistema richiede peraltro di dipanare l’intreccio fra interventi

² Il modello utilizza dati ISTAT e Ministero della Salute; il livello di spesa citato è approssimativamente coerente con un livello dell’8,5%, secondo gli standard OECD Health Data (cfr. cap. 1.1).

puramente finanziari e recuperi d'efficienza complessiva del sistema.

Secondo Fioravanti e Spandonaro (cfr. cap. 3.1), l'analisi congiunta delle politiche finanziarie regionali (*ex-ante*) e dei relativi risultati (*ex-post*), fa emergere come le Regioni siano fortemente condizionate dall'esigenza di ottenere risparmi a breve termine.

Incrociando le informazioni relative ai modelli di finanziamento delle aziende sanitarie territoriali e di quelle ospedaliere, con quelle relative ai disavanzi/avanzi sanitari regionali, sembra confermarsi che il cosiddetto (neo)centralismo regionale è una risposta alla pressione a cui sono sottoposte le Regioni, sul versante dell'equilibrio di bilancio.

Questa osservazione è piena di conseguenze: in primo luogo sembra indicare che i meccanismi di mercato possono avere un ruolo importante nel medio-lungo periodo, ma condizione necessaria affinché possano esplicare la loro funzione è quella di un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori; in secondo luogo, che la mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori, oltre ad impedire di trasformare i "segnali" di mercato (ad esempio perdita di clienti o disavanzi strutturali) in sanzioni efficaci (la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti), determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappropriatazza; infine, che gli scostamenti del finanziamento regionale dalle indicazioni nazionali sui LEA, possono essere interpretati tanto come il perseguimento di una maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, quanto come adattamenti (magari parziali) alla spesa storica.

In termini di *governo* del Sistema, dobbiamo rilevare che in assenza di un piano straordinario che sani le situazioni di disavanzo patologico, allentando quindi la pressione finanziaria sulle Regioni stesse, si perde la possibilità di utilizzare la leva competitiva per razionalizzare il mercato.

Un altro esempio evidente di questo intreccio, non sempre virtuoso, fra risparmi finanziari a breve termine ed efficienza complessiva del Sistema, è rappresentato dalla regolazione in campo farmaceutico.

Gli interventi di politica pubblica si sono ultimamente incentrati su tagli di prezzo (conseguenti a incrementi di quantità non sempre giustificabili), la cui efficacia in termini finanziari è confermata dal modello sviluppato da Barrella, Polistena, Ratti, Spandonaro (cfr. cap. 1.4): in termini quantitativi, le variazioni dei prezzi medi avrebbero infatti una elasticità intorno a 0,2.

Peraltro, il miglioramento delle condizioni economiche e l'invecchiamento hanno una influenza "naturale" sulla spesa farmaceutica, spingendola al rialzo: questa banale evidenza indica l'esigenza di rivedere una politica fondata su un tetto finanziario unico, indipendente dalla struttura demografica, fissato al 13% o 16% complessivo della spesa (peraltro a fronte di una nostra previsione del 18% ca. per la spesa pubblica più privata, esclusa però l'ospedaliera).

A questa prima evidenza, il modello permette di aggiungere alcune interessanti specificazioni: in primo luogo l'effetto dell'invecchiamento è significativo al Nord e, sorprendentemente, non nel Centro-Sud. In particolare, l'aumento di un punto percentuale della popolazione con più di 65 anni aumenterebbe la spesa farmaceutica totale pro-capite di € 18,16 in Italia, pari al 4,93%, e al Nord di € 13,64 pari al 3,57%.

Ancora, se nel Centro-Sud il numero di prescrizioni per medico fosse uguale a quello medio del Nord, si avrebbe una diminuzione della spesa farmaceutica totale pari al 4,41%. Il modello predisposto indica quindi l'urgenza, specialmente nel Centro-Sud, di intervenire prioritariamente sull'inappropriatezza prescrittiva.

Le rilevanti differenze regionali sul versante prescrittivo, come anche l'assenza di considerazione per gli aspetti demografici legati al bisogno, suggeriscono in definitiva nuove strategie per le politiche farmaceutiche: per incentivare l'efficienza esse debbono essere calate nei contesti locali, abbandonando la pretesa di *governare* il sistema con regole troppo semplici, come è il tetto del 13%.

Un analogo discorso può essere fatto per le politiche di razionalizzazione ospedaliera basate sul taglio dei posti letto.

Una prima banale, ma non scontata, osservazione è che la chiusura dei posti letto non implica necessariamente la riduzione dei costi connessi: quelli relativi al personale prima di tutto, ma ciò vale anche per i costi fissi relativi alle attrezzature ecc.

Sembra poi rilevante verificare se la progressiva riduzione dei posti letto, e il (quanto meno parziale) successo nel ridurre i costi del LEA "Assistenza Ospedaliera", siano effettivamente forieri di una effettiva razionalizzazione della rete, oppure i risparmi siano fondamentalmente finanziari.

Il quadro quantitativo appare piuttosto complesso (cfr. cap. 1.5, Rocchetti, Spandonaro): osserviamo, infatti, tassi di ospedalizzazione (standardizzati per l'età) variabili regionalmente nell'ordine del 300% (e anche più per il regime diurno e per riabilitazione e lungodegenza) e casistiche medie diverse, anche di 1,5 volte (in termini di tariffe associate).

Sembra che ci siano pochi dubbi sulla persistenza di situazioni di ricorso alla struttura ospedaliera non riconducibili a fattori demografici ed epidemiologici.

Non stupisce allora che le curve di assorbimento delle risorse per età risultino fortemente diverse per i cittadini di una Regione rispetto a un'altra: in alcune classi di età troviamo un fattore di variabilità regionale (differenze di assorbimento di risorse) dell'ordine del 250%. Tra l'altro ai diversi comportamenti assistenziali si sommano livelli tariffari anch'essi estremamente variabili: con differenze medie massime (rispetto alle classi di età) che raggiungono il 60%.

Le politiche nazionali indifferenziate (come è il caso dei target massimi di posti letto per abitante) sembrano, quindi, incapaci di incentivare una razionalizzazione effettiva, quando non sono addirittura fonte di ulteriori rischi di inappropriatezza e inefficienza. Prevale, infatti, l'uso dello strumento tariffario per ragioni finanziarie (rispetto dei tetti di finanziamento), piuttosto che per regolare quali-quantitativamente le prestazioni erogate.

Per esclusione, si deve ammettere che i differenziali di performance rilevati giustificano la presunzione dell'esistenza di diffusa inappropriatezza.

In definitiva, osserviamo una domanda in larga misura condizionata dall'offerta, secondo un meccanismo autoreferenziale tipico di molti ambiti del SSN italiano. Per superarla, in termini di *governo* del sistema, appare quindi auspicabile concentrarsi per un verso sulla valutazione del ricorso all'ospedale, e per un altro sulle dimensioni delle dotazioni organiche, abbandonando la regolazione dell'offerta di letti.

Questa opzione di politica ospedaliera è corroborata, altresì, dalla valutazione dei livelli di

(in)efficienza delle strutture ospedaliere (cfr. cap. 3.2, Fioravanti, Polistena, Spandonaro). L'analisi, giunta alla sua terza revisione annuale, permette di affermare, con sempre maggiore convinzione, che nel sistema ospedaliero italiano esistono problemi significativi sia sul lato del finanziamento che su quello dell'efficienza: i costi per unità omogenea di ricovero, analizzati limitatamente a 96 aziende ospedaliere pubbliche, variano di oltre il 300%: da un minimo di circa € 2.000,00 per punto DRG a oltre € 6.000,00; il dato non solo si conferma di anno in anno, ma assistiamo anche ad un progressivo incremento della sua variabilità.

Pur rimanendo lecito il dubbio che possano esistere rilevanti problemi di confrontabilità dei dati contabili, la cui importanza quantitativa è peraltro allo stato attuale non inferibile, emergono indicazioni significative relativamente all'inadeguatezza dell'attuale sistema tariffario, basato sui DRG: in particolare sul versante della corretta rappresentazione della complessità assistenziale. Peraltro è noto come il sistema di classificazione, ormai quasi universalmente adottato seppure con differenti modalità di utilizzo, quasi ovunque abbia utilizzato versioni molto più recenti e raffinate di quella adottata in Italia.

Sembra, altresì, dimostrarsi l'esistenza di problemi di inefficienza tecnica: osserviamo una chiara associazione statistica dei maggiori livelli di produttività con i minori livelli di costo, come anche una quota rilevante di variabilità residua, sia sovra-regionale, che a livello di singola Regione, che non trova spiegazione in fattori strutturali o attinenti alla natura (contabile e tariffe DRG) dei dati utilizzati.

I DRG hanno sicuramente incentivato una maggiore produttività, e le nostre stime indicano che questa si è, almeno parzialmente, trasformata in maggiore efficienza: ai fini di una più corretta incentivazione di comportamenti virtuosi da parte delle aziende sanitarie, sarebbe però auspicabile che le tariffe fossero definite per singola tipologia di struttura, tenendo conto di fattori aggiuntivi, quali ad esempio la complessità clinica.

Si evidenziano, inoltre, seri problemi sul versante delle modificazioni strutturali dell'assetto produttivo (confermando indirettamente le argomentazioni del cap. 1.5): piante organiche squilibrate sembrano rappresentare elementi fortemente critici per l'efficienza delle strutture.

Attualmente i sistemi di finanziamento regionale suppliscono ai limiti intrinseci nell'attuale sistema di tariffazione, riconoscendo finanziamenti aggiuntivi per funzione, o semplicemente *ad hoc*. Il rischio è però che così prevalga la logica del finanziamento a piè di lista (o storico), vanificando le proprietà del sistema di pagamento prospettico in termini di incentivazione dell'efficienza del settore ospedaliero.

Dobbiamo aggiungere che i risultati ottenuti, letti congiuntamente ad una analisi effettuata sui finanziamenti medi per punto DRG corrisposti alle case di cura private iscritte all'AIOP (Piasini, Spandonaro, 2006), pongono anche rilevanti problemi di interpretazione sul ruolo di committenza svolto dalle ASL.

Emerge infatti un rilevante *gap* di costo per i SSR (dell'ordine del 50%), a favore dell'uso dei servizi in convenzione/accreditamento rispetto a quello dell'uso dei servizi diretti. Le dimensioni della differenza non sembrano giustificabili con le sole funzioni assistenziali specifiche di cui si fanno carico le aziende pubbliche, quali l'emergenza. Piuttosto sembra opportuno indagare quanto il differenziale di costo sia relativo alle differenti capacità

di approvvigionamento dei fattori produttivi, in primo luogo del personale.

Si tratta quindi di trovare nuovi strumenti di *governo* che premino le aziende virtuose e/o penalizzino quelle con performance peggiori, ma anche nuovi assetti istituzionali che permettano a tutte le aziende di approvvigionarsi efficientemente. Oltre a perfezionare (e per le aziende pubbliche: ripristinare) il sistema di pagamento prospettico, appare necessario, come già proposto nel Rapporto CEIS Sanità 2005, integrarlo con la promozione di informative sulle reali performance degli ospedali. Tale misura appare opportuna tanto per incentivare una maggiore attenzione delle aziende verso l'efficienza complessivamente intesa, quanto per permettere ai pazienti/consumatori di svolgere consapevolmente la propria funzione di scelta, incentivando il miglioramento della qualità.

L'integrazione delle politiche di *governo* nel settore ospedaliero rappresenta la condizione necessaria, ma non sufficiente, per una razionalizzazione del Sistema: infatti, l'Ospedale non potrà certamente modificarsi se non si sviluppa, parallelamente, una efficace assistenza primaria.

Da questo punto di vista, sia l'assistenza ospedaliera che quella primaria soffrono il mancato adeguamento/sviluppo dei propri modelli organizzativi.

Come è noto, gran parte dei presidi della rete ospedaliera italiana adotta un assetto organizzativo elaborato negli anni '20 e giunto sino a noi con poche modifiche, oggi certamente debole sul versante dell'integrazione delle cure che sempre più rappresenta un imperativo.

A livello territoriale si è sinora privilegiata la componente strutturale di committenza e di offerta (creazione dei distretti, incremento dei posti in RSA, sviluppo di Case della Salute, ecc.), senza però che si sia approfondito (come peraltro si fa all'estero) quale modello assistenziale permetta migliori *outcome* e *customer satisfaction*.

Sul versante della medicina di base emerge (cfr. cap. 1.6, Barrella, Rebba) un primo tentativo positivo di passare da obiettivi di razionamento della domanda ad una reale presa in carico dei problemi dei pazienti. Negli accordi regionali più recenti si evidenzia un minore riferimento a tetti di spesa e/o a limiti di prestazioni erogabili, assumendo una maggiore attenzione alla progettazione di percorsi diagnostico-terapeutici.

Secondo Barrella e Rebba risulta, però, ancora lontano il raggiungimento dell'obiettivo di una reale promozione e valutazione degli outcome di salute. Anche perché è ancora relativamente ridotta la parte variabile della remunerazione dei medici di base, gestita per perseguire obiettivi a livello decentrato (dove è più agevole misurare e controllare i risultati).

Il *governo* del sistema di assistenza territoriale passa per un insieme multi-dimensionale di interventi: la creazione di sistemi informativi locali integrati, la messa in rete e l'informatizzazione degli studi dei medici di base, l'adozione di modelli organizzativi di presa in carico basati sull'evidenza (EBM) e l'integrazione delle cure, la sperimentazione di meccanismi di *pay per performance*.

L'attenzione agli aspetti organizzativi è condivisa da Tanese (cfr. cap. 3.4) che sostiene «... il dinamismo che ha caratterizzato l'assetto delle aziende sanitarie in questi dieci anni è stato il segno tangibile di una assoluta rilevanza della dimensione organizzativa e una prova dei margini di manovra creati dalla condizione di autonomia organizzativa in cui le aziende operano. Occorre tuttavia interrogarsi, da un lato, sull'efficacia del cambiamen-

to indotto da tali processi e, dall'altra, sulla reale autonomia in cui le aziende si trovano ad operare. L'ipotesi è che esistano elementi endogeni al SSN che possono condizionare e limitare fortemente sia l'efficacia del cambiamento che il grado di autonomia delle aziende».

Tanese identifica alcuni rischi del processo: in primo luogo un irrigidimento dei processi di cambiamento, derivanti da una inopportuna identificazione dell'organizzazione con l'Atto Aziendale; quindi una sbagliata identificazione dell'organizzazione aziendale con l'elenco delle strutture, e di conseguenza con le posizioni rispetto alle quali attribuire gli incarichi dirigenziali; infine, il rischio di un ritorno ad un approccio più giuridico-formale che sostanziale dell'organizzazione.

Tutte osservazioni che, evidentemente, confermano lo scollamento esistente fra bisogni e risposte organizzative, a tutti i livelli del Sistema sanitario.

Se a livello macro non mancano le criticità nel sistema di *governo*, a livello micro (aziendale) si muovono vari elementi, ancorché spesso fuori da una logica comune di coordinamento.

Sul versante degli approvvigionamenti, che abbiamo visto essere fattore centrale nella spiegazione di alcune enormi differenze di costo fra strutture, Bettacchi, Russo (cfr. cap. 3.3) illustrano, in una ottica CONSIP, le prospettive di razionalizzazione degli acquisti. La crescente presenza di CONSIP, anche sul versante dei servizi di supporto alle procedure di acquisto, rende opportuna una riflessione strategica sui rapporti fra i servizi centralizzati a livello nazionale e lo sviluppo di forme neo-centralizzate a livello regionale. In particolare sembra opportuno inserire la materia in un quadro complessivo di supporto alle scelte regionali: si consideri che in alcune Regioni (a volte anche semplicemente per ragioni dimensionali) sembra più difficile che si possano sviluppare efficienti programmi di razionalizzazione degli acquisti.

A livello aziendale, si segnala la crescente attenzione (seppure l'avanzare sia lento e ancora in alcuni casi embrionale) per l'analisi dei processi. Casati, Marchese, Roberti, Vichi (cfr. cap. 3.7) testimoniano l'importanza dell'analisi sistematica dei percorsi diagnostico-terapeutici, che sembrano il luogo ideale per la valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza assistenziale. La continua crescita delle informazioni raccolte, e quindi la possibilità di effettuare *benchmarking* significativi, lascia ben sperare per il futuro, anche se manca un momento di sintesi dei progetti, capace di rendere al sistema informazioni utili per il suo *governo*, ad iniziare dall'aggiornamento delle tariffe.

A livello di programmazione e controllo, nelle aziende sanitarie ha preso vita un ibrido, che riassume in sé le caratteristiche della gestione budgetaria, con quelle strategiche delle *Balanced Scorecard* (BSC). Peraltro Ferrari, Greco e Merlini (cfr. cap. 3.5), dall'analisi di alcuni *case studies*, traggono l'idea di una configurazione della BSC nelle organizzazioni sanitarie più come mezzo di comunicazione che come strumento gestionale. Frittoli e Granzotto (cfr. cap. 3.6) si ricollegano alle analisi di processo, ricordando che quando tra «le strategie aziendali è prioritario il controllo dei costi, o la comprensione delle relazioni tra i costi e una vasta gamma di prodotti/servizi, l'*Activity Based Costing* (ABC) offre gli strumenti più efficaci per la comprensione degli accadimenti»; in un'ottica di BSC, e in particolare della prospettiva business interno, l'integrazione fra ABC e BSC

sembra quindi una opportunità da non mancare per ricondurre la BSC alla sua funzione gestionale.

Riassumendo, ci sembra di poter affermare che la “partita” dell’efficienza si gioca sia a livello macro, che è quello delle scelte istituzionali, sia a livello micro, quello dello sviluppo di strumenti manageriali.

Gran parte delle azioni normative si situano invece esattamente in mezzo a questi due momenti fondamentali, in un’area grigia caratterizzata da essere il momento della definizione dei livelli di offerta: ancora una volta si dimostra una pericolosa autoreferenzialità, che rischia di trasformare l’innovazione organizzativa, che è il vero motore della razionalizzazione, in un fatto più formale che sostanziale.

5 Il governo degli aspetti equitativi

Un sistema sanitario universale che, almeno parzialmente, sacrifica il principio della libertà di scelta dei pazienti, per privilegiare la globale copertura dei bisogni di assistenza sanitaria della popolazione, deve porre molta attenzione, in termini equitativi, all’impatto delle spese sanitarie *out of pocket* sui bilanci delle famiglie.

In presenza di risorse pubbliche sempre scarse, almeno se confrontate con la tendenziale crescita dei bisogni, il concetto si rafforza, in quanto risulta necessario governare il processo di razionamento. Sia che esso sia esplicito (modifiche nei LEA), sia che (più frequentemente) sia implicito, capire il “segno” in termini equitativi delle politiche economiche sanitarie adottate è fondamentale da un punto di vista sociale.

Ad esempio, il ritorno di forme di compartecipazione, assolutamente auspicabile per *governare* la questione della appropriatezza, tanto sul lato dell’offerta che su quello della domanda, implica anche effetti finanziari sulle famiglie che devono essere attentamente valutati e monitorati.

Il Rapporto CEIS Sanità è giunto al terzo anno di attento monitoraggio dell’equità del nostro SSN: Doglia e Spandonaro (cfr. cap. 4.1) concludono che esiste uno “zoccolo duro” di iniquità sociale, numericamente rappresentato dalle famiglie che si impoveriscono e, almeno in parte, da quelle che sostengono spese “catastrofiche”.

Nel triennio 2002-2004 (ultimi dati resi disponibili dall’ISTAT), tale zoccolo duro è quantitativamente rappresentato da circa l’11% di famiglie povere, a cui si aggiunge l’1,3%, di impoverimento causato da bisogni di salute. In altri termini la salute provoca un aumento di circa il 10% dei poveri “effettivi”. A questi si aggiunga oltre il 4% di famiglie che, malgrado siano titolari “sulla carta” di una copertura globale dei propri bisogni sanitari, sostengono direttamente una spesa per assistenza sanitaria che supera la soglia di riferimento proposta dall’OMS, ovvero il 40% della loro *capacity to pay*.

In termini assoluti il fenomeno è ragguardevole, essendo coinvolti complessivamente oltre 1.200.000 nuclei familiari. Questi nuclei rappresentano contemporaneamente un’area particolare di fragilità e una platea di cittadini che non riescono o non vogliono esercitare il proprio diritto all’assistenza: ad essi va evidentemente deputata una particolare attenzione dai *policy makers*.

L’anzianità è un catalizzatore potente della fragilità: oltre il 60% delle famiglie impoverite contiene anziani; in altri termini, la condizione anziana aumenta del 50% la probabilità di

un impoverimento causato da spese sanitarie *out of pocket*.

Le aree assistenziali che maggiormente contribuiscono al fenomeno sono la farmaceutica e la specialistica per i nuclei più poveri, ma anche l'odontoiatrica e la non autosufficienza per le famiglie che "possono permettersela": per questi ultimi bisogni, quindi, il fenomeno è maggiore di quanto appaia, poiché non avere avuto spese può non implicare che il bisogno sia stato soddisfatto gratuitamente, quanto che potrebbe essere stato semplicemente posticipato (spesso comportando maggiori costi diretti e indiretti nel futuro) o "risolto nella famiglia", con costi che sfuggono alla contabilizzazione.

Si noti, ancora, che nella spesa diretta delle famiglie sono comprese tanto le spese del tutto private, quanto quelle derivanti da compartecipazioni alle prestazioni erogate dal SSN, oltre a quelle "miste" rappresentate dal pagamento di prestazioni rese in intra-moenia.

Malgrado la leva dei trasferimenti finanziari, rappresentata nello specifico dai ticket, sia una di quelle più utilizzate a livello di politiche economiche sanitarie, del fenomeno sappiamo poco, non avendo rilevazioni che distinguono per tipologia le spese *out of pocket*. Dai risultati ottenuti, in particolar modo relativamente alla farmaceutica e alla specialistica, si può peraltro immaginare che l'attuale regime di compartecipazioni/esenzioni non sia ben tarato: è infatti presumibile che il meccanismo della quota fissa per ricetta (non soggetto a esenzione), sia in larga parte responsabile dell'impoverimento nelle fasce più povere.

Si aggiunga che l'attuale sistema di esenzione comporta un'unica soglia intorno a € 36.000 di reddito familiare, creando una ingiustificabile disparità fra chi è di poco sopra o sotto tale soglia.

Sarebbe quindi auspicabile che il settore, proprio per la sua valenza strategica e per il suo impatto sociale, sia monitorato molto più approfonditamente, adeguando allo scopo le rilevazioni statistiche.

Si consideri, infine, che a livello regionale si registrano differenze significative; in parte esse sono spiegate dai differenziali endemici di livello socio-economico: citiamo come la distribuzione dei poveri sia molto disforme, dal 3,4% in Emilia Romagna fino a sfiorare il 30% in Sicilia.

Non di meno gli impoveriti sono solo lo 0,3% in Friuli Venezia Giulia, dove evidentemente il SSR riesce a svolgere in modo egregio la sua funzione di collettivizzazione del rischio economico derivante dalla malattia, sino al 2,6% della Calabria. Si noti che la Regione più virtuosa, e quella che lo è meno, non coincidono con quelle del *ranking* per incidenza dei poveri, a dimostrazione sia che i fenomeni sono differenti, sia che l'impoverimento dipende in modo rilevante dalle scelte di politica economica sanitaria.

Ci sembra non casuale che anche l'incidenza delle famiglie che sostengono spese catastrofiche veda nuovamente la primazia del Friuli Venezia Giulia (1,9%) e come fanalino di coda la Calabria (10,2%).

Se ne può concludere che le scelte di politica sanitaria regionali non appaiono affatto neutrali in termini di equità, sia locale che complessiva del sistema.

Un'ultima considerazione riguarda l'importanza dei livelli socio-economici, nello spiegare i diversi livelli di fabbisogno sanitario; mentre a livello di finanziamento si tiene conto, specialmente, delle strutture demografiche (utilizzate nella valutazione delle quote capi-

tarie ponderate come *proxy* del fabbisogno), non vengono presi in considerazione gli effetti dei diversi livelli socio-economici.

Questi ultimi rilevano doppiamente: in primo luogo perché inducono differenti livelli di esenzione nelle varie Regioni, e questi contribuiscono in modo rilevante a determinare il livello di equità del sistema.

Da questo punto di vista sarebbe auspicabile che le compartecipazioni siano strettamente legate ai livelli di inappropriatezza dei consumi, e che i livelli di esenzione siano regionalmente specificati sotto il vincolo, che rappresenta un principio basilare di cittadinanza, di un livello massimo di spesa ritenuto accettabile in funzione della *capacity to pay* della famiglia, ad esempio utilizzando strumenti quali l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

In secondo luogo, come dimostrato da Rocchetti (cfr. cap. 4.2), a parità di bisogno, gli utilizzi dei servizi assistenziali si concentrano in modo diverso a seconda della posizione socio-economica degli individui, determinando forme di iniquità orizzontale.

In particolare, per servizi di base, come le visite generiche, l'indice di iniquità orizzontale è negativo: ovvero, chi ha una posizione socio-economica più bassa fa un uso maggiore dei suddetti servizi rispetto al proprio grado di bisogno. Di contro per visite specialistiche e accertamenti diagnostici, l'indice di iniquità orizzontale è positivo, indicando un utilizzo maggiore nelle classi più abbienti.

In termini di *policies* queste evidenze implicano sia la necessità di un impegno per rimuovere le cause di impedimento all'accesso, ma soprattutto le cause di inappropriatezza delle risposte, sia di rivedere il sistema di riparto.

Il sistema attuale di riparto, che discende dai criteri della L. 662/1996, non tiene conto degli elementi citati; anzi si fonda sulla frequenza, ma non sull'appropriatezza, dei consumi sanitari, apparendo oggi superato e fonte potenziale di iniquità.

Il *governo* del sistema sanitario non può limitarsi alla gestione della spesa pubblica. La nostra analisi ha confermato la presenza di una notevole quota di spesa *out of pocket*, alimentata da scelte di *opting out*, ma anche dai ticket e dalle forme miste, come il ricorso ai servizi in *intra-moenia*.

Una risposta a questa problematica, in coerenza con l'evoluzione europea, va ricercata nei meccanismi di assicurazione integrativa.

L'analisi degli attuali livelli di copertura assicurativa delle famiglie ci fornisce elementi utili ai fini di un efficace sviluppo delle polizze integrative.

Nelle condizioni attuali, di scarsa incentivazione e anche di incertezza normativa, il mercato dell'assicurazione sanitaria integrativa non solo non cresce, ma rischia di implodere definitivamente, con nocumento tanto per le compagnie che per i cittadini.

Questa è la conclusione a cui giungono Borgia e Doglia (cfr. cap. 3.8), i quali documentano come la spesa OOP delle famiglie assicurate sia sostanzialmente analoga in livello e in composizione a quella delle famiglie non assicurate.

Questo fenomeno apparentemente paradossale è il frutto sia di una sorta di selezione avversa, per cui solo le famiglie più ricche, ma fra queste solo le più propense al consumo sanitario, stipulano oggi una polizza, sia di una natura sostanzialmente duplicativa di tali polizze.

L'assicurazione privata non dovrebbe, peraltro, essere prerogativa solo delle famiglie più ricche: l'intervento pubblico dovrebbe quindi mirare ad un sistema di incentivazione doppiamente selettivo: che favorisca coloro che hanno un reddito più basso e che tenga anche conto della tipologia delle prestazioni coperte. Tale incentivazione avrebbe il doppio pregio di incentivare un allargamento della popolazione assicurata, e quindi grazie ad una maggiore dispersione del rischio di contenere i premi richiesti dalle Compagnie e anche di evitare la selezione avversa precedentemente segnalata.

6 I benefici del sistema: il governo della qualità e altro

Il sistema sanitario ha dei costi rilevanti, ma apporta anche benefici importanti, sia diretti che indiretti.

A parte le ovvie conseguenze dirette in termini di tutela e miglioramento delle salute, è relativamente recente una rinnovata attenzione per il contributo del settore al valore aggiunto prodotto nel Paese.

Iniziando dal primo aspetto, è nota e persistente la difficoltà di raccolta dei dati sulla mortalità, sebbene il sistema sanitario nazionale italiano, con quello del Regno Unito, sia forse fra i pochi a poter teoricamente implementare un monitoraggio pressoché completo degli stati di salute.

In pratica abbiamo un'informazione carente, limitata agli aspetti di mortalità: per molti aspetti, quelli tradizionalmente analizzati, il sistema sanitario italiano ottiene ottime performance: è il caso dei bassi tassi di mortalità infantile.

Ciò non di meno alcune aree di intervento dimostrano la possibilità di ampi spazi di miglioramento.

Bruzzone, Mennini, Palazzo, Ricciardi (cfr. cap. 5.1), hanno indagato un'area di sicuro interesse per la Sanità Pubblica, osservando come esista un *gap* sfavorevole di mortalità per la popolazione delle donne del Sud e delle Isole (si noti che tale differenziale non si riscontra per gli uomini).

Sia per i tumori della mammella, che per quelli al collo dell'utero e anche per quelli del colon-retto, le mediane di morte delle donne del Sud e Isole sono sistematicamente inferiori a quelle delle donne delle altre Regioni.

Questo differenziale è associato con una tendenza delle donne meridionali e insulari a non effettuare una buona prevenzione mediante diagnosi precoce; non si può far ricadere interamente sui ritardi del settore pubblico la responsabilità per la bassa adesione ai programmi di screening che caratterizza il Sud, dettata da scorrette abitudini della popolazione femminile: evidentemente il *governo* del sistema richiede in questi casi interventi mirati sulle popolazioni, capaci di aumentarne l'*empowerment*.

La capacità di risposta del settore pubblico ai bisogni e alle caratteristiche della popolazione ha comunque una rilevante importanza, come sembra confermato dal fatto che, nel Centro, Regioni adiacenti hanno outcome fortemente difforni: il Lazio, ad esempio, si comporta come una Regione del Sud, mentre le altre tre Regioni (Toscana, Umbria e Marche) hanno andamenti analoghi a quelle del Nord.

Utilizzando lo strumento metodologico della mortalità evitabile (cfr. cap. 5.2, Conti, Mennini, Minelli, Palazzo, Ricciardi), si confermano i ragionamenti sopra espressi: il

31,4% della mortalità evitabile è da riferirsi alle donne e “solo” il 2,3% agli uomini.

Un altro modo di valutare la qualità dei nostri servizi può essere quello di analizzare la mobilità internazionale dei pazienti.

La tendenza in Italia è quella di considerare il Sistema sanitario chiuso nei confini nazionali, anche per effetto di una normativa europea che, in sanità, ha sinora privilegiato l'autonomia delle scelte degli Stati membri.

Secondo Donia Sofio e Gabellini (cfr. cap. 5.4), in un'ottica europea, la mobilità dei pazienti può avere effetti positivi, incentivando la competizione tra i *provider* relativamente all'efficienza/efficacia nell'erogazione dei servizi.

D'altro canto, la mobilità può anche comportare dei rischi sia per i pazienti che per i sistemi sanitari, soprattutto se il processo non è *governato* adeguatamente.

Dal lato della domanda un'efficiente mobilità può aprire al paziente/cittadino un mercato più ampio dei servizi assistenziali e quindi una maggiore possibilità di scelta, anche se, sicuramente, esistono problemi di equità: le persone che vanno all'estero a curarsi di propria iniziativa superano le procedure di priorità interne, mentre i cittadini che non possono affrontare i costi aggiuntivi dei trattamenti all'estero hanno un accesso relativamente ridotto alle cure.

A riprova di una crescente dimensione europea della materia, citiamo il progetto *Europe for Patients* (2004), il quale si concentra sullo sviluppo delle reti informative per superare l'asimmetria informativa, in un'ottica di miglioramento della qualità.

Tornando all'Italia, Donia Sofio e Gabellino notano come nella valutazione regionale, la mobilità sanitaria intra-europea sia considerata assolutamente marginale, laddove invece potrebbe rappresentare, per molte di esse, uno strumento attraverso il quale sviluppare una sana competitività tra gli operatori sanitari.

Il Veneto, in particolare, rappresenta un'eccezione: in tale Regione è stato sviluppato un *case study* che è, forse, il più significativo sia a livello nazionale che europeo.

Il Veneto è anche tra le poche Regioni italiane (le altre sono l'Emilia Romagna, il Friuli V.G. e le Province Autonome di Trento e Bolzano) che possono vantare un saldo attivo nella compensazione finanziaria della mobilità sanitaria internazionale, grazie anche ad una esplicita organizzazione dell'assistenza ai pazienti stranieri.

“Provocatoriamente” possiamo concludere che il dato sulla mobilità internazionale può rappresentare un buon banco di prova per dimostrare la reale qualità dei SSR italiani.

Concludiamo riprendendo la questione dell'apporto indiretto del SSN al sistema Paese. L'attenzione alla Sanità sul versante industriale non è nuova (cfr. il cosiddetto “*Health Industry Model*”, Di Tommaso, Schweitzer, *L'Industria* n.s. 2000); recentemente, tanto Confindustria che il progetto Meridiano dello Studio Ambrosetti hanno riproposto il tema, elaborando stime del valore aggiunto (diretto e indotto) creato dal settore sanitario: a fronte di un 8,5% circa di spesa (per estensione: costo), oggi il settore sanitario produrrebbe fra l'11 e il 12% del valore aggiunto italiano, ponendosi nelle prime 3 o 4 posizioni per settore di attività.

Non c'è peraltro dubbio che oltre a rappresentare un importante settore produttivo, relativamente (nel bene e nel male) soggetto alla competizione globale, il Sistema Sanitario offre contributi importanti sul versante della Ricerca, della Coesione sociale, dello svilup-

po del Capitale Umano, ecc.

Una sintesi di questa importante area di benefici non ci risulta sia ancora stata sviluppata. Nel cap. 5.3, Mennini, Polistena, Ratti e Spandonaro hanno tracciato una sintetica radiografia dei principali settori industriali legati al settore sanitario, quello farmaceutico e quello dei dispositivi medici, nella convinzione che il tema dello sviluppo industriale e quello del contenimento dei costi sanitari debbano procedere in una logica integrata.

In primo luogo, infatti, colpisce la correlazione fra saldo commerciale e dimensione media d'impresa, ricordandoci che le imprese devono poter crescere per essere competitive e contribuire così al benessere del Paese.

La regolamentazione tesa al contenimento dei costi, certamente necessaria, deve quindi porre attenzione anche alle prospettive di sviluppo delle imprese, da cui il Paese trae un beneficio in termini di valore aggiunto, bilancia commerciale, occupazione, ricerca, maggiore gettito erariale, e che si aggiunge al benessere creato dalla disponibilità di tecnologie che migliorano e allungano la vita.

Si consideri, inoltre, che l'Italia, e in generale l'Europa, stanno cercando di colmare un *gap* rispetto agli USA, in termini di innovatività, accumulatosi negli anni '90: per raggiungere tale obiettivo è necessario che si sviluppi un ambiente favorevole alla ricerca e all'innovazione. Fra gli elementi a tal fine necessari, uno certamente importante è la "stabilità" ambientale che, in un sistema di tipo monopsonistico pubblico, implica porre grande attenzione all'impatto delle politiche sanitarie.

In altri termini, un ambiente "perturbato" da regolazioni troppo frequenti e invasive, è molto probabile che incida negativamente sulle performance aziendali e quindi sulle prospettive di sviluppo, disincentivando in ultima istanza gli investimenti e la creazione di valore aggiunto, ovvero deprimendo il vantaggio delle regolazioni in termini di minori costi finanziari per il sistema.

Il *governo* del sistema, quindi, richiede anche una stretta correlazione fra politiche sanitarie (*strictu sensu*) e politiche industriali.

7 Conclusioni

In questo primo capitolo si è cercato di giustificare perché il *governo* del Sistema sanitario sia materia complessa, e anche di fornire qualche prospettiva nuova per le politiche sanitarie, fornendo allo stesso tempo una chiave di lettura coerente dei contributi che formano il IV Rapporto CEIS Sanità (2006).

In conclusione, proviamo a sintetizzare i risultati principali e alcune "ricette" proposte (in corsivo):

- la spesa sanitaria italiana cresce più del Pil (che peraltro ristagna da tempo), ma meno velocemente che negli altri Paesi europei, rimanendo abbondantemente sotto la media;
- la spesa sanitaria italiana si confronta con un vincolo forte, rappresentato dall'ingente debito pubblico, che non permette una crescita del livello di spesa sanitaria, come quello programmato e in parte realizzato da Blair in UK;
- *una conseguenza rilevante di ciò è quella di dover stabilire delle priorità: sembra difficile poter procedere in modo indifferenziato, penalizzando egualmente tutte le componenti del sistema;*

- la spesa pubblica italiana tende a uniformarsi al Finanziamento garantito centralmente che, forse non a caso, è strutturalmente inferiore alla spesa, sin dall'esordio del SSN, in misura però forse inferiore a quanto percepito: in media 0,4 punti percentuali di Pil, che non sposterebbero la posizione dell'Italia in termini di spesa sanitaria;
 - l'evoluzione del Finanziamento è peraltro scollegata dall'evoluzione dei costi del sistema (in primo luogo quelli del personale) a dimostrare una carenza di programmazione;
 - la Finanziaria 2007 prevede un incremento rilevante del finanziamento, che potrebbe ridurre il *gap*, anche se non completamente, sempre che le manovre di rientro regionali siano efficaci;
 - la manovra prevede misure di responsabilità dei cittadini, condivisibili in via di principio, ma con effetti equitativi discutibili per effetto dell'introduzione di ticket in cifra fissa;
 - quello che è più discutibile è l'assetto istituzionale sotteso alla manovra, che configura una sorta di "Federalismo immaturo": si chiede alla Finanziaria per un verso di omologare scelte regionali già fatte (dalle Regioni più virtuose) e per l'altro di "imporre" dall'alto scelte difficili o impopolari (prevalentemente alle Regioni più in difficoltà);
- *le funzioni strettamente centrali, quali il monitoraggio della qualità dell'assistenza e il rispetto dei diritti sono, in larga misura, rimandate ad altra norma: sarebbe però auspicabile non scollegarle dalla Finanziaria, poiché in questo caso gli interventi sarebbero sicuramente meno cogenti;*
- i recuperi di efficienza rimangono sostanzialmente "scatole nere", affidate alle Regioni, ma con poche prospettive di una responsabilizzazione effettiva a causa dell'incompletezza del Federalismo fiscale;
 - si preannuncia l'annoso problema dell'attribuzione delle responsabilità dei disavanzi (ad esempio se il gettito dei ticket sarà inferiore a quanto previsto), con il conseguente allungamento dei tempi di pagamento dei creditori;
- *l'esperienza internazionale mostra che anche la gestione del disavanzo è un problema di Governo e che è inefficiente sommare al fallimento programmatico i costi impliciti derivanti dall'allungamento dei tempi di pagamento;*
- la spesa pubblica ha un effetto moltiplicatore sulla spesa totale (pubblica più privata), attribuibile a meccanismi di duplicazione dei servizi;
 - anche la composizione fra quota a gestione diretta e quota a gestione accreditata non appare neutrale; (solo) nel Centro-Sud si evidenzia una programmazione inefficiente del rapporto pubblico-privato, con induzione di costi impropri;
 - ovviamente la spesa cresce anche per effetto dello sviluppo economico e dell'invecchiamento;
 - complessivamente la spesa sanitaria totale dovrebbe attestarsi nel 2007 fra l'8,2% e l'8,3% del Pil, con un incremento della quota pubblica; la spesa privata diminuirebbe solo leggermente, a causa dell'effetto dei maggiori ticket;
 - il passaggio dal controllo della spesa a quello della razionalizzazione del sistema richiede la separazione dell'intreccio fra elementi finanziari e di efficienza: la pressione a ottenere risparmi nel più breve tempo possibile spiega i fenomeni di neo-centralismo, ma manca una evidenza nel medio-lungo periodo sull'efficienza degli assetti istituzionali che si creano;

- le politiche settoriali basate su programmazioni “generiche” sembrano foriere di risultati limitati, quando non distorti: è il caso del tetto unico alla farmaceutica e delle indicazioni sulla riduzione dei posti letto, che tra l’altro non implica necessariamente riduzione dei costi;
 - il problema della farmaceutica sembra essenzialmente essere quello della inappropriata prescrizione, specialmente nel Centro-Sud; analogamente per l’ospedaliera permangono livelli abnormemente difforni di ricorso al ricovero, a cui si sovrappongono politiche tariffarie centrate più sull’obiettivo del “risparmio” finanziario a breve termine, che non su quello della qualità dei servizi;
 - inoltre, l’ospedale non può razionalizzarsi se non si sviluppa un’assistenza primaria adeguata: in questo settore malgrado una tendenza a legare gli incentivi agli outcome, ancora stenta ad affermarsi un modello efficace di presa in carico;
- *in questi settori è necessario sviluppare modelli e benchmark che tengano conto dei reali bisogni della popolazione, contrastando l’inappropriatezza e promuovendo qualità, in una logica di pay per performance;*
- a livello aziendale cresce l’attenzione per l’analisi dei processi, anche se ancora non si configura un sistema coordinato di gestione capace di sfruttare tali informazioni a livello strategico; si configura un sistema manageriale ibrido, ove budget e *balanced scorecard* convergono, anche se spesso con funzioni più comunicative che gestionali;
 - cresce anche l’importanza della razionalizzazione degli acquisti, ove va chiarito il ruolo di servizio di CONSIP, alla luce del proliferare dei modelli regionali delle centrali di acquisto;
 - un elemento critico di razionalizzazione è rappresentato poi dall’aspetto organizzativo: in questo campo si evidenzia il rischio di avere innovazioni più formali che sostanziali, ovvero di ricadere in una logica giuridico-formale;
 - in presenza di chiare indicazioni sulle necessità di razionalizzazione a livello macro (si pensi alla separazione fra *purchaser* e *provider*), e anche a livello micro (acquisti, personale, ecc), spesso le indicazioni normative si concentrano invece nell’area di mezzo (interventi sulla “ospedaliera”, sulla “specialistica”, ecc.), ovvero quella identificata da una tipologia di offerta, in una logica tipicamente autoreferenziale;
- *nuovi modelli organizzativi e logiche di razionalizzazione dovrebbero spostarsi sulla domanda, scegliendo le opzioni più efficienti e appropriate (in una logica evidence based) per fronteggiare i bisogni espressi dai vari gruppi di popolazione: donne, anziani, cronici, ecc.;*
- dal punto di vista dell’equità va affrontato lo zoccolo duro rappresentato dai poveri, dagli impoveriti e anche da una parte delle famiglie soggette a pagamenti catastrofici: il loro numero è sostanzialmente stabile a dimostrare l’inefficacia degli interventi sin qui messi in atto;
 - i ticket in cifra fissa hanno un effetto tendenzialmente iniquo, specie per le fasce di popolazione più povere;
 - l’età anziana è un catalizzatore di rischio di impoverimento molto forte;
 - odontoiatria e LTC sono le aree scoperte a maggiore rischio per le famiglie;
 - esistono anche iniquità di accesso, nel senso di un uso differente e potenzialmente inappropriato dei servizi a seconda dello stato socio-economico;

- *quanto sopra porta a giudicare prioritaria una rivisitazione complessiva del meccanismo delle esenzioni legandole alla capacity to pay delle famiglie;*
- *inoltre esiste evidenza che l'attuale sistema di riparto regionale delle risorse, che identifica nell'età l'unico sostanziale fattore di fabbisogno, vada ripensato, alla luce dell'effetto della condizione socio-economica sull'utilizzo e anche del diverso impatto regionale delle compartecipazioni;*
- *il persistere di una quota rilevante di spesa out of pocket incentiva alla ricerca di soluzioni assicurative integrative: si evidenzia la necessità di utilizzare sistemi di incentivazione mirati, sia sul versante reddituale (per permettere di ampliare in modo solidale la platea dei sottoscrittori), sia su quello delle coperture previste, onde evitare un ruolo meramente duplicativo delle polizze;*
- *il sistema ancora soffre di aree di carenza di intervento: citiamo quest'anno il gap negativo di mortalità che grava sulle donne del Sud e Isole, in particolare nell'area dei tumori soggetti a screening nazionale; la disparità di genere è confermata dalla concentrazione della mortalità evitabile in capo alle donne;*
- *a parte i ritardi delle aziende sanitarie meridionali, si evidenzia anche la necessità di un forte impegno per modificare abitudini e stili di vita a rischio, in particolare fra le donne meridionali;*
- *l'Italia ha una mobilità sanitaria internazionale passiva, tranne che in poche e selezionate Regioni; la sfida di offrire servizi anche all'estero, ribaltando questo dato, è un buon banco di prova sulla capacità di dare servizi di qualità;*
- *infine non si possono dimenticare i benefici indiretti, in termini di valore aggiunto, ricerca, coesione sociale, capitale umano, creati dal settore sanitario; peraltro si evidenzia, anche in questo campo, una correlazione positiva fra dimensione media di impresa e saldo della bilancia dei pagamenti, suggerendo l'urgenza di una politica industriale nel settore;*
- *politica di sviluppo industriale e politiche di contenimento dei costi dovrebbero coniugarsi, ad esempio garantendo una sorta di stabilità regolatoria che è necessaria all'industria per fiorire.*

The background of the top half of the page features a warm, orange-toned image. It shows the silhouettes of several people in a meeting or collaborative setting. One person is standing and pointing towards a screen or whiteboard, while others are seated around a table, some looking towards the speaker. The overall atmosphere is professional and focused.

Capitolo 1

Spesa e finanziamento

1.1 - Evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nei Paesi OCSE¹

Francia L.², Mennini F.S.²

1.1.1 Introduzione

Come già rilevato nelle precedenti edizioni del Rapporto CEIS (2003; 2004; 2005³), i Paesi OCSE continuano ad impiegare un considerevole ammontare di risorse per alimentare i propri sistemi sanitari. Con lo scopo di garantire una continuità di informazione e di confronto sull'andamento della spesa sanitaria nei Paesi OCSE, anche in questa edizione analizzeremo i risultati conseguiti dall'Italia e dagli altri Paesi dell'area OCSE considerati in termini di spesa. Nel 2004, ultimo anno di cui si hanno dati disponibili per un confronto significativo a livello internazionale, la spesa sanitaria ha raggiunto un valore pari a 9,5% (media OCSE)⁴ del Pil (Tabella 1). Viene confermato anche quest'anno come l'Italia continua a mantenersi al di sotto della media OCSE e in linea con la media dei paesi UE considerati, con un valore pari all'8,4% del Pil (7,9% nel 2000). Gli USA confermano il valore più elevato con una spesa sanitaria pari al 15,3% del Pil (13,3% nel 2000).

Il continuo sviluppo delle tecnologie in campo sanitario, l'invecchiamento della popolazione e la crescita delle aspettative da parte della popolazione sono tra i principali fattori che determinano la continua crescita della spesa sanitaria. La spesa sanitaria ha continuato a "correre" più velocemente della crescita economica durante gli ultimi dieci anni (OECD 2005; Colombo e Mennini 2004). La maggiore crescita della spesa sanitaria rispetto alla crescita economica si è manifestata ancora prima della decelerazione che il sistema economico nel suo complesso ha subito recentemente⁵.

Durante gli anni Novanta, la differenza tra la crescita della spesa sanitaria e la crescita economica è stata di oltre un punto percentuale per la media dei Paesi OCSE. Come nel confronto sui dati 2002, anche nel 2004 (ultimo anno di cui si hanno dati disponibili per un confronto), la spesa sanitaria in Italia ha continuato a crescere anche se in misura leggermente inferiore rispetto ai principali Paesi OCSE. Queste continue accelerazioni hanno accresciuto le preoccupazioni dei *policy makers*, non solo nel nostro Paese, circa

¹ L'ultima raccolta dati, OECD Health Data 2006, è stata utilizzata quale base dati per il presente contributo. Si ringrazia Francesca Colombo (Health Policy Unit, OECD, Paris) per il contributo fornito nel Rapporto CEIS Sanità 2004 che ci ha permesso di completare il presente lavoro.

² CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

³ Francia L e Mennini FS (2003); Colombo F e Mennini FS (2004); Francia L e Mennini FS (2005).

⁴ La media non include: Repubblica Ceca, Ungheria, Italia, Corea, Messico, Polonia, Slovacchia e Turchia.

⁵ Cfr. Colombo F e Mennini FS, 2004.

la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. La gran parte, infatti, della spesa sanitaria è finanziata da risorse pubbliche e genera, conseguentemente, grande pressione sui già ristretti budget pubblici di ogni singolo Paese.

La domanda di corretti o appropriati livelli di spesa sanitaria difficilmente trova risposta. Durante le due decadi passate, tanto l'Italia quanto gli altri Paesi OCSE hanno implementato una serie continua e differenziata di modelli rivolti al contenimento dei costi e al miglioramento della situazione finanziaria dei sistemi sanitari. Questi hanno contemplato un graduale intervento nel settore ospedaliero, riducendo i beni e servizi sanitari finanziati dal settore pubblico offerti alle famiglie, e incrementando la quota a carico delle famiglie per quanto attiene le cure dentali (non in Italia).

Il presente lavoro illustra, dunque, i dati sulla spesa per l'assistenza sanitaria dell'Italia e di trenta⁶ Paesi dell'area OCSE. Viene posto l'accento sui principali *trend* nel nostro Paese per poi discutere le principali differenze tra tutti i Paesi analizzati. Inizialmente si effettua una analisi della spesa sanitaria in relazione al Pil, guardando come la crescita della spesa sanitaria e il rallentamento della crescita economica abbiano contribuito ad accrescere la quota del settore sanitario all'interno del sistema economico. Il lavoro quindi prosegue verificando come la spesa per l'assistenza sanitaria viene finanziata nei Paesi oggetto dell'indagine, e infine si propone di investigare come vengono utilizzate le risorse tra i differenti beni e servizi sanitari. Seguono le conclusioni.

1.1.2 La spesa sanitaria

I sistemi sanitari, prendendo in considerazione 22 Paesi OCSE (per i quali è stato possibile effettuare una comparazione su serie storiche), registrano in media una spesa sanitaria pari al 9,5% del Pil nel 2004. Per quanto riguarda l'Italia (8,4% nel 2004), a partire dal 1990 (anno in cui si inizia ad avere disponibilità di dati confrontabili), la quota di spesa quale percentuale del Pil non è variata molto, anche confrontandola con quei pochi Paesi che sono stati caratterizzati da variazioni più significative e si è sostanzialmente caratterizzata per essere inferiore alla media OCSE confermando una crescita minima (Tabella 1).

1.1.3 Spesa sanitaria pro-capite

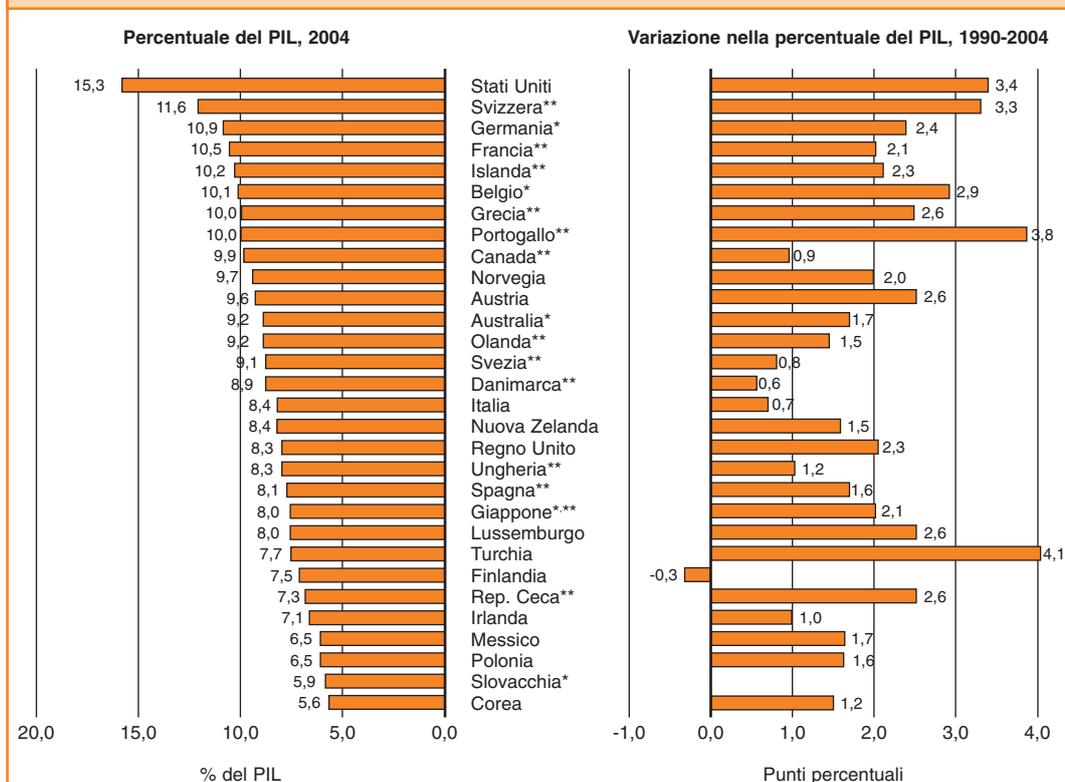
Soffermarsi solo sull'analisi di dati generali a livello macro può comunque non aiutare a meglio comprendere la reale situazione dei Paesi analizzati. La spesa pro-capite, dunque, può essere utilizzata quale ulteriore indicatore utile a focalizzare più nel dettaglio i trend caratterizzanti tutti i Paesi analizzati e, soprattutto, l'Italia.

L'Italia, infatti, con \$ 2.392 *Purchasing Power Parity* (PPP) è praticamente in linea con il valore medio OCSE, pur registrando nel 2004, rispetto al 2002 e al 2003⁷, una crescita della pro-capite privata. Ed è proprio questo trend, relativo alla spesa pro-capite privata, che dovrebbe iniziare a generare preoccupazione. Gli Stati Uniti risultano occupare la

⁶ È utile sottolineare che in alcune elaborazioni non si è potuto prendere in considerazione tutti e 30 i Paesi in quanto per alcuni non sono disponibili i dati riferiti al 2004.

⁷ Cfr. Colombo e Mennini (*Rapporto CEIS Sanità 2004*) e Francia e Mennini (*Rapporto CEIS Sanità 2005*).

Figura 1 - Spesa sanitaria in percentuale del PIL – 2004



* 2003
**Stima

Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

prima posizione anche per quanto attiene la spesa sanitaria pro-capite. Nel 2004 hanno infatti registrato un valore di spesa sanitaria pro-capite pari a \$ 6.102 (PPP), rispetto a meno di \$ 1.000 PPP di Paesi quali il Messico, la Slovacchia, la Polonia e la Turchia (Figura 2). Le differenze riscontrate nella spesa sanitaria pro-capite tra i vari Paesi sono in parte riconducibili al livello di sviluppo economico. Anche nel 2004, e con maggior forza ($R^2=0,7826$ nel 2004 vs $R^2=0,6723$ nel 2003), si conferma una positiva relazione tra il reddito pro-capite e la spesa sanitaria pro-capite, come illustrato nella Figura 3. Il reddito rappresenta certamente un fattore determinante per quanto riguarda la crescita della spesa sanitaria nell'area OCSE. Comunque non esiste un unico o più appropriato livello di spesa che possa essere utilizzato quale misura unica per tutti i Paesi. Mentre i Paesi più ricchi tendono a spendere più risorse per la salute, vi è una considerevole variazione nella spesa tra Paesi aventi un livello di reddito confrontabile. Questa variazione suggerisce che la relazione spesa-reddito è più debole per i Paesi ricchi. Altri fattori, incluse le scelte di *policy* circa l'organizzazione del sistema e gli aspetti regolatori, risultano essere delle determinanti importanti per quanto attiene l'impatto sui livelli di spesa sanitaria⁸.

⁸ Mennini e Francia (2003); OECD, (2004b).

Tabella 1 - Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL – 1970-2004

Paesi	1970 ^d	1980	1990 ^e	2000	2004 ^{f,g}
Australia	5,4	6,8	7,5	8,8	9,2
Austria	5,2	7,5	7,0	9,4	9,6
Belgio	3,9	6,3	7,2	8,6	10,1
Canada	7,0	7,1	9,0	8,9	9,9
Corea	---	---	4,4	4,8	5,6
Danimarca	7,9	8,9	8,3	8,3	8,9
Finlandia	5,6	6,3	7,8	6,7	7,5
Francia	5,3	7,0	8,4	9,2	10,5
Germania ^a	6,2	8,7	8,5	10,4	10,9
Giappone	4,5	6,5	5,9	7,6	8,0
Grecia	6,1	6,6	7,4	9,9	10,0
Irlanda	5,1	8,3	6,1	6,3	7,1
Islanda	4,7	6,2	7,9	9,2	10,2
Italia	---	---	7,7	7,9	8,4
Lussemburgo	3,1	5,2	5,4	5,8	8,0
Messico	---	---	4,8	5,6	6,5
Norvegia	4,4	7,0	7,7	8,5	9,7
Nuova Zelanda	5,1	5,9	6,9	7,7	8,4
Olanda	6,6	7,2	7,7	7,9	9,2
Polonia	---	---	4,9	5,7	6,5
Portogallo	2,6	5,6	6,2	9,4	10,0
Regno Unito	4,5	5,6	6,0	7,3	8,3
Rep. Ceca	---	---	4,7	6,7	7,3
Slovacchia	---	---	---	5,5	5,9
Spagna	3,5	5,3	6,5	7,2	8,1
Stati Uniti	7,0	8,8	11,9	13,3	15,3
Svezia	6,8	9,0	8,3	8,4	9,1
Svizzera	5,5	7,4	8,3	10,4	11,6
Turchia	---	3,3	3,6	6,6	7,7
Ungheria	---	---	7,1	7,1	8,3
OECD media ^h	---	---	---	8,0	8,9
OECD (Media 22 Paesi) ^b	5,3	7,0	7,5	8,6	9,5
EU (15) media ^c	---	---	7,2	8,2	9,0

a Per tutti gli anni precedenti il 1990 i dati per la Germania si riferiscono alla Germania Ovest.

b La media esclude: Repubblica Ceca, Ungheria, Italia, Corea, Messico, Polonia, Slovacchia e Turchia

c La media include: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito.

d Per l'Australia e la Danimarca il dato è riferito al 1971, e al 1972 per l'Olanda.

e Per l'Ungheria il dato è riferito al 1991.

f Per l'Australia, il Belgio, la Germania, il Giappone, la Slovacchia il dato è riferito al 2003.

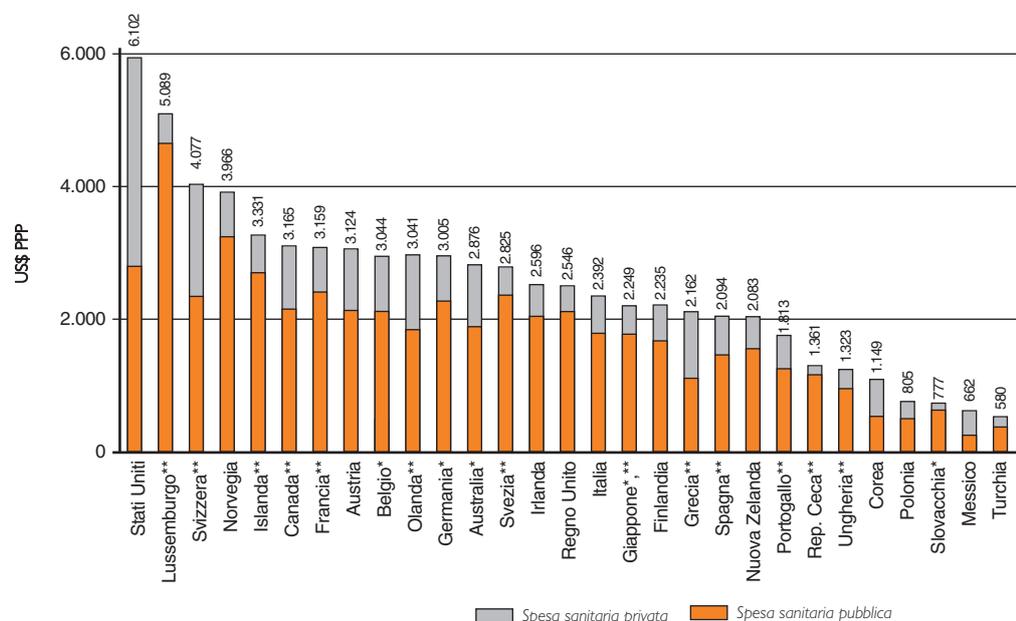
g Per il Canada, la Danimarca, la Francia, la Grecia, il Giappone, l'Islanda, il Lussemburgo, l'Olanda, il Portogallo, la Rep. Ceca, la Spagna, la Svezia, la Svizzera e

l'Ungheria il dato è stimato.

h La media esclude la Turchia.

Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

Figura 2 - Divisione della spesa sanitaria pro-capite in pubblica e privata - 2004



* 2003 **stima

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

Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

L'Italia, al pari degli altri Paesi UE più avanzati, registra una positiva relazione tra il reddito pro-capite e la spesa sanitaria pro-capite (Figura 3).

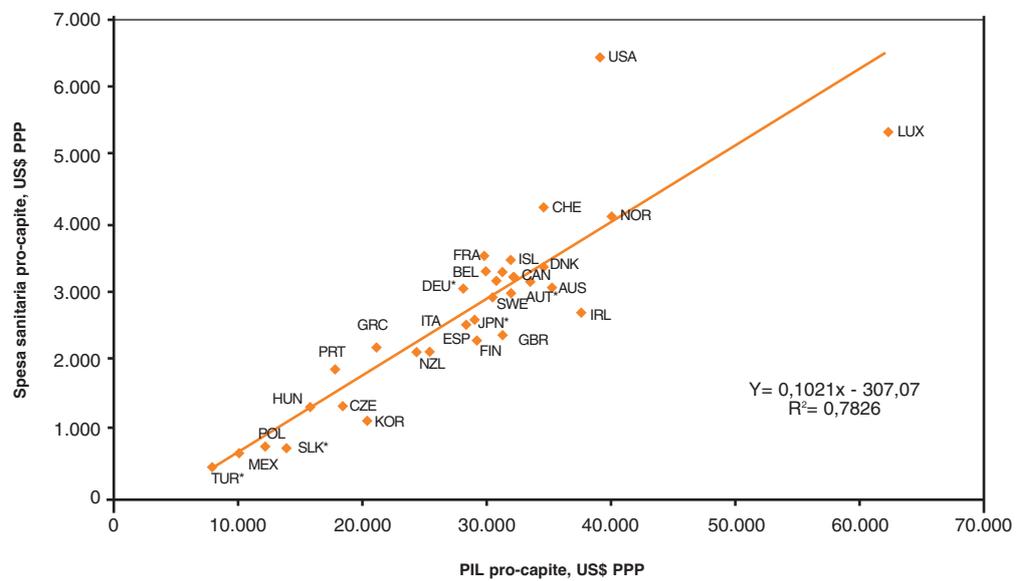
Allo stesso modo vi sono differenze nella spesa pro-capite in sanità per i Paesi che hanno le medesime quote di Pil destinate al sistema sanitario. Ad esempio, sia la Grecia che la Francia spendono circa il 10,0% del Pil per la sanità nel 2004 con una leggera crescita rispetto al 2000 (Figura 4), ma la spesa sanitaria pro-capite della Grecia è significativamente inferiore rispetto alla stessa registrata in Francia (rispetto agli anni precedenti, però, il divario si sta riducendo). Variazioni nei livelli di spesa sono dovute anche a differenti combinazioni tra i Paesi di prezzi e quantità nell'erogazione di assistenza sanitaria. Sebbene, infatti, la spesa negli Stati Uniti sia sostanzialmente più alta rispetto agli altri Paesi, il volume di assistenza offerta è comparabile con quello degli altri Paesi OCSE⁹.

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

Anche nei Paesi dove vige un sistema di copertura universale si riscontra un significativo ricorso alla spesa privata, che dipende da quanto è ampio il *gap* di servizi che dovrebbe

⁹ Docteur et al. (2003).

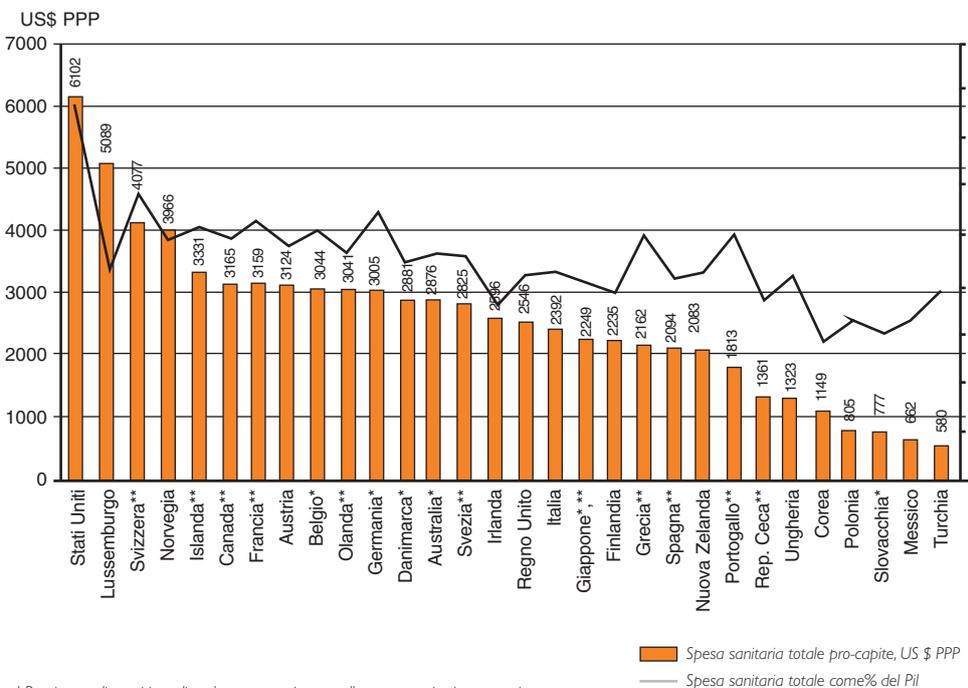
Figura 3 - Spesa sanitaria pro-capite e reddito pro-capite - 2004



Fonte: OECD Health Data 2005, giugno 2006

*2003

Figura 4 - Spesa sanitaria totale pro-capite e quale percentuale del PIL - 2004

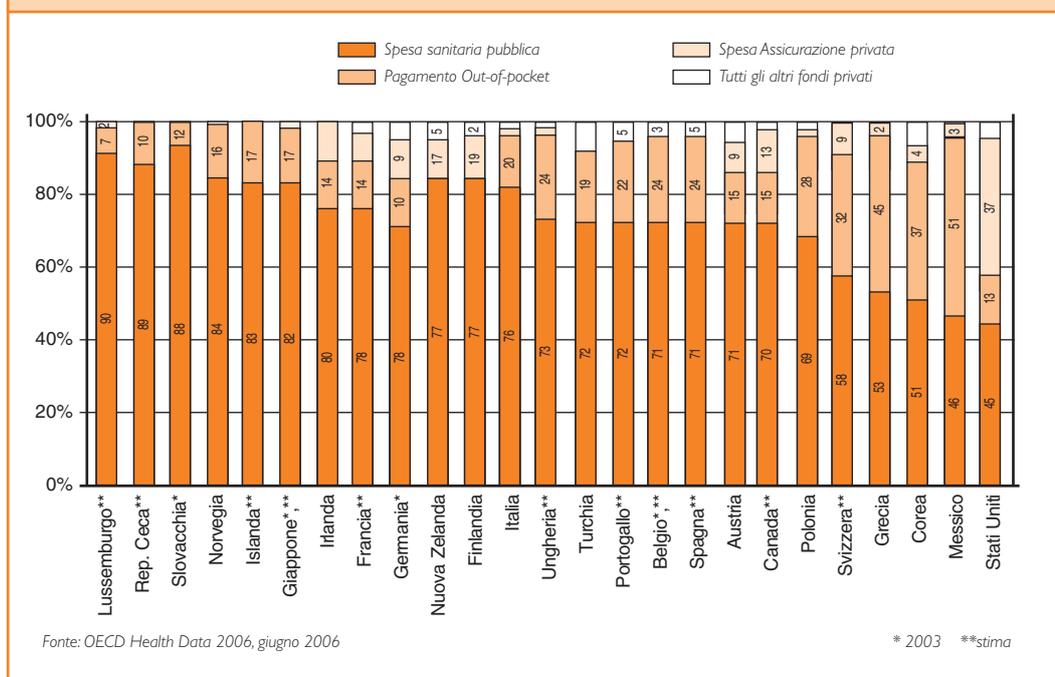


I Paesi sono disposti in ordine decrescente rispetto alla spesa sanitaria pro-capite

* 2003; ** Stima

Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

Figura 5 - Spesa sanitaria per fonte di finanziamento - 2004



garantire il sistema pubblico, dall'ampiezza della compartecipazione alla spesa¹⁰ e dal ruolo che rivestono le differenti forme di assicurazione sanitaria privata (ampiezza del mercato assicurativo)¹¹.

Il finanziamento pubblico rappresenta, comunque, la formula dominante all'interno del gruppo dei Paesi OCSE (Figura 5), pur registrando una lieve flessione rispetto al 2002. La quota pubblica è stata superiore dell'80,0% in molti Paesi. L'Italia continua a posizionarsi leggermente al di sopra della media OCSE con una quota pubblica prossima al 76,5% che è praticamente la medesima registrata negli ultimi dieci anni.

In Italia la spesa privata delle famiglie rappresenta circa un quinto del totale. È comunque importante notare come la quasi totalità (circa 83,0%) del finanziamento privato nel nostro Paese è rappresentata dalla spesa *out-of-pocket* che, ad eccezione di Grecia, Islanda, Repubblica Ceca e Norvegia, rappresenta uno dei valori più alti fra i Paesi della vecchia Europa e quelli maggiormente industrializzati. Per quanto attiene questa parte del finanziamento è, dunque, interessante notare come la spesa *out-of-pocket* rappresenta in media il 19,8% del totale della spesa sanitaria nel 2004¹² e circa il 76,0%¹³ del

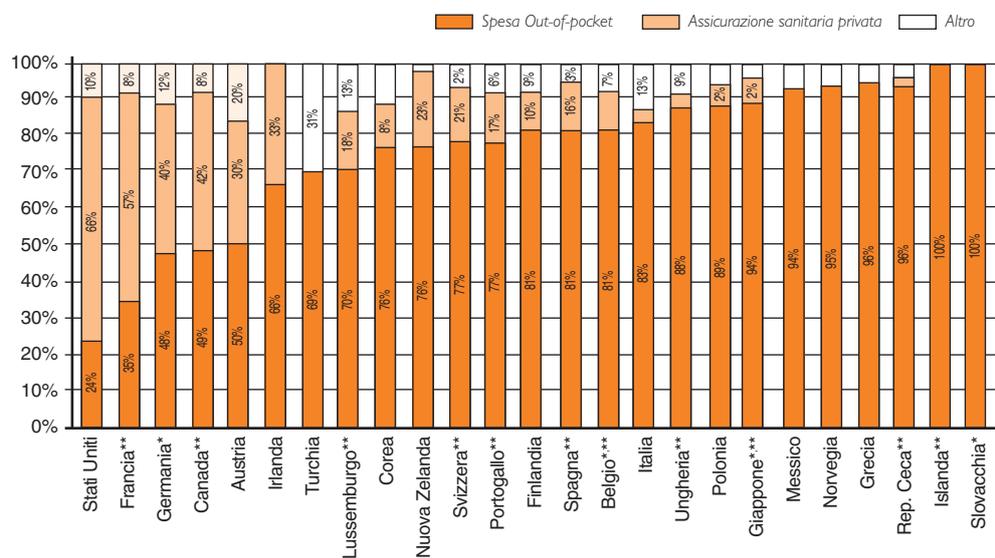
¹⁰ Il co-payment in Italia è cresciuto negli anni considerati in questo studio.

¹¹ Cfr. OECD, 2003c e Docteur et al., 2003.

¹² La media non comprende la Svezia e il Regno Unito, per i quali i dati non sono disponibili. Per la Slovacchia, la Germania, il Giappone e il Belgio i dati disponibili si riferiscono al 2003; per l'Australia al 2002 (OECD, 2006).

¹³ La media non comprende Australia, Danimarca, Olanda, Regno Unito e Svezia, a causa dell'incompletezza delle informazioni.

Figura 6 - Divisione del finanziamento privato - 2004



Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

* 2003 **stima

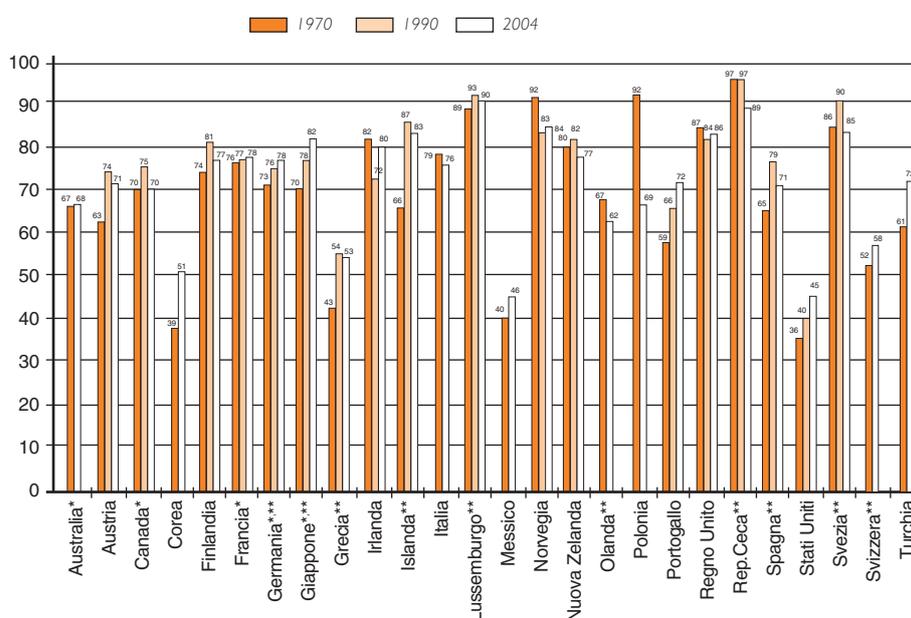
totale della spesa privata a livello OCSE (Figure 5 e 6). La variabilità fra Paesi è abbastanza ampia. Con alcune eccezioni, i Paesi con il più basso reddito *pro-capite* hanno la quota più ampia di spesa *out-of-pocket* e viceversa. L'incidenza della spesa *out-of-pocket* sul totale dei consumi delle famiglie è cresciuta sensibilmente lungo l'arco degli ultimi dieci anni tra i Paesi OCSE, con poche eccezioni (Danimarca, Francia, Corea e Stati Uniti), e in particolare in Italia.

L'assicurazione sanitaria privata rappresenta in media soltanto circa il 6,0% del totale dei finanziamenti¹⁴ (esattamente come nel 2002) e circa un quinto del finanziamento privato per la sanità (Figura 6). I valori registrati variano tra il 37,0% del totale della spesa negli Stati Uniti e la totale assenza registrata in alcuni paesi OCSE, dove non esiste un mercato delle assicurazioni sanitarie private (Figura 5).

La struttura del finanziamento della sanità è stata in linea di massima stabile negli anni. Sembra esserci una certa convergenza nella quota di spesa pubblica all'interno dei Paesi dell'area OCSE. Paesi la cui spesa sanitaria pubblica era al di sopra della media OCSE hanno visto un "declino" nella quota pubblica, e un discorso opposto è accaduto per quei Paesi aventi una spesa pubblica inferiore alla media OCSE (Figura 7). I pagamenti *out-of-pocket* quale quota della spesa sanitaria totale sono lentamente aumentati nel corso degli anni.

¹⁴ Per il Giappone, il Belgio e la Germania i dati disponibili si riferiscono al 2003. Per l'Australia, invece, si riferiscono al 2002. Un determinato numero di Paesi OCSE non ha un mercato delle assicurazioni sanitarie private o, laddove esiste, è praticamente insignificante; conseguentemente la loro contribuzione è stata stimata pari a zero (OECD, 2006).

Figura 7 - Mutamenti nella quota pubblica di spesa sanitaria - 1970-2004



*2003 **2004 stima

Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

1.1.5 La Spesa per tipologia di assistenza

Nonostante una certa convergenza nella quota di spesa pubblica, i Paesi OCSE analizzati differiscono sostanzialmente per i livelli di spesa relativi ai differenti livelli di assistenza (Figura 8). L'Italia si differenzia, in particolare, per quanto riguarda la spesa per la prevenzione (Figura 9).

Va però aggiunto che forse il problema più grande è rappresentato da come questa quota di spesa viene impiegata. Sebbene, comunque, la prevenzione e la salute pubblica siano sempre più considerate quali chiavi di volta nell'*outcome* sanitario, anche gli altri Paesi OCSE non destinano molte risorse in queste attività volte ad evitare che gli individui si ammalino. Nei 19 Paesi, poi, di cui sono disponibili i dati sia del 2004 che del 2003, l'assistenza ospedaliera, quella ambulatoriale e dei beni sanitari hanno registrato quasi tutti gli stessi valori¹⁵ del 2003 (ultimo confronto effettuato).

Si conferma, quindi, una certa eterogeneità fra i Paesi dell'area OCSE nel livello di spesa per differenti tipologie di assistenza. Nel 2004, l'Italia aveva allocato il 42,0% della spesa sanitaria totale nell'assistenza ospedaliera, il 30,0% circa nell'*outpatient*, e il 21,0% in

¹⁵ La media non comprende il Belgio, la Grecia, l'Irlanda, la Nuova Zelanda, la Norvegia, la Polonia, il Portogallo, la Turchia, la Svezia, la Danimarca e il Regno Unito. Per l'Austria, il Giappone, il Lussemburgo e l'Ungheria, i dati erano disponibili per il 2002, per l'Australia solo per il 2001. I beni sanitari includono i farmaci e gli altri prodotti non-durabili, e le apparecchiature mediche e gli altri medical durables (OECD, 2005a).

Figura 8 - Spesa sanitaria per tipologia di servizio fornito - 2004

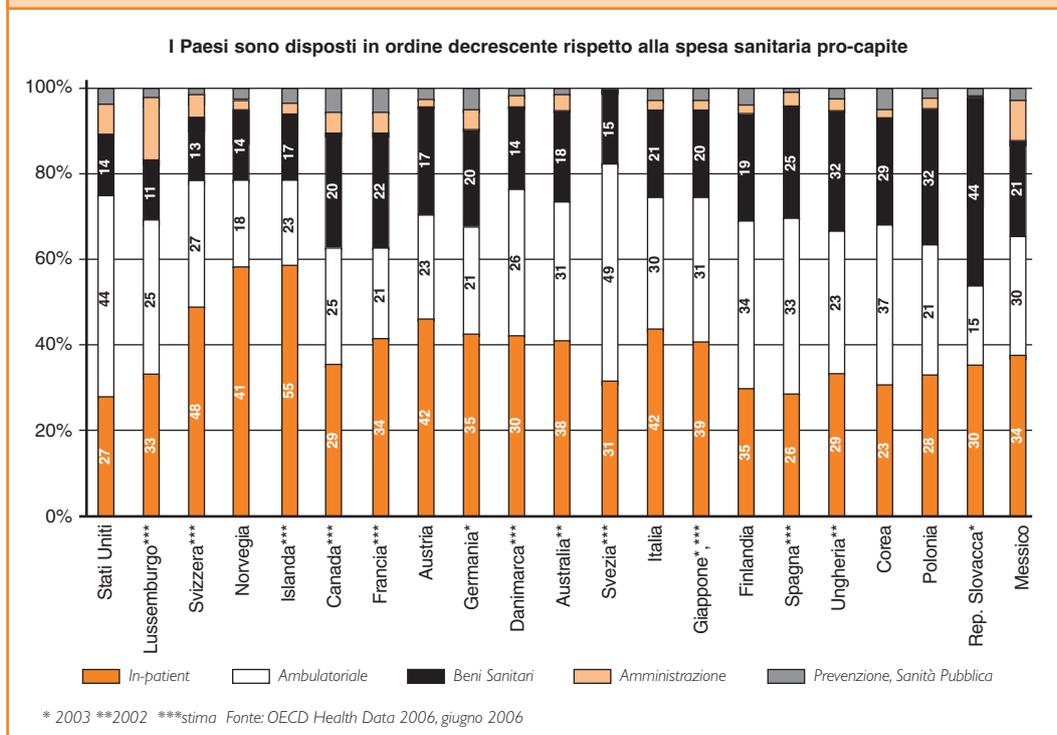
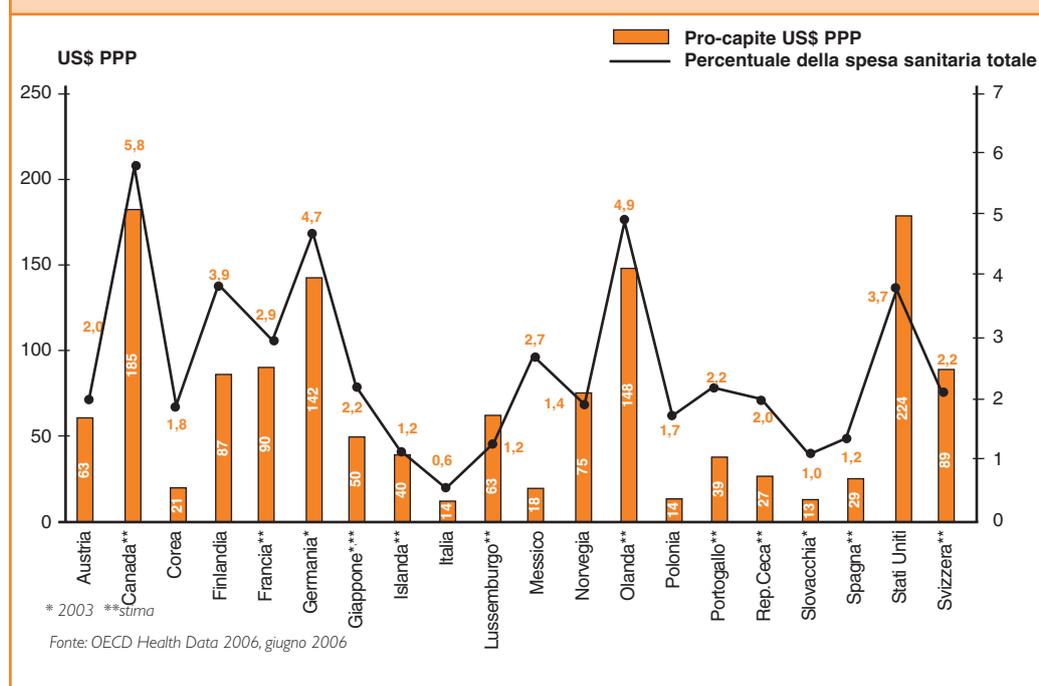


Figura 9 - Spesa per la prevenzione e sanità pubblica pro-capite e quale quota della spesa sanitaria totale - 2004



beni e servizi sanitari, allontanandosi dalla media OCSE (assistenza ospedaliera pari al 35%). Differenti ragioni spiegano la variazione nella distribuzione della spesa per tipologia di assistenza. Queste includono, tra le altre, l'innovazione nella tecnologia sanitaria, le riforme dei governi nel tentativo di migliorare l'efficienza e le opportunità di allocazione ottimale delle risorse, incluse le riforme sui modelli di pagamento¹⁶.

La farmaceutica continua a rappresentare una importante area della spesa per l'assistenza sanitaria. L'Italia è situata al di sopra della media OCSE con il 21,4% (è utile qui sottolineare che più del 45,0% è rappresentato dalla spesa privata) (Figura 11). Nel 2004, la spesa relativa a questa voce ammontava a poco più del 17,0% della spesa sanitaria totale per l'area OCSE¹⁷ (18,0% nel 2002). Ancora, la variazione è sostanziale se si pensa che si passa dall'8,5% del Lussemburgo al 27,4% della Corea (considerando solo i Paesi per i quali è stato possibile un confronto al 2004).

I livelli di spesa farmaceutica, quindi, differiscono molto fra i differenti Paesi, riflettendo una grande variabilità nei prezzi, nei volumi prescrittivi e nei consumi.

Utilizzando poi la spesa pro-capite quale indicatore di comparazione fra Paesi, si nota come l'Italia è il quarto Paese in ordine di spesa farmaceutica pro-capite all'interno dell'area OCSE con \$ 512 PPP nel 2004 (Figura 10). Va però sottolineato che dividendo la spesa pro-capite in pubblica e privata il nostro Paese risulta essere, tra i Paesi UE, quello con la più alta quota di pro-capite privata sul totale, confermando le preoccupazioni relative alle continue manovre sulla farmaceutica che rischiano di avere ricadute negative e preoccupanti (vedi *catastrophic payment*) sui cittadini. Gli Stati Uniti rappresentano il Paese che spende maggiormente, registrando una spesa pari a \$ 752 PPP pro-capite nella farmaceutica.

La quota di spesa in farmaci può variare in maniera elevata per Paesi con livelli simili di spesa sanitaria pro-capite. Ad esempio, la Danimarca e la Francia hanno quasi la stessa spesa sanitaria pro-capite; ma, di fatto, la Danimarca spende il 9,4% circa del totale della spesa sanitaria in farmaci, mentre la Francia spende il 19,0% circa.

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

Nel 2004 la spesa farmaceutica privata ha rappresentato circa il 76,0% del totale della spesa farmaceutica negli Stati Uniti, l'89,0% in Messico e il 62,0% in Canada. I Paesi dell'area OCSE sono intervenuti seguendo strade differenti al fine di ottenere un contenimento del rapido tasso di crescita della spesa farmaceutica stessa. Molto spesso, essendo questi interventi di natura congiunturale e di breve periodo (vedi Italia e Francia), non hanno apportato i benefici sperati.

¹⁶ Docteur and Oxley (2003).

¹⁷ La media non include Nuova Zelanda, Turchia e Regno Unito, per i quali i dati non sono disponibili. Per Belgio, Germania, Giappone e Slovacchia l'ultimo dato disponibile è il 2003, mentre per Australia, Olanda, Repubblica Ceca e Ungheria, l'ultimo dato disponibile è del 2002.

Figura 10 - Divisione della spesa farmaceutica pro-capite in pubblica e privata - 2004

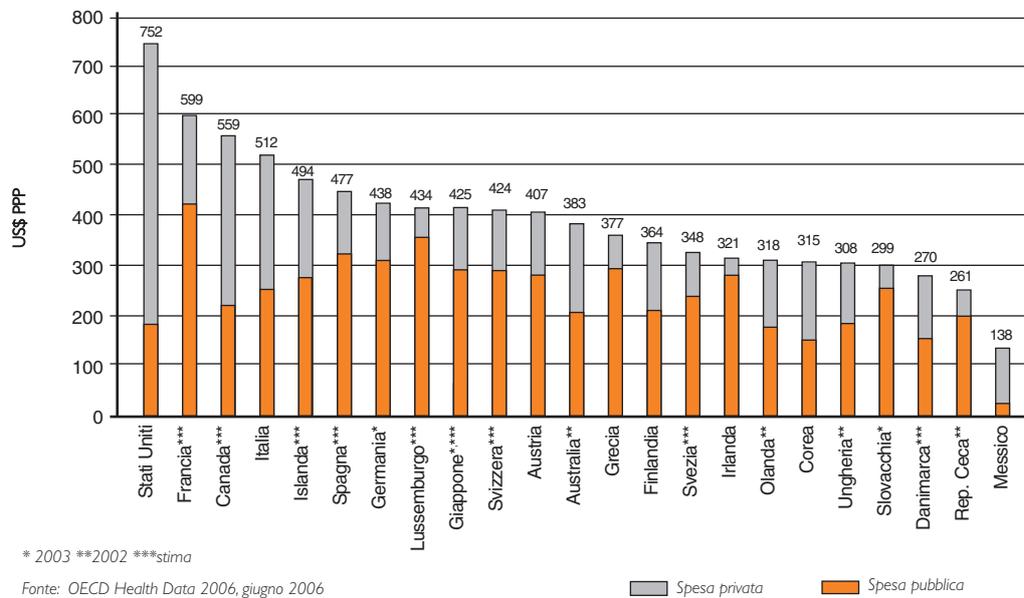
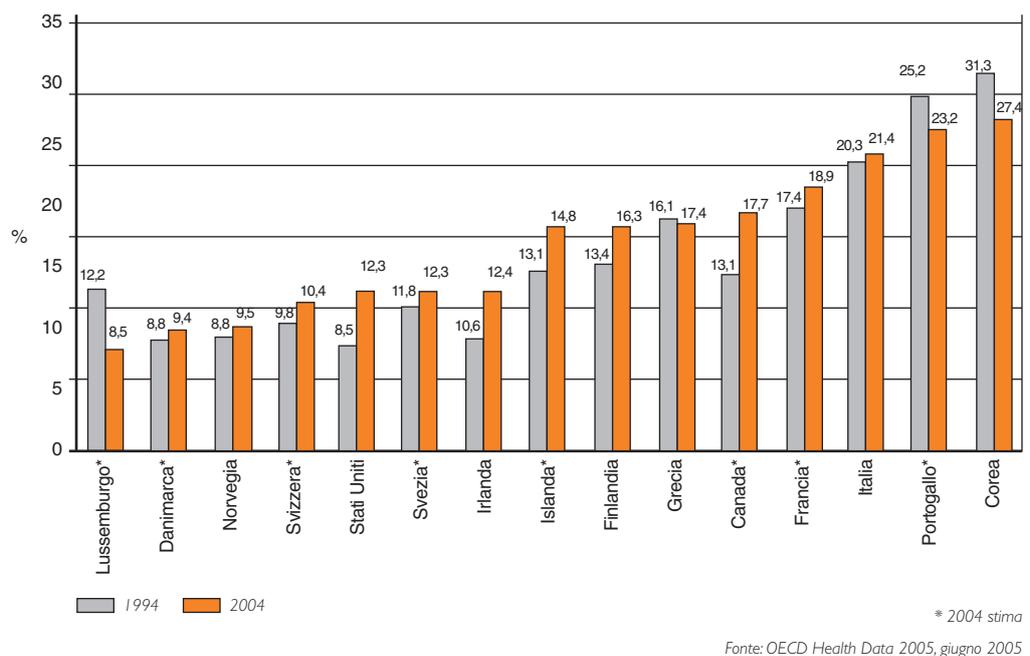


Figura 11 - Crescita della quota di spesa farmaceutica sul totale della spesa sanitaria - 1994-2004



1.1.6 Conclusioni

Si continua a notare, così come rilevato nel Rapporto CEIS 2005, che la spesa sanitaria evidenzia una crescita costante, e che l'elevato costo dell'assistenza sanitaria fornita dai vari sistemi sanitari è diventato il primo punto nell'agenda dei responsabili politici.

Come molti altri Paesi industrializzati, l'Italia ha tentato, durante gli ultimi 20 anni, di mantenere la crescita percentuale della spesa sanitaria ad un livello sostenibile, in considerazione del tasso di crescita dell'economia. Se l'obiettivo delle politiche sanitarie è sempre stato quello di realizzare un equilibrio tra risorse e spese, crescita del Pil e spesa sanitaria, non lo hanno di certo raggiunto. La quota di spesa sanitaria sul Pil era pari al 7,7% nel 1990, 7,9% nel 2000 e 8,4% nel 2004. In Italia, la crescita della spesa sanitaria è stata più rapida della crescita del Pil negli ultimi dieci anni come nella maggior parte dei Paesi considerati (Mennini e Colombo, 2004; Mennini e Francia, 2005), ma la spesa sanitaria quale quota del Pil ha continuato a mantenersi al di sotto della media OCSE. La spesa, dunque, come confermato anche negli altri Paesi OCSE, continua a crescere più velocemente della ricchezza prodotta.

Tra il 1990 e il 2004, per una media di 30 Paesi OCSE, la spesa sanitaria annuale pro-capite è cresciuta in termini reali¹⁸ più velocemente di quasi un punto percentuale che la crescita del reddito reale pro-capite (3,5% contro 2,8%). In Italia, tra il 2001 e il 2004, la spesa sanitaria è cresciuta con un tasso moderato (2,1%), ma circa cinque volte più velocemente della crescita del Pil.

La spesa sanitaria ha comunque ripreso a crescere con una certa significatività e velocità verso la fine degli anni Novanta, e ha continuato la sua crescita anche nel 2004. Una crescita così veloce ha portato la maggior parte dei Paesi considerati ad introdurre riforme e misure per tagliare la spesa sanitaria o contenere il cammino della crescita¹⁹.

Non sembra essere quindi molto chiara e certa la relazione tra la crescita nella spesa sanitaria e la quota di spesa sanitaria del Pil. Alcuni Paesi, la cui quota di spesa sanitaria sul Pil era relativamente bassa negli anni Novanta, hanno sperimentato una forte crescita dei tassi di spesa sanitaria rispetto alla crescita del Pil. In altri Paesi quali la Danimarca e il Canada, la crescita della spesa sanitaria è stata leggermente superiore della crescita del Pil. Comunque, Stati Uniti, Germania e Svizzera hanno realizzato sia un'alta spesa sanitaria quale quota del Pil nel 1990 che una rapida crescita della spesa sanitaria rispetto al Pil stesso²⁰.

Le politiche di contenimento dei costi adottate dai Paesi dell'area OCSE durante tutti gli anni Novanta non rappresentano necessariamente la soluzione migliore per affrontare il problema della sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari (cfr. cap 2.1, de Pouvourville; cap 2.5, Rutten; cap 2.3, Martins). Infatti, interventi positivi e di successo per razionare (e non razionalizzare) la capacità e i volumi dell'assistenza sanitaria in molti Paesi hanno portato, come risultato principale, alla insoddisfazione, in termini qualitativi e di efficacia, dei fruitori dei servizi (la popolazione), come nel caso delle lunghe liste di attesa, o hanno

¹⁸ I valori reali sono calcolati applicando il deflatore del Pil ai valori nominali.

¹⁹ Docteur and Oxley (2003); Mossialos and Le Grand (1999).

²⁰ Cfr. Colombo F, Mennini FS, Rapporto Ceis Sanità 2004.

introdotto, come nel caso dei DRGs in Italia, distorsioni verso i servizi più facilmente misurabili in termini di costi e *output*²¹.

Vi sono tuttavia al limite due set di relazioni che sono legittimamente associate con la crescita della spesa sanitaria. Primo, la maggior parte della spesa sanitaria è ancora finanziata dal lato pubblico, soprattutto per i Paesi membri UE. In Italia, le risorse pubbliche per il finanziamento dell'assistenza sanitaria rappresentano il 76,0% del totale della spesa, che è posizionata al di sopra della media OCSE. La crescita della spesa sanitaria accresce naturalmente le preoccupazioni dei *policy makers* che si dibattono con budget pubblici molto ristretti. Secondo, e ancora più importante, la maggior parte delle risorse impiegate nell'assistenza sanitaria non sono ad un livello ottimale di qualità ed efficienza²². Vi è infatti una sempre più crescente evidenza di deficienze – quali ad esempio quelle legate ad una fornitura di servizi inadeguati o ad un utilizzo sub-ottimale di servizi di provata necessità, o ancora quelle legate ad errori nell'erogazione di assistenza sanitaria – che risulta da morti inaspettate, differenze di mortalità troppo elevate all'interno dello stesso Paese²³, disabilità e basso livello di salute, spesso con una forte aggiunta di costi. Quindi, appare necessario focalizzare l'attenzione sull'accrescimento dell'efficienza della spesa sanitaria²⁴ – su cui gli sforzi dei responsabili di politica sanitaria dovrebbero concentrarsi – piuttosto che su di un mero e sterile contenimento della crescita della spesa sanitaria, che potrebbe risolversi in un indesiderabile disaccordo tra le aspettative della popolazione e la capacità dei sistemi sanitari di fornire assistenza. Ancora, associato con quanto detto, misurando, analizzando e monitorando l'efficacia reale della spesa sanitaria, si potrebbe sicuramente ridurre quella certa mancanza di trasparenza relativa alla qualità e agli *output* forniti dai sistemi sanitari. Le analisi comparative a livello internazionale possono essere di aiuto sui due fronti, fornendo un *benchmark* per una valutazione più corretta delle performance dei sistemi sanitari nazionali, e fornendo al tempo stesso un set di strumenti di misurazione che i singoli Paesi possono implementare ed utilizzare al fine di accrescere l'efficienza dei propri sistemi sanitari (vedi ad esempio i DRGs, le politiche di accesso verso i nuovi farmaci, l'equità distributiva ecc.). Si sente, quindi, la necessità di creare i presupposti per promuovere una ottimale allocazione delle risorse, aumentare la soddisfazione dei cittadini ed evitare duplicazioni delle prestazioni e possibili iniquità. Il dibattito inerente le modalità di organizzazione dei servizi sanitari in Italia e all'interno dei Paesi UE è dunque ancora al centro dell'attenzione, senza peraltro che un modello sembri prevalere sull'altro. Si continuano, infatti, ad introdurre nuove modalità di gestione e organizzazione dei sistemi sanitari con risultati spesso altalenanti. A volte si riesce ad ottenere un incremento di efficienza e altre volte non risulta chiaro l'obiettivo raggiunto²⁵.

²¹ Cfr. Oliver A, Mossialos E e Maynard A (2005).

²² Cfr. OECD (2004b); Oliver et al. (2005).

²³ Cfr. Palazzo F et al. (2006).

²⁴ Cfr. OECD (2004b); Oliver et al., 2005; Maynard A. (2005).

²⁵ Cfr. Maynard A. (2005).

Riferimenti bibliografici

- Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F (a cura di) 2003., "Rapporto CEIS Sanità 2003. Bisogni, risorse e nuove strategie", Italtipografia Esis Publishing.
- Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F (a cura di) 2004, "Rapporto CEIS Sanità 2004. Bisogni, risorse e nuove strategie", Italtipografia Esis Publishing.
- Atella V, Donia Sofio A, Meneguzzo M, Mennini FS, Spandonaro F (a cura di) 2005, "Rapporto CEIS Sanità 2004. Bisogni, risorse e nuove strategie", Italtipografia Esis Publishing.
- Colombo F e Mennini FS (2004). "Evoluzione della Spesa Sanitaria nei Paesi OCSE", in Rapporto CEIS Sanità 2004. Bisogni, risorse e nuove strategie, a cura di Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F, Italtipografia Esis Publishing, Roma, 2004.
- Colombo F, Tapay N (2004). "Private Health Insurance in OECD Countries. The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems". OECD Health Working Papers, No. 15. Paris: OECD (Available at www.oecd.org/health).
- Docteur E, Oxley H (2003). "Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience". OECD Health Working Papers, No. 9. Paris: OECD (Available at www.oecd.org/health).
- Docteur E, Suppanz H, Woo J (2003). "The U.S. Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform. OECD Economics Department Working Paper No. 350. Paris: OECD. (Available at www.oecd.org/health).
- Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (2002). "A Question of Demand. Outlines of the reform of the health care system in the Netherlands". The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Huber M, Orosz E (2003). "Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001". Health Care Financing Review, Vol. 25, No. 1, pp 1-22 Fall 2003.
- Hurst J, Siciliani L (2003). "Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries". OECD Health Working Papers, No.6. Paris: OECD (Available at www.oecd.org/health).
- Jacobzone S (2000). "Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals". OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper, N. 40. Paris: OECD.
- Maynard A (2005). "European Health Policy Challenges", Health Economics, Vol. 14, N. S1, September 2005.
- McClellan M, Every N, Garber A, Heidenreich P, Hlatky M, Kessler D, Newhouse JP, Saynina O (2002), "Technological Change in Heart Attack Care in the United States: Causes and Consequences" in McClellan M and Kessler D (eds.), Technological Change in Health Care: A Global Analysis of Heart Attack. University of Michigan Press, pp. 21-54.
- Mennini e Francia, "Il quadro macroeconomico ed istituzionale e l'evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nell'UE", in Rapporto CEIS Sanità 2003. Bisogni, risorse e nuove strategie, a cura di Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F, Italtipografia Esis Publishing, Roma, 2003.
- Mennini e Francia, "Evoluzione della spesa sanitaria nei Paesi OCSE", in Rapporto CEIS Sanità 2005, a cura di Atella V, Donia Sofio A, Meneguzzo M, Mennini FS, Spandonaro F, Italtipografia Esis Publishing, Roma, 2005.
- Mossialos E, Le Grand J (1999). "Cost containment in the EU: an overview". In

Mossialos E, Le Grand J (eds), Health Care and Cost Containment in the European Union. Ashgate, Aldershot.

- OECD (2006). "OECD Health Data 2006, Giugno 2006". CD-ROM and user manual. Paris: OECD (www.oecd.org/health/healthdata).
- OECD (2004b). "Towards High-Performing Health Systems". Paris: OECD.
- OECD (2004c, forthcoming). "Private Health Insurance in OECD Countries". Paris: OECD.
- OECD (2003a). "OECD Reviews of Health Care Systems: Korea". Paris: OECD.
- OECD (2003b). "Health at a Glance, 2nd Edition. OECD Indicators 2003". Paris: OECD.
- Oliver A, Mossialos E, Maynard A (2005), "The contestable nature of health policy analysis", Health Economics, Vol. 14, Num. S1, September 2005.
- Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF (2004). "U.S. Health Care Spending In An International Context". Health Affairs, May/June 2004, Vol. 23, N. 33, pp. 10-25.
- Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF (2004). "Cross-National Comparison Of Health Systems Using OECD Data, 1999". Health Affairs, May/June 2002, Vol. 21, N. 3, pp. 169-181.

1.2 - L'evoluzione della spesa sanitaria in Italia

Polistena B¹ , Ratti M¹ , Spandonaro F.¹

1.2.1 Introduzione

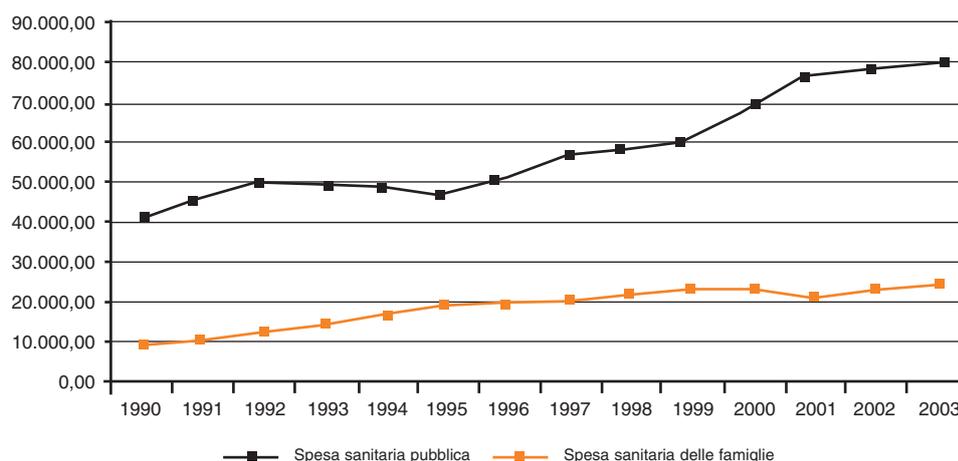
La spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata), dal 1995 al 2003, è cresciuta del 61,20% passando da € 64.730 mil. a 104.348; in termini reali è cresciuta del 29,62%, ovvero in media del 3,30% annuo, superiore alla crescita reale del Pil che è stata in media dell'1,66% annuo.

In particolare la spesa pubblica è cresciuta meno di quella privata: la prima è cresciuta (in termini nominali) dell'8,6% medio annuo passando da € 41.607,32 mil. a € 80.600,00 mil. nel 2003, contro il 13,4% di quella privata che passa da € 8.707,00 mil. a € 23.748,24 mil. Quindi, la percentuale di spesa pubblica rispetto a quella privata è andata leggermente a decrescere, soprattutto nelle Regioni del Centro-Nord.

Per il governo del sistema sanitario risulta fondamentale studiare l'evoluzione della spesa sanitaria totale e in particolare analizzare l'impatto dei vari fattori (demografici, economici, istituzionali) sui *trend* di crescita.

L'Italia rappresenta peraltro un caso paradigmatico a livello internazionale: intanto perché invecchia rapidamente; inoltre, in presenza di un forte intervento pubblico, perché si realizza un meccanismo redistributivo tra le Regioni che fa sì che la spesa sanitaria complessiva sia poco legata ai livelli medi di reddito: in altri termini gli effetti redistributivi

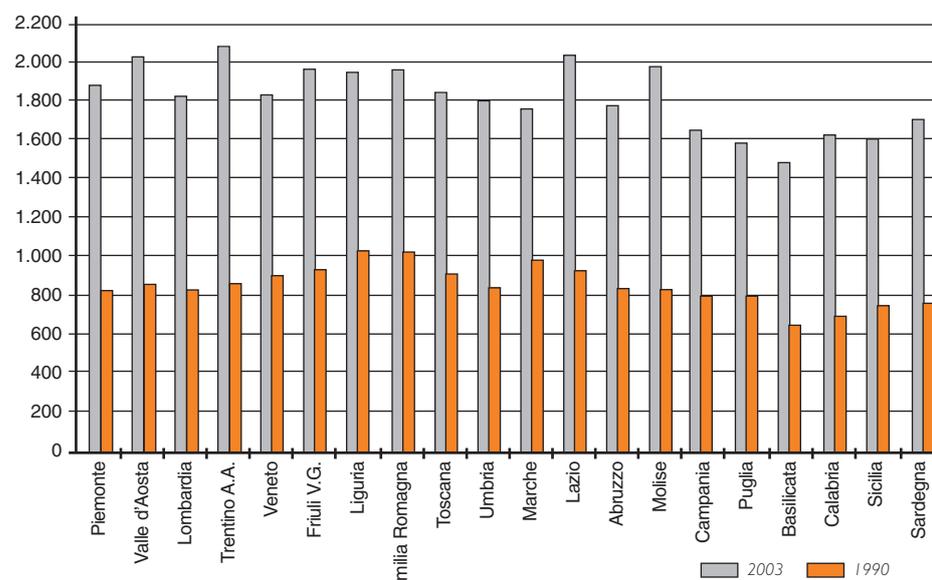
Figura 1 - Andamento della spesa sanitaria in Italia Anni 1990-2003



Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

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

Figura 2 - Spesa sanitaria totale pro capite Anni 1990-2003



Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

indotti dai meccanismi solidaristici, impliciti nel sistema di sicurezza sociale di stampo universalistico adottato in Italia, tendono ad invertire la relazione fra reddito e spesa sanitaria che in generale si osserva a livello internazionale².

I primi studi sull'analisi della spesa sanitaria risalgono agli anni '60 con contributi in cui le determinanti della spesa sanitaria furono messe in relazione al reddito pro-capite.

Già Maxwell (1981) e Leu (1986) ritennero però indispensabile affiancare alla variabile reddito elementi quali l'età e la localizzazione della popolazione.

Più recentemente anche le metodologie si sono evolute, con l'utilizzo di analisi di tipo longitudinale e, in particolare, su una combinazione di dati *cross-section* e *time series*.

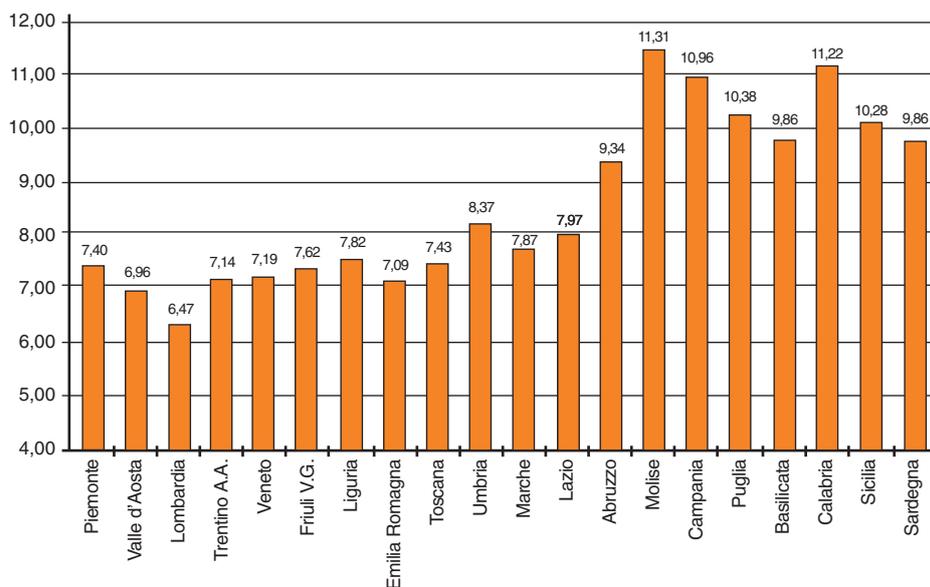
Ad esempio Hitris e Posnett (1992), analizzando l'andamento della spesa sanitaria pro-capite di 20 paesi OCSE per il periodo 1960-1987, hanno riscontrato un rilevante impatto della struttura demografica sul livello della spesa sanitaria pro-capite.

Queste tipologie di studi hanno affiancato al reddito e alle variabili demografiche anche variabili che spiegano la struttura del sistema sanitario nei singoli Paesi.

Considerando che l'Italia, tra il 1990 e il 2003, ha sperimentato il processo d'invecchiamento più rapido fra i paesi dell'Europa dei 15, l'integrazione dei modelli, in modo da considerare i vari potenziali *driver* dell'evoluzione della spesa sanitaria, diviene a maggior ragione rilevante.

² Cfr. Cap. 1.1 del presente Rapporto: *Evoluzione della spesa sanitaria nei paesi OCSE*.

Figura 3 - Percentuale di spesa totale su PIL Anno 2003



Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

1.2.2 Il modello utilizzato

Nel tentativo di spiegare l'andamento della spesa sanitaria totale e di prevederne la tendenza, si sono integrate variabili economiche, demografiche e istituzionali.

Il Pil rappresenta una *proxy* del livello economico raggiunto: la teoria ma anche l'evidenza empirica pregressa suggeriscono che esista a livello aggregato una correlazione positiva fra condizione economica e quota destinata alla spesa sanitaria.

Come variabili demografiche si sono utilizzate la percentuale di popolazione con più di 65 anni e il tasso generico di mortalità: questo al fine di recepire sia il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione italiana, quanto di verificare l'applicabilità al caso italiano della teoria dei cosiddetti costi di morte.

A livello istituzionale la scelta di quale quota di bisogno coprire con l'intervento pubblico sembra sintetizzare le modifiche in atto nel sistema italiano; come già osservato, nell'ultimo decennio (1990-2003), l'Italia fa registrare un incremento della spesa sanitaria privata sul Pil superiore a quello della spesa sanitaria pubblica³. Inoltre, le Regioni differiscono notevolmente nelle scelte di organizzazione dei meccanismi di erogazione dei servizi pubblici, in particolare con riferimento alla suddivisione fra gestione diretta o in convenzione degli stessi: è sembrato interessante indagare l'effetto di tali assetti sulla spesa complessiva.

Infine, considerando la notevole evidenza esistente sui fenomeni di *supply induced*

³ Quaderno Cerm 2/06 Spesa Sanitaria, Demografia, Governance Istituzionale; F. Pammolli e N. C. Salerno.

demand, che possono sintetizzarsi nei rischi di inappropriatazza, si è inserita anche una variabile di offerta, utilizzando come *proxy* il tasso di personale dipendente (medici e infermieri) per 1.000 abitanti.

1.2.3 Banca dati e il modello stimato

Il modello è stato stimato su un panel di dati relativo alle Regioni italiane, di fonte Istat e Ministero della salute, sul periodo 1995-2003.

Da un punto di vista econometrico si è stimato sia un modello con effetti fissi che con effetti *random*.

Indicando con:

SST = spesa sanitaria totale pro-capite

SD = % di spesa pubblica a gestione diretta

% INT_PUB = % intervento pubblico sul totale

PIL = PIL pro-capite

POP_65+ = % popolazione con più di 65 anni

M = tasso generico di mortalità

PD = tasso personale dipendente per 1.000 abitanti

Il modello econometrico stimato risulta quindi:

$SST = f(SD; \% \text{ INT_PUB}; \text{PIL}; \text{POP_65+}; M; PD)^4$.

Abbiamo scelto di effettuare l'analisi inizialmente a livello nazionale e successivamente per ripartizione geografica, considerando separatamente il Nord⁵ e il Centro-Sud.

Il modello prescelto per l'Italia, secondo il test di Hausman, è quello a effetti fissi.

Questo spiega il 64,32% della variabilità della spesa sanitaria totale pro-capite. In particolare l'effetto temporale è in pratica completamente spiegato dal modello come dimostra l' R^2 *within* pari a 95,92%, ma anche l'effetto di variabilità tra le Regioni viene spiegato in maniera più che soddisfacente (R^2 *between* = 81,09%).

Tabella 1 - Coefficiente di regressione su dati panel Italia 1995-2003

Variabili	Coefficienti	P> t
% spesa diretta su spesa totale	-11,128	0,000
% intervento pubblico	6,474	0,000
Pil pro-capite	0,078	0,000
Percentuale pop 65+	50,661	0,002
Tassi generici mortalità	29,298	0,125
Tasso personale dipendente	0,636	0,204
Costante	-1.123,728	0,000

⁴ Per semplicità sono stati omissi i pedici relativi all'anno e alla Regione.

⁵ Nella ripartizione del Nord è stata inserita anche la Regione Toscana in quanto organizzativamente assimilabile alle Regioni del Nord.

Risultano quindi significative sia il Pil pro-capite, che la percentuale di anziani, che le variabili istituzionali: la percentuale di finanziamento pubblico sul totale e la quota di spesa a gestione diretta.

Peraltro i risultati dipendono fortemente dalla coesistenza di comportamenti nettamente differenziati a livello regionale: per tale motivo si è proceduto a ripetere la stima per il Nord e separatamente per il Centro-Sud.

Per il Nord, a differenza di quanto accadeva nell'analisi precedente, il test di Hausman ha indicato il modello a effetti *random* come il più adatto a spiegare la variabile spesa sanitaria totale pro-capite.

Il modello a effetti *random* spiega l'89,56% della variabile oggetto di studio e sia l'effetto temporale che quello territoriale sono ben spiegati⁶.

Tabella 2 - Coefficienti di regressione su dati panel Nord 1995-2003		
Variabili	Coefficienti	P> t
% spesa diretta su spesa totale	1,162	0,677
% intervento pubblico	6,688	0,004
Pil pro-capite	0,081	0,000
Percentuale pop 65+	39,204	0,001
Tassi generici mortalità	11,124	0,623
Tasso personale dipendente	0,293	0,698
Costante	-1.840,623	0,000

Influiscono sulla spesa sanitaria totale, il Pil pro-capite e la percentuale di popolazione con più di 65 anni (con i segni positivi attesi), oltre alla percentuale di intervento pubblico sul totale, che avrebbe un effetto espansivo sulla spesa totale.

Per il Centro-Sud, così come avveniva per l'Italia, il modello da utilizzare è quello ad effetti fissi che spiega, però, solo il 57,36% della variabilità complessiva; in questo caso l'effetto temporale è meglio colto dal modello di quanto lo sia quello territoriale⁷.

Le variabili indipendenti risultate significative sono ancora il Pil pro-capite, la quota di over 65 (tutte con i segni attesi), la percentuale di intervento pubblico (anche in questo caso con segno positivo) e la quota di spesa per servizi a gestione diretta: sembra quindi che, limitatamente per il Centro-Sud, una sostituzione di servizi in convenzione con servizi a gestione diretta sarebbe efficiente. Un livello maggiore di inefficienza al Centro-Sud è confermato dal fatto che risulta significativo e positivo il coefficiente del tasso di personale dipendente, a dimostrare implicitamente eccessi locali nelle piante organiche. Si conferma quindi che la spesa sanitaria totale è influenzata da fattori economici e

⁶ R^2 within = 95,98% e R^2 between = 66,24%.

⁷ R^2 within = 96,52% e R^2 between = 64,53%.

Tabella 3 - Coefficienti di regressione su dati panel Centro-Sud 1995-2003

Variabili	Coefficienti	P> t
% spesa diretta su spesa totale	-14,494	0,000
% spesa prevista su spesa totale	5,023	0,001
Pil pro-capite	0,067	0,000
Percentuale pop 65+	76,227	0,001
Tassi generici mortalità	24,104	0,356
Tasso personale dipendente	2,242	0,002
Costante	-987,575	0,017

demografici ma anche istituzionali. In particolare l'intervento pubblico avrebbe una tendenza espansiva sulla spesa totale, avvalorando sia l'ipotesi di una sostanziale duplicazione di funzioni fra settore pubblico e privato, sia una tendenza del sistema regionale ad "approfittare" delle maggiori risorse messe a disposizione centralmente. L'attuale scelta fra gestione diretta o in convenzione, limitatamente al Centro-Sud, comporta una inefficienza: potremmo interpretare il dato dicendo che tale scelta non appare di per sé un fattore discriminante, ma che nel Centro-Sud, per carenze di programmazione e controllo, l'apporto del privato convenzionato, come anche le piante organiche, hanno un effetto espansivo sulla spesa e quindi probabilmente inefficiente.

Si evidenzia inoltre come le Regioni del Nord rappresentino un insieme (almeno nei comportamenti aggregati) sostanzialmente omogeneo come dimostrato dalla scelta del modello a effetti *random*; di contro per il Centro-Sud prevale una eterogeneità dei comportamenti come si riscontra dalla scelta del modello a effetti fissi.

Successiva ricerca sarà deputata a evidenziare se si possano cogliere *cluster* di comportamenti omogenei fra le Regioni del Centro-Sud.

1.2.4 Le tendenze della spesa sanitaria totale

L'analisi econometrica condotta permette di formulare alcune ipotesi sull'evoluzione della spesa sanitaria totale.

Per ragioni di prudenza, e in linea con gli scopi del Rapporto, si è limitata la previsione all'anno 2007, anche in considerazione che i dati disponibili per la stima dei parametri si ferma al 2003.

Per quanto riguarda le variabili esogene, per il Pil si è ipotizzato per il 2007 una crescita in termini reali rispetto al 2006, alternativamente, dell'1,5% in linea con le previsioni del Governo italiano⁸, ovvero dell'1% per avere un quadro più pessimistico.

Per le variabili demografiche ci si è basati sulle previsioni Istat della popolazione.

Per la percentuale di spesa sanitaria pubblica, sono state fatte due ipotesi: la prima ipotizza un incremento medio annuo della quota d'intervento pubblico dell'1,60%, la seconda un incremento medio annuo dell'1,82% rispetto al 2003.

Per la quota a gestione diretta si è altresì ipotizzata una crescita media annua rispetto al 2003 dello 0,55%.

Nelle diverse combinazioni delle variabili esogene, il modello prevede una spesa che varia tra i € 123,798 mld. e i € 124,723 mld.

In termini di percentuale del Pil assorbita, la variazione si attesta fra l'8,2% e l'8,3%.

In definitiva sembra che la spesa complessiva sia destinata comunque ad aumentare nel breve periodo sotto la spinta della crescita del reddito e dell'effetto moltiplicatore indotto dalla quota pubblica, oltre che per effetto (questo nel medio-lungo periodo) della spinta demografica.

L'incremento è peraltro relativamente contenuto attestandosi tra 0,05 e lo 0,07 punti di Pil annui.

Tabella 4 - Previsioni spesa sanitaria totale - 2007

Previsioni	Spesa pro-capite €	% Spesa totale su Pil
Spesa diretta +0,55% medio annuo, % spesa pub. +1,6% medio annuo, Pil + 1%; pop. 65 + da previsione	2.119,49	8,2
Spesa diretta +0,55% medio annuo; % spesa pub. +1,82% medio annuo; Pil + 1%, pop 65 + da previsione	2.125,89	8,3
Spesa diretta +0,55% medio annuo, % spesa pub. +1,82% medio annuo; %; Pil + 1,5%; pop 65 + da previsione	2.135,31	8,3

La questione della ripartizione di tale spesa fra settore pubblico e privato verrà ripresa e analizzata nei capitoli successivi del Rapporto.

Vale la pena qui notare che, qualora fosse veramente realizzato l'obiettivo governativo di stabilizzare la spesa pubblica al 6,7% del Pil, questo riuscirebbe ad aumentare, o quantomeno a stabilizzare, la quota di spesa sanitaria pubblica sul totale. Ovviamente, oltre che dall'incertezza insita nelle nostre previsioni, questo dipenderà dall'effettiva crescita reale del Pil che si determinerà nel 2007.

1.2.5 Stima degli effetti redistributivi aggregati regionali

Un'ulteriore analisi resa possibile dal modello econometrico, riguarda l'effetto redistribu-

⁸ Cfr. *Andamento tendenziale dell'economia italiana: Documento di programmazione economica – finanziaria 2007-2011.*

tivo indotto, implicitamente ed ex-post, a livello aggregato regionale, dai meccanismi solidaristici impliciti nel nostro sistema di finanziamento del settore sanitario.

L'analisi non riesce peraltro a distinguere la redistribuzione "voluta" da quella derivante da eventuali comportamenti inefficienti, che (almeno sino ad ora) hanno comunque trovato, nel medio periodo, copertura finanziaria.

Gli indicatori proposti calcolano la differenza percentuale fra valori di spesa sanitaria pro-capite attesi in base alle relazioni stimate dal modello e valori effettivi, ovvero le differenze di Pil assorbito attese ed effettive.

Come era lecito aspettarsi emerge come, in generale, le Regioni del Nord trasferiscano parte della loro ricchezza alle Regioni del Centro-Sud.

A fronte di una percentuale di Pil mediamente assorbita del 7,8% (dato 2003), le Regioni del Nord assorbono, rimanendo tutte sotto la media, tra il 6,5% e il 7,8 % del loro Pil, mentre quelle del Centro-Sud dal 7,9% all'11,3%.

In altri termini la spesa sanitaria pro-capite nel Nord sarebbe "naturalmente" più alta di quello che è, dallo 0,6% (Trentino) sino a oltre il 16% (Lombardia e Liguria), mentre sarebbe più bassa nel Centro-Sud, escluse Lazio, Marche e Umbria, sino al massimo di circa il 50% in Campania e in Calabria.

**Tabella 5 - Misure di redistribuzione regionale
Anno 2003**

Regioni	% Differenza-spesa teorica	% spesa tot. su Pil- % spesa teorica su Pil
Piemonte	-12,556	-0,011
Valle d'Aosta	-6,791	-0,005
Lombardia	-18,402	-0,015
Trentino A.A.	-0,590	0,000
Veneto	-7,203	-0,006
Friuli V.G.	-5,047	-0,004
Liguria	-16,340	-0,015
E. Romagna	-15,904	-0,013
Toscana	-12,878	-0,011
Umbria	-6,445	-0,006
Marche	-7,194	-0,006
Lazio	-3,506	-0,003
Abruzzo	3,183	0,003
Molise	19,131	0,018
Campania	52,624	0,038
Puglia	39,260	0,029
Basilicata	20,852	0,017
Calabria	50,647	0,038
Sicilia	26,111	0,021
Sardegna	36,210	0,026

1.2.6 Conclusioni

Ai fini del governo del sistema sanitario è necessario comprendere quali siano le tendenze della spesa sanitaria complessiva. La stessa determinazione dei livelli di intervento pubblico dovrebbe, ex ante, tenere conto di quale sia l'impatto finale delle scelte effettuate sulla spesa globale e anche su quella privata (a carico delle famiglie).

Il modello econometrico predisposto permette di effettuare simulazioni su tali fenomeni. Le stime effettuate ci forniscono in particolare alcuni elementi di riflessione, che riassumiamo di seguito.

In primo luogo, oltre alle tendenze socio-economiche e demografiche, si rileva un effetto espansivo della spesa pubblica sulla spesa totale, che pensiamo di poter attribuire sia alla duplicazione di funzioni, sia ad una tendenza inerziale della spesa a seguire il finanziamento. Questo in qualche modo "giustifica" le tendenze a sottostimare il finanziamento, onde evitare espansioni di spesa non necessariamente giustificate.

In secondo luogo è degno di nota come il Nord presenti una omogeneità di fondo dei comportamenti di spesa, mentre il Centro-Sud costituisce una "sommatoria" di comportamenti difformi, ancora da spiegare compiutamente.

Quantitativamente, l'elasticità stimata della spesa sanitaria al Pil è maggiore al Nord che al Centro-Sud.

In media, un aumento del Pil dell'1% (€ 226,96 pro-capite), implica un aumento della spesa sanitaria quasi proporzionale, dello 0,97% (pari a € 17,77 pro-capite).

L'effetto dell'invecchiamento, ovviamente non apprezzabile nel breve periodo, è comunque significativo: l'aumento di un punto percentuale della popolazione con più di 65 anni aumenterebbe del 2,07% la spesa sanitaria totale pro-capite in Italia, del 2,01% nelle Regioni del Nord e del 4,38% nelle Regioni del Centro-Sud.

Si noti che sembra decisamente più significativo l'impatto della quota di popolazione over 65 nel Centro-Sud, questo potrebbe dipendere da molti fattori, quali il maggior ricorso all'assistenza informale o comunque una popolazione che sta invecchiando più rapidamente che al Nord.

Infine, sebbene l'argomento meriti ulteriore analisi, osserviamo che una maggiore quota di intervento pubblico dell'1% comporta in media un incremento di spesa totale dello 0,36% (€ 6,47); 0,35% al Nord (€ 6,69) e 0,29% al Centro-Sud (€ 5,02).

Qualche ragionamento è lecito anche sulla scelta fra gestione diretta o in convenzione dei servizi. Il segno, secondo le nostre stime, è quello di una maggiore efficienza della gestione diretta: però questo risultato dipende strettamente da quanto avviene nel Centro-Sud; potremmo azzardare che ove esiste una buona programmazione dei servizi (nelle nostre ripartizioni nel Nord) appare neutrale la scelta, mentre nel Centro-Sud il convenzionamento risulta inefficiente, probabilmente ricollegandosi al già citato problema della duplicazione dei servizi stessi.

Il modello econometrico permette anche di stimare implicitamente gli effetti redistributivi del sistema di intervento pubblico: si evidenzia un impatto significativo, con una redistribuzione che, come era lecito aspettarsi, va dal Nord verso il Centro-Sud; questa redistribuzione, per dimensioni e caratteristiche, lascia apprezzare quanto sia ancora in "salita" una compiuta realizzazione del federalismo fiscale e sanitario.

Riferimenti bibliografici

- Auerbach AJ, Kolikoff LJ, Haugemann RP, Nicoletti G (1989); “The Economic dynamics of an ageing population: The case of four OECD countries”, OECD Economics Department Working papers.
- Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri (2006), “Andamento tendenziale dell’economia italiana 2007-2011”: Documento di programmazione economica-finanziaria.
- Health at a Glance (2005): “OECD Indicators – 2005 Edition”.
- Pammolli F, Salerno NC (2006), “Spesa Sanitaria, Demografia, Governance Istituzionale”, Quaderno CERM 2/06.
- Wooldridge JM, “Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data”, The MIT Press Cambridge, Massachusetts, England.

1.3 - Lo scenario finanziario pubblico 2007 e l'impatto sulle famiglie

Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

1.3.1 Introduzione

Nel capitolo 1.2 (Polistena, Ratti, Spandonaro) si è analizzata l'evoluzione della spesa sanitaria, valutandone il legame con i fattori economici, demografici e istituzionali.

La spesa sanitaria si divide nella quota pubblica e in quella privata, seguendo un'evoluzione naturale, ma fondamentalmente in funzione delle scelte di politica sanitaria effettuate dal Governo e poi dalle Regioni. Si è quindi scelto di inferire la tendenza della spesa pubblica, rappresentando le manovre di razionalizzazione previste per il 2007 e, quindi, per differenza ottenere la quota che rimane a carico delle famiglie: quest'ultima è, infatti, fortemente dipendente dalle scelte pubbliche in tema di compartecipazione alla spesa e relative esenzioni, oltre che dalla qualità relativa dei servizi del SSN e di quelli privati.

Ricordiamo, inoltre, che il modello discusso nel capitolo 1.2 evidenzia come alcune scelte di politica sanitaria abbiano un impatto significativo sulla spesa complessiva: in particolare, si è inferito una sorta di meccanismo moltiplicatore della spesa pubblica, ma anche un impatto non neutrale della composizione della stessa, con riferimento alla scelta fra erogazione diretta o mediante strutture accreditate.

Nei paragrafi seguenti si analizza lo scenario di riferimento per la spesa pubblica 2007, ivi comprese le ipotesi sul relativo disavanzo.

1.3.2 Descrizione del modello utilizzato

Per quanto concerne la spesa pubblica, l'ipotesi adottata è che il suo trend segua tanto lo sviluppo economico e demografico, come mostrato nel capitolo 1.2, tanto gli effetti delle scelte di bilancio centrali e regionali; l'ipotesi adottata, anche sulla scorta delle evidenze del capitolo 1.2, è che la spesa pubblica segua un modello di "regressione al finanziamento", in altri termini tenda ad adeguarsi al volume di risorse messe a disposizione.

A questo comportamento si sommano gli effetti di trasferimento finanziario (sui bilanci familiari) derivanti dalle compartecipazioni, nonché le scelte di erogazione diretta o mediante strutture accreditate. Anche quest'ultima variabile è stata inserita sulla scorta dell'evidenza desumibile dal modello descritto nel capitolo 1.2, il quale identificava, limitatamente al Centro-Sud, un meccanismo inefficiente di programmazione, in particolare relativamente alla distribuzione fra erogatori pubblici e privati.

Le ipotesi sopra sintetizzate sono state sottoposte a un test econometrico, utilizzando un modello di tipo panel, relativo alle Regioni italiane.

I dati sono di fonte Istat e Ministero della Salute, relativi al periodo 1995-2004.

Tutte le variabili considerate sono risultate significative e con i segni attesi.

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

Indicando con:

SSP = spesa sanitaria pubblica pro-capite

PIL = PIL pro-capite

SD = quota di spesa pubblica a gestione diretta

FIN = finanziamento pro-capite

TK = incidenza del ticket (farmaceutico)

POP_65+ = quota di popolazione con più di 65 anni

il modello econometrico stimato è:

$SSP = f(PIL; SD; FIN; TK; POP_{65+})$.

Il modello spiega il 76,90% della variabilità: in particolare l'effetto temporale è in pratica completamente spiegato dal modello come dimostra l' R^2 *within* pari a 95,47%; meno bene, invece, viene spiegato l'effetto di variabilità tra le Regioni (R^2 *between* = 49,48%).

I buoni risultati del test econometrico rassicurano sull'affidabilità del modello per costruire scenari, seppure a breve termine, di evoluzione della spesa sanitaria pubblica.

Tabella 1 - Coefficienti di regressione su dati panel Italia 1995-2004

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,016	0,016
Spesa a gestione diretta su spesa a gestione convenzionata	-85,117	0,000
Finanziamento pro-capite	0,482	0,000
Ticket	-7,163	0,000
Percentuale popolazione 65 +	40,777	0,003
Costante	-233,905	0,264

1.3.3 Lo scenario 2007

Lo scenario di seguito descritto deriva dall'adozione delle ipotesi economiche e demografiche già descritte nel capitolo 1.2, integrate dalle ipotesi di finanziamento previste nella Legge Finanziaria attualmente in discussione. Si è altresì tenuto conto della manovra proposta relativamente alle compartecipazioni alla spesa e ai piani di rientro, così come enunciati negli allegati tecnici all'art. 88 della Legge Finanziaria in discussione.

La Finanziaria stanziava risorse centrali per la Sanità pari € 96,0 mld., a cui si aggiunge € 1,0 mld. per le Regioni in maggiore difficoltà finanziaria (elevati disavanzi).

Ulteriori risorse regionali sono contabilizzate per € 3,7 mld. portando il finanziamento complessivo a € 100,7 mld., segnando un considerevole aumento.

Sempre dalle Regioni è attesa una razionalizzazione della spesa, derivante dai piani di rientro delle Regioni con elevati disavanzi, il cui effetto netto è stimato in € 1,0 mld.

Si consideri, infine, che la Finanziaria contiene interventi ulteriori di riduzione della spesa ten-

Tabella 2 - Scenario 2007

Voce	Mld. €	% su Pil
Spesa sanitaria totale	123,8 - 124,7	8,2 - 8,3
Spesa sanitaria pubblica	102,7 - 105,0	6,8 - 7,0
Finanziamento	97+3,7	6,4 - 6,7
Disavanzo	2,0 - 4,3	-
Spesa sanitaria privata	19,7 - 21,1	1,3 - 1,4
Var. annua spesa sanitaria privata	-6,2% -12,3%	

denziale, mediante incrementi delle compartecipazioni, riduzione di tariffe e lotta all'inappropriatezza, per un ammontare di circa € 2,0 mld.

Circa il 50% della manovra, relativo alle compartecipazioni, è compreso negli effetti tendenziali stimati dal modello: non è invece possibile, allo stato attuale di sviluppo del modello, considerare gli effetti derivanti dai "tagli" delle tariffe, che vengono quindi aggiunti esogeneamente. Per ragioni di prudenza, e in linea con gli scopi del Rapporto, si è limitato il ragionamento all'anno 2007, anche in considerazione del fatto che i dati disponibili per la stima dei parametri si fermano al 2004.

La tabella 2 contiene lo scenario costruito in base alle risultanze dei modelli e dell'analisi della L. Finanziaria, con indicazione del *range* di valori ritenuto maggiormente possibile. La figura 1 rappresenta in modo grafico le evoluzioni previste.

Considerando che il Finanziamento centrale previsto è di € 96,0 mld., al quale va aggiunto € 1,0 mld. con destinazione vincolata alle Regioni in maggiore difficoltà finanziaria, per un totale di € 97,0 mld., risulta un livello pari al 6,7% del Pil, qualora la crescita sia nulla.

Assumendo come crescita reale del Pil un valore ricompreso fra l'1% e l'1,5%, e una inflazione al 2,1%, in linea con i documenti di programmazione economica, il finanziamento previsto risulta pari al 6,4% del Pil; quindi per garantire un finanziamento al 6,7% del Pil 2007 è necessario aggiungere al finanziamento centrale quello regionale, raggiungendo il livello di € 100,7 mld.

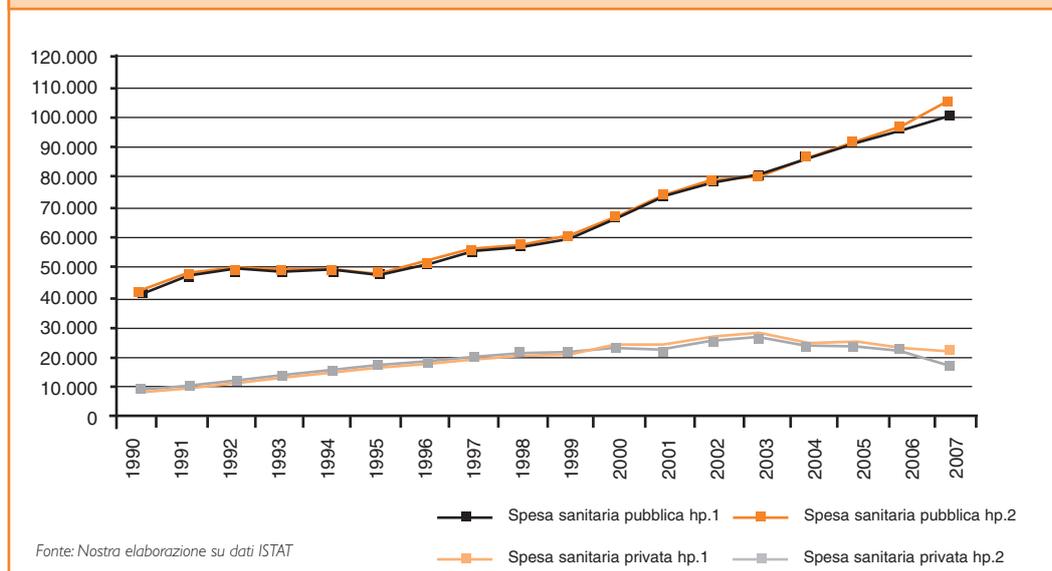
Secondo le nostre simulazioni la spesa sanitaria pubblica si dovrebbe attestare nella migliore delle ipotesi fra il 6,8% e il 7,0% del Pil, ovvero in termini nominali fra € 102,7 mld. e € 105,0 mld.

Solo scontando ipotesi favorevoli in termini di gettito dei ticket e l'integrale riuscita della manovra prevista, la spesa si avvicinerebbe al target previsto del 6,7%, con un modesto disavanzo di 0,1 punti di Pil; qualora la manovra non dovesse dare integralmente gli esiti previsti e le razionalizzazioni, specialmente nel Centro-Sud, non fossero all'altezza delle aspettative, il disavanzo potrebbe raggiungere i € 4,3 mld., ovvero 0,3 punti di Pil.

Assumendo che la spesa sanitaria totale si attesti all'8,2% (fino all'8,3%) del Pil (cfr. cap. 1.2), la quota a carico delle famiglie potrebbe diminuire di € 25-48 pro-capite, risultando pari a 1,3-1,4 punti di Pil.

In pratica, l'aumento del finanziamento pubblico scaricherebbe parzialmente le famiglie da

Figura 1 - Andamento della spesa sanitaria dal 1990 al 2007



oneri sanitari, ma l'effetto verrebbe controbilanciato dai maggiori oneri derivati dalle nuove compartecipazioni (pronto soccorso) e dall'inasprimento di quelle esistenti (specialistica). Se per le famiglie si assiste ad un leggero decremento, la manovra, tesa a una maggiore responsabilizzazione degli utenti, innesca però complessi meccanismi equitativi; da questo punto di vista l'adozione di ticket in cifra fissa anche sulle ricette della specialistica lascia supporre un impatto equitativo discutibile sulle fasce di popolazione più a rischio (cfr. cap. 4.1, Doglia, Spandonaro).

Probabilmente, quindi, la manovra non riuscirà a realizzare l'agognato equilibrio finanziario, sebbene in presenza di un incremento di finanziamento pari a oltre 0,2 punti di Pil.

La questione, peraltro come in ogni anno dalla nascita del SSN, sarà quella dell'eventuale attribuzione della responsabilità del disavanzo.

Per avere un sostanziale equilibrio sarebbe necessario un ulteriore recupero di efficienza dell'ordine del 5-6%: obiettivo ambizioso ma non irraggiungibile, qualora si individuino strumenti e target per agire.

1.3.4 Valutazioni conclusive

Sebbene, in un campo fortemente regolamentato come quello sanitario, i modelli possono avere un valore limitato, essendo l'evoluzione dei fenomeni soggetta a shock esogeni derivanti dalle scelte pubbliche, essi contribuiscono alla descrizione di scenari coerenti: come tali vanno quindi intesi gli esercizi previsivi presentati, che si sperano utili per supportare il processo decisionale.

Emerge come anche il 2007 sarà probabilmente segnato da un insuccesso (seppure parziale) nel riportare in equilibrio finanziamento e spesa pubblica.

I contributi relativi a vari Paesi europei e non, ospitati nel presente Rapporto (cfr. capp. 2.1-2.6), ci mostrano come la formazione di disavanzi sia un problema sostanzialmente comune, con

l'esclusione forse del caso australiano (ove l'azione pubblica opera sul versante del razionamento delle prestazioni garantite) e di quello olandese (ove sono i premi assicurativi ad adeguarsi); allo stesso tempo sembra che la questione non sia internazionalmente percepita come centrale per il governo della spesa, piuttosto è in discussione come determinare un livello di spesa ritenuto accettabile e congruo.

La sensibilità nostrana all'equilibrio finanziario è probabilmente spiegata dal peculiare contesto di finanza pubblica, caratterizzato da un ingente debito pubblico accumulato: inoltre, la sua coda di polemiche sull'attribuzione dei disavanzi comporta ritardi nei pagamenti e creazione di oneri impropri.

L'evidenza statistica dei modelli predisposti sembra peraltro, in qualche modo, giustificare una forma di sottostima del finanziamento, data la tendenza della spesa ad adeguarsi ad esso e l'effetto moltiplicatore sulla spesa totale.

Oltre alle questioni legate agli aspetti finanziari, emerge comunque una volontà di rifinanziamento del settore, che conferma e accelera una tendenza *bipartisan*, in atto da almeno un quinquennio. La Sanità ha infatti pagato un notevole contributo al risanamento della finanza pubblica italiana e all'"entrata" in Europa, sino a toccare nel biennio 1995-1996 il minimo storico di finanziamento e spesa pubblica (rispettivamente 51% e 5,2% del Pil). Il decennio successivo ha riportato la spesa sul livello del 1991 (6,4%), anche se il finanziamento è stato più prudente: dopo un decennio e in presenza di una secolare tendenza all'aumento della spesa sanitaria complessiva, è sostanzialmente accettabile lo scenario descritto dal modello che porta la spesa pubblica fra il 6,8%-7% del Pil: valori comunque medi nel panorama internazionale.

Qualora i vincoli di bilancio non permettano una ulteriore crescita, si pone comunque un problema equitativo, ovvero come trasformare la rilevante quota di spesa *out of pocket* in spesa assicurata, mediante forme di copertura integrative, dotate di qualche elemento di solidarietà. Indubbiamente (vedi gli altri contributi del Rapporto) il processo può essere facilitato da recuperi di efficienza e appropriatezza delle prestazioni, capaci di liberare risorse, particolarmente utili in un contesto fortemente sperequato che necessita di interventi di riqualificazione e adeguamento.

Rimandando agli altri contributi del Rapporto per una analisi più approfondita dei livelli e delle cause dell'(in)efficienza e (in)appropriatezza, vale la pena qui ricordare che le risorse che si dovessero liberare sono però già "prenotate", nel senso che hanno una loro naturale destinazione ai necessari incrementi di qualità del servizio; sebbene il SSN italiano manchi di sistematico monitoraggio della qualità dei servizi, è opinione comune che esistano ampi e doverosi margini di miglioramento, da realizzarsi ad esempio con investimenti in IT, edilizia ecc. Prende atto di questo anche la Finanziaria, che contiene una norma programmatica di rifinanziamento della L. 88/1988 per l'edilizia sanitaria.

In conclusione, se il *gap* fra finanziamento e spesa sembra leggermente ridursi e, comunque, sembra delinearci più un problema di gestione del disavanzo che non di livello assoluto dello stesso, rimane irrisolto (nel senso "di implicito") il tema del contributo che la Sanità paga alla riduzione dell'enorme debito pubblico italiano: evidentemente è un problema di priorità, che va affrontato riconoscendo che esiste uno stretto legame fra le varie parti del welfare, innanzi tutto fra Previdenza (prestazioni in denaro) e Sanità (prestazioni in natura).

1.4 - Le politiche farmaceutiche

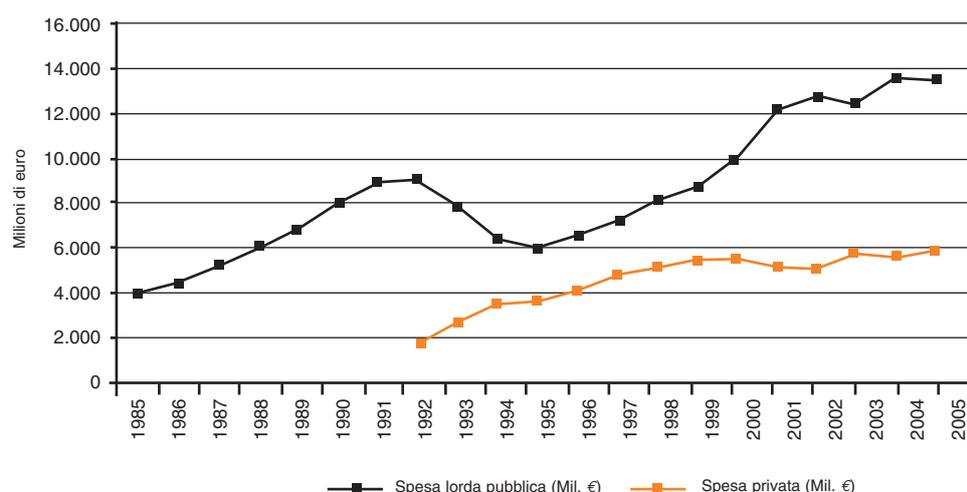
Barrella A.¹, Polistena B.², Ratti M.², Spandonaro F.²

1.4.1 L'evoluzione della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, si è attestata nel 2005 a € 19.459 mil., facendo registrare un incremento dell'1,4% rispetto all'anno precedente, determinato da un aumento della spesa privata del 6,3%⁴ e da una lieve riduzione della spesa pubblica pari al -0,6%⁵.

Cresce anche il mercato dei farmaci equivalenti⁶, che ha raggiunto il 13,1% della spesa

Figura 1 - Spesa farmaceutica territoriale in Italia - anni 1985-2005



Fonte: Nostra elaborazione su dati OsMED

¹ Pfizer Italia Srl.

² CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

³ OsMED, (2006), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2005*, Roma, giugno 2006.

⁴ Derivante dal consistente aumento, pari al 35,2%, dei farmaci di fascia A rimborsabili acquistati privatamente dai cittadini, ma anche della spesa dei farmaci di classe C (+2,2%) e di quelli di automedicazione (+3,5%).

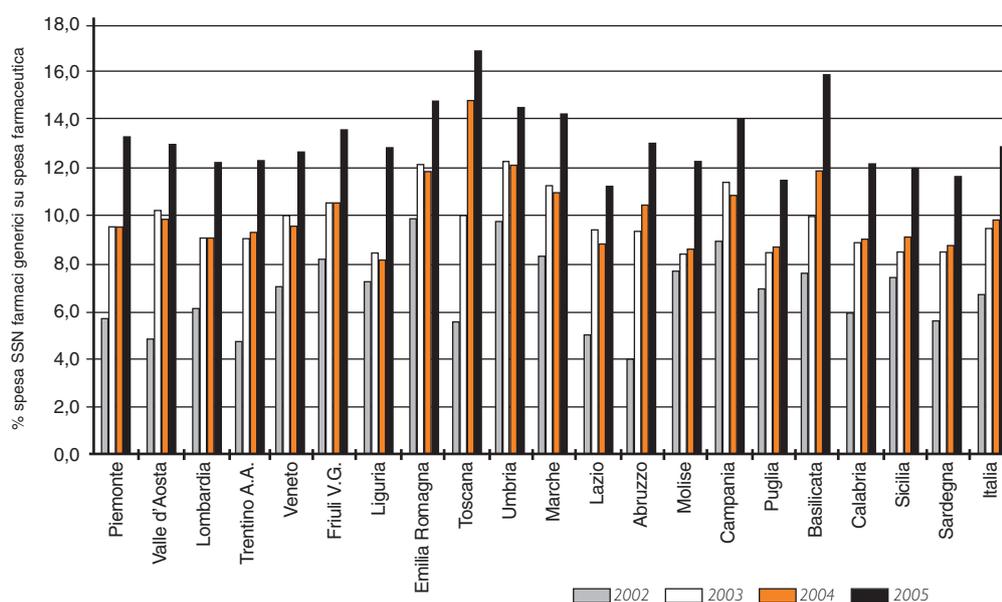
⁵ Derivante dalla riduzione dei prezzi (-3,4%), ma frutto anche dell'effetto mix (-1,1%), mentre si continua a registrare un +4,0% nella quantità dei farmaci prescritti.

⁶ Ovvero dei farmaci generici branded e unbranded.

farmaceutica a carico del SSN e il 24,1% delle quantità consumate, anche se ancora è scarso l'utilizzo dei farmaci *unbranded*, che rappresentano solo il 2,9% del mercato complessivo dei farmaci equivalenti.

La spesa farmaceutica netta territoriale del SSN ha, inoltre, rappresentato il 13,4% del

Figura 2 - Spesa SSN per farmaci a brevetto scaduto (valori %)



Fonte: Nostra elaborazione su dati OsMED

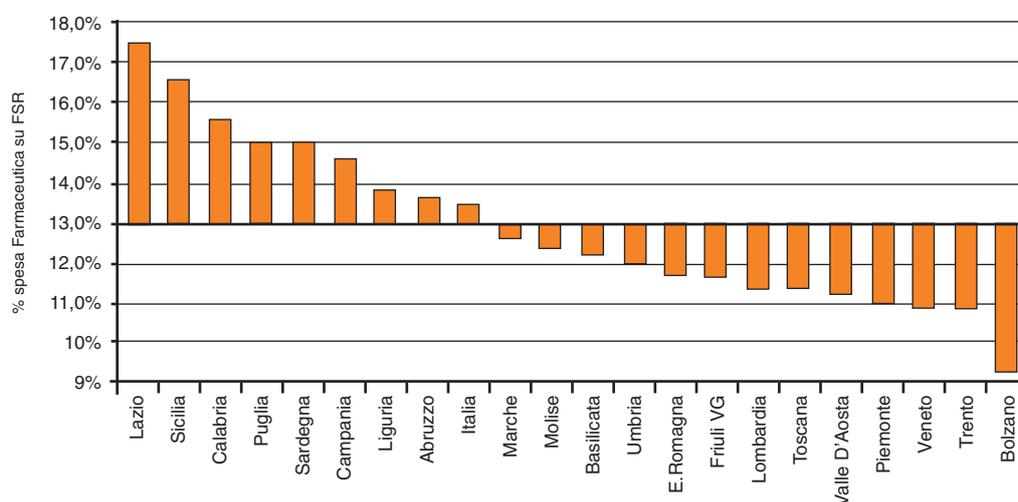
finanziamento regionale, facendo registrare anche nel 2005 una elevata variabilità tra le Regioni: in quelle del Nord (ad eccezione della Liguria) la spesa risulta al di sotto del tetto del 13%, mentre quelle del Centro-Sud superano ancora tale vincolo, con sole quattro Regioni (Lazio, Sicilia, Campania e Puglia) che determinano l'85% dello sfondamento rispetto ai fondi assegnati.

Come già evidenziato nel rapporto dello scorso anno⁷, il tetto di spesa uniforme non permette di tenere conto dei diversi bisogni assistenziali delle popolazioni regionali, per cui riproponendo il modello di correzione basato sull'assegnazione delle risorse destinate alla farmaceutica sulla base dei bisogni effettivi⁸, aggiornato con la popolazione al 1 gennaio 2005, si può evidenziare che:

⁷ Barrella A, Polacsek A (2005), *Le politiche farmaceutiche in Italia, Rapporto CEIS Sanità 2005*.

⁸ Ovvero della popolazione pesata, dove i pesi utilizzati nel modello sono stati ottenuti utilizzando dati relativi alla spesa farmaceutica lorda (escludendo così differenze di consumo derivanti da politiche regionali di esenzione) per classi di età relativa all'anno 2001 di cinque Regioni di cui è stato possibile raccogliere i dati.

Figura 3 - Percentuale spesa farmaceutica netta su FSR 2005



Fonte: Nostra elaborazione su dati Federfarma e AIFA

- i fondi così determinati risultano, rispetto a quelli effettivi, superiori nelle Regioni con una popolazione più anziana (confermando la teoria che i consumi farmaceutici siano fortemente legati all'età della popolazione);
- se anche il sistema di attribuzione dei fondi per la farmaceutica a livello regionale si basasse sui bisogni assistenziali della popolazione, le Regioni del Nord si mostrerebbero, mediamente, ancora più virtuose (l'avanzo tra la spesa farmaceutica pubblica e i fondi assegnati e teorici si presenta infatti ancora più elevato), mentre nelle regioni del Centro-Sud il disavanzo risulterebbe maggiore rispetto a quello effettivo;
- infine, il fondo regionale per l'assistenza farmaceutica, calcolato sulla base dei pesi sul FSR totale, conferma che Regioni con una popolazione più anziana dovrebbero ricevere di più del 13%.

Infine, osservando i dati di spesa farmaceutica relativi al primo semestre 2006, si evidenzia un aumento della spesa farmaceutica territoriale netta, nella misura del 10,8%, rispetto allo stesso periodo del 2005, derivante dall'incremento del numero delle ricette (+5,9%) e della spesa media per ricetta (+4,6%): sono quindi state prescritte più ricette, mediamente più costose⁹. Tale aumento di spesa registrato nel primo semestre 2006 ha quindi determinato un nuovo intervento da parte dell'AIFA¹⁰, mediante una riduzione del 5% del prezzo dei farmaci rimborsabili dal SSN, per il ripiano del disavanzo da parte delle aziende farmaceutiche¹¹.

⁹ Federfarma (2006), *La spesa farmaceutica SSN. Dati di spesa farmaceutica gennaio-giugno 2006*.

¹⁰ *Determina Aifa 27 settembre 2006 pubblicata sulla G.U. del 29 Settembre 2006*.

¹¹ *In adempimento alla L. n. 326/2003, che poneva a carico dei produttori il ripiano del 60% dello sfondamento del tetto di spesa*.

Tabella 1 - Spesa Farmaceutica netta territoriale e assegnazione fondi - Anno 2005

Regioni	FSR (A)	Fondo spesa farmaceutica (tetto 13%) (B)	Fondo spesa farmaceutica (tetto pesato per i bisogni) (C)	Fondo spesa farmaceutica Netta (D)	Scost. nti % spesa netta da fondo indistinto al 13% (D/B)	Scost. nti % spesa netta da fondo pesato (D/C)	Incidenza % fondo pesato farmaceutica su FSR (C/A)
Val d'Aosta	188.190.000	24.464.700	24.528.724	21.697.596	-11,31%	-11,54%	13,03%
Piemonte	6.789.920.000	882.689.600	902.985.925	756.357.248	-14,31%	-16,24%	13,30%
Liguria	2.680.460.000	348.459.800	358.967.058	371.316.285	6,56%	3,44%	13,39%
Lombardia	13.980.020.000	1.817.402.600	1.836.797.572	1.623.340.255	-10,68%	-11,62%	13,14%
Veneto	6.979.580.000	907.345.400	915.555.135	772.319.310	-14,88%	-15,64%	13,12%
T. Alto Adige	1.411.250.000	183.462.500	182.977.622	144.250.341	-21,37%	-21,17%	12,97%
F.V. Giulia	1.897.660.000	246.695.800	252.656.063	225.332.972	-8,66%	-10,81%	13,31%
E. Romagna	6.516.380.000	847.129.400	869.973.861	778.667.786	-8,08%	-10,50%	13,35%
Marche	2.361.920.000	307.049.600	314.826.996	298.668.510	-2,73%	-5,13%	13,33%
Toscana	5.735.800.000	745.654.000	761.541.074	664.542.258	-10,88%	-12,74%	13,28%
Lazio	7.960.660.000	1.034.885.800	1.020.537.722	1.397.320.695	35,02%	36,92%	12,82%
Umbria	1.361.810.000	177.035.300	181.704.255	165.787.163	-6,35%	-8,76%	13,34%
Abruzzo	1.997.890.000	259.725.700	261.961.290	272.987.824	5,11%	4,21%	13,11%
Molise	507.580.000	65.985.400	65.532.806	63.975.167	-3,05%	-2,38%	12,91%
Campania	8.163.450.000	1.061.248.500	1.016.751.077	1.212.421.875	14,24%	19,24%	12,45%
Puglia	5.898.930.000	766.860.900	750.432.423	891.701.610	16,28%	18,83%	12,72%
Basilicata	905.790.000	117.752.700	115.705.709	113.650.298	-3,48%	-1,78%	12,77%
Calabria	2.991.460.000	388.889.800	377.461.967	469.616.650	20,76%	24,41%	12,62%
Sicilia	7.399.710.000	961.962.300	936.797.591	1.239.075.724	28,81%	32,27%	12,66%
Sardegna	2.416.560.000	314.152.800	311.157.731	364.574.716	16,05%	17,17%	12,88%
Italia	88.145.020.000	11.458.852.600	11.458.852.600	11.847.604.283	3,39%	3,39%	13,00%

Fonte: AIFA, Federfarma e nostre elaborazioni

1.4.2 Le politiche nazionali

Due sono stati i provvedimenti nazionali adottati dall'AIFA¹² nel corso del 2005. Il primo ha visto proseguire la manovra iniziata nel 2004, rivolta a recuperare lo sfondamento della spesa farmaceutica attraverso l'applicazione di uno sconto del 6,8% a carico dell'industria farmaceutica sul proprio fatturato, per tutti i farmaci rimborsati dal SSN, anche se acquistati privatamente dal cittadino¹³.

¹² L'Agenzia Italiana del Farmaco, che ha tra le sue responsabilità la garanzia del tetto di spesa del 13% attraverso manovre di ripiano, revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale e negoziazione dei prezzi.

¹³ Con una riduzione, quindi, del prezzo al pubblico pari al 4,12%.

Il secondo provvedimento ha invece riguardato l'aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN), entrato in vigore dal 1° gennaio 2005, con una diminuzione del prezzo per i principi attivi che avevano registrato un eccessivo aumento dei consumi¹⁴ e con l'ammissione al rimborso di nuove specialità e generici.

La spesa farmaceutica del 2005 è stata inoltre impattata da due provvedimenti realizzati dall'AIFA alla fine del 2004: la revisione delle note e l'adozione del PHT (prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio).

Infine è da ricordare l'accordo ministero della Salute-Federfarma dello scorso 9 dicembre 2005¹⁵, i cui effetti sulla spesa sono attesi nel 2006; tale accordo prevede: un blocco al prezzo dei farmaci di classe C per 2 anni, vincolando l'azienda che li produce a fissare il prezzo a gennaio degli anni dispari, oltre l'applicazione da parte delle farmacie di uno sconto fino al 20% per i farmaci da banco e quelli senza obbligo di prescrizione¹⁶.

1.4.3 Gli interventi regionali

Il vincolo di spesa per l'assistenza farmaceutica in atto dal 2002 ha demandato a livello regionale la possibilità di attuare diverse manovre al fine di contenere la spesa farmaceutica al di sotto del tetto del 13%.

Tra gli interventi realizzati dalle Regioni nel 2005 possiamo evidenziare che:

- il ticket è stato confermato nelle Regioni che già lo applicavano nel 2004, mentre è stato abolito in Calabria (1 settembre 2005) e in Piemonte quello sui generici (1 luglio 2005)¹⁷; ulteriori modifiche hanno riguardato: variazioni nel regime di esenzioni in Liguria e Sicilia (gennaio 2005), in Veneto (aprile 2005), in Puglia (ottobre 2005), riduzione del ticket a € 0,50 per i farmaci pluri-prescrivibili in Puglia (gennaio 2005);
- è stata avviata dalla Regione Basilicata la limitazione alla prescrizione di una confezione per ricetta;
- molte Regioni¹⁸ hanno mantenuto o implementato la distribuzione "in nome e per conto" attraverso accordi con farmacie e grossisti¹⁹;

¹⁴ Incremento di spesa superiore all'8,6%.

¹⁵ Realizzato per dare attuazione alla L. n. 149/2005.

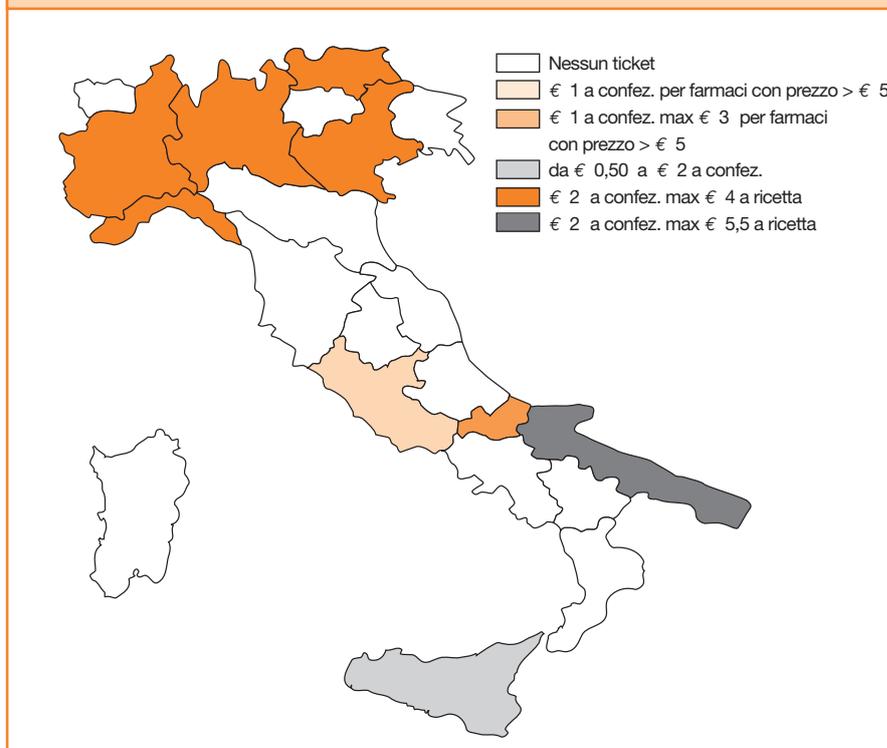
¹⁶ ASI (2005), *Il Ministero della Salute e Federfarma raggiungono l'accordo. Farmaci di fascia C, sconti in farmacia e niente vendita nei supermercati*, "ASI", n. 50, 15 dicembre, pag. 31-32.

¹⁷ Nel Lazio dal 1 gennaio 2006.

¹⁸ In particolare: Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Piemonte, Sicilia, Toscana, Umbria. Emilia Romagna, Lombardia e Veneto hanno, invece, scelto di adottare questa iniziativa solo in alcune Aziende Sanitarie.

¹⁹ Sfruttando l'opportunità offerta dalla L. n. 405/2001 di contenere la spesa farmaceutica (attraverso i maggiori sconti applicati ai farmaci acquistati da parte delle strutture pubbliche) attivando modalità particolari di erogazione dei farmaci: per il primo ciclo di terapia ai pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero o da visita specialistica ambulatoriale, per la distribuzione diretta dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente (farmaci previsti dal PHT), anche attraverso accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate (distribuzione "in nome e per conto").

Figura 4 - L'applicazione dei ticket nelle Regioni



- Sardegna (novembre 2005) e Veneto (agosto 2005), sono ricorse alla disciplina dell'informazione medico-scientifica;
- ricorso, invece, al maggiore impiego dei farmaci generici da parte della Regione Toscana, che registra infatti la spesa a carico del SSN per farmaci a brevetto scaduto più alta.

1.4.4 Le tendenze della spesa farmaceutica

Malgrado molte Regioni siano riuscite, peraltro con una congerie di interventi, a mantenere la spesa farmaceutica sotto il tetto del 13%, l'evoluzione del settore a livello aggregato è tendenzialmente fuori controllo, imponendo reiterati interventi dell'AIFA.

Il governo del sistema implica quindi la comprensione delle tendenze della spesa farmaceutica.

A tal fine si è costruito un modello econometrico su un panel regionale di variabili economiche, demografiche e indicatori d'efficienza.

Le variabili economiche prese in considerazione nel modello sono il Pil e la quota di ticket. Il Pil rappresenta una *proxy* del reddito regionale, che ci si aspetta abbia una correlazione positiva con la spesa farmaceutica. L'incidenza del ticket peraltro ci fornisce indicazione sull'effettiva responsabilizzazione dei cittadini, ovvero sulla capacità di contenimento dei consumi derivante dal prezzo.

La percentuale di popolazione con più di 65 anni dovrebbe recepire il differente assorbi-

mento di risorse derivante dall'età, e in proiezione l'impatto dell'invecchiamento²⁰. Nei prossimi vent'anni, secondo le previsioni Istat, si avrà un significativo aumento delle persone con più di 65 anni di età, di cui la maggior parte ultra-ottantenni (44%).

Per cogliere l'effetto delle politiche di riduzione dei prezzi, si è considerato il prezzo medio per ricetta, mentre per valutare l'effetto dell'inappropriata prescrizione il numero di ricette per medico.

1.4.5 Banca dati e il modello stimato

La stima del modello su dati panel si fonda su dati Regionali, di fonte Federfarma (spesa farmaceutica pubblica) e Istat (spesa farmaceutica privata), sul periodo 1997-2003.

Da un punto di vista econometrico si è stimato sia un modello con effetti fissi che con effetti *random*.

Indicando con:

SFT = Spesa farmaceutica totale pro-capite

PIL = PIL pro-capite

POP_65+ = % popolazione con più di 65 anni

CMR = Costo medio ricette

RPM = Ricette per medico

TK/SL = Incidenza del ticket sulla spesa lorda

Il modello econometrico stimato risulta quindi essere:

$SFT = f(PIL; POP_{65+}; CMR; RPM; TK/SL)^{21}$.

Si è scelto di effettuare l'analisi inizialmente a livello nazionale e successivamente per ripartizione geografica, considerando separatamente il Nord²² e il Centro-Sud.

Il modello prescelto a livello nazionale, secondo il test di Hausman, è quello a effetti fissi.

Il modello spiega il 57,09% della variabilità della spesa farmaceutica totale pro-capite. In particolare l'effetto temporale è ottimamente spiegato come dimostra l' R^2 *within* pari a 87,75%, ma anche la variabilità tra le Regioni viene spiegata in maniera abbastanza soddisfacente (R^2 *between* = 57,97%).

Tutte le variabili, tranne il ticket, risultano significative (il Pil lo è al limite) e con i segni attesi. Per il Nord, il test di Hausman ha indicato come preferibile il modello a effetti *random*.

Tornando al ticket osserviamo che la sua presunta inefficacia a contenere i consumi può derivare dalla mancata considerazione delle esenzioni, e comunque la non significatività statistica non esclude trasferimenti di oneri dal settore pubblico alle famiglie.

Il modello a effetti *random* spiega il 74,83% della variabile oggetto di studio, sia l'effetto temporale che quello territoriale sono ben spiegati dal modello: l' R^2 *within* è, infatti, pari

²⁰ L'età dei pazienti è estremamente importante nella ripartizione della spesa pubblica farmaceutica pro-capite: secondo il Rapporto Osmed 2005, la spesa va da € 42,9 pro-capite per bambino da zero a quattro anni, per salire progressivamente fino a € 588,7 pro-capite per i pazienti con età superiore ai 75 anni.

²¹ Per semplicità sono stati omessi i pedici relativi all'anno e alla Regione.

²² Nella ripartizione del Nord è stata inserita anche la regione Toscana in quanto organizzativamente assimilabile alle Regioni del Nord.

Tabella 2 - Coefficienti di regressione su dati panel Italia 1997-2003

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,004	0,068
Percentuale popolazione 65 anni e più	18,157	0,013
Costo medio ricette	3,531	0,001
Ricette per medico	0,011	0,008
Ticket	0,885	0,165
Costante	-293,758	0,002

Tabella 3 - Coefficienti di regressione su dati panel Nord 1997-2003

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,008	0,009
Percentuale popolazione 65 anni e più	13,638	0,000
Costo medio ricette	4,125	0,004
Ricette per medico	0,005	0,428
Ticket	0,849	0,257
Costante	-295,758	0,000

a 87,29% mentre l' R^2 *between* risulta uguale al 63,17%.

La spesa farmaceutica totale è ancora spiegata dal Pil, dalla percentuale di over 65 anni e dal costo medio delle ricette.

Anche per il Centro-Sud il modello da utilizzare è quello ad effetti *random*, che spiega l'82,59% della variabilità complessiva; anche in questo caso sia l'effetto temporale che quello territoriale sono ben spiegati dal modello: l' R^2 *within* è pari a 88,15%, mentre l' R^2 *between* risulta uguale al 66,20%.

Per il Centro-Sud le variabili risultate significative sono: il Pil, il costo medio delle ricette, ma anche il numero di ricette per medico e il ticket, quest'ultimo sorprendentemente con segno positivo.

Come era lecito aspettarsi la spesa farmaceutica totale sembra influenzata da fattori economici e demografici, ma anche da fattori riconducibili a inefficienza.

Regioni del Nord e Regioni del Centro-Sud rappresentano singolarmente insiemi sostanzialmente omogenei, come dimostrato dalla scelta del modello a effetti *random* e dalla variabilità *between* spiegata; si evidenzia peraltro una disomogeneità significativa tra le ripartizioni.

Tabella 4 - Coefficienti di regressione su dati panel Centro-Sud 1997-2003

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,004	0,004
Percentuale popolazione 65 anni e più	2,576	0,167
Costo medio ricette	3,959	0,001
Ricette per medico	0,021	0,000
Ticket	1,728	0,054
Costante	-92,793	0,032

Nel Centro-Sud non sembra rilevante l'effetto anzianità, mentre è significativo il numero di ricette prescritte per medico, che possiamo considerare una *proxy* dell'inappropriatezza prescrittiva.

Risulterebbe, invece, comune la sensibilità ai prezzi e quindi l'efficacia dei tagli effettuati, sebbene la variabile usata non permetta di discriminare tra livello dei prezzi ed effetti di *case-mix*.

1.4.6 Le tendenze della spesa farmaceutica totale

Il modello ci permette di inferire l'evoluzione tendenziale della spesa farmaceutica totale: scelte sul prontuario e sulle compartecipazioni determineranno poi l'impatto sulla spesa farmaceutica pubblica.

Per ragioni di prudenza si è limitata la previsione all'anno 2007, anche in considerazione del fatto che i dati disponibili per la stima dei parametri si ferma al 2003.

Per quanto riguarda il Pil abbiamo considerato un'ipotesi conservativa con un incremento del Pil reale dell'1% e l'ipotesi descritta dal Governo con un Pil dell'1,5%²³. Per quanto riguarda le variabili esogene, la percentuale di popolazione over 65 è stata desunta dalle previsioni Istat della popolazione 2007.

Per il costo medio per ricetta si sono fatte due ipotesi alternative: una crescita del 2% e una crescita del 4%.

L'esercizio di simulazione prevede una spesa farmaceutica totale che varia tra i € 22.748 mil. e i € 22.869 mil. Per l'anno 2007 la spesa farmaceutica dovrebbe, quindi, assorbire una quota di Pil pari all'1,5%; sulla spesa sanitaria totale prevista²⁴ l'incidenza della spesa farmaceutica totale (pubblica + privata) sarebbe compresa fra 18,24% e il 18,47%.

In base al finanziamento previsto per il 2007 per il Servizio Sanitario Nazionale, determi-

²³ Cf. *Andamento tendenziale dell'economia italiana: Documento di programmazione economica-finanziaria 2007-2011*.

²⁴ Cf. *cap. 1.2 del presente rapporto: L'evoluzione della spesa sanitaria in Italia*.

Tabella 5 - Previsioni spesa farmaceutica totale 2007

Variabili di previsioni	Spesa 2007 pro-capite	Spesa tot. 2007 (mil. €)
Pil + 1%, Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 2% costante, MMG costanti	389,47	22.748
Pil + 1,5%, Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 2%, costante, MMG costanti	390,00	22.780
Pil + 1% , Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 4% costante, MMG costanti	390,99	22.837
Pil + 1,5,% Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 4% costante, MMG costanti	391,52	22.869

nato in € 96.000 mil. dal Governo²⁵, il tetto di spesa farmaceutica del 13% ammonterebbe a € 12.480 mil. Quindi, in base alle nostre previsioni, il rispetto del tetto di spesa comporterebbe una quota di spesa privata compresa tra i € 10.268 mil. e i € 10.388 mil. pari a circa il 45% del totale, in linea con i livelli attuali.

In definitiva sembra che, in assenza di ulteriori manovre, la spesa farmaceutica totale sia destinata a crescere naturalmente, per effetto dell'invecchiamento della popolazione, del reddito, ecc., ma nel breve periodo l'aumento tendenziale (al netto dei fenomeni di *case-mix* dovuti all'innovazione e alle pressioni commerciali) sarebbe modesto essendo compreso tra il 2,51% e il 2,80% rispetto al valore previsto 2006.

Si noti che mentre nel Nord prevale la spinta alla crescita derivante dalla popolazione anziana, nel Centro-Sud assume un ruolo importante nella spiegazione degli aumenti l'inefficienza prescrittiva.

²⁵ Intesa Conferenza Stato-Regioni del 28.09.2006.

1.4.7 Conclusioni

Mentre assistiamo a interventi di politica pubblica incentrati principalmente su regolamentazioni di prezzo, il modello stimato indica l'urgenza di intervenire sull'inappropriatezza prescrittiva, con particolare urgenza nel Centro-Sud.

Come era lecito aspettarsi, il miglioramento delle condizioni economiche e l'invecchiamento hanno poi un'influenza sulla spesa farmaceutica, spingendola naturalmente al rialzo: ciò rafforza l'esigenza di rivedere il tetto unico (13%), che è invece indipendente dalla struttura demografica.

In termini quantitativi, un aumento del Pil dell'1% implica un aumento della spesa farmaceutica dello 0,26% (pari a € 0,97 pro-capite) in Italia, con una maggiore elasticità al Nord (0,60%, pari a € 2,27 pro-capite) che al Centro-Sud (0,21%, pari a € 0,76 pro-capite).

L'effetto dell'invecchiamento è significativo al Nord e, sorprendentemente, non nel Centro-Sud. In particolare, l'aumento di un punto percentuale della popolazione con più di 65 anni aumenterebbe la spesa farmaceutica totale pro-capite di € 18,16 in Italia, pari al 4,92% e al Nord di € 13,64 pari al 3,71%.

Le variazioni dei prezzi medi hanno una elasticità intorno a 0,2.

Ancora, se nel Centro-Sud il numero di prescrizioni per medico fosse uguale a quello medio del Nord, si avrebbe una diminuzione della spesa farmaceutica totale pari al 5,32%, dimostrando l'urgenza di interventi in tal senso.

Concludendo, le differenze riscontrate a livello regionale suggeriscono che le politiche farmaceutiche debbano essere calate nei contesti locali, abbandonando la pretesa di un governo centrale con *benchmark* uguali per tutti.

Riferimenti bibliografici

- AIFA (2006), "Analisi dell'impatto sulla spesa farmaceutica dei farmaci registrati dall'AIFA nel periodo luglio 2004-dicembre 2005".
- AIFA (2006), "Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata a carico del SSN: consuntivo 2005".
- AIFA (2006), "L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2005".
- ASI (2005), "Il Ministero della Salute e Federfarma raggiungono l'accordo. Farmaci di fascia C, sconti in farmacia e niente vendita nei supermercati", ASI, n. 50, 15 dicembre, pp. 31-32.
- Barrella A, Polacsek A (2005), "Le politiche farmaceutiche in Italia", Rapporto CEIS Sanità 2005.
- CER (2005), "La reintroduzione dei ticket non frena la spesa farmaceutica", ASI, n. 37, 15 settembre, pp. 2-12.
- Farmindustria (2006), "Indicatori farmaceutici", giugno 2006.
- Federfarma (2005), "La spesa farmaceutica sforerà il tetto", ASI, n. 49, 8 dicembre, pp. 21-23.
- Federfarma (2006), "Federfarma presenta il consuntivo 2005. La spesa farmaceutica cala dell'1,1%", ASI, n. 16, 20 aprile, pp. 2-6.
- Federfarma (2006), "La spesa farmaceutica SSN, dati gennaio-dicembre 2005".
- Federfarma (2006), "La spesa farmaceutica SSN. Dati di spesa farmaceutica gennaio-giugno 2006".

- OsMED (2006), “L’uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2005”, Roma, giugno 2006.
- Toniolo F, Mezzani M (2006), “Politiche di controllo del consumo dei farmaci. Cosa possono fare Regioni e Aziende Sanitarie”, ASI, n. 8, 23 febbraio, pp. 16-18.

1.5 - La razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera

Rocchetti I.¹, Spandonaro F.¹

1.5.1 Introduzione

L'assistenza ospedaliera è al centro delle politiche sanitarie da oltre un decennio, essendo sempre più diffusa la preoccupazione per l'ingente assorbimento di risorse che genera, ma anche per la più volte dichiarata volontà di spostare il focus assistenziale verso le cure primarie.

Il conseguente spostamento di risorse a livello di Livelli Essenziali di Assistenza dall'ospedale al territorio è divenuto una realtà, sebbene ancora con livelli difformi a livello regionale.

Larga parte delle politiche di razionalizzazione della rete ospedaliera si sono concentrate sulla riduzione dei posti letto (specialmente per acuti), sulla chiusura degli ospedali più piccoli, sull'incentivo ai ricoveri diurni: sono peraltro note ed evidenti le difficoltà che si sono incontrate in tale approccio, in particolare per quanto concerne la chiusura degli ospedali, che in effetti procede a rilento in molte Regioni.

A ben vedere, le strategie citate hanno un limite intrinseco in termini di razionalizzazione economica, per effetto della non proporzionalità fra riduzione dei posti letto e riduzione degli organici, che pure rappresentano la voce largamente maggioritaria dei costi.

Il presente contributo vuole analizzare alcune dimensioni fondamentali dell'assistenza ospedaliera, onde valutare lo stato del processo di razionalizzazione in corso; si privilegerà l'analisi della variabilità regionale dei comportamenti assistenziali, in particolare in termini di ricorso all'ospedale per età e di assorbimento di risorse che ne consegue. Non è evidentemente estranea al ragionamento neppure la valutazione delle politiche tariffarie regionali.

1.5.2 Banca dati e metodologia

Nelle elaborazioni seguenti si è utilizzata la banca dati delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) del Ministero della Salute relative all'anno 2003, riferite alla residenza del ricoverato.

Per quanto riguarda la valorizzazione dei ricoveri, onde stimare l'assorbimento di risorse relativo per età, si sono utilizzate le tariffe DRG specifiche regionali.

In particolare sono stati elaborati i tassi di ospedalizzazione specifici per età e residenza dei ricoverati e l'assorbimento relativo di risorse per classe di età e Regione.

Inoltre si è elaborata la tariffa media vigente nelle singole Regioni, anche standardizzata per il case mix, in quest'ultimo caso utilizzando la casistica nazionale.

Infine si è valutato l'effetto congiunto del minore/maggiore ricorso all'ospedale e delle politiche tariffarie, calcolando l'onere medio per classe di età riferito alla popolazione residente.

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

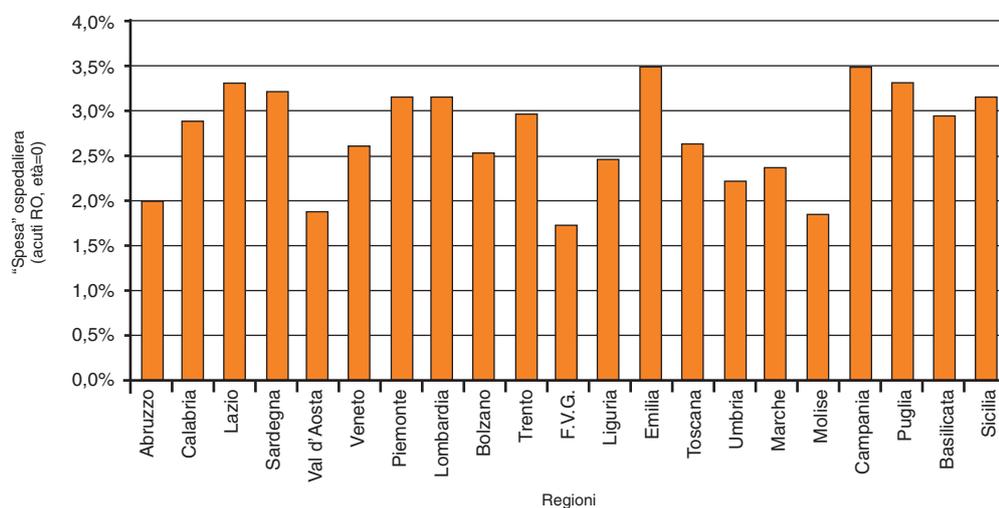
1.5.3 Struttura dei “costi” ospedalieri per età

Iniziamo la nostra analisi dalla distribuzione per età della “spesa”² ospedaliera degli acuti in regime ordinario e in day-hospital.

Relativamente agli acuti ricoverati in regime ordinario, le percentuali di “spesa” alle varie età hanno un andamento qualitativamente omogeneo nelle varie Regioni: dopo il picco di assorbimento relativo alle nascite (con patologie), esse crescono di poco sino alla classe di età 15-24, per poi aumentare esponenzialmente nelle fasce di età successive.

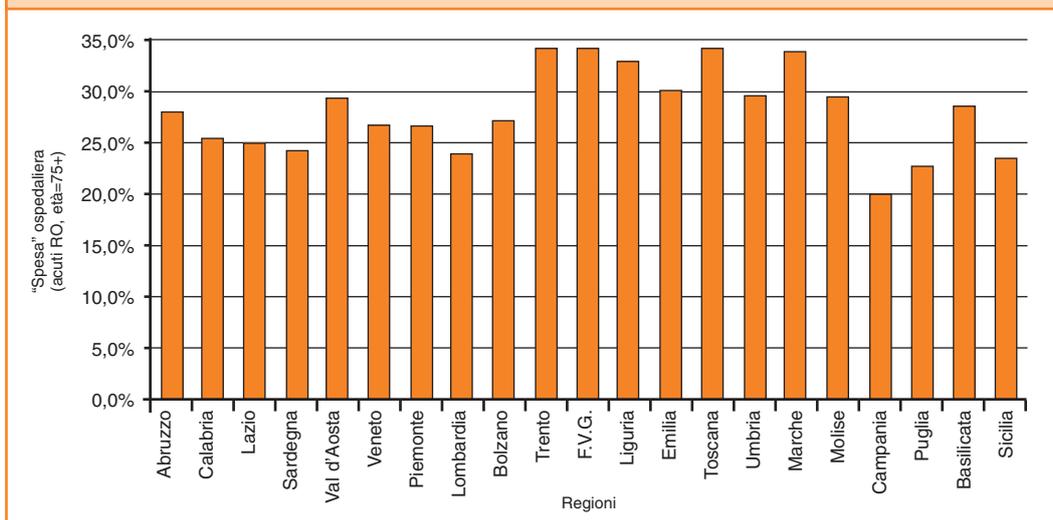
Dall’analisi quantitativa, emergono significative differenze a livello regionale. All’età zero, così come nelle età intermedie, il peso della “spesa” ospedaliera è maggiore nelle Regioni del Sud e nello specifico in Campania (3,5%), in Puglia (3,3%) e in Sicilia (3,1%). Il dato è spiegabile, ma solo parzialmente, con la struttura demografica regionale e quindi con i maggiori tassi di natalità al Sud (grafico 1): si consideri infatti che sono esclusi i costi dei parti di bimbi nati sani. Con l’aumentare dell’età si inverte ovviamente la relazione e aumenta anche la variabilità regionale. In particolare la classe di età 75 e più è quella in cui la proporzione di “spesa” si differenzia di più da Regione a Regione: i valori più alti sono raggiunti dal Friuli Venezia Giulia (34,6%), dalla Toscana (34,3%) e dalle Marche (34,1%), mentre la Campania ha la quota di “spesa” più bassa (20,1%) (grafico 2).

**Grafico 1 - Quota di “spesa” ospedaliera
Ricoveri ordinari in acuzie – età zero – Anno 2003**



² Come evidenziato nel paragrafo precedente, per “spesa” va correttamente inteso l’ammontare di finanziamento teoricamente riconosciuto secondo le tariffe DRG regionali vigenti. Non si tratta quindi strictu sensu di spesa, ma di un indicatore dell’assorbimento di risorse relativo per classe di età. Nel testo per semplicità verrà usato il termine “spesa” virgolettato.

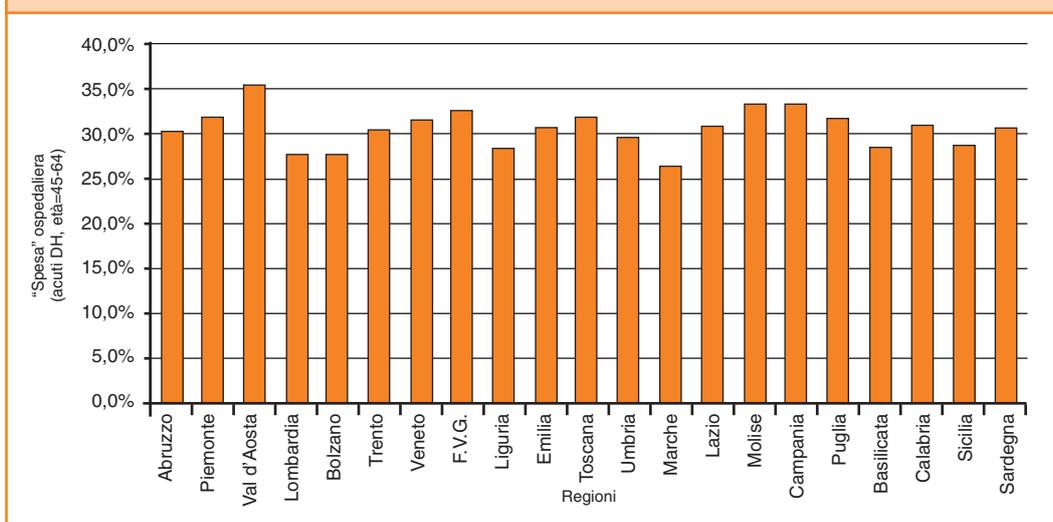
**Grafico 2 - Quota di "spesa" ospedaliera
Ricoveri ordinari in acuzie - età 75+ - Anno 2003**



Per quanto concerne i ricoveri in day-hospital, il costo si concentra in corrispondenza della classe d'età 45-64, per poi diminuire successivamente. In generale la variabilità regionale è maggiore nel regime ordinario (grafico 3).

Relativamente alla classe di età 45-64, che è quella che presenta la maggiore variabilità regionale, la Val d'Aosta ha un assorbimento del 36,0%, la Campania e il Molise del 33,7%, sino al 27,3 % delle Marche (grafico 3).

**Grafico 3 - Quota di "spesa" ospedaliera
Ricoveri diurni in acuzie - età 45-64 - Anno 2003**



La “spesa” ospedaliera per ricoveri ordinari si concentra quindi sulla prima e ultima classe di età, mentre per i ricoveri diurni nella classe 45-64 anni: emerge peraltro una forte variabilità regionale che scomporremo nei paragrafi successivi nelle sue componenti demografiche, di case-mix e tariffarie.

1.5.4 I tassi di ospedalizzazione

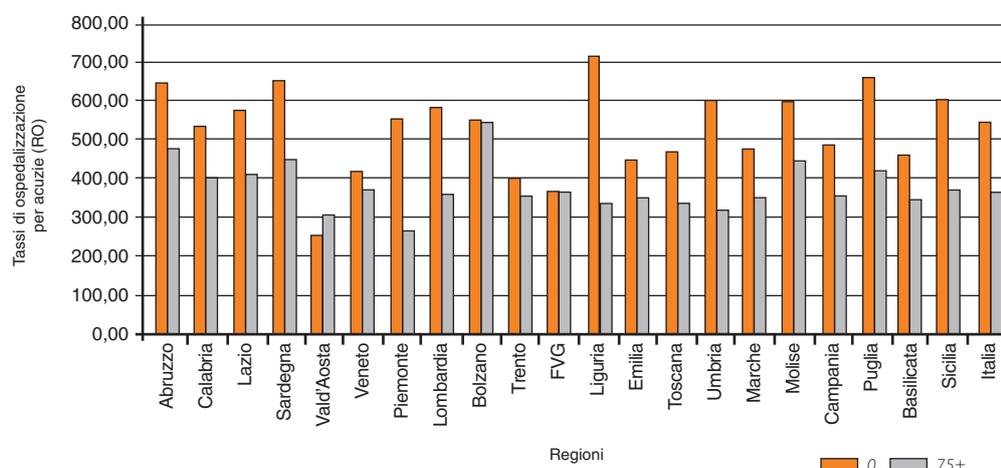
Relativamente agli acuti, il tasso di ospedalizzazione complessivo in Italia è pari al 145,9 per mille, sotto il parametro del 160 per mille indicato dall’art. 1 della L. 662/1996.

Se entriamo nello specifico per classe di età, osserviamo che nel primo anno di vita il tasso è pari al 548,15 per mille (esclusi i bimbi nati sani), scendendo al 58,38 per mille nella classe 5-14 per poi risalire nella classe 75 + al 370,26 per mille (grafico 4).

Anche in questo caso l’andamento qualitativo è omogeneo in tutte le Regioni, ma sono rilevanti le differenze di livello.

Si evidenzia in particolare l’esistenza di irregolarità geografiche nella distribuzione dei

Grafico 4 - Tassi di ospedalizzazione - Acuti in regime ordinario (valori per mille abitanti) - età zero e 75+



ricoveri e di una forte variabilità soprattutto nel primo anno di vita: le Regioni che riscontrano una proporzione maggiore di ricoveri sono la Liguria (704,04 per mille) e la Puglia (669,24 per mille), seguite dalla Sardegna e dall’Abruzzo. All’altro estremo troviamo la Val d’Aosta e il Friuli Venezia Giulia, con tassi di ospedalizzazione pari rispettivamente al 254,13 e al 370,34 per mille.

Nelle fasce di età intermedie, come già accennato e come è peraltro lecito aspettarsi, i tassi di ospedalizzazione sono più bassi e con una variabilità minore.

Nelle età anziane, sono la provincia di Bolzano e le Regioni del centro come Abruzzo e

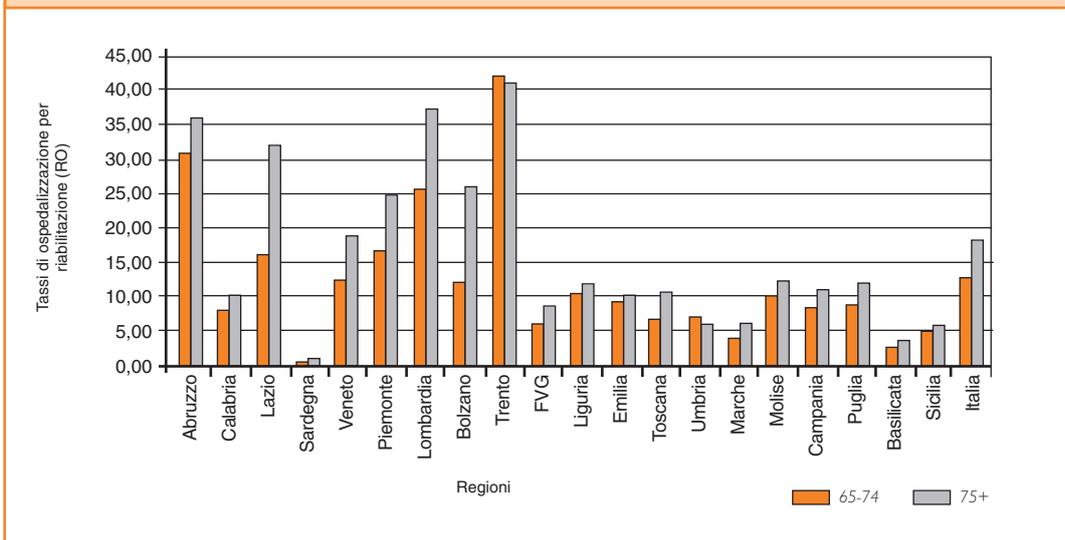
Molise a raggiungere i tassi più elevati (rispettivamente 555,04, 485,14, 453,92 per mille), seguiti da alcune Regioni del Sud tra cui la Puglia e la Calabria; le Regioni del Nord (in particolare il Piemonte e la Val d'Aosta) al contrario mostrano i valori dei tassi pari a circa la metà, rispettivamente 267,00 e 309,54 per mille (grafico 4).

Considerando che i dati utilizzati si riferiscono alla residenza dei ricoverati, le differenze riscontrate è difficile immaginare che possano essere attribuite a fattori epidemiologici. Specialmente i ricoveri dei più anziani sembrano spiegabili principalmente con ragioni di tipo organizzativo, legate alla assenza/presenza di alternative residenziali specifiche.

Relativamente ai ricoveri per riabilitazione, si può notare una variabilità ancora maggiore: a partire dalla classe di età 25-44 le proporzioni di ricoverati sulla popolazione passano dal 4,57 su mille abitanti in Abruzzo allo 0,10 per mille della Basilicata.

I tassi di ospedalizzazione raggiungono ovviamente livelli massimi (nel livello e nella variabilità) nelle classi 65-74 e 75+; si evidenzia una regolarità geografica, nel senso che la proporzione maggiore di anziani ricoverati per riabilitazione si riscontra nelle Regioni del Centro-Nord e principalmente nella provincia di Trento (41,71 per mille), quindi in Lombardia e in Abruzzo, mentre al contrario le Regioni del Sud tra cui la Basilicata e la Sicilia riscontrano tassi di riabilitazione più bassi e pari rispettivamente al 4,15 e al 5,64 per mille (grafico 5).

Grafico 5 - Tassi di ospedalizzazione - Riabilitazione regime ordinario (valori per mille abitanti) - età 65-74 e 75+



Per quanto riguarda i ricoveri in lungodegenza la media italiana è di 1,52 ricoveri su mille abitanti. Anche qui si osserva una elevata variabilità.

La provincia di Trento riscontra ancora il tasso di ospedalizzazione in lungodegenza più elevato (pari a 53,85 per mille abitanti over 75), seguita subito dopo dall'Emilia Romagna (44,04 per mille); al contrario la Calabria e la Sicilia sono le due Regioni con tasso di ospe-

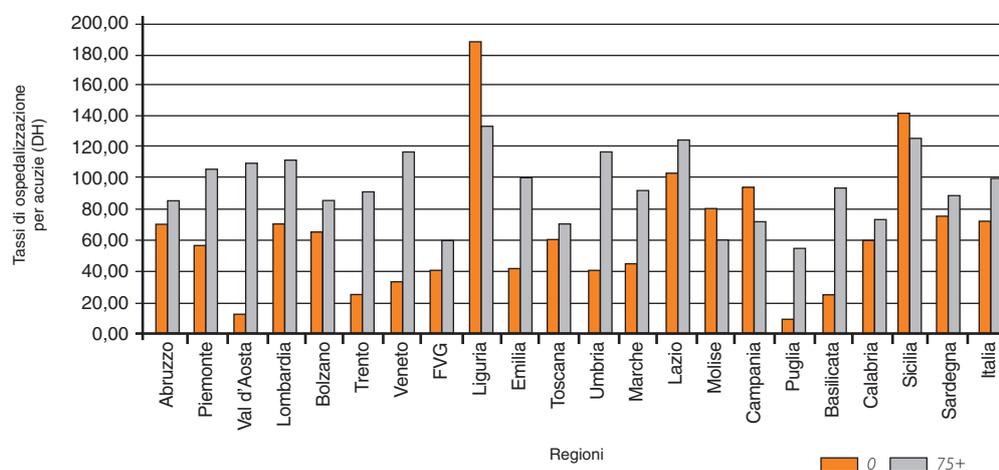
dalizzazione più basso: rispettivamente 2,01 e 3,66 per mille abitanti.

Si avvalorava quindi l'ipotesi che la spiegazione della variabilità nei tassi di ospedalizzazione sia da ricercarsi nella struttura dell'offerta piuttosto che nei bisogni della popolazione. Passando ai ricoveri diurni, in Italia il tasso di ospedalizzazione è pari complessivamente al 61,74 per mille abitanti, passando dal 71,40 per mille alla nascita al 98,53 per mille a 75 anni e +.

Nel primo anno di vita, si può notare, così come per il regime ordinario, una forte irregolarità geografica nelle distribuzioni oltre a una grande variabilità nelle proporzioni dei ricoveri presenti nelle diverse Regioni. I livelli maggiori di utilizzo sono raggiunti dalla Liguria (188,02 per mille) e dalla Sicilia (140,62), seguite dal Lazio (102,17). Queste Regioni mostrano i tassi di ospedalizzazione più elevati anche nelle altre fasce di età.

La Puglia e la Val d'Aosta sono al contrario le Regioni con la proporzione di ricoveri minore (nel primo anno di vita pari rispettivamente al 9,36 e al 13,05 per mille abitanti). La Puglia inoltre presenta i tassi di ospedalizzazione più bassi anche nelle altre fasce di età. I tassi di ospedalizzazione aumentano in corrispondenza della classe di età 65-74, per poi o diminuire o rimanere costanti a 75 anni e + (grafico 6).

Grafico 6 - Tassi di ospedalizzazione - Acuti in day-hospital (valori per mille abitanti) - età zero e 75+



La fortissima variabilità riscontrata conferma ancora come sia la disponibilità di servizi il fattore determinante, che nel caso dei ricoveri in regime diurno richiede la pianificazione di una ristrutturazione della rete assistenziale.

In conclusione, dall'analisi dei tassi di ospedalizzazione emerge una ancora incompiuta, e fortemente difforme, razionalizzazione dell'offerta, che determina un differente accesso ai servizi ospedalieri, ponendo questioni tanto di efficienza che di equità.

1.5.5 L'assorbimento di risorse standardizzato per età: il case mix

Per depurare l'analisi dagli effetti derivanti dai tassi di ospedalizzazione, si è elaborata la distribuzione della "spesa" media per fascia di età nelle singole Regioni, standardizzando rispetto alla "spesa" media della classe di età 25-44, prescelta in quanto quest'ultima è in genere molto vicina a quella media totale regionale.

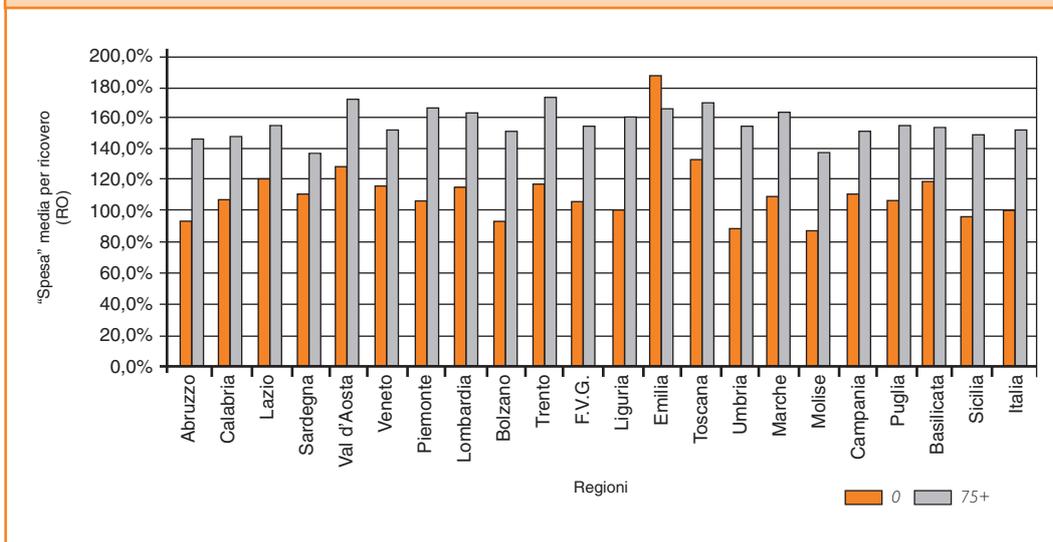
Relativamente ai ricoveri degli acuti in regime ordinario, i ricoverati di età 0 costano mediamente il 100,1% di quelli della classe di riferimento, mentre per l'età 75 e + la "spesa" raggiunge il 152,5%.

Come era lecito aspettarsi, quindi, gli anziani hanno una casistica mediamente "più complessa".

A fronte di questo dato aggregato, notiamo però come alla nascita abbiamo un costo relativo che varia dal 185,3% in Emilia Romagna all'86,5% del Molise.

Nell'ultima fascia di età (over 75) per la Provincia di Trento si determina una "spesa" media relativa del 173,5%, seguita dalla Val d'Aosta (172,0%) e dalla Toscana (169,7%); all'altro estremo si trova invece la Sardegna con una "spesa" relativa solo del 136,8%, seguita dal Molise (138,8%) e dalla Calabria (146,2%) (grafico 7).

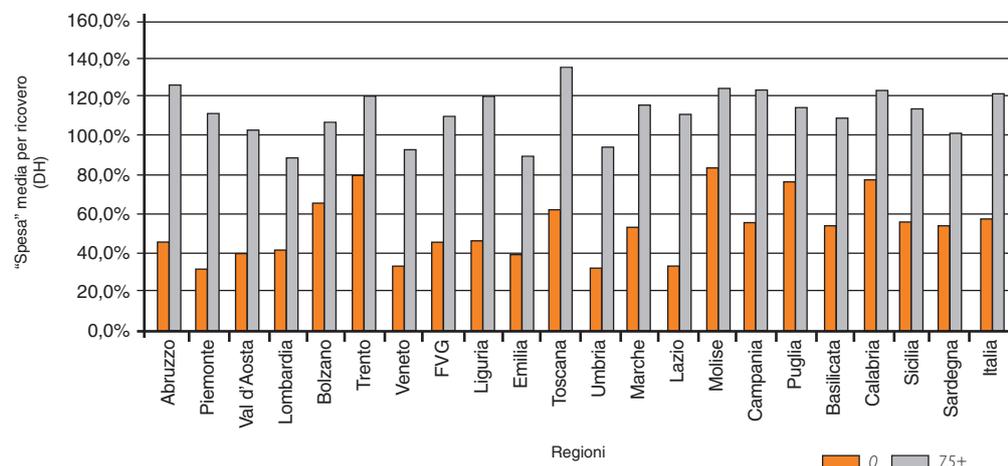
Grafico 7 - "Spesa" media per ricoverato (regime ordinario) - età zero e 75+



Per quanto riguarda i ricoveri diurni, l'assorbimento relativo varia dal 57,3% all'età zero al 123,1% dell'ultima fascia di età.

All'età 0 si passa da un assorbimento relativo dell'85,0% circa in Molise al 31,8% del Piemonte. Nella classe 75+ la Toscana è al 137,9%, mentre l'Emilia Romagna e la Lombardia si fermano rispettivamente al 90,8% e al 91,4% (grafico 8).

Grafico 8 - "Spesa" media per ricoverato (day-hospital) - età zero e 75+

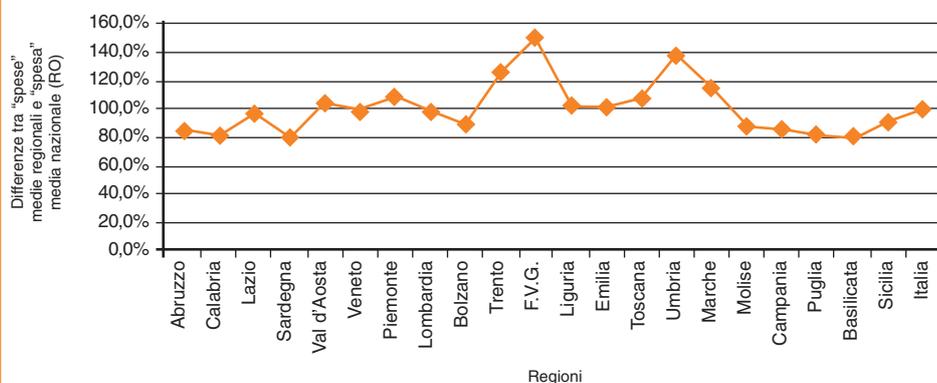


Le indicazioni che si traggono da questa statistica sono che in alcune Regioni (come l'Umbria e altre Regioni del Sud tra cui la Calabria e la Sardegna) si nota una struttura più piatta, che può essere indice di ricoveri di bassa intensità, potenzialmente inappropriati per le fasce più a rischio (bambini e anziani).

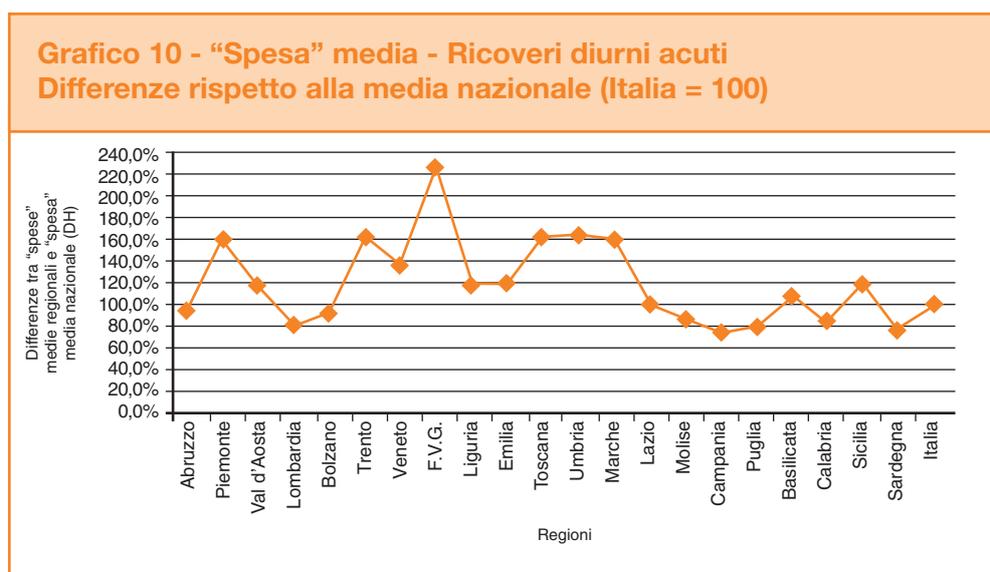
Sempre relativamente ai case mix trattati, si noti come le Regioni del Nord registrano sistematicamente una "spesa" media per ricovero, maggiore rispetto a quelle del Sud.

Relativamente al regime ordinario, il Friuli Venezia Giulia (149,9%) e l'Umbria (138,1%) sono sopra la media; al contrario la Sardegna (80,2%), la Basilicata (80,4%) e la Puglia (81,3%) sono sotto la media nazionale (grafico 9).

**Grafico 9 - "Spesa" media - Ricoveri ordinari acuti
Differenze rispetto alla media nazionale (Italia = 100)**



Per i ricoveri diurni in Friuli Venezia Giulia (225,7%) la “spesa” media è più del doppio di quella nazionale, seguita dalla Toscana (161,7%), e dal Piemonte (159,7%); contrariamente la Campania (73,8%) e la Sardegna (76,5%) sono nettamente al di sotto della media nazionale (grafico 10).



Questo dato conferma che i cittadini del Nord ricorrono all'ospedale per casistiche più complesse rispetto a quelli del Sud, anche se il dato è confuso dai diversi livelli tariffari in essere a livello regionale, che verranno analizzati nel paragrafo successivo.

1.5.6 I livelli tariffari

Per ogni Regione si è calcolata la tariffa media complessiva (acuti, riabilitazione e lungodegenze), ponderando con la casistica nazionale.

Il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria e la Provincia di Trento garantiscono le tariffe medie più elevate, pari rispettivamente a € 3.999,50, € 4.063,81 e € 3.828,52. La Basilicata è la Regione con tariffa media più bassa (€ 2.594,95), seguita dal Veneto (€ 2.668,07) e la Sardegna (€ 2.776,86) (grafico 11).

Per quanto concerne i ricoveri diurni, l'Umbria e il Friuli Venezia Giulia hanno livelli tariffari maggiori, pari rispettivamente a € 1.067,82 e € 1.019,61; al contrario la Puglia e l'Abruzzo si caratterizzano per livelli tariffari minori pari rispettivamente a € 533,36 e € 537,41 (grafico 12).

Grafico 11 - Tariffe medie - Regime ordinario

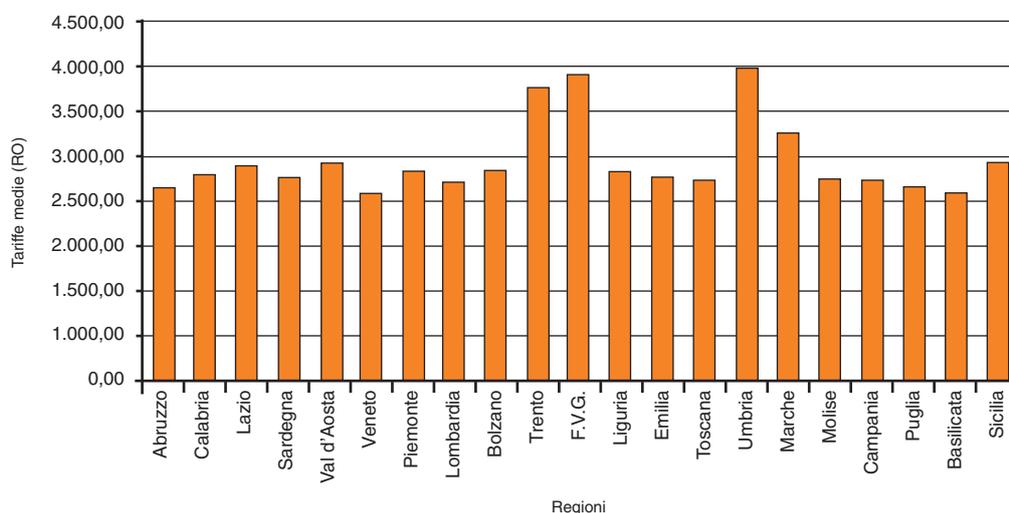
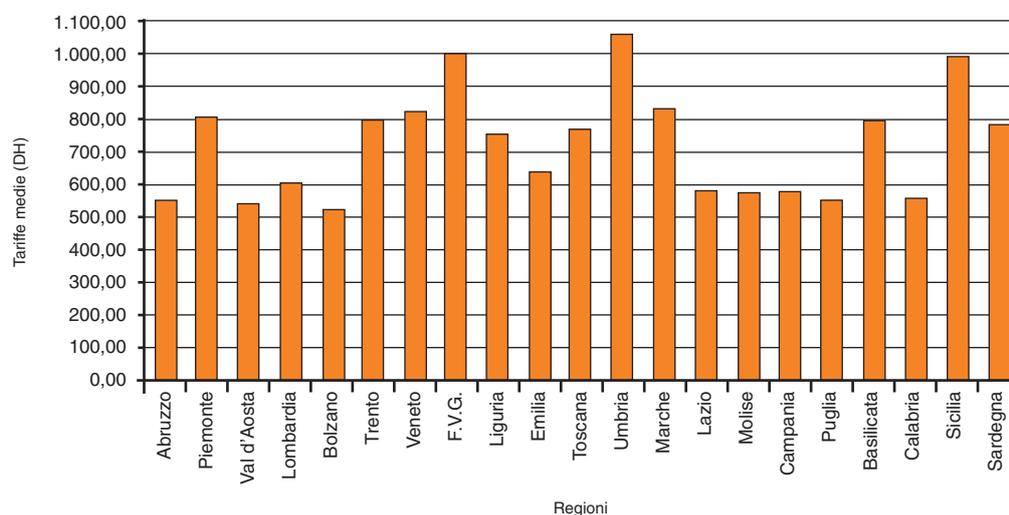


Grafico 12 - Tariffe medie - Day-hospital



1.5.7 I “pesi” per età (“spesa” media per abitante)

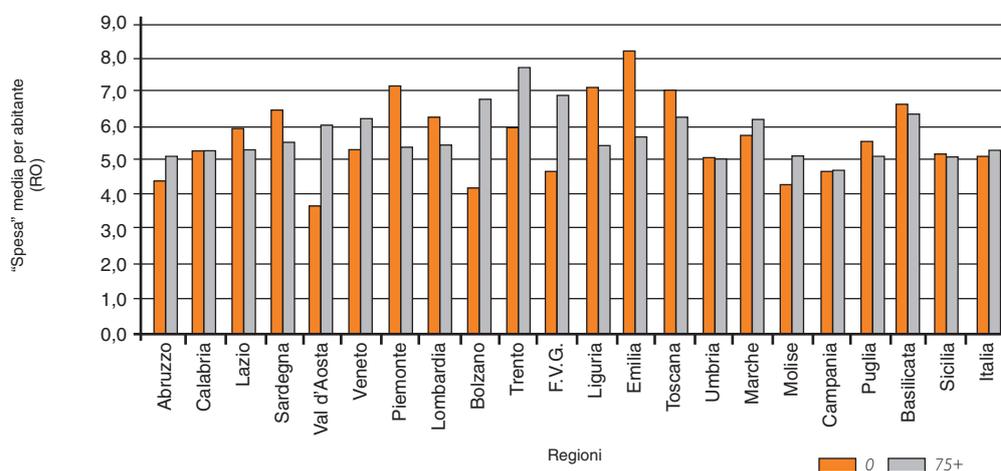
Posta uguale ad 1 la spesa media per abitante (ricoveri ordinari per acuti) della classe di età 25-44, i bimbi (esclusi i nati sani) hanno un “peso” (assorbimento medio di risorse) pari a 5,2, mentre il “peso” è di 5,4 per gli over 75: qualitativamente si determina la classica forma ad “U”.

Si conferma, però, che per effetto delle forti differenze regionali sia nel ricorso all'ospedalizzazione, sia nelle casistiche trattate, sia nei livelli tariffari, tali valori medi sono piuttosto difformi a livello regionale.

Nella classe di età iniziale, ad esempio, per l'Emilia Romagna si determina un "peso" di 8,4, contro un valore di 3,7 in Val d'Aosta, di 4,2 in Molise.

Per gli over 75, la provincia di Trento ha un "peso" di 7,8 mentre la Campania e la Sicilia sono rispettivamente a 4,8 e 5,1 (grafico 13).

**Grafico 13 - "Spesa" media per abitante - Regime ordinario acuti
Età zero e 75+**



La curva per i ricoveri diurni è simile, ma decrescente per le età più anziane. Per la prima classe il "peso" è di 0,8, per crescere a 2,6 nella classe di età estrema.

All'età zero, per il Molise si determina un "peso" di 1,9 con la Val d'Aosta a 0,2.

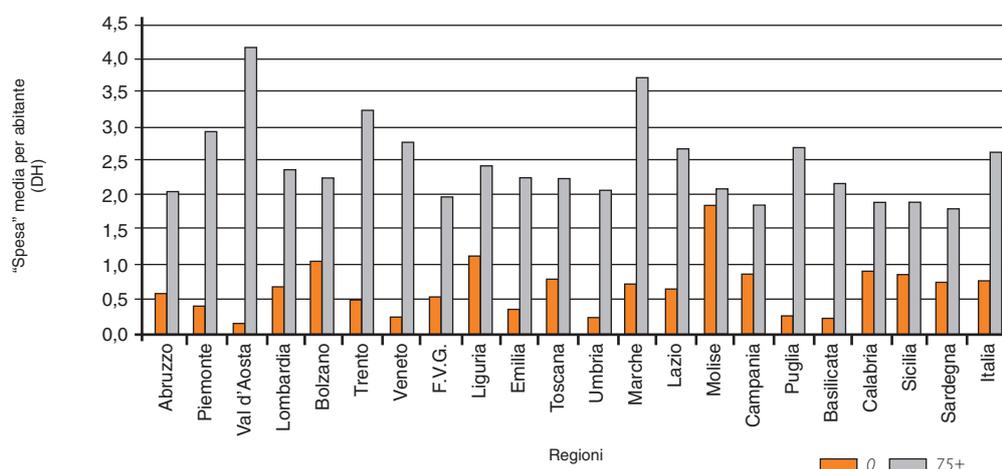
Per gli over 75 la Val d'Aosta ha un peso di 4,4, seguita dalle Marche a 3,7; al contrario la Sardegna e la Sicilia si fermano a 1,8 e 1,9 (grafico 14).

In sintesi si evincono forti difformità nei "modelli" di assistenza ospedaliera regionali, che rendono quanto meno opinabile una ripartizione delle risorse basata su pesi (ai sensi della L. 662/1996) medi nazionali: andrebbero quantomeno indagate le ragioni reali delle difformità sopra esposte, onde distinguere fattori epidemiologici e demografici da quelli derivanti da inappropriata e carenza/distorsione delle reti di offerta.

1.5.8 Conclusioni

Malgrado siano risultate (almeno parzialmente) efficaci le politiche tese a spostare l'onere assistenziale ed economico dall'ospedale al territorio, si è testimoniato come permangano notevoli differenze regionali, non facilmente attribuibili a fattori di bisogno della

**Grafico 14 - "Spesa" media per abitante - Regime diurno acuti
Età zero e 75+**



popolazione, siano essi demografici o epidemiologici.

Per esclusione si deve ammettere che esistono notevoli sacche di inappropriata e una domanda in larga misura condizionata dall'offerta.

Lo strumento della riduzione dei posti letto risulta quindi sostanzialmente incapace da solo a governare un processo di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, sia sul versante economico, sia su quello clinico.

In termini economici appare molto più consistente concentrarsi sulle dimensioni delle dotazioni organiche e del ricorso all'ospedale. Su quello clinico è necessario altresì approfondire le ragioni delle altre differenze/variabilità regionali riscontrate:

- tassi di ospedalizzazione variabili nell'ordine del 300% (e anche più per il regime diurno e per riabilitazione e lungodegenza);
- livelli tariffari anch'essi variabili, con differenze medie massime del 60%;
- casistiche medie diverse, anche di 1,5 volte;
- curve di assorbimento delle risorse per età diverse con, in alcune classi, un fattore di variabilità regionale di valore 2,5.

In conclusione vanno separate le differenze auspicabili (perché fonte di adesione ai bisogni specifici delle popolazioni regionali) da quelle indesiderabili perché derivanti da autoreferenzialità dell'offerta. Le politiche nazionali indifferenziate (come è il caso dei target massimi di posti letto per abitante) sembrano incapaci di incentivare una razionalizzazione effettiva, se non addirittura sono fonte di ulteriori rischi di inappropriata e inefficienza.

1.6 - Gli accordi regionali con la medicina generale: strumenti di un reale governo della domanda?

Barrella A.¹, Rebba V.²

1.6.1 Il contesto di riferimento

La crescita dei costi del sistema sanitario, legata in parte ad un aumento del bisogno di salute, derivante dall'esigenza sempre più sentita di mantenere un elevato livello qualitativo della vita, ma anche da una popolazione anziana che si caratterizza per la presenza di patologie croniche e degenerative, ha portato all'attenzione della programmazione sanitaria sia nazionale che regionale il problema di controllare la spesa in un contesto economico di risorse scarse, attuando interventi sia dal lato della domanda che da quello dell'offerta.

Il governo della domanda in un sistema sanitario pubblico può essere realizzato attraverso diversi tipi di strumenti, sia tradizionali che innovativi, che permettono di gestire in modo costo-efficace l'espansione della spesa dato il vincolo di risorse pubbliche scarse. Gli strumenti adottati fino ad oggi sono stati prevalentemente di natura diretta e rivolti a controllare la domanda che si esprime in maniera autonoma (ossia senza l'indirizzo da parte di un professionista sanitario) attraverso misure di compartecipazione alla spesa, con meccanismi di razionamento reale (liste e tempi di attesa) o educazione sanitaria della popolazione, ma si assiste ad una attenzione sempre maggiore verso strumenti indiretti, utilizzati per regolare la domanda indotta dai professionisti sanitari attraverso adeguate forme di organizzazione dell'offerta che permettano di orientare e selezionare la domanda, quali: la definizione e l'implementazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici; il potenziamento della medicina territoriale e la definizione di criteri di priorità per gestire le liste di attesa (Muraro e Rebba, 2004).

1.6.2 Gli strumenti del potenziamento della medicina territoriale

Concentrando l'attenzione sul potenziamento della medicina territoriale (nell'ambito della quale trova spazio anche l'implementazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici), nell'ottica della sostenibilità futura complessiva del sistema, assume sicuramente un ruolo rilevante il medico di medicina generale (MMG), attore del sistema sanitario chiamato ad essere sempre più driver fondamentale del cambiamento che sta investendo i servizi territoriali, nel suo ruolo di intercettazione della domanda di salute e di governo dei percorsi di cura attraverso l'appropriata presa in carico del paziente e la partecipazione diretta alla definizione dei servizi e delle prestazioni erogate³. Il ruolo chiave assegnato al MMG fa sì che non si possa prescindere da un'analisi degli accordi con la medicina generale, realizzati sia a livello nazionale che regiona-

¹ Pfizer Italia S.r.l.

² Dipartimento di Scienze economiche Università di Padova.

³ Oltre ad essere coinvolto nell'educazione sanitaria della popolazione (strumento diretto di governo della domanda).

le, al fine di valutare quali siano gli strumenti a sua disposizione per contribuire al reale governo della domanda, inteso nel senso più ampio di individuazione e soddisfacimento appropriato dei bisogni data la struttura dell'offerta.

In tale contesto, nell'ultimo decennio per la medicina territoriale sono state previste tre tipologie di strumenti:

- di natura organizzativa, quali le forme associative tra MMG;
- di tipo economico-finanziario, quali budget e incentivi;
- di promozione professionale.

La successiva analisi si concentrerà sulle prime due tipologie di strumenti.

1.6.3 Gli strumenti di natura organizzativa previsti dagli accordi regionali

Sono ancora poche le Regioni che hanno concluso la contrattazione con la medicina generale, nonostante le scadenze imposte dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) del 23 marzo 2005⁴: Friuli Venezia Giulia, Veneto, Toscana, Lazio, Liguria, Piemonte, Valle d'Aosta, Emilia Romagna hanno concluso l'accordo tra la fine del 2005 e il primo semestre del 2006, mentre hanno raggiunto una pre-intesa Abruzzo e Sardegna.

L'analisi dei recenti accordi regionali siglati con la medicina generale, ma anche di quelli precedenti l'ultima intesa, permette di evidenziare come, tra gli strumenti a disposizione del MMG per garantire il governo della domanda, assumano un ruolo fondamentale sia quelli di natura organizzativa che quelli economico-finanziari, risultando spesso fortemente correlati gli uni agli altri.

Già i precedenti accordi avevano individuato nell'associazionismo medico la forma più adeguata di riorganizzazione del servizio territoriale: potenziando il ruolo del MMG e rendendolo parte integrante della struttura e responsabile del processo di individuazione, orientamento e razionalizzazione della domanda, si intende sia migliorare la qualità dell'assistenza offerta ai pazienti grazie ad una maggiore flessibilità degli orari di apertura degli studi medici e ad una maggiore disponibilità di attrezzature mediche, sia rendere più facilmente gestibili sistemi di programmazione e controllo dell'attività medica da parte delle ASL, responsabilizzando finanziariamente i medici per le decisioni assunte⁵.

⁴ Sei mesi di tempo per la stipula degli accordi più ulteriori tre nel caso siano iniziate le trattative, trascorsi i quali si attua una convocazione a livello nazionale per concludere un accordo regionale sostitutivo che diviene vincolante per le parti interessate.

⁵ Tali forme di aggregazione, documentate in Ministero della salute (2004), tuttavia non hanno mai raggiunto un livello di integrazione (tra medici generali e specialisti) confrontabile con quello delle esperienze realizzate in altri Paesi europei (in particolare, Regno Unito, Olanda e paesi nordici) e si sono finora dimostrate poco efficaci rispetto agli obiettivi del governo della domanda e della continuità assistenziale, per cui a livello ministeriale si è previsto lo sviluppo di nuove forme organizzative con responsabilità di budget quali le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria) e, da ultimo, di nuove strutture polifunzionali quali le "Case della salute" facenti capo al distretto e con un bacino di utenza minimo di 20.000 abitanti (in tali strutture dovrebbero lavorare insieme il personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, i medici di base, gli specialisti ambulatoriali). Sulle esperienze europee più significative di associazione tra MMG, si veda Saltman et al. (2006).

Mentre i precedenti accordi individuavano – tra le possibili configurazioni dell’associazionismo – la medicina in associazione, la medicina in rete e la medicina di gruppo, i nuovi accordi focalizzano l’attenzione su un potenziamento del territorio guidato da forme più evolute (ad esempio i Nuclei di Cure Primarie – NCP – in Emilia Romagna, le Unità di Cure Primarie – UCP – in Toscana, le Unità Territoriali di Assistenza Primaria – UTAP – in Veneto), che vedono una maggiore integrazione professionale non solo dei MMG, ma anche con gli altri operatori del distretto e dell’ospedale, nell’ottica di garantire un percorso di cura unitario, attraverso una riqualificazione dell’assistenza territoriale che garantisca qualità delle prestazioni, facilità nell’accesso ai servizi, appropriatezza dell’assistenza attraverso la presa in carico del paziente e realizzazione di percorsi assistenziali in grado di soddisfare i bisogni degli utenti (ASSR, 2005). Si presentano, comunque, profonde le differenziazioni a livello regionale: Emilia Romagna e Toscana⁶, seguite da Veneto e Lazio, sono tra le Regioni che più stanno investendo in una organizzazione della medicina territoriale innovativa, mentre le altre Regioni spingono ancora sul potenziamento della medicina di gruppo e in rete e sulle équipes territoriali (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte e Valle d’Aosta).

Molte delle nuove organizzazioni territoriali prevedono, inoltre, una forte integrazione tra attività sanitarie e sociali, così come puntano ad un potenziamento delle forme alternative di ricovero (quali l’assistenza domiciliare integrata e/o programmata, l’assistenza residenziale e semi-residenziale). I modelli organizzativi innovativi implementati dalle Regioni trovano la loro ragione d’essere nella realizzazione di attività rivolte al governo clinico di tutto il percorso di cura che, attraverso la definizione e condivisione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, garantiscano al paziente un processo assistenziale appropriato, con la conseguente riduzione di prestazioni farmaceutiche, specialistiche e ricoveri inappropriati. Questi strumenti si presentano notevolmente sviluppati in Emilia Romagna (dove si prevede l’attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche e per quelle acute con più elevata prevalenza e incidenza), in Toscana e in Veneto (dove l’implementazione degli strumenti di governo della domanda avviene prevalentemente nell’ambito delle forme associative), nel Lazio (dove si intende promuovere modelli organizzativi-gestionali orientati al *disease management* di specifiche patologie) e in Piemonte e Valle d’Aosta (dove tutti i medici vengono coinvolti nella definizione di linee guida).

1.6.4 Gli strumenti economico-finanziari previsti dagli accordi regionali

Nell’ambito degli strumenti economico-finanziari si possono individuare due forme principali, il budget della medicina primaria e le forme di incentivazione dei MMG. Il primo consiste nella possibilità data a gruppi di medici di gestire un budget, a livello distrettuale o interdistrettuale⁷.

⁶ La prima già dal 2000 ha attivato gli NCP che sono oggi pienamente operativi e la Toscana nel 2003 ha costituito le UCP che in questo momento si avviano alla fase di sperimentazione operativa.

⁷ Il riferimento di tale strumento è dato dalle esperienze dei GP fundholders britannici (che si sono in seguito evoluti nei Primary Care Groups e, recentemente, nei Primary Care Trusts) e dei medici affiliati o dipendenti dalle HMO statunitensi. Si vedano al riguardo Longo e Vendramini (2001), Connad et al. (2002), Gaynor et al. (2004), Marcon et al. (2004), Cavalieri (2005), Rosito et al. (2006).

Le forme di incentivazione previste nei sistemi di remunerazione dei MMG possono, invece, distinguersi in due tipologie: di tipo diretto o indiretto. Gli incentivi diretti si configurano come premi che vengono erogati per la partecipazione a progetti specifici, al raggiungimento di determinati obiettivi, o correlati a risultati misurabili sia di tipo clinico che qualitativo; quelli di tipo indiretto possono consistere nell'accesso a tecnologie avanzate e nella partecipazione a corsi di formazione, oppure possono prevedere una maggiore partecipazione del medico stesso alle decisioni aziendali (Levaggi, 2001 e 2002).

Gli incentivi di natura economica, nei precedenti accordi con la medicina generale (siglati in attuazione dell'ACN del 2000), implementati sia a livello regionale che aziendale, sono stati prevalentemente legati ad obiettivi di contenimento della spesa (attraverso la definizione di livelli di spesa programmati per l'assistenza farmaceutica, specialistica e ospedaliera), con il rischio di determinare una riduzione nella quantità e nella qualità delle prestazioni offerte o una selezione degli utenti in carico ai medici; più che strumenti utili per un governo della domanda si potevano, quindi, configurare come strumenti di razionamento della stessa.

Il trattamento economico previsto, invece, dall'ultimo ACN prevede oltre ad una remunerazione per quota capitaria, anche una quota variabile, nota come fondo a riparto per la qualità dell'assistenza, finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi, organizzativi e qualitativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale⁸. La principale differenza rispetto al trattamento economico previsto dal precedente accordo è proprio costituita dalla presenza di incentivi correlati ad obiettivi⁹.

Gli accordi regionali riprendono sostanzialmente gli incentivi per la qualità dell'assistenza previsti da quello nazionale, mantenendoli invariati o modificandone esclusivamente l'entità. Molti degli incentivi previsti si presentano fortemente correlati agli strumenti organizzativi sopra delineati, spingendo su un potenziamento delle forme associative mediche, considerate, quindi, uno degli strumenti principali per governare la domanda (si veda la tab. 1).

Per altro verso, ogni Regione ha previsto ulteriori incentivi/compensi correlati a specifici obiettivi. Tra le principali forme osservabili negli accordi regionali (che maggiormente si possono correlare ad obiettivi di salute) si possono individuare incentivi per:

- la valutazione multidimensionale dell'anziano nel Lazio;
- un programma di valutazione delle performance, per la vaccinazione anti-influenzale dei pazienti oltre i 65 anni e per la prevenzione dei tumori della mammella e utero attraverso *screening* in Friuli Venezia Giulia, in funzione anche del grado di copertura dei pazienti

⁸ Il livello nazionale prevede i seguenti incentivi, riconosciuti ai MMG fino al momento della firma dell'accordo regionale: incentivi per le forme associative, per il collaboratore di studio professionale e l'infermiere professionale, per la dotazione informatica obbligatoria.

⁹ In aggiunta sono previste: una quota per servizi calcolata in base al tipo e ai volumi di prestazioni, comprendente prestazioni aggiuntive e incentivi legati al trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali per l'assistenza primaria. La quota variabile e quella per servizi potranno costituire fino al 30% del totale degli attuali compensi.

Tabella 1 - I principali incentivi per la qualità dell'assistenza (€ annui per MMG per assistito)

Regioni	Medicina di gruppo	Medicina in rete	Medicina in associazione	Altre forme sperimentali	Collab. di studio/ Infermiere	Dotazione informatica (1)
Emilia Romagna	7,00+1,00 (2)	4,70+1,00 (2)	2,58	0,30-2,30 (3)	3,50/4,00	5,00 (4)
Friuli Venezia Giulia	12,00	7,00	-	-	12,00	77,47
Lazio	7,00	4,70	2,58	-	3,50/4,00	100,00
Liguria	7,00	4,70	2,58	-	3,50/4,00	77,47
Piemonte	7,00	4,70	2,58	5,50 (5)	3,50/4,00	74,00+0,50 (6)
Toscana	7,00	4,70	2,58	7,00 (7)	3,50/4,00	77,47
Valle d'Aosta	3,00/10,00 + 1,00 (8)	4,00+1,00 (9)	4,00+1,00 (9)	-	3,50/4,00 (10)	77,47 (11)
Veneto	7,00	4,70	2,58	-	3,50/4,00	77,47

(1) Mensile forfettario.

(2) € 1,00 aggiuntivo per i medici già in rete o in medicina di gruppo che si sviluppano in funzione del progressivo adeguamento con l'organizzazione prevista per il NCP.

(3) € 1,00 per la disponibilità all'integrazione in NCP, € 0,30 per la disponibilità all'allacciamento alla rete informatica sia fra i medici del nucleo sia fra questi e la rete aziendale, € 1 per ogni ora aggiuntiva di accesso ambulatoriale oltre le 7 ore stabilite per 5 gg./settimana da parte anche delle forme associative già esistenti.

(4) Annuia per assistito per collegamento informatico e prestazioni informatiche di base quali: anagrafica, esenzioni, anticipazione on line dei referti, CUP.

(5) In aggiunta previsti € 3,08 per la partecipazione a progetti di governo clinico e da € 2,10 a € 2,50 per caso partecipante a screening oncologici a seconda della % di eleggibili partecipanti.

(6) € 74,00 mensili per partecipazione a procedure di e-mail con strutture del SSR, € 0,50 per assistito per incorporazione referti nelle cartelle cliniche informatizzate.

(7) Per medicina in cooperativa.

(8) € 3,00 se svolta in ambulatori pubblici, € 10,00 se svolta in ambulatori privati, più € 1,00 per la disponibilità telefonica. In tale compenso è previsto anche quello per il collaboratore di studio che è obbligatorio.

(9) € 1,00 per la disponibilità telefonica.

(10) Il compenso per il collaboratore di studio è riconosciuto anche per i MMG in rete, in associazione e per i MMG non aggregati.

(11) Oltre all'incentivo economico viene loro riconosciuta: la licenza di software e un pacchetto di interventi di manutenzione e di aggiornamento e la relativa formazione.

Fonte: Accordi Integrativi Regionali con la Medicina Generale 2001-2005. Nostra elaborazione

raggiunto;

- la prevenzione dei tumori attraverso screening e per il governo clinico in Piemonte;
- la presa in carico dei pazienti oncologici in Veneto;
- l'adesione al progetto diabete, per progetti di educazione-informazione-prevenzione verso le dipendenze, alterati stili di vita o disturbi connessi con l'età anziana, per l'impegno nella corretta applicazione dei percorsi e delle procedure di accesso alle prestazioni finalizzato anche al governo clinico in Emilia Romagna;

- il raggiungimento di obiettivi di salute nell'ambito di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico relativamente a vaccinazioni, BPCO, prevenzione oncologica, sindrome metabolica, diabete mellito, ipertensione, rischio cardiovascolare, osteoporosi in Toscana.

La presenza di una remunerazione, legata anche al perseguimento di obiettivi, porta ad auspicare un riferimento ad obiettivi di salute, venendo quindi a configurarsi come una retribuzione di risultato, che nell'ottica di un reale governo della domanda rivolto non più solamente al contenimento dei costi, ma al soddisfacimento appropriato dei bisogni, data la struttura dell'offerta disponibile, determinerebbe la possibile misurazione del risultato prodotto in termini di salute.

Nonostante la presenza di numerosi programmi rivolti alla tutela della salute che vedono il coinvolgimento diretto del MMG, risulta ancora scarsa l'indicazione di reali *outcome* di salute, che invece dovrebbero essere alla base del sistema di monitoraggio per verificare la reale efficacia degli interventi attuati, anche in relazione ai costi sostenuti per implementare le nuove modalità organizzative e agli eventuali risparmi derivanti dall'aver evitato patologie più gravi. Sotto questo profilo, sembra che si sia ancora molto distanti da forme di retribuzione di risultato incentivanti la qualità, quale quella prevista dal contratto dei GP britannici dell'aprile 2004 (Roland, 2004).

Più che una correlazione tra incentivi e *outcome* di salute, dall'analisi degli accordi si può rinvenire una correlazione tra incentivi e previsti *output* dell'attività svolta, quantificati ad esempio nel raggiungimento di una certa copertura della popolazione soggetta a *screening*, oppure utilizzando quali indicatori per verificare il contributo dei MMG ai programmi implementati, il numero di incontri attuati per definire linee guida condivise, mentre si presentano ancora scarsi indicatori di verifica sul reale impatto delle stesse sulla salute dei pazienti.

1.6.5 Conclusioni

L'analisi realizzata offre utili elementi per un confronto delle diverse politiche regionali di governo della domanda improntate al potenziamento del ruolo della medicina territoriale e può, inoltre, contribuire a verificare se e in che misura la nuova organizzazione della medicina di famiglia possa costituire uno strumento efficace e appropriato di supporto all'orientamento e alla selezione dei bisogni espressi dai cittadini.

Dalle valutazioni emerge sicuramente un primo tentativo positivo di passare da obiettivi di razionamento della domanda ad una reale presa in carico dei problemi dei pazienti, venendo così a delineare per la medicina territoriale un nuovo ruolo di garante dell'uso appropriato delle risorse dei SSR. Relativamente agli strumenti adottati, nel passaggio dagli accordi regionali successivi all'ACN del 2000 a quelli attualmente siglati, si evidenzia un minore riferimento a tetti di spesa e/o a limiti a dotazioni e a prestazioni erogabili, e una maggiore attenzione alla progettazione di percorsi diagnostico-terapeutici. Risulta però ancora lontano il raggiungimento dell'obiettivo di una reale promozione e valutazione degli *outcome* di salute, ovvero della reale efficacia delle politiche adottate.

Entrando nel merito delle modalità di incentivazione per i MMG che partecipano alla realizzazione degli obiettivi, si può evidenziare che risulta positivo l'ampliamento della quota

variabile sulla qualità delle prestazioni, ma la sua articolazione su tre livelli di governo (nazionale, regionale e aziendale) può risultare molto complessa (e quindi depotenziare l'efficacia degli incentivi), sia per la presenza di numerosi obiettivi da perseguire contemporaneamente, sia perché è ancora relativamente ridotta (circa il 30%) la parte della quota variabile gestita per perseguire obiettivi a livello decentrato (dove è più agevole misurare e controllare i risultati).

La quota variabile, inoltre, non è ancora una vera e propria retribuzione di risultato incentivante la qualità e ciò è dovuto a:

- cause “fisiologiche”, per cui la performance dei MMG non è in generale facilmente valutabile, data la difficoltà di identificare e misurare gli *outcome* di salute e data la molteplicità dei compiti del medico di famiglia;
- carenze nei sistemi informativi e di monitoraggio dei risultati.

Si prefigura, quindi, il rischio di effetti distorsivi legati al fatto che il medico “agente di due Principali” (il paziente e l'ASL di riferimento) possa: rispondere in misura maggiore agli incentivi correlati alla performance più facilmente osservabile e misurabile e trascurare, invece, il perseguimento di obiettivi la cui valutazione è più complessa (come la misurazione dell'*outcome*).

Le condizioni essenziali per l'operatività degli incentivi negli accordi regionali (ma anche aziendali) per garantire, quindi, un reale governo della domanda risultano a nostro parere essere:

- la creazione di sistemi informativi locali integrati e l'informatizzazione degli studi dei MMG;
- la realizzazione di Osservatori epidemiologici che, partendo dalle informazioni raccolte dai MMG, attuino il monitoraggio dinamico dello stato di salute della popolazione, consentendo un'analisi dei bisogni, ma anche una base per la misurazione degli outcome di salute e per una corretta implementazione dei sistemi di incentivazione dei medici;
- lo sviluppo ulteriore dell'associazionismo medico, ma anche delle forme più evolute di integrazione tra i vari operatori distrettuali e ospedalieri al fine di offrire al paziente un processo di cura appropriato.

Lo scenario ipotizzabile nel futuro lascia, quindi, intravedere il passaggio dalle forme associative mediche più evolute (UTAP o “Case della salute”) ai centri territoriali con responsabilità di budget (secondo la logica dei *Primary Care Trusts*) che, attraverso un corretto dimensionamento territoriale, promuovano la reale operatività degli incentivi per obiettivi di qualità e appropriatezza. In questa prospettiva, a nostro parere, la medicina del territorio potrà giocare effettivamente un ruolo determinante nel governo della domanda.

Riferimenti bibliografici

- ASSR (2005), “Esperienze di assistenza primaria”. I supplementi di Monitor, n. 14.
- Cavalieri M (2005), “Incentivi, sistemi di remunerazione e forme organizzative nell'assistenza medica di base”. Politiche Sanitarie; 6(3):159-174.
- Conrad DA, Sales A, Liang SY, et al. (2002), “The impact of Financial incentives on physician productivity in medical groups”, Health Services Research; 37(4):885-906.

- Gaynor M, Rebitzer JB, Taylor LJ (2004), "Physician Incentives in Health Maintenance Organizations". *Journal of Political Economy*; 4(112): 915-31.
- Levaggi R (2001), "Medici di base: ruolo e forme di remunerazione" in *I servizi sanitari in Italia – 2001* (a cura di G. Fiorentini), Il Mulino, Bologna; pp. 345-371.
- Levaggi R (2002), "Forme di organizzazione dei Medici di Medicina Generale, budget e governo della spesa" in *I servizi sanitari in Italia – 2002* (a cura di G. Fiorentini), Il Mulino, Bologna, pp. 185-213.
- Longo F, Vendramini E (2001), "Il budget e la medicina generale". Egea, Milano.
- Marcon G, Brunello C, Fiori E (a cura di) (2004), "Responsabilizzazione budgetaria del medico di medicina generale: metodo e strumenti". Rapporto di ricerca, Ca' Foscari Formazione e Ricerca, Regione del Veneto, Venezia, 3 febbraio.
- Ministero della Salute (2004), "Ricognizione ed analisi di Modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di Cure Primarie – Analisi nazionale". Roma, Dicembre 2004.
- Muraro G, Rebba V (2004), "Bisogno di salute e governo della domanda: gli strumenti del governo della domanda". *Salute e Territorio*; V. XXV, n. 143, marzo-aprile, pp. 102-107.
- Roland M (2004), "Linking Physicians' Pay to the Quality of Care – A Major Experiment in the United Kingdom". *New England Journal of Medicine*; 351(14) September 30:1448-1454.
- Rosito A, Brunello C, Dalla Zuanna C (2006), "Modelli organizzativi distrettuali e budget di distretto: utopie o reali strumenti di governo della medicina generale? Uno studio relativo alla Regione Veneto". *Politiche Sanitarie*; 7(2):91-103.
- Saltman RB, Rico A, Boerma WGW (eds.) (2006), "Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care". *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, World Health Organization 2006 on behalf of the European Observatory on Health, Open University Press, Maidenhead, Berkshire, England.

1.7 - L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali

Giordani C.¹, Spandonaro F.²

1.7.1 Introduzione

Fin dalla sua nascita, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato oggetto di importanti processi di riforma, che hanno generato profondi cambiamenti nel meccanismo di finanziamento dell'assistenza sanitaria. Il finanziamento rappresenta un elemento critico anche nella valutazione dei disavanzi, che hanno caratterizzato e continuano a caratterizzare l'evoluzione del nostro SSN: è, infatti, evidente che il disavanzo può dipendere tanto da inefficienza sul lato della spesa, quanto da una sottostima del finanziamento e, a livello regionale, anche da errori nella allocazione del finanziamento.

Il presente contributo si propone di analizzare alcuni aspetti dell'evoluzione delle risorse destinate dallo Stato centrale al finanziamento della spesa sanitaria, e anche della loro ripartizione tra le Regioni.

1.7.2 L'evoluzione del sistema di finanziamento

Di seguito si riportano, in estrema sintesi, le tappe più significative dell'evoluzione del sistema di finanziamento del nostro SSN.

La fiscalità generale, i contributi sanitari (di lavoratori dipendenti privati e autonomi e di dipendenti dello Stato e di aziende autonome) e le entrate dirette delle USL e successivamente delle Aziende sanitarie (rappresentate principalmente dalle compartecipazioni alla spesa) furono gli strumenti adottati per sostenere il SSN alla sua nascita. Dal 1978 (operativamente dal 1980) al 1992, infatti, il Fondo sanitario nazionale (FSN), alimentato dalle voci sopra citate, ha rappresentato la principale fonte di finanziamento delle Regioni. A partire dal 1992, con la regionalizzazione dei contributi sanitari, l'incidenza del FSN (ovvero dei trasferimenti) si è ridimensionata, potendo le Regioni contare su una fiscalità autonoma.

Nel 1998 è entrata in vigore l'IRAP e sono stati conseguentemente aboliti i contributi sanitari. Successivamente, le disposizioni in materia di federalismo fiscale (Legge n. 133/1999 e D.Lgs. n. 56/2000) hanno previsto l'abolizione definitiva, tra gli altri, dei trasferimenti erariali destinati al finanziamento della spesa sanitaria corrente a favore delle Regioni a statuto ordinario.

In tal guisa, è stato di fatto abolito il FSN, compensando tale riduzione di finanziamento con entrate regionali quali la compartecipazione all'IVA e l'aumento dell'aliquota dell'addizionale regionale IRPEF e dell'aliquota di compartecipazione regionale all'accise sulle benzine.

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

² CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

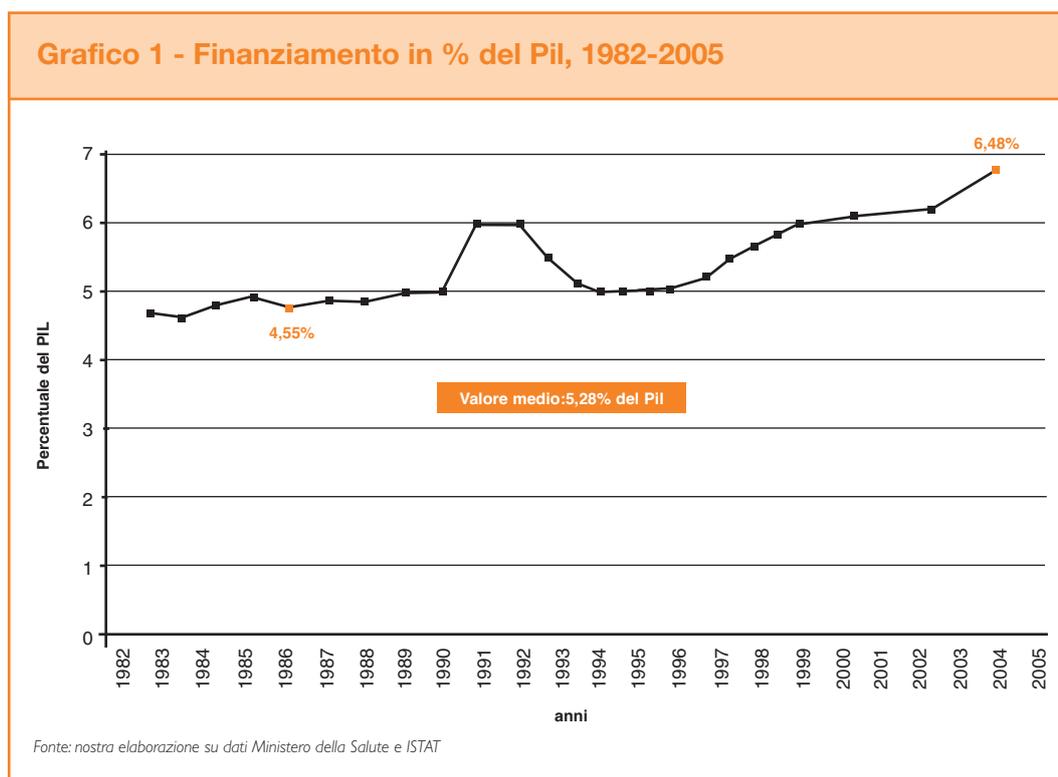
L'autonomia regionale acquisita sul fronte fiscale è stata in pratica sensibilmente ridotta dalla Legge finanziaria per il 2003 e da quella per il 2004, che hanno bloccato le addizionali IRPEF regionali a tutto il 2004. Le modifiche che hanno caratterizzato il sistema di finanziamento del SSN hanno, quindi, in primo luogo portato alla sostanziale abolizione delle imposte di scopo, e in secondo luogo legato il finanziamento all'andamento del Prodotto interno lordo (Pil): è infatti evidente che il gettito dell'IVA sui consumi, che rappresenta parte preponderante del finanziamento, è certamente legato all'andamento del ciclo economico.

Tale legame, rimasto sostanzialmente sulla carta per la mancata applicazione del D.Lgs. n. 56/2000, trova una sua effettiva esecuzione nella volontà espressa dal Ministro della Salute Livia Turco di legare le risorse per la sanità ad una quota prefissata (6,7%) del Pil.

Come è ovvio, le modifiche intervenute comportano anche un cambiamento dell'equità sul versante del finanziamento (Rafaniello e Spandonaro, 2003; Maruotti, Mennini, Piasini e Spandonaro, 2004; Doglia e Spandonaro, 2005).

1.7.3 I dati nazionali: l'evoluzione del finanziamento e del disavanzo

Il grafico 1 illustra l'andamento del finanziamento calcolato in percentuale del Pil dal 1982 al 2005³.



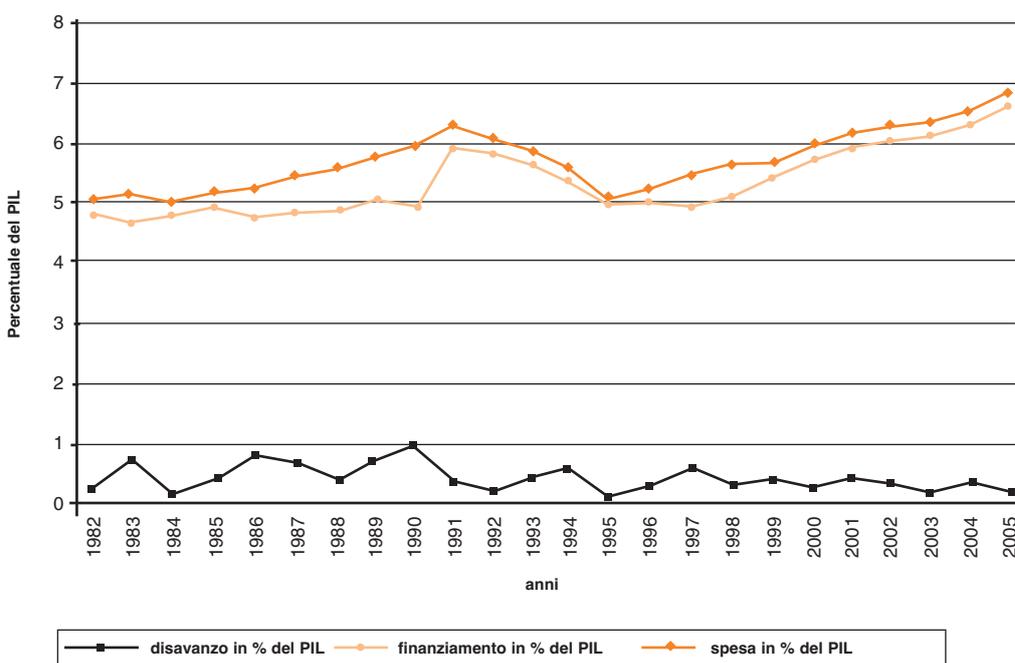
³ La fonte dei dati sulla spesa sanitaria e sul finanziamento è il Ministero della Salute (D.G. Programmazione Sanitaria, Livelli Essenziali di Assistenza e Principi Etici di Sistema). Il finanziamento analizzato in questo contributo è quello "corrente", per cui vengono compresi i costi relativi alla compartecipazione all'intramoenia ma non quelli straordinari.

Come si può osservare, il 1986 è stato l'anno in cui si è registrato il picco minimo di tale valore: il finanziamento era pari al 4,55% del Pil. Nel 2005, invece, si è riscontrato il livello più alto registrato dal 1982: 6,48% del Pil. Il valore medio dal 1982 al 2005 si è attestato al 5,28% del Pil.

A fronte di un andamento che si dimostra comunque sufficientemente omogeneo, si registra un forte incremento del finanziamento tra il 1990 e il 1991, prima dei meccanismi di riforma e, dopo un calo iniziato a partire dal 1992, si registra una nuova accelerazione che parte dal 1998 e arriva al 2002, per poi giungere al picco massimo del 2005.

Nel grafico 2 si mette a confronto il finanziamento con la spesa sanitaria pubblica corrente⁴: essendo la seconda sistematicamente maggiore del primo, si sono formati disavanzi strutturali in tutti gli anni di vita del SSN⁵.

Grafico 2 - Confronto tra spesa, finanziamento e disavanzo in % del PIL, 1982-2005



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e ISTAT

⁴ La fonte dei dati è il Ministero della Salute, D.G. della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema.

⁵ Si ricorda che le serie storiche del finanziamento e della spesa sono calcolate al netto della gestione straordinaria.

In particolare, sin dalla nascita del SSN si è evidenziato un disavanzo, che nel 1982 era pari allo 0,3% del Pil e che, dopo un calo registrato tra il 1983 e il 1984, negli anni successivi è cresciuto fino ad arrivare al suo picco massimo nel 1990 (circa 1% del Pil). In seguito, fino al 1992 il disavanzo in percentuale del Pil è calato, per poi risalire negli anni successivi anche in seguito alla congiuntura finanziaria conseguente all'entrata in Europa del nostro Paese. Nel 1995 si è registrato il picco minimo (0,1% del Pil), quindi c'è stata una crescita fino al 1997 e poi un andamento abbastanza stabile.

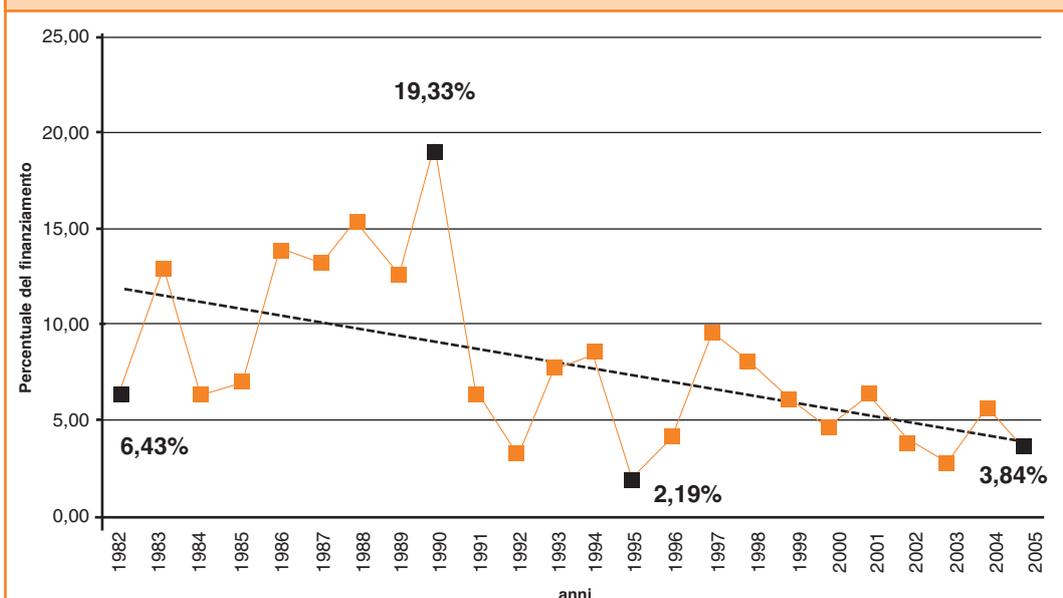
Considerando i valori medi registrati dalle tre serie storiche nel periodo di tempo considerato, si scopre che il finanziamento medio è stato pari, come visto, al 5,28% del Pil, e la spesa sanitaria pubblica al 5,69% del Pil. La media del disavanzo dal 1982 al 2005 è stata pari allo 0,41% del Pil, con un minimo come detto dello 0,3% e un massimo dell'1% del Pil.

In altri termini, per non vedere formarsi disavanzi sarebbe stato necessario tenere stabilmente il livello del finanziamento più alto di poco meno di mezzo punto del Pil.

Nel 2005 il finanziamento si è attestato al 6,48% del Pil; per portare tale valore al 6,7%, come auspicato dal Ministro della Salute Turco, occorre dunque far in modo che cresca dello 0,2%, dimezzando la distanza strutturale citata.

In un'ottica diversa, osservando i disavanzi in percentuale del finanziamento, si vede che il 1990 e il 1995 restano comunque gli anni rispettivamente del picco massimo (19,33% del finanziamento) e del picco minimo (2,19%). Partendo da un disavanzo pari al 6,43% del finanziamento nel 1982 e arrivando al 3,84% nel 2005, l'andamento, come mostrato nel grafico 3, è stato abbastanza irregolare.

Grafico 3 - Disavanzo nazionale in percentuale del finanziamento, 1982-2005



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

Un altro aspetto interessante è dato dal confronto tra l'andamento del finanziamento e quello della spesa per il personale dipendente del SSN, che da sola rappresenta, come noto, circa il 33% della spesa sanitaria pubblica totale⁶.

Nella tabella che segue vengono analizzate le variazioni percentuali (rispetto all'anno precedente) registrate nell'ultimo decennio nei valori assoluti del disavanzo, del finanziamento e della spesa per il personale dipendente del SSN.

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

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
spesa per il personale SSN	+1,37	+7,99	+10,63	-4,37	+0,39	+9,24	+4,96	+2,71	+1,14	+5,51	+5,54
finanziamento	+4,98	+6,35	+3,04	+5,95	+7,88	+12,69	+8,38	+6,77	+4,39	+5,40	+7,79
disavanzo	-73,13	+106,88	+134,73	-9,21	-18,48	-13,46	+44,85	-31,23	-25,76	+109,66	-29,50

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero Salute

Come si può osservare nella tabella 1, dai dati emerge come il disavanzo sia cresciuto in maniera rilevante quando il finanziamento non si è allineato alla spesa per il personale dipendente, fatto attribuibile alla mancata stima degli oneri per i rinnovi contrattuali.

Nella tabella 2 viene mostrato l'andamento per quinquenni della spesa, del finanziamento e conseguentemente del disavanzo, quest'ultimo calcolato in percentuale della spesa.

Tabella 2 - Finanziamento, spesa e disavanzo per quinquennio

	1982-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005
finanziamento (mil. di euro)	73.203,12	161.708,34	244.571,65	302.546,03	426.787,14
spesa (mil. di euro)	67.697,17	140.510,88	231.578,90	283.826,98	407.973,79
disavanzo (% della spesa)	7,52%	13,11%	5,31%	6,19%	4,41%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero Salute

In particolare, il valore più alto di disavanzo accumulato, calcolato in percentuale della spesa, si è registrato nel quinquennio 1986-1990, quando esso ha rappresentato il 13,11% della spesa sanitaria pubblica accumulata nel medesimo periodo. Il disavanzo minore (4,41% della spesa totale) è stato quello registrato nell'ultimo quinquennio (2001-2005), lasciando ben sperare in un riallineamento tendenziale. In definitiva, pur non

⁶ Fonte Ministero Salute, anno 2005.

potendosi dimostrare se le risorse destinate al finanziamento del SSN siano state o meno effettivamente sottostimate, si osserva come sin dalla nascita del SSN si siano strutturalmente formati disavanzi. Dall'analisi effettuata emerge, inoltre, come l'andamento del finanziamento non abbia sempre tenuto conto dei principali fattori della produzione (vedi ad esempio il costo del personale dipendente del SSN); infine, va detto che, tutto sommato, l'entità dello scarto tra finanziamento e spesa si sia mantenuta sostanzialmente su un livello mediamente stabile e sostenibile negli anni.

1.7.4 I dati regionali: il riparto delle risorse e i disavanzi

Una delle principali caratteristiche del Sistema sanitario italiano è rappresentata dall'esistenza di criteri di solidarietà che hanno portato ad un livello di finanziamento pro-capite diverso nelle varie Regioni. Nella tabella 3 si riportano, in termini di numeri indici, le quote capitarie assegnate alle Regioni. Emergono alcune significative differenze a livello territoriale: le Regioni del Nord Italia hanno, infatti, mediamente ottenuto un finanziamento più

Tabella 3 - Numeri indici finanziamento pro-capite

Regioni	1992	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	scarto 1992/2005
Totale Regioni	100	100	100	100	100	100	100	100	
Piemonte	97,7	101,3	104,5	105,0	104,1	104,0	105,1	107,8	10,1
Valle d'Aosta	99,5	107,1	123,3	105,1	122,7	120,0	120,0	121,4	21,9
Lombardia	100,2	103,0	101,5	99,1	99,3	98,2	98,0	99,3	-0,9
Trentino A.A.	98,7	115,4	125,5	102,4	122,6	127,3	127,2	123,7	25,0
Veneto	101,7	104,9	102,9	100,0	99,1	99,3	102,4	100,6	-1,1
Friuli V.G.	105,4	106,5	106,2	104,5	106,1	104,8	108,4	107,2	1,8
Liguria	111,8	108,6	115,4	114,2	112,6	111,8	112,3	109,2	-2,6
Emilia Romagna	110,8	109,5	110,5	106,9	105,5	104,7	103,1	106,4	-4,4
Toscana	103,0	103,0	105,7	106,3	104,9	104,5	103,8	104,9	1,9
Umbria	103,7	108,2	108,8	105,2	103,6	103,1	102,7	102,8	-0,9
Marche	106,9	102,7	115,4	100,8	100,3	99,6	99,3	101,1	-5,8
Lazio	102,9	98,2	100,4	98,5	99,9	102,4	102,9	99,6	-3,3
Abruzzo	95,7	98,4	99,6	100,4	99,0	98,2	96,7	98,8	3,1
Molise	95,8	95,2	98,5	102,6	100,7	100,3	99,9	103,1	7,3
Campania	96,1	92,2	88,6	93,6	93,6	93,7	91,9	89,9	-6,2
Puglia	95,1	94,9	91,2	94,2	95,3	95,7	95,6	93,5	-1,6
Basilicata	87,6	91,0	88,0	96,9	97,4	96,8	97,7	97,1	9,5
Calabria	91,4	90,8	88,9	96,4	95,6	96,8	95,5	94,9	3,5
Sicilia	95,6	91,6	89,8	95,5	94,7	94,8	94,3	95,9	0,3
Sardegna	94,9	95,1	91,3	98,3	95,1	95,3	94,0	94,4	-0,5
scarto tra valore max e valore min	24,1	24,6	37,5	20,6	29,1	33,6	35,3	33,8	9,7

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

alto rispetto alla media nazionale e soprattutto rispetto alle Regioni meridionali; tale fenomeno è facilmente spiegabile se si considera che nel settentrione la popolazione è più anziana che nel resto del Paese e che questo è uno degli attuali criteri di riparto ex L. 662 del 1996.

Dalla lettura della tabella per colonna, emerge lo scarto tra finanziamento pro-capite regionale e media nazionale e la sua variabilità. Quest'ultima ha un andamento irregolare difficilmente giustificabile in base a parametri di bisogno e tendenzialmente crescente.

Se invece si leggono i dati per riga, si osserva il trend regionale, ove risalta il forte incremento del Trentino Alto Adige, come della Valle d'Aosta e del Piemonte, e la diminuzione del Lazio e di altre Regioni quali la Campania, le Marche e l'Emilia Romagna.

Tabella 4 - Avanzi/disavanzi regionali in valore assoluto (milioni di €) e pro-capite (€)

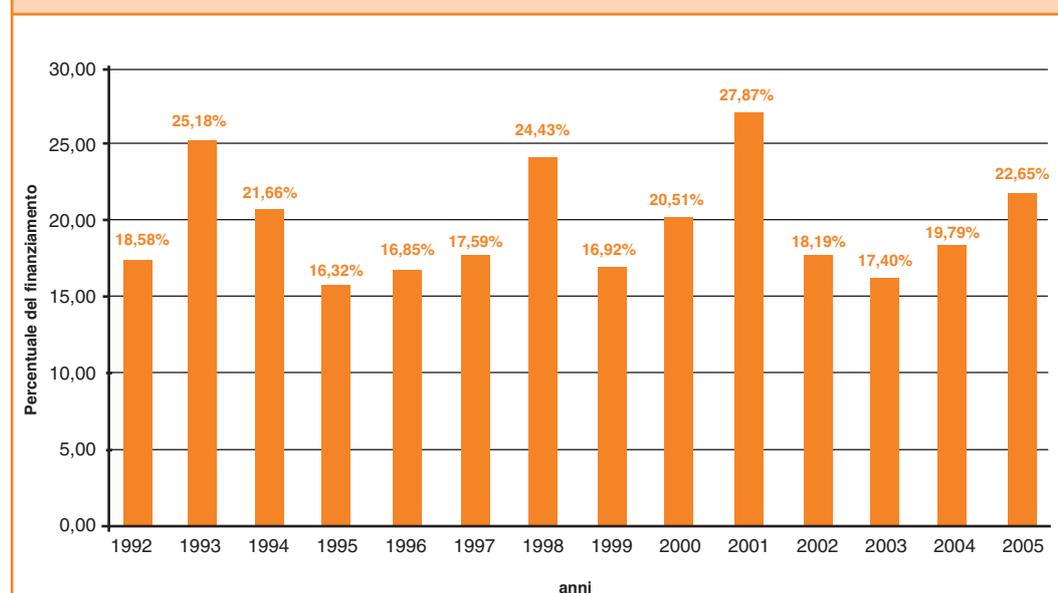
Regioni	2001		2002		2003		2004		2005	
	v.a. (mil €)	€ pro- capite								
TOTALE										
REGIONI	-4.675,68	-82,09	-3.215,68	-56,42	-2.387,38	-41,65	-5.005,50	-86,47	-3.529,11	-60,37
Piemonte	-269,06	-63,77	-84,66	-20,09	-124,46	-29,41	-548,50	-128,45	6,95	1,60
Valle d'Aosta	-21,93	-183,88	5,06	42,36	4,45	36,79	3,22	26,37	2,70	21,98
Lombardia	-817,43	-90,78	-750,10	-83,03	-393,93	-43,25	-209,43	-22,65	-261,95	-27,89
Trentino A.A.	-282,25	-301,74	-69,51	-73,90	-20,65	-21,73	10,35	10,76	29,85	30,63
Veneto	-452,09	-100,27	-329,29	-72,69	-294,72	-64,39	-70,28	-15,14	-187,90	-39,98
Friuli V.G.	-35,03	-29,65	6,02	5,08	-1,79	-1,50	-11,38	-9,50	-2,55	-2,12
Liguria	-88,35	-55,95	-44,74	-28,50	-51,08	-32,49	-293,48	-186,05	-212,27	-133,31
Emilia Rom.	-267,46	-67,43	-367,96	-92,35	-354,87	-88,05	-622,39	-152,53	-206,50	-49,74
Toscana	-186,52	-53,37	-164,31	-46,98	-110,54	-31,44	-260,76	-73,12	-146,41	-40,69
Umbria	-25,53	-30,97	-43,05	-52,11	-87,49	-104,88	-60,91	-71,83	-6,67	-7,77
Marche	-89,93	-61,42	-71,06	-48,31	-17,65	-11,89	-105,78	-70,29	25,91	17,06
Lazio	-1.096,99	-214,41	-750,85	-146,73	-741,28	-144,05	-1.288,82	-247,60	-1.386,41	-263,08
Abruzzo	-115,02	-91,19	-147,23	-116,63	-149,28	-117,24	-151,34	-117,69	-160,08	-123,21
Molise	-22,17	-68,97	-14,68	-45,82	-42,22	-131,51	-45,56	-141,61	-31,42	-97,58
Campania	-556,22	-97,44	-340,15	-59,66	-290,80	-50,79	-867,79	-150,65	-927,84	-160,28
Puglia	-66,97	-16,63	129,16	32,13	227,87	56,63	156,89	38,82	125,95	30,96
Basilicata	33,98	56,70	57,71	96,58	44,47	74,51	28,82	48,28	49,79	83,46
Calabria	-51,98	-25,75	38,62	19,22	200,76	100,01	47,88	23,80	172,13	85,67
Sicilia	-217,42	-43,68	-154,68	-31,15	-97,46	-19,60	-555,02	-110,93	-280,14	-55,88
Sardegna	-47,31	-28,94	-119,96	-73,56	-86,71	-52,95	-161,23	-98,13	-132,24	-80,14

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

Nella tabella 4 vengono messi a confronto i disavanzi in valore assoluto e quelli pro-capite registrati nelle varie Regioni italiane negli anni dell'ultimo quinquennio (2001-2005). Si evince immediatamente come i disavanzi si siano concentrati in alcune Regioni, portando alla norma del recente Patto per la Salute che prevede per il triennio 2007-2009 un fondo transitorio cui potranno attingere le Regioni che si trovano più in difficoltà. È opportuno rimarcare che, in linea di massima, i maggiori disavanzi pro-capite coincidono con i maggiori disavanzi in termini assoluti.

Come si evince dal grafico 4, l'anno, del periodo considerato, in cui si è registrata la minore variabilità è stato il 1995, quando la Basilicata presentava un avanzo pari al 6,9% del finanziamento, a fronte di un Lazio con un disavanzo del 10,24% del finanziamento.

**Grafico 4 - Variabilità nei disavanzi regionali (in % del finanziamento).
Scarti percentuali tra valore massimo e valore minimo**



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute

La maggiore variabilità a livello territoriale si è manifestata invece nel 2001: la Basilicata registrava un avanzo pari al 4,63% del finanziamento, contro un disavanzo del 23,25% del finanziamento del Trentino, seguito da quello del Lazio pari al 17,18% del finanziamento. In definitiva si evidenzia come l'evoluzione del finanziamento sia stata piuttosto difforme tra le varie Regioni italiane. La variabilità potrebbe in sé essere un fattore positivo, se legata ai differenti bisogni locali; gli andamenti irregolari lasciano però dubbi sulla logica dei riparti.

Peraltro, essendosi i disavanzi progressivamente concentrati in poche Regioni, risulta difficile governare il sistema con gli strumenti ordinari.

1.7.5 Conclusioni

Di seguito si sintetizzano le principali evidenze dello studio e alcune indicazioni di *policy*.

1. Con l'evoluzione del sistema di finanziamento sono sparite negli anni le imposte di scopo e si è così perso un elemento di trasparenza sull'utilizzo del finanziamento.
2. Sebbene l'analisi effettuata non consenta di affermare che le risorse assegnate per la sanità siano sottostimate, si osserva che il finanziamento del SSN è sempre stato strutturalmente inferiore alla spesa sanitaria pubblica corrente: nel periodo 1982-2005 mediamente dello 0,41% del Pil. Portando il finanziamento al 6,7%, tendenzialmente si dimezzerebbe tale scarto strutturale.
3. Il tasso di crescita del finanziamento risulta irregolare e sembra essere legato più al ciclo di finanza pubblica (quindi alle risorse disponibili) che al reale fabbisogno sanitario.
4. Lo stanziamento delle risorse per la sanità sembra essere scollegato rispetto alla principale voce di costo, quella per il personale dipendente del SSN, dimostrando la necessità di un migliore governo dei contratti e della stima degli oneri conseguenti.
5. L'andamento del finanziamento risulta difforme a livello territoriale, con una variabilità tra le Regioni che è andata aumentando negli anni, non sempre in modo riconducibile ai bisogni specifici.
6. I disavanzi accumulati negli anni si sono concentrati in poche Regioni, implicando una maggiore difficoltà di governo del sistema con strumenti ordinari: in questo senso va la previsione della Finanziaria 2007 di un Fondo di accompagnamento (di 1 miliardo per l'anno 2007) per sostenere il risanamento delle Regioni attualmente non in linea con i livelli di spesa concordati.

Riferimenti bibliografici

- Anessi Pessina E e Cantù E (a cura di) (2005), "L'aziendalizzazione della sanità italiana – Rapporto OASI 2005", EGEA, Milano.
- Dirindin N (1996), "Chi paga per la salute degli italiani? – Una ricostruzione accurata degli effetti redistributivi prodotti dal nostro sistema sanitario", Società editrice Il Mulino, Bologna.
- Doglia M, Spandonaro F (2005), "L'equità del processo di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale Italiano" in Atella V, Donia Sofio A, Meneguzzo M, Mennini FS, Spandonaro F, Sette parole chiave del SSN, 3° Rapporto CEIS Sanità, Italpromo Esis Publishing, Roma.
- ISTAT (1998-2006), "Dati demografici e indicatori economici" (su www.istat.it).
- Maruotti A, Mennini FS, Piasini L, Spandonaro F (2004), "Equità e fairness del Servizio Sanitario Nazionale Italiano", in Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F, Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza, 2° Rapporto CEIS Sanità, Italpromo Esis Publishing, Roma.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (1998-2006), "Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese" (su www.tesoro.it).
- Ministero della Salute (1998-2006), "Dati sul finanziamento del SSN: esercizi 1982-2005". D.G. della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema.

- Rafaniello A, Spandonaro F (2003), “Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistributivi”, in Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F, Bisogni, risorse e nuove strategie, 1° Rapporto CEIS Sanità, Italtel Edizioni, Roma.