

12° Rapporto Sanità

La Sanità tra equilibri istituzionali e sociali

12th Health Report

Health between institutional and social balances

A cura di / Edited by: Federico Spandonaro



ISBN 978-88-941236-1-6

© 2016 C.R.E.A. Sanità

SEDE LEGALE

Piazza G. Marconi, 25 - 00144 Roma – Italia

SEDE OPERATIVA

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

Impaginazione e grafica: Mediaticamente S.r.l., con la collaborazione di Rosy Bajetti

Finito di stampare nel mese di dicembre 2016

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

La 12ª edizione del Rapporto Sanità è il risultato di una partnership fra il Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità), promosso dall'Università di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), e alcune Aziende sensibili alla importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie.

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

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

Hanno contribuito alla realizzazione del 12° Rapporto Sanità:



Science For A Better Life



Bristol-Myers Squibb



Daiichi-Sankyo



Nestlé HealthScience
Where Nutrition Becomes Therapy



NOVARTIS



SANOFI



sanofi pasteur MSD
i vaccini per la vita

Guida alla lettura del Rapporto Sanità

La 12^a edizione del Rapporto Sanità mantiene la struttura consolidata negli ultimi anni, con qualche piccola novità.

L'ambito

Il focus resta sempre il settore sanitario "allargato", intendendo in tal modo la Sanità stricto sensu e quella parte di prestazioni sociali che risultano strettamente correlate agli esiti di patologie che conducono alla non-autosufficienza e alla disabilità. Per quanto riguarda i confini della Sanità, essi sono chiaramente individuati e da un punto di vista statistico sono riassunti nello SHA (*System of Health Accounts*); più complessa risulta la definizione dell'area del sociale "funzionale" alla Sanità.

Nel Rapporto si è adottato come criterio quello di integrare la parte sanitaria con l'area della cosiddetta LTC (*Long Term Care*), scelta peraltro condivisa da molte statistiche internazionali.

Le prestazioni LTC sono in larga misura caratterizzate dall'essere destinate a soggetti non-autosufficienti o disabili, e individuano un ambito nel quale si sommano prestazioni sanitarie e sociali, di fatto strettamente interrelate fra loro.

A riprova di ciò, la classificazione della *International Classification of Health and Functioning* (Icf) definisce il fenomeno della disabilità come "presenza di restrizioni alla partecipazione, associate a problemi di salute"; per inciso non si parla più di "persone con disabilità" ma di "persone con limitazioni funzionali".

A sua volta l'Istat, nella sua indagine Multiscopo, identifica diverse classi di limitazioni funzionali: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà nella comunicazione.

Nella legislazione nazionale non è peraltro sempre agevole delimitare l'ambito della non-autosufficienza,

in quanto ogni Regione adotta una propria definizione, spaziando dall'incapacità dell'individuo a compiere i normali atti della vita quotidiana e a mantenere una rete di rapporti sociali, fino ad arrivare ad un gruppo di Regioni che associano la condizione di non-autosufficienza alla presenza di pluri-patologie.

Si noti che, in Italia, il settore sanitario è caratterizzato da un sistema di prestazioni prevalentemente in natura, con una limitata quota di prestazioni in denaro erogate dalle ASL, per lo più sotto forma di *voucher* (regionalmente denominati anche "assegni di cura" e "buoni socio-sanitari"); le prestazioni per la LTC, se escludiamo i *voucher* erogati dai Comuni, sono invece in larga misura erogazioni in denaro senza un vincolo di destinazione (certamente sono di questo tipo le pensioni di invalidità civile e gli oneri relativi ai permessi retribuiti a norma della Legge 104/1992 erogati dall'INPS, mentre le indennità di accompagnamento, sempre erogate dall'INPS, in teoria avrebbero un vincolo di destinazione).

In definitiva, nei vari capitoli del Rapporto, ove possibile, verrà fornita sia l'informazione relativa alla Sanità, sia quella relativa al Sociale "funzionale" alla Sanità, nonché la loro somma e i sottoinsiemi quali la non-autosufficienza (o LTC): quest'ultima definita come somma delle prestazioni sociali (come sopra descritto) e della quota di prestazioni sanitarie destinata a pazienti non-autosufficienti (Figura A).

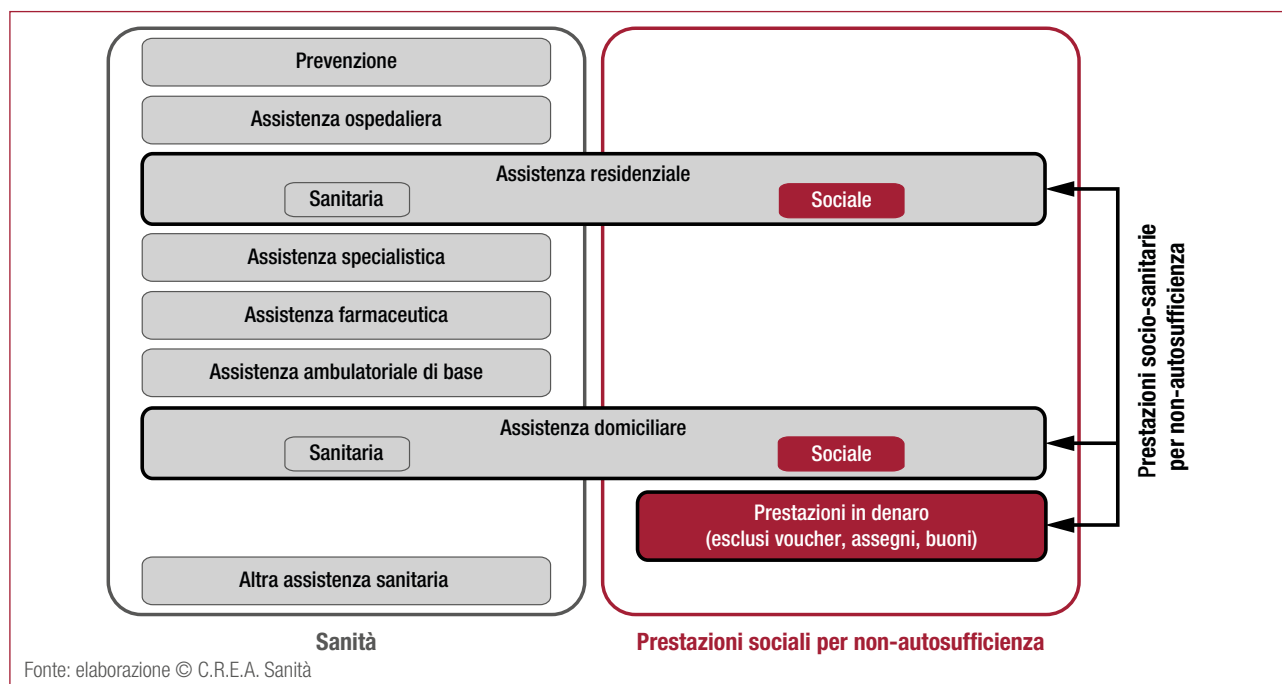
La struttura

Il 12° Rapporto Sanità è strutturato in 4 parti.

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

La seconda parte è dedicata alle specifiche analisi di settore: una per ogni area assistenziale, quali preven-

Figura A – La composizione del settore socio-sanitario



zione, assistenza ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica, primaria, domiciliare (quest’anno con un focus sulle cure formali e informali), provvidenze in denaro.

La terza parte è destinata alla lettura della Sanità come settore industriale, e quest’anno per la prima volta si apre una finestra sul mondo della Sanità digitale.

La quarta parte contiene alcuni “allegati”, ovvero analisi per patologia o specifiche tematiche sanitarie che esulano dalla struttura descritta.

Vale la pena sottolineare che, pur nella coerenza dell’assetto complessivo del volume, i singoli capitoli rappresentano contributi monografici indipendenti, che si concentrano su aspetti di interesse, oggetto di approfondimento da parte del *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità.

In una ottica di collaborazione e *partnership* con altre prestigiose Istituzioni di ricerca, quest’anno il volume si arricchisce, con nostro grande piacere e gratitudine, con i contributi di alcuni colleghi: la Prof.ssa Cristiana Abbafati (“Sapienza” Università di Roma), la Prof.ssa Elenka Brenna (Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano), la Prof.ssa Carla Collicelli (Fondazione Censis), Dr. Raffaele De Luca (I.R.C.C.S. Istituto tumori “Giovanni Paolo II” di Bari), la Prof.ssa Cinzia Di Novi (Università degli Studi di Pavia), il Prof. Ferdinando Ficari (Università di Firenze), il Prof. Antonio Gasbarrini (Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma), il Dr. Giuseppe Greco (ISIMM

Ricerche), il Dr. Walter Marrocco (F.I.M.M.G.), il Dr. Paolo Misericordia (Centro Studi della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale – F.I.M.M.G.), il Prof. Marco Montorsi (Humanitas University), il Prof. Aldo Piperno (Università di Napoli Federico II).

Da ultimo segnaliamo che per migliorare la fruibilità del Rapporto, ad ogni capitolo è associata una sezione di *key indicators*: nella nostra intenzione vorrebbero rappresentare uno strumento per seguire, di anno in anno, l’evoluzione dei singoli settori analizzati.

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

Il Rapporto si chiude con un riepilogo regionale, funzionale a permettere una (ri)lettura per singola Regione, trasversale quindi alle aree di assistenza analizzate nei singoli capitoli.

Infine, per chi fosse particolarmente interessato all’aspetto statistico, segnaliamo l’indice delle figure posto in appendice a fine volume e ricordiamo che ulteriori dati sono disponibili *on line* sul sito www.creasanita.it.

Il coordinatore scientifico ed editoriale
Cristina Giordani

Indice/Index

Presentazione	13
<i>Presentation</i>	14
Novelli G.	
Introduzione	17
<i>Executive Summary</i>	32
Spandonaro F.	
Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico: gli anni di buona salute persi e il “peso” della malattia	49
<i>Chapter 1 - The social-demographic context: years of good health lost and the “burden” of disease</i>	
Abbafati C.	
<i>English Summary</i>	59
<i>Key Indicators</i>	62
Capitolo 2 - Il finanziamento: risanamento e impatti redistributivi	73
<i>Chapter 2 - Funding: rebalancing and redistribution impacts</i>	
Ploner E., Giordani C., Polistena B.	
<i>English Summary</i>	88
<i>Key Indicators</i>	90
Capitolo 3 - La spesa: l’evoluzione nei confronti internazionali e nazionali	97
<i>Chapter 3 - Health Expenditure: national and international evolution</i>	
d’Angela D., Ploner E., Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	115
<i>Key Indicators</i>	117
Capitolo 4 - La valutazione delle Performance	125
<i>Chapter 4 - Performance evaluation</i>	126
Capitolo 4a - Una misura di sintesi del disagio economico delle famiglie	127
<i>Chapter 4a - Measurement of the households economic discomfort</i>	
d’Angela D.	
<i>English Summary</i>	135
Capitolo 4b - Una misura di Performance dei SSR (IV edizione)	137
<i>Chapter 4b - An exercise on the Italian Regional Healthcare Systems (4th edition)</i>	
d’Angela D.	
<i>English Summary</i>	147
<i>Key Indicators</i>	149

Capitolo 5 - Prevenzione: l'Italia nel contesto internazionale e le strategie per la sostenibilità del sistema sanitario	157
<i>Chapter 5 - Prevention: Italy in the international context and strategies for sustainability of the healthcare system</i>	
Giordani C.	
<i>English Summary</i>	179
<i>Key Indicators</i>	181
Capitolo 6 - Assistenza ospedaliera	193
<i>Chapter 6 - Hospital healthcare</i>	194
Capitolo 6a - L'evoluzione dell'attività ospedaliera e i processi di razionalizzazione della rete	195
<i>Chapter 6a - The evolution of network activities and rationalization processes</i>	
Spandonaro F., d'Angela D., Giordani C.	
<i>English Summary</i>	211
Capitolo 6b - L'impatto delle classificazioni isoseverità sulle stime dell'inappropriatezza	213
<i>Chapter 6b - The impact of isoseverity classifications on inappropriateness estimate</i>	
Battisti L., d'Angela D.	
<i>English Summary</i>	224
<i>Key Indicators</i>	225
Capitolo 7 - Assistenza residenziale: domanda e strategie d'offerta	233
<i>Chapter 7 - Residential Care: demand and supply strategies</i>	
Pastorelli G.	
<i>English Summary</i>	246
<i>Key Indicators</i>	248
Capitolo 8 - Assistenza specialistica ambulatoriale: le politiche tariffarie regionali e i ticket	255
<i>Chapter 8 - Outpatient specialist care: regional tariff policies and co-payment fees</i>	
Ploner E., Polistena B.	
<i>English Summary</i>	265
<i>Key Indicators</i>	267
Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica: una fotografia dell'esistente e simulazioni sulle regole di payback	273
<i>Chapter 9 - Pharmaceutical care: an overview of the existing and simulations on payback regulations</i>	
Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	283
<i>Key Indicators</i>	284
Capitolo 10 - Assistenza primaria: medici di medicina generale a confronto con un secondo pilastro del Welfare sanitario, tra rischi e opportunità	291
<i>Chapter 10 - Primary care: general practitioners compared with the second pillar of healthcare Welfare, between risks and opportunities</i>	
Misericordia P., Piperno A., Giordani C.	

<i>English Summary</i>	304
<i>Key Indicators</i>	306
Capitolo 11 - Assistenza domiciliare: invecchiamento della popolazione e cure formali e informali, il gradiente Nord-Sud Europa	313
<i>Chapter 11 - Home care: population ageing and formal/informal care, the Northern-Southern Europe gradient</i>	
Brenna E., Di Novi C.	
<i>English Summary</i>	322
<i>Key Indicators</i>	324
Capitolo 12 - Provvidenze in denaro: riflessioni sul finanziamento della Long Term Care sociale	329
<i>Chapter 12 - Cash benefits: long-term social care financing</i>	
Pastorelli G.	
<i>English Summary</i>	342
<i>Key Indicators</i>	344
Capitolo 13 - Aspetti industriali della Sanità	351
<i>Chapter 13 - Industrial aspects of Health</i>	352
Capitolo 13a - L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive	353
<i>Chapter 13a - The healthcare industry: evolution and prospects</i>	
d'Angela D., Carrieri C.	
<i>English Summary</i>	361
Capitolo 13b - Il futuro dei sistemi-salute e dell'industria life science nell'ecosistema digitale	363
<i>Chapter 13b - The future of health systems and of life sciences industry in the digital ecosystem</i>	
Greco G.	
<i>English Summary</i>	372
Capitolo 13c - Il valore della sanità digitale	374
<i>Chapter 13c - The value of digital health</i>	
Collicelli C.	
<i>English Summary</i>	389
<i>Key Indicators</i>	390
Capitolo 14 - Analisi per patologia	397
<i>Chapter 14 - Analysis by pathology</i>	398
Capitolo 14a - Impatto economico dell'immunonutrizione nei pazienti chirurgici oncologici	399
<i>Chapter 14a - Economic impact of immunonutrition in cancer patients</i>	
d'Angela D., De Luca R., Ficari F., Gasbarini A., Marrocco W., Montorsi M., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	404
Capitolo 14b - L'impatto dei nuovi anticoagulanti nella pratica medica e sulla profilassi della Fibrillazione Atriale a livello regionale	405

<i>Chapter 14b - The impact of novel oral anticoagulants in the medical practice and in the treatment of Atrial Fibrillation at the regional level</i> d'Angela D., Misericordia P., Polistena B. <i>English Summary</i>	412
Capitolo 14c - Le analisi sulla qualità della vita: il caso della Psoriasi cronica a placche	414
<i>Chapter 14c - Quality of life analysis: the case of chronic and plaque psoriasis</i> Polistena B., Spandonaro F. <i>English Summary</i>	423
Riepilogo regionale/Regional synopsis	427
Appendice/Appendix	449
Indice tabelle, figure e key indicators <i>Index of tables, figures and key indicators</i>	
Credits	471

performance
accesso
appropriata
innovazione
efficienza
integrazione
SSN
regioni
generalismo
economicità
risorse
valutazioni
cronicità



Presentazione

Presentation

Presentazione

Giuseppe Novelli – *Magnifico Rettore Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”*

Sono molto lieto di introdurre la 12^a edizione del Rapporto Sanità, realizzato da un gruppo di ricerca dell'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” coordinato da Federico Spandonaro, nell'ambito delle attività di studio svolte dal Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità).

Questo lavoro testimonia l'attenzione rivolta dall'Ateneo alla ricerca applicata in Sanità e a supporto delle politiche sanitarie, affinché la tutela della salute sia realmente un diritto fondamentale, da salvaguardare garantendo la sostenibilità dei sistemi sanitari.

Il settore della Sanità è infatti un ganglio fondamentale della Società italiana: esso rappresenta la cartina tornasole delle scelte dei *policy maker*.

Poiché la “salute” di tale settore è influenzata dalle trasformazioni del quadro demografico, istituzionale, politico, sociale e culturale, le Istituzioni devono saper rispondere alle sfide poste dai cambiamenti in corso. Ad esse spetta il difficile compito di trovare soluzioni in grado di garantire efficienza e efficacia dell'intervento pubblico e, allo stesso tempo, certezze (in primis, sull'esigibilità dei diritti nei confronti di tutti i cittadini), nel rispetto dell'equilibrio di competenze tra Centro e periferia.

La capacità di raggiungere tali obiettivi, coniugando equilibri istituzionali e sociali, è oggi la “frontiera” per far tornare il Paese a crescere e continuare a garantire l'Universalità dell'accesso.

A minare la sostenibilità dell'universalismo del sistema sanitario italiano sono oggi diversi fattori, tra i quali: a) l'invecchiamento della popolazione; b) la cronicità delle patologie ed estensione delle caratteristiche assistenziali tipiche della cronicità anche ad altre situazioni (es.

patologie tumorali) con conseguenze finanziarie notevoli; c) l'evoluzione tecnologica. Quest'ultima può avere effetti ambivalenti: ridurre i costi di produzione dei servizi oppure innalzare le barriere per l'accesso agli stessi. Poiché i grandi *player* tecnologici tendono a ricercare posizioni di vantaggio competitivo presso sistemi sanitari non universalistici, per questi ultimi l'impatto della tecnologia è in molti casi fonte di criticità.

È evidente che per far fronte a queste sfide è essenziale che le Istituzioni (in particolare, le Regioni e le Università tramite le attività di Terza missione) affrontino questi temi con spirito collaborativo, saggezza e unitarietà di intenti, mettendo da parte i “singolarismi” e gli appesantimenti dell'appartenenza in un'ottica snella ed immediata che vuole perseguire il bene collettivo primario: quello della tutela della salute del cittadino attraverso percorsi di cura efficaci e all'avanguardia.

Noi abbiamo accettato di rispondere a questa sfida: l'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, in coerenza con la sua *mission* e la sua *vision*, sta lavorando alacremente per contribuire al raggiungimento per il nostro Paese entro il 2030 di un obiettivo ambizioso tra quelli indicati dall'ONU nell'Agenda globale per lo sviluppo sostenibile, ovvero l'obiettivo n. 3 “assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età”.

Il Rapporto Sanità 2016 si interroga sui possibili assetti di *governance*, provando a indicare alcuni percorsi prioritari per adeguare il Servizio Sanitario Nazionale e le relative articolazioni regionali alle trasformazioni in corso.

Auspicio che il lavoro di analisi svolto nel Rapporto possa effettivamente arricchire il dibattito su temi così prioritari per il futuro di tutti noi e delle generazioni che verranno.

Presentation

Giuseppe Novelli – Rector, University of Rome Tor Vergata

I am very pleased to introduce the 12th edition of the Health Report, developed by a research group in the University of Rome Tor Vergata. It has been coordinated by Federico Spandonaro as part of the activities conducted by C.R.E.A. Sanità (Consortium for Applied Economic Research in Healthcare).

This work demonstrates the attention that the University has addressed to applied research in Health and in support of healthcare policies, so that the protection of health may actually be a fundamental right, to be safeguarded while fostering the sustainability of healthcare systems.

In fact, the Health sector is a vital nerve centre of Italian Society: it represents a moment of truth inherent to the choices made by policy-makers.

Since the “health” of the said sector is influenced by transformations within demographic, institutional, political, social and cultural settings, then Institutions must be able to respond to the challenges posed by ongoing change. They are entrusted with the difficult task of finding solutions capable of guaranteeing the efficiency and effectiveness of public intervention. And contemporarily guaranteeing certainties (principally ensuring rights to all citizens), in respect of the balance of powers between central and local government.

The ability of achieving the said objectives, combining institutional and social balances, today represents a “frontier” fostering the country’s newfound growth and continuing to ensure universality of access.

Several factors today undermine sustainability of the Italian healthcare system’s universality, including: a) ageing society; b) chronic medical conditions and the extension of chronic characteristic to other disease

(i.e. cancer pathologies), with significant financial consequences; c) technological evolution. The latter may present ambivalent effects: reducing production costs of services or raising barriers that hinder their access. As great technological players tend to seek competitive advantage in non-universalistic healthcare systems, the impact of technology for the latter is oftentimes a source of critical issues.

Obviously these objectives can only be attained if institutions (in particular, Regions and Universities via third-mission activities) are able to deal with these issues with a spirit of collaboration, wisdom and unity of purpose. This can only be done by setting aside “singularism” and the burdens of belonging, in favour of a streamlined and immediate perspective that wishes to pursue the primary collective good: that of protecting the citizen health through paths of effective and innovative care.

We have accepted to reply to this challenge: “Tor Vergata” University of Rome, coherently with its mission and its vision, is working hard towards achieving an ambitious objective for our country by 2030. This objective is one of those outlined by the UN Agenda for sustainable development, namely objective no. 3 “promoting health and well-being for all at all ages”.

The 2016 Health Report questions itself about possible governance structures, attempting to identify some priority pathways for adapting the National Health System and its relative regional offices to ongoing transformations.

I hope that the research work conducted by the Report may actually empower the debate on such priority issues for the future of every one of us and for the future of generations to come.



Introduzione

La Sanità tra equilibri istituzionali e sociali

Executive Summary

Health between institutional and social balances

INTRODUZIONE

La Sanità tra equilibri istituzionali e sociali

Federico Spandonaro – *Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”*,
Presidente C.R.E.A. Sanità

1. Introduzione

La rilettura della politica sanitaria nazionale di questo ultimo anno porta a formulare un giudizio sostanzialmente ambivalente: per un verso si potrebbe concludere che il dibattito si sia ulteriormente impoverito, concentrando tutta l'attenzione su aspetti che, per quanto essenziali per il funzionamento del sistema, non incidono sulle strategie generali; ci riferiamo ad esempio all'aggiornamento dei LEA, o al nuovo Piano di prevenzione vaccinale, la cui importanza è indiscutibile, ma che si riferiscono a *technicalities* di sistema, aggirando temi centrali quali quello (nel primo caso) del livello di servizio al quale il SSN vuole tendere, o del livello di sussidiarietà (nel secondo caso) a cui si ispira.

Si può però affrontare la questione da una diversa prospettiva, concludendo che sia stato invece definitivamente individuato come elemento maggiormente rilevante quello dei rapporti fra centro e periferia, ovvero Stato e Regioni, e che il dibattito sia solo rimasto sopito in attesa del *redde rationem*, rappresentato dal quesito referendario sulla riforma costituzionale. Sebbene non sia evidentemente il tema unico o centrale, quello del rapporto fra Stato e Regioni è, infatti, parte essenziale del dibattito; e il fatto che la funzione delle Regioni coincida largamente con la gestione della Sanità, rende il settore ancora una volta cruciale per l'evoluzione politico-istituzionale.

Per semplificare il quadro, potremmo allora riassumere la “questione sanitaria” attuale, in tre domande:

1. è finita l'emergenza economico-finanziaria?
2. sono risolvibili le evidenti differenze quali-quantitative che caratterizzano i SSR?
3. è ulteriormente sostenibile il sistema attuale?

Sul primo punto, che ha caratterizzato tutta la politica sanitaria e le riforme del comparto degli anni '90 fino alla riforma del Titolo V del 2001, la risposta sembra

essere ormai largamente condivisa e affermativa, tanto da rimanere per lo più implicita nel dibattito.

Sul secondo punto la *bagarre* politica intorno al referendum - previsto per il 4 dicembre, il cui risultato non è noto alla data in cui scriviamo - ci ritorna nei fatti una valutazione altrettanto condivisa, si potrebbe anche dire trasversale: si mette implicitamente sotto accusa il Federalismo, considerato dai più reo di avere generato “21 Sistemi Sanitari Regionali”, ovvero avere allargato le disparità fra le Regioni.

Il terzo punto viene, invece, del tutto rimosso, evidentemente scontando una risposta implicitamente affermativa, probabilmente basata sull'idea che le disparità regionali siano l'unico vero rischio di implosione del sistema.

Se il quadro descritto, sebbene con qualche forzata semplificazione, è considerabile esplicativo del momento attuale del dibattito di politica sanitaria, appare allora evidente come si sia formato a livello politico un fronte, compatto e trasversale, che ritiene il sistema attuale sostanzialmente adeguato, seppure subordinatamente ad un necessario “*restyling*” dei rapporti fra Stato e Regioni. La trasversalità della posizione genera un evidente “conformismo”, che in ultima istanza spiega l'apparente assenza di dibattito sul futuro della Sanità: sotto la “*brace*” cova, però, un conflitto (anch'esso del tutto trasversale), ma fra politica regionale e centrale: rimane per ora soffocato dalla più ampia partita politica rappresentata dal referendum, ma è certamente pronto a riaccendersi appena quest'ultimo sia stato espletato, quale che ne sarà il risultato.

Le avvisaglie del conflitto latente fra Stato e Regioni già si sono manifestate: ad esempio, non appena si è giornalmisticamente paventato che, nella Legge di Bilancio, le risorse programmate per la Sanità sarebbero state ridotte (anche quest'anno), le Regioni compatte hanno minacciato di impugnare l'accordo sui nuovi LEA.

La sfida è allora provare a rianalizzare le questioni

sopra proposte, sia per fornire una valutazione oggettiva sulla correttezza delle posizioni attualmente predominanti, sia per provare a disegnare gli scenari futuri della Sanità e, ove possibile, indicare ai *decision maker* qualche soluzione alternativa a quelle (se ci sono) attualmente proposte.

2. Federalismo, efficienza ed equità

Trovare, a livello politico, un convinto assertore del Federalismo, sembra essere impresa quasi disperata: la qual cosa si era resa evidente già a ridosso della riforma del Titolo V del 2001.

A conferma di ciò, anche oggi, tanto fra i sostenitori del Sì quanto quelli del No, sembra ampiamente comune e prevalente la convinzione che il Federalismo abbia in buona misura fallito, essendo la causa delle crescenti disparità nei SSR.

Questa convinzione, per quanto diffusa, sembra però trovare pochi o nulli riscontri oggettivi.

Iniziamo ad analizzare la questione dall'unico punto sul quale effettivamente sembra possibile almeno parzialmente condividere le posizioni espresse nell'introdu-

zione: quello della "fine" dell'emergenza economico-finanziaria.

Anticipiamo che, persino su questo punto, sebbene la crescita dell'efficienza del sistema sembri essere fatto evidente e oggettivo, anzi proprio per questo, si genera una contraddizione nei giudizi imperanti.

Guardando ai numeri (Figura 1), osserviamo che il deficit complessivo (con riferimento alle sole Regioni che hanno presentato un risultato di esercizio negativo) del SSN nell'anno 2006 era di circa € 6,0 mld.; l'ultimo dato disponibile, relativo al 2015, lo attesta ora a € 1,3 mld, ovvero meno del 2,0% (1,2%) del finanziamento (Figura 2).

A parte l'evidente riduzione, sottolineiamo che in un sistema complesso quale quello sanitario, un disavanzo dell'ordine percentuale descritto, può sicuramente ritenersi "fisiologico" e, comunque, facilmente gestibile.

Va notato, in aggiunta, che tra il 2005 ed il 2015 la spesa pubblica pro-capite nominale è aumentata di circa € 185,0; ma la crescita nominale del periodo analizzato è stata accompagnata da una riduzione reale della spesa pro-capite di € 95,3. In ogni caso, già a partire dal 2011 non solo la spesa pro-capite reale non cresce più, ma comincia progressivamente a decrescere (Figura 3).

Figura 1. Disavanzi del SSN (€ mln.), anni 2006-2015

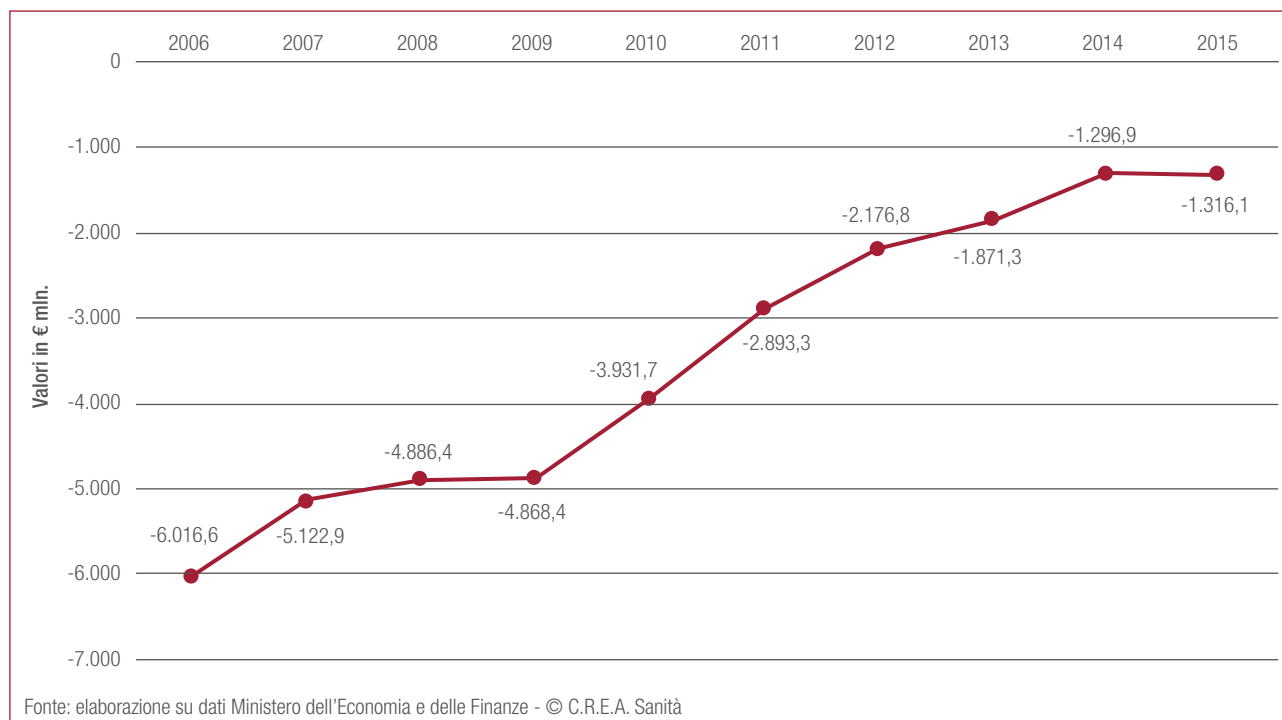


Figura 2. Deficit complessivo. Quota su finanziamento (%), anni 2006-2015

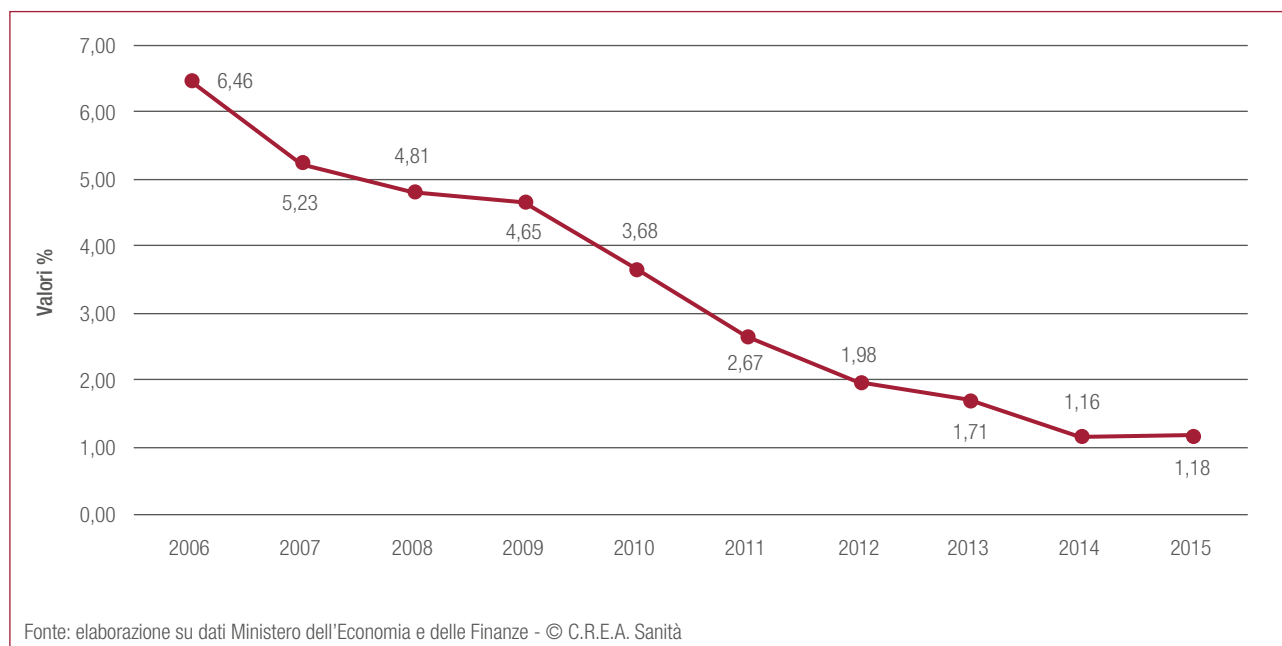


Figura 3. Spesa pubblica pro-capite nominale e reale. Differenze (€) rispetto all'anno base (=2005), anni 2005-2015



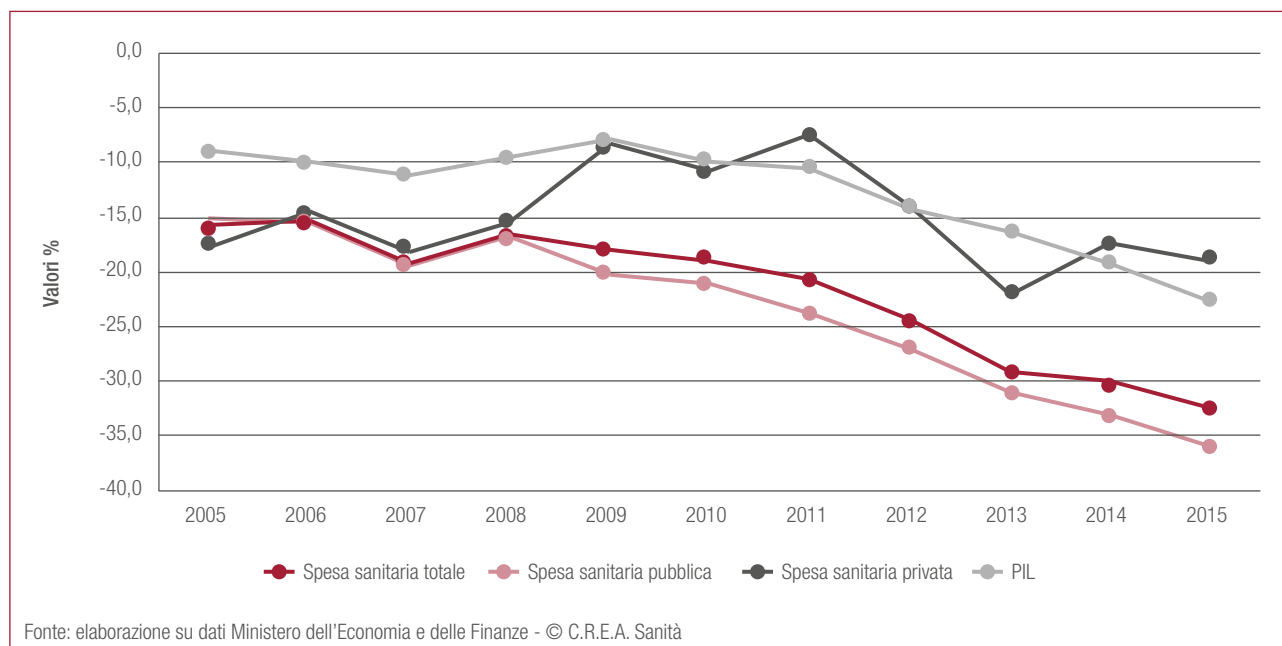
Che l'emergenza finanziaria sia scemata è, quindi, un dato di fatto: ma questa evidenza lascia intravedere una prima contraddizione nel giudizio negativo che accompagna l'esperienza federalista.

Non sembra, infatti, esserci possibile dubbio sul fatto

che primario obiettivo della riforma federalista era quello della responsabilizzazione finanziaria delle Regioni. E quindi da questo punto di vista il Federalismo, o meglio, il regionalismo si è decisamente dimostrato virtuoso.

Alcuni *caveat* sono però necessari. In primo luogo

Figura 4. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro capite. Gap (%) Italia vs. Europa occidentale (EU14), anni 2005-2015



sulla durata dell'equilibrio: il sostanziale pareggio di bilancio si è, infatti, realizzato con una contrazione senza pari della crescita della spesa pubblica che, nell'ultimo decennio, in Italia è stata pari ad un quarto (1,0% medio annuo contro 3,9%) rispetto a quelli dell'Europa Occidentale (EU14) (Figura 4).

Il risultato evidente di questa politica di "de-finanziamento" è che il *gap* di spesa pubblica pro-capite fra Italia e Paesi dell'Europa occidentale cresce a ritmi impressionanti (2,9 punti percentuali nel solo ultimo anno), risultando ormai pari al 36,0%.

Che il sistema italiano sia complessivamente poco costoso è, quindi, un ulteriore dato di fatto: ma lo è in modo talmente evidente da porre qualche "problema economico". Appare, infatti, lecito domandarsi se la condizione di equilibrio attuale possa persistere a lungo.

Le previsioni governative di finanziamento della Sanità, allineandosi di fatto alle previsioni internazionali, quali quelle del Gruppo di lavoro sull'invecchiamento del Comitato di Politica Economica della Commissione Europea (*Economic Policy Committee – Working Group on Ageing*, EPC-WGA), continuano a scontare una crescita della spesa largamente inferiore a quella degli altri Paesi Europei.

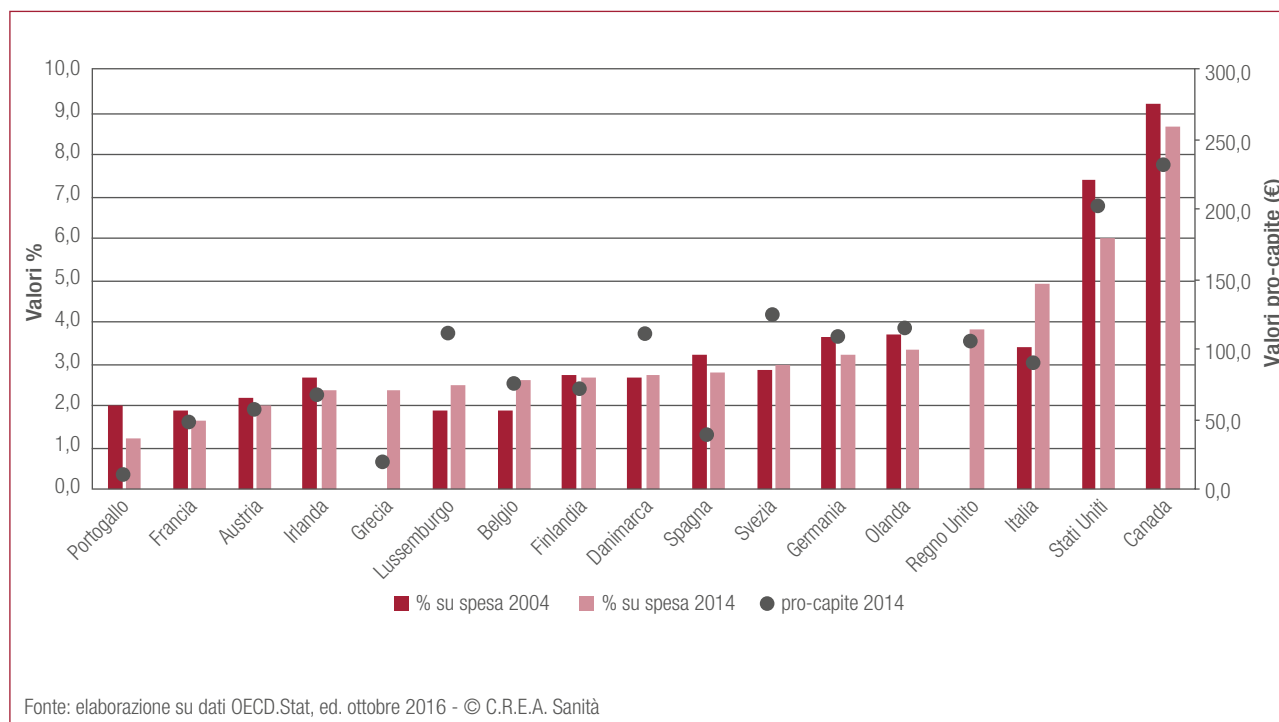
Tali previsioni, pur rappresentando un utile esercizio in termini di compatibilità macroeconomica, scontano

alcune ipotesi, quale quella per cui la dinamica dei costi unitari è associata al PIL pro-capite, che rendono decisamente non plausibile il mantenimento degli *standard* assistenziali attuali.

In altri termini, la minore crescita della spesa dell'Italia sarebbe spiegata da un fattore demografico (abbiamo anticipato il processo generale di invecchiamento) e dal fatto che il PIL non cresce (o cresce meno degli altri Paesi), e di conseguenza neppure i prezzi. Non si può non notare, che il primo punto non trova riscontro nel fatto che essendo già più vecchi dovremmo spendere di più (come detto, di contro, i livelli di spesa italiani sono decisamente inferiori a quelli della media EU14); e che il secondo implica che crescano poco (meno che nei Paesi a tassi di crescita del PIL maggiori) voci quali i salari dei professionisti o i prezzi medi delle tecnologie utilizzate, delineando un quadro "inquietante", che rende lecito paventare rischi di emigrazione dei professionisti e/o di impossibilità di rimborso delle tecnologie innovative.

In altri termini, ma su questo torneremo nel seguito, l'attuale sostanziale equilibrio finanziario, rischia di poter risultare duraturo solo al prezzo di tagliare i livelli delle prestazioni, almeno in termini relativi, ovvero rispetto ai Paesi di confronto (avendo qui adottato allo scopo l'Europa occidentale).

Figura 5. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in EU15 e altri Paesi OECD - Quota su spesa sanitaria pubblica corrente (%) e pro-capite (€), anni 2004 e 2014



Una seconda domanda che è lecito porsi è se l'equilibrio sia economico o solo finanziario.

Il rischio, ad esempio, è che una generalizzata posticipazione degli investimenti, pur migliorando la situazione contabile nel breve periodo, possa determinare problemi a medio termine, per effetto dell'obsolescenza delle strutture e in subordine delle tecnologie; e se comprendiamo fra gli investimenti anche quello in prevenzione, per cui spendiamo € 88,9 pro-capite contro, ad esempio, € 123,4 della Svezia, anche per effetto dei peggioramenti negli esiti di salute (Figura 5). Da questo ultimo punto di vista, si susseguono segnali non proprio incoraggianti (si veda fra gli altri anche il Rapporto Sanità 2015) sul versante degli *outcome* aggregati.

Sembra, quindi, che l'equilibrio finanziario, pur rappresentando una condizione necessaria, non risulti sufficiente per garantire l'efficienza del sistema, la quale richiede che siano posti a rapporto spesa e esiti.

In definitiva, la riduzione del deficit è fatto inconfutabile, e quindi il Federalismo ha sicuramente realizzato la missione per cui era stato prioritariamente disegnato, ma si può dubitare sia sul fatto che i risultati saranno

durevoli, sia sul fatto che siano stati conseguiti senza generare implicitamente costi non finanziari.

Pur ritenendo che la responsabilizzazione finanziaria (argomento sull'efficienza) delle Regioni sia stato il principio fondante dell'approccio federalista, non si può trascurare anche la sua potenziale capacità di realizzare modelli di assistenza consoni ai bisogni specifici delle popolazioni regionali (argomento sull'efficacia).

È proprio su questo secondo aspetto che si concentrano le maggiori critiche al Federalismo che, come anticipato, è considerato responsabile delle attuali disparità regionali, o meglio del loro allargamento.

Proprio per questa tesi, però, vengono maggiormente a mancare riscontri oggettivi.

Osserviamo subito che l'ipotesi alla base dell'approccio federalista è che esso possa incentivare una maggiore equità verticale (trattamento diverso di bisogni diversi) e che questo implichi in definitiva una migliore efficacia.

Con una buona dose di equivoco, il dibattito si concentra, invece, sugli scostamenti dall'equità orizzontale, quando non anche dalla pura uguaglianza, senza distin-

guere fra differenze “buone” (adattamenti a esigenze specifiche) e “cattive”.

Ma, al di là delle argomentazioni “teoriche”, la speciosità dell’argomentazione avversa al Federalismo è, intanto, evidente perché le disparità regionali sono antiche, certamente precedenti all’istituzione dello stesso SSN e persino dell’antecedente sistema mutualistico: a riprova di ciò, la riduzione delle disparità geografiche è l’obiettivo maggiormente ricorrente nel testo della L. n. 833/1978.

Quindi, prima di addossare al Federalismo le colpe, ataviche, della politica italiana sinora dimostratasi incapace di ridurre le differenze fra le aree del Paese, è necessario provare che dopo la riforma del Titolo V esse si siano ampliate. Ma, per fortuna, questo non è avvenuto, anzi, gran parte degli indicatori disponibili ci mostra esattamente il contrario: ad esempio, negli ultimi anni le inadempienze alle griglie LEA si sono ridotte, come anche non si vedono peggioramenti sistematici sul versante del Programma Nazionale Esiti.

Anche sul versante dell’applicazione delle norme di programmazione le cose vanno meglio che nei decenni passati.

In campo ospedaliero ad esempio, il processo di razionalizzazione dell’attività ha avuto andamenti e velocità difformi a livello regionale: concentrandoci sul periodo 2005-2014, la variazione dei ricoveri risulta nel *range* da -44,6% dell’Abruzzo al +13,9% della Valle d’Aosta (anche l’Umbria aumenta la sua dotazione del 2,8%), con una differenza di 58,5 punti percentuali. Ma complessivamente le differenze nei tassi di ospedalizzazione si sono praticamente dimezzate, rimanendo però ancora pari a 49,2 ricoveri per 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi): differenza su cui incide significativamente la mobilità.

Anche le differenze nella degenza media si sono ridotte significativamente, praticamente di un terzo, passando da 2,9 giornate a 2,2 (fra le Regioni con valori dell’indicatore estremi).

E in riabilitazione le differenze nei tassi di ospedalizzazione ordinaria si sono ridotte di un terzo, da 12,3 a 9,3 per 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi dell’indicatore); analogamente si sono ridotte di quasi la metà, da 3,2 a 1,7 per 1.000 abitanti, per i ricoveri diurni.

Possiamo concludere che le politiche di riduzione delle disparità regionali in termini di offerta ospedaliera (forse con l’eccezione della lungodegenza) sono risul-

tate un successo, grazie ad un *mix* di programmazione, monitoraggio e incentivazione ad assumere comportamenti virtuosi.

Persino da un punto di vista finanziario le differenze sono tutt’altro che aumentate.

La Figura 6 illustra l’escursione (massima) della spesa sanitaria (pubblica) a livello regionale: appare evidente che essa si era andata riducendo sino al 2009, per poi tendere a riallargarsi solo dopo.

Se consideriamo anche la spesa privata, e quindi l’escursione (massima) della spesa sanitaria (totale) a livello regionale, l’andamento è simile, sebbene amplificato (Figura 7).

Prima facie, quindi, sembra che si possa affermare che l’allargamento delle disparità (in tal caso economiche) non ci sia stato e che, anzi, in una prima fase federalista gli scarti si fossero ridotti.

Le differenze (di spesa), amplificate dalla differente *Capability to Pay* media delle diverse popolazioni regionali, sono rilevanti, dell’ordine del 50%, e non sono prodotte da disavanzi: piuttosto dal fatto che nelle Regioni del Nord si spende di più per la Sanità, vuoi perché hanno più risorse (statuti speciali), vuoi perché offrono maggiori extra LEA, vuoi perché hanno un finanziamento pubblico maggiore, mentre all’altro estremo troviamo quelle del Sud, con minore finanziamento, minore spesa privata e anche, spesso, gravate dai Piani di rientro e quindi impossibilitate (ove anche potessero) a erogare extra LEA.

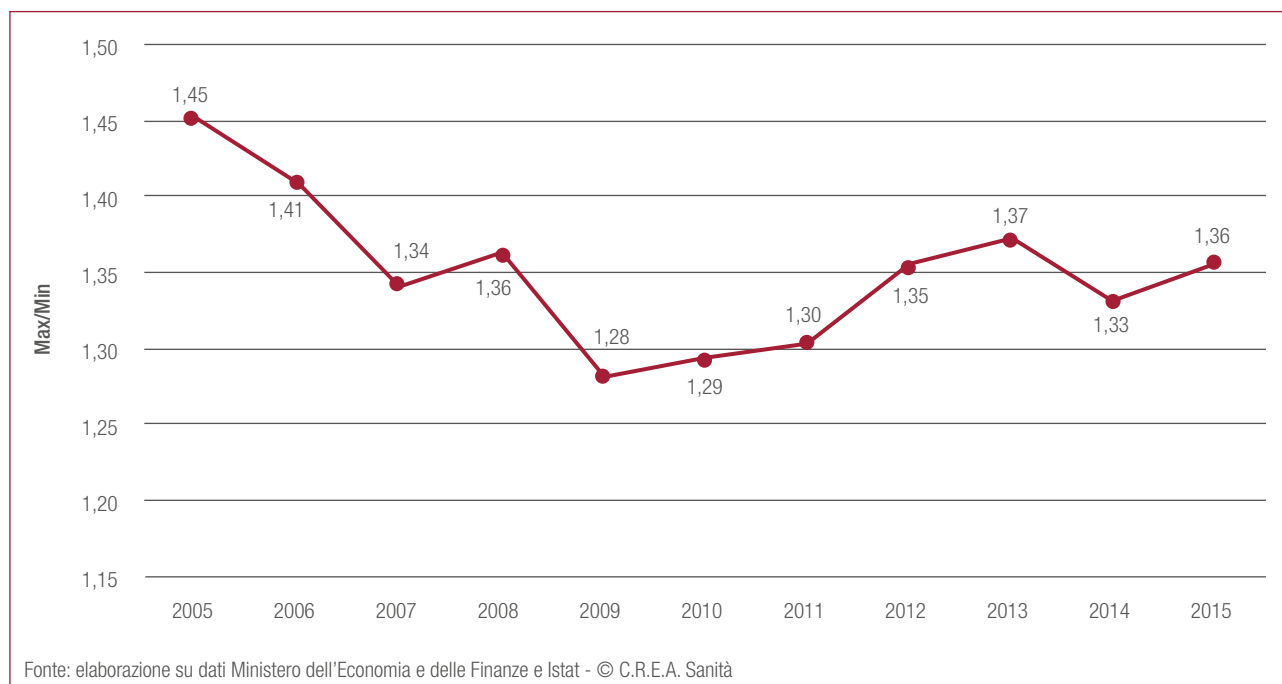
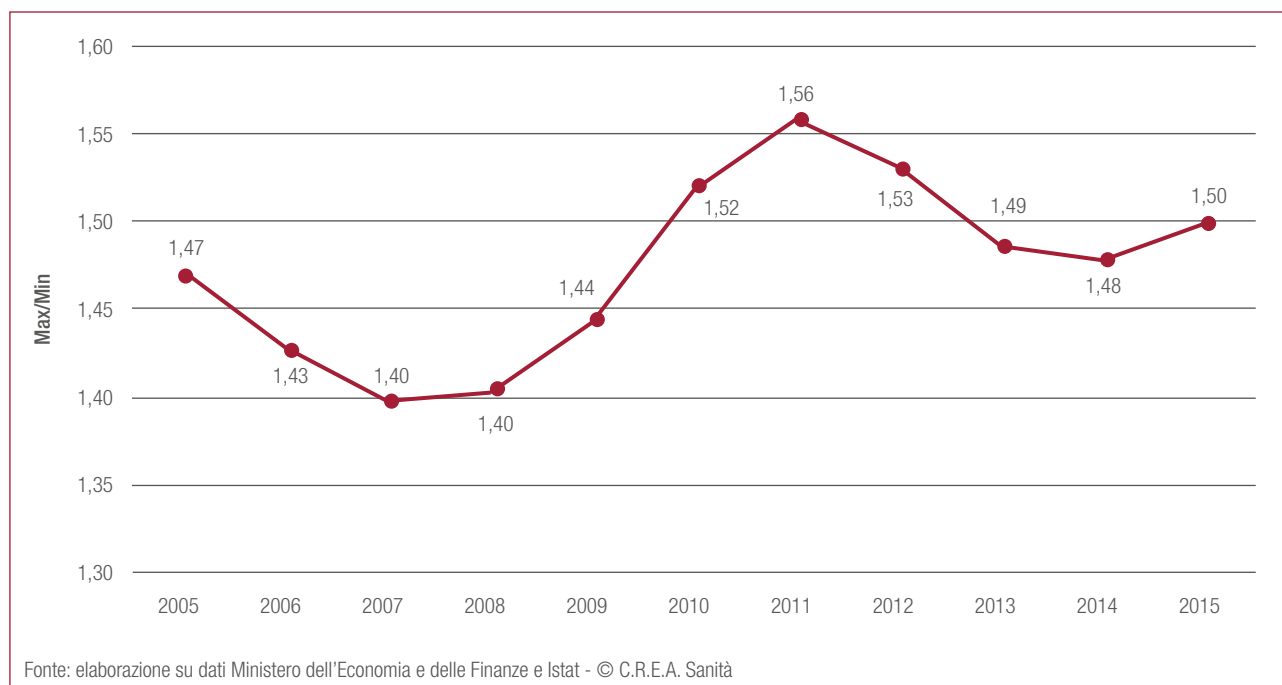
Senza nulla levare alla maggiore efficacia e efficienza dei SSR del Nord, ma le disparità sono di un ordine difficilmente sostenibile.

E comunque è del tutto presumibile che il riallargarsi delle differenze dipenda dal combinato disposto del rientro delle Regioni del Sud dal disavanzo, della loro minore capacità fiscale e dalla crisi finanziaria che dal 2009 ha ulteriormente ridotto la capacità delle famiglie più fragili di “complementare” la spesa pubblica.

Nessuno di questi fattori è di per sé imputabile al Federalismo, sebbene sia proprio l’esito della responsabilizzazione finanziaria, uno dei motivi del ri-allargamento dei livelli di risorse regionalmente destinate alla Sanità.

Si configura, piuttosto, un evidente esempio di *trade-off* fra politiche di risanamento finanziario e politiche equitative, tese al “risanamento” delle differenze geografiche.

Figura 6. Spesa pubblica pro-capite. Rapporto tra Regione con spesa massima e Regione con spesa minima, anni 2005-2015

Figura 7. Spesa pubblica e *out of pocket* pro-capite. Rapporto tra Regione con spesa massima e Regione con spesa minima, anni 2005-2015

Si pone, allora, la questione di quale sia la radice della storica, e per ora apparentemente incompressibile, disparità regionale.

Osserviamo che le regole, dalla definizione dei LEA alle

innumerevoli norme di programmazione dei servizi, hanno valenza del tutto generale, e la legiferazione regionale ha un potere di deroga molto limitato (specialmente sui livelli essenziali, di chiara competenza esclusiva statale, anche

in regime di legislazione concorrente): le differenze non sono attribuibili a “regole” diverse, quanto a diversi livelli/modalità di applicazione delle regole stesse.

L’esperienza dei Piani di rientro e dei commissariamenti delle Regioni sembra suggerire una interpretazione del fenomeno. I commissariamenti hanno, infatti, generato “successi” (in larga misura finanziari, come sopra argomentato) in modo estremamente rapido (forse molto al di là delle aspettative), e questo a riprova del fatto che sino a quel momento era mancata la volontà/possibilità politica (su quale dei termini sia più appropriato si potrebbe aprire un ulteriore dibattito che esula dalle questioni di politica sanitaria) di prendere decisioni: la cui necessità e valenza era peraltro nota e evidente; in altri termini, possiamo azzardare l’ipotesi che, al di là dell’inevitabile contenuto tecnico degli affiancamenti, ciò che ha avuto un ruolo risolutivo sia stata l’opportunità di “scaricare” sulle Istituzioni centrali almeno parte del “costo politico” delle decisioni che si andavano a prendere.

Potremmo riassumere le dinamiche sommariamente descritte, dicendo che il diverso livello/modalità di applicazione delle regole è strettamente legato allo sviluppo del tessuto sociale nelle diverse aree del Paese; in altri termini, le disparità sono legate non tanto all’assetto istituzionale quanto ad una carenza di capitale sociale. Carenza che a cascata impedisce, fra le altre cose, lo sviluppo di una managerialità diffusa (e aggiungerei, di un controllo “dal basso”) che rappresenta condizione essenziale e necessaria per migliorare l’efficienza nei sistemi complessi.

3. Il futuro: dopo il referendum

Molte delle colpe attribuite al Federalismo appaiono, quindi, sovrastimate, quando non del tutto senza riscontro; ciò non toglie che l’esperienza di questi anni abbia posto in evidenza l’esigenza di un più equilibrato rapporto fra Stato e Regioni.

Da questo punto di vista, la nuova riforma costituzionale si vorrebbe far carico di “correggere” uno degli elementi maggiormente discutibili della (affrettata) riforma del 2001: la legislazione concorrente in Sanità.

Senza entrare negli aspetti giuridici della materia, la domanda è se l’intervento previsto serva e possa funzionare.

Che probabilmente serva è stato premesso, sulla sua probabilità di effettivo successo è invece lecito dubitare.

Che i conflitti fra Stato e Regioni siano attribuibili alla legislazione concorrente è almeno dubitabile, in quanto alla loro radice non sembra trovarsi la definizione degli ambiti di competenza (che nel tempo si è chiarita), quanto la coerenza fra risorse rese disponibili e servizi da rendere.

Il conflitto, non a caso, si è acuito nella fase, ormai prolungata, di stagnazione economica, che ha ridotto le risorse disponibili per la Sanità, esasperando la materia del contendere. Basti pensare come risulti ancora in itinere, e con enorme ritardo, l’approvazione definitiva dei nuovi LEA.

Quindi, in via di principio ben venga una migliore e più ponderata definizione delle competenze, sebbene ci si possa attendere una iniziale recrudescenza di controversie, necessaria per chiarire cosa si intenda per “principi generali e comuni”; ma è abbastanza chiaro dal dibattito in corso che la riforma non si basa su una semplice ipotesi di redistribuzione “neutrale” dei ruoli, quanto piuttosto su una critica dell’operato regionale, a cui fa seguito una tendenza “sanificatrice” al ri-accentramento.

Sul fatto che la critica sia fondata abbiamo già esposto un sostanziale dissenso: pragmaticamente il tema è, però, quale sia in prospettiva la probabilità che l’eventuale ri-accentramento sia effettivamente cogente; a ben vedere, tale probabilità è bassa.

Nella misura in cui lo Stato dovesse effettivamente aumentare il suo potere impositivo nei confronti delle Regioni, è facile immaginare che, a meno di un rifinanziamento del sistema, che ad oggi non è nei documenti di programmazione economica del Governo (la crescita rimane inferiore all’1% anche per i prossimi anni), alternativamente crescerebbe il contenzioso sulle coperture economiche, o ri-aumenterebbe il disavanzo regionale.

Dopo una *spending review* che, se ricordiamo le previsioni di finanziamento degli anni 2007/2008, vale oggi circa € 30 mld., tutto in verità gira intorno alla congruità delle risorse che saranno rese disponibili per il settore.

Chi spera che la riforma dia effettivamente più potere allo Stato, così condizionando l’operato delle Regioni, rischia di rimanere del tutto deluso.

È stato, ad esempio, citato il caso della diversa disponibilità regionale di farmaci innovativi (o nuovi), la-

sciando intendere che la riforma darebbe allo Stato la possibilità di impedire le disparità.

L'argomento appare debole per vari ordini di ragione.

Intanto perché la diversa disponibilità di farmaci configura un chiaro caso di non esigibilità di un LEA (dove c'è un prontuario non sembrano poterci essere ragionevoli rischi di interpretazione su cosa sia o non sia un LEA); e la definizione dei livelli essenziali è già ora chiara competenza esclusiva dello Stato.

Inoltre, le inadempienze per lo più afferiscono a due fattispecie; la prima è già stata citata: è quella legata a una inefficienza delle tecno-strutture regionali, strettamente connessa alle carenze di capitale sociale, sul cui sviluppo il "riassestamento" dei poteri regionali non ha effetto sostanziale.

La seconda fattispecie è riconducibile a stratagemmi tesi alla posticipazione dell'onere della spesa. Il caso dei farmaci è illuminante: contrariamente a quello che è comune convinzione, le Regioni più lente a recepire le "innovazioni", o che le recepiscono con maggiori eccezioni, sono quelle meglio attrezzate, non certo quelle considerate più inefficienti (i tempi di inserimento in prontuario sono storicamente minori nelle Regioni afflitte da maggiori disavanzi).

Questo suggerisce che nelle Regioni più efficienti, essendoci maggior controllo sull'introduzione di nuove tecnologie, e preso atto che il loro "recepimento" a volte mette a rischio l'equilibrio di bilancio, si mettano in atto strategie tese a "raffreddarne" l'impatto finanziario.

La tesi, quindi, è che l'origine dell'inadempienza sia la diversa valutazione delle risorse necessarie; dato che il fenomeno riguarda in primis le Regioni più efficienti, o si sana rifinanziando il sistema o, se si vorranno imporre decisioni dall'alto, si riaprirà la sequela dei deficit annuali.

In ogni caso, infine, il ri-accentramento che è lasciato intendere dalla riforma con la clausola della assegnazione dei "principi generali e comuni" allo Stato e della "programmazione e organizzazione" alle Regioni, lascia a queste ultime una formidabile arma per vanificare le imposizioni centrali.

Usando ancora l'esempio dei farmaci, sarà facile per le Regioni recepire nei prontuari in automatico i nuovi farmaci, definendo però regole (queste evidentemente "organizzative") per la loro somministrazione, capaci di regolare il flusso reale di accesso al mercato come meglio riterranno.

Non si tratta evidentemente di fanta-politica, basti

pensare alla recente questione della definizione dei Centri autorizzati a erogare i farmaci per l'epatite C, che di fatto implicitamente definisce il numero massimo di pazienti che è possibile prendere in carico e quindi avranno accesso alle terapie.

Concludendo, sul fatto che la riforma possa generare impatti significativi, i dubbi sono molti: probabilmente, quale che sia l'esito del referendum, l'impatto effettivo sulla Sanità sarà molto modesto.

4. Autorevolezza, incentivi e programmazione

Malgrado quanto sin qui argomentato, un riequilibrio dei rapporti fra Stato e Regioni appare del tutto opportuno.

La domanda diventa allora quale siano gli elementi capaci di renderlo effettivo.

Da questo punto di vista, sembra utile ricordare (molto in breve) alcuni tratti salienti dell'evoluzione della programmazione sanitaria nell'ambito del SSN.

Il metodo della programmazione è esplicitamente assunto, sin dalla L. 833/1978 fra i tratti caratteristici del SSN. Programmazione che doveva esitare nei Piani Sanitari Nazionali (PSN) e a cascata in quelli Regionali (PSR).

Malgrado ciò, la capacità di effettivo impatto sul sistema della programmazione operata a livello centrale è sempre stata molto modesta, o almeno inferiore alle aspettative.

Basti ricordare la scarsa capacità di incidere di norme quale la L. n. 595/1985, che, ante litteram, disegnava con tanto di indicatori quantitativi la rete ospedaliera italiana (prevedendo la chiusura degli ospedali di ridotte dimensioni, tanto per citare un elemento).

La scarsa capacità di incidere delle norme incentrate sui risultati desunti da processi di programmazione fondati su evidenze epidemiologiche e standard operativi, è resa evidente dalla necessità che si è recentemente sentita con l'emanazione del Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015, che ancora una volta propone la rideterminazione della rete ospedaliera, certamente con nuovi criteri, ma con dati e un approccio, mutatis mutandis, non troppo dissimile da quello della citata L. n. 595/1985.

La “lezione (maggiormente) non ascoltata” della riforma in senso manageriale della Sanità ex D. Lgs. n. 502/1992 rimane quella che segnava il passaggio da una logica di governo di tipo impositivo *top-down*, ad una basata sul principio di incentivare comportamenti virtuosi (pur sempre suggeriti da una analisi delle evidenze epidemiologiche etc.) *bottom-up*.

Pensare che un ri-accentramento delle competenze, con un parallelo aumento della capacità impositiva dello Stato sulle Regioni, possa stavolta ottenere maggiori successi di quelli registrati negli anni '80, appare “ingenuo”: semmai, essendosi nel frattempo rafforzate le techno-strutture regionali, è lecito immaginare il contrario.

L'altra questione sospesa è quella che potremmo definire della “autorevolezza” delle indicazioni.

L'esperienza ancora recente del “Decreto appropriatezza” ne è lampante esempio: in un sistema professionale quale quello sanitario, imposizioni sui professionisti eterodirette hanno scarsissima probabilità di avere successo; anche se provenienti da tecnostutture ministeriali.

Uno dei maggiori problemi di governo del sistema è sempre stato quello dell'esagerato frazionamento delle società scientifiche mediche, che ha spesso reso impossibile innescare momenti di governo *bottom-up* da parte dei professionisti.

Semmai, anche in questo caso, l'interlocuzione fra strutture regionali e professionisti, forse per ragioni se non altro di radicazione nello stesso territorio, è risultata più efficace che non quella fra strutture centrali e mondo professionale.

In definitiva, non si può ragionevolmente pensare di risolvere il problema della variabilità regionale, dimenticando la specifica complessità della Sanità e le “lezioni” che portarono alla prima grande riforma del settore, accompagnate dalla storica carenza di integrazione del mondo scientifico e professionale nei processi di pianificazione del sistema.

5. LEA, extra LEA ed extra SSN

Preso dai rapporti fra livelli istituzionali, su una questione il dibattito politico nella Sanità italiana è colpevolmente assente: sembra che si stenti a considerare che la globalità del SSN è crescentemente un ricordo, e che

questo implica prendere una posizione sui rapporti fra intervento pubblico e privato, ovvero sui livelli di sussidiarietà del sistema.

Si è già detto come sia evidente la correlazione (positiva) fra spesa e qualità dei servizi: talmente evidente da far pensare che possa essere considerata un nesso causale; e se lo è, pone la questione della non marginalità sia degli interventi pubblici extra LEA, sia dell'accesso ai servizi sanitari extra SSN.

La recente “scoperta” è che le nuove modalità di rilevazione adottate dall'indagine sui consumi delle famiglie fanno emergere circa € 32,3 mld di spesa sanitaria *out of pocket*, portando la spesa privata a complessivamente a € 36,0 mld., di cui l'89,7% *out of pocket*, e il 10,2 % intermediata, a sua volta (con larga approssimazione della stima) per il 59,6% relativa a polizze collettive (principalmente Fondi complementari e integrativi, nonché Mutue) e il restante 40,4 % a polizze individuali (Figura 8).

Ricostruendo la serie storica, osserviamo che nell'ultimo quinquennio la spesa *out of pocket* pro-capite è aumentata ben del 10,6% a livello nazionale; e che tale risultato è attribuibile per buona parte alle Regioni della ripartizione settentrionale, che hanno registrato un aumento del 16,5%; nelle rimanenti ripartizioni la spesa privata è invece aumentata meno di un terzo (+4,8% nelle Regioni del Centro e +3,1% nelle Regioni del Sud).

Figura 8. Spesa sanitaria privata. Composizione (%), anno 2015

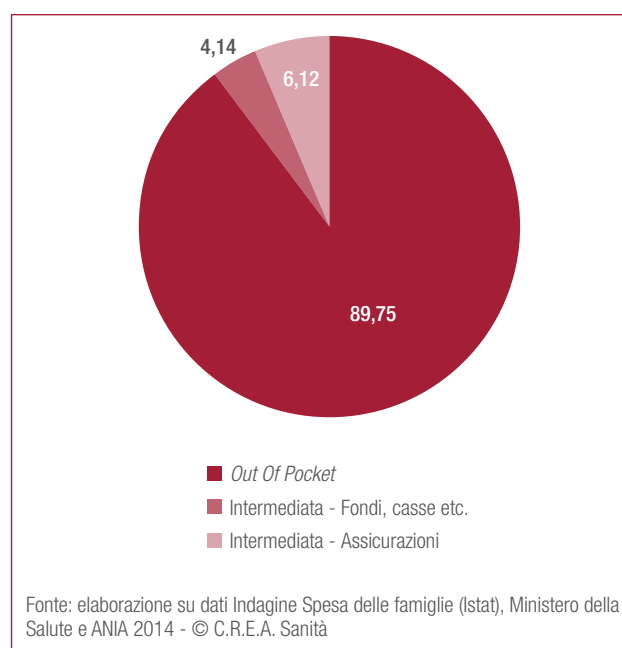
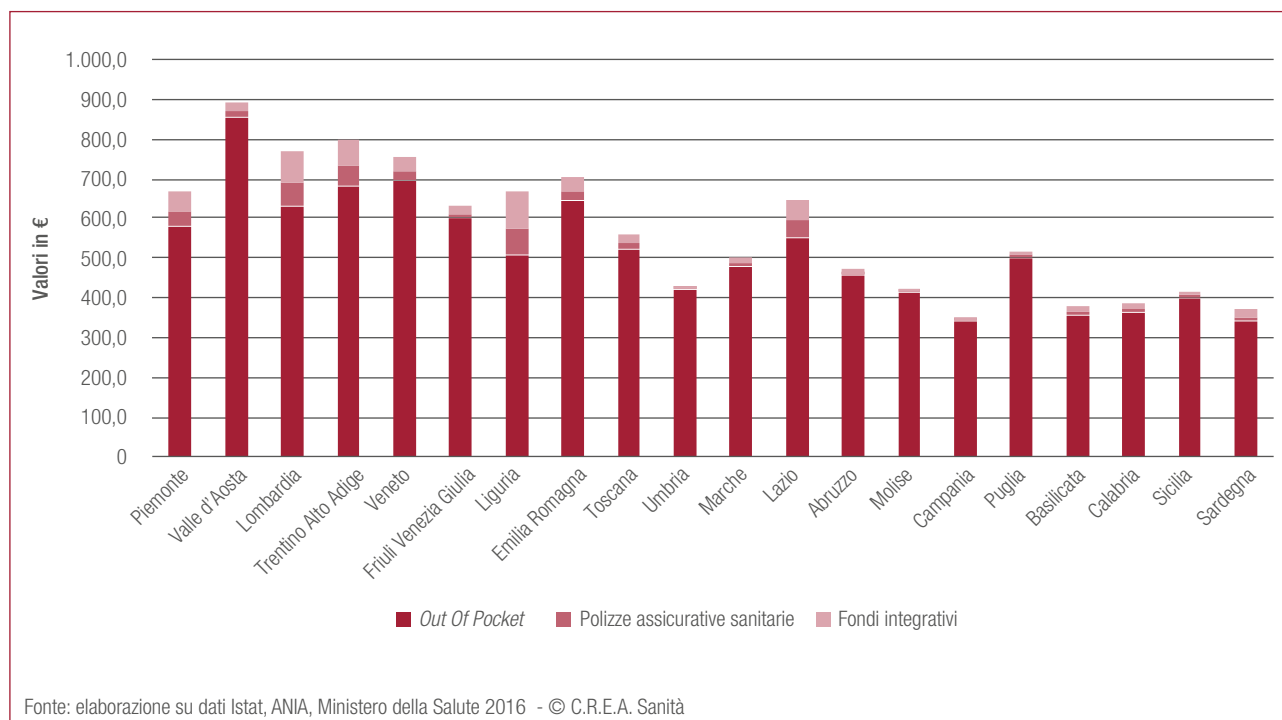


Figura 9. Spesa sanitaria privata per popolazione pesata. Valori in €, anno 2015

In altri termini, la spesa privata ha ormai raggiunto il 24,4% della spesa sanitaria totale, confermando in primo luogo che la risposta ai bisogni sanitari del SSN non è più affatto globale (Figura 9).

Inoltre, il 5,0% delle famiglie residenti in Italia, soprattutto nel Centro e nel Sud, ha dichiarato di aver ridotto, tanto da avere annullato, le spese sanitarie, configurando quindi “nuove” rinunce alle spese sanitarie.

Sono chiamate a rinunciare prevalentemente le famiglie dei quintili medio-bassi, che spendono prevalentemente per farmaci, visite ed esami diagnostici (80-90% delle spese socio-sanitarie OOP).

In termini di impatto equitativo, nel 2014, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie OOP e della catastoficità non sembra essere variata, ma ci sono circa 279.000 famiglie (l'1,4% di quelli che sostengono spese sanitarie OOP) ad alto rischio di impoverimento. L'incidenza del fenomeno rischia quindi di provocare in prospettiva un raddoppio delle situazioni di disagio.

La crescita difforme delle forme di Sanità complementare contribuisce paradossalmente ad aumentare le disparità regionali: la componente intermediata rappresenta il 13,4% della spesa privata nel Nord (17,3%

nel NordOvest e 8,0% nel NordEst), il 10,7% nel Centro e solo il 3,3% nel Sud e Isole.

Notiamo quindi che aumenta il disagio e in più che, in assenza di una strategia di governo del rilevante fenomeno qui descritto, si è anche innescata una nuova causa di “allontanamento” fra le Regioni settentrionali e meridionali.

6. Indicazioni di politica sanitaria

La disamina che precede pone all'attenzione almeno tre problemi prioritari per il futuro del SSN: il primo è come rendere compatibili gli equilibri macroeconomici con l'equità del sistema; il secondo è come rendere effettivo e stabile un nuovo equilibrio istituzionale fra Stato e Regioni; il terzo è come riorganizzare il sistema su due livelli, integrando l'assistenza pubblica di base con il crescente ruolo assunto dalla spesa privata, in particolare quella intermediata dalle polizze collettive.

Prima di suggerire alcuni elementi di attenzione, è però bene premettere quello che può certamente definirsi un dato positivo per il nostro SSN.

Il sistema sanitario italiano ha, infatti, sperimentato in anticipo rispetto agli altri Paesi europei, tanto l'impatto

dell'invecchiamento, quanto quella della riduzione delle risorse disponibili: l'enorme *gap* fra spesa italiana e europea (EU14) e il, certamente inferiore, *gap* nel livello dei servizi erogati, ci rassicura sulla resilienza del sistema, che è stato capace di governare la transizione, ponendosi oggi fra quelli certamente considerabili maggiormente "sostenibili".

Questo non significa, però, che il *gap* rispetto agli altri Paesi possa continuare ad allargarsi senza pregiudicare i livelli di servizio; e, a sua volta, questa osservazione implica la necessità di definire nuove strategie di sviluppo del SSN.

L'impossibilità di mantenere (o forse più correttamente di raggiungere) la globalità della risposta assistenziale pubblica, implica la capacità di decidere razionalmente su quali siano le priorità cui dedicare le risorse esistenti.

L'indicazione per l'individuazione delle priorità ci viene peraltro dalla nostra Costituzione e dalle leggi costitutive del SSN, oltre che dalla ovvia constatazione per cui è nel perseguimento dell'equità che si estrinseca il ruolo di un servizio pubblico universalistico.

Equità che si misura con la capacità di garantire universalmente la possibilità di accesso alle cure: e non sembra poterci essere ragionevole dubbio che, oggi, il tema dell'accesso non si pone più tanto in termini di disponibilità di offerta, sebbene forse sovrabbondante in alcuni segmenti e insufficiente in altri, quanto in termini di barriere all'accesso rappresentate dai costi proibitivi di alcune cure.

Per garantire universalmente equità nell'accesso è, allora, necessario intervenire prioritariamente per rendere compatibili le condizioni economiche delle famiglie con i costi che devono sostenere per accedere alle cure (socialmente meritorie/appropriate).

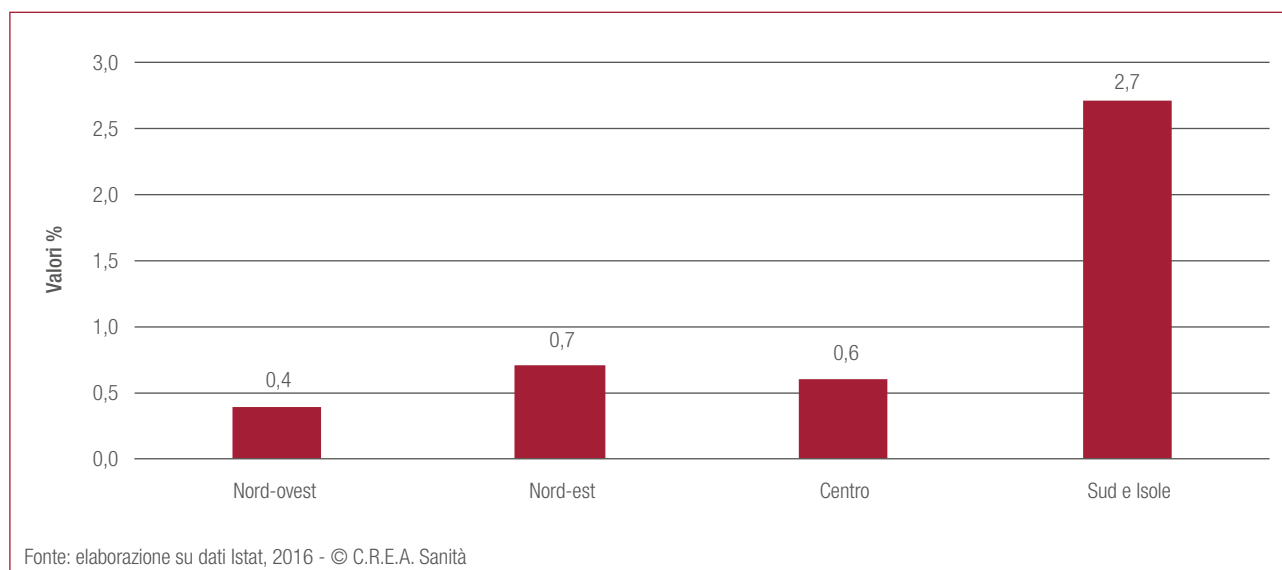
Va da sé che questo non implica erogare cure gratuite per tutti, quanto piuttosto la capacità di richiedere livelli di compartecipazione "proporzionali" alle condizioni economiche.

Semplificando, piuttosto che rischiare di razionare le nuove terapie, sembra più equo chiedere un maggiore contributo alla popolazione per quelle a minore impatto economico. Contributo che ovviamente dovrebbe essere commisurato alle capacità economiche, onde evitare fenomeni di impoverimento (che per inciso hanno raggiunto il ragguardevole livello del 1,2%, con punte del 2,7% nel Mezzogiorno) (Figura 10).

Onestà intellettuale richiede di sottolineare che per quanto equa e sulla carta effettivamente implementabile (con un sistema di compartecipazioni modulato in rapporto ai "mezzi"), una siffatta forma di prioritizzazione non è proponibile in un Paese dove (dato 2013) oltre il 60% dei cittadini paga una imposta IRPEF inferiore o al massimo uguale al costo medio pro-capite della sola Sanità pubblica.

Il paradosso dell'universalismo italiano è, oggi, che il servizio viene di fatto garantito da una minoranza di contribuenti fortunati o onesti, che "mantengono" un

Figura 10. Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie. Valori %, anno 2014



numero abnorme di concittadini (poveri o disonesti); e, oltre tutto, questi contribuenti probabilmente ricevono anche in proporzione meno servizi, essendo gli unici soggetti alle compartecipazioni.

Sembra questione irrisolvibile, ma va da sé che, in prospettiva, più le risorse caleranno, più sarà necessario prioritizzare e, di conseguenza, bisogna avere la consapevolezza che la sopravvivenza del SSN universalistico dipenderà strettamente dalla capacità di rendere finalmente equo il fisco.

Prioritizzare, per quanto premesso, implica anche definire quali siano le prestazioni meritorie e quindi degne della tutela pubblica.

Questo comporta due scelte strategiche, di cui la prima si lega anche alla questione dei rapporti istituzionali, oggi al centro del dibattito politico.

Infatti decidere cosa sia “appropriato” richiede processi trasparenti e anche autorevoli di valutazione.

Non c'è dubbio che l'argomento sia di quelli con valenza del tutto generale e quindi da affidarsi al livello centrale: pensare che la appropriatezza sia declinata regionalmente sarebbe la fine evidente dell'universalismo.

Da questo punto di vista, il tema della valutazione dell'appropriatezza e della meritorietà sociale, è legato a quello della credibilità di un riaccostamento delle decisioni “generali e comuni”, che è oggi in discussione: a tal fine ci sembra sia però necessario rifondare i sistemi di partecipazione degli *stakeholder* del sistema (cittadini e professionisti) alle decisioni; si invoca spesso l'*Health Technology Assessment* (HTA) come metodo razionale e trasparente per prendere decisioni, ma altrettanto frequentemente si dimentica di aggiungere che il processo dell'HTA non configura valutazioni meramente tecnocratiche, richiedendo invece la partecipazione corale degli *stakeholder* alla definizione delle scelte.

Pensare ad un accostamento meramente tecnocratico sarebbe “miope”, sia da un punto di vista politico che da quello tecnico: si genererebbero, ad esempio, immediati conflitti fra le Istituzioni e i cittadini, essendo le prime chiamate dalla scarsità di risorse a restringere il campo dell'appropriatezza, ed essendo i secondi portatori di interessi esattamente opposti (si vedano a tal proposito le evidenze prodotte in tema di composizione delle prospettive degli *stakeholder* nel cap. 4b).

Con questa prospettiva mancherebbero quelle con-

dizioni di “autorevolezza” capaci di rendere efficace la rideterminazione delle competenze regionali e statali.

Solo da un confronto e una corresponsabilizzazione degli *stakeholder* tanto sui temi dell'accesso che su quelli delle compatibilità economiche, può generarsi un processo credibile di formulazione dei criteri di prioritizzazione degli interventi, necessario per rendere compatibili risorse e aspettative, disinnescando il continuativo conflitto fra livelli centrali e locali di governo.

La Sanità italiana deve fare un significativo passo avanti in questo senso: non è, infatti, accettabile che non si riesca a mettere intorno al tavolo gli *stakeholder* del sistema, vuoi per la frammentazione delle società scientifiche e delle associazioni di *advocacy*, vuoi per un imperante regime di reciproca diffidenza fra categorie di *stakeholder*.

Evidentemente va coraggiosamente affrontato il tema della rappresentatività dei corpi intermedi, evitando che la frammentazione produca una ingovernabilità del sistema sanitario (frammentazione che, non a caso, è dato comune del Paese, confermando che la Sanità è un “campione rappresentativo” della Società italiana).

Un secondo aspetto propositivo rispetto alle necessità di prioritizzazione è legato alla declinazione stessa del concetto di appropriatezza.

La difficoltà crescente di definirne i limiti sembra, infatti, legata ad un approccio reso obsoleto dalla crescente offerta di opportunità diagnostiche e terapeutiche.

Definire in modo dicotomico cosa sia, o non sia, appropriato rende di fatto molto difficile procedere. Analogamente rende quasi impossibile disegnare il discrimine fra cosa sia, o non sia, “innovativo”.

Sarebbe allora opportuno valutare la possibilità di associare (cosa peraltro non nuova, basti vedere l'esperienza francese) alle prestazioni, non un “bollino” di appropriatezza di tipo dicotomico, ma un valore di meritorietà sociale su una scala (ad esempio a 5 livelli); in tal modo, le singole prestazioni potrebbero entrare nei LEA in modo differenziato (evitando o almeno mitigando il rischio delle logiche esclusive, “dentro o fuori”); diversificazione ad esempio associata a livelli di compartecipazione differenziati, che arricchirebbero fortemente le leve di governo del sistema.

Anche qui nulla di assolutamente nuovo, trattandosi

piuttosto di recuperare, con i dovuti ammodernamenti, strumenti che sono stati miopicamente abbandonati, spesso per mere ragioni elettorali: si pensi, ad esempio, al caso dei farmaci, che sino alla soglia del XXI secolo erano effettivamente classificati in “salva vita” (la classe A), e per questa loro meritorietà erogati gratuitamente, e in “altri farmaci” (classe B) erogati, invece, a fronte di una compartecipazione: avere abbandonato queste graduabilità degli interventi, e la relativa flessibilità, ha impoverito il sistema di leve di governo capaci di rendere compatibili risorse e aspettative.

Il terzo punto richiede che siano ridefinite non solo le competenze istituzionali del sistema pubblico, ma anche i ruoli reciproci del settore pubblico e di quello privato: continuare ad ignorare che oltre il 30% del costo delle cure (indipendentemente dai giudizi di appropriatezza) è oggi sostenuto direttamente dalle famiglie, implica lasciare il sistema ad una evoluzione disordinata, portatrice oltretutto di ulteriori allargamenti delle disparità geografiche/regionali, come sopra evidenziato.

Tanto più il sistema perde la sua connotazione di globalità, e tanto più la Sanità complementare diventa fatto socialmente meritorio e quindi degno di attenzione e regolazione.

Già nelle precedenti edizioni abbiamo più volte richiamato l'attenzione sulla mancanza di una chiara visione politica sul ruolo della Sanità complementare e sulla conseguente carenza di regolamentazione del settore.

Rimandando a quelle osservazioni, ci sembra si debba aggiungere che le cifre raggiunte dal fenomeno richiedano sia rivista tanto la *vision* che la *mission* del SSN.

Di fronte alla crescita della Sanità complementare (di fatto privata, ma non per definizione, bensì perché manca una strategia di intervento pubblico complementare), il SSN si trova ormai ad un bivio: rimanere essenzialmente orientato ad una logica di produzione, o sposare invece la logica della capacità di integrazione di servizi etero-prodotti.

Si è parlato¹, in questo contesto, della necessità che il SSN assuma un ruolo di ricomposizione sociale, di *brokeraggio*, atto a rispondere ad una crescente com-

plexità e varietà dei bisogni della popolazione: sembra una istanza del tutto fondamentale per la sopravvivenza stessa del SSN.

In effetti, l'*empowerment* dei cittadini e la smisurata crescita delle opportunità e delle aspettative, rende oggi sempre meno strategica una presa in carico basata sull'idea paternalistica di un completo affidamento del paziente al professionista o all'Istituzione; lievita, invece, l'importanza dell'integrazione: ovvero una presa in carico intesa come accompagnamento e supporto del paziente da parte dell'Istituzione, nella costruzione del suo percorso individuale.

L'aspetto è cruciale e non banale: malgrado le discussioni, spesso meramente ideologiche, sulle separazioni dei ruoli di produzione e committenza, negli anni il SSN ha continuato di fatto a rimanere essenzialmente (forse l'ultima) industria di Stato.

Pur riconoscendogli una significativa capacità di razionalizzazione economica, l'eccellenza del SSN è piuttosto da ricercarsi nella capacità di integrazione delle risposte.

Un ulteriore elemento è che ci sembra di poter proporre che un altro strumento di governo persosi negli anni, possa essere recuperato e rivalutato: di fronte alla crescente domanda di prestazioni complementari non si vede, infatti, perché le aziende pubbliche non possano sviluppare una offerta per cittadini solvendi, generando così nuove entrate in favore dell'assistenza complessiva (specie se il mercato si dovesse allargare alla mobilità internazionale in entrata, cosa per la quale esistono in verità tutti i presupposti); presumibilmente generando anche un positivo effetto calmierante sul mercato (al quale sono già molto interessati gli attori attivi nel mercato della Sanità complementare); e, infine, innescando benefici effetti in termini di efficienza delle strutture, grazie ai processi di imitazione/trasferimento delle *best practices*.

Una attività di questo tipo non è, però, pensabile possa esplicarsi all'interno delle attuali regole che governano le aziende pubbliche: si potrebbe allora sviluppare l'idea di “rami di azienda” soggetti a regole più tipicamente privatistiche, con un accreditamento sepa-

¹ Welfare futuro: scenari e prospettive, (a cura di) F.Longo, EGEA SpA, Milano, 2016.

rato e specifico per l'erogazione di prestazioni in forma complementare. L'aspettativa è che aumenterebbe certamente la flessibilità, si genererebbe un benefico effetto sul governo manageriale delle aziende pubbliche e si regolerebbe meglio il mercato della Sanità complementare.

Concludendo, il sistema italiano ha dimostrato una grande capacità di resilienza; accusare il Federalismo dei mali residui della Sanità italiana, che poi sono effetti derivanti dalle note e irrisolte "questioni" della Società italiana (prima di tutto la questione meridionale e poi quella fiscale) è almeno ingeneroso.

Pensare che riaccentrare il potere in Sanità sia la panacea di tutti mali è aspettativa miope, destinata a infrangersi sull'evidenza di quelli che sono i veri nodi al pettine per garantire la durabilità del SSN: prima di tutto

la capacità di governare la ricerca di una coerenza fra aspettative e risorse, salvaguardando allo stesso tempo l'equità complessiva delle risposte pubbliche; per ottenere ciò va governata la transizione del SSN, da attore unico capace di fornire una risposta globale, ad attore partecipante e integrato di un sistema complesso composto da offerte diversificate. Questo pone la necessità di una diversa *vision* sul ruolo del SSN e nuove regole per governare l'integrazione dei diversi attori che si affacciano sul mercato.

Da ultimo, ma non per importanza, è poi necessario integrare nei processi decisionali le istanze di cui i diversi *stakeholder* del sistema sanitario sono portatori, utilizzando processi valutativi multi-prospettiva, e reintroducendo elementi di flessibilità nelle scale di valutazione della meritorietà sociale.

EXECUTIVE SUMMARY

Health between institutional and social balances

Federico Spandonaro – *University of Rome Tor Vergata*
 President, C.R.E.A. Sanità

1. Introduction

Reinterpreting national healthcare policies over the past year has led us into formulating a substantially ambivalent judgment: on the one hand one might come to the conclusion that the debate has been further impoverished by concentrating all of the attention on aspects that (while essential for the functioning of the system) do not affect general strategies. For example, we are referring to the updating of LEAs (Essential Care Levels), to the new Vaccine Prevention Plan (whose importance is indisputable), but all of which refer to system technicalities, bypassing central themes such as (in the first case) the level of services that the National Health Service wishes to distribute or the subsidiarity level (in the second case) that inspired it.

The issue may be dealt with from a different perspective, concluding that instead it has definitely been identified as the most important element in the relation between central and local government, namely between State and Regions. And that the debate has only remained dormant while waiting for the redde rationem, represented by the pending referendum on constitutional reform. Although it is evidently not the only or central topic, the relation between State and Regions is in fact an essential part of the debate. And the fact that the function of Regions coincides largely with the management of Public Health makes this sector, once again, a crucial one for political-institutional evolution.

With the aim of simplifying the framework, we could summarize the present “healthcare issue” with three questions:

- 1. has the economic-financial emergency come to a conclusion?*
- 2. can evident quality-quantity differences characterizing Regional healthcare services be solved?*
- 3. is the present system still sustainable?*

Regarding the first item, that has characterized all public healthcare policies and reforms in the sector from the 1990s until the reform to Title V, dated 2001, the answer seems to be mostly shared and affirmative – so much so as to remain mostly implicit in the debate.

Regarding the second item, the political tussle surrounding the referendum (scheduled for December 4th, whose result at the moment of the present Report being drafted are not known) actually returns in a likewise shared assessment, one might also say a transversal one: Federalism is implicitly accused, considered by most as being guilty of generating “21 Regional Public Healthcare Systems” – in other words, for having widened the disparities between Regions.

Whereas the third item is completely removed, obviously paying for an implicitly affirmative reply – probably based upon the concept that regional disparities are the only real risk for the system’s implosion.

If the scenario described (although bearing a few necessary simplifications) is considered explicative of the present moment in the public healthcare debate, then it seems evident how a front has been built at the political level. It is a compact and transversal front, one that believes the present system to be substantially adequate, albeit subordinately to a necessary “restyling” of the relations between State and Regions. The transversal position triggers some obvious “conformism”, which ultimately explains the apparent absence of a debate regarding the future of Public Healthcare. But beneath the embers broods a conflict (again, completely transversal), but one between regional and central politics: for now it stands stifled by the broadest political game represented by the referendum, but it is certainly ready to light up once again as soon as the latter has been completed – whatever the results shall be.

The signs of a latent conflict between the State and Regions have already been manifested: for example,

as soon as newspapers hypothesized that the Budget Act would reduce programmed resources for Public Healthcare (again this year), Regions stood together in threatening to challenge the agreement on new LEAs.

So the challenge is trying to re-analyze the issues proposed above, both for providing an objective assessment of the correctness of presently predominant positions, and in trying to outline future scenarios in the Public Healthcare sector and (when possible) providing decision-makers with some solutions as an alternative (should there be any) to the ones presently being proposed.

2. Federalism, efficiency and equity

At the political level, finding a strong supporter of Federalism seems to be an almost desperate endeavour: this was already obvious in the lee of the reform of Title V in 2001.

To confirm this, even today, amongst the supporters of the “Yes” as well as those voting “No”, there seems to be a common and prevalent conviction that Federalism has largely failed – being the cause of growing disparity between Regional Healthcare Systems.

But while being widespread, this conviction seems to find little or no objective evidence.

We shall begin by analyzing the issue from the only point that actually seems at least possible for partially sharing the positions expressed in the introduction: that of the “end” of the economic-financial emergency.

We anticipate that, even from this standpoint, although the efficiency growth of the systems seems to have become evident and objective (and actually for this reason), a contradiction in prevailing judgments has been created.

Observing the numbers (Figure 1), we notice that the overall deficit (with reference to the only Regions that have presented negative operating results) of the National Healthcare Service (NHS), during the 2006, was approximately € 6.0 billion: the latest value available, relative to 2015, reports it standing at € 1.3 billion, that is less than 2.0% (1.2%) of the funding (Figure 2). Aside from the blatant reduction, we wish to underline that in a complex system such as the public healthcare one, a deficit in the percentage described may certainly be deemed “physiological” and, in any case, one that can easily be managed.

Moreover, it must be noted that between 2005

Figure 1. NHS deficit (€ million), 2006-2015

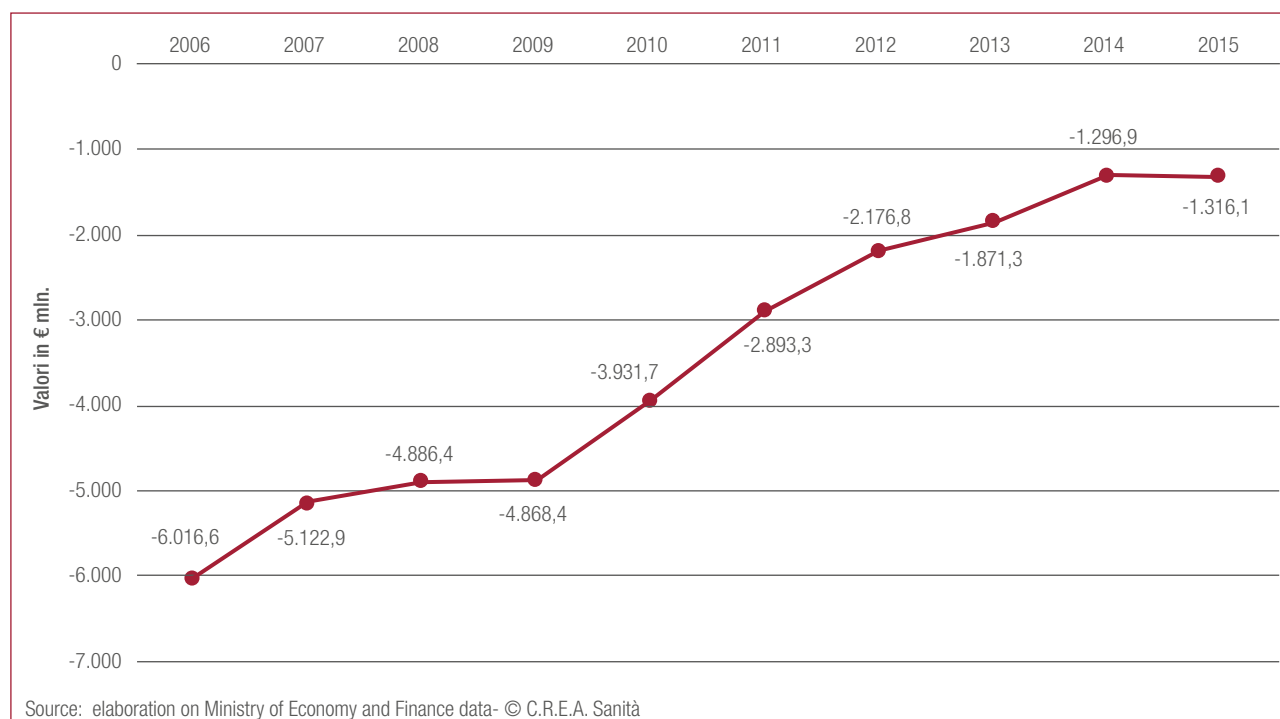


Figure 2. Overall deficit. Share of funding (%), 2006-2015

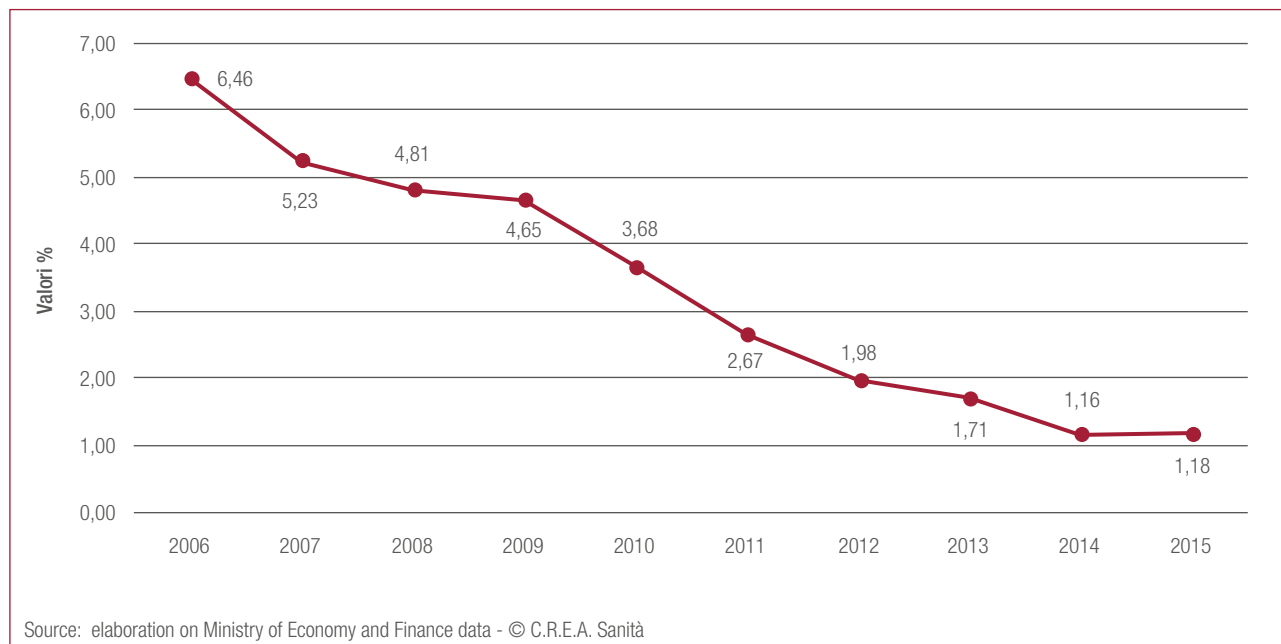
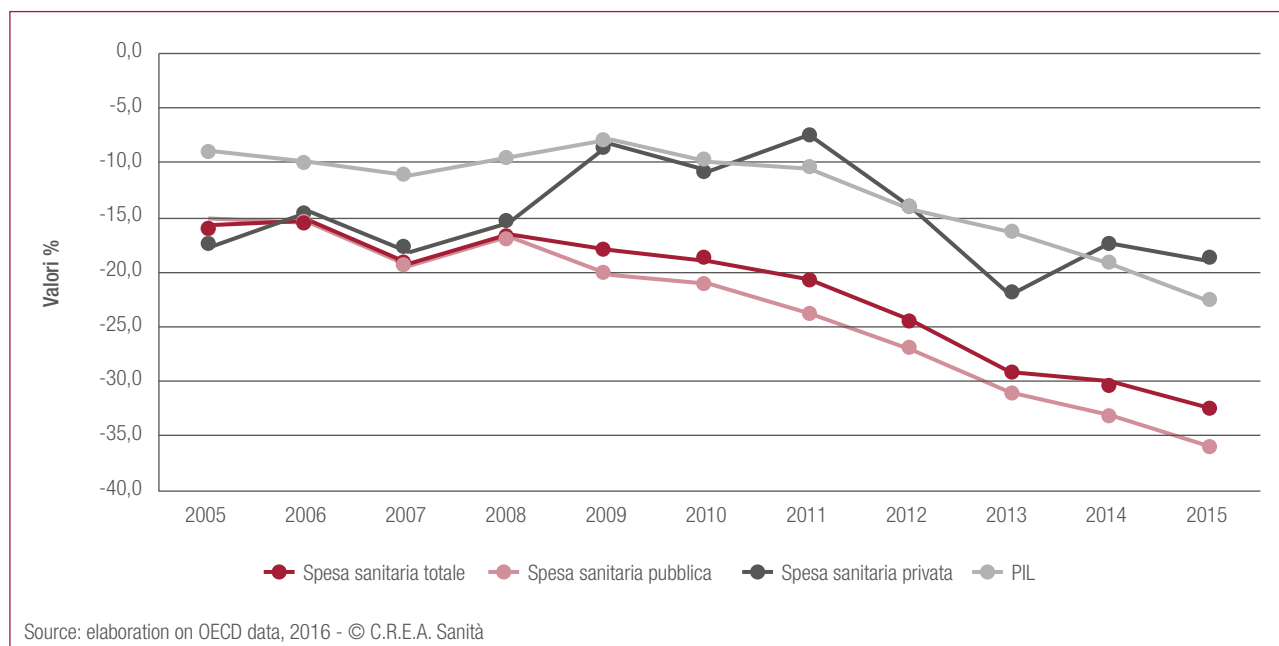


Figure 3. Nominal and real per capita public expenditure. Differences (€) compared to the baseline year (=2005), 2005-2015



and 2015 the public nominal per capita expenditure increased by approximately € 185.0; but the nominal growth in the same period was accompanied by a real reduction of € 95.3. In any case, already beginning in

2011, not only did the actual per capita expenditure no longer increase, but it gradually began to decrease (Figure 3). Hence, it is a fact that the financial emergency has diminished: but this fact betrays a first contradiction

Figure 4. Current total, public, private healthcare expenditure and GDP per capita. Gap (%) Italy vs. Western Europe (EU14), 2005-2015

in the negative judgment that accompanies the Federalism experience.

In fact, it seems doubtless that the primary objective of the Federalism reform was that of entrusting Regions with financial responsibility. And therefore, from this standpoint, Federalism (or better yet, regionalism) has proven to be definitely virtuous.

But some caveats are necessary. In the first place regarding the duration of economic-financial balance: in fact, the substantial balance in the budget has arisen with an unparalleled contraction in the growth of public expenditure. Over the past decade, in Italy this figure has been equal to one-fourth (1.0% annual average against 3.9%) compared to that in Western Europe (EU14) (Figure 4).

The obvious result of this “de-financing” policy is that the gap in per capita public expenditure between Italy and the Countries in Western Europe has been growing at impressive rates (2.9 percentage points over the last year alone) and is now equal to 36.0%.

That the Italian system is not exceedingly expensive on the whole is therefore another fact: but it is to such an obvious degree as to pose a few “economic problems”. In fact, it seems safe to ask ourselves whether the present balance might actually endure at length.

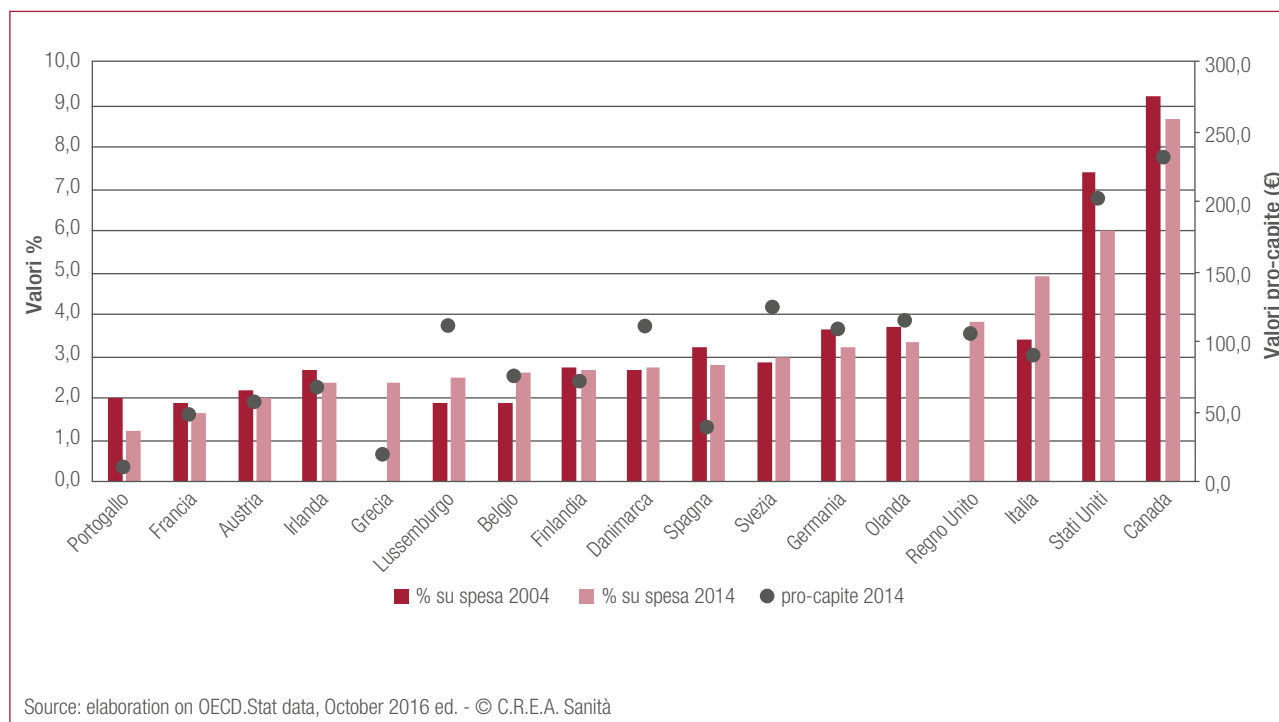
Government Public Healthcare financing forecasts, actually in compliance to international forecasts such

as the Economic Policy Committee – Working Group on Ageing (EPC-WGA), continue to reflect a growth in expenditure that is widely inferior to that of other European countries.

The said forecasts, while representing a profitable exercise in terms of macroeconomic compatibility, pay for a few assumptions. Such as the one according to which the dynamic of unitary costs is associated to the per capita GDP, making it very implausible to maintain the current standards of care.

In other words, the lower growth of expenditure in Italy would be explained by a demographic factor (we’ve anticipated the general ageing process) and by the fact that the GDP does not grow (or grows less than other Countries) and consequently nor do prices. One cannot help but observe that the first item is not reflected in the fact that being more elderly, we should be spending more (as mentioned, by contrast, Italian expenditure levels are markedly lower than those of the EU14 average); and that the second item implies a slow growth (in comparison to countries with a higher GDP growth) in items such as professional salaries or the average prices of employed technologies, outlining a “disturbing” picture that makes it feasible to fear the emigration of professionals and/or the impossibility to pay for innovative technologies.

Figure 5. Current public expenditure for prevention programmes in EU15 and other OECD Countries – share of current public health expenditure (%) and per capita (€), 2004 and 2014



In other words (and we shall return to the subject further on), the present substantial financial balance risks being sustained only at the price of slashing the levels of services, at least in relative terms, namely compared to the Countries of reference (having herein adopted Western Europe to this extent).

It is legitimate to ask a second question and that is whether the balance is economic or only financial.

The risk, for example, is that a general postponement of investments (while improving the accounting situation in the short term) may determine problems in the medium term by effect of the obsolescence of facilities and subordinately of technologies; and we should include prevention amongst the investments, for which we spend € 88.9 per capita compared to (for example) the € 123.4 spent in Sweden, even by effect of the deterioration of health outcomes (Figure 5). From the latter standpoint, there is a string of signals that are not exactly encouraging (see, among others, even the 2015 Health Report) from the aggregated outcomes aspect.

It therefore seems that the financial balance, while representing a necessary condition, does not seem suf-

ficient in guaranteeing system efficiency, which requires that spending and outcomes be put into relation.

Ultimately, the reduction in deficit is an irrefutable fact and therefore Federalism has certainly accomplished the mission for which it was primarily designated. But one might doubt the fact that these results shall be durable, based upon the fact that they have been achieved implicitly generating non-financial costs.

Although believing that financial responsibility (subject of efficiency) for the Regions has been a founding principle of the Federalism approach, one cannot neglect its potential capacity for creating healthcare models that are consonant to the specific needs of regional populations (subject of effectiveness).

And the major criticisms of Federalism are concentrated precisely on this second aspect since, as we have previously anticipated, it is considered responsible for the present disparities between Regions – or rather for the widening of these gaps.

But objective evidence is mostly lacking precisely for this thesis.

We immediately observe that the hypothesis at the basis of the Federalist approach is that it might en-

courage greater vertical equity (different treatment for different needs) and that this ultimately implies greater effectiveness.

With a good deal of misunderstanding, the debate is instead focused on the deviations from horizontal equity, at times even from pure equality, without making distinctions between “good” (adapting to specific needs) and “bad” differences.

But beyond “theoretical” arguments, the specificity of the adverse argument against Federalism is meanwhile evident because regional disparities are of ancient origin, certainly previous to the institution of the same NHSs and even previous to the mutualistic system: as proof of the aforesaid, a reduction in geographical disparities is the most recurring objective described in Law No. 833/1978.

Therefore, before blaming Federalism for the primordial faults of Italian politics that have proven to be incapable of reducing the differences between areas in the country, it is necessary to prove that they be expanded subsequent to the reform to Title V. But this has not occurred, fortunately. On the contrary, most of the indicators available have demonstrated just the opposite: for example, over the last few years infringements of LEA grids have been reduced, likewise non systematic deterioration of the Hospital Outcomes has been detected by the National Programme for Hospital Outcomes Assessment (PNE).

Also with regard to the application of programming standards, there is an improvement compared to past decades.

For example, in the hospital sector, the rationalization process recorded different paces and trends at regional level: concentrating our attention on the 2005-2014 period, the variation of hospital admissions is within the range going from -44.6% in Abruzzo to +13.9% in Valle d’Aosta (even Umbria increased its admissions by 2.8%), with a difference of 58.5 percentage points. But the overall differences in hospitalization rates have practically been halved, although still standing at 49.2 hospital admissions every 1,000 inhabitants (amongst the Regions with extreme values): but we’d consider that mobility has significantly influenced this difference.

Even the differences in average length of stay have been significantly reduced, practically by one-third, go-

ing from 2.9 days to 2.2 (between regions with extreme indicator values).

And in the rehabilitation sector, the difference in ordinary hospitalization rates has been reduced by one-third, going from 12.3 to 9.3 days per 1,000 inhabitants (between Regions with extreme indicator values); whereas for outpatient admissions, the values has similarly been reduced nearly by half as it has gone from 3.2 to 1.7 days per 1,000 inhabitants.

We may conclude that policies for the reduction of regional disparities in terms of hospital care (perhaps with the exception of long-term hospital care) have been a success, thanks to a mix of programming, monitoring and incentives towards attaining virtuous performance levels.

Even from a financial point-of-view, the differences are far from increased.

Figure 6 illustrates the (maximum) excursion in terms of (public) healthcare spending at regional level: it was obviously on the decline until 2009, and then tended towards a broadening only subsequent to that year.

When also consider private healthcare expenditure, and therefore the (maximum) excursus of total healthcare expenditure at regional level, the trend is similar while simultaneously amplified (Figure 7).

Therefore, at first sight, it seems we may affirm that the broadening of disparity (economic, in this specific case) has not occurred and that, on the contrary, the said gap was reduced during the early stage of Federalism.

The differences (in spending), amplified by the different average Capability to Pay of different regional populations, are relevant and in the order of 50% and have not been produced by deficits: but rather by the fact that Northern Regions spend more on Public Healthcare, both since they can avail themselves of greater resources (consider special statutes regions) and also because they offer greater extra-LEAs, in addition to having greater public funding; whereas the Southern regions are on the other extreme, with lower funding, lower private expenditure and often burdened by economic repayment plans and therefore finding it impossible (even if they could) to distribute extra LEAs.

With all due respect to the greater effectiveness and efficiency of Northern Regions, but these disparities are difficult to sustain.

Figure 6. Per capita public healthcare expenditure. Comparison between Regions with highest and lowest expenditure, 2005-2015

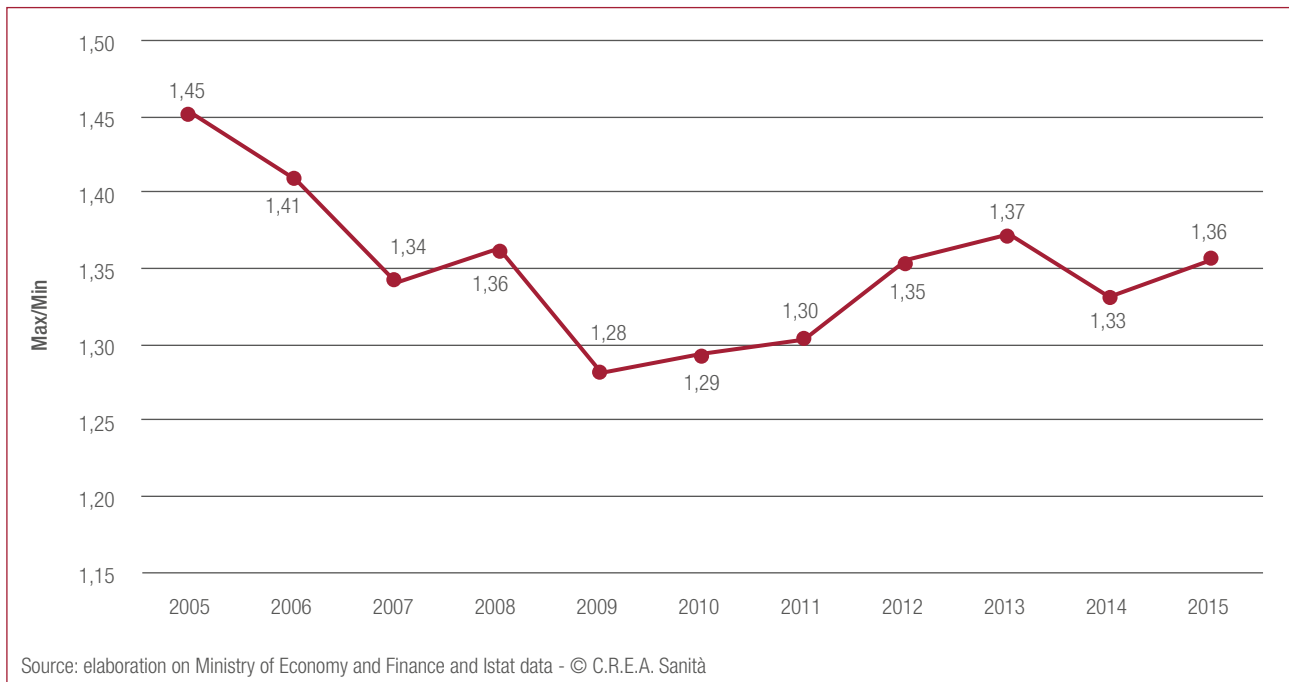
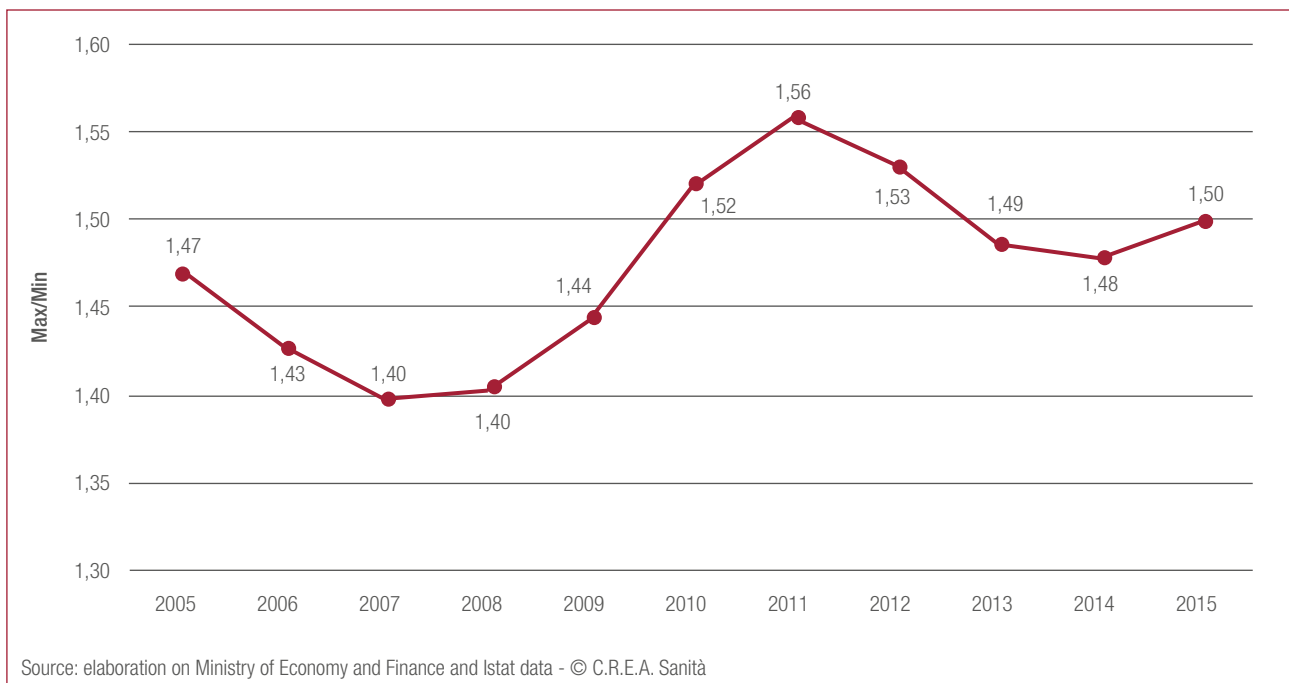


Figure 7. Per capita public and out of pocket expenditure. Comparison between Regions with highest and lowest expenditure, 2005-2015



And in any case it is quite likely that the re-broadening of differences depends upon a combination of the repayment plan of Southern Regions with deficits, to their lower tax capacity and the 2009 economic slump

that has further reduced the capacity of the more fragile households to “complement” public expenditure.

None of these factors is in itself attributable to Federalism, although the result of financial accountability is

precisely one of the reasons for the re-broadening of resource levels regionally allocated for Public Healthcare.

Rather, an evident example of trade-off between policies of financial recovery and equitable policies aimed at the “restoration” of geographical differences has arisen.

So then the question has been posed regarding the actual root of this historical, and presently apparently incompressible, regional disparity.

We observe that regulations, from the definition of LEAs to the countless services programming norms, have an overall general value. And that regional law-making has a very limited derogation power (especially regarding essential levels, clearly of exclusive State jurisdiction, even in concurrent legislation regime): the differences cannot be attributed to different “rules”, as much as they can be attributed to different levels/methods in applying the rules themselves.

The experience of the Recovery Plans and the compulsory administration of Regions seem to suggest an interpretation of the phenomenon. In fact, compulsory administrations have generated “success” (mostly financial, as argued above) in an extremely rapid way (perhaps beyond all expectations). And this reflects the fact that, until then, there was a lack of political will/possibility (upon which terms it might be more appropriate to launch further debate, going beyond healthcare policy issues) to take decisions: but whose necessity and worth was also known and clear. In other words, we may venture a hypothesis that, beyond the undeniable technical contents of support activities, what actually had a decisive role was the opportunity of “downloading” on central Institutions at least part of the “political cost” of decisions that were being taken.

We could summarize the dynamics which have been briefly described by saying that the different level/method employed in applying regulations is strictly connected to the development of the social capital within the different areas in the country; in other words, disparities are not linked so much to the institutional framework as they are inherent to a lack of social capital. A lack whose domino effect also hinders (amongst other things) the development of widespread managerial capacities (and, we wish to add, societal control “from the bottom”) that represents an essential and

necessary condition in improving the efficiency of a complex systems.

3. The future: after the referendum

Many of the faults attributed to Federalism therefore seem overstated and at times even completely lacking feedback; the fact remains that the experience of these past years have highlighted the need for a more balanced relation between the State and Regions.

From this standpoint, the new constitutional reform would take charge of “correcting” one of the most controversial elements of the (hasty) 2001 reform: the concurrent legislation in Public Health.

Without going into the juridical aspects of the topic in question, the matter is whether planned intervention is needed and whether it might work.

Its probably being needed has been discussed in the introduction, while it is reasonable to doubt the chances of its actual success.

It is at least reasonable to doubt that conflicts between State and Regions are attributable to concurrent legislation, as there does not seem to be the definition of areas of competence (which have been clarified over time) at their root, as much as the consistency between resources made available and services to be delivered.

The conflict, not surprisingly, has been sharpened during the extended stage of economic stagnation reducing the resources available to Public Health – exasperating the subject of debate. Suffice it to mention that the definite approval of new LEAs is still a “work in progress” that is registering huge delays.

So, in principle, it would be auspicious to have a better and more pondered definition of powers (at the different level of jurisdiction), although we might be expecting an initial upsurge of disputes that are necessary for clarifying what is meant by “general and common principles” (the new “formula” proposed for defining exclusive central competences). But it is also rather clear, from the ongoing debate, that reform is not based upon a simple hypothesis involved in the “neutral” redistribution of roles, as much as upon criticism of regional actions, followed by a “healing” trend for re-centralization.

We have already voiced our substantial dissent on

the fact that criticism was founded: but pragmatically the subject is identifying in prospective the probabilities that eventual re-centralization is actually compulsory; in hindsight, the said probability is low.

To the extent that the State should actually increase its powers in respect of the Regions, and it is easy to imagine that there is no re-financing of the system (to date not mentioned in the Government's economic programming documents), i.e. the growth rate would remain inferior to 1% for the forthcoming years, we can expect there would be a rising controversy regarding economic coverage, or there would be a re-increase of the regional deficit.

Subsequent to a spending review which, when re-calling funding forecasts for the years 2007/2008, is presently worth approximately € 30 billion – then everything actually rotates around the appropriateness of the resources that shall be made available to the sector.

Those hoping that the reform actually gives more power to the State, thus conditioning the actions of the Regions, are likely to be totally disappointed.

For example, the case of different regional availability of innovative (or new) drugs has been mentioned – suggesting that the reform would give the State the possibility of preventing disparity.

The argument seems weak for various reasons.

Meanwhile because the different availability of pharmaceuticals constitutes a clear case of non-collectability of a LEA (where there is a list, there does not seem to be reason for reasonable risks in defining what a LEA actually is and what it is not): and the definition of the essential rights is already clearly of exclusive State competence.

Moreover, defaults are mostly afferent to two cases: the first one has already been mentioned. It is the one linked to inefficiency of regional management, closely connected to the lack of social capital and whose development is not substantially affected by the “resettlement” of regional powers.

The second case is due to stratagems aimed at postponing the burden of expenditure. The case of pharmaceuticals is an enlightening one: contrary to popular conviction, the Regions that are the slowest in transposing “innovations” or who implement the same with more exceptions are usually those best equipped and certainly not those considered more inefficient (the

time needed for insertions into the drug index is historically lower in Regions afflicted by greater deficits).

This suggests that in the more efficient Regions, as there is greater control in the introduction of new technologies and bearing in mind that their “reception” at times poses a threat to the budget balance, then strategies aimed at “cooling off” their financial impact should be put in place.

Hence the argument is that the origin of non-compliance is the different assessment of necessary resources; since the phenomenon regards the most efficient Regions first and foremost, then the system must be healed through refunding or (should decisions be imposed from above) a sequence of annual deficits will then be inaugurated once again.

And finally, in any case, re-centralization that is implied by the reform with the clause attributing “general and common principles” to the State and “programming and organization” to the Regions, leaves the latter with a remarkable weapon for undermining central impositions.

Employing the example of pharmaceuticals once again, it will be easy for Regions to automatically insert new pharmaceuticals into their drug lists, but defining rules (evidently of an “organizational” nature) for their administration, capable of regulating the real market flow as best they believe.

This is obviously not political science-fiction: suffice it to consider the recent issue regarding the definition of Centres authorized to deliver drugs for the treatment of hepatitis C, that actually implicitly defines the maximum number of patients who can be taken in charge and therefore who will be granted access to treatment.

In conclusion, there are many doubts regarding the fact that the reform might trigger significant impacts: most probably, whatever the results of the referendum shall be, the impact on Public Health will be very limited.

4. Authority, incentives and programming

Despite what has been argued above, a rebalancing of the relations between State and Regions seems to be entirely appropriate.

So the question is: what elements will put this into effect?

From this standpoint, we deem it useful to recall (very briefly) some salient features in the evolution of Public Healthcare programming within the NHS sector.

The programming method is explicitly assumed, since the issuance of Law No. 833/1978, as being one of the characteristic features of NHSs. Programming that should have hesitated within the National Healthcare Plans (PSN) and should have come in a cascade for the Regional (PSR) ones.

Despite this, the capacity for effective impact on the programming system operated at the central level has always been modest, or at least lower than expected.

Suffice it to recall the limited capacity of influencing norms such as Law No. 595/1985 that (in advance) used quantitative indicators outlined the Italian hospital network (forecasting the shut-down of smaller hospitals, just to mention one item).

The limited influencing ability of norms concentrating on the results obtained from programming processes based upon epidemiological evidence and operational standards is made obvious by the need that has been recently voiced through the issuance of the Decree of the Ministry of Health No. 70/2015. Once again, it has proposed the re-determination of the hospital network, certainly using new criteria, but with data and an approach (once the necessary changes have been made) that are not too dissimilar from those in the previously-mentioned Law No. 595/1985.

The “(most) unheeded lesson” of the reform in the managerial sense of the Legislative Decree Health ex D. Lgs. No. 502/1992 remains the one marking the transition from a top-down kind of government, to one based upon the principle of encouraging bottom-up virtuous performance.

Believing that a re-centralization of powers, with a parallel increase of the State capacity to charge over Regions, may obtain greater success this time compared to that recorded during the 1980s seems to be “naïve”: if anything, as regional management have been strengthened, it seems reasonable to imagine the opposite.

The other suspended issue is the one we might define as the “authority” of indications.

A striking example of the above is the recent “Appropriateness Decree” experience: in a professional system such as the healthcare one, there is little chance of success for impositions on professionals; even from ministerial technostructures.

One of the most important government problems of the system has always been that of the high fractioning of medical scientific societies, which has often made it impossible to trigger moments of bottom-up governance on behalf of professionals.

If anything, even in this case, the dialogue between regional and professional sectors (perhaps for reasons, if anything, inherent to their rooting in the same territory) has been more effective compared to that between central structures and the professionals world.

Ultimately, one cannot reasonably expect to solve the problem of regional variability while forgetting the specific complexity of Public Health and the “lessons” that led to the first reform of the sector, accompanied by the historical lack of integration of the scientific and professional words in system planning processes.

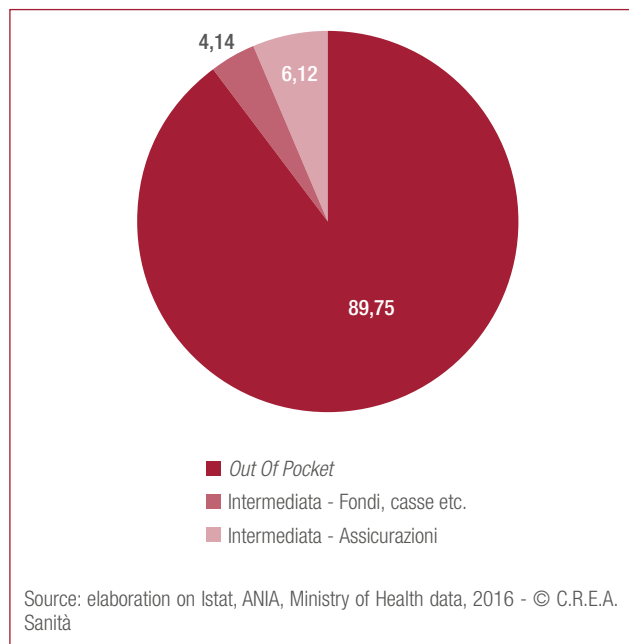
5. LEA, extra LEA and extra NHS

Involved in the relations between institutional levels, the political debate in Italian Public Health is culpably absent in one issue: it seems hesitant in considering that the global nature of NHS is growingly becoming a memory; and that this implies taking a position regarding the relation between public and private intervention, namely the subsidiarity levels of the system.

It has already been mentioned how obvious the (positive) correlation between expenditure and quality of services is: so obvious as to suggest its being considered a causal link; should it be so, then arises the question of non-marginality both of extra LEA public interventions and of access to extra NHS healthcare services.

The recent “discovery” is that the new survey methods adopted by Istat in investigation on household consumptions, have brought to light that approximately € 32,3 billion has been used for out of pocket healthcare expenditure, with a total private expenditure of € 36.0 billion, of which 89.7% refers to out of pocket spending

Figure 8. Private healthcare expenditure. Composition (%), 2015



and 10.2% to intermediate, in turn (with a large approximation of the estimate) for 59.6% relative to collective policies (principally complementary and supplementary funds, as well as mutual funds) and the remaining 40.4% for individual insurances (Figure 8).

In reconstructing the historical series, we can ob-

serve that over the last five years the Italian per capita out of pocket expenditure has increased by 10.6%; and that result can be attributed for the most part to Northern Regions, which have recorded a 16.5% increase; in the remaining areas, private spending has instead been increased by less than one-third (+4.8% in Central Regions and +3.1% in Southern Regions).

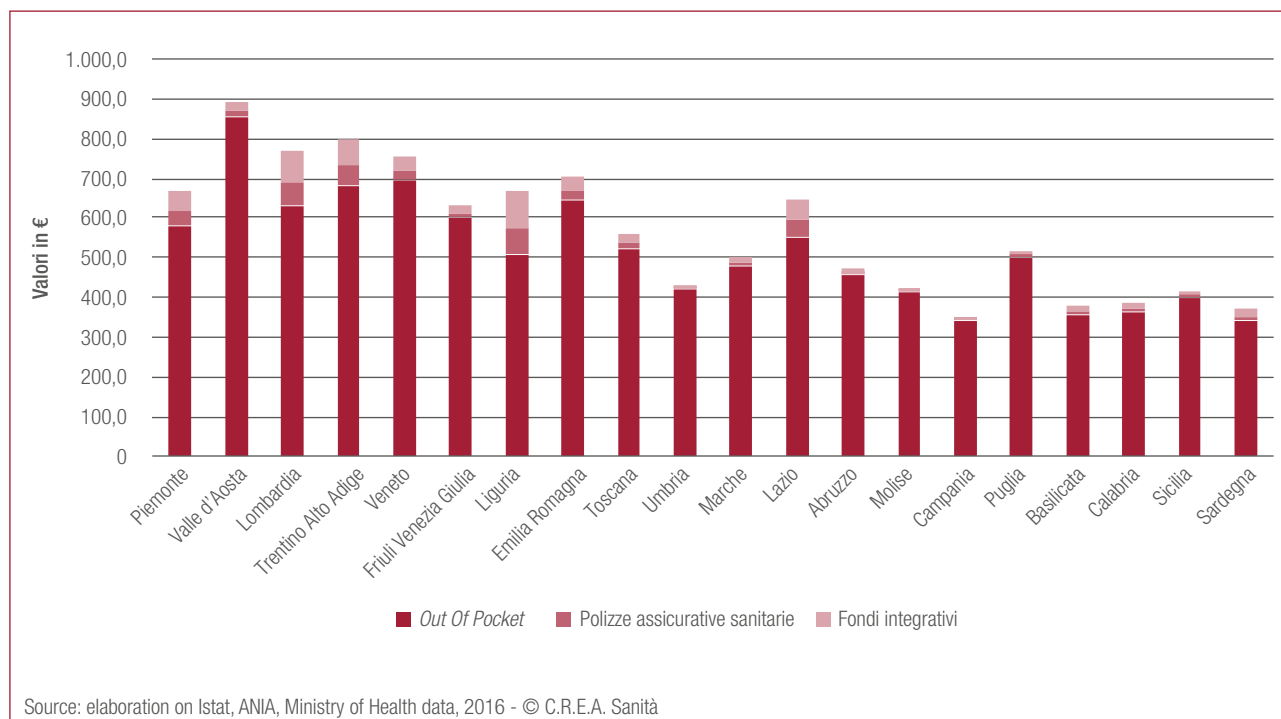
In other words, private expenditures has by now reached 24.4% of total healthcare expenditure, in the first place confirming that the reply to NHS healthcare demands is not global at all (Figure 9).

Moreover, 5.0% of families residing in Italy (especially in Central and Southern part) declared they have reduced (to the point of having annulled them) healthcare spending, therefore outlining “new” waivers in healthcare expenditure.

Households most subjected to waivers are belonging to middle-low quintiles who mainly spend on pharmaceuticals, visits and diagnostic testing (80-90% of Out of Pocket healthcare expenditure).

In terms of fairness impact, in 2014, the incidence of the impoverishment phenomenon for Out of Pocket healthcare spending and catastrophic healthcare expenditures does not seem to have changed, but there

Figure 9. Private healthcare expenditure by weighted population (€), 2015



are approximately 279,000 households (1.4% of those paying for Out of Pocket healthcare expenditure) at high risk of impoverishment. Therefore the incidence of the phenomenon risks causing, in prospective, a doubling of disadvantageous situations.

The uneven growth of supplementary forms of Healthcare paradoxically contributes towards increasing regional disparity: the intermediate component represents 13.4% of private spending in the North (17.3% in the North-West and 8.0% in the North-East), 10.7% in Central Italy and only 3.3% in the South and Islands.

Ultimately, we'd note an increase in disadvantageous situations, and what's more, in the absence of a governance strategy for the herein described relevant phenomenon, a new reason "distancing" northern and southern Regions has been triggered.

6. Healthcare policy directions

The previous discussion focuses its attention on at least three priority problems for the future of NHS: the first is relative to making macroeconomic balances compatible with the fairness of the system; the second involves how to make a new institutional balance between the State and Regions become effective and stable; the third is how to reorganize the system on two levels, integrating basic public healthcare with the growing role assumed by private spending, in particular that intermediated by collective insurances.

Before suggesting some elements of attention, it would be worthwhile introducing what can certainly be defined as a positive result for our NHS.

In fact, the Italian healthcare system has experienced the impact of ageing, as well as the reduction of available resources, in advance compared to other European countries: the big gap existing between Italian and European (EU14) expenditure and the (certainly narrower) gap in the level of services delivered help in reassuring us regarding the resilience of the system as it is capable of steering the transition, standing today amongst those better identified as "sustainable".

But this does not mean that the gap compared to other Countries may continue to be broadened without prejudice to the quality of services; and, in turn, this

observation implies the need for defining new development strategies for the NHS.

The inability to maintain (or perhaps, more correctly, to achieve) the totality of public healthcare response, implies the ability to make rational decisions regarding which of the priorities should existing resources be dedicated to.

An indication for identifying priorities also lies in our Constitution and in the constitutive laws of the NHS, in addition to the obvious ascertainment according to which the role of a universalistic public service is expressed in the pursuit of equity.

Fairness that can be measured by the ability to universally guarantee access to healthcare treatment: and there does not seem to be any reasonable doubt that today the subject of access is no longer posed in terms of availability of offers (although it might be abundant in some sectors and insufficient in others) but barriers hindering access in terms of prohibitive costs for certain treatments.

So, in order to universally guarantee fairness of access, it is necessary to take priority actions towards making the economic conditions of families compatible with the expenses that have to be incurred in order to access treatment (socially deserving/appropriate).

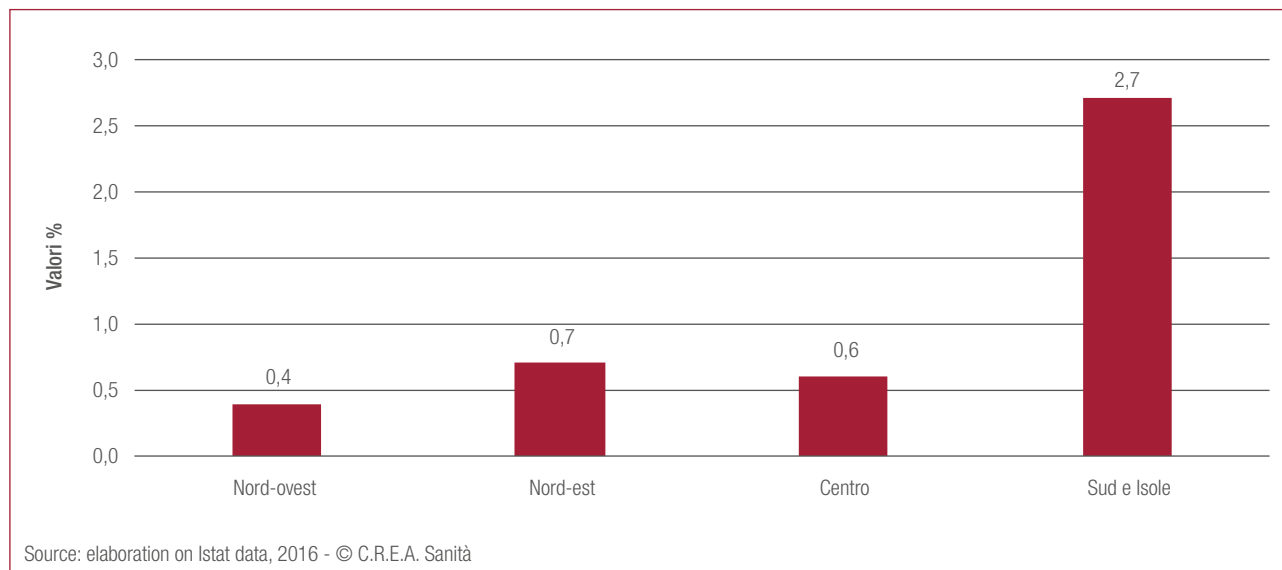
It goes without saying that the aforesaid does not imply delivering free healthcare to all, but rather the ability to request levels of co-participation "proportional" to economic conditions.

Simplifying, rather than risking the rationing of new treatments, it seems more equitable asking the population for higher contributions for those of lower economic impact. A contribution that should obviously be commensurate with economic capacities, in order to avoid impoverishment phenomena (which, incidentally, have reached the remarkable level of 1.2%, with peaks equal to 2.7% in southern Italy) (Figure 10).

Intellectual honesty requires underlining that as fair and actually implementable on paper (through a cost-sharing system modulated in relation to the "means") such a form of prioritization it is not feasible in a country where (2013 data) more than 60% of citizens pays an IRPEF tax lower or at the most equal to the average per capita cost of Public Health alone.

Today the paradox of Italian universalism is that the

Figure 10. Share of impoverished households due to social-healthcare expenditure (%), 2014



service is actually guaranteed by a minority of fortunate or honest taxpayers, who “upkeep” an enormous number of (poor or “dishonest”) citizens; and, moreover, these taxpayers probably receive less services in proportion, being the only parties involved in cost-sharing.

It seems to be an unsolvable question. But it goes without saying that, in prospective, the more resources decline, the more necessary it will be to prioritize; consequently, one must be aware that the survival of universalistic NHSs strictly depends upon the ability to finally make taxation fair.

Prioritizing, as previously mentioned, also implies identifying meritorious performance and hence those worthy of public protection.

This involves two strategic choices; the first is also linked to the question of institutional relations – today at the centre of the political debate.

In fact, deciding what is “appropriate” requires transparent and also authoritative assessment processes.

There is no doubt that the topic is one of those with a very general importance and therefore to be entrusted to the central level: believing that appropriateness should be declined regionally would be the obvious end of universalism.

From this viewpoint, the subject of assessing appropriateness and social worthiness is linked to that of credibility for the re-centralization of “general and common” decisions, which is being discussed at present:

to this extent, we believe it necessary to re-establish participation systems for the stakeholders (citizens and professionals) of the decision-making system. Health Technology Assessment (HTA) is often invoked as a rational and transparent decision-making method, but just as often we forget to add that the HTA process does not envisage merely technocratic assessments, instead requiring the joint participation of stakeholders in defining choices.

Thinking of a merely technocratic centralization would be “short-sighted” both from a political and from a technical standpoint: for example, it would trigger immediate conflicts between Institutions and citizens, as the former are summoned to narrow the field of appropriateness due to the scarcity of resources, while the latter bear interests that are exactly the opposite (see, to this extent, evidence produced on the subject of composition of stakeholder perspectives in Chapter 4b).

Conditions of “authority” able to make the re-determination of regional and State powers effective would be lacking with this perspective.

Only a confrontation and a joint responsibility of stakeholders both on access issues and on issues of economic compatibility can generate a credible process for the formulation of prioritization criteria inherent to interventions, which is necessary for making resources and expectations compatible – defusing the ongoing conflict between central and local levels of governance.

Italian Public Health must take a significant step forwards in this sense: in fact, not being able to sit the system's stakeholders around a table is not acceptable, both because of the fragmentation of scientific and advocacy associations, and for a ruling system of mutual distrust between stakeholder categories.

The subject of representativeness of intermediate bodies must evidently be boldly addressed, avoiding that fragmentation produce non-governability of the healthcare system (fragmentation that is, not coincidentally, common in the country; confirming that Public Health is a "representative sample" of Italian society).

A second purposeful aspect regarding the need for prioritization is linked to the declination itself of the appropriateness concept.

In fact, the growing difficulty to define its limits seems to be linked to an approach that has become obsolete due to the growing offer of diagnostic and therapeutic opportunities.

Defining what is or what is not appropriate in a dichotomous way would actually make it very difficult to proceed. Similarly, it would make it nearly impossible to define the distinction between what is or what is not "innovative".

*Therefore it would be worthwhile exploring the possibilities of associating (something which is not new, suffice it to observe the French experience) services not with a "seal" of appropriateness of a dichotomous kind, but with a value of social worthiness on a scale (i.e. with *n* levels). In this way, single services might become part of the LEA in a differentiated manner (avoiding, or at least mitigating, the risk of exclusive "in or out" logics); diversification for example associated to differentiated levels of co-participation, which would greatly enrich system governance levers.*

Once again, nothing absolutely new; but rather involving the recovery, with all due updates, of instruments that have been short-sightedly abandoned and often for purely electoral reasons. Such as, for example, in the case of pharmaceuticals that until the threshold of the 21st century were actually classified as "life-saving" (class A) and for this reason distributed free of charge, and as "other drugs" (class B) instead distributed with a co-pay fee. Having abandoned this graded nature of interventions, and their relative flexibility, has impover-

ished the system of governance levers capable of making resources and expectations compatible with one another.

The third item not only requires that the institutional competencies of the public system be redefined, but even the reciprocal roles of the public and private sectors: continuing to ignore that over 30% of the costs for healthcare (regardless of appropriateness judgments) is presently directly sustained by families implies leaving the system to a disordered evolution, one that also entails further widening of geographical/regional disparity as has been discussed beforehand.

The more the system loses its connotation of globality, the more complementary Healthcare becomes a socially deserving fact - therefore one worthy of attention and regulation.

In previous editions we have repeatedly drawn attention to the lack of a clear political vision regarding the role of complementary Healthcare and the consequent lack of regulation of the sector in question.

Referring to those observations, it seems that it must be added that the figures attained by the phenomenon require a revision both of the vision and of the mission of the NHS.

When facing the growth of complementary Healthcare, the so called second pillar -actually of a private nature, but not by definition, as for a lack of public intervention strategy- the NHS finds itself at a crossroads: remaining essentially oriented towards a logic of production, or instead espousing the logic inherent to the integration capacity of hetero-produced services.

There has been said, in this context, of a need for the NHS to take on a role of social recomposition, of brokerage, designed to respond to a growing complexity and variety of needs of the population: it seems to be a very fundamental issue for the survival of the NHS itself.

Indeed the empowerment of citizens, and the huge growth of opportunities and expectations, today makes taking charge based upon a paternalistic notion regarding the complete entrustment of a patient to a professional or an Institution less strategic; whereas the importance of integration is on the rise: namely taking charge in the sense of accompaniment and support provided to the patient by the Institution, in building his/her own individual path.

This aspect is crucial and not trivial: in spite of the discussions, often purely ideological, regarding the separation of production and customer roles, over the years the NHS has actually continued to remain essentially (and maybe the last) State industry.

While recognizing it with a significant capacity for economic rationalization, the excellence of the NHS is rather to be found in its ability to integrate responses.

A further element is that it seems we may be able to propose another governance instrument that has gone lost over the years may be recovered and re-evaluated: in fact, when facing the growing demand for complementary services we cannot see why public enterprises cannot develop an offer for solvent citizens, hence triggering new income in favour of overall healthcare (especially should the market be broadened towards international incoming mobility, something for which all the conditions are actually present); presumably also generating a positive dampening effect on the market (which players active in the market of complementary Healthcare are already very interested in); and, finally, triggering beneficial effects in terms of facility efficiency, thanks to best practices imitation/transfer processes.

But it is unthinkable that an activity of the kind might be carried out within the current rules governing public companies: an idea could hence be developed inherent to “company branches” subjected to rules more typically of a private kind, envisaging separate and specific accreditation for delivering services in favour of patient solvendi. The expectation is that this would certain-

ly increase flexibility, generating a beneficial effect on the managerial governance of public enterprises, with a better regulation on the side of the complementary Healthcare market.

In conclusion, the Italian system has demonstrated a great resilience capacity; accusing Federalism of the residual ills of Italian Public Health, in any case effects deriving from famous and unsolved “issues” of Italian society (first and foremost the southern issue and then the one regarding equity in taxation), is unfair to say the least.

Believing that re-centralizing powers to Public Health is the remedy for all evils is a short-sighted expectation – one destined to clash against the evidence of the real problems coming to a head in guaranteeing NHS durability: first and foremost the ability to govern the search for coherence between expectations and resources, while safeguarding the overall equity of public responses. In order to obtain this, there is a need for governing the transition of NHS from sole player able to provide global response, to joint player integrated in a complex system made up of diversified supplies. This raises the need for a different vision of the NHS role and new rules for governing the integration of different players appearing on the market.

And last but not least, it is necessary to integrate the issues borne by the different stakeholders of the healthcare system into decision-making processes, employing multi-perspective assessment processes and reintroducing elements of flexibility into the assessment scale of social worthiness.

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of red and white. The sun is positioned above the bar chart, and the bars are contained within a semi-circular frame that also serves as the sun's base.

Capitolo 1

**Il contesto socio-demografico:
gli anni di buona salute persi e il “peso” della malattia**

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 1

Il contesto socio-demografico: gli anni di buona salute persi e il “peso” della malattia

Abbatati C.¹

1.1. Introduzione

Le problematiche sanitarie legate al cambiamento demografico sono, nel nostro paese, da tempo oggetto di discussione. Minore attenzione è stata invece riservata al cosiddetto “peso” della malattia, che in altri paesi è una misurazione piuttosto diffusa per la valutazione dello stato di salute della popolazione.

Il “peso” della malattia si misura con un indicatore composito di mortalità e morbilità, i DALYs, *disability-adjusted life years*, ovvero gli anni di vita corretti per disabilità. Questi si compongono a loro volta di YLDs, *years lived with disability*, anni di vita vissuti con disabilità o in cattivo stato di salute, e YLLs, *years of life lost*, anni di vita persi a causa di morte prematura.

In Italia, negli anni, vi sono stati evidenti guadagni in termini di aspettativa di vita ma, contemporaneamente, si è assistito alla diffusione di alcune patologie che hanno afflitto una porzione di popolazione sempre più ampia. L'analisi degli YLDs, sui quali ci si concentra nelle pagine successive, consente di valutare come la salute degli italiani stia cambiando a causa non solo dell'invecchiamento della popolazione, ma anche di un mutato quadro epidemiologico e di stili di vita non appropriati.

Lo studio prosegue raffrontando la situazione italiana con quella di alcuni paesi europei simili per caratteristiche socio-economiche. Il confronto include, oltre all'analisi del livello e *trend* degli YLDs totali e per patologie, anche quella dei DALYs e dei fattori di rischio. Un'attenzione particolare è rivolta alla variazione significativa dei DALYs nel periodo 2005-2013 rispetto al periodo 1990-2005.

I dati su DALYs, YLDs e YLLs utilizzati sono quel-

li prodotti dal *Global Burden of Disease* (GBD), un consorzio internazionale che coinvolge oltre mille ricercatori di centoventi paesi, coordinato dall'*Institute for Health Metrics and Evaluation* dell'Università di Washington.

1.2. La demografia in Italia

Non si può prescindere, in apertura, da una rappresentazione della situazione demografica italiana, la quale evidenzia una popolazione tendenzialmente in diminuzione, sempre più vecchia e in percentuale meno attiva.

Al 2015, il numero dei residenti nel nostro paese ha registrato il primo calo consistente degli ultimi novanta anni. Il saldo complessivo è negativo e riguarda esclusivamente la popolazione di cittadinanza italiana. Le nascite sono diminuite del 3,3% rispetto al 2014 e sono 90 mila in meno se si considerano gli ultimi sette anni. La differenza tra nati e morti è negativa e bisogna risalire addirittura al biennio 1917-18 per riscontrare valori più elevati. L'andamento del tasso di crescita naturale (differenza tra tasso di mortalità e natalità) è dal 2007 in continua diminuzione (Istat, 2016).

L'Italia è il paese europeo con l'età mediana più alta dopo la Germania, 45,1 anni contro 45,9. Il dato italiano è inoltre di 1,8 anni più alto rispetto alla media EU18, che è pari a 43,3. Sempre rispetto alla media EU18, l'indice di dipendenza degli anziani (popolazione *over 65* su 15-64) è di 33,7 contro 30,2. Gli *over 65* sono il 21,7% della popolazione, 2,2 punti in più rispetto alla media EU18. Sia l'indice di dipendenza degli anziani che la percentuale di *over 65* sono maggiori anche rispetto

¹ “Sapienza” Università di Roma. Membro del GBD (Global Burden of Disease)

agli altri paesi europei considerati. La popolazione attiva è il 64%, il valore più basso registrato nell'intera Unione Europea. Allo stesso tempo, restiamo tra i più longevi, con un'aspettativa di vita alla nascita di 80,7 anni per gli uomini e 85,6 per le donne, contro una media EU18 di 79,3 per gli uomini e 84,7 per le donne. Siamo secondi solo alla Spagna e solo per quanto riguarda la popolazione femminile (Eurostat 2015).

Si vive quindi più a lungo rispetto a quasi tutti i *partner* europei e anche rispetto a qualche decennio fa. Tuttavia, tra il 2005 e il 2013 la speranza di vita libera da disabilità è passata da 60,47 a 62 anni per i maschi e da 63,53 a 64 per le donne. Rispetto alla precedente rilevazione (2000-2005), il dato sugli uomini registra una crescita lieve mentre quello sulle donne resta sostanzialmente stabile (Istat, 2016).

1.3. Gli anni di vita vissuti con disabilità o YLDs

Gli YLDs² vengono comunemente usati come misura degli anni vissuti in cattivo stato di salute (disabilità), con conseguenze per il benessere, la produttività individuale e la sostenibilità dei sistemi sanitari. I dati più aggiornati ed esaustivi provengono da un recente studio del *Global Burden of Disease* (GBD 2), in cui vengono stimati, per 188 paesi, gli YLDs relativi a 301 malattie e 2.337 sequele, ovvero le complicanze, acute o croniche. Le stime presentano gli YLDs (espressi in migliaia) e la loro variazione percentuale intervenuta tra il 1990 e il 2013, calcolati su tutta la popolazione di riferimento e su quella standardizzata per età³.

In ventitré anni, gli YLDs calcolati su tutte le cause e su tutta la popolazione sono cresciuti globalmente del 42,3% e si sono ridotti a livello standardizzato del 3,9%, a conferma di un miglioramento dello stato di salute generale grazie alla minore diffusione delle malattie trasmissibili⁴.

Allo stesso tempo, il quadro epidemiologico evidenzia un problema crescente di disabilità. La maggioranza della popolazione considerata, infatti, è affetta da almeno una sequela. Cresce ovunque la comorbilità e, in particolare nel gruppo dei paesi sviluppati, tra cui l'Italia, il numero degli individui con più di 10 sequele aumenta del 51,6%. Il dato globale, inoltre, pur restituendo un'informazione diversificata per gruppi di paesi, evidenzia un elemento comune a tutti: la coorte della popolazione attiva (nelle stime del GBD quella compresa tra i 20 e i 64 anni) è gravata da 5 o più sequele. Al 2013, la percentuale è del 32% nei paesi sviluppati, del 37,9% in quelli in via di sviluppo e del 61,6% nell'Africa sub-Sahariana. I dati sembrano prefigurare una vera e propria transizione epidemiologica dalle malattie trasmissibili a quelle non trasmissibili, le quali, assieme all'invecchiamento della popolazione, incidono sulla disabilità.

Relativamente all'Italia, l'incremento degli YLDs su tutte le cause è pari al 20,2% e la riduzione a livello standardizzato è del 1,3%. Specificatamente, la selezione di patologie i cui gli YLDs crescono più del 50% su entrambi i dati o su uno solo di essi mostra la diffusione di disturbi alcuni dei quali fortemente disabilitanti.

Ci si ammala di più di neoplasie. Tra di esse primeggia il dato sul cancro al fegato a seguito di epatite C,

² Si calcolano tenendo conto della prevalenza della malattia (P) e del peso della disabilità (DW). Quest'ultimo misura la severità della malattia stessa e può assumere valori compresi tra zero e uno corrispondenti alla perfetta salute o alla morte. Per un approfondimento si veda Salomon, Joshua A et al., *The Lancet Global Health, Volume 3, Issue 11, e712 - e723 Disability Weights for the Global Burden of Disease 2013 Study*

³ Il GBD ha ottenuto tali stime attraverso un sofisticato modello econometrico che impiega 35.620 rilevazioni di tipo epidemiologico, demografico e amministrativo, e prende in considerazione 235 stati di salute

⁴ Secondo la classificazione adottata dal GBD, le malattie trasmissibili comprendono: HIV/AIDS, diarrea, infezioni respiratorie, a altre infezioni comuni, malattie tropicali trascurate, disordini legati a maternità, disordini neonatali, deficienze nutrizionali e altre malattie trasmissibili. Le malattie non trasmissibili comprendono invece: neoplasie, malattie cardiovascolari, respiratorie croniche, cirrosi, malattie dell'apparato digerente, disordini neurologici, disordini mentali e quelli legati all'abuso di sostanze, diabete, malattie endocrine e urogenitali, disordini muscoloscheletrici, altre malattie non trasmissibili, le conseguenze da incidenti e le cadute. Per l'elenco dettagliato si veda http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/GBDcause_list.pdf

che registra un incremento generale e standardizzato esplosivo, a conferma della gravità della malattia e della sua maggiore incidenza sulla fascia di età 50-69 anni⁵, che in Italia è abbastanza numerosa. Significativi, soprattutto per via del dato standardizzato, anche gli YLDs per endocardite, calcolosi renale, glomerulonefrite, sclerosi multipla ed emicrania da abuso di medicinali. Viceversa, per infermità cardiaca ipertensiva e Alzheimer, gli aumenti più consistenti sono in termini assoluti, perché trattasi di malattie che colpiscono prevalentemente la popolazione anziana. Non tutti i dati significativi sono in aumento: diminuiscono gli YLDs per ulcera peptica, gastrite e duodenite, incidenti stradali e cirrosi da alcool. Infine, tra le patologie non selezionate risaltano quelle, come ad esempio il diabete mellito e le malattie infiammatorie intestinali, collegate, tra l'altro, a fattori di rischio di tipo comportamentale. La Tabella 1.1. mostra, nel dettaglio, le variazioni percentuali degli YLDs per le patologie selezionate.

Considerando le prime dieci cause determinanti gli

Tabella 1.1. YLDs (Years Lived with Disability) per patologia. Variazioni %, anni 1990-2013

Causa	Variazione % popolazione totale 1990-2013	Variazione % popolazione standardizzata per età 1990-2013
Alzheimer e altre forme di demenza	+88,5	+1,9
Artrite reumatoide	+57,8	+15,7
Calcolosi renale	+148,3	+84,2
Cancro al fegato da epatite C	+332,0	+193,8
Cirrosi da alcool	-56,5	-68,2
Diabete mellito	+42,2	+7,3
Endocardite	+158,3	+94,8
Gastriti e duodeniti	-33,4	-50,7
Incidenti stradali	-57,7	-66,4
Infermità cardiaca ipertensiva	+55,0	+0,3
Mal di testa da abuso di farmaci	+82,1	+57,0
Malattie infiammatorie intestinali	+43,4	+14,0
Glomerulonefrite	+128,5	+80,4
Neoplasie	+52,4	+3,0
Sclerosi Multipla	+102,1	+67,3
Ulcera peptica	-44,3	-68,1

Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

Tabella 1.2. YLDs, prime dieci cause al 2013

Posizione	Cause	Posizione	Cause
1	Mal di schiena	6	MDD
2	Mal di collo	7	Altri MSK
3	Emicrania	8	Alzheimer
4	Cadute	9	Ansia
5	Udito	10	COPD

MDD: principali disordini depressivi, COPD: Pneumopatia cronica ostruttiva, Ansia: disturbi di ansia generalizzati; Udito: perdita udito legata a età ed altre cause; Altri MSK: disturbi muscoloscheletrici diversi da mal di schiena e collo, da Artrite reumatoide, Osteoartrite e Gotta.

Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

YLDs (Tabella 1.2.), si evidenzia l'importanza di problemi muscoloscheletrici, mal di schiena e mal di collo, che possono risultare complicanze di patologie principali ma anche di stili di vita sbagliati, allo stesso modo dei disturbi depressivi e dell'ansia. L'invecchiamento della popolazione incide invece sul dato relativo all'Alzheimer, che passa dall'undicesimo posto del 1990 all'ottavo del 2013.

Il problema degli errati stili di vita e dell'invecchiamento emerge altresì dall'analisi del peso percentuale degli YLDs sul totale degli stessi, distinti per patologie⁶, età e anni. Si conferma la preminenza e la crescita di mal di schiena e mal di collo, soprattutto per le fasce di età tra 15-49 e 50-69 anni. Per questi ultimi aumenta anche il peso degli YLDs per altri problemi muscoloscheletrici. Relativamente agli over 70, predominano le malattie agli organi sensoriali e le conseguenze da cadute, ma il dato che cresce di più è quello sull'Alzheimer. I dettagli nelle Tabelle 1.3, 1.4. e 1.5.

Tabella 1.3. YLDs - peso % per patologia sul totale degli YLDs, 15-49 anni

Patologia	1990	2013
Mal di schiena	12,19%	14,11%
Mal di collo	8,32%	9,36%
Emicrania	9,84%	9,83%
Depressione	8,92 %	8,31%
Malattie della pelle	6,47%	5,82%
Disordini da droghe	4,30%	3,98%
Altri MSK	2,29%	3,87%

Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

⁵ http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2012/I_numeri_del_cancro_2012.pdf

⁶ Sono state selezionate le patologie con più alto peso sul totale

Tabella 1.4. YLDs - peso % per patologia sul totale degli YLDs, 50-69 anni

Patologia	1990	2013
Mal di schiena	12,41%	14,34%
Mal di collo	7,87%	8,96%
Organi sensoriali	8,59%	7,67%
Cadute	5,80%	4,03%
Altri MSK	5,46%	6,19%
Emicrania	4,40%	4,46%
Renali croniche	4,23%	4,30%
Cardiovascolari	2,26%	1,51%
Alzheimer	0,78%	0,80%

Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

Tabella 1.5. YLDs - peso % per patologia sul totale degli YLDs, over 70

Patologia	1990	2013
Organi sensoriali	16,36%	16,51%
Cadute	14,61%	10,12%
Mal di schiena	8,21%	10,01%
Mal di collo	3,83%	4,35%
Alzheimer	8,51%	9,66%
Cardiovascolari	3,08%	3,23%
Renali croniche	2,83%	2,97%
Altri MSK	2,29%	2,33%

Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

1.4. Gli YLDs, confronto con alcuni paesi europei

L'analisi su alcuni paesi europei, scelti in quanto somiglianti all'Italia per caratteristiche socio-economiche, mostra un andamento complessivo degli YLDs analogo al nostro ma differente per percentuale di variazione. Gli YLDs crescono ovunque su popolazione totale e diminuiscono su quella standardizzata per età, tuttavia, come evidenziato nella Tabella 1.6, le differenze tra i singoli paesi sono abbastanza sintomatiche. Solo la Spagna e, seppur di poco, la Francia registrano incrementi sul dato assoluto più alti dell'Italia. Relativamente al dato standardizzato, a parte l'Olanda, la diminuzione meno consistente si registra proprio in Italia. Finlandia, Danimarca, Germania e Grecia sono i paesi nei quali il decremento degli YLDs è più consistente. Depurato dalla struttura per età, il dato rappresenta il peso "reale" della disabilità ed evidenzia un peggioramento dell'Italia rispetto a quasi tutti i paesi europei.

Tabella 1.6. YLDs, Italia e alcuni paesi europei. Variazioni %, anni 1990-2013

Causa	Variazione % 1990-2013 popolazione totale	Variazione % 1990-2013 popolazione standardizzata per età
Italia	+20,2	-1,3
Francia	+20,5	-1,7
Spagna	+33,4	-1,6
Grecia	+19,4	-2,9
Germania	+11,7	-2,9
Belgio	+16,7	-2,6
Danimarca	+10,2	-2,7
Finlandia	+19,4	-3,0
Olanda	+22,3	-0,1
Svezia	+14,0	-1,7
Gran Bretagna	+15,5	-1,4

Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

Guardando brevemente al dettaglio per patologie, si nota un quadro epidemiologico eterogeneo. Ad eccezione della Grecia, ovunque crescono le neoplasie e soprattutto il cancro al fegato da epatite C. In Italia è di poco conto il dato per cancro al fegato da epatite B, mentre in Belgio e in Gran Bretagna esso ha ancora un peso consistente. Se questo sia dovuto agli sforzi compositi e pluriennali del nostro SSN esula da questa indagine, certamente emergono l'importanza delle politiche di prevenzione e degli stili di vita. Il diabete mellito è più rilevante in Spagna e Francia che in Italia. In Grecia prevalgono gli YLDs per artrite reumatoide. In Finlandia gli YLDs più alti si registrano per ipertensione e in Svezia per fibrillazione atriale. In Germania è consistente il dato sulla sclerosi multipla e in Olanda quello su diabete e glomerulonefrite. Come prevedibile, gli YLDs per Alzheimer, con la sola eccezione della Francia, sono meno significativi altrove che in Italia.

Relativamente alle principali dieci cause degli YLDs, dal confronto emerge una somiglianza per patologie e una differenza per importanza. Il mal di schiena è la prima causa in tutti i paesi europei analizzati tranne la Spagna, dove invece è il diabete. Quest'ultimo è tra le prime dieci cause in tutti i paesi tranne Italia e Svezia. I disturbi depressivi sono la quarta causa in cinque paesi su dieci, tra cui l'Italia. L'Alzheimer è presente in tutti tranne Gran Bretagna e Svezia. I dettagli al riguardo nella Tabella 1.7.

Tabella 1.7. YLDs, prime dieci cause Italia e alcuni paesi europei, anno 2013

Paesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Italia	Mal di schiena	Mal di collo	Emicrania	Cadute	Udito	MDD	Altri MSK	Alzheimer	Ansia	COPD
Belgio	Mal di schiena	Mal di collo	Cadute	MDD	Diabete	Emicrania	COPD	Udito	Alzheimer	Ansia
Danimarca	Mal di schiena	Mal di collo	MDD	Cadute	COPD	Altri MSK	Ansia	Alzheimer	Udito	Emicrania
Finlandia	Mal di schiena	Cadute	Mal di collo	MDD	Diabete	Udito	Emicrania	Altri infortuni	Alzheimer	Asma
Francia	Mal di schiena	MDD	Mal di collo	Cadute	Ansia	Udito	Emicrania	Altri MSK	Diabete	Alzheimer
Germania	Mal di schiena	Udito	Mal di collo	Cadute	Diabete	MDD	Ansia	Altri MSK	Emicrania	Alzheimer
Gran Bretagna	Mal di schiena	Mal di collo	Cadute	MDD	Diabete	Udito	Emicrania	Ansia	Altri MSK	COPD
Grecia	Mal di schiena	Mal di collo	Cadute	MDD	Udito	Diabete	Altri MSK	Ansia	COPD	Alzheimer
Spagna	Diabete	Mal di schiena	Mal di collo	MDD	Cadute	Udito	Emicrania	Altri MSK	COPD	Ansia
Svezia	Mal di schiena	Cadute	MDD	Mal di collo	Udito	COPD	Ansia	Emicrania	Altri MSK	Asma
Olanda	Mal di schiena	Mal di collo	Ansia	Emicrania	MDD	Diabete	Udito	Altri MSK	Dermatiti	COPD

MDD: principali disordini depressivi; COPD: pneumopatia cronica ostruttiva; ansia: disturbi di ansia generalizzati; udito: perdita udito legata a età ed altre cause; altri MSK: disturbi muscoloscheletrici diversi da mal di schiena e collo, da artrite reumatoide, osteoartrite e gotta; diabete: diabete mellito; mal di schiena: dolori parte bassa; altri infortuni: infortuni non intenzionali diversi da avvelenamenti, esposizione a forze della natura ecc.

Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

1.5. Gli anni di vita corretti per disabilità o DALYs

I DALYs⁷ costituiscono la misura completa della gravità globale di una malattia. Il GBD ha stimato i DALYs su 306 malattie in 188 paesi (GBD 3). Diversamente dagli YLDs, i dati relativi ai DALYs sono disponibili per due distinti periodi, 1990-2005 e 2005-2013. Tra il 1990 e il 2013 crescono globalmente del 3,6% su popolazione totale e si riducono del 26,7% su quella standardizzata per età, confermando un generale miglioramento delle condizioni di salute. Nei ventitré anni presi in esame, vi è una ridotta incidenza sia delle malattie trasmissibili sia, ad eccezione delle malattie cardiovascolari e delle neoplasie nel periodo 2005-2013, delle non trasmissibili.

Relativamente all'Italia, l'ammontare dei DALYs calcolato su tutte le cause e su popolazione totale diminuisce del 6,5% dal 1990 al 2005, mentre cresce del 6,9% dal 2005 al 2013. Quest'ultimo dato appare coerente con il crescente fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, che ha probabilmente determinato una compressione verso l'età avanzata nell'incidenza di molte patologie.

Diversamente, a livello standardizzato, si registra una riduzione del 20,4% e del 3,9% rispettivamente per gli anni 1990-2005 e per quelli 2005-2013. Il dato è particolarmente interessante in quanto i DALYs su tutte le malattie si riducono molto meno in quest'ultimo intervallo che in quello 1990-2005.

È indubbio come negli anni sia aumentata la capacità di diagnosi e terapia i cui effetti sono stati, verosimilmente, più importanti nel primo intervallo che nel secondo. Infatti, alcune malattie, come ad esempio le cerebrovascolari e cardiovascolari, che pure restano tra le prime tre cause di morte, incidono meno di un tempo (Eurostat 2016 e GBD 1).

È inoltre plausibile attribuire l'aumento di incidenza di alcune infermità, come ad esempio il mal di schiena e collo, al deterioramento degli stili di vita. Tuttavia, nel periodo 2005-2013 sembra determinarsi un deperimento della salute maggiore che negli anni precedenti. Alcuni dei valori riportati in Tabella 1.8 crescono di più o decrescono meno rispetto a prima. Quali possano essere le altre ragioni resta da investigare, ma la coincidenza con la crisi economica e il risanamento finanziario, che hanno ridotto la possibilità di cura, po-

⁷ Un DALY è pari ad un anno di vita in buona salute perso. I DALYs sono il risultato della somma di YLDs e YLLs. Gli altri elementi inclusi nel calcolo del DALY sono il tasso di sconto (generalmente pari al 3%) applicato agli anni di vita persi nel futuro, la pesatura per età (per cui un anno perso nell'infanzia o in vecchiaia pesa meno di un anno perso negli anni di vita intermedi) e l'aggiustamento per sesso (si adottano due distinte tavole di mortalità per uomini e donne)

Tabella 1.8. DALYs-variazione % per patologia, anni 1990-2005 e 2005-2013

Cause	DALYs Popolazione totale		DALYs Popolazione standardizzata per età	
	Var. % 1990-2005	Var. % 2005-2013	Var. % 1990-2005	Var. % 2005-2013
Tutte	-6,5	6,9	-20,4	-3,9
Alzheimer	49,2	18,4	1,4	-5,6
Cancro da Epatite C	133,9	45,8	88,6	30,9
Cardiovascolari	-22,4	3,9	-41,4	-12,4
Cerebrovascolari	-28,7	0,0	-47,3	-16,4
MSK (artrite e osteoartrite)	12,1	22,6	0,4	12,4
Altri MSK	28,3	7,6	13,7	-0,3
Emicrania abuso medicinali	42,8	27,6	31,8	19,1
Mal di schiena e collo	8,4	26,1	-1,7	15,9
Calcolosi renale	-27,3	171,4	-41,8	154,2
Neoplasie	-1,9	3,5	-19,6	-8,0
Organi sensoriali	20,3	12,3	-4,8	-4,3
Sclerosi multipla	43,6	22,0	27,7	12,6
Infiammatorie intestinali	69,2	-14,1	44,2	-23,6
Diabete	-12,5	13,4	-29,1	-1,1

Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

trebbe anch'essa essere una spiegazione ammissibile. Per quanto riguarda i DALYs per patologie, crescono, ad esempio, quelli per disturbi muscoloscheletrici, cancro da epatite C, emicrania da abuso di medicinali e sclerosi multipla, sia in termini assoluti che standardizzati e su tutto il periodo 1990-2013. Lo stesso avviene per la calcolosi renale e per il mal di schiena e collo, ma solo nell'intervallo 2005-2013. Sempre nel 2005-2013 diminuiscono le infiammatorie intestinali. Le neoplasie si riducono su tutto il periodo 1990-2013 ma solo sul dato standardizzato. Infine, i DALYs per le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari registrano una riduzione su popolazione totale e standardizzata più marcata negli anni 1990-2005. I dati completi sono elencati nella Tabella 1.8.

Quanto alle prime dieci cause (Tabella 1.9), i dolori alla schiena e al collo⁸ rappresentano la prima causa, a conferma dell'importanza degli YLDs per questa

Tabella 1.9. DALYs, prime dieci cause al 2013

Posizione	Cause	Posizione	Cause
1	Mal di schiena e collo	6	Cancro ai polmoni
2	Cardiovascolari	7	Cadute
3	Alzheimer	8	MDD
4	Organi sensoriali	9	Emicrania
5	Cerebrovascolari	10	COPD

MDD: principali disordini depressivi; COPD: pneumopatia cronica ostruttiva; udito: perdita udito legata a età ed altre cause; Organi sensoriali: malattie a occhi, udito, ecc.
Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

patologia e per l'emicrania, collocata all'ottavo posto. Il dato sull'Alzheimer è influenzato dalla disabilità ma anche dalla mortalità precoce: gli YLLs⁹ per questa patologia sono cresciuti del 56%. Malgrado la riduzione degli YLLs per le cardiovascolari e le cerebrovascolari¹⁰, esse continuano a restare tra le prime dieci poiché, come già detto, sono ancora le principali cause di morte in Italia.

⁸ Per i DALYs, diversamente da quanto fatto per gli YLDs, il GBD somma mal di schiena e mal di collo

⁹ Gli YLLs si calcolano tenendo conto del prodotto tra il numero di morti (N) e l'aspettativa di vita standard (L) al momento del decesso espressa in anni ($YLL = N \times L$)

¹⁰ Dal 1990 al 2013, gli YLLs su popolazione totale si riducono del 37% e del 31% rispettivamente per cerebrovascolari e cardiovascolari. Si riducono anche per altre patologie: 16% per cancro ai polmoni, 21% per quello al seno, 40% per quello allo stomaco, 11% per la COPD, 24% per il diabete e 57% per gli incidenti stradali. Viceversa, crescono quelli per cancro al fegato e al colon retto del 16% e 3% rispettivamente

1.6. I DALYs, confronto con alcuni paesi europei

La Tabella 1.10 riporta le variazioni dei DALYs su tutte le cause e per tutti i paesi europei esaminati, negli intervalli 1990-2005 e 2005-2013.

Il dato su popolazione totale nel 2005-2013 è, per l'Italia, il più alto registrato da tutti i paesi considerati mentre quello standardizzato per età è il migliore per il periodo 1990-2005 e il peggiore negli anni successivi. Il primo dato si spiega con l'invecchiamento della popolazione. Non è sorprendente, a tale proposito, che paesi più giovani del nostro, come ad esempio la Gran Bretagna, registrino prestazioni migliori sia sul dato assoluto che su quello standardizzato. Se tuttavia confrontiamo l'Italia con la Germania, dove l'età mediana è più alta che da noi e dove tra il 2005 e il 2013 i DALYs sono cresciuti sulla popolazione totale del 1,4% contro il 6,9% degli italiani, è lecito avanzare dei dubbi. È possibile che ciò sia dovuto agli YLDs standardizzati che da noi si riducono meno che altrove, ma è ancor più verosimile una relazione con la crisi economica, il risanamento finanziario e la loro diversa incidenza.

Nella Tabella 1.11 vengono comparate le prime dieci cause determinanti i DALYs in Italia e in Europa. Si nota l'importanza ovunque del mal di schiena e collo e delle

malattie cardiovascolari e cerebrovascolari. Anche le altre patologie sono pressoché le stesse per tutti i paesi con l'eccezione della Danimarca, la sola in cui compare il cancro al colon retto, e di Belgio, Finlandia e Francia, in cui compiono le lesioni autoinflitte.

1.7. I fattori di rischio, Italia e alcuni paesi europei, 2013

Al fine di stabilire quanta parte del peso della malattia sia attribuibile ai fattori di rischio e sia quindi prevenibile, il GBD ha stimato 79 fattori di rischio raggruppati in comportamentali, ambientali e occupazionali e metabolici, in 188 paesi, per l'intervallo 1990-2013 (GBD 4)¹¹.

I risultati a livello globale dimostrano che, al 2013, dipendono dai fattori di rischio osservati il 57,2% delle morti e il 41,6% dei DALYs, calcolati in entrambi i casi su popolazione standardizzata per età. Le patologie per le quali i fattori di rischio hanno una maggiore incidenza in termini di DALYs sono per l'87% le malattie cardiovascolari, per il 64,5% il diabete e per il 42,1% le neoplasie. I fattori di rischio comportamentali pesano per il 40,25% dei DALYs totali, quelli ambientali e occupazionali per il 12,7% e i metabolici per il 13,99%, mentre la combinazione di metabolici e comportamentali è pari al 16,74%.

Tabella 1.10. DALYs, Italia e alcuni paesi europei. Variazioni % anni 1990-2005 e 2005-2013

Cause	DALYs Popolazione totale		DALYs Popolazione standardizzata per età	
	Var. % 1990-2005	Var. % 2005-2013	Var. % 1990-2005	Var. % 2005-2013
Italia	-6,5	6,9	-20,4	-3,9
Francia	-0,7	3,1	-15,6	-6,4
Spagna	4,0	6,8	-17,6	-6,6
Grecia	9,2	3,6	-11,7	-4,9
Germania	-8,0	1,4	-19,3	-6,5
Belgio	-3,7	3,8	-15,3	-6,2
Danimarca	-7,6	2,2	-15,7	-9,8
Finlandia	-2,4	0,1	-16,6	-9,9
Olanda	3,5	5,2	-12,6	-5,6
Svezia	-6,0	1,5	-14,7	-6,0
Gran Bretagna	-8,0	-1,3	-15,5	-9,4

Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

¹¹ Sono esclusi dall'analisi i fattori di tipo genetico, sanitario, economico e culturale. I 79 fattori di rischio sono suddivisi in 13 livelli. Per l'elenco dettagliato, si veda il testo citato

Tabella 1.11. DALYs, prime dieci cause Italia e alcuni paesi europei, anno 2013

Paesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Italia	Mal di schiena e collo	Cardiovasc.	Alzheimer	Organi sensoriali	Cerebrovasc.	Cancro ai polmoni	Cadute	MDD	Emicrania	COPD
Belgio	Mal di schiena e collo	Cardiovasc.	Cancro ai polmoni	COPD	Alzheimer	Cerebrovasc.	Cadute	Incidenti stradali	Organi sensoriali	Autolesioni
Danimarca	Mal di schiena e collo	Cardiovasc.	COPD	Cerebrovasc.	Cancro ai polmoni	Alzheimer	Cadute	MDD	Pelle	Cancro colon retto
Finlandia	Cardiovasc.	Mal di schiena e collo	Cadute	Alzheimer	Cerebrovasc.	MDD	Diabete	Organi sensoriali	Cancro ai polmoni	Autolesioni
Francia	Mal di schiena e collo	Cardiovasc.	Cancro ai polmoni	Cadute	MDD	Organi sensoriali	Cerebrovasc.	Pelle	Alzheimer	Autolesioni
Germania	Mal di schiena e collo	Cardiovasc.	Cerebrovasc.	Organi sensoriali	Alzheimer	Cancro ai polmoni	Diabete	COPD	Cadute	Renali croniche
Gran Bretagna	Mal di schiena e collo	Cardiovasc.	Cerebrovasc.	COPD	Cancro ai polmoni	Alzheimer	Organi sensoriali	MDD	Cadute	Pelle
Grecia	Cardiovasc.	Mal di schiena e collo	Cerebrovasc.	Cancro ai polmoni	COPD	Alzheimer	Organi sensoriali	MDD	Renali croniche	Cadute
Spagna	Mal di schiena e collo	Cardiovasc.	Diabete	Cerebrovasc.	COPD	Alzheimer	MDD	Cancro ai polmoni	Organi sensoriali	Cadute
Svezia	Mal di schiena e collo	Cardiovasc.	Cerebrovasc.	Cadute	COPD	MDD	Organi sensoriali	Alzheimer	Cancro ai polmoni	Pelle
Olanda	Mal di schiena e collo	Cardiovasc.	Cancro ai polmoni	COPD	Pelle	Cardiovasc.	Diabete	Organi sensoriali	MDD	Alzheimer

MDD: principali disordini depressivi; COPD: pneumopatia cronica ostruttiva; organi sensoriali: malattie a occhi, udito, ecc; pelle: dermatiti, psoriasi, acne, funghi, ecc; autolesioni: ferite corporee o avvelenamenti per suicidio tentato o riuscito

Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

Tabella 1.12. Primi dieci fattori di rischio in termini di DALYs, Italia e alcuni paesi, anno 2013

Paesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Italia	Ipertensione	BMI	Fumo	Glicemia	Glomerulare	Colesterolo	Sodio	Alcool	Attività fisica	BMD
Belgio	Fumo	Ipertensione	BMI	Alcool	Glicemia	Colesterolo	Glomerulare	Attività fisica	Inquinamento	BMD
Danimarca	Fumo	Ipertensione	BMI	Alcool	Glicemia	Colesterolo	Glomerulare	Attività fisica	Droga	Vegetali
Finlandia	Ipertensione	BMI	Alcool	Fumo	Glicemia	Colesterolo	Glomerulare	BMD	Carne processata	Attività fisica
Francia	Fumo	Ipertensione	BMI	Alcool	Glicemia	Glomerulare	Colesterolo	Attività fisica	BMD	Droga
Germania	Ipertensione	BMI	Fumo	Glicemia	Alcool	Colesterolo	Glomerulare	Attività fisica	Carne processata	Inquinamento
Gran Bretagna	Fumo	BMI	Ipertensione	Glicemia	Alcool	Colesterolo	Glomerulare	Attività fisica	Frutta	Droga
Grecia	Ipertensione	Fumo	BMI	Glicemia	Colesterolo	Glomerulare	Attività fisica	Alcool	Inquinamento	Sodio
Spagna	BMI	Fumo	Ipertensione	Glicemia	Alcool	Glomerulare	Attività fisica	Colesterolo	Droga	Carne processata
Svezia	Ipertensione	BMI	Fumo	Glicemia	Colesterolo	Glomerulare	Alcool	Attività fisica	Sodio	Frutta
Olanda	Fumo	Ipertensione	BMI	Glicemia	Alcool	Glomerulare	Colesterolo	Inquinamento	Attività fisica	Carne processata

BMI: alto indice di massa corporea ovvero sovrappeso e/o obesità; Glomerulare: basso tasso di filtrazione glomerulare; BMD: bassa densità minerale ossea; Colesterolo: alto colesterolo totale; Inquinamento: alto inquinamento ambientale da particolato; attività fisica: poca attività fisica o inattività; carne processata: alto consumo; frutta e verdura: basso consumo; sodio: alto consumo

Fonte: elaborazione su dati GBD 2013

Dalla distinzione per fasce di età risulta la prevalenza dei fattori comportamentali nei soggetti di 35-54 anni, dei metabolici nella fascia 55-69 e della loro combinazione negli over 70.

Relativamente all'Italia e agli altri paesi europei scelti (tab. 1.12), con la sola eccezione della Finlandia, vi è sostanziale identità tra i primi tre fattori di rischio, anche se differenziati per importanza. L'ipertensione è la prima

causa sia nel nostro paese che in Germania, Francia, Svezia e Finlandia. In Spagna il sovrappeso e/o l'obesità costituiscono il primo fattore di rischio, il fumo in Olanda, Belgio, Gran Bretagna e Danimarca. Il basso tasso di filtrazione globulare incide di più da noi che negli altri paesi. È alto il fattore di rischio legato all'alimentazione per la carenza di frutta e verdura nei paesi nordici, e per l'eccessivo consumo di carne processata sempre nei paesi nordici e in Spagna, con conseguenti carenze nutrizionali e problemi di peso. Infine, l'inquinamento ambientale è tra i primi dieci fattori di rischio più importanti in Olanda, Belgio e Germania.

1.8. Considerazioni conclusive

L'attenzione rivolta agli anni vissuti in cattivo stato di salute, gli YLDs, ha evidenziato un quadro generale che attesta la crescente rilevanza di morbilità e comorbilità nel nostro paese. Infatti, la gran parte della popolazione osservata è affetta da almeno una sequela. Inoltre, gli YLLs diminuiscono più velocemente degli YLDs, e ciò prefigura una tendenza indubbia, e se non si correrà ai ripari ineludibile, verso una crescita del peso della malattia¹².

Il presente lavoro conferma l'importanza dell'invecchiamento della popolazione, ma evidenzia anche il profilarsi di uno slittamento verso forme di disabilità che potremmo definire "leggera", comunque limitativa dell'attività sociale e lavorativa, che iniziano a gravare anche sulla popolazione non anziana. L'analisi degli YLDs, soprattutto il dato standardizzato, ha reso evidente come si stiano diffondendo disabilità dovute a problemi muscoloscheletrici, disordini neurologici e mentali ed emicrania. La prima causa degli YLDs (tra l'altro anche quella dei DALYs) è il mal di schiena e collo, che possono manifestarsi come complicanze di patologie principali, ma possono anche essere legati a sovrappeso, obesità, assenza di attività fisica e altri fattori di rischio di tipo comportamentale. Quest'ultimi determinano quasi la metà dei DALYs complessivi. Dal confronto con alcuni paesi europei, inoltre, l'Italia ap-

pare in netto peggioramento. Ne discende la necessità di intervenire con politiche di prevenzione più incisive, con l'obiettivo di contribuire a guadagnare anni di vita in buona salute e, allo stesso tempo, ritardare l'insorgenza di malattie croniche come, solo per citarne una, il diabete.

Infine, i DALYs su tutte le malattie si riducono meno tra il 2005-2013 che tra il 1990-2005. Per quanto siano possibili spiegazioni di tipo epidemiologico e valga il deterioramento degli stili di vita, i dati si manifestano contemporaneamente alla ridotta disponibilità di risorse finanziarie per il settore sanitario. Rispetto agli altri paesi europei, infatti, l'Italia registra una performance migliore nel periodo 1990-2005, per poi peggiorare negli anni successivi. In conclusione, sembra evidente la necessità di considerare lo "stato di buona salute" obiettivo prioritario al fine di evitare conseguenze negative sul benessere, la produttività individuale e la sostenibilità dei sistemi sanitari.

Riferimenti bibliografici

- GBD 1 (2015), "Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013", *The Lancet*, Volume 385, Issue 9963, 117–171
- GBD 2 (2015), "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013", Vos, Theo et al., *The Lancet*, Volume 386, Issue 9995, 743–800
- GBD 3 (2015), "Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition", Murray, Christopher J.L. et al., *The Lancet*, Volume 386, Issue 10009, 2145–2191.
- GBD 4 (2015), "Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmen-

¹² È da rilevare, a tale proposito, come il dibattito a livello internazionale resti in gran parte ancorato al problema della mortalità. Si vedano, ad esempio, i *Sustainable Development Goals* dell'ONU

- tal and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”, Forouzanfar, Mohammad H. et al., *The Lancet*, Volume 386, Issue 10010, 2287–2323.
- EUROSTAT (2016), *Database*, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- EUROSTAT (2016), *Causes of death statistics*
- ISTAT (2015), *Bilancio Demografico*,
- ISTAT (2016), *Health for All*
- ISTAT (2016), *Indicatori demografici*
- Salomon, Joshua A et al., “Disability Weights for the Global Burden of Disease 2013 Study”, *The Lancet Global Health*, Volume 3, Issue 11, e712 - e723
- UN (2015), *Transforming our world:2030 Agenda for Sustainable Development*, New York, United Nation

ENGLISH SUMMARY

The social-demographic context: years of good health lost and the “burden” of disease

Healthcare problems linked to demographic change have been the subject of debate in Italy for some time now. Whereas less attention has been paid to the so-called “burden” of disease, which is a rather widespread exercise in other countries for the assessment of the population’s state of health.

A composite indicator of mortality and morbidity has been proposed for measuring the “burden” of disease: its name is DALY, namely disability-adjusted life year. These in turn are made up of YLDs, years lived with disability (or in bad health) and YLLs, years of life lost (due to premature mortality).

Over the years, in Italy there have been evident gains in terms of life expectancy but, simultaneously, we have observed the spreading of some diseases that have affected an increasingly large portion of the population. Analysis of the YLDs, which the paper is concentrated on, has enabled the assessment of how the health of Italians is changing not only due to ageing society, but also due to a changing epidemiological picture and inappropriate lifestyles.

The YLD, DALY and YLL data employed was that produced by Global Burden of Disease - GBD, an international consortium that engages over one-thousand researchers in 120 countries, who are coordinated by the Institute for Health Metrics and Evaluation of the University of Washington.

Investigation of the YLDs has brought to light a general picture that attests the growing importance of morbidity and comorbidity.

Most of the population observed was affected by at least one sequelae. Moreover, it is noteworthy that the YLLs decrease more quickly than the YLDs, this outlines an undeniable trend and, should one not resort to ineluctable solutions, towards a rise in the burden of the disease.

Specifically between 1990 and 2013 the percentage

change in absolute number of YLDs for all causes increase to 20.2% and the reduction in age standardised YLDs was equal to 1.3%. The selection of diseases where YLDs grow more than 50% on both sides or on only one of these demonstrates the spreading of diseases – some of which are highly disabling.

Neoplasms is a growing disease. Liver cancer due to hepatitis C stands out against the rest, registering an explosive general and standardized increase that confirms the seriousness of the disease and its greater incidence in the 50-69 age bracket, which is somewhat numerous in Italy. Even the YLDs are significant, especially for the standardized data, in endocarditis, chronic kidney disease due to glomerulonephritis, multiple sclerosis and medication overuse migraine. Conversely, for hypertensive heart diseases and Alzheimer’s, most consistent increases are in absolute terms because they involve diseases that predominantly affect the elderly population. Not all the significant data is on the rise. There is a decrease in YLDs for peptic ulcers, gastritis and duodenitis, road accidents and cirrhosis due to alcohol use. And ultimately, among the diseases that have not been selected, the following stand out: such as, for example, diabetes mellitus and inflammatory bowel diseases linked (among other things) to behavioural risk factors.

Considering the top ten leading causes of YLDs, it is highlighted the importance of musculoskeletal disorders, low back and neck pain that may be complications of the principal illnesses but also due to erroneous lifestyles, likewise to depression and anxiety. Whereas ageing society influences the figure relative to Alzheimer’s, that goes from 11th place in 1990 to the 8th place in 2013.

The importance of ageing society is confirmed, but it also reveals the emergence of a shift towards forms of disability that we might define as “light”, in any case

limiting social and working activities, that also begin to weigh upon non-elderly populations. Analysis of the standardized data has brought to light how disabilities due to musculoskeletal disorders are spreading, in addition to those inherent to neurological and mental disorders and migraine that may arise as complications to principal illnesses, but may also be related to being overweight, obesity, lack of physical activities and other behavioural risk factors.

The study compares the Italian situation with other European countries that are similar for their social-economic features. The comparison has also included, together with the analysis of YLDs levels and trends and by disease, even those regarding DALYs and risk factors. Particular attention has been paid to the significant variation of DALYs during the 2005-2013 period, compared to the 1990-2005 one.

The comparison brings to light a deterioration of Italian health. Analysis of the standardized data has shown that, apart from The Netherlands, the least consistent decrease of YLDs has been recorded precisely in Italy. Finland, Denmark, Germany and Greece are the countries in which the decrease of YLDs is most consistent.

Regarding DALYs, calculated for all causes and all age, these decreased by 6.5% between 1990 and 2005, while they increased by 6.9% between 2005 and 2013 in line with the growing ageing society phenomenon that has most probably determined a compression in the incidence of many diseases towards advanced age. In contrast, at a standardized level, there was a reduction of 20.4% and 3.9% respectively for the years between 1990-2005 and for those between 2005-2013. The data is particularly interesting because of the substantial difference between DALYs that were reduced much less in the latter interval rather than 1990-2005.

There is no doubt that over the years diagnosis and treatment skills have improved and that these were realistically more important during the first interval than during the second. In fact some diseases, such as cerebrovascular and cardiovascular ones for example, although remaining the top three causes of death, are less prominent than what they used to be. It is also plausible to attribute the increased incidence of determined infirmities, such as back and neck pain for example,

to the deterioration of lifestyles. However, during the 2005-2013 period there seems to have been a higher level of health deterioration due that recorded in previous years. The reasons remain to be investigated, but the coincidence with the economic crisis and budget rebalancing that have reduced the possibility of treatment may also be an acceptable explanation.

As top ten leading causes of DALYs, back and neck pain represent the first cause, confirming the importance of YLDs for this condition and for migraine (that ranks eighth). Data regarding Alzheimer's is influenced by the disability, but also by early mortality: YLLs for this disease have grown by 56%. Despite the reduction of YLLs for cardiovascular and cerebrovascular disease, these continue to remain amongst the top ten because, as already mentioned, they are still the leading causes of death in Italy.

The comparison with European countries shows that the DALYs figure of the total population in 2005-2013 is, for that which regards Italy, the highest recorded by all countries taken into consideration; whereas the standardized figure by age is the best during the 1990-2005 period and the worst over the following years. The first finding can be explained with the ageing society phenomenon. To this extent it is not surprising that countries younger than our own, such as Great Britain for example, record better performances both in absolute figures and in standardized ones. Should we nonetheless compare Italy to Germany, where the average age is higher than our own and where DALYs grew between 2005-2013 over the total population by 1.4% compared to 6.9% of Italians, harbouring some doubts is legitimate. This is probably due to the fact that the YLDs (standardized data) decrease less in Italy than elsewhere, but there is more likelihood for a relation with the economic crisis, budget rebalancing and their different incidence.

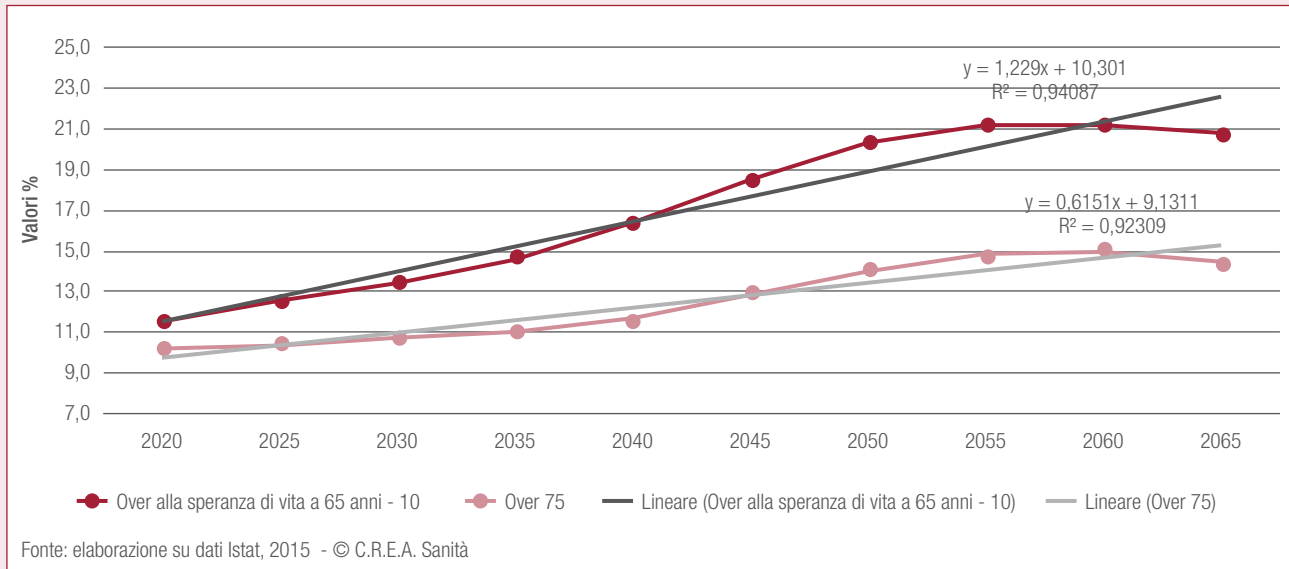
With regard to risk factors, determining nearly half of overall DALYs, the comparison between Italy and other European countries (with the sole exception of Finland) demonstrates a substantial identification between the first three risk factors, although differentiated by relevance. Hypertension is the first cause in our country, as well as in Germany, France, Sweden and Finland. In Spain overweight and obesity constitutes the first

risk factor, whereas smoking ranks first in The Netherlands, Belgium, Great Britain and Denmark while a low globular filtration rate affects us more than it does other countries.

Hence the need to intervene with more incisive prevention policies, with the aim of contributing towards

gaining years of life in good health and, at the same time, delaying the onset of chronic diseases while considering the “state of good health” as primary goal, in order to avoid negative consequences on wellbeing, individual productivity and sustainable healthcare systems.

KI 1.1. Popolazione *over 75* e popolazione ad almeno 10 anni dall'aspettativa di vita a 65 anni, quota (%) sulla popolazione totale. Proiezioni 2020-2065



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

L'indicatore pone a confronto l'evoluzione nel tempo della quota di popolazione *over 75* anni sulla popolazione italiana e la quota di soggetti che si trovano nel tempo entro i dieci anni dall'aspettativa di vita a 65 anni. Entrambi gli indicatori tendono a crescere nel tempo, ma la pendenza, e quindi la rapidità di crescita, tra le due distribuzioni è estremamente differente. Ipotizzando che l'insorgenza di patologie cronic-degenerative e comunque di patologie gravi si muova di pari passo con l'allungamento della aspettativa di vita, la quota di persone a forte rischio di assorbimento di risorse, convenzionalmente assunta come quella che ha meno di 10 anni di aspettativa residua di vita, evidenzia negli anni, in termini di proporzione sul totale della popolazione, un *trend* in crescita molto meno marcato dei soggetti *over 75* ("quarta età").

KI 1.2. Famiglie di anziani soli 65+. Valori %, anni 2005-2014(*)



(*) il dato del 2014 è stato stimato per estrapolazione con interpolazione lineare sulla serie storica 1994-2013

Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

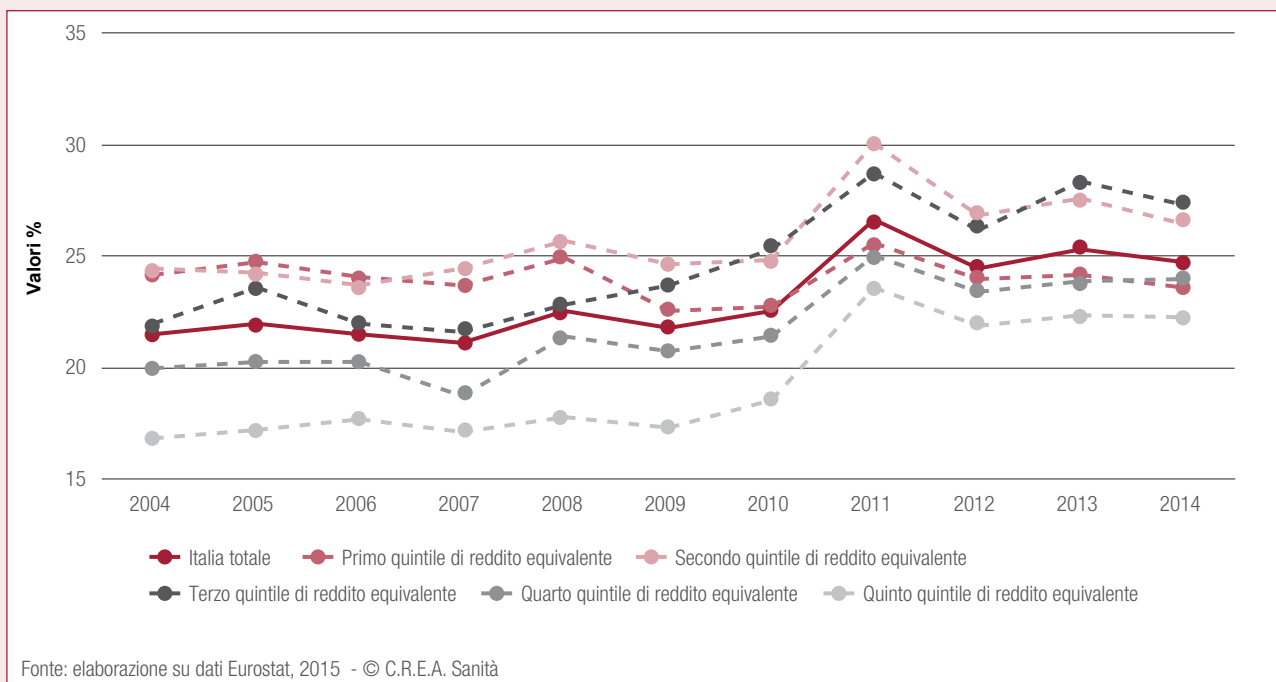
L'indicatore mostra nel tempo, per area geografica e per l'intero Paese, la quota % di famiglie single di età maggiore od uguale a 65 anni. Complessivamente, il *trend* è in crescita sia a livello nazionale che per macro area. In numeri assoluti tale indicatore corrisponde al 2014 per l'intera Italia a circa 3,8 mln. di *over 65* (circa il 30% del totale). Di questi il 48% vive nel Nord Italia, il 21% nel Centro ed il 31% nell'Italia Meridionale. Nei 10 anni considerati complessivamente il numero di anziani soli è aumentato di oltre 600.000 unità (+20%); rispetto alle macro aree si evidenzia un incremento più contenuto nel Nord Italia (+13%), mentre nel Centro tale incremento è molto più elevato (+33%); meno marcato ma sicuramente importante l'incremento nel Sud Italia (+22%).

KI 1.3. Popolazione di 6 anni e più con limitazioni funzionali. Valori %, anni 2005 e 2013



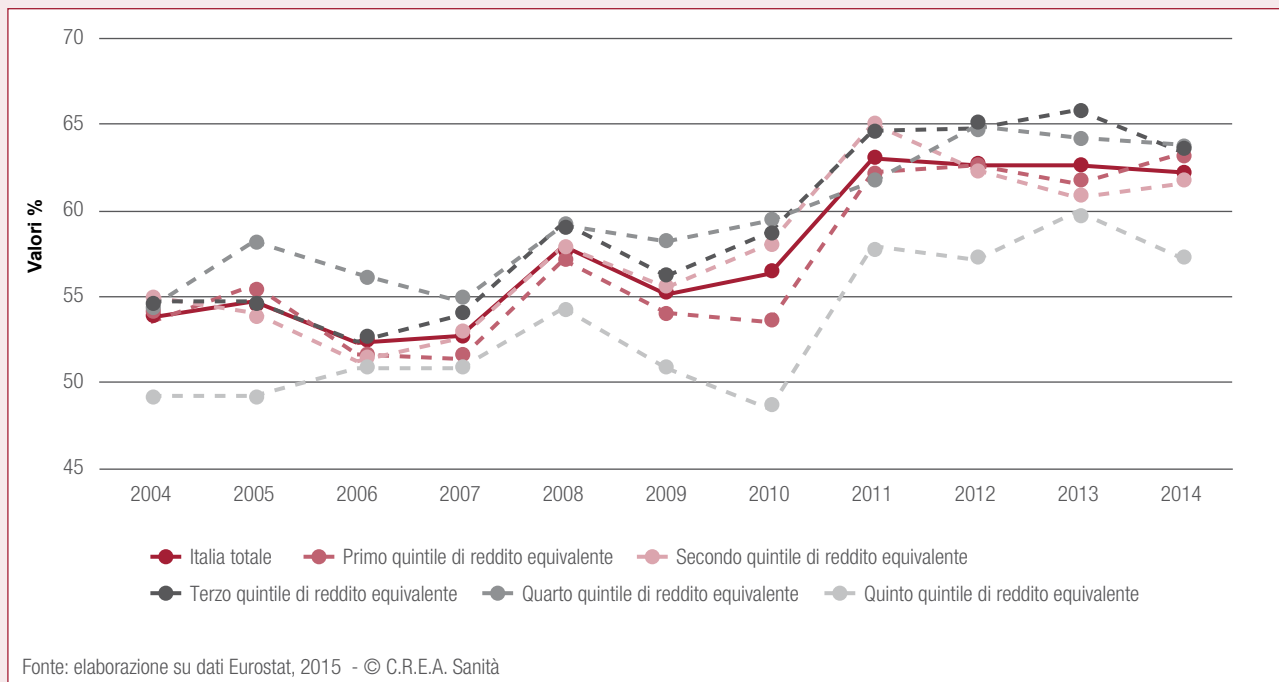
Per rilevare la presenza di limitazioni funzionali l'Istat fa riferimento ad una batteria di quesiti, utilizzata fino all'edizione del 2004-2005 per stimare la presenza di disabilità. Il cambiamento di denominazione dell'aggregato individuato mediante tale batteria, predisposta dall'OECD sulla base della classificazione ICIDH del 1980 dell'OMS, è dovuto alla necessità di differenziarla con la nuova definizione di disabilità proposta dall'OMS con la classificazione ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). Con questa nuova classificazione la disabilità è concepita come la risultante di un'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali (personali e ambientali), vale a dire che esprime una restrizione, causata da problemi di salute, nella partecipazione alle attività. La disabilità, quindi, non è più vista come una condizione della persona, ma come il risultato negativo dell'interazione tra un singolo individuo e ambiente. Nel 2013, in Italia, le persone con limitazioni funzionali sono 3.407.632, su un totale di 61.178.319. A livello regionale, la Puglia risulta la Regione con il più alto tasso di persone con limitazioni funzionali (7,3%), seguita da Umbria (7,0%) e Sicilia (6,8%); le Regioni che invece registrano un tasso più basso di persone con limitazioni funzionali sono Trentino-Alto Adige (3,8%), Valle d'Aosta (4,0%) e Lombardia (4,5%). Considerando gli anni 2005 e 2013, la Regione che ha registrato la variazione percentuale annua più alta di persone con limitazioni funzionali è la Sardegna (+43,0%), mentre la Regione con la variazione percentuale più bassa, riducendo il numero di persone con limitazioni funzionali, è la Valle d'Aosta (-2,9%).

KI 1.4. Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2014



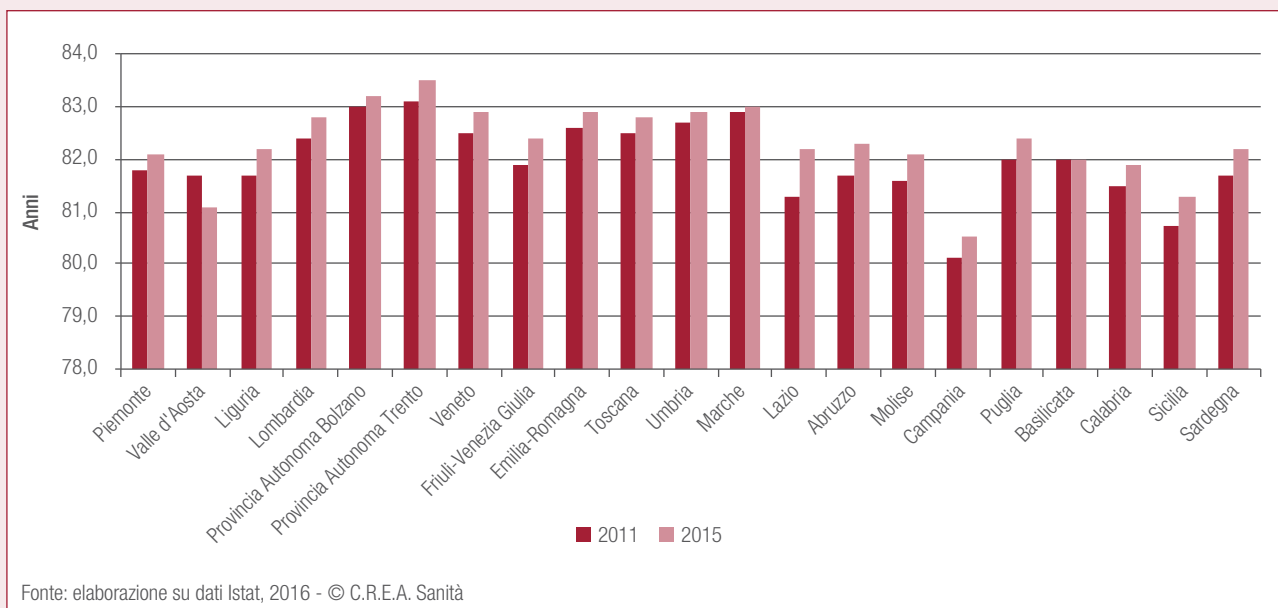
Sulla popolazione italiana, la quota di soggetti affetti da patologia di lunga durata o comunque da problemi di salute tende nel decennio ad una progressiva crescita: da un 21,5% del 2004 al 24,7% del 2014 (+3,2%). Tale dato rimane comunque tra i più bassi a livello europeo, indicando in generale un migliore stato di salute complessivo; infatti il dato aggregato disponibile per EU27 al 2013 è pari al 32,4% e nello stesso anno per la Germania risulta pari al 38,3%, al 36,5% per la Francia e al 32,5% per il Regno Unito. Nei diversi Paesi europei risulta però meno marcato l'incremento dell'indicatore se non in decremento: per Germania e Regno Unito (primo dato disponibile 2005) si evidenzia una variazione del +2,1% e del -4,7% rispettivamente. Stabile la Francia (+0,1% nel decennio). Più marcato è l'incremento nei Paesi maggiormente toccati dalla crisi come Spagna e Grecia, dove si rileva rispettivamente un +5,7% ed un +4,6%. Per l'Italia è evidente che buona parte dell'incremento di tale indicatore negli anni è da attribuire al progressivo invecchiamento; nel complesso a fronte di una crescita della popolazione nel decennio del 3,2% la quota di popolazione in cattivo stato di salute cresce del 23,1%. L'andamento è significativamente diversificato tra le fasce di reddito. Fino al 2009 sopra il dato nazionale si collocava la popolazione entro il terzo quintile di reddito equivalente, mentre sotto costantemente nel decennio troviamo i redditi più elevati. La quota di popolazione più povera in cattivo stato di salute si mantiene stabile (differenza 2004-2013 nulla); ciò può essere spiegato da un minor peso in questa classe di reddito delle persone anziane e molto anziane, la vita media in situazione di povertà è senza dubbio inferiore. Gli incrementi maggiori si riscontrano tra i soggetti a più alto reddito, +6,4% nel terzo quintile, +3,9% nel quarto e +5,6% nel quinto. Riportando il dato in valore assoluto sulla popolazione al 2013 il numero di soggetti con problemi di salute o affetti da malattie di lunga durata è pari a poco oltre 15mln., 2,7 mln. in più rispetto al 2004. Di questi, per fasce di reddito, circa 3 mln. hanno un reddito inferiore al massimo del primo quintile, che per l'Italia è al 2013 pari a € 9.642.000/anno, nel complesso il 20% della popolazione italiana più povera dispone del 6,9% della ricchezza nazionale. Per contro circa 2,7 mln. di soggetti in cattiva salute appartengono al 20% della popolazione più ricca (che dispone del 39,5% della ricchezza nazionale).

KI 1.5. Popolazione *over75* con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2014



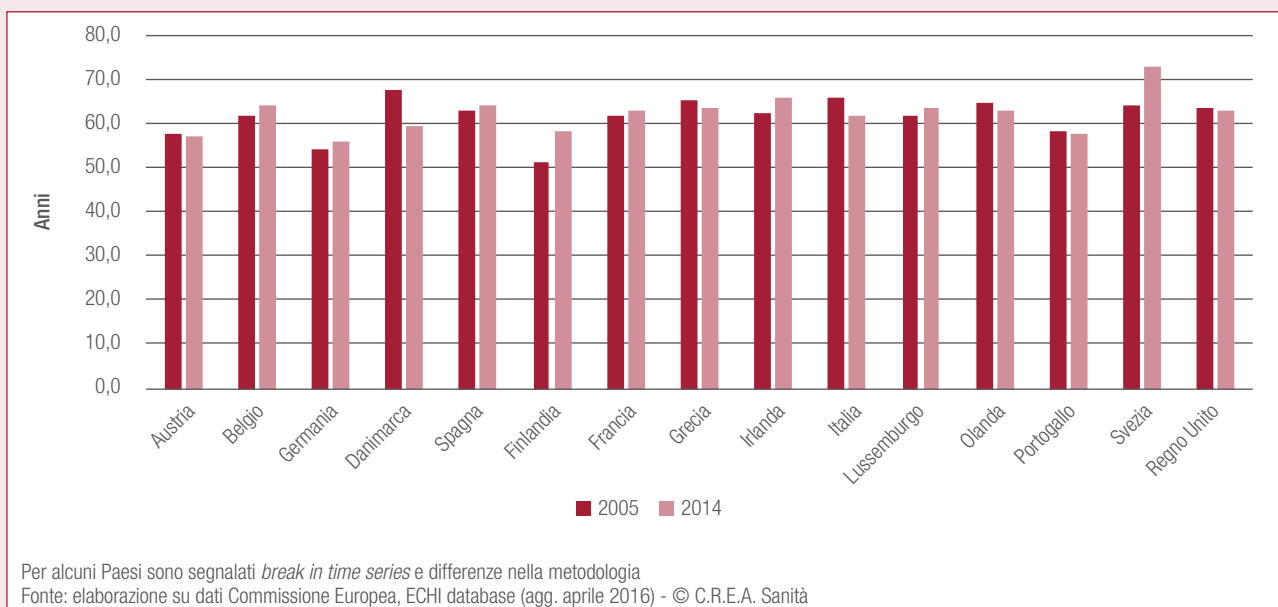
L'indicatore evidenzia la quota di popolazione *over75* affetta da patologia di lunga durata o comunque da problemi di salute, sia nel complesso che per quintile di reddito. Si evidenzia nel decennio un *trend* in aumento: dal 53,8% del 2004 al 62,2% del 2014 (+8,4%). Tale dato rimane comunque tra i più bassi a livello europeo, indicando in generale un migliore stato di salute complessivo nel nostro Paese anche nelle classi più anziane, infatti il dato aggregato disponibile per EU27 al 2013 è pari al 67,5% e nello stesso anno sia per la Germania che per la Francia risulta pari al 68,4%, al 69,23% per il Regno Unito. Tutti i maggiori Paesi europei mostrano per questa classe di età un incremento nel decennio della quota di popolazione in cattiva salute, ad eccezione della Francia in cui si rileva un -1,1%, mentre la Germania mostra un incremento dal 2005 (primo dato disponibile) al 2013 dello 0,7%, il Regno Unito del 5,5%. L'incremento dell'indicatore che si evidenzia in Italia, pur con dati complessivamente migliori, risulta tra i più alti tra i Paesi europei a noi più simili. Incrementi di pari o maggiore intensità si rilevano anche nei due Paesi europei maggiormente toccati dalla crisi economica degli ultimi anni: la Grecia passa dal 59,7% del 2004 al 73,3% del 2013 (+13,6%) e la Spagna dal 58,1% del 2004 al 67,7% del 2013 (+9,6%). Per quanto riguarda l'Italia in tutte le fasce di reddito si evidenzia una crescita dell'indicatore nel tempo, più accentuata nelle fasce a reddito più elevato, intorno al +10% rispetto alle fasce a reddito inferiore. Indipendentemente dal reddito, la quota di soggetti in cattiva salute tende nel tempo a convergere sul dato nazionale. In valore assoluto sono poco meno di 4 mln. i soggetti, pari al 26% del totale della popolazione italiana, in cattivo stato di salute. La differenza in valore assoluto tra 2004 e 2014 in questa fascia di età è pari a circa 1.240.000 soggetti in più (45% dell'incremento complessivo nazionale). Nel decennio la quota di *over 75* si incrementa del 25% mentre la quota di soggetti in cattiva salute cresce in proporzione molto di più (+45,7%).

KI 1.6. Speranza di vita alla nascita, anni 2011 e 2015



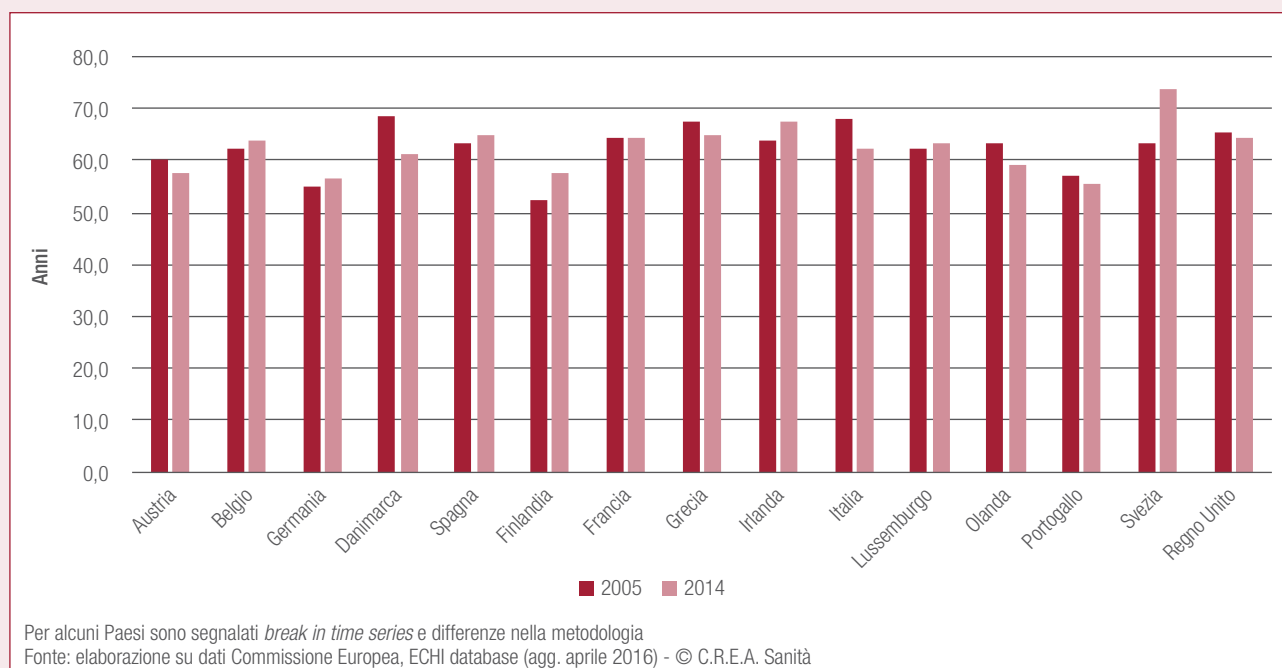
L'indicatore speranza di vita esprime il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti ad una certa data, in questo caso alla nascita. Nel 2011, la Regione che registra una speranza di vita alla nascita più alta è la Provincia Autonoma di Trento (83,1 anni), seguita dalla Provincia Autonoma di Bolzano (83 anni) e dalle Marche (82,9 anni). Mentre le Regioni che registrano una speranza di vita alla nascita più bassa sono: Lazio (81,3), Sicilia (80,7) e Campania (80,1). Nel 2015 la situazione non cambia, in quanto le prime tre Regioni con speranza di vita alla nascita più alta sono le stesse del 2011: P.A. Trento (83,5), P.A. Bolzano (83,2) e Marche (83). Le Regioni che invece registrano una speranza di vita alla nascita più bassa sono Sicilia (81,3), Valle d'Aosta (81,1) e Campania (80,5) che conferma il dato del 2011. Considerando gli anni 2011 e 2015, in Italia, si registra un miglioramento della speranza di vita alla nascita. In particolare, la Regione che presenta la più alta variazione percentuale annua di tale indicatore è il Lazio (+1,1%), mentre quella con una variazione percentuale in diminuzione della speranza di vita alla nascita è la Valle d'Aosta (-0,7%).

KI 1.7. Anni di vita in buona salute, aspettativa alla nascita in EU 15. Maschi, anni 2005 e 2014



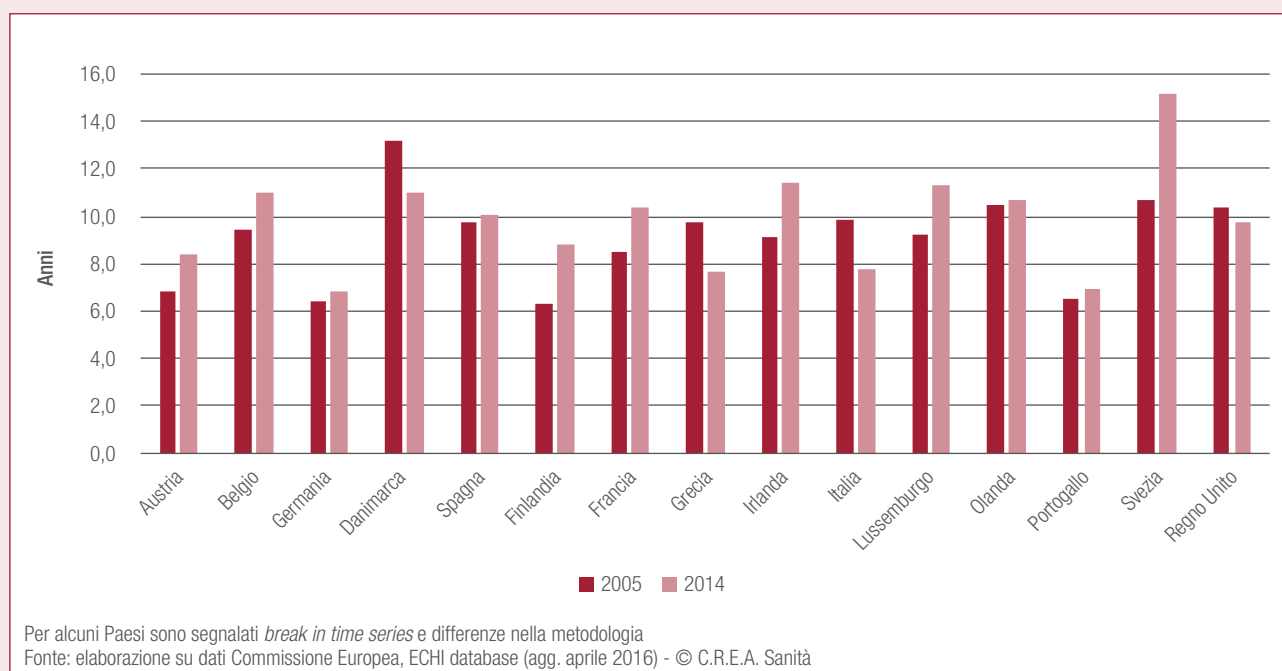
Gli anni di vita in buona salute (o "speranza di vita senza disabilità") sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. Questo indicatore figura tra i principali indicatori strutturali europei. In base ai dati forniti dalla Commissione Europea per i Paesi EU15, considerando l'aspettativa alla nascita di anni di vita in buona salute tra i maschi, nel 2014 il primato spetta alla Svezia (73,6 anni, contro i 64,5 del 2005). Fanalino di coda la Germania, con una aspettativa maschile alla nascita di vivere 56,4 anni in buona salute (54,5 nel 2005). In Italia ci si ferma ad un valore di 62,5 anni, in calo rispetto al 2005 (quando gli anni erano 66,6). Si evidenziano il calo del -11,8% della Danimarca e l'aumento del +14,1% della Svezia.

KI 1.8. Anni di vita in buona salute, aspettativa alla nascita in EU 15. Femmine, anni 2005 e 2014



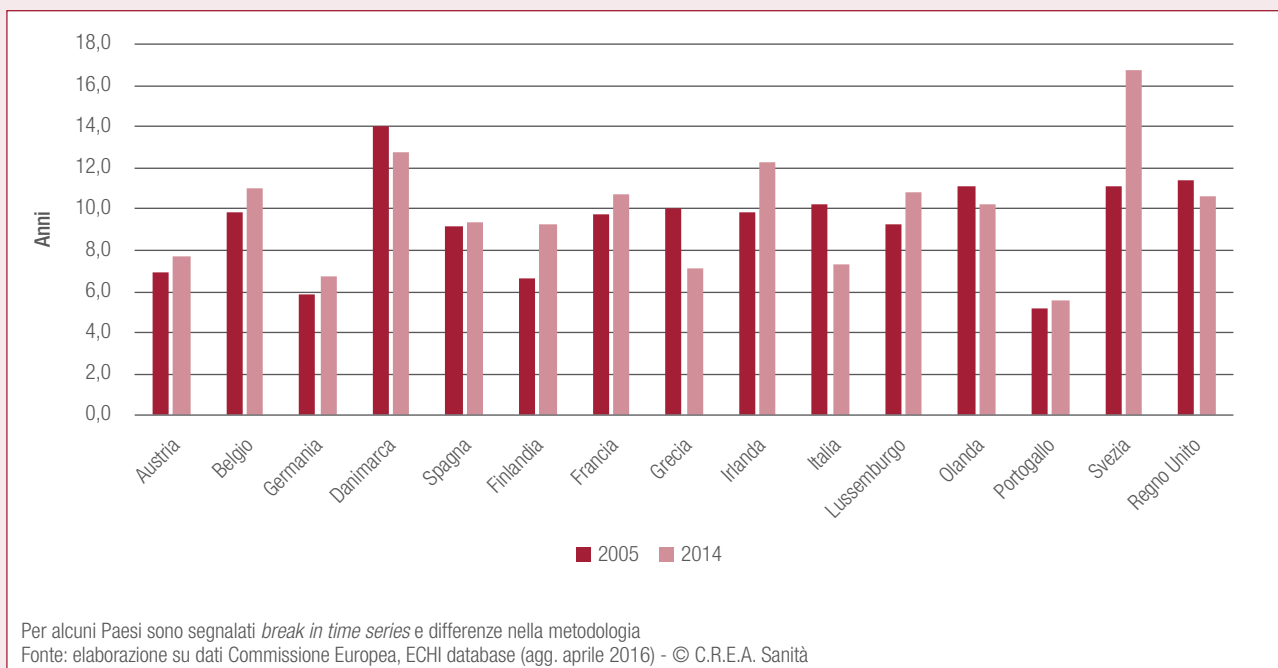
Gli anni di vita in buona salute (o “speranza di vita senza disabilità”) sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. In base ai dati forniti dalla Commissione Europea per i Paesi EU15, considerando l’aspettativa alla nascita di anni di vita in buona salute tra le femmine, nel 2014 il primato spetta alla Svezia (73,6 anni, contro i 63,2 del 2005). Fanalino di coda la Germania, con una aspettativa femminile alla nascita di vivere 56,5 anni in buona salute (54,8 nel 2005). In Italia ci si ferma ad un valore di 62,3 anni, in calo rispetto al 2005 (quando gli anni erano 67,8). Si evidenziano il calo del -10,2% della Danimarca e l’aumento del +16,5% della Svezia.

KI 1.9. Anni di vita in buona salute, aspettativa a 65 anni in EU 15. Maschi, anni 2005 e 2014



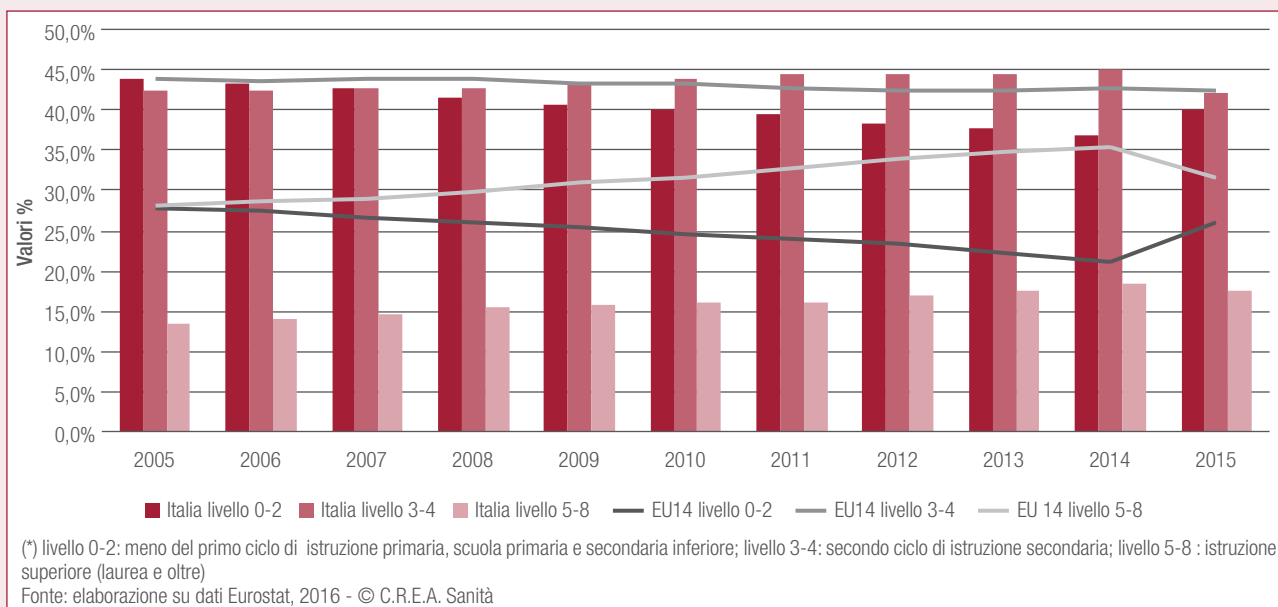
Gli anni di vita in buona salute (o “speranza di vita senza disabilità”) sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. In base ai dati forniti dalla Commissione Europea per i Paesi EU15, considerando l’aspettativa a 65 anni di anni di vita in buona salute tra i maschi, nel 2014 il primato spetta alla Svezia (15,2 anni, contro i 10,7 del 2005). Fanalino di coda la Germania, con una aspettativa maschile a 65 anni di vivere 6,8 anni in buona salute (6,4 nel 2005). In Italia ci si ferma ad un valore di 7,8 anni, in calo rispetto al 2005 (quando gli anni erano 9,9). Si evidenziano il calo del -21,2% dell’Italia e l’aumento del +42,1% della Svezia.

KI 1.10. Anni di vita in buona salute, aspettativa a 65 anni in EU 15. Femmine, anni 2005 e 2014



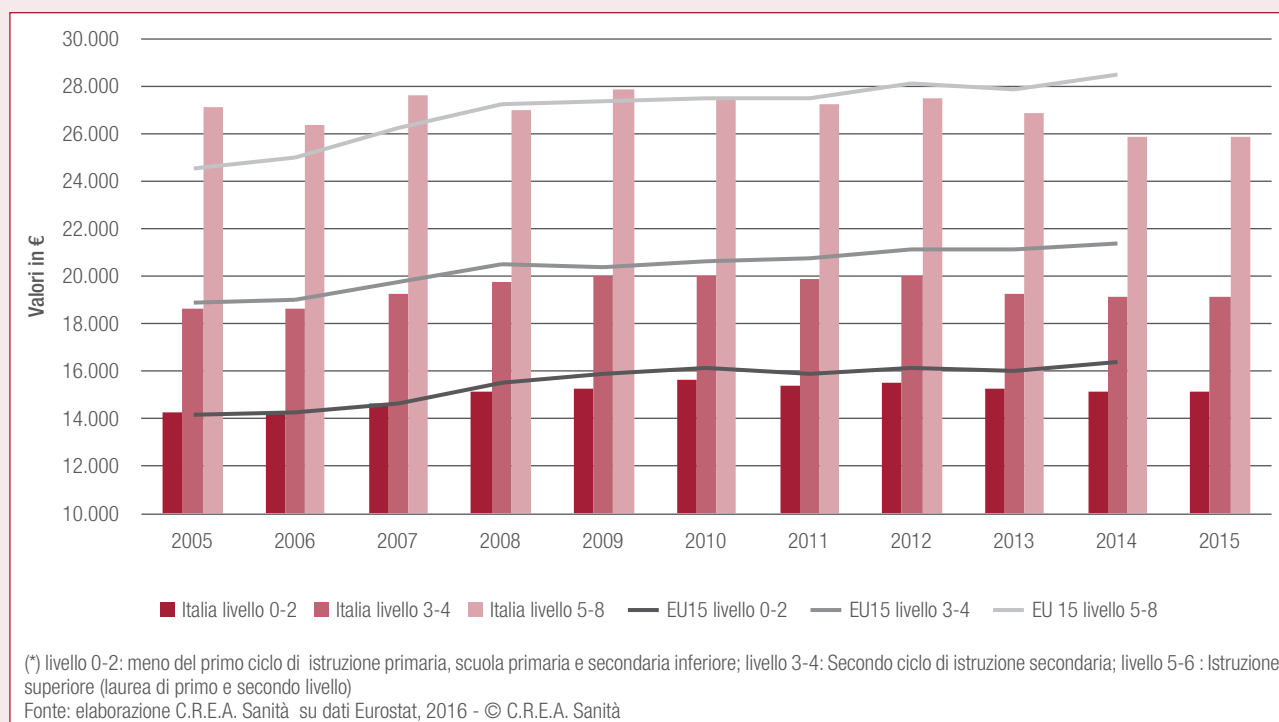
Gli anni di vita in buona salute (o “speranza di vita senza disabilità”) sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. In base ai dati forniti dalla Commissione Europea per i Paesi EU15, considerando l’aspettativa a 65 anni di anni di vita in buona salute tra le persone di genere femminile, nel 2014 il primato spetta alla Svezia (16,7 anni, contro i 11,1 del 2005). Fanalino di coda il Portogallo, con una aspettativa delle femmine a 65 anni di vivere 5,6 anni in buona salute (5,2 nel 2005). In Italia ci si ferma ad un valore di 7,3 anni, in calo rispetto al 2005 (quando gli anni erano 10,2). Si evidenziano il calo del -29,0% in Grecia e l’aumento del +50,5% della Svezia.

KI 1.11. Popolazione 25-54 anni, composizione (%) per livello di studio raggiunto (*). Italia vs EU14, anni 2005-2015



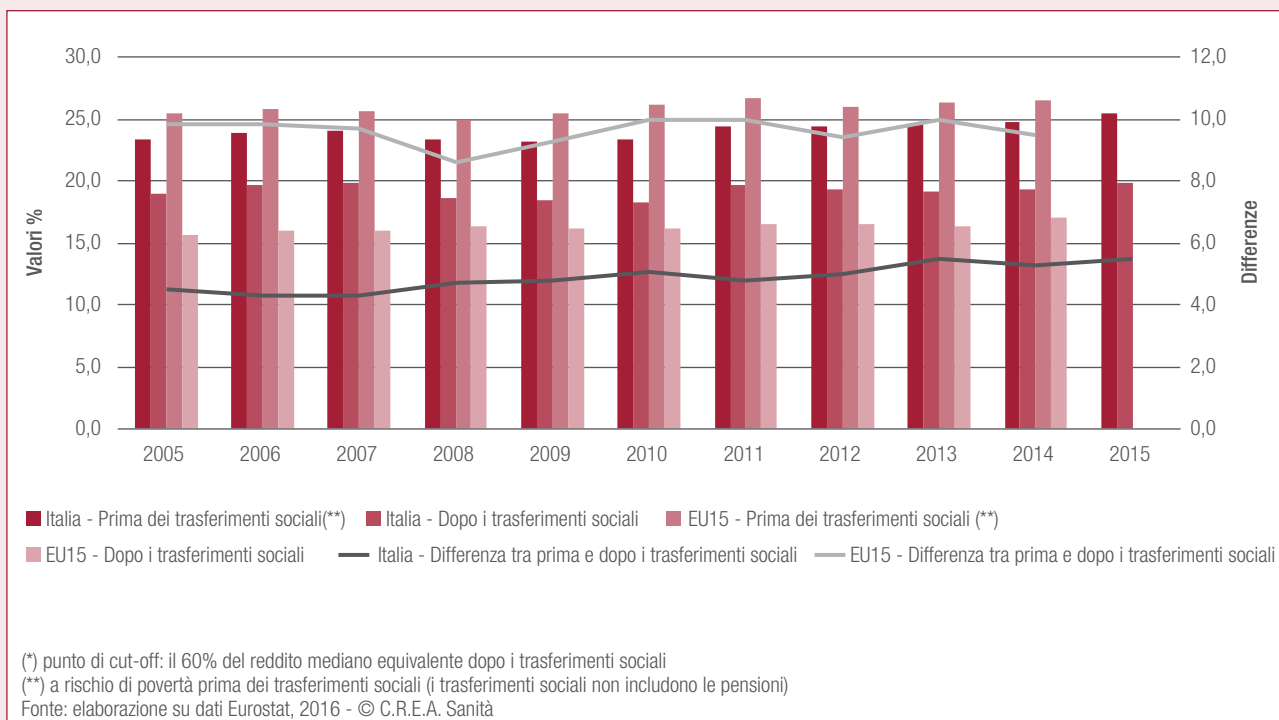
L’indicatore rappresenta la composizione % della popolazione in età 25-54 anni per livello di istruzione raggiunto, Italia vs EU14: è evidente il *gap* rispetto ai due livelli estremi di educazione (livello 0-2 e livello 5-8), mentre è sovrapponibile la quota di popolazione con istruzione secondaria superiore. Rispetto alla quota di popolazione a più bassa scolarità, la differenza tra dato italiano ed europeo tende nel decennio a diminuire (+16,2% nel 2005 vs +14% nel 2014), permanendo comunque sempre estremamente elevato (circa il 40% della popolazione italiana tra 25 e 54 anni ha una scolarità nulla o estremamente bassa). Si evidenzia comunque negli anni un decremento, se pur di poco, più rapido per questa categoria in Italia rispetto ad EU14 (-3,9% vs -1,7%). Per i gradi più elevati di istruzione (laurea e oltre) il dato italiano, se pur in lieve crescita, si mantiene costantemente nel decennio pari a circa la metà del dato EU14 (13,4% vs 28,1% nel 2005 e 17,6% vs 31,5% nel 2015). Per questa categoria il dato europeo cresce nel decennio considerato del +3,4% contro un +4,2% dell’Italia.

KI 1.12. Reddito medio per livello di istruzione(*) (18 anni e +). Valori in €, Italia vs EU15, anni 2005-2015



L'indicatore rappresenta il reddito medio per livello di istruzione raggiunto, Italia vs EU15, dal 2005 al 2015 (per il 2015 non ci sono dati EU). Fino al 2008 il dato italiano relativo al livello più basso di istruzione sovrappone il valore medio EU15, leggermente inferiore il reddito medio per i livelli di istruzione intermedia (da - € 216 nel 2005 a - € 643 nel 2008). Per i soggetti con un livello di istruzione universitario il reddito medio italiano risulta superiore a quello EU15 fino al 2010, sia pur con un *trend* in decremento, con una differenza di +€ 2.624 nel 2005 fino a +36 nel 2010. A partire dal 2011 il *gap* tra Italia ed EU15 si incrementa sensibilmente soprattutto per i livelli intermedi e superiori di istruzione: al 2013 si rileva un -€ 1.769 per i diplomati ed un -€ 984 per i laureati, la differenza di reddito mediano per i livelli più bassi di istruzione risulta al 2013 di -€ 796. Per il 2014 si rileva un -€ 2.173 per i diplomati e un -€ 2.545 per i laureati. Per i livelli più bassi di istruzione, la differenza nel 2014 è pari a -€ 1.144. Le variazioni % tra il 2005 e il 2014 sono pari a: per bassi livelli di istruzione +15,4% in EU15 e +7,0% in Italia; per i diplomati +13,1% per EU15 e +2,8% in Italia; per i laureati, +16,0% in EU15 e -4,6% nel nostro Paese.

KI 1.13. Popolazione a rischio di povertà prima e dopo i trasferimenti sociali(*), Italia vs EU15. Valori %, anni 2005-2015



L'indicatore mostra la quota di soggetti a rischio di povertà sulla popolazione italiana rispetto al dato EU15, prima e dopo i trasferimenti sociali (in cui non sono ricomprese le pensioni). La soglia di reddito pro-capite sotto la quale si individua il rischio di povertà è pari al 60% del reddito mediano equivalente dopo i trasferimenti sociali. Il dato italiano si mantiene, prima dei trasferimenti sociali, costantemente più basso (tra il 23,4% del 2005 e il 25,4% del 2015) di quello EU15 (tra il 25,5% nel 2005 ed il 26,5% nel 2014). Entrambi mostrano una tendenza ad incrementarsi nel tempo. La differenza tra Italia ed EU15, costantemente intorno al 2% negli anni, è probabilmente segno di una migliore e più consistente copertura del sistema pensionistico italiano, non essendo le pensioni ricomprese nei trasferimenti sociali. Il segno si inverte invece quando si confronta la quota di popolazione a rischio di povertà dopo i trasferimenti sociali. Il dato italiano rimane costantemente tra il 18,2% ed il 19,9% contro un valore di EU15 tra il 15,7% ed il 17,0%. La quota di popolazione italiana, che dopo i trasferimenti sociali passa da sotto a sopra la soglia di rischio di povertà, non supera nel decennio il 5,5% contro una quota del 10,0% in EU15 (rette sul secondo asse verticale).



Capitolo 2

**Il finanziamento:
risanamento e impatti redistributivi**

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 2

Il finanziamento: risanamento e impatti redistributivi

Ploner E.¹, Giordani C.¹, Polistena B.¹

2.1. Il finanziamento della spesa sanitaria nel contesto internazionale

Il tema del finanziamento (pubblico) della spesa sanitaria è estremamente rilevante, sia per gli impatti sulla finanza pubblica che in termini di effetti redistributivi innescati.

Da questo ultimo punto di vista, occorre analizzare l'aspetto della provenienza delle risorse, ossia di chi "paga" per il finanziamento della spesa sanitaria pubblica, e quello della ripartizione delle risorse disponibili; senza dimenticare, poi, che anche gli eventuali disavanzi producono effetti redistributivi, sebbene non "programmati".

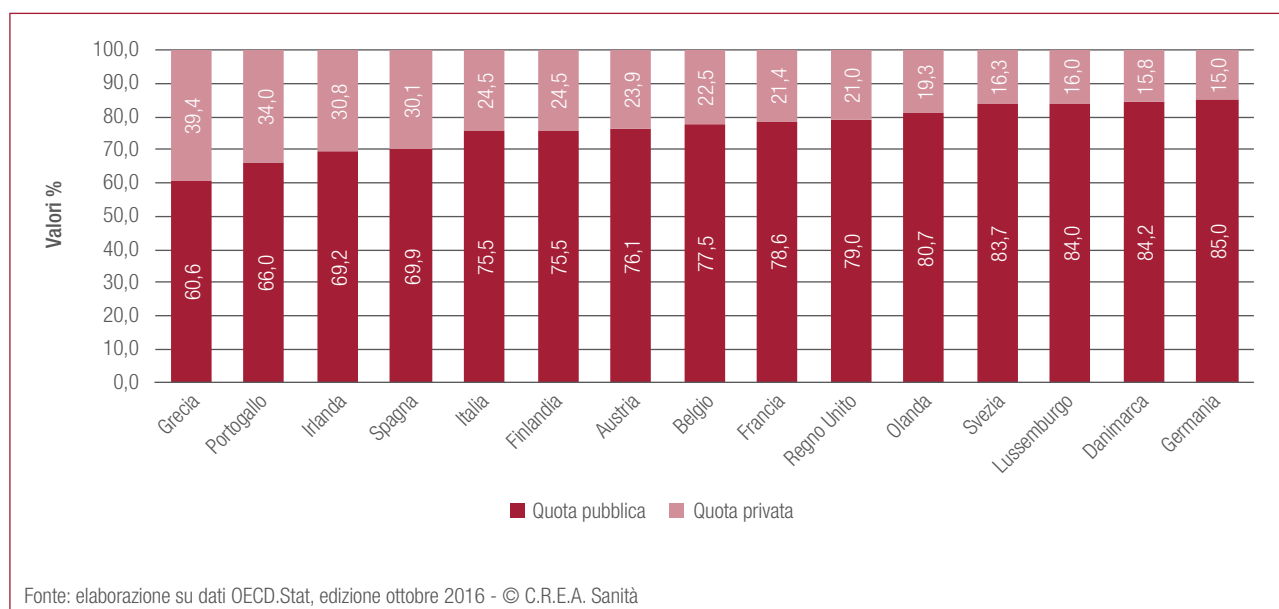
Il settore pubblico rappresenta la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in quasi tutti i Paesi OECD; gli Stati Uniti costituiscono l'eccezione "per eccellenza" a questa realtà.

In Europa occidentale², nel 2015 la quota media di spesa pubblica stimata da OECD è pari al 79,6%, mentre l'Italia si arresta al 75,5% (al quint'ultimo posto a pari merito con la Finlandia)³.

I Paesi che superano la media europea sono Germania (85,0%), Danimarca (84,2%), Lussemburgo (84,0%), Svezia (83,7%) e Olanda (80,7).

La forbice va dal 60,6% registrato in Grecia all'85,0% della Germania (Figura 2.1).

Figura 2.1. Finanziamento pubblico e privato della spesa sanitaria corrente, Paesi EU15. Composizione (%), anno 2015 (stime)

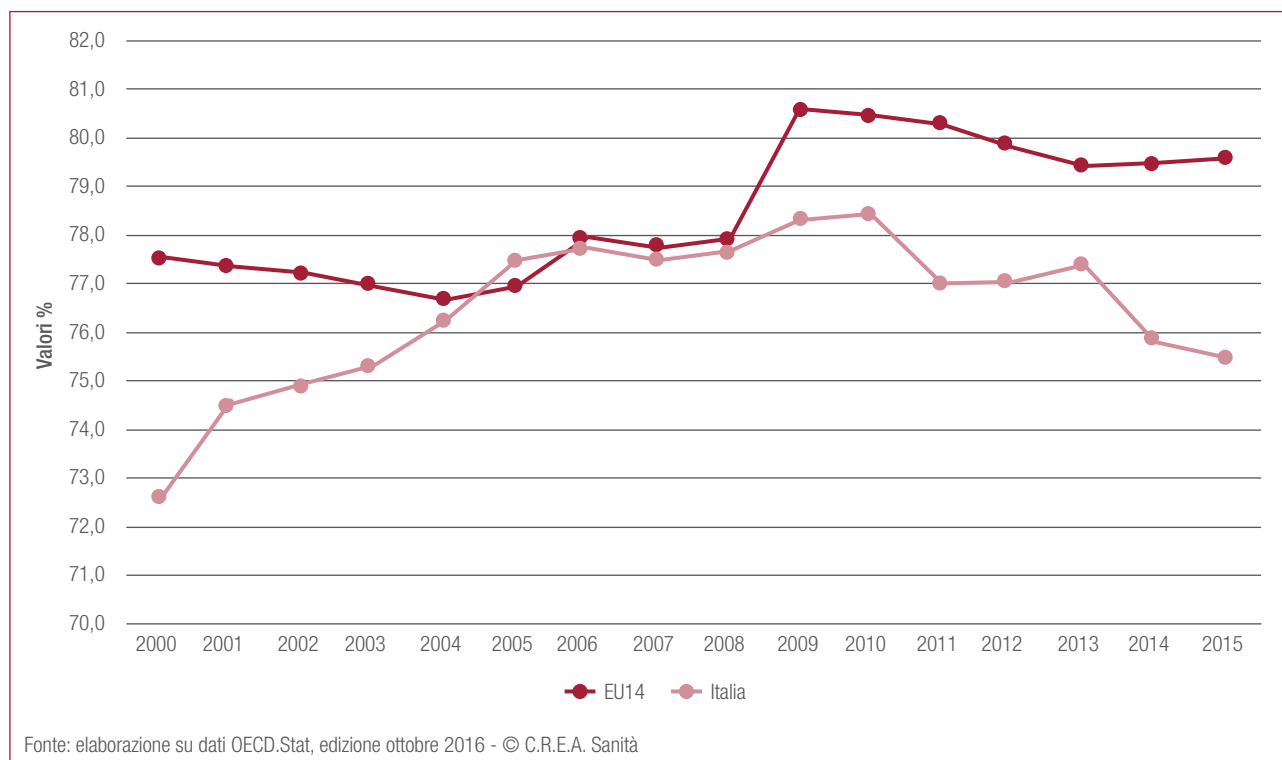


¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Ci si riferisce ai soli Paesi dell'Europa a 15. Il confronto con l'Italia viene effettuato considerando i restanti Paesi (EU14)

³ Si avverte che i dati diffusi da OECD possono differire nel metodo di rilevazione tra i vari Paesi; in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie a causa di uno o più "break in time series" (per cui i dati possono non essere totalmente comparabili tra un anno e l'altro). In particolare, per l'Italia è segnalato un break per il 2014, per cui i dati relativi a questo anno non sono perfettamente comparabili con gli anni precedenti. Per approfondire, <http://stats.oecd.org/>

Figura 2.2. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente, Italia e Paesi EU14. Valori %, anni 2000-2015 (stime)



L'osservazione dei *trend* internazionali relativi agli ultimi 15 anni (Figura 2.2) evidenzia come, a partire dal 2010, la quota di spesa pubblica registrata in Italia sia scesa sempre più (a parte una temporanea ripresa nel 2013), posizionandosi al di sotto della media dell'Europa occidentale, con una forbice che nel 2015 è di circa 4 punti percentuali.

La situazione era simile tra il 2000 e il 2003 (nel 2000 la differenza era di 5 punti percentuali), mentre nel periodo 2004-2008 la forbice si è azzerata e per un breve periodo la quota italiana ha anche superato, sebbene di poco, quella europea. Si osservi, infine, come dal 2013 al 2015 la quota pubblica italiana sia diminuita di circa due punti percentuali, con contestuale aumento della quota privata.

Per quanto concerne il reperimento delle risorse pubbliche, si mette in rilievo come nei sistemi sanitari nazionali (Danimarca, Finlandia, Italia, Regno Unito, etc..) la parte preponderante della spesa venga sostenuta direttamente dallo Stato e quindi finanziata mediante le somme raccolte attraverso l'imposizione fiscale; la parte residuale della spesa sanitaria pubblica viene coperta dalle assicurazioni di tipo sociale. Chiaramen-

te nei sistemi di assicurazione sociale (Austria, Francia, Germania, etc..) la quota maggiore della spesa pubblica è sostenuta direttamente dalle assicurazioni.

Ad esempio, in base alle stime 2015 fornite da OECD (aggiornamento ottobre 2016) e con le cautele esposte in nota 3, l'84,6% della quota pubblica della Germania è pari alla somma del 78,0% delle assicurazioni sociali e del 6,6% del finanziamento statale (Tabella 2.1).

Per quanto riguarda la copertura della spesa sanitaria che rimane privata, la quota *out-of-pocket* (OOP) rappresenta la voce preponderante, mentre la spesa intermediata risulta quasi ovunque residuale. La OOP va dal 7,0% della corrente totale registrato in Francia al 35,8% della Grecia. L'Italia si attesta al 22,0%, e per quanto attiene al mercato delle polizze finisce tra le ultime posizioni della classifica EU15: si ferma al 2,2%, superando solo la Svezia (1,1%) e la Danimarca (2,0%).

Evidenziamo che il dato di spesa sanitaria privata italiana potrebbe essere sottostimato in quanto non tiene conto delle forme collettive di assicurazione privata.

Per maggiori approfondimenti sulla composizione della spesa sanitaria privata italiana si rimanda alla lettura del capitolo 3.

Tabella 2.1. Spesa sanitaria corrente per tipologia di finanziamento⁴. Composizione (%), anno 2014

	Spesa pubblica	di cui governo	di cui assicurazione sociale	Spesa privata	di cui spesa out of pocket	di cui assicurazione privata
Austria	75,9	31,2	44,7	24,1	17,7	6,4
Belgio	77,6	11,4	66,2	22,4	17,8	4,6
Danimarca	84,2	84,2	0,0	15,8	13,8	2,0
Finlandia	75,4	62,2	13,2	24,6	19,1	5,5
Francia	78,7	4,2	74,5	21,3	7,0	14,3
Germania	84,6	6,6	78,0	15,4	13,0	2,4
Grecia	60,4	28,7	31,7	39,6	35,8	3,8
Irlanda	69,3	69,0	0,3	30,7	15,4	15,3
Italia	75,8	75,5	0,3	24,2	22,0	2,2
Lussemburgo	82,4	8,5	73,9	17,6	10,7	6,9
Olanda	80,6	4,8	75,8	19,4	12,3	7,1
Portogallo	66,2	64,9	1,3	33,8	27,5	6,2
Spagna	69,8	65,0	4,8	30,2	24,7	5,5
Svezia	83,4	83,4	0,0	16,6	15,5	1,1
Regno Unito	79,6	79,5	0,1	20,4	14,8	5,6

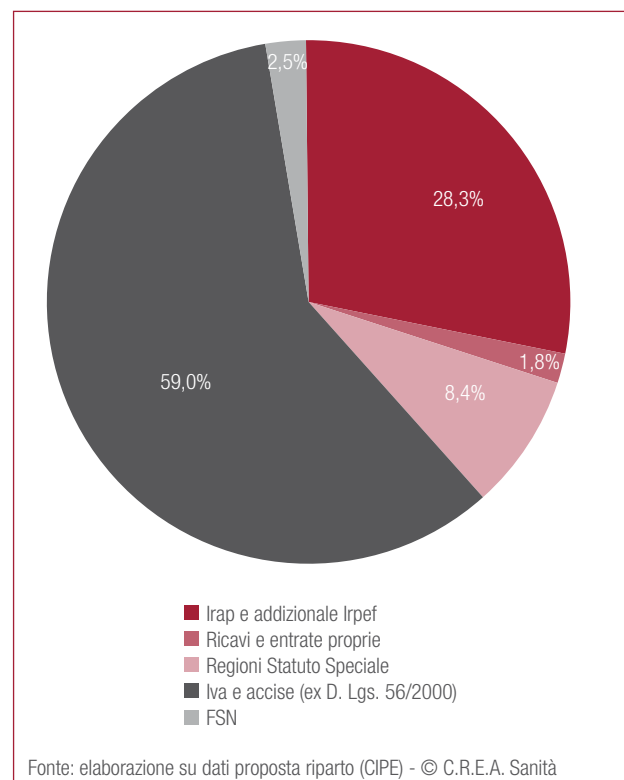
Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, ed. ottobre 2016 – © C.R.E.A. Sanità

2.2. Le fonti di finanziamento della Sanità

Sul piano nazionale, secondo le assegnazioni desumibili dalla proposta di riparto della quota indistinta del fabbisogno sanitario *standard* (contenuta nella proposta per il CIPE del 4 Aprile 2016), il fabbisogno è attualmente finanziato per l'87,3% dall'imposizione fiscale diretta (Irap e Irpef) e indiretta (IVA e accise, ovvero D. Lgs. 56/2000), per l'8,4% dalla partecipazione delle Regioni a Statuto Speciale, per l'1,8% da ricavi ed entrate proprie convenzionali delle varie Aziende Sanitarie, e, infine, per il residuale 2,5% dalla voce relativa al FSN e alle ulteriori integrazioni a carico dello Stato (Figura 2.3).

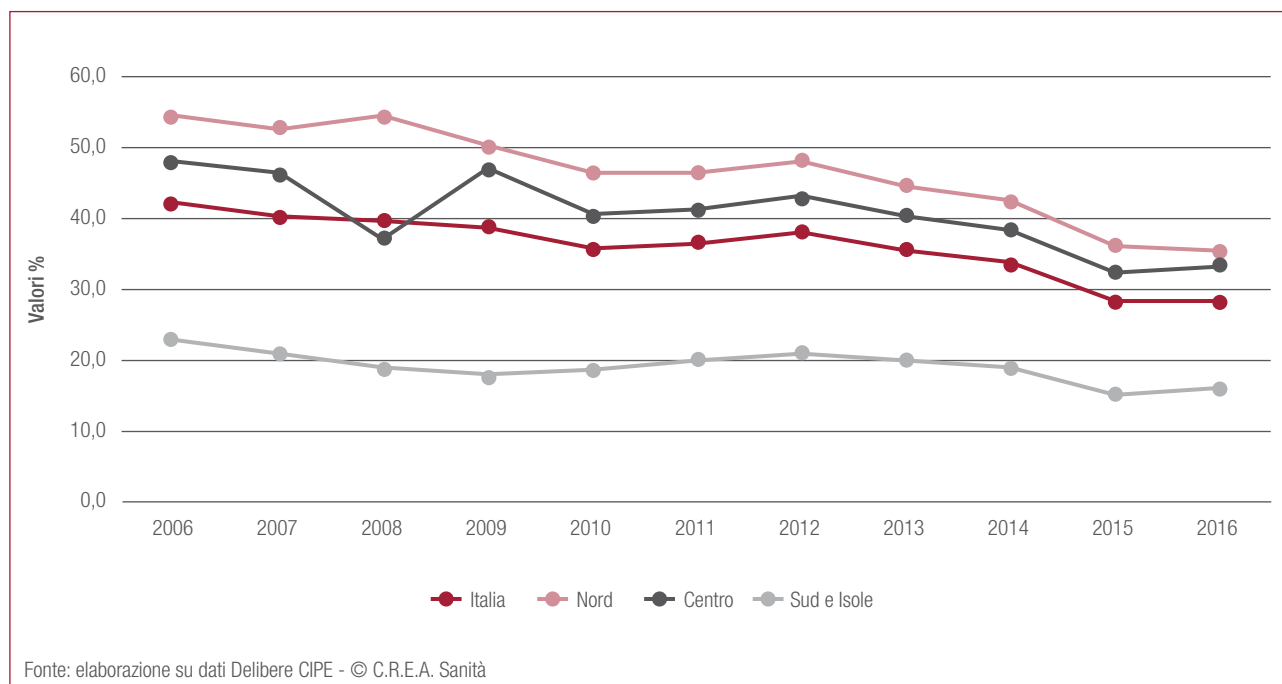
Facendo un confronto con il 2015 risulta che, sia gli introiti generati dall'imposizione fiscale (Irap e Irpef) che quelli introitati tramite l'imposta sul valore aggiunto e quella sulle accise sono aumentati, rispettivamente, dell'1,5% e dell'1,2%; le rimanenti voci di entrata, ad eccezione di quella attinente al FSN ed alle ulteriori integrazioni a carico dello Stato che ha riportato una va-

Figura 2.3. Fabbisogno indistinto. Composizione (%), anno 2016



⁴ Nel database OECD viene contemplata la voce "Altro" (contiene ad es. la valorizzazione di assicurazioni private sottoscritte in Italia da residenti all'estero) in aggiunta a "Pubblica" e "Privata", ma non viene qui considerata perché con l'aggiornamento di ottobre 2016 questa voce non viene valorizzata (a meno di un residuale numero per la Grecia)

Figura 2.4. Quota del fabbisogno indistinto generata da Irap e addizionale Irpef. Valori %, anni 2006-2016



riazione di segno negativo pari all'1,8%, si sono invece mantenute tendenzialmente stabili.

Nel corso degli ultimi dieci anni (2006-2016), il contributo dell'imposizione fiscale diretta alla copertura del fabbisogno sanitario indistinto è andato progressivamente diminuendo, sebbene nell'ultimo anno in lievissima ripresa rispetto al 2015: dal 42,3% del 2006 al 28,3% del 2016 (Figura 2.4).

In tutto il periodo analizzato, inoltre, sono riscontrabili marcate differenze nelle diverse ripartizioni: l'incidenza dell'Irap e dell'addizionale Irpef sul fabbisogno indistinto complessivo è sempre stata molto più elevata nella ripartizione centro-settentrionale a conferma della maggior capacità contributiva delle Regioni centrali e soprattutto settentrionali (nel 2016, a fronte di una media Italia pari a 28,3%, l'incidenza raggiunge infatti il 35,3% nel Nord, il 33,0% nel Centro e si ferma al 16,0% nel Sud).

Si noti come i dati del Centro e del Nord tendano ad allinearsi. Questo fatto potrebbe essere per buona parte ascrivibile ai maggiori contributi medi in termini di Irpef e Irap che i contribuenti del Lazio sono costretti a versare a causa delle clausole previste dai Piani di Rientro.

Come è noto, in seguito all'emanazione del D. Lgs. 56/2000, che ha istituito il fondo perequativo nazionale

alimentato dall'IVA, il finanziamento delle Regioni che hanno minori gettiti da Irap e Irpef è comunque garantito dal trasferimento di parte delle entrate generate dall'imposta sul valore aggiunto.

Per quanto precede, dunque, fino al 2009 la percentuale più elevata di introiti da IVA e accise si rileva nelle Regioni del Sud; dopo tale data e per la rimanente parte del periodo considerato, si verifica un "sostanziale sorpasso" da parte delle Regioni della ripartizione centrale. Nel 2016, a fronte di un valore nazionale pari al 59,0%, il Centro raggiunge il 65,2%, seguito dalle Regioni settentrionali con il 57,6% e da quelle meridionali con il 57,2%. In buona sostanza, nel 2016 si verifica un sostanziale allineamento tra le Regioni del Nord e quelle del Sud (Figura 2.5).

L'incidenza della voce rappresentata dai ricavi e dalle entrate proprie, dalla partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province Autonome e dal FSN sul fabbisogno totale indistinto risulta tendenzialmente stabile nel 2016 rispetto all'anno precedente in tutte le aree del Paese. Inoltre, il contributo di tale voce al finanziamento delle Regioni del Sud è stato assolutamente superiore rispetto a quelle del Centro-Nord in tutto il periodo analizzato. Per il 2016, a fronte di una quota nazionale pari al 10,2%, il Nord raggiunge il 7,1%, il

Figura 2.5. Quota del fabbisogno indistinto generata da Iva e accise. Valori %, anni 2006-2016

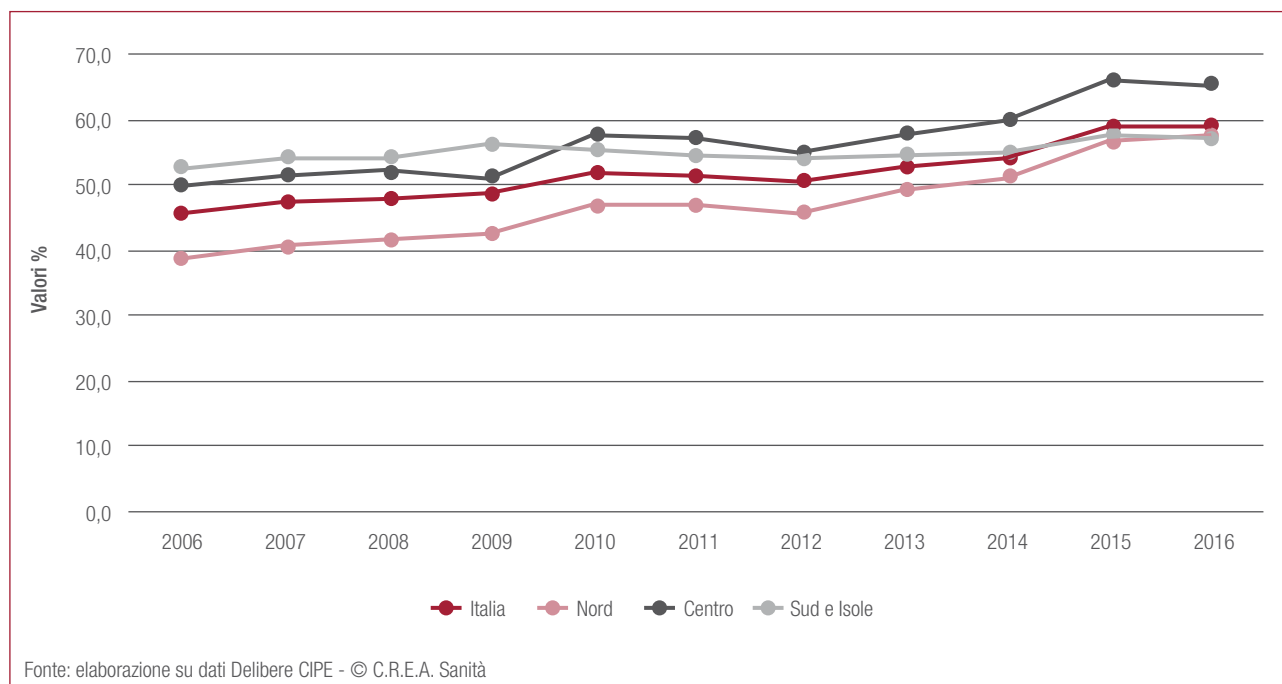
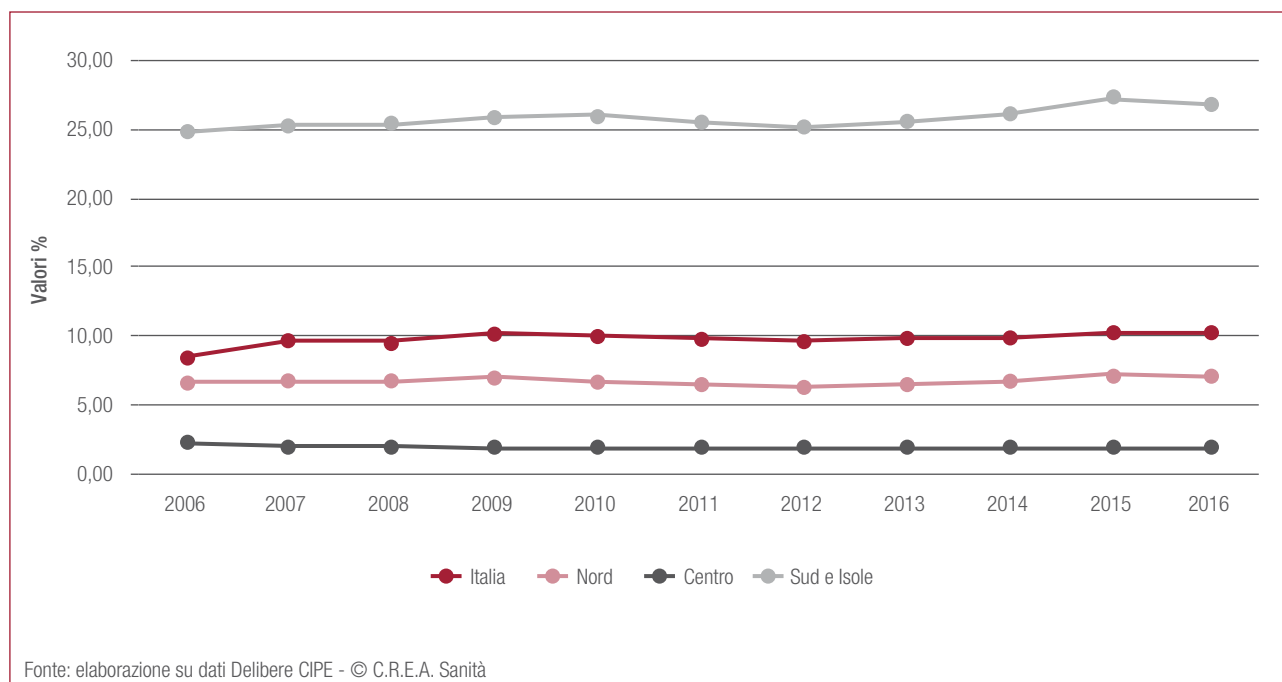


Figura 2.6. Quota del fabbisogno indistinto generata da: ricavi ed entrate proprie delle aziende sanitarie, partecipazione delle Regioni a statuto speciale e Prov. Autonome e FSN. Valori %, anni 2006-2016



Centro si ferma all'1,8%, mentre Sud e Isole superano il 26,0% (26,8%) (Figura 2.6).

In definitiva, i cambiamenti in atto in termini di fonti di finanziamento del SSN comportano e comporteranno

una serie di effetti e di impatti tutt'altro che banali da un punto di vista redistributivo delle risorse tra le diverse ripartizioni: attualmente, però, tali impatti non appaiono adeguatamente indagati.

2.3. Il riparto: simulazioni

Per analizzare compiutamente gli impatti redistributivi del finanziamento, oltre l'origine delle risorse pubbliche, rileva anche l'assegnazione alle Regioni, enti preposti all'organizzazione e erogazione dei servizi sanitari.

In altri termini, il riparto delle risorse innesca ulteriori forme di redistribuzione, nella misura in cui lega il finanziamento ai bisogni specifici delle popolazioni.

Appare doveroso rimarcare come il meccanismo generale di riparto regionale delle risorse che, fino al 2012, era basato sulla metodologia della "quota capitaria pesata", in attuazione di quanto sancito dal D. Lgs. 68/2011 è passato dal 2013 alla logica dei *costi standard*, segnando sulla carta una soluzione di continuità.

Di fatto nulla è in sostanza cambiato e le risorse vengono ripartite tra le Regioni in base ad un criterio che tende ad attribuire una quota capitaria proporzionale alla differente struttura demografica delle popolazioni residenti nelle diverse Regioni.

Il sistema pesa maggiormente la popolazione anziana, con l'esito di garantire alle Regioni del Nord, e a seguire del Centro, una quota capitaria maggiore di

quella riconosciuta al Sud: si consideri che la quota di over 65 è pari al 22,8% al Nord vs. il 19,8% al Sud.

In termini quantitativi questo esita in quota capitaria per il Sud inferiore del 2,6% (€ 45,5) rispetto a quella del Nord, e del 2,4% (€ 43,3) rispetto a quella del Centro.

La correttezza del sistema di riparto è stato ripetutamente oggetto di discussione.

In definitiva, con l'attuale sistema di riparto le Regioni del Sud sono "penalizzate" dalla loro struttura per età.

Qualora il sistema fosse modificato prevedendo una quota capitaria pura le Regioni del Nord farebbero registrare una "perdita" di € 16,1 pro-capite (-0,9%), mentre il guadagno per le Regioni del Sud sarebbe pari a € 29,4 pro-capite (+1,7%). Come ovvio le Regioni che subirebbero una maggiore perdita sono quelle più anziane: Liguria (€ 87,0 pro-capite) e Friuli Venezia Giulia (€ 46,5 pro-capite); viceversa, le Regioni che vedrebbero incrementare maggiormente il proprio finanziamento pro-capite sono Campania e Sicilia (rispettivamente € 65,3 e € 29,5 pro-capite) (Figura 2.7).

Ancora, impiegando una quota capitaria mista, ovvero per il 60,0% secca e per il 40,0% pesata, si osserverebbero variazioni nella medesima direzione ma più

Figura 2.7. Quota capitaria secca e quota capitaria mista vs. quota capitaria Del. CIPE 2015. Valori assoluti (€), anno 2015

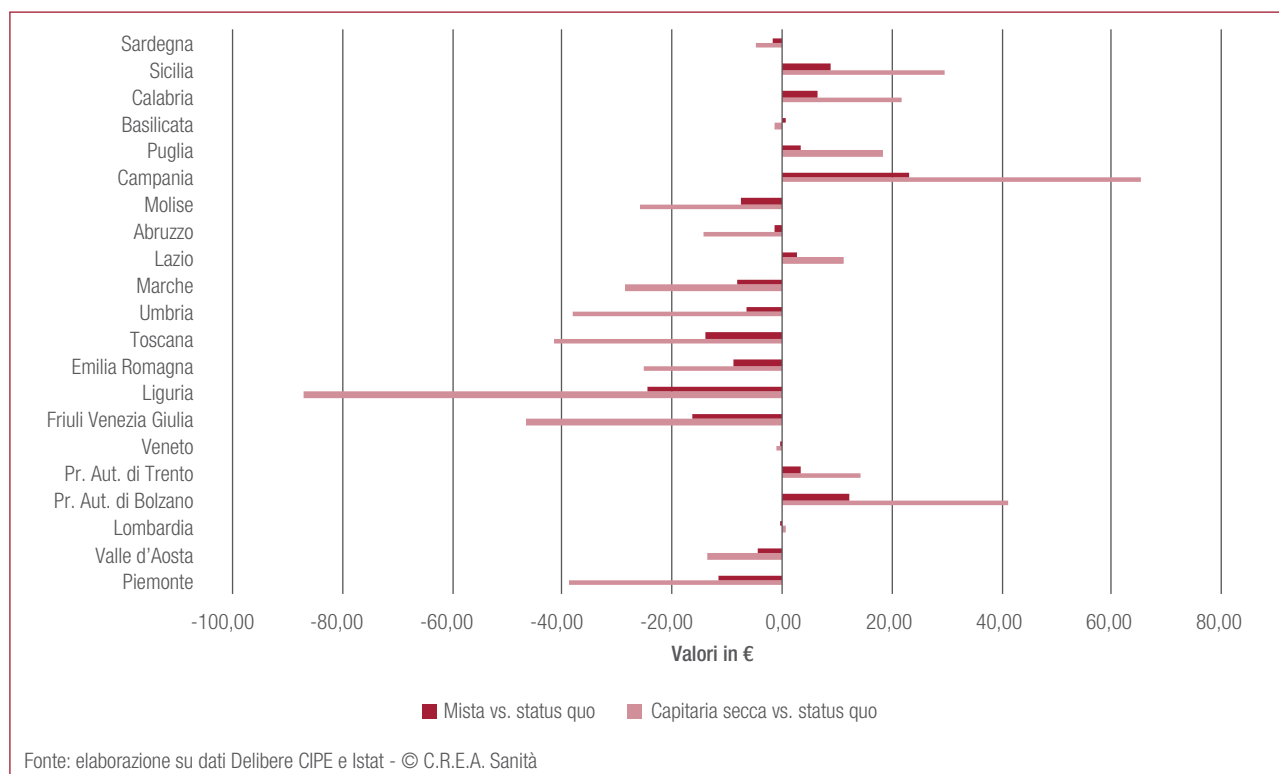
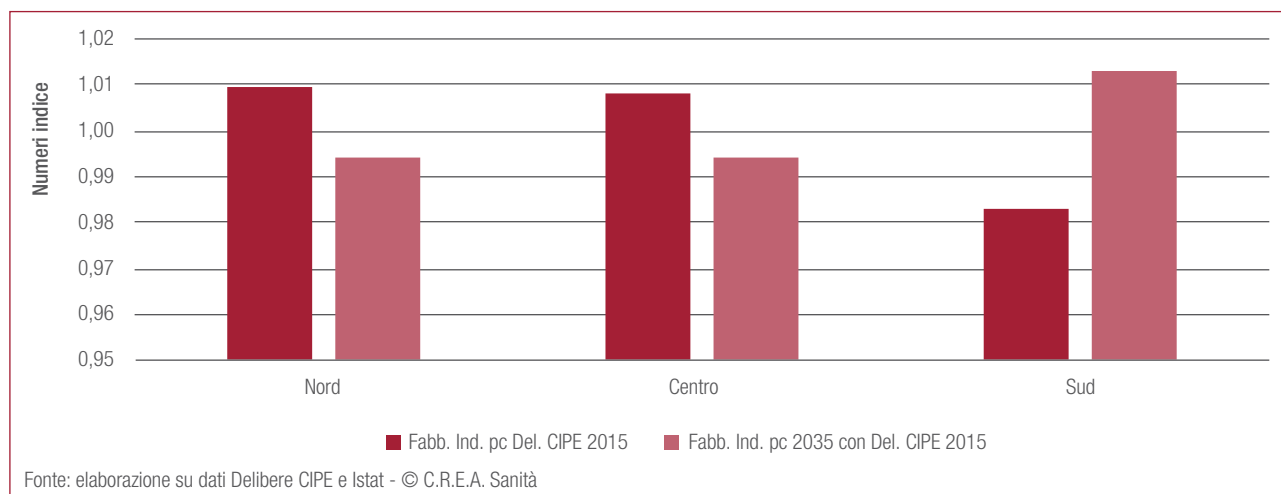


Figura 2.8. Quota capitaria per ripartizione. Numeri indice (Italia=100), anni 2015 e 2035

attenuate: +€ 9,6 pro-capite (+0,6%) al Sud e -€ 5,1 al Nord (-0,3%).

Manca però ad oggi una visione prospettica del problema, che tenga conto della dinamica demografica del Paese.

Per fornire qualche elemento in tal senso, si è simulato l'effetto dell'applicazione dei criteri della Delibera CIPE 2015 alla popolazione stimata per il 2035 dall'Istat (Figura 2.8).

Si evidenzia come nel 2035 alle Regioni della ripartizione meridionale, con i criteri attuali, sarebbe assegnata una quota capitaria superiore dell'1,9% a quella della ripartizione settentrionale; in effetti nel 2035 si sarà invertita la struttura demografica e la popolazione meridionale diventerà più vecchia di quella della ripartizione settentrionale (quota over 65 del 29,3% al Sud vs. il 28,6% del Nord).

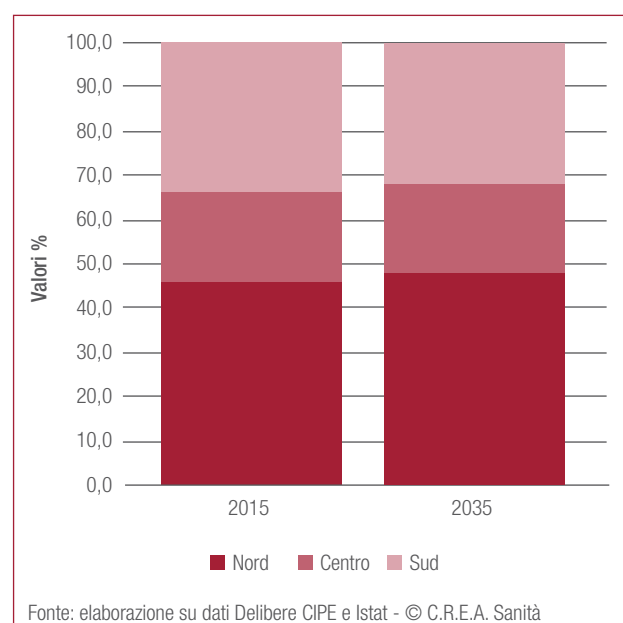
Allo stesso tempo, il finanziamento complessivo si sposterà ugualmente ancora verso il Nord, poiché la previsione al 2035 della popolazione residente vede crescere significativamente la popolazione del Nord (+10,2%) e diminuire quella del Sud (-4,6%).

Lo spostamento di risorse sarà ingente: da una attuale suddivisione del riparto che vede il Sud ricevere il 33,8% del fabbisogno indistinto corrente, si passerebbe ad una situazione che vedrebbe assegnato alla ripartizione il 31,7%, mentre al Nord attualmente afferisce il 46,1% che diventerebbe il 47,8% se le previsioni demografiche dovessero essere confermate (Figura 2.9).

Quanto precede mette in evidenza due potenziali criticità del sistema di finanziamento.

In primo luogo, ovviamente, il processo di potenziale riallocazione delle risorse nei prossimi decenni sarà così ingente e rapido da dover essere accompagnato da una parallela riallocazione geografica delle strutture: diventa, quindi, urgente operare valutazioni sull'impatto prospettico della demografia in termini di corretta definizione delle reti di offerta.

In secondo luogo, non sembra essere percepito il cambiamento in corso in termini di invecchiamento delle popolazioni regionali, che rende per lo meno discutibile il mantenimento degli attuali criteri di riparto. Se non

Figura 2.9. Distribuzione territoriale fabbisogno indistinto. Valori %, anni 2015 e 2035

altro perché la redistribuzione di risorse provocato dai parametri legati alla struttura per età della popolazione è largamente sopravanzata dagli effetti della riallocazione geografica delle popolazioni.

Questo dovrebbe spostare l'attenzione sulla attuale mancanza, nei criteri di riparto, di riferimenti alla quota di "spese fisse" per l'implementazione della rete assistenziale: la proporzionalità assoluta con la consistenza della popolazione risulta assunzione che necessita di una approfondita rianalisi.

2.4. I risultati di esercizio

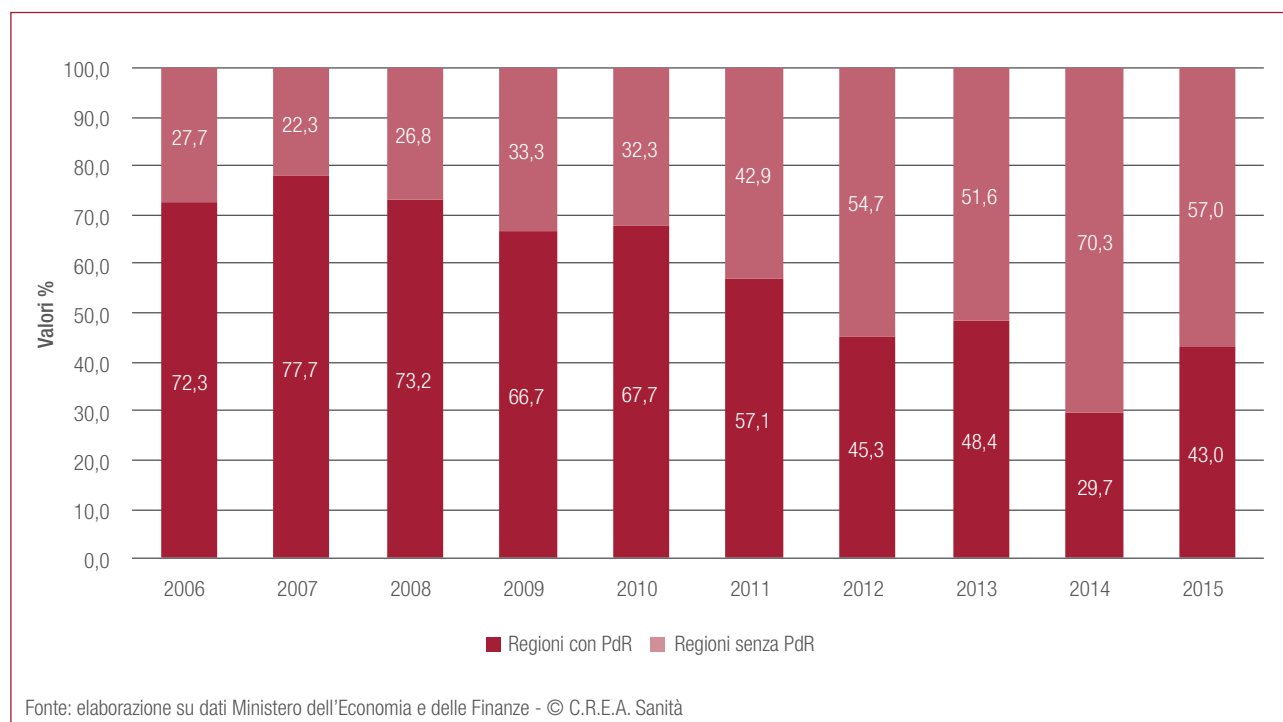
Per la quantificazione dei risultati di esercizio e, dunque, per la misurazione degli scostamenti (avanzi/disavanzi) della spesa dal finanziamento accordato, siamo ricorsi al Rapporto "Monitoraggio della spesa sanitaria"⁵ della Ragioneria Generale dello Stato.

Ricordiamo, inoltre, che il settore sanitario nell'ultimo

decennio è stato attraversato da una serie di trasformazioni del sistema di *governance*, dirette ad introdurre il principio della piena responsabilizzazione da parte delle Regioni al rispetto dell'equilibrio di bilancio.

Al fine di garantire una corretta rappresentazione dell'impatto dello strumento Piano di Rientro (PdR) sulle dinamiche della spesa delle Regioni, nella Figura 2.10 è stato riportato, in termini percentuali, il contributo alla formazione del disavanzo sia da parte delle Regioni in PdR che da parte di quelle non in PdR. In particolare, l'analisi dei dati evidenzia come, tra il 2007 ed il 2015, tenda in linea generale a diminuire la quota del disavanzo totale attribuibile alle Regioni in PdR, sebbene nel 2015 sembrerebbe osservarsi una inversione di tendenza rispetto all'anno precedente: il contributo alla formazione del deficit totale da parte delle Regioni in PdR passa, infatti, dal 29,7% del 2014 al 43,0% del 2015 (un valore pur sempre pari a circa la metà di quello di partenza). In definitiva, nel dettaglio è possibile osservare che tra il 2007 ed il 2009 il disavanzo delle Regioni con Piano

Figura 2.10. Contributo alla formazione del disavanzo da parte delle Regioni in PdR e da parte di quelle non in PdR. Valori %, anni 2006-2015



⁵ Si precisa che si fa riferimento ai disavanzi quali risultano dopo le verifiche dei Tavoli di Monitoraggio e, quindi, non meramente ottenibili attraverso la differenza tra ricavi e costi così come si ricavano dai CE

Tabella 2.2. Disavanzo nelle Regioni con PdR e in quelle senza PdR su finanziamento. Valori %, anni 2010-2015

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Con PdR	-5,4	-3,1	-1,9	-1,7	-0,5	-1,0
Senza PdR	-2,2	-2,0	-2,0	-1,6	-1,1	-1,1

Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze - © C.R.E.A. Sanità

diminuisce progressivamente per poi crescere nel 2010, anno dopo il quale decresce nuovamente fino al 2012; a partire dal 2013, infine, è possibile osservare un risultato oscillante ed instabile: in effetti, il deficit delle Regioni con PdR aumenta di oltre tre punti percentuali tra il 2012 ed il 2013, riporta una flessione del 18,7% tra il 2013 ed il 2014 e subisce nuovamente un balzo in avanti del 13,3% tra il 2014 ed il 2015.

Peraltro, va rimarcato che il 73,9% del disavanzo totale delle Regioni in PdR del 2015 è generato dal solo Lazio.

Il miglioramento della situazione economico-finanziaria delle Regioni in PdR, a seguito degli interventi di riequilibrio adottati, è evidente anche attraverso la valutazione del rapporto tra il disavanzo sanitario registrato nei vari anni e il relativo finanziamento effettivo della spesa sanitaria (Tabella 2.2). In effetti, si può osservare che nel 2010 tale indicatore registrava valori del 5,4% nelle

Regioni con PdR e del 2,2% in quelle non sotto Piano; la situazione muta radicalmente negli anni successivi: il valore dell'indicatore per le prime si riduce allo 0,5% nel 2014 e all'1,0% nel 2015, quando in quest'ultimo anno quello delle Regioni non in Piano raggiunge l'1,1%.

Risulta doveroso sottolineare che delle Regioni che sono ancora sotto PdR nel 2015, l'Abruzzo (poi uscito), la Sicilia e soprattutto la Campania hanno conseguito un utile di esercizio: € 0,6 mln. la prima, circa € 10,0 mln. la seconda e € 27,6 mln. la terza. In aggiunta, si noti che l'Abruzzo ha ottenuto risultati di esercizio positivi già a partire dal 2010 e la Sicilia e la Campania dal 2013.

Anche la considerazione delle sole Regioni che hanno presentato un risultato di esercizio negativo conferma che il disavanzo si è ridotto, di circa il 78,0% dopo l'intervento dei PdR (Figura 2.11), tanto che allo stato attuale può ritenersi, soprattutto per alcune realtà, un problema superato. Tra il 2006 ed il 2015 il

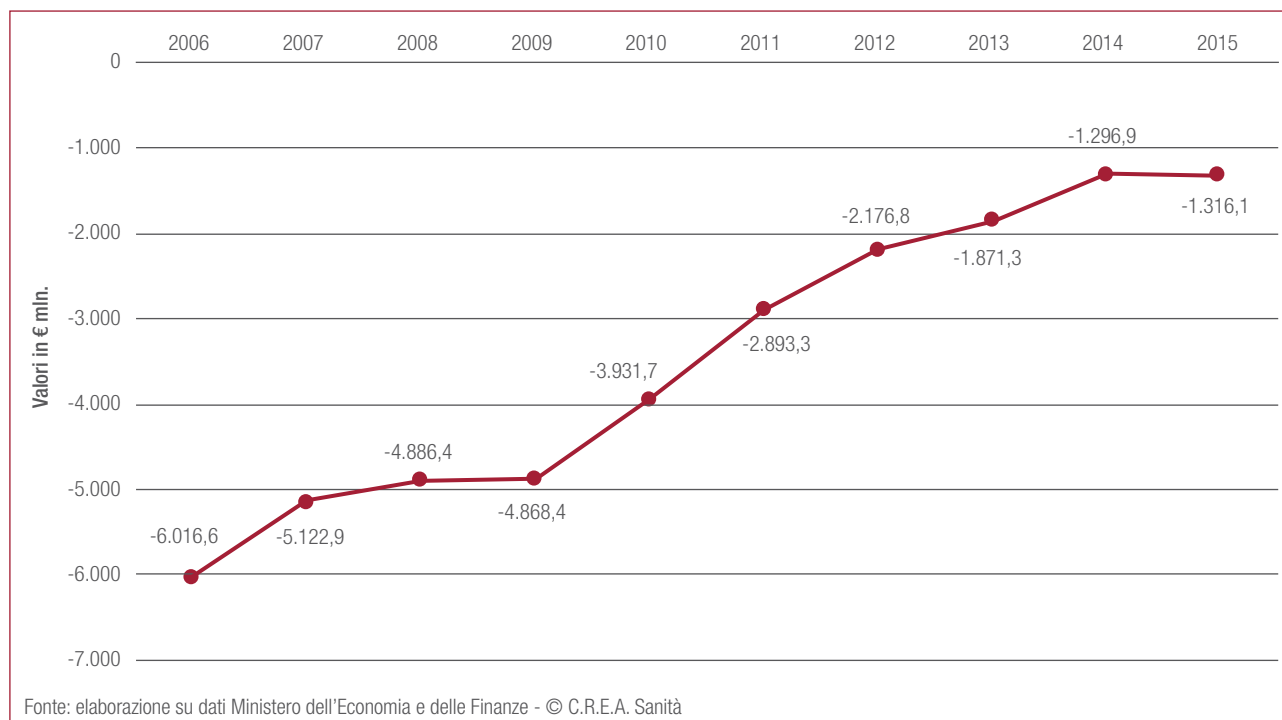
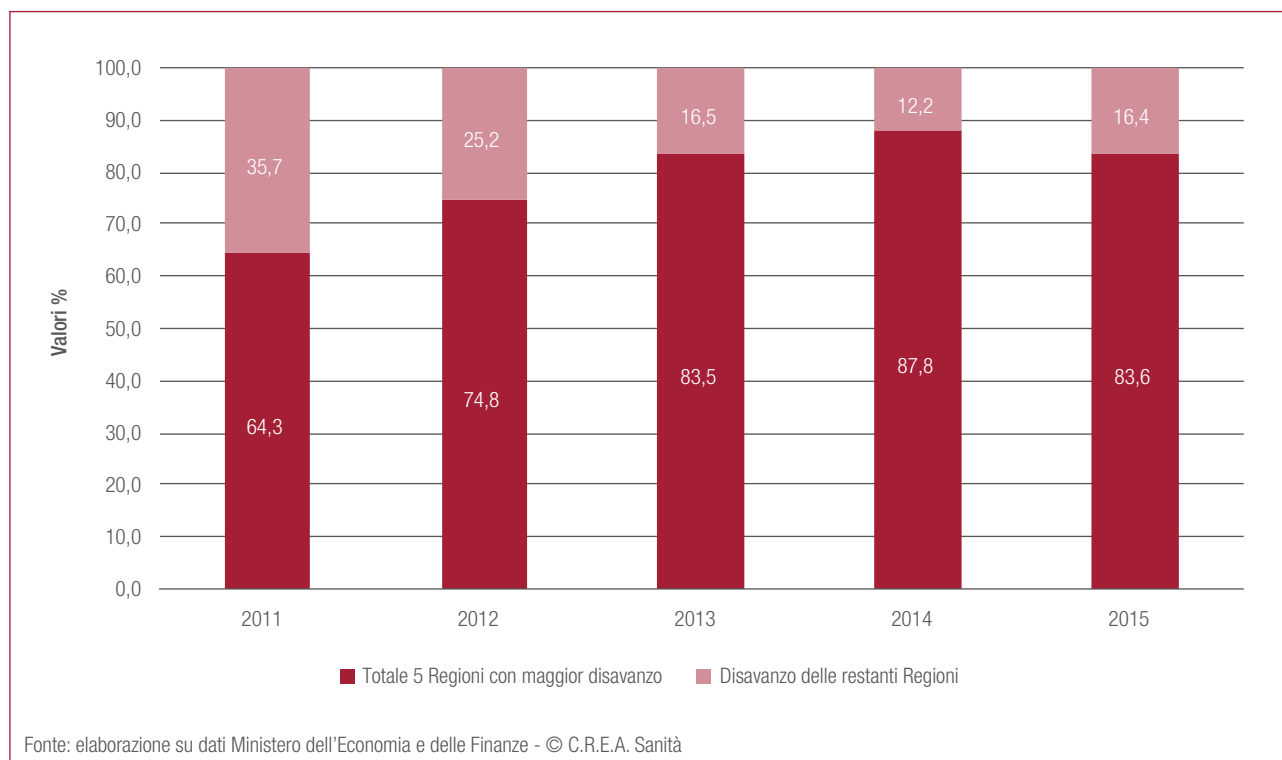
Figura 2.11. Disavanzi del SSN (€ mln.), anni 2006-2015

Figura 2.12. Concentrazione del disavanzo – Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori %, anni 2011-2015



disavanzo complessivo è passato da € 6.016,6 mln. a € 1.316,1 mln., riportando una diminuzione del 15,5% medio annuo, sebbene nell'ultimo anno sia lievemente in crescita rispetto all'anno precedente (+1,5% tra il 2014 ed il 2015).

Ancora, se nella nostra analisi continuassimo a considerare le sole Regioni che hanno presentato nei vari anni deficit di gestione, ne ricaveremmo che nel 2015 le cinque Regioni con maggior disavanzo (nello specifico la Provincia Autonoma di Bolzano, la Liguria, la Toscana, il Lazio e la Sardegna) avrebbero generato l'83,6% della perdita complessiva con una riduzione del 4,8% rispetto all'anno precedente, quando alle cinque Regioni con maggior disavanzo era attribuito l'87,8% del deficit complessivo (in particolare, nel 2014, le Regioni con i maggiori disavanzi sono state: le Province Autonome di Trento e Bolzano, il Lazio, la Calabria e la Sardegna) (Figura 2.12).

Giova anche evidenziare come nell'ultimo anno, rispetto al 2006, il disavanzo si sia ridotto in modo più accentuato nel Centro (-81,0%), sebbene il disavanzo pro-capite di detta ripartizione nell'ultimo anno risulti

superiore non solo a quello dell'area settentrionale e dell'area meridionale ma anche al valore medio nazionale (Tabella 2.3). Altro risultato di rilievo è rappresentato dalla considerazione che nel 2015 le Regioni con un risultato di gestione positivo sono state nove vs. le tredici del 2014. Infine, il miglioramento della situazione economico-finanziaria in seguito all'applicazione dei PdR è apprezzabile anche e soprattutto considerando i risultati di esercizio pro-capite cumulati degli ultimi due quinquenni; in particolare, nell'ultimo quinquennio si passa a € 145,5 di disavanzo pro-capite contro i € 414,7 del precedente (Tabella 2.4).

A livello di ripartizioni geografiche, invece, spicca come le Regioni del Centro e soprattutto del Sud abbiano ridotto drasticamente i loro disavanzi pro-capite, sebbene nell'ultimo quinquennio abbiano continuato a generare importanti deficit per residente (Centro € 242,7 pro-capite e Sud € 137,3 pro-capite). Nelle Regioni del Nord complessivamente considerate, la diminuzione dei deficit pro-capite tra un quinquennio e l'altro è stata più contenuta: € 216,5 pro-capite nel periodo 2006-2010 contro € 110,0 pro-capite nel periodo successivo.

Tabella 2.3. Riepilogo risultato di esercizio. Valori assoluti (€ mln.), pro-capite (€) e variazioni %, anni 2006 e 2015

Regioni	Risultato di esercizio (€ mln.)	Variazione % vs. 2006	Risultato pro-capite (€)	Variazione % pro-capite vs. 2006
Italia	-1.202,2	-80,0	-19,8	-80,7
Nord	-333,3	-71,6	-12,0	-72,8
Centro	-392,7	-81,0	-32,5	-82,2
Sud e Isole	-476,2	-80,9	-22,8	-81,1
Piemonte	-11,5	-96,5	-2,6	-96,6
Valle d'Aosta	-24,7	-65,0	-192,4	-66,2
Lombardia	5,7	-2.060,1	0,6	-1.956,7
Pr. Aut. di Bolzano	-204,3	-25,5	-393,9	-30,7
Pr. Aut. di Trento	6,2	-104,3	11,4	-96,0
Veneto	4,1	-102,9	0,8	-102,7
Friuli Venezia Giulia	-6,8	59,2	-5,5	56,7
Liguria	-102,7	7,4	-64,8	9,2
Emilia Romagna	0,5	-100,2	0,1	-100,2
Toscana	-72,2	-26,6	-19,2	-29,2
Umbria	2,1	-103,8	2,3	-103,7
Marche	57,1	-220,2	36,8	-218,5
Lazio	-379,7	-80,7	-64,4	-82,6
Abruzzo	0,6	-100,3	0,5	-100,3
Molise	-45,3	-33,8	-144,6	-32,2
Campania	27,7	-103,7	4,7	-103,6
Puglia	-58,5	-72,2	-14,3	-72,4
Basilicata	-8,8	-395,4	-15,3	-404,4
Calabria	-60,0	8,6	-30,4	10,1
Sicilia	9,9	-100,9	2,0	-100,9
Sardegna	-341,7	164,4	-205,4	163,2

Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat - © C.R.E.A. Sanità

2.5. L'“escursione” della spesa sanitaria e la griglia LEA

È indubbio che il passaggio al Federalismo sia stato voluto prioritariamente per ragioni di responsabilizzazione, innanzitutto finanziaria. Oggettivamente, come argomentato nel precedente paragrafo, dopo l'intervento dei Piani di Rientro, i deficit della maggior parte delle Regioni possono essere considerati ormai un “ricordo”: il tema è se questo “successo” sia stato ottenuto a scapito dell'equità, ovvero aumentando le disparità regionali. La Figura 2.13 mostra come le disparità regionali, se misurate in termini di rapporto tra Regione con spesa pubblica pro-capite massima e Regione con spesa minima, siano andate progressivamente riducendosi fino al 2009, per poi ricominciare ad allargarsi, ma in maniera assolutamente modesta, nel periodo successivo.

Analoghe considerazioni possono essere tratte nel caso in cui considerassimo la spesa OOP: le escursioni regionali presentano il medesimo *trend* di quello appena ricordato con riferimento alla spesa pubblica, sebbene amplificato (Figura 2.14).

Non si evidenziano quindi elementi quantitativi a supporto dell'ipotesi che la riduzione dei disavanzi si sia accompagnata ad un allargamento delle disparità finanziarie a livello regionale, se non nell'ultima fase, quella caratterizzata dallo sviluppo dei PdR.

Analogamente, analizzando gli esiti della verifica degli adempimenti circa il “mantenimento dell'erogazione dei LEA”, effettuata attraverso gli indicatori della griglia LEA (Tabella 2.5) si ottengono ulteriori conferme.

In particolare, se nel 2009 erano 11 le Regioni, tra quelle sottoposte a verifica, considerate adempienti rispetto al mantenimento nell'erogazione dei LEA (sebbene alcune di esse considerate adempienti con impe-

Tabella 2.4. Risultati di esercizio pro-capite cumulati per quinquenni. Valori assoluti (€), anni 2006-2015

Regioni	2006-2010	2011-2015
Italia	-414,7	-145,5
Nord	-216,5	-110,0
Centro	-694,9	-242,7
Sud e Isole	-502,7	-137,3
Piemonte	-379,3	-88,8
Valle d'Aosta	-2.271,8	-1.627,1
Lombardia	-3,2	3,7
Pr. Aut. di Bolzano	-2.465,7	-1.979,5
Pr. Aut. di Trento	-1.691,0	-1.724,9
Veneto	-11,8	30,6
Friuli Venezia Giulia	-192,6	-106,5
Liguria	-328,5	-272,7
Emilia Romagna	-158,3	-31,5
Toscana	-79,5	-68,1
Umbria	-29,4	33,3
Marche	-6,4	92,7
Lazio	-1.422,9	-492,0
Abruzzo	-388,3	47,4
Molise	-1.114,8	-945,0
Campania	-639,2	-33,3
Puglia	-338,3	-46,9
Basilicata	-191,0	-88,7
Calabria	-480,8	-171,9
Sicilia	-487,1	-4,8
Sardegna	-587,8	-1.099,0

Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.13. Spesa pubblica pro-capite. Rapporto tra Regione con spesa massima e Regione con spesa minima, anni 2005-2015



Figura 2.14. Spesa pubblica e *out of pocket* pro-capite. Rapporto tra Regione con spesa massima e Regione con spesa minima, anni 2005-2015

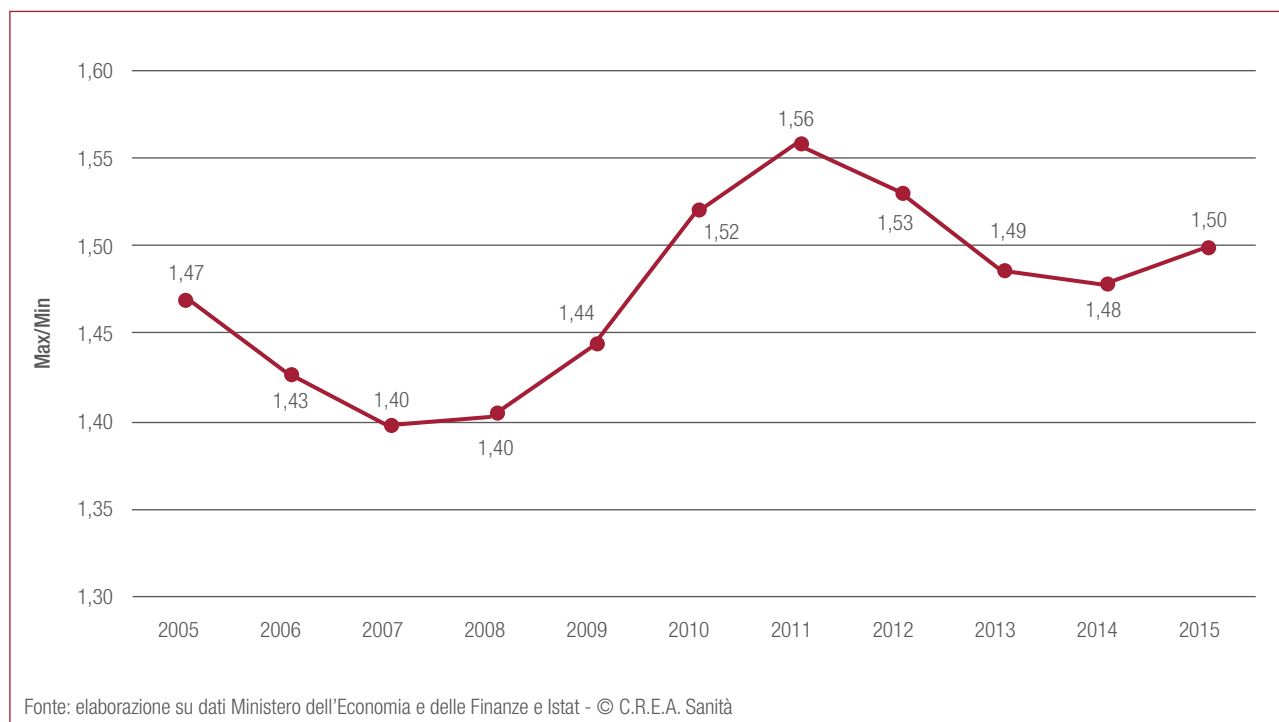


Tabella 2.5. Adempienza rispetto al "Mantenimento dell'erogazione dei Lea", anni 2009-2013

Regioni	2009		2010		2011		2012		2013	
	Adempiente		Adempiente		Adempiente		Adempiente		Adempiente	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Piemonte	X		X		X		X		X	
Valle d'Aosta										
Lombardia	X		X		X		X		X	
Pr. Aut. di Bolzano										
Pr. Aut. di Trento										
Veneto	X		X		X		X		X	
Friuli Venezia Giulia										
Liguria	X		X		X		X		X	
Emilia Romagna	X		X		X		X		X	
Toscana	X		X		X		X		X	
Umbria	X		X		X		X		X	
Marche	X		X		X		X		X	
Lazio		X		X	X		X		X	
Abruzzo		X	X		X		X		X	
Molise		X		X	X		X		X	
Campania		X		X		X			X	
Puglia	X			X		X	X		X	
Basilicata	X		X		X		X		X	
Calabria		X		X		X			X	
Sicilia		X		X	X		X		X	
Sardegna	X									

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

gno su alcuni indicatori), nel 2011 le Regioni adempienti sono passate a 13 (nuovamente con alcune di esse adempienti con impegno su alcuni indicatori) per diventare 16 nel 2013 (rispetto alle quali valgono le medesime considerazioni fatte per gli anni precedenti).

In definitiva, in epoca federalista si osserva un chiaro miglioramento degli esiti finanziari del sistema, senza che si evidenzino elementi quantitativi associati che facciano pensare ad un peggioramento in termini di allargamento delle disparità, tanto sul piano finanziario, che su quello dell'adempienza ai criteri di verifica del rispetto dei LEA.

2.6. Conclusioni

La quota pubblica di finanziamento della spesa sanitaria corrente in Italia è al di sopra della media dei Paesi dell'Europa occidentale, ma a partire dal 2010 tale quota è in continua discesa, tanto che nel 2015 essa è divenuta inferiore di circa 4 punti percentuali (79,6% verso 75,5%).

A livello nazionale, si sottolinea lo sviluppo di modifiche rilevanti negli impatti redistributivi del sistema di finanziamento, evidenziato da cambiamenti nelle fonti di finanziamento.

Il contributo dell'imposizione fiscale diretta al finanziamento della Sanità è andato progressivamente diminuendo, passando dal 42,3% del 2006 al 28,3% del 2016 (una riduzione di quasi 14 punti percentuali in dieci anni certamente non trascurabile nei suoi effetti equitativi), mentre all'incirca di una pari quota è aumentato quello relativo alla fiscalità indiretta (nello specifico è passato dal 45,6% del 2006 al 59,0% del 2016).

Altre modifiche dell'impatto redistributivo derivano dal riparto del fabbisogno corrente a livello regionale.

Attualmente le Regioni del Sud ricevono un finanziamento pro-capite inferiore a quello della ripartizione centro-settentrionale (Nord € 1.905,9 pro-capite, Centro € 1.849,6 pro-capite e Sud € 1.740,4 pro-capite) per effetto sostanzialmente di una metodologia di stima dei differenziali di bisogno che continua ad essere basata essenzialmente sulla componente demografica.

Ma le previsioni sull'evoluzione della struttura per età

della popolazione al 2035 indicano che le Regioni del Sud diventeranno più vecchie di quelle del Nord (nel 2035 la quota di over 65 al Sud arriverà al 29,3% vs. il 28,6% del Nord) e, di conseguenza, andranno a ricevere una quota capitaria maggiore.

Ma questa inversione viene annullata dall'incremento relativo delle popolazioni del Nord verso quelle del Sud, così che complessivamente il finanziamento si sposterà per il 47,8% verso le Regioni della ripartizione settentrionale e per il 31,7% verso le Regioni meridionali (si tenga presente che nel 2015 al Nord è stato assegnato il 46,1% del fabbisogno indistinto e al Sud il 33,8%).

Si evidenzia, quindi, come il processo di potenziale riallocazione delle risorse nei prossimi decenni potrebbe essere così ingente e rapido da dover essere accompagnato da una parallela riallocazione geografica delle strutture.

In secondo luogo, non sembra adeguatamente percepito il cambiamento in corso in termini di invecchiamento delle popolazioni regionali, che rende per lo meno discutibile il mantenimento degli attuali criteri di riparto. Inoltre, la redistribuzione di risorse provocata dai parametri legati alla struttura per età della popolazione è largamente sopravanzata dagli effetti della riallocazione geografica delle popolazioni.

Si pone, quindi, il tema della necessità di spostare l'attenzione sulla attuale mancanza, nei criteri di riparto, di riferimenti alla quota di "spese fisse" per l'implementazione della rete assistenziale: la proporzionalità assoluta con la consistenza della popolazione risulta assunzione che necessita di una approfondita rianalisi.

Analizzando, infine, il rapporto fra finanziamento e spesa, e quindi la genesi dei disavanzi, si deve sottolineare come al 2015 i problemi finanziari sembrano superati e concentrati in realtà specifiche; quest'ultimo fatto è ascrivibile al risanamento delle Regioni in PdR, tant'è che l'Abruzzo ha ottenuto risultati di esercizio positivi già a partire dal 2010 e la Sicilia e la Campania dal 2013.

Se, contestualmente all'aspetto economico-finanziario, si prende in considerazione la dinamica della capacità di adempienza rispetto al mantenimento nell'erogazione dei LEA, a partire dal 2012 tutte le Regioni sottoposte a verifica sono risultate adempienti (sebbene

alcune con impegno su alcuni indicatori), contraddicendo nei fatti le posizioni che associano al risanamento finanziario un meccanismo di amplificazione delle disparità regionali.

Riferimenti bibliografici

Comitato Interministeriale per la Programmazione Economi-

ca – CIPE (anni vari), *Delibere di ripartizione del Fondo Sanitario*

Ragioneria Generale dello Stato (anni vari), *Il Monitoraggio della spesa sanitaria*

Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it

Ministero dell'Economia e delle Finanze (anni vari), *Analisi statistiche e dichiarazioni fiscali*

Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico*

ENGLISH SUMMARY

Funding: rebalancing and redistribution impacts

The subject of healthcare funding is extremely important both for its impacts on public finance and in terms of the triggered redistribution effects.

In particular, the paper analyzes how the resources are collected, namely who “pays” for funding healthcare expenditure, and the allocation of available resources (without forgetting that even eventual deficits produce redistributive effects, although not “programmed” as such).

It should be noted that the public sector represents the main source of funding for healthcare expenditure in nearly all of the OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) countries.

In western Europe (EU14), the average share of public expenditure estimated by OECD for 2015 was equal to 79.6%, while in the case of Italy the figure stood at 75.5% (fifth-to-last ranking, ex aequo with Finland).

As of 2010, the Italian share of public expenditure decreased (except for a temporary recovery in 2013) – ranking below the EU14 average, with a gap reaching approximately 4 percentage points in 2015.

At the national level, we wish to underline important modifications within the redistributive impacts of the funding system – as highlighted by changes to the sources of funding.

Public health are presently funded by 87.3% through direct (Irap and Irpef) and indirect (VAT and excise duties, namely Legislative Decree 56/2000) taxes, by 8.4% through the participation of Regions with a Special Statute, by 1.8% through income and conventional revenue of the various Health Authorities; and the remaining 2.5% through the National Health fund (FSN) and subsequent integrations to the burden of the State.

By comparison with 2015, both the revenue generated by tax burdens (Irap and Irpef) and those coming from value-added taxes and excise duties have increased (respectively) by 1.5% and 1.2%. The re-

maintaining items, except for those inherent to the FSN and other ulterior integrations at the burden of the State that have reported a negative variation equal to 1.8%, have remained basically stable.

Over the course of these last ten years (2006-2016), the contribution of direct tax burdens towards covering public healthcare has been gradually decreasing, although a very slight recovery has been recorded over the past year: from 42.3% in 2006 to 28.3% in 2016.

Other modifications to the redistributive impact derive from distribution of resources to the regional level.

At present the southern Regions receive a per capita funding that is lower than the one distributed to the central-northern Regions (Northern Italy = € 1,905.9 per capita, Central Italy = € 1,849.6 per capita and Southern Italy = € 1,740.4 per capita) substantially by effect of an estimation method based on need differentials, that continues to be essentially driven by demographic factor.

But forecasts regarding the evolution of the system by age of the population to 2035 indicate that the southern Regions will become older than the northern ones (the proportion of individuals over the age of 65 in the south will be rising to 29.3% vs. 28.6% in the north) and in the future will consequently be receiving a higher per capita funding.

But this reversal is annulled by the increase relative to northern populations versus southern ones, so that overall funding may be shifted (on the basis of our simulations and on demographic forecasts) by 47.8% towards Regions in the northern sector and by 31.7% towards Regions in the southern sector (one should bear in mind that 46.1% of indistinct needs were assigned to the northern Regions in 2015, whereas 33.8% were assigned to the south).

It is therefore underlined how the process of potential reallocation of resources over the forthcoming decades might be so substantial and rapid as to require

being accompanied by a parallel geographical reallocation of facilities.

In the second place, the ongoing change in terms of ageing regional populations does not seem to be adequately perceived, which makes maintaining the present allocation criteria questionable to say the least. Moreover, the redistribution of resources triggered by parameters inherent to the organization by population age brackets has been largely overtaken by the effects of geographical reallocation of populations.

Hence the issue entailing a need to shift our attention towards the present lack (within allocation criteria) of references to the “fixed costs” for implementation of the healthcare network: absolute proportionality with the consistency of the population is an assumption that is in need of thorough re-analysis.

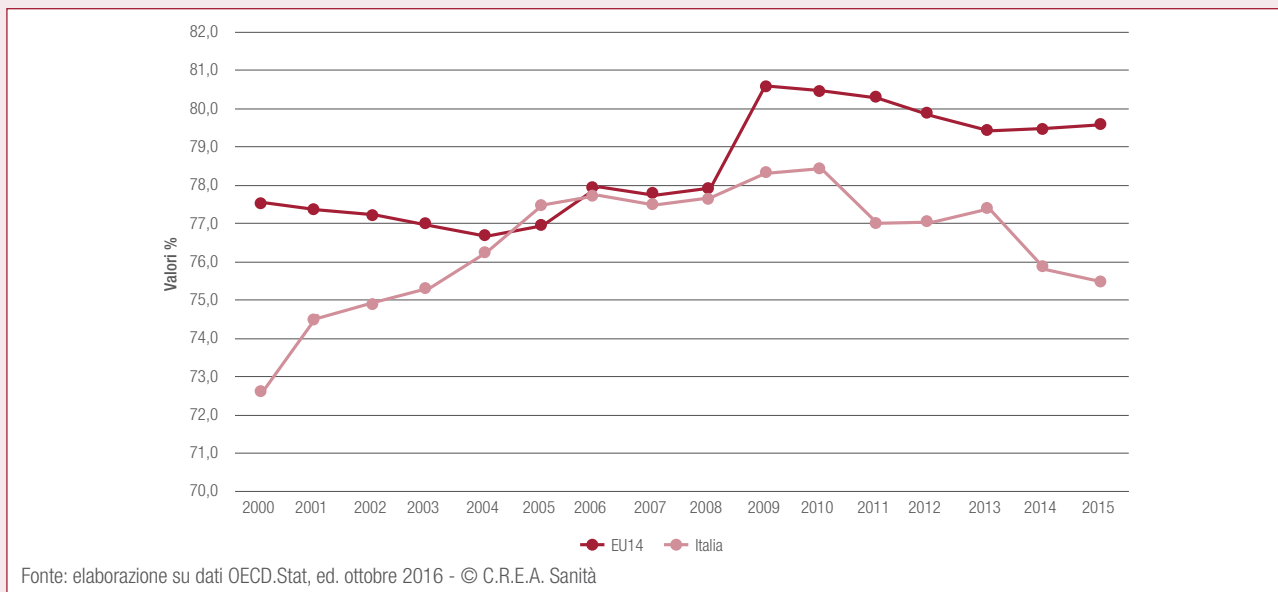
Ultimately by analyzing the relation between funding and expenditure, and therefore the genesis of deficits, it might be underlined that financial problems seem to have been overcome in 2015 and concentrated in specific realities; the latter fact can be ascribable

to Regional recovery by way of “repayment plans”. So much so that the Abruzzo Region obtained positive exercise results already in 2010, in addition to Sicily and Campania in 2013.

If, simultaneously to the economic-financial aspect, one takes into consideration the dynamics of compliance capacity with respect to maintaining LEA delivery, beginning in 2012 all the Regions subjected to assessment were compliant (although some compliant with commitment for a few indicators), actually contradicting positions associating financial recovery (which took place following the inauguration of Federalism) with a mechanism amplifying regional disparities.

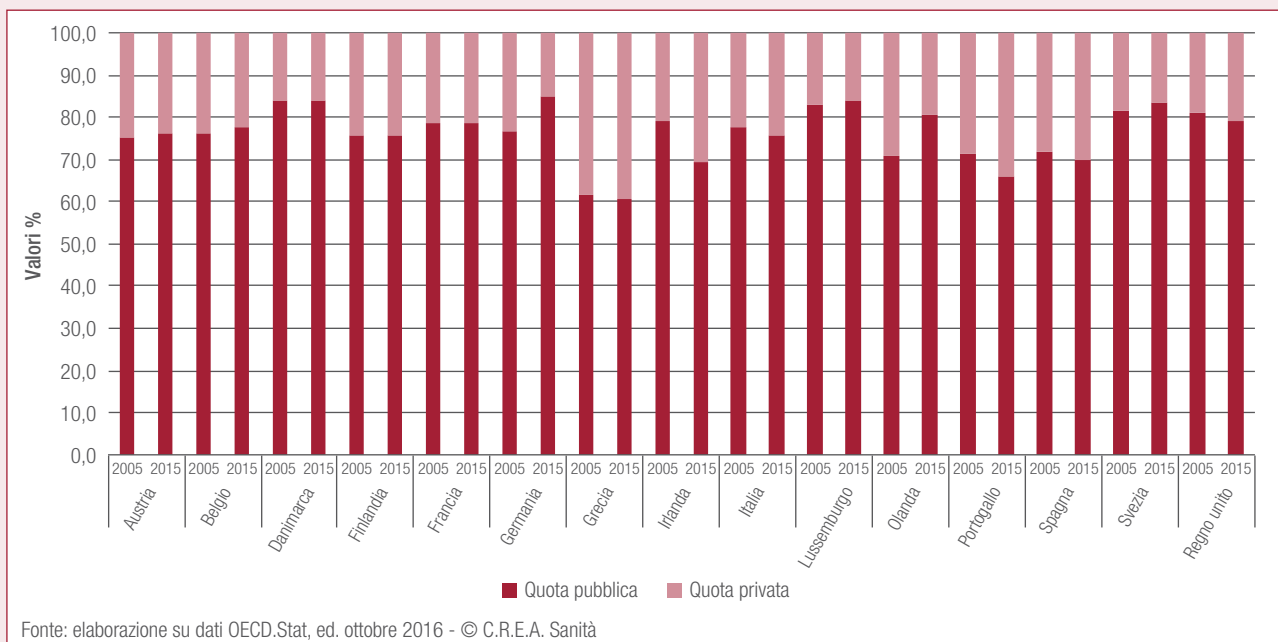
In conclusion, dynamics on the funding side that deserve further examination have been highlighted, both inherent to financial recovery and on the subject of resources redistribution and impact on regional disparities: the widespread perception regarding certain phenomena, such as the impacts of Federalism and allocation systems, actually seems to have been denied by quantitative evidence.

KI 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente, Italia e Paesi EU14. Valori %, anni 2000-2015 (stime)



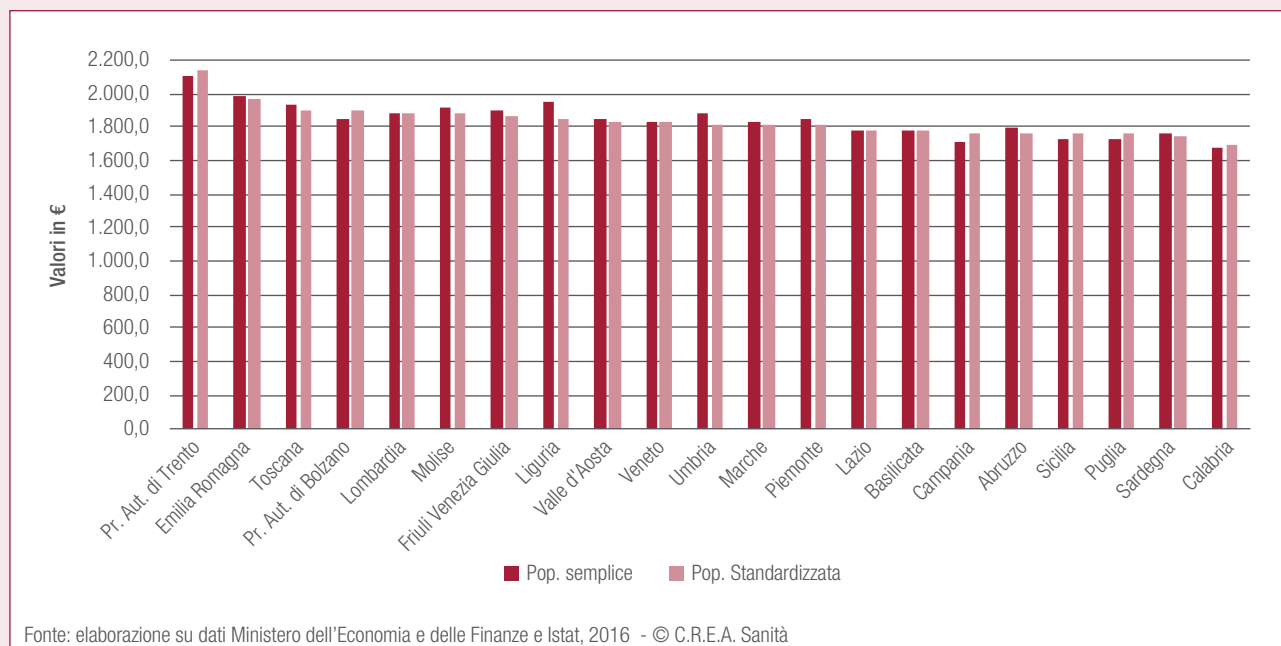
I trend internazionali relativi agli ultimi 15 anni evidenziano come, a partire dal 2010, la quota pubblica della spesa sanitaria corrente registrata in Italia sia scesa sempre più (a parte una temporanea ripresa nel 2013), posizionandosi al di sotto della media dell'Europa occidentale (EU14), con una forbice che nel 2015 (stime) è di circa 4 punti percentuali. La situazione era simile tra il 2000 e il 2003 (nel 2000 la differenza era di 5 punti percentuali), mentre nel periodo 2004-2008 la forbice si è azzerata e per un breve periodo la quota italiana ha anche superato, sebbene di poco, quella europea. Dal 2013 al 2015 la quota pubblica italiana è diminuita di circa due punti percentuali. Si avverte che i dati diffusi da OECD possono differire nel metodo di rilevazione tra i vari Paesi; in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie a causa di uno o più "break in time series". In particolare, per l'Italia è segnalato un break dal 2014, per cui i dati da questo anno non sono perfettamente comparabili con quelli degli anni precedenti. Per approfondire, <http://stats.oecd.org/>

KI 2.2. Finanziamento pubblico e privato della spesa sanitaria corrente, Paesi EU15. Composizione (%), anni 2005 e 2015 (stime)



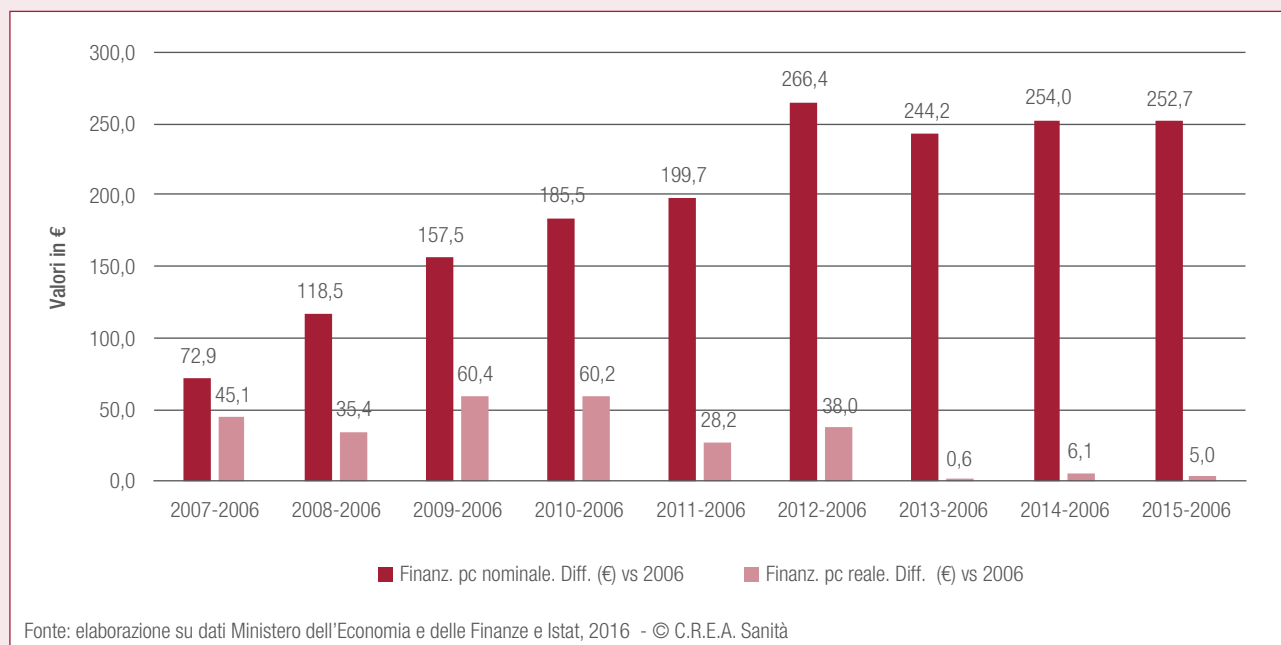
In base alle stime fornite da OECD (e con le cautele espresse per l'indicatore KI 2.1 circa la confrontabilità dei dati), nel 2015 in Europa occidentale (EU14) la quota media di spesa pubblica è pari al 79,6%, mentre l'Italia si arresta al 75,5% (al quint'ultimo posto a pari merito con la Finlandia), contro il 77,5% registrato nel 2005. Nel 2015 la forbice va dal 60,6% registrato in Grecia all'85,0% della Germania, mentre nel 2005 si andava dal 61,7% della Grecia all'83,7% della Danimarca. Tra il 2005 e il 2015, in EU15 sono 8 i Paesi che hanno registrato una diminuzione della quota pubblica: Grecia (-1,1 punti percentuali), Irlanda (-9,7), Italia (-2,0), Portogallo (-5,3), Spagna (-2,0) e Regno Unito (-2,1). Sostanzialmente stabili (calo di circa 0,1 punti percentuali) Finlandia e Francia.

KI 2.3. Finanziamento per popolazione semplice e standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2015



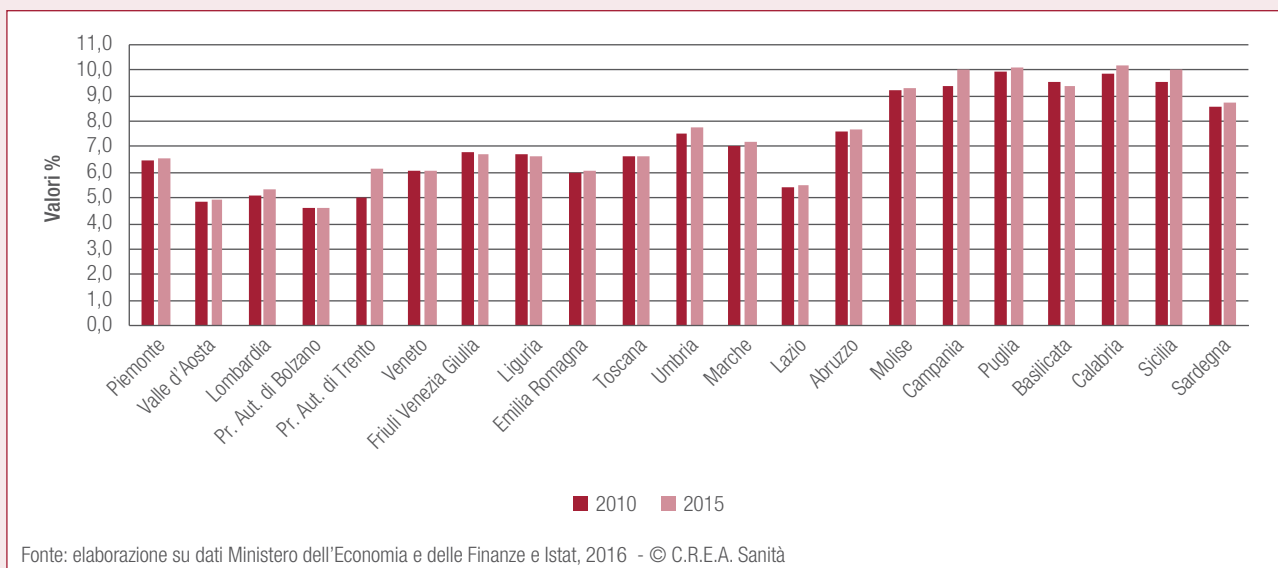
Nel 2015, il finanziamento pro-capite medio per popolazione pesata, ovvero depurata degli effetti demografici, è stato di € 1.937,8. Nel medesimo anno, la Regione che ha presentato il finanziamento in termini pro-capite per popolazione pesata più elevato è stata la Provincia Autonoma di Trento (€ 2.141,5) seguita dall'Emilia Romagna (€ 1.977,7) e dalla Toscana (€ 1.911,3); all'estremo opposto si colloca la Calabria dove il finanziamento pro-capite supera di poco € 1.700,0. Si tenga, inoltre, presente che tra la Regione con il finanziamento più elevato e quella con il finanziamento più basso intercorre una differenza di € 432,3, ovvero uno scarto del 25,3%.

KI 2.4. Finanziamento pro-capite nominale e reale. Differenza (€) rispetto all'anno base (= 2006), anni 2006-2015



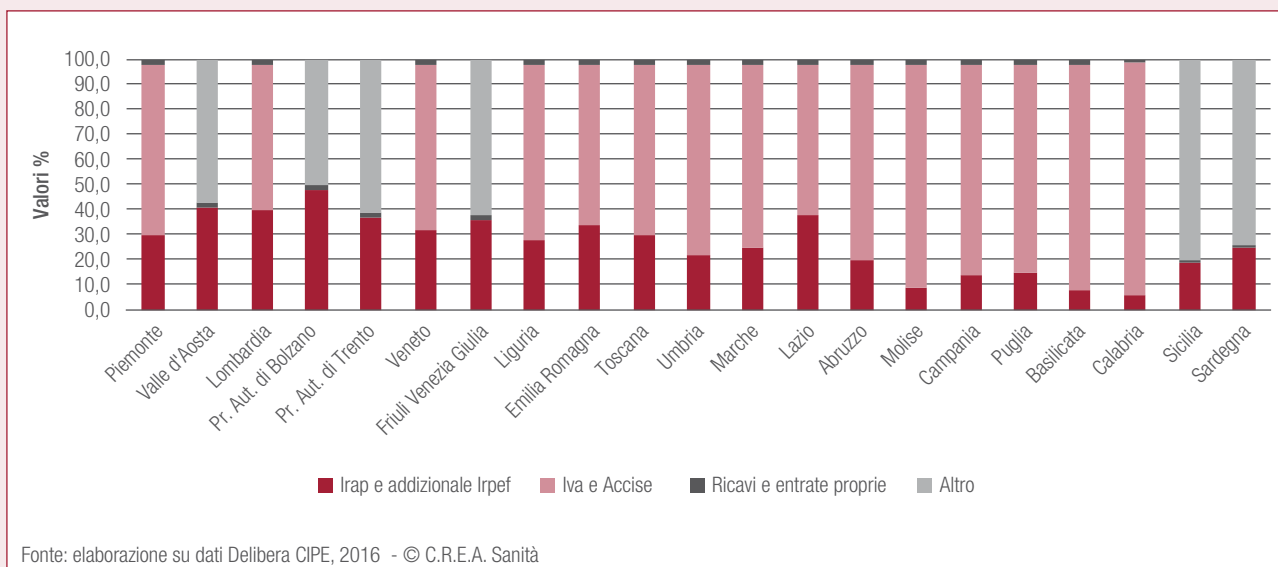
Tra il 2006 ed il 2015 il finanziamento pro-capite nominale è aumentato di circa € 253,0; ma la crescita nominale di questo periodo è stata accompagnata da un incremento del finanziamento pro-capite reale di € 5,0. Si noti, inoltre, che la crescita del finanziamento pro-capite reale è stata praticamente nulla tra il 2006 ed il 2013, anno dopo il quale c'è stata una lievissima ripresa.

KI 2.5. Finanziamento regionale su PIL. Valori %, anni 2010 e 2015



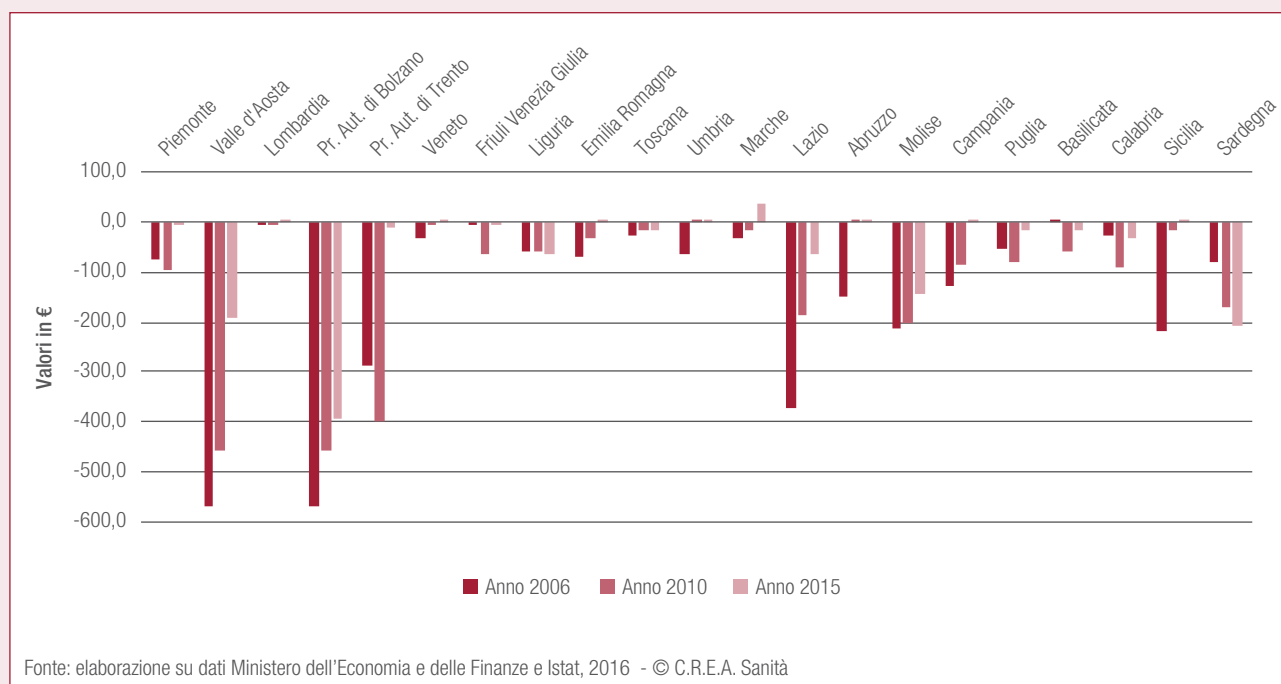
Nel 2015, le risorse messe a disposizione per la tutela della salute nelle Regioni del Sud, malgrado siano minori in termini nominali di quelle stanziaste nelle altre ripartizioni, incidono significativamente di più sul PIL locale (9,7%) e tendenzialmente stabili rispetto al 2010 (9,4%). Si tenga presente che tutto ciò è reso possibile dalla redistribuzione delle risorse operata con il meccanismo di perequazione. Per quanto concerne il *gap* tra il dato medio nazionale ed il dato riportato nelle Regioni del Centro è possibile osservare come questo si sia mantenuto tendenzialmente stabile rispetto al 2010 (0,5% nel 2010 vs. 0,6% nel 2015); anche il *gap* tra il dato nazionale e quello delle Regioni del Nord è rimasto invariato (*gap* Italia vs. Nord 0,9% nel 2010 e 0,9% nel 2015); infine, anche quello tra l'Italia e il Sud è rimasto sostanzialmente invariato (*gap* Italia vs. Sud -2,7% nel 2010 e -2,9% nel 2015). In particolare, nel 2015, sono Campania, Puglia, Calabria e Sicilia le Regioni in cui le risorse per la sanità assorbono oltre il 10,0% del PIL locale.

KI 2.6. Quota del fabbisogno sanitario indistinto generata da Irap e addizionale Irpef, Iva e Accise, ricavi ed entrate proprie, altro. Valori %, anno 2016



L'analisi delle previsioni contenute nella proposta di riparto delle risorse per la sanità relativa all'anno 2016 evidenzia che il contributo della fiscalità diretta al soddisfacimento del fabbisogno totale indistinto è pari al 28,3%, quello della fiscalità indiretta ammonta al 59,0%, quello relativo alla voce "Ricavi ed entrate proprie convenzionali delle Aziende Sanitarie" all'1,8% ed, infine, quello riguardante la voce "Altro" (che si riferisce alla "Partecipazione delle Regioni a Statuto Speciale e delle PA" e al "Fondo Sanitario Nazionale") al 10,9%. Per quanto riguarda l'Irap e l'addizionale Irpef sono riscontrabili marcate differenze tra le ripartizioni: la loro incidenza è molto più elevata nella ripartizione centro-settentrionale a conferma della maggior capacità contributiva delle Regioni centrali e soprattutto settentrionali. L'incidenza dell'IVA e delle Accise, invece, è molto più elevata nelle Regioni del Sud, grazie all'applicazione del meccanismo perequativo. Infine, il contributo dei ricavi ed entrate proprie al fabbisogno sanitario indistinto è maggiore nelle Regioni settentrionali e centrali.

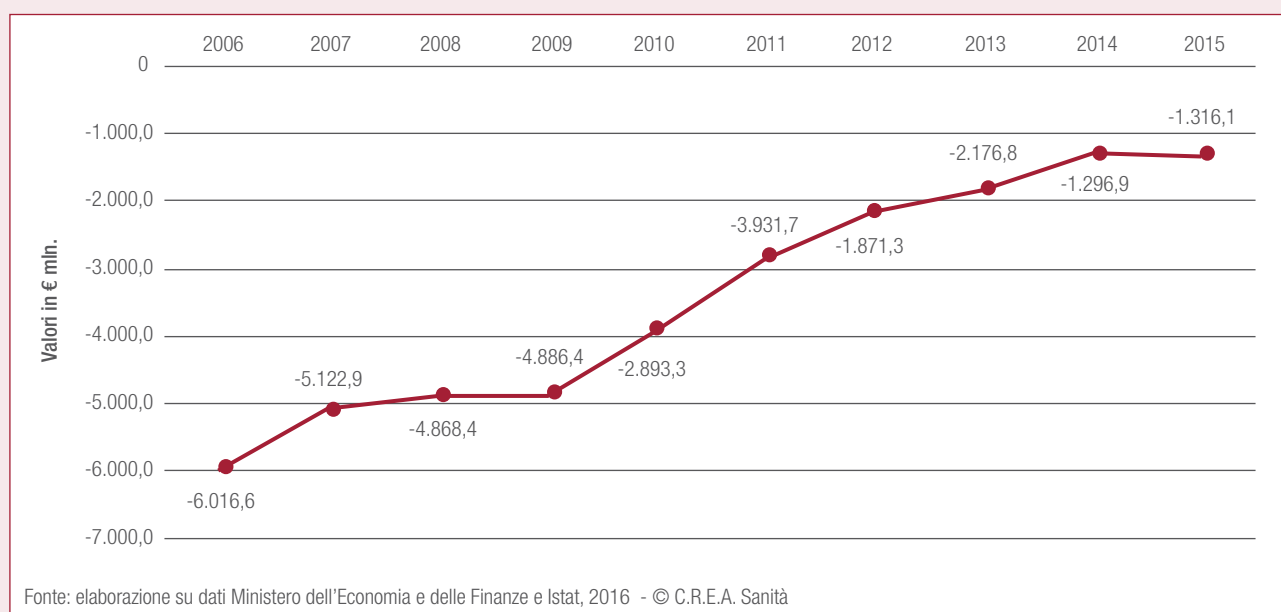
KI 2.7. Risultati di esercizio. Valori pro-capite (€), anni 2006-2015



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Secondo quanto è possibile desumere dai dati pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato nell'ambito del rapporto su il "Monitoraggio della spesa sanitaria", nel 2015 il disavanzo pro-capite, in Italia, scende a € 19,8 vs. un disavanzo pro-capite pari a € 80,5 nel 2010 (una riduzione del 75,4%). Giova, peraltro evidenziare come tra il 2010 ed il 2015 il disavanzo pro-capite subisca una notevole riduzione in tutte le ripartizioni (Nord € 44,4 nel 2010 vs. € 12,0 del 2015; Centro € 132,4 nel 2010 vs. € 32,5 nel 2015; Sud € 98,5 nel 2010 vs. € 22,8 nel 2015). Nel 2015 sono tredici le Regioni che presentano ancora un risultato di esercizio pro-capite negativo contro le diciannove del 2010 e del 2005. In particolare, nel 2015, i disavanzi pro-capite più cospicui sono riportati dalla Provincia Autonoma di Bolzano e dalla Sardegna (€ 393,9 la prima, € 205,4 la seconda). Inoltre, si ricorda che si fa riferimento ai risultati di esercizio ottenuti dopo le verifiche dei Tavoli di monitoraggio.

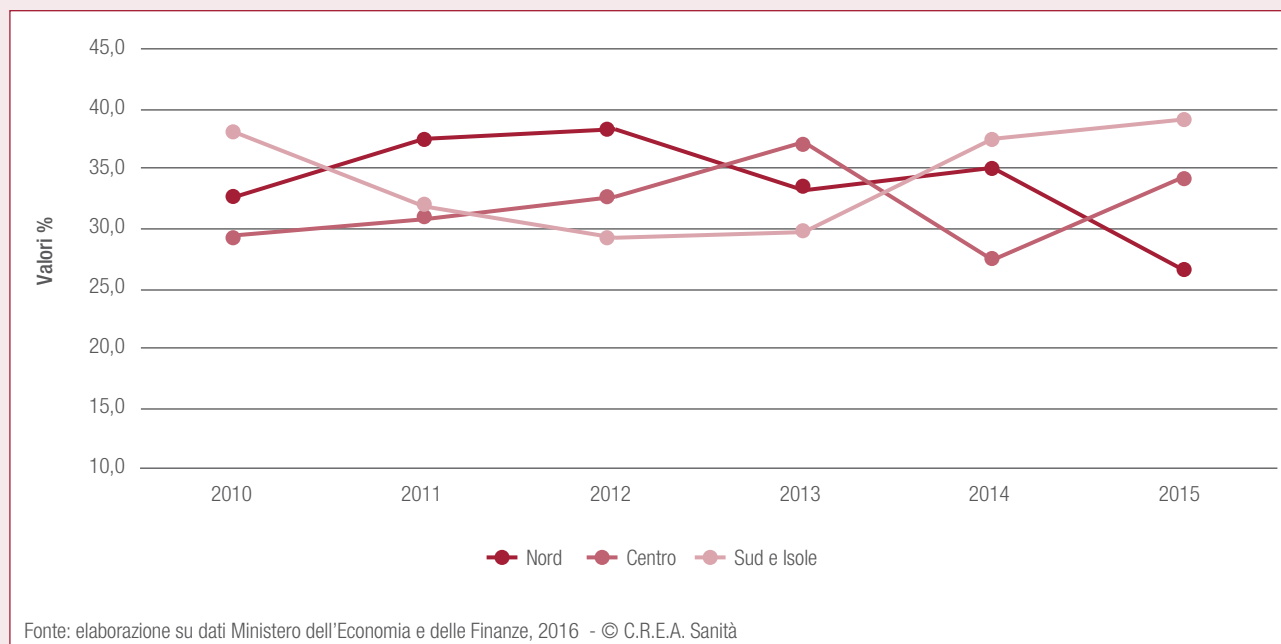
KI 2.8. Disavanzi del SSN (€ mln.), anni 2006-2015



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

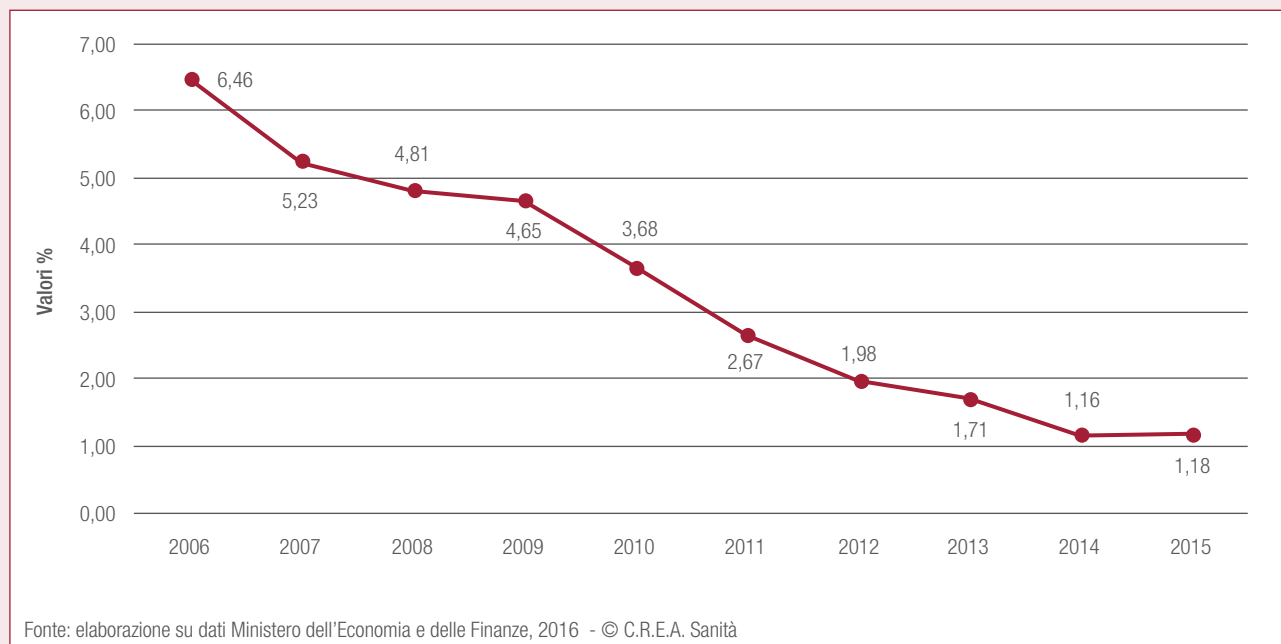
Qualora escludessimo dall'analisi le Regioni in utile, se ne ricava che la perdita di gestione complessiva nel 2015 ammonterebbe a € 1.316,1 mln. con una flessione di oltre sessantasei punti percentuali rispetto al 2010 quando raggiungeva € 3.931,7 mln.. Si noti, tuttavia, che il deficit complessivo ha cominciato a crescere nuovamente, sebbene in maniera assolutamente contenuta nel 2015: in effetti, tra il 2014 ed il 2015 ha riportato un incremento dell'1,5%, ovvero € 19,2 mln..

KI 2.9. Concentrazione del disavanzo per ripartizione geografica (%), anni 2010-2015



Qualora escludessimo dall'analisi le Regioni in utile, se ne ricava che la perdita di gestione complessiva nel 2015 ammonterebbe a € 1.361,1, mln., di cui il 26,6% realizzato nelle Regioni settentrionali, il 34,3% in quelle centrali ed, infine, il 39,1% in quelle meridionali. La figura evidenzia il cambiamento intervenuto nella composizione territoriale del disavanzo tra il 2010 ed il 2013: in questo periodo cresce la quota di spettanza dell'area settentrionale e diminuisce nel 2012, diminuisce quella di pertinenza dell'area meridionale, mentre nel Centro cresce progressivamente. Dopo tale periodo il disavanzo del Sud ricomincia a crescere, quello del Centro prima diminuisce (nel 2014) e poi (nel 2015) fa nuovamente un balzo in avanti e quello della ripartizione settentrionale nel 2014 aumenta per poi nel 2015 diminuire nuovamente.

KI 2.10. Deficit complessivo. Quota su finanziamento (%), anni 2006-2015



Il deficit complessivo (con riferimento alle sole Regioni che hanno presentato un risultato di esercizio negativo) del SSN nell'anno 2006 era di circa € 6,0 mld.; l'ultimo dato disponibile, relativo al 2015, lo attesta ora a € 1,3 mld, ovvero meno del 2,0% (1,2%) del finanziamento.

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of red and white. The background is a dark red color with faint, light red text related to economics and development.

Capitolo 3

La spesa:

l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 3

La spesa: l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali

d'Angela D.¹, Ploner E.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.²

3.1. Il contesto internazionale e la sostenibilità del sistema italiano

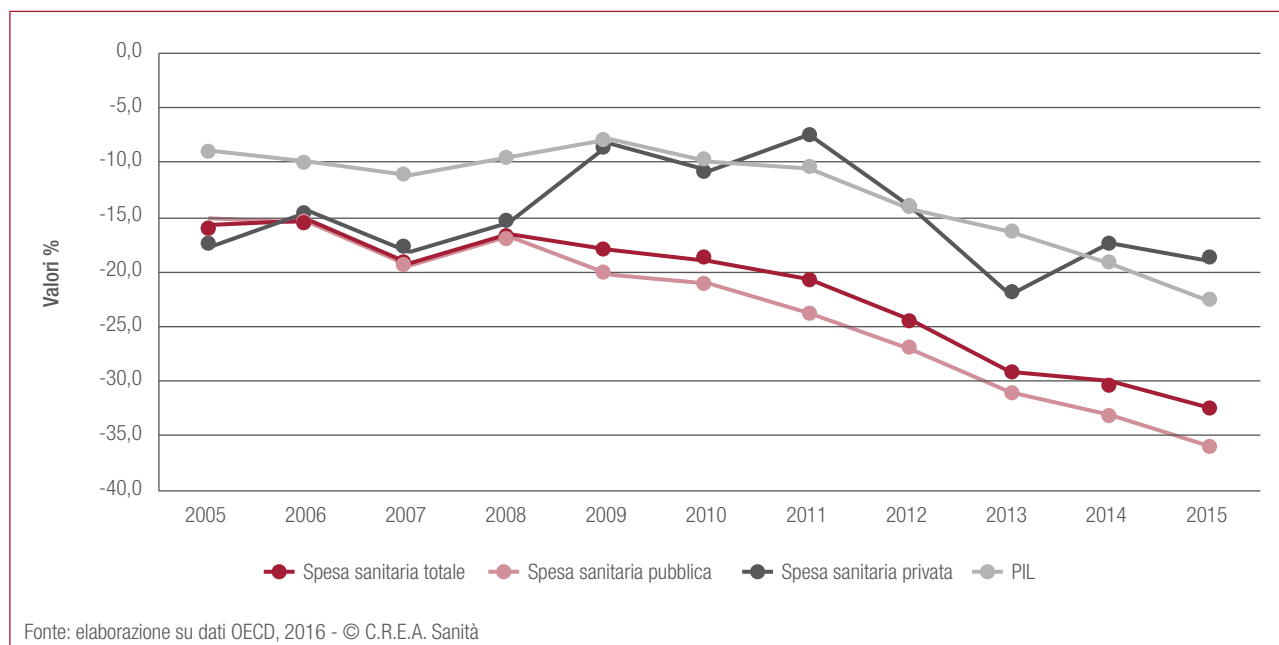
La spesa sanitaria corrente (totale) italiana nel 2015 risulta di € 2.436,1 pro-capite, con uno scarto di oltre il 32,5% rispetto ai € 3.608,0 pro-capite dell'Europa occidentale (Figura 3.1)³.

Va sottolineato che il *gap* risulta in aumento del 2,6% rispetto all'anno precedente e del 16,8% in confronto

al 2005. Nel decennio 2005-2015 il *gap* in termini di spesa totale pro-capite tra l'Italia e l'Europa occidentale (EU14)⁴ è, quindi, più che raddoppiato (15,7% vs. 32,5%).

La forbice tra l'Italia e l'Europa occidentale, quindi, continua ad allargarsi: nell'ultimo anno, la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese è cresciuta dell'1,5% contro il 5,4% dell'Europa occidentale (0,1% vs. 3,8% medio annuo tra il 2010 ed il 2015).

Figura 3.1. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. *Gap (%)* Italia vs. Europa occidentale (EU14), anni 2005-2015



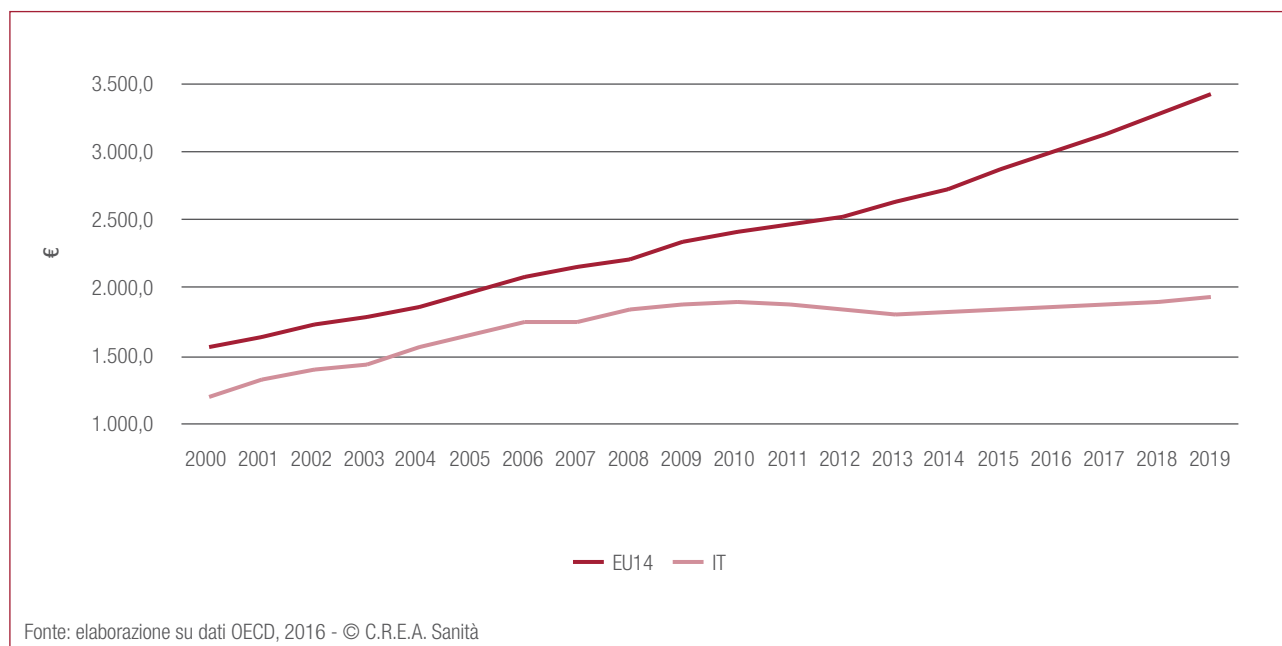
¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

³ Fonte: *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), database OECD.Stat, edizione ottobre 2016. Si avverte che i dati diffusi da OECD e utilizzati in questo capitolo (e nell'intero volume) possono differire nel metodo di rilevazione tra i vari Paesi; con riferimento alla confrontabilità temporale, in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie dei dati a causa di uno o più "break in time series" (per cui i dati possono non essere totalmente comparabili tra un anno e l'altro). Per approfondire, <http://stats.oecd.org/>

⁴ EU15 esclusa Italia

Figura 3.2. Spesa sanitaria totale, Italia vs. Europa occidentale. Valori pro-capite (€), anni 2000-2019



Nello specifico, sul fronte della spesa corrente pubblica pro-capite, il *gap* ha ormai raggiunto il 36,0% (+2,9 punti percentuali rispetto all'anno precedente); al pari di quanto verificatosi per la spesa totale, va notato che nel 2005 il *gap* superava appena il 15,0% (in pratica una crescita dello scarto, nel decennio considerato, di circa +21,0 punti percentuali).

Il *gap* per la spesa corrente privata, invece, si ferma al 18,9%, riportando peraltro una crescita assai modesta (pari a +1,3 punti percentuali nell'ultimo decennio).

L'ampliarsi del *gap* corre parallelo all'ampliarsi di quello del PIL pro-capite, anch'esso aumentato nell'ultimo decennio del 13,9%: 22,7% nel 2015 vs. 8,8% nel 2005.

In definitiva, nel periodo 2005-2015, la spesa corrente pubblica e il PIL pro-capite, sono cresciuti in Italia rispettivamente dell'1,0% e dello 0,5%, a fronte di una crescita negli altri Paesi dell'Europa occidentale del 3,9% medio annuo per la spesa sanitaria pubblica e del 2,1% medio annuo per il PIL. In linea con l'Europa occidentale è, invece, la crescita della spesa privata: 2,3% medio annuo nell'Europa occidentale e 2,1% in Italia.

In altri termini, tanto il PIL che la spesa sanitaria pub-

blica pro-capite crescono ad un tasso pari ad un quarto di quello europeo (EU14). Si noti, però, che la minore crescita dello 0,5% per il PIL, diventa ben il 3,9% in termini di spesa sanitaria pubblica.

La spesa privata⁵ dei cittadini, di contro, cresce agli stessi ritmi di quella dell'Europa occidentale, dimostrando di mantenere una funzione di complementazione della spesa pubblica anche in tempi di crisi.

Va anche notato che in Italia, la spesa privata a differenza di quella pubblica cresce a ritmi vicini a quelli dei Paesi EU14, e quindi in proporzione al PIL più che in quei Paesi.

Proiettando (Figura 3.2) i *trend* attuali, il *gap* potrebbe arrivare a sfiorare il 44,0% nel 2020.

Se consideriamo la spesa pubblica, e adottiamo le previsioni di crescita riportate nel DPEF 2016-2019, che invero storicamente vengono spesso riviste al ribasso, la situazione non sembra modificarsi in maniera sostanziale: il *gap* raggiungerà il 40,0% nel 2017 e arriverà al 43,5% nel 2019.

L'analisi ripetuta per il livello ripartizionale evidenzia risultati ancor più eclatanti⁶.

⁵ La spesa privata comprende la spesa *Out Of Pocket* (OOP), le assicurazioni private individuali, i fondi integrativi aziendali e le *charities*

⁶ Il dato per le analisi regionali differisce da quello OECD utilizzato per i confronti internazionali, essendo il primo ricavato dai Conti Economici delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e il secondo elaborato secondo i criteri della Contabilità

Tabella 3.1. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap (%) ripartizioni geografiche vs. Europa occidentale, anno 2015

Paesi	2015			
	Sp. tot. pc.	Sp. pub. pc	Sp. prv. pc	PIL pc
Gap Nord vs. Europa occidentale	-27,2	-34,1	-0,4	-6,5
Gap Centro vs. Europa occidentale	-32,6	-35,8	-20,2	-14,1
Gap Sud vs. Europa occidentale	40,8	-39,6	-45,2	-48,6

Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, OECD e Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3.2. Spesa sanitaria pubblica e privata in % del PIL nei Paesi dell'Europa occidentale e in Italia, anni 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Spesa sanitaria pubblica in % del PIL						
Europa occidentale	8,02	7,99	8,00	8,25	8,30	8,26
Italia	7,02	6,80	6,81	6,81	6,86	6,83
Spesa sanitaria privata in % del PIL						
Europa occidentale	1,95	1,96	2,03	2,14	2,14	2,12
Italia	1,93	2,03	2,03	1,99	2,19	2,22

Fonte: elaborazione su dati OECD, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

In particolare, nel 2015, la spesa totale pro-capite nel Meridione è stata in media inferiore del 40,8% a quella dell'Europa occidentale; il risultato dipende sia dalla componente pubblica che da quella privata della spesa: la spesa pubblica delle Regioni meridionali risulta inferiore del 39,6% e quella privata del 45,2% a fronte di uno scarto di PIL del 48,6%. Anche i *gap* delle Regioni centrali appaiono significativi, sebbene più contenuti di quelli della ripartizione meridionale: lo scarto tra Centro e Europa occidentale, in termini di spesa totale, è del 32,6%: 35,8% sul fronte della spesa pubblica pro-capite, 20,2% su quello della privata e, infine, del 14,1% per quanto riguarda il PIL. Il complesso delle Regioni del Nord registra una spesa totale pro-capite inferiore a quell'Europa occidentale del 27,2%, del 34,1% per la spesa pubblica pro-capite e dello 0,4% per la spesa pro-capite privata, il tutto a fronte di un PIL inferiore del 6,5% (Tabella 3.1).

Giova, peraltro, sottolineare che le Regioni settentrionali fino al 2013 avevano un PIL pro-capite maggiore di quello medio dell'Europa occidentale: in particolare,

nel 2013 il PIL del Nord era maggiore di quello dell'Europa occidentale dell'1,5% quando, però, nel 2005 la differenza ammontava all'8,5%.

3.2. L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL

Nel 2015, la spesa sanitaria totale ha assorbito in Italia circa il 9,0% del PIL mantenendo di fatto invariato il suo peso rispetto all'anno precedente; anche nei Paesi dell'Europa occidentale il rapporto tra spesa sanitaria totale e PIL negli ultimi due anni si è mantenuto tendenzialmente stabile, ma su un livello maggiore e pari a circa il 10,4%.

Nei Paesi dell'Europa occidentale la spesa sanitaria pubblica ha un'incidenza sul PIL media dell'8,3%, in linea con il dato dell'anno precedente. L'Italia, invece, nel 2015 ha evidenziato una lieve flessione del rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL passando da circa il 7,0% nel 2014 al 6,8% nel 2015 (Tabella 3.2).

Nazionale. Il primo, in particolare, prende in considerazione solamente la spesa degli enti che producono servizi sanitari controllati dalle Regioni e ricompresi nei rispettivi servizi sanitari regionali: le ASL, le Aziende Ospedaliere, gli IRCSS e i Policlinici Universitari; il secondo fa riferimento alla definizione di spesa impiegata nei documenti ufficiali di finanza pubblica ed elaborata dall'Istat secondo i principi del SESPROS (Sistema Europeo delle Statistiche Integrate della Protezione Sociale), includendo la spesa effettuata in ambito sanitario da tutti gli enti e, quindi, non solamente da parte da ASL, Aziende Ospedaliere, etc.

Nel medesimo anno, nell'Europa occidentale, la componente privata della spesa totale ha assorbito in media il 2,0% del PIL, mentre in Italia è arrivata al 2,2%; da evidenziare, in ogni caso, che, sia in Italia che nei Paesi dell'Europa occidentale, negli ultimi due anni il peso della spesa privata sul PIL non è sostanzialmente variato.

Il dato può essere riletto considerando i diversi livelli di debito pubblico che, per effetto degli interessi passivi generati, "levano" risorse al *welfare* e alle altre voci di spesa.

Ripetendo, quindi, l'analisi al netto degli interessi passivi sul debito pubblico, ovvero tenendo conto delle

risorse effettivamente disponibili, si confermano in sostanza i risultati già descritti, che vedono l'Italia attestarsi su livelli nettamente inferiori di spesa (Tabella 3.3).

In particolare, l'incidenza della spesa sanitaria totale sul "PIL disponibile" sarebbe per l'Italia del 9,4% contro il 10,2% dei Paesi dell'Europa occidentale. La spesa pubblica, sarebbe al 7,1% del PIL; al di sotto di quella europea dell'1,3%.

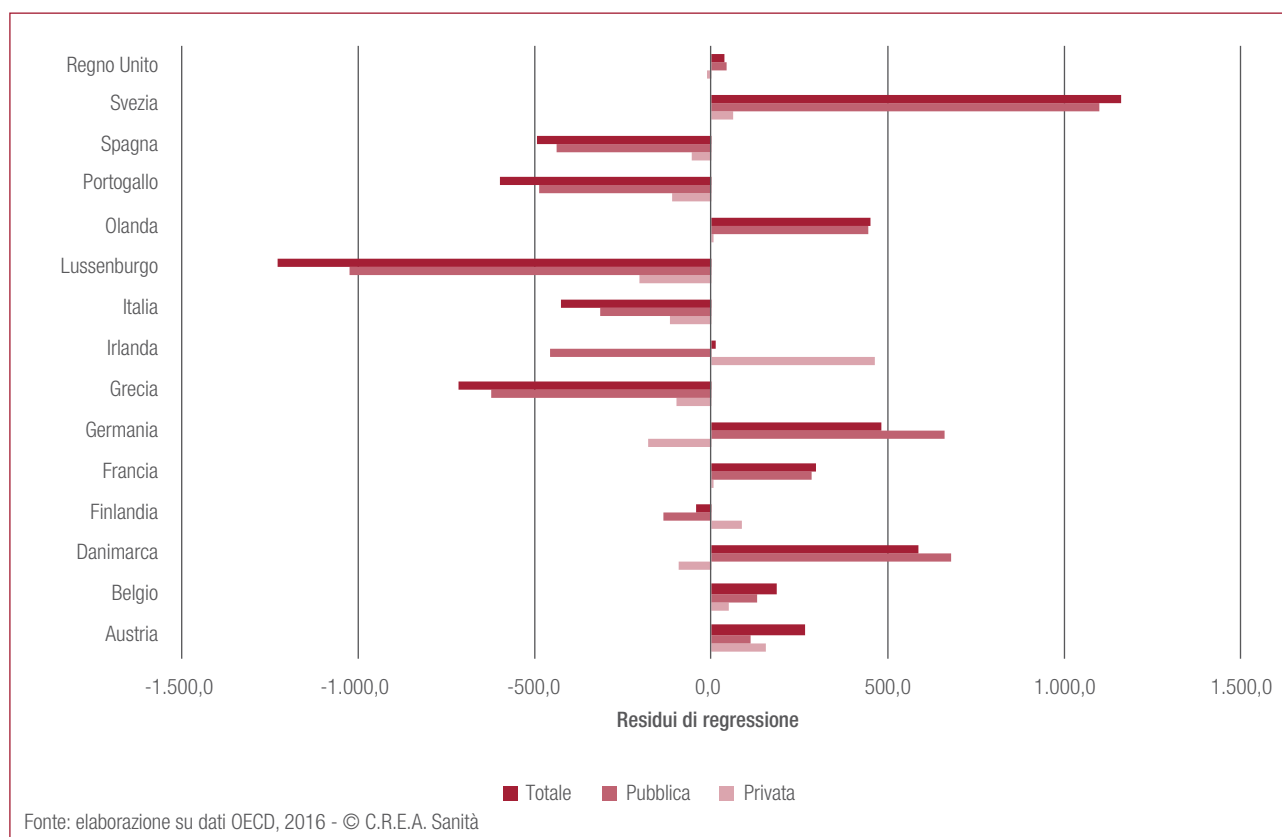
Nella Figura 3.3 si fornisce una rappresentazione grafica di quanto la spesa dei singoli Paesi si discosti dalla ipotesi di perfetta omogeneità rispetto al livello del loro PIL⁷. Valori positivi indicano una spesa sanitaria su-

Tabella 3.3. Spesa sanitaria pubblica in % del PIL al netto degli interessi passivi sul debito pubblico nei Paesi dell'Europa occidentale e in Italia, anni 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Europa occidentale	8,23	8,22	8,22	8,45	8,49	8,42
Italia	7,34	7,14	7,19	7,15	7,20	7,13

Fonte: elaborazione su dati OECD e Eurostat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.3. Residui di regressione della spesa sanitaria pubblica, privata e totale sul PIL pro-capite (€), anno 2015



⁷ Si tenga presente che per il 2015 non è ancora disponibile il dato con dettaglio regionale ma solamente il valore aggregato della voce. Nella nostra analisi abbiamo, pertanto, supposto che la distribuzione regionale del PIL fosse la medesima rilevata l'anno precedente

periore a quanto ci si attenderebbe in base alle risorse prodotte e, viceversa, valori negativi indicano una spesa sanitaria inferiore all'atteso.

L'analisi mostra come l'Italia presenti sia una spesa pubblica che una spesa privata inferiori a quelle attese.

Analoga situazione è possibile riscontrarla in Spagna, Portogallo, Grecia e Lussemburgo. Escludendo l'evidente anomalia del Lussemburgo, l'Italia è chiaramente fra i Paesi con maggiori difficoltà economiche, ed è quello con lo scostamento maggiore in termini di spesa privata.

Appare anche doveroso rimarcare come i Paesi con una spesa pubblica molto superiore a quella attesa (e nello specifico Germania, Danimarca e Olanda) presentino, di contro, una spesa privata estremamente bassa quando non inferiore a quella attesa.

I risultati della regressione sembrano confermare che, in linea di principio, la spesa privata compensa le carenze di spesa pubblica, condizionatamente ai livelli

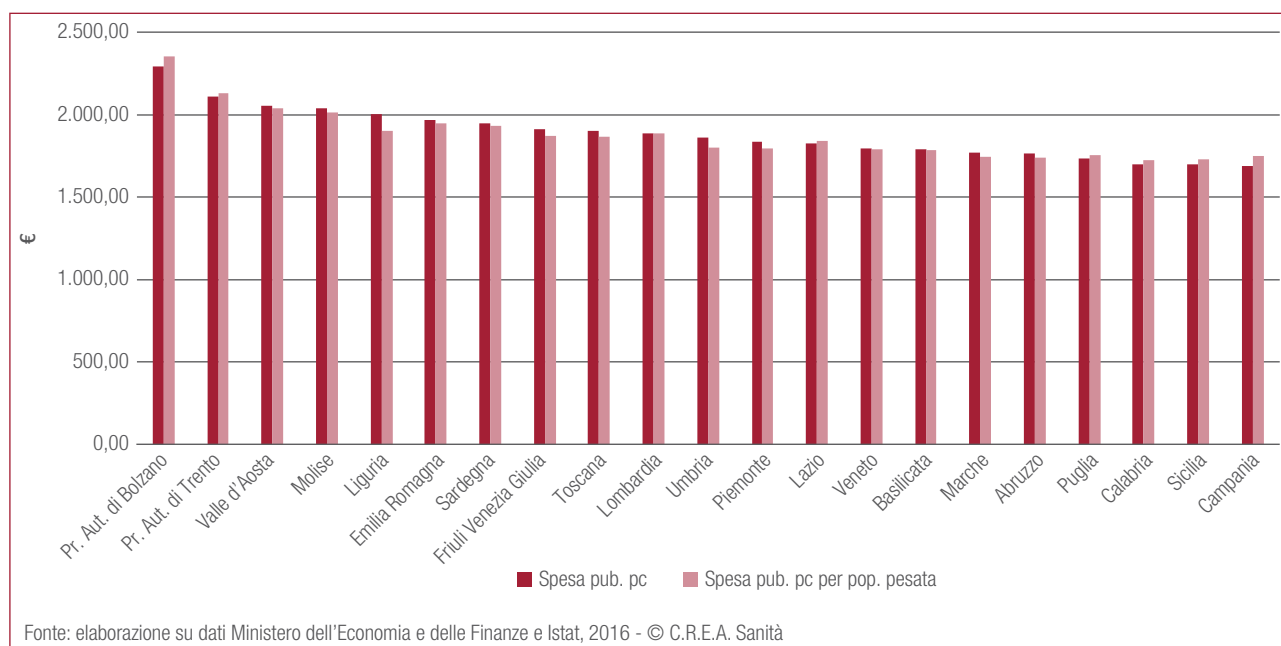
di reddito generati e che l'Italia sembra avere una scarsa *Willingness to Pay* (WTP) per la Sanità.

3.3. La spesa sanitaria nelle Regioni

Nel 2015, secondo quanto pubblicato dalla Ragioneria Generale dello Stato nell'ambito del Rapporto su "Il monitoraggio della spesa sanitaria", le uscite complessive pubbliche per l'assistenza sanitaria sono state pari a € 111,2 mld. (al netto degli ammortamenti e del saldo delle svalutazioni e rivalutazioni, eliminati per rendere omogenei i confronti con i dati antecedenti alle novità introdotte dal D. Lgs. 118/2011): quindi in lieve crescita (+0,3%) rispetto all'anno precedente⁸.

La spesa pubblica pro-capite, nel 2015, è quindi di € 1.828,8 (+0,3% rispetto al 2014) (Figura 3.4) con valori massimi nelle due Province Autonome di Trento e Bolzano (rispettivamente € 2.291,3 e € 2.107,1 pro-capite),

Figura 3.4. Spesa sanitaria pubblica. Valori pro-capite (€) per popolazione semplice e pesata, anno 2015



⁸ Si noti che, a differenza dei precedenti Rapporti, si è fatto riferimento al dato fornito dalla Ragioneria Generale dello Stato, in carenza della pubblicazione del dato aggregato ministeriale: per confronto con i dati esposti nei Rapporti precedenti, si segnala che, qualora il dato ministeriale avesse avuto lo stesso andamento di quello della Ragioneria Generale dello Stato, e non ci fossero stati assestamenti importanti del dato di spesa riferito al 2012, la spesa sanitaria pubblica sarebbe scesa a € 111,0 mld. nel 2013, avrebbe raggiunto € 112,4 mld. nel 2014 e € 112,7 mld. nel 2015. Si fa in ogni caso riferimento alla spesa sanitaria ricavata dai conti economici delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale (SSN); per maggiori approfondimenti sul tema si rimanda alla lettura della nota 6

in Valle d'Aosta (€ 2,051,2 pro-capite), Molise (€ 2.038,7 pro-capite) e Liguria (€ 2.002,7 pro-capite); all'estremo opposto si collocano Campania, Sicilia e Calabria con una spesa pro-capite rispettivamente pari a € 1.689,5, € 1.696,4 e € 1.698,1.

La differenza massima di spesa pubblica pro-capite è stata del 40,0%, ovvero € 601,9; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari al 20,0% (€ 349,3).

Utilizzando al posto della spesa effettiva quella standardizzata⁹, permane una differenza importante tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima, con uno scarto sempre prossimo al 40,0% (€ 632,6).

Tra il 2005 ed il 2015 la spesa pubblica pro-capite, in termini nominali, è aumentata dell'11,2% (si tratta di un incremento medio annuo dell'1,0%) (Tabella 3.4), che in termini reali equivale a una diminuzione di € 95,3 (-5,8% ovvero -0,6% medio annuo) (Figura 3.5).

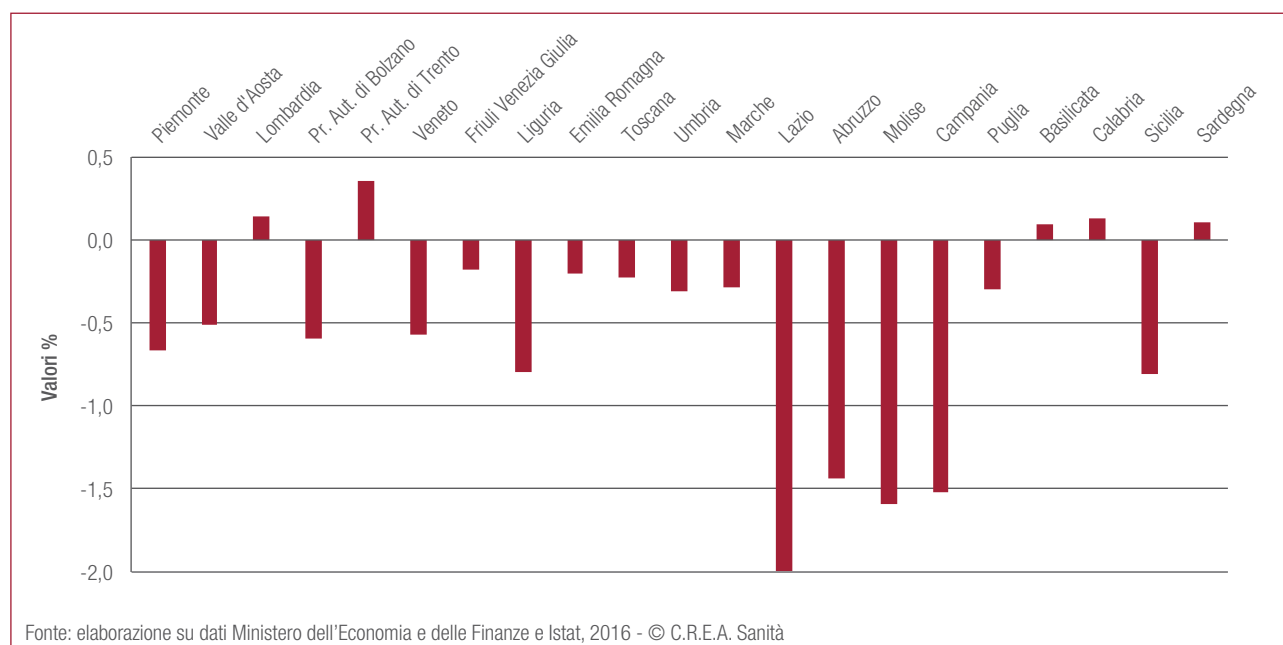
A livello regionale, in termini nominali, la Provincia Autonoma di Trento ha riportato la crescita più sostenuta (2,0% medio annuo) a cui fanno seguito la Lombardia, la Basilicata, la Calabria e la Sardegna con l'1,8% medio annuo. All'estremo opposto si colloca il Lazio (Regione

Tabella 3.4. Spesa sanitaria pubblica. Valori pro-capite (€) e variazioni medie annue (%), anni 2005-2015

Regioni	Anno 2015 (€)	Var. media annua 2005-2015
Italia	1.828,8	1,0
Piemonte	1.834,1	1,0
Valle d'Aosta	2.051,2	1,2
Lombardia	1.883,5	1,8
Pr. Aut. di Bolzano	2.291,3	1,1
Pr. Aut. di Trento	2.107,1	2,0
Veneto	1.793,9	1,1
Friuli Venezia Giulia	1.912,7	1,5
Liguria	2.002,7	0,9
Emilia Romagna	1.965,5	1,5
Toscana	1.901,5	1,4
Umbria	1.859,7	1,4
Marche	1.770,9	1,4
Lazio	1.824,6	-0,3
Abruzzo	1.762,7	0,2
Molise	2.038,7	0,1
Campania	1.689,5	0,1
Puglia	1.734,0	1,4
Basilicata	1.791,1	1,8
Calabria	1.698,1	1,8
Sicilia	1.696,4	0,9
Sardegna	1.945,5	1,8

Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.5. Spesa sanitaria pubblica pro-capite reale. Variazione media annua (%), anni 2005-2015



⁹ La spesa è stata standardizzata pesando la popolazione con i pesi impiegati per il riparto, come da relative delibere CIPE

ricordiamo in Piano di Rientro), dove non solo la spesa pubblica pro-capite non è cresciuta ma si è addirittura, in termini nominali, contratta dello 0,3% medio annuo.

In termini reali, invece, solamente la Lombardia, la Provincia Autonoma di Trento, la Basilicata, la Calabria e la Sicilia hanno avuto un tasso di crescita positivo, sebbene inferiore al mezzo punto percentuale.

Per quanto riguarda, nello specifico, la spesa privata pro-capite complessiva¹⁰, nel 2015, è stimata pari a € 591,8 (+2,6% rispetto al 2014) con valori massimi in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige (rispettivamente € 900,3 e € 782,7); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 332,4) e Sardegna (€ 371,7).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 170,9%, pari a € 568,0; anche escludendo le Regioni a statuto speciale, la differenza rimane considerevole e pari a € 435,2 (130,9%).

Utilizzando al posto della spesa effettiva quella standardizzata¹¹, permane una differenza importante tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima, del 160,0% (€ 550,0).

La spesa *Out of Pocket* (OOP) rappresenta l'89,7% della spesa totale privata, ammontando a € 32.286,9 mln.. Nel quinquennio 2010-2015, la spesa OOP è aumentata in maniera piuttosto considerevole: +10,6% a livello nazionale; tale risultato, peraltro, è attribuibile per buona parte alle Regioni della ripartizione settentrionale, che nel richiamato periodo hanno riportato un aumento del 16,5%; nelle rimanenti ripartizioni la spesa OOP è invece aumentata in maniera assai più contenuta: +4,8% nelle Regioni del Centro e +3,1% nelle Regioni del Sud (si rimanda al capitolo sull'equità per una disamina del fenomeno dell'impoverimento e delle rinunce) (Tabella 3.5).

La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2015, si è quindi attestata a € 2.420,6 pro-capite (€ 147,2 mld.) in aumento dello 0,9% rispetto al 2014 con valori massimi nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.153,0 e € 2.929,9); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.090,7) e Calabria (€ 2.109,7).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 52,0%, ovvero € 1.052,2; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 562,6 (ovvero al 26,9%).

Utilizzando la popolazione standardizzata¹², tra la Regione con la spesa totale pro-capite più elevata e quella con la spesa inferiore, la differenza rimane del 50,8%, corrispondente a € 1.062,2; escludendo dall'analisi le Regioni a statuto speciale la differenza si riduce ma rimane molto significativa: 33,9% pari a € 684,9 (Figura 3.6).

3.4. La spesa sanitaria per funzione

Sin dal 2011, con l'esclusione della voce "acquisto dei servizi di natura non sanitaria" (tra cui rientrano ad esempio le spese per la lavanderia, la pulizia, la mensa, riscaldamento, utenze telefoniche, etc.) e della spesa per la convenzione con la medicina di base, tutte le altre voci di spesa pubblica sono decresciute in maniera più o meno accentuata, sebbene alcune di esse presentino una lieve ripresa nell'ultimo anno (2014): è il caso, ad esempio, della spesa per l'ospedaliera convenzionata (Figura 3.7), e di quella relativa alle consulenze ed alle collaborazioni; crescono anche la spesa associata all'acquisto di beni sanitari sia al netto del costo sostenuto per l'acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati, sia con la spesa farmaceutica¹³.

¹⁰ Tale spesa è ottenuta come somma della spesa *Out of Pocket*, della spesa per polizze assicurative individuali e della spesa per Fondi Sanitari Integrativi.

Si noti che, in seguito al cambiamento dell'Indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat, avvenuto partire dal 2014, è emersa una precedente sottostima della spesa delle famiglie per servizi sanitari di circa € 5 mld. (valore probabilmente attribuibile alle spese per i ricoveri nelle residenze). Nel 2014, il valore della spesa familiare per servizi sanitari rinveniente dall'Indagine sulla spesa delle famiglie è tornata in linea con il dato riportato in Contabilità Nazionale (Istat) e utilizzato dagli organismi internazionali, quali l'OECD.

Alla luce di tale constatazione si è quindi ritenuto opportuno adottare da questa edizione del Rapporto il dato riportato in Contabilità Nazionale, ricostruendo su tale base la serie storica della spesa sanitaria *Out Of Pocket*

¹¹ Si rimanda alla lettura della nota 9

¹² Si rimanda alla lettura della nota 9

¹³ Si tenga presente che i Conti Economici delle Aziende Sanitarie relativi al 2014, hanno i dati relativi alla Regione Toscana provvisori

Tabella 3.5. Spesa sanitaria privata OOP. Valori pro-capite (€) e variazioni %, anni 2005-2015

Regioni	2005	2010	2015	Var. % 2005/2010	Var. % 2010/2015
Italia	479,6	513,0	567,5	7,0%	10,6%
Nord	587,6	597,5	695,8	1,7%	16,5%
Centro	476,1	538,3	563,9	13,1%	4,8%
Sud	343,8	387,0	399,1	12,6%	3,1%
Piemonte	558,3	538,5	647,6	-3,5%	20,3%
Valle d'Aosta	645,3	910,1	883,5	41,0%	-2,9%
Lombardia	615,3	556,6	714,0	-9,5%	28,3%
Trentino Alto Adige	584,3	601,4	737,8	2,9%	22,7%
Veneto	587,9	636,3	731,9	8,2%	15,0%
Friuli Venezia Giulia	658,0	877,9	631,9	33,4%	-28,0%
Liguria	433,7	504,5	637,7	16,3%	26,4%
Emilia Romagna	592,8	650,5	685,9	9,7%	5,4%
Toscana	480,0	516,6	552,9	7,6%	7,0%
Umbria	470,9	546,7	440,6	16,1%	-19,4%
Marche	519,5	544,9	500,5	4,9%	-8,2%
Lazio	461,7	549,4	606,3	19,0%	10,4%
Abruzzo	392,7	474,4	471,6	20,8%	-0,6%
Molise	389,7	477,0	423,3	22,4%	-11,3%
Campania	318,1	315,3	330,7	-0,9%	4,9%
Puglia	362,2	412,9	501,4	14,0%	21,4%
Basilicata	361,6	451,7	372,6	24,9%	-17,5%
Calabria	377,2	438,1	371,6	16,1%	-15,2%
Sicilia	307,9	376,5	401,4	22,3%	6,6%
Sardegna	403,1	433,4	360,4	7,5%	-16,8%

Il dato delle Pr. Aut. Di Bolzano e Trento si riferisce al dato del Trentino Alto Adige

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.6. Spesa sanitaria totale e spesa pubblica. Valori pro-capite (€) per popolazione pesata, anno 2015

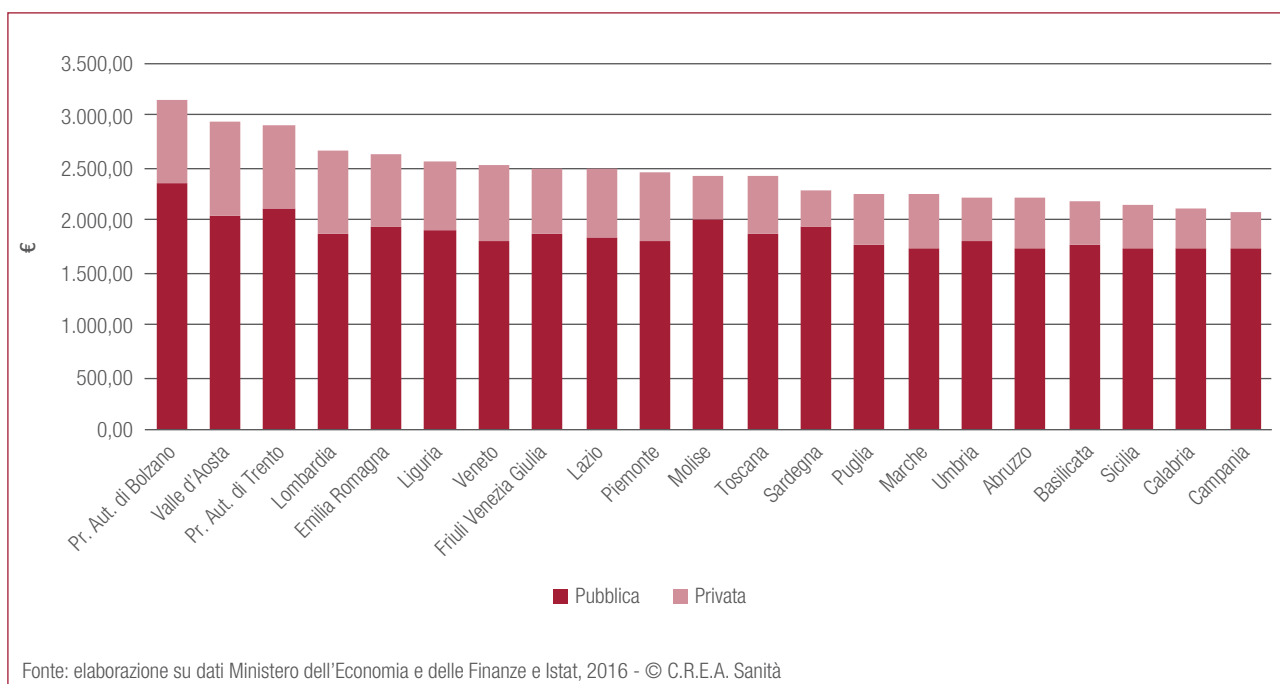
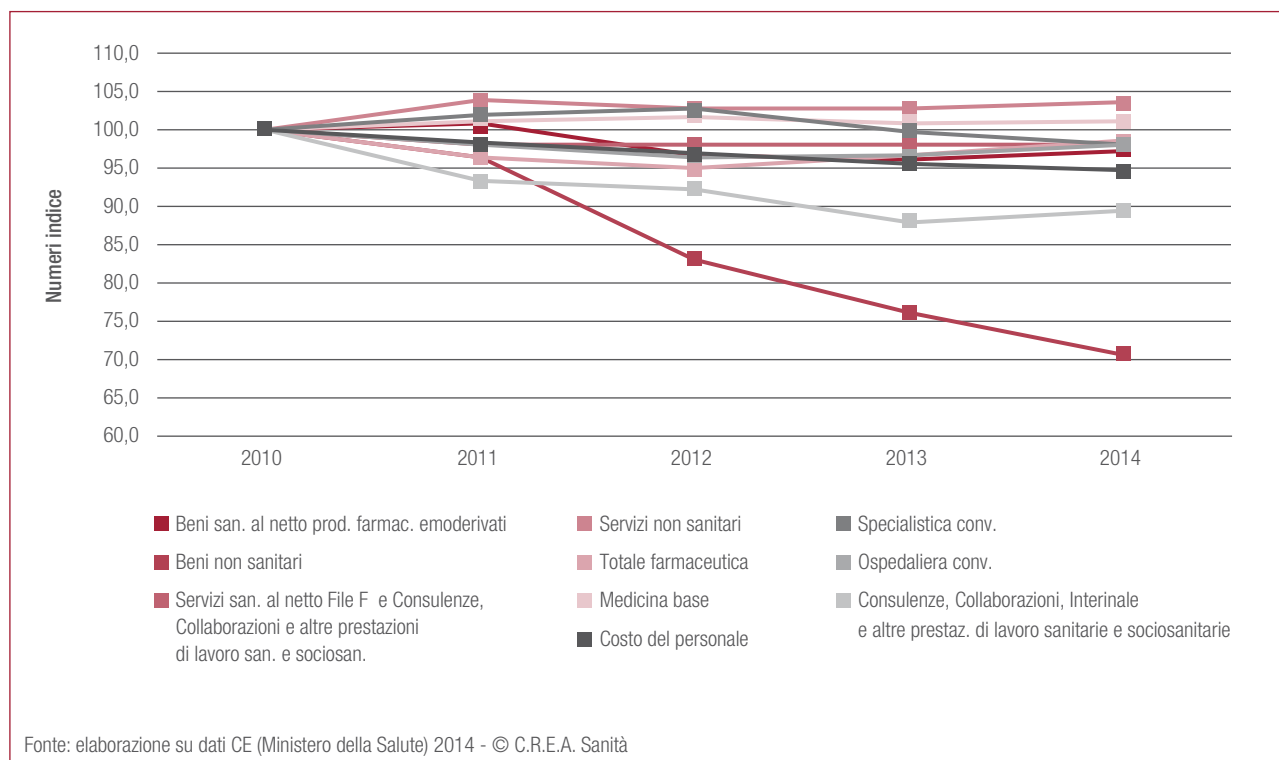


Figura 3.7. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2010=100), anni 2010-2014



La voce che si è contratta di più è quella relativa all'acquisto dei beni non sanitari (-29,4% tra il 2010 ed il 2014) sebbene siano evidenziabili forti differenze tra le varie ripartizioni: si va da una riduzione del 36,4% nelle Regioni settentrionali, ad una del 13,2% in quelle meridionali. Anche la spesa totale per il personale, nel periodo analizzato, ha avuto un *trend* decrescente riportando una variazione del -5,2%; anche in questo caso sono apprezzabili differenze tra le ripartizioni: se nelle Regioni del Nord il valore dell'indicatore ha riportato una flessione del -2,5%, in quelle centro-meridionali è diminuito in modo più considerevole e rispettivamente del -6,9% nelle Regioni del Centro e del -8,1% in quelle delle Sud.

Il dato relativo alla spesa per il personale risente del blocco del *turnover* nelle Regioni in Piano di rientro e delle politiche di contenimento delle assunzioni per le Regioni non in Piano, oltre che delle misure relative ai limiti retributivi, al nuovo regime del trattamento accessorio e al congelamento della vacanza contrattuale. Nel periodo analizzato (2010-2014) anche le spese relative alle consulenze e alle collaborazioni sono state tagliate (-10,5%); in particolare, si passa dal valore massimo

nelle Regioni meridionali (per lo più in Piano di Rientro) dove la spesa ha riportato una variazione del -13,9% a quello minimo delle Regioni Centrali dove la contrazione della citata voce ha toccato il -6,0%.

Anche la spesa per l'acquisto di beni sanitari (al netto di prodotti farmaceutici ed emoderivati) ha mostrato una *performance* piuttosto difforme tra le varie ripartizioni: è aumentata del 6,6% nel Sud, mentre si è ridotta nelle rimanenti ripartizioni (Nord -5,6%, Centro -8,5%).

Tra il 2010 ed il 2014, benché la spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica si sia mantenuta tendenzialmente stabile in tutte le ripartizioni (Nord e Centro -0,3% e Sud -3,0%), le sue componenti hanno mostrato *trend* reciprocamente compensantisi: la spesa per l'acquisto da parte delle strutture pubbliche di farmaci ed emoderivati (che include la spesa farmaceutica territoriale diretta ed ospedaliera) è cresciuta di circa il 22,9%, come pure è aumentata quella per il File F (+183,1%), mentre si è registrata una contrazione della spesa farmaceutica convenzionata del 21,4%.

Sul fronte del comparto accreditato, sia la specialistica ambulatoriale che l'assistenza ospedaliera sono entrambe arretrate: la spesa per l'assistenza specialistica accre-

ditata si è ridotta di quasi due punti percentuali (-1,9%) evidenziando, peraltro, un trend difforme nella ripartizione centro-settentrionale rispetto a quella meridionale (Nord -5,6%, Centro -5,9% e Sud +3,6%); analoga tendenza ha caratterizzato la spesa per l'assistenza ospedaliera benché nelle Regioni del Centro la riduzione della spesa sia stata più che tripla rispetto a quelle del Nord (Italia -1,8%, Nord -1,8%, Centro -5,7% e Sud +0,8%).

Infine, la spesa per la medicina di base è cresciuta leggermente raggiungendo, in media, un +1,1% (Nord -0,5%, Centro 2,9% e Sud 2,0%).

Le forti differenze regionali non sembra possano essere attribuite solo all'esistenza di Regioni in Piano di Rientro o alla dimensione dei disavanzi. Prendendo ad esempio Lazio e Campania le due Regioni che storicamente hanno accumulato i maggiori disavanzi è possibile evidenziare come abbiano palesato un compor-

tamento difforme in alcune voci di spesa: ad esempio, relativamente all'acquisto di servizi sanitari al netto del File F, collaborazioni, consulenze, etc. si osserva che la spesa, tra il 2010 ed il 2014, aumenta in Campania (+5,1%) ma diminuisce nel Lazio (-3,2%). Ulteriori discrepanze sono evidenziabili con riferimento alla spesa farmaceutica (+1,4% Lazio, nessuna variazione Campania), alla ospedaliera convenzionata (-8,7% Lazio, +2,2% Campania) etc..

In definitiva, l'analisi dell'evoluzione temporale delle voci di spesa ricavate dai Conti Economici palesa che a partire dal 2011, buona parte dei cennati aggregati economici ha smesso di crescere, o è proprio decresciuta in maniera più o meno considerevole, ma con azioni regionali difformi (Tabella 3.6).

La composizione della spesa privata è qui analizzata, in termini di quota OOP (o non intermediata) e quella

Tabella 3.6. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Variazioni %, anni 2010-2014

Regioni	Beni sanit. al netto dei prodotti farma. ed emoder.	Beni non sanit.	Ser. sanit. al netto File F e Consulenze, Collaboraz., Interin. e prestaz. sanit. e sociosanit.	Acquis. Serv. non sanit.	Acquis. servizi al netto File F e Consulenze, Collaboraz., Interinale e prestaz. sanit. e sociosanit.
Italia	-2,7	-29,4	-1,9	3,8	-1,1
Nord	-5,6	-36,4	-3,8	5,9	-2,5
Centro	-8,6	-22,3	-2,1	-7,9	-3,1
Sud e Isole	6,6	-13,2	1,2	10,9	2,3
Piemonte	-2,8	-31,9	-11,3	5,6	-9,2
Valle d'Aosta	33,1	-24,9	-5,0	-14,0	-6,9
Lombardia	-0,6	-54,9	-3,4	15,3	-1,4
Pr. Aut. di Bolzano	27,9	-15,5	-3,3	-3,3	-3,3
Pr. Aut. di Trento	102,4	-8,3	6,2	1,6	5,5
Veneto	-0,9	-18,8	-6,7	8,9	-4,5
Friuli Venezia Giulia	-1,0	-28,2	-2,3	-4,2	-2,8
Liguria	-22,7	-25,5	-2,5	-10,8	-4,0
Emilia Romagna	-13,8	-14,8	4,3	0,9	3,7
Toscana	-11,6	-25,5	-1,6	-2,5	-1,8
Umbria	3,4	-14,1	-0,9	-10,7	-3,1
Marche	-13,2	-20,8	1,7	-2,3	1,2
Lazio	-20,6	-21,8	-3,2	-12,3	-4,5
Abruzzo	22,0	-13,9	-1,2	16,8	1,2
Molise	31,9	31,1	24,8	13,6	23,4
Campania	-35,2	-9,8	5,1	8,0	5,5
Puglia	2,0	-13,3	-3,7	7,6	-2,4
Basilicata	0,0	-31,4	-2,4	-11,7	-3,6
Calabria	-18,5	-17,5	16,2	20,3	16,7
Sicilia	-3,4	-14,1	-5,2	15,1	-3,4
Sardegna	-12,5	-15,6	3,8	14,3	5,6

Fonte: elaborazione su dati CE (Ministero della Salute) 2014 - © C.R.E.A. Sanità

intermediata; quest'ultima, a sua volta, è stata ripartita in spesa per polizze assicurative individuali e spesa per fondi integrativi, casse, mutue etc.

Come evidenziato nella nota 10, dal 2014, con le modifiche metodologiche apportate alla indagine campionaria su consumi delle famiglie (ora denominata Indagine sulla Spesa delle Famiglie), assistiamo all'emersione di una importante quota di spesa OOP, con il dato di spesa sanitaria totale che si riallinea con quello precedentemente stimato in contabilità nazionale.

Peraltro, da una analisi più approfondita, emergono varie carenze e discrasie nelle rilevazioni: non solo per alcune aree residue di "ombra" nella ricostruzione della coerenza fra i due dati forniti dall'Istat, ma anche per alcuni aspetti che sembrano non essere stati sin qui presi adeguatamente in considerazione. Citiamo, fra tutti, l'aspetto della potenziale duplicazione di spesa derivan-

te dalle coperture (assicurative e non) erogate in forma indiretta e la non rilevazione del crescente fenomeno dei fondi sanitari complementari e integrativi.

Si è quindi deciso di tentare una ricostruzione quantitativa del fenomeno. In particolare la spesa *Out Of Pocket* è stata calcolata come la spesa per i servizi sanitari sostenuta dalle famiglie (Indagine sulla Spesa delle famiglie, Istat) nettandola dei rimborsi previsti nel caso di coperture "indirette"; sebbene stime effettuate da enti intermediari prevedono che venga rimborsato tutto il valore delle polizze individuali e circa tre quarti di quello complessivo dei contributi versati, nel caso dei Fondi (complementari e integrativi), prudenzialmente abbiamo ipotizzato che vengano rimborsati i due terzi del valore delle polizze assicurative e la metà di quello relativo ai Fondi. Si giunge così complessivamente ad una stima di spesa OOP di € 32,3 mld..

Tot. farmaceutica	Medicina di base -da convenz.	Specialistica conv	Osp. conv	Consulenze, Collaboraz., Interinale e prestaz. sanit. e sociosanit.	Personale
-1,3	1,1	-1,9	-1,8	-10,5	-5,2
-0,3	-0,5	-5,6	-1,8	-9,9	-2,5
-0,3	2,9	-5,9	-5,7	-6,0	-6,9
-3,0	2,0	3,6	0,8	-13,9	-8,1
-3,7	1,1	-10,8	-11,9	-29,6	-5,8
-6,3	10,8	-23,0	82,5	-48,4	0,0
10,5	-3,6	-5,6	-1,2	13,7	-2,7
3,7	3,5	19,3	-7,1	-29,8	5,0
0,3	1,7	9,5	-4,3	-13,4	4,6
-3,1	0,6	-7,4	-10,3	-9,9	-1,6
-6,2	-0,0	-3,1	-2,4	-22,0	-1,5
-12,6	-2,1	-16,7	49,0	-36,4	-7,2
-7,3	2,0	7,4	12,1	-9,0	-0,7
-3,7	-0,0	-11,6	5,8	3,3	-4,2
2,8	4,1	16,1	-1,5	-11,2	-0,3
-0,0	2,7	2,9	4,0	-34,8	-5,0
1,4	4,9	-5,9	-8,4	-1,9	-11,2
-0,5	2,7	1,4	7,0	39,8	-3,3
-1,6	-3,2	12,6	-2,1	-72,4	-8,5
0,0	-0,6	-1,0	2,2	1,4	-14,9
-6,1	5,3	18,3	-0,8	-34,3	-9,3
-5,6	-3,5	45,8	361,3	-24,4	-4,0
-1,8	1,5	6,6	-6,5	-41,0	-10,7
-5,6	2,7	-1,0	0,5	-29,6	-4,5
-0,3	4,5	11,4	-5,3	-13,4	2,0

Sul versante della spesa intermediata, quella per le polizze assicurative individuali è, invece, stata stimata pari ai due terzi dei premi ANIA per malattia (€ 1,49 mld.), attribuendo il resto a polizze collettive, che attengono alla gestione dei Fondi.

Si è deciso di utilizzare il dato ANIA, in quanto la rilevazione Istat 2014 vede dimezzarsi la spesa assicurativa, senza plausibili ragioni e senza conferma nei dati delle Compagnie.

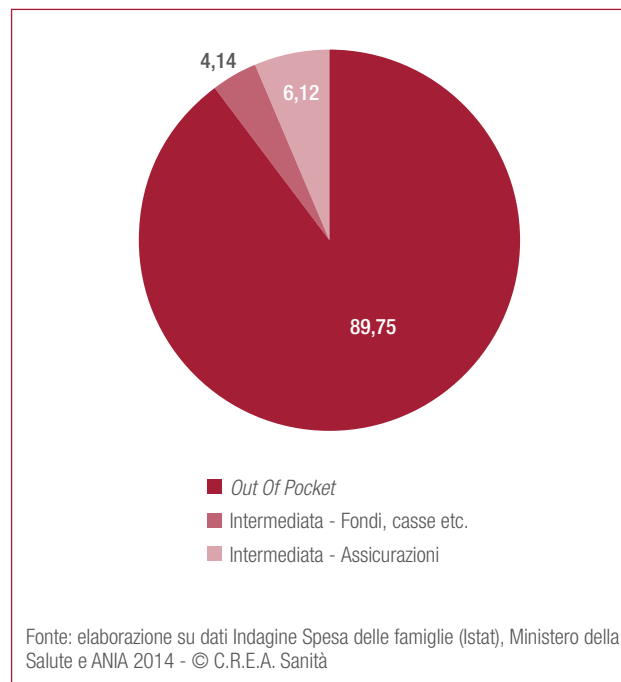
Per i Fondi è stato considerato il dato relativo ai contributi, raccolto dall’anagrafe istituita presso il Ministero della Salute: si tratta di € 2,2 mld. ed è da ritenersi tendenzialmente sottostimato.

Per la ripartizione regionale della spesa intermediata, si è fatto riferimento alla rilevazione Istat, rinveniente dall’Indagine sui consumi delle famiglie anno 2013, per le polizze individuali; per le polizze collettive (Fondi) il dato raccolto presso esperti del settore, vede una distribuzione per il 54,5% nel Nord-Ovest, il 18,0% nel Nord-Est, il 20,1% nel Centro e per il 7,4% nel Mezzogiorno.

Ciò premesso, la stima indica per il 2015 che la spesa OOP rappresenterebbe circa l’89,8% del totale della spesa privata e quella intermediata il restante 10,3%, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 4,1% alle polizze individuali (Figura 3.8).

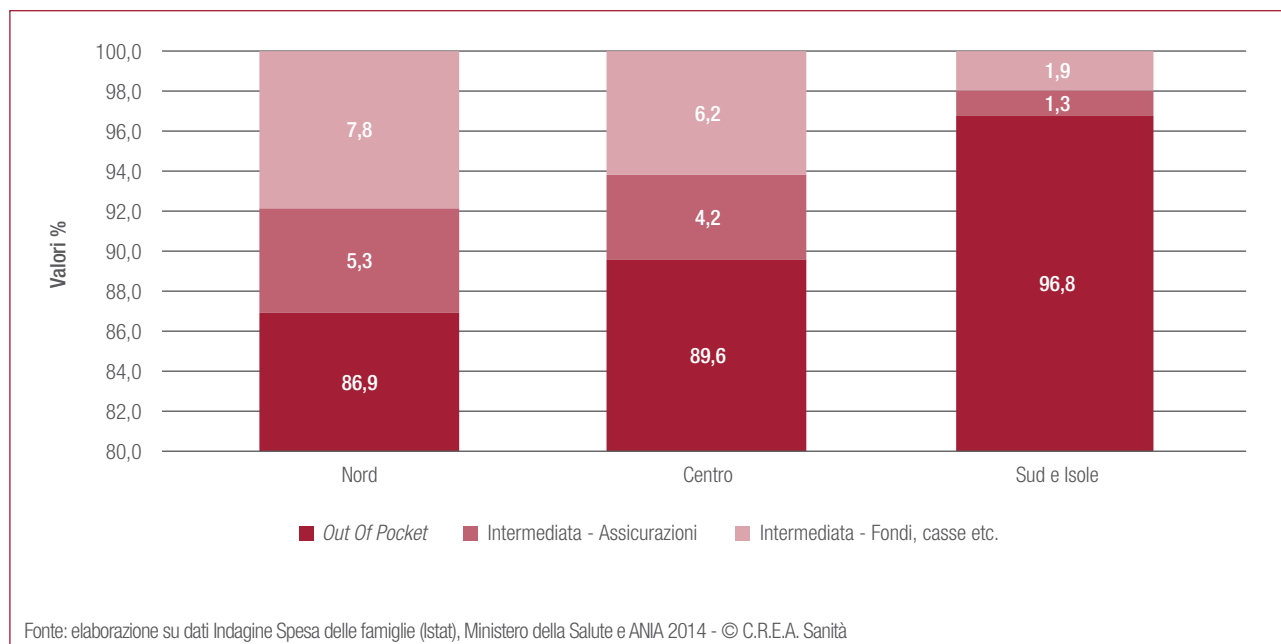
Analizzando la composizione della spesa privata per

Figura 3.8. Spesa sanitaria privata. Composizione (%), anno 2015



ripartizione geografica è interessante osservare come la componente intermediata rappresenti il 13,1% della spesa privata nel Nord (16,9% nel Nord-Ovest e 7,8% nel Nord-Est), il 10,4% nel Centro e solo il 3,2% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria (Figura 3.9).

Figura 3.9. Spesa sanitaria privata per ripartizione geografica. Composizione (%), anno 2015



Puglia, Campania, Umbria e Molise risultano essere le quattro Regioni con la quota maggiore di spesa OOP, che ivi supera il 98,0%.

Piemonte, Trentino Alto Adige, Lazio, Lombardia e Liguria risultano invece quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata, rispettivamente pari a 23,6%, 17,5%, 14,8%, 14,4% e 13,2%.

Infine, Liguria e Lombardia sono le Regioni con la quota più elevata di spesa intermediata per assicurazioni: raggiunge rispettivamente il 9,5% e il 7,1%. All'opposto si collocano Campania e Puglia: 0,5% e 0,4% rispettivamente.

La Liguria, con il 14,1%, risulta essere anche la Regione con la quota più alta di spesa per Fondi, mutue etc.; seguono Lombardia, Lazio e Trentino Alto Adige con il 10,47%, 8,8% e 8,6% rispettivamente.

3.5. La spesa sociale (LTC)

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, nel presente paragrafo, si tenta una integrazione della spesa sanitaria, stimando gli oneri relativi alle prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza e disabilità, tipicamente riconducibili a spesa per *Long Term Care* (LTC), sebbene, dunque, non strettamente sanitarie.

Si tratta di un insieme piuttosto eterogeneo di benefici, che comprendono prestazioni sia in natura che in denaro:

- prestazioni di competenza comunale, propriamente sociali a rilevanza sanitaria¹⁴;
- altre prestazioni in denaro, specificatamente erogate dall'INPS¹⁵;
- spese delle famiglie per l'assistenza agli anziani.

In altri termini, a livello pubblico, per la non-autosufficienza (o LTC) sono erogate prestazioni in natura e riconducibili alla assistenza residenziale o domiciliare, ma anche numerosi trasferimenti monetari, quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, permessi retribuiti a norma della L. 104/1992 e *voucher*¹⁶ (questi ultimi a carico dei Comuni).

Iniziando dalle provvidenze economiche, erogate dall'INPS per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti¹⁷, e dai Comuni per *voucher*¹⁸ a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani), esse ammontano per il 2015 a € 15.100,0 mln. La parte preponderante di queste provvidenze, il 79,5%, è rappresentato dalle indennità di accompagnamento, il 19,9% dalle pensioni di invalidità civile ed il residuo 0,7% dai benefici economici offerti dai Comuni (Figura 3.10).

Se aggiungiamo la stima per i permessi retribuiti previsti dalla L. 104/1992 per i dipendenti del settore pubblico si arriva, con larga approssimazione, ad un totale pari a € 15.648,8 mln¹⁹.

Il complessivo onere per il settore pubblico per l'assistenza LTC di tipo sociale ai non-autosufficienti (anziani e disabili), si può ipotizzare, quindi, che abbia raggiunto € 16.145,5 mln. di cui il 2,6% assorbito dall'assistenza do-

¹⁴ Hanno l'obiettivo di supportare le persone in stato di bisogno e con problemi di disabilità o di emarginazione e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico e di aiuto domestico

¹⁵ Ci riferiamo alle indennità di accompagnamento, alle pensioni di invalidità civile e ai costi della L. 104/1992

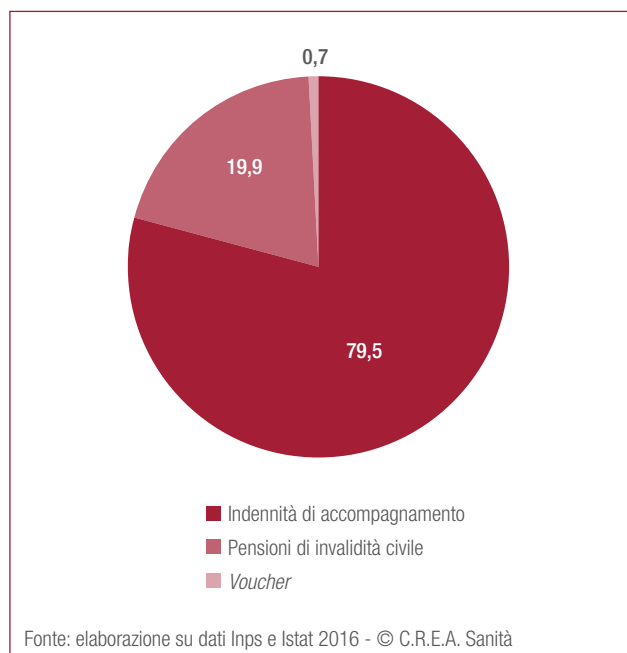
¹⁶ Il *voucher* è uno strumento che, pur nascendo come provvidenza economica, ha una destinazione vincolata, ovvero è destinato all'acquisto di prestazioni in natura, quali ad esempio prestazioni di tipo domiciliare piuttosto che residenziale; l'indagine sugli "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati" dell'Istat, tuttavia, non dettaglia quali servizi debbano essere acquistati con i *voucher*: non è, quindi, possibile ripartire l'importo dei *voucher* tra i servizi al cui acquisto è "predestinato". In definitiva, si tratta di uno strumento che permette di mettere fine all'incertezza che caratterizza le erogazioni dirette di denaro ai beneficiari dei programmi pubblici di sostegno economico

¹⁷ Dato ottenuto moltiplicando il numero medio di beneficiari per l'importo medio annuo

¹⁸ La spesa del 2015 dei Comuni relativa ai *voucher* è stata stimata supponendo che l'incidenza di tale voce sul totale della spesa sociale dei Comuni nel 2013 fosse la medesima rilevata per il 2012 e applicando, poi, il tasso di variazione della spesa registrato nel 2013

¹⁹ La stima relativa ai permessi retribuiti è stata ottenuta moltiplicando il numero di giornate di permesso per la retribuzione media giornaliera dei lavoratori dipendenti contribuenti INPS nell'anno 2013. E' stato poi supposto che tra il 2013 ed il 2015 non vi siano state variazioni nel dato. Appare doveroso, in ogni caso, sottolineare come l'importo sia ampiamente sottostimato in quanto si riferisce ai soli dipendenti del settore pubblico dei quali peraltro solamente il 58,0% ha aderito alla rilevazione

Figura 3.10. Spesa per indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile e voucher. Composizione (%), anno 2015



miciliare socio-assistenziale e lo 0,5% da quella integrata con servizi sanitari entrambe di competenza comunale.

Per quanto concerne la spesa privata sostenuta dalle famiglie per i servizi di assistenza a disabili e anziani, notiamo che sulla base dei dati forniti dall'INPS nel 2015, si avrebbero 376.000 badanti; applicando una retribuzione media annua di € 14.000,0 al netto dei contributi, si può immaginare una spesa almeno di € 5,3 mld., senza considerare il fenomeno del "sommerso" (Tabella 3.7).

È anche lecito ipotizzare, sebbene l'ottenimento

dell'indennità di accompagnamento non implichi per il beneficiario obblighi circa il suo impiego, che tale provvidenza venga impiegata per coprire parte della spesa per le badanti: in definitiva, moltiplicando l'importo medio annuo che viene erogato a favore dei percettori di indennità di accompagnamento per il numero delle badanti, se ne ricava che della spesa totale per badanti il 41,9% (€ 2,2 mld.) è coperta tramite il gettito derivante dalle indennità di accompagnamento e il residuale 58,1% (€ 3,1 mld.) rimane a totale carico delle famiglie.

Andrebbe, poi, anche considerato il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, tipicamente forniti da caregiver familiari.

In definitiva, pur con larga sottostima, alla spesa sanitaria si accompagna una ulteriore spesa per LTC di tipo sociale che supera € 19,0 mld., ovvero l'1,2% del PIL.

3.6. La spesa socio-sanitaria

Di seguito utilizzeremo la dizione "spesa socio-sanitaria"²⁰ per riferirci al complesso della spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria e per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, per lo più non-autosufficienti.

Si consideri che nel 2015 la spesa socio-sanitaria totale, la quale abbiamo stimato ammontasse a € 166.364,8 mln., è risultata essere composta per il 66,8% dalla spesa sanitaria pubblica, per il 21,6% dalla spesa sanitaria privata, per il 9,7% dalle prestazioni rientranti nella LTC sociale pubblica (provvidenze economiche²¹,

Tabella 3.7. Spesa totale per LTC. Valori assoluti (€ mln.) e composizione %, anno 2015

Funzioni di spesa	€ mln.	Composizione (%)
Spesa totale	19.203,0	100,0
di cui pubblica per prestazioni in natura	496,7	2,6
di cui pubblica per prestazioni in denaro	15.648,7	81,5
di cui privata per badanti	3.057,6	15,9

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat - © C.R.E.A. Sanità

²⁰ In particolare, per la definizione di socio-sanitario da noi utilizzata, la spesa socio-sanitaria totale è ottenuta sommando la spesa sanitaria pubblica totale, la spesa sanitaria privata totale, il totale delle provvidenze economiche elargite a favore di soggetti non-autosufficienti, il servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale ed, infine, la spesa privata per badanti

²¹ Rimarchiamo che in questa categoria sono ricomprese le indennità di accompagnamento, le pensioni di invalidità civile, i voucher ed, infine, i permessi retribuiti a norma della L. 104/92

Tabella 3.8. Spesa socio-sanitaria. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2015

Funzioni di spesa	€ mln.	Composizione (%)
Spesa socio-sanitaria totale	166.364,8	100,0
di cui spesa sanitaria pubblica	111.185,6	66,8
di cui spesa sanitaria privata	35.976,2	21,6
di cui LTC sociale pubblica	16.145,4	9,7
di cui LTC sociale privata	3.057,6	1,8

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3.9. Spesa socio-sanitaria - Quota su PIL. Valori %, anno 2015

Funzioni di spesa	2015
Spesa socio sanitaria totale	10,1
di cui spesa sanitaria pubblica	6,8
di cui spesa sanitaria privata	2,2
di cui LTC sociale pubblica	1,0
di cui LTC sociale privata	0,2

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat - © C.R.E.A. Sanità

per il 9,4% e servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale per lo 0,3%) e per l'1,8% dalla LTC sociale privata, ovvero dalla spesa privata per badanti (Tabella 3.8).

La spesa socio-sanitaria così stimata ha rappresentato, nel 2015, il 10,1% del PIL, di cui il 6,8% imputabile alla spesa sanitaria pubblica, il 2,2% a quella privata, l'1,03% ai servizi della LTC sociale pubblica ed il residuale 0,2% alla spesa privata per badanti.

Infine, per l'assistenza di tipo socio-sanitario, sono stati spesi mediamente, nel 2015, € 2.736,5 per ciascun residente.

3.7. Le previsioni di spesa

Nella Tabella 3.10, sono state sintetizzate le variazioni del rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL tra il 2013

ed il 2060 per i Paesi appartenenti all'EU15 secondo le proiezioni del Gruppo di lavoro sull'invecchiamento del Comitato di Politica Economica della Commissione Europea (*Economic Policy Committee – Working Group on Ageing, EPC-WGA*²²). In particolare, secondo tali proiezioni l'aumento più forte di spesa tra il 2013 ed il 2060 dovrebbe registrarsi per Portogallo, Austria, Grecia e Regno Unito per la componente acuta e per Olanda, Danimarca e Finlandia per la componente LTC. Per l'Italia l'aumento previsto di spesa appare molto più contenuto e legato soprattutto alla LTC.

Va evidenziato che le previsioni citate sono il frutto di analisi fondate su una serie di ipotesi "non sempre condivisibili" e adottano un approccio ampiamente discutibile.

Prima di tutto, questi "esercizi" predicono la spesa pubblica, ovvero una sola componente della spesa sanitaria, senza considerare il fatto che questa ultima

²² Si tenga presente che EPC-WGA sviluppa proiezioni separate della spesa sanitaria pubblica per acuti e della spesa per LTC. In particolare, la previsione della spesa viene effettuata sulla base della metodologia del *reference scenario* la quale recepisce, oltre agli effetti derivanti dall'invecchiamento demografico, anche gli effetti indotti da ulteriori fattori. Nello specifico, per la componente acuta della spesa il *reference scenario* prevede: 1) la considerazione secondo cui gli incrementi della speranza di vita si traducono in anni vissuti in buona salute in misura pari al 50,0%; 2) la considerazione della dinamica del costo unitario (*unit cost*) agganciata al PIL pro-capite; 3) la considerazione dell'elasticità del costo unitario rispetto al PIL pro-capite superiore a 1. Per la componente LTC il *reference scenario* prevede 1) la considerazione secondo cui gli incrementi della speranza di vita si traducono in anni vissuti in buona salute in misura pari al 50,0%; 2) la considerazione della dinamica del costo unitario (*unit cost*) agganciata alla produttività; 3) la considerazione dell'elasticità del costo unitario alla produttività pari a 1 per tutto il periodo di previsione

Tabella 3.10. Spesa sanitaria pubblica e spesa per LTC in % del PIL nei Paesi EU15, anni 2013 e 2060

Paesi	Spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL			Spesa per LTC in rapporto al PIL			Spesa pub. + spesa LTC		
	2013	2060	Var. % 2013-2060	2013	2060	Var. % 2013-2060	2013	2060	Var. % 2013-2060
Austria	6,9	8,2	1,3	1,4	2,7	1,3	8,3	10,9	2,6
Belgio	6,0	6,1	0,1	2,1	3,7	1,6	8,1	9,8	1,7
Danimarca	8,1	9,0	0,9	2,4	4,5	2,1	10,5	13,5	3,0
Finlandia	7,8	8,5	0,7	2,4	4,6	2,1	10,2	13,1	2,8
Francia	7,7	8,6	0,9	2,0	2,8	0,8	9,7	11,4	1,7
Germania	7,6	8,2	0,6	1,4	2,9	1,5	9,0	11,1	2,1
Grecia	6,6	7,9	1,3	0,5	0,9	0,4	7,1	8,8	1,7
Irlanda	6,0	7,2	1,2	0,7	1,4	0,7	6,7	8,6	1,9
Italia	6,1	6,7	0,7	1,8	2,7	0,9	7,9	9,4	1,6
Lussemburgo	4,6	5,1	0,5	1,5	3,2	1,7	6,1	8,3	2,2
Olanda	7,2	8,1	1,0	4,1	7,1	3,0	11,3	15,2	4,0
Portogallo	6,0	8,5	2,5	0,5	0,9	0,4	6,5	9,4	2,9
Spagna	5,9	6,9	1,1	1,0	2,4	1,4	6,9	9,3	2,5
Svezia	6,9	7,3	0,4	3,6	5,1	1,5	10,5	12,4	1,9
Regno Unito	7,8	9,1	1,3	1,2	1,5	0,3	9,0	10,6	1,6
EU15	7,1	8,0	0,9	1,7	2,9	1,2	8,8	10,9	2,1

Fonte: The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU28 Member States (2013-2060)

è frutto di una scelta strettamente politica: di fatto l'unico "senso" attribuibile a tali esercizi è quello di evidenziare livelli di spesa macro-economicamente compatibili, che però possono esitare tanto in variazioni importanti e complementari sul fronte della spesa privata, quanto in variazioni altrettanto importanti dei livelli assistenziali.

Questo ultimo punto è reso evidente da ipotesi, quali quelle del *reference scenario*, ove si ipotizza, tra le altre cose, che il costo unitario della Sanità sia legato al PIL pro-capite; appare evidente la ratio macro-economica dell'ipotesi, ma va esplicitato che questa implica che a fronte di una crescita inferiore a quella europea (come è il caso attuale dell'Italia) ci si troverebbe a fronteggiare la problematica di come riuscire ad acquistare a prezzi inferiori degli altri Paesi i prodotti a mercato globale, tipicamente quelli relativi a tecnologie innovative: in altri termini, l'ipotesi sconta nei fatti una modifica sostanziale dei livelli assistenziali in termini relativi, legata all'andamento economico.

Malgrado le perplessità enunciate sugli esercizi di previsione effettuati a livello internazionale, esse rilevano sulle politiche sanitarie nazionali; si consideri che

secondo le proiezioni²³ ricavabili dall'ultimo Documento di Programmazione Economica e Finanziaria (DEF 2016), il rapporto tra spesa sanitaria pubblica (comprensiva della quota di spesa per LTC di tipo sanitario) e PIL dovrebbe raggiungere il 7,6% nell'ultimo anno del periodo di previsione (2060) a fronte di un valore del 6,9% nel 2015: si tratterebbe quindi di un incremento pari allo 0,7%, non casualmente coincidente con le proiezioni elaborate nell'ambito EPC-WGA. Qualora, invece, considerassimo la spesa sanitaria pubblica al netto della componente sanitaria della LTC, il rapporto tra quest'ultima ed il PIL passerebbe dal 6,1% nel 2015 al 6,5% nel 2060, con un incremento dello 0,4% (Tabella 3.11).

Previsioni di crescita della spesa sanitaria pubblica come quelle descritte, persino inferiori a quelle registrate nell'ultimo decennio, e risultate pari (come già sopra analizzato) a un quarto di quelle EU14, rimanendo le condizioni di crescita economica quelle attuali, provocherebbero un ampliamento del *gap* fra Italia e Paesi vicini, ancora maggiore di quello paventato nelle analisi precedenti, ponendo evidenti quesiti sulla ulteriore sostenibilità del nostro sistema sanitario.

²³ Anche le previsioni ricavabili dal DEF 2016 si basano sulla metodologia del *reference scenario*

Tabella 3.11. Spesa sanitaria pubblica e spesa per LTC in % del PIL in Italia, anni 2010-2060

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Spesa sanitaria pubblica	7,0	6,9	6,5	6,7	6,9	7,1	7,2	7,4	7,5	7,6	7,6
di cui LTC sanitaria	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1
LTC socio-assistenziale	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5

Fonte: DEF 2016

3.8. Conclusioni

La spesa sanitaria pubblica italiana “non riesce a tenere il passo” con quella dell’Europa occidentale: la minore crescita economica dell’Italia si è traslata in un progressivo ampliamento del *gap* di spesa, specialmente pubblica, essendo, invece, la spesa sanitaria privata allineata ai tassi di incremento medi Europei.

Qualora si dovessero confermare i tassi di crescita degli ultimi 5 anni, il *gap* di spesa totale arriverà a sfiorare il 44,0% nel 2020; e sarebbe ancora peggiore adottando le previsioni di spesa degli organismi internazionali (peraltro già “sposate” a livello nazionale nei documenti di finanza pubblica): in tale scenario si pone un problema evidente di sostenibilità, poiché è difficilmente immaginabile che i livelli assistenziali italiani possano rimanere a lungo comparabili con quelli dell’Europa occidentale a fronte di *gap* così marcati nei livelli di spesa.

L’analisi evidenzia che l’Italia si colloca al di sotto del valore atteso tanto in termini di spesa pubblica quanto in termini di spesa privata e questo implica una bassa WTP per la Sanità nel Paese, tanto pubblica che privata; se nel caso della componente pubblica le ragioni sono evidentemente da ricercarsi nella mancata crescita e nell’onere del debito, per quanto concerne la componente privata ci sembra possa essere legata a fattori culturali, derivanti dall’attesa che il sistema universalistico pubblico fornisca tutte le risposte e coperture ai bisogni assistenziali, senza una responsabilizzazione sussidiaria delle famiglie.

In termini di “efficientamento” del sistema, notiamo che i tassi di crescita della spesa pubblica pro-capite, mettono in rilievo come nel periodo 2005-2015, a fronte di una crescita in termini nominali dell’11,2%, in termini reali si assista ad una contrazione del 5,8%. A partire dal 2011, con l’esclusione della voce “acquisto dei servizi di natura non sanitaria” (tra cui rientrano ad esempio le spese per la lavanderia, la pulizia, la mensa,

riscaldamento, utenze telefoniche, etc...) e della spesa per la convenzione con la medicina di base, tutte le altre voci di spesa sono decresciute in maniera più o meno accentuata, sebbene alcune di esse presentino una lieve ripresa nell’ultimo anno (2014): è il caso, ad esempio, della spesa per l’ospedaliera convenzionata, piuttosto che per quella relativa alle consulenze ed alle collaborazioni; crescono anche la spesa associata all’acquisto di beni sanitari al netto del costo sostenuto per l’acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati e la spesa farmaceutica.

Il fatto che la spesa privata abbia raggiunto il 24,4% della spesa totale, dimostra che la assoluta “supremazia” del servizio pubblico in Sanità è ormai non più riscontrabile nei numeri.

Peraltro, la componente OOP ha inciso in media per il 89,8% sulla spesa privata, e la quota maggiore si registra nelle Regioni della ripartizione meridionale, dove rappresenta il 96,8% della privata totale.

Simmetricamente, la quota di spesa intermediata nel Nord è pari al 13,1% mentre nelle Regioni meridionali assorbe solamente il 3,2% della spesa privata totale.

Purtroppo, l’arretramento relativo della quota di spesa pubblica e il contemporaneo sviluppo delle forme integrative (siano esse polizze individuali o forme collettive) stanno provocando una ulteriore fonte di disparità fra Nord e Sud del Paese: evidentemente, non si tratta di contrastare il fenomeno, reso intrinsecamente necessario dalla carenza di risorse pubbliche, quanto governarlo meglio, onde evitare l’ampliarsi delle iniquità.

Riferimenti bibliografici

ANIA, Premi Danni (<http://www.ania.it/it/pubblicazioni/>)
Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it

Ministero dell'Economia e delle Finanze (anni vari), *Il monitoraggio della spesa sanitaria*

Ministero dell'Economia e delle Finanze (anni vari), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*

Ministero della Salute, *Fondi Sanitari Integrativi*

Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico*

OECD (2016), *Health Data Statistics*

SDA Bocconi (anni vari), *Osservatorio sui consumi privati in Sanità* (anni vari)

ENGLISH SUMMARY

Health Expenditure: national and international evolution

Actually, the gap between total Italian healthcare expenditure (€ 147.2-billion) and that of Western Europe (EU14) is absolutely significative: in 2015 Italian expenditure is lower by 32.5% with respect of the EU14 average; the gap increases by 2.6% in the last year and by 16.8% since 2005. In the case of the current per capita public expenditure, the gap has by now reached -36.0% (+2.9% compared to the previous year), while regarding current private expenditure the figure has remained at -18.9%, reporting a very modest growth over the past decade (+1.3%).

We also observe a geographical gradient in Italy, between northern and southern Regions, in terms of private spending: in the north, compared to a total expenditure that is 27.2% lower compared to the Western European average, one observes a private expenditure that is 0.4% greater, whereas in southern regions the overall expenditure is 40.8% lower and private spending is 45.2% lower.

Projecting the current trends, the gaps in terms of total expenditure may rise to about 44.0% in 2020, whereas in terms of public expenditure it has been estimated that the gap may reach 40.0% in 2017 and, all the way, to 43.5% in 2019.

In 2015, total healthcare expenditure in Italy has absorbed approximately 9.0% of the GDP, actually maintaining its burden compared to the previous year; even in Western European countries the ratio between total healthcare expenditure and GDP over the past two years has remained basically stable, but on a higher level of approximately 10.4%.

Total per capita healthcare expenditure for the year 2015 stands at € 2,420.6, increased by 0.9% compared to 2014: the difference between the Region with the highest spending and the one with the lowest spending was 52.0%, namely € 1,052.2; whereas the public per capita expenditure amounted to € 1,828.8 (+0.3% compared

to 2014) and the difference between the Region with the highest spending and the one with the lowest spending was 40.0%; finally, private per capita spending has been estimated on an average as equal to € 591.8 (+2.6% compared to 2014): the difference between the Region with the highest expenditure and the one with the lowest expenditure was nearly three-fold (2.7).

Analysis of the trend by different items, has brought to light that the expenditure item most contracted was the one relative to the purchase of non-healthcare goods (-29.4% between 2010 and 2014); during the same period, even spending relative to consultancies and collaborations were reduced (-10.5%) in addition to expenses for personnel (-5.2%).

It must also be noted that overall public pharmaceuticals expenditure have remained nearly stable (-1.3%), offsetting the rise in expenditure relative to hospital expensive drug treatment (+183.1%), with a reduction equal to 21.4% for drug treatment distributed by pharmacies.

On the side of services purchasing from private facilities, we note that expenditure for specialistic ambulatory services has been reduced by 1.9% and that relative to hospital by 1.8%.

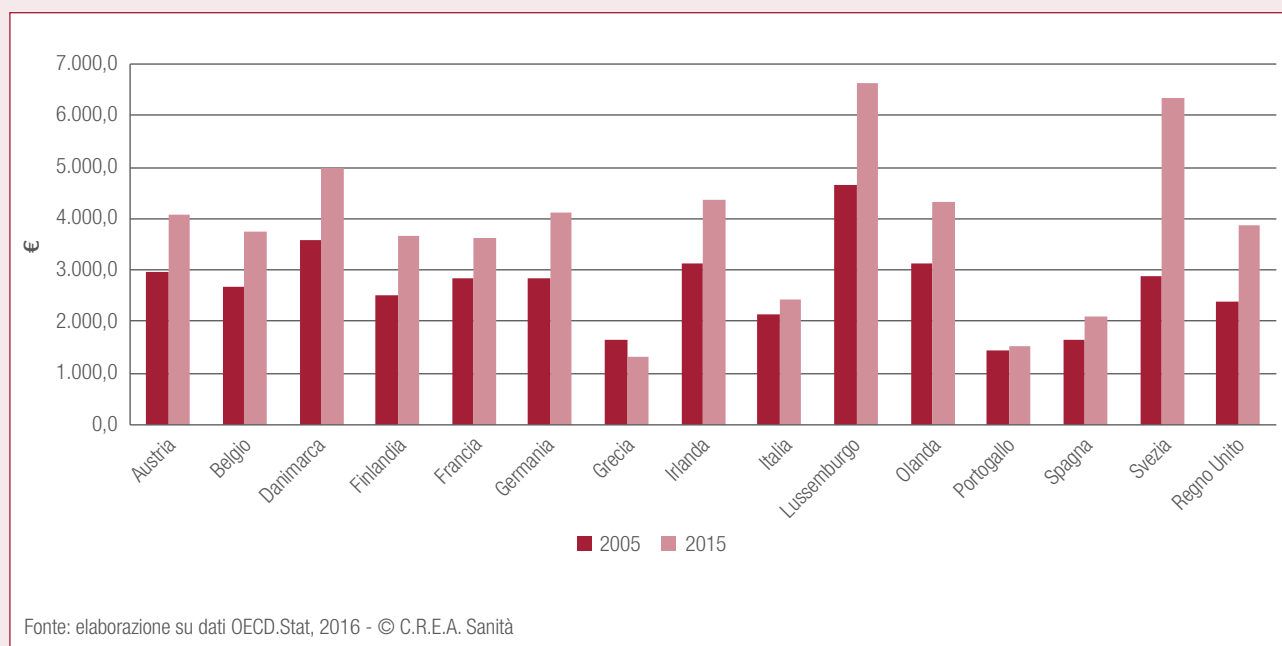
It must also be noted that 24.4% of total health expenditure for the year 2015 was funded directly by households: this demonstrates that the absolute supremacy of public health services in Italy is no longer supported by numbers. Moreover, the out of pocket component of the private expenditure has accounted on an average for 89.8% and the highest share was recorded in the Regions of southern Italy, where it represented 96.8% of total private expenditure. Symmetrically, the intermediate private spending share of northern Italy is equal to 13.1%, whereas in southern regions it only absorbs 3.2% of overall private spending.

Ultimately, analysis has proven that Italy ranks below the expected value both in terms of public expenditure

and in terms of private spending. This implies a low Willingness to Pay (WTP) for Healthcare in the country, both in the public and in the private sector. While in the case of the public sector the reasons can evidently be found in a lacked growth and the burden of public debt; for that concerning the private sector, we believe the reason may be linked to cultural factors deriving from the expectation that the Italian public universalistic system provide all the answers and coverage of healthcare needs, without entailing subsidiary responsibilities for households.

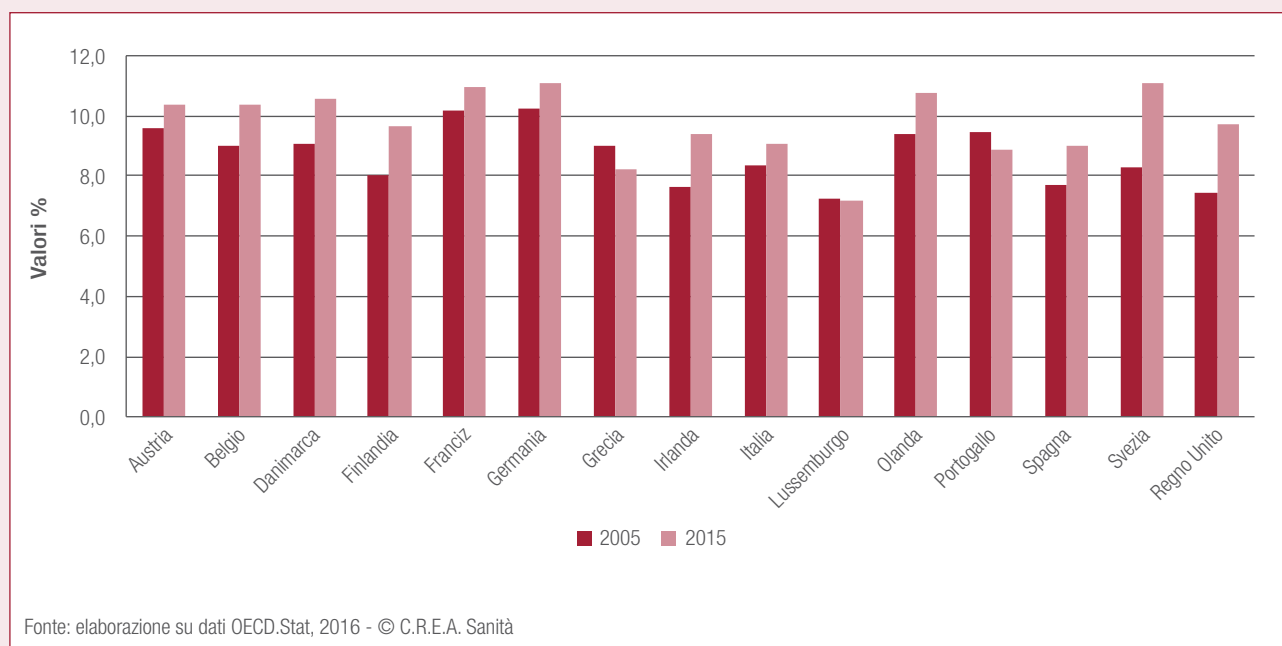
To complete the picture of healthcare expenditure, the burden relative to social services delivered to the non self-sufficient and the disabled has been estimated, which may typically fall under the category of spending for Long Term Care (LTC). In 2015 it amounted to over € 19.0-billion, of which the greatest share involved economic provisions of a public nature (attendance allowance, legal disability pension, vouchers, social-healthcare coupons, care allowances and paid leave in accordance with Law 104/1992).

KI 3.1. Spesa sanitaria totale nei Paesi EU15. Valori pro-capite (€), anni 2005 e 2015



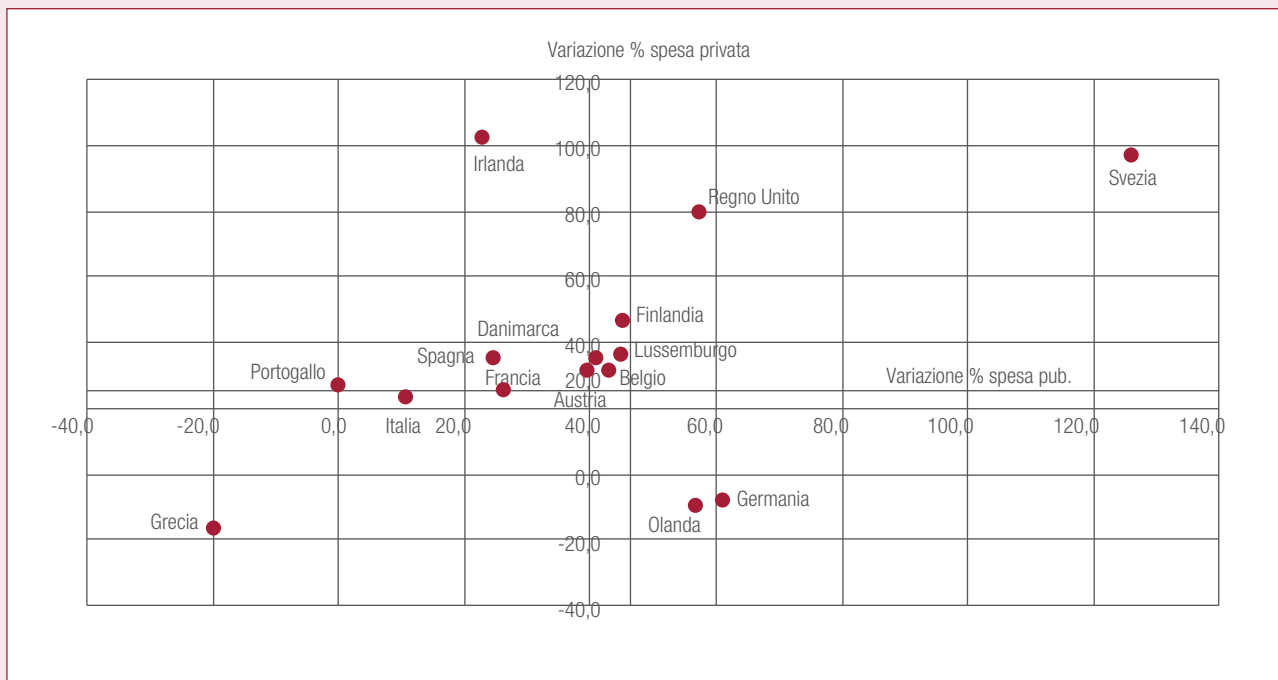
La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2015 (stime), in Italia si attesta a € 2.436,1 con uno scarto del 32,5% rispetto ai € 3.608,0 pro-capite dell'Europa occidentale. Il *gap* risulta in aumento di 2,6 punti percentuali rispetto all'anno precedente e di 16,8 in confronto al 2005. Nel decennio 2005-2015 il *gap* in termini di spesa totale pro-capite tra l'Italia e l'Europa occidentale (EU14) è più che raddoppiato (15,7% vs. 32,5%). La forbice tra l'Italia e l'Europa occidentale, quindi, continua ad allargarsi: nell'ultimo anno, la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese è cresciuta dell'1,5% contro il 5,4% dell'Europa occidentale (0,1% vs. 3,8% medio annuo tra il 2010 ed il 2015). [Si avverte che i dati diffusi da OECD possono differire nel metodo di rilevazione tra i vari Paesi; con riferimento alla confrontabilità temporale, in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie dei dati a causa di uno o più "break in time series" (per cui i dati possono non essere totalmente comparabili tra un anno e l'altro). Per approfondire, <http://stats.oecd.org>]

KI 3.2. Spesa sanitaria totale nei Paesi EU15. Valori in % del PIL, anni 2005 e 2015



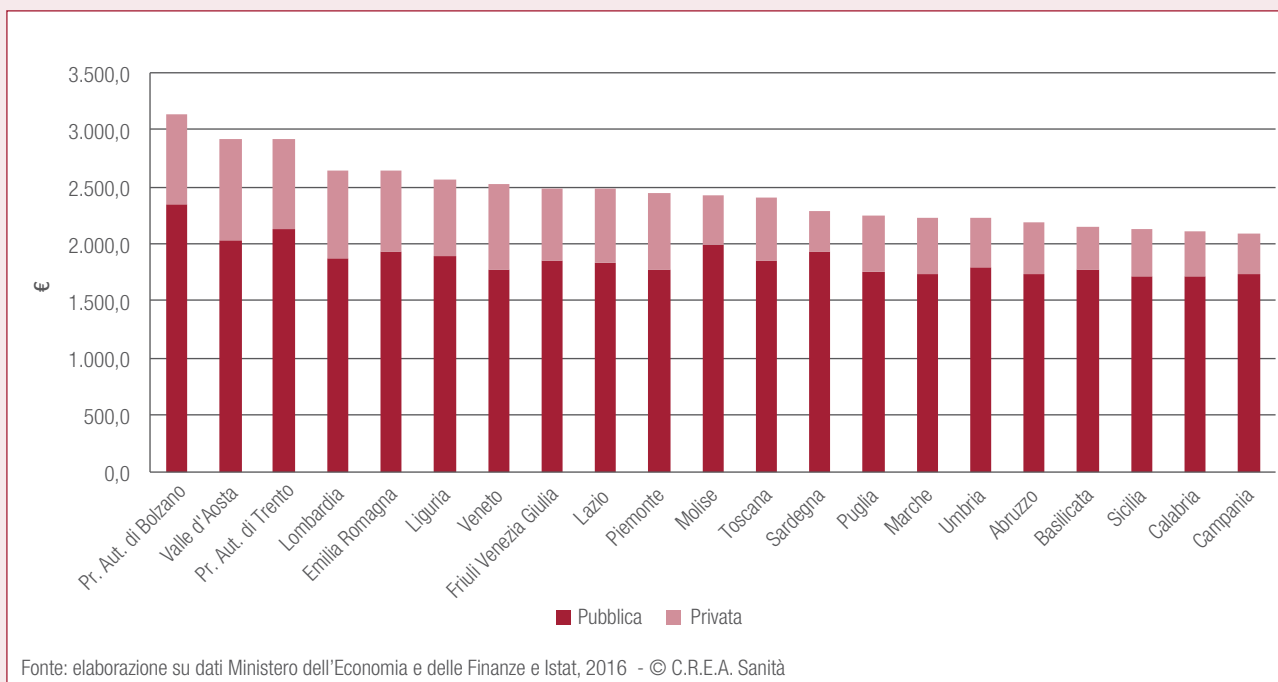
La spesa sanitaria totale (pubblica e privata) incide in Italia per il 9,1% sul PIL, valore in crescita di 0,9 punti percentuali rispetto a 10 anni prima. L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL italiana è nettamente inferiore di oltre un punto percentuale rispetto alla media dell'Europa Occidentale (10,4%). Solo in Spagna, Portogallo, Grecia e Lussemburgo l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è inferiore a quella italiana e pari rispettivamente al 9,0%, 8,9%, 8,2% e 7,2%.

KI 3.3. Variazione % spesa sanitaria pubblica e privata pro-capite nei Paesi EU15, anni 2015/2005



In media nell'Europa Occidentale (EU14) la spesa sanitaria pubblica è cresciuta del 46,4% nell'ultimo decennio (2005-2015) e la spesa privata è cresciuta del 25,4%. I Paesi in cui la spesa pubblica e privata è cresciuta più della media dell'Europa Occidentale sono Svezia e Regno Unito, quelli in cui la spesa pubblica è cresciuta più della media e la privata meno sono Germania e Olanda. L'Italia si trova assieme alla Grecia tra i Paesi in cui sia la spesa pubblica che quella privata sono cresciute meno della media EU14. Nei rimanenti Paesi la spesa pubblica è cresciuta meno della media mentre quella privata più della media.

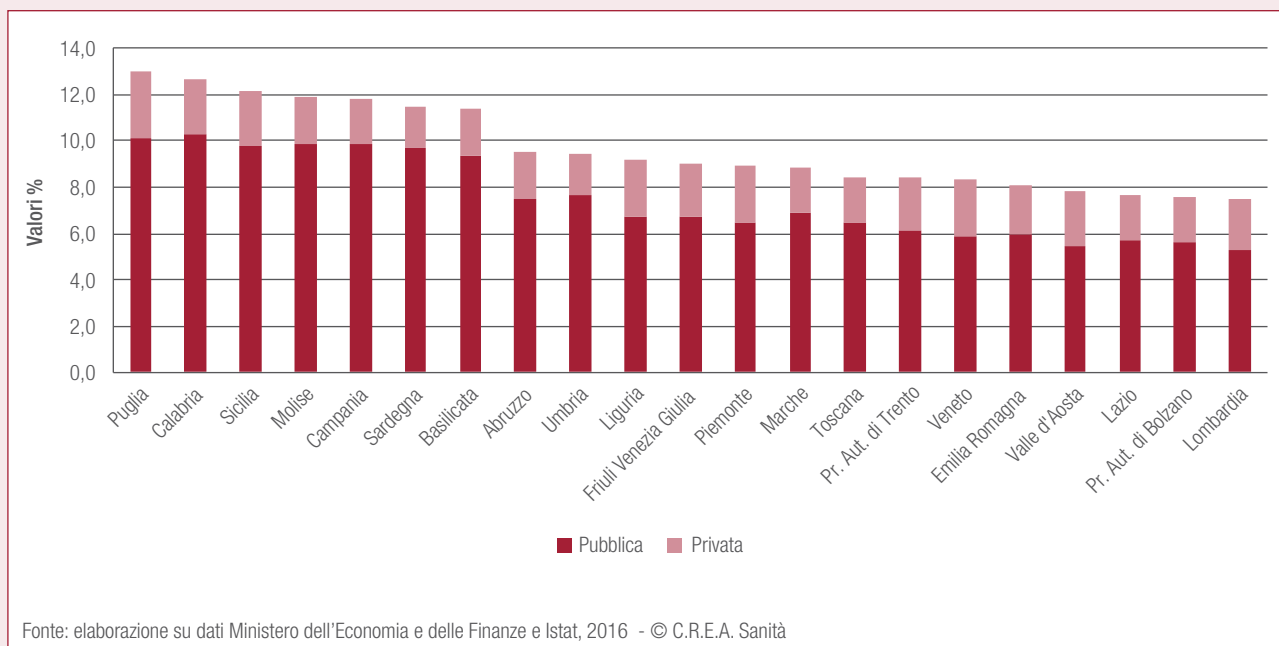
KI 3.4. Spesa sanitaria totale per popolazione pesata. Valori in €, anno 2015



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

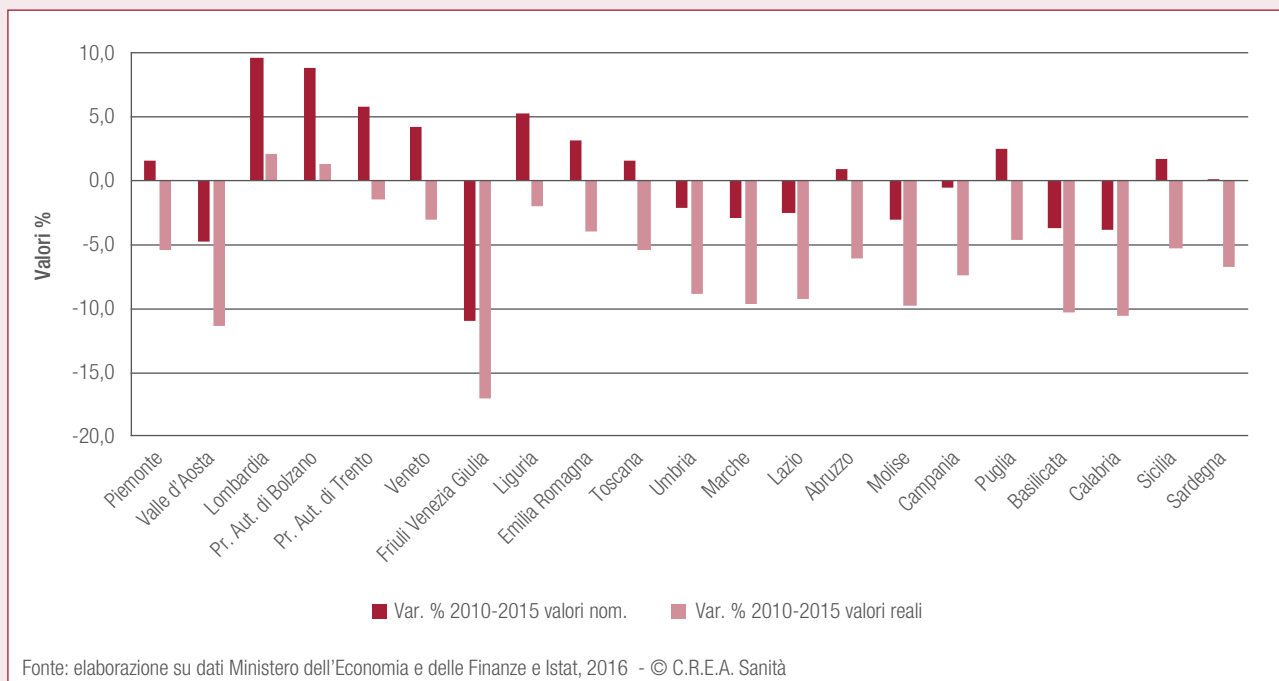
La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2015, si attesta a € 2.420,6 pro-capite (€ 147,2 mld.) in aumento dello 0,9% rispetto al 2014 con valori massimi nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.153,0 e € 2.929,9); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.090,7) e Calabria (€ 2.109,7). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 52,0%, ovvero € 1.052,2; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 562,6 (ovvero al 26,9%).

KI 3.5. Spesa sanitaria privata e spesa pubblica regionale. Valori in % del PIL, anno 2015

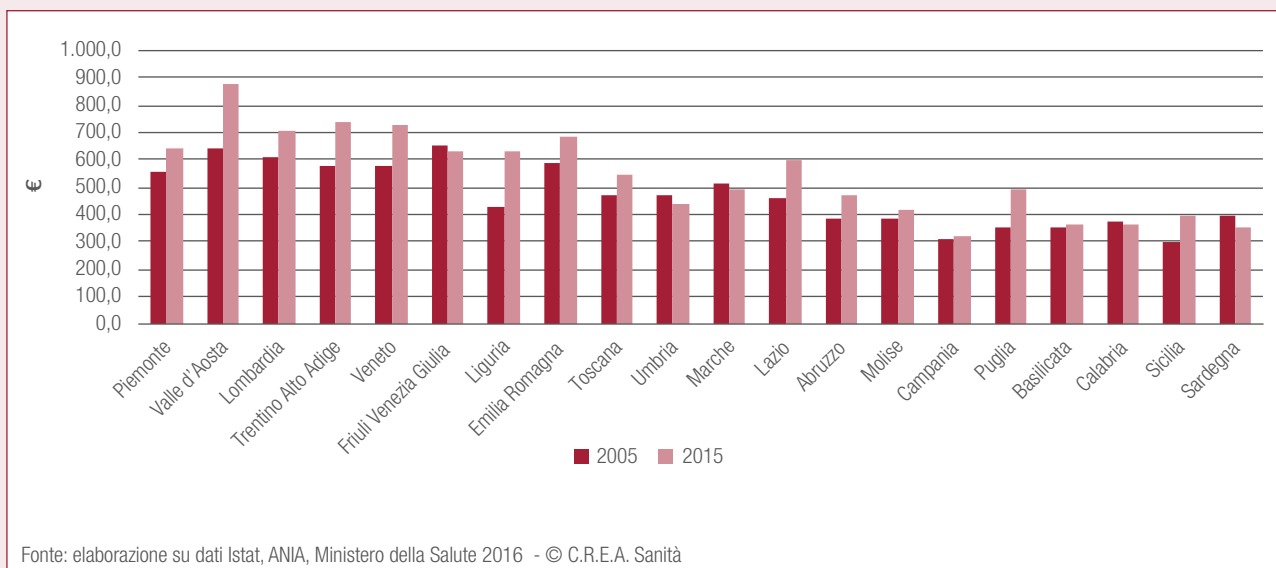


La spesa sanitaria pubblica pro-capite incide in Italia nel 2015 per il 6,8% sul PIL: si passa da un valore medio del 5,8% al Nord ad uno del 9,7% al Sud, segno che il meccanismo equitativo tra le Regioni fa sì che la spesa sanitaria pubblica sia poco legata ai livelli di reddito. Per quel che concerne la spesa sanitaria privata pro-capite questa incide per il 2,2% sul PIL; in questo caso le differenze tra le ripartizioni si attenuano essendo la spesa privata fortemente correlata ai livelli di reddito: 2,3% al Nord, 2,0% al Centro e 2,3% al Sud.

KI 3.6. Spesa sanitaria pubblica e *Out Of Pocket* pro-capite nominale e reale. Variazione %, anni 2010-2015

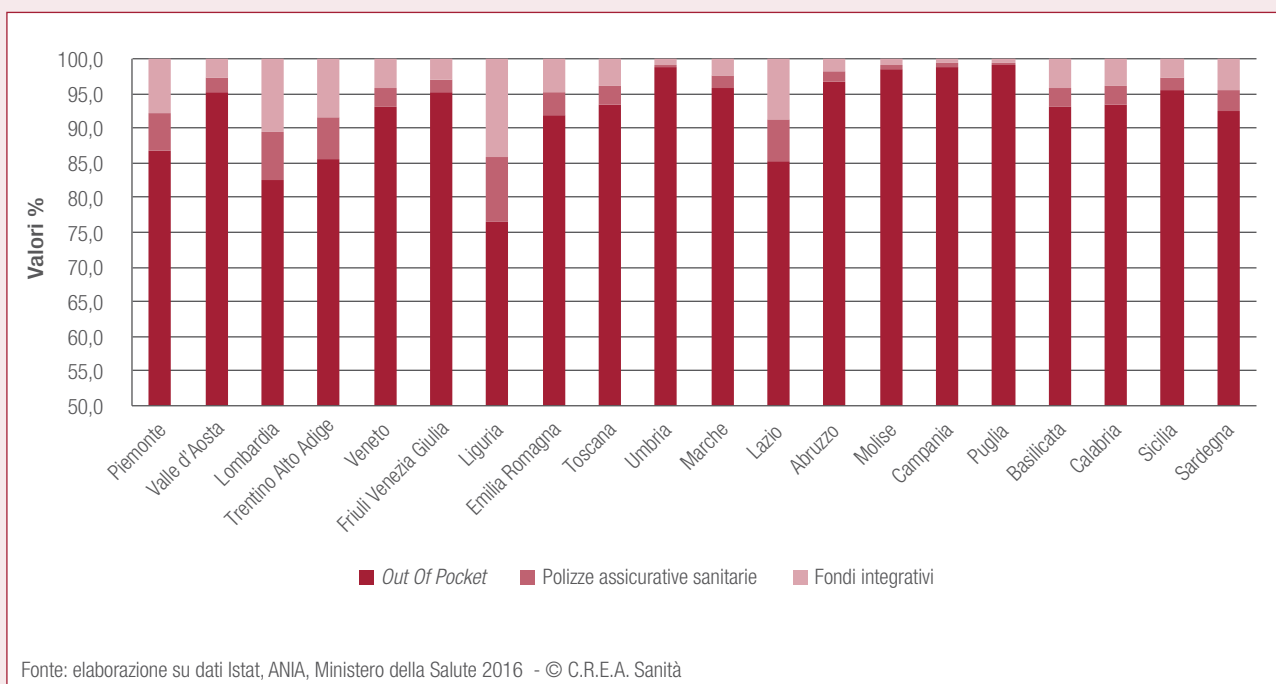


L'analisi del tasso di crescita della spesa sanitaria totale pro-capite nominale (pubblica + OOP) mette in luce come tra il 2010 ed il 2015 gli incrementi più importanti di spesa siano concentrati soprattutto nelle Regioni settentrionali, ed in particolare in Lombardia (+9,6%), nelle due Province Autonome di Trento e Bolzano (rispettivamente +5,8% e + 8,8%) ed in Liguria (+5,2%). Nella maggior parte delle Regioni appartenenti alla ripartizione centro-meridionale, di contro, si sono evidenziate contrazioni più o meno cospicue della spesa totale pro-capite espressa in termini nominali. Se con riferimento al medesimo periodo di tempo analizzassimo la variazione dei tassi di crescita della spesa totale pro-capite reale, ne scaturirebbe che tutte le Regioni, ad eccezione della Lombardia e delle Provincia Autonoma di Bolzano, hanno sperimentato riduzioni più o meno ingenti: si va dal -17,1% del Friuli Venezia Giulia al -1,5% della Provincia Autonoma di Trento.

KI 3.7. Spesa sanitaria *Out Of Pocket*. Valori pro-capite (€), anni 2005 e 2015

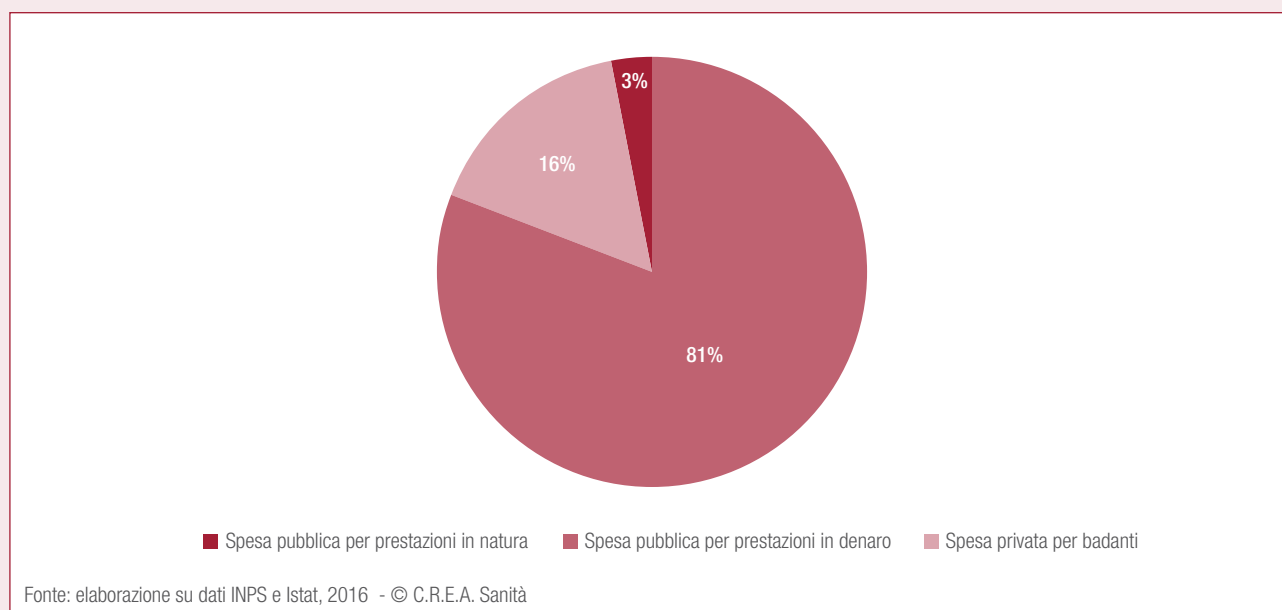
La spesa sanitaria OOP pro-capite, nel 2015, si attesta a € 567,54 pro-capite, in aumento del 18,33% rispetto al 2005 con valori massimi in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige (rispettivamente € 833,5 e € 737,8); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 330,7) e Sardegna (€ 360,4). Ad eccezione di Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Calabria e Sardegna, in tutte le altre Regioni si è registrato un aumento rispetto al 2005: degno di nota è quello che ha interessato la Liguria e la Puglia (47,0% e 38,4% rispettivamente).

KI 3.8. Spesa sanitaria privata. Composizione (%), anno 2015



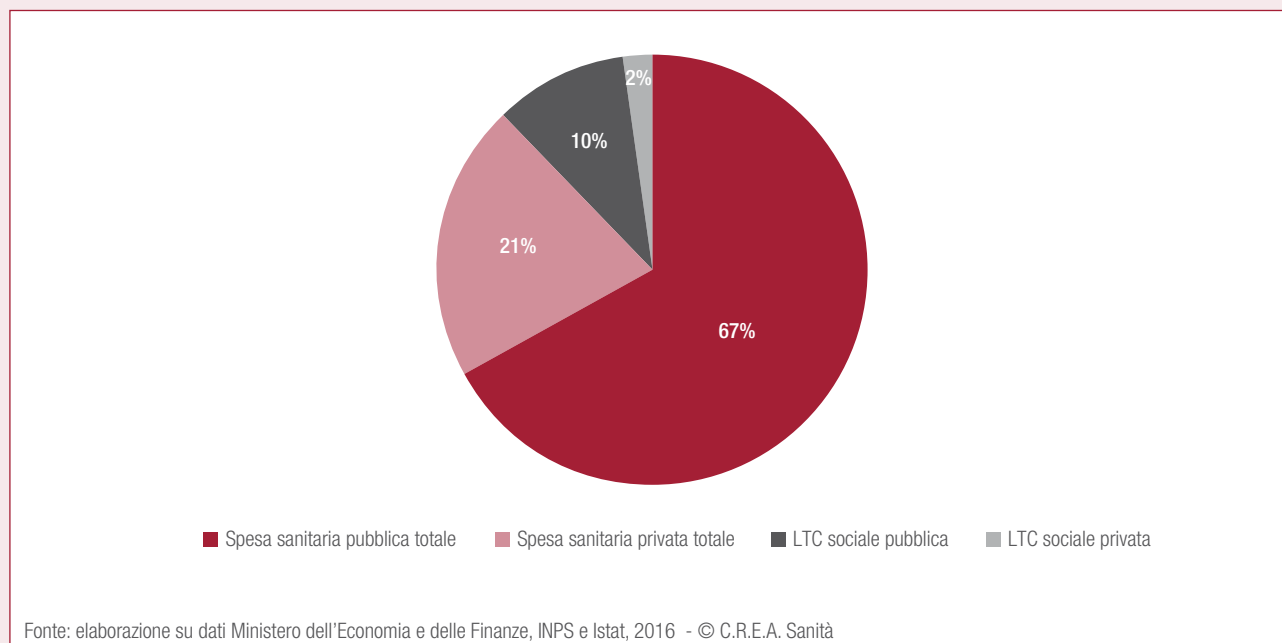
La spesa sanitaria privata, nel 2015, rappresenta circa l'89,8% del totale della spesa privata e quella intermedia il restante 10,3%, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 4,1% alle polizze individuali. La componente intermedia rappresenta il 13,1% della spesa privata nel Nord (16,9% nel Nord-Ovest e 7,8% nel Nord-Est), il 10,4% nel Centro e solo il 3,2% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria. Puglia, Campania, Umbria e Molise risultano essere le quattro Regioni con la quota maggiore di spesa OOP, che ivi supera il 98,0%. Piemonte, Trentino Alto Adige, Lazio, Lombardia e Liguria risultano invece quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermedia, rispettivamente pari a 23,6%, 17,5%, 14,8%, 14,4% e 13,2%. Infine, Liguria e Lombardia sono le Regioni con la quota più elevata di spesa intermedia per assicurazioni: raggiunge rispettivamente il 9,5% e il 7,1%. All'opposto si collocano Campania e Puglia: 0,5% e 0,4% rispettivamente. La Liguria, con il 14,1%, risulta essere anche la Regione con la quota più alta di spesa per Fondi, mutue etc.; seguono Lombardia, Lazio e Trentino Alto Adige con il 10,47%, 8,8% e 8,6% rispettivamente.

KI 3.9. Spesa sociale per LTC. Composizione (%), anno 2015



Nel 2015, su un totale di € 19,2 mld. di spesa sociale per assistenza a lungo termine a soggetti non-autosufficienti, ovvero anziani e disabili, l'81,5% è rappresentato dalla spesa pubblica per prestazioni in denaro (ovvero dalle provvidenze economiche erogate dall'INPS quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile e permessi retribuiti a norma della L. 104/1992 e dai voucher erogati dai Comuni), il 2,6% dalla spesa pubblica per prestazioni in natura (servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari di competenza comunale) ed il rimanente 15,9% dalla spesa privata sostenuta per badanti.

KI 3.10. Spesa socio-sanitaria. Composizione (%), anno 2015



Si consideri che nel 2015 la spesa socio-sanitaria totale, la quale abbiamo stimato ammontasse a € 166.364,8 mln., è risultata essere composta per il 66,8% dalla spesa sanitaria pubblica, per il 21,6% dalla spesa sanitaria privata, per il 9,7% dalle prestazioni rientranti nella LTC sociale pubblica (indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, permessi retribuiti a norma della L. 104/1992 e *voucher* per il 9,4% e servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale per lo 0,3%) e per l'1,8% dalla spesa per la LTC sociale privata (ovvero spesa privata per badanti).



Capitolo 4

La valutazione delle *Performance*

Performance evaluation

4a. Una misura di sintesi del disagio economico delle famiglie

English Summary

4b. Una misura di *Performance* dei SSR (IV edizione)

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 4

La valutazione delle *Performance*

La valutazione delle *Performance* assume un ruolo preponderante in campo sanitario, per effetto tanto della meritorietà del bene salute quanto della asimmetria informativa che lo caratterizza.

La ratio ultima risiede nell'etica della trasparenza e del rendere conto ai cittadini, a cui si riferisce anche l'esigenza di *accountability* delle politiche sanitarie pubbliche.

Il concetto di *Performance* è peraltro di difficile definizione: certamente ha una natura multidimensionale ed è anche ragionevole pensare che l'esito della sua valutazione dipenda dall'ottica nella quale viene svolta, che a sua volta dipende dagli obiettivi della valutazione e quindi dagli interessi di cui i vari *stakeholder* del sistema sanitario sono portatori.

Le dimensioni coinvolte, con "pesi" dipendenti dalla prospettiva del valutatore e dagli obiettivi della valutazione, sono diverse: gli esiti (clinici ma non solo) sono indubbiamente importanti, ma potrebbero essere proposte anche l'appropriatezza assistenziale, l'efficienza dei processi, l'equità delle decisioni e altre.

Anche le metodologie di valutazione sono di interesse e meritano approfondimenti ulteriori: infatti, le

tecniche proposte sono molteplici e non sempre sono sovrapponibili o anche coerenti in termini di risultati.

Come nelle precedenti edizioni del Rapporto Sanità, il capitolo 4 comprende analisi che sintetizzano dimensioni delle *Performance* e in particolare:

- la definizione di un indice sintetico indicativo del disagio economico delle famiglie per le spese sanitarie OOP dei SSR (cap. 4a), ottenuto "aggregando" la quota di famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie *Out Of Pocket (OOP)*, e la quota di famiglie che hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie annullandole completamente ("nuove" rinunce) (cap. 4a);
- l'implementazione di tecniche di composizione delle preferenze espresse da più categorie di *stakeholders* con lo scopo di arrivare a definire un'unica di misura di *Performance* dei SSR (in termini di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di esiti sociali, economici, etc.). La metodologia è stata implementata costituendo un *panel* di esperti, scelti in funzione delle loro competenze, per rappresentare i diversi *stakeholder* del sistema sanitario, ai quali è stato richiesto di eseguire un esercizio di elicitazione delle loro personali preferenze (cap. 4b).

Performance evaluation

Assessment of Performance plays a fundamental role in the field of healthcare, both by effect of deserving to be part of the healthcare plan and the information asymmetry that characterizes it.

The ultimate rationale lies in the ethics of transparency and accountability towards citizens; to whom the need for accountability in the public healthcare policies sector is also addressed.

The concept of Performance is difficult to define: it is certainly of a multidimensional nature and it is also reasonable to believe that the outcome of its assessment depends upon the standpoint from which it was conducted; this, in turn, depends upon the objective of the assessment and therefore on the interests that the various stakeholders of the healthcare system carry.

The dimensions involved, as mentioned with “burdens” depending upon the perspective of the assessor and upon the objectives of the assessment, are multi-fold: results (clinical, but not only clinical) are certainly important, but so are care appropriateness, process efficiency, decision fairness and others that may be proposed.

Even assessment methods are of interest and deserve to be studied at length: in fact, many methods

have been proposed and these cannot always be overlapped or are not always coherent in terms of results.

In continuity with previous editions of the Health Report, once again Chapter 4 includes analysis summarizing Performance dimensions and in particular:

- *the definition of a single index indicating the family’s economic for healthcare Out Of Pocket (OOP) expenditures of RHSs (Regional Health Services, chapter 4a), obtained by “aggregating” the indicator of impoverished families for healthcare expenditures and the quotas of families that renounce to healthcare expenditures (chapter 4a);*
- *the implementation of composition techniques regarding preferences expressed by different categories of stakeholders aimed at the establishment of a single Performance measurement for the RHSs (in terms of satisfaction for services, clinical results, social results, economic results, etc.). The methodology has been implemented by setting up a panel of experts, chosen according to their field of expertise, to represent the different stakeholders of the healthcare system and asked to take an elicitation exercise regarding their personal preferences. (chapter 4b).*

CAPITOLO 4a

Una misura di sintesi del disagio economico delle famiglie

d'Angela D.¹

4a.1. Il contesto

Al fine di valutare il grado di risposta del sistema alla tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, il presente contributo analizza i consumi sanitari delle famiglie, rapportando l'onere che ne deriva alla capacità di spesa di queste ultime.

In particolare è stata effettuata una stima del fenomeno dell'impoverimento.

Si tenta altresì di fornire un indicatore sintetico della condizione di disagio economico delle famiglie derivante dalle spese sanitarie, "aggregando" i fenomeni dell'impoverimento e delle rinunce e valutandone il relativo impatto.

4a.2. I consumi sanitari privati e l'equità del SSN

Nel 2014, secondo l'Indagine Istat 'Spesa delle famiglie', sono 19,8 milioni le famiglie italiane che hanno fatto ricorso a spese sanitarie *Out Of Pocket* (OOP), ovvero il 77,0% dei nuclei (che sono in totale 25,8 milioni). Ricorrono con maggiore frequenza all'OOP soprattutto le famiglie residenti nel Nord-Est (79,4%), poi quelle del Sud (78,8%), del Centro (75,7%) e del Nord-Ovest (74,3%).

Circa un milione di famiglie, ovvero il 5,0% delle famiglie residenti, ha dichiarato di disporre di una polizza assicurativa.

Dei 5,9 milioni di famiglie che non hanno sostenuto spese OOP, 1,28 milioni (5,0% di tutte le famiglie) hanno dichiarato di aver ridotto tale tipo di spesa: il combinato delle due informazioni ci porta a classificarle come "nuove" rinunce a spese sanitarie. Il fenomeno interessa

soprattutto il Centro del Paese, poi il Sud ed il Nord: ci sono state "nuove" rinunce rispettivamente pari al 5,9%, 5,6% e 4,1% delle famiglie.

Contestualmente, dall'indagine SILC (Istat) emerge come nello stesso anno il 12,6% delle famiglie residenti abbia dichiarato che in alcuni periodi dell'anno non dispone di denaro per sostenere le spese sanitarie: in particolare il 23,5% di quelle del Sud, l'11,6% di quelle del Centro ed il 7,0% di quelle del Nord.

Nelle due indagini non sembra esserci buona sovrapposibilità geografica relativamente al fenomeno; inoltre, il dato quantitativo fa pensare ad un fenomeno molto dinamico: ovvero con una quota elevata di nuove rinunce, insieme ad una quota rilevante di famiglie che rinunciano in realtà posticipando il consumo magari all'anno successivo.

Le nuove rinunce coinvolgono soprattutto gli appartenenti ai quintili medio-bassi: l'11,5% delle famiglie del I quintile di consumo, il 5,3% di quelle del II, il 3,6% di quelle del terzo, il 3,3% di quelle del IV e l'1,2% di quelle dell'ultimo quintile.

A livello regionale, si riscontrano valori rilevanti in Sardegna e Lazio (9,4% e 7,4% delle famiglie residenti) e minimi nelle PP.AA. di Trento e Bolzano (1,9%) e in Emilia Romagna (2,3%).

Tornando alla struttura del consumo privato sanitario, il 76,7% delle famiglie che sostiene spese sanitarie OOP, spende per farmaci, il 37,9% per servizi medici ed ospedalieri (visite specialistiche, ricoveri etc.), il 26,9% per servizi paramedici (indagini diagnostiche, fisioterapia, psicologo etc.), il 19,0% per le cure odontoiatriche. Mentre la quota di famiglie che spende per i farmaci non varia con le possibilità economiche della famiglia, quella per la specialistica e i ricoveri passa dal 27,6%

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

Figura 4a.1. Quota di famiglie con spese sanitarie OOP per tipo di spesa e quintile di consumo. Valori %, anno 2014

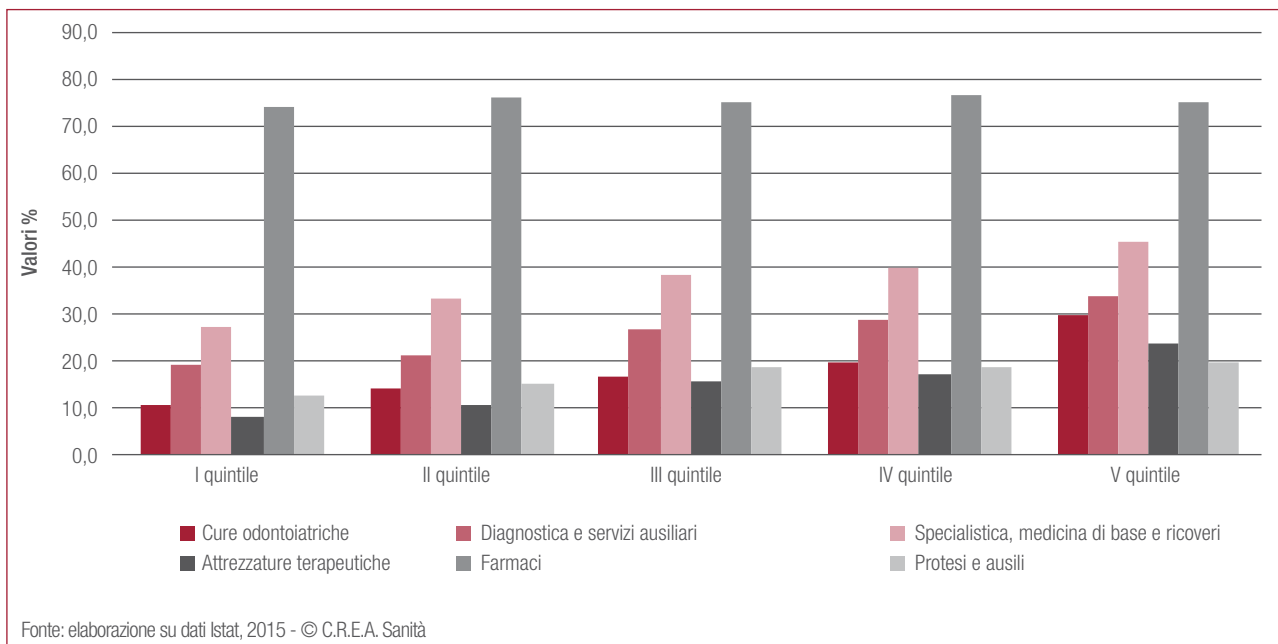
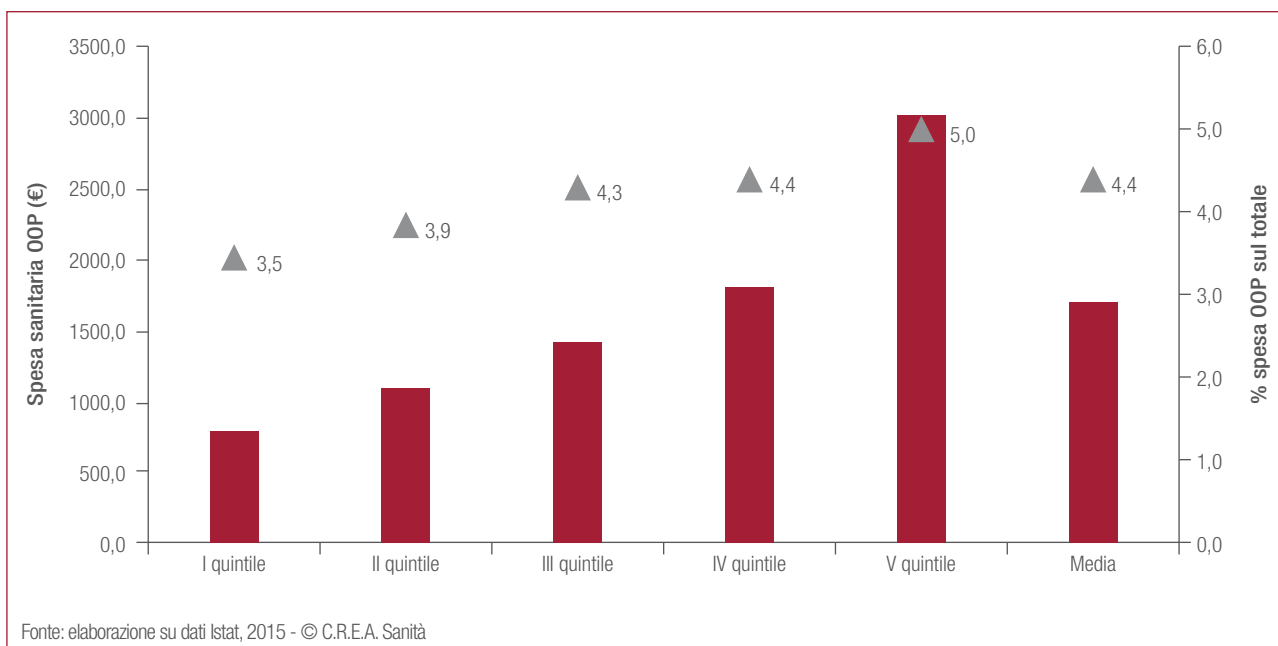


Figura 4a.2. Spesa sanitaria e quota sui consumi delle famiglie. Valori assoluti (€) e %, anno 2015



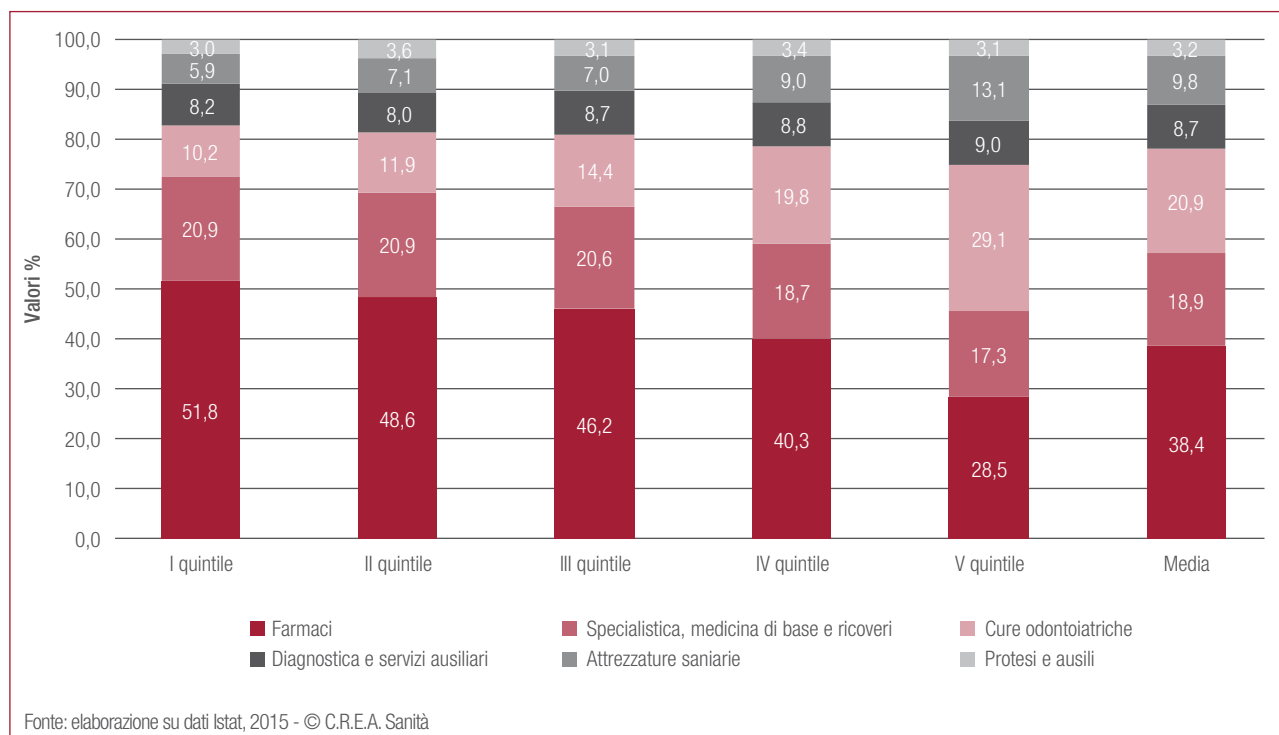
del primo quintile di consumo al 46,0% dell'ultimo; *gap* che si amplifica per le cure odontoiatriche: solo il 10,8% delle famiglie del primo quintile ed il 30,0% di quelle dell'ultimo (Figura 4a.1).

La spesa sanitaria media annua familiare nel 2014 è stata pari a € 1.303,5, rappresentando il 4,4% dei consumi delle famiglie (4,1% nel 2013); considerando

nel computo le sole famiglie consumatrici, la spesa media effettiva sostenuta risulta di € 1.692,2 annui (Figura 4a.2). La sua incidenza media sui consumi totali varia dal 3,5% delle famiglie del I quintile di consumo (che spendono in media € 778,1), al 5,0% per quelle dell'ultimo (che spendono in media € 3.020,6).

I farmaci, le visite specialistiche e gli accertamenti

Figura 4a.3. Spesa sanitaria OOP - Composizione per tipo di spesa e quintile di consumo. Valori %, anno 2014



diagnostici continuano a rappresentare le voci di spesa maggiore: a questi viene destinata quasi il 70% della spesa sanitaria OOP; alle cure odontoiatriche il 20,9%, alla diagnostica e i servizi ausiliari (esami diagnostici di laboratorio, per immagini, fisioterapista, psicologo, etc.) l'8,7%, a protesi, ausili e attrezzature il 13,0% (Figura 4a.3).

Analizzando i consumi per tipologia a livello regionale (Figura 4a.4), possiamo osservare come la quota di famiglie che effettuano spese OOP per i farmaci oscilla fra il 73,6% del Nord e l'81,6% del Mezzogiorno; la Sicilia è la Regione con il maggior ricorso alla spesa per farmaci (85,5%), il Trentino Alto Adige con il minore (65,7%).

In termini di spesa si passa da € 630,0 annui del Molise a € 1.041,7 annui del Veneto, a fronte di una media nazionale di € 848,0.

Come era lecito aspettarsi, la spesa media effettivamente sostenuta dalle famiglie per i farmaci è correlata positivamente al PIL pro-capite regionale.

Peraltro si notano varie differenze che possono essere legate ad aspetti regolatori regionali. Ad esempio, considerando le Regioni in piano di rientro dal disavanzo economico-finanziario, osserviamo che in Campania e Calabria, la spesa media effettiva è contenuta, mentre è elevata in Sardegna, Puglia e Sicilia: si potrebbe ipotiz-

zare che in queste ultime il sistema di compartecipazione/esenzione per reddito, presumibilmente modificato per ragioni di bilancio, non tuteli più sufficientemente i cittadini.

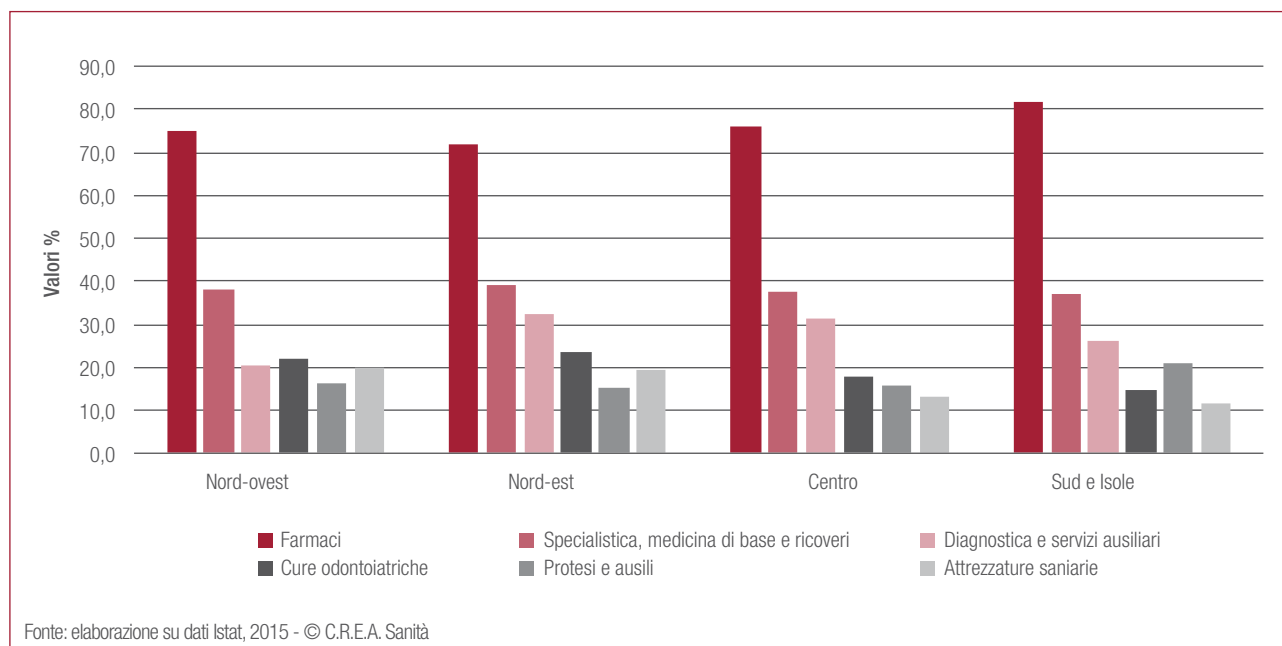
Alle visite specialistiche, la medicina di base ed i ricoveri ricorrono il 38,0% delle famiglie che sostengono spese OOP: il 38,7% di quelle residenti nel Nord, il 37,8% di quelle del Centro ed il 36,9% di quelle del Mezzogiorno.

Si passa da un minimo del 28,0% riscontrato in Basilicata ad un massimo del 45,9% della Valle d'Aosta. Umbria, Molise e Basilicata sono le tre Regioni con il minor ricorso alla spesa per visite specialistiche, medicina di base e ricoveri. Degno di nota è l'elevato ricorso a tale voce di spesa della Puglia, che segue la Valle d'Aosta con il 41,1% delle famiglie.

In termini di spesa si passa dai € 564,9 annui delle famiglie sarde alle € 1.224,0 annue della Valle d'Aosta, a fronte di una spesa media annua nazionale di € 842,1.

In Puglia e Sicilia, si osservano livelli di spesa effettiva OOP per visite specialistiche, assistenza primaria e ricoveri maggiori (€ 828,1, € 725,6 annui per famiglia) di quelli riscontrati in Regioni con PIL simili quali Campania e Sardegna (€ 703,4 e € 564,9 rispettivamente).

Figura 4a.4. Composizione della spesa sanitaria OOP per voce e ripartizione geografica. Valori %, anno 2014



Non bisogna omettere di citare l'ipotesi che un maggiore ricorso ai consumi privati nelle Regioni sia legato alla percezione della qualità delle prestazioni, minore a causa delle liste di attesa e fenomeni analoghi; analogamente si cita l'importanza di considerare i diversi sistemi di esenzione nella distribuzione della spesa fra le famiglie; ed, infine, l'effetto della maggiore presenza di strutture private, e di conseguenza fenomeni di spiazzamento nei casi in cui la compartecipazione rende la prestazione privata maggiormente competitiva rispetto a quella pubblica.

Per le altre tipologie di consumo, e in particolare quelle ad esempio per l'odontoiatria, le differenze regionali diventano estremamente rilevanti.

Alle cure odontoiatriche ricorre il 19,0% delle famiglie con spese OOP. Vi ricorrono soprattutto i residenti nelle Regioni con PIL più alto: il 22,5% di quelle del Nord, il 17,6% di quelle del Centro e il 14,8% di quelle del Mezzogiorno. La Sardegna è la Regione con la quota più bassa (8,8%) e il Friuli Venezia Giulia quella con la quota più alta (24,8%).

Nel caso delle cure odontoiatriche appare evidente come la quota delle famiglie che vi ricorrono aumenta con le possibilità economiche.

Anche in termini di spesa, essa risulta maggiore nelle Regioni più ricche, sebbene bisogna tener presente il

potenziale confondimento dovuto ai prezzi, presumibilmente maggiori nelle Regioni a più alto reddito; d'altra parte è una branca specialistica nella quale si può decidere di trattare alcune cose e procrastinarne altre in base alle possibilità economiche del momento.

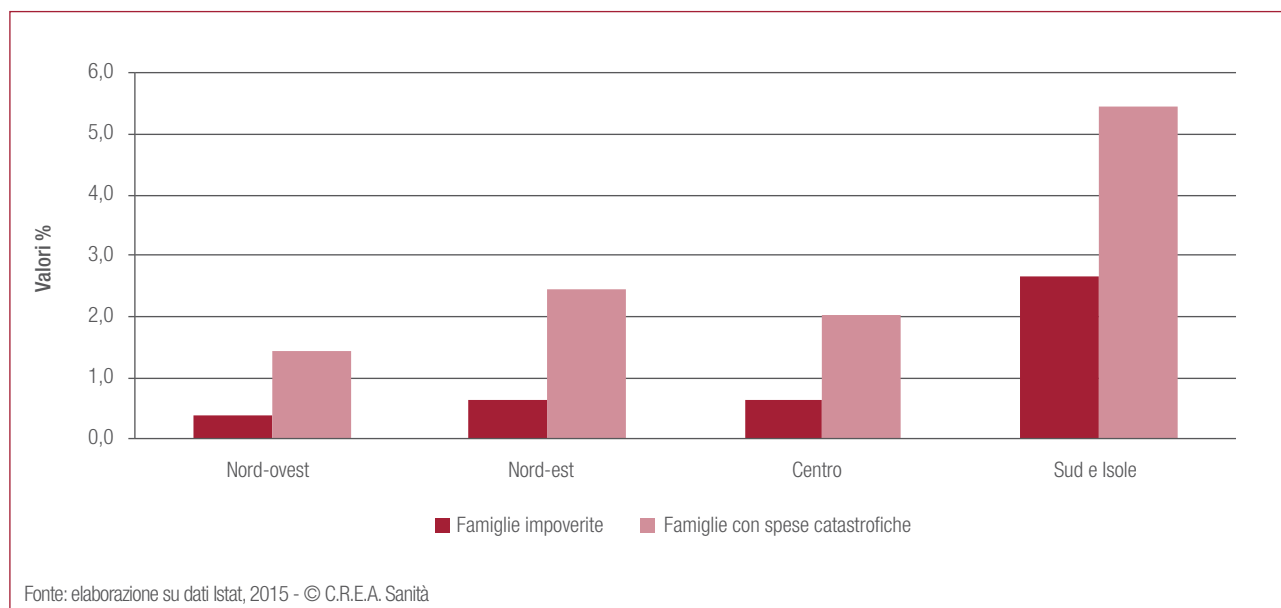
Particolarmente allarmante continua a essere il fatto che la spesa privata non sia in alcuni casi nell'impossibilità di fornire adeguata complementazione, così che le spese odontoiatriche in alcune aree rimangono appannaggio delle sole famiglie maggiormente abbienti.

4a.3. Le misure sintetiche di equità dei SSR

A fronte degli andamenti sopra esposti, nel 2014 l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie OOP fra le famiglie è pari all'1,2% (316.402 nuclei familiari), ovvero l'1,6% in termini di famiglie che sostengono spese sanitarie OOP.

Il fenomeno colpisce soprattutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno (2,7% ovvero il 3,4% di quelle che sostengono spese OOP), poi quelle del Centro (0,6%; 0,8% di chi sostiene spese OOP) ed infine il Nord (0,5%; 0,7% di chi sostiene spese OOP).

Calabria, Sicilia e Abruzzo sono le Regioni con la

Figura 4a.5. Famiglie impoverite e soggette a spese catastrofiche, per ripartizione geografica. Valori %, anno 2014

maggior quota di famiglie impoverite: 3,5%, 3,4% e 3,7% rispettivamente; Trentino Alto Adige, Piemonte ed Emilia Romagna le meno colpite dal fenomeno (0,2% le prime due e 0,3% la terza).

Nello stesso anno ci sono state quasi 800.000 (781.108) famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche: il 3,1% delle famiglie residenti (3,9% di quelle che sostengono spese sanitarie private). Il fenomeno coinvolge il 5,5% delle famiglie che risiedono nel Mezzogiorno, il 2,0% di quelle che risiedono nel Centro e l'1,9% di quelle residenti al Nord (Figura 4a.5).

Mentre l'impoverimento coinvolge soprattutto le famiglie dei quintili inferiori (il 6,3% di quelle del I quintile di consumo e lo 0,23% di quelle del secondo), la catastroficità colpisce tutti i quintili ed in particolare il 9,5% di quelle del I quintile, l'1,6% di quelle del II, l'1,2% di quelle del III, l'1,6% di quelle del IV e l'1,7% di quelle dell'ultimo.

Come precedentemente accennato, non si può sottovalutare il fatto che, oltre alle famiglie in condizioni di impoverimento e catastroficità, ci sono 5,2 milioni di famiglie residenti (pari al 20,0%) che hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie.

La riduzione delle spese sanitarie è avvenuta soprattutto nel Mezzogiorno, coinvolgendo il 27,2% delle famiglie ivi residenti, il 21,1% di quelle delle Regioni del Centro ed il 15,0% del Nord (12,7% Nord-Est e 16,6% Nord-Ovest). In Calabria, Sardegna e Sicilia hanno ridot-

to le spese sanitarie più del 29,0% delle famiglie (29,4%, 29,0% e 29,2%); per confronto, in Trentino Alto Adige ha rinunciato meno del 7% delle famiglie, in Valle d'Aosta l'11,2%; seguono Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna con rispettivamente 12,3% e 12,9%.

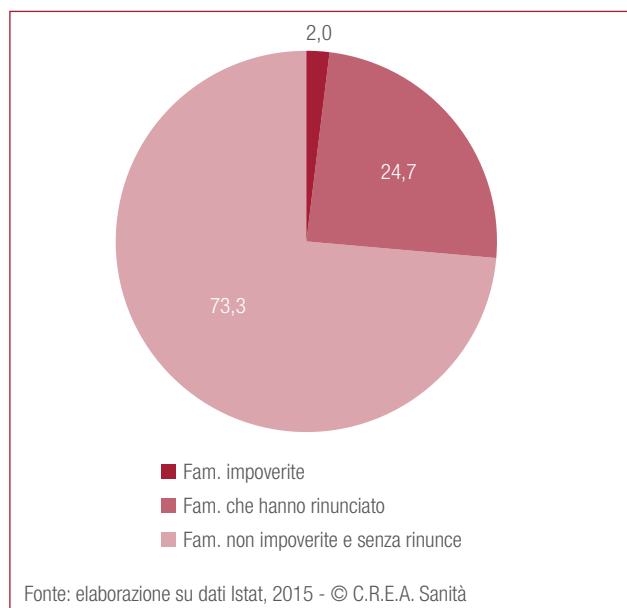
Il 2,0% delle famiglie (104.218 nuclei) che hanno ridotto le spese sanitarie OOP, risultano anche essere impoverite; il 24,7% (1,3 milioni) non hanno sostenuto alcuna spesa sanitaria, e quindi hanno presumibilmente rinunciato al consumo; il restante 73,3% (3,2 milioni) ha ridotto la spesa ma senza impoverirsi (Figura 4a.6).

La rinuncia ha riguardato soprattutto le Regioni del Centro: il 5,9% delle famiglie ha azzerato le spese sanitarie OOP dichiarando la scelta di una riduzione della spesa; poi quelle del Mezzogiorno in cui il 5,5% delle famiglie ha rinunciato; la minor rinuncia si è registrata nel Nord dove solo il 4,1% dei nuclei familiari ha rinunciato (ancora meno nel Nord-Est con solo il 2,9%).

La Sardegna sembra essere la Regione più colpita dal fenomeno: il 9,2% delle famiglie ha rinunciato alla spesa, segue il Lazio con il 7,4% e la Liguria con il 6,8%. Anche in questo caso Trentino Alto Adige ed Emilia Romagna sono le realtà con minore incidenza del fenomeno: hanno rinunciato rispettivamente l'1,9% ed il 2,3% delle famiglie ivi residenti.

Analizzando il fenomeno in base alla disponibilità economica familiare, si è rilevato che le rinunce hanno

Figura 4a.6. Famiglie che hanno ridotto la spesa per la Sanità. Valori %, anno 2014



riguardato l'11,5% delle famiglie del I quintile di consumo, il 5,3% di quelle del II, il 3,6% di quelle del III, il 3,3% di quelle del IV e l'1,2% di quelle dell'ultimo (Figura 4a.7).

Aggiungiamo che se 316.402 nuclei familiari sono già impoveriti (1,2% delle famiglie), 1.272.038 sono quelle che hanno rinunciato, (5,0%) e 279.160 (l'1,4% di quelli che sostengono spese sanitarie OOP) sono ad alto rischio di impoverimento: si tratta di tutte quelle famiglie che qualora aumentassero le spese sanitarie

attuali del 50% sarebbero impoverite. Di queste il 38,7% (107.979 famiglie) sono già soggette a spese sanitarie catastrofiche.

Il rischio è più elevato nel Mezzogiorno dove il 2,3% delle famiglie è sotto tale soglia; nel Centro l'1,5% e solo lo 0,8% nel Nord (Figura 4a.8).

Degna di nota è anche la dichiarazione da circa 1,2 milioni di famiglie di aver ridotto la qualità in Sanità.

Al fine di fare una valutazione globale sulla capacità dei SSR di tutelare i cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, si è costruito un indicatore di disagio economico delle famiglie per spese sanitarie OOP, aggregando i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese sanitarie. L'indicatore esprime la quota di famiglie regionali in condizioni di disagio economico per le spese sanitarie OOP (Figura 4a.9).

Sardegna e Sicilia risultano essere le Regioni con maggior incidenza del disagio: l'11,0% e il 9,6% delle famiglie rispettivamente sono in tale condizione; all'estremo opposto troviamo l'Emilia Romagna e il Trentino Alto Adige dove solo il 2,6% delle famiglie residenti nella prima ed il 2,1% di quelle nella seconda sono in condizioni di disagio economico per spese sanitarie.

Aggiungendo anche il fenomeno del rischio di impoverimento, ad eccezione di alcune Regioni, il *ranking* resta sostanzialmente invariato. Sardegna e Sicilia invertono la loro posizione, Umbria, Molise e Piemonte

Figura 4a.7. Rinunce alla spesa sanitaria OOP per quintile di consumo. Valori %, anno 2014

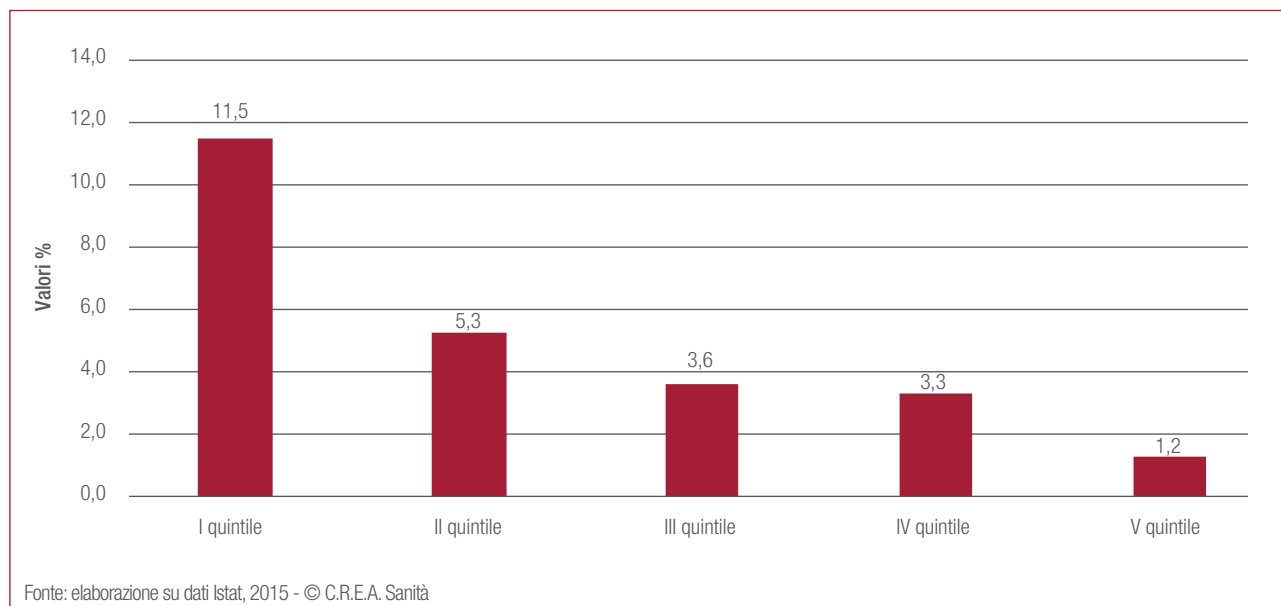


Figura 4a.8. Famiglie con spese sanitarie OOP a rischio d'impoverimento. Valori %, anno 2014

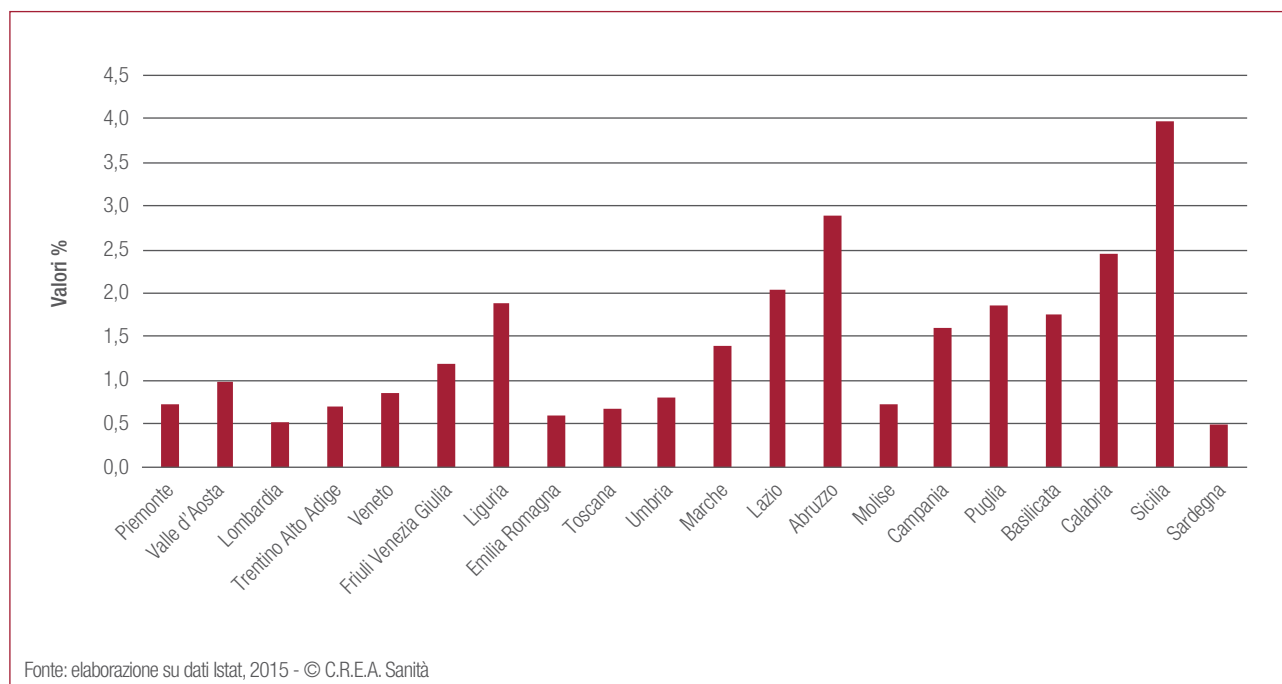
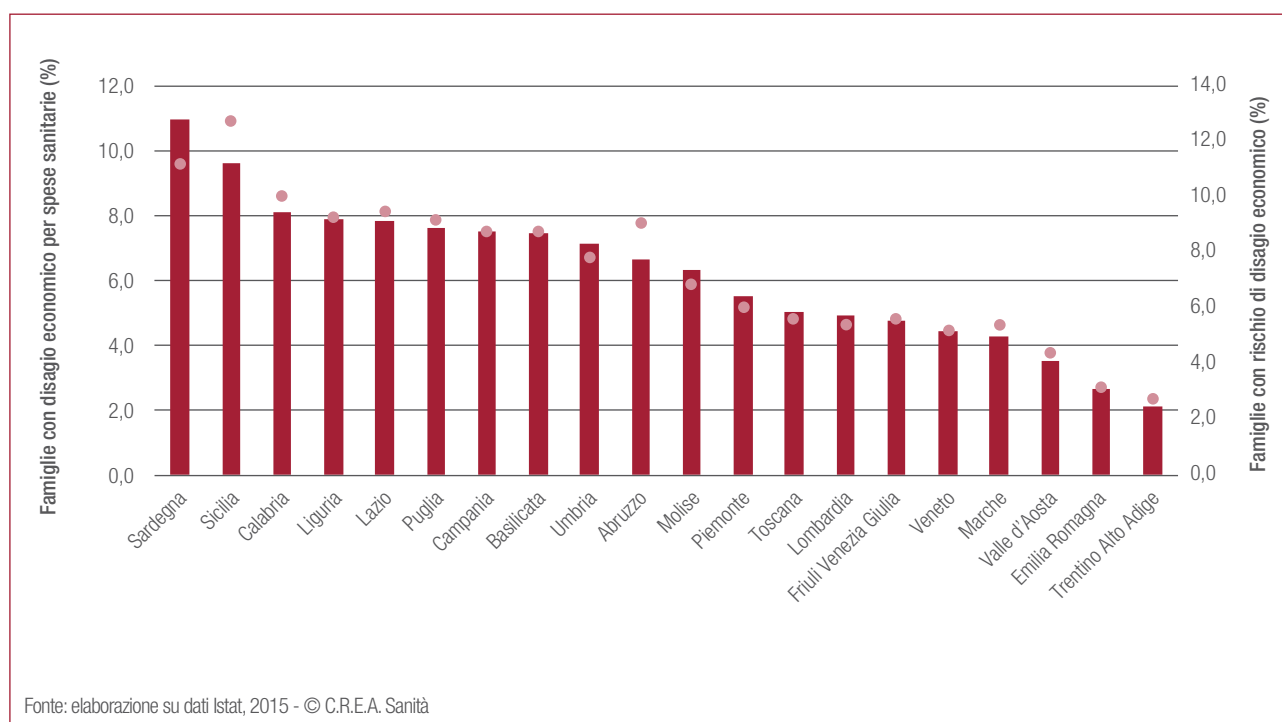


Figura 4a.9. Indicatore di disagio economico. Valori %, anno 2014



migliorano sensibilmente il loro valore, mentre Abruzzo e Marche lo peggiorano.

Correlando tale indicatore al PIL pro-capite regionale si nota una stretta correlazione: al diminuire del

PIL pro-capite, aumenta la quota di famiglie in condizioni di disagio economico per la Sanità. Ad un estremo si trovano Trentino Alto Adige, Emilia Romagna e Valle d'Aosta, con basse quote di "nuove" rinunce

e di famiglie impoverite; all'altro estremo sono invece Sardegna, Sicilia e Campania, con le più alte quote di rinunce e impoveriti.

Questo conferma che l'impoverimento dipende ovviamente dal fattore reddito, ma anche che le politiche in atto non riescono a tutelare adeguatamente le famiglie più fragili.

4a.4. Conclusioni

La nuova indagine Istat sulla 'Spesa delle famiglie' ha fatto emergere circa € 4,5 mld di spesa sanitaria OOP, che evidentemente con la precedente modalità sfuggivano.

Malgrado ciò, la quota di spesa destinata alla Sanità dalle famiglie non è aumentata in modo rilevante, rappresentando il 4,4% dei consumi totali.

Aumenta, invece, il numero di famiglie che sostiene privatamente spese sanitarie. Se con la precedente indagine nel 2013 risultava che avessero sostenuto spese sanitarie OOP il 58,0% delle famiglie, nel 2014 queste rappresentano il 77,0%.

La maggiore frequenza del ricorso a spese private, è "compensato" dalla riduzione della spesa effettiva pro-capite.

Si conferma, inoltre, la dipendenza della spesa privata dal reddito, passando da € 778,1 annui delle famiglie del I quintile di consumo a € 3.020,6 di quelle dell'ultimo.

Il 5,0% delle famiglie residenti in Italia, soprattutto nel Centro e nel Sud, hanno dichiarato di aver ridotto, tanto da averle annullate, le spese sanitarie private, configurando "nuove" rinunce alle spese sanitarie.

Sono chiamate a rinunciare prevalentemente le famiglie dei quintili medio-bassi, che spendono prevalentemente per farmaci, visite ed esami diagnostici (80-90% delle spese socio-sanitarie OOP).

Le famiglie residenti che hanno dichiarato di avere

un'assicurazione individuale, sono circa un milione di famiglie, ovvero il 5,0%.

In termini di impatto equitativo, nel 2014, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie OOP e della catastoficità non sembra essere variata, ma non bisogna sottovalutare che ci sono circa 279.160 famiglie (l'1,4% di quelli che sostengono spese sanitarie OOP) ad alto rischio di impoverimento. L'incidenza del fenomeno rischia quindi di provocare in prospettiva un raddoppio delle situazioni di disagio.

Trentino Alto Adige, Emilia Romagna e Valle d'Aosta sembrano essere le Regioni per cui si stima una minore incidenza del disagio economico dovuto alle spese sanitarie OOP; Sardegna, Sicilia e Campania, invece quelle con la maggiore incidenza.

Al netto delle famiglie impoverite e soggette a spese catastofiche, l'incidenza delle spese sanitarie OOP sui consumi totali delle famiglie oscilla da un minimo del 2,4% per le famiglie del I quintile di consumo ad un massimo del 4,5% per le famiglie dell'ultimo quintile

Da ultimo, un *trend* in significativa crescita della spesa OOP sicuramente aprirà la strada alla realizzazione di nuovi scenari, i cui contorni risultano, peraltro, già evidenti: in particolare il ricorso alle forme complementari di assicurazione sanitaria (Fondi sanitari integrativi, Fondi contrattuali, Società di Mutuo Soccorso, polizze assicurative).

Ma è altrettanto evidente che la complementarietà contiene una significativa quota di duplicazione delle prestazioni, oltre ad una sovrapposizione dovuta alla copertura delle compartecipazioni, così da rendere assolutamente necessario definire una *governance* complessiva del settore.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari), Rapporto Sanità Istat (2014), Indagine IT SILC Istat (2014), Indagine 'Spesa delle famiglie'

ENGLISH SUMMARY

Measurement of the households economic discomfort

The Italian National Health Service (NHS) may be classified as a social insurance of a universalistic type, aimed at promoting the health of the population and therefore also ensuring citizens against the onset of disease economic burdens.

In light of the aforesaid, the impact of private healthcare costs on households budgets has been analysed.

For that which regards resorting to out of pocket (OOP) private expenditures, the new survey of the national statistics office (Istat) on household consumptions, refers an interruption with the past, as in the year 2014 has been recorded approximately €4.5-billion of new OOP healthcare spending, reaching € 33.6 billion. But the expenditure share for healthcare has not risen in a relevant manner, continuing to represent 4.4% of overall consumptions. Whereas there has been an increase in the number of families personally covering the said expenses, reaching 77.0% (58.0% in 2013) of the total.

Overall we can observe that an increasingly frequent recourse to private funding is “compensated” by a reduction in effective per-capita expenditure.

Nearly six million families have reduced their health expenditure, especially those residing in Southern Italy (27.2%), followed by those living in Central Italy (21.1%) and ultimately those from the North (15.0% of which 12.7% from the North-East and 16.6% from the North-West).

Of the households that have lowered their OOP health expenses, the 2.0% (104,218 families) are also impoverished; the 24.7% (1.3 million) have not paid for any health expenses and therefore have presumably waived consumption; the remaining 73.3% (3.2-million) have reduced the expenditures, but have not been impoverished.

Of the families who reduced their private healthcare expenses, to the point of having annulled them, 5.0%

may be considered as “new” wavers of healthcare expenses.

Those wavering are principally households belonging to the lower and middle quintiles consumptions, who mainly spend their money on medicine, visits and diagnostic tests (80-90% of OOP healthcare expenses).

Obviously private expenditures is positively related to income, going from € 778.1 per year for families belonging to the 1st quintile of consumption, to € 3,020.6 for those belonging to the last one.

Resident families who have declared being in possession of an individual insurance are approximately one million – namely 5.0% of the whole.

In terms of fairness impact, in 2014 nor the incidence of the impoverishment phenomenon due to OOP healthcare expenditures, neither that of “catastrophic” expenditures, seem to have been altered. But we cannot underestimate that there are approximately 279,160 families (11.4% of those bearing OOP healthcare expenses) with an high risk of impoverishment. Therefore, the incidence of the phenomenon risks provoking the doubling of needy (discomfort) situations in perspective.

Trentino Alto Adige, Emilia Romagna and Valle d’Aosta seem to be the Regions estimated to have a lower incidence of economic discomfort due to OOP healthcare expenditures; whereas Sardegna, Sicilia and Campania are those with a greater incidence.

Not considering the impoverished households and those subjected to catastrophic expenditures, the incidence of OOP healthcare expenses on the total consumptions moves between a minimum of 2.4% for families belonging to the 1st consumption quintile, to a maximum of 4.5% for families belonging to the last quintile.

Finally, we observe how a trend entailing a significant growth in OOP expenses certainly opens up the way

to the establishment of new scenarios, whose outlines are however already evident: in particular, resorting to complementary forms of healthcare insurance (supplementary health funds, contract funds, Mutual Aid Societies, insurance policies).

But it is likewise also evident that complementarity contains a significant share of services duplication, in addition to an overlapping due to the coverage of co-participations – rendering it absolutely necessary to define an overall governance of the sector.

CAPITOLO 4b

Una misura di *Performance* dei SSR (IV edizione)

d'Angela D.¹

4b.1. Il Progetto

Il presente capitolo riporta i principali risultati del progetto “Una misura di *Performance* dei SSR”, realizzato da C.R.E.A. Sanità, con la duplice funzione di fornire una valutazione dell’evoluzione dei servizi sanitari e contribuire allo sviluppo delle metodologie utilizzabili per le valutazioni di *Performance* in Sanità.

A tal fine la metodologia adottata si concentra sulla multi-dimensionalità delle *Performance* in campo sanitario e sulla esigenza, in una ottica multi-prospettiva, di integrare e mediare la visione di differenti *stakeholder* del sistema sanitario creando, quindi, mediante un esperimento di “ingegneria sociale”, informazioni utili nel supportare la formazione di indirizzi per le politiche sanitarie pubbliche.

I risultati descritti di seguito sono il frutto del lavoro di un *panel* composto da 83 membri provenienti da tutt’Italia, e afferenti a cinque Categorie, ‘Utenti’ (associazioni dei cittadini, sindacati, stampa), ‘Professioni sanitarie’ (Medici di famiglia, ospedalieri, del servizio di emergenza 118, infermieri, farmacisti), ‘Management aziendale’ (Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi), ‘Istituzioni’ (Assessorati regionali, Agenzia Nazionale della Sanità, Agenzia Italiana del farmaco) e ‘Industria medicale’.

Il *panel* ha prima identificato e scelto gli indicatori su cui basare la valutazione e quindi, in un *meeting* collegiale tenutosi a Roma il 22 Giugno 2016, 53 membri del *panel* (sugli 83 complessivi) hanno fornito le loro valutazioni.

Il processo di elicitazione è stato supportato da specifici *software* implementati dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità: ogni esperto ha operato singolarmente con l’ausilio di un computer; il *team* di C.R.E.A. Sanità

ha raccolto le risposte, le ha poi elaborate ed aggregate applicando l’algoritmo delle utilità multiattributo.

Le valutazioni richieste agli *stakeholder* hanno riguardato tanto il valore attribuito alle determinazioni numeriche degli indicatori, quanto il grado di sostituibilità tra gli *outcome* di cui i diversi indicatori sono rappresentativi.

4b.2. I risultati

Come anticipato, i componenti del *panel*, avvalendosi di un sistema di *televoter*, hanno selezionato 12 indicatori, 3 per dimensione, da un *set* di 27 precedentemente scelti da un *dataset* iniziale di 144 selezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità; gli indicatori sono afferenti a quattro Dimensioni di *Performance*: Sociale, Economico-finanziaria, Esiti e Appropriatezza (Tabella 4b.1).

Il *panel* ha individuato tre indicatori per rappresentare la Dimensione ‘Sociale’: ‘Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici’, ‘Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie’ e ‘Quota di persone che rinuncia a curarsi’. Questi sono risultati essere i più importanti (fra gli 8 proposti) per tutte e cinque le categorie.

I tre scelti (fra 8) per la Dimensione ‘Economico-finanziaria’ sono stati: ‘Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata’, ‘Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata’ e ‘Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente’.

Per la Dimensione ‘Esiti’, ‘Speranza di vita da disabilità (75+)’, ‘Tasso di mortalità evitabile’ e ‘Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche’ sono risultati i tre indicatori più votati fra 4 proposti.

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

Tabella 4b.1. Indicatori di Performance

Prospettiva	Indicatore
Sociale (Equità)	Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie
	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	Quota di persone che rinuncia a curarsi
Economico-finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
	Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
Esiti	Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche
	Tasso di mortalità evitabile
	Speranza di vita libera da disabilità (75+)
Appropriatezza	Tasso ricorso al pronto soccorso
	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
	Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie

Fonte: elaborazione su dati televoter del panel, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Il terzo è stato il più votato da 'Utenti' e 'Industria medica'; 'Management aziendale' e 'Professioni sanitarie' hanno dato più importanza al primo e al secondo indicatore; le 'Istituzioni' hanno preferito l'indicatore 'Tasso mortalità neonatale' che però non rientra nei primi tre selezionati.

Infine, per la Dimensione 'Appropriatezza', i tre indicatori prescelti (fra 7 proposti) sono risultati: 'Tasso ricorso al pronto soccorso', 'Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati' e 'Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie'.

Il primo è stato il più votato da 'Professioni Sanitarie', 'Utenti' ed 'Industria medica'; 'Istituzioni' e 'Management aziendale' hanno invece dato la precedenza rispettivamente a 'Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie' e 'Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati', mettendoli al primo posto.

Rimandando alla pubblicazione "Una misura di Performance dei SSR" (D'Angela D., Spandonaro F., 2013) per i dettagli sulla metodologia, si osserva che le funzioni di utilità (o valore) degli indicatori Sociali, così come emerse dalla elicitazione delle preferenze dei membri del Panel, assumono un andamento che evidenzia la priorità data agli aspetti equitativi.

Quelle della dimensione Economico-Finanziaria assumono un andamento sostanzialmente lineare per

quasi tutte le Categorie: gli Utenti sono molto sensibili ai livelli della spesa privata delle famiglie.

Le funzioni di valore delle dimensioni Appropriatezza ed Esiti hanno anch'esse un andamento sostanzialmente lineare; gli Utenti però stigmatizzano fortemente le Performance peggiori, attribuendogli valori pressoché nulli.

I Professionisti sanitari tendono a essere meno "critici" e ad attribuire vantaggi meno che proporzionali ai miglioramenti di livelli già alti degli indicatori.

È interessante rimarcare che per quattro indicatori su cinque, riconfermatisi rispetto all'edizione precedente, e in particolare:

- quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici;
- quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatezza;
- tasso di mortalità evitabile;
- speranza di vita libera da disabilità;

l'andamento "qualitativo" della funzione valore è stabile nel tempo (ovvero nelle varie annualità del progetto). Di contro, per l'indicatore Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite l'andamento si è invece progressivamente linearizzato, suggerendo forse una minore determinazione nel porre le riduzioni di spesa in cima all'agenda della politica sanitaria.

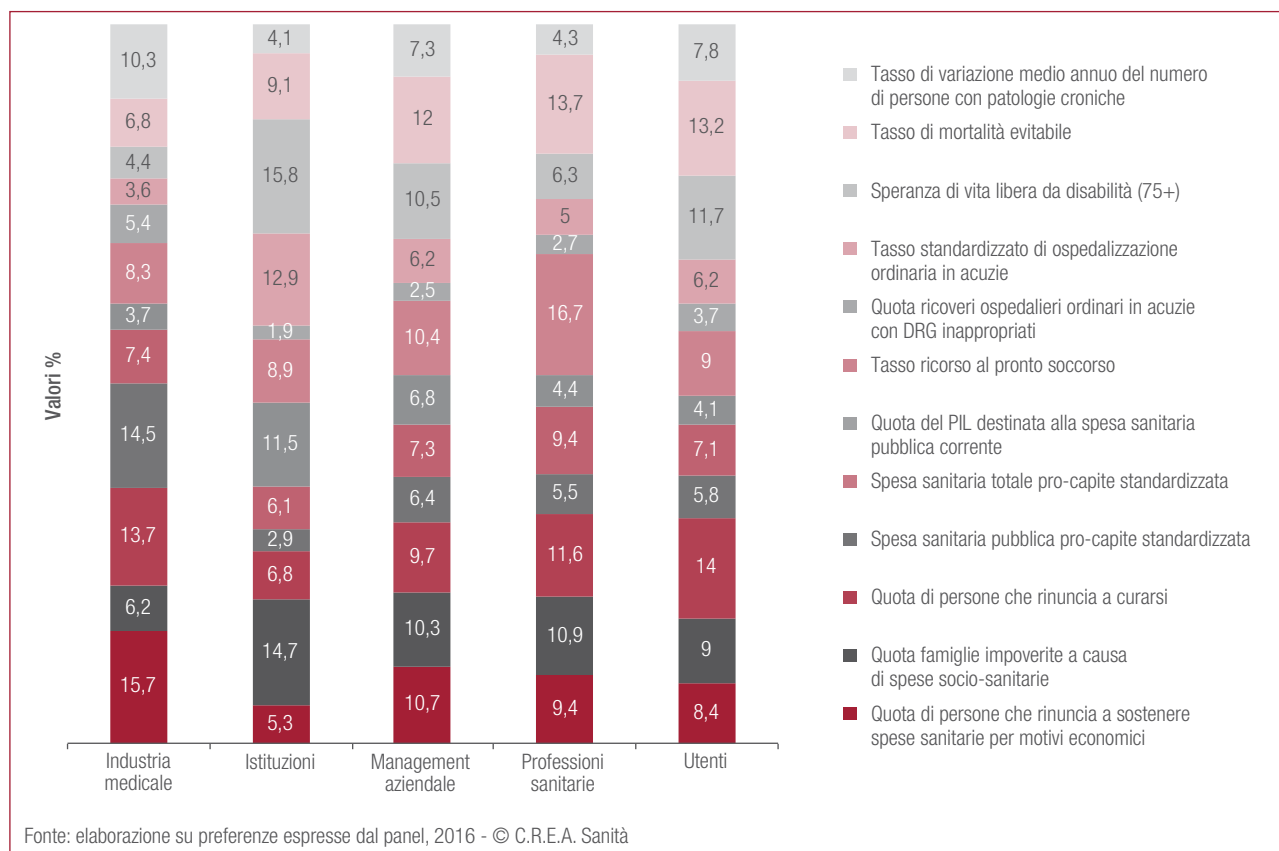
In termini di contributo degli indicatori, e delle Dimensioni in cui essi si aggregano, alla Performance, osserviamo che per gli Utenti gli indicatori maggiormente rappresentativi risultano essere la "rinuncia alle cure", "la mortalità evitabile" e la "disabilità" (con contributi alla performance complessiva rispettivamente pari a 14,0%, 13,2% e 11,7%).

Per le Professioni sanitarie prevale, invece, il "Tasso di ricorso al pronto soccorso" (16,7%), seguito dal "Tasso di mortalità evitabile" (13,7%) e dalla "Quota di persone che rinuncia a curarsi" (11,6%).

Per il Management aziendale sono particolarmente importanti la "mortalità evitabile", la "disabilità", ma anche la "rinuncia per motivi economici", con pesi rispettivamente del 12,0%, 10,5% e 10,7%.

Diversamente, per le Istituzioni, i fattori predominanti sono di esito ma anche equitativi: la "disabilità" e l'"impoverimento causato dalle spese sanitarie Out Of Pocket", con un contributo pari rispettivamente al 15,8% e al 14,7%.

Figura 4b.1. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR (%)



Per gli appartenenti all'Industria il fenomeno della "rinuncia alla cura", sia in generale, che per motivi economici, oltre la Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata, rappresentano i fenomeni che contribuiscono maggiormente alla Performance di un SSR, con quote rispettivamente del 13,7%, 15,7% e 14,5%.

In sintesi, pur nella diversa scelta degli indicatori predominanti, la dimensione Sociale risulta essere in generale un elemento chiave della determinazione della Performance: per gli Utenti, le Istituzioni e il Management aziendale viene a seguire la dimensione degli Esiti; mentre per l'Industria quella della dimensione economica, e per le Professioni sanitarie quella dell'appropriatezza (Figura 4b.1).

Confrontando i risultati con quelli delle precedenti annualità, in questa quarta edizione del progetto, pur confermandosi l'importanza della Dimensione Sociale, sembra osservarsi una riduzione del suo contributo, che scende al 24,4% (dal 27,6% nell'esercizio precedente).

Di contro aumenta il contributo della Dimensione Esiti, che sale dal 26,3% al 27,0%, e anche di quella Eco-

nomico-Finanziaria che raggiunge il 24,1% (dal 20,5% nell'ultima edizione).

Infine la Dimensione Appropriatezza passa al 25,2% dal 24,9% della precedente edizione.

Analizzando i risultati per Categoria (Figura 4b.2), nel caso degli Utenti le Dimensioni Esiti e Appropriatezza contribuiscono per quasi il 55% alla misura della Performance del sistema sanitario (30,2% e 23,6% rispettivamente); le altre Dimensioni, Sociale ed Economico-Finanziaria, seguono rispettivamente con il 23,5% e il 22,7%. Degna di nota è la grande attenzione che in questa edizione gli Utenti hanno attribuito alla dimensione Esiti, che rispetto alla precedente edizione ha guadagnato ben il 12%.

La Dimensione Sociale è predominante per le Professioni sanitarie, con il 27,5%, seguita dall'Appropriatezza (25,9%), dagli Esiti (23,9%) e, infine, dalla Dimensione Economico-Finanziaria (22,7%).

La Dimensione Esiti contribuisce alla Performance in misura massima anche per il Management aziendale (26,8%), seguita dal Sociale (24,8%); seguono la Dimen-

Figura 4b.2. Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR (%) - Per Categoria

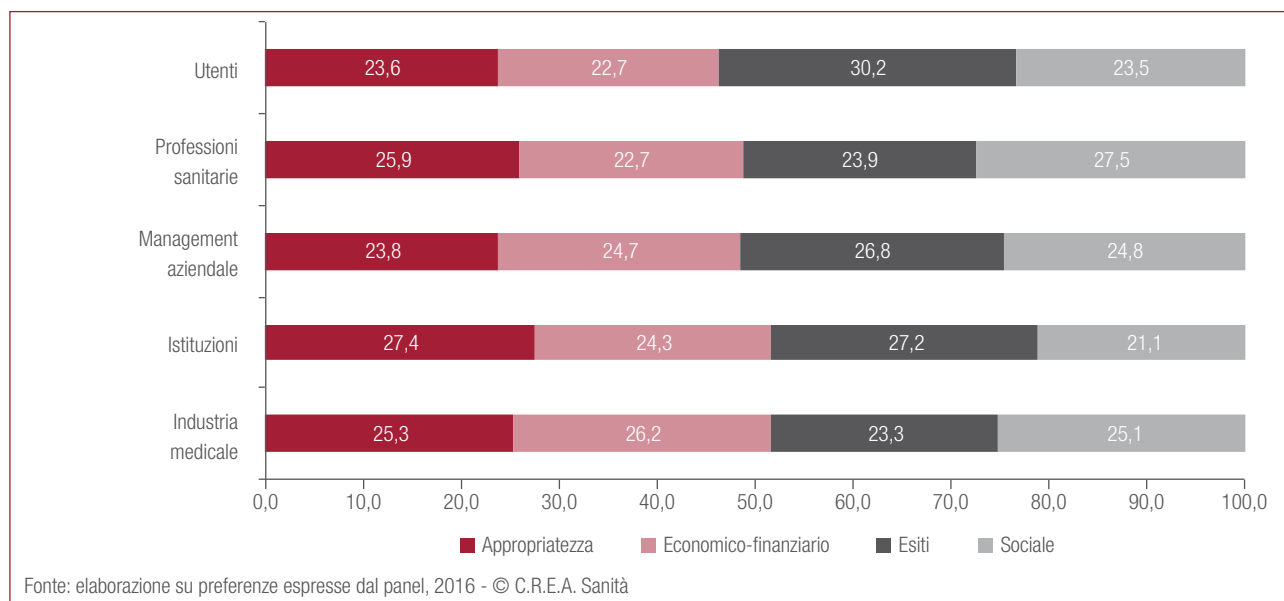
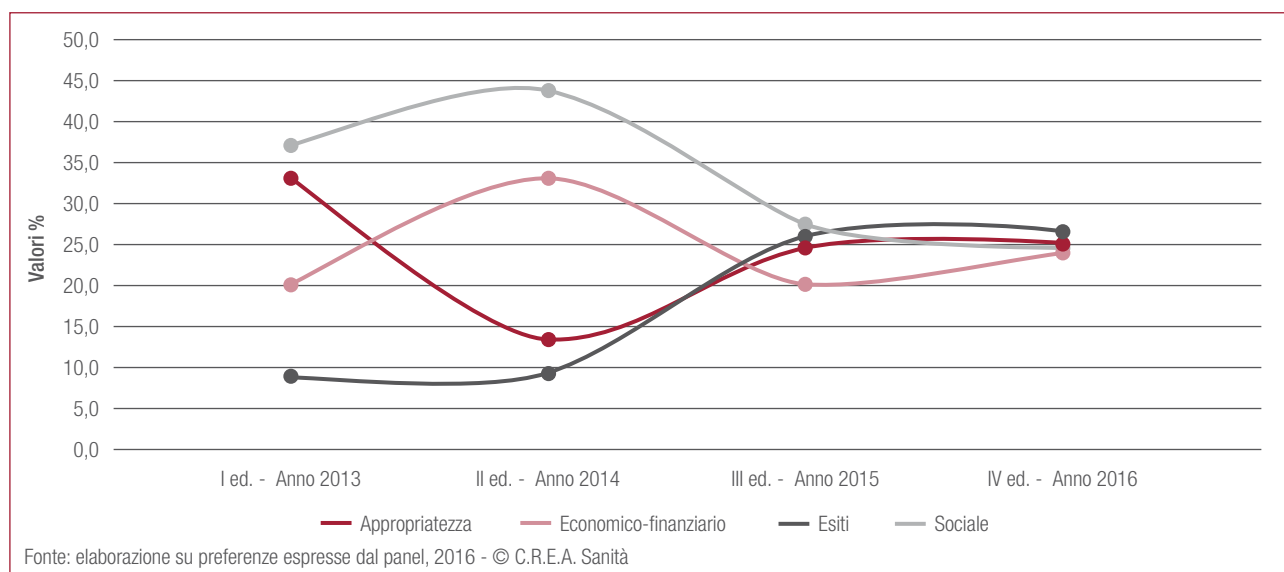


Figura 4b.3. Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR (%) - Per annualità



sione Economico-Finanziaria (24,7%) e l'Appropriatezza (23,8%).

Gli appartenenti alla categoria delle Istituzioni, attribuiscono alla Dimensione Appropriatezza il maggiore peso nella determinazione della Performance dei SSR, con il 27,4%; seguita dagli Esiti con il 27,2%; in questa edizione è notevolmente aumentato il peso attribuito alla Dimensione Economico-Finanziaria (24,3% contro il 15,4% della precedente edizione). La dimensione Sociale contribuisce per il 21,1%.

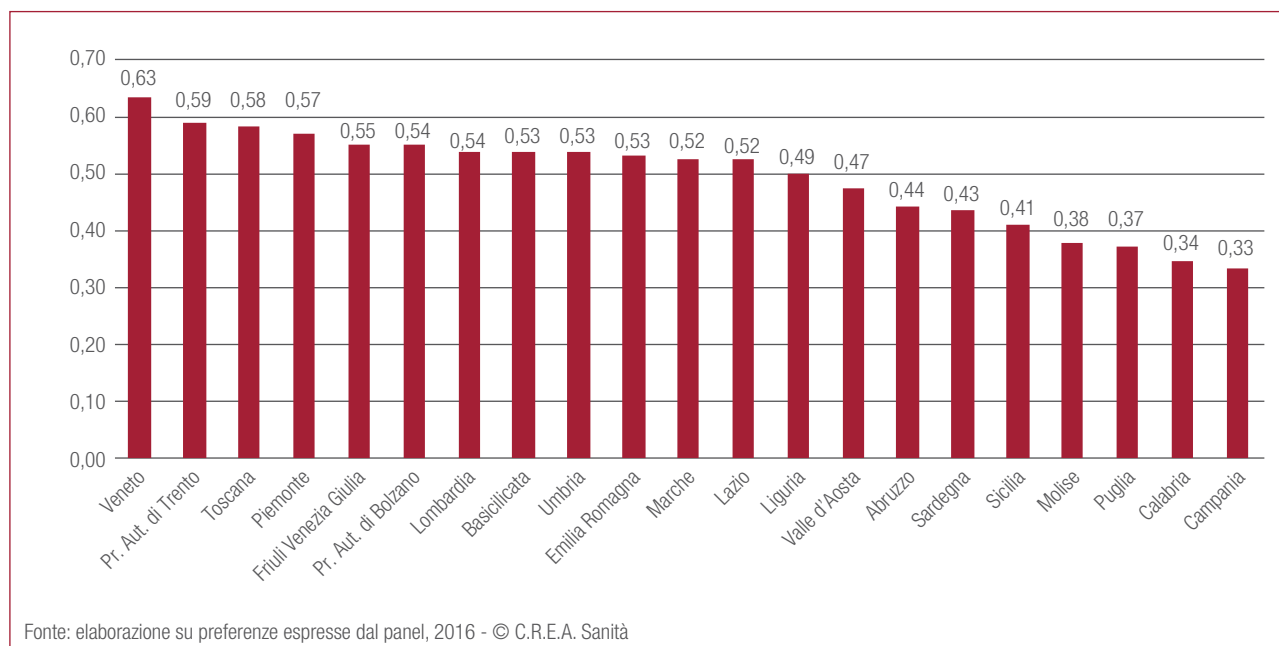
Gli appartenenti all'Industria, analogamente a quanto

espresso nelle edizioni precedenti, continuano a mantenere un atteggiamento di sostanziale neutralità fra le varie Dimensioni, attribuendo loro pressoché lo stesso peso.

4b.3. Sintesi

Il contributo delle singole Dimensioni varia nel tempo (Figura 4b.3) evidenziando come la valutazione delle Performance sia un processo dinamico.

Figura 4b.4. Misura di Performance dei SSR



Come tendenza generale osserviamo che, ad eccezione della categoria Industria, che ha mantenuto una attribuzione di neutralità alle dimensioni sin dall'inizio, per le altre stiamo assistendo ad una progressiva riduzione delle differenze di peso attribuite alle diverse Dimensioni.

Gli Utenti hanno spostato negli anni la loro attenzione dal Sociale verso gli Esiti: il fenomeno potrebbe essere attribuito ad un maggior *empowerment* del paziente, sempre più informato e quindi consapevole.

I Professionisti sanitari sembrano negli anni esser ritornati sulle "posizioni" iniziali, seppur con un atteggiamento meno "estremistico": Sociale ed Appropriatezza tornano ad essere le Dimensioni più importanti per la categoria, dopo una fase di maggiore attenzione offerta alla Dimensione Economico-Finanziaria: peraltro coincidente, forse non a caso, con l'introduzione della *Spending Review*; la riduzione del peso di tale Dimensione potrebbe essere, peraltro, anche associata alla riduzione dei disavanzi dei SSR.

Una riduzione del peso (oggi attestato sul 20%) della Dimensione Economico-Finanziaria è riscontrabile anche fra il *Management* aziendale. Di contro è aumentata negli anni l'attenzione per il Sociale e gli Esiti: anche in questo caso la variazione sembra "razionale", in ossequio alla sempre maggiore domanda di prestazioni

sociali alle Aziende sanitarie, e alla crescente importanza dei sistemi di valutazione degli Esiti nel SSN italiano.

Nella categoria delle Istituzioni va incrementandosi l'attenzione sull'Appropriatezza e gli Esiti, riducendosi corrispondentemente il peso attribuito al Sociale.

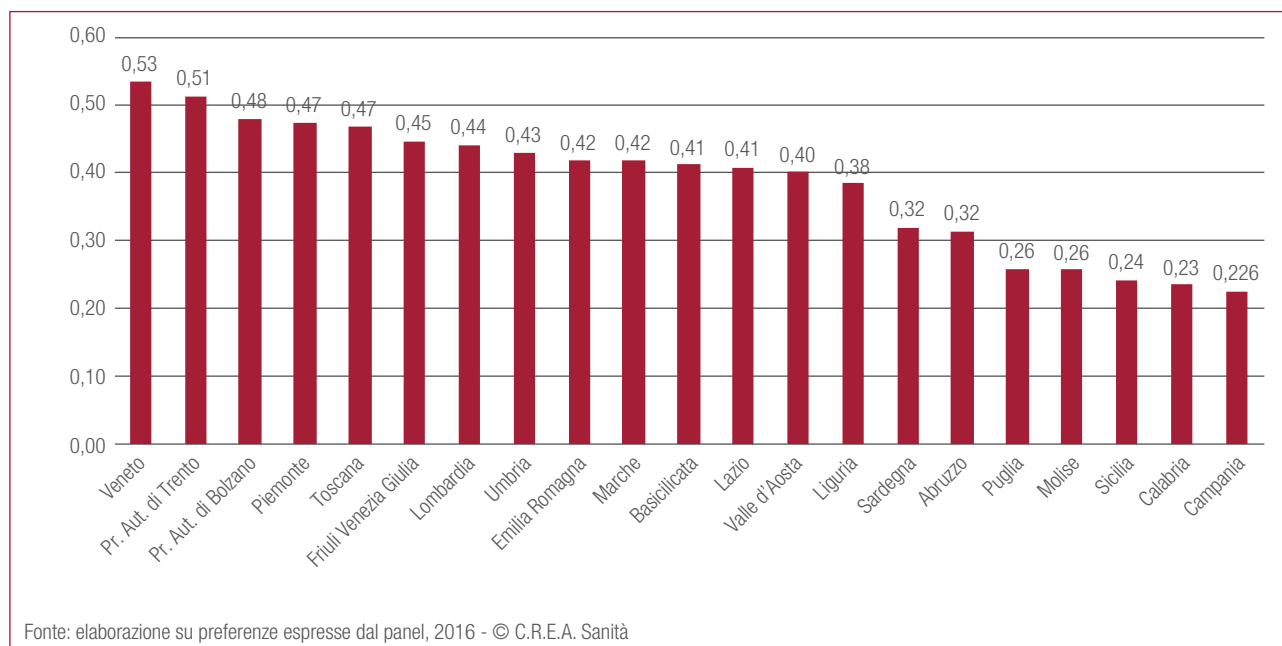
Infine, come anticipato, a differenza delle altre categorie, l'atteggiamento fra gli appartenenti all'Industria rimane "coerente e neutrale" nel tempo: i pesi delle quattro dimensioni alla *Performance* dei SSR, sono infatti sempre rimasti pressoché uguali.

La misura della *Performance* ottenuta, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di *stakeholder* rappresentate nel *Panel* di Esperti, indica un risultato che oscilla da un massimo di 0,63 ad un minimo di 0,33 (ricordiamo che il valore massimo è 1 e il minimo 0): il risultato migliore è ottenuto dal Veneto ed il peggiore dalla Regione Campania (Figura 4b.4).

Il *range* tutto sommato ridotto nel quale si muove l'indice unico di *Performance*, come già riscontrato nella precedente edizione, è in buona misura derivante dalla possibilità data al *Panel* di attribuire il massimo e il minimo della *Performance* a valori degli indicatori maggiori o minori di quelli effettivamente rilevati a livello nazionale.

Si conferma di conseguenza un atteggiamento "prudente" da parte dei componenti del *Panel* nella valutazione delle *Performance* attuali che porta a valutare il

Figura 4b.5. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Utenti'



risultato migliore nell'ordine del 60% della Performance "ideale".

Si possono distinguere ancora tre gruppi di Regioni in base ai livelli di Performance: a 4 SSR (che potremmo convenzionalmente individuare come l'area "dell'eccellenza") è associata una misura di Performance sensibilmente superiore al 57%, con modeste variazioni intra gruppo (Veneto, P.A. di Trento, Toscana, Piemonte); seguono altre 8 (Friuli Venezia Giulia, P.A. di Bolzano, Lombardia, Basilicata, Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lazio), con livello abbastanza omogeneo e prestazioni intorno al 50% (nel range 52-55%)

Per le ultime 9, convenzionalmente l'area "critica", (Liguria, Valle d'Aosta, Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Molise, Puglia, Calabria, Campania) si intravede uno "scalino" (negativo) della Performance, registrando valori che scendono progressivamente fino allo 0,33 dell'ultima.

Ovviamente, alla luce della descrizione della metodologia e dei risultati, le valutazioni delle Performance dei SSR sono differenti a seconda della prospettiva di cui sono portatori i differenti stakeholder.

Misura di Performance SSR categoria 'Utenti'

Anche per la Categoria Utenti, Veneto e Campania sono agli estremi del ranking; la misura di Performance

dei SSR però è giudicata di livello inferiore alla media, variando dallo 0,53 del Veneto allo 0,23 della Campania (Figura 4b.5). Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,32 ad eccezione della Basilicata (0,41); dopo il Veneto è la P.A. di Trento la Regione più "performante", con un indice dello 0,51, seguita poi da P.A. di Bolzano, Piemonte e Toscana, con una misura di Performance compresa tra 0,48 e 0,47.

All'altro estremo troviamo invece Puglia, Molise, Sicilia, Calabria e Campania, tutte con un indice inferiore a 0,26. Rispetto alla classifica generale, per gli Utenti il SSR di Bolzano scavalca la Toscana entrando nell'area di "eccellenza", facendo passare quest'ultima nell'area intermedia. Il Friuli Venezia Giulia perde una posizione diventando sesta; il SSR pugliese ne recupera due, non uscendo però dall'area "critica". Restano invece invariate le ultime due posizioni di Calabria e Campania.

Misura di Performance SSR categoria 'Professioni sanitarie'

Secondo la Categoria Professioni sanitarie la misura di Performance è migliore della media, variando ancora dallo 0,70 del Veneto allo 0,39 del SSR campano (Figura 4b.6). Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,57 ad eccezione della Basilicata con un indice pari a 0,61; Basilicata, Emilia Romagna, Marche,

Figura 4b.6. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Professioni sanitarie'

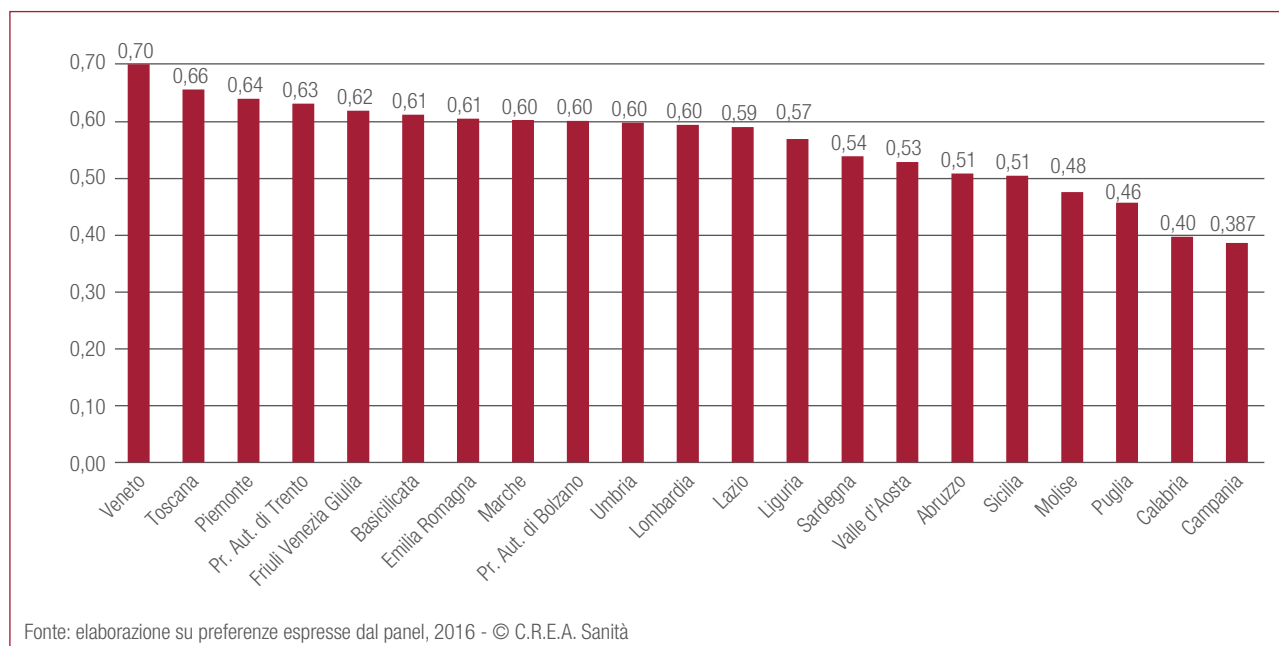
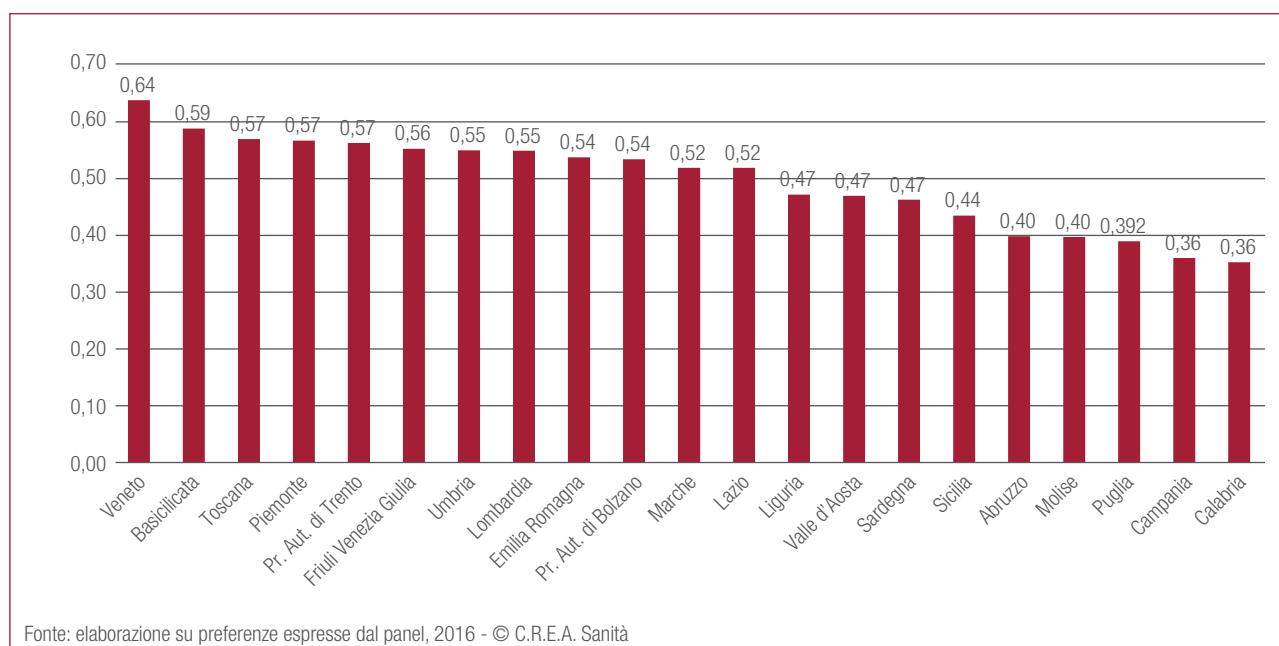


Figura 4b.7. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Industria medicale'



P.A. di Bolzano, Umbria, Lombardia, Lazio hanno un indice di Performance compreso tra 0,59 e 0,61.

Rispetto alla classifica generale, la P.A. di Bolzano perde tre posizioni, restando però sempre nell'area intermedia, come anche la Lombardia che perde quattro posti e diventa undicesima.

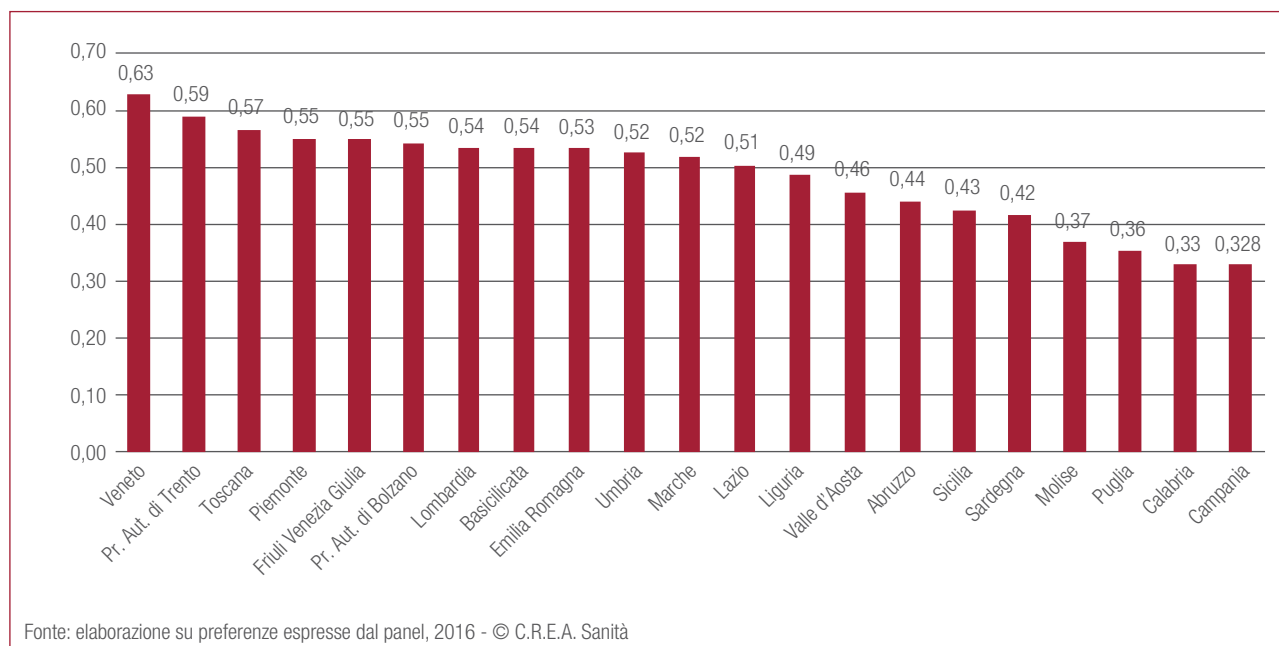
Nella prospettiva dei Professionisti sanitari il SSR della Valle d'Aosta perde una posizione (da quattordi-

cesimo a quindicesimo) e quello sardo ne recupera due, restando comunque entrambi nell'area "critica".

Misura di Performance SSR categoria 'Industria medicale'

Per la Categoria Industria medicale, la misura di Performance varia dallo 0,64 del Veneto, allo 0,36 del SSR calabro (Figura 4b.7): l'unico caso in cui si modifica una

Figura 4b.8. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Management aziendale'



delle posizioni estreme. Cinque Regioni hanno un valore di Performance inferiore a 0,40: Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria. La Basilicata recupera sei posizioni diventando seconda, mentre la P.A. di Trento abbandona l'area di "eccellenza" entrando in quella intermedia. La Lombardia perde una posizione restando comunque nell'area intermedia.

Misura di Performance SSR categoria 'Management aziendale'

Per la Categoria Management aziendale la misura di Performance varia dallo 0,63 Veneto allo 0,33 del SSR campano, in modo sovrapponibile con la media generale. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,43 ad eccezione della Basilicata con un indice pari a 0,54; Piemonte, Friuli Venezia Giulia, P.A. di Bolzano, Lombardia, Basilicata, Emilia Romagna hanno valori compresi tra 0,53 e 0,55 (Figura 4b.8).

Anche nel caso del Management aziendale, si registrano modifiche di posizioni, ma per nessun SSR cambia l'area di appartenenza.

Misura di Performance SSR categoria 'Istituzioni'

Per la Categoria delle Istituzioni, la misura di Performance varia dallo 0,61 del Veneto allo 0,30 del SSR campano (Figura 4b.9). Lombardia, Friuli Venezia Giulia,

P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Marche e Liguria hanno valori di Performance sostanzialmente simili. I sistemi sanitari di Sicilia, Molise, Puglia e Campania risultano invece avere tutti indici di Performance inferiori a 0,37.

Come nella classifica generale, il Veneto mantiene la prima posizione, seguita però dalla P.A. di Trento e dalla Toscana.

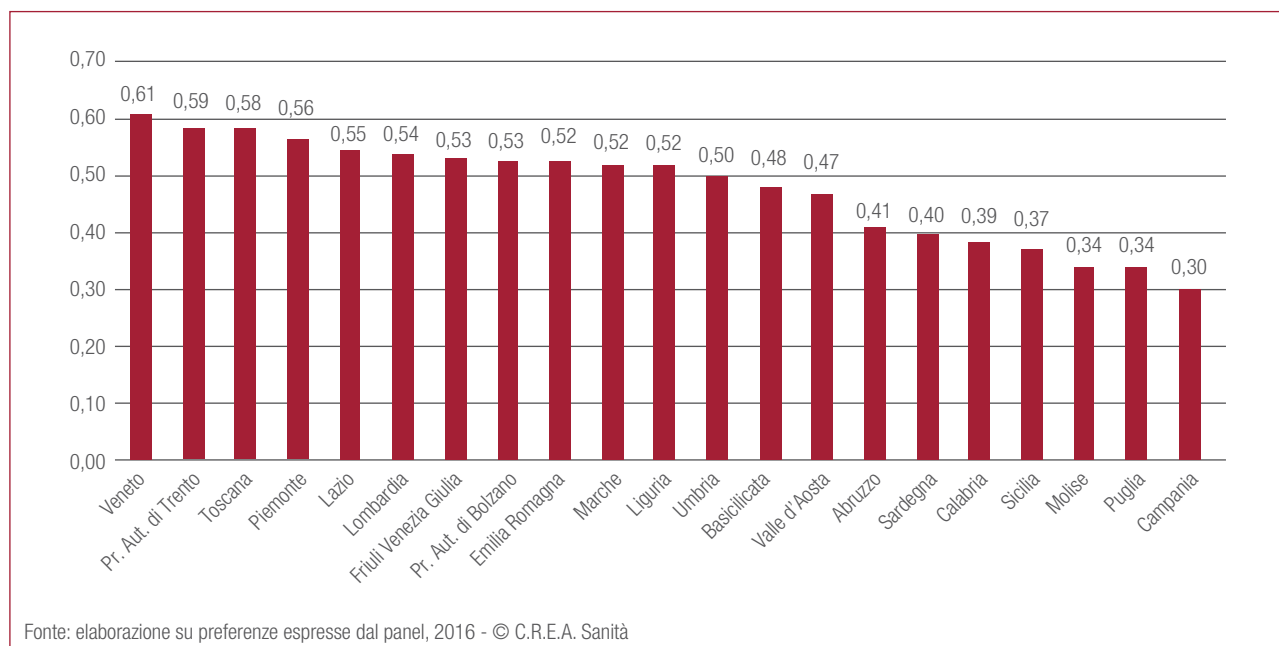
Il SSR friulano perde due posizioni rispetto alla valutazione complessiva, restando comunque nell'area intermedia, quello lucano ne perde cinque raggiungendo la tredicesima posizione ed entrando così nell'area "critica".

Nelle ultime tre posizioni, si registra un cambiamento nella terz'ultima posizione, con il Molise che prende il posto della Calabria, che balza al diciassettesimo posto. Un cambiamento rilevante riguarda la Regione Lazio, che recupera ben sette posizioni, restando sempre nell'area intermedia ma in una posizione prossima all'area dell'eccellenza.

4b.4. Riflessioni per la politica sanitaria

Il progetto "Una misura di Performance dei SSR" ha l'ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie, fornendo una lettura comparativa dei SSR capace di approfondire due elementi sostanziali

Figura 4b.9. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Istituzioni'



negli esercizi di valutazione della *Performance*: il primo è l'importanza di considerare la multi-dimensionalità degli obiettivi e il secondo è quello della prospettiva adottata.

Per quanto concerne la multi-dimensionalità degli obiettivi, si osserva come le politiche sanitarie siano molteplici e il "rendere conto", intrinseco nel concetto di *accountability*, richiede trasparenza sul peso relativo attribuito ai diversi obiettivi; sul secondo ricordiamo che il metodo proposto conferma empiricamente come persone / gruppi di interesse (*stakeholder*) diversi abbiano, legittimamente, preferenze diverse in termini di priorità degli obiettivi.

Per rispondere alle esigenze citate, il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) cerca con questo progetto di fornire una valutazione delle *Performance* dei SSR basato sulla elicitazione delle preferenze di diversi gruppi di *stakeholder*.

Dai risultati di questa quarta edizione del progetto (anno 2016) si conferma come:

- esistono differenze significative di valutazione dipendenti dalle prospettive dei diversi *stakeholder*;
- il valore attribuito ai livelli degli indicatori non varia necessariamente in modo lineare, dimostrando una articolazione dei giudizi basata sullo specifico portato informativo dei singoli indicatori;

- si aggiunge che emerge come i partecipanti all'esperimento considerino anche i risultati migliori già raggiunti, non ancora ottimali;
- il contributo che le varie Dimensioni di analisi danno alla *Performance* sono difforni sebbene progressivamente convergenti nel tempo; e, di nuovo, risultano dipendenti dalle preferenze di cui i diversi *stakeholder* sono portatori.

Al di là di alcuni cambiamenti nei *ranking* regionali, legati anche al fatto che sono differenti gli indicatori di *Performance* selezionati di anno in anno dal *Panel*, la variazione nel tempo del contributo delle varie Dimensioni di analisi alla *Performance* ci sembra di poter dire sia coerentemente legata all'evoluzione del contesto istituzionale e politico.

Fenomeno quest'ultimo che non sembra invece influenzare l'andamento della funzione valore dei singoli indicatori, che rimane stabile in quasi tutti gli indicatori (quattro su cinque di quelli confermatasi nelle varie annualità).

In altri termini, questo indica che non varia il "valore" attribuito ai singoli indicatori, ma che è "dinamico" il peso a loro attribuito nella determinazione della *Performance*.

Prendendo in analisi il peso attribuito dalle diverse Categorie di *stakeholder* negli anni, dalla prima edizione del progetto alla presente (quarta), appare interes-

te osservare come per tutte le Categorie, ad eccezione dell'Industria che ha mantenuto una situazione di neutralità sin dall'inizio, si siano ridotte le differenze di peso attribuite alle diverse dimensioni. Dalla seconda edizione in poi si è riscontrato come la Dimensione Sociale e quella Economico-Finanziaria abbiano ridotto il loro peso, cedendolo progressivamente ad Esiti ed Appropriatezza.

In particolare gli Utenti hanno spostato negli anni la loro attenzione dal Sociale verso gli Esiti: fenomeno probabilmente spiegabile con lo sviluppo dell'*empowerment* dei pazienti.

Per i Professionisti sanitari, Sociale ed Appropriatezza si sono confermate essere le Dimensioni più importanti, a parte la parentesi, probabilmente attribuibile all'introduzione del decreto sulla *Spending Review*, che aveva spostato l'attenzione sulla dimensione Economico-Finanziaria (edizione del 2014): il peso di quest'ultima si è poi ridotto, probabilmente anche alla luce della riduzione dei disavanzi economico-finanziari dei SSR, mantenendosi comunque al di sopra del 22% nelle ultime due edizioni.

Per il *Management* aziendale è aumentata negli anni l'attenzione per il Sociale e gli Esiti, fenomeno, il primo, evidentemente riferibile alla ormai evidente difficoltà delle famiglie ad accedere a prestazioni sociali spesso a pagamento, che comunque il *top management* di un'Azienda Sanitaria si trova a dover "gestire"; il secondo alla

sempre maggior presenza di sistemi di valutazione degli Esiti che a cascata vengono ribaltati sugli obiettivi che gli stessi Direttori sono tenuti a raggiungere.

Le Istituzioni hanno invece spostato negli anni la loro attenzione su Appropriatezza ed Esiti, riducendo invece quella per il Sociale; il fenomeno probabilmente è spiegabile con l'acquisizione di una crescente consapevolezza da parte delle Istituzioni sulla possibilità che l'intervento su quelle due aree automaticamente "liberi" risorse, riducendo così le problematiche sociali di rinuncia alle cure e gli elevati carichi sulle famiglie in termini di spesa sanitaria privata *Out Of Pocket*.

Gli appartenenti alla categoria Industria invece hanno mantenuto negli anni un atteggiamento abbastanza coerente e neutrale, equi-pesando le quattro dimensioni della *Performance* dei SSR.

Il *gap* in termini di misura di *Performance* tra il SSR "migliore" ed il "peggiore" si sta riducendo, oscillando da un massimo di 0,63 ad un minimo di 0,33 (da 0,61 a 0,38 nella precedente edizione); malgrado alcune correzioni metodologiche sopra evidenziate, il risultato è probabilmente interpretabile come un lento ma progressivo riavvicinamento complessivo dei sistemi.

Ma il dato di fatto è che stabilmente una quota rilevante delle Regioni rimane nell'area critica, indicando chiaramente che continuano a rendersi necessari sforzi "speciali" per razionalizzare il sistema complessivo.

ENGLISH SUMMARY

An exercise on the Italian Regional Healthcare Systems (4th edition)

The chapter reports the results of the fourth year of application of an experimental methodology, developed by the research team of C.R.E.A. Sanità with the aim of defining a measure of the performance of the Italian Regional Healthcare Services (RHS).

A measure that - in our opinion - should ensure the democratic participation of all the healthcare system stakeholders and a transparent methodology for aggregating preferences.

In developing this methodology, we have been inspired by the process of direct elicitation of preferences, and by decision analysis techniques for subsequent composition.

The application of this method, on an experimental basis, has involved a panel of 83 experts, belonging to 5 different categories of stakeholders ("Users", "Healthcare professions", "Medical industry", "Management" and "Institutions").

The selected (a priori) dimensions of Performance are:

- outcome;
- appropriateness;
- economic and financial;
- social (fairness).

Allowing a RHS rankings, in terms of both overall performance and by single dimension, the experiment has allowed us to confirm that the different stakeholders have significantly different structures of preferences.

It follows that a democratic performance appraisal, must represent a compromise between different viewpoints/preferences, which requires a focus on the methods for their composition.

In quantitative terms, the regional ranking has shown a certain degree of sensitivity, towards both the preferences for one or another indicator, as well as the replaceability of the results regarding the different dimensions of the performance.

In Italy, among the regional healthcare services,

Veneto ranks first, in the overall and for each perspectives ("Users", "Healthcare Professionals", "Institutions", "Management" and "Industry". At the opposite side of the scale, the region of Campania ranks last, leaving the bottom position to Calabria for "Industry" and "Institutions".

In the overall assessment, the perspective of the "Users" implies the smaller values for the worst and the best region: 0.53 and 0.23; the higher in the "Healthcare professionals": minimum value of 0.39 and maximum one of 0.70.

In the last two editions of the project the contribution to the overall performance of the "Outcome" and "Appropriateness" dimensions is increased by reaching the 27.0% and the 25.2% respectively; "Social" the 24.4% and "Economic and Financial" the 24.1%. In the "Users" perspective "Outcome" and "Social" are the most important dimensions; for the "Healthcare Professionals", "Social" and "Appropriateness"; for the "Management", "Social" and "Outcome"; for the "Institutions", "Outcome" and "Appropriateness".

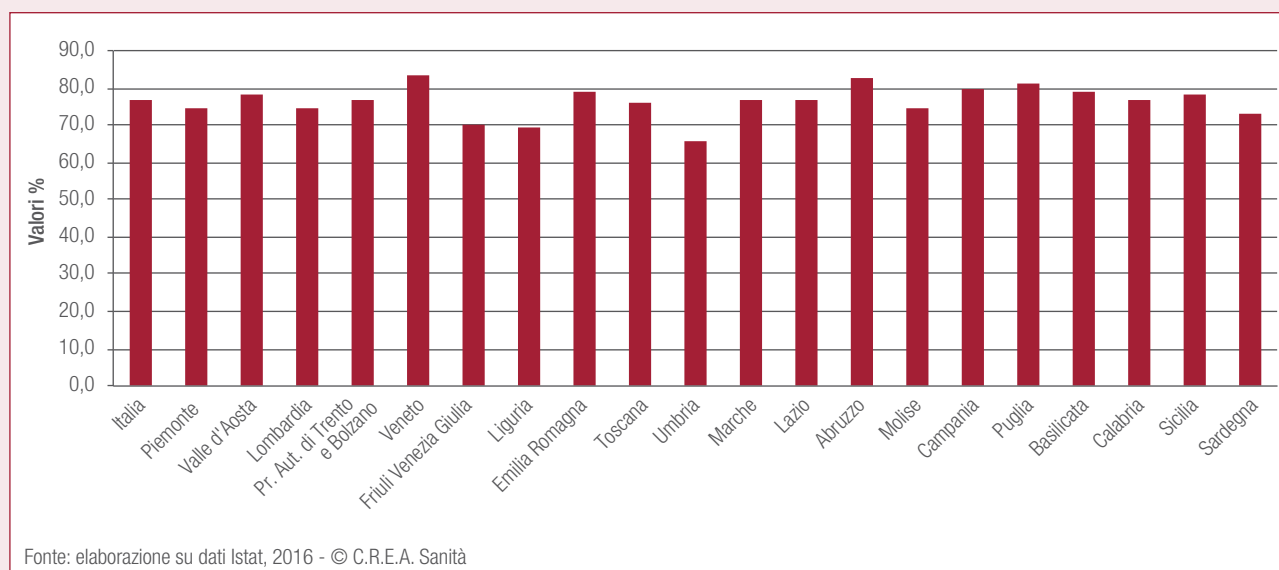
Finally, for the "Medical industry" perspective all the dimensions weight almost in the same way.

By analyzing the weight dynamic along the time we observed how the weight gap between perspectives becomes smaller and how it changes according with the political context and then with the healthcare priorities.

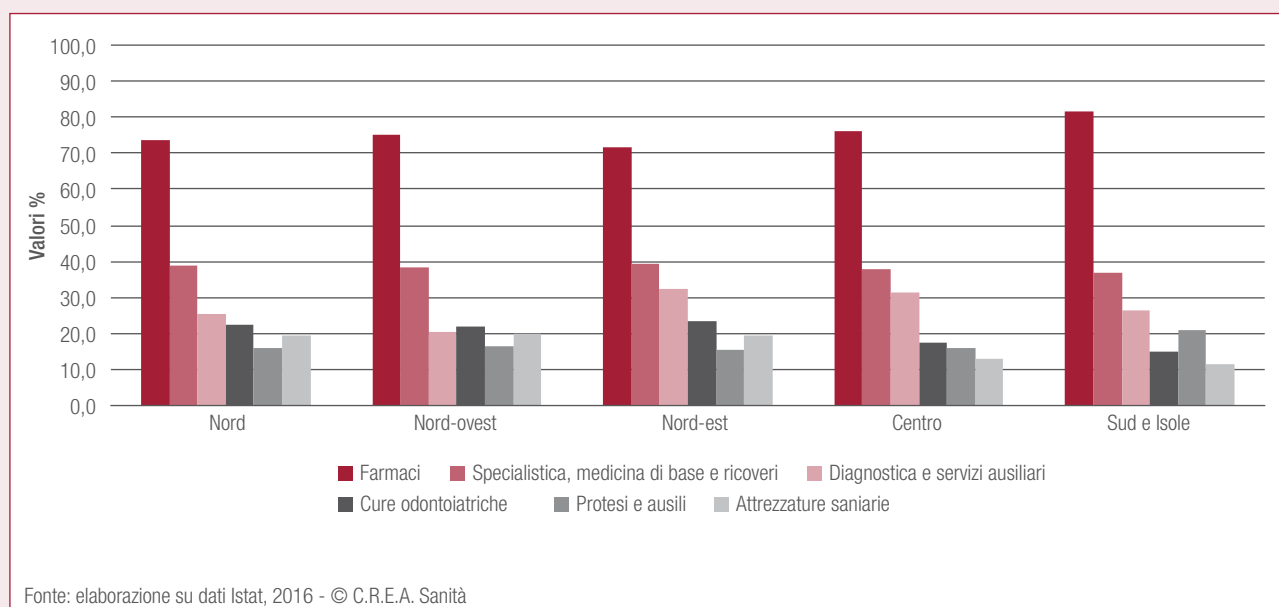
In conclusion, in the belief that accountability is a duty, particularly by the public institutions, and that improvement can be encouraged and, indeed, stimulated by introducing merit-based rankings, the experimented method can contribute to the debate by having demonstrated that it is essential to:

- ensure the explanation, and therefore the transparency of the system of values that underlies the assessments;

- *democratically represent and compose the various issues, and therefore the different priorities of the various system stakeholders;*
- *assess the RHS Performance in a dynamic way, by considering the context and them the changes of the political priorities.*

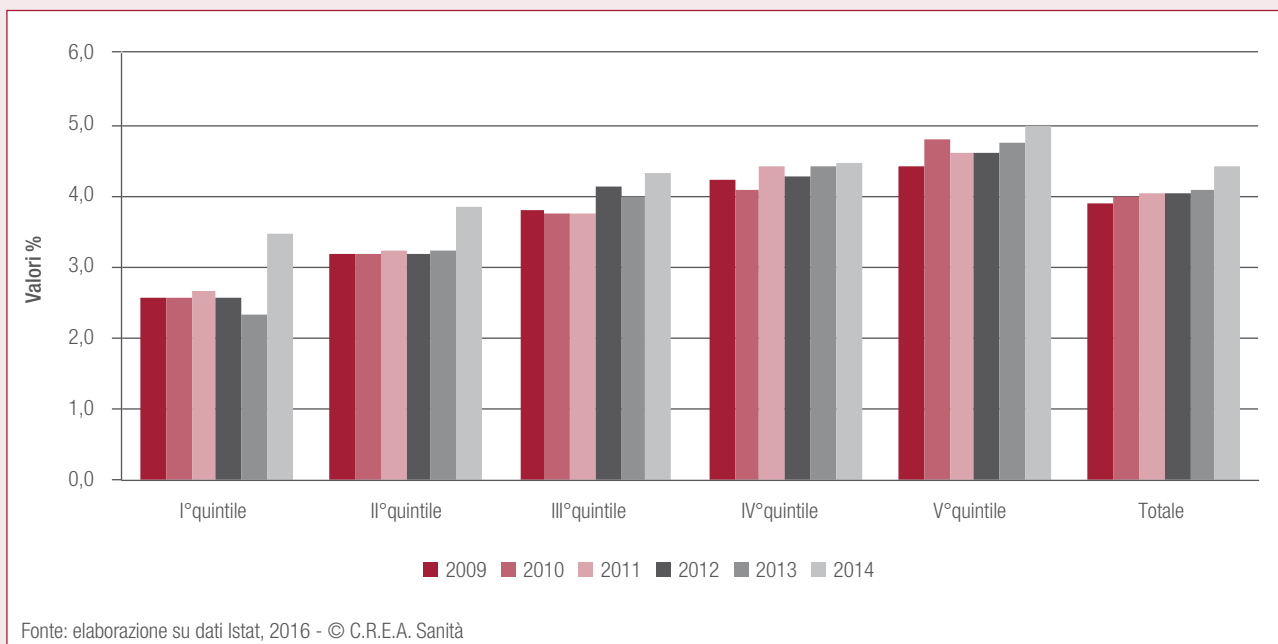
KI 4.1. Quota famiglie che sostengono spese sanitarie *Out Of Pocket*. Valori %, anno 2014

In Italia, nel 2014, hanno sostenuto spese sanitarie private il 77,0% delle famiglie, oscillando da un minimo del 65,7% dell'Umbria ad un massimo dell'83,1% del Veneto. Ricorrono privatamente alle spese sanitarie le famiglie residenti nel Mezzogiorno (78,8%), poi quelle del Nord (76,7%) ed infine quelle del Centro (75,7%). Dal 2008 al 2013 il numero di famiglie che hanno sostenuto spese sanitarie OOP si è ridotto con una variazione media annua dello -0,1%. In 11 Regioni c'è stata una riduzione: significativa in Sardegna (-4,22%), Sicilia (-2,82%) e Calabria (-1,37%). Nelle restanti 8 Regioni c'è stato invece un incremento: soprattutto in Emilia Romagna (+1,68%), Lazio (+1,35%) e Abruzzo (+1,24%).

KI 4.2. Famiglie che sostengono spese sanitarie *Out Of Pocket* - per tipologia di spesa. Valori %, anno 2014

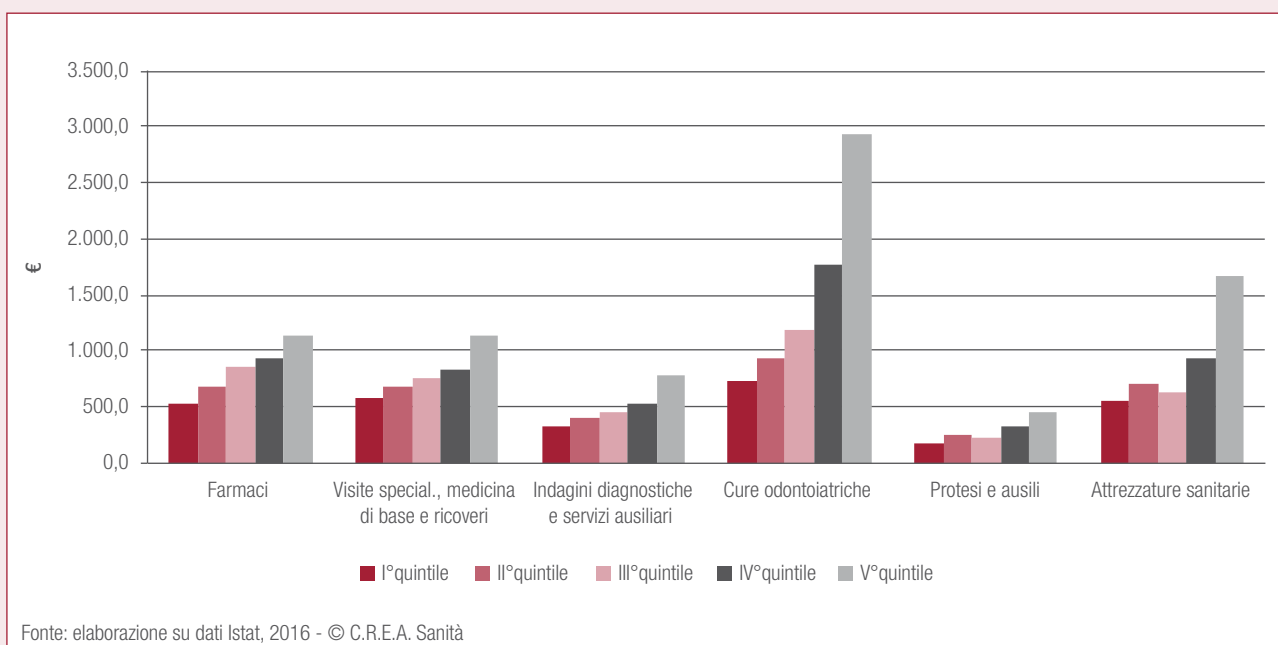
Analizzando la tipologia di domanda di spesa sanitaria emerge come in Italia il 76,7% delle famiglie che sostengono spese sanitarie acquista medicinali, il 38,0% visite specialistiche, medicina di base e ricoveri, il 26,9% indagini diagnostiche e servizi ausiliari (psicologo, fisioterapista etc.), il 19,0% spende per il dentista, il 17,5% per protesi e ausili e solo il 15,7% per le attrezzature sanitarie. Il ricorso alle diverse tipologie di spesa, a livello regionale, varia oscillando per i farmaci dal 73,6% del Nord all'81,6% del Mezzogiorno; la Sicilia è la Regione con il maggior ricorso alla spesa per farmaci (85,5%), il Trentino Alto Adige con il minore (65,7%). Alle visite specialistiche, la medicina di base ed i ricoveri ricorrono il 38,0% delle famiglie che sostengono spese OOP: il 38,7% di quelle residenti nel Nord, i 37,8% di quelle del Centro ed il 36,9% di quelle del Mezzogiorno. Si passa da un minimo del 28,0% riscontrato in Basilicata ad un massimo del 45,9% della Valle d'Aosta. Umbria, Molise e Basilicata sono le tre Regioni con il minor ricorso alla spesa per visite specialistiche, medicina di base e ricoveri. Degno di nota è l'elevato ricorso a tale voce di spesa della Puglia, che segue la Valle d'Aosta con il 41,1% delle famiglie. Alle cure odontoiatriche ricorre il 19,0% delle famiglie con spese OOP: il 22,5% di quelle del Nord, il 17,6% di quelle del Centro e il 14,8% di quelle del Mezzogiorno. La Sardegna è la Regione con la quota più bassa (8,8%) e il Friuli Venezia Giulia quella con la quota più alta (24,8%).

KI 4.3. Quota della spesa sanitaria *Out Of Pocket* delle famiglie sul totale dei consumi - per quintile di consumo. Valori %, anni 2009-2014



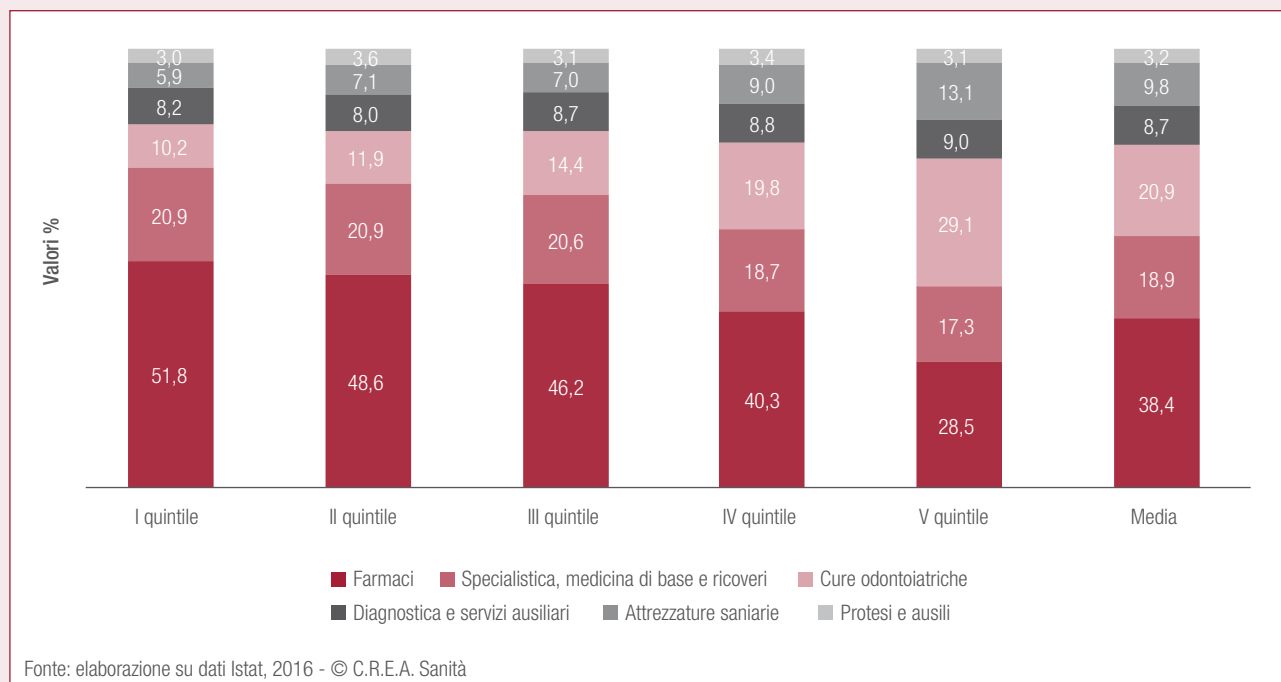
Nel 2014 la spesa sanitaria delle famiglie rappresenta il 4,4% dei loro consumi, variando da un minimo pari al 3,5% nelle famiglie appartenenti al primo quintile di consumo ad un massimo pari al 5,0% in quelle appartenenti all'ultimo quintile. La quota destinata alla sanità è continuata a crescere in tutti i quintili ad eccezione del IV dopo questa ha un valore pressoché costante (4,4%) dal 2011. L'aumento degno di nota è sicuramente quello che ha interessato i primi tre quintili: il primo è passato dal 2,3% del 2013 al 3,5%, il II dal 3,3% al 3,9% ed il III dal 4,0% al 4,3%.

KI 4.4. Spesa sanitaria *Out Of Pocket* effettiva delle famiglie per tipologia e quintile di consumo. Valori assoluti (€), anno 2014



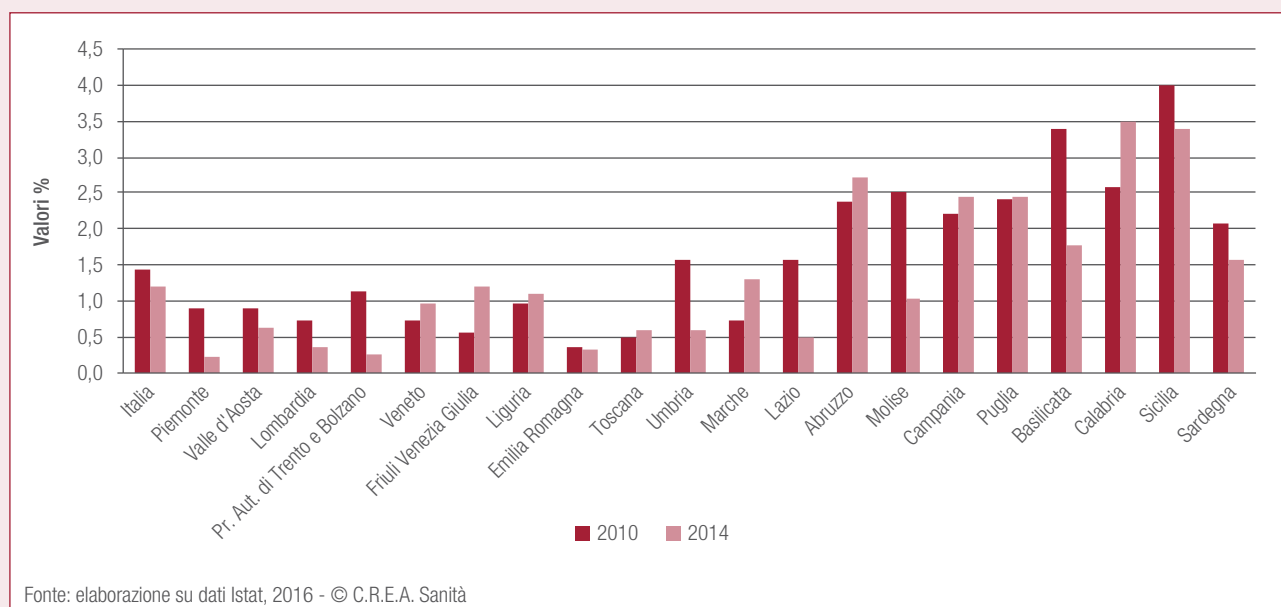
Nel 2014 la spesa sanitaria annua delle famiglie che spendono privatamente per la sanità è pari a € 1.692,2. Si passa dalle € 778,1 per le famiglie del I quintile alle 3.020,5 per quelle dell'ultimo. In particolare, considerando la spesa effettiva netta per singole voci quella per i farmaci oscilla da € 535,0 per le famiglie del I quintile di consumo a € 1.125,8 dell'ultimo quintile; quella per le visite specialistiche da € 589,9 a € 1.134,0, quella per il dentista da € 737,9 a € 2.924,7 rispettivamente per primo e ultimo quintile.

KI 4.5. Composizione della spesa sanitaria delle famiglie - per tipologia di spesa e quintile di consumo. Valori %, anno 2014

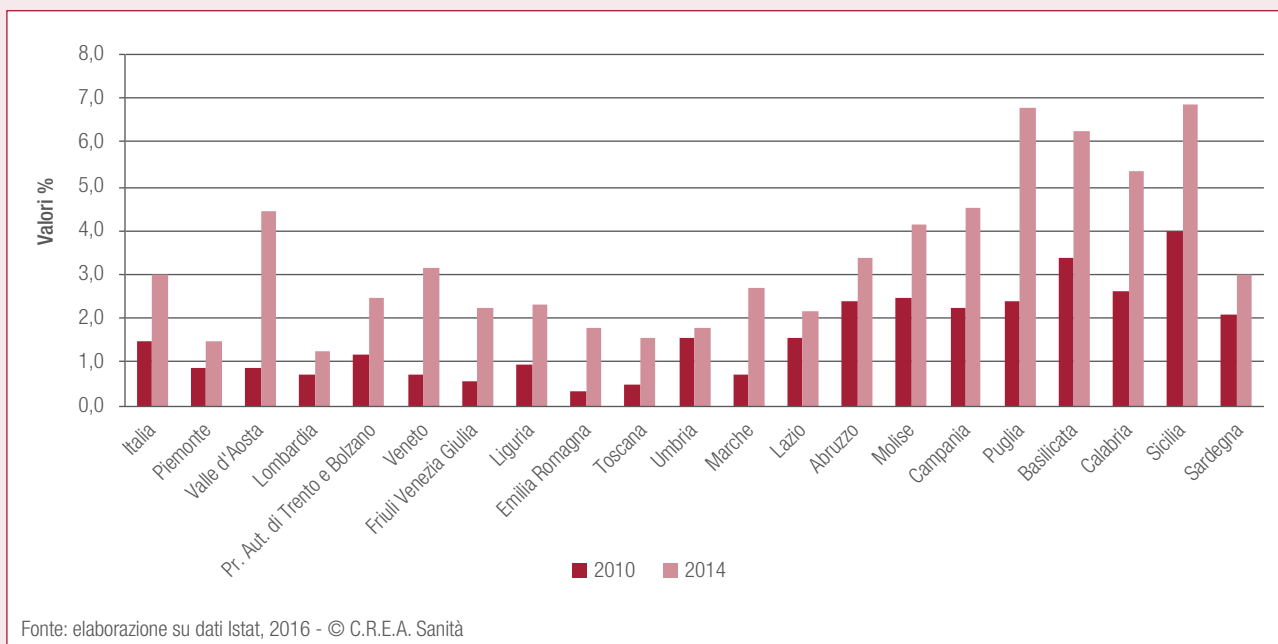


Le famiglie italiane che sostengono spese sanitarie OOP destinano in media il 38,4% di queste ai farmaci, il 20,9% alle cure odontoiatriche, il 18,9% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri, il 9,8% alle attrezzature sanitarie, l'8,7% alla diagnostica e ai servizi ausiliari. La distribuzione della spesa però differisce in base al reddito delle famiglie: quelle dei quintili più bassi destinano la metà delle loro spese sanitarie ai farmaci, circa il 21,0% alla specialistica, circa l'11,0% alle cure odontoiatriche, circa il 9% ad attrezzature sanitarie e protesi e ausili. Spostandosi verso i quintili più alti, le famiglie dell'ultimo quintile destinano ai farmaci il 28,5% dei loro consumi sanitari, il 29,1% alle cure odontoiatriche, il 17,3% alla specialistica e ai ricoveri.

KI 4.6. Quota famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie *Out Of Pocket*. Valori %, anni 2010 e 2014

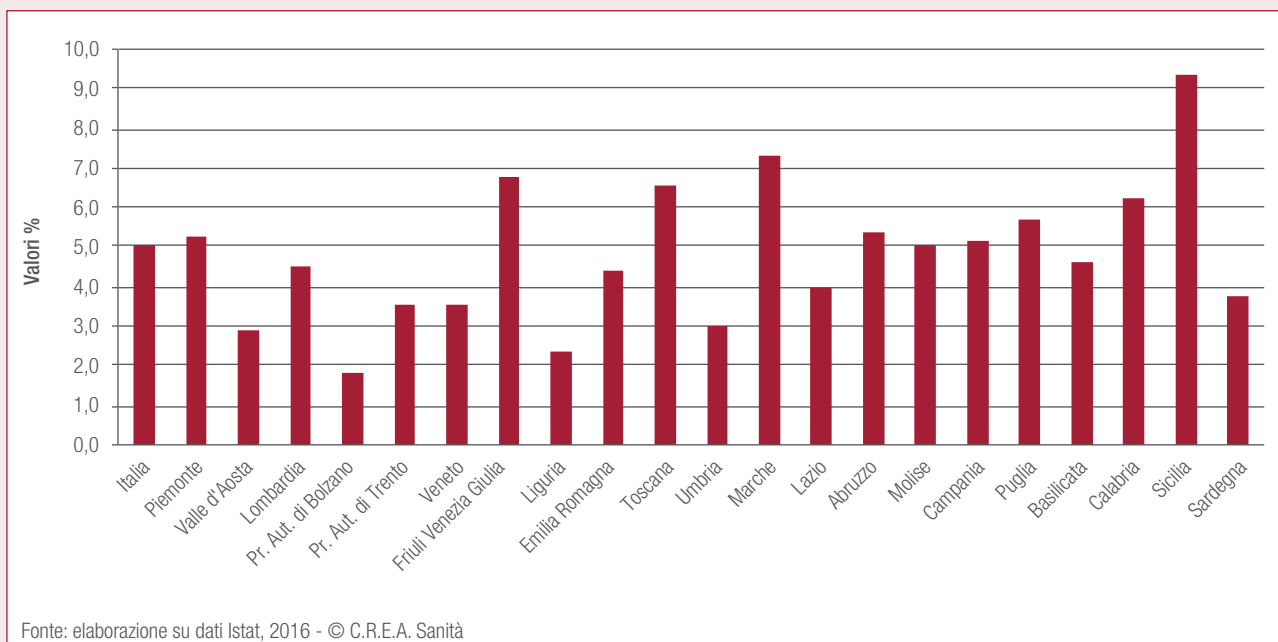


Nel 2014 in Italia si sono impoverite a causa di spese sanitarie OOP l'1,2% delle famiglie. Il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud (2,7%), poi quelle del Centro (0,6%) e del Nord (0,5%). La Calabria risulta essere la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (3,5%), il Piemonte quella più indenne (0,24%). I dati relativi ai due anni riportati 2010 e 2014 non sono confrontabili poiché nell'anno 2014 c'è stato un aggiornamento dell'indagine Istat 'Spesa delle famiglie'.

KI 4.7. Quota famiglie soggette a spese sanitarie *Out Of Pocket* catastrofiche. Valori %, anni 2010 e 2014

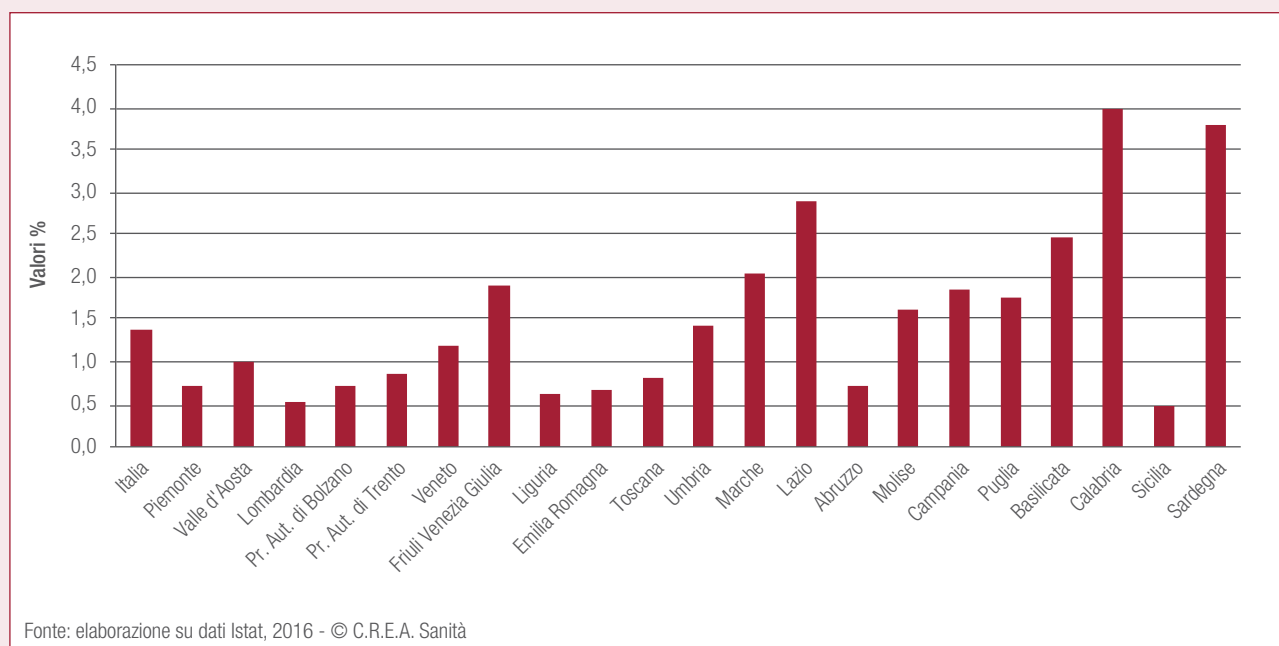
Nel 2014 in Italia il 3,0% delle famiglie sono soggette a spese sanitarie catastrofiche. In analogia con il fenomeno dell'impovertimento, colpisce soprattutto le Regioni del Sud (5,5%), poi quelle del Nord (2,0%) e del Centro (1,9%). La Sicilia risulta essere la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (6,9%), la Lombardia quella più indenne (1,2%). I dati relativi ai due anni 2010 e 2014 non sono confrontabili poiché nell'anno 2014 c'è stato un aggiornamento dell'indagine Istat 'Spesa delle famiglie'.

KI 4.8. Nuove rinunce alle spese sanitarie per motivi economici. Valori %, anno 2014



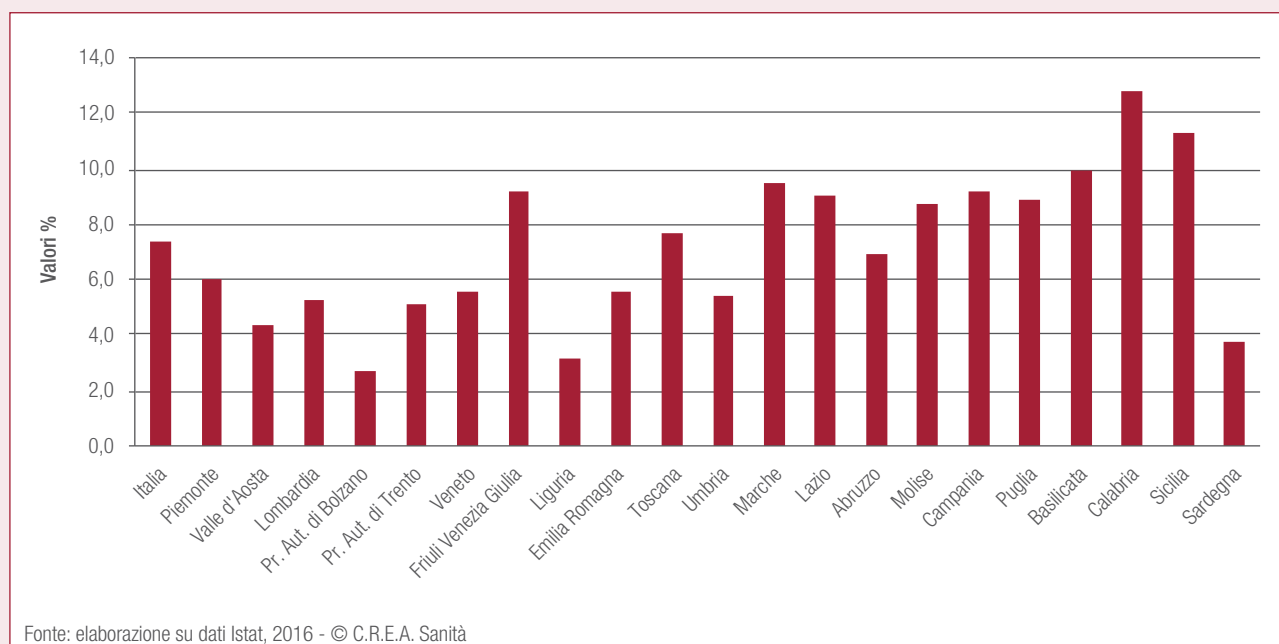
Nel 2014, 5,2 milioni di famiglie residenti (pari al 20,0% delle famiglie totali) hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie. Tra queste, 1,3 milioni non hanno sostenuto alcuna spesa sanitaria, e quindi hanno presumibilmente rinunciato al consumo. La rinuncia ha riguardato soprattutto le Regioni del Centro: il 5,9% delle famiglie ha azzerato le spese sanitarie OOP dichiarando la scelta di una riduzione della spesa; poi quelle del Mezzogiorno in cui il 5,5% delle famiglie ha rinunciato; la minor rinuncia si è registrata nel Nord dove solo il 4,1% dei nuclei familiari ha rinunciato (ancora meno nel Nord-Est con solo il 2,9%). La Sardegna sembra essere la Regione più colpita dal fenomeno: il 9,2% delle famiglie ha rinunciato alla spesa, segue il Lazio con il 7,4% e la Liguria con il 6,8%. Anche in questo caso Trentino Alto Adige ed Emilia Romagna sono le realtà con minore incidenza del fenomeno: hanno rinunciato rispettivamente l'1,9% ed il 2,3% delle famiglie ivi residenti.

KI 4.9. Famiglie a rischio di impoverimento. Valori %, anno 2014



Nel 2014 sono stati individuati 279.160 famiglie (l'1,4% di quelli che sostengono spese sanitarie OOP) ad alto rischio di impoverimento: si tratta di tutte quelle famiglie che qualora aumentassero le spese sanitarie attuali del 50% sarebbero impoverite. Di queste il 38,7% (107.979 famiglie) sono già soggette a spese sanitarie catastrofiche. Il rischio è più elevato nel Mezzogiorno dove il 2,3% delle famiglie è sotto tale soglia; nel Centro l'1,5% e solo lo 0,8% nel Nord.

KI 4.10. Famiglie con disagio economico per spese sanitarie OOP. Valori %, anno 2014



L'indicatore di disagio economico delle famiglie per spese sanitarie OOP, aggrega i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese sanitarie. L'indicatore esprime la quota di famiglie regionali in condizioni di disagio economico per le spese sanitarie OOP. In Italia, nel 2014, il 7,2% delle famiglie ha un disagio economico per le spese sanitarie OOP. Sardegna e Sicilia risultano essere le Regioni con maggior incidenza del disagio: l'11,0% e il 9,6% delle famiglie rispettivamente sono in tale condizione; all'estremo opposto troviamo l'Emilia Romagna e il Trentino Alto Adige dove solo il 2,6% delle famiglie residenti nella prima ed il 2,1% di quelle nella seconda sono in condizioni di disagio economico per spese sanitarie.

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of red and white.

Capitolo 5

Prevenzione:

**l'Italia nel contesto internazionale e le strategie
per la sostenibilità del sistema sanitario**

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 5

Prevenzione: l'Italia nel contesto internazionale e le strategie per la sostenibilità del sistema sanitario

Giordani C.¹

5.1. Introduzione

Le tematiche inerenti alla promozione della salute ed alla prevenzione delle malattie, intese nel senso più ampio, sono numerose e interessano molteplici e complessi aspetti; nell'ultimo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 figurano dieci macro-obiettivi: ridurre il carico delle malattie non trasmissibili; prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali; promuovere il benessere mentale di bambini e giovani; prevenire le dipendenze; prevenire gli incidenti stradali; prevenire gli incidenti domestici; prevenire infortuni e malattie professionali; ridurre le esposizioni ambientali dannose; ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie; attuare il Piano nazionale integrato dei controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Nell'Atto di indirizzo per l'anno 2017 del Ministero della Salute si legge che "le Regioni, come previsto dai Piani Regionali di Prevenzione (PRP), attueranno le specifiche azioni di contrasto dei principali comportamenti a rischio (sedentarietà, alimentazione eccessiva, fumo, dipendenze o consumo di sostanze alcoliche), investendo sul benessere dei giovani, rafforzando e mettendo a sistema l'attenzione ai gruppi fragili delle fasce deboli della popolazione, con un approccio *life cycle*".

Questi concetti vengono ribaditi anche in molti documenti internazionali.

Senza pretesa di esaustività, nel presente contributo si intende fornire un quadro della situazione italiana nel

contesto internazionale - e ove possibile nel dettaglio regionale - relativamente alla spesa per la prevenzione ed ai principali stili di vita e fattori di rischio richiamati nel PNP. Ci si concentra poi sulla rilevante questione delle vaccinazioni (in particolare per bambini e anziani), per poi concludere - quest'anno per la prima volta - con uno sguardo alle attività di prevenzione attuate nell'ambito della Sanità transfrontaliera, forse poco conosciuta, anche in considerazione degli importanti movimenti migratori che interessano il nostro Paese.

Si rimanda ai *key indicators* per i dati sugli *screening*, altra importante attività di prevenzione rivolta alle persone, e si evidenzia come, alla data in cui si scrive, i dati ministeriali sul monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) siano fermi al 2013, per cui si rimanda alla scorsa edizione del Rapporto Sanità per la loro consultazione.

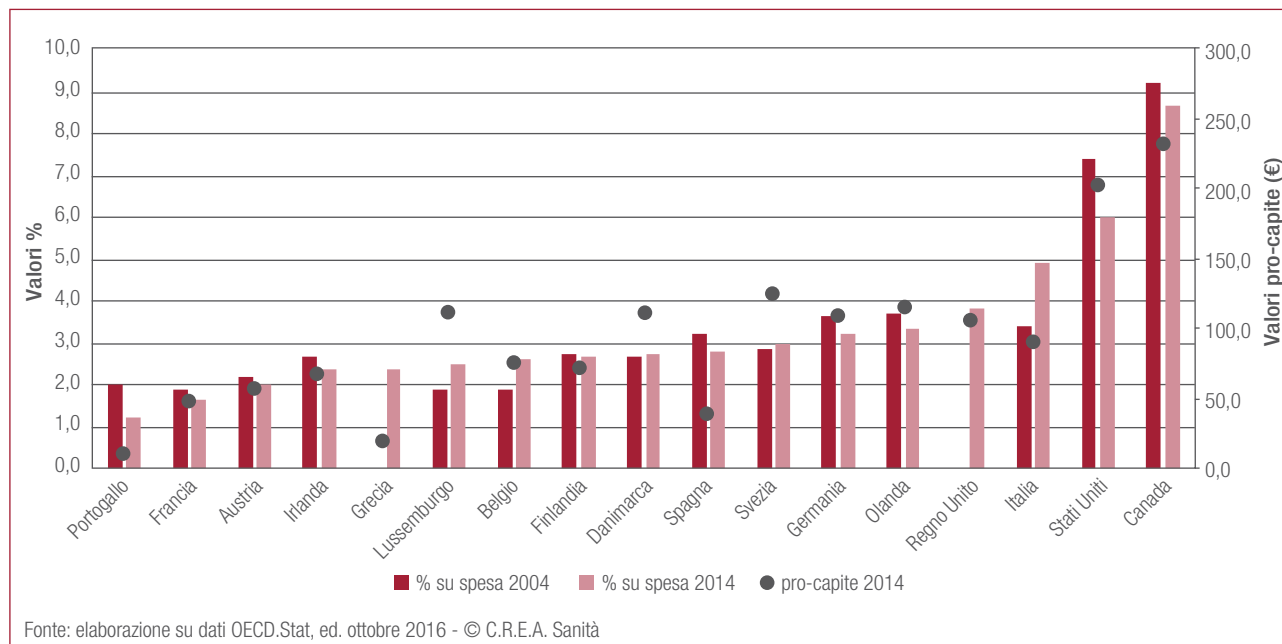
5.2. La spesa per le attività di prevenzione

Nel 2014 l'Italia avrebbe destinato ai programmi di prevenzione il 4,9% della spesa pubblica (corrente). Il dato, da considerare con le dovute cautele², è pubblicato dall'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), che ha rivisto le cifre diffuse in passato: per il 2012 si parlava infatti di una percentuale dello 0,5%, mentre i dati nazionali diffusi dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) - non

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

² Si avverte che i dati diffusi da OECD e utilizzati in questo capitolo (e nell'intero volume) possono differire nel metodo di rilevazione tra i vari Paesi; con riferimento alla confrontabilità temporale, in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie dei dati a causa di uno o più "*break in time series*" (per cui i dati possono non essere totalmente comparabili tra un anno e l'altro). In particolare, per l'Italia è segnalato un break per il 2014, per cui i dati relativi a questo anno non sono perfettamente comparabili con gli anni precedenti. Per approfondire, <http://stats.oecd.org/>

Figura 5.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in EU15 e altri Paesi OECD. Quota su spesa sanitaria pubblica corrente (%) e pro-capite (€), anni 2004 e 2014



sovrapponibili totalmente con le rilevazioni internazionali, includendo altre voci - riferivano il 4,2%.

Nel luglio 2015, in seguito all'adozione del nuovo "System of Health Accounts 2011" e al dibattito creatosi sulle differenti modalità di raccolta dati dei vari Paesi, OECD ha corretto le cifre: per l'Italia 3,7% per il 2013 (i dati nazionali parlavano del 4,3%).

Nella versione 2016, la percentuale in questione per l'Italia è ulteriormente salita, arrivando per il 2014 al 4,9%, valore molto vicino alla quota, pari al 5%, fissata a livello nazionale per il LEA dell'Assistenza collettiva nei luoghi di vita e di lavoro.

Tuttavia, nonostante in termini percentuali sembri (con le cautele già espresse) che l'Italia investa in prevenzione addirittura, per il 2014, la quota maggiore della spesa pubblica in EU15 (ad esempio, la Francia si ferma a 1,6%, la Spagna non raggiunge il 3,0%, la Germania si attesta al 3,2%), di fatto la quota pro-capite risulta inferiore. Tra i Paesi EU15, l'Italia risulta nona, con una spesa di € 88,9 pro-capite contro, ad esempio, la spesa della Svezia pari a € 123,4. Spagna e Francia si arrestano rispettivamente a € 39,7 e € 46,2, mentre la Germania arriva a € 108,3 (Figura 5.1).

5.3. Gli stili di vita e i fattori di rischio

Tra le attività di prevenzione rivestono una parte fondamentale la promozione di sani stili di vita e la riduzione dei fattori di rischio.

In particolare per fumo, abuso di alcool e obesità, anche con riferimento al crescente fenomeno dell'obesità infantile, si analizza di seguito l'impatto sulla salute e sulla sostenibilità economica del sistema. Segue un confronto di sintesi tra le Regioni italiane.

Obesità e sovrappeso – contesto internazionale

L'obesità (*Body Mass Index* – BMI ≥ 30 secondo le definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS, in inglese *World Health Organization* - WHO) è causa di aumentato rischio di diabete, di malattie cardiovascolari e di alcune forme di tumore; essere sovrappeso od obesi riduce il benessere psicologico, determina un impatto negativo sulla funzionalità fisica (diminuzione della capacità di compiere anche le più semplici attività quotidiane) e su quella sociale (depressione, distress, cattiva qualità di vita)³.

Si stima che il 44% dei casi di diabete tipo 2, il 23%

³ IBDO – Italian Barometer Diabetes Observatory (2014), *Italian Barometer Diabetes Report 2015*

Box - Cosa comprende la spesa per la prevenzione rilevata da OECD?

In base alle definizioni dello SHA 2011, adottato dal 2015:

- **Programmi di informazione, educazione e comunicazione (IEC):** il focus è sulla prevenzione primaria e secondaria, per individui come per la collettività; comprende la comunicazione sui fattori di rischio e sugli stili di vita: le conseguenze sulla salute di fumo, alcol e cattiva alimentazione, ma anche specifici *warning* per le donne in attesa sui rischi per il feto o informazioni sull'utilità di casco e cintura di sicurezza come per le vaccinazioni.
- **Piani vaccinali:** comprende le vaccinazioni pediatriche obbligatorie e raccomandate, ma anche quelle influenzali; è compreso sia il costo per l'acquisto dei vaccini che quello per il lavoro e la formazione del personale sanitario che se ne occupa.
- **Diagnosi precoce:** comprende i costi per la diagnosi precoce delle malattie non ancora diagnosticate, compresi i programmi di *screening* (mammografico, cervicale, coloretale).
- **Programmi di monitoraggio delle condizioni di salute:** comprende ad esempio i controlli in gravidanza (pre e post parto) o per specifici gruppi di popolazione, come i bambini (i controlli della crescita) e gli anziani
- **Sistemi di sorveglianza epidemiologica e programmi di controllo delle malattie** trasmissibili e non trasmissibili
- **Programmi di gestione di crisi ed emergenze sanitarie**

dei casi di cardiopatia ischemica e fino al 41% di alcuni tumori, siano attribuibili all'obesità/sovrappeso, che in

totale rappresentano il quinto più importante fattore di rischio per mortalità globale: i decessi attribuibili all'obesità sono almeno 2,8 milioni/anno nel mondo⁴. Secondo l'OMS⁵, i decessi dovuti a cause associate a sovrappeso e obesità arrivano a 3,4 milioni l'anno.

L'IBDO⁶ stima un costo annuo tra sovrappeso e obesità pari a € 9 mld. annui, sommando costi sanitari, calo di produttività, assenteismo e mortalità precoce. I costi salirebbero a circa € 23 mld. l'anno (dati 2003) se si calcolassero anche quelli complessivi delle patologie obesità correlate. La maggior parte di tali costi (più del 60%) sembra essere dovuta a ricoveri ospedalieri e ciò conferma quanto l'obesità sia la reale responsabile di una serie di gravi patologie cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, tumorali e respiratorie che comportano una ridotta aspettativa di vita ed un notevole aggravio per il SSN. I costi indiretti (dovuti alle morti premature, alla riduzione della produttività lavorativa e ai relativi guadagni) sono stimati essere doppi rispetto a quelli diretti (IBDO).

Considerando i dati diffusi da OECD che riguardano l'obesità nella popolazione adulta⁷, si analizza la situazione dei Paesi EU15 e di altri grandi Paesi OECD di cui si dispone del dato, illustrati nella Figura 5.2.

Nel 2014 in Italia, rispetto ai Paesi considerati, si registra la percentuale più bassa (10,3%) di obesi adulti, ma comunque in aumento (+1,3 punti percentuali) rispetto al 2004.

Si evidenzia come nessuno dei Paesi presi in esame abbia registrato una diminuzione nell'ultimo decennio. Suddividendo quindi il grafico in 4 quadranti in base ai valori e alle variazioni medie dei Paesi, a parte il 29,5% di obesi adulti negli USA (che invero alzano il valore medio), tra i Paesi con le percentuali più alte (I quadrante⁸) spicca l'Irlanda (23,0%, con un +8,0 punti percentuali rispetto al 2004), seguita da Canada e Finlandia. Valori simili si registrano in Spagna (16,7% nel 2014 con

⁴ Ministero della Salute, www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=175&area=Malattie_endocrine_e_metaboliche

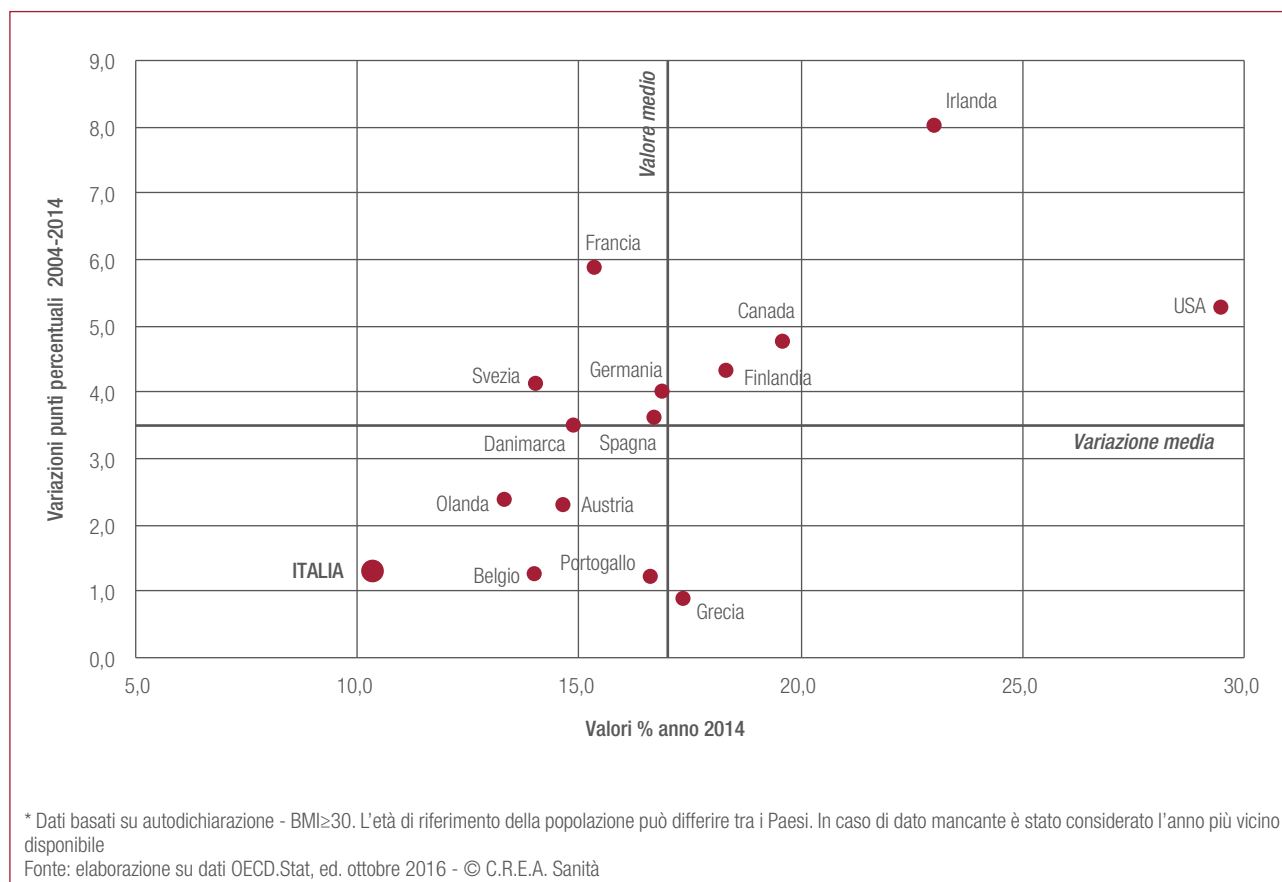
⁵ WHO (2014), *Global status Report on non-communicable diseases*. Il dato si riferisce all'anno 2010

⁶ IBDO – *Italian Barometer Diabetes Observatory* (2014), Italian Barometer Diabetes Report 2014

⁷ L'età di riferimento della popolazione può differire tra i Paesi. Per l'Italia si considera dal 2001 la popolazione di 18 anni e più

⁸ Nel I quadrante si trovano i Paesi con valori % 2014 e variazioni 2014/2004 superiori alle rispettive medie dei Paesi considerati; nel II quadrante ci sono i Paesi con valori inferiori e variazioni superiori; nel III quadrante i Paesi con valori e variazioni inferiori alla media; nel IV quadrante si trovano i Paesi con valori superiori e variazioni inferiori alla media

Figura 5.2. Obesità nella popolazione adulta, EU15 e altri Paesi OECD. Prevalenza (%) e variazioni (punti percentuali), anni 2004 e 2014*



+3,6 punti percentuali) e Germania (16,9%, +4,0 punti percentuali). La Francia si ferma al 15,3% (con un +5,9 punti percentuali). Nel II quadrante anche Svezia e Danimarca. Tra i Paesi più virtuosi (III quadrante) dopo l'Italia, l'Olanda (13,3% nel 2014, +2,4 punti percentuali), il Belgio (14,0%, +1,3), Austria (14,7% nel 2014, +2,3) e Portogallo (16,6%, +1,2)⁹.

Osservando i dati sull'obesità infantile (OMS), però, la valutazione sull'Italia cambia notevolmente. Considerando 11 Paesi europei (Figura 5.3), nel 2010 l'Italia è seconda solo alla Grecia in tema di prevalenza di bambini obesi di 7 anni, e questo vale sia per i maschi (11,6% contro 13,6%) che per le femmine (11,3% contro 14,3%). Tra i più virtuosi, con una prevalenza inferiore al 6%, Irlanda (4,1% dei bambini e 4,7% delle bambine), Norvegia (4,9% e 3,5%) e Repubblica Ceca (5,0% e 5,9%). Se si considera il sovrappeso (esclusa

obesità, BMI ≥ 25 e < 30), la situazione cambia di poco: l'Italia è penultima anche in questo caso considerando i bambini maschi (22,3%, prima della peggiore, la Grecia, con 24,5%), mentre analizzando il sovrappeso tra le bambine l'Italia è terz'ultima (23,1%), prima di Grecia (25,5%) e Spagna (26,1%).

L'Italia è quindi nelle prime posizioni nella classifica dei Paesi con maggiore obesità infantile e vede peggiorare anche il dato sulla popolazione adulta, sebbene meno che in altri Paesi.

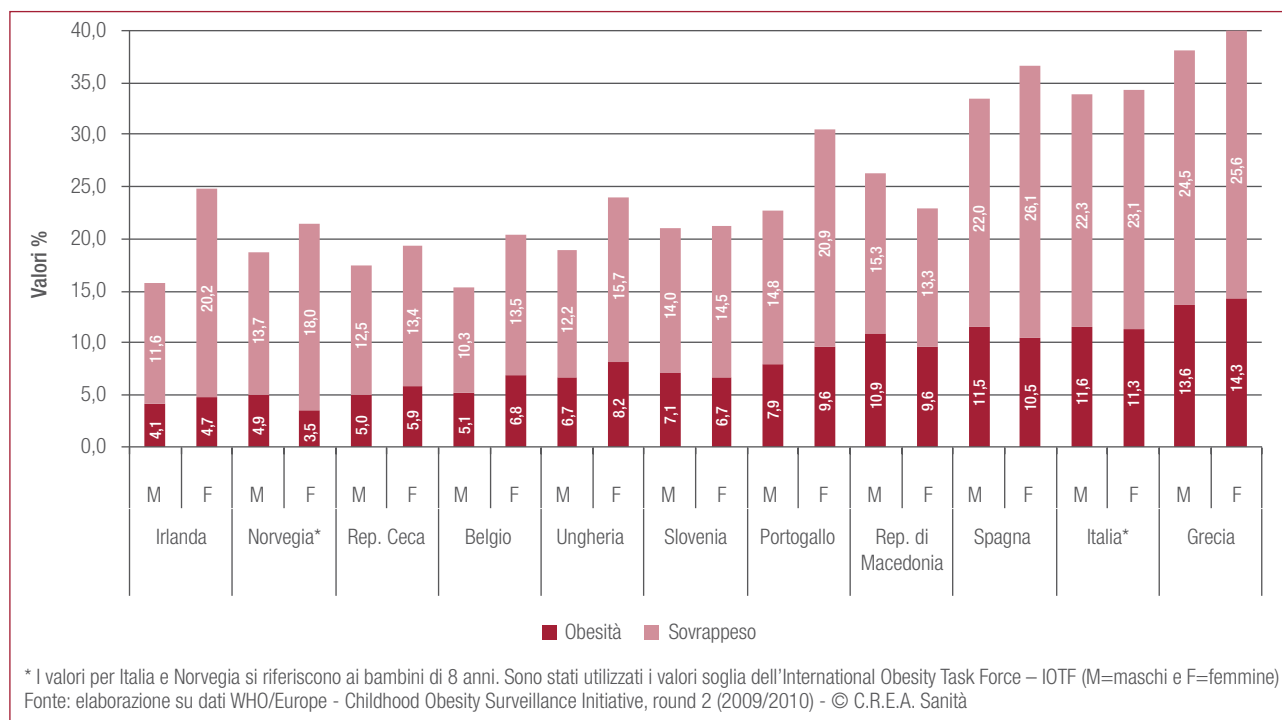
Consumo di alcol – contesto internazionale

Secondo il Rapporto *Health a Glance 2015* pubblicato da OECD, il consumo di alcol causa in tutto il mondo oltre 3,3 milioni di morti ogni anno e pesa il 5,1% del carico mondiale delle malattie.

Anche se, negli ultimi 25 anni, il consumo di alcol

⁹ I dati OECD si sovrappongono a quelli diffusi da Eurostat il 20 ottobre 2016. Per l'Italia, Eurostat rileva una percentuale pari a 10,7 (contro 10,3 di OECD)

Figura 5.3. Sovrappeso e obesità - Prevalenza (%) tra bambini di 7 anni*, per genere, in alcuni Paesi europei. Anno 2010



in Europa è nel complesso diminuito, l'assunzione di bevande alcoliche continua a rappresentare uno dei principali rischi di mortalità. In questo stesso periodo, infatti, a livello europeo si osserva un leggero aumento (4%) dell'impatto globale della mortalità alcol-attribuibile, a cui contribuiscono principalmente i Paesi dell'Europa orientale.

Secondo un Rapporto pubblicato dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS a ottobre 2016¹⁰, l'alcol è causa di oltre 200 diverse malattie e incidenti che provocano ogni anno numerosi morti e feriti ed è classificato come il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura, dopo il fumo e l'ipertensione.

Secondo l'ISS (Osservatorio nazionale alcol), in Italia sono almeno 30.000 i decessi causati dall'alcol, che risulta essere la prima causa di morte tra i giovani fino ai 24 anni di età, in relazione principalmente agli incidenti stradali.

Ma l'alcol è anche associato a numerose malattie,

quali cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. In Italia nell'anno 2012 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.308. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del PIL (ISS). Si stima inoltre che la sola spesa farmaceutica complessiva (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonti - dal 2007 al 2014 - a € 51.835.487¹¹.

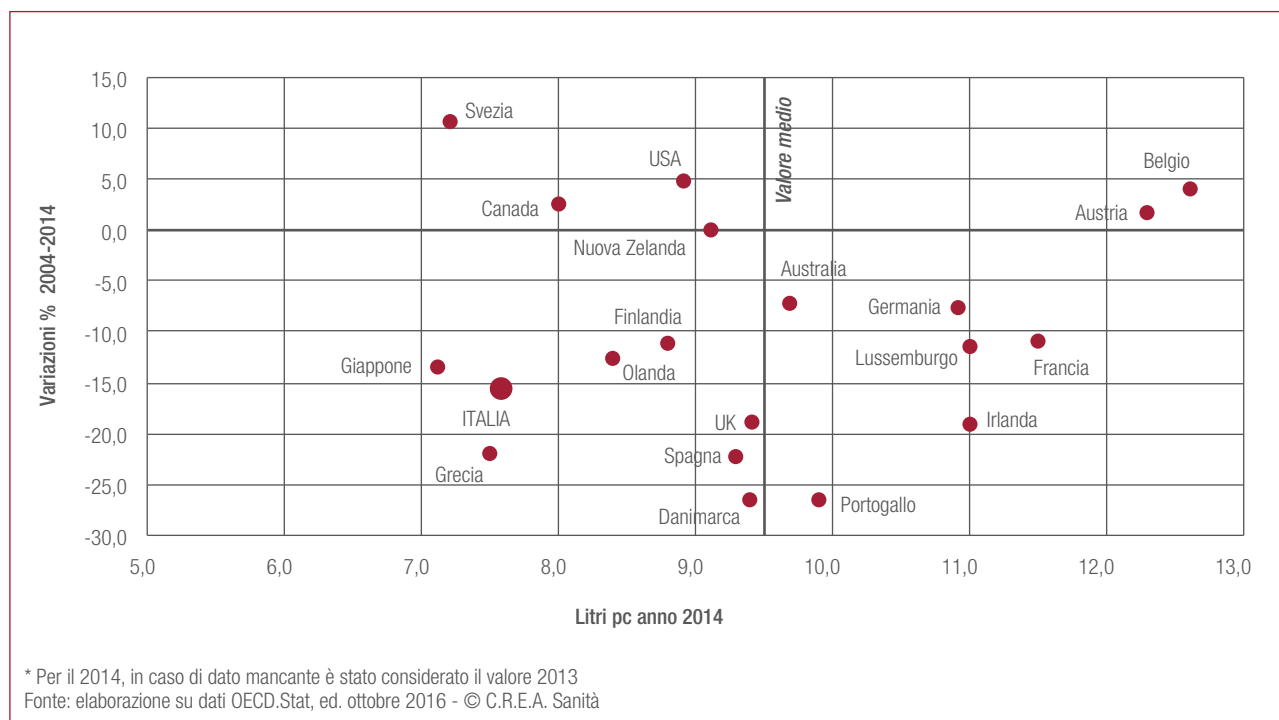
Nella Figura 5.4 viene illustrata la situazione internazionale relativamente al consumo di alcol, per i Paesi EU15 e altri grandi Paesi OECD di cui si dispone del dato.

Se consideriamo i soli Paesi EU15, nel 2014 l'Italia è al terzo posto con 7,6 litri consumati per persona di 15

¹⁰ Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014

¹¹ Ministero della Salute (2015), Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"

Figura 5.4. Consumo di alcol tra persone di 15 anni e più, EU15 e altri Paesi OECD. Litri pro-capite e variazioni %, anni 2004 e 2014*



anni e più (ma molto prossima sia alla Grecia con 7,5 litri pro-capite che alla Svezia con 7,2 litri pro-capite), con una diminuzione di -15,6% rispetto al 2004.

Dividendo anche in questo caso il grafico in 4 quadranti, in base al valore medio dei Paesi nell'anno 2014 e tenendo conto delle variazioni positive e negative registrate nel periodo 2004-2014, insieme all'Italia nel III quadrante (con consumi inferiori di alcol rispetto alla media dei Paesi considerati nel 2014 e una diminuzione nel decennio considerato) si trova la Spagna (9,3, con un -22,5% di variazione), insieme a Danimarca, Regno Unito, Finlandia, Olanda, Giappone e Grecia.

Alcuni Paesi non solo hanno livelli elevati di consumo, ma anche tassi in aumento nell'ultimo decennio (I quadrante): in particolare il Belgio, con 12,6 litri pro-capite ed un aumento del +4,1%, l'Austria con 12,3 litri ed una variazione positiva del +1,7%. Valori più elevati della media nel 2014 ma in diminuzione dal 2004 (IV quadrante) per la Germania (10,9 litri e -7,6%), insieme ad Australia, Francia (11,5 litri ma una diminuzione del -10,9%), Lussemburgo, Irlanda e Portogallo.

Sul consumo di alcol, quindi, l'Italia si pone fra i Paesi virtuosi, probabilmente anche per effetto di una diffusa cultura eno-gastronomica.

Abitudine al fumo – contesto internazionale

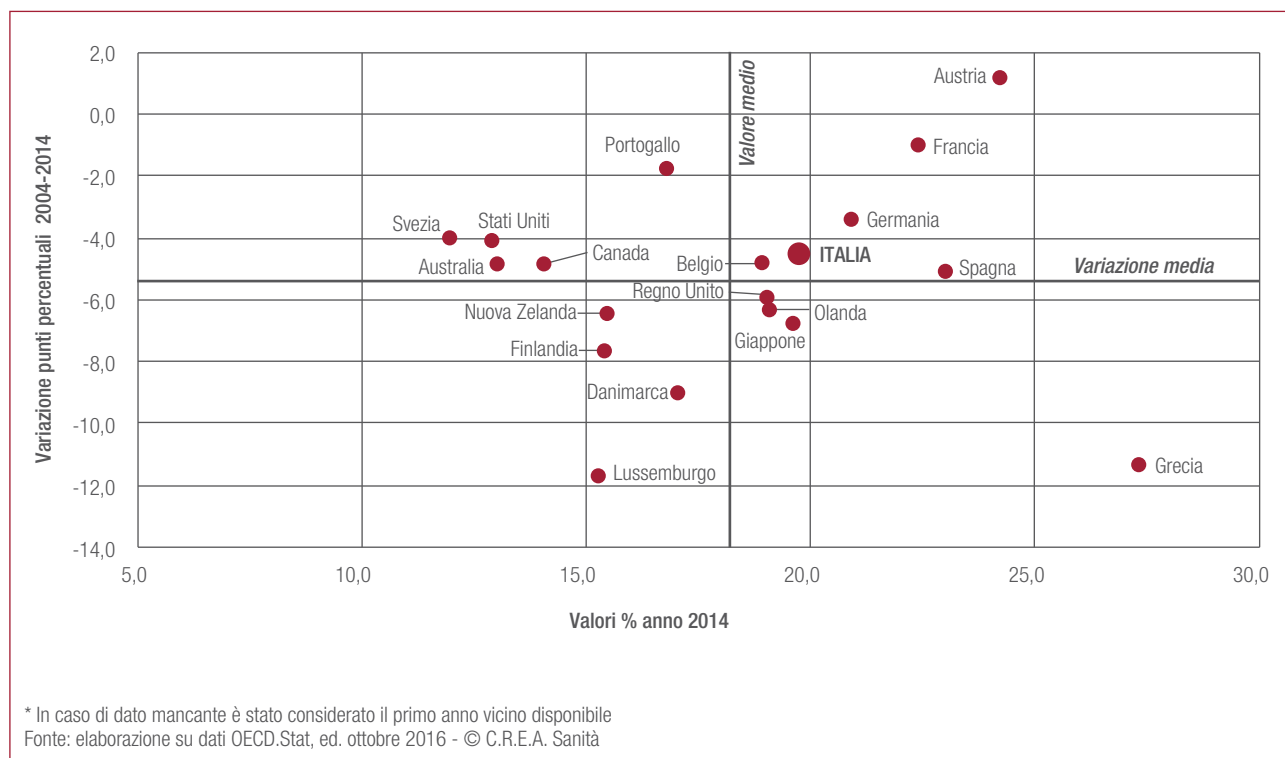
Il fumo di tabacco uccide nel mondo quasi 6 milioni di persone l'anno, 5 milioni di fumatori e più di 600mila non fumatori esposti al fumo passivo¹². Il tabacco rappresenta il maggior fattore di rischio per malattie cardiovascolari e tumori, e inoltre contribuisce in maniera predominante nelle malattie respiratorie e in altri numerosi disturbi.

In Italia, il fumo di tabacco costituisce la prima causa evitabile di morte prematura: l'OMS, basandosi sui dati del 2004, ha stimato che nella popolazione di 30 anni e più, il fumo provoca oltre 80.000 decessi all'anno, con oltre un milione di anni di vita potenziale persi (ISS, Epicentro).

Volendo valutare l'impatto economico del fenomeno: considerando i soli costi diretti (spese sanitarie sostenute dal servizio pubblico e dai privati per trattare le

¹² OECD (2015), *Health a Glance 2015*

Figura 5.5. Abitudine al fumo, persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare giornalmente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori (%) e variazioni (punti percentuali), anni 2004-2014*



malattie associate al fumo), le stime¹³ variano a seconda del tipo di sistema sanitario e dei metodi usati: tra i Paesi simili all'Italia, i costi diretti assommano a più di \$ 8 mld. in Germania, più di \$ 9 mld. in Gran Bretagna e oltre \$ 16 mld. in Francia. Bisogna però tener conto anche dei costi indiretti (perdita di produttività, danni per incendi causati dal fumo a edifici o aree coperte da vegetazione) e di quelli intangibili (sofferenze causate dalle malattie ai fumatori, alle vittime del fumo passivo e alle loro famiglie). Uno studio commissionato dall'Unione europea¹⁴ ha stimato questi costi per l'anno 2000 in Italia: i costi sanitari sarebbero pari a oltre € 4,5 mld., la perdita di produttività per assenteismo e pensionamento anticipato a più di € 1 mld. e il valore delle morti premature, stimato con il metodo del *willingness-to-pay*, di oltre € 24,5 mld.

La Figura 5.5 prende in esame, in EU15 e in altri grandi Paesi OECD, la percentuale di persone di 15+ anni che

dichiarano di fumare giornalmente nel 2014, e le variazioni rispetto al 2004. Dividendo il grafico in 4 quadranti in base a valori e variazioni medie, si osserva innanzitutto come solo l'Austria registri un aumento del valore tra il 2004 e il 2014; tutti gli altri Paesi registrano una diminuzione. La posizione dell'Italia nel quadro internazionale non è tra le migliori (si trova nel I quadrante, quindi con valori e variazioni peggiori rispetto alla media dei Paesi considerati). In particolare, la percentuale di persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare giornalmente nel 2014 nel nostro Paese è pari al 19,7%, sebbene in riduzione (-4,5 punti percentuali rispetto al 2004). Nel I quadrante anche Francia (22,4%, -1,0 punti percentuali), Germania (20,9%, -3,4), Austria (24,3% di fumatori over 15, con +1,1 punti percentuali nell'ultimo decennio), Belgio (18,9%, -4,8 punti percentuali) e Spagna (23,0%, -5,1).

La Svezia (nel II quadrante) ha nel 2014 il minor numero di persone di 15+ anni che dichiarano di fumare

¹³ Eriksen M, Mackay J. Ross H. The Tobacco Atlas 2012. Fourth edition. The American Cancer Society, Inc. Atlanta, Georgia 30303 USA

¹⁴ UE -DG SANCO (2009), *A study on liability and the health costs of smoking. Final report*

giornalmente (11,9%), con una diminuzione di -4,0 punti percentuali. Nel III quadrante, con valori e variazioni migliori della media, Finlandia, Lussemburgo, Danimarca e Nuova Zelanda. Infine, nel IV quadrante si trovano Regno Unito, Olanda, Grecia e Giappone.

In sostanza, nel nostro Paese si registra una percentuale ancora piuttosto alta di fumatori, ed una diminuzione nell'ultimo decennio più contenuta rispetto a molti altri Paesi.

Stili di vita in Italia, riepilogo regionale

Avendo analizzato il dato medio nazionale, appare interessante vedere le differenze a livello regionale.

Nella Tabella 5.1 viene riportata una sintesi per Regione per alcuni indicatori su stili di vita e fattori di rischio presi in considerazione dall'indagine PASSI 2012-2015

(Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità: obesità, consumo di alcol a maggior rischio, abitudine al fumo e sedentarietà.

Per quanto concerne la prevalenza di obesità (individui 18-69 anni con *Body Mass Index* - BMI \geq 30, calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza¹⁵), il gradiente geografico è chiaro e mostra quote crescenti di persone obese dal Nord al Sud Italia. Molise, Campania, Sicilia, Puglia e Emilia Romagna sono le Regioni con la maggiore prevalenza (superiore alla media nazionale di oltre un punto percentuale). Le analisi temporali mostrano come l'obesità si riduca al Centro e aumenti, seppur solo nell'ultimo biennio, nel Sud Italia. La Regione in cui si registra la prevalenza minore è la P.A. di Bolzano (7,3%), seguita dalla P.A. di Trento (7,9%).

Tabella 5.1. Prevalenza (%) di obesi, consumatori di alcol "a maggior rischio", fumatori e sedentari tra adulti 18-69 anni. Per Regione, anni 2012-2015

Regioni	Obesi (%)	Consumatori di alcol "a maggior rischio" (%)	Fumatori (%)	Sedentari (%)
Abruzzo	10,9	12,1	28,9	35,2
Basilicata	11,0	11,3	21,6	64,9
Calabria	10,3	12,6	24,9	47,7
Campania	13,0	11,2	29,3	45,4
Emilia Romagna	11,6	22,1	28,3	21,7
Friuli Venezia G.	10,7	29,1	26,7	20,6
Lazio	9,7	14,2	29,6	33,2
Liguria	8,0	18,4	25,7	29,7
Lombardia	8,6	20,7	25,0	21,0
Marche	8,5	18,5	25,2	22,5
Molise	13,3	29,1	27,5	23,3
Piemonte	8,2	18,3	24,9	32,8
P.A. Bolzano	7,3	39,7	24,7	9,0
P.A. Trento	7,9	30,3	25,9	16,8
Puglia	12,5	10,4	25,9	40,3
Sardegna	9,8	21,4	27,0	25,2
Sicilia	12,5	10,0	28,7	43,2
Toscana	8,1	17,1	27,1	27,5
Umbria	10,7	17,6	30,1	22,3
Valle d'Aosta	8,9	21,4	26,0	23,7
Veneto	9,8	24,2	23,1	22,9
Italia	10,4	17,0	26,9	32,0

■ Peggiore del valore nazionale (di oltre 1 punto percentuale)

□ Simile al valore nazionale (+/- 1 punto percentuale)

□ Migliore del valore nazionale (di oltre 1 punto percentuale)

Fonte: elaborazione su dati Epicentro – ISS, Indagine PASSI 2012-2015 – © C.R.E.A. Sanità

¹⁵ Il carattere autoriferito dei dati implica la possibilità di una sottostima del fenomeno a causa di un possibile bias di desiderabilità sociale

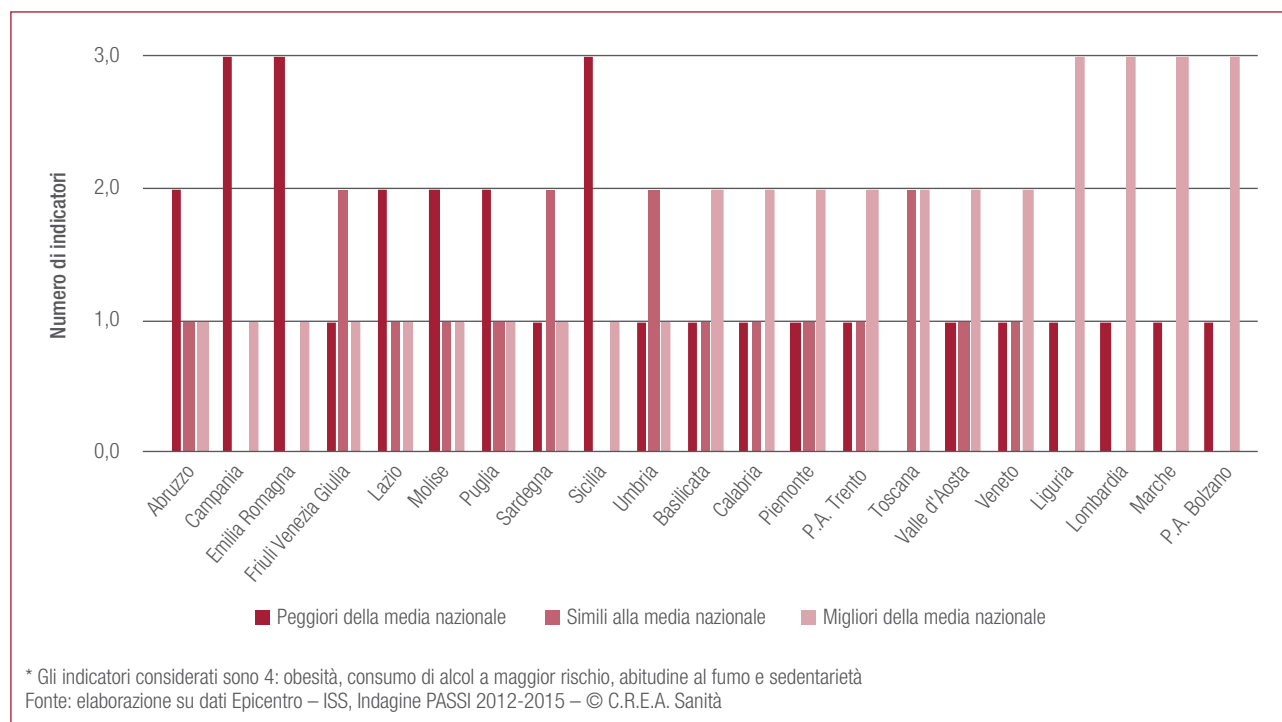
Per la prevalenza di consumatori di alcol “a maggior rischio”, ossia persone (18-69 anni) che consumano alcol in modo non moderato (consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto), la prevalenza maggiore si riscontra nel Nord Italia, in particolare nelle Province Autonome di Bolzano (39,7%) e Trento (30,3%), in Friuli Venezia Giulia (29,1%) e Veneto (24,2%). Molise (29,1%) e Sardegna (21,4%) sono le Regioni del Sud dove la percentuale è più alta della media nazionale. Stando ai dati dell'ISS, anche il consumo *binge*¹⁶ è prerogativa del Nord Italia e in particolare del Nord-Est. La prevalenza più bassa di registra in Sicilia (10,0%).

In termini di prevalenza di fumatori (persone 18-69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette e di essere fumatori al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi) la variabilità regionale è contenuta, ma le maggiori prevalenze si osservano in alcune Regioni del Centro e del Sud, in particolare in Umbria (30,1%), Lazio (29,6%), Campania (29,3%) e Sicilia (28,7%). La prevalenza inferiore in Basilicata (21,6%).

Per finire, analizziamo la prevalenza di persone sedentarie, in particolare persone di età 18-69 anni che al momento dell'intervista riferiscono di svolgere un lavoro che non richiede uno sforzo fisico pesante e di non aver fatto attività fisica, intensa o moderata, nei 30 giorni precedenti l'intervista. Il Paese risulta diviso in due, con un maggior numero di sedentari fra i residenti nel Sud Italia: la prevalenza supera il 40% in Basilicata (64,9%), Calabria (47,7%), Campania (45,4%), Sicilia (43,2%) e Puglia (40,3%). Fanno eccezione Molise (23,3%) e Sardegna (25,2%). La prevalenza minore nella P.A. di Bolzano (9,0%). Nella Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013 si ricorda che l'inattività fisica è al quarto posto tra i principali fattori di rischio di malattie croniche, quali disturbi cardiaci, ictus, diabete e cancro, contribuendo a oltre 3 milioni di morti evitabili l'anno a livello mondiale. L'aumento dei livelli di obesità infantile e adulta è, inoltre, strettamente correlato alla mancanza di attività fisica.

La Figura 5.6 mostra per ciascuna Regione italiana quanti dei 4 indicatori PASSI 2012-2015 registrano valori peggiori, simili o migliori della media nazionale.

Figura 5.6. Numero di indicatori indagine PASSI 2012-2015* con valori peggiori, simili e migliori della media nazionale, per Regione



¹⁶ Consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione

Registrano valori peggiori per tre indicatori su quattro le meridionali Campania e Sicilia (entrambe con una prevalenza di obesi, fumatori e sedentari maggiori del valore Italia), cui si aggiunge l'Emilia Romagna (con valori però solo leggermente peggiori della media nazionale per prevalenza di obesi, fumatori e consumatori di alcol a maggior rischio). Sono sempre meridionali le Regioni che registrano per due indicatori di valori peggiori della media italiana: Abruzzo, Puglia e Molise, a cui si aggiunge il Lazio.

A parte le Marche, sono settentrionali le Regioni (Liguria, Lombardia, P.A. Bolzano) che registrano valori migliori della media nazionale per tre indicatori su quattro, che sono gli stessi per tutte: obesi, fumatori e sedentari (la prevalenza di consumo di alcol a maggior rischio è per tutte peggiore).

I risultati dello studio PASSI 2012-2015 evidenziano dunque, nel complesso, il consueto divario tra Nord e Mezzogiorno, anche se con qualche ragguardevole eccezione.

5.4. Le coperture vaccinali e la spesa per vaccini

Le malattie infettive, in particolare quelle prevenibili con la somministrazione di un vaccino, richiedono una strategia globale per la prevenzione e per il controllo, per attuare la quale occorre superare le barriere ideologiche e politiche e gli ostacoli economici e culturali. L'obiettivo finale è sempre quello di favorire un approccio collettivo e globale a difesa della salute delle popolazioni.

Nel 1999 è stata creata l'Alleanza mondiale per i vaccini e l'immunizzazione (*Global Alliance for Vaccines and Immunization-GAVI*) con lo scopo di migliorare la salute dei bambini nei Paesi più poveri, rendendo possibile una grande coalizione tra le Agenzie delle Nazioni Unite, Istituzioni quali l'OMS, l'UNICEF e la Banca Mondiale, Istituti di Sanità Pubblica, le Industrie che producono vaccini, Organizzazioni non governative, etc.

Successivamente sono stati lanciati altri programmi, come ad esempio il *Global Programme for Vaccines*

and Immunization, il *Global Vaccine Action Plan (GVAP)* 2011-2020 e il Piano di Azione Europeo per le Vaccinazioni 2015-2020 (*EVAP - European Vaccine Action Plan*) dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, che è stato adottato dagli Stati membri il 18 Settembre 2014.

In Italia si attende¹⁷ l'approvazione definitiva del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2016-2018, che discende dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 e dall'EVAP, e si sviluppa sull'eredità del vigente PNPV 2012-2014, con cui condivide l'obiettivo generale: *"l'armonizzazione delle strategie vaccinali nel nostro Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socio-culturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione"*.

Malgrado ciò, i dati evidenziano un calo generalizzato, in quasi tutte le Regioni italiane, delle coperture vaccinali pediatriche e antinfluenzali. A pesare è anche il fenomeno della cosiddetta "esitazione vaccinale" (*vaccine hesitancy*), ovvero la diffidenza nei confronti dei vaccini, causa spesso di ritardo nell'accettazione o addirittura rifiuto nei confronti di vaccini sicuri e a disposizione di tutti. Secondo una indagine Censis del 2014, il 78,9% degli intervistati che hanno navigato su Internet per cercare informazioni relative ai vaccini ha giudicato negative quelle reperite (e la quota sale all'88,1% tra i giovani). Sebbene quasi la totalità dei genitori coinvolti nello studio abbia dichiarato di aver vaccinato i propri figli, risulta meno estesa la percentuale dei genitori che dichiara di fidarsi totalmente e molto dei vaccini (22,4%), e la fiducia piena cresce tendenzialmente al crescere dell'età (25,4% dei genitori 46-55enni si fida totalmente o molto). Secondo il Censis, *"questo dato conferma ulteriormente lo scenario che fa da cornice alla cultura della vaccinazione presente oggi tra i genitori italiani, uno scenario in cui il bisogno di informazione sul tema non è completamente soddisfatto e in cui si rintracciano in diversi casi dubbi e perplessità rispetto alle informazioni di cui le famiglie dispongono"*.

Il problema è così diffuso che l'OMS ha costituito nel 2012 un gruppo di lavoro e raccolto il materiale prodotto pubblicandolo sulla rivista *Vaccine* col titolo *"WHO Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy"*, dove

¹⁷ Alla data in cui si scrive il PNPV 2016-2018 è ancora in attesa di approvazione definitiva

si raccomanda di: capire i determinanti della esitazione vaccinale, evidenziare gli aspetti organizzativi che facilitano l'adesione e valutare gli strumenti necessari per contrastare il fenomeno.

Di seguito si riportano alcuni dati che illustrano il fenomeno vaccinazioni, per singola tipologia.

Coperture vaccinali pediatriche

Secondo una stima dell'OMS ogni anno nel mondo muoiono circa un milione e mezzo di bambini per malattie che potrebbero essere prevenute con i vaccini esistenti¹⁸. Coloro che ritardano o rifiutano le vaccinazioni per sé o per i propri figli rappresentano una sfida crescente per tutti i Paesi che vogliono colmare il cosiddetto "immunization gap".

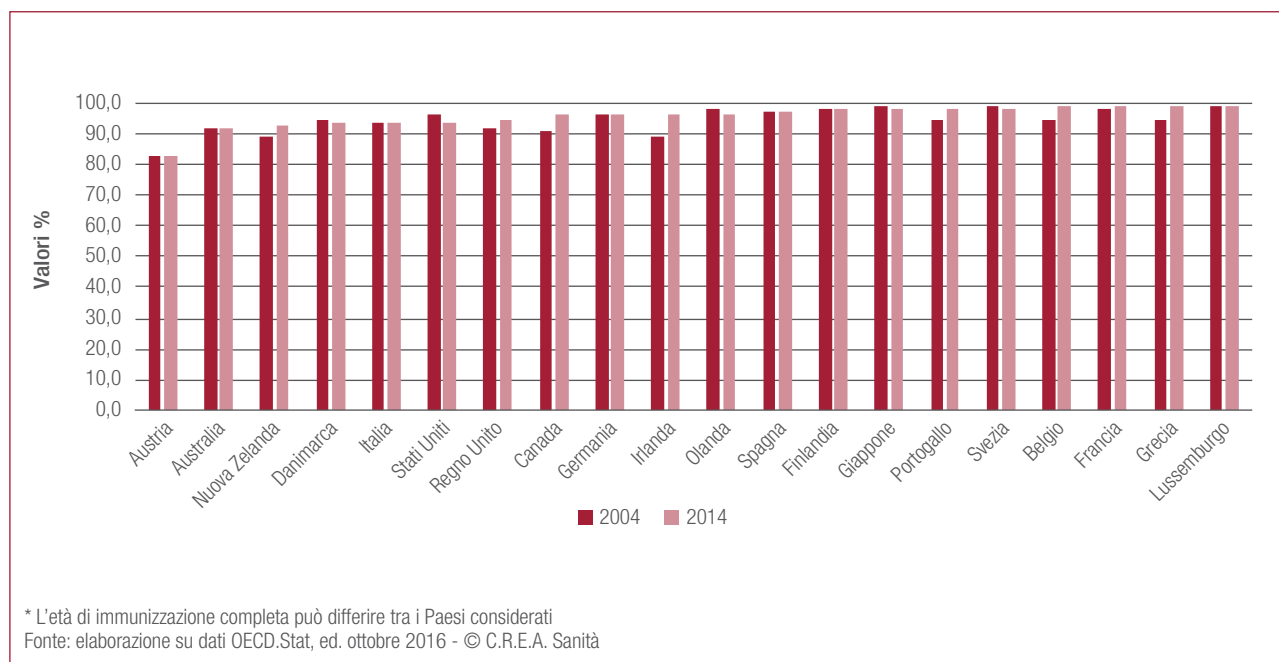
Con riferimento alle coperture vaccinali pediatriche a un anno (nello specifico, contro DTP - Difterite, Tetano, Pertosse, per tre dosi) nei Paesi EU15 e altri grandi Paesi OECD, nel 2014, pur considerando che non tutti i Paesi hanno lo stesso calendario vaccinale, sono sotto il 95% di copertura Australia, Austria, Danimarca, Nuova

Zelanda e Stati Uniti e Italia; mentre gli altri Paesi lo erano già nel 2013, il nostro Paese si è aggiunto nel 2014, registrando una copertura del 94% (Figura 5.7). Sono al 99% di copertura Belgio, Francia, Grecia e Lussemburgo. Rispetto al 2004, registrano un calo nella copertura Danimarca, Stati Uniti (che come detto restano sotto al 95%), ma anche Olanda, Svezia, e Giappone (che però hanno coperture comunque più elevate).

Il calo delle vaccinazioni pediatriche in Italia è ampiamente evidenziato anche dalle fonti nazionali. Nel mese di ottobre 2016 il Ministero della Salute ha diffuso i dati delle coperture pediatriche per l'anno 2015.

La Figura 5.8 mostra come le coperture vaccinali nazionali a 24 mesi, per l'anno 2015 (relative ai bambini nati nell'anno 2013), confermino un andamento in diminuzione sia nelle vaccinazioni obbligatorie (anti-difterica, anti-polio, anti-tetanica, anti-epatite B), che in alcune delle vaccinazioni raccomandate. Tuttavia, in queste ultime, il calo è meno marcato rispetto a quanto registrato nei due anni precedenti, ma per tutti gli antigeni¹⁹ le coperture restano dunque al di

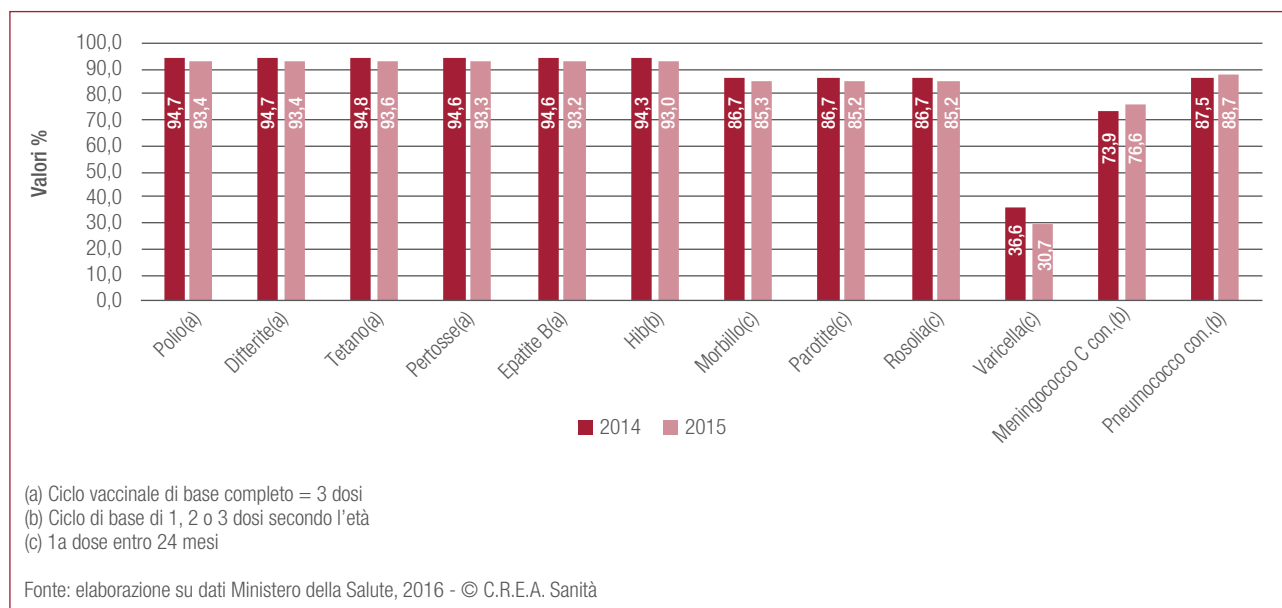
Figura 5.7. Coperture vaccinali (%) nei bambini a un anno per 3 dosi* di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse), EU15 e altri Paesi OECD, anni 2004 e 2014



¹⁸ WHO (2008), World health statistics report 2008, Geneva

¹⁹ Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella, Meningococco C coniugato, Pneumococco coniugato

Figura 5.8. Coperture vaccinali (%) in età pediatrica (a 24 mesi) in Italia, per singolo antigene, anni 2014 e 2015



sotto della soglia raccomandata del 95%. Si evidenzia il calo di ben sei punti percentuali delle coperture contro la varicella (tornando così al di sotto dei livelli del 2013).

Particolarmente preoccupanti sono poi i dati di copertura vaccinale per morbillo e rosolia, che hanno perso cinque punti percentuali dal 2013 al 2015, passando dal 90,4% all'85,3%, *“incrinando anche - come evidenzia il Ministero della salute - la credibilità internazionale del nostro Paese che, impegnato dal 2003 in un Piano globale di eliminazione del morbillo dell'Ufficio regionale europeo dell'OMS, rischia di farlo fallire in quanto il presupposto per dichiarare l'eliminazione di una malattia infettiva da una regione dell'OMS è che tutti i Paesi membri siano dichiarati liberi”*.

Le uniche coperture vaccinali che mostrano, a livello nazionale, un incremento, sono quelle che nei due anni precedenti avevano registrato bassi valori in alcune Regioni e Province Autonome, ovvero quelle contro Pneumococco e Meningococco C.

Oltre a questo, colpisce la marcata variabilità regionale, e il fatto che ancora troppe Regioni non raggiunga-

no per nessun antigene la soglia accettabile di copertura (95%), come dettagliato in seguito.

Da 2016 il Ministero diffonde anche i dati relativi alle coperture vaccinali pediatriche a 36 mesi e 5-6 anni (Figura 5.9).

Le coperture vaccinali a 36 mesi (bambini nati nel 2012) sono maggiori rispetto a quelle rilevate per la medesima coorte di nascita a 24 mesi l'anno precedente: per le vaccinazioni obbligatorie si raggiunge il 95% (i confronti vanno sempre effettuati con la medesima coorte di nascita). *“Le differenze positive (aumento) - precisa il Ministero - dovrebbero essere attribuite alle vaccinazioni effettuate in ritardo, a causa della preoccupazione, ingiustificata, di molti genitori di fare vaccinare i propri figli nei primi due anni di vita”²⁰*.

A livello territoriale, l'indicatore illustrato nella Figura 5.10 prende in esame, per l'anno 2015, tutti gli scarti registrati dalle Regioni italiane nelle coperture (a 24 mesi) per tutti gli antigeni rispetto alla soglia raccomandata (95,0%), mostrando gli scarti massimi, minimi e medi registrati. Risulta così evidente come siano ben 14 le Regioni (nel 2014 erano “solo” nove, con la Puglia che

²⁰ Le differenze negative (diminuzione) nelle coperture a 36 mesi in alcune regioni possono essere spiegate con un uso di un denominatore differente tra i vari anni o a un sistema diverso di calcolo o a fenomeni di migrazione (arrivo di soggetti non vaccinati da altre aree)

Figura 5.9. Coperture vaccinali (%) in età pediatrica in Italia, per singolo antigene, a 36 mesi e 5-6 anni, anni 2014-2015²¹

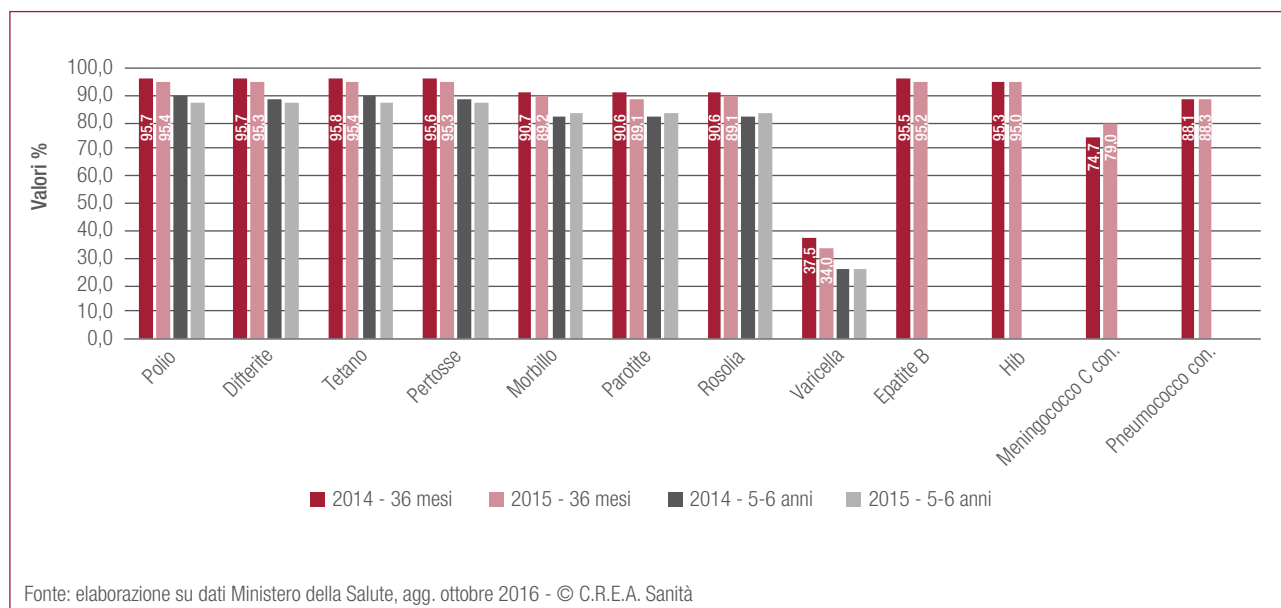
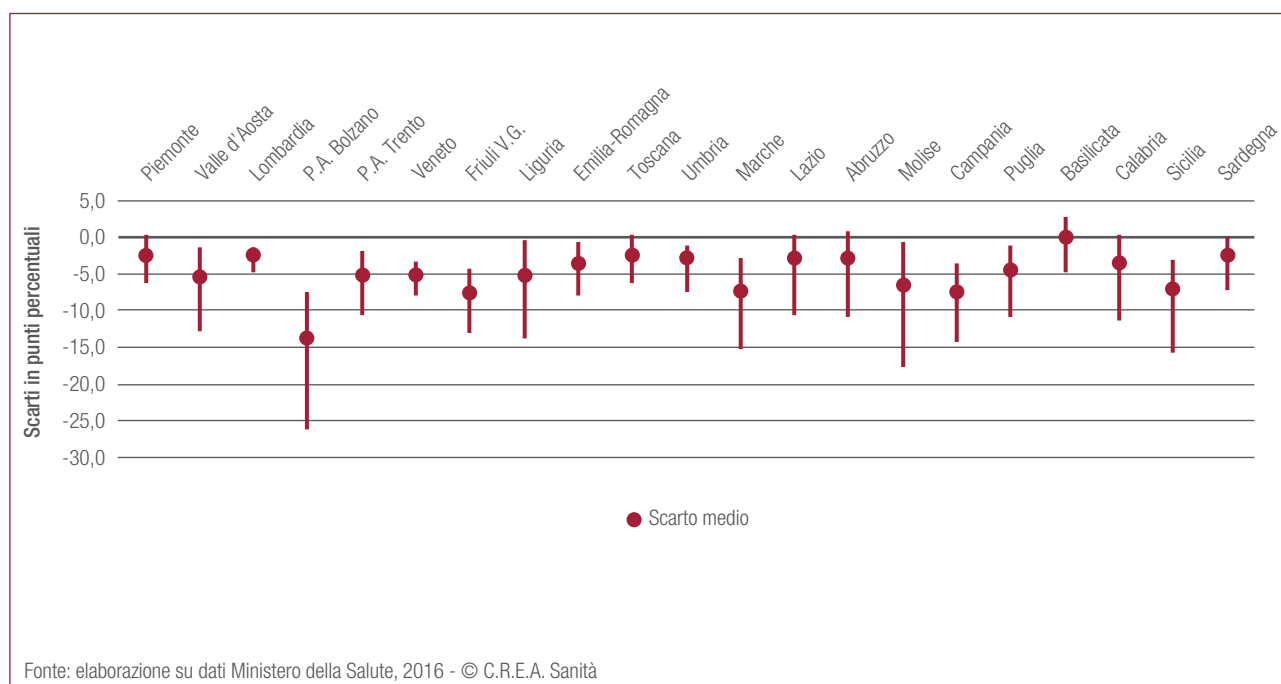


Figura 5.10. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Differite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarti (%) minimi, massimi e medi dalla soglia (95%), anno 2015



²¹ Per le coperture a 36 mesi:

- Ciclo vaccinale di base completo (= 3 dosi) per polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B
- Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età per Hib, Meningococco C coniugato e Pneumococco coniugato
- 1a dose per morbillo, parotite, rosolia, varicella

Per le coperture a 5-6 anni:

- 2a dose per morbillo, parotite, rosolia, varicella
- 4a dose per difterite, tetano, pertosse e polio

era in realtà molto prossima alla soglia) a fermarsi, per tutti gli antigeni, ad una soglia inferiore a quella raccomandata (hanno cioè tutti scarti negativi): Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. di Trento e P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Molise, Campania, Puglia e Sicilia.

Coperture vaccinali antinfluenzali

Secondo le stime dell'OMS ogni anno muoiono nel mondo 250-500mila persone a causa dell'influenza, con un'incidenza maggiore tra gli ultra 65enni²². Il Centro Europeo per il controllo delle Malattie (ECDC) stima che in media circa 40.000 persone muoiano prematuramente ogni anno a causa dell'influenza nell'UE. Il 90% dei decessi si verifica in soggetti di età superiore ai 65 anni, specialmente tra quelli con condizioni cliniche croniche di base.

In Italia l'influenza è ancora oggi la terza causa di morte per malattia infettiva, dopo AIDS e tubercolosi. Secondo i dati del sistema INFLUNET, coordinato dall'ISS, ogni anno circa 8.000 decessi possono essere direttamente correlati con l'infezione influenzale e di questi il 90% interessa soggetti di età superiore ai 65 anni.

Quanto ai risvolti economici, secondo uno studio statunitense del 2007, una pandemia influenzale comporta in un anno costi sanitari diretti (principalmente ospedalizzazioni) pari mediamente a oltre \$ 10 mld., e costi indiretti (assenze dal lavoro e perdita di produttività) pari a oltre \$ 16 mld., ed un costo totale medio annuo pari a circa \$ 87 mld.²³.

Uno studio francese²⁴ ha mostrato come il costo totale dell'epidemia influenzale della stagione 1988/1989 sia arrivata a costare in Francia circa \$ 20 mld. tra costi diretti e indiretti.

In Europa, si stima²⁵ che le vaccinazioni antinfluenzali farebbero risparmiare, per ogni stagione, € 250 mln. tra costi diretti e indiretti.

Nel nostro Paese, uno studio²⁶ ha invece stimato il costo delle epidemie stagionali nel periodo 1999-2008, nel *range* da € 15 mld. a € 20 mld.

La durata media dell'assenza dal lavoro per influenza è di 4,8 giorni; è stato calcolato che ogni caso di influenza costa in media (in termini di costi sociali diretti ovvero visite, diagnostica, farmaci), complessivamente, € 330 ma il costo sale a € 3.000-6.000 se si comprende l'ospedalizzazione, mentre i costi sociali indiretti (inattività scolastica e/o lavorativa) ammonterebbero mediamente a circa € 1.000 a persona²⁷.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV) 2012-2014 - vigente alla data in cui si scrive - riportano, tra gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale: il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli over 65 e nei gruppi a rischio. Per ciò che concerne l'individuazione dei gruppi a rischio, ai quali la vaccinazione va offerta in via preferenziale, esiste una sostanziale concordanza, in ambito europeo, sul fatto che principali destinatari dell'offerta debbano essere le persone di età pari o superiore a 65 anni, nonché le persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza.

A livello internazionale, nessuno dei Paesi europei (e degli altri "big" OECD considerati) di cui si dispone dei dati (Figura 5.11) nel 2014 ha raggiunto la quota raccomandata del 75%: superano il 70% solo Olanda (72,0%) e Regno Unito (72,8%). Nel 2013 avevano raggiunto il *target* Regno Unito e Australia.

Non raggiungono neanche il 50,0% Austria, Fin-

²² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>

²³ Molinari NA, Ortega-Sanchez IR, Messonnier ML, Thompson WW, Wortley PM, Weintraub E, Bridges CB. *The annual impact of seasonal influenza in the US: measuring disease burden and costs*. Vaccine. 2007 Jun 28;25(27):5086-96. Epub 2007 Apr 20

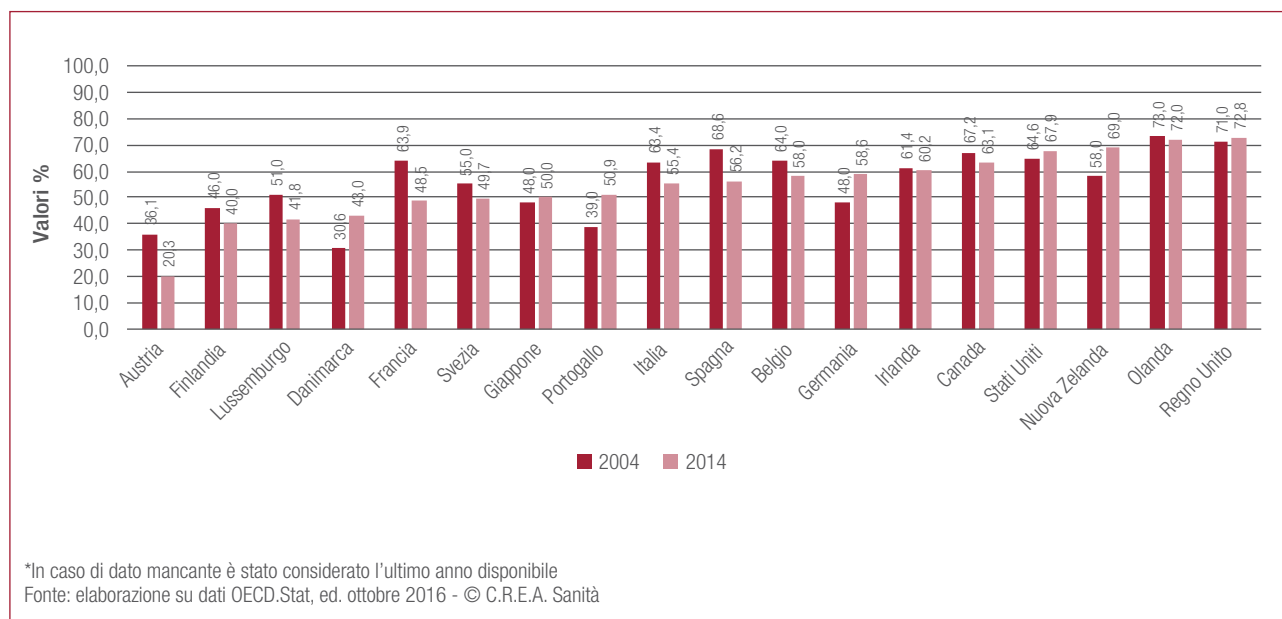
²⁴ Levy E., *French economic evaluations of influenza and influenza vaccination*. Pharmacoeconomics 1996; 9 (Suppl 3): 62-66

²⁵ Luppi N. (2016), *MMG e vaccinazioni dell'adulto: quanto è difficile fare prevenzione in Italia?*- Intervento al 72° Congresso Nazionale FIMMG - 3 ottobre 2016

²⁶ Lai PL et al. (2011), "Burden of the 1999-2008 seasonal influenza epidemics in Italy: comparison with the H1N1v (A/California/07/09) pandemic" in Pubmed

²⁷ Sessa A, Lucioni C, D'Ambrosio G, Bettoncelli G., Economic evaluation of clinical influenza in Italy. Int J Med (London) 2005; 7: 14-20

Figura 5.11. Coperture vaccinali (%) contro l'influenza stagionale per anziani over 65 in EU15 e altri Paesi OECD, anni 2004 e 2014*



landia, Lussemburgo, Danimarca, Francia e Svezia. A metà classifica l'Italia, che si ferma al 55,4% (con una diminuzione di 8 punti percentuali nell'ultimo decennio, e un recupero di poco più di un punto percentuale rispetto alla stagione 2013), e la Spagna (56,2%).

Anche i dati nazionali, secondo quanto riportato dal Ministero della Salute, evidenziano un *trend* in calo delle coperture vaccinali tra gli *over 65*, già a partire dalla stagione 2005/2006, con momenti di ripresa alternati a nuovi cali. Nella stagione 2015-2016 si registra un aumento di 1,3 punti percentuali (arrivando a 49,9%) rispetto alla stagione precedente (48,6%), mentre nella stagione 2013/2014 la percentuale arrivava 55,4%, in coerenza con quanto rilevato da OECD. La Figura 5.12 analizza la situazione territoriale.

In particolare, nella stagione 2015-2016 - escludendo l'Umbria che è sola in testa alla classifica con il 62,8% di copertura - nessuna Regione raggiunge il 55,0%. Sono ben 10 (9 la precedente stagione) le Regioni che non raggiungono neanche il 50%. Si segnala,

rispetto alla stagione precedente, la diminuzione di oltre 5 punti percentuali in Molise, -1,7 punti nella Provincia Autonoma di Trento e -1,6 della Calabria. Di contro, l'Abruzzo aumenta le coperture di oltre 7 punti percentuali, fermandosi comunque al 45,7%.

La spesa per vaccini

Con riferimento alla spesa per vaccini, si riportano i dati aggiornati per alcuni Paesi (fonte OMS²⁸) al 2015, confrontati nella Figura 5.13 con i dati 2013 di altri Paesi di cui non si dispone dell'aggiornamento, in alcuni casi provenienti da fonti nazionali²⁹.

Pur con tutte le cautele del caso e tenendo conto della differenza temporale dei dati illustrati, risulterebbe che in Italia si spendano nel 2015 € 5,2 pro-capite per vaccini: in leggero aumento rispetto al 2014 dunque, quando la somma pro-capite era pari a € 4,8, e prossima al livello del 2013 (€ 5,4). La forbice internazionale, per i Paesi di cui si dispone dei dati, va da € 19 pro-capite per la Svezia (dato 2013) a € 2,3 dell'Ungheria (dato 2015).

²⁸ http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators

²⁹ Italia: OSMED; Francia: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES); Spagna: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI); Nuova Zelanda: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI); Svezia: Statistiska Centralbyran

Figura 5.12. Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano over 65, stagioni 2013-2014/2015-2016

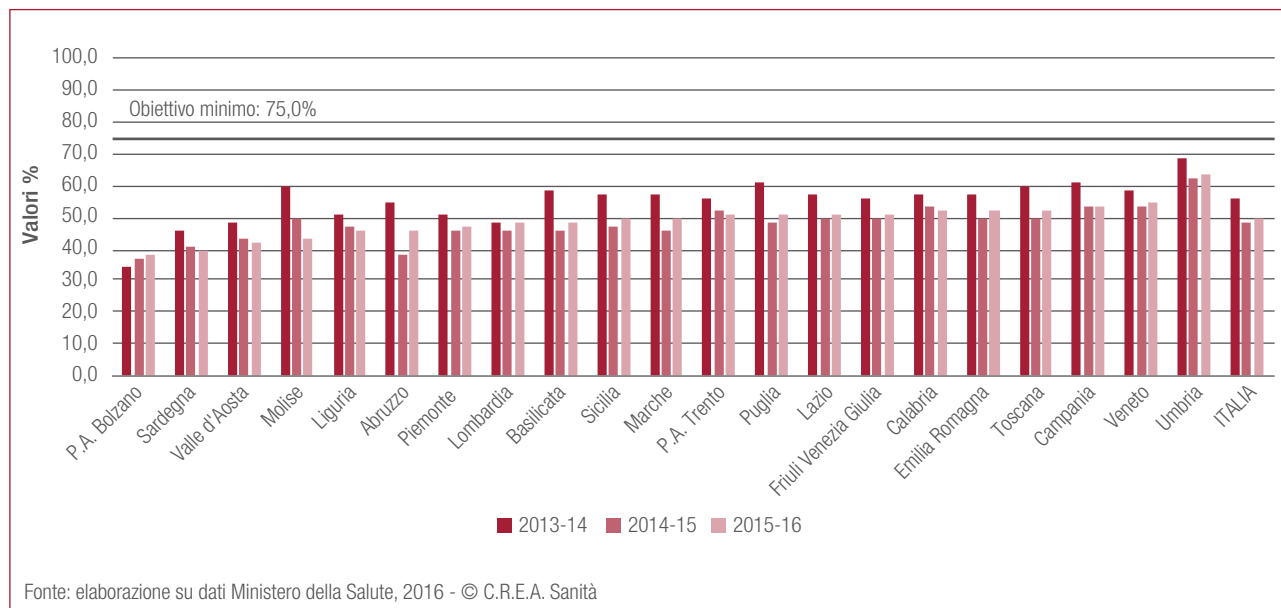
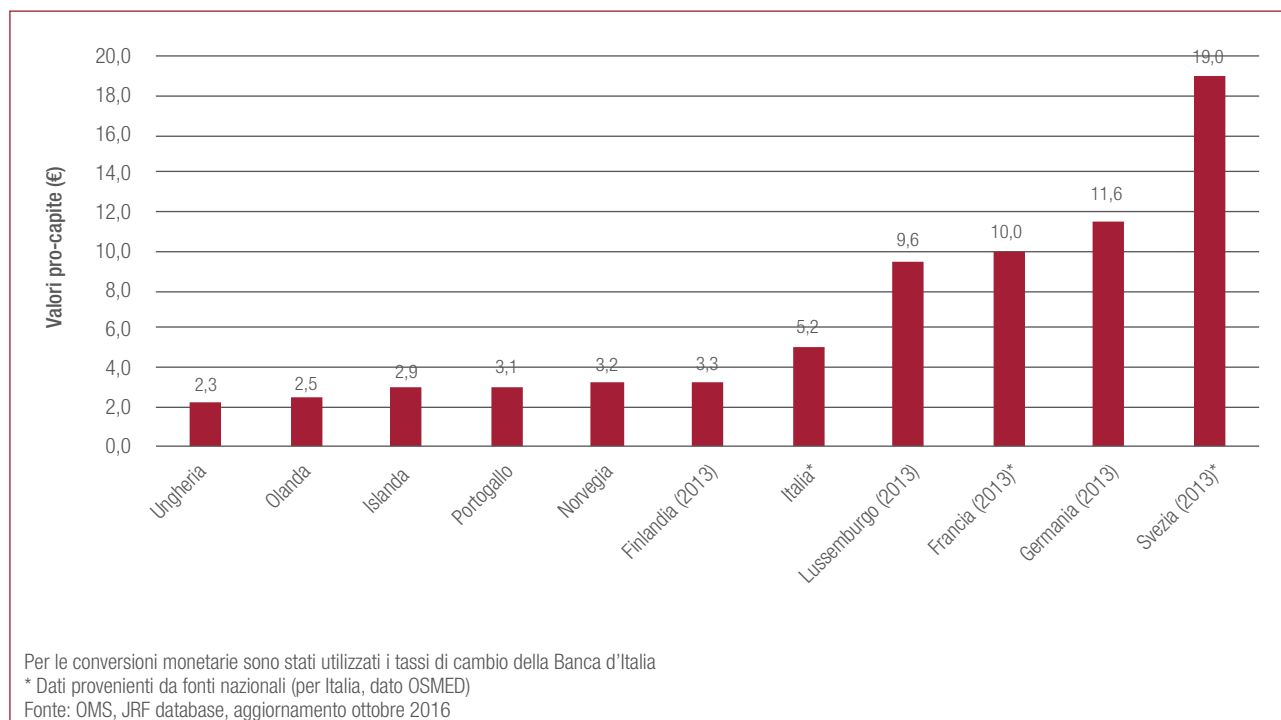


Figura 5.13. Spesa totale (tutte le fonti) per vaccini utilizzati nelle vaccinazioni di routine. Valori pro-capite (€), anno 2015

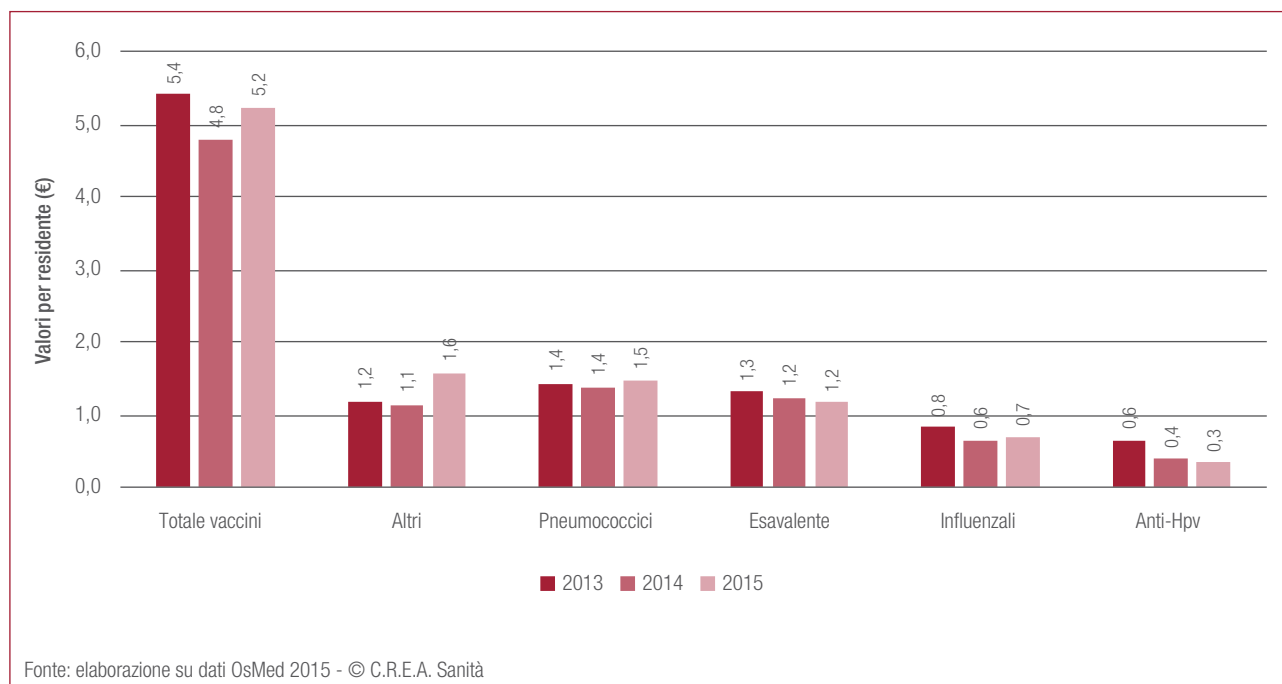


Il dato nazionale per il nostro Paese proviene dal Rapporto OsMed 2015 (Agenzia Italia del Farmaco - AIFA): più in dettaglio, nel 2015 sono stati spesi complessivamente € 317,9 mln. (pari come visto a € 5,2 pro-capite, 1,1% della spesa farmaceutica totale e 1,4%

della spesa SSN), con un aumento rispetto al 2014 (€ 291,1 mln., pari a € 4,8 per residente) che riporta il livello in prossimità di quello del 2013 (€ 321,8 mln., pari a € 5,4 per residente).

Considerando la tipologia di vaccino (Figura 5.14),

Figura 5.14. Spesa per vaccini in Italia, per tipologia. Valori per residente (€), anni 2013-2015



tolta la categoria “altri” prevalgono gli pneumococcici (€ 1,5), seguiti dal vaccino esavalente (€ 1,2).

Per analizzare la situazione regionali utilizziamo i dati provenienti dai Conti Economici CE rilasciati dal Ministero della Salute³⁰.

La spesa complessiva delle Regioni per la voce “materiali per la profilassi (vaccini)” ammonterebbe per il 2014 a € 307,5 mln. (€ 291,1 mln. secondo OsMed), con un calo rispetto al 2013 (€ 330 mln.) ed una significativa disomogeneità territoriale mostrata nella Figura 5.15.

Considerando i valori pro-capite pesati per la popolazione fino a 14 anni e 65 anni e più (fasce di età che più di altre sono soggette a vaccinazioni), nel 2014 tre Regioni superano € 18 pro-capite, tutte del Sud Italia (Sicilia, Molise e Puglia, con € 18,3, € 22,8 e € 23,2 rispettivamente).

La media Italia scende del 9,0% rispetto al 2013, attestandosi a € 14,3. La superano, oltre alle tre Regioni meridionali di cui si è detto, solo Toscana (€ 14,4), Basilicata (€ 14,7), Veneto (€ 15,2) e P.A. Bolzano (€ 17,4).

In coda alla classifica, con meno di € 12,0, Friuli Venezia Giulia (€ 6,0), Sardegna (€ 9,8) e Liguria (€ 11,7).

Il confronto con il 2013 evidenzia alcune variazioni “anomale”: è il caso del +52,5% del Molise e del -67,2% del Friuli Venezia Giulia. Il costo è comunque diminuito rispetto al 2013 in 16 Regioni, l’Abruzzo è stabile e in sole quattro Regioni si registra un aumento (Veneto e P.A. Bolzano al Nord, Molise e Puglia al Sud).

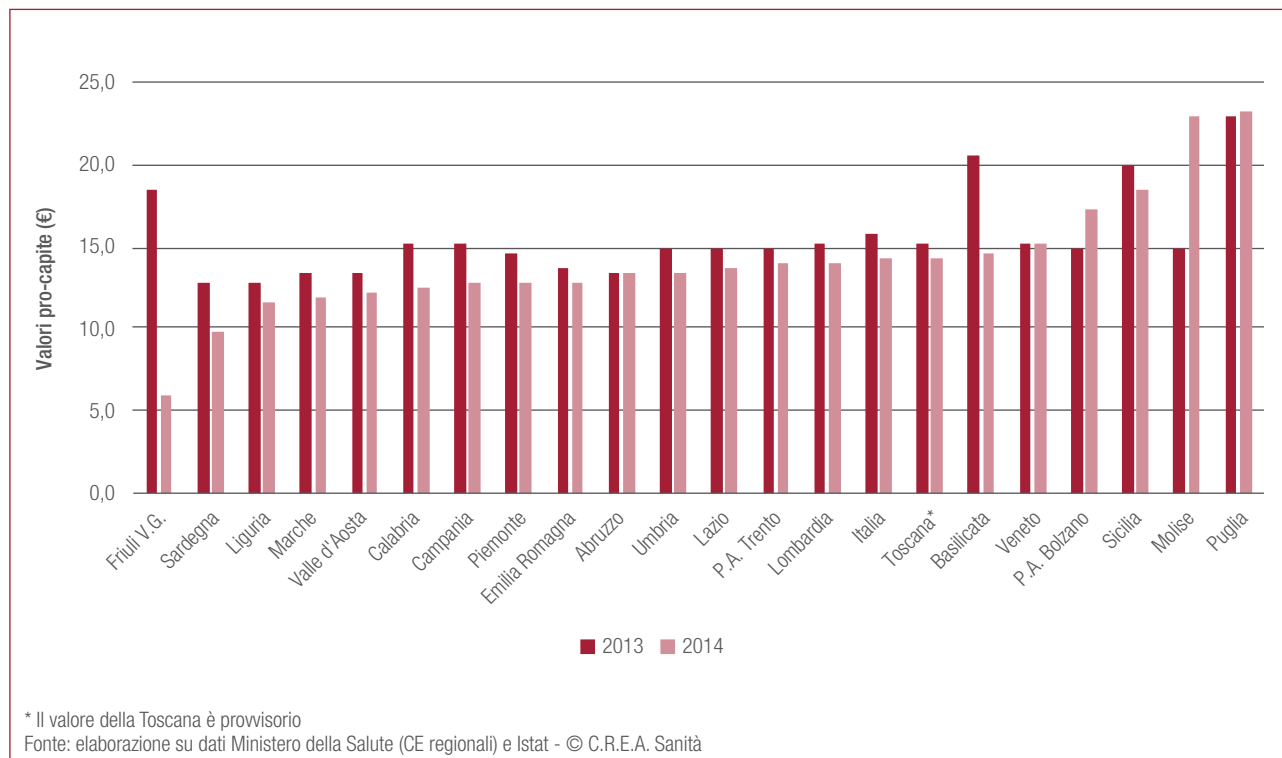
Resta il fatto che le Regioni che spendono di più siano prevalentemente al Sud è coerente col fatto che, come visto in precedenza, per gli antinfluenzali (in maggioranza per anziani di 65+ anni) si spende mediamente a livello nazionale, quasi la metà che per il vaccino esavalente (pediatrico), mentre nelle Regioni meridionali prevalgono i ragazzi fino a 14 anni.

5.5 La Sanità transfrontaliera: gli USMAF-SASN

Nell’Atto di indirizzo 2017 del Ministero della Salute viene dato rilievo agli importanti movimenti migratori che interessano il nostro Paese e alla necessità di rafforzare gli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF)

³⁰ L’ultimo anno disponibile nel momento in cui scriviamo è il 2014; i dati della Regione Toscana sono da considerarsi provvisori

Figura 5.15. Spesa sanitaria per materiali per la profilassi (vaccini). Valori pro-capite (€) per popolazione fino a 14 anni e 65 anni e più, 2013-2014



e dei servizi territoriali di assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante in Italia (SASN) del Ministero della Salute.

Questi Uffici, che con Decreto ministeriale 8 aprile 2015 sono stati accorpatisi in USMAF-SASN³¹, svolgono un ruolo determinante nella Sanità pubblica: la Sanità transfrontaliera.

Gli Uffici – il cui coordinamento tecnico-funzionale è a cura della Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute – sono situati all'interno dei maggiori porti ed aeroporti; essi esercitano attività di vigilanza non solo su viaggiatori e mezzi di trasporto ma anche su merci destinate al consumo umano in importazione da Paesi non appartenenti all'Unione Europea, quali alimenti di origine non animale, materiali ed oggetti destinati a venire in contatto con alimenti (MOCA) ed altri prodotti di rilevanza sanitaria quali dispositivi medici, cosmetici e farmaci non autorizzati in Italia. Per ridurre

il rischio di introduzione di malattie infettive sul territorio nazionale, gli USMAF non espletano soltanto attività di vigilanza in frontiera, anche sui flussi migratori irregolari, ma funzionano come centri di profilassi per viaggiatori internazionali, fornendo consulenza specialistica e raccomandazioni sulle misure di prevenzione appropriate in relazione alla meta e durata e scopo del viaggio e somministrando le vaccinazioni internazionali obbligatorie (attualmente, la sola vaccinazione contro la febbre gialla) o raccomandate.

Oltre a quanto previsto dal Regolamento Sanitario Internazionale dell'OMS, gli USMAF svolgono attività volte alla verifica di quanto previsto dalla normativa nazionale in merito alle condizioni di igiene, abitabilità e sicurezza, inclusa la dotazione di medicinali e materiale di medicazione, a bordo delle navi mercantili battenti bandiera italiana, rilasciando le certificazioni previste. Infine, riguardo le funzioni attribuite nel corso del tempo alla figura del

³¹ Nel prosieguo si analizzano i dati dell'attività 2014, quindi precedenti all'accorpamento, per cui si parla di USMAF

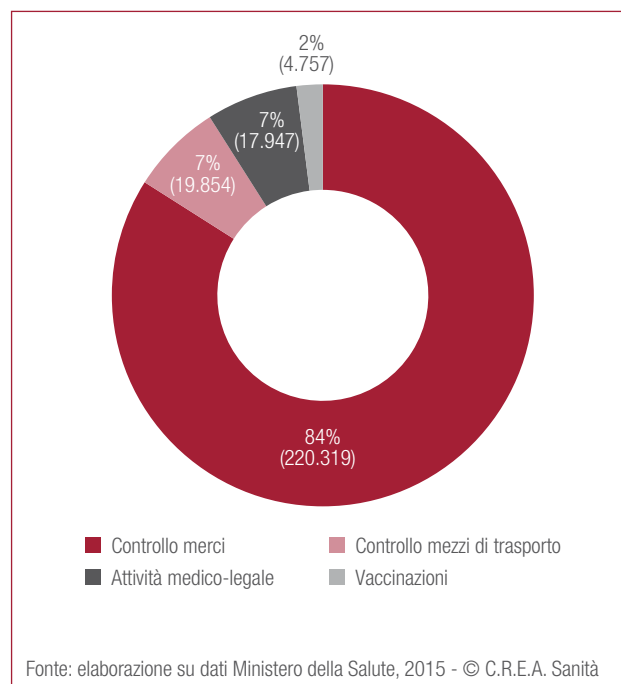
“Medico di Porto”, gli USMAF svolgono anche funzioni certificatorie e medico-legali; la principale di queste consiste nell’accertamento dell’idoneità psico-fisica allo svolgimento di determinati lavori e mansioni nel settore marittimo e portuale e l’iscrizione nei relativi registri professionali; inoltre, a richiesta dei cittadini, presso tali Uffici è possibile anche effettuare le visite mediche per l’accertamento dei requisiti psico-fisici necessari per il conseguimento o il rinnovo delle patenti di guida e delle patenti nautiche³².

Di seguito vengono riportati, in maniera molto sintetica e senza pretesa di esaustività, alcuni dati estratti in maniera preponderante dal database del Sistema Informativo NSIS – USMAF e riportati nella “Relazione USMAF sulle attività svolte nell’anno 2014”.

Nel corso del tempo si evidenzia una costante tendenza all’aumento delle attività degli USMAF³³, che passano, in numero assoluto, da 230.821 del 2010 a 262.877 nel 2014. Sommando i *report* trimestrali del 2015, si registra un aumento ulteriore, con 272.390 “attività”.

L’aumento riguarda in particolare il controllo su merci di possibile interesse sanitario (che nel 2014 rappresentano oltre l’80% di tutte le attività, come illustrato nella Figura 5.16), per valutarne l’idoneità al consumo e all’uso umano, sulla base di criteri e requisiti fissati da norme nazionali e comunitarie. In calo invece i controlli sui mezzi di trasporto (24.135 nel 2010, 19.854 nel 2014), le attività medico-legali (20.108 vs. 17.947) e le attività di vaccinazione (6.422 vs. 4.757). Questi cali sono spiegabili innanzitutto con l’ingresso di molti Paesi dell’Europa orientale e settentrionale nella UE (i porti comunitari sono assimilati ai porti nazionali); complice della flessione di queste attività, poi, è il calo dell’occupazione in Italia, unito alla possibilità di ingaggiare sulle navi mercantili italiane personale marittimo straniero (per il quale la valutazione dell’idoneità lavorativa è effettuata nel Paese di origine). Per finire, la flessione delle vaccinazioni, considerando che la maggior parte di quelle effettuate sono contro la febbre gialla (obbligatoria), si spiega anche con il numero crescente di centri presso

Figura 5.16. Attività svolte dagli USMAF. Valori assoluti e distribuzione (%) per macroattività, anno 2014



cui è possibile effettuare questa e altre vaccinazioni per i viaggiatori internazionali.

Con riferimento alle merci (220.319 controlli), si tratta prevalentemente di alimenti di origine non animale (41%), seguiti da materiali e oggetti a contatto con gli alimenti (20%), dispositivi medici (20%), cosmetici (3%), farmaci (7%) e altra merce (9%), che comprende manufatti in piume e giocattoli, materiali per l’infanzia, etc. I controlli sono sia di tipo documentale che di tipo materiale (inclusi esami di laboratorio). Cina, Turchia e India sono ai primi posti per le esportazioni verso il nostro Paese di alimenti di origine non animale, dispositivi medici e altre merci di interesse sanitario, ma i Paesi che esportano in Italia sono più di 100.

Per quanto riguarda il controllo dei mezzi di trasporto, le attività (19.854 nel 2014) consistono prevalentemente nel rilascio della libera pratica sanitaria alle navi provenienti da scali esteri, ma anche certificazioni di idoneità per le dotazioni di medicinali e di acqua pota-

³² Per maggiori dettagli, www.salute.gov.it

³³ Le attività conteggiate sono relative a: controlli su merci importate da Paesi Terzi, controlli su mezzi di trasporto, visite mediche e commissioni medico-legali, vaccinazioni internazionali

bile, certificazioni di sanificazione e disinsettazione, le autorizzazioni sanitarie di competenza e la partecipazione ad attività collegiali (es. Commissioni per visite tecnico-sanitarie a bordo delle navi).

Con riferimento alle attività medico-legali (17.947), si tratta in prevalenza, come detto, di immatricolazione di gente di mare, visite mediche per la patente di guida e nautica, nonché per attività di sommozzatore, pescatore subacqueo, pilota di bordo e palombaro.

Per quanto riguarda le 4.757 vaccinazioni effettuate sempre nel 2014 (si tratta delle obbligatorie per i viaggiatori internazionali), esse sono state per l'86% contro la febbre gialla, e il resto per diftoterano, tifo, Epatite A, meningococco e altre patologie.

Per finire, nel 2014 gli USMAF hanno sostenuto un impegno particolare nel settore del controllo dei flussi migratori irregolari (140.000 i migranti irregolari, contro i 50.000 del 2013), anche in collaborazione con i servizi delle Aziende sanitarie locali.

Per ultimo si evidenzia che - rimandando ad altra sede la discussione - esistono altre importanti attività di prevenzione svolte ad esempio nel settore della Sanità pubblica veterinaria; gli uffici periferici del Ministero della Salute che operano in questo campo sono:

- i Posti di Ispezione Frontalieri (PIF), responsabili per i controlli all'importazione di animali, di alimenti di origine animale e di mangimi;
- gli Uffici veterinari per la conformità con i requisiti UE (UVAC), responsabili degli scambi intracomunitari di animali, alimenti di origine animale e mangimi.

Il citato Decreto ministeriale 8 aprile 2015 ha accorpato anche questi Uffici in UVAC-PIF, e il loro coordinamento tecnico-funzionale è a cura della Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari del Ministero della Salute.

In questo ambito operano poi, per citare alcuni e senza pretesa di esaustività: i Carabinieri per la Tutela della Salute (NAS), che svolgono indagini e controlli sulle sofisticazioni illegali dei prodotti alimentari, le frodi e il traffico illegale di medicinali, ispezioni in materia di igiene, la verifica dei sistemi di controllo, campionamenti e analisi dei prodotti e l'esame dei documenti di autorizzazione; i Servizi regionali di Sanità pubblica, le ASL, l'ISS, gli IZS (Istituti Zooprofilattici Sperimentali), le Agenzie per la protezione dell'Ambiente (ARPA).

5.6. Conclusioni

L'Italia non si "comporta" male in termini di stili di vita, probabilmente escludendo la sedentarietà e il tema dell'obesità infantile, ma i miglioramenti non sembrano sufficienti e in qualche caso si osservano peggioramenti.

La prevalenza di obesi (BMI \geq 30) tra gli adulti è in Italia (10,3% nel 2014) la più bassa tra i Paesi EU15 (ma la situazione cambia totalmente se si considera l'obesità infantile, evidenziando un problema nelle nuove generazioni). Considerando il consumo di alcol, l'Italia è terza nella classifica EU15 (7,6 litri pro-capite nel 2014), con una diminuzione di oltre il 15% nell'ultimo decennio.

Va peggio se si considera l'abitudine al fumo: nel 2014 le persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare giornalmente sono il 19,7% (ma in diminuzione nell'ultimo decennio (-4,5 punti percentuali)). Solo 5 Paesi EU15 registrano valori più elevati.

Sempre con riferimento agli stili di vita, a livello nazionale continua ad esistere il tradizionale gradiente Nord-Sud, anche se con qualche ragguardevole eccezione.

Per ciò che concerne la spesa, sembra che per il 2015 venga attribuita all'Italia una quota di spesa per prevenzione pubblica pari al 4,9% della spesa pubblica corrente (dati OECD), quindi quest'anno (sia pure con un *break* che crea discontinuità nella serie temporale del dato) in linea con l'obiettivo del 5% fissato a livello nazionale nei Patti per la Salute (l'ultimo aggiornamento delle fonti nazionali risale al 2013 e parla invece del 4,2% della spesa SSN). Ma così come evidenziato nella passata edizione del Rapporto Sanità, in questo risultato gioca un ruolo fondamentale il basso livello di spesa pubblica che il nostro Paese continua a mantenere: il dato di spesa pro-capite, infatti, continua a risultare inferiore (€ 88,9 nel 2015) rispetto agli altri Paesi europei.

Con riferimento alle vaccinazioni, una delle più importanti attività di prevenzione rivolte alle persone, in Italia per acquistare i vaccini abbiamo speso nel 2015 € 317,9 mln. (€ 5,2 pro-capite), in aumento rispetto all'anno precedente (€ 291,1 mln. € 4,8 pro-capite) e in prossimità del livello di spesa del 2013 (quando abbiamo speso € 321,8, € 5,4 pro-capite). Con le consuete difficoltà a reperire dati completi e confrontabili, provando ad effettuare un confronto internazionale (sia pur approssimativo, avendo a disposizione dati di anni e fonti diverse), si osserva una

spesa più alta in altri Paesi simili al nostro (es. nel 2013 in Francia si sarebbe arrivati a € 10,0 pro-capite, in Germania a € 11,6 e in Svezia a € 19,0).

Spendiamo dunque meno degli altri Paesi per acquistare i vaccini, e intanto, in attesa del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, osserviamo nel 2015 un ulteriore calo delle vaccinazioni sia pediatriche che antinfluenzali (con alcune eccezioni), con il “rischio di focolai epidemici di grosse dimensioni per malattie attualmente sotto controllo, e addirittura di ricomparsa di malattie non più circolanti nel nostro Paese”, come sottolineato dal Ministero della Salute. A pesare sul calo osservato anche il fenomeno della *Vaccine Hesitancy*, riconosciuto ed evidenziato dai dati rilevati e sul quale incide non poco la cattiva informazione che circola, soprattutto in Rete, senza essere supportata da evidenze scientifiche.

Nelle linee di indirizzo nazionale viene ricordata poi l'importanza di altre attività di prevenzione come ad esempio quella nell'ambito della sicurezza alimentare ma anche della Sanità transfrontaliera. Gli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera e dei servizi territoriali di assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante (USMAF-SASN) del Ministero della Salute, in collaborazione con le ASL, i NAS e altri Enti, giocano un ruolo importante anche in considerazione degli importanti flussi migratori che interessano il nostro Paese, che probabilmente non è adeguatamente riconosciuto: i dati rilevano una crescita delle attività di controllo che riguardano in maniera preponderante i controlli su merci di possibile interesse sanitario e sembrano confermare la strategicità del settore.

La considerazione che deriva dai fenomeni osservati è che, riconoscendo in ogni caso il giusto merito all'attenzione prestata, agli sforzi profusi ed ai risultati raggiunti nel campo della prevenzione, il nostro è un Paese che invecchia sempre più rapidamente, in cui si vive di più ma in cattiva salute negli ultimi anni, per cui le strategie di programmazione non possono prescindere, anche a tutela della sostenibilità del sistema sanitario, dalle attività di prevenzione, con cui eliminare o ritardare l'insorgenza di alcune patologie, ovvero contenere o posticiparne le complicazioni. Invero, questi concetti vengono ampiamente ribaditi in molti documenti ufficiali anche internazionali: è questa la direzione verso cui dobbiamo tutti convergere.

Riferimenti bibliografici

- Bouchery, E.E. et al. (2011), “Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006”, in *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 41, No. 5, pp. 516-524
- Eriksen M, Mackay J. Ross H. (2012), *The Tobacco Atlas 2012*. Fourth edition. The American Cancer Society, Inc. Atlanta, Georgia 30303 USA
- Fondazione Censis (2014), *La cultura della vaccinazione in Italia: un'indagine sui genitori*
- Fondazione Farmafactoring (2013), *Il sistema sanitario in controluce - Le attività di prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN, Rapporto 2013*
- IBDO – Italian Barometer Diabetes Observatory (anni vari), *Report 2014 e 2015*
- Istat (2016), www.istat.it
- Istituto Superiore di Sanità (2016), Epicentro – *Sistema di sorveglianza PASSI 2012-2015*
- Lai PL et al. (2011), “Burden of the 1999-2008 seasonal influenza epidemics in Italy: comparison with the H1N1v (A/California/07/09) pandemic” in *Pubmed*
- Luppi N. (2016) - *MMG e vaccinazioni dell'adulto: quanto è difficile fare prevenzione in Italia?* - Intervento al 72° Congresso Nazionale FIMMG – 3 ottobre 2016
- Ministero della Salute (2016), *Atto di indirizzo per l'anno 2017*
- Ministero della Salute (2016), www.salute.gov.it
- Ministero della Salute (2015), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”*
- Ministero della Salute (2015), *USMAF - Relazione sulle attività svolte nell'anno 2014*
- Ministero della Salute (2014), *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*
- OECD (2016), *Health a Glance 2015*
- OECD (2016), *Statistics on OECD.stat*, edizione ottobre 2016
- OsMed (anni vari), Rapporto “*L'uso dei farmaci in Italia*”
- Sessa A. et al.(2005), “Economic evaluation of clinical influenza in Italy”, *Int J Med* (London) 2005; 7: 14-20
- Spandonaro F. (a cura di) (2015), *11° Rapporto Sanità* a cura di C.R.E.A. Sanità
- Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva (2015), *Osservatorio civico sul federalismo in Sanità, Rapporto 2015*

- UE -DG SANCO (2009), *A study on liability and the health costs of smoking. Final report*
- WHO (2016), *JRF database*, aggiornamento ottobre 2016
- WHO/Europe (2016), *Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014*
- WHO (2015), “Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy” in *Vaccine*, numero agosto 2015
- WHO (2014), *Global status Report on noncommunicable diseases*
- WHO/Europe (2010) - *Childhood Obesity Surveillance Initiative, round 2 (2009/2010)*
- WHO (2008), *World health statistics report 2008*, Geneva

ENGLISH SUMMARY

Prevention: Italy in the international context and strategies for sustainability of the healthcare system

Themes regarding the promotion of health and prevention of disease, in the broader sense of the word, are many and involve multiple and complex aspects.

In terms of lifestyles (with particular reference to nutrition, smoking habits, alcohol consumption and physical activities), compared with Europe and the other nations belonging to the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) area, Italy does not “behave” poorly (probably ruling out inactivity and childhood obesity), but improvements do not seem sufficient and in some cases worsening has also been observed.

The prevalence of obesity (Body Mass Index \geq 30 according to WHO definitions) amongst adults in Italy is the lowest (10.3% in 2014) among the EU15 countries. But the situation is entirely different when considering child obesity, which highlights a problem in younger generations (in Italy in 2010, the prevalence of obese children in the 7-year-old age bracket was equal to 11.6% among boys and 11.3% among girls). Considering alcohol consumption, Italy ranks third in the EU15 classification (7.6 litres per capita in 2014), but very close both to Greece (7.5 litres per capita) and Sweden (7.2 litres per capita), with a decrease equal to more than 15% over the past decade.

It gets even worse when considering smoking habits: in 2015 those over 15 who declared they were smokers on a daily basis was equal to 19.8%, representing a decrease over the last decade (-2.5 percentage points). Only 5 EU15 countries recorded higher values.

At national level, considering values related to obesity, smoking, alcohol consumption with highest risk factors and sedentary lifestyles (source: Italian Institute of Health - Istituto Superiore di Sanità - ISS), there continues to be a gradient between Northern and Southern Regions on the Italian territory, with a few notable exceptions.

With reference to expenditure, it seems that Italy

was attributed with a 2015 value (OECD data) inherent to prevention and public health equal to 4.9% of current public expenditure (OECD data); hence this year in line with the 5% objective established at the national level by “Patto per la Salute” (Health Pacts): the most recent update of national sources dates back to 2013 and, on the contrary, it reports 4.2% of National Healthcare Service expenditure. But, as highlighted by the past edition of the “Rapporto Sanità” (Health Report), a fundamental role is played in this game by the low level of public expenditure that our Country continues to maintain: in fact, the per capita expenditure continues to be lower (€ 88.9 in 2015) compared to other European Countries.

With reference to vaccinations, in Italy € 317.9 million was spent for the purchase of vaccines in 2015 (€ 5.2 per capita); this marked an increase compared to the previous year (€ 291.1 million and € 4.8 per capita) and in proximity to the level of 2013 expenditure (when we spent € 321.8, € 5.4 per capita). With the usual difficulties encountered in obtaining comprehensive and comparable data, in an attempt to make an international comparison, an higher expenditure has been observed in other Countries similar to our own (i.e. in 2013 in France, the expenditure reached € 10.0 per capita, € 11.6 in Germany and €19.0 in Sweden).

Pending the new “Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale” (National Vaccine Plan for Prevention), we observe a further decrease of both paediatric (the mandatory ones and even some of the recommended ones) and influenza vaccinations over nearly the entirety of Italian Regions (with a few exceptions) in the year 2015. This means a “risk of large outbreaks of diseases currently under control, and even the re-emergence of diseases no longer circulating in our country”, as underlined by the Italian Ministry of Health. The great regional variability is striking, along with the fact that still too many regions do not reach an acceptable threshold

of coverage equal to 95.0% for none of the paediatric vaccination antigens; regarding influenza vaccinations, all the Italian Regions are below the minimum viable threshold of 75.0%.

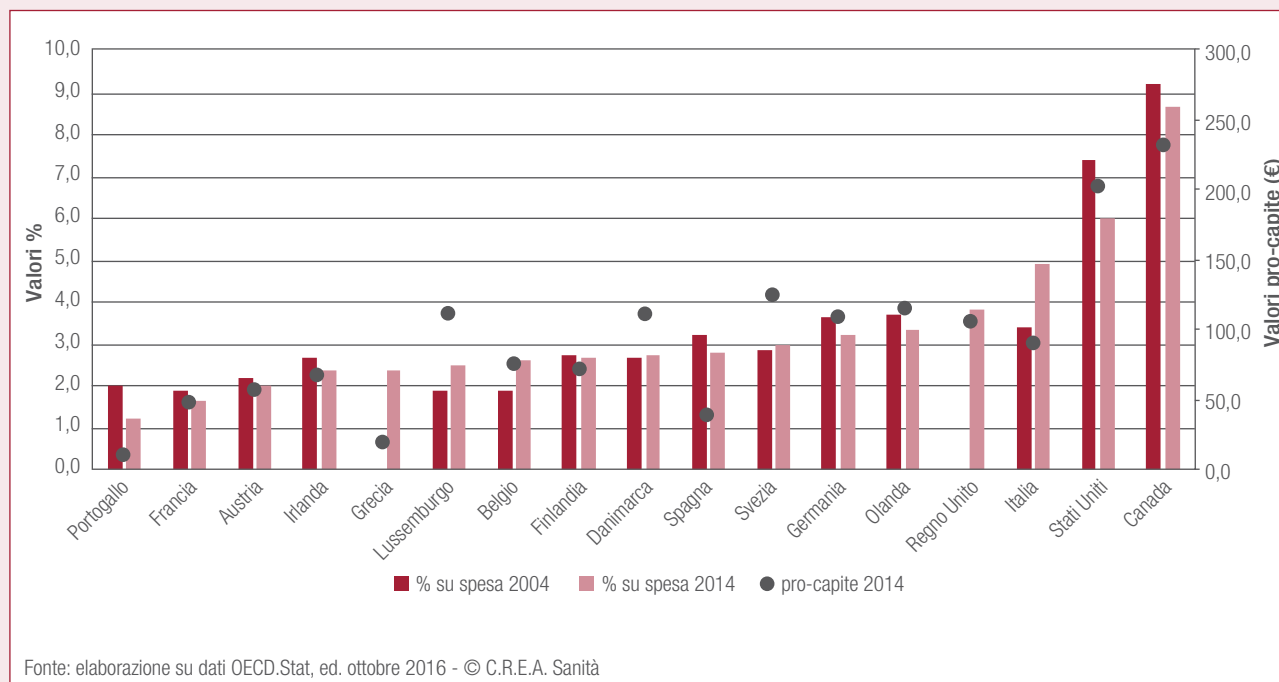
A phenomenon that has also weighed upon the decline observed is Vaccine Hesitancy, recognized and highlighted by the data collected. This is affected remarkably by bad information that has been circulating, especially on the Web, without being supported by scientific evidence.

Reminders are reported in our national guidelines inherent to the importance of other prevention activities, such as those in the field of food safety, but also cross-border healthcare. Maritime, air and border health offices, along with territorial healthcare assistance services for seagoing and aerial navigation personnel (USMAF-SASN) of the Italian Ministry of Health, in collaboration with the ASLs (Local health authorities), Carabinieri per la Tutela della Salute e dell'Ambiente - NAS (Carabinieri for the Protection of Public Health and for the Protection of the Environment) and others, play an important role also in consideration of the im-

portant migratory flows investing our country, which are probably not properly recognized: data reports for USMAF-SASN offices a growth in control activities (from 230,821 activities in 2010 to 262,877 in 2014) prominently relating to controls conducted on goods of possible health concern and seem to confirm the strategic nature of the sector.

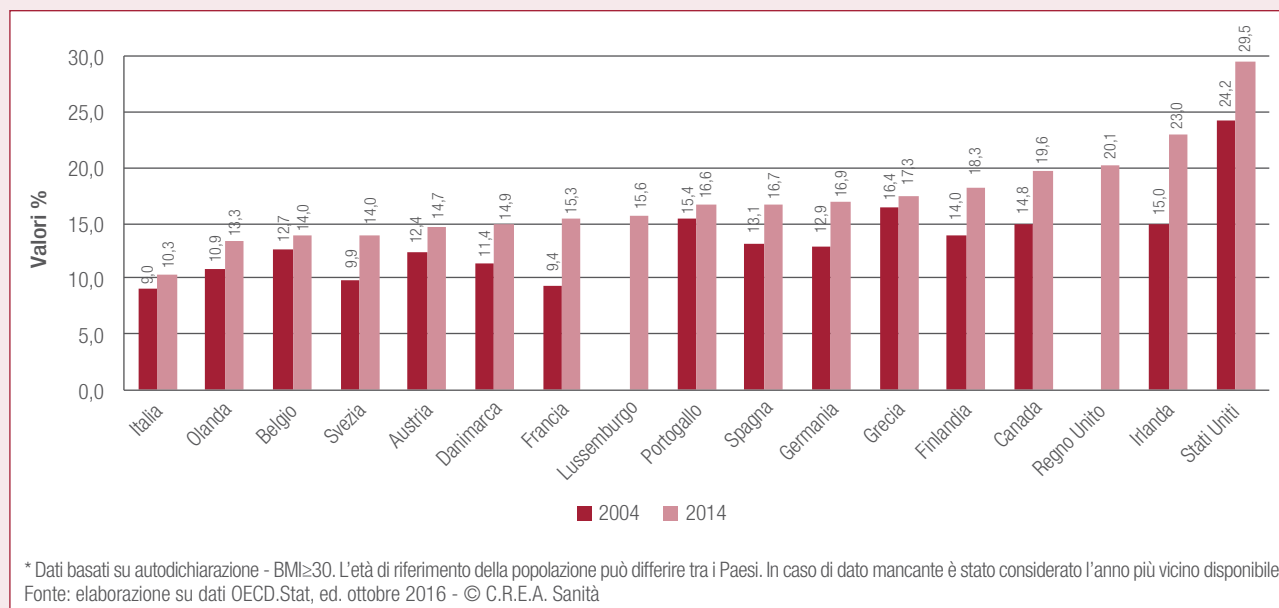
The final consideration deriving from the observed phenomena is that, in any case recognizing due credit for the attention provided, for the widespread efforts and the results achieved in the field of prevention - ours is a country that is ageing faster and faster, where life expectancy is higher but involves living in poor health during one's final years. Therefore programming strategies cannot ignore (even in protection of the sustainability of our healthcare system) prevention activities that should be put into place for the elimination or postponement of certain diseases, namely restricting or delaying their complications. Indeed, these concepts are widely reiterated in many official documents even of an international breadth: this is the direction in which we must all converge.

KI 5.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in EU15 e altri Paesi OECD. Quota su spesa sanitaria pubblica corrente (%) e pro-capite (€), anni 2004 e 2014



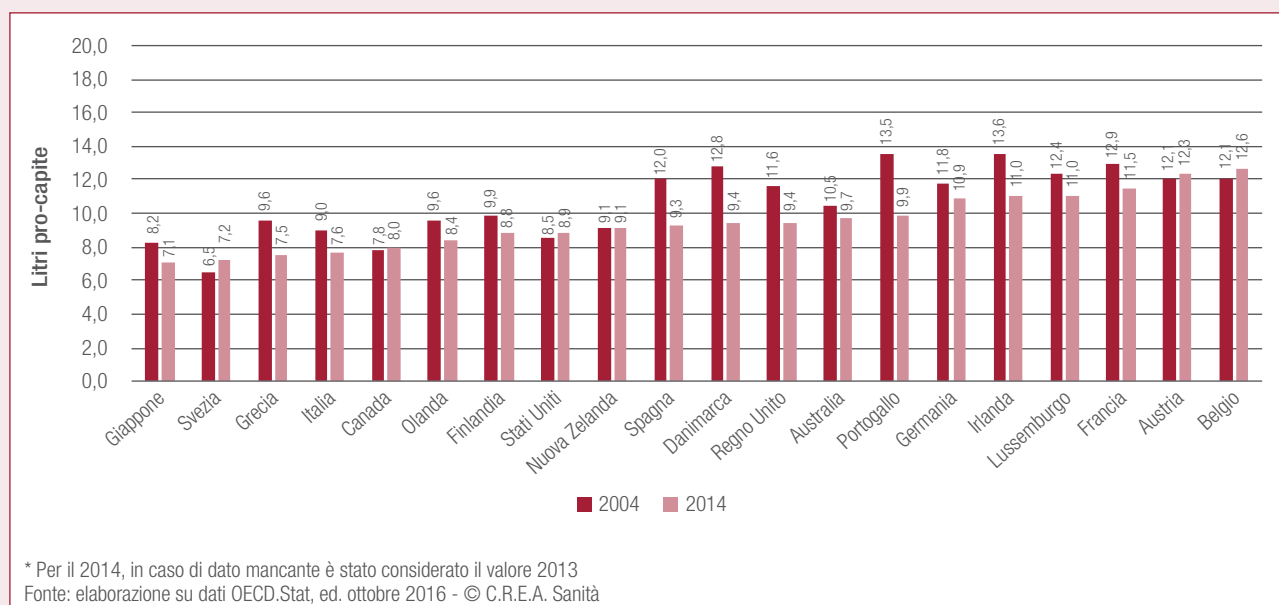
A livello internazionale (considerando EU 15 e alcuni grandi altri Paesi OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*) questo indicatore esprime la spesa pubblica per programmi di prevenzione calcolata in % della spesa sanitaria pubblica corrente e a livello pro-capite (€) per gli anni 2004 e 2014. I dati provengono dal *database on line* OECD.Stat (aggiornamento ottobre 2016). Si ricorda che già dal luglio 2015 OECD - in seguito alla implementazione del nuovo "System of Health Accounts 2011" - ha fornito dati aggiornati rispetto a quelli rilasciati negli anni precedenti. Considerando il settore pubblico (non essendo stato il dato del privato fornito da molti Paesi), nel 2014 sembra che l'Italia investa in prevenzione la quota maggiore della spesa rispetto agli altri Paesi EU15 (ad esempio, la Francia si ferma a 1,6%, la Spagna non raggiunge il 3,0%, la Germania si attesta al 3,2%). Tuttavia, la quota pro-capite risulta inferiore: l'Italia sarebbe nona, con € 88,9 pro-capite contro € 123,4 della Svezia, in testa alla classifica. Spagna e Francia si arrestano rispettivamente a € 39,7 e € 46,2, mentre la Germania arriva a € 108,3. Si noti che in alcuni Paesi (es. USA e Canada) il valore include le attività di prevenzione personale svolte in medicina generale, che in altri Paesi (es. Italia e Spagna) vengono calcolate all'interno delle spese per 'curative care' e non sono dunque comprese nell'indicatore in analisi. Si avverte inoltre che i dati diffusi da OECD e utilizzati nelle analisi contenute nel volume possono differire nel metodo di rilevazione tra i vari Paesi; inoltre, in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie a causa di uno o più "break in time series" (per cui i dati possono non essere totalmente comparabili tra un anno e l'altro). In particolare, per l'Italia per questo indicatore è segnalato un "break" per il 2014. Per approfondire, <http://stats.oecd.org/>

KI 5.2. Obesità nella popolazione adulta, EU15 e altri Paesi OECD. Prevalenza (%), anni 2004 e 2014*



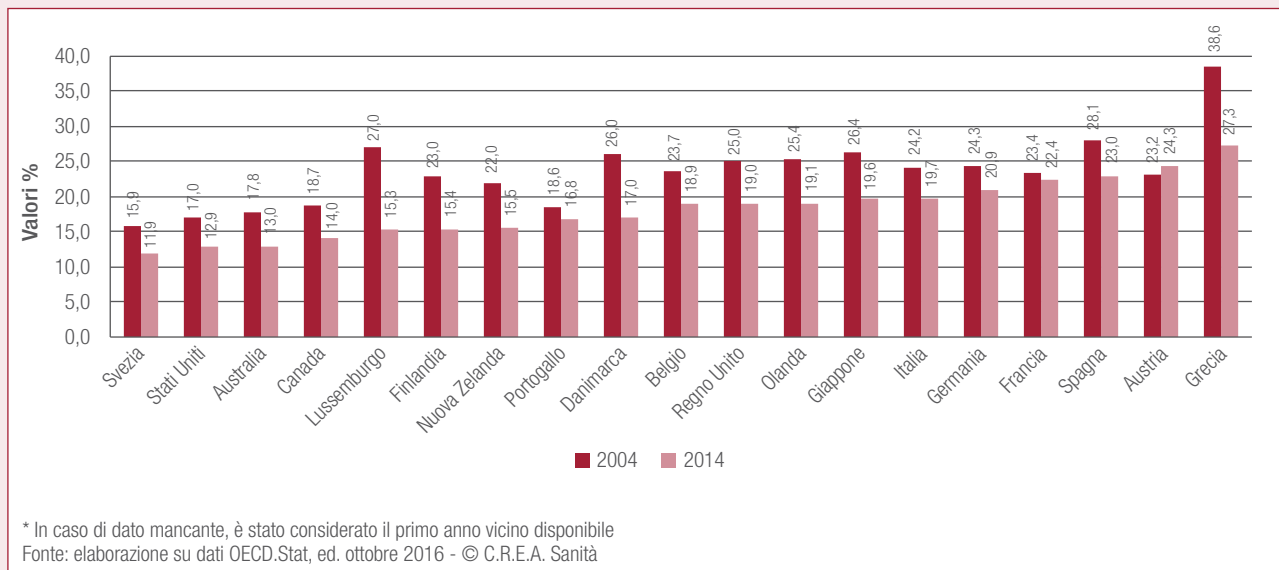
Essere in eccesso ponderale (in sovrappeso oppure obesi) aumenta il rischio di patologie croniche quali infarto del miocardio, ictus, ipertensione, diabete mellito, osteoartrosi, alcuni tumori (ISS). Considerando la prevalenza di obesità nella popolazione dei Paesi dell'Europa a 15 di cui si dispone del dato ed alcuni altri Paesi OECD, nel 2014 l'Italia registra il valore più basso: la prevalenza di obesi (*Body Mass Index* ≥ 30) è infatti pari al 10,3% (+1,3 punti percentuali nell'ultimo decennio), dato invariato rispetto al 2013. I peggiori in classifica sono gli Stati Uniti (29,5%), e l'Irlanda (23,0%) tra i Paesi europei. Si nota nell'ultimo decennio un aumento della prevalenza in tutti i Paesi considerati. Si segnala nell'ultimo decennio l'aumento di +5,9 punti percentuali della Francia e di +5,3 punti percentuali degli USA. Sebbene la situazione italiana tra gli adulti appaia migliore degli altri Paesi europei, non è altrettanto buono il dato che riguarda i bambini, come mostrato nella Figura 5.3 del capitolo 5.

KI 5.3. Consumo di alcol tra persone di 15 anni e più, EU15 e altri Paesi OECD. Litri pro-capite, anni 2004 e 2014*



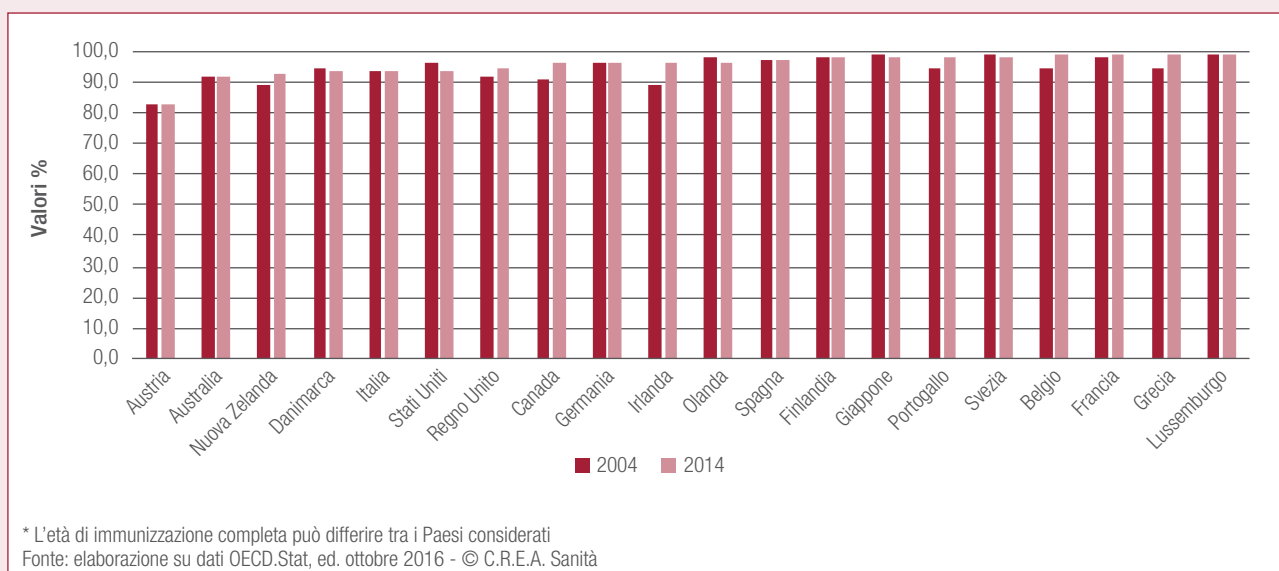
La prevenzione è attività fondamentale anche per evitare l'abuso di alcol, problema di salute pubblica: secondo l'ISS, esso causerebbe il 3,8% di tutte le morti in Europa (per incidenti, cancro, malattie cardiovascolari e cirrosi epatica), con costi che supererebbero l'1,0% del PIL. Il nostro Paese da questo punto di vista sembra essere virtuoso in Europa, stando ai dati forniti da OECD (aggiornati a ottobre 2016): tra i Paesi di cui si dispone del dato, nel 2014 la quantità di alcol espressa in litri pro-capite consumati in Italia da persone di 15 anni e più è tra le più basse (7,6 litri, rispetto ai 7,4 del 2013, con un -15,6% rispetto al 2004). Meglio la Grecia (7,5 litri), la Svezia (7,2) e il Giappone (7,1), considerando anche altri grandi Paesi OECD. Fanalino di coda il Belgio, con 12,6 litri pro-capite (+4,1% nell'ultimo decennio). Rispetto al 2004, tra i Paesi considerati nel 2014 hanno aumentato il consumo di alcol Svezia, Canada, Stati Uniti, Austria e Belgio. Gli altri Paesi hanno registrato un calo, più o meno consistente: si segnala il -26,7% del Portogallo e il -26,6% della Danimarca.

KI 5.4. Abitudine al fumo, persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare giornalmente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2004-2014*

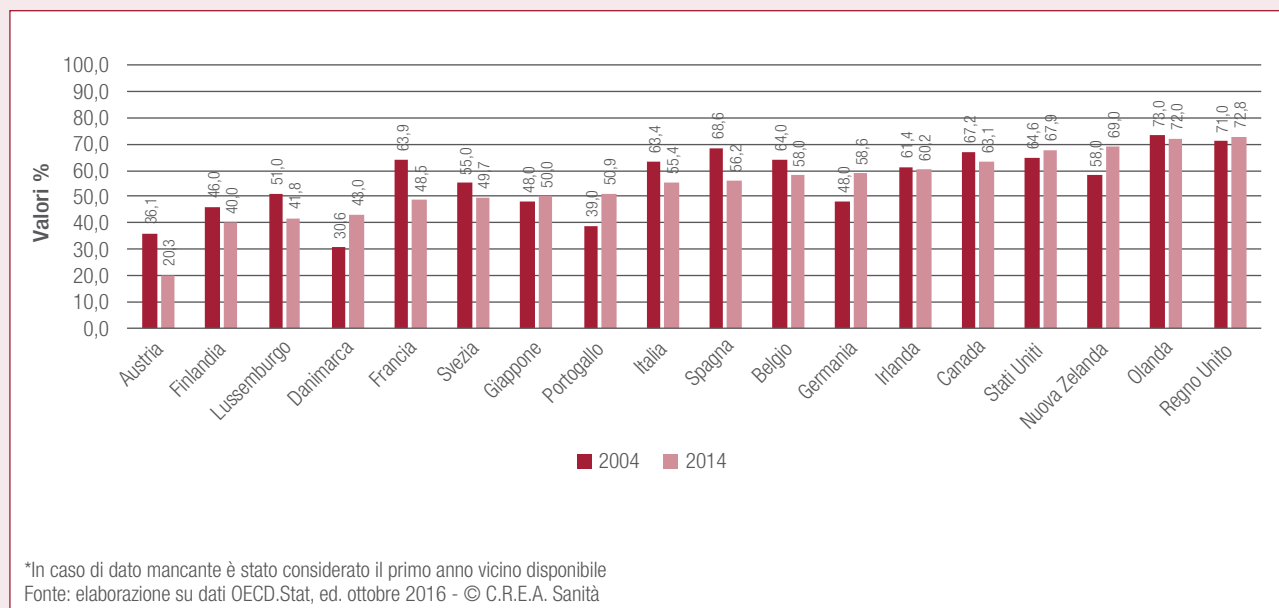


Il tabacco uccide nel mondo quasi 6 milioni di persone l'anno, 5 milioni di fumatori e più di 600mila non fumatori esposti al fumo passivo. La prevenzione resta strumento fondamentale. Stando ai dati forniti da OECD, con le cautele espresse in precedenza, nel 2014 tra i Paesi EU15 (e altri grandi Paesi OECD) di cui si dispone dei dati, l'Italia presenta una delle % più alte (19,7%) di fumatori giornalieri tra le persone di 15 anni e più. La prevalenza è in calo rispetto al 2013 (-1,4 punti percentuali) e anche nell'ultimo decennio (-4,5 punti percentuali rispetto al 2004). Peggio del nostro Paese la Germania (20,9%), la Francia (22,4%), la Spagna (23,0%), l'Austria (24,3%) e la Grecia (27,3%). La più virtuosa è la Svezia che si ferma all'11,9% (con un -4 punti percentuali rispetto al 2004), seguita dagli Stati Uniti (12,9%). Nel decennio considerato, a parte l'Austria (+1,1 punti percentuali) tutti gli altri Paesi registrano un calo di fumatori giornalieri over 15: si segnalano in particolare il Lussemburgo (-11,7 punti percentuali), la Grecia (-11,3 punti percentuali) e il Giappone (-6,8).

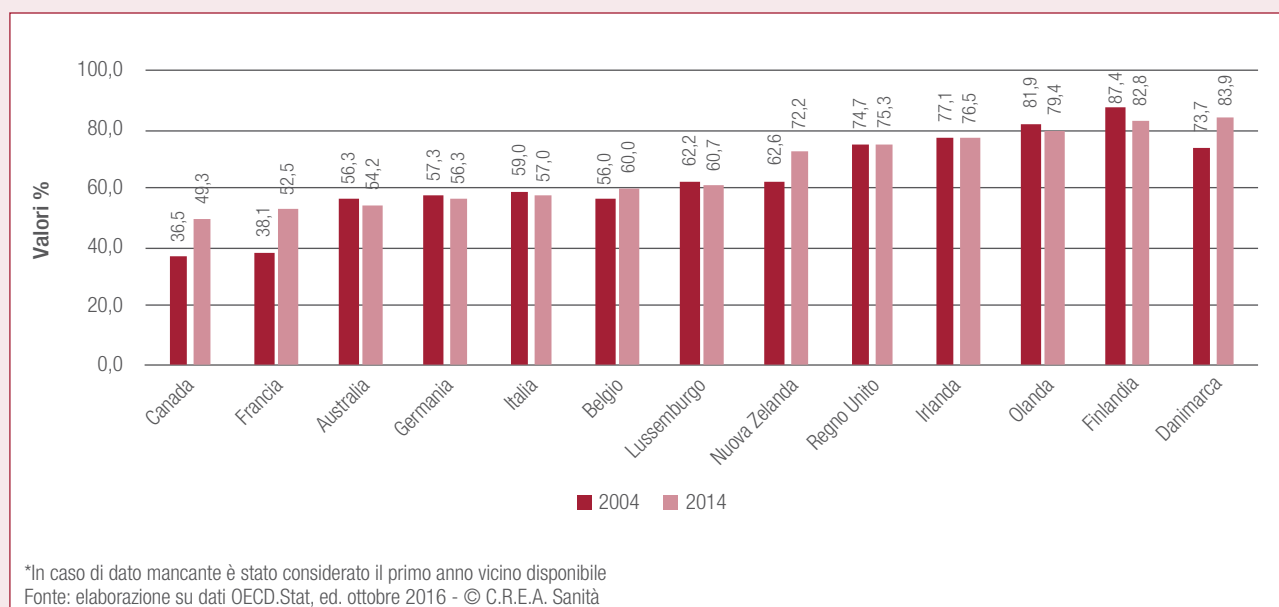
KI 5.5. Coperture vaccinali (%) nei bambini a un anno per 3 dosi* di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse), EU15 e altri Paesi OECD, anni 2004 e 2014



Questo indicatore considera le coperture vaccinali nei bimbi ad un anno per 3 dosi di vaccino contro difterite, tetano e pertosse in EU15 e altri Paesi OECD. Considerando che l'età di immunizzazione completa può differire tra i Paesi considerati, secondo i dati OECD nel 2014 la percentuale raggiunta in Italia ammonterebbe al 94% (in linea con le fonti nazionali: il Ministero della Salute indica 94,7%), invariata rispetto al 2004 ma in calo rispetto al 2013 (quando raggiungeva il 96%). Arriverebbero invece al 99% Belgio, Francia, Grecia, Lussemburgo (tutte in aumento nell'ultimo decennio). Tra i 20 Paesi considerati sarebbero 6 a registrare una percentuale inferiore al valore soglia del 95%: Austria, Australia, Nuova Zelanda, Danimarca, Italia e Stati Uniti. Considerando solo i Paesi europei, dunque, l'Italia si fermerebbe al terz'ultimo posto della classifica.

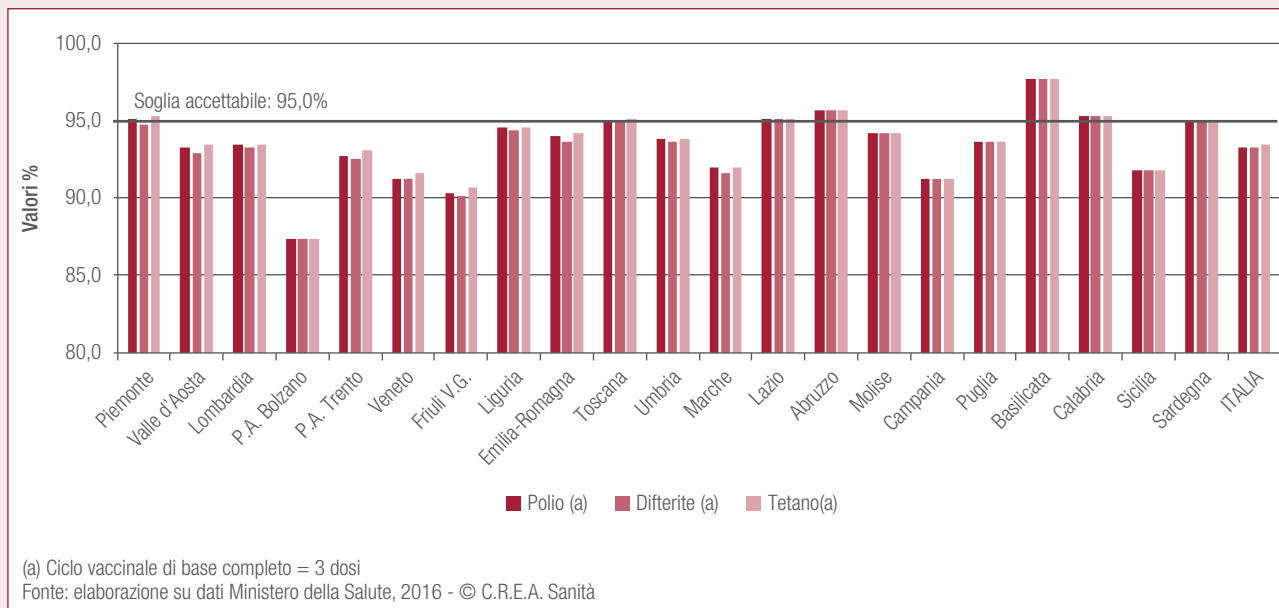
KI 5.6. Coperture vaccinali (%) contro l'influenza stagionale per anziani *over 65* in EU15 e altri Paesi OECD, anni 2004 e 2014*

In base alle raccomandazioni del Consiglio Europeo, il tasso di copertura vaccinale contro l'influenza stagionale da raggiungere nella popolazione anziana e nelle altre categorie a rischio è pari almeno al 75%. Secondo i dati OECD, nel 2014 nessuno dei Paesi europei (e degli altri "big" OECD considerati) di cui si dispone dei dati ha raggiunto la quota raccomandata del 75%: superano il 70% solo Olanda (72,0%) e Regno Unito (72,8%). Nel 2013 avevano raggiunto il *target* Regno Unito e Australia. Non raggiungono neanche il 50,0% Austria, Finlandia, Lussemburgo, Danimarca, Francia e Svezia. A metà classifica l'Italia, con 55,4% (con una diminuzione di 8 punti percentuali nell'ultimo decennio, e un recupero di poco più di un punto percentuale rispetto alla stagione 2013), e la Spagna (56,2%). Si nota un calo del tasso di copertura nell'ultimo decennio nella maggior parte dei Paesi. Si segnala quello dell'Austria (-15,8 punti percentuali), della Francia (-15,4 punti percentuali) e della Spagna (-12,4). Tra quelli in cui si registra invece la crescita maggiore, la Danimarca (+12,4), il Portogallo (+11,9) e la Germania (+10,6).

KI 5.7. Donne 50-69enni che hanno effettuato una mammografia all'interno di un programma di *screening*, EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2004 e 2014*

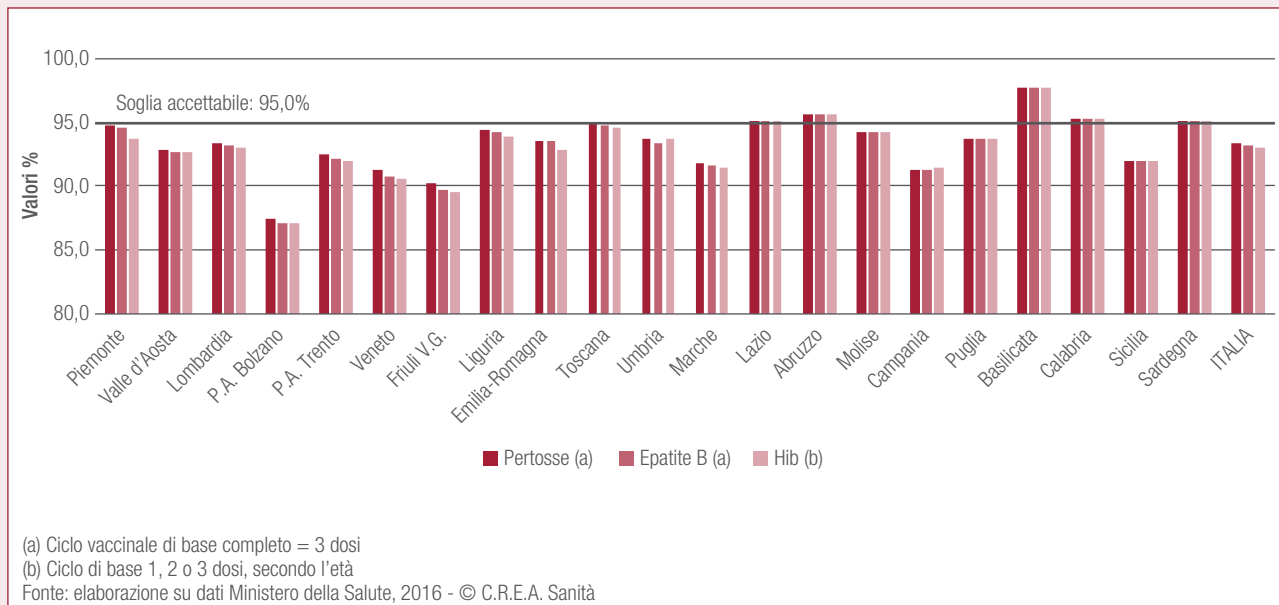
Questo indicatore illustra, in base ai dati forniti da OECD, la percentuale di donne che ha effettuato una mammografia all'interno di un programma di *screening*. Il dato Italia (57,0% nel 2014, in calo di 2,0 punti percentuali rispetto al 2004) può differire dalle rilevazioni nazionali che sono state condotte attraverso una *survey* (Indagine PASSI - ISS). Nel 2014 sui 13 Paesi considerati l'Italia si ferma al quinto posto; registrano una percentuale superiore al 75% Regno Unito (75,3%), Irlanda (76,5%), Olanda (79,4%), Finlandia (82,8%) e Danimarca (83,9%). Percentuali di adesione inferiori a quelle italiane si registrano in Canada (49,3%), Francia (52,5%), Australia (54,2%) e Germania (56,3%): nei primi due Paesi si registra però un aumento rispetto al 2004.

KI 5.8. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi contro polio, difterite e tetano* in Italia, anno 2015 (coorte 2013)



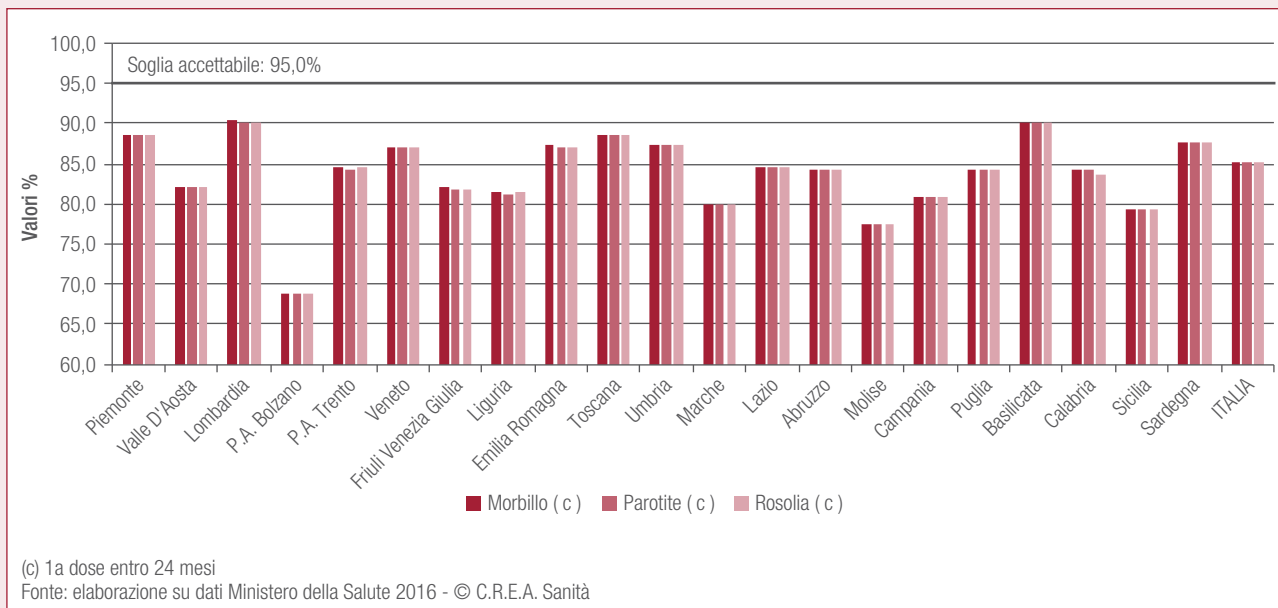
Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute nel mese di ottobre 2016, le coperture vaccinali a 24 mesi per l'anno 2015 (per i bambini nati nel 2013) subiscono un ulteriore calo (oltre a quello registrato l'anno precedente) in quasi tutte le Regioni e Province Autonome, sia per le vaccinazioni obbligatorie (contro polio, difterite, tetano, epatite B) che per alcune di quelle raccomandate. A livello nazionale nel 2015, la copertura media delle vaccinazioni relative al vaccino esavalente (contro polio, difterite, pertosse, Hib ed epatite B) è stata pari al 93,4% (contro il 94,7% del 2014). Importanti le differenze regionali. Con particolare riferimento alle vaccinazioni contro polio, difterite e tetano, le coperture regionali illustrate in figura mostrano come tutte le Regioni ad eccezione di sette (Piemonte, Toscana, Lazio, Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sardegna) siano per tutti e tre gli antigeni al di sotto del 95,0%, soglia minima raccomandata dall'OMS per ottenere la cosiddetta immunità di popolazione.

KI 5.9. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi contro pertosse, epatite B e Hib in Italia, anno 2015 (coorte 2013)



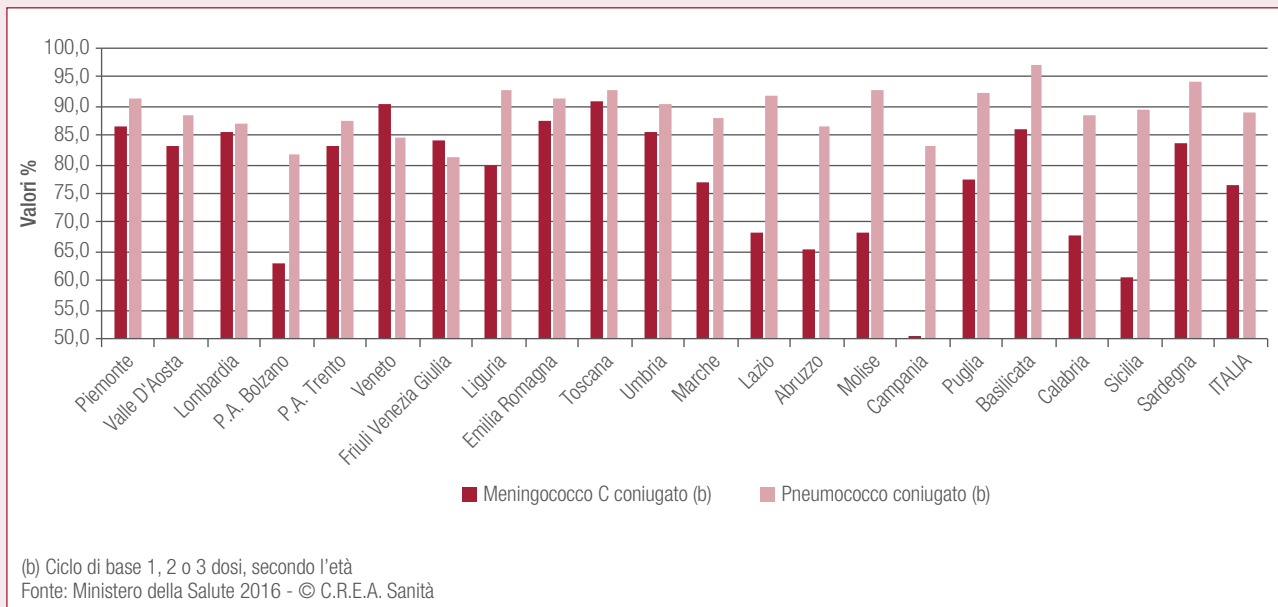
Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute nel mese di ottobre 2016, le coperture vaccinali a 24 mesi per l'anno 2015 (per i bambini nati nel 2013) subiscono un ulteriore calo (oltre a quello registrato l'anno precedente) in quasi tutte le Regioni e Province Autonome, sia per le vaccinazioni obbligatorie (contro polio, difterite, tetano, epatite B) che per alcune di quelle raccomandate. A livello nazionale nel 2015, la copertura media delle vaccinazioni relative al vaccino esavalente (contro polio, difterite, pertosse, Hib ed epatite B) è stata pari al 93,4% (contro il 94,7% del 2014). Importanti le differenze regionali. Con particolare riferimento alle vaccinazioni contro pertosse, epatite B e Hib, la figura mostra come tutte le Regioni ad eccezione di cinque (Lazio, Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sardegna) siano per tutti e tre gli antigeni al di sotto del 95,0%.

KI 5.10. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) in Italia, anno 2015 (coorte 2013)



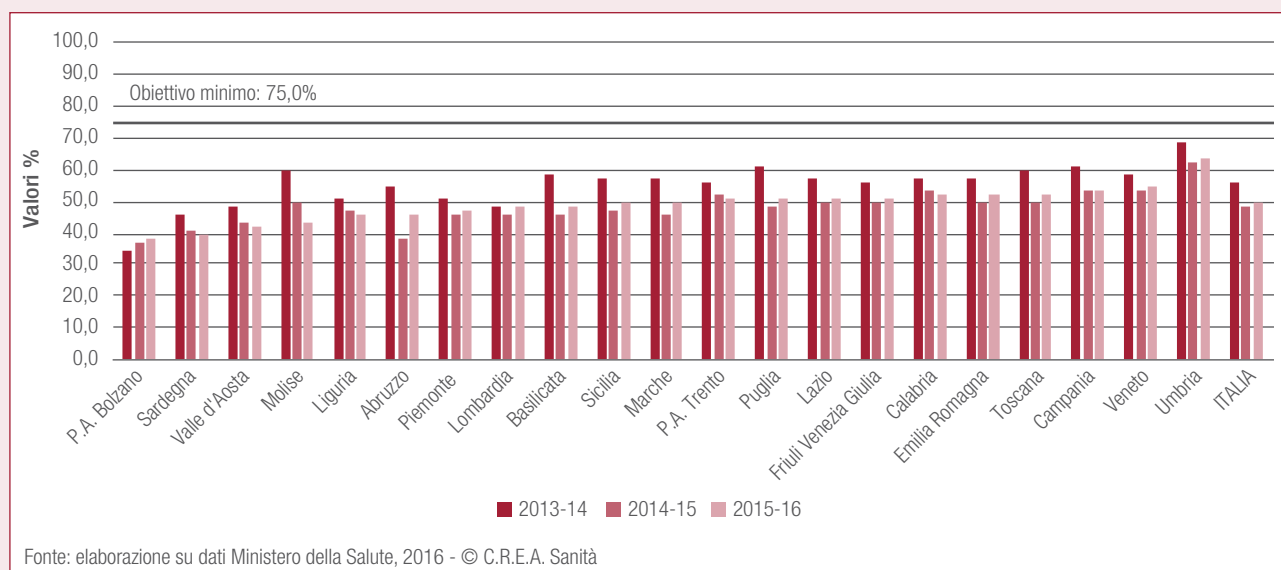
Per il cosiddetto vaccino trivalente (MPR: morbillo, parotite, rosolia), anche nel 2015 si registrano valori preoccupanti relativamente alle coperture nelle Regioni italiane. L'Unione Europea aveva fissato per il 2015 la scadenza per ottenere l'eliminazione di morbillo e della rosolia congenita, alzando al 95% la soglia necessaria di bambini 0-24 mesi da vaccinare, ma stando al monitoraggio effettuato dal Ministero della Salute ancora nel 2015, come per l'anno precedente, nessuna Regione la raggiunge. La P.A. Bolzano non arriva, così come nel 2014, neanche al 70% di copertura. Molise e Sicilia registrano una percentuale inferiore all'80,0% (mentre le Marche sono prossime al valore).

KI 5.11. Coperture vaccinali (%) a 24 mesi contro meningococco C coniugato e pneumococco coniugato, anno 2015 (coorte 2013)



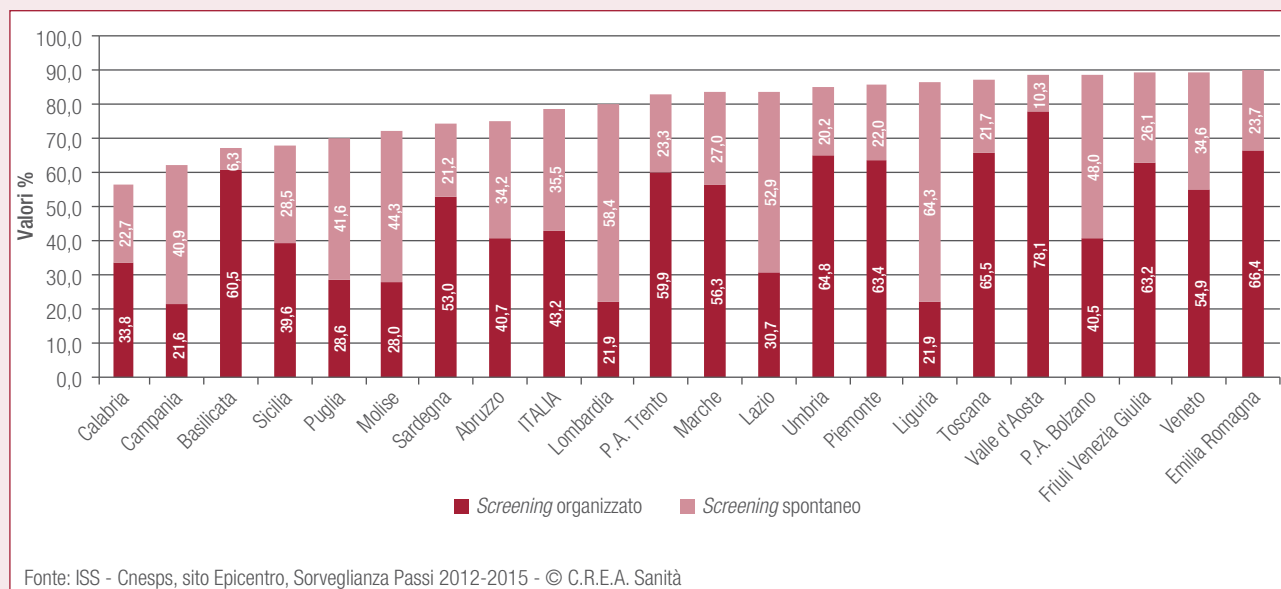
Come visto negli indicatori precedenti, secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute nel mese di ottobre 2016, le coperture vaccinali a 24 mesi per l'anno 2015 (per i bambini nati nel 2013) subiscono un ulteriore calo (oltre a quello registrato l'anno precedente) in quasi tutte le Regioni e Province Autonome, sia per le vaccinazioni obbligatorie (contro polio, difterite, tetano, epatite B) che per alcune di quelle raccomandate. Le uniche coperture vaccinali che mostrano a livello nazionale un incremento nel 2015 sono quelle che, nei due anni precedenti, si erano attestate a valori bassi in alcune Regioni e Province Autonome: pneumococco coniugato e meningococco C coniugato. L'indicatore illustrato in figura mostra come solo la Basilicata raggiunge il 95% per la vaccinazione contro lo pneumococco coniugato; fanalino di coda il Friuli Venezia Giulia con l'81,0%. Per le coperture contro il meningococco C, la forbice va dal 50,0% della Campania al 90,9% della Toscana. Si ricorda che da gennaio 2015 a marzo 2016 si è verificata in Toscana una "emergenza meningite": sono stati segnalati 45 casi, 10 dei quali sono stati fatali. Il numero di casi osservati è risultato più elevato soprattutto nelle fasce d'età più avanzate, che sono quelle in cui non viene effettuata la vaccinazione.

KI 5.12. Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano over 65, stagioni 2013-2014/2015-2016



In base alle raccomandazioni del Consiglio Europeo, il tasso di copertura vaccinale contro l'influenza stagionale da raggiungere nella popolazione anziana e nelle altre categorie a rischio è pari ad almeno il 75% (soglia minima raccomandata). Anche il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale attualmente vigente (2012-2014) conferma il 75% come obiettivo minimo e indica nel 95% l'obiettivo ottimale. In base ai dati diffusi dal Ministero della Salute, dopo il calo evidenziato la scorsa stagione, si registra una ripresa delle coperture di +1,3 punti percentuali nella stagione 2015/2016 rispetto alla precedente, ma ci si attesta al 49,9%, lontani dalla soglia minima. Continuano a registrarsi evidenti disparità sul territorio: si va dal 37,8% della P.A. di Bolzano al 62,8% dell'Umbria. Sono 10 le regioni che si attestano ad un valore inferiore alla media nazionale. Si evidenzia il calo di -5,2 punti percentuali del Molise.

KI 5.13. Copertura test preventivo cervicale (pap-test o HPV) - Donne 25-64enni. Valori %, anni 2012-2015



Il sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS rileva quante donne tra i 25 ed i 64 anni abbiano eseguito un pap test e/o un test del papilloma virus (Hpv) negli ultimi tre anni (precedenti l'indagine), sia all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia al di fuori. Si stima che nel periodo 2012-2015 la percentuale totale a livello nazionale sia pari al 78,7%, con forti differenze regionali (range: 56,5% Calabria - 90,1% Emilia Romagna). Considerando la % di donne che hanno effettuato l'esame all'interno dello screening, il range va dal 21,6% della Campania al 78,1% della Valle d'Aosta (43,2% nazionale); considerando la % di donne che lo hanno eseguito al di fuori, si passa dal 6,3% della Basilicata al 64,3% della Liguria (35,5% nazionale). A livello nazionale la copertura totale è in leggero aumento tra il 2008 e il 2015. Nota bene: a causa di possibili "non ricordo" o missing alla domanda sul pagamento la somma della percentuale di test eseguiti gratuitamente all'interno dei programmi di screening e quella di esami eseguiti al di fuori pagando il ticket o l'intero costo (qui non considerati), la somma tra copertura all'interno dei programmi e al di fuori può non coincidere perfettamente con la copertura totale (che potrebbe dunque essere leggermente superiore).

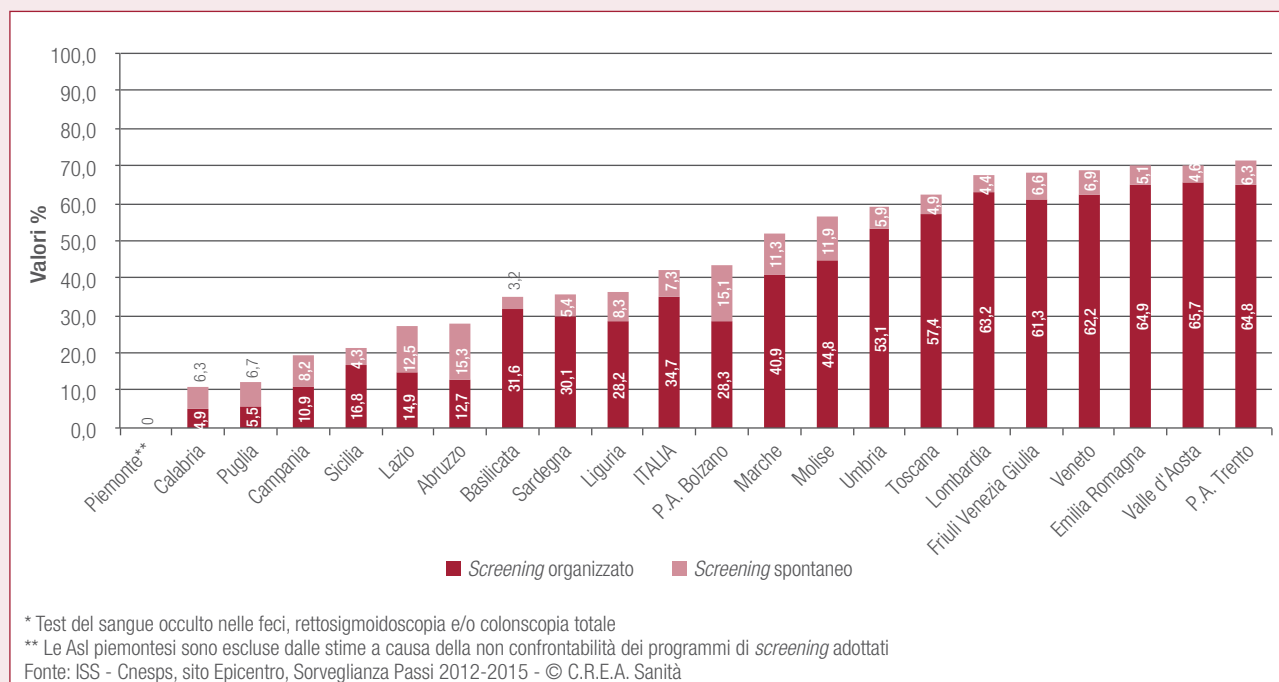
KI 5.14. Mammografia eseguita negli ultimi due anni - Donne 50-69enni. Valori %, anni 2012-2015



Fonte: ISS - Cnesps, sito Epicentro, Sorveglianza Passi 2012-2015 - © C.R.E.A. Sanità

Il sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS rileva quante donne 50-69enni abbiano eseguito una mammografia preventiva nel corso dei due anni precedenti l'indagine, sia all'interno di *screening* organizzati (o altre offerte gratuite delle Asl), sia in modo spontaneo. Si stima che nel periodo di osservazione (2012-2015) la percentuale totale a livello nazionale sia pari al 71,4%, con differenze significative tra le Regioni (range: 47,2% Campania - 86,8% Emilia-Romagna). Considerando la % di donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di *screening*, il range va dal 21,7% della Campania al 77,7% della P.A. Trento (52,4% nazionale); considerando la % di donne che lo hanno eseguito in modo spontaneo, si passa dal 5,0% della Basilicata al 29,0% delle Marche (19,0% nazionale). Il trend nazionale della copertura totale tra il 2008 e il 2015 è in leggera crescita. Nota bene: a causa di possibili "non ricordo" o *missing* alla domanda sul pagamento la somma della percentuale di *test* eseguiti gratuitamente all'interno dei programmi di *screening* e quella di esami eseguiti al di fuori pagando il *ticket* o l'intero costo (qui non considerati), la somma tra copertura all'interno dei programmi e al di fuori può non coincidere perfettamente con la copertura totale (che potrebbe dunque essere leggermente superiore).

KI 5.15. Copertura dello *screening* del carcinoma del colon retto tramite un *test* valido* nei tempi raccomandati - Persone 50-69enni. Valori %, anni 2012-2015



Il sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS informa su quante persone nella fascia di età 50-69 anni abbiano eseguito un esame appropriato a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto (sangue occulto nelle feci - Sof negli ultimi 2 anni oppure un esame endoscopico (colonscopia o rettosigmoidoscopia) negli ultimi 5 anni), sia all'interno dei programmi di *screening* organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia al di fuori. Si stima che nel periodo 2012-2015 la percentuale totale a livello nazionale sia pari al 42%, con differenze significative tra le Regioni (*range*: 11,2% Calabria - 71,1% P.A. Trento). Considerando chi ha effettuato l'esame all'interno dello *screening* organizzato, il *range* va dal 4,9% della Calabria al 65,7% della Valle d'Aosta (34,7% nazionale); considerando coloro che lo hanno eseguito al di fuori dei programmi, si passa dal 3,2% della Basilicata al 15,3% dell'Abruzzo (7,3% nazionale). Il *trend* della copertura totale a livello nazionale è in crescita tra il 2010 e il 2015. Nota bene: a causa di possibili "non ricordo" o *missing* alla domanda sul pagamento la somma della percentuale di *test* eseguiti gratuitamente all'interno dei programmi di *screening* e quella di esami eseguiti al di fuori pagando il *ticket* o l'intero costo (qui non considerati), la somma tra copertura all'interno dei programmi e al di fuori può non coincidere perfettamente con la copertura totale (che potrebbe dunque essere leggermente superiore).



Capitolo 6

Assistenza ospedaliera

Hospital healthcare

6a. L'evoluzione dell'attività ospedaliera e i processi di razionalizzazione della rete

English Summary

6b. L'impatto delle classificazioni isoseverità sulle stime dell'inappropriatezza

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 6

Assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera è storicamente oggetto di grande attenzione in termini programmatici, come anche in termini di monitoraggio dei flussi e della consistenza strutturale.

Sin dalla metà degli anni '80 sono numerose le norme (a partire dalla L. n. 595/1985) tese a indicare parametri e *standard* di riferimento per le attività ospedaliere. Ancora di recente il Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 è tornato sulla materia, fornendo i riferimenti per un corretto sviluppo prospettico della rete.

Non possiamo dimenticare di citare anche l'istituzione dei flussi di monitoraggio in materia ospedaliera, che ha come elementi chiave l'implementazione del *database* delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e più di recente il Piano Nazionale Esiti (PNE).

Si tratta certamente del settore sanitario per il quale si dispone del flusso informativo più completo e tempestivo: le SDO, sin da metà degli anni '90, permettono di conoscere in modo esaustivo i flussi di ricoveri; il PNE permette oggi una lettura dell'attività anche sul versante della qualità dell'assistenza erogata.

Le ragioni di tanta attenzione sono evidenti e riconducibili al fatto che si tratta del settore che assorbe la maggior quota di risorse economiche: ricordiamo che pur in declino negli anni, il relativo finanziamento del LEA è fissato al 46% del Fondo Sanitario Nazionale.

Inoltre, non si può negare la "strategicità" del settore, in quanto per l'ospedale "passano" l'emergenza-urgenza e in generale le patologie più gravi. L'ospedale rimane, quindi, anche nell'immaginario collettivo, il presidio sanitario per eccellenza.

Non di meno, da molti anni, la priorità per le politiche sanitarie è quella della de-ospedalizzazione, operazione tesa a liberare risorse da spostarsi sul "territorio", ove

si gioca in prospettiva la partita, strategica per i sistemi sanitari, della risposta alla crescita esponenziale della cronicità.

Peraltro sono proprio l'assistenza ospedaliera, insieme a quella farmaceutica, le aree che maggiormente contribuiscono a generare la crescita continua della cronicità, nella misura in cui contrastando sempre più efficacemente gli esiti "infausti" delle acuzie, stanno di fatto cronicizzando quasi ogni patologia, tanto da far persino perdere di senso alla contrapposizione fra patologie acute e croniche.

Non di meno, l'assistenza ospedaliera non è fatta di sole acuzie, ricomprendendo la riabilitazione e la lungodegenza, per le quali l'attenzione è certamente stata di molto inferiore.

Questo, malgrado uno dei punti di maggiore modernità della Legge n. 833/1978, istitutrice del SSN, fosse proprio nella corretta visione dell'integrazione fra i vari approcci: preventivo, curativo, riabilitativo e oggi potremmo aggiungere palliativo.

Altro aspetto parzialmente negletto è quello della tipizzazione dell'utenza dell'ospedale: la domanda è, al di là degli indiscutibili effetti di razionalizzazione gestionale dell'attività ospedaliera, come stia cambiando l'utenza tipo dell'ospedale.

Alla luce di queste considerazioni, nel capitolo 6 si presentano:

- alcuni *trend* dell'attività ospedaliera e alcune riflessioni sull'implementazione del Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 (capitolo 6a);
- un approfondimento sull'impatto dei sistemi di classificazione dell'attività ospedaliera iso-severità sulla stima dell'inappropriatezza organizzativa (capitolo 6b).

Hospital healthcare

Historically, hospital healthcare is the object of great attention in terms of programming, in addition to terms of monitoring flows and structural soundness.

Since the mid-1980s, many regulations (beginning with Law No. 595/1985) have been issued with the aim of indicating parameters and standards of reference in the field of hospital activities. More recently, the Decree of the Italian Ministry of Health No. 70/2015 provides benchmarks for the correct prospective development of the hospital network.

We cannot neglect also mentioning the institution of monitoring flows in the hospital sector, whose key elements are the implementation of a database of hospital discharge records (SDO) and more recently the National (hospital) Outcomes Plan (PNE).

Certainly the most complete and timely flow of information can be found in the healthcare sector: SDOs, beginning in the mid-1990s, provide clear indicator of hospitalization flows; as well as PNEs today provide an interpretation of activities even from the delivered quality of care side.

The reasons for all of this attention are quite evident and due to the fact that this sector absorbs the highest share of economic resources: we must bear in mind that although it has been decreasing over the years, relative LEA (Essential Assistance Levels) funding is set at 46% by Italian National Healthcare Fund.

Moreover, one cannot deny the “strategic” nature of the sector as emergency-urgent cases “go through” the hospital, as well as provides health care to the more serious diseases. Therefore the hospital remains, even in collective imagination, the healthcare centre par excellence.

No less, for many years, the priority for healthcare

policies has been dressed to de-hospitalization. This operation is aimed at freeing resources to be moved over the “territory”, where the game is played in perspective and is strategic for healthcare systems, in response to an exponential growth of chronic disease.

What is more, hospital care and pharmaceutical treatment are the areas that most contribute towards generating the continuous rise of chronicity, to the extent that they growingly contrast the “unfavourable” outcomes of acute diseases and actually turn nearly every disease into a chronic one – so much so as to even lose the differentiation between acute and chronic disease.

Nevertheless, hospital healthcare is actually not only made of acute cases, but also includes rehabilitation and long-term care. These last regimens have certainly received much less attention than the first one.

This has occurred despite one of the most “modern” items in Law No. 833/1978 (governing the National Healthcare Service – NHS) deals with a correct vision in integrating the various approaches: prevention, rehabilitation and, today, we may also add palliative care.

Another aspect that has been partially neglected is the typization of hospital consumers: the question is, beyond the indisputable effects of management rationalization of hospital activities, how are typical hospital consumers changing?

Moving from these considerations, Chapter 6 presents:

- *some trends in hospital activities and some considerations regarding implementation of the Decree by the Italian Ministry of Health No. 70/2015 (chapter 6a);*
- *a study on the impact of iso-severity classification systems in hospital activities, regarding the estimate of organizational inappropriateness (chapter 6b).*

CAPITOLO 6a

L'evoluzione dell'attività ospedaliera e i processi di razionalizzazione della rete

Spandonaro F.¹, d'Angela D.², Giordani C.²

6a.1. Obiettivi

L'assistenza ospedaliera è storicamente oggetto di grande attenzione in termini programmatici, come anche in termini di monitoraggio dei flussi e della consistenza strutturale, come ricordato nell'introduzione al capitolo 6. Nel presente contributo ci si concentra, in particolare, sugli effetti delle politiche di razionalizzazione della rete ospedaliera, tanto nelle acuzie che nella riabilitazione e nella lungodegenza, nonché sui cambiamenti demografici ed epidemiologici che nel frattempo si registrano sul lato della domanda.

Ove possibile, si forniscono anche confronti dei *trend* nazionali con quelli dei Paesi simili.

Infine, si analizza prospetticamente quali possano essere gli impatti ulteriori delle recenti norme di razionalizzazione (Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015).

6a.2. L'evoluzione dell'attività ospedaliera

La riduzione dell'attività ospedaliera è stata certamente impressionante; nel complesso, dopo il 2000 e fino al 2014 abbiamo assistito ad una contrazione dei ricoveri del 26,4% e delle giornate di ricovero del 23,8%, pari ad una riduzione media annua superiore al 2%: in termini assoluti si passa da quasi 13 milioni annui di ricoveri a circa 9,5.

Dividendo il periodo in quinquenni, possiamo osservare una prima fase, fino al 2005-2006, in cui il numero complessivo dei ricoveri rimane sostanzialmente

costante, mentre si riducono le giornate di degenza e quindi la degenza media.

Successivamente si riducono costantemente, e in misura maggiore, i ricoveri, mentre rimane sostanzialmente stabile la degenza media (Figura 6a.1).

Quanto descritto, pur essendo una tendenza generalizzata, è però frutto della composizione di andamenti non sovrapponibili a livello di singolo regime.

Per quanto riguarda le acuzie, in regime ordinario la riduzione dei ricoveri nel periodo 2001-2014 ha sfiorato il 28% (-2,6 milioni di ricoveri), al netto di un aumento dei ricoveri per parto con neonato sano, che per la verità hanno iniziato a ridursi dal 2008 (-1,37% dopo il 2010).

La contrazione dei ricoveri è stata più rapida nell'ultimo quinquennio, quando ha superato il 3% medio annuo.

Analogamente la riduzione delle giornate di degenza è stata circa del 29% (-18,3 milioni di giornate annue); la contrazione è stata abbastanza costante nel periodo, intorno al 3% medio annuo, leggermente meno (-2%) nel quinquennio intermedio (2005-2010).

La degenza media è, invece, rimasta sostanzialmente stabile (era diminuita radicalmente negli anni '90 a seguito dell'introduzione del pagamento prospettico a DRG) su un livello di 6,8 giornate (è diminuita quella per i neonati sani da 3,6 giornate a 3,1).

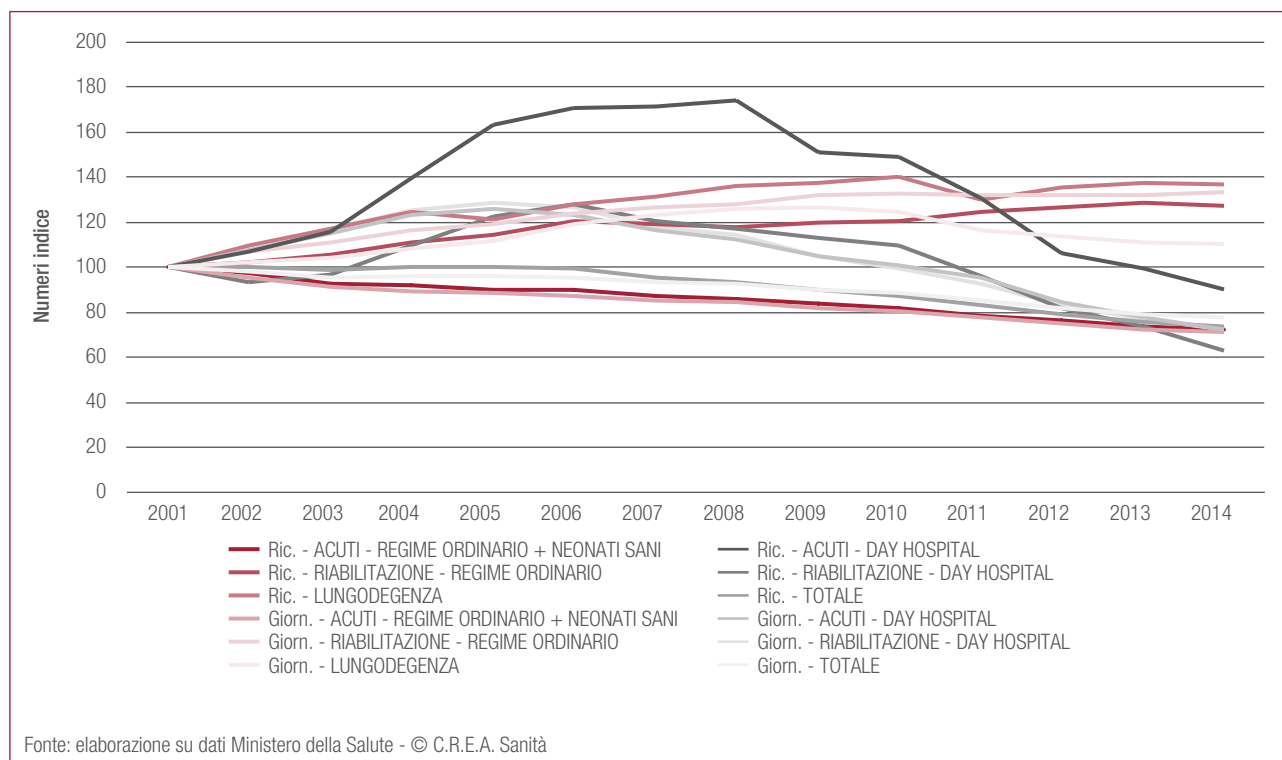
La riduzione del tasso di ospedalizzazione è netta, essendo passato da 167,0 ricoveri ordinari in acuzie per 1.000 abitanti a 113,1.

Per quanto concerne i ricoveri diurni in acuzie, la contrazione è analoga a quella dei ricoveri ordinari; l'andamento è, però, del tutto diverso: nel primo quinquennio il ricorso al *Day Hospital/Day Surgery* (DH) è aumen-

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

² C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Figura 6a.1. Ricoveri e giornate di degenza per regime. Numeri indice, anni 2001-2014 (2001=100)



tato del 6,5% medio annuo, mentre successivamente è calato sempre più (-7,7% medio annuo dopo il 2010): complessivamente la riduzione dal 2001 è stata di 0,85 milioni annui medi di ricoveri diurni.

Approssimativamente le stesse percentuali di variazione si applicano agli accessi, complessivamente calati di 2,3 milioni, mantenendo praticamente immutato nel periodo il numero medio di accessi (2,7-2,8).

Il tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti) è passato da 53,4 a 36,1.

Per quanto concerne la riabilitazione, osserviamo un "crollo" dei ricoveri in regime diurno (-37%, pari a -20.489 ricoveri) e un simmetrico aumento di quelli ordinari (+27,1%, pari a +67.120 ricoveri). Analizzando l'andamento nei sotto periodi, constatiamo che nel primo quinquennio erano aumentati tanto i ricoveri ordinari (+3,5%), che quelli diurni (+5,2%). Successivamente i primi hanno continuato a crescere, anche se più lentamente (circa +1%), mentre sono "crollati" quelli diurni (-12,9% dopo il 2010).

La degenza media dei ricoveri ordinari, seppure con alcune fluttuazioni nel periodo, è rimasta su valori prossimi alla soglia massima di rimborso (tipicamente pari a

30 giorni), assestandosi a 26,3 giorni: ne segue che le giornate di degenza sono aumentate del 33,3%.

Gli accessi medi per ricoveri diurni sono aumentati significativamente da 10,0 a 14,4 giorni, con una riduzione annua di 54.433 giornate (-9,8%), in larga misura generatasi nell'ultimo quinquennio. Complessivamente il tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti) è leggermente aumentato da 5,3 a 5,8.

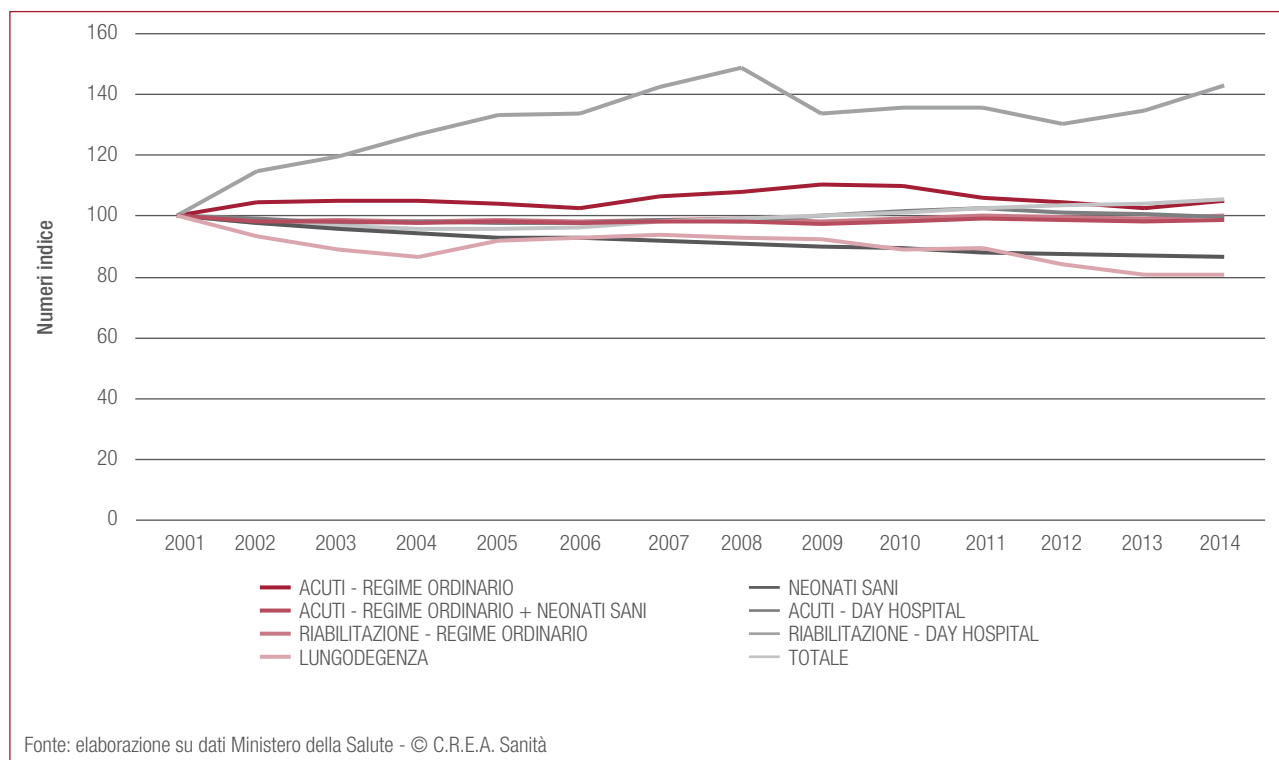
Da ultimo, osserviamo che la lungodegenza è in controtendenza, essendo aumentati i ricoveri del 36,6% (+2,4% medio annuo) e le giornate del 10,45 (+0,8% medi annuo), anche se dopo il 2009 inizia a verificarsi una lenta contrazione dei ricoveri (-0,6% medio annuo dopo il 2010), ed una più accentuata (-3,0% medio annuo dopo il 2010) per le giornate.

La degenza media nello stesso periodo si è significativamente ridotta, da oltre 33 giornate a 27,7; mentre il tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti) è cresciuto da 1,4 a 1,8 (Figura 6a.2).

Riassumendo, l'attività di ricovero si è radicalmente ridotta, tranne che per la lungodegenza.

Si delineano alcune linee di razionalizzazione della attività che meritano maggiori approfondimenti: in primo

Figura 6a.2. Degenza/Accessi medi. Numeri indice, anni 2001-2014 (2001=100)



luogo è evidente che dopo una prima fase di incremento dei ricoveri diurni in acuzie, il ricorso a tale forma di ricovero si è molto ridimensionata, presumibilmente a favore del regime ambulatoriale: sarebbe interessante conoscere l'impatto effettivo sui costi e sull'organizzazione ospedaliera del *downgrading*.

Il ricovero diurno sembra non più considerato "funzionale" neppure in riabilitazione: anche in questo caso sarebbe interessante poter indagare se si modifica il ruolo dell'ospedale di riabilitazione, con una esternalizzazione ad ambulatori delle attività, o se si tratta semplicemente di un *downgrading* dovuto a ragioni di finanziamento (ad esempio perché, in generale, il DH non è soggetto a compartecipazioni, mentre lo è l'attività ambulatoriale).

Da ultimo, non sembra del tutto banale registrare l'incremento della attività di lungodegenza: osservando la degenza media, che è dell'ordine di quella della riabilitazione, dobbiamo concludere che evidentemente non si tratta di *long term care* (come nel caso dei ricoveri in strutture residenziali, la cui degenza media è prossima ai 365 giorni), come invece viene spesso, evidentemente erroneamente, considerata.

Piuttosto sembra potersi immaginare, ma manca un dato di conferma, che si evidenzi lo sviluppo di attività di ricovero in strutture intermedie, deputate a sgravare di oneri (economici e assistenziali) impropri le strutture per acuti.

Il dato descritto assume un significato evidente a dimostrazione dell'efficacia delle politiche di deospedalizzazione, di fatto realizzatesi negli ultimi 15-20 anni (precedentemente, in relazione all'introduzione dei DRG, era diminuita radicalmente la degenza media, ma molto meno i ricoveri).

Si noti, sempre da questo punto di vista, che già dal 2014 il tasso complessivo di ospedalizzazione in Italia è sceso sotto la soglia del 160 per 1.000 abitanti, assunto come *standard* di riferimento dal Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015: ne segue che l'obiettivo primario del citato decreto deve, evidentemente, essere letto in termini di riallocazione geografica e per specialità dell'offerta, non tanto in termini di ulteriore riduzione complessiva dell'attività.

Assume un rilievo significativo confrontare i dati sopra commentati, con quelli reperibili a livello internazionale, onde confrontare la consistenza della attività ospedaliera nazionale con quella degli altri Paesi.

Tabella 6a.1. Ricoveri, tasso di ospedalizzazione e degenza media in acuzie ordinaria. Confronti internazionali, anni 2001 e 2014

Paese	2001			2014		
	Ricoveri	Tasso di Osped.ne x 1.000 ab	Degenza media	Ricoveri	Tasso di Osped.ne x 1.000 ab	Degenza media
Belgio*	1.701.640	165,4	7,6	1.819.037	162,7	6,9
Finlandia	1.048.916	202,2	7,0	900.172	164,8	6,7
Francia*	11.693.044	191,1	5,7	10.420.702	158,5	5,7
Germania	16.519.312	200,6	9,8	19.073.071	235,5	7,6
Irlanda	552.493	142,9	6,5	648.660	140,5	5,6
Italia	9.159.106	160,8	7,0	6.486.463	106,7	6,8
Portogallo	1.126.499	108,7	7,4	1.114.332	107,1	7,2
Spagna	4.780.246	117,3	7,0	5.152.638	110,9	6,0
Svezia	1.379.327	155,1	6,7	1.351.636	139,4	5,4
Regno Unito	6.441.022	108,9	7,7	8.067.399	124,9	6,0

* Dato 2013 per Belgio e Francia

Fonte: elaborazione su dati OECD, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Dobbiamo, però, premettere che la confrontabilità dei dati ospedalieri internazionali è limitata, in quanto le classificazioni sono strettamente legate alle caratteristiche organizzative dei singoli sistemi sanitari.

Con i caveat esposti, osserviamo in primo luogo che la riduzione italiana dei ricoveri (-29,2% dal 2001 al 2014 per i ricoveri ordinari in acuzie) non ha confronto nei Paesi OECD: solo la Finlandia riduce i ricoveri, ma di circa la metà (del 14,2%), e la Francia del 10,9%. Negli altri Paesi la riduzione è trascurabile o si registra addirittura un aumento: la Germania del 15,5% e il Regno Unito del 25,3%.

Guardando ai tassi di ospedalizzazione, la specificità della situazione italiana diventa evidente: con 106,7 ricoveri ogni 1.000 abitanti siamo il Paese che ricovera meno in acuzie: Finlandia e Francia, che pure riducono i ricoveri, sono ancora sui livelli italiani di inizio secolo, ovvero intorno al 160 per mille (Tabella 6a.1).

Quanto precede permette anche una migliore valutazione dell'indicatore degenza media: i 6,8 giorni dell'Italia si confrontano con un range europeo (per i Paesi per cui è disponibile il dato) che va dai 5,4 giorni della Svezia ai 7,6 della Germania: ma è evidente che il dato italiano va confrontato con quello dei Paesi che hanno tassi di ospedalizzazione simili, dato che la riduzione dei ricoveri implica una loro selezione in termini di gravità: da questo punto di vista sembrano confrontabili solo i dati di Portogallo e Spagna, che hanno degenze medie rispettivamente di 7,2 e 6,0 giorni.

Dobbiamo, infine, rimarcare in conclusione che l'impatto sui dati delle differenze di organizzazione dei sistemi, rimane del tutto evidente.

6a.3. L'evoluzione regionale

Il processo di razionalizzazione dell'attività ospedaliera ha avuto andamenti e velocità diffusi a livello regionale.

Iniziando dai ricoveri ordinari in acuzie, e concentrandoci sul periodo 2005-2014, la variazione risulta nel range da -44,6% dell'Abruzzo al +13,9% della Valle d'Aosta (anche l'Umbria aumenta la sua dotazione del 2,8%), con una differenza di 58,5 punti percentuali.

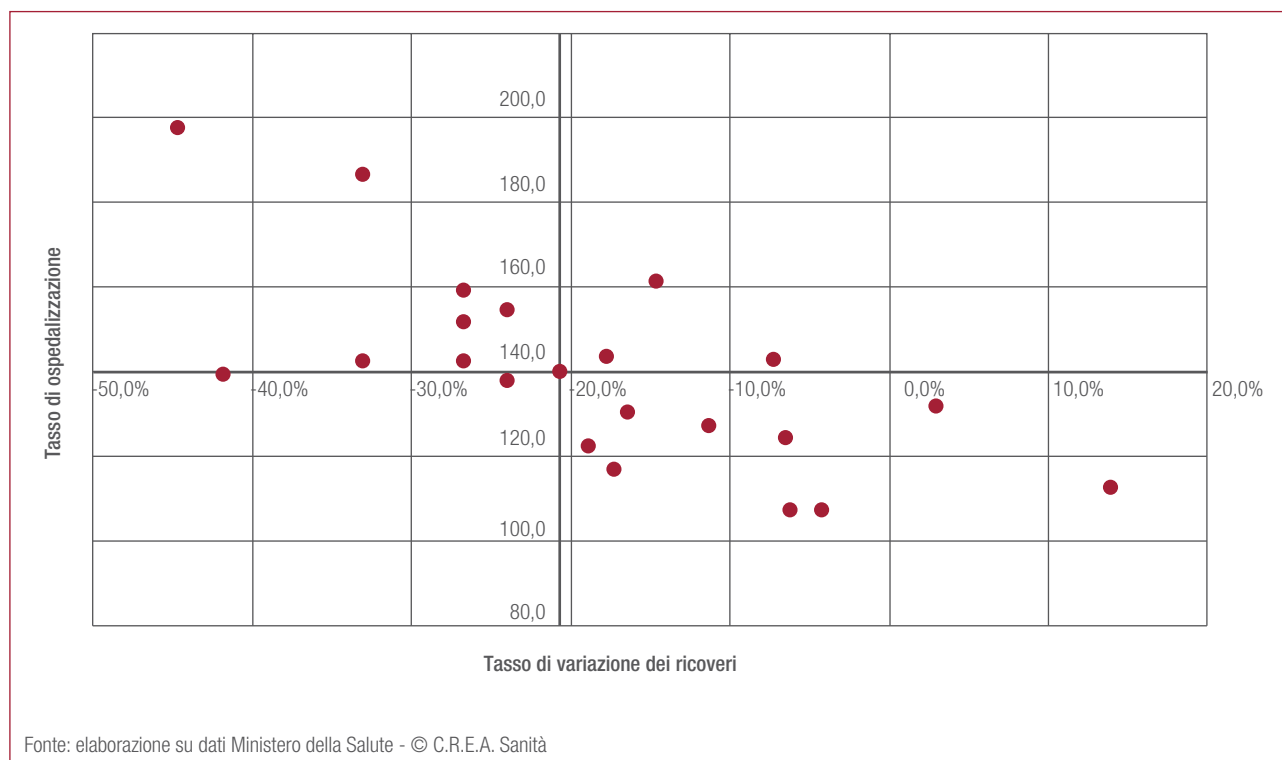
Analogamente, per le giornate di degenza si va dal -38,7%, questa volta della Calabria, al +1,7% dell'Umbria (unica Regione in aumento), con una differenza di 40,4 punti percentuali.

Ovviamente sui dati esposti incide anche l'effetto delle variazioni della mobilità.

Si noti che, come era lecito aspettarsi, è evidente una correlazione positiva fra variazione dei ricoveri e delle giornate e tasso di ospedalizzazione di partenza.

Le differenze nei tassi di ospedalizzazione si sono praticamente dimezzate, rimanendo però ancora pari a 49,2 ricoveri per 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi): differenza su cui incide significativamente la mobilità (Figura 6a.3). Anche per quanto riguarda la de-

Figura 6a.3. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale



genza media la variabilità regionale è notevole: si passa dai 5,9 giorni della Campania, agli 8,1 del Veneto: valori su cui sicuramente incide la differente “selezione” dei pazienti per effetto dell’età e dei fenomeni di mobilità.

Si noti che in questo caso la correlazione fra tassi di ospedalizzazione di partenza e variazione della degenza media è debole e, in caso, positiva: si è tendenzialmente ridotta maggiormente la degenza media nelle Regioni che avevano tassi di ospedalizzazione minori già in partenza.

Anche le differenze nella degenza media si sono ridotte significativamente, praticamente di un terzo, passando da 2,9 giornate a 2,2 (fra le Regioni con valori dell’indicatore estremi) (Figura 6a.4).

In effetti la relazione fra tassi di ospedalizzazione e degenza media è molto “debole”, ad indicare un sostanziale indipendenza fra comportamenti in termini di ricorso al ricovero in acuzie ed “efficienza” nella gestione del ricovero.

Anche la riduzione della degenza media è sostanzialmente spiegata dai livelli di partenza regionali: si è ridotta di più ove era maggiore nel 2005 e quindi possiamo registrare una tendenza ad una omogeneizzazione dell’indicatore (Figura 6a.5).

Il processo di razionalizzazione dell’attività ospedaliera e omogeneizzazione a livello regionale degli indicatori relativi, è evidente anche per gli altri regimi di ricovero.

Per quanto concerne i ricoveri diurni la variazione dei ricoveri passa da -74,0% della Sicilia al +21,8% della Valle d’Aosta (aumentano leggermente anche nella Provincia Autonoma di Trento dello 0,6%), con una differenza dell’ordine di 100 punti percentuali.

Analogamente per le giornate di degenza si va da una variazione del -75,2%, questa volta della Lombardia, al +11,7% della Provincia Autonoma di Trento, con una differenza di quasi 87 punti percentuali.

Anche in questo caso si registra una chiara correlazione positiva fra tassi di ospedalizzazione di partenza e riduzione dei ricoveri.

Le differenze nei tassi di ospedalizzazione si sono praticamente dimezzate nel periodo 2005-2014, rimanendo però ancora pari a 36,7 ricoveri per 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi) (Figura 6a.6).

Per quanto concerne la riabilitazione la variazione dei ricoveri passa da -55,3% dell’Abruzzo, al +472,2% della Sardegna, con una differenza dell’ordine di 480 punti

Figura 6a.4. Tasso di ospedalizzazione 2005 e variazione della degenza media 2005-2014 a livello regionale

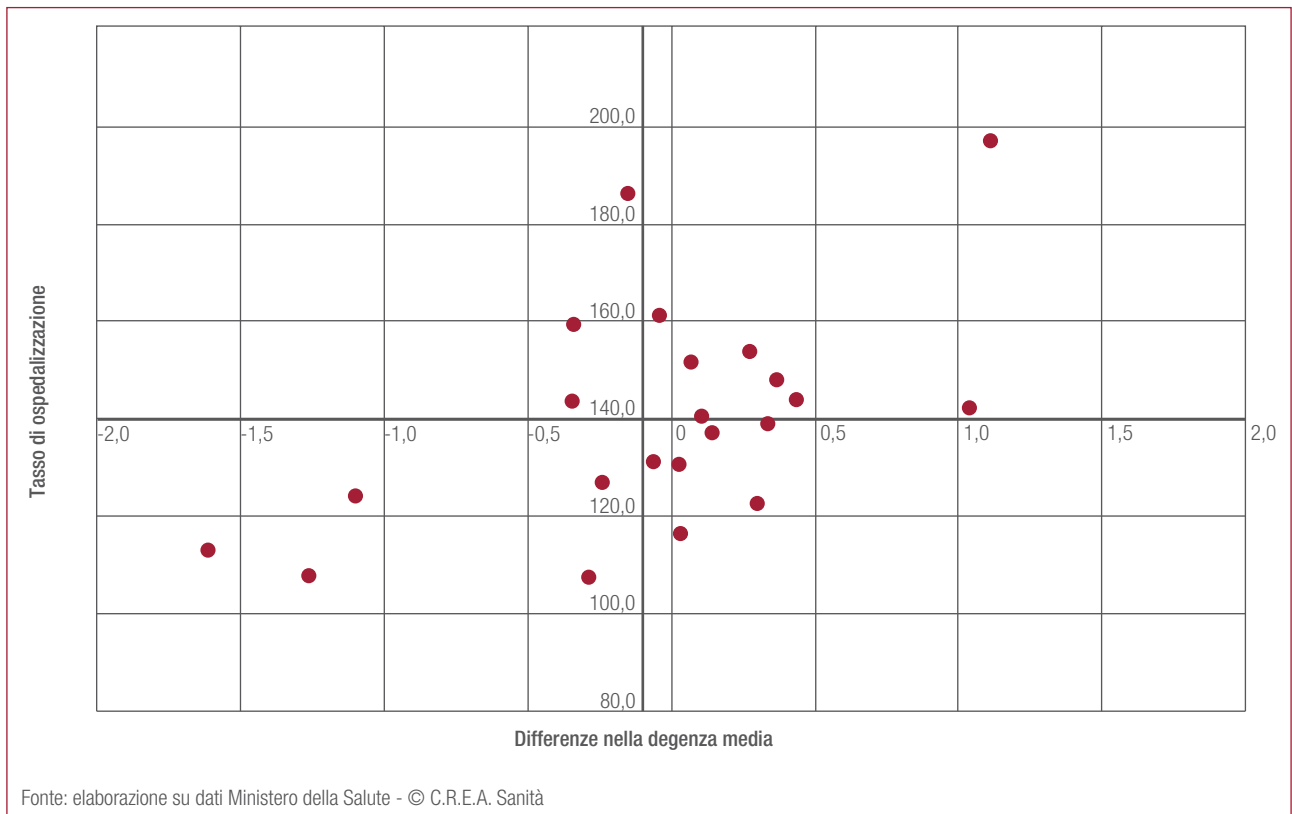


Figura 6a.5. Degenza media 2005 e variazione della degenza media 2005-2014 a livello regionale

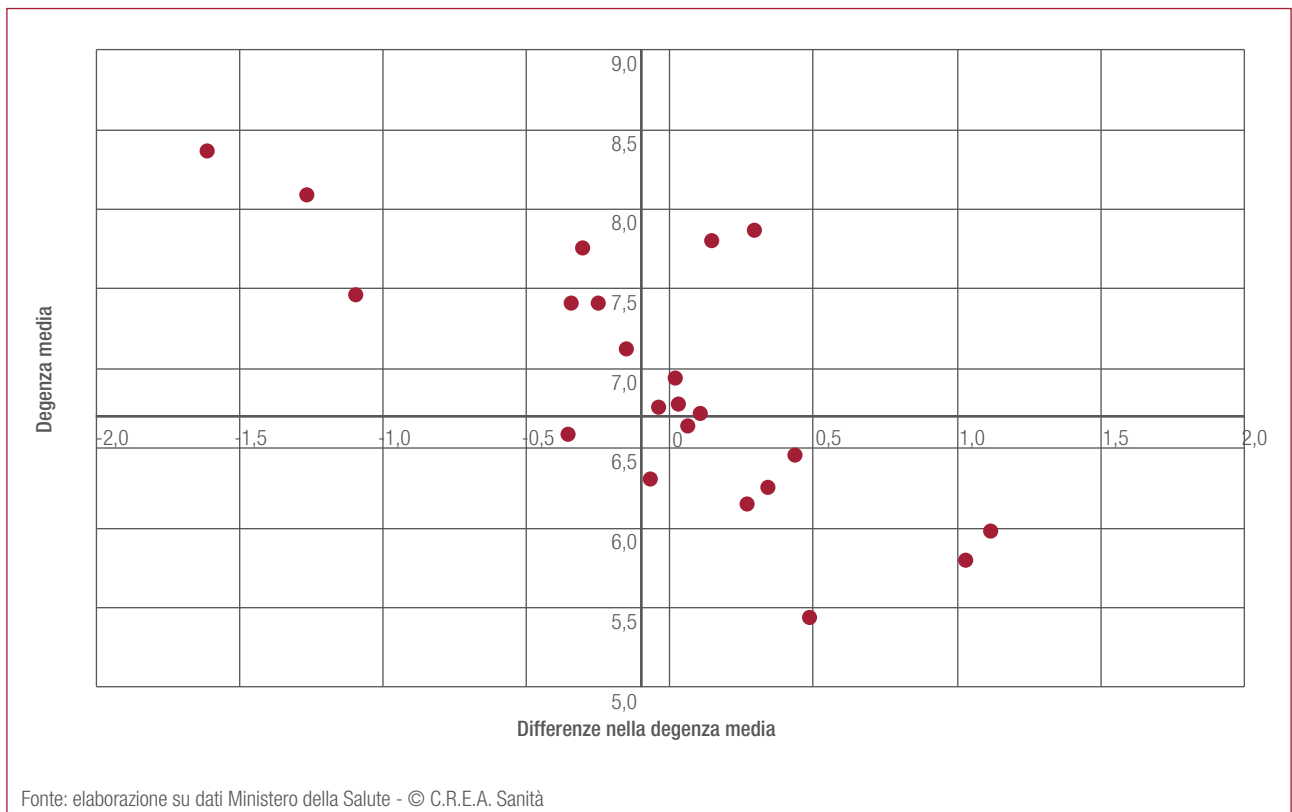
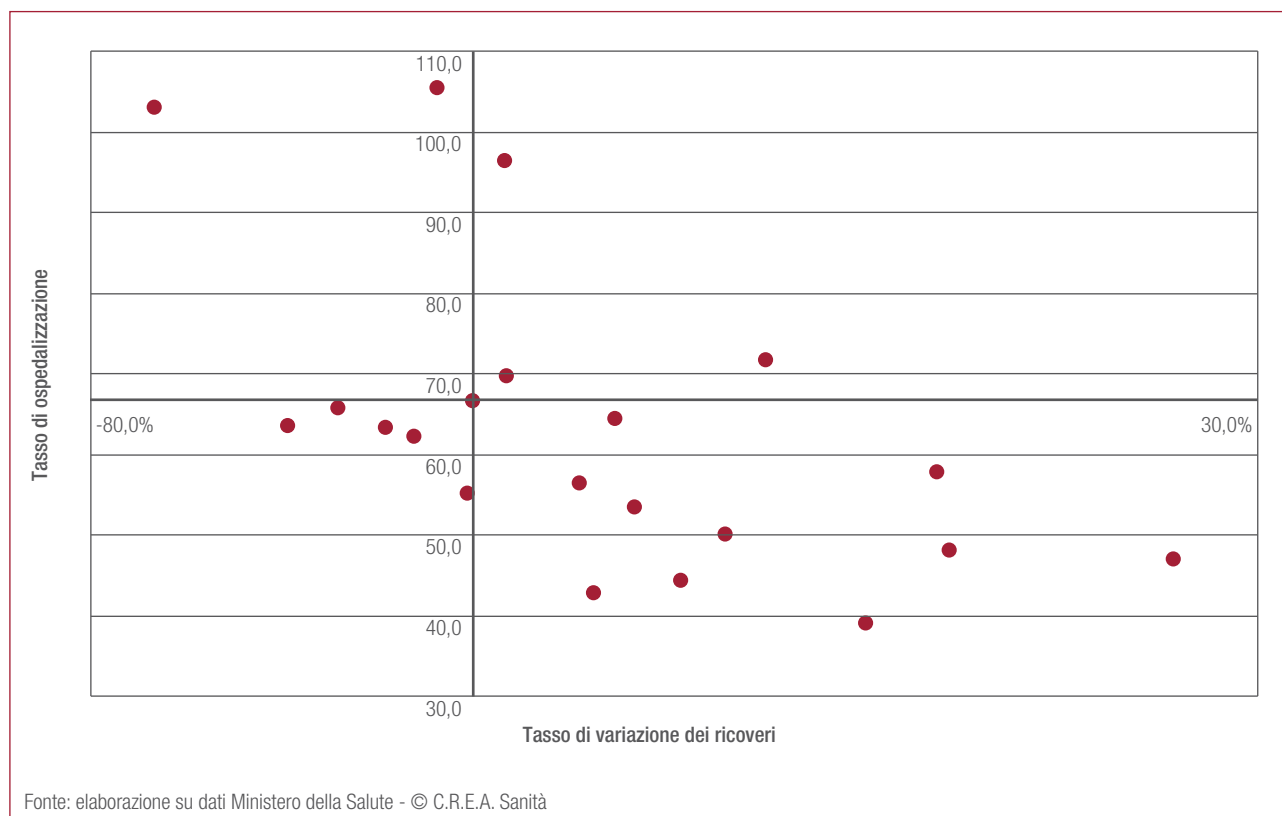


Figura 6a.6. Tasso di ospedalizzazione diurna in acuzie 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale



percentuali. Analogo andamento, di dimensioni ancora più ampie, si registra per i ricoveri diurni.

Analoghi andamenti regionali si registrano per le giornate di degenza, per le quali si va dal -32,6%, sempre dell'Abruzzo, al +286,3% sempre della Sardegna, con una differenza di circa 320 punti percentuali. Anche in questo caso il dato si conferma per i ricoveri diurni.

Di nuovo si registra una correlazione positiva fra tassi di ospedalizzazione di partenza e riduzione dei ricoveri: la rappresentazione grafica assume una forma iperbolica, tesa appunto ad evidenziare le differenze di partenza e quindi le dimensioni dei processi di razionalizzazione e omogeneizzazione.

Le differenze nei tassi di ospedalizzazione ordinari si sono ridotte di un terzo, da 12,3 a 9,3 per 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi dell'indicatore); analogamente si sono ridotte di quasi la metà, da 3,2 a 1,7 per 1.000 abitanti, per i ricoveri diurni (Figura 6a.7). Da ultimo, per la lungodegenza la variazione dei ricoveri passa da -67,2% della Puglia, al +233,7% della Basilicata (abbiamo escluso dai calcoli il Friuli Venezia Giulia, in

quanto la variazione percentuale è fuori scala, essendo praticamente nullo il ricorso alla lungodegenza nell'anno di partenza considerato) con una differenza dell'ordine di 300 punti percentuali.

Analoghi andamenti regionali si registrano per le giornate di degenza, per le quali si va dal -68,9%, sempre in Puglia, al +262,6% sempre della Basilicata (ancora al netto del dato del Friuli Venezia Giulia), con una differenza di circa 330 punti percentuali.

Anche in questo caso si registra una correlazione positiva, qualitativamente analoga a quella registrata per la riabilitazione, fra tassi di ospedalizzazione di partenza e riduzione dei ricoveri.

La lungodegenza è l'unico caso in cui le differenze nei tassi di ospedalizzazione sono rimaste praticamente immutate e pari a circa 7 ricoveri ogni 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi dell'indicatore, escludendo ancora il Friuli Venezia Giulia) (Figura 6a.8).

Riassumendo, è evidente il processo di razionalizzazione e omogeneizzazione quantitativa dell'attività ospedaliera che nel decennio si è realizzato a livello regionale.

Figura 6a.7. Tasso di ospedalizzazione ordinario in riabilitazione 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale

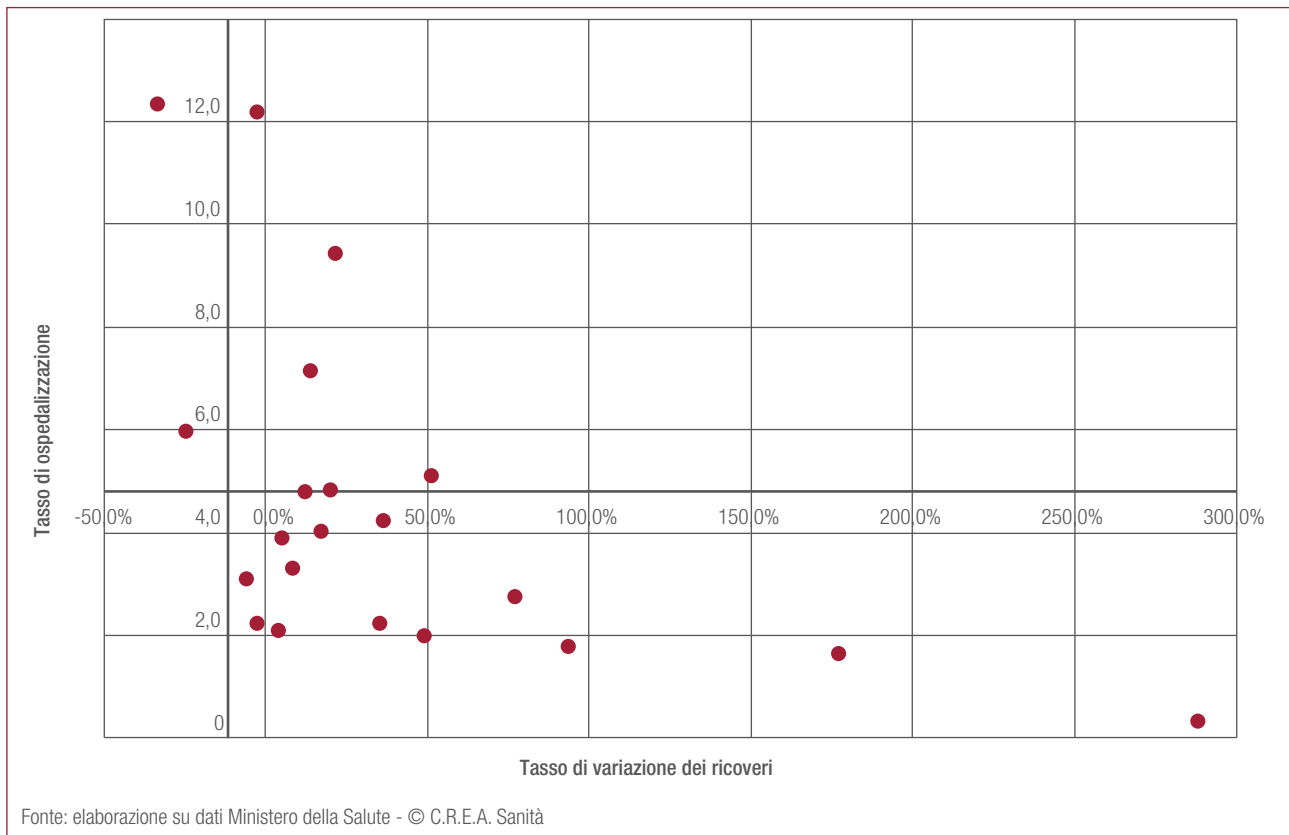
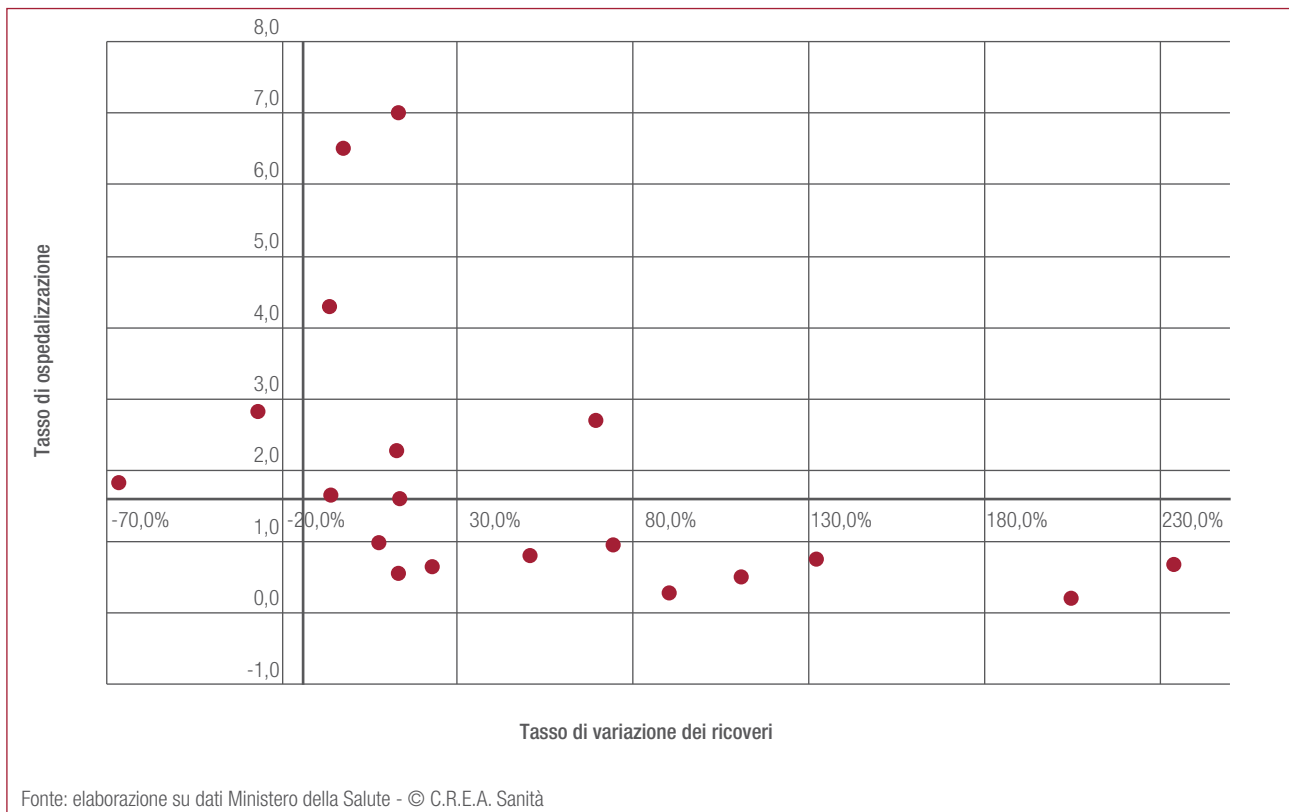


Figura 6a.8. Tasso di ospedalizzazione in lungodegenza 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale



Rimangono evidenti difformità, ma in tutti i casi le variazioni sono risultate proporzionali alle differenze di partenza e del segno atteso, riducendo drasticamente le differenze.

Da questo punto di vista le politiche di riduzione delle disparità regionali sono risultate un successo, grazie ad un *mix* di programmazione, monitoraggio e incentivazione ad assumere comportamenti virtuosi.

Rimangono ancora maggiori differenze nell'area della lungodegenza, i cui confini andrebbero peraltro probabilmente rivisitati.

6a.4. L'evoluzione della domanda

Confrontando (per semplicità a livello di MDC) gli accessi ospedalieri si possono apprezzare le modifiche intervenute nell'ultimo decennio.

Iniziando dai ricoveri ordinari in acuzie, le "Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" (MDC 5) rimangono la causa principale di ricovero, con un incremento quasi impercettibile in termini di ricoveri (dal 14,6% al 14,7%), e un incremento di mezzo punto percentuale delle giornate di degenza; seguite dalle "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (MDC 8), che crescono significativamente (dall'11,9% al 12,6%) in termini di ricoveri, ma meno (0,3 punti percentuali) in termini di giornate. Seguono, in termini "dimensionali", le "Malattie e i disturbi dell'apparato nervoso" (MDC 1), il cui peso cala (dal 7,5% al 7,1%) in termini di ricoveri e marginalmente in termini di giornate.

L'incremento maggiore è, però, quello delle "Malattie e i disturbi dell'apparato respiratorio" (MDC 4) che crescono di 1,2 punti percentuali. Va anche considerato che in termini di giornate hanno raggiunto il 12,4%, avendo ormai superato l'impegno della MDC 8 e rimanendo seconde solo a quelle dell'apparato cardiocircolatorio.

Il decremento maggiore è, invece, quello delle "Malattie e disturbi dell'occhio" (MDC 2) che diminuiscono di 1 punto percentuale, pesando ormai solo l'1,3% in termini di ricoveri e lo 0,6% (-0,5 punti percentuali) in termini di giornate.

Notiamo ancora che "Gravidanza, parto e puerperio" (MDC 14) crescono di peso (dal 9,2% al 9,8%) in termini di ricoveri, ma rimangono ferme in termini di giornate

(5,5%), evidenziando per la degenza media un livello inferiore e una dinamica "favorevole".

Parallelamente, a livello di ricoveri diurni, predominano quelli della MDC 8 ("Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo"), con una quota pari al 12,3% (8,7% in termini di accessi): entrambi i dati sono in crescita rispettivamente di 2 e 0,4 punti percentuali.

Seguono le "Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate" (MDC 17) che raggiungono una quota del 10,0% e che ormai rappresentano quasi un terzo degli accessi (30,9%), essendo cresciuti di quasi 7 punti percentuali dal 2005.

Il "taglio" percentualmente maggiore di ricoveri si registra nella MDC 2 "Malattie e disturbi dell'occhio" (-5,5 punti percentuali e 3,2 in termini di accessi), dove maggiore è stato il "trasferimento" al regime ambulatoriale (Figura 6a.9).

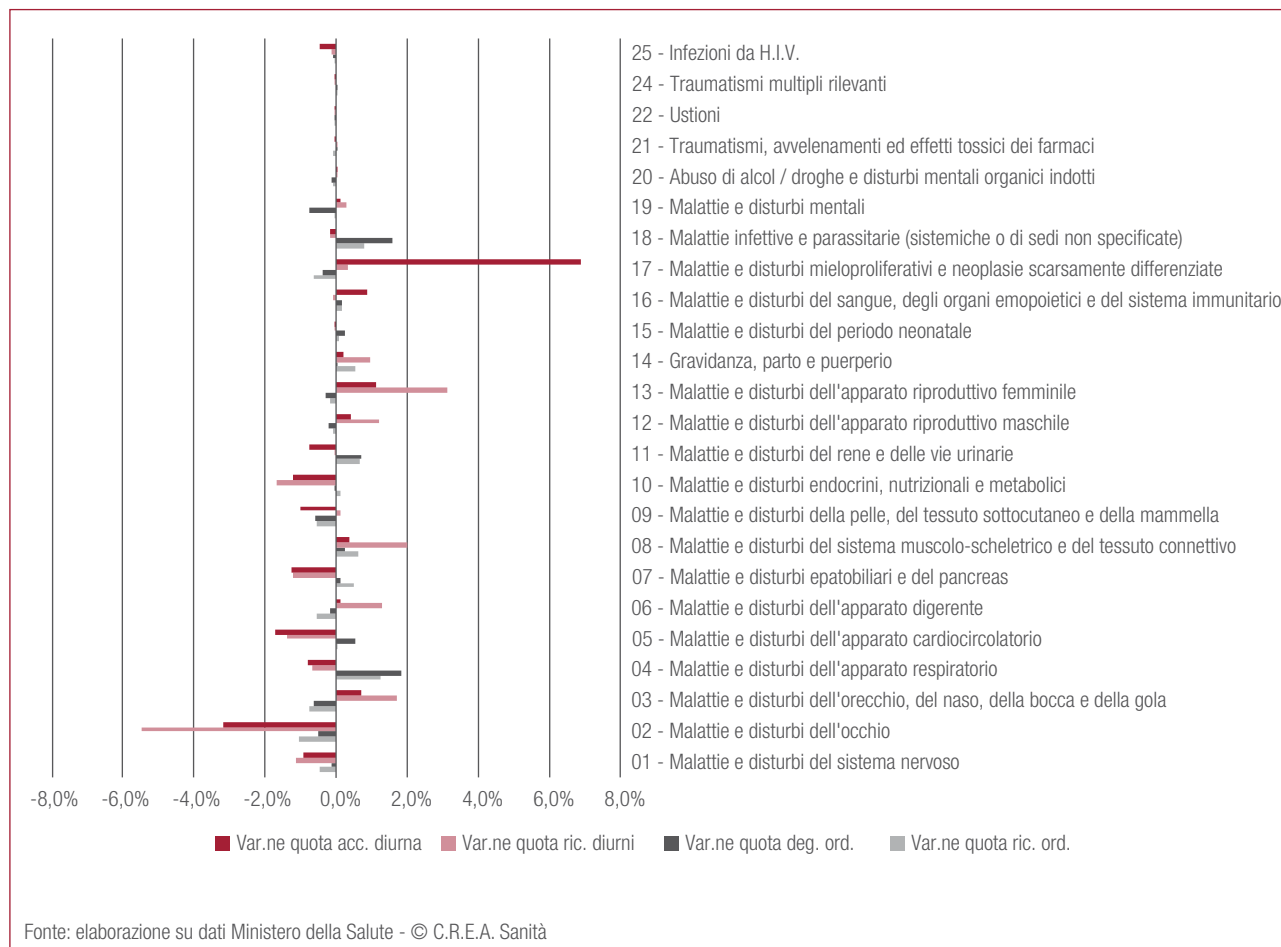
I ricoveri ordinari in riabilitazione sono notoriamente ripartiti fra tre MDC che da sole fanno più dell'80% dei ricoveri: la 8 ("Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo") con il 43,2%, la 1 ("Malattie e i disturbi dell'apparato nervoso") con il 23,2% e la 5 ("Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio") con il 15,2%.

La prima cresce (di 1,9 punti percentuali), la seconda è quasi stabile (+0,1 punti percentuali), la terza decresce di 1,4 punti percentuali.

In termini di giornate di degenza si invertono le posizioni: è prima la 1 ("Malattie e i disturbi dell'apparato nervoso") con il 36,9% (in crescita di 1,4% punti percentuali), seguita dalla 8 ("Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo") con il 35,5% (in calo di 1,4 punti percentuali), e poi ancora dalla 5 ("Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio") con il 10,7% (-0,5 punti percentuali).

Analoghe "dimensioni" si rilevano in termini di ricoveri diurni, dove la MDC 1 ("Malattie e i disturbi dell'apparato nervoso") è in testa sia in termini di ricoveri che di accessi: rispettivamente pari al 35,5% (+4,4 punti percentuali) e al 35,7% (-1,2 punti percentuali). Segue la MDC 8 ("Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo") con il 22,1% (-2,8 punti percentuali) in termini di ricoveri e il 25,0% (-5,0 punti percentuali) di degenza. Infine la MDC 5 ("Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio") è terza con il 10,7%

Figura 6a.9. Ricoveri e giornate di degenza in acuzie per MDC. Variazioni %, anni 2005-2014



(-2,5 punti percentuali) in termini di ricoveri e il 10,6% (+1,8 punti percentuali) di degenza (Figura 6a.10).

Infine, per quanto concerne lungodegenza, è invece ripartita fra 5 MDC che fanno oltre il 75% dell'attività: la prima è ancora la 8 ("Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo") con il 22,3% (+3,4 punti percentuali) dei ricoveri e il 23,4% (+4,6 punti percentuali) delle giornate di degenza; segue la 1 ("Malattie e i disturbi dell'apparato nervoso") con il 18,0% (-2 punti percentuali) dei ricoveri e il 19,6% (-4,2 punti percentuali) delle giornate di degenza; quindi, quasi appaiate ma con dinamiche inverse, la 4 ("Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio") con il 12,7% (+1,1 punti percentuali) dei ricoveri e l'11,1% (+1,6 punti percentuali delle giornate di degenza) e la 5 ("Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio") con il 12,3% (+2,0 punti percentuali) dei ricoveri e l'11,2% (-1,0 punti percentuali) delle giornate

di degenza; infine, abbiamo la 19 ("Malattie e disturbi mentali") con l'8,8% (-1,5 punti percentuali) dei ricoveri e il 10,4% (-3,3 punti percentuali) delle giornate di degenza (Figura 6a.11).

In definitiva, l'attività, pur rimanendo stabilmente concentrata nelle stesse aree, evidenzia una progressiva riallocazione in funzione della crescita di alcune patologie legate all'età, quali quelle respiratorie e dell'apparato muscolo-scheletrico e di cambiamenti organizzativi, come il maggior ricorso alla chirurgia ambulatoriale nelle patologie dell'occhio.

Infine, vale la pena notare come anche l'età di ricoveri si modifichi significativamente.

Come già argomentato, i tassi di ospedalizzazione registrano nel decennio un drastico calo: è interessante notare come questo sia maggiore nelle età adulte e minore in quelle "estreme", spostando così progressivamente in avanti l'età del ricorso al ricovero.

Figura 6a.10. Ricoveri e giornate di degenza in riabilitazione per MDC. Variazioni %, anni 2005-2014

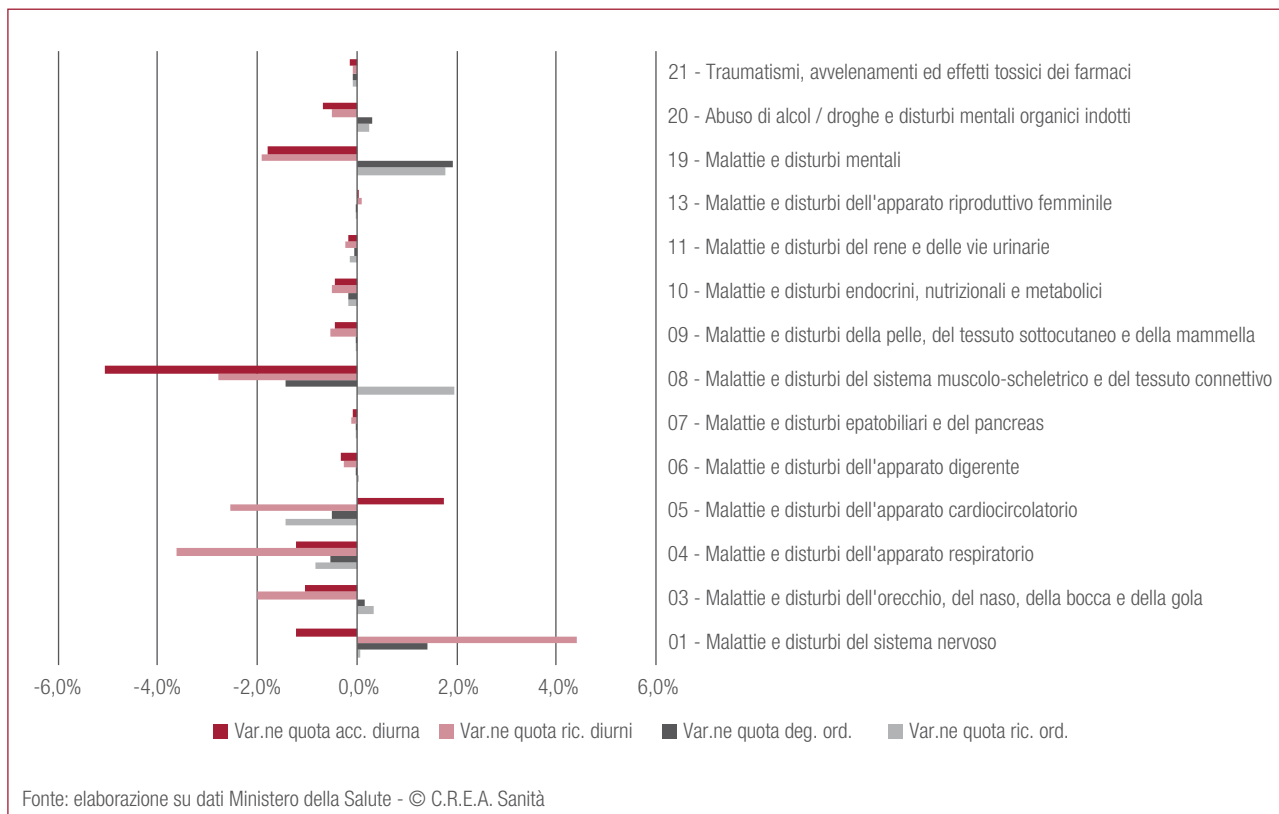


Figura 6a.11. Ricoveri e giornate di degenza in lungodegenza per MDC. Variazioni %, anni 2005-2014

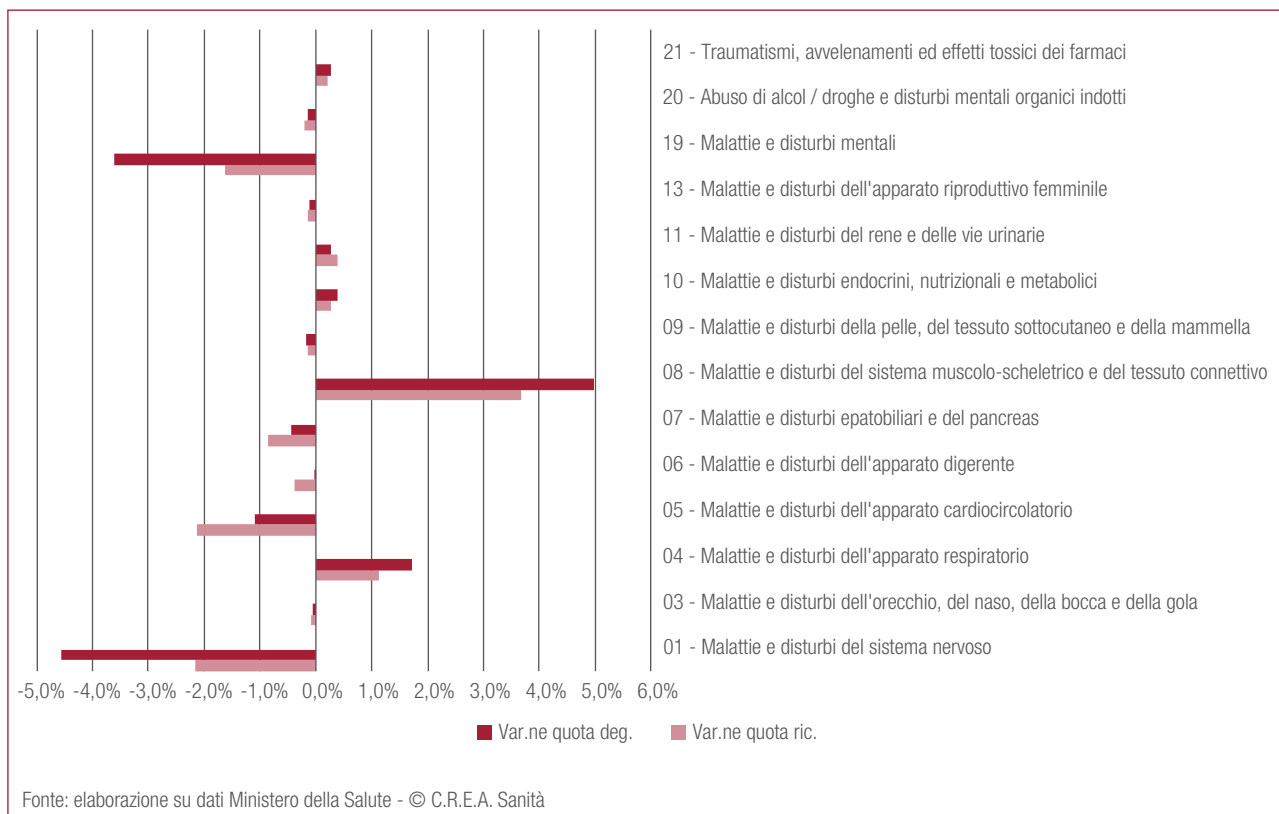
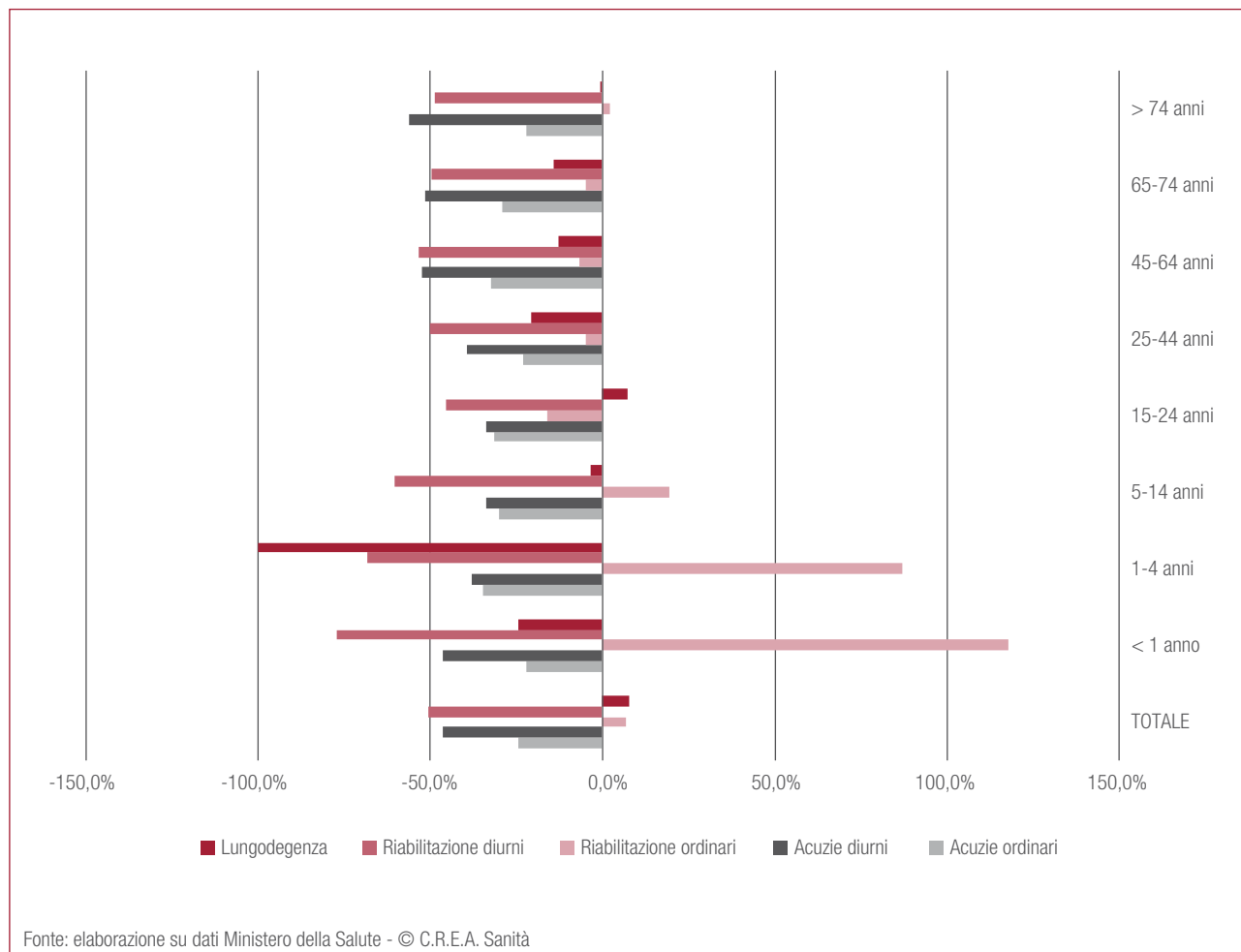


Figura 6a.12. Tasso di ospedalizzazione per classe di età. Variazioni %, anni 2005-2014



Per i ricoveri in acuzie ordinari il calo nelle età adulte (45-64 anni) e nella fascia successiva (65-74 anni) è rispettivamente del 32,6% e del 29,4%; si ferma al 22,0% per gli over 75.

Analogamente in riabilitazione abbiamo riduzioni rispettivamente del 6,7% e del 4,7% e addirittura un aumento del 2,2% per gli over 75.

Non fa eccezione la lungodegenza, con riduzioni del 12,8% e del 14,1% e una sostanziale stabilità (-0,4%) nella fascia più anziana (Figura 6a.12).

In definitiva, quindi, si modificano le patologie e le caratteristiche demografiche degli ospedalizzati, dato che spesso non è tenuto nella adeguata considerazione nelle riorganizzazioni delle reti di offerta.

6a.5. Appunti sull'applicazione del Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015

Nel 2015 è stato emanato il Decreto n. 70/2015, ultimo di una lunga sequela di norme di programmazione tese a razionalizzare la rete ospedaliera.

Tralasciando per ragioni di spazio la disamina approfondita del Decreto, si propongono qui alcune riflessioni quantitative³ sull'impatto previsto, anche alla luce del processo di razionalizzazione in corso oggetto dei precedenti paragrafi.

Il Decreto assume i seguenti *target* a fondamento della sua struttura:

³ Si ringrazia L. Piasini per la collaborazione nelle simulazioni oggetto del paragrafo

- un numero di posti letto per abitante pari a 3,7, di cui 0,5 per riabilitazione e 0,2 per lungodegenza
- un tasso di ospedalizzazione complessivo di 160 per 1.000 ab.
 - elaborato con riferimento ai soli ricoveri appropriati
 - e di cui il 25% in regime diurno
- indicatori di gestione per le acuzie (posti letto ordinari) pari a
 - tasso di occupazione dei letti > 90%
 - degenza media < 7 gg.

Come già si è visto il tasso di ospedalizzazione previsto si è già raggiunto nel 2014, e se si escludessero i ricoveri inappropriati, saremmo evidentemente anche al di sotto.

Questo implica una valenza eminentemente riallocativa del Decreto, non prevedendosi ulteriori riduzioni nel tasso di ospedalizzazione.

Peraltro la *target* appare scollegato dai fattori demografici, che incidono in modo rilevante a livello regionale e anche in prospettiva, per effetto dell'invecchiamento.

Si noti ancora che non viene prevista esplicitamente la consistenza dei posti letto diurni, regime per il quale è fornito solo il tasso di ospedalizzazione.

Quindi per stimare il primo dato è necessario ipotizzare un numero medio di accessi e un adeguato tasso di occupazione dei letti.

Analogamente non sono esplicitati la degenza media e i tassi di occupazione dei letti in riabilitazione e lungodegenza.

Al fine di disegnare alcuni scenari di impatto del Decreto, si sono quindi assunti i seguenti *target* aggiuntivi:

- ricoveri diurni in acuzie
 - tasso occupazione = 90% (calcolato su 1,7 accessi/die per 250 giorni)
 - accessi medi = 4
- ricoveri in riabilitazione
 - tasso occupazione = 90%
 - degenza media = 25,7 (livelli attuali)
 - nessun ricovero diurno
- ricoveri in lungodegenza
 - tasso occupazione = 90%
 - degenza media = 20 (tendenza alla riduzione sui valori attuali)
 - nessun ricovero diurno.

Sulla base dei *target* sopra indicati e della consisten-

za regionale delle popolazioni si sono simulati gli impatti dell'adeguamento della rete ai dettami del Decreto.

In prima battuta, trascurando la mobilità, otteniamo le variazioni dei posti letto in acuzie di cui alla Figura 6a.13.

Appare evidente come, non contando la mobilità, ci si dovrebbero aspettare riduzioni più evidenti nelle Regioni settentrionali, oltre che in Molise e Sardegna.

Molte Regioni dovrebbero invece aumentare la dotazione di posti letto diurni.

Si noti che il Decreto implicherebbe comunque una ulteriore allocazione dei posti letto, con trasformazione da ordinari a diurni. Ma, principalmente, che il combinato disposto dei vari *target* non permetterebbe di raggiungere gli obiettivi gestionali previsti di degenza media e tasso di occupazione dei letti.

La Figura 6a.14 illustra la situazione: il Decreto prevede di rimanere nell'area arancione, ma il combinato disposto delle altre indicazioni delinea le alternative della retta sotto riportata, che sono sub-efficienti rispetto a quelle desiderate.

Qualora si consideri la mobilità, per ragioni descrittive degli scenari utilizzata qui al 100% sebbene la prassi sia considerarla in quota inferiore, le variazioni si rideterminano come segue (Figura 6a.15).

Considerando la mobilità, tutte le Regioni tranne la Toscana devono ridurre i posti letto, e quelle del Sud (tranne la Sicilia) devono ridurli in misura proporzionalmente maggiore (se non consideriamo le Province Autonome e la Valle d'Aosta).

L'impatto della mobilità appare così evidente da porre una questione di tipo strategico sul suo dimensionamento ottimale; rimanendo fermo che una quota di mobilità verso i Centri di eccellenza è desiderabile, e che esiste una mobilità di confine del tutto naturale e inversamente proporzionale alle dimensioni regionali, la questione diventa: quali scenari si ipotizzino sulla contrazione della restante e dannosa mobilità.

Si rischia infatti di agire sulla rete, dovendola poi o rimodificare, o che la sua strutturazione diventi un disincentivo ad agire virtuosamente sulla mobilità.

Qualora si considerassero, infine, gli effetti demografici sui tassi di ospedalizzazione, si otterrebbe un diverso scenario (Figura 6a.16).

In particolare risulterebbero in carenza di posti letto,

Figura 6a.13. Impatto Decreto n. 70/2015 senza mobilità. Variazione % posti letto in acuzie a livello regionale

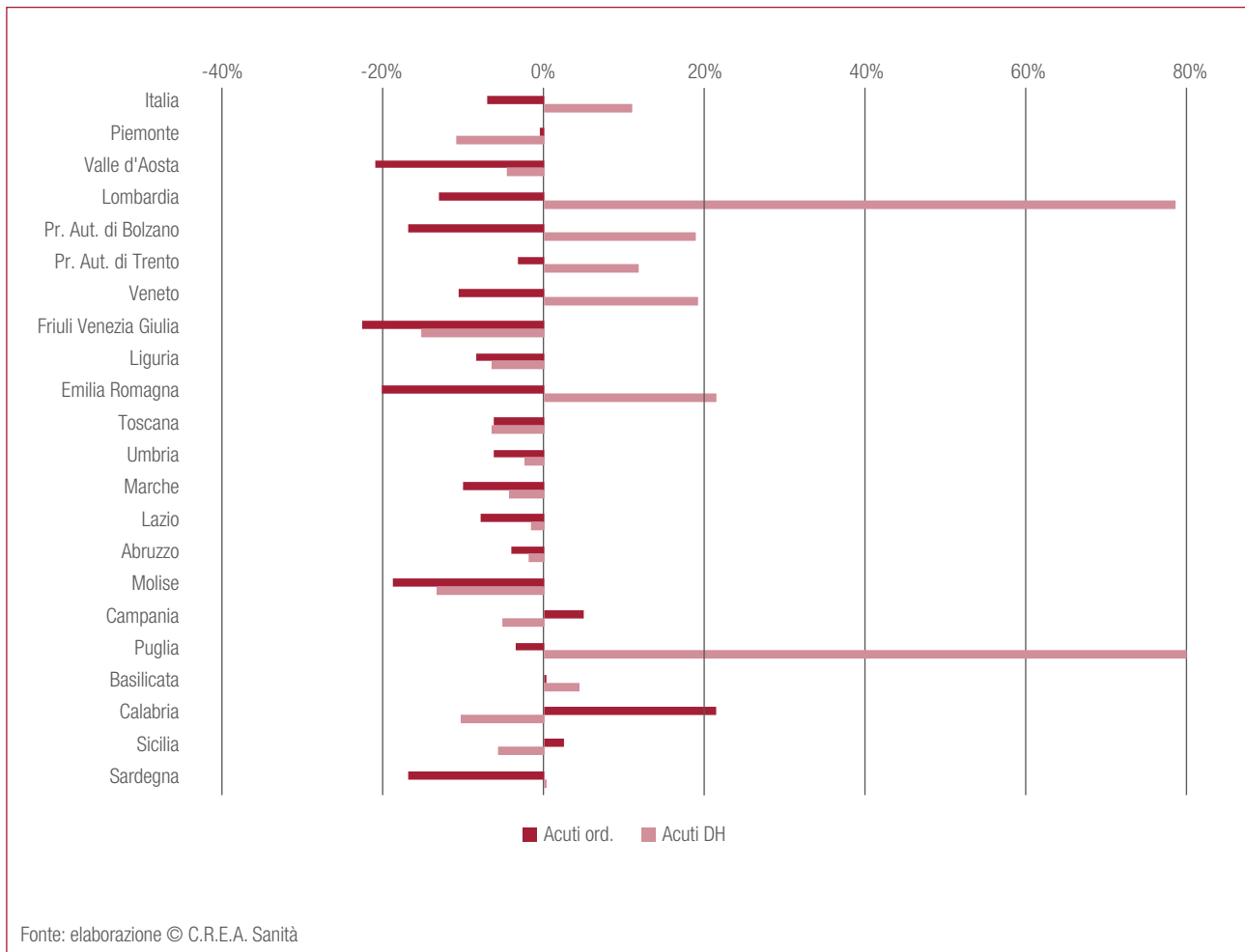


Figura 6a.14. Impatto Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015. Trade-off degenza media e tasso di occupazione dei letti in acuzie

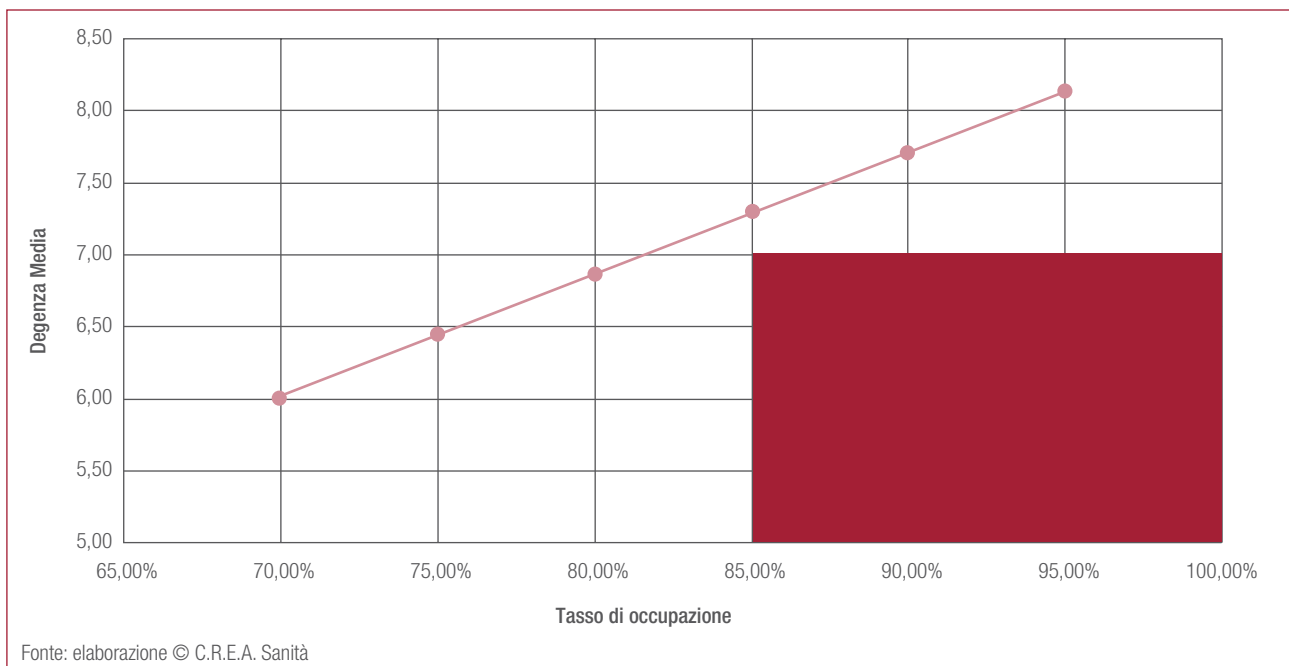
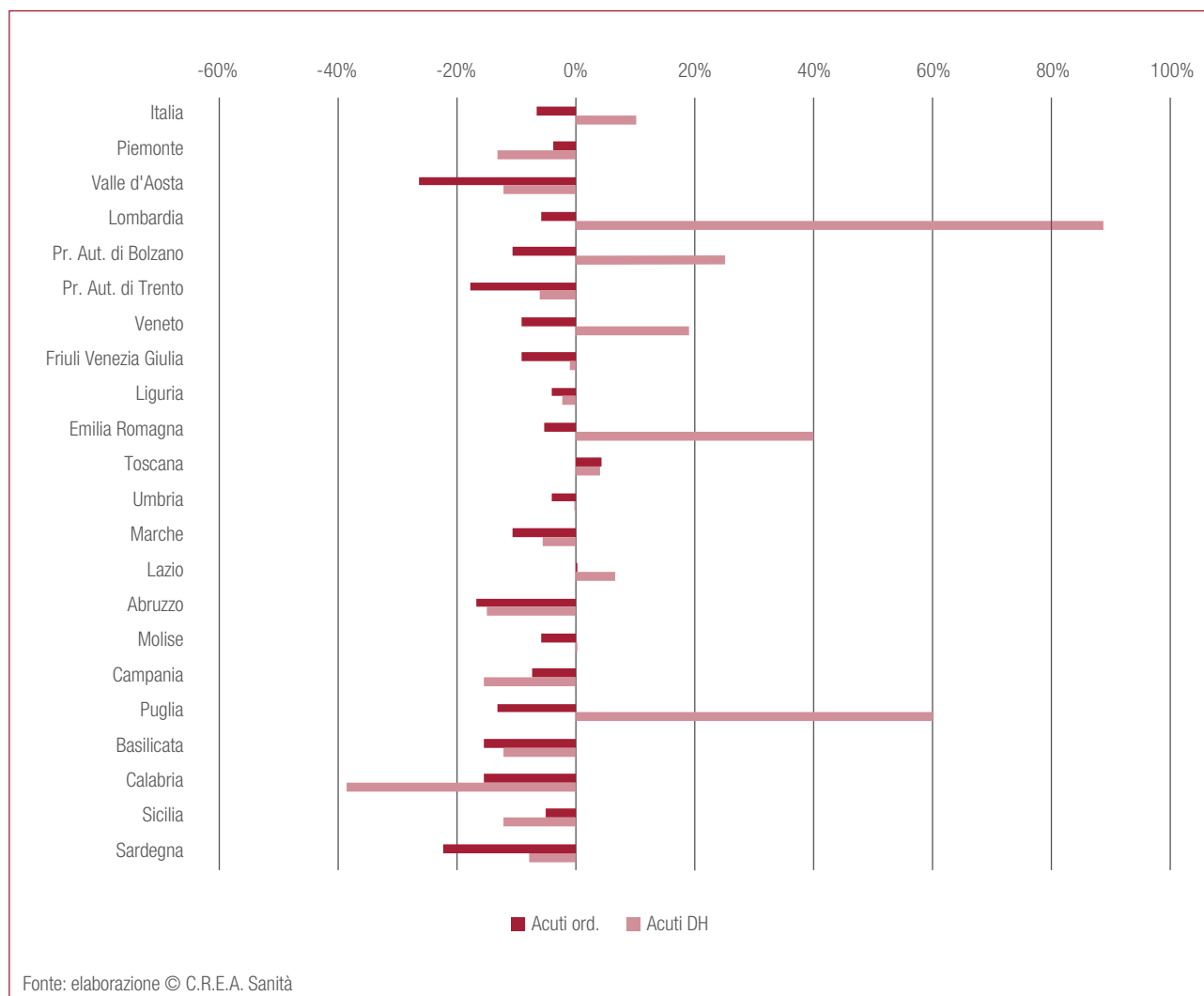


Figura 6a.15. Impatto Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 con mobilità. Variazione % posti letto in acuzie a livello regionale



non solo la Toscana, ma anche Liguria, Umbria e, di poco, il Lazio.

In definitiva, l'implementazione delle indicazioni del Decreto n. 70/2015, pone alcuni dubbi interpretativi e anche che sia posta una maggiore attenzione ad alcune potenziali debolezze dell'impianto. In particolare:

- scarsa o nulla attenzione all'aspetto demografico
- i rischi di incoerenza degli obiettivi posti in termini di tasso di occupazione dei letti e degenza media in acuzie
- l'impatto a livello di ricoveri ordinari in acuzie tutto concentrato in poche realtà
- l'anomalia per cui i ricoveri ordinari in acuzie "generati" sono pari a quelli attuali, compresi anche quelli a rischio di inappropriata.

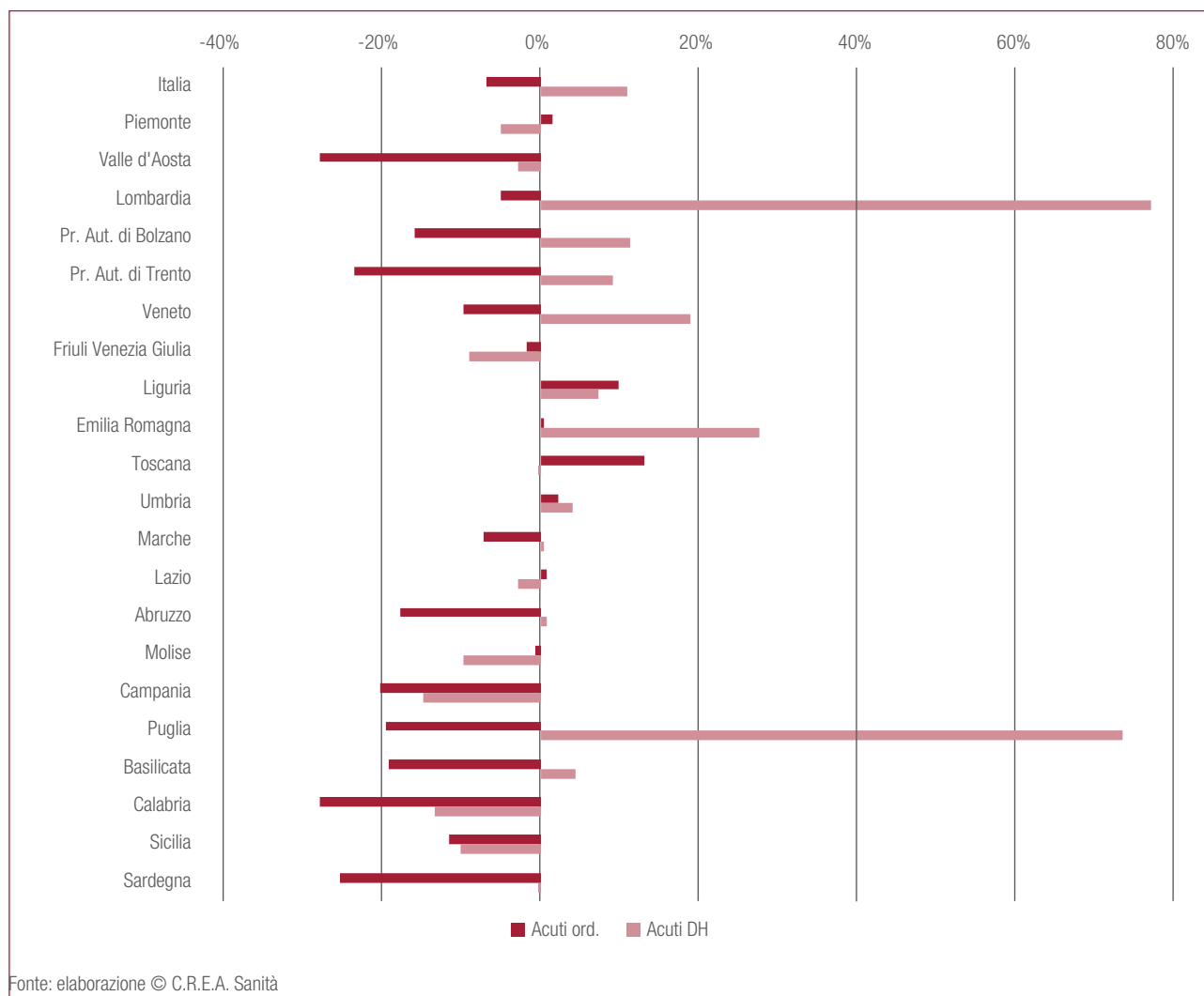
6a.6. Conclusioni

Gli ultimi 15 anni hanno visto realizzarsi una straordinaria razionalizzazione del ricorso all'assistenza ospedaliera: il federalismo e la responsabilizzazione regionale (anche mediante i Piani di rientro) hanno permesso alle differenze regionali (ad esempio in termini di tassi di ospedalizzazione) di ridursi significativamente, in molti casi di dimezzarsi.

Pur con tutti i caveat del caso da applicarsi ai confronti internazionali, i tassi di ospedalizzazione italiani sono già decisamente inferiori a quelli medi europei.

Anche il *target* previsto dal Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015, in realtà è stato raggiunto in "anticipo", a livello nazionale dal 2014.

Figura 6a.16. Impatto Decreto n. 70/2015 con mobilità e correzione demografica. Variazione % posti letto in acuzie a livello regionale



Il Decreto reca peraltro alcune complessità interpretative, e rischia di evidenziare alcune contraddizioni interne. Principalmente, però, non sembra razionalmente e strategicamente divisibile l'elemento strutturale (di ridefinizione quantitativa dell'offerta regionale) da quello delle politiche di contrasto e governo della mobilità.

Data l'esiguità delle eccedenze, sarebbe altresì auspicabile introdurre nella programmazione elementi nuovi quali quelli legati all'attrazione di domanda/mobilità estera, come anche quelli dell'utilizzo delle eccedenze sul mercato della Sanità integrativa e complementare.

Da ultimo, si vuole sottolineare come l'attenzione sia sempre concentrata sulle acuzie ospedaliere, ma i cambiamenti realizzatisi sia nel campo della riabilitazione, che in quello della lungodegenza dimostrano l'urgenza

di una riflessione sul ruolo e sulla ottimale gestione di questi comparti. Il primo sembra muovere verso una esternalizzazione importante dei servizi riabilitativi che non necessitano di ricovero prolungato; il secondo di lungodegenza ha ormai solo il nome, e sembrerebbe porsi sempre più decisamente nell'ambito delle cure intermedie, ponendo il problema della integrazione tanto con la riabilitazione, quanto con le residenze deputate effettivamente alla lungodegenza.

Riferimenti bibliografici

- Ministero della Salute (2015), Decreto n. 70/2015
- Ministero della Salute (2014), *Database SDO*
- OECD (2016), *Health Data Statistics (edizione ottobre 2016)*

ENGLISH SUMMARY

The evolution of network activities and rationalization processes

Hospital care has historically been the subject of great attention in terms of programming, as well as in terms of monitoring flows and structural soundness.

Many norms, specifying standards and parameters of reference for hospital activities, have been established since the mid-1980s. Recently a Decree of the Italian Ministry of Health returned to the subject, providing benchmarks for a correct prospective development of the network.

The reasons behind this attention are obvious and can be attributed to the fact that it is the sector that absorbs the largest share of economical resources: we must bear in mind that although it has been decreasing over the years, relative public funding for the sector has been set at 46% of the Fondo Sanitario Nazionale (Italian National Health Fund).

No less, for many years, has the priority for healthcare policies been that of resorting less to hospitalization.

In Italy, the reduction of hospital activities has certain been impressive; overall, following the year 2000 and until 2014, we have witnessed a contraction in hospitalizations equal to 26.4% and a reduction in the days of hospitalization equal to 23.8%, with an average annual reduction that is higher than 2%: in absolute terms, the figure goes from nearly 13-million annual hospital admissions to approximately 9.5-million.

As for acute cases, ordinary hospitalizations have been reduced during the 2001-2014 period by nearly 28% (-2.6-million hospitalizations). Similarly, the length of stay have been decreased by about 29%.

Whereas the average length of stay has remained substantially stable (it had decreased radically in the 1990s following the introduction of DRG prospective payment) at a figure equal to 6.8 days.

The reduction in the rate of hospital admissions is clear, having gone from 167.0 ordinary admissions in acute care per 1,000 inhabitants to 113.1.

For that which concerns rehabilitation, we observe a “collapse” in admissions in the day care regime (-37%, equal to -20,489 admissions) and a symmetrical increase in ordinary admissions (+27.1%, equal to +67,120 hospitalizations).

And finally, we observe that long-term care is a countertrend, with a 36.6% increase in hospital admissions and a 10.45 increase in days spent in hospital.

In summary, hospitalization activities have been radically reduced – except for long-term care.

Although comparability of international hospital data is limited, the reduction in Italian admissions has no comparison in the other OECD countries: only Finland has reduced its hospital admissions, but approximately by half (14.2%) of the Italian figure and France by 10.9%.

Observing hospitalization rates, the specificity of the Italian situation becomes evident: with 106.7 admissions every 1,000 inhabitants we are the country with less hospital admissions in acute care: Finland and France, although they have also reduced their admissions, are still at the Italian levels from the turn of the century, namely around 160 out of 1,000.

The rationalization process of hospital activities has had varying trends and paces at a regional level, but the differences in admission rates have practically been reduced by half, being now equal to a still remarkable 49.2 hospitalizations for every 1,000 inhabitants (between Regions with extreme values): a difference that is significantly influenced by mobility between Regions.

It remains also a remarkable regional variability for that which regards average length of stay hospitalization figures: the figure goes from 5.9 days in Campania, to 8.1 in Veneto. These figures are certainly influenced by the different “selection” of patients, by effect of age and mobility phenomena.

In the meantime, pathologies and demographic

characteristics of those being hospitalized are being modified, since they are often not taken into proper consideration in the reorganization of supply networks.

Ministry of Health Decree No. 70/2015 makes its observations from this standpoint - the last of a long list of programme norms aimed at rationalizing the hospital network.

Close examination of the Decree, and simulations of its impact, bring to light a few interpretative doubts and even some potential weaknesses of the system. In particular:

- little or no attention towards the demographical aspect;
- risk of inconsistency of objectives in terms of accommodation rates and average hospital stays in acute care;
- impact at the level of ordinary admissions in acute care, entirely concentrated in a few realities;
- the anomaly whereby programmed ordinary hospitalizations in acute care are equal to the current ones, including those at risk of inappropriateness.

These last 15 years have witnessed an extraordinary rationalization when resorting to hospital care: federalism and regional responsibility (including repayment plans) have fostered a significant reduction in regional differences (for example, in terms of hospitalization rates), to the point of being reduced by half in many cases.

Keeping the entire inherent caveat to be applied at the international comparison level in mind, Italian hos-

pitalization rates are already markedly lower than the European average.

Even the target provided by the Decree of the Italian Ministry of Health No. 70/2015 has actually been reached "in advance" at the national level since 2014.

Moreover, the Decree bears some interpretative complexities and risks highlighting a few internal contradictions. But principally the structural element does not seem rationally and strategically divisible (the quantitative redefinition of the regional offer) from that of contrasting policies and governance of mobility.

Given the exiguity of the surplus, it would also be desirable introducing new elements into the programming, such as those inherent to the attractiveness of foreign demand/mobility, in addition to that involving the use of surplus on the integrative and complementary Healthcare market.

In closing, we wish to underline how attention is always concentrated on hospitalization in acute care; but the changes that have taken place in the field of rehabilitation, and also in long-term care, demonstrate the urgency for considerations on the role and excellent administration of these sectors. The former seems to be moving towards an important outsourcing of rehabilitation services that do not envisage extended hospitalization; the latter only has "long-term" as a name as it more and more seems to be inserted within the intermediate care sector, giving rise to the problem of its integration with rehabilitation, as much as within admissions that are effectively inherent to long-term care.

CAPITOLO 6b

L'impatto delle classificazioni isoseverità sulle stime dell'inappropriatezza

Battisti L.¹, d'Angela D.²

6b.1. Il contesto

Attualmente in Italia la classificazione e tariffazione dei ricoveri ospedalieri viene fatta avvalendosi del sistema CMS-DRG versione 24.0. Avendo tale sistema dei limiti largamente documentati³, in ambiti specifici di controllo e gestione sanitaria, viene affiancato da altri sistemi che consentano di superarli. In particolare, nell'analisi della inappropriatezza organizzativa, dove uno degli obiettivi principali è quello di incentivare lo spostamento di alcuni ricoveri dal regime ordinario a quello diurno, può essere utile disporre di un sistema di classificazione diverso dal CMS-DRG che sia in grado di discriminare i ricoveri in base alla severità clinica. Nel Lazio, ad esempio, è stata adottata la metodologia APPRO3 per l'abbattimento dei ricoveri meno severi misurati con il sistema APR-DRG. Quest'ultimo è un sistema di classificazione dei ricoveri che valuta l'impatto della severità dei casi sul consumo di risorse.

In analogia agli altri Paesi, anche nel nostro Servizio Sanitario Nazionale coesistono diversi sistemi di classificazione dei ricoveri e di codifica delle diagnosi e delle procedure⁴. L'aggiornamento e la manutenzione di ogni sistema non è una componente accessoria bensì necessaria al loro corretto utilizzo⁵.

I sistemi di classificazione dei ricoveri, infatti, raccolgono e analizzano dati di una popolazione di riferimento

per stabilire i criteri di raggruppamento delle diagnosi e delle procedure e il relativo consumo di risorse associato a gruppi di ricoveri omogenei rispetto ad un dato criterio. È in base all'aggiornamento che un sistema di classificazione può essere in grado di descrivere i mutamenti che nel tempo interessano la pratica clinica, il progresso tecnologico e i relativi costi.

Tornando alla analisi della inappropriatezza, notiamo che la metodologia APPRO3 non ha subito aggiornamenti in merito alla versione APR impiegata: rimane ancorata alla versione 20.0 rilasciata nel 2003 che non è allineata alla versione 24.0 del CMS-DRG ed è forzatamente mappata all'ICD-9-CM del 2002⁶. Questo mancato aggiornamento della metodologia a versioni APR successive⁷ può potenzialmente produrre distorsioni sul calcolo dei ricoveri inappropriati e, quindi, sull'abbattimento tariffario secondo la metodologia APPRO3.

Obiettivo del contributo è la descrizione dell'impatto che l'aggiornamento dei sistemi di classificazione, nella fattispecie relativamente all'APR-DRG, può avere sul calcolo dei ricoveri potenzialmente inappropriati e, quindi, sui corrispondenti abbattimenti tariffari.

In particolare è stata effettuata una simulazione dell'impatto della applicazione delle due versioni APR-DRG, sui ricoveri del Lazio, per l'anno 2013, in termini di stima dei ricoveri potenzialmente inappropriati.

¹ Master in Economia e Management della Sanità, Dipartimento Economia e Finanza, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

³ Nonis M., Rosati E., 2013

⁴ Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M., 2011

⁵ L'Italia, ad esempio, ha sostituito con Decreto Ministeriale del 18 dicembre 2008 la versione 2002 con la 2007 della nona versione della classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification*) per i codici di diagnosi e di procedura contenuti nella Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) ed è passata alla versione 24.0 del sistema DRG (*Diagnosis Related groups*) prodotta dal *Centers for Medicare e Medicaid Services* (CMS)

⁶ Attualmente in Italia è utilizzata la ICD-9-CM del 2007

⁷ Ad oggi, l'ultima versione rilasciata è la 33.0

6b.2. La metodologia APPRO3

Il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) 58/2009 introduce nel Lazio la metodologia APPRO3, modificando la normativa precedente che aveva introdotto il metodo APPRO. Il DCA 58/2009, a sua volta, ha subito modifiche ed aggiornamenti ad opera del DCA 40/2012. In base a quanto è stato dedotto dalla normativa in questione, nella regione Lazio il processo di selezione dei ricoveri inappropriati dal punto di vista organizzativo procede secondo 4 fasi principali:

1. selezioni preliminari;
2. selezioni per i soli ricoveri in regime ordinario;
3. calcolo dei ricoveri non ammissibili in regime di ricovero ordinario (potenzialmente inappropriati);
4. applicazione dell'abbattimento tariffario ai ricoveri potenzialmente inappropriati che, per singola struttura, superano la soglia di ammissibilità DRG-specifica.

Ognuna di queste fasi è composta da selezioni di diverso tipo, schematizzate nella Figura 6b.1.

Le selezioni preliminari (Fase 1) comprendono:

- 1.1 assegnazione ad uno dei 119 DRG (versione 24.0 del sistema di classificazione CMS) "ad alto rischio di non appropriatezza";
- 1.2 ricoveri per acuti;
- 1.3 ricoveri a carico del SSN;
- 1.4 ricoveri con esito diverso dal decesso del paziente;
- 1.5 ricoveri di pazienti di età superiore o uguale a 30 giorni;
- 1.6 esclusione di alcuni ricoveri urgenti afferenti a specifici CMS-DRG;
- 1.7 esclusione di determinate tipologie di interventi e/o procedure associati a determinati CMS-DRG.

Al termine della Fase 1 si distinguono: un aggrega-

to in regime di ricovero diurno (non soggetto a ulteriori selezioni) e un aggregato in regime di ricovero ordinario.

Nella Fase 2, dai soli ricoveri ordinari, devono essere esclusi:

- 2.1 ricoveri con durata della degenza oltre soglia DRG-specifica;
- 2.2 ricoveri 0-1 giorno (ai quali viene riconosciuta, ad opera di altra normativa, la tariffa per ricovero diurno e non sono soggetti ad abbattimento APPRO).

Per il calcolo dei ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati⁹ (Fase 3) la normativa stabilisce che:

- 3.1 alcune associazioni CMS-DRG (versione 24.0) e APR-DRG (versione 20.0) vengano incluse indipendentemente dal peso relativo APR;
- 3.2 alcune associazioni CMS-DRG (versione 24.0) e APR-DRG (versione 20.0) vengano escluse indipendentemente dal peso relativo APR¹⁰;
- 3.3 gli altri episodi di ricovero vengono inclusi solo se hanno un peso relativo APR-DRG inferiore allo 0,78.

Il peso relativo APR consente di valutare la casistica in base al livello di severità. Ciò non potrebbe essere fatto utilizzando il peso relativo CMS-DRG che, per sua natura, neutralizza le differenze interne ad ogni DRG e non consente una discriminazione intra-DRG¹¹.

In questo modo, quindi, saranno considerati potenzialmente inappropriati e soggetti al calcolo delle soglie di ammissibilità, non tutti i casi a cui è stato attribuito un CMS-DRG ad alto rischio di inappropriatezza ma, di questi, solo quei casi a cui saranno stati attribuiti determinati descrittori APR-DRG e, in virtù di questi, considerati a gravità minima "oltre ogni ragionevole dubbio".

La logica che sottende tale metodologia consiste nel subordinare il giudizio di inappropriatezza ad una preventiva valutazione della severità del caso. In sostanza, con questa metodologia, per ogni CMS-DRG,

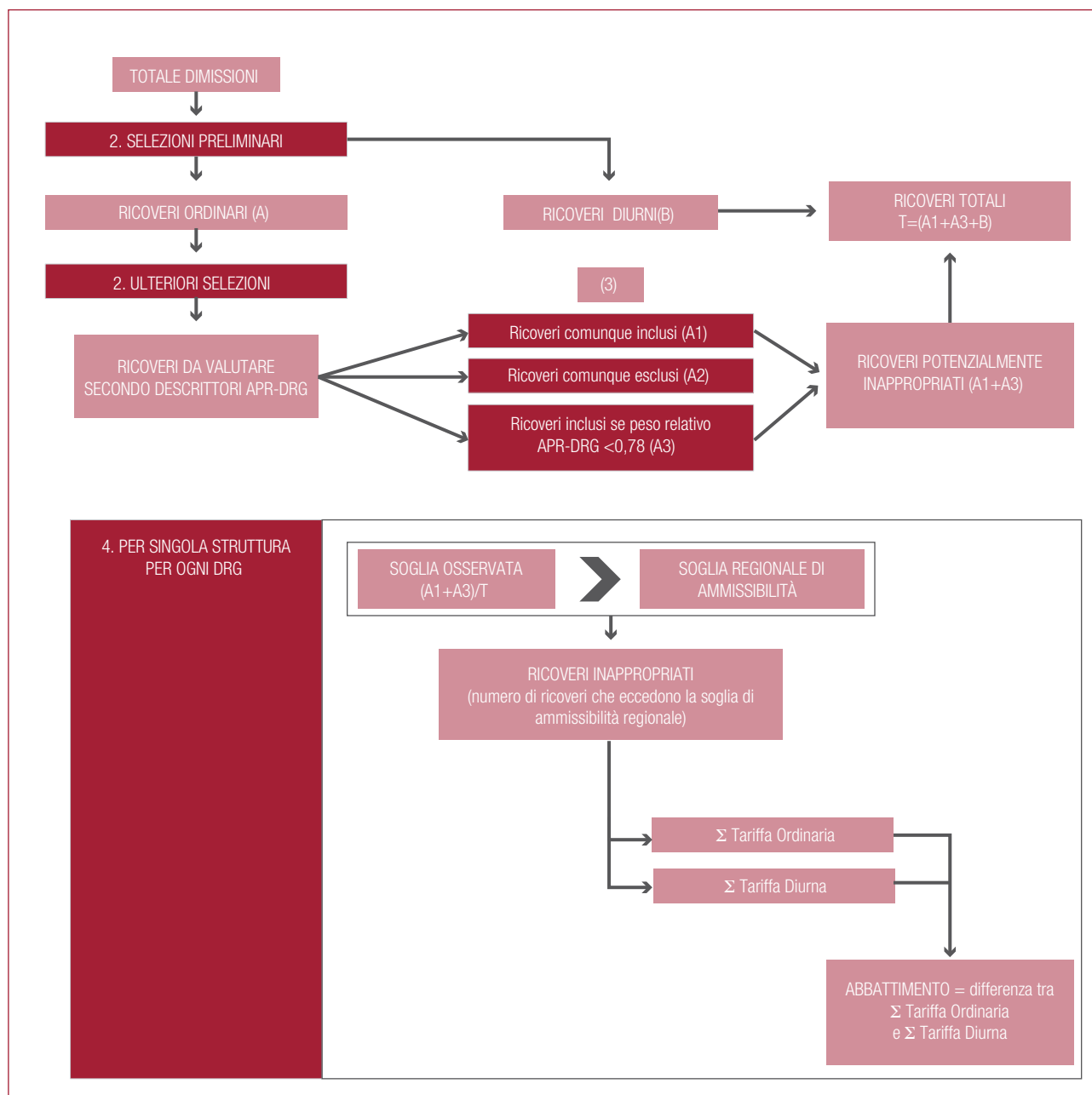
⁸ L'originaria metodologia APPRO, oltre ad avere altre caratteristiche differenti rispetto ad APPRO3, utilizzava come soglia non il peso relativo ma il Livello di Severità della Malattia. Venivano considerati potenzialmente inappropriati solo i casi con Livello di Severità della Malattia pari ad 1 (minima). Come si vedrà in seguito, però, i livelli di SM non sono confrontabili tra i vari APR-DRG mentre possono essere confrontati i pesi relativi

⁹ In merito a questo punto non si comprende con chiarezza dalla normativa se queste selezioni debbano riguardare gli episodi in ogni regime di ricovero o i soli ricoveri in regime ordinario. In questo lavoro si è scelto di applicare questa fase alle sole dimissioni in regime di ricovero ordinario

¹⁰ La normativa regionale in questo non recepisce fedelmente quanto prodotto dalla metodologia APPRO3 e presentato in R. Di Domenicantonio, L. Lorenzoni, L. Lispi, G. Guasticchi, E. Materia, 2008

¹¹ Nonis M., Rosati E., 2013

Figura 6b.1. Flowchart metodologia APPRO3



si seleziona la quota di casi non a gravità minima che sono inappropriati sotto il profilo organizzativo e quindi da “sanzionare”.

Infine, Fase 4, per ogni struttura e per ogni CMS-DRG, la metodologia APPRO3 calcola la percentuale dei ricoveri in regime ordinario sul totale e la confronta con la soglia di ammissibilità stabilita dalla regione¹². Sono

inappropriati i ricoveri che superano tale soglia e ad essi viene attribuita una tariffa di *day hospital* in luogo di una tariffa di regime ordinario. Pertanto, il valore dell’abbattimento consta della differenza tra le due tariffe per tutti i casi oggetto di valutazione di inappropriata.

Nel presente contributo si riportano i risultati della simulazione effettuata fino alla Fase 3, in quanto l’ultima

¹² DCA 40/2012

fase deve essere applicata ad ogni singola struttura di ricovero. Pertanto, non verranno descritti i ricoveri inappropriati né i valori degli abbattimenti, bensì, si confronteranno i ricoveri potenzialmente inappropriati e il valore degli abbattimenti potenziali, per tutta la Regione Lazio, ottenuti utilizzando le due versioni APR.

6b.3. APR-DRG 20.0 e APR-DRG 24.0

L'APR-DRG (*All Patient Refined DRG*)¹³ è un sistema di classificazione dei ricoveri per acuti che valuta l'impatto del rischio clinico sul consumo di risorse. Il sistema si avvale di tre descrittori:

1. APR-DRG di base: consente una suddivisione della casistica ospedaliera in gruppi isorisorse clinicamente coerenti;
2. severità della Malattia (SM): valuta l'entità dello scompensamento fisiologico o della perdita d'organo; articola ogni APR-DRG in quattro sottoclassi di severità della patologia;
3. rischio di Morte (RM); valuta la probabilità di morte; articola ogni APR-DRG in quattro sottoclassi in base al rischio di morte.

SM e RM si dividono ciascuno in quattro sottoclassi numerate sequenzialmente da 1 a 4. I valori delle

sottoclassi (1, 2, 3 e 4) indicano rispettivamente lieve, moderato, grave ed estremo; non rappresentano dei valori relativi, pesi o punteggi, ma sono delle categorie ordinabili.

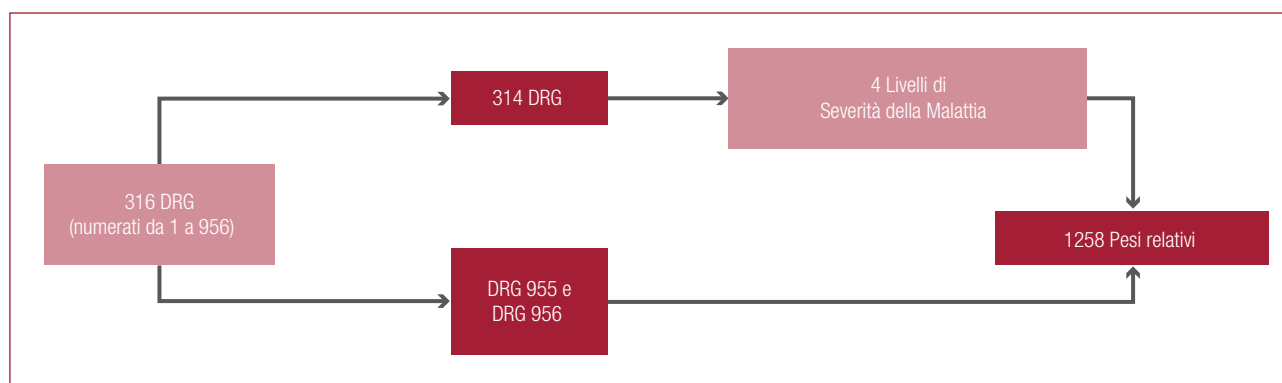
Analogamente a quanto avviene per il CMS-DRG, diagnosi, procedure ed altri dati (età, peso alla nascita, modalità di dimissione) sono gli elementi necessari per l'attribuzione dell'APR-DRG e dei livelli SM e RM, e sono desumibili dal flusso delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)¹⁴.

I descrittori SM e RM e le rispettive sottoclassi vengono assegnati in modo indipendente, sulla base di variabili e di interrelazioni tra variabili differenti: non necessariamente ad una severità alta corrisponderà un rischio di morte alto¹⁵.

I pesi relativi sono funzione dei livelli di Severità della Malattia associati ad ogni APR-DRG. Entrambe le versioni hanno un numero di APR-DRG pari a 316 e un numero di pesi relativi pari a 1258: a 314 DRG vengono assegnati 4 livelli di SM mentre ai due DRG di errore non viene assegnato alcun livello di SM (vedi Figura 6b.2).

La versione 24.0 rimodula completamente i pesi relativi attribuiti ai vari Livelli di Severità della Malattia di tutti gli APR-DRG, in funzione del progresso tecnologico in Sanità e dei cambiamenti clinici e demografici nella popolazione di riferimento¹⁶.

Figura 6b.2. Pesi relativi APR-DRG



¹³ L'APR-DRG non è l'unico sistema di classificazione dei ricoveri di tipo isoseverità e, inoltre, numerosi sistemi di classificazione sono nati e sono stati implementati nel tempo per ovviare ai limiti imposti dall'utilizzo del sistema CMS-DRG, vedi: Maurici M., Rosati E., 2007

¹⁴ Baglio G., Matera E., Vantaggiato G., Perucci C.A., 2001

¹⁵ Averill R.F., Goldfield N. et al., 2003

¹⁶ Le due versioni APR sono state rilasciate rispettivamente nel 2003 e nel 2007 ed entrambe ricorrono ad un database americano. In particolare, i pesi relativi sono calcolati utilizzando i valori economici delle dimissioni avvenute nel 2001 e nel 2005, rispettivamente per le versioni 20.0 e 24.0

6b.4. Applicazione dell'APR-DRG 20.0 e 24.0 al flusso SDO Lazio del 2013

È stata eseguita una simulazione sui dati concernenti i ricoveri (anno 2013) della Regione Lazio (1.045.602 dimissioni).

Un'attenta validazione degli stessi ha evidenziato alcune criticità legate alla completezza delle informazioni disponibili per la corretta attribuzione dei descrittori APR. I dati non contengono tra le variabili l'età in giorni, che è un dato indispensabile per la classificazione della casistica con età inferiore ad un anno. Infatti, nella logica del sistema di classificazione APR-DRG, dove questo dato manca, viene assegnato un APR-DRG 956: "Non attribuibile ad altro DRG". In virtù di questa criticità le elaborazioni hanno escluso la casistica con età pari a zero (69.498 rilevazioni, vedi Tabella 6b.6) e l'analisi è stata condotta sulle restanti 976.104 rilevazioni (N).

In secondo luogo, per ogni SDO sono note un numero di diagnosi pari a 6 ed un numero di procedure pari a 2 (mentre il flusso SDO ministeriale può contenere fino a 6 procedure). Questa parzialità nel contenuto dei dati può potenzialmente influire sull'attribuzione dei descrittori APR ma, in virtù del fatto che entrambe le versioni

avranno a disposizione la stessa base dati e considerato che, a livello regionale, la media del numero di procedure codificate per scheda è stata pari nel 2013 a 2,9¹⁷, si è comunque proceduto all'elaborazione.

Come segnalato nel paragrafo precedente, vi sono delle differenze, nel passaggio da una versione all'altra, nel valore dei pesi relativi. Questo è un fattore che può di per sé potenzialmente incidere sui risultati dello studio. Un ulteriore aspetto che deve essere considerato è l'algoritmo sottostante il sistema di attribuzione dei descrittori APR-DRG e Livello di SM. Questi vengono attribuiti in base alle diagnosi, alle procedure e ad altri dati contenuti nella SDO. Tale algoritmo ha subito delle modifiche da una versione all'altra pertanto l'APR-DRG e/o il Livello di Severità della Malattia attribuiti dalle due versioni possano essere diversi.

Nell'assegnazione dell'APR-DRG è risultato però che gli algoritmi impattano molto poco sui dati in analisi: 1.250 episodi (0,13% di N) hanno avuto assegnati APR-DRG diversi. In totale, sono state riscontrate 96 combinazioni di differenti attribuzioni di APR-DRG e nella Tabella 6b.1 sono riportate le 10 combinazioni con maggiore numerosità rilevata.

Quando invece si analizzano i Livelli di SM assegnati

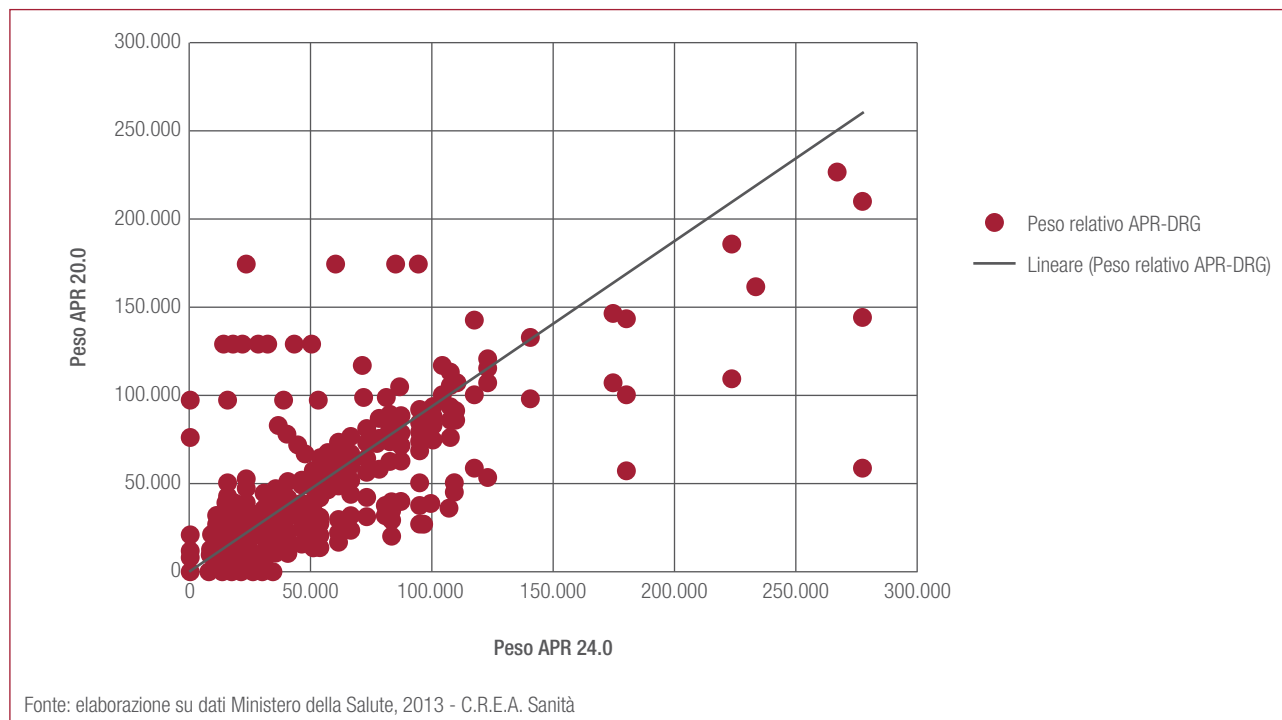
Tabella 6b.1. Ricoveri con assegnazione diversa di APR-DRG, anno 2013

Cod.	CMS-DRG Descrizione	APR-DRG		Numero Casi
		v. 20.0	v.24.0	
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	042	058	567
429	Disturbi organici e ritardo mentale	757	200	167
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	167	175	115
155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	220	222	61
299	Difetti congeniti del metabolismo	694	423	32
444	Traumatismi, età > 17 anni con CC	347	144	30
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	320	310	21
233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	320	310	18
445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	347	144	15
156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	220	222	13
Altri				211
Totale				1.250

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2013 - © C.R.E.A. Sanità

¹⁷ Informazioni desunte dalla Tavola 1.7 del Rapporto SDO 2013 disponibile al sito www.salute.gov.it/portale/documentazione pubblicato e aggiornato in data 12 Settembre 2014, consultato in data 21 Aprile 2016. A livello nazionale, invece, la media dello stesso anno è di 2,8 procedure per scheda

Figura 6b.3. Pesi relativi attribuiti dalle versioni 20.0 e 24.0



dalle due versioni si riscontra che le differenze aumentano notevolmente ma restano comunque marginali: in totale, a 26.571 rilevazioni (2,72% di N) è stato assegnato un Livello di SM diverso allo stesso ricovero.

Se si rapportano i pesi relativi attribuiti dalle due versioni ai ricoveri in esame (N) se ne ricavano invece delle differenze significative (Figura 6b.3).

Le differenze nei pesi relativi attribuiti ad ogni singolo episodio di cura sono funzione, in conclusione, sia delle differenze dei pesi relativi proprie di ogni versione, sia delle differenze inerenti l'algoritmo di assegnazione dell'APR-DRG e del Livello di Severità della malattia (ma queste ultime incidono marginalmente sul risultato finale).

6b.5. Elaborazione dei dati secondo metodologia APPRO3

La selezione 1.1 ha riguardato le dimissioni a cui è stato assegnato uno dei 119 CMS-DRG indicati dalla

normativa come «ad alto rischio di non appropriatezza» (DRG Lea). Rientrano in questo gruppo 388.754 ricoveri, corrispondenti al 39,83% del totale (N).

La selezione 1.2 ha riguardato le dimissioni per Tipo di Attività Acuti (sono quindi escluse le dimissioni per ricoveri in attività di Lungodegenza, Riabilitazione o Nido).

La selezione 1.3 in merito all'onere della degenza non è stata effettuata per *deficit* nei dati a disposizione. In base a quanto pubblicato nel Rapporto SDO 2013¹³ del Ministero della Salute si evince che la quota delle dimissioni a carico del SSN è stata pari, nel Lazio, al 96% per i ricoveri in regime ordinario e al 98,4% per i ricoveri in regime diurno. Nell'impossibilità di individuare con buona approssimazione i dati da selezionare e in virtù del suo scarso impatto in termini percentuali, questa selezione è stata omessa.

La selezione 1.4 concerne i ricoveri che abbiano modalità di dimissione diversa dal decesso del paziente.

La selezione 1.5 concerne invece l'esclusione delle dimissioni con età del paziente inferiore a 30 giorni ma

¹³ Informazioni desunte dalle Tavole 6.22 e 6.23 del Rapporto SDO 2013 disponibile al sito www.salute.gov.it/portale/documentazione pubblicato e aggiornato in data 12 Settembre 2014, consultato in data 21 Aprile 2016

Tabella 6b.2. Evoluzione casistica ricoveri nelle selezioni di Fase 1, anno 2013

Ricoveri iniziali					
N	Vers. APR	N con peso relativo APR < 0,78	(N<0.78/N) %	N<0.78(v24)-N<0.78(v20)	
976.104	20.0	595.602	61,02		
	24.0	605.741	62,06	+10.139	
Processo di selezione (Fase 1)					
Fase	N	n/N (%)	Dimissioni escluse		Valore cumulato dimissioni escluse
1.1	388.754	39,83	Non a Rischio Inapp.	587.350	-
1.2	362.925	37,18	Non acuti	25.829	613.179
1.4	362.283	37,12	Non deceduti	642	613.821
1.6	341.546	34,99	Urgenti da escludere	20.737	634.558
1.7	338.765	34,71	Altre esclusioni	2.781	637.339
N1=Totale ricoveri al termine della fase 1=338.765					
N1	N1/N (%)	Regime di ricovero	Aggregato	Dimissioni	Dimissioni/N1 (%)
338.765	34,71	Ordinario	N2	121.251	35,79
		Day Hospital	B	217.514	64,21
N2=Totale ricoveri ordinari al termine della fase 1=121.251					

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2013 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 6b.3. Evoluzione casistica ricoveri nelle selezioni di Fase 2, anno 2013

N2=Totale ricoveri ordinari al termine della fase 1=121.251					
Processo di selezione (Fase 1)					
Fase	N	n/N (%)	Dimissioni escluse		Valore cumulato dimissioni escluse
2.1	115.525	11,84	Oltresoglia	5.729	643.065
2.2	74.631	7,65	Ordinari 0-1 Giorno	40.894	683.959
A=Totale ricoveri ordinari al termine della fase 2=74.631					

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2013 - © C.R.E.A. Sanità

non è stata effettuata poiché erano già state escluse le dimissioni di pazienti con età inferiore all'anno (vedi paragrafo 4).

Infine, sono stati esclusi i ricoveri che presentavano le caratteristiche indicate nei punti 1.6 ed 1.7 del paragrafo 2.

Le selezioni della Fase 1, al termine della quale risultano selezionati 338.765 ricoveri (di cui 121.251 in regime ordinario) sono riassunte nella Tabella 6b.2.

La Fase 2 (Tabella 6b.3) comporta selezioni da applicare ai soli ricoveri in regime ordinario e concernono i ricoveri con durata di degenza compresa entro il valore soglia DRG-specifico¹⁹ e maggiori di un giorno (in pratica, delle dimissioni cosiddette "Inlier").

La Fase 3 della metodologia contempla particolari associazioni tra CMS-DRG ed APR-DRG. Dal momento che le versioni APR possono attribuire DRG diversi in base ai loro algoritmi specifici (paragrafo 4) si è analizzato l'insieme dei dati a disposizione per comprendere quanto questo fattore potesse influire sulle selezioni di questa fase. Ne è emerso che a soli 13 ricoveri, dei 74.631 in esame, risultano attribuiti APR-DRG diversi dalle due versioni. La marginalità del risultato fa sì che le associazioni previste per l'APR 20.0 possano essere estese anche alla versione 24.0.

Questa fase comporta la suddivisione delle dimissioni ordinarie finora selezionate in tre aggregati: dimissioni

¹⁹ Il riferimento normativo in merito è il DM 18 Dicembre 2008

Tabella 6b.4. Evoluzione casistica ricoveri nelle selezioni di Fase 3, anno 2013

Processo di selezione (Fase 3)						
Fase	A	A/N (%)	Aggregato		Dimissioni	Dimissioni/A %
3.1	74.631 (A)	7,65	A1=Inclusi		3.444	4,61
3.2			A2=Esclusi		3.182	4,27
3.3			A3=f(peso relativo APR)		68.005	91,12
Fase	A3	A3/N	Vers. APR	A3 con peso relativo APR < 0,78	(A3 < 0.78/A3)%	A3 < 0.78(v24.0) A3 < 0.78(v20.0)
	68.005	6,97 %	20.0	54.076	79,52	
			24.0	53.713	78,98	-363
Ricoveri potenzialmente inappropriati=A1+A3						
Vers. APR	Formula di calcolo	Calcolo dimissioni		Totale ricoveri potenzialmente inappropriati	Ricoveri potenzialmente inappropriati/N (%)	
20.0	A1+A3(20.0)	3.444+54.076		57.520	5,89	
24.0	A1+A3(24.0)	3.444+53.713		57.157	5,86	

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2013 - © C.R.E.A. Sanità

comunque incluse (A1) e comunque escluse (A2) in base ad associazioni CMS versione 24.0 ed APR versione 20.0 (o 24.0) e dimissioni incluse se il peso relativo APR è inferiore allo 0,78 (A3). La somma degli aggregati A1 e A3 formerà il totale dei ricoveri potenzialmente inappropriati. Nella Tabella 6b.4 sono riportati i risultati delle elaborazioni della Fase 3.

6b.6. Ricoveri potenzialmente inappropriati e valore delle differenze tra tariffe ordinarie e diurne

Al termine della Fase 3 risultano potenzialmente inappropriati 57.520 ricoveri utilizzando la versione APR 20.0 e 57.157 ricoveri con la versione 24.0. Da un punto di vista quantitativo, quindi, la versione 24.0 seleziona meno casi ma questa differenza è molto marginale (363 casi in meno).

Si deve però considerare che i dati aggregati possono nascondere notevoli differenze interne in termini di casi abbattibili per singolo CMS-DRG. Questo aspetto è

molto importante in quanto è attraverso il sistema CMS che si attribuiscono le tariffe ai ricoveri²⁰. Infatti, dal punto di vista economico, c'è differenza nell'abbattere un episodio incluso in un DRG anziché in un altro poiché ogni DRG ha proprie tariffe distinte per regime di ricovero.

Nella Tabella 6b.5 sono riportati i CMS-DRG che più hanno subito l'effetto (positivo o negativo) dell'utilizzo della versione 24.0 anziché 20.0 sul numero di ricoveri potenzialmente inappropriati.

Subiscono maggiormente l'effetto della versione APR utilizzata i CMS-DRG 088, 131, 019, 323 e 013 (differenze positive) e 227, 270, 268, 267, 208 (differenze negative). Nella Tabella 6b.5 sono anche riportate le tariffe associate a questi DRG per mostrare la forte disomogeneità tra di essi nel valore della differenza tra la tariffa ordinaria e diurna. Ad esempio, la differenza tra la tariffa ordinaria e diurna del DRG 088 è pari a circa € 1.400 mentre per il DRG 268 questa non arriva a € 50. Quindi, vedersi abbattuto un DRG 088 è, da un punto di vista economico, molto più gravoso dell'abbattimento di un DRG 268.

Questo comporta che il valore economico dell'abbattimento potenziale non dipende solo dal numero di

²⁰ La Regione Lazio, con il Decreto del Commissario ad Acta del 4 Luglio 2013, n. U00310, in considerazione del disavanzo di gestione da essa maturato e dei relativi accordi sottoscritti per rientrare dallo squilibrio economico finanziario, adotta le "tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti e di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie ministeriali" così come contenute nel Decreto del Ministero della Salute del 18 Ottobre 2012. Fanno eccezione i DRG 370 e 371 che non sono oggetto specifico di questo lavoro

Tabella 6b.5. Il *cut-off* dello 0,78 al termine della Fase 3 - Analisi delle differenze per CMS-DRG, anno 2013

Cod.	Descrizione	CMS-DRG			n = ricoveri con peso relativo APR-DRG <0,78		n(2.0) -n(20.0)
		Tariffa (€)			20.0	24.0	
		ORD	DH	ORD-DH			
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.600,34	169,69	1.430,65	820	2.046	1.226
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	1.089,59	175,28	914,31	289	438	149
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.210,03	197,24	1.012,79	361	442	81
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultras.	1.372,18	640,2	731,98	964	999	35
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.418,91	188,15	1.230,76	355	387	32
Totale primi 5 (+)					2.789	4.312	1.523
Altri (+)					9.295	9.388	93
Totale differenze positive							1.616
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	1.554,98	1.499,24	55,74	1.446	399	-1.047
270	Altri interventi su pelle, tess. sottoc. e mammella senza CC	1.225,28	1.098,78	126,5	475	184	-291
268	Chir. plastica della pelle, del tess. sottoc. e della mammella	2.205,41	2.156,32	49,09	188	4	-184
267	Interventi perianali e pilonidali	1.586,82	872,39	714,43	165	1	-164
208	Malattie delle vie biliari senza CC	1.170,85	171,64	999,21	673	541	-132
Totale primi 5 (-)					3.151	1.284	-1.867
Altri (-)					7.783	7.671	-112
Totale differenze negative							-1.979

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2013 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 6b.6. Valore economico abbattimenti potenziali (€), anno 2013

Vers. A APR	Ricoveri potenzialmente inappropriati	Valorizzazioni (€)		Abbattimento potenziale (€) (esclusi valori negativi)	Differenza abb.pot. tra v. 24.0 e v. 20.0 (€)
		Ordinario	Diurno		
20.0	44.409	55.943.926,30	17.319.075,90	38.624.850,40	1.764.584,91
24.0	44.157	55.581.985,73	15.192.550,42	40.389.435,31	

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2013 - © C.R.E.A. Sanità

dimissioni potenzialmente inappropriate ma anche dal loro raggruppamento CMS e, inoltre, dal valore della differenza tra le tariffe.

Il valore dell'abbattimento potenziale è ottenuto moltiplicando ogni ricovero per la differenza tra tariffa ordinaria e diurna corrispondente al CMS-DRG ad esso attribuito. Dal momento che alcuni DRG (008, 040, 041, 055, 059, 060, 061, 119, 160, 162, 163, 229, 232, 262, 266, 339, 342, 343, 364, 381, 503, 538) hanno una tariffa ordinaria minore della diurna è possibile che la differenza possa assumere valori negativi²¹. In questi casi l'abbattimento risulterebbe in pratica premiante.

Questi DRG sono stati esclusi dal calcolo che seguirà, nell'ottica che la Regione Lazio, volendo con questa metodologia sanzionare l'inappropriatezza, non concorra invece a premiarla.

Escludendo questi DRG le dimissioni potenzialmente inappropriate diventano: 44.409 con la versione 20.0 e 44.157 con la versione 24.0. La differenza tra i due aggregati passa così da -363 a -252.

Come mostrato in Tabella 6b.6, con l'utilizzo della versione 24.0 dell'APR-DRG, l'abbattimento potenziale per tutte le strutture della Regione Lazio passa da € 38,6 a 40,4 mln.²².

²¹ Questo risultato è dovuto al fatto che la normativa sulla metodologia APPRO3 ha preceduto di poco quella concernente l'adozione delle tariffe ministeriali. Pertanto, quando APPRO3 era stata adottata, quei DRG non avevano ancora una tariffa diurna con valore economico maggiore dell'ordinaria

²² Qualora venissero invece considerati i DRG con differenza negativa nel calcolo si avrebbero: un abbattimento potenziale pari ad € 37.045.632,51 con la versione 20.0 e ad € 38.822.430,08 con la versione 24.0 ed una differenza tra i due pari ad € 1.776.797,57

Tabella 6b.7. Valore economico abbattimenti potenziali (€): primi 10 CMS-DRG con maggiori differenze, anno 2013

DRG	Tariffa (€)			Valore abbattimento potenziale (€)		
	ORD	DH	ORD-DH	v20.0	v24.0	v24.0-v20.0
088	1.600,34	169,69	1.430,65	1.173.133,00	2.927.109,90	1.753.976,90
131	1.089,59	175,28	914,31	264.235,59	400.467,78	136.232,19
019	1.210,03	197,24	1.012,79	365.617,19	447.653,18	82.035,99
323	1.372,18	640,20	731,98	705.628,72	731.248,02	25.619,30
013	1.418,91	188,15	1.230,76	436.919,80	476.304,12	39.384,32
208	1.170,85	171,64	999,21	672.468,33	540.572,61	-131.895,72
267	1.586,82	872,39	714,43	117.880,95	714,43	-117.166,52
268	2.205,41	2.156,32	49,09	9.228,92	196,36	-9.032,56
270	1.225,28	1.098,78	126,50	60.087,50	23.276,00	-36.811,50
227	1.554,98	1.499,24	55,74	80.600,04	22.240,26	-58.359,78
T1=Totale (Primi 10)				3.885.800,04	5.569.782,66	1.683.982,62
T=Totale				38.624.850,40	40.389.435,31	1.764.584,91
T1/T %				10,1 %	14,8%	95,4%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2013 - © C.R.E.A. Sanità

Nonostante il numero di ricoveri potenzialmente inappropriati ottenuto utilizzando le due versioni sia pressoché allineato (44.409 con la versione 20.0 e 44.157 con la versione 24.0), il valore dell'abbattimento potenziale aumenta di quasi € 1,8 mln. con l'utilizzo della versione 24.0. Ciò è dovuto in buona parte al fatto che la versione 24.0 ha selezionato più ricoveri che rientravano in un CMS-DRG con alto valore della differenza tra tariffa ordinaria e diurna (ad esempio, lo 088) e meno ricoveri a cui è stato attribuito un DRG con basso valore della differenza tra le due tariffe (ad esempio, il 227), mentre la versione 20.0 ha selezionato casi in modo diametralmente opposto.

Infatti, come è possibile vedere dalla Tabella 6b.7, i 10 DRG che più subiscono l'effetto della versione APR nel numero dei ricoveri potenzialmente inappropriati (già mostrati in Tabella 6b.5) sono anche quelli che maggiormente concorrono alla variazione dell'abbattimento. Essi determinano il 10,1% del valore totale dell'abbattimento per la versione 20.0 (circa € 3,9 mln.) e il 14,8% per la versione 24.0 (circa € 5,6 mln.) ma partecipano per il 95,4% all'incremento del valore dell'abbattimento (quasi € 1,7 mln. su un incremento totale di quasi € 1,8 mln.).

6b.7. Conclusioni e sviluppi di ricerca

In virtù dell'analisi che è stata svolta è possibile concludere focalizzando l'attenzione su due argomenti principali.

In primis, si deve purtroppo segnalare un ritardo del legislatore, sia nazionale che regionale, nell'aggiornamento dei sistemi di classificazione dei ricoveri che non coinvolge solo la metodologia APPRO3 ma che si estende in modo pressoché uniforme su tutto il terreno della gestione economica della Sanità. L'aggiornamento della versione utilizzata di ogni sistema di classificazione non è elemento accessorio ma necessario al corretto utilizzo del sistema stesso (concetto che non è valido solo per l'APR ma può essere esteso a tutti i sistemi di classificazione e, in particolare, di classificazione dei ricoveri ospedalieri).

Secondo aspetto da considerare è che, al di là del risultato economico ottenibile con l'utilizzo dell'una o dell'altra versione, è necessario analizzare quali ricoveri si stiano effettivamente abbattendo e la capacità della metodologia di cogliere l'effettiva inappropriata organizzativa. Il rapporto che intercorre tra il sistema APR e la metodologia APPRO3 non si limita alla sola selezione dei ricoveri potenzialmente inappropriati. In questo studio non si è analizzata la possibilità di rivedere il *cut-off* dello 0,78 né quella di procedere a rideterminare le soglie di ammissibilità DRG-specifiche (entrambe calcolate in base alla distribuzione dei pesi relativi APR) né si è voluto entrare nel merito delle tabelle che escludono o includono determinate associazioni CMS-APR, rispetto all'uso della versione 24.0. Fare ciò avrebbe significato rivedere completamente la metodologia APPRO3. Se è vero che

la versione APR utilizzata produce differenze in termini di ricoveri potenzialmente abbattibili, è vero anche che la metodologia APPRO3 dovrebbe essere rivista per valutare l'impatto che essa avrebbe sull'intera metodologia.

Alla luce dei risultati fin qui raggiunti è possibile concludere che l'utilizzo della versione 24.0 dell'APR-DRG, produce differenze sostanziali nel calcolo dei ricoveri potenzialmente inappropriati secondo la metodologia APPRO3, rispetto alla versione 20.0. La versione 24.0, rispetto alla 20.0, risulta maggiormente allineata rispetto alla versione CMS attualmente impiegata in Italia (e utilizzata nella metodologia APPRO3 per la selezione dei DRG ad alto rischio di non appropriatezza) e, inoltre, è costruita sulla versione ICD-9-CM del 2007 (mentre la versione 20.0 su quella del 2002).

Riferimenti bibliografici

- Averill R.F., Goldfield N. et al. (2003), *All Patient Refined Diagnosis Related Groups (Version 20.0). Methodology Overview*, 3M Health Information System
- Baglio G., Materia E., Vantaggiato G., Perucci C.A. (2010), "Valutare l'appropriatezza dei ricoveri con i dati amministrativi: ruolo degli APR-DRG", *Tendenze nuove* 1/2001, doi: 10.1450/3372
- Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. (2011), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press
- Di Domenicantonio R., Lorenzoni L., Lispi L., Guasticchi G., Materia E. (2008), "Aggiornamento del metodo APPRO per valutare l'appropriatezza organizzativa con dati amministrativi", in *Tendenze nuove* 2/2008, doi: 10.1450/26438
- Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002), *La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO. Calcolo delle soglie di ammissibilità per i 43 DRG del DPCM "Livelli Essenziali di Assistenza" e stima delle quote di ricoveri inappropriati*
- Maurici M., Rosati E. (2007), "Evoluzione del sistema di classificazione e di pagamento dei ricoveri per acuti negli Stati Uniti: introduzione dei Medicare Severity-Diagnosis Related Groups (MS-DRGs) e del Present On Admission (POA) indicator", *Ig Sanità Pubbl.*, 63 (6)
- Nonis M., Rosati E. (2013), *Guida alla classificazione degli interventi chirurgici. Edizione 2013. Manuale pratico per la corretta codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostico-terapeutiche secondo la ICD-9-CM 2007 (versione 24.0 del sistema CMS-DRG)*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato

ENGLISH SUMMARY

The impact of isoseverity classifications on inappropriateness estimate

This contribution estimates the impact of iso-severity classification systems to hospital activities, with an application on the estimate of organizational inappropriateness. The Lazio Region case has been studied, where the APPRO3 methodology has been adopted for that. Defining only the less severe hospitalizations as inappropriate, it has been done by employing Hospital Discharge Records data and by using the APR-DRG classification system (20.0 version). The present research has simulated the impact of the transition from APR-DRG version 20.0 to the 24.0 of the APR-DRG on the estimate; ratio is that the new version seems to be more in line with CMS presently employed in Italy and, moreover, it has been built according to the ICD-9-CM version dated 2007 (20.0 on the ICD-9-CM dated 2002):

we recognize that the two versions possess differences inherent both to their algorithms and to their relative weights. In other terms, transition to new version allows to consider modifications in clinical practice,

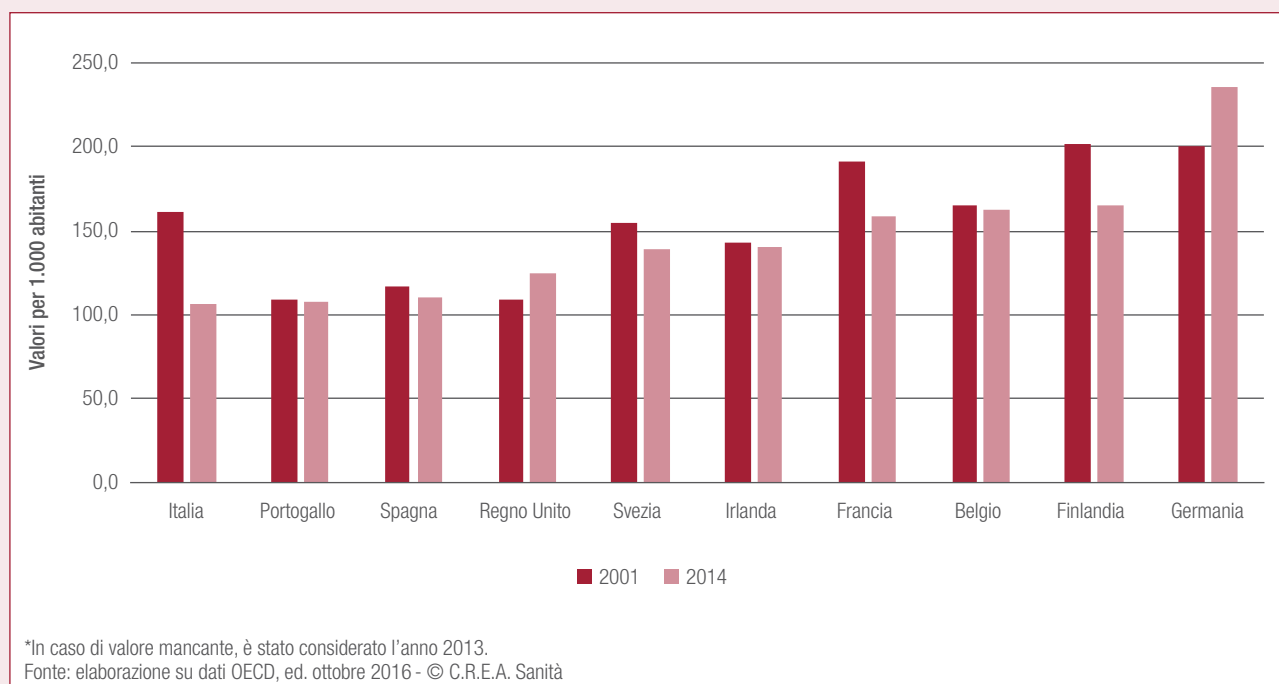
technological progress, target population and resources consumption.

The simulation carried out on discharges in Lazio Region, over the year 2013 (1,045,602 discharges), demonstrates that by using the two versions the number of potentially inappropriate discharges are almost similar (44,409 with version 20.0 and 44,157 with version 24.0), but not identical to their distribution amongst CMS-DRG.

Significant outcomes between the two versions are, for example, in terms of potential abatement of remuneration – going from € 38.6 millions obtained with version 20.0, to € 40.4 millions with version 24.0.

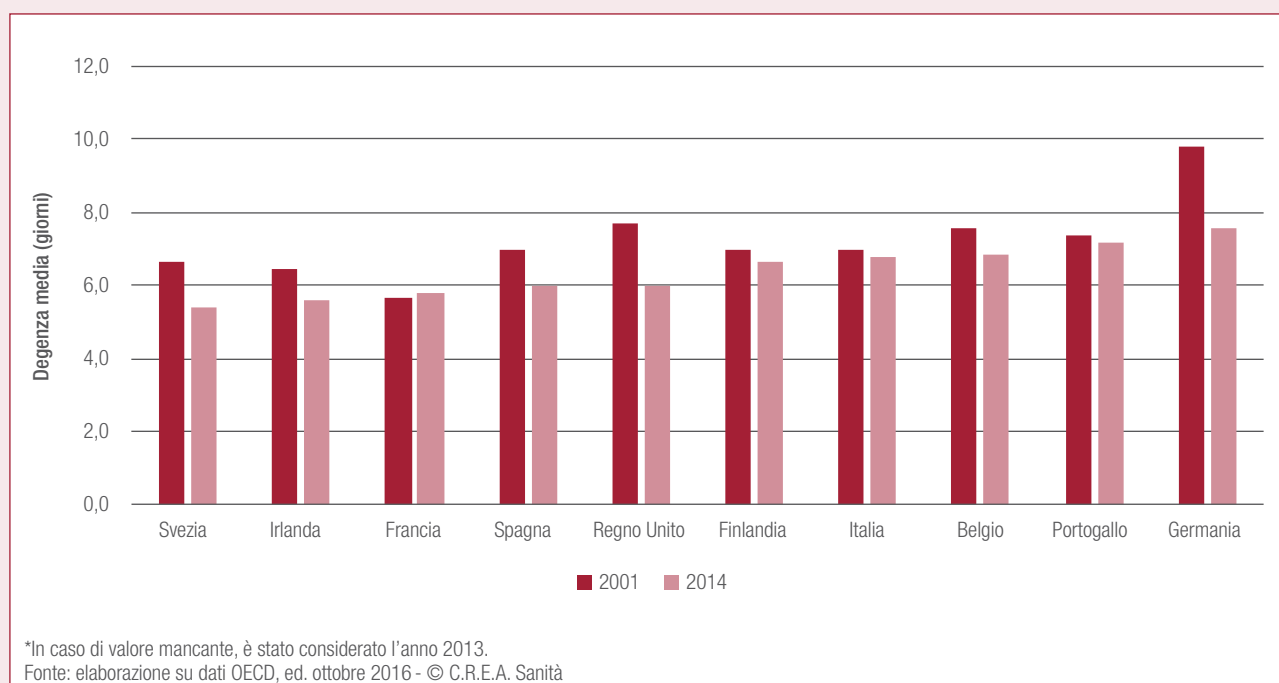
Therefore, the analysis conducted clearly suggests that updating of classification systems, aimed at capturing the effective clinical work in terms of absorption of resources, is deemed necessary in order to avoid the risk of generating bias in the assessment of hospitals performance.

KI 6.1. Tassi di ospedalizzazione in acuzie in Europa. Valori per 1.000 abitanti, anni 2001 e 2014*



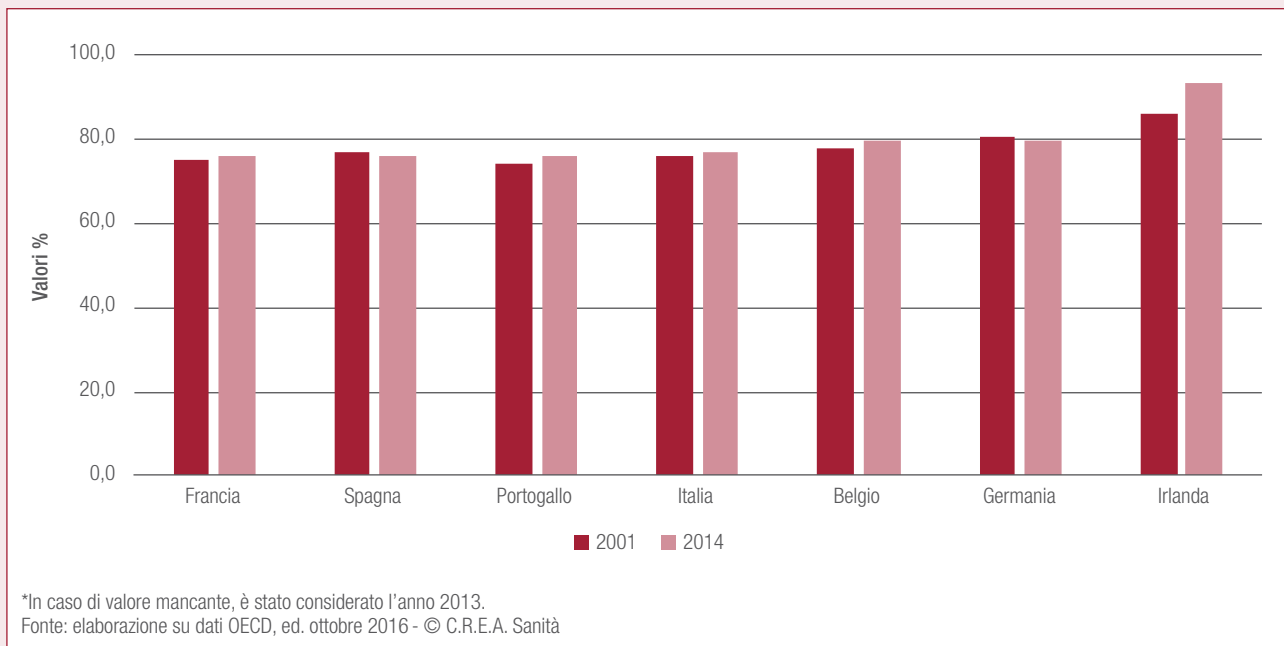
Il tasso di ospedalizzazione in acuzie in Italia è sui livelli minimi in Europa e ha registrato la maggiore riduzione a livello europeo dopo il 2000 (106,7 per 1.000 abitanti nel 2014, contro 160,8 nel 2001). Le differenze organizzative e definitorie possono rendere non del tutto confrontabili i dati tra i Paesi.

KI 6.2. Degenza media in acuzie in Europa. Anni 2001 e 2014*



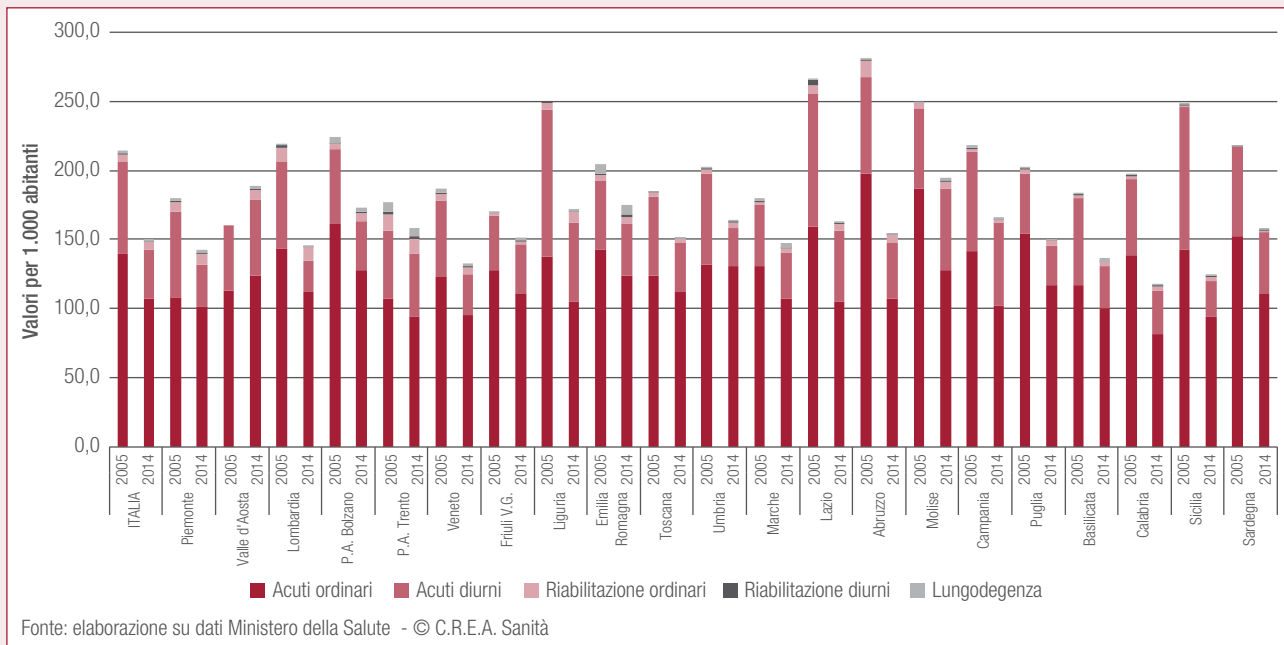
La degenza media in acuzie è piuttosto omogenea a livello internazionale; dopo il 2000, la riduzione in Italia è stata mediamente inferiore a quella degli altri Paesi. Nel nostro Paese si registra un valore pari a 6,8 giorni nel 2014, contro i 7,0 del 2001. Le differenze organizzative e definitorie possono rendere non del tutto confrontabili i dati.

KI 6.3. Tassi di occupazione dei letti in acuzie in Europa. Valori %, anni 2001 e 2014*



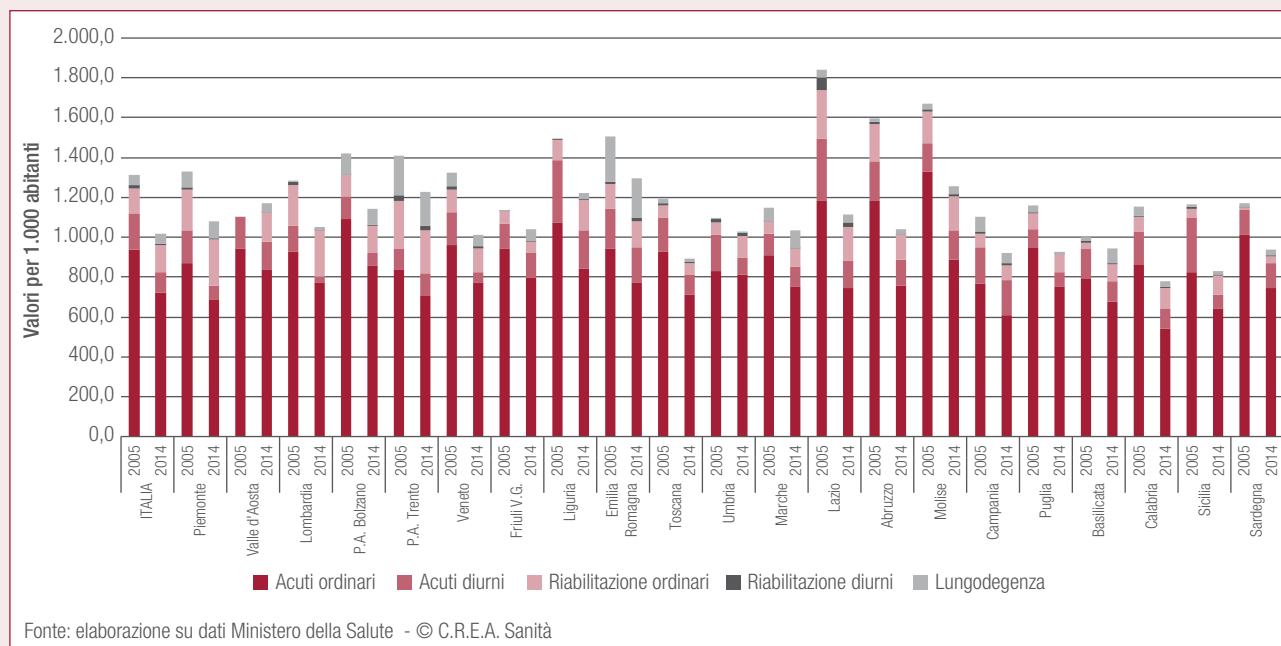
I tassi di occupazione dei letti in acuzie sono piuttosto omogenei in Europa e tendono ad aumentare leggermente dopo il 2000. In Italia, nel 2014 si registra un tasso del 77,3%, contro il 76,0% del 2001. Le differenze organizzative e definitorie possono rendere non del tutto confrontabili i dati.

KI 6.4. Tassi di ospedalizzazione per Regione e regime. Valori per 1.000 abitanti, anni 2005 e 2014



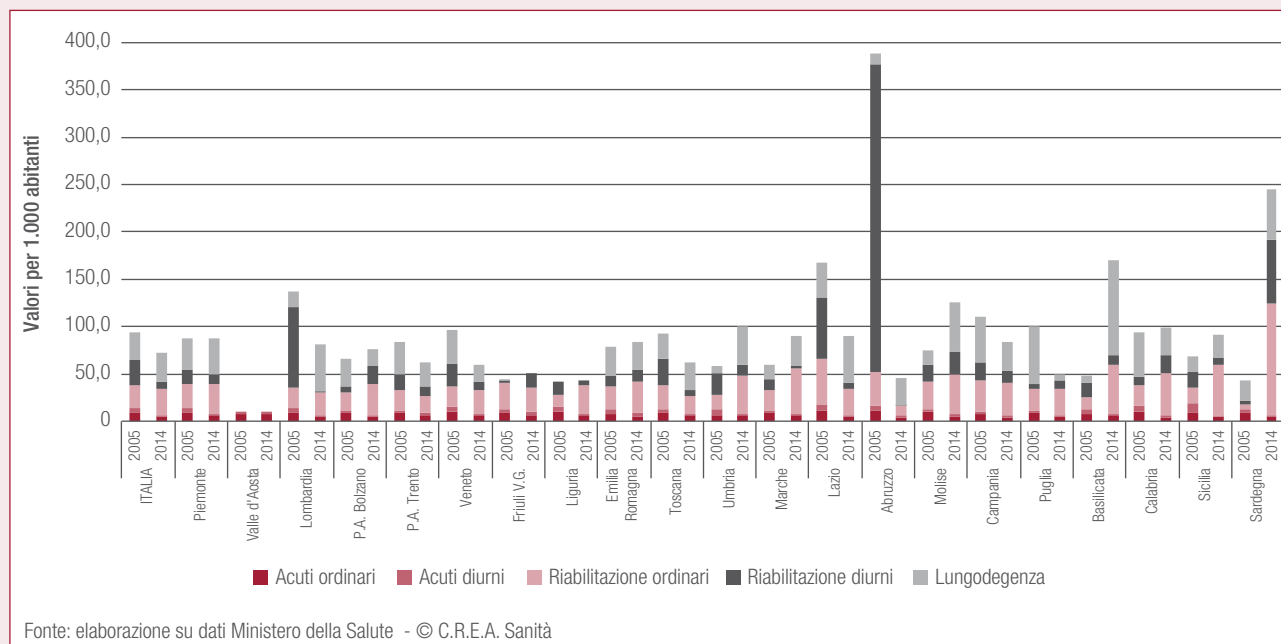
I tassi di ospedalizzazione sono diminuiti drammaticamente nel decennio. Ad esempio, a livello nazionale per gli acuti ordinari si passa da un tasso di 139,9 per 1.000 abitanti registrato nel 2005 ad uno pari a 106,7 nel 2014. Le velocità di adeguamento regionali rimangono diverse, ma complessivamente si assiste ad un riavvicinamento delle performance, sebbene il dato sia condizionato dal fenomeno della mobilità. Le maggiori differenze permangono per i regimi di riabilitazione e lungodegenza.

KI 6.5. Giornate di degenza per Regione e regime. Valori per 1.000 abitanti, anni 2005 e 2014



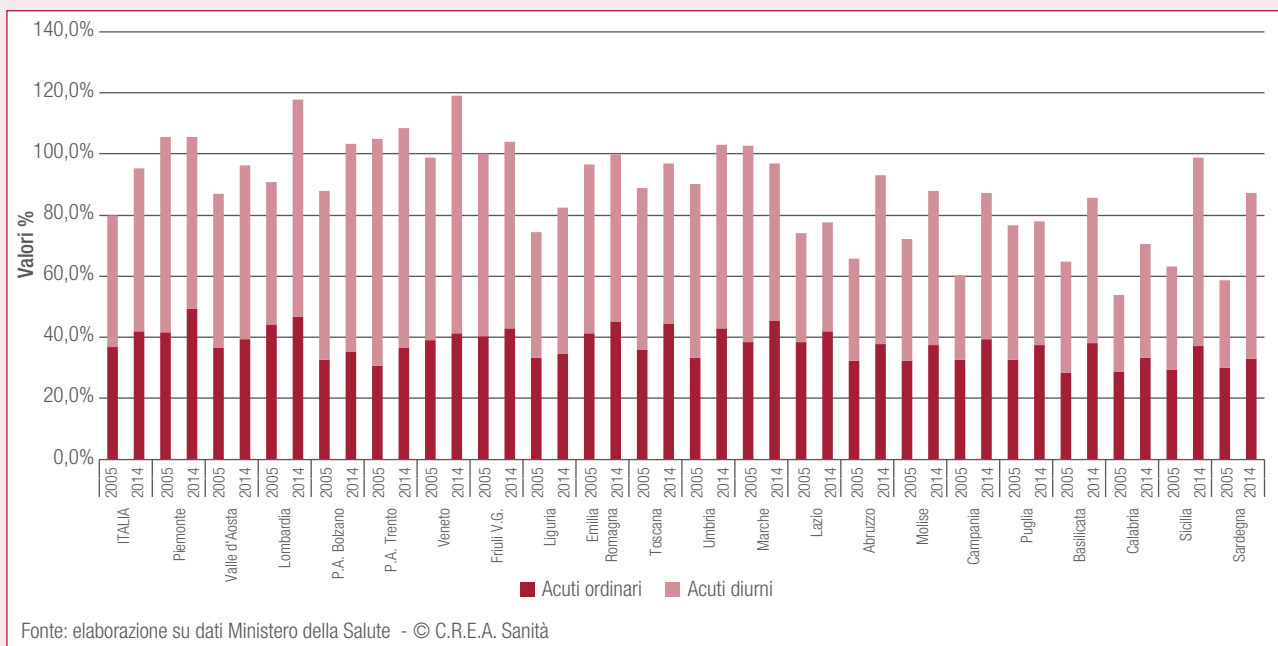
Le giornate di degenza per abitante sono diminuite nel decennio. Le velocità di adeguamento regionali rimangono diverse, ma complessivamente si assiste ad un riavvicinamento delle performance, sebbene il dato sia condizionato dal fenomeno della mobilità. Le maggiori differenze permangono per i regimi di riabilitazione e lungodegenza.

KI 6.6. Degenza media per Regione e regime. Valori per 1.000 abitanti, anni 2005 e 2014



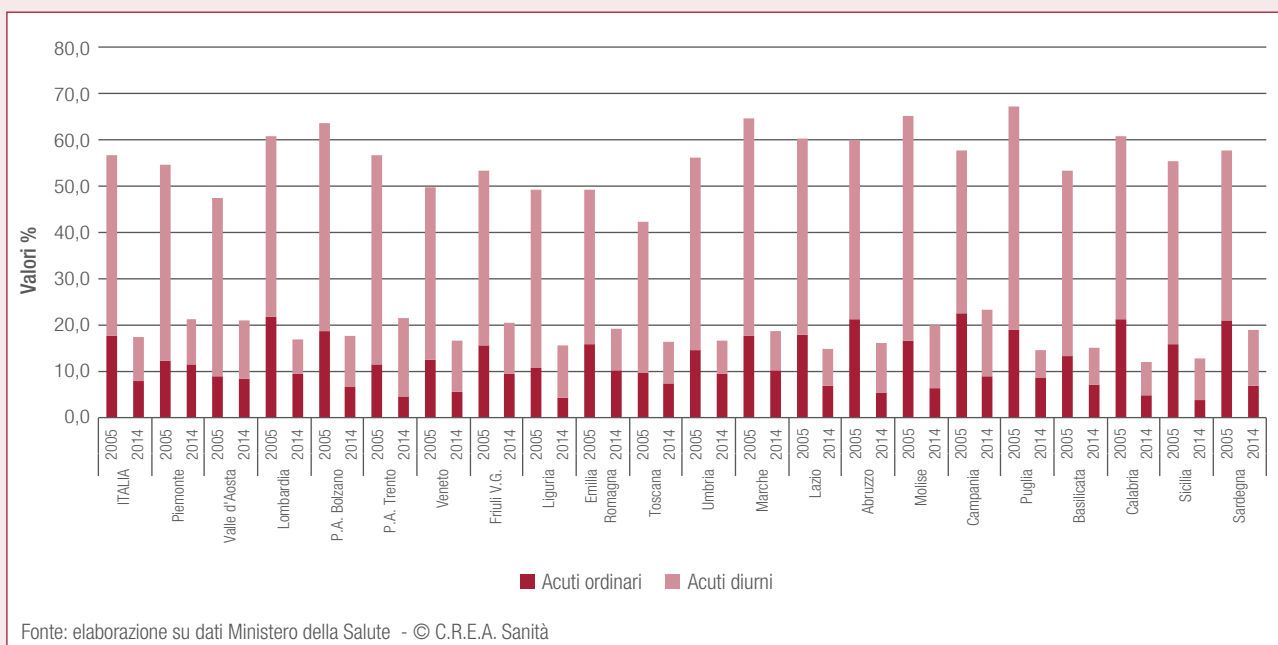
La degenza media è diminuita nel decennio: ad esempio, a livello nazionale, per gli acuti ordinari si passa da un degenza media di 8,8 giorni nel 2005 ad una di 5,2 giorni nel 2014. Le differenze regionali rimangono elevate, ma complessivamente si riducono. La variabilità maggiore si riscontra per i regimi di riabilitazione e lungodegenza.

KI 6.7. Quota ricoveri chirurgici per Regione e regime. Valori %, anni 2005 e 2014



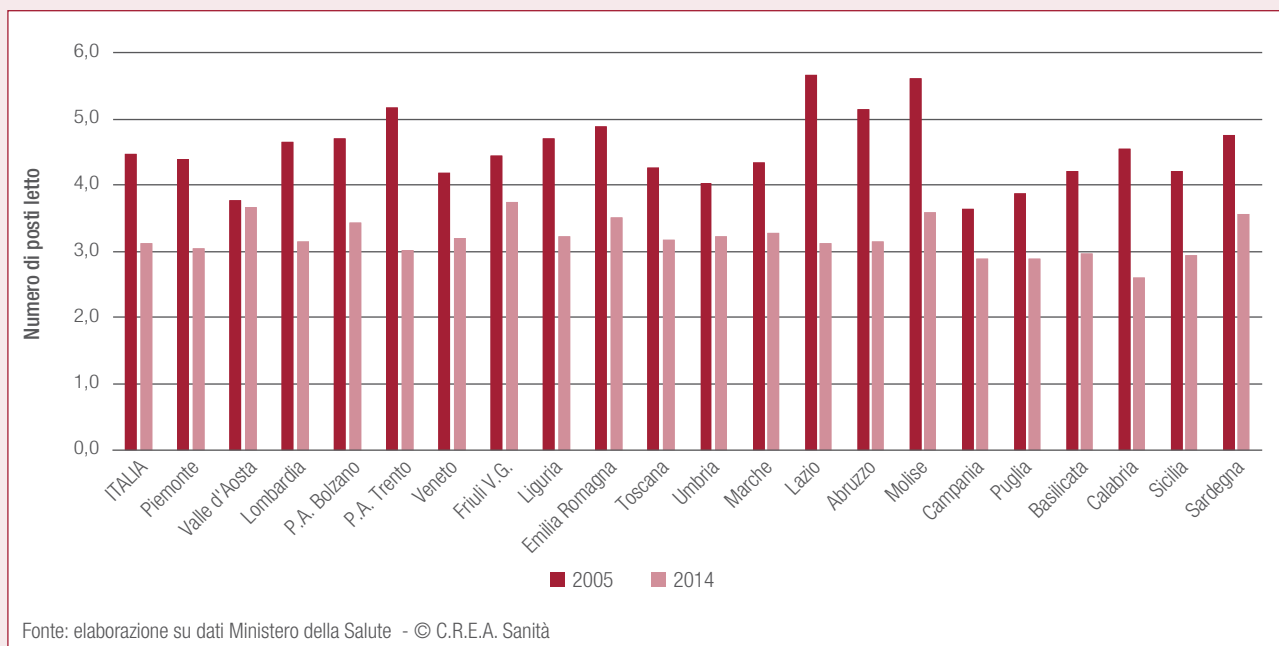
La quota di ricoveri in acuzie di tipo chirurgico è in aumento nel decennio: ad esempio, a livello nazionale, passa da 36,7% e 43,2% nel 2005 (rispettivamente per i ricoveri ordinari e diurni) a 42,0% e 53,4% nel 2014. Le differenze regionali rimangono elevate, e indicano una minore presenza di chirurgia nel meridione: la quota massima di ricoveri chirurgici ordinari si registra in Piemonte con il 49,2% e la minima in Sardegna con il 32,9%

KI 6.8. Quota ricoveri a rischio di inappropriatelyzza per Regione e regime. Valori %, anni 2005 e 2014



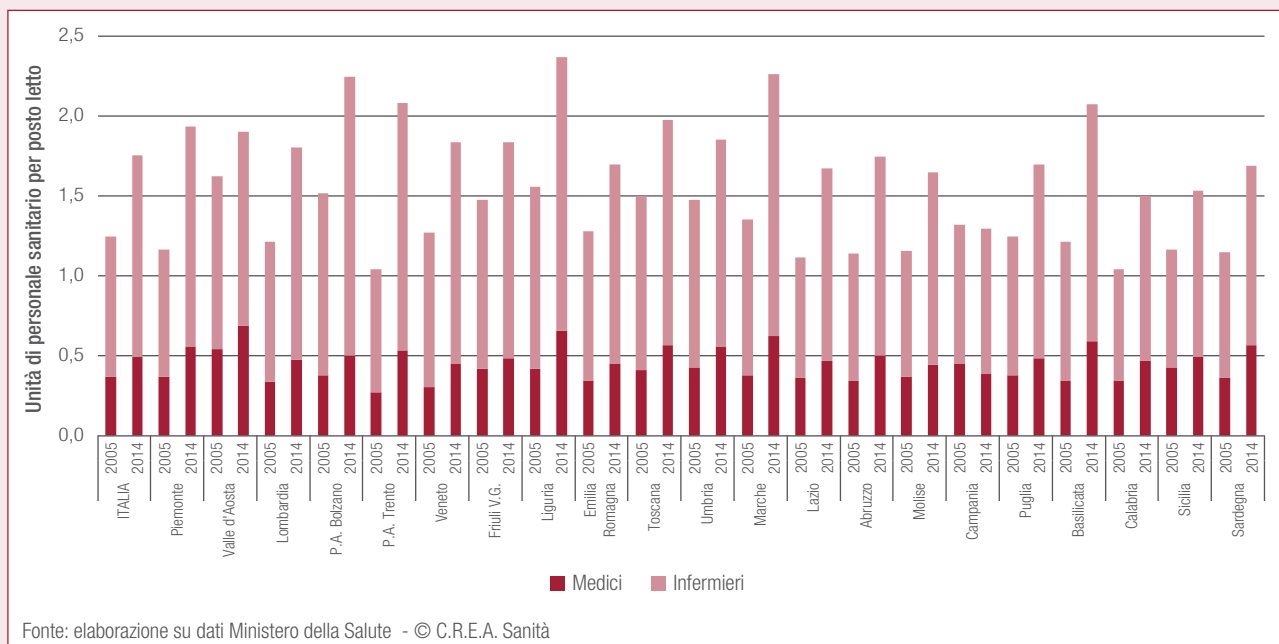
La quota di ricoveri a rischio di inappropriatelyzza si è drasticamente ridotta nel decennio: ad esempio, a livello nazionale, fra il 2005 e il 2014, passa dal 17,6% al 7,9% per i ricoveri ordinari e dal 39,2% al 9,5% per quelli diurni. Anche le differenze regionali si riducono, specialmente migliora il meridione, tranne la Campania. Il dato è parzialmente disomogeneo essendo nel tempo cambiati i criteri per l'individuazione dei rischi di inappropriatelyzza.

KI 6.9. Posti letto (previsti) in acuzie, per Regione. Valori per 1.000 abitanti, anni 2005 e 2014



Il numero di posti letto in acuzie per abitante è diminuito radicalmente nel decennio, da praticamente 4,5 posti per 1.000 abitanti a 3,1, praticamente raggiungendo così nel 2014 il livello previsto dalla programmazione. Le differenze regionali si riducono notevolmente, essendo stati tagliati maggiormente i posti letto nelle Regioni del Centro che maggiormente sfioravano il tetto previsto. I dati per il 2014 sono stimati.

KI 6.10. Medici e infermieri per posto letto, per Regione, anni 2005 e 2014



Il personale sanitario per posto letto è aumentato nel decennio, per effetto della drastica riduzione dei letti. Si consideri inoltre che si assiste ad una diminuzione dei medici (maggiore in proporzione a quella dei letti) e un aumento degli infermieri, così che l'indicatore diminuisce per i primi e aumenta significativamente per i secondi. Le differenze regionali rimangono elevate passando da 1,3 unità di personale sanitario per letto della Campania alle 2,4 della Liguria. I dati per il 2014 sono stimati.

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of red and white. The sun is positioned above the bar chart, and the entire graphic is set against a dark red background.

Capitolo 7

**Assistenza residenziale:
domanda e strategie d'offerta**

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 7

Assistenza residenziale: domanda e strategie d'offerta

Pastorelli G.¹

7.1. Introduzione

Per assistenza residenziale e semi-residenziale si intende “il complesso integrato di interventi, funzioni ed attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non-autosufficienti, non assistibili a domicilio, all’interno di idonei “nuclei” accreditati per la specifica funzione” (fonte: Ministero della Salute).

Ben si capisce, quindi, come (insieme alla domicilia-re) si tratti della risposta sanitaria alla non auto-sufficienza, assumendo un ruolo crescentemente importante in relazione all’invecchiamento della popolazione in corso.

Nello specifico l’assistenza residenziale rappresenta un complesso di interventi di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogati lungo tutto l’arco delle 24 ore, che si caratterizza, di norma, come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non-autosuffi-

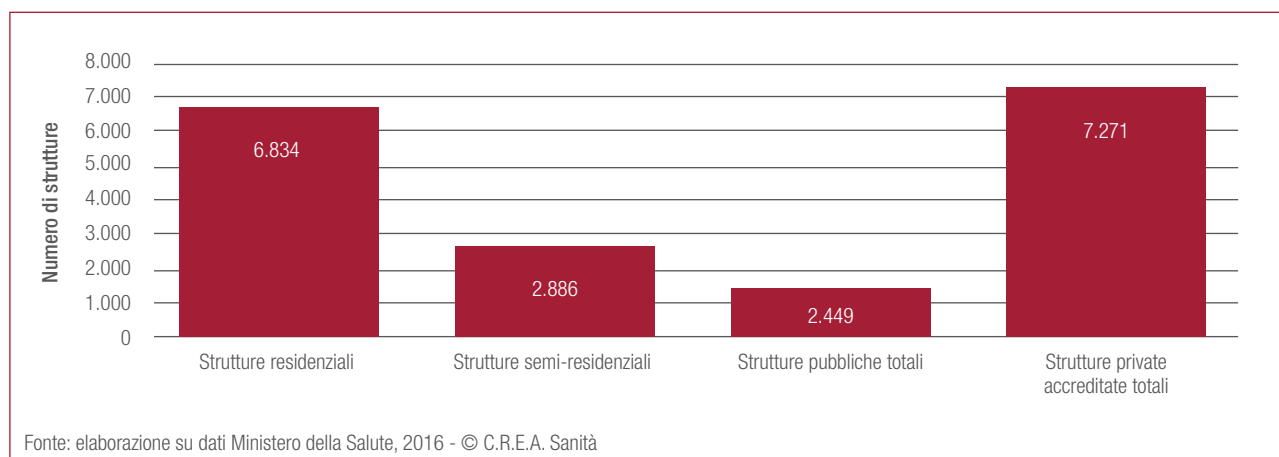
cienti (anziani, disabili, persone con patologie psichiatriche e malati terminali) in condizioni di cronicità e/o di relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

L’assistenza semi-residenziale è, invece, un’attività assistenziale che si svolge in un “Centro Diurno”, una struttura quindi che si propone come intervento alternativo alla completa residenzializzazione, in situazioni in cui non è possibile rimanere in piena autonomia al proprio domicilio.

7.2. Offerta

Nel 2013, le strutture che hanno prestato servizi di assistenza residenziale e semi-residenziale (Figura 7.1) ammontano a 7.271 strutture private accreditate² e 2.449 strutture pubbliche³.

Figura 7.1. Strutture per carattere di residenzialità e per natura giuridica. Valori assoluti, anno 2013

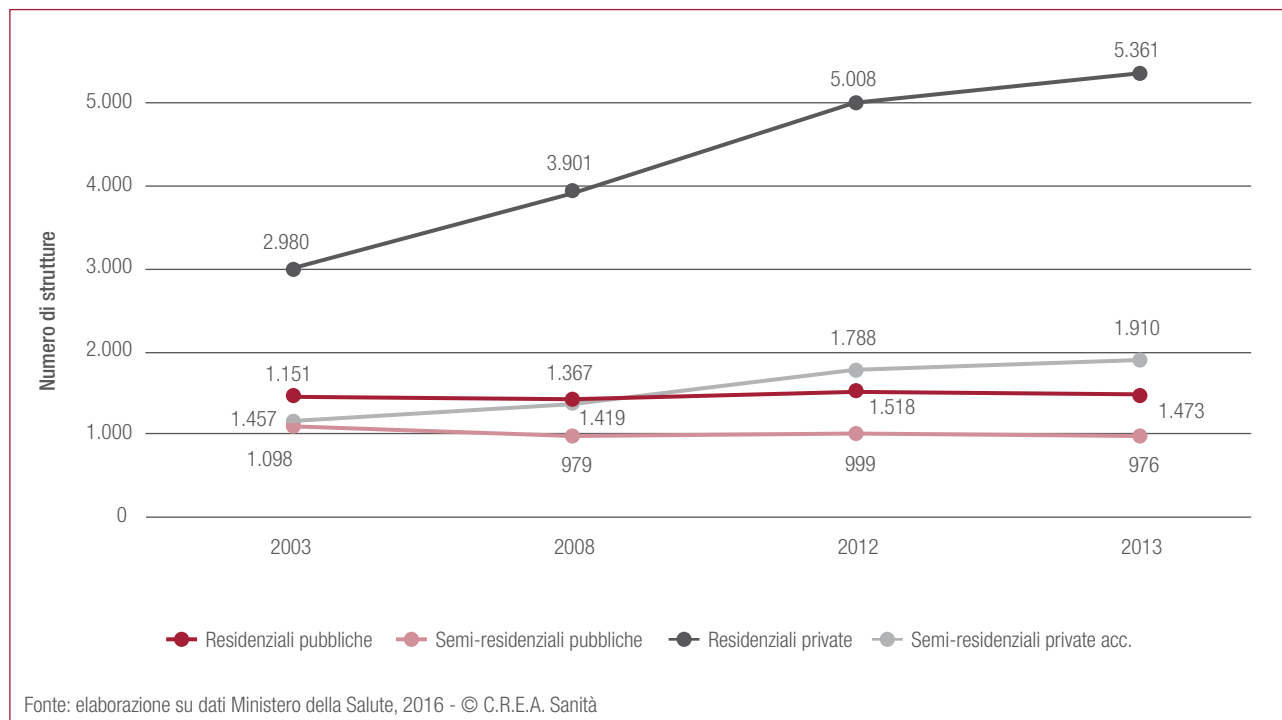


¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

² Nel prosieguo per “private” si intende “private accreditate”; la fonte dei dati è l’Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale del Ministero della Salute

³ Si noti che in alcuni casi il dato complessivo può risultare sovrastimato, data la presenza di strutture che possono erogare sia attività residenziale che semi-residenziale

Figura 7.2. Strutture residenziali e semi-residenziali. Valori assoluti, anni 2003-2013



Relativamente alla tipologia di assistenza prestata, sono state censite 6.834 strutture residenziali e 2.886 strutture che prestano assistenza semi-residenziale.

Nel periodo 2003-2013 (Figura 7.2), si osserva una sostanziale stabilità del numero di strutture pubbliche, mentre le private crescono: le residenziali quasi raddoppiano (+80%) e le semi-residenziali registrano un aumento del +60%.

Rispetto all'anno precedente, nel 2013, registriamo una diminuzione delle strutture pubbliche del -3% circa, e un aumento del +7% di quelle private.

A livello regionale (Figura 7.3) si apprezza come sia stato generale l'incremento delle strutture private: la Valle d'Aosta è quella in cui crescono maggiormente (+433%, da 3 a 13). Seguono la Pr. Aut. di Bolzano (+359% da 17 a 78) e Puglia (+295% da 83 a 328).

Per quanto relativo alle strutture pubbliche, con eccezione della Pr. Aut. di Trento, dove crescono in modo rilevante e più delle private, la tendenza è quella a evidenziare una diminuzione: maggiore in Basilicata e Lombardia (-27%) seguite da Sardegna (-26%) e Toscana (-19%).

A livello nazionale (Figura 7.4), osserviamo come la dimensione media delle strutture si situi intorno ai 34

posti letto per le strutture residenziali e 18 per quelle semi-residenziali. Si osserva per le seconde un aumento dimensionale fino al 2008.

A livello regionale (Figura 7.5) la Regione che presenta la dimensione media maggiore è la Pr. Aut. di Trento con 54 posti letto per struttura, seguita da Lombardia con 49 e dalla Pr. Aut. di Bolzano con 48. La dimensione media minore è invece quella delle strutture della Valle d'Aosta e Molise, entrambe con 11 posti letto, seguite da Basilicata e Campania rispettivamente con 14 e 18.

Nel corso del decennio il maggior aumento dimensionale delle strutture è intervenuto in Liguria (+62% da 16 a 26) seguita da Sardegna (+56% da 14 a 21) e Toscana (+46% da 18 a 26). In controtendenza invece la Pr. Aut. di Bolzano (-40% da 80 a 48), la Valle d'Aosta (-36% da 17 a 11) e la Pr. Aut. di Trento (-31% da 78 a 54).

Negli ultimi 5 anni, invece, alcune Regioni registrano un aumento ed altre che registrano una diminuzione.

Troviamo un aumento in Calabria (+49% da 20 a 29), Campania (+37% da 13 a 18) e Liguria (+15% da 23 a 26), e un decremento in Valle d'Aosta (-38% da 17 a 11), Pr. Aut. di Bolzano (-34% da 73 a 48) e Umbria (-22% da 24 a 19).

Figura 7.3. Strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate. Variazioni %, anni 2003-2013

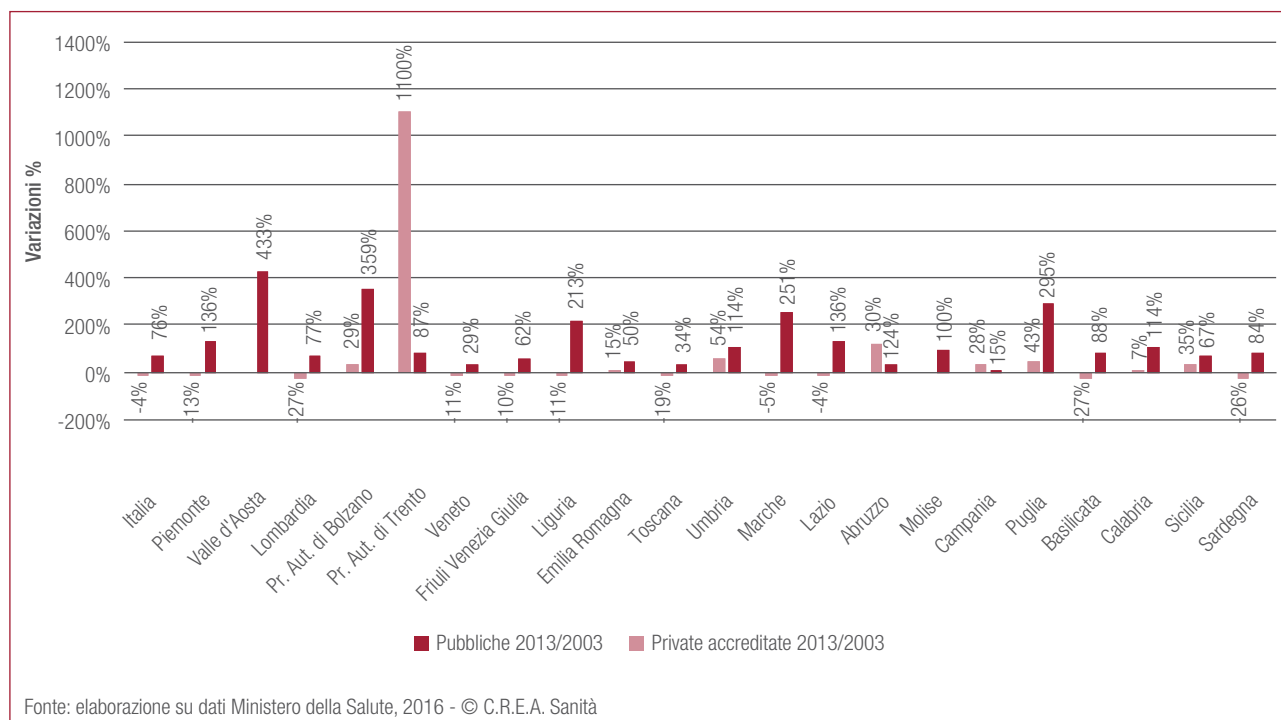
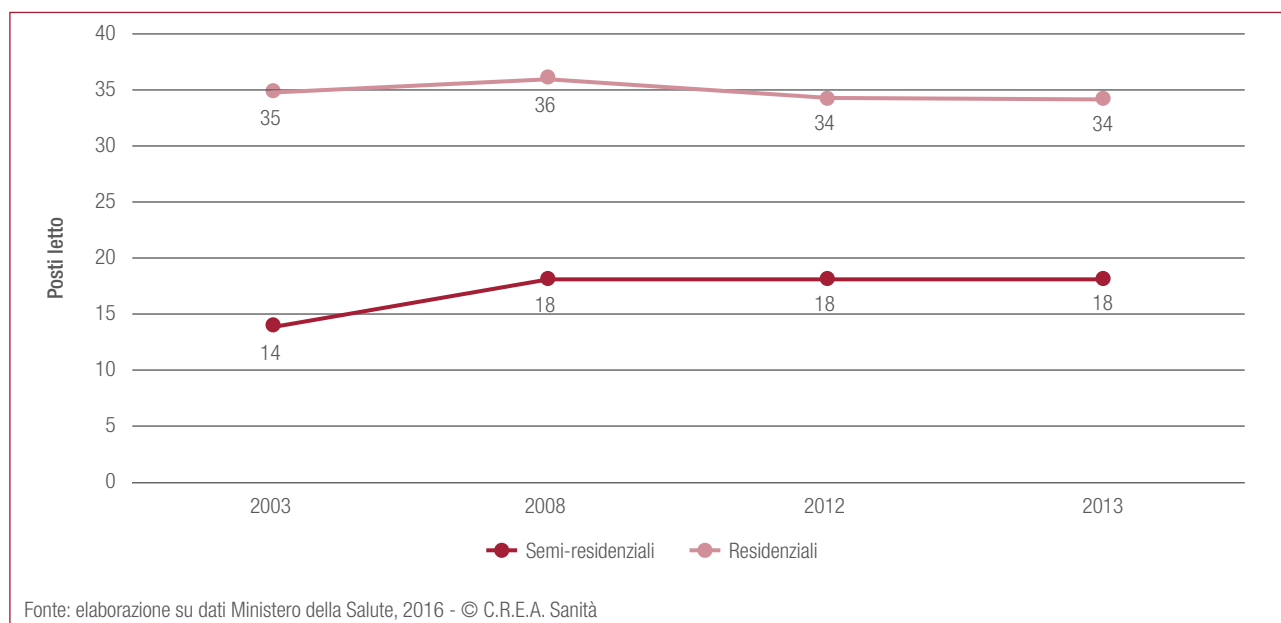


Figura 7.4. Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Valori assoluti, anni 2003-2013



Nel complesso, nel decennio si osserva una progressiva convergenza su una dimensione comune delle strutture.

Per le strutture semi-residenziali (Figura 7.6), la dimensione media nazionale nel 2013 è di 18 posti letto, e risulta in incremento rispetto al 2003 in tutte le Regioni,

a meno di Calabria, Valle d'Aosta e Pr. Aut. di Bolzano.

Nel corso dell'ultimo quinquennio notiamo, però, che alcune Regioni vedono diminuire la dimensione delle strutture semi-residenziali (Valle d'Aosta, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Pr. Aut. di Trento, Marche, Basilicata, Sardegna e Lazio).

Figura 7.5. Posti letto per struttura residenziale. Valori assoluti, anni 2003, 2008 e 2013

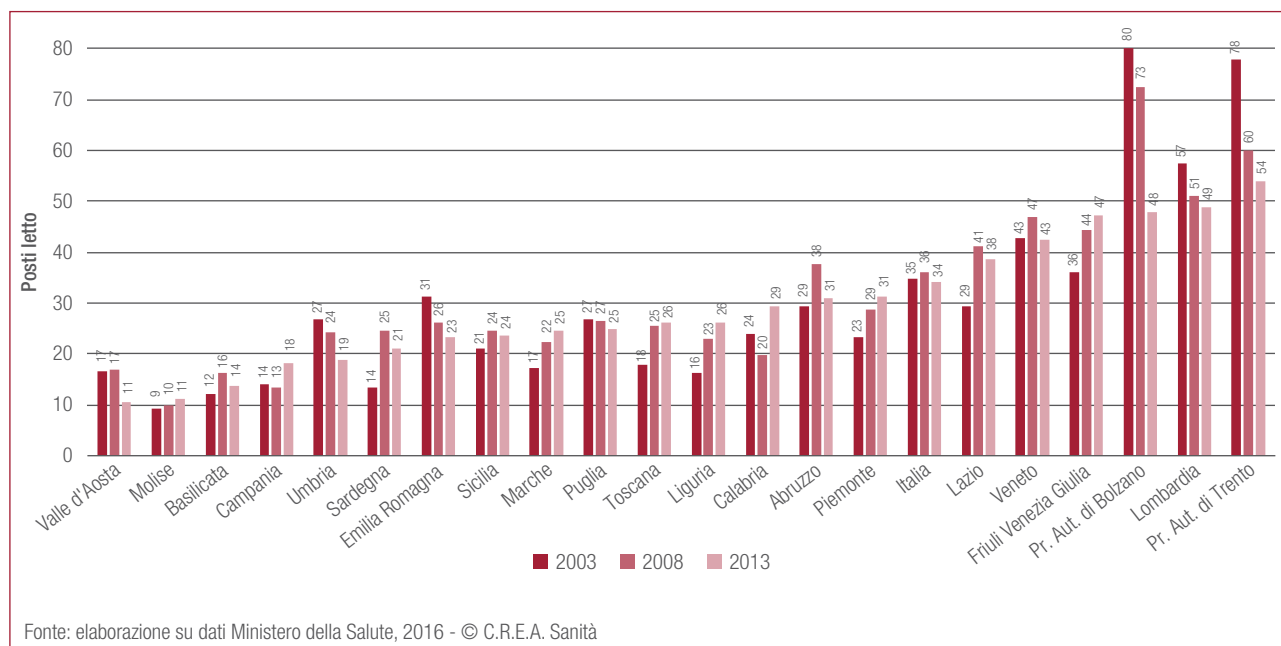
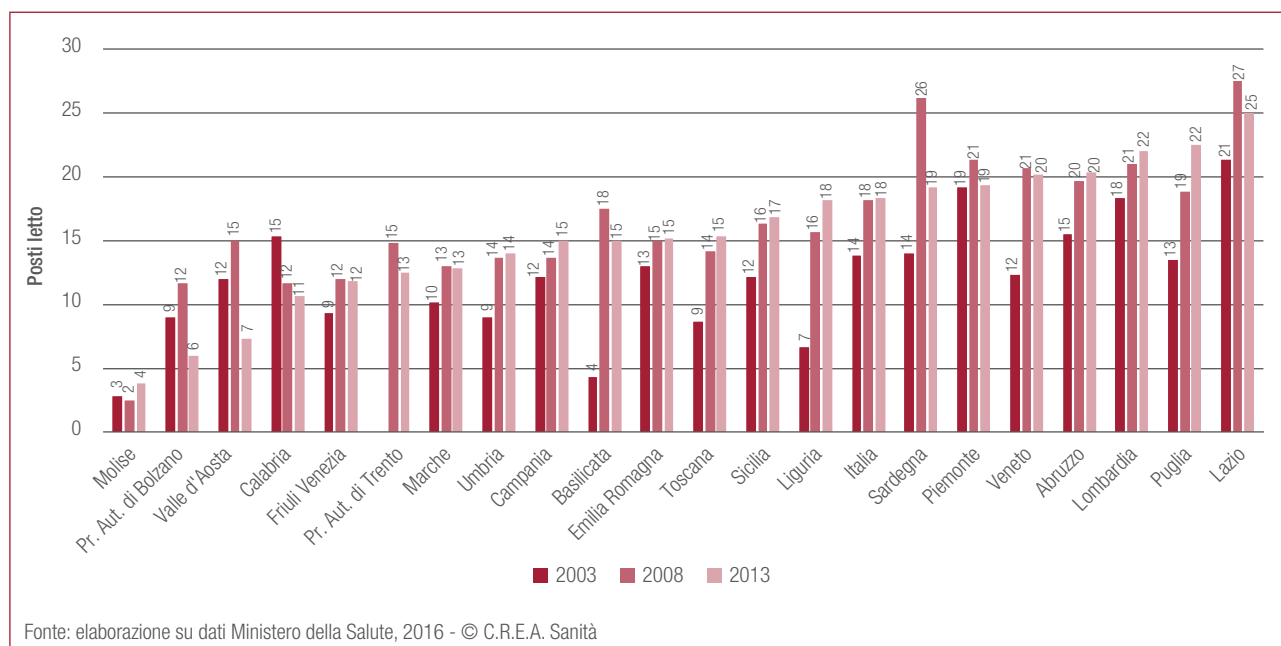


Figura 7.6. Posti letto per struttura semi-residenziale. Valori assoluti, anni 2003, 2008 e 2013



Il valore più alto si registra nel Lazio con 25 posti letto per struttura semi-residenziale, seguito da Puglia e Lombardia con 22 ed Abruzzo e Veneto con 20; quello più basso invece è registrato nel Molise con 4 posti letto per struttura seguito dalla Pr. Aut di Bolzano e Calabria rispettivamente con 6 e 7 posti letto.

Nel 2013 i posti letto disponibili nelle strutture resi-

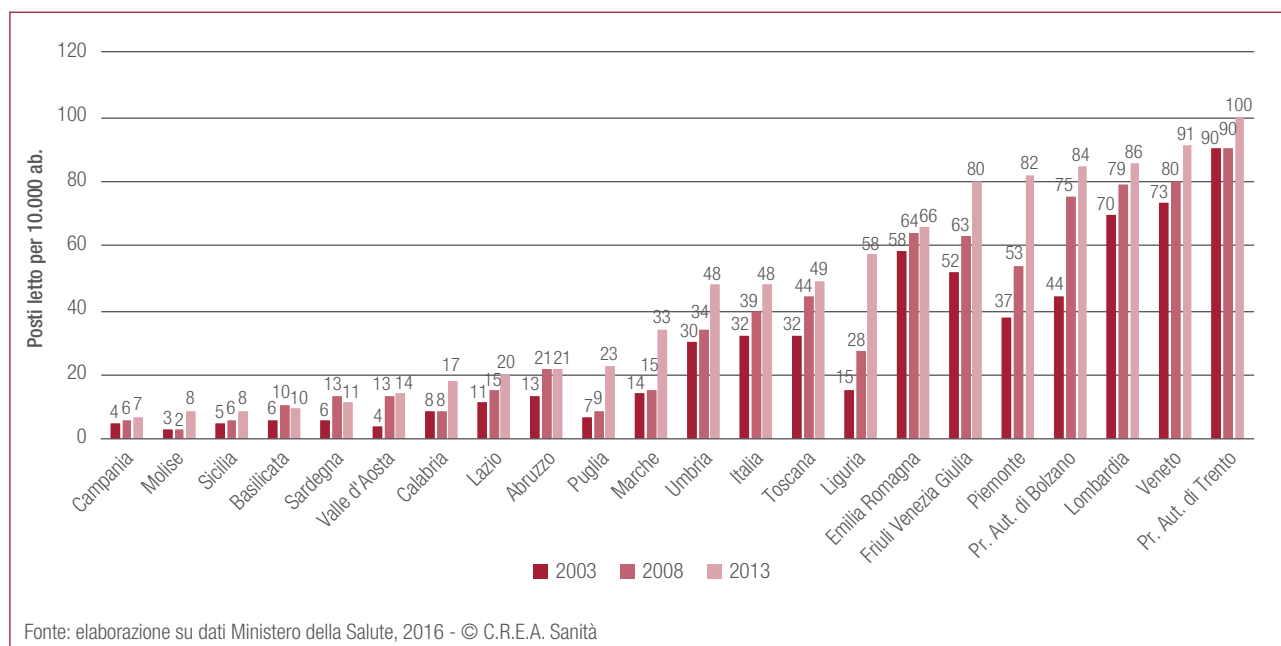
denziali e semi-residenziali sono stati rispettivamente 234.008 e 52.764.

I posti letto per abitante nelle strutture residenziali e semi-residenziali risultano quindi essere in media 48 per 10.000, in aumento del +48% rispetto al 2003 (erano 32) e del +22% rispetto al 2008 (39); la crescita è dovuta principalmente all'incremento registrato nelle strutture

Figura 7.7. Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Per 10.000 abitanti, anni 2003-2013



Figura 7.8. Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Valori per 10.000 abitanti, anni 2003, 2008 e 2013

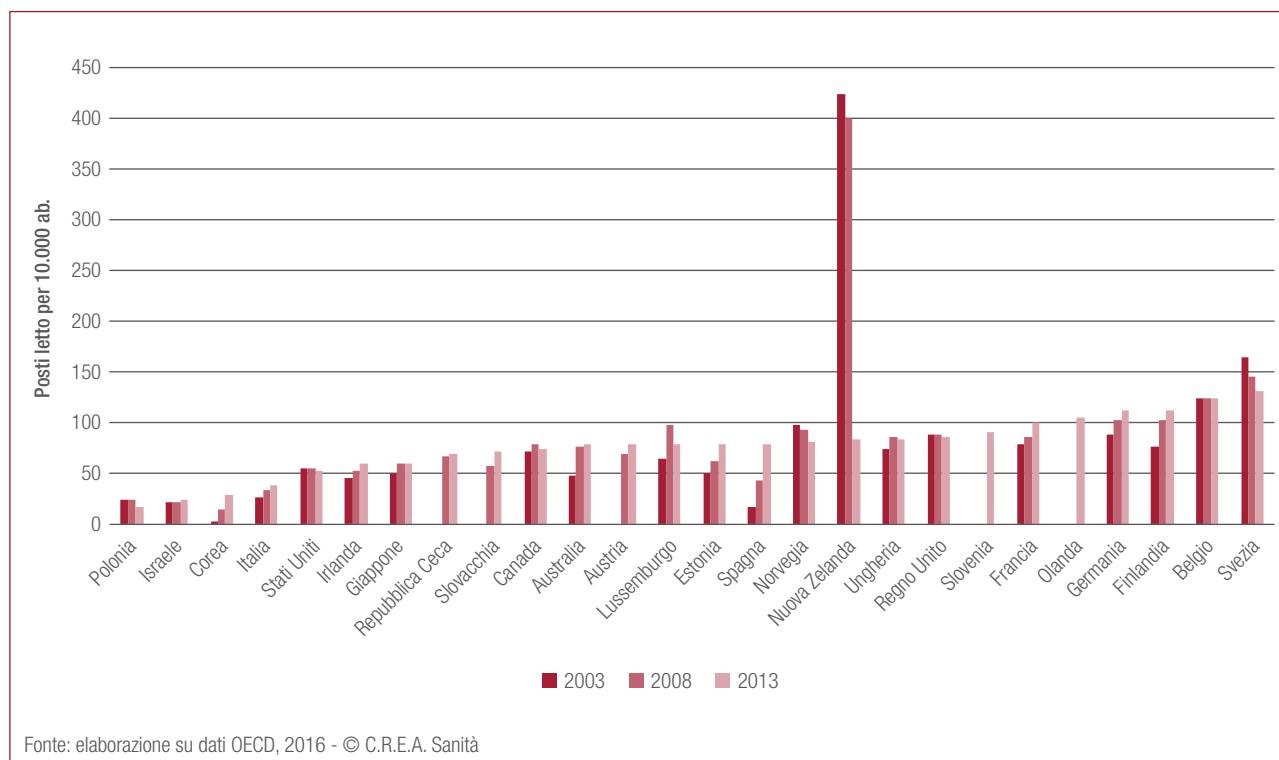


residenziali, in cui si è passati da 27 posti letto ogni 10.000 abitanti a 39 (Figura 7.7).

A livello regionale (Figura 7.8), il numero maggiore di posti letto per abitante si rileva nella Pr. Aut. di Trento (100 posti letto per 10.000 abitanti), seguita da Veneto e Lombardia, rispettivamente con 91 ed 86 posti letto ogni 10.000 abitanti. Il numero minore è invece detenuto

da Campania, con 7, seguita da Sicilia e Molise (8 posti letto ogni 10.000 abitanti). Rispetto al 2003, sebbene le variazioni maggiori siano state rilevate nelle Regioni con livelli di offerta minori, e quindi si osserva una tendenza alla convergenza verso un valore medio comune, il riavvicinamento delle Regioni del Centro-Sud progredisce con molta lentezza, anche perché le Regioni del

Figura 7.9. Posti letto nelle strutture residenziali nei Paesi OECD. Valori per 10.000 abitanti, anni 2003, 2008 e 2013



Centro-Nord, sebbene a ritmi più contenuti, continuano a loro volta ad aumentare i posti letto.

Da notare che rispetto all'ultimo quinquennio, la Liguria ha raddoppiato i propri posti letto ogni 10.000 abitanti (+ 108% da 28 a 58).

Nonostante la scarsa confrontabilità dei dati disponibili, al fine di una interpretazione della situazione dell'offerta in Italia, si provvede ad un confronto con i dati disponibili a livello internazionale (Figura 7.9).

Nel 2013, il tasso di posti letto per 10.000 abitanti, secondo le statistiche OECD⁴, è massimo in Svezia (132) seguita da Belgio (123), Finlandia (113), Germania (112) e Olanda (106). Gli altri Paesi rilevano un tasso inferiore a 100, sino alla Polonia con 18 posti letto.

In questo confronto l'Italia si ferma a 39 posti letto per 10.000 abitanti, posizionandosi fra i Paesi con minore offerta. Da notare come il dato risulti coerente con quello pubblicato dal Ministero della Salute, relativamente alle sole strutture residenziali.

Tornando al contesto nazionale, dal punto di vista

della tipologia di servizio le strutture possono essere classificate in funzione del tipo di assistenza erogata in:

- assistenza psichiatrica
- assistenza ai disabili fisici
- assistenza ai disabili psichici
- assistenza agli anziani
- assistenza ai pazienti terminali.

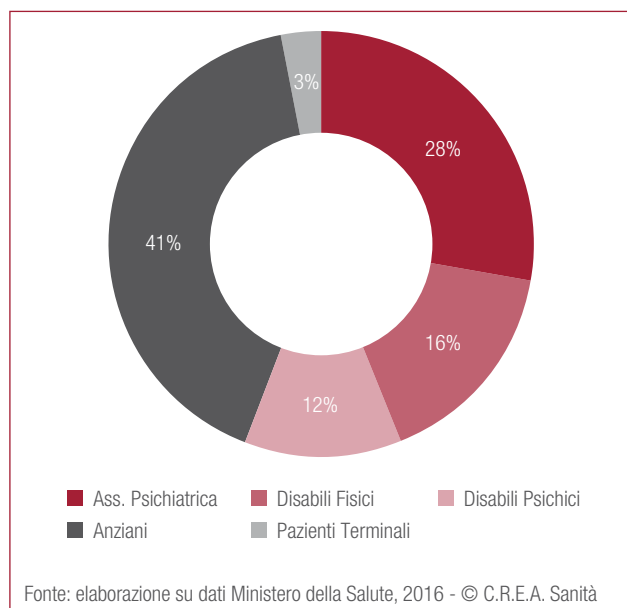
Nel 2013 le strutture risultano essere così ripartite: 2.827 strutture erogano assistenza psichiatrica, di cui il 70% in regime residenziale; 1.605 erogano assistenza ai disabili fisici; 1.174 strutture assistono i disabili psichici; 255 strutture assistono pazienti terminali (9 in regime semi-residenziale); ed infine 4.073 strutture che prendono in carico utenti anziani, delle quali il 79% in regime residenziale (Figura 7.10).

Alcune strutture erogano più di una tipologia di assistenza, motivo per cui la somma per tipologia risulta maggiore del numero fisico di strutture.

L'80% dei posti letto è destinato, quindi, all'assistenza residenziale per gli anziani (Figura 7.11); per

⁴ Beds in residential long-term care facilities

Figura 7.10. Strutture residenziali e semi-residenziali per tipologia di assistenza erogata. Valori % e assoluti, anno 2013



quanto attiene alle strutture che forniscono assistenza semi-residenziale, notiamo come siano ripartite abbastanza uniformemente tra le diverse tipologie di assistenza, eccezion fatta ovviamente per i malati terminali, trattati nella quasi totalità dei casi in assistenza residenziale.

Osserviamo come la dimensione media delle strutture per anziani si attesti a 58 posti letto, mentre per le altre funzioni ci si ferma intorno a 13 (Figura 7.12).

A livello regionale tra il 2008 ed il 2013 (tabella 7.1), notiamo come la dimensione delle strutture preposte all'assistenza agli anziani sia maggiormente cresciuta in Friuli Venezia Giulia (+18%) passando da 74 ad 87 posti letto per struttura ed e in Liguria (+17%), e ridimensionata in maggior misura in Basilicata (-38%) e Sardegna (-16%).

Per l'assistenza psichiatrica, la dimensione è cresciuta in particolare in Emilia Romagna (+56%) passando da 7 a 10 posti letto per struttura, mentre risulta maggiormente ridotta in Abruzzo (-35%). Per quanto è relativo, invece, alla dimensione media delle strutture dedicate all'assistenza ai pazienti terminali, essa è aumentata di più in Basilicata (+56%) e si è ridimensionata in misura maggiore nel Lazio (-17%). Per la categoria disabili psicici notiamo come la dimensione media delle strutture sia raddoppiata nella Regione Basilicata e invece dimezzata nel Friuli Venezia Giulia. Infine, per le strutture dedicate ai disabili fisici, le variazioni dimensionali massime, in positivo, si osservano in Calabria, mentre in negativo in Puglia.

Per le strutture semi-residenziali notiamo che non vi è stata nel corso del decennio una variazione dimensionale importante, a meno dell'introduzione nel 2007 di strutture classificate come preposte all'assistenza dei malati terminali (Figura 7.13).

Nell'ultimo quinquennio, osserviamo (tabella 7.2) che la dimensione delle strutture preposte all'assisten-

Figura 7.11. Posti letto per carattere di residenzialità e tipologia di assistenza erogata. Valori % e assoluti, anno 2013

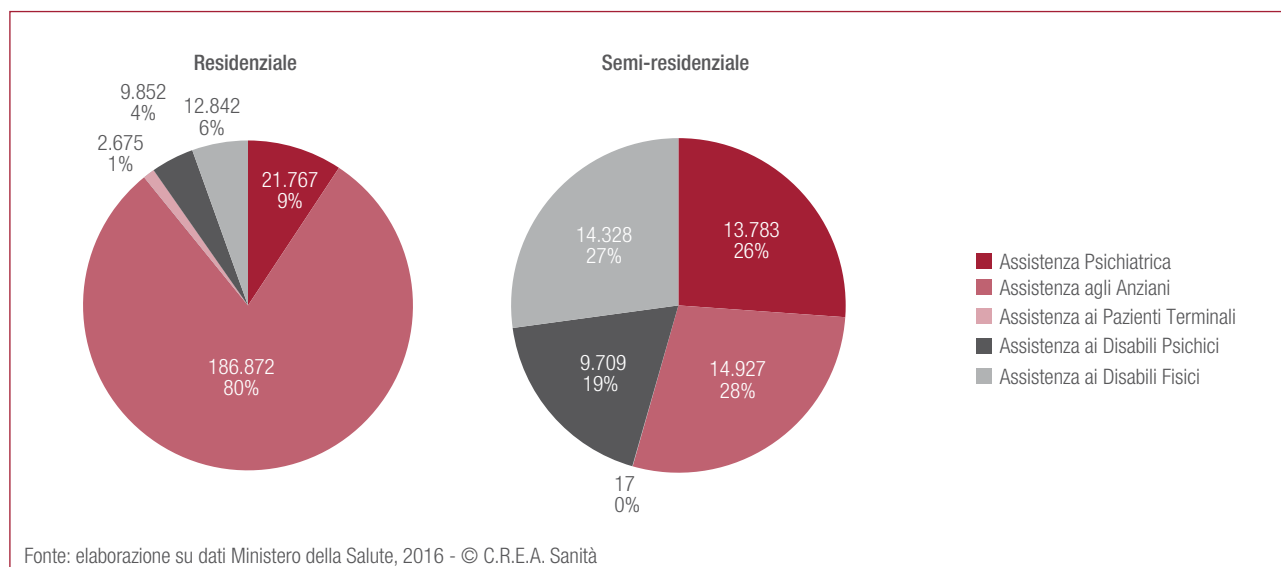


Figura 7.12. Posti letto per struttura residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, anni 2003-2013

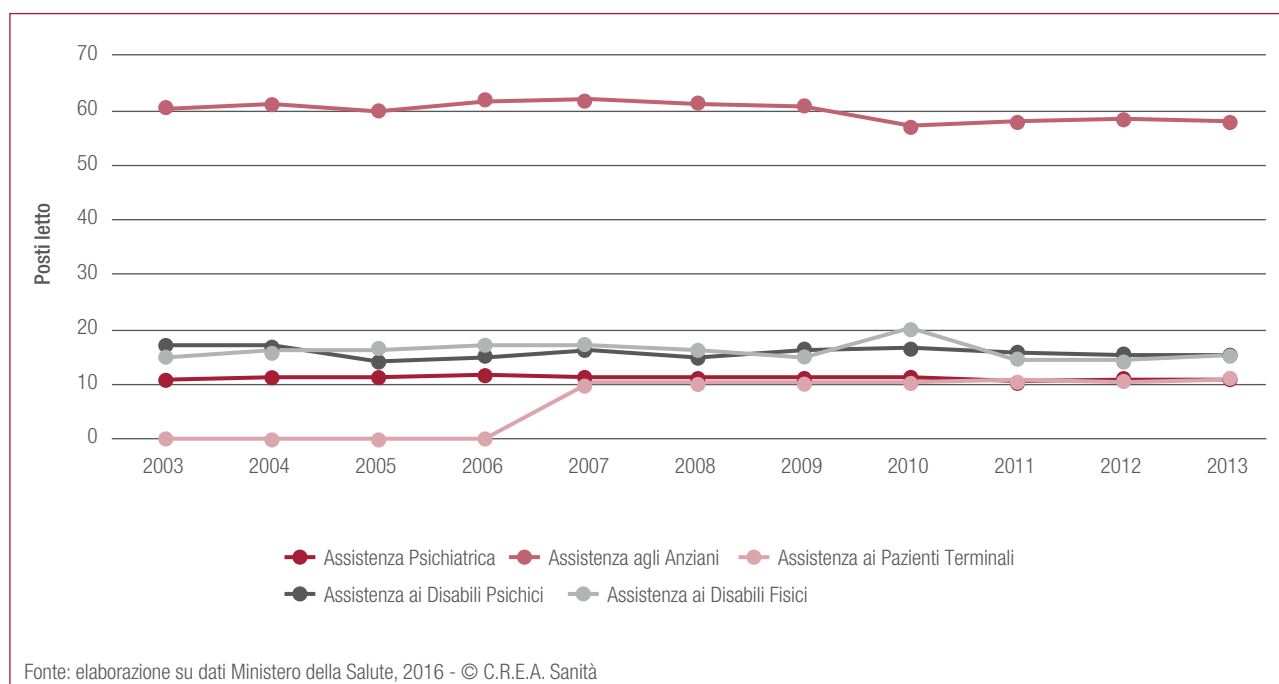


Tabella 7.1. Posti letto per struttura residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, anni 2008-2013

Regioni	Assistenza Psichiatrica		Assistenza agli Anziani		Assistenza ai Pazienti Terminali		Assistenza ai Disabili Psichici		Assistenza ai Disabili Fisici	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013
Italia	11	11	61	58	10	11	15	15	16	15
Piemonte	8	8	42	49	10	12	12	10	11	10
Valle d'Aosta	17	12	5	5	6	7	16	14	15	18
Lombardia	13	13	88	90	11	12	31	36	22	21
Pr. Aut. di Bolzano	17	15	86	54	-	11	23	16	120	37
Pr. Aut. di Trento	11	10	77	78	6	8	9	7	-	63
Veneto	10	9	80	79	8	9	22	21	15	10
Friuli Venezia Giulia	7	7	74	87	7	9	3	0	22	31
Liguria	14	12	29	34	9	11	14	8	12	22
Emilia Romagna	7	10	49	42	12	13	4	7	10	11
Toscana	7	7	38	40	4	6	10	12	8	7
Umbria	10	8	44	37	10	9	22	9	8	9
Marche	13	13	38	31	8	8	18	13	11	17
Lazio	18	16	66	68	17	15	24	28	22	18
Abruzzo	22	15	49	44	-	12	24	34	7	11
Molise	10	10	-	18	-	16	-	-	-	-
Campania	9	11	31	32	7	9	14	25	34	31
Puglia	16	11	52	43	8	15	21	14	613	54
Basilicata	12	11	38	24	4	9	3	10	5	8
Calabria	18	19	31	35	7	10	20	29	3	19
Sicilia	27	24	28	28	-	9	9	13	15	16
Sardegna	11	10	27	23	13	12	19	16	20	19

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.13. Posti letto per struttura semi-residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, anni 2003-2013

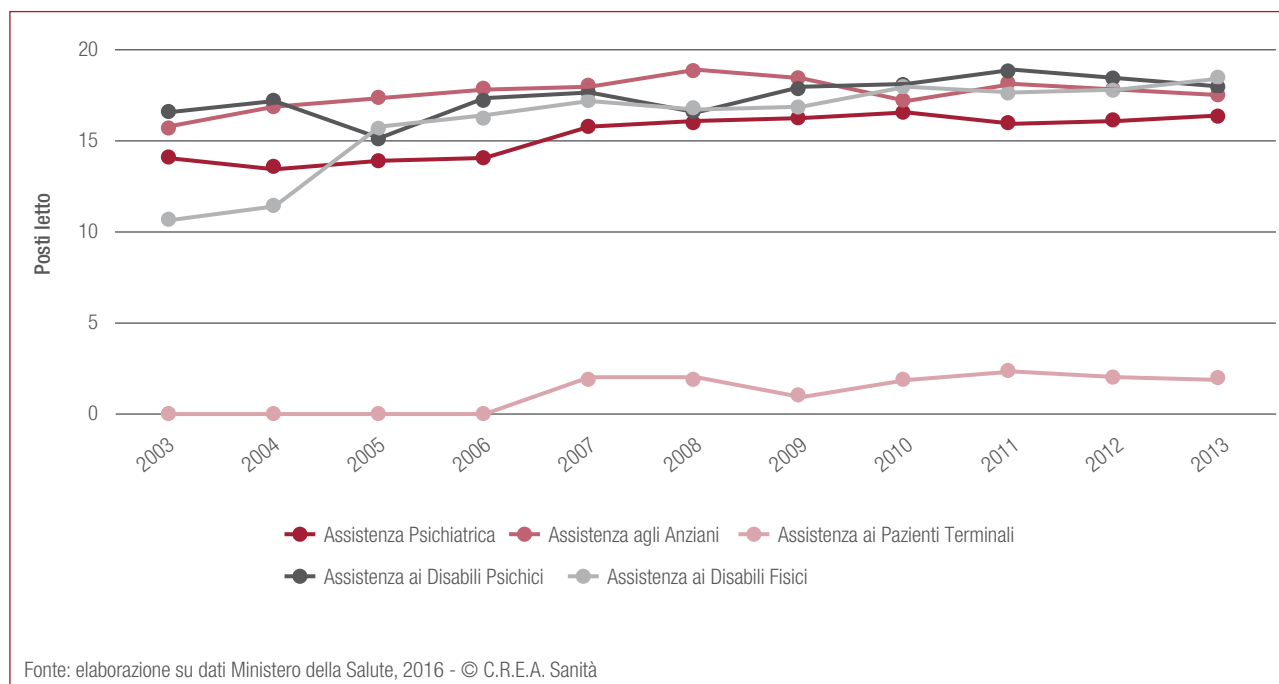
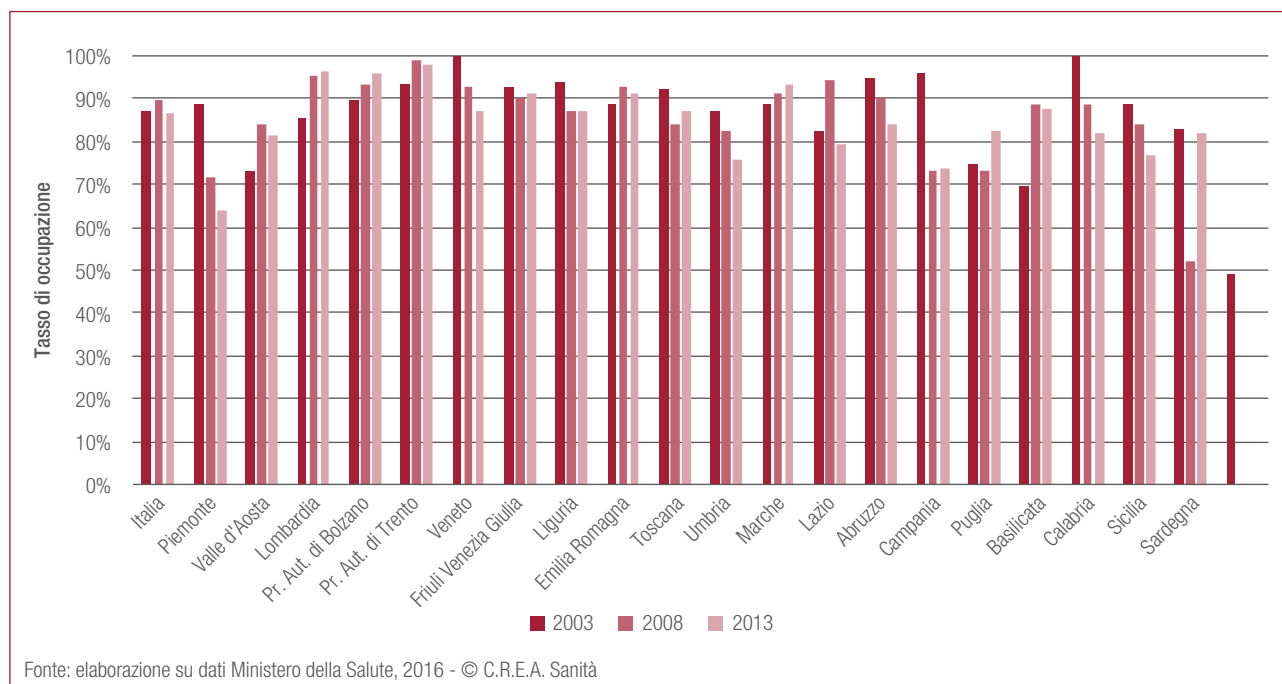


Tabella 7.2. Posti letto per struttura semi-residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, anni 2008 e 2013

Regioni	Assistenza Psichiatrica		Assistenza agli Anziani		Assistenza ai Pazienti Terminali		Assistenza ai Disabili Psicici		Assistenza ai Disabili Fisici	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013
Italia	16	16	19	17	2	2	17	18	17	19
Piemonte	25	24	16	16	4	6	19	16	17	13
Valle d'Aosta	20	11	-	-	-	-	10	-	-	-
Lombardia	15	17	22	23	-	-	19	21	25	26
Pr. Aut. di Bolzano	12	7	-	-	-	1	-	-	-	-
Pr. Aut. di Trento	15	13	-	14	-	-	-	8	-	0
Veneto	14	15	20	18	-	-	21	19	10	15
Friuli Venezia Giulia	13	11	20	13	-	-	5	15	19	5
Liguria	17	17	14	22	-	-	16	13	15	-
Emilia Romagna	13	15	18	14	-	-	-	-	14	17
Toscana	16	18	14	12	2	1	10	21	10	11
Umbria	11	12	9	14	-	-	10	10	12	10
Marche	13	13	17	18	-	-	18	15	8	8
Lazio	26	26	50	10	-	0	4	9	-	12
Abruzzo	20	20	-	-	-	-	-	-	-	-
Molise	3	4	-	-	-	-	0	-	0	-
Campania	14	12	13	17	-	-	8	29	22	16
Puglia	19	19	-	24	-	-	16	24	0	19
Basilicata	18	15	-	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	8	11	-	-	1	-	73	20	0	20
Sicilia	18	18	-	18	-	-	2	9	11	-
Sardegna	18	17	31	15	-	-	10	17	17	5

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.14. Tasso di occupazione delle strutture residenziali. Valori %, anni 2003, 2008 e 2013



za psichiatrica è aumentata di più in Calabria (+44%) e si è ridotta maggiormente nella Valle d'Aosta (-45%).

Relativamente alle strutture che erogano assistenza semi-residenziale agli anziani notiamo una maggiore crescita in Liguria (+59%), in cui si passa da 14 a 22 posti letto per abitante, ed una maggiore contrazione nella Regione Lazio (-80%).

La dimensione delle strutture destinate all'assistenza ai malati terminali è aumentata di più in Piemonte (+50%) e si è maggiormente ridotta Emilia Romagna (-11%). Per quanto attiene alle strutture preposte all'assistenza dei disabili psichici, in Sicilia si passa da 2 a 9 posti letto per struttura, mentre la dimensione media delle strutture in Calabria si riduce del -72%.

Infine per l'assistenza ai disabili fisici cresce maggiormente la dimensione nella Regione Veneto (+58%), mentre in negativo decresce in Friuli Venezia Giulia (-76%).

Si noti, ancora, che il tasso di occupazione dei posti letto si attesta intorno al 90% (Figura 7.14), ma in diminuzione nel decennio: in misura maggiore in, Lazio, Umbria e Piemonte con una flessione di rispettivamente 16, 14 e 13 punti percentuali: in controtendenza Abruzzo e Sardegna che aumentano di 81 e 69 punti percentuali il loro tasso di occupazione delle strutture.

7.3. Utilizzo

Secondo le rilevazioni gestite dal Ministero della Salute, nel 2013 gli utenti beneficiari di assistenza residenziale e semi-residenziale sono stati 453.726 di cui 339.939 (75%) nel Nord, 65.541 (14%) nelle regioni del Centro (ed i restanti 48.246 (11%) nel Sud e Isole.

Calcolando il tasso sulla popolazione, esso risulta pari a 12 utenti ogni 1.000 abitanti nel Nord, 6 nel Centro e 2 nel Sud e Isole.

La maggioranza degli utenti (267.084 ovvero il 64%) appartiene alla categoria degli anziani, di cui il 92% in assistenza residenziale.

Si osserva che mentre i percettori di assistenza psichiatrica ed i disabili psichici sono equamente ripartiti tra strutture residenziali e semi-residenziali, i malati terminali sono al 99% fruitori di assistenza residenziale. Infine il 64% disabili fisici è ospite di strutture residenziali (Figura 7.15).

A livello regionale rimangono prevalenti, in generale, gli utenti anziani, a meno di alcune specificità: in Campania e Molise vi è una prevalenza di utenti in assistenza psichiatrica, in Valle d'Aosta primeggia la quota di utenti disabili fisici, in Sardegna gli utenti sono ripartiti quasi equamente tra tutte le tipologie di assistenza (Tabella 7.3).

Figura 7.15. Utenti nelle strutture residenziali e semi-residenziali. Valori % e assoluti, anno 2013

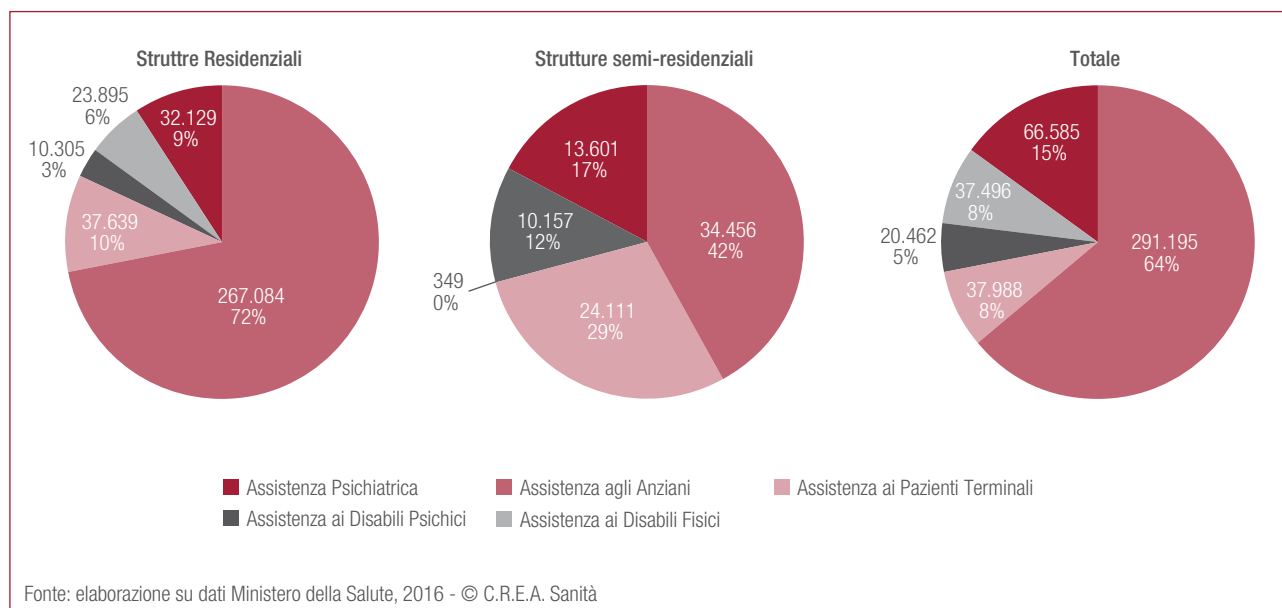


Tabella 7.3. Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate - per tipologia di assistenza. Valori %, anno 2013

Regioni	Assistenza Psichiatrica	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza ai Disabili Fisici
Italia	15%	64%	8%	5%	8%
Piemonte	13%	70%	6%	7%	4%
Valle d'Aosta	21%	7%	16%	6%	50%
Lombardia	10%	72%	9%	1%	9%
Pr. Aut. di Bolzano	8%	81%	6%	4%	1%
Pr. Aut. di Trento	8%	81%	4%	4%	3%
Veneto	10%	68%	4%	13%	4%
Friuli Venezia Giulia	15%	47%	4%	0%	34%
Liguria	12%	76%	7%	1%	3%
Emilia Romagna	14%	63%	9%	0%	13%
Toscana	13%	67%	8%	6%	5%
Umbria	17%	60%	7%	8%	9%
Marche	11%	77%	7%	3%	2%
Lazio	37%	38%	21%	2%	2%
Abruzzo	20%	67%	7%	4%	2%
Molise	53%	11%	36%	0%	0%
Campania	56%	17%	7%	12%	9%
Puglia	24%	49%	15%	8%	4%
Basilicata	32%	37%	18%	12%	1%
Calabria	17%	53%	5%	8%	17%
Sicilia	28%	45%	14%	7%	6%
Sardegna	27%	20%	16%	12%	24%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto attiene la degenza media (o gli accessi) nelle strutture (Tabella 7.4), nelle strutture residenziali, il

maggior numero di giornate per utente è erogato alla categoria dei disabili psichici (278) seguita dagli anziani

Tabella 7.4. Giornate per utente in strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate per tipo assistenza. Valori assoluti, anno 2013

Regioni	Assistenza Psichiatrica		Assistenza agli Anziani		Assistenza ai Pazienti Terminali		Assistenza ai Disabili Psicici		Assistenza ai Disabili Fisici	
	Semi-res.	Res.	Semi-res.	Res.	Semi-res.	Res.	Semi-res.	Res.	Semi-res.	Res.
Italia	72	203	128	224	8	21	164	279	187	163
Piemonte	53	276	120	227	9	19	154	275	164	275
Valle d'Aosta	74	268	0	40	0	23	0	219	0	32
Lombardia	80	220	132	253	0	19	180	342	201	332
Pr. Aut. di Bolzano	37	196	0	271	5	12	0	56	0	365
Pr. Aut. di Trento	37	186	248	338	0	17	228	67	0	304
Veneto	73	264	125	224	0	20	185	294	190	196
Friuli Venezia Giulia	43	79	86	226	0	18	182	0	9	32
Liguria	62	281	110	156	0	17	196	275	0	51
Emilia Romagna	76	117	121	203	0	20	0	237	180	303
Toscana	83	226	128	221	11	14	136	292	167	126
Umbria	85	230	99	179	0	15	121	340	121	139
Marche	115	258	148	185	0	21	99	300	148	76
Lazio	65	118	122	233	0	21	117	392	274	333
Abruzzo	119	240	0	149	0	17	0	326	0	243
Molise	262	287	0	222	0	24	0	0	0	0
Campania	62	275	124	193	0	27	165	308	207	204
Puglia	186	295	115	220	0	23	202	306	212	293
Basilicata	156	279	0	104	0	20	0	98	0	169
Calabria	26	276	0	219	0	20	49	335	12	86
Sicilia	51	256	28	59	0	17	27	223	0	93
Sardegna	44	247	102	202	0	103	152	158	139	82

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

con 224, dagli psichiatrici con 203, dai disabili fisici con 163, e infine dai malati terminali che in media ricevono ciascuno 21 giorni di assistenza residenziale.

Relativamente alla assistenza semi-residenziale, il numero maggiore di giornate per utente è erogato alla categoria dei disabili fisici (187), seguiti dai disabili psichici (164), dagli anziani (128), dagli psichiatrici (72), ed infine dai pazienti terminali con 8 giornate per utente.

Nell'assistenza psichiatrica, per le strutture semi-residenziali, si va dalle 262 giornate di degenza media (accessi) del Molise alle 26 della Calabria, mentre per la residenziale si passa da 295 della Puglia alle 79 del Friuli Venezia Giulia.

Per quanto afferente la categoria anziani, il numero massimo di giornate di degenza media per utente si ha nella Pr. Aut. di Trento con 248 giornate per utente in assistenza semi-residenziale e 338 in regime residenziale.

Le differenze sono significative anche per i disabili

psichici, per i quali si passa dalle 27 giornate in regime semi-residenziale della Sicilia, alle 228 della Pr. Aut. di Trento; analogamente nelle strutture residenziali si passa dalle 56 giornate per utente della Pr. Aut. di Bolzano alle 392 del Lazio.

Per i disabili fisici si passa dalle 9 giornate nelle strutture semi-residenziali del Friuli Venezia Giulia, alle 274 del Lazio; si noti anche il dato di 32 giornate per utente assistito in regime residenziale della Valle d'Aosta e del Friuli Venezia Giulia, a fronte dei 365 giorni della Pr. Aut. di Bolzano.

7.4. Conclusioni

Pur dovendo constatare la permanenza di una forte carenza di offerta in Italia rispetto agli altri Paesi europei, possiamo almeno osservare una tendenza alla crescita e alla convergenza regionale.

Si osserva anche una progressiva “privatizzazione” del settore, che è ormai in larga parte gestito dalle strutture private in accreditamento.

L’utenza è in larga misura anziana: questo pone la questione di quale sia la modalità ottimale per far fronte al progressivo invecchiamento e alle modificazioni sociali; indubbiamente il ricorso all’assistenza domiciliare dovrebbe sempre essere la prima opzione, ma nei casi in cui questo non è possibile la residenzialità gioca un ruolo fondamentale, che meriterebbe una maggiore attenzione e programmazione.

Riferimenti bibliografici

Istat (2016), *Tavole varie su www.istat.it*

Istat (2012), *I presidi residenziali socio-assistenziali*

Ministero dell’Economia e delle Finanze – Ragioneria generale dello stato (2008), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*

Ministero della Salute (anni vari), D.G. del Sistema Informativo e Statistico Sanitario, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, anni 2002-2013

OECD (2016), *Oecd.Stat*

ENGLISH SUMMARY

Residential Care: demand and supply strategies

Delivery of residential care is on the rise, due to social and demographic modifications – therefore presenting higher demands for forms of Long Term Care (LTC).

Health facilities offering residential care in Italy during the year 2013 amounted to 9,720: 70% of these were residential facilities and 30% provided outpatient-residential care. For the year 2013, Istat reported 12,261 social-assistance and social-healthcare residential facilities.

From the standpoint of the legal nature of the facilities, 75% of these were accredited private facilities and 25% were public ones.

During the 2003-2013 period, we observed substantial stability in the number of all types of facility – except for private accredited residential facilities as they grew by 80%.

At the regional level, it can be appreciated that the increase in private facilities was a general phenomenon; for that which regards public facilities, the trend reported a decrease (Basilicata and Lombardia -27%, Sardinia -26%, Tuscany -19%); in the Regions that recorded an increase, it was in any case certainly lower than that of private facilities (with the exception of the Autonomous Province of Trento).

The average size of the facilities is of an approximately 34-bedding capacity in residential facilities and 18 in outpatient-residential facilities.

Over the past five years, some Regions have registered an increase in the average size of its facilities – with as many other Regions registering a decrease.

In 2013, the bedding capacity in residential and outpatient facilities was respectively 234,008 and 52,764. Comparing them to the population, there appear to be on average 48 beds for every 10,000 inhabitants, registering a 48% rise between 2003 and 2013. This rise is mostly due to the increase of private residential

facilities, which have gone from 23 beds every 10,000 inhabitants in 2003 to 39 in 2013.

Major variations were detected in Regions with lower supply levels, hence a trend towards the homogenization of supply levels.

Over the course of the decade, the greatest dimensional increase in facilities was registered in Liguria (+62%, going from 16 to 26) followed by Sardinia (+56%, going from 14 to 21) and Tuscany (+46%, going from 18 to 26). The Autonomous Province of Bolzano instead represented a countertrend (-40%, going from 80 to 48), along with Valle d'Aosta (-36%, from 17 to 11) and the Autonomous Province of Trento (-31%, going from 78 to 54).

The decade in question also demonstrated a widespread reduction in the occupancy rate of the facilities: to a greater extent in Lazio, Umbria and Piemonte with a drop of respectively 16, 14 and 13 percentage points: and as a countertrend we have Abruzzo and Sardinia, registering an increase of 81 and 69 percentage points in the occupancy rate for their facilities.

While the data is not entirely consistent, we'd notice that the Italian supply is still widely below the international one: the figure is the highest in Sweden (a 132-bedding capacity per 10,000 inhabitants), followed by Belgium (123), Finland (113), Germany (112) and Holland (106).

According to the OECD, Italy stands at 39 beds per 10,000 inhabitants (a figure that apparently only regards residential inpatient facilities).

From the standpoint of the type of services being offered, in 2013 28% of the facilities offered psychiatric care; 16% provided care for the disabled, 12% offered care to the mentally handicapped and 3% of facilities were dedicated to the terminally ill; the remaining 41% of facilities was intended for the elderly, of which 79% offered residential care. The average size of the facil-

ities for the elderly stood at 58 beds, while for other functions the figure was about 14.

Access to the facilities in question was provided to 12 out of 1,000 inhabitants in northern Italy, 6 in central Italy and 2 in the south and its islands – demonstrating a strong north-south gradient in access opportunities.

The majority of users (267,084 and namely 64%) were elderly, of which 92% were admitted to residential care.

This was followed, in decreasing order, by beneficiaries of psychiatric care (15%), the physically handicapped and terminally ill (8%) and the mentally handicapped (5%).

As regards the average length of stay (or accesses), it is highest in the case of the mentally disabled (278 days), followed by the elderly with 224, psychiatric care registering 203, the physically disabled with 163, and

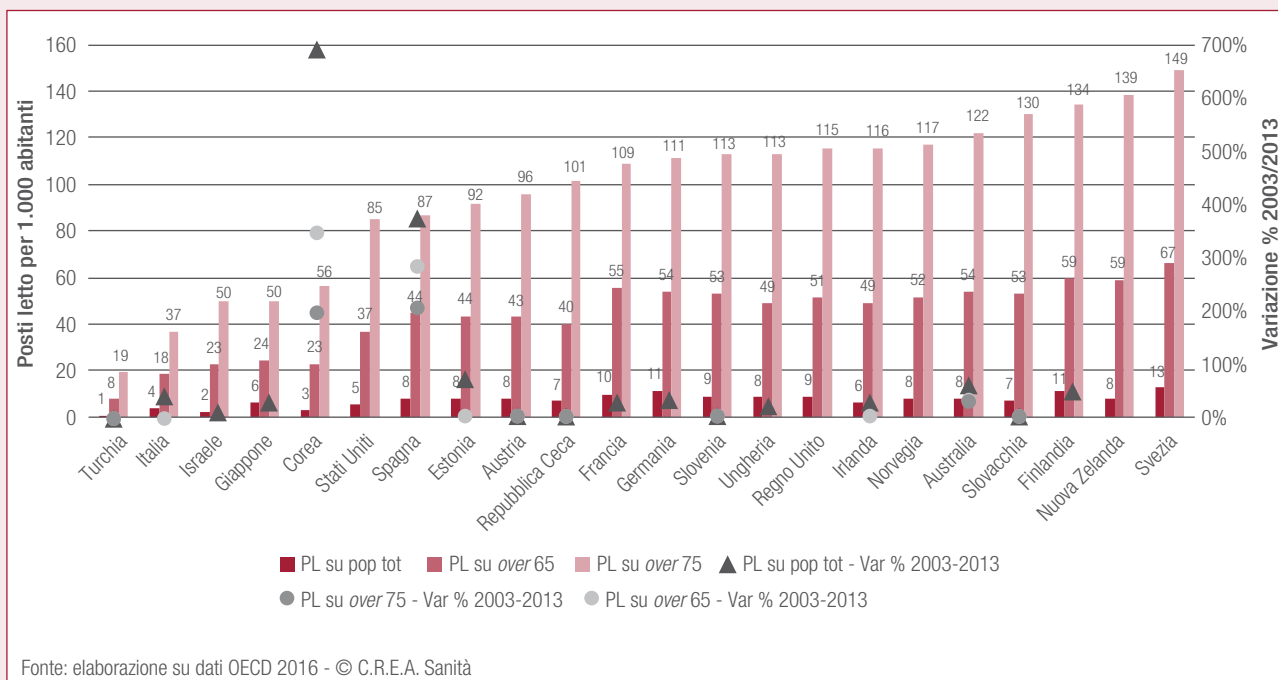
the terminally ill who (on an average) receive 21 days of residential care each.

In relation to residential outpatient care, the greatest number of days per beneficiary is delivered to the physically disabled (187), followed by the mentally disabled (164), the elderly (128), psychiatric care (72), and then the terminally ill with 8 days per patient.

In conclusion, the available data show the Italy's lagging behind compared to other European countries. But, at the same time, a progressive rapprochement of the supply at a regional level – but one still demonstrating a gap between north and south.

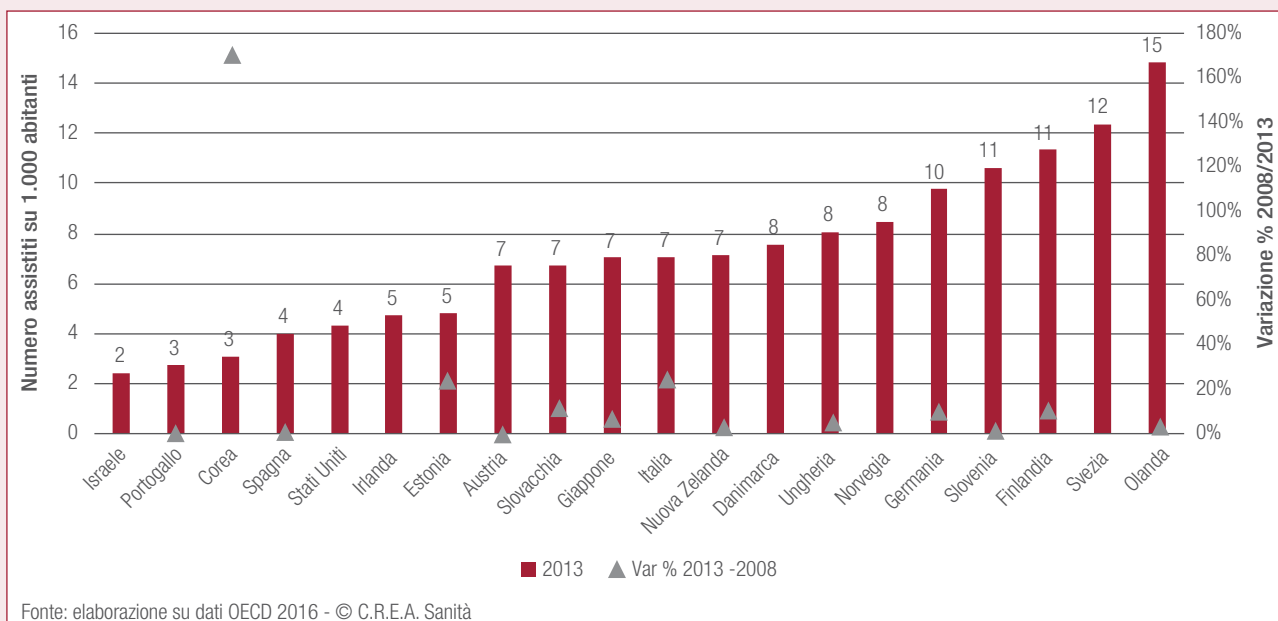
Users are still mostly elderly and this poses a question regarding the optimal method (residential care or homecare firstly) needed to deal with the progressive loss of self-sufficiency and the relative burden that this assumes in programming processes.

KI 7.1. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Posti letto su popolazione totale, *over 65* e *over 75* in EU15 e altri Paesi OECD. Valori per 1.000 abitanti, anno 2013 e variazione % 2003/2013



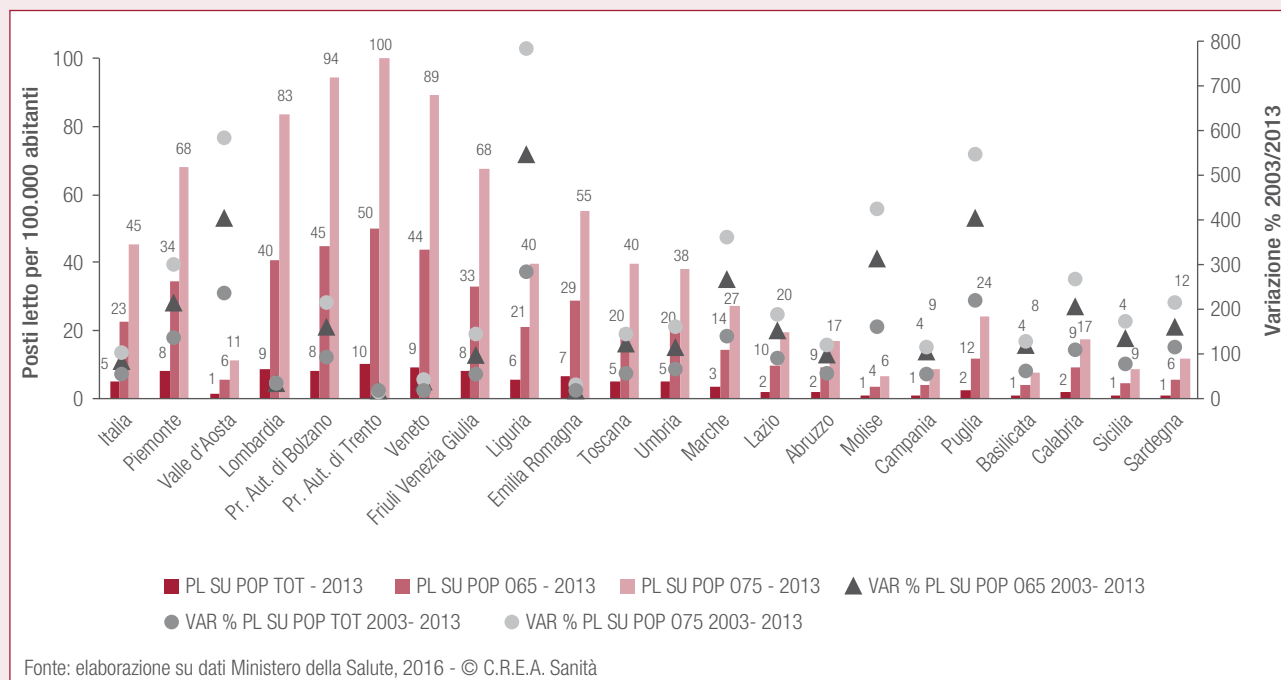
Da un confronto tra i Paesi dell'Europa a 15 e altri grandi Paesi OECD, confronto reso significativo dalla standardizzazione del dato nazionale per popolazione residente totale *over 65* e *over 75*, possiamo notare come nel 2013 siano Svezia (149), Nuova Zelanda (139) e Finlandia (134) i Paesi con il più alto tasso di posti letto per 100.000 abitanti di età non inferiore a 75 anni. Di contro, il tasso più basso di posti letto destinati all'assistenza residenziale agli *over75* è registrato dalla Turchia (19) seguita dall'Italia (37), e da Israele e Giappone (50). Anche osservando il dato rispetto alla popolazione di età non inferiore a 65 anni, la classifica cambia di poco: sono sempre Svezia (67) Nuova Zelanda e Finlandia (59) ad occupare i primi posti con un tasso di posti letto più elevato, e Turchia (8) e l'Italia (18) sembrano essere ancora agli ultimi 2 posti o tra i Paesi presi in considerazione, seguiti da Israele e Corea (23).

KI 7.2. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Numero assistiti in EU15 e altri Paesi OECD. Per 1.000 abitanti, anno 2013 e variazione % 2008/2013



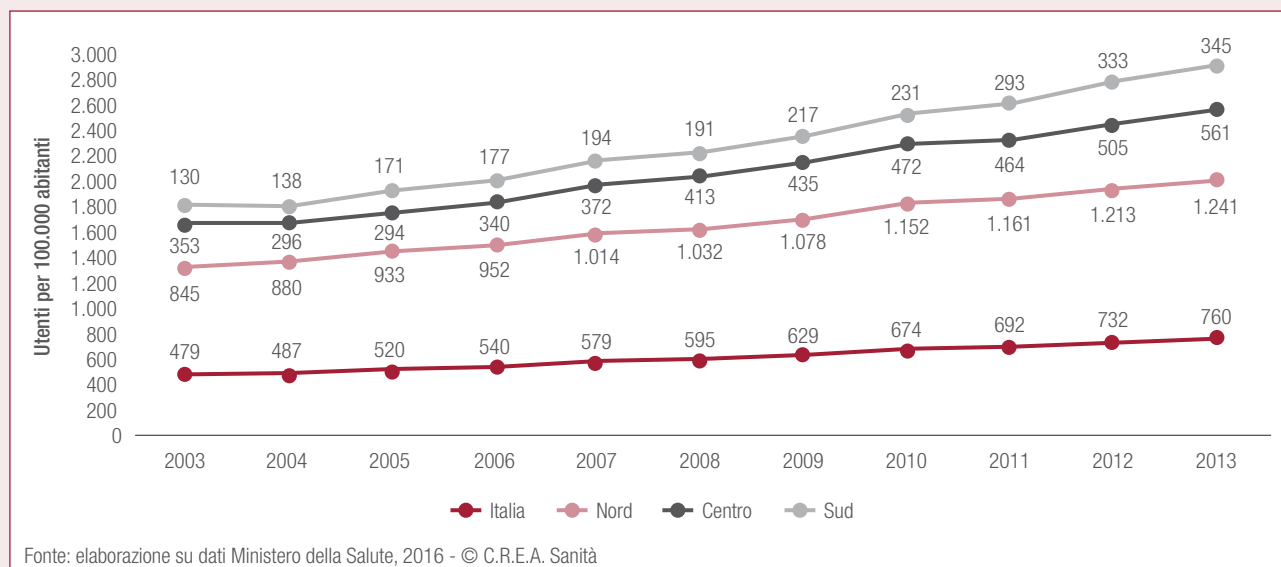
Per quanto relativo agli assistiti, il tasso di assistiti in strutture residenziali e semi-residenziali rispetto a 1.000 abitanti risulta massimo in Olanda (15), seguita da Svezia (12) e Finlandia (11). Il minor numero di assistiti per 1.000 abitanti è invece registrato in Israele (2) e Portogallo (3), seguito dalla Corea (3 assistiti ogni 1000 abitanti). L'Italia, come Austria, Slovacchia, Giappone e Nuova Zelanda, registra un valore medio di 7.

KI 7.3. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Posti letto su popolazione totale, over 65 e over 75. Per 100.000 abitanti, anno 2013 e variazione % 2003/2013



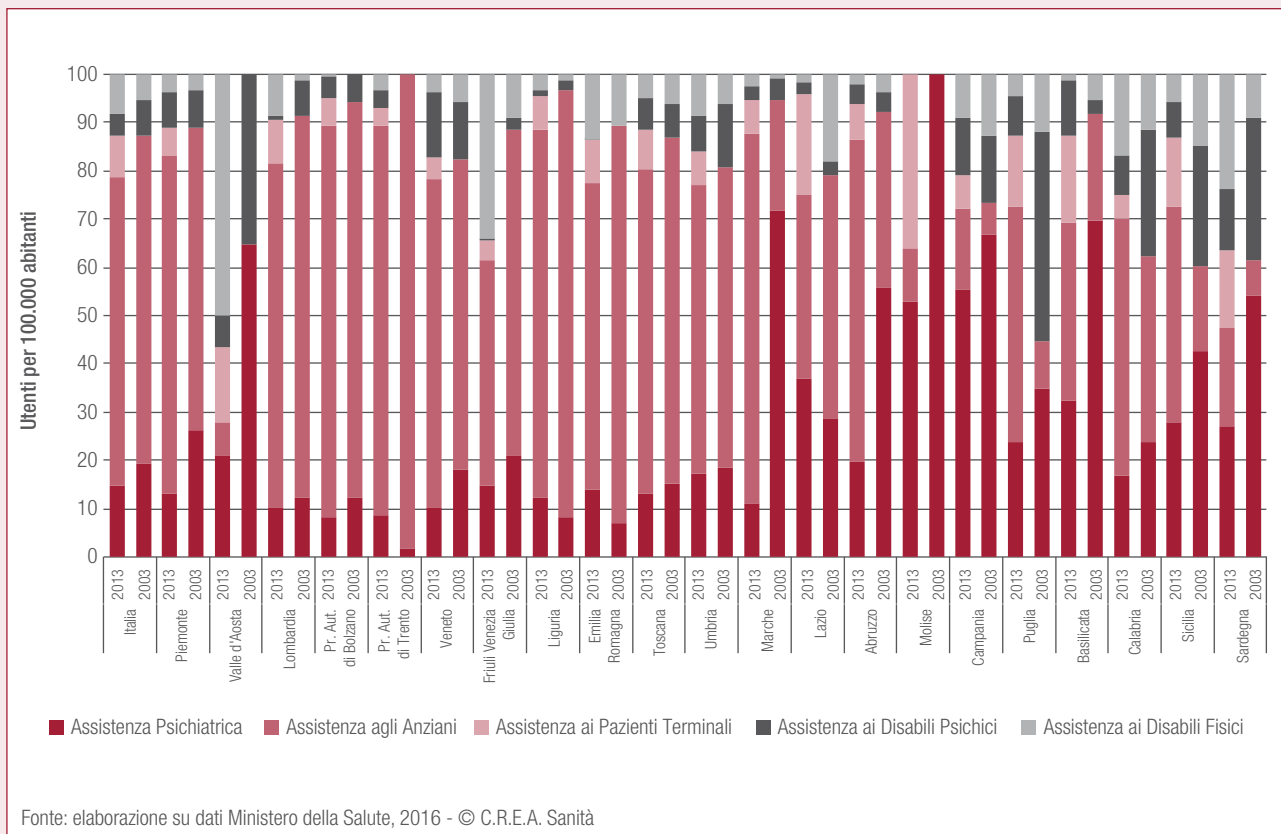
I posti letto destinati all'assistenza residenziale e semi-residenziale, sia pubblica che privata accreditata, ammontano nel 2013 in Italia a 286.772: 234.008 si trovano nelle strutture residenziali (82%) e 52.764 (18%) nelle strutture semi-residenziali. Relativamente ai destinatari dell'assistenza, i posti letto sono a loro volta così suddivisi: assistenza psichiatrica 35.550 (12%), anziani 201.799 (70%), pazienti terminali 2.692 (1%), disabili psichici 19.561 (7%), disabili fisici 27.170 (9%). Da un confronto tra le Regioni, il dato, standardizzato per la popolazione residente totale, di età non inferiore a 65 anni e 75 anni, notiamo come la dotazione massima di posti letto per 100.000 abitanti over 75 appartenga alle Pr. Aut. di Trento (100) e Bolzano (94), seguite da Veneto (89) e Lombardia (83). Il tasso minimo è invece rilevato in Molise (6) seguito da Basilicata (8) Sicilia e Campania (9).

KI 7.4. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Numero di utenti per 100.000 abitanti, anni 2003-2013



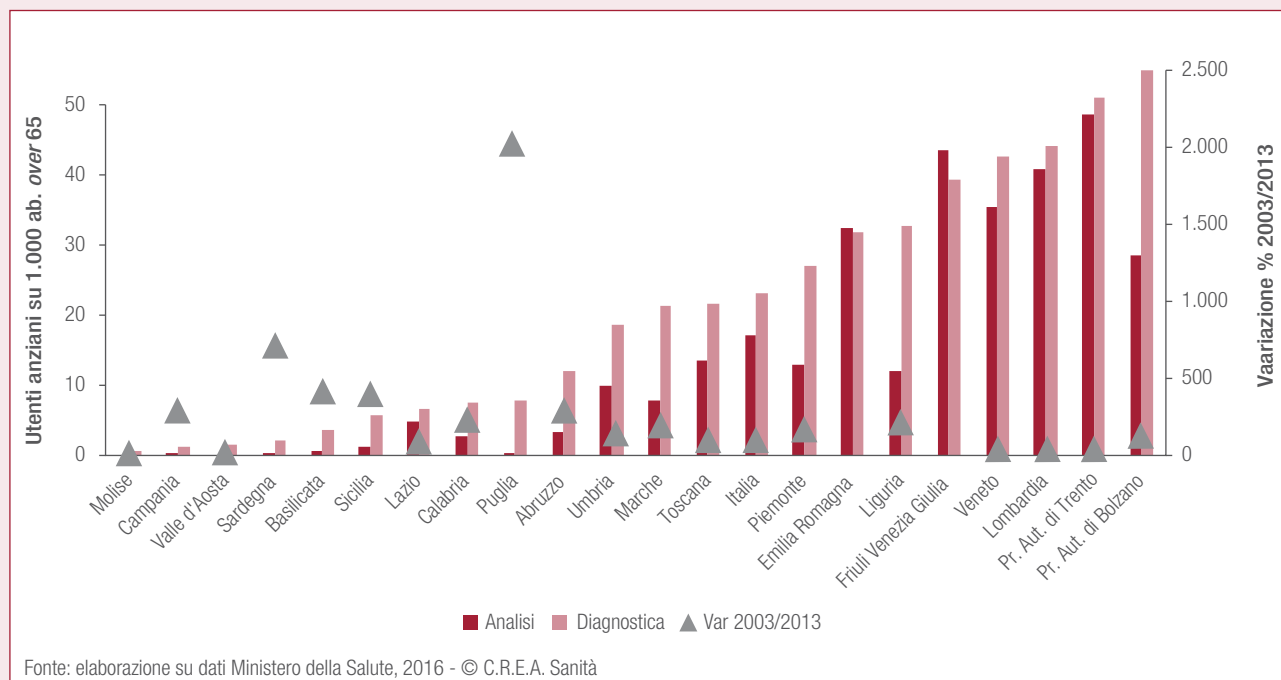
Da un'analisi temporale del numero di utenti ospiti di strutture residenziali e semi-residenziali, dato standardizzato per la popolazione residente, notiamo subito come vi sia stato un aumento molto importante nell'ultimo decennio (59%) in cui si è passati da 479 utenti a 760. Sebbene l'aumento più significativo si sia registrato nelle Regioni del Sud, sia considerando il decennio passato che l'ultimo quinquennio, il numero maggiore di ospiti è registrato nelle Regioni del Nord che accolgono 1.241 ospiti ogni 100.000 abitanti seguita dalle Regioni del centro con 561 e dal sud con 345.

KI 7.5. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Utenti per tipologia. Per 100.000 abitanti, anni 2003 e 2013



In Italia gli utenti in assistenza psichiatrica, sono stati 665.856, in media 112 ogni 100.000 abitanti. Detto dato riflette una discreta eterogeneità regionale confinata da un massimo di 304 rilevato in Friuli Venezia Giulia e da un minimo di 47 osservato nella Regione Calabria. Gli utenti anziani in Italia ammontano a 291.195, il 64% dei destinatari di assistenza residenziale e semi-residenziale totali. I malati terminali oggetto di assistenza residenziale soprattutto ma anche semi-residenziali nel 2012 sono stati 37.988 il 8% degli utenti totali. Il tasso per 100.000 abitanti risulta massimo in Lombardia in cui nel 2013 si sono curati 118 malati terminali su 100.000. Il tasso minore è invece stato registrato in Campania (8). I disabili psichici ammontano a 20.462. Questa tipologia di assistiti rappresenta il 5 % del totale degli assistiti. Il tasso per 100.000 è massimo in Veneto in cui sono stati trattati nel 2013 175 disabili psichici ogni 100.000 abitanti. Oltre a registrare il valore massimo, si osserva un ampio *gap* rispetto alle altre Regioni: il secondo valore più alto è stato rilevato in Piemonte e si attesta a quota 67. Di contro il valore minimo è stato registrato in Emilia Romagna con 1 utente su 100.000. I disabili fisici infine nel 2013 sono stati 37.496. Rispetto al totale degli assistiti rappresentano una quota dell'8%. Il tasso maggiore è stato osservato in Friuli Venezia Giulia con 699 disabili fisici ogni 100.000 abitanti. Il minimo è stato rilevato in Basilicata con 3 utenti disabili fisici ogni 100.000 abitanti. Rispetto al 2003, si osserva come gli utenti in assistenza psichiatrica siano aumentati ad eccezione di Marche, Abruzzo e Veneto; per gli utenti anziani invece si nota un aumento generale più o meno marcato; per quanto relativo ai disabili psichici una situazione in cui Regioni mostrano un aumento (Basilicata, Abruzzo e Piemonte) e altre una diminuzione (Veneto, Lombardia e Sicilia).

KI 7.6. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Quota di utenti anziani su 1.000 abitanti *over 65* e variazione %, anni 2003-2013



Gli utenti anziani in Italia ammontano nel 2013 a 291.195, il 64% dei destinatari di assistenza residenziale e semi-residenziale totali. Rispetto al 2003 sono aumentati del 56% (dieci anni prima ammontavano infatti a 186.456). A livello regionale, è da notare come il numero di assistiti rispetto alla popolazione di età non inferiore a 65 anni sia massimo, sempre nel 2013, Pr. Aut. di Bolzano (55 su 1.000) seguita dalla Pr. Aut. di Trento con 51 e dalla Lombardia con 44 utenti su 1.000 abitanti *over 65*. Il tasso minimo è invece rilevato nel Centro-Sud in cui non si superano i 10 assistiti ogni 1.000 abitanti *over 65* (fa "eccezione" l' Abruzzo con 12 assistiti su 1.000 abitanti *over 65*).



Capitolo 8

**Assistenza specialistica ambulatoriale:
le politiche tariffarie regionali e i *ticket***

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 8

Assistenza specialistica ambulatoriale: le politiche tariffarie regionali e i *ticket*

Ploner E.¹, Polistena B.¹

8.1. Il nomenclatore nazionale

Il quadro normativo relativo alle modalità di offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato definito dal D. Lgs. n. 502/1992 e in particolare dall'art. 8. Tale Decreto sottolinea la necessità di un governo della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie da parte delle Regioni e delle Aziende Sanitarie in termini di finanziamento, definisce come modalità generale il "pagamento a prestazione", la c.d. "tariffa", da cui deriva la necessità di individuare le prestazioni erogabili nell'ambito del SSN e le loro relative tariffe (da utilizzare nei rapporti con le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate).

L'elenco delle prestazioni previste dal SSN e le relative tariffe (indicate nel cd. "nomenclatore nazionale") sono stati poi indicati dal Decreto del Ministero della Salute del 22 luglio 1996. Il 18 ottobre 2012 il Ministero ha provveduto altresì, con ulteriore Decreto, all'aggiornamento del previgente nomenclatore e delle correlate tariffe.

Si ricorda, inoltre, che, alla data in cui si scrive, sono in corso di approvazione i nuovi LEA per la specialistica ambulatoriale. Questo determinerà, tra l'altro, un aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni e delle relative tariffe.

Nell'analisi che segue viene analizzata la variabilità regionale dei nomenclatori tariffari, confrontando le tariffe nazionali ex DM 18.10.2012 e le tariffe regionali vigenti al 31.10.2014.

Pare doveroso ricordare come il Decreto del Ministero della Salute del 2006 abbia stabilito che, se la tariffa indicata nel nomenclatore Regionale è superiore

alla tariffa nazionale, l'importo eccedente resti a carico dei bilanci regionali, così come lo sono le eventuali nuove prestazioni introdotte.

La tariffa indicata nel nomenclatore regionale è la quota che la Regione riconosce alla struttura che eroga la prestazione. Se per le strutture pubbliche questa quota può essere considerata "formale", ed è piuttosto un riferimento per il controllo di gestione, per le strutture private accreditate la tariffa corrisponde effettivamente al prezzo che la Regione riconosce alla struttura che eroga il servizio.

Il confronto tra i valori tariffari nazionali e regionali del 2014 ha messo in rilievo come le tariffe di alcune prestazioni, arrivano a presentare differenziali di oltre 42 volte; è il caso, ad esempio, della prestazione "iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore" che presenta una tariffa minima di € 9,5 a fronte di una tariffa massima di € 400,0; segue la prestazione "latte muliebre" che presenta una tariffa massima 26 volte superiore a quella minima; analogamente, per quanto riguarda la prestazione "training prenatale", la tariffa minima è inferiore di oltre 25 volte rispetto alla tariffa massima (Tabella 8.1).

Variabilità così ampie non risultano facilmente comprensibili, sebbene la determinazione regionale delle tariffe possa essere frutto della valutazione di molteplici fattori, quali la numerosità delle strutture che erogano quella prestazione (e quindi la presenza o meno di un mercato concorrenziale), la maggior o minor presenza sul territorio di un tipo di struttura piuttosto che di un'altra (pubbliche o private accreditate) e alla loro efficienza (capacità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse), i costi oggettivi per sostenere la prestazione (che non necessariamente sono uguali in tutte le Regioni)².

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

² Il costo di produzione di una prestazione è influenzato da molteplici fattori; dipende, innanzitutto, dal costo di approvvigionamento del dispositivo/macchinario che serve per eseguire la prestazione, che può variare sia per la diversità del *brand* che per il diverso

Tabella 8.1. Prime 20 prestazioni per rapporto tra tariffa (regionale) massima e minima, anno 2014

Prestazione	Differenza Max-Min (€)	Max/Min	Tariffe DM 18.10.2012 (€)	N. Regioni	Tariffa Min (€)	Tariffa Max (€)
Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	390,50	42,11	9,71	20,00	9,50	400,00
Latte muliebre	90,42	26,26	3,58	19,00	3,58	94,00
Training prenatale	168,76	25,11	122,56	21,00	7,00	175,76
Terapia a luce ultravioletta	47,50	24,75	8,78	21,00	2,00	49,50
IgE Specifiche allergologiche: quantitativo	123,77	21,87	71,18	20,00	5,93	129,70
Test epicutanei a lettura ritardata [patch test] (fino a 20 allergeni)	39,55	20,29	32,54	21,00	2,05	41,60
Altre procedure diagnostiche sull'apparato lacrimale	54,66	17,08	40,90	21,00	3,40	58,06
Test di emolisi al saccarosio	38,85	16,86	2,79	21,00	2,45	41,30
Laser terapia antalgica	46,40	15,97	3,10	17,00	3,10	49,50
Sudore (esame con determinazione di Na+ e K+)	9,10	12,38	9,85	20,00	0,80	9,90
Asportazione delle emorroidi	458,20	11,96	50,16	21,00	41,80	500,00
Plasmodio falciparum anticorpi (titolazione mediante I.F.)	73,10	11,59	9,52	21,00	6,90	80,00
Impianto di dente	116,40	11,03	11,62	21,00	11,60	128,00
Correzione dei vizi di refrazione	586,00	10,16	95,40	21,00	64,00	650,00
Correzione di alterazioni corneali	586,00	10,16	95,40	21,00	64,00	650,00
Parassiti intestinali [elminti, protozoi] ricerca macro e microscopica	21,60	10,00	23,95	20,00	2,40	24,00
Iniezione di tossina botulinica	84,60	9,91	9,71	21,00	9,50	94,10
Test di Ham	36,75	9,65	4,80	21,00	4,25	41,00
Frenulotomia	155,59	9,37	22,32	21,00	18,59	174,18
Liberazione di sinechie peniene	164,94	9,33	23,76	21,00	19,80	184,74

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

Nella tabella 8.2 vengono riportate le prestazioni le cui tariffe massime si discostano maggiormente in senso positivo e negativo da quelle previste nel DM 18.10.2012.

8.2. Tendenze del settore

L'analisi degli ultimi dati sull'assistenza specialistica resi disponibili dal Ministero della Salute per l'anno 2013, conferma il *trend* degli anni precedenti: la distribuzione sul territorio nazionale delle strutture, sia pubbliche che private accreditate³ che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale non è uniforme; nello specifico, nelle Regioni meridionali è presente una maggiore concentrazione di ambulatori e laboratori rispetto alle altre riparti-

zioni considerate nell'analisi a fronte di una popolazione più bassa. Il dato pro-capite, sterilizzato per i differenziali di bisogno, restituisce che sono presenti 1,3 strutture di clinica ogni 10.000 abitanti al Sud verso 0,8 al Nord, 0,6 di diagnostica verso 0,4 e 1,1 al Sud di laboratorio verso 0,3 al Nord (Tabella 8.4).

Si tenga conto che tale dato è puramente esemplificativo dei differenziali di offerta essendo molte strutture plurispecialistiche.

Nel quinquennio considerato (2008-2013) il numero di strutture in Italia si è andato riducendo: -11,7% per il laboratorio, -1,9% per la clinica e -0,9% per la diagnostica. Tale riduzione si è concentrata al Centro (-5,0% -3,6% e -8,1% rispettivamente per clinica, diagnostica e laboratorio) e al Sud (-4,0% -2,4% e -14,1% rispettivamente per clinica, diagnostica e laboratorio)

prezzo praticato dai fornitori; ma è influenzato, senza pretesa di esaustività, anche dal numero di prestazioni effettuate con il dispositivo/macchinario nel suo ciclo di vita, e dal costo del personale che, a parte le variazioni regionali del costo unitario, varia in base alla quantità e qualità delle risorse utilizzate

³ Nel computo sono comprese anche le strutture ospedaliere

Tabella 8.2. Prime 20 prestazioni per rapporto tra tariffa (regionale) massima e minima. Valori %, anno 2014

Prestazione	Scostamento tariffa massima da tariffa DM	Prestazione	Scostamento tariffa minima da tariffa DM
Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	4.019,46%	Training prenatale	-94,29%
Latte muliebre	2.525,70%	Test epicutanei a lettura ritardata [patch test] (fino a 20 allergeni)	-93,70%
Laser terapia antalgica	1.496,77%	Sudore (esame con determinazione di Na+ e K+)	-91,88%
Test di emolisi al saccarosio	1.380,29%	Altre procedure diagnostiche sull'apparato lacrimale	-91,69%
Impianto di dente	1.001,55%	IgE specifiche allergologiche: quantitativo	-91,67%
Asportazione delle emorroidi	896,81%	Parassiti intestinali [elminti, protozoi] ricerca macro e microscopica	-89,98%
Iniezione di tossina botulinica	869,10%	Post coital test	-86,06%
Test di Ham	754,17%	Virus retrovirus anticorpi anti HTLV1-HTLV2	-79,13%
Applicazione di corona e perno	753,71%	Leucociti (conteggio) [(Sg)]	-78,39%
Altra applicazione di corona e perno	753,71%	Terapia a luce ultravioletta	-77,22%
Massaggio prostatico	747,60%	Esofagogastroduodenoscopia [EGD]	-75,46%
Stiramento del prepuzio	747,60%	Micobatteri da coltura identificazione biochimica	-70,59%
Plasmodio falciparum anticorpi (titolazione mediante I.F.)	740,34%	Fattore natriuretico atriale	-67,18%
Altra applicazione di corona	700,41%	Prelievo di sangue capillare	-67,14%
Frenulotomia	680,38%	Xilosio (test di assorbimento)	-67,00%
Liberazione di sinechie peniene	677,53%	Altre trazioni cutanee degli arti	-64,79%
Applicazione di corona in lega aurea	622,93%	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo	-60,94%
Trattamento ortodontico con apparecchi fissi	588,47%	Adiuretina (ADH)	-60,62%
Correzione dei vizi di refrazione	581,34%	Agobiopsia linfonodale TC-guidata	-57,83%
Correzione di alterazioni corneali	581,34%	Test del cammino	-57,51%

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

dove evidentemente si partiva da un numero più alto. Viceversa al Nord, a parte per le strutture che erogano prestazioni di laboratorio (-8,5%), si è osservato un incremento dell'offerta: +2,4% per la clinica e +2,3% per la diagnostica (Tabella 8.3).

Questa disomogeneità si traduce in una marcata differenza circa i volumi medi di attività svolti da ciascuna struttura, con evidenti ripercussioni sul corretto dimensionamento delle strutture e sulle efficienze del settore.

Il divario riscontrato a livello di offerta, inoltre, non trova una giustificazione e conseguente compensazione sul fronte dell'utilizzo (Figura 8.1): il numero di prestazioni pro-capite per popolazione pesata effettuate nel Sud è,

infatti, inferiore a quello del Centro e del Nord per tutte le branche considerate. Le prestazioni di clinica, diagnostica e laboratorio sono pari rispettivamente a 3,2, 0,9 e 16,6 al Sud contro 3,8, 1,1 e 17,2 al Nord e 3,6, 1,0 e 17,3 al Centro (Figure 8.1 e 8.2).

8.3. L'impatto economico dei ticket

In seguito all'emanazione del Decreto Legge 98/2011⁴ - sulle misure di compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - le Regioni hanno provveduto a rimodulare gli importi delle compartecipazioni richieste ai cittadini. Giova,

⁴ Per la specialistica, la normativa nazionale prevede una compartecipazione pari alla somma delle tariffe delle prestazioni contenute nella ricetta, fino ad un massimo di € 36,15 e una compartecipazione di € 10,00 a ricetta che può essere oggetto di adattamenti a livello regionale. Il sistema di esenzioni è basato su patologia, condizione e reddito, mentre l'ulteriore distinzione in base a fasce di reddito è previsto con normative regionali

Tabella 8.3. Strutture di clinica, diagnostica e laboratorio. Valori assoluti e %, anni 2008 e 2013

Regioni	2013			Var % 2013/2008		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Italia	6.146,00	3.007,00	3.722,00	-1,93%	-0,86%	-11,70%
Nord	2.309,00	1.179,00	932,00	2,35%	2,34%	-8,54%
Centro	1.242,00	623,00	678,00	-4,97%	-3,56%	-8,13%
Sud e Isole	2.595,00	1.205,00	2.112,00	-4,03%	-2,43%	-14,08%
Piemonte	412,00	221,00	189,00	5,64%	7,80%	-1,05%
Valle d'Aosta	6,00	3,00	2,00	50,00%	50,00%	100,00%
Lombardia	623,00	388,00	285,00	-3,26%	0,26%	-12,84%
Pr. Aut. di Bolzano	53,00	13,00	20,00	12,77%	0,00%	0,00%
Pr. Aut. di Trento	41,00	19,00	15,00	20,59%	5,56%	-6,25%
Veneto	406,00	172,00	159,00	7,69%	8,18%	3,25%
Friuli Venezia Giulia	106,00	41,00	26,00	-13,82%	-2,38%	-7,14%
Liguria	283,00	106,00	70,00	10,55%	-16,54%	-36,36%
Emilia Romagna	379,00	216,00	166,00	-0,52%	8,54%	-3,49%
Toscana	526,00	160,00	94,00	-11,00%	-9,09%	-28,79%
Umbria	120,00	33,00	32,00	36,36%	-10,81%	-13,51%
Marche	137,00	64,00	91,00	-2,84%	-1,54%	-5,21%
Lazio	459,00	366,00	461,00	-5,75%	-0,54%	-2,54%
Abruzzo	95,00	37,00	91,00	-13,64%	-28,85%	-4,21%
Molise	41,00	23,00	25,00	2,50%	35,29%	4,17%
Campania	633,00	384,00	768,00	-0,31%	-2,29%	-7,58%
Puglia	388,00	161,00	329,00	-3,24%	6,62%	-2,66%
Basilicata	72,00	26,00	51,00	-4,00%	4,00%	-5,56%
Calabria	238,00	117,00	182,00	-11,85%	-2,50%	-9,00%
Sicilia	865,00	325,00	561,00	-5,57%	-2,69%	-30,91%
Sardegna	263,00	132,00	105,00	2,33%	-7,69%	0,96%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

peraltro, sottolineare che, sebbene tutte le Regioni abbiano previsto sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria, è pur vero che tali sistemi differiscono talvolta anche profondamente fra loro, non solo relativamente alle prestazioni su cui si applicano le misure di compartecipazione, e agli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, ma anche in relazione alle esenzioni previste.

La conseguenza di quanto precede è che l'importo del *ticket* che i cittadini sono tenuti a pagare dipende sia dalle tariffe delle singole prestazioni adottate in ciascuna Regione, sia dalle misure deliberate dalle Regioni in seguito alla emanazione del Decreto Legge 98/2011; appare, dunque, evidente come una sif-

fatta architettura abbia portato a profonde diversità e disparità regionali.

Nel 2015, in particolare, secondo quanto riportato nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica della Corte dei Conti, dell'introito di € 1.403,1 mln., complessivamente generato dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie⁵, circa il 96,0% (95,9%) è stato originato dai *ticket* pagati dai cittadini sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali, ovvero € 1.345,7 mln.

Profonde, anche, le differenze tra Regioni: si va da Molise e Basilicata dove il 100,0% dei proventi della compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie è generato dai *ticket* sulla specialistica ambulatoriale,

⁵ Nella compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie sono compresi i *ticket* sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, i *ticket* sul pronto soccorso e i *ticket* su altre prestazioni. Sono, invece, esclusi i *ticket* sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento più *ticket* fisso su ricetta)

Tabella 8.4. Strutture di clinica, diagnostica e laboratorio per popolazione pesata (10.000 abitanti). Valori assoluti, anno 2013

Regioni	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Italia	1,03	0,50	0,62
Nord	0,83	0,42	0,33
Centro	1,04	0,52	0,57
Sud e Isole	1,31	0,61	1,07
Piemonte	0,90	0,48	0,41
Valle d'Aosta	0,46	0,23	0,15
Lombardia	0,64	0,40	0,29
Pr. Aut. di Bolzano	1,10	0,27	0,42
Pr. Aut. di Trento	0,79	0,37	0,29
Veneto	0,83	0,35	0,33
Friuli Venezia Giulia	0,82	0,32	0,20
Liguria	1,63	0,61	0,40
Emilia Romagna	0,84	0,48	0,37
Toscana	1,35	0,41	0,24
Umbria	1,30	0,36	0,35
Marche	0,86	0,40	0,57
Lazio	0,83	0,66	0,83
Abruzzo	0,71	0,28	0,68
Molise	1,28	0,72	0,78
Campania	1,19	0,72	1,45
Puglia	0,99	0,41	0,84
Basilicata	1,26	0,45	0,89
Calabria	1,25	0,62	0,96
Sicilia	1,80	0,68	1,17
Sardegna	1,59	0,80	0,63

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

alla Provincia Autonoma di Trento e all'Abruzzo in cui il contributo delle prestazioni specialistiche alla compartecipazione complessiva si ferma all'86,9% nella prima e all'88,0% nella seconda (Tabella 8.5).

Ancora, del gettito complessivo attribuibile alle misure di compartecipazione sulla specialistica ambulatoriale (che ammonta, nel 2015, come sopra richiamato, a € 1.345,7 mln.) il 58,3% è stato conseguito nelle Regioni del Nord, il 24,0% in quelle centrali ed, infine, solamente il 17,7% in quelle meridionali (Figura 8.3).

In Italia, la compartecipazione per residente, nel 2015, è stata mediamente pari a € 22,1 annui (Figura 8.4), con un incremento dell'11,2% rispetto al 2011 quando si fermava a € 19,9. Ma è necessario anche evidenziare che se la spesa pro-capite per *ticket* era generalmente aumentata dal 2011 al 2013, comincia a riportare variazioni di segno opposto a partire dal 2014.

Nel 2015, il *ticket* pro-capite nelle Regioni del Nord arriva a € 28,2, in quelle centrali a € 26,7 ed, infine, solamente a € 11,4 in quelle del Sud. Anche analizzando il dato per popolazione pesata tali differenze permangono: € 27,7 al Nord, € 26,3 al Centro e € 11,8 al Sud.

In definitiva, nonostante l'accentuata eterogeneità delle caratteristiche dei sistemi di compartecipazione adottati a livello regionale, che rende, peraltro, difficile

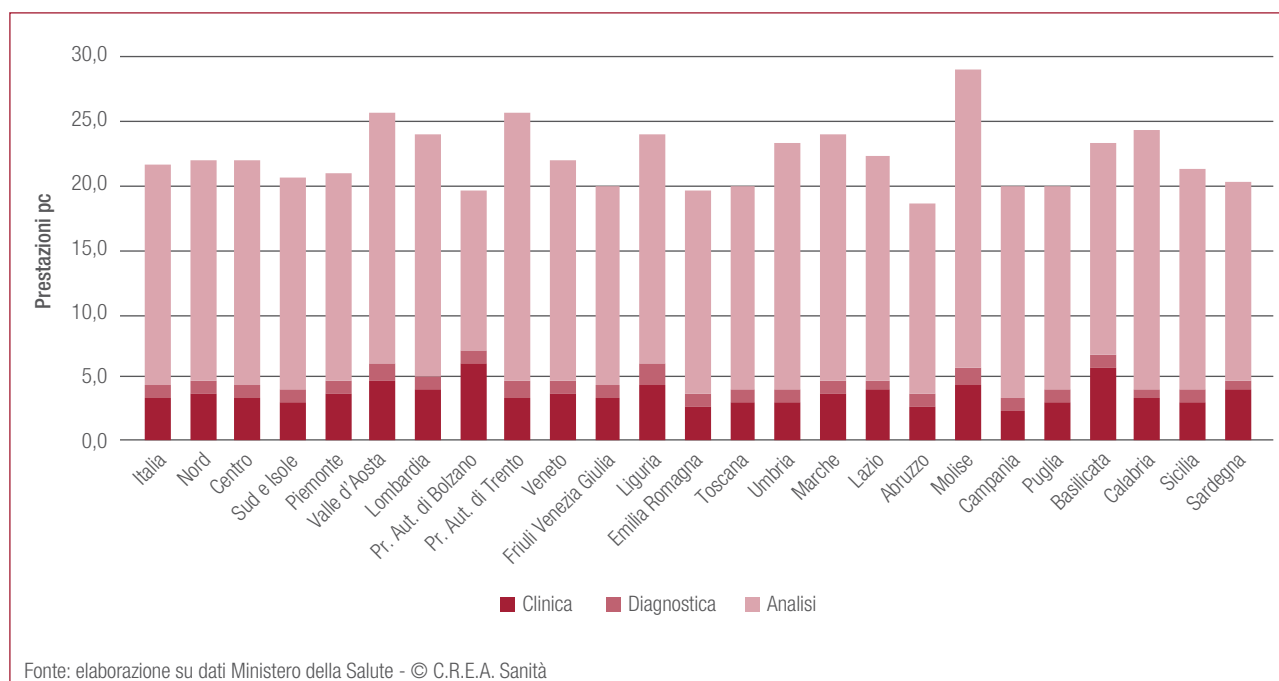
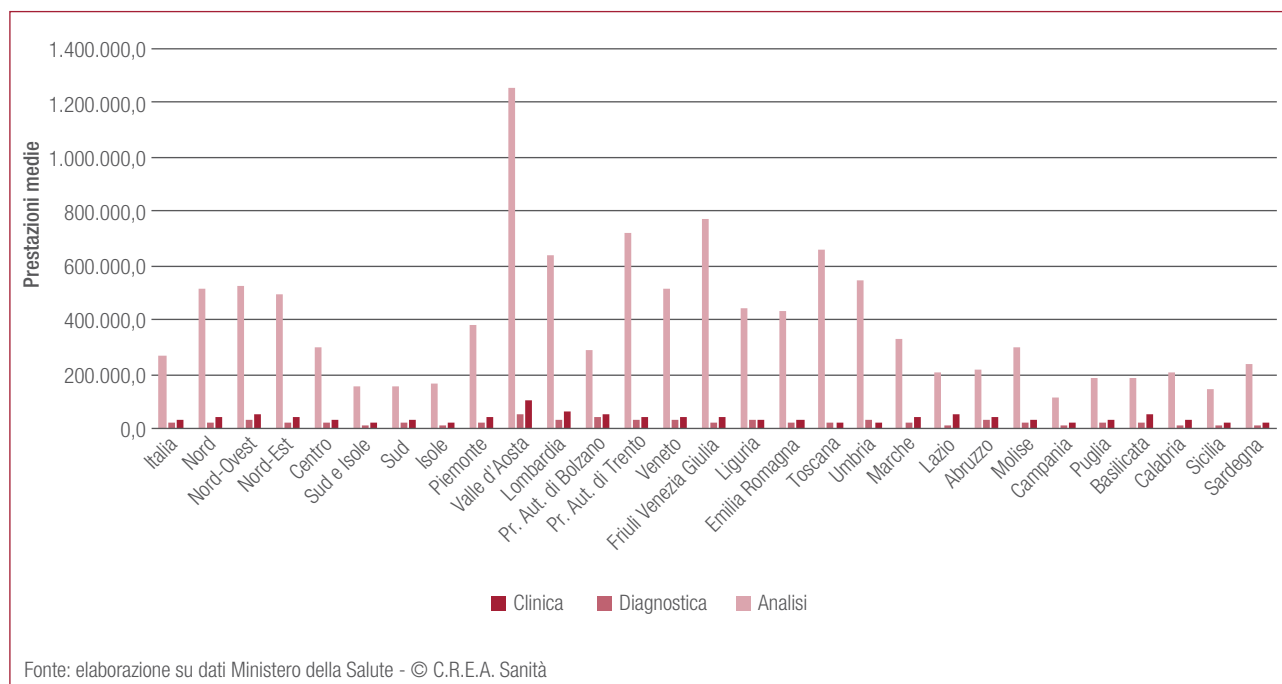
Figura 8.1. Prestazioni pro-capite per popolazione pesata. Valori assoluti, anno 2013

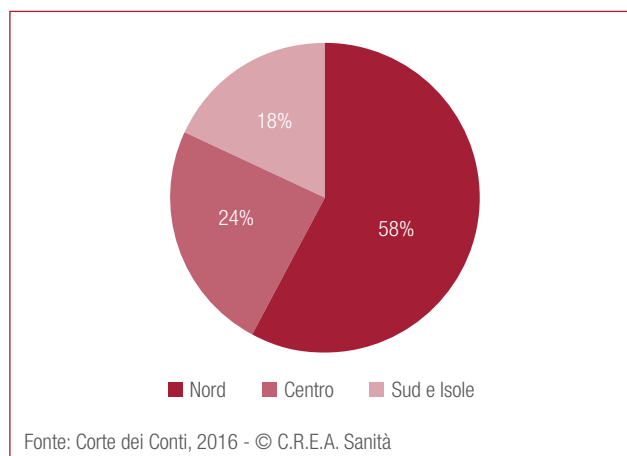
Figura 8.2. Prestazioni medie per struttura e per tipo di attività. Valori assoluti, anno 2013

Tabella 8.5. Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (*ticket*) e quota attribuibile alla specialistica ambulatoriale. Valori in € mln. e %, anno 2015

Regioni	Spesa totale <i>ticket</i> (€ mln.)	% spesa per <i>ticket</i> specialistica ambulatoriale
Italia	1.403,2	95,9
Nord	822,2	95,4
Centro	330,4	97,8
Sud	250,6	95,0
Piemonte	120,9	99,4
Valle d'Aosta	6,1	98,4
Lombardia	230,4	96,3
Pr. Aut. di Bolzano	19,6	89,3
Pr. Aut. di Trento	20,6	86,9
Veneto	176,9	92,9
Friuli Venezia Giulia	45,2	93,6
Liguria	42,6	97,9
Emilia Romagna	159,9	95,6
Toscana	138,2	98,0
Umbria	28,5	98,6
Marche	42,9	99,3
Lazio	120,8	96,9
Abruzzo	35,1	88,0
Molise	4,9	100,0
Campania	50,4	96,6
Puglia	52,3	90,6
Basilicata	10,3	100,0
Calabria	24,1	97,1
Sicilia	45,3	99,3
Sardegna	28,2	97,2

Fonte: Corte dei Conti - © C.R.E.A. Sanità

Figura 8.3. Spesa *ticket* specialistica ambulatoriale. Composizione %, anno 2015



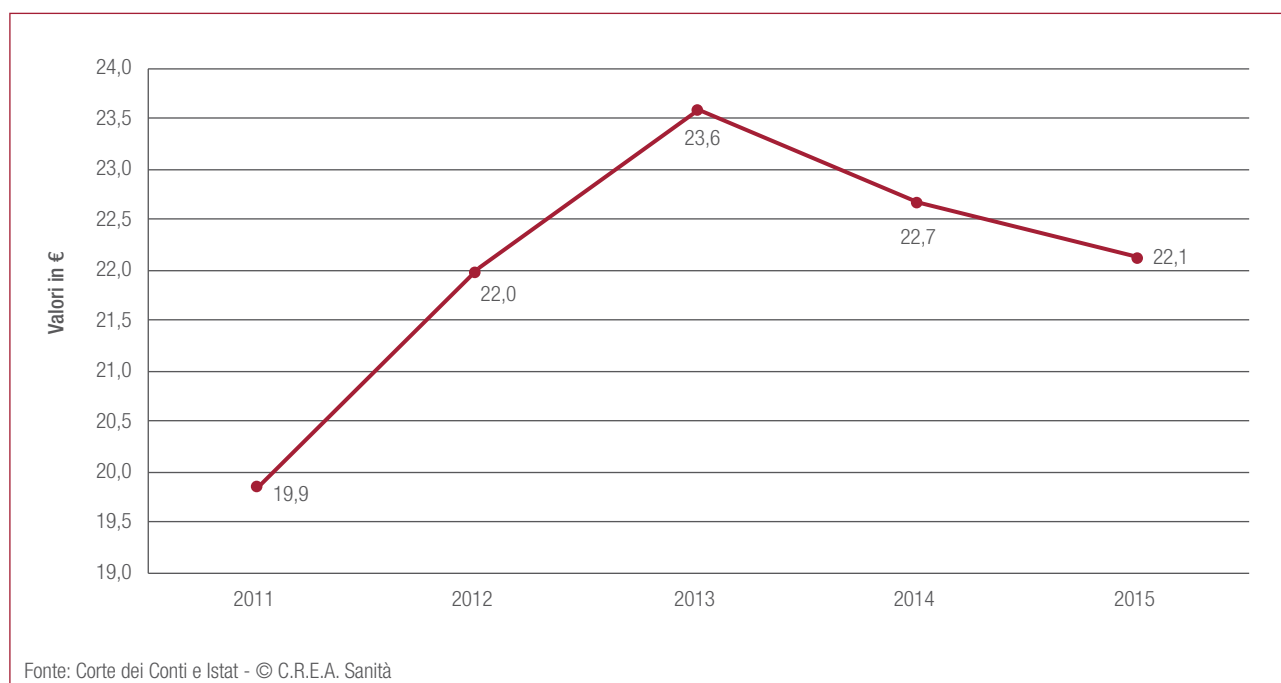
l'evidenziazione e la tracciatura di elementi comuni per aree, è possibile, in ogni caso, mettere in risalto alcuni aspetti, quali la forte riduzione, nel periodo 2013-2014 e in quello 2014-2015, dei ricavi generati dalla compartecipazione sulla specialistica ambulatoriale nelle Regioni Meridionali (-9,7% tra il 2013 ed il 2014 e -3,7% tra il

2014 ed il 2015) conseguenti alla contrazione dei gettiti soprattutto di Puglia (-13,7% tra il 2013 ed il 2014 e -4,2% tra il 2014 ed il 2015) e Basilicata (-13,6 tra il 2013 ed il 2014 e -1,6% tra il 2014 ed il 2015%); l'incremento registrato, ad esempio, in Umbria (+5,7% tra il 2013 ed il 2014 e +1,3% tra 2014 e 2015); ed, infine, l'aumento delle differenze negli importi medi pro-capite delle compartecipazioni tra le Regioni Centro-Settentrionali e quelle del Sud: in effetti, se lo scarto tra il Nord ed il Sud ammontava a 145,9 punti percentuali nel 2014 arriva al 147,9% nel 2015 (Tabella 8.6).

In buona sostanza, tali differenze evidenziano la diversità che sta assumendo il sistema delle compartecipazioni alla spesa a livello di sistemi regionali. Riflette in altri termini l'eterogeneità dei criteri normativi (almeno 4 tipologie differenti di *ticket*) oltre che differenti criteri di reddito applicati a livello regionale (sia per quanto riguarda gli scaglioni che le modalità di calcolo del reddito).

Ripartendo le Regioni in 4 gruppi⁶ sulla base delle diverse normative in tema di compartecipazione alla spesa per la specialistica ambulatoriale e mettendo in relazione

Figura 8.4. *Ticket* pro-capite sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Valori in €, anni 2011-2015



⁶ Gruppo 1: *Ticket* di € 36,15

Gruppo 2: *Ticket* di € 36,15 più quota aggiuntiva € 10

Gruppo 3: *Ticket* superiore a € 45 più quota aggiuntiva € 10

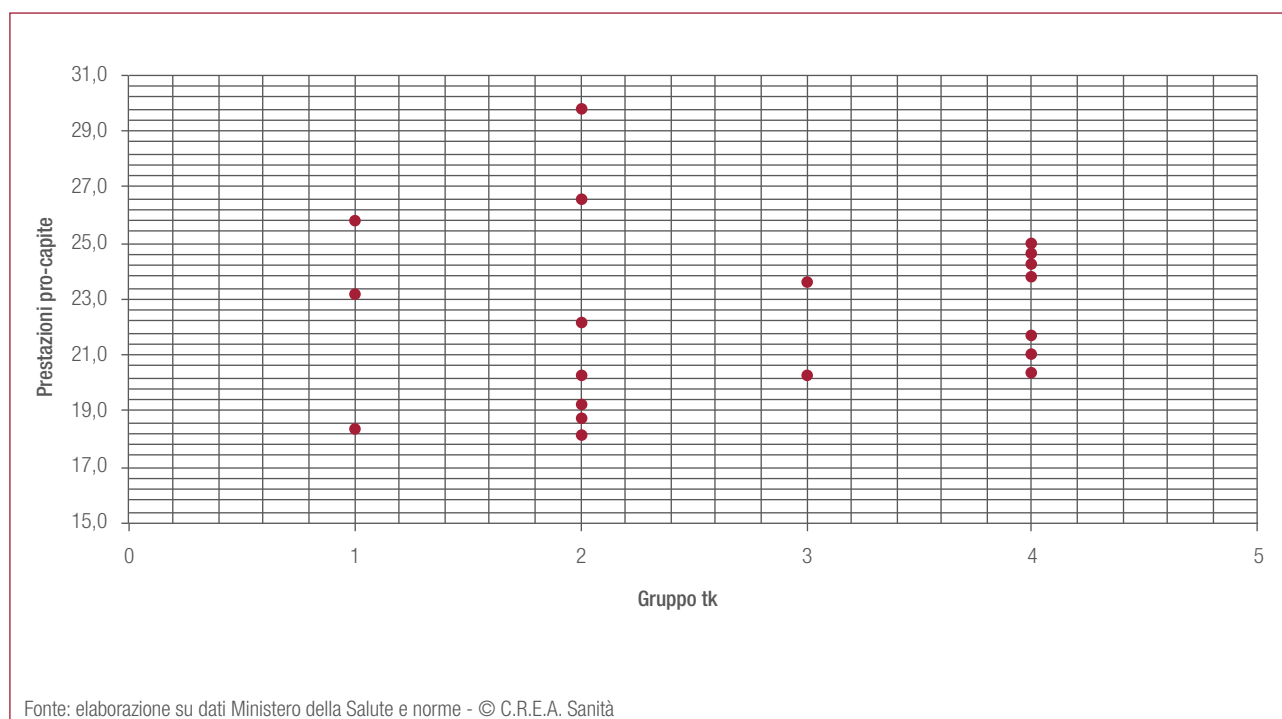
Gruppo 4: *Ticket* di € 36,15 più misure alternative inerenti la quota aggiuntiva

Tabella 8.6. *Ticket pro capite (€) sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e variazioni % annuali, anni 2011-2015*

Regioni	Anno 2015 €	Var. % 2012/2011	Var. % 2013/2012	Var. % 2014/2013	Var. % 2015/2014
Italia	22,1	11,0	7,1	-3,9	-2,4
Nord	28,2	12,4	7,0	-1,4	-2,9
Centro	26,7	7,7	11,9	-5,7	-0,1
Sud e Isole	11,4	11,3	1,7	-9,7	-3,7
Piemonte	27,2	21,7	-6,7	-1,4	-10,9
Valle d'Aosta	46,8	3,1	-7,9	12,5	0,2
Lombardia	22,2	9,8	9,8	-2,1	-2,7
Pr. Aut. di Bolzano	33,8	3,9	4,0	1,2	1,8
Pr. Aut. di Trento	33,3	-0,5	5,0	-3,0	16,0
Veneto	33,4	3,2	23,4	-2,1	-3,1
Friuli Venezia Giulia	34,5	12,3	-4,8	-1,3	4,9
Liguria	26,3	90,5	11,5	4,2	-1,8
Emilia Romagna	34,4	8,7	4,5	-1,3	-1,0
Toscana	36,1	12,7	11,1	-2,1	-2,7
Umbria	31,4	11,6	3,6	5,7	1,3
Marche	27,5	-7,8	18,5	-3,8	-2,8
Lazio	19,9	7,0	12,5	-11,5	4,1
Abruzzo	23,2	11,2	1,1	-23,3	2,8
Molise	15,6	-1,2	-11,9	-0,4	-5,4
Campania	8,3	5,8	10,4	-10,9	-8,5
Puglia	11,6	7,9	-4,9	-13,7	-4,2
Basilicata	17,9	14,0	-12,7	-13,6	-1,6
Calabria	11,8	28,8	38,7	6,3	-9,1
Sicilia	8,8	19,8	-5,6	-5,4	-0,4
Sardegna	16,5	9,4	-0,5	-0,3	-1,8

Fonte: Corte dei Conti e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 8.5. Cluster gruppi di esenzione e prestazioni pro-capite



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e norme - © C.R.E.A. Sanità

tale variabile con il numero di prestazioni pro-capite per popolazione pesata emerge come le Regioni nelle quali al *ticket* per ricetta di € 36,15 viene aggiunta la quota fissa di € 10,0 (gruppo 2), si osserva una dispersione in termini di prestazioni pro-capite molto più elevata rispetto alle Regioni nelle quali al *ticket* per ricetta di € 36,15 viene aggiunta una misura alternativa tipicamente legata al reddito (gruppo 4).

Tali differenze potrebbero far dedurre che incrementare il *ticket* di € 10,0 “fissi” impatta molto di più che incrementarlo di una quota variabile. A riprova di ciò si osserva che le Regioni del gruppo 2 sono per lo più del Sud dove è noto esserci un reddito pro-capite basso.

Le diversità appena evidenziate in tema di *ticket* pro-capite sia a livello ripartizionale che regionale, potrebbero essere “figlie” non solamente delle diverse misure di esenzione adottate a livello regionale, ma anche della rinuncia all’effettuazione di determinate prestazioni.

Per analizzare il fenomeno è stato utilizzato un modello di regressione in cui, come variabile dipendente, è stato considerato il *ticket* pro-capite per popolazione pesata e come variabili indipendenti le rinunce, il numero di prestazioni pro-capite per popolazione pesata e il PIL pro-capite come *proxy* delle esenzioni, che nella maggior parte dei casi sono legate ai livelli di reddito.

L’indice di adattamento del modello è pari al 73,8% e tutte le variabili risultano significative ($p\text{-value} < 0,005$) (Tabella 8.7).

Nello specifico i dati mostrano come all’aumentare delle rinunce si riduce il *ticket*: difatti non consumando il *ticket* non viene pagato e pertanto il gettito si riduce.

Analogamente il modello dimostra che, come ovvio, al crescere del PIL aumenta il gettito del *ticket* in quanto diminuiscono le esenzioni.

Infine, questo permette di apprezzare che al netto dei fenomeni citati, si conferma come all’aumento del *ticket* diminuisca il numero di prestazioni effettuate: ovvero il

ticket sembra effettivamente disincentivare il consumo, almeno nelle strutture del SSN. Va, però, considerato che, con buona probabilità, l’inasprimento delle misure di compartecipazione, soprattutto per le fasce di popolazione che hanno un reddito pro-capite più elevato, rende conveniente rivolgersi verso il mercato privato, a maggior ragione qualora in presenza di liste d’attesa lunghe.

8.4. Conclusioni

La breve disamina svolta ha permesso di evidenziare le incongruenze che, a tutt’oggi, insistono sul sistema dell’assistenza specialistica ambulatoriale. In particolare, preme evidenziare come l’analisi delle differenze tra le remunerazioni riconosciute dimostra un non riconoscimento regionale delle valutazioni implicitamente contenute nel nomenclatore nazionale.

Una breve analisi sulla domanda e sull’offerta del settore ha messo in evidenza che, se sul lato dell’offerta i dati pubblicati sono sufficienti a delineare un esaustivo quadro di sintesi, sul lato dell’utilizzo la disponibilità delle informazioni è parziale a causa della disponibilità dei soli volumi di produzione aggregati per branca e non per singola prestazione; tale aggregazione rende impossibile poter inferire su quali specifiche prestazioni si concentra maggiormente la produzione delle Regioni.

In definitiva, nonostante il settore sia secondo solo a quello farmaceutico e ospedaliero in termini di importanza economica le informazioni statistiche utili al fine di programmare un efficace governo sono carenti.

Sul fronte della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui usufruiscono, poi, l’inasprimento delle misure di compartecipazione degli ultimi anni non ha portato, nell’ultimo biennio e soprattutto al Sud, gettito aggiuntivo: il *ticket* pro-capite, difatti, tra il 2014 ed il 2015, ha riportato una variazione negativa del 3,7% nelle Regioni del Sud ed una decrescita, sebbene di minore entità, anche in quelle del Nord (-2,9%). Nelle Regioni dell’area Centrale, invece, è rimasto pressoché stabile.

Sulla base di quanto precede, tuttavia, non è possibile valutare in che misura lo sforzo richiesto attraverso un crescente ricorso a sistemi di compartecipazione si sia tradotto in una diminuzione delle prestazioni richieste o

Tabella 8.7. Sintesi modello regressione

	Beta	p-value
Costante		0,004
Prest. pro-capite	-0,468	0,004
PIL pro-capite	0,607	0,000
Rinunce	-0,456	0,007

Fonte: elaborazione - © C.R.E.A. Sanità

in fenomeni di razionalizzazione sia dell'offerta che della domanda, o ancora in trasferimenti verso acquisti di tipo privato da parte della popolazione non esente che, in alcuni casi, avrebbe dovuto corrispondere compartecipazioni superiori al prezzo di mercato delle prestazioni. Il modello proposto dimostra che, almeno sul versante pubblico, l'inasprimento dei *ticket* porta ad una riduzione delle prestazioni.

Rimane e permane il problema dell'assunzione di validi ed omogenei strumenti di valutazione della condizione reddituale della popolazione ai fini dell'esenzione, tali da ridurre almeno le evidenti differenze di riconoscimento dei diritti tra le Regioni e, questo, proprio perché il sistema legato al reddito appare il più equo per regolare l'accesso alle prestazioni.

Riferimenti bibliografici

Ministero della Salute, Decreto 18 Ottobre 2012, *Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*

Ministero della Salute, *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, anni vari

Corte dei Conti, *Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica*, anni vari

Agenas, *La compartecipazione alla spesa nelle Regioni - Sintesi della normativa vigente al 1 maggio 2015*

Agenas, *Prestazioni specialistiche ambulatoriali – confronto tra le tariffe nazionali ex DM 18.10.2012 e le tariffe regionali vigenti al 31.10.2014*

ENGLISH SUMMARY

Outpatient specialist care: regional tariff policies and co-payment fees

The regulatory framework relative to the supply of outpatient specialist care and diagnostic imaging by the National Healthcare Service (NHS) has been outlined by Legislative Decree No. 502/1992. The said Decree underlines the need for governing the demand and supply of healthcare services by the Regions and by Local Health Units in terms of funding. It also defines fee for service payments as a general method, namely the so-called "tariff", from which derives the need to identify services deliverable within the NHS sector and their relative costs.

The list of services provided for by the NHS and their relative tariffs have been subsequently settled by the Decree of the Italian Ministry of Health dated 22 July 1996, with a first modification dated 18 October 2012. At the time of the present being drafted, new Healthcare Essential Level (LEAs) are being subjected to approval for specialist outpatient services that will be determining (amongst other things) the updating of a services classification and relative tariffs.

Comparisons between the regional tariffs (2014) has brought to light how difference in tariffs, for determined services, can be up to 42-fold.

Such wide-ranging variability cannot be easily comprehended, although the regional determination of tariffs may be the result of various factors, such as the number of facilities delivering the said service (and therefore the presence, or lack of, a competitive market), the greater or lesser presence on the territory of public or accredited private facilities and their efficiency (capacity for streamlining the use of resources), as well as cost of input factors (not necessarily the same in all Regions).

Moreover, one should consider that the subsequent issuance of Decree Law No. 98/2011 has established that the co-payment citizens are required to pay, depends by the tariffs of the individual services applied in

each Region, and by the measures approved by the Regions on the subject of additional co-payments and exemptions.

In particular, in 2015, of € 1.4 billion of co-payments for healthcare services, approximately the 96.0% (about € 1.3 billion) were for outpatient specialist services.

In detail, per capita annual average co-payment, in 2015, were € 22.1, increased of 11.2% respect to 2011 (€19.9). But it is also necessary highlighting that while the per capita cost per co-payments marked an increased between 2011 and 2013, it began reporting variations of the opposite trend beginning in 2014.

In 2015, the per capita co-payment in Northern Regions was attested at € 28.2, at € 26.7 in the central Regions and only € 11.4 in the Southern Italy. These differences remain also by analyzing the value by weighted population: € 27.7 in the North, € 26.3 in the Centre and € 11.8 in the South.

That differences are caused by the diversity in co-participation system at regional level. In other words, it reflects the heterogeneity of the regulatory criteria (at least 4 different co-payment typologies) beyond the different income criteria applied at regional level (both regarding the brackets and income calculating methods).

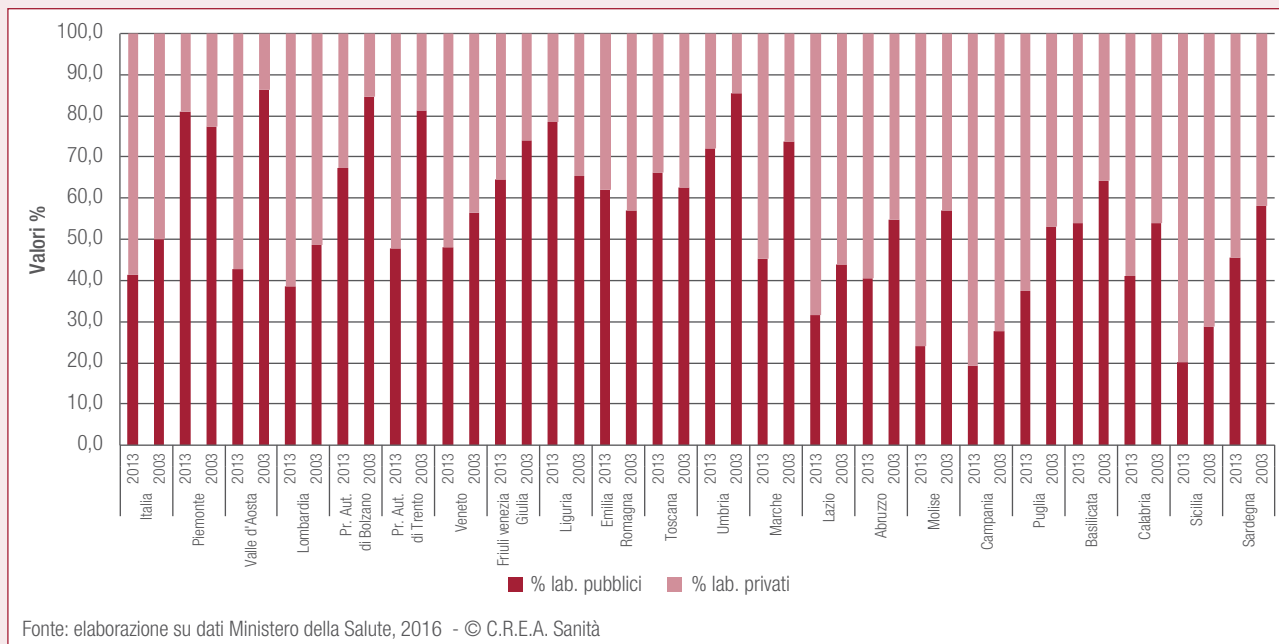
Dividing the Regions into 4 groups (on the basis of different co-payment regulation) and comparing the said variable with the number of per capita services for weighted population, brings to light that within the Regions where has been added to the co-payment per prescription has been fixed of € 36.15 an additional € 10.0 (group 2) the variability in terms of per capita services utilization is much higher compared to Regions where has been added an alternative measurement, typically linked to income (group 4). Moreover, it demonstrates how an increase in co-payment fees actually discourages resorting to specialist care (at least in

NHS facilities), even once the data has been corrected with a regression model, taking into account individual waivers and different income levels.

Obviously it should be borne in mind that the exac-

erbation of co-payment fees, especially for population with higher per capita income, may make resorting to private extra-NHS facilities more convenient – even more so when long waiting lists are envisioned.

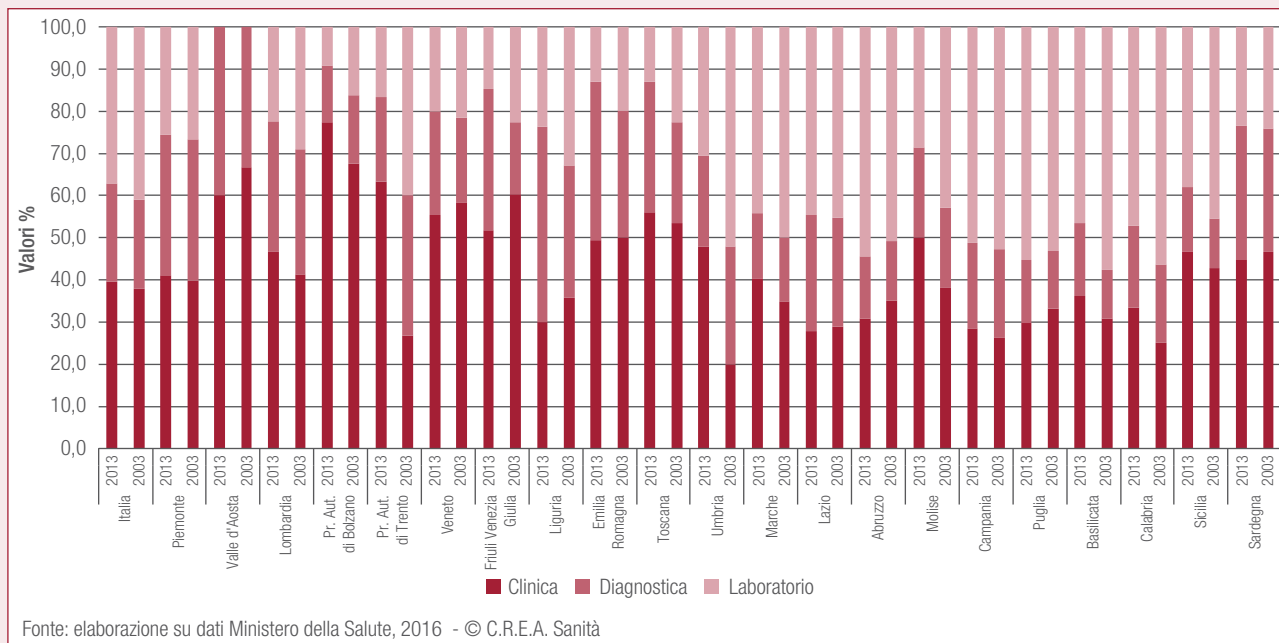
KI 8.1. Ambulatori e laboratori pubblici e privati. Composizione (%), anni 2003 e 2013



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Con riferimento alle strutture che erogano prestazioni specialistiche, questo indicatore illustra l'incidenza sia delle strutture pubbliche che di quelle private sul totale degli ambulatori e laboratori. In particolare, con riferimento al 2013, in Piemonte sul totale degli ambulatori e laboratori l'81,1% ha natura pubblica, mentre in Campania le strutture erogatrici di prestazioni ambulatoriali hanno natura prevalentemente privata poiché quelle pubbliche non raggiungono il 20,0% del totale degli ambulatori e laboratori.

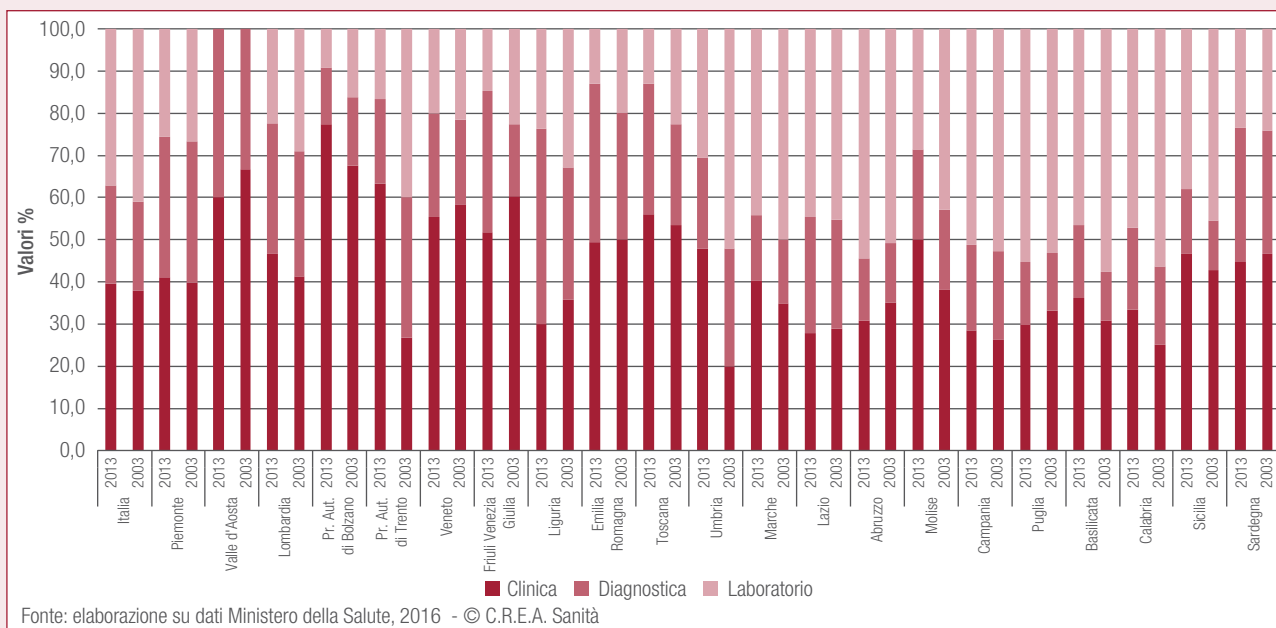
KI 8.2. Ambulatori e laboratori pubblici per tipologia di prestazione. Composizione (%), anni 2003 e 2013



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

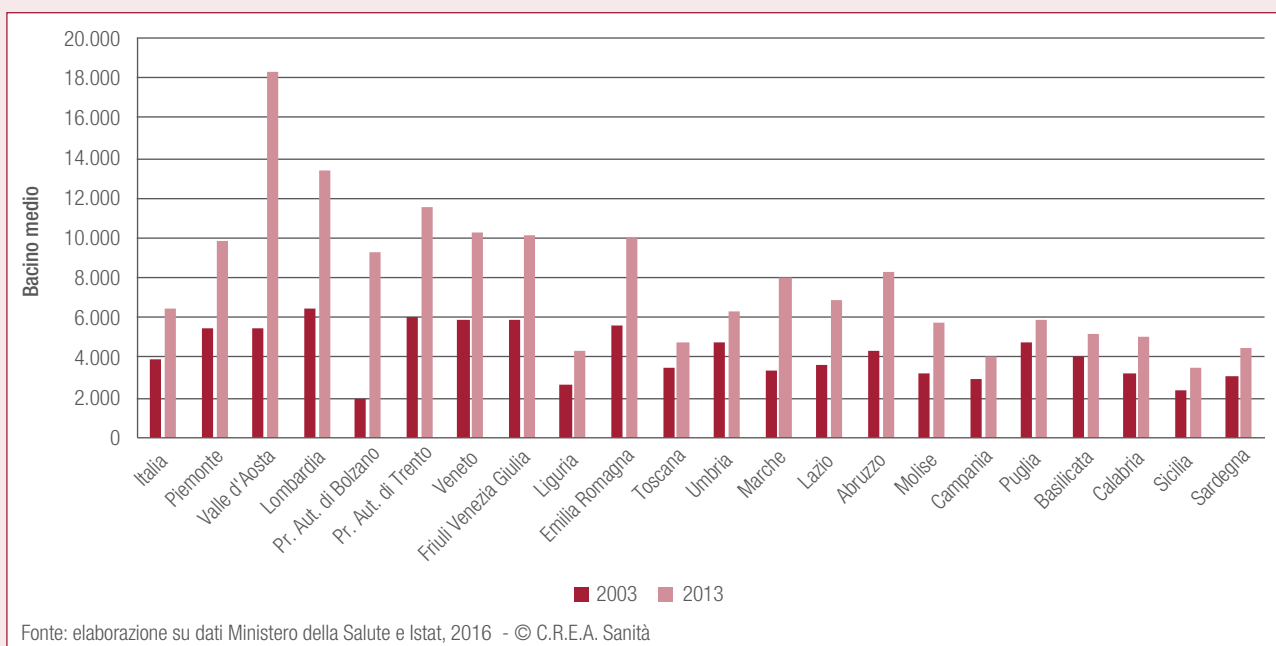
Gli ambulatori e laboratori che erogano prestazioni specialistiche possono essere classificati in base alla tipologia di prestazioni erogate tenendo presente che la medesima struttura può erogare prestazioni specialistiche appartenenti a più branche. In particolare, le prestazioni erogate possono essere di laboratorio, clinica e diagnostica. Nello specifico, del totale degli ambulatori e laboratori pubblici, il 56,7% erogano prestazioni di clinica, il 23,4% prestazioni di tipo diagnostico e il 19,8% sono laboratori di analisi. A livello regionale, il 73,2% del totale delle strutture pubbliche offre prestazioni di tipo clinico in Toscana, mentre all'estremo opposto il Molise dove solamente il 39,4% delle strutture pubbliche garantisce prestazioni di tipo clinico. Sul fronte della diagnostica è lo stesso Molise la Regione con la maggior quota di strutture pubbliche che eroga questa tipologia di prestazioni, mentre la Toscana ha un numero molto basso di strutture pubbliche che erogano prestazioni diagnostiche ed è seguita dalla Provincia Autonoma di Bolzano. Infine, la Valle d'Aosta è la Regione con la più alta percentuale di strutture pubbliche che erogano prestazioni di laboratorio.

KI 8.3. Ambulatori e laboratori privati per tipologia di prestazione. Composizione (%), anni 2003 e 2013



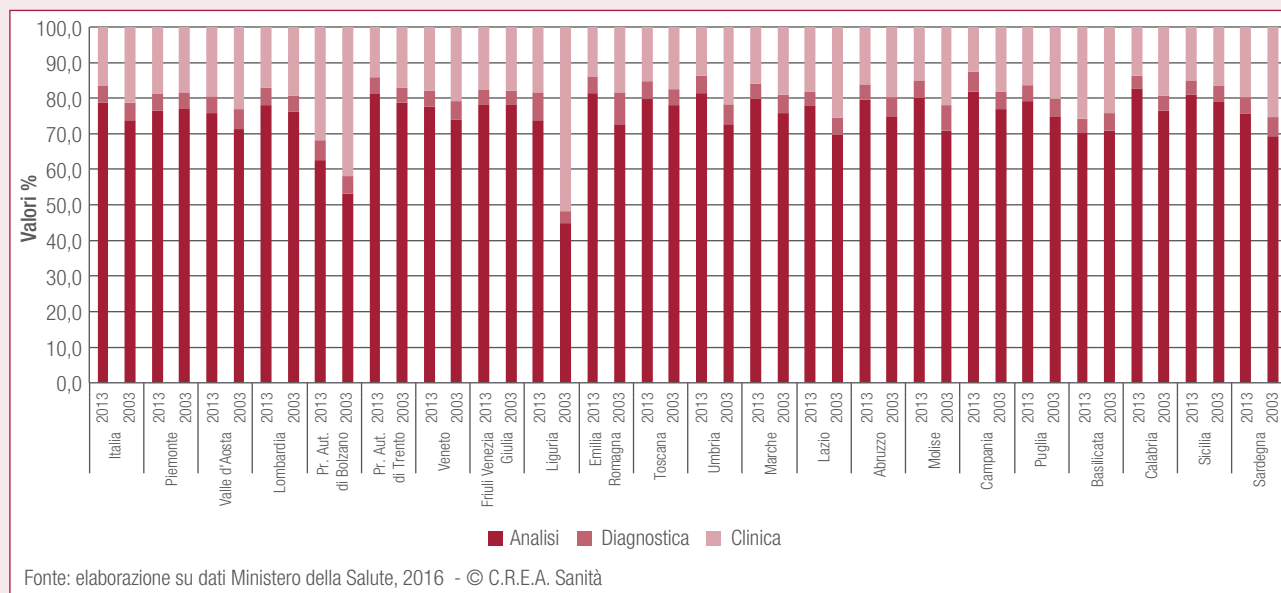
Gli ambulatori e laboratori che erogano prestazioni specialistiche possono essere classificati in base alla tipologia di prestazioni erogate tenendo presente che la medesima struttura può erogare prestazioni specialistiche appartenenti a più branche. In particolare, le prestazioni erogate possono essere di laboratorio, clinica e diagnostica. Nello specifico, del totale degli ambulatori e laboratori privati accreditati, il 39,5% erogano prestazioni di clinica, il 23,3% prestazioni di tipo diagnostico e il 37,2% sono laboratori di analisi. A livello regionale, il 77,3% del totale delle strutture private offre prestazioni di tipo clinico nella Provincia Autonoma di Bolzano, mentre all'estremo opposto il Lazio dove solamente il 27,9% delle strutture private garantisce prestazioni di tipo clinico. Sul fronte della diagnostica è la Liguria la Regione con la maggior quota di strutture private che eroga questa tipologia di prestazioni (ovvero il 46,4%), mentre la Provincia Autonoma di Bolzano e l'Abruzzo hanno un numero molto basso di strutture private che erogano prestazioni diagnostiche (il 13,6% la prima ed il 14,5% la seconda). Infine, la Puglia è la Regione con la più alta percentuale di strutture private che erogano prestazioni di laboratorio.

KI 8.4. Bacino medio di utenza del totale degli ambulatori e laboratori. Valori assoluti, anni 2003 e 2013



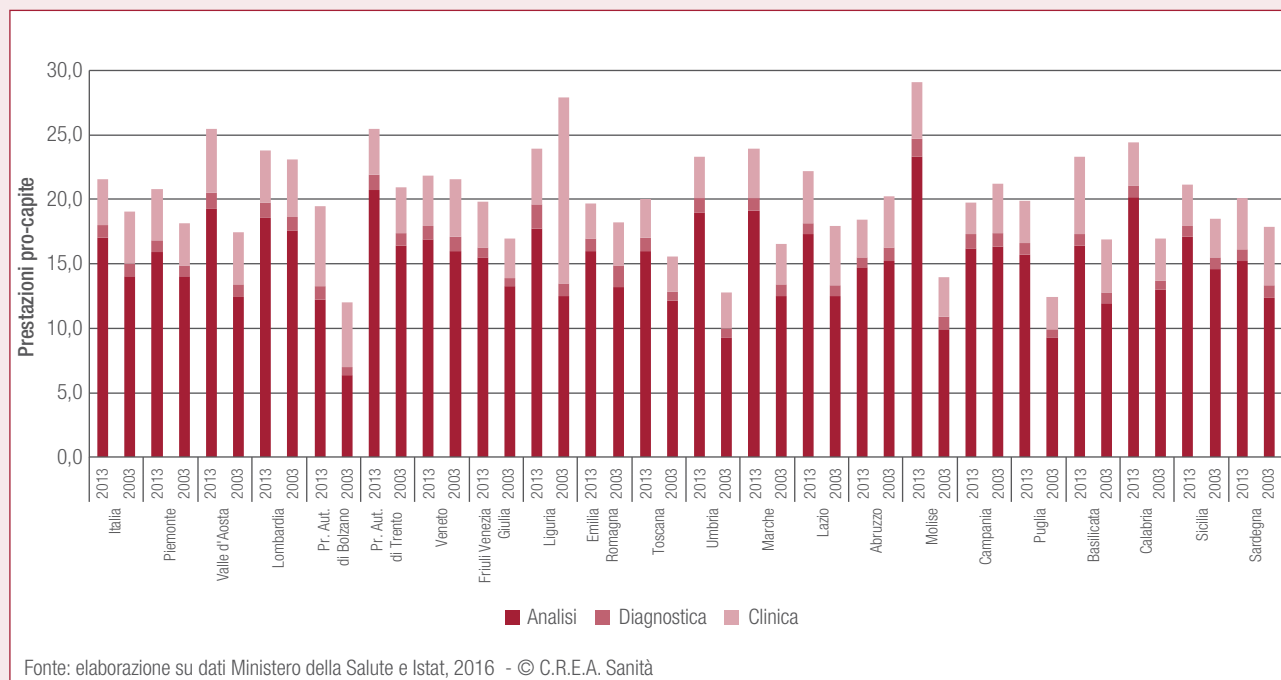
Nel 2013, a fronte di un bacino medio di utenza per ciascun ambulatorio a livello nazionale pari a 6.478 persone, la maggior parte delle Regioni appartenenti alla ripartizione centro-settentrionale presenta un bacino di utenza per ciascuna struttura superiore al valore medio nazionale. Di contro, sono soprattutto le Regioni del Sud quelle con bacini di utenza inferiori al valore nazionale. Appare doveroso sottolineare anche come tra il 2003 ed il 2013 la popolazione afferente a ciascun bacino abbia riportato un aumento generalizzato e cospicuo in tutte le Regioni.

KI 8.5. Prestazioni aggregate per tipologia. Composizione (%), anni 2003 e 2013



È possibile aggregare anche le prestazioni in tre branche come gli ambulatori e laboratori. In particolare, si identificano prestazioni di analisi, diagnostica e clinica. Nel 2013, in tutte le Regioni la maggior parte delle prestazioni erogate è rappresentata da quelle relative alle analisi. La Regione nella quale prevalgono le prestazioni di analisi è stata la Calabria con l'82,7%; all'estremo opposto la Provincia Autonoma di Bolzano nella quale il 62,7% delle prestazioni erogate nel 2013 appartiene alla branca delle analisi di laboratorio. La Liguria è la Regione con la più alta quota di prestazioni diagnostiche (7,8%), mentre sul lato opposto si colloca la Calabria dove solamente il 3,6% del totale delle prestazioni erogate appartiene alla branca della diagnostica. Sul fronte della clinica, invece, si va dal massimo della Provincia Autonoma di Bolzano (31,9%) al minimo della Calabria (12,5%).

KI 8.6. Prestazioni aggregate per tipologia. Valori pro-capite per popolazione pesata, anni 2003 e 2013



Nel 2013 sono state eseguite in media 17,0 prestazioni pro-capite per popolazione pesata di analisi, 1,0 di diagnostica e 3,6 di clinica. A livello regionale, la Valle d'Aosta, le Marche e l'Umbria sono risultate essere le Regioni in cui è stato effettuato un maggior numero di prestazioni di analisi pro-capite per popolazione pesata (rispettivamente 19,3 la prima, 19,1 la seconda e infine 19,0 la terza). Per quanto riguarda la diagnostica, la Liguria nel 2013 ha eseguito in media 1,9 prestazioni pro-capite per popolazione pesata; sul fronte opposto Friuli Venezia Giulia e Abruzzo che si sono fermate a 0,9 prestazioni pro-capite. Nel medesimo anno nella Provincia Autonoma di Bolzano sono state eseguite 6,2 prestazioni pro-capite per popolazione pesata di clinica, mentre l'Emilia Romagna è arrivata a 2,7 prestazioni pro-capite.

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of red and white.

Capitolo 9

Assistenza farmaceutica:
una fotografia dell'esistente e simulazioni
sulle regole di *payback*

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 9

Assistenza farmaceutica: una fotografia dell'esistente e simulazioni sulle regole di *payback*Polistena B.¹, Spandonaro F.²

9.1. Spesa farmaceutica: una fotografia della situazione attuale

La spesa pro-capite per farmaci in Italia, nel 2015, risulta pari a € 475,8 (ovvero all'1,9% del PIL), con un incremento di € 37,6 (+8,6%) rispetto al 2014.

Secondo il Rapporto OsMed (Agenzia Italiana del Farmaco – AIFA), per il 2015 la spesa complessiva è pari a € 28.925 mln. di cui € 20.545 mln. di spesa pubblica e € 8.380,0 di spesa privata (Tabella 9.1).

Nello specifico, nell'ultimo anno, il 41,3% della spesa pubblica è assorbito dalla spesa convenzionata, il 24,0% dalla distribuzione diretta e per conto di fascia A, il 30,6% dalla spesa ospedaliera e il 4,2% dallo sconto (Figura 9.1).

La spesa privata invece si compone per il 17,7% dalla spesa per classe A privato, per il 35,8% dalla spesa per classe A, per il 28,3% dalla spesa per automedicazione e per il restante 18,2% dalle compartecipazioni.

Sul complesso della spesa, il “contenimento” della crescita della spesa farmaceutica, che si era realizzato negli scorsi anni per compensazione delle sue due principali componenti (territoriale e ospedaliera), sembra avere avuto nel 2015 una soluzione di continuità.

In particolare, la spesa per la distribuzione diretta e per conto per farmaci di classe A è aumentata in maniera considerevole (+51,4% nell'ultimo anno), a fronte di una riduzione contenuta sul fronte della spesa convenzionata netta (-1,4%) (Figura 9.2).

Sembra importante sottolineare che se la distribuzione per conto è cresciuta solamente del 9,3%, quella diretta è cresciuta del 41,7%: tale dato farebbe ipotizzare che nella distribuzione diretta è confluita parte della spesa che fino al 2014 era ospedaliera, di fatto implicando una “sottostima” dell'incremento dell'ospedaliera.

Tale “spostamento” è peraltro facilmente “spiegabile”

Tabella 9.1. Spesa farmaceutica in Italia. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Convenzionata netta	10.023,00	8.986,00	8.863,00	8.598,00	8.477,00
Distribuzione diretta e per conto fascia A	2.832,00	2.837,00	3.003,00	3.250,00	4.921,00
Ospedaliera	4.774,00	5.055,00	5.421,00	5.745,00	6.282,00
Classe A privato	1.026,00	1.027,00	1.468,00	1.442,00	1.487,00
Classe C	3.207,00	3.000,00	2.985,00	2.937,00	2.997,00
Automedicazione	2.113,00	2.125,00	2.278,00	2.269,00	2.375,00
Ticket	1.337,00	1.406,00	1.436,00	1.500,00	1.521,00
Sconto	1.028,00	1.096,00	927,00	889,00	865,00
Spesa totale	25.312,00	24.436,00	25.454,00	25.741,00	28.925,00
Spesa pubblica	18.657,00	17.974,00	18.214,00	18.482,00	20.545,00
Spesa territoriale	12.855,00	11.823,00	11.866,00	11.848,00	13.398,00
Spesa privata	7.683,00	7.558,00	8.167,00	8.148,00	8.380,00

Fonte: elaborazione su dati OSMED, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

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

² Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, C.R.E.A. Sanità

Figura 9.1. Spesa farmaceutica totale. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2015

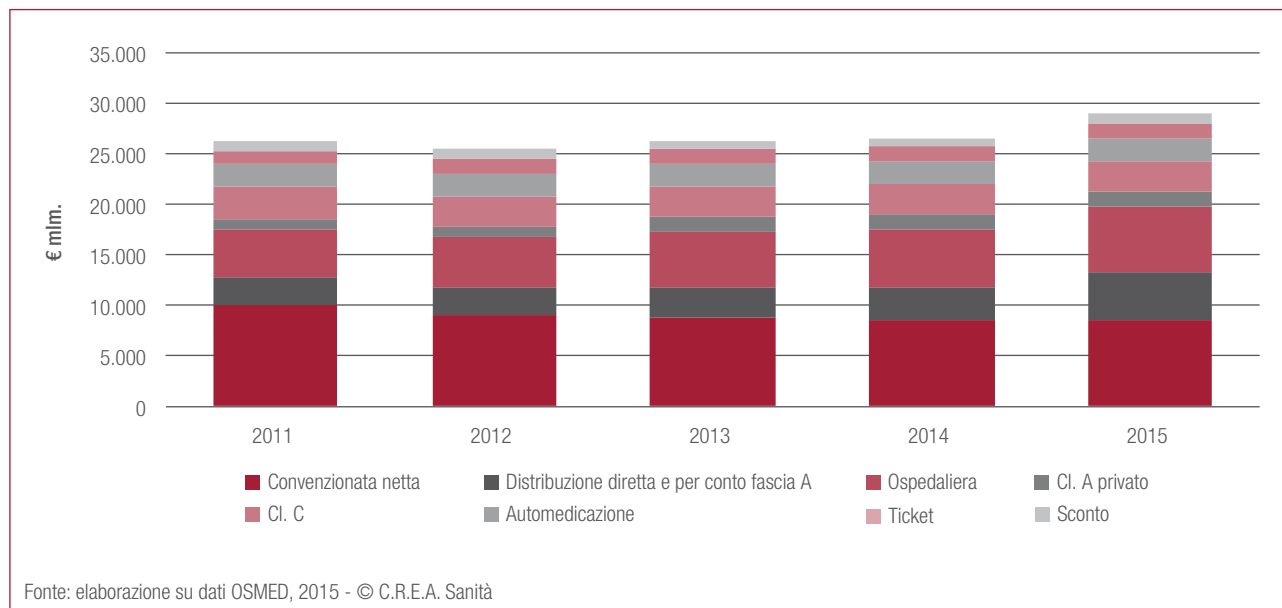
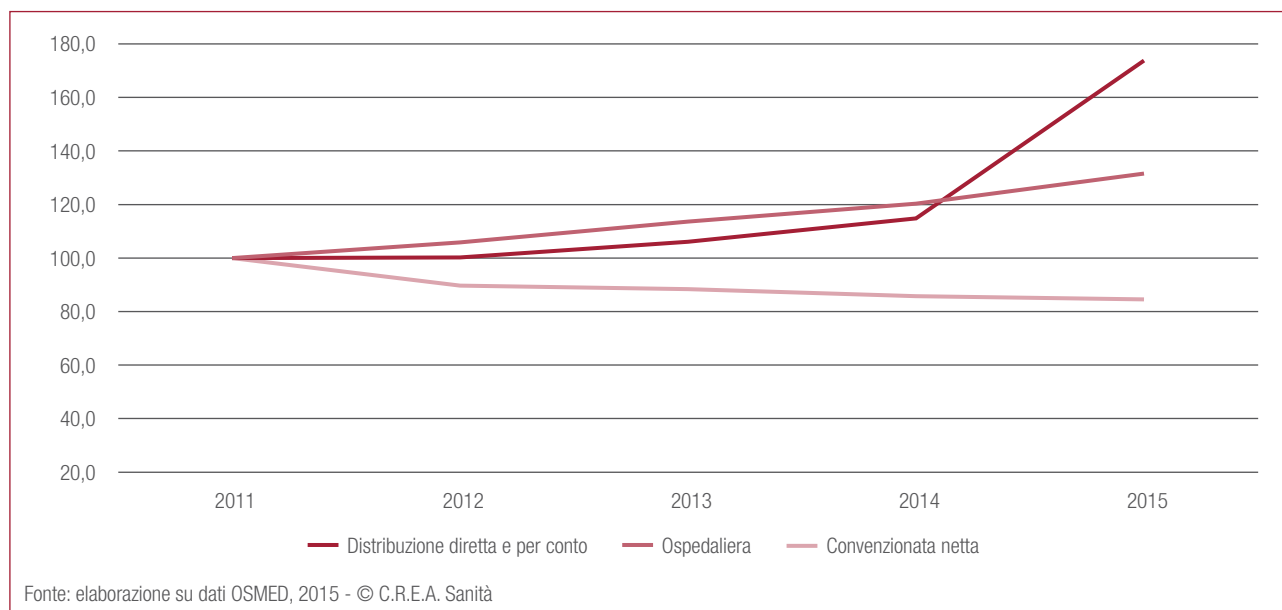


Figura 9.2. Spesa farmaceutica pubblica. Numeri indice (base fissa anno 2011), anni 2011-2015



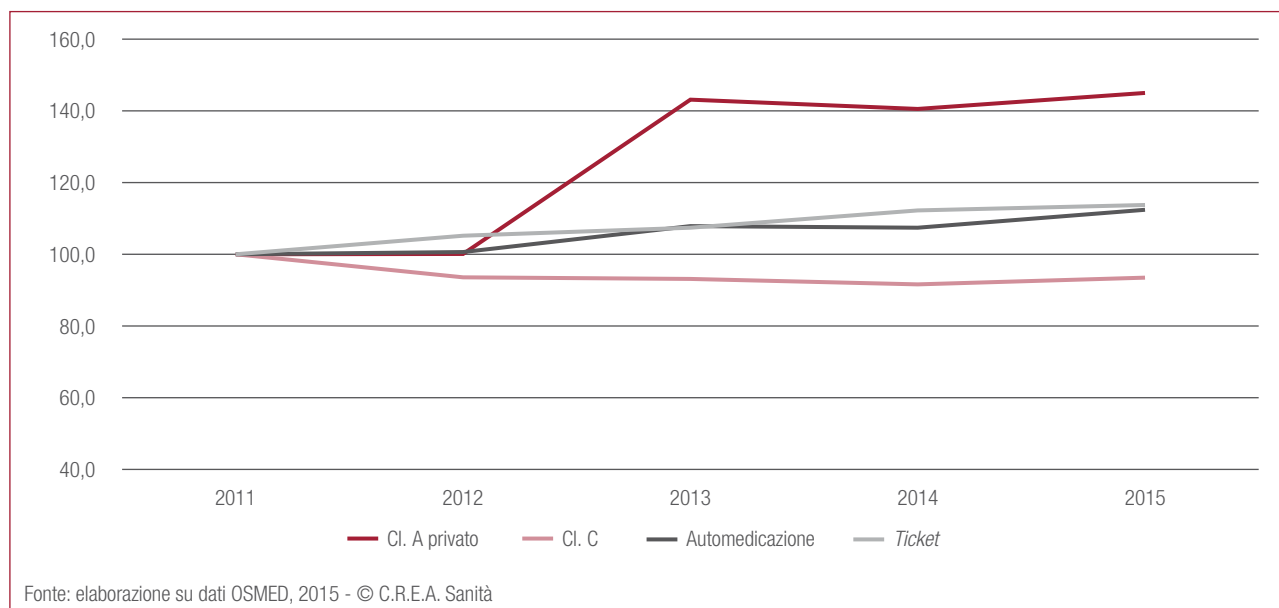
in termini di incentivi economici, sia in una logica di ricerca di risparmio da parte delle Regioni (ma questo può valere solo per i farmaci comprati direttamente ex factory saltando la distribuzione), sia perché gli sforamenti sulla territoriale sono finanziariamente meno impattanti di quelli sulla ospedaliera, per effetto delle diverse regole di *payback*.

Nel complesso, quindi, la spesa territoriale pubblica che, negli ultimi anni, aveva fatto osservare una sostan-

ziale stabilità facilmente spiegabile con le politiche dei tagli dei prezzi e, principalmente, con l'ondata delle "genericazioni" (le quali hanno prodotto un forte decremento del costo unitario dei farmaci maturi distribuiti per lo più territorialmente) ha anch'essa mostrato, nell'ultimo anno, un'importante tendenza alla crescita (+13,1%), sfiorando il tetto stabilito per la farmaceutica territoriale.

Sul fronte ospedaliero, dove si concentra ormai in modo pressoché esclusivo l'accesso dei farmaci inno-

Figura 9.3. Spesa farmaceutica classe A privata, classe C, ticket, SOP/OTC. Numeri indice (base fissa anno 2011), anni 2011-2015



vativi, la spesa, tra il 2014 e il 2015, è ulteriormente aumentata del 9,3%.

Ovviamente, il maggiore costo delle nuove molecole è giustificabile con i benefici incrementali delle stesse ma anche con la sempre maggiore targhettizzazione delle terapie nonché con l'innegabile fatto che ormai la protezione brevettuale non riesce più a far diluire nel tempo il rientro dagli investimenti: tuttavia, la rapidità della crescita, tale da mettere a rischio l'equilibrio nel settore, pone interrogativi su quale sia la reale e ragionevole disponibilità a pagare della Società per le innovazioni. I *threshold* adottati a livello internazionale, in una fase di prolungata stagnazione economica e di *budget* non più flessibili, appaiono ormai sostanzialmente non più coerenti con le esigenze di sostenibilità.

A titolo di esempio, citiamo i farmaci appartenenti all'ATC farmaci antineoplastici e immunomodulatori, categoria per cui, solo nell'ultimo anno, a fronte di un aumento della spesa delle strutture pubbliche del 7,1% si è osservato un incremento dei consumi solo del 2,7%.

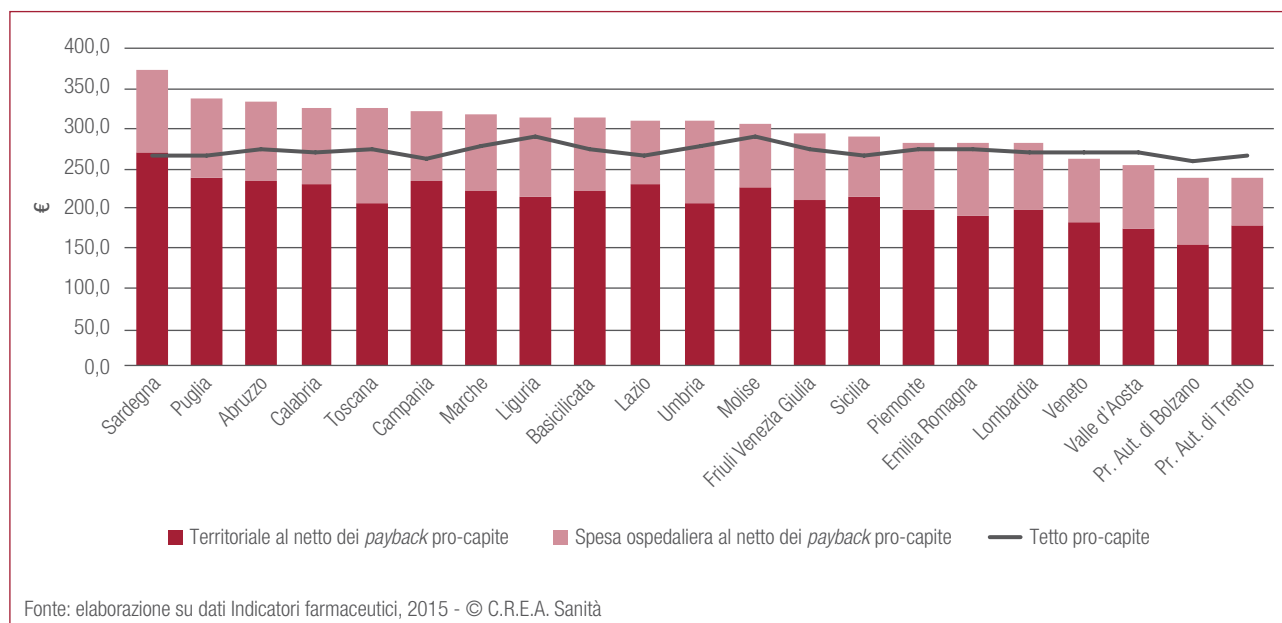
Sul fronte della spesa privata osserviamo un *trend* in significativa crescita: la spesa a carico dei cittadini, comprendente la spesa per *ticket* per i medicinali di classe A acquistati privatamente e quella dei farmaci di classe C, rispetto al 2014 ha registrato un incremento del 2,8% (a seguito di una lieve riduzione dell'anno precedente dello -0,2%). La crescita è stata condizionata dall'incremento

della spesa per i medicinali di automedicazione (+4,7%), dall'aumento della spesa per l'acquisto privato di medicinali di fascia A (+3,1%) ed, infine, dall'aumento della spesa per i medicinali di classe C con ricetta (+2,0%); più contenuta, invece, è stata la crescita della spesa per la compartecipazione da parte del cittadino (+1,4%) (Figura 9.3).

Si noti che nelle compartecipazioni è compreso anche il differenziale dei farmaci *off patent* rispetto al prezzo di riferimento; nel 2015, il 34,5% della spesa per compartecipazione è relativo al *ticket* fisso ed il restante 65,5% alla quota relativa al prezzo di riferimento. Nello specifico, le compartecipazioni ammontano, nel 2015, a € 1.521 mln. (€ 25 annui pro-capite).

Sembra opportuno rimarcare che la quota eccedente il prezzo di riferimento viene pagata non solo tra farmaco equivalente ed *originator* ma anche, eventualmente, tra due equivalenti, e quindi non è attribuibile completamente alla scarsa propensione (specialmente in alcune Regioni meridionali) ad usare i farmaci equivalenti.

Notevole è la continua crescita del consumo di classe A privato, che testimonia una esponenziale crescita della convenienza all'acquisto *out of pocket* (peraltro reso meno oneroso dalla detraibilità prevista per le spese sanitarie), per farmaci pure rimborsabili dal SSN: il fenomeno è attribuibile tanto al costo "indiretto" della prescrizione, quanto alle compartecipazioni.

Figura 9.4. Spesa pubblica territoriale e ospedaliera al netto dei *payback* e tetto regionale. Valori pro-capite (€), anno 2015

Cresce, dopo anni di riduzione, anche la spesa per farmaci non rimborsabili dal SSN (classe C) e per automedicazione.

A livello regionale, la spesa farmaceutica pubblica (al netto del *payback*) registra valori più elevati in Sardegna (€ 367,3 pro-capite), Puglia (€ 333,7 pro-capite) e Abruzzo (€ 330,4 pro-capite), e inferiori nella Provincia Autonoma di Bolzano e Trento (rispettivamente € 235,3 e € 232,6 pro-capite) e Valle d'Aosta (€ 249,4 pro-capite) (Figura 9.4).

Le differenze sono rilevanti: fra le due Regioni "estreme" la differenza di spesa farmaceutica raggiunge € 134,8, pari ad uno scarto del 36,7%.

Solamente le due Province Autonome di Trento e Bolzano, la Valle d'Aosta e il Veneto, sono al di sotto del tetto del 14,85% del FSN.

Le Regioni che sfiorano il tetto in misura maggiore sono la Sardegna (€ 104,6 pro-capite pari al 39,8% del tetto) e la Puglia (€ 71,6 pro-capite pari al 27,3% del tetto).

Va peraltro notato che, qualora computassimo anche la classe A privata tra la spesa farmaceutica pubblica, otterremmo, come ovvio, uno scostamento dal tetto superiore rispetto all'attuale: tale scostamento non è equidistribuito, in quanto per le Regioni del Nord (quelle con una maggiore spesa per classe A privata) l'effetto sarebbe maggiore: ad esempio anche il Veneto

sfiorerebbe il tetto, la Provincia Autonoma di Bolzano andrebbe a pareggio e solo la Provincia Autonoma di Trento si manterrebbe comunque al di sotto del tetto.

Liguria, Lazio e Friuli Venezia Giulia sono le Regioni che vedrebbero peggiorare maggiormente la propria posizione, qualora i cittadini non si facessero più carico direttamente di questa quota di spesa (Figura 9.5).

L'analisi della composizione della spesa fa emergere altresì l'esistenza di differenti modelli di *governance* regionale (Figura 9.6).

La spesa delle strutture pubbliche incide per il 39,0% a livello nazionale passando dal 45,0% della Regione Toscana al 33,0% della Valle d'Aosta. Certamente tali differenze sono in larga misura imputabili al differente ricorso a forme di distribuzione diretta dei farmaci.

Va anche considerato che in Italia circa il 17,0% dei posti letto è accreditato, e ciò rende plausibile che esista una distorsione della spesa farmaceutica ospedaliera di circa 4-5 punti percentuali (spesa esclusa da File F). Tra l'altro le Regioni che storicamente hanno una quota più elevata di privato (Sicilia, Campania, ma anche Lazio) arrivano ad avere una quota di posti letto accreditati tra il 25% e il 30% e questo potrebbe spiegare il relativo minore sfioramento per la farmaceutica ospedaliera.

La spesa erogata dalle Regioni in regime di assistenza convenzionata incide per il 38,0% sul totale della spesa nazionale ed è evidente una spaccatura tra le

Figura 9.5. Spesa pubblica territoriale, ospedaliera e classe A privata al netto dei *payback* e tetto regionale. Valori pro-capite (€), anno 2015

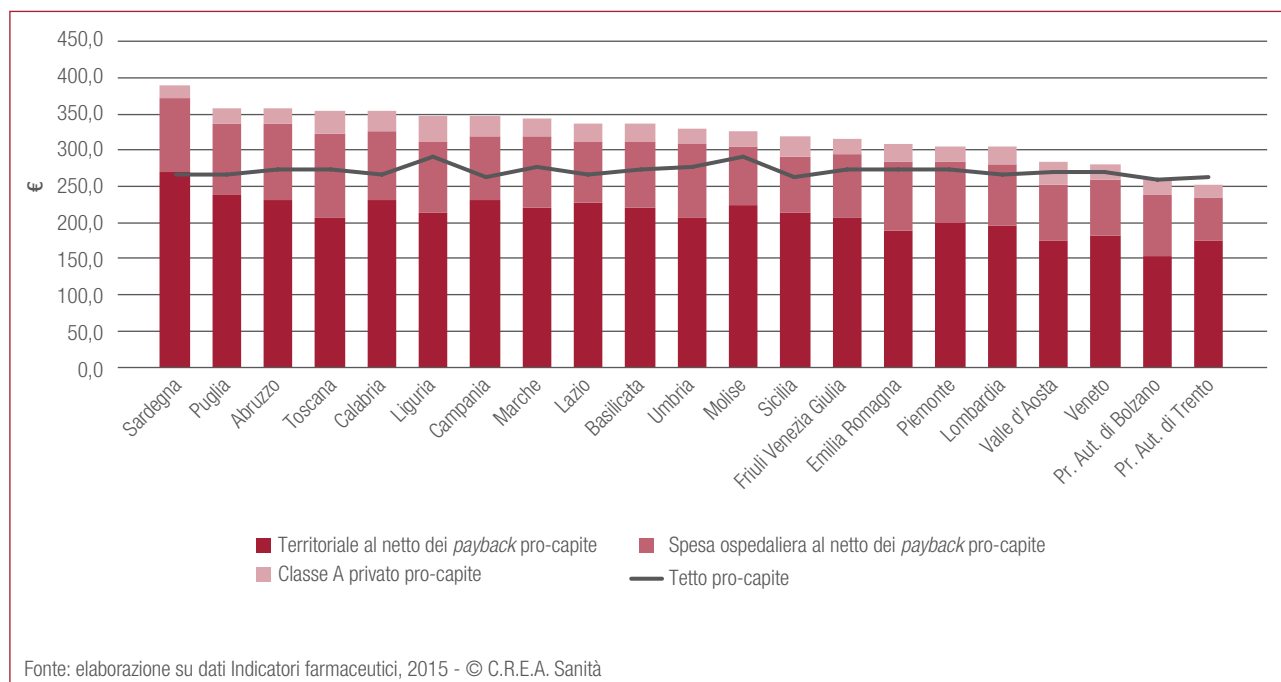
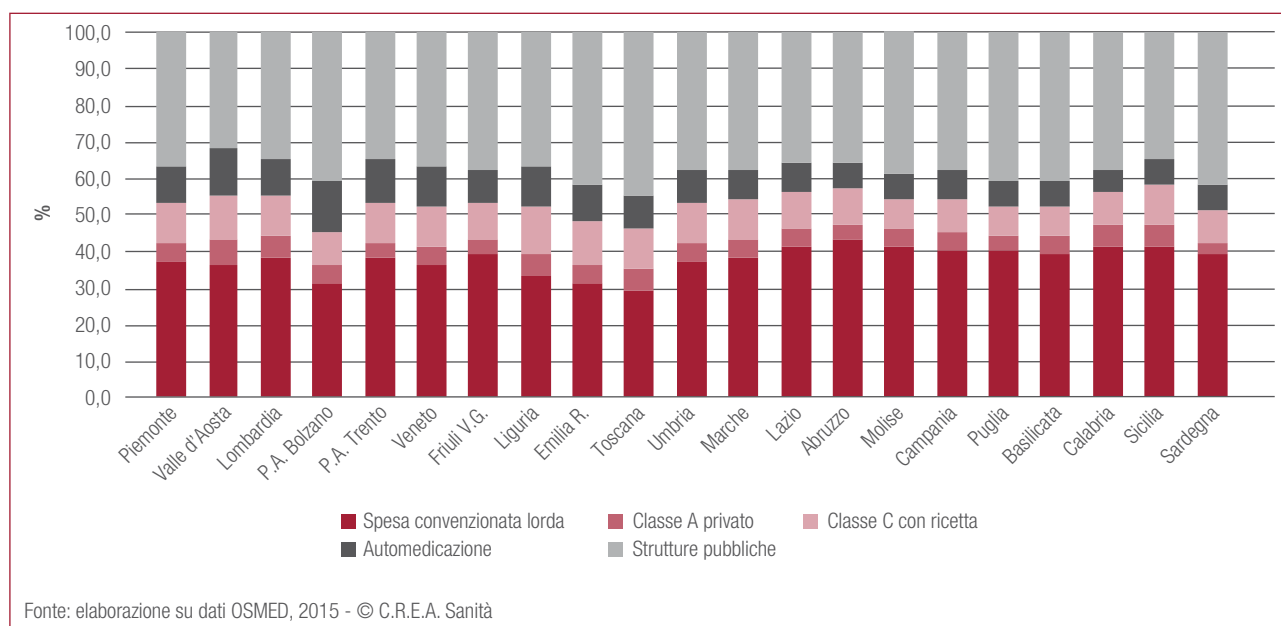


Figura 9.6. Spesa farmaceutica totale regionale. Composizione %, anno 2015



diverse ripartizioni: le Regioni del Nord, ad eccezione di Lombardia e Friuli Venezia Giulia, fanno osservare incidenze inferiori alla media nazionale; viceversa, le Regioni del Centro (con l'esclusione delle Marche) e del Sud registrano valori superiori alla media nazionale. Nello specifico, l'incidenza di tale voce di spe-

sa passa dal 29,0% in Toscana al 43,0% in Abruzzo. Per quel che concerne la spesa privata, invece, si osserva una situazione antitetica a quella appena descritta: le Regioni del Nord fanno osservare incidenze maggiori rispetto alla media nazionale e le Regioni del Sud incidenze minori.

9.2. Il ripiano dello sfioramento della spesa farmaceutica

Il problema dello sfioramento dei tetti, e del conseguente ripiano, appare quest'anno ancor più cruciale considerando che, dopo anni, si è assistito ad uno sfioramento anche della farmaceutica territoriale e non c'è stata, pertanto, sufficiente compensazione tra le due voci: ospedaliera e territoriale.

Il ripiano dello sfioramento della farmaceutica territoriale è stato sancito dal DL 179/2015 che ha stabilito che:

- venga ripianato il 90,0% dello sfioramento calcolato su base nazionale
- il 25,0% del ripianamento compete solo alle Regioni che hanno sfiorato
- il 75,0% del ripianamento compete a tutte le Regioni sulla base della quota di accesso al FSN.

Appare doveroso sottolineare come, di fatto, si capovolga la norma disposta dall'art. 5 della L. 222/07 che attribuiva il ripiano solamente alle Regioni che avevano sfiorato.

Per quanto attiene l'assistenza farmaceutica ospedaliera, invece, la regola di ripiano è regolamentata dall'art. 15 della L. 135/2015, il quale sancisce che venga ripianato il 50,0% dello sfioramento e di questo onere se ne devono fare carico direttamente le aziende farmaceutiche. Pure in questo caso viene superato l'art. 5 della L. 222/2007 che accollava alla Regione l'intero onere dello sfioramento.

Data la "ondivaga" determinazione dei criteri di *payback*, nel seguito abbiamo ritenuto utile valutare gli impatti delle diverse azioni, simulando cosa cambierebbe in termini di distribuzione del *payback*:

1. utilizzando le regole dell'ospedaliera anche per la farmaceutica territoriale;
2. utilizzando le regole della territoriale anche per la farmaceutica ospedaliera;
3. considerando un tetto unico e una unica regola di ripiano.

La simulazione è stata fatta partendo dai dati diffusi da AIFA relativi all'anno 2015.

Applicando la regola della farmaceutica ospedaliera allo sfioramento della farmaceutica territoriale, la prima evidente conseguenza è che per le Regioni che non

sfiorano la «privazione» è totale perché perdono quanto viene distribuito sulla base della quota di accesso al FSN (75,0% del 90,0% dello sfioramento). Per le altre Regioni, invece, la «perdita o il guadagno» dipendono dalla quota di sfioramento: se lo sfioramento è basso la perdita è considerevole (Molise -95,9% pari a € 3,3 pro-capite), ma se lo sfioramento è alto diventa elevato anche il guadagno: supera, in effetti, il 250,0% in Valle d'Aosta e nella Provincia Autonoma di Bolzano (Figura 9.7).

Applicando la regola della farmaceutica territoriale allo sfioramento della farmaceutica ospedaliera (in "ossequio" anche ai ricorsi proposti da Regioni quali Lombardia e Campania) ovviamente si deduce che le Regioni che ne traggono vantaggio sono quelle che non sfiorano e per le quali il «guadagno» è pari alla quota derivante dalla "spartizione" del 75,0% del *payback* fra tutte le Regioni sulla base della quota di accesso al FSN; le Regioni maggiormente «penalizzate» sono la Toscana, e la Sardegna dove la «perdita» è superiore al 30,0% (rispettivamente € 10,8 e € 5,9 pro-capite) (Figura 9.8).

Data la evidente "non neutralità" delle opzioni precedenti, si è quindi proceduto ad applicare le suddette "regole" al tetto unico (a parità di *payback* a carico delle aziende).

Riteniamo che sarebbe una opzione "ragionevole", nel senso del favorire un auspicabile superamento del doppio tetto, che peraltro non ha giustificazioni apparenti.

Utilizzando la regola della ospedaliera, secondo le nostre simulazioni, si generano effetti significativi (Figura 9.9), ed in particolare:

- le Regioni che non sfiorano «perdono» ogni *payback*;
- le Regioni Piemonte ed Emilia Romagna registrano, comunque, una perdita importante dell'ordine del 70,0% (rispettivamente € 9,2 e € 13,3 pro-capite);
- le Regioni che traggono maggiori vantaggi sono Sardegna e Campania (€ 31,8 e € 12,9 pro-capite).

Viceversa, applicando la regola della farmaceutica territoriale al tetto unico (a parità di *payback* a carico delle aziende) (Figura 9.10) emerge che:

- il «guadagno» maggiore è per le Regioni Molise e Sicilia (€ 5,2 e € 4,7 pro-capite);

Figura 9.7. Variazioni (%) *payback* farmaceutica territoriale applicando la regola dell'ospedaliera € pro-capite, anno 2015

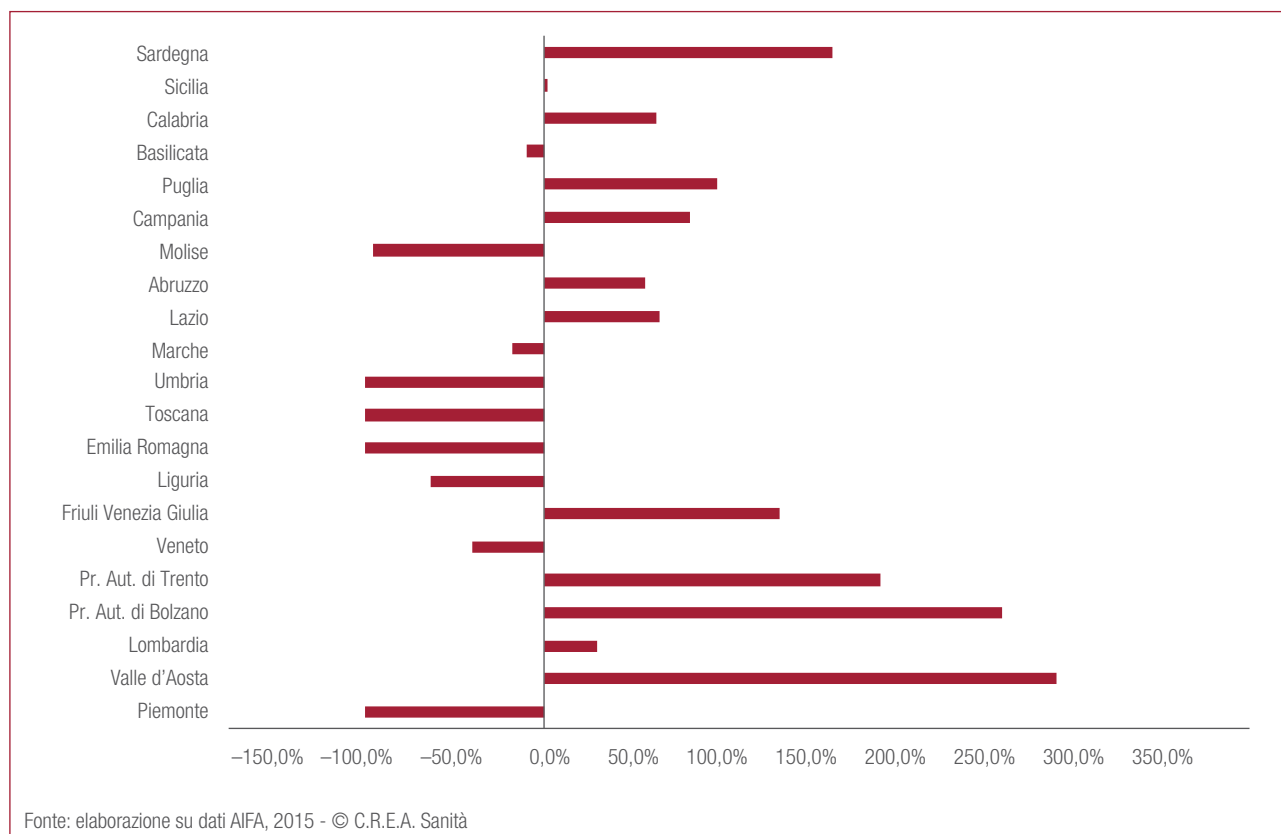


Figura 9.8. Variazioni (%) *payback* farmaceutica ospedaliera applicando la regola della territoriale € pro-capite, anno 2015

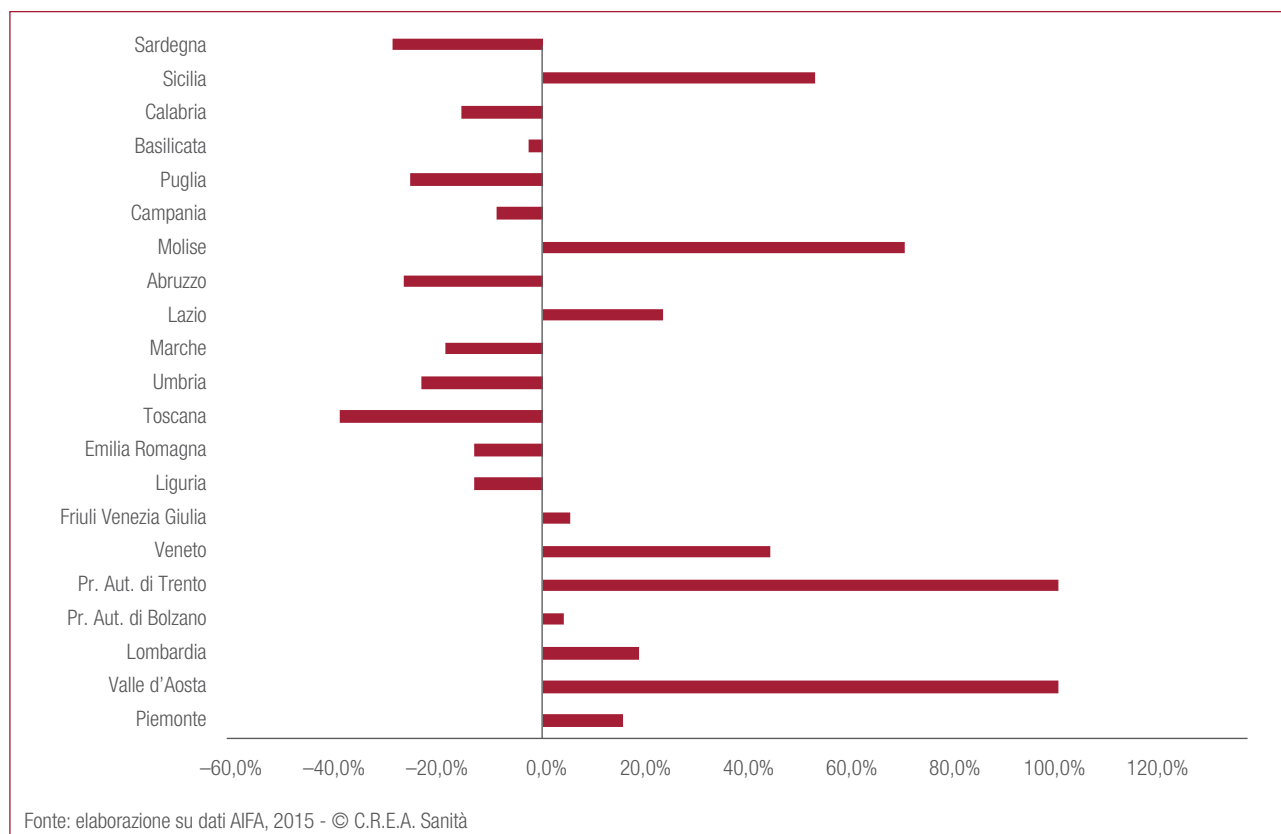
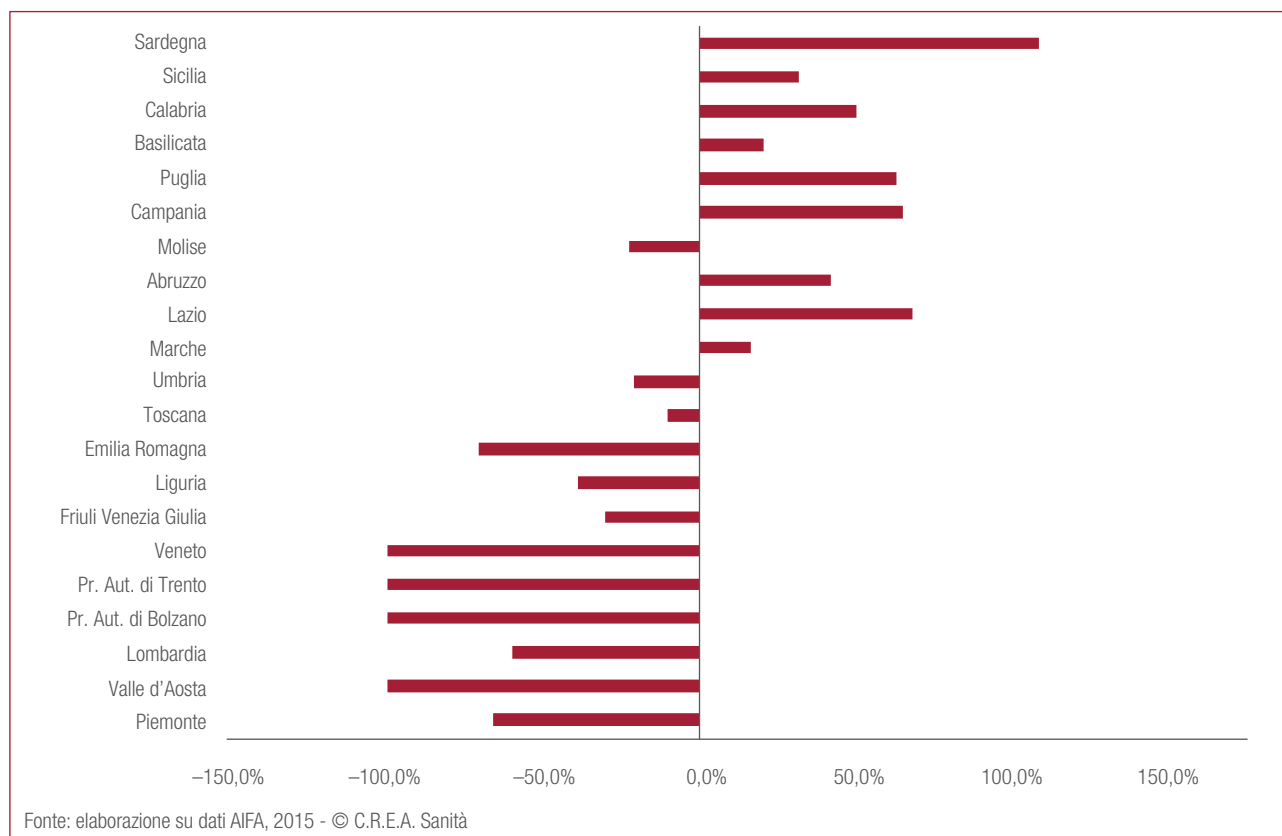


Figura 9.9. Variazioni (%) *payback* tetto unico applicando la regola dell'ospedaliera € pro-capite, anno 2015

- la «perdita» maggiore si registra in Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano (rispettivamente € 87,6, € 27,5 pro-capite).

Dalle simulazioni presentate sembra emergere che la «regola territoriale» disincentiva certamente le Regioni a sfiorare ma la suddivisione del 75,0% a tutte le Regioni sulla base della quota di accesso al FSN e l'attribuzione del solo 25,0% alle Regioni che sfiorano, portano alle Regioni che non sfiorano risorse che dimensionalmente non sembrano giustificabili.

La regola ospedaliera, di contro, non disincentiva di per sé lo sfioramento regionale, ma rimanendo il 50,0% del ripiano a carico delle Regioni questo non sembra essere un problema.

Mentre scriviamo, le anticipazioni che arrivano sulla manovra 2017, sembrano indicare la volontà di aumentare la quota di *payback* posto sotto la "regola" dell'ospedaliera, spostando sulla ospedaliera la spesa diretta.

Posta in tali termini, la manovra sembra neutrale in termini complessivi, sposta l'onere dalle aziende far-

maceutiche alle Regioni, con evidenti problemi dato la scarsa (o insufficiente) crescita del fondo. Sembrerebbe a questo punto più ragionevole un superamento definitivo del doppio tetto, ripensando complessivamente le quote di attribuzione del *payback*.

Una possibile soluzione potrebbe essere quella di applicare, al tetto unico, la regola della farmaceutica territoriale, abbassando però la sanzione sulle Regioni che sfiorano, ovvero distribuendo:

- il 75% alle Regioni che sfiorano;
- il 25% a tutte le Regioni sulla base della quota di accesso al FSN.

Dalla simulazione si osservano, ad eccezione delle Regioni che non sfiorano per l'ospedaliera, variazioni più contenute rispetto a quelle precedentemente descritte. La variazione appare, in termini pro-capite rilevante solo in Valle d'Aosta e nella Provincia Autonoma di Bolzano (rispettivamente -€ 96,0 e -€ 35,6), meno nella Provincia Autonoma di Trento (-€ 7,0 pro-capite); in tutte le altre Regioni la variazione non supererebbe € 21 pro-capite (Figura 9.11).

Figura 9.10. Variazioni (%) *payback* tetto unico applicando la regola della territoriale € pro-capite, anno 2015

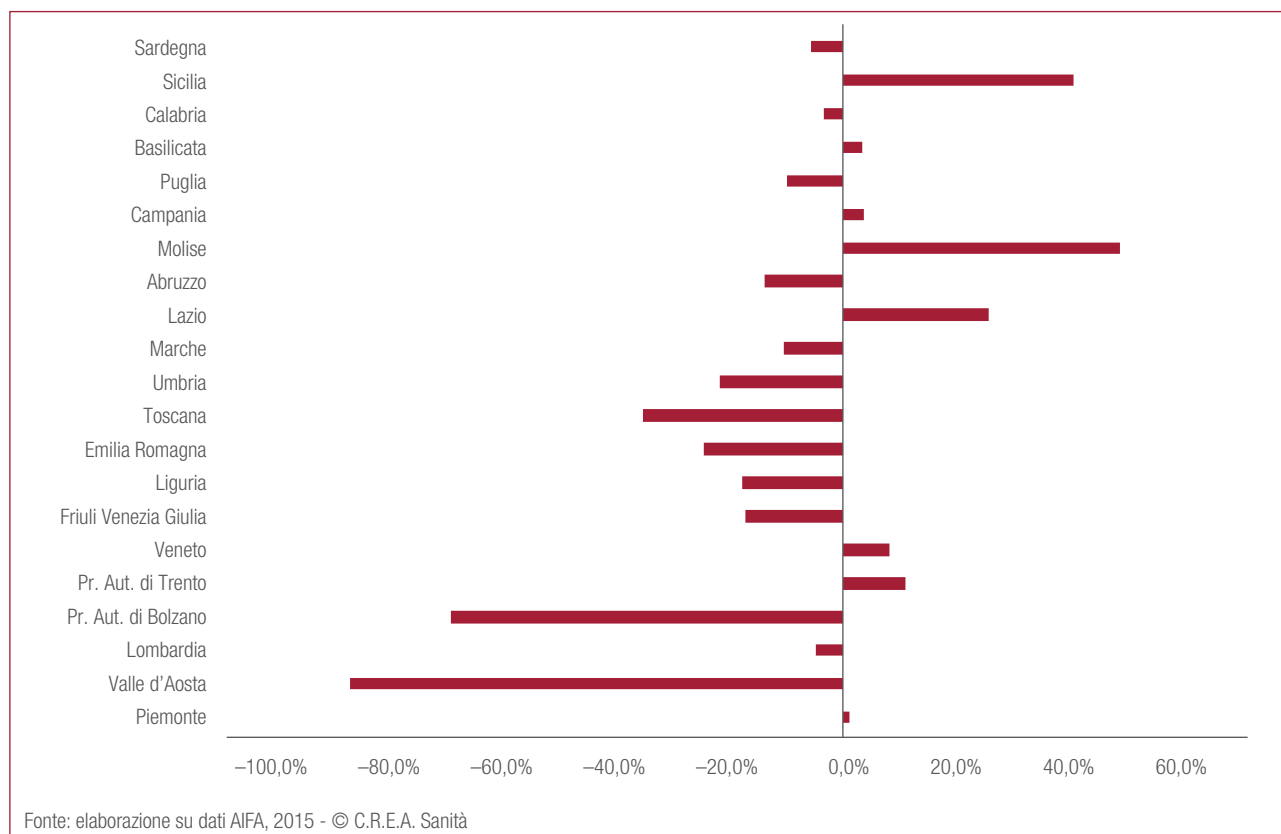
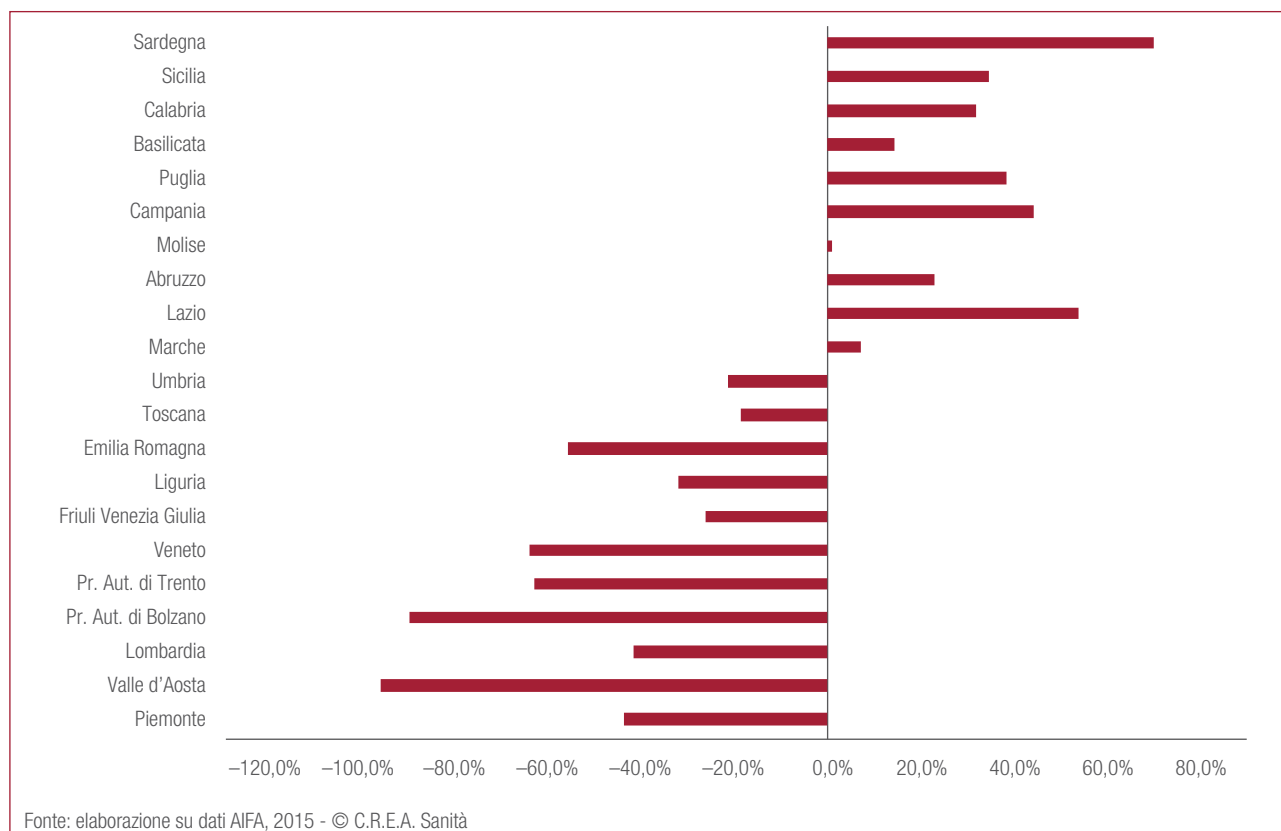


Figura 9.11. Variazioni (%) *payback* tetto unico regola mista € pro-capite, anno 2015



9.3. Conclusioni

La crescita della spesa farmaceutica in Italia, in particolare quella pubblica, nell'ultimo anno è senza alcun dubbio ascrivibile all'ingresso di molecole ad alto costo che, certamente portano benefici incrementali, ma sembrano anche essere difficilmente sostenibili dal nostro SSN, almeno nella misura in cui la spesa farmaceutica programmata deve rimanere nei limiti degli attuali tetti.

Anche sul fronte della spesa privata si osserva un *trend* fortemente crescente; in particolare, continuano ad aumentare la compartecipazione del cittadino (+1,4%), ma specialmente la spesa per i medicinali di automedicazione (+4,7%) (distribuiti anche da parafarmacie e da grande distribuzione), la spesa per classe C con ricetta (+2,0%) e la spesa per classe A privata (+3,1%).

Sembrirebbe, quindi, evidente come l'assistenza farmaceutica pubblica, pur mantenendo una posizione predominante e pur essendo in netta crescita rispetto all'anno precedente, non riesca di fatto a soddisfare pienamente la domanda della popolazione.

L'analisi regionale mette in luce come solo 3 Regioni, tra l'altro tutte a statuto speciale, riescano a rispettare il tetto del 14,85%, ma anche che la composizione della spesa è condizionata da differenti modelli di *governance* regionale: ne discende che il Sud presenta quote di spesa pubblica più elevate, un'incidenza delle compartecipazioni maggiore, e hanno una minore spesa privata di classe A (che sgrava in parte da oneri i SSR) e C.

Qualora i cittadini scegliessero di non farsi più carico della spesa A privata, Liguria, Lazio e Friuli Venezia Giulia

incrementerebbero in maniera considerevole lo scostamento dal tetto; tra l'altro solo la Provincia Autonoma di Trento permarrrebbe in una situazione di avanzo, in quanto la Provincia Autonoma di Bolzano lo raggiungerebbe e il Veneto lo supererebbe.

Le simulazioni effettuate sulle differenti regole di *payback*, infine, dimostrano come le regole alternative adottate (territoriale e ospedaliera) condizionino significativamente i trasferimenti finanziari conseguenti al *payback*, con effetti equitativi dubbi.

Riteniamo che sarebbe auspicabile il superamento del doppio tetto, applicando al tetto unico la regola della farmaceutica territoriale, "congelando" il livello di *payback* attuale e abbassando la "sanzione" sulle Regioni che sfiorano, che attualmente è pari al 75,0%.

Tale soluzione disincentiverebbe ulteriormente lo sfioramento (oltre alla quota che comunque non viene ripianata), darebbe maggiore certezza alle aziende, e conterrebbe le differenze nella attribuzione dei trasferimenti alle Regioni rispetto alla soluzione attuale.

Riferimenti bibliografici

- Agenzia Italiana del Farmaco (2015), *Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Consuntivo Gennaio-Dicembre 2015*
- Agenzia Italiana del Farmaco (anni vari), *L'uso dei Farmaci in Italia* (Rapporto OSMED)
- Farmindustria (2016), *Indicatori Farmaceutici*, giugno 2016
- Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it

ENGLISH SUMMARY

Pharmaceutical care: an overview of the existing and simulations on payback regulations

The per-capita expenditure for drugs in Italy, in the year 2015, was € 475.8 (namely 1.9% of the GDP), increased of € 37.6 (+8.6%) compared to 2014.

The growth of pharmaceutical expenditure in Italy, particularly in the public spending sector, over the past year can undoubtedly be ascribed to the entrance of highly expensive molecules on the market, but it also seems unlikely that our National Healthcare Service might be able to support the burden, at least insofar as planned pharmaceutical expenditure must remain within the thresholds set by government.

Also, in terms of private expenditure, it is possible to observe a strong upward trend; in particular, the share of citizens continues to grow, but especially expenses for over-the-counter treatment, expenses for Class C (not reimbursed) prescription treatment and expenses for private Class A (reimbursed) drugs.

Therefore it seems evident how public pharmaceutical care, while maintaining a prominent position and recording a net growth compared to the previous year, is not more able to fully satisfy the demands of the population.

Regional analysis brings to light how only 3 Regions, all of which have a special statute, respect the expected 14.85% threshold. But even the expenditure composition is influenced by different regional governance models: consequently southern Italy records higher rates of public expenditure, a greater incidence of copayments and a lower private expenditure for Classes A (which definitely relieves the Regional Healthcare Services from part of the burden) and C.

The problem of overshooting the thresholds seems even more crucial this year considering that (after years) overshooting has also been reported in “territorial” (not inpatient) pharmaceuticals.

The overshooting of “territorial” pharmaceuticals

ceiling has been sanctioned by Legislative Decree 179/2015, which has established that:

- 90.0% of the overshooting calculated on a national basis be waived;
- 25.0% of waiving is only assigned to regions who have overshoot;
- 75.0% of waiving is assigned to all Regions on the basis of their access share to the National Healthcare Funding.

Whereas, regarding hospital pharmaceutical care, the shelf rule is regulated by Art. 15 of Law 135/2015, which sanctions that 50.0% of overshooting be waived and that this burden must be directly supported by pharmaceutical companies. Once again, Art. 5 of Law 222/2007 is exceeded in this case, as it stated that the entire burden of overshooting was to be supported by the Regions.

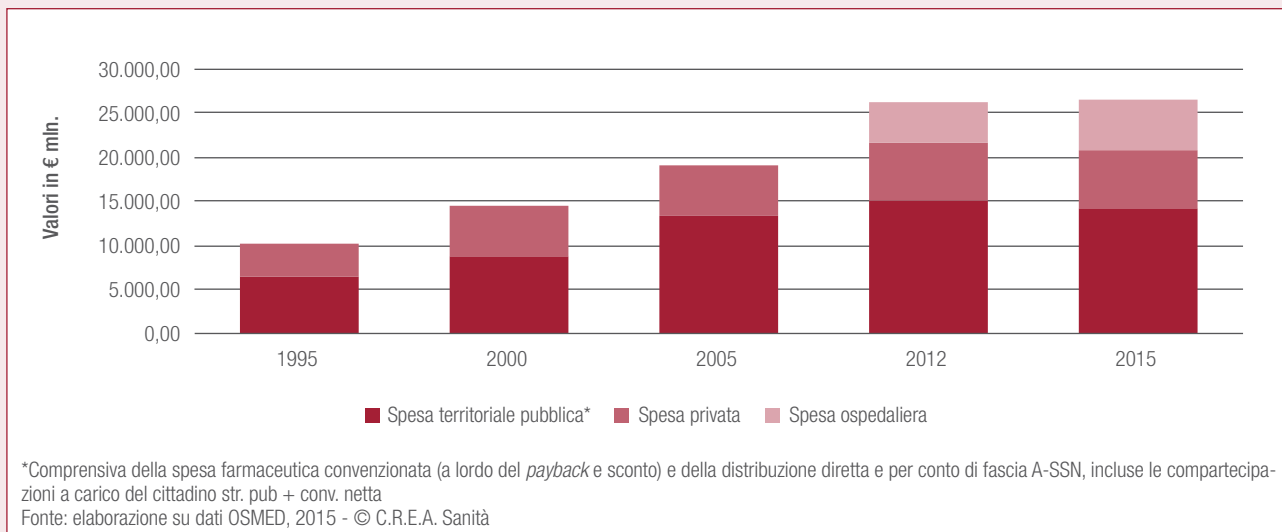
Given the different “waiving” determination of payback criteria, we considered it useful to simulate what could change in terms of payback distribution applying differently the aforementioned rules.

The simulations conducted have demonstrated how alternatively adopted regulations (“territorial” and hospital) significantly influence financial transfers, with dubious fairness effects (see figures 9.7-9.8 in the Italian chapter).

As a final remark, it would be desirable to overcome the double threshold, for example applying the rule of territorial pharmaceuticals to a unique ceiling: in this way in so far “freezing” the present payback level and lowering “sanctions” on the overshooting Regions, which currently stand at 75.0%.

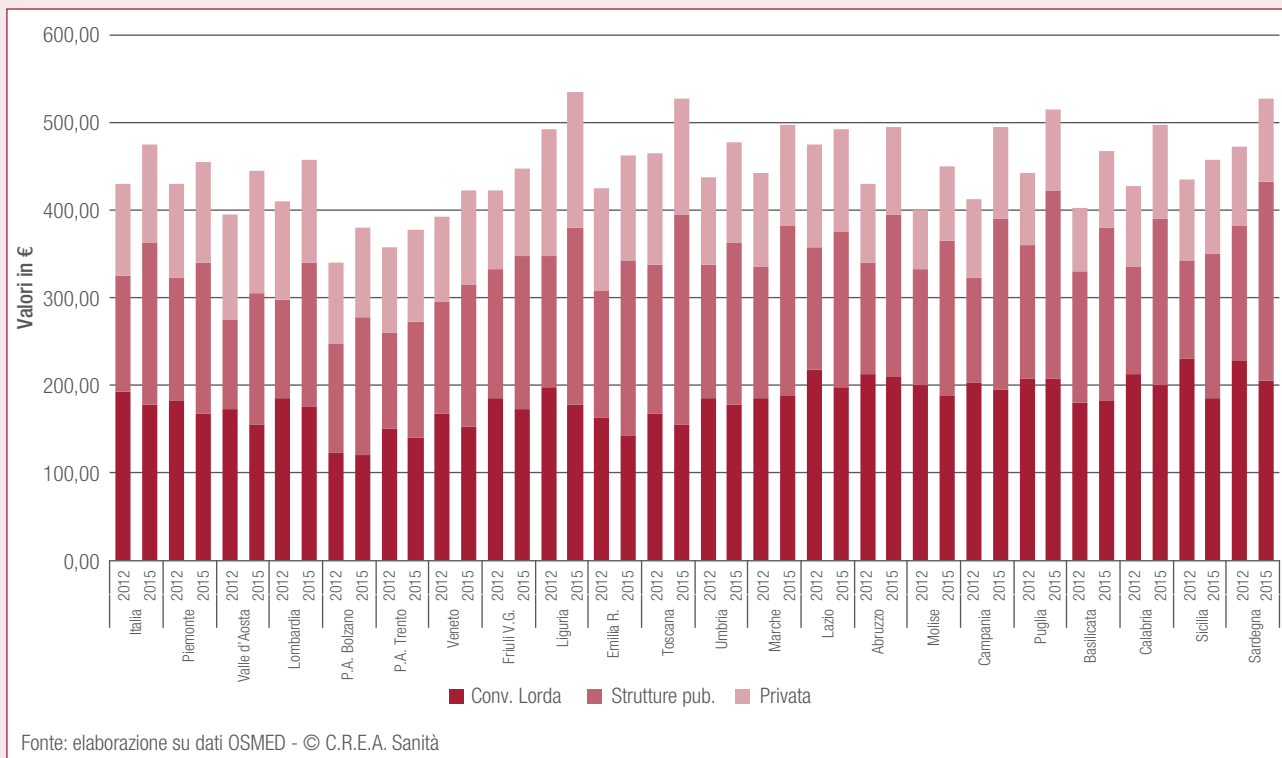
The said solution, compared to the present solution, would continue to discourage overshooting, providing greater certainty to pharmaceutical companies, and would contain the differences in the attribution of financial transfers to the Regions.

KI 9.1. Spesa farmaceutica. Valori assoluti (€ mln.), anni 1995-2015

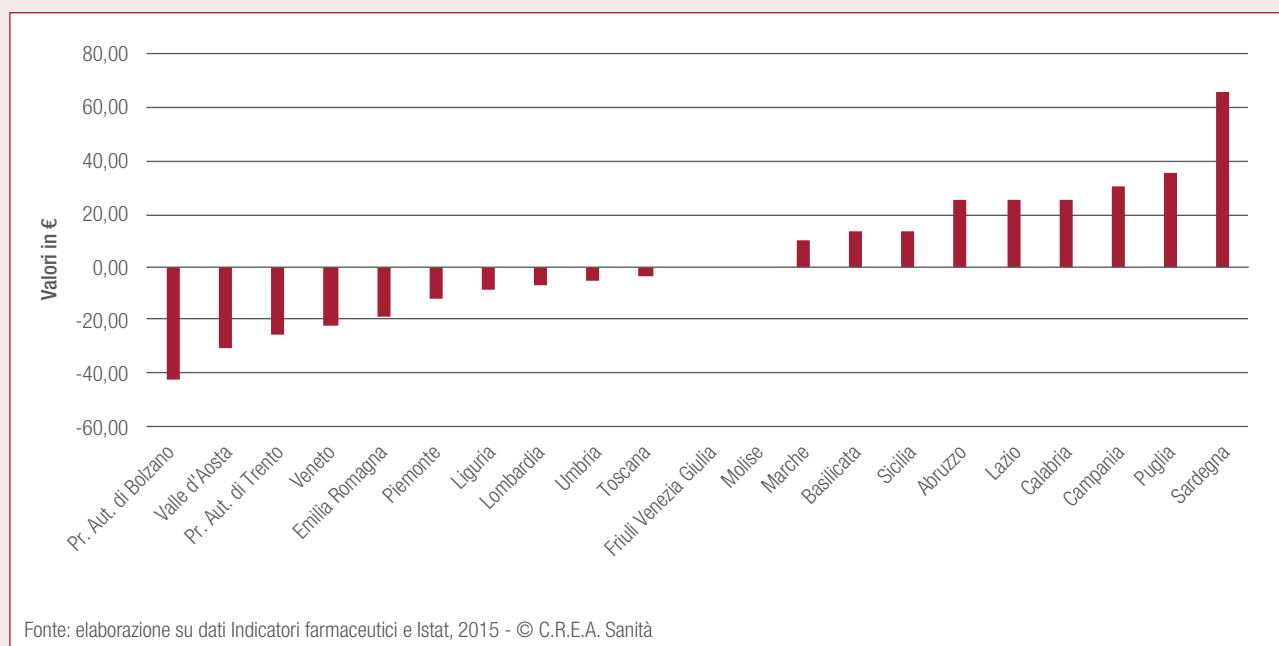


La spesa farmaceutica territoriale comprensiva della spesa farmaceutica convenzionata (a lordo del *payback* e sconto) e della distribuzione diretta e per conto di fascia A-SSN, incluse le compartecipazioni a carico del cittadino ha avuto un andamento decrescente fino al 2014 per poi incrementarsi in maniera evidente nell'ultimo anno. Anche la spesa privata ha avuto un andamento altalenante facendo osservare nell'ultimo anno un ulteriore incremento. Per la spesa ospedaliera, rilevata a partire dal 2012, si evidenzia una continua e importante crescita legata all'accesso dei farmaci innovativi.

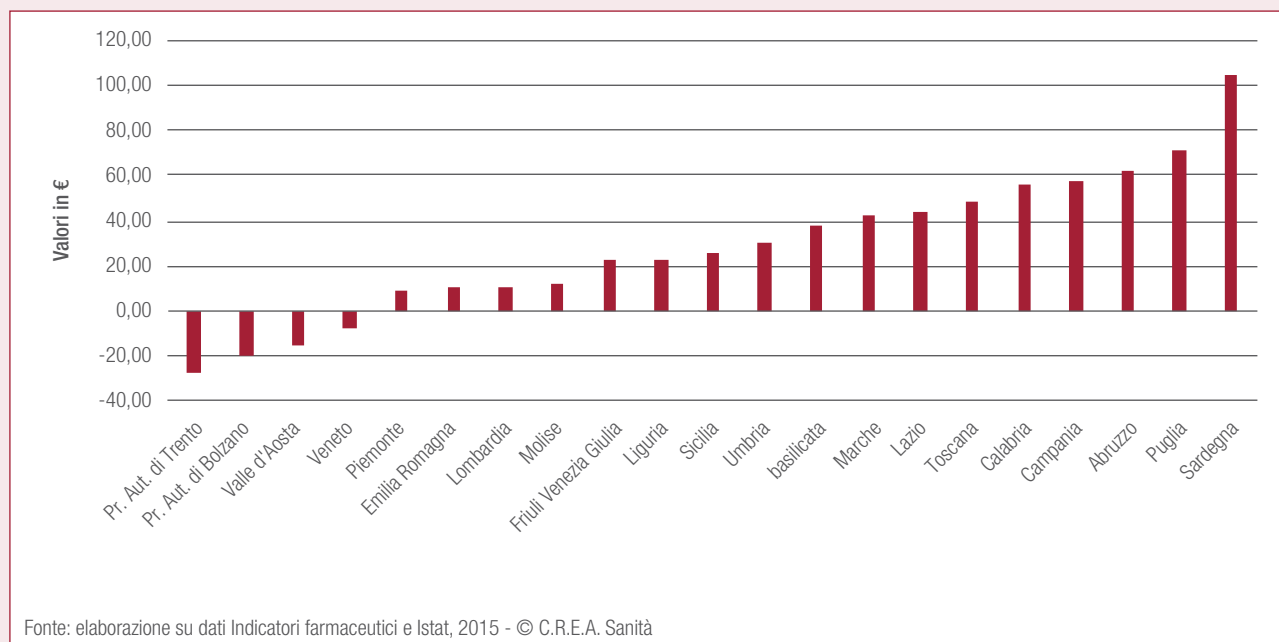
KI 9.2. Spesa farmaceutica regionale per classe. Valori pro-capite (€), anni 2012 e 2015



Le differenze in termini di spesa farmaceutica totale tra le Regioni si riscontrano anche leggendo il dato per tipologia di spesa. Nello specifico la spesa convenzionata lorda nel 2015, pari in media in Italia a € 178,7 pro-capite passa da € 119,6 nella Provincia Autonoma di Bolzano a € 211,7 in Abruzzo; la spesa delle strutture pubbliche, pari in media a € 184,3 pro-capite, passa da un valore minimo di € 132,1 nella Provincia Autonoma di Trento ad uno massimo di € 239,0 in Emilia Romagna. Passando alla spesa privata, quella di classe A, in media pari a € 24,5 pro-capite, passa da € 15,0 in Sardegna a € 32,8 in Liguria; quella per classe C con ricetta passa da € 34,7 nella Provincia Autonoma di Bolzano a € 68,2 pro-capite in Liguria (media Italia pari a € 49,3 pro-capite); infine la spesa per automedicazione, pari in Italia a € 39,1 pro-capite, varia tra € 27,8 della Basilicata a € 54,6 in Liguria. In sintesi sembra esserci una complementarità tra il comparto pubblico e quello privato: la spesa pubblica risulta superiore nelle Regioni del Sud e inferiore in quelle del Nord, mentre quella privata mostra un andamento opposto.

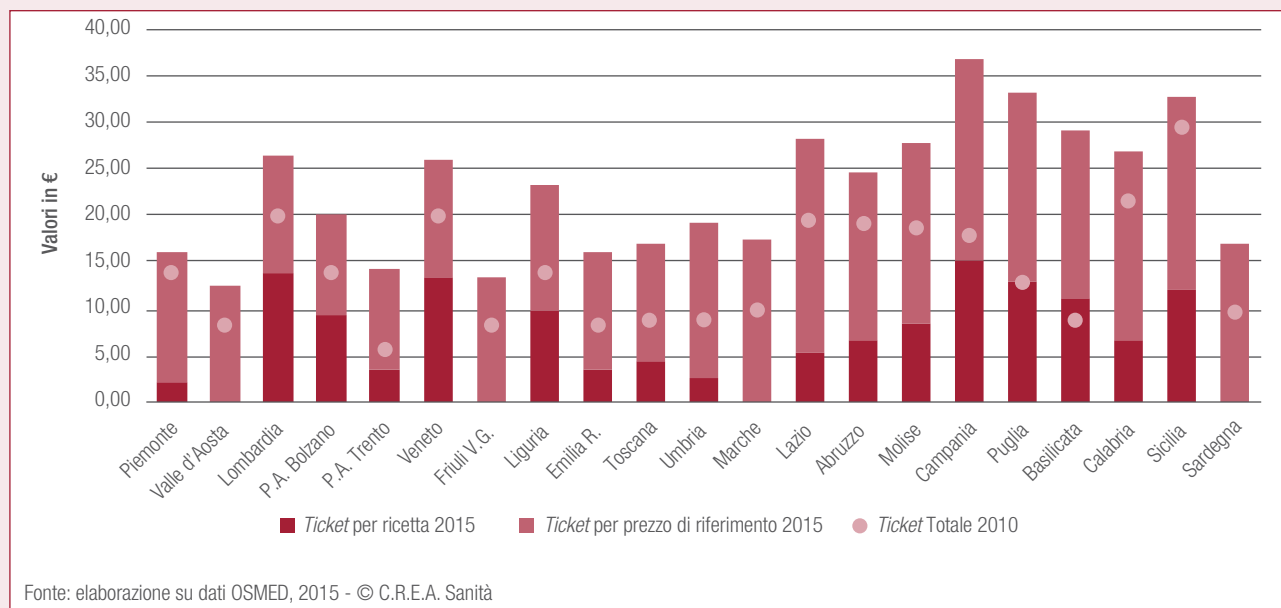
KI 9.3. Spesa farmaceutica territoriale pro-capite al netto del *payback*. Scostamento (€) dal tetto di spesa dell'11,35%, anno 2015


Il tetto della spesa farmaceutica territoriale (11,35%) viene rispettato da circa la metà delle Regioni (12): nello specifico Friuli Venezia Giulia e Molise sono in una condizione di pareggio. Sono quindi 9 le Regioni, 3 in più rispetto al 2014 e ad esclusione del Lazio tutte del Sud, che sfiorano in maniera significativa dal tetto: Sardegna (€ 65,5 pro-capite), Puglia (€ 35,0 pro-capite), Campania (€ 29,9 pro-capite), Calabria (€ 25,3 pro-capite), Lazio (€ 25,3 pro-capite), Abruzzo (€ 24,3 pro-capite), Sicilia (€ 12,4 pro-capite), Basilicata (€ 12,1 pro-capite) e Marche (€ 9,7 pro-capite).

KI 9.4. Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del *payback*. Scostamento (€) dal tetto regionale pro-capite (14,85%), anno 2015


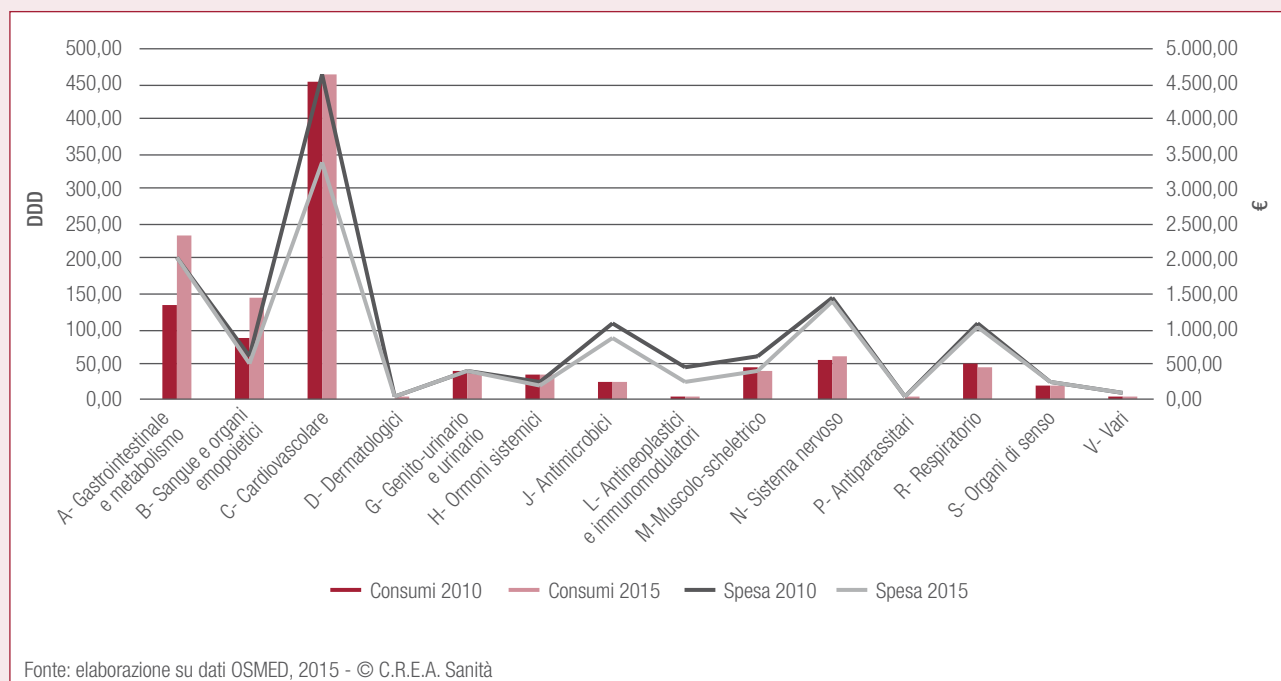
Il tetto della spesa farmaceutica pubblica (14,85%) viene rispettato esclusivamente da 4 Regioni di cui 3 a statuto speciale: Province Autonome di Bolzano e Trento, Valle d'Aosta e Veneto. Le Regioni che invece sfiorano maggiormente sono la Sardegna (€ 104,6 pro-capite), la Puglia (€ 71,6 pro-capite) e l'Abruzzo (€ 62,3 pro-capite).

KI 9.5. Compartecipazione per Regione. Valori pro-capite (€), anni 2010 e 2015



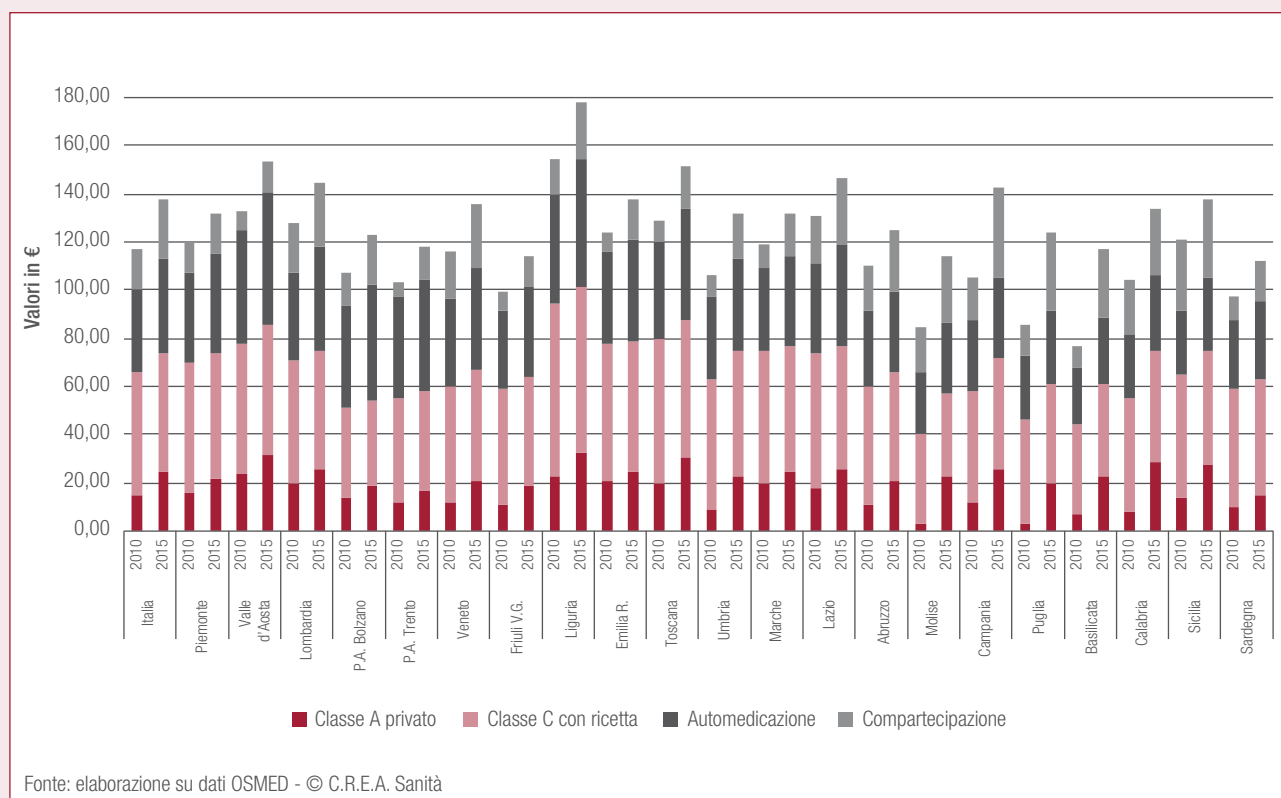
In media in Italia la spesa pro-capite per *ticket* è pari a € 25,0 pro-capite con una elevata variabilità regionale: si passa da € 12,7 in Valle d'Aosta a € 37,0 della Campania. Notevoli differenze si possono osservare anche nella composizione del *ticket* tra quota prezzo di riferimento e quota per ricetta. Come era lecito attendersi sono le Regioni del Sud a far osservare una quota maggiore di *ticket* per prezzo di riferimento (64,6%) in quanto sono quelle in cui il consumo dei farmaci generici è nettamente inferiore. In media in Italia il 34,5% del totale compartecipazione è legata al *ticket* per ricetta (€ 8,6) ed il restante 65,5% alla quota eccedente il prezzo di riferimento (€ 16,4). In media in Italia il *ticket* complessivo è aumentato del 52,5%, la Regione in cui si è incrementato maggiormente è la Basilicata (241,5%) mentre quella in cui la crescita è stata più contenuta la Sicilia (11,8%).

KI 9.6. Consumi (DDD abitanti/die) e spesa (€) per I livello ATC. Classe A SSN. Anni 2010 e 2015



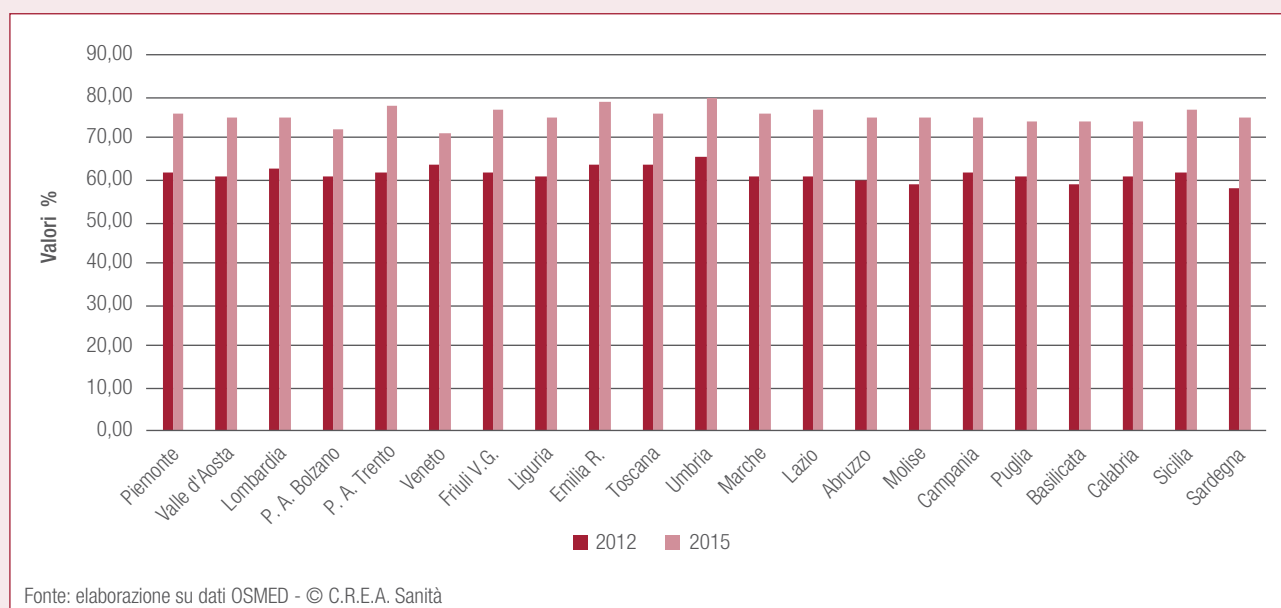
La spesa di classe A per ATC mostra un andamento difforme. Le ATC per cui la spesa si è ridotta maggiormente tra il 2010 e il 2015, verosimilmente per la generizzazione di alcuni farmaci, sono le ATC L (-43,8%), M (-28,8%) e C (-27,3%). Le uniche ATC per cui si assiste ad una crescita della spesa sono la S e la C (rispettivamente + 3,2% e +0,9%). I consumi (DDD/ab. die) tra il 2010 e il 2015 si sono tendenzialmente incrementati ad esclusione delle ATC M (-11,2%), R (-7,2%), J (-7,1%) e S (-1,6%). Per l'ATC S e L, si riscontra una riduzione delle spesa ma un incremento dei consumi.

KI 9.7. Spesa farmaceutica classe A privato, classe C con ricetta. Valori pro-capite (€), anni 2010 e 2015



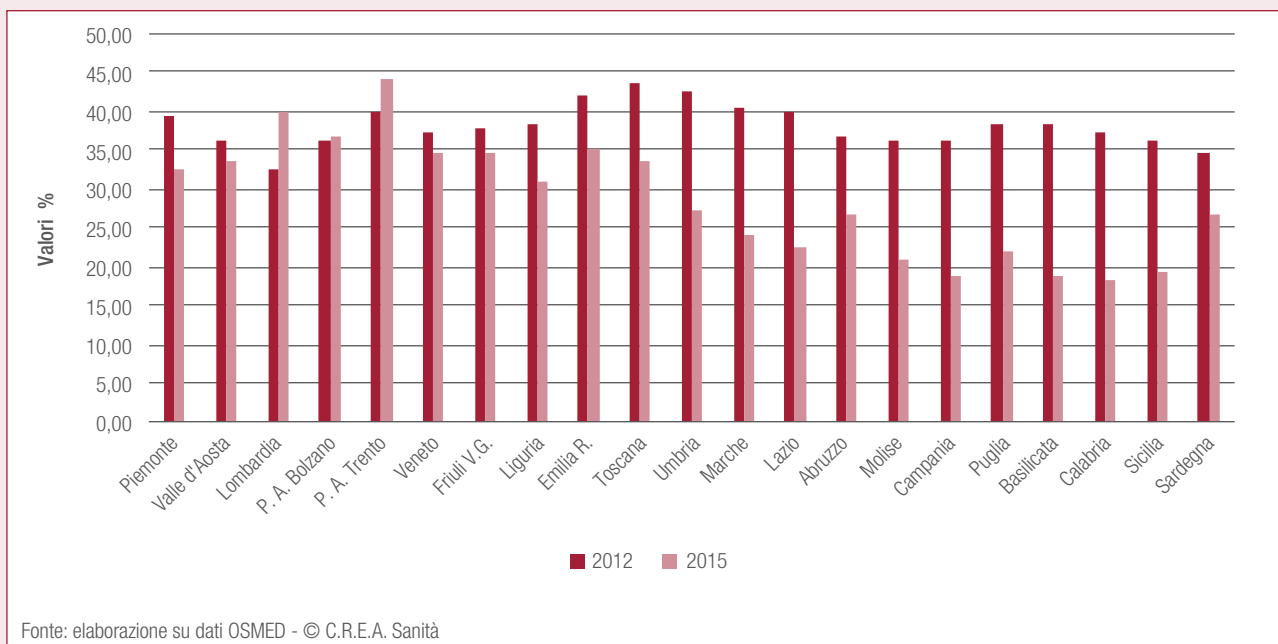
La spesa farmaceutica privata (classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione e compartecipazioni) è aumentata tra il 2010 e il 2015 da € 117,1 a € 137,8 pro-capite. In particolare è aumentata la spesa classe A privata (€ 9,6 pro-capite), la spesa per le compartecipazioni (€ 8,5 pro-capite) e quella per l'automedicazione (€ 4,9 pro-capite) mentre si è ridotta la spesa classe C con ricetta (€ 2,3 pro-capite). In particolare nel 2015 la spesa di classe A fa registrare un differenziale di 2,2 volte tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima, il differenziale è pari a 2,0 volte per la spesa classe C, 2,0 volte per quella per automedicazione e quasi 3 volte per quella per compartecipazione.

KI 9.8. Quota (%) su totale consumi classe A SSN dei farmaci a brevetto scaduto, anni 2012 e 2015



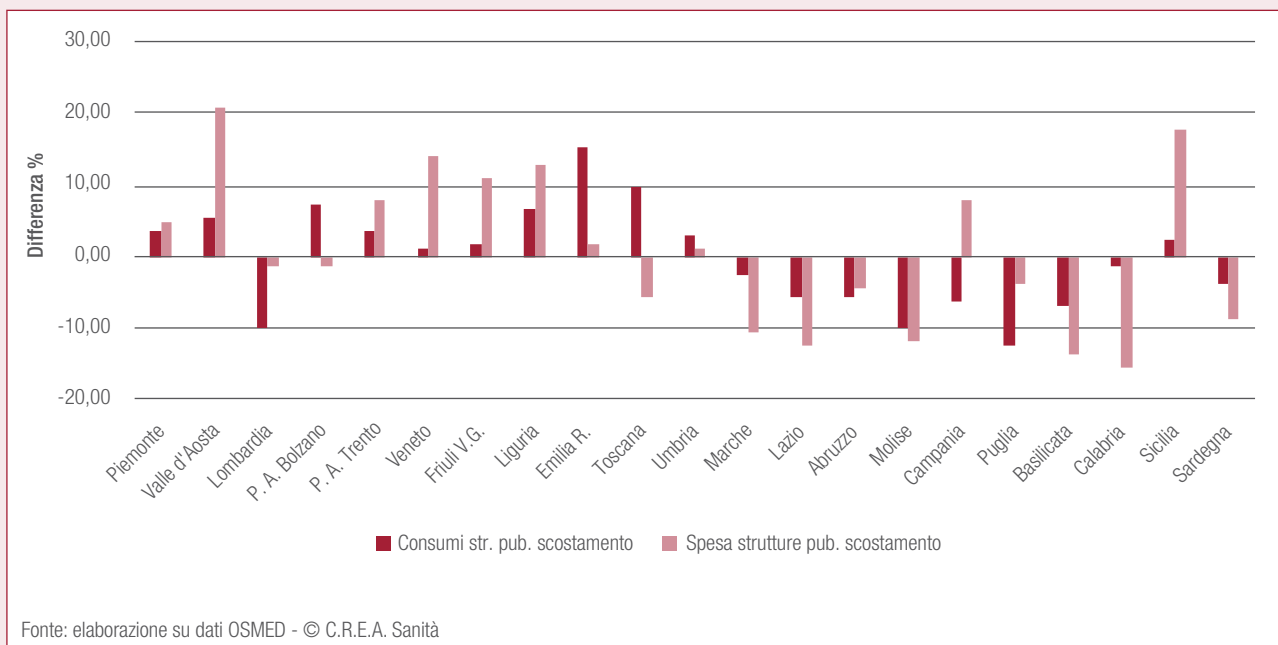
La maggior incidenza di consumi per farmaci a brevetto scaduto classe A SSN si registra in Umbria ed Emilia Romagna (rispettivamente 79,2% e 78,7%) mentre la minore nel Veneto e nella Provincia Autonoma di Trento (71,5% e 71,7%). In tutte le Regioni i consumi di farmaci a brevetto scaduto è aumentato tra il 2012 e il 2015; tale crescita è stata più evidente al Sud che al Nord.

KI 9.9. Quota (%) su totale spesa classe A SSN dei farmaci a brevetto scaduto, anni 2012 e 2015



Guardando alla spesa per farmaci di classe A SSN le Regioni con una maggiore incidenza di spesa per farmaci a brevetto scaduto sono Provincia Autonoma di Trento e Lombardia (44,3% e 39,9%) mentre quelle con minore incidenza Calabria e Basilicata (18,3% e 18,7%).

KI 9.10. Quota su totale spesa strutture pubbliche dei farmaci a brevetto scaduto e quota consumi su totale DDD e scostamento (%) dalla media nazionale, anno 2015



Valle d'Aosta, Sicilia e Veneto sono le Regioni con maggiore incidenza della spesa delle strutture pubbliche per farmaci a brevetto scaduto (rispettivamente 43,2%, 40,0% e 36,2%) mentre quelle in cui l'incidenza di tale voce di spesa è inferiore sono Calabria, Basilicata e Lazio con una incidenza per farmaci a brevetto scaduto inferiore al 10%. Passando ai consumi, la maggiore incidenza si rileva in Emilia Romagna e Toscana con valori superiori al 35% e minori in Puglia, Molise e Lombardia con valori inferiori al 16%.

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of red and white.

Capitolo 10

Assistenza primaria:
medici di medicina generale a confronto
con un secondo pilastro del *Welfare* sanitario,
tra rischi e opportunità

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 10

Assistenza primaria: medici di medicina generale a confronto con un secondo pilastro del *Welfare* sanitario, tra rischi e opportunità

Misericordia P.¹, Piperno A.², Giordani C.³

10.1. Introduzione

Sempre più spesso i pazienti usufruiscono di prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, rivolgendosi al “privato”, e lo fanno per motivi diversi: ad esempio, perché le prestazioni offerte dal SSN sono - di fatto - poco accessibili, per liste di attesa troppo lunghe, per una eccessiva partecipazione dei costi che rende la prestazione del SSN sempre meno conveniente, per complessità logistiche.

Questo scenario favorisce lo sviluppo di nuovi sistemi erogatori di assistenza sanitaria non solamente integrativi e complementari rispetto a quanto garantito dal SSN, ma, in alcuni casi, sostitutivi.

Il tema è quello del cosiddetto “secondo pilastro” del sistema sanitario: l'insieme di tutti quei soggetti, variamente denominati e caratterizzati (Assicurazioni sanitarie, Fondi sanitari, Casse mutue, *Welfare* aziendale, *benefit* di varia natura, e simili) che offrono coperture sanitarie assicurative, finalizzate al pagamento o rimborso, totale o parziale, agli iscritti e/o ai loro familiari, delle spese sostenute per le prestazioni private di carattere sanitario.

Il numero di persone coperte da Fondi e Imprese di assicurazione è ormai di circa 10 milioni.

I medici di medicina generale (MMG) non possono non tener conto di siffatto scenario per non farsi trovare impreparati dinanzi ai mutamenti imposti da questi fenomeni.

Al fine di offrire un contributo al dibattito e alla conoscenza, il Centro Studi della FIMMG ha realizzato, nel giugno 2016, un'indagine (probabilmente la prima sull'argomento) attraverso un sondaggio campionario sui MMG allo scopo di indagare l'orientamento della

categoria rispetto alle dinamiche descritte. Nel capitolo vengono esposti i risultati principali, rimandando per maggiori dettagli alla consultazione della *Survey* 2016 “Un secondo pilastro del *Welfare* sanitario: un rischio o un'opportunità?”, a cura del Centro Studi della FIMMG.

Rimandando per i dettagli tecnici al prossimo paragrafo, premettiamo che ai fini dell'indagine si è adottata, seguendo la letteratura, la seguente classificazione che distingue tre tipologie di copertura:

1. sostitutive, se riguardano prestazioni annoverate di diritto nella copertura pubblica;
2. integrative, se colmano il *gap* di copertura del sistema pubblico, ad esempio, le compartecipazioni alla spesa che gravano sui cittadini;
3. complementari, se riguardano prestazioni escluse in toto o in parte dalla copertura pubblica.

10.2. Oggetto e metodologia dell'indagine

L'indagine è stata effettuata attraverso un sondaggio rivolto ad un campione di medici di medicina generale (estratti dagli iscritti FIMMG) per rilevare la conoscenza, le opinioni, gli atteggiamenti e le valutazioni che essi hanno sviluppato rispetto al *Welfare* sanitario privato. Hanno risposto 700 medici, ed i risultati sono stati ricondotti all'universo dei MMG.

Il questionario, dopo una prima parte di acquisizione dei dati socio-demografici e professionali degli intervistati (con particolare riguardo ai carichi di lavoro e all'area - centrale o periferica - in cui operano), si sviluppa in 4 parti:

- la prima indaga sul livello di conoscenza del *Welfare*

¹ Centro Studi Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG)

² Università di Napoli Federico II

³ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

sanitario privato sotto i principali profili: ad esempio, la diffusione del fenomeno e l'auspicabilità della sua espansione, il carattere integrativo o sostitutivo di tali prestazioni rispetto a quelle del SSN, gli obiettivi che dovrebbero essere perseguiti;

- una seconda parte del questionario esplora le eventuali esperienze dirette dei MMG con il *Welfare* sanitario privato;
- la terza parte è dedicata a capire quali siano le conseguenze che i medici ritengono si avranno con lo sviluppo del “secondo pilastro”;
- l'ultima sezione esplora le possibilità che i medici intravedono di partecipare ai nuovi sviluppi e quali di queste sembrano essere le più appropriate al loro ruolo.

Rispetto al genere gli intervistati sono uomini per il 70,3% e donne per il 29,7%. Le classi d'età più numerose sono quelle *over 50*, rimarcando un livello di invecchiamento della categoria abbastanza accentuato.

Quanto alla distribuzione geografica dei partecipanti all'indagine: Nord-Ovest 25,0%; Nord-Est 18,2%; Centro 23%; Sud-Isole 33,8%.

Appena un quarto dei medici (in prevalenza giovani e operanti al Centro e nel Meridione) opera in studio singolo o associato, mentre prevalgono la medicina di gruppo (44,3% dei medici) e quella di rete (31,3%). Il 54% dei medici lavora in città o Paesi non capoluogo di provincia, mentre poco oltre il 30% lavora nelle città capoluogo di Regione e Provincia.

Questa configurazione rende conto del fatto che giovani medici del meridione sono meno esposti alle novità relative alle Istituzioni del *Welfare* sanitario privato, che appaiono maggiormente presenti nelle realtà urbane e metropolitane del Centro-Nord.

Il 70% dei medici, infine, ha oltre 1.200 assistiti.

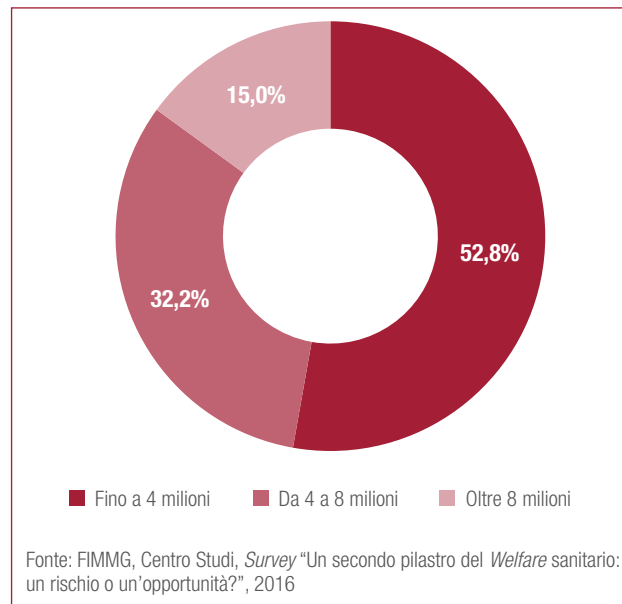
10.3. Principali risultati

Di seguito illustriamo i principali risultati suddivisi in base alle aree del questionario elencate in precedenza.

Conoscenza ed opinioni sul *Welfare* sanitario privato

I medici si mostrano consapevoli del fenomeno “secondo pilastro”, in modo particolare nel Centro Italia, dove si registra la maggior presenza di Assicurazioni e Fondi,

Figura 10.1. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “Secondo te quanti sono i cittadini che dispongono attualmente di una copertura sanitaria cosiddetta integrativa rispetto a quella prevista dal SSN?”

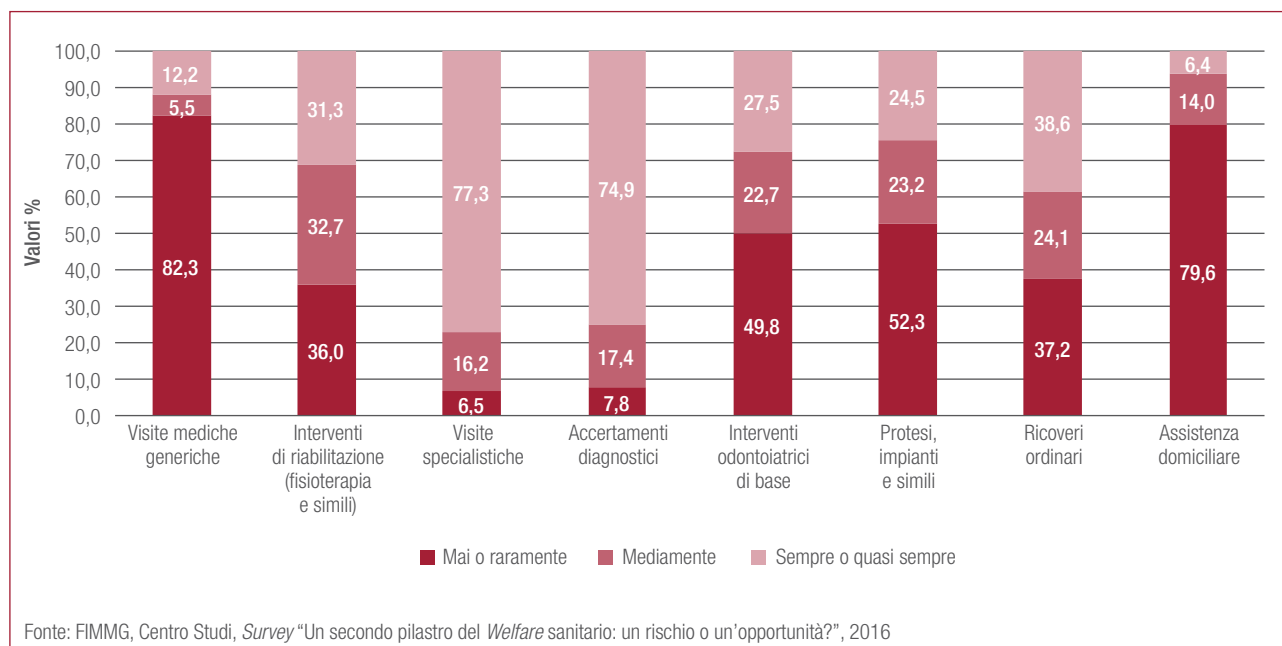


sia in termini di assistiti che di “attività promozionale”. Si trovano proprio nelle Regioni del Centro, ed hanno tra 900 e 1.200 assistiti, i medici appartenenti al 43,2% che vorrebbe effettuare più prestazioni a pagamento rispetto a quelle attualmente fornite. Di contro, per il 31,4% dei medici (soprattutto giovanissimi, del Nord, con un numero di scelte tra 1.200 e 1.500) è sufficiente il numero di prestazioni a pagamento che già svolgono. I restanti ne farebbero di meno o non ne farebbero affatto.

Con riferimento al livello di conoscenza dell'assistenza integrativa ed alla percezione della diffusione del fenomeno (Figura 10.1), solo un terzo dei medici (32,2%) pensa che siano 4-8 milioni i cittadini che dispongono di una copertura sanitaria “integrativa”, dato che corrisponde alla stima effettiva (pari a 6 milioni). La maggioranza dei medici (52,8%) sottostima il fenomeno (soprattutto *over 60* e del Meridione, dove c'è una reale minor diffusione di questa realtà), una minoranza (15,0%) lo sovrastima.

Con riferimento alla cognizione che i medici hanno relativamente alle prestazioni assicurate (Figura 10.2), il 77,3% indica le visite specialistiche come prestazioni che sono, secondo il proprio giudizio, sempre o quasi sempre oggetto di assistenza integrativa; la percentuale è pari al 74,9% per gli accertamenti diagnostici e al

Figura 10.2. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “Quali pensi che siano le prestazioni principalmente assicurate?”



38,6% per i ricoveri ordinari. L’82,3% dei medici ritiene invece che le visite mediche generiche non siano mai, o lo siano raramente, assicurate. Il dato non varia in base a età, area e genere.

Si tratta di un dato riscontrabile anche nella realtà: nella fase di primo sviluppo dell’assistenza integrativa, le prestazioni più coperte riguardavano i ricoveri, ma con la recente diffusione delle Mutue e dei Fondi, le coperture si sono allargate all’area della diagnostica.

Con riferimento alla natura delle prestazioni “integrative”, i medici si dividono in due gruppi di egual misura: 50,4% classifica le prestazioni come integrative e/o complementari e il 49,6% come sostitutive (sono di più i medici del Centro, tra i 40-49 anni e che lavorano nei centri urbani).

Il risultato ha una spiegazione: da un lato, i medici del Centro, soprattutto nelle città, sono quelli che più vengono direttamente o indirettamente a contatto col fenomeno, sia perché ci sono più assicurati sia perché l’informazione è più diffusa anche per via pubblicitaria; la ragione invece per cui i quarantenni/cinquantenni hanno questa percezione potrebbe dipendere dal fatto che questi sono più attenti ad aumentare l’universo dei propri pazienti, oppure semplicemente sono più recettivi verso le novità.

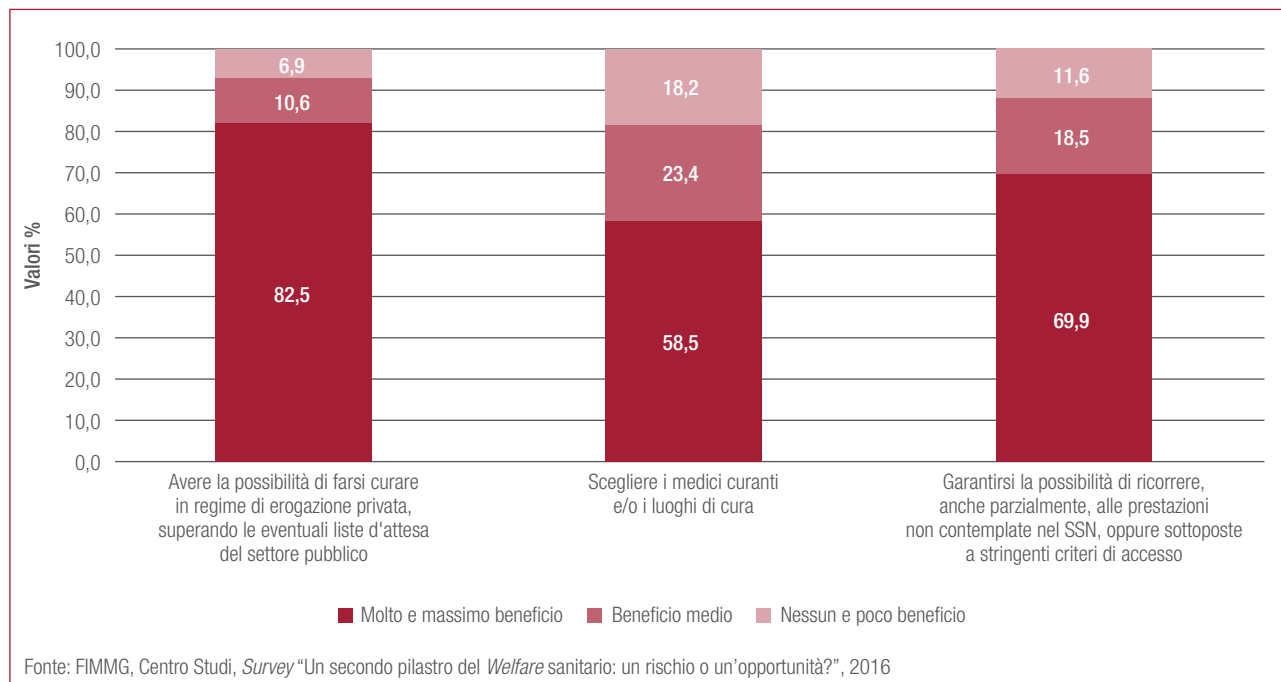
Secondo l’82,5% dei medici il maggior beneficio che

i cittadini si attendono dall’assistenza “integrativa” è la possibilità di farsi curare privatamente, superando le liste d’attesa del settore pubblico, mentre secondo il 69,9% è la possibilità di garantirsi le prestazioni complementari (quelle non coperte dalla parte pubblica); il 58,5% indica come maggior beneficio atteso dai cittadini la possibilità di scegliere i medici curanti e il luogo delle cure (Figura 10.3). Secondo i medici, dunque, l’adesione alle coperture integrative è riconducibile soprattutto alla effettiva impossibilità d’accesso al SSN.

Con riferimento agli obiettivi che i medici pensano debbano essere raggiunti dall’assistenza integrativa, per il 78,0% che il finanziamento dell’assistenza rimanga pubblico, per garantire l’unitarietà del sistema, è molto importante, ma il 40,2% ritiene altrettanto importante il raggiungimento di un sistema dualistico, sottoposto però al vincolo che l’assistenza resti integrativa. Il 23,7% dei medici invece attribuisce ad un sistema duale senza vincoli una importanza elevata. C’è quindi una buona parte di medici che si mostra aperta a cambiamenti importanti del SSN.

Queste differenze di visioni si evidenziano con chiarezza quando si chiede ai medici se auspicano una crescita, una diminuzione o una stabilità delle Istituzioni operanti nel settore del Welfare sanitario privato (Figura 10.4). I medici si dividono in tre quote paritarie (intorno al

Figura 10.3. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “Quali sono, o pensi che siano, i benefici che i cittadini assicurati dagli enti della previdenza integrativa si attendono?”

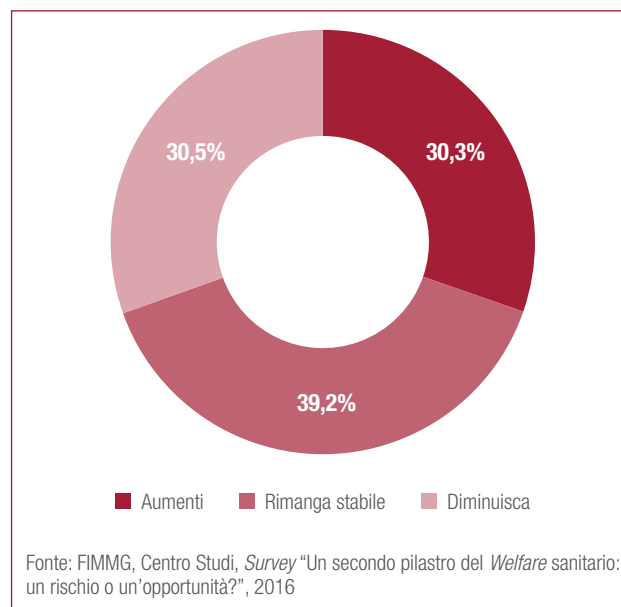


30%) tra le tre diverse possibilità, con una lieve superiorità della percentuale (39,2%) che opta per la stabilità. Per l’aumento sono di più i medici dei centri urbani, operanti nelle aree centrali del nostro Paese, tra i 40-49 anni; per la stabilità sono di più i medici nel Nord-Ovest (49,1%), per la diminuzione quelli del meridione.

Incrociando i dati, si evidenzia una incertezza diffusa: se da un lato i medici guardano con interesse al Welfare sanitario privato, dall’altro manifestano alcune perplessità (considerando che il loro ruolo nel SSN è fortemente integrato con l’istituzione pubblica). Tale incertezza riguarda in misura tendenzialmente superiore quei medici che sono meno esposti, per luoghi e territori ove lavorano e per “inesperienza” (i giovani); il dato di fatto è che il fenomeno dei Fondi e delle Assicurazioni è un fenomeno essenzialmente urbano, soprattutto del Centro-Nord.

Ciò che emerge dalle domande volte ad indagare la conoscenza che i medici di medicina generale hanno del settore può essere così riassunto: i medici hanno consapevolezza del fenomeno soprattutto nelle aree del Paese dove questo è più diffuso; pur con una evidente incertezza di orientamenti, il loro atteggiamento è di apertura a sperimentare le novità. C’è consapevolezza che le prestazioni assicurate non sono solamente

Figura 10.4. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “Secondo te è auspicabile che il complesso degli enti ascrivibili al Welfare sanitario privato:”



quelle integrative: i medici non ritengono improprio un intervento anche sul versante sostitutivo, con un netto cambio d’assetto del SSN. Sono aperti all’innovazione nonostante il loro ruolo sia fortemente integrato nel

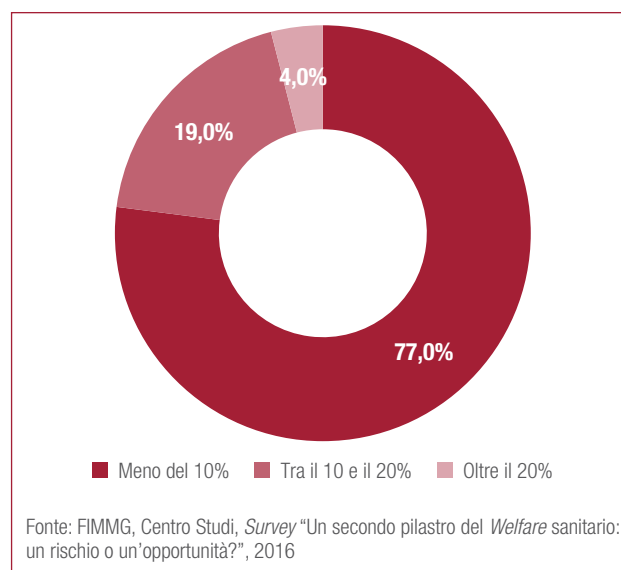
pubblico; riconoscono, infine, che i cittadini sono, in un certo senso, “costretti” ad avvalersi del privato a causa delle liste d’attesa del SSN.

Esperienze dei medici di medicina generale sul Welfare sanitario privato

Con riferimento alle esperienze dei MMG relativamente all’assistenza integrativa, ben il 77,0% dei medici (la percentuale è più elevata tra i medici del meridione, delle zone rurali e con meno pazienti) dichiara che tra i pazienti in carico quelli che, in base alle sue conoscenze, hanno una polizza o la copertura mutualistica o di un Fondo, sono il 10% (la percentuale è vicina a quella reale) (Figura 10.5).

Al 73,1% dei medici non è mai capitato, o è capitato solo qualche volta, che i pazienti abbiano chiesto prescrizioni o certificazioni per domandare poi un rimborso a un’Assicurazione o simili. La percentuale sale al 98,3% quando si chiede se i pazienti hanno chiesto informazioni sulle Assicurazioni e simili Istituzioni (mai o qualche volta). L’86,3% dei medici, poi, dichiara che i pazienti si rivolgono a loro (abbastanza spesso o qualche volta) per chiedere indicazioni sulle modalità e sui luoghi ove ottenere le prestazioni specialistiche. Sembra dunque che, in un modo o nell’altro, la massa critica della po-

Figura 10.5. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “Quanti dei tuoi pazienti pensi che dispongano di una polizza sanitaria o siano coperti da un fondo, cassa e mutua o simili?”



polazione, ad eccezione di alcuni piccoli strati, si riferirà ai medici di medicina generale (Figura 10.6).

Si è chiesto poi al medico di indicare per quali prestazioni e con quale frequenza, nella sua esperienza, accade che i pazienti si rivolgano al privato. L’89% dei medici indica che accade spesso per le ecografie, il

Figura 10.6. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “Ti è mai capitato che...?”

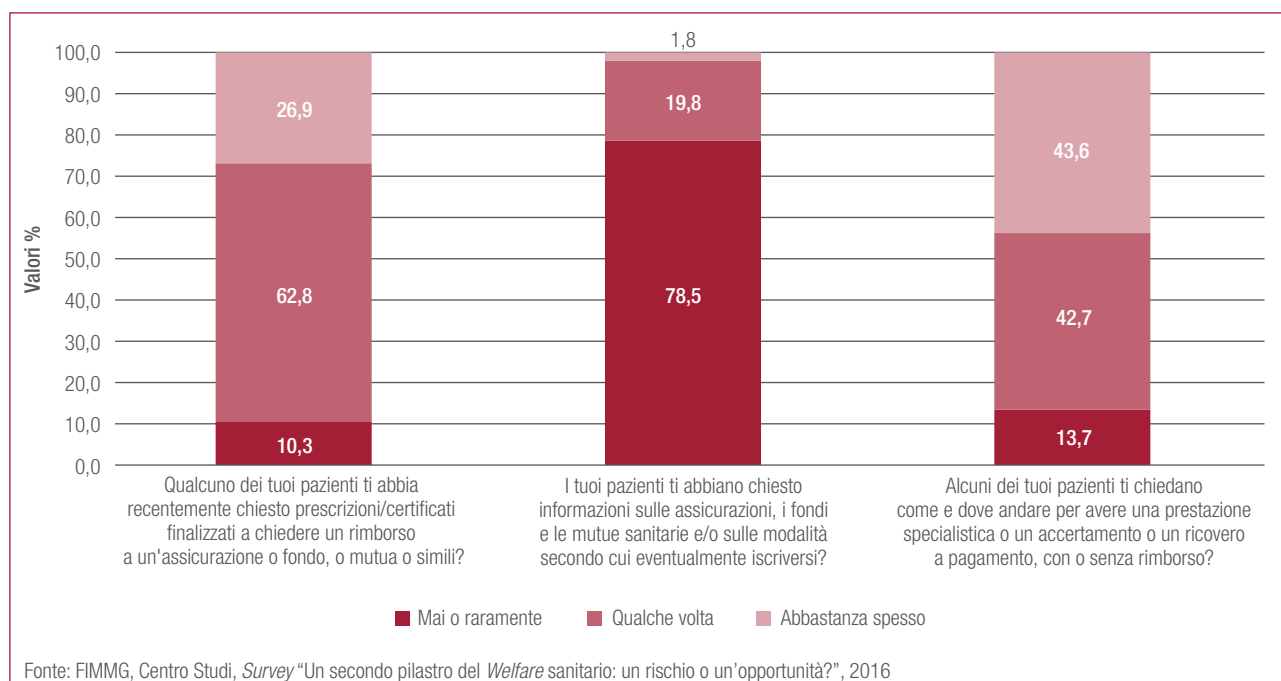
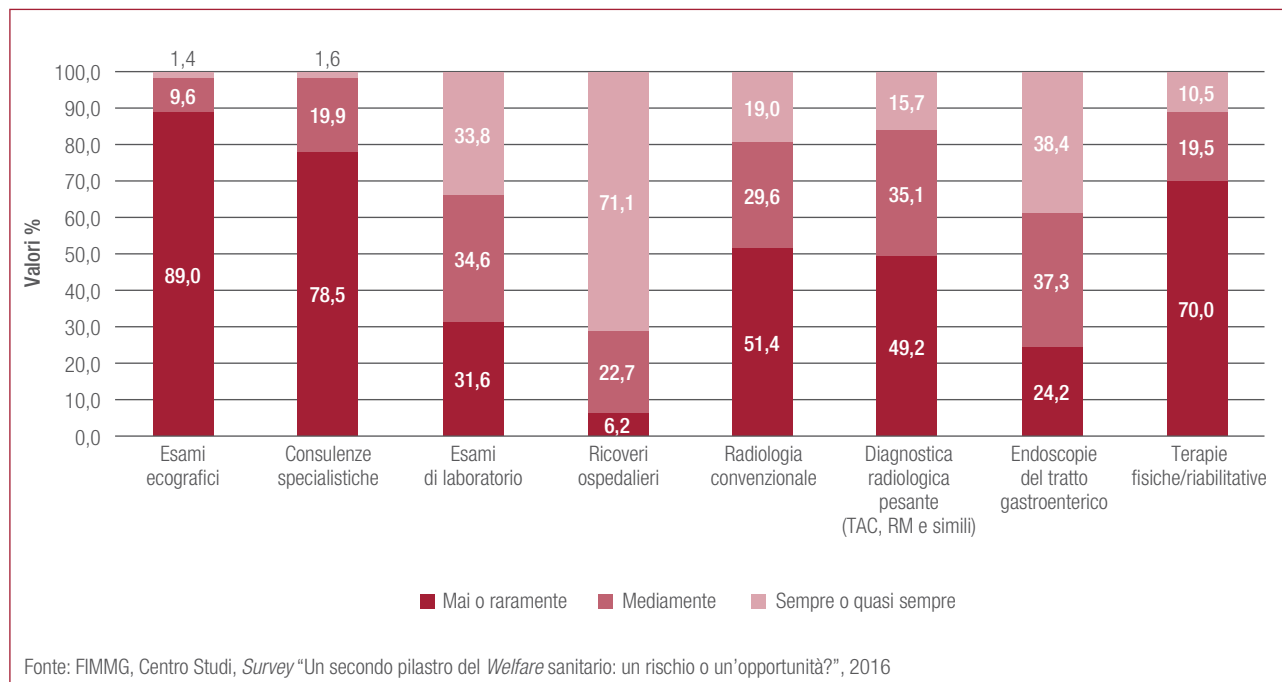


Figura 10.7. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “Con quale frequenza accade, nella tua esperienza, che i pazienti si rivolgano al privato per eseguire...”



78,5% risponde “spesso” per le consulenze specialistiche, il 70% per le terapie fisiche e di riabilitazione e il 51,4% per la radiologia convenzionale (Figura 10.7).

Sembrerebbe, dunque, che i MMG, nella loro esperienza quotidiana, siano poco interessati dalle logiche assicurative e mutualistiche: quando i pazienti sono assicurati per prestazioni e servizi, non vi è per i medici alcuna ricaduta.

Ne consegue che l’incertezza relativamente al fenomeno in oggetto potrebbe diminuire solo se i medici trovassero un ruolo operativo utile e adeguato ai nuovi assetti emergenti, uno spazio istituzionale di utilità generale.

L’ultima domanda di questa sezione ha riguardato le motivazioni per cui, secondo i medici, i pazienti ricorrono alle prestazioni private. In base alla loro esperienza, l’accesso alle prestazioni private è dovuto per lo più ai tempi più rapidi per usufruire della prestazione (Figura 10.8). Il dato è coerente con quanto emerso in precedenza.

Conseguenze della crescita del Welfare sanitario privato

Relativamente alle possibili conseguenze dello sviluppo del Welfare privato per il SSN, il 55% dei medici ritiene che il finanziamento diminuirà e quasi il 31% che

rimarrà stabile. Simile l’opinione sugli investimenti strutturali: per il 53% dei medici essi diminuiranno, mentre per quasi il 34% resteranno uguali.

Con riferimento al coordinamento ospedale-territorio, allo sviluppo e rinnovo tecnologico e all’integrazione dei percorsi assistenziali, i medici si dividono in tre gruppi percentualmente simili tra chi crede che aumenteranno, chi pensa che diminuiranno e chi ipotizza una sostanziale stabilità (Figura 10.9).

In sintesi, c’è maggior accordo riguardo alla previsione secondo cui le risorse e gli investimenti ne risentiranno negativamente; sugli altri aspetti non emerge una convinzione prevalente.

Relativamente alle opinioni sulle conseguenze per i pazienti, i risultati sono netti: quasi l’80% dei medici ritiene che il costo delle cure aumenterà, circa il 45% ritiene che diminuiranno le garanzie per i cronici, mentre oltre il 50% pensa che aumenteranno gli spazi per la scelta del curante e del luogo di cura. Sugli altri aspetti (accessibilità alle prestazioni, numero delle prestazioni assicurate o coperte, qualità delle prestazioni) i medici sono divisi in gruppi più o meno simili, ad eccezione della maggior percentuale di chi ritiene che la qualità delle prestazioni non cambierà (Figura 10.10). Complessiva-

Figura 10.8. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “In genere, secondo la tua esperienza o la tua impressione, l’accesso alla prestazione erogata privatamente è dovuto soprattutto...”

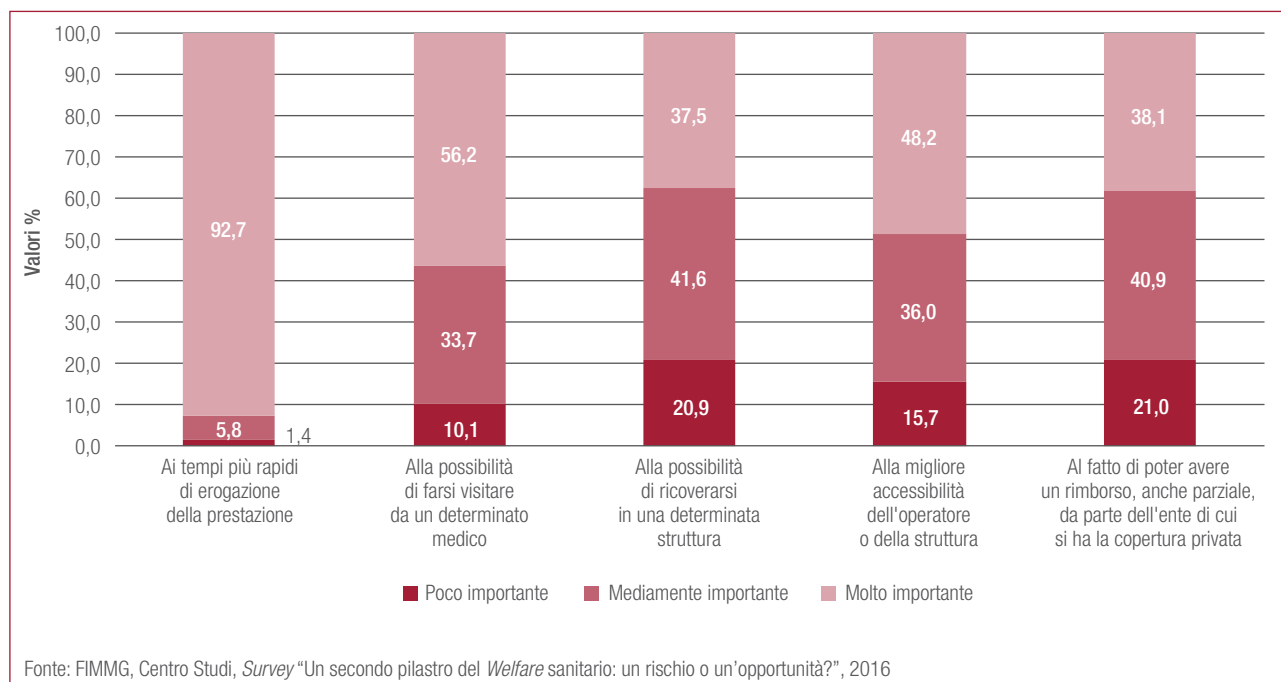
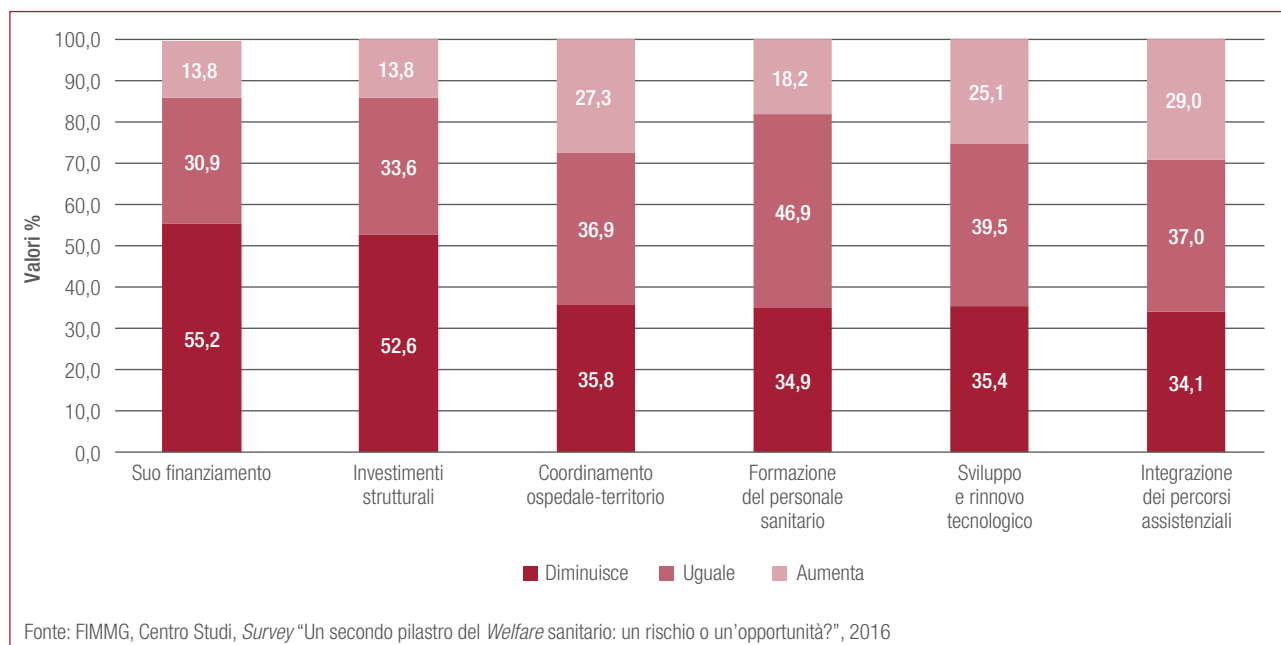


Figura 10.9. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “Quali potrebbero essere a tuo parere, in prospettiva, le conseguenze per il SSN relativamente ai seguenti profili?”



mente, sembra che i medici credano che per gli utenti aumenteranno i costi, e le attese sui benefici non sono necessariamente tutte in positivo.

Con riferimento alle conseguenze del fenomeno sui MMG, esse sono dai più considerate in negativo: per

quasi il 48% l’essenzialità del ruolo diminuirà; per il 58% diminuiranno le risorse destinate alle cure primarie; per il 55% si ridurranno le risorse per i fattori di produzione riguardanti l’assistenza primaria e per il 51% anche la remunerazione. Ma un terzo dei medici ritiene che non

Figura 10.10. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “Quali potrebbero essere a tuo parere, in prospettiva, le conseguenze per i pazienti relativamente a:”

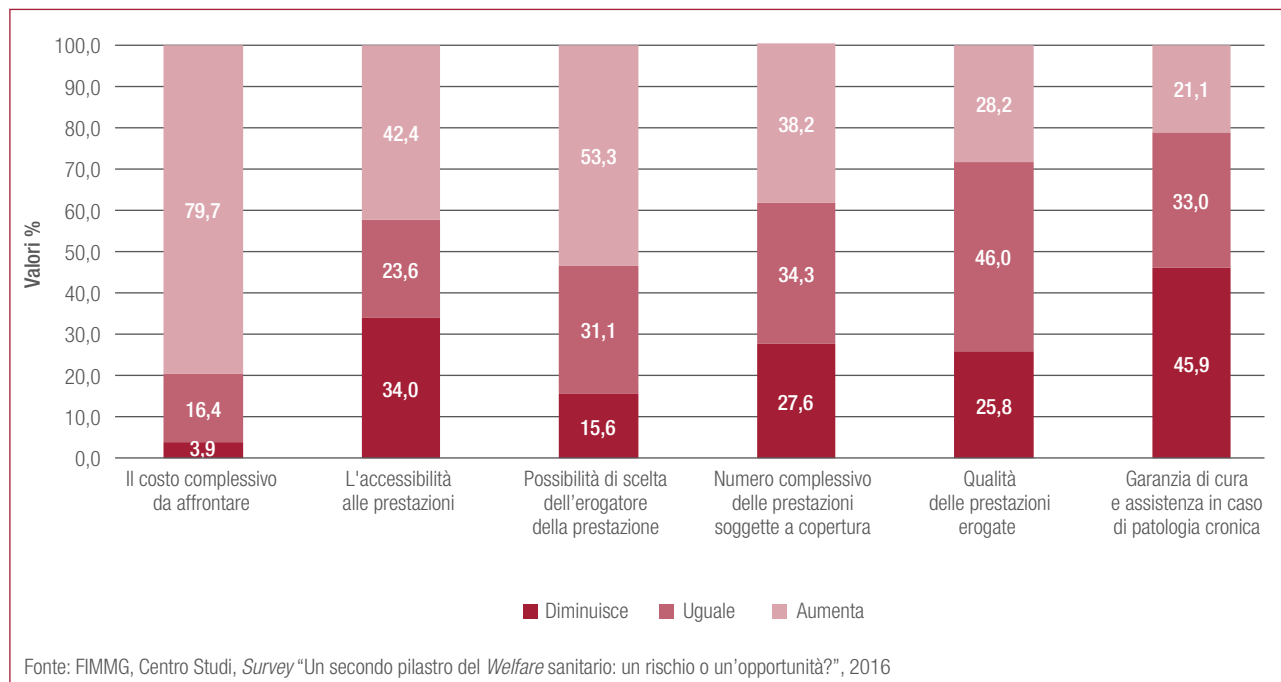
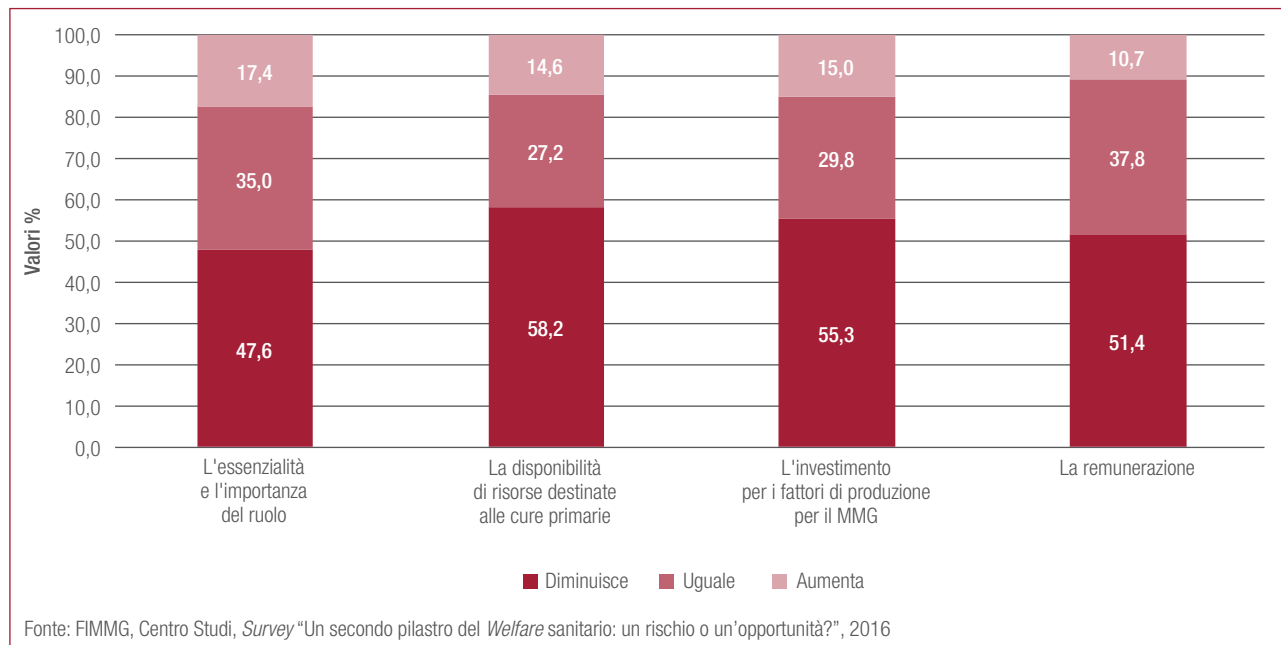


Figura 10.11. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “Quali potrebbero essere a tuo parere le conseguenze specifiche per i MMG rispetto a:”

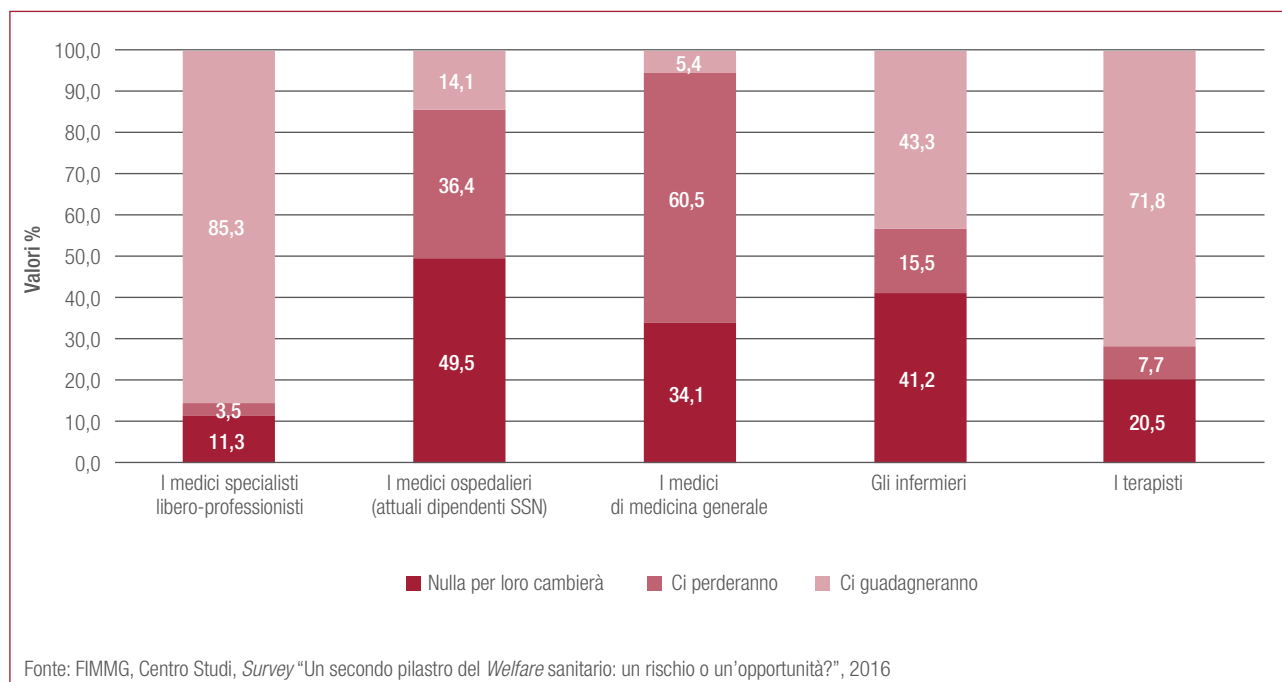


cambierà nulla, mentre solo il 10-15% ritiene che il cambiamento sarà in positivo (Figura 10.11).

Leggendo complessivamente i risultati sembra che il giudizio negativo non sia così compatto e maggioritario

come forse ci si aspettava considerando che, attualmente, i MMG si limitano ad osservare il cambiamento, non essendo stati mai coinvolti nelle dinamiche del Welfare sanitario privato.

Figura 10.12. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “A tuo parere chi è destinato a guadagnarci e chi a perderci in un contesto ove milioni di persone potranno avvalersi di coperture assicurative offerte dai molteplici attori del Welfare sanitario privato?”



Per finire, nel contesto dei nuovi assetti emergenti secondo il 60,5% i MMG ci perderanno, mentre gli specialisti liberi-professionisti ci guadagneranno (per l’85,3% dei medici), così come i terapeuti della riabilitazione (il 71,8% dei MMG) (Figura 10.12).

Con riferimento alla possibilità, allo stato attuale, per i MMG di collaborare con le Istituzioni del Welfare privato, circa il 73,0% dei medici, senza distinzione di età, genere e area, ritiene che esse siano oggi poche o nulle, e che dunque occorra cambiare le regole, definendo una nuova strategia complessiva per verificare insieme i vincoli e le opportunità anche per la medicina generale. Infatti, il 46,0% dei MMG ammette che, con opportuni aggiustamenti delle regole, ci siano effettive probabilità di collaborazione col privato e, allo stesso tempo, la possibilità di mantenere integro il ruolo nel SSN (Figura 10.13).

In conclusione, i MMG sono consapevoli della grande complessità del tema; le valutazioni sulle possibili conseguenze per il SSN, per i pazienti, per il ruolo stesso dei medici, sono orientate alla preoccupazione, ma anche ad un interesse: è evidente l’incertezza del giudizio. Significativa condivisione c’è invece nel vedere le rappresentanze sindacali quali soggetti che possono

meglio interpretare e gestire il cambiamento e, quindi, elaborare una prospettiva.

Strategie e scenari di partecipazione dei MMG ad un modello duale di sistema sanitario

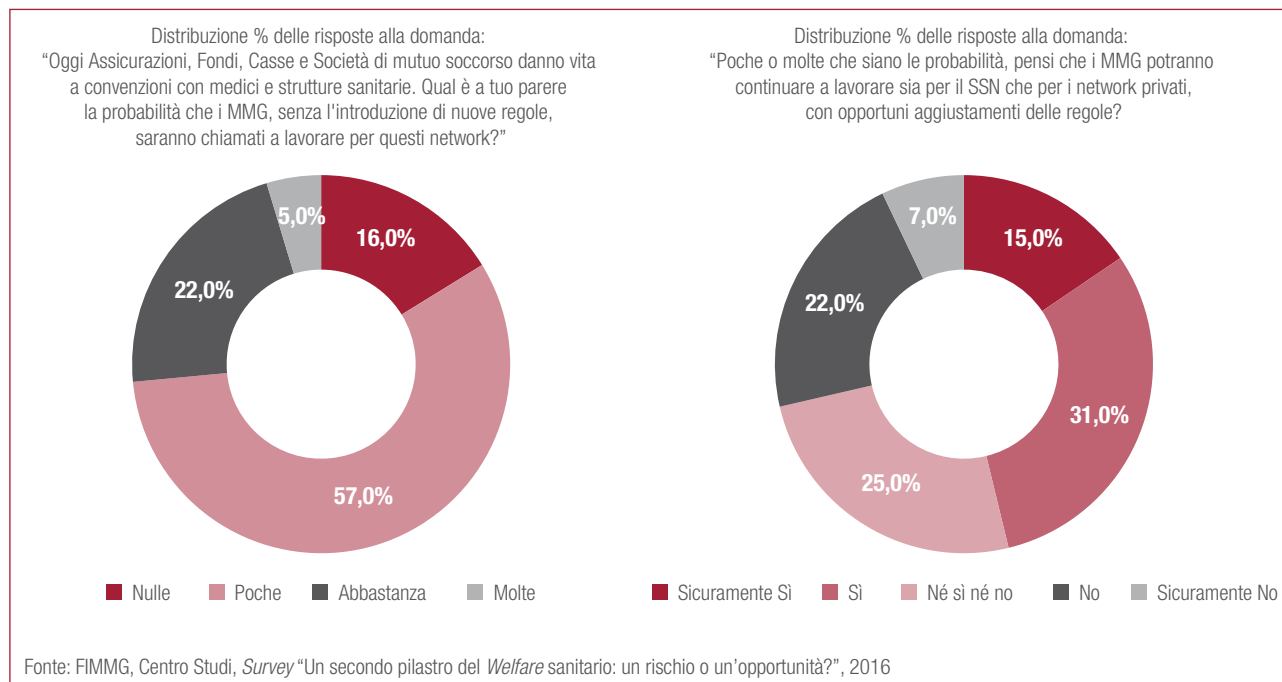
L’ultima parte del questionario affronta un aspetto fondamentale del problema: in quale dei possibili scenari i medici di medicina generale vedono un possibile futuro.

Il tema è complesso ed è stato difficile declinarlo in poche domande. Sono stati definiti due possibili scenari, identificabili nella letteratura e nell’analisi comparata dei sistemi sanitari.

- Scenario 1: le prestazioni garantite dal Welfare privato devono essere esclusivamente quelle integrative e complementari per evitare che i cittadini/datori di lavoro debbano contribuire a finanziare le stesse prestazioni due volte e per non favorire una concorrenza inefficiente tra il settore pubblico e quello privato.
- Scenario 2: le prestazioni del Welfare privato possono essere anche sostitutive rispetto a quelle garantite dal SSN.

La differenza tra i due modelli si basa quindi sostanzialmente sulla tipologia delle coperture, ovvero delle categorie delle prestazioni da loro garantite: fa differen-

Figura 10.13. Distribuzione (%) delle risposte alle domande circa la possibilità per i medici di collaborare con le Istituzioni del Welfare privato senza e con introduzione di nuove regole



za se il *Welfare* privato assicura le prestazioni che non sono contemplate tra i LEA del SSN, oppure se offre ai suoi iscritti le stesse prestazioni già garantite dallo stesso Servizio sanitario nazionale. A questo proposito, si osserva che se una prestazione è compresa nei LEA ma è difficile accedervi (es. lunghe liste di attesa), la sua erogazione da parte di un *Welfare* privato non si configurerebbe come un “doppione” di quella pubblica, di cui si propone invece in sostituzione per la migliore praticabilità.

Con questa definizione degli scenari possibili, il 64% (i medici giovani sono addirittura il 93,1%) dei medici ha indicato quello integrativo/complementare come lo scenario che più verosimilmente potrebbe realizzarsi. Ma il 36% dei medici ha una visione “alternativa”, pensando si possa realizzare lo scenario sostitutivo.

Ancora, il 72,1% (il 79,7% dei giovani medici) ha indicato il primo scenario come quello più produttivo in termini di efficacia assistenziale; il 75,8% dei medici (il 90,2% dei giovani medici) indica sempre il primo scenario come quello in cui il medico di medicina generale potrà svolgere meglio la sua funzione (Figura 10.14).

Con riferimento alla modalità di collaborazione tra medicina generale e *Welfare* privato, è stato chiesto ai

medici di indicare se il ruolo di “intermediazione” presenti o meno profili positivi. Secondo il 69,3% sarebbe utile per i pazienti (presso i giovani medici del centro d’Italia tale valutazione riscuote maggiore successo); per il 70,3% sarebbe un’innovazione utile per enti del *Welfare* privato e per il 66,0% dei medici sarebbe utile per l’equilibrio del sistema sanitario nel suo complesso. Sarebbe, quindi, “auspicabile” per il 67,1% dei medici. Sono, invece, il 57,2% i medici che ritengono che tale soluzione sarebbe efficiente sotto il profilo della spesa (Figura 10.15). Presumibilmente, perché i medici, come evidenziato in precedenza, pensano che alla fine aumenterebbe il costo delle cure.

Per finire, si è indagato su quanto i medici siano d’accordo con alcuni profili relativi all’implementazione dell’innovazione conseguente al secondo pilastro. Il maggior livello di accordo (condiviso dal 62,4% dei MMG) si registra sul fatto che occorra collaborare col *Welfare* privato e affrontare l’evolversi del sistema: esserne tagliati fuori comporterebbe un declino del ruolo della medicina generale (Figura 10.16).

L’accordo con queste motivazioni è prevalente ma non totalitario: la percentuale si assesta intorno al 50-60%. Tutte le altre motivazioni (i medici di medicina

Figura 10.14. Distribuzione (%) delle risposte relative alle domande sugli scenari secondo cui potrebbe svilupparsi la Sanità in Italia:

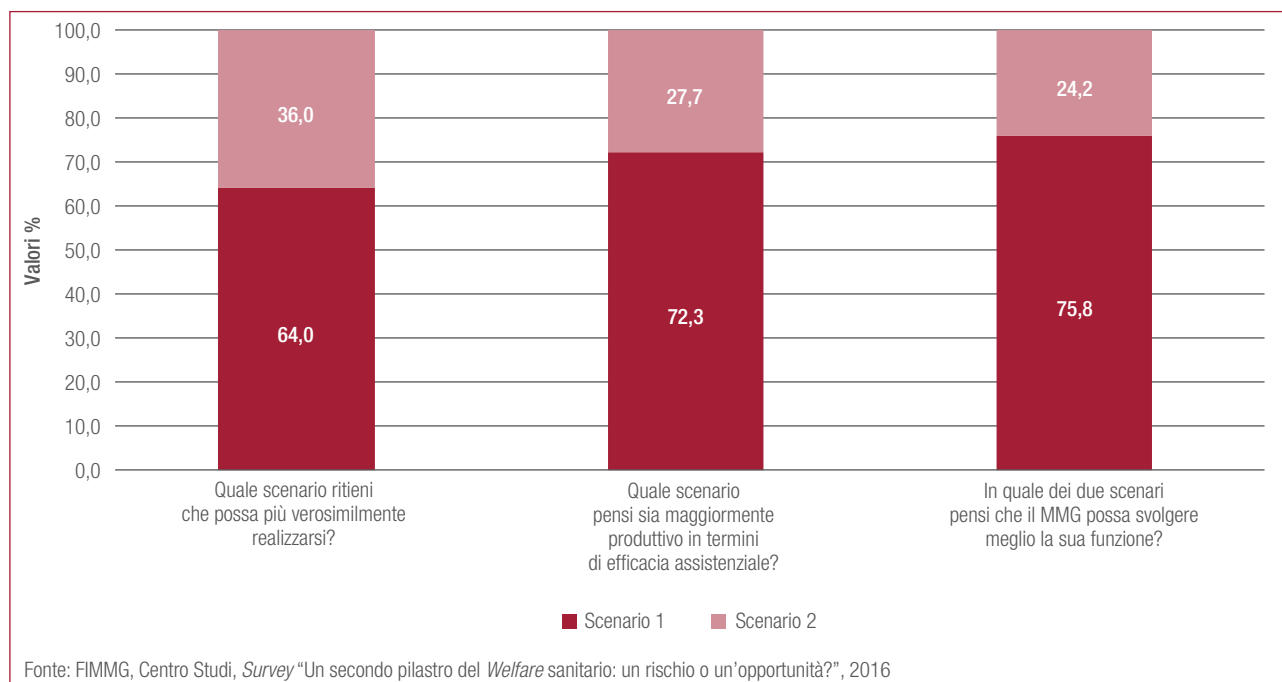
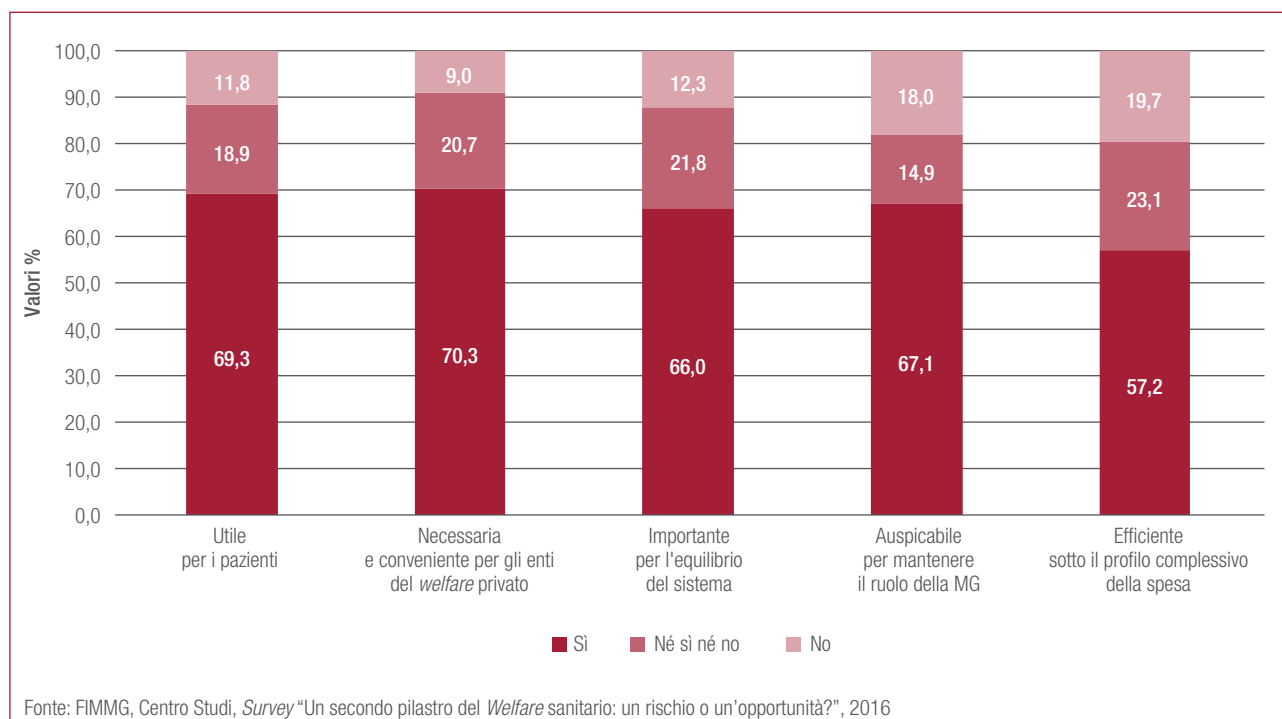


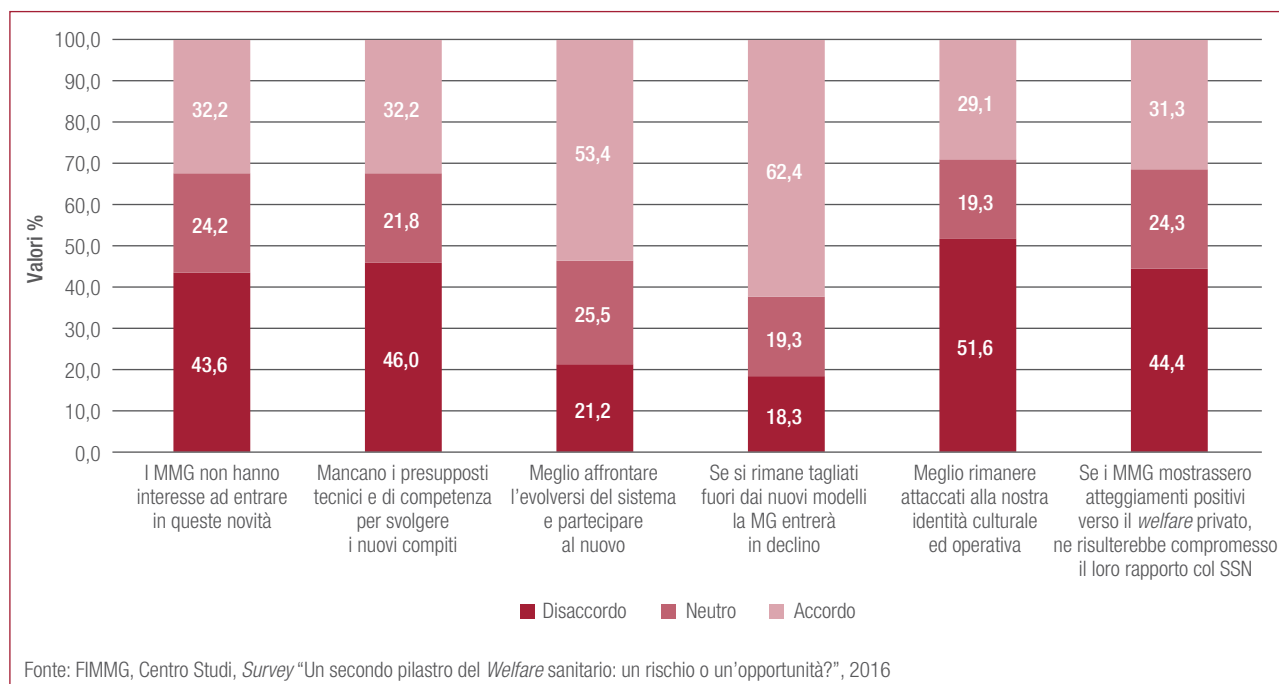
Figura 10.15. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Una eventuale e possibile strategia di partecipazione dei MMG al Welfare privato del II pilastro è quella di assumere il ruolo di gestori dell'intermediazione tra cittadini ed enti privati e di fornire le prestazioni sanitarie per cui sono abilitati, con una funzione analoga a quella svolta per il SSN. Ritieni questa strategia:"



generale non hanno interesse ad entrare nel settore; a loro mancano i presupposti tecnici e di competenza per svolgere il nuovo ruolo; meglio rimanere attaccati

all'identità culturale della categoria; si metterebbe a rischio il rapporto col SSN) ricevono un livello di accordo più basso.

Figura 10.16. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: “Quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni?”



10.4. Conclusioni

Il tema del “secondo pilastro” dell’assistenza sanitaria è quanto mai attuale. La crescente difficoltà di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dal SSN costringe sempre più frequentemente i pazienti a rivolgersi al “privato”, ottenendo le prestazioni a pagamento. È del resto in aumento il numero di persone coperte da assicurazione sanitaria privata (si stimano circa 11 milioni di italiani). Queste coperture sono a volte integrative/complementari rispetto a quanto garantito dal sistema pubblico, a volte sostitutive: vengono sostenute da Fondi sanitari, Assicurazioni, Casse mutue e Società di mutuo soccorso.

Con questo scenario, il Centro Studi della FIMMG ha indagato le opinioni e le valutazioni in merito da parte dei MMG, che inevitabilmente verranno interessati dal fenomeno. Di seguito i risultati di sintesi emersi.

1. Relativamente alla conoscenza, emerge che i medici hanno consapevolezza del fenomeno, soprattutto nelle aree del Paese in cui questo è più diffuso. Esiste comunque una non trascurabile incertezza di orientamenti e opinioni (mai completamente negative). I medici ritengono che il *Welfare* privato debba

espandersi prevalentemente sul versante integrativo, ma non escludono a priori l’ipotesi di un intervento sul versante sostitutivo, che cambierebbe l’assetto dell’attuale SSN. I medici sembrano dunque aperti all’innovazione, nonostante il loro ruolo sia al momento profondamente integrato con il pubblico. Riconoscono, infine, che i cittadini sono, in un certo senso, “costretti” ad avvalersi del privato a causa della attuale inadeguatezza ed inefficienza del SSN (es. liste di attesa).

2. Dalla loro esperienza quotidiana, i medici mettono in evidenza come essi siano, al momento, fuori dal mondo delle pratiche assicurative e mutualistiche, anche per la tipologia di prestazioni e servizi che normalmente esulano dalle competenze della medicina generale.
3. In tema di conseguenze dell’eventuale strutturazione di un *Welfare* privato, i MMG sono consapevoli del fatto che, in prospettiva, il percorso potrebbe presentare delle difficoltà: per il SSN (il finanziamento, lo sviluppo tecnologico, le opportunità), per i pazienti (potrebbero spendere complessivamente di più) e per l’integrità del loro stesso ruolo. Su questo ultimo aspetto in particolare i medici sono incerti e non

esprimono una visione unitaria: ci sono aperture ma anche timori. I medici credono che possano essere le rappresentanze sindacali a interpretare e gestire il cambiamento e, quindi, elaborare una prospettiva, anche se tale percorso appare non semplice.

4. Gli scenari in divenire di cui si è chiesta a medici l'opinione sono i seguenti:

scenario 1: le prestazioni garantite dal *Welfare* privato devono essere esclusivamente quelle integrative e complementari per evitare che i cittadini/datori di lavoro debbano contribuire a finanziare le stesse prestazioni due volte e per non favorire una concorrenza inefficiente tra il settore pubblico e quello privato;

scenario 2: le prestazioni del *Welfare* privato possono essere anche quelle garantite dal SSN e, quindi, esserne sostitutive (ad esempio, il SSN copre tutti i tipi di ricovero o tutti i tipi di prestazioni specialistiche o di accertamenti e così fa anche il *Welfare* privato). I MMG hanno dato in maggioranza la preferenza al primo scenario ed apertura alla partecipazione al

cambiamento. Una parte è aperta anche a cambiamenti radicali da “secondo scenario”, mentre altri appaiono più “resistenti”. Esistono però i presupposti per prefigurare e tentare di implementare un percorso operativo, che coinvolga i medici di famiglia, che sia complementare e non in conflitto con quello svolto per il SSN. Esistono soprattutto in alcuni segmenti della categoria, che si rappresentano come disponibili ad affrontare la novità, sia per convinzione che per timore di rimanere tagliati fuori dall'innovazione. E' certo che la fattibilità di tale percorso debba essere specificata, delineata e declinata nei dettagli, così da rendere evidenti le possibili criticità ma anche massimizzare i benefici che se ne possono trarre per poterli ricondurre a vantaggio dell'intero sistema.

Riferimenti bibliografici

FIMMG, Centro Studi (2016), *Survey “Un secondo pilastro del Welfare sanitario: un rischio o un'opportunità?”*

ENGLISH SUMMARY

Primary care: general practitioners compared with the second pillar of healthcare Welfare, between risks and opportunities

More and more, Italian patients turn to the private sector for obtaining healthcare, diagnostic and treatment services. There are various reasons: since services offered by the NHS (National Healthcare Service) are actually barely accessible due to long waiting lists, for an expensive participation in costs that make the NHS less and less convenient, for complicated logistics.

Even primary territorial care is necessarily involved in this scenario. Therefore, in May-June 2016, the National Studies Centre of Italian Federation of General Practitioners (F.I.M.M.G.) believed it was worthwhile conducting a sample survey amongst GPs (General Practitioners) aimed at understanding the knowledge, orientations and sensitivity of the said professional category towards the hypothesis of a private healthcare pillar being established in our country in the near future - one that may be adjunctive to the present public one.

It was a 4-part survey: the first one regarding social-demographic and professional data of the physicians, their level of knowledge inherent to private healthcare sector; the second one investigating eventual direct experiences that the physicians themselves had with the system; the third part of the questionnaire is dedicated to the consequences that physicians believe may arise (for the NHS, for patients and for the GPs) subsequent to the development of a second private Welfare pillar; and the last part facing the possibilities that physicians foresee in participating in these new developments and which of these seem the most appropriate to their role. The survey has involved the participation of 700 Italian GPs: 24.7% in the North-West of Italy, 18.3% in the North-East, 23% in Central Italy, 34% in the South and Islands). The results have been channelled towards the GPs universe.

Looking at the survey results, we can observe that physicians seem to be aware of the extent and characteristics of the phenomenon, especially in Italian areas (centre) where these systems are most present.

For example, they perceive that the services generally provided are often substituting and not only integrating those of the NHS: the sample of physicians interviewed is equally divided between these two standpoints.

Physicians believe that private welfare must be spread over the second pillar (important/very important aspect for 73% of the sample), but without considering interventions even on the substituting side as being improper – an issue that would result in a net change of the SSN structure. On the other hand, they recognize that citizens are in a certain sense “forced” to avail themselves of the private sector due to long SSN waiting lists (82% believe that a reduction in waiting lists would be the greatest benefit that citizens expect): in fact, on the basis of their experience, access to private services is mainly due to the quicker delivery of services.

With reference to the type of services that patients resort to the private sector for (often, at times or seldom) by personally disbursing money, physicians report that this often occurs for ultrasound scans (89%), specialist visit (85%), rehabilitation therapy (70%), conventional diagnostic radiology (51.4%) and other diagnostic radiology (49.2%), laboratory tests (31.6%) and endoscopies (24.2%).

General practitioners also refer that they are presently not substantially involved in operations relative to this part of the healthcare sector. In fact, physicians are only seldom (63% of replies) requested to fill out prescriptions/certification addressed to the world of complementary health welfare, never or seldom (79% of replies) are they consulted regarding operations and access methods for “healthcare insurances”. Whereas there is still a strong process of engagement with patients who continue (“often” for 43%) to resort to them for advice on how and when to gain access to diagnostic or treatment services, even at their own expense, with or without refunds.

Regarding consequences that could arise from the growth and structure of an actual private health welfare pillar, replies provided by physicians, underline the great complexity of the topic. The assessments expressed on various fronts regarding the possible consequences on the NHS for patients, for the role itself of physicians, show concern and uncertainty – but even interest in some respects. Physicians believe that funding and structural investments for the SSN may decrease (respectively 55.2% and 52.6% of the sample). Moreover, 79.7% of physicians believe there is a risk that the overall expenses to the burden of patients will increase, for whom (45.9% of the sample) the guarantee for treatment and care in the case of chronic disease will be reduced. Physicians fear that the availability of resources for primary care will be reduced (58.2%), and so will investments for GPs production factors (55.3%), their remuneration (51.4%), the essentiality and importance of their role (47.6%).

Free-lance specialists, rehabilitation therapists and nurses will probably, however, be the professional categories that might benefit from this event. A clear majority (73%) has difficulty in considering the hypothesis that GPs can work, without any new regulations, for these networks. In fact, 77% of doctors believe that professional trade representatives, as a collective point of aggregation, should intervene to better manage the transition and, therefore, develop a perspective. Although, for the above-mentioned reasons, in their conclusive judgement 43% of the physicians interviewed believe that the development of private health welfare is especially a source of stress and problems, while 39% of these believe it could be an opportunity.

For what regards future scenarios, taking two alternatives into consideration, one essentially based upon the integrative and complementary component supported by private health welfare, and the other even on the substituting component (compared to services already delivered by the SSN and therefore certainly in a com-

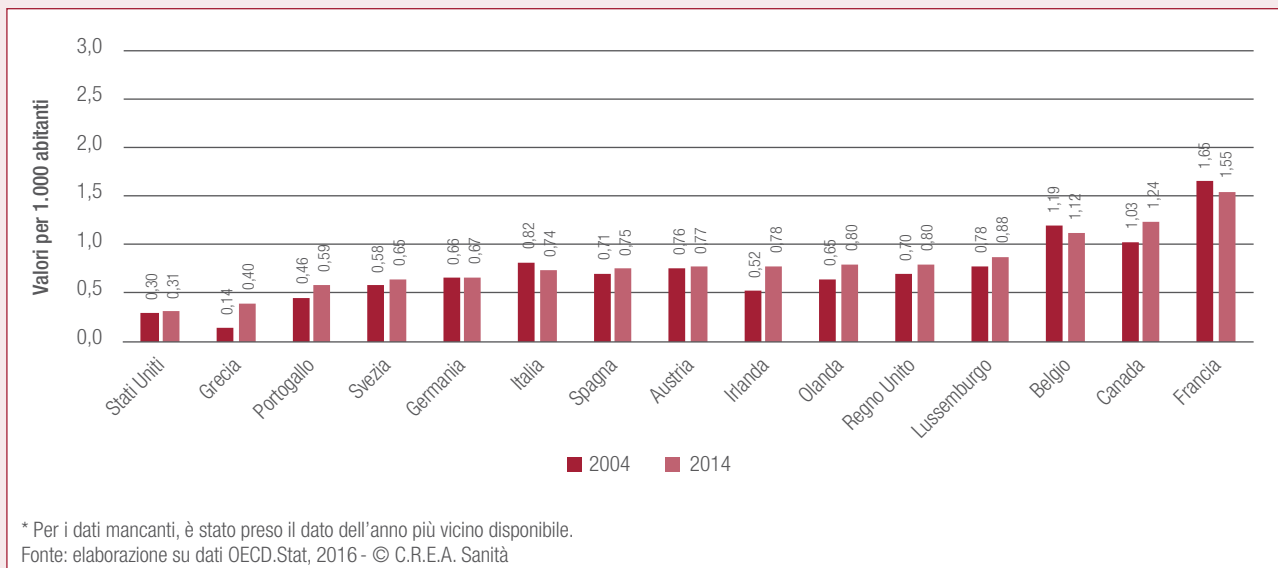
petitive condition), GPs seem to favour the former compared to the latter. They believe it to be more likely to be established (in 64% of their views), more productive in terms of care effectiveness (72.3%) and more favourable for performance of GP functions (75.8%).

Despite all the difficulties, physicians believe that their role may be useful in the mediation between citizens and private welfare bodies, in a sort of function similar to the one conducted for the SSN: 69.3% believe it would be beneficial for patients, necessary and convenient for these bodies in 70.3% of the replies, and 66% of physicians believe it is important for the system as a whole.

Upon concluding the survey, as an element of further awareness and substantial acceptance of the challenge that these possible innovations might envisage, it should be underlined how 62.4% of those interviewed admitted that should they stay outside of these new models, then General Practitioners will be marking their decline; while 53.4% agree that it would be best to deal with the evolution of systems and participate in the new ones.

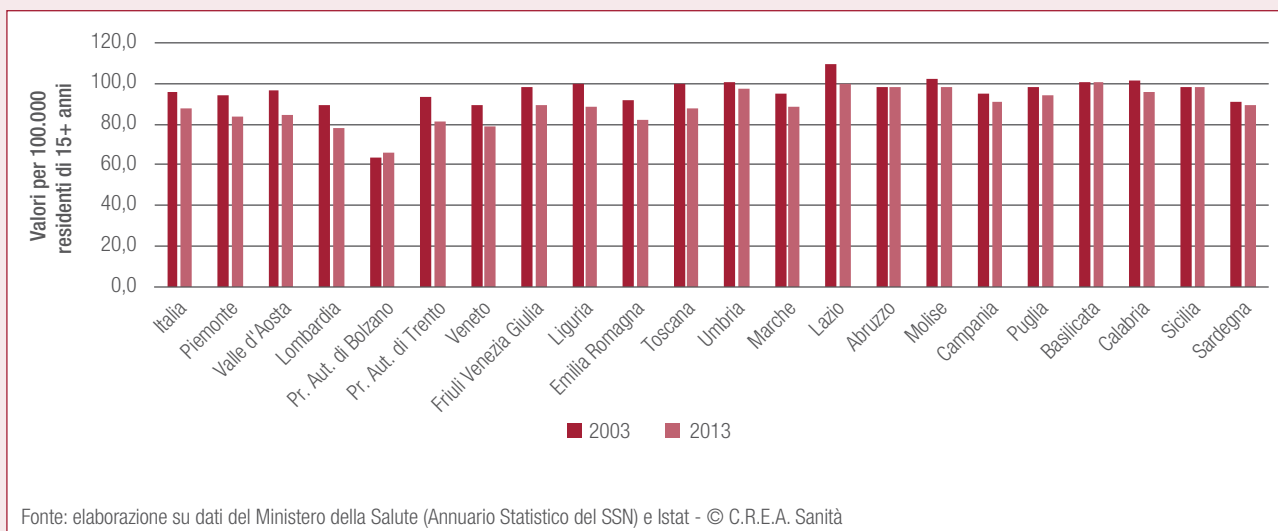
In conclusion, the private health welfare system is quickly being consolidated within the healthcare setting in Italy. According to General Practitioners, to what extent the integrative aspect actually constitutes a prevalent condition is still not very clear: General Practitioners are under the impression that “private insured” services are presently in some way substitutive compared to those offered by the SSN. The scenario that emerges from the survey of GPs is that the category is aware of the phenomenon and of the fact that it shall be complex for patients, for all the healthcare system and for the physicians themselves. Nevertheless, through the responses it does not seem to provide an absolute positive or negative position. On the contrary, the attitude assumed by the category of the GPs (at least the majority of the same) is that of those who accept the challenge realistically, while requesting their associations take part in management of the transition and in drafting of an eventual project for professional commitment.

KI 10.1. Medici generici (*general practitioners*) in EU15 e altri grandi Paesi OECD. Valori per 1.000 abitanti, anni 2004 e 2014*



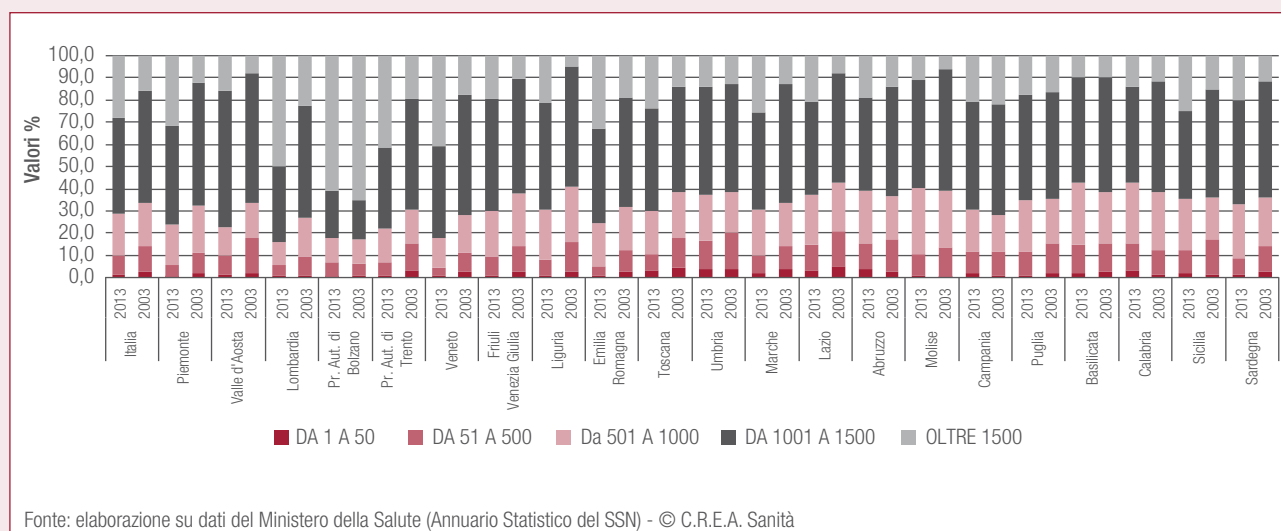
Questo indicatore prende in considerazione i “*general practitioners*” (quelli che in Italia chiamiamo “medici generici”) forniti da OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) per i Paesi dell’Europa a 15 e altri grandi Paesi OECD. In particolare, le figure ricomprende sono: *general practitioners, district medical doctors - therapists, family medical practitioners (“family doctors”), medical interns or residents specialising in general practice*. Sono esclusi i pediatri. Questa definizione può non essere adattabile a tutti i Paesi considerati. OECD dichiara che il dato per l’Italia ha fonte Ministero della Salute (Annuario statistico). Con queste premesse sulla confrontabilità del dato, si osserva che nel 2014 in Italia ci sarebbero 0,74 medici generici per 1.000 abitanti, con un *trend* in calo (il dato 2004 era pari a 0,82). Tra tutti i Paesi di cui si dispone del dato, il nostro si posiziona nella parte medio-bassa della classifica 2014: sono 9 i Paesi con una densità di medici maggiore (in testa la Francia con 1,55 medici per 1.000 persone, seguita da Canada con 1,24 e Belgio con 1,12). In fondo, Stati Uniti, Grecia, Portogallo, Svezia e Germania, che non arrivano al valore di 0,7 per 1.000 abitanti. Così come l’Italia, registrano una diminuzione del valore il Belgio e la Francia. Le variazioni vanno lette con la consapevolezza che per alcuni Paesi c’è discontinuità nei dati nel periodo considerato. In particolare, si segnala tra il 2009 e il 2014 un discontinuità nei dati (*break in series*) in Australia, Francia, Grecia e Irlanda, e una differenza nella metodologia in UK.

KI 10.2. Medici di Medicina Generale (MMG). Valori per 100.000 residenti di 15 anni e più, anni 2003 e 2013



Secondo gli ultimi dati forniti dal Ministero della Salute nell’Annuario statistico nazionale, nel 2013 in Italia sono 45.203 coloro che esercitano la professione di medico di medicina generale - MMG in Italia, pari a 88,1 per 100.000 abitanti con età uguale o superiore a 15 anni. Calcolando le variazioni percentuali rispetto all’anno 2003, si registra circa l’8% di medici in meno (erano 47.111, pari a 95,8 per 100.000 abitanti di 15 anni e più). A livello territoriale non si riscontrano eccessive disparità; nel 2013 si segnalano i due estremi: Basilicata e Lazio (con rispettivamente 100,3 e 99,7 MMG per 100.000 abitanti di 15+ anni) sono quelli con densità maggiore, mentre il numero inferiore di MMG si registra nella P.A. di Bolzano (65,6 per 100.000). Al di sotto della media nazionale si collocano 7 Regioni, tutte del Nord (più la Toscana). È sempre nelle Regioni settentrionali che si registra il calo più consistente: si segnala il -13,1% della P.A. di Trento. L’unica Regione che dal 2003 al 2013 registra una variazione positiva è la P.A. di Bolzano (+3,8%), ma resta quella col numero inferiore.

KI 10.3. MMG per classi di scelta. Incidenza (%) sul totale, anni 2003 e 2013



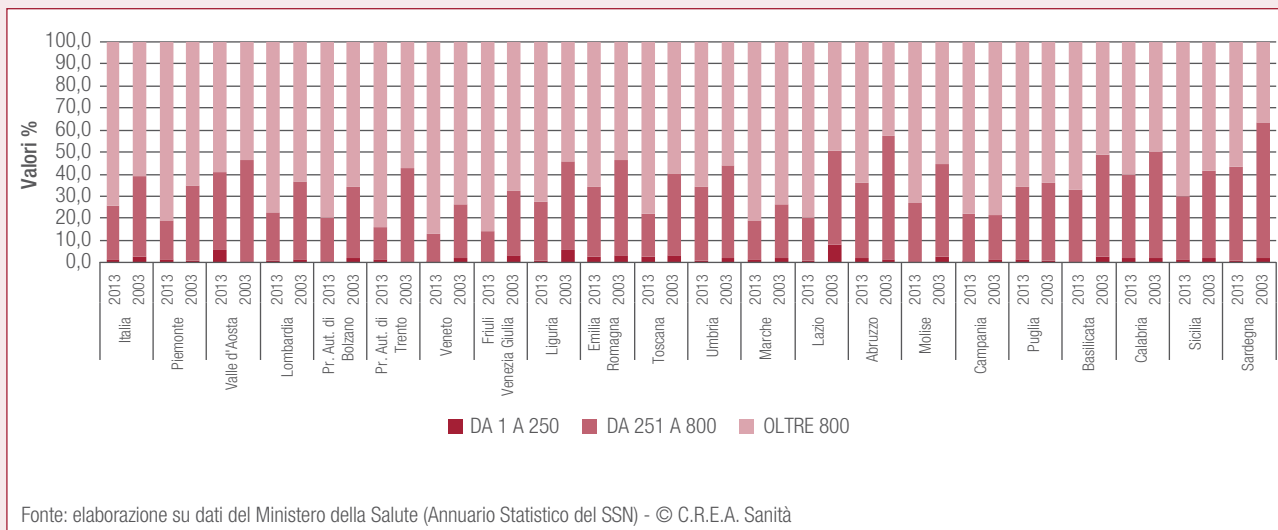
L'indicatore mostra come in Italia nel 2013 (ultimo anno disponibile) la maggior parte dei MMG (42,8%) abbia un carico medio compreso tra 1.001 e 1.500 assistiti, percentuale pressoché invariata rispetto all'anno precedente ma con un *trend* in discesa nell'ultimo decennio (50,4% nel 2003). Cresce invece la quota dei medici "massimalisti" (con oltre 1.500 assistiti): essa è pari nel 2013 al 28,3%, mentre si fermava al 15,8% nel 2003. Tale variazione è probabilmente legata all'anzianità dei medici, che con il tempo hanno consolidato il loro carico assistenziale. Si segnala che nel periodo 2003-2013 hanno registrato una diminuzione della quota di massimalisti solo la P.A. di Bolzano e la Campania. A livello regionale, nel 2013 la situazione non è omogenea: la quota di massimalisti arriva al 60,7% nella P.A. di Bolzano, mentre si arresta al 10,0% in Basilicata, seguita dal Molise con 11,1%. In tutte le Regioni centrali e meridionali (e in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Liguria per il Nord) la percentuale è inferiore a quella nazionale. Sono in totale 6 quelle, tutte del Nord, che registrano una percentuale di MMG massimalisti superiore al valore Italia.

KI 10.4. Pediatri di libera scelta (PLS). Valori per 100.000 residenti fino a 14 anni, anni 2003 e 2013



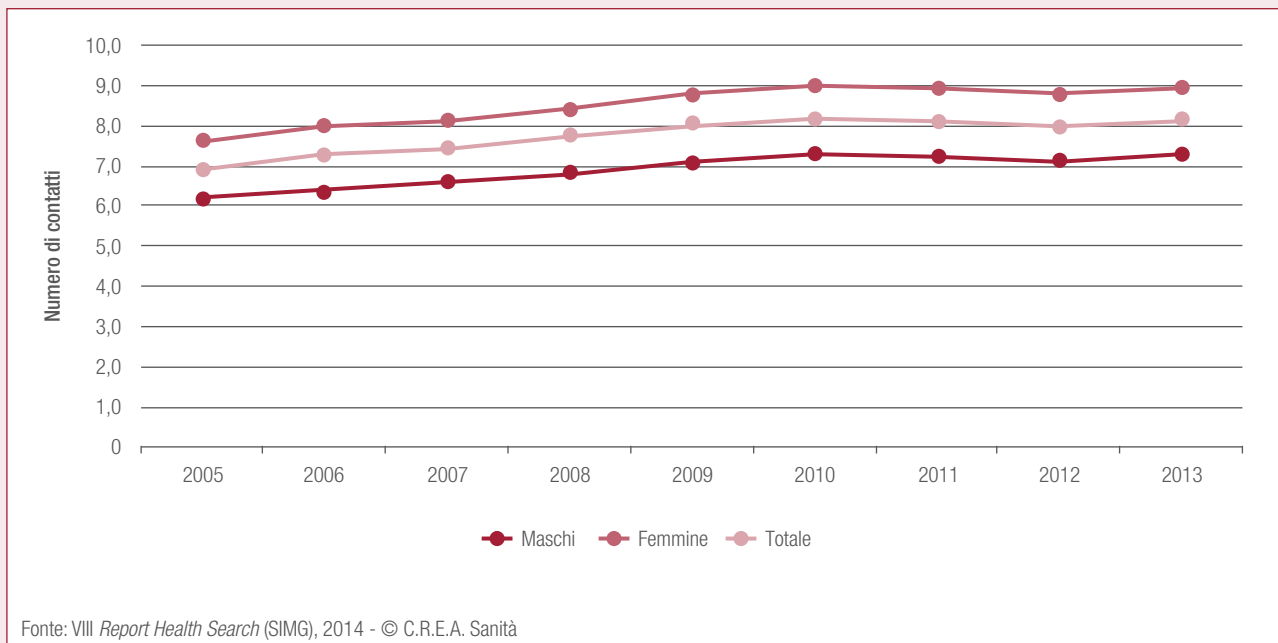
Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute, nel 2013 in Italia sono 7.705 coloro che esercitano la professione di pediatra di libera scelta (PLS), pari a 92,3 per 100.000 residenti con età uguale o inferiore a 14 anni. Rispetto al 2003, si registra una variazione positiva del tasso per 100.000 residenti pari al +2,2% (2 su 100.000). A livello territoriale si nota qualche disparità; per il 2013 si segnalano i due estremi: la Sicilia (con 107,2 PLS per 100.000 abitanti con età uguale o inferiore a 14 anni) è – come l'anno precedente – la Regione con densità maggiore, seguita da Abruzzo (105,7), Sardegna (105,6) ed Emilia Romagna (105,2), mentre il numero inferiore di PLS si registra nella P.A. di Bolzano (72,3 per 100.000). Al di sotto della media nazionale si collocano 9 Regioni, prevalentemente del Nord tranne Marche, Campania e Basilicata. Sono diverse le Regioni che registrano una variazione positiva tra il 2003 e il 2013; si segnala in particolare la P.A. di Bolzano (+15,7%, ma resta quella col numero inferiore). La diminuzione più consistente nella P.A. di Trento (-10,4%).

KI 10.5. PLS per classi di scelta. Incidenza (%) sul totale, anni 2003 e 2013

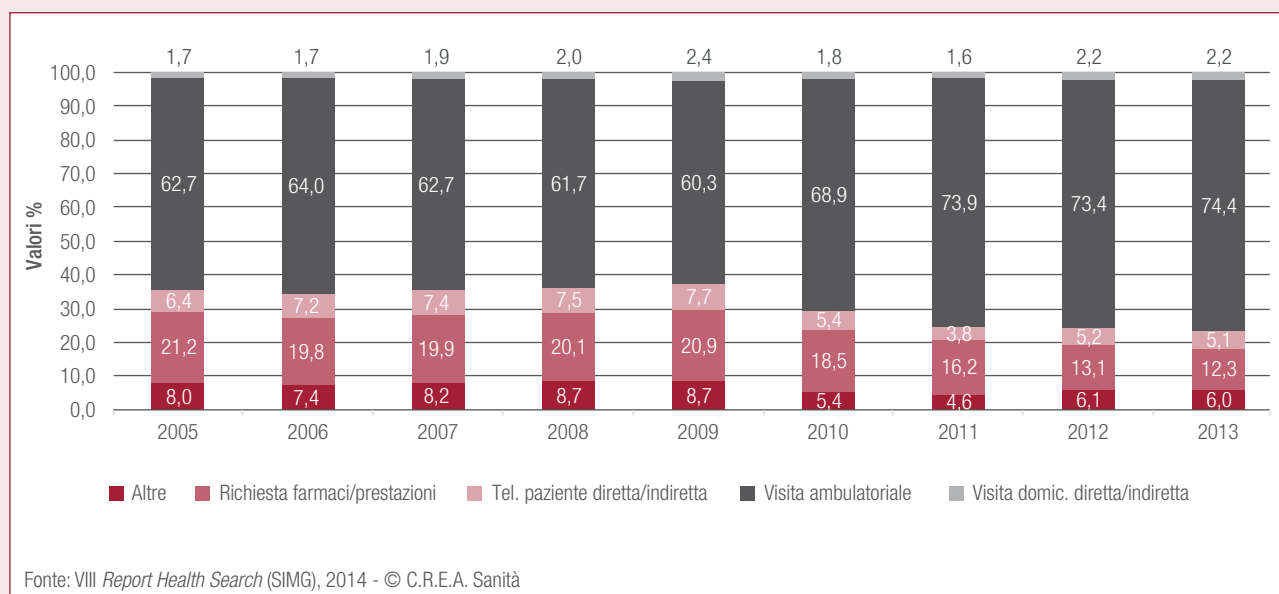


L'indicatore mostra come in Italia nel 2013 (ultimo anno disponibile) la maggior parte dei pediatri di libera scelta - PLS (74,4%) abbia un carico medio superiore agli 800 assistiti (pediatri "massimalisti"), con un *trend* in crescita nell'ultimo decennio (erano il 60,9% nel 2003). Così come per i MMG, tale variazione è probabilmente legata all'anzianità dei medici ed al conseguente consolidamento del carico assistenziale. La Campania è l'unica Regione a non registrare un aumento tra il 2003 e il 2013 (-0,4 punti percentuali). A livello regionale, si riscontrano delle disparità: la quota di pediatri massimalisti nel 2013 arriva a 87,1% in Veneto, mentre si arresta al 56,4% in Sardegna, con valori invariati rispetto all'anno precedente. In quasi tutte le Regioni meridionali la percentuale è inferiore a quella nazionale (fa eccezione la Campania). Sono in totale 10 quelle che registrano una percentuale di pediatri massimalisti superiore al valore Italia.

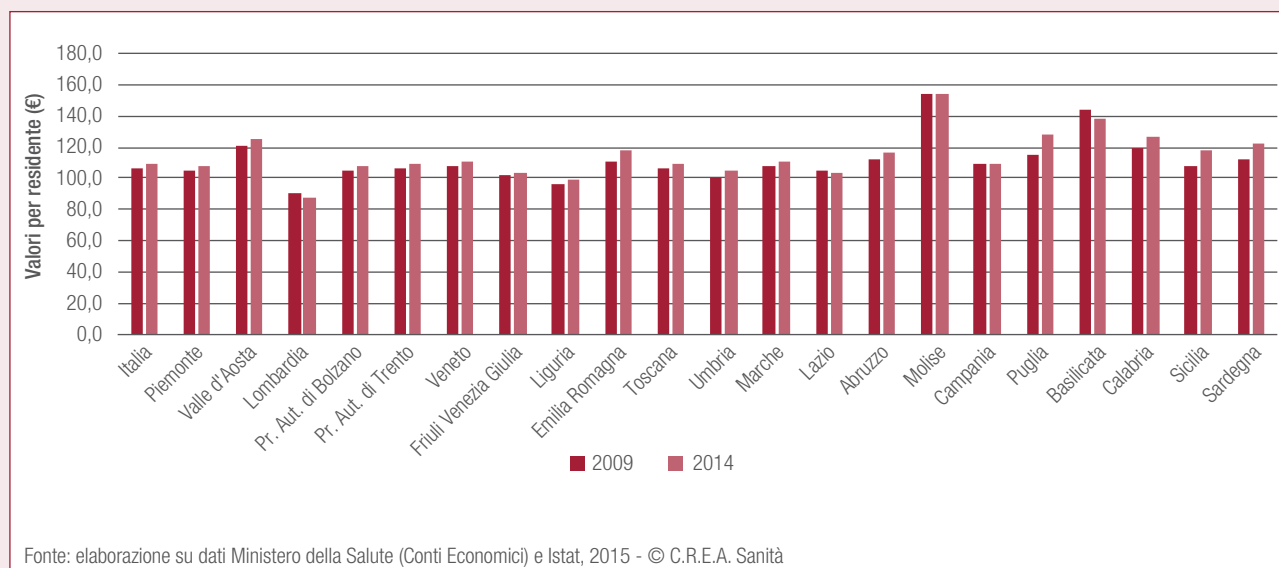
KI 10.6. Numero medio di contatti annuali col MMG per paziente. Distribuzione per genere del paziente, anni 2005-2013



Restando nel merito del carico di lavoro dei MMG, questo indicatore analizza il *trend* del numero di contatti medi annuali per paziente stratificati per genere, dal 2005 al 2013 (per tutte le tipologie di contatto). Stando ai dati riportati nell'ultimo Rapporto *Health Search* - SIMG (alla data in cui si scrive), si registra un graduale e costante incremento nel periodo considerato, passando da 6,9 (nel 2005) a 8,1 (nel 2013) contatti medi annui per ciascun paziente, con qualche differenza di genere: il numero di contatti è infatti, in tutti gli anni tra il 2005 e il 2013, più elevato tra le femmine (da 7,6 a 8,9) che tra i maschi (che passano comunque da 6,2 a 7,3 contatti annui).

KI 10.7. Tipologia di contatto tra MMG e pazienti. Composizione %, anni 2005-2013


L'indicatore impiegato per misurare il carico di lavoro dei MMG è rappresentato dal numero di "contatti medico/paziente". Per "contatti" si intendono tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di un'indagine diagnostico-strumentale e/o di qualunque altro intervento che il MMG registra nella cartella clinica informatizzata (es. richiesta di visita specialistica, registrazioni di pressione arteriosa, BMI, etc.). Con riferimento alla tipologia di visita, nel periodo 2005-2013 (ultimo dato *Health Search* alla data in cui si scrive) prevale nettamente in tutti gli anni la visita ambulatoriale (che ricoprendo il 74,4% di tutte le visite registrate nel 2013, rispetto al 62,7% del 2005, risulta in netta crescita). Risultano invece in diminuzione sia la semplice richiesta (diretta o indiretta) di farmaci/prestazioni, che nel 2013 copre il 12,3% di tutti i contatti (21,2% nel 2005), sia il carico dovuto alle telefonate del paziente, dirette o tramite familiari, che nel 2013 copre il 5,1% (nel 2005 era pari al 6,4%). La visita domiciliare rappresenta nel 2013 un esiguo 2,2% dei contatti (nel 2005 era pari a 1,7%).

KI 10.8. Spesa per medicina di base (da convenzione). Valori per residente (€), anni 2009 e 2014


Questo indicatore analizza la spesa per medicina di base (da convenzione) in base ai dati forniti dal Ministero della Salute e desunti dal Conto Economico (CE) di Aziende sanitarie locali (ASL), Aziende ospedaliere (AO) e, dal 2003, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici). In base al modello di rilevazione, sono compresi medici di base, pediatri di libera scelta, guardia medica e consultori familiari. Per il 2014 il valore della Toscana è da considerarsi provvisorio. Nel 2014 si spendono in Italia € 108,8 per residente per medicina di base, valore in aumento rispetto al 2009, quando ammontava a € 105,9 (+2,7%), ma in calo rispetto al 2013 (-1,7%). A livello territoriale emerge una certa disomogeneità tra le Regioni: gli estremi della forbice sono gli stessi sia nel 2009 che nel 2014: in Lombardia la spesa pro-capite per medicina di base più bassa (€ 90,6 nel 2009 e € 87,6 nel 2014), in Molise la più alta (€ 153,7 sia nel 2009 che nel 2013). Nel 2014, registrano una percentuale inferiore alla media nazionale 8 Regioni, tutte del Centro-Nord, le stesse (a meno della Toscana) che si trovavano al di sotto della media Italia nel 2009. Tra il 2009 e il 2014, registrano una variazione negativa: Lombardia, Lazio, Campania e Basilicata.

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of red and white.

Capitolo 11

Assistenza domiciliare:
invecchiamento della popolazione e cure formali
e informali, il gradiente Nord-Sud Europa

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 11

Assistenza domiciliare: invecchiamento della popolazione e cure formali e informali, il gradiente Nord-Sud Europa

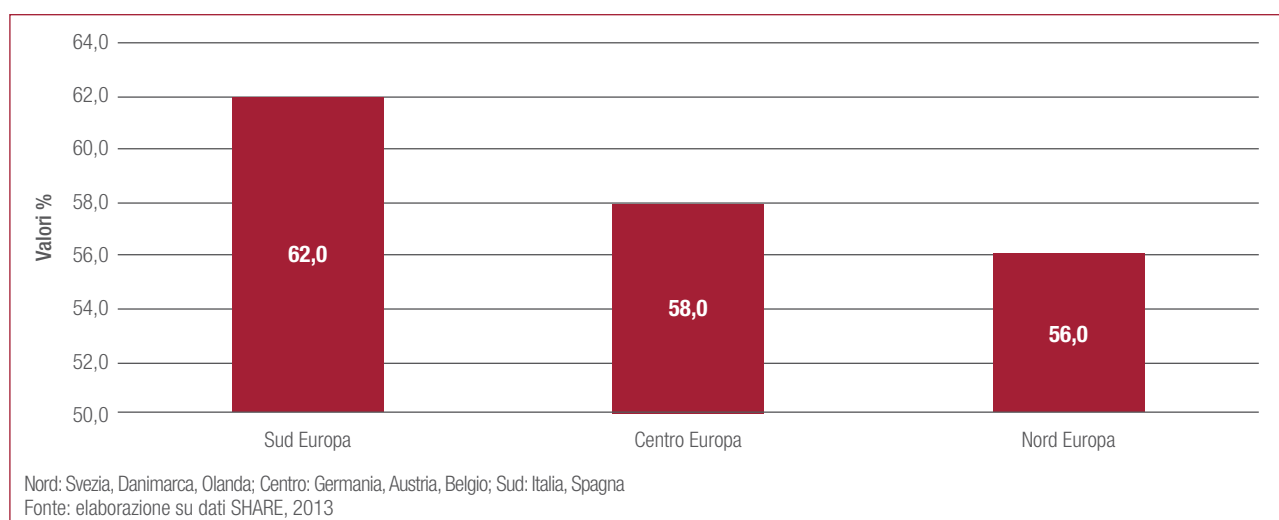
Brenna E.¹, Di Novi C.²

11.1. Introduzione

L'Europa nel corso degli ultimi decenni ha sperimentato una caduta nel tasso di fertilità, cui si è accompagnata una crescente longevità, due fattori demografici che indicano il progressivo invecchiamento della sua popolazione. Il calo delle nascite ha ridotto la consistenza delle coorti di giovani generazioni, mentre l'allungamento della speranza di vita ha posticipato il momento del decesso. La percentuale di anziani (*over 65*) su tutta la popolazione è più alta in Europa che in qualsiasi altro continente, e il fenomeno dell'invecchiamento è un problema che si imporrà per tutto il secolo. Le previsioni per il 2060 sulla dinamica demografica europea sono preoccupanti: per quell'anno circa metà della popolazione dei Paesi UE sarà ultracinquantenne e gli *over 65* aumenteranno dall'attuale 18% (dati 2013) al 28% (Eurostat, 2015). All'interno del gruppo *over 50* la "generazione *sandwi-*

ch", vale a dire la generazione di individui impegnati simultaneamente sul duplice fronte delle responsabilità di cura verso i figli non ancora autonomi e i genitori anziani, giocherà un ruolo fondamentale nel fornire assistenza informale alle generazioni di anziani più fragili. Il termine inglese è *caregiver*. Tradotto, donatore di cura. Nella maggioranza dei casi, l'assistenza ai genitori anziani è lasciata alle donne, più flessibili sul fronte del lavoro e ritenute dalla collettività più adeguate nel farsi carico degli impegni domestici e familiari (Figura 11.1). Ciò è particolarmente valido per i Paesi del Sud Europa, caratterizzati da società tradizionalmente basate sull'unità familiare e su un patto di reciprocità intergenerazionale, che affonda le proprie radici su carenze in ambito sociale e istituzionale (Reher, 1998; Billari, 2004; EOP, 2010).

Fornire cure informali (ovvero assistenza non professionale) ai genitori anziani può essere particolarmente gravoso in termini di tempo e affaticamento fisico e psi-

Figura 11.1. Donne *caregiver* fra tutti i *caregiver* ultracinquantenni. Valori %, anno 2013 (o ultimo disponibile)

¹ Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano (Dipartimento di Economia e Finanza)

² Università degli Studi di Pavia (Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali)

cologico. Per quanto riguarda il tempo, questo il più delle volte è sottratto, volontariamente o per necessità, ad altre attività come il lavoro, la dedizione alla propria casa e ai figli o ai nipoti, il tempo libero.

Il capitolo prende spunto da queste considerazioni per analizzare le politiche assistenziali verso gli anziani non-autosufficienti in Italia e nel resto dell'Europa, focalizzandosi proprio sull'utilizzo delle cure formali e informali nelle diverse macro aree europee, che in via generale si riflette nel ruolo assistenziale delle istituzioni e della famiglia nelle rispettive società. Infatti, l'assistenza agli anziani è fornita in via prevalente da cure formali (vale a dire personale qualificato) nei Paesi del Nord Europa; man mano che ci si sposta verso Sud subentrano le cure informali, fino a giungere ai Paesi mediterranei, dove, nel 90% dei casi, gli anziani non-autosufficienti sono assistiti da personale non qualificato (Figura 11.2). La circostanza è spiegata in letteratura con la polarizzazione della società europea in due tipologie: le società *family-centred*, tipiche dei Paesi del Sud Europa, dove la famiglia supplisce da secoli alle carenze istituzionali in tema di *welfare* (ad es. mancanza di abitazioni e lavoro per i giovani, assistenza agli anziani e ai disabili) e le società *non-family centred*, tipiche dei Paesi Nordici, dove il sistema di *welfare* è particolarmente sviluppato e gode di finanziamenti adeguati. Tale polarizzazione affonda le sue radici in differenze culturali, sociali e reli-

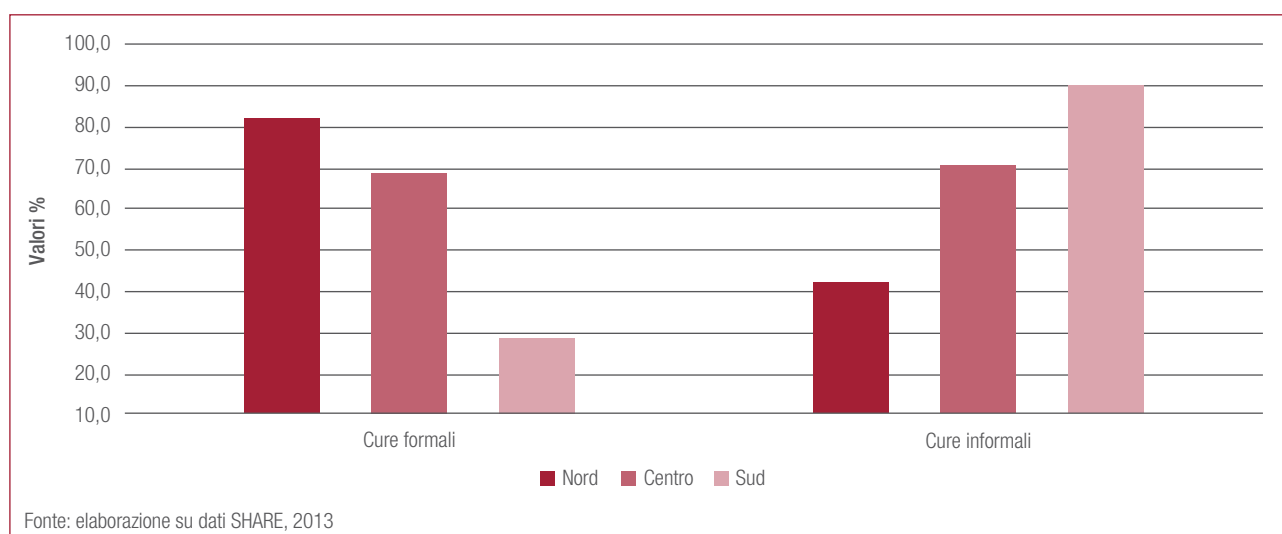
giose che da secoli caratterizzano e identificano le diverse macro-aree rispettivamente del Nord, Centro e Sud Europa³ (Esping Andersen, 1990; Reher, 1998; Billari, 2004; EOP, 2010).

Nelle pagine che seguono, il paragrafo 2 descrive il fenomeno dell'invecchiamento in Italia, le principali cause e gli indicatori utilizzati, e fornisce un quadro comparativo con il resto dell'Europa; il paragrafo 3 illustra l'utilizzo delle cure formali e informali nei diversi Stati europei evidenziando le cause istituzionali e sociali che hanno portato a un modello europeo polarizzato; segue un paragrafo conclusivo sulle possibili politiche da implementare in Italia al fine di indirizzare il crescente bisogno di cure da parte della popolazione anziana.

11.2. L'Italia, un Paese che invecchia rapidamente

A partire dagli anni sessanta si è assistito in Italia ad un progressivo invecchiamento della popolazione. Da una parte il calo delle nascite, in costante decremento dopo il picco del *baby-boom*, ha ridotto la consistenza delle giovani generazioni, dall'altra i mutati stili di vita, uniti ai progressi della medicina, hanno favorito un allungamento dell'età media che vede l'Italia in seconda posizione rispetto agli altri Paesi europei, pre-

Figura 11.2. Quota di anziani 80+ che ricevono cure giornaliere o settimanali. Valori %, anno 2004



³ Sono esclusi i Paesi dell'Est, essendo relativamente recente la loro partecipazione all'Unione Europea

Figura 11.3. Quota di popolazione anziana sulla popolazione totale – media italiana. Valori %, anni 1982-2014

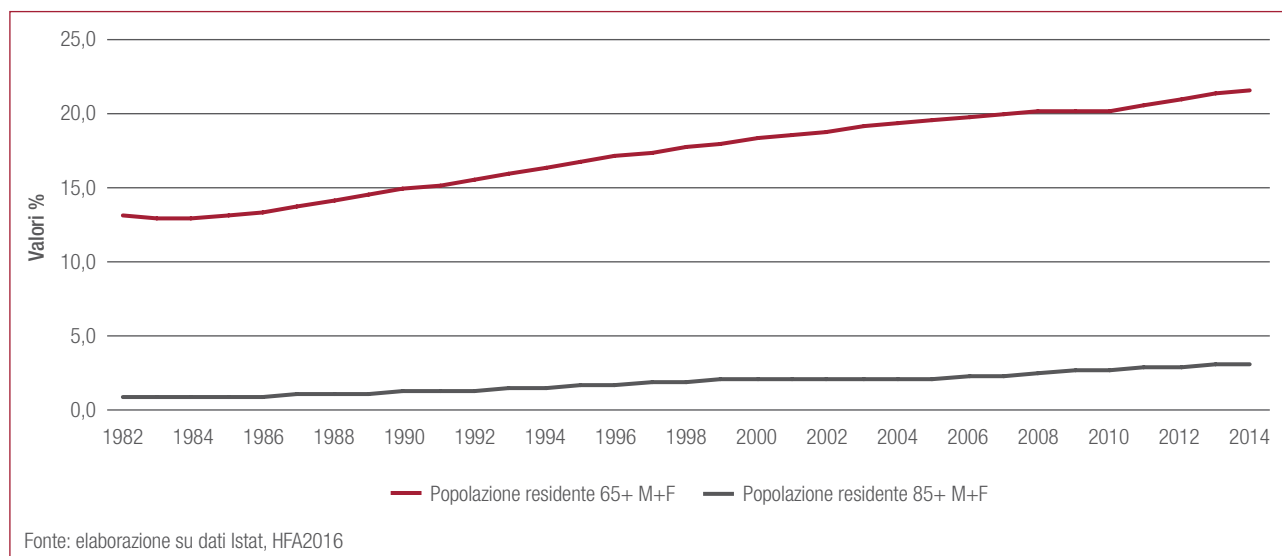
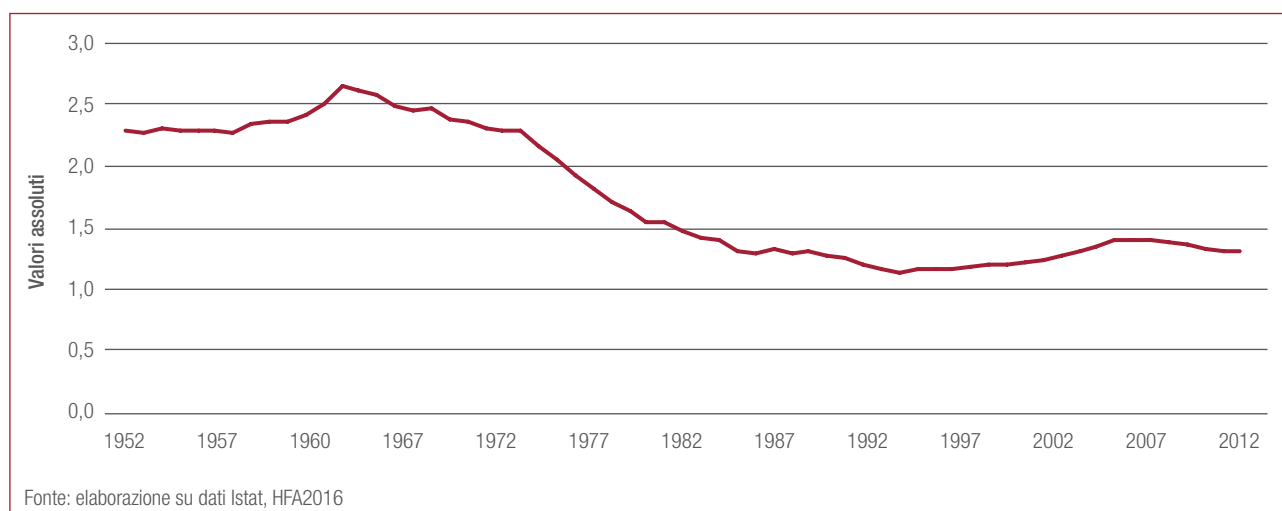


Figura 11.4. Numero medio di figli per donne in età fertile, anni 1952-2012

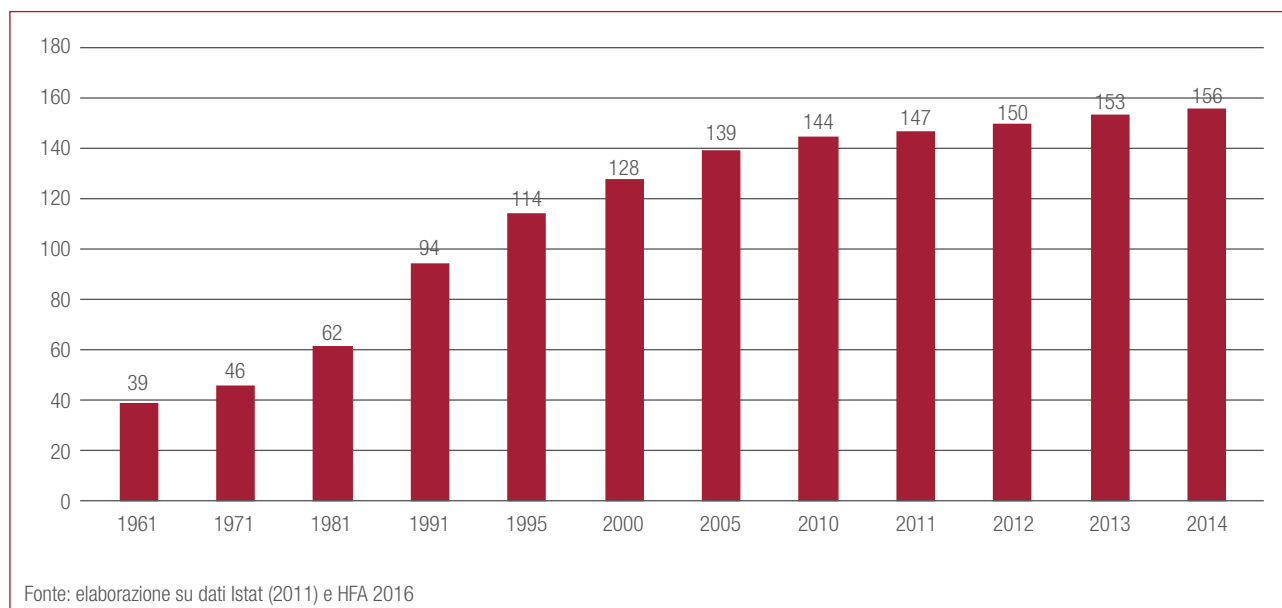


ceduta dalla sola Svizzera (Eurostat, 2015). La Figura 11.3 mostra rispettivamente la percentuale di italiani *over 65* e *over 85* su tutta la popolazione negli ultimi trent'anni. Si può notare come il peso relativo di queste due fasce di popolazione si sia andato incrementando ad un ritmo molto elevato. Per gli individui oltre i 65 anni di età si è passati da circa il 13% nel 1984, anno che vede la percentuale minore, a 21,5% nel 2014, mentre per i cosiddetti "grandi anziani" il valore è più che triplicato passando da 0,81% nel 1984 a 2,94% nel 2014. Se guardiamo al dato europeo, l'indicatore medio per la popolazione ultra sessantacinquenne si attesta sul 18% (Eurostat, 2015), a conferma di una

composizione della popolazione italiana maggiormente sbilanciata verso l'alto.

Contemporaneamente si è assistito ad un calo delle nascite, che viene efficacemente rappresentato dal numero medio di figli per donna in età fertile (Figura 11.4). Prendendo come riferimento ancora il picco del *baby-boom*, nel 1964 si registravano in media 2,7 figli per donna in età fertile, da allora il dato è andato calando a ritmi che negli anni settanta superano anche il - 6% annuo, fino a giungere ad un valore dimezzato nel 2014: 1,37 nati per ogni donna in età fertile rispetto ad una media europea di 1,59 (Eurostat, 2015). Da notare che gli anni post crisi economica hanno smor-

Figura 11.5. Indice di vecchiaia – Italia, anni 1961-2014



zato la lenta ripresa del nuovo secolo. Non è questa la sede per analizzare le cause del fenomeno, l'effetto ovviamente comporta un restringimento delle coorti di giovani generazioni e un ampliamento della fascia di individui che superano i 65 anni d'età. Bisognosi di cure negli anni a venire.

Un'ulteriore conferma di un'Italia che invecchia rapidamente, viene dall'indice di vecchiaia che misura, in valori percentuali, il rapporto tra la popolazione *over 65* e la popolazione fino a 14 anni di età: questo parametro passa da 39% nel 1960 a 156% nel 2014 (Figura 11.5). Se nel 1960 ogni cento bambini si contavano 39 anziani, nel 2014 per cento bambini sono presenti 156 anziani, il che significa sempre meno giovani nel prossimo futuro per curare anziani e "grandi anziani".

In termini comparativi, l'Italia invecchia più velocemente delle altre Nazioni europee. Nel 2013 solo la Germania mostra un indice di vecchiaia maggiore di quello italiano, il quale peraltro rimane molto al di sopra della media UE 28 (Figura 11.6). Questo *trend* purtroppo non sembra destinato a cambiare. Nel 2050 è previsto che un terzo degli italiani (circa il 34,3%) avrà più di 65 anni. Secondo le stime della World Health Organization (2014) saremo secondi solo al Giappone, il cui tasso di anziani raggiungerà il 35,3%. Gli ultra ottantacinquenni passeranno dal 3% al 10% della popolazione (saremo secondi ancora una volta solo al

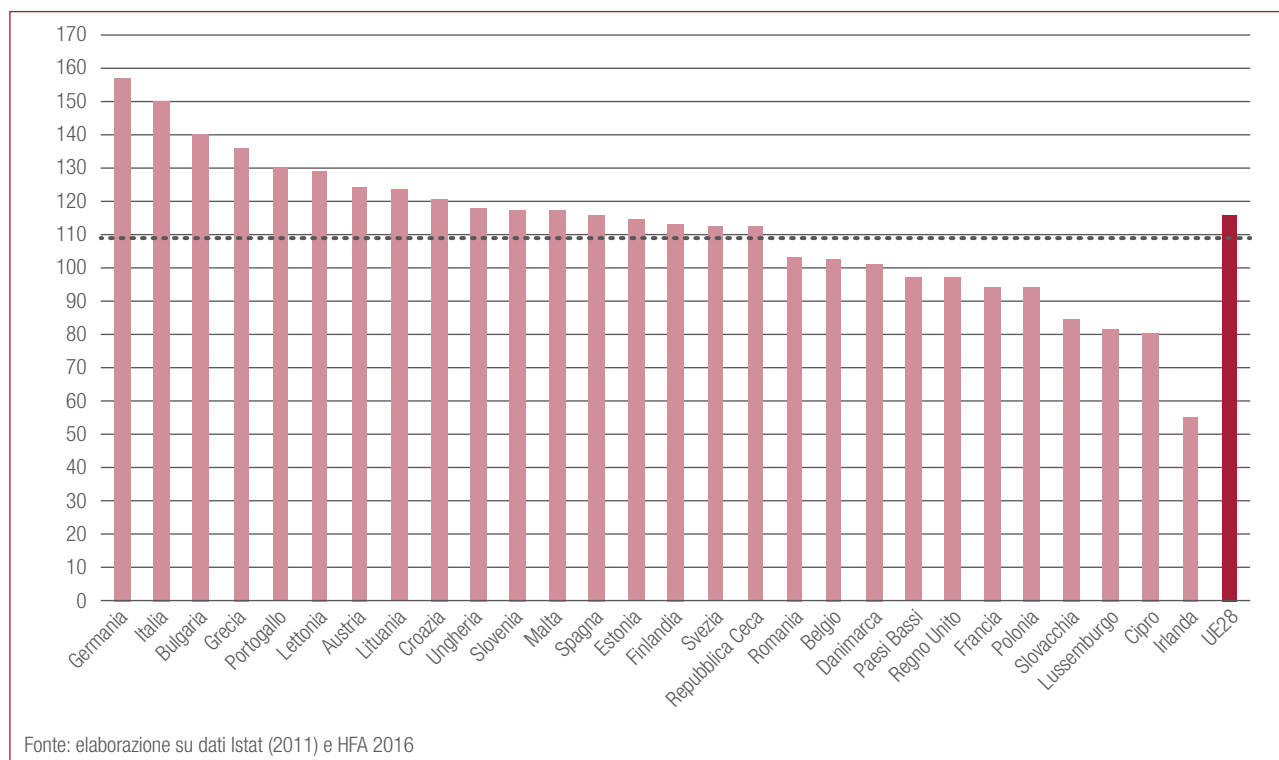
Giappone con il 14,1% e alla Svizzera con l'11,1% della popolazione totale).

11.3. Risposte formali e informali alla non-autosufficienza. Il gradiente Nord-Sud in Europa

L'invecchiamento della popolazione è associato ad un progressivo deterioramento dello stato di salute degli anziani, che nei prossimi anni inciderà sensibilmente sulla spesa sanitaria. Fra la popolazione anziana prevalgono patologie di tipo cronico-degenerativo, che, oltre a costi sanitari diretti, comportano problemi di non-autosufficienza, la quale si riflette nella necessità di assistenza in forma più o meno estesa (aiuti nelle attività quotidiane come lavarsi, vestirsi, etc., nei lavori domestici e nei compiti amministrativi, come pagare bollette, etc.) e più o meno continuativa (aiuto occasionale, settimanale, giornaliero, presenza costante).

Se l'Italia è stata caratterizzata fino ad oggi da una forte solidarietà inter-generazionale che ha garantito un'assistenza informale da parte delle generazioni più giovani nei confronti di quelle anziane più fragili, la dinamica demografica sopra evidenziata sembra metter in discussione questo modello di assistenza informale, con esiti, al momento, imprevedibili sulla

Figura 11.6. Indice di vecchiaia - Italia e altri Paesi europei, anno 2013



futura spesa sanitaria nazionale, nonché sul benessere delle famiglie.

Da decenni, diversi Paesi del Nord Europa si sono organizzati per affrontare con riforme istituzionali il problema della non-autosufficienza. In Svezia, ad esempio, il *Social Service Act*, implementato nel 1982 e riformato recentemente nel 2001, stabilisce la responsabilità finanziaria dello Stato e in particolare delle municipalità nella cura del soggetto anziano e riconosce l'importanza (tramite contributo economico) delle cure informali. La remunerazione economica del tempo dedicato alla cura di un familiare non-autosufficiente rappresenta un importante passaggio nell'identificazione di un bisogno che può essere soddisfatto attraverso il canale informale, ma, ameno nei Paesi che riconoscono l'importanza del *welfare* statale, dovrebbe essere garantito dalla presenza di cure formali.

Ed è su questo punto che si gioca la partita fra Nord e Sud Europa nell'affrontare la non-autosufficienza. La distribuzione delle cure formali e informali attraverso le tre macro aree europee, illustrata in Figura 11.2, offre lo spunto per analizzare gli interventi a favore della *Long Term Care* (LTC) in ogni Nazione, primo fra tutti la di-

sponibilità di risorse pubbliche destinate a questa tipologia di servizi. La Figura 11.7 mostra la percentuale di PIL dedicata da ogni Paese alla LTC: Olanda e Svezia dedicano rispettivamente 4,3% e del 3,2% del proprio PIL alla LTC mentre i Paesi mediterranei (Italia, Spagna, Portogallo e Grecia) sono concentrati sulla coda inferiore e investono percentuali che spaziano fra lo 0,2% e l'1%. Nonostante l'informazione si riferisca alle sole risorse impiegate in servizi sociali e socio-sanitari e non includa pertanto i *cash benefits* (in Italia l'indennità di accompagnamento aumenterebbe la percentuale all'1,5%), il divario Nord-Sud è evidente. I Paesi più generosi in termini di LTC sono quelli che presentano un modello di cura più formalizzato.

Un'ulteriore evidenza è rappresentata dalla Figura 11.8, relativa ad alcuni Paesi europei, che mostra il numero di posti letto ogni 1.000 abitanti dedicato alla LTC. Ancora una volta, Italia e Spagna, insieme all'Austria, rappresentano il fanalino di coda, mentre Svezia Finlandia e Olanda occupano i primi posti insieme al Belgio. In particolare l'Italia figura all'ultimo posto con circa 19 posti letto dedicati alla LTC ogni 1.000 anziani (*over 65*) con un tasso di crescita annuale dal 2000 in poi molto

Figura 11.7. Spesa pubblica sul PIL destinata alla Long Term Care - LTC (sanitaria e sociale). Valori %, anno 2013*

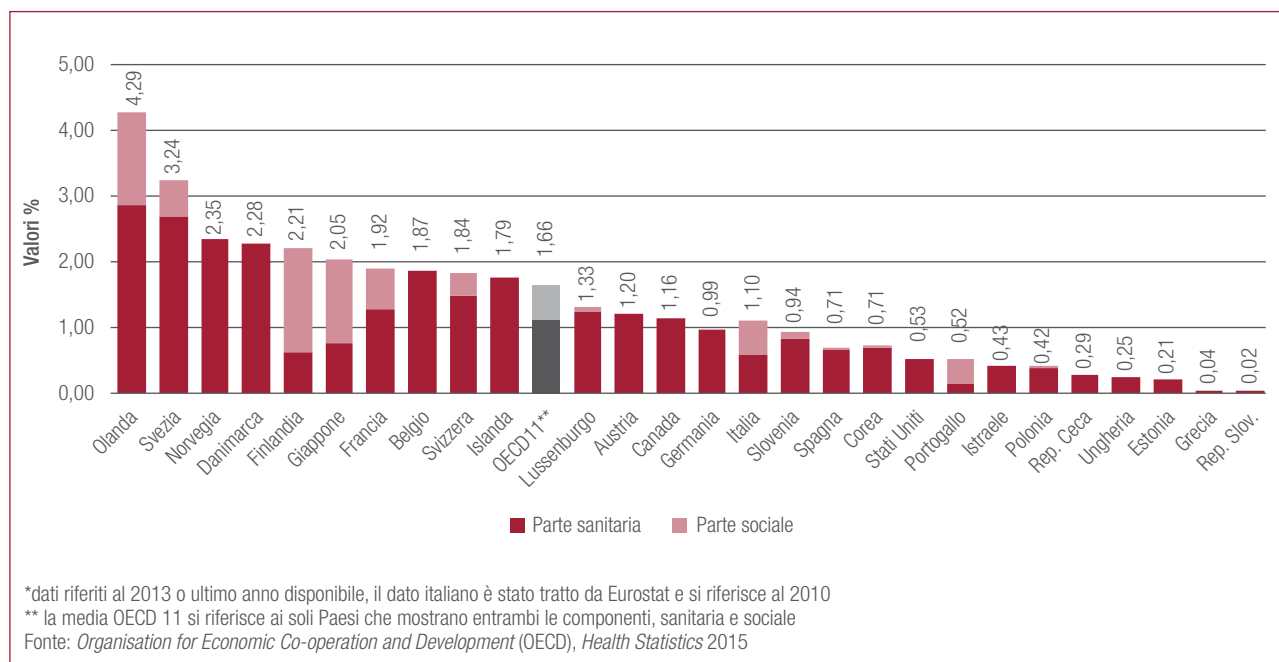
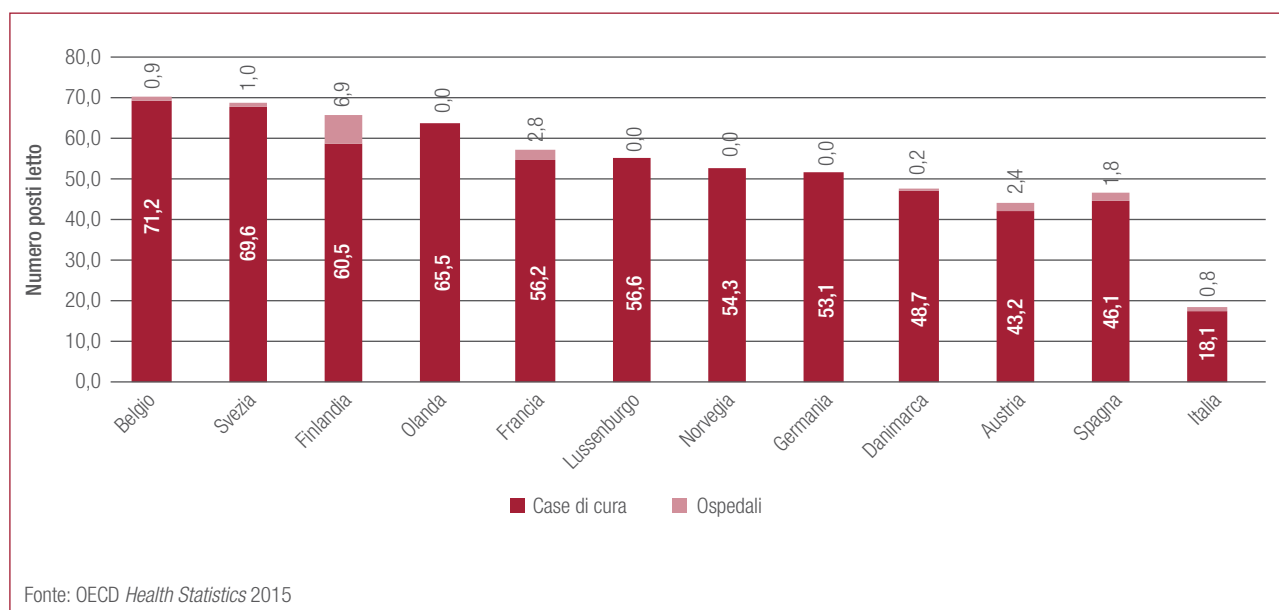


Figura 11.8. Numero di posti letto per la LTC ogni 1.000 abitanti over 65, anno 2013



basso (0,5%) se confrontato ad esempio con la Spagna (3,7% - dati OECD, 2015). Se si guarda ad un altro tipo di servizio rappresentativo delle cure formali, ovvero l'assistenza domiciliare, anche questa è molto diffusa in Danimarca, con punte che sfiorano il 30% di anziani interessati in questo servizio, seguita da Norvegia e Olanda, rispettivamente il 18% e il 12%; ancora una volta Spagna e Italia si attestano in fondo alla classifica

con il 3% di anziani assistiti a domicilio, seguite dalla Grecia che presenta valori al di sotto dell'1%.

Le evidenze riportate fanno emergere per i Paesi del Sud Europa un modello di cura ancora fortemente basato sul ruolo assistenziale della famiglia, che si ripercchia nella suddivisione dei Paesi europei formulata da Esping Andersen nel 1990 e ripresa da diversi autori negli anni seguenti (Bettio e Plantenga, 2004, Crespo e

Mira, 2010). Il fattore geografico gioca un ruolo importante, ed è supportato da diverse indagini in letteratura che studiano l'impatto occupazionale, economico e sociale esercitato sui *caregiver* a causa del tempo dedicato alla cura degli anziani. In via generale risulta che i Paesi del Sud Europa sono penalizzati a causa di gravi carenze organizzative e strutturali nell'assistenza ai cittadini anziani non-autosufficienti. Storicamente in questi Paesi è la famiglia a farsi carico degli anziani e le cose non sembrano destinate a cambiare nel breve periodo, vista l'esiguità delle risorse destinate alla LTC. Dal lato opposto, Nazioni come la Svezia e l'Olanda dedicano percentuali molto elevate di PIL per la cura degli anziani (vedi Figura 11.7). Queste risorse non sono destinate esclusivamente al sistema sanitario e socio-sanitario, ma vanno a finanziare anche quello sociale, che si occupa ad esempio di fornire un adeguato *training* ai familiari che vogliono assistere i propri genitori, arrivando, sotto specifiche condizioni (isolamento geografico o particolare fragilità del soggetto anziano), a remunerare i familiari che dedicano molto del loro tempo ai parenti anziani.

Fra le carenze nella gestione degli anziani genitori emerge, in maniera particolarmente marcata al Sud, la difficoltà da parte dei *caregiver* di coordinare il percorso di cura dei propri genitori, nella quasi totale assenza di indicazioni e coordinamento da parte delle strutture responsabili della LTC. Si aggiunga che in questi ed in altri Paesi europei non esiste un confine preciso riguardo alla competenza dei servizi (se sociali o sanitari)⁴ per la presa in carico dei soggetti anziani, con conseguenti processi di deresponsabilizzazione a livello locale (Brenna, 2015; EOP, 2010).

**Box - Generazione *sandwich* in Italia e Europa.
Più attenzione alle donne *caregiver***

Un recente studio condotto da Brenna e Di Novi (2015) indaga il ruolo delle donne *caregiver* nell'assistere i genitori anziani. Gli obiettivi della ricerca sono due: primo, misurare il possibile effetto sulla salute mentale che la cura costante verso i genitori anziani può provocare sulle figlie *caregiver*, secondo verificare se il risultato varia spostandosi dai Paesi

del Nord a quelli del Sud Europa. Lo studio, basato sulle prime due indagini di SHARE (2004/5; 2006/7) riguarda 11 Paesi e 1.785 donne - fra i 50 e i 65 anni - che offrono assistenza continua, per almeno 20 ore settimanali, ai genitori anziani. Come è possibile immaginare, questo tipo di assistenza comporta rinunce, sia sul piano professionale che su quello personale, mettendo in gioco la salute fisica e soprattutto psicologica delle donne. In particolare, se l'assistenza ai genitori comporta la rinuncia ad un lavoro e/o se le *caregiver* sono simultaneamente occupate ad assistere figli/nipoti non ancora autonomi, il rischio di isolamento è alto. La salute mentale è stata misurata attraverso la scala di valutazione Euro-D, che comprende 12 parametri collegati alla salute psicologica, come ad esempio propensione al pianto e mancanza di appetito. I risultati mostrano la presenza di un gradiente Nord-Sud: l'impatto sulla salute mentale è negativo solo nel Sud Europa (Italia compresa), dove le donne che offrono cure continuative ai genitori anziani presentano una probabilità più alta dell'8% rispetto alle *non-caregiver* di soffrire di disturbi mentali. Questo effetto non è significativo per le donne dell'Europa del Nord e del Centro. L'effetto è ancora maggiore (10% di probabilità in più) se nella tipologia di assistenza si escludono gli aiuti domestici e si include solo l'assistenza più impegnativa (assistenza personale nel lavarsi, vestirsi, etc.). Un effetto ancora maggiore risulta nel caso si prendano in considerazione solo le *caregiver* che dedicano più di 20 ore la settimana all'assistenza informale. Questi risultati per i Paesi del Sud Europa dovrebbero far riflettere i rispettivi *policy maker* su un modello di cura *family centred* non più sostenibile dalle attuali generazioni di ultracinquantenni gravati simultaneamente dalle cure ai genitori anziani e dalle responsabilità verso i figli non ancora autonomi. Appunto, "generazione *sandwich*".

11.4. Discussione e conclusioni

Il quadro delineato, mostra un modello di cura degli anziani fortemente polarizzato a livello europeo. Nell'area

⁴ L'integrazione fra servizi sociali e sanitari stenta a decollare anche perché spesso i primi sono gestiti dalle municipalità e i secondi dallo Stato o dalle Regioni

mediterranea, in Italia, è la famiglia che storicamente si fa carico dei bisogni dei familiari anziani, sia finanziariamente che in termini di assistenza. E sempre la famiglia supplisce alle carenze economiche delle nuove generazioni, gravate dalla difficoltà nel trovare lavoro, all'interno di un patto reciproco che riflette l'assenza strutturale di risposte istituzionali. Basti pensare che l'Italia è il Paese europeo (ad esclusione dell'Europa dell'Est) con la percentuale minore di *caregiver* formali (ovvero personale qualificato pagato) sul totale della popolazione ultracinquantenne, mentre la Svezia registra la percentuale maggiore. Come mostrano Brenna e Di Novi (si veda il *Box*), una figlia che debba assumersi la presa in carico parziale o totale di un genitore anziano, nell'assenza di una rete di supporto fornita dalle istituzioni, si trova a dover sostenere un carico fisico ed emozionale troppo gravoso. Al contrario i Paesi del Nord Europa da parecchie decadi hanno affrontato il problema degli anziani attraverso riforme istituzionali. In Svezia ad esempio è il Comune che per legge è responsabile dell'assistenza e del benessere degli anziani. In queste condizioni, una figlia può scegliere di assistere i genitori per attaccamento emotivo e non per necessità, consapevole di una rete di servizi che la possono supportare.

Certamente il supporto della famiglia è spesso fondamentale per mantenere un anziano all'interno delle proprie mura domestiche, ma quello che manca, almeno in Italia, è sia una rete di servizi sul territorio, sia e soprattutto un soggetto (medico di medicina generale, sportello di aiuto) che indichi all'anziano e al proprio *caregiver* quali sono i servizi a disposizione sul territorio e il canale per accedervi. Il fatto che la stessa Svezia abbia negli ultimi 15 anni diminuito notevolmente il numero di posti letto in case di cura con un tasso di decremento annuo pari al -2,2%, seguita da Olanda (-1,1%) e Danimarca (-0,9%), mentre Spagna e Italia siano andate nella direzione opposta (OECD, 2015), fa pensare ad una possibile convergenza dei modelli di cura dove, per problemi di lieve non-autosufficienza, l'assistenza domiciliare e i servizi presenti sul territorio rappresentano senz'altro la soluzione auspicabile. Il "welfare fai da te" nel nostro Paese ha portato le famiglie italiane a cercare aiuto nelle badanti, persone spesso senza una qualifica adeguata e purtroppo il più delle volte sfruttate sul piano lavorativo, perché non regolarizzate. Questo fat-

tore fa sì che non sia possibile fornire una stima corretta dell'aiuto formale, seppure non qualificato, che le badanti offrono nel nostro Paese.

Alcune regioni, come ad esempio la Lombardia (Legge regionale 15/2005), si stanno attivando per censire questo tipo di aiuto, e fornire a questa categoria di personale un *training* per l'assistenza agli anziani non-autosufficienti. Tuttavia il sistema sanitario e sociosanitario italiano è fortemente frammentato, perciò, oltre ad un allineamento con le politiche europee, servirebbe una omogeneizzazione dei servizi e delle direttive a livello nazionale.

Riferimenti bibliografici

- Bettio F., Plantenga J. (2004), "Comparing care regimes in Europe", *Feminist Economics*, 10(1): 85-113
- Billari FC. (2004), "Becoming an Adult in Europe", *Demographic Research* special collection 3, article 2 published 17 April 2004: 15-44
- Brenna E. (2015), "Il finanziamento e la spesa", in (a cura di) Pasquinelli S., *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, p. 109-133, Maggioli editore, ISBN 978-88916-1160-4 <http://www.maggioli.it/lombardiachecura/>
- Brenna E., Di Novi C. (2015), "Is caring for older parents detrimental to women's mental health? The role of the European North-South gradient", *Review of Economics of the Household*, May 2015- DOI 10.1007/s11150-015-9296-7- Print ISSN1569-5239, Online ISSN 1573-7152
- Crespo, L., Mira, P. (2010), *Caregiving to elderly parents and employment status of European mature women*. Madrid: WP CEMFI
- EOP - European Overview Paper (2010), *Informal care in the long-term care system*
- Esping-Andersen G. (1990), *The three worlds of welfare capitalism*. London, Polity
- Eurostat database (2016), <http://ec.europa.eu/eurostat/web/main/home>
- Eurostat (2015), *The 2015 Ageing Report*
- Istat (2016), *Health for All*
- Istat (2011), *Italia in cifre*
- Lombardia, Legge Regionale 25 maggio 2015, n. 15, *Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari*

- OECD Health Statistics (2015), available on line, <http://www.oecd.org/>
- OECD (2011), *Help wanted? Providing and paying for Long Term Care*, available on line: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/47884865.pdf>
- Reher DS. (1998), "Family Ties in Western Europe: persistent contrasts", in *Population and Development Review*, 24: 203-234
- World Health Organization (2014) *Methods for Life Expectancy and Healthy Life Expectancy*. Global Health Estimates Technical Paper

ENGLISH SUMMARY

Home care: population ageing and formal/informal care, the Northern-Southern Europe gradient

Over the past few decades in Europe, and particularly in Italy, progressive ageing of the population has been recorded. This is due to two parallel phenomena: an increase in life expectancy and a declining birth rate. The growing need of elderly care has been faced by European countries with different strategies that follow a North-South gradient and stem from social, cultural, religious and institutional factors (Esping Anderson, 1990, Bettio and Plantenga 2004, Reher, 1998; EOP, 2010).

In particular European countries from the Mediterranean basin, including Italy, rely on “family centred” models of welfare, where historically the family has shouldered the burden of looking after its older parents, both financially and in terms of assistance. Similarly, it is still the family that supports the new generations facing the lack of job opportunities, even if these generations have already left the family nucleus, in a reciprocal pact that reflects the structural absence of institutional answers (Billari, 2004). In northern Europe prevails a “non family centred” model: here, for the past few decades, elderly care has been managed through reforms that involve institutions taking charge of those who are not self-sufficient. The need of care is satisfied by the public sector, mainly through the supply of formal services (care provided to the elderly by paid and qualified personnel) and, residually, through the financial support of activities by informal caregivers (care provided for free by relatives, neighbours, friends). There is a North-South gradient across Europe in the distribution of formal/informal care for the elderly population: in northern Europe, the elderly over 80 who are not self-sufficient receive formal assistance in 82% of the cases; whereas the figure drops to 28% when one takes southern European countries into consideration. Vice-versa, nine elderly people out of ten receive informal care in Mediterranean countries and the said figure drops lower and

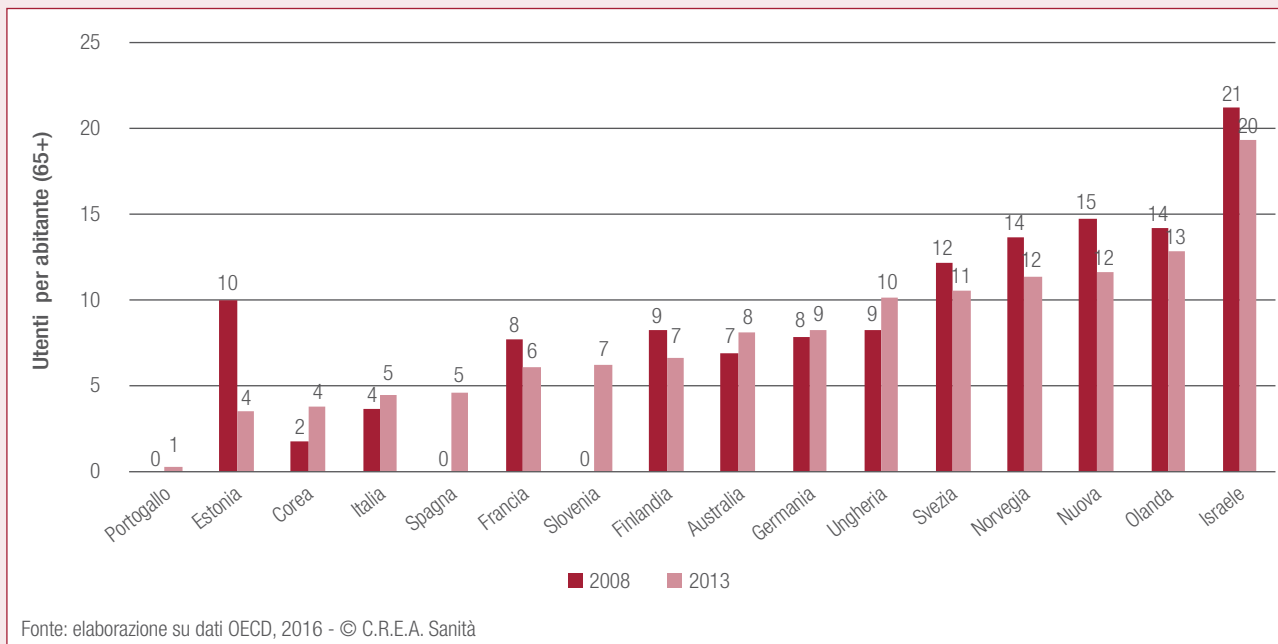
lower the more one moves northwards in Europe (see Figure 11.2 in the Italian chapter).

In the majority of cases, the family member who cares for the elderly is female since women are regarded as better suited to taking on home and family responsibilities. Moreover, amongst women, daughters are those who are most represented in the role of caregiver to parents over 80. And hence the term “sandwich generation” describing a generation of adults, and of women in particular, who are engaged on two fronts as caregivers for their elderly parents and for their children or grandchildren who are still not self-sufficient. Providing continuing care to one’s elderly parents may involve sacrifices in one’s career or leisure time, leading to risks of isolation or burnout suffered by the habitual caregiver. Particularly in the absence of a Long Term Care (LTC) network of services that might provide the caregiver with some support in the difficult assistance task. These are the results of a research conducted by Brenna and Di Novi (2015) on SHARE data. The study shows that caregiver daughters living in European Mediterranean countries, including Italy, have a 10% greater probability of suffering from mental disorders compared to their peers who do not provide care to their elderly parents. The figure increases when the care is of a particularly intensive nature (helping the elderly with their personal care, dressing and feeding them) and/or when the number of hours dedicated to care-giving increases on a weekly basis. Results are not significant for caregivers living in northern or central European countries, most probably as these countries rely on models of formal care supporting caregivers in their tasks. Indeed, while northern countries are characterised by generous and universal LTC systems, the percentage of resources addressed to LTC in southern European countries is on average very low. As a result, a woman living in northern Europe can freely choose to provide care to her parents

more out of personal affection rather than actual necessity, as she is aware of the existence of an institutional support network. Whereas in Mediterranean countries there is no choice and hence a higher risk of isolation. Policies providing support to the caregiver, such as for example the possibility of receiving retribution for the time dedicated to one's parents, or the establishment of

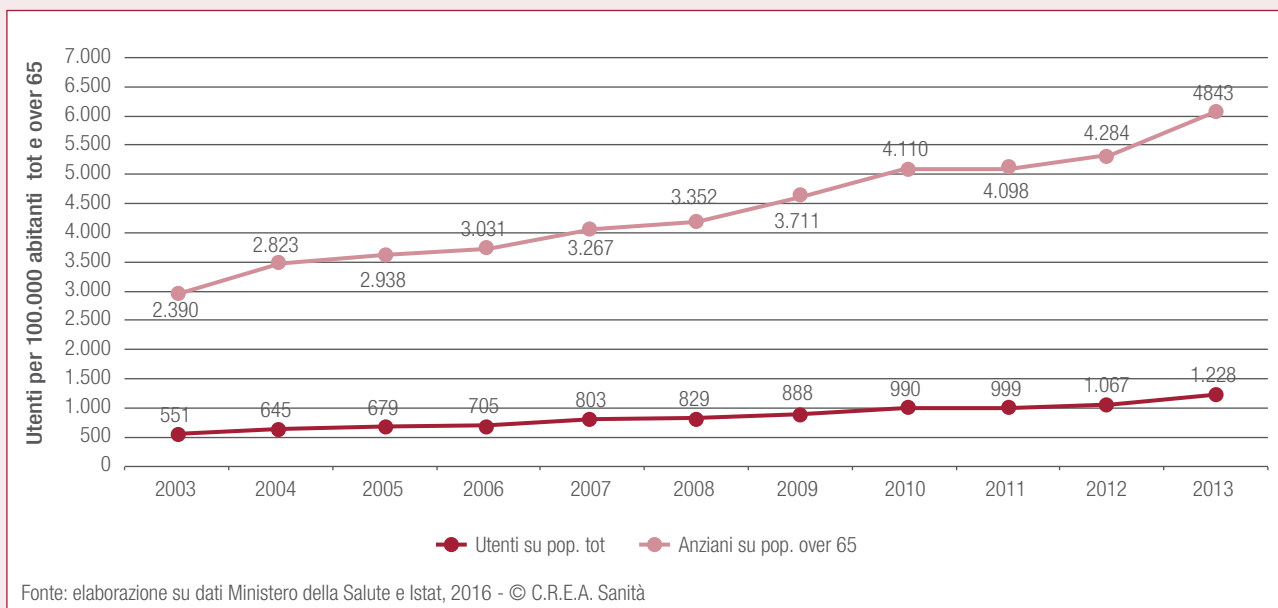
"information desks" addressing the application for care of the elderly who are not self-sufficient, or even the activation of "respite care" offering a period of respite to the habitual caregiver who will temporarily be substituted by qualified personnel, should also be established in Italy in order to lessen the burden that family members taking care of an elderly relative are subjected to.

KI 11.1. Utenti *over 65* in assistenza domiciliare nei Paesi OECD. Valori per abitante *over 65*, anni 2008 e 2013



Questo indicatore prende in considerazione, nel 2013, la percentuale di utenti anziani assistiti in assistenza domiciliare rispetto alla totalità della popolazione di età non inferiore a 65 anni, nei Paesi EU15 e altri Paesi OECD per i quali il dato risulta disponibile. Tale percentuale risulta massima in Israele con 20 utenti *over 65* su 100 abitanti della stessa fascia di età, seguita da Olanda e Nuova Zelanda rispettivamente con 13 e 12. La percentuale minima è invece osservata in Portogallo con 1 utente su 100 abitanti di 65+ anni, seguito da Estonia e Corea con 4 e dall'Italia con 5. Nell'ultimo quinquennio notiamo l'aumento massimo in Corea, mentre in Estonia vi è stata la massima diminuzione degli assistiti. Nei Paesi in cui gli utenti nel 2013 sono massimi nell'ultimo quinquennio hanno subito una flessione del 9% (Israele ed Olanda).

KI 11.2. Assistenza domiciliare integrata - Utenti su popolazione totale e anziani su popolazione *over 65*. Valori per 100.000 abitanti, anni 2003-2013



Con riferimento alla assistenza domiciliare integrata in Italia, standardizzando il numero di casi trattati per la popolazione totale e la parte dei casi rappresentati da utenti anziani per la popolazione *over 65*, notiamo come tra il 2008 ed il 2013 si sia registrata per gli utenti totali una variazione del +48%: si passa da 829 utenti ogni 100.000 abitanti a 1.228. Detto aumento è spiegato in gran parte dall'incremento degli anziani trattati, i quali sono aumentati del 44%, passando da 3.352 ogni 100.000 abitanti anziani a 4.843.

KI 11.3. Assistenza domiciliare integrata. Ore per caso trattato, anni 2003-2013



In Italia, nel 2013, sono state erogate complessivamente 10.485.293 ore in assistenza domiciliare integrata (ADI), corrispondenti a 18 ore per caso trattato. Rispetto al passato notiamo come l'intensità dell'assistenza prestata sia andata via via affievolendosi, anche se nel periodo 2007-2012 è rimasta stabile. Infatti, rispetto al 2012 si osserva una flessione del -17%, pari alla variazione relativa al quinquennio scorso (2008-2013). Nel corso del decennio si è ridotta del 30% circa.

KI 11.4. Assistenza domiciliare integrata - Numero di accessi per caso trattato over 65, anni 2008 e 2013



Questo indicatore mostra come il numero di accessi utenti di età non inferiore a 65 anni, in assistenza domiciliare integrata, sia eterogeneo tra le Regioni ed abbia subito delle importanti variazioni nel corso del quinquennio 2008-2013. Da specificare che il dato rappresenta la somma degli accessi di tutto il personale interessato (personale addetto alla riabilitazione, infermieri, altri operatori e medici). Nel 2013 il numero maggiore si è osservato in Molise (81 accessi per caso trattato over 65), seguito dalla Basilicata (70) e Campania (50), mentre il numero minimo di accessi al domicilio dell'utente anziano è stato rilevato nella Pr. Aut. di Bolzano (10), seguita da Toscana (12) ed Emilia Romagna con 16 accessi per caso trattato over 65. Osservando le variazioni intervenute nell'ultimo quinquennio notiamo come l'andamento sia differme e contrastante tra le Regioni italiane, la maggioranza delle quali registra comunque un calo. Il Friuli Venezia Giulia registra l'aumento maggiore (+51%) seguito da Marche (+18%) e Molise (+6%); di contro, abbiamo riduzioni importanti nel numero di accessi nella Regione Toscana che ha più che dimezzato il suo numero di accessi per caso anziano trattato passando da 27 a 12 (-57%), seguita dalla Pr. Aut. di Trento che ha ridotto del 51% gli accessi riducendoli a 25 e Puglia (-46%), che da 66 è passata a 38.

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of red and white.

Capitolo 12

**Provvidenze in denaro:
riflessioni sul finanziamento
della *Long Term Care* sociale**

English Summary
Key Indicators

CAPITOLO 12

Provvidenze in denaro: riflessioni sul finanziamento della *Long Term Care* sociale

Pastorelli G.¹

12.1. Introduzione

Il presente capitolo sarebbe in via di principio dedicato alle prestazioni in denaro, non riconducibili a specifiche aree assistenziali, quali sono i *voucher*; dato che nel sistema socio-sanitario italiano le prestazioni in denaro sono per lo più adoperate nello specifico contesto dell'area della *Long Term Care* (LTC), il capitolo prova a stimare il complessivo onere delle prestazioni sociali per l'assistenza ai non-autosufficienti, ivi comprese quelle che assumono la forma di *voucher*.

Rimandando alla mappatura delle aree di interesse del Rapporto, contenuta nella "Guida alla lettura" all'inizio del volume, sottolineiamo che per disegnare il complesso delle prestazioni in denaro, mancano all'appello, in quanto attualmente non estrapolabili dai relativi conti

economici, i *voucher*, o assegni di cura o ancora buoni socio-sanitari erogati dalle ASL.

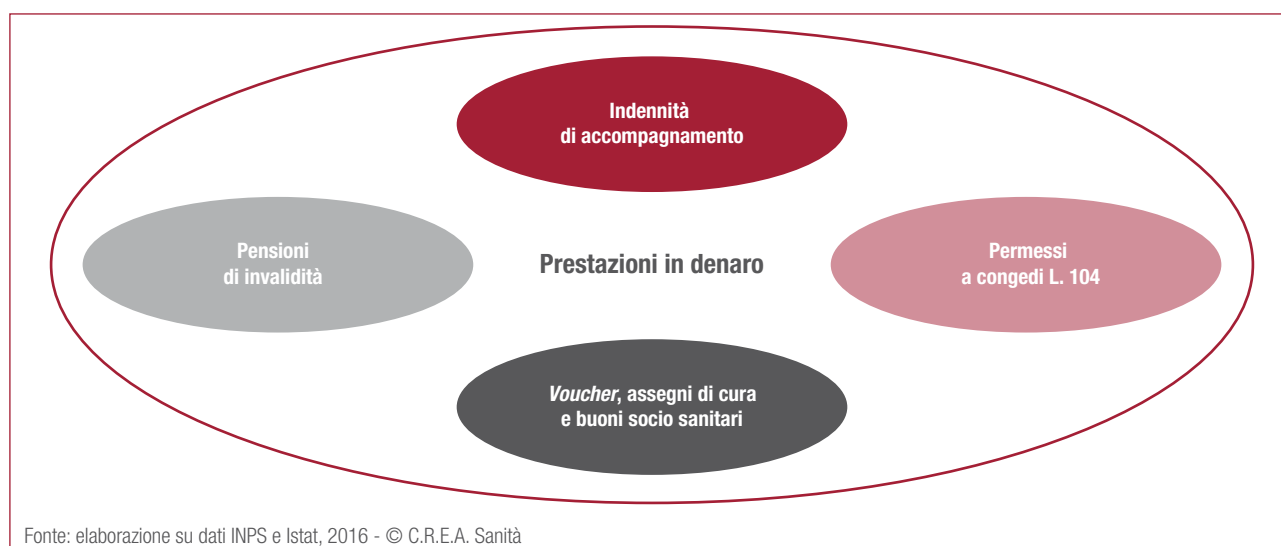
Per disegnare invece il complesso dei costi per la LTC (o in generale per l'assistenza ai non-autosufficienti), mancano le erogazioni in natura e i *voucher* relativi all'assistenza sanitaria residenziale e domiciliare (Figura 12.1).

In particolare, le prestazioni monetarie considerate sono:

- indennità di accompagnamento²
- pensioni di invalidità civile³
- permessi/ congedi Legge 104/92
- *voucher*, assegni di cura e buoni socio sanitari.

Le prime tre prestazioni sono tutte gestite dall'INPS; per la quarta tipologia si sono considerati quelli erogati dai Comuni.

Figura 12.1. Prestazioni in denaro per la LTC sociale



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

² Nel prosieguo per indennità di accompagnamento si considerano in generale quelle corrisposte agli invalidi totali, agli invalidi parziali, ai ciechi civili, ai sordomuti

³ Nel prosieguo per pensioni di invalidità civile si considerano in generale quelle corrisposte agli invalidi totali, agli invalidi parziali, ai ciechi civili, ai sordomuti.

12.2. Indennità di accompagnamento

L'indennità di accompagnamento è una prestazione economica, erogata a domanda, in favore dei soggetti mutilati o invalidi totali, per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita.

Essa è stata istituita con la Legge n. 18 del 1980, e spetta a «coloro che hanno ottenuto il riconoscimento di una grave invalidità totale e permanente, e richiedono affiancamento nelle attività quotidiane».

Con riferimento all'assistenza socio-sanitaria ed alla concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati e invalidi anche i soggetti ultra-sessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (art. 6 D. Lgs. 509/1988)⁴.

Si noti quindi che si tratta di una prestazione chiaramente legata ad una condizione di non-autosufficienza o disabilità.

Si noti, altresì, che il diritto alla prestazione è indipendente dall'età e dalle condizioni reddituali, la prov-

videnza è compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa ed è concessa anche ai minorati che abbiano fatto domanda dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età. E', ancora, compatibile e cumulabile con la pensione di inabilità, nonché con le pensioni e le indennità di accompagnamento per i ciechi totali o parziali (soggetti pluriminorati).

Nel 2015, sono state erogate (in media d'anno) indennità a 2.020.272 beneficiari.

Nella Figura 12.2 viene illustrato il dato regionale sui beneficiari, per popolazione residente.

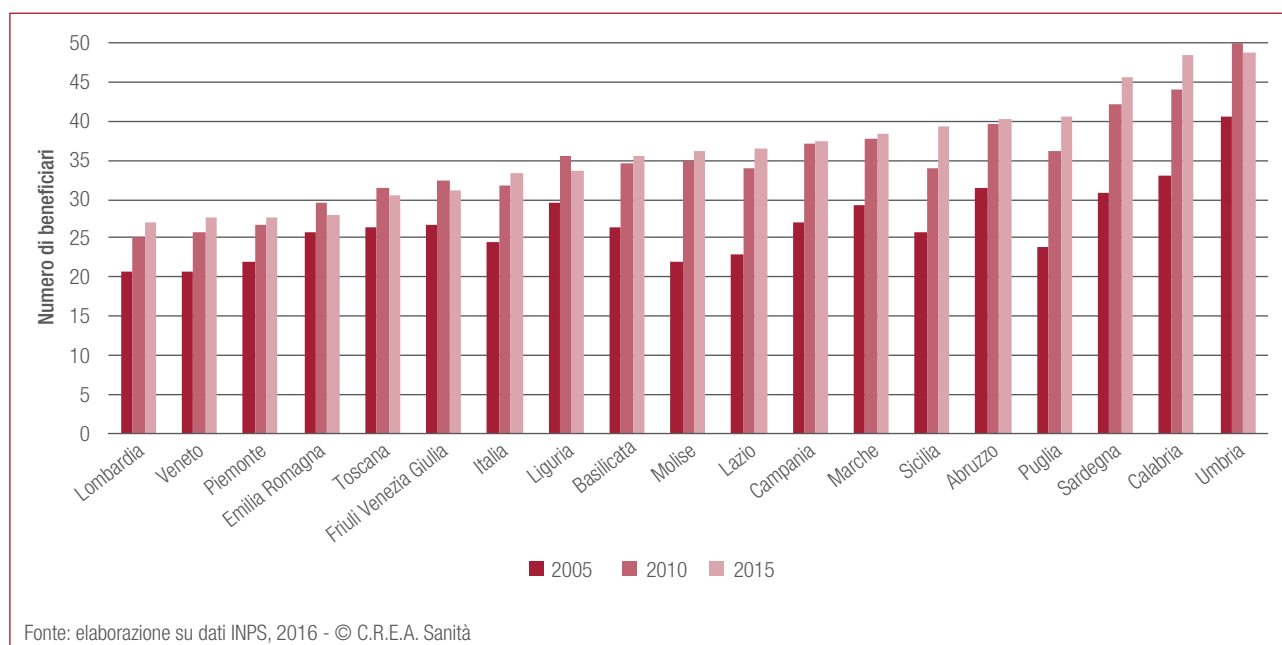
Le Regioni che hanno registrato il maggior numero di indennità corrisposte sono state l'Umbria, con 49 indennità ogni 1.000 residenti, la Calabria con 48 e la Sardegna con 46.

Di contro, le Regioni che hanno il minor numero di indennità per residente sono la Lombardia con 27, seguita da Veneto, Piemonte ed Emilia Romagna con 28 e da Toscana e Friuli Venezia Giulia con 31.

Nel corso dell'ultimo quinquennio il maggior aumento è stato registrato in Sicilia (+16%), seguita da Puglia e Calabria rispettivamente con +13% e +10%.

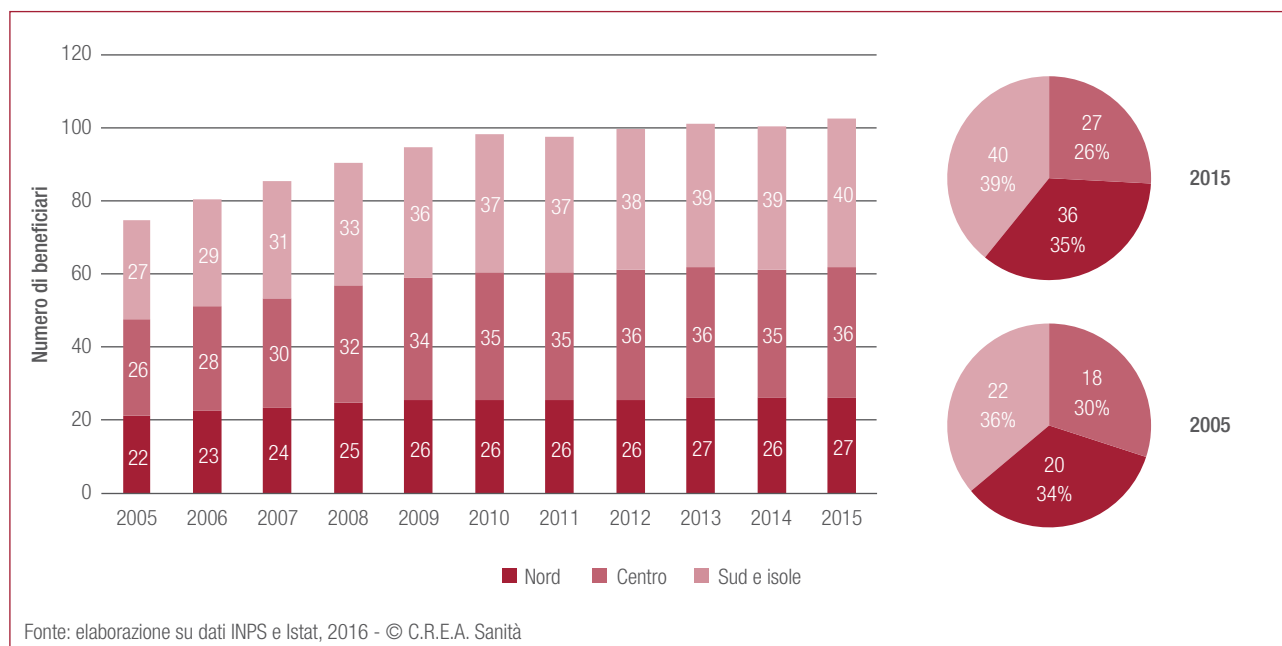
Alcune Regioni mostrano un dato in controtenden-

Figura 12.2. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Per 1.000 residenti, anni 2005, 2010 e 2015



⁴ Fonte: Istituto Nazionale di Previdenza Sociale-INPS-<http://www.INPS.it>

Figura 12.3. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Per 1.000 residenti, trend 2005-2015



za: in Umbria si osserva una flessione dell'8% (da 53 a 49 indennità ogni 1.000 residenti), così come in Emilia Romagna e Liguria (-6%) e in Friuli Venezia Giulia (-4%).

Rapportando il dato alla popolazione anziana di 65 anni e più, la maggiore incidenza di indennità si osserva in Calabria, Campania e Liguria rispettivamente con 240, 213 e 211 beneficiari ogni 1.000 residenti anziani.

Per contro le Regioni con meno incidenza sono Emilia Romagna (113 ogni 1.000 anziani), seguita da Liguria e Toscana rispettivamente con 119 e 120.

Nell'ultimo quinquennio si osserva come l'aumento maggiore di indennità erogate sia rinvenibile in Sicilia (+7%), Lazio (+3%) Calabria (+2%) e Puglia (che non arriva all'1%). Dette Regioni sono anche le uniche ad aver registrato un aumento di indennità.

Le diminuzioni più importanti sono quelle registrate in Umbria (-13%) seguita da Emilia Romagna, Liguria e Friuli Venezia Giulia con una diminuzione del 10% e dalla Toscana (-9%).

A livello nazionale (Figura 12.3) nel decennio si passa da 75 indennità di accompagnamento ogni 1.000 residenti nel 2005 a 103 nel 2015.

Andando ad osservare invece la composizione dei beneficiari per genere (Figura 12.4), in Italia si contano 743.349 percettori di genere maschile e 1.276.923 di genere femminile.

Possiamo notare una sostanziale uniformità tra le Regioni in cui il rapporto tra beneficiari di genere maschile e femminile si attesta intorno rispettivamente al 65% e 35%. Il *gap* maggiore tra maschi e femmine si registra in Friuli Venezia Giulia (67% femmine e 33% maschi) seguito da Toscana e Liguria.

Analizzando il *trend* della composizione delle indennità (Figura 12.5), risulta evidente come la crescita più sostenuta si sia verificata nelle donne per il periodo che va dal 2005 al 2010, seguita da un periodo di sostanziale stabilità. Negli uomini invece vi è stata una crescita costante in tutto il periodo considerato.

Standardizzando il dato per la popolazione di età non inferiore a 65 anni notiamo che l'aumento rispetto al 2005 è stato complessivamente del 23% per i beneficiari di sesso femminile e del 20% per i beneficiari di sesso maschile.

Nell'ultimo quinquennio si registra, invece, una riduzione del -4% nel numero di beneficiari donne e del -2% per i maschi.

L'indennità viene corrisposta per 12 mensilità, e per l'anno 2015 l'importo medio è stato pari a € 489 mensili.

Moltiplicando l'importo medio per il numero medio di beneficiari, si ottiene una stima della spesa annua di circa € 12 mld.

Rispetto al 2010 (quando la spesa era di € 10,7 mld.)

Figura 12.4. Beneficiari di indennità di accompagnamento, per genere. Valori assoluti, anno 2015

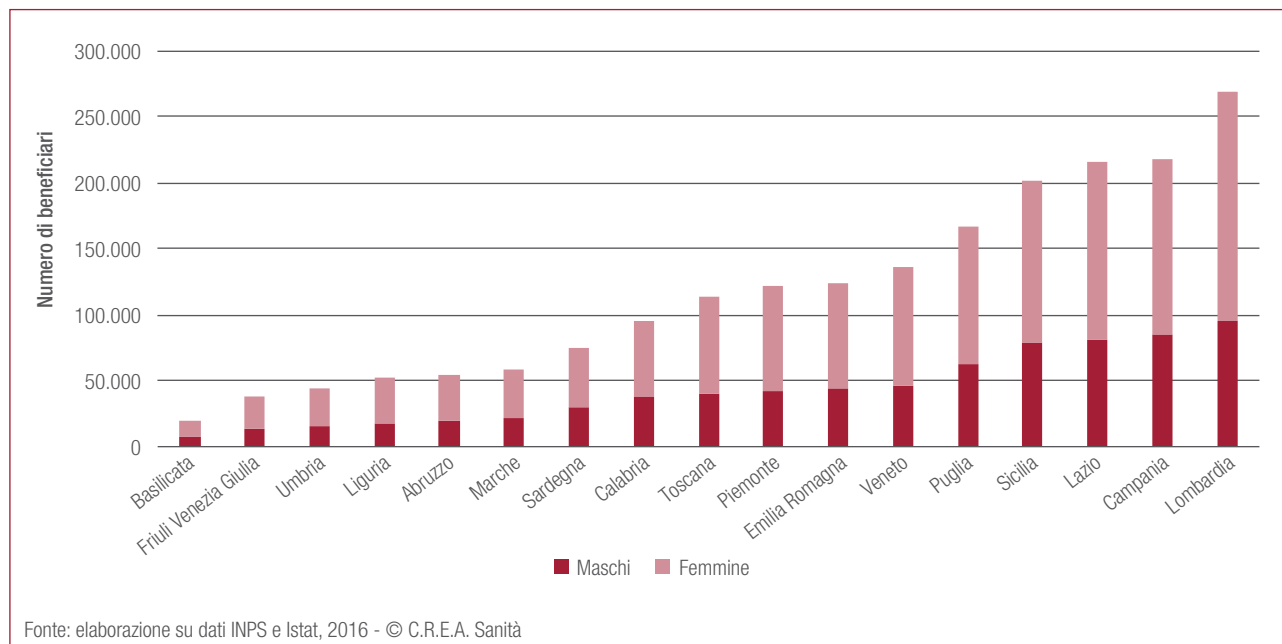
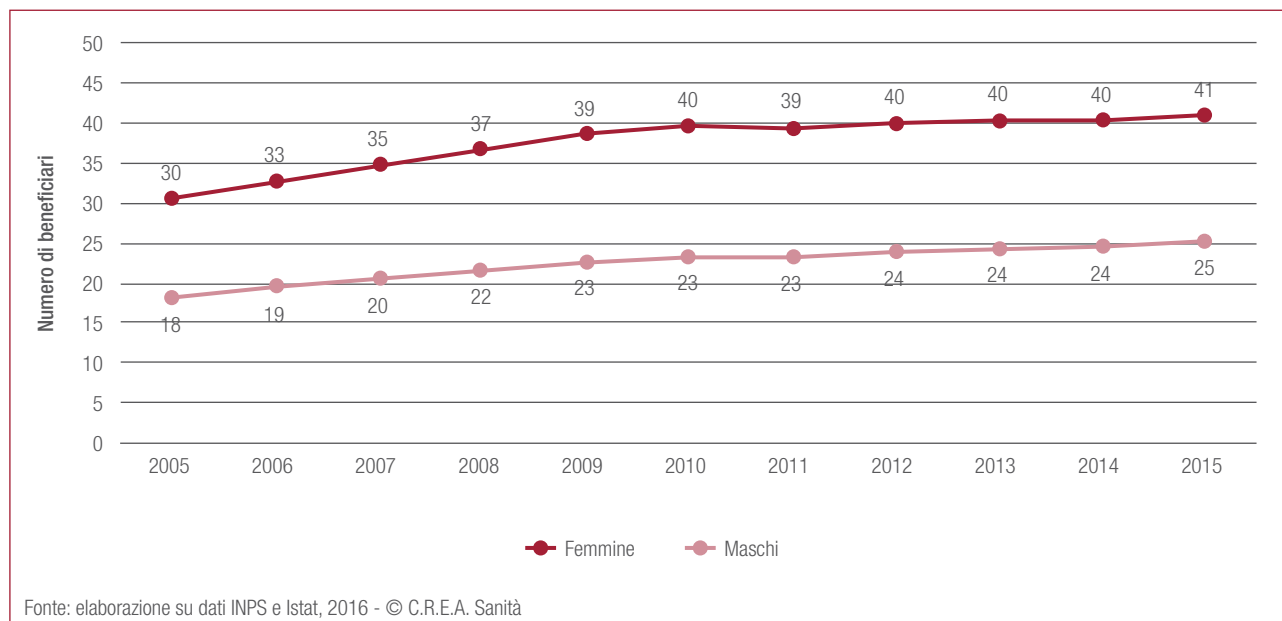


Figura 12.5. Beneficiari di indennità di accompagnamento per genere. Per 1.000 residenti, trend 2005-2015



si registra un aumento del 10%, mentre nell'ultimo decennio l'aumento complessivo di circa il 60% (nel 2005 l'importo erogato era pari a circa € 7,3 mld.).

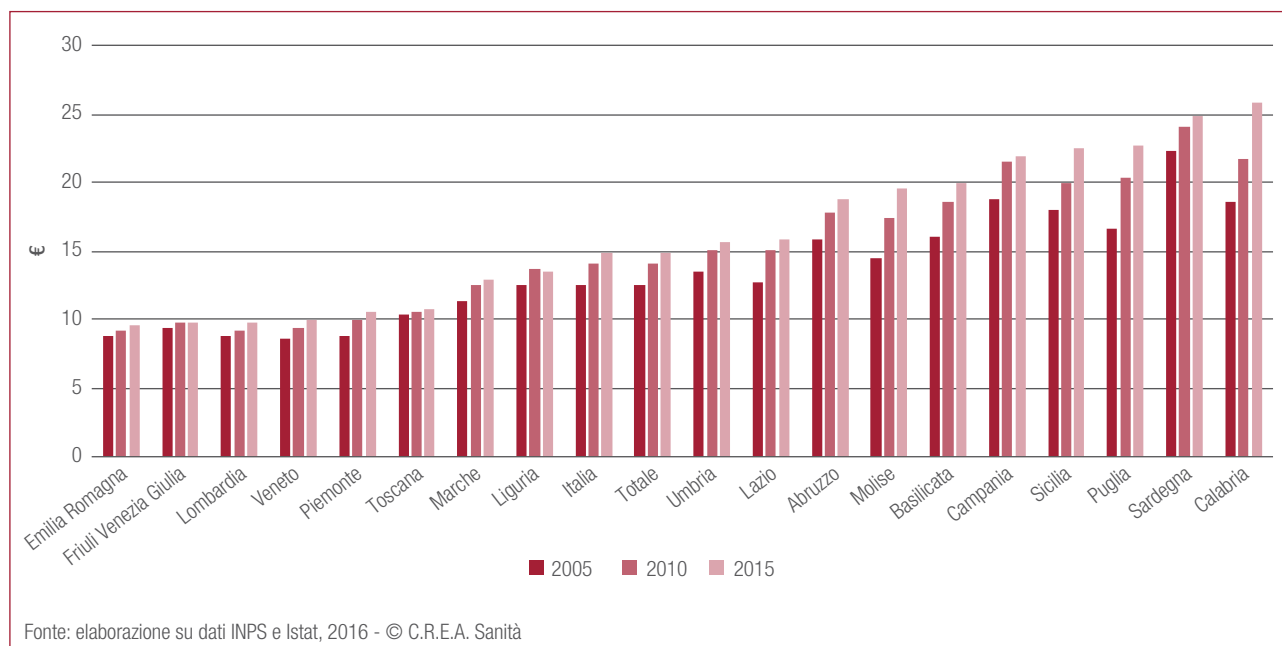
Nella Figura 12.6 osserviamo la spesa regionale per indennità di accompagnamento per residente.

Nel 2015 Umbria, Calabria e Sardegna hanno beneficiato di trasferimenti in media per residente maggiori (rispettivamente € 288, € 285 e € 268).

All'altro estremo troviamo Lombardia (€ 158), Piemonte (€ 161), Veneto e Emilia Romagna (entrambe con € 163).

Andando ad esaminare le modifiche intervenute nell'ultimo quinquennio, la Sicilia aumenta maggiormente i trasferimenti ricevuti (+23%) passando da € 186 a € 228 per residente, seguita da Puglia con +19% (da € 200 a € 238) e dalla Calabria +16% (da € 168 a € 246).

Figura 12.6. Spesa media per indennità di accompagnamento. Valori per residente (€), anni 2005, 2010 e 2015



Diminuisce il valore in Umbria (-4%) in cui si passa da € 299 a € 288, come anche marginalmente in Liguria ed Emilia Romagna (-1%).

12.3. Pensioni di invalidità civile

La Legge n. 118/1971, integrata poi dalla Legge n. 509/1998, recita: «si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazione congenita e/o acquisita (comprendenti) gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo, o se minori di 18 anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri dell'età».

La percentuale minima di riduzione della capacità lavorativa prevista dalla legge, necessaria per ottenere il riconoscimento della "qualifica" di invalido civile, è quella del 34%. Con questa percentuale di invalidità il soggetto invalido ha diritto a cure riabilitative, fornitura gratuita di protesi e degli altri presidi previsti dal nomenclatore tariffario in rapporto alle singole menomazioni. Se l'in-

validità riconosciuta dalla Commissione della ASL, è poi del 100%, l'interessato assume la qualifica di "invalido totale" ed ha diritto anche ad una pensione di inabilità e, qualora si tratti di soggetto non deambulante o non-autosufficiente, anche all'indennità di accompagnamento.

Anche in questo caso riteniamo, quindi, tali benefici possano essere annoverati fra le prestazioni erogate a fronte di condizioni di non-autosufficienza.

Nel 2015 i beneficiari di pensioni di invalidità civile sono stati in media 913.029, con una incidenza dell'15% su 1.000 residenti e del 69% su 1.000 residenti di 65 anni e più.

Le Regioni con una maggiore incidenza di pensioni per invalidità civile sono quelle del Sud: la Calabria con 26 pensioni ogni 1.000 residenti, seguita dalla Sardegna con 25 e da Sicilia e Puglia con 23 (Figura 12.7).

Di contro, le Regioni che registrano una minore incidenza di pensioni di invalidità civile sono Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Veneto con 10 per 1.000 residenti, seguite da Piemonte e Toscana con 11 e da Marche e Liguria con 13.

A livello nazionale (Figura 12.8) si passa da 39 beneficiari di pensione di invalidità civile ogni 1.000 residenti nel 2005 a 46 nel 2015 (+20%).

Sempre nell'ultimo decennio il maggior aumento di prestazioni si è osservato in Calabria (+39%) in cui si è passati

Figura 12.7. Beneficiari di pensioni per invalidità civile. Per 1.000 residenti, anni 2005, 2010 e 2015

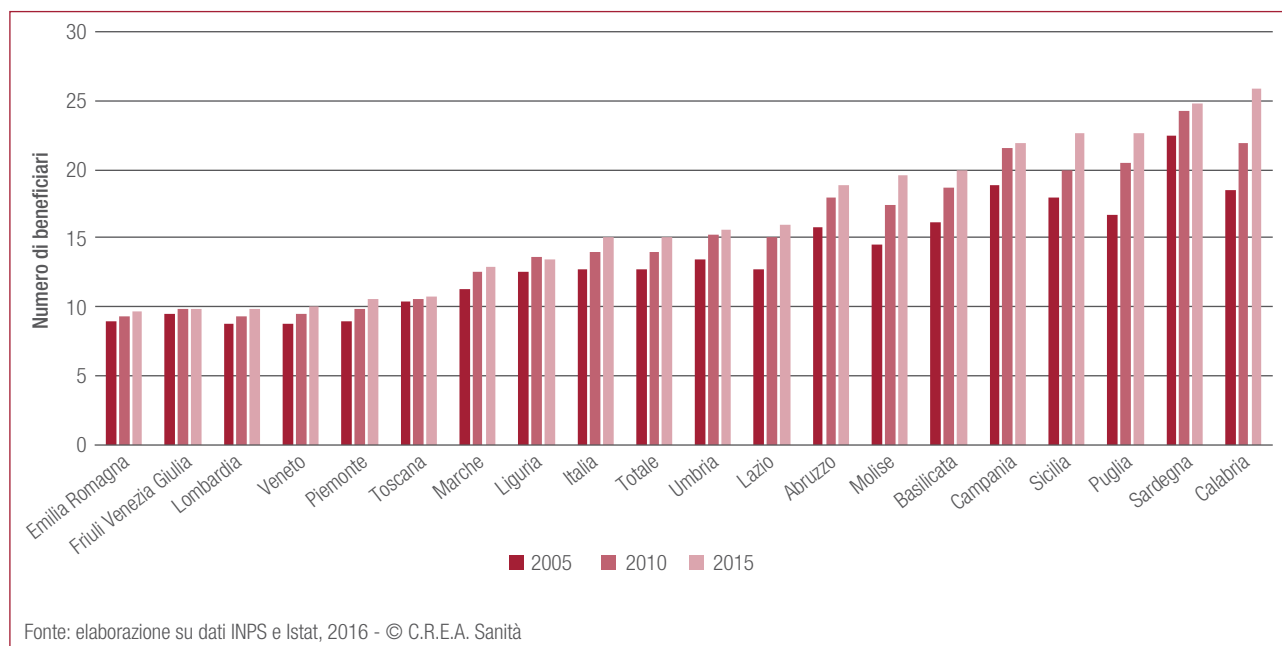
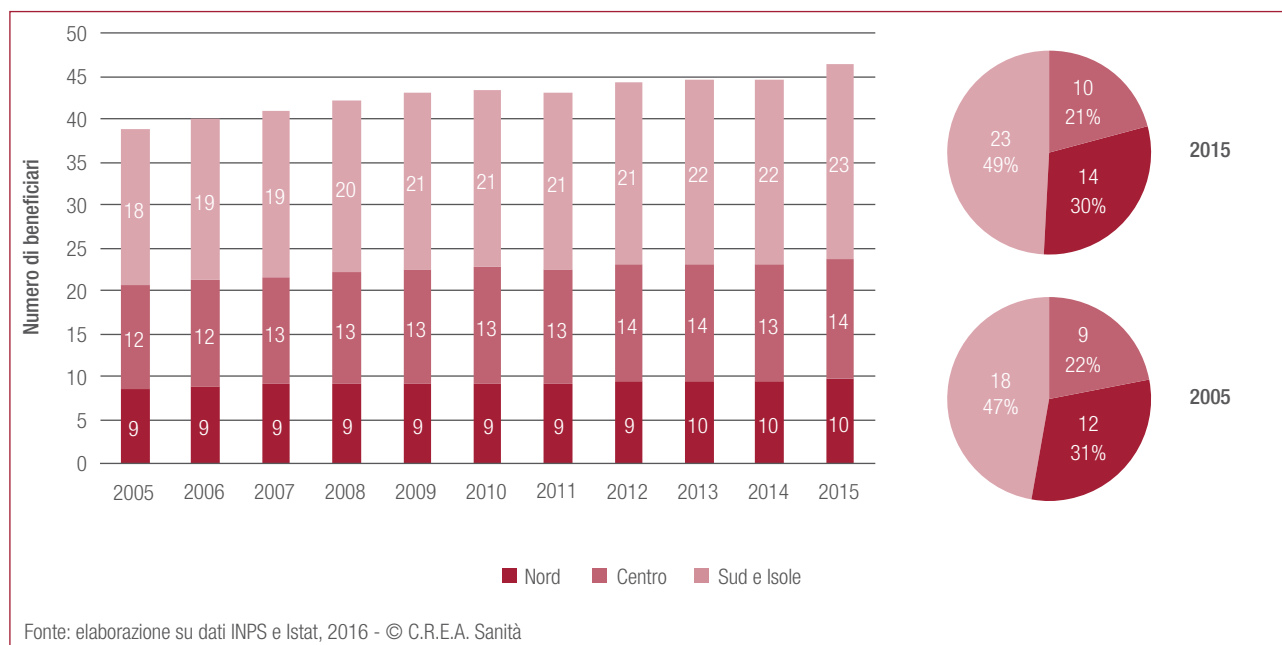


Figura 12.8. Beneficiari di pensioni per invalidità civile. Per 1.000 residenti, trend 2005-2015



da 19 a 26 pensioni ogni 1.000 residenti. Seguono la Puglia con un aumento del +36% e il Molise con +34%. Le Regioni invece in cui l'aumento è stato più contenuto sono il Friuli Venezia Giulia (+3%), seguito dalla Regione Toscana (+4%) e da Liguria ed Emilia Romagna (+8%).

Negli ultimi 5 anni la Liguria, però, mostra una flessione del 2%, e in Friuli Venezia Giulia l'incidenza è rimasta costante.

Rapportando il dato alla popolazione di 65 anni e più, notiamo come sia ancora la Calabria in testa per incidenza, con 128 beneficiari ogni 1.000 residenti, seguita da Campania con 125 e Sardegna con 115.

All'altro estremo troviamo il Friuli Venezia Giulia con 39 seguita da Emilia Romagna con 41 e il Piemonte con 43 pensioni di invalidità civile corrisposte ogni 1.000 residenti 65+ anni.

Figura 12.9. Beneficiari di pensioni per invalidità civile, per genere. Valori assoluti, anno 2015

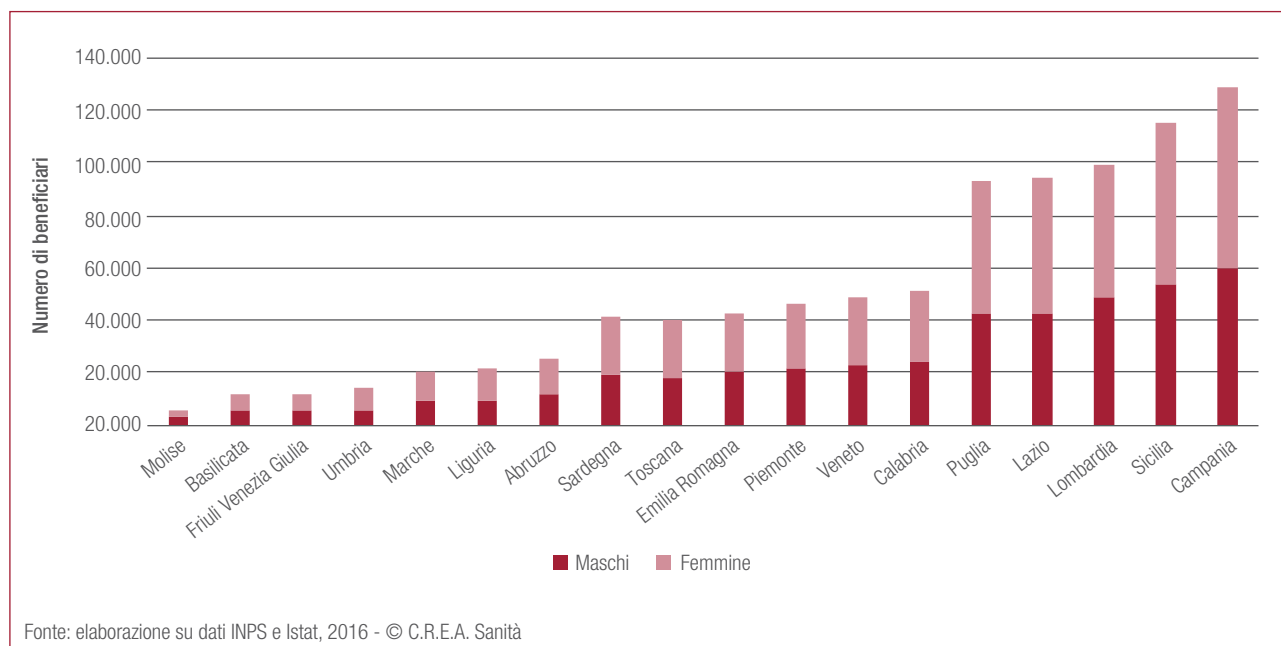
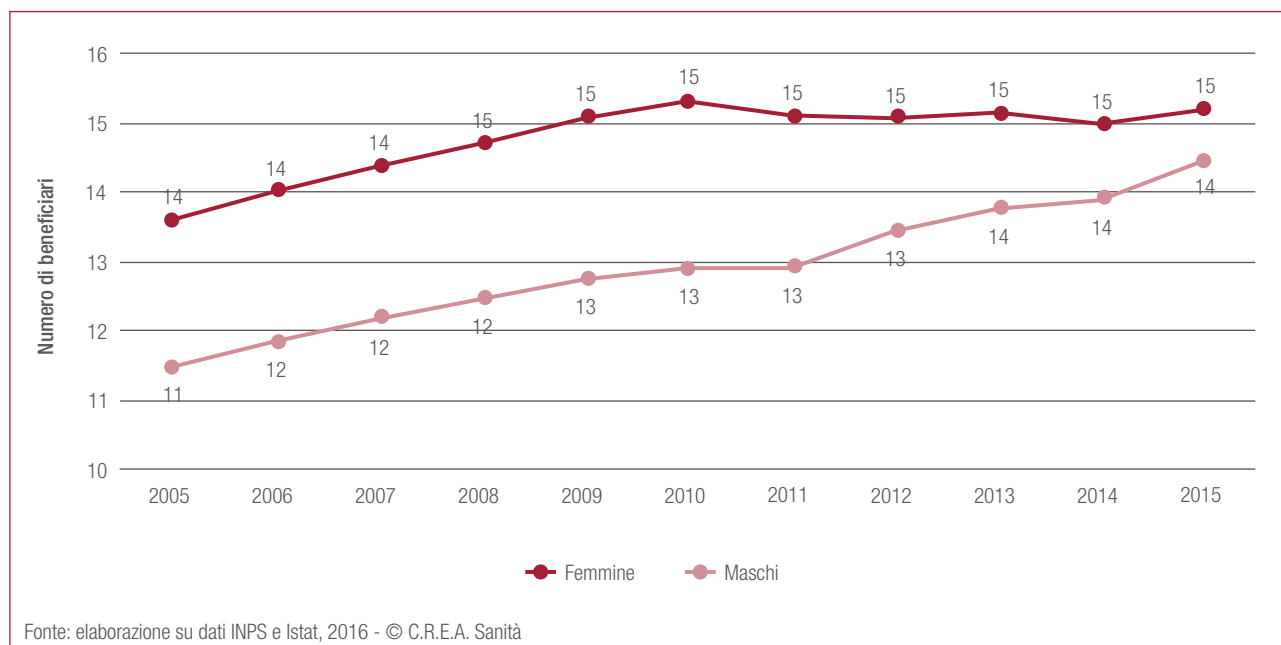


Figura 12.10. Beneficiari di pensioni per invalidità civile per genere. Per 1.000 residenti, trend 2005-2015



Negli ultimi 10 anni il maggior aumento (+24%) si osserva in Molise e Calabria, mentre registra la maggior flessione (-12%) la Sardegna.

La composizione dei beneficiari relativamente al genere (Figura 12.9), si compone di 426.831 percettori maschi e 486.198 femmine.

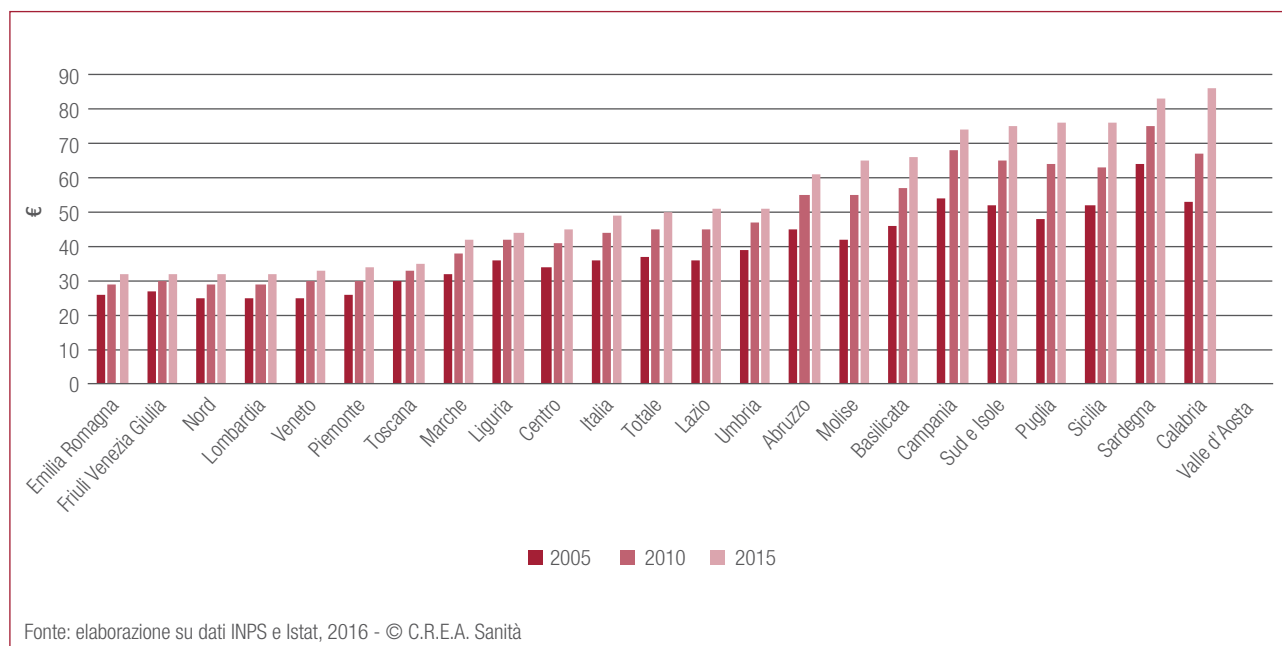
I beneficiari sono ripartiti con quote che si aggirano intorno al 53% per le donne e 47% per gli uomini, con un

picco femminile in Umbria, dove la quota di beneficiarie rappresenta il 57% del totale.

Osservando il trend (Figura 12.10), l'aumento più marcato si registra per i maschi, +26% dal 2005 al 2015, che passano da 11 pensioni ogni 1.000 residenti a 14, mentre per le donne l'aumento è solo del +12% da 14 pensioni ogni 1.000 residenti a 15.

Moltiplicando il numero medio dei beneficiari per

Figura 12.11. Spesa media per pensioni di invalidità civile. Valori per residente (€), anni 2005, 2010 e 2015



l'importo medio mensile corrisposto, nel 2015, la spesa sostenuta per le pensioni si stima essere pari a circa 3 mld.

Rispetto al 2010 in cui la spesa si è attestata a € 2,6 mld. si è, quindi, registrato un aumento del 14%. Nell'ultimo decennio l'aumento è stato complessivamente del 41% (essendo nel 2005 pari circa a € 2,1 mld.).

I trasferimenti per abitante a livello regionale (Figura 12.11) sono massimi in Calabria con € 86 per residente, seguita da Sardegna con € 83 ed infine da Sicilia e Puglia entrambe con € 76.

Le Regioni che hanno di contro registrato una minore incidenza dei trasferimenti per pensioni di invalidità civile sono Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Lombardia con € 32 per residente, seguite da Veneto e Piemonte rispettivamente con € 33 e € 34.

Rispetto al 2010, si evidenzia la variazione più accentuata in Calabria (+28%), mentre la più esigua in Friuli Venezia Giulia (4%).

12.4. Permessi ex Legge 104/1992

La Legge n. 104 del 1992, è il principale riferimento legislativo «per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate». I principali destinatari

sono dunque i disabili (persone con limitazioni funzionali) e/o i parenti di questi ultimi.

L'Art. 1 della L. 104/1992 indica la finalità dell'Istituto: garantire da parte della Repubblica il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella Società; prevenire e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali; perseguire il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, assicurando i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata; predisporre interventi volti a superarne stati di emarginazione e di esclusione sociale.

Per potervi accedere è necessario il riconoscimento dello stato di handicap e, in situazioni di particolari difficoltà, di "grave handicap" da parte delle Commissioni medico-legali delle ASL di appartenenza. All'Art. 3, in cui si specificano gli aventi diritto si definisce al comma 1 il soggetto handicappato «come colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabiliz-

zata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione». La legge specifica, altresì, nel comma successivo dello stesso articolo, che «si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale».

Grazie a questa Legge, le persone disabili e le loro famiglie possono avvalersi, tra l'altro, della facoltà di usufruire di periodi di assenza dal lavoro retribuiti, che si aggiungono a quelli ordinari già previsti per esempio per la maternità. Tali permessi, peraltro, sono retribuiti e coperti da contribuzione previdenziale figurativa, che influisce sia sull'accesso che sull'importo della pensione.

Per poter accedere a suddetto beneficio rappresentato dalle giornate o dalle ore giornaliere di permesso ex Legge 104/92 è sicuramente l'accertamento dell'handicap "grave"; questo avviene, come stabilisce l'art. n.4 della stessa Legge, attraverso un esame effettuato da un'apposita Commissione medico-legale presente in ogni ASL che dal 2010 oltre a includere un operatore sociale, un esperto per i vari casi da esaminare, comprende anche un medico dell'INPS.

La condizione di gravità viene definita dall'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 che specifica come «qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi pubblici».

Ottenuto il riconoscimento della qualifica di beneficiario, la Legge 104/92 all'art. n. 33 (e successive modifiche) ha previsto le seguenti agevolazioni, sia per i familiari nell'ambito dell'attività lavorativa, sia per i disabili lavoratori concernenti nel prolungamento del congedo parentale o in alternativa i riposi giornalieri, permessi mensili e il congedo parentale straordinario ex art. n. 80 della Legge n. 388/2000.

In particolare si avrà diritto a:

- 3 giorni di permesso mensile: è consentita la fruibilità dei tre giorni di permesso mensili retribuiti ai lavoratori che assistono parenti o affini entro il 2° grado disabili, anche non conviventi; questa agevolazione può essere tradotta in mezze giornate, oppure frazionata in ore⁵; è possibile l'assistenza per periodi inferiori al mese quando non è assicurata dalla persona che abitualmente la presta; questo può accadere quando il lavoratore che assiste abitualmente un familiare disabile per motivi personali è costretto a lasciare l'incarico ad un'altra persona per un periodo limitato; oppure quando il familiare disabile, temporaneamente, si trasferisce presso un altro nucleo familiare; i lavoratori privati possono chiedere i permessi della Legge n. 104/92 per accompagnare a visite mediche il familiare disabile ricoverato in Istituto, qualora questo servizio non sia già garantito dalla casa di cura; in generale, secondo quanto stabilisce la norma spettano ai parenti entro il terzo grado e ai disabili stessi;
 - 2 anni di aspettativa (congedi Legge n. 388 art. n. 80 comma 2): spettano ai genitori naturali, adottivi, affidatari ed ai fratelli conviventi dopo il decesso dei genitori; dal 2007, è stata data la possibilità per i lavoratori che ne fanno richiesta di frazionare in ore i 3 giorni di permesso mensile;
 - 2 ore al giorno di permesso retribuito (in alternativa ai 3 gg): la possibilità di frazionare in ore le giornate di permesso spetta nella fattispecie al familiare lavoratore, fino al terzo grado, che attende direttamente alla cura del disabile indipendentemente dalla convivenza e dall'assistenza continuativa ed esclusiva (art. n. 19 della Legge n. 53 del 2000) con l'assistito portatore di handicap.
 - Accanto ai tradizionali permessi e diritti, la norma fa riferimento anche al prolungamento fino a 3 anni dell'astensione facoltativa dal lavoro o 2 ore di permesso retribuito ed al diritto di scegliere la sede di lavoro (ove possibile) più vicina alla propria abitazione.
- Nel settore privato possiamo notare come il numero

⁵ La stessa persona disabile non può essere assistita da più lavoratori. Così ha stabilito la legge n. 183/10 che, introducendo il principio del "referente unico" per l'assistenza alla persona in situazione di grave disabilità, non riconosce a più lavoratori la possibilità di fruire dei giorni di permesso per assistere lo stesso familiare o affine disabile.

Figura 12.12. Beneficiari di permessi per Legge 104/1992 e per congedo straordinario nel settore privato. Valori assoluti, anni 2010-2014

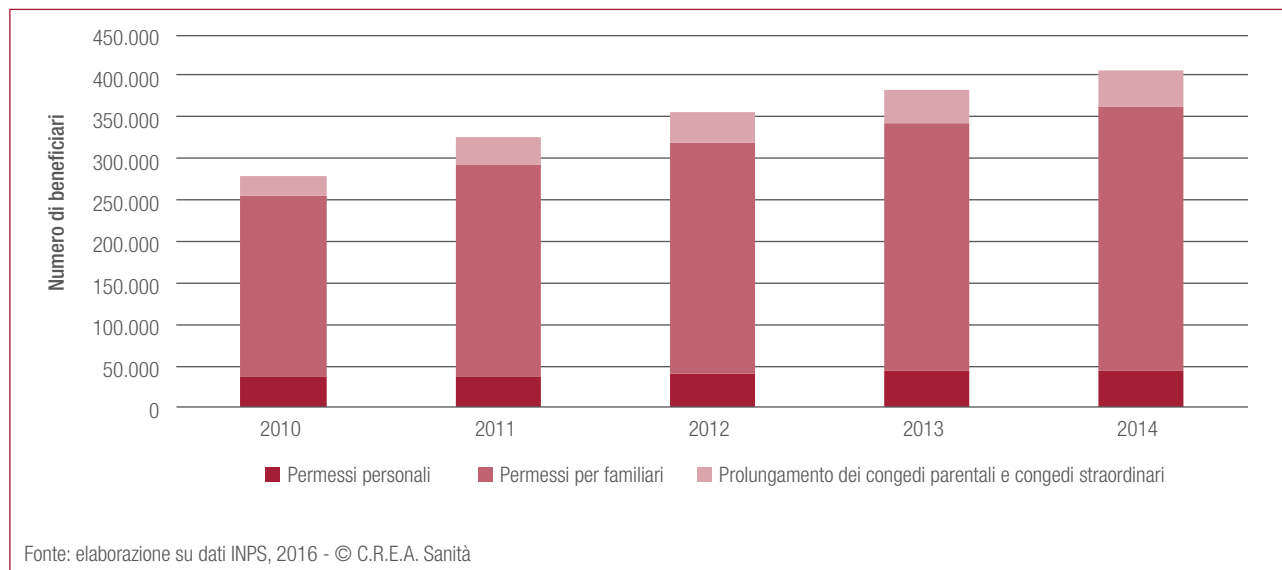
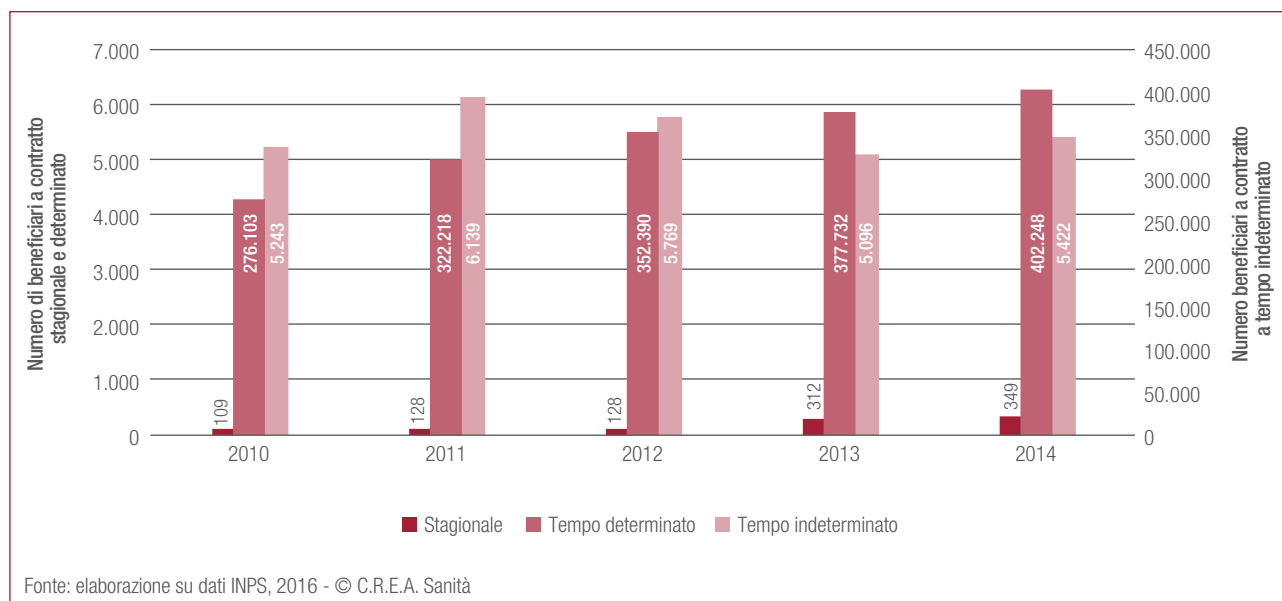


Figura 12.13. Beneficiari di permessi per Legge 104/1992 e per congedo straordinario nel settore privato, per tipologia di contratto. Valori assoluti, anni 2010-2014



dei beneficiari sia aumentato fra il 2010 e il 2014 del +45%, passando da 281.455 a 408.019 (Figura 12.12).

La composizione è sostanzialmente stabile negli anni, per cui i beneficiari di permessi per familiare rappresentano la quota maggiore attestandosi intorno al 78%.

Analizzando la composizione per tipologia (Figura 12.13) i beneficiari con contratto a tempo indeterminato rappresentano sempre circa il 98% di tutti i beneficiari.

I beneficiari con contratto a tempo indeterminato in-

vece hanno registrato un aumento del 45% passando da 276.103 nel 2010 a 402.248 nel 2014.

Rispetto al 2010, i beneficiari con contratto stagionale, se pur sempre esigui, sono aumentati di oltre 3 volte passando da 109 a 349, aumento dovuto principalmente alle regioni del Nord Est.

Per i beneficiari con contratto a tempo determinato si osserva invece una sostanziale stabilità (+3%) effetto di un aumento iniziale seguito da una diminuzione.

Figura 12.14. Beneficiari di permessi per Legge 104/1992 e per congedo straordinario nel settore privato. Per 10.000 residenti, 2014

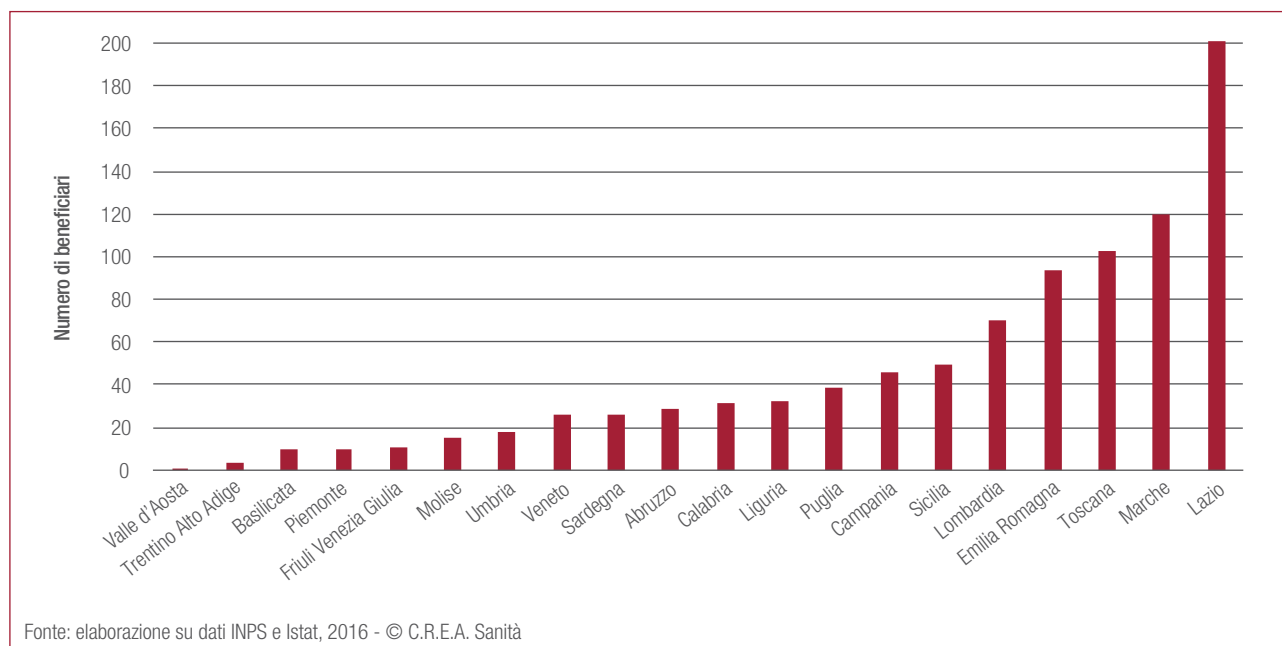
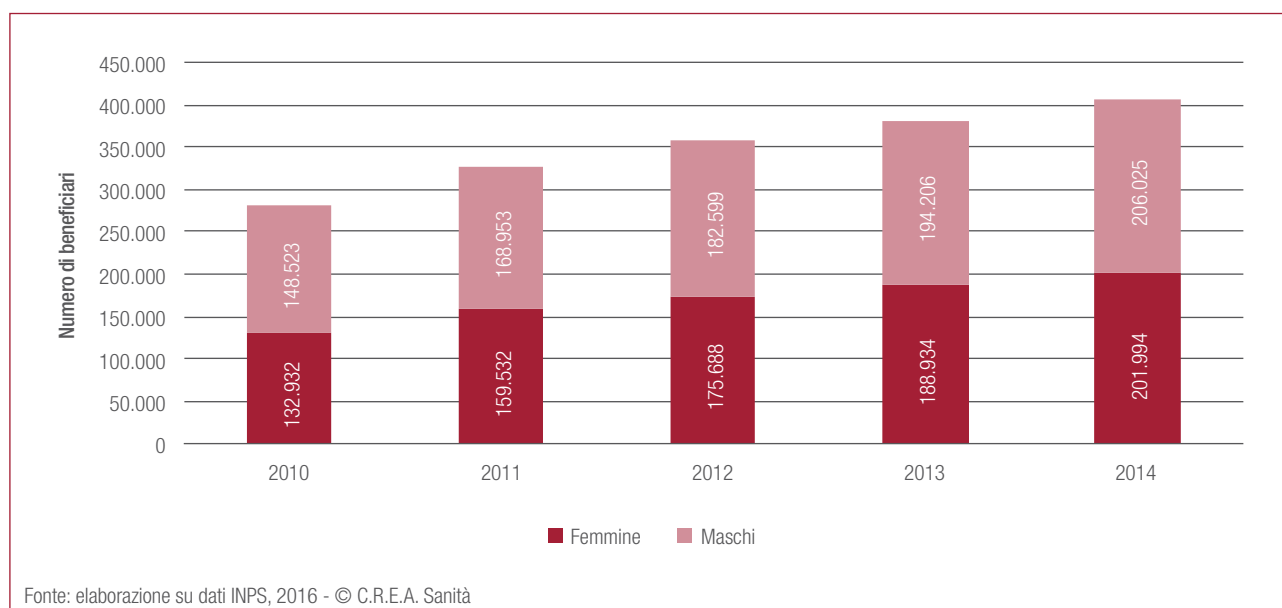


Figura 12.15. Beneficiari di permessi per Legge 104/1992 e per congedo straordinario nel settore privato, per genere. Valori assoluti, anni 2010-2014



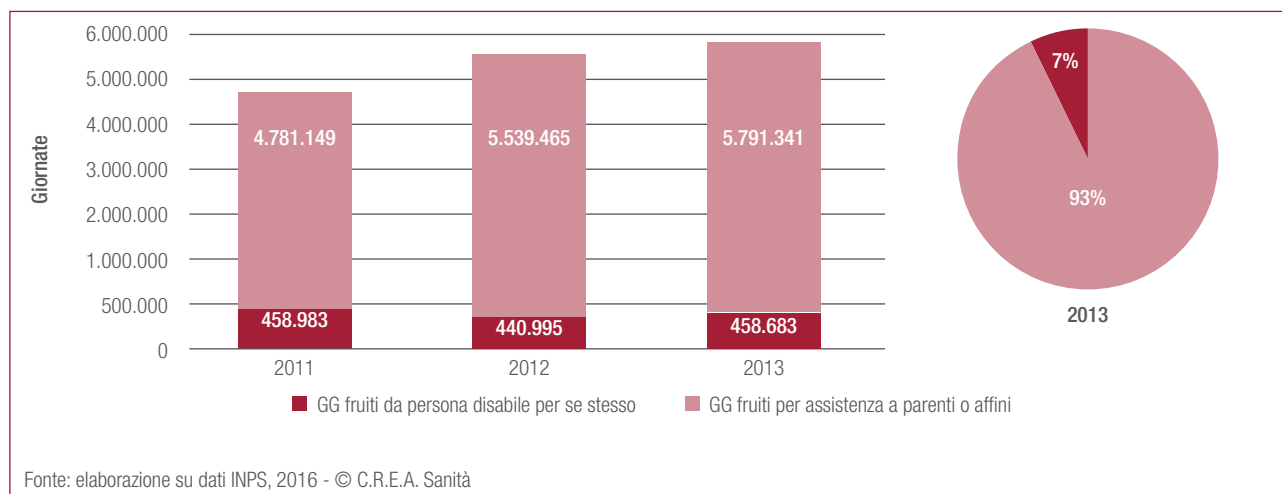
Le giornate usufruite per sé stessi sono sostanzialmente rimaste invariate nel periodo considerato, mentre i permessi per l'assistenza a parenti o affini è aumentata del 21 % passando da 4.781.149 giorni a 5.791.341.

A livello regionale (Figura 12.14) la Regione Lazio registra il maggior numero di beneficiari (201 ogni 10.000 residenti nel 2014); seguono Marche e Toscana rispettivamente con 120 e 102 beneficiari per 10.000 residenti.

Il minor numero di beneficiari di permessi ex Legge 104/92 lo registra invece dalla Valle d'Aosta (39 ogni 100.000 residenti), seguita dal Trentino Alto Adige e Basilicata rispettivamente con 4 e 10 beneficiari ogni 10.000.

Il dato secondo il genere del beneficiario (Figura 12.15), mostra la quota sostanziale equamente distribuita tra beneficiari di genere maschile e femminile, con

Figura 12.16. Giorni di permesso goduti per Legge 104/1992 e per congedo straordinario nel settore pubblico. Valori assoluti, anni 2011-2013



una lieve predominanza prima del 2014 di beneficiari di sesso maschile.

Andando ad analizzare i dati disponibili nel settore pubblico si precisa che il dato è approssimativo, in quanto la percentuale di adesione alla rilevazione nel settore pubblico è del 58%.

Il numero di dipendenti pubblici beneficiari sono stati nel 2013 316.514, registrando un aumento del 10% rispetto al 2011 in cui erano 287.347.

I permessi, sono stati richiesti per lo più per l'assistenza a parenti o affini (Figura 12.16).

Applicando la retribuzione media giornaliera di tutti i dipendenti del settore pubblico alle giornate di permesso osservate, si ottiene una stima della spesa per il 2013 pari a € 548.7 mln⁶.

12.5. Beneficiari di *voucher*, assegni di cura e buoni socio-sanitari

Altra forma di prestazione monetaria in favore dei non autosufficienti sono i *voucher*, detti anche in ambito sanitario "assegni di cura" o "buoni socio-sanitari"; essi vengono definiti:

- *voucher*: provvidenza economica a favore di anziani non-autosufficienti e disabili, che può essere utilizzata esclusivamente per acquisire prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata da operatori professionali accreditati;
- assegno di cura: incentivazione economica finalizzata a garantire a soggetti anziani non-autosufficienti e a disabili gravi o gravissimi, la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza;
- buono socio-sanitario: sostegno economico erogato se l'assistenza prestata al "bisogno" sia fornita da un *caregiver* familiare o appartenente alle reti di solidarietà (vicinato, associazioni).

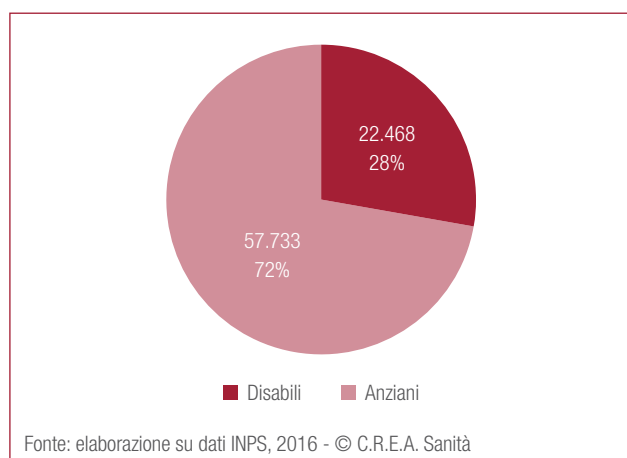
Si dispone dei dati relativi alle prestazioni di questo tipo erogate dai Comuni, rilevate dall'Istat nell'indagine sugli "Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati"; gli ultimi dati definitivi alla data in cui si scrive sono relativi all'anno 2012 e vengono riassunti nella Figura 12.17.

Sono stati erogati dai Comuni 80.201 *voucher*, assegni di cura e buoni socio-sanitari (Figura 12.16); di questi, il 72% è stato destinato agli utenti anziani ed il 28% ai disabili.

A livello nazionale si registra una diminuzione di elar-

⁶ La stima relativa ai permessi retribuiti è stata ottenuta moltiplicando il numero di giornate di permesso per la retribuzione media giornaliera dei lavoratori dipendenti contribuenti INPS nell'anno 2013 (€ 87). E' stato poi supposto che tra il 2013 ed il 2015 non vi siano state variazioni nel dato. Appare doveroso, in ogni caso, sottolineare come l'importo sia ampiamente sottostimato in quanto si riferisce ai soli dipendenti del settore pubblico dei quali peraltro solamente il 58,0% aderisce alla rilevazione. Per il settore privato non essendo disponibili i dati relativi alle giornate di permesso usufruite, non è stato possibile effettuare la stima

Figura 12.17. Beneficiari di voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari nell'area anziani e disabili. Valori assoluti e composizione (%), anno 2012



gizioni del 10%; le disparità regionali sono notevoli: la Sardegna registra un aumento del +149% corrispondendo voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari a 2.354 persone in più rispetto al 2011, il 97% dei quali sono disabili.

Nel 2012, il tasso di utenti anziani per 100.000 residenti con età 65+ anni, è in media pari a 467. Detto tasso si discosta notevolmente a livello regionale: da un tasso di 12 utenti su 100.000 residenti in Umbria a ben 2.451 in Veneto. Relativamente agli utenti disabili invece il tasso ogni 100.000 residenti è pari a 38, con valori che vanno da 1 utente per 100.000 residenti in Umbria a 213 della Sardegna.

12.6. Conclusioni

In definitiva, in Italia le provvidenze economiche erogate da una parte dall'INPS per le pensioni e/o indennità

di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, e dai Comuni per voucher a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani), ammontano per il 2015 a circa € 15 mld. La parte preponderante di queste provvidenze, il 79,5%, è rappresentato dalle indennità di accompagnamento, il 19,9% dalle pensioni di invalidità civile ed il residuo 0,7% dai benefici economici offerti dai Comuni.

Se aggiungiamo la stima per i permessi retribuiti previsti dalla L. 104/1992 per i dipendenti del settore pubblico si arriva, con larga approssimazione, ad un totale pari a € 15,6 mld.

Complessivamente le provvidenze analizzate rappresentano l'1% del PIL ed il 14% della spesa sanitaria pubblica.

Riferimenti bibliografici

- INPS (vari anni), *Osservatorio sulle prestazioni erogate a sostegno della famiglia – Legge n. 104/92*
- INPS (vari anni), *Osservatorio statistico*
- Istat (2016), *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche*, www.istat.it
- Istat, (vari anni), *Indagine sugli interventi ed i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, www.istat.it
- Istat (2016), *Rapporto sulla Coesione Sociale*
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2016), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*
- Ministero della Funzione Pubblica (2011), *Fruizione dei permessi ex Legge 104/92*
- Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS (2014), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*

ENGLISH SUMMARY

Cash benefits: long-term social care financing

In the Italian social-healthcare system, cash benefits are mostly used in the Long-Term Care (LTC) sector, largely devoted to care for the non self-sufficient.

In principle the chapter should tackle with cash benefits, not attributable to specific care areas treated in the other chapters of the Report, consequently excluding vouchers, but due to the beforehand attainment of cash benefits with LTC, this chapter is actually an attempt at estimating the overall burden of not self sufficient care, including those related to vouchers.

In particular, benefits taken into consideration are the following:

- mobility allowance
- disability pensions
- permission/leave by Law No. 104/92
- vouchers, care allowances and social-healthcare coupons.

The first three services are all administered by INPS (Italian National Social Security Institute); the fourth category is inherent to those delivered by municipalities.

Mobility allowances, established pursuant to Law No. 18 dated 1980, are an economic benefit, delivered subsequent to application, in favour of disabled individuals or those suffering from total disability, for whom moving about without the permanent help of a caregiver has been ascertained, or individuals who are unable to carry out the normal tasks of everyday life.

In 2015, payments were made to 2,020,272 beneficiaries (annually, on an average).

Regions recording the highest number of allowances paid were Umbria with 49 allowances per 1,000 residents, Calabria with 48 and Sardegna with 46. Regions with the lowest number of allowances disbursed were Lombardia with 27, followed by Veneto, Piemonte and Emilia Romagna with 28, Toscana and Friuli Venezia Giulia with 31.

Comparing these values to the population aged over 65, the highest allowance incidence was observed in

Calabria, Campania and Liguria: respectively with 240, 213 and 211 beneficiaries every 1,000 elderly residents.

At national level and over the decade, the figure goes from 75 mobility allowances every 1,000 inhabitants in 2005 to 103 in the year 2015.

Whereas observing the make-up of beneficiaries by category, Italy stands at 743,349 male recipients and 1,276,923 female recipients who are substantially distributed in a uniform way between Regions.

The estimate of the annual expenditure equal to approximately € 12 billion.

Compared to 2010 (when the expenditure was equal to € 10.7-billion) a 10% increase has been recorded; whereas over the last decade, the overall increase was approximately 60% (in 2005, the disbursed figure was equal to approximately € 7.3 billion).

Regulated by the Law No. 118/1971, subsequently integrated with Law No. 509/1998, in 2015, civil disability pensions were paid out to an average of 913,029 recipients, with an incidence equal to 15% per 1,000 inhabitants and 69% per 1,000 inhabitants over the age of 65.

The Regions with the highest incidence of civil disability pensions are in Southern Italy: Calabria with 26 pensions per 1,000 inhabitants, followed by Sardegna with 25, Sicilia and Puglia standing at 23.

Conversely, the Regions registering a lower incidence of civil disability pensions are Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia and Veneto with 10 per 1,000 inhabitants, followed by Piemonte and Toscana with 11, Marche and Liguria with 13.

At national level, the figure goes from 39 civil disability pensions every 1,000 inhabitants in 2005, to 46 in 2015 (+20%).

Comparing the data to the population aged over 65, we notice that Calabria still ranks first by incidence, with 128 beneficiaries every 1,000 inhabitants, followed by Campania with 125 and Sardegna with 115.

At the other extreme we find Friuli Venezia Giulia with 39, followed by Emilia Romagna with 41 and Piemonte with 43 civil disability pensions per 1,000 inhabitants aged 65 and over.

During the past 10 years, the greatest increase (+24%) was observed in Molise and Calabria, while the greatest decrease (-12%) was reported in Sardegna.

Dividing the beneficiaries by gender resulted in 426,831 male recipients and 486,198 female recipients. Hence the share is 53% for that inherent to females and 47% regarding males.

The expenditure in 2015 for pensions is estimated at being approximately € 3 billion.

With respect to 2010, when expenditure stood at € 2.6 billion, a 14% increase has been recorded. Over the last decade, there has been an overall increase equal to 41% (as in 2005 it was approximately € 2.1 billion).

Law No. 104 issued in 1992 is the main legislative reference «for assistance, social integration and rights of the disabled». Hence the principal recipients are the disabled (incidentally, it does not speak of “people with disabilities”, but of “people with functional limitations”) and/or relatives of the latter.

In the private sector, we notice how the number of beneficiaries has grown between 2010 and 2014 by +45%, going from 281,455 to 408,019 beneficiaries.

The break-down has substantially been stable over the years; therefore the beneficiaries of permissions for family reasons represent the larger share as the figure stands at approximately 78%.

Analyzing the break-down by category, beneficiaries with continuing contracts always represent about 98% of all beneficiaries.

Whereas beneficiaries with continuing contracts have registered a 45% increase, going from 276,103 in 2010 to 402,248 in 2014.

Compared to 2010, beneficiaries possessing seasonal contracts (although the figure is still meagre) have increased three-fold going from 109 to 349 – an in-

crease mainly due to the north-eastern regions.

Whereas it has been observed that beneficiaries with a fixed-term contract have substantial stability (+3%) by effect of a temporary increase followed by a decrease.

Data according to beneficiary category demonstrates that it is substantially equally distributed between beneficiaries of the male and female gender, with a slight predominance of male beneficiaries before 2014.

In the public sector, where we wish to mention that data is rather approximate as adherence to the survey was 58% in the public sector, the number of employee beneficiaries was 316,514 in 2013 – demonstrating a 10% increase compared to 2011 when the figure was equal to 287,347. Permissions were mostly requested for providing care to relatives or family.

Applying the average daily retribution of all employees in the public sector to the days of leave enjoyed, one reaches an estimate of expenditure for the year 2013 that is equal to € 548.7-million.

Another form of cash benefit in favour of the non self-sufficient are vouchers, in the healthcare field also called “care allowances” or “social-healthcare coupons”.

In 2012, municipalities delivered 80,201 vouchers, care allowances and social-healthcare coupons; of these, 72% were addressed to the elderly and 28% to the disabled.

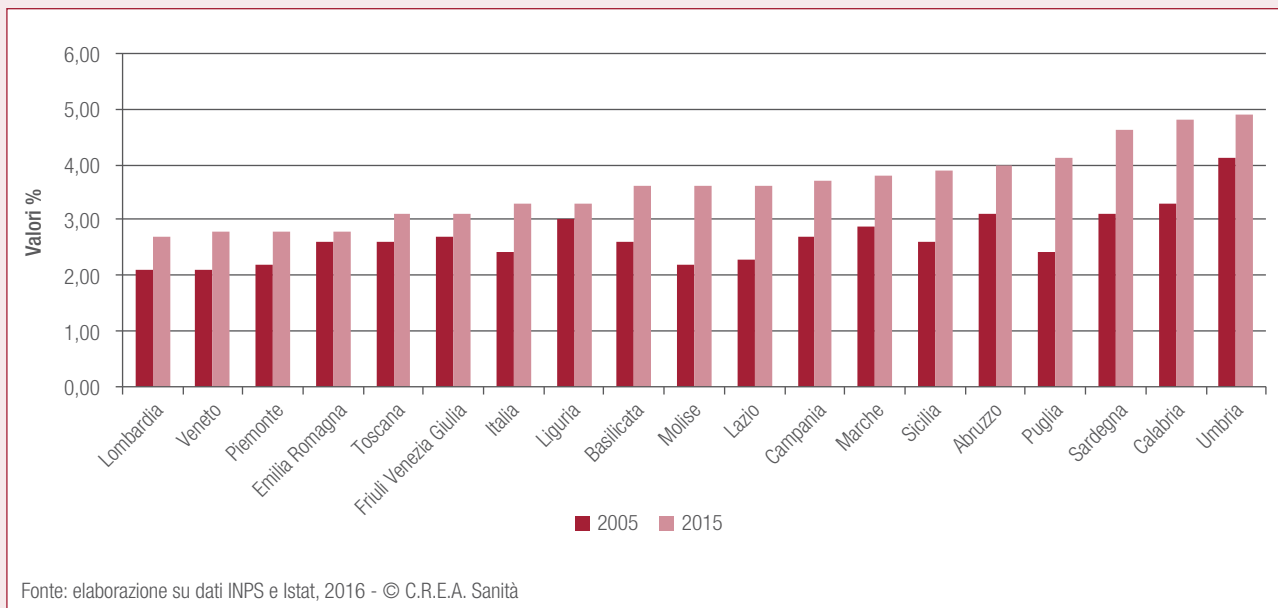
At national level, a 10% decrease in the said benefits was registered; regional gaps are remarkable.

Ultimately, economic benefits delivered in Italy in favour of non self-sufficient individuals (the disabled and the elderly) amount to approximately € 15-billion for the year 2015: 79.5%, allocated to mobility allowances, 19.9% to civil disability pensions and the remaining 0.7% to economic benefits offered by municipalities.

Should we add an estimate for paid permissions provided for by Law No. 104/1992 for employees in the public sector, then the total figure is equal to (with large approximation) € 15.6 billion.

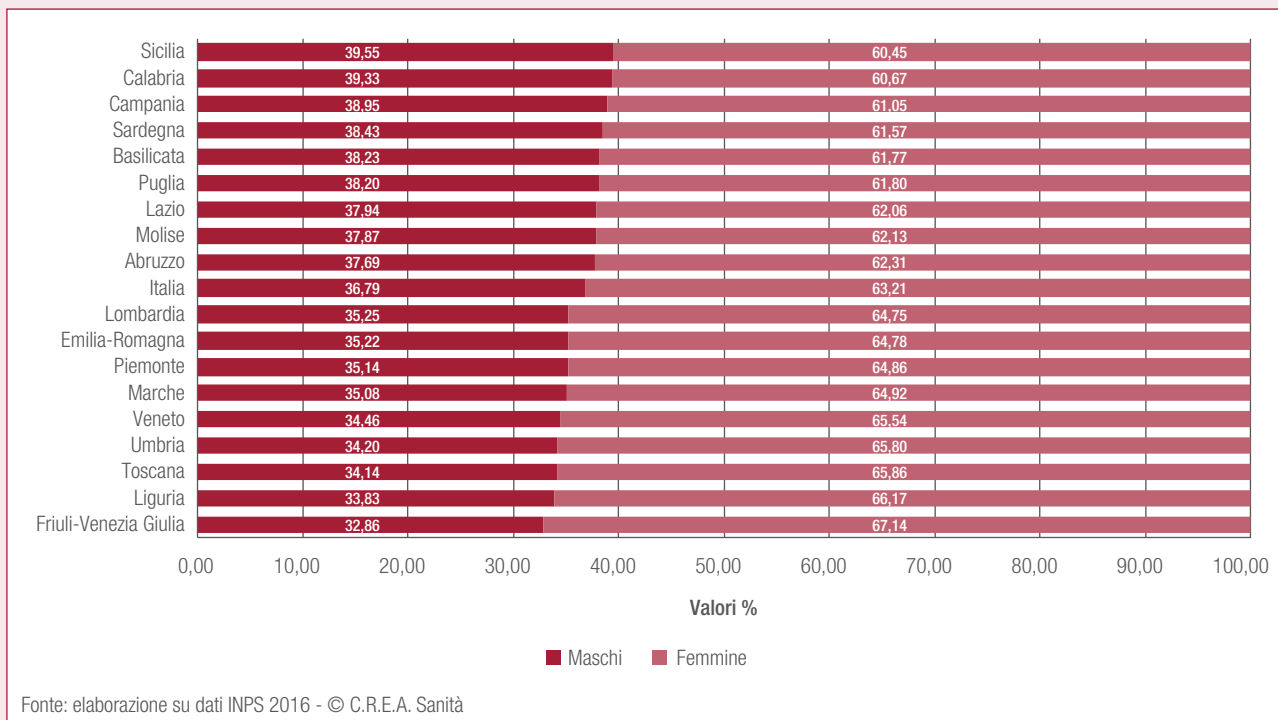
Overall, the assessed benefits represent 1% of the GDP and 14% of public healthcare expenditure.

KI 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Incidenza sulla popolazione (%), anni 2005 e 2015



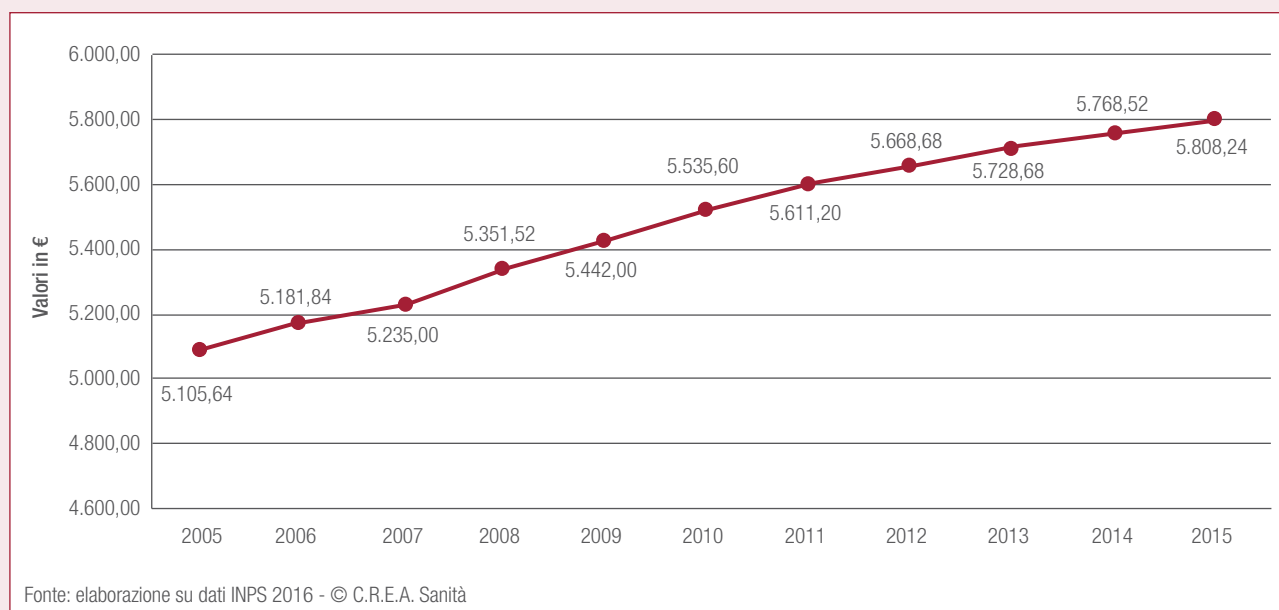
Nel 2015 i beneficiari di indennità di accompagnamento sono in media 2.020.272, ovvero beneficia della citata provvidenza economica il 3,3% dei residenti contro il 2,4% del 2005. Le Regioni che, nel 2015, hanno erogato un maggior numero di indennità di accompagnamento a favore della popolazione residente sono risultate essere: la Regione Umbria (circa il 5,0% e in aumento di quasi un punto percentuale rispetto al 2005), la Calabria (il 4,8%) e la Sardegna (il 4,6%) entrambe con un incremento dell'1,5% rispetto al 2005. Sono 6 le Regioni al di sotto del valore nazionale (3,3%). Si noti che le indennità di accompagnamento considerate sono quelle corrisposte agli invalidi totali, agli invalidi parziali, ai ciechi e ai sordomuti.

KI 12.2. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Distribuzione regionale per genere (%), anno 2015



Per effetto della diversa prevalenza della disabilità a livello di genere, anche la distribuzione dell'indennità di accompagnamento è concentrata sul genere femminile. In particolare, nel 2015, lo scarto di "trattamento" è molto più accentuato nelle Regioni centro-settentrionali che non in quelle meridionali: si passa, infatti, dal valore minimo del Friuli Venezia Giulia dove la percentuale di maschi che riceve l'indennità (sul totale dei beneficiari) è di circa il 33% al valore massimo della Sicilia, comunque inferiore al 40%.

KI 12.3. Spesa media per beneficiario di indennità di accompagnamento (€), anni 2005-2015



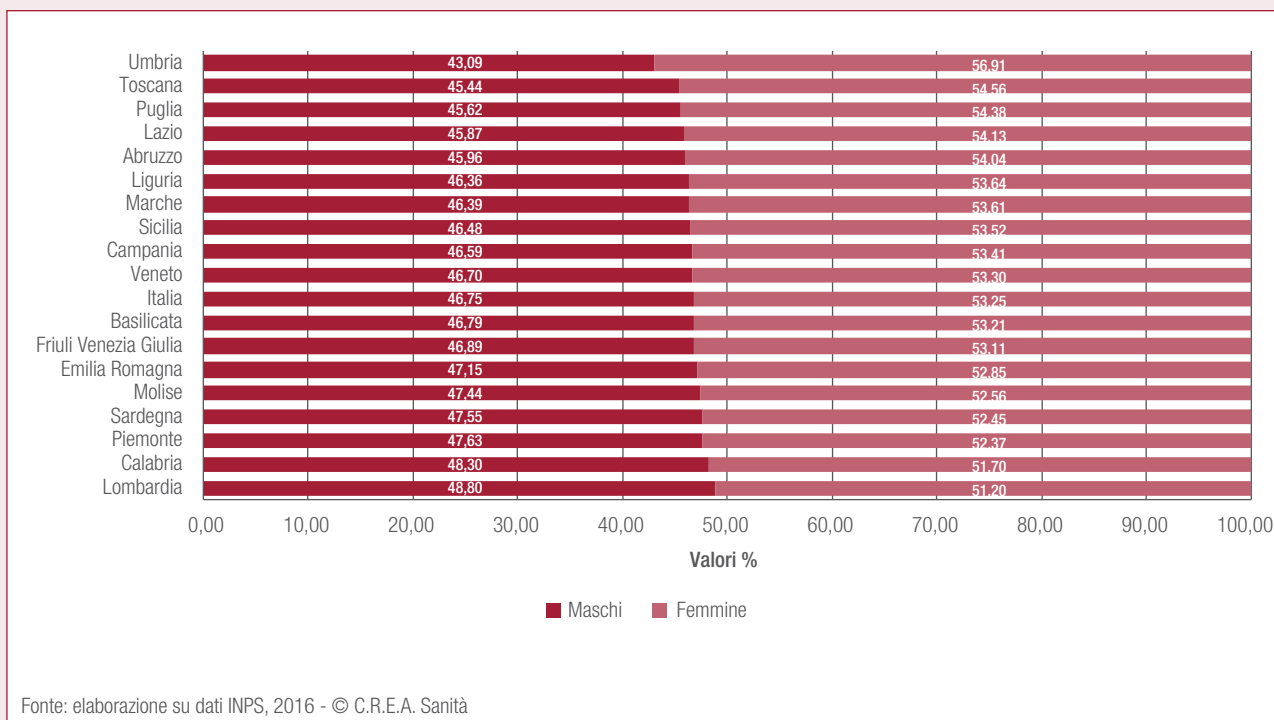
Nel 2015 la spesa media che è stata sostenuta per garantire a ciascun avente diritto l'indennità di accompagnamento è stata circa di € 5.808,24 con un incremento del 14% rispetto al 2005 quando si fermava a € 5.105,64. In ogni caso la spesa media per beneficiario di indennità di accompagnamento è andata costantemente aumentando nel periodo 2005-2015 sebbene ad un ritmo più contenuto nell'ultimo quinquennio (+5%).

KI 12.4. Beneficiari di pensioni di invalidità civile. Incidenza sulla popolazione (%), anni 2005 e 2015



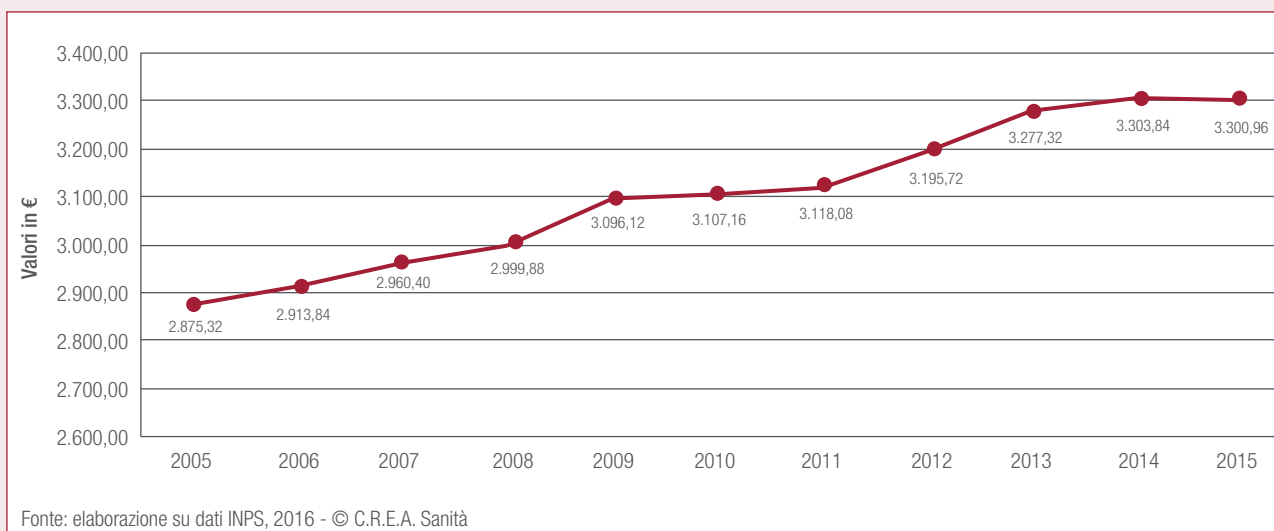
Nel 2015 i beneficiari di pensioni di invalidità civile sono 913.029, ovvero beneficia della citata provvidenza economica circa l'1,5% dei residenti contro l'1,27% del 2005. Le Regioni che, nel 2015, hanno erogato un maggior numero di pensioni di invalidità civile a favore della popolazione residente sono risultate essere: la Calabria (circa il 2,6% e in aumento di quasi un punto percentuale rispetto al 2005), la Sicilia (il 2,5%) e la Puglia (il 2,3%). Sono 8 le Regioni che registrano un valore dell'indicatore inferiore a quello nazionale. Si noti che le pensioni di invalidità civili considerate sono quelle corrisposte agli invalidi totali, agli invalidi parziali, ai ciechi e ai sordomuti.

KI 12.5. Beneficiari di pensioni di invalidità civile. Distribuzione regionale per genere (%), anno 2015

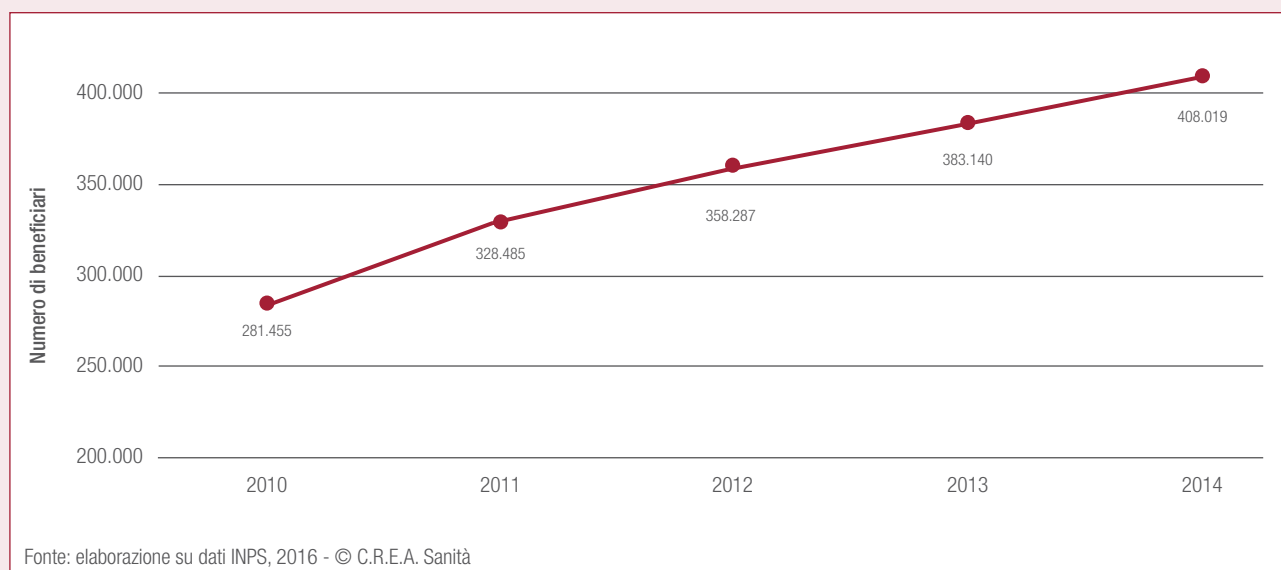


Per effetto della diversa prevalenza della disabilità a livello di genere, anche la distribuzione della pensione di invalidità civile è tendenzialmente concentrata sul genere femminile. In particolare, nel 2015, lo scarto di “trattamento” è più accentuato in Umbria dove il 43% dei beneficiari della richiamata provvidenza economica appartiene al genere maschile e in Toscana dove circa il 45,4% del totale dei beneficiari i maschi che ricevono la pensione di invalidità civile; in Lombardia, invece, i beneficiari della pensione di invalidità civile sono tendenzialmente equidistribuiti tra i due generi. In definitiva, le differenze di genere, pur rimanendo evidenti, sono meno marcate rispetto al caso delle indennità di accompagnamento; in aggiunta, nel caso delle pensioni di invalidità civile, non sono apprezzabili differenze legate alla ripartizione geografica di residenza.

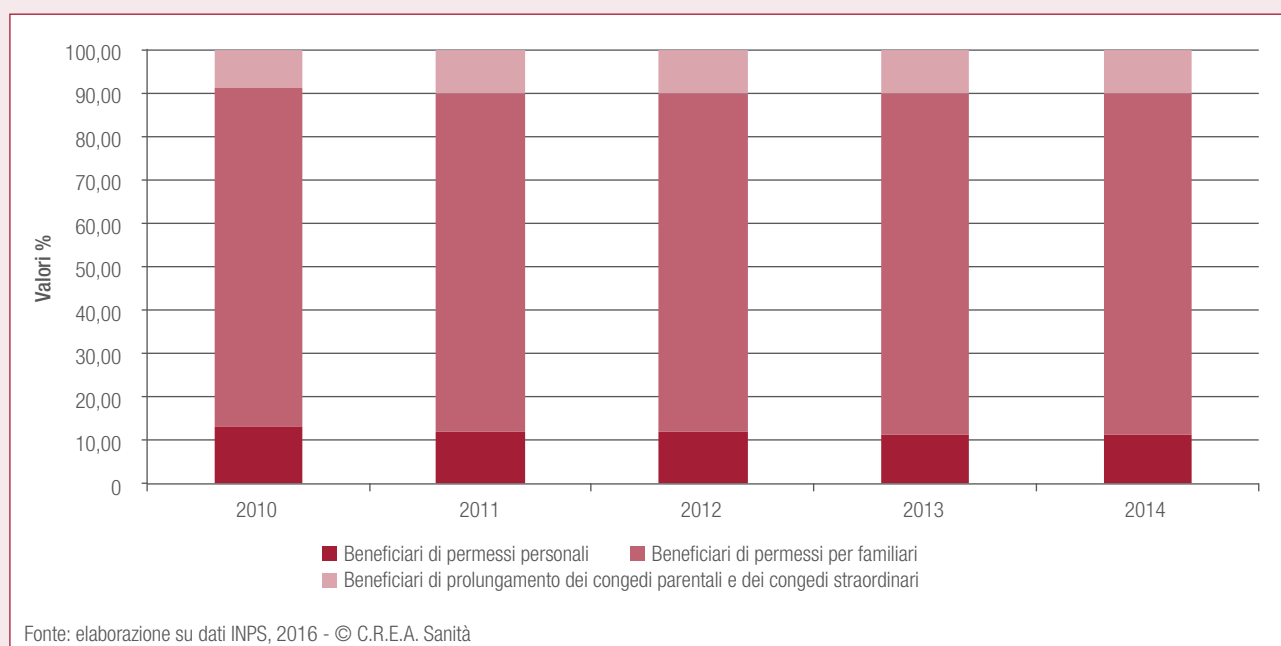
KI 12.6. Spesa media per beneficiario di pensione di invalidità civile (€), anni 2005-2015



Nel 2013 la spesa media che è stata sostenuta per garantire a ciascun avente diritto la pensione di invalidità civile è stata circa di € 3.221,8 con un incremento del 10,5% rispetto al 2005 quando si fermava a € 2.916,5. In ogni caso la spesa media per beneficiario di pensione di invalidità civile è andata costantemente aumentando nel periodo 2005-2013, sebbene tra il 2009 ed il 2010 l'incremento sia stato assai più modesto rispetto a quello verificatosi negli altri periodi analizzati. Giova, inoltre, sottolineare che la spesa per il 2012 è stata stimata come media di quella sostenuta nel 2011 e nel 2013 poichè quella relativa al 2012 non è stata pubblicata.

KI 12.7. Beneficiari di permessi per legge 104/1992 e per congedo straordinario. Valori assoluti, anni 2010-2014


Secondo i dati forniti dall'INPS in Italia il numero di lavoratori di aziende ed enti privati che hanno usufruito di permessi ex Legge 104/1992 sono passati da 281.455 nel 2010 a 408.019 nel 2014 (ovvero un incremento del 45%). Tra il 2013 ed il 2014, a livello nazionale, è stata registrata una variazione del 6,5% del numero di lavoratori di imprese private che hanno usufruito dei permessi previsti dalla Legge 104/92.

KI 12.8. Beneficiari di permessi per legge 104/1992 e per congedo straordinario. Composizione (%), anni 2010-2014


Secondo i dati forniti dall'INPS in Italia, tra il 2010 ed il 2014, l'incidenza dei beneficiari di permessi per familiari sul totale dei beneficiari per la Legge 104 e per congedo straordinario si è mantenuta tendenzialmente stabile, andando dal 77,7% del 2009 al 78,4% del 2014. Diminuisce, invece, l'incidenza dei beneficiari di permessi personali che, riducendosi di 2 punti percentuali passa dal 13,3% del 2010 all'11,3% del 2014, mentre aumenta del 15% quella dei beneficiari di prolungamento dei congedi parentali e dei congedi straordinari (passa dal 9% del 2010 al 10,3% del 2013).



Capitolo 13

Aspetti industriali della Sanità

Industrial aspects of Health

13a. L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

English Summary

13b. Il futuro dei sistemi-salute e dell'industria *life science* nell'ecosistema digitale

English Summary

13c. Il valore della sanità digitale

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 13

Aspetti industriali della Sanità

Il Rapporto analizza la Sanità sia dal punto di vista macro-economico, che per singolo settore assistenziale. Dal punto di vista “macro”, non si può dimenticare che la Sanità, oltre una delle principali aree di intervento pubblico e di *Welfare*, rappresenta anche un importante comparto industriale.

Per l'esattezza rappresenta la terza industria del Paese (per lo più in tutti i Paesi sviluppati), seconda solo ad Alimentari e Edilizia, abbondantemente prima di settori comunque fondamentali, quali la metalmeccanica etc.

Le stime sono convergenti su fatto che pur rappresentando il 9% del PIL in termini di spesa, il contributo alla creazione del valore aggiunto, sia significativamente maggiore, per effetto dell'indotto del settore: quest'ultimo è stato valutato da più parti rappresentare altri 2-3 punti percentuali di PIL, portando la quota della Sanità fra l'11 e il 12%.

Il capitolo analizza, quindi, la Sanità in una ottica industriale, ovvero in termini di fatturati, occupazione, produttività, esportazioni e importazioni, spesa per ricerca etc., senza dimenticare di fornire alcune valutazioni prospettiche sull'evoluzione dei singoli comparti.

I settori tipicamente sanitari, detti anche delle “scienze della vita”, o meglio quelli la cui produzione è “esclusivamente” dedicata alla Sanità, e quindi nello specifico produzione farmaceutica e dispositivi medici (*medical devices*) sono analizzati con maggiore dettaglio in continuità con gli anni passati.

Si è, inoltre, cercato da questa annualità di allargare la visione di insieme, considerando anche altre branche, nelle componenti dedicate alla Sanità.

Le aree sono innumerevoli: basti pensare all'indotto creato dalle stesse aziende di produzione farmaceutica e dei dispositivi medici in settori quali la distribuzione, la logistica, il *packaging*, etc.

Alcune industrie hanno “rami” dedicati: fra queste ricordiamo, fra gli intermediari finanziari, le assicurazioni (il comparto malattia); fra le aziende di produzione quelle dell'*Information and Communication Technology* (ICT).

Di digitalizzazione della Sanità si parla molto e certamente rappresenta, sicuramente in prospettiva, ma anche già da ora, un'area strategica di evoluzione della Sanità: per questo si è ritenuto utile approfondirne alcuni aspetti, legati tanto alla domanda (aspettative della popolazione), quanto alla offerta (l'impatto delle nuove frontiere dell'informatica sugli assetti organizzativi assistenziali e non).

Per completare il quadro, da ultimo ricordiamo che oltre ai settori “nativi” sanitari” ed al loro indotto, nonché a quelli con rami dedicati alla Sanità, vanno contati anche quelli che potremmo definire “ibridi”: esistono, infatti, numerosi altri settori in cui l'attività tende a generare situazioni ibride da un punto di vista tassonomico, risultando a cavallo fra comparto di origine e Sanità: basti pensare ai labili confini fra alimentazione e alimentazione clinica, con una crescente attenzione agli effetti che, in generale, l'alimentazione ha sulla salute, e alle opportunità terapeutiche che comporta.

Cercheremo, anno dopo anno, di allargare quindi l'orizzonte dell'analisi, convinti che l'impatto della Sanità sulla Società travalichi abbondantemente quello descrivibile con le analisi dei settori assistenziali.

Industrial aspects of Health

The Report analyzes the Health and Healthcare before from macro-economic perspective and then by each single healthcare sector. From a macroeconomic perspective, it is also opportune considers that Health, beyond being one of the principal areas of public intervention and Welfare, also represents an important industrial sector.

To be precise, it is the third ranking industry in Italy (mostly in all developed Countries), only ranking second to Food and Construction and largely before some fundamental sectors such as mechanical engineering, etc..

Healthcare sector represents the 9% of the GDP in terms of expenditures; but in terms of added value, contributions are significantly higher, by effect of the induced effects: the lasts represent another 2-3 points of the GDP, bringing the weight of Health at about 11-12% of GPD.

The chapter will analyses Health from an industrial perspective, namely in terms of market value, productivity, exports and imports, employment, etc., without neglecting to provide some prospective assessments regarding the evolution of individual sectors.

Sectors typically of a healthcare nature, also called "life sciences" sectors or better those in which production is "exclusively" dressed to Healthcare, like pharmaceuticals and medical devices, are analysed in greater detail and in continuity with the past Reports.

Moreover, in this report's edition we have attempted to broaden the overall vision through by also considering other branches belonging to the Healthcare sector.

The areas are countless: it is sufficient to consid-

er satellite activities created by production companies dealing with pharmaceuticals and medical devices in sectors such as distribution, logistics, packaging, etc.

Some industries have dedicated "branches" for Health: we wish to remember, amongst financial intermediaries, insurance companies (illness sector), and amongst production companies, those involved in Information and Communication Technology (ICT).

Health is very involved in digitalization and represents, of course in prospective, but even from the present, a strategic Healthcare area in evolution: for this reason, it has been deemed appropriate to delve into some aspects that are linked both to demands (expectations of the population) as well as supply (the impact of new frontiers of Information Technology on organizational structures in Welfare and non-Welfare sectors).

In summary, we wish to specify that in addition to the "native" healthcare sectors and their satellite activities, along with "branches" dedicated to Health, one must also count those that might be termed as "hybrid": in fact, there are many other sectors in which the activity tends to generate hybrid situations from a taxonomic point-of-view, being astraddle compartments of origin and Health. Suffice it to consider the feeble boundaries between nutrition and clinical nutrition, with growing attention towards the effects which (in general) nutrition bears on health and the treatment opportunities that this entails.

Year on year, we shall try to broaden the horizon of analysis, convinced that the impact of Health on Society goes well beyond what can be described through analyses of the Healthcare sector.

CAPITOLO 13a

L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

d'Angela D.¹, Carrieri C.¹

13a.1. Produzione e dimensione dell'industria

Le industrie del settore sanitario dimensionalmente maggiori sono la farmaceutica e quella dei dispositivi medici (DM): hanno peraltro dimensioni significativamente differenti, passando da un mercato mondiale di circa € 715 mld. del settore farmaceutico (EFPIA, 2016) ad uno di circa € 311 mld. (*International Trade Administration*, 2015) del settore DM.

Secondo i dati di Farmindustria, il mercato farmaceutico mondiale frena e la crescita si sposta nei Paesi emergenti. In particolare, dal 2011 al 2016, si registra una crescita del mercato farmaceutico nei Paesi appartenenti all'area BRIC e nel resto del mondo, passando da una quota di mercato del 27% ad una del 36%. Questi Paesi, sempre nel periodo compreso tra il 2011 e il 2016, hanno contribuito alla crescita del mercato mondiale per l'89% rispetto all'11% delle economie avanzate.

Sempre secondo Farmindustria, nel periodo 2014-2018, si prevede una crescita del mercato farmaceutico, con i Paesi emergenti che rappresentano i nuovi

motori di crescita della domanda mondiale, registrando variazioni percentuali medie annue in aumento (+2% rispetto al periodo 2009-2013). Nonostante questo, sono ancora gli Stati Uniti a confermarsi primi nel mercato farmaceutico mondiale, con una crescita compresa tra il 5-8%, seguiti da Cina, Giappone e Germania, mentre per l'Italia si prevede una crescita del 2-5%.

Secondo i dati di Assobiomedica², il commercio mondiale dei DM nel biennio 2013-2014 è, invece, cresciuto del 3,4% ma, sebbene sia continuato a crescere (+2,8% nel biennio precedente), risulta ancora distante dalla dinamica pre-crisi.

Nonostante la riduzione subita negli ultimi anni, secondo i dati *International Trade Administration e MedTech Europe*, nel 2015, il mercato statunitense rappresenta circa il 41% di quello mondiale sia nel settore farmaceutico che dei dispositivi medici, quello europeo il 31%, quello giapponese il 9%.

Nel periodo 2016-2020, secondo le previsioni dell'*International Trade Administration*, si prevede una crescita del mercato dei MD di quasi il 30% (+28,4%), soprattutto grazie agli accordi internazionali NAFTA³ e TPP⁴ (Tabella 13a.1.).

Tabella 13a.1. Previsioni di crescita mercato DM (\$ mld.), anni 2016-2020

Paesi	2016	2017	2018	2019	2020
Americas	166,6	176,5	187,3	197,9	208,6
Asia/Pacific	68,7	72,6	77,6	82,9	88,6
Central/Eastern	14,6	15,7	17	18,1	19,1
Middle East/Africa	10	10,8	11,5	12,5	13,2
Western Europe	79,5	85,1	92,6	101,4	106,2
Totale	339,5	360,8	386,1	412,8	435,8

Fonte: International Trade Investment, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

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

² Assobiomedica, Rapporto 2015 "Produzione, ricerca e innovazione nel settore dei dispositivi medici in Italia"

³ Nafta è un accordo nordamericano di libero scambio fra USA, Canada e Messico

⁴ TPP è un progetto di trattato di regolamentazione e di investimenti regionali alle cui negoziazioni hanno preso parte dodici paesi dell'area pacifica e asiatica: Australia, Brunei, Canada, Cile, Giappone, Malesia, Nuova Zelanda, Perù, Singapore, Stati Uniti, Vietnam

Si prevede che il mercato mondiale nel 2020 supererà i \$ 435,8 mld. ed il fenomeno riguarderà soprattutto Francia, Inghilterra, Belgio, Olanda e Irlanda, dove è prevista una crescita nel prossimo quinquennio di oltre il 30,0% (+33,6%).

Produzione

Nel settore farmaceutico Svizzera, Germania, Italia e Francia rappresentano il 50% della produzione europea (€ 300 mld.) e quella italiana circa il 10%.

La produzione farmaceutica italiana è continuata a crescere anche nel 2015 (+5,0%) raggiungendo i € 30 mld. (€ 28,7 mld. nel 2014), soprattutto grazie all'*export* che ha raggiunto il suo valore più alto negli anni nel settore, pari a € 22 mld. (73% del valore di produzione).

A livello europeo l'Italia continua a rimanere il terzo mercato in termini di valore di produzione, dopo Svizzera e Germania, con rispettivamente € 35.819 mln. e € 30.401 mln., seguita dalla Francia con € 20.981 mln..

Si noti che Italia, Germania e Svizzera hanno continuato ad aumentare il valore della produzione a loro riferibile (rispettivamente +5,0%, +4,6% e +7,8%).

Germania, Francia e Inghilterra continuano, invece, a rappresentare più del 50% del mercato mondiale dei DM (28%, 16% e 12% rispettivamente); l'Italia rappresenta il 10% del mercato europeo.

Il mercato europeo dei dispositivi medici si stima intorno a € 100 mld., rappresentando il 31% del mercato mondiale ed il secondo dopo gli Stati Uniti (40%).

Nella produzione di DM, l'Italia si colloca al quarto posto in Europa, con un valore pari a € 5,9 mld., dopo Germania, Inghilterra e Francia con rispettivamente € 11,1 mld., € 7,8 mld. e € 6,4 mld. di produzione.

Produttività

Nel settore farmaceutico, Svizzera, Irlanda e Svezia sono i Paesi europei che registrano il maggior valore della produzione in rapporto agli occupati: € 0,85 mln., € 0,73 mln. e € 0,58 mln. per occupato. L'Italia, nel 2014, ha continuato ad incrementare la produttività per occupato raggiungendo il valore di € 0,47 mln. (€ 0,46 mln. nel 2014). Germania e Francia, nel triennio 2012-2014, hanno variato di poco il valore della produzione per occupato, raggiungendo nel 2014 rispettivamente € 0,27 mln. e € 0,23 mln., circa la metà di quello italiano.

Nel settore dei DM si riscontra invece una produttività per occupato più bassa rispetto a quella del farmaceutico. L'Olanda, con € 0,31 mln. per occupato, risulta essere il Paese con il maggior valore di produzione in rapporto agli occupati nel settore; segue la Finlandia con € 0,30 mln. (più del doppio di quello riscontrato nel farmaceutico); l'Italia è al terzo posto con un valore pari a € 0,23 mln.. Francia e Germania, con € 0,16 mln. e € 0,15 mln. per occupato occupano il quinto e sesto posto rispettivamente.

Aziende e occupati

Nel settore farmaceutico è l'Irlanda il Paese con il più alto numero di aziende in rapporto agli abitanti, 14,39 ogni 1.000.000 abitanti, segue il Portogallo con 5,80 aziende ogni milione di abitanti e l'Italia con circa 5 aziende ogni milione di abitanti.

Nel 2014 il numero di occupati nelle aziende farmaceutiche in Europa è ripreso ad aumentare raggiungendo, secondo il dato EFPIA 2016, le 723.448 unità (706.811 nel 2013). In Italia, dopo il calo registratosi nel biennio 2013-2014, il numero di occupati, nel 2015, ha ripreso a crescere (+0,8%), raggiungendo il valore registrato nell'anno 2012: 63.500 unità (Figura 13a.1.).

Nel settore dei DM, nel 2014, in Europa, si contano più di 25.000 aziende e 575.000 occupati. Il 71% di queste è localizzato in solo quattro Paesi: Germania (49%), Inghilterra (12%), Francia (5%) e Spagna (5%). Si tratta per il 95% di piccole e medie imprese (meno di 250 addetti).

La Svizzera risulta essere il Paese con la maggior presenza di aziende per abitante (174 per 1.000.000 ab.), seguita da Germania (135 per 1.000.000 ab.), Inghilterra (44 per 1.000.000 ab.), Spagna (24 per 1.000.000 ab.) e Francia (18 per 1.000.000 ab.).

Svizzera, Irlanda e Danimarca risultano, invece, essere i Paesi con il maggior numero di occupati nel settore in rapporto alla popolazione: 65, 55 e 36 ogni 10.000 abitanti rispettivamente. L'Italia ne conta 9 ogni 10.000 ab..

In Italia, nel 2013, secondo quanto riportano nel Rapporto 2015 "Produzione, ricerca e innovazione nel settore dei dispositivi medici in Italia" (Assobiomedica), risultano 4.368 imprese nelle quali operano circa 70.000 addetti.

Figura. 13a.1. Numero occupati industria farmaceutica, anni 1995-2015



Si tratta per il 52% di produttori, per il 44% di distributori e per il 4% di fornitori di servizi.

Dinamiche di import ed export

Analizzando le dinamiche di *import/export* dell'industria del farmaco in Europa, nel 2015, il Paese con il saldo più alto risulta essere la Germania con + € 22.177 mln., seguita dall'Irlanda con € 15.925 (Figura 13a.2.). La Germania continua ad essere il Paese con il maggior valore di esportazione ed importazione nel settore farmaceutico (€ 60.478 mln. e € 37.835 mln. rispettivamente), seguita dalla Svizzera per le esportazioni (€ 50.673 mln.) e dal Belgio per le importazioni (€ 32.066 mln.).

Nel 2015, secondo i dati Farmindustria, l'Italia ha registrato un saldo totale negativo, pari a € 234 mln.; limitandolo a farmaci e vaccini questo risulta essere positivo e pari a + € 3.613 mln. per i medicinali e a +€ 195 mln. per i vaccini; diventa negativo con il saldo relativo a materie prime e altri prodotti (-€ 4.041 mln.).

Il valore delle esportazioni è continuato a crescere (+4,5%) raggiungendo il 73,0% della produzione (€ 21,9 mld.); anche le importazioni totali sono cresciute del +11,5% raggiungendo i € 22,1 mld. (di cui € 13,5 mld. per i medicinali).

Le esportazioni mondiali di DM sono state nel 2013 pari a circa \$ 330 mld., con un aumento annuo del +4,3%.

Gli Stati Uniti confermano il ruolo di *leader*, con una quota sulle esportazioni mondiali del 16,5%, seguiti dalla Germania e dalla Cina, con una quota rispettivamente del 14,9% e dell'8%. Tra le economie avanzate gli Stati Uniti e il Giappone riducono rispetto al 2012 il loro peso sul totale, rispettivamente di 0,6 e 0,9 punti percentuali. L'Italia aumenta di 0,1 punti percentuali la quota di esportazioni di DM rispetto al 2012 (da 3,4% a 3,5%); al contrario, la Francia, consolida la quota registrata nel 2012, pari al 4,3%.

La Germania e l'Olanda si confermano i Paesi con il maggior valore di esportazione ed importazione nel settore dei DM (Figura 13a.3.): nel 2014, secondo i dati riportati da *MedTech Europe*, la Germania ha esportato per un valore pari a circa € 28,0 mld., seguita dall'Olanda con circa € 18,0 mld.; nello stesso anno le loro importazioni sono rispettivamente pari a € 18,0 mld. e € 14 mld.. L'Italia, nello stesso anno, ha esportato DM, per un valore pari a € 4,1 mld., ed importato per un valore pari a circa € 6,1 mld. (*MedTech Europe*), con un saldo della bilancia commerciale negativo e pari a € 2,0 mld..

Secondo i dati Assobiomedica, nel 2014 le esportazioni di DM dell'Italia sono aumentate rispetto all'anno precedente del +6,4%, più di quelle complessive della manifattura, in crescita invece solo del 2,2%. Sono aumentate soprattutto le esportazioni del settore

Figura. 13a.2. Bilancia Commerciale medicinali (€ mln.), anno 2015

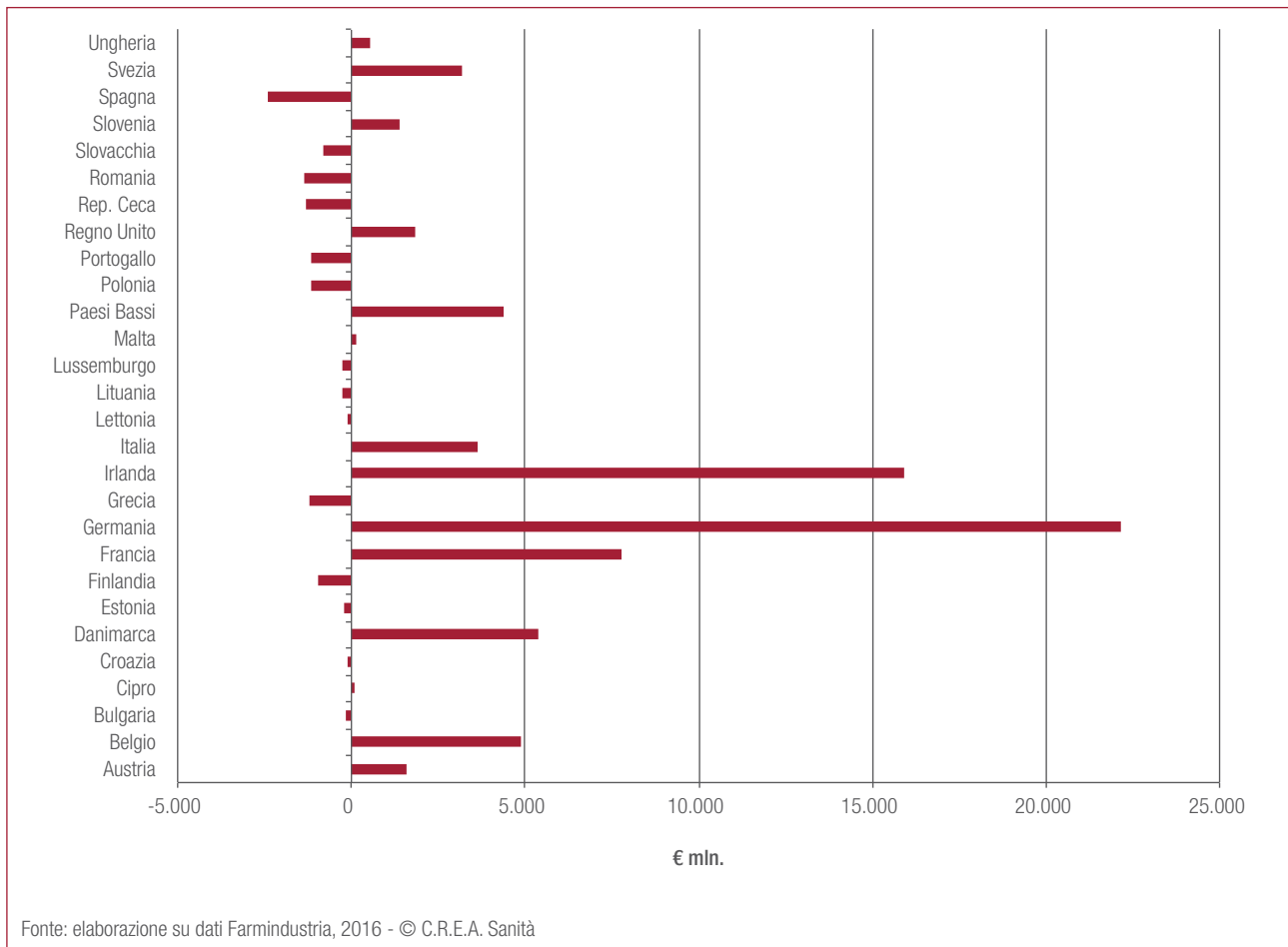
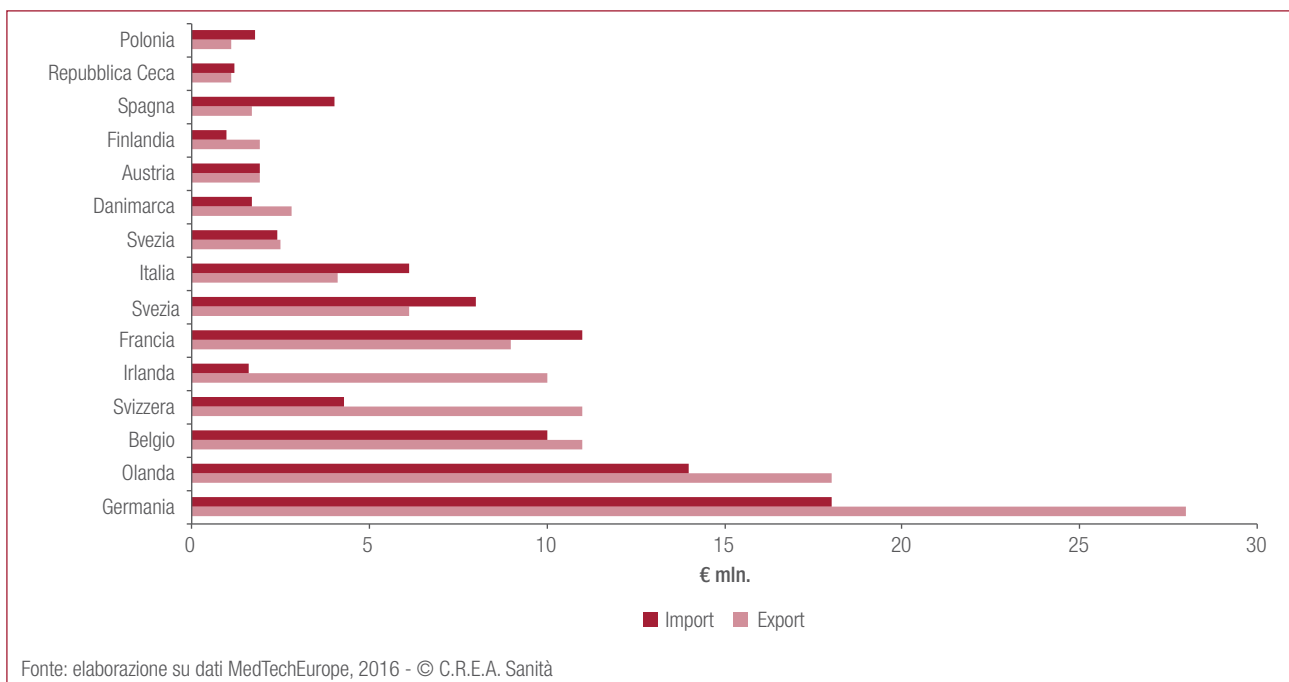


Figure 13a.3. Import/Export dispositivi medici per Paese (€ mln.), anno 2014



attrezzature tecniche: +11,1% e +8,3% rispettivamente. Le esportazioni crescono anche nel biomedicale strumentale (3,4%), mentre si riducono nella diagnostica in vitro (-9,6%) e nell'elettromedicale diagnostico (-2,2%).

Le importazioni aumentano complessivamente del 4,8%. Ad eccezione della diagnostica in vitro (-2,7%), l'aumento delle importazioni riguarda tutti i comparti, in particolare l'elettromedicale diagnostico e il biomedicale, nei quali aumentano rispettivamente del 7,2% e del 6,4%.

Si conferma anche nel 2014 l'elevata diversificazione dei mercati di sbocco delle esportazioni italiane. In particolare, l'Italia aumenta le esportazioni di DM in tutti i principali mercati mondiali, ad eccezione dei Paesi Bassi, dove si riducono dell'1,6%. Inoltre le esportazioni crescono in misura significativa in Russia, Cina, Regno Unito e Svizzera.

13a.2. Spesa

Per quanto concerne la spesa nel settore farmaceutico si rinvia al capitolo 9.

Per quanto concerne i DM la spesa pro-capite è massima negli Stati Uniti, pari a € 380; segue il Giappone con una spesa pro-capite di € 180 e l'Europa (in media) di € 195. Fra i Paesi europei le differenze sono notevoli: la Francia ha una spesa pro-capite di € 303,34, seguono Germania con € 278,38 e la Danimarca con € 238,21, quindi la Svizzera con € 221,95 e la Norvegia con € 220,42. In Italia, secondo i dati di spesa riportati da *Eucomed*, pur ormai datati, la spesa pro-capite è di € 112,81, inferiore di circa il 43% a quella media europea (2012).

Al fine di stimare un dato, almeno indicativo, della spesa a livello regionale, seppure limitata a quella sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche, sono stati analizzati i Conti Economici (CE) ministeriali.

La spesa per i DM si posiziona subito dopo l'onere per il personale e la spesa farmaceutica, e forse anche dopo la spesa specialistica, della quale non si conosce l'esatto valore.

A partire dal 2011 (D.L. n. 111/2011) è stato fissato un tetto alla spesa per dispositivi medici pari al 5,2% del fondo sanitario previsto per il 2013; successivamente la quota è stata ridotta al 4,9% per il 2013 e al

4,8% per il 2014 (D.L. 135/2012) e infine con il Patto di stabilità 2013 è stata fissata pari al 4,8% per il 2013 e 4,4% per il 2014.

Per permettere il monitoraggio del rispetto del tetto, sono stati recentemente adottati provvedimenti finalizzati a consentire di rilevare la spesa ed il costo per DM sostenuti dalle Aziende Sanitarie. Per la rilevazione dei costi è stato aggiornato il modello di Conto Economico (CE) che, a partire dall'anno 2012, presenta la voce 'Dispositivi medici' somma dei tre sottogruppi 'Dispositivi medici' (contenente il costo dei DM dotati del numero di iscrizione nel sistema banca dati/Repertorio ai sensi del DM 20 Febbraio 2009), 'Dispositivi medici impiantabili attivi' (costo dei dispositivi medici attivi) e 'Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)' (costo dei DM diagnostici in vitro nell'ambito di applicazione del D.L. 332/2000).

Per la rilevazione della spesa, il Ministero della Salute con il DM dell'11.06.2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale", ha istituito e avviato il nuovo flusso informativo riguardante il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici, presenti nella banca dati/Repertorio, direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale: nonostante dalla sua introduzione si sia registrato un crescendo di adesioni da parte delle aziende sanitarie, il dato di spesa rilevato risulta ancora essere parziale.

Da quest'ultimo è risultato un dato di spesa nazionale, nel 2013, pari a poco più di € 3,2 mld., che appare decisamente sottostimato per via dell'utilizzo non ancora a regime di questo strumento.

Dai CE risulta una spesa per DM (delle sole strutture pubbliche), nel 2014, pari a € 5,69 mld. (€ 5,56 mld. nel 2013), anch'essa certamente sottostimata per la presenza di tecnologie acquisite a noleggio, con *leasing*, valorizzate su voci differenti dei CE e comunque non univocamente distinguibili, prima di tutto perché per le apparecchiature sanitarie le quote di ammortamento sono indistinte nella relativa voce 'Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali'. La spesa rilevata, pur con i limiti descritti, rappresenta il 5,2% del Fondo Sanitario Nazionale del 2014, e sarebbero solo quattro le Regioni sotto il tetto del 4,4% del FSR: Calabria, Campania, Sicilia, Lombardia;

Figura 13a.4. Quota di spesa per DM su Fondo Sanitario Regionale. Valori %, anno 2014

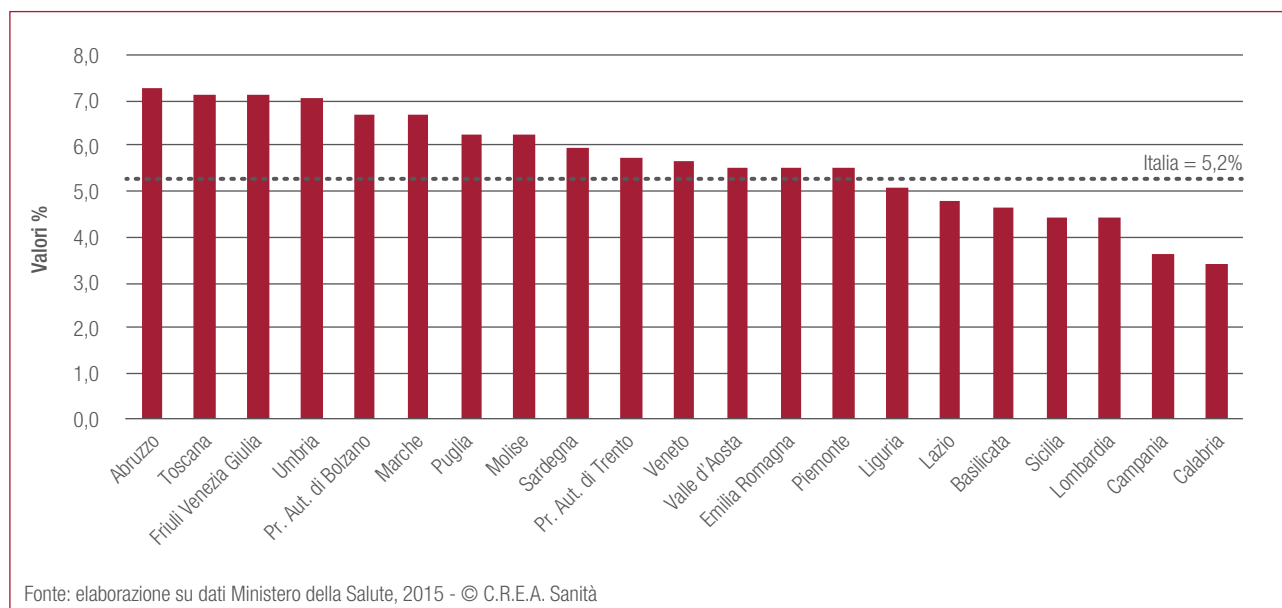
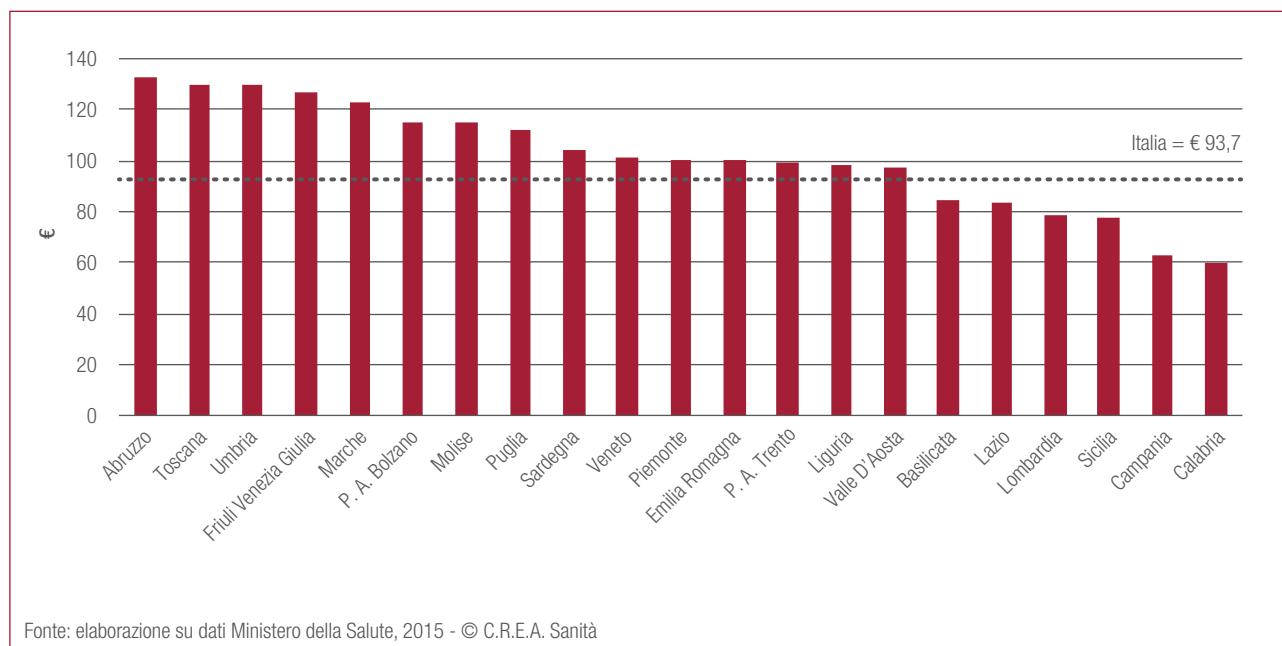


Figura 13a.5. Spesa per DM. Valori pro-capite (€), anno 2014



Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Umbria risultano essere le Regioni con la quota più alta (7,3%, 7,1%, 7,1% e 7,0% rispettivamente) (Figura 13a.4.).

Nel 2014 la spesa procapite media nazionale per DM delle strutture pubbliche ha continuato a crescere raggiungendo € 93,7 (+3,2%).

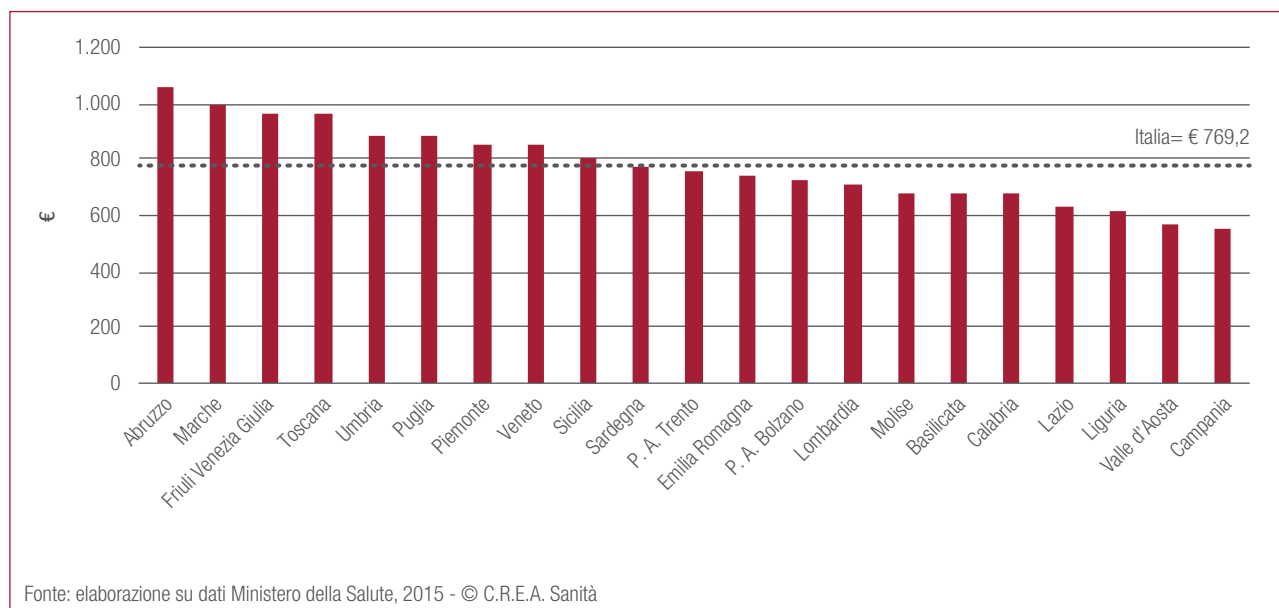
Le Regioni con la maggior spesa procapite risultano essere Abruzzo (€ 133,2), Toscana (€ 130,5), Umbria (€ 130,4) e Friuli Venezia Giulia (€ 127,6); quelle

con la minore sono Calabria (€ 60,4), Campania (€ 63,5) e Sicilia (€ 77,8) (Figura 13a.5.).

La spesa pro-capite italiana per DM, delle sole strutture pubbliche, al netto di ammortamenti, *leasing* etc., sarebbe quindi il 48% di quella media europea riportata da *Eucomed* (€ 195).

Qualora i due dati fossero in qualche modo coerenti, la spesa delle strutture private rappresenterebbe il 20% di quella riportata da *Eucomed*.

Figura 13a.6. Spesa per DM – Valore per ricovero in acuzie (€), anno 2014



Quanto sopra evidenzia che andrebbe rivisto l'indicatore per il controllo del rispetto del tetto: rapporta, infatti, la spesa per DM delle strutture pubbliche al finanziamento totale del SSR, che contiene anche la quota relativa alle attività delle strutture private accreditate.

Quindi il valore attuale sottostima l'onere nelle Regioni con un'importante presenza del privato accreditato, quali Campania, Lombardia e Calabria, che risultano in effetti essere le Regioni che apparentemente rispettano il tetto di spesa previsto, ma sono anche le Regioni con la maggiore quota di case di cura private accreditate (rispettivamente 57,0%, 54,0% e 52,0%).

Un indicatore più corretto, che riduce le distorsioni legate ad una differente distribuzione tra strutture pubbliche e private accreditate, potrebbe essere quello che rapporta la spesa per DM al numero di ricoveri in acuzie nelle strutture pubbliche: in Italia tale rapporto è pari a € 769,2 (Figura 13a.6.).

Con tale indicatore, Abruzzo, Marche, Toscana e Friuli Venezia Giulia sono le Regioni con la spesa per DM per ricovero più alta; Lazio, Liguria, Valle d'Aosta e Campania con quella più bassa.

Nell'ottica di progettare un sistema di *governance* che permetta il controllo della spesa, alla luce dell'elevata variabilità di tecnologie che afferiscono alla categoria dei DM, va detto che probabilmente un tetto unico sulla spesa, ed uguale per tutti i SSR non rappresenta una solu-

zione ottimale: la grande varietà di prodotti richiederebbe almeno la distinzione fra beni ad uso non ripetuto e non inventariabili e uno per i beni soggetti ad ammortamento (apparecchiature sanitarie, *software stand-alone* etc.).

Inoltre, data anche l'elevata eterogeneità in termini di complessità tecnologica, sarebbe il caso di articolarlo dividendo i beni a bassa e medioalta complessità, le cui logiche di governo sono certamente diverse (essendo i primi in pratica assimilabili a *commodities*).

Una suddivisione di questo tipo consentirebbe anche di differenziare per le diverse Aziende, dimensionandolo in funzione del loro "livello" tecnologico di offerta.

La banca dati istituita nel 2010 dal Ministero della Salute potrebbe consentire, a regime, una rilevazione puntuale della spesa delle singole subcategorie; e un ulteriore adeguamento dei CE che preveda voci specifiche per la rilevazione dei servizi (noleggio, leasing) per DM, dei *software* e degli ammortamenti delle apparecchiature sanitarie, consentirebbe poi una rilevazione completa della spesa per i DM.

13a.3. Conclusioni

Le azioni previste dai recenti provvedimenti legislativi di contenimento della spesa sanitaria pubblica, non possono prescindere da una analisi a livello ma-

cro economico degli impatti sulle dinamiche industriali del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

La quota di produzione italiana nel settore dei farmaci rappresenta il 19% di quella europea e quella dei DM il 10%.

Si conferma che l'Italia è uno dei maggior produttori a livello europeo (e mondiale), posizionandosi al terzo e quarto posto rispettivamente per farmaci e dispositivi medici.

L'Italia, come la Germania ha continuato ad aumentare il valore della produzione farmaceutica (+4,3% contro il +4,6% della Germania).

L'Italia è anche al quarto posto per produttività con € 0,45 mln. per occupato nel settore farmaceutico e € 0,23 mln. per occupato in quello dei DM.

Nel 2015 in Italia il settore farmaceutico ha continuato a crescere e finalmente è in ripresa anche l'occupazione nel settore che, dopo un biennio "negativo" è ritornata ai valori del 2012 contando 63.500 unità.

Significativo è stato l'aumento del valore di produzione nel 2015 che ha raggiunto il valore di € 30 mld. (+4,8% rispetto al 2014). Tale crescita è dovuta soprattutto all'*export* che ha raggiunto il suo valore più alto negli anni nel settore, pari a € 22 mld. (73% del valore di produzione).

Nel 2015, l'Italia ha registrato un saldo di bilancia commerciale totale (medicinali, vaccini e materie prime) negativo nel settore farmaceutico, pari a € 234 mln. (positivo e pari a + € 3.613 mln. per i medicinali e a +€ 195 mln. per i vaccini e negativo per le materie prime).

In ogni caso l'industria farmaceutica continua ad essere uno dei settori industriali che meglio fronteggia la crisi.

Complessivamente è aumentato il saldo negativo italiano nel settore delle tecnologie mediche che ha raggiunto un valore pari a -€ 2,2 mld.

Analogo discorso vale per l'industria dei DM, che rimane ancora rappresentata da piccole e medie imprese (molte di distribuzione). La crescita delle aziende deve quindi essere in qualche modo sostenuta.

Complessivamente la spesa italiana rimane al di sotto di quella media EU del 48% (€ 93,7 vs € 195).

La spesa pubblica per DM risulta pari a € 5,7 mld., che evidentemente non contiene ad esempio le quote

di ammortamento delle apparecchiature medicali, le acquisizioni in noleggio, *leasing*, etc..

Ipotizzando quale possibile indicatore per il monitoraggio, la quota della spesa per DM sul valore della produzione dei ricoveri in strutture pubbliche (sebbene non tutti i DM siano ad uso ospedaliero) le Regioni più virtuose (con spesa più bassa) risulterebbero Lazio, Liguria, Valle d'Aosta e Campania e le meno virtuose Abruzzo, Marche, Toscana e Friuli Venezia Giulia.

Il tetto non appare però del tutto coerente con le evidenze a livello internazionale, in quanti richiederebbe un livello di spesa inferiore a quello EU del 60%.

In definitiva, i provvedimenti legislativi introdotti sui tagli della spesa nel settore dei farmaci e dei DM, se da una parte sono necessari per il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, dall'altro stanno evidenziando importanti falle (si vedano anche le sentenze sul *payback* farmaceutico) che rischiano di creare un ambiente non favorevole allo sviluppo dell'industria sanitaria.

Riferimenti bibliografici

- Assobiomedica (2015), *Rapporto sui DM*
- Commission Staff Working Document - *Social Investment Package – Investing in Health* – February 2013 (http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf)
- Corte dei Conti (2015), *Rapporto EFPIA* (anni vari), *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*
- Eucomed (2014), <http://www.eucomed.be/>
- Farmindustria (2015), Indicatori farmaceutici regionali
- IMS Midas (2011), <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth>
- International trade administration 2016, (http://trade.gov/top-markets/pdf/Medical_Devices_Executive_Summary.pdf)
- Istat (anni vari), *banche dati on line*, www.istat.it
- MedTechEurope, *Report 2015* (http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/MEDTECH_FactFigures_ONLINE3.pdf)
- Ministero della Salute (2014), *Conti Economici*
- OECD (2013), *Health data statistics*
- Patto della Salute 2014-2016*

ENGLISH SUMMARY

The healthcare industry: evolution and prospects

Actions involving healthcare policies cannot be irrespective of an impact analysis at the macro-economic level regarding industrial dynamics of the life sciences sectors.

Healthcare industries represent an important share of national production, with qualitative-quantitative characteristics that are entirely peculiar.

In particular, the share of Italian production in the pharmaceuticals and medical devices (MD) sectors is approximately 10% of the European one.

Italy is one of the most important producers at the European (and International) level, respectively ranking third and fourth in both sectors.

Italy continues to increase the volume of its pharmaceutical production, having reached €30 billion in 2015, recording productivity per employed equal to € 0.47 million in the pharmaceutical sector and € 0.18 million in the MD one.

In Italy pharmaceuticals and medical devices, with 63,500 and 54,000 units respectively, account for 106.1 and 90.6 workers every 100,000 inhabitants.

The pharmaceutical industry represents one of the industrial sectors that best reacts to the economic slump: following the “negative” 2013 2014 biennium, employment has begun to rise once again, returning as such to the number of units recorded in the year 2012 (63,500).

Italy in 2015 has recorded a negative balance sheet in the pharmaceutical sector (-€ 243 millions): positive for the drug (+€ 3,073 millions) and vaccine market (+€ 195 millions), negative for raw material and other products (-€ 4,014 million); the value of exports has reached its maximum value by representing 73.0% of production. Concerning MD, the trade balance continued to be negative and equal, in 2014, to € 2.2 billions.

The MD industry is still made up of small and medium-size companies (many of which are distribution

companies). Company growth must therefore be supported in some way.

In Italy, per-capita expenditure for MD in public facilities (without taking depreciation, leasing, etc. into consideration) should be approximately € 93.7. When this figure is compared to what has been reported by Eucomed (average European per-capita expenditure equal to € 195), this means that approximately 20% can be attributed to the private component.

Overall, Italian expenditure remains below that of the EU average by 48% with a public expenditure estimated at € 5.7 billions in 2014. These evidently do not envisage depreciation rates for medical equipment, rentals, leasing, etc. The said expenditure represents 5.2% of the Regional Healthcare Funding, therefore a value that overshoots the foreseen threshold fixed by the government by 4.4%; only four Regions lie below this threshold: Calabria, Campania, Sicilia and Lombardia.

But it should be noted that the imposed monitoring criteria reports a significant bias, as it compares an expenditure of public facilities with a funding that also includes shares for the private ones (whose consistency is indeed particularly significant, especially in the 4 “compliant” Regions).

Comparing expenditure to hospitalization in public facilities (although not all DMs are for hospital use) more coherently, the most virtuous Regions would conversely seem to be Liguria, Valle d’Aosta and Campania; whereas the less virtuous ones would be Abruzzo, Marche and Toscana.

In any case, the threshold would seem coherent with a level of expenditure lower than that of the EU by 60%, which is presumably entirely insufficient.

Ultimately, legislative measures introduced regarding ceilings to expenditure in the pharmaceutical and MD sector, while being necessary on one hand for the at-

tainment of a balanced budget, on the other hand bring to light significant flaws (also see judgements passed on pharmaceutical paybacks) that are likely to create an environment not conducive to the development of

the industry; while it seems necessary to emphasize the importance for policies that are more attentive towards the value of industry, capable of promoting national economic development.

CAPITOLO 13b

Il futuro dei sistemi-salute e dell'industria *life science* nell'ecosistema digitale

Greco G.¹

13b.1. La seconda età delle macchine

Per la prima volta dal 1927 la rivista *Time* nel 1982 fece una scelta non umana, assegnando il premio persona dell'anno al *computer*. A quasi 35 anni di distanza tutti i segnali lasciano presagire, che – dopo la prima rivoluzione industriale, iniziata a fine Settecento – stiamo entrando nella “seconda età delle macchine”, secondo la felice espressione dei due economisti del *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) Erik Brynjolfsson e Andrew McAfee, i quali osservano un punto di svolta nel progresso tecnologico in grado di produrre effetti economici significativi di lungo periodo (Weitzman, 1998), come avvenuto nella prima età delle macchine.

Per Brynjolfsson e McAfee il punto di svolta è legato a tre fattori chiave del progresso tecnologico in atto: il miglioramento esponenziale della potenza di calcolo dei *supercomputer*, l'esplosione della quantità di informazione digitale, l'innovazione ricombinante. Grazie al loro impatto, dispositivi e sensori diventano sempre più economici nel tempo, cresce esponenzialmente la disponibilità di giganteschi archivi di dati, che possono essere riutilizzati all'infinito, ogni sviluppo tecnologico diventa un tassello ricombinabile per innovazioni successive.

“I poteri esponenziale, digitale e ricombinante della seconda età delle macchine – nella prospettiva indicata da Brynjolfsson e McAfee – hanno messo l'umanità in

grado di creare due dei più importanti eventi epocali della nostra storia: la nascita della vera intelligenza artificiale (IA), reale ed efficiente, e la connessione di quasi tutti gli abitanti del pianeta attraverso la rete digitale comune”.

Le caratteristiche intrinseche della nuova ondata di *information and communication technologies* (ICT) offrono opportunità significative per lo sviluppo di quelle innovazioni complementari nei processi organizzativi sia pubblici che privati, senza le quali solitamente non si generano gli attesi elevati guadagni di produttività (Brynjolfsson, 1993; Romer, 2008). Il tempo necessario allo sviluppo di queste innovazioni complementari riflette la sfasatura temporale già osservata nella storia degli ultimi secoli (Syverson, 2013) fra l'introduzione delle cosiddette *general purpose technologies* (GPT)³ e i vantaggi nella produttività (Brynjolfsson, Hitt, Yang, 2002).

In altri termini, i ritorni più alti degli investimenti in tecnologia si realizzano in quelle organizzazioni che investono anche in capitale organizzativo, per diventare attori digitali *tout court* (Brynjolfsson e Saunders, 2009), assumendo le caratteristiche tipiche delle organizzazioni che operano in un ecosistema digitale:

- interconnessione continua con gli altri attori pubblici e privati dell'ecosistema e apertura alla collaborazione nella produzione di valore grazie all'ICT e a Internet;

¹ Segretario Generale, ISIMM Ricerche

² E. Brynjolfsson e A. McAfee, *The Second Machine Age: Work, Progress, and Prosperity in a Time of Brilliant Technologies*, W. W. Norton & Company, 2014

³ Si tratta di quelle tecnologie che hanno un impatto economico potenzialmente pervasivo e a largo spettro, come in questo caso le ICT. Cfr. G. Wright, *Review of Helpman* (1998), *Journal of Economic Literature* 38, 2000; A.J. Field, *Does Economic History Need GPTS?*, Social Science Research Network, Rochester (NY), 2008

⁴ Metodologie e strumenti per archiviare e analizzare l'enorme quantità di informazione digitale disponibile, estraendo valore dal potenziale informativo in essa contenuta

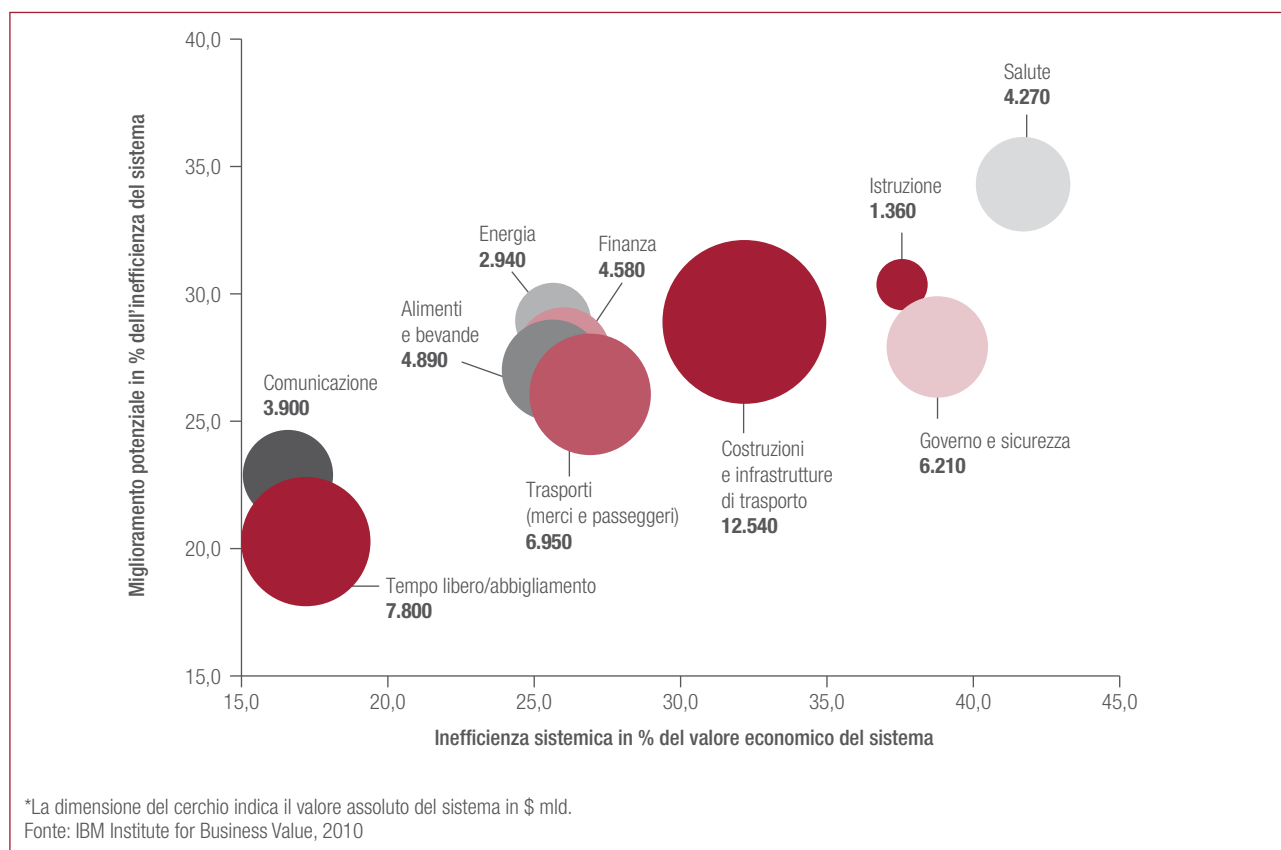
- semplicità e intelligenza nello sforzo di ridurre la complessità, sfruttando tutte le potenzialità dei *big data analytics*⁴ nel processo decisionale;
- velocità nell'adattarsi ai cambiamenti e nel cogliere le opportunità, che emergono continuamente nell'ecosistema stesso.

Oltre al capitale organizzativo, la produzione di valore nell'economia digitale si basa su altri *asset* intangibili, fra i quali vanno annoverati la proprietà intellettuale, i contenuti generati dagli utenti, il capitale umano. Questi *asset* intangibili, che assumeranno un peso sempre maggiore rispetto ai tradizionali *asset* fisici, richiederanno nuove strutture organizzative, nuove competenze, nuove istituzioni e nuovi parametri di misurazione⁵ per realizzare e rappresentare tutto il potenziale economico delle nuove tecnologie.

13b.2. La trasformazione digitale dei sistemi-salute

L'impatto della seconda età delle macchine sarà visibile nei vari settori dell'economia, via via che questi si trasformeranno in ecosistemi dell'innovazione, diversi dai tradizionali mercati di beni e servizi, governati prettamente dalla legge della domanda e dell'offerta. Questo impatto economico sarà più profondo in quei settori che al momento mostrano una maggiore inefficienza sistemica rispetto ad altri, come il settore della salute, dove esiste un più elevato potenziale di miglioramento in termini di guadagni di efficienza rispetto al valore economico totale. Lo indica fra gli altri uno studio comparativo del 2010, condotto da IBM *Institute for Business Value* sui principali settori economici globali, rappresentato nella Figura 13b.1.

Figura 13b.1. Inefficienza e guadagni potenziali di efficienza nei maggiori sistemi globali*



⁵ Secondo Brynjolfsson e McAfee le statistiche ufficiali si stanno facendo sfuggire una quota crescente del valore economico generato dalle ICT: una corretta contabilità degli *asset* intangibili legati all'ICT aggiungerebbe \$ 2.000 mld alle stime ufficiali degli *asset* di capitale nella sola economia statunitense

Senza una radicale riprogettazione dei sistemi salute, questi diventeranno sempre più insostenibili e inaccessibili, come conseguenza di profondi mutamenti demografici, epidemiologici e socio-economici. Secondo le proiezioni della *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2012), le spese pubbliche per la salute sono destinate ad aumentare fra il 50 e il 90% entro il 2050.

Già nell'ultimo decennio la disponibilità dei nuovi strumenti *hi-tech* – quali cartella clinica elettronica, prescrizione medica digitale, fascicolo sanitario elettronico, telemedicina – sta determinando, sia pure in misura differente nei diversi Paesi, una riorganizzazione dei sistemi sanitari, per collegare in maniera più efficiente ed efficace medici, pazienti, strutture e informazioni.

Con l'attuale nuova ondata di tecnologie innovative – quali *mobile health*⁶, *Internet of things*⁷, *big data analytics*, *cloud computing*⁸, *machine learning*⁹, genomica medica, robotica collaborativa – la più volte annunciata rivoluzione della medicina diventa una realtà a portata di mano, con la possibilità di riprogettare alla radice i sistemi-salute verso un vero e proprio ecosistema dell'innovazione, coinvolgendo proattivamente tutti gli attori di riferimento. Un modello che utilizza l'informazione come infrastruttura strategica primaria, per dare concreta attuazione alla cosiddetta medicina delle 4P – predittiva, preventiva, personalizzata, partecipata – secondo la definizione coniata nel 2003 dallo scienziato americano Leroy Hood, che aveva colto l'impatto sul settore della salute derivante dalla convergenza fra la

rivoluzione digitale, gli sviluppi della ricerca bio-medica e il ruolo centrale assunto dal paziente.

In questo modo i sistemi salute *information-intensive* possono ottenere guadagni di efficienza e riduzione dei costi, ottimizzazione nell'erogazione dei servizi, riduzione degli errori medici e della sicurezza dei pazienti, miglioramento nella gestione delle patologie croniche¹⁰.

Ma un ecosistema dell'innovazione non si costruisce dall'oggi al domani, soprattutto nel settore della salute, che già si configura come un *Ultra-Large-Scale System* (Sullivan, 2011; Northrop, 2006). Sistemi di questo tipo sono eterogenei, decentralizzati e imperfetti, peculiarmente in conflitto e in cambiamento continuo. Richiedono quindi modelli non tradizionali di *governance*, attraverso il disegno e l'implementazione di una strategia architeturale complessiva ("Enterprise Architecture"), che tenga conto dei bisogni effettivi di tutti gli *stakeholder* coinvolti.

Viepiù nel passaggio ad ecosistema dell'innovazione, la *governance* pubblica del settore salute deve aprirsi ad un modello di piattaforma abilitante di servizi innovativi, avendo come riferimento la cosiddetta *API Economy*, che consente l'accesso agli *asset* digitali della pubblica amministrazione (dati e servizi *open*) attraverso l'uso di *Application Programming Interface* (API), le interfacce di programmazione dei sistemi informativi. L'accesso a tali porte applicative – anche grazie all'utilizzo del *cloud computing* e della comunicazione *mobile* – rende possibile lo sviluppo di ecosistemi cooperativi di servizi complementari a valore aggiunto e di applicazioni

⁶ "Pratica della medicina e della salute pubblica, supportata da dispositivi mobili, come telefoni cellulari, dispositivi di monitoraggio del paziente, Assistenti Personali Digitali (PDA) e altri dispositivi wireless". Cfr. World Health Organization, *mHealth. New horizons for health through mobile technologies*, Global Observatory for eHealth series - Volume 3, 2011

⁷ "Infrastruttura di rete globale e dinamica con capacità di auto configurazione sulla base di protocolli di comunicazione standard e interoperabili, dove gli oggetti fisici e virtuali hanno un'identità, attributi fisici, personalità virtuale e utilizzano interfacce intelligenti, oltre ad essere perfettamente integrati nella rete info-telematica". Cfr. European Commission, *Strategic Research Agenda of the Cluster of European Research Projects on the Internet of Things*, 2009

⁸ Si tratta di sistemi estesi e distribuiti di server intercomunicanti in Rete, che rendono disponibile maggiori potenza di calcolo e memoria come servizio, con notevoli risparmi nei costi di gestione

⁹ L'apprendimento automatico – uno dei più evoluti prodotti della ricerca nel campo dell'intelligenza artificiale – si basa sulla realizzazione di sistemi e algoritmi che, a partire dai dati di base, offrono nuovi contenuti informativi, frutto di elaborazioni avanzate finalizzate a rappresentare caratteristiche peculiari e relazioni fra le variabili osservate

¹⁰ E. Ronchi, J. Adler-Milstein, G. Cohen, L. Winn, A. Jha, *Better Measurements for Realizing the Full Potential of Health Information Technologies*, Chapter 1.7 in the 2013 *Global Information Technology Report*, World Economic Forum; European Commission, *Unlocking the ICT growth potential in Europe: Enabling people and businesses*, Final Main Report, DG Communications Networks, Content & Technology, 2013

digitali *multistakeholder*, che sono già parte integrante delle strategie di *Open Government* di molti Paesi, con l'obiettivo di favorire la digitalizzazione dei processi e l'integrazione fra amministrazioni, l'integrazione con imprese e università e la co-erogazione dei servizi¹¹.

In tale scenario gli *stakeholder* si trasformano in *assetholder*, da portatori di interessi a portatori di risorse, poiché le interazioni formali e informali fra gli attori dell'ecosistema creano una nuova *supply chain*, dove gli attori sono contemporaneamente produttori e distributori di valore per l'intero sistema, massimizzando le sinergie a beneficio degli stessi operatori pubblici e privati, nonché degli utilizzatori finali, medici e pazienti. Un'innovazione aperta di questo tipo consente ai sistemi sanitari pubblici di catturare l'innovazione presente sul mercato e nelle università, integrandola nel sistema.

La realizzazione della rivoluzione digitale, anche in ambito salute, richiede un attivo ruolo catalizzatore e fertilizzatore della parte pubblica, come motore dinamico dell'innovazione, capace di innescare un'ibridazione virtuosa fra pubblico e privato, in quanto i due attori, agendo sull'innovazione, non sono vincoli indipendenti (Mazzucato, 2013). Da questo punto di vista – per il superamento delle barriere che si frappongono al pieno dispiegamento delle potenzialità della sanità digitale nel medio e lungo periodo – i sistemi sanitari pubblici possono operare attraverso una serie di azioni di *policy*¹², quali:

- la definizione di un sistema di *governance* dell'innovazione in grado di indirizzare il processo di cambiamento, garantendo convergenza, interoperabilità e neutralità delle iniziative strategiche;
- la riprogettazione delle strutture organizzative e dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) a livello territoriale secondo il modello *Integrated Care*, che favorisce una più stretta collaborazione

fra i professionisti sanitari e un più diretto coinvolgimento del paziente nei percorsi di cura;

- lo sviluppo di programmi per la diffusione della cultura e delle competenze digitali fra gli operatori del sistema sanitario e fra i cittadini;
- l'attuazione di una strategia nazionale per gli *open data*, che definisca modelli e metodologie comuni, in grado di facilitare l'interoperabilità semantica e di incrementare la qualità e la quantità dei dati pubblicati, nonché la possibilità di riuso degli stessi;
- la definizione di un quadro regolatorio che contempere sia la tutela dei diritti individuali e collettivi sia il sostegno all'innovazione in merito alle questioni aperte riguardanti *privacy* e sicurezza dei pazienti, qualità e funzionalità delle applicazioni, certificazione delle soluzioni e catena delle responsabilità, modelli di rimborsabilità e accreditamento, governo, accesso e proprietà dei dati, neutralità della Rete;
- l'individuazione di nuovi parametri di misurazione dell'innovazione digitale in termini di economicità, appropriatezza, efficienza ed efficacia, affinando le metodologie di *Health Technology Assessment* (HTA);
- la definizione di procedure avanzate di *Procurement* dell'innovazione, fondate sull'interazione a monte fra pubbliche amministrazioni e industria (*Pre-Commercial Procurement*);
- la realizzazione di un piano di investimenti pubblici strategici per il settore, in grado di innescare un circolo virtuoso di risorse economiche secondo la logica del *Public-Private Partnership* (PPP).

La progressiva realizzazione di queste azioni di *policy* per la sanità digitale può contribuire nel tempo a conferire nuova centralità alla natura funzionale dei sistemi sanitari pubblici, come dotazione infrastrutturale della vita quotidiana dei cittadini secondo l'approccio della

¹¹ Cfr. G8 Open Data Charter (giugno 2013), che definisce fra i Paesi del G8 cinque principi strategici da adottare per il rilascio del patrimonio informativo pubblico su 14 aree tematiche di rilievo, fra cui la salute: 1) dati aperti by default, 2) incremento di qualità e quantità, 3) usabilità per tutti, 4) rilascio dei dati per una governance migliore, 5) rilascio dei dati per l'innovazione. Sullo stesso tema insiste la direttiva 2013/37/UE, che mira a favorire il riutilizzo dei dati delle pubbliche amministrazioni dell'Unione Europea e a consentire a soggetti diversi lo sviluppo di nuove attività e servizi sia a scopi commerciali che non, seppure a determinate condizioni di diritto all'accesso, di protezione dei dati e di trasparenza delle tariffe

¹² European Commission, *Unlocking the ICT growth potential in Europe: Enabling people and businesses*, Final Background Report, DG Communications Networks, Content & Technology, 2013; OECD, *Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies*, OECD Health Policy Studies, 2010; European Commission, *Sources of financing and policy recommendations to Member States and the European Commission on boosting eHealth investment*, DG INFSO & Media, 2008

cosiddetta *economia fondamentale* (Bentham et al., 2013). Ma anche qui sarà necessario procedere con un approccio collaborativo aperto fra autorità di regolamentazione, società medico-scientifiche, industria e associazioni di pazienti, sempre più in un contesto transnazionale.

13b.3. La trasformazione digitale dell'industria *life science*

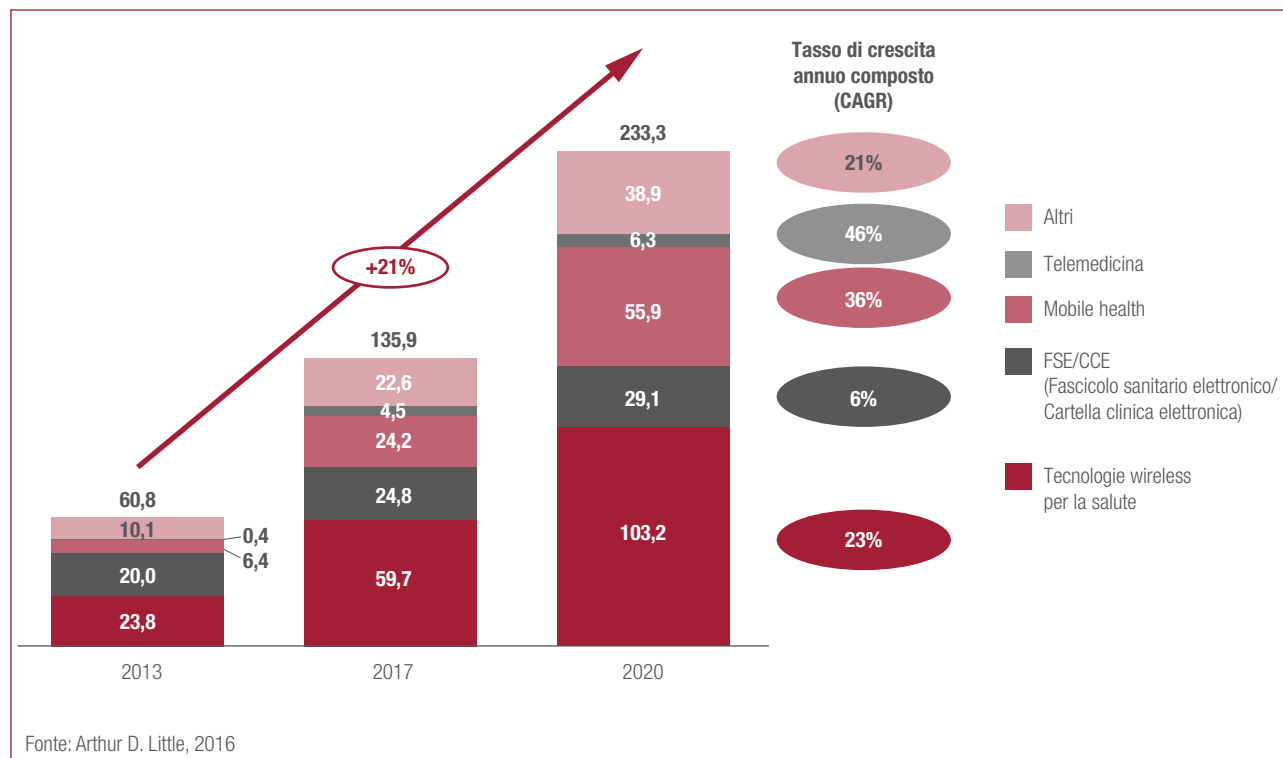
Nella seconda età delle macchine anche l'industria *life science*¹³ dovrà ripensare il proprio modello di *business* e la propria capacità di generare valore per sé e per gli altri attori del nuovo ecosistema della salute, sviluppando le necessarie innovazioni complementari nei processi organizzativi per ottenere più alti ritorni dagli investimenti nelle tecnologie digitali per la salute, e quindi guadagni di produttività.

Il mercato della sanità digitale a livello globale – nei suoi vari segmenti di telemedicina, mobile *health*, fascicolo sanitario elettronico/cartella clinica elettronica, wireless *health* – è previsto in crescita ad un tasso medio annuo 2013-2020 del 21% (CAGR), passando da \$ 60,8 mld. a \$ 223,3 mld., come mostra la Figura 13b.2 (Arthur D. Little, 2016).

Oltre alla telemedicina, ancora sottodimensionata in valori assoluti, il segmento che registra il tasso di crescita medio annuo più significativo è quello del mobile *health* (+36%), trainato dal mercato dei servizi *mobile*. A sua volta la diffusione delle applicazioni *mHealth* spingerà la crescita del segmento *wireless health* (+23%), cioè le tecnologie di rete *wireless* (WLAN, *Bluetooth*, RFID), che includono i bio-sensori e i dispositivi portatili.

Lo sviluppo di questo mercato offre l'opportunità all'industria *life science* di ridisegnare il proprio ruolo da fornitore del sistema a partner degli altri *stakeholder* attraverso l'estensione delle tradizionali funzionalità dei prodotti con

Figura 13b.2. Il mercato della sanità digitale 2013-2020 (\$ mld.)



¹³ Intendiamo le aziende che convenzionalmente operano nel campo della farmaceutica, delle biotecnologie, dei dispositivi medici, della diagnostica e delle tecnologie biomediche

servizi complementari e continuativi *information-intensive*, seguendo il più generale processo di *servitization* del manifatturiero, abilitato dalle tecnologie digitali.

Due esempi significativi riguardano lo sviluppo dei *Clinical Decision Support System*, basati sulle evidenze scientifiche, per supportare i medici nell'attività terapeutico-assistenziale in particolare nella gestione multidisciplinare di patologie croniche, e dei *Personal Healthcare Assistant*, applicazioni d'interfaccia in modalità conversazione fra PC, *smartphone*, *tablet* e *device* indossabili e/o ingeribili, utili a sostenere l'*empowerment* e la *compliance* dei pazienti e a promuovere la prevenzione, sviluppando nuove forme di rapporto medico-paziente.

In questa prospettiva la trasformazione digitale dell'industria *life science* è legata in larga misura alla sua capacità di estrarre valore dai cosiddetti *Real-world data* (Rwd), generati in grande volume, varietà e complessità dagli strumenti di sanità digitale, sviluppando una sorta "scienza di sintesi dei dati" (Elliot, Grimshaw et al., 2015), per trarre evidenze significative, affidabili e controllate (Real-world evidence, Rwe) dall'aggregazione e dall'analisi dei dati elementari. Gli ultimi sviluppi tecnologici in tema di *cloud computing* e di *machine learning* rispondono a questo obiettivo, indirizzando l'innovazione verso settori avanzati quali la nanotecnologia, la medicina traslazionale e la genomica.

Il mercato globale degli *big data analytics* nel settore della salute già adesso vale fra \$ 4 mld. e \$ 5 mld.¹⁴ ed è previsto in crescita ad un tasso annuale fra l'8 e l'11% al 2020 (International Data Corporation - IDC, 2015) con un ruolo predominante giocoforza esercitato dall'industria ICT. Per essere un attore chiave del nuovo ecosistema della salute, l'industria *life science* dovrà essere in grado di intercettare quote sempre maggiori di questo mercato, facendo leva sul proprio *know-how* specifico nel settore, come vantaggio competitivo.

Peraltro l'uso dei *big data analytics* consentirà all'in-

dustria *life science* di rispondere alla pressione delle autorità regolatorie in merito ai prezzi di rimborso dei prodotti farmaceutici e biomedicali, individuando nuovi modelli di *value-based pricing* e di *risk sharing* dell'innovazione, basati sulle prove di efficacia (Cohen, Felix, 2014), così come emergeranno dalla raccolta dei risultati di salute per i pazienti attraverso le tecnologie digitali (Rwe). In questo modo l'industria potrà migliorare anche il livello di produttività del settore R&S, indirizzando gli investimenti nelle attività a più alti ritorni di redditività e nelle aree con i più alti bisogni medici insoddisfatti¹⁵.

Ma il nuovo paradigma dell'industria *life science* nell'ecosistema digitale richiede anche un cambiamento culturale in linea con il modello di *Open Innovation* (Chesbrough, 2006; Chiaroni, Chiesa, Frattini, 2011), che implica un'apertura a più avanzate forme di interazione collaborativa con le istituzioni sanitarie e i *payers*, con le società medico-scientifiche, con le università, con le associazioni di pazienti e con soggetti industriali provenienti da altri settori.

In particolare la collaborazione con l'industria ICT diventa fondamentale per far fronte alle circoscritte competenze e risorse tecnologiche dell'industria *life science*, necessarie per la conservazione, la gestione e l'analisi dell'immensa mole e varietà di dati sanitari digitali, su cui si fonda la possibilità di dare concreta attuazione alle nuove categorie della Medicina di Iniziativa, della Diagnostica Predittiva, della Medicina di Precisione.

Il riferimento è ancora una volta alle tecnologie di *cloud computing* e di *machine learning*. Negli ultimi anni si è prepotentemente affermato l'ecosistema *open source* Hadoop, infrastruttura *cloud* che ha registrato una notevole diffusione a livello *enterprise* per la conservazione dei *big data*. Al momento le aziende che lo utilizzano devono tuttavia far fronte ai limiti intrinseci dei propri *data warehouse*, dove i *big data* vengono aggregati per essere gestiti e analizzati. Per tale ragione generalmente

¹⁴ ResearchFox, Healthcare analytics market outlook, febbraio 2015; IQ4I, Healthcare Analytics global market, settembre 22, 2014; Marketsandmarkets.com, Healthcare Analytics/Medical Analytics Market by Application, dicembre 2013

¹⁵ Nondimeno dall'introduzione delle tecnologie digitali sono attesi guadagni di produttività anche nell'area del manufacturing, dove – grazie a fattori chiave quali l'intelligenza artificiale e la robotica collaborativa – si prevedono i seguenti benefici, secondo i canoni della cosiddetta Industria 4.0: accelerazione del time-to-market, qualità superiore e spiccata personalizzazione dei prodotti, elevata efficienza nella gestione delle risorse

si rende necessario sviluppare *partnership* con i grandi gruppi mondiali dell'ICT, come IBM, Google, Amazon, Microsoft, Yahoo. Ma anche in questo campo gli sviluppi della tecnologia lasciano intravedere nuove opportunità per superare i limiti attuali e per ottenere elevati guadagni di produttività nella gestione dei *big data*.

Peraltro la collaborazione dell'industria *life science* con l'industria ICT sarà fondamentale per sostenere gli investimenti in competenze e risorse nel settore della *cybersecurity*, al fine di dotare gli strumenti e i servizi di sanità digitale delle necessarie misure di sicurezza e protezione, quali la crittografia dei dati e i sistemi di autenticazione dei pazienti e dei medici, anche per salvaguardare la proprietà intellettuale e industriale, nonché la produttività e l'efficienza degli stessi investimenti in tecnologie digitali.

13b.4. La convergenza fra industria *life science* e industria ICT

La trasformazione digitale in atto dell'industria *life science* è provata dai numerosi casi di collaborazione che si stanno sviluppando a livello globale con i grandi attori dell'industria ICT, come mostrano alcuni significativi esempi degli ultimi due anni, schematizzati nella tabella 13b.1.

Accanto agli accordi con i grandi gruppi mondiali dell'ICT, l'industria *life science* è attiva anche nello sviluppo di *partnership* strategiche con *start-up* tecnologiche o medie aziende *hi-tech* specializzate nella medicina digitale¹⁶.

In altri casi l'industria *life science* ha sviluppato al proprio interno unità interamente dedicate al mercato

Tabella 13b.1. Accordi di collaborazione fra industria *life science* e grandi gruppi ICT – 2015-2016

Società interessate (anno)	Ambiti d'applicazione	Tecnologie
GlaxoSmithKline – Verily Life Sciences (Google) (2016)	Joint-venture Galvani Bioelectronics per la ricerca e lo sviluppo di farmaci bioelettronici nel campo delle patologie croniche	Dispositivi miniaturizzati e impiantabili, capaci di modificare gli impulsi elettrici del sistema nervoso centrale
Sanofi – Verily Life Sciences (2016)	Joint-venture Onduo per lo sviluppo di nuovi modelli per il monitoraggio e il trattamento del diabete	Modelli previsionali e tecnologie innovative che combinano nuovi device, software e scienza medica
3M Health Information Systems – Verily Life Sciences (2016)	Partnership per lo sviluppo di strumenti analitici a beneficio di attori sanitari pubblici e privati per misurare le performance, ridurre le inefficienze e migliorare la qualità delle cure	Piattaforma digitale per la gestione della salute della popolazione (PHM) attraverso l'analisi di ampi set di dati sanitari
Nestlé Institute of Health Science – Samsung (2016)	Collaborazione per lo sviluppo di una piattaforma che offre indicazioni personalizzate su salute, alimentazione, stili di vita e benessere	Piattaforma digitale che combina e integra terapie nutrizionali innovative e tecnologia dei biosensori (Internet of things)
Siemens Healthineers – IBM (2016)	Alleanza strategica per lo sviluppo di tecnologie, utili a supportare i provider sanitari nell'offerta di servizi sanitari avanzati e più efficienti per i pazienti cronici	Strumenti analitici e servizi innovativi di PHM, che combinano le tecnologie per la salute Siemens e la tecnologia cognitiva di IBM Watson Health
Novo Nordisk – IBM (2015)	Collaborazione per lo sviluppo di soluzioni digitali per rendere più semplice, efficace e misurabile la gestione del diabete a beneficio di pazienti e professionisti sanitari	Strumenti di analisi ed elaborazione dei dati di Real-world evidence, basati sulla tecnologia IBM Watson Health Cloud
Medtronic – IBM (2015)	Partnership per lo sviluppo della App cognitiva SugarWise per la gestione predittiva del diabete	Utilizzo della tecnologia artificial intelligence IBM Watson, applicata ai dati del Nuovo Sistema Integrato Medtronic per la terapia del diabete
Johnson & Johnson – Verily Life Sciences (2015)	Spin-off Verb Surgical per lo sviluppo di una piattaforma integrata di chirurgia	Integrazione dell'esperienza Google in computer science, imaging avanzato e sensoristica all'interno dei robot chirurgici
Novartis – Qualcomm (2015)	Joint-venture per l'impiego della tecnologia mobile negli studi clinici all'interno del programma Novartis Trials of the Future	Piattaforma cloud Qualcomm 2net e dispositivi interconnessi per la raccolta da remoto dei dati dei partecipanti ai trial clinici

Fonte: nostra elaborazione

¹⁶ Ne sono esempi significativi gli accordi siglati da Novartis con Proteus Digital Health (sensori nel campo dei trapianti d'organo e della neurologia) e con TheraSolve (tecnologie promemoria per l'aderenza terapeutica), da GlaxoSmithKline con Golden Helix (software di analisi dati nel campo della farmacogenomica) e con Medidata (tecnologie mobile per ottimizzare i trial clinici), da Sanofi con Mendor (trial interamente da remoto di un nuovo dispositivo per il monitoraggio del diabete che trasmette automaticamente i dati al cloud software dedicato)

della sanità digitale. È il caso di Vree Health – società autonoma del gruppo Merck & Co – specializzata in progettazione, sviluppo e distribuzione di servizi *e-health* modulari. La piattaforma digitale di Vree Health consente una gestione integrata del piano di cura del paziente cronico attraverso la condivisione delle informazioni fra tutti gli attori sanitari coinvolti, il supporto continuo al medico e al paziente di un centro servizi infermieristico e la misurazione da remoto dei parametri clinici del paziente grazie a un set di dispositivi medici.

La collaborazione con i grandi gruppi dell'ICT può consentire all'industria *life science* di ottimizzare i propri asset, di arricchire competenze e risorse, di condividere i rischi e di espandere le quote di mercato. Pur tuttavia l'industria *life science* può diventare oltremisura dipendente dai grandi gruppi ICT, i quali nel tempo potrebbero favorire lo sviluppo di nuovi modelli di business per il settore incentrati sulle proprie capacità tecnologiche, piuttosto che su quelle dell'industria *life science*, traendo i maggiori benefici dalla collaborazione¹⁷.

In ogni caso la direzione di questa trasformazione dipenderà anche dai diversi modelli che saranno adottati all'interno di sistemi sanitari per quanto riguarda sia la regolazione del governo, dell'accesso e della proprietà dei dati dei pazienti, sia la remunerazione dei servizi *information-intensive*. È plausibile ritenere che nel medio periodo i sistemi sanitari avranno tutto l'interesse a incorporare nell'offerta pubblica questo nuovo tipo di servizi, man mano che si renderanno disponibili le evidenze empiriche sui guadagni di economicità, appropriatezza, efficienza ed efficacia. Nell'individuazione di queste evidenze attraverso più avanzate metodologie di HTA il contributo dell'industria *life science* – in virtù del suo specifico *know-how*

– può essere decisivo, anche come fondamento per costruire più stretti rapporti di interazione collaborativa con i *decision-maker* sanitari pubblici e con gli altri attori di sistema.

Il quadro di sviluppo del mercato della sanità digitale presenta evidentemente aree di incertezza anche per l'industria *life science*, poiché le variabili e le forze in gioco – come abbiamo visto – sono numerose e non tutti gli investimenti potrebbero ottenere i ritorni preventivati. È chiaro tuttavia che l'affermarsi dell'ecosistema digitale richiede all'industria *life science* un cambiamento profondo del modello di *business* per cogliere le opportunità offerte dalle nuove tecnologie e per mantenere la propria capacità competitiva, anche rispetto a nuovi attori piccoli e grandi che entreranno presto in gioco, attratti dalla rapida espansione del mercato della sanità digitale.

La sfasatura temporale fra gli investimenti tecnologici da realizzare e i ritorni di produttività dipenderà in larga misura dall'impatto delle innovazioni complementari introdotte dall'industria *life science*. In base alle probabilità di successo e ai risultati ottenuti, il portafoglio degli investimenti dovrà essere inevitabilmente aggiornato strada facendo secondo un approccio *learning by doing* e ciò richiederà maggiore velocità e maggiore agilità rispetto alla fase attuale, nonché nuove competenze manageriali, già sperimentate negli ultimi decenni dall'industria ICT e dalle società di *venture capital*.

Se l'industria *life science* – come del resto gli stessi sistemi-sanitari nel loro complesso¹⁸ – saprà percorrere questa strada fino in fondo, sarà smentita la conclusione di Joseph Schumpeter, il quale a proposito del rapporto fra imprese affermate e sfidanti scriveva nella Teoria dello sviluppo economico (Schumpeter, 1934): “non sarà il proprietario delle diligenze a costruire le ferrovie”.

¹⁷ A settembre 2016 Amazon, Google, Facebook, IBM e Microsoft hanno costituito il consorzio globale Partnership on Artificial Intelligence per indirizzare e coordinare il processo di sviluppo tecnologico dell'intelligenza artificiale

¹⁸ In Italia la strada del ripensamento sistemico del Servizio Sanitario Nazionale, abilitato dalle tecnologie digitali, è stata avviata dal Patto per la Sanità Digitale, sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni il 7 luglio 2016. Il Patto – con una prospettiva multistakeholder – riconosce l'innovazione digitale come “fattore abilitante e, in taluni casi, determinante per la realizzazione di modelli sia assistenziali che organizzativi rispondenti alle nuove necessità” e nasce con l'obiettivo di dar vita ad un piano straordinario di sanità elettronica, capace di “innescare un circuito virtuoso di risorse economiche destinate a finanziare gli investimenti necessari”. Dalla qualità, dalla velocità e dalla consistenza delle azioni che saranno disegnate e implementate dalla Cabina di Regia del Patto dipenderà in gran parte lo slancio della trasformazione digitale nel SSN in Italia e la sua capacità di coinvolgere nel processo l'industria *life science* e ICT, anche per lo sviluppo economico e industriale del Paese

Riferimenti bibliografici

- Arthur D. Little (2016), *Succeeding with Digital Health. Winning Offerings and Digital Transformation*
- Bentham J. et al. (2013), *Manifesto for the Foundational Economy*, CRESC Working Paper 131
- Brynjolfsson E. (1993), *The Productivity Paradox of Information Technology*, Communications of the ACM 36, n. 12
- Brynjolfsson E. e McAfee A. (2014), *The Second Machine Age: Work, Progress, and Prosperity in a Time of Brilliant Technologies*, W. W. Norton & Company
- Brynjolfsson E., Hitt L., Yang S. (2002), *Intangible Assets: Computers and Organizational Capital*, Brookings Papers on Economic Activity
- Brynjolfsson E., Saunders A. (2009), *Wired for Innovation: How Information Technology Is Reshaping the Economy*, MIT Press, Cambridge (MA)
- Chesbrough H. (2006), *Open Innovation: Researching a New Paradigm*, Oxford University Press
- Chiaroni D., Chiesa V., Frattini F. (2011), *The Open Innovation Journey: How firms dynamically implement the emerging innovation management paradigm*, Technovation 31
- Cohen J. P., Felix A. E. (2014), *Personalized Medicine's Bottleneck: Diagnostic Test Evidence and Reimbursement*, Journal of Personalized Medicine 4
- Elliot J. H., Grimshaw J. et al. (2015), *Informatics: Make Sense of Health Data*, Nature
- European Commission (2013), *Unlocking the ICT growth potential in Europe: Enabling people and businesses*, Final Main Report, DG Communications Networks, Content & Technology
- European Commission (2009), *Strategic Research Agenda of the Cluster of European Research Projects on the Internet of Things (CERP-IoT)*, DG INFSO-D4
- European Commission (2008), *Sources of financing and policy recommendations to Member States and the European Commission on boosting eHealth investment*, DG INFSO & Media
- Field A.J. (2008), *Does Economic History Need GPTS?*, Social Science Research Network, Rochester (NY)
- G8 (2013), *Open Data Charter*, G8 Summit 17-18 giugno 2013 a Lough Erne (Irlanda del Nord)
- IBM Institute for Business Value (2010), *The world's 4 trillion dollar challenge*, gennaio 2010
- IDC (2015), *IDC MarketScape Evaluates Clinical and Financial Analytics Platform Vendors*, 14 aprile 2015
- IQ4I (2014), *Healthcare Analytics global market*, 22 settembre 2014
- Marketsandmarkets.com (2013), *Healthcare Analytics/Medical Analytics Market by Application*, dicembre 2013
- Mazzucato M. (2013), *The Entrepreneurial State: debunking public vs. private sector myths*, UK Anthem
- Northrop L. (2006), *Ultra-Large-Scale Systems. The Software Challenge of the Future*, SEI Software Engineering Institute Carnegie Mellon
- OECD (2012), *Health Data*, OECD Publishing, Paris
- OECD (2010), *Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies*, OECD Health Policy Studies
- ResearchFox (2015), *Healthcare analytics market outlook*, febbraio 2015
- Romer P. (2008), *Economic Growth*, Library of Economics and Liberty
- Ronchi E., Adler-Milstein J., Cohen G., Winn L., Jha A. (2013), *Better Measurements for Realizing the Full Potential of Health Information Technologies*, Chapter 1.7 in the 2013 Global Information Technology Report, World Economic Forum
- Schumpeter J. A. (1934), *The Theory of Economic Development: An Inquiry into Profits, Capital, Credit, Interest, and the Business Cycle*, Transaction Publishers, Piscataway (NJ)
- Sullivan K. (2011), *A Cyber-Social Systems Approach to the Engineering of Ultra-Large-Scale National Health Information Systems*, University of Virginia and SEI Carnegie, Mellon University
- Syverson C. (2013), *Will History Repeat Itself? Comments on "Is the Information Technology Revolution Over?"*, International Productivity Monitor 25
- Weitzman M. L. (1998), *Recombinant Growth*, Quarterly Journal of Economics 113, n. 2
- World Health Organization (2011), *mHealth. New horizons for health through mobile technologies*, Global Observatory for eHealth series - Volume 3
- Wright G. (2000), *Review of Helpman (1998)*, Journal of Economic Literature 38

ENGLISH SUMMARY

The future of health systems and of life sciences industry in the digital ecosystem

Following the first industrial revolution, we are making our way into the “second machine age” according to the two MIT economists named Erik Brynjolfsson and Andrew McAfee. They have observed a turning point in technological progress; one that is capable of producing significant long-range economic effects. The turning point is linked to three key factors in ongoing technological progress: exponential improvement in computational power, immense amount of digital information now available, the combinatorial nature of innovation that have resulted in artificial intelligence and global interconnection to the Web.

The characteristics of the new wave of ICT offer significant opportunities for the development of those complementary innovations in organization processes, both for the public and the private sectors. Without them, expected high productivity levels are usually not generated. The time necessary for the development of these complementary innovations mirrors the temporal displacement already observed in the history of these last few centuries, between the introduction of general purpose technologies and the advantages of productivity.

Practically the highest returns in technology investments are made in organizations that also invest in organizational capital in order to become tout court digital players, taking on the typical characteristics of organizations operating in a digital ecosystem.

The impact of the second machine age shall be more prominent in those sectors demonstrating greater systemic inefficiency, such as the health sector. Without any radical redesigning, health-systems will become growingly more unsustainable and inaccessible as the consequence of profound demographic, epidemiologic and social-economic change.

Already during the last decade, the availability of new hi-tech instruments (such as electronic medical records,

digital medical prescriptions, electronic health records, telemedicine) is determining the reorganization of health-care systems. With the present new wave of innovation technology – such as mobile health, Internet of things, big data analytics, cloud computing, machine learning, medical genomics, collaborative robotics – comes the possibility of redesigning health-systems at the root, towards a model employing information as a primary strategic infrastructure. In this way, information-intensive health-systems may obtain benefits in terms of efficiency and cost-reduction, optimization of services provision, reduction in medical errors, patient safety and improvement in the management of chronic disease.

In the passage to innovation ecosystem, public governance of the health sector must open up towards the model of an enabling platform for innovative services, having the so-called API Economy as its reference point, consenting access to digital assets of public administration through the use of Application Programming Interface (API). Their access makes the development of cooperative ecosystems for value-added complementary services and digital multi-stakeholder applications possible, which are already an integral part of the Open Government strategies in many countries fostering the digitalization of processes and the integration between administrators, businesses, universities and the co-creation of services.

Establishment of the digital revolution, even in the field of health, requires the public sector to take an active role as the dynamic engine of innovation, capable of triggering virtuous hybridization between public and private. From this standpoint, public healthcare systems may operate through a series of policy actions aimed at overcoming the barriers that hinder full deployment of the potential of digital health over the medium and long term.

The establishment of these policy actions for digital

health may contribute towards conferring a new kind of centrality to the functional nature of public healthcare systems. The said as an infrastructural endowment for the daily lives of citizens, according to the Foundational Economy approach.

During the second machine age, even the life sciences industry must reconsider its business model and its value-generating capacity for itself and for the other players in the new health ecosystem. This would mean developing necessary complementary innovations in the organizational processes, in order to obtain higher investment returns in digital health technologies for health.

The digital health market is expected to grow at a global level, with an average annual 2013-2020 rate equal to 21%, going from \$60.8-billion to \$223.3-billion. In addition to telemedicine, the sector that recorded the highest average annual growth rate is mobile health (+36%), triggered by the mobile services market. The dissemination of mHealth applications will in turn drive the growth of the wireless health segment (+23%). The development of this market offers the life sciences industry with the opportunity of redesigning its role from system supplier to partner of the other stakeholders, through the extension of the traditional functions of products with information-intensive complementary and continuing services.

Within the said perspective, the digital transformation of life sciences industry is bound to its capacity of extracting value from so-called Real-world data, generated by digital health instruments, in order to obtain significant, trustworthy and controlled evidence from the aggregation and analysis of elementary data.

The global market of big data analytics in the health sector is already worth between \$4-\$5-billion and the predicted annual growth rate is between 8-11% to the year 2020. The use of big data analytics will allow the life sciences industry the opportunity for responding to the pressure exerted by regulatory authorities on the subject of reimbursement prices for pharmaceutical and biomedical products, identifying new value-based pricing and innovation risk sharing models.

For the life sciences industry, the new digital paradigm implies opening up the way to more advanced forms of collaborative interaction even with the ICT industry. This would be in order to avail oneself of the technological resources necessary for the storage, management and analysis of the immense quantity and variety of digital healthcare data – underpinning the chance to establish the Chronic Care Model, Predictive Diagnostics and Precision Medicine categories.

Digital transformation of the life sciences industry is proven by the many ongoing collaboration cases, both with the great players of the ICT industry and with technological start-ups or medium hi-tech companies specialized in digital medicine. This collaboration may allow the life sciences industry to optimize its assets, broaden its skills and resources, share its risks and expand its market shares. Nevertheless, the life sciences industry may become overly dependent upon great ICT groups, which over the course of time might foster the development of new business models for the sector that are concentrated on their own technological capacities rather than on those of the life sciences industry.

The direction of this transformation will also depend upon the different models adopted within healthcare systems for that which regards government regulation, access and ownership of patient data and remuneration of information-intensive services. It is plausible to assume that, in the medium term, healthcare systems will be interested in incorporating this new type of services in the public offer, gradually as empirical evidence is available about efficiency and effectiveness benefits.

The development framework of the digital healthcare market presents areas of uncertainty regarding investment returns even for the life sciences industry. It will be summoned to a profound change in its business model in order to maintain its competitive capacity, compared to the new players who will be coming into the market. The temporal lag between technological investments to be established and productivity returns will mostly depend upon the impact of complementary innovations introduced by the life sciences industry.

CAPITOLO 13c

Il valore della sanità digitale

Collicelli C.¹

13c.1. Introduzione

Molti anni sono passati da quando sono state immaginate e poi sperimentate le prime innovazioni tecnologiche in rete nel campo della gestione dei servizi sanitari. Ricordiamo tutti le prime forme di “telesoccorso” per gli anziani soli a casa, o le banche dati statistiche e cliniche intercomunicanti. Nel tempo intercorso, lo sviluppo delle applicazioni informatiche ascrivibili alla cosiddetta Terza Rivoluzione Industriale, quella della elettronica, dell’IT e della produzione automatica, è stato rapido e molto produttivo, in tutti i campi ed anche in quelli relativi all’area della salute e della sanità.

Il primo settore ad essere coinvolto in maniera massiccia dalle innovazioni tecnologiche è senza dubbio quello degli stili di vita, anche e soprattutto in Italia. Secondo l’indagine Istat ‘Cittadini, imprese e ICT²’ del 2015, 16,8 milioni di famiglie italiane (il 66,2% del totale) possedevano in quell’anno l’accesso a *Internet*. La maggior parte dei nuclei familiari aveva una connessione a banda larga, fissa o mobile (34,3% del totale) o solo mobile (18,6%). Considerando le persone da 6 anni in su, durante il 2015 avevano usato *Internet* 34,5 milioni di italiani (il 60,2% del totale) e lo avevano usato tutti i giorni il 40,3%. Tra i cittadini che avevano usato *Internet* durante gli ultimi tre mesi, 13,4 milioni (il 42%) lo aveva utilizzato per cercare informazioni sanitarie. I servizi *online* più usati risultavano essere quelli legati alla comunicazione e all’informazione, e tra gli utilizzatori dei servizi *online* circa il 66% aveva utilizzato la posta elettronica, il 39,8% aveva letto giornali *online*, oltre il 36% frequentava *social network*.

Strettamente legato agli stili di vita è l’ambito del cosiddetto “*digital wellness*” e delle applicazioni per la

prevenzione ed il controllo della salute, rispetto al quale esistono secondo alcune stime circa 165.000 App su differenti piattaforme, di cui 5.000 in italiano. Specie in ambito anglosassone esiste una ampia gamma di App cosiddette medicali, per la prevenzione, il controllo dei parametri vitali ed il supporto alle fasi di cura. Così, mentre nella sfera pubblica stentano a prendere piede le formule ed i programmi di intervento istituzionale – dall’educazione scolastica, agli *screening*, alle campagne pubblicitarie – notevoli potenzialità si sono affacciate sulla scena grazie ai processi spontanei di *empowerment* che stanno alla base delle app medicali, in particolare per quanto riguarda la alimentazione, la pratica sportiva ed il turismo termale. E prolifera l’offerta privata di strumenti digitali (braccialetti portatili *wearable*, applicazioni *web*, ecc.) di segnalazione di parametri fisiologici e di rischio. Un qualcosa che riguarda al momento frange relativamente limitate di società. Ma nell’esperienza statunitense è già in vigore una norma che certifica i *Medical Device*. Ed in Italia nel 2015 il Ministero della Salute ha istituito un Osservatorio permanente sulle app mediche e sta tentando di delineare un quadro normativo per il settore, prevedendo fra l’altro l’obbligo di registrazione in un’apposita sezione della banca dati dei dispositivi medici.

Meno incisivo è stato l’impatto delle tecnologie informatiche nell’ambito della Pubblica Amministrazione (PA). Una recente indagine Censis del 2015 sul tema della digitalizzazione della PA ha mostrato che, tra coloro che usano *Internet*, il 39% si dichiara poco o per nulla in grado di utilizzare i servizi *online* della PA, quota che sale al 49% tra gli ultrasessantacinquenni; e quote limitate di popolazione risultano in grado di svolgere operazioni bancarie (24%), acquistare beni e servizi (15,6%, com-

¹ Fondazione Censis

² Istat, Cittadini, imprese e ICT (2015); Istat, Cittadini e nuove tecnologie (2014)

prese le prenotazioni di visite mediche), gestire pratiche con gli uffici pubblici (12,7%, comprese le richieste di servizi).

In sanità, molti sono i fattori in gioco che spingono nella direzione di una maggiore spinta innovativa in campo tecnologico. Innanzitutto la questione della sostenibilità economica del sistema sanitario, in quanto il raggiungimento di migliori equilibri finanziari potrà avvenire solo se saremo in grado di introdurre innovazioni utili, in particolare di tipo tecnologico, e sia in ambito clinico che in ambito organizzativo. In secondo luogo il tema della sostenibilità sociale del sistema sanitario, in quanto una tecnologia moderna ed efficiente può permettere di affrontare in maniera più soddisfacente le esigenze di assistenza socio-sanitaria che sempre più intensamente affliggono le famiglie italiane a seguito della crescita delle patologie croniche e di quella della speranza di vita.

Dal punto di vista sociale il valore sta principalmente nella opzione di rendere il cittadino fulcro dei processi di cura, offrendogli strumenti perché riesca ad assumere un ruolo maggiormente attivo nella gestione della propria salute. In questa prospettiva, i cittadini vanno considerati non tanto utenti finali dei servizi digitali quanto veri e propri co-protagonisti della digitalizzazione del sistema.

In questo capitolo si intende fare il punto sullo stato dell'arte della digitalizzazione in sanità, con particolare attenzione per i risvolti sociali e per quelli economici del processo in corso.

13c.2. Un processo normativo e regolatorio ormai decennale

A livello europeo il punto di partenza del processo di digitalizzazione dei sistemi sanitari può essere considerato il cosiddetto *Action Plan* sull'*E Health* del 2004, con cui l'Unione Europea (UE) ha avviato la pianificazione,

condivisa tra gli stati membri, dei passi necessari alla definizione di linguaggi e servizi comuni da adottare in ambito sanitario. Nel 2010 la Commissione UE ha varato la "Comunicazione "Europa 2020"³, che a due anni di distanza dallo scoppio della crisi finanziaria riconosce "le carenze strutturali dell'economia europea" di fronte alle crescenti sfide di lungo termine: globalizzazione, pressione sulle risorse, invecchiamento. Una delle sette iniziative della "Strategia Europa 2020" riguarda proprio il digitale, da sviluppare come motore della crescita socio-economica e da utilizzare in modo ottimale da parte degli Stati a supporto *dell'e-government*. Con la successiva comunicazione "Un'agenda digitale europea"⁴ si dava avvio ad un vero e proprio piano d'azione per lo sviluppo dell'economia e della società digitale, al cui interno viene riconosciuto il ruolo fondamentale della sanità elettronica e dei servizi di telemedicina per gestire le sfide dell'invecchiamento della popolazione e quelle della sostenibilità della sanità.

A livello italiano, nel marzo 2005, è stato elaborato il documento guida sul tema "Per un migliore e più efficiente Sistema Sanitario Nazionale attraverso l'innovazione digitale" e ad esso sono seguite una serie di ulteriori iniziative di indirizzo, tra cui si annoverano la "Strategia architetture per la sanità elettronica", prevista dal Piano Sanità Elettronica (PSE) del 2006, ed i decreti legislativi del Governo Monti e del Governo Letta (n. 179 del 18 ottobre 2012 e n. 61 del 21 giugno 2013). E nel 2008 ha visto la luce l'*eHealth Information Strategy*, con cui ha preso l'avvio il processo di digitalizzazione della sanità italiana con riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), alla ricetta elettronica (*ePrescription*), alla dematerializzazione di referti medici e cartelle cliniche, al Centro unico di prenotazione (CUP) ed alla Telemedicina.

Nel 2012 vede la luce anche l'Agenda digitale italiana⁵, che assegnando un ruolo centrale all'obiettivo della modernizzazione della PA, pone l'esigenza dello

³ Comunicazione alla Commissione, EUROPA 2020 Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva, COM (2010) 2020 - 3.3.2010

⁴ Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, Un'agenda digitale europea, COM(2010)245 - 19.5.2010

⁵ Con il decreto del Ministero dello Sviluppo Economico del 1° marzo 2012, cui fanno seguito l'istituzione della Cabina di Regia per l'attuazione dell'Agenda Digitale (L. 35/2012, L. 98/2013), l'istituzione dell'Agenzia per l'Italia Digitale (L. 134/2012) e le misure per l'applicazione concreta dell'Agenda (L. 221/2012)

sviluppo del mercato digitale e del processo di digitalizzazione della sanità quali azioni prioritarie e “passaggio fondamentale per migliorare il rapporto costo-qualità dei servizi sanitari, limitare sprechi e inefficienze, ridurre le differenze tra i territori, nonché innovare le relazioni di *front-end* e migliorare la qualità percepita da parte del cittadino”.

Per ciò che concerne la sanità, in particolare, il 31 marzo 2014 l’Agenzia per l’Italia digitale (AgID) pubblica le Linee guida per i Piani regionali del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), sulla base dei quali le Regioni definiscono l’implementazione del sistema FSE. Nel luglio 2014 l’Italia adotta un impegno congiunto di Stato e Regioni alla sottoscrizione del Patto per la Sanità Digitale⁶, finalizzato a realizzare un piano straordinario di sanità elettronica attraverso un *Master Plan* pluriennale ed “iniziative di partenariato pubblico-privato capaci di innescare un circuito virtuoso di risorse economiche destinate a finanziare gli investimenti necessari”. Segue in ordine di tempo la recente Strategia per la crescita digitale 2014-2020⁷ del marzo del 2015, stilata con l’intento di “portare l’Italia entro il 2020 in linea con gli altri Paesi europei rispetto agli obiettivi definiti con l’Agenda digitale europea”. Nell’aprile 2015 l’AgID rilascia le “Specifiche tecniche per l’interoperabilità tra i sistemi regionali del Fascicolo Sanitario Elettronico”, realizzate con il supporto delle Regioni Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna, che dovrebbero consentire alle Regioni di iniziare a sviluppare i propri servizi in un’ottica di effettiva interoperabilità del FSE.

13c.3. Lo stato dell’arte della sanità digitale italiana

Ma quale è l’effettivo stato dell’arte del processo di digitalizzazione in sanità? Secondo un recente comu-

nicato del Censis, diramato nell’ambito del Progetto “Curiamolacorruzione”⁸, la situazione è ancora debole. Il comunicato segnala che sono stati 1.772.000 gli italiani che nell’ultimo anno hanno prenotato visite *online* e 1.130.000 hanno utilizzato *Internet* per prenotare accertamenti diagnostici. Meno di un terzo dei medici italiani (il 31,2%) utilizza le reti digitali per lo scambio dei dati dei pazienti con altri operatori sanitari, mentre in Danimarca la quota è del 91,8%, in Spagna del 63,6%, nel Regno Unito del 52,8% ed in Francia del 39,4%. L’introduzione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), annunciato come una rivoluzione in termini di risparmio di tempi e di costi, risulta attivo solo in 5 regioni (Valle d’Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna e Toscana) ed in fase di sperimentazione nelle altre. Si è ancora lontani dall’adempimento dell’obbligo di legge che impone alle aziende sanitarie di attivare i pagamenti *online* e di rendere disponibili i referti in formato digitale. Alla fine del 2015 le ricette dematerializzate erano il 66,5% del totale, con punte dell’88,6% in Veneto, dell’87,3% in Sicilia e nella provincia autonoma di Trento.

Per quanto riguarda i referti, secondo un’indagine realizzata da Fimmg-Doxapharma, hanno accesso ai servizi *online* per consultare referti di laboratorio o esiti di visite specialistiche rispettivamente il 55% e il 43% dei medici di medicina generale.

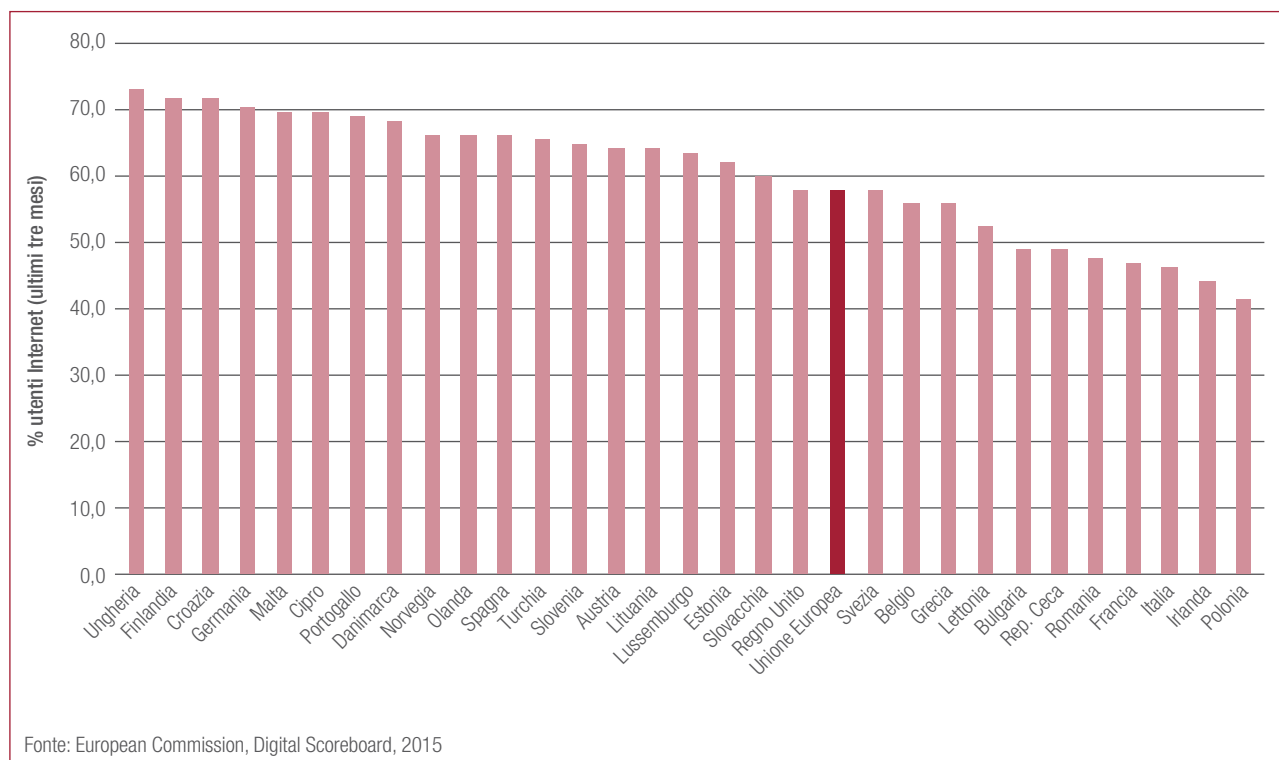
Per le ricette, al mese di novembre 2015 la regione con la più alta percentuale di ricette farmaceutiche dematerializzate era il Veneto con l’88,6%, seguita da Sicilia (87,3%), dalla Provincia Autonoma di Trento (87,3%), dalla Campania (87,2%), dal Piemonte (81,9%), dalla Valle d’Aosta (81,5%), dalla Basilicata (79,2%), dall’Emilia Romagna (71,1%), dal Molise (65,5%) e dalla Puglia (61,2%).

Per misurare i progressi compiuti nella trasformazione digitale da parte di ogni Paese la Commissione Ue pubblica periodicamente un quadro di valutazione attra-

⁶ Cfr. art. 15 del Patto per la Salute 2014-2016, sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni il 10 luglio 2014. In esso si prevedeva la stipula entro 30 giorni del Patto per la Sanità Digitale fra Stato e Regioni, che al momento non è stato ancora sottoscritto

⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Strategia per la crescita digitale 2014-2020, 3 marzo 2015

⁸ Sostenuto dalla *Siemens Integrity Initiative* per la promozione di trasparenza, integrità e responsabilità individuale e collettiva nella sanità, e condotto da Transparency International Italia insieme a CENSIS, ISPE Sanità e RISSCS e basato su attività di ricerca, iniziative di formazione e comunicazione sul territorio, sensibilizzazione dei decisori pubblici e privati, sperimentazione di misure anticorruzione in strutture sanitarie pilota

Figura 13c.1. Utenti *Internet* (negli ultimi 3 mesi) che ricercano online informazioni sulla salute per paese, anno 2015

verso l'uso di oltre 100 indicatori tematici (settore delle telecomunicazioni, banda larga, comunicazione mobile, uso di *Internet*, servizi digitali, *eGovernment*, *eCommerce*, *eBusiness*, competenze digitali, Ricerca&Sviluppo). Questi indicatori consentono di confrontare nel tempo il percorso compiuto dai diversi Paesi nell'agenda digitale europea.

La stessa Strategia per la crescita digitale del Governo italiano richiama la necessità di misurare i progressi compiuti dall'Italia, facendo riferimento allo "scoreboard della Commissione Europea, che stabilisce, in accordo con l'impianto strategico definito da Europa 2020, gli indicatori-obiettivo su cui valutare la crescita digitale nel periodo 2013-2020".

All'interno dello *scoreboard* della Commissione UE⁹ i progressi dei Paesi europei in tema di sanità digitale vengono misurati attraverso quattro indicatori:

- la ricerca di informazioni *online* sui temi della salute da parte dei cittadini

- la prenotazione di visite mediche via *web* da parte dei pazienti
- i medici di medicina generale che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti
- i medici di medicina generale che condividono i dati medici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari.

Per quanto riguarda il primo indicatore, l'Italia nel 2015 si situa – ben al di sotto della media UE – al 26° posto all'interno dei Paesi UE: la % di utenti Internet negli ultimi 3 mesi che ricercano *online* informazioni sulla salute era pari al 30,4% contro la media UE del 46% (Figura 13c.1).

Guardando all'evoluzione dell'indicatore si nota che l'Italia era in linea con la media UE nel 2007, da quando ha poi perso terreno con una accelerazione particolarmente negativa negli ultimi due anni (Figura 13c.2).

Per quanto riguarda la prenotazione delle visite mediche via *Web* da parte dei pazienti (in % degli utenti *Internet* negli ultimi 3 mesi), l'Italia occupa la 20ª posi-

⁹ http://digital-agenda-data.eu/datasets/digital_agenda_scoreboard_key_indicators/visualizations, in: Carla Collicelli, Giuseppe Greco, Giuseppe Pennisi, Vera Rizzotto, Le condizioni per lo sviluppo della Sanità Digitale: scenari Italia-UE a confronto, Censis – ImpresaLavoro, luglio 2016

Figura 13c.2. Utenti *Internet* (negli ultimi 3 mesi) che ricercano informazioni sulla salute *online*, Europa e Italia. Anni 2005-2015

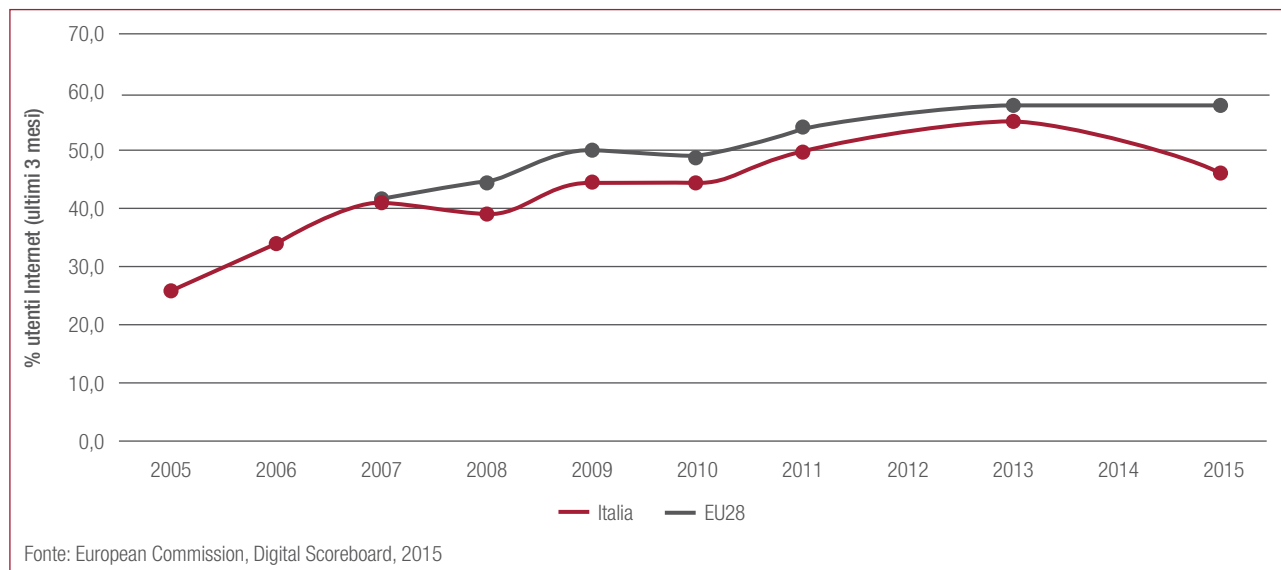
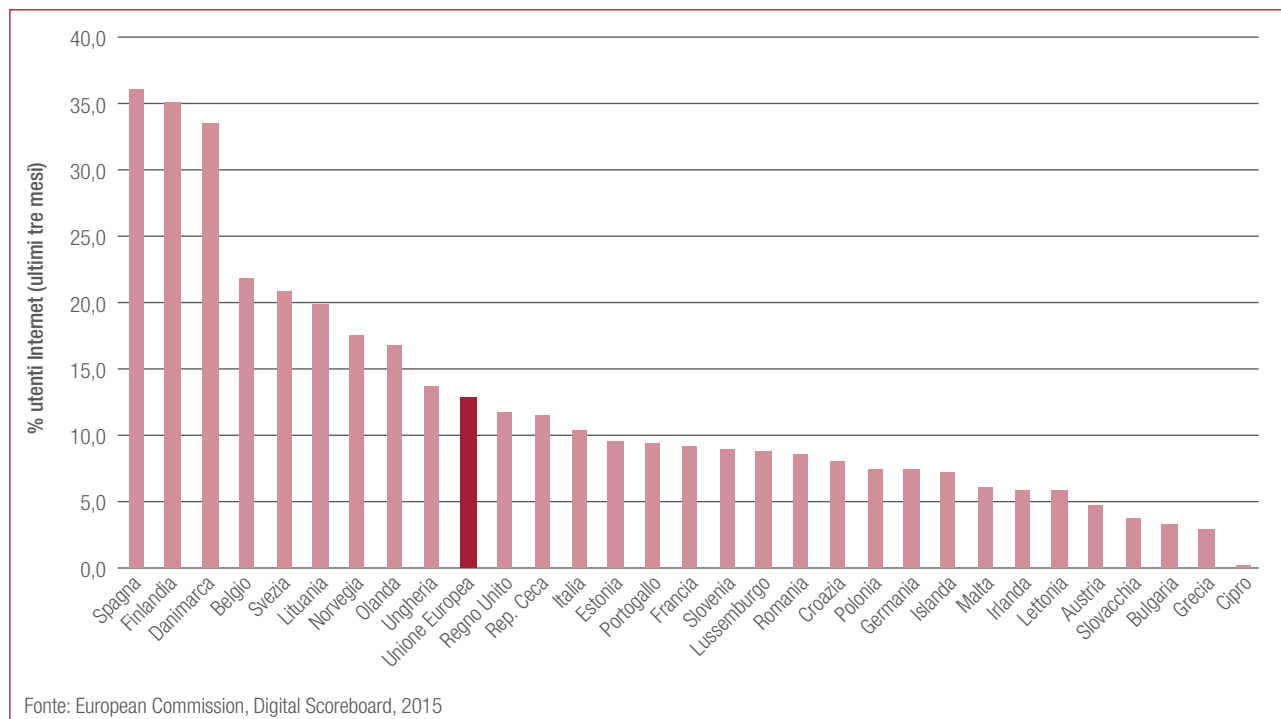


Figura 13c.3. Pazienti utenti di *Internet* (negli ultimi 3 mesi) che prenotano le visite mediche via *Web* per paese, anno 2014



zione fra i Paesi UE: l'indicatore è pari al 6,37%, contro la media UE del 10%. I Paesi più avanzati sono Spagna, Finlandia e Danimarca (Figura 13c.3).

Se si guarda all'evoluzione dell'indicatore (Figura 13c.4) anche qui si nota come fra il 2012 e il 2014 la forbice fra l'Italia e la media UE si sia andata progressivamente allargando.

Passando al tema dell'invio elettronico delle prescrizioni da parte dei medici di medicina generale ai farmacisti, l'Italia nel 2013 – ultimo dato disponibile – occupa la 17ª posizione con il 9%, molto medici di medicina generale ai farmacisti, l'Italia nel 2013 – ultimo dato disponibile – occupa la 17ª posizione con il 9%, molto distanziata rispetto ai Paesi battistrada: Estonia (100%),

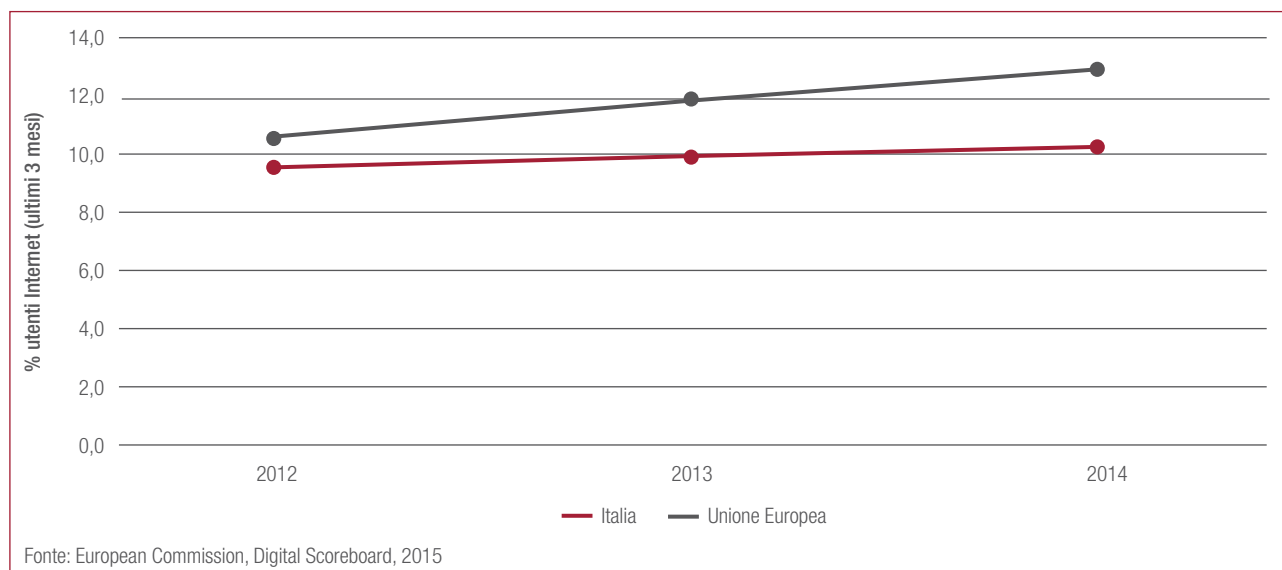
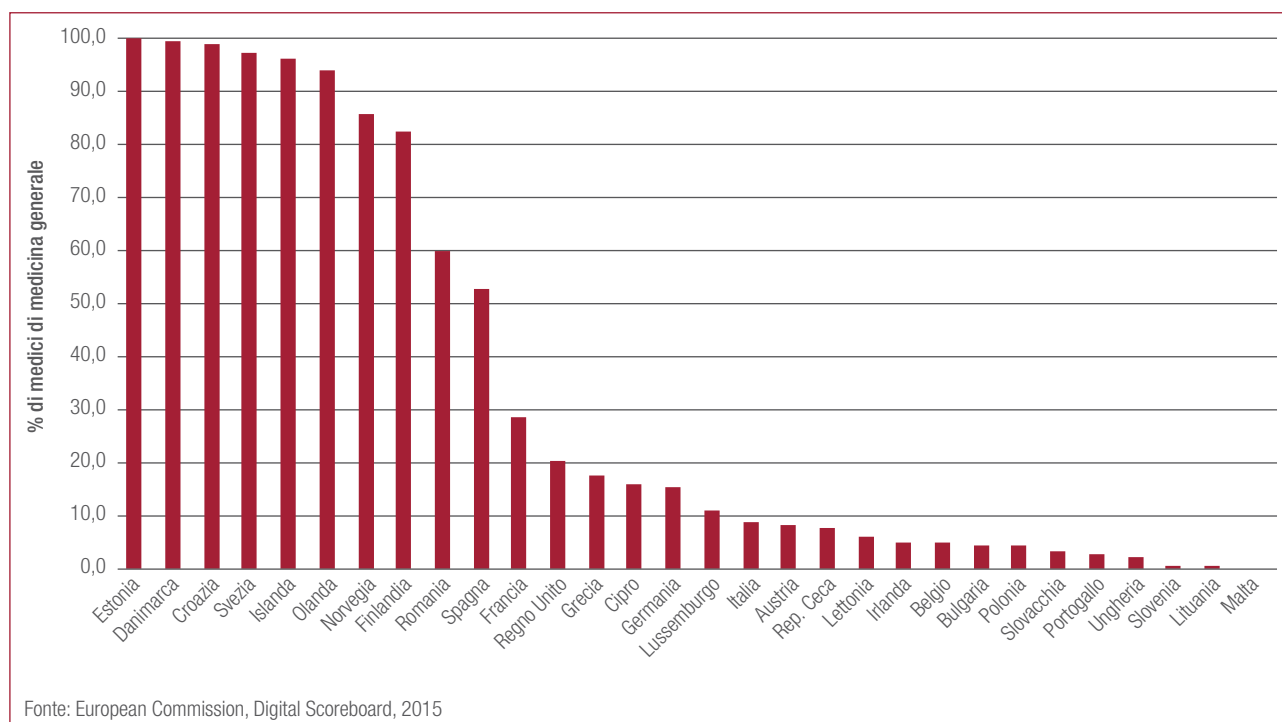
Figura 13c.4. Pazienti utenti di *Internet* (negli ultimi 3 mesi) che prenotano le visite via *Web*, Europa e Italia. Anni 2012-2014

Figura 13c.5. Medici di medicina generale che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti per paese, anno 2013



Danimarca (100%), Croazia (99%), Svezia (97%), Islanda (96%), Olanda (94%) (Figura 13c.5).

In merito al quarto indicatore *eHealth* considerato, l'Italia nel 2013 – anche qui ultimo dato disponibile – occupa il 14° posto con il 31% di medici di medicina generale che condividono i dati medici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari. Il Paese più

avanzato è la Danimarca con il 92% (Figura 13c.6). Secondo un indice sintetico di “*eHealth adoption*”, che si basa sui dati appena considerati della Commissione Ue, i primi cinque Paesi in Europa sono Danimarca (con indice pari a 0,87), Finlandia (0,84), Spagna (0,72), Olanda (0,71) e Svezia (0,67). Il valore dell'indice per l'Italia è pari a 0,26.

Figura 13c.6. Medici di medicina generale che condividono i dati clinici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari per paese, anno 2013



13c.4. Una esperienza di eccellenza: l'esperienza veneta

Non vi è dubbio che il Veneto costituisca una eccellenza nel processo di digitalizzazione sanitaria, anche grazie al lavoro svolto da Arsenà.IT, consorzio di aziende sanitarie operativo dal 2005 ed incaricato del coordinamento e della supervisione generale delle attività in questione nel 2012. Da cui l'utilità di alcuni riferimenti specifici in materia.

Nel 2002 vede la luce il Piano di sviluppo della Società Veneta dell'Informazione, nel 2005 la nascita di Arsenà.it per lo sviluppo delle soluzioni tecnologiche, l'interoperabilità, la sicurezza, la scalabilità e l'impiego di standard riconosciuti a livello internazionale, e nel 2007 le Linee guida progettuali per lo sviluppo della Società dell'Informazione del Veneto 2007-2010. L'Agenda digitale del Veneto, documento programmatico per il periodo 2013-2015, prevede di accelerare la attuazione

di tutti gli strumenti previsti (FSE, CUP regionale interoperabile, telesoccorso per anziani e malati cronici e valorizzazione di buone pratiche in sanità).

Le attività di promozione e sviluppo si articolano in vari progetti. Con Veneto Escape¹⁰ la Regione ha lavorato, negli anni dal 2009 al 2012, alla gestione digitale dell'intero ciclo di firma, certificazione, archiviazione, estrazione, distribuzione e conservazione dei referti digitali con validità legale, ed i risultati di maggiore impatto sono stati raggiunti dall'iniziativa nell'ambito del servizio di scarico dei referti *online*, che nel 2012 ha permesso di raggiungere il 60% dei circa 10 milioni di referti prodotti annualmente, con punte del 90% in alcune aziende; ed il 94% dei referti prodotti in Veneto viene firmato digitalmente.

Il resto dei servizi *online* ai cittadini era già stato avviato autonomamente dalle aziende sanitarie, con risultati eterogenei. Ad esempio la prenotazione *online* è attiva in 12 aziende su 23, con una percentuale di prenota-

¹⁰ (Electronic Signature in Care Activities for Paper Elimination) iniziativa finanziata dalla Regione del Veneto e dall'AgID (ex-DigitPa)

zioni *online* sul totale dell'1,3%; il pagamento *online* è attivo in 6 aziende (0,9% dei pagamenti); e la cartella di ricovero informatizzata è presente nel 70% dei reparti di degenza ospedaliera.

Da un punto di vista più qualitativo, numerose sono state le iniziative di accompagnamento del processo di digitalizzazione sanitaria in Veneto, realizzate sempre da Arsenà.IT, che hanno permesso di mettere a fuoco anche aspetti motivazionali e sociali¹¹. Una rilevazione condotta tra 2012 e 2015 ha evidenziato, ad esempio, che lo scarico dei referti *online* è stato apprezzato da coloro che lo hanno utilizzato, che hanno espresso grande soddisfazione. Il 91,7% ha valutato il servizio molto o abbastanza facile da utilizzare. Alta è risultata anche la desiderabilità di altri servizi sanitari digitali ritenuti potenzialmente utili da parte degli intervistati: il 66,4% ha indicato la possibilità di prenotare visite specialistiche *online*, il 48,1% quella di consultare lo storico dei propri esami, il 36,9% quella di pagare *online* i *ticket*.

Da una indagine condotta tra 2011 e 2014, sempre da Arsenà.IT, nell'azienda Ulss 8 sull'accesso diretto ai propri dati sanitari da parte dei cittadini, è emerso che, a fronte di un uso limitato degli altri servizi sanitari digitali, i cittadini utilizzano molto di più il servizio di scarico del referto, che ha riscontrato un notevole successo.

Nel CUP dell'Ospedale di Castelfranco Veneto una ulteriore indagine ha permesso di verificare che, tra gli intervistati a conoscenza dei servizi di sanità digitale, il

40,9% utilizza abitualmente almeno uno dei servizi offerti. La motivazione principale che spinge all'uso dei sistemi informatici è risultata essere il risparmio di tempo e denaro, mentre i fattori deterrenti sono l'assenza di contatto diretto, la percezione di inutilità, le difficoltà d'uso e la scarsa fiducia nel sistema.

L'intenzione di utilizzare i servizi sanitari *online* tra chi non li conosce è risultata alta in particolare tra i 18-35enni, a riprova della esistenza di un divide collegato all'età ed alla alfabetizzazione informatica in possesso dell'utente.

In particolare nell'ambito dell'iniziativa "Clicca la salute", promossa in collaborazione con l'Azienda Ulss 10 Veneto Orientale ed i Comuni compresi nel suo territorio, sono stati rilevati i dati più interessanti in merito all'impatto sociale della digitalizzazione in sanità veneta. Il 97,4% dei cittadini intervistati è favorevole all'intensificazione della digitalizzazione dei servizi sanitari, perché essa permette di ridurre i costi sia per le strutture che per i singoli cittadini (75,5%), perché si amplificano gli orari e si eliminano i tempi di attesa agli sportelli (69,4%), e perché consente il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie (35,4%).

Una piccola quota, pari al 2,6%, si dichiara contraria alla digitalizzazione in sanità, perché ancora troppe persone sono escluse dal *web* (66,7%) o perché si ritiene si tratti di un sistema troppo complicato e macchinoso (33,3%) (Tabella 13c.1). Il 98,6% dei cittadini intervistati

Tabella 13c.1. Opinioni dei cittadini circa l'intensificazione della digitalizzazione dei servizi sanitari. Valori %

Lei è favorevole o contrario a intensificare la digitalizzazione dei servizi sanitari?	Val. %
Favorevole	97,4
<i>di cui:</i>	
Si riducono i costi sia per le strutture che per i singoli cittadini	75,5
Si amplificano gli orari ed eliminano i tempi di attesa agli sportelli	69,4
Permettono il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie	35,4
Facilitano il rapporto tra i cittadini e le strutture sanitarie	26,5
I servizi via web sono più trasparenti, sicuri, tempestivi	22,4
Contrario	2,6
Ancora troppe persone sono escluse dal web e/o dall'utilizzo dei servizi online	66,7
È un sistema troppo complicato, macchinoso	33,3
Totale	100,0

Fonte: indagine Arsenà.IT-Censis, 2015

¹¹ Si veda CENSIS, Cittadini e sanità digitale, L'impatto sociale della digitalizzazione in sanità, Roma maggio 2016

peraltro ritiene che la digitalizzazione non può fare altro che apportare ulteriori miglioramenti al funzionamento di una sanità già molto efficiente.

In generale dalla esperienza veneta è emerso un interesse crescente, e diffuso anche nelle fasce di età più adulte, assieme alla grande importanza che rivestono nella introduzione dei servizi digitalizzati le modalità attraverso cui i soggetti utenti vengono coinvolti ed informati. Molto significativo ad esempio è risultato il ruolo del “passa-parola”, ma decisivo sembra essere anche quello degli operatori nel promuovere l'accettazione dei nuovi sistemi tra gli utenti, in particolare per quanto riguarda il loro modo di porsi nei confronti degli utilizzatori.

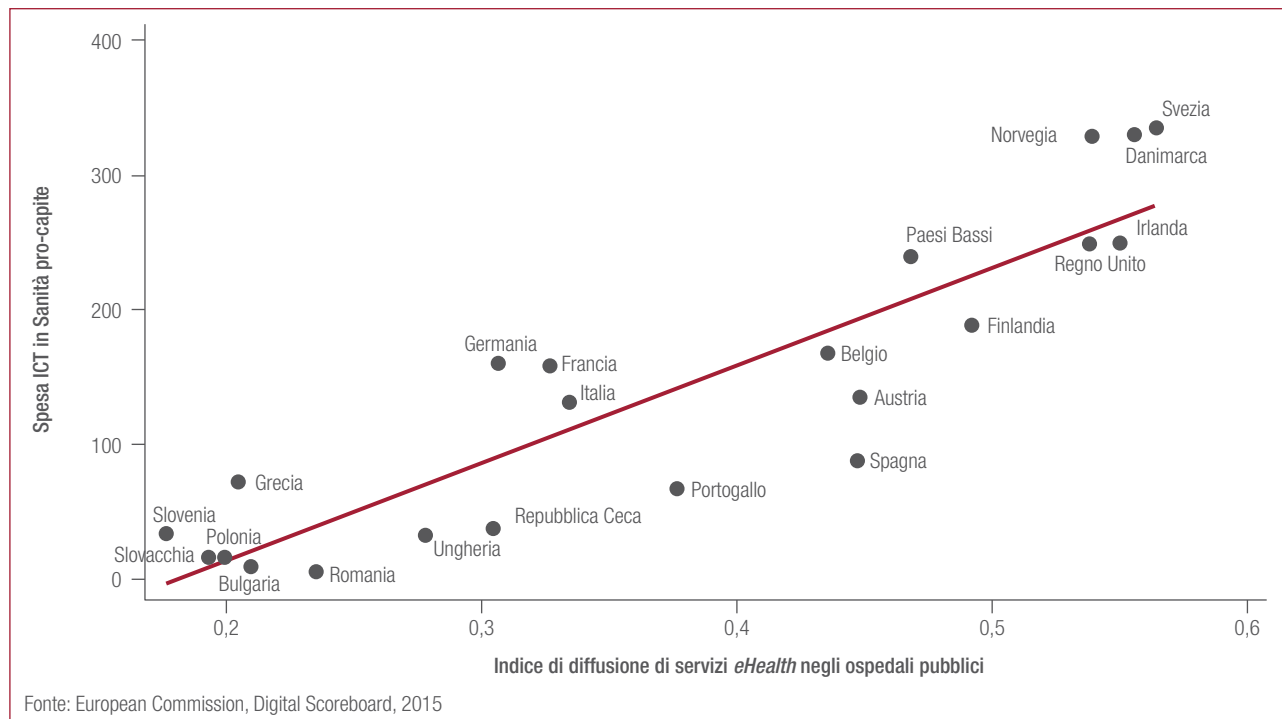
13c.5. Gli investimenti in sanità digitale in Europa e in Italia

Tornando alla situazione nazionale ed al posizionamento dell'Italia nel contesto europeo, va specificato

che le performance insufficienti dell'Italia rispetto agli altri Paesi europei rispecchiano il basso livello della spesa in sanità digitale nel nostro Paese. Gli studi empirici che mostrano una correlazione fra il livello di spesa in *eHealth* e il grado di diffusione dei servizi digitali sono limitati, ma significativi. Fra questi uno studio del 2011 a cura del *Joint Research Centre (JRC)*¹² – unità di ricerca *in-house* della Commissione UE – mostra una chiara relazione diretta fra la spesa ICT in sanità pro-capite e indice di diffusione di servizi *eHealth* negli ospedali pubblici (Figura 13c.7).

Per quanto riguarda il contesto internazionale, un recente *Policy Summary*¹³ dell'Organizzazione Mondiale della Sanità registra una crescita degli investimenti in Sanità Digitale da parte di 11 Paesi europei nel periodo 2008-2012 in risposta alla crisi economica e alla questione della sostenibilità dei sistemi sanitari (fra cui Belgio, Repubblica Ceca, Francia, Lettonia, Portogallo, Romania, Turchia). Ma la realtà è che al 2013 si registrava un impegno dei Paesi UE mediamente in *eHealth* fra

Figura 13c.7 Diffusione dei servizi *eHealth* negli ospedali pubblici e spesa ICT in sanità pro-capite per paese



¹² JRC European Commission, *Composite Index for the Benchmarking of eHealth Deployment in European Acute Hospitals*, 2011

¹³ Cfr: World Health Organization Europe, *European Observatory on Health Systems and Policies, economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, 2014

il 2 e il 3% del loro budget sanitario totale¹⁴, con punte vicine (o previste vicine nei prossimi anni) al 4%. Mentre molto ottimisticamente il primo Piano d'azione UE per la Sanità elettronica del 2004¹⁵ prevedeva che entro il 2010 questo tipo di spesa avrebbe assorbito "il 5% del bilancio complessivo della sanità dei 25 Stati membri, contro appena l'1% del 2000 (nell'Unione a 15)".

Rispetto al quadro europeo, l'ultima stima disponibile per l'Italia indica una spesa in sanità digitale pari a € 1.340 mln. nel 2015, che corrisponde all'1,2% della spesa sanitaria pubblica¹⁶. Peraltro nel 2015 sia il livello che la quota percentuale si riducono leggermente rispetto al 2014, pur registrando rispetto al 2011 un qualche livello di crescita, dopo che nel periodo intermedio si era verificata una loro contrazione, sino ad arrivare nel 2013 ad una spesa di € 1.170 mln., pari all'1,07% della spesa sanitaria complessiva.

Pur tenendo conto di alcuni limiti dei dati statistici disponibili, un recente studio Censis e Impresa lavoro¹⁷ ha affrontato le prospettive nel medio periodo dello sviluppo della sanità digitale italiana in termini di fabbisogno finanziario rispetto agli scenari plausibili di evoluzione della spesa negli altri Paesi UE, nonché rispetto agli stessi obiettivi qualitativi posti dall'Agenda digitale europea al 2020.

In questa prospettiva sono stati presi in esame tre scenari al 2020. Il primo di tipo più conservativo ipo-

tizza il raggiungimento a fine periodo del 2% di spesa *eHealth* sulla spesa sanitaria pubblica totale. Il secondo scenario ipotizza un target intermedio pari al 3%. Il terzo scenario prende in esame un obiettivo più espansivo, pari al 4%, come indicazione di un deciso salto di qualità dell'impegno pubblico nel settore. I risultati dell'analisi mostrano in termini di *policy gap* l'impegno finanziario aggiuntivo richiesto al Servizio Sanitario Nazionale nei tre scenari considerati nell'ipotesi dell'allineamento con i Paesi europei più avanzati.

Per il calcolo del fabbisogno finanziario *eHealth* tendenziale (Tabella 13c.2) si sono utilizzate le stime del Ministero Economia e Finanze sul Pil e sulla spesa sanitaria pubblica al 2019. Il 2020 è stato stimato attraverso il tasso medio annuo di crescita 2016-2019 delle due grandezze. L'incidenza tendenziale della spesa *eHealth* su spesa sanitaria pubblica 2016-2020 è stata stimata in base al tasso medio annuo 2012-2015, proiettando in avanti questa crescita al 2020.

In base a queste stime – e ad invarianza di politiche pubbliche per la Sanità Digitale – l'incidenza della spesa *eHealth* su spesa sanitaria arriverà nel 2020 a 1,36%, pari in valori assoluti ad un fabbisogno finanziario cumulato 2016-2020 di € 7.483 mln.

Nello scenario più conservativo di crescita rispetto al tendenziale, in cui si ipotizza un target al 2020 del 2% di spesa *eHealth* su spesa sanitaria totale, alle politiche

Tabella 13c.2. La spesa *eHealth* tendenziale in Italia, anni 2016-2020

Anni	PIL (ai prezzi correnti)	Incidenza (%) spesa sanitaria pubblica/Pil	Spesa sanitaria (ai prezzi correnti)	Spesa <i>eHealth</i> mln € correnti (tendenziale)	Incidenza (%) spesa <i>eHealth</i> /spesa sanitaria pubblica (tendenziale)
2016	1.671.584	6,80	112.385	1.385	1,23
2017	1.715.832	6,70	113.786	1.436	1,26
2018	1.764.755	6,60	115.154	1.489	1,29
2019	1.818.439	6,50	117.469	1.556	1,32
2020	1.870.204	6,37	119.214	1.617	1,36

Fonte: Elaborazioni Censis - ImpresaLavoro

¹⁴ Stime della Commissione Europea riprese nel documento *eHealth Strategy for Ireland del Department of Health* (giugno 2013)

¹⁵ Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, Sanità elettronica - migliorare l'assistenza sanitaria dei cittadini europei: piano d'azione per uno spazio europeo della sanità elettronica, COM(2004) 356 - 30.4.2004

¹⁶ Cfr: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, Sanità Digitale: non più miraggio, non ancora realtà, maggio 2016. Le voci di spesa in Sanità Digitale – stimate attraverso una serie di *survey* campionarie e interviste mirate

¹⁷ Carla Collicelli, Giuseppe Greco, Giuseppe Pennisi, Vera Rizzotto, Le condizioni per lo sviluppo della Sanità Digitale: scenari Italia-UE a confronto, Censis – ImpresaLavoro, luglio 2016

Tabella 13c.3. Fabbisogni finanziari complessivi e aggiuntivi 2016-2020 della spesa eHealth nei 3 scenari considerati

Fabbisogno finanziario tendenziale	7.483		
Fabbisogno finanziario 2%	9.559	Fabbisogno finanziario aggiuntivo 2%	2.076
Fabbisogno finanziario 3%	12.503	Fabbisogno finanziario aggiuntivo 3%	5.021
Fabbisogno finanziario 4%	15.243	Fabbisogno finanziario aggiuntivo 4%	7.761

Fonte: Elaborazioni Censis - ImpresaLavoro (dati in mln € correnti)

pubbliche si richiederebbe di soddisfare un fabbisogno finanziario cumulato 2016-2020 di € 9.559 mln. per la sanità digitale, con un investimento aggiuntivo cumulato pari a € 2.076 mln.. In tal caso l'Italia raggiungerebbe nel 2020 la quota di spesa eHealth del limite più basso della media dei Paesi europei.

Nello scenario intermedio di crescita rispetto al tendenziale, in cui si ipotizza un target al 2020 del 3% di spesa eHealth su spesa sanitaria totale, il fabbisogno finanziario cumulato 2016-2020 arriverebbe a € 12.503 mln., con un investimento aggiuntivo cumulato in Sanità Digitale, richiesto alle politiche pubbliche, pari a € 5.021 mln. In questa ipotesi l'Italia pareggierebbe nel 2020 la quota di spesa eHealth attuale del limite più alto della media dei Paesi europei.

Nello scenario più espansivo di crescita della spesa eHealth rispetto al tendenziale, in cui si ipotizza un target al 2020 del 4% su spesa sanitaria totale, le politiche pubbliche dovrebbero soddisfare un fabbisogno finanziario cumulato 2016-2020 pari a € 15.243 mln., con un investimento aggiuntivo cumulato di € 7.767 mln. in Sanità Digitale. In questo caso l'Italia si ritaglierebbe un ruolo di leadership in Europa sulla Sanità Digitale, al pari degli altri Paesi battistrada, che già adesso prevedono di avvicinarsi alla quota del 4% nel 2020.

La Tabella 13c.3 contiene la sintesi dei risultati delle elaborazioni effettuate, con la rappresentazione sinottica dei fabbisogni finanziari totali e aggiuntivi nei tre scenari considerati di evoluzione della spesa in sanità digitale 2016-2020 (oltretutto del fabbisogno finanziario

tendenziale ad invarianza di politiche pubbliche per il settore).

13c.6. Le condizioni complessive per lo sviluppo della sanità digitale

Va contemporaneamente tenuto presente che la questione degli investimenti è un fattore necessario ma non sufficiente per uno sviluppo adeguato della sanità digitale e per il conseguimento dei benefici connessi. Secondo lo studio Censis-Impresalavoro¹⁸ occorre affrontare almeno altre quattro questioni fondamentali¹⁹.

La prima è il ridisegno complessivo del sistema salute²⁰, poiché il nodo centrale non è tanto la tecnologia in sé e la digitalizzazione dell'esistente, quanto la riorganizzazione del sistema per favorire la continuità assistenziale ospedale-territorio, l'empowerment dei medici e dei pazienti, l'integrazione socio-sanitaria, il potenziamento della prevenzione, lo sviluppo di forme domiciliari di assistenza, la riprogettazione delle cure primarie e la definizione di adeguati percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA). Come parte integrante di questa strategia va prevista inoltre la definizione di un sistema di incentivi/disincentivi economici²¹ per medici, manager e operatori, al fine di incoraggiare l'adozione degli strumenti di sanità digitale, nonché la realizzazione di un programma ad hoc per lo sviluppo di una cultura dell'innovazione e delle competenze digitali fra i dipendenti del SSN.

¹⁸ Vedi nota 17

¹⁹ Cfr: E. Ronchi, J. Adler-Milstein, G. Cohen, L. Winn, A. Jha, *Better Measurements for Realizing the Full Potential of Health Information Technologies*, Chapter 1.7 in the 2013 Global Information Technology Report, World Economic Forum

²⁰ J. S. Ash, D. W. Bates, *Factors and Forces Affecting HER System Adoption: Report of a 2004 ACMI Discussion*, *Journal of the American Medical Informatics Association* 12, 2005

²¹ Ci si riferisce esempio a sistemi di *pay-for-reporting* e di *pay-for-performance*, come il *Practice Incentive Programme* (PIP), applicato in Australia, e il *Quality Outcomes Framework* (QOF) per la medicina generale, applicato nel Regno Unito

La seconda questione, strettamente legata alla precedente, è quella delle implicazioni sociali e culturali, che riguardano la partecipazione degli utenti al processo, la facilitazione della acquisizione di una avanzata cultura digitale dei servizi ed il contrasto delle forme di divide culturale esistenti e future, che rischiano ed ancora più rischieranno di rendere vani gli sforzi e gli investimenti. L'analisi dei bisogni dei cittadini fa emergere infatti alcune necessità basilari nel passaggio verso la buona sanità alle quali la digitalizzazione può dare un contributo primario, che riguardano le carenze informative, le lacune in termini di competenze tecnologiche ed in particolare informatiche, la scarsa considerazione del ruolo che spetta al fattore umano, e principalmente alla relazione interpersonale ed al contatto diretto, alle differenze di genere e di generazione. Occorre in particolare chiedersi come sia possibile garantire la piena inclusione delle fasce sociali più deboli rispetto alla confidenza con la *web*, tenendo presente la specificità del rapporto con la sanità di ciascun gruppo sociale²².

La terza questione fondamentale da affrontare è la definizione di una governance di sistema e di una specifica strategia architetturale²³. La sanità digitale ha bisogno di svilupparsi ad un passo che la burocrazia non regge. Per questo va realizzata una *governance* nazionale dell'innovazione, che coinvolga i diversi livelli regionali e territoriali e che definisca una griglia di indicatori per la misurazione dell'efficacia degli investimenti in ICT, sia in termini di output e *outcome* sanitari, sia a livello organizzativo (*change management*).

L'adozione di una strategia architetturale condivisa ed effettivamente eseguibile non riduce i sistemi ICT alla loro implementazione tecnologica, ma consente di ridisegnare i sistemi a partire dalle esigenze complesse dei diversi attori, riducendo i rischi di distacco tra

decisore, *stakeholder* e implementatore, di rifacimento dei sistemi, di inadeguatezza funzionale dei servizi e di moltiplicazione dei costi. In questa prospettiva lo snodo fondamentale è l'interoperabilità dei sistemi ICT fra le diverse organizzazioni sanitarie, attraverso l'uso di standard tecnologici coordinati e flessibili, che consentano di minimizzare e governare gli errori e di effettuare aggiustamenti progressivi, riducendo il rischio di disallineamenti e progetti fuori controllo. In Italia ad esempio permangono forti incertezze relative all'effettiva interoperabilità fra Anagrafe Nazionale Assistiti e FSE e fra FSE, prescrizione medica digitale e sistema informativo del Ministero della Salute (NSIS).

La quarta questione da prendere in considerazione, contestualmente alla crescita degli investimenti in sanità digitale, è la definizione di una chiara politica della sicurezza e della *privacy* per i dati sanitari trattati in ambiente digitale, come presupposto per creare fiducia nei pazienti all'uso di questi strumenti. Certamente lo sviluppo della sanità digitale pone questioni di *privacy* e di sicurezza complesse, che dovranno essere adeguatamente disciplinate in futuro, bilanciando i legittimi interessi di pazienti, medici e operatori con la necessità di costruire un ambiente favorevole e aperto allo sviluppo dell'innovazione a beneficio del sistema nel suo complesso.

13c.7. La misurazione e la valutazione dei benefici degli investimenti eHealth

La misurazione e la valutazione complessiva dei benefici dell'investimento in sanità digitale restano ancora una questione aperta, per cui i policy makers si trovano in genere a decidere in condizioni di incertezza. I numerosi studi sul tema propongono approcci diversi in ter-

²² Vedi nota 11

²³ OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), *Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies*, OECD Health Policy Studies, 2010

²⁴ Il documento *Strategia per la crescita digitale 2014-2020* del Governo italiano cita le stime sui risparmi di spesa del Politecnico di Milano, che prevede risparmi di spesa pubblica di 3,8 mld di Euro all'anno per le strutture sanitarie e risparmi economici per i cittadini di circa 5,4 mld, grazie al miglioramento del livello di servizio. A questi si aggiungono guadagni nella domanda indotta (banda larga, contenuti e servizi ICT) pari a 400 mln annui nel breve periodo, 1 mld annui nel medio periodo e 2 mld annui nel lungo periodo

²⁵ Cfr: R. Hillestad, J. Bigelow, A. Bower, F. Girosi, R. Meili, R. Scoville, R. Taylor, *Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, And Costs*, *Health Affairs*, 24, n.5, 2005. Qui si ipotizza un recupero di produttività a 15 anni in un range compreso fra l'1,5 (come l'industria retail) e il 4% (la metà dell'industria delle telecomunicazioni)

mini di risparmi di spesa²⁴, di recupero di produttività²⁵, di beneficio economico netto²⁶, di redditività sul capitale investito²⁷, di recupero di efficienza per l'intero sistema sanitario²⁸, e di crescita dell'industria *eHealth* e del numero di occupati sia nel settore privato che in quello pubblico²⁹.

Per assistere gli Stati UE nel definire adeguate politiche di investimenti in Sanità Digitale in linea con l'*eHealth Action Plan* europeo, la Commissione ha proposto una serie di circostanziate raccomandazioni di policy³⁰, come requisiti indispensabili a garantire la sostenibilità degli investimenti *eHealth*.

- **Distinzione fra costi e benefici economici e finanziari.** Mentre gran parte dei costi sono un'uscita finanziaria aggiuntiva, i benefici si traducono spesso in risorse liberate per altri impieghi o in utilità intangibili (es. riduzione errori medici e contenziosi), che rappresentano un valore economico importante, anche se raramente si traducono in entrate finanziarie aggiuntive.
- **Orizzonte temporale adeguato.** Il ciclo di vita degli investimenti *eHealth* deve essere programmato su un periodo sufficientemente lungo (mediamente 4 anni, almeno 8 per il Fse).
- **Valutazione del rischio.** I programmi di investimenti *eHealth* raramente valutano il rischio in maniera realistica e ne individuano il costo, trascurando i necessari accantonamenti finanziari. Per mitigare i rischi occorre abbracciare un orizzonte temporale sufficientemente lungo, utile a sviluppare un efficace collaborazione e coinvolgimento di tutti gli attori del sistema, con particolare riguardo ai medici.

- **Compatibilità strategica generale.** I piani di investimenti dovrebbero essere perfettamente associati con gli obiettivi strategici di cura e di assistenza perseguiti a livello nazionale, regionale e territoriale.

- **I processi di acquisto delle nuove tecnologie.** Di fronte alla necessità di realizzare piani complessi di investimenti *eHealth* sono necessari ulteriori passi avanti in direzione della centralizzazione degli acquisti e della condivisione dei processi di approvvigionamento fra le diverse organizzazioni sanitarie. Allo stesso tempo l'acquisto dell'innovazione deve aprirsi a nuove modalità di interazione fra pubbliche amministrazioni e industria, per dar vita a forme innovative di condivisione dell'investimento pubblico e dei rischi connessi, migliorando allo stesso tempo il processo di scelta delle priorità degli interventi pubblici. Il riferimento è ai meccanismi di appalto pre-commerciale (*Pre-Commercial Procurement*), finalizzati allo sviluppo di prodotti innovativi non ancora presenti sul mercato, in cui la compartecipazione al rischio dell'industria viene compensata dalla cessione (parziale o totale) dei diritti commerciali sul nuovo prodotto. Più in generale è necessario esplorare tutte le potenzialità dei nuovi schemi contrattuali pubblici di concessione di servizi, i cosiddetti *Public-Private Partnership* (PPP)³¹, che offrono strumenti innovativi per finanziare gli investimenti necessari allo sviluppo della Sanità Digitale e allo stesso tempo consentono di scegliere e di gestire le soluzioni tecnologiche più appropriate e avanzate.

²⁶ Cfr: G. Aue, S. Biesdorf, N. Henke, *eHealth 2.0: How health systems can gain a leadership role in digital health*, McKinsey&Company, 2014. Qui si ipotizza un beneficio economico netto compreso fra il 7 e l'11% delle spesa sanitaria totale in un orizzonte temporale di medio periodo a cinque anni

²⁷ Cfr: *eHealth Strategy for Ireland del Department of Health* (giugno 2013). Qui si ipotizza un guadagno a 5 anni sul capitale investito fino al 7% del bilancio operativo della Sanità Digitale

²⁸ ICfr: Department of Health (UK), *The power of information: Putting all of us in control of the health and care information we need - Impact Assessment*, 2010. Qui si ipotizza che gli investimenti in Sanità Digitale producano margini di guadagno sugli investimenti complessivi di tutto il sistema sanitario (non ICT) in un range compreso fra il 5 e il 7% all'anno. Cfr: Ingenico, T. Spanjaard, *e-Health in Europe*, White paper, 2012. Qui si ipotizzano guadagni di efficienza in campo organizzativo e amministrativo compresi in un range fra il 50 e l'80%

²⁹ Cfr: European Commission, *Unlocking the ICT growth potential in Europe: Enabling people and businesses*, 2013; M. F. Furukawa, D. Vibbert, M. Swain, *HITECH and Health IT Jobs: Evidence from Online Job Postings*, Office of the National Coordinator for Health IT Data Brief #2. Washington, DC:ONC, 2012

³⁰ Cfr: European Commission, *Sources of financing and policy recommendations to Member States and the European Commission on boosting eHealth investment*, DG INFSO & Media, 2008.

³¹ Cfr: *Build Operate Transfer (BOT), Design Finance Build Operate (DFBO) Concession, Build Own Operate (BOO)*

Per realizzare una prospettiva di questo tipo è fondamentale poi investire in adeguate figure professionali interne alla pubblica amministrazione, con competenze manageriali e conoscenze tecniche e analitiche di *project* e *risk management*. Cioè in grado di interagire compiutamente con l'industria, nonché di organizzare bene le valutazioni di impatto delle tecnologie attraverso un sistema coordinato di *Health Technology Assessment (HTA)*.

- **Nuovi modelli di rimborsabilità.** Alcune tipologie di investimenti *eHealth* – come nel caso della Telemedicina – possono cambiare i modelli di assistenza e creare nuove gamme di servizi, integrativi o sostitutivi dei servizi già esistenti. In questo caso prevedere nuovi modelli di rimborsabilità serve a garantire le condizioni utili per l'implementazione dei nuovi servizi e le risorse necessarie per finanziare i costi correnti a lungo termine. L'operazione presenta tuttavia non poche complessità, in considerazione del differente impatto dei benefici e dei risparmi. I benefici hanno un effetto economico, che possono rendere convenienti nel complesso gli investimenti *eHealth*, migliorando l'esperienza, la soddisfazione e la fiducia dei pazienti, aumentando la sicurezza delle cure, allargando l'accesso all'assistenza, ottimizzando l'uso delle risorse, che possono essere liberate per altri impieghi o consentire di evitare costi futuri. In termini finanziari questi benefici economici non sempre generano risorse aggiuntive, disponibili per il rimborso corrente dei nuovi servizi. Una strada praticabile potrebbe essere quella di riconoscere una tariffa iniziale provvisoria nelle prime fasi di applicazione dei nuovi servizi, man mano che si generano le evidenze sull'effettivo rapporto costi/benefici.

13c.8. Prospettive sociali della innovazione digitale in sanità

Tutti i portatori di interesse della sanità italiana sono ormai consapevoli del fatto che il processo di digitalizzazione è avviato e fa prevedere esiti positivi nell'interesse dei cittadini, delle famiglie e del sistema di offerta di servizi. Un importante contributo in tal senso viene dato dal Forum PA, ente che promuove l'efficienza e la

strumentazione della Pubblica Amministrazione italiana attraverso attività seminariali e congressuali. Ulteriore soggetto che sta contribuendo alla trasparenza del processo è il Politecnico di Milano nell'ambito dell'Osservatorio *School of Management*, che cerca di monitorare la diffusione della sanità digitale ed in particolare l'aspetto relativo ai costi e ai possibili risparmi indotti.

Da un punto di vista sociale, rimane aperta la questione della capacità del processo di digitalizzazione di intervenire sulla qualità e sulla sostanza dei processi sanitari. Molti sono gli spunti in tal senso. Un primo spunto riguarda il valore della attività della pubblica amministrazione, che dovrebbe completare il passaggio da un approccio di cultura dell'adempimento formale ad un approccio centrato sulla cultura dei risultati, e da un approccio burocratico ad uno centrato sulla qualità dei servizi e sulla centralità dell'utenza. Non vi è dubbio che le tecnologie possono contribuire positivamente in tal senso se opportunamente orientate nella direzione giusta.

Un secondo spunto riguarda la possibilità che le tecnologie offrono di monitorare in tempo reale l'impatto degli interventi sul territorio, sui destinatari dei servizi, sul sociale, sull'economia e sui media. Una vera e propria rivoluzione che potrebbe fornire strumenti del tutto nuovi e fondamentali per l'accompagnamento della azione amministrativa.

Un terzo possibile punto di attenzione riguarda la misurazione della qualità percepita e della soddisfazione degli utenti, che attraverso le tecnologie informatiche potrebbe diventare strumento quotidiano di verifica dei risultati e della efficienza.

Volendo rimanere all'approccio più socio-sanitario e gestionale, va riconosciuto che a fronte di una evoluzione serrata e massiccia nell'ambito delle applicazioni cliniche e scientifiche (ricerca, *imaging*, procedure diagnostiche, tracciabilità dei prodotti, ecc.) e gestionali di segmento (amministrazione, monitoraggio delle attività, del personale, comunicazione on line tra le diverse entità istituzionali ed associative), la utilizzazione e lo sfruttamento delle potenzialità delle applicazioni informatiche per il miglioramento dei processi di cura nel loro complesso, ed in particolare del rapporto tra i cittadini e il sistema sanitario, sono stati caratterizzati da tempi più lunghi.

Riferimenti bibliografici

- Ash J. S., Bates D. W. (2005), *Factors and Forces Affecting HER System Adoption: Report of a 2004 ACMI Discussion*, Journal of the American Medical Informatics Association 12
- Aue G., Biesdorf S., Henke N. (2014), *eHealth 2.0: How health systems can gain a leadership role in digital health*, McKinsey&Company
- Censis – Arsenal.it (2016), “Cittadini e sanità digitale”, *L’impegno sociale della digitalizzazione in sanità*, Roma maggio 2016
- Collicelli C., Greco G., Pennisi G., Rizzotto V. (2016), *Le condizioni per lo sviluppo della Sanità Digitale: scenari Italia-UE a confronto*, Roma luglio 2016
- Commissione Europea (2010), *Comunicazione alla Commissione, EUROPA 2020 Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*, COM(2010) 2020 - 3.3.2010
- Commissione europea (2010), *Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, Un’agenda digitale europea*, COM(2010)245 - 19.5.2010
- European Commission (2015), *Digital Scoreboard*
- Department of Health (UK) (2010), *The power of information: Putting all of us in control of the health and care information we need - Impact Assessment*
- European Commission (2008), *Sources of financing and policy recommendations to Member States and the European Commission on boosting eHealth investment*, DG INFSO & Media
- European Commission (2013), *Unlocking the ICT growth potential in Europe: Enabling people and businesses*
- Hillestad R., Bigelow J., Bower A., Girosi A., Meili R., Scoville R., Taylor R. (2005), *Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, And Costs*, *Health Affairs*, 24, n.5, 2005.
- Istat (2014), *Cittadini e nuove tecnologie*
- Istat (2015), *Cittadini, imprese e ICT*
- JRC European Commission (2011), *Composite Index for the Benchmarking of eHealth Deployment in European Acute Hospitals*
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2010), *Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies*, OECD Health Policy Studies
- Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano (2016), *Sanità Digitale: non più miraggio, non ancora realtà*, maggio 2016
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2015), *Strategia per la crescita digitale*
- Ronchi, J. Adler-Milstein, G. Cohen, L. Winn, A. Jha (2015), *Better Measurements for Realizing the Full Potential of Health Information Technologies*, 3 marzo 2015
- World Health Organization Europe (2014), *European Observatory on Health Systems and Policies, Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*

ENGLISH SUMMARY

The value of digital health

The evolution of the digital reality has been very intense for health and healthcare within the scope of clinical and scientific applications (research, imaging, diagnostic procedures, product tracking, etc.), those pertaining to the management sector (administration, the monitoring of activities and personnel, on-line communications between different institution and association bodies), and in the field of “digital wellness”. While the employment and exploitation of computer application potentials for improving overall healthcare processes, and in particular in the relation between citizens and the healthcare system, have been characterized by longer timescales.

According to ISTAT (Italian National Institute of Statistics), 16.8-million Italian families (66.2% of the total) have access to the Internet and 13.4-million employ the Internet to search for healthcare information. Approximately 165,000 Apps exist on different platforms inherent to lifestyles and the so-called “digital wellness” sphere, of which 5,000 are in Italian; there is also an abundance of private offers for digital instruments (wearable portable bracelets, Web applications, etc.) used for reporting physiological and risk parameters.

The impact of computer technologies in the field of Public Administration (PA) has been less effective, despite a boost provided from the legislative and regulatory standpoint in Europe and in Italy. Much progress has been made, beginning with the 2004 European eHealth Action Plan, all the way to the recent 2014-2020 Strategy for digital growth of the Italian government dated March 2015.

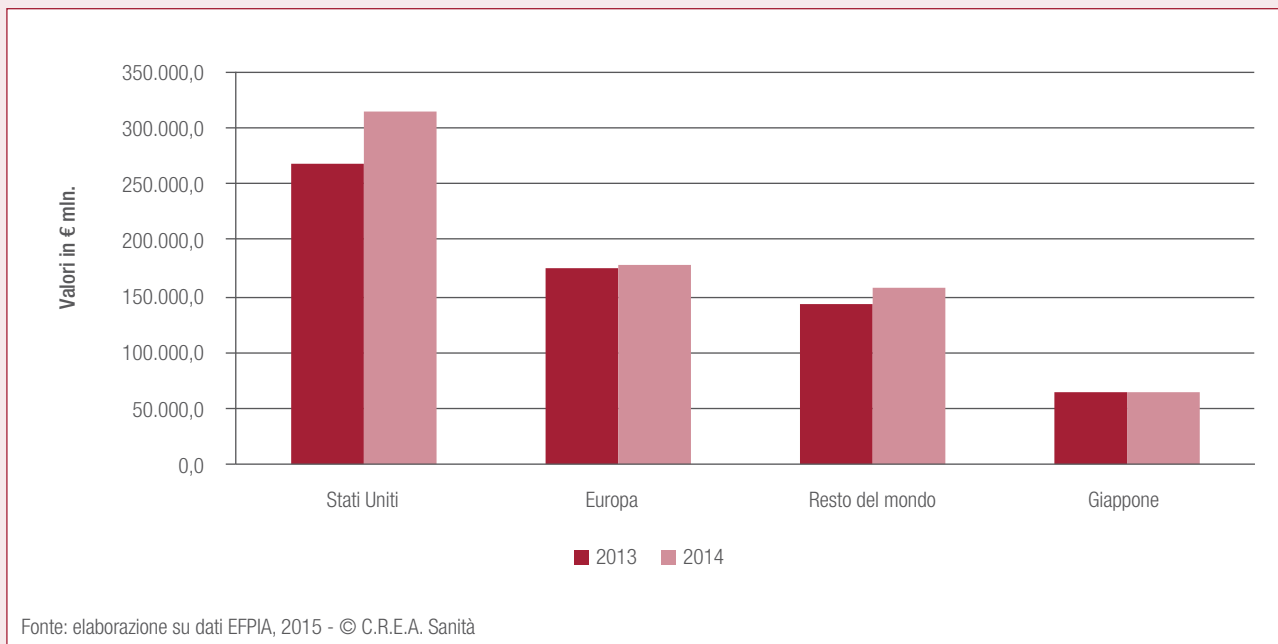
The Italian situation is slightly behind compared to other countries, as reported by an assessment picture

produced by the EU Commission scoreboard. Visits were booked online by 1,772,000 Italians until 2015, and 1,130,000 Italians used the Internet to book diagnostic imaging and lab tests. Less than one-third of Italian physicians (31.2%) use digital networks for exchanging patient data with other healthcare operators. At the end of 2015, paperless prescriptions were 66.5% of the total, with peaks equal to 88.6% in Veneto, 87.3% in Sicilia and in the Autonomous Province of Trento. Access to online services envisaging the consultation of lab results or diagnosis subsequent to specialist visits was provided respectively to 55% and 43% of general practitioners. Regarding prescriptions, the regions with the highest percentage of paperless pharmaceutical prescriptions to November 2015 were Veneto with 88.6%, followed by Sicilia (87.3%), Autonomous Province of Trento (87.3%), Campania (87.2%), Piemonte (81.9%), Valle d’Aosta (81.5%), Basilicata (79.2%), Emilia Romagna (71.1%), Molise (65.5%) and Puglia (61.2%).

In terms of investments, Italy reports digital health expenditure equal to € 1,340-million in 2015, corresponding to 1.2% of total public health expenditure, below the European average (between 2 and 3%).

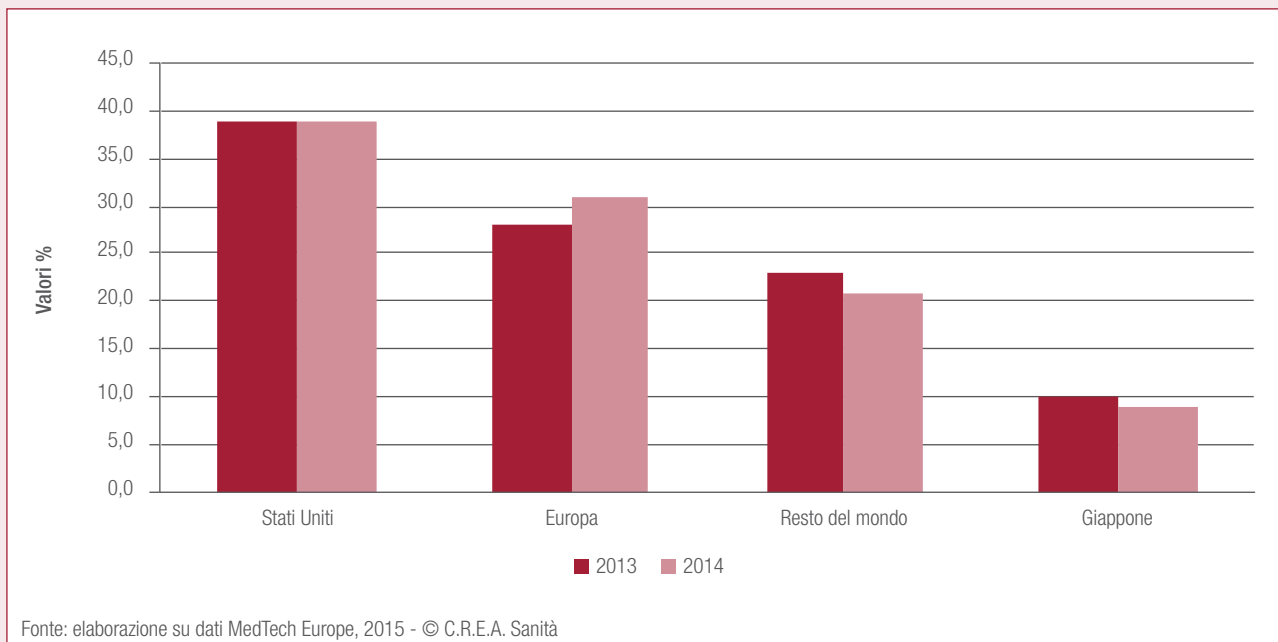
From the social standpoint, the challenge of the digital platform in healthcare should be supported by an overall reshaping of the system, one developing improvements that may be obtained at the level of healthcare continuity, patient empowerment, social-healthcare integration, stronger prevention, the efficiency and effectiveness of treatment. At the same time, we must work towards reducing the digital and cultural gap, and lower access inequalities.

KI 13.1. Mercato mondiale farmaci. Composizione (€ mln.), anni 2013-2014



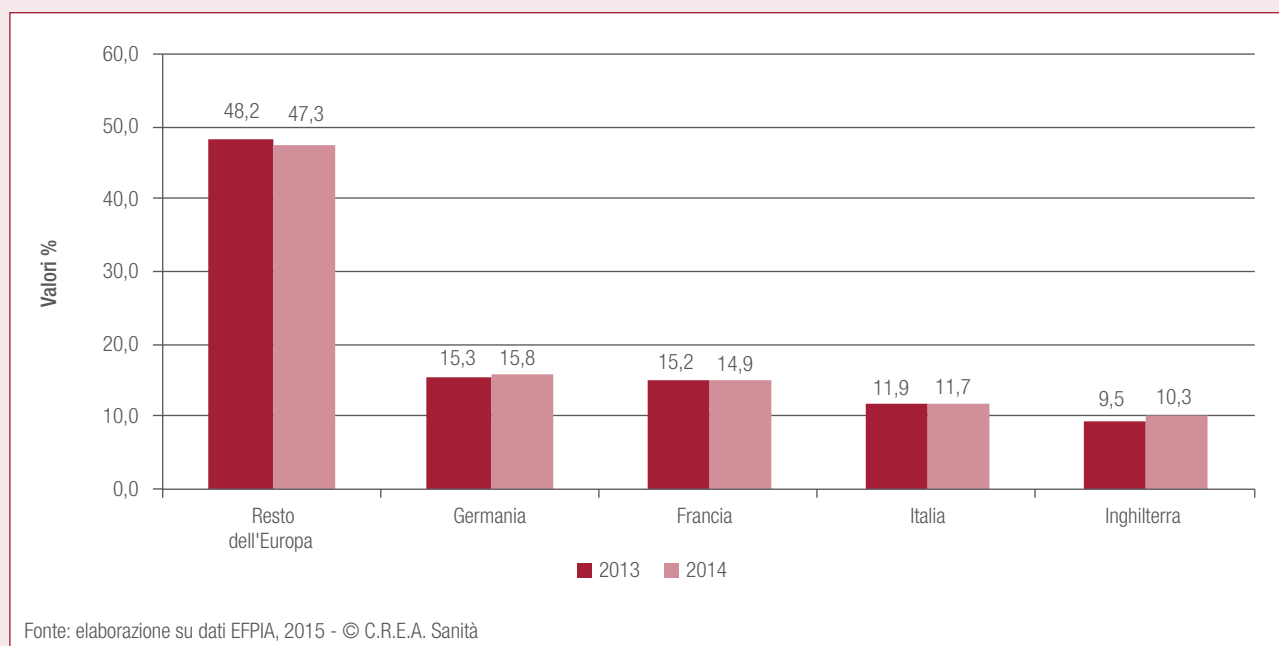
Nel 2014 il mercato mondiale del settore farmaceutico (EFPIA, 2016) è di circa € 715 mld. Il mercato statunitense rappresenta il 44,0% di quello mondiale nel settore dei farmaci, quello europeo il 25,0% e quello giapponese il 9,0%. Nel biennio 2013-2014 si registra un aumento del valore del mercato mondiale dei farmaci per Stati Uniti, del +1,7% per l'Europa, e del +11,9% nel resto del mondo. Il valore del mercato farmaceutico giapponese nel biennio 2013-2014 si è ridotto del -1,1%.

KI 13.2. Mercato mondiale dispositivi medici. Composizione (%), anni 2013-2014



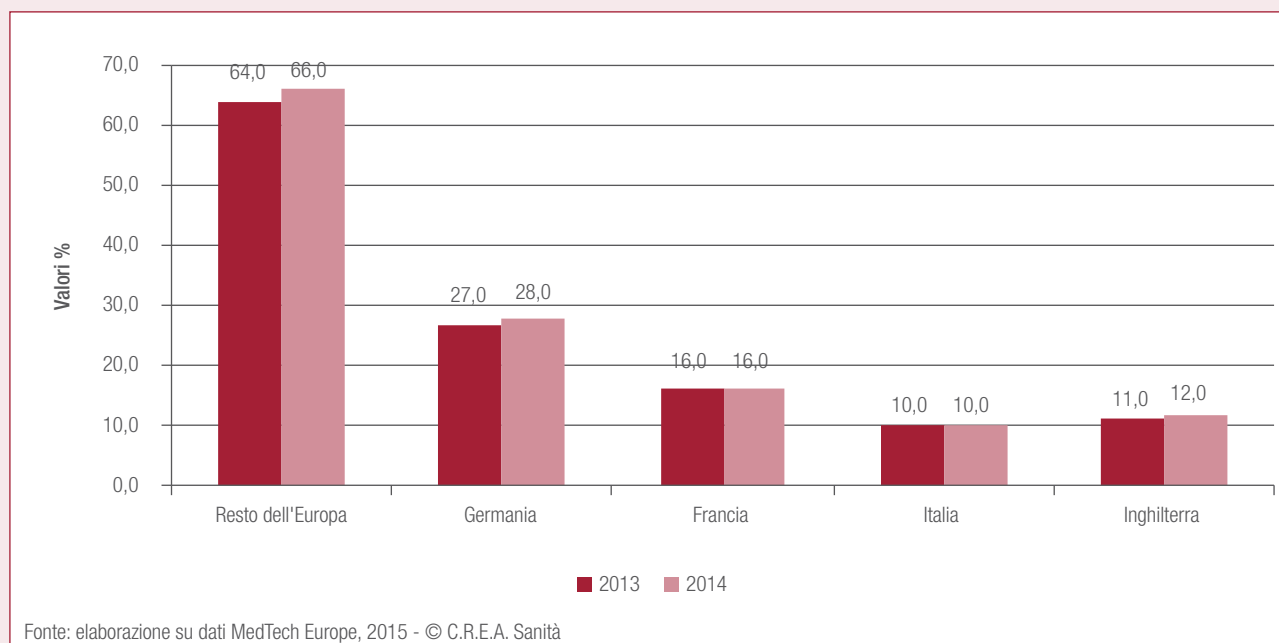
Nel 2014 il mercato mondiale dei dispositivi medici ammonta a circa € 323 mld. (MedTech Europe, 2015). Il mercato statunitense rappresenta il 39,0% di quello mondiale, quello europeo il 31,0% e quello giapponese il 9,0%. Nel biennio 2013-2014, il valore del mercato si è ridotto del -9,5% negli Stati Uniti e del -18,6% in Giappone; in Europa questo è invece aumentato del +0,1%.

KI 13.3. Mercato europeo farmaci. Composizione (%), anni 2013-2014



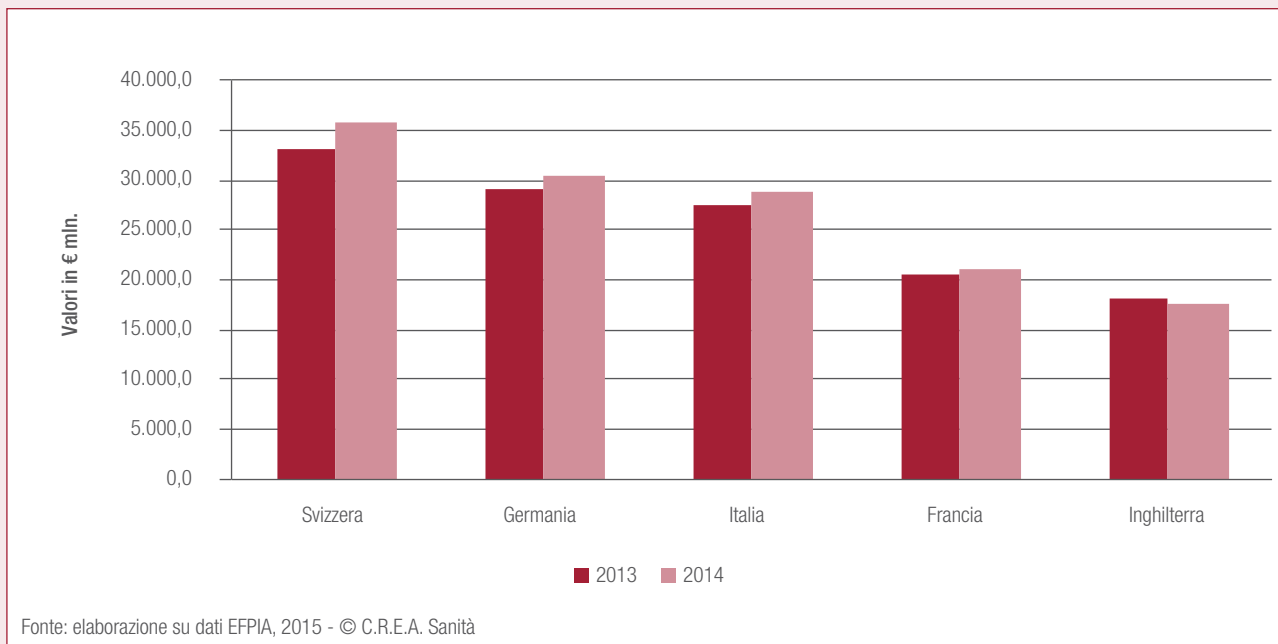
Nel 2014 il mercato europeo dei farmaci è pari a circa € 190 mld. L'Italia rappresenta l'11,7% del mercato europeo collocandosi al terzo posto tra le principali nazioni europee ma registrando un calo di -0,2% rispetto al 2013. La Germania si conferma il Paese europeo con la maggiore quota di mercato dei farmaci e registrando anche un aumento rispetto al 2013 (+0,5%). Il Regno Unito è il Paese che si colloca al quarto posto registrando un aumento nel biennio 2013-2014 del +0,8%; mentre nello stesso biennio il valore del mercato francese si riduce del -0,3%.

KI 13.4. Mercato europeo dispositivi medici. Composizione (%), anni 2013-2014



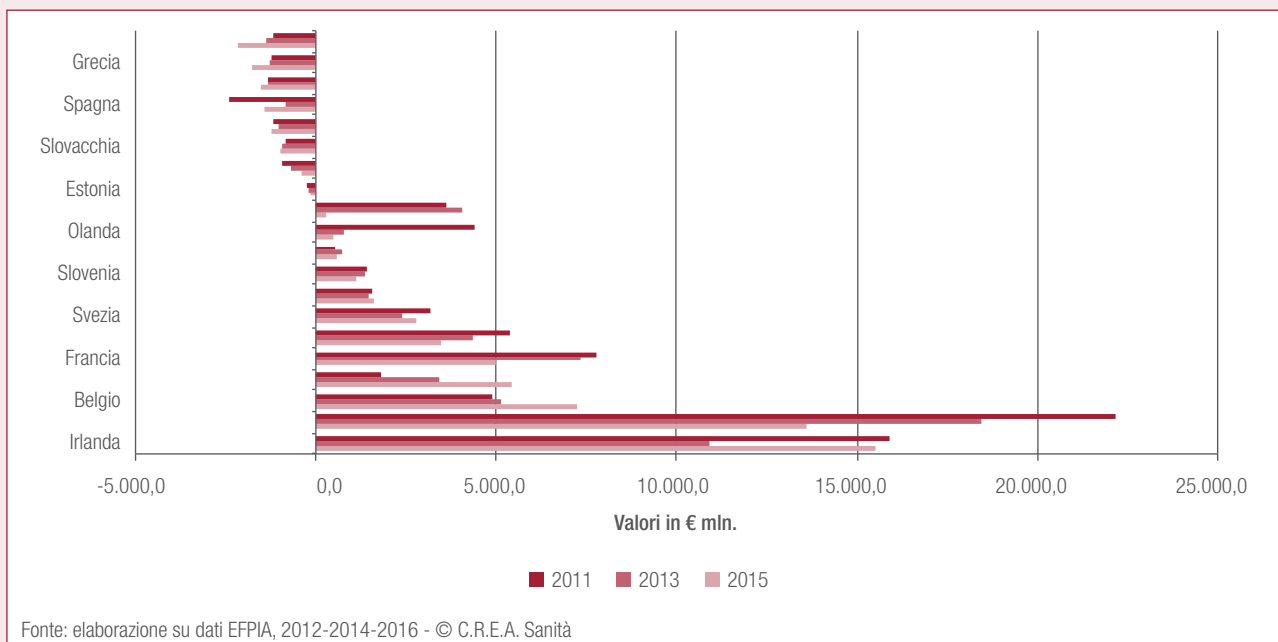
Nel 2014 il mercato europeo dei dispositivi medici si stima intorno a € 100 mld., rappresentando il 31,0% del mercato mondiale. L'Italia rappresenta il 10,0% del mercato europeo collocandosi al terzo posto tra le principali nazioni europee e mantenendo la stessa quota di mercato rispetto al 2013. La Germania si conferma il Paese europeo con la maggiore quota del mercato dei dispositivi medici con un aumento rispetto al 2013 del +1,0%; lo stesso aumento si è registrato anche in Inghilterra.

KI 13.5. Valore della produzione dei farmaci in Europa. Valori assoluti (€ mln.), anni 2013-2014



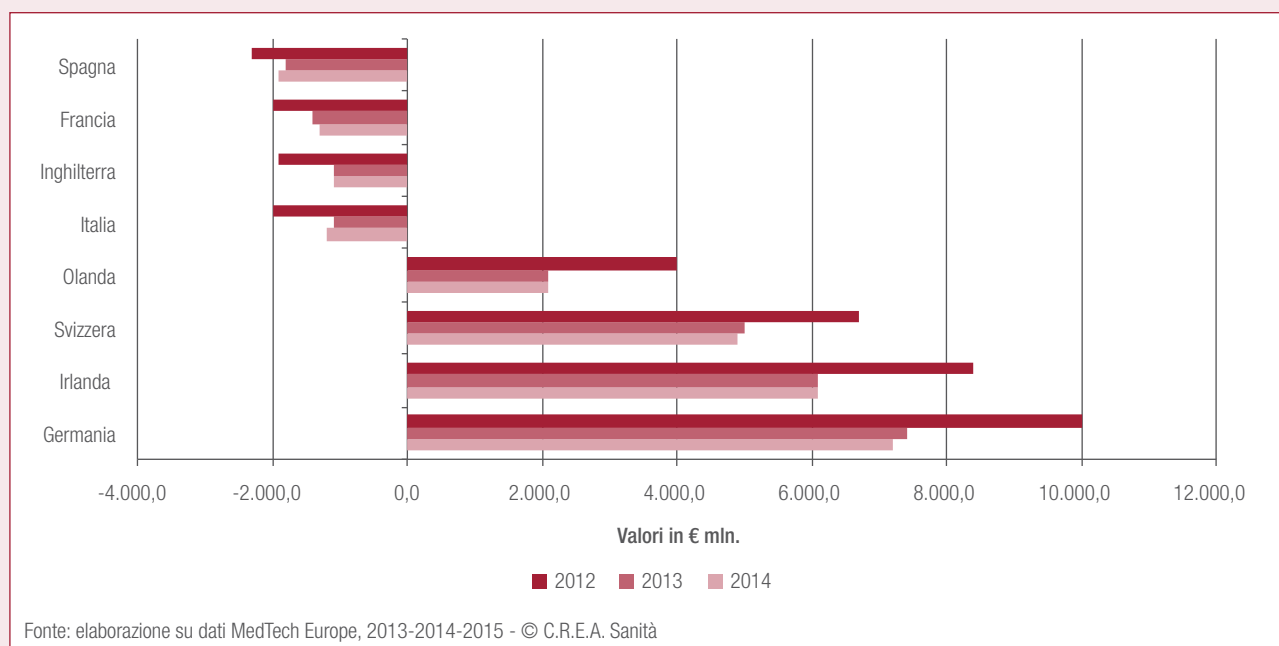
Nel settore farmaceutico, Svizzera, Germania, Italia e Francia rappresentano il 50% della produzione europea (300 mld.) e quella italiana circa il 10%. A livello europeo l'Italia Paese continua a rimanere il terzo mercato in termini di valore di produzione, dopo Svizzera e Germania, con rispettivamente € 35.819 mln. e € 30.401 mln., seguita dalla Francia con € 20.981 mln.. Nel biennio 2013-2014 tutti i Paesi europei considerati registrano un incremento nella variazione percentuale: Svizzera (+8,5%), Germania (+4,8%), Italia (+4,5%) e Francia (+2,3%) ad eccezione del Regno Unito che invece registra una riduzione del valore di produzione pari a -3,8%.

KI 13.6. Bilancia commerciale industria farmaceutica. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2013-2015



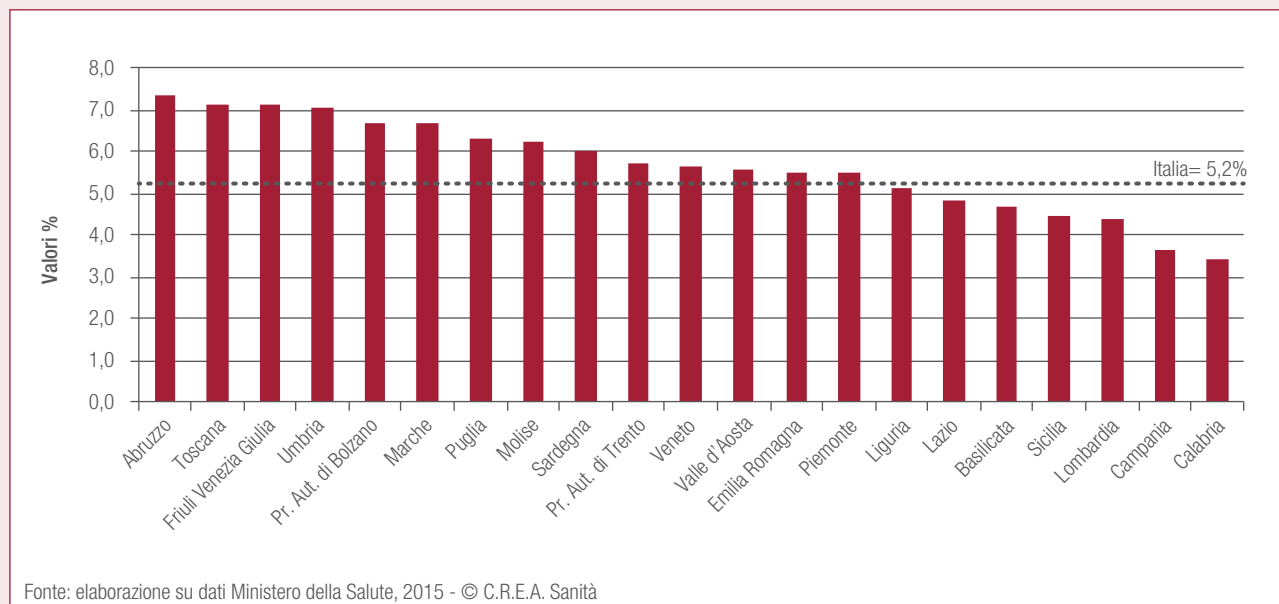
Nel 2015, il Paese con il saldo commerciale più alto nel settore farmaceutico risulta essere la Germania con +€ 22.177 mln., seguita dall'Irlanda con +€ 15.925 mln. e dalla Danimarca con € 5.380 mln.. La Germania continua ad essere il Paese con il maggior valore di esportazione ed importazione nel settore (€ 60.478 mln. e € 37.835 mln. rispettivamente), seguita dalla Svizzera per le esportazioni (€ 50.673 mln.) e dal Belgio per le importazioni (€ 32.066 mln.). L'Italia registra nel 2015 un saldo totale negativo pari a -€ 234 mln.; limitandolo a farmaci e vaccini questo risulta essere positivo e pari a +€ 3.613 mln. per i medicinali e a +€ 195 mln. per i vaccini; il saldo diventa negativo introducendo materie prime e altri prodotti (-€ 4.041 mln.).

KI 13.7. Bilancia commerciale industria dispositivi medici. Valori assoluti (€ mln.), anni 2012-2013-2014



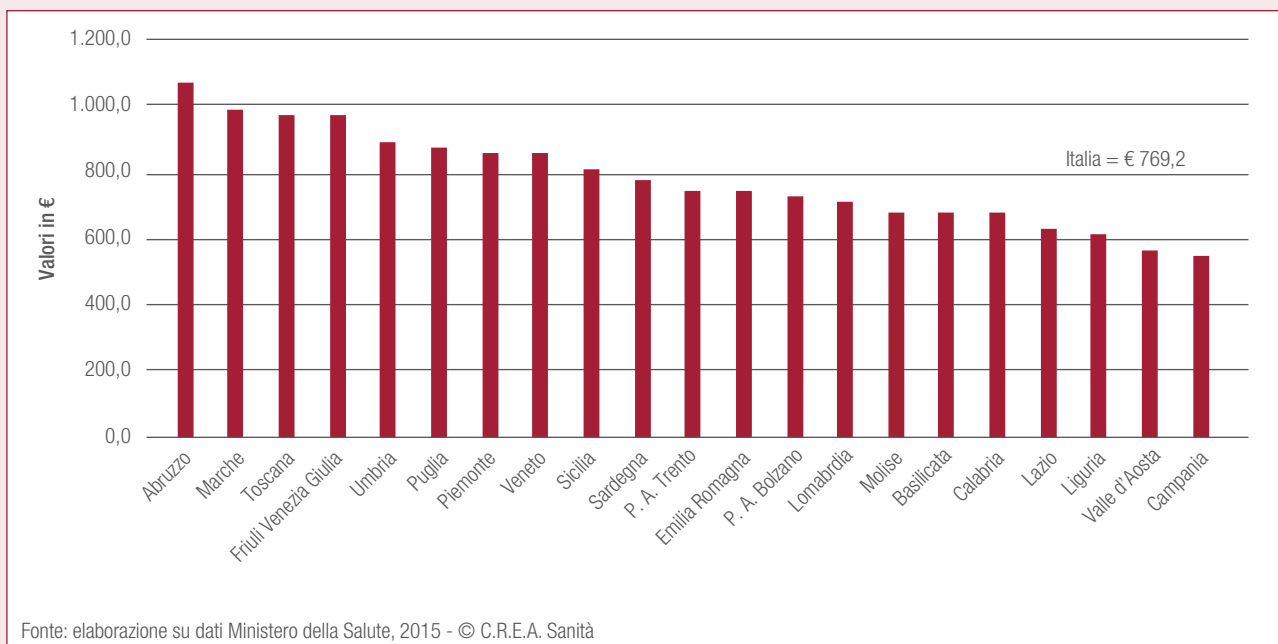
Nel 2014, il Paese con il saldo commerciale più alto nel settore dei dispositivi medici risulta essere la Germania con +€ 10.000 mln, seguita dall'Irlanda con + € 8.400 mln. e dalla Svizzera con € 6.700. La Spagna presenta un saldo negativo pari a -€ 2.300, così come la Francia (-€ 2.000), l'Inghilterra (-€ 1.900). Nel 2014, l'Italia ha esportato DM per un valore pari a € 4,1 mld. ed importato per un valore pari a circa € 6,1 mld., con un saldo della bilancia commerciale negativo e pari a -€ 2,0 mld..

KI 13.8. Spesa per DM - Quota su Fondo Sanitario Regionale (%), anno 2014



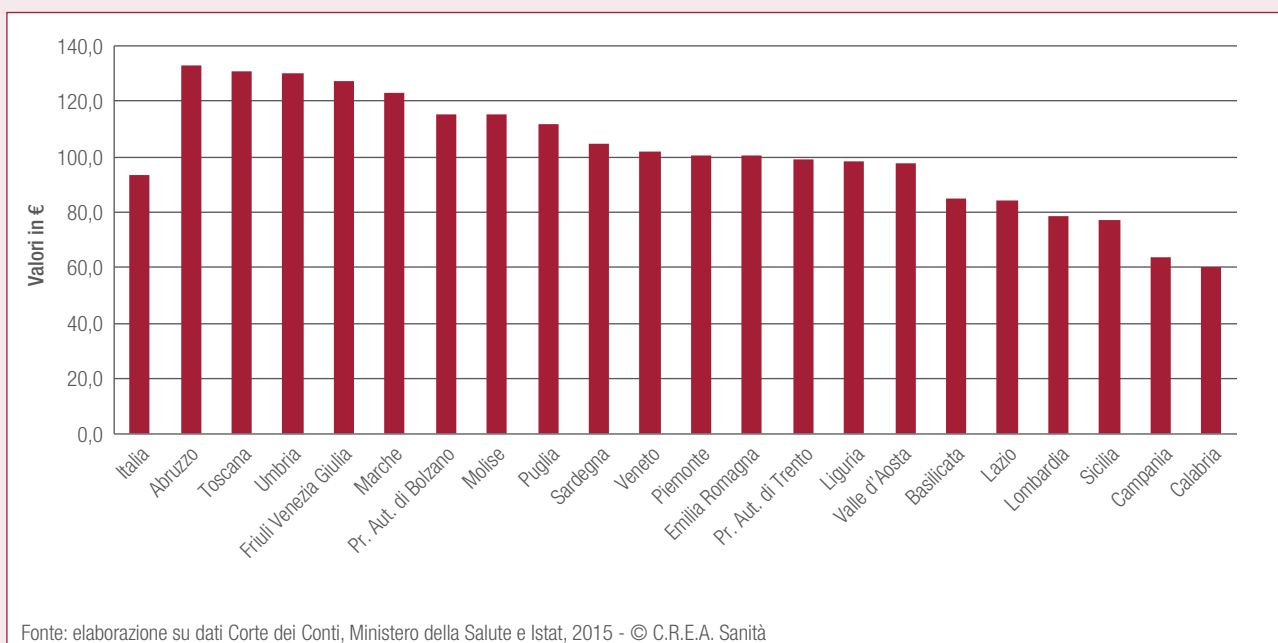
A partire dal 2011 (D.L. n.111/2011) è stato fissato un tetto alla spesa per dispositivi medici pari al 5,2% del fondo sanitario previsto per il 2013; successivamente la quota è stata ridotta al 4,9% per il 2013 e al 4,8% per il 2014 (D.L. 135/2012) e infine con il Patto di stabilità 2013 è stata fissata pari al 4,8% per il 2013 e 4,4% per il 2014. Il dato di spesa nazionale, nel 2013, è pari a poco più di € 3,2 mld. Dai CE risulta una spesa per DM (delle sole strutture pubbliche), nel 2014, pari a € 5,69 mld. (€ 5,56 mld. nel 2013), anch'essa certamente sottostimata per la presenza di tecnologie acquisite a noleggio, con leasing, valorizzate su voci differenti dei CE e comunque non univocamente distinguibili, prima di tutto perché per le apparecchiature sanitarie le quote di ammortamento sono indistinte nella relativa voce 'Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali'. La spesa rilevata, pur con i limiti descritti, rappresenta il 5,2% del Fondo Sanitario Nazionale del 2014, e sarebbero solo quattro le Regioni sotto il tetto del 4,4% del FSR: Calabria, Campania, Sicilia, Lombardia; Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Umbria risultano essere le Regioni con la quota più alta (7,3%, 7,1%, 7,1% e 7,0% rispettivamente).

KI 13.9. Spesa per DM – Valore per ricovero in acuzie (€), anno 2014



L'indicatore rappresenta un potenziale "nuovo" indicatore per il controllo della spesa sui dispositivi medici che riduce le distorsioni legate ad una differente distribuzione tre strutture pubbliche e private accreditate: la spesa per DM rapportato al numero di ricoveri in acuzie nelle strutture pubbliche. A fronte di una media nazionale pari a € 769,2, Abruzzo, Marche, Toscana e Friuli Venezia Giulia sono le Regioni con la spesa per DM per ricovero più alta; Lazio, Liguria, Valle d'Aosta e Campania sono invece le Regioni con quella più bassa.

KI 13.10. Spesa per dispositivi medici. Valori pro-capite (€), anno 2014



Nel 2014 la spesa pro-capite media italiana nelle strutture sanitarie pubbliche per dispositivi medici è pari a € 93,7. Le Regioni con la maggior spesa pro capite risultano essere Abruzzo (€ 133,2), Toscana (€ 130,5), Umbria (€ 130,4) e Friuli Venezia Giulia (€ 127,6); quelle con la minore sono Calabria (€ 60,4), Campania (€ 63,5) e Sicilia (€ 77,2).



Capitolo 14

Analisi per patologia

Analysis by pathology

14a. Impatto economico dell'immunonutrizione nei pazienti chirurgici oncologici

English Summary

14b. L'impatto dei nuovi anticoagulanti nella pratica medica e sulla profilassi della Fibrillazione Atriale a livello regionale

English Summary

14c. Le analisi sulla qualità della vita: il caso della Psoriasi cronica a placche

English Summary

CAPITOLO 14

Analisi per patologia

In continuità con le ultime edizioni del Rapporto Sanità, anche quest'anno dedichiamo un capitolo ad alcune analisi per patologia, assumendo una prospettiva trasversale rispetto alle analisi per area di assistenza con cui è organizzato il Rapporto.

La scelta delle aree di analisi deriva da valutazioni relative alla rilevanza sociale delle patologie, dal contenuto di innovazione nelle terapie, scegliendo fra gli approfondimenti specifici realizzati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità.

Nei contributi ci si astiene da qualsiasi valutazione comparativa fra singole tecnologie alternative, privilegiando la descrizione e la valutazione degli impatti epidemiologici, economici e sociali.

Quest'anno il capitolo prende in considerazione:

- l'immunonutrizione (Capitolo 14a); nello specifico si riportano i risultati di un'analisi sull'impatto economico sul SSN derivante dall'applicazione delle linee guida della *European Society for Clinical Nutrition*

and Metabolism (ESPEN), che raccomandano la nutrizione immunomodulante nei pazienti chirurgici con tumori testa-collo e gastrointestinali. In particolare, si analizzano le indicazioni per pazienti con diagnosi principale di tumore gastrointestinale sottoposti ad interventi chirurgici di resezione gastroesofagea, pancreatectomia e resezione colon-rettale;

- anticoagulanti e fibrillazione atriale (Capitolo 14b); nello specifico, la percezione dei medici di medicina generale sul trattamento e la presa in carico dei pazienti in profilassi con anticoagulanti oltre che le evidenze sulle modifiche intervenute nella quota di pazienti in profilassi, dopo l'introduzione dei NAO;
- la qualità della vita dei pazienti affetti da psoriasi (Capitolo 14c); nello specifico si è analizzata la qualità della vita di un campione di pazienti afferenti a 12 Centri PSOCARE prima e dopo la terapia con farmaci biologici.

Analysis by pathology

According with the 11st editions of our Report, we are once again dedicating a chapter to some analysis by pathology – thus assuming a transversal perspective compared to the analysis by assistance area method used in the rest of the Report.

The choice of analysis areas derives from assessments relative to the social relevance of the pathologies, innovative contents of treatments, choosing between specific studies conducted by C.R.E.A. Sanità researchers.

In the contributions we abstain from any whatsoever comparative evaluation between single alternative technologies, privileging the description and assessment of epidemiological, economic and social impacts.

This year, the said chapter will be taking the following into consideration:

- immunonutrition (Chapter 14a); specifically reporting the results of the economic impact on National Healthcare Service deriving from the application of European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) guidelines, which recommend immunomodulating nutrition in surgical patients suffering from head-neck and gastrointestinal cancer. In particular, the analysis is focused on patients with principal diagnosis of gastrointestinal cancer subjected to surgery for gastroesophageal resection, pancreatectomy and colon-rectal resection;
- anticoagulants and atrial fibrillation (Chapter 14b); specifically, the perception of general practitioners regarding treatment and taking charge of patients in anticoagulant treatment, as well as evidence on changes to the proportion of patients in treatment following the introduction of the “New” Anticoagulant Oral drugs.
- The quality of life of patients suffering from psoriasis (Chapter 14c); specifically, it analyzes the quality of life prior and subsequent to treatment with biological drugs, of a sample of patients attending 12 PSO-CARE Centres.

CAPITOLO 14a

Impatto economico dell'immunonutrizione nei pazienti chirurgici oncologici

d'Angela D.¹, De Luca R.², Ficari F.³, Gasbarrini A.⁴, Marrocco W.⁵, Montorsi M.⁶, Spandonaro F.⁷

14a.1. Il contesto

L'immunonutrizione (IMN) consiste nella somministrazione integrativa di nutrienti specifici in grado di modulare la risposta infiammatoria ed incrementare quella immunitaria di un soggetto.

La sua funzione è quella di utilizzare i principi nutritivi per favorire la diminuzione dello stato di iper-infiammazione e/o favorire l'azione del sistema immunitario; può essere applicata in diverse condizioni cliniche, in forme acute o croniche, per via orale (os), enterale (sondino naso-gastrico) o parenterale (endovena).

Significativo è il contributo dell'IMN nella riduzione dei rischi legati alle complicanze dell'infiammazione acuta post-operatoria.

In casi del genere, la sola somministrazione minima di nutrienti per via enterale è in grado di prevenire l'atrofia dei villi intestinali e l'atrofismo della mucosa, di aumentare la barriera immunitaria intestinale e di ridurre la traslocazione batterica. Tuttavia, ricordiamo che un adeguato (e non minimo) supporto nutrizionale è in grado di prevenire sia la malnutrizione che le varie ripercussioni sul sistema immunitario.

Di fatto, malgrado le copiose evidenze in letteratura e le indicazioni riportate in diverse Linee Guida internazionali e nazionali, il ricorso all'IMN continua ad essere, però, praticamente negletto a livello nazionale.

Il presente contributo riporta i risultati di un'analisi dell'impatto economico sul SSN derivante dell'applica-

zione delle linee guida dell' *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) che raccomandano la nutrizione immunomodulante, a base di arginina, acidi grassi omega-3 e nucleotidi, nei pazienti chirurgici con tumori testa-collo e gastrointestinali: in particolare si analizzano le indicazioni per pazienti con diagnosi principale di tumore gastrointestinale sottoposti ad interventi chirurgici di resezione gastroesofagea, pancreatocomia e resezione colon-rettale.

Nel presente contributo, al fine di analizzare l'impatto economico dell'applicazione delle linee guida, si è sviluppata una simulazione di *budget impact*, nella prospettiva del SSN, limitata ai pazienti con tumore gastrointestinale, sottoposti a procedure di resezione gastroesofagea, pancreatocomia e resezione colonrettale, in quanto rappresentano un sottogruppo importante della popolazione *target* delle linee guida ESPEN.

14a.2. Materiali e metodi

Sono diverse le linee guida europee e nazionali che raccomandano l'adozione dell'IMN nella pratica clinica (ESPEN, ERAS, etc.).

Prendendo in analisi le linee guida ESPEN, queste raccomandano l'IMN enterale con substrati immunomodulanti, quali arginina, acidi grassi omega-3 e nucleotidi, in caso di pazienti sottoposti ad interventi chirurgici e a trapianto di organi. La via di somministra-

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

² I.R.C.C.S. Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari

³ Università degli Studi di Firenze

⁴ Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

⁵ Centro Studi Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG)

⁶ Università *Humanitas*, Rozzano (Mi)

⁷ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Tabella 14a.1. Riduzione degenza, complicanze e relativi costi (€)

	Normonutriti	Malnutriti	Fonte
Riduzione degenza media (giorni)	-1,63	-3,3	Cerantola, 2011
Riduzione complicanze (numero)	-0,30	-0,25	Braga, 2005
Riduzione costo complicanze (%)	-36,0	-36,0	Elaborazione su dati Braga, 2014
Costo giornata di degenza (€)	414,3		Elaborazione su dati Braga, 2014 e tariffe DRG
Costo complicanze (€)	2.921	3.000	Braga, 2005
Costo consulenze pro-capite (€)	80,0		Elaborazione su dati CCNL
Costo prodotti IMN pro-capite per giornata di degenza (€)	28,9		Braga, 2005

Fonte: elaborazione su dati di letteratura, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

zione enterale deve essere preferita a meno di ostruzione intestinale o dell'ileo, *shock* severo o ischemia intestinale.

In particolare raccomandano una somministrazione peri-operatoria di 5/7 giorni prima e 5/7 giorni dopo per i pazienti normonutriti, allungando i giorni di somministrazione fino a 10/14 giorni prima nel caso di soggetti in stato di malnutrizione.

L'evidenza è supportata da copiosa letteratura che riferisce l'efficacia dell'utilizzo dell'immunonutrizione, e anche la sua costo-efficacia.

L'IMN ha, infatti, dimostrato di ridurre sia la degenza media, che il numero e costo delle complicanze, infettive e non (Cerantola, 2011; Song, 2015; Wong, 2016).

Nell'analisi condotta si è assunta una riduzione media di -1,63 giorni (Cerantola, 2011) per i normonutriti e di -3,3 giorni (Braga, 2002) per i malnutriti. Inoltre si assume una riduzione del numero di complicanze nel perioperatorio, di -0,30 e -0,25 rispettivamente per i normo ed i malnutriti (Braga, 2005; Braga, 2002).

Per quanto concerne i costi, essi sono riferiti al 2016, e in particolare si assume che il costo della degenza media sia pari a € 414,3, tenendo in considerazione sia quanto riportato in letteratura (Braga, 2004), che le tariffe DRG ad oggi in vigore.

Il costo medio delle complicanze è stato posto pari a € 2.921 nel caso dei normonutriti, e di € 3.000 (*expert opinion*) nel caso dei malnutriti; tale costo si riduce del -36% nel caso di somministrazione perioperatoria dell'IMN (Braga, 2005).

Tra le voci di costo è stato considerato quello dell'IMN e anche la consulenza del nutrizionista, con un costo per paziente di € 80, stimando (*expert opinion*) un impegno complessivo sul singolo paziente di 120 minuti. Non è

stato invece incluso il costo della somministrazione poiché non differisce a seconda della tipologia di nutrizione che il paziente assume (Tabella 14a.1).

Per stimare il *budget impact* si è partiti effettuando una analisi ad hoc per stimare la popolazione *target*, effettuata sulla base della casistica SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) regionale riferita all'anno 2014 (non si è ritenuto necessario stimare variazioni al 2016).

La casistica (chirurgia addominale maggiore) è suddivisa fra non eleggibili (impossibilitati alla somministrazione enterale o già nutriti con immunomodulanti) e eleggibili, questi ultimi a loro volta suddivisi fra normonutriti e malnutriti.

Per ogni gruppo si considerano separatamente i costi della IMN e i benefici in termini di riduzione delle giornate di degenza e delle complicanze (con i relativi costi).

14a.3. Risultati

In Italia, nel 2014, sono stati effettuati 142.869 ricoveri con diagnosi principale di tumore gastrointestinale, di cui 52.288 (36,6%) chirurgici e 90.581 (63,4%) medici.

I ricoveri chirurgici sono associati a 512 diverse procedure chirurgiche: non di meno l'87,3% della casistica si concentra in sole 37 procedure (Tabella 14a.2).

I ricoveri per procedure di resezione gastroesofagea, pancreatica e colon-rettale rappresentano il 31,0% (16.190 casi) della casistica chirurgica rilevata (Tabelle 14a.3, 14a.4, 14a.5).

I pazienti eleggibili risultano quindi 16.190 e, sulla base dell'esperienza clinica, di questi solo circa l'1%

Tabella 14a.2. Casistica ricoveri - per tipo di procedura. Valori assoluti, anno 2014

Intervento principale (ICD9)	N. Ricoveri	Descrizione procedura
4573	9398	Emicolectomia destra
4863	5210	Altra resezione anteriore del retto
5022	4815	Epatectomia parziale
5024	3773	Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici
4575	3414	Emicolectomia sinistra
437	1271	Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale
4862	1237	Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia
4391	1167	Gastrectomia totale con interposizione intestinale
527	1140	Pancreaticoduodenectomia radicale
485	1081	Resezione del retto per via addominoperineale
4574	1033	Resezione del colon trasverso
5029	927	Altra demolizione di lesione del fegato
5411	898	Laparotomia esplorativa
4869	867	Altra resezione del retto
5421	835	Laparoscopia
503	820	Lobectomia del fegato
4399	729	Altra gastrectomia totale
4579	727	Altra asportazione parziale dell'intestino crasso
4576	650	Sigmoidectomia
5252	516	Pancreatectomia distale
4389	414	Altra gastrectomia parziale
458	380	Colectomia totale intraaddominale
4439	379	Altra gastroenterostomia senza gastrectomia
5025	372	Ablazione laparoscopica di tessuto o lesione epatici
4613	368	Colostomia permanente
4241	332	Esofagectomia parziale
4611	326	Colostomia temporanea
4835	323	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto
5251	322	Pancreatectomia prossimale
4381	298	Gastrectomia parziale con trasposizione digiunale
5059	282	Altro trapianto del fegato
4621	270	Ileostomia temporanea
4610	252	Colostomia, SAI
9985	225	Ipertermia per il trattamento di tumore
526	211	Pancreatectomia totale
5219	209	Altre procedure diagnostiche sul pancreas
5137	201	Anastomosi fra dotto epatico e intestino

Fonte: elaborazione su dati di letteratura, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

effettua già IMN; inoltre, si stima che il 5% non sia eleggibile ad IMN enterale (*expert opinion*).

La quota di pazienti classificabili come malnutriti risulta del 40% (*Consensus Paper* ADI-SINPE, 2013).

In definitiva la popolazione *target* sulla quale stimare l'impatto economico dell'IMN risulta di 15.227 pazienti, di cui 9.136 normonutriti e 6.091 malnutriti (Tabella 14a.6).

Il costo medio pro-capite dell'IMN risulta pari a €

599,8, di cui il 13,4% relativo ai costi del nutrizionista etc..

A fronte di ciò si registrano € 675,2 di risparmi attribuibili alla riduzione attesa nella degenza media € 564,7 alla riduzione delle complicanze e € 426,6 ai costi dell'IMN.

L'assunzione di prodotti di IMN enterale nel perioperatorio, secondo quanto raccomandato dalle linee guida ESPEN, limitatamente ai pazienti sottoposti ad interventi

Tabella 14a.3. Ricoveri per resezione gastroesofagea - per tipo procedura. Valori assoluti, anno 2014

Procedura	N. ricoveri
Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale	1.271
Gastrectomia totale con interposizione intestinale	1.167
Altra gastrectomia totale	729
Altra gastrectomia parziale	414
Gastrectomia parziale con anastomosi duodenale	49
Esofagectomia parziale	332
Esofagectomia totale	132
Altra esofagocolostomia presterale	3
Esofago-gastrostomia intratoracica	14
Totale	4.111

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14a.4. Ricoveri per resezione pancreatica - per tipo procedura. Valori assoluti, anno 2014

Procedura	N. ricoveri
Pancreaticoduodenectomia radicale	1.140
Pancreatectomia distale	516
Pancreatectomia prossimale	322
Pancreatectomia totale	211
Altra pancreatectomia parziale	49
Pancreatectomia sub-totale radicale	49
Totale	2.287

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14a.5. Ricoveri per resezione colon-rettale - per tipo procedura. Valori assoluti, anno 2014

Procedura	N. ricoveri
Altra resezione anteriore del retto	5.210
Resezione anteriore del retto con contemporanea coistomia	1.237
Resezione del retto per via addominoperineale	1.081
Resezione del colon trasverso	1.033
Altra resezione del retto	867
Altra resezione parziale dell'intestino tenue	193
Resezione del cieco	77
Resezione segmentaria multipla dell'intestino crasso	57
Resezione segmentaria multipla dell'intestino tenue	22
Resezione posteriore del retto	15
Totale	9.792

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

chirurgici di resezione gastroesofagea, pancreatectomia e resezione colon-rettale, comporta una riduzione del costo medio dei ricoveri (Tabella 14a.7) di € 813,4 per il paziente normonutrito e di € 1.249,1 per il malnutrito (in media € 987,7).

Tabella 14a.6. Pazienti *target* – per tipologia. Valori assoluti, anno 2014

Italia	N. casi
Pazienti con interv. chirurgia GI maggiore	16.190
Pazienti eleggibili totali	15.227
Pazienti eleggibili normonutriti	9.136
Pazienti eleggibili malnutriti	6.091

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14a.7. Budget Impact – per tipologia di pazienti (€), anno 2014

Pazienti normonutriti	
Impatto pro-capite degenza (€)	-675,2
Impatto pro-capite complicanze (€)	-564,7
Impatto pro-capite IMN (€)	346,6
Impatto pro-capite consulenze (€)	80,0
Δ costo pro-capite (€)	-813,4
Δ costo (Budget Impact)	-7.430.962,8
Pazienti malnutriti	
Impatto pro-capite degenza (€)	-1.367,1
Impatto pro-capite complicanze (€)	-481,9
Impatto pro-capite IMN (€)	519,8
Impatto pro-capite consulenze (€)	80,0
Δ costo pro-capite (€)	-1.249,1
Δ costo (Budget Impact)	-7.607.862,6
Totale	
Δ costo pro-capite (€)	-987,7
Δ costo (Budget Impact)	-15.038.825,5

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

14a.4. Conclusioni

Evidenze di letteratura a livello internazionale riportano i vantaggi in termini di *outcome* del ricorso routinario alla nutrizione immunomodulante, riconosciuti da diverse linee guida, tra le quali quella dell'ESPEN.

L'applicazione di quest'ultima, analizzata limitatamente all'assunzione di prodotti di IMN a base di arginina, omega-3 e acidi grassi nel perioperatorio da parte di pazienti con diagnosi di tumore gastrointestinale sottoposti ad interventi chirurgici di resezione gastroesofagea, pancreatectomia e resezione colon-rettale, comporta un risparmio medio per paziente (ottica del SSN) pari a € 987,7.

La IMN si dimostra quindi *cost saving*: a livello nazionale, a fronte di un investimento annuo pari a € 7,6 mln si generano risparmi potenziali per € 22,6 mln, con un risparmio finale annuo di € 15,0 mln.

Riferimenti bibliografici

- Braga M., Gianotti L., Vignali A., Schmid A., Nespoli L., Di Carlo V. (2005) "Hospital resources consumed for surgical morbidity effects of preoperative arginine and omega-3 fatty acid supplementation on costs", *Nutrition*
- Braga M., Gianotti L. (2004), "Preoperative Immunonutrition: Cost-Benefit Analysis", *Journal of parenteral and enteral nutrition*
- Cerantola Y., Hubner M., Grass F., Demartines M., Schafer N. (2011), "Immunonutition in gastrointestinal surgery", *British Journal of surgery*
- Consensus Paper, ADI-SINPE 2013
- Ministero della Salute (2014), Schede di Dimissione Ospedaliera
- Song GM., Tian X., Liang H., Yi LJ., Zhou JG., Zeng Z., Shuai T., Ou, YX., Zhang L., Wang Y. (2015), "Role of Enteral Immunonutrition in Patients Undergoing Surgery for Gastric Cancer. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials", *Medicine*
- Weimann A., Braga M., Harsanyi L., Laviano A., Ljungqvist O., Soeters P. (2006), "ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: surgery including Organ Transplantation", *Clinical Nutrition*
- Wong C., Aly E. (2016), "The effects of enteral immunonutrition in upper gastrointestinal surgery: A systematic review and meta-analysis", *International Journal of Surgery*

ENGLISH SUMMARY

Economic impact of immunonutrition in cancer patients

International literature bears evidence of the benefits inherent to a routine use of immunomodulating nutrition in terms of outcome, which have been recognized by several guidelines including those issued by European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN).

The contribution reports the results of an analysis of economic impact on Italian healthcare service deriving from the application of ESPEN guidelines that recommend immunomodulating nutrition (IMN) in surgical patients suffering from head-neck and gastrointestinal cancer: in particular, a budget impact simulation has been developed within the National Healthcare perspective, restricted to patients with gastrointestinal cancer who underwent gastroesophageal resection, pancreatectomy and colorectal resection procedures (a relevant sub-category within the target population of ESPEN guidelines).

A specific analysis to detect the target population has been conducted to estimate the budget impact, based on SDO (Hospital Discharge Records) database (year 2014).

Case studies (major abdominal surgery) have been divided into non-eligible (unable to receive enteral feeding or already nourished with immunomodulators) and eligible categories, the latter category in turn divided into wellnourished and malnourished patients.

For each group, we separately considered IMN costs (products and consultancies) and benefits in terms of reduced hospital stays and complications (with associated costs).

On an overall case study involving 52,288 surgery hospitalizations of patients with malignant gastrointes-

tinal cancer, those associated to gastroesophageal, pancreatic and colon-rectum resection procedures represented 31.0% (16,190 cases).

Of the 16,190 patients eligible, on the basis of clinical experience, we estimate that approximately 1% is already being nourished with IMN products and 5% is not eligible for enteral IMN.

Moreover, it has been estimated that 40% of these patients suffers of malnutrition.

Ultimately, the target population for which the budget impact of IMN has been estimated amounts to 15,227 patients, of which 9,136 well-nourished and 6,091 malnourished.

The average per capita cost of IMN is apparently equal to € 599.8, of which 13.4% is related to nutritionist fees.

Intake of enteral IMN products during the perioperative stage, according to what has been suggested by ESPEN guidelines (restricted to patients subjected to surgery for gastroesophageal, pancreatic and colon-rectum resection procedures) entails a saving costs related to the average hospitalization of € 813.4 for each well-nourished patient and € 1,249.1 for each malnourished patient (an average of € 987.7).

In detail, savings of € 675.2 can be attributed to a shorter waiting list for average hospital stays, € 564.7 to the reduction of complications and € 426.6 to IMN costs.

Therefore IMN proves to be a cost saving procedure: at national level, compared to an annual investment equal to € 7.6 millions, potential savings are generated for € 22.6 millions, with final annual savings of € 15.0 millions.

CAPITOLO 14b

L'impatto dei nuovi anticoagulanti nella pratica medica e sulla profilassi della Fibrillazione Atriale a livello regionale

d'Angela D.¹, Misericordia P.², Polistena B.¹

14b.1. Introduzione

Le recenti linee guida (LG) Europee e Nord Americane raccomandano l'anticoagulazione a tutti i soggetti con Fibrillazione atriale (FA) e elevati livelli di rischio (CHADSVASc maggiore o uguale a 2); raccomandano nessuna terapia antitrombotica ai soggetti con FA e CHADSVASc = 0, mentre punteggi CHADSVASc di 1 meritano anticoagulazione secondo le LG Europee, ma non necessariamente secondo le LG Americane. Per il punteggio CHADS le LG sono unanimi nel raccomandare l'anticoagulazione per valori superiori o uguali a 2.

In assenza di adeguata terapia anticoagulante, l'incidenza media di ictus è stimata intorno al 2,5-5,0% per anno, aumentando oltre il 7% se si includono TIA e ictus silenti. In assenza di un trattamento adeguato, nel corso della vita circa 1 persona su 3 affetta da FA va incontro a ictus cerebrale, e complessivamente si stima che almeno il 20% di tutti gli ictus siano attribuibili a questa patologia.

Obiettivo del contributo è duplice: analizzare la percezione dei medici di medicina generale (MMG) sul trattamento e la presa in carico dei pazienti in profilassi con anticoagulanti; inoltre analizzare le evidenze sulle modifiche intervenute nella quota di pazienti in profilassi, dopo l'introduzione dei NAO.

14b.2. I MMG e gli anticoagulanti orali

Con l'obiettivo di analizzare il vissuto dei MMG in merito alla gestione della terapia anticoagulante orale alla luce della disponibilità dei nuovi farmaci anticoagulanti, è stato somministrato, grazie alla collaborazione della

Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, ai medici associati alla FIMMG un questionario con il metodo CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*).

Hanno risposto al questionario 477 MMG (77,6% maschi e 23,3% femmine) per la maggior parte (95,2%) dediti al servizio di assistenza primaria.

Nelle figure 14b.1 e 14b.2 e 14b.3 vengono riportati i pazienti in carico trattati rispettivamente con TAO, con NAO e con ASA.

Da quanto sopra è possibile stimare, ipotizzando un numero di assistiti pari a 1.500 per MMG, che in media l'1,4% degli assistiti è trattato con TAO, lo 0,5% degli assistiti è trattato con NAO, il 9,1% degli assistiti è trattato con ASA. Si desume quindi un rapporto 1 a 3 tra NAO e TAO come riscontrabile anche dai dati di mercato.

Tuttavia, come verrà dettagliato in seguito, il dato sul numero assoluto di pazienti trattati appare sovrastimato.

La gestione integrata dei pazienti sul territorio appare ancora un fenomeno poco diffuso, solo il 30% dei MMG può usufruire di un servizio di gestione integrata con i centri TAO e questa riguarda principalmente una rapida consulenza.

Nel 60% dei casi per i pazienti TAO vengono effettuati due monitoraggi mensili e in un ulteriore 21% un solo monitoraggio (Tabella 14b.1). Di fatto oltre il 50% dei MMG effettua direttamente il monitoraggio di tutti o quasi tutti i propri pazienti e un ulteriore 19,7% lo effettua per molti degli stessi.

È stato quindi richiesto ai MMG di esprimere una loro valutazione su alcune criticità rilevabili per le singole terapie prese in considerazione.

Ne emerge come le maggiori criticità individuate dai MMG sono, per i pazienti trattati con TAO (Figura

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

² Centro Studi Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG)

Figura 14b.1. Distribuzione % per numero pazienti in carico trattati con TAO

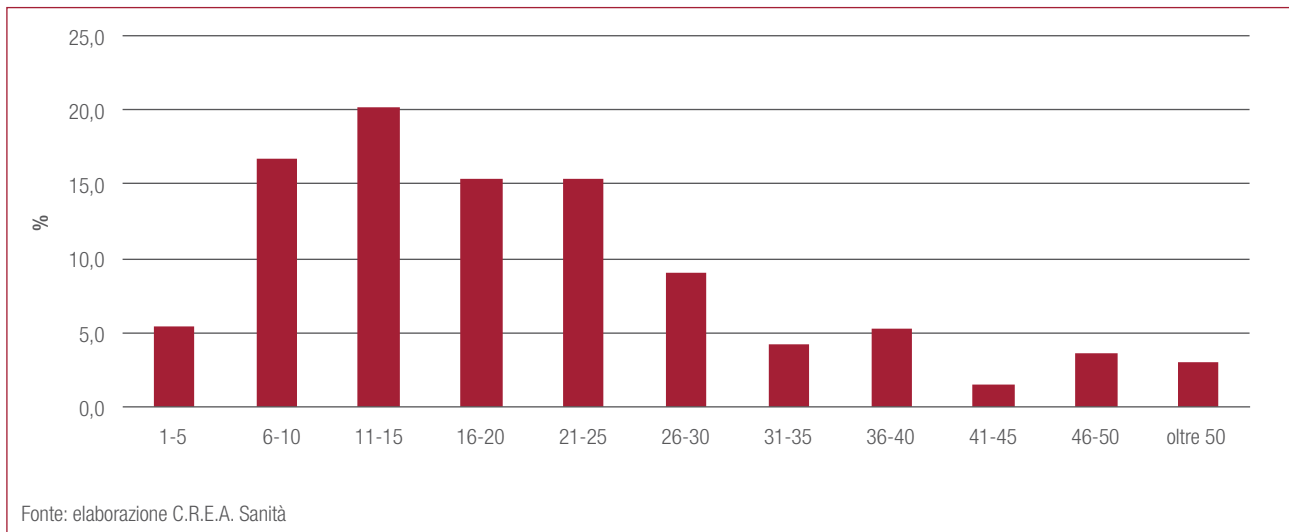


Figura 14b.2. Distribuzione % per numero pazienti in carico trattati con NAO

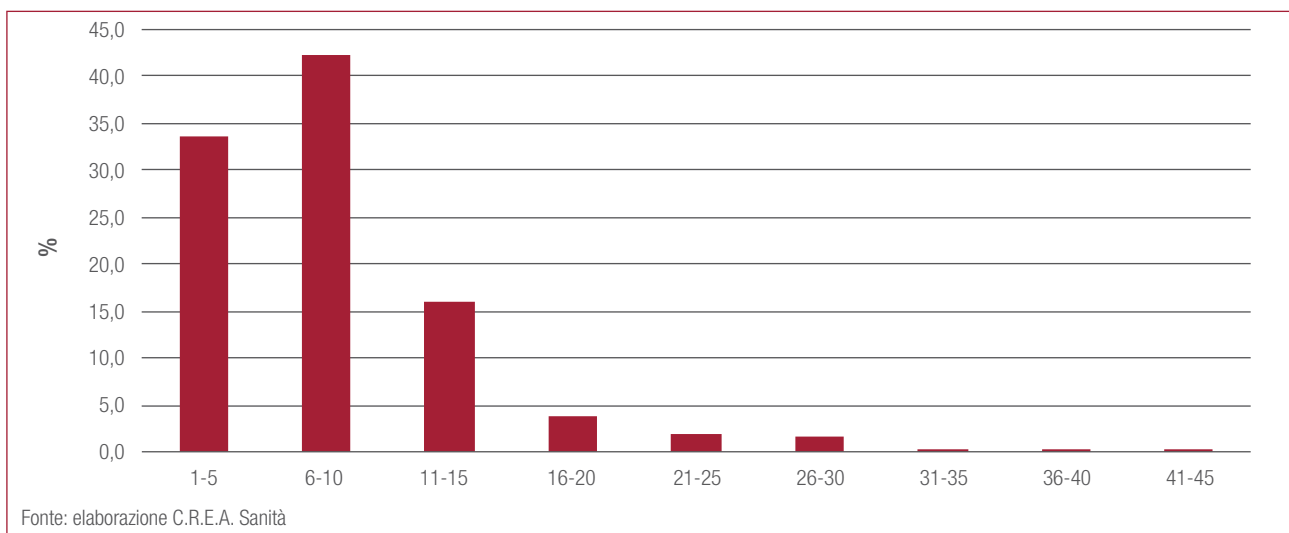


Figura 14b.3. Distribuzione % per numero di pazienti trattati con antiaggreganti piastrinici

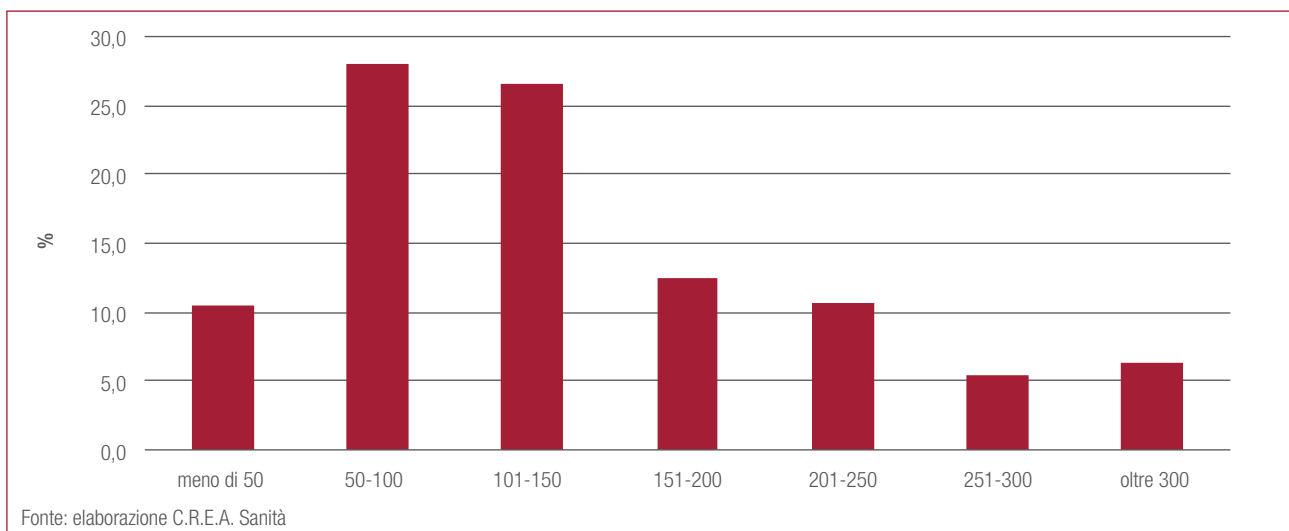


Tabella 14b.1. Frequenza media mensile monitoraggi pazienti TAO

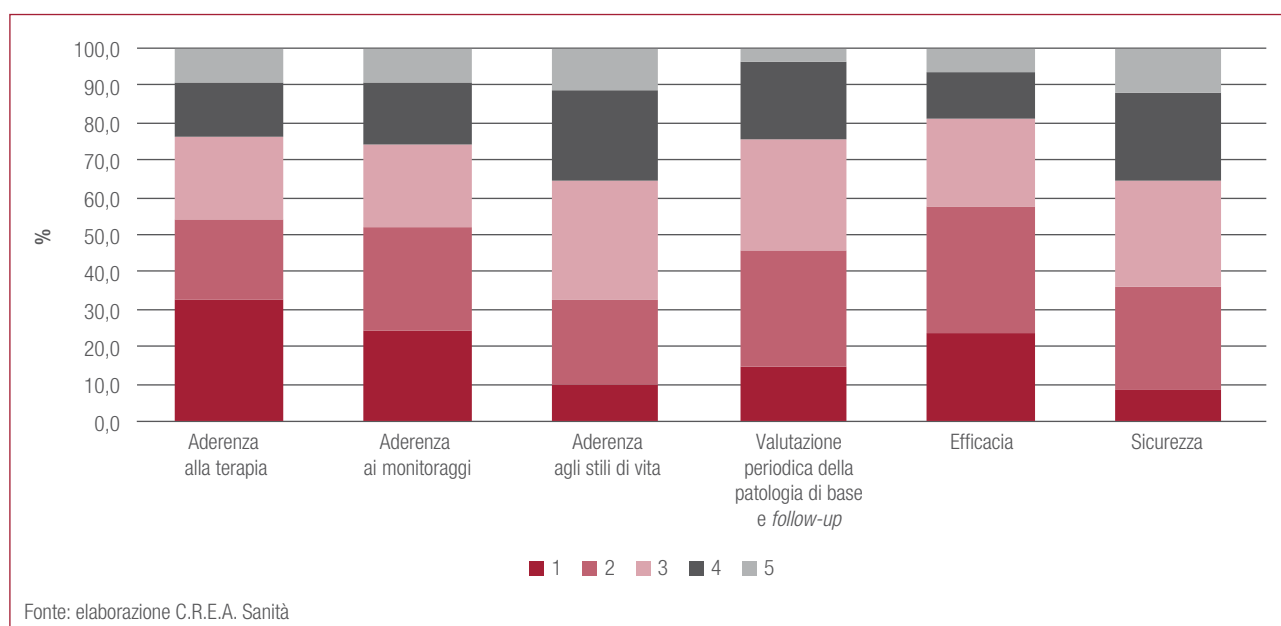
N. Monitoraggi	%	N. Monitoraggi	%
0	0,5	6	0,6
1	20,8	8	0,2
2	60,2	10	0,2
3	11,7	15	0,2
4	4,8	20	0,4
5	0,4		

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

ra 14b.4), l'aderenza agli stili di vita, ma anche la sicurezza del trattamento; mentre per i pazienti trattati con NAO (Figure 14b.5 e 14b.6) l'elevato costo del trattamento, il basso numero di specialisti autorizzati alla prescrizione, ma anche la scarsa disponibilità degli stessi alla prescrizione.

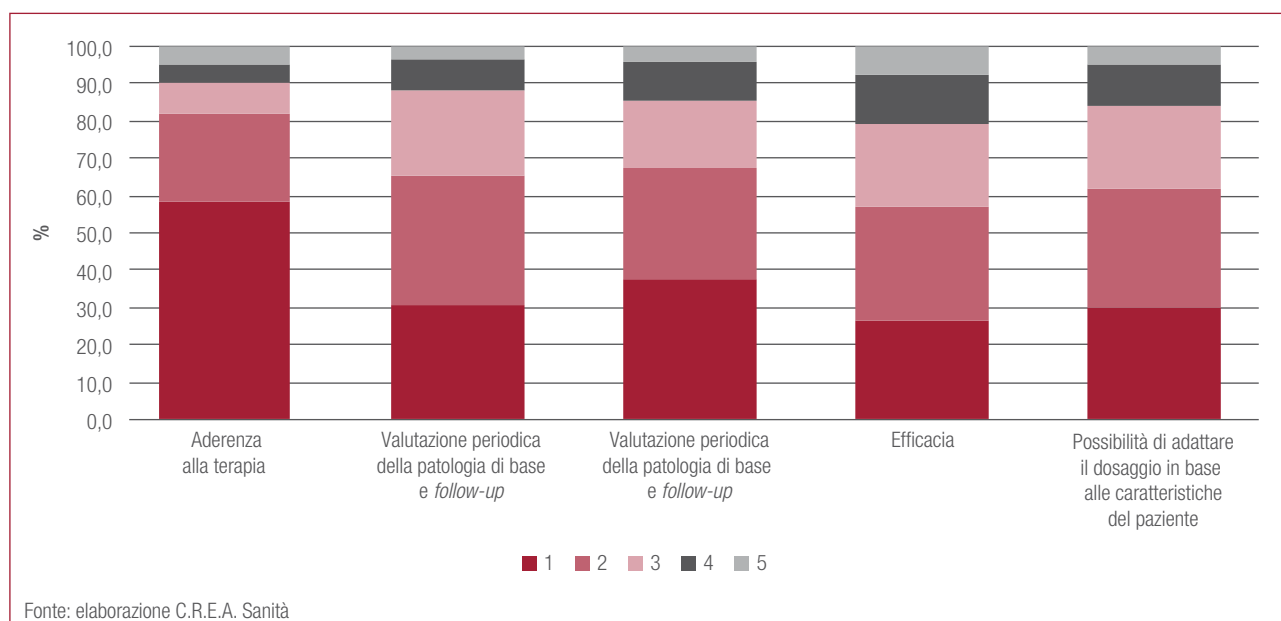
Per i pazienti trattati con ASA (Figura 14b.7) la criticità maggiore viene rinvenuta nella sicurezza del trattamento ma anche nella sua efficacia.

Figura 14b.4. Distribuzione % del peso attribuito ad alcuni fattori per i pazienti in TAO



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

Figura 14b.5. Distribuzione % del peso attribuito ad alcuni fattori per i pazienti in NAO



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

Figura 14b.6. Distribuzione % del peso attribuito a fattori che condizionano diffusione NAO

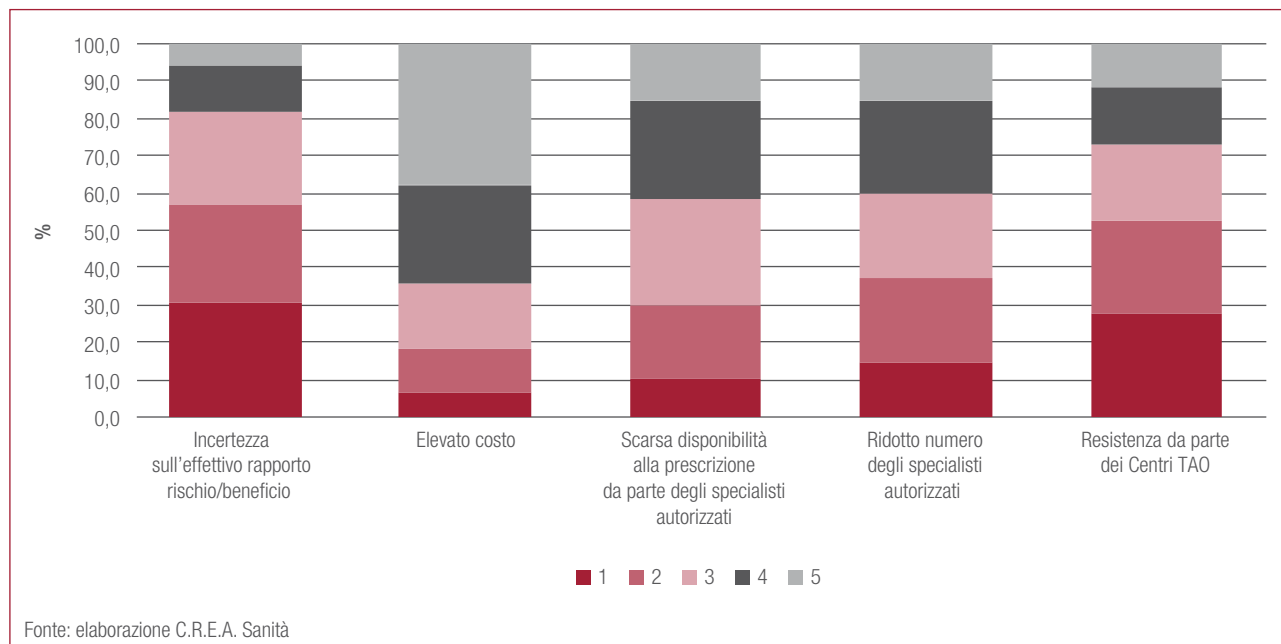
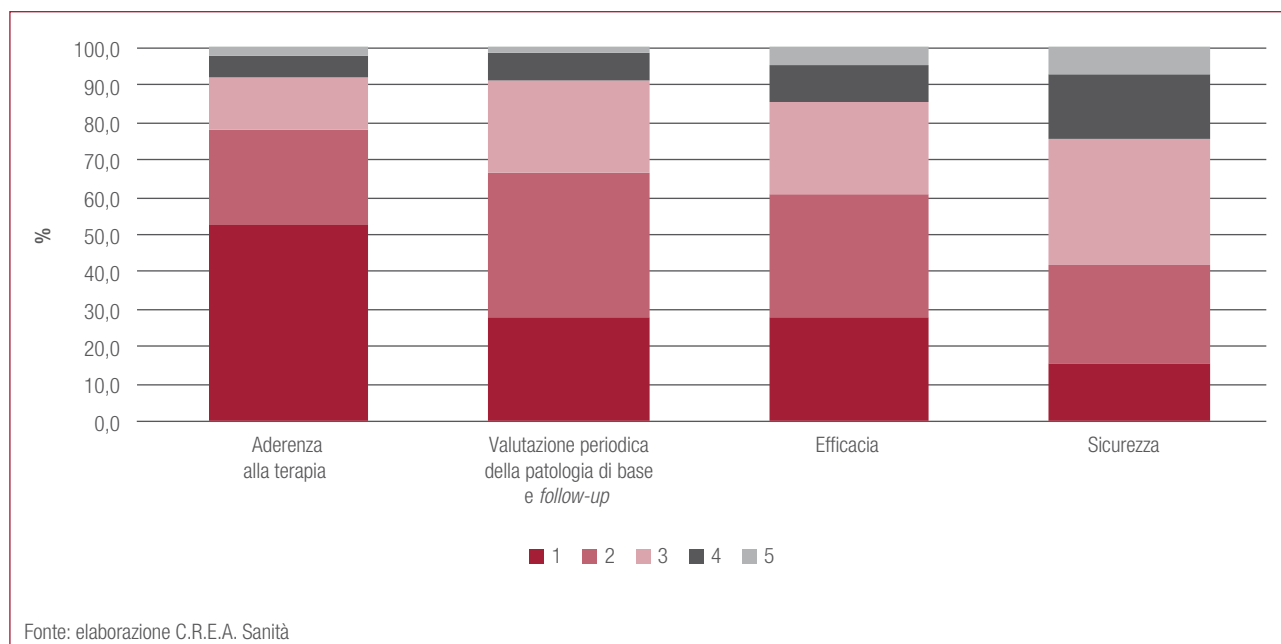


Figura 14b.7. Distribuzione % del peso attribuito a fattori che condizionano diffusione ASA



Ulteriore elemento degno di nota, che emerge dall'indagine, è che oltre l'80% dei MMG rispondenti prescriverebbe un NAO in autonomia. Nella maggior parte dei casi (sempre oltre l'80%) i MMG intervistati hanno con interesse partecipato ad eventi formativi sull'argomento e, comunque, chi non ha partecipato, riterrebbe la formazione sull'argomento utile ed opportuna.

14b.3. La profilassi della FA a livello regionale

Nel seguito si utilizzano alcune evidenze di una ricerca condotta da Andreotti F., d'Angela D., Mancusi L., Spandonaro F., i cui risultati estesi sono in via di pubblicazione.

Come guida per stimare la prevalenza di FA è stato utilizzato lo studio di Zoni-Berisso et al. condotto su un campione di circa 300.000 soggetti iscritti al servizio sanitario nazionale (SSN), sostanzialmente sovrapponibile, per caratteristiche strutturali (sexo e distribuzione per età) e geografiche, alla popolazione italiana. Lo studio citato, oltre al tasso di prevalenza di FA per sesso e classe di età, permette la stratificazione per livello di rischio tromboembolico secondo il punteggio CHADS2.

I dati di consumo relativamente agli anticoagulanti orali sono stati invece rilevati da *Intercontinental Marketing Services* (IMS) distintamente per i quattro principi attivi in commercio: apixaban, dabigatran, rivaroxaban e warfarin. Le quantità consumate sono state rilevate in UMF (Unità Minime Frazionabili); per la trasformazione delle UMF in DDD (*Defined Daily Dose*: dose giornaliera definita, considerata l'unità di misura ottimale negli studi di farmacoutilizzazione, corrispondente a una ipotetica dose media giornaliera di un farmaco impiegato nel trattamento di un adulto con riferimento all'indicazione terapeutica principale) e quindi in potenziali trattati, è stato fatto riferimento alle *Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2016*.

Inoltre, un'analisi IMS condotta sui consumi di Dicembre 2015, ha indicato per warfarin un consumo per FA pari al 47,1% del totale; utilizzando la distribuzione dei consumi ivi stimata, e le specifiche indicazioni per apixaban, dabigatran, rivaroxaban, per queste ultime molecole è stato possibile ipotizzare un consumo specifico per FA di circa l'86,8%. Nelle stime di copertura profilattica della popolazione il dato di consumo è stato corretto con le stime sopra indicate.

La Tabella 14b.2 riporta il tasso di prevalenza (disaggregato per genere): si rileva sulla popolazione italiana un tasso di prevalenza dell'1,7% per un totale di 1.036.448 casi di FA. In particolare, il tasso di prevalenza più basso si rileva in Campania con 1,4% mentre il massimo è in Liguria con il 2,2%. Ha rischio basso di ictus (score CHADS2 =0) il 12,1% del totale dei soggetti affetti da FA, rischio moderato il 25,3% (punteggio CHADS2 =1), mentre ben il 62,6%, pari circa a 648.832 soggetti, evidenza rischio elevato (punteggio CHADS2 ≥2) e risulta quindi fortemente eleggibile al trattamento con anticoagulante orale (ACO). Si tratta peraltro di una stima che può considerarsi conservativa, in quanto la CHADS2

Tabella 14b.2. FA: casi prevalenti, tassi di prevalenza e ripartizione per classe di rischio

Regioni	T. prev. Tot	T. prev. F	T. prev. M	CHADS2 >2
Piemonte	1,89%	1,90%	1,88%	24.807
Valle d'Aosta	1,74%	1,76%	1,73%	663
Lombardia	1,68%	1,71%	1,66%	49.620
Prov. Auton. BZ	1,50%	1,50%	1,51%	2.290
Prov. Auton. TR	1,64%	1,67%	1,61%	2.600
Veneto	1,69%	1,71%	1,67%	24.591
Friuli Venezia Giulia	1,92%	1,97%	1,87%	6.981
Liguria	2,17%	2,20%	2,13%	10.195
Emilia Romagna	1,85%	1,86%	1,85%	24.348
Toscana	1,93%	1,93%	1,93%	21.339
Umbria	1,93%	1,92%	1,93%	5.099
Marche	1,89%	1,89%	1,89%	8.663
Lazio	1,63%	1,62%	1,65%	28.312
Abruzzo	1,80%	1,79%	1,81%	7.094
Molise	1,88%	1,88%	1,87%	1.746
Campania	1,39%	1,37%	1,41%	24.135
Puglia	1,59%	1,56%	1,62%	19.199
Basilicata	1,75%	1,72%	1,78%	2.988
Calabria	1,62%	1,58%	1,66%	9.472
Sicilia	1,58%	1,55%	1,61%	23.721
Sardegna	1,68%	1,66%	1,70%	8.240
Totale	1,71%	1,70%	1,71%	306.102

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

annovera un numero di pazienti eleggibili inferiore alla CHADVASC.

La Tabella 14b.3 mostra la percentuale dei pazienti con FA fortemente eleggibili al trattamento con anticoagulante orale (CHADS2 ≥2) potenzialmente trattati (in profilassi) secondo i consumi rilevati nel 2015 e secondo la definizione delle DDD. A livello nazionale la stima si attesta sul 43,7% (2015), un livello certamente ancora insufficiente, sebbene in forte crescita rispetto all'anno precedente, in cui risultava del 31,3%. La quota di *under treatment* appare tuttavia sovrastimata in considerazione del fatto che non tutti i pazienti possono ricevere gli anticoagulanti orali, ad esempio per elevato rischio emorragico, impossibilità di gestione del trattamento, patologie maligne, situazioni terminali etc.

La distribuzione regionale della quota di soggetti trattati risulta fortemente difforme, con un valore massimo del 52,5% in Veneto ed uno minimo del 22,9% in Sicilia.

Anche il ricorso ai NAO risulta fortemente difforme: a livello regionale la Sardegna raggiunge il 64,3%, mentre nella Provincia Autonoma di Trento è solo del 12,0%.

Tabella 14b.3. Pazienti con FA e CHADS2≥2, potenzialmente trattati con qualsiasi anticoagulante o con NAO, stratificati per Regione

Regioni	Quota trattati 2015	Quota trattata con NAO 2015
Piemonte	45,2%	32,1%
Valle d'Aosta	47,9%	30,9%
Lombardia	41,9%	29,8%
Prov. Auton. BZ	46,7%	27,0%
Prov. Auton. TR	46,3%	12,0%
Veneto	52,5%	18,7%
Friuli Venezia Giulia	49,3%	29,3%
Liguria	52,2%	48,9%
Emilia Romagna	48,1%	24,1%
Toscana	47,1%	36,5%
Umbria	51,0%	38,4%
Marche	49,3%	37,8%
Lazio	39,0%	51,4%
Abruzzo	37,6%	39,6%
Molise	35,7%	33,3%
Campania	45,7%	47,7%
Puglia	51,0%	46,0%
Basilicata	44,8%	46,0%
Calabria	38,8%	44,1%
Sicilia	22,9%	40,6%
Sardegna	41,4%	64,3%
Totale	43,7%	36,4%

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

Si noti quindi, che la FA è caratterizzata da un netto incremento del tasso di prevalenza al crescere dell'età, il quale determina, a livello regionale, significative differenze del numero di pazienti in funzione della composizione della popolazione.

Il problema più significativo rimane però la profilassi dei pazienti a maggior rischio di ictus.

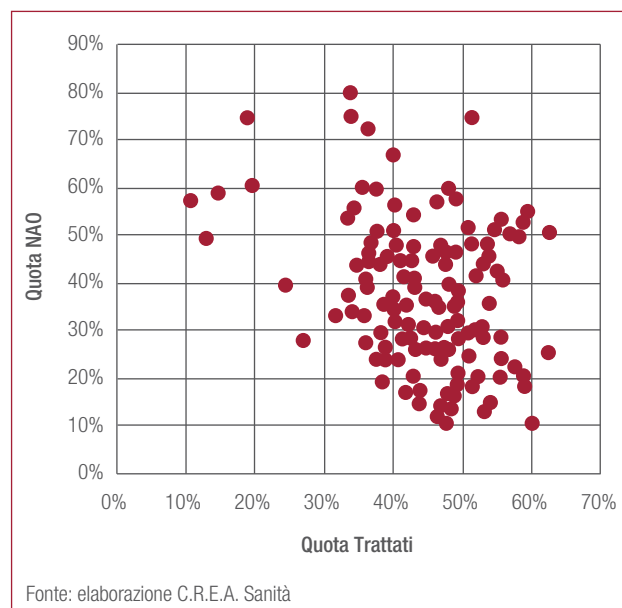
Già una analisi condotta dall'OSMED relativa agli anni 2004-2008 aveva messo in evidenza come la quota di pazienti FA ad alto rischio di ictus in profilassi fosse solo del 38%, e del 32% per i pazienti a rischio moderato.

Le stime, condotte per l'anno 2015, segnalano un significativo miglioramento della situazione, ma nonostante questo, i livelli sono ancora lontani dai target ottimali, con una media regionale giunta al 43,7% (con 5 Regioni peraltro ancora sotto il 40%).

L'arrivo dei NAO ha sicuramente introdotto significative modifiche dei consumi: le differenze regionali sono elevatissime (oltre 5 volte: 64,3% vs. 12,0%).

Si evidenzia altresì una correlazione negativa fra quo-

Figura 14b.8. Correlazione fra quota pazienti eleggibili in trattamento AO e quota consumi di NAO



ta di pazienti in profilassi e quota di consumo di NAO (Figura 14b.8) (-0,34)

Sebbene la questione necessiti di approfondimenti ulteriori, in assenza di spiegazioni legate a fattori epidemiologici, sembra potersi palesare l'esistenza di un vincolo finanziario che limita (o ha limitato, essendosi ridotto nell'ultimo anno) lo sviluppo dei consumi di NAO: infatti, tanto maggiore è la quota di pazienti in profilassi, e quindi la spesa, tanto minore è la quota di pazienti a cui viene erogata la terapia con i NAO.

14b.4. Conclusioni

In conclusione la fibrillazione atriale ha un ruolo importante e riconosciuto quale fattore di rischio di morbosità e mortalità, legate principalmente ad un aumentato rischio di eventi cerebrovascolari e di scompenso cardiaco.

Analizzando la quota di copertura della profilassi per FA, alla luce dell'impatto generato dai NAO sul mercato italiano, e dell'evidenza (OSMED e Zoni-Berisso et al) si ritiene che la quota di pazienti FA ad alto rischio di ictus in profilassi risulta in Italia ancora del tutto insoddisfacente.

Dalle analisi svolte, emerge come l'arrivo dei NAO

coincida con una modificazione importante dei consumi e delle quote trattate.

Nell'ultimo anno, in particolare, la quota di pazienti in terapia con i NAO quadruplica, permanendo però ancora una significativa differenziazione Regionale: nelle Regioni dove i livelli di consumo di NAO risultavano percentualmente inferiori, se ne osserva effettivamente un maggiore incremento, così che le differenze regionali si riducono da livelli prossimi a 7 volte nel 2014 a poco più di 5 volte nel 2015, ma lo scarto rimane ancora ingiustificabile.

Parallelamente si evidenzia una netta crescita della copertura (quota di pazienti eleggibili in trattamento anticoagulante) pari a oltre 12 punti percentuali: non si osserva però una riduzione significativa della variabilità regionale, che rimane molto elevata, con quasi 30 punti percentuali di differenza fra le Regioni con la maggiore e minore quota di trattati.

Si evidenzia, a questo proposito, anche una correlazione negativa fra quota di pazienti in profilassi e quota di consumo di NAO.

In assenza di spiegazioni legate a fattori epidemiologici proponibili, le analisi sembrano palesare l'esistenza di un vincolo finanziario che limita (o ha limitato, essendosi ridotto nell'ultimo anno) lo sviluppo dei consumi di NAO: infatti, tanto maggiore è la quota di pazienti in profilassi, e quindi la spesa, tanto minore è la quota di pazienti a cui viene erogata la terapia con i NAO.

L'analisi, che ha la limitata finalità di indagare sui potenziali livelli di profilassi nei pazienti FA raggiunti nel SSN dopo l'innovazione introdotta con l'approvazione della rimborsabilità dei NAO, in definitiva sottolinea l'importanza di analizzare ulteriormente gli impatti dei possibili limiti finanziari e di offerta sulla presa in carico dei pazienti FA, in una ottica di sanità pubblica.

Riferimenti bibliografici

- Alonso A. et al., (2009), "Incidence of atrial fibrillation in whites and African-Americans: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study", *Am Heart J*, 158:111-117
- Bilato C. et al., (2009), "Prevalence, Functional Impact, and Mortality of Atrial Fibrillation in an Older Italian Population (from the Pro.V.A. Study)", *Am J Cardiol*, 104:1092-1097
- Di Pasquale G, Mathieu G, Maggioni AP, et al.; (2013) ATA-AF Investigators. Current presentation and management of 7148 patients with atrial fibrillation in cardiology and internal medicine hospital centers: the ATA-AF study. *Int J Cardiol*;167(6):2895-903.
- Heeringa J. et al., (2006), "Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study", *European Heart Journal*, 27:949-953
- JACamm ESC guidelines 2012
- January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. (2014) AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64:e1.
- Miyasaka J et al., (2006), "Secular Trends in Incidence of Atrial Fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and Implications on the Projections for Future Prevalence", *Circulation*, 114:119-125
- Murphy N.F. et al., (2007), "A national survey of the prevalence, incidence, primary care burden and treatment of atrial fibrillation in Scotland", *Heart*, 93:606-616
- OSMED, (2008), L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto nazionale anno 2008, Roma.
- Ovsyshcher E., FESC, FACC, (2005), "Fibrillazione atriale: analisi epidemiologica", *G Ital Aritmol Cardioritm.*, 1:1-5
- SER-IES, (2009), Epidemiologia della fibrillazione atriale. Dati dalla letteratura scientifica e dalle fonti informative disponibili, Bollettino informativo del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto, 4:3-6
- SIAPAV, Siset, SIDV-GIUV, CIF (A cura di), (2000), Linee-Guida per la Diagnosi e il Trattamento della Trombosi Venosa Profonda
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, (2015), Guidelines for ATC classification and DDD assignment, Oslo
- Zoni-Berisso M, Filippi A, Landolina M, Brignoli O, D'Ambrosio G, Maglia G, Grimaldi M, Ermini G. (2013), "Frequency, patient characteristics, treatment strategies, and resource usage of atrial fibrillation (from the Italian Survey of Atrial Fibrillation Management [ISAF] Study)". *Am J Cardiol* 2013; 111:705-711.

ENGLISH SUMMARY

The impact of novel oral anticoagulants in the medical practice and in the treatment of Atrial Fibrillation at the regional level

The contribution has the dual objective of analyzing the perceptions of general practitioners (MMGs) regarding treatment and taking in charge of patients undergoing treatment with anticoagulants and analysing evidence on changes to the share of patients undergoing treatment subsequent to the introduction of novel oral anticoagulants (NAO).

Regarding the first topic and thanks to the collaboration of the Italian Federation of General Practitioners (FIMMG), its associated physicians were given a questionnaire using the CAPI method (Computer Assisted Personal Interviewing); answers were provided by 477 MMGs (77.6% males and 23.3% females) who were for the most part (95.2%) working in the field of primary healthcare.

Their response has allowed us to estimate that on an average 1.4% of their patients are undergoing TAO treatment ("traditional" anticoagulant therapy), 0.5% of their patients are being treated with NAO and 9.1% are treated with ASA (antiplatelet drugs). This therefore indicates a 1 to 3 ratio between NAO and TAO, as can also be observed from market figures. By contrast, data regarding the absolute number of patients in treatment surveyed appears over-estimated.

In 60% of cases, two monthly assessments were conducted on TAO patients and only one assessment in 21% of the cases. Actually, more than 50% of MMGs conduct a direct assessment for all or nearly all of their patients, and a further 19.7% conduct it on behalf of many of the same.

The major critical areas identified by the MMGs are, inherent to patients treated with TAO (Figure 12.4 in the Italian chapter), adherence to lifestyles, but even safety of the treatment itself; whereas for patients treated with NAO (Figures 12.5 and 12.6) the high cost of treatment, the low number of specialists authorized to fill out necessary prescriptions, but even the limited availability of the same to fill out the said prescriptions.

For patients treated with ASA (Figure 12.7), the greatest critical area has been identified as that inherent to appropriateness of treatment.

A further element worthwhile mentioning, which has arisen subsequent to the survey, is that over 80% of respondent MMGs would independently prescribe NAO treatment. In most cases (always over 80%), MMGs have participated with interest in training events involved in the subject; and, in any case, those who did not participate in these events still believed them to be useful and appropriate.

On the basis of research conducted by Andreotti F., d'Angela D., Mancusi L. and Spandonaro F. – whose complete results are in the process of being published – it will subsequently be possible to analyze the impact of NAOs on the prevention of FA.

It has been reported that the Italian population has a prevalence rate equal to 1.7% for a total of 1,036,448 cases of FA. Of the total patients affected by FA, 12.1% possess a low risk for ictus (CHADS2 score = 0); 25.3% have a moderate risk (CHADS2 score = 1); while a remarkable 62.6%, equal to approximately 648,832 individuals, are at high risk (CHADS2 score ≥ 2) and therefore strongly eligible for treatment using oral anticoagulants.

At the national level, the estimate of patients in treatment stands at 43.7% (2015), representing a level that is certainly still insufficient, although reporting a strong increase compared to the previous year when it stood at 31.3%. Regional distribution of the share of patients treated is highly uneven, with a maximum value equal to 52.5% in Veneto and a minimum figure equal to 22.9% registered in Sicilia.

Even resorting to NAOs seems to be greatly uneven: at the regional level, Sardegna stands at 64.3%, while for the Autonomous Province of Trento the figure is only 12.0%.

The estimates, conducted for the year 2015, there-

fore mark a significant improvement in the situation; but, despite this, the levels are still far from their optimal targets as 5 Regions still stand below 40%.

While the number of patients undergoing NAO treatment has quadrupled over the last year, there still exists a significant differentiation at the regional level. In Regions recording lower NAO consumption percentages, an actual higher increase was observed – reducing regional differences from levels close to seven times those registered in 2014, to slightly more than five times the 2015 figures, but with a gap that still continues to be unjustifiable.

In parallel, a net rise in coverage (share of eligible patients in anticoagulant treatment) can be observed, equal to over 12 percentage points: but a significant decrease in regional variability has not been observed, with nearly 30 percentage points difference between Regions with the highest and those with the lowest shares of patients undergoing treatment.

To this extent, even a negative correlation between share of patients undergoing treatment and share of NAO consumption has been highlighted.

In the absence of explanations related to epidemiological factors that might be proposed, surveys seem to bring to light the existence of a financial constraint that limits (or has limited, as it has been reduced over the last year) the development of NAO consumption: in fact, the higher the share of patients undergoing treatment, and therefore the expenditure, the lower the share of patients who are delivered NAO treatment.

The survey (whose limited objective is investigating potential levels of treatment in FA patients attained by the SSNs following the innovation introduced with the approval of NAOs being reimbursed) definitely underlines the importance of further analysis on the impact of potential financial limitations and supply for taking in charge FA patients, within a perspective of public health.

CAPITOLO 14c

Le analisi sulla qualità della vita: il caso della Psoriasi cronica a placche

Polistena B.¹, Spandonaro F.²

La dimensione della qualità della vita è ormai ritenuta fondamentale nella misura dell'*outcome* delle tecnologie sanitarie.

Rispetto alle classiche misure di efficacia, che tipicamente utilizzano parametri clinici o misure di mortalità, la *Health related Quality of Life* (HQoL) fornisce numerosi vantaggi: permette, ad esempio, confronti fra terapie per patologie diverse, siano esse acute croniche; inoltre, rappresenta una misura decisamente olistica dei benefici, raccogliendo altresì le informazioni relative ai disagi, al dolore etc. che, sino a qualche anno fa, negli studi di valutazione economica erano classificate come “costi intangibili”.

La HQoL può essere definita come il grado di soddisfazione, o di benessere, attribuito alla propria vita. Ha, quindi, una evidente caratteristica di multidimensionalità, derivante dalla complessità dei fattori che incidono sulla percezione del proprio stato emotivo e funzionale.

La qualità della vita dipende, in particolare, da un insieme di reazioni dipendenti dalla sensibilità del singolo individuo, variabili pertanto da un soggetto all'altro, anche nella stessa condizione patologica, e comprendenti reazioni emotive psicologiche come la preoccupazione del paziente per la malattia, l'ansia, la depressione etc.

Non deve, quindi, sorprendere che la qualità di vita possa non coincidere con lo stato di salute oggettivo, o con i sintomi della malattia o, ancora, con i risultati diagnostici.

Gli strumenti per l'elicitazione della HQoL sono numerosi e sufficientemente consolidati, sebbene la materia sia in continuo divenire.

Nel seguito sintetizziamo un esempio di applicazione ad una patologia, nello specifico la psoriasi, che è patologia che tende a pregiudicare in modo significativo

la qualità della vita delle persone che colpisce (Girolomoni G., 2013).

Numerosi studi hanno osservato un peggioramento significativo del benessere psicofisico dei pazienti, e una maggiore difficoltà a condurre una vita sociale normale nel caso della psoriasi. Seppur non mortale, e generalmente non grave, la malattia è soggetta a remissioni e a riapparizioni anche a distanza di anni, finendo per incidere molto sulla vita del paziente; in particolare, a causa dell'aspetto estetico delle lesioni, spesso evidenti alle altre persone, si possono creare condizionamenti psicologici che influiscono negativamente sulla vita sociale. Diversi studi hanno dimostrato come la localizzazione delle lesioni sia determinante sugli effetti psicologici negativi: lesioni maggiormente visibili provocano fenomeni di stigma, che portano i soggetti affetti dalla malattia ad isolarsi o a subire discriminazioni (Leary MR, 1998). È, quindi, una malattia che condiziona fortemente il modo di vedere se stessi e gli altri.

Un paziente su quattro con psoriasi soffre di stress psicologico e uno su cinque ha comorbidità psichiatrica (Picardi A., 2000 e 2001).

I problemi psicologici associati alla psoriasi sono vari e vanno dalla scarsa autostima alle disfunzioni sessuali, comprendendo anche sintomi psicopatologici come depressione, ideazione suicidaria e ansia (Russo PA, 2004).

La prevalenza della depressione nei pazienti con psoriasi varia dal 10% al 58% (Akay A, 2002; Richards HL, 2001).

La disabilità sperimentata dai pazienti psoriasici può essere paragonata a quella di persone con malattie cardiache, diabete, cancro o depressione. (Rapp SR, 1999; Wahl AK, 2001).

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

² Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, C.R.E.A. Sanità

In uno studio (NPF, 2006) su 425 soggetti statunitensi affetti da psoriasi, 2/3 dei quali affetti da psoriasi severa, sono stati analizzati svariati aspetti legati alla capacità di svolgere le attività della vita quotidiana, come anche alla qualità della vita. Ne è emerso che:

- il 41% (più di un terzo dei malati) riporta forti sentimenti di frustrazione e rabbia
- il 35% si sente indifeso
- il 35% esprime sentimenti di imbarazzo e vergogna
- il 45% dichiara di scegliere un abbigliamento che nasconda la psoriasi
- il 35% dei pazienti con psoriasi moderata/severa dichiara di evitare sempre abbigliamento scuro a causa della propria malattia
- il 45% dei pazienti con psoriasi moderata/severa dichiara di cambiare le lenzuola del letto due volte a settimana
- il 10% dei pazienti con psoriasi severa dichiara di cambiarle addirittura ogni giorno.

Sempre per quanto attiene alle implicazioni della malattia nella attività di vita quotidiana, una ricerca europea (Studio Europso su pazienti psoriasici, Gruppo Ricerca e Studio Europeo, Helsinki, 2002) condotta in 7 Paesi (Belgio, Rep. Ceca, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Olanda) ne ha valutato l'impatto attraverso un indice di invalidità PDI (*Disability Index psoriasis*). Questo indice analizza in particolare l'impatto della malattia sulle attività della vita quotidiana e della vita sociale dei malati di psoriasi. Lo studio ha mostrato che l'impatto della patologia sulla qualità della vita è proporzionale alla gravità della psoriasi; ad esempio, le attività quotidiane vengono modificate nel 48% dei pazienti: 25% dei casi di psoriasi lieve e nel 52% dei pazienti con psoriasi da moderata a grave.

Sempre per quel che concerne le attività della vita quotidiana, il 45% degli intervistati ha dovuto fare il bagno più spesso e il 40% ha dovuto lavarsi o cambiarsi d'abito molto spesso. La condizione ha portato anche a

problemi psicologici: il 27% ha avuto difficoltà sessuali, la psoriasi ha creato problemi nelle relazioni intime per il 21% degli intervistati e in quelle sociali al 26% degli intervistati. Il 10% ha riferito che la malattia ha condizionato anche le sue possibilità di carriera.

Secondo uno studio italiano (Italia salute – Leonardo, 2006), la patologia ha un impatto negativo sulla qualità della vita per il 79% dei pazienti. A questo, prima dell'avvento dei biologici, si deve aggiungere la frustrazione per la scarsa soddisfazione nei confronti delle terapie in atto, riferita da circa 4 pazienti su 10 (percentuale che sale a nove su dieci tra i malati più giovani) e la richiesta di trattamenti più aggressivi, che viene da quasi un malato su tre.

Il lavoro di Girolomoni et al. 2013 utilizza le informazioni raccolte in uno studio osservazionale prospettico, su un campione di pazienti passati alla terapia con farmaci biologici, per inferire l'impatto della patologia sulla qualità della vita dei pazienti e i miglioramenti ottenibili con le terapie.

Lo studio è prospettico osservazionale finalizzato ad una rilevazione della condizione di vita, dei costi sanitari e non sanitari nonché della *Health related Quality of Life* (HQoL) dei pazienti con psoriasi a placche in terapia con farmaci biologici.

L'analisi è stata effettuata in 12 Centri Psocare³ collocati su tutto il territorio nazionale.

Sono stati arruolati tutti i pazienti che tra l'11 Maggio 2009 e il 31 Dicembre 2009 erano passati a terapia biologica o che nello stesso intervallo di tempo, sono tornati ad utilizzare il farmaco biologico dopo almeno un anno di interruzione.

Ai suddetti pazienti, prima della proposta di passaggio alla terapia con una molecola biologica, è stato somministrato il questionario EuroQol (EQ5D), per elicitarne la qualità della vita salutecorrelata, e un questionario per rilevare l'utilizzazione delle risorse sanitarie e alcuni parametri clinici soggettivi (VAS dolore e VAS prurito).

³ Il progetto Psocare nasce da un programma promosso dall'Agencia Italiana del Farmaco (AIFA) condotto in collaborazione con le società scientifiche dermatologiche, con le associazioni dei pazienti e coordinato per la parte tecnica dal Centro Studi GISED. Psocare partiva dalla considerazione che, ad oggi, le strategie terapeutiche per la Psoriasi abbiano risposto ad abitudini o comportamenti invalsi tra i medici più che a chiare risposte di efficacia. Il progetto intendeva, perciò, valutare i risultati e la sicurezza a lungo termine delle cure disponibili. L'approccio utilizzato si basa sul confronto della resa di strategie assistenziali differenti, volendone stimare in modo realistico i benefici e i rischi. Le informazioni raccolte nell'ambito del progetto Psocare rappresentano, quindi, un patrimonio di grande rilevanza ai fini della valutazione degli esiti dell'assistenza ai pazienti psoriasici

Tabella 14c.1. Disagio psicologico dichiarato derivante dalla malattia

	Solitudine isolamento				Ansia				Depressione			
	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo
Totale	34,18%	38,61%	22,78%	4,43%	20,86%	32,52%	33,74%	12,88%	33,54%	31,65%	24,68%	10,13%
Genere												
Maschi	40,78%	36,89%	18,45%	3,88%	26,85%	35,19%	29,63%	8,33%	36,89%	35,92%	20,39%	6,80%
Femmine	21,82%	41,82%	30,91%	5,45%	9,09%	27,27%	41,82%	21,82%	27,27%	23,64%	32,73%	16,36%
Età												
18-29	25,00%	43,75%	25,00%	6,25%	37,50%	12,50%	31,25%	18,75%	50,00%	18,75%	18,75%	12,50%
30-39	34,21%	47,37%	18,42%	0,00%	23,68%	42,11%	31,58%	2,63%	37,84%	40,54%	21,62%	0,00%
40-49	34,62%	34,62%	23,08%	7,69%	13,33%	26,67%	40,00%	20,00%	28,57%	25,00%	32,14%	14,29%
50-59	35,00%	30,00%	30,00%	5,00%	22,50%	20,00%	42,50%	15,00%	23,68%	26,32%	34,21%	15,79%
60-69	34,29%	40,00%	20,00%	5,71%	14,29%	45,71%	25,71%	14,29%	35,29%	38,24%	14,71%	11,76%
70+	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%	40,00%	40,00%	20,00%	0,00%
Stato Civile												
Celibe/Nubile	29,73%	40,54%	24,32%	5,41%	23,68%	31,58%	31,58%	13,16%	32,43%	35,14%	24,32%	8,11%
Coniugato/a	37,50%	41,35%	18,27%	2,88%	20,56%	33,64%	35,51%	10,28%	36,89%	30,10%	24,27%	8,74%
Vedovo/a	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%	60,00%	40,00%
Separato/a	33,33%	33,33%	16,67%	16,67%	16,67%	50,00%	16,67%	16,67%	16,67%	33,33%	33,33%	16,67%
Divorziato/a	28,57%	14,29%	57,14%	0,00%	25,00%	25,00%	37,50%	12,50%	28,57%	57,14%	0,00%	14,29%
Severità												
Lieve	31,25%	41,67%	18,75%	8,33%	20,41%	30,61%	32,65%	16,33%	31,25%	29,17%	22,92%	16,67%
Moderata	47,37%	15,79%	31,58%	5,26%	15,00%	40,00%	35,00%	10,00%	31,58%	31,58%	26,32%	10,53%
Severa	32,97%	41,76%	23,08%	2,20%	22,34%	31,91%	34,04%	11,70%	35,16%	32,97%	25,27%	6,59%

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

Inoltre è stato somministrato un ulteriore questionario al medico curante, registrando alcuni parametri clinici oggettivi, quali il punteggio PASI.

I pazienti arruolati sono stati seguiti per sei mesi. Al termine del *follow-up* sono stati rimisurati i livelli di HQoL, i parametri clinici oggettivi e soggettivi.

Nel questionario somministrato ai pazienti all'arruolamento e alla fine del *follow-up*, sono stati rilevati anche altri aspetti concernenti i disagi derivanti dalla malattia: ad esempio l'imbarazzo in merito alla propria condizione e al proprio aspetto, il condizionamento nel vestirsi, l'ansia, la depressione e l'isolamento. Inoltre sono state analizzate le ansie attribuibili al timore del futuro decorso della malattia.

In totale sono stati arruolati 185 pazienti in 12 Centri partecipanti, con un minimo di 7 e un massimo di 43 pazienti arruolati per Centro. Tutti i pazienti hanno terminato il periodo di *follow-up*; per l'analisi sono stati considerati 178 pazienti in quanto un Centro si è ritirato prima della conclusione del progetto.

I pazienti del campione analizzato hanno una età

compresa fra i 18 anni e 79 anni, con una età media di 47,7 anni. L'età media alla diagnosi è pari a 30,6 anni con un minimo di 1 anno ed un massimo di 70 anni.

Prevalgono i maschi, con una percentuale pari al 64,6% del totale nonostante in letteratura la prevalenza per genere risulta sovrapponibile (PRISMS, 1998).

Come precedentemente illustrato la psoriasi pregiudica in modo significativo la qualità della vita delle persone colpite.

Il disagio psicologico così come la presenza di comorbidità psicologiche vengono confermati: il 46,6% dei pazienti soffre abbastanza o moltissimo di ansia e il 34,8% di depressione. Oltre il 24% dei pazienti si sente, inoltre, solo e isolato (Tabella 14c.1).

Le donne risultano più sensibili a tali problematiche infatti il 63,6% delle pazienti di genere femminile soffre di ansia (38,0% degli uomini), il 49,1% si sente depressa (27,2% degli uomini) e il 36,4% si sente sola (22,3% degli uomini).

Inoltre questi disagi risultano maggiormente avvertiti dalle persone vedove e da quelle tra i 40 e i 60 anni.

Tabella 14c.2. Disagio psicologico: frustrazioni sessuali

	Scarso desiderio sessuale				Frustrazione sessuale			
	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo
Totale	49,29%	26,43%	16,43%	7,86%	56,30%	20,00%	17,04%	6,67%
Genere								
Maschi	52,63%	25,26%	15,79%	6,32%	56,04%	23,08%	14,29%	6,59%
Femmine	42,22%	28,89%	17,78%	11,11%	56,82%	13,64%	22,73%	6,82%
Età								
18-29	53,85%	30,77%	0,00%	15,38%	69,23%	15,38%	7,69%	7,69%
30-39	50,00%	38,24%	8,82%	2,94%	50,00%	38,24%	5,88%	5,88%
40-49	48,15%	22,22%	22,22%	7,41%	56,00%	12,00%	24,00%	8,00%
50-59	52,94%	14,71%	20,59%	11,76%	50,00%	11,76%	29,41%	8,82%
60-69	41,38%	31,03%	20,69%	6,90%	62,96%	18,52%	14,81%	3,70%
70+	66,67%	0,00%	33,33%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Stato Civile								
Celibe/Nubile	48,57%	34,29%	8,57%	8,57%	57,14%	22,86%	11,43%	8,57%
Coniugato/a	51,65%	24,18%	17,58%	6,59%	57,47%	19,54%	18,39%	4,60%
Vedovo/a	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%
Separato/a	33,33%	16,67%	33,33%	16,67%	50,00%	0,00%	33,33%	16,67%
Divorziato/a	50,00%	16,67%	16,67%	16,67%	60,00%	20,00%	0,00%	20,00%
Severità								
Lieve	28,07%	68,42%	1,75%	1,75%	54,29%	43,75%	20,00%	12,90%
Moderata	34,78%	60,87%	4,35%	0,00%	57,89%	50,00%	44,44%	0,00%
Severa	39,13%	53,91%	2,61%	4,35%	56,79%	45,71%	38,89%	12,20%

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

I disagi psicologici vengono confermati anche nella sezione ansia e depressione del questionario EQ5D: il 15,2% dei pazienti dichiara di essere spesso ansioso o depresso e il 52,2% di esserlo qualche volta.

È importante segnalare come i disagi psicologici siano slegati dalla severità della psoriasi.

La psoriasi condiziona anche la vita sentimentale e sessuale: il 4,3% dei pazienti intervistati dichiara di avvertire uno scarso desiderio sessuale e il 23,7% una frustrazione sessuale. Anche in questo caso il problema è maggiormente avvertito dalle donne (rispettivamente 28,9% e 29,5%).

La frustrazione sessuale, inoltre, è più frequente per i pazienti con psoriasi più severa e quindi con localizzazione più estesa sulla superficie corporea.

La maggioranza dei pazienti dichiara, poi, di essere piuttosto imbarazzato per la propria condizione (54,9%), per il proprio aspetto (57,1%) e di essere condizionato nel vestirsi (52,3%) (Tabella 14c.3).

Anche per quel che concerne l'imbarazzo e il condizionamento sono le donne ad essere più svantaggiate

(rispettivamente il 67,3%, 73,2% e 68,5% delle donne contro il 48,6%, 48,6% e 43,4% degli uomini) oltre che le classi di età più giovani (18-49 anni).

Quanto sopra viene confermato dalla sezione "attività usuali" del questionario EQ5D che fa emergere come il 39,9% degli arruolati presenti qualche problema a svolgere le proprie attività abituali e il 3,4% dichiara di non riuscire a svolgerle.

Non è solo la situazione attuale dei pazienti a condizionarne la qualità della vita ma anche la proiezione della progressione futura della malattia.

In particolare preoccupano moltissimo i cambiamenti corporei futuri (22,8%), la crescente visibilità dei sintomi (37,3%) ma soprattutto il riemergere degli stessi (38,6%): quasi la metà delle donne intervistate si dichiarano "moltissimo" preoccupate per questi aspetti (Tabella 14c.4). Inoltre sono i pazienti con psoriasi lieve a dichiararsi maggiormente preoccupati per il futuro.

Il dolore, di cui soffrono "in parte" il 57,3% dei pazienti che dichiarano di avere qualche dolore e disturbo

Tabella 14c.3. Imbarazzo e condizionamento legato alla malattia

	Imbarazzo in merito alla propria condizione				Imbarazzo in merito al proprio aspetto				Condizionamento nel vestirsi			
	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo
Totale	17,90%	27,16%	34,57%	20,37%	11,04%	31,90%	40,49%	16,56%	24,84%	22,88%	32,03%	20,26%
Genere												
Maschi	23,36%	28,04%	33,64%	14,95%	14,95%	36,45%	37,38%	11,21%	32,32%	24,24%	34,34%	9,09%
Femmine	7,27%	25,45%	36,36%	30,91%	3,57%	23,21%	46,43%	26,79%	11,11%	20,37%	27,78%	40,74%
Età												
18-29	18,75%	0,00%	37,50%	43,75%	6,25%	18,75%	43,75%	31,25%	12,50%	25,00%	18,75%	43,75%
30-39	13,16%	34,21%	39,47%	13,16%	7,89%	31,58%	47,37%	13,16%	25,71%	28,57%	31,43%	14,29%
40-49	13,79%	17,24%	34,48%	34,48%	10,34%	17,24%	48,28%	24,14%	14,29%	25,00%	39,29%	21,43%
50-59	22,50%	32,50%	22,50%	22,50%	14,63%	36,59%	31,71%	17,07%	26,32%	13,16%	36,84%	23,68%
60-69	20,00%	31,43%	42,86%	5,71%	8,57%	45,71%	37,14%	8,57%	31,25%	25,00%	31,25%	12,50%
70+	25,00%	50,00%	25,00%	0,00%	50,00%	25,00%	25,00%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
Stato Civile												
Celibe/Nubile	13,16%	18,42%	36,84%	31,58%	2,63%	21,05%	50,00%	26,32%	11,11%	22,22%	33,33%	33,33%
Coniugato/a	18,87%	33,02%	31,13%	16,98%	14,95%	36,45%	35,51%	13,08%	30,30%	26,26%	28,28%	15,15%
Vedovo/a	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%
Separato/a	33,33%	0,00%	66,67%	0,00%	0,00%	33,33%	50,00%	16,67%	50,00%	0,00%	33,33%	16,67%
Divorziato/a	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	12,50%	37,50%	37,50%	12,50%	12,50%	12,50%	50,00%	25,00%
Severità												
Lieve	18,37%	28,57%	32,65%	20,41%	12,24%	34,69%	34,69%	18,37%	36,36%	25,00%	18,18%	20,45%
Moderata	36,84%	31,58%	10,53%	21,05%	15,79%	42,11%	31,58%	10,53%	26,32%	26,32%	31,58%	15,79%
Severa	13,83%	25,53%	35,51%	14,50%	9,47%	28,42%	39,81%	12,12%	18,89%	21,11%	38,89%	21,11%

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

fisico e “molto” il 19,1% dei pazienti che dichiarano di avere spesso dolori e disturbi, è un altro dei fattori di cui i pazienti si dichiarano “moltissimo o abbastanza” preoccupati per il futuro (rispettivamente 34,6% e 32,7%). Ancora maggiormente preoccupate sono le donne e i pazienti con psoriasi lieve.

Infine anche l'invalidità fisica e il peggioramento della salute mentale sono aspetti che preoccupano i malati di psoriasi in maniera considerevole: rispettivamente nel 66,5% e nel 52,2% degli intervistati.

Inoltre si è registrato qualche problema di *compliance*, in quanto all'arruolamento il 34,3% dei pazienti a volte dimentica di assumere il farmaco prescritto.

Lo studio conferma, quindi, anche per i pazienti italiani, un evidente disagio e un deterioramento della qualità della vita.

Il dato è sintetizzato in un punteggio di *HQoL* pari a 0,58. Tale valore è paragonabile a quello registrato in patologie quali la sclerosi multipla (0,56) e l'angina pectoris (0,57) (PRISMS, 1998).

L'assunzione delle terapie biologiche riduce notevolmente i disagi derivanti dalla malattia.

Diminuiscono i problemi di ansia, depressione e isolamento: coloro che ne soffrono moltissimo diminuiscono rispettivamente del 61,9%, 68,9% e 28,6% (Tabella 14c.5). Si riducono altresì i pazienti con scarso desiderio sessuale (-72,7%) e con frustrazione sessuale (-88,9%).

Aumentano inoltre in maniera consistente i pazienti che non hanno nessun imbarazzo in merito alla propria condizione (+266,7%), al proprio aspetto (+127,6%), ma anche quelli che non hanno più condizionamento nel vestirsi (+100,0%).

A dimostrazione del miglioramento della qualità della vita si riducono del 99,0% e del 65,3% i malati che hanno difficoltà o non riescono a svolgere le loro attività abituali.

Inoltre con l'assunzione dei biologici aumentano in maniera considerevole i pazienti che non temono in nessun modo o poco i cambiamenti corporei futuri (ri-

Tabella 14c.4. Preoccupazioni future

	Cambiamenti corporei futuri				Crescente visibilità dei sintomi				Invalidità fisica				Dolore fisico				Peggioramento della salute mentale			
	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo
Totale	13,58%	21,60%	41,98%	22,84%	2,41%	18,07%	42,17%	37,30%	13,41%	20,12%	32,93%	33,54%	11,73%	20,99%	34,57%	32,72%	24,22%	23,60%	28,57%	23,60%
Genere																				
Maschi	17,31%	22,12%	37,50%	23,08%	3,81%	20,95%	43,81%	31,43%	15,24%	21,90%	37,14%	25,71%	14,29%	24,76%	34,29%	26,67%	28,85%	23,08%	25,00%	23,08%
Femmine	6,90%	20,69%	50,00%	22,41%	0,00%	13,11%	39,34%	47,54%	10,17%	16,95%	25,42%	47,46%	7,02%	14,04%	35,09%	43,86%	15,79%	24,56%	35,09%	24,56%
Età																				
18-29	0,00%	18,75%	68,75%	12,50%	0,00%	12,50%	43,75%	43,75%	6,25%	6,25%	50,00%	37,50%	12,50%	18,75%	43,75%	25,00%	37,50%	18,75%	31,25%	12,50%
30-39	15,79%	28,95%	44,74%	10,53%	5,26%	26,32%	44,74%	23,68%	26,32%	31,58%	34,21%	7,89%	18,42%	34,21%	34,21%	13,16%	32,43%	35,14%	24,32%	8,11%
40-49	13,79%	24,14%	13,79%	48,28%	3,33%	3,33%	33,33%	60,00%	13,79%	17,24%	17,24%	51,72%	13,79%	17,24%	10,34%	58,62%	20,69%	17,24%	27,59%	34,48%
50-59	16,67%	11,90%	47,62%	23,81%	2,33%	18,60%	44,19%	34,88%	11,90%	14,29%	30,95%	42,86%	7,69%	17,95%	43,59%	30,77%	19,51%	14,63%	29,27%	36,59%
60-69	12,12%	21,21%	45,45%	21,21%	0,00%	20,00%	42,86%	37,14%	2,94%	20,59%	41,18%	35,29%	5,88%	14,71%	38,24%	41,18%	18,18%	27,27%	33,33%	21,21%
70+	25,00%	50,00%	25,00%	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	20,00%	40,00%	20,00%	20,00%	16,67%	16,67%	50,00%	16,67%	20,00%	40,00%	20,00%	20,00%
Stato Civile																				
Cellibe/ nubile	5,41%	29,73%	48,65%	16,22%	2,63%	18,42%	44,74%	34,21%	18,92%	21,62%	29,73%	29,73%	17,95%	20,51%	33,33%	28,21%	24,32%	32,43%	24,32%	18,92%
Coniugato/a	14,95%	21,50%	40,19%	23,36%	0,92%	20,18%	41,28%	37,61%	12,04%	20,37%	35,19%	32,41%	9,62%	21,15%	36,54%	32,69%	24,76%	20,95%	31,43%	22,86%
Vedovo/a	0,00%	20,00%	60,00%	20,00%	0,00%	20,00%	40,00%	40,00%	0,00%	0,00%	40,00%	60,00%	0,00%	0,00%	40,00%	60,00%	0,00%	20,00%	20,00%	60,00%
Separato/a	20,00%	0,00%	60,00%	20,00%	16,67%	0,00%	66,67%	16,67%	16,67%	0,00%	50,00%	33,33%	16,67%	16,67%	50,00%	16,67%	16,67%	50,00%	50,00%	16,67%
Divorziato/a	37,50%	0,00%	12,50%	50,00%	12,50%	0,00%	25,00%	62,50%	12,50%	37,50%	0,00%	50,00%	12,50%	37,50%	0,00%	50,00%	37,50%	25,00%	0,00%	37,50%
Severità																				
Lieve	12,77%	17,02%	29,79%	40,43%	2,04%	20,41%	32,65%	44,90%	2,04%	18,37%	34,69%	44,90%	4,17%	20,83%	29,17%	45,83%	27,08%	25,00%	22,92%	25,00%
Moderata	9,09%	13,64%	72,73%	4,55%	0,00%	18,18%	72,73%	9,09%	13,64%	22,73%	40,91%	22,73%	13,64%	18,18%	45,45%	22,73%	31,82%	27,27%	31,82%	9,09%
Severa	15,05%	25,81%	40,86%	18,28%	3,16%	16,84%	33,63%	28,79%	19,35%	20,43%	30,11%	30,11%	15,22%	21,74%	34,78%	28,26%	20,88%	21,98%	30,77%	26,37%

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

spettivamente +27,3% e +57,1%), la crescente visibilità dei sintomi (rispettivamente +450,0% e +70,0%), nonché il riemergere della sintomatologia (rispettivamente +25,0% e +82,6%) (Tabella 14c.6).

Con l'assunzione del biologico diminuiscono, altresì, i pazienti che hanno spesso dolori e disturbi fisici (90,5%) e aumentano parallelamente quelli che non ne hanno (+178,6%) e anche la paura del dolore fisico per il futuro si riduce (rispettivamente +73,7% e +20,6% coloro che non ne hanno in nessun modo e che ne hanno poca).

Infine si riduce la preoccupazione per il peggioramento della salute mentale (rispettivamente +51,3% e +10,5%), per i cambiamenti corporei futuri (rispettivamente +27,3% e +57,1%) e per l'invalidità fisica (rispettivamente +22,7% e +66,7%).

Migliora, infine, la *compliance*: al *follow-up* solo il

12,4% dei pazienti "salta" la terapia: i pazienti che raramente dimenticano l'assunzione del farmaco passano dal 24,2% al 10,1%, quelli che lo dimenticavano qualche volta dal 9,6% al 2,2% e infine quelli che lo dimenticano spesso dallo 0,6% si annullano (Tabella 14c.7).

In generale, quindi, l'assunzione di un farmaco biologico fa aumentare la *compliance* dei pazienti e quindi il grado di adesione del paziente al regime terapeutico.

Anche il dato di sintesi sulla HQoL migliora significativamente: il 21,3% degli individui affetti da psoriasi facenti parte del campione ha una qualità della vita pessima (HQoL <0,25), il 4,5% afferma di avere una qualità della vita mediobassa (0,25 < HQoL <0,50), il 43,82%, quota preponderante, ha una qualità della vita medio alta (0,50 < HQoL <0,75) ed il 30,3% una qualità della vita alta (0,75 < HQoL <1) (Tabella 14c.8).

Tabella 14c.5. Variazione % tra l'arruolamento e il *follow-up* semestrale del disagio dichiarato derivante dalla malattia

	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo
Solitudine isolamento	38,89%	-14,75%	-25,00%	-28,57%
Imbarazzo in merito alla propria condizione	266,67%	20,45%	-41,07%	-84,85%
Imbarazzo in merito al proprio aspetto	127,59%	38,64%	-51,79%	-84,85%
Ansia	47,06%	1,89%	-20,00%	-61,90%
Depressione	24,53%	-6,00%	-10,26%	-68,75%
Scarso desiderio sessuale	15,94%	-37,84%	-39,13%	-72,73%
Frustrazione sessuale	6,58%	-7,41%	-39,13%	-88,89%
Condizionamento nel vestirsi	100,00%	37,14%	-65,31%	-80,65%

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

Tabella 14c.6. Variazione % tra l'arruolamento e il *follow-up* semestrale delle preoccupazioni per i disagi futuri causati dalla malattia

	In nessun modo	Poco	Abbastanza	Moltissimo
Cambiamenti corporei futuri	27,27%	57,14%	-23,53%	-45,95%
Crescente visibilità dei sintomi	450,00%	70,00%	-17,14%	-61,29%
Invalidità Fisica	22,73%	66,67%	-25,93%	-41,82%
Dolore fisico	73,68%	20,59%	-8,93%	-43,40%
Peggioramento della salute mentale	51,28%	10,53%	-21,74%	-60,53%
Riemergere della sintomatologia	25,00%	82,61%	-3,23%	-36,07%

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

Tabella 14c.7. Distribuzione della frequenza media annua della mancata assunzione di medicinali

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Totale
Arruolamento	65,73%	24,16%	9,55%	0,56%	100,00%
<i>Follow-up</i>	87,64%	10,11%	2,25%	0,00%	100,00%
Var. %	33,33%	-58,14%	-76,47%	-100,00%	

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

Tabella 14c.8. Benefici di qualità della vita

	<0,25	0,25-0,50	0,50-0,75	0,75-1
Totale	21,35%	4,49%	43,82%	30,34%
Genere				
Maschi	24,35%	4,35%	45,22%	26,09%
Femmine	15,87%	4,76%	41,27%	38,10%
Età				
18-29	23,53%	5,88%	29,41%	41,18%
30-39	24,39%	0,00%	56,10%	19,51%
40-49	22,58%	0,00%	48,39%	29,03%
50-59	17,02%	8,51%	36,17%	38,30%
60-69	22,22%	8,33%	41,67%	27,78%
70+	16,67%	0,00%	50,00%	33,33%
Stato Civile				
Celibe/Nubile	22,73%	4,55%	43,18%	29,55%
Coniugato/a	20,87%	5,22%	42,61%	31,30%
Vedovo/a	20,00%	0,00%	60,00%	20,00%
Separato/a	16,67%	0,00%	66,67%	16,67%
Divorziato/a	25,00%	0,00%	37,50%	37,50%
Severità				
Lieve	23,08%	7,69%	36,54%	32,69%
Moderata	17,39%	8,70%	43,48%	30,43%
Severa	21,36%	1,94%	47,57%	29,13%

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

Tra i maschi, in particolare, si registra una quota maggiore di pazienti con HQoL <0,25. I pazienti con HQoL <0,25 sono prevalentemente pazienti con psoriasi severa (PASI>20) e over 50.

Nel periodo di osservazione (6 mesi) si osserva un tendenziale miglioramento della qualità della vita: con un guadagno medio di 0,23 QALY per paziente ($p=0,000$) (Il costo utilità della terapia della psoriasi cronica a placche con farmaci biologici nella *real practice* italiana).

I pazienti con una HQoL < 0,25 si riducono del 76,3%, quelli con HQoL tra 0,25 e 0,50 del 50,0%, quelli tra 0,50 e 0,75 del 44,9%, e corrispondentemente aumentano del 125,9% quelli oltre 0,75.

In conclusione la psoriasi è patologia che condiziona la vita sentimentale e sessuale provocando ansia e immotivata vergogna, influenzando, quindi, le scelte sociali in relazione all'abbigliamento, alla frequentazione e all'esposizione del proprio corpo.

Il senso di rifiuto oltre che la sensibilità alle opinioni altrui sono tra le motivazioni psicologiche che caratterizzano il malato più vulnerabile; questo unito alla con-

sapevolezza dell'impossibilità di guarigione, che spesso provoca depressione e stress, aggravando ulteriormente la patologia.

L'impatto psicologico della patologia è maggiore sulle donne più svantaggiate anche in termini di accesso ai servizi sanitari.

Le terapie vanno valutate non solo per l'efficacia clinica ma anche per il loro impatto sociale, ovvero per i benefici in termini di qualità della vita. In particolare gli elementi maggiormente qualificanti (in una ottica di cronicità) sembrano essere la capacità di tenere sotto controllo la malattia nel lungo periodo, la riduzione dei sintomi dolorosi e cutanei (in particolare quelli ad elevato impatto visivo che incidono sulla normale vita sociale), elementi questi che rassicurano psicologicamente il paziente, ma anche la riduzione dei disagi derivanti dal frequente ricorso ai servizi sanitari, e in particolare al ricovero.

L'introduzione dei farmaci biologici nel trattamento della psoriasi ha rappresentato una opzione terapeutica efficace nell'attenuare i disagi e la perdita di qualità della vita (Stern RS, 2003).

In media, con l'assunzione del biologico, aumentano in maniera considerevole i pazienti che non temono in nessun modo o poco la possibile crescente visibilità dei sintomi, il riemergere della sintomatologia, il dolore fisico, il peggioramento della salute mentale oltre che i cambiamenti corporei futuri e l'invalidità fisica.

A seguito dell'assunzione per 6 mesi della terapia biologica i pazienti osservati fanno registrare un miglioramento significativo della HQoL: il punteggio medio al momento dell'arruolamento è di 0,61, il questionario in uscita dopo 6 mesi (alla fine del *follow-up*) mostra un incremento del punteggio sino a 0,83 con un beneficio pari a 0,22 punti QALY.

Riferimenti bibliografici

- Akay A, Pekcanlar A, Bozdogan KE, Altintas L, Karaman A. (2002), "Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus", *J Eur Acad Dermatol Venereol*; 16: 347-352
- Delaney TJ, Leppard B. (1974), "Alcohol intake and psoriasis". *Acta Derm Venereol.*, 54(3):237-238

- Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. (2002), "Patients' strategies for coping with psoriasis", *Clin Exp Dermatol*; 27: 177-184
- Girolomoni G., Peserico A., Altomare G., Berardesce E., Calzavara Pinton P., Chimenti S., Polistena B, et al. (2013), "Quality of life in patients with plaque psoriasis treated with biologic therapy", *Clinical Dermatology*; 1 (4): 175-182
- Leary MR, Rapp SR, Herbst KC, Exum ML, Feldman SR. (1998), "Interpersonal concerns and psychological difficulties of psoriasis patients: effects of disease severity and fear of negative evaluation", *Health Psychol*; 17: 530-536
- Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. (2000), "Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized", *Br J Dermatol*; 143: 983-991
- Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Puddu P, Pasquini P. (2001), "Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body", *Acta Derm Venereol*; 81: 410-414
- PRISMS, (1998), "Study, Group. Randomised double-blind placebo-controlled study of interferon beta-1a in relapsing/remitting multiple sclerosis", *Lancet* 1998;352:1498-504
- Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reiboussin DM. (1999), "Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases", *J Am Acad Dermatol*; 41: 401-407
- Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. (2001), "The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis". *J Psychosom Res*; 50: 11-15
- Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. (2004), "Psychiatric morbidity in psoriasis: a review", *Australas J Dermatol*; 45: 155-159; quiz 160-1
- Sharma N, Koranne RV, Singh RK. (2001), "Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study", *J Dermatol*; 28: 419-423
- Stern RS (2003), "A promising step forward in psoriasis therapy", *JAMA*; 290: 3133-3135
- Wahl AK, Gjengedal E, Hanestad BR. (2002), "The bodily suffering of living with severe psoriasis: in-depth interviews with 22 hospitalized patients with psoriasis", *Qual Health Res*; 12: 250-261

ENGLISH SUMMARY

Quality of life analysis: the case of chronic and plaque psoriasis

Quality of life dimensions are by now considered fundamental in measuring the outcome of healthcare technologies.

Compared to traditional effectiveness measurements, typically using clinical parameters or mortality measurements, Health-Related Quality of Life (HQoL) provides many benefits: for example, it enables comparisons between treatments for different diseases, acutes or chronics; moreover, it represents a decisively holistic measurement of benefits, also collecting information relative to discomfort, pain, etc. that, just until a few years ago, fell under the “intangible costs” category in economic assessment surveys.

Within this context, analysis of the quality of life has been conducted on patients affected by a disease, in this specific case by psoriasis, which tends to significantly impair the quality of life of those suffering from it.

Data was collected through a prospective-observational trial with the aim of surveying the quality of life, of healthcare and non-healthcare costs, in addition to the Health-Related Quality of Life (HQoL) index of patients suffering from plaque psoriasis undergoing treatment with biological drugs.

The survey has reported that psoriasis is a disease that influences the patient’s sentimental and sexual life, triggering anxiety and unmotivated shame and therefore social choices inherent to clothing, social life and exposing one’s body.

A sense of rejection, along with being sensitive towards the opinion of others, are just some of the psychological aspects characterizing the most vulnerable patients; all of this in addition to the awareness that there

is no chance of healing, which often causes depression or stress – further aggravating the disease.

The psychological impact of the disease is higher in most disadvantaged women, even in terms of access to healthcare services.

Treatment should be evaluated not only for its clinical effectiveness, but also for its benefits in terms of quality of life. In particular, the most qualifying elements (from a chronicity of the disease standpoint) appear to be the ability to keep the disease under control in the long term, the reduction of pain and skin symptoms (particularly those of a high visual impact, which affect normal social life). These elements are psychologically reassuring to the patient, but so is the reduction of inconvenience caused by frequently resorting to healthcare services – and in particular to hospitalization.

The introduction of biological drugs in the treatment of psoriasis represents a treatment option that is effective in mitigating inconveniences and deterioration in the quality of life.

The assumption of biological drugs, on an average, considerably increases the number of patients who do not fear in any way (or hardly) the possible growing visibility of symptoms, the re-emergence of symptoms, physical pain, worsening of mental health, in addition to future physical changes and physical disability.

Following a 6-month intake of biological drugs, the patients surveyed have demonstrated a significant improvement in their HQoL: the average score at the time of enrolment was 0.61; questionnaire results after 6 months (at the end of the follow-up) demonstrated a score increase up to 0.83, with benefits equal to 0.22 QALY points.

performance
accesso
appropriata
innovazione
efficienza
integrazione
SSN
regioni
federalismo
competitività
economia



Riepilogo regionale

Riepilogo regionale

Nelle pagine che seguono presentiamo un riepilogo regionale delle indicazioni statistiche emerse nel volume.

Essendo il Rapporto Sanità costruito per capitoli tematici, si è ritenuto infatti utile un riepilogo che permettesse anche una lettura regionale trasversale rispetto agli argomenti trattati.

A tal fine, per ogni Regione vengono raggruppati in un unico quadrato alcuni indicatori presenti nei singoli capitoli, scelti per la loro rilevanza e confrontabilità.

In aggiunta alla visione di dettaglio, al fine di offrire anche la possibilità di una lettura di sintesi, sono stati

aggiunti i risultati della *Performance* regionale desunti dalla classifica C.R.E.A. Sanità 2016 (Progetto “Una misura di *Performance* dei SSR” - IV edizione, a cui si rimanda per i dettagli).

Ogni quadratino rappresenta un indicatore e il colore - assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia - ne restituisce con immediatezza l'appartenenza all'area dell'eccellenza, all'area del miglioramento, all'area della media nazionale, all'area dell'attenzione o a quella critica.

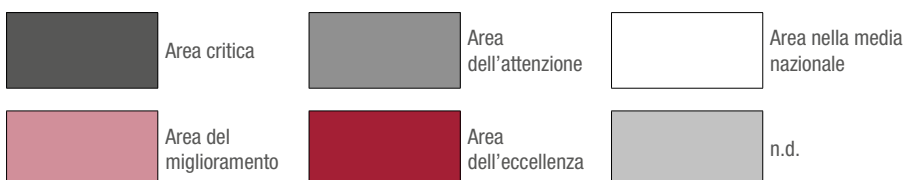
Di seguito si riportano gli indicatori utilizzati:

Contesto demografico	Ind. 1: Speranza di vita alla nascita, anno 2015 Ind. 2: Popolazione di 6 anni e più con limitazioni funzionali. Valori %, anno 2013
Finanziamento	Ind. 1: Risultati di esercizio pro-capite (€), anno 2015 Ind. 2: Risultati di esercizio cumulati pro-capite (€), anni 2011-2015
Spesa	Ind. 1: Spesa sanitaria privata pro-capite (€), anno 2015 Ind. 2: Variazione % in termini reali della spesa sanitaria totale pro-capite (2010-2015)
Equità	Ind. 1: Quota famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie <i>Out Of Pocket</i> (OOP). Valori %, anno 2014 Ind. 2: Quota famiglie soggette a spese sanitarie OOP catastrofiche. Valori %, anno 2014 Ind. 3: Famiglie a rischio di impoverimento. Valori %, anno 2014 Ind. 4: Famiglie con disagio economico per spese sanitarie OOP. Valori %, anno 2014
Prevenzione	Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarti (%) medi dalla soglia (95%), anno 2015 Ind. 2: Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano <i>over</i> 65, stagione 2015-2016 Ind. 3: Copertura (%) <i>test</i> preventivo cervicale (<i>pap-test</i> o HPV). Donne 25-64enni, anni 2012-2015 Ind. 4: Mammografia eseguita negli ultimi due anni (%). Donne 50-69enni, anni 2012-2015 Ind. 5: Copertura (%) dello <i>screening</i> del carcinoma del colon retto tramite un <i>test</i> valido nei tempi raccomandati. Persone 50-69enni, anni 2012-2015
Ospedaliera	Ind. 1: Tassi di ospedalizzazione per acuti ordinari. Valori per 1.000 abitanti, anno 2014 Ind. 2: Degenza media per ordinari acuti. Valori per 1.000 abitanti, anno 2014 Ind. 3: Quota ricoveri chirurgici per acuti ordinari. Valori %, anno 2014 Ind. 4: Quota ricoveri a rischio di inappropriatazza per acuti ordinari. Valori %, anno 2014
Residenziale	Ind. 1: Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Posti letto su popolazione <i>over</i> 75, Italia. Per 1.000 abitanti, anno 2013
Specialistica	Ind. 1: Bacino medio di utenza degli ambulatori e laboratori, anno 2013 Ind. 2: Prestazioni pro-capite per popolazione pesata, anno 2013
Farmaceutica e DM	Ind. 1: Spesa farmaceutica privata pro-capite (€), anno 2015 Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del <i>payback</i> . Scostamento (€) dal tetto regionale pro-capite (14,85%), anno 2015 Ind. 3: Spesa per dispositivi medici (DM). Valori pro-capite (€), anno 2014 Ind. 4: Spesa per DM. Valori per ricovero in acuzie (€), anno 2014
Primaria	Ind. 1: Spesa per medicina di base (da convenzione). Valori per residente (€), anno 2014
Domiciliare	Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - Ore di assistenza per caso trattato <i>over</i> 65, anno 2013
Provvidenze in denaro	Ind. 1: Beneficiari di indennità di accompagnamento. Incidenza sulla popolazione (%), anno 2015 Ind. 2: Beneficiari di pensioni di invalidità civile. Incidenza sulla popolazione (%), anno 2015

Piemonte



Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.




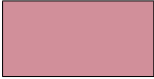

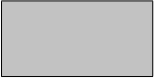
A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Valle d'Aosta

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Lombardia



Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche

	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.




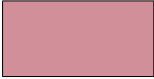

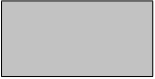
A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Liguria

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretta	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

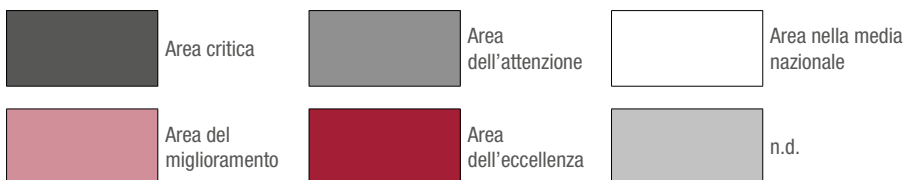
La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Provincia Autonoma di Bolzano

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
 La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.
 A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.
 In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Provincia Autonoma di Trento

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

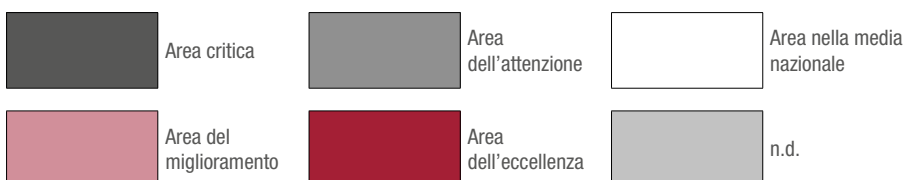
La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Veneto

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.




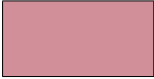

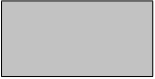
A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Friuli Venezia Giulia

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Emilia Romagna



Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretta	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche

	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.




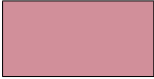

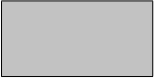
A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Toscana

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

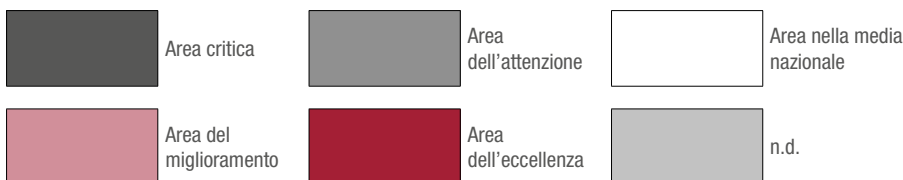
La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Marche

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche




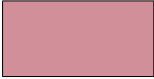

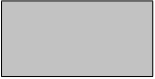


La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
 La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.
 A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.
 In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Umbria

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

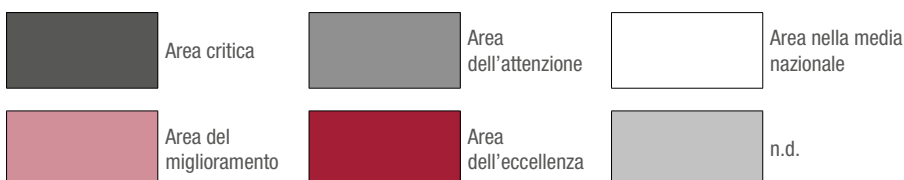
La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Lazio

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Abruzzo

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

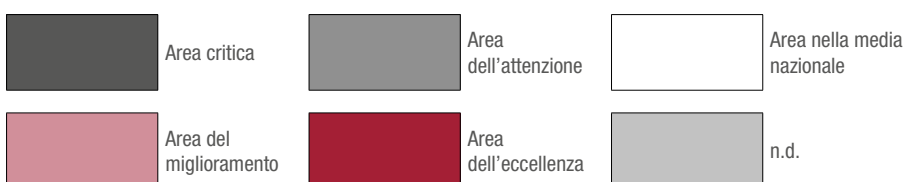
La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Molise

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
 La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.
 A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.
 In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Campania

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Basilicata

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Puglia

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

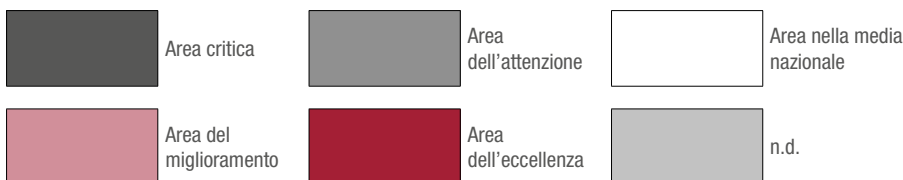
La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Calabria

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
 La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.
 A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.
 In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Sicilia

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL esidenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Sardegna

Performance generale	Performance pazienti	Performance professionisti	Performance istituzioni	Performance management	Performance industria
Cop. vaccinali pediatriche	Cop. vacc. influenza anziani	Screening cervicale	Famiglie impoverite per OOP	Risultato esercizio	Risultato esercizio cumulato
Screening mammogr.	Screening coloretale	PL residenziali e semi-res.	Famiglie OOP catastrofica	Spesa san. privata	Variazione reale spesa san. tot
Speranza vita nascita	Pop. limitazioni funzionali	Famiglie con disagio econ. per OOP	Famiglie a rischio impoverimento	Spesa farmaceutica privata	Spesa farm. scostamento dal tetto
Spesa medicina di base	ADI - ore di assistenza	Tasso ospedal. per acuti ord.	Deg. media acuti ord.	Spesa per DM PC	Spesa DM per ricovero in acuzie
Beneficiari ind. accomp.	Beneficiari pens. inv. civile	Ricoveri chirurg. acuti ord.	Ricoveri a rischio inapp. acuti ord.	Bacino medio ut. ambul. e lab.	Prestazioni specialistiche



	Area critica		Area dell'attenzione		Area nella media nazionale
	Area del miglioramento		Area dell'eccellenza		n.d.

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

La *Performance* complessiva è desumibile dalla prima riga del quadrato, che riporta il risultato ottenuto dalla Regione nella classifica del Progetto "Un misura di *Performance* dei SSR" (IV edizione), sia generale che per categoria di *stakeholder*.

A seguire, il quadrato contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli, scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità, che forniscono il quadro delle aree critiche, delle aree dell'attenzione, delle aree di auspicabile miglioramento ovvero delle aree di raggiunta "eccellenza". Il colore è stato assegnato in base alla significatività degli scarti dalla media Italia.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Appendice Appendix

Indice tabelle, figure e key indicators [Index of tables, figures and key indicators]

Capitolo 1. Il contesto socio-demografico: gli anni di buona salute persi e il “peso” della malattia

[The social-demographic context: years of good health lost and the “burden” of disease]

Figure e tabelle/Figures and tables

Tabella 1.1. YLDs (<i>Years Lived with Disability</i>) per patologia. Variazioni %, anni 1990-2013	51
<i>[Years Lived with Disability per pathology. % change, 1990-2013]</i>	
Tabella 1.2. YLDs, prime dieci cause al 2013	51
<i>[Years Lived with Disability, top ten causes in 2013]</i>	
Tabella 1.3. YLDs - peso % per patologia sul totale degli YLDs, 15-49 anni	51
<i>[Years Lived with Disability – distribution per pathology (%) in 15-49 years old]</i>	
Tabella 1.4. YLDs - peso % per patologia sul totale degli YLDs, 50-69 anni	52
<i>[Years Lived with Disability – distribution per pathology (%) in 50-69 years old]</i>	
Tabella 1.5. YLDs - peso % per patologia sul totale degli YLDs, over 70	52
<i>[Years Lived with Disability – distribution per pathology (%) in over 70]</i>	
Tabella 1.6. YLDs, Italia e alcuni paesi europei. Variazioni %, anni 1990-2013	52
<i>[Years Lived with Disability, Italy and some European countries. % change, 1990-2013]</i>	
Tabella 1.7. YLDs, prime dieci cause Italia e alcuni paesi europei, anno 2013	53
<i>[Years Lived with Disability, top ten causes in Italy and some European countries, 2013]</i>	
Tabella 1.8. DALYs-variazione % per patologia, anni 1990-2005 e 2005-2013	54
<i>[Disability-adjusted life years, distribution per pathology. % change, 1990-2005 and 2005-2013]</i>	
Tabella 1.9. DALYs, prime dieci cause al 2013	54
<i>[Disability-adjusted life years, top ten causes in 2013]</i>	
Tabella 1.10. DALYs, Italia e alcuni paesi europei. Variazioni %, anni 1990-2005 e 2005-2013	55
<i>[Disability-adjusted life years, Italy and some European countries. % change, 1990-2005 and 2005-2013]</i>	
Tabella 1.11. DALYs, prime dieci cause Italia e alcuni paesi europei, anno 2013	56
<i>[Disability-adjusted life years, top ten causes - Italy and some European countries, 2013]</i>	
Tabella 1.12. Primi dieci fattori di rischio in termini di DALYs, Italia e alcuni paesi, anno 2013	56
<i>[Top ten risk factors for Disability-adjusted life years – Italy and some European countries, 2013]</i>	
Key indicators	
KI 1.1. Popolazione over 75 e popolazione ad almeno 10 anni dall’aspettativa di vita a 65 anni, quota (%) sulla popolazione totale. Proiezioni 2020-2065	62
<i>[Share of population over 75 and aged over life expectancy at 65 years old-10. Forecast. %, 2020-2065]</i>	
KI 1.2. Famiglie di anziani soli 65+. Valori %, anni 2005-2014	62
<i>[Share of people aged 65+ living alone. %, 2005-2014]</i>	
KI 1.3. Popolazione di 6 anni e più con limitazioni funzionali. Valori %, anni 2005 e 2013	63
<i>[Share of people aged 6+ with functional limitations. %, 2005 and 2013]</i>	
KI 1.4. Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2014	64
<i>[Share of population having a long-standing illness or health problem, by income quintile. %, 2004-2014]</i>	

KI 1.5. Popolazione <i>over 75</i> con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2014	65
<i>[Share of population over 75 years old having a long-standing illness or health problem, by income quintile. %, 2004-2014]</i>	
KI 1.6. Speranza di vita alla nascita, anni 2011 e 2015	66
<i>[Life expectancy at birth, 2011-2015]</i>	
KI 1.7. Anni di vita in buona salute, aspettativa alla nascita in EU 15. Maschi, anni 2005 e 2014	66
<i>[Healthy Life Years expectancy at birth, EU15. Men, 2005 and 2014]</i>	
KI 1.8. Anni di vita in buona salute, aspettativa alla nascita in EU 15. Femmine, anni 2005 e 2014	67
<i>[Healthy Life Years expectancy at birth, EU15. Women, 2005 and 2014]</i>	
KI 1.9. Anni di vita in buona salute, aspettativa a 65 anni n EU 15. Maschi, anni 2005 e 2014	67
<i>[Healthy Life Years expectancy at age 65, EU15. Men, 2005 and 2014]</i>	
KI 1.10. Anni di vita in buona salute, aspettativa a 65 anni in EU 15. Femmine, anni 2005 e 2014	68
<i>[Healthy Life Years expectancy at age 65, EU15. Women, 2005 and 2014]</i>	
KI 1.11. Popolazione 25-54 anni, composizione (%) per livello di studio raggiunto. Italia vs EU14, anni 2005-2015	68
<i>[Population 25-54 years old by educational attainment level, Italy vs EU14. %, 2005-2015]</i>	
KI 1.12. Reddito medio per livello di istruzione (18 anni e +). Valori in €, Italia vs EU15, anni 2005-2015	69
<i>[Mean income by educational attainment level (over 18), Italy vs EU15. €, 2005-2015]</i>	
KI 1.13. Popolazione a rischio di povertà prima e dopo i trasferimenti sociali, Italia vs EU15. Valori %, anni 2005-2015	70
<i>[At-risk-of-poverty (cut-off point: 60% of median equivalised income after social transfers) rate before and after social transfers. Italy vs EU15). %, 2005-2015]</i>	

Capitolo 2. Il finanziamento: risanamento e impatti redistributivi

[Funding: rebalancing and redistribution impacts]

Figure e tabelle/Figures and tables

Figura 2.1. Finanziamento pubblico e privato della spesa sanitaria corrente, Paesi EU15. Composizione (%), anno 2015 (stime)	73
<i>[Public and private financing of current health expenditure, EU15 Countries. Composition (%) 2015 (estimate)]</i>	
Figura 2.2. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente, Italia e Paesi EU14. Valori %, anni 2000-2015 (stime)	74
<i>[Public financing of current health expenditure, Italy vs EU14 Countries. %, 2000-2015 (estimate)]</i>	
Tabella 2.1. Spesa sanitaria corrente per tipologia di finanziamento. Composizione (%), anno 2014	75
<i>[Current health expenditure by type of financing. Composition (%), 2014]</i>	
Figura 2.3. Fabbisogno indistinto. Composizione (%), anno 2016	75
<i>[Ordinary financing. Composition (%), 2016]</i>	
Figura 2.4. Quota del fabbisogno indistinto generata da Irap e addizionale Irpef. Valori %, anni 2006-2016	76
<i>[Share of ordinary financing from IRAP (Regional tax on productive activities) and additional IRPEF (Personal income tax). %, 2006-2016]</i>	
Figura 2.5. Quota del fabbisogno indistinto generata da Iva e accise. Valori %, anni 2006-2016	77
<i>[Share of ordinary financing from VAT (Value added tax) and excise. %, 2006-2016]</i>	
Figura 2.6. Quota del fabbisogno indistinto generata da: ricavi ed entrate proprie delle aziende sanitarie, partecipazione delle Regioni a statuto speciale e Prov. Autonome e FSN. Valori %, anni 2006-2016	77
<i>[Share of ordinary financing from revenues and own sources of income of the Health Authorities, participation of Autonomous regions with special statute and National Health Fund. %, 2006-2016]</i>	
Figura 2.7. Quota capitaria secca e quota capitaria mista vs. quota capitaria Del. CIPE 2015. Valori assoluti (€), anno 2015	78
<i>[Per capita financing and per capita financing with different weights vs per capita financing from CIPE deliberation. €, 2015]</i>	
Figura 2.8. Quota capitaria per ripartizione. Numeri indice (Italia=100), anni 2015 e 2035	79
<i>[Per capita financing by geographical area. Index numbers (Italy=100), 2015 and 2035]</i>	

Figura 2.9. Distribuzione territoriale fabbisogno indistinto. Valori %, anni 2015 e 2035	79
<i>[Ordinary financing by geographical area. %, 2015 and 2035]</i>	
Figura 2.10. Contributo alla formazione del disavanzo da parte delle Regioni in PdR e da parte di quelle non in PdR.	
Valori %, anni 2006-2015	80
<i>[Regional contribution to total deficit (Regions that have and have not adopted debt rescheduling arrangements). %, 2006-2015]</i>	
Tabella 2.2. Disavanzo nelle Regioni con PdR e in quelle senza PdR su finanziamento. Valori %, anni 2010-2015	81
<i>[Deficit of Regions with and without debt rescheduling arrangements as a % of financing, 2010-2015]</i>	
Figura 2.11. Disavanzi del SSN (€ mln.), anni 2006-2015	81
<i>[NHS deficits (€ million), 2006-2015]</i>	
Figura 2.12. Concentrazione del disavanzo – Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori %, anni 2011-2015	82
<i>[Deficit share attributable to the 5 Regions with the highest deficit. %, 2011-2015]</i>	
Tabella 2.3. Riepilogo risultato di esercizio. Valori assoluti (€ mln.), pro-capite (€) e variazioni %, anni 2006 e 2015	83
<i>[Surplus/deficit. € million, € per capita and % change, 2006 and 2015]</i>	
Tabella 2.4. Risultati di esercizio pro-capite cumulati per quinquenni. Valori assoluti (€), anni 2006-2015	84
<i>[Surplus/deficit accrued over a 5-year period. Per capita (€), 2006-2015]</i>	
Figura 2.13. Spesa pubblica pro-capite. Rapporto tra Regione con spesa massima e Regione con spesa minima, anni 2005-2015	84
<i>[Per capita public health expenditure. Comparison between Regions with highest and lowest expenditure, 2005-2015]</i>	
Figura 2.14. Spesa pubblica e <i>out of pocket</i> pro-capite. Rapporto tra Regione con spesa massima e Regione con spesa minima, anni 2005-2015	85
<i>[Per capita public and out of pocket expenditure. Comparison between Regions with highest and lowest expenditure, 2005-2015]</i>	
Tabella 2.5. Adempienza rispetto al “Mantenimento dell’erogazione dei Lea”, anni 2009-2013	85
<i>[Compliance with the provision of Italian Essential Levels of Healthcare, 2009-2013]</i>	
Key indicators	
KI 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente, Italia e Paesi EU14. Valori %, anni 2000-2015 (stime)	90
<i>[Public financing of current health expenditure, Italy vs. EU14. %, 2000-2015 (estimate)]</i>	
KI 2.2. Finanziamento pubblico e privato della spesa sanitaria corrente, Paesi EU15. Composizione (%), anni 2005 e 2015 (stime)	90
<i>[Public and private financing of current health expenditure, EU15. Composition (%), 2005-2015 (estimate)]</i>	
KI 2.3. Finanziamento per popolazione semplice e standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2015	91
<i>[Per capita current financing, normal and weighted population. €, 2015]</i>	
KI 2.4. Finanziamento pro-capite nominale e reale. Differenza (€) rispetto all’anno base (= 2006), anni 2006-2015	91
<i>[Per capita nominal and real financing. Differences to 2006 values. €, 2006-2015]</i>	
KI 2.5. Finanziamento regionale su PIL. Valori %, anni 2010 e 2015	92
<i>[Regional financing as a % of GDP, 2010 and 2015]</i>	
KI 2.6. Quota del fabbisogno sanitario indistinto generata da Irap e addizionale Irpef, Iva e Accise, ricavi ed entrate proprie, altro.	
Valori %, anno 2016	92
<i>[Share of ordinary financing from IRAP (Regional tax on productive activities) and additional IRPEF (Personal income tax), VAT, revenues and own sources of income of the Health Authorities, other. %, 2016]</i>	
KI 2.7. Risultati di esercizio. Valori pro-capite (€), anni 2006-2015	93
<i>[Per capita surplus/deficit. €, 2006-2015]</i>	
KI 2.8. Disavanzi del SSN (€ mln.), anni 2006-2015	93
<i>[NHS deficit (€ million), 2006-2015]</i>	
KI 2.9. Concentrazione del disavanzo per ripartizione geografica (%), anni 2010-2015	94
<i>[NHS deficit concentration by geographical area. %, 2010-2015]</i>	
KI 2.10. Deficit complessivo. Quota su finanziamento (%), anni 2006-2015	94
<i>[Overall deficit. Share of funding (%), 2006-2015]</i>	

Capitolo 3. La spesa: l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali*[Health Expenditure: national and international evolution]***Figure e tabelle/Figures and tables**

Figura 3.1. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. <i>Gap</i> (%) Italia vs. Europa occidentale (EU14), anni 2005-2015	97
<i>[Current total, public and private health expenditure and GDP per capita. Italia vs. West EU. %, 2005-2015]</i>	
Figura 3.2. Spesa sanitaria totale, Italia vs. Europa occidentale. Valori pro-capite (€), anni 2000-2019	98
<i>[Per capita total current health expenditure. Italia vs. West EU. €, 2000-2019]</i>	
Tabella 3.1. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. <i>Gap</i> (%) ripartizioni geografiche vs. Europa occidentale, anno 2015	99
<i>[Gap of per capita total, public and private current health expenditure and GDP. Geographical area vs. West EU. %, 2015]</i>	
Tabella 3.2. Spesa sanitaria pubblica e privata in % del PIL nei Paesi dell'Europa occidentale e in Italia, anni 2010-2015	99
<i>[Public and private current health expenditure as % of GDP in West EU and Italy, 2010-2015]</i>	
Tabella 3.3. Spesa sanitaria pubblica in % del PIL al netto degli interessi passivi sul debito pubblico nei Paesi dell'Europa occidentale e in Italia, anni 2010-2015	100
<i>[Public current health expenditure as % of GDP net of interest payable in West EU and Italy, 2010-2015]</i>	
Figura 3.3. Residui di regressione della spesa sanitaria pubblica, privata e totale sul PIL pro-capite (€), anno 2015	100
<i>[Residuals of regression of public, private and total health expenditure to GDP. Per capita (€), 2015]</i>	
Figura 3.4. Spesa sanitaria pubblica. Valori pro-capite (€) per popolazione semplice e pesata, anno 2015	101
<i>[Public health expenditure. Per capita (€), normal and weighted population, 2015]</i>	
Tabella 3.4. Spesa sanitaria pubblica. Valori pro-capite (€) e variazioni medie annue (%), anni 2005-2015	102
<i>[Public current health expenditure. Per capita (€) and annual average changes (%), 2005-2015]</i>	
Figura 3.5. Spesa sanitaria pubblica pro-capite reale. Variazione media annua (%), anni 2005-2015	102
<i>[Per capita public real health expenditure. Annual average change (%), 2005-2015]</i>	
Tabella 3.5. Spesa sanitaria privata OOP. Valori pro-capite (€) e variazioni %, anni 2005-2015	104
<i>[Private OOP health expenditure. Per capita (€) and % change, 2005-2015]</i>	
Figura 3.6. Spesa sanitaria totale e spesa pubblica. Valori pro-capite (€) per popolazione pesata, anno 2015	104
<i>[Total and public health expenditure. Per capita (€), weighted population, 2015]</i>	
Figura 3.7. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2010=100), anni 2010-2014	105
<i>[Public health expenditure by function. Index numbers (2010=100), 2010-2014]</i>	
Tabella 3.6. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Variazioni %, anni 2010-2014	106
<i>[Public health expenditure by function. % change, 2010-2014]</i>	
Figura 3.8. Spesa sanitaria privata. Composizione (%), anno 2015	108
<i>[Private health expenditure. Composition (%), 2015]</i>	
Figura 3.9. Spesa sanitaria privata per ripartizione geografica. Composizione (%), anno 2015	108
<i>[Private health expenditure by geographical area. Composition (%), 2015]</i>	
Figura 3.10. Spesa per indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile e <i>voucher</i> . Composizione (%), anno 2015	110
<i>[Expenditure on attendance allowance, disability pensions and benefit on social protection and health. Composition (%), 2015]</i>	
Tabella 3.7. Spesa totale per LTC. Valori assoluti (€ mln.) e composizione %, anno 2015	110
<i>[Total expenditure for Long Term Care. € mln. and composition (%), 2015]</i>	
Tabella 3.8. Spesa socio-sanitaria. Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2015	111
<i>[Total expenditure on social protection and health. € mln. and %, 2015]</i>	
Tabella 3.9. Spesa socio-sanitaria - Quota su PIL. Valori %, anno 2015	111
<i>[Total expenditure on social protection and health as a % of GDP, 2015]</i>	

Tabella 3.10. Spesa sanitaria pubblica e spesa per LTC in % del PIL nei Paesi EU15, anni 2013 e 2060	112
<i>[Public health and LTC expenditure as % of GDP in EU15, 2013 and 2060]</i>	
Tabella 3.11. Spesa sanitaria pubblica e spesa per LTC in % del PIL in Italia, anni 2010-2060	113
<i>[Public health and LTC expenditure as % of GDP in Italy, 2010-2060]</i>	
Key indicators	
KI 3.1. Spesa sanitaria totale nei Paesi EU15. Valori pro-capite (€), anni 2005 e 2015	117
<i>[Per capita total health expenditure in EU15. €, 2005 and 2015]</i>	
KI 3.2. Spesa sanitaria totale nei Paesi EU15. Valori in % del PIL, anni 2005 e 2015	117
<i>[Total health expenditure on GDP in EU15. %, 2005 and 2015]</i>	
KI 3.3. Variazione % spesa sanitaria pubblica e privata pro-capite nei Paesi EU15, anni 2015/2005	118
<i>[Per capita public and private health expenditure in EU15. % change, 2015/2005]</i>	
KI 3.4. Spesa sanitaria totale per popolazione pesata. Valori in €, anno 2015	118
<i>[Total and public health expenditure. Per capita (€), weighted population, 2015]</i>	
KI 3.5. Spesa sanitaria privata e spesa pubblica regionale. Valori in % del PIL, anno 2015	119
<i>[Public and private regional health expenditure on GDP. %, 2015]</i>	
KI 3.6. Spesa sanitaria pubblica e <i>Out Of Pocket</i> pro-capite nominale e reale. Variazione %, anni 2010-2015	119
<i>[Public and Out Of Pocket per capita health expenditure, nominal and in real term. % change, 2010-2015]</i>	
KI 3.7. Spesa sanitaria <i>Out Of Pocket</i> . Valori pro-capite (€), anni 2005 e 2015	120
<i>[Out Of Pocket health expenditure. Per capita (€), 2005 and 2015]</i>	
KI 3.8. Spesa sanitaria privata. Composizione (%), anno 2015	120
<i>[Private health expenditure. Composition (%), 2015]</i>	
KI 3.9. Spesa sociale per LTC. Composizione (%), anno 2015	121
<i>[Social expenditure for LTC. Composition (%), 2015]</i>	
KI 3.10. Spesa socio-sanitaria. Composizione (%), anno 2015	121
<i>[Total social health expenditure. Composition (%), 2015]</i>	

Capitolo 4. La valutazione delle Performance

[Performance evaluation]

Capitolo 4a. Una misura di sintesi del disagio economico delle famiglie

[Measurement of the households economic discomfort]

Figure e tabelle/*Figures and tables*

Figura 4a.1. Quota di famiglie con spese sanitarie OOP per tipo di spesa e quintile di consumo. Valori %, anno 2014	128
<i>[Share of households sustaining healthcare Out Of Pocket expenditure (for type of expenditure and consumption's quintile). %, 2014]</i>	
Figura 4a.2. Spesa sanitaria e quota sui consumi delle famiglie. Valori assoluti (€) e %, anno 2015	128
<i>[Healthcare expenditure and share on consumptions. € and %, 2015]</i>	
Figura 4a.3. Spesa sanitaria OOP - Composizione per tipo di spesa e quintile di consumo. Valori %, anno 2014	129
<i>[Healthcare OOP expenditures – composition by type of expenditure and consumption's quintiles. %, 2014]</i>	
Figura 4a.4. Composizione della spesa sanitaria OOP per voce e ripartizione geografica. Valori %, anno 2014	130
<i>[Healthcare OOP expenditures – composition by type of expenditure and geographical area. %, 2014]</i>	
Figura 4a.5. Famiglie impoverite e soggette a spese catastrofiche, per ripartizione geografica. Valori %, anno 2014	131
<i>[Impoverished and catastrophic households by geographical area. %, 2014]</i>	
Figura 4a.6. Famiglie che hanno ridotto la spesa per la Sanità. Valori %, anno 2014	132
<i>[Households reducing healthcare expenditure. %, 2014]</i>	

Figura 4a.7. Rinunce alla spesa sanitaria OOP per quintile di consumo. Valori %, anno 2014	132
<i>[Renounces to healthcare OOP expenditures – Per quintile's consumption. %, 2014]</i>	
Figura 4a.8. Famiglie con spese sanitarie OOP a rischio d'impoverimento. Valori %, anno 2014	133
<i>[Households with healthcare OOP expenditures at risk of impoverishment. %, 2014]</i>	
Figura 4a.9. Indicatore di disagio economico. Valori %, anno 2014	133
<i>[Economic Discomfort indicator. %, 2014]</i>	
 Capitolo 4b. Una misura di Performance dei SSR (IV edizione)	
<i>[An exercise on the Italian Regional Healthcare Systems (4th edition)]</i>	
Figure e tabelle/Figures and tables	
Tabella 4b.1. Indicatori di Performance	138
<i>[Performance indicators]</i>	
Figura 4b.1. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR (%)	139
<i>[Contribution of the indicators (%) to the performance of Regional Healthcare Systems]</i>	
Figura 4b.2. Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR (%) - Per Categoria	140
<i>[Contribution to the performance dimensions (%) – per stakeholder categories]</i>	
Figura 4b.3. Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR (%) - Per annualità	140
<i>[Contribution to the performance dimensions (%) – per years]</i>	
Figura 4b.4. Misura di Performance dei SSR	141
<i>[Performance of Regional Healthcare Systems]</i>	
Figura 4b.5. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Utenti'	142
<i>[Regional Healthcare System performance – Users prospective]</i>	
Figura 4b.6. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Professioni sanitarie'	143
<i>[Regional Healthcare System performance – healthcare Professional prospective]</i>	
Figura 4b.7. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Industria Medica'	143
<i>[Regional Healthcare System performance - Medical industry prospective]</i>	
Figura 4b.8. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Management aziendale'	144
<i>[Regional Healthcare System performance - Healthcare top management prospective]</i>	
Figura 4b.9. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Istituzioni'	145
<i>[Regional Healthcare System performance - Institution prospective]</i>	
Key indicators	
KI 4.1. Quota famiglie che sostengono spese sanitarie <i>Out Of Pocket</i> . Valori %, anno 2014	149
<i>[Share of households sustaining healthcare expenditures. %, 2014]</i>	
KI 4.2. Famiglie che sostengono spese sanitarie <i>Out Of Pocket</i> - per tipologia di spesa. Valori %, anno 2014	149
<i>[Households sustaining Out Of Pocket healthcare expenditures - by type of expenditure. %, 2014]</i>	
KI 4.3. Quota della spesa sanitaria <i>Out Of Pocket</i> delle famiglie sul totale dei consumi - per quintile di consumo. Valori %, anni 2009-2014	150
<i>[Households Out Of Pocket health expenditure share on consumptions - by consumption's quintile. %, 2009-2014]</i>	
KI 4.4. Spesa sanitaria <i>Out Of Pocket</i> effettiva delle famiglie per tipologia e quintile di consumo. Valori assoluti (€), anno 2014	150
<i>[Effective household Out of Pocket healthcare expenditure by voice and consumption's quintile. €, 2014]</i>	
KI 4.5. Composizione della spesa sanitaria delle famiglie - per tipologia di spesa e quintile di consumo. Valori %, anno 2014	151
<i>[Share of Out Of Pocket healthcare expenditure - by type of expenditure and consumption's quintile. %, 2014]</i>	
KI 4.6. Quota famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie <i>Out Of Pocket</i> . Valori %, anni 2010 e 2014	151
<i>[Share of impoverished households to cause of Out of Pocket healthcare expenditure. %, 2010 and 2014]</i>	

KI 4.7. Quota famiglie soggette a spese sanitarie <i>Out Of Pocket</i> catastrofiche. Valori %, anni 2010 e 2014	152
<i>[Share of catastrophic households. %, 2010 and 2014]</i>	
KI 4.8. Nuove rinunce alle spese sanitarie per motivi economici. Valori %, anno 2014	152
<i>[New waivers to care treatment by economic causes. %, 2014]</i>	
KI 4.9. Famiglie a rischio di impoverimento. Valori %, anno 2014	153
<i>[Households at risk of impoverishment. %, 2014]</i>	
KI 4.10. Famiglie con disagio economico per spese sanitarie OOP. Valori %, anno 2014	153
<i>[Households economic discomfort indicator. %, 2014]</i>	

Capitolo 5. Prevenzione: l'Italia nel contesto internazionale e le strategie per la sostenibilità del sistema sanitario

[Prevention: Italy in the international context and strategies for sustainability of the healthcare system]

Figure e tabelle/Figures and tables

Figura 5.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in EU15 e altri Paesi OECD. Quota su spesa sanitaria pubblica corrente (%) e pro-capite (€), anni 2004 e 2014	158
<i>[Current public expenditure for prevention programmes in EU15 and other OECD countries – Share of current public health expenditure (%) and per capita (€), 2004 and 2014]</i>	
Figura 5.2. Obesità nella popolazione adulta, EU15 e altri Paesi OECD. Prevalenza (%) e variazioni (punti percentuali), anni 2004 e 2014	160
<i>[Obesity in the adult population, EU15 and other OECD countries. Prevalence (%) and changes (percentage points), 2004 and 2014]</i>	
Figura 5.3. Sovrappeso e obesità - Prevalenza (%) tra bambini di 7 anni, per genere, in alcuni Paesi europei. Anno 2010	161
<i>[Overweight and obesity - Prevalence (%) amongst 7-year-old children, by gender, in some European countries. 2010]</i>	
Figura 5.4. Consumo di alcol tra persone di 15 anni e più, EU15 e altri Paesi OECD. Litri pro-capite e variazioni %, anni 2004 e 2014 ..	162
<i>[Alcohol consumption amongst individuals aged 15 and over, in EU15 and other OECD countries. Litres per capita and % change, 2004 and 2014]</i>	
Figura 5.5. Abitudine al fumo, persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare giornalmente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori (%) e variazioni (punti percentuali), anni 2004-2014	163
<i>[Smoking habits. Persons aged 15 and over who declare they smoke on a daily basis, in EU15 and other OECD countries. Values (%) and changes (percentage points), 2004-2014]</i>	
Tabella 5.1. Prevalenza (%) di obesi, consumatori di alcol “a maggior rischio”, fumatori e sedentari tra adulti 18-69 anni. Per Regione, anni 2012-2015	164
<i>[Prevalence (%) of obesity, “high-risk” alcohol consumers, smokers and adults with sedentary lifestyles between the ages of 18-69. By Region, 2012-2015]</i>	
Figura 5.6. Numero di indicatori indagine PASSI 2012-2015 con valori peggiori, simili e migliori della media nazionale, per Regione	165
<i>[Number of PASSI 2012-2015 survey indicators with worse, similar and better values than the national average, by Region (National Health Institute – ISS)]</i>	
Figura 5.7. Coperture vaccinali (%) nei bambini a un anno per 3 dosi di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse), EU15 e altri Paesi OECD, anni 2004 e 2014	167
<i>[Vaccination coverage (%) for children at one year for 3 dosages of DTP vaccine (Diphtheria, Tetanus, Whooping Cough), EU15 and other OECD countries, 2004 and 2014]</i>	
Figura 5.8. Coperture vaccinali (%) in età pediatrica (a 24 mesi) in Italia, per singolo antigene, anni 2014 e 2015	168
<i>[Vaccination coverage (%) for children up to 24 months in Italy, by single antigen, 2014 and 2015]</i>	
Figura 5.9. Coperture vaccinali (%) in età pediatrica in Italia, per singolo antigene, a 36 mesi e 5-6 anni, anni 2014-2015	169
<i>[Vaccination coverage (%) for children at 36 months and 5-6 years of age in Italy, by single antigen, 2014-2015]</i>	

Figura 5.10. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Differite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarti (%) minimi, massimi e medi dalla soglia (95%), anno 2015	169
<i>[Vaccination coverage for children at 24 months against Polio, Diphtheria, Tetanus, Whooping Cough, Hepatitis B, Hib, Measles, Mumps and Rubella. Minimum, maximum and average differences (%) from the threshold (95%), 2015]</i>	
Figura 5.11. Coperture vaccinali (%) contro l'influenza stagionale per anziani over 65 in EU15 e altri Paesi OECD, anni 2004 e 2014	171
<i>[Vaccination coverage (%) against seasonal influenza for the elderly over 65 in EU15 and other OECD countries, 2004 and 2014]</i>	
Figura 5.12. Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano over 65, stagioni 2013-2014/2015-2016	172
<i>[Vaccination coverage (%) against influenza for the elderly over 65, 2013-2014/2015-2015 seasons]</i>	
Figura 5.13. Spesa totale (tutte le fonti) per vaccini utilizzati nelle vaccinazioni di routine. Valori pro-capite (€), anno 2015	172
<i>[Total expenditure (all sources) for vaccines employed in routine vaccinations. Per capita (€), 2015]</i>	
Figura 5.14. Spesa per vaccini in Italia, per tipologia. Valori per residente (€), anni 2013-2015	173
<i>[Expenditure for vaccines in Italy, by type. Values per resident (€), 2013-2015]</i>	
Figura 5.15. Spesa sanitaria per materiali per la profilassi (vaccini). Valori pro-capite (€) per popolazione fino a 14 anni e 65 anni e più, 2013-2014	174
<i>[Healthcare expenditure for vaccines. Per capita (€) considering population up to the age of 14 and over the age of 65, 2013-2014]</i>	
Figura 5.16. Attività svolte dagli USMAF. Valori assoluti e distribuzione (%) per macroattività, anno 2014	175
<i>[Cross-border healthcare: activities conducted by USMAF (offices of Ministry of Health). Absolute values and distribution (%) by macro-activity, 2014]</i>	
Key indicators	
KI 5.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in EU15 e altri Paesi OECD. Quota su spesa sanitaria pubblica corrente (%) e pro-capite (€), anni 2004 e 2014	181
<i>[Current public expenditure for prevention programmes in EU15 and other OECD Countries – Share of current public health expenditure (%) and per capita (€), 2004 and 2014]</i>	
KI 5.2. Obesità nella popolazione adulta, EU15 e altri Paesi OECD. Prevalenza (%), anni 2004 e 2014	182
<i>[Obesity in the adult population, EU 15 and other OECD Countries. Prevalence (%), 2004 and 2014]</i>	
KI 5.3. Consumo di alcol tra persone di 15 anni e più, EU15 e altri Paesi OECD. Litri pro-capite, anni 2004 e 2014	182
<i>[Alcohol consumption amongst individuals aged 15 and over, in EU15 and other OECD Countries. Litres per capita, 2004 and 2014]</i>	
KI 5.4. Abitudine al fumo, persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare giornalmente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2004-2014	183
<i>[Smoking habits. Persons aged 15 and over who declare they smoke on a daily basis, in EU 15 and other OECD Countries. %, 2004-2014]</i>	
KI 5.5. Coperture vaccinali (%) nei bambini a un anno per 3 dosi di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse), EU15 e altri Paesi OECD, anni 2004 e 2014	183
<i>[Vaccination coverage (%) for children at one year for 3 dosages of DTP vaccine (Diphtheria, Tetanus, Whooping Cough vaccine (DTP), EU15 and other OECD Countries, 2004 and 2014]</i>	
KI 5.6. Coperture vaccinali (%) contro l'influenza stagionale per anziani over 65 in EU15 e altri Paesi OECD, anni 2004 e 2014	184
<i>[Vaccination coverage (%) against seasonal influenza for the elderly over65 in EU15 and other OECD Countries, 2004 and 2014]</i>	
KI 5.7. Donne 50-69enni che hanno effettuato una mammografia all'interno di un programma di screening, EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2004 e 2014	184
<i>[Women aged 50-69 who had a mammography in a screening program, EU15 and other OECD Countries. %, 2004 and 2014]</i>	
KI 5.8. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi contro polio, difterite e tetano in Italia, anno 2015 (coorte 2013)	185
<i>[Vaccination coverage (%) for children at 2 years of age against polio, diphtheria, tetanus in Italy, 2005 (cohort 2013)]</i>	
KI 5.9. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi contro pertosse, epatite B e Hib in Italia, anno 2015 (coorte 2013)	185
<i>[Vaccination coverage (%) for children at 2 years of age against whooping cough, hepatitis B and Hib in Italy, 2005 (cohort 2013)]</i>	

KI 5.10. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) in Italia, anno 2015 (coorte 2013)	186
<i>[Vaccination coverage (%) for children at 2 years of age against measles, mumps and rubella (MPR) in Italy, 2005 (cohort 2013)]</i>	
KI 5.11. Coperture vaccinali (%) a 24 mesi contro meningococco C coniugato e pneumococco coniugato, anno 2015 (coorte 2013)	186
<i>[Vaccination coverage (%) for children at 2 years of age against meningococcus C-Conjugate and pneumococcal Conjugate vaccine, 2015 (cohort 2013)]</i>	
KI 5.12. Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano over 65, stagioni 2013-2014/2015-2016	187
<i>[Vaccination coverage (%) against influenza for the elderly over 65, 2013-2014/2015-2016 seasons]</i>	
KI 5.13. Copertura test preventivo cervicale (pap-test o HPV) - Donne 25-64enni. Valori %, anni 2012-2015	187
<i>[Cervical cancer screening (pap-test or HPV) – Women aged 25-64. Coverage rates (%), 2012-2015]</i>	
KI 5.14. Mammografia eseguita negli ultimi due anni - Donne 50-69enni. Valori %, anni 2012-2015	188
<i>[Mammography screening in the last 2 years – Women aged 50-69. Coverage rates (%), 2012-2015]</i>	
KI 5.15. Copertura dello screening del carcinoma del colon retto tramite un test valido nei tempi raccomandati - Persone 50-69enni. Valori %, anni 2012-2015	189
<i>[Colorectal cancer screening test within the recommended time – Persons aged 50-69. Coverage rates (%), 2012-2015]</i>	

Capitolo 6. Assistenza ospedaliera

[Hospital healthcare]

Capitolo 6a. L'evoluzione dell'attività ospedaliera e i processi di razionalizzazione della rete

[The evolution of network activities and rationalization processes]

Figure e tabelle/Figures and tables

Figura 6a.1. Ricoveri e giornate di degenza per regime. Numeri indice, anni 2001-2014 (2001=100)	196
<i>[Hospital inpatient discharges and bed-days (for recovery regimen). Index number, 2001-2014 (2001=100)]</i>	
Figura 6a.2. Degenza/Accessi medi. Numeri indice, anni 2001-2014 (2001=100)	197
<i>[Hospital inpatient length of stay (for recovery regimen). Index number, 2001-2014 (2001=100)]</i>	
Tabella 6a.1. Ricoveri, tasso di ospedalizzazione e degenza media in acuzie ordinaria. Confronti internazionali	198
<i>[Curative care discharges, hospitalization rate and length of stay. International comparison]</i>	
Figura 6a.3. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale	199
<i>[Regional 2005 hospitalization (ordinary curative care) rate and 2005-2014 discharges % change]</i>	
Figura 6a.4. Tasso di ospedalizzazione 2005 e variazione della degenza media 2005-2014 a livello regionale	200
<i>[Regional 2005 hospitalization rate and 2005-2014 length of stay % change]</i>	
Figura 6a.5. Degenza media 2005 e variazione della degenza media 2005-2014 a livello regionale	200
<i>[Regional 2005 length of stay and 2005-2014 % change]</i>	
Figura 6a.6. Tasso di ospedalizzazione diurna in acuzie 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale	201
<i>[Regional outpatient 2005 hospitalization rate and 2005-2014 discharges % change]</i>	
Figura 6a.7. Tasso di ospedalizzazione ordinario in riabilitazione 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale	202
<i>[Regional rehabilitation 2005 hospitalization rate and 2005-2014 discharges % change]</i>	
Figura 6a.8. Tasso di ospedalizzazione in lungodegenza 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale	202
<i>[Regional long term 2005 hospitalization rate and 2005-2014 discharges % change]</i>	
Figura 6a.9. Ricoveri e giornate di degenza in acuzie per MDC. Variazioni %, anni 2005-2014	204
<i>[Curative care discharges and bed-days 2005-2014 % change for MDC]</i>	
Figura 6a.10. Ricoveri e giornate di degenza in riabilitazione per MDC. Variazioni %, anni 2005-2014	205
<i>[Rehabilitation discharges and bed-days 2005-2014 % change for MDC]</i>	

Figura 6a.11. Ricoveri e giornate di degenza in lungodegenza per MDC. Variazioni %, anni 2005-2014	205
<i>[Long term discharges and bed-days 2005-2014 % change for MDC]</i>	
Figura 6a.12. Tasso di ospedalizzazione per classe di età. Variazioni %, anni 2005-2014	206
<i>[Hospitalization rate 2005-2014 % change, for age range]</i>	
Figura 6a.13. Impatto Decreto n. 70/2015 senza mobilità. Variazione % posti letto in acuzie a livello regionale	208
<i>[Decree n. 70/2015 impact without regional mobility. Curative care beds % change at regional level]</i>	
Figura 6a.14. Impatto Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015. Trade-off degenza media e tasso di occupazione dei letti in acuzie	208
<i>[Decree n. 70/2015 impact. Curative care length of stay e bed occupancy rate trade-off]</i>	
Figura 6a.15. Impatto Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 con mobilità. Variazione % posti letto in acuzie a livello regionale ..	209
<i>[Decree n. 70/2015 impact with regional mobility. Curative care beds % change at regional level]</i>	
Figura 6a.16. Impatto Decreto n. 70/2015 con mobilità e correzione demografica. Variazione % posti letto in acuzie a livello regionale ..	210
<i>[Decree n. 70/2015 impact with regional mobility and demographic correction. Curative care beds % change at regional level]</i>	

Capitolo 6b. L'impatto delle classificazioni isoseverità sulle stime dell'inappropriatezza

[The impact of isoseverity classifications on inappropriateness estimate]

Figure e tabelle/Figures and tables

Figura 6b.1. Flowchart metodologia APPRO3	215
<i>[APPRO3 methodology flowchart]</i>	
Figura 6b.2. Pesì relativi APR-DRG	216
<i>[Relative weights APR-DRG]</i>	
Tabella 6b.1. Ricoveri con assegnazione diversa di APR-DRG, anno 2013	217
<i>[Admissions with different assignment from APR-DRG. Absolute values, 2013]</i>	
Figura 6b.3. Pesì relativi attribuiti dalle versioni 20.0 e 24.0	218
<i>[Weights assigned from APR 20.0 e 24.0. Absolute values]</i>	
Tabella 6b.2. Evoluzione casistica ricoveri nelle selezioni di Fase 1, 2013	219
<i>[Admissions trend trough Phase 1. Absolute values, 2013]</i>	
Tabella 6b.3. Evoluzione casistica ricoveri nelle selezioni di Fase 2, anno 2013	219
<i>[Admissions trend trough Phase 2. Absolute values, 2013]</i>	
Tabella 6b.4. Evoluzione casistica ricoveri nelle selezioni di Fase 3. Valori assoluti, anno 2013	220
<i>[Admissions trend trough Phase 3. Absolute values, 2013]</i>	
Tabella 6b.5. Il cut-off dello 0,78 al termine della Fase 3 - Analisi delle differenze per CMS-DRG, anno 2013	221
<i>[Cut-off after Phase 3 – Differences by CMS-DRG. Absolute values and %, 2013]</i>	
Tabella 6b.6. Valore economico abbattimenti potenziali (€), anno 2013	221
<i>[Potential reduction value (€), 2013]</i>	
Tabella 6b.7. Valore economico abbattimenti potenziali (€): primi 10 CMS-DRG con maggiori differenze, anno 2013	222
<i>[Potential reduction value (€): top ten CMS-DRG, 2013]</i>	

Key indicators

KI 6.1. Tassi di ospedalizzazione in acuzie in Europa. Valori per 1.000 abitanti, anni 2001 e 2014	225
<i>[Curative care hospitalization rate - Values for 1.000 inhabitants, 2001 and 2014]</i>	
KI 6.2. Degenza media in acuzie in Europa. Anni 2001 e 2014	225
<i>[Curative care length of stay, 2001 and 2014]</i>	
KI 6.3. Tassi di occupazione dei letti in acuzie in Europa. Valori %, anni 2001 e 2014	226
<i>[Curative care bed occupancy rate - %, 2001 and 2014]</i>	

KI 6.4. Tassi di ospedalizzazione per Regione e regime. Valori per 1.000 abitanti, anni 2005 e 2014	226
<i>[Hospitalization rate by Region and regimen - Values for 1.000 inhabitants, 2005 and 2014]</i>	
KI 6.5. Giornate di degenza per Regione e regime. Valori per 1.000 abitanti, anni 2005 e 2014	227
<i>[Bed days by Region and regimen - Values for 1.000 inhabitants, 2005 and 2014]</i>	
KI 6.6. Degenza media per Regione e regime. Valori per 1.000 abitanti, anni 2005 e 2014	227
<i>[Lenght of Stay by Region and regimen - Values for 1.000 inhabitants, 2005 and 2014]</i>	
KI 6.7. Quota ricoveri chirurgici per Regione e regime. Valori %, anni 2005 e 2014	228
<i>[Surgery discharges by Region and regimen - %, 2005 and 2014]</i>	
KI 6.8. Quota ricoveri a rischio di inappropriatazza per Regione e regime. Valori %, anni 2005 e 2014	228
<i>[Rate of discharges potentially inappropriate by Region and regimen - %, 2005 and 2014]</i>	
KI 6.9. Posti letto (previsti) in acuzie per Regione. Valori per 1.000 abitanti, anni 2005 e 2014	229
<i>[Beds per 1.000 inhabitants by Region, 2005 and 2014]</i>	
KI 6.10. Medici e infermieri per posto letto, per Regione, anni 2005 e 2014	229
<i>[Physichans and Nurses per bed by Region, 2005 and 2014]</i>	

Capitolo 7. Assistenza residenziale: domanda e strategie d'offerta

[Residential Care: demand and supply strategies]

Figure e tabelle/Figures and tables

Figura 7.1. Strutture per carattere di residenzialità e per natura giuridica. Valori assoluti, anno 2013	233
<i>[Residential and semi-residential private and public facilities. Absolute values, 2013]</i>	
Figura 7.2. Strutture residenziali e semi-residenziali. Valori assoluti, anni 2003-2013	234
<i>[Residential and semi-residential facilities. Absolute values, 2003-2013]</i>	
Figura 7.3. Strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate. Variazioni %, anni 2003-2013	235
<i>[Private and public residential and semi-residential facilities. % change, 2003-2013]</i>	
Figura 7.4. Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Valori assoluti, anni 2003-2013	235
<i>[Beds per residential and semi-residential facilities. Absolute values, 2003-2013]</i>	
Figura 7.5. Posti letto per struttura residenziale. Valori assoluti, anni 2003, 2008 e 2013	236
<i>[Beds per residential facilities. Absolute values, 2003, 2008 and 2013]</i>	
Figura 7.6. Posti letto per struttura semi-residenziale. Valori assoluti, anni 2003, 2008 e 2013	236
<i>[Beds per semi-residential facilities. Absolute values, 2003, 2008 and 2013]</i>	
Figura 7.7. Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Per 10.000 abitanti, anni 2003-2013	237
<i>[Beds per residential and semi-residential facilities. Per 10.000 inhabitant, 2003-2013]</i>	
Figura 7.8. Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Valori per 10.000 abitanti, anni 2003, 2008 e 2013	237
<i>[Beds per residential and semi-residential facilities. Per 10.000 inhabitant, 2003, 2008 and 2013]</i>	
Figura 7.9. Posti letto nelle strutture residenziali nei Paesi OECD. Valori per 10.000 abitanti, anni 2003, 2008 e 2013	238
<i>[Beds in residential and semi-residential facilities in OECD Countries. Per 10.000 inhabitants 2003, 2008 and 2013]</i>	
Figura 7.10. Strutture residenziali e semi-residenziali per tipologia di assistenza erogata. Valori % e assoluti, anno 2013	239
<i>[Residential and semi-residential facilities by type of assistance. % and absolute values, 2013]</i>	
Figura 7.11. Posti letto per carattere di residenzialità e tipologia di assistenza erogata. Valori % e assoluti, anno 2013	239
<i>[Beds in residential and semi-residential facilities by type of assistance. % and absolute values, 2013]</i>	
Figura 7.12. Posti letto per struttura residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, anni 2003 – 2013	240
<i>[Beds in residential facilities by type of assistance. Absolute values, trend 2003-2013]</i>	
Tabella 7.1. Posti letto per struttura residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, anni 2008 e 2013	240
<i>[Beds in residential facilities by type of assistance and by Region. Absolute values, 2008 and 2013]</i>	

Figura 7.13. Posti letto per struttura semi-residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, anni 2003 – 2013	241
<i>[Beds in semi-residential facilities by type of assistance. Absolute values, 2003-2013]</i>	
Tabella 7.2 Posti letto per struttura semi-residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, anni 2008 e 2013	241
<i>[Beds in semi-residential facilities by type of assistance. Absolute values, 2008 and 2013]</i>	
Figura 7.14. Tasso di occupazione delle strutture residenziali. Valori %, anni 2003, 2008 e 2013	242
<i>[Residential facilities occupancy rate. %, 2003, 2008 and 2013]</i>	
Figura 7.15. Utenti nelle strutture residenziali e semi-residenziali. Valori % e assoluti, anno 2013	243
<i>[Residential and semi-residential recipients by type of assistance. % and absolute values, 2013]</i>	
Tabella 7.3. Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate - per tipologia di assistenza.	
Valori %, anno 2013	243
<i>[Residential and semi-residential recipients by type of assistance. %, 2013]</i>	
Tabella 7.4. Giornate per utente in strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate	
per tipo di assistenza. Valori assoluti, anno 2013	244
<i>[Residential and semi-residential recipients by type of assistance - Days per recipient. Absolute values, 2013]</i>	
Key indicators	
KI 7.1. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Posti letto su popolazione totale, <i>over 65</i> e <i>over 75</i> in EU15	
e altri Paesi OECD. Valori per 1.000 abitanti, anno 2013 e variazione % 2003/2013	248
<i>[Residential and semi-residential health facilities - Beds per total population, over 65 and over 75. EU15 and other OECD Countries. Per 1.000 inhabitants, 2013 and % change 2003/2013]</i>	
KI 7.2. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Numero assistiti in EU15 e altri Paesi OECD. Per 1.000 abitanti,	
anno 2013 e variazione % 2008/2013	248
<i>[Residential and semi-residential health facilities - Recipients in EU15 and other OECD Countries. Per 1.000 inhabitant, 2013 and % change 2008/2013]</i>	
KI 7.3. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Posti letto su popolazione totale, <i>over 65</i> e <i>over 75</i> .	
Per 100.000 abitanti, anno 2013 e variazione % 2003/2013	249
<i>[Residential and semi-residential health facilities - Beds per total population, over 65 and over 75. Per 1.000 inhabitants, 2013 and % change 2003/2013]</i>	
KI 7.4. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Numero di utenti per 100.000 abitanti, anni 2003 – 2013	249
<i>[Residential and semi-residential health facilities - Recipients per 100.000 inhabitants, 2003 -2013]</i>	
KI 7.5. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Utenti per tipologia. Per 100.000 abitanti, anni 2003 e 2013	250
<i>[Residential and semi-residential health facilities - Recipients by type of service. Per 100.000 inhabitants, 2003 and 2013]</i>	
KI 7.6. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Quota di utenti anziani su 1.000 abitanti <i>over 65</i> e variazione %,	
anni 2003-2013	251
<i>[Residential and semi-residential health facilities - Elderly recipient per 1.000 inhabitants aged 65+ and % change, 2003-2013]</i>	

Capitolo 8. Assistenza specialistica ambulatoriale: le politiche tariffarie regionali e i ticket

[Outpatient specialist care: regional tariff policies and co-payment fees]

Figure e tabelle/Figures and tables

Tabella 8.1. Prime 20 prestazioni per rapporto tra tariffa (regionale) massima e minima, anno 2014	256
<i>[Top 20 services by maximum - minimum regional tariff ratio, 2014]</i>	
Tabella 8.2. Prime 20 prestazioni per rapporto tra tariffa (regionale) massima e minima. Valori %, anno 2014	257
<i>[Share of top 20 services by maximum - minimum regional tariff ratio. %, 2014]</i>	
Tabella 8.3. Strutture di clinica, diagnostica e laboratorio. Valori assoluti e %, anni 2008 e 2013	258
<i>[Clinical, diagnostics and laboratory facilities. Absolute values and %, 2008 and 2013]</i>	

Tabella 8.4. Strutture di clinica, diagnostica e laboratorio per popolazione pesata (10.000 abitanti). Valori assoluti, anno 2013	259
<i>[Clinical, diagnostics and laboratory facilities per weighted population (10.000 inhabitants), 2013]</i>	
Figura 8.1. Prestazioni pro-capite per popolazione pesata. Valori assoluti, anno 2013	259
<i>[Per capita services - weighted population. Absolute values, 2013]</i>	
Figura 8.2. Prestazioni medie per struttura e per tipo di attività. Valori assoluti, anno 2013	260
<i>[Average services – by facility and type of activities. Absolute values, 2013]</i>	
Tabella 8.5. Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (<i>ticket</i>) e quota attribuibile alla specialistica ambulatoriale. Valori in € mln. e %, anno 2015	260
<i>[Co-payment to health services and share for ambulatory services. € million and %, 2015]</i>	
Figura 8.3. Spesa <i>ticket</i> specialistica ambulatoriale. Composizione %, anno 2015	261
<i>[Share of ticket expenditure for ambulatory services. %, 2015]</i>	
Figura 8.4. <i>Ticket</i> pro-capite sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Valori in €, anni 2011-2015	261
<i>[Per capita ticket for ambulatory services. €, 2011-2015]</i>	
Tabella 8.6. <i>Ticket</i> pro-capite (€) sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e variazioni % annuali, anni 2011-2015	262
<i>[Per capita ticket (€) for ambulatory services and annual % change, 2011-2015]</i>	
Figura 8.5. Cluster gruppi di esenzione e prestazioni pro-capite	262
<i>[Cluster of exonerations groups and per capita services]</i>	
Tabella 8.7. Sintesi modello regressione	263
<i>[Regression model synthesis]</i>	
Key indicators	
KI 8.1. Ambulatori e laboratori pubblici e privati. Composizione (%), anni 2003 e 2013	267
<i>[Public and private facilities. %, 2003 and 2013]</i>	
KI 8.2. Ambulatori e laboratori pubblici per tipologia di prestazione. Composizione (%), anni 2003 e 2013	267
<i>[Public outpatient facilities by type of service. %, 2003 and 2013]</i>	
KI 8.3. Ambulatori e laboratori privati per tipologia di prestazione. Composizione (%), anni 2003 e 2013	268
<i>[Private outpatient facilities by type of service. %, 2003 and 2013]</i>	
KI 8.4. Bacino medio di utenza del totale degli ambulatori e laboratori. Valori assoluti, anni 2003 e 2013	268
<i>[Average population per facility. Absolute values, 2003 and 2013]</i>	
KI 8.5. Prestazioni aggregate per tipologia. Composizione (%), anni 2003 e 2013	269
<i>[Outpatient specialist services aggregated by type of service. %, 2003 and 2013]</i>	
KI 8.6. Prestazioni aggregate per tipologia. Valori pro-capite per popolazione pesata, anni 2003 e 2013	269
<i>[Outpatient specialist services aggregated by type of service. Per capita weighted population, 2003 and 2013]</i>	

Capitolo 9. Assistenza farmaceutica: una fotografia dell'esistente e simulazioni sulle regole di payback

[Pharmaceutical care: an overview of the existing and simulations on payback regulations]

Figure e tabelle/Figures and tables

Tabella 9.1. Spesa farmaceutica in Italia. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2015	273
<i>[Pharmaceutical expenditure in Italy. € million, 2011-2015]</i>	
Figura 9.1. Spesa farmaceutica totale. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2015	274
<i>[Pharmaceutical expenditure. € million, 2011-2015]</i>	
Figura 9.2. Spesa farmaceutica pubblica. Numeri indice (base fissa anno 2011), anni 2011-2015	274
<i>[Index number pharmaceutical public expenditure (2011=100), 2011-2015]</i>	

Figura 9.3. Spesa farmaceutica classe A privata, classe C, <i>ticket</i> , SOP/OTC. Numeri indice (base fissa anno 2011), anni 2011-2015	275
<i>[Index number (2011=100) pharmaceutical expenditure class A - private, class C, ticket, self-medication, 2011-2015]</i>	
Figura 9.4. Spesa pubblica territoriale e ospedaliera al netto dei <i>payback</i> e tetto regionale. Valori pro-capite (€), anno 2015	276
<i>[Per capita pharmaceutical regional public expenditure and expenditure ceiling. €, 2015]</i>	
Figura 9.5. Spesa pubblica territoriale, ospedaliera e classe A privata al netto dei <i>payback</i> e tetto regionale. Valori pro-capite (€), anno 2015	277
<i>[Per capita pharmaceutical regional public expenditure and private A and expenditure ceiling, € 2015]</i>	
Figura 9.6. Spesa farmaceutica totale regionale. Composizione %, anno 2015	277
<i>[Composition of total regional pharmaceutical expenditure. %, 2015]</i>	
Figura 9.7. Variazioni (%) <i>payback</i> farmaceutica territoriale applicando la regola dell'ospedaliera € pro-capite, anno 2015	279
<i>[% change of regional pharmaceutical payback with the rule of hospital expenditure. Per capita (€), 2015]</i>	
Figura 9.8. Variazioni (%) <i>payback</i> farmaceutica ospedaliera applicando la regola della territoriale € pro-capite, anno 2015	279
<i>[% change of hospital pharmaceutical payback with the rule of regional expenditure. Per capita (€), 2015]</i>	
Figura 9.9. Variazioni (%) <i>payback</i> tetto unico applicando la regola dell'ospedaliera € pro-capite, anno 2015	280
<i>[% change in payback with a unique ceiling and the rule of hospital expenditure. Per capita (€), 2015]</i>	
Figura 9.10. Variazioni (%) <i>payback</i> tetto unico applicando la regola della territoriale € pro-capite, anno 2015	281
<i>[% change in payback with a unique ceiling and the rule of regional expenditure. Per capita (€), 2015]</i>	
Figura 9.11. Variazioni (%) <i>payback</i> tetto unico regola mista € pro-capite, anno 2015	281
<i>[% change in payback with a unique ceiling and the mix rule. Per capita (€), 2015]</i>	
Key indicators	
KI 9.1. Spesa farmaceutica. Valori assoluti (€ mln.), anni 1995-2015	284
<i>[Pharmaceutical expenditure. € million, 1995-2015]</i>	
KI 9.2. Spesa farmaceutica regionale per classe. Valori pro-capite (€), anni 2012-2015	284
<i>[Pharmaceutical regional expenditure by class. Per capita (€), 2012 and 2015]</i>	
KI 9.3. Spesa farmaceutica territoriale pro-capite al netto del <i>payback</i> - Scostamento (€) rispetto al tetto di spesa dell'11,35%, anno 2015	285
<i>[Per capita pharmaceutical regional public expenditure (net payback) - Deviation from the expenditure ceiling (11,35%). €, 2015]</i>	
KI 9.4. Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del <i>payback</i> . Scostamento (€) dal tetto regionale pro-capite (14,85%), anno 2015	285
<i>[Per capita pharmaceutical regional public expenditure (net payback). Deviation from regional ceiling (14,85%). €, 2015]</i>	
KI 9.5. Compartecipazione per Regione. Valori pro-capite (€), anni 2010 e 2015	286
<i>[Regional Tickets. Per capita (€), 2010 and 2015]</i>	
KI 9.6. Consumi (DDD abitanti/die) e spesa (€) per I livello ATC. Classe A SSN. Anni 2010 e 2015	286
<i>[Composition of consumption (DDD inhabitants/day) and expenditure (€) for ATC, 2010 and 2015]</i>	
KI 9.7. Spesa farmaceutica classe A privato, classe C con ricetta. Valori pro-capite (€), anni 2010 e 2015	287
<i>[Per capita private pharmaceutical expenditure by class. €, 2010 and 2015]</i>	
KI 9.8. Quota (%) su totale consumi classe A SSN dei farmaci a brevetto scaduto, anni 2012 e 2015	287
<i>[Share of out of patent drugs on public pharmaceutical consumptions. €, 2012 and 2015]</i>	
KI 9.9. Quota (%) su totale spesa classe A SSN dei farmaci a brevetto scaduto, anni 2012 e 2015	288
<i>[Share of out of patent drugs on public pharmaceutical expenditure, 2012 and 2015]</i>	
KI 9.10. Quota su totale spesa strutture pubbliche dei farmaci a brevetto scaduto e quota consumi su totale DDD e scostamento (%) dalla media nazionale, anno 2015	288
<i>[Share of out of patent drugs on total public pharmaceutical expenditure, share of consumptions on total DDD and deviation from national average. %, 2015]</i>	

Capitolo 10. Assistenza primaria: medici di medicina generale a confronto con un secondo pilastro del Welfare sanitario, tra rischi e opportunità

[Primary care: general practitioners compared with the second pillar of healthcare Welfare, between risks and opportunities]

Figure e tabelle/Figures and tables

Figura 10.1. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Secondo te quanti sono i cittadini che dispongono attualmente di una copertura sanitaria cosiddetta integrativa rispetto a quella prevista dal SSN?"	292
<i>[Distribution (%) of replies to the question: "In your opinion, how many Italian citizens presently avail themselves of so-called integrative healthcare coverage compared to that provided for by the SSN?"]</i>	
Figura 10.2. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Quali pensi che siano le prestazioni principalmente assicurate?"	293
<i>[Distribution (%) of replies to the question: "Which services do you believe are the ones principally insured?"]</i>	
Figura 10.3. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Quali sono, o pensi che siano, i benefici che i cittadini assicurati dagli enti della previdenza integrativa si attendono?"	294
<i>[Distribution (%) of replies to the question: "What are, or what do you believe to be, the benefits that citizens insured by integrative policies expect?"]</i>	
Figura 10.4. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Secondo te è auspicabile che il complesso degli enti ascrivibili al Welfare sanitario privato:"	294
<i>[Distribution (%) of replies to the question: "In your opinion, is it desirable that all the authorities falling under private health Welfare:"]</i>	
Figura 10.5. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Quanti dei tuoi pazienti pensi che dispongano di una polizza sanitaria o siano coperti da un fondo, cassa e mutua o simili?"	295
<i>[Distribution (%) of replies to the question: "How many of your patients do you believe possess health insurance or are covered by a fund, a mutual fund or something similar?"]</i>	
Figura 10.6. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Ti è mai capitato che...?"	295
<i>[Distribution (%) of replies to the question: "Did it ever happen to you that...?"]</i>	
Figura 10.7. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Con quale frequenza accade, nella tua esperienza, che i pazienti si rivolgano al privato per eseguire..."	296
<i>[Distribution (%) of replies to the question: "In your experience, how often do patients resort to the private sector for..."]</i>	
Figura 10.8. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "In genere, secondo la tua esperienza o la tua impressione, l'accesso alla prestazione erogata privatamente è dovuto soprattutto..."	297
<i>[Distribution (%) of replies to the question: "In general, according to your experience or your impressions, resorting to private services is especially due to..."]</i>	
Figura 10.9. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Quali potrebbero essere a tuo parere, in prospettiva, le conseguenze per il SSN relativamente ai seguenti profili?"	297
<i>[Distribution (%) of replies to the question: "In your opinion, in perspective, what would be the consequences for the SSN in relation to the following profiles?"]</i>	
Figura 10.10. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Quali potrebbero essere a tuo parere, in prospettiva, le conseguenze per i pazienti relativamente a:"	298
<i>[Distribution (%) of replies to the question: "In your opinion, in perspective, what would be the consequences for patients in relation to:"]</i>	
Figura 10.11. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Quali potrebbero essere a tuo parere le conseguenze specifiche per i MMG rispetto a:"	298
<i>[Distribution (%) of replies to the question: "In your opinion, what would be the specific consequences for the GPs (general practitioners) in relation to:"]</i>	
Figura 10.12. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "A tuo parere chi è destinato a guadagnarci e chi a perderci in un contesto ove milioni di persone potranno avvalersi di coperture assicurative offerte dai molteplici attori del Welfare sanitario privato?"	299

[Distribution (%) of replies to the question: "In your opinion, who is going to gain and who is going to lose in a context where millions of people may avail themselves of insurance coverage offered by various players in the private health Welfare sector?"]

Figura 10.13. Distribuzione (%) delle risposte alle domande circa la possibilità per i medici di collaborare con le Istituzioni del Welfare privato senza e con introduzione di nuove regole 300

[Distribution (%) of replies to the question involving the possibility of GPs collaborating with private Welfare institutions with/without the introduction of new regulations]

Figura 10.14. Distribuzione (%) delle risposte relative alle domande sugli scenari secondo cui potrebbe svilupparsi la Sanità in Italia 301

[Distribution (%) of replies relative to the question regarding scenarios in which the Italian healthcare sector may be developed]

Figura 10.15. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Una eventuale e possibile strategia di partecipazione dei MMG al Welfare privato del II pilastro è quella di assumere il ruolo di gestori dell'intermediazione tra cittadini ed enti privati e di fornire le prestazioni sanitarie per cui sono abilitati, con una funzione analoga a quella svolta per il SSN. Ritieni questa strategia:" 301

[Distribution (%) of replies to the question: "An eventual and possible strategy for the participation of GPs in private Welfare of the 2nd pillar is that of assuming the role of managers in the intermediation between citizens and private authorities, along with providing healthcare services for which they are enabled, with a function similar to that carried out by the SSN. You believe this strategy is:"]

Figura 10.16. Distribuzione (%) delle risposte alla domanda: "Quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni?" 302

[Distribution (%) of replies to the question: "How much do you agree with the following affirmations?"]

Key indicators

KI 10.1. Medici generici (*general practitioners*) in EU15 e altri grandi Paesi OECD. Valori per 1.000 abitanti, anni 2004 e 2014 306

[General practitioners in EU15 and other big OECD Countries – Values per 1,000 inhabitants, 2004 and 2014]

KI 10.2. Medici di Medicina Generale (MMG). Valori per 100.000 residenti di 15 anni e più, anni 2003 e 2013 306

[General practitioners. Values per 100,000 inhabitants over 15, 2003 and 2013]

KI 10.3. MMG per classi di scelta. Incidenza (%) sul totale, anni 2003 e 2013 307

[General practitioners by classes of choices. Incidence (%) on total, 2003 and 2013]

KI 10.4. Pediatri di libera scelta (PLS). Valori per 100.000 residenti fino a 14 anni, anni 2003 e 2013 307

[Family pediatricians. Values per 100,000 inhabitants under 14, 2003 and 2013]

KI 10.5. PLS per classi di scelta. Incidenza (%) sul totale, anni 2003 e 2013 308

[Family pediatricians by classes of choices. Incidence (%) on total, 2003 and 2013]

KI 10.6. Numero medio di contatti annuali col MMG per paziente. Distribuzione per genere del paziente, anni 2005-2013 308

[Average number of contacts with the GP by patient. Distribution by gender, 2005-2013]

KI 10.7. Tipologia di contatto tra MMG e pazienti. Composizione %, anni 2005-2013 309

[Typology of contact between general practitioners and patients. Composition (%), 2005-2013]

KI 10.8. Spesa per medicina di base (da convenzione). Valori per residente (€), anni 2009 e 2014 309

[Expenditure for primary care. Per capita (€), 2009 and 2014]

Capitolo 11. Assistenza domiciliare: invecchiamento della popolazione e cure formali e informali, il gradiente Nord-Sud Europa

[Home care: population ageing and formal/informal care, the Northern-Southern Europe gradient]

Figure e tabelle/Figures and tables

Figura 11.1 Donne *caregiver* fra tutti i *caregiver* ultracinquantenni. Valori %, anno 2013 (o ultimo disponibile) 313

[Share of women over 50 caregivers. %, 2013 (or nearest)]

Figura 11.2. Quota di anziani 80+ che ricevono cure giornaliere o settimanali. Valori %, anno 2004 314

[Share of elderly over 80 that receive daily or weekly treatments. %, 2004]

Figura 11.3. Quota di popolazione anziana sulla popolazione totale – media italiana. Valori %, anni 1982-2014 315

[Share of italian elderly population (average). %, 1982-2014]

Figura 11.4. Numero medio di figli per donne in età fertile, anni 1952-2012	315
<i>[Number of daughters per women in fertile age, 1952-2012]</i>	
Figura 11.5. Indice di vecchiaia – Italia, anni 1961-2014	316
<i>[Old age index – Italy, 1961-2014]</i>	
Figura 11.6. Indice di vecchiaia - Italia e altri Paesi europei, anno 2013	317
<i>[Old age index – Italy and Europe, 2013]</i>	
Figura 11.7. Spesa pubblica sul PIL destinata alla <i>Long Term Care</i> - LTC (sanitaria e sociale). Valori %, anno 2013	318
<i>[Share on GDP of public health expenditure for Long Term Care (health and social). %, 2013]</i>	
Figura 11.8. Numero di posti letto per la LTC ogni 1.000 abitanti <i>over 65</i> , anno 2013	318
<i>[Number of bed for Long Term Care. Value for 1.000 inhabitants over 65, 2013]</i>	
Key indicators	
KI 11.1. Utenti <i>over 65</i> in assistenza domiciliare nei Paesi OECD. Valori per abitante <i>over 65</i> , anni 2008 e 2013	324
<i>[Recipients over 65 provided with home care in the OECD Countries. Values per inhabitant over 65, 2008 e 2013]</i>	
KI 11.2. Assistenza domiciliare integrata - Utenti su popolazione totale e anziani su popolazione <i>over 65</i> . Valori per 100.000 abitanti, anni 2003-2013	324
<i>[Integrated home care services (Adi) - Recipients share on total pop. and on over 65 pop. Values per 100.000 inhabitants, 2003-2013]</i>	
KI 11.3. Assistenza domiciliare integrata. Ore per caso trattato, anni 2003-2013	325
<i>[Integrated home care services (Adi). Hours per recipients, 2003-2013]</i>	
KI 11.4. Assistenza domiciliare integrata - Numero di accessi per caso trattato <i>over 65</i> , anni 2008 e 2013	325
<i>[Integrated home care services (Adi) - Number of accesses per recipient over 65, 2008 and 2013]</i>	

Capitolo 12. Providenze in denaro: riflessioni sul finanziamento della Long Term Care sociale

[Cash benefits: long-term social care financing]

Figure e tabelle/*Figures and tables*

Figura 12.1. Prestazioni in denaro per la LTC sociale	329
<i>[Non-Health LTC Cash benefits]</i>	
Figura 12.2. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Per 1.000 residenti, anni 2005, 2010 e 2015	330
<i>[Recipients of an attendance allowance. Per 1.000 inhabitants. 2005, 2010 and 2015]</i>	
Figura 12.3. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Per 1.000 residenti, <i>trend</i> 2005-2015	331
<i>[Recipients of an attendance allowance. Per 1.000 inhabitants, trend 2005-2015]</i>	
Figura 12.4. Beneficiari di indennità di accompagnamento, per genere. Valori assoluti, anno 2015	332
<i>[Recipients of an attendance allowance by gender. Absolute values, 2015]</i>	
Figura 12.5. Beneficiari di indennità di accompagnamento per genere. Per 1.000 residenti, <i>trend</i> 2005-2015	332
<i>[Recipients of an attendance allowance by gender. Per 1.000 inhabitants, trend 2005-2015]</i>	
Figura 12.6. Spesa media per indennità di accompagnamento. Valori per residente (€), anni 2005, 2010 e 2015	333
<i>[Average expenditure on attendance allowance. Per capita (€), 2005, 2010 and 2015]</i>	
Figura 12.7. Beneficiari di pensioni per invalidità civile. Per 1.000 residenti, anni 2005, 2010 e 2015	334
<i>[Recipients of a legal disability pension. Per 1.000 inhabitants, 2005, 2010 and 2015]</i>	
Figura 12.8. Beneficiari di pensioni per invalidità civile. Per 1.000 residenti, <i>trend</i> 2005-2015	334
<i>[Recipients of a legal disability pension. Per 1.000 inhabitants, trend 2005-2015]</i>	
Figura 12.9. Beneficiari di pensioni per invalidità civile, per genere. Valori assoluti, anno 2015	335
<i>[Recipients of a legal disability pension allowance by gender. Absolute values, 2015]</i>	
Figura 12.10. Beneficiari di pensioni per invalidità civile per genere. Per 1.000 residenti, <i>trend</i> 2005-2015	335
<i>[Recipients of a legal disability pension by gender. Per 1.000 inhabitants, trend 2005-2015]</i>	

Figura 12.11. Spesa media per pensioni di invalidità civile. Valori per residente (€), anni 2005, 2010 e 2015	336
<i>[Average expenditure on legal disability pensions. Per capita (€), 2005, 2010 and 2015]</i>	
Figura 12.12. Beneficiari di permessi per Legge 104/1992 e per congedo straordinario nel settore privato.	
Valori assoluti, anni 2010-2014	338
<i>[Recipients of permits under Law no. 104/1992 and of special leaves in the private sector. Absolute values, 2010-2014]</i>	
Figura 12.13. Beneficiari di permessi per Legge 104/1992 e per congedo straordinario nel settore privato, per tipologia di contratto.	
Valori assoluti, anni 2010-2014	338
<i>[Recipients of permits under Law no. 104/1992 and of special leaves by type of contract in the private sector. Absolute values, 2010-2014]</i>	
Figura 12.14. Beneficiari di permessi per Legge 104/1992 e per congedo straordinario nel settore privato.	
Per 10.000 residenti, 2014	339
<i>[Recipients of permits under Law no. 104/1992 and of special leaves in the private sector. Per 10.000 inhabitants, 2014]</i>	
Figura 12.15. Beneficiari di permessi per Legge 104/1992 e per congedo straordinario nel settore privato, per genere.	
Valori assoluti, anni 2010-2014	339
<i>[Recipients of permits under Law no. 104/1992 and of special leaves by gender in the private sector. Absolute values, 2010-2014]</i>	
Figura 12.16. Giorni di permesso goduti per Legge 104/1992 e per congedo straordinario nel settore pubblico.	
Valori assoluti, anni 2011-2013	340
<i>[Days of permits under Law no. 104/1992 and of special leaves in the public sector. Absolute values, 2011-2013]</i>	
Figura 12.17. Beneficiari di voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari nell'area anziani e disabili.	
Valori assoluti e composizione (%), anno 2012	341
<i>[Elderly and disabled recipients of vouchers, care allowances and social and health coupons. Absolute values and composition (%), 2012]</i>	
Key indicators	
KI 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Incidenza sulla popolazione (%), anni 2005 e 2015	344
<i>[Share of recipients of an attendance allowance, 2005 and 2015]</i>	
KI 12.2. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Distribuzione regionale per genere (%), anno 2015	344
<i>[Regional recipients of an attendance allowance, by gender. %, 2015]</i>	
KI 12.3. Spesa media per beneficiario di indennità di accompagnamento (€), anni 2005-2015	345
<i>[Average expenditure per recipient of an attendance allowance. €, 2005-2015]</i>	
KI 12.4. Beneficiari di pensioni di invalidità civile. Incidenza sulla popolazione (%), anni 2005 e 2015	345
<i>[Share of recipients of a legal disability pension. %, 2005 and 2015]</i>	
KI 12.5. Beneficiari di pensioni di invalidità civile. Distribuzione regionale per genere (%), anno 2015	346
<i>[Regional recipients of a legal disability pension by gender. %, 2015]</i>	
KI 12.6. Spesa media per beneficiario di pensione di invalidità civile (€), anni 2005-2015	346
<i>[Average expenditure per recipient of a legal disability pension. €, 2005-2015]</i>	
KI 12.7. Beneficiari di permessi per legge 104/1992 e per congedo straordinario. Valori assoluti, anni 2010-2014	347
<i>[Recipients of permits under Law no. 104/1992 and of special leaves. Absolute values, 2010-2014]</i>	
KI 12.8. Beneficiari di permessi per legge 104/1992 e per congedo straordinario. Composizione (%), anni 2010-2014	347
<i>[Recipients of permits under Law no. 104/1992 and of special leaves. %, 2010-2014]</i>	

Capitolo 13. Aspetti industriali della Sanità

[Industrial aspects of Health]

Capitolo 13a. L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

[The healthcare industry: evolution and prospects]

Figure e tabelle/Figures and tables

Tabella 13a.1. Previsioni di crescita mercato DM (\$ mld.), anni 2016-2020	353
<i>[Forecast of medical device market growth (\$ billion), 2016-2020]</i>	
Figura. 13a.1. Numero occupati industria farmaceutica, anni 1995-2015	355
<i>[Employment in pharmaceutical industry, 1995-2015]</i>	
Figura. 13a.2. Bilancia Commerciale medicinali (€ mln.), anno 2015	356
<i>[Pharmaceuticals trade balance (€ million), 2015]</i>	
Figura 13a.3. Import/Export dispositivi medici per Paese (€ mln.), anno 2014	356
<i>[Medical device Import/Export per Countries (€ million), 2014]</i>	
Figura 13a.4. Quota di spesa per DM su Fondo Sanitario Regionale. Valori %, anno 2014	358
<i>[Share of medical device expenditure on Regional Healthcare Fund. %, 2014]</i>	
Figura 13a.5. Spesa per DM. Valori pro-capite (€), anno 2014	358
<i>[Medical device expenditure. Per capita (€), 2014]</i>	
Figura 13a.6. Spesa per DM – Valore per ricovero in acuzie (€), anno 2014	359
<i>[Medical device expenditure. Per admission value (€), 2014]</i>	

Capitolo 13b. Il futuro dei sistemi-salute e dell'industria life science nell'ecosistema digitale*[The future of health systems and of life sciences industry in the digital ecosystem]***Figure e tabelle/Figures and tables**

Figura 13b.1. Inefficienza e guadagni potenziali di efficienza nei maggiori sistemi globali	364
<i>[Inefficiency and potential efficacy gains in major global systems]</i>	
Figura 13b.2. Il mercato della sanità digitale 2013-2020 (\$ mld.)	367
<i>[Digital healthcare market (\$ billion), 2013-2020]</i>	
Tabella 13b.1. Accordi di collaborazione fra industria <i>life science</i> e grandi gruppi ICT – 2015-2016	369
<i>[Cooperation agreements between life sciences industry and big ICT groups, 2015-2016]</i>	

Capitolo 13c. Il valore della sanità digitale*[The value of digital health]***Figure e tabelle/Figures and tables**

Figura 13c.1. Utenti <i>Internet</i> (negli ultimi 3 mesi) che ricercano <i>online</i> informazioni sulla salute per paese, anno 2015	377
<i>[Internet users (in last three months) that search health information on line - by Countries, 2015]</i>	
Figura 13c.2. Utenti <i>Internet</i> (negli ultimi 3 mesi) che ricercano informazioni sulla salute <i>online</i> , Europa e Italia. Anni 2005-2015	378
<i>[Internet users (in last three months) that search health information on line – Europe and Italy, 2005-2015]</i>	
Figura 13c.3. Pazienti utenti di <i>Internet</i> (negli ultimi 3 mesi) che prenotano le visite mediche via <i>Web</i> per paese, anno 2014	378
<i>[Internet patients users (in last three months) that reserve specialistic visits on web – by Countries, 2014]</i>	
Figura 13c.4. Pazienti utenti di <i>Internet</i> (negli ultimi 3 mesi) che prenotano le visite via <i>Web</i> , Europa e Italia. Anni 2012-2014	379
<i>[Internet patients users (in last three months) that reserve specialistic visits on web – Europe and Italy, 2012-2014]</i>	
Figura 13c.5. Medici di medicina generale che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti per paese, anno 2013	379
<i>[General Practitioners that send digital prescriptions to pharmacists – by Countries, 2013]</i>	
Figura 13c.6. Medici di medicina generale che condividono i dati clinici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari per paese, anno 2013	380
<i>[General Practitioners that share patient clinical data with other operators and health professionals – by Countries, 2013]</i>	
Tabella 13c.1. Opinioni dei cittadini circa l'intensificazione della digitalizzazione dei servizi sanitari. Valori %	381
<i>[Citizens opinions about intensification of digitalization in health services. %]</i>	
Figura 13c.7. Diffusione dei servizi <i>eHealth</i> negli ospedali pubblici e spesa ICT in sanità pro-capite per paese	382
<i>[Diffusion of e-health services in public hospitals and per capita health ICT expenditure – by Countries]</i>	

Tabella 13c.2. La spesa <i>eHealth</i> tendenziale in Italia, anni 2016-2020	383
<i>[Forecast of e-health expenditure in Italy, 2016-2020]</i>	
Tabella 13c.3. Fabbisogni finanziari complessivi e aggiuntivi 2016-2020 della spesa <i>eHealth</i> nei 3 scenari considerati	384
<i>[Total and added financial needs of e-health expenditure in scenarios considered, 2016-2010]</i>	
Key indicators	
KI 13.1. Mercato mondiale farmaci. Composizione (€ mln.), anni 2013-2014	390
<i>[World-wide market of drugs. Composition (€ million), 2013 and 2014]</i>	
KI 13.2. Mercato mondiale dispositivi medici. Composizione (%), anni 2013-2014	390
<i>[World-wide market of medical devices. Composition (%), 2013-2014]</i>	
KI 13.3. Mercato europeo farmaci. Composizione (%), anni 2013-2014	391
<i>[European market of drugs. Composition (%), 2013-2014]</i>	
KI 13.4. Mercato europeo dispositivi medici. Composizione (%), anni 2013-2014	391
<i>[European market of medical devices. Composition (%), 2013-2014]</i>	
KI 13.5. Valore della produzione dei farmaci in Europa. Valori assoluti (€ mln.), anni 2013-2014	392
<i>[European production of pharmaceutical industry. € million, 2013-2014]</i>	
KI 13.6. Bilancia commerciale industria farmaceutica. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2013-2015	392
<i>[Pharmaceutical industry trade balance. € million, 2011-2013-2015]</i>	
KI 13.7. Bilancia commerciale industria dispositivi medici. Valori assoluti (€ mln.), anni 2012-2013-2014	393
<i>[Medical device industry trade balance. € million, 2012-2013-2014]</i>	
Figura 13.8. Spesa per DM - Quota su Fondo Sanitario Regionale (%), anno 2014	393
<i>[Share of DM expenditure on Health Regional Fund. %, 2014]</i>	
KI 13.9. Spesa per DM – Valore per ricovero in acuzie (€), anno 2014	394
<i>[Medical Device expenditure. Per admission value (€), 2014]</i>	
KI 13.10. Spesa per dispositivi medici. Valori pro-capite (€), anno 2014	394
<i>[Medical devices expenditure. Per capita (€), 2014]</i>	

Capitolo 14. Analisi per patologia

[Analysis by pathology]

Capitolo 14a. Impatto economico dell'immunonutrizione nei pazienti chirurgici oncologici

[Economic impact of immunonutrition in cancer patients]

Figure e tabelle/Figures and tables

Tabella 14a.1. Riduzione degenza, complicanze e relativi costi (€)	400
<i>[LOS reduction, complications and related costs. €]</i>	
Tabella 14a.2. Casistica ricoveri - per tipo di procedura. Valori assoluti, anno 2014	401
<i>[Admissions – by type of procedure. Absolute values, 2014]</i>	
Tabella 14a.3. Ricoveri per resezione gastroesofagea - per tipo procedura. Valori assoluti, anno 2014	402
<i>[Admissions for gastroesophagectomy – by type of procedure. Absolute values, 2014]</i>	
Tabella 14a.4. Ricoveri per resezione pancreatica - per tipo procedura. Valori assoluti, anno 2014	402
<i>[Admissions for pancreatectomy – by type of procedure. Absolute values, 2014]</i>	
Tabella 14a.5. Ricoveri per resezione colon-rettale - per tipo procedura. Valori assoluti, anno 2014	402
<i>[Admissions for colonrectal resection – by type of procedure. Absolute values, 2014]</i>	
Tabella 14a.6. Pazienti <i>target</i> – per tipologia. Valori assoluti, anno 2014	402
<i>[Target patients. Absolute values, 2014]</i>	

Tabella 14a.7. <i>Budget Impact</i> – per tipologia di pazienti (€), anno 2014	402
<i>[Budget Impact by type of patient. €, 2014]</i>	

Capitolo 14b. L'impatto dei nuovi anticoagulanti nella pratica medica e sulla profilassi della Fibrillazione Atriale a livello regionale

[The impact of novel oral anticoagulants in the medical practice and in the treatment of Atrial Fibrillation at the regional level]

Figure e tabelle/Figures and tables

Figura 14b.1. Distribuzione % per numero pazienti in carico trattati con TAO	406
<i>[Distribution % by number of patients taken in charge and undergoing TAO (oral anticoagulant) treatment]</i>	
Figura 14b.2. Distribuzione % per numero pazienti in carico trattati con NAO	406
<i>[Distribution % by number of patients taken in charge and undergoing NAO (new oral anticoagulant) treatment]</i>	
Figura 14b.3. Distribuzione % per numero di pazienti trattati con antiaggreganti piastrinici	406
<i>[Distribution % by number of patients undergoing antiplatelet treatment]</i>	
Tabella 14b.1. Frequenza media mensile monitoraggio pazienti TAO	407
<i>[Average monthly monitoring of TAO patients]</i>	
Figura 14b.4. Distribuzione % del peso attribuito ad alcuni fattori per i pazienti in TAO	407
<i>[Distribution % of burden attributed to certain factors for patients in TAO treatment]</i>	
Figura 14b.5. Distribuzione % del peso attribuito ad alcuni fattori per i pazienti in NAO	407
<i>[Distribution % of the burden attributed to certain factors for patients in NAO treatment]</i>	
Figura 14b.6. Distribuzione % del peso attribuito a fattori che condizionano diffusione NAO	408
<i>[Distribution % of the burden attributed to factors influencing NAO dissemination]</i>	
Figura 14b.7. Distribuzione % del peso attribuito a fattori che condizionano diffusione ASA	408
<i>[Distribution % of the burden attributed to factors influencing ASA dissemination]</i>	
Tabella 14b.2. FA: casi prevalenti, tassi di prevalenza e ripartizione per classe di rischio	409
<i>[FA: prevalent cases, prevalence rates and breakdown by risk category]</i>	
Tabella 14b.3. Pazienti con FA e CHADS ₂ ≥2, potenzialmente trattati con qualsiasi anticoagulante o con NAO, stratificati per Regione	410
<i>[Patients with FA and CHADS₂≥2, potentially treated with any anticoagulant or with NAO, stratified by Region]</i>	
Figura 14b.8. Correlazione fra quota pazienti eleggibili in trattamento AO e quota consumi di NAO	410
<i>[Correlation between share of eligible patients being treated with AO and share of NAO consumption]</i>	

Capitolo 14c. Le analisi sulla qualità della vita: il caso della Psoriasi cronica a placche

[Quality of life analysis: the case of chronic and plaque psoriasis]

Figure e tabelle/Figures and tables

Tabella 14c.1. Disagio psicologico dichiarato derivante dalla malattia	416
<i>[Psychological distress declared deriving from the disease]</i>	
Tabella 14c.2. Disagio psicologico: frustrazioni sessuali	417
<i>[Psychological distress: sexual frustrations]</i>	
Tabella 14c.3. Imbarazzo e condizionamento legato alla malattia	418
<i>[Embarrassment and conditioning linked to disease]</i>	
Tabella 14c.4. Preoccupazioni future	419
<i>[Future concerns]</i>	
Tabella 14c.5. Variazione % tra l'arruolamento e il <i>follow up</i> semestrale del disagio dichiarato derivante dalla malattia	420
<i>[% change between enrolment and six-month follow-up of declared distress deriving from disease]</i>	
Tabella 14c.6. Variazione % tra l'arruolamento e il <i>follow up</i> semestrale delle preoccupazioni per i disagi futuri causati dalla malattia	420
<i>[% change between enrolment and six-month follow-up of concern for future distress caused by disease]</i>	

Tabella 14c.7. Distribuzione della frequenza media annua della mancata assunzione di medicinali	420
<i>[Distribution of the average annual frequency involving failure to take treatment]</i>	
Tabella 14c.8. Benefici di qualità della vita	421
<i>[Quality of life benefits]</i>	

A cura di
FEDERICO SPANDONARO

Coordinamento scientifico ed editoriale
CRISTINA GIORDANI

Autori

ABBAFATI CRISTIANA

Economista. Professore Aggregato presso “Sapienza”, Università di Roma. Membro del GBD (Global Burden of Disease)

BRENNA ELENKA

Economista. M.Sc. in Health Economics, PhD in Economics.
Docente di Economia sanitaria e Microeconomia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
Senior Advisor in Health Economics

CARRIERI CIRO

Economista. Ricercatore C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

COLLICELLI CARLA

Sociologa. Specializzazione in ricerca sociale.
Docente di Sociologia della Salute e dei Processi Sociali
Senior Advisor della Fondazione Censis

D'ANGELA DANIELA

Ingegnere biomedico. Master in Management and Clinical Engineering.
Ricercatore C.R.E.A. Sanità, responsabile area HTA, dispositivi medici e PDTA. Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

DE LUCA RAFFAELE

Medico chirurgo. Dirigente medico Dipartimento di Oncologia Chirurgica – I.R.C.C.S. Istituto tumori “Giovanni Paolo II”, Bari

DI NOVI CINZIA

Ricercatrice in Scienza delle Finanze presso il Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali, Università degli Studi di Pavia.
Docente di Economia Pubblica.
Membro esterno dell'HEDG (Health, Econometrics and Data Group), Centre for Health Economics, University of York e Associate Researcher presso il Laboratory for Comparative Social Research, Higher School of Economics, Moscow

FIGARI FERDINANDO

Medico chirurgo. Professore associato, Dipartimento di chirurgia e medicina traslazionale – Università di Firenze

GASBARRINI ANTONIO

Medico chirurgo. Professore ordinario Facoltà di Medicina e Chirurgia – Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

GIORDANI CRISTINA

Economista. Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari.
Collaboratore C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

Coordinamento organizzativo
FLORA CICIANI

Attività amministrative e di segreteria
MARTINA BONO

GRECO GIUSEPPE

Segretario Generale di ISIMM Ricerche - Studi e Azioni per l'Innovazione.

Dottore di ricerca in Analisi economica, matematica e statistica dei fenomeni sociali - “Sapienza”, Università di Roma.

Consulente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale (2003-2006)

MARROCCO WALTER

Medico di famiglia. Responsabile scientifico FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale)

MISERICORDIA PAOLO

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

MONTORSI MARCO

Medico chirurgo. Professore di Chirurgia Humanitas University; Responsabile U.O. Chirurgia Generale e Digestiva, Dipartimento di Chirurgia Generale, Humanitas Research Hospital

PASTORELLI GIORGIA

Economista. Ricercatore C.R.E.A. Sanità. Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

PIPERNO ALDO

Professore Ordinario presso l'Università di Napoli Federico II, Master in organizzazione e management dei servizi sanitari

PLONER MARIA ESMERALDA

Economista. Master in Economia e Gestione Sanitaria.
Ricercatore C.R.E.A. Sanità, Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

POLISTENA BARBARA

Statistica, PhD. Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari. Master in Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi.

Ricercatore C.R.E.A. Sanità, responsabile area Farmacoeconomia e Statistica Medica. Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

SPANDONARO FEDERICO

Economista. Professore Aggregato presso l'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

Presidente del Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità)

