



14° Rapporto Sanità

Misunderstandings

14th Health Report

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



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA



14° Rapporto Sanità

Misunderstandings

14th Health Report

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



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA

ISBN 978-88-99078-27-0

© 2018 C.R.E.A. Sanità

SEDE LEGALE

Piazza Marconi, 25 00144 Roma - Italia

SEDE OPERATIVA

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

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2018

presso Locopress Industria Grafica - Mesagne (BR)

per conto di Locorotondo Editore

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

La 14^a 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 degli Studi di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), 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 14^o Rapporto Sanità:



C.R.E.A. Sanità ringrazia il *Board* scientifico composto da: Dr. Giovanni Bissoni, Dr. Paolo Bordon, Dr. Tiziano Carradori, Dr.ssa Roberta Crialesi, Dr. Claudio D'Amario, Dr.ssa Flori Degrassi, Dr. Angelo Lino Del Favero, Dr. Dario Focarelli, Dr.ssa Tiziana Frittelli, Dr. Massimo Lombardo, Dr.ssa Lorella Lombardozzi, Dr.ssa Marcella Marletta, Prof. Mario Giovanni Melazzini, On. Giovanni Monchiero, Dr. Francesco Ripa di Meana, Dr. Carmelo Scarcella, Dr. Silvestro Scotti, Dr.ssa Giovanna Scroccaro, Dr. Angelo Tanese, Dr. Andrea Urbani, che hanno contribuito ad impostare e a validare il 14° Rapporto Sanità.

In una ottica di collaborazione e *partnership* con altre prestigiose Istituzioni di ricerca, quest'anno il volume ospita, con nostro grande piacere e gratitudine, anche i contributi di alcuni colleghi, ricercatori di altri Centri di ricerca e Istituzioni: il Dr. Raffaele Cassa, la Dr.ssa Carla Collicelli, la Dr.ssa Amalia Lucia Fazzari, il Dr. Giuseppe Greco, il Dr. Paolo Santurri.

Si ringraziano inoltre della gradita collaborazione l'Area Politiche Regionali e della Coesione Territoriale di Confindustria, l'Osservatorio Malattie Rare – OSSFOR, l'Osservatorio Strategie Vaccinali-OSSVAX che hanno acconsentito a pubblicare una sintesi dei loro Rapporti.

A cura di**FEDERICO SPANDONARO, DANIELA D'ANGELA, CRISTINA GIORDANI, BARBARA POLISTENA****Coordinamento scientifico ed editoriale****BARBARA POLISTENA****Autori****BERNARDINI ANNA CHIARA**

Economista.

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

CARRIERI CIROEconomista. *Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari.*

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

CASSA RAFFAELERicercatore socio economico. Socio fondatore di Codres (Cooperativa Documentazione Ricerca Economico Sociale). Responsabile Settore Elaborazione Statistica e Indagini *Computer Assisted*.**COLLICELLI CARLA**Sociologa del *welfare* e della salute, *Associate Researcher* presso Cnr- Itb Roma, Presidente del Cps del Centro regionale S. Alessio, Vice-Presidente dell'Osservatorio Giovani e Alcol e membro del Segretariato Asvis.**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".

FAZZARI AMALIA LUCIA

Economista. Professore Aggregato presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Consigliere di Amministrazione del Consorzio per la Ricerca Economico Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità).

GIORDANI CRISTINAEconomista. *Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari.*

Funzionario giuridico presso il Ministero della Salute.

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

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).

NENNA FABIOLA GIULIA

Economista.

Stagista C.R.E.A. Sanità.

PLONER MARIA ESMERALDAEconomista. *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 BARBARAStatistica, *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. Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

SANTURRI PAOLO

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

SPANDONARO FEDERICO

Economista. Professore Aggregato presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Presidente del Consorzio per la Ricerca Economico Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità).

Attività amministrative e di segreteria**MARTINA BONO e ADRIANA FRATINI**

Guida alla lettura del Rapporto Sanità

La 14^a edizione del Rapporto Sanità mantiene la struttura consolidatasi negli ultimi anni: rimandando alla lettura anche delle "guide" pubblicate negli ultimi anni, ricordiamo solo alcuni aspetti essenziali.

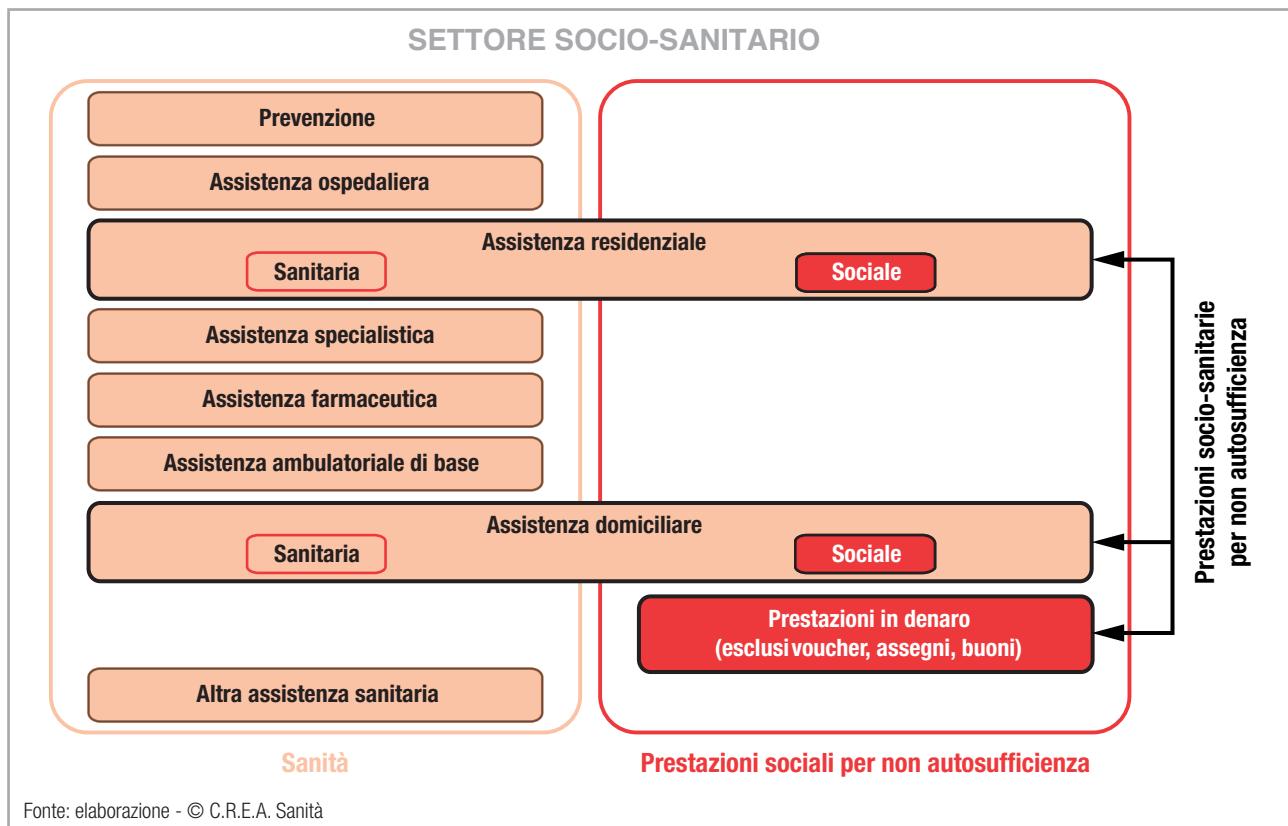
L'ambito

Il *focus* resta il settore sanitario "allargato", intendendo in tal modo la Sanità stricto sensu e quella parte di prestazioni sociali erogate a fronte di bisogni determinati dagli esiti di patologie che conducono alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Si tratta in larga misura di prestazioni riconducibili alla cosiddetta LTC (*Long Term Care*), definibile come assi-

stenza alle condizioni che prevedono "presenza di restrizioni alla partecipazione, associate a problemi di salute"; per inciso e precisione, non si parla di "persone con disabilità", quanto di "persone con limitazioni funzionali".

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

Figura A – La composizione del settore socio-sanitario



Fonte: elaborazione - © C.R.E.A. Sanità

La struttura

Il 14° Rapporto Sanità mantiene la strutturazione in 4 parti.

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

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

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

La quarta parte è destinata ad alcune ulteriori attività e *partnership* promosse da C.R.E.A. Sanità: quali gli osservatori sui farmaci orfani e sulle strategie vaccinali.

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.

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 lo strumento sintetico 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.

*Il coordinatore scientifico ed editoriale
Barbara Polistena*

Indice/Index

Presentazione	15
<i>Presentation</i>	16
Novelli G.	
Introduzione	19
<i>Executive Summary</i>	36
Polistena B., Spandonaro F.	
Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico	55
<i>Chapter 1 - The socio-demographic contest</i>	
Carrieri C.	
<i>English Summary</i>	76
<i>Key Indicators</i>	78
Capitolo 2 - Il finanziamento: livello e risanamento	85
<i>Chapter 2 - Funding: level and recovery</i>	
Ploner E.	
<i>English Summary</i>	98
<i>Key Indicators</i>	99
Capitolo 3 - La spesa: l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali	105
<i>Chapter 3 - Health expenditure: international and national evolution</i>	
Ploner E., Polistena B., d'Angela D.	
<i>English Summary</i>	125
<i>Key Indicators</i>	126
Capitolo 4 - La valutazione delle Performance	133
<i>Chapter 4 - Evaluation of healthcare services</i>	134
Capitolo 4a - Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie	135
<i>Chapter 4a - Catastrophic expenditure, impoverishment and economic discomfort</i>	
d'Angela D.	
<i>English Summary</i>	150
<i>Key Indicators</i>	152
Capitolo 4b - La misura della Performance dei SSR (VI edizione)	157
<i>Chapter 4b - Performance evaluation (6th edition): the Italian Regional Healthcare Services</i>	
d'Angela D., Carrieri C., Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	169
<i>Key Indicators</i>	171

Capitolo 4c - Esiti di salute	176
<i>Chapter 4c - Health outcomes</i>	
Carrieri C., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	192
<i>Key Indicators</i>	194
Capitolo 5 - Prevenzione: spesa, stili di vita, vaccinazioni e screening. Il posizionamento dell'Italia in Europa	201
<i>Chapter 5 - Prevention: expenditure, lifestyles, vaccinations and screening. The position of Italy in Europe</i>	
Giordani C.	
<i>English Summary</i>	233
<i>Key Indicators</i>	235
Capitolo 6 - Assistenza ospedaliera: evoluzione, efficienza, appropriatezza ed esiti	245
<i>Chapter 6 - Hospital care: evolution, efficiency, appropriateness and outcomes</i>	
d'Angela D., Fazzari A.L., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	260
<i>Key Indicators</i>	261
Capitolo 7 - Assistenza residenziale e semiresidenziale: bisogni e rete di offerta	267
<i>Chapter 7 - Residential and semiresidential care: needs and supply network</i>	
Giordani C.	
<i>English Summary</i>	294
<i>Key Indicators</i>	295
Capitolo 8 - Assistenza specialistica ambulatoriale	305
<i>Chapter 8 - Outpatient specialist care</i>	306
Capitolo 8a - Nuove evidenze sulla spesa e sui consumi della specialistica ambulatoriale	307
<i>Chapter 8a - New evidence on spending and consumption of outpatient specialist care</i>	
Bernardini A.C., Ploner E., Polistena B.	
<i>English Summary</i>	319
Capitolo 8b - Tempi di attesa e costi delle prestazioni nei Sistemi Sanitari Regionali	320
<i>Chapter 8b - Waiting lists and cost of services in the Regional Health Services</i>	
Cassa R., Collicelli C., Santurri P., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	329
<i>Key Indicators</i>	330
Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica	335
<i>Chapter 9 - Pharmaceutical care</i>	336

Capitolo 9a - Governance farmaceutica e innovazione	337
<i>Chapter 9a - Pharmaceutical Governance and innovation</i>	
Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	349
Capitolo 9b - Compartecipazioni all'assistenza farmaceutica	350
<i>Chapter 9b - Co-payments and cost sharing in pharmaceutical care</i>	
Bernardini A.C.	
<i>English Summary</i>	373
<i>Key Indicators</i>	375
Capitolo 10 - Assistenza primaria	381
<i>Chapter 10 - Primary care</i>	382
Capitolo 10a - I sistemi di valutazione nell'assistenza primaria e l'incentivazione della Performance	383
<i>Chapter 10a - Evaluation systems and incentivizing the Performance</i>	
Ploner E., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	400
Capitolo 10b - I modelli di assistenza territoriale alla sfida del Piano Nazionale della Cronicità: un'analisi esplorativa dei bisogni emergenti	402
<i>Chapter 10b - The territorial healthcare models to rise up to the challenge of the National Plan for Chronic Patients: an explorative analysis of emerging needs</i>	
Greco G.	
<i>English Summary</i>	414
<i>Key Indicators</i>	416
Capitolo 11 - Assistenza domiciliare	423
<i>Chapter 11 - Home care</i>	
Bernardini A.C., d'Angela D., Nenna F.G.	
<i>English Summary</i>	431
<i>Key Indicators</i>	432
Capitolo 12 - Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri	437
<i>Chapter 12 - Cash benefits and allowances: the evolution of beneficiaries and charges</i>	
Ploner E., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	450
<i>Key Indicators</i>	451

Capitolo 13 - Aspetti industriali della Sanità	457
<i>Chapter 13 - Industrial aspects of health</i>	458
Capitolo 13a - L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive	459
<i>Chapter 13a - The healthcare industry: evolution and perspective</i>	
d'Angela D., Carrieri C., Nenna F.G.	
<i>English Summary</i>	469
Capitolo 13b - Filiera della salute: Rapporto Annuale	471
<i>Chapter 13b - The Health Sector in Italy: Confindustria's Annual Report 2018</i>	
A cura dall'Area Politiche Regionali e della Coesione Territoriale di Confindustria, in collaborazione con AIOP, Assobiomedica, Farmindustria, Federchimica e Federterme	
<i>English Summary</i>	487
<i>Key Indicators</i>	488
Capitolo 14 - Osservatori permanenti	495
<i>Chapter 14 - Permanent observatories</i>	496
Capitolo 14a - Valutazione e accesso al mercato: l'evoluzione nel campo delle Malattie Rare	497
Capitolo 14b - Osservatorio sulle Strategie Vaccinali: principali evidenze della prima annualità	503
<i>Riepilogo regionale/Regional synopsys.....</i>	511



Presentation

PRESENTAZIONE

Prof. Giuseppe Novelli – Magnifico Rettore dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

Con piacere introduco la 14^a edizione del Rapporto Sanità, realizzato da ricercatori dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” coordinati da Federico Spandonaro, nell’ambito delle attività di studio svolte dal Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità).

Nell’anno che celebra il 40° compleanno del nostro SSN, l’approccio del Rapporto - che promuove una valutazione integrata degli aspetti economici, organizzativi, culturali e sociali delle politiche tese alla tutela della salute - assume una importanza particolare: ci stimola, infatti, a riflettere sulle azioni necessarie per garantire quella sostenibilità di lungo periodo del SSN che la Comunità scientifica dell’Ateneo di “Tor Vergata” condivide essere una priorità per il Paese.

Il Rapporto Sanità 2018 testimonia i risultati di assoluta eccellenza raggiunti in Italia in termini di esiti aggregati di salute e anche la buona *Performance* complessiva in termini di stili di vita, sebbene molto rimanga ancora da fare.

In aggiunta, il Rapporto sottolinea come tutto questo venga raggiunto con livelli di spesa estremamente contenuti, come si evince dai confronti internazionali.

Un risultato che, complessivamente, rende merito ai professionisti che operano nel settore, che da anni

operano con dedizione e competenza, malgrado le tante difficoltà economiche e organizzative.

Il Rapporto mette in risalto, altresì, la fondamentale funzione redistributiva del SSN, che permette alle Regioni del Sud di avere esiti di salute, sebbene inferiori a quelli settentrionali, incomparabilmente migliori di quelli delle aree europee con risorse assimilabili.

L’equità del sistema rimane, quindi, la sfida più importante e, allo stesso tempo, la ragion d’essere della Sanità pubblica, anche a 40 anni dall’istituzione del SSN.

Perseguire l’eccellenza clinica e assistenziale per ottenere i migliori esiti di salute, l’efficienza per garantire sostenibilità, nonché l’equità mediante l’acoglienza, è il tangibile e quotidiano impegno dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”; un impegno profuso a supporto del nostro SSN, che il lavoro dei ricercatori del C.R.E.A. Sanità completa, permettendoci, anno dopo anno, di valutare i risultati ottenuti, e comprendere le prospettive dei cambiamenti in corso. Un impegno dunque per la tutela e la promozione di un diritto inalienabile, un bene pubblico globale - come appunto la Salute e il benessere delle persone, di tutti, nessuno escluso - in coerenza con il piano di azione lanciato dall’ONU con l’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile che abbiamo assunto a nostra *mission* e *vision* istituzionale.

PRESENTATION

Prof. Giuseppe Novelli – Rector, University of Rome Tor Vergata

It is with great pleasure that I introduce the 14th Health Report, drafted by the researchers of the University of Rome Tor Vergata coordinated by Federico Spandonaro, as part of the research activities carried out by the Consortium for Applied Economic Research in Healthcare (C.R.E.A. Sanità).

In the year celebrating the 40th anniversary of the Italian National Health Service (NHS), the Report - which provides an integrated assessment of the economic, organizational, cultural and social aspects of policies aimed at protecting health - takes on particular importance. In fact, it stimulates us to reflect on the actions necessary to ensure the NHS long-term sustainability that the scientific community of the University of Rome Tor Vergata regards as a priority for the country.

The 2018 Health Report bears witness to the excellent results achieved in Italy in terms of aggregate health outcomes, as well as to the overall good performance in terms of lifestyles, although much still remains to be done.

Moreover, the Report highlights that this is achieved with extremely low spending levels, as shown by international comparisons.

The healthcare professionals, who for years have been working with dedication and competence despite the many economic and organizational difficul-

ties, must be given credit for these overall results.

The Report also underlines the NHS fundamental redistributive function, which enables the Southern Regions to have health outcomes, which - albeit worse than those recorded in the Northern Regions - are incomparably better than those of the European areas with similar resources.

*Therefore the equity of the system remains the most important challenge and, at the same time, the *raison d'être* of public health, also 40 years after the establishment of the NHS.*

Pursuing clinical and healthcare excellence to achieve the best health outcomes, as well as efficiency to ensure sustainability, and equity through care, is the tangible and daily commitment of the University of Rome "Tor Vergata". It is the commitment to support Italy's NHS, undertaken by the C.R.E.A. researched year by year, thus enabling us to assess the results obtained and understand the prospects for the changes underway. Hence a commitment for protecting and promoting an inalienable right and a global public good - namely the Health and wellbeing of all people - in line with the action plan launched by the United Nations with its Agenda 2030 for Sustainable Development that we consider our institutional mission and vision.



Misunderstandings

INTRODUZIONE

Misunderstandings

Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

L'*executive summary* del Rapporto, come di consueto, si cimenta con il tentativo di ricondurre le analisi quantitative, svolte e commentate nel volume, nell'ambito di un disegno complessivo utile a descrivere le tendenze evolutive del sistema sanitario italiano, ivi comprendendo tanto la componente pubblica (il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e le relative articolazioni regionali), quanto quella privata.

La riflessione sugli avvenimenti del 2018, focalizzata sulla ricerca della reale "cifra" delle politiche sanitarie, sembra potersi sintetizzare nell'affermazione di una persistente assenza di un chiaro disegno evolutivo del nostro SSN, confermando il dubbio, implicitamente sotteso nel sottotitolo del Rapporto Sanità 2017, il quale recitava "Il cambiamento della Sanità in Italia fra Transizione e Deriva del sistema".

L'anno è trascorso fra le celebrazioni di rito per il 40° compleanno del SSN, con qualche maggiore attenzione su temi specifici, quali quello delle professioni sanitarie e quello delle liste di attesa.

Evidentemente problematiche serie che richiedono attenzione, ma rimane la sensazione che la Sanità continui a rimanere fuori dalle priorità dei Governi che, intanto, si succedono alla guida del Paese.

Questa percezione assume concretezza con la conferma del finanziamento già previsto per il SSN: una scelta che non dà seguito alle promesse elettorali di un (ri) finanziamento della Sanità pubblica e non determina alcuna soluzione di continuità con il passato.

Il segnale che la Sanità non sia una priorità è evidente, oltretutto considerando che quanto descritto si inserisce in una manovra economica che, per quanto nel momento in cui si scrive non sia ancora

approvata e neppure del tutto esplicitata, dichiaratamente vuole avere natura espansiva.

Il contenimento del finanziamento pubblico del SSN, a fronte di politiche di austerità tese prioritariamente a ridurre il debito pubblico, pur discutibile, ha in qualche modo una sua "spiegazione": più difficile è capire come si coniughino politiche economiche espansive e stagnazione di fatto del finanziamento.

Se ne può solo desumere, e non è in effetti una novità, che il settore sanitario non sia considerato un enzima di sviluppo, quand'anche non sia addirittura considerato un mero costo e, da taluni, un caso di uso inefficiente delle risorse.

Il tema della Sanità è sempre accoppiato a quello del diritto alla Salute: connubio certamente condivisibile, ma pensare che la questione della Sanità sia solo una questione di diritti di cittadinanza è del tutto miope: si trascura così l'evidenza che dimostra come, invece, la Sanità sia (fra l'altro) anche un ganglio fondamentale della economia del Paese.

Nel 13° capitolo, il Rapporto ospita una sintesi dello studio elaborato dall'Area Politiche Regionali e della Coesione Territoriale di Confindustria, il quale inequivocabilmente dimostra l'importanza economica della "filiera della Salute", stimando che, al lordo dell'indotto, rappresenta il 10,7% del Prodotto Interno Lordo (PIL) ed il 10,0% dell'occupazione nazionale, confermandosi essere saldamente la terza industria del Paese, seconda solo a quella Alimentare ed Edile.

Continuare a pensare che la Politica sanitaria si esaurisca con la sola "gamba" delle politiche assistenziali, dimenticando quella delle politiche industriali, rappresenta un *misunderstanding* su quello

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

che è il perimetro delle politiche sanitarie.

L'allarme che ne deriva dipende dal fatto che i *misunderstandings* minano la possibilità di definire politiche efficaci ed efficienti: se gli "assiomi" da cui si parte sono "sbagliati", evidentemente, le analisi che ne conseguono, pur internamente coerenti, non possono essere "corrette".

Dalla lettura delle analisi contenute nel Rapporto, emerge che i *misunderstandings*, scontati dall'attuale dibattito sulla Sanità, sono piuttosto numerosi.

L'*executive summary*, quindi, cerca di portare all'attenzione dei *decision makers* gli elementi che si ritiene possano configurare significativi *misunderstandings*.

Premessa, per trasparenza, la chiave di lettura adottata in questo 14° Rapporto Sanità del C.R.E.A. Sanità, proviamo di seguito ad analizzare quattro aree di potenziale rischio di *misunderstandings*:

- la misura della *Performance* del SSN
- la perimetrazione dei confini dei diritti dei cittadini in tema di tutela della salute
- la soluzione del problema della carenza di personale
- il rapporto fra Sostenibilità e Sviluppo economico.

Iniziando dal primo punto, e riprendendo il tema del finanziamento, osserviamo propedeuticamente che il mancato (ri) finanziamento del SSN è un fatto oggettivo e che le giustificazioni possono essere di due tipi.

Esulando da una lettura meramente finanziaria, l'oggettività del mancato (ri) finanziamento è resa evidente dal fatto che la quota pubblica di tutela in Italia, a partire dal 2009, si è allontanata da quella media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 (ovvero quelli dell'Europa occidentale e centrale più la Grecia, che rappresentano il nucleo "originario" della Comunità), e tenda piuttosto ad allinearsi a quello dei Paesi EU-Post 1995 (quelli per lo più dell'area orientale, entrati successivamente).

Premesso che la comparazione ha una giustificazione meramente pragmatica, legata ai differenti livelli medi di sviluppo economico delle due aree, va anche detto che, pur se l'ultimo dato disponibile è quello del 2017, è del tutto evidente che il *trend* è

continuato nel 2018 e continuerà ancora in futuro: infatti, il tasso di crescita del finanziamento pubblico in Italia rimane inferiore al punto percentuale, mentre quello medio annuo dei Paesi dell'EU-Ante 1995 è stato del 3,6% nell'ultima decade, e del 3,2% nell'ultimo triennio. Nello stesso periodo, il tasso di crescita medio annuo del finanziamento nei Paesi EU-Post 1995 è stato rispettivamente del 4,3% e del 5,2%, e quindi l'Italia ha ormai una quota di copertura pubblica superiore di un solo punto percentuale a quella media dei Paesi EU-Post 1995 e inferiore di oltre 6 a quella dei Paesi EU-Ante 1995 (Figura 1.). In altri termini, volendo rimanere fedeli al principio equitativo che è alla base dei sistemi di *welfare* in Sanità, il "ri" o "de" finanziamento non è misurabile correttamente utilizzando il valore nominale del suo incremento/decremento; va, invece, misurato sulla quota di spesa coperta dall'intervento pubblico, quella effettivamente posta sotto "l'ala protettiva" della tutela pubblica. Da questo punto di vista, il "segno" delle politiche sanitarie degli ultimi anni, confermate dall'ennesimo differimento dell'investimento in Sanità, appare inequivocabile.

Se si accetta che la Sanità è sinora rimasta fuori dalle priorità pubbliche, è allora doveroso fare un passo avanti nell'analisi, chiedendosi se tale scelta abbia una valida giustificazione.

Senza pretesa di assoluta esaustività, le ragioni che, per lo più implicitamente, sono portate a giustificazione di questa scelta sono due, una declinata "in negativo" e una "in positivo": gli "sprechi" e "l'ottima salute" degli italiani.

Per alcuni, infatti, il (ri) finanziamento della Sanità si ottiene non aumentando le risorse, ma riducendo gli "sprechi" e, quindi, liberando risorse. La prospettiva è affascinante, ma per essere concreta ne deve essere quantificata la reale portata.

A ben vedere, le evidenze sugli "sprechi" in Sanità sono davvero "fragili": allarmismi sulla medicina difensiva, sulla corruzione, a volte quelli derivanti da esercizi di *benchmarking* fra i costi di strutture o aree diverse e da ultimo meri esempi di "malaffare".

A parte il fatto che le misure di tutti questi fenomeni sono scarse, quando non anche scadenti, essendo per lo più basate su estrapolazioni di esperien-

ze e stime effettuate in altre realtà, o in altri settori, quand'anche non frutto di analisi che non garantiscono adeguata omogeneità e standardizzazione dei confronti (tanto che finisce per prevalere una convinzione sostanzialmente aneddotica della loro "importanza"), un *misunderstanding* si annida nel *target* di riferimento che si usa: se esistesse la possibilità di annullare ogni malversazione, ogni spinta difensivistica, e fosse magari possibile anche una programmazione "perfetta" di ogni attività allora certamente ci sarebbero "sprechi" rilevanti da eliminare, utili per un significativo (ri) finanziamento della Sanità.

In tal modo, però, si dimentica che la Sanità è un sistema complesso (davvero e non per vezzo accademico): dimenticarlo significa scrivere un "libro dei sogni".

I "fatti", al contrario, dicono che gli sprechi, pur essendoci, non rappresentano una fonte credibile di (ri) finanziamento.

Senza pretesa di esaustività:

1) la spesa italiana è ormai arrivata ad essere inferiore a quella dei Paesi dell'EU-Ante 1995 del 31,3% (il *gap* è raddoppiato rispetto al 2000 e sarebbe maggiore se non ci fossero

state la crisi della Grecia e la *Brexit*), tenendo altresì conto che il *gap* è ridotto dalla crescita della spesa privata, perché per la spesa pubblica è addirittura del 36,8%; ed, infine, anche usando il valore in parità di potere di acquisto (scelta, peraltro, significativamente discutibile), si conferma che sfiora il 25,0% (Figura 2.)

- 2) non solo i livelli di spesa italiani sono storicamente inferiori a quelli degli altri Paesi EU, ma anche i tassi di crescita sono più contenuti
- 3) la variabilità della pratica clinica, come anche il fenomeno della medicina difensiva, sono problemi del tutto generali e senza confini nazionali, e prove che in Italia siano maggiori che altrove non ce ne sono, a conoscenza di chi scrive
- 4) anche per quanto concerne la corruzione in Sanità, dati che dimostrino che sia percentualmente maggiore che negli altri settori non ce ne sono, a conoscenza di chi scrive
- 5) le Regioni ritenute generalmente più inefficienti, in ogni caso, sono quelle che spendono meno.

Figura 1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente

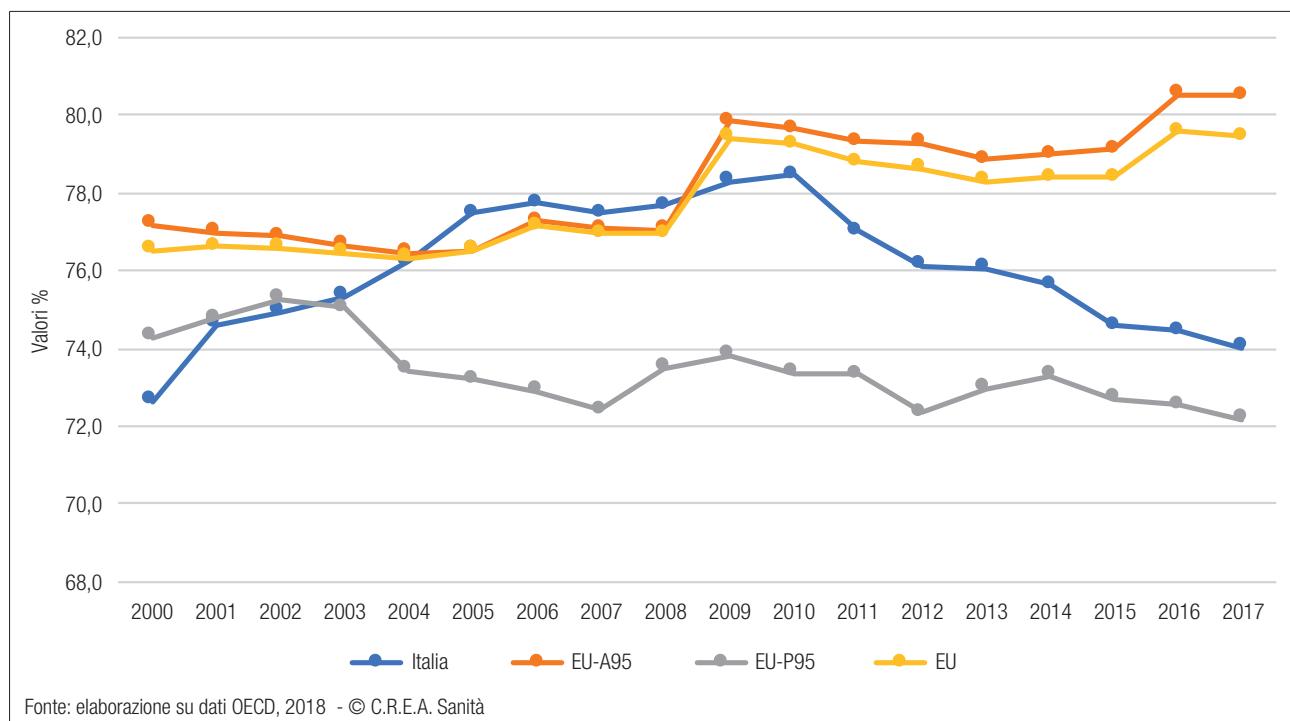
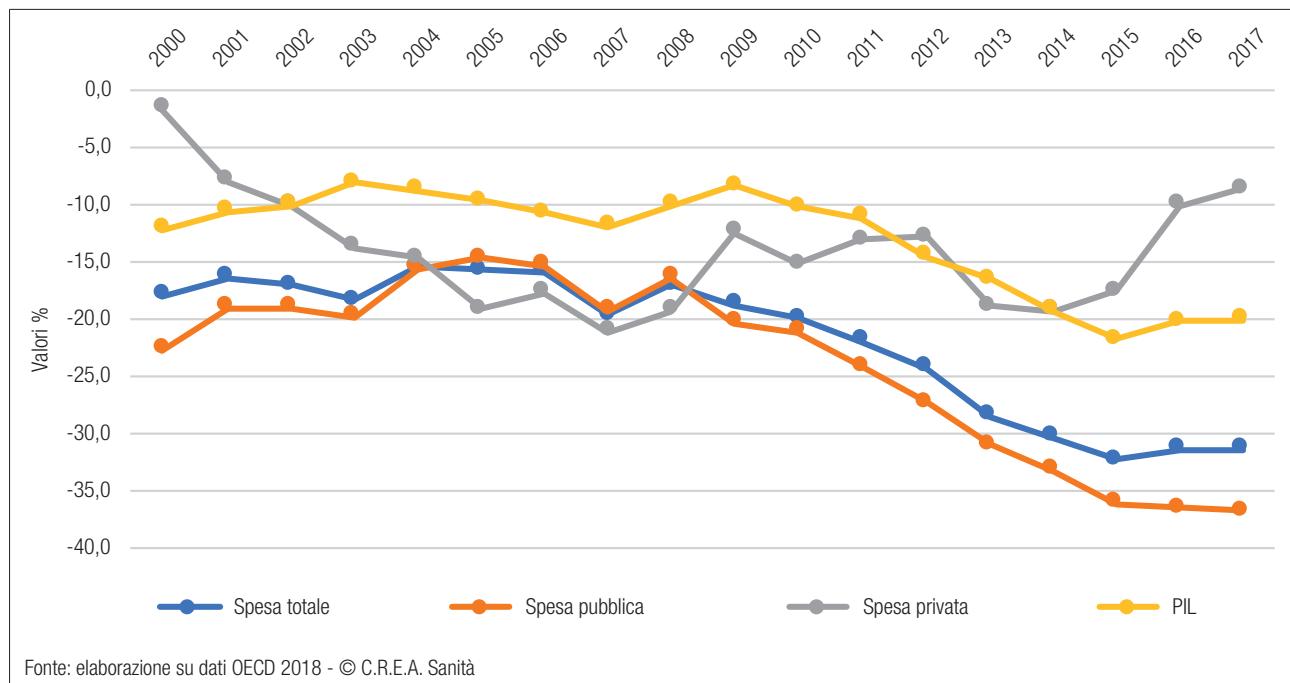


Figura 2. Trend della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite - Gap Italia vs EU-Ante 1995



In definitiva, il *misunderstanding* sta nel fatto che l'esistenza di "sprechi" non significa automaticamente che essi siano eliminabili nel breve periodo, e quindi che ci sia la possibilità di liberare risorse significative.

Il secondo elemento di discussione ("in positivo") è l'ottima *Performance* della Sanità italiana, in termini di esiti aggregati di salute; il ragionamento, può essere esemplificato con la domanda retorica: "perché spendere di più se gli esiti sono ottimi?".

In effetti, nel 2016 l'aspettativa di vita in Italia è seconda solo alla Spagna (e con ben 8 Regioni che vanno meglio anche del Paese "leader"), per quella a 65 anni è dietro solo a Francia e Spagna, per quella senza disabilità è seconda solo alla Svezia; in pratica un italiano può sperare di vivere in assenza di malattie invalidanti sino a 58,8 anni, con un incremento di 1 anno realizzato negli ultimi dieci anni; la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, a 65 anni, assume un valore in Italia pari a 9,8 anni ed è in aumento rispetto al 2010 di quasi un anno, tra l'altro, dimostrando che è in atto un miglioramento generale dei livelli di salute e dell'autosufficienza. I tassi di cronicità over 65 diminuiscono

significativamente, passando dal 45,6% nel 2013 al 44,2% nel 2016.

Per i tumori, l'Italia ha una mortalità standardizzata inferiore alla media dei Paesi EU. Come anche inferiori risultano essere i tassi di mortalità evitabile: 7,7 decessi in meno ogni 100.000 abitanti rispetto all'EU-Ante 1995 e 107,3 in meno rispetto a EU-Post 1995.

Anche l'efficacia e l'efficienza ospedaliera sono molto alte: l'OECD, nell'ultimo e recente *Italy Health Profile* riconosce, ad esempio, che abbiamo la miglior *Performance* fra i Paesi considerati, in termini di mortalità ospedaliera in caso di infarto; senza contare che abbiamo i tassi di ospedalizzazione minori di Europa; viene promossa dall'OECD anche la nostra *Primary Care*, malgrado, nel dibattito interno, sia a volte messa sul banco degli imputati.

L'unico appunto significativo che l'OECD riesce a muovere alla Sanità italiana è relativo alla degenza media ospedaliera: un appunto peraltro non corretto, rappresentando piuttosto un caso di "non standardizzazione" dell'indicatore: va, infatti, da sé che a fronte di tassi di ospedalizzazione che sono inferiori del 50,0% rispetto a quelli dei maggiori Paesi EU,

è del tutto ragionevole registrare una maggiore degenza media, per effetto di un *case mix* di pazienti ricoverati, per forza di cose, più severo.

Persino le prospettive non sembrano affatto negative; malgrado le profezie di una ineluttabile insostenibilità del sistema sanitario derivante dall'invecchiamento, i "fatti" raccontano che non solo si allunga la vita, ma si allunga anche quella senza disabilità; non aumenta (se non addirittura diminuisce) il tasso di cronicità; si alza l'età media degli eventi acuti ricoverati in ospedale, e, corrispondentemente, si assiste ad una riduzione dei ricoveri anche nelle fasce di età più avanzata.

Inoltre stando ai dati OECD, l'Italia, pur avendo nel 2016 speso per la prevenzione € 87,4, pro-capite, un valore che resta inferiore a diversi Paesi europei, come ad esempio Danimarca, Germania, Regno Unito e Svezia, registra la quota di persone (15 anni e più) in eccesso ponderale più bassa (45,1%) in Europa e il dato è stabile rispetto al 2006; anche il tasso di obesi è il più basso (9,8%) e in leggera diminuzione sia rispetto al 2015 che rispetto al 2006; è il secondo Paese con la quota minore di alcol consumato (7,1 litri annui pro-capite), con un valore stabile rispetto al 2014 ed in diminuzione rispetto al 2006; con riferimento al fumo di tabacco, siamo in una posizione intermedia, e comunque la quota è in diminuzione, rispetto al 2006 (Tabella 1.).

Il SSN fa la sua parte con i servizi di prevenzione, sebbene con diversi livelli di efficacia: per quanto riguarda le vaccinazioni, su cui si è reso necessario intervenire a fronte di un progressivo calo delle coperture vaccinali pediatriche a partire dal 2013, i tassi di copertura stanno nuovamente crescendo.

Con riferimento alla copertura vaccinale degli *over 65* contro l'influenza stagionale, l'Italia con il 49,9% è settima su 23 Paesi EU (sebbene registri un calo di 18,4 punti percentuali rispetto al 2006 e resti ancora ben lontana dalla soglia minima raccomandata del 75,0%).

Siamo in posizione intermedia rispetto allo *screening* mammografico con il 60,0% di donne tra 50 e 69 anni di età che ha partecipato ad un programma organizzato di *screening*. La quota è in lieve aumento (+0,4 punti percentuali) rispetto al 2006 e la

copertura è sottostimata, in quanto non tiene conto degli esami effettuati spontaneamente.

Le aree critiche sono poche e anche ben identificabili; la principale, è la scarsa attività fisica degli italiani, particolarmente grave per gli adolescenti in età scolare (11-17 anni) che, secondo WHO, non praticano sufficiente attività fisica nel 91,0% dei casi tra i maschi e nel 92,6% tra le femmine: in assoluto i tassi di sedentarietà più alti tra i Paesi europei.

Non stupisce quindi che la quota di bambini (6-9 anni) in eccesso ponderale sia la seconda più alta in EU (42,0%), e che per gli obesi condividiamo il primo posto con Cipro (21,0%).

Le considerazioni che ne derivano sono sostanzialmente due: in primo luogo, il riconoscimento al nostro Paese di una crescente ed efficace attenzione alla prevenzione, che certamente contribuisce agli ottimi esiti aggregati di salute; allo stesso tempo, però, l'investimento rimane ancora insufficiente.

In secondo luogo, che non tutti i meriti dei buoni esiti di salute sono attribuibili al SSN ma, allo stesso tempo, neppure tutti i demeriti legati ad alcuni fallimenti: va da sé che l'inattività fisica, il vero vulnus nella salute (e non solo) italiana, è da attribuirsi ad una assoluta carenza del sistema scolastico, peraltro l'altro grande assente nelle scelte di (ri) finanziamento pubblico; carenze in larga misura relative al tema dell'educazione ai corretti stili di vita: appare del tutto evidente che, oltre l'integrazione scuola-lavoro, in prospettiva, è essenziale sviluppare l'integrazione scuola-sport, riconoscendo a quest'ultimo il ruolo meritorio che gli compete.

In terzo luogo, che la *Performance* del SSN non può essere declinata esclusivamente in termini di esiti di salute: non solo perché essi non dipendono, come visto, solo dal SSN, ma anche perché l'equità è importante quanto, e per molti versi più, dell'efficacia o dell'efficienza.

Appare, quindi, un *misunderstanding* quello per cui, a fronte di un buon esito in termini di efficacia (esiti) e di efficienza, non c'è motivo (almeno urgente) di intervento.

Tabella 1. Sintesi della posizione dell'Italia nella classifica dei Paesi europei per diversi indicatori in tema di prevenzione

Indicatore	Unità misura	Anno	Fonte	Valore Italia	Media valori (n° Paesi osservati)	Paese (valore massimo)	Paese (valore minimo)
Obesità persone 15+	%	2016 (o più vicino)	OECD	9,8	16,6 (23)	Ungheria (21,2)	Italia (9,8)
Spesa programmi di prevenzione in % della spesa pubblica corrente	%	2016	OECD	4,7	2,8 (23)	Regno Unito (5,1)	Slovacchia (0,7)
Consumo di alcol persone 15+	Litri pro-capite	2016 (o più vicino)	OECD	7,1	10,0 (23)	Lituania (13,2)	Grecia (6,5)
Obesità adulti 18+	%	2016	WHO	23,0	25,3 (28)	Malta (31,0)	Danimarca (21,0)
Spesa pro-capite per programmi di prevenzione	€	2016	OECD	87,4	61,0 (23)	Regno Unito (145,2)	Slovacchia (5,9)
Persone 15+ che fumano giornalmente	%	2016 (o più vicino)	OECD	20,0	20,0 (23)	Grecia (27,3)	Svezia (10,9)
Donne 50-69 anni che hanno effettuato mammografia in programma organizzato screening	%	2016 (o più vicino)	OECD	60,0	59,7 (17)	Finlandia (82,2)	Lettonia (27,4)
Eccesso ponderale (sovrapeso+obesità) ragazzi di 15 anni	%	2013-2014	OECD	15,5	14,5 (23)	Grecia (21,5)	Danimarca (9,5)
Anziani 65+ vaccinati contro influenza stagionale*	%	2016 (o più vicino)	OECD	49,9	36,2 (23)	Regno Unito (70,5)	Estonia (2,8)
Bambini a 1 anno vaccinati con 3 dosi DTP	%	2017	OECD	94,0	95,7 (19)	Grecia, Ungheria e Lussemburgo (99,0)	Finlandia (89,0)
Adulti 18+ che praticano attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	35,9	27,3 (28)	Malta (45,2)	Estonia (15,2)
Obesità adolescenti 10-19 anni	%	2016	WHO	10,0	8,0 (28)	Malta e Grecia (12,0)	Estonia (5,0)
Obesità bambini maschi 6-9 anni	%	2015-2017	WHO	21,0	13,5 (23)	Italia e Cipro (21,0)	Danimarca (5,0)
Adolescenti 11-17 anni che svolgono attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	91,8	81,1 (27)	Italia (91,8)	Irlanda (71,6)

Peggio della media EU (*oppure migliore della media EU ma senza raggiungere il valore minimo raccomandato, come nel caso delle vaccinazioni over 65)

Simile alla media o con scostamento minimo

Migliore della media EU

La "media valori" è intesa come media dei valori di tutti i Paesi presi in esame per ciascun indicatore

Fonte: elaborazione su dati OECD e WHO, anni vari – © C.R.E.A. Sanità

A maggior ragione perché il SSN italiano, ispirato all'Universalismo della tutela pubblica, ha la sua ragion d'essere proprio nell'obiettivo di garantire l'Equità.

Così come è un *misunderstanding*, a cui non sono immuni le celebrazioni del quarantennale del SSN, che ci possa essere Universalismo senza Equità.

Da questo punto di vista, dobbiamo confermare che in Italia il primo, e purtroppo persistente e inossidabile, motivo di iniquità, rimane il divario tra Settentrione e Meridione.

Divario che arriva a coinvolgere l'aspettativa di vita, con oltre un anno di svantaggio per le Regioni del Mezzogiorno, che diventano poi 3 per quella

a 65 anni; prosegue per la cronicità e la disabilità, malgrado quelle del Sud siano Regioni con una popolazione mediamente più giovane, per le quali (in fase di finanziamento) si presuppone un minor assorbimento di risorse.

Un ulteriore *misunderstanding*, in agguato in questo contesto, è quello che legge il citato gradiente in termini di mera inefficienza dei SSN meridionali.

I dati letti in un'altra prospettiva ci dicono che le aspettative di vita nelle Regioni Meridionali sono, però, incomparabilmente migliori di quanto ci si potrebbe aspettare sulla base del loro livello di Sviluppo economico: Grecia e Portogallo, ad esempio, pur con un PIL pro-capite paragonabile a quello

del nostro meridione, "performano" peggio di tutte le Regioni italiane, Campania esclusa; e quest'ultima, comunque, performa molto meglio di tutti i Paesi dell'EU-Post 1995.

Questo risultato è reso possibile dal meccanismo redistributivo che è alla base del SSN il quale permette alle Regioni più povere di avere una spesa sanitaria molto maggiore rispetto a quella degli altri Paesi citati (Figura 3.).

In altri termini, l'importanza di continuare ad avere un SSN coeso, e con un forte meccanismo redistributivo, è dimostrata non tanto dall'efficienza del sistema, quanto dalla riduzione delle sperequazioni che di fatto realizza.

Osservando come, almeno fino ad un certo livello di spesa, si evidenzia una relazione positiva fra spesa ed esiti, se ne trae poi la conseguenza che queste due variabili vadano lette congiuntamente.

Ne segue, inoltre, che gli effetti redistributivi innescati dal SSN, alla prova dei fatti, preservano il Sud, ma non completamente.

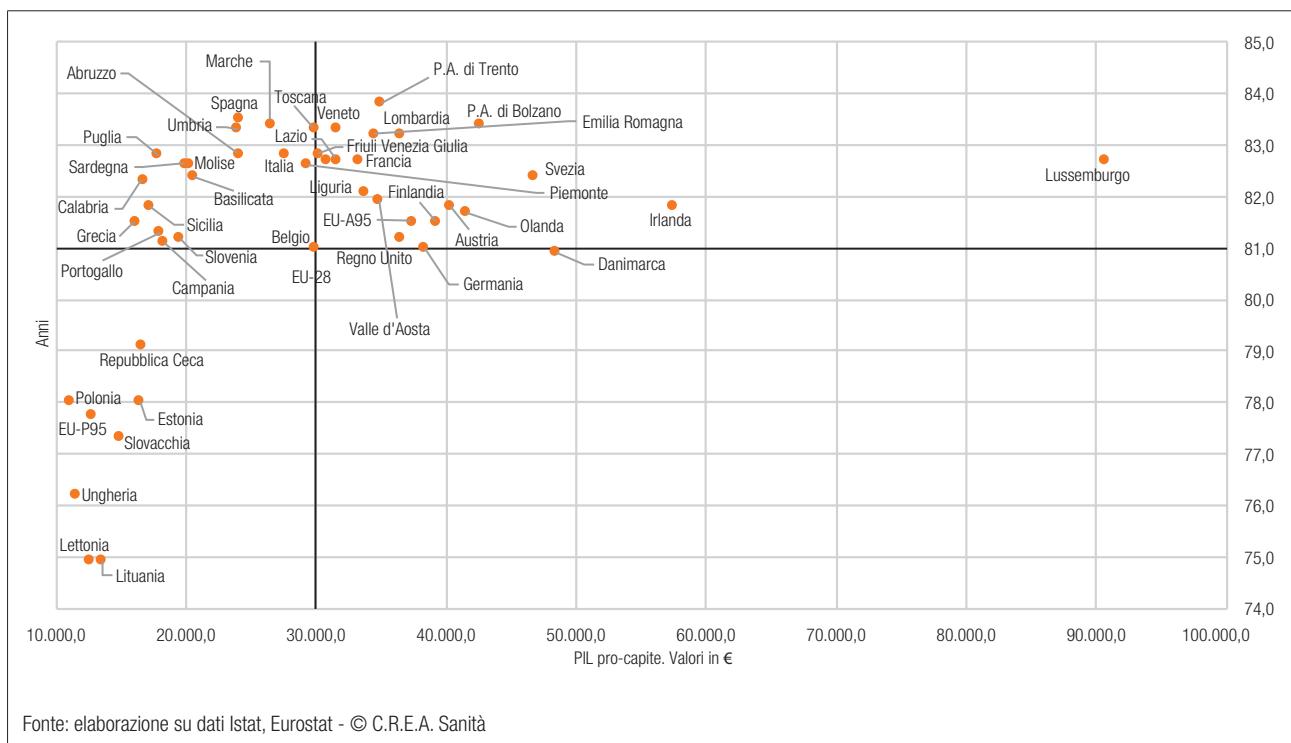
La Figura 4., con tutti i limiti di una rappresenta-

zione grafica deputata a dare una lettura qualitativa del fenomeno, che non ha, né vuole avere, pretese di quantificazione scientifica dei livelli di efficienza, ci "racconta" come praticamente tutte le Regioni italiane "performino" meglio dell'atteso, ed anche che in alcune Regioni meridionali, la spesa potrebbe essere stata più efficiente che in altre Regioni, anche non appartenenti alla ripartizione: in altri termini, i confronti di esito non sono corretti o, almeno, non dicono nulla sull'efficienza dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), se non si standardizzano (fra l'altro) per le condizioni socio-economiche e per la spesa sanitaria.

Se, quindi, è indubitabile il valore sociale del SSN, è altresì evidente che le differenze, prima di tutto geografiche, ma non solo, rimangono eccessive e, quindi, il giudizio finale sul SSN non è scontato.

La prima conseguenza di questo ragionamento è che il (ri) finanziamento dovrebbe avere come obiettivo primario la riduzione effettiva delle disuguaglianze.

Figura 3. Speranza di vita alla nascita vs PIL pro-capite. Anno 2016



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

Quanto affermato porta a considerare che, allora, potrebbe non essere necessario un aumento di risorse, quanto piuttosto una loro riallocazione. Pur essendo osservazione legittima, con tutta probabilità si scontra con il fatto che riallocare le risorse implica una riduzione per alcuni, con un rischio inaccettabile di regresso nei servizi.

Per completezza, va anche considerato che, come anticipato, superato un certo livello di spesa, dai dati aggregati a livello nazionale è difficile intravedere un beneficio incrementale significativo; ma questo non implica automaticamente scarsa produttività della spesa, perché i benefici potrebbero essere di altro genere: ad esempio in termini di qualità della vita, e/o di *responsiveness*, e/o di *customer satisfaction*, etc..

Piuttosto, risulta difficile spiegare perché la relazione fra spesa ed aspettativa di vita a 65 anni è molto più debole: un fenomeno che meriterà approfondimenti ulteriori, specialmente a fronte del fatto che l'invecchiamento pone proprio la sfida di migliorare la condizione degli anziani (Figura 5.).

Una prima ipotesi è che sulla aspettativa di vita in buona salute e sulla qualità della vita incidano molto le condizioni economiche generali e non soltanto l'investimento in Sanità.

In definitiva, l'Italia continua ad avere un problema di equità geografica e questo, in un contesto di tutela universalistica della salute, è un buon motivo per rivedere livelli e logiche di finanziamento.

A riprova del parziale fallimento equitativo del SSN, i problemi citati sono trasversali nel sistema: l'incidenza di famiglie impoverite per spesa sanitaria sostenuta privatamente si moltiplica per 8 fra le Regioni con valori estremi; e anche assumendo un riferimento (soglia di povertà) regionale, quindi relativa, il differenziale rimane quasi di 3 volte (Figura 6.).

Se aggiungiamo le "nuove" rinunce (famiglie che dichiarano di aver ridotto la spesa sanitaria e che in effetti la annullano), i nuclei che registrano un disagio per effetto delle spese sanitarie, nelle diverse Regioni, passano da poco più del 2% a oltre il 12% (Figura 7.).

Figura 4. Speranza di vita alla nascita vs spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2016

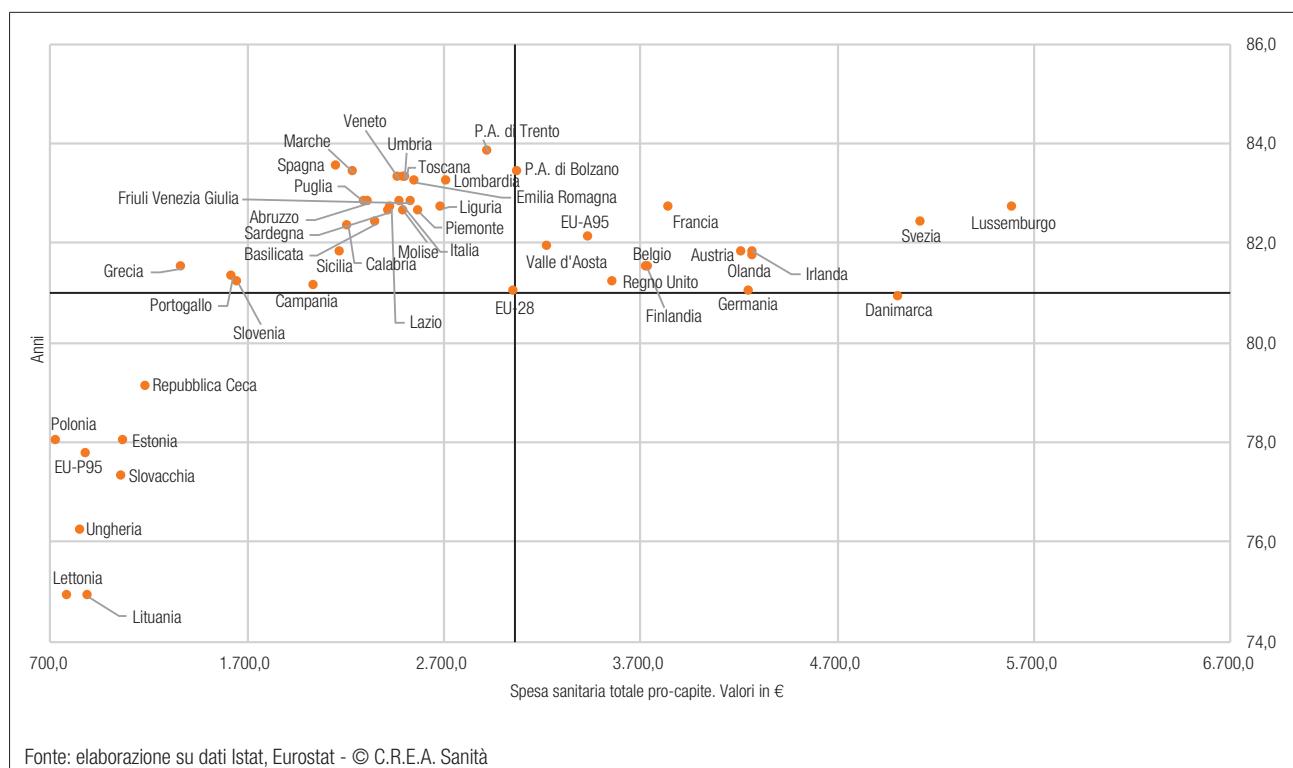


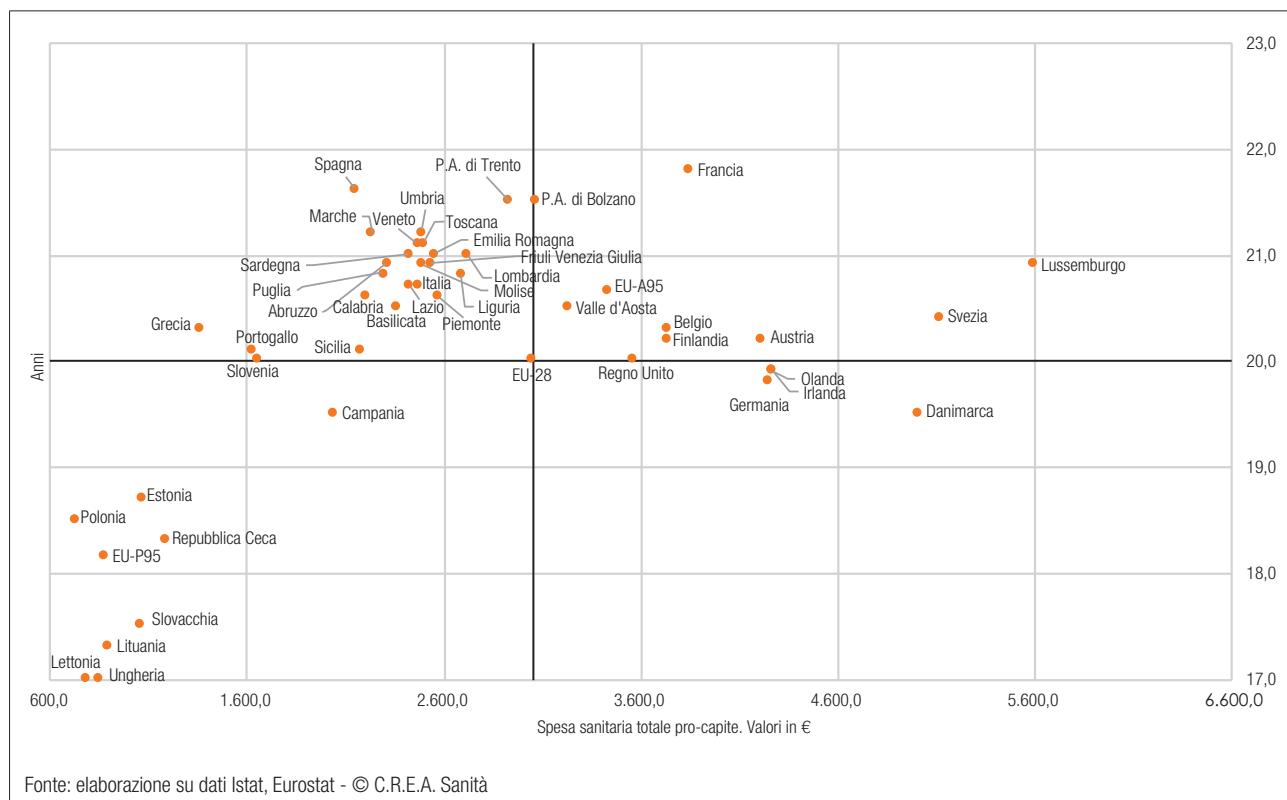
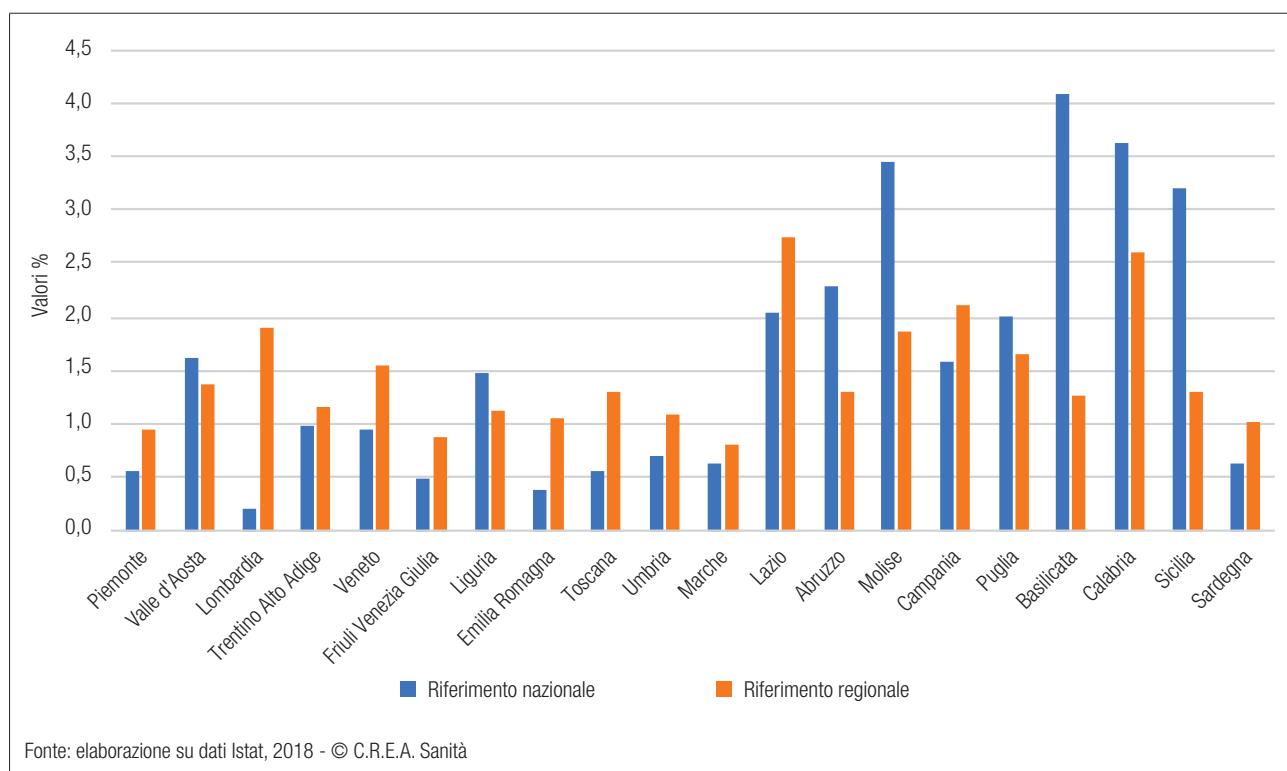
Figura 5. Aspettativa di vita a 65 anni vs spesa sanitaria pro-capite. Anno 2016**Figura 6. Quota famiglie impoverite. Anno 2016**

Figura 7. Quota di disagio economico. Anno 2016

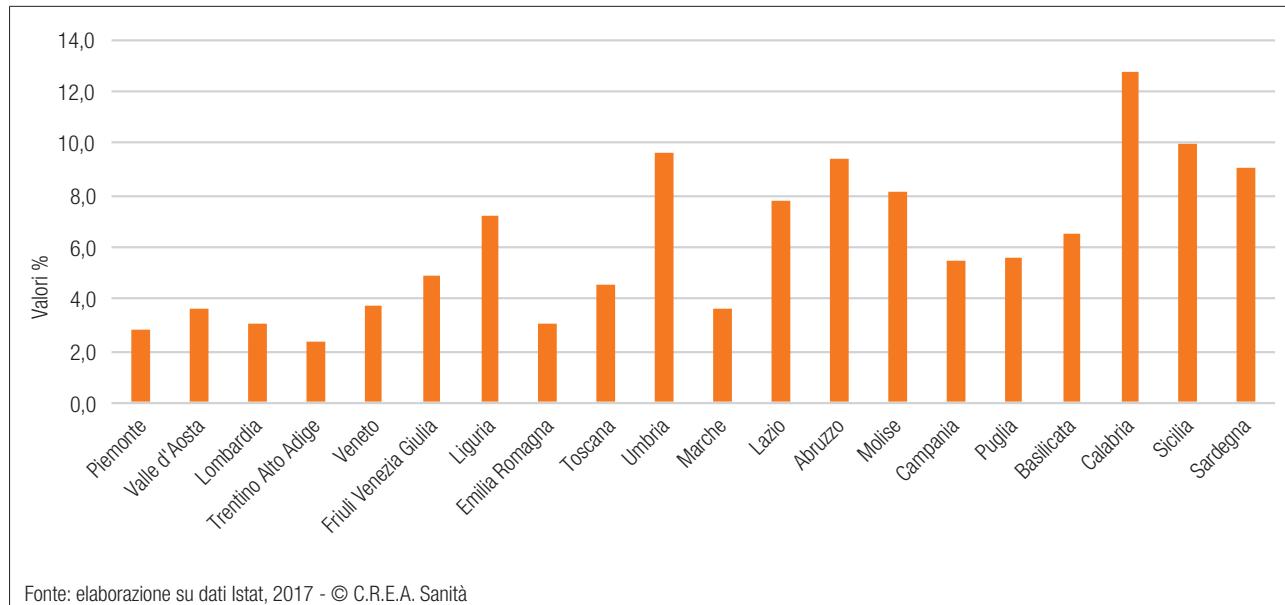
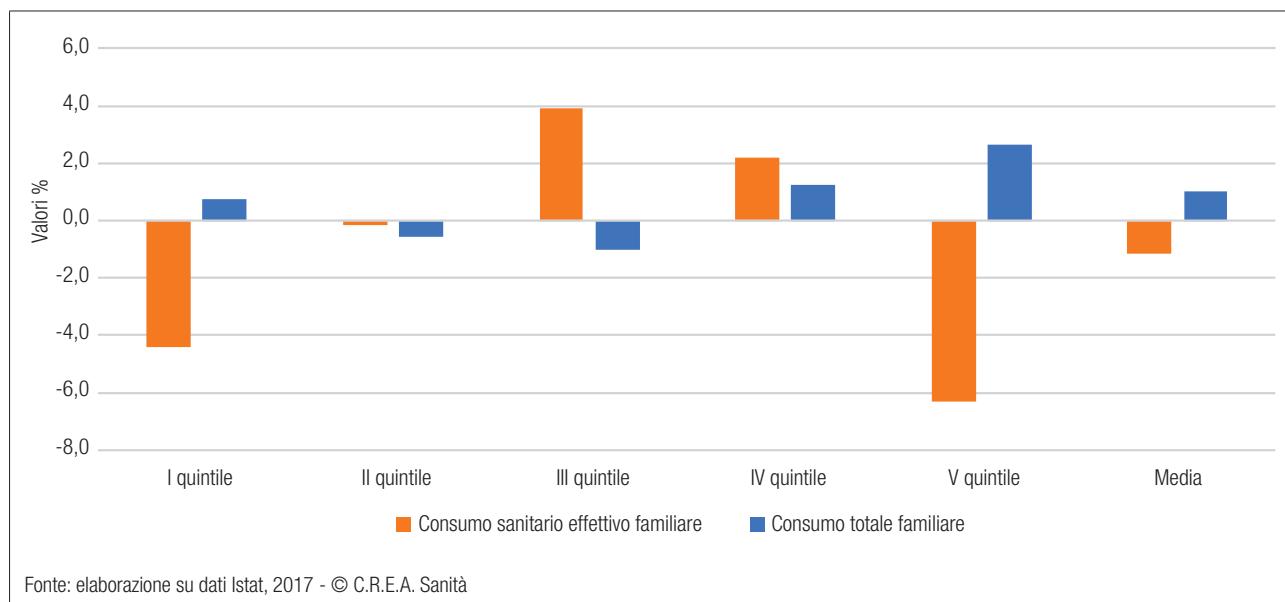


Figura 8. Variazione spesa media effettiva familiare. Anni 2016/2015



I fenomeni descritti derivano da un continuo incremento delle famiglie che sostengono spese sanitarie privatamente, il cui numero è cresciuto di 2 punti percentuali nell'ultimo anno, raggiungendo così il 79,0%. Incremento solo in parte controbilanciato dalla riduzione del valore nominale delle spese sanitarie effettivamente sostenute dalle singole famiglie.

Se l'impoverimento e le rinunce sono ovvia-

mente fenomeni legati alla deprivazione, e quindi concentrati nei primi due quintili di consumo, non si può altresì tacere che, fenomeno che osserviamo da alcuni anni, è il ceto medio quello che vede peggiorare maggiormente la propria condizione. Infatti, è nel terzo e quarto quintile che sta crescendo più rapidamente la quota di consumi destinati alla Sanità (Figura 8.).

Le politiche di inclusione devono necessariamente tenere in considerazione questo fenomeno, analizzando molto più nel dettaglio le differenze nella domanda espressa dai diversi segmenti della popolazione.

Il ceto medio, pur poco coinvolto nei fenomeni di rinuncia e impoverimento, rappresenta un problema in termini di equità, prima di tutto perché è quello che in larga misura finanzia il sistema con le imposte versate: come già segnalato nelle precedenti edizioni del Rapporto, nell'affermazione del fallimento equitativo del SSN, va considerata anche l'iniqua distribuzione degli oneri, derivante da un sistema fiscale notoriamente inefficiente.

Il tema fiscale, pur non essendo nelle competenze del Ministero della Salute, rappresenta un elemento essenziale in tema di Sostenibilità del SSN: come abbiamo varie volte rimarcato, i vantaggi di un sistema di assicurazione sociale universalistico sono di fatto nulli in assenza di equità sul lato del finanziamento.

La prova che l'epiteto di "pubblico e universalistico", con cui siamo usi specificare il SSN italiano, sia una affermazione in larga misura di puro principio, risiede nel fatto (già citato) che la quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria è inferiore a quella di larga parte dei Paesi EU; ma anche che, a parità di potere di acquisto, il livello della spesa sanitaria privata italiana, malgrado il SSN, è perfettamente in linea con la media EU (dove i sistemi a stampo solidaristico sono una minoranza).

Quindi, malgrado la promessa di una protezione Universale e Globale, i cittadini italiani contribuiscono privatamente alla spesa sanitaria in media quanto quelli degli altri Paesi EU-Ante 1995.

Questa ultima osservazione evidenzia un altro *misunderstanding*: lo sviluppo del secondo pilastro di welfare in Sanità è, per alcuni, elemento di rottura della primazia del SSN e, per altri, una ineluttabile necessità per ragioni di Sostenibilità. Ma entrambe le affermazioni non trovano riscontro: la prima perché la spesa privata ha superato il 25%, e nel tempo cresce per compensare la scarsa crescita di quella pubblica; a riprova di ciò, cresce più rapidamente della crescita del PIL pro-capite e quindi della *capacity to pay*.

Né può essere liquidata come spesa "inutile" o "inappropriata" sebbene oltre la Classe C, la Classe A acquistata privatamente, i *ticket* ed i farmaci di automedicazione nella spesa farmaceutica privata delle famiglie ci siano fra € 5,0 e € 6,0 mld. di altri prodotti la cui natura andrebbe meglio indagata.

Di più, la spesa privata è responsabile del 90,0% dei differenziali di spesa sanitaria delle Regioni, e visto che questi ultimi (come sopra argomentato) correlano con le *Performance*, ritenere la spesa privata un "elemento accessorio", automaticamente equivalente ad abdicare al ruolo di redistribuzione che è in capo al settore pubblico.

Non è vera neppure la seconda affermazione, ovvero che il secondo pilastro rappresenta una necessità per garantire la Sostenibilità, perché la disponibilità dei cittadini a spendere per la salute è sostanzialmente data, ed è quella espressa nei consumi che osserviamo: privatamente si integra l'offerta pubblica e le sue eventuali carenze.

Non c'è un modo automatico per aumentare le risorse complessivamente destinate alla Sanità: al più è possibile effettuare riallocazioni fra i due comparti, quello pubblico e quello privato; riallocazioni che impattano di sicuro sul livello equitativo, mentre è del tutto discutibile, e non suffragato da evidenza, che impattino su quello dell'efficienza.

Peraltra, è certo che l'assenza di una visione strategica del sistema (complessivo) della Salute, nel quale si possono definire diversi livelli di tutela, comporta già oggi duplicazioni della spesa: e questo è chiaramente inefficiente; in secondo luogo, è altrettanto evidente che le *mission* dei due pilastri sono diverse, e quella della Sanità complementare è più orientata a criteri di equità verticale.

Nel solco di quanto sopra, osserviamo che, nel dibattito sul futuro del sistema Sanitario, è del tutto carente la riflessione sui livelli di sussidiarietà che il sistema di tutela pubblica deve, e vuole, assumere.

Il disegno della Legge n. 833/1978 prevedeva un accesso basato di fatto sull'uguaglianza, estremo limite dell'equità orizzontale, con una scarsa attenzione alla declinazione dell'equità verticale.

Ovviamente è del tutto evidente che l'uguaglianza, oltre ad essere valore discutibile, come spesso

succede alle opzioni estreme, è un altro capitolo del “libro dei sogni”: solo regimi fortemente illiberali impediscono a chi può permetterselo di curarsi dove e come vuole.

Il tema concreto è, allora, quello del livello di tutela che si vuole estendere a tutti: da questo punto di vista, non ha avuto l'attenzione che meritava, la “rivoluzione copernicana” rappresentata dall'istituzione della Commissione per la revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con la quale si è definito il superamento di una declinazione meramente “prestazionale” dei LEA, che in prospettiva dovranno assumere il connotato di “modalità di erogazione delle prestazioni”.

Il cambiamento è essenziale: per la prima volta si prende ufficialmente atto del profondo cambiamento avvenuto negli ultimi 40 anni nella Sanità; la crescita delle opportunità terapeutiche è stata esponenziale, e oltre ogni più rosea aspettativa, come è dimostrato dai tassi di miglioramento degli esiti registratisi nelle ultime decadi e precedentemente ricordati. Ovviamente, la crescita qualitativa e quantitativa delle opportunità porta con sé anche la crescita delle tecnologie che, pur dotate di efficacia, sono portatrici di una produttività marginale ridotta.

In questo contesto, non è più pensabile “dare tutto a tutti”, e non tanto per ragioni di Sostenibilità economica, quanto per ragioni di natura etica: non tutta l'innovazione (indipendentemente dalla sua definizione), può essere automaticamente considerata meritoria e come tale messa a carico della solidarietà collettiva.

Quanto meno, non è più possibile definire quale criterio di inserimento/non inserimento nei LEA, l'appropriatezza/non appropriatezza. Ricordiamo che, già da alcuni anni, il Rapporto segnala l'esigenza di declinare in modo diverso e più articolato i criteri di accesso.

Il tema appena introdotto, porta a qualche riflessione aggiuntiva sulle liste di attesa e sulle comparazioni: tematiche che nel 2018 sono state oggetto di particolare attenzione.

Non c'è dubbio alcuno che le liste di attesa siano la maggiore fonte di insoddisfazione da parte dei cittadini; di contro, che siano un indicatore di iniquità

o, peggio, di rischio per i pazienti, è dubitabile, anzi è probabilmente frutto dell'ennesimo *misunderstanding*.

Come analizzato anche nel capitolo 8b del Rapporto, i dati sui tempi di attesa sono lunghi e anche abbastanza omogenei a livello nazionale: ma si tratta di rilevazioni effettuate sulle prestazioni prescritte come “non urgenti”; e, infatti, malgrado i tempi lunghi, che ci siano “danni” per la salute non è affatto dimostrato: ricordiamo, ancora una volta, che abbiamo esiti ottimi in confronto agli altri Paesi, e che non si conosce, ad oggi, relazione dimostrata, ad esempio, fra tempi di attesa ed esiti regionali.

Certamente, casi di ritardi anche nelle prestazioni urgenti saranno presenti; ma questi casi, a conoscenza di chi scrive, non sono rilevati, e quindi è impossibile dire se si tratti di un fenomeno rilevante o episodico.

Non si configura neppure un problema di iniquità, nella misura in cui i tempi, pur lunghi, lo siano in egual modo per tutti: in termini equitativi conta solo garantire una gestione corretta delle agende.

Abbandonando un inutile conformismo, va detto che il problema delle liste di attesa risiede nel fatto che esse vengono percepite dai cittadini come inefficienze del sistema, mentre sono, in buona misura, una difesa messa in atto dal sistema per evitare la proliferazione di prestazioni che, in quanto non urgenti, sono anche a maggior rischio di inappropriatezza.

Ovviamente è facile l'argomentazione per cui, se le prestazioni sono inappropriate, non dovrebbero proprio essere prescritte: a parte la complessità crescente del rapporto medico-paziente, per cui la prescrizione non è più un atto unilaterale, rimane il fatto che questa visione appare semplicistica perché sconta una visione deterministica delle decisioni; e questo determinismo in Sanità semplicemente non esiste: non a caso si è scritto “a maggior rischio di” inappropriatezza.

La questione è che la celerità della risposta non è (in buona misura) una questione clinica, bensì di modalità di erogazione (nel senso sopra richiamato).

La risposta pragmatica alle liste di attesa è già insita nei numeri rilevati: come si vede dalla rilevazione

condotta recentemente dal C.R.E.A. Sanità, i tempi di erogazione nel caso di prestazioni a pagamento sono molto brevi e praticamente identici in regime solvendi ed in intramoenia, come anche i costi.

Se si volessero uguagliare le condizioni di accesso, basterebbe sancire che dopo un certo numero di giorni di attesa i cittadini hanno diritto di effettuare la prestazione in regime di indiretta, ricevendo poi il rimborso della prestazione: e per evidenti ragioni di *business*, nessuno rimarrebbe di fatto escluso, perché, pur di incrementare il fatturato, il settore privato sarebbe incentivato ad anticipare i costi ai pazienti. Ovviamente, possiamo vaticinare (con assoluta "certezza"), che questo approccio farebbe lievitare i costi del sistema, come di fatto succede nei Paesi dove non c'è *gatekeeping*.

Il *trade-off* è del tutto evidente: tempestività della risposta verso incremento della spesa; e l'essenza vera del problema è chiedersi se la maggiore spesa sarebbe foriera di un beneficio socialmente accettabile; se si ragiona in termini di *endpoint* di Salute la risposta è probabilmente no; se si ragiona in termini di *customer satisfaction* quasi certamente sì.

Analogamente, chiarezza va fatta sul dibattito ricorrente sulle compartecipazioni.

Quel che appare certo è che le compartecipazioni sono "ingegnerizzate" molto male: i *ticket* in cifra fissa sulle ricette, per di più non esenti, sono la causa primaria di impoverimento. Le compartecipazioni sulle prestazioni specialistiche hanno messo, in più di qualche caso, fuori mercato il SSN.

Sul piano dei principi, il *co-payment* dovrebbe servire a mitigare i rischi di *moral hazard* ma, come testimoniato nei capitoli 8a e 9b, ormai ha assunto un ruolo di mero finanziamento di seconda istanza, del tutto improprio e iniquo: sia perché configura una "tassa sulla malattia", sia perché l'incidenza è di fatto più alta nelle Regioni a minor reddito; Regioni dove oltre tutto è maggiore la quota di cittadini esenti, così che quelli che non lo sono, in larga parte del ceto medio, restano obbligati ad un eccesso di "solidarietà".

Tanto si è ormai perso il senso del ruolo originario della compartecipazione, che una quota di *ticket*, seppure definiti dalla normativa "Entrate Proprie", è

ufficialmente parte integrante del finanziamento; un uso improprio dello strumento è anche evidente nella previsione del pagamento del *ticket* sui differenziali di prezzo dei farmaci equivalenti, posta anche a carico dei pazienti per i quali sia stata apposta nella prescrizione la clausola di non sostituibilità: è, probabilmente, un caso del tutto "di scuola", ma è davvero incomprensibile perché un cittadino debba essere penalizzato perché ha la necessità clinica di un farmaco specifico.

Il *misunderstanding* sta nel fatto di pensare che quanto precede implichi automaticamente che la compartecipazione sia sempre inutile o anche dannosa.

Il *moral hazard*, che nel nostro caso si concretizza in prescrizioni e richieste inappropriate, è un problema reale in Sanità, e le compartecipazioni sono uno strumento utile per limitarne l'impatto.

Ancor di più, se vale quanto prima argomentato, non si vede come sia possibile declinare le modalità di accesso alle prestazioni, se non usando anche la leva della articolazione dei livelli di compartecipazione; va da sé (e la cosa non è affatto nuova, perché così era in Italia sino all'inizio del nuovo secolo) che una prestazione salva vita e costosa, dovrà essere tendenzialmente gratuita; va da sé, però, che l'*upgrade* di una modalità di erogazione, tale da configurare limitati o anche, eventualmente, nulli effetti clinici, ma che, allo stesso tempo, possa permettere, ad esempio, una maggiore produttività, non si vede perché non possa essere gravato da un maggior livello di compartecipazione.

In tema di politiche che quest'anno hanno ricevuto forte attenzione, non possiamo non citare, anche, il problema della carenza di professionisti sanitari. Che l'eziologia del problema sia una carenza di programmazione appare evidente: i dati erano disponibili e anche noti. Allo stesso tempo, sarebbe difficile illudersi che la soluzione sia semplicemente quella di rimuovere barriere all'entrata, in primis nell'accesso ai corsi universitari.

Il rischio è quello di voler sanare una "non programmazione", cadendo in una ulteriore "non programmazione".

Intanto, banalmente, perché per poter formare

più medici (e in generale professionisti e operatori sanitari), senza diminuire, però, la qualità della formazione, servono risorse e un adeguamento dell'offerta.

In secondo luogo, perché la medicina sta cambiando, e prima di tutto è necessario ripensare approfonditamente i profili dei professionisti che saranno funzionali al sistema da qui a 10 anni, che poi è il tempo minimo necessario perché le scelte fatte oggi, incidano davvero sull'arruolamento da parte del SSN.

Infine, va ricordato che siamo nel pieno di uno *tsunami*, portato dalla cosiddetta medicina di precisione, ma anche (e con analoga intensità) dall'avvento delle tecnologie digitali, che rivoluzioneranno tutta la filiera della salute: dalla ricerca, al rapporto medico-paziente, alla somministrazione delle terapie: non è pensabile che non si approfondisca come questo *tsunami* possa essere governato, aggiornando i percorsi formativi.

Per non ripetere gli errori del passato, è, quindi, necessaria una immediata riflessione, tesa a definire la strategia da adottarsi per affrontare la transizione, sulla base della quale impostare la programmazione delle azioni concrete.

Si aggiunga che è necessario pensare anche ad un riallineamento delle retribuzioni dei professionisti ai livelli europei: riproponendosi così il problema del (ri) finanziamento del SSN; il tema delle retribuzioni e delle evoluzioni di carriera è fondamentale, prima di tutto per scongiurare il pericolo di sostenere i costi della formazione dei nuovi professionisti del futuro, e poi vederli emigrare, a beneficio degli altri Paesi.

In sintesi, anche in questo caso il rischio è quello di cadere in un *misunderstanding*: va razionalizzato che il vero problema non è il numero chiuso, quanto la carente programmazione dei fabbisogni e, in prospettiva, il rischio di una scarsa appetibilità dell'occupazione in Italia.

Abbiamo lasciato da ultimo il tema del rapporto fra Sostenibilità e Sviluppo economico, che in qualche modo chiude il cerchio, riportandoci al tema del rapporto fra politiche assistenziali e politiche industriali.

Un esempio paradigmatico del *trade-off* fra Soste-

nibilità e Innovazione è quello del settore farmaceutico, attualmente alla ricerca di una nuova *governance*: sebbene i problemi siano numerosi, in sostanza il problema si è scatenato a seguito del contenzioso generatosi sui *pay-back*: il *misunderstanding* sta nel rischio di pensare che la nuova *governance* possa basarsi su una banale revisione degli algoritmi di calcolo del *pay-back*, finalizzata a ridurre i motivi di contesa. Che l'algoritmo si possa semplificare, e anche migliorare, è certo: che la sua revisione possa essere risolutiva è, invece, largamente dubitabile.

Piuttosto, è necessaria una visione olistica del problema e, questo, richiede una analisi approfondita delle ragioni che incentivano il contenzioso.

Il punto di partenza del ragionamento non può essere la dimensione *pay-back*: come argomentato nel capitolo 9a, nel 2017 la somma da ripianare è pari a € 1,3 mld., ovvero al 6,9% della spesa farmaceutica effettiva: spesa effettiva perché al netto di sconti e *pay-back* legati ai *Managed Entry Agreements* (MEA).

I meccanismi richiamati, insieme agli importanti risparmi derivanti dalle genericazioni, hanno sin qui garantito la Sostenibilità della spesa farmaceutica.

La loro efficacia è indubbia: sebbene i confronti di spesa con gli altri Paesi siano molto difficili, a causa delle diverse poste rilevate (si veda nel dettaglio il capitolo 9a), considerando che l'Italia è fra i pochi Paesi che rileva tutta la spesa, si può affermare con ragionevole certezza che la spesa italiana è significativamente inferiore a quella media EU, e questo in primo luogo grazie ad un prezzo medio delle molecole inferiore.

La negoziazione di un prezzo medio inferiore è, peraltro, stata resa possibile dal sistema degli sconti (più o meno) opachi, che hanno permesso di mantenere il prezzo "ufficiale" ad un livello ritenuto accettabile dalle imprese, ottenendo un ribasso da applicarsi "ex post": in altri termini, l'elemento vincente è stato quello di negoziare sconti applicati dopo il consumo, garantendo così le imprese dal rischio di fenomeni di commercio parallelo.

Anche il *pay-back*, derivante dallo sforamento del tetto della ospedaliera, ha questa natura, e configura un ulteriore sconto, che va a sommarsi ai precedenti.

Quel che con tutta probabilità ha messo in crisi il sistema, è stata la rapida crescita dello sforamento, che ha portato lo sconto a livelli ritenuti non più "accettabili" da parte delle imprese (oltre ad avere generato non banali complicazioni di gestione dei bilanci).

Una diversa allocazione dei *pay-back*, quindi, sembra che non possa essere risolutiva, a meno che non comporti anche una riduzione dell'ammontare complessivo del ripiano.

D'altra parte, le Regioni contano ormai sul flusso dei *pay-back*, che di fatto è diventato una importante forma di finanziamento, di un livello quantitativamente comparabile con gli aumenti annuali del finanziamento del SSN.

Il tema della *governance*, quindi, non può che essere declinato insieme a quello del tetto di spesa e anche a quello delle politiche industriali.

Il doppio tetto, di cui la parte ospedaliera è sfidata da tutte le Regioni tranne due (e per di più a Statuto speciale), a cui si aggiungono i due distinti Fondi per i farmaci innovativi, configura un sistema di silos

che non ha ragione di essere e comporta elementi significativi di inefficienza; l'abbattimento di questi silos fra farmaceutica e altre forme assistenziali, ma anche la valutazione dell'indotto generato dal settore, dovrebbero quindi essere tra gli obiettivi primari da raggiungere per poter garantire la Sostenibilità dell'innovazione (Figura 9.).

L'ulteriore elemento da considerare ai fini della nuova *governance*, è che ormai la quota di spesa farmaceutica privata è rilevante, e condiziona le *Performance* regionali: essa è pari in media al 31,6%, variando dal 43,6% della Valle d'Aosta al 21,7% delle Marche; questo dato basta per evidenziare come la spesa privata non possa essere esclusa dal sistema di *governance* (Figura 10.).

Sul tema del rapporto fra spesa farmaceutica pubblica e privata, e quindi su quello dei criteri di valutazione delle tecnologie, va anche detto che è del tutto apprezzabile che fioriscano, sebbene con ritardo rispetto agli altri Paesi, i richiami all'*Health Technology Assessment* (HTA).

Figura 9. Spesa farmaceutica* ospedaliera pubblica pro-capite e tetto. Anno 2017

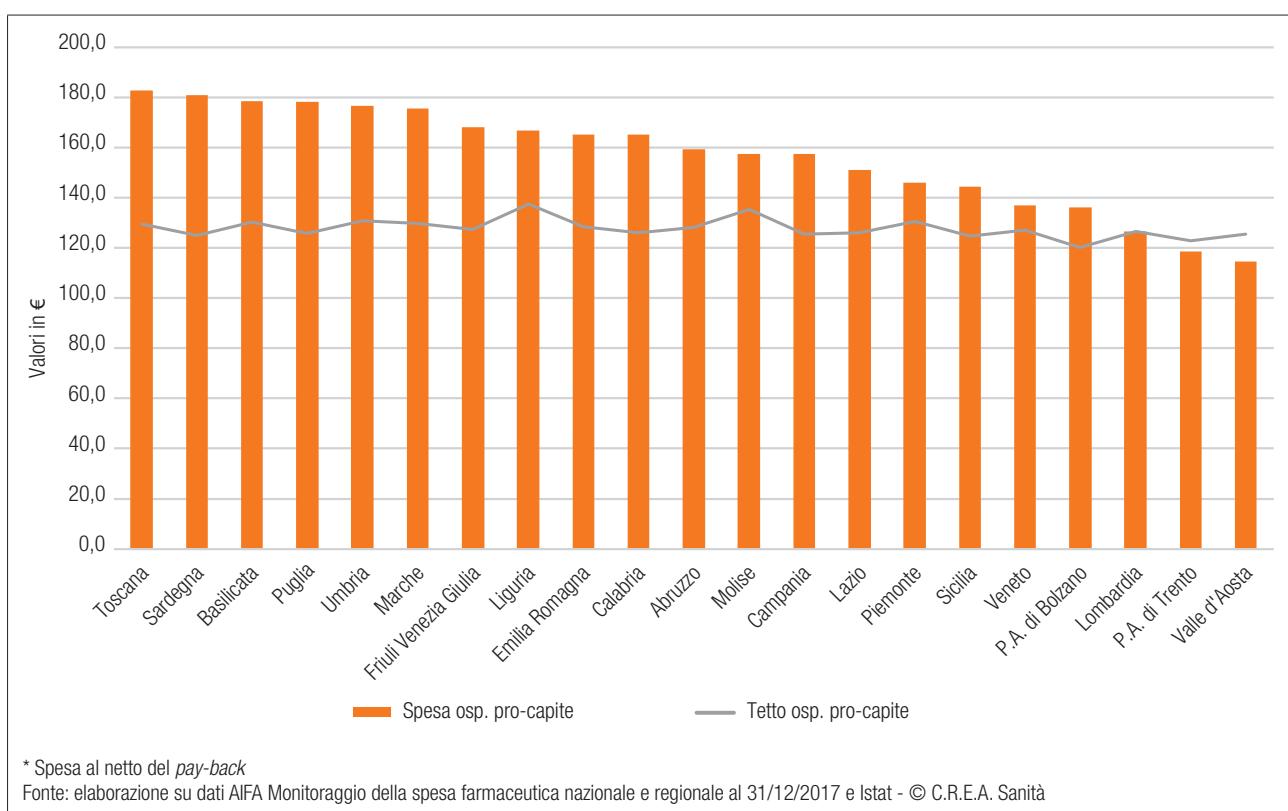
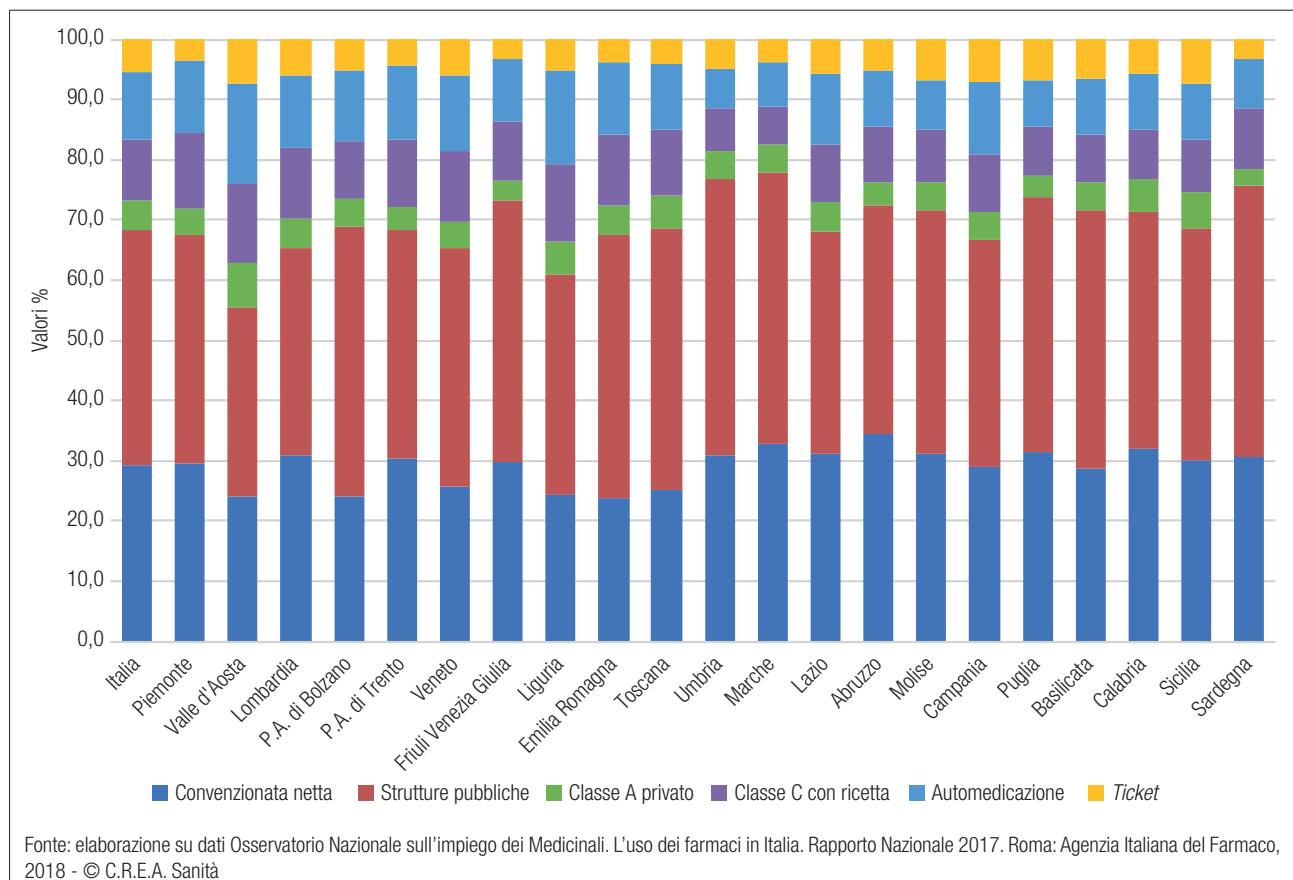


Figura 10. Composizione della spesa farmaceutica totale. Anno 2017



Allo stesso tempo, è necessario rimarcare che i prossimi anni metteranno in profonda crisi i sistemi di valutazione sinora utilizzati: le cosiddette *advanced therapies*, come già la medicina di precisione, pongono formidabili sfide al sistema di HTA, nella misura in cui la crescente targettizzazione implica uno scenario del tutto nuovo, con farmaci (e in generale tecnologie) per indicazioni così “strette” da essere riferibili a gruppi di pazienti di “dimensione” sempre più assimilabile a quelle che si incontrano nelle malattie rare; e, come abbiamo imparato proprio dall’esperienza dei farmaci orfani, questo a sua volta implica prezzi anche altissimi per rendere le molecole remunerative; a sua volta, la crescita dei prezzi delle tecnologie implica una sempre maggiore concentrazione delle risorse su pochi soggetti. Ne segue che, in prospettiva, il problema della valutazione delle tecnologie si sposterà dai problemi di efficienza (riassunti nei criteri di valutazione della costo-efficacia),

a quelli dell’etica, ovvero alla elicitatione delle preferenze sociali in tema di concentrazione degli investimenti su pochi soggetti.

Il tema è così delicato da richiedere un serissimo approfondimento, e rapide decisioni, a partire da quelle che riguardano la rappresentanza dei diversi *stakeholder*, ad iniziare dai cittadini e dai pazienti, nei processi decisionali.

Concludendo, la complessità della filiera della Sanità e la rapidità dei cambiamenti in corso richiedono una maggiore capacità di analisi e più raffinati strumenti di supporto alla programmazione di medio-lungo periodo; tali strumenti devono permettere di superare la logica dei silos, esistenti sia all’interno del settore sanitario, sia, più in generale, fra politiche sanitarie, industriali, dell’educazione etc..

Ma serve anche fare pulizia di vari *misunderstandings*, che rischiano di portare a decisioni scorrette per difetti di impostazione dei ragionamenti; per que-

sto è necessario un cambiamento culturale, a partire dal ritorno alla pratica del confronto collaborativo: la tendenza alla radicalizzazione delle posizioni, che è evidente nella Società italiana, negli ultimi anni, anche in Sanità, ha di fatto impedito di affrontare i temi con maggiore contenuto valoriale, generando una *empasse* di fatto; non è un caso che, da oltre

due decenni, le politiche siano state orientate ad affrontare quasi esclusivamente tematiche di assoluta evidenza tecnica, legate all'“efficientamento” del sistema: però, raggiunto ormai l'obiettivo, oggi esse hanno probabilmente esaurito gran parte della loro importanza, e segnano il passo rispetto alle reali necessità di ammodernamento del settore.

EXECUTIVE SUMMARY

Misunderstandings

Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

As usual, the executive summary of the Report tries to place the quantitative analyses carried out and commented in the Report into an overall picture useful to describe the evolutionary trends of the Italian health system, the latter including both the public component (i.e. the National Health Service - ITA-NHS - and its related regional services), as well as the private one.

The analysis on the principal 2018 events, made focusing on the search for the real "significance" and nature of health policies, can be summarized by underlining that there is still no clear evolutionary design of ITA-NHS, thus reaffirming the doubt implicitly raised in the subheading of the 2017 Health Report, namely "The Change of Italian Healthcare System between Transition and Leeway".

This year has been largely characterized by the celebrations for the 40th anniversary of the ITA-NHS; more attention has also been focused on some specific topics, such as the health professions and the waiting lists.

These are serious issues, that clearly require attention, but there is still the feeling that health is not one of the top priorities of Italy's governments, which meanwhile keep on coming one after the other.

This feeling becomes certainty considering that the same funds already envisaged for the ITA-NHS are allocated - a decision that does not follow up the electoral promises of refinancing public health and does not reverse past trends.

The fact that Health is not a priority is clear, also considering that this must be seen in the context of a new finance law which, although not yet adopted and not even fully explained, is openly intended to

be expansionary.

Faced with austerity policies aimed primarily at reducing the public debt, the curbing of the NHS public funding - although questionable - can be somehow "explained". It is harder to understand how expansionary economic policies can be combined with a basic funding stagnation.

It can only be inferred - and, indeed, it is not a novelty - that the health sector is not considered a trigger and a driver of development. Sometimes it is considered a mere cost and even a case of inefficient use of resources.

The Health issue is always associated with the right to Health, a combination that can certainly be shared. Nevertheless, thinking that health is only an issue of citizens' rights is completely short-sighted, because this fully neglects the evident fact that Health is, *inter alia*, also a fundamental nerve centre of the country's economy.

The 13th Chapter of the Report provides a summary of the study conducted by the Regional Policy and Territorial Cohesion Department of Confindustria (the Italian Association of Entrepreneurs), which unequivocally demonstrates the economic importance of the "Health sector". Considering the turnover generated by the related industries, the health sector accounts for 10.7% of the Gross Domestic Product (GDP) and 10% of national employment, thus confirming to be the third largest sector in the country, second only to the Food and Construction sectors.

Keeping on thinking that the health policy is only confined to the welfare policies component, thus forgetting the industrial policies component, is a misunderstanding on what the real perimeter of health

¹ University of Rome "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

policies is.

The ensuing concerns depend on the fact that misunderstandings undermine the possibility of defining effective and efficient policies: if the "assumptions" on which we work are "wrong", obviously the resulting analyses, although internally consistent, cannot be "correct".

The analyses made in the Report show that there are many misunderstandings in the current health debate.

Hence the executive summary tries to focus the decision-makers' attention on the aspects that we deem may lead to significant misunderstandings.

Premised, for transparency purposes, the interpretation key adopted in the 14th Health Report worked out by C.R.E.A. Sanità, now let us try to analyse four areas potentially at risk of misunderstanding:

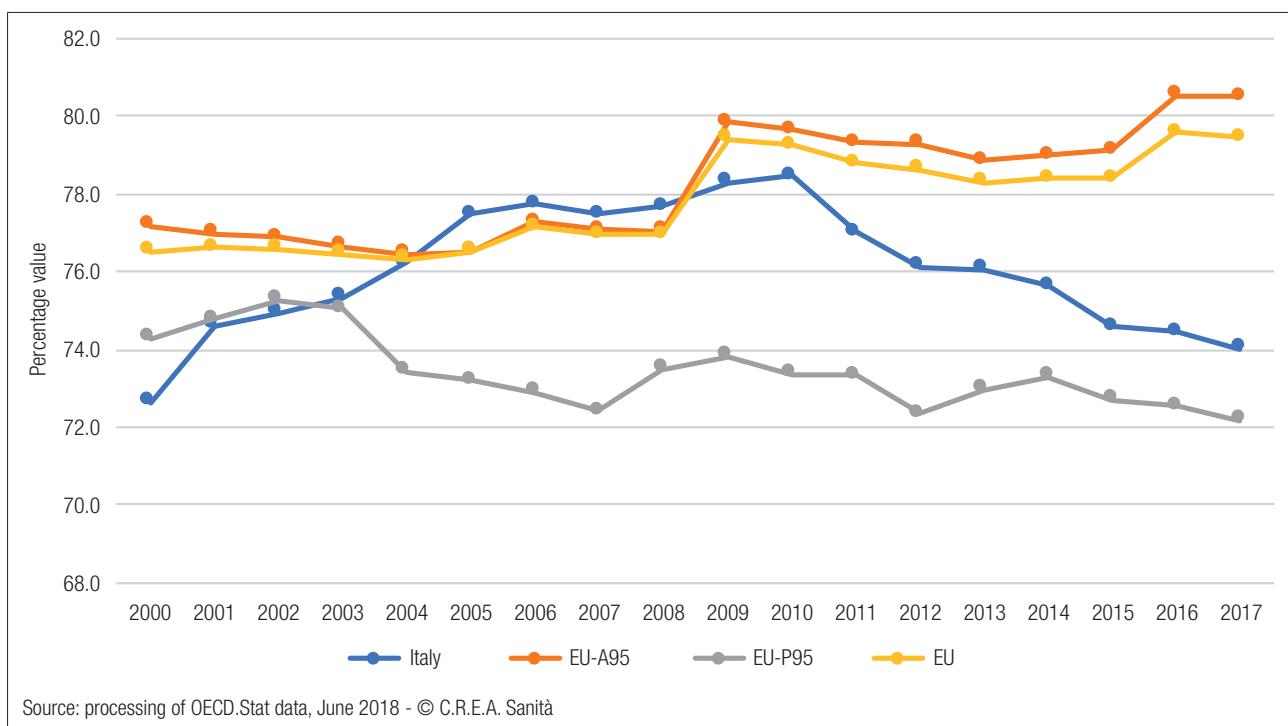
- the measurement of the NHS Performance;
- the boundaries of citizens' rights in terms of health protection;
- the solution to the problem of staff shortage;
- the relationship between sustainability and economic development.

Starting from the first area and reverting to the issue of funding, we preliminarily note that the failure to (re-)finance the ITA-NHS is an objective fact and that it can be justified in two ways.

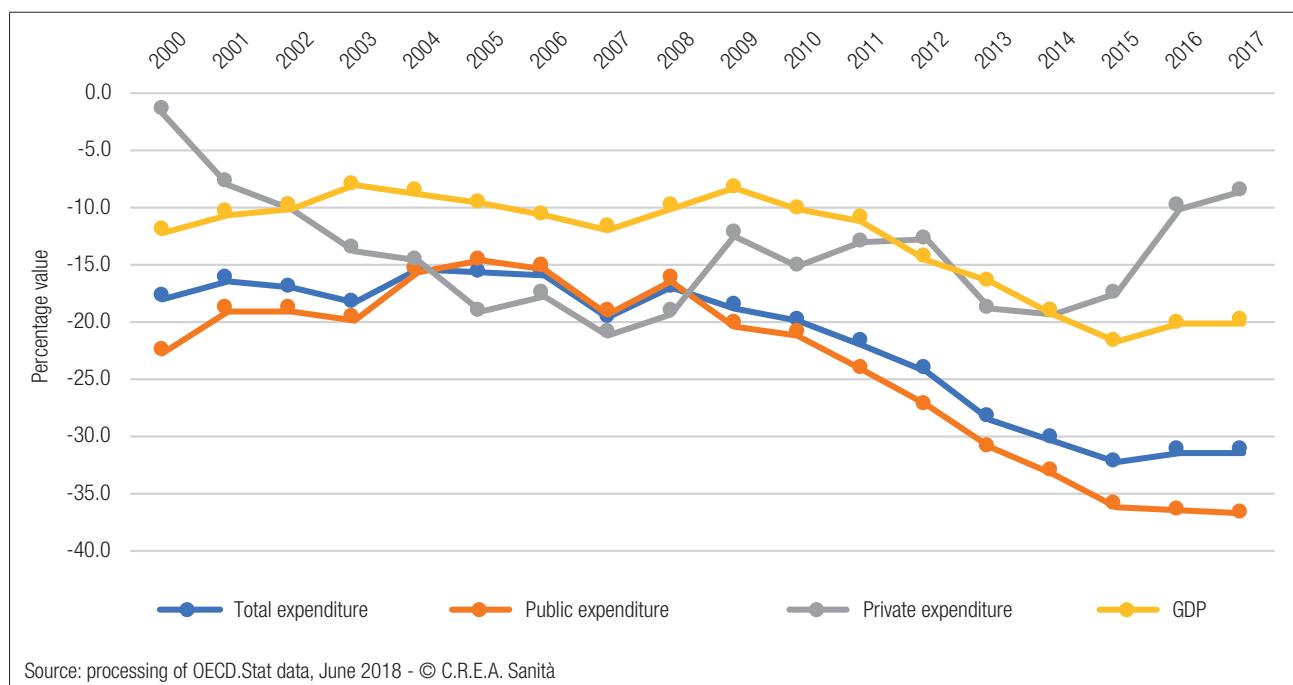
Avoiding a purely financial interpretation, the objective failure to (re-)finance the ITA-NHS is evidenced by the fact that, since 2009, the public protection share in Italy has moved away from the average of the EU-Ante 1995 EU Member States (i.e. the Western and Central European countries plus Greece, which represent the "original" core of the Community) and tends rather to align with that of the EU-Post 1995 Member States (i.e. those mostly located in Eastern Europe, which adhered to the EU at a later stage).

Whereas the comparison has a merely pragmatic justification, linked to the different average levels of economic development in the two areas, it should also be noted that, although the latest data available refers to 2017, clearly the trend has continued throughout 2018 and will continue also in the future. In fact, the growth rate of public funding in Italy is still lower than 1% while, over the last decade, the average yearly rate of the EU-Ante 1995 EU Mem-

Figure 1. Share of public funding on current healthcare spending



Source: processing of OECD.Stat data, June 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Figure 2. Trends of the current healthcare spending and of the per-capita GDP – Gap Italy vs EU-Ante 1995

ber States has been 3.6%, and 3.2% over the last three years. Over the same period, the average yearly growth rate of funding in the EU-Post 1995 Member States has been 4.3% and 5.2%, respectively. Therefore, Italy currently has a share of public coverage 1% higher than the average of the EU-Post 1995 Member States and over 6% lower than the average of the EU-Ante 1995 Member States (Figure 1.).

In other words, following the equitable principle underlying the welfare systems in healthcare, the "re-financing" or "de-financing" cannot be measured correctly by using the nominal value of its increase / decrease. It must instead be measured based on the share of public spending - the one actually placed under the "public protection wing". From this viewpoint, the "trends" of health policies over the last few years, confirmed by the umpteenth postponement of investment in healthcare, appears to be unequivocal.

Based on the premise that so far the Health sector has not been considered one of the top public priorities, a step forward shall be rightfully made in our analysis by wondering whether this choice has a valid justification.

Without claiming to be completely exhaustive,

there are two reasons which are mostly implicitly used to justify this choice: a "negative" and a "positive" one, namely the "waste of resources" and "the excellent health" of the Italian people.

In fact, part of the decision makers believe that the (re-)financing of the Health sector should be obtained not by increasing resources, but by reducing the "waste" and hence freeing up resources. This prospect is fascinating, but in order to be concrete its real scope must be quantified.

In fact, really there is scarcely corroborated evidence on the "waste of resources" in healthcare: scaremongering on defensive medicine and on corruption, as well as scaremongering resulting from benchmarking exercises between the costs of different structures and areas and, last but not least, cases of "criminal conducts".

Apart from the fact that the measurements of all these phenomena are scarce, when not even poor-quality - because they are mostly based on the extrapolations of experiences and estimates made in other realities or in other sectors - or the result of analyses not ensuring adequate homogeneity and standardization of comparisons (so much so

that a substantially anecdotal belief of their “importance” prevails), a misunderstanding can be found in the reference target used. If we could eliminate any embezzlement and mismanagement, as well as any defensive push, and if also a “perfect” planning of every activity could be possible, certainly there would be significant “waste of resources” to be eliminated, useful for a significant (re-)financing of the Health sector.

In this way, however, we forget that Health is a complex system (really so and not only as maintained by academics): forgetting it means living in a “dream world”.

Conversely, “facts” show that the waste of resources - although existing - is not a credible source of (re-)financing in Italy.

By way of example, without claiming to be exhaustive:

- 1) the Italian spending is currently 31.3% lower than the EU-Post 1995. Member States (the gap has doubled compared to 2000 and would have been greater if there had not been the Greek crisis and Brexit), also considering that the gap is reduced by the growth of private spending, because for public spending it is even 36.8%. Finally, also using the purchasing power parity value (a choice which, however, is significantly questionable), it almost reaches 25% (Figure 2.).
 - 2) not only the Italian spending levels are historically lower than those of the other EU Member States, but also growth rates are lower
 - 3) the variability of clinical practice, as well as the phenomenon of defensive medicine, are general problems defying national borders and, as far as we know, there is no evidence that in Italy they are greater than in the rest of the world
 - 4) also with regard to corruption in the health sector, there is no data demonstrating that it is greater than in other sectors
 - 5) the Regions generally deemed more inefficient, however, are those which spend less.
- Ultimately, the misunderstanding lies in the fact that the existence of “waste of resources” does not

automatically mean that it can be eliminated in the short term, and that hence significant resources can be freed up.

The second (“positive”) issue for discussion is the excellent performance of the Italian health sector, in terms of aggregate health outcomes. The reasoning can be exemplified by the rhetorical question: “Why spending more if the results are excellent?”

In fact, in 2016 life expectancy in Italy was second only to Spain (with as many as 8 Regions which performed even better than the “leading” country). With specific reference to life expectancy at the age of 65, Italy is only behind France and Spain, and for disability-free life expectancy it is second only to Sweden. In practice, an Italian citizen can hope to live without disabilities until 58.8 years of age, with a 1-year increase recorded over the last ten years. In Italy life expectancy at 65 without limitations in daily activities amounts to 9.8 years and is up by almost a year compared to 2010, thus demonstrating, *inter alia*, that there is an overall improvement of health and self-sufficiency levels. The chronic disease rates for the over 65 citizens decreased significantly from 45.6% in 2013 to 44.2% in 2016.

With specific reference to cancer, Italy has a standardized mortality rate lower than the EU Member States’ average. Also the avoidable mortality rates are lower: 7.7 deaths less per 100,000 inhabitants than in the EU-Ante 1995 and 107.3 less than in the EU-Post 1995.

Hospital efficacy and efficiency are also very high. For example, in its latest *Italy Health Profile*, the OECD acknowledges that Italy records the best performance among the countries considered in terms of hospital mortality rate in case of a heart attack; not to mention that Italy has the lowest hospitalization rates in Europe. The OECD also appreciates Italy’s Primary Care although, in the national debate, it is sometimes put in the dock.

The only significant criticism levelled by the OECD at the Italian Healthcare is related to the average hospital length of stay. This is, however, not correct because it is rather a case of “non-standardization” of the indicator: in fact, it goes without saying that, since Italy’s hospitalization rates are 50% lower than

those of the major EU Member States, it is fully reasonable to record a longer average hospital length of stay, due to a case mix of hospitalized patients that is inevitably more severe.

Even prospects do not seem negative at all. Despite the prophecies of an inescapable unsustainability of the health system resulting from the aging of population, the “facts” demonstrate that not only life in general is longer, but also that the same holds true for the disability-free life. The chronic disease rate does not increase (and indeed even decreases); the average age in which patients in acute conditions have to be hospitalized rises and, at the same time, there is a reduction in hospitalizations even in the

oldest age groups.

Furthermore, according to the OECD data, despite having spent € 87.4 per-capita in prevention in 2016 - an amount that is still lower than in several European countries, such as Denmark, Germany, the United Kingdom and Sweden - Italy records the lowest share of overweight people over 15 (45.1%) in Europe and the rate is stable compared to 2006. Also the share of obese people is the lowest (9.8%), slightly decreasing as against both 2014 and 2006. Italy is the second country with the lowest amount of alcohol consumed (7.1 litres per-capita), with a stable value compared to 2015 and decreasing as against 2006. With specific reference to tobacco

Table 1. Italy's ranking in the EU by different prevention indicators

Indicator	Unit of measure	Year	Source	Italy's value	Value average (n° of countries considered)	Country (maximum value)	Country (minimum value)
Obesity of people aged over 15	%	2016 (or nearest year)	OECD	9.8	16.6 (23)	Hungary (21.2)	Italy (9.8)
Spending on prevention programs as a % of current public spending	%	2016	OECD	4.7	2.8 (23)	United Kingdom (5.1)	Slovakia (0.7)
Alcohol consumption for people aged over 15	Per-capita liters	2016 (or nearest year)	OECD	7.1	10.0 (23)	Lithuania (13.2)	Greece (6.5)
Obesity of adults aged over 18	%	2016	WHO	23.0	25.3 (28)	Malta (31.0)	Denmark (21.0)
Per-capita spending on prevention programs	€	2016	OECD	87.4	61.0 (23)	United Kingdom (145.2)	Slovakia (5.9)
Persons aged over 15 who smoke every day	%	2016 (or nearest year)	OECD	20.0	20.0 (23)	Greece (27.3)	Sweden (10.9)
Women aged 50-69 who have undergone a mammogram within organized screening programs	%	2016 (or nearest year)	OECD	60.0	59.7 (17)	Finland (82.2)	Latvia (27.4)
Overweight + Obesity of boys and girls aged 15	%	2013-2014	OECD	15.5	14.5 (23)	Greece (21.5)	Denmark (9.5)
Elderly people aged over 65 vaccinated against seasonal influenza*	%	2016 (or nearest year)	OECD	49.9	36.2 (23)	United Kingdom (70.5)	Estonia (2.8)
1-year children vaccinated with 3 DTP vaccine doses	%	2017	OECD	94.0	95.7 (19)	Greece, Hungary and Luxembourg (99.0)	Finland (89.0)
Adults aged over 18 who practice insufficient physical exercise	%	2010	WHO	35.9	27.3 (28)	Malta (45.2)	Estonia (15.2)
Obesity of adolescents aged 10-19	%	2016	WHO	10.0	8.0 (28)	Malta and Greece (12.0)	Estonia (5.0)
Obesity of boys aged 6-9	%	2015-2017	WHO	21.0	13.5 (23)	Italy and Cyprus (21.0)	Denmark (5.0)
Adolescents aged 11-17 who practice insufficient physical exercise	%	2010	WHO	91.8	81.1 (27)	Italy (91.8)	Ireland (71.6)

Worse than EU average (*or above the EU average, but without reaching the recommended threshold, as is the case with the vaccination of over 65 people)

Similar to the average or with a minimum deviation

Better than EU average

The “value average” is seen as the average of the values recorded in all countries under consideration for each indicator

Source: processing of OECD and WHO data, various years – © C.R.E.A. Sanità

smoking, Italy ranks in the middle and, however, on the wane compared to 2006 (Table 1.).

The ITA-NHS does its utmost with preventive services, albeit with different levels of efficacy: as regards vaccinations - for which it has been necessary to intervene faced with a gradual decline in pediatric patients' vaccinations since 2013, the coverage rates are growing again.

With specific reference to the over 65 people's vaccination against seasonal influenza, with a 49.9% rate Italy ranks seventh among 23 EU Member States (although it has recorded a 18.4 percentage points decline compared to 2006 and it is still far from the recommended threshold of 75.0%).

With regard to mammographic screening, Italy ranks in the middle with 60.0% of women aged 50-69 who have participated in an organized screening program. The rate is slightly increasing (+0.4 percentage points) compared to 2006 and coverage is underestimated as it does not take into account the tests made by women voluntarily.

The problematic areas are few and even well identifiable. The main one is the Italians' scarce physical

exercise, which is particularly serious for school-age adolescents (aged 11-17). According to the WHO, in this age group 91.0% of boys and 92.6% of girls do not practice sufficient physical exercise: by far the highest physical inactivity rates among European countries.

It is therefore not surprising that the share of overweight children aged 6-9 is the second highest in the EU 42.0% and that Italy ranks first with Cyprus with regard to obese children aged 6-9 (21.0%).

Two major conclusions can be drawn: firstly, Italy pays growing and effective attention to prevention, which certainly contributes to the excellent aggregate health outcomes recorded, but investment is still insufficient.

Secondly, the NHS cannot be given credit for all the good health outcomes recorded, but, at the same time, not all the problems are linked to some failures. It goes without saying that physical inactivity - the real health problem in Italy - is to be attributed to absolute shortcomings of the school system, which is also the other major absentee in the choices of public (re-)financing. These shortcomings are largely re-

Figure 3. Life expectancy at birth vs GDP per-capita. Year 2016

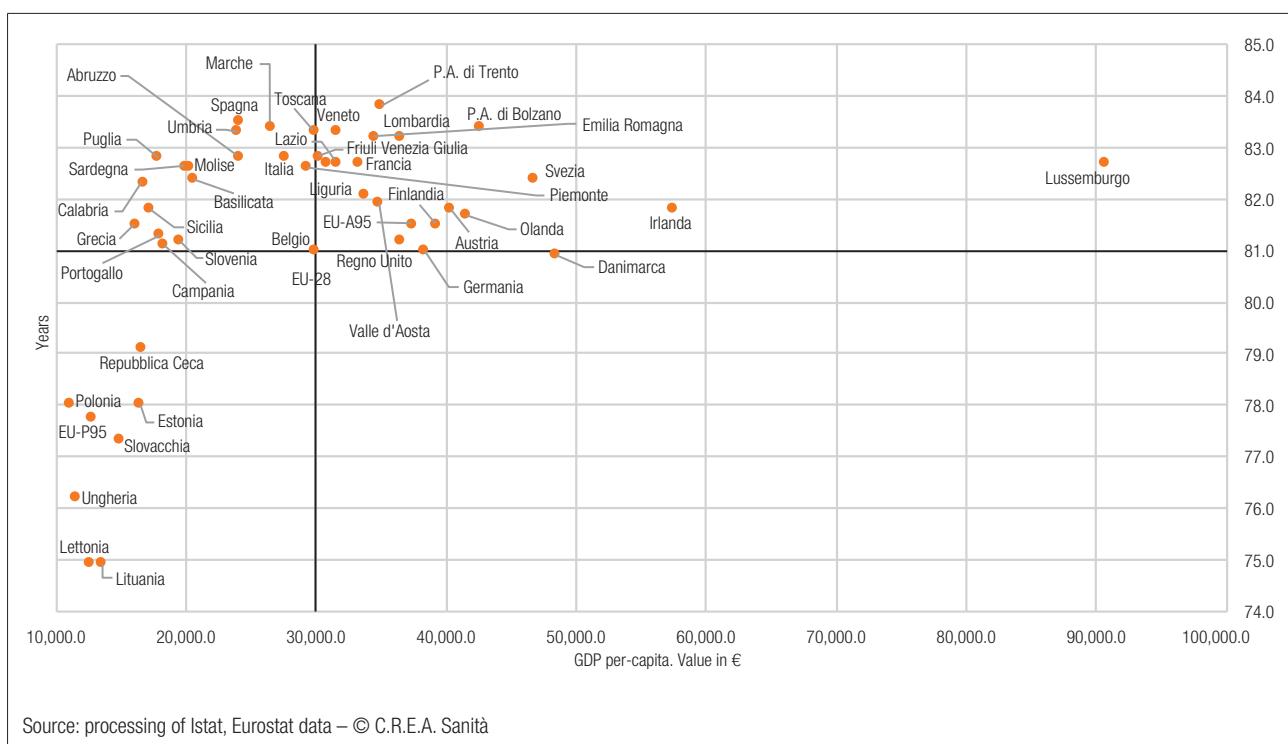
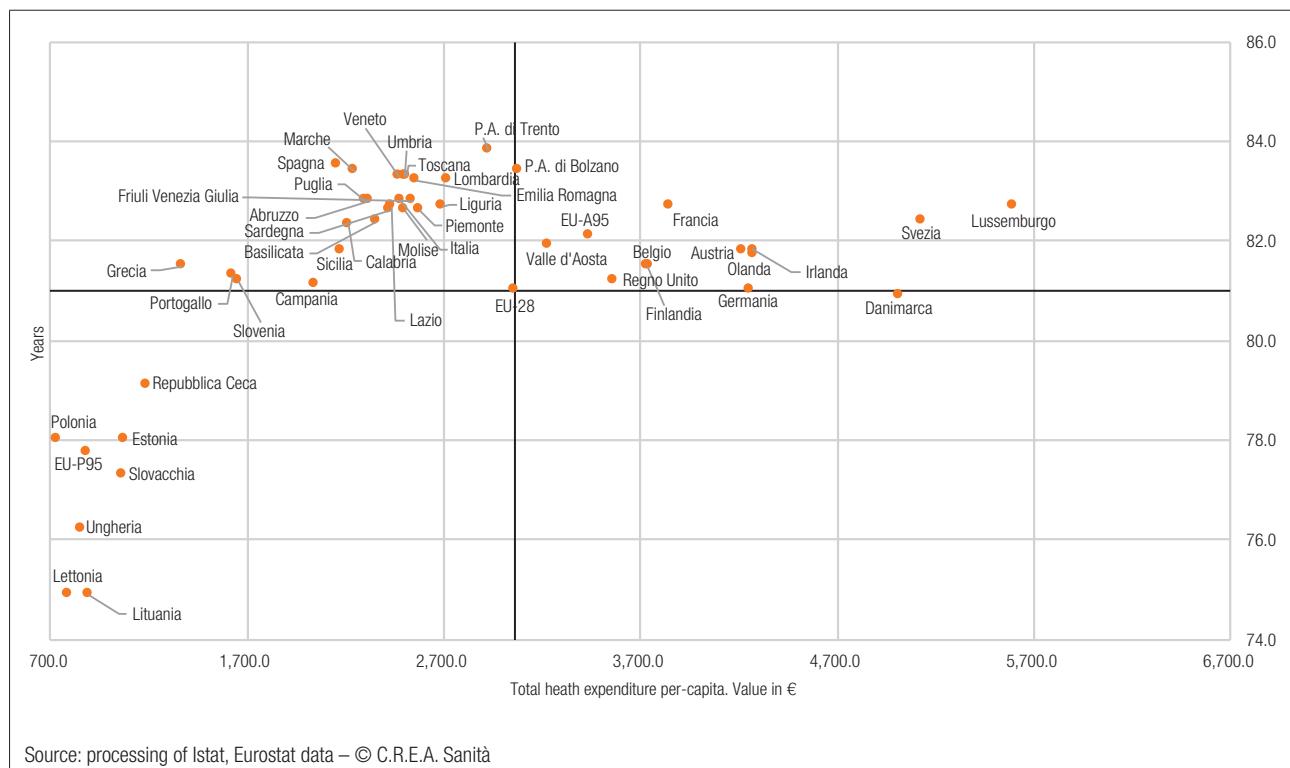


Figure 4. Life expectancy at birth vs total health expenditure per-capita. Year 2016

lated to the issue of education to correct lifestyles: clearly, besides the integration between the education system and the labour market (that is one of the major reforms intervened Italian educative system), in the future education-sport integration needs to be developed, thus recognizing its rightful role.

Thirdly, the NHS performance cannot be expressed only in terms of health outcomes: not only because, as already seen, they do not depend only on the NHS, but also because equity is as important as efficacy or efficiency - and sometimes even more.

Therefore, a misunderstanding is the fact of thinking that considering the good results in terms of efficacy (outcomes) and efficiency, there is no (at least urgent) reason for intervening and taking measures.

All the more so because the Italian NHS, inspired by the universalism of public protection, has its *raison d'être* precisely in the aim of ensuring equity.

Another misunderstanding, from which the celebrations for the 40th anniversary of the ITA-NHS are not immune, is that there can be Universalism without Equity.

From this viewpoint, we must reaffirm that in Italy the first - and unfortunately persistent - cause of inequity is still the gap between the North and the South.

This gap also affects life expectancy, with over a year less in the Southern Regions - a gap that is 3 years for life expectancy at 65. The same holds true for chronic diseases and disabilities, despite the fact that the Southern Regions are those where, on average, a younger population lives, for whom (in the funding phase) a lower need for resources is assumed.

In this regard, a further misunderstanding lies in the fact that this difference is regarded in terms of mere inefficiency of the Southern NHS.

The data interpreted from another perspective shows that life expectancy in the Southern Regions is, however, incomparably better than we could expect based on their level of economic development: Greece and Portugal, for example, although recording a per-capita GDP comparable to Southern Italy's, "perform" worse than all Italian regions, except for

Campania. The latter, however, performs much better than all the countries in Eastern Europe.

This result is made possible by the redistributive mechanism that is at the basis of the NHS, which enables the poorer regions to have a much higher health spending than the other countries mentioned (Figure 3.).

In other words, the importance of continuing to have a cohesive ITA-NHS, with a strong redistributive mechanism, is demonstrated not so much by the efficiency of the system, but rather by the reduction of inequalities it actually achieves.

When we note that - at least up to a certain level of spending - there is a positive correlation between spending and outcomes, we can draw the conclusion that these two variables must be considered together.

Although considering all the limits of a graph designed to provide a qualitative interpretation of the phenomenon - which does not want to scientifically quantify the efficiency levels - Figure 4. "tells" us that practically all the Italian Regions "perform" better

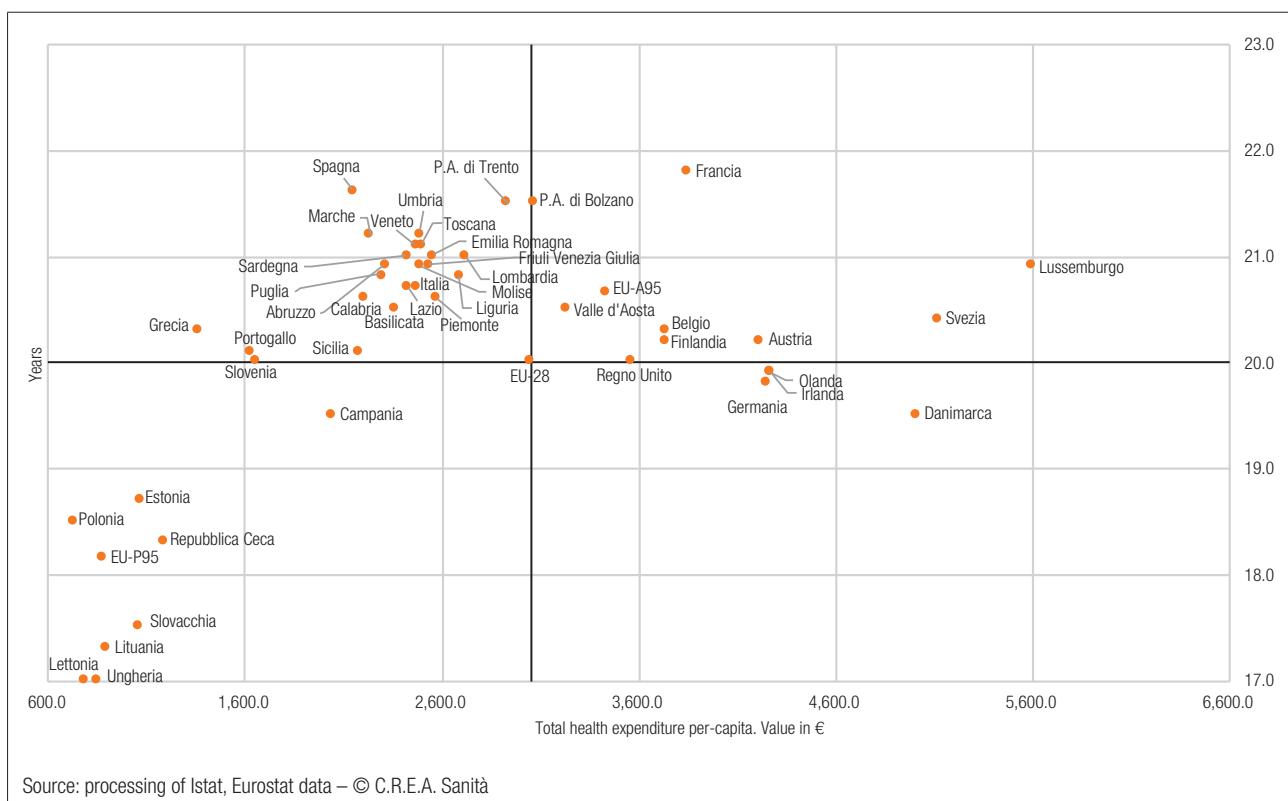
than expected. It also shows that, in some Southern regions, spending may have been more efficient than in other Regions: in other words, the outcome comparisons are not correct or, at least, they can say nothing about the efficiency of Regional Health Services (SSR), if they are not standardized (*inter alia*) by socio-economic conditions and by health spending.

Therefore, while the NHS social value is undeniable, it is also evident that the differences - first of all at geographical level - are still excessive and hence the final judgment passed on the NHS is not obvious and cannot be taken for granted.

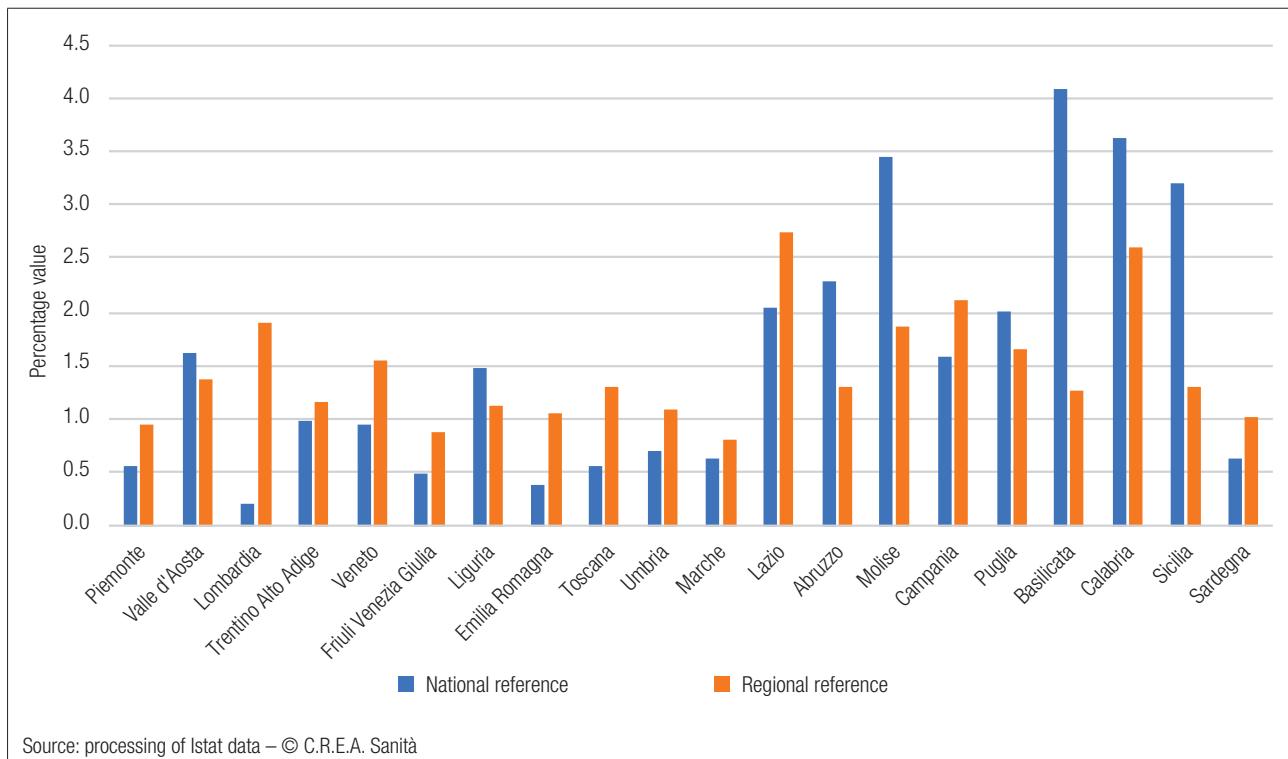
The first consequence of this reasoning is that the primary aim of the (re) financing should be the actual reduction of inequalities.

This leads us to consider that it may not be necessary to increase resources, but rather to reallocate them. Although legitimate, this statement is likely to clash with the fact that, for some people or areas, reallocating resources implies a reduction, with an unacceptable risk of regression in the services pro-

Figure 5. Life expectancy at 65 years vs total health expenditure per-capita. Year 2016



Source: processing of Istat, Eurostat data – © C.R.E.A. Sanità

Figure 6. Share of impoverished families. Year 2016

vided.

For the sake of completeness, it should also be considered that, as anticipated, over a certain level of spending it is hard to perceive a significant incremental benefit in the aggregate data at national level. Nevertheless, this does not automatically entail poor productivity, because the advantages could be of another nature: for example in terms of quality of life, and / or responsiveness, and / or customer satisfaction, etc.

Rather, it is difficult to explain why the correlation between spending and life expectancy at 65 is much weaker: a phenomenon that will deserve further investigation, especially in view of the fact that the aging of population poses the challenge of improving the situation of elderly people (Figure 5.).

A first hypothesis is that the life expectancy in good health conditions and the quality of life are greatly affected by the general economic conditions and not only by the investment in healthcare.

Ultimately, Italy continues to have a problem of geographical equity and, in a context of universalistic health protection, this is a good reason to revise

the funding levels and logics.

As evidence of the partial failure of the ITA-NHS, the problems mentioned are cross-cutting in the system: the incidence of impoverished households due to the health spending borne privately is 8 times as much among the Regions with extreme values. Even assuming a regional - and hence relative - reference (the poverty threshold), the differential is still almost 3 times as much (Figure 6.).

If we consider the "new" cases of families who report they have reduced health spending and, indeed, have reduced it to zero, the households experiencing problems due to health spending, in the various Regions, rise from just over 2% to over 12% (Figure 7.).

These phenomena result from a steady increase in the number of families bearing healthcare costs privately. Last year it increased by 2% up to 79% - an increase only partially offset by the reduction in the nominal value of the healthcare spending actually borne by individual families.

While the impoverishment and renunciation to spend for healthcare are obviously phenomena

linked to deprivation - and hence concentrated in the first two quintiles of consumption - it should also be kept in mind that for some years the middle class has experienced the most significant worsening of its own situation. In fact, it is in the third and fourth quintiles that the share of consumption destined to healthcare is growing more quickly (Figure 8.).

The inclusion policies must necessarily take this phenomenon into account, by analysing, in greater detail, the differences in the demand of the different segments of population.

The middle class, although scarcely involved in the phenomena of impoverishment and renunciation to spend in healthcare, is a problem in terms of equity, firstly because it is the one largely funding the system with the taxes paid. As already noted in the previous Reports, when stating that the NHS is a failure in terms of equity, we must also consider the unequal distribution of charges, resulting from a notoriously inefficient tax system.

Although not falling within the Health Ministry's competence, the tax issue is an essential factor in terms of NHS sustainability: as we have repeatedly pointed out, the advantages of a universalistic social insurance system are in fact null in the absence of equity on the funding side.

The fact that the expression "public and universalistic", with which we usually refer to the ITA-NHS, is - to a large extent - a mere statement of principle, is proved by the (already mentioned) fact that the share of public funding in healthcare spending is lower than that of most EU countries. It is also proved by the fact that, at the same purchasing power, the level of Italian private health spending - despite the NHS - is perfectly in line with the EU average (where the universal solidarity-based systems are a minority).

Hence, despite the promise of Universal and Global protection, on average Italian citizens contribute privately to healthcare spending to the same extent as those of the other EU-Ante 1995 Member States.

This last consideration highlights another misunderstanding: for some people the development of the second welfare pillar in healthcare is a disruptive factor for the ITA-NHS primacy while, for others, is an inescapable need for sustainability reasons. Both claims, however, are not corroborated by facts: the former because private spending has exceeded 25% and is growing over time to offset the low growth of public spending. This is demonstrated by the fact that it is growing faster than the growth of the

Figure 7. Share of economic discomfort. Year 2016

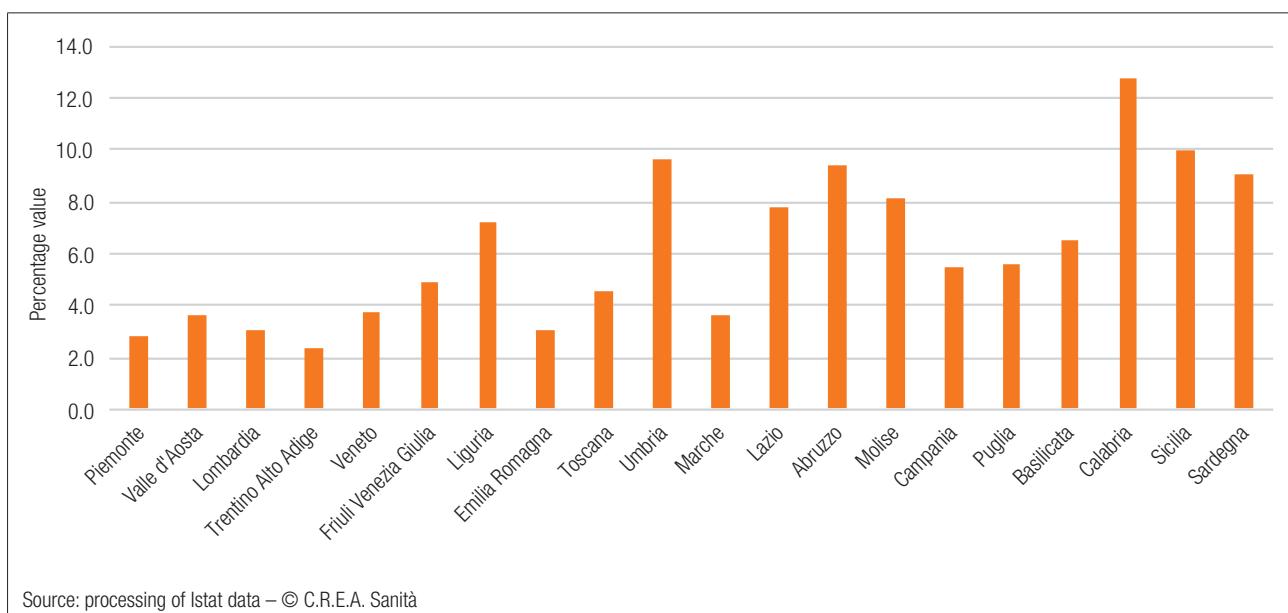
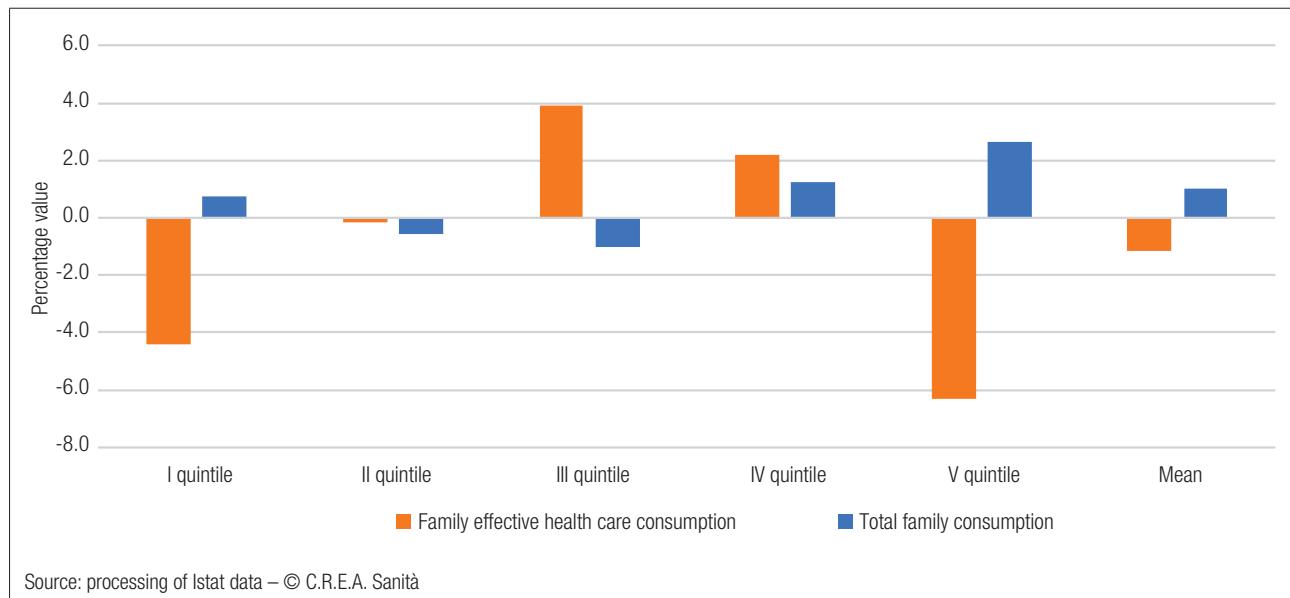


Figure 8. Change in average effective family expenditure. Years 2016/2015

per-capita GDP and hence of the capacity to pay.

Nor can it be dismissed as "useless" or "inappropriate" spending even though - besides Class C drugs, the privately purchased Class A drugs, co-payments, prescription charges and self-medication drugs - in the private household spending there are € 5-6 billion of other products, the nature of which should be better investigated.

Moreover, private spending accounts for 90% of the Regions' health spending differentials. Considering that - as discussed above - these differentials are correlated with performances, regarding private spending as an "accessory factor" is automatically tantamount to abdicating the redistributive role, which falls within the public sector's competence.

Not even the statement whereby the second pillar is needed to ensure sustainability is true, because the citizens' readiness to spend on health is substantially given and expressed in the consumption we record: the public supply and its possible shortcomings are supplemented privately.

There is no automatic way to increase the total resources allocated to the health sector: at most, reallocations can be made between the public and the private segments, reallocations that certainly have an impact on equity level, while it is questionable, and not corroborated by evidence, that they have an

impact on efficiency.

Moreover, certainly the lack of an (overall) strategic vision of the Health system, in which different levels of protection can be defined, already entails duplication of spending and this is clearly inefficient. Secondly, it is equally clear that the mission of the two pillars is different and that the one of complementary health is more oriented to vertical equity criteria.

Considering the above, we think that the debate on the future of the Health system lacks analyses on the subsidiarity levels that the public protection system must and wants to have.

The design of Law No. 833/1978 provided for an access essentially based on equality - the extreme limit of horizontal equity - with little attention paid to the definition of vertical equity.

Obviously, it is clear that pure equality - besides being a questionable value, as often happens to extreme options - is another aspect of the aforementioned "dream world": only strongly illiberal regimes prevent those who can afford it from deciding where and how they want to be treated.

Hence, the real issue lies in the level of protection we want to extend to everyone: from this viewpoint, rightful attention has not been paid to the "Copernican revolution" represented by the establishment

of the Committee for revising the Basic Levels of Healthcare (LEA), with which we have definitely gone beyond the concept of LEA as merely based on supply of services free of charge, with a view to making them taking up the connotation of "ways for providing services".

Change is essential: for the first time the deep change occurred over the last 40 years in Healthcare is officially recognized. There has been an exponential growth of therapeutic opportunities, well beyond the highest expectations, as shown by the rates of outcome improvement recorded in recent decades and previously mentioned. Obviously, the qualitative and quantitative growth of opportunities also brings with it the growth of technologies which, although effective, have a reduced marginal productivity.

In this context, the policy of "giving everything to everyone" is no longer conceivable, not so much for reasons of economic sustainability, but rather for ethical reasons: not all innovations (regardless of their definition) can be automatically considered praiseworthy and, as such, charged on collective solidarity.

At the very least, it is no longer possible to define appropriateness / non-appropriateness as a criterion of inclusion / non-inclusion in the LEA. It should be recalled that for some years the Report has been underlining the need to define the access criteria in a different and more systematic way.

This leads to some additional reflections on waiting lists and on co-payments and cost-sharing - issues to which particular attention has been paid in 2018.

There is no doubt that the waiting lists are the main source of citizens' dissatisfaction. On the other hand, it is doubtful whether they are an indicator of inequity or, even worse, of risk for patients: indeed, this is probably the result of another misunderstanding.

As also analysed in Chapter 8b of the Report, the data on the long waiting lists is also quite homogeneous at national level, but this is data collected on the services prescribed as "non-urgent". In fact, in spite of the long waiting lists, it is not at all demonstrated that we are recording "damage" to health. Once again it should be recalled that Italy records excel-

lent results compared to other Countries and that, to date, there is no proven correlation, for example, between waiting lists and regional outcomes.

Certainly, there may be cases of delays even in urgent services. As far as we know, however, these cases are not detected and hence it is impossible to say whether this is a relevant or episodic phenomenon.

Potentially, there is not even a problem of inequity, insofar as the waiting lists should be equally long for everyone: for the sake of equity, what matters is only ensuring a correct management of the provision of services.

Leaving aside useless conformism, it should be noted that the problem of waiting lists lies in the fact that they are perceived by citizens as inefficiencies of the system while, to a large extent, they are a defence implemented by the system to avoid the proliferation of services that, as not urgent, are often also at greater risk of inappropriateness.

Obviously, it can be easily argued that, if the services are inappropriate, they should not be prescribed at all. Apart from the increasing complexity of the physician-patient relationship - as a result of which prescription is no longer a unilateral act - the fact remains that, this vision, appears to be simplistic because it is based on a deterministic view of decision-making. This determinism simply does not exist in healthcare: it is not by chance that we have used the wording "at greater risk of" inappropriateness.

The issue lies in the fact that the speed of response is not (to a large extent) a clinical matter, but rather a method of providing services (as explained above).

The pragmatic response to waiting lists is already inherent in the rates recorded: as can be seen from the survey conducted recently by C.R.E.A. Sanità, the waiting lists and the costs for the paid services are very short and practically the same under the private practice regime and the so-called intramoenia regime, where doctors work as "private physicians" in public health institutes.

If we wanted to make the conditions of access equal for everybody, it would be enough to state that, after waiting for a certain number of days, citizens

shall be entitled to be provided the service under the private practice regime and be later reimbursed by the ITA-NHS. For obvious business reasons, no one would be actually excluded because, with a view to increasing its turnover, the private sector would be encouraged to advance the costs for patients. Obviously, we can predict (with absolute "certainty") that this approach would increase the costs of the system, as it actually happens in the countries where there is no gate-keeping.

There is a fully clear trade-off: prompt response versus increase in spending. The real core of the issue is to wonder whether higher spending would provide a socially acceptable benefit. The answer would be probably negative if we reason in terms of health endpoints, while it would almost certainly be positive if we think in terms of customer satisfaction.

Similarly, light should be shed on the recurrent debate on co-payments and cost-sharing.

What is certain is that co-payments and cost-sharing are designed and "engineered" very badly: the fixed prescription charges - which, moreover, cannot be subject to exemptions - are the primary cause of impoverishment. Besides, in many cases, the co-payments and cost-sharing on specialist services have put the NHS out of business.

In terms of principles, the co-payments should serve to mitigate the risks of moral hazard but, as showed in Chapters 8a and 9b, they have now taken up the role of a mere second-resort funding instrument, which is fully improper and unfair. This is so both because it ends up being a "tax on diseases" and because its incidence is actually much higher in the low-income Regions. Moreover, in these Regions there is a greater share of citizens who are exempt from co-payments, so that those who are not exempt, mostly the middle class, are obliged to accept an excess of "solidarity".

The sense of the original role of co-payments and cost-sharing has been lost to such a point that a share of prescription charges, although defined by rules and regulations as "Own Revenue", is officially an integral part of funding. An improper use of this instrument is also evident in the obligation imposed to pay the prescription charge on the price differen-

tials of equivalent drugs, charged also to the patients for whom the non-substitutability clause has been included in the prescription. It is probably a rare case, but we cannot really understand why a citizen must be penalized because he has the clinical need for a specific drug.

The misunderstanding lies in thinking that the above automatically implies that co-payments and cost-sharing are always useless or even harmful.

The moral hazard, which in our case takes the form of inappropriate prescriptions and requests, is a real problem in healthcare, and co-payments and cost-sharing are a useful tool to limit their impact.

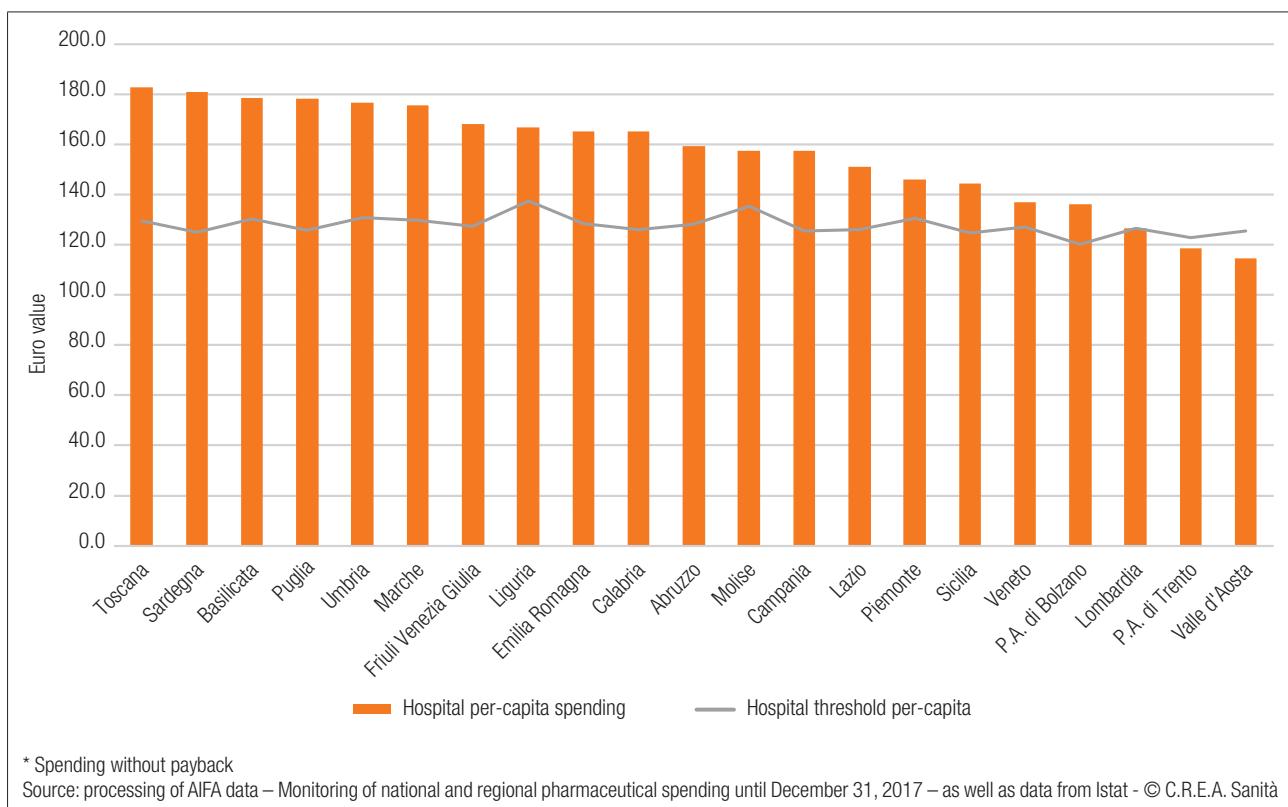
Moreover, working on the assumption that the above holds true, we do not understand how we can modulate the ways to have access to services, without using also mechanism enabling us to modulate the co-payment and cost-sharing levels. It goes without saying that a life-saving and expensive service or therapy shall be generally free (and this is nothing new, because it was the case in Italy until the beginning of this century). It also goes without saying, however, that we cannot understand why the upgrade of a way to provide a service - ensuring limited or even no clinical effects, but allowing at the same time, for example, someone to achieve greater productivity - cannot be charged a greater level of co-payment and cost-sharing.

Another issue to which considerable attention has been paid this year, is the lack of health professionals. It is clear that the origin of the problem lies in a lack of planning: the data on the phenomenon was available and also well-known. At the same time, it would be hard to cherish the illusion that the solution is simply to remove entry barriers, primarily in access to university courses.

The risk we run is to solve the problem of a "lack of planning" falling into the trap of a further "lack of planning".

Firstly, simply because resources and an adaptation of supply are needed, with a view to training more doctors (and, in general, professionals and health workers), without reducing the quality of training.

Secondly, because medicine is changing and we

Figure 9. Per-capita hospital pharmaceutical spending and ceiling*. Year 2017

need, at first, to radically rethink the job profiles of the professionals that will be functional to the system over the next 10 years, which is the minimum time necessary for the choices currently made to really affect hiring by the NHS.

Finally, it should be recalled that we are in the middle of a tsunami, brought about by the so-called precision medicine, but also (and at the same quick pace) by the advent of digital technologies, which will revolutionize the whole healthcare sector: from research to the physician-patient relationship and to the administration of therapies. It is inconceivable for us not to delve into the issue of the ways with which this tsunami can be managed, by updating training pathways.

With a view to avoiding repeating past mistakes, it is therefore needed to promote an urgent analysis, aimed at defining the strategy to be adopted to face the transition, on the basis of which concrete actions can be planned.

It should be added that a realignment of the professionals' salaries at European levels is needed -

and this raises once again the problem of (re-)financing the ITA-NHS. The issue of salaries and career development is essential, first and foremost to avert the danger of bearing the cost of training new professionals for the future and later seeing them migrate to other countries.

In short, also in this case we run the risk of falling into the trap of another misunderstanding: it should be rationally understood that the real problem does not lie in the *numerus clausus* in universities, but rather in the lack of planning and, in a future perspective, in the risk of employment in Italy being scarcely attractive.

Last but not least, there is the topic of the correlation between Sustainability and economic development, which somehow completes the pictures and makes us revert to the correlation between welfare and industrial policies.

A classic example of the trade-off between Sustainability and Innovation is the pharmaceutical sector, currently looking for a new governance. Although there are many outstanding issues, in essence the

problem has been triggered by the litigation on paybacks. The misunderstanding lies in the risk of thinking that the new governance can be based on a simple revision of the algorithms to calculate the paybacks, aimed at reducing the reasons for litigation. Certainly, the algorithm can be simplified and even improved, although it is largely doubtful whether its revision can be decisive.

Rather, a holistic view of the problem is needed and this requires a thorough analysis of the reasons encouraging litigation.

The starting point of our reasoning cannot be but the payback size: as argued in Chapter 9a, in 2017 the sum to be repaid was equal to € 1.3 billion, that is 6.9% of the actual pharmaceutical spending ("actual" spending, because net of discounts and paybacks linked to the Managed Entry Agreements).

So far, these mechanisms, together with the significant savings resulting from the promotion of generic drugs, have ensured the sustainability of phar-

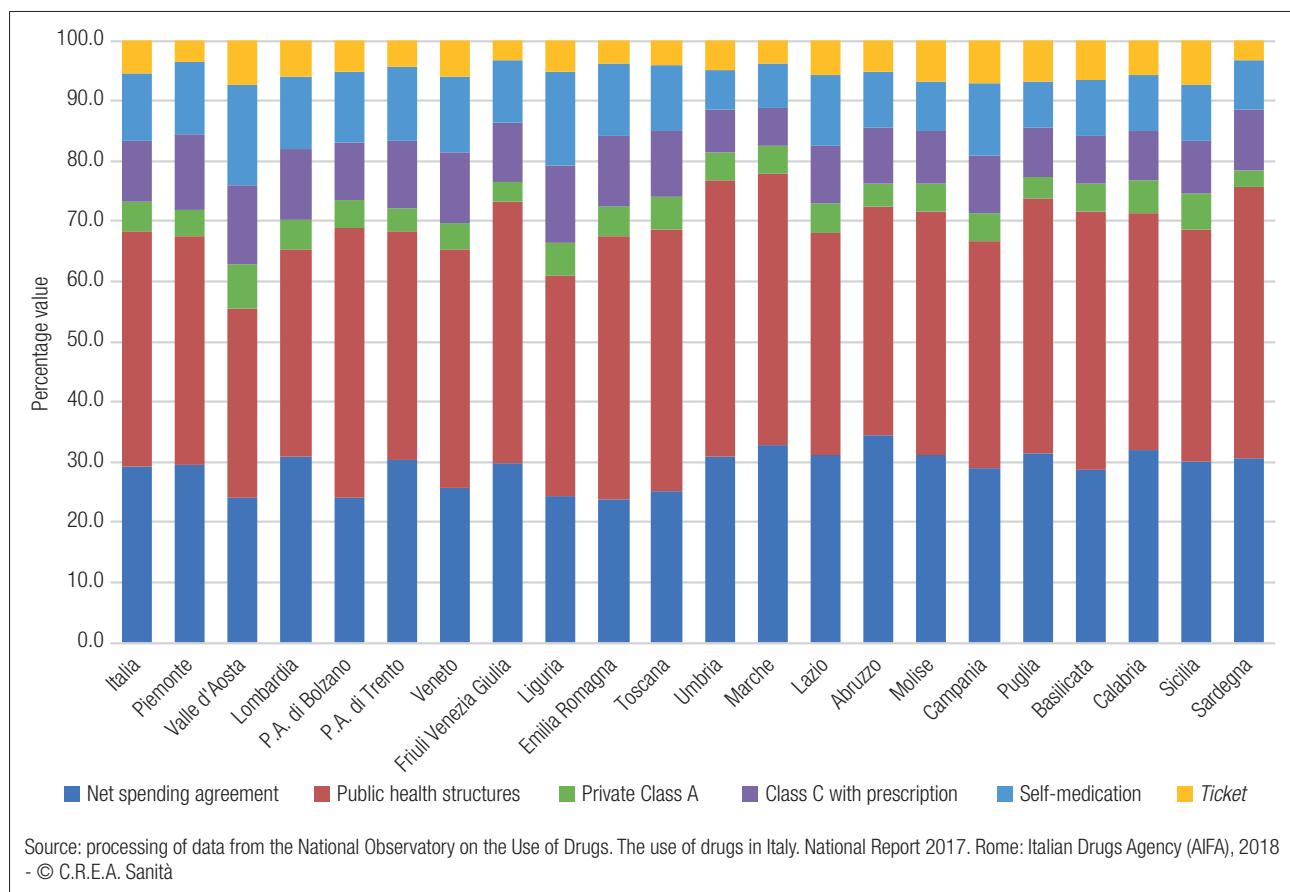
maceutical spending.

Their effectiveness is undoubtedly: although spending comparisons with other countries are very difficult to be drawn, due to the different items detected (see Chapter 9a), considering that Italy is one of the few countries surveying all spending, it can be stated with reasonable certainty that the Italian spending is significantly lower than the EU average, first and foremost thanks to a lower average price of products.

Moreover, negotiating a lower average price has been made possible by the system of "opaque" discounts, which have allowed to keep the "official" price at a level deemed acceptable by the companies, thus obtaining a discount to be applied "ex post": in other words, the winning factor has been the fact of negotiating discounts applied after consumption, thus protecting companies from the risk of parallel trade.

Also the payback, resulting from the overruns

Figure 10. Composition of the total pharmaceutical spending. Year 2017



Source: processing of data from the National Observatory on the Use of Drugs. The use of drugs in Italy. National Report 2017. Rome: Italian Drugs Agency (AIFA), 2018
- © C.R.E.A. Sanità

in the hospital spending ceiling, has the same nature and provides a further discount, which adds to the previous ones. In all likelihood, the crisis of the system has been triggered by the fast growth of the overrun, which has brought the discount to levels deemed no longer "acceptable" by companies (in addition to having generated severe complications in managing budgets).

Hence a different allocation of paybacks seems not to be decisive, unless it also entails a reduction of the total amount needed for making the deficit up.

On the other hand, the Regions now rely on the payback flow, which has actually become an important form of funding - at a level which is quantitatively comparable to the annual increases in the NHS funding.

Therefore, the issue of governance can be tackled only together with the issues of the spending ceiling and of industrial policies.

The double ceiling, of which the hospital component is exceeded by all Regions, except for two (indeed, two with special autonomy in funding), to which the two separate Funds for innovative drugs add, leads to a system of silos for which there is no reason and which entails significant inefficiency. Hence the removal of these silos, between pharmaceutical kind of expenditure and also between pharmaceutical spending and other forms of care expenditure, but also the assessment of the turnover generated by the related industries, should be among the primary goals to be achieved with a view to ensuring the sustainability of innovation (Figure 9.).

The additional factor to be considered for the purposes of new governance is that by now the share of private pharmaceutical spending is significant and affects the regional performances: it amounts to an average 31.6%, ranging between 43.6% in Valle d'Aosta and 21.7% in the Marche Region. This figures is enough to highlight that private spending cannot be excluded from the governance system (Figure 10.).

With specific reference to the correlation between public and private pharmaceutical spending - and hence on the criteria for evaluating technologies - it should also be said that it is to be welcomed that

many references are made to the Health Technology Assessment (HTA), albeit with some delay compared to other countries.

At the same time, it should be pointed out that, over the next few years, the evaluation systems used so far will be called into question: the so-called advanced therapies, as well as precision medicine, pose extraordinary challenges to the HTA system, inasmuch as the increasing targeting implies a completely new scenario, with drugs (and, in general, technologies) for so "narrow" indications as to be referable to groups of patients having a "size" increasingly comparable to those typical of rare diseases. As learned from the experience on orphan drugs, this implies very high prices to make the drugs profitable. In turn, the growth of technology prices entails an increasing concentration of resources on a few subjects. It follows that, in a future perspective, the problem of assessing technologies will shift from efficiency matters (summarized in the evaluation criteria of cost-effectiveness) to ethical ones, i.e. eliciting social preferences in terms of investment concentration on few subjects.

The issue is so sensitive that it requires an in-depth analysis, as well as quick decisions, starting from those concerning the representation of the different stakeholders, such as citizens and patients, in the decision-making processes.

In conclusion, the complexity of the Healthcare supply chain and the fast changes under way require greater ability for analysis and more refined tools to support medium-long term planning. These tools must enable us to overcome the silos logic existing both within the health sector and, more generally, between health, industrial, and education policies.

Nevertheless, we also need to dispel the various misunderstandings, which run the risk of leading to improper decisions, due to defects and shortcomings in setting the scene. This is the reason why a cultural change is needed, starting from the return to the practice of collaborative exchange of views. The tendency to a radicalization of stances which, in recent years, has been evident in the Italian society, in general, as well as in the Health sector, has actually prevented us from tackling those issues more related

to the value system, thus generating a basic stalemate. It is by no mere coincidence that, for over two decades, policies have been oriented to address almost exclusively technical issues on how to make the system increasingly “efficient”. However, consid-

ering that these policies have already reached their goal, probably their importance has currently diminished and they have lost momentum compared to the policies designed to face the real needs of modernizing the sector.



Il contesto socio-demografico

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 1

Il contesto socio-demografico

Carrieri C.¹

In letteratura è largamente condivisa l'importanza del ruolo che giocano le variabili demografiche e socio-economiche sui bisogni di salute; altresì è ampiamente riconosciuto che la salute sia una forte determinante dello sviluppo demografico, sociale e economico.

Le politiche sanitarie non possono quindi prescindere da una attenta analisi delle peculiarità demografiche e socio-economiche, descritte nel seguito del capitolo, a cui deve ispirarsi tanto la programmazione dell'offerta, quanto le politiche di governo della domanda.

1.1. Caratteristiche demografiche

Demografia

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

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

Secondo le previsioni Istat, fra 50 anni (2066) la popolazione italiana diminuirà, infatti, del -11,2% (-0,2% medio annuo), passando da 60.589.445 a 53.824.600 abitanti. Il dato è confermato per tutte le Regioni italiane ad eccezione di P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Lombardia e Lazio che registreranno un aumento della popolazione tra il 2017 ed il 2066: +0,3% (medio annuo) per P.A. di Bolzano e Trento, +0,1% Lombardia, più contenuto l'aumento registrato nel Lazio (+0,01% medio annuo) (Tabella 1.1.).

In termini di struttura della popolazione, degna di nota è la previsione di un aumento medio della popolazione anziana (over 75) dello 0,9% medio annuo.

Aumento che riguarda tutte le Regioni italiane, con un minimo dello 0,2% medio annuo della Liguria ed un massimo del +1,5% medio annuo della P.A. di Bolzano.

Tabella 1.1. Previsioni della popolazione

Regioni	2017	2066	Var.% 2066/17	Var. % media annua
Italia	60.589.445	53.824.600	-11,2	-0,2
Piemonte	4.392.526	3.863.319	-12,0	-0,3
Valle d'Aosta	126.883	114.790	-9,5	-0,2
Lombardia	10.019.166	10.337.596	3,2	0,1
P.A. di Bolzano	524.256	603.575	15,1	0,3
P.A. di Trento	538.604	610.907	13,4	0,3
Veneto	4.907.529	4.387.261	-10,6	-0,2
Friuli Venezia Giulia	1.217.872	1.066.171	-12,5	-0,3
Liguria	1.565.307	1.306.599	-16,5	-0,4
Emilia Romagna	4.448.841	4.380.201	-1,5	0,0
Toscana	3.742.437	3.550.530	-5,1	-0,1
Umbria	888.908	770.490	-13,3	-0,3
Marche	1.538.055	1.290.592	-16,1	-0,4
Lazio	5.898.124	5.923.657	0,4	0,0
Abruzzo	1.322.247	1.081.246	-18,2	-0,4
Molise	310.449	234.230	-24,6	-0,6
Campania	5.839.084	4.382.712	-24,9	-0,6
Puglia	4.063.888	2.985.065	-26,5	-0,6
Basilicata	570.365	399.166	-30,0	-0,7
Calabria	1.965.128	1.483.992	-24,5	-0,6
Sicilia	5.056.641	3.883.899	-23,2	-0,5
Sardegna	1.653.135	1.168.602	-29,3	-0,7

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

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

Figura 1.1. Distribuzione della popolazione. Anno 2017

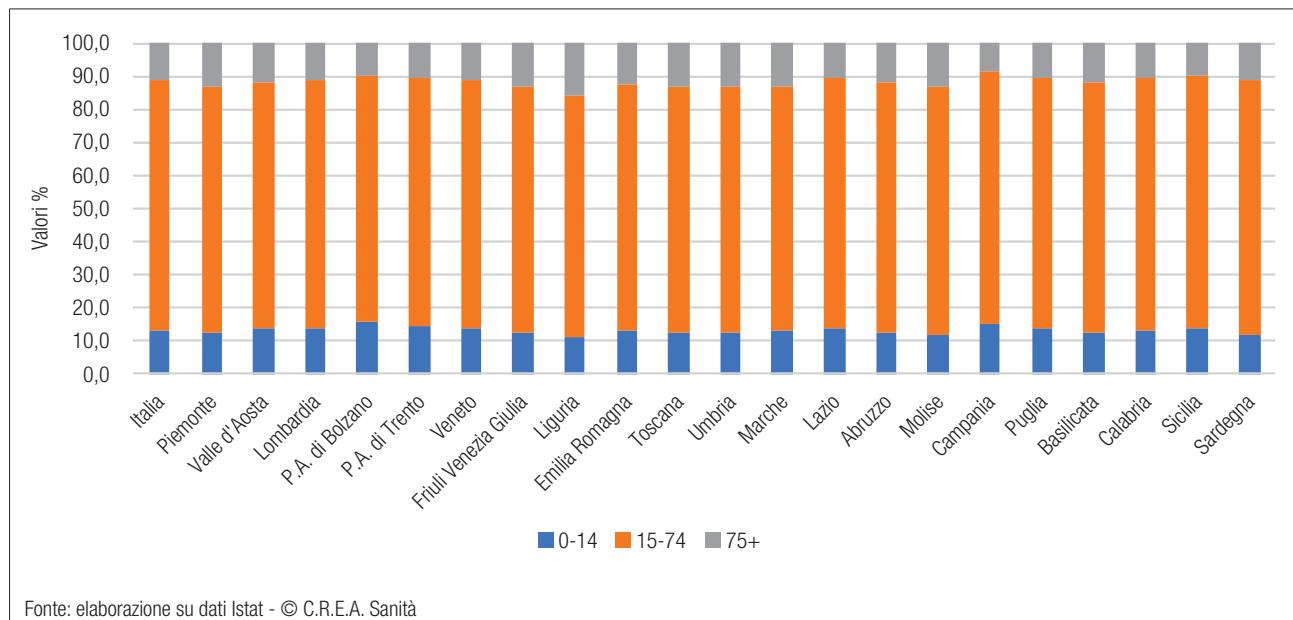
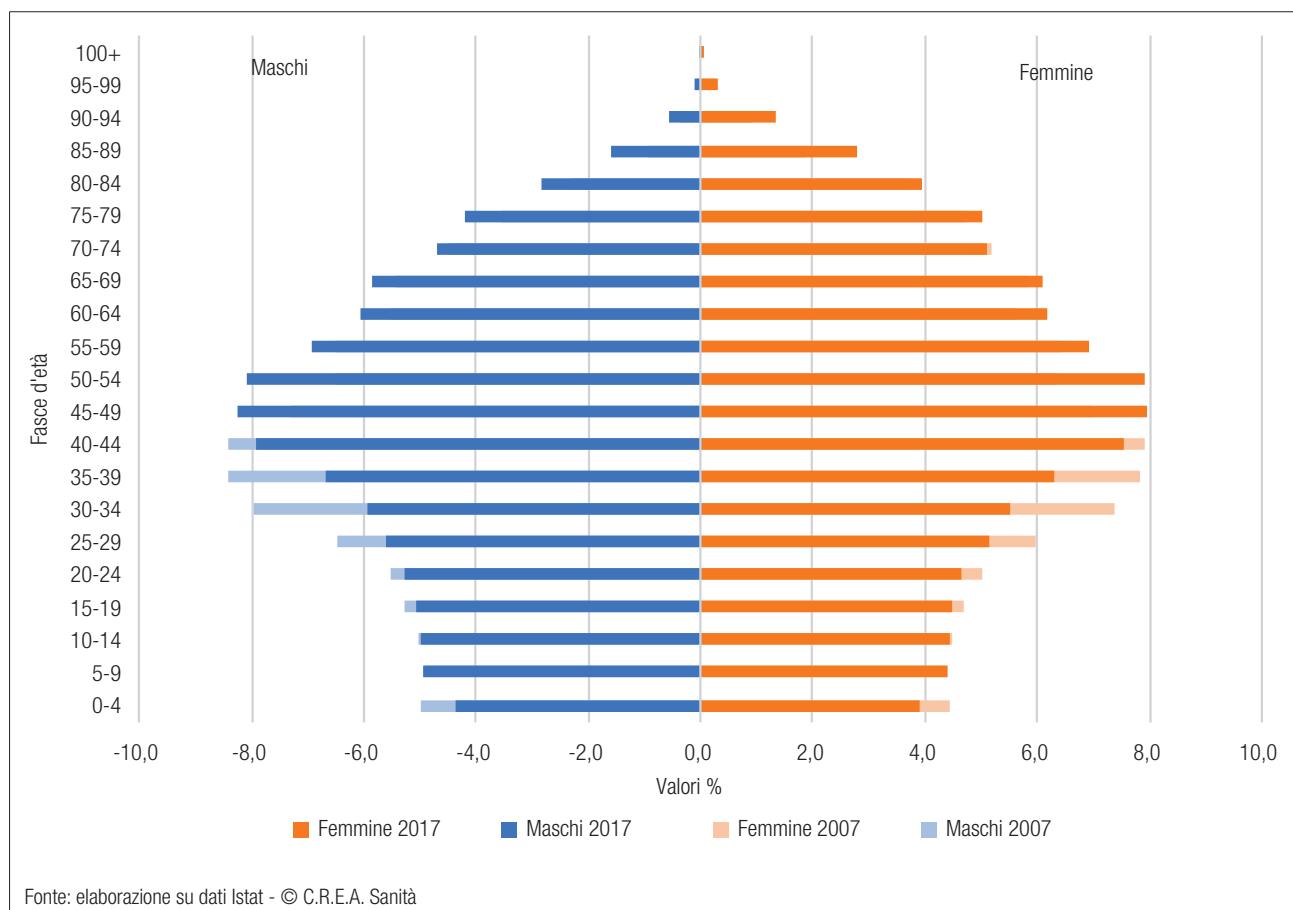


Figura 1.2. Popolazione residente al 1° gennaio



Tornando al 2017, il 13,5% della popolazione ha meno di 14 anni, l'11,4% ha più di 75 anni, e la restante parte (75,1%) della popolazione ha una età compresa tra i 15 e i 74 anni (Figura 1.1.).

Nell'ultimo decennio, i bambini nella fascia di età 0-4 anni si sono ridotti del 1,0% medio annuo; analogamente la popolazione nella fascia di età 0-14 anni si è ridotta del 0,2% annuo: da 8.321.584 individui nel 2007 a 8.182.584 nel 2017. E, nello stesso periodo, la popolazione residente anziana (*over 75*) è invece aumentata del +2,2% medio annuo, passando da 5.601.592 a 6.932.134 individui (Figura 1.2.).

Negli ultimi cinque anni si è riscontrata una ridu-

zione degli *under 14* (-0,3% medio annuo) ed una crescita degli *over 75* (+2,4% medio annuo).

La crescita degli anziani ha interessato tutte le Regioni italiane, con l'incremento più alto in Sardegna (+1,8 anni) e il più basso in Emilia Romagna (+0,7 anni) (Tabella 1.2.). Per ripartizioni geografiche, osserviamo che, negli ultimi 5 anni, il Mezzogiorno registra un aumento dell'età media più alto rispetto al Nord e al Centro, passando da 42,2 anni del 2012 a 43,7 anni del 2017 (+1,5 anni); di contro l'aumento più basso lo registra il Centro Italia (+0,8 anni). (Tabella 1.3.).

Tabella 1.2. Quota della popolazione anziana

Regioni	Over 65 (%)			Over 75 (%)			Over 85 (%)		
	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
Italia	19,9	20,8	22,3	9,5	10,4	11,4	2,3	2,9	3,4
Piemonte	22,7	23,5	25,0	10,7	11,8	13,2	2,6	3,2	3,9
Valle d'Aosta	20,4	21,3	23,2	9,7	10,5	11,9	2,3	2,9	3,6
Lombardia	19,7	20,8	22,2	8,9	10,0	11,4	2,1	2,7	3,2
P.A. di Bolzano	16,9	18,3	19,3	7,9	8,7	9,8	1,8	2,5	2,9
P.A. di Trento	18,9	19,8	21,4	9,4	9,9	10,9	2,4	3,1	3,5
Veneto	19,4	20,6	22,3	9,2	10,0	11,4	2,3	2,9	3,4
Friuli Venezia Giulia	22,9	24,0	25,7	11,1	11,7	13,3	3,0	3,7	4,1
Liguria	26,7	27,3	28,4	13,4	14,3	15,6	3,5	4,2	5,0
Emilia Romagna	22,8	22,8	23,8	11,4	11,9	12,7	3,0	3,6	4,0
Toscana	23,3	23,9	25,1	11,7	12,2	13,3	3,0	3,7	4,2
Umbria	23,4	23,6	25,1	11,9	12,5	13,5	3,0	3,8	4,3
Marche	22,6	22,9	24,3	11,4	12,1	13,2	2,9	3,7	4,2
Lazio	19,4	20,2	21,2	8,9	9,9	10,8	2,0	2,6	3,1
Abruzzo	21,4	21,8	23,3	10,7	11,5	12,3	2,7	3,3	3,9
Molise	22,0	22,2	24,0	11,2	12,3	13,0	2,7	3,6	4,3
Campania	15,5	16,6	18,2	7,1	7,8	8,6	1,5	2,0	2,4
Puglia	17,6	19,0	21,3	8,2	9,2	10,4	1,8	2,4	3,0
Basilicata	20,0	20,5	22,3	9,6	11,1	11,9	2,1	2,9	3,7
Calabria	18,5	19,2	20,9	8,8	9,9	10,6	2,1	2,6	3,2
Sicilia	18,2	18,9	20,6	8,6	9,5	10,2	1,9	2,5	2,9
Sardegna	18,0	20,1	22,7	8,2	9,5	11,0	1,9	2,6	3,2

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

Tabella 1.3. Età media

Regioni	2012	2017	Differenza (anni)
Italia	43,8	44,9	+1,1
Piemonte	45,6	46,6	+1,0
Valle d'Aosta	44,4	45,6	+1,2
Lombardia	43,8	44,8	+1,0
P.A. di Bolzano	41,5	42,5	+1,0
P.A. di Trento	43,0	44,2	+1,2
Veneto	43,8	45,1	+1,3
Friuli Venezia Giulia	46,0	47,1	+1,1
Liguria	47,9	48,7	+0,8
Emilia Romagna	45,2	45,9	+0,7
Toscana	45,8	46,7	+0,9
Umbria	45,5	46,5	+1,0
Marche	45,0	46,1	+1,1
Lazio	43,7	44,5	+0,8
Abruzzo	44,6	45,7	+1,1
Molise	44,9	46,3	+1,4
Campania	40,6	42,1	+1,5
Puglia	42,4	44,1	+1,7
Basilicata	43,7	45,2	+1,5
Calabria	42,6	43,9	+1,3
Sicilia	42,2	43,5	+1,3
Sardegna	44,3	46,1	+1,8

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

L'età media, pari a 44,9 anni, risulta di conseguenza essere in aumento di +1,1 anni rispetto al 2012 (43,8 anni).

In Italia, nel 2017, il tasso di natalità è pari a 7,6 ogni 1.000 abitanti. Il dato è in riduzione rispetto a dieci anni prima (quando nascevano quasi 10 bambini ogni 1.000 abitanti); la riduzione si osserva in tutte le Regioni italiane.

In particolare, la Regione che registra il più alto tasso di natalità è la P.A. di Bolzano (10,2), superiore alla media nazionale ma comunque in riduzione rispetto al 2007 (11,3); il più basso in Liguria (6,1 nel 2017) ed in riduzione rispetto al decennio considerato (7,7) (Tabella 1.4.).

Tabella 1.4. Quoziente di natalità

Regioni	2007 (per 1.000 ab.)	2017 (per 1.000 ab.)	Differenza (per 1.000 ab.)
Italia	9,7	7,6	-2,1
Piemonte	9,0	7,0	-2,0
Valle d'Aosta	9,9	7,2	-2,7
Lombardia	10,2	7,9	-2,3
P.A. di Bolzano	11,3	10,2	-1,1
P.A. di Trento	10,2	8,3	-1,9
Veneto	10,0	7,5	-2,5
Friuli Venezia Giulia	8,7	6,7	-2,0
Liguria	7,7	6,1	-1,6
Emilia Romagna	9,7	7,4	-2,3
Toscana	9,0	7,0	-2,0
Umbria	9,3	6,9	-2,4
Marche	9,2	7,0	-2,2
Lazio	9,9	7,6	-2,3
Abruzzo	8,8	7,2	-1,6
Molise	7,9	6,9	-1,0
Campania	10,8	8,6	-2,2
Puglia	9,5	7,4	-2,1
Basilicata	8,3	7,0	-1,3
Calabria	9,2	8,0	-1,2
Sicilia	9,9	8,2	-1,7
Sardegna	8,2	6,1	-2,1

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

In Italia, nel 2016 (ultimo anno disponibile), sono state iscritte in anagrafe 473.438 nascite, oltre 70.000 in meno rispetto al 2011 (-2,8% medio annuo). Il calo è attribuibile principalmente alle nascite da coppie di genitori entrambi italiani: i nati da questa tipologia di coppia scendono di oltre 100.000 unità dal 2006 al 2016 (-22,3%). Ciò avviene per due fattori: le donne italiane in età riproduttiva sono sempre meno numerose e mostrano una propensione decrescente ad avere figli.

Nell'ultimo decennio l'età media al parto è aumentata di quasi un anno (da 31,0 a 31,8) (Tabella 1.5.); il dato raggiunge il suo massimo in Basilicata (32,6 nel 2017) dove si osserva uno spostamento in avanti di

Tabella 1.5. Età media del parto

Regioni	2007	2017	Differenza
Italia	31,0	31,8	+0,8
Piemonte	31,0	31,8	+0,8
Valle d'Aosta	31,0	32,1	+1,1
Lombardia	31,2	32,0	+0,8
P.A. di Bolzano	31,0	31,7	+0,7
P.A. di Trento	31,2	32,1	+1,0
Veneto	31,2	32,1	+0,9
Friuli Venezia Giulia	31,2	31,9	+0,7
Liguria	31,5	32,0	+0,5
Emilia Romagna	30,9	31,7	+0,8
Toscana	31,3	32,1	+0,8
Umbria	31,1	31,9	+0,8
Marche	31,2	32,1	+0,9
Lazio	31,8	32,1	+0,3
Abruzzo	31,5	32,2	+0,7
Molise	31,5	32,4	+0,9
Campania	30,4	31,4	+1,0
Puglia	30,8	31,8	+1,0
Basilicata	31,5	32,6	+1,1
Calabria	30,8	31,6	+0,8
Sicilia	30,2	31,0	+0,8
Sardegna	32,1	32,4	+0,3

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

oltre un anno rispetto al 2007 (31,5); in Sicilia si registra l'età media al parto più bassa (31,0 anni) ma comunque in aumento rispetto a dieci anni prima (30,2 nel 2007). Le Regioni che invece registrano un minor aumento di età media al parto sono Lazio e Sardegna (+0,3 anni).

Si noti, ancora, che il tasso di fecondità² medio italiano, nel 2017, si attesta a 1,3 ed è in riduzione rispetto al 2007 (1,4); a livello regionale la P.A. di Bolzano presenta un numero medio di figli per donna più alto rispetto a tutte le altre Regioni italiane (1,7) e la Sardegna il più basso (1,1) (Tabella 1.6.).

Tabella 1.6. Tasso di fecondità

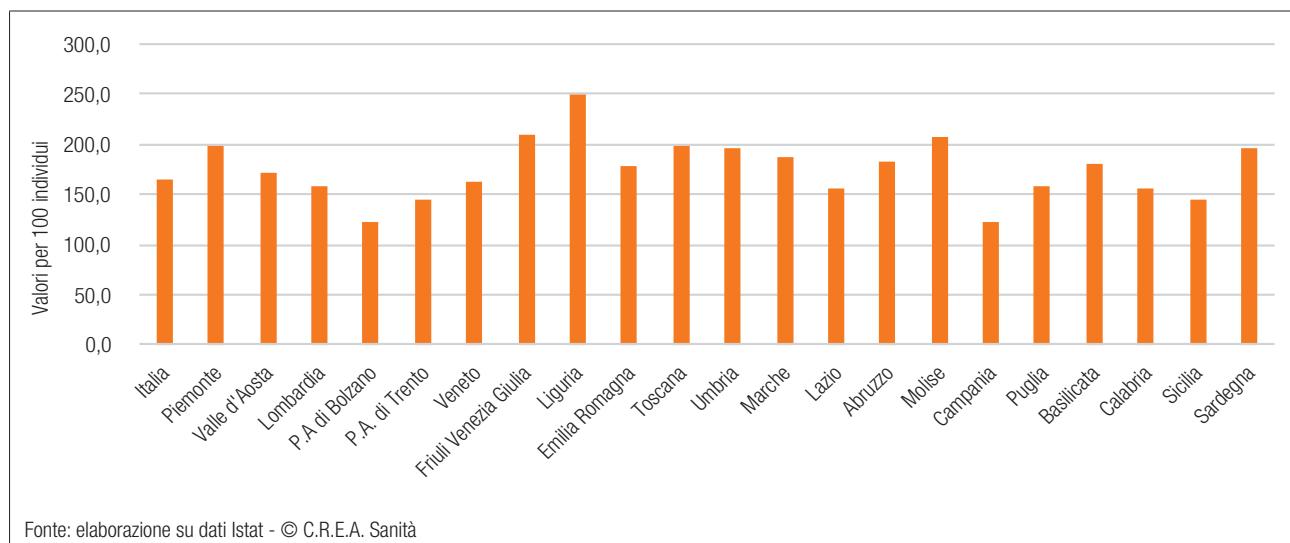
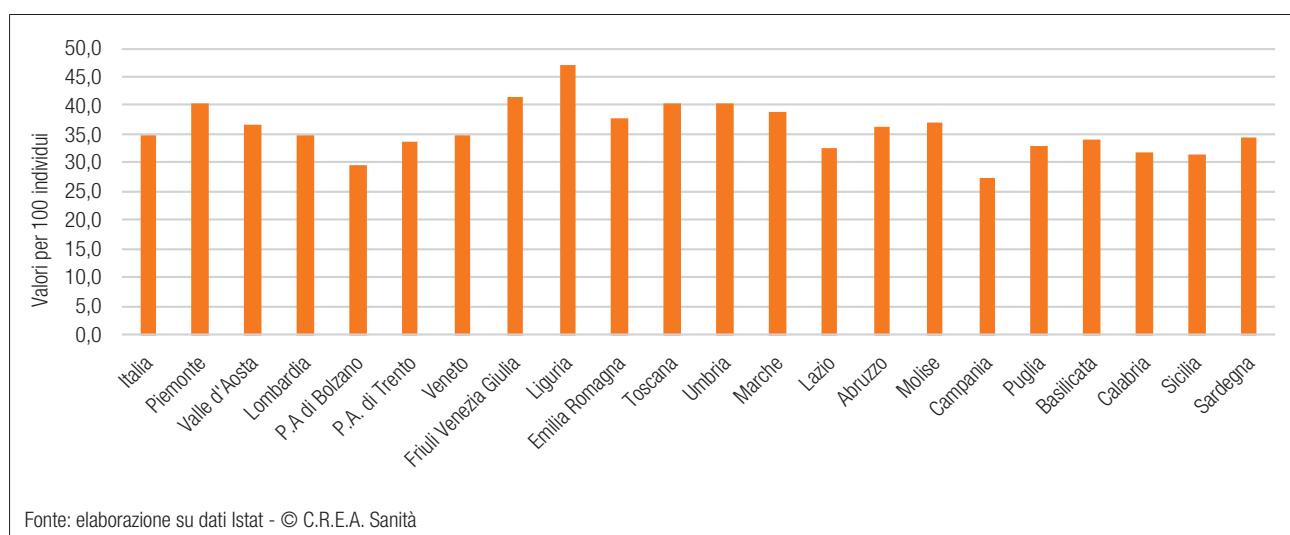
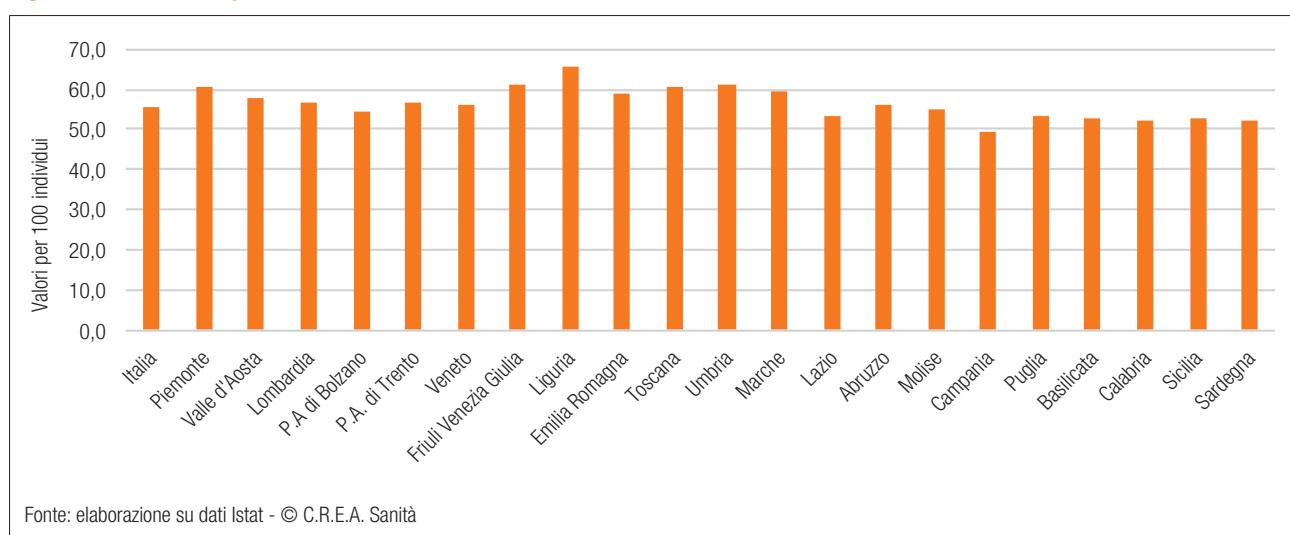
Regioni	2007	2017	Differenza
Italia	1,40	1,34	-0,06
Piemonte	1,37	1,38	0,01
Valle d'Aosta	1,48	1,43	-0,05
Lombardia	1,47	1,41	-0,06
P.A. di Bolzano	1,62	1,75	0,13
P.A. di Trento	1,53	1,50	-0,03
Veneto	1,44	1,37	-0,07
Friuli Venezia Giulia	1,34	1,31	-0,03
Liguria	1,28	1,30	0,02
Emilia Romagna	1,46	1,38	-0,08
Toscana	1,36	1,31	-0,05
Umbria	1,40	1,26	-0,14
Marche	1,36	1,28	-0,08
Lazio	1,36	1,27	-0,09
Abruzzo	1,28	1,26	-0,02
Molise	1,18	1,22	0,04
Campania	1,48	1,35	-0,13
Puglia	1,32	1,26	-0,06
Basilicata	1,20	1,23	0,03
Calabria	1,30	1,30	0,00
Sicilia	1,42	1,36	-0,06
Sardegna	1,11	1,09	-0,02

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

Sul fronte degli anziani, l'Italia presenta un rapporto tra over 65 e giovani (indice di vecchiaia) pari a 165,3, cresciuto dal 148,6 registrato nel 2012.

Nel 2017, in tutte le ripartizioni geografiche, si registra un indice superiore a 100 (Figura 1.3.): il dato più alto si osserva in Liguria, con 250 anziani (over 65) ogni 100 giovani (0-14 anni), il più basso in Campania con 121,6. L'indice è in crescita in tutte le Regioni, in particolare nel Meridione e, nello specifico, in Sardegna, dove negli ultimi 5 anni si passa da 164,6 a 195,5; la Regione in cui la crescita è stata inferiore è l'Emilia Romagna dove si passa da 169,6 a 177,8.

² Rapporto tra il numero totale dei nati vivi in un determinato periodo e la popolazione femminile in età feconda

Figura 1.3. Indice di vecchiaia. Anno 2017**Figura 1.4. Indice di dipendenza anziani. Anno 2017****Figura 1.5. Indice di dipendenza strutturale. Anno 2017**

In Italia, nel 2017, ogni 100 individui in età attiva troviamo 35 anziani over 65 (indice di dipendenza) (2017); il rapporto è in aumento negli ultimi cinque anni del +2,8 anziani ogni 100 individui; anche per questo indicatore, nel periodo 2012-2017, si registra un aumento in tutte le Regioni: in particolare in Sardegna, Puglia e Valle d'Aosta (rispettivamente +4,7, +4,1, +3,7 anziani); nella P.A. di Bolzano, Lazio ed Emilia Romagna si registra l'incremento più basso (rispettivamente +1,7, +1,8 e +2,0 anziani) (Figura 1.4.). La Regione che registra il valore massimo è la Liguria (47,0), quello minimo la Campania (27,2).

In tutte le Regioni, si registra un indice di dipendenza strutturale³ superiore a 50, che testimonia una evidente situazione di squilibrio generazionale. In particolare, nel 2017, a livello nazionale si registra un indice di dipendenza strutturale pari a 55,8. Tale rapporto appare in crescita rispetto al 2012, ma con una variazione abbastanza contenuta, con un *range* che va dal +0,9% della P.A. di Bolzano al +4,2% della Sardegna (Figura 1.5.).

Struttura familiare

Analizzando la composizione della struttura familiare italiana, emerge come, negli ultimi vent'anni, il numero medio di componenti si sia ridotto del 0,6% annuo, passando da 2,7 (media 1995-1996) a 2,4 (media 2015-2016). In particolare, sono aumentate le persone sole: nel 2016, il 31,6% delle famiglie risultavano monocompone, contro il 29,4% del 2011 (Tabella 1.7.). In definitiva una famiglia su tre è unipersonale. La tendenza è comune alla maggior parte delle Regioni: l'entità del fenomeno raggiunge il suo valore massimo nel Molise, dove si passa dal 28,7% al 34,1% di famiglie monocompone; solo nella P.A. di Trento, invece, si riscontra una diminuzione delle persone sole.

In Italia si riduce la quota di coppie con figli, che passano dal 54,4% del 2011 al 52,7% del 2016 (-1,7 punti percentuali). In tutte le Regioni il dato è in diminuzione nel periodo preso in esame: in particolare in Sardegna, dove si registra un calo di 6,0 punti percentuali; fa eccezione il Veneto, che registra un (seppur modesto) aumento di +0,9 punti percentuali.

A livello nazionale la quota di coppie senza figli si

attesta al 31,6% nel 2016, registrando un incremento di +0,2 punti percentuali rispetto al 2011 (31,4%); il Friuli Venezia Giulia è la Regione che registra il maggior aumento delle coppie senza figli (dal 34,1% al 37,6%).

Risultano in crescita anche le famiglie monogenitore che, nel 2016, erano pari al 15,7%, in aumento rispetto al 2011 di +1,5 punti percentuali (14,2%); il *trend* è confermato in tutte le Regioni italiane, ad eccezione di Lombardia e Veneto che registrano entrambe una riduzione di 0,4 punti percentuali per questa tipologia di famiglia (Figura 1.6.).

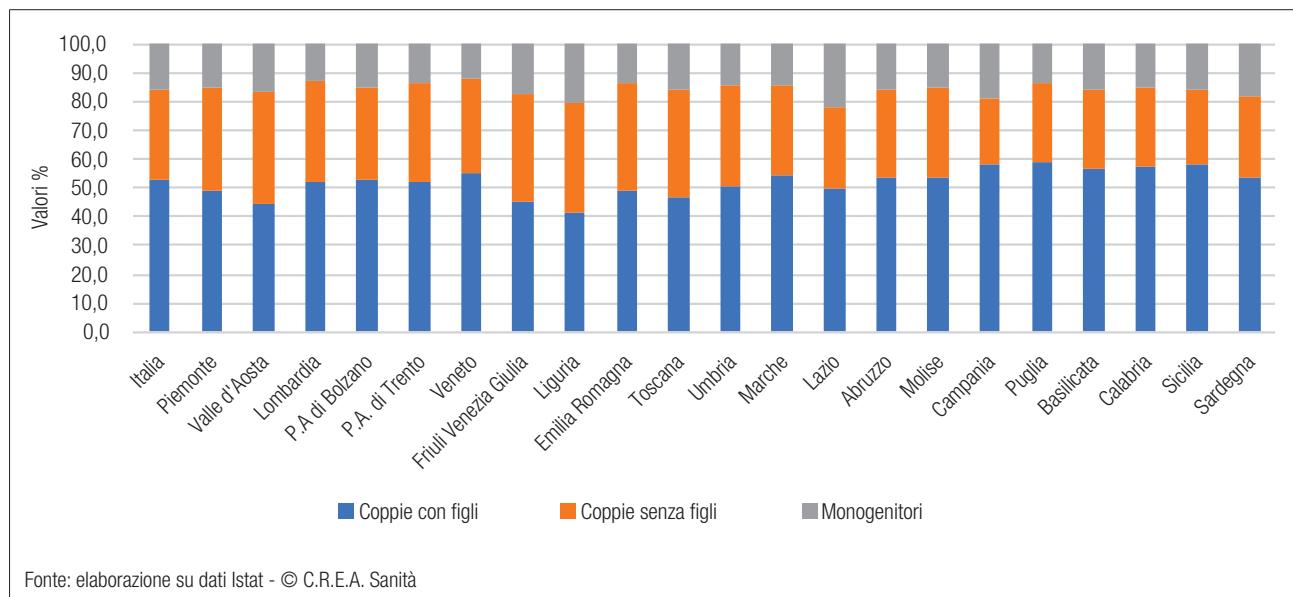
Tabella 1.7. Famiglie unipersonali

Regioni	2011 (per 100 pers. con stesse caratter.)	2016 (per 100 pers. con stesse caratter.)
Italia	29,4	31,6
Piemonte	33,1	33,1
Valle d'Aosta	37,2	42,0
Lombardia	29,9	30,6
P.A. di Bolzano	33,2	34,2
P.A. di Trento	32,5	31,9
Veneto	26,5	27,9
Friuli Venezia Giulia	33,4	33,7
Liguria	37,2	40,2
Emilia Romagna	32,2	34,6
Toscana	29,1	32,7
Umbria	30,7	30,8
Marche	27,1	30,5
Lazio	32,5	37,0
Abruzzo	30,8	30,8
Molise	28,7	34,1
Campania	23,6	25,9
Puglia	23,9	27,0
Basilicata	28,3	32,3
Calabria	27,7	32,5
Sicilia	26,9	30,0
Sardegna	29,7	31,3

Fonte: Istat

³ Rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva 15-64 anni

Figura 1.6. Struttura dei nuclei familiari. Anno 2016



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

1.2. Caratteristiche socio-economiche

Istruzione

Rispetto all'Europa l'Italia presenta un livello di istruzione molto basso. In particolare occupa l'ultima posizione per la quota di persone in possesso del titolo universitario, la quota più alta di giovani che abbandonano prematuramente gli studi e la quota più alta di "Neet" (giovani che non studiano e non lavorano).

Peraltro, il livello di istruzione della popolazione è in continuo miglioramento: tra il 2012 e il 2017, aumenta la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari. Per quanto concerne i giovani tra i 18 e i 24 anni che abbandonano prematuramente gli studi, il dato è in diminuzione nel quinquennio considerato e il *trend* è confermato in tutte le Regioni italiane. Anche la quota di "Neet" continua a ridursi.

Dal confronto internazionale rimane comunque in ultima posizione per quota di popolazione in possesso del titolo universitario. In particolare, si discosta dalla media dei Paesi EU-Ante 1995⁴ di 14,3 pun-

ti percentuali e di 9,8 da quella dei Paesi EU-Post 1995⁵ (Figura 1.7.).

Nello specifico, in Italia, nel 2017, il 42,2% della popolazione residente è in possesso almeno del diploma e il 18,7% ha completato il ciclo di studi universitari: il dato cresce rispetto al 2012 di +2,9 punti percentuali (15,8%). La situazione rimane critica nel Sud, con una quota di popolazione che è in possesso del titolo universitario inferiore alla media nazionale (15,5% Sud vs 18,7% Italia) e, di conseguenza, quella in possesso della licenza media più alta rispetto alla media nazionale (46,1% al Sud vs 39,1% dato Italia).

Il livello di scolarizzazione del Sud è, comunque, in miglioramento rispetto al 2012: il possesso di una istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello), passa dal 13,9% del 2012 al 15,5% del 2017 (+1,6 punti percentuali) e, di contro, per chi ha completato almeno il primo ciclo di studi (licenza media) si è passati infatti dal 49,0% del 2012 al 46,1% del 2017 (-2,9 punti percentuali).

⁴ Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1° Gennaio 1995. In particolare, i Paesi che presero parte a questo Trattato furono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia

⁵ Paesi dell'Europa che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in momenti successivi al 1995: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria

Figura 1.7. Popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*) in Europa. Anno 2017

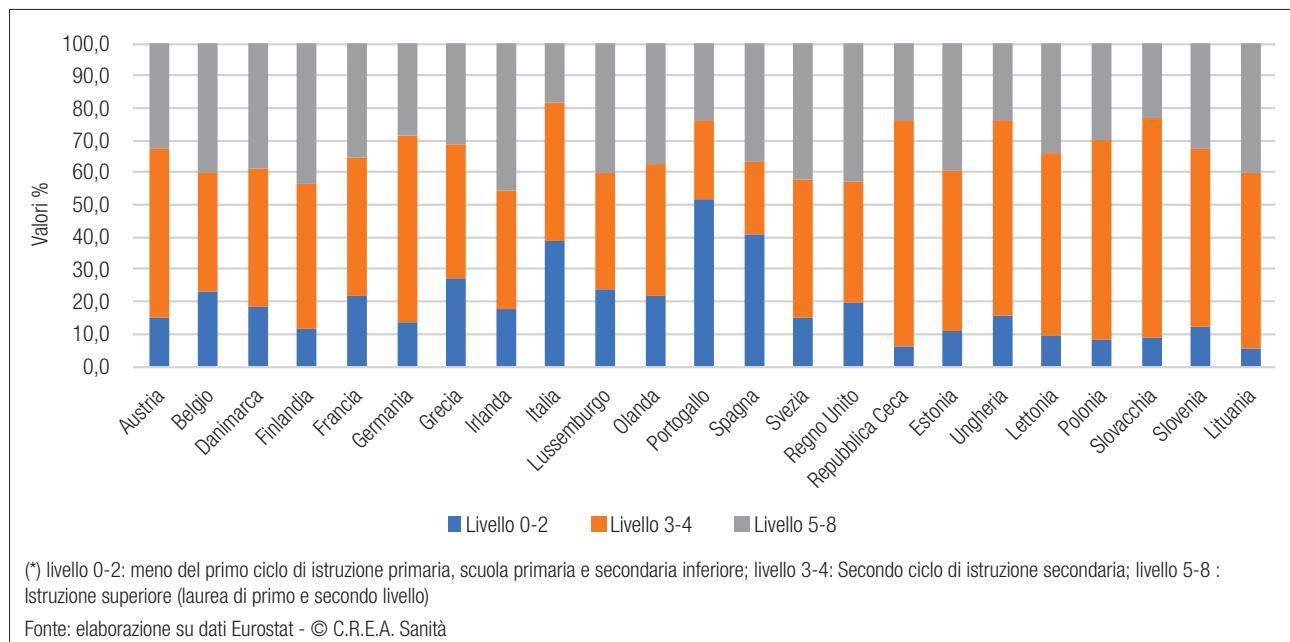
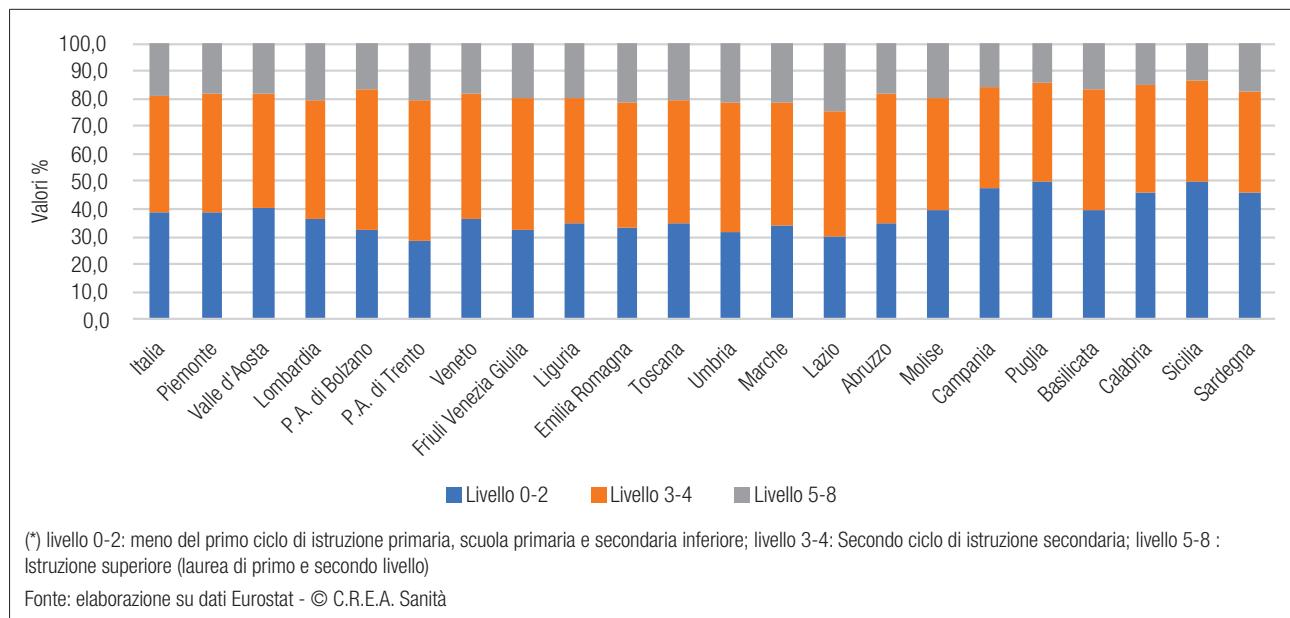


Figura 1.8. Popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*). Anno 2017



A livello regionale, il Lazio è la Regione con la più alta quota di popolazione in possesso di un titolo universitario (24,9%), valore in aumento nell'ultimo quinquennio di +4,5 punti percentuali; la Sardegna, invece, ne ha la quota più bassa (13,6% nel 2017), anche se risulta in miglioramento rispetto al 2012 di 0,6 punti percentuali (13,0%) (Figura 1.8.).

Rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 l'Italia registra una percentuale di giovani tra i 18 e 24 anni che abbandona prematuramente gli studi più alta (rispettivamente 11,1% vs 14,0%); lo stesso si verifica rispetto ai Paesi EU-Post 1995, con uno scarto di 7,2 punti percentuali in più per l'Italia. A livello nazionale, però, si è ridotta notevolmente (Figura 1.9.): nel 2017 l'Ita-

lia presenta un tasso di abbandono pari al 14,0%, in riduzione di -3,3 punti percentuali rispetto al 2012 (17,3%). Ad ogni buon conto, anche se la situazione migliora in tutte le aree del Paese, il miglioramento più significativo si osserva nelle Regioni settentriona-

li dove, in media, i giovani che abbandonano gli studi si sono ridotti del -3,9%, contro il -1,9% per quelli presenti nelle aree meridionali, accentuando così il differenziale tra il Nord ed il Sud del Paese.

Figura 1.9. Giovani 18-24 anni che abbandonano prematuramente gli studi

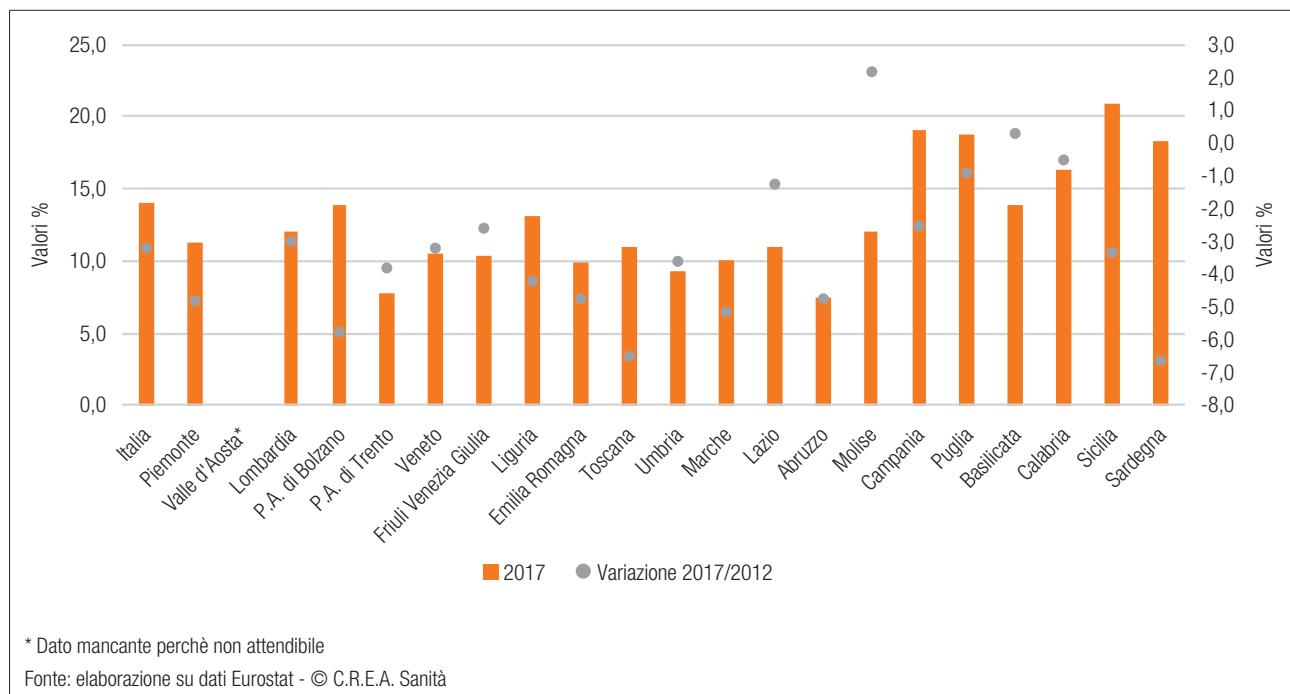


Figura 1.10. Giovani che non lavorano e non studiano (*Neet*) in Europa. Anno 2017

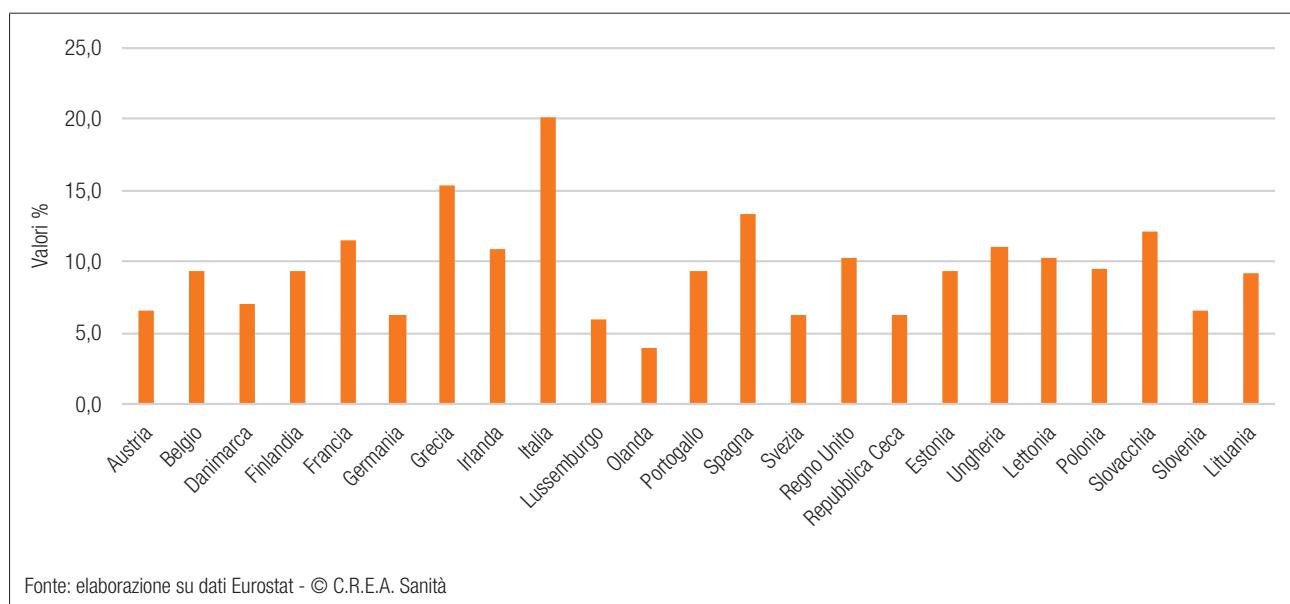
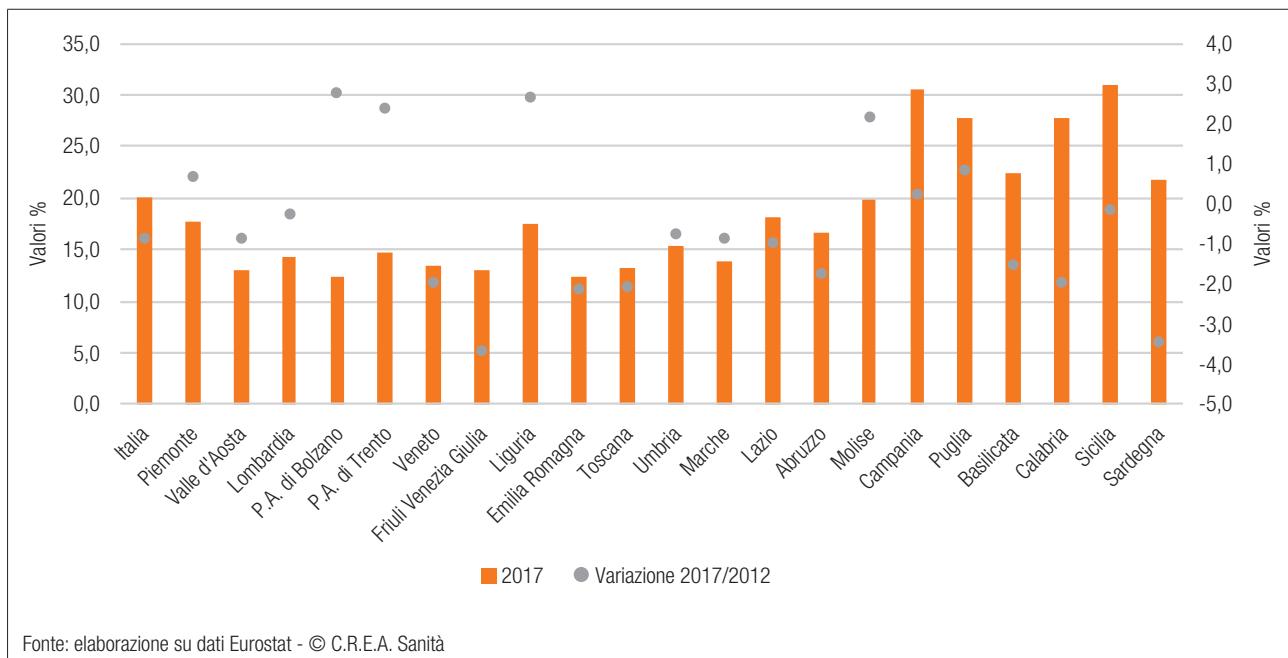


Figura 1.11. Giovani che non lavorano e non studiano (Neet)

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

Dal confronto regionale emerge come l'Abruzzo abbia la percentuale più bassa di giovani che abbandonano prematuramente gli studi (7,4%) e in riduzione rispetto al 2012 di -4,8 punti percentuali; decisamente elevata la percentuale di giovani che abbandonano prematuramente gli studi in Sicilia (20,9% nel 2017) anche se in miglioramento rispetto al 2012 di -3,4 punti percentuali (24,3%).

Dal confronto internazionale emerge che l'Italia presenta il tasso di "Neet" più alto in Europa e pari al 20,1%, quasi il doppio rispetto alla media europea (10,9%) (Figura 1.10.). Anche rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 e dell'EU-Post 1995 risulta maggiore, rispettivamente di +9,0 e +10,8 punti percentuali.

Nonostante questo, nel 2017, in Italia si registra un tasso in riduzione rispetto al 2012 di quasi un punto percentuale (21,0%). Dal confronto tra ripartizioni geografiche si conferma che nelle Regioni del Nord la quota di "Neet" è inferiore di -13,6 punti percentuali rispetto al Sud (14,2% Nord vs 27,8% Sud) e la situazione rimane invariata nel Mezzogiorno tra il 2012 e il 2017.

A livello regionale l'Emilia Romagna ha la quota di giovani che non lavorano e non studiano inferiore (12,3% nel 2017) e in diminuzione rispetto al 2012 di

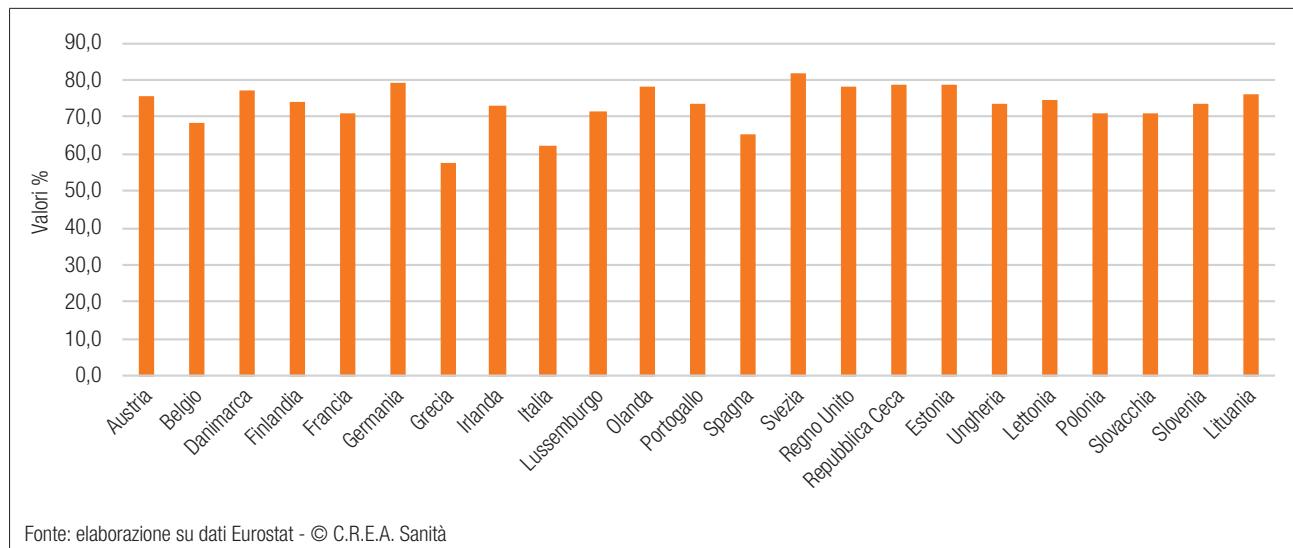
-2,2 punti percentuali (14,5%); viceversa risulta alta la quota di "Neet" presenti in Sicilia (30,9%), valore che si discosta dal *benchmark* emiliano di oltre 18 punti percentuali (Figura 1.11.).

È opportuno sottolineare che sul fenomeno dei "Neet" non incide soltanto il sistema educativo ma anche, e soprattutto, il mercato del lavoro, che da anni mostra un divario evidente tra Nord e Sud del Paese.

Occupazione

L'Italia presenta un livello di occupazione più basso rispetto alla media europea, sia in totale che per la fascia di età 55-64 anni. Inoltre, occupa il terzo posto per tasso di disoccupazione in generale e per quello giovanile.

Da un punto di vista occupazionale, nel 2017, l'Italia registra un tasso per la popolazione attiva (tra i 20 e i 64 anni) in aumento rispetto a quello medio del 2012; ed anche il tasso di occupazione della popolazione tra i 55 e i 64 anni risulta in crescita e in netto miglioramento nel periodo considerato, delineando così un fenomeno di invecchiamento attivo, in linea con l'obiettivo dell'Unione Europea (EU) di invecchiare in buona salute.

Figura 1.12. Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni in Europa. Anno 2017**Tabella 1.8. Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni per genere**

Regioni	2012			2017		
	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)
Italia	71,5	50,5	60,9	72,3	52,5	62,3
Piemonte	75,2	60,5	67,8	76,9	62,9	69,9
Valle d'Aosta	75,6	65,6	70,6	77,1	67,2	72,2
Lombardia	77,9	60,1	69,0	80,8	63,5	72,2
P.A. di Bolzano	84,2	69,6	76,9	85,7	71,0	78,4
P.A. di Trento	78,0	62,4	70,2	78,9	67,1	73,0
Veneto	80,1	58,7	69,4	80,5	61,1	70,8
Friuli Venezia Giulia	75,9	59,7	67,8	78,3	62,3	70,3
Liguria	74,8	57,5	66,0	75,8	58,0	66,8
Emilia Romagna	78,7	65,0	71,8	80,4	66,2	73,3
Toscana	77,3	58,8	67,9	77,6	63,9	70,7
Umbria	75,0	56,8	65,8	76,4	58,8	67,4
Marche	75,5	58,7	67,0	75,1	58,0	66,5
Lazio	73,3	53,4	63,1	74,4	56,5	65,3
Abruzzo	73,6	48,3	60,8	73,8	48,3	61,0
Molise	67,2	42,1	54,7	65,1	46,0	55,6
Campania	57,8	30,0	43,6	60,1	31,9	45,8
Puglia	64,3	33,6	48,7	62,6	34,3	48,3
Basilicata	62,9	38,7	50,8	66,8	40,2	53,5
Calabria	56,9	33,7	45,2	55,9	32,6	44,2
Sicilia	59,5	31,1	45,0	56,9	31,6	44,0
Sardegna	64,7	45,8	55,3	62,6	44,8	53,7

Fonte: Istat

Il tasso di disoccupazione, però, è peggiorato tra il 2012 e il 2017, per effetto della riduzione degli inattivi.

Nel 2017 il tasso di occupazione della popolazione attiva in Europa si attesta al 72,2%. L'Italia, con un tasso pari al 62,3%, si discosta dalla media europea di -9,9 punti percentuali, registrando il penultimo posto in Europa, migliori solo della Grecia, che con il 57,8% occupa l'ultima posizione (Figura 1.12.); in particolare, tale divario si registra sia rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 (72,3%), sia per quelli dell'EU-Post 1995 (72,9%), rispettivamente di -10,0 e -10,9 punti percentuali.

In particolare, nel 2017, in Italia risulta occupata il 62,3% della popolazione nella fascia di età 20-64 anni con un chiaro squilibrio di genere (Tabella 1.8.): le donne occupate sono il 52,5% ed in aumento rispetto al 2012 (+2,0 punti percentuali), gli uomini occupati sono il 72,3% ed in aumento di +0,8 punti percentuali. Il tasso di occupazione più basso si registra in Sicilia (44,0%): 56,9% uomini e 31,6% donne.

Tale indicatore, considerando anche che l'obiettivo fissato dall'EU, che prevede nel 2020 una quota di popolazione occupata tra i 20 e 64 anni pari al 75,0%, fa ipotizzare la necessità di migliorare il mercato del lavoro e garantire una solidità strutturale che oggi manca nel sistema economico italiano.

Anche per gli occupati appartenenti alla fascia di età 55-64 anni l'Italia registra un tasso di occupazione minore rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 (52,2% Italia vs 58,6% EU-Ante 1995), discostandosi di 6,4 punti percentuali; di contro risulta in linea rispetto all'occupazione dei Paesi dell'EU-Post 1995 (52,2% Italia vs 52,4% EU-Post 1995).

A livello nazionale, invece, l'occupazione nella fascia di età 55-64 anni è pari al 52,2%, valore in netto aumento rispetto al 2012 di 11,9 punti percentuali (40,3%) (Tabella 1.9.). La Regione che registra il tasso di occupazione (per questa fascia d'età) più alto è la P.A. di Bolzano (64,1%), discostandosi dal valore medio nazionale di +11,9 punti percentuali e in aumento rispetto al 2012 di 14,3 punti percentuali (49,8%). Ancora la Sicilia si conferma la Regione "peggiore" dal punto di vista occupazionale registrando un tasso pari al 41,6% anche se in aumento rispetto al 2012 di 6,4 punti percentuali.

Tabella 1.9. Tasso di occupazione 55-64 anni

Regioni	2012 (%)	2017 (%)
Italia	40,3	52,2
Piemonte	39,0	53,7
Valle d'Aosta	41,4	57,4
Lombardia	40,2	54,7
P.A. di Bolzano	49,8	64,1
P.A. di Trento	43,3	57,5
Veneto	42,8	52,9
Friuli Venezia Giulia	39,9	55,6
Liguria	43,8	55,3
Emilia Romagna	44,9	58,0
Toscana	44,8	59,7
Umbria	42,4	55,7
Marche	44,2	53,2
Lazio	43,7	57,7
Abruzzo	40,4	54,9
Molise	40,4	52,8
Campania	36,4	45,9
Puglia	32,7	42,8
Basilicata	41,1	52,0
Calabria	38,1	43,8
Sicilia	35,2	41,6
Sardegna	40,3	49,4

Fonte: Istat

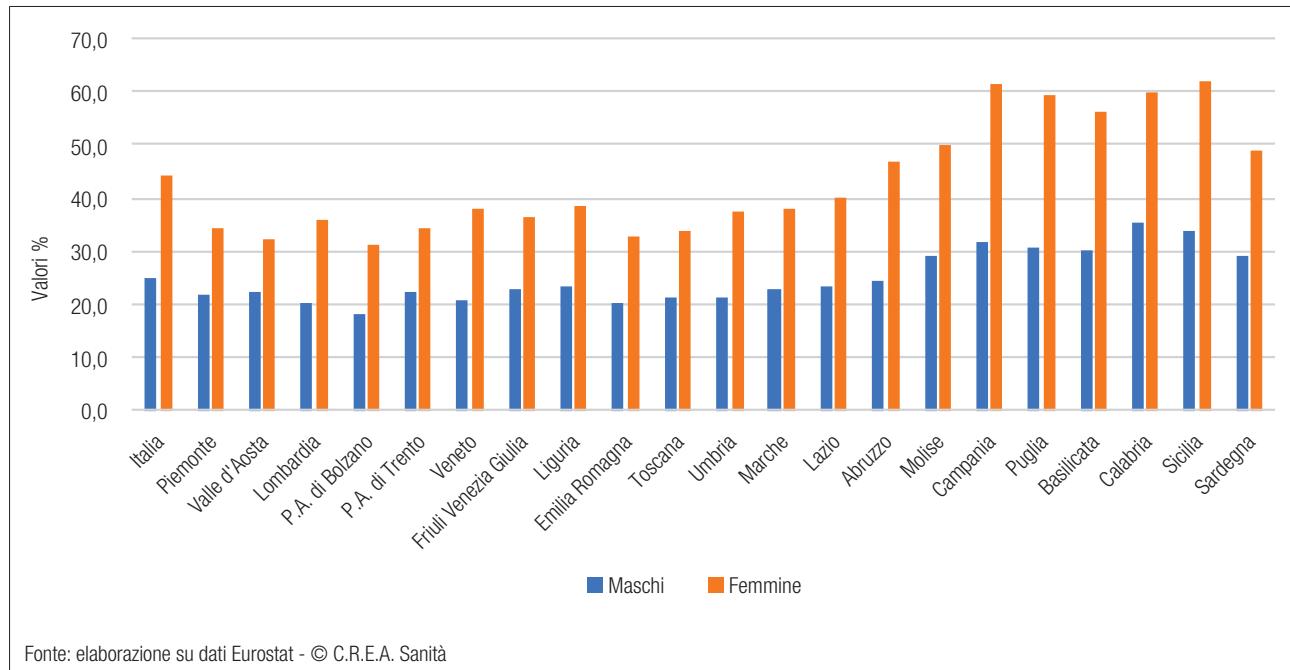
Nel 2017 il tasso di inattività (dove gli inattivi comprendono le persone che non fanno parte delle forze di lavoro, ovvero quelle non classificate come occupate o disoccupate) della popolazione italiana tra i 15 e 64 anni si attesta al 34,6%: (44,1% per le femmine e 25,0% per i maschi). Il tasso di inattività risulta inferiore rispetto al 2012 di 1,9 punti percentuali (36,5%). La propensione della popolazione a offrirsi sul mercato del lavoro al Nord è più alta rispetto al Sud, in particolare per il genere maschile.

Dal confronto regionale emerge che il minor tasso di inattività è registrato nella P.A. di Bolzano, che si discosta dal dato nazionale di oltre 9 punti percentuali (24,7%); il più alto si registra in Sicilia, raggiun-

gendo quasi il 50% della popolazione sicula. Rispetto al 2012 si registra comunque una riduzione di tale indicatore in tutte le Regioni, sia in generale, che per

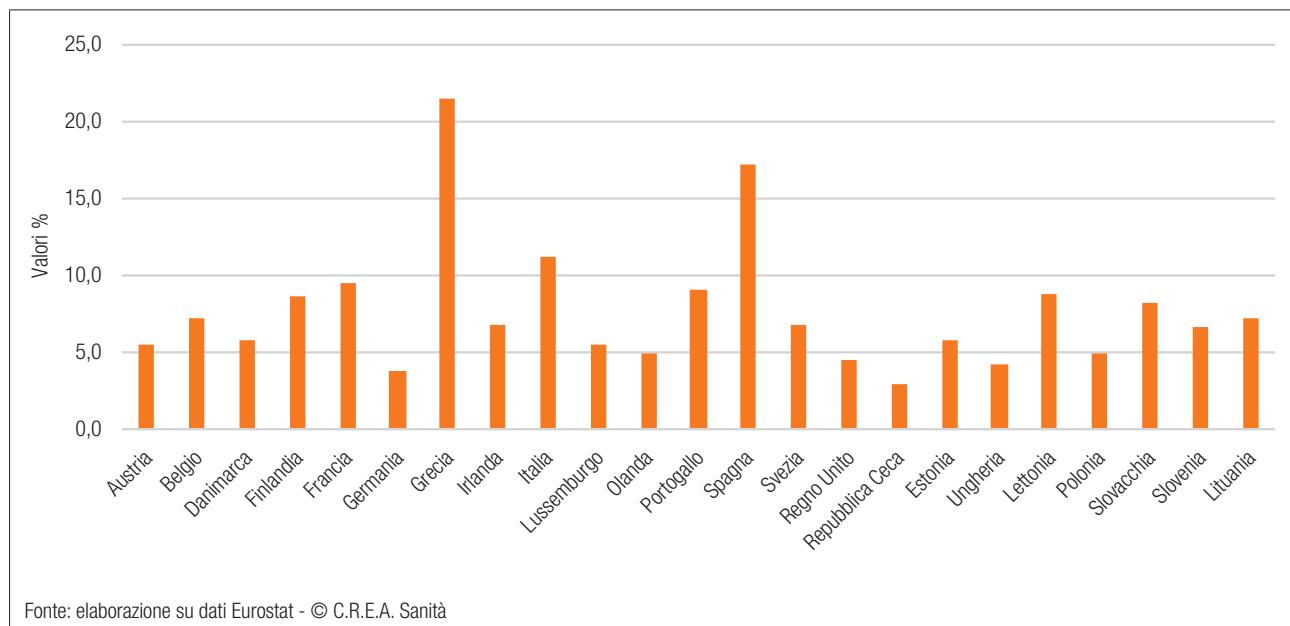
sesso, ad eccezione della Sardegna che registra un +0,2 (punti percentuali) totale, +0,3 uomini e +0,2 donne (Figura 1.13.).

Figura 1.13. Tasso di inattività 15-64 anni. Anno 2017



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

Figura 1.14. Tasso di disoccupazione in Europa. Anno 2017



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

Figura 1.15. Tasso di disoccupazione. Anno 2017

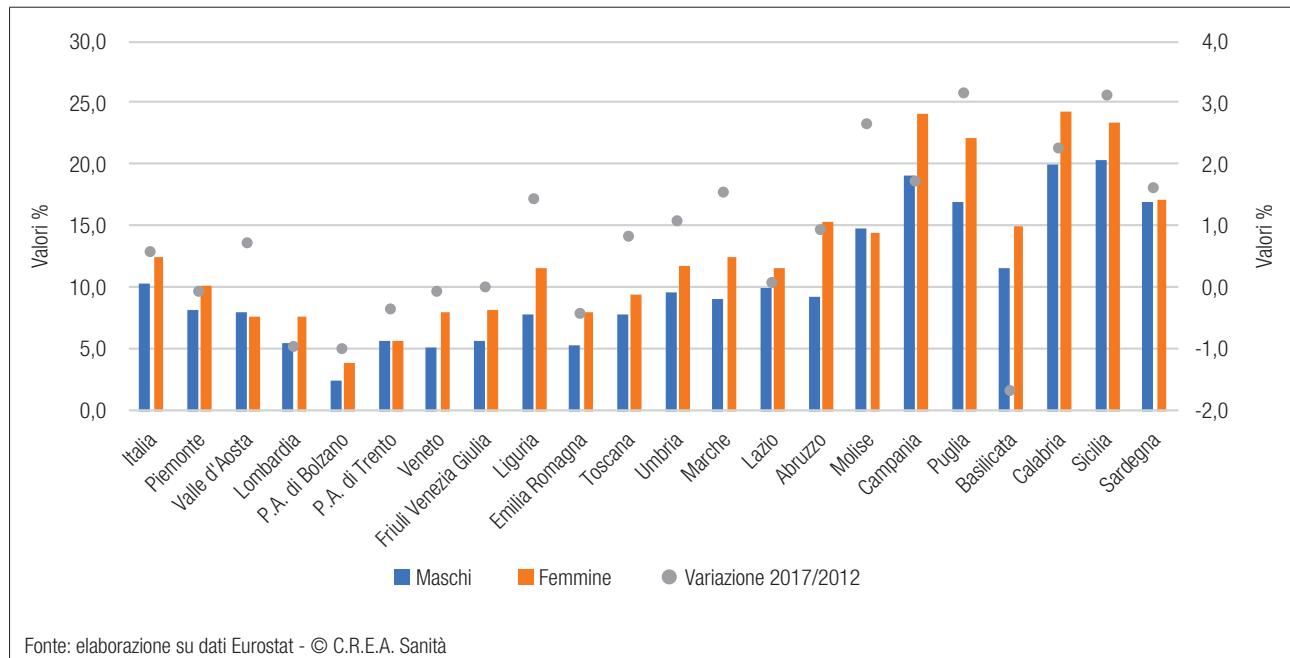
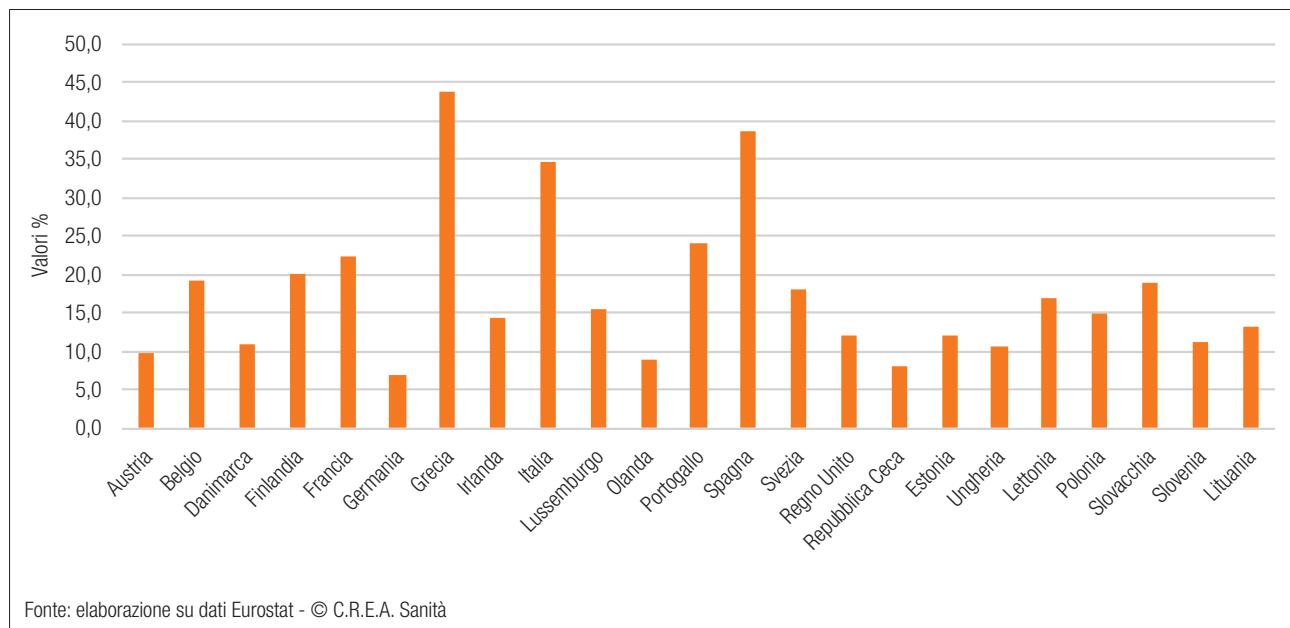


Figura 1.16. Tasso di disoccupazione giovanile in Europa. Anno 2017



Confrontando l'Italia con i Paesi europei emerge che l'Italia occupa la terza posizione in termini di disoccupazione, migliore solo di Spagna e Grecia (Figura 1.14.). In particolare, l'Italia registra un tasso pari all'11,2%, superiore ai Paesi dell'EU-Ante 1995 di 2,8 punti percentuali e di 6,2 punti percentuali rispetto ai Paesi dell'EU-Post 1995.

Il tasso di disoccupazione è in leggero aumento rispetto al 2012 di 0,6 punti percentuali (10,7%) (Figura 1.15.). Degno di nota è il differenziale tra il Nord e il Sud del Paese: nel primo caso il tasso di disoccupazione si attesta al 6,9%, nel secondo al 19,4%, con una differenza di 12,5 punti percentuali. A livello regionale il tasso di disoccupazione oscilla

tra il valore migliore della P.A. di Bolzano (3,1%) e il valore peggiore della Calabria (21,6%). Rispetto a tutte le Regioni del Sud, la Basilicata ha registrato la riduzione maggiore del tasso di disoccupazione nel periodo 2012-2017 (-1,7 punti percentuali).

Come per la disoccupazione in generale, anche per quella giovanile l'Italia si colloca al terzo posto in Europa, migliore solo di Spagna e Grecia (Figura 1.16.): rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 l'Italia si discosta di 14,2 punti percentuali (rispettivamente 20,5% e 34,7%), divario ancora più marcato rispetto ai Paesi dell'EU-Post 1995 (13,4%), discostandosi di 21,3 punti percentuali.

Tabella 1.10. Tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) per genere

Regioni	2012			2017		
	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)
Italia	33,7	37,6	35,3	33,0	37,3	34,7
Piemonte	29,9	35,0	32,1	28,9	38,5	32,9
Valle d'Aosta	25,6	25,5	25,6	26,3	22,9	24,8
Lombardia	25,6	27,6	26,5	22,4	23,6	22,9
P.A. di Bolzano	11,1	11,6	11,3	6,9	14,5	10,2
P.A. di Trento	19,6	22,2	20,8	24,5	14,2	20,1
Veneto	20,8	27,3	23,3	17,3	25,2	20,9
Friuli Venezia Giulia	31,5	27,4	29,7	20,4	31,4	25,4
Liguria	29,1	31,6	30,2	32,4	36,8	34,3
Emilia Romagna	27,5	25,7	26,7	17,0	27,1	21,3
Toscana	24,4	36,4	29,4	22,0	27,9	24,5
Umbria	34,1	35,3	34,6	31,2	30,2	30,8
Marche	26,3	32,4	28,6	22,0	27,7	24,2
Lazio	37,1	43,9	40,0	38,1	36,8	37,5
Abruzzo	28,5	44,4	34,0	31,7	30,7	31,3
Molise	39,8	44,0	41,5	42,3	58,2	47,3
Campania	46,4	51,6	48,4	50,4	61,7	54,7
Puglia	37,4	48,3	41,6	53,5	48,4	51,4
Basilicata	47,1	55,7	49,9	39,3	35,3	38,1
Calabria	55,6	51,4	53,9	47,8	69,2	55,6
Sicilia	50,9	51,6	51,2	49,7	58,0	52,9
Sardegna	47,4	47,7	47,5	43,4	53,3	46,8

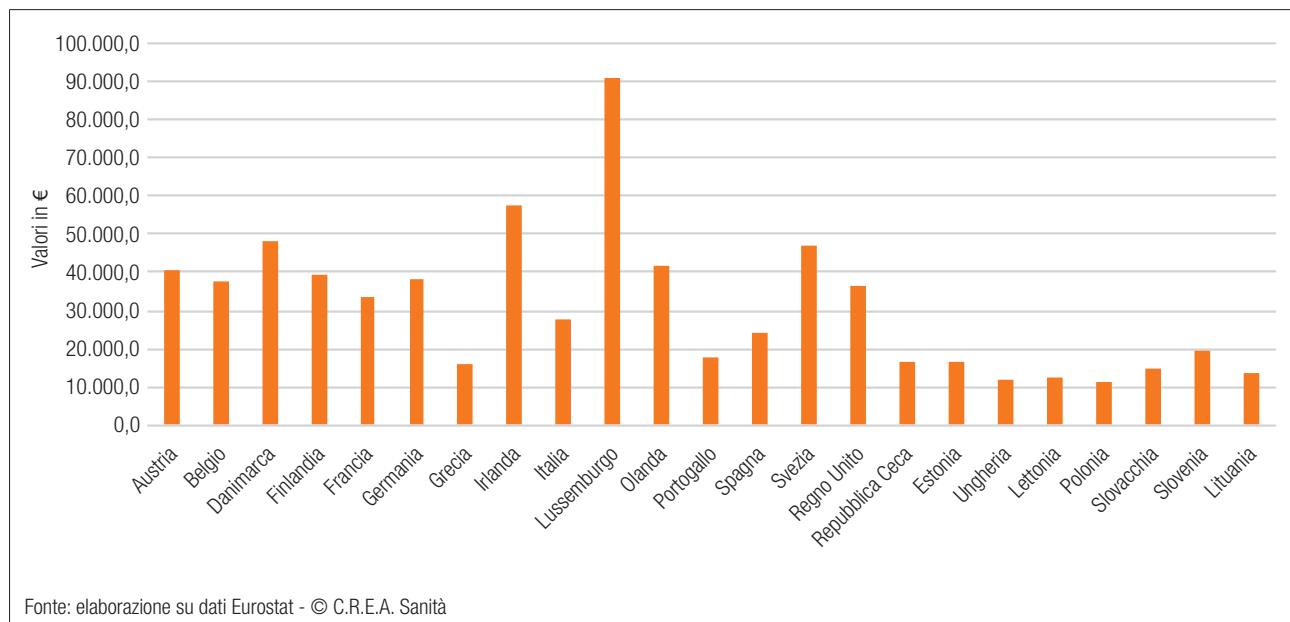
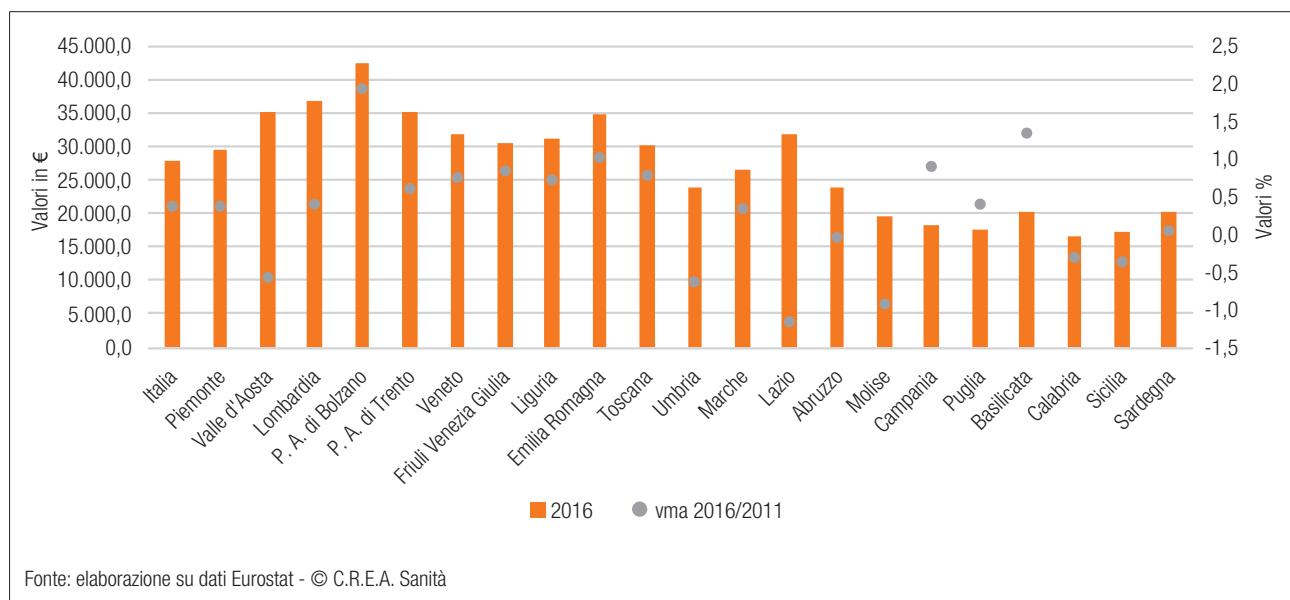
Fonte: Istat

Concentrandoci sulla popolazione giovane (15-24 anni), il tasso di disoccupazione è pari in Italia al 34,7%, con una riduzione di 0,6 punti percentuali rispetto al 2012. Anche in questa fascia di popolazione il livello di disoccupazione riscontrato nel Nord è nettamente inferiore a quello del Sud: 24,0% nel Nord vs 51,4% al Sud. Decisamente inferiore rispetto a tutte le Regioni italiane, è il tasso di disoccupazione giovanile nella P.A. di Bolzano che si attesta al 10,2% (-24,6 punti percentuali rispetto al dato nazionale), in senso opposto quello proposto dalla Calabria (55,6% nel 2017). Dal confronto per genere emerge che sono maggiormente disoccupate le donne rispetto agli uomini (rispettivamente 37,3% vs 33,0% dato Italia) (Tabella 1.10.).

Tabella 1.11. PIL

Regioni	2011 (€ mln.)	2016 (€ mln.)	Var. % 2016/2011	vma % 2016/2011
Italia	1.637.463	1.680.523	2,6	0,5
Piemonte	128.085	129.699	1,3	0,3
Valle d'Aosta	4.583	4.442	-3,1	-0,6
Lombardia	353.702	368.582	4,2	0,8
P.A. di Bolzano	19.581	22.189	13,3	2,5
P.A. di Trento	17.930	18.847	5,1	1,0
Veneto	149.642	155.837	4,1	0,8
Friuli Venezia Giulia	35.666	36.978	3,7	0,7
Liguria	47.809	48.708	1,9	0,4
Emilia Romagna	144.528	153.927	6,5	1,3
Toscana	108.067	112.455	4,1	0,8
Umbria	21.977	21.241	-3,4	-0,7
Marche	40.315	40.706	1,0	0,2
Lazio	187.732	186.483	-0,7	-0,1
Abruzzo	31.904	31.657	-0,8	-0,2
Molise	6.493	6.122	-5,7	-1,2
Campania	101.734	106.477	4,7	0,9
Puglia	70.109	70.828	1,0	0,2
Basilicata	11.018	11.598	5,3	1,0
Calabria	33.393	32.759	-1,9	-0,4
Sicilia	88.481	86.738	-2,0	-0,4
Sardegna	33.223	33.228	0,0	0,0

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

Figura 1.17. PIL pro-capite in Europa. Anno 2016**Figura 1.18. PIL pro-capite**

Produzione e reddito

Tra il 2011 e il 2016, in Italia si registra un aumento del Prodotto Interno Lordo (PIL), sia in assoluto che per residente.

In particolare, a livello nazionale, il PIL, è cresciuto nel quinquennio 2011-2016 del +2,6% (+0,5% medio annuo), passando da € 1.637.463 mln. del 2011 a € 1.680.523 mln. (Tabella 1.11.).

In termini nominali, il PIL è cresciuto in tutte le Regioni, ma in modo particolare in quelle del Nord, passando da € 901.528 mln. del 2011 a € 939.209 mln. del 2016 (+0,8% medio annuo), contro una crescita più contenuta nel Centro e nel Sud del Paese (rispettivamente +0,2% e +0,4%).

Per quanto riguarda il PIL pro-capite, l'Italia si colloca sotto la media europea (€ 29.200 EU-28 vs

€ 27.700 Italia): in particolare, si discosta dai Paesi dell'EU-Ante 1995 di € 6.000 circa ma superiore di circa € 15.000 rispetto a quelli dell'EU-Post 1995. In generale occupa la dodicesima posizione sui 28 Paesi dell'EU (Figura 1.17.).

Il PIL pro-capite, a prezzi correnti, in Italia, nel 2016, è pari a € 27.719, valore in crescita rispet-

to al 2011 di +1,7% (+0,3% medio annuo) (Figura 1.18.). In particolare, le Regioni del Nord registrano un PIL pro-capite maggiore rispetto a quelle del Sud: il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (€ 42.459) contro il valore minimo registrato in Calabria (€ 16.648).

Figura 1.19. Reddito disponibile pro-capite

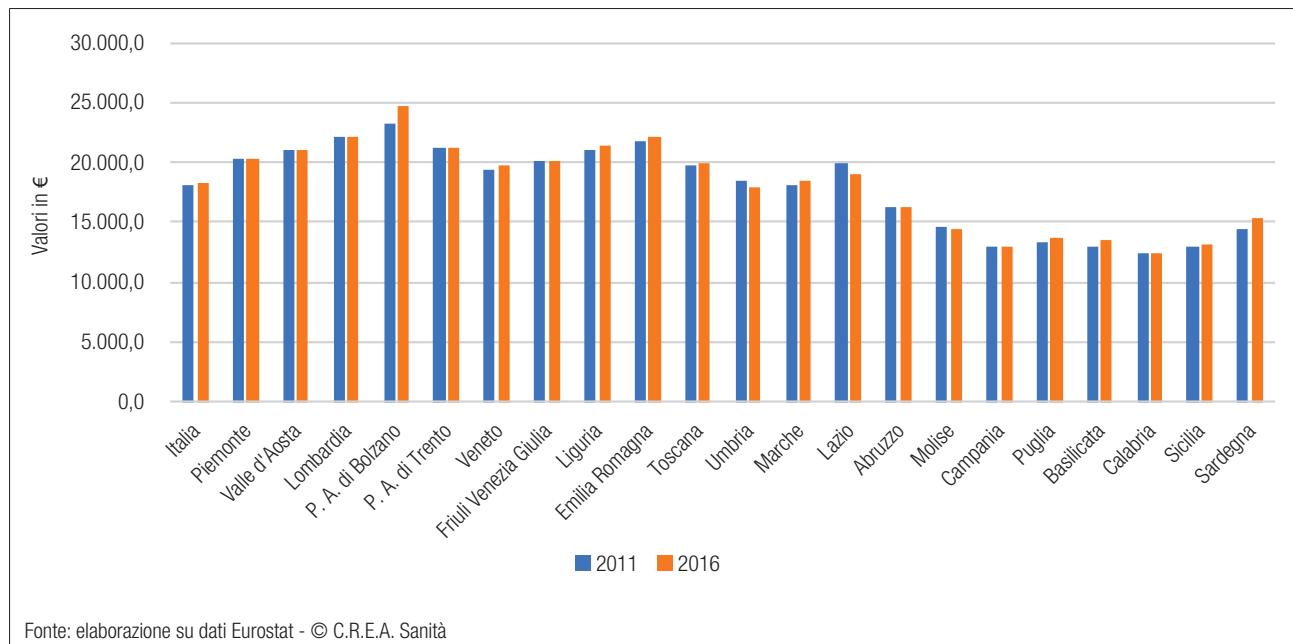
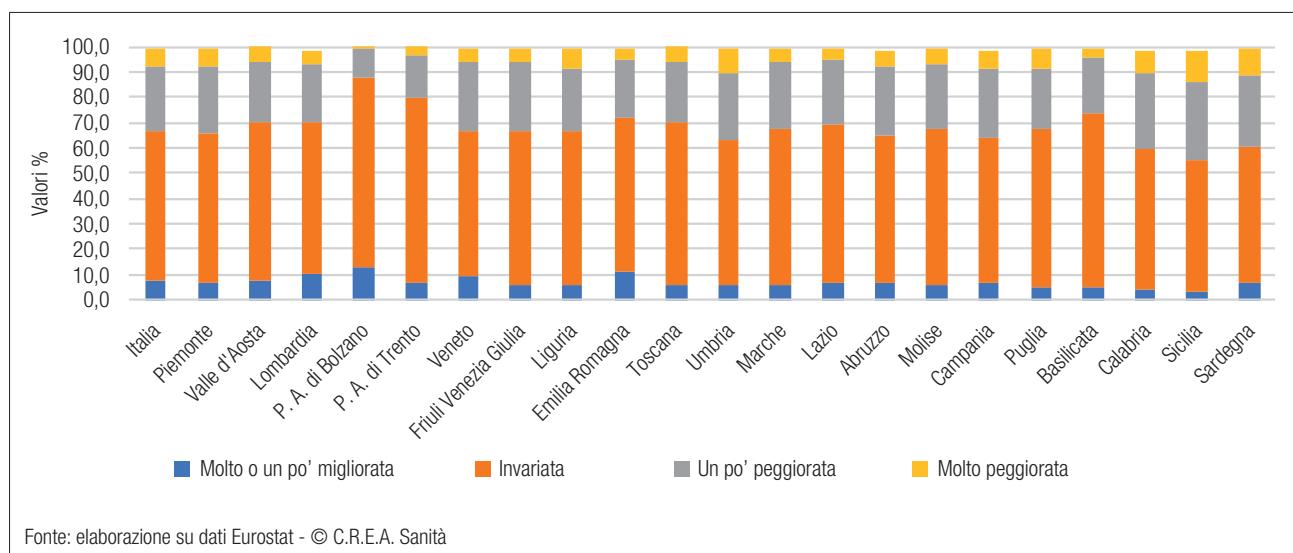


Figura 1.20. Famiglie per giudizio sulla situazione economica rispetto all'anno precedente. Anno 2017



Il reddito medio disponibile delle famiglie, nel 2016, a livello nazionale è pari a € 18.191,0 (€ 1.516,0 mensili) (Figura 1.19.), ed è cresciuto del +0,5% (+0,1% medio annuo) rispetto al 2011. Dal confronto regionale emerge una differenza di disponibilità di reddito tra Nord e Sud abbastanza accentuata: si passa, infatti, da un reddito medio disponibile delle famiglie di € 24.623,0 (€ 2.052,0 mensili) della P.A. di Bolzano (valore massimo) ad uno di € 12.428,0 (€ 1.036,0 mensili) della Calabria (valore minimo), con una differenza di oltre € 10.000,0.

Anche la percezione delle famiglie sulla situazione economica risulta migliore nel periodo nel 2017 rispetto al 2010.

In particolare, nel 2017, in Italia, la quota di famiglie che pensano che la situazione economica sia molto o un po' migliorata rispetto all'anno precedente è del 7,4%, contro il 3,4% del 2012 (+4,0 punti percentuali), parallelamente si riduce notevolmente la quota di chi valuta la situazione molto peggiorata (dal 15,0% del 2012 al 6,8% del 2017) (Figura 1.20.).

La percezione di stabilità è aumentata in tutte le ripartizioni geografiche, ma in particolare per le famiglie del Nord. La situazione più critica rimane per le famiglie del Sud, per le quali la quota di quelle che dichiarano molto peggiorata la loro situazione economica è il 9,9%, quasi il doppio di quelle del Nord.

In termini di distribuzione del reddito, osserviamo che il rapporto fra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione, e quello dal 20% più povero, nel 2016 è pari in Italia a 6,3 (Tabella 1.12.). Dall'analisi per ripartizioni geografiche emerge che al Nord si registra la diseguaglianza del reddito più bassa (4,9), e la più alta nel Mezzogiorno (7,5), dove incide la bassa occupazione giovanile e la maggiore diffusione delle famiglie monoredito. A livello regionale la diseguaglianza maggiore si registra in Sicilia (9,2), la più bassa nella P.A. di Bolzano (4,0).

Inoltre, l'Italia, negli ultimi anni, vede il livello di

povertà in costante crescita. Esiste una correlazione tra povertà e ampiezza familiare: a soffrirne maggiormente sono, infatti, le famiglie "numerose", cioè composte da 3, 4, 5 e più componenti (15,1%, 19,8% e 30,2% rispettivamente in termini relativi).

Secondo i dati Istat, nel 2017 si stima che 1.778.000 famiglie (6,9% delle famiglie residenti) siano in condizione di povertà assoluta⁶, per un totale di 5.058.000 individui (8,4% dell'intera popolazione)

Tabella 1.12. Diseguaglianza del reddito disponibile. Anno 2016

Regioni	2016
Italia	6,3
Piemonte	4,8
Valle d'Aosta	4,6
Lombardia	5,5
P.A. di Bolzano	4,0
P.A. di Trento	4,8
Veneto	4,3
Friuli Venezia Giulia	4,1
Liguria	5,3
Emilia Romagna	4,6
Toscana	4,7
Umbria	5,0
Marche	5,2
Lazio	6,6
Abruzzo	4,8
Molise	5,7
Campania	8,4
Puglia	5,8
Basilicata	5,0
Calabria	8,2
Sicilia	9,2
Sardegna	6,4

Fonte: Istat

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

Tabella 1.13. Incidenza di povertà individuale relativa (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Regioni	2014	2017
Italia	12,9	15,6
Piemonte	7,7	8,9
Valle d'Aosta	7,7	6,7
Lombardia	5,8	8,0
P.A. di Bolzano	*	*
P.A. di Trento	8,9	12,8
Veneto	6,4	8,2
Friuli Venezia Giulia	11,1	10,9
Liguria	10,0	14,0
Emilia Romagna	6,7	5,6
Toscana	6,7	7,7
Umbria	11,3	17,6
Marche	13,0	12,4
Lazio	7,8	10,8
Abruzzo	14,1	17,6
Molise	18,4	17,9
Campania	20,0	27,5
Puglia	22,2	24,9
Basilicata	30,0	22,7
Calabria	35,6	38,8
Sicilia	29,0	33,9
Sardegna	15,9	21,4

* Il dato non raggiunge la metà della cifra minima considerata

Fonte: Istat

Sempre nello stesso anno si stima siano 3.171.000 le famiglie in condizione di povertà relativa (con un'incidenza pari al 12,3% delle famiglie residenti), per un totale di 9.368.000 individui (15,6% della popolazione).

Dal confronto per ripartizioni geografiche emerge che il Sud presenta un livello di povertà relativa (totale) pari a più del doppio rispetto al Nord e al Centro Italia.

In particolare, nel 2017, l'incidenza di povertà individuale relativa risulta in aumento rispetto al 2014 di +2,7 punti percentuali (12,9% nel 2014). Per con-

fronto, nel periodo preso in esame, il Sud presenta una incidenza in crescita di +4,4 punti percentuali (22,6% nel 2014 vs 27,0% nel 2017) e nettamente più alta rispetto alle altre ripartizioni geografiche e al dato nazionale (Tabella 1.13.).

Per l'analisi sugli aspetti equitativi relativi al sistema sanitario si rimanda al capitolo 4a del presente Rapporto.

1.3. Conclusioni

La popolazione italiana risulta soggetta ad un processo di invecchiamento che ha interessato tutte le Regioni italiane: in cinque anni l'età media è aumentata di un anno raggiungendo i 44,9 anni.

Nello specifico, nell'ultimo decennio, i bambini nella fascia di età 0-4 anni si sono ridotti del -1,0% medio annuo, e il calo delle nascite ha provocato una riduzione della numerosità delle coorti giovanili.

Nello stesso periodo, la popolazione residente anziana (over 75) è invece aumentata del +2,2% medio annuo.

Nei prossimi cinquant'anni la popolazione italiana diminuirà dello 0,2% medio annuo, e tale riduzione si verificherà per tutte le Regioni italiane ad eccezione di P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Lombardia e Lazio che registreranno un aumento della popolazione tra il 2017 ed il 2066.

Degna di nota è la previsione di un aumento ulteriore della popolazione anziana (over 75) del +60,1% (+0,9% medio annuo) a livello nazionale, in controtendenza rispetto a quanto previsto per la popolazione italiana in generale.

Per quanto concerne gli indicatori più rilevanti, l'Italia, nel 2017, ha un tasso di natalità pari a 7,6, in riduzione rispetto a dieci anni prima (quando ne nascevano quasi 10 bambini ogni 1.000 abitanti), confermato in tutte le Regioni italiane.

L'indice di dipendenza strutturale è superiore a 50, testimoniano una evidente situazione di squilibrio generazionale.

La situazione dell'istruzione in Italia è preoccupante: in particolare occupa l'ultima posizione per quota di persone in possesso del titolo universitario,

la più “alta” per giovani che abbandonano prematuramente gli studi e di “Neet”. Sebbene il livello di istruzione sia in crescita, a livello nazionale rimane il *gap* fra Settentrione e Meridione.

Anche da un punto di vista occupazionale l’Italia ha *Performance* peggiori della media europea, sia per la popolazione attiva occupata, che per quella appartenente alla fascia di età 55-64 anni. Inoltre, il tasso di disoccupazione (in generale e anche quello giovanile) è inferiore solo a quello di Grecia e Spagna. Si è comunque registrato un miglioramento del tasso di occupazione.

Per quanto riguarda il PIL pro-capite, l’Italia si colloca sotto la media europea: in particolare, si discosta dai Paesi dell’EU-Ante 1995 di € 6.000 circa,

sebbene rimanga superiore di circa € 15.000 rispetto all’importo medio dei Paesi dell’EU-Post 1995. In generale occupa la dodicesima posizione sui 28 Paesi dell’EU. Il PIL pro-capite, a prezzi correnti, cresce dello +0,3% medio annuo; e anche il reddito medio disponibile delle famiglie è in crescita negli ultimi anni; ma, allo stesso tempo, tendono ad ampliarsi le differenze regionali.

Riferimenti bibliografici

Eurostat (anni vari), <https://ec.europa.eu/eurostat/>
data/database
Istat (anni vari), *Database demografico*
Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it

ENGLISH SUMMARY

The socio-demographic contest

It is well known that the Italian population is aging at a quick pace, as a result of a simultaneous reduction of births and increase in life expectancy.

In the last decade, there was a yearly 0.2% decrease in the number of children aged 0-14 years, compared to an average yearly 2.2% increase in the over 75 population.

Over the next few years, Italy will also record a reduction in the resident population: in fact, according to the forecasts of the Italian Statistics institute (Istat), in 50 years (2066) the Italian population will fall by 11.2% (an average yearly 0.2% reduction), from 60,598,445 to 53,824,600 residents.

In spite of this, the increase in the elderly population (over 75) is estimated at 0.9% on average per year.

Moreover, in 2017, the birth rate was 7.6 per 1,000 inhabitants, on the wane compared to ten years earlier (when almost 10 children per 1,000 inhabitants were born). This decrease was recorded in all Italian regions.

While analyzing the Italian family structure, it emerges that, over the last twenty years, the average number of household members has decreased by 0.6% per year, falling from 2.7 (1995-1996 average) to 2.4 (2015-2016 average). In particular, single persons have increased: in 2016 the single-member households were 31.6%, compared to 29.4% in 2011. Ultimately, one in three households is single-member.

When socio-economic characteristics and education, in particular, are analyzed, we realize that Italy has a lower education level compared to Europe. In particular, it ranks last in Europe with reference to the number of graduates and it records the highest school dropout rate and the highest share of Neets. In recent years, however, the Italian people's aver-

age education level has improved steadily: between 2012 and 2017, the share of people that completed university studies increased and, at the same time, the school dropout rate in the 18-24 age bracket years decreased. Also the share of Neets keeps on decreasing.

Italy records a lower employment level than the European average, both for the total population and for the 55-64 age group.

In spite of this, in 2017, Italy recorded an increase in the share of active population compared to 2012 and also the employment rate of the population aged 55-64 years grew in the period under consideration, thus showing an active aging trend in line with the European Union's (EU) goal to grow old in good health.

Nevertheless, the unemployment rate worsened between 2012 and 2017, due to the reduction in the inactive people.

While comparing Italy with European countries, we realize that it ranks third in terms of unemployment, after Spain and Greece. In particular, Italy recorded an 11.2% rate, higher by 2.8% than the rate recorded in the EU-Ante 1995 and by 6.2% as against the EU-Post 1995. The unemployment rate is slightly increasing (by 0.6%) compared to 2012 (10.7%).

As in the case of general unemployment, Italy ranks third also in terms of youth unemployment, performing better only than Spain and Greece.

On the production side, between 2011 and 2016, an increase in Gross Domestic Product (GDP) was recorded, both in absolute terms and per-capita.

In particular, at national level, the GDP grew by 2.6% in the 2011-2016 five-year period (a 0.5% yearly increase on average), rising from € 1,637,463 to € 1,680,523.

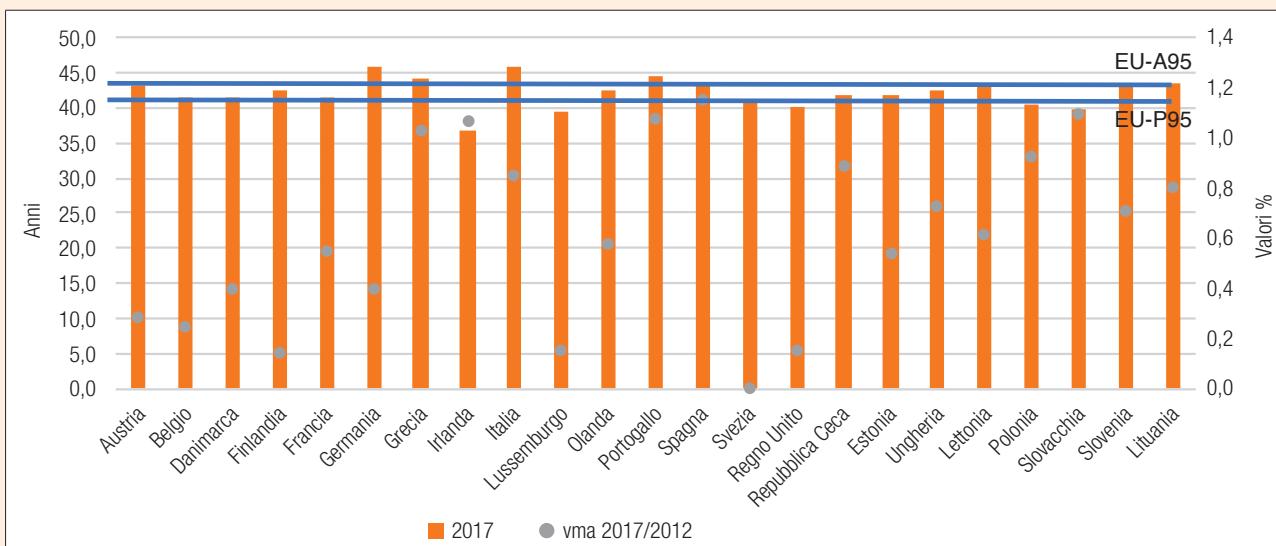
As to the per-capita GDP, Italy ranks twelfth among the 28 EU Member States, below the EU average (€ 29,200 in the EU as against € 27,700 in Italy). In particular, it differs by approximately € 6,000 compared to the EU-Ante 1995, but it is approximately € 15,000 higher than the EU-Post 1995.

Furthermore, over the last few years, Italy's poverty level has grown constantly. There is a correlation between poverty and family size: in fact, the most affected are the families composed of 3, 4, 5 and even more members (15.1%, 19.8% and 30.2% respectively, in relative terms).

According to Istat data, it is estimated that in 2017 a number of 1,778,000 families (6.9% of resident families) were in absolute poverty conditions,

for a total number of 5,058,000 individuals (8.4% of the whole population). Again in 2017 it is estimated that 3,171,000 families lived in relative poverty conditions (12.3% of resident families), for a total number of 9,368,000 individuals (15.6% of the population). In 2017, the incidence of relative individual poverty increased by 2.7% compared to 2014 (12.9% in 2014). For comparison purposes, in the period under consideration, the South of Italy recorded a 4.4% increase in relative individual poverty (22.6% in 2014 as against 27% in 2017) and much higher than in the other geographical areas and in the country as a whole.

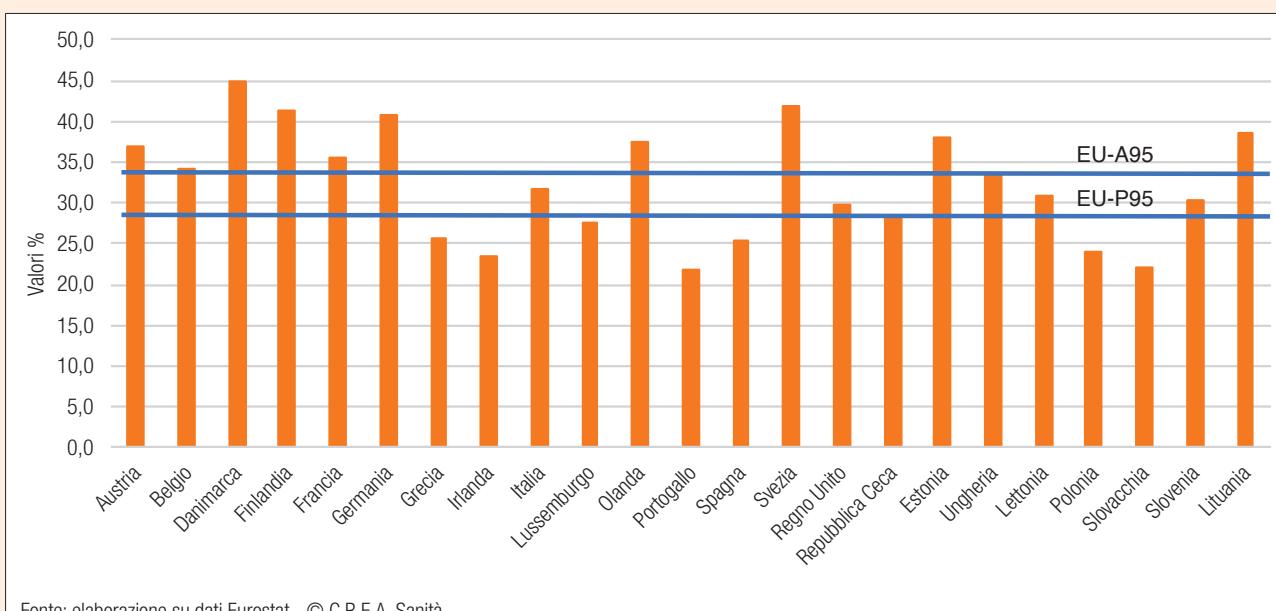
KI 1.1. Età media dei residenti in Europa



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

L'età media degli italiani è la più alta di Europa e in continua crescita (45,9 anni contro i 44,0 del 2012). I più giovani sono gli irlandesi, con una età media pari a 36,9 anni (35,0 nel 2012). In tutti i Paesi EU si registra un invecchiamento nel periodo considerato, con il valore massimo in Spagna (+1,1% medio annuo), e il più basso in Finlandia (+0,2% medio annuo). L'età media risulta più alta di 2,0 anni nei Paesi EU-Ante 1995 rispetto a quelli dell'EU-Post 1995 (rispettivamente 43,1 anni vs 41,1 anni). L'Italia registra una età media maggiore di 2,8 anni rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 e di 4,8 anni rispetto a quelli dell'EU-Post 1995.

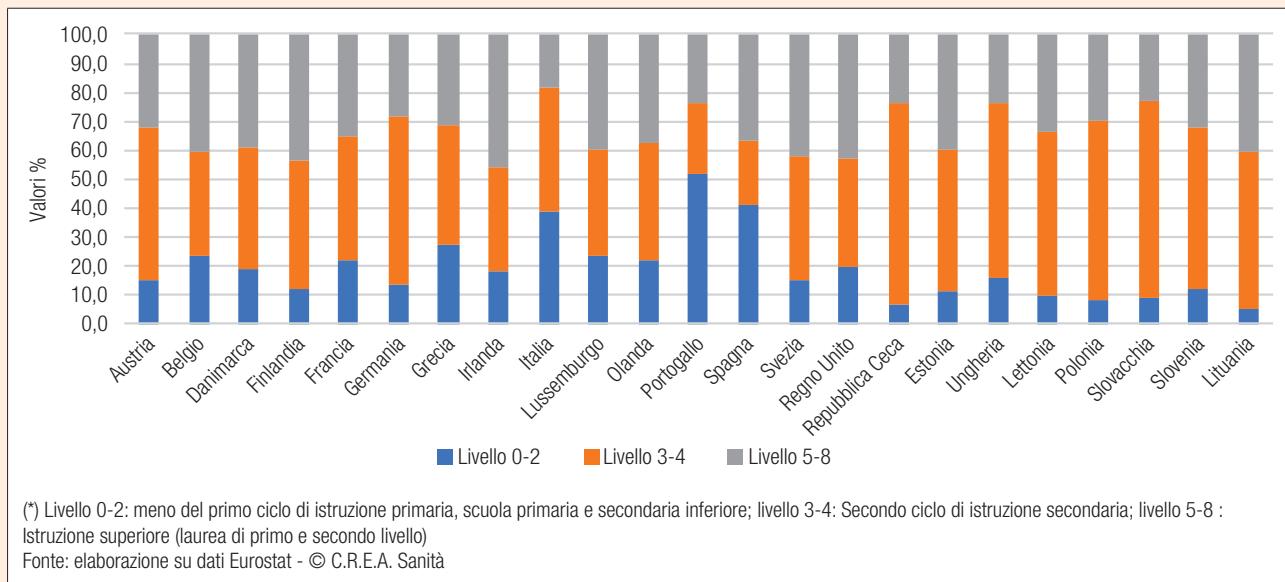
KI 1.2. Famiglie monocomponente in Europa. Anno 2016



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

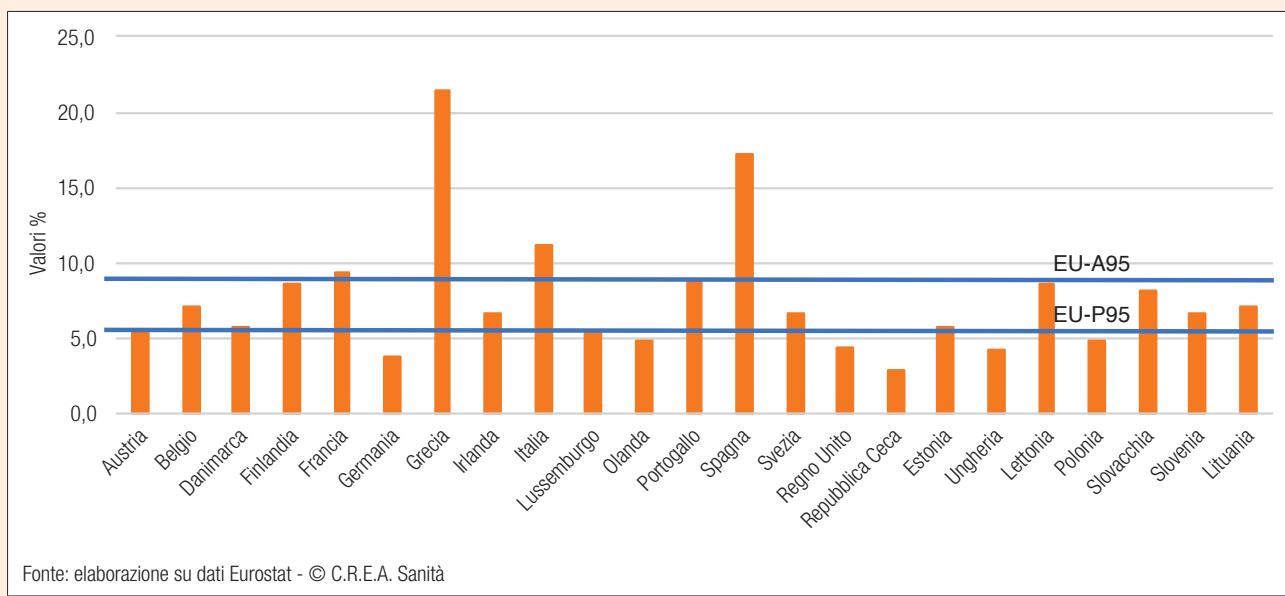
In Italia il 31,6% delle famiglie risultano essere monocomponente. Tale valore è inferiore rispetto a quello della media dei Paesi EU Ante-1995 (33,7%) di 2,1 punti percentuali e superiore rispetto a quello dei Paesi EU Post-1995 (27,0%) di 4,7 punti percentuali. La Danimarca registra la quota di famiglie monocomponente più alta (44,8%), il Portogallo la più bassa (21,8%). La crescita del numero di famiglie monocomponente, tra il 2011 e il 2016, è risultata massima in Grecia (+5,3 punti percentuali) mentre diminuisce la quota di persone sole in cinque Paesi: Slovacchia, Regno Unito, Lussemburgo, Belgio e Polonia. In Italia la quota di famiglie monocomponente è aumentata di 2,2 punti percentuali rispetto al 2011.

KI 1.3. Composizione popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*) in Europa. Anno 2017



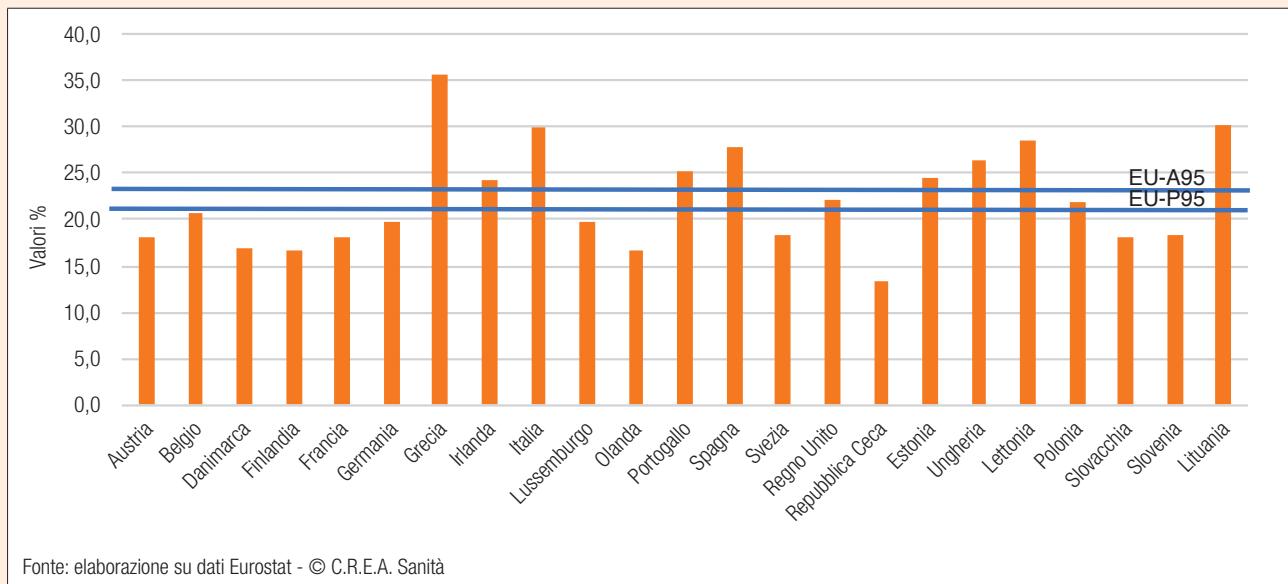
Secondo i dati Eurostat il 39,1% degli italiani, nel 2017, è in possesso della licenza media, il 42,2% del diploma e il 18,7% ha completato il ciclo di studi universitari: degna di nota è la crescita, rispetto al 2012, di 2,9 punti percentuali della quota di italiani in possesso della laurea (15,8% nel 2012). Rispetto agli altri Paesi europei, però, l'Italia rimane comunque in ultima posizione per quota di popolazione in possesso del titolo universitario. In particolare, si discosta dalla media dei Paesi EU-Ante 1995 di 14,3 punti percentuali e di 9,8 da quella dei Paesi EU-Post 1995. L'Irlanda è il Paese con livello di istruzione medio più elevato: il 45,7% della popolazione è in possesso del titolo universitario e tale quota è cresciuta rispetto al 2012 di 5,7 punti percentuali.

KI 1.4. Tasso di disoccupazione in Europa. Anno 2017



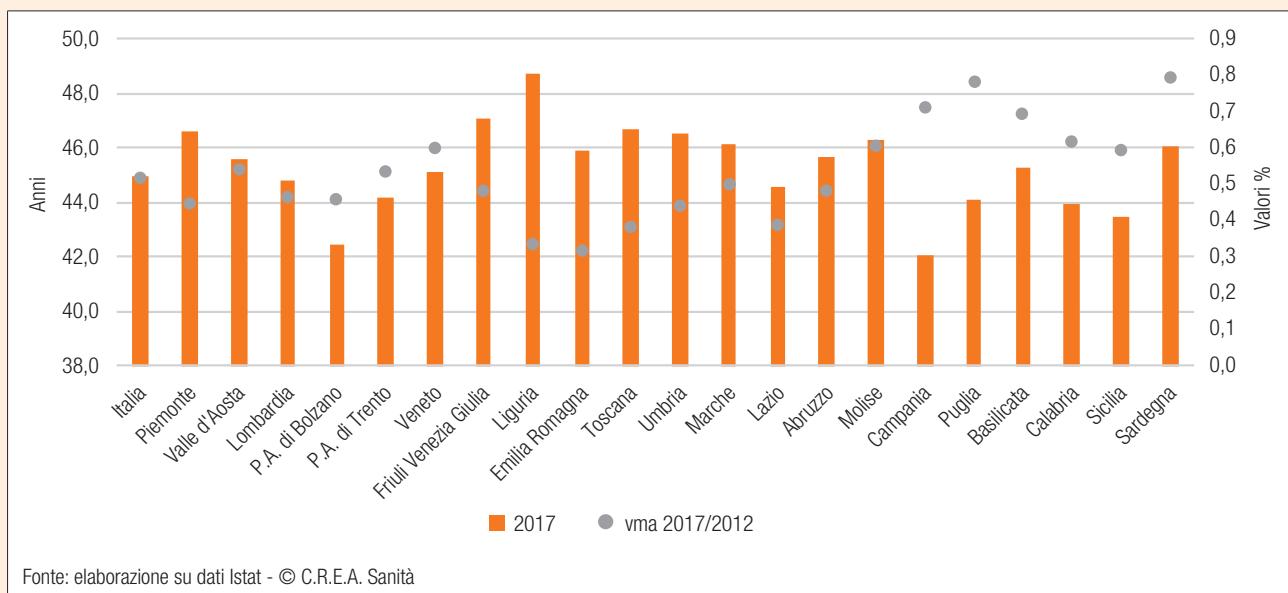
Secondo i dati Eurostat, in Italia, nel 2017, il tasso di disoccupazione è pari all'11,2%, in aumento rispetto al 2012 di 0,6 punti percentuali, occupando la terza posizione, migliore solo di Grecia e Spagna. La Grecia, infatti, registra il tasso di disoccupazione più alto (21,5%), la Repubblica Ceca il più basso (2,9%). Il dato italiano appare peggiore sia di quello medio dei Paesi EU-Ante 1995 (8,4%) che di quello medio dei Paesi dell'EU-Post 1995 (5,0%). Nei Paesi EU-Ante 1995, in particolare, il livello di disoccupazione è più alto rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995 di 3,4 punti percentuali (rispettivamente 8,4% e 5,0%). Degna di nota è la riduzione del tasso di disoccupazione in tutti i Paesi EU-Post 1995 tra il 2012 e il 2017, con il valore massimo in Ungheria (-6,8 punti percentuali), quello minimo in Slovenia (-2,3 punti percentuali). Nei Paesi EU-Ante 1995, invece, nello stesso periodo, si passa, da una riduzione della disoccupazione di 8,8 punti percentuali in Irlanda, a un aumento di 0,9 punti percentuali in Finlandia.

KI 1.5. Quota persone a rischio povertà o esclusione sociale in Europa. Anno 2016



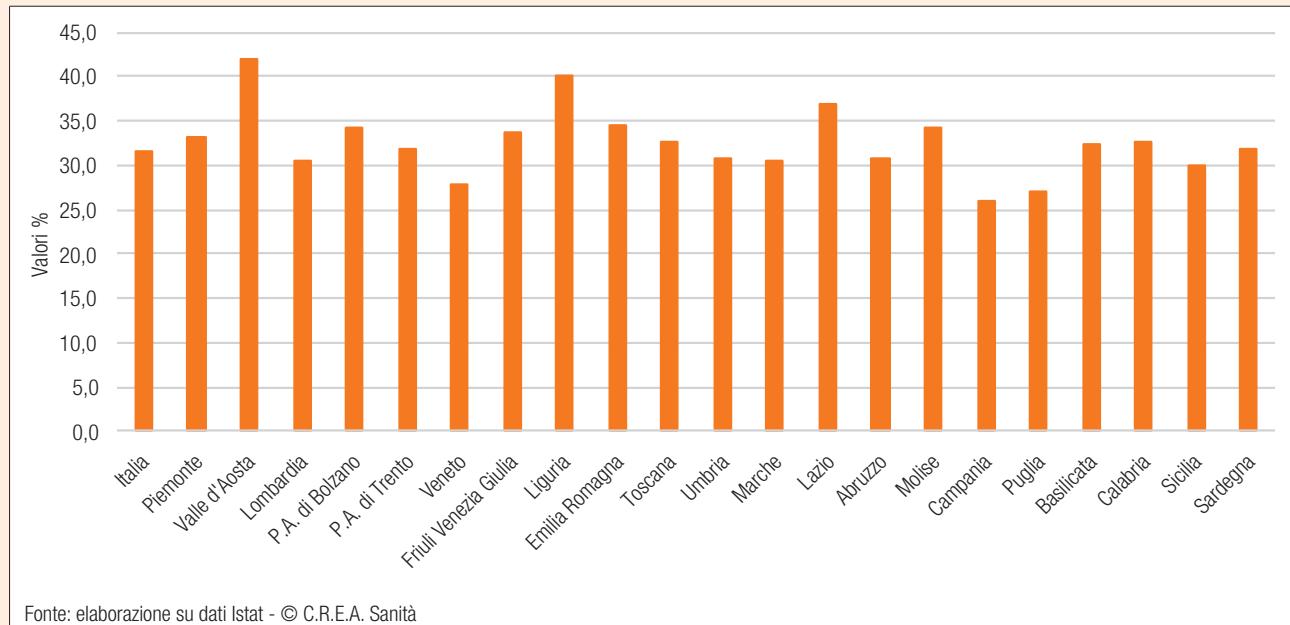
Nel 2016 la quota più alta di persone a rischio di povertà o esclusione sociale (ovvero che vivono in famiglie con un reddito disponibile inferiore al 60,0% delle mediane della distribuzione individuale del reddito disponibile equivalente, o sono gravemente svantaggiate materialmente, o che vivono in famiglie con una intensità di lavoro molto bassa) si registra in Grecia (35,6%); valore in aumento rispetto al 2006 di +6,3 punti percentuali; la quota più bassa in Repubblica Ceca (13,3%) e in calo nel periodo considerato di -4,5 punti percentuali. L'Italia vede il livello di povertà in crescita tra il 2006 e il 2016 di +4,1 punti percentuali, passando dal 25,9% del 2006 al 30,0% del 2016. Nel 2016 la quota di persone a rischio povertà risulta superiore nei Paesi EU-Ante 1995 rispetto a quella dell'EU-Post 1995 (rispettivamente 22,7% vs 21,4%). L'Italia registra una quota di persone a rischio povertà più alta rispetto a quella dei Paesi dell'EU-Ante 1995 di 7,3 punti percentuali e di 8,6 punti rispetto ai Paesi dell'EU-Post 1995.

KI 1.6. Età media dei residenti. Anno 2017



Nel 2017, l'età media degli italiani si attesta a 44,9 anni, in aumento rispetto al 2012 dello 0,5% medio annuo. I più giovani sono i campani, con una età media pari a 42,1 anni (40,6 nel 2012), i più "anziani" i liguri, con un'età media pari a 48,7 anni (47,9 nel 2012). In tutte le Regioni italiane si registra un invecchiamento nel periodo considerato, con il valore massimo in Puglia e Sardegna (+0,8% medio annuo), e il più basso in Emilia Romagna e Liguria (+0,3% medio annuo). Il dato conferma che la popolazione italiana è soggetta a un processo di invecchiamento, derivante dal combinato disposto dalla riduzione delle nascite, dall'aumento della popolazione anziana e dall'aumento dell'aspettativa di vita.

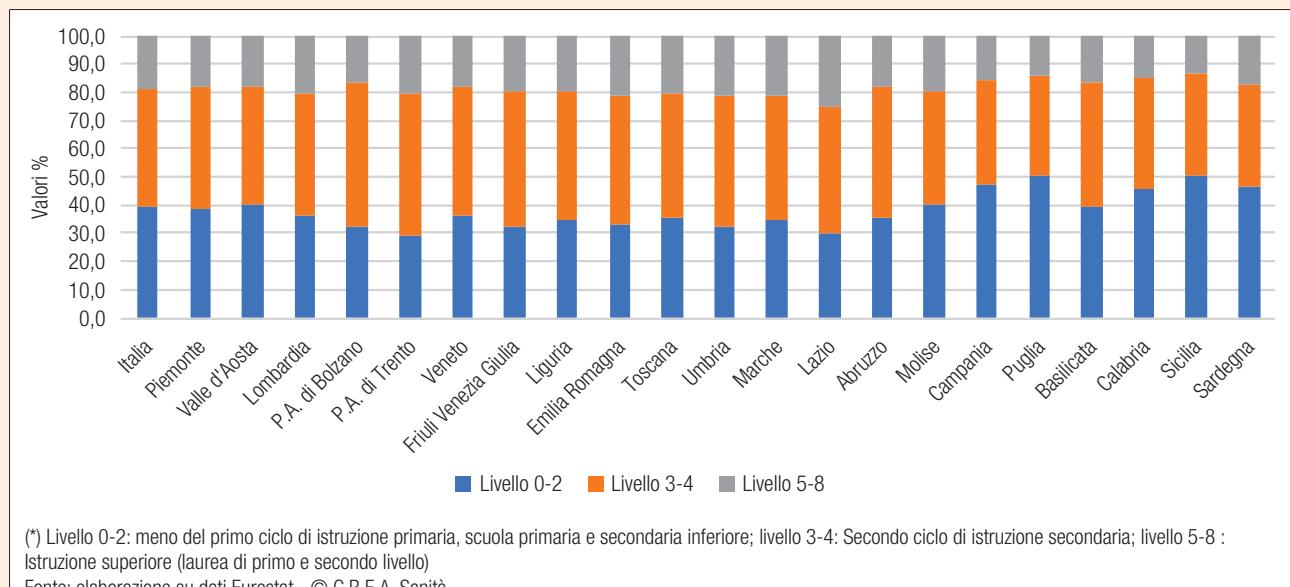
KI 1.7. Famiglie monocomponente. Anno 2016



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

Negli ultimi vent'anni il numero medio di componenti delle famiglie italiane si è ridotto del 0,6% annuo, passando da 2,7 (media 1995-1996) a 2,4 (media 2015-2016). In particolare, sono aumentate le persone sole: nel 2016, il 31,6% delle famiglie risultavano monocomponente, contro il 29,4% del 2011. In definitiva una famiglia su tre è unipersonale. La tendenza è comune alla maggior parte delle Regioni: l'entità del fenomeno raggiunge il suo valore massimo nella Valle d'Aosta, dove si passa dal 37,2% al 42,0% di famiglie monocomponente; solo nella P.A. di Trento, invece, si riscontra una diminuzione delle persone sole.

KI 1.8. Composizione popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*). Anno 2017

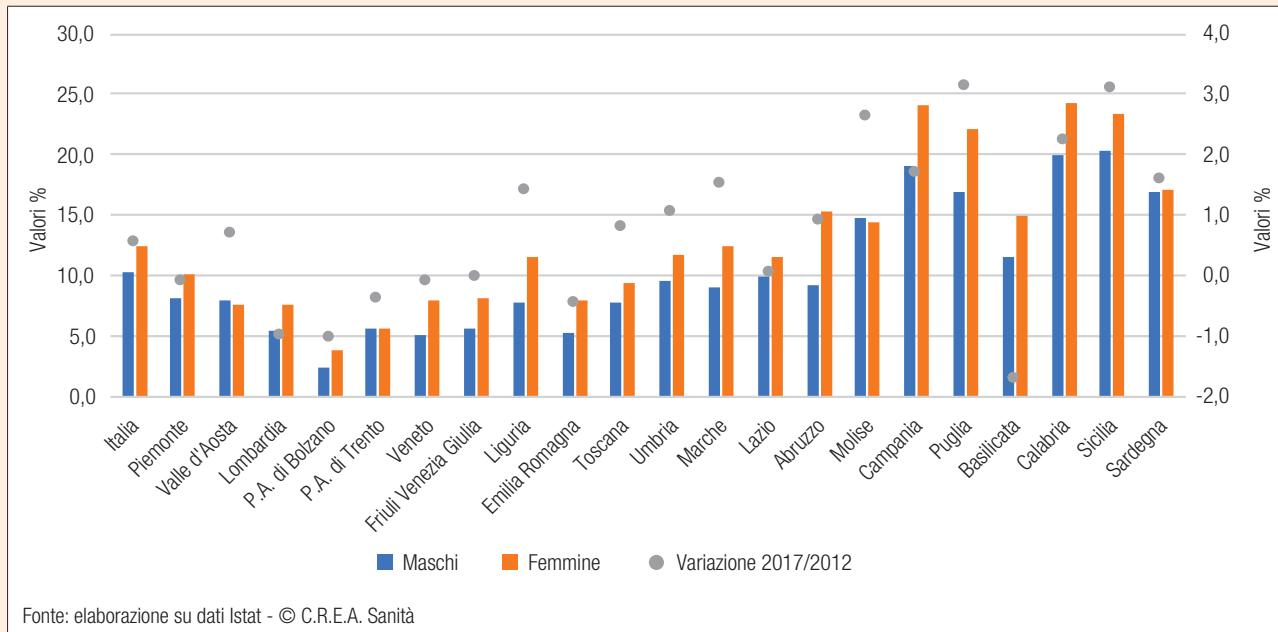


(*) Livello 0-2: meno del primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore; livello 3-4: Secondo ciclo di istruzione secondaria; livello 5-8 : Istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello)

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

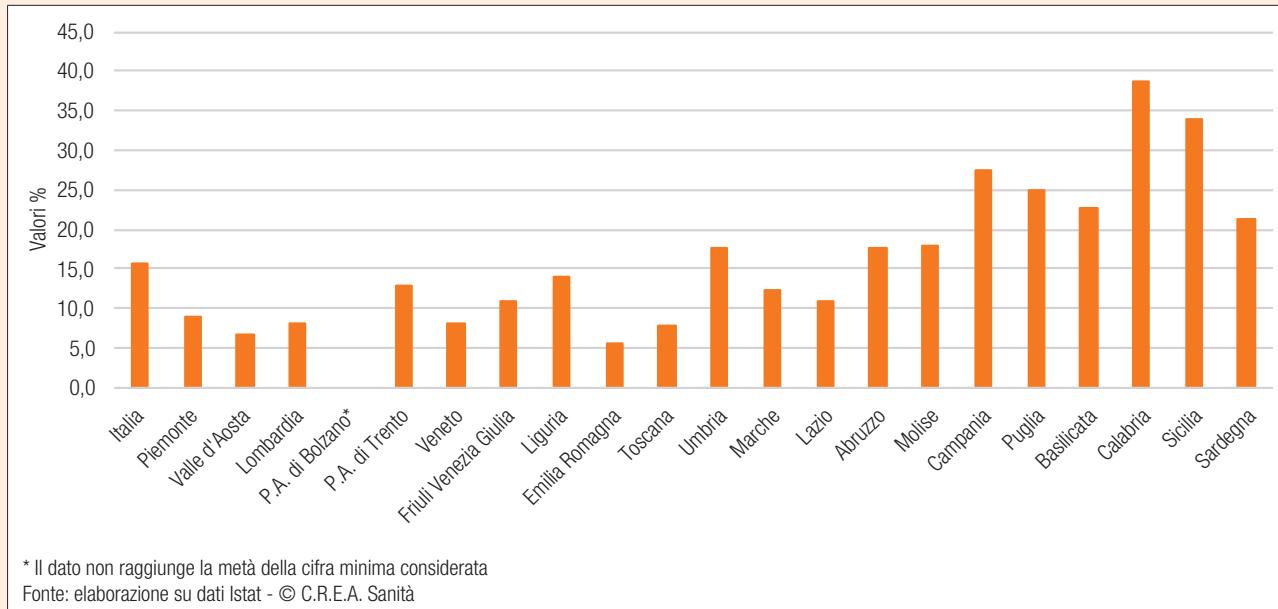
Il 42,2% della popolazione residente è in possesso almeno del diploma e il 18,7% ha completato il ciclo di studi universitari: il dato cresce rispetto al 2012 di +2,9 punti percentuali (15,8%). La situazione rimane critica nel Sud, con una quota di popolazione in possesso del titolo universitario inferiore alla media nazionale (15,5% Sud vs 18,7% Italia) e, di conseguenza, quella in possesso della licenza media più alta rispetto alla media nazionale (46,1% al Sud vs 39,1% dato Italia). Il livello di istruzione della popolazione italiana è comunque in continua crescita. A livello regionale, il Lazio è la Regione con la più alta quota di popolazione in possesso di un titolo universitario (24,9%), valore in aumento nell'ultimo quinquennio di +4,5 punti percentuali; la Sardegna, invece, ne ha la quota più bassa (13,6% nel 2017), anche se risulta in miglioramento rispetto al 2012 di 0,6 punti percentuali (13,0%).

KI 1.9. Tasso di disoccupazione. Anno 2017



Il tasso di disoccupazione è pari al 10,7%, in aumento rispetto al 2012 di 0,6 punti percentuali. Nel Nord il tasso di disoccupazione si attesta al 6,9%, mentre nel Sud al 19,4%, con una differenza di 12,5 punti percentuali. A livello regionale il tasso di disoccupazione oscilla tra il valore migliore della P.A. di Bolzano (3,1%) e il valore peggiore della Calabria (21,6%). La Basilicata ha registrato la riduzione maggiore del tasso di disoccupazione nel periodo 2012-2017 (-1,7 punti percentuali).

KI 1.10. Incidenza di povertà individuale relativa. Anno 2017



L'Italia, negli ultimi anni, vede il livello di povertà in costante crescita. Secondo i dati Istat, nel 2017, si stima che 1.778.000 famiglie (6,9% delle famiglie residenti) siano in condizione di povertà assoluta, per un totale di 5.058.000 individui (8,4% dell'intera popolazione). Sempre nello stesso anno si stima siano 3.171.000 le famiglie in condizione di povertà relativa (con un'incidenza pari al 12,3% delle famiglie residenti), per un totale di 9.368.000 individui (15,6% della popolazione). Dal confronto per ripartizioni geografiche emerge che il Sud presenta un livello di povertà relativa (totale) pari a più del doppio rispetto al Nord e al Centro Italia. In particolare, nel 2017, l'incidenza di povertà individuale relativa risulta in aumento rispetto al 2014 di +2,7 punti percentuali (12,9% nel 2014). Per confronto, nel periodo preso in esame, il Sud presenta una incidenza in crescita di +4,4 punti percentuali (22,6% nel 2014 vs 27,0% nel 2017) e nettamente più alta rispetto alle altre ripartizioni geografiche e al dato nazionale.



Il finanziamento: livello e risanamento

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 2

Il finanziamento: livello e risanamento

Ploner E.¹

2.1. Il finanziamento della spesa sanitaria: contesto internazionale

Il settore pubblico rimane la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi dell'Unione Europea (EU) (Figura 2.1.).

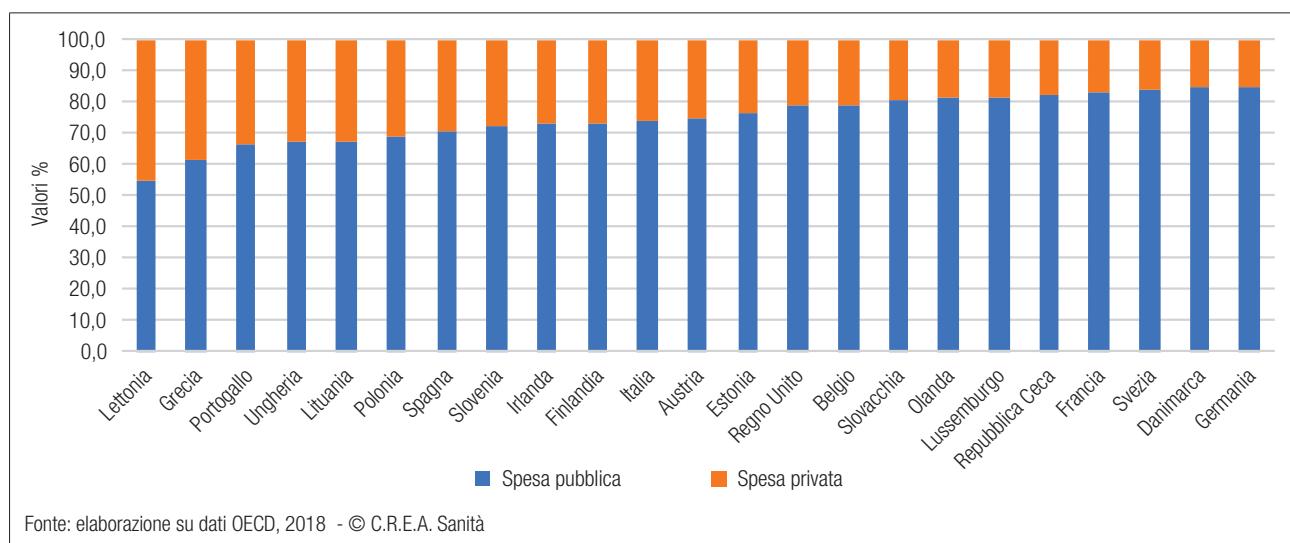
Considerando i soli Paesi facenti parte della EU prima del 1995² (EU-Ante 1995), il settore pubblico fa fronte mediamente all'80,5% della spesa sanitaria corrente; in Italia tale quota risulta pari al 74,0%. Sono dieci i Paesi con una percentuale inferiore a quella italiana: Lettonia (54,2%), Grecia (61,2%), Portogallo (66,6%), Ungheria (66,8%), Lituania (66,9%), Polonia (69,2%), Spagna (70,8%), Slovenia (72,4%),

Irlanda (72,6%) e Finlandia (73,1%). All'altro estremo troviamo la Germania, con l'85,0%.

La quota di copertura pubblica è in media aumentata, anche negli anni di massima crisi (ad eccezione di una lieve flessione tra il 2011 ed il 2013), ed è rimasta su valori prossimi all'80,0% fino al 2015 per superare, poi, di circa mezzo punto percentuale tale soglia, sia nel 2016 che nel 2017 (Figura 2.2.). Fa eccezione l'Italia dove la quota pubblica si è contratta.

Per i restanti Paesi EU (entrati con la ratifica del Trattato di Corfù³ (EU-Post 1995), la quota pubblica media di finanziamento della spesa sanitaria è al 72,2%.

Figura 2.1. Quote di finanziamento della spesa sanitaria corrente. Anno 2017

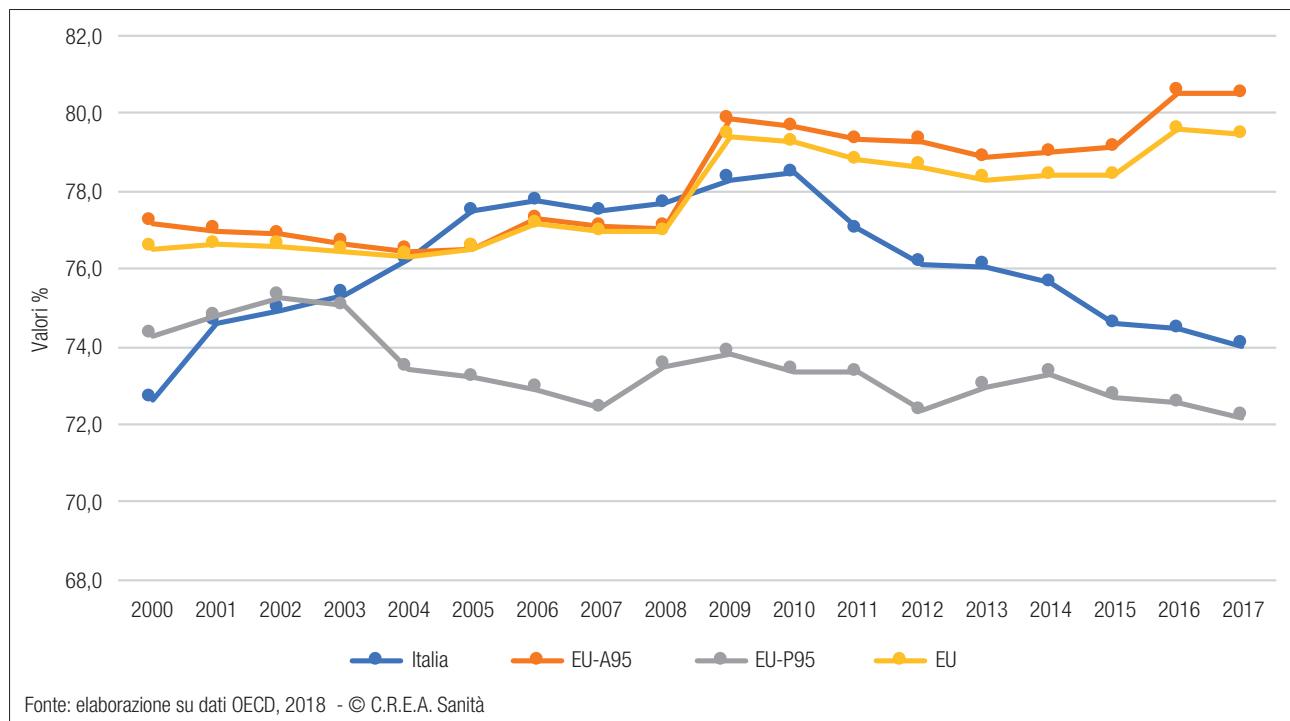


¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

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

³ Si fa riferimento ai seguenti Paesi: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Rep. Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria (EU-Post 1995) Si rimarca che OECD non fornisce i dati relativi a Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania

Figura 2.2. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Si passa dal 54,2% della Lettonia, all'81,8% della Repubblica Ceca, che è anche l'unico Paese tra quelli EU-Post 1995 ad avere una quota di copertura pubblica della spesa sanitaria superiore, non solo a quella dell'Italia, ma anche a quella media EU-Ante 1995.

Lo scarto fra le due aree è in media di 8,3 punti percentuali.

Come anticipato, a partire dal 2010, la quota pubblica della spesa italiana è costantemente diminuita. Di contro, nei Paesi EU-Post 1995, la quota di spesa pubblica ha presentato *trend* disomogenei: in ogni caso è possibile apprezzare un calo superiore a due punti percentuali tra i due estremi del periodo analizzato (2000-2017).

Per effetto degli andamenti sopra descritti, il valore di copertura pubblica dell'Italia (74,0%) è ormai più vicino a quello medio dei Paesi EU-Post 1995 (72,2%) che a quello dei Paesi EU-Ante 1995 (80,5%).

L'Italia è quindi "dissonante" rispetto all'aspettativa, che trova conferma nei restanti Paesi EU-Ante 1995, della natura anticiclica della spesa per *welfare*

in generale e della Sanità in particolare, avvicinandosi, invece, al comportamento dei Paesi EU-Post 1995, che hanno certamente "sacrificato" il *welfare* al perseguitamento di istanze di crescita.

2.2. Il finanziamento della Sanità in Italia

Il sistema di finanziamento della Sanità italiana rimane fortemente centralizzato, secondo un modello che vede lo Stato concordare con le Regioni i fabbisogni sanitari, la cui copertura è garantita dal sistema di perequazione, con l'impegno delle Regioni ad intervenire con proprie risorse, per colmare eventuali inefficienze di gestione.

Ad oggi il fabbisogno sanitario nazionale è coperto da:

1. entrate proprie delle Aziende sanitarie (*ticket* e ricavi derivanti dall'attività di intramoenia dei propri dipendenti), quantificate secondo un importo pre-definito e cristallizzato in seguito ad intesa fra Stato e Regioni

2. fiscalità generale delle Regioni: imposta regionale sulle attività produttive, Irap, nella componente di gettito destinata al finanziamento della Sanità ed addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche, Irpef
3. partecipazione delle Regioni a statuto speciale: Friuli Venezia Giulia, PP. AA. di Trento e di Bolzano, Sardegna e Valle d'Aosta provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato; per la Regione Sicilia, l'aliquota di partecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario
4. bilancio dello Stato, che finanzia il fabbisogno sanitario, non coperto dalle altre fonti di finanziamento, attraverso la partecipazione all'imposta sul valore aggiunto, IVA, destinata alle Regioni a statuto ordinario, le accise sui carburanti ed il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) (di questo, una quota è destinata alla Regione Sicilia, mentre il resto finanzia complessivamente anche altre spese sanitarie vincolate a obiettivi determinati)⁴.

Nel 2018 il FSN (nella sua quota indistinta) è stato fissato in € 109.876,8 mln. in aumento del 5,6% rispetto al 2013 e dello 0,9% in confronto all'anno precedente. Tra il 2013 ed il 2018 il Lazio, la Lombardia e le due PP. AA. di Trento e Bolzano sono state le Regioni in cui la quota di finanziamento del fabbisogno indistinto è cresciuta maggiormente (rispettivamente +9,8%, +7,0%, +6,8% e +8,3%); all'opposto si sono posizionate la Liguria con un incremento pari all'1,9% ed il Molise con una crescita del 2,2% (Tabella 2.1.).

Il fabbisogno sanitario (come previsto nella proposta di riparto per il CIPE del 26.7.2018), è attualmente finanziato per l'87,0% dall'imposizione fiscale diretta (Irap e Irpef) e indiretta (IVA e accise, ovvero ex Decreto Legislativo (D. Lgs.) n. 56/2000), per

l'8,5% dall'imposizione fiscale diretta e indiretta delle Regioni a Statuto Speciale, per l'1,8% da ricavi ed entrate proprie convenzionali delle varie Aziende Sanitarie e, infine, il residuale 2,8% dalla voce relativa al Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e alle altre integrazioni a carico dello Stato (Figura 2.3.).

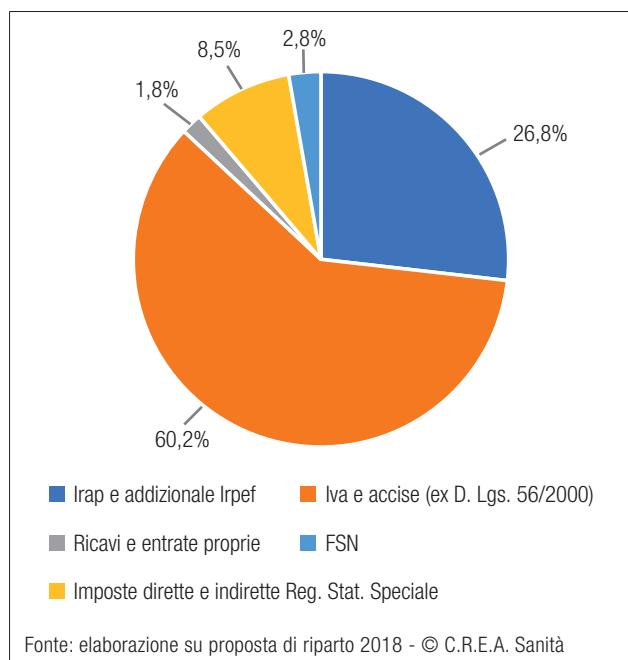
Nel corso degli ultimi dieci anni (2008-2018), il contributo dell'imposizione fiscale diretta alla copertura del fabbisogno sanitario indistinto è andato progressivamente diminuendo (Figura 2.4.).

Tabella 2.1. Riparto FSN

Regioni	Riparto 2018 (€ mln.)	Var. % 2018/2013
Italia	109.876,8	5,6
Piemonte	8.134,6	4,0
Valle d'Aosta	231,9	4,0
Lombardia	18.157,4	7,0
P.A. di Bolzano	927,8	8,3
P.A. di Trento	969,3	6,8
Veneto	8.912,6	5,1
Friuli Venezia Giulia	2.266,8	3,5
Liguria	2.972,1	1,9
Emilia Romagna	8.164,0	5,4
Toscana	6.931,9	5,0
Umbria	1.644,3	3,6
Marche	2.831,8	3,2
Lazio	10.622,7	9,8
Abruzzo	2.417,5	4,3
Molise	570,7	2,3
Campania	10.229,8	5,6
Puglia	7.295,7	5,1
Basilicata	1.035,7	2,4
Calabria	3.521,7	3,7
Sicilia	9.022,4	5,2
Sardegna	3.016,1	5,4

Fonte: elaborazione su proposta di riparto 2018 - © C.R.E.A. Sanità

⁴ Il FSN (cap. 2700 MEF) accoglie gli stanziamenti di ulteriori finalità sanitarie come, oltre agli obiettivi del Piano sanitario nazionale, con risorse consolidate annue di circa € 1.500,0 mln., il finanziamento degli IZS e la quota parte della sanità penitenziaria, ecc., nonché i trattamenti economici a carico dello Stato destinati ai medici specializzandi

Figura 2.3. Fabbisogno indistinto. Anno 2018

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 di tali

Regioni (nel 2018, a fronte di una media Italia pari a 26,8%, l'incidenza ha raggiunto infatti il 33,9% nelle Regioni del Nord-Ovest, il 33,3% in quelle del Nord-Est, il 30,0% nel Centro e si è fermata al 15,6% nel Sud).

Come è noto, in seguito all'emanazione del D. Lgs. n. 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 è avuta nelle Regioni del Sud; dopo tale data e per la rimanente parte del periodo considerato, si è verificato un "sostanziale sorpasso" da parte delle Regioni della ripartizione centrale e dal 2015 anche da parte delle Regioni del Nord-Ovest. Nel 2018, a fronte di un valore nazionale pari al 60,1%, il Centro ha raggiunto il 68,0%, seguito dalle Regioni del Nord-Ovest con il 63,4%, da quelle meridionali con il 57,2% e, infine, da quelle del Nord-Est che hanno raggiunto quota 52,6%. Considerando, invece, la media delle Regioni settentrionali, nel 2018, si è verificato un sostanziale allineamento tra queste ultime e le Regioni del Sud (Figura 2.5.).

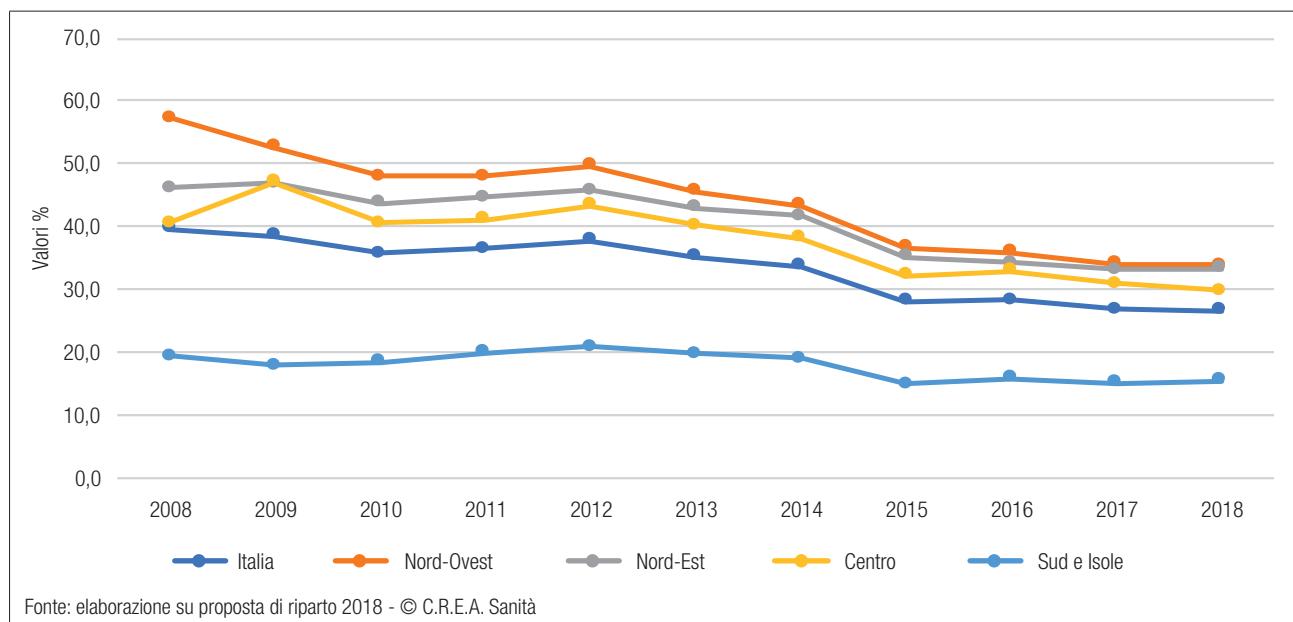
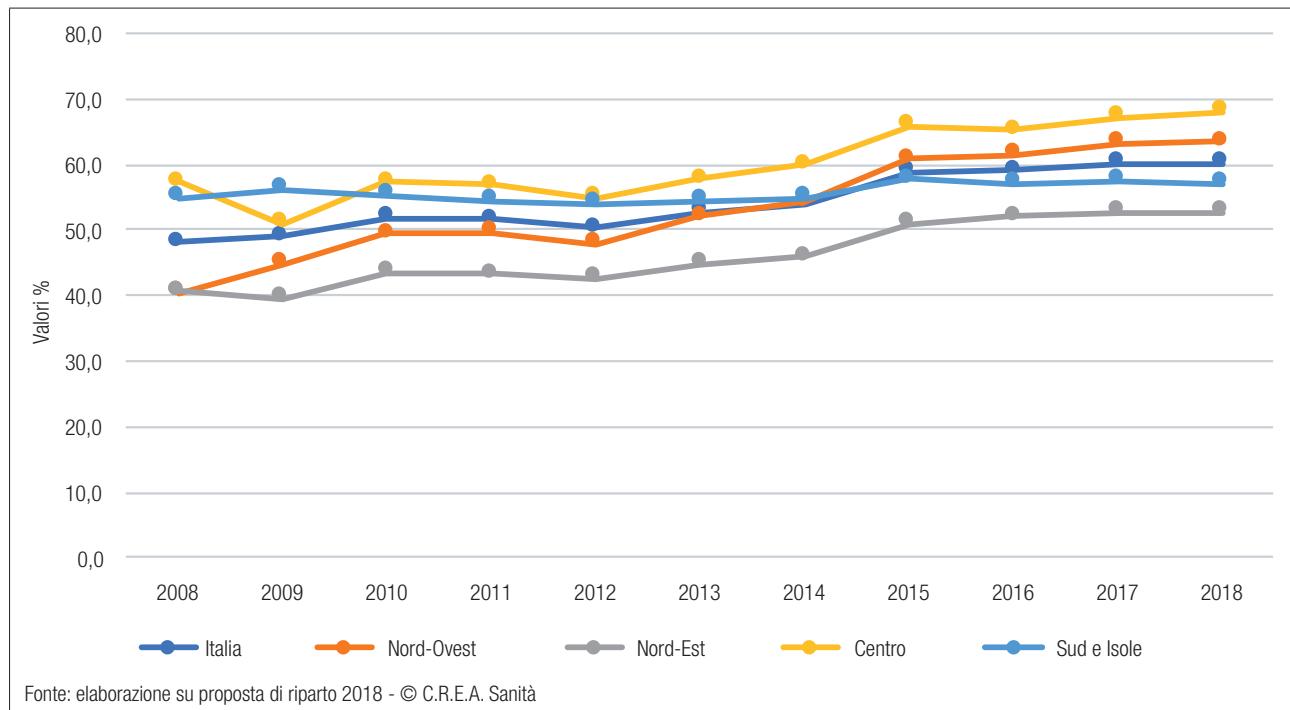
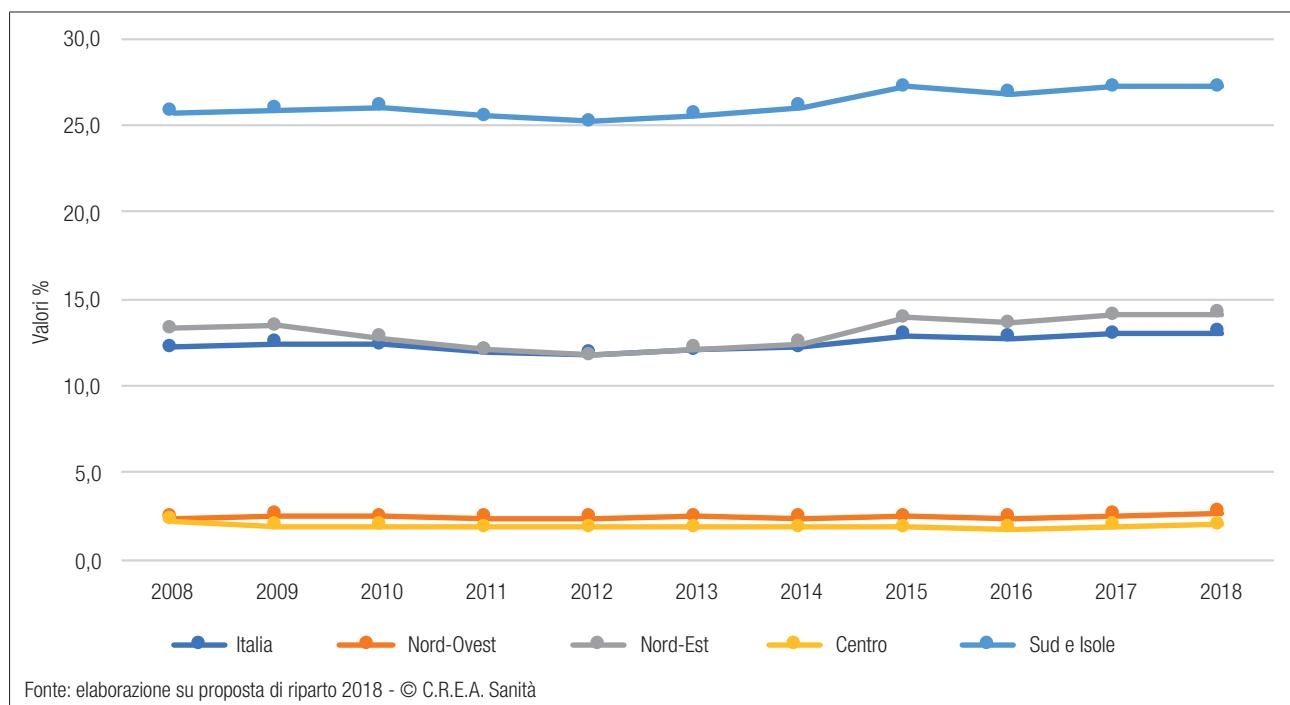
Figura 2.4. Quota del fabbisogno indistinto generata da Irap e addizionale Irpef

Figura 2.5. Quota del fabbisogno indistinto generata da Iva e accise**Figura 2.6. Quota del fabbisogno indistinto generata da ricavi e entrate proprie Az. Sanit., partecipazione Reg. Stat. Speciale e FSN**

L'incidenza sul fabbisogno totale indistinto dei ricavi e delle entrate proprie, della partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province Au-

tonome, nonché della voce definita FSN, nel 2018 è risultata tendenzialmente stabile rispetto all'anno precedente, in tutte le aree del Paese. Inoltre, il con-

tributo 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 2018, a fronte di una quota nazionale pari al 13,0%, il Nord-Ovest ha raggiunto il 2,7%, il Nord-Est il 14,1%, il Centro si è fermato al 2,0%, mentre Sud e Isole hanno superato il 27,0% (27,2%) (Figura 2.6.).

Secondo nostre stime, il finanziamento effettivo del 2017, ovvero quello conseguito in sede di riparto del FSN, maggiorato da quanto generato dalle Aziende sanitarie grazie alle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate nell'Intesa Stato-Regioni del 2001, ha raggiunto € 113.447,0 mln. in aumento di mezzo punto percentuale rispetto all'anno precedente (€ 112.922,1 mln.).⁵

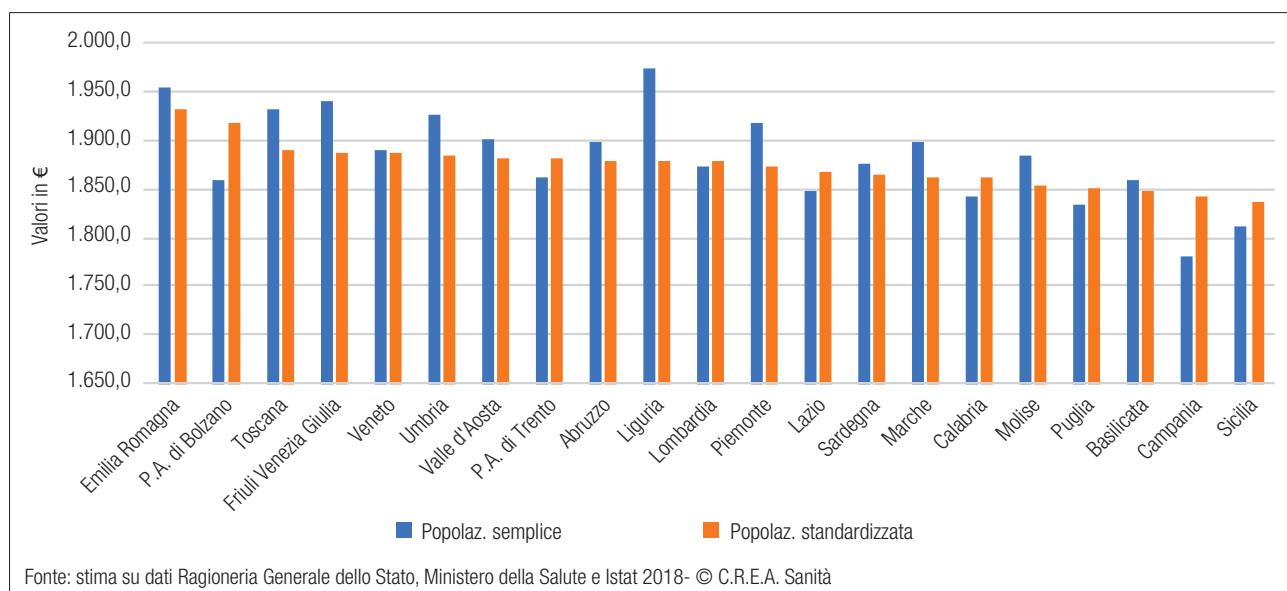
Nel 2017, il finanziamento pro-capite medio è stato di € 1.872,4 con un incremento dello 0,6% rispetto

al 2016, e del 2,4% nel quinquennio (periodo 2012-2017), pari ad una crescita media annua dello 0,5%.

Tra la Regione con il finanziamento pro-capite più elevato, e quella con il finanziamento minore, vi è uno scarto in termini assoluti di € 93,3, pari a circa il 5,1% (Figura 2.7.).

Tra il 2010 ed il 2017 il finanziamento pro-capite nominale è cresciuto di € 83,1 (+4,6%): questo fatto, deflazionando con il valore generale del FOI⁶, si traduce in una riduzione in termini reali del finanziamento pro-capite di € 64,9. In ogni caso, già a partire dal 2011 il finanziamento pro-capite, in termini reali, ha cominciato a decrescere progressivamente, fino al 2013, anno dopo il quale ha avuto un'inversione di tendenza fino al 2016, per poi decrescere nuovamente nel 2017 (Figura 2.8.).

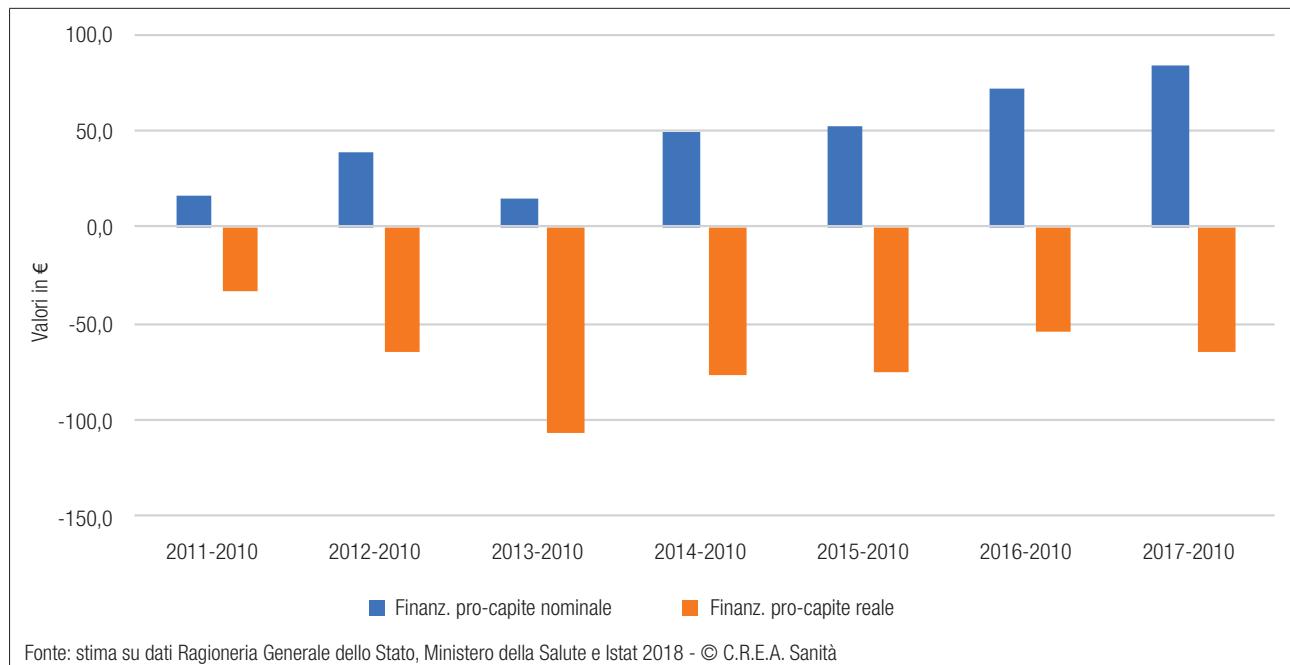
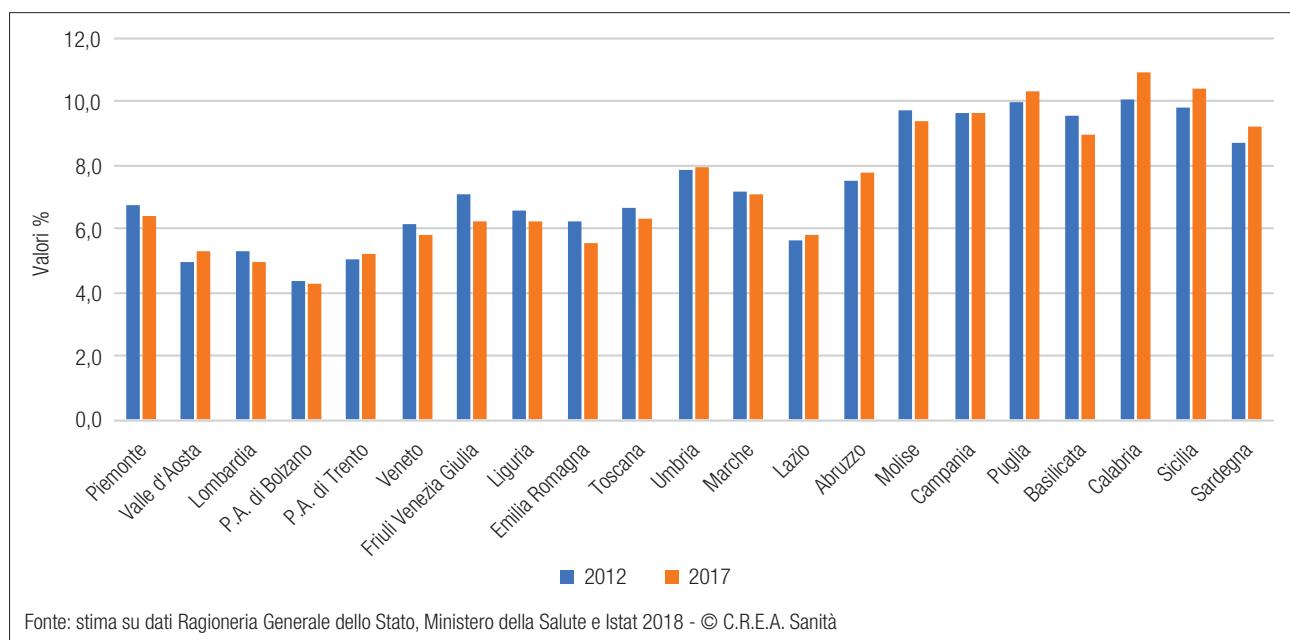
Figura 2.7. Finanziamento pro-capite



Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato, Ministero della Salute e Istat 2018- © C.R.E.A. Sanità

⁵ La stima è stata ottenuta considerando il FSN (quello definito in Delibera CIPE – indistinto e vincolato) al netto delle entrate cristallizzate. A questo sono state poi sommate le cosiddette "entrate proprie" ottenute dalla somma dei seguenti codici delle voci di entrata dei Conti Economici delle Aziende Sanitarie: 'AA0070', 'AA0090', 'AA0100', 'AA0120', 'AA0130', 'AA0150', 'AA0160', 'AA0170', 'AA0190', 'AA0200', 'AA0210', 'AA0220', 'AA0230', 'AA0260', 'AA0280', 'AA0290', 'AA0300', 'AA0310', 'AA0440', 'AA0480', 'AA0580', 'AA0590', 'AA0660', 'AA0710', 'AA0720', 'AA0760', 'AA0780', 'AA0790', 'AA0810', 'AA0820', 'AA0830', 'AA0850', 'AA0860', 'AA0870', 'AA0930', 'AA0950', 'AA0960', 'AA0970', 'AA1070', 'AA1080', 'AA1090', 'AA0350', 'AA0360', 'AA0370', 'AA0380', 'AA0390', 'AA0400', 'AA0410', 'AA0420', 'AA0430', 'CA0020', 'CA0030', 'CA0040', 'CA0060', 'CA0070', 'CA0080', 'CA0090', 'CA0100'

⁶ Il FOI è l'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati. In particolare, tale indice si riferisce ai consumi dell'insieme delle famiglie che fanno capo ad un lavoratore dipendente (operaio o impiegato). Si tratta di un indice usato per adeguare periodicamente i valori monetari

Figura 2.8. Finanziamento pro-capite nominale e reale**Figura 2.9. Finanziamento regionale su PIL**

In termini di quota di Prodotto Interno Lordo (PIL) destinata alla Sanità, si passa dal 6,8% del 2012 al 6,6% del 2017, con un evidente gradiente Nord-Sud.

In particolare, le risorse messe a disposizione per la tutela della salute nelle Regioni del Sud, per effetto della redistribuzione di risorse operata con il mecca-

nismo della perequazione, rappresentano il 9,8% del PIL locale, livello in crescita rispetto al 2012 (9,3%). Nelle Regioni del Nord, invece, le risorse destinate alla Sanità rappresentano il 5,5% del PIL locale, livello in lieve decrescita rispetto al 2012 (-0,4%) (Figura 2.9.).

2.3. I risultati di esercizio

L'importanza e l'entità del processo di ristruttura-

zione e risanamento finanziario avvenuto nel corso degli ultimi anni nel SSN è evidente considerando la riduzione dei deficit.

Tabella 2.2. Rapporto tra finanziamento e spesa

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Finanz. SSN (€ mln.)	109.964,5	109.178,5	111.783,1	111.907,5	112.922,1	113.447,0
Spesa SSN (€ mln.)	110.001,0	109.254,0	110.556,0	110.830,0	112.182,0	113.131,0
Finanz. pc (€)	1.827,6	1.804,3	1.839,1	1.840,7	1.861,4	1.872,4
Spesa pc (€)	1.828,2	1.805,5	1.818,9	1.823,0	1.849,2	1.867,2
Finanz. pc/Spesa pc (%)	99,9	99,9	101,1	101,0	100,7	100,3
Finanz. SSN-Spesa SSN (€ mln.)	-36,5	-75,5	1.227,1	1.077,5	740,1	316,0

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.3. Differenza tra FSR e totale indistinto, valori in € mln.

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Italia	682,6	1.048,7	2.199,8	404,3	427,9	536,9
Piemonte	0,0	3,9	136,0	4,0	-0,0	2,1
Valle d'Aosta	48,7	44,3	25,9	19,2	16,4	4,3
Lombardia	-0,0	74,3	267,2	0,0	-0,0	1,2
P.A. di Bolzano	209,2	195,4	176,2	210,3	216,0	250,3
P.A. di Trento	55,0	38,3	23,7	-12,6	-6,9	29,6
Veneto	-0,0	16,8	158,5	- 0,0	0,0	6,4
Friuli Venezia Giulia	-21,1	-25,3	-57,5	-42,1	-76,2	-57,0
Liguria	-0,0	65,2	137,0	74,2	88,1	95,3
Emilia Romagna	-1,1	-1,1	104,0	0,0	0,0	1,1
Toscana	0,0	4,0	97,6	0,0	-0,0	2,1
Umbria	0,0	6,6	42,8	11,5	9,2	6,9
Marche	0,0	18,4	80,4	24,6	20,2	15,7
Lazio	-0,0	98,4	35,6	-0,0	0,0	0,1
Abruzzo	-0,0	30,6	58,7	13,4	7,9	1,6
Molise	0,0	4,8	17,7	7,3	6,7	6,1
Campania	0,0	52,7	322,1	99,9	106,2	113,7
Puglia	-0,0	14,0	153,2	2,9	4,6	1,9
Basilicata	-0,0	2,1	40,6	17,6	20,4	21,1
Calabria	-0,0	31,6	87,1	18,8	14,2	6,2
Sicilia	0,0	8,8	121,5	-53,7	0,0	-0,0
Sardegna	391,9	364,9	171,8	9,0	1,1	28,3

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e delibere CIPE 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Mettendo a confronto i dati in tema di finanziamento del SSN forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato, nell'ambito del rapporto su *Il Monitoraggio della spesa sanitaria* (per l'ultimo anno abbiamo proceduto ad effettuare autonomamente la stima), e dall'Istat per quanto riguarda la spesa pubblica corrente determinata con la metodologia SHA (*System of Health Accounts*), si evince come già a partire dal 2012 il finanziamento pro-capite tenda a coprire "integralmente" la spesa pro-capite, per poi risultare "in eccesso" rispetto alla stessa nel periodo 2014-2017. In valore assoluto, il surplus di spesa ammonta a € 36,5 mln. nel 2012, più che raddoppia nel 2013 ed inverte il segno a partire dal 2014, sebbene si evidenzi un *trend* decrescente a partire dal 2016 (Tabella 2.2.).

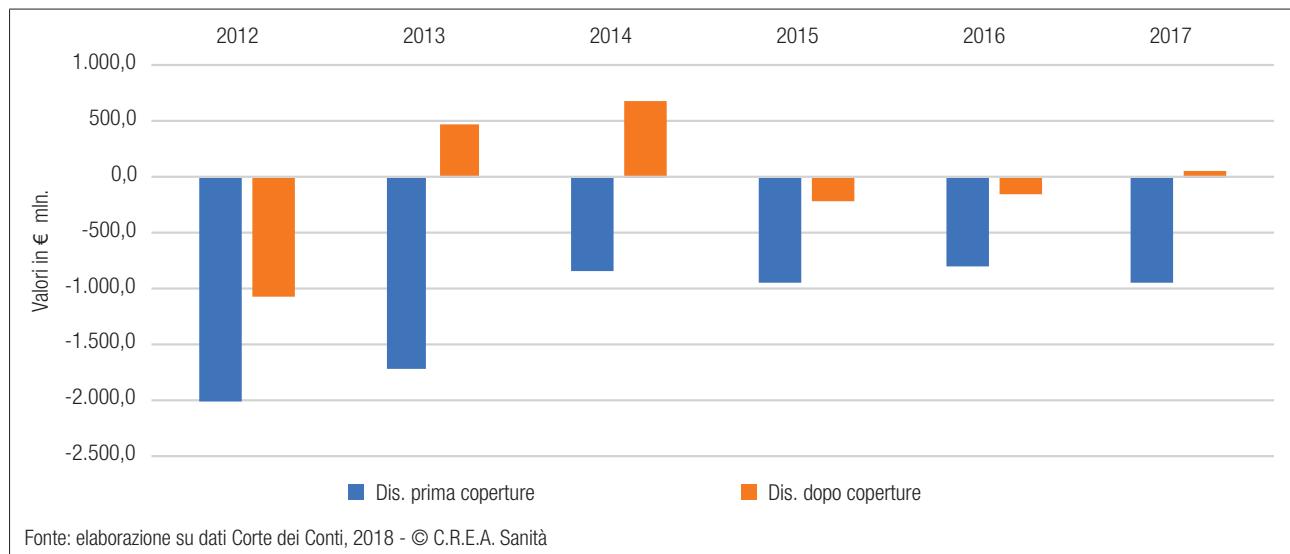
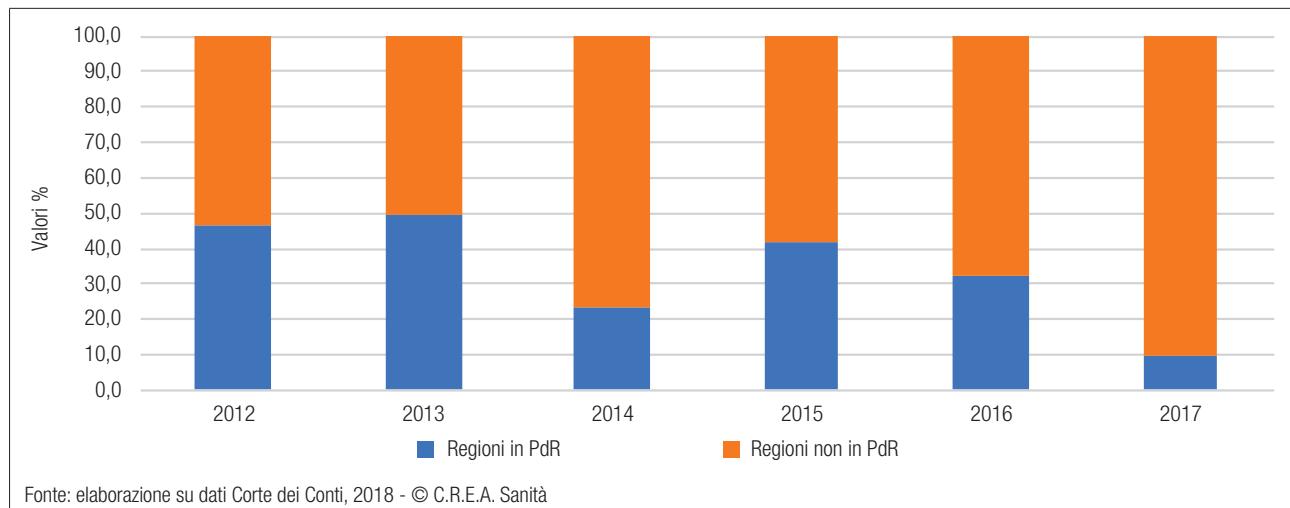
In altri termini, dal 2012 il SSN, nel suo complesso, ha conseguito risultati di esercizio positivi e nel 2017 solamente il Friuli Venezia Giulia ha chiuso l'esercizio con un saldo negativo (Tabella 2.3.).

Va osservato, tuttavia, che alcune Regioni prevedono risorse aggiuntive provenienti dal bilancio regionale a titolo di copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): in alcuni casi, quindi, contabilmente si evidenzia un avanzo di esercizio, ma in realtà le entrate aggiuntive mascherano perdite di esercizio più o meno importanti. Ad esempio, nel 2017, la Valle d'Aosta, la P.A. di Trento, la Toscana, il Lazio, il Molise e la Sardegna, pur presentando un saldo pro-capite di esercizio positivo, avrebbero segno negativo qualora non considerassimo le risorse addizionali regionali (Tabella 2.4.).

Tabella 2.4. Differenza tra FSR e totale indistinto al netto risorse extra-fondo copertura LEA, valori pro-capite (€). Anno 2017

Regioni	FSR- Tot. Ind.	Extra fondo LEA	FSR-Tot. Ind.-extra fondo LEA
Italia	8,9	22,9	
Piemonte	0,5	-	0,5
Valle d'Aosta	34,2	146,3	-112,1
Lombardia	0,1	-	0,1
P.A. di Bolzano	477,5	-	477,5
P.A. di Trento	54,9	312,0	-257,1
Veneto	1,3	-	1,3
Friuli Venezia Giulia	-46,8	-	-46,8
Liguria	60,9	-	60,9
Emilia Romagna	0,2	-	0,2
Toscana	0,6	16,0	-15,5
Umbria	7,8	-	7,8
Marche	10,2	-	10,2
Lazio	0,0	122,8	-122,8
Abruzzo	1,2	-	1,2
Molise	19,5	55,9	-36,4
Campania	19,5	8,9	10,6
Puglia	0,5	-	0,5
Basilicata	37,0	-	37,0
Calabria	3,1	49,9	-46,8
Sicilia	- 0,0	26,1	-26,1
Sardegna	17,1	69,8	-52,7

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e delibere CIPE 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.10. Disavanzo prima e dopo le coperture**Figura 2.11. Contributo alla formazione del disavanzo al netto delle coperture**

Secondo i dati prodotti dalla Corte dei Conti nell'ambito del *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, nel 2017, il disavanzo complessivo al netto delle maggiori entrate contabilizzate nei Conti Economici⁷ ammonta a circa € 950,0 mln. in riduzione del 52,7% rispetto al 2012 quando superava

quota € 2,0 mld.. La considerazione delle coperture e degli ulteriori trasferimenti da parte delle Regioni a Statuto Speciale contabilizzati nei Conti Economici porta, nel 2017, la gestione economico-finanziaria del SSN in avanso (+ € 50,1 mln.) (Figura 2.10.).

⁷ In questa prima fase dell'analisi, in buona sostanza, ci stiamo riferendo ai costi e ai ricavi al netto delle coperture. I ricavi a cui facciamo riferimento per la determinazione del risultato di esercizio, secondo quanto riportato nel "Rapporto sul coordinamento della finanza "pubblica", sono dati dalla somma di: contributi da Regioni (quota del Fondo Sanitario indistinta e vincolata), contributi da Regione (extra Fondo), contributi in conto esercizio sia da enti pubblici che privati, ricavi per prestazioni erogate da soggetti pubblici della Regione e prestazioni non soggette a compensazione, ricavi per prestazioni erogate da soggetti privati della Regione, ricavi per prestazioni non sanitarie, concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche, compartecipazioni, entrate varie, interessi attivi e, infine, costi capitalizzati

Tabella 2.5. Risultati di esercizio dopo le coperture, valori € mln.

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Regioni in PdR	-800,4	406,5	869,4	134,5	87,8	121,2
Regioni no PdR	-265,7	65,1	-198,7	-346,0	-232,2	-71,1
Avanzo/Disavanzo	-1.066,1	471,7	670,8	-211,5	-146,4	50,1

Fonte: Corte dei Conti, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Rapportando ricavi e costi al netto delle coperture, nel 2017, il deficit complessivo è imputabile per il 90,2% alle Regioni non sottoposte a Piano di Rientro (PdR) e solamente il residuale 9,8% sarebbe prodotto dalle Regioni sottoposte a PdR (tale contributo ammontava al 46,3% nel 2012) (Figura 2.11.).

In effetti, il SSN nel suo complesso ha chiuso l'esercizio con un avanzo, imputabile esclusivamente ai risultati di esercizio positivi conseguiti dalle Regioni sottoposte a PdR (+ € 121,1 mln.); le Regioni non

sottoposte a Piano hanno, infatti, scontato una perdita di esercizio superiore a € 70,0 mln.. Una situazione analoga ha caratterizzato anche il 2014 (Tabella 2.5.).

2.4. Griglia LEA e risultati di esercizio

L'analisi dei risultati di esercizio (positivi e/o negativi) resta poco significativa se non messa in relazione ai servizi resi.

Tabella 2.6. Griglia LEA: risultati 2016

Valutazione	Regione	Punteggio	Criticità
Adempiente	Veneto	209	
	Toscana	208	
	Piemonte	207	
	Emilia Romagna	205	
	Umbria	199	
	Lombardia	198	
	Liguria	196	
	Marche	192	
	Abruzzo	189	
	Lazio	179	
	Basilicata	173	
	Puglia	169	
Inadempiente	Molise	164	
	Sicilia	163	
	Calabria	144	Rinvio al PdR per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: <i>screening</i> , prevenzione veterinaria, assistenza residenziale agli anziani, assistenza semiresidenziale ai disabili, assistenza malati terminali, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari e Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN)
	Campania	124	Rinvio al PdR per gli obiettivi stabiliti dal Piano stesso. Criticità: <i>screening</i> , prevenzione veterinaria, assistenza ospedaliera (Tasso di accessi di tipo medico)

Fonte: Ministero della Salute, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.7. Punteggi regionali Griglia LEA

Regione	2012	2013	2014	2015	2016
Veneto	193	190	189	202	209
Toscana	193	214	217	212	208
Piemonte	186	201	200	205	207
Emilia Romagna	210	204	204	205	205
Umbria	171	179	190	189	199
Lombardia	184	187	193	196	198
Liguria	176	187	194	194	196
Marche	165	191	192	190	192
Abruzzo	145	152	163	182	189
Lazio	167	152	168	176	179
Basilicata	169	146	177	170	173
Puglia	140	134	162	155	169
Molise	146	140	159	156	164
Sicilia	157	165	170	153	163
Calabria	133	136	137	147	144
Campania	117	136	139	106	124
Regioni no PdR (punteggio medio)	183	187	195	195	199
Regioni PdR (punteggio medio)	149	152	162	160	162

Fonte: Ministero della Salute, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

A tal proposito, a partire dall'anno 2005 la verifica degli adempimenti nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza da parte delle Regioni è stata realizzata a livello centrale con la cosiddetta Griglia LEA. Dal 2015, poi, sono stati inseriti nella "griglia" ulteriori indicatori quali: un "Indicatore composito sugli stili di vita" e la "Percentuale di partori fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN". Inoltre, gli indicatori "Tasso ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite" e "Tasso ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco", sono stati introdotti in sostituzione di quello che recitava "Somma ponderata di tassi specifici per patologie evitabili" (indicatore 7).

La principale novità della Griglia LEA riguarda, però, la valutazione finale delle Regioni, che, dal 2015, non avviene più sulla base delle tre precedenti classi di valutazione (adempienza, adempienza con

impegno, inadempienza), bensì con sole due classi: adempienza, inadempienza. Questo fatto ha determinato una interruzione con la precedente metodologia di valutazione in quanto alcune Regioni che erano state dichiarate nei precedenti anni adempienti sebbene "con impegno su alcuni indicatori" con il nuovo sistema di classificazione sono state "declassate" a inadempienti.

A partire dal 2015, pertanto, una Regione si aggiudica la qualifica di adempiente se ottiene un punteggio maggiore o uguale a 160, oppure se raggiunge un punteggio dell'intervallo 140-160 e non presenta alcun indicatore critico. Inadempienti, invece, sono tutte le Regioni con un punteggio inferiore a 140 oppure con punteggio compreso nell'intervallo 140-160 e almeno un indicatore critico.

Sebbene in media le Regioni in PdR abbiano visto progressivamente migliorare la loro situazione, sia da un punto di vista finanziario che da quello di eroga-

zione dei LEA, per il 2016, la Griglia LEA “boccia” 2 Regioni (in PdR): Campania e Calabria. Tali Regioni dovranno superare le criticità rilevate su alcune aree dell’assistenza tra cui, in particolar modo, quelle degli *screening*, della prevenzione veterinaria, dell’assistenza agli anziani ed ai disabili, dell’assistenza ai malati terminali, dell’appropriatezza nell’assistenza ospedaliera (es. parti cesarei).

Per quanto riguarda le rimanenti Regioni in PdR, Lazio e Abruzzo si confermano adempienti anche per il 2016, e Puglia, Molise e Sicilia fanno registrare un netto miglioramento rispetto al 2015, collocandosi sopra la soglia di adempienza (Tabella 2.6. e Tabella 2.7.).

In definitiva, le Regioni in PdR hanno presentato per tutto il periodo considerato punteggi della Griglia LEA inferiori a quelli delle Regioni non in PdR, ma hanno anche evidenziato un progressivo avvicinamento a queste ultime.

2.5. Conclusioni

Come già osservato negli anni scorsi, il settore pubblico rappresenta la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi EU.

Nei Paesi EU-Post 1995, tuttavia, il finanziamento pubblico della Sanità è mediamente inferiore di 8,3 punti percentuali rispetto alla media EU-Ante 1995.

Per quanto concerne l’Italia si evidenzia come, a partire dal 2010, la quota pubblica della spesa italiana sia costantemente diminuita, scostandosi sempre più dalla media degli altri Paesi appartenenti a EU-Ante 1995 e avvicinandosi maggiormente a quella dei Paesi EU-Post 1995.

Il tasso di crescita del finanziamento pro-capite

evidenzia come la crescita osservabile tra il 2010 ed il 2017 sia solamente nominale: in effetti, già a partire dal 2011 il finanziamento pro-capite ha cominciato a decrescere progressivamente in termini reali fino al 2013, anno dopo il quale ha avuto un’inversione di tendenza fino al 2016, per poi decrescere nuovamente nel 2017.

Malgrado la riduzione della crescita del finanziamento, si deve sottolineare come i problemi finanziari del SSN sembrino fondamentalmente superati, con alcuni residui sbilanciamenti; questo fatto è ascrivibile al risanamento delle Regioni in PdR, tant’è che nel 2017, se il SSN nel suo complesso ha chiuso l’esercizio con un saldo positivo, è da attribuirsi proprio alle Regioni in PdR, che hanno avuto un avanzo superiore a € 120,0 mln..

Se, contestualmente all’aspetto economico-finanziario, si prende in considerazione la capacità di adempiere al mantenimento nell’erogazione dei LEA, secondo la nuova metodologia, si constata come nel 2016 solo due Regioni (in Piano) non siano risultate adempienti.

Riferimenti bibliografici

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

ENGLISH SUMMARY

Funding: level and recovery

The public sector is the main source of healthcare funding in all EU Member States.

Considering only the EU-Ante 1995 Member States, on average, in 2017 the public sector accounted for 80.5% of current healthcare expenditure. In Italy, it accounted for 74.0%. In the EU-Post 1995 Member States the public healthcare funding fell to 72.2% in 2017.

Since 2010, the public share of Italian expenditure has steadily declined, moving away from the average of the other EU-Ante 1995 Member States. Italy's public expenditure is now closer to the average of the EU-Post 1995 Member States than to the average of the EU-Ante 1995 Member States.

At national level, in 2018, the National Health Fund (FSN) has been set at € 109,876.8 million, with a 5.6% increase compared to 2013 and a 0.9% increase compared to the previous year. Between 2013 and 2018, Lazio, Lombardia and the two Autonomous Provinces of Trento and Bolzano have been

the Regions in which the funding has grown more. Conversely, Liguria and Molise have been on the opposite extreme.

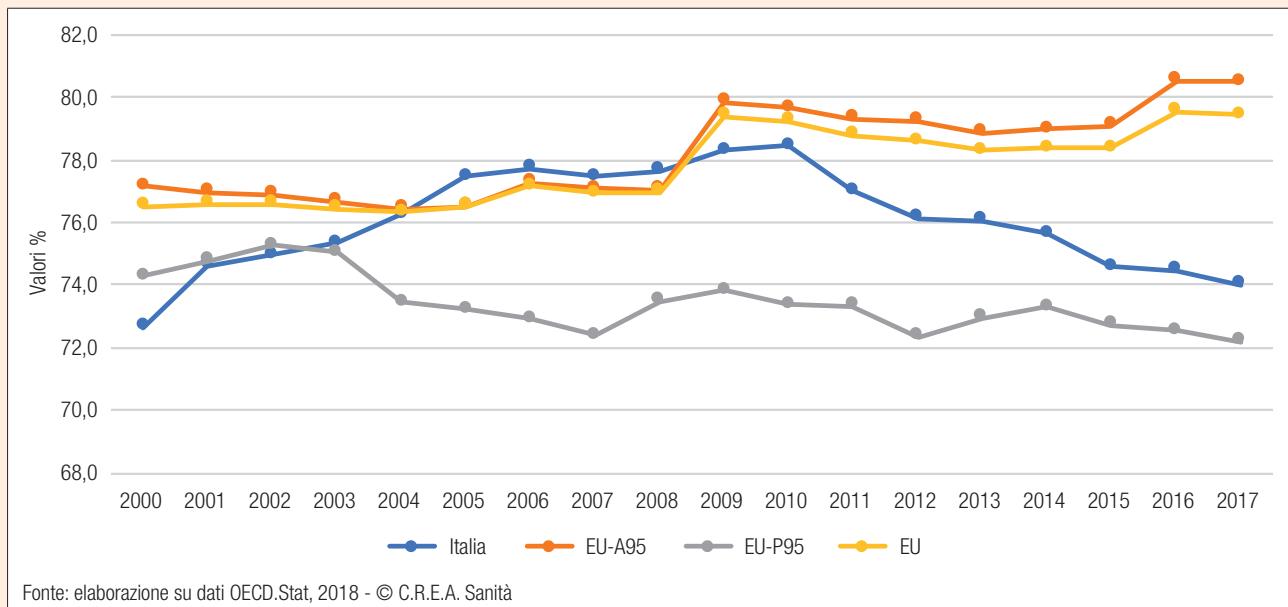
According to our estimates, the actual funding for 2017 - i.e. the one obtained at the time of the FSN allocation, increased by the Local Health Units revenues - reached € 113,447.0 million, with a 0.5% increase compared to the previous year (€ 112,922.1 million).

In 2017, the average per-capita funding was € 1,872.4, up by 0.6% as against 2016 and by 2.4% in the five-year period 2012-2017, equal to a 0.5% average yearly growth.

In absolute terms, the gap between the Region with the highest per-capita funding and the Region with the lowest one amounts to € 93.3.

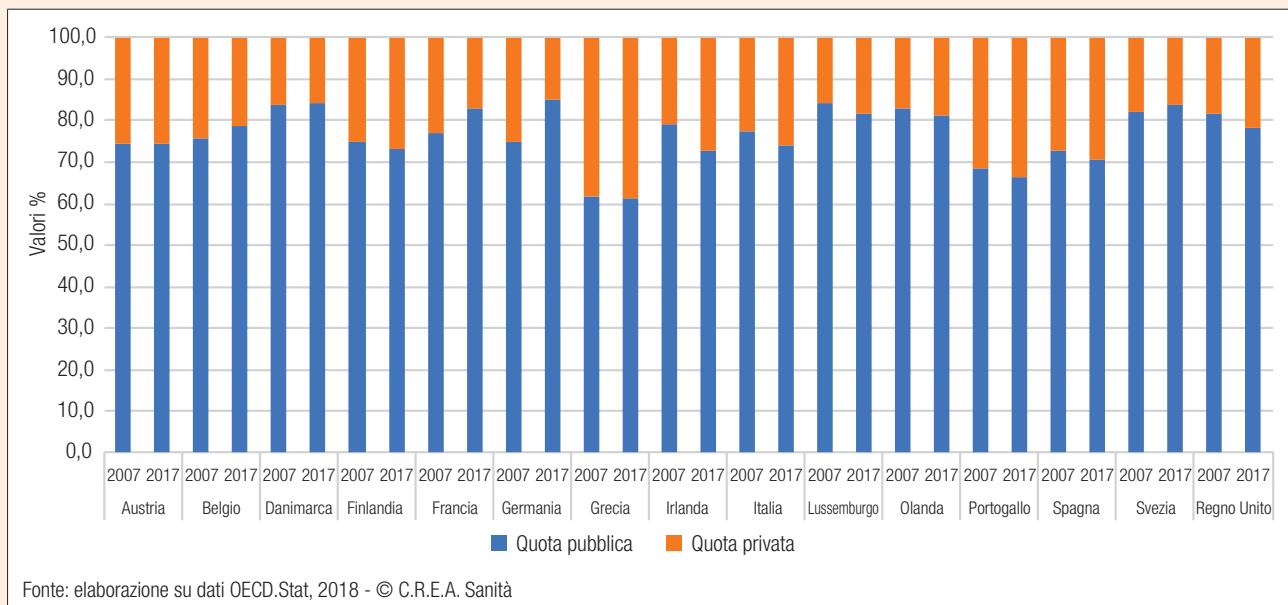
Between 2010 and 2017, the growth of nominal per-capita funding was € 83.1 (+ 4.6%): when deflating, we record a € 64.9 reduction in real terms.

KI 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



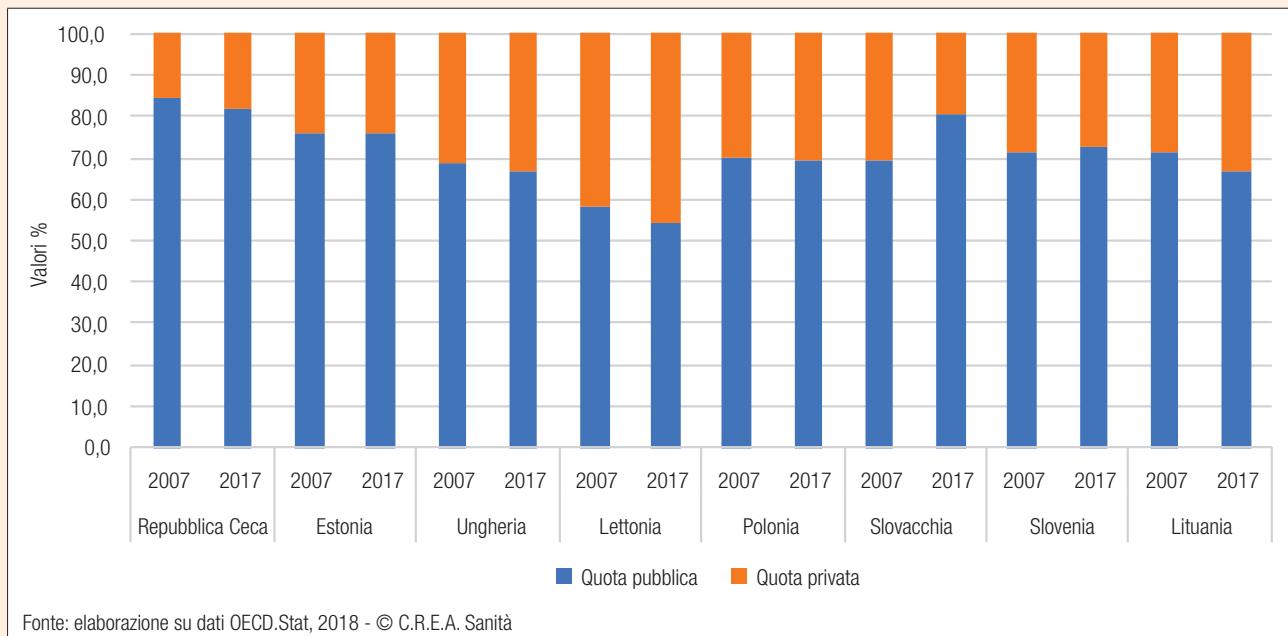
A partire dal 2011, la quota pubblica della spesa italiana è costantemente diminuita, discostandosi sempre più della media degli altri Paesi EU-Ante 1995, tanto da registrare nel 2017 un *gap* che supera i 6,0 punti percentuali. Il valore di copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia è ormai più vicino a quello medio dei Paesi EU-Post 1995.

KI 2.2. Finanziamento pubblico e privato della spesa sanitaria corrente in EU-Ante 1995



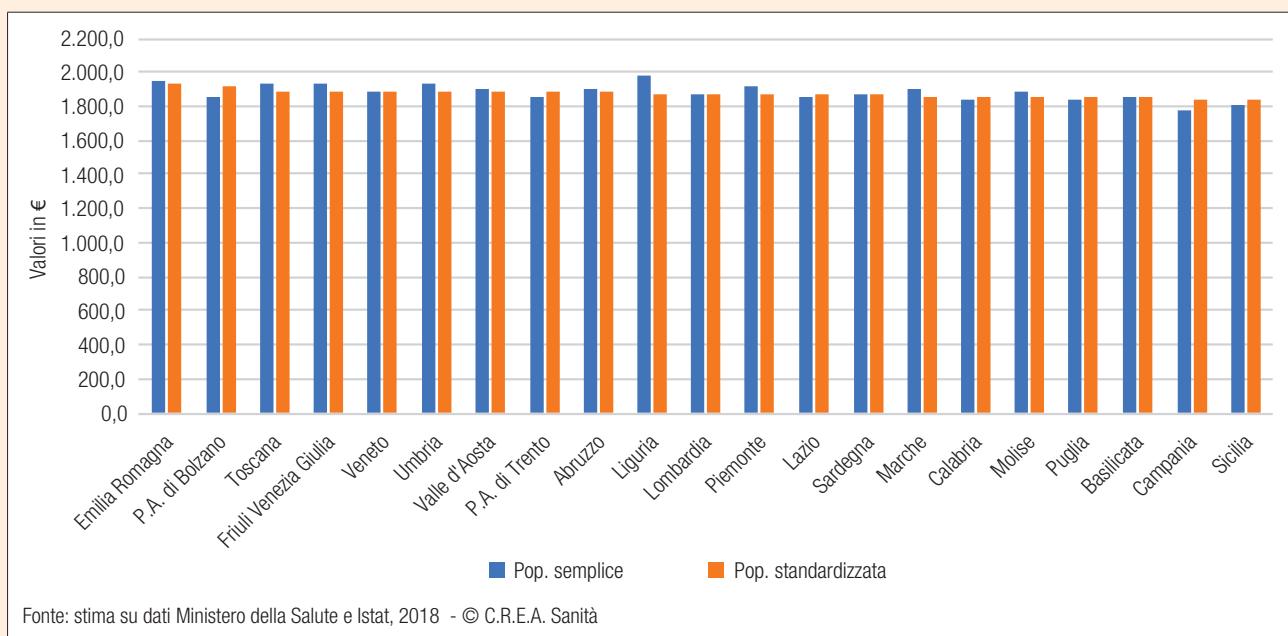
Nel 2017, in Italia la quota di spesa pubblica è pari al 74,0% contro il 77,5% registrato nel 2007. Osservando i Paesi EU-Ante 1995, nel 2017, la forbice va dal 61,2% della Grecia all'85,0% della Germania, mentre nel 2007 si andava dal 61,9% della Grecia all'84,2% del Lussemburgo. Tra il 2007 e il 2017, sono nove i Paesi dell'EU-Ante 1995 che hanno registrato una diminuzione della quota pubblica: Finlandia (-1,6 punti percentuali), Grecia (-0,6), Irlanda (-6,6), Italia (-3,5), Lussemburgo (-2,5), Olanda (-1,7), Portogallo (-2,1), Spagna (-2,0) e Regno Unito (-3,4). La Germania ha, invece, incrementato la copertura pubblica della spesa di quasi 10,0 punti percentuali.

KI 2.3. Finanziamento pubblico e privato della spesa sanitaria corrente in EU-Post 1995



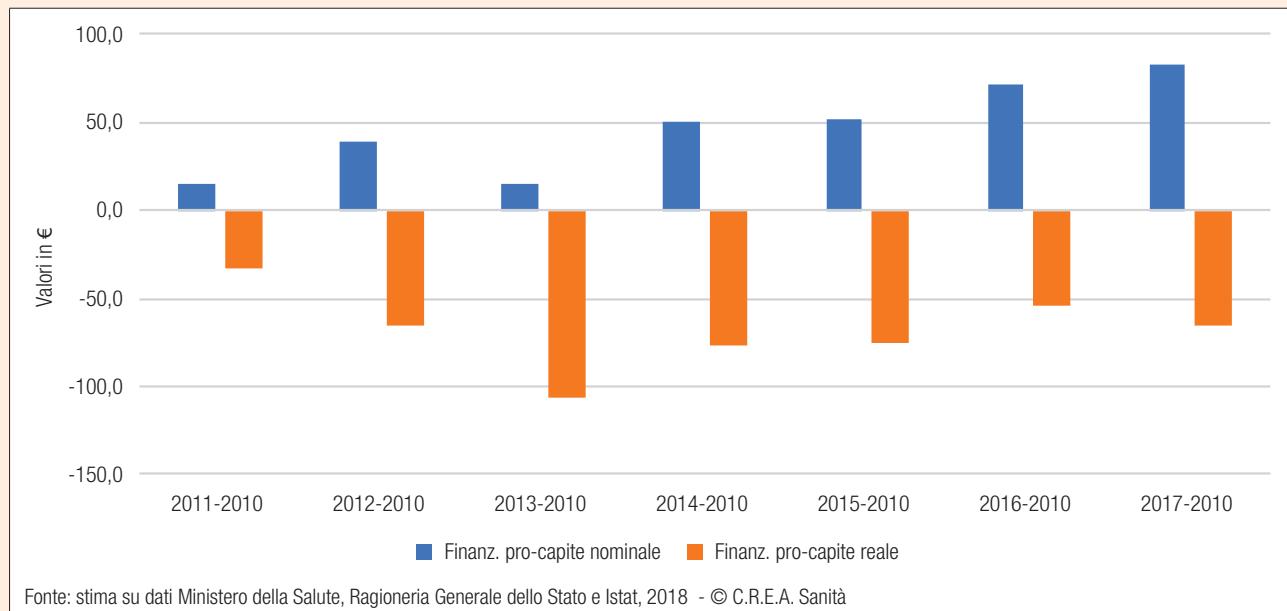
Nel 2017 il valore massimo di copertura pubblica è stato conseguito dalla Repubblica Ceca con l'81,8%, all'altro estremo, in Lettonia, tale quota si ferma al 54,0%. Tra il 2007 e il 2017, tutti i Paesi dell'EU-Post 1995, ad eccezione di Slovacchia e Slovenia, hanno visto diminuire il contributo pubblico alla copertura della spesa sanitaria: Repubblica Ceca (-2,9 punti percentuali), Estonia (-0,2), Ungheria (-2,1), Lettonia (-4,3), Polonia (-0,9) e Lituania (-4,2).

KI 2.4. Finanziamento pro-capite per popolazione semplice e standardizzata. Anno 2017



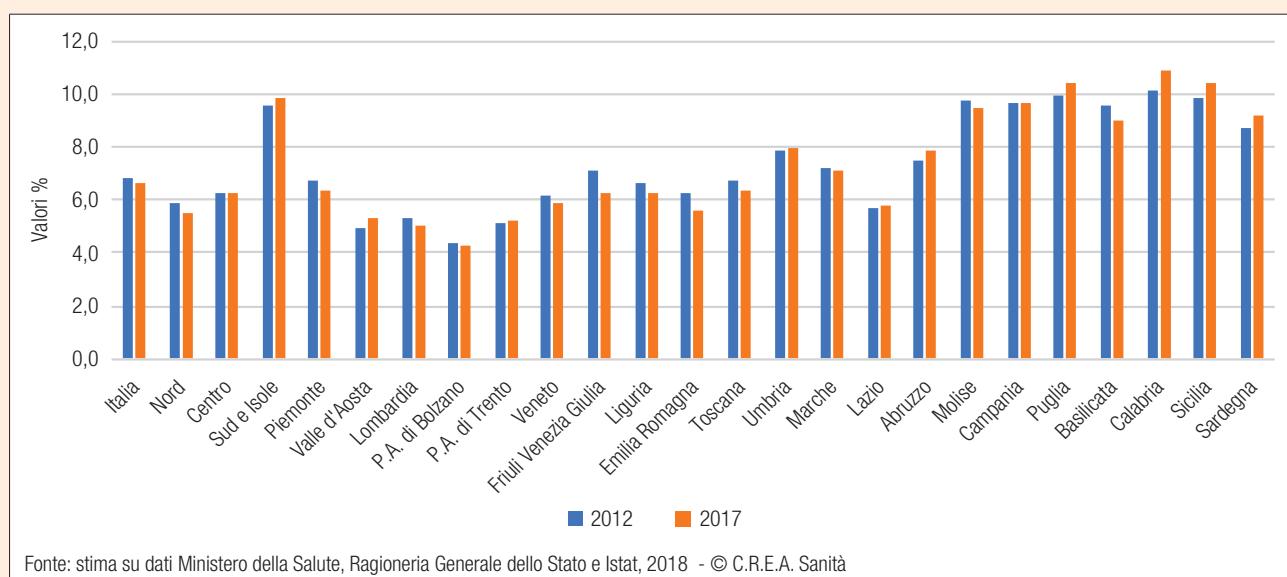
Nel 2017, il finanziamento pro-capite medio è stato di € 1.872,4, in crescita dello 0,6% rispetto all'anno precedente. Secondo le nostre stime, considerando la popolazione pesata, ovvero depurata dagli effetti demografici, la Regione che ha presentato il finanziamento maggiore è stata l'Emilia Romagna (€ 1.931,0) seguita dalla P.A. di Bolzano (€ 1.918,3) e dalla Toscana (€ 1.890,2); all'estremo opposto si colloca la Sicilia (€ 1.837,7). Tra la Regione con il finanziamento più elevato e quella con il finanziamento più basso intercorre una differenza di € 93,3 pro-capite.

KI 2.5. Finanziamento pro-capite nominale e reale



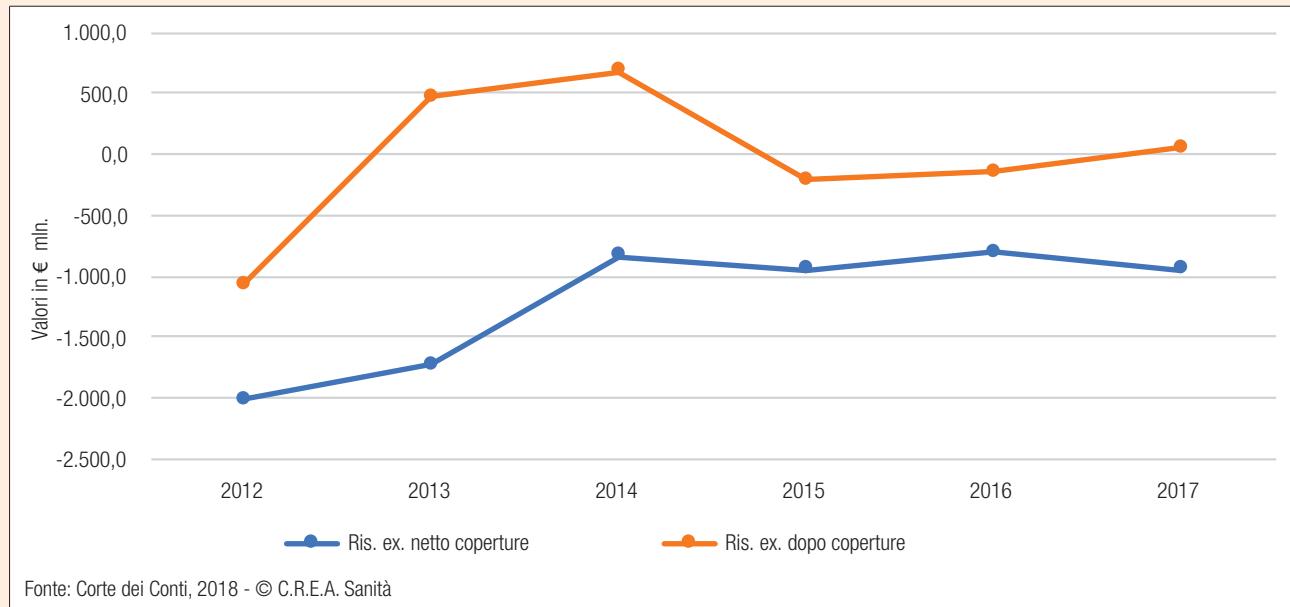
Tra il 2010 ed il 2017 il finanziamento pro-capite nominale è cresciuto di € 83,1 (+4,6%). In termini reali equivale ad una riduzione pro-capite di € 64,9 (deflazionando con il valore generale del FOI).

KI 2.6. Finanziamento regionale su PIL



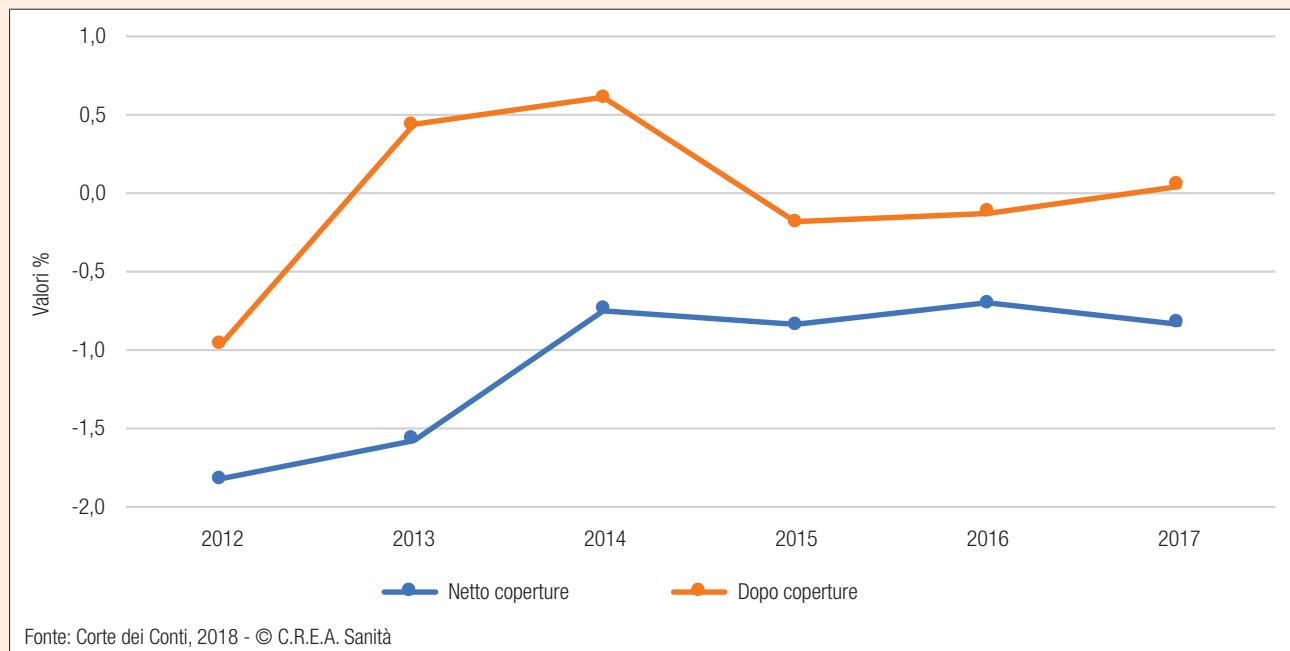
Nel 2017, nelle Regioni del Sud il finanziamento della Sanità incide di più sul PIL locale (9,8%), un valore tendenzialmente stabile rispetto al 2012 (9,5%). Nel Nord l'incidenza è del 5,5% e nel Centro del 6,3%. La Regione in cui l'incidenza è maggiore è la Calabria (10,9%) e quella in cui è minore è la Lombardia (5,0%).

KI 2.7. Risultati di esercizio prima e dopo le coperture



Secondo i dati prodotti dalla Corte dei Conti nell'ambito del Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, nel 2017, il disavanzo complessivo al netto delle maggiori entrate contabilizzate nei Conti Economici ammonta a circa € 950,0 mln. in riduzione del 52,7% rispetto al 2012 quando superava quota € 2,0 mld.. La considerazione delle coperture e degli ulteriori trasferimenti da parte delle Regioni a Statuto Speciale contabilizzati nei Conti Economici porta, nel 2017, la gestione economico-finanziaria del SSN in avanso (+ € 50,1 mln.).

KI 2.8. Rapporto tra risultati di esercizio e finanziamento prima e dopo le coperture



Il deficit complessivo (con riferimento ai risultati di esercizio al netto delle maggiori entrate contabilizzate nei Conti Economici) del SSN nel 2012 era di circa € 2,0 mld.; l'ultimo dato disponibile, relativo al 2017, lo attesta a € 950,9 mln., ovvero lo 0,8% del finanziamento. La considerazione dei risultati di esercizio dopo le coperture porta, nel 2017, l'indicatore ad assumere un valore nullo.



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

Ploner E.¹, Polistena B.¹, d'Angela D.¹

3.1. Il contesto internazionale

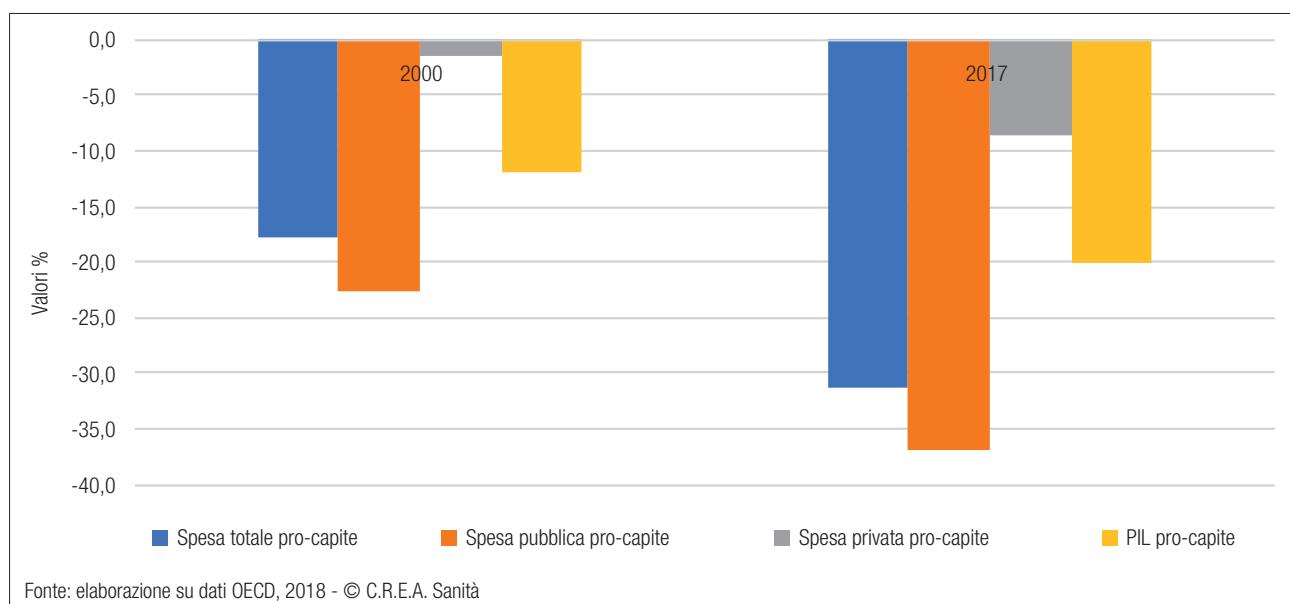
La spesa sanitaria totale corrente italiana, nel 2017, risulta pari a € 2.522,2 pro-capite (OECD), valore inferiore del 31,3% rispetto ai rimanenti Paesi che facevano parte dell'Unione Europea prima del 1995² (EU-Ante 1995), dove in media si spendono € 3.671,8 (Figura 3.1.).

Va sottolineato, che, sebbene il *gap* risulti tendenzialmente stabile rispetto all'anno precedente (si osserva una diminuzione dello 0,07%), l'incremento è di 13,4 punti percentuali rispetto al 2000. Nel periodo 2000-2017 il *gap* in termini di spesa totale pro-capite tra l'Italia e i rimanenti Paesi EU-Ante 1995 è, quindi, quasi raddoppiato (17,9% vs 31,3%). Sebbene nell'ultimo anno (2016-2017), la spesa sanitaria

totale pro-capite del nostro Paese sia cresciuta dell'1,8% contro una dell'1,7% degli altri Paesi considerati (vedere oltre per la composizione), in termini dinamici, la crescita media annua tra il 2012 ed il 2017 è pari allo 0,8% dell'Italia vs una del 2,8% degli altri Paesi EU-Ante 1995 (Figura 3.2.).

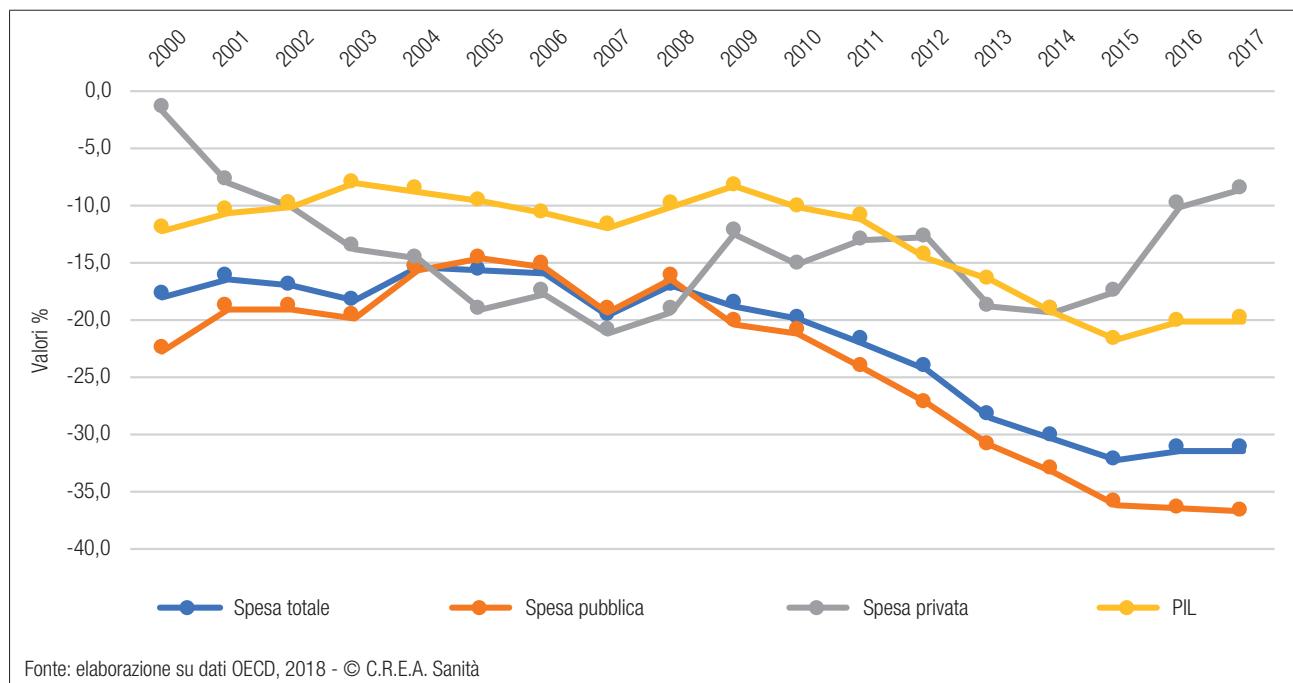
L'inversione/stabilizzazione del *gap* è peraltro solo "apparente", in quanto dovuta alla massiccia contrazione della spesa sanitaria che si è verificata in due specifiche realtà: la Grecia (sebbene nell'ultimo anno in tale Paese si osservi una crescita di un punto percentuale rispetto al 2016), e il Regno Unito, per il quale la riduzione nominale deriva dalla svalutazione della Sterlina verso l'Euro. Si aggiunga che deriva (come analizzato nel seguito) dalla componente di spesa privata.

Figura 3.1. Gap della spesa sanitaria corrente e del PIL - Italia vs EU-Ante 1995. Valori in €



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

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

Figura 3.2. Trend della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite - Gap Italia vs EU-Ante 1995. Valori in €

Il *gap* di spesa tra l'Italia e i Paesi che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in momenti successivi al 1995³ (EU-Post 1995) è in favore dell'Italia, sebbene soggetto ad un costante calo: nel 2017 la nostra spesa è maggiore del 162,8%, ovvero 290,0 punti percentuali in meno rispetto al 2000, e del 18,2% rispetto all'anno precedente.

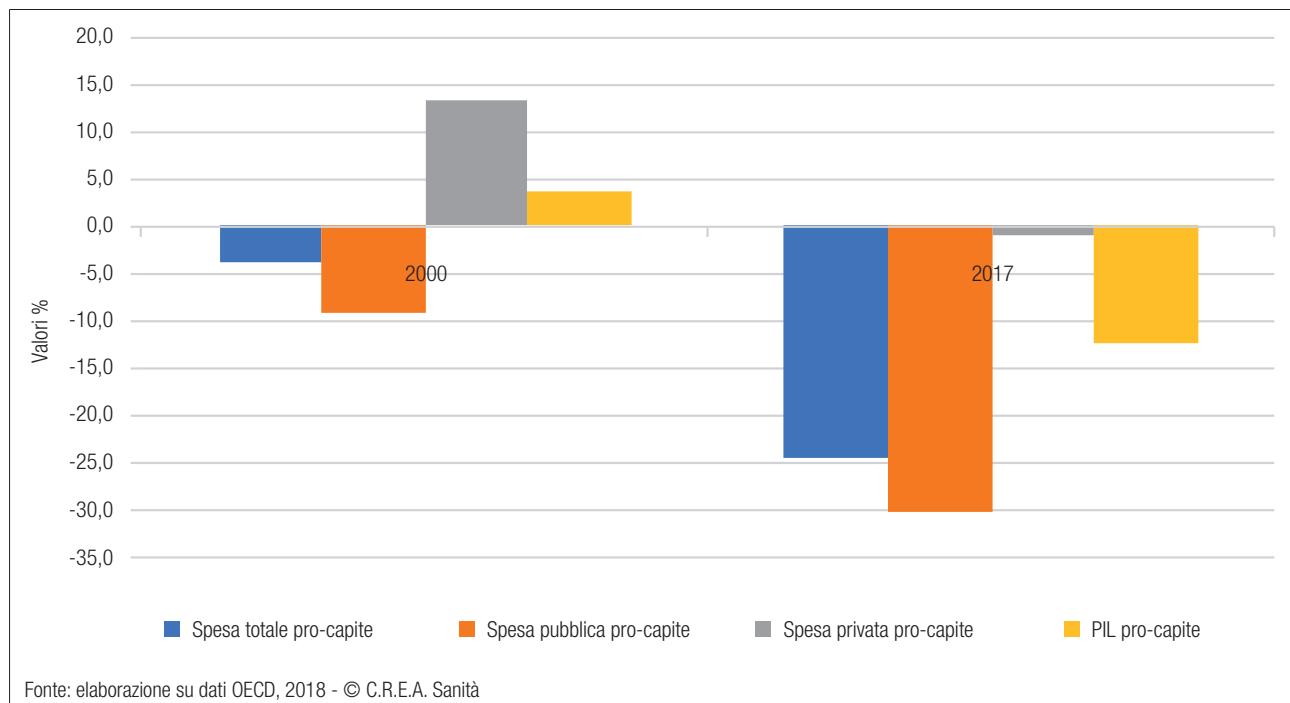
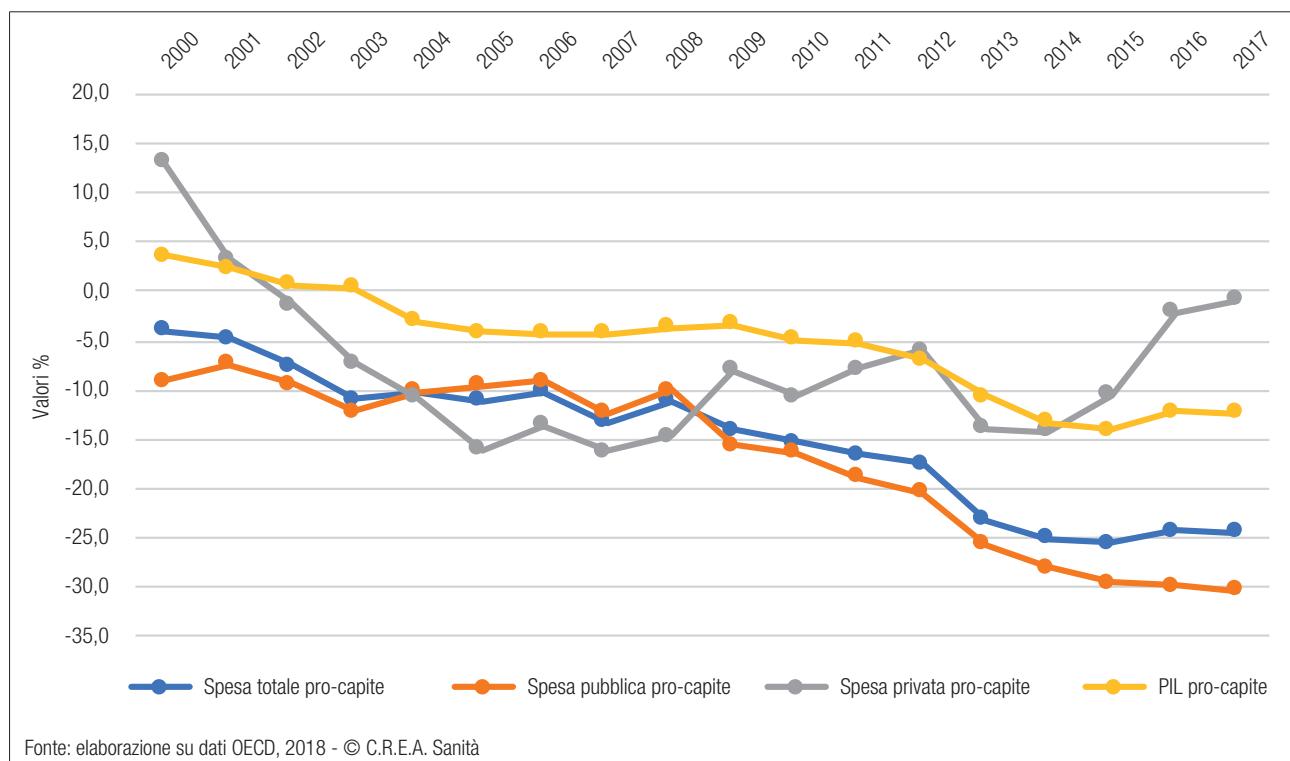
I risultati si confermano utilizzando valori pro-capite in \$-PPP (*Purchasing Power Parity*); nel caso della spesa totale, lo scarto tra l'Italia ed i Paesi EU-Ante 1995 tra il 2000 ed il 2017 è cresciuto di 20,4 punti percentuali passando dal 4,0% del 2000 al 24,4% del 2017: in ogni caso nell'ultimo anno (2016-2017) il *gap* si è mantenuto tendenzialmente stabile essendo cresciuto di uno 0,1% (Figura 3.3.). Il *gap* tra Italia e EU-Post 1995, invece, si mantiene a vantaggio dell'Italia e pari al 64,7% nel 2017, evidenziando un calo del 140,0% in confronto al 2000 e del 6,2% rispetto al 2016.

Sul fronte della spesa pubblica, il divario tra l'Ita-

lia ed i rimanenti Paesi EU-Ante 1995 ha raggiunto il 36,8% (+0,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente); al pari di quanto verificatosi per la spesa totale, va notato che nel 2000 il *gap* sfiorava il 23,0% (in pratica, una crescita dello scarto, nel periodo considerato, di circa 14,0 punti percentuali). Nuovamente, anche in \$-PPP, la forbice tra l'Italia ed i rimanenti Paesi EU-Ante 1995, dopo un *trend* oscillante tra il 2000 ed il 2008, a partire dal 2010 ha continuato ad allargarsi, passando dal 9,1% del 2000 al 30,2% a fine 2017, con un incremento dello 0,5% nell'ultimo anno.

Allargando il confronto ai Paesi EU-Post 1995, emerge che anche in questo caso il *gap* si sta progressivamente erodendo, tant'è che è diminuito del 272,5% passando dal 441,9% del 2000 al 169,4% del 2017. Anche in \$-PPP il *trend* non subisce modifiche: lo scarto tra Italia e Paesi EU-Post 1995 si è più che dimezzato (ha toccato i 200,0 punti percentuali nel 2000 e si è fermato al 72,3% nel 2017).

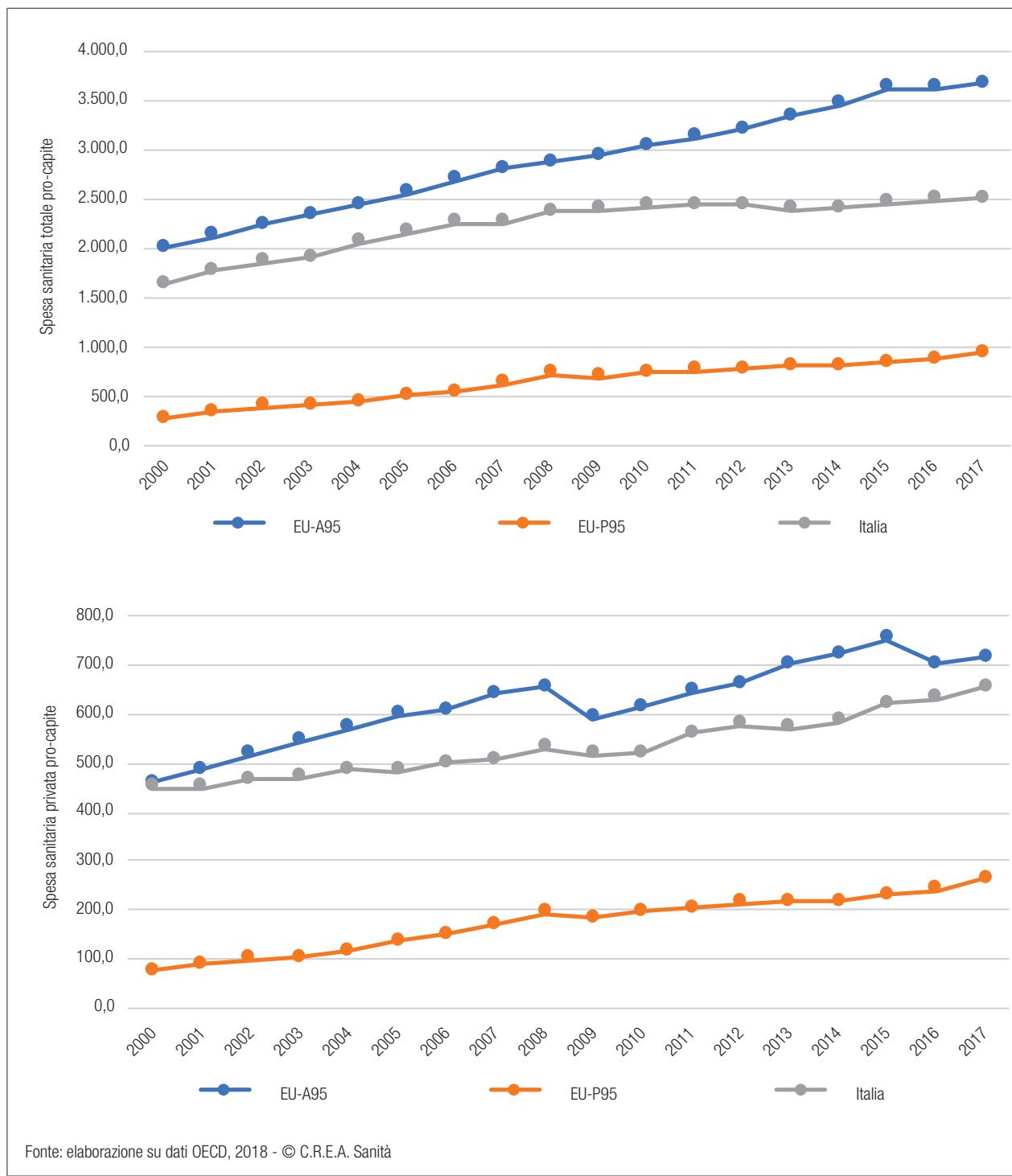
³ Si fa riferimento a: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria. Si rimarca che OECD non fornisce i dati relativi a Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania

Figura 3.3. Gap della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite - Italia vs EU- Ante 1995. Valori in \$-PPP**Figura 3.4. Trend della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite - Gap Italia vs EU-Ante 1995. Valori in \$-PPP**

Molto inferiore è il *gap* nel caso della spesa sanitaria privata, pari all'8,5%.

Il *gap* è cresciuto in modo sostenuto nel periodo 2000-2015 (da ricordare l'abolizione dei *ticket* nel

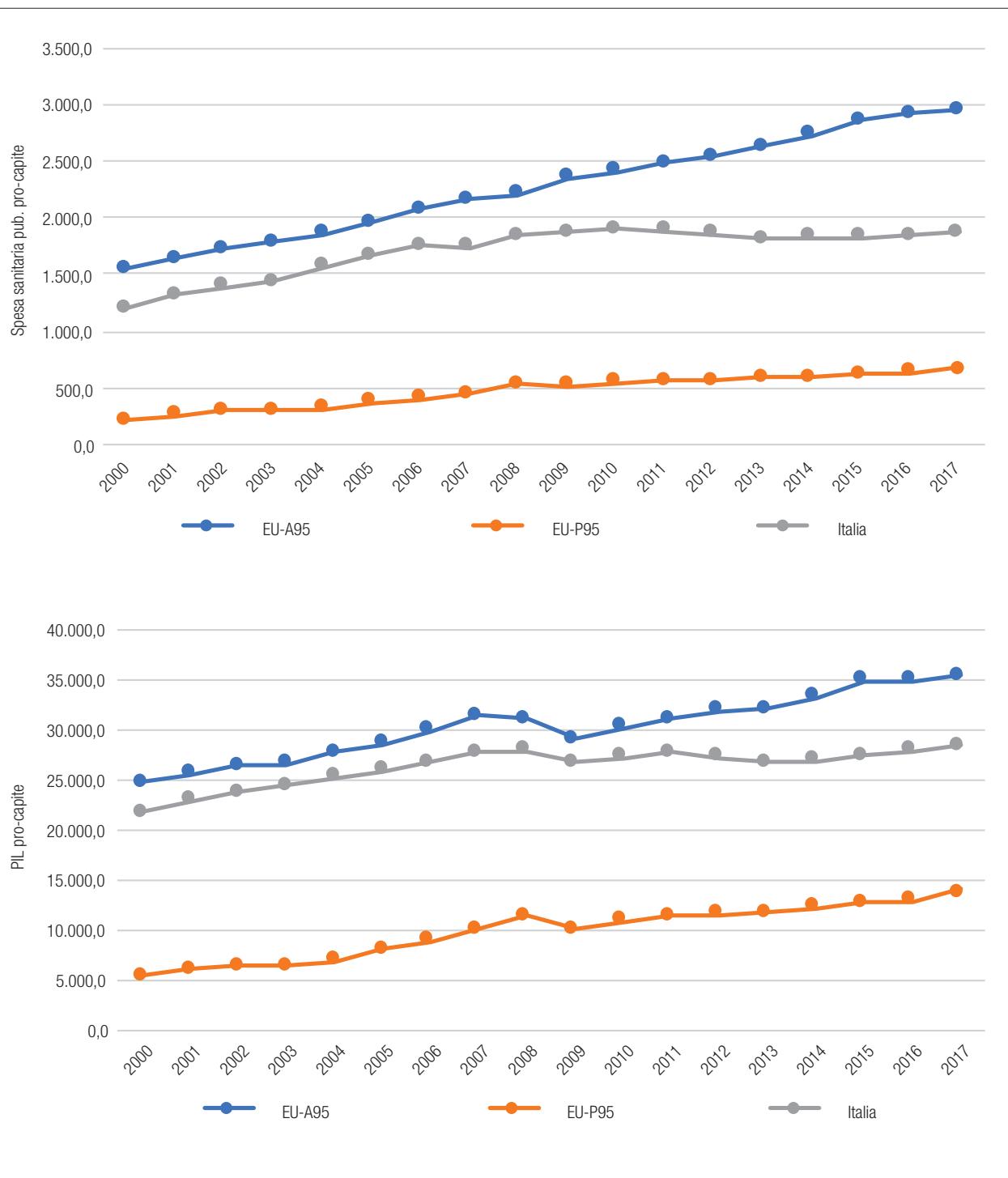
Figura 3.5. Confronti della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite, Italia, EU-Ante 1995 e EU-Post 1995



2001), per poi diminuire in modo consistente sia nel 2016 che nel 2017 (probabilmente anche per effetto della revisione statistica delle serie di spesa privata): la crescita della spesa privata nei due anni è stata sostenuta, compensando parzialmente la riduzione relativa del finanziamento pubblico, con l'effetto

di ridurre la distanza tra l'Italia ed i rimanenti Paesi EU-Ante 1995 dell'1,4%.

In termini di \$-PPP si evidenzia come nell'ultimo anno il gap sia diminuito dell'1,2% praticamente azzerandosi (uno scarto dello 0,8%): quindi il ricorso alla spesa privata in Italia è in sostanza pari a quello



degli altri Paesi, malgrado la natura Universalistica e globale dell'assistenza.

Rispetto ai Paesi EU-Post 1995, il *gap* si è ridotto di circa tre volte tra il 2000 ed il 2017 passando dal 490,0% al 145,5%. È possibile evidenziare una situazione speculare analizzando il dato in \$-PPP: il

vantaggio che il nostro Paese aveva rispetto ai Paesi EU-Post 1995 è diminuito di oltre quattro volte riportando una flessione del 173,4% tra il 2000 ed il 2017 (228,2% nel 2000 vs 54,8% nel 2017).

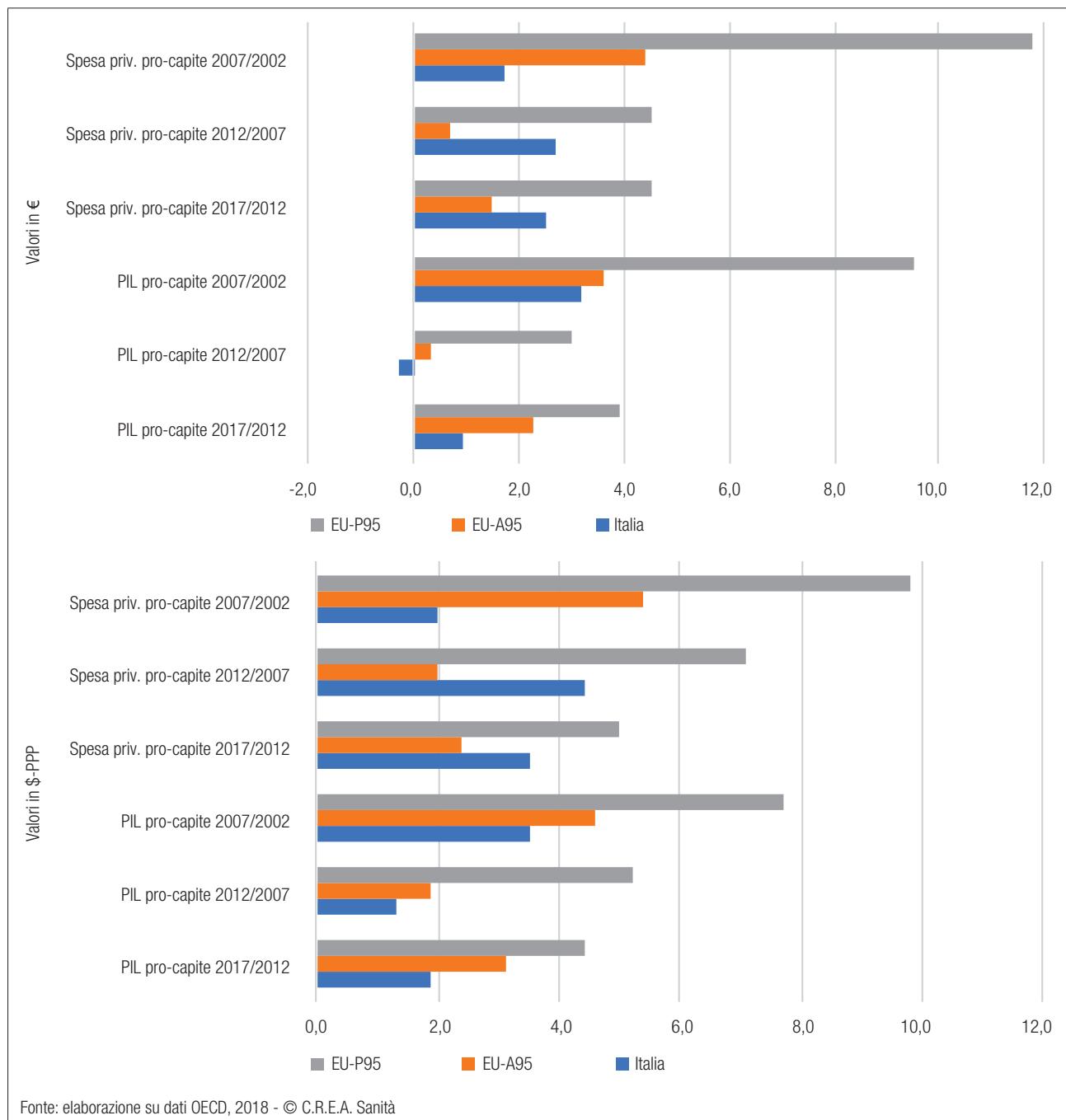
Per contestualizzare il dato, osserviamo che il *gap* del PIL (Prodotto Interno Lordo) pro-capite è di

minuito nell'ultimo anno dello 0,1%, sebbene il PIL pro-capite, tra il 2012 ed il 2017, abbia avuto una crescita media dello 0,9% in Italia contro un aumento del 2,3% medio annuo nei Paesi con i quali viene effettuato il confronto. In \$-PPP lo scarto di PIL pro-capite fino al 2003 è a favore dell'Italia per poi subire un'inversione di tendenza, riportando una crescita di 0,2 punti percentuali tra il 2016 ed il 2017 (Figura 3.4.).

In sintesi, quindi, dai confronti con gli altri Paesi EU emerge che nel 2017:

- in termini di spesa totale siamo al -31,3% rispetto ai rimanenti Paesi EU-Ante 1995 (-24,4% in \$-PPP); siamo al +162,0% rispetto ai Paesi EU-Post 1995 (+64,7% in \$-PPP)

Figura 3.6. Confronti della spesa sanitaria delle famiglie e del PIL pro-capite. Variazioni Italia vs EU-Ante 1995 e EU-Post 1995



- in termini di spesa pubblica il *gap* risulta pari a -36,8% rispetto a EU-Ante1995 (-30,2% in \$-PPP) e +169,4% (+72,3% in \$-PPP) rispetto a EU-Post 1995
- in termini di spesa privata siamo a -8,5% rispetto a EU-Ante1995 (-0,8% in \$-PPP) e +145,4% (+54,8% in \$-PPP) rispetto a EU-Post 1995
- in termini di PIL siamo a -20,1% rispetto a EU-Ante1995 (-12,4% in \$-PPP) e +103,8% (+29,4% in \$-PPP) rispetto a EU-Post 1995.

In definitiva, la spesa sanitaria corrente totale nei Paesi EU-Post 1995 cresce più che in EU-Ante 1995 e in Italia (rispettivamente +7,1%, +3,6%, e +2,5% medio annuo nel periodo 2000-2017), facendo riavvicinare i livelli di assistenza.

Per l'Italia osserviamo la tendenza ad un “progressivo avvicinamento” ai Paesi EU-Post 1995 e un altrettanto “progressivo allontanamento” dai livelli di spesa di EU-Ante 1995 (Figura 3.5.).

Analogo andamento ha caratterizzato anche le altre variabili analizzate (crescita media annua della spesa pubblica pro-capite: 6,9%, 3,6%, e 2,5% e del PIL pro-capite: 6,0%, 2,1%, e 1,6% rispettivamente per EU-Post 1995, EU-Ante 1995, e Italia).

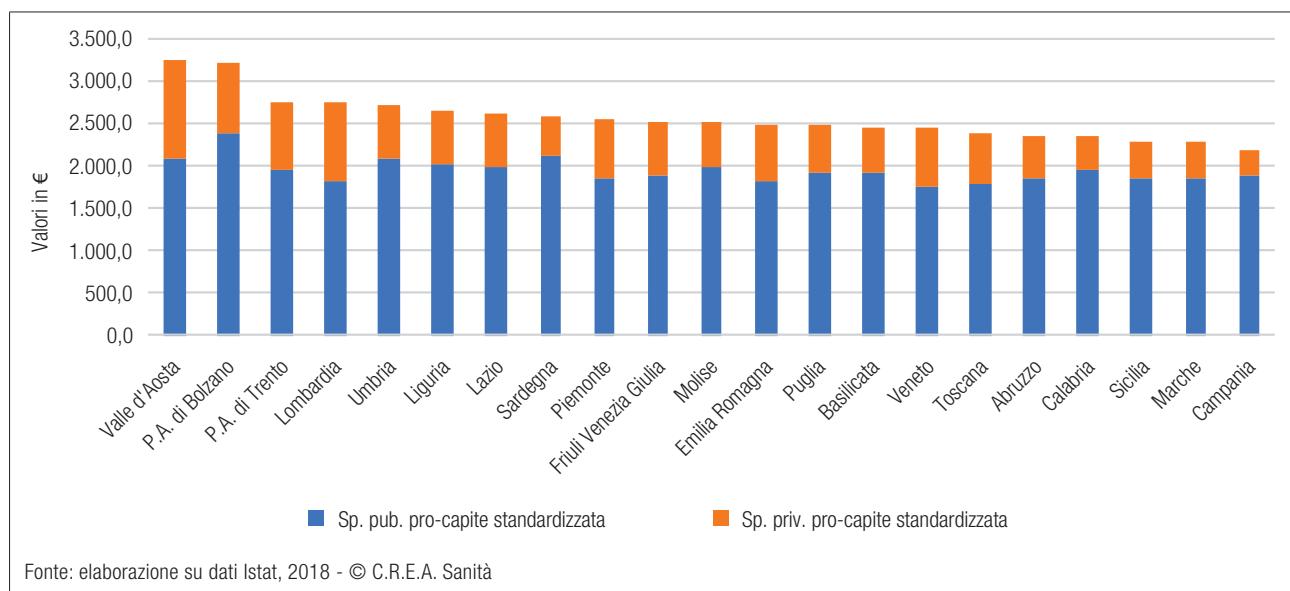
Si noti che la spesa pubblica in Italia cresce di ben 4,4 punti percentuali meno dei rimanenti Paesi EU-Post 1995, ma più del PIL (+0,9 punti percentua-

li) nella stessa misura degli altri Paesi: questo dimostra che il vero vincolo per la spesa italiana rimane la insufficiente crescita del PIL.

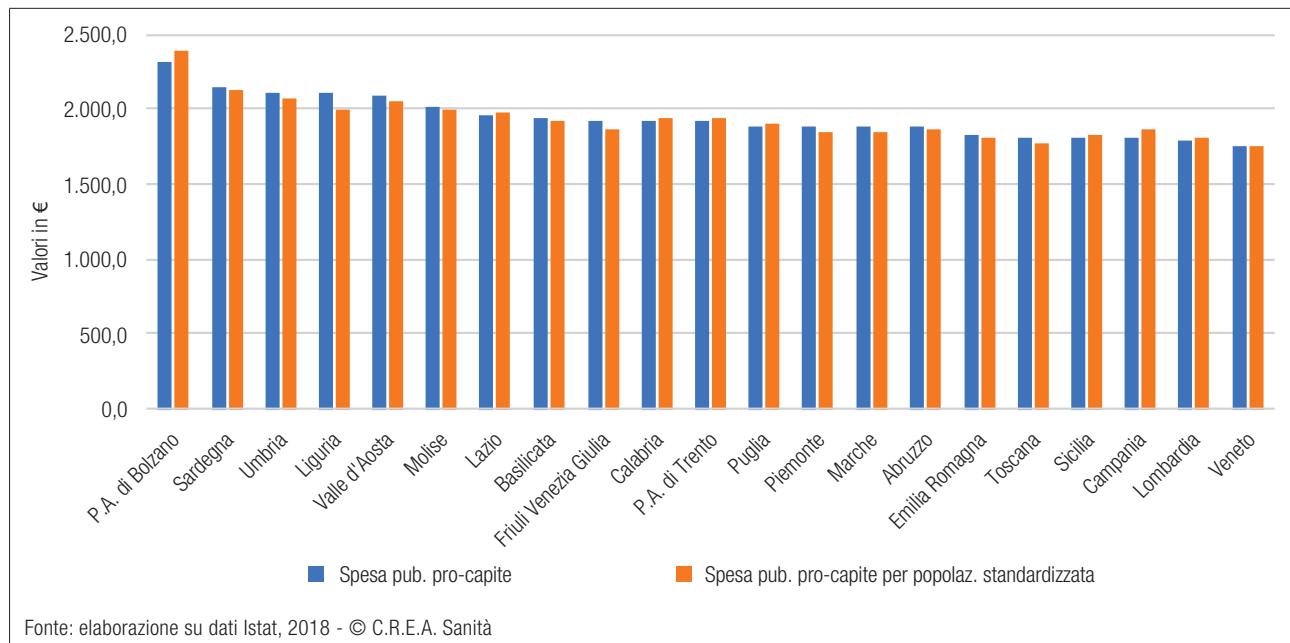
Per quanto concerne la spesa sanitaria privata, nel periodo 2000-2017, quella italiana ha avuto una crescita più modesta di quella dei Paesi EU-Post 1995, ma superiore a quella dei Paesi EU-Ante 1995 a partire dal 2007; in particolare, nel quinquennio 2002-2007 è aumentata ad un tasso medio annuo dell'1,7% a fronte di un aumento del 4,4% dei Paesi EU-Ante 1995 ed uno dell'11,8% dei Paesi EU-Post 1995; nel quinquennio successivo (2007-2012) è cresciuta del 2,7% medio annuo a fronte del +0,7% di EU-Ante 1995 e +4,5% di EU-Post 1995, scavalcando quindi l'incremento dei primi. Nell'ultimo quinquennio (2012-2017) il tasso di crescita medio annuo dell'Italia è stato nuovamente superiore a quello di EU-Ante 1995 e inferiore a quello di EU-Post 1995 (rispettivamente pari a +2,5%, +1,5% e +4,5%).

Esprimendo la spesa sanitaria privata pro-capite in \$-PPP, il *trend* nei tre quinquenni analizzati rimane il medesimo: il tasso medio annuo di crescita nel periodo 2002-2007 è stato più basso in Italia che nei rimanenti Paesi EU; la crescita è più sostenuta di quella dei *partners* dell'EU-Ante 1995 nei quinquenni 2007-2012 e 2012-2017, ma assai più contenuta di quella dei Paesi EU-Post 1995.

Figura 3.7. Spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.8. Spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione semplice e standardizzata. Anno 2017

Da ultimo va espressa una nota di cautela, in quanto, a partire dal 2012, si evidenzia un disallineamento tra la spesa sanitaria delle famiglie utilizzata da OECD e quella indicata nella contabilità nazionale dell'Istat (nella fonte OECD risultano nel 2017 circa € 1,9 mld. in più presumibilmente attribuibili alla componente intermediata della spesa) (Figura 3.6.): ne segue che l'incremento reale nell'ultimo quinquennio potrebbe essere inferiore di quanto stimato da OECD.

3.2. La spesa sanitaria nelle Regioni

La spesa sanitaria totale pro-capite (standardizzata), nel 2017, si è attestata a € 2.491,2 pro-capite (€ 150,9 mld.) in aumento dell'1,8% rispetto al 2016 con valori massimi in Valle d'Aosta e nelle PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 3.251,4, € 3.201,6 e € 2.745,4); all'estremo opposto si collocano Sicilia (€ 2.274,4), Marche (€ 2.271,3) e Cam-

pania (€ 2.174,1).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 49,6%, ovvero € 1.077,3; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 559,4 (ovvero al 25,7%) (Figura 3.7.).

Nel 2017, la spesa sanitaria pubblica totale ha raggiunto € 113,1 mld.: in crescita dello 0,8% rispetto all'anno precedente.

Per quanto concerne, in particolare, la spesa pubblica pro-capite, nel 2017, essa è pari a € 1.867,2 (+1,0% rispetto al 2016) (Figura 3.8.).

A livello regionale⁴, nel 2017, registra valori massimi la P.A. di Bolzano, la Sardegna e l'Umbria (rispettivamente € 2.305,6, € 2.137,4 e 2.111,8 pro-capite); all'estremo opposto si collocano Campania, Lombardia e Veneto con una spesa pubblica pro-capite rispettivamente pari a € 1.799,4, € 1.797,9 e € 1.761,5.

La differenza tra la Regione con spesa massima pro-capite e quella con spesa minima è pari al

⁴ Dalla scorsa edizione del Rapporto, per le analisi riguardanti la spesa pubblica si fa riferimento ai dati di spesa pubblicati dall'Istat nell'ambito del report *Il sistema dei conti della Sanità per l'Italia*, in quanto il nuovo sistema dei conti della Sanità, costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) è in linea con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti (SEC 2010), e migliora il livello di confrontabilità dei dati

30,9%, ovvero € 544,2; anche escludendo le Regioni a statuto speciale (ovvero la P.A. di Bolzano) la differenza rimane significativa essendo pari al 21,3% (€ 375,9).

Utilizzando la spesa standardizzata⁵, la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima diviene ancora più importante, con uno scarto superiore al 35,0% (€ 621,5).

Tabella 3.1. Spesa sanitaria pubblica regionale

Regioni	Spesa pro-capite nominale Anno 2017	Var. media annua nominale (%) 2017/2012
Italia	1.867,2	0,4
Piemonte	1.887,1	0,3
Valle d'Aosta	2.081,1	-2,0
Lombardia	1.797,9	0,5
P.A. di Bolzano	2.305,6	0,4
P.A. di Trento	1.913,2	-0,8
Veneto	1.761,5	0,6
Friuli Venezia Giulia	1.922,7	-1,1
Liguria	2.102,8	0,6
Emilia Romagna	1.829,9	0,3
Toscana	1.812,6	0,1
Umbria	2.111,8	2,9
Marche	1.877,0	0,9
Lazio	1.950,4	-0,8
Abruzzo	1.876,1	0,9
Molise	2.022,1	0,3
Campania	1.799,4	0,7
Puglia	1.889,1	1,2
Basilicata	1.937,8	1,1
Calabria	1.922,4	0,9
Sicilia	1.808,9	0,6
Sardegna	2.137,4	0,6

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2012 ed il 2017 la spesa pubblica pro-capite, in termini nominali, è aumentata dell'1,2% (variazione media annua pari allo 0,4%) (Tabella 3.1.); tale incremento, in termini reali equivale ad una variazione media annua negativa pari allo 0,1% (ovvero -€ 5,4 pro-capite).

A livello regionale, in termini nominali, l'Umbria ha riportato la crescita più sostenuta (+2,9% medio annuo) a cui fanno seguito la Puglia con l'1,2% medio annuo, la Basilicata con l'1,1%, le Marche e l'Abruzzo entrambe con un +0,9%. All'estremo opposto si collocano la Valle d'Aosta che ha riportato una contrazione della spesa pubblica pro-capite espressa in termini nominali del 2,0% medio annuo, il Friuli Venezia Giulia dove ha superato l'1,0%, la P.A. di Trento ed il Lazio (Regione quest'ultima, ricordiamo, in Piano di Rientro al 2017), con lo 0,8%.

Per quanto concerne la spesa sanitaria pro-capite delle famiglie, nel 2017 risulta pari a € 624,0 (+4,4% rispetto al 2016).

Si nota come, dall'avvio dell'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (Decreto Legge (D.L.) n. 502/1992), se ne riscontra un notevole aumento, pari al +15,2% nel primo quinquennio (1995/1990), seguito da uno di minore entità, +7,3%, nel quinquennio successivo (2000/1995); nel periodo 2002-2007 il tasso di crescita medio annuo non ha riportato variazioni significative: +1,7%; nell'ultimo decennio, invece, la crescita è stata nuovamente maggiore, con un tasso medio annuo del +2,7% dal 2007 al 2012, e del +2,5% dal 2012 al 2017 (Figura 3.9.).

Dall'analisi della composizione dei consumi sanitari delle famiglie, si riscontra come si stia progressivamente riducendo la quota di spesa privata per farmaci, articoli sanitari e materiale terapeutico, passando dal 41,6% del 2000 al 36,4% nel 2017 (-1,6 punti percentuali rispetto al 2016), e stia invece aumentando quella per i servizi ospedalieri ed ambulatoriali (visite specialistiche, esami, odontoiatria, etc.), passata dal 58,4% al 63,6% (+1,4 punti percentuali nell'ultimo biennio).

⁵ La spesa è stata standardizzata pesando la popolazione con i pesi impiegati per il riparto, come da relative delibere CIPE

Per i servizi ospedalieri si passa dal 13,4% nel 2000 al 14,5% nel 2017, con un picco nel quadriennio 2011-2014 (valore massimo del 15,2% nel 2011); per quelli ambulatoriali l'aumento è di tre punti percentuali nello stesso periodo, rappresentando questi ultimi, nel 2017, circa la metà (49,1%) della spesa sanitaria delle famiglie (Figura 3.10.).

A livello regionale, i valori massimi si rilevano in

Valle d'Aosta e Lombardia (rispettivamente € 1.202,8 e € 927,8), mentre all'estremo opposto si collocano Campania (€ 300,5) e Calabria (€ 380,8).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 300,2%, pari a € 902,2; anche escludendo le Regioni a statuto speciale (in questo caso la Valle d'Aosta), la differenza rimane considerevole e pari a € 627,3 (208,7%).

Figura 3.9. Spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite. Variazione media annua

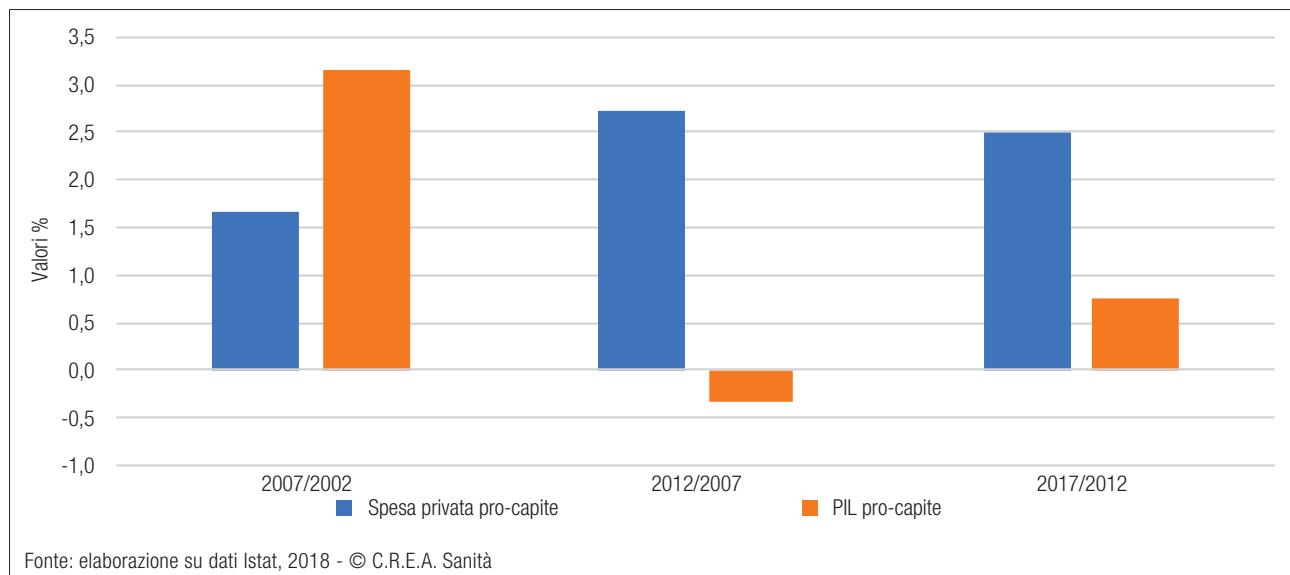
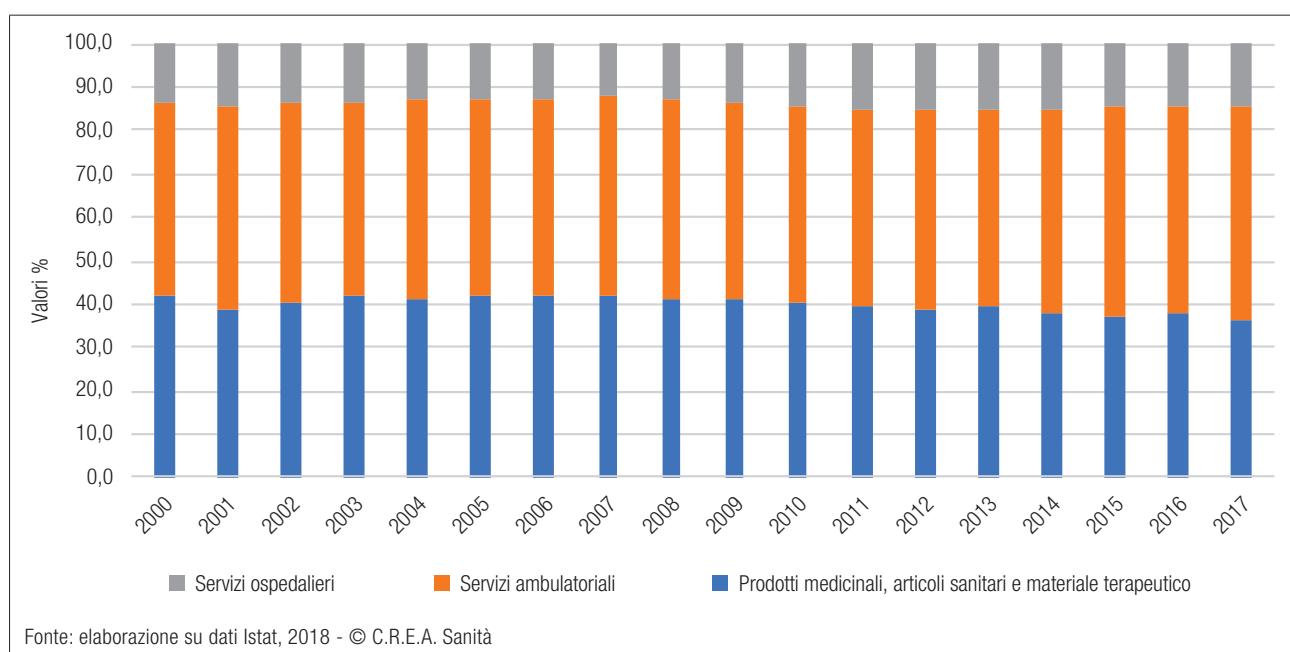


Figura 3.10. Composizione della spesa sanitaria delle famiglie. Anno 2017



A livello regionale, nel periodo 2007-2012, ad eccezione di Lombardia, Umbria e Molise, si è registrato un aumento della spesa sanitaria privata media pro-capite delle famiglie, che esita in una variazione media annua del +2,4% (+1,9% considerando le tre Regioni con la crescita). In tutte le Regioni entrate

in Piano di Rientro negli anni 2007 e 2009 la spesa sanitaria privata è aumentata con un tasso medio annuo maggiore, pari al +2,5%, ad eccezione della Campania, dove il livello di spesa sanitaria privata è rimasto sostanzialmente invariato (+0,3% annuo) nel periodo considerato.

Figura 3.11. Spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite. Variazione media annua 2012/2007

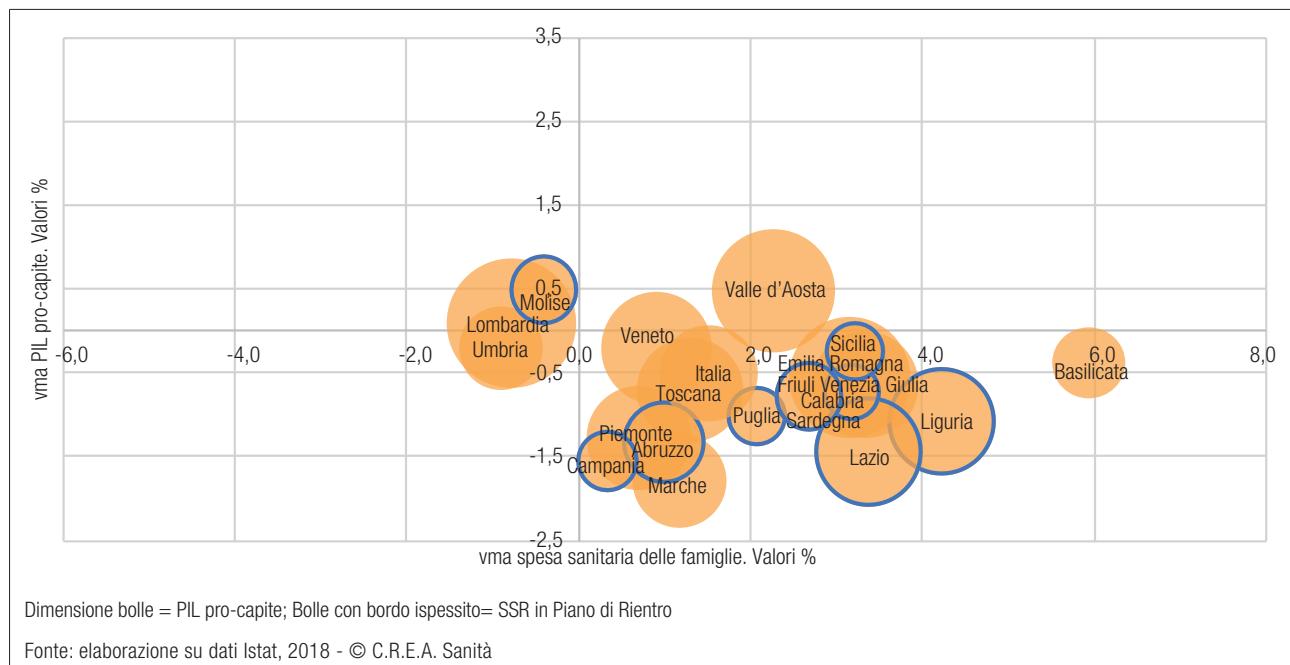


Figura 3.12. Spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite. Variazione media annua 2017/2012

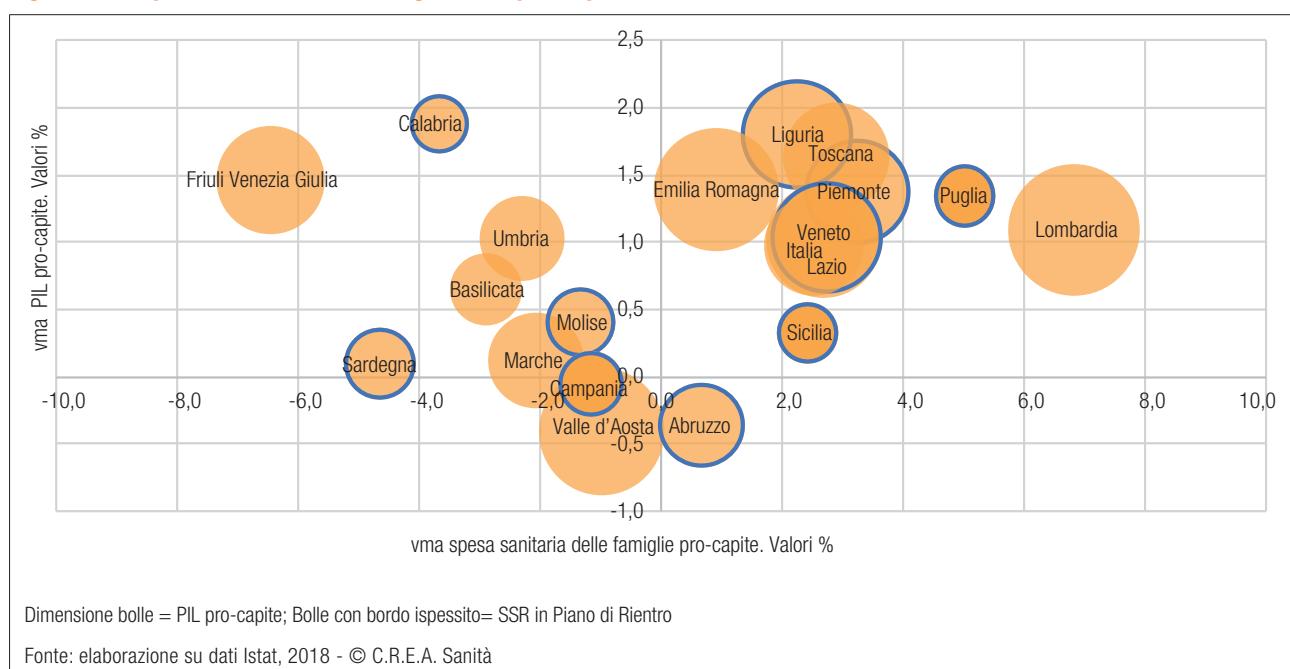


Tabella 3.2. Spesa sanitaria diretta e convenzionata

Regioni	Var. % 2016/2011	Var. media annua 2016/2011
Spesa diretta		
Italia	1,1	0,2
Nord	1,5	0,3
Centro	0,7	0,1
Sud e Isole	0,9	0,2
Spesa convenzionata		
Italia	-1,5	-0,3
Nord	-1,6	-0,3
Centro	-1,1	-0,2
Sud e Isole	-1,6	-0,3

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2018- © C.R.E.A. Sanità

Si noti che nella maggior parte delle Regioni si è registrata anche una riduzione del PIL pro-capite, fenomeno che sembra poter far escludere che la crescita della spesa privata sia effetto di una maggior disponibilità a spendere delle famiglie (Figura 3.11).

Nel periodo 2012-2017, in media cresce ma la situazione regionale non presenta *trend* definiti.

In Puglia e Lombardia cresce più del PIL, e in Valle d'Aosta e Abruzzo cresce malgrado la riduzione del PIL.

In Friuli Venezia Giulia cresce molto meno del PIL (Figura 3.12.).

3.3. La spesa sanitaria per funzione

La crescita assai modesta della spesa sanitaria pubblica tra il 2012 ed il 2017 (+0,6% medio annuo), è frutto del contenimento sia della spesa diretta che, soprattutto, di quella convenzionata: nel periodo 2011-2016 la spesa diretta ha riportato una variazione media annua positiva dello 0,2%; variazione che peraltro raggiunge il suo valore massimo nella ripartizione settentrionale raggiungendo il +0,3% medio annuo.

La spesa convenzionata, invece, in tutte le ripartizioni e per l'intero periodo di osservazione, ha presentato tassi di crescita decrescenti: Nord -0,3% medio annuo, Centro -0,2% e Sud -0,3%. (Tabella 3.2.).

Tra il 2011 ed il 2016 l'incidenza della spesa convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica ha, quindi, riportato una lieve flessione, passando dal 36,0% del 2011 al 35,4% del 2016, sebbene siano evidenziabili *trend* difformi tra le Regioni. La spesa convenzionata è, infatti, cresciuta in sei Regioni, sebbene in quattro di queste (Valle d'Aosta, P.A. di Trento, Umbria e Calabria) l'incremento sia stato inferiore al punto percentuale: solo Marche e Molise hanno riportato tassi di crescita più sostenuti (+1,5% la prima e +2,2% la seconda). Sul versante opposto si posizionano, invece, Friuli Venezia Giulia e Sardegna, dove la convenzionata si è contratta rispettivamente del 2,4% e del 2,1%.

Tabella 3.3. Quota spesa sanitaria pubblica convenzionata

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Italia	36,0	35,7	36,1	36,2	35,7	35,4
Piemonte	33,8	33,7	33,5	33,7	33,1	32,4
Valle d'Aosta	20,6	21,6	22,8	22,4	21,8	21,4
Lombardia	42,5	42,4	43,0	43,0	42,2	42,4
P.A. di Bolzano	21,6	22,2	22,5	21,9	21,4	21,3
P.A. di Trento	26,6	27,7	28,0	28,0	27,8	26,8
Veneto	35,0	34,1	34,1	33,9	33,5	33,0
Friuli Venezia Giulia	26,3	26,7	25,9	26,5	24,5	23,8
Liguria	32,1	32,1	32,4	32,2	31,9	31,4
Emilia Romagna	29,5	29,4	29,7	29,9	29,9	29,2
Toscana	26,1	26,1	26,2	25,7	25,3	25,6
Umbria	26,2	25,5	25,8	28,7	29,2	26,6
Marche	27,7	28,1	29,0	29,8	29,2	29,3
Lazio	42,1	40,0	40,6	40,6	41,3	41,1
Abruzzo	33,5	33,8	33,6	34,7	33,9	33,1
Molise	41,1	41,6	39,7	41,8	42,1	43,3
Campania	40,8	40,5	41,5	42,8	40,7	40,4
Puglia	40,1	39,3	40,5	39,9	39,6	39,1
Basilicata	31,9	32,2	32,4	32,6	32,2	31,0
Calabria	35,5	35,7	36,1	36,2	35,6	35,6
Sicilia	38,3	39,0	39,0	38,3	37,8	37,9
Sardegna	29,9	29,9	30,3	30,0	28,9	27,8

Fonte: elaborazione su dati Istat 2018 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa convenzionata continua ad avere un peso maggiore nelle Regioni meridionali (37,3%), superando il 43,0% in Molise.

La ripartizione centrale registra la minima incidenza della spesa convenzionata: risultato largamente ascrivibile alla Toscana dove la spesa convenzionata si ferma al 25,6% della spesa pubblica totale (Tabella 3.3.).

Qualora dalla spesa convenzionata sottraessimo i costi relativi alla medicina generale, le Regioni meridionali continuano ad essere quelle nelle quali la spesa convenzionata ha un peso maggiore sulla spesa pubblica, mentre la Lombardia è la Regione con la più alta quota di convenzionata (37,6%), seguita dal Molise (35,9%) e dal Lazio (35,6%) (Figura 3.13.).

Dal 2012, per le voci relative ad “acquisto di beni non sanitari”, “acquisto dell’ospedaliera convenzionata”, e “costo del personale” si osserva una riduzione continua. Altri capitoli di spesa, come quelli relativi all’“acquisto di servizi non sanitari” (tra cui rientrano ad esempio le spese per la lavanderia, la pulizia, la mensa, il riscaldamento, le utenze telefoniche, etc.), all’“acquisto di beni sanitari al netto di prodotti farmaceutici ed emoderivati”, alla “medicina di base”, alla “specialistica convenzionata” e alle “consulenze e collaborazioni”, dopo aver toccato il

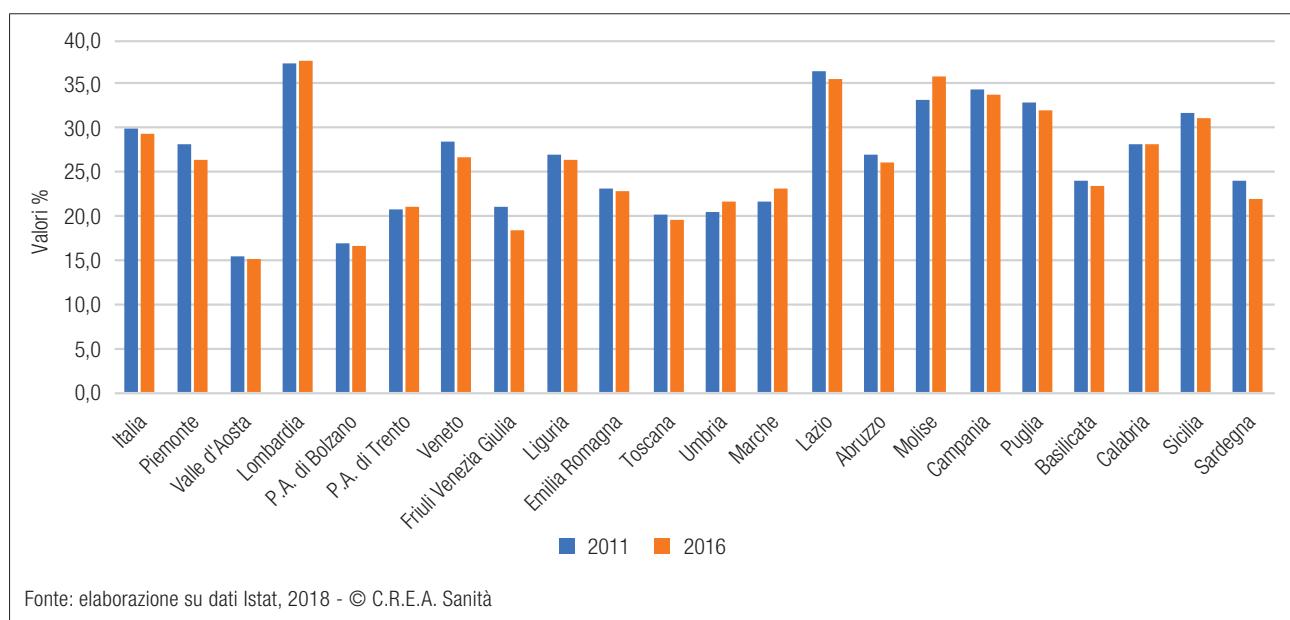
loro valore minimo tra il 2014 ed il 2015, nei rimanenti anni dell’arco temporale analizzato hanno mostrato un’inversione di tendenza.

La spesa per la farmaceutica totale, dopo essersi contratta di circa uno 0,2 (in numero indice) nel 2016 rispetto all’anno precedente, nel 2017 ha raggiunto il suo valore massimo raggiungendo quota 116,5: la crescita della farmaceutica totale tra il 2012 ed il 2017 è conseguenza del combinato disposto dall’incremento degli acquisti di farmaci in “File F” e degli acquisti di prodotti farmaceutici ed emoderivati (per approfondimenti vedere il Capitolo 9a) (Figura 3.14.).

La voce che si è contratta maggiormente è quella relativa all’“acquisto dei beni non sanitari” (-33,9% tra il 2012 ed il 2017), sebbene siano evidenziabili forti differenze tra le varie ripartizioni: si va da una riduzione del 37,0% nelle Regioni settentrionali, ad una del 28,1% in quelle centrali.

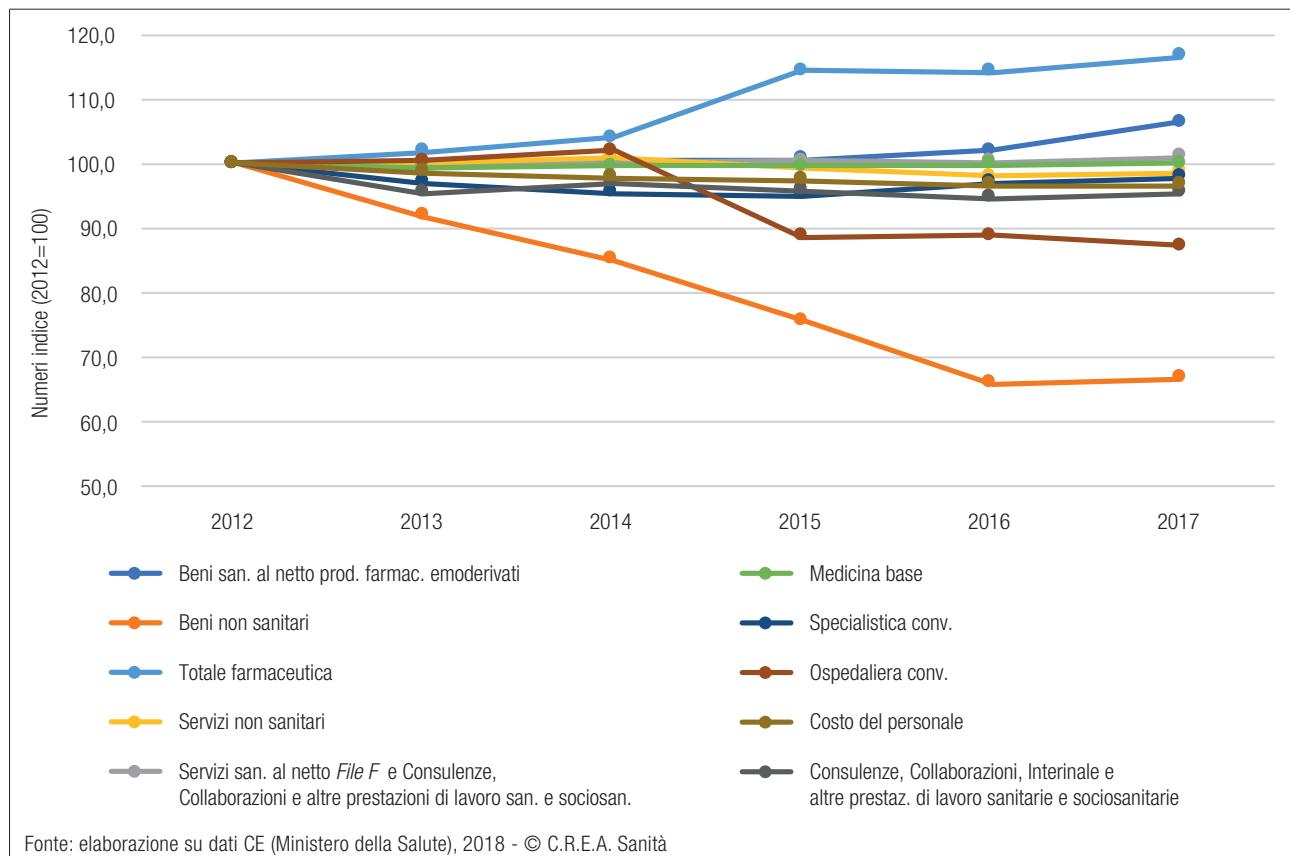
Anche la “spesa per il personale”, nel periodo analizzato, ha avuto un *trend* decrescente riportando una variazione del -4,2%: Anche in questo caso sono apprezzabili differenze tra le ripartizioni: se nelle Regioni del Nord il valore dell’indicatore ha riportato una flessione del -2,8%, in quelle del Centro-Sud è diminuito in modo molto più considerevole e rispettivamente del -6,3% nelle Regioni del Centro e del -5,0% in quelle delle Sud.

Figura 3.13. Quota spesa convenzionata al netto della spesa per la medicina generale



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.14. Spesa sanitaria pubblica per funzioni



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 (2012-2017) anche le spese pro-capite relative alle consulenze e alle collaborazioni sono state tagliate (-5,2%) ad eccezione delle Regioni del Sud dove sono aumentate dell’1,3%; in particolare, si passa dal valore massimo nelle Regioni centrali dove la spesa pro-capite ha riportato una variazione del -10,9% a quello delle Regioni settentrionali dove la contrazione della citata voce ha toccato il -7,4%.

La spesa per l’acquisto di beni sanitari (al netto di prodotti farmaceutici ed emoderivati), invece, è aumentata in tutte le ripartizioni sebbene con una *Performance* piuttosto difforme: è aumentata del 2,8% nel Nord, del 2,7% nel Centro e del 12,0% nel Sud.

Anche la spesa pro-capite totale per l’assistenza farmaceutica, tra il 2012 ed il 2017, è aumentata in tutte le aree geografiche (Nord +15,4%, Centro +13,6% e Sud +17,1%); in particolare, se da un lato si è verificata una contrazione della spesa farmaceutica convenzionata (-11,5%), dall’altro hanno evidenziato incrementi assai significativi sia la spesa per l’acquisto da parte delle strutture pubbliche di farmaci ed emoderivati (+43,7%, che include la spesa farmaceutica ospedaliera e la distribuzione diretta), che quella per il *File F* (+72,7%).

Sul fronte del comparto accreditato, sia la specialistica ambulatoriale, che l’assistenza ospedaliera, sono “arretrate”: la spesa per l’assistenza specialistica accreditata si è ridotta di quasi tre punti percentuali (-2,8%) evidenziando, peraltro, un *trend* differente nella ripartizione centro-settentrionale rispetto a quella meridionale (Nord -6,1%, Centro -3,2% e Sud +1,2%); la spesa per l’assistenza ospedaliera, invece, è diminuita in maniera assai più sostenuta nelle Regioni della ripartizione Centro-Nord che non in quelle

Tabella 3.4. Variazione 2016/2012 della spesa sanitaria pubblica per funzioni. Valori %

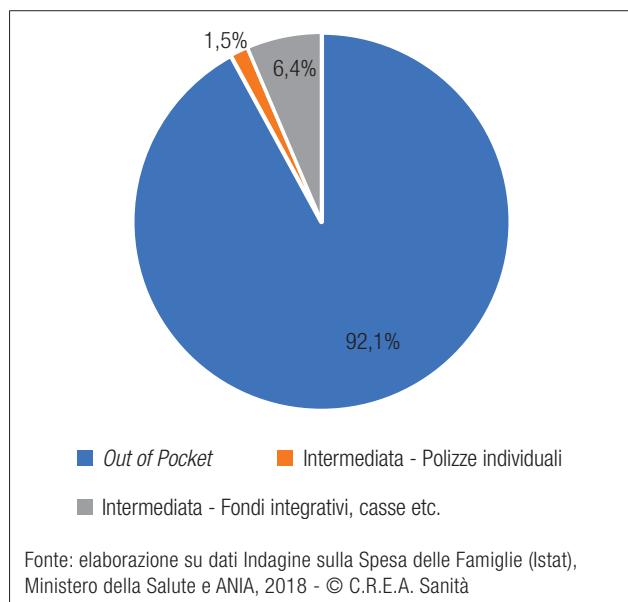
Regioni	Beni sanit. al netto dei prodotti farma., ed emoder.	Ser. sanit. al netto File Fe	Consulenze Col- laboraz. Interin. e prestaz. sanit. e socio-sanit.	Acquis. Serv. non sanit.	Tot. Farmac.	Medicina di base -da convenz.	Spec. conv.	Osp. conv	Consulenze- Collaboraz. Interinale e prestaz. sanit. e socio-sanit.	Personale
Italia	5,6	-33,9	0,3	-2,0	-0,0	15,7	-0,7	-2,8	-13,4	-5,2
Nord	2,8	-37,0	-0,3	-3,1	-0,7	15,4	-1,1	-6,1	-21,3	-7,4
Centro	2,7	-28,1	0,3	-14,3	-2,2	13,6	-2,0	-3,2	-10,5	-10,9
Sud e Isole	12,0	-29,7	1,2	10,3	2,3	17,1	0,6	1,2	-4,0	1,3
Piemonte	-0,9	-52,3	-4,4	7,5	-2,9	11,8	2,1	-15,9	-24,5	-7,0
Valle d'Aosta	-11,9	-38,8	-11,6	19,8	-7,2	1,6	0,4	-25,9	20,0	-51,4
Lombardia	-0,1	-38,5	2,1	0,4	1,9	19,6	-4,9	-5,4	-18,0	-1,6
P.A. di Bolzano	8,8	-24,8	3,8	6,0	4,1	18,6	9,5	38,7	7,2	-26,7
P.A. di Trento	10,3	-42,0	-2,4	13,9	-0,1	10,7	-1,6	5,0	0,3	-15,1
Veneto	8,6	-30,0	-1,4	-4,2	-1,9	12,5	1,4	-15,7	-16,3	-11,6
Friuli Venezia Giulia	4,6	-32,1	-4,4	-29,7	-10,5	18,9	-1,3	-3,3	-27,0	-9,9
Liguria	3,9	-29,2	0,2	6,8	1,3	14,2	-1,4	-6,4	-9,4	-12,2
Emilia Romagna	3,9	-23,4	-0,6	-12,1	-2,6	13,4	-0,9	22,7	-41,7	-6,5
Toscana	10,5	-27,7	-1,8	-14,1	-4,5	13,8	1,1	-13,6	-33,7	14,5
Umbria	13,0	-25,1	-1,2	-9,5	-3,1	21,5	9,2	16,9	-23,7	-16,9
Marche	11,7	-13,2	10,9	3,7	9,9	15,3	-0,2	7,4	-33,3	-30,3
Lazio	-8,2	-37,7	-1,4	-18,3	-3,8	11,9	-6,0	-3,6	-5,7	-17,2
Abruzzo	5,5	-47,9	-0,6	11,1	1,0	21,5	3,5	-11,5	-17,4	68,0
Molise	-5,3	-42,4	2,2	1,7	2,1	18,7	-6,1	2,8	-56,0	21,4
Campania	14,8	-9,4	3,1	8,4	3,8	24,6	-0,5	0,6	1,4	6,6
Puglia	10,9	-15,5	4,2	2,6	4,0	17,5	2,2	7,8	-3,6	-4,0
Basilicata	21,9	-39,1	-0,0	16,5	2,1	18,4	-3,5	2,4	-10,9	-12,7
Calabria	11,2	-27,2	2,8	24,5	5,1	23,3	0,7	-9,1	2,1	47,5
Sicilia	16,4	-42,4	-1,3	12,2	-0,1	7,2	1,8	1,4	-4,0	-6,7
Sardegna	8,0	-35,0	-6,5	15,8	-2,7	11,1	-1,5	3,4	-6,4	-29,1

Fonte: elaborazione su dati CE (Ministero della Salute), 2018 - © CREA Sanità

del Sud (Italia -13,4%, Nord -21,3%, Centro -10,5% e Sud -4,0%).

Infine, la spesa per la medicina di base, pur essendosi mantenuta tendenzialmente più stabile rispetto alle altre due voci del comparto accreditato, ha registrato un ribasso nella ripartizione centro-settentrionale (Nord -1,1%, Centro -2,0% e Sud +0,6%).

Figura 3.15. Composizione della spesa sanitaria privata. Anno 2017

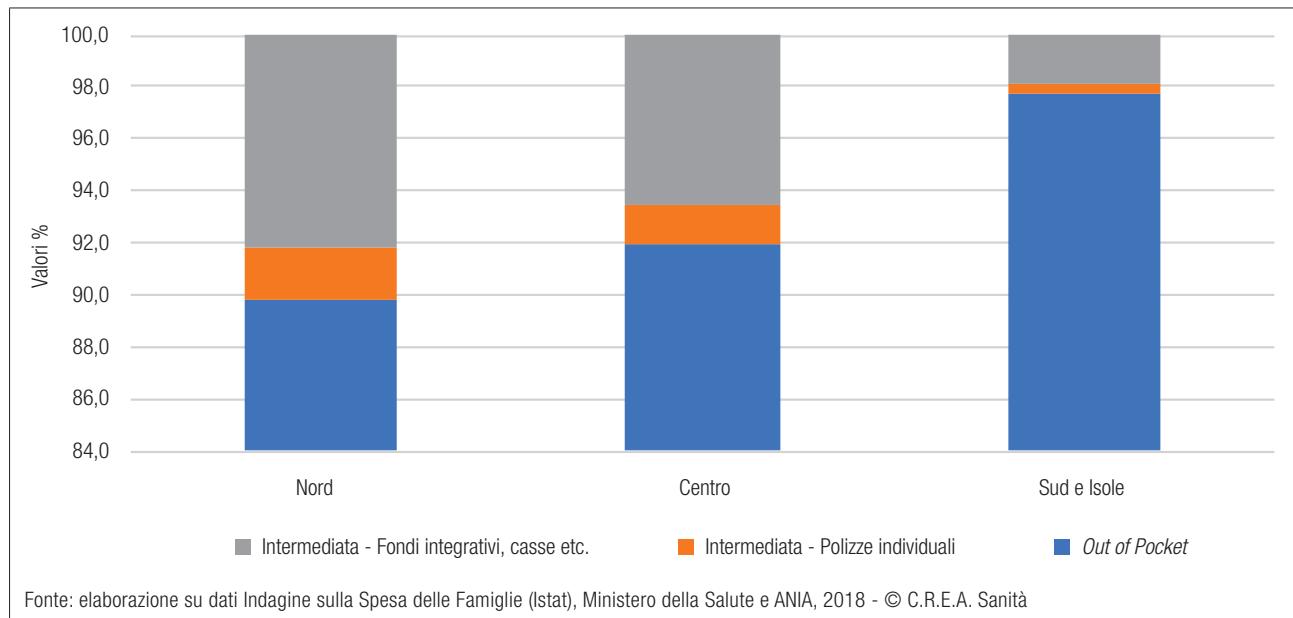


Le forti differenze regionali non sembra possano essere attribuite solo all'esistenza di Regioni in Piano di Rientro o alla dimensione dei disavanzi. Prendendo, ad esempio Lazio e Campania (sebbene quest'ultima abbia avuto un risultato di esercizio positivo a partire dal 2013) storicamente sono le due Regioni che hanno accumulato i maggiori disavanzi è possibile evidenziare come abbiano palesato un comportamento difforme in alcune voci di spesa.

In definitiva, l'analisi dell'evoluzione temporale delle voci di spesa ricavate dai Conti Economici palesa che a partire dal 2012, buona parte dei cennati aggregati economici ha smesso di crescere, o si è addirittura contratta in maniera più o meno considerevole, sebbene con effetti regionali difformi (Tabella 3.4.).

Per quanto concerne la composizione per funzioni della spesa privata, è qui analizzata la suddivisione fra spesa *Out of Pocket* (OOP o non intermediata) e spesa intermediata; quest'ultima, a sua volta, è ripartibile in spesa per polizze assicurative individuali e spesa per polizze collettive (fondi integrativi, casse, mutue etc.). I dati disponibili evidenziano significative carenze: citiamo, fra tutti, l'aspetto della potenziale duplicazione di spesa derivante dalle coperture (assicurative e non) erogate in forma indiretta e la non rilevazione del crescente fenomeno dei fondi sanitari complementari e integrativi.

Figura 3.16. Composizione della spesa sanitaria privata per ripartizione geografica. Anno 2017



Per ovviare, la OOP è stata rivalutata a partire dalla spesa per i servizi sanitari sostenuta dalle famiglie (Indagine sulla Spesa delle famiglie, Istat), nettandola dei rimborsi previsti nel caso di coperture "indirette"; prudenzialmente si è ipotizzato che vengano rimborsati i due terzi del valore delle coperture assicurative individuali e la metà di quelle collettive, giungendo ad una stima di spesa OOP effettiva di € 34,8 mld. (€ 33,3 mld. nel 2016).

Sul versante della spesa intermediata, è stata considerata quella delle polizze assicurative individuali relativa alle voci "Rimborso spese mediche" e "LTC", in base alle rilevazioni ANIA (€ 577,1 mln.) e quelle dei Fondi sanitari integrativi.

Per questi ultimi è stato, infine, considerato il dato relativo ai contributi, raccolto dall'anagrafe istituita presso il Ministero della Salute, che ammonta a € 2,4 mld., valore che è da ritenersi tendenzialmente sottostimato.

Ciò premesso, la stima indica che la spesa OOP, nel 2017, rappresenterebbe circa il 92,1% del totale della spesa privata, e quella intermediata il restante 7,9%, di cui il 6,4% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e l'1,5% alle polizze individuali (Figura 3.15.).

Analizzando la composizione della spesa privata per ripartizione geografica, si osserva come la componente intermediata rappresenti il 10,2% della spesa privata nel Nord (11,3% nel Nord-Ovest e 8,2% nel Nord-Est), l'8,1% nel Centro e solo il 2,3% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di potenziale iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria (Figura 3.16.).

Umbria, Marche, Basilicata, Calabria e Sicilia risultano essere le Regioni con la quota maggiore di spesa privata OOP, con valori che superano il 98,0%.

Lombardia, le PP.AA. di Trento e Bolzano e La-

zio risultano, invece, quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata, rispettivamente pari a 13,1%, 14,8% (per entrambe le Province) e 12,8%. All'estremo opposto si collocano Umbria e Sicilia dove la spesa privata intermediata assorbe rispettivamente l'1,1% e lo 0,9% della spesa privata totale.

3.4. La spesa sociale

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, si stimano gli oneri relativi alle prestazioni sociali legate alla non autosufficienza e disabilità, largamente riconducibili a spese per *Long Term Care* (LTC).

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 sanitaria⁶
- altre prestazioni in denaro, specificatamente erogate dall'INPS⁷
- spese delle famiglie per l'assistenza agli anziani.

In altri termini, a livello pubblico, per la non autosufficienza o disabilità sono erogate prestazioni in natura e riconducibili alla assistenza residenziale o domiciliare, ma anche numerosi trasferimenti monetari, quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità (pensioni di invalidità civile, assegni di invalidità, pensioni di inabilità, pensioni di invalidità ante 1984), permessi retribuiti a norma della Legge Nazionale (L.) n. 104/1992 e alle prestazioni socio-assistenziali a carico dei Comuni⁸.

Iniziando dalle provvidenze economiche, erogate

⁶ 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

⁷ Ci riferiamo alle indennità di accompagnamento, alle pensioni sia di invalidità che di invalidità civile e ai costi della L. n. 104/1992

⁸ Ci riferiamo ai *voucher*, ai contributi economici per prestazioni sanitarie, alle rette per centri diurni, alle rette per altre prestazioni semiresidenziali e alle rette per prestazioni residenziali. Il *voucher*, in particolare, è uno strumento che, pur nascendo come provvidenza economica, ha una destinazione vincolata, ovvero è destinato all'acquisto di prestazioni in natura, quali ad esempio prestazioni di tipo domiciliare piuttosto che residenziale; l'indagine sugli *Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati* dell'Istat, tuttavia, non dettaglia quali servizi debbano essere acquistati con i *voucher*: non è, quindi, possibile ripartire l'importo dei *voucher* tra i servizi al cui acquisto è "destinato"

dall'INPS per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, e dai Comuni a favore di soggetti non autosufficienti (disabili e anziani), esse ammontano per il 2017 a circa € 22.071,4 mln. La parte preponderante di queste provvidenze, il 62,5%, è rappresentata dalle indennità di accompagnamento, il 18,1% dalle pensioni di invalidità civile, il 16,3% dalle pensioni di invalidità ed il residuo 3,1% dai benefici economici offerti dai Comuni⁹ (Figura 3.17.).

Se aggiungiamo la stima per i permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992 per i dipendenti sia del settore pubblico che di quello privato, si arriva ad un totale pari a € 24.122,6 mln.¹⁰.

Se ai citati benefici economici aggiungiamo le prestazioni in natura offerte dai Comuni, si può ipotizzare che il complessivo onere pubblico per l'assistenza di tipo sociale ai non autosufficienti (anziani e disabili) abbia raggiunto € 24,6 mld. di cui l'1,8% assorbito dall'assistenza domiciliare socio-assistenziale e lo 0,4% 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 2016, si avrebbero 379.326 famiglie con una badante o simili; applicando una retribuzione media annua di € 14.000,0 al netto dei contributi, si può immaginare una spesa almeno di € 5.310,6 mln., senza considerare il fenomeno del "sommerso" (Tabella 3.5.).

Sebbene l'ottenimento dell'indennità di accompagnamento non implichia per il beneficiario obblighi circa il suo impiego, è possibile ipotizzare che tale provvidenza venga impiegata almeno in parte per coprire la spesa per le badanti: qualora fosse tutta destinata a questo scopo, 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 42,0% (€ 2.232,1 mln.) è coperto tramite il gettito derivante dalle indennità di accompagnamento e il residuale 58,0% (€ 3.078,5 mln.) rimane a totale carico delle famiglie, ovvero costituisce la spesa privata delle famiglie per le badanti. Inoltre, si suppone che nell'ultimo anno non vi siano state variazioni né nel numero delle famiglie con badanti né nell'onere economico che rimane direttamente a carico delle famiglie.

Figura 3.17. Spesa per indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, pensioni di invalidità e benefici economici dei Comuni. Anno 2017

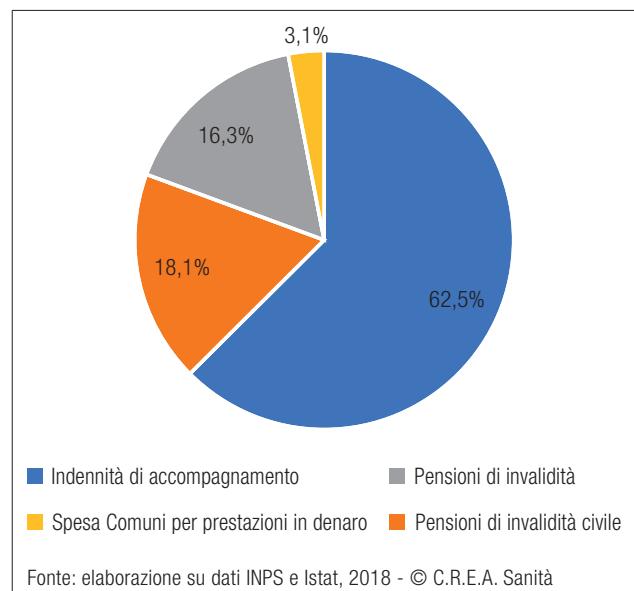


Tabella 3.5. Spesa totale per LTC. Anno 2017

Funzioni di spesa	€ mln.	Composizione %
Spesa totale	27.737,1	100,0
<i>di cui pubblica per prestazioni in natura</i>	535,9	1,9
<i>di cui pubblica per prestazioni in denaro</i>	24.122,6	87,0
<i>di cui privata per badanti</i>	3.078,5	11,1

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

⁹ Si fa riferimento all'ultimo dato disponibile (2015)

¹⁰ Per quanto riguarda il settore privato, la stima della spesa per permessi retribuiti è stata ottenuta moltiplicando il numero di giornate di permesso (abbiamo supposto che ciascun beneficiario goda di tre giorni al mese di permessi) per la retribuzione media giornaliera dei lavoratori dipendenti contribuenti INPS nell'anno 2016, ovvero per € 88,6. Per i dipendenti del settore pubblico, invece, è stato considerato il rapporto tra lo stipendio annuale medio 2016 (dato dalla somma di tutte le voci stipendiali) e il numero di giornate lavorative in un anno (260 giorni) ottenendo in tal modo la retribuzione media giornaliera; quest'ultima è stata quindi moltiplicata per il totale dei permessi retribuiti a norma della L. n. 104. È stato altresì supposto che tra il 2016 ed il 2017 non vi siano state variazioni nei dati

Tabella 3.6. Spesa socio-sanitaria. Anno 2017

Funzioni di spesa	€ mln.	Composizione %
Spesa socio-sanitaria totale	178.676,2	100,0
<i>di cui spesa sanitaria pubblica</i>	113.131,0	63,3
<i>di cui spesa sanitaria privata</i>	37.808,1	21,2
<i>di cui LTC pubblica</i>	24.658,6	13,8
<i>di cui LTC privata</i>	3.078,5	1,7

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3.7. Spesa socio-sanitaria, quota su PIL. Anno 2017

Funzioni di spesa	Valori %
Spesa socio-sanitaria totale	10,5
<i>di cui spesa sanitaria pubblica</i>	6,6
<i>di cui spesa sanitaria privata</i>	2,2
<i>di cui LTC pubblica</i>	1,4
<i>di cui LTC privata</i>	0,2

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Si noti che nelle stime non è stato considerato il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, tipicamente forniti da *caregiver* familiari.

In definitiva, secondo le nostre stime, alla spesa sanitaria si accompagna una ulteriore spesa per LTC di tipo sociale che sfiora i € 28,0 mld., ovvero l'1,6% del PIL.

3.5. La spesa socio-sanitaria

Di seguito utilizzeremo la dizione "spesa socio-sanitaria" per riferirci al complesso della spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria e per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, per lo più non autosufficienti.

Nel 2017, la spesa socio-sanitaria totale stimiamo ammonti a € 178.676,2 mln., essendo composta per il 63,3% dalla spesa sanitaria pubblica, per il 21,2% dalla spesa sanitaria privata, per il 13,8% dalle prestazioni rientranti nella LTC sociale pubblica e per l'1,7% dalla LTC sociale privata (ovvero dalla spesa

privata per badanti) (Tabella 3.6.).

La spesa socio-sanitaria così stimata ha rappresentato, nel 2017, il 10,5% del PIL, di cui il 6,6% imputabile alla spesa sanitaria pubblica, il 2,2% a quella privata, l'1,4% ai servizi della LTC sociale pubblica ed il residuale 0,2% alla spesa privata per badanti (Tabella 3.7.).

In termini pro-capite, nel 2017, per l'assistenza di tipo socio-sanitario, sono stati spesi mediamente € 2.949,0 per residente.

3.6. Conclusioni

La spesa sanitaria (totale, pubblica e privata) italiana è significativamente inferiore a quella dei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995 (-31,3%), e cresce anche più lentamente (+1,2% medio annuo nel periodo 2007-2017 vs +2,7%).

Osserviamo un progressivo avvicinamento dei livelli di spesa dell'Italia ai Paesi dell'EU-Post 1995, e conseguentemente un distacco da quelli dell'EU-Ante 1995, per effetto di tassi di crescita nei Paesi EU-Post 1995, più sostenuti di quelli osservabili sia in EU-Ante 1995 che in Italia.

Sicuramente ha pesato l'"efficientamento" del sistema di erogazione pubblico: tra il 2012 ed il 2017 la spesa pubblica pro-capite, sebbene in termini nominali sia aumentata dell'1,2%, in termini reali ha registrato una seppur limitata variazione media annua negativa (-0,1%).

Altro tratto caratteristico della spesa sanitaria in Italia è la crescita della spesa privata, che dopo il 2007 è aumentata in percentuale più che nei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995.

Mentre, come detto, la spesa totale, e in particolare la componente pubblica, risultano inferiori nei confronti europei, la spesa privata italiana pro-capite in PPP risulta allineata alla media dei Paesi EU-Ante 1995, e questo malgrado un PIL pro-capite inferiore e, paradossalmente, un sistema sulla carta universalistico e globale.

La spesa privata rimane in larga misura OOP (92,1%) a dimostrazione di una mancanza di governance del settore: la componente intermediata che

ammonta al restante 7,9%, per il 6,4% è attribuibile a polizze collettive (Fondi) e per il restante 1,5% alle polizze malattia individuali. Analizzandone la composizione per ripartizione geografica, si deve osservare che la componente intermedia rappresenta il 10,2% nel Nord (11,2% nel Nord-Ovest e 8,2% nel Nord-Est), l'8,1% nel Centro e solo il 2,3% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di potenziale iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria.

Tornando agli effetti dell'“efficientamento” del SSN, dopo il 2012 le voci relative all'“acquisto di beni non sanitari”, “acquisto dell'ospedaliera convenzionata”, e “costo del personale” sono decresciute continuamente. L'“acquisto di servizi non sanitari” (tra cui rientrano ad esempio le spese per la lavanderia, la pulizia, la mensa, il riscaldamento, le utenze telefoniche, etc.), l'“acquisto di beni sanitari al netto di prodotti farmaceutici ed emoderivati”, la “medicina di base”, la “specialistica convenzionata” e le “consulenze e collaborazioni”, dopo aver toccato il loro valore minimo tra il 2014 ed il 2015, nei rimanenti anni dell'arco temporale analizzato hanno mostrato un'inversione di tendenza.

Netta è stata la crescita della farmaceutica totale, peraltro conseguenza della spesa delle strutture pubbliche, ovvero del combinato disposto dall'incremento degli acquisti di farmaci in “File F” e degli ac-

quisti diretti di prodotti farmaceutici ed emoderivati.

Da ultimo, si deve rimarcare che la spesa sanitaria totale pro-capite (standardizzata) per la Sanità, nel 2017, varia dai € 3.251,4 della Valle d'Aosta ai € 2.174,1 della Campania, con una differenza che ha ormai superato € 1.000. Da notarsi, però, che circa il 90% della differenza (ovvero € 902,2) sono da attribuirsi alla spesa privata.

Il gradiente appare difficilmente giustificabile con differenze di bisogno, e allo stesso tempo la sua genesi dimostra che con gli attuali livelli di intervento pubblico, la redistribuzione operata dal SSN non è più sufficiente a ridurre le differenze geografiche, ponendo un evidente problema equitativo a livello di complessivo sistema sanitario.

Riferimenti bibliografici

ANIA, *Premi Danni* <http://www.ania.it/it/pubblicazioni/>

Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it
Ministero della Salute, *Fondi Sanitari Integrativi*
Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico*

OECD (2016), *Health Data Statistics*

SDA Bocconi, (anni vari), *Osservatorio sui consumi privati in Sanità*

ENGLISH SUMMARY

Health expenditure: its evolution at national and international levels and related comparisons

As is well known, the gap between Italy's total current healthcare spending and that of the EU-Ante 1995 Member States is significant: in 2017, it exceeded 31.0%. With specific reference to public expenditure, the gap between Italy and the EU-Ante 1995 is even wider (36.8%, with a 0.3% increase compared to the previous year). As from 2000 the gap has increased by approximately 14.0%.

Hence, in recent years, the trend points to Italy's "gradual deviation" from the spending levels of the EU-Ante 1995 Member States and to a "gradual coming closer" to those of the EU-Post 1995, where spending is growing at a much faster pace.

Conversely, the private current expenditure gap amounts to 8.5%, with a 6.9% increase in the 2000-2017 period.

While analyzing data at purchasing power parity, it emerges that currently Italy's private spending is in line with that of the other EU Member States, despite a significantly lower Gross Domestic Product (GDP) and, paradoxically, the existence of a public and universal protection system.

Overall, healthcare spending in Italy amounted to € 150.9 billion in 2017, of which € 113.1 billion of public spending and € 37.8 billion of private spending. This amount rose to € 178.7 billion when including social security support and income-support allowances, typically for Long Term Care (LTC) related to non-self-sufficiency and disability, which in 2017 amounted to € 27.7 billion.

The largest share of social security expenditure is for public economic benefits (caregiver's and attendance allowances, civil disability pensions, disability pensions, vouchers, economic contributions

for health services, fees for day care centers, fees for other semi-residential services, fees for residential services and paid leaves pursuant to Law No. 104/1992).

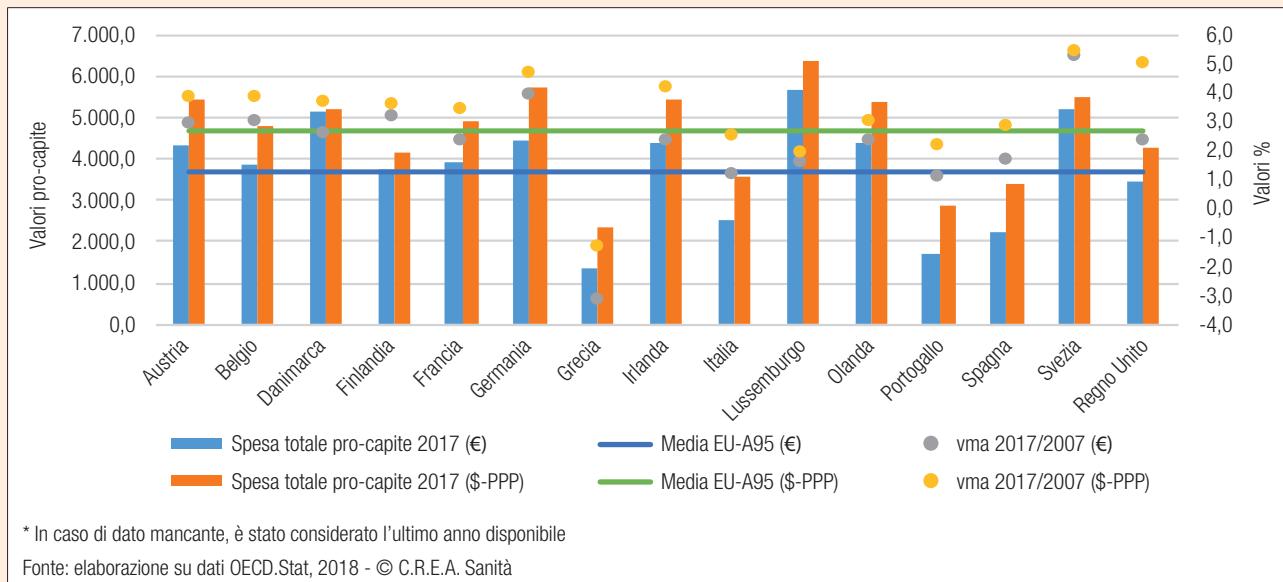
Faced with a total (standardized) per capita health expenditure of € 2,491.2 (with a 1.8% increase compared to 2016), at regional level we note that there is difference between the Region with maximum spending and the one with minimum spending equal to € 1,077.3 (equivalent to 49.6%). To be noted that 90.0% of this gap is due to the private spending component.

In 2017, private expenditure accounted for about 25.0% of total spending and 92.1% was Out of Pocket (OOP), with the remaining 7.9% intermediated with the schemes of the second and third pillars, of which 6.4% related to collective policies (Funds) and 1.5% to individual insurance policies.

It should be noted that the intermediated spending component accounts for 10.2% of private spending in the North of Italy (11.3% in the North-West and 8.2% in the North-East). It accounts for 8.1% in the Center of Italy and for 2.3% only in the South of Italy, thus adding new forms of potential inequity in the distribution of healthcare spending.

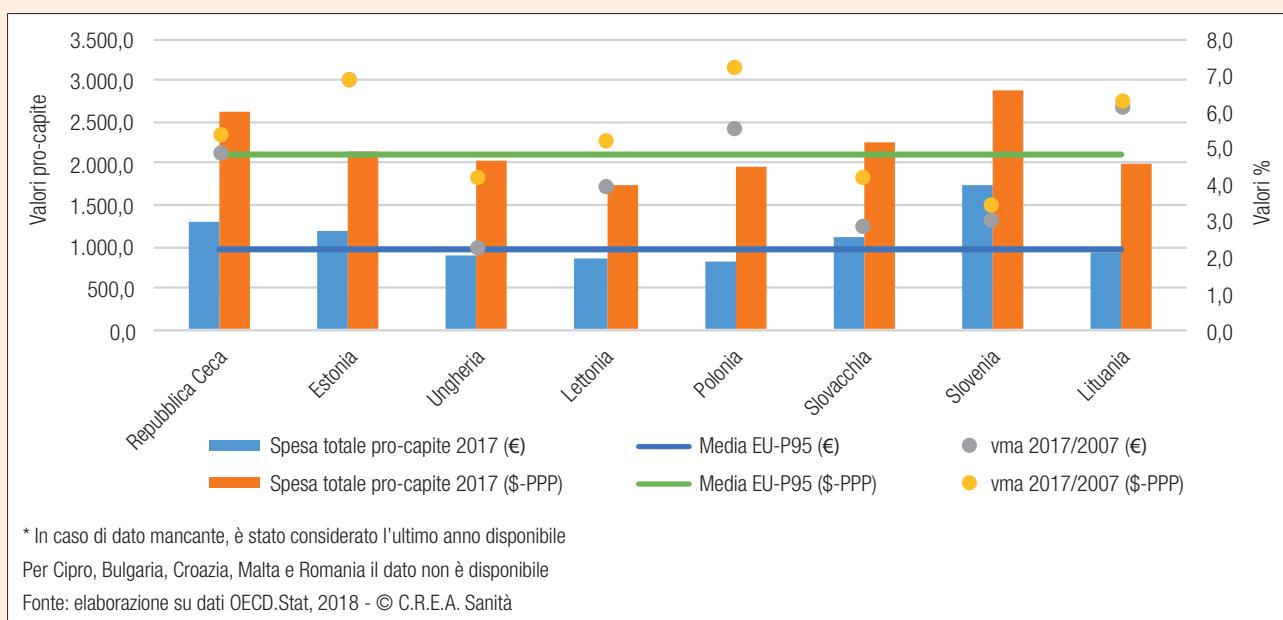
Ultimately, the regional differences in the levels of per capita spending highlight that the gap appears hard to justify with differences in needs. At the same time, its origin shows that - with the current levels of State intervention - the redistribution made by the National Health Service is no longer sufficient to reduce geographical differences, thus posing a clear problem of equity in the overall health system.

KI 3.1. Spesa sanitaria totale pro-capite in EU-Ante 1995



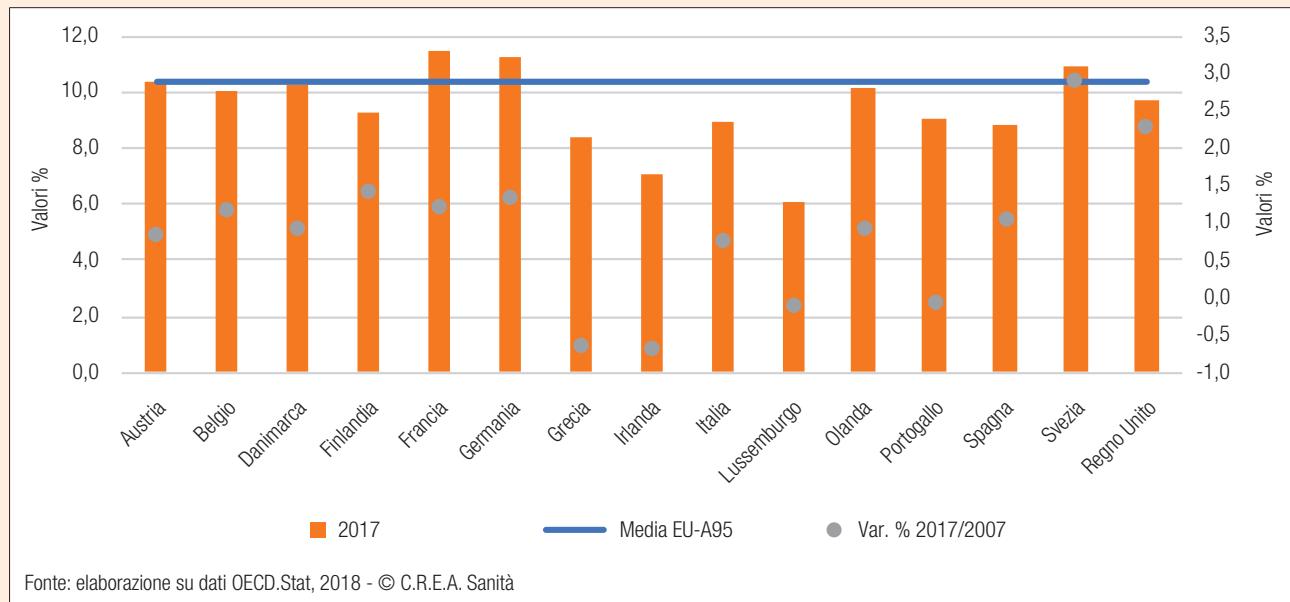
In Italia, la spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2017, si attesta a € 2.522,2 con uno *gap* del -31,3% rispetto al valore medio dei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995 (€ 3.671,8). Meno dell'Italia spendono solo la Grecia (€ 1.380,8 pro-capite), il Portogallo (€ 1.682,4) e la Spagna (€ 2.211,2). A parte la Grecia, dove la spesa è diminuita del 3,2% medio annuo nel decennio analizzato, Italia, Portogallo e Spagna, nel decennio 2007-2017, hanno registrato la minore crescita media annua della spesa: rispettivamente +1,2%, +1,1% e +1,7% vs il 2,7% dell'EU-Ante 1995. I risultati si confermano utilizzando valori pro-capite in PPP (*Purchasing Power Parity*): lo scarto tra l'Italia ed i Paesi EU-Ante 1995 nel 2017 è del 24,4% (€ 3.541,7 vs € 4.682,6). Italia, Portogallo e Spagna permangono i Paesi caratterizzati da un tasso di crescita medio annuo inferiore a quello dei restanti Paesi dell'area EU-Ante 1995 e la Grecia sconta, nuovamente, una contrazione della spesa.

KI 3.2. Spesa sanitaria totale pro-capite in EU-Post 1995



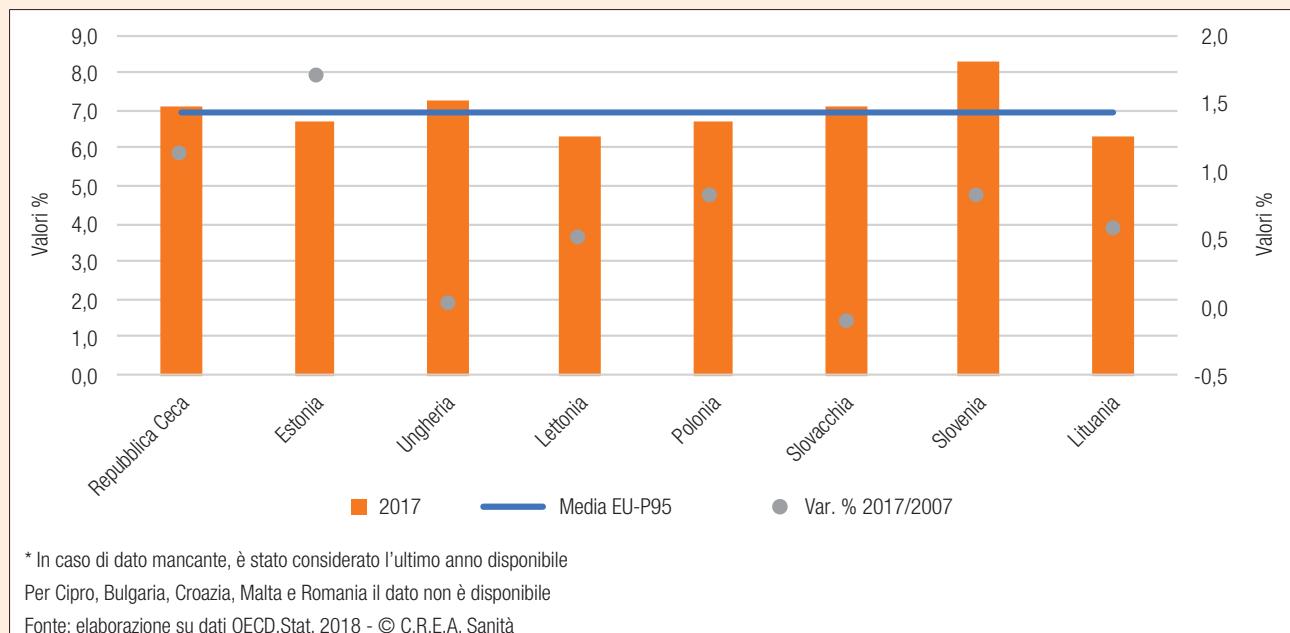
La spesa sanitaria totale pro-capite nei Paesi EU-Post 1995, nel 2017 è pari a circa € 960,0 pro-capite, ovvero circa quattro volte inferiore alla media dell'EU-Ante 1995 (€ 3.671,8 pro-capite). Non di meno, il *gap* si sta riducendo in quanto la spesa nei Paesi dell'EU-Post 1995 ha presentato, nel periodo 2007-2017, un tasso di crescita medio annuo più sostanzioso rispetto a quello osservabile nel medesimo periodo nei Paesi dell'EU-Ante 1995, come anche in l'Italia: il +4,5% vs il +2,7% EU-Ante 1995 e l'+1,2% Italia. È possibile apprezzare un *trend* analogo esprimendo le variabili di interesse in \$-PPP: la spesa media dei Paesi EU-Post 1995 risulta circa la metà di quella media dei Paesi dell'area EU-Ante 1995, sebbene abbia ottenuto nel periodo 2007-2017 un tasso medio annuo di crescita superiore di circa 2,0 punti percentuali (+5,8% vs +3,9%).

KI 3.3. Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL in EU-Ante 1995



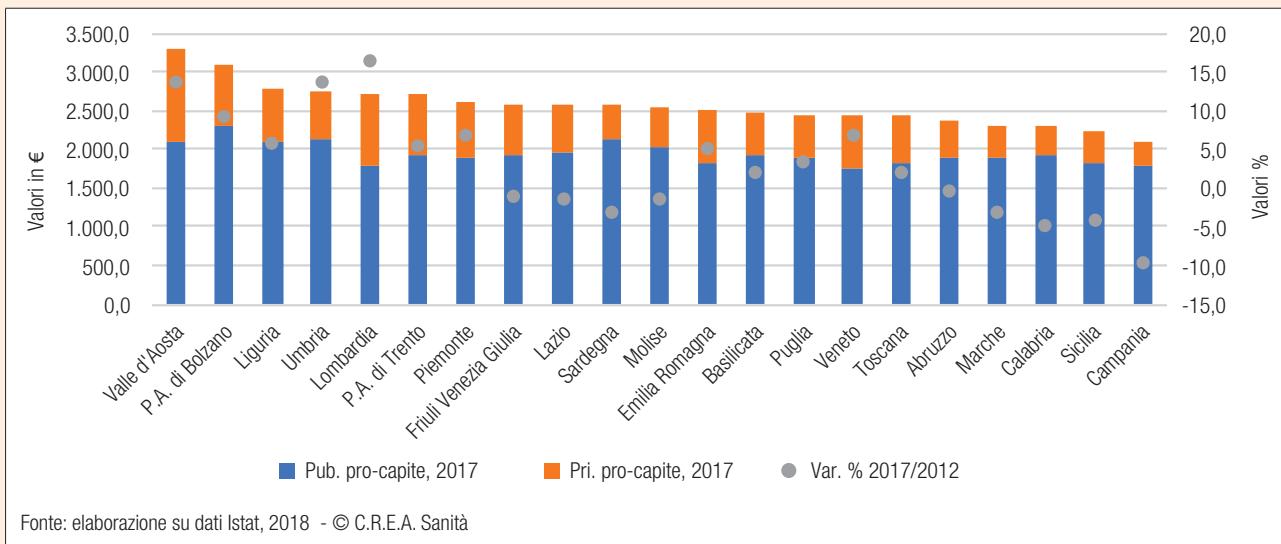
La spesa sanitaria totale (pubblica e privata) incide in Italia sul PIL in misura pari all'8,9%, +0,7 punti percentuali negli ultimi 10 anni. L'incidenza della spesa sanitaria italiana sul PIL è inferiore di oltre un punto percentuale e mezzo rispetto alla media dell'EU-Ante 1995 (10,4%). Solo in Grecia, Irlanda, Lussemburgo e Spagna l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL è inferiore a quella Italiana e pari rispettivamente all'8,4%, al 7,1%, al 6,1% e all'8,8%. Nel decennio analizzato, in Grecia, Irlanda, Lussemburgo e Portogallo l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL si è ridotta.

KI 3.4. Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL in EU-Post 1995



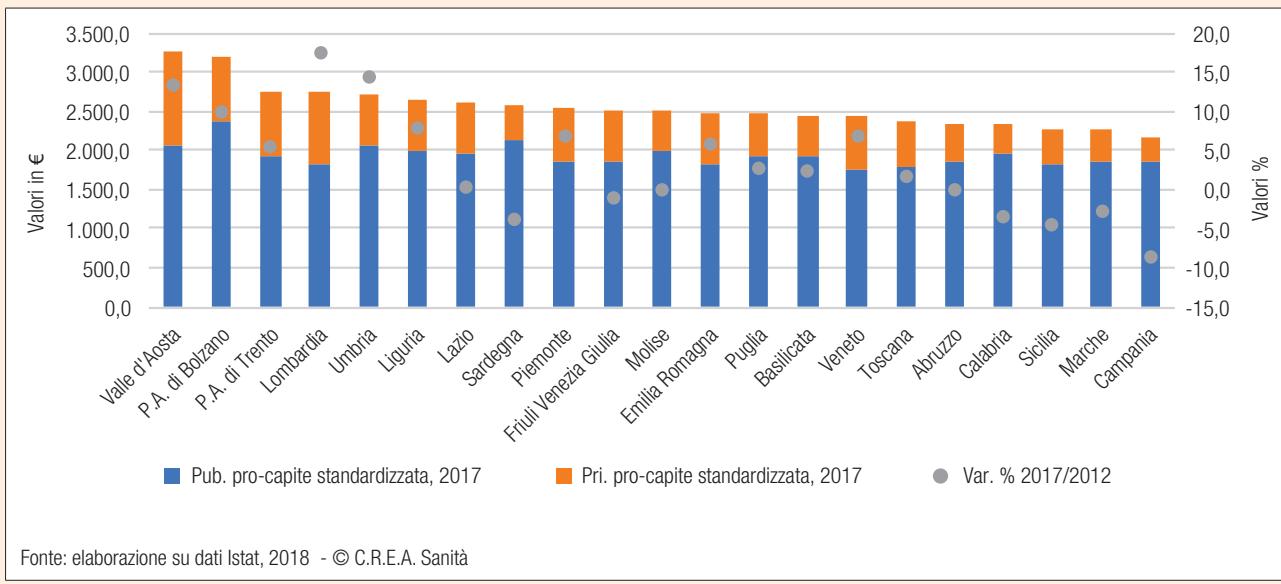
L'incidenza della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) sul PIL nei Paesi nell'EU-Post 1995 è pari in media al 6,9%. Il valore è in crescita di 0,6 punti percentuali nel decennio. La crescita maggiore si registra nella Repubblica Ceca e in Estonia (+1,7 punti percentuali). In Slovacchia, invece, nel decennio analizzato, l'incidenza è diminuita lievemente (-0,1 punti percentuali).

KI 3.5. Spesa sanitaria totale pro-capite



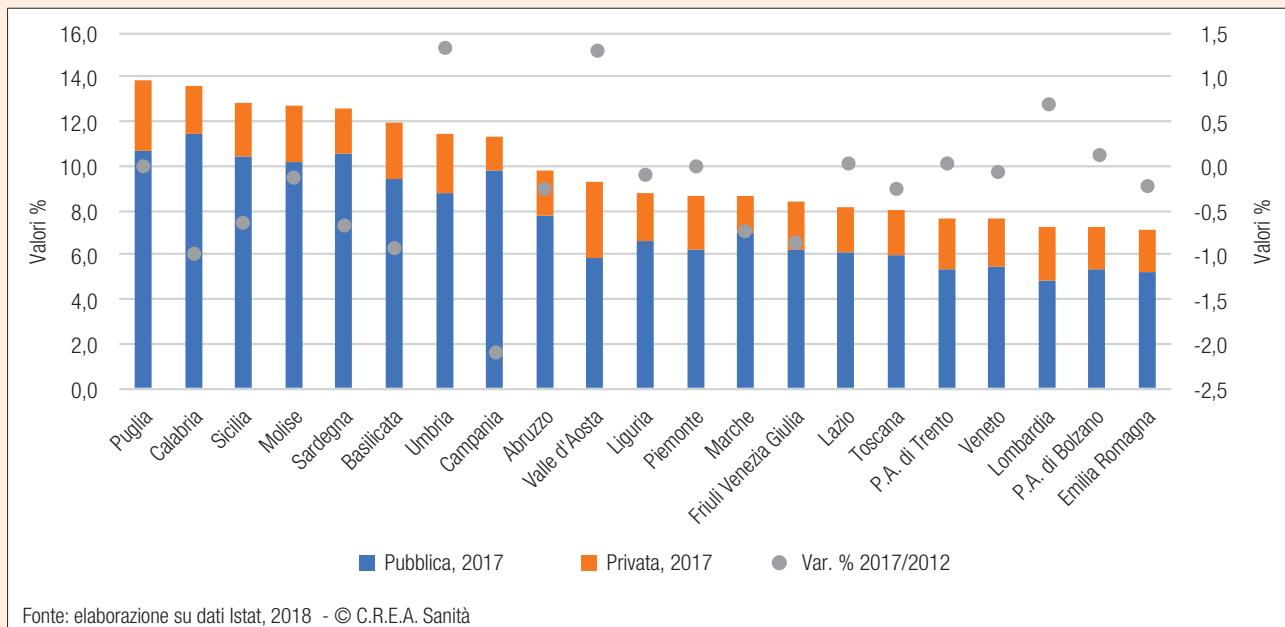
La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2017, si è attestata a € 2.491,2 pro-capite in aumento del 5,0% rispetto al 2012. Nel 2017, in particolare, Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e Liguria sono state le Regioni con la spesa pro-capite più elevata (rispettivamente pari a € 3.383,9, € 3.100,6 e € 2.781,9); in fondo alla graduatoria si sono posizionate, invece, Campania (€ 2.099,9) e Sicilia (€ 2.241,3). Il gap tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima si attesta a € 1.183,9 pro-capite (ovvero al 56,4%) e la non considerazione delle Regioni a statuto speciale farebbe scendere lo scarto a € 682,0 pro-capite (ovvero al 32,5%). Vi sono, altresì, state alcune Regioni (per buona parte in Piano di Rientro, che tra il 2012 ed il 2017 hanno riportato ribassi più o meno consistenti della spesa totale pro-capite).

KI 3.6. Spesa sanitaria totale pro-capite per popolazione standardizzata



La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2017, si è attestata a € 2.491,2 pro-capite in aumento del 5,0% rispetto al 2012. Facendo riferimento al dato standardizzato, è possibile osservare che i livelli più elevati di spesa sono stati conseguiti dalla Valle d'Aosta e dalle P.P.A. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 3.251,4, € 3.201,6 e € 2.745,4); all'estremo opposto si collocano Sicilia (€ 2.274,4), Marche (€ 2.271,3) e Campania (€ 2.174,1). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 49,6%, ovvero € 1.077,3; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 559,4 (ovvero al 25,7%).

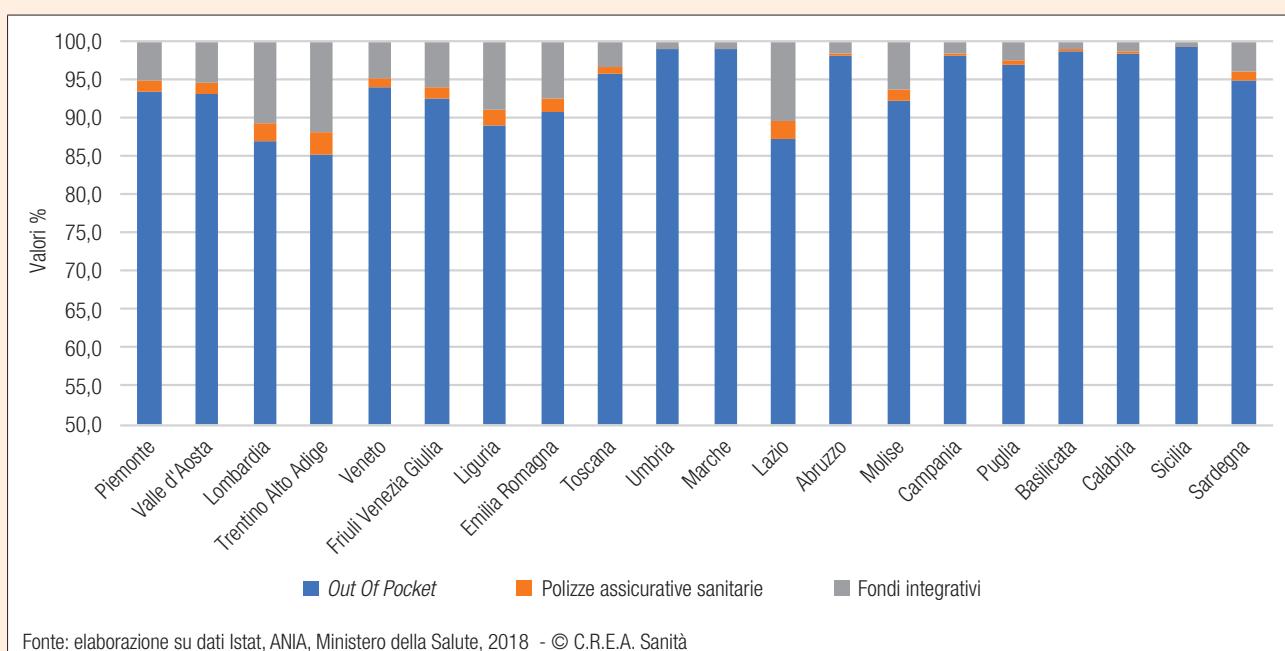
KI 3.7. Spesa sanitaria pubblica e privata regionale in % del PIL



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa sanitaria pubblica pro-capite incide in Italia nel 2017 per il 6,6% sul PIL: si passa da un valore medio del 5,4% al Nord ad uno del 10,1% 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.

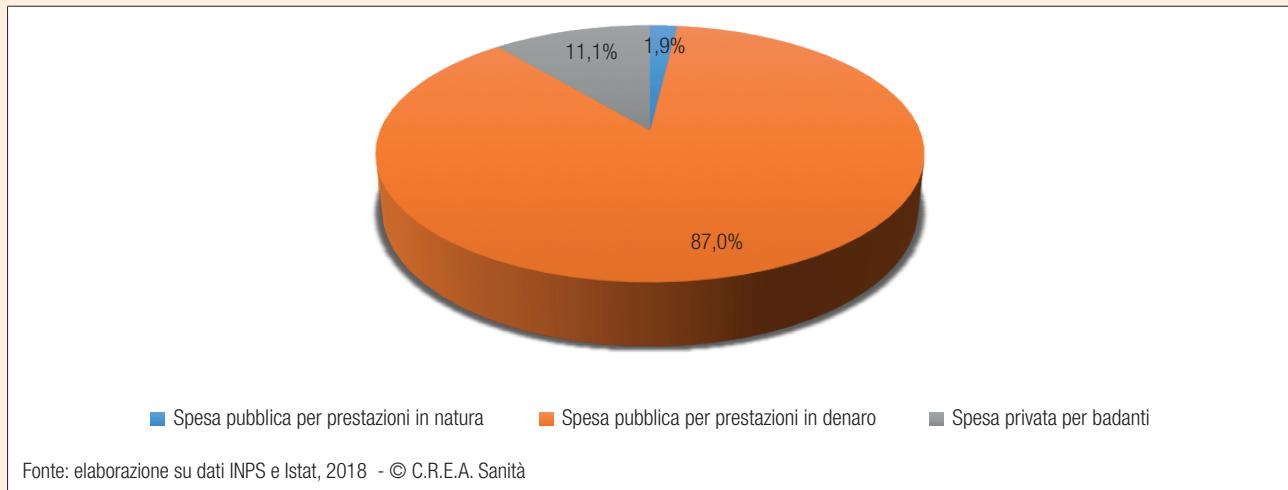
KI 3.8. Composizione spesa sanitaria privata. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, ANIA, Ministero della Salute, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

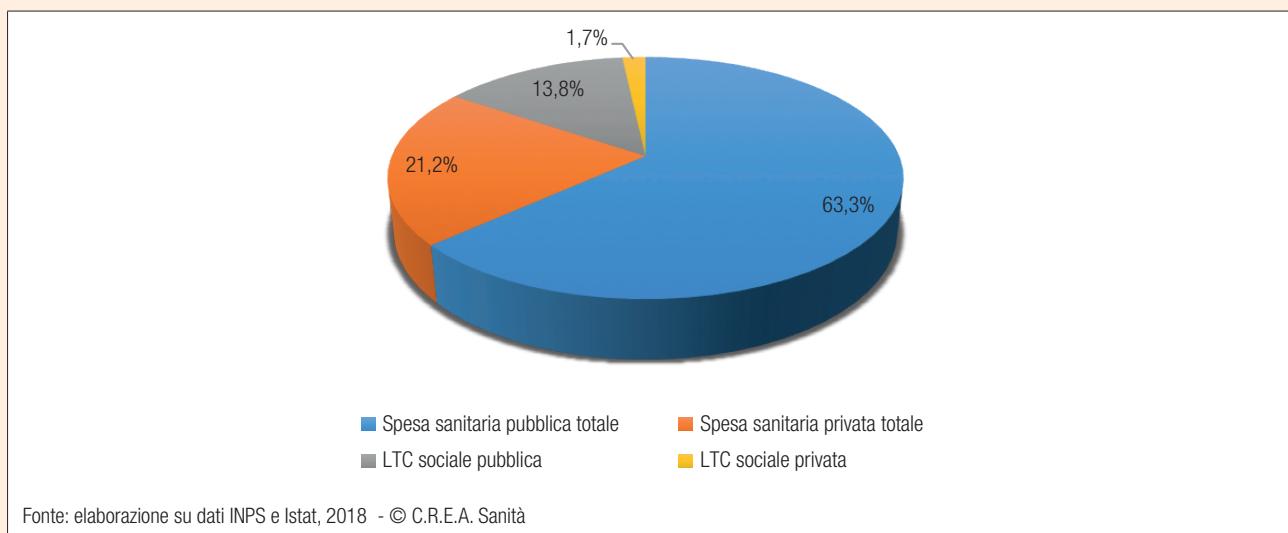
La spesa *Out of Pocket*, nel 2017, rappresenta circa il 92,1% del totale della spesa privata e quella intermediata il restante 7,9%, di cui il 6,4% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e l'1,5% alle polizze individuali. La componente intermediata rappresenta il 10,2% della spesa privata nel Nord, l'8,1% nel Centro e solo il 2,3% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria. Umbria, Marche, Basilicata, e Sicilia risultano essere le quattro Regioni con la quota maggiore di spesa OOP, che ivi supera il 98,0%. Lombardia, Trentino Alto Adige e Lazio risultano invece quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata, rispettivamente pari a 13,1%, 14,8% e 12,8%.

KI 3.9. Spesa sociale per LTC. Anno 2017



La spesa sociale per assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti, ovvero anziani e disabili, si stima ammonti, nel 2017, a € 27,7 mld.. Di questa l'87,0% è rappresentato dalle provvidenze in denaro erogate dall'INPS, quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, pensioni di invalidità e permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 e dai benefici economici erogati dai Comuni quali *voucher*, contributi economici per prestazioni sanitarie, retta per centri diurni, retta per prestazioni residenziali e semiresidenziali); per un ulteriore 1,9% si tratta di prestazioni in natura (servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari di competenza comunale) e per il rimanente 11,1% da spesa privata sostenuta direttamente dalle famiglie per l'assistenza a anziani e disabili.

KI 3.10. Spesa socio-sanitaria. Anno 2017



Complessivamente la spesa socio-sanitaria totale, nel 2017, si stima ammonti a € 178.676,2 mln.: per il 63,3% è spesa sanitaria pubblica, per il 21,2% spesa sanitaria privata, per il 13,8% dalle prestazioni rientranti nella LTC sociale pubblica e per l'1,7% dalla LTC sociale privata.



Capitolo 4

La valutazione delle *Performance* ***Evaluation of healthcare services***

4a. Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

English Summary

Key Indicators

4b. La misura della *Performance* dei SSR (VI edizione)

English Summary

Key Indicators

4c. Esiti di salute

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 4

La valutazione delle *Performance*

In ambito sanitario la valutazione assume un ruolo fondamentale, per effetto sia della meritorietà del bene salute, sia della asimmetria informativa che lo caratterizza.

La ratio ultima risiede nella etica della trasparenza e dell'*accountability*, ovvero del dover rendere conto ai cittadini delle politiche sanitarie pubbliche.

La valutazione ha natura multidimensionale e può adottare prospettive diverse: è ragionevole pensare che l'esito dipenda, quindi, dall'ottica nella quale viene svolta, che a sua volta dipende dagli obiettivi prefissati e quindi dagli interessi di cui i vari *stakeholder* del sistema sanitario sono portatori.

Le Dimensioni della valutazione sono molteplici: senza pretesa di esaustività citiamo gli esiti (clinici ma non solo), l'appropriatezza assistenziale, l'efficienza, l'equità, il grado di innovazione (tecnologica, di processo etc.).

Anche le metodologie di valutazione sono di per sé degne di interesse e meritano maggiori approfondimenti: infatti, le tecniche proposte sono diverse e non sempre risultano sovrapponibili o anche coerenti in termini di risultati.

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Sanità, anche quest'anno il capitolo 4 comprende valutazioni riferite in particolare alla:

- definizione di un indice sintetico indicativo del disagio economico delle famiglie per i con-

sumi sanitari, ottenuto "aggregando" la quota di famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari, e la quota di famiglie che hanno dichiarato di aver dovuto limitare le spese sanitarie fino ad annullarle completamente ("nuove" rinunce) (Capitolo 4a)

- implementazione di tecniche di composizione delle preferenze espresse da diverse categorie di *stakeholders* finalizzate alla definizione di un'unica di misura di *Performance* 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 rappresentanza delle diverse categorie di *stakeholder* del sistema sanitario, ai quali è stato richiesto di sottoporsi ad un esercizio di elicitation delle loro preferenze (Capitolo 4b)
- comparazione degli esiti di salute della popolazione e della loro dinamica negli ultimi anni, fra i diversi Paesi OECD e anche a livello regionale, considerando indicatori quali tasso di mortalità, aspettativa di vita alla nascita e a 65 anni, speranza di vita in buona salute, mortalità evitabile, etc.; gli esiti di salute sono, inoltre, stati analizzati in rapporto al PIL e alla spesa sanitaria totale (Capitolo 4c).

Evaluation of healthcare services

In the field of healthcare, evaluation plays a fundamental role, due both to the merit nature of healthcare goods and the information asymmetry that characterizes it.

In both cases, 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.

However, the concept evaluation 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 multifold: outcomes (clinical, but not only clinical), care appropriateness, efficiency, equity, innovations and others that may be proposed.

Even assessment methods are interesting 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 pieces of evaluation, and in particular:

- *the definition of a single index indicating the family's economic discomfort for private healthcare expenditures, obtained by “aggregating” the indicator of impoverished families for healthcare expenditures and the quotas of families that should 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)*
- *an analysis of healthcare outcomes and their evolutions in the last years, at countries and regional level, by considering different indicators like mortality rate, life expectancy at birth and at 65 years old, healthy life years, etc.; healthcare outcomes have also been related to the per capita “economic level” (Gross Domestic Product) and to the per capita total healthcare expenditures of each Country and Region (Chapter 4c).*

CAPITOLO 4a

Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

d'Angela D.¹

4a.1. Premessa

Il capitolo ha il duplice obiettivo di descrivere i consumi sanitari privati delle famiglie e di valutare la risposta del SSN in termini di tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia.

Per quanto concerne il secondo punto, sono state effettuate stime:

- del fenomeno dell'impoverimento causato da spese per consumi sanitari
- della catastroficità (intesa come "eccesso" di incidenza della spesa sui bilanci familiari)
- delle "nuove" rinunce al consumo sanitario
- del disagio economico causato dalle spese sanitarie.

I fenomeni sopra elencati possono essere sovrastimati poiché i consumi sanitari delle famiglie considerati sono al lordo della quota di indiretta coperta dalle polizze assicurative (individuali e non).

Le analisi riguardano i consumi sanitari delle famiglie: l'aggregato differisce dalla spesa sanitaria privata, poiché sono state escluse le componenti relative alle polizze assicurative individuali e ai fondi integrativi; inoltre non si tratta strettamente di spesa *Out of Pocket* (OOP), perché è stato impossibile nettarla a livello di singolo nucleo dalle spese effettuate in regime di "indiretta", con una copertura assicurativa.

Le analisi sono state effettuate, oltre che in relazione alla capacità di consumo delle famiglie, anche in base alla tipologia famiglia, con un *focus* specifico su quelle potenzialmente più "fragili", ovvero con minorenni e/o anziani, e al luogo di residenza.

L'incidenza dell'impoverimento è stata stimata anche utilizzando soglie di povertà relativa, elaborate anche a livello regionale.

4a.2. I consumi sanitari privati

Secondo l'Indagine Istat sulla *Spesa tra famiglie*, nel 2016, sono il 79,0% le famiglie che hanno sostenuto una spesa per consumi sanitari.

Cresce il numero di famiglie che hanno dichiarato di disporre di una polizza assicurativa sanitaria, avendo raggiunto circa 1,1 milioni di nuclei, ovvero il 4,1% delle famiglie residenti: si tratta di famiglie che hanno dichiarato di aver sostenuto una spesa per assicurazioni sanitarie pari a € 835,3 mln. e dei consumi sanitari pari a € 2,5 mld. (di cui stimiamo circa € 1,6 mld. in regime di assistenza indiretta).

Nel seguito si considereranno 20,4 milioni di famiglie italiane, quelle che hanno sostenuto spese per consumi sanitari OOP, sebbene si debba tenere conto dei caveat sopra riportati): si tratta del 79,0% dei nuclei (che sono in totale 25,8 milioni).

Il fenomeno è in continua crescita: nell'ultimo anno sono aumentate di mezzo milione le famiglie che hanno sostenuto spese sanitarie di "tasca propria"; nel biennio precedente erano già aumentate di circa 140.000 nuclei.

Dei 5,4 milioni di famiglie che non hanno sostenuto spese per consumi sanitari, il 4,2% (1,1 milioni), ha dichiarato di aver cercato di limitarle (circa 50.000 famiglie in meno rispetto al 2015): essendo famiglie che hanno limitato la spesa fino ad annullarla, le abbiamo definite "nuove" rinunce (a spese sanitarie).

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

La spesa sanitaria media familiare annua, nel 2016, è stata pari a € 1.353,5 (+0,9% rispetto al 2015), rappresentando il 4,6% (+0,1 punti percentuali rispetto al 2015) dei consumi delle famiglie (+1,0% rispetto al 2015).

Dopo la riduzione dei consumi sia totali che sanitari registratisi nel periodo della crisi economica (2012), si verifica una progressiva e parallela crescita di entrambe le voci.

Figura 4a.1. Incidenza della spesa media sanitaria effettiva sui consumi familiari, per quintile di consumo

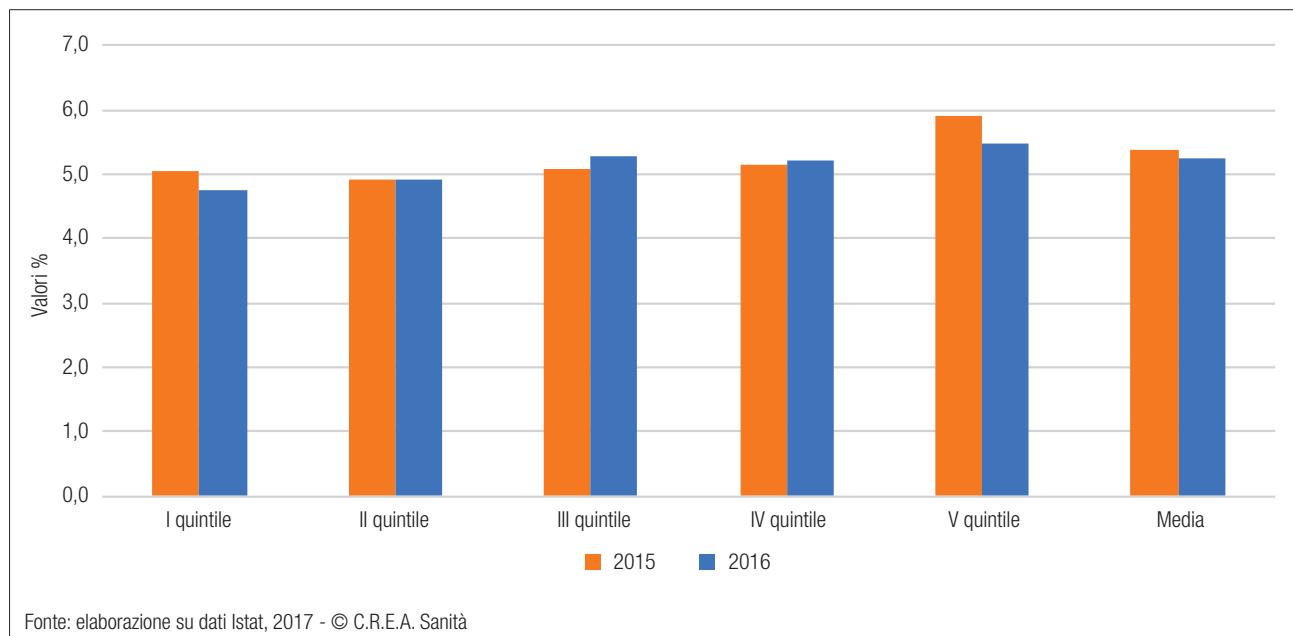
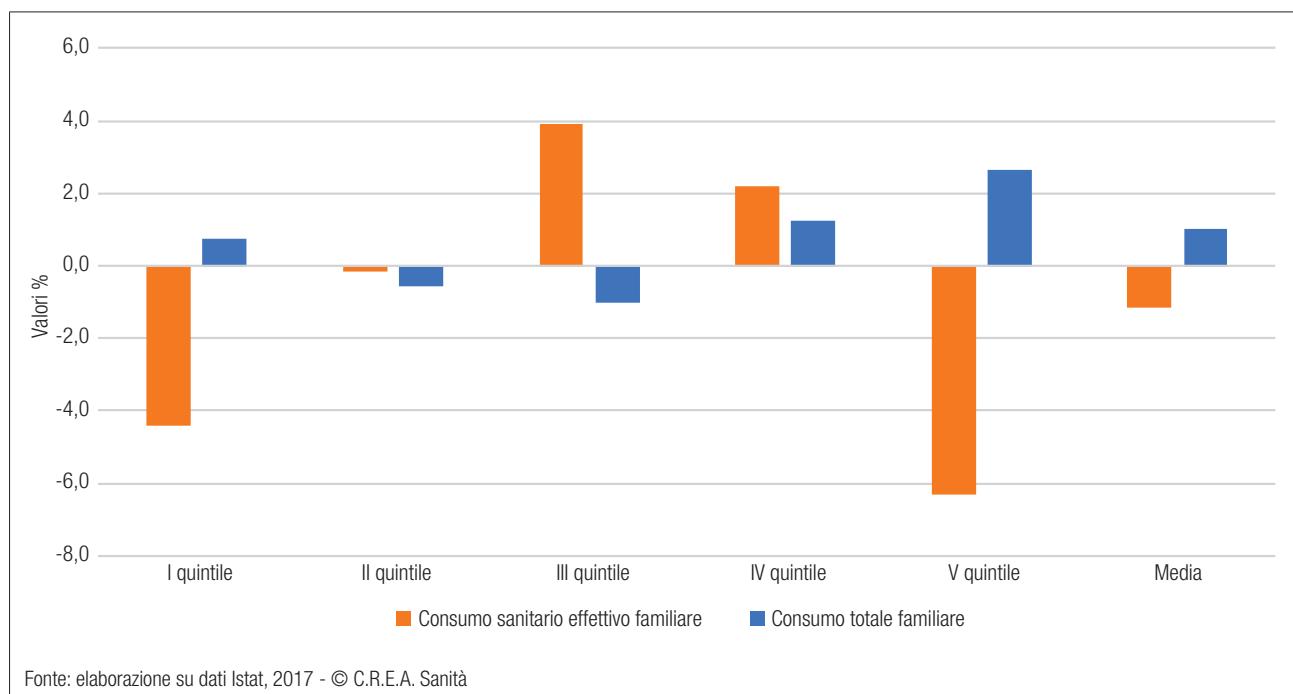


Figura 4a.2. Variazione spesa media effettiva familiare. Anno 2016/2015



Considerando nel computo le sole famiglie che sostengono spese sanitarie, la spesa sanitaria media annua familiare effettiva risulta di € 1.713,0, con una riduzione del 1,2% nell'ultimo anno.

In altri termini la spesa media cresce perché sono sempre più le famiglie che sostengono spese sanitarie, ma il livello di spesa per singolo nucleo si riduce.

Rispetto all'anno precedente, considerando le sole famiglie che hanno sostenuto una spesa per consumi sanitari, si è assistito ad una riduzione della sua incidenza media sui consumi totali, che è passata dal 5,4% al 5,2% (2016) (Figura 4a.1.); evidentemente l'incidenza è legata alle disponibilità economiche familiari: si passa da un valore minimo pari al 4,8% per le famiglie del I quintile di consumo (€ 755,7 vs € 790,6 nel 2015), al 4,9% di quelle del II quintile, al 5,3% di quelle del III, al 5,2% di quelle del IV e al 5,5% per quelle dell'ultimo (€ 2.934,9 vs € 3.132,5 nel 2015).

Le famiglie del I e V quintile, rispetto all'anno precedente, in media registrano una riduzione dei consumi sanitari, del -4,4% e del -6,3% rispettivamente, a fronte di un aumento complessivo del consumo medio familiare del +0,8% e +2,6%; sono, invece, rimaste pressoché invariate la spesa media sanitaria e quella totale delle famiglie del II quintile, e di con-

seguenza l'incidenza; per le famiglie appartenenti al III e IV quintile si osserva un aumento della spesa media per consumi sanitari (rispettivamente del +3,9% e +2,2%) a fronte di una riduzione del consumo medio totale (rispettivamente del -1,0% e del +1,2%). Ne segue che l'incidenza dei consumi sanitari per il ceto medio aumenta (Figure 4a.2. e 4a.3.).

Al fine di valutare la spesa per consumi sanitari su alcune tipologie di famiglie, potenzialmente più fragili (presenza di bambini e/o anziani), sono state identificate sette tipologie di famiglie: famiglia con 1 componente, con due o con più di due componenti *under 14*; famiglia con un componente, due componenti, o con più di due componenti *over 75*; e famiglia con due componenti *under 14* e un *over 75*.

Considerando l'incidenza della spesa per consumi sanitari media annua familiare effettiva sui consumi totali, sempre relativi alle sole famiglie che sostengono consumi sanitari, questa risulta essere inferiore a quella media (5,2%) per le famiglie che hanno fino a due componenti *under 14*, superiore di 0,3 punti percentuali (5,5%) per chi ha più di 2 figli *under 14*, per poi raggiungere il suo valore massimo, pari all'8,0% in presenza di due componenti *over 75* (Figura 4a.4.).

Figura 4a.3. Spesa media annua effettiva familiare per consumi sanitari, per quintile di consumo

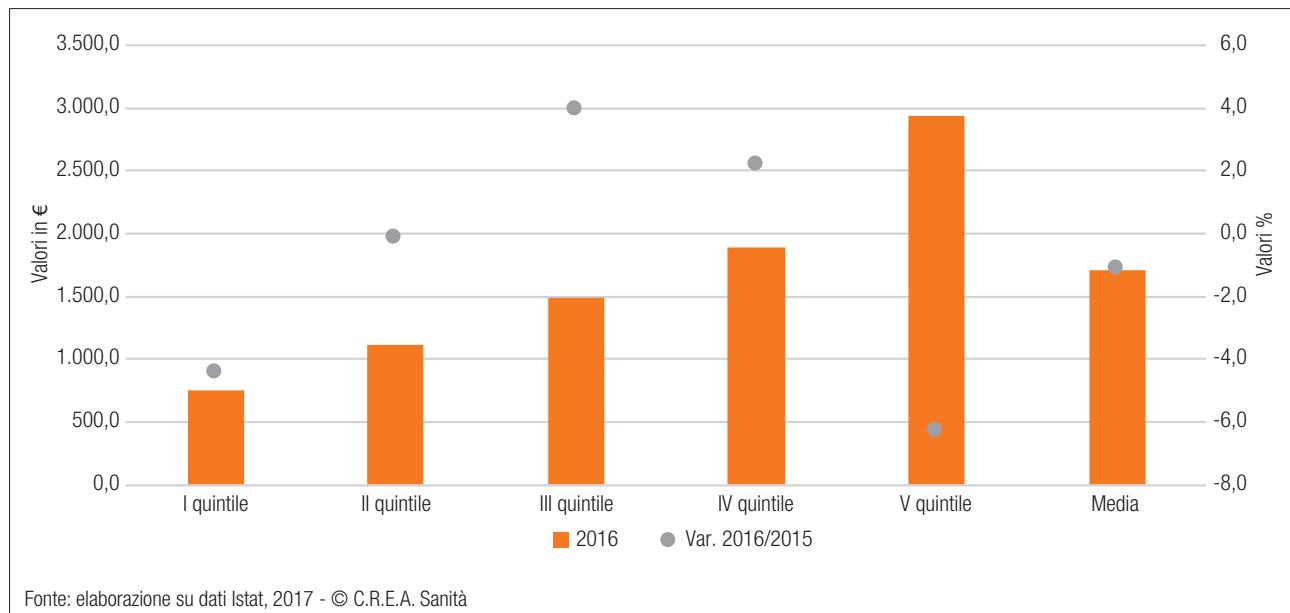
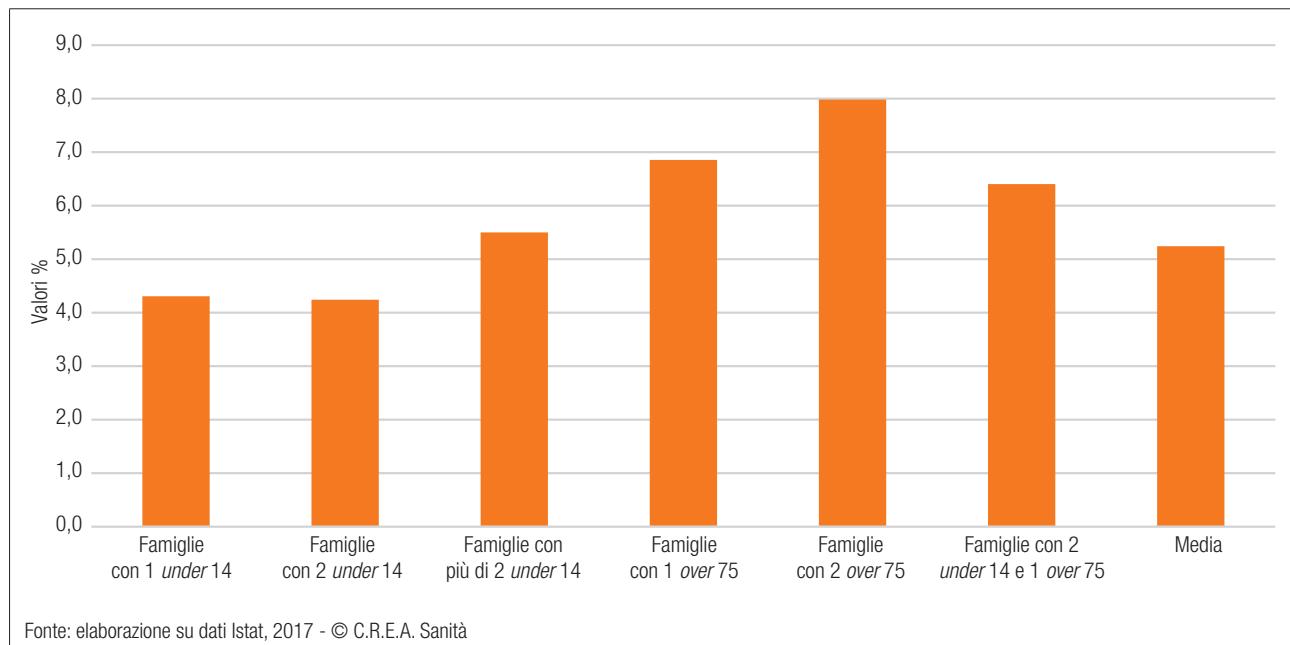
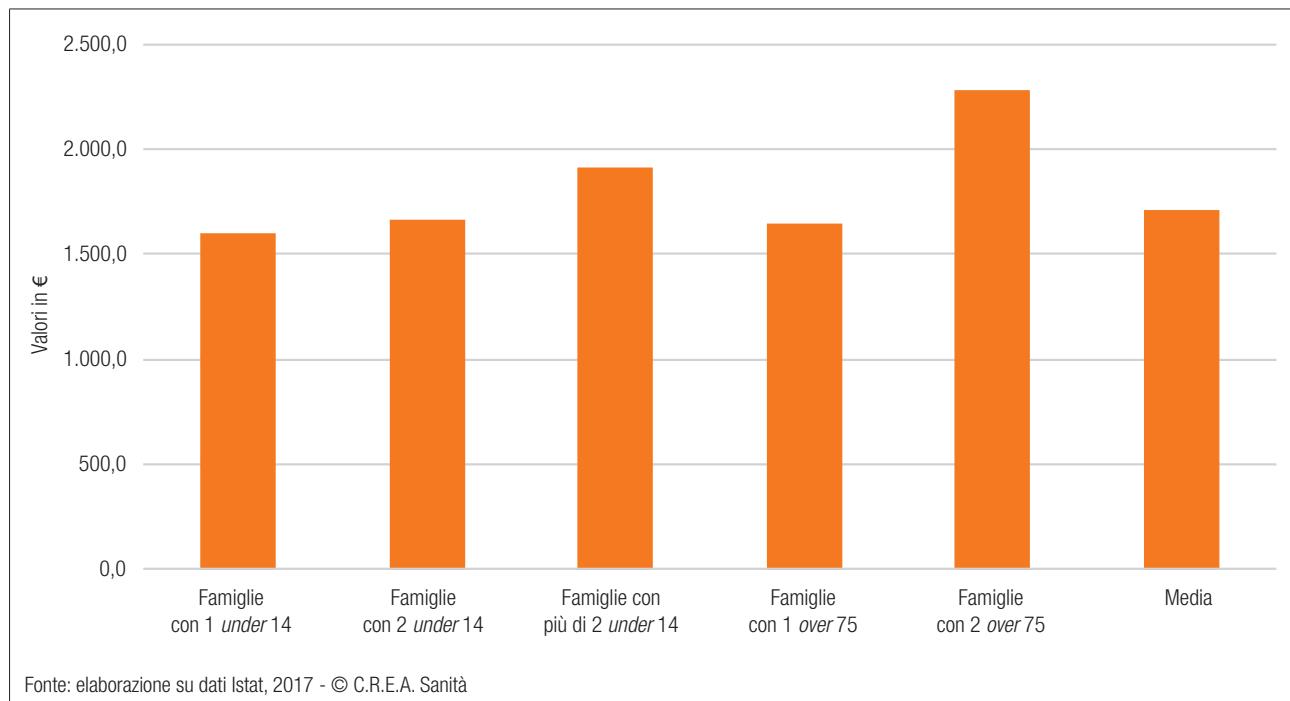
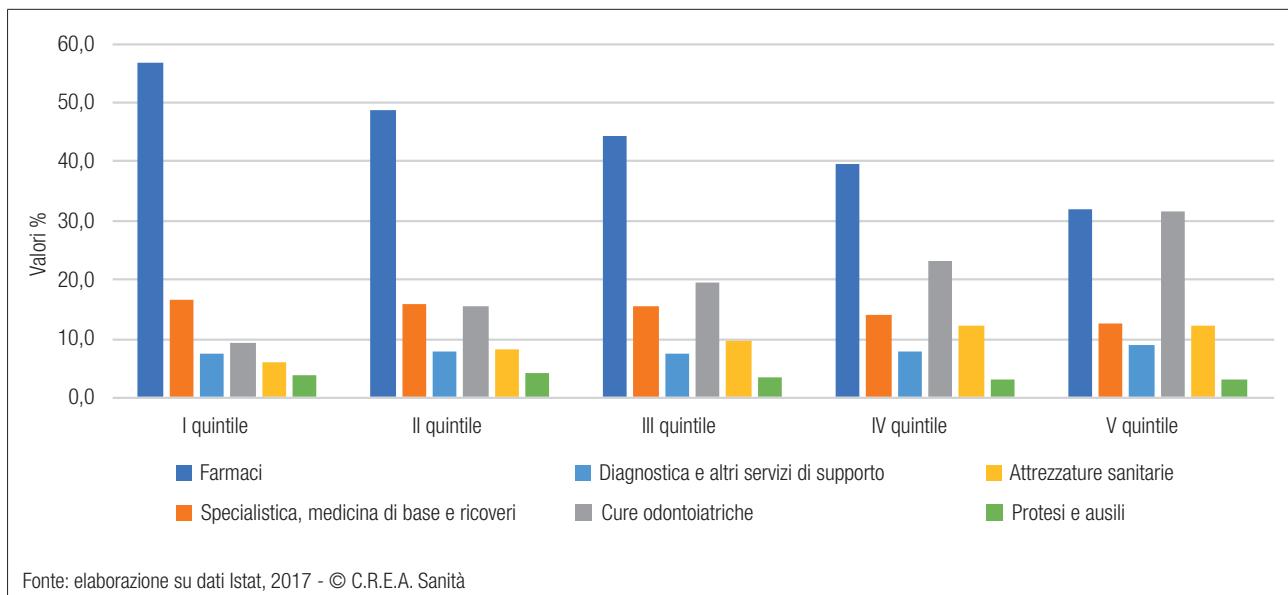


Figura 4a.4. Quota di spesa effettiva familiare sui consumi sanitari, per tipologia di famiglia. Anno 2016**Figura 4a.5. Spesa media annua effettiva familiare per consumi sanitari, per tipologia di famiglia. Anno 2016**

In termini di spesa per consumi sanitari media annua familiare effettiva si riscontra un valore quasi prossimo a quello medio (€ 1.713,0) per le famiglie con 2 componenti *under 14* (€ 1.667,9), inferiore a questa del 4,1% e del 6,4% rispettivamente per quel-

le con un *over 75* (€ 1.642,3) e quelle con un *under 14* (€ 1.603,2). La spesa media sostenuta dalle famiglie con due componenti *over 75*, pari a € 2.285,1 risulta invece essere superiore del 33,4% a quella media (Figura 4a.5.).

Figura 4a.6. Composizione della spesa media annua effettiva familiare per consumi sanitari, per tipologia e quintile di consumo. Anno 2016



Per quanto concerne la composizione dei consumi, continua ad aumentare la quota di famiglie che spendono privatamente per farmaci e cure odontoiatriche (+1,1 e +0,2 punti percentuali rispettivamente), mentre per le altre voci (specialistica e ricoveri, diagnostica e servizi di supporto, attrezzature sanitarie, e protesi e ausili) il dato è rimasto sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente.

Il 78,7% delle famiglie che sostiene spese per consumi sanitari, consuma farmaci, il 37,5% servizi medici specialistici ed ospedalieri (visite specialistiche, ricoveri etc.), il 26,5% servizi paramedici (indagini diagnostiche, fisioterapista, psicologo etc.), il 20,4% cure odontoiatriche.

I farmaci rappresentano stabilmente la quota maggiore di spesa sanitaria privata, raggiungendo il 40,3%, (40,0% nel 2015); seguono le cure odontoiatriche con il 23,4% (24,5% nel 2015), le visite specialistiche, medicina generale e ricoveri (14,2%, invariato rispetto all'anno precedente), le attrezzature terapeutiche con il 10,7% (9,7% nel 2015), l'acquisto di presidi e ausili (rimasta sostanzialmente invariata e pari al 3,4%) (Figura 4a.5.).

Dall'analisi per quintile di consumo delle famiglie, risulta che, per quelle del I quintile, la quota di consumi sanitari destinata ai farmaci, pari al 56,9%, è

cresciuta di 2,9 punti percentuali; è rimasta sostanzialmente invariata per quelle afferenti agli altri quintili. Quella per le visite specialistiche e i ricoveri è aumentata per le famiglie del I quintile (di 6,4 punti percentuali) e si è invece ridotta per quelle del III e del IV di 4,3 e 7,7 punti percentuali rispettivamente. La quota per la diagnostica ed i servizi di supporto si è ridotta in egual misura in tutti i quintili, mentre quella per le cure odontoiatriche è continuata ad aumentare, soprattutto nel IV e V quintile, rispettivamente di 1,4 e 4,5 punti percentuali (Figura 4a.6.).

Nella Figura 4a.7. si apprezzano i valori della spesa per tipologia e anche la variabilità fra i quintili di consumo.

Analizzando il profilo di consumo sanitario familiare al variare della tipologia di famiglia (Figura 4a.8.) si osserva, come era lecito aspettarsi, che la quota di spesa per consumi sanitari destinata ai farmaci risulta essere inferiore alla media per le famiglie con componenti *under 14*, superiore invece a questa se vi sono presenti degli anziani: si passa da una quota media minima del 32,8% per le famiglie con 2 componenti *under 14*, ad una del 51,3% in presenza di un *over 75*, la quota raggiunge il suo valore massimo, pari al 63,1%, per una famiglia in cui coesistono due componenti *under 14* ed 1 *over 75*. Una situa-

zione opposta si verifica per le cure odontoiatriche: la loro incidenza raggiunge il suo valore massimo, pari al 32,3%, nelle famiglie con più di due bambini, riducendosi invece in presenza di componenti anziani nel nucleo familiare (17,6% per le famiglie con due *over 75*). L'incidenza delle altre tipologie di consumo sanitario resta sostanzialmente invariata indipendentemente della tipologia familiare che le sostiene.

La spesa per consumi sanitari media annua familiare effettiva, ovvero quella relativa alle sole famiglie che sostengono consumi sanitari, raggiunge il suo valore massimo, pari a € 2.380,9, per le famiglie con due bambini ed un *over 75* ed il suo valore minimo, pari a € 1.703,9 per quelle con un solo bambino *under 14*. La spesa farmaceutica minima risulta essere

pari a € 578,3 per le famiglie con due componenti *under 14*, massima invece per quelle con due *under 14* ed un *over 75* (€ 1.501,8); quella per le cure odontoiatriche massima, pari a € 666,0, per le famiglie con più di due bambini, e minima (€ 384,0) per quelle con due *over 75*; per le visite specialistiche ed i ricoveri da un minimo di € 225,2 per le famiglie con un *over 75* ad un massimo di € 282,8 per quelle con due *under 14*; per protesi e ausili da un massimo di € 170,1 per le famiglie con anziani e bambini, ad un minimo di € 56,3 per le famiglie con due bambini (Figura 4a.9.).

I farmaci per gli anziani e l'odontoiatria per le famiglie con bambini sono, quindi, le principali necessità di spesa privata delle famiglie italiane.

Figura 4a.7. Spesa media annua effettiva familiare per consumi sanitari, per tipologia. Anno 2016

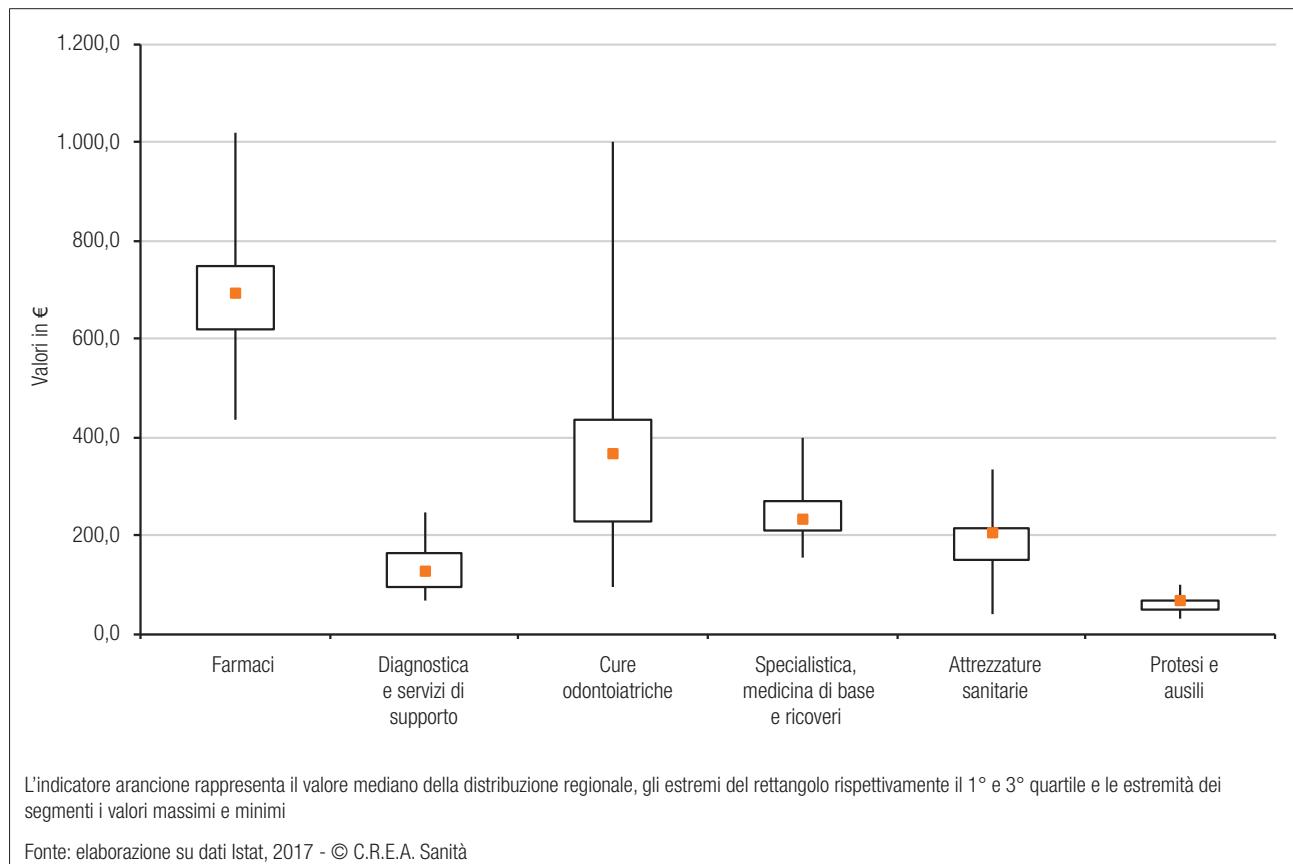
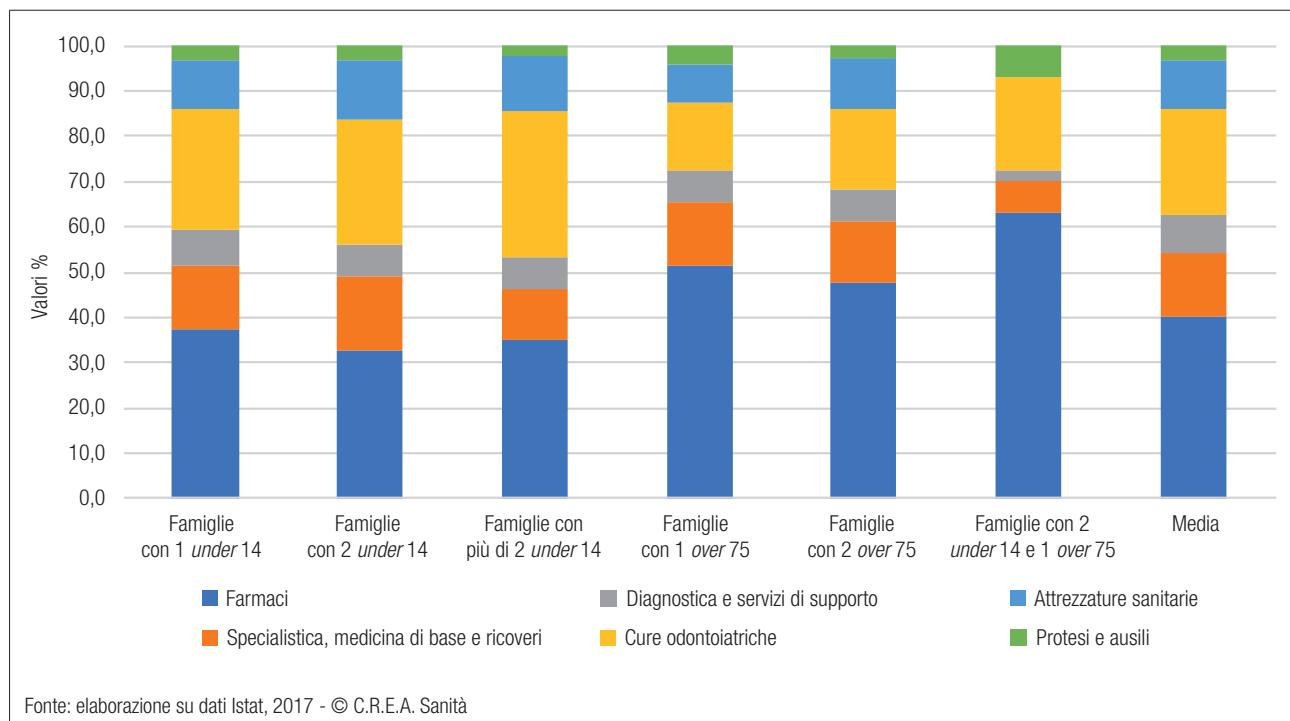
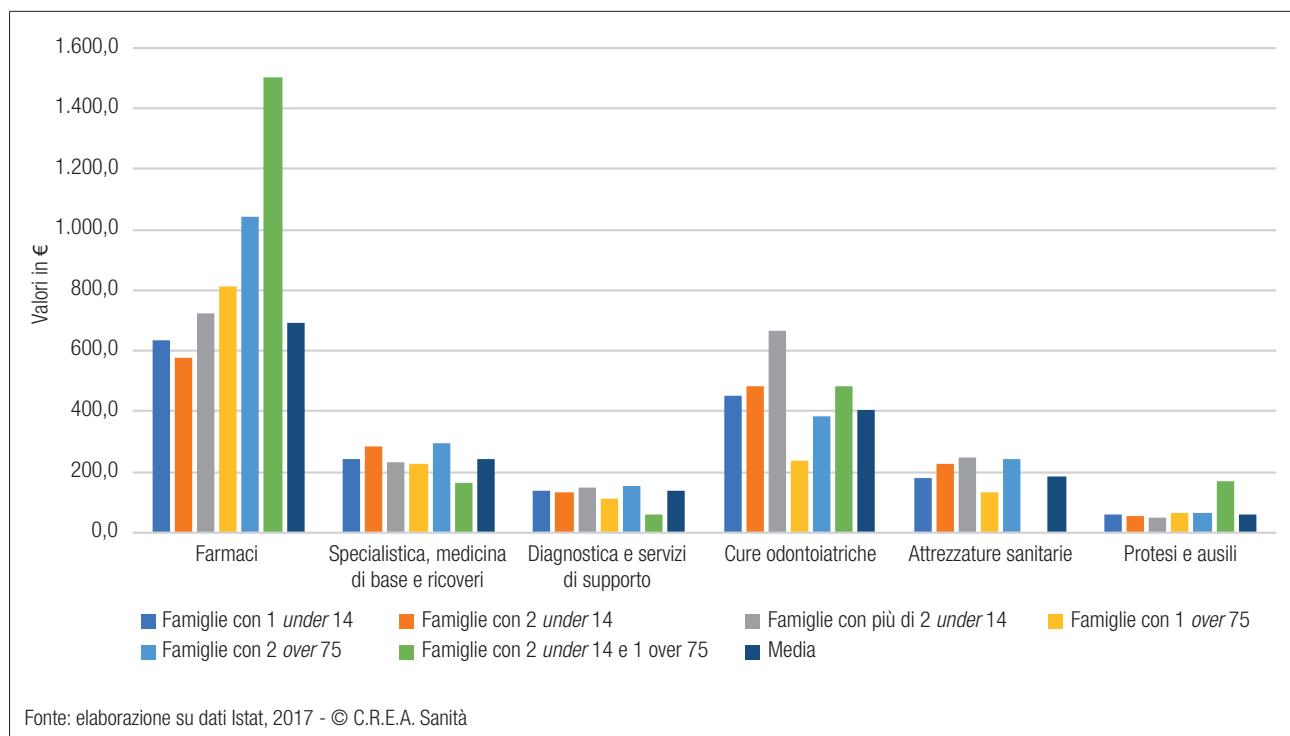


Figura 4a.8. Composizione della spesa media effettiva familiare per consumi sanitari, per tipologia e tipo di famiglie. Anno 2016**Figura 4a.9. Spesa media effettiva familiare per consumi sanitari, per tipologia e tipo di famiglie. Anno 2016**

4a.3. La composizione dei consumi sanitari privati per area geografica

Passando alla analisi regionale, osserviamo che la spesa media annua familiare effettiva per consumi sanitari è massima nel Nord-Ovest (€ 2.176,1) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.269,9).

Si osserva, anche, una maggiore copertura mediante polizze assicurative per le famiglie che risiedono nel Nord-Est del Paese (6,0% delle famiglie), segue il Nord-Ovest (5,7%), poi il Centro con il 5,2% ed infine il Sud dove appena lo 0,2% dichiara di avere una copertura.

Figura 4a.10. Quota di famiglie che sostengono consumi sanitari, per tipologia di famiglia. Anno 2016

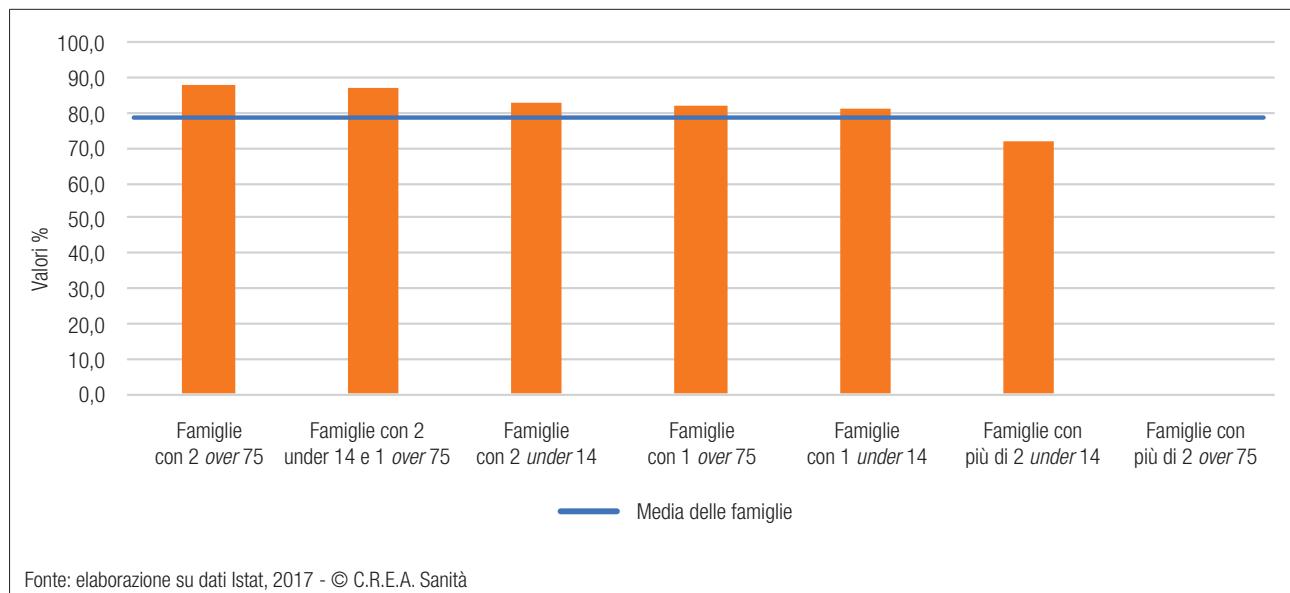
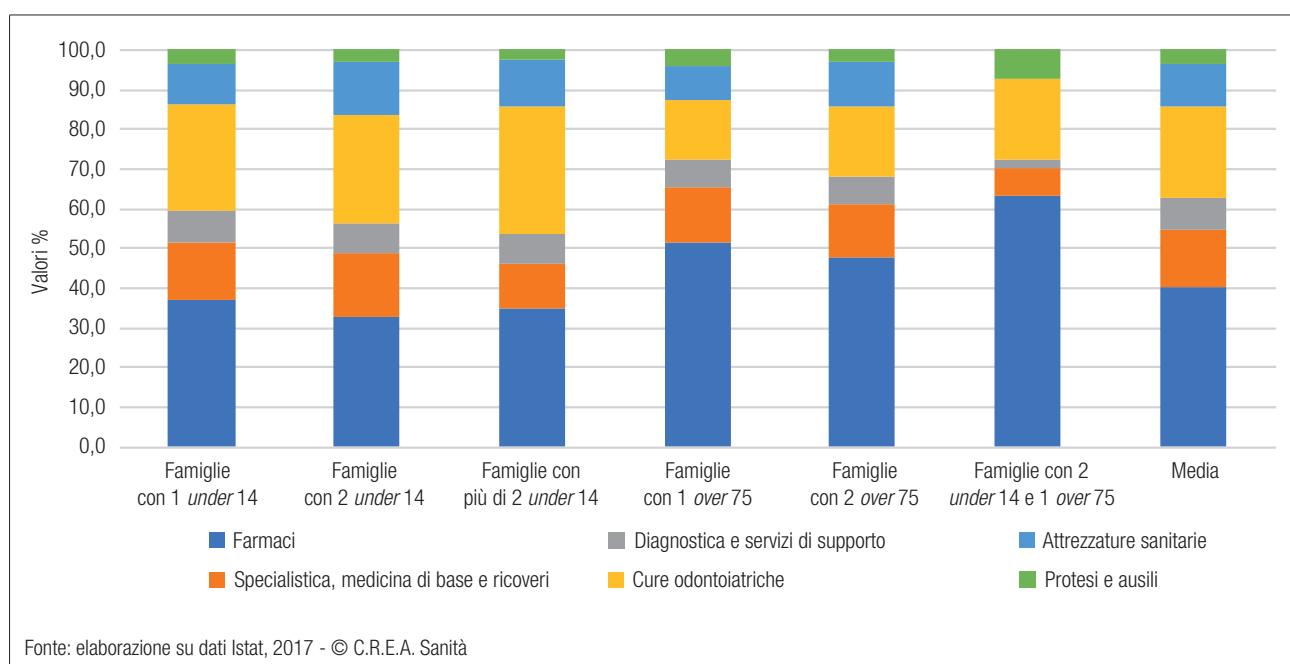


Figura 4a.11. Quota di famiglie che sostengono consumi sanitari, per tipologia e ripartizione geografica. Anno 2016



Si consideri che la quota di famiglie che registrano una spesa intermediata è massima nel Nord-Est (85,1%), e minima nel Nord-Ovest (83,7%); con l'81,3% nel Centro e l'81,0% nel Sud.

Per quanto concerne i consumi sanitari, la quota di famiglie che li sostengono è aumentata in tutte le ripartizioni, ma soprattutto nel Nord-Ovest.

Il Sud rimane la ripartizione geografica con la maggior quota di famiglie che sostiene spese per consumi sanitari: l'80,3% (+0,5 punti percentuali rispetto all'anno scorso), seguita dal Nord-Est con il 79,9% (+1,7 punti percentuali) e dal Nord-Ovest con il 78,8% (+3,7 punti percentuali).

Per tutte le tipologie di famiglie prese in analisi, ad eccezione di quelle con più di due componenti *under 14* e più di due *over 75*, la quota di quelle che sostengono consumi sanitari è superiore a quella media nazionale, raggiungendo il suo valore massimo, pari all'88,0%, per le famiglie con due componenti *over 75* (Figura 4a.10.).

Analizzando i consumi per tipologia (Figura 4a.11.), la quota di famiglie che consumano farmaci, oscilla fra il 75,2% del Nord-Ovest e l'84,1% del Mezzogiorno. Rispetto all'anno precedente è aumentata la quota di famiglie che spendono per farmaci soprattutto nel Centro (+3,1 punti percentuali) e nel Nord-Est (+2,4 punti percentuali).

Per visite, medicina di base e ricoveri si passa dal 40,3% delle famiglie nel Nord, al 36,8% nel Centro e al 33,7% nel Sud.

Per le cure odontoiatriche si passa dal 25,5% delle famiglie nel Nord, al 15,1% (16,6% nel 2015) nel Centro ed al 16,0% (15,7% nel 2015) nel Sud; per le attrezzature terapeutiche si passa dal 21,1% (20,6% nel 2015) delle famiglie nel Nord, all'11,2% (14,4% nel 2015) nel Centro, all'11,7% (12,1%) nel Mezzogiorno.

Per le restanti voci (protesi e ausili, diagnostica e altri servizi di supporto) non si registrano, invece, importanti differenze geografiche.

In termini di spesa per consumi sanitari media annua effettiva netta (quindi sui soli nuclei che sostengono la spesa della specifica tipologia), si passa da € 487,0 (-11,7% rispetto al 2015) annui sostenuti delle famiglie campane per i farmaci, ai € 1.286,7

della Valle d'Aosta, a fronte di una spesa media annua nazionale di € 879,6 (-0,3% rispetto al 2015).

Per le visite specialistiche, l'assistenza primaria e i ricoveri si passa dai € 482,3 annui sostenuti dalle famiglie abruzzesi, a € 913,2 della Valle d'Aosta, con una media nazionale di € 642,7 (+0,2% rispetto al 2015).

Per gli esami diagnostici e altri servizi di supporto si passa da € 233,9 della Campania a € 795,5 della Valle d'Aosta, con una media nazionale di € 532,9 (-1,0% rispetto al 2015).

Per le cure odontoiatriche, infine, si passa da una spesa minima effettiva di € 992,5 sostenuta dalle famiglie campane ad una massima di € 3.564,9 sostenuta da quelle residenti in Valle d'Aosta, con un valore medio nazionale pari a € 1.888,2 (-8,7% rispetto al 2015).

4a.4. L'equità dei SSR: impoverimento

Nel 2016 l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento per spese sanitarie è pari all'1,3%, pari a 327.965 nuclei familiari (1,4% delle famiglie residenti), ovvero 22.834 in meno rispetto all'anno precedente.

Il fenomeno si è ridotto in corrispondenza di una riduzione dei consumi sanitari effettivi e del contestuale aumento dei consumi complessivi delle famiglie.

Ovviamente l'impoverimento interessa soprattutto le famiglie dei quintili più bassi (I e II): il 10,2% di quelle del I quintile che sostengono spese per consumi sanitari, e lo 0,7% di quelle del II.

Inoltre, colpisce soprattutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno: il 2,4% (2,8% nel 2015) di queste risultano impoverite a causa di spese per consumi sanitari, contro l'1,3% di quelle del Centro (1,1% nel 2015), e la modesta incidenza del fenomeno nelle Regioni del Nord, dove risulta pari allo 0,5% delle famiglie del Nord-Ovest e allo 0,7% di quelle del Nord-Est.

Peraltra, rispetto all'anno precedente il numero di famiglie impoverite si è ridotto nel Mezzogiorno, mentre è aumentato in quelle del Centro e del Nord.

Basilicata, Calabria e Molise sono le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 4,1%, 3,6% e 3,2%; Lombardia, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente lo 0,2%, 0,4% e 0,5% (Figura 4a.13.)

Il 57,0% delle famiglie impoverite presentano componenti minorenni e/o *over 75*: le famiglie con

un *over 75* sono le più colpite (25,0% di quelle impoverite), seguono quelle con due anziani (13,0%), e quelle con due figli *under 14* (10,0%) (Figura 4a.12.)

In particolare, si impoveriscono l'11,5% delle famiglie con due *under 14* ed un *over 75* che sostenono spese sanitarie, il 3,9% di quelle con due anziani ed il 2,4% di quelle con un anziano.

Figura 4a.12. Quota famiglie impoverite, per tipologia di famiglia. Anno 2016

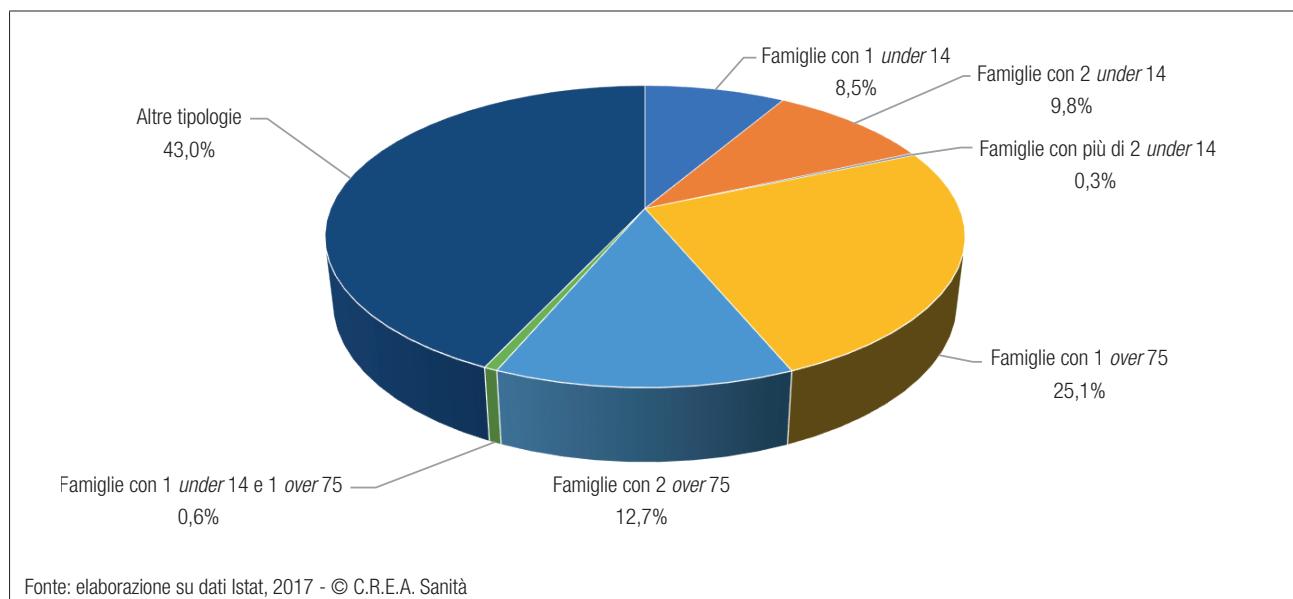
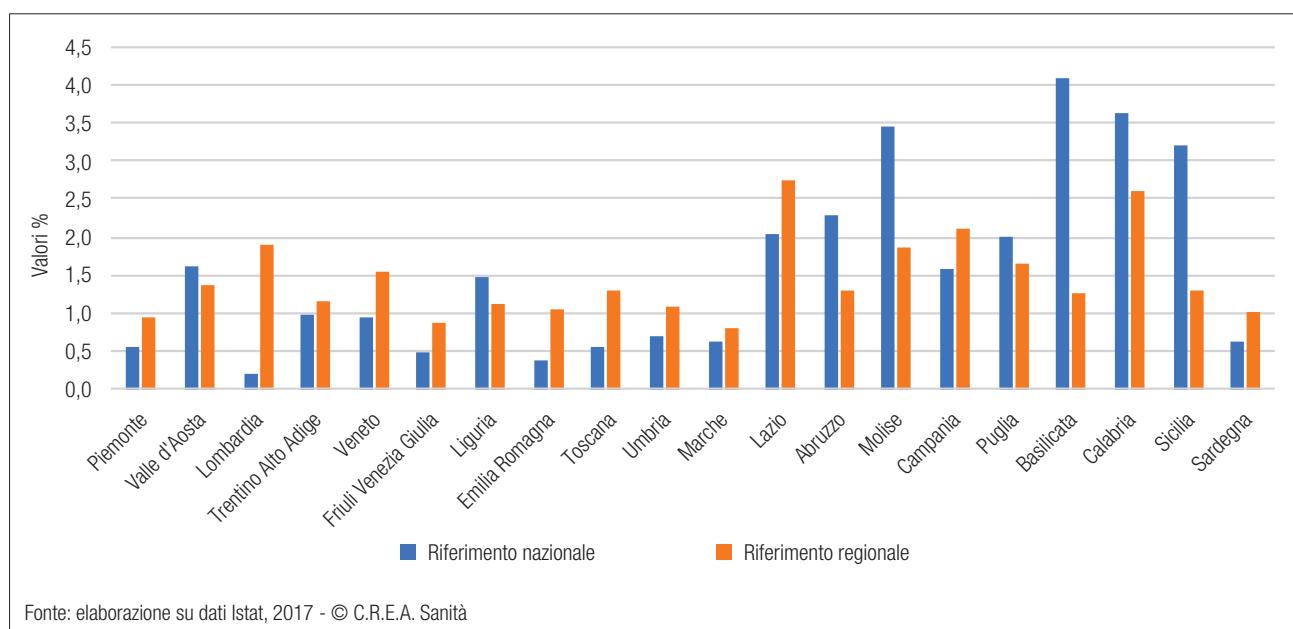


Figura 4a.13. Quota famiglie impoverite. Anno 2016



Elaborando e applicando soglie di povertà relativa a livello regionale (che variano da un minimo di € 752,4 della Calabria, ad un massimo di € 1.395 della Lombardia, con la soglia nazionale risultante pari a € 1.069,5), l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento aumenta, registrandosi 416.694 famiglie impoverite (1,6% delle famiglie), ovvero 88.729 famiglie in più rispetto alla metodologia "standard".

Utilizzando soglie regionali, si registra anche un incremento di famiglie impoverite nel II quintile di consumo: il 2,7% contro lo 0,5% nella metodologia "standard".

Le differenze di incidenza tra le ripartizioni geografiche si riducono: aumenta l'incidenza nelle realtà del Nord e si riduce in quelle del Sud; il picco di incidenza, pari all'1,9% si registra al Centro, segue il Sud con l'1,7% e poi il Nord con l'1,4% in media. Il valore massimo si raggiunge nel Lazio, dove il 2,7% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo nelle Marche, dove solo lo 0,8% versano in tale condizione.

Analizzando la composizione dei consumi sanitari delle famiglie impoverite si osserva come destino ai farmaci una quota superiore a quella media (47,8%), di contro una inferiore alle cure odontoiatriche (19,6%), mentre sono in linea con la compo-

sizione media nazionale per visite specialistiche, medicina generale e ricoveri (15,4%) e attrezzature sanitarie e protesi e ausili (9,6%).

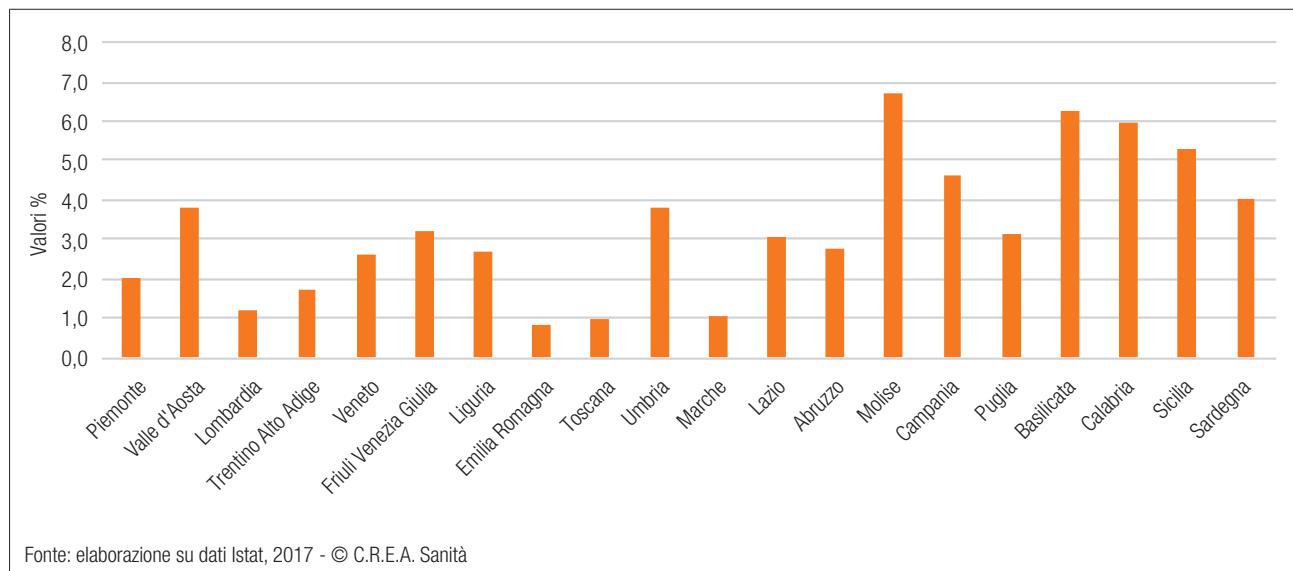
4a.5. L'equità dei SSR: spese catastrofiche

Il fenomeno della catastroficità continua a ridursi: in particolare nel Centro (dove l'incidenza si è quasi dimezzata) e nel Settentrione: le famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche sono 703.235, ovvero 10.152 nuclei in meno rispetto all'anno precedente (2,7% delle famiglie residenti). Il fenomeno coinvolge il 4,5% delle famiglie che risiedono nel Mezzogiorno, il 2,9% di quelle che risiedono nel Centro e l'1,7% di quelle residenti al Nord.

Le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Molise (6,7%) e Basilicata (6,3%); quelle quasi esenti l'Emilia Romagna (0,9%) e la Toscana (1,0%). (Figura 4a.14.).

Le spese catastrofiche sono distribuite fra tutti i quintili di consumo, sebbene incidano maggiormente (8,8%) nel I quintile, incidendo rispettivamente dell'1,7% fra quelle del II, dell'1,3% fra quelle del III, dell'1,0% fra quelle del IV e del 0,8% fra quelle dell'ultimo.

Figura 4a.14. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche. Anno 2016



Il 61,4% delle famiglie soggette a spese catastrofiche hanno componenti *under 14* e/o *over 75*: il 28,0% di queste sono famiglie con un componente *over 75*, l'11,0% con un *under 14*, il 10,0% con due componenti *over 75* (Figura 4a.15.).

In particolare, risultano essere soggette a spese sanitarie catastrofiche il 10,7% delle famiglie con più di due figli *under 14* che sostengono spese per consumi sanitari, il 6,7% di quelle con due componenti *over 75*, il 5,8% di quelle con un componente *over 75*.

Si consideri che sono 1,2 milioni il numero di fa-

miglie che hanno sostenuto, in almeno un mese, una spesa per consumi sanitari superiore al 30% della loro *capacity to pay*, e 2,3 milioni con una spesa superiore al 20%.

Le famiglie soggette a spese catastrofiche destinano quasi la metà (43,7%) dei propri consumi sanitari alle cure odontoiatriche, e il 24,2% ai farmaci; quote decisamente inferiori al valore medio complessivo sono invece destinate alla specialistica e a protesi e ausili (Figura 4a.16.).

Figura 4a.15. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche, per tipologia di famiglia. Anno 2016

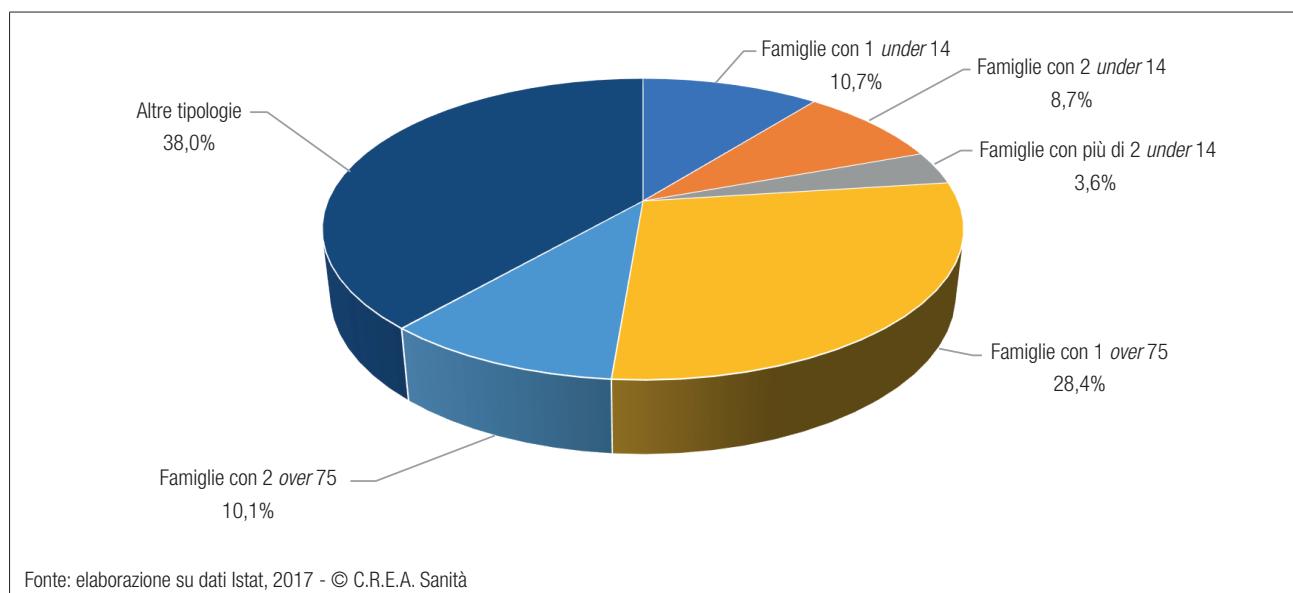


Figura 4a.16. Composizione consumi sanitari famiglie impoverite e soggette a spese catastrofiche per tipo di voce. Anno 2016

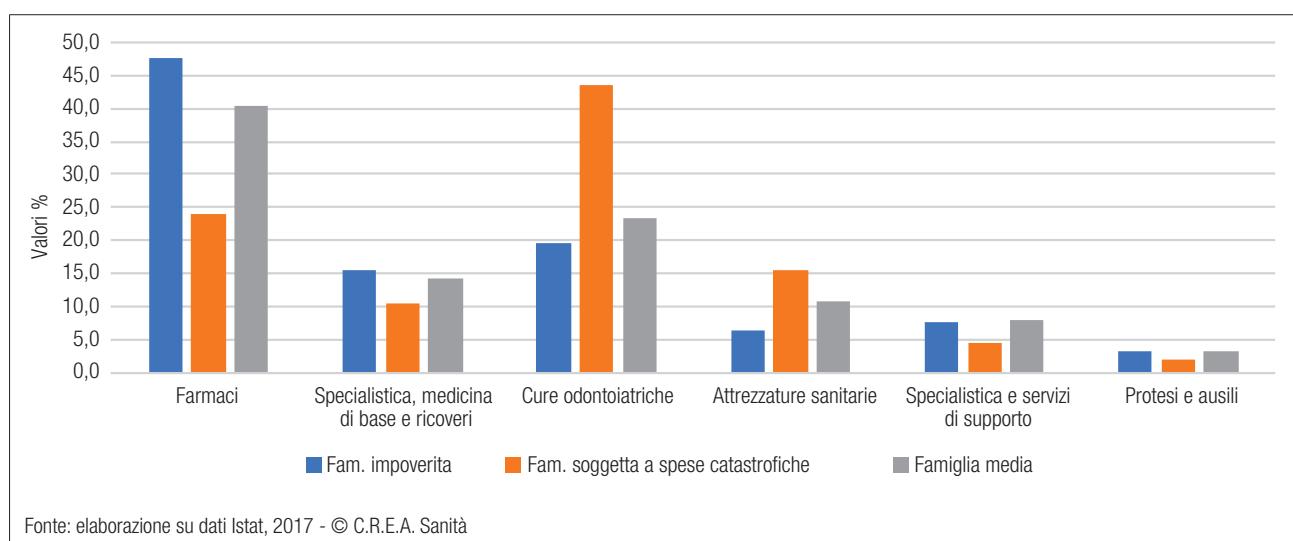
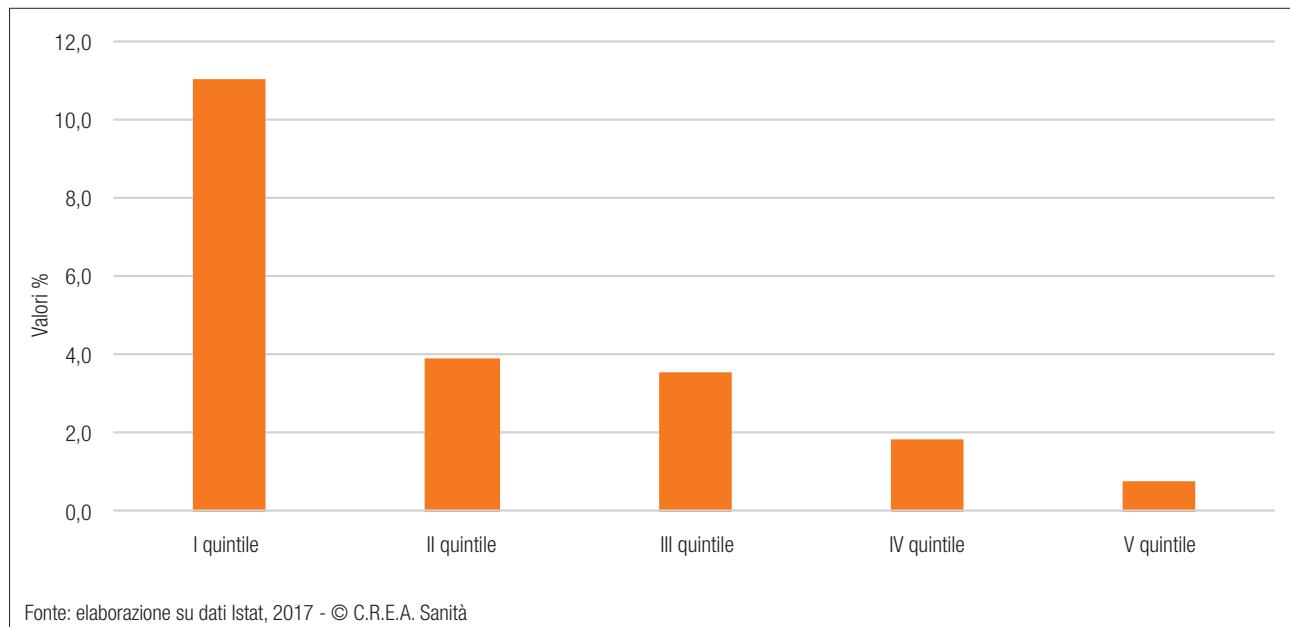


Figura 4a.17. Quota di “nuove” rinunce fra le famiglie per quintile di consumo. Anno 2016

4a.6. L'equità dei SSR: “nuove” rinunce

Il portato informativo del fenomeno dell’impoverimento è parzialmente distorto da quello delle rinunce: famiglie che non si impoveriscono, ma che non riescono ad accedere alle cure desiderate.

Nel 2016, sono 4,5 milioni le famiglie residenti (pari al 17,6%), circa 100.000 in più rispetto all’anno precedente, che hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie.

Il fenomeno coinvolge in maggior misura le famiglie dei primi due quintili, per il 29,4% e 20,0% rispettivamente, ma non sono esonerate neppure quelle con maggiori capacità di consumo: il 16,4%, 13,0% e 9,3% di quelle del III, IV e V rispettivamente hanno dichiarato di avere volutamente ridotto tali spese.

Fra queste, 1,1 milioni di nuclei familiari, ovvero il 4,2% delle famiglie, hanno fatto registrare consumi nulli: sembrerebbe, quindi, che la necessità di riduzione le abbia portate a “rinunciare” al consumo, configurando il fenomeno che abbiamo definito delle “nuove rinunce”.

Il 70,7% di queste ultime famiglie appartengono ai primi due quintili di consumo, ma il fenomeno coinvolge anche i quintili successivi: il 16,7% appartengono al III quintile, l’8,7% al IV ed il 3,7% all’ultimo

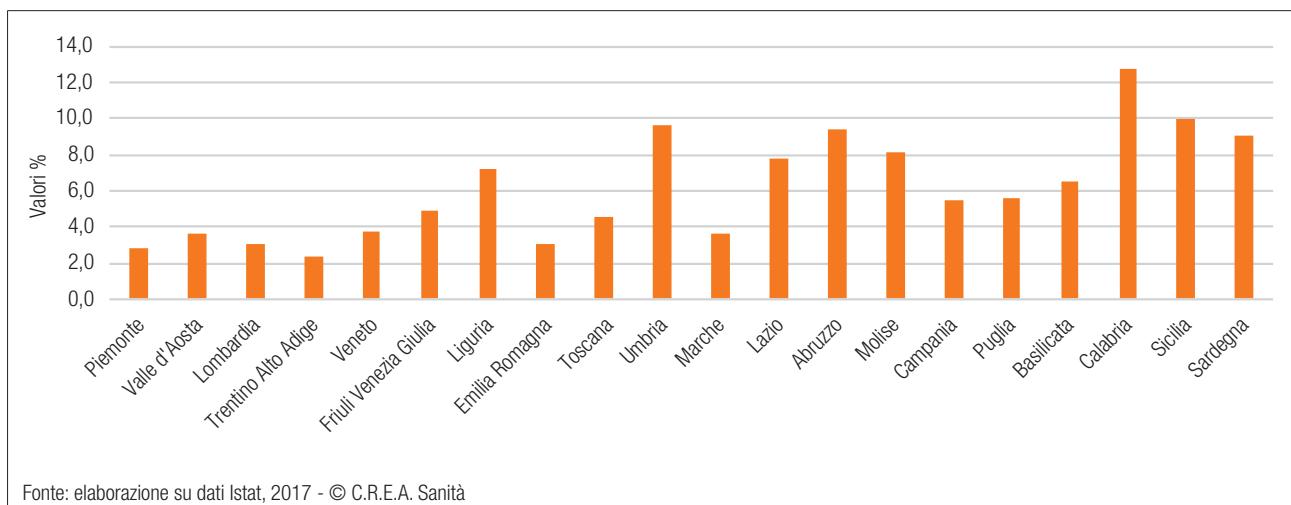
(Figura 4a.13.). Si tratta dell’11,0% delle famiglie del I quintile, del 3,9% di quelle del II, del 3,5% di quelle del III, del 1,9% di quelle del IV e dello 0,8% di quelle dell’ultimo. La distribuzione di queste famiglie in base alla capacità di consumo sostanzialmente è rimasta invariata rispetto al 2015 (Figura 4a.17).

A fronte delle rinunce alle spese per consumi sanitari, il 12,5% delle famiglie fanno parte di quelle che hanno dichiarato di avere risorse economiche insufficienti, il 5,8% che le hanno scarse, il 2,3% che le ha adeguate; quasi assenti (0,2%) i casi fra quelle che hanno dichiarato di averle ottime.

Il 90,3% di chi ha rinunciato avendo dichiarato di avere risorse economiche scarse, sono famiglie che hanno peggiorato la loro situazione economica; così come l’86,3% di chi le ha insufficienti.

La rinuncia da parte di chi ha dichiarato di avere risorse economiche adeguate, ha riguardato, per il 78,1%, famiglie che non hanno variato il loro *status* economico, per il 9,8% famiglie che lo hanno di poco peggiorato, per il 4,8% quelle che lo hanno peggiorato molto.

Il fenomeno delle “nuove” rinunce coinvolge soprattutto il Mezzogiorno (5,6% delle famiglie), segue il Centro (5,1%), il Nord-Ovest (3,0%) ed il Nord-Est (2,8%).

Figura 4a.18. Quota di disagio economico. Anno 2016

A livello regionale, si riscontrano valori rilevanti in Calabria (9,1%), Umbria (8,9%) e Sardegna (8,5%) e minimi in Trentino Alto Adige (1,3%), Valle d'Aosta (2,0%) e Piemonte (2,3%).

4a.7. L'equità dei SSR: disagio economico

Al fine di riassumere globalmente la capacità dei SSR di tutelare i cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, dalla precedente edizione del Rapporto è stato introdotto un indicatore di "disagio economico" delle famiglie per spese associate a consumi sanitari, sommando i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese sanitarie.

Preme sottolineare che tale indicatore sottostima il fenomeno del disagio, poiché considera, oltre alle famiglie impoverite, solo le rinunce globali a sostenere consumi sanitari e non le parziali; non considera inoltre le rinunce "consolidate", ovvero chi non sostiene alcuna spesa per consumi sanitari (3,4 milioni di famiglie al netto delle "nuove" rinunce, di cui 2,3 milioni afferenti ai primi due quintili di consumo) e neppure le rinunce agli altri consumi derivanti dalle spese catastrofiche.

Allo stesso tempo l'impoverimento potrebbe essere sovrastimato per effetto dell'impossibilità di nettarle delle spese effettuate in "indiretta" con una co-

pertura assicurativa, sebbene questo sia certamente un evento infrequente nei primi quintili di consumo.

Con i caveat espressi, la quota di disagio economico risulta pari in media al 5,5% a livello nazionale, ma è significativamente superiore nel Sud del Paese (7,9% delle famiglie), seguito dal Centro (6,4%) e dal Nord (3,5%).

Rispetto all'anno precedente si è assistito ad una riduzione del fenomeno, che ha interessato soprattutto le Regioni del Sud (da 8,4% a 7,9%) e del Nord (da 4,4% a 3,5%); nel Centro la quota di disagio è, invece, sensibilmente aumentata, passando da 4,8% a 6,4% (Figura 4a.18.).

Calabria, Sicilia e Umbria risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di condizioni di disagio: rispettivamente il 12,7%, il 10,0% e il 9,6% delle famiglie versano in tale condizione; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige, dove solo il 2,3% delle famiglie residenti sono in condizioni di disagio economico dovuto ai consumi sanitari, e la Lombardia con il 3,1%.

4a.8. Conclusioni

La quota di spesa privata delle famiglie destinata ai consumi sanitari continua ad aumentare: nel 2016 rappresenta il 4,6% dei consumi totali (0,1 punto percentuale in più rispetto all'anno precedente).

È aumentato anche il numero di famiglie che sostiene spese per consumi sanitari: queste rappresentano ormai il 79,0% del totale (77,0% nell'anno precedente).

La spesa pro-capite delle singole famiglie che la sostengono si è però ridotta del -1,2%.

Le famiglie residenti che hanno dichiarato di avere un'assicurazione individuale, sono circa un milione, ovvero solo il 4,1%, con un chiaro gradiente Sud-Nord.

Si consideri che il progressivo aumento del ricorso a spese per consumi sanitari, soprattutto nel Nord e nel Centro delinea uno scenario di maggiore iniquità dovuta al basso ricorso nel Sud alla componente privata intermediata.

Data la correlazione fra spesa privata e disponibilità economiche, la spesa media passa da € 755,7 annue delle famiglie del I quintile di consumo a € 2.934,9 di quelle dell'ultimo.

Complessivamente, rispetto all'anno precedente, è incrementata la quota di famiglie che hanno speso per farmaci, soprattutto nel Centro e nel Nord-Est, come anche per le cure odontoiatriche e poi per le attrezzature terapeutiche, queste ultime soprattutto al Nord.

Rispetto all'anno precedente la quota di spesa destinata alla diagnostica ed i servizi di supporto si è ridotta in egual misura in tutti i quintili, mentre invece quella per il dentista è continuata ad aumentare soprattutto nel IV e V quintile. La quota destinata ai farmaci (56,9%) è cresciuta solo nel I quintile, restando invariata negli altri. Quella per la specialistica è aumentata sempre per quelle del I quintile e si è invece ridotta per quelle del III e del IV.

La spesa effettiva per specialistica, ricoveri e servizi di supporto sostenuta dalle Regioni del Sud continua ad essere simile a quella sostenuta dalle famiglie afferenti a Regioni "più ricche".

In termini di impatto equitativo, nel 2016, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese

sanitarie si è ridotta, per effetto della riduzione della spesa pro-capite media effettiva delle famiglie associata all'aumento dei consumi totali.

Il fenomeno si concentra soprattutto nel Sud e nel Centro, riguardando l'1,3% delle famiglie. Si tratta prevalentemente di nuclei familiari con componenti over 75. Basilicata, Calabria e Molise sono le realtà più colpite dall'impoverimento.

Applicando soglie di povertà relativa regionali, Le differenze di incidenza tra le ripartizioni geografiche si riducono: aumenta nelle realtà del Nord e si riduce in quelle del Sud; il picco di incidenza si registra al Centro (1,9%), segue il Sud (1,7%) ed il Nord (1,4%).

Il fenomeno della catastroficità ha continuato a ridursi, come già riscontrato nello scorso anno, al Centro e al Nord, mantenendo comunque un'alta incidenza al Sud: Molise e Basilicata sono le Regioni più colpite.

Il fenomeno che abbiamo definito di "disagio economico per le spese sanitarie" complessivamente si è ridotto, ma solo al Nord e al Centro: Trentino Alto Adige e Lombardia sembrano essere le Regioni per cui si stima una minore incidenza del disagio; Calabria, Sicilia e Umbria, invece sono quelle con la maggiore incidenza.

Attualmente riguarda il 4,2% delle famiglie residenti in Italia (4,4% l'anno precedente): si consideri che, soprattutto nel Centro e nel Sud, molte famiglie hanno dichiarato di aver limitato, tanto da annullarle, le spese sanitarie, configurando così delle "nuove" rinunce alle spese sanitarie.

Rinunciano prevalentemente le famiglie dei quintili medio-bassi, che spendono prevalentemente per farmaci, visite ed esami diagnostici (80-90% della spesa per consumi sanitari).

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari), *Rapporto Sanità*
Istat (anni vari), *Indagine Spesa delle famiglie*

ENGLISH SUMMARY

Catastrophic expenditure, impoverishment and 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 have been analysed.

For that which regards the private expenditures, by the survey of the national statistics office (Istat) on household consumptions, it reaches € 34.9 billion, and the expenditure share for healthcare rises in the last year by reaching the 4.6% of overall consumptions (5.2% of overall consumptions of families with private healthcare expenditures). Whereas, in 2016, there has been an increase in the number of families personally covering the said expenses, reaching 79.0% (20.8 millions families, 77.9% in 2015) of the total.

We can observe that an increasingly frequent recourse to private funding in the last year is associated to a decrease of effective expenditure, that reaches € 1.313,0 per family (-1.2% respect the 2015).

Nearly 5.5 million families have been obliged to reduce their health expenditure. Families who reduced their private healthcare expenses, to the point of having canceled them, reaches the 5.2% of families, that 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 private healthcare expenses).

The waivers phenomenon decreased in the last year but only in Southern and Northern Regions.

Obviously private expenditures are positively

related to income, going from € 755.7 per year for households belonging to the 1st quintile of consumption, to € 2,934.9 for those belonging to the last one.

Resident families who have declared being in possession of an individual insurance are approximately 1,1 million – namely 4.2% of the whole.

In terms of fairness impact, in 2016 the incidence of the impoverishment phenomenon due to private healthcare expenditures decreased, by involving the 1.2% of families. By calculating and applying regional relative poverty thresholds, the global impact of impoverishment increases by reaching the 1.6% of families. The differences between macro-areas decrease: specifically, increases the impact in Northern Regions and decreases in the Southern ones.

The phenomenon for "catastrophic" expenditures, seem to have been reduced too, by involving the 2.7% of families.

The impoverishment phenomenon decreased in the last year but only in Southern Regions, instead increased in Center and Northern ones. The "catastrophic" expenditures phenomenon decreased mainly in the Center and Southern Regions.

Families with both elderly and kids are the most involved in terms of fairness.

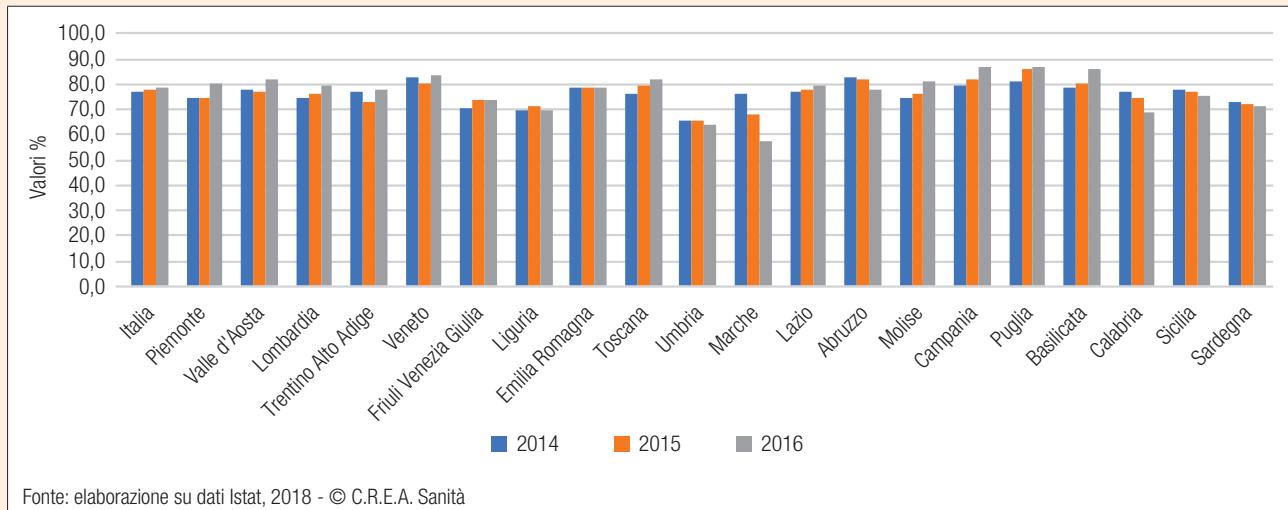
The economic discomfort due to healthcare expenditures decreased in the last year by reaching the 5.5% of families (5.7% in 2015), mainly in the Northern Regions: Trentino Alto Adige and Piemonte seem to be the Regions estimated to have a lower incidence (2.3% and 2.9% of families respectively); whereas Calabria and Sicilia are those with a greater incidence (12.7% and 10.0% respectively).

Finally, we observe how a trend entailing a significant growth in recourse to private healthcare expenses and of its entity, mainly in the Southern Regions, certainly could reduces fairness, so it is necessary to

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).

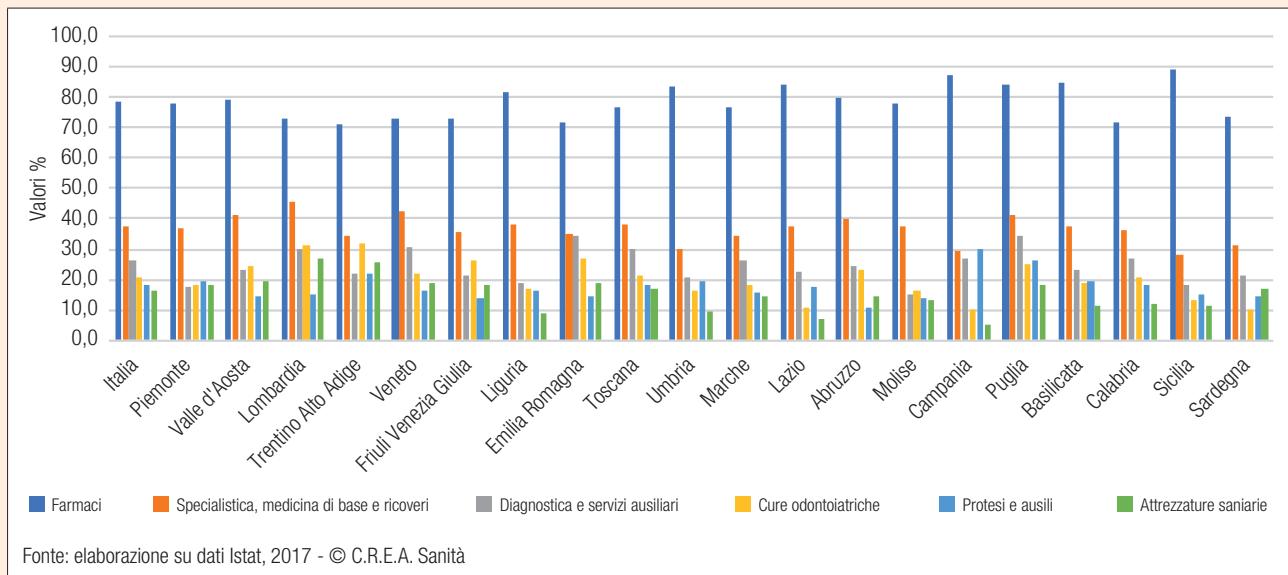
But it is likewise also evident that complementarity contains a significant share of services duplication, in addition to an overlapping due to the coverage of co-payments – rendering it absolutely necessary to define an overall governance of the sector.

KI 4a.1. Quota di famiglie che sostengono spese per consumi sanitari



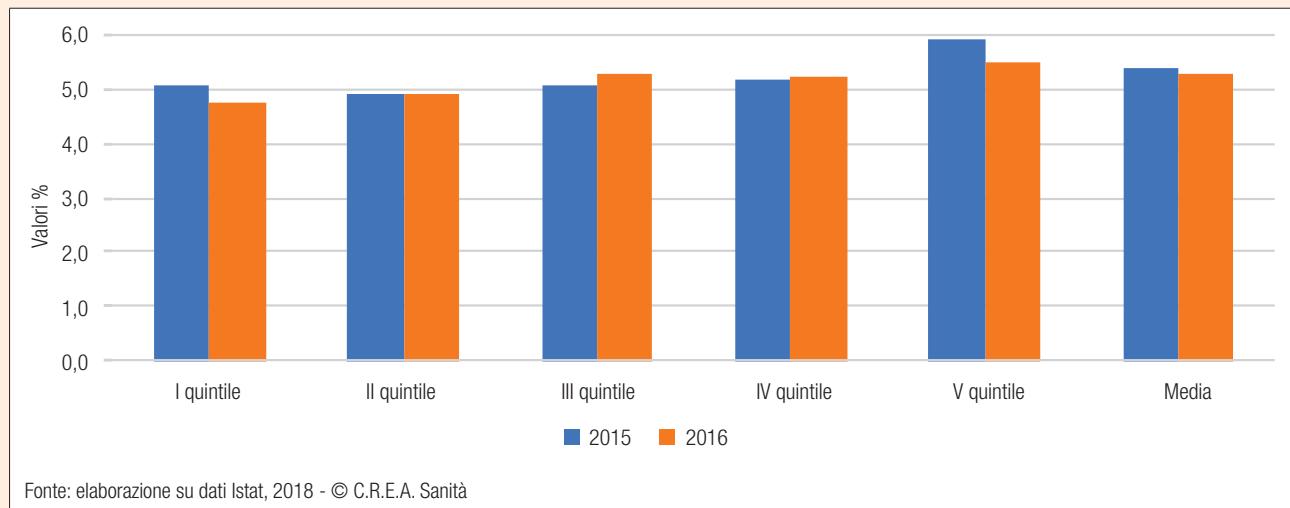
In Italia, nel 2016, hanno sostenuto spese per consumi sanitari il 79,0% delle famiglie, oscillando da un minimo del 57,8% delle Marche ad un massimo dell'87,1% della Puglia. Sostengono privatamente spese sanitarie soprattutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno (80,3%), poi quelle del Nord-Est (79,9%), del Nord-Ovest (78,8%) ed infine quelle del Centro (76,5%). Nell'ultimo anno, la quota di famiglie che sostengono spese per consumi sanitari, aumenta nelle Regioni del Sud e del Nord; è rimasto invece pressoché invariato per quelle del Centro. In Piemonte, Basilicata e Molise si è registrato il maggior aumento di famiglie che ricorrono a tali spese (6,2, 5,5 e 5,0 punti percentuali). Nelle Marche, in Calabria ed in Abruzzo il ricorso si è invece ridotto rispettivamente di 10,1, 5,9 e 4,4 punti percentuali.

KI 4a.2. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per consumi sanitari, per tipologia di spesa. Anno 2016



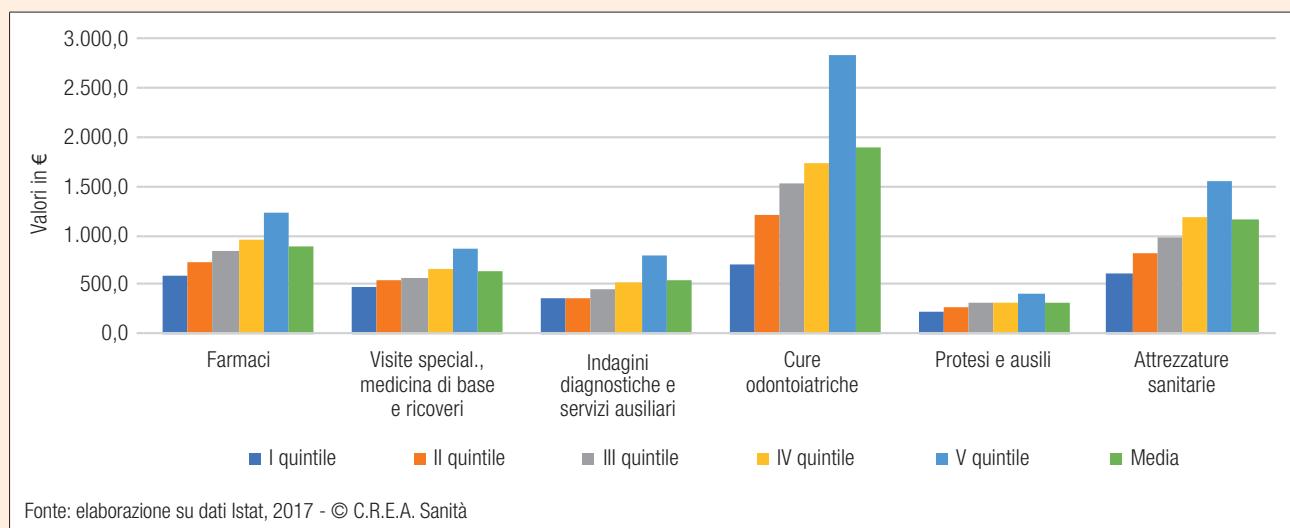
In Italia, nel 2017, il 78,7% delle famiglie che sostengono spese sanitarie acquista medicinali, il 37,5% visite specialistiche, medicina di base e ricoveri, il 26,5% indagini diagnostiche e servizi ausiliari (psicologo, fisioterapista etc.), il 20,4% spende per il dentista, il 18,3% per protesi e ausili e il 16,2% per le attrezzature sanitarie. Il ricorso alle diverse tipologie di spesa, a livello regionale, varia oscillando per i farmaci dal 70,8% del Nord-Est all'83,7% del Mezzogiorno; la Sicilia è la Regione con il maggior ricorso alla spesa per farmaci (88,3%), il Trentino Alto Adige con il minore (71,4%). Alle visite specialistiche, la medicina di base ed i ricoveri ricorrono il 37,5% delle famiglie che sostengono spese OOP: il 39,3% di quelle residenti nel Nord, il 38,3% di quelle del Centro ed il 34,6% di quelle del Mezzogiorno. Si passa da un minimo del 28,1% riscontrato in Sicilia ad un massimo del 47,5% della Lombardia. Alle cure odontoiatriche ricorre il 20,4% delle famiglie con spese per consumi sanitari: il 24,8% di quelle del Nord, il 16,6% di quelle del Centro e il 15,8% di quelle del Mezzogiorno. La Sardegna è la Regione con la quota più bassa (10,2%) e il Trentino Alto Adige quella con la quota più alta (31,8%).

KI 4a.3. Incidenza della spesa media sanitaria effettiva sui consumi familiari, per quintile di consumo



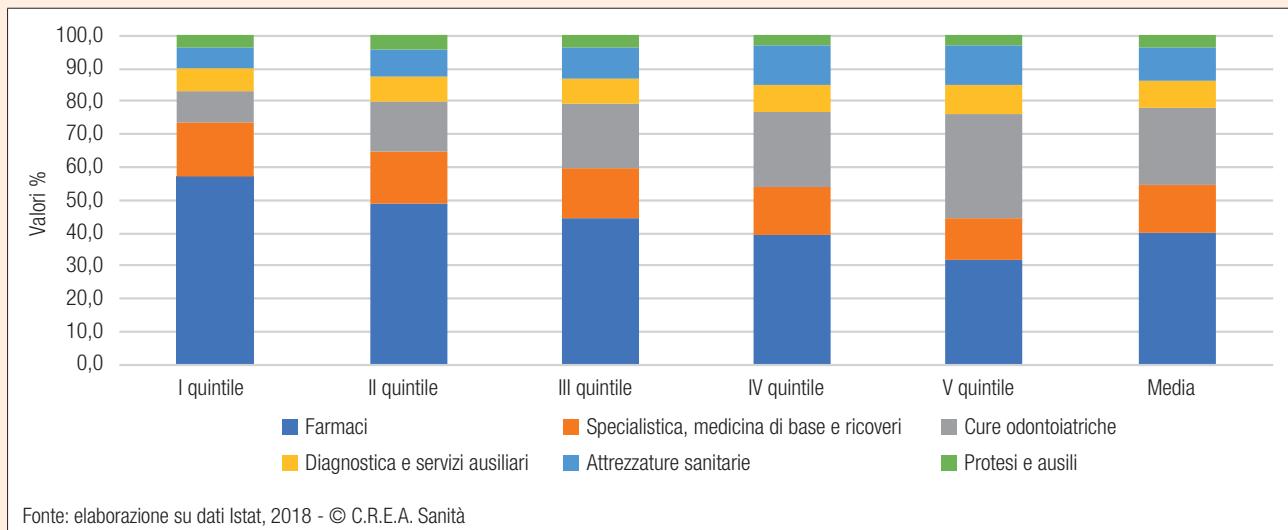
Nel 2016 la spesa media per consumi sanitari delle famiglie effettiva, ovvero di coloro che la sostengono, rappresenta il 5,2% dei consumi totali, variando da un minimo pari al 4,8% nelle famiglie appartenenti al primo quintile di consumo ad un massimo pari al 5,5% in quelle appartenenti all'ultimo quintile. Rispetto all'anno precedente la quota dei consumi destinata alla Sanità si è ridotta (5,4% nel 2015): è cresciuta nelle famiglie del ceto medio (III quintile di consumo), rimasta invariata in quelle del II e IV quintile e si è ridotta per quelle dei quintili estremi (I e V) rispettivamente di 0,2 e 0,4 punti percentuali.

KI 4a.4. Spesa media effettiva per consumi sanitari, per tipologia di spesa e quintile di consumo. Anno 2016



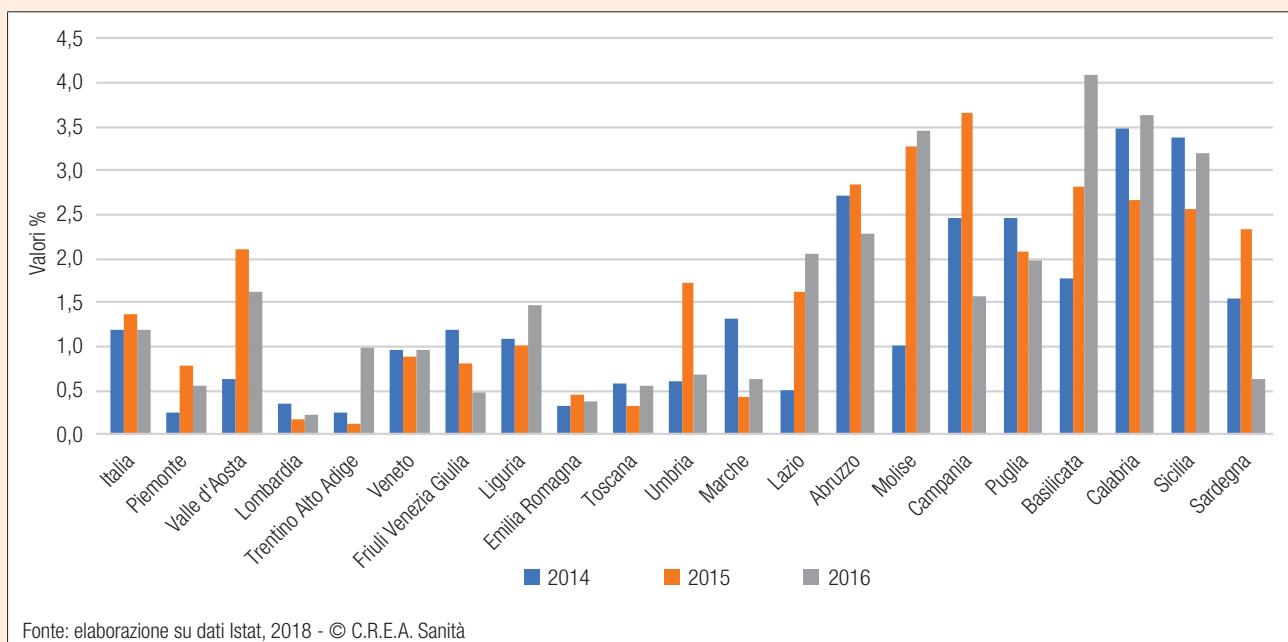
Nel 2016 la spesa sanitaria annua delle famiglie che spendono privatamente per la sanità è pari a € 1.713,0 (-1,2% rispetto al 2015). Si passa da € 755,7 per le famiglie del I quintile a € 2.934,9 per quelle dell'ultimo. Considerando la spesa effettiva netta, ossia delle sole famiglie che sostengono tale tipologia di spesa, quella per i farmaci oscilla da € 581,3 per le famiglie del I quintile di consumo a € 1.226,6 dell'ultimo quintile; quella per le visite specialistiche da € 482,4 a € 858,9, quella per il dentista da € 713,3 a € 2.829,6 rispettivamente per primo e ultimo quintile.

KI 4a.5. Composizione della spesa per consumi sanitari per tipologia di spesa e quintile di consumo. Anno 2016



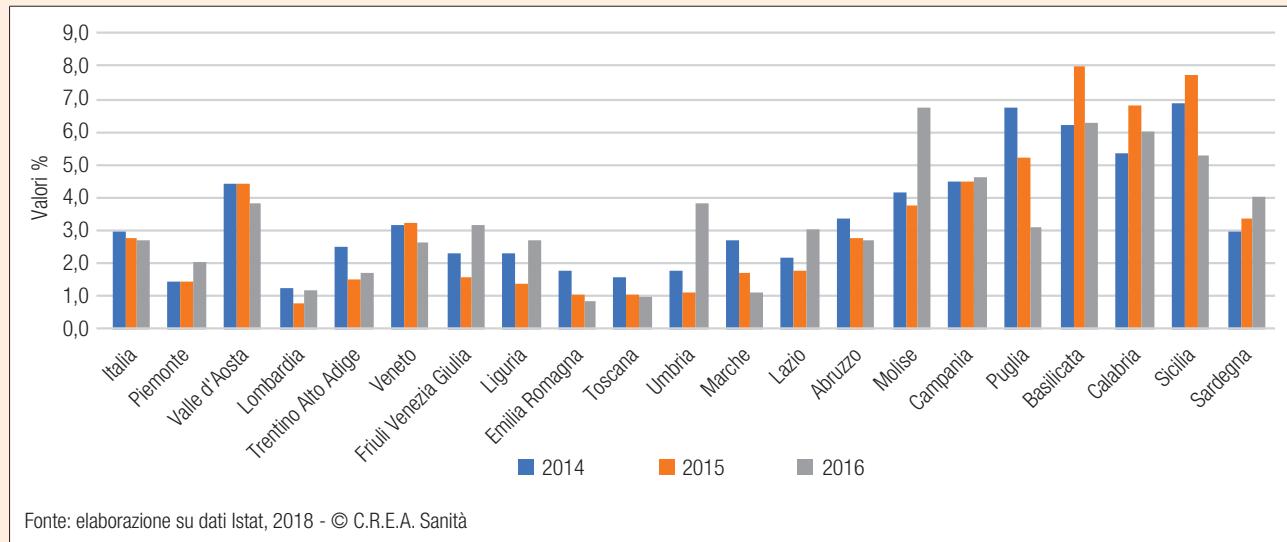
Le famiglie italiane che sostengono spese per consumi sanitari destinano in media il 40,3% di queste ai farmaci, il 23,4% alle cure odontoiatriche, il 14,2% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri, il 10,7% alle attrezzature sanitarie, l'8,1% alle diagnostica e ai servizi ausiliari. La distribuzione della spesa differisce in base al quintile di consumo delle famiglie: quelle dei quintili più bassi destinano la metà delle loro spese sanitarie (56,9%) ai farmaci, circa il 16,5% alla specialistica, il 9,4% alle cure odontoiatriche, il 14,1% ad attrezzature sanitarie e protesi e ausili. Spostandosi verso i quintili più alti, le famiglie dell'ultimo quintile destinano ai farmaci il 31,9% dei loro consumi sanitari, il 31,6% alle cure odontoiatriche, il 12,5% alla specialistica e ai ricoveri.

KI 4a.6. Quota di famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari



Nel 2016, in Italia, risultano impoverite a causa di spese per consumi sanitari l'1,2% delle famiglie residenti. Rispetto all'anno precedente il numero di famiglie impoverite si è ridotto nel Mezzogiorno, mentre è aumentato nelle Regioni del Centro e del Nord. Il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud (2,4%), poi quelle del Centro (1,3%) e del Nord (0,6%). Basilicata, Calabria e Molise sono le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 4,1%, 3,6% e 3,2%. Lombardia, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia risultano invece le più indenni: rispettivamente con lo 0,2%, 0,4% e 0,5%.

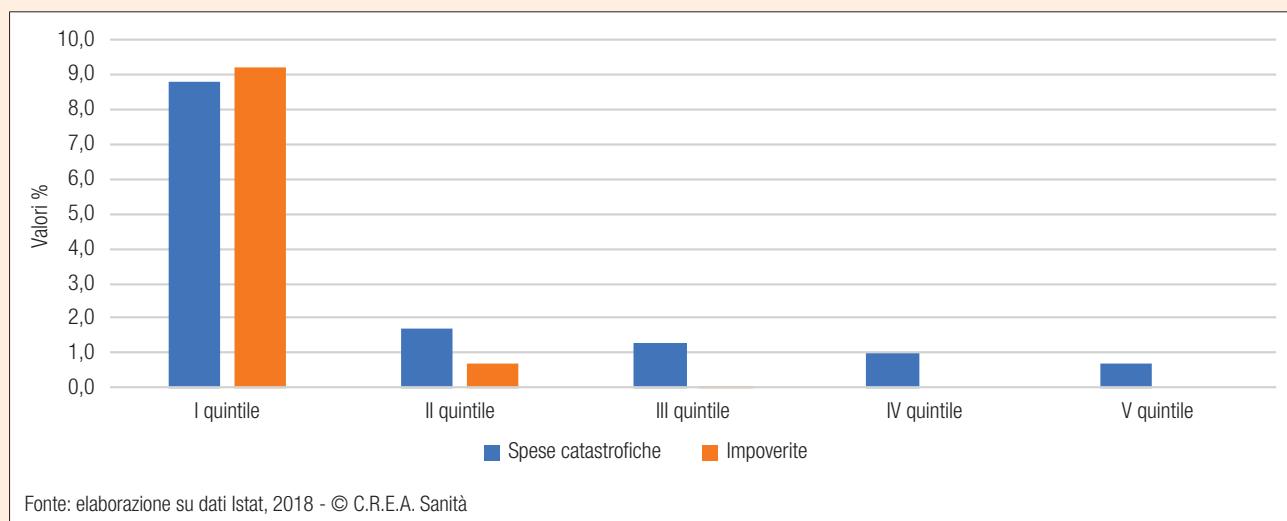
KI 4a.7. Quota di famiglie soggette a spese catastrofiche per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2016, in Italia, il 2,7% (703.235 nuclei) delle famiglie sono soggette a spese sanitarie catastrofiche. Rispetto al 2015, il fenomeno si è ridotto di 10.152 nuclei. La riduzione ha coinvolto soprattutto le Regioni del Centro (Toscana e Marche) e del Sud, ad eccezione della Sardegna. Attualmente il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud (4,5%), poi quelle del Centro (2,9%) e del Nord (1,7%). La Sicilia risulta essere la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (6,9%), la Lombardia quella più indenne (1,2%).

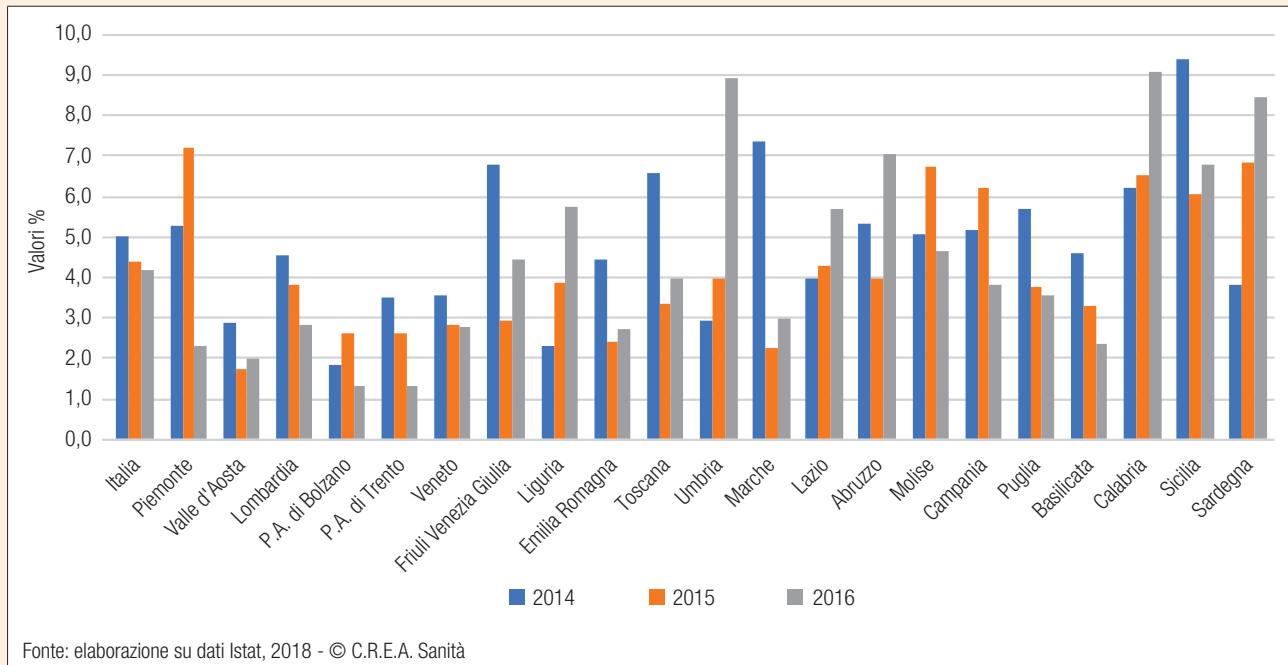
KI 4a.8. Quota di famiglie impoverite e soggette a spese per consumi sanitari catastrofici, per quintile di consumo. Anno 2016



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

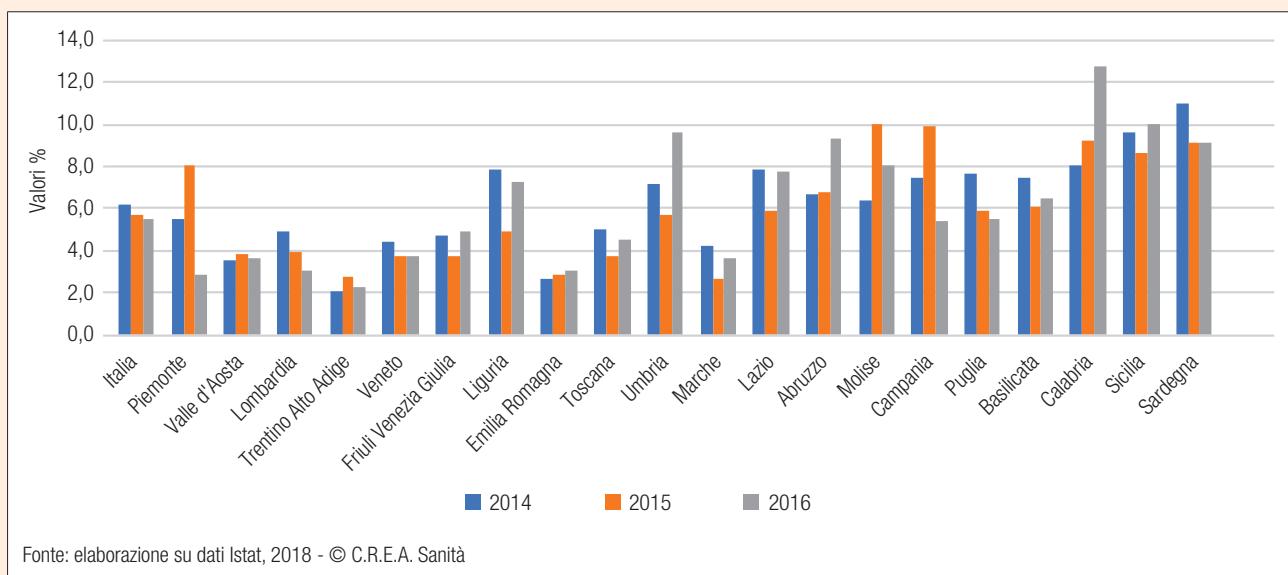
Le famiglie impoverite appartengono ai quintili di consumo medio-bassi, in particolare il 9,2% di quelle del I quintile e lo 0,7% di quelle del II. Il fenomeno della catastroficità, ovvero delle famiglie che sostengono spese per consumi sanitari di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*, si verifica invece in tutti i quintili di consumo. Queste famiglie sono l'8,8% di quelle del I quintile, l'1,7% di quelle del II, l'1,3% di quelle del III, l'1,0% di quelle del IV e lo 0,7% di quelle dell'ultimo.

KI 4a.9. Quota di famiglie soggette a “nuove” rinunce alle spese per consumi sanitari



Nel 2016, 5,5 milioni di famiglie residenti hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie. Tra queste, 1,1 milioni non hanno sostenuto alcuna spesa per consumi sanitari, e quindi hanno presumibilmente rinunciato al consumo. Rispetto al 2015 si registra una riduzione del numero di famiglie che hanno rinunciato (1,1 milioni nel 2015). La rinuncia ha riguardato soprattutto le Regioni del Sud (il 5,6% delle famiglie) seguite da quelle del Centro (5,1%) e dal Nord (3,0%), con il Nord-Est al 2,8%. La Calabria è la Regione più colpita dal fenomeno: il 9,1% delle famiglie, segue l'Umbria con l'8,9% e la Sardegna con l'8,5%. Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta sono le realtà con minore incidenza del fenomeno: rispettivamente con l'1,3% ed il 2,0% delle famiglie.

KI 4a.10. Quota di famiglie soggette a disagio economico a causa delle spese per consumi sanitari



La quota di famiglie che sperimenta un disagio economico a causa di spese sanitarie private (aggregando i fenomeni dell'impoverimento e delle “nuove” rinunce alle spese per consumi sanitari) è pari, nel 2016, al 5,5%. Calabria e Sicilia risultano essere le Regioni con maggior incidenza: il 12,7% e il 10,0% delle famiglie rispettivamente sono in tale condizione; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige e il Piemonte dove solo il 2,3% delle famiglie residenti nella prima ed il 2,9% di quelle nella seconda sono in condizioni di disagio economico per i consumi sanitari. Rispetto al 2015 c'è stata una riduzione del fenomeno che ha interessato soprattutto le Regioni del Nord-Ovest.

CAPITOLO 4b

La misura della *Performance* dei SSR (VI edizione)

d'Angela D.¹, Carrieri C.¹, Polistena B.², Spandonaro F.²

4b.1. Introduzione

Il progetto “La misura della *Performance* dei SSR”, giunto nel 2018 alla sua sesta annualità, si pone l’obiettivo di fornire una valutazione dei livelli di tutela della salute realizzati a livello regionale.

Non si tratta, quindi, di una classifica dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) pubblici, e tanto meno del raggiungimento da parte di essi di obiettivi tecnocraticamente attribuiti *ex ante*; la tutela della salute attiene, infatti, ad un ambito più ampio della stretta erogazione di beni e servizi sanitari, a cui i SSR sono deputati: coinvolge, ad esempio e senza pretesa di esaustività, la prevenzione nella sua accezione più ampia, ivi compresi gli stili di vita; comprende la rimozione delle deprivazioni e dei divari socio economici che impattano sulla capacità di “produzione di salute”; comprende i servizi sociali e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione; contiene, infine, il costo-opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone altri usi meritori.

Si tratta, quindi, di un approccio intrinsecamente fondato sul principio della multi-dimensionalità della *Performance*; ed anche sulla multi-prospettiva, ovvero sul riconoscimento dell’esistenza di diverse prospettive, di cui sono portatori i diversi *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari.

L’approccio utilizzato, si basa su un metodo originale di valutazione delle *Performance*, proposto e sviluppato dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità, con la collaborazione di un qualificato *Panel* di esperti.

Il *Panel* è motore dei processi di affinamento an-

nuale della metodologia, e anche fonte delle preferenze con cui si costruisce l’indicatore sintetico di *Performance*.

Nel presente capitolo si riassumono i principali risultati della VI edizione del progetto, caratterizzata da una analisi ad hoc svolta separando le preferenze degli *stakeholder* afferenti a Regioni in Piano di Rientro da quelle delle Regioni in sostanziale equilibrio; come atteso, l’analisi ha palesato come il dibattito di politica sanitaria assuma connotati diversi nelle diverse aree del Paese, in funzione dello “stato” dei diversi SSR, condizionando anche le valutazioni di *Performance*.

Come anticipato, i risultati descritti di seguito sono il frutto del lavoro di un *Panel* composto da 102 membri, provenienti da tutt’Italia, e afferenti a cinque Categorie di *stakeholder*: “Utenti” (associazioni dei cittadini, sindacati, stampa), “Professioni sanitarie” (medici di medicina generale, medici ospedalieri, del servizio di emergenza urgenza territoriale, farmacisti, etc.), “Management aziendale” (Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi di Aziende Sanitarie), “Istituzioni” (Assessorati regionali, Agenzia Nazionale della Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco, Ministero della Salute) e “Industria medicale”.

Il *Panel* ha prima identificato e scelto gli indicatori su cui basare la valutazione, utilizzando il metodo *Delphi* per addivenire ad una consensus tra tutti i componenti del *Panel*; poi, in un *meeting* collegiale, i 67 membri del *Panel* (dei 102 complessivi) intervenuti, hanno fornito le loro valutazioni.

Le valutazioni richieste agli *stakeholder* hanno riguardato tanto il valore attribuito alle determinazioni

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

numeriche degli indicatori, quanto il grado di sostituibilità tra gli *outcome* di cui i diversi indicatori sono rappresentativi.

Per quanto concerne le analisi effettuate, oltre alla distinzione delle preferenze relative ai componenti del *Panel* afferenti alle Regioni in Piano di Rientro e a quelle in “sostanziale equilibrio”, ci si è concentrati sulla dinamica temporale della *Performance* e sul “contributo” delle diverse Dimensioni al risultato finale.

4b.2. Risultati

Come anticipato, i (102) componenti dell'*Expert Panel*, nel mese di Aprile 2018, avvalendosi di un applicativo *web-based*, sono stati chiamati a partecipare ad una consensus a distanza; nello specifico hanno espresso il loro livello di accordo (nessuno, basso, medio, alto e assoluto) sui 15 indicatori, 3 per Dimensione, precedentemente elaborati e preselezionati dal C.R.E.A. Sanità per le loro caratteristiche di standardizzabilità, rilevanza e disponibilità a livello regionale (Tabella 4b.1.).

Utilizzando il metodo *Delphi*, con due *round* si è raggiunto il livello predeterminato di consenso e, a seguire, il 9 Maggio 2018, il *Panel* si è riunito per discutere i risultati e l’elicitazione delle preferenze.

Ogni membro del *Panel* intervenuto al *meeting* ha espresso le sue preferenze singolarmente, utilizzando procedure *computer assisted*, adiuvato da un applicativo informatico *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità, il quale ha poi raccolto le risposte, le ha elaborate ed aggregate adottando una funzione di utilità multi-attributo.

Per questo ultimo aspetto, è stato utilizzato un applicativo (*Logical Decision*® ver. 7.2) che permette di stimare funzioni di utilità multi-attributo, con le quali aggregare una misura unica di *Performance* per ogni Regione.

Tabella 4b.1. Indicatori di Performance

Prospettiva	Indicatore
Sociale (Equità)	Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie <i>Out of Pocket</i>
	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	Quota famiglie con spese sanitarie <i>Out of Pocket</i> catastrofiche
Esiti	Prevalenza di persone senza disabilità
	Aspettativa di vita in buona salute
	Quota persone molto soddisfatte dall’assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL.
Appropriatezza	Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (<i>Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty</i>) entro 2 giorni
	Quota pazienti <i>over 75</i> dimessi vivi non al domicilio
	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati
Innovazione	Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da <i>European Medicine Agency</i> negli ultimi 3 anni ed ammessi alla rimborsabilità
	Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni
	Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
Economico-Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Disavanzo pro-capite
	Incidenza della spesa sanitaria totale standardizzata sul Prodotto Interno Lordo (PIL)

Fonte: elaborazione su consensus *Expert Panel*, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Rimandando alla pubblicazione “Una misura di *Performance* dei SSR” (d’Angela D., Spandonaro F., 2013) per i dettagli sulla metodologia, si osserva che il progetto ha, in generale, permesso di apprezzare (logico postulato della “multi-prospettiva” e della dinamica sopra descritta) come la prospettiva, e quindi il sistema delle preferenze, vari con lo “stato” della Regione di provenienza dei membri per *Panel*, ove per “stato” intendiamo, in alternativa, la condizione di equilibrio economico o di disavanzo e Piano di rientro.

Nelle Regioni in Piano di Rientro, sembra emergere una maggiore “rassegnazione” verso le problematiche sociali (equitative), ovvero verso l’esistenza di evidenti iniquità, peraltro causate in larga misura dalla fragilità socio-economica che caratterizza tutte le Regioni meridionali (in molti casi coincidenti con le Regioni in Piano di Rientro). Il contributo della Dimensione Sociale alla *Performance*, nella VI edizio-

ne, è aumentato in maniera importante, allineandosi a quello di Appropriatezza ed Esiti, ed in maggior misura per gli *stakeholder* che operano in realtà in Piano di Rientro.

Le funzioni di valore o utilità, che il *Panel* ha associato agli indicatori, appaiono razionalmente spiegabili, sia nel complesso, che nella articolazione derivante dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*, come anche dalla diversa provenienza geografica dei membri del *Panel*.

In generale, l'atteggiamento che si desume dalla elicazione delle funzioni di valore, corrisponde all'idea che i risultati peggiori vadano "penalizzati" più che proporzionalmente, associandoci contributi alla *Performance* nulli o minimi; vale il viceversa, nel caso di determinazioni degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo è un "atteggiamento" che, peraltro in continuità con le edizioni precedenti, si riscontra in particolare per la Dimensione Sociale.

Come già rilevato nella scorsa edizione, il progetto evidenzia come il divario Nord-Sud nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano trovi una nuova declinazione proprio nei criteri di misurazione della *Performance*.

In ogni caso, osserviamo che il *gap* tra chi opera in Regioni in sostanziale equilibrio e chi in Regioni in Piano di Rientro, pur rimanendo una maggiore "aspettativa" fra i primi, tende a ridursi, proporzionalmente al progressivo superamento delle condizioni di "ritardo" delle Regioni in Piano di rientro.

È stato inoltre rilevato come i livelli di soddisfazione (degli esperti del *Panel*) per le *Performance* regionali attuali, sia relativamente scarsa; anche i migliori risultati regionali raggiunti sono, infatti, ben lontani da una *Performance* ottimale, soprattutto nella prospettiva degli Utenti e delle Istituzioni; di contro, Professionisti sanitari e *Management* risultano decisamente più "realisti" rispetto alla "bontà" dei livelli raggiunti.

Una possibile lettura del fenomeno suggerisce che sul lato della "domanda" si osservi una chiara insoddisfazione per i livelli di servizio, mentre sul lato dell'offerta prevalga il convincimento, suffragato peraltro da molte ragioni oggettive, di avere fatto "il

massimo" con le risorse disponibili.

A livello dei singoli indicatori che compongono la *Performance*, osserviamo come, nell'edizione 2018, si sia ulteriormente "esasperato" un atteggiamento di rifiuto verso le situazioni in cui i valori degli indicatori sono peggiori: il *Panel*, infatti, "punisce" queste situazioni, dando loro un valore in termini di *Performance* praticamente nullo; inoltre, il contributo alla *Performance* cresce più che proporzionalmente solo per valori numerici degli indicatori prossimi ai loro risultati migliori; quanto esposto spiega perché nessuna Regione, nella valutazione del *Panel*, raggiunga livelli assoluti elevati di *Performance*.

Questo "atteggiamento" si riscontra in particolare nei confronti delle Dimensioni Sociale ed Appropriatezza (al netto di quella organizzativa, per la quale il giudizio tende a essere più neutrale, nel senso di attribuirgli una proporzionalità fra miglioramento dell'indicatore e contributo alla *Performance*), come peraltro già verificatosi nelle precedenti edizioni.

Altri aspetti degni di nota riguardano la Dimensione Economico-Finanziaria, per la quale si conferma una netta separazione di tipo "geografico": elevati livelli di spesa totale sono sostanzialmente "giustificati" nelle Regioni in sostanziale equilibrio, ed in particolare dai rappresentanti delle Istituzioni, mentre una sua riduzione è considerata significativamente foriera di miglioramenti di *Performance* nelle Regioni in Piano di Rientro.

In termini analoghi, va segnalato come nella Categorìa Utenti, e soprattutto per quelli appartenenti a realtà regionali in Piano di Rientro, si dia molta importanza all'innovazione organizzativa (ad esempio introduzione dei PDTA) e al Sociale, mentre nelle restanti realtà (in sostanziale equilibrio) a quest'ultima Dimensione si affianca anche la preoccupazione per l'appropriatezza nel ricorso al ricovero.

Aggregando per Dimensione, osserviamo che quella Sociale e quella Appropriatezza contribuiscono maggiormente alla *Performance* (26,1% e 22,8% rispettivamente), seguite dagli Esiti (23,1%); le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione, quest'ultima introdotta per la prima volta nella precedente edizione, contribuiscono rispettivamente per il 14,3% e 13,8%.

Rispetto alla precedente edizione si osserva come sia aumentato il peso della Dimensione Sociale (5,7 punti percentuali), degli Esiti (1,9 punti percentuali) e dell'Appropriatezza (1,7 punti percentuali), e si sia invece ulteriormente ridotto quello della Dimensione Economico-Finanziaria (6,9 punti percentuali) e dell'Innovazione (2,5 punti percentuali).

Analizzando i risultati per Categoria (Figura 4b.1.), nel caso degli Utenti le Dimensioni Sociale ed Appropriatezza contribuiscono per quasi il 50% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (28,7% e 19,2% rispettivamente); seguono Innovazione, Esiti ed Economico-Finanziaria, rispettivamente con il 18,5%, il 17,9% ed il 15,7%.

Per i rappresentanti delle Istituzioni, Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 55% alla *Performance* (33,9% e 31,6% rispettivamente), segue l'Appropriatezza con il 20,0% e l'Economico-Finanziaria con il 11,7%; l'Innovazione contribuisce solo per il 2,8%.

Per le Professioni sanitarie sono Esiti ed Appropriatezza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente, 24,3% e 27,2% rispettivamente, seguite dall'Innovazione con il 19,3%, dal Sociale con il 15,8% e dall'Economico-Finanziaria (13,3%).

Per il *Management* aziendale, come per le Professioni sanitarie, sono Esiti ed Appropriatezza le

due Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 31,0% e 23,4% rispettivamente; seguite dal Sociale con il 20,7%, dall'Economico-Finanziaria (16,0%) e dall'Innovazione con il 9,0%.

Infine, per l'Industria, sono il Sociale e l'Innovazione le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (31,3% e 19,2% rispettivamente), seguite dagli Esiti (18,1%), dall'Appropriatezza (16,4%) e dall'Economico-Finanziaria (14,9%).

Analizzando i pesi distintamente per gli *stakeholder* afferenti o meno a Regioni in Piano di Rientro, si riscontra come per gli Utenti delle Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (36,5%), seguito da quello dell'Economico-Finanziaria (17,7%); per i rappresentanti delle Istituzioni e Professioni sanitarie, sempre afferenti a regioni in Piano di Rientro, prevalgono i contributi di Esiti ed Appropriatezza: 59,9% e 55,3% rispettivamente per le due categorie. Per il *Management* aziendale è maggiormente importante il contributo del Sociale (41,6%) e dell'Appropriatezza (26,7%).

Per i Professionisti sanitari operanti nelle Regioni in equilibrio sono Appropriatezza ed Innovazione le Dimensioni che contribuiscono maggiormente (30,0% e 27,9% rispettivamente).

Figura 4b.1. Contributo delle Dimensioni alla *Performance* per categoria

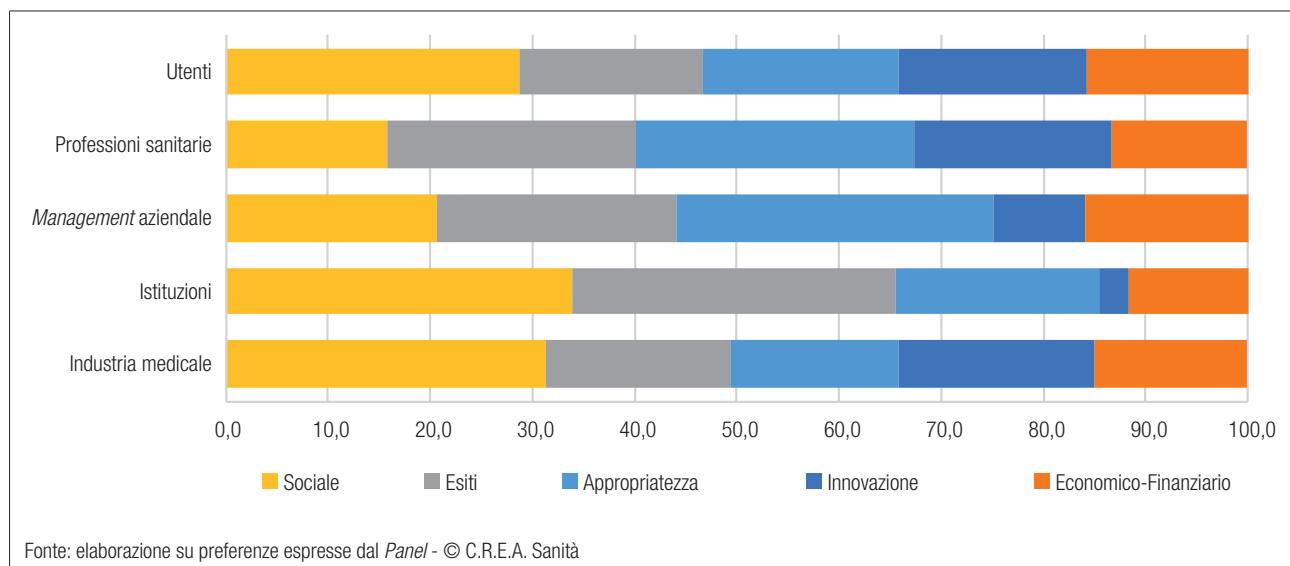
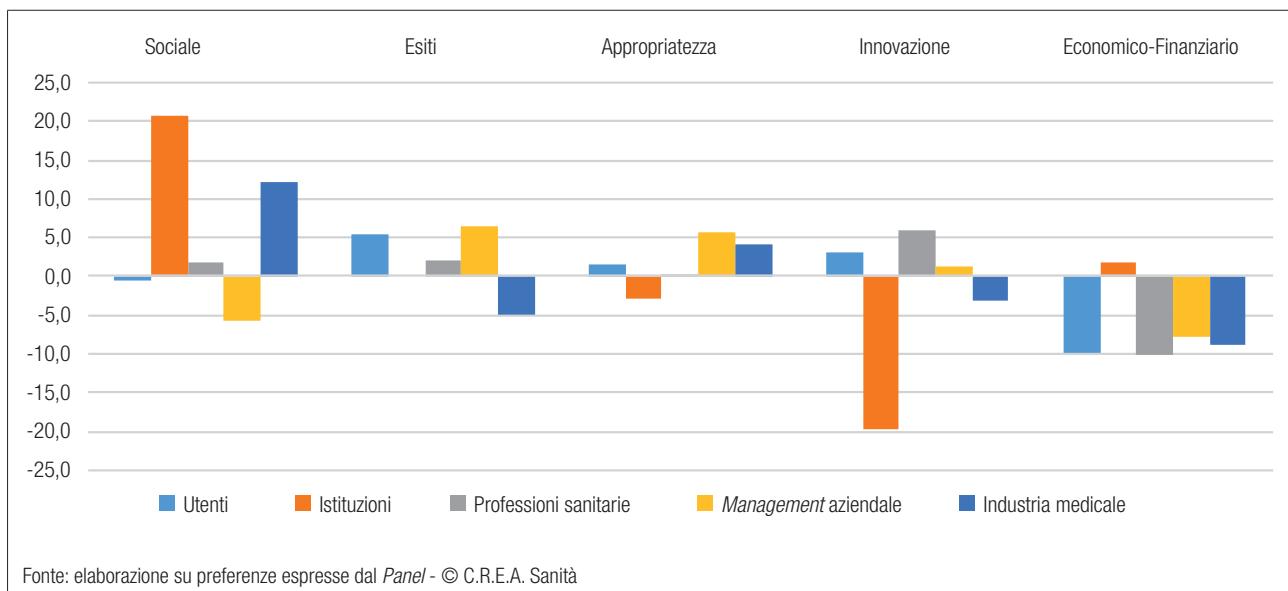


Figura 4b.2. Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance VI vs V edizione

Sempre per le Regioni in equilibrio, per il *Management* Appropriatezza ed Economico-Finanziario contribuiscono per il 50% alla *Performance*. Per i rappresentanti dell'Industria invece contribuisce per quasi il 60% la Dimensione Sociale.

Analizzando la dinamica dei “pesi” (Figura 4b.2.), ovvero del contributo alla *Performance*, per categoria, è possibile osservare come per gli Utenti sia aumentato il contributo degli Esiti (5,5 punti percentuali) e dell'Innovazione (3,2 punti percentuali), e si è invece ridotto quello della Dimensione Economico-Finanziaria (-9,8 punti percentuali). Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso del Sociale (20,8 punti percentuali) e si è invece ridotto quello dell'Innovazione (-19,7 punti percentuali); per le Professioni sanitarie è aumentato quello dell'Innovazione (5,9 punti percentuali) e si è invece ridotto di 10,2 punti percentuali quello dell'Economico-Finanziario. Per il *Management* aziendale è aumentato il peso di Appropriatezza (5,7 punti percentuali) ed Esiti (6,4 punti percentuali) e si è ridotto quello del Sociale (-5,8) e dell'Economico-Finanziaria (-7,7 punti percentuali). Infine, per l'Industria è aumentato il peso del Sociale e dell'Appropriatezza, rispettivamente di 12,3 e 4,2 punti percentuali.

Complessivamente si rileva come in questa ulti-

ma annualità sia aumentato soprattutto il contributo del Sociale, ma anche di Appropriatezza ed Esiti; il primo in maggior misura per gli *stakeholder* delle Regioni in Piano di Rientro. Si è invece ridotto quello dell'Economico-Finanziario e dell'Innovazione; il primo soprattutto per le realtà in Piano di Rientro, ragionevolmente per effetto dell'ulteriore riduzione del disavanzo economico-finanziario, che ha permesso di spostare l’“attenzione” sugli aspetti equitativi.

La Dimensione Innovazione, introdotta in via sperimentale nella precedente annualità, sembra continuare a riscuotere un “favore” relativo: da quanto emerso dai lavori di gruppo tenutisi durante il *Panel meeting*, riteniamo però sia causato dal fatto che gli indicatori disponibili sono ritenuti ancora non perfettamente rappresentativi della Dimensione.

4b.3. La *Performance* regionale

L'indice complessivo di *Performance* determinato nell'esercizio 2018 oscilla da un massimo del 51,0% ad un minimo del 19,0%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Trento ed il peggiore dalla Regione Sardegna (Figura 4b.3.).

In altri termini, il *Panel* esprime, implicitamente, la convinzione che anche le migliori *Performance* at-

tuali siano ancora significativamente distanti da una *Performance* ottimale in termini di complessiva capacità di tutela della Salute.

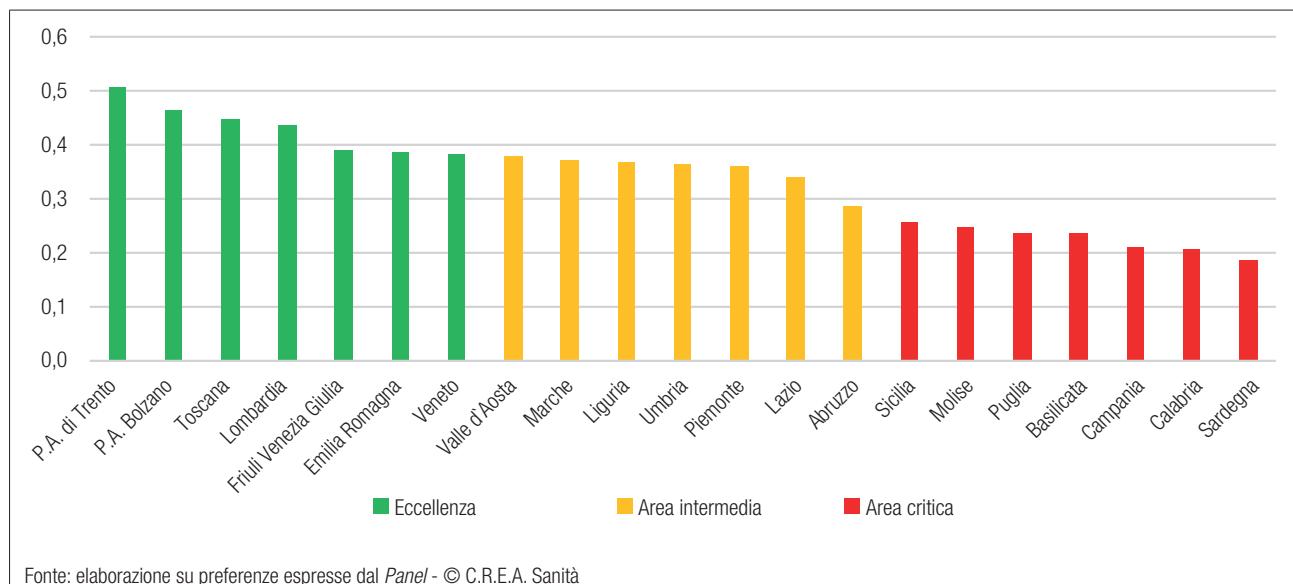
In termini relativi, il divario di *Performance* fra la prima e l'ultima è rilevante, essendo più del doppio.

Si continua a verificare che si possono distinguere tre gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance* raggiunti; la composizione del gruppo delle Regioni nell'area dell'"eccellenza" (con i caveat espressi sul livello, modesto, di soddisfazione espresso dal *Pa-*

nel) rimane stabile nel tempo e contiene (in ordine di risultato): P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Toscana, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Veneto; all'altro estremo, altrettanto stabile, è il gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni che rimane nell'area più critica (Sicilia, Molise, Puglia, Basilicata, Campania, Calabria, Sardegna).

Di seguito si riportano i risultati per CATEGORIA di stakeholder e, a seguire per "stato" del SSR.

Figura 4b.3. Indice di Performance



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal Panel - © C.R.E.A. Sanità

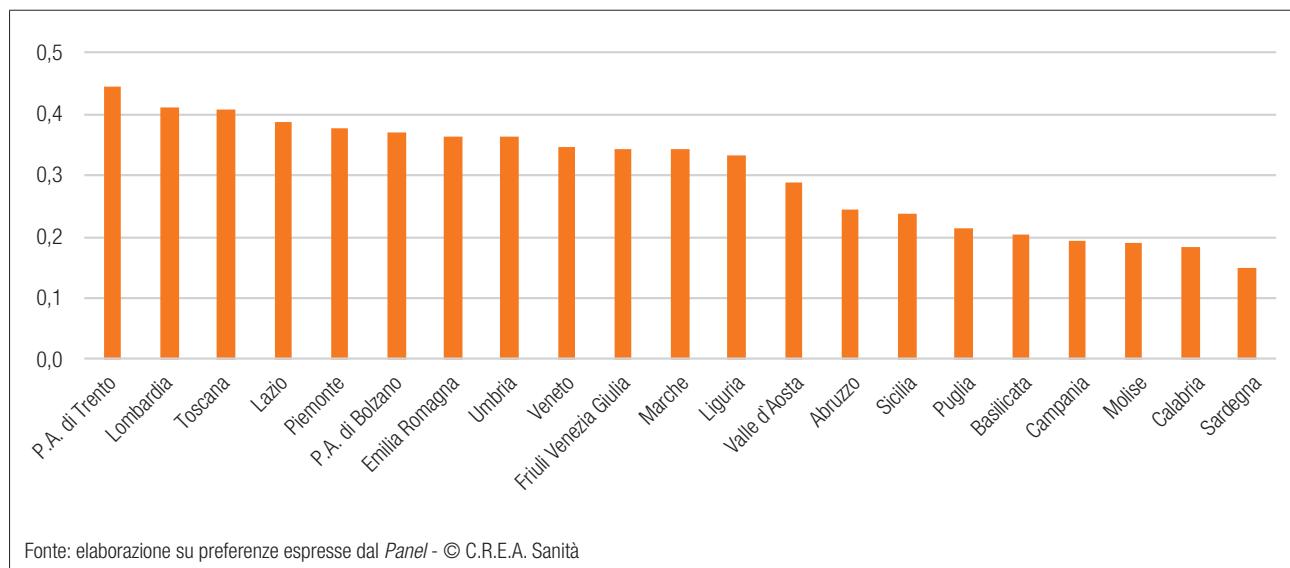
CATEGORIA Utenti

Per la CATEGORIA Utenti, la P.A. di Trento, con una *Performance* del 44,0%, continua a mantenere la prima posizione, ma con un livello di "gradimento" inferiore (Figura 4b.4.).

Seguono Lombardia e Toscana con una *Performance* rispettivamente pari a 41,0% e 40,0%: come precedentemente accennato, gli Utenti si sono dimostrati molto "esigenti" in termini di valore attribuito agli indicatori, ritenendo che le determinazioni sotto la media contribuiscano poco o nulla alla *Performance*; e questo spiega i bassi valori di *Performance*;

Campania, Molise, Calabria e Sardegna occupano le ultime quattro posizioni con un indice di *Performance* sempre inferiore al 20,0%.

Rispetto all'indice generale, per gli Utenti la Lombardia recupera due posizioni diventando seconda, la Toscana rimane al terzo posto e il Lazio migliora di ben 7 posizioni, passando dal 13° posto al quarto; all'estremo opposto abbiamo il Molise, che perde tre posizioni occupando il terz'ultimo posto, e la Puglia che diventa sest'ultima recuperandone una, ma restando comunque nell'area "critica".

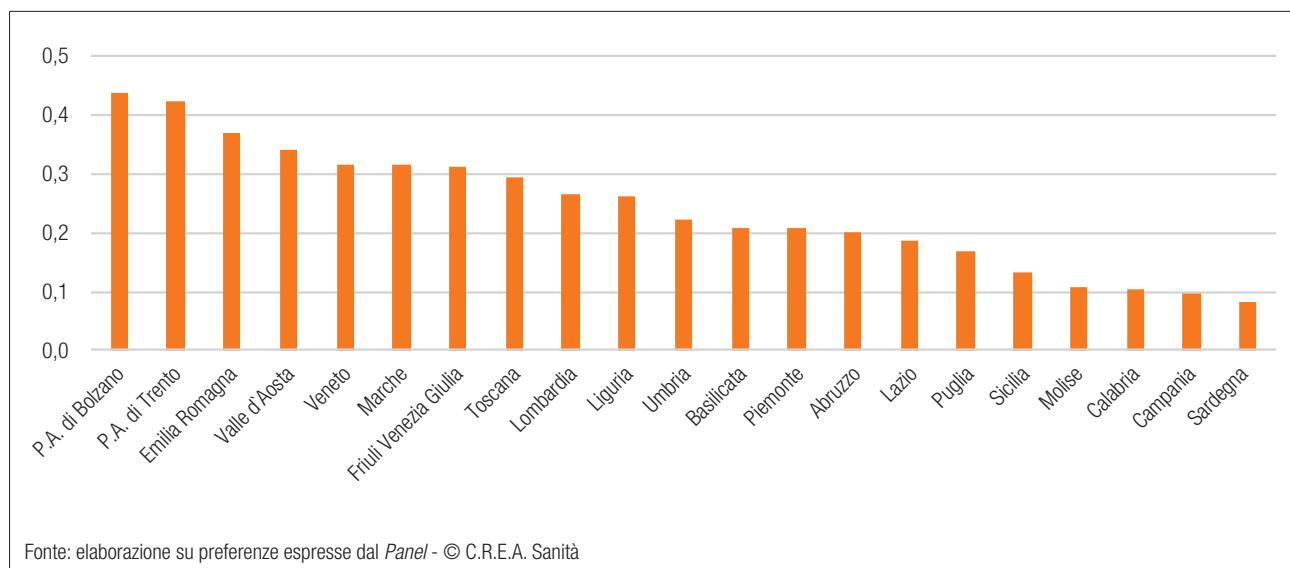
Figura 4b.4. Indice di Performance. Categoria Utenti

Categoria Istituzioni

Anche i rappresentanti delle Istituzioni, come gli Utenti, sono risultati abbastanza “esigenti”: la misura di *Performance* varia dallo 44% della P.A. di Bolzano all’8% del SSR sardo (Figura 4b.5.). La P.A. di Trento segue quella di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (42,0%). Nelle ultime posizioni troviamo Puglia, Sicilia, Molise, Calabria, Campania

e Sardegna che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 17,0% e l’8,0%.

Rispetto alla classifica generale, Bolzano recupera una posizione, a scapito della P.A. di Trento, e l’Emilia Romagna migliora di tre posizioni diventando terza. Nella parte bassa del *ranking*, la Sardegna si conferma fanalino di coda, mentre la Puglia recupera invece una posizione diventando sest’ultima.

Figura 4b.5. Indice di Performance. Categoria Istituzioni

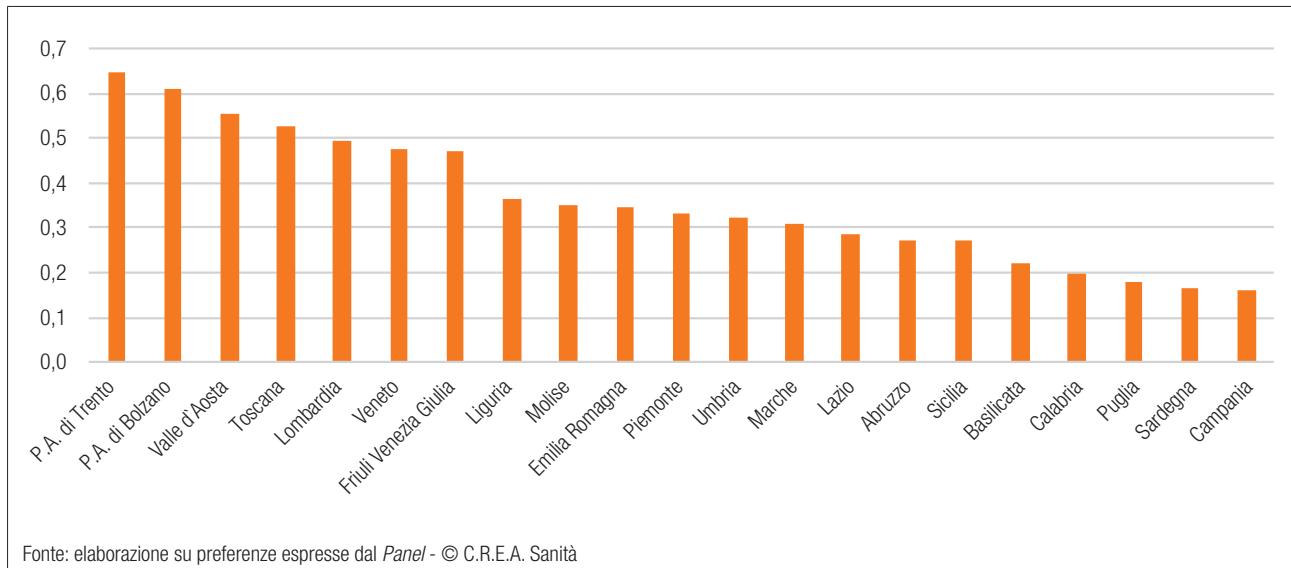
Categoria Professioni sanitarie

I Professionisti sanitari sembrano essere mediamente più soddisfatti della *Performance* complessiva: il punteggio varia fra il 65,0% della P.A. di Trento e il 16,0% della Campania; P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Toscana, Lombardia e Veneto, con un livello di *Performance* compreso tra 0,65 e 0,48 occupano le prime sei posizioni; Puglia, Sardegna e Campania occupano, invece, le ultime tre con

un indice di *Performance* compreso tra il 18,0% e il 16,0% (Figura 4b.6.).

Rispetto alla classifica generale, le PP.AA. di Trento e Bolzano conservano rispettivamente le prime due posizioni, la Valle d'Aosta recupera cinque posizioni diventando terza, ed il Veneto ne recupera una, diventando sesta; la Calabria scivola all'ultimo posto e la Puglia perde due posizioni diventando terz'ultima.

Figura 4b.6. Indice di *Performance*. Categoria Professioni Sanitarie

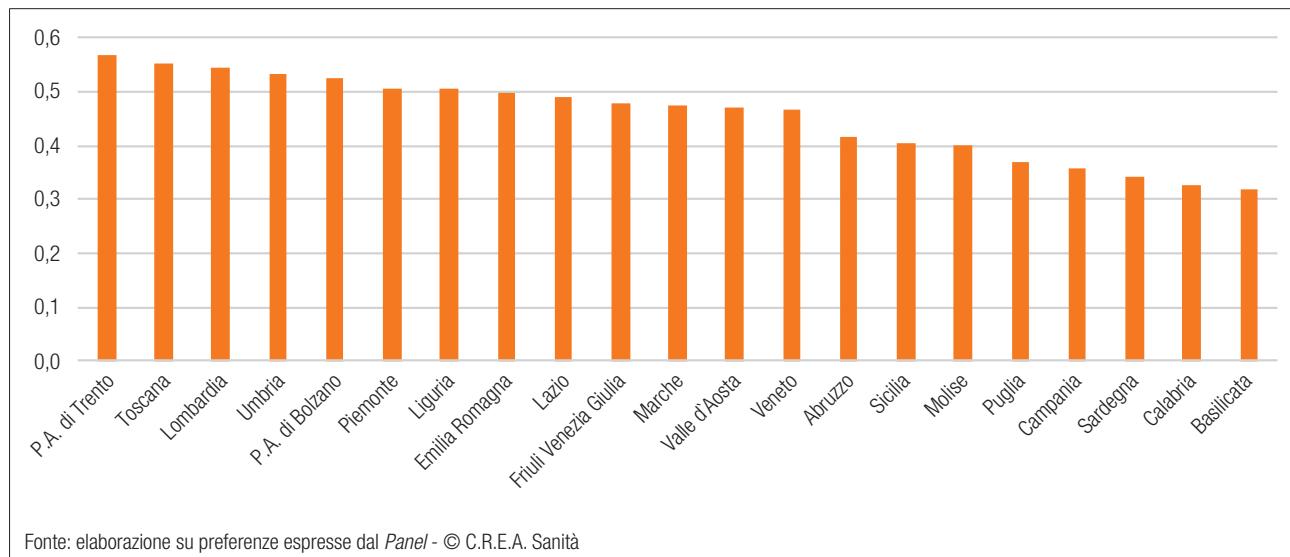


Categoria Management aziendale

Per la Categoria *Management aziendale*, il *gap* tra il SSR più “performante” e quello meno è abbastanza ristretto: si passa da un valore massima del 57,0% della P.A. di Trento ad uno minimo del 32,0% del SSR lucano (Figura 4b.7.). P.A. di Trento, Toscana, Lombardia, Umbria, P.A. di Bolzano, Piemonte e Liguria occupano le prime otto posizioni con una *Performance* compresa tra il 57,0% e il 51,0%; all'estremo opposto troviamo Puglia, Campania, Sardegna, Calabria e Basilicata che occupano le ultime cinque posizioni con un valore di *Performance* com-

preso tra il 37,0% e il 32,0%.

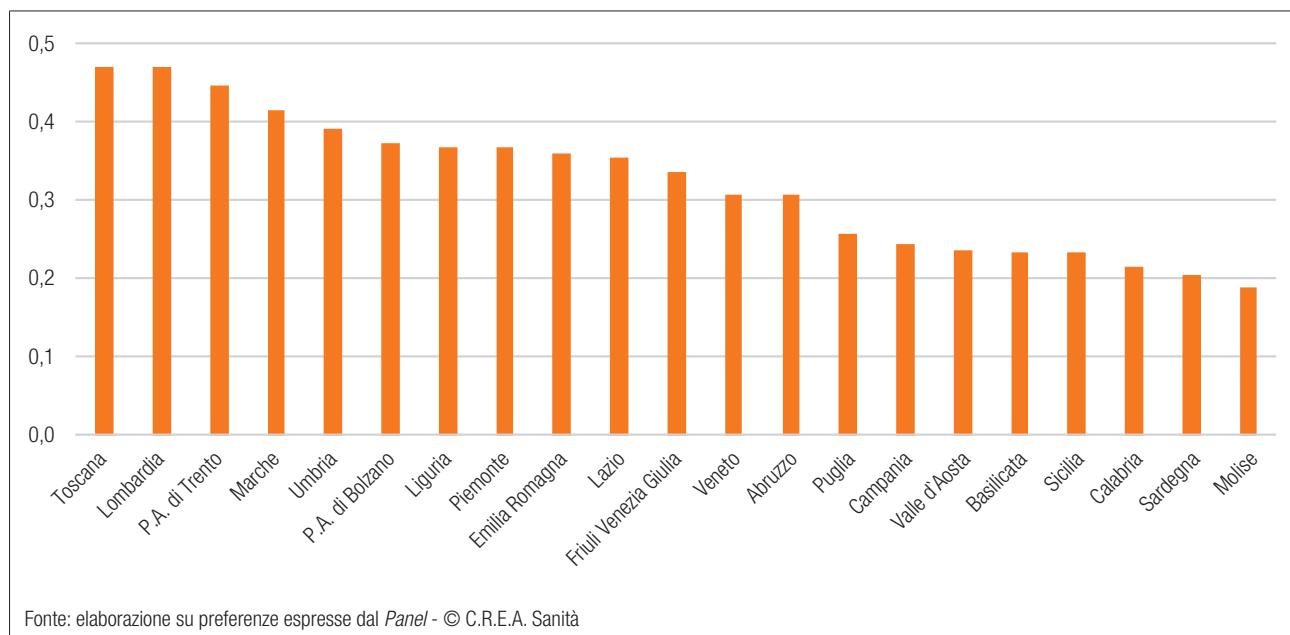
In questa prospettiva Toscana e Lombardia migliorano di una posizione diventando rispettivamente seconda e terza; la P.A. di Bolzano ne perde tre diventando quinta; all'estremo opposto abbiamo la Basilicata che perde tre posizioni diventando ultima. Il Lazio in questa prospettiva recupera quattro posizioni posizionandosi nella prima parte della classifica. Degno di nota è la situazione dell'Umbria che in questa prospettiva recupera ben sette posizioni raggiungendo il quarto posto.

Figura 4b.7. Indice di Performance. Categoria Management aziendale

Categoria Industria medicale

Per la Categoria Industria medicale, la misura di *Performance* varia dal 47,0% della Toscana, al 19,0% del Molise (Figura 4b.8.). Quattro Regioni hanno un valore di *Performance* superiore al 40,0%: Toscana, Lombardia, P.A. di Trento e Marche; sette, nello specifico Campania, Valle d'Aosta, Basilicata, Sicilia, Calabria, Sardegna e Molise, hanno invece una *Performance* inferiore al 25,0%.

La perdita di posizioni di Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Veneto sono importanti; quest'ultima diventa dodicesima perdendo ben cinque posizioni; migliorano in maniera importante la loro posizione Marche e Umbria, posizionandosi rispettivamente al quarto e al quinto posto, entrando quindi nell'area di "eccellenza".

Figura 4b.8. Indice di Performance. Categoria Industria medicale

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 tre elementi che riteniamo sostanziali per gli esercizi di valutazione della *Performance*: il primo è l’importanza di considerare la multi-dimensionalità degli obiettivi, il secondo è quello della esplicitazione della prospettiva adottata ed il terzo quello del contesto di provenienza degli *stakeholder*.

In corso d’opera, come già testimoniato nelle precedenti edizioni, è emerso un elemento aggiuntivo che riteniamo di grande valenza interpretativa: la dinamica dei pesi, e quindi del contributo delle diverse Dimensioni alla *Performance*, si è dimostrato cambi di anno in anno, e in modo coerente con le modificazioni in corso nel dibattito di politica sanitaria. Fa testo la riduzione dell’importanza della Dimensione Economico-Finanziaria, avvenuto in corrispondenza del risanamento finanziario dei SSR; come anche la crescita della importanza della componente Esiti, avvenuta parallelamente alla diffusione del Programma Nazionale Esiti.

In tema di effettiva molteplicità degli obiettivi e delle prospettive, assunzioni di base della metodologia, la conferma dell’assunto viene dall’evidenza, costante nelle diverse edizioni, di differenze significative nelle funzioni di valore/utilità degli indicatori, come anche di costanti di scambio fra gli stessi non unitarie.

Tutto questo si traduce in un differente contributo che le diverse Dimensioni danno alla *Performance*, come anche nei diversi *ranking* prodotti dai diversi gruppi di *stakeholder*.

Nella VI edizione del progetto, accanto alla continua crescita del peso di Esiti ed Appropriatezza, si è associato un aumento del contributo del Sociale.

Già della precedente edizione è stato, altresì, riscontrato come la *Performance* vari con lo “stato” della Regione di provenienza dei membri per *Panel*, a dimostrazione che oltre gli interessi di cui gli esperti sono portatori, incide sulle valutazioni il quadro delle “priorità” politiche in cui si opera.

In sintesi, i risultati di questa VI edizione del progetto (anno 2018) confermano che:

- sono assolutamente significative le differenze di valutazione dei diversi *stakeholder*
- all’interno delle categorie il contesto di provenienza modifica le preferenze.

Inoltre:

- 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
- il contributo dei vari indicatori e quindi delle diverse Dimensioni, alla *Performance* è difforme e dipendente dalle prospettive adottate.

A riprova di quanto segnalato, la Dimensione Sociale appare particolarmente importante per chi opera nelle realtà in Piano di Rientro, a fronte di una ulteriore riduzione del peso della Dimensione Economico-Finanziaria ed Innovazione.

Potremmo sintetizzare questa evidenza richiamando il divario Nord-Sud del SSN italiano, il quale trova una sua ulteriore declinazione nei criteri di misurazione della *Performance*.

Un ulteriore spunto degno di interesse riguarda i livelli assoluti di soddisfazione degli esperti rispetto alle *Performance* attuali: anche i risultati regionali migliori raggiunti, sono infatti ben lontani da una *Performance* ottimale, soprattutto nella prospettiva degli Utenti e delle Istituzioni; Professionisti sanitari e *Management* sono decisamente più “soddisfatti” dei livelli raggiunti.

Potremmo tentare una sintesi di questa evidenza richiamando come la “domanda” sia ormai insoddisfatta dei livelli di servizio, mentre sul lato dell’offerta sembra si ritenga, con molte evidenti ragioni, di avere fatto “il massimo” con le risorse disponibili.

Si riduce anche il *gap* tra chi opera in Regioni in sostanziale equilibrio e chi in Regioni in Piano di Rientro: rimane una maggiore “aspettativa” in coloro che operano in realtà in sostanziale equilibrio, ma il fenomeno si attenua nel tempo, proporzionalmente al progressivo superamento delle condizioni di “ritar-

do" delle Regioni in Piano di rientro.

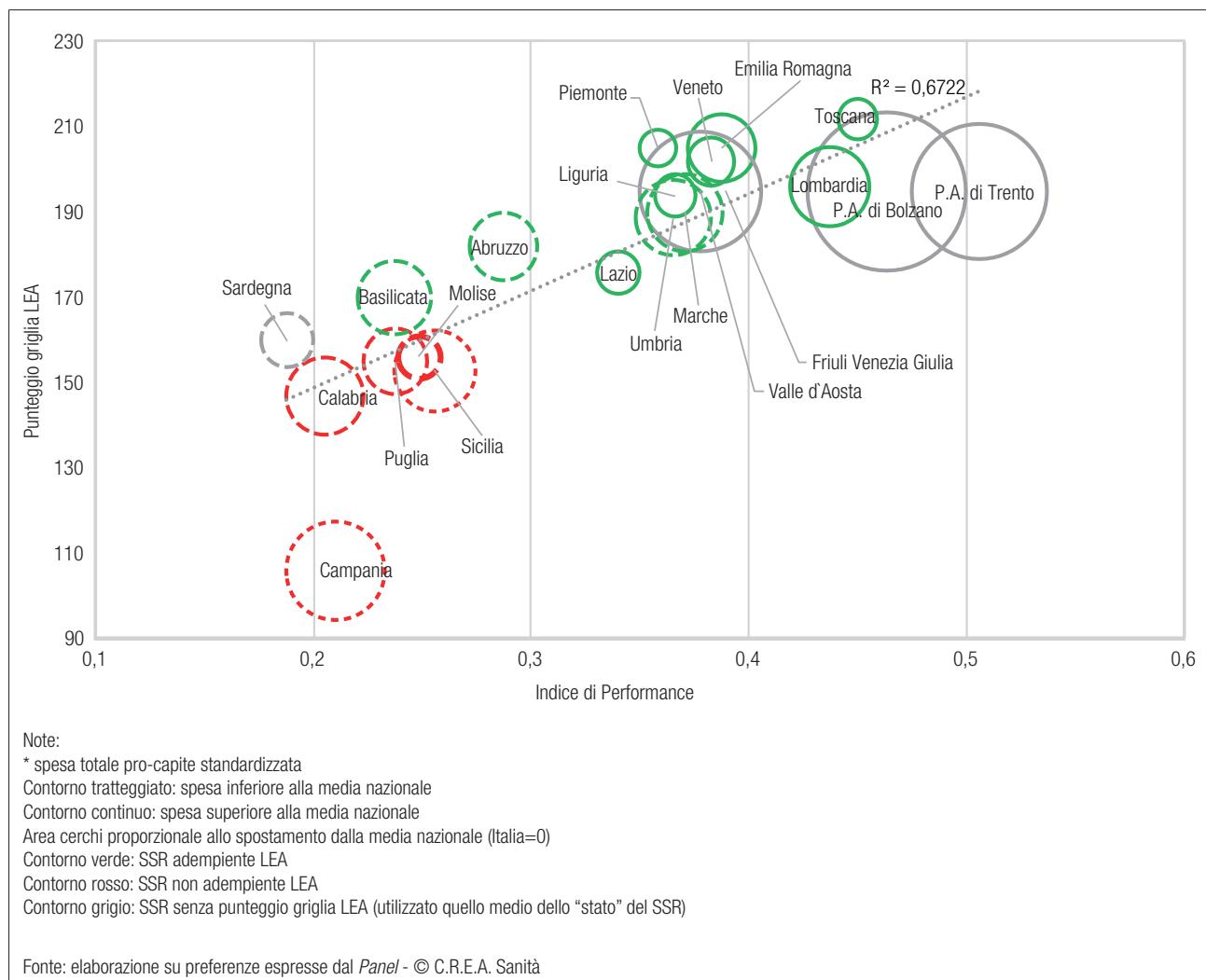
Rimangono irrisolti alcuni aspetti peculiari: per la Dimensione Economico-Finanziaria, ad esempio, si conferma la netta separazione di tipo "geografico", per cui elevati livelli di spesa totale sono sostanzialmente giustificati nelle Regioni in sostanziale equilibrio, ed in particolare dai rappresentanti delle Istituzioni locali, mentre la sua riduzione è considerata foriera di miglioramenti di *Performance* nelle Regioni in Piano di Rientro.

In termini analoghi, va segnalato come la CATEGORIA Utenti, soprattutto ove appartenete a realtà in Piano di Rientro, dia molta importanza all'innovazio-

ne organizzativa (introduzione di PDTA) e al Sociale, mentre nelle restanti realtà (in sostanziale equilibrio) al Sociale affiancano l'appropriatezza in termini di ricorso al ricovero ordinario.

Complessivamente è possibile osservare che livelli maggiori di tutela della Salute si riscontrano nelle Regioni del Nord-Est del Paese, fenomeno interpretabile (anche alla luce della crescente importanza della Dimensione Sociale) come una indicazione della necessità di sviluppare politiche di integrazione fra Sanità e Sociale, come misura imprescindibile per perseguire una migliore *Performance* nell'ambito della tutela della Salute e dell'inclusione.

Figura 4b.9. Performance, Griglia LEA e spesa sanitaria*. Anno 2016



Infine, incrociando il livello di *Performance* stimato, con i punteggi della Griglia LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del Ministero della Salute, e con la spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata tenendo presente che alle 5 Regioni a statuto speciale (cerchio grigio) non è assegnato un punteggio LEA, per cui nella Figura 4b.9. convenzionalmente è stato fissato pari a quello medio delle Regioni in Piano di Rientro o meno, è stato osservato come, in termini di *ranking*, la *Performance* sia sostanzialmente allineata a quella della Griglia LEA, ma i risultati “qualitativi” sono anche correlati ai livelli di spesa sanitaria totale (pubblica e privata).

In generale, le Regioni con una spesa sanitaria totale inferiore alla media nazionale (cerchi con contorni tratteggiati nel grafico sotto) presentano un punteggio di Griglia LEA inferiore alla sufficienza, ri-

sultando quindi inadempienti (colore rosso); quelle con una spesa maggiore (contorno continuo) presentando invece punteggi più alti (colore verde).

Si potrebbe, quindi, concludere che, per una efficace tutela della Salute, aderente alle aspettative della Società italiana, non sia più sufficiente il raggiungimento del livello di adempimento previsto per i LEA: infatti, le realtà che raggiungono livelli migliori di tutela della Salute, in generale erogano dei “super-LEA”, ovvero livelli di servizio superiori ai valori normali di riferimento.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari), *Rapporto Sanità*
Istat (anni vari), *Indagine Spesa delle famiglie*

ENGLISH SUMMARY

Performance evaluation (6th edition): the Italian Regional Healthcare Services

The chapter reports the results of the sixth 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 both the democratic participation of all the different healthcare system stakeholders and a transparent methodology for eliciting and weighting preferences.

In developing this methodology, we have been inspired by the process of direct elicitation of preferences, and by decision analysis techniques, the last used for the subsequent composition.

The experiment has involved a panel of 100 experts, belonging to 5 different categories of stakeholders ("Users", "Healthcare professions", "Medical industry", "Management" and "Institutions").

The selected (a priori) dimensions of Performance were:

- outcomes
- appropriateness
- economic and financial
- social (fairness)
- innovation.

Analysing the RHS rankings resulting by the experiment, in terms of overall Performance, as well as single Performance dimension, 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 used 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 dif-

ferent dimensions of the Performance.

Going deeper in the results, Trento RHS ranks first, in the overall, for Users, Healthcare Professionals and Management perspectives, Bolzano ranks first in Institutions and Toscana Industry perspective. At the opposite side of the scale, the region of Sardegna ranks last, in the overall, for Users and Institutions perspectives, Basilicata in Management perspective, Campania for Healthcare Professionals and Molise for Industry perspective.

In the overall assessment, the perspective of the Management implies the smaller gap between the worst and the best region, the higher in the Healthcare professionals.

In this edition of the project the contribution of Social dimension to the overall Performance increased, reaching the 26.1%, followed by Appropriateness, 22.8%, Outcome with 23.1%, Economic and Financial and Innovation contribute respectively for 14.3% and 13.8%.

In the Users perspective, Social and Appropriateness are the most important dimensions; for the Healthcare Professionals and Management, Appropriateness and Outcome; for the Institutions, Social and Outcome. Finally, for the Medical industry perspective Social and Innovation.

The analysis confirms the evidence of the previous edition, namely that the stakeholders have different opinions about Performance, related to the specific context: stakeholder coming from Regions with budget deficit give a higher weight to Social and Economic and Financial dimensions; the other ones to Outcome, Appropriateness and Innovation.

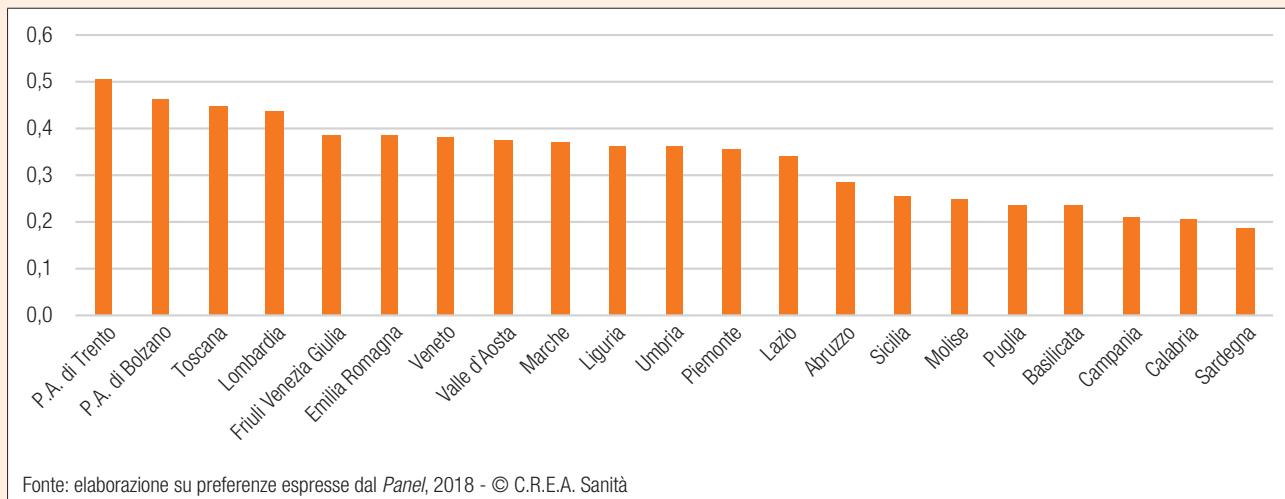
In conclusion, in the belief that accountability is a duty, particularly by the public institutions, and also that Performance improvement can be encouraged and stimulated by introducing merit-based rankings,

we are confident that the experimented method can contribute to the debate by having demonstrated that it is essential to:

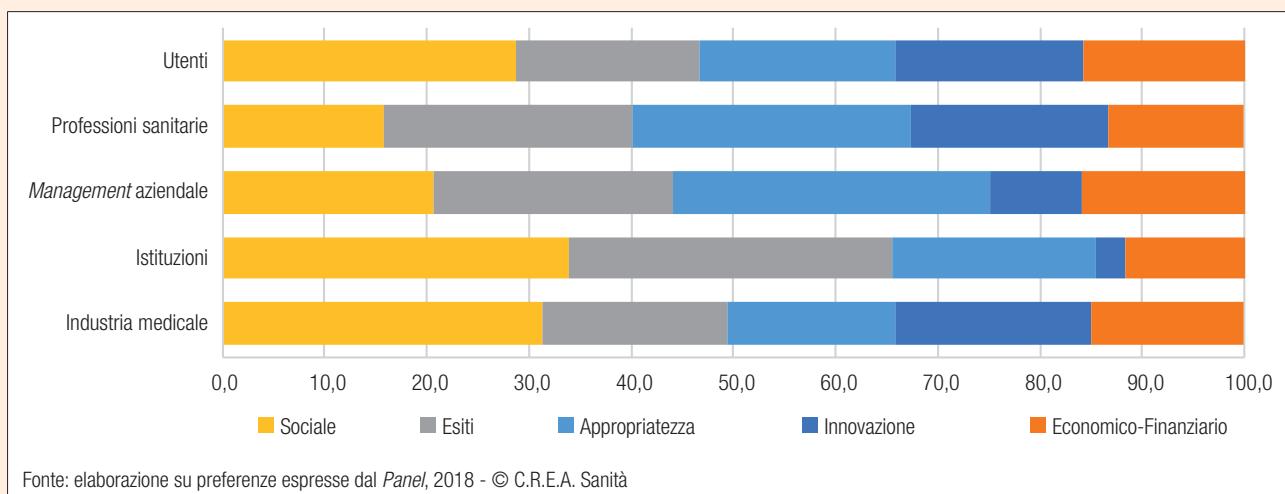
- *ensure the explanation, and therefore the transparency of the system of values that underlies the assessments*
- *democratically represent and compose the*

various issues, and therefore the different priorities of the various system stakeholders

- *assess the RHS Performance in a dynamic way, by considering the context (national and local) and consequently the changes of the political priorities.*

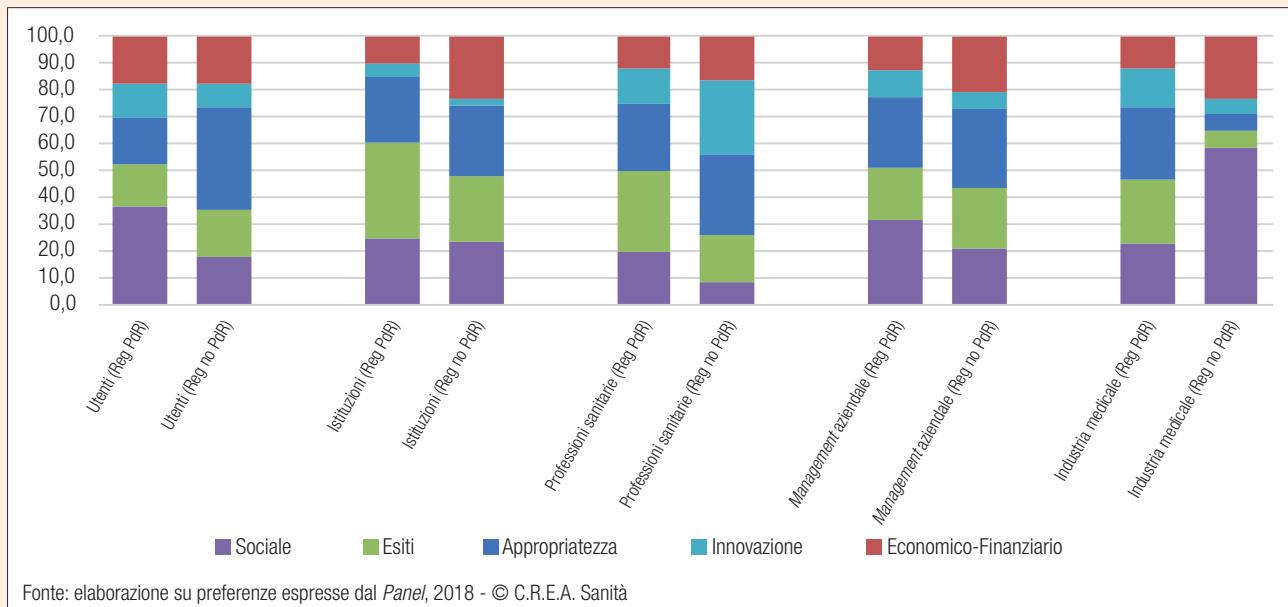
KI 4b.1. *Performance* dei SSR. Anno 2018

Il SSP trentino, con un livello di *Performance* pari a 0,51 (51,0% di quella massima), risulta essere il più performante, seguono la P.A. di Bolzano, la Toscana, la Lombardia con una *Performance* superiore a 0,44; tutte le Regioni del Sud si trovano nella parte più bassa della classifica ed hanno livelli di *Performance* più bassi: compresi tra 0,26 (Abruzzo) e 0,19 (Sardegna).

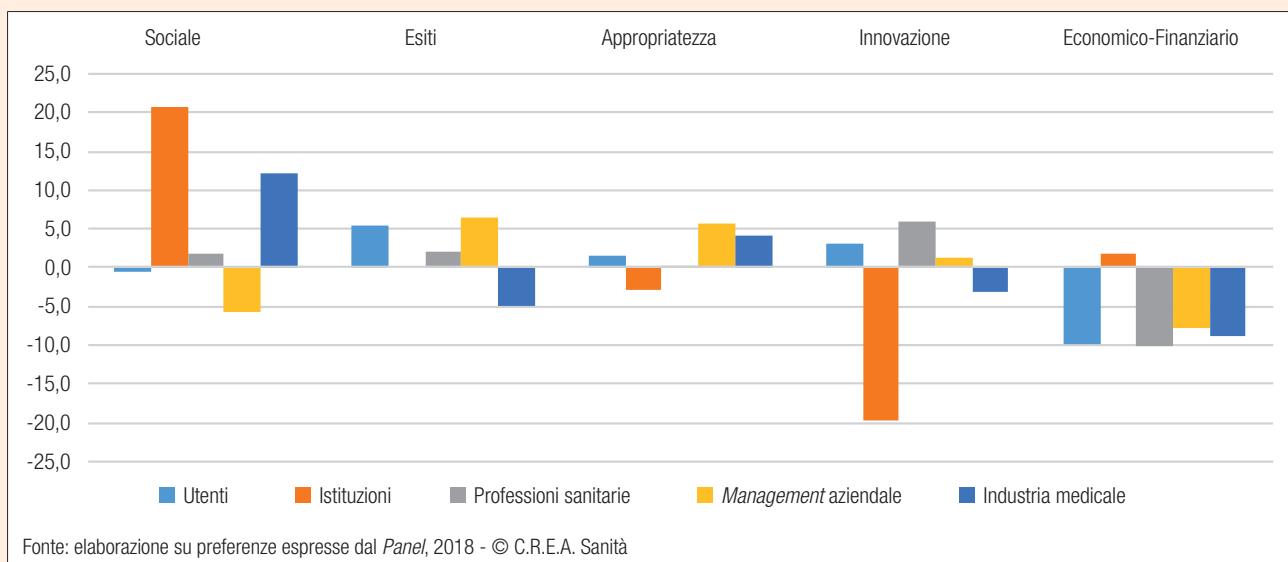
KI 4b.2. Contributo dei diversi domini alla *Performance* dei SSR per CATEGORIA di stakeholder. Anno 2018

Prendendo in analisi le Dimensioni della *Performance* si osserva che Sociale ed Appropriatezza contribuiscono maggiormente (26,1% e 22,8% rispettivamente), seguite dagli Esiti (23,1%); le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione contribuiscono rispettivamente per il 14,3% e 13,8%. Rispetto alla precedente edizione (2017) si osserva come sia aumentato il peso della Dimensione Sociale (5,7 punti percentuali), degli Esiti (1,9 punti percentuali) e dell'Appropriatezza (1,7 punti percentuali), e si sia invece ulteriormente ridotto quello della Dimensione Economico-Finanziaria (-6,9 punti percentuali) e dell'Innovazione (-2,5 punti percentuali).

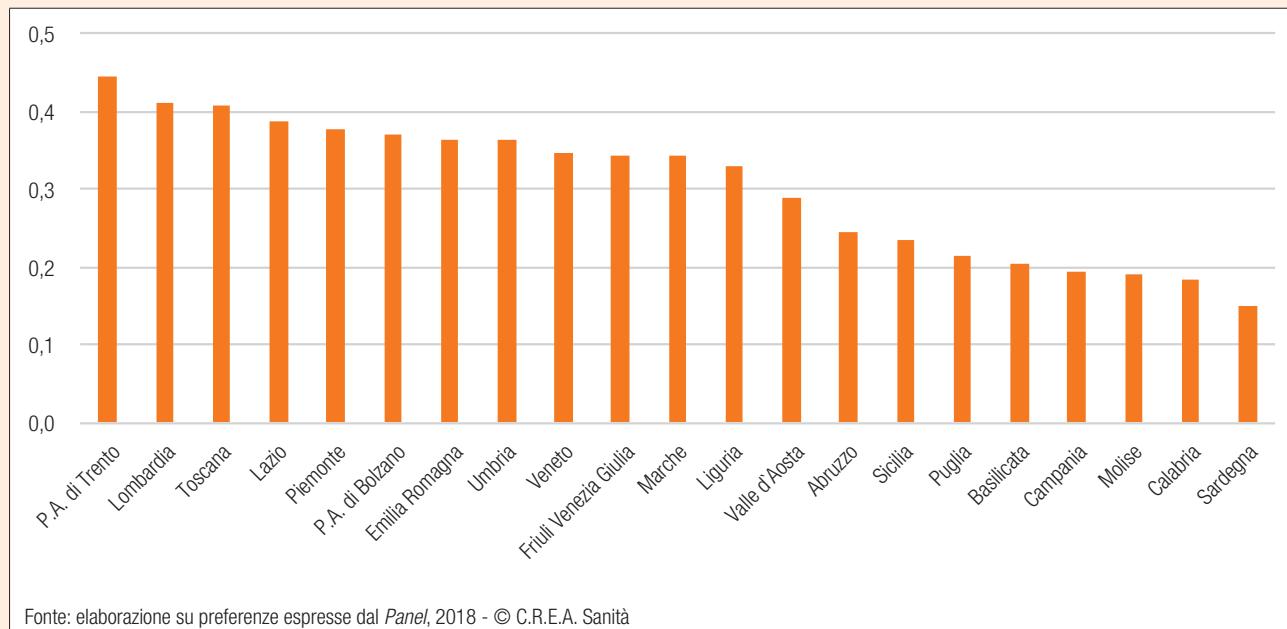
Analizzando i risultati per CATEGORIA, nel caso degli Utenti le Dimensioni Sociale ed Appropriatezza contribuiscono per quasi il 50% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (28,7% e 19,2% rispettivamente); seguono Innovazione, Esiti ed Economico-Finanziaria, rispettivamente con il 18,5%, il 17,9% ed il 15,7% rispettivamente. Per i rappresentanti delle Istituzioni, Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 55% alla *Performance* (33,9% e 31,6% rispettivamente), segue l'Appropriatezza con il 20,0% e l'Economico-Finanziaria con l'11,7%; l'Innovazione contribuisce solo per il 2,8%. Per le Professioni sanitarie sono Esiti ed Appropriatezza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente, 24,3% e 27,2% rispettivamente, seguite dall'Innovazione con il 19,3%, dal Sociale con il 15,8% e dall'Economico-Finanziaria (13,3%). Per il Management aziendale, come per le Professioni sanitarie, sono Esiti ed Appropriatezza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 31,0% e 23,4% rispettivamente; seguite dal Sociale con il 20,7%, dall'Economico-Finanziaria (16,0%) e dall'Innovazione con il 9,0%. Infine, per l'Industria, sono il Sociale e l'innovazione le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (31,3% e 19,2% rispettivamente), seguite dagli Esiti (18,1%), dall'Appropriatezza (16,4%) e dall'Economico-Finanziaria (14,9%).

KI 4b.3. Contributo delle diverse Dimensioni alla *Performance* dei SSR secondo le diverse categorie di *stakeholder*. Anno 2018Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando i pesi distintamente per *stakeholder* afferenti o meno a Regioni in Piano di Rientro si riscontra come per gli Utenti delle Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (36,5%), seguito da quello dell'Economico-Finanziaria (17,7%); per i rappresentanti delle Istituzioni e Professioni sanitarie, sempre afferenti a regioni in Piano di Rientro, prevalgono i contributi di Esiti ed Appropriatezza: 59,9% e 55,3% rispettivamente per le due categorie. per il *Management* delle Regioni in equilibrio, Appropriatezza ed Economico-finanziario contribuiscono per il 50,0% alla *Performance*. Per i rappresentanti dell'Industria che operano nelle realtà in sostanziale equilibrio sembra invece contribuire per quasi il 60,0% alla *Performance* la Dimensione Sociale. Per i Professionisti sanitari operanti nelle Regioni in equilibrio sono Appropriatezza ed Innovazione le Dimensioni che contribuiscono maggiormente (30,0% e 27,9% rispettivamente). Per il *Management* aziendale è maggiormente importante il contributo del Sociale (41,6%) e dell'Appropriatezza (26,7%).

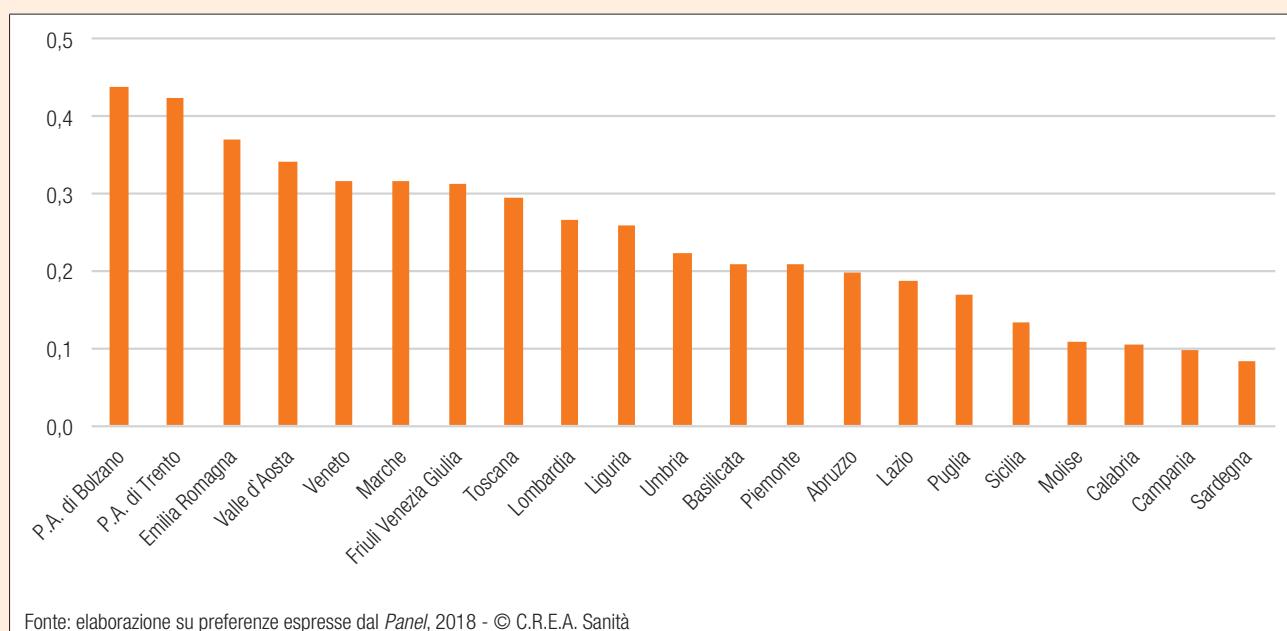
KI 4b.4. Variazione del contributo delle diverse Dimensioni alla *performance* dei SSR secondo le diverse categorie di *stakeholder*. Anno 2018Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Rispetto alla V edizione (2017) è possibile osservare come per gli Utenti sia aumentato il contributo degli Esiti (5,5 punti percentuali) e dell'Innovazione (3,2 punti percentuali), e si è invece ridotto quello della Dimensione Economico-Finanziaria (-9,8 punti percentuali). Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso del Sociale (20,8 punti percentuali) e si è invece ridotto quello dell'Innovazione (-19,7 punti percentuali); per le Professioni sanitarie è aumentato quello dell'Innovazione (5,9 punti percentuali) e si è invece ridotto di 10,2 punti percentuali quello dell'Economico-Finanziario. Per il *Management* aziendale è aumentato il peso di Appropriatezza (5,7 punti percentuali) ed Esiti (6,4 punti percentuali) e si è ridotto quello del Sociale (-5,8) e dell'Economico-Finanziaria (-7,7 punti percentuali). Infine, per l'Industria è aumentato il peso del Sociale e dell'Appropriatezza, rispettivamente di 12,3 e 4,2 punti percentuali.

KI 4b.5. *Performance* dei SSR secondo la categoria Utenti. Anno 2018

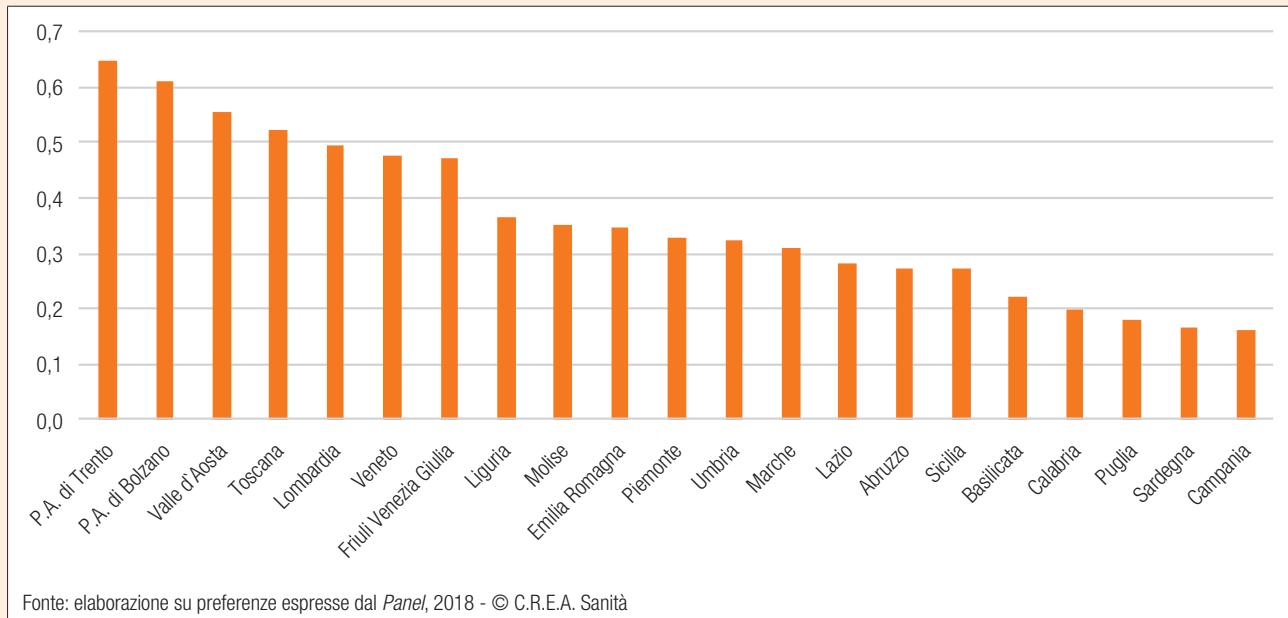
Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Per la Categoria Utenti, la P.A. di Trento, con 44,0%, continua a mantenere la prima posizione, ma con un livello di *Performance* inferiore. Seguono Lombardia e Toscana con una *Performance* rispettivamente pari a 41,0% e 40,8%: come precedentemente accennato, gli Utenti si sono dimostrati molto “esigenti” in termini di valore attribuito agli indicatori, ritenendo che le determinazioni sotto la media contribuiscono poco o nulla alla *Performance* e questo spiega i bassi valori di *Performance*; Campania, Molise, Calabria e Sardegna occupano le ultime quattro posizioni con un indice di *Performance* sempre inferiore al 20%.

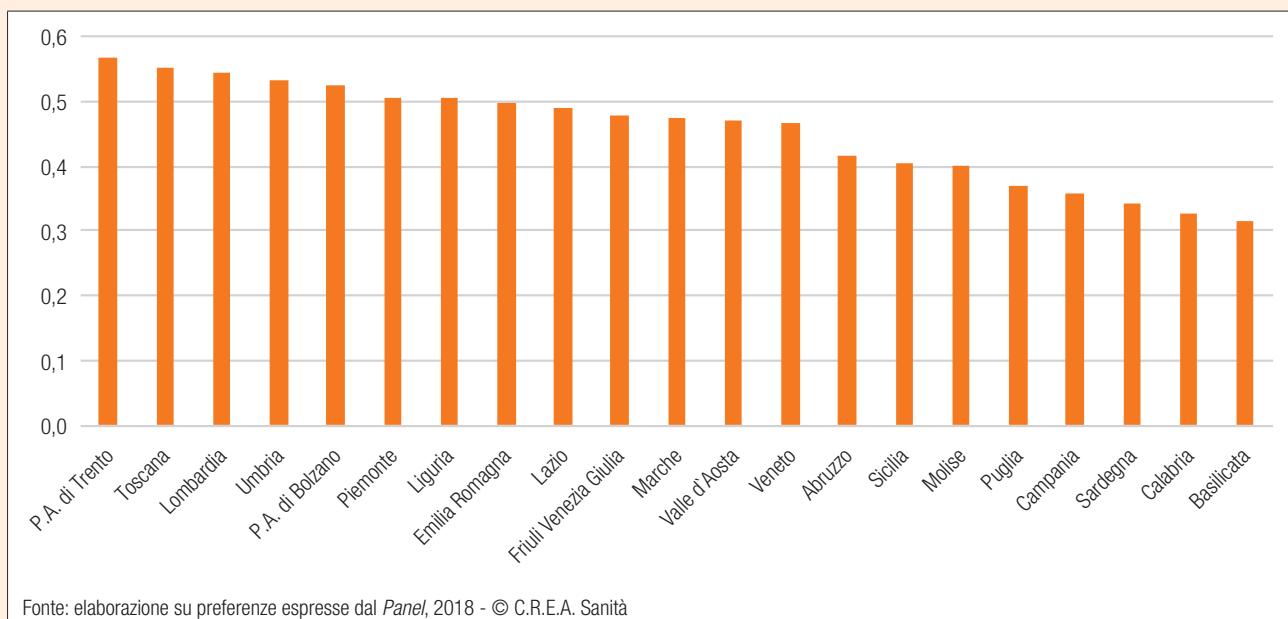
KI 4b.6. *Performance* dei SSR secondo la categoria Istituzioni. Anno 2018

Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

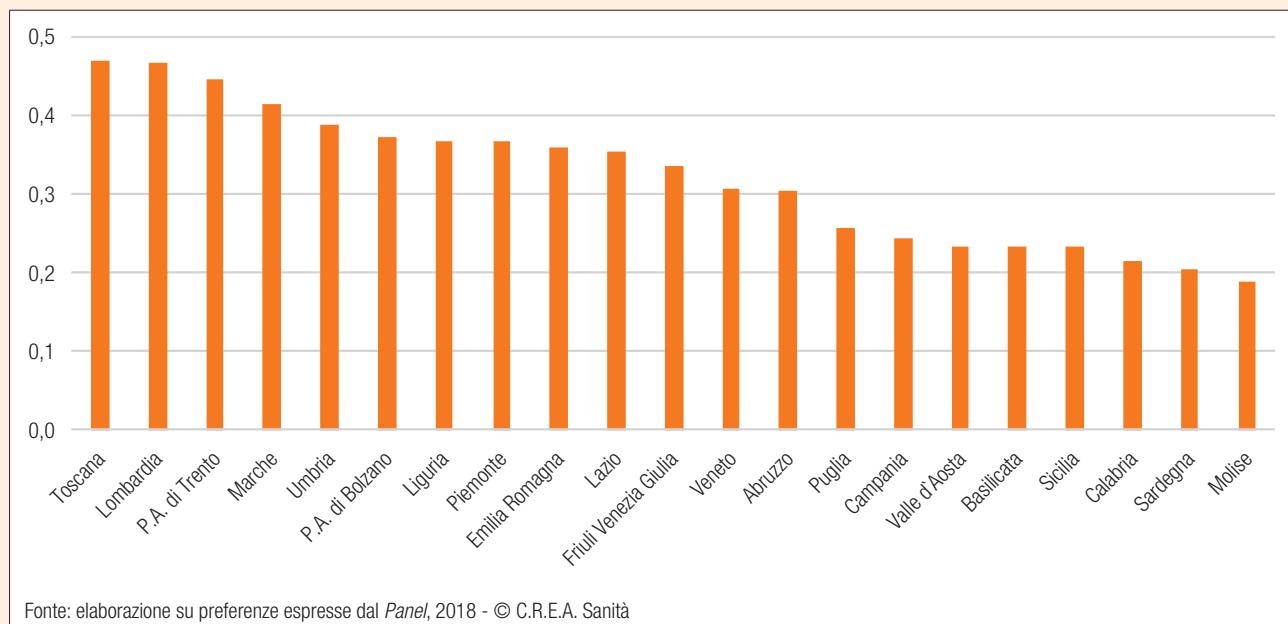
Per i rappresentanti delle Istituzioni la misura di *Performance* varia dallo 44,0% della P.A. di Bolzano all'8,1% del SSR sardo. La P.A. di Trento segue quella di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (42,0%). Nelle ultime posizioni troviamo Puglia, Sicilia, Molise, Calabria, Campania e Sardegna che presentano un livello di *Performance* al di sotto dei valori peggiori espressi nella media dagli *stakeholder* e compreso tra il 16,7% e l'8,1%.

KI 4b.7. *Performance* dei SSR secondo la categoria Professioni Sanitarie. Anno 2018

I Professionisti sanitari sembrano essere complessivamente più soddisfatti della *Performance* complessiva: il punteggio varia fra il 64,9% della P.A. di Trento e il 16,0% della Campania; P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Toscana, Lombardia e Veneto, con un livello di *Performance* compreso tra 0,65 e 0,48 occupano le prime sei posizioni; Puglia, Sardegna e Campania occupano, invece, le ultime tre con un indice di *Performance* basso, compreso tra il 18,1% e il 16,0%.

KI 4b.8. *Performance* dei SSR secondo la Categoria *Management Aziendale*. Anno 2018

Per la Categoria *Management aziendale* il *gap* tra il SSR più performante e meno *Performance* è abbastanza ristretto: si passa da un valore massimo del 56,7% della P.A. di Trento ad uno minimo del 31,7% del SSR lucano. P.A. di Trento, Toscana, Lombardia, Umbria, P.A. di Bolzano, Piemonte e Liguria occupano le prime otto posizioni con una *Performance* compresa tra il 56,7% e il 50,6%; all'estremo opposto troviamo Puglia, Campania, Sardegna, Calabria e Basilicata che occupano le ultime cinque posizioni con un valore di *Performance* compreso tra il 36,8% e il 31,7%.

KI 4b.9. *Performance* dei SSR secondo la categoria “Industria medicale” gli *stakeholder*. Anno 2018

Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Per la Categoria Industria medicale, la misura di *Performance* varia dal 47,1% della Toscana, al 19,0% del Molise. Quattro Regioni hanno un valore di *Performance* superiore al 40,0%: Toscana, Lombardia, P.A. di Trento e Marche; sette, nello specifico Campania, Valle d'Aosta, Basilicata, Sicilia, Calabria, Sardegna e Molise, hanno una *Performance* inferiore al 25%.

CAPITOLO 4c

Esiti di salute

Carrieri C.¹, Spandonaro F.²

L'esistenza di una relazione fra evoluzione demografica, sviluppo socio-economico e salute, come argomentato nel capitolo 1, è ben documentata: relazione peraltro molto complessa, specialmente nei suoi nessi causali, sui quali il dibattito scientifico non è ancora arrivato a posizioni condivise.

Senza pretesa di entrare nella complessa questione cennata, di seguito si tenta di fornire una prima indicazione sugli esiti di salute nelle diverse realtà regionali del nostro Paese, valutandoli alla luce dei diversi livelli di sviluppo socio-economico.

Il quadro generale appare decisamente positivo. In termini di speranza di vita, sia alla nascita che a 65 anni, l'Italia risulta essere il secondo miglior Paese europeo, sopravanzata solo dalla Spagna; rispetto alla media europea registriamo una maggiore aspettativa di vita di 2,4 anni alla nascita, e di 1,3 anni a 65 anni. Va aggiunto che il dato è in continuo miglioramento negli ultimi anni.

Un italiano (al 2016) può sperare di vivere in assenza di malattie invalidanti sino a 58,8 anni, valore che ha registrato un incremento di 1 anno negli ultimi dieci anni. Anche per questo indicatore l'Italia si colloca tra i primi posti a livello europeo: la speranza di vivere in buona salute è maggiore della media europea (EU) di +3,6 anni per gli uomini e +3,0 per le donne; rispetto, ad esempio, alla Francia, sono 4,1 anni in più per gli uomini e 3,1 per le donne, alla Spagna 1,2 anni in più per gli uomini e +0,7 per le donne, alla Germania, 1,1 anni in più per gli uomini e 0,1 in meno per le donne.

Un miglioramento si è registrato anche se valutato in termini di disabilità: la speranza di vita senza

limitazioni nelle attività quotidiane, a 65 anni, assume un valore in Italia pari a 9,8 anni (2016), in aumento rispetto al 2010 di quasi un anno. Rispetto ai Paesi EU, l'Italia assume un valore inferiore di -0,2 anni.

L'incidenza grezza della cronicità risulta essere maggiore di quella media europea: ma evidentemente questo dato è da mettere in relazione con la maggiore età media della popolazione italiana e non solo. In Italia vi è una quota elevata di ultra 80enni (6,5% vs 5,3% dell'EU) e una minore quota di persone "istituzionalizzate", ossia ospiti nelle case di cura, che si riscontra rispetto ad altri Paesi europei in cui l'assistenza socio-sanitaria del sistema di *welfare* è erogata maggiormente attraverso la fornitura di servizi e strutture di accoglienza residenziale invece che da sussidi economici come avviene nel nostro Paese (2,0% Italia vs 4,0% Svezia).

In ogni caso, tra il 2013 e il 2015 si registra un aumento del 1,3% delle persone che dichiarano di avere almeno una malattia cronica grave, con l'eccezione del Nord-Est, dove si registra una lieve riduzione (-0,2 persone ogni 100).

Il tasso di mortalità infantile in Italia (dato 2015) risulta essere pari a 2,9 decessi ogni 1.000 nati vivi, a fronte di un valore medio europeo di 3,6.

L'Italia si colloca tra i migliori Paesi europei anche in tema di decessi evitabili (93,0 decessi ogni 100.000 abitanti): 34,0 decessi in meno rispetto alla media europea.

Anche per questo valore nell'ultimo biennio disponibile (2014-2015) si riscontra un miglioramento significativo, pari a 2,7 decessi evitabili.

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

4c.1. Stato di salute

Come anticipato, dal confronto con i principali Paesi Europei emerge che l'Italia, nel 2016, è il secondo Paese europeo (dietro solo alla Spagna) in termini di speranza di vita alla nascita: la speranza è maggiore di quella media europea di +2,4 anni, come anche rispetto alla Germania, e di +0,7 anni rispetto alla Francia (Figura 4c.1.). In particolare, è superiore di 1,3 anni rispetto a quella della media dei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995³ e di 5,7 anni rispetto a quella della media EU-Post 1995⁴.

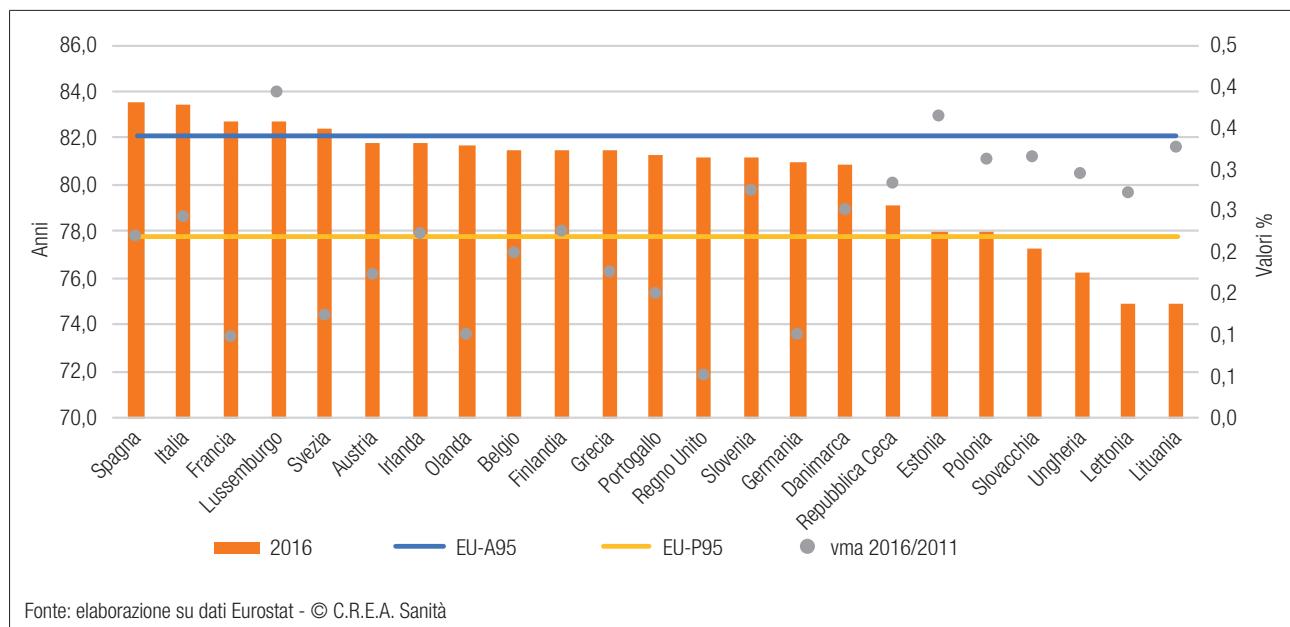
Negli ultimi 5 anni, la speranza di vita alla nascita in Italia è aumentata di quasi 1 anno (82,8 vs 81,9 nel 2011). Le donne risultano più longeve con una differenza di quasi cinque anni rispetto agli uomini (85,0 donne vs 80,6 uomini), benché tale *gap* si sia ridotto del -0,1% (Figura 4c.2.). Solo tre Regioni (Valle d'Aosta, Sicilia e Campania) hanno una aspettativa di

vita alla nascita inferiore rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995.

Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di oltre un anno di vita a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la P.A. di Trento registra la più alta speranza di vita alla nascita fra tutte le Regioni italiane, sia per gli uomini che per le donne (81,4 e 86,3 rispettivamente), la Campania quella più bassa con 78,9 anni per gli uomini e 83,4 anni per le donne. Nel periodo considerato il *gap* tra le Regioni estreme si riduce: se nel 2011 la differenza tra il valore minimo e massimo era di tre anni, nel 2016 è di 2,7.

Inoltre, va notato che ben 8 Regioni (in ordine PP-AA. di Trento e di Bolzano, Marche, Veneto, Toscana, Umbria, Lombardia ed Emilia Romagna) vanno meglio anche del Paese migliore in EU, ovvero la Spagna.

Figura 4c.1. Speranza di vita alla nascita in Europa



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

³ Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1° Gennaio 1995. In particolare, i Paesi che presero parte a questo Trattato furono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia

⁴ Paesi dell'Europa che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in momenti successivi al 1995: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria

Figura 4c.2. Speranza di vita alla nascita in Italia

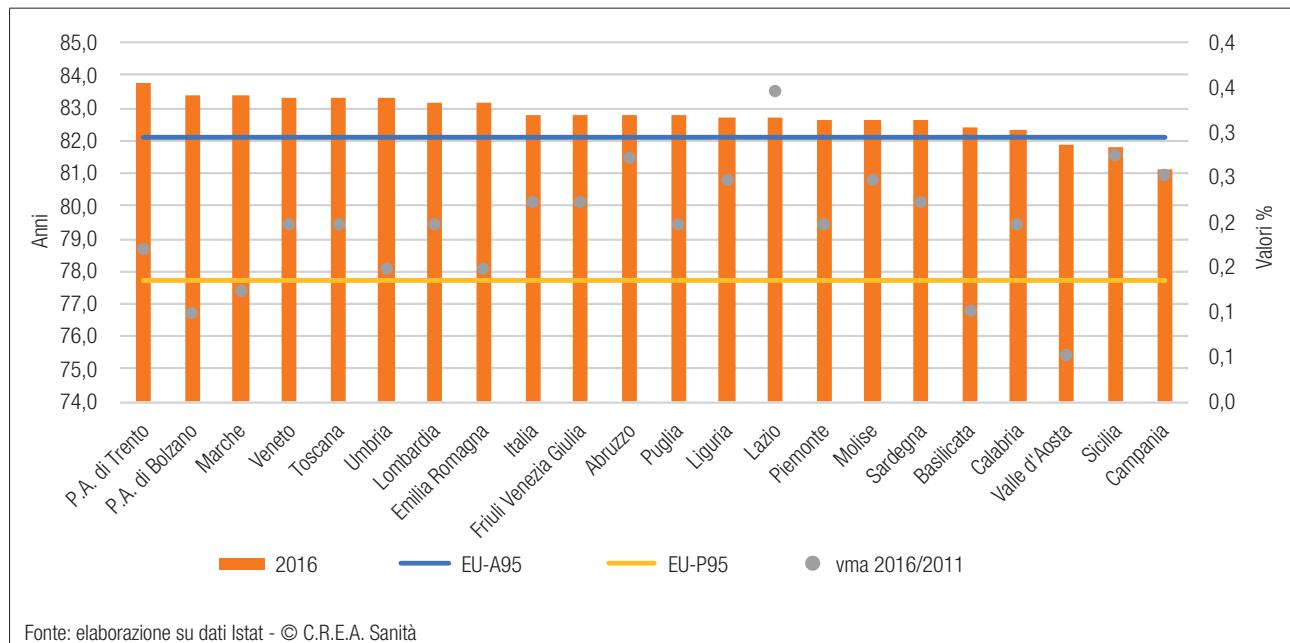
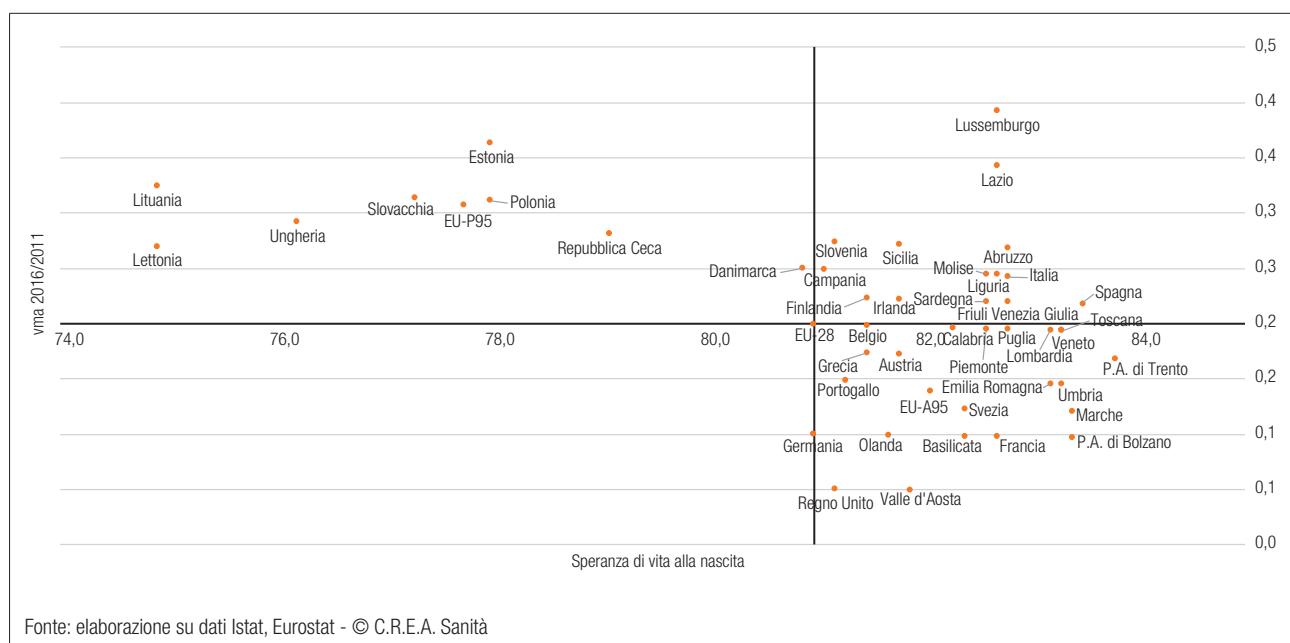


Figura 4c.3. Speranza di vita alla nascita: livello e dinamica. Anno 2016



L'aspettativa di vita alla nascita migliora in tutti i Paesi EU e anche in tutte le Regioni.

Nei Paesi dell'area EU-Post 1995, caratterizzati da una aspettativa di vita inferiore, la crescita è maggiore, riducendosi così il *gap*.

L'Italia, fra i Paesi con aspettativa maggiore della

media, ha la crescita maggiore con esclusione del Lussemburgo.

Pur rimanendo sopra la media, non migliorano significativamente Regno Unito, Germania, Portogallo e Grecia.

L'unica Regione italiana che migliora poco pur

partendo da una aspettativa di vita inferiore rispetto alle altre Regioni italiane è la Valle d'Aosta, con una *Performance* assimilabile a quella del Regno Unito (Figura 4c.3.).

Confrontando la speranza di vita alla nascita con il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite, non emerge una relazione significativa, per effetto del posizionamento delle Regioni italiane.

Infatti, le nostre Regioni del Sud, registrano una aspettativa di vita decisamente maggiore rispetto a quella media dei Paesi EU con sviluppo economico comparabile; superata la soglia di PIL pro-capite approssimativamente di € 20.000, non sembra poi esserci alcuna relazione fra aspettativa di vita e PIL (utilizzato qui come *proxy* del reddito) (Figura 4c.4.).

Confrontando la speranza di vita alla nascita con la spesa sanitaria totale pro-capite, sembra emerge-

re una qualche correlazione positiva, sebbene non lineare: quanto meno fino a un certo livello di spesa (qualitativamente stimabile in circa € 3.000) sembrerebbe che l'investimento dia i suoi frutti.

Le Regioni del Sud, pur sostenendo una spesa sanitaria più bassa rispetto alla media dei Paesi EU, ha una aspettativa di vita maggiore della media europea. Lo stesso vale per le Regioni del Nord, ad eccezione della Valle d'Aosta, che spende più rispetto alla media EU e ha una aspettativa di vita più alta della media EU (Figura 4c.5.). Quasi tutte le Regioni italiane, ad eccezione di Valle d'Aosta e Campania, che comunque hanno una aspettativa di vita in linea con il livello di spesa sanitaria, presentano una aspettativa di vita superiore a quella che potrebbero garantire con il proprio livello di spesa.

Figura 4c.4. Speranza di vita alla nascita vs PIL pro-capite. Anno 2016

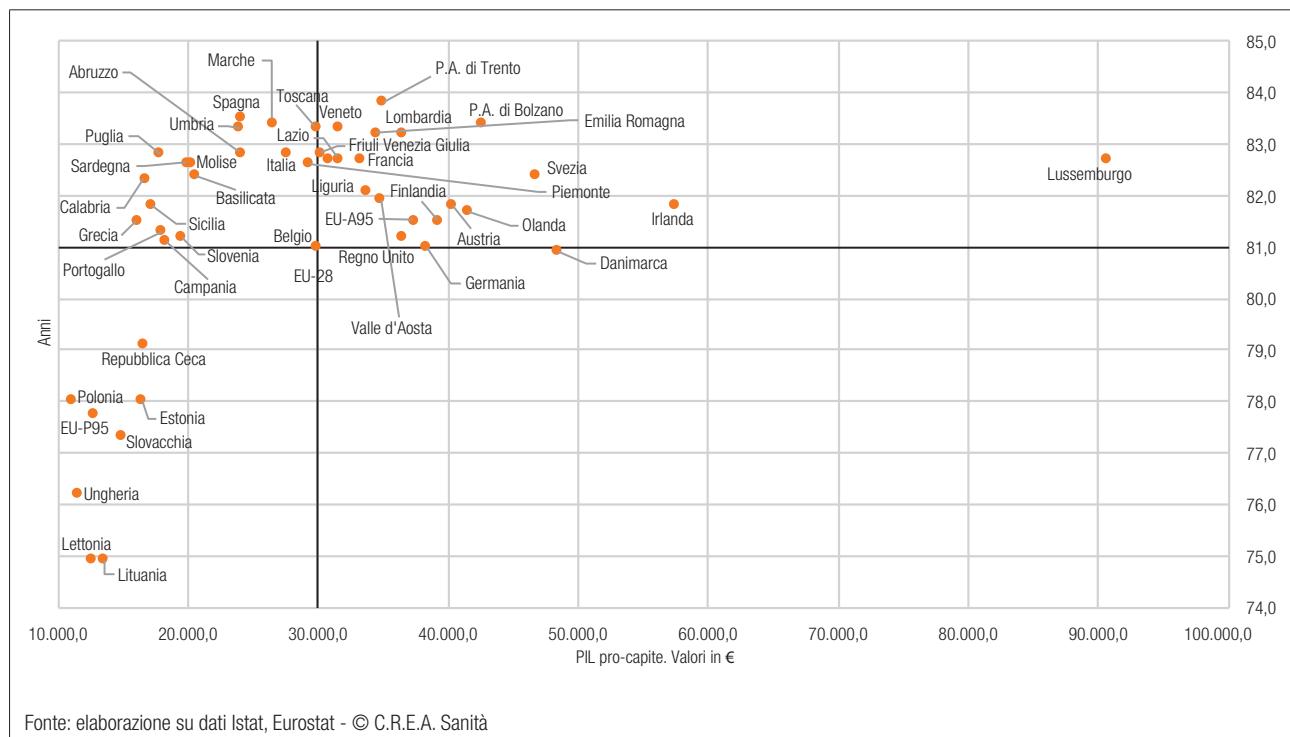


Figura 4c.5. Speranza di vita alla nascita vs spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2016

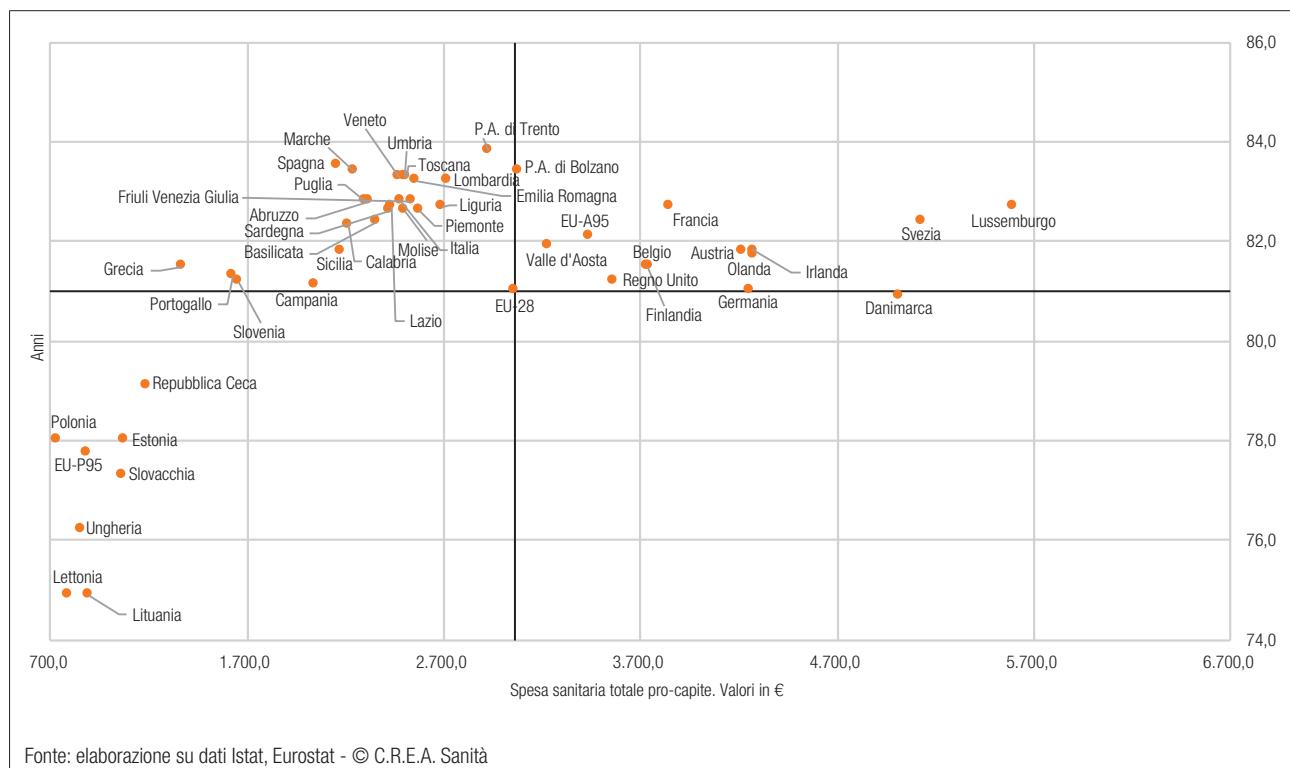
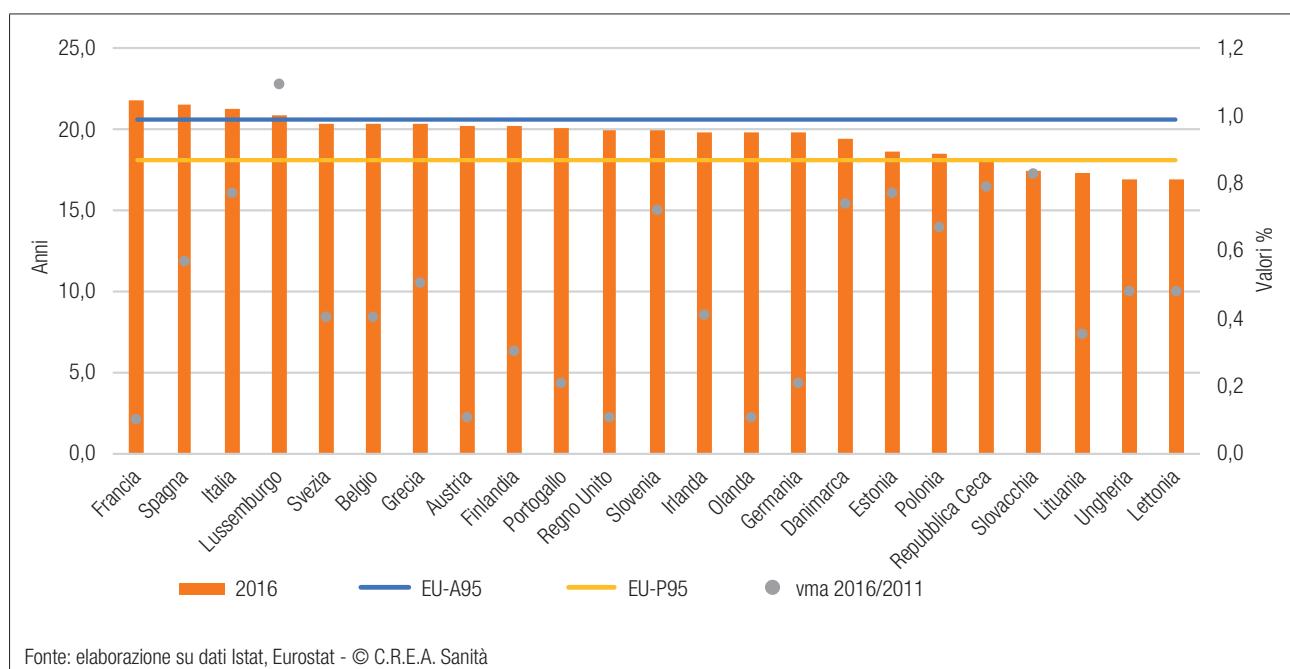


Figura 4c.6. Speranza di vita a 65 anni in Europa



A 65 anni gli italiani continuano ad avere una speranza di vita di 1,3 anni maggiore rispetto alla media europea, e di +1,5 anni rispetto alla Germania;

di contro risulta di 0,5 e 0,3 anni minore rispetto ai francesi e agli spagnoli (Figura 4c.6.). Mediamente un italiano ha una speranza di vivere a 65 anni 0,6

anni in più rispetto alla media dei Paesi dell'EU-An-
te 1995 e 3,2 anni in più rispetto a quella dei Paesi
dell'EU-Post 1995.

A 65 anni le donne hanno una speranza di vivere
3,2 anni in più rispetto agli uomini (22,3 vs 19,1) (Fi-
gura 4c.7.).

Figura 4c.7. Speranza di vita a 65 anni in Italia

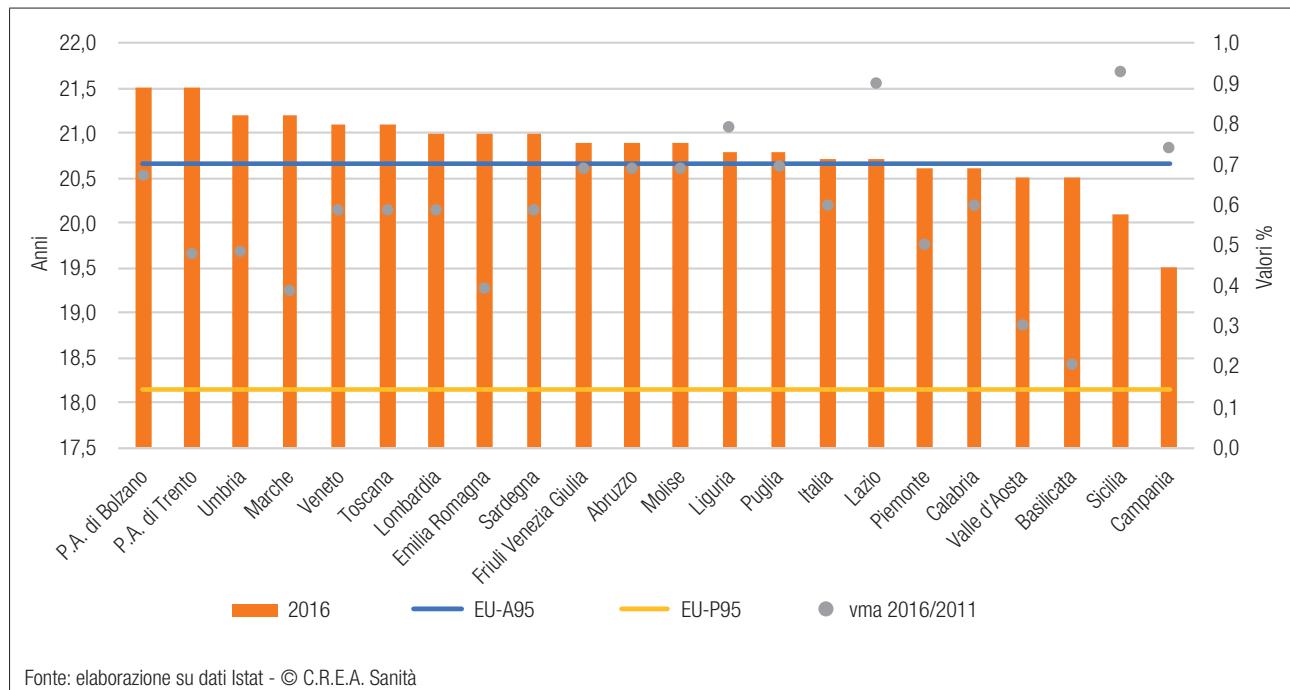
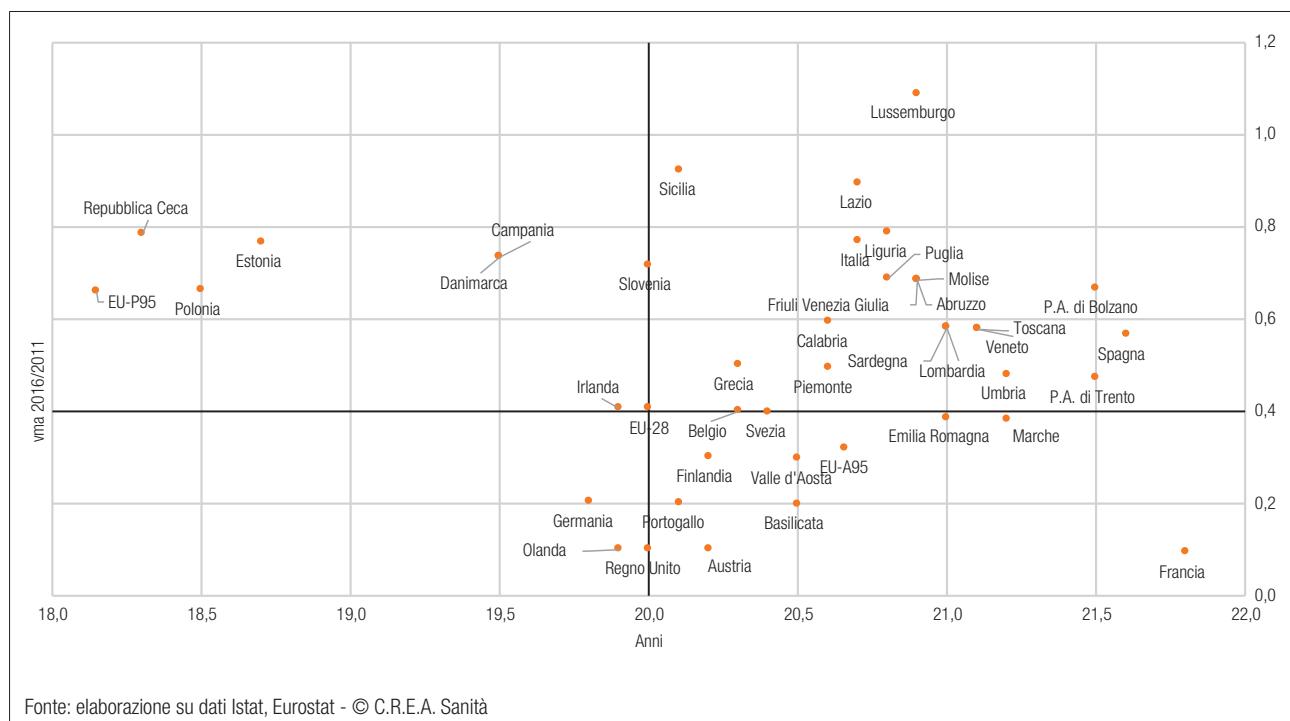


Figura 4c.8. Speranza di vita a 65 anni: livello e dinamica. Anno 2016



Negli ultimi 5 anni la speranza di vita a 65 anni è aumentata di 0,6 anni a livello nazionale, raggiungendo i 20,7 anni. Le Regioni con la speranza di vita più alta sono le PP-AA. di Trento e Bolzano (21,5 anni), quella con la speranza di vita più bassa è la Campania (19,5 anni).

Nel periodo considerato il *gap* tra le Regioni estreme si riduce: se nel 2011 la differenza tra il valore minimo e massimo era di 2,2 anni, nel 2016 è di 2,0, confermando che le Regioni si stanno riavvicinando.

Anche in questo caso, tra il 2011 e il 2016 si assiste ad un miglioramento generalizzato del dato. Nuovamente l'Italia ha una ottima *Performance*, con un miglioramento (variazione media annua pari a +0,8%) secondo solo al Lussemburgo.

La P.A. di Bolzano fa osservare la più alta speranza di vita a 65 anni per il genere femminile (23,3 anni) e la P.A. di Trento per quello maschile (19,8 anni); la Campania si conferma la Regione con l'aspettativa di vita più bassa sia per gli uomini che per le donne (18,0 e 21,0 rispettivamente) con una differenza (rispetto al valore massimo dell'indicatore) di 1,8 anni (uomini) e di 2,3 anni (donne). Sei Regioni hanno una

speranza di vita a 65 anni peggiore rispetto alla media EU-Ante 1995: Piemonte, Calabria, Valle d'Aosta, Basilicata, Sicilia e Campania.

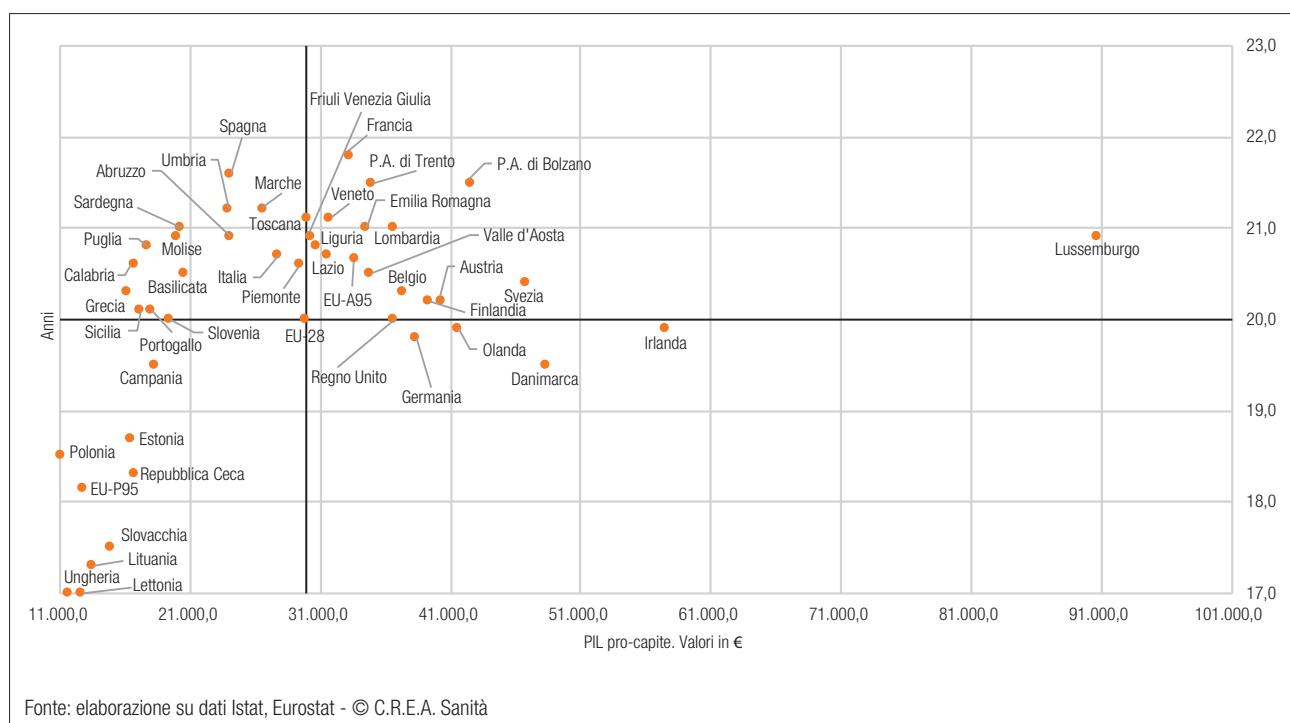
Nei Paesi con aspettativa più alta sembra registrarsi anche un più rapido miglioramento ("regola" da cui rimangono escluse Austria, Germania Olanda, Portogallo e Regno Unito) con una conseguente tendenza all'aumento dei *gap* (Figura 4c.8.).

Con l'esclusione della Campania per il livello e della Valle d'Aosta per la crescita, le Regioni italiane sono tutte nel quadrante che accoppia livelli e tassi di miglioramento maggiori della media EU.

Si conferma anche nel caso dell'aspettativa di vita a 65 anni, che la relazione con il PIL pro-capite è poco significativa (Figura 4c.9.).

Come già osservato per l'aspettativa di vita alla nascita, si osserva una correlazione positiva anche tra aspettativa di vita a 65 anni e la spesa sanitaria pro-capite. In particolare, escludendo dalle analisi un gruppetto di Paesi dell'EU-Post 1995, che versano in condizioni decisamente deprivate, si osserva una associazione tendenzialmente negativa (Figura 4c.10.).

Figura 4c.9. Aspettativa di vita a 65 anni vs PIL pro-capite. Anno 2016



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

Figura 4c.10. Aspettativa di vita a 65 anni vs spesa sanitaria pro-capite. Anno 2016

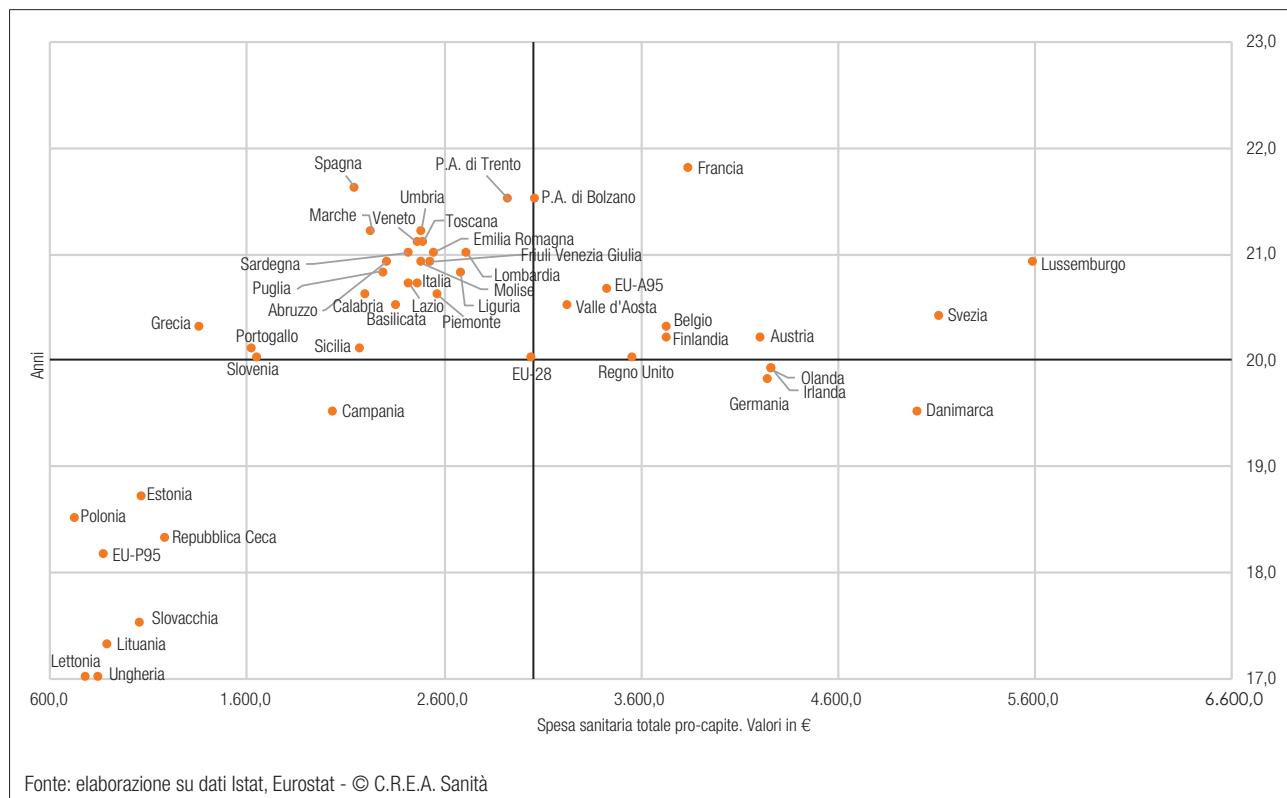
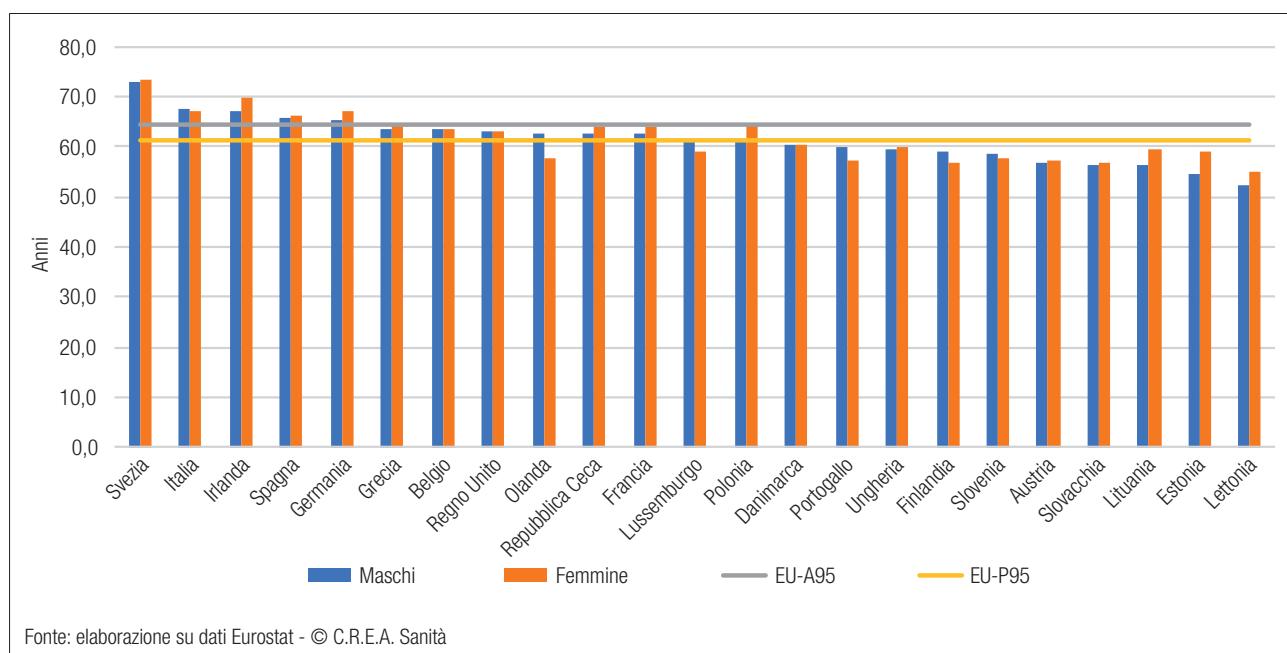


Figura 4c.11. Aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Europa. Anno 2016



La speranza di vivere in buona salute in Italia è maggiore della media europea (Figura 4c.11.) di +3,6 anni per gli uomini e +3,0 per le donne;

è maggiore anche della Francia (+4,1 anni per gli uomini e +3,1 per le donne), della Spagna (+1,2 anni per gli uomini e +0,7 per le donne), della Ger-

mania (+1,1 anni per gli uomini e -0,1 per le donne). L'Italia si colloca al di sopra sia della media dei Paesi EU-Ante 1995 (+3,2 anni uomini e +2,3 donne) che di quella dei Paesi EU-Post 1995 (+7,4 uomini e +4,6 donne).

Meglio dell'Italia performa la Svezia, nonché Irlanda e Germania per le donne.

In generale le Regioni del Nord registrano una speranza di vita in buona salute superiore sia alla media nazionale (+1,7 anni) che alle altre ripartizioni geografiche (60,5 anni al Nord, 58,3 al Centro e 56,6 al Sud). In particolare, dal confronto regionale, emerge che la Regione con la speranza di vita in buona salute più alta è la P.A. di Bolzano, con un valore pari a 69,3 (dato 2016) e superiore alla media nazionale di 10,5 anni. Il valore più basso dell'indicatore si registra in Calabria (51,7), inferiore alla media nazionale di -7,1 anni (Figura 4c.12.). Rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995, solo due Regioni italiane hanno una aspettativa di vita in buona salute maggiore (P.A. di Trento e P.A. di Bolzano), tutte le altre si trovano sotto la media EU-Ante 1995.

Nel periodo considerato il *gap* tra le Regioni estreme aumenta: se nel 2010 la differenza tra il valore minimo e massimo era di 14,3 anni, nel 2016 è di 17,6.

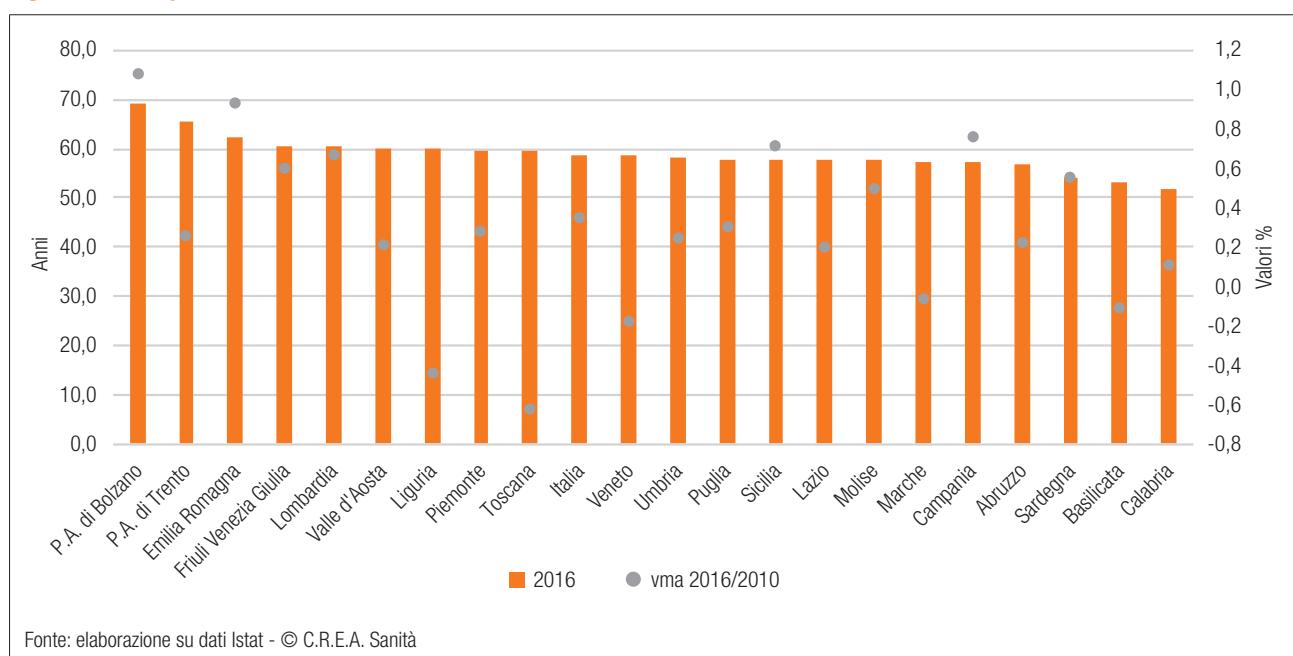
L'indicatore della speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane (Figura 4c.13.) è aumentato di quasi un anno rispetto al 2010, raggiungendo nel 2016, i 9,8 anni, dimostrando che è in atto una compensazione almeno parziale degli effetti attesi dell'invecchiamento.

Il Nord, con 11,0 anni, registra un valore superiore a quello del Centro e del Sud di 1,0 e 3,0 anni rispettivamente. In Lombardia si registra il dato più alto (11,4 anni), in Sicilia il più basso (7,3 anni).

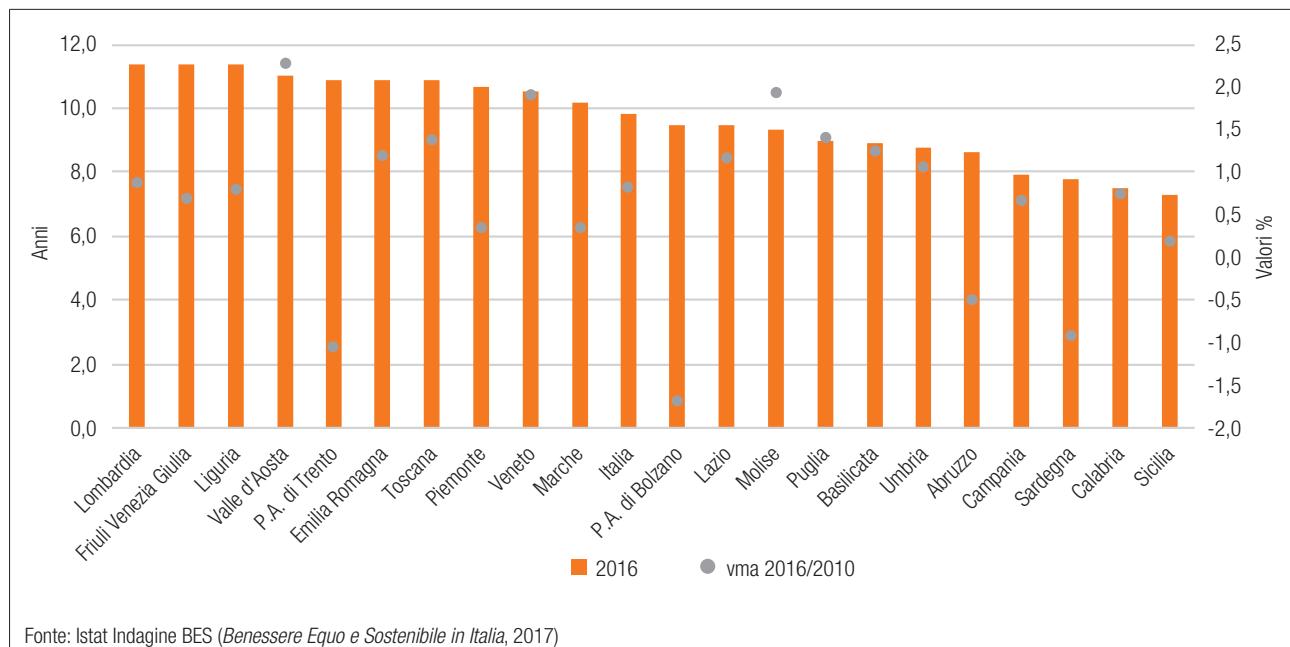
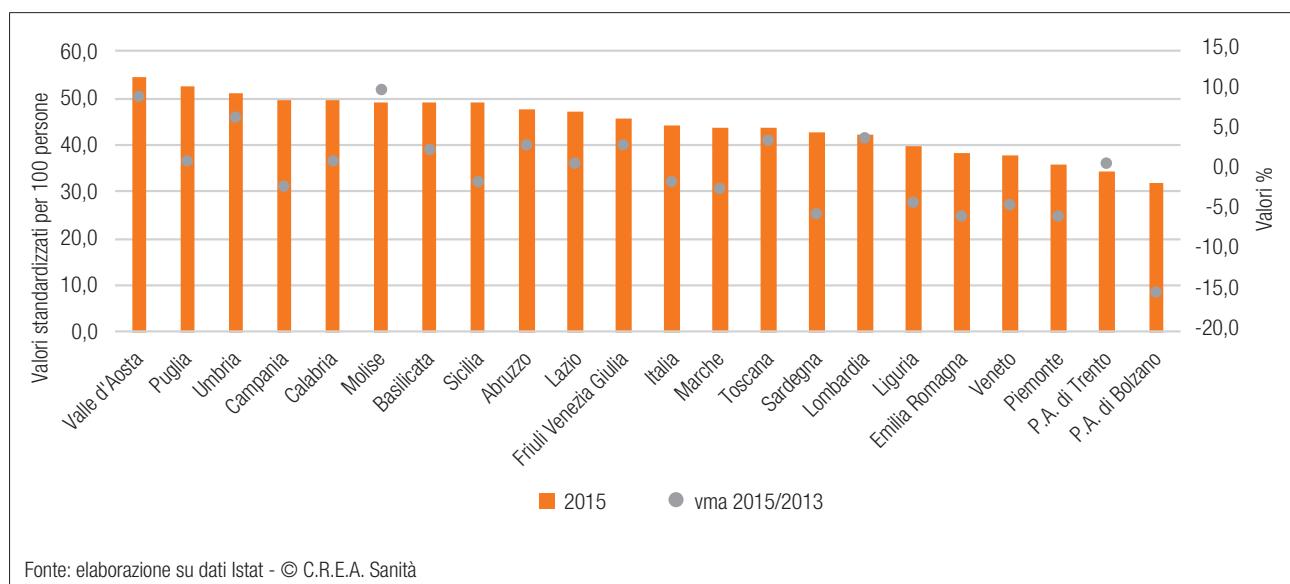
Nel periodo considerato il *gap* tra le Regioni estreme diminuisce: se nel 2010 la differenza tra il valore minimo e massimo era di 5,1 anni, nel 2016 è di 4,1.

In Italia, nel 2015 (ultimo anno disponibile), il 44,2% delle persone di oltre 65 anni dichiara di essere affetta da almeno una malattia cronica grave⁵ (Figura 4c.14.).

Figura 4c.12. Aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Italia



⁵ Diabete, infarto, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cirrosi epatica, tumore maligno, alzheimer, demenze senili, parkinsonismo, insufficienza renale

Figura 4c.13. Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidianeFonte: Istat Indagine BES (*Benessere Equo e Sostenibile in Italia*, 2017)**Figura 4c.14. Tasso standardizzato di persone over 65 con almeno una malattia cronica grave**

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

Si registra, peraltro, una riduzione della cronicità, che passa da 45,6 persone ogni 100 nel 2013 a 44,2 nel 2016 (-1,4 persone), confermando un processo di compressione della morbilità.

A livello regionale, per le persone over 65, la P.A. di Bolzano registra il tasso più basso tra tutte le Regioni e inferiore a quello nazionale (32,0 contro 44,2).

La cronicità è maggiore nel Sud (49,0 per gli over 65), quando nel Nord la media è di 39,3.

Analoghe osservazioni valgono per le polimorbilità: dichiarano di essere affette da tre o più malattie croniche gravi (calcolato su una lista di 21 malattie croniche) il 49,0% delle persone over 65 (Figura 4c.15.). Anche in questo caso la P.A. di Bolzano re-

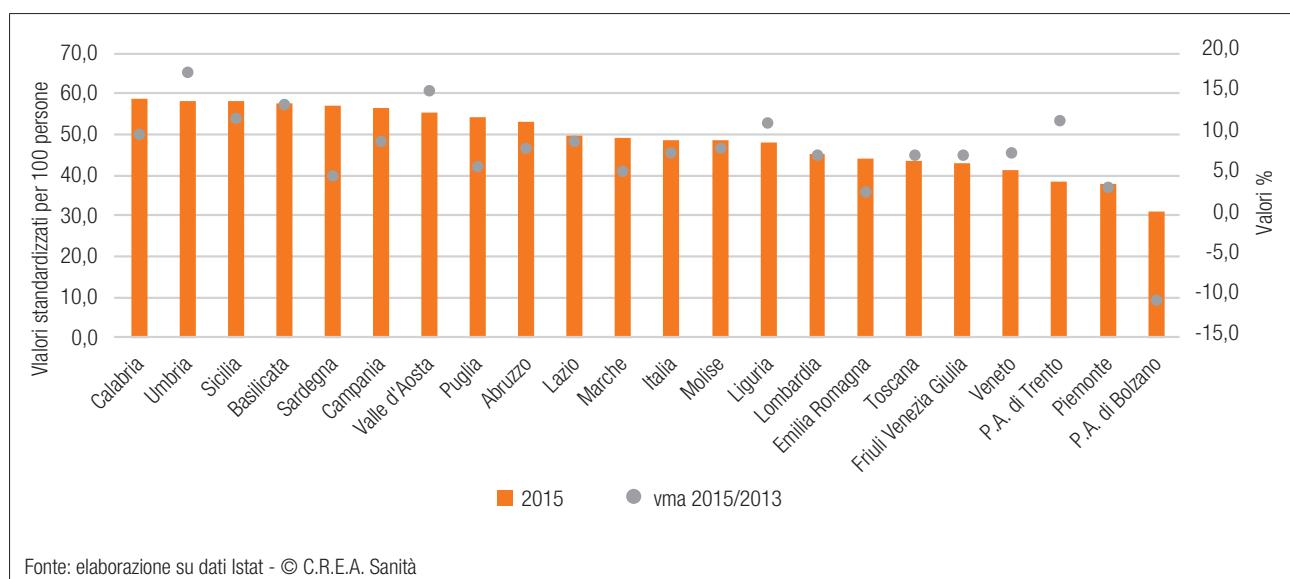
gistra il tasso più basso (31,2%), inferiore alla media nazionale del 17,0%; la Regione che, invece, registra il tasso più alto è la Calabria (58,9%). L'incidenza è superiore nel Sud: nel Mezzogiorno sono quasi il 57,0%, contro una media del 42,6% del Nord (+8,2 punti percentuali).

Per quanto concerne la mortalità, e in particolare quella infantile, rispetto alla media EU (3,6 decessi ogni 1.000 nati vivi), l'Italia, nel 2015, registra un tas-

so di significativamente inferiore (2,9 decessi ogni 1.000 nati vivi) e in riduzione rispetto al 2010 dello -0,7% medio annuo (Figura 4c.16.).

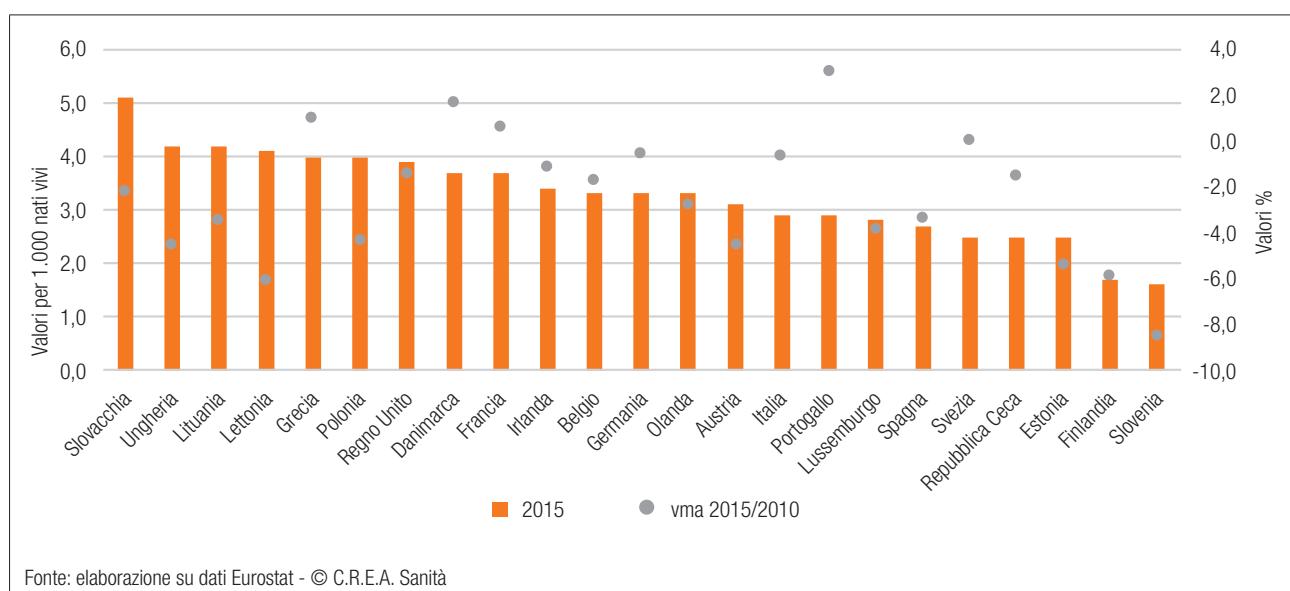
La Sardegna risulta essere la Regione con il tasso di mortalità infantile più basso (1,9 decessi ogni 1.000 nati vivi) ed inferiore alla media nazionale di 1 decesso; la Basilicata invece quella con il tasso più alto, pari a 4,9 decessi (Figura 4c.17.)

Figura 4c.15. Tasso standardizzato di persone over 65 con almeno tre malattie croniche gravi



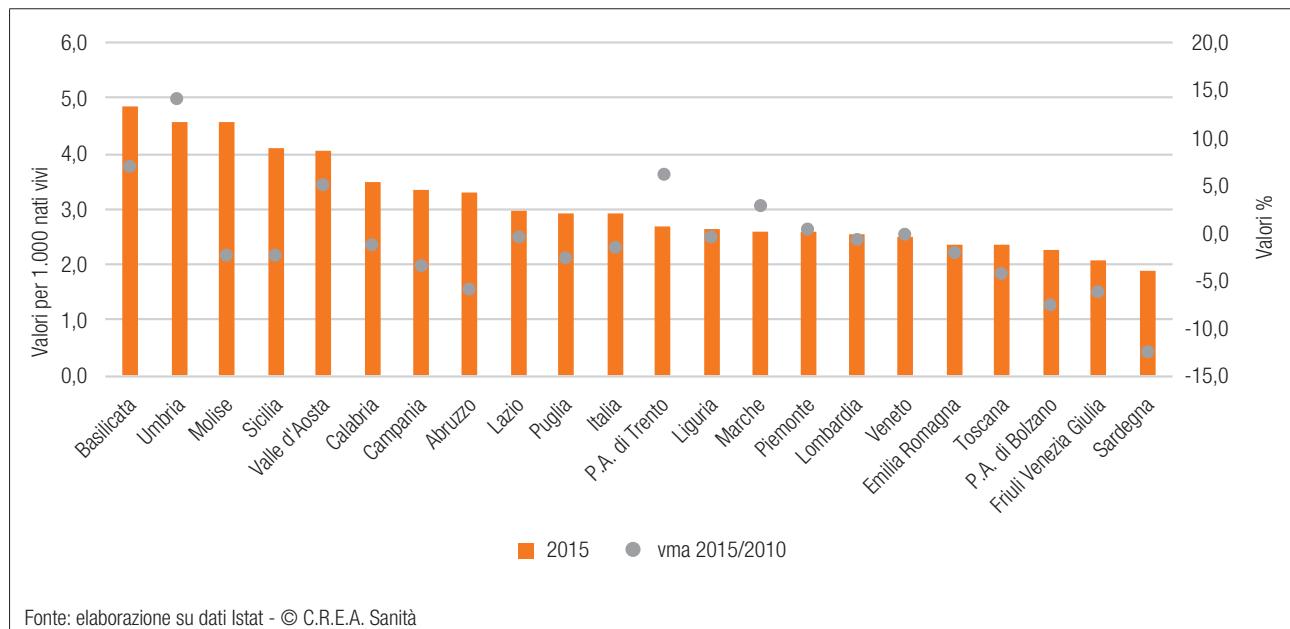
Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4c.16. Tasso di mortalità infantile in Europa



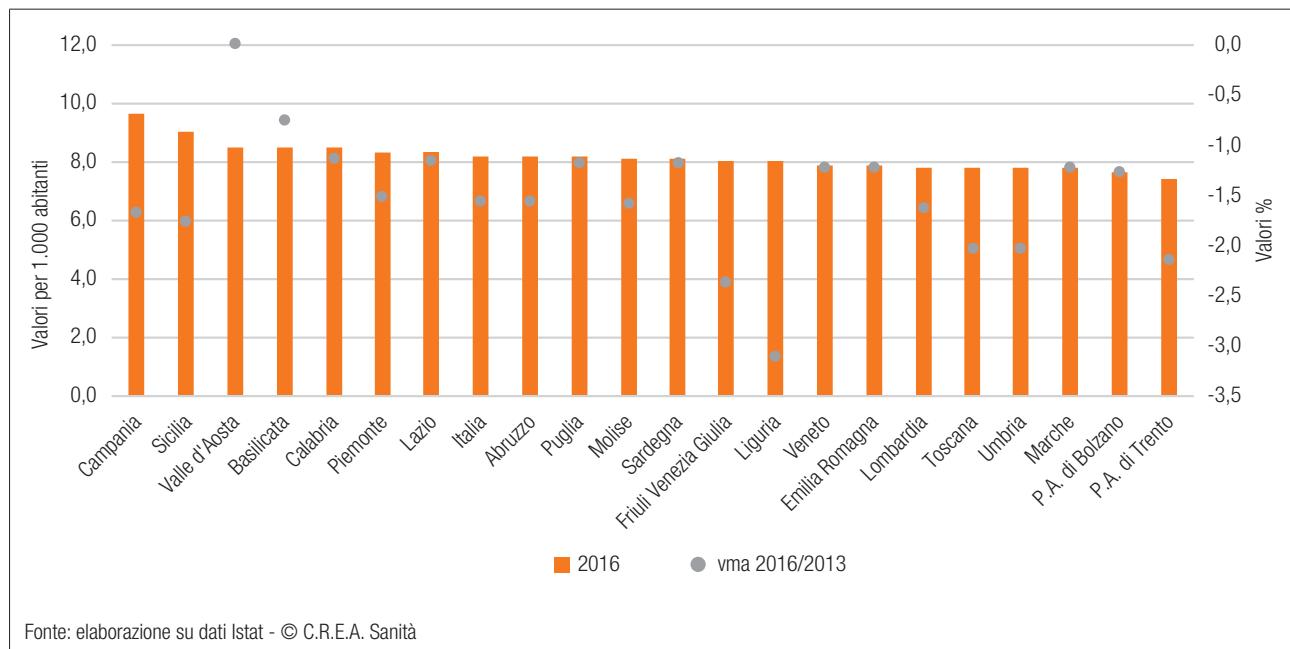
Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4c.17. Tasso di mortalità infantile in Italia



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

Figura 4c.18. Tasso standardizzato di mortalità in Italia



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

In termini di mortalità generale, in Italia, nel 2016 (ultimo anno disponibile), si registra un tasso standardizzato pari a 8,2 decessi per 1.000 abitanti, con una riduzione pari al -1,6% medio annuo rispetto al 2013 (8,6 decessi per 1.000 abitanti).

Confrontando le ripartizioni geografiche, è il Mezzogiorno a registrare il tasso di mortalità standar-

dizzato più alto (8,8 per 1.000 abitanti), il più basso al Nord (8,0 per 1.000 abitanti). Il tasso di mortalità standardizzata minore si registra nella P.A. di Trento (7,4 per 1.000 abitanti), e il maggiore in Campania (9,6) (Figura 4c.18.). Nel periodo considerato, tutte

le Regioni registrano una riduzione della mortalità: il valore migliore in Liguria (-3,1% medio annuo), il peggiore la Valle d'Aosta, dove la situazione rimane invariata.

A livello europeo le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte: il 36,7% del totale dei decessi (in Italia 37,1%) (Figura 4c.19.).

Sempre a livello europeo, i tumori rappresentano il 26,2% del totale dei decessi (27,7% in Italia) e le malattie del sistema respiratorio l'8,5% (7,5% in Italia).

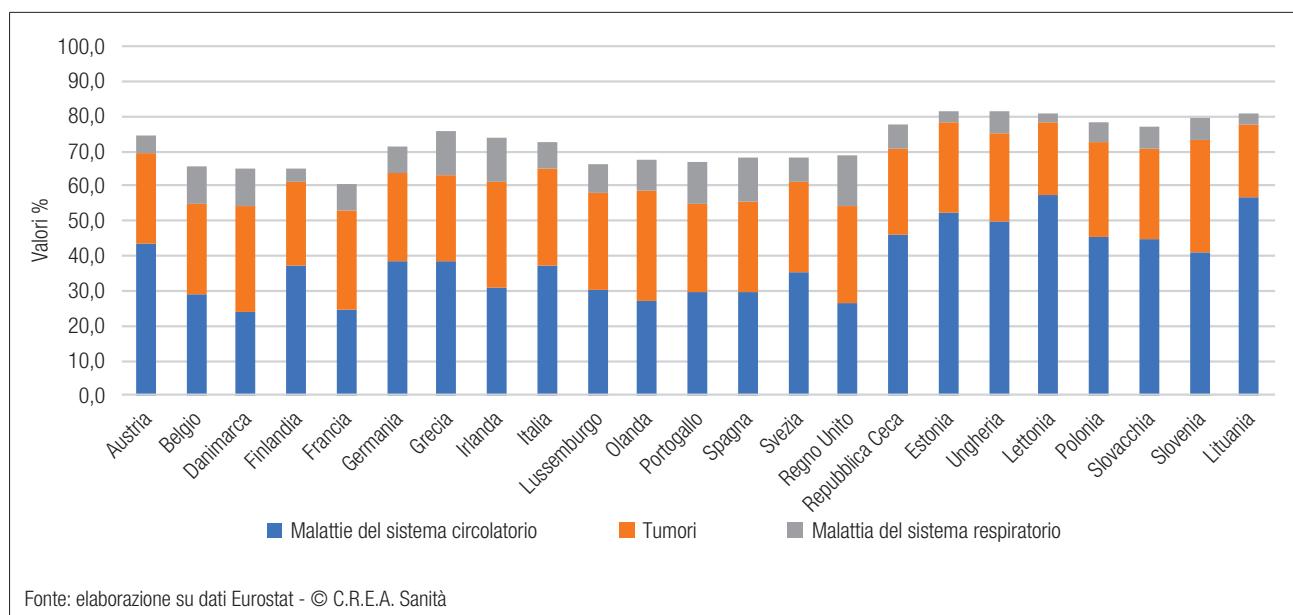
Per queste tre cause di morte si registra, a livello europeo, un aumento dei decessi tra il 2010 e il 2015: del +3,1% medio annuo per le malattie del sistema respiratorio, dello +0,7% medio annuo per le neoplasie, del +0,6% medio annuo per le malattie del sistema circolatorio. L'Italia, rispetto alla media europea, registra un aumento dei decessi, nel periodo 2010-2015, pari a più del doppio per le malattie del sistema circolatorio (+0,6% EU vs +1,6% Italia), maggiore alla media europea per quelle del siste-

ma respiratorio (+3,1% EU vs +4,6% Italia); inferiore alla media europea invece per i tumori: +0,7% EU vs +0,4% Italia.

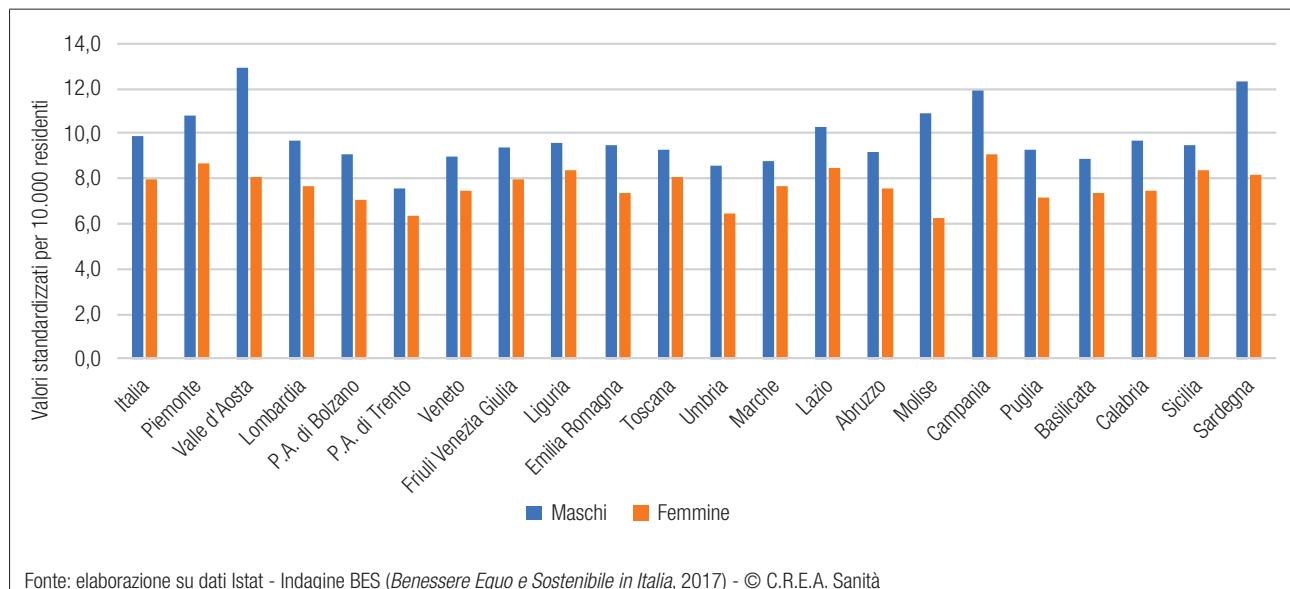
Dal rapporto AIOM-AIRTUM⁶ emerge che, nel 2015, il tasso standardizzato di mortalità per tumore, per le persone di 20-64 anni, in Italia si attesta a 8,9 ogni 10.000 residenti. A livello regionale, la P.A. di Trento presenta il tasso di mortalità più basso (7,0), la Valle d'Aosta quello più alto (10,5). Dal confronto per genere la P.A. di Trento registra i valori più bassi per gli uomini (7,6 uomini ogni 10.000 residenti) e il Molise per le donne (6,3 donne ogni 10.000 residenti). La Valle d'Aosta risulta essere la Regione con il maggior tasso di mortalità per tumore per gli uomini, con 12,9 decessi ogni 10.000 residenti, la Campania per le donne, con 9,1 donne ogni 10.000 residenti (Figura 4c.20.).

È interessante osservare come, rispetto al 2010, ci sia stata una riduzione del tasso maschile di 2,9 decessi ogni 10.000 residenti e di quello femminile di 0,9 decessi ogni 10.000 residenti.

Figura 4c.19. Le principali cause di morte in Europa. Anno 2015



⁶ AIOM – Associazione Italiana di Oncologia Medica
AIRTUM – Associazione Italiana Registri Tumori

Figura 4c.20. Tasso standardizzato di mortalità per tumore persone di 20-64 anni. Anno 2015

Fonte: elaborazione su dati Istat - Indagine BES (*Benessere Equo e Sostenibile in Italia*, 2017) - © C.R.E.A. Sanità

L'Italia eccelle anche in termini di mortalità evitabile⁷.

In Europa, nel 2015, sono morte 1,7 milioni di persone con una età inferiore a 75 anni. Tra questi, circa 571.000 decessi (ossia 127,1 decessi ogni 100.000 abitanti) potevano essere evitati attraverso cure sanitarie di buona qualità o interventi di sanità pubblica nel senso più ampio. L'Italia si colloca tra i migliori Paesi europei (93,0 decessi ogni 100.000 abitanti), valore inferiore alla media europea di circa 34 decessi ogni 100.000 abitanti (Figura 4c.21.).

Il Paese con la migliore *Performance* è la Francia, con 77,8 decessi ogni 100.000 abitanti, la Lituania, invece, occupa l'ultima posizione, registrando 325,9 decessi evitabili ogni 100.000 abitanti.

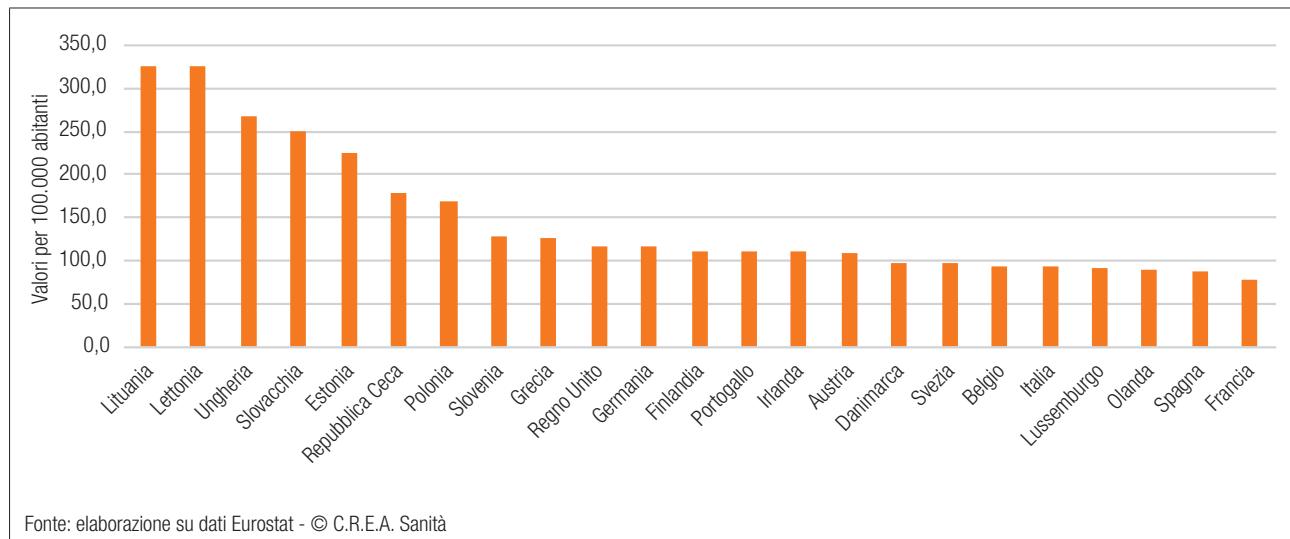
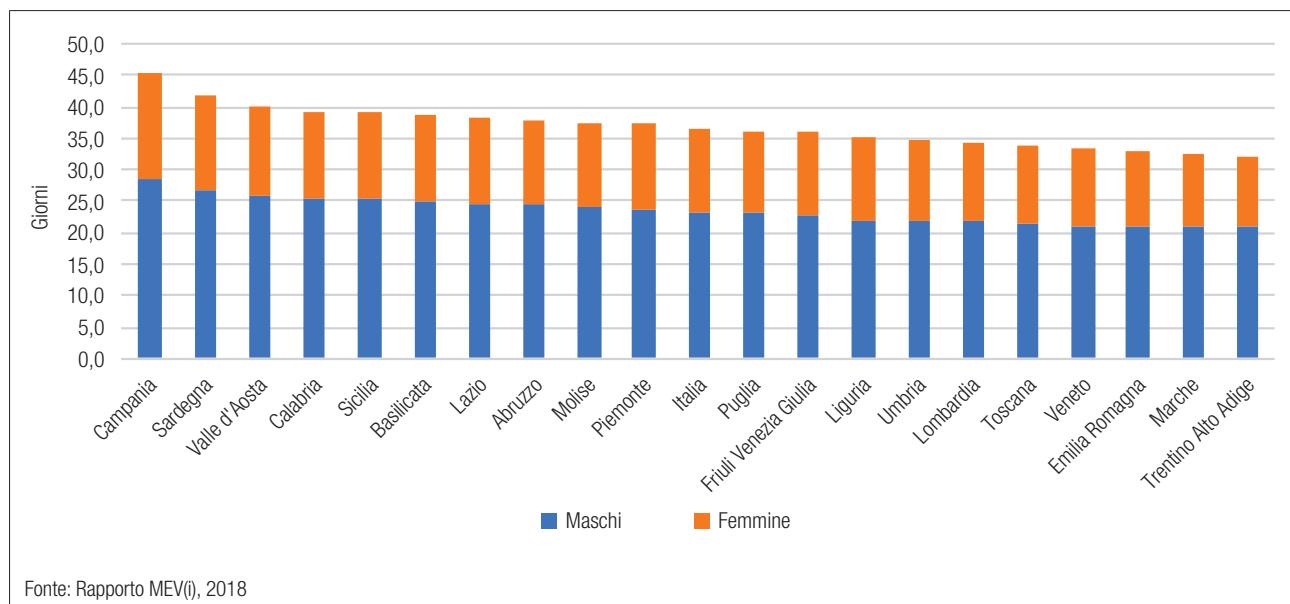
In Italia ci sono 7,7 decessi evitabili ogni 100.000 abitanti in meno rispetto all'EU-Ante 1995 (100,7) e

107,3 in meno verso EU-Post 1995 (200,3).

A livello regionale (Figura 4c.22.), il Trentino Alto Adige (non è disponibile il dato separatamente per le due PP.AA. di Trento e Bolzano) si posiziona nella prima posizione, con 20,8 giorni perduti per mortalità evitabile per i maschi, e 11,4 per le donne. La Campania risulta la Regione peggiore per entrambi i generi: 28,5 giorni perduti per i maschi e 16,8 per le femmine.

Rispetto all'anno precedente si è registrato in Italia un ulteriore miglioramento del dato: i giorni perduti per mortalità evitabile passano, per i maschi, da 24,3 giorni del 2014 a 23,4 del 2015, e per le femmine, da 13,9 giorni del 2014 a 13,4 del 2015, con una riduzione pari quasi ad un giorno per i maschi (per le femmine il dato rimane praticamente invariato).

⁷ L'Eurostat definisce una morte evitabile se, alla luce delle conoscenze mediche e tecnologiche oppure della comprensione delle determinanti della salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (applicando limiti di età se appropriato) potrebbero essere evitate attraverso cure sanitarie di buona qualità (trattabili) o interventi di sanità pubblica nel senso più ampio (prevenibili). L'indicatore giorni perduti per mortalità evitabile pro-capite è calcolato tenendo conto della distanza fra l'età alla morte e la speranza di vita alla medesima età (stimata al netto dei decessi evitabili): ciò consente di confrontare territori e cause attribuendo agli eventi un peso maggiore al diminuire dell'età alla morte

Figura 4c.21. Mortalità evitabile in Europa. Anno 2015**Figura 4c.22. Ranking mortalità evitabile per Regione e genere - Giorni perduti std pro-capite – Decessi 0-74 anni. Anno 2015**

4c.2. Conclusioni

Dal confronto con i principali Paesi EU emerge con chiarezza come l'Italia abbia esiti aggregati di salute ottimi, sia in livello che nella dinamica di miglioramento, che è continuo e sostenuto.

Nel 2016 un italiano poteva sperare di vivere in assenza di malattie invalidanti sino a 58,8 anni, con un incremento di 1 anno negli ultimi dieci anni.

Per l'Italia si delinea un quadro positivo anche in

termini di disabilità: la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, a 65 anni, assume un valore in Italia pari a 9,8 anni (2016) ed è in aumento rispetto al 2010 di quasi un anno, dimostrando che l'invecchiamento è almeno in parte compensato da un miglioramento generale dei livelli di salute e autosufficienza.

I tassi di cronicità over 65 diminuiscono significativamente, passando dal 45,6% nel 2013 al 44,2% nel 2016. La P.A. di Bolzano registra il tasso più basso

tra tutte le Regioni (32,0%), la Valle d'Aosta il più alto (54,6%).

Anche in termini di mortalità, generale e infantile, l'Italia, risulta essere in linea con il dato medio europeo, ed in miglioramento rispetto al 2010.

Si noti che per i tumori l'Italia ha una mortalità standardizzata inferiore alla media dei Paesi EU.

Come anche l'Italia ha tassi di mortalità evitabile inferiore alla media EU: 7,7 decessi in meno ogni 100.000 abitanti rispetto all'EU-Ante 1995 e 107,3 in meno rispetto a EU-Post 1995.

Se, quindi, l'Italia in media eccelle in termini di esiti aggregati di salute, la variabilità regionale rimane molto rilevante.

Il divario tra Centro-Nord e Sud in termini di aspettativa di vita è di oltre un anno a svantaggio del Mezzogiorno.

A 65 anni, il Nord, con 11,0 anni, registra un valore superiore a quello del Centro e del Sud di 1,0 e 3,0 anni rispettivamente.

Il Mezzogiorno registra anche un tasso di mortalità più alto (9,5 decessi per 1.000 abitanti, contro l'8,5 del Nord).

Nel Mezzogiorno è maggiore anche la cronicità e la disabilità (il tasso maggiore è in Umbria).

Pur essendo evidente la peggiore *Performance* del Meridione, appare doveroso contestualizzarla, osservando che l'esistenza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) fa sì che le nostre Regioni del Sud performino molto meglio dei Paesi EU con livelli di sviluppo economico paragonabili.

In altri termini, in generale le Regioni del Nord, rispetto al *benchmark* EU, rappresentano eccellenze assolute in termini di esiti (le PP.AA. di Trento e Bolzano, ad esempio, hanno una aspettativa di vita superiore anche alla Spagna che è la *best Performance* in EU); le Regioni del Sud, pur con risultati peggiori, rimangono comunque sopra la media EU.

D'altra parte, appare evidente come nelle valutazioni i dati di esito vadano "corretti" per gli effetti indotti dalle condizioni socio-economiche: considerando, quindi, la relazione esistente fra esiti e livello di sviluppo economico, nonché esiti e spesa sanitaria.

Da questo punto di vista appare chiaro come gli effetti redistributivi innescati dal SSN preservino adeguatamente le Regioni Meridionali (che in effetti pos-

sono spendere in proporzione più di quanto atteso in base ai loro livelli di PIL); non di meno la minore spesa sanitaria in queste Regioni (vedi Capitolo 2) correla positivamente con le minori *Performance* in termini di esiti aggregati.

La lettura delle *Performance* dei Sistemi Sanitari Regionali va quindi fatta in termini di scarti rispetto agli esiti attesi.

Seppure con i limiti di una analisi descrittiva, si osservano alcuni fenomeni degni di nota.

Intanto le Regioni che performano peggio dell'atteso sono la Campania (per il livello di aspettativa di vita) e la Valle d'Aosta (per la crescita).

Inoltre, si può osservare come la spesa sanitaria, superato un certo livello, sembri non influire (o influire marginalmente) sugli esiti in termini di aspettativa di vita.

In particolare, la spesa è positivamente correlata con l'aspettativa di vita alla nascita e con quella a 65 anni, dove prevale al più un effetto di contesto (sembra che lo sviluppo economico generale più che la spesa sanitaria, sia il *driver* della *Performance*). In particolare, escludendo dalle analisi un gruppetto di Paesi dell'EU-Post 1995, che versano in condizioni decisamente deprivate, si osserva una associazione tendenzialmente negativa.

Molto netta è invece l'associazione fra qualità di vita (aspettativa di vita in buona salute) e livelli socio-economici, nonché con la spesa.

Anche in questo caso, però, la associazione è molto più debole per le età anziane: si potrebbe in definitiva azzardare l'ipotesi che l'investimento in spesa sanitaria migliori gli esiti generali, ma che per preservare la qualità di vita in età anziana sia necessario un intervento molto più globale, che esula dalla mera assistenza sanitaria.

Riferimenti bibliografici

Eurostat (anni vari), <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Rapporto MEV(i) (2018), *Mortalità Evitabile con intelligenza*

Istat (2017), *Benessere Equo e Sostenibile in Italia*

ENGLISH SUMMARY

Health outcomes

In 2016 Italy was the second European country in terms of life expectancy (second only to Spain): life expectancy was higher than the European average by 2.4 years. In particular, it was 1.3 years higher than the average of the EU-Ante 1995 and 5.7 years higher than the average of the EU-Post 1995.

Over the last 5 years Italy's life expectancy at birth has increased by almost 1 year (82.8 vs 81.9 in 2011). Women live longer than men, with a difference of almost five years (85 for the former vs. 80.6 for the latter), although this gap has decreased by 0.1%.

Only three Regions (Valle d'Aosta, Sicilia and Campania) recorded a lower life expectancy at birth than the average of the EU-Ante 1995.

The gap between Central/Northern Italy and Southern Italy still exists, with an average difference of over one year of life in the latter. At regional level, the Autonomous Provincia of Trento recorded the highest life expectancy at birth among all Italian regions, both for men and women (81.4 and 86.3 respectively). Campania recorded the lowest life expectancy with 78.9 years for men and 83.4 years for women. In the period considered, the gap between the Regions at the two extremes of the ranking decreased: while in 2011 the difference between the minimum and maximum value was three years, in 2016 it was 2.7.

Moreover, it should be noted that as many as eight Regions (the Autonomous Provincie of Trento and Bolzano, Marche, Veneto, Toscana, Umbria, Lombardia and Emilia Romagna) performed even better than the best performing EU Member State, namely Spain.

The Southern Regions recorded a much higher life expectancy than the average of the EU Member States with comparable economic development. Once exceeded a per capita GDP threshold of ap-

proximately € 20,000, it did not seem to be any relation between life expectancy and GDP (here used as a proxy for income). Comparing life expectancy at birth with the per capita total health spending, some positive correlations - although not linear - seemed to emerge. At least up to a certain level of spending - qualitatively estimated at approximately 3,000 euros - it seemed that the investment bore fruit. Although recording lower health spending than the average of the EU-28 Member States, the Southern Regions had a higher life expectancy than the European average.

Ultimately, the redistributive mechanisms at the basis of the NHS protects the Southern Regions, which performed much better than the countries with comparable levels of economic development. Moreover, almost all Italian regions had a higher life expectancy than expected, based on their own spending level - a level that, at least in part, also explains the North-South difference.

In Italy, the expectancy at birth of living in good health was higher than the European average by 3.6 years for men and 3 years for women. Italy was above the average of the EU-Ante 1995 Member States (+3.2 years for men and +2.3 for women) and the average of the EU-Post 1995 Member States (+7.4 for men and +4.6 for women). Generally, the Northern Regions recorded a higher life expectancy in good health than both the national average (+1.7 years) and the average of the other geographical areas (60.5 years in the North, 58.3 in the Centre and 56.6 in the South). In particular, the regional comparison showed that the Region recording the highest life expectancy in good health was the Autonomous Provincia of Bolzano, with a value of 69.3 years in 2016 and above the national average by 10.5 years. The lowest indicator value was recorded in Calabria (51.7), lower than the national average by 7.1 years.

Compared to the average of the EU-Ante 1995 Member States, only two Italian Regions recorded a better life expectancy in good health (namely the Autonomous Provincie of Trento and Bolzano), while all the others were below the average of the EU-Ante 1995.

Also the indicator of life expectancy at 65 years of age without limitations in daily activities increased by almost a year compared to 2010, reaching 9.8 years in 2016, thus showing that at least a partial offsetting of the expected effects of aging was underway.

As already noted for life expectancy at birth, there was a correlation between life expectancy at 65 and the per capita health spending. Nevertheless, excluding from the analyses a small group of the EU-Post 1995, which were in decidedly deprived conditions, a totally unexpected negative trend was recorded in that correlation, which needed further investigation.

In Italy, in 2015 (the last year for which data was available), 44.2% of people over 65 years of age reported they had at least one severe chronic illness.

There was also a reduction in chronic diseases, which fell from 45.6 people out of 100 in 2013 to 44.2 in 2016 (-1.4 people), thus confirming a morbidity compression process.

At regional level, for the over 65s, the Autono-

mous Provincia of Bolzano recorded the lowest rate of chronic diseases in all Regions and lower than the national rate (32.0 as against 44.2). The rate of chronic diseases was higher in Southern Italy (49.0 for the over 65s), while Northern Italy's average was 39.3.

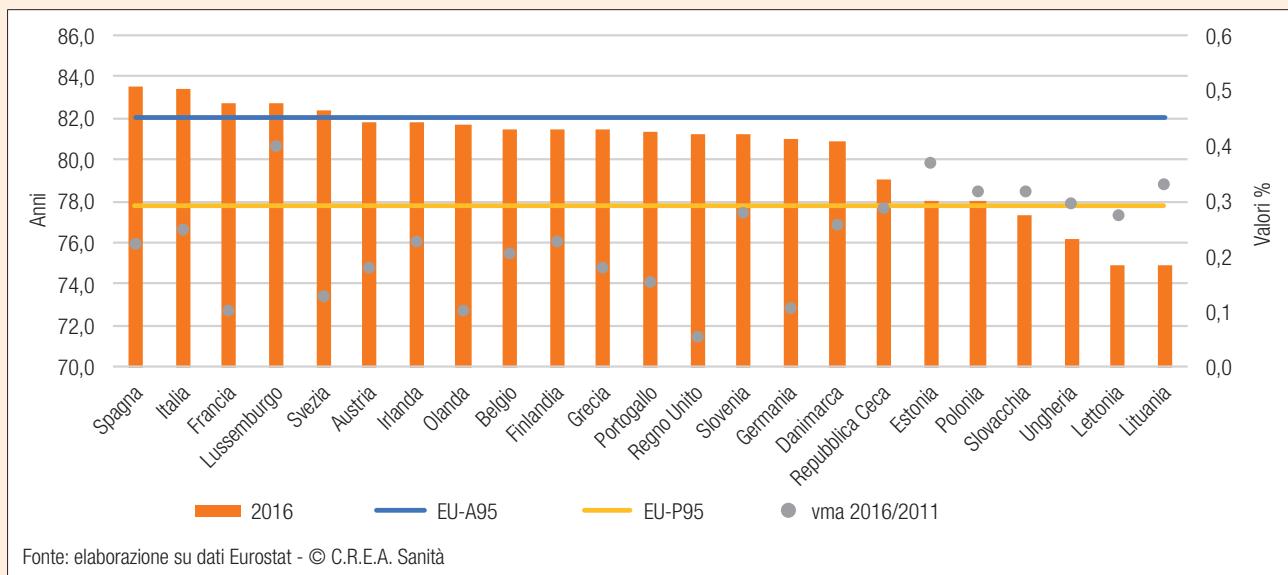
The raw incidence of chronic diseases was greater than the European average: that data, however, had to be obviously related to the higher average age of the Italian population.

Italy excelled also in terms of avoidable mortality: 93 deaths per 100,000 inhabitants, i.e. lower than the European average by approximately 34 deaths per 100,000 inhabitants.

In conclusion, the comparison with the main EU Member States clearly showed that Italy has excellent health outcomes, both in terms of level and of improvement trends, which are continuous and sustained. Nevertheless - on average - Italy excels in terms of aggregate health outcomes, the regional variability remains very significant.

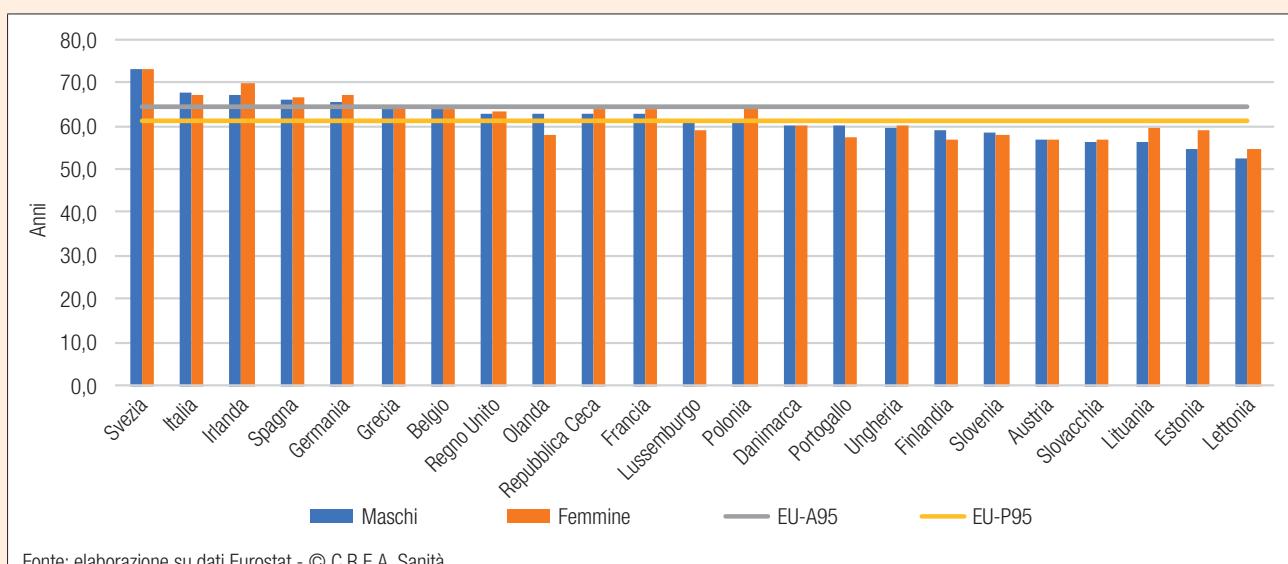
Although a worse performance is evident in Southern Italy, it seemed necessary to contextualize it, by noting that the NHS existence meant that Italy's Southern Regions performed much better than the EU countries with comparable levels of economic development.

KI 4c.1. Speranza di vita alla nascita in Europa



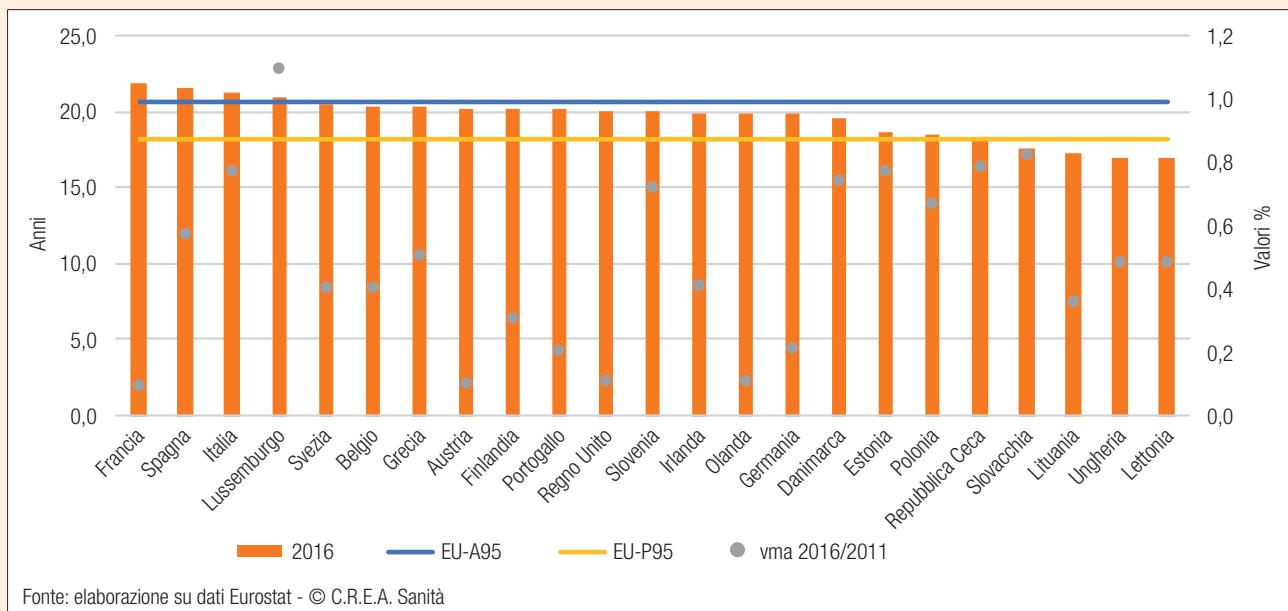
L'Italia, nel 2016, è il secondo Paese europeo (dietro solo alla Spagna) in termini di speranza di vita alla nascita: la speranza è maggiore di quella media europea di +2,4 anni e, in particolare, di 1,3 anni rispetto a quella della media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 e di 5,7 anni rispetto a quella della media EU-Post 1995. La Spagna è il Paese europeo con l'aspettativa di vita più alta (83,5 anni), la Lituania e la Lettonia quelli con l'aspettativa di vita più bassa (74,9 anni). Nei Paesi dell'EU-Ante 1995 si registra una aspettativa di vita migliore rispetto a quella dei Paesi EU-Post 1995: 82,1 anni nei primi, 77,7 anni nei secondi, con una differenza di 4,3 anni. Tra il 2011 e il 2016, tuttavia, i Paesi dell'EU-Post 1995 registrano una crescita dell'aspettativa di vita maggiore rispetto ai Paesi EU-Ante 1995.

KI 4c.2. Aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Europa. Anno 2016



La speranza alla nascita di vivere in buona salute in Italia è maggiore della media europea di +3,6 anni per gli uomini e +3,0 per le donne. L'Italia si colloca al di sopra sia della media dei Paesi EU-Ante 1995 (+3,2 anni uomini e +2,3 donne) che di quella dei Paesi EU-Post 1995 (+7,4 uomini e +4,6 donne). Meglio dell'Italia performance la Svezia, nonché Irlanda e la Germania per le donne. La speranza di vita è maggiore nei Paesi EU-Ante 1995 rispetto a quella dei Paesi EU-Post 1995 per entrambi i generi: 4,2 anni in più per gli uomini e 2,3 anni per le donne.

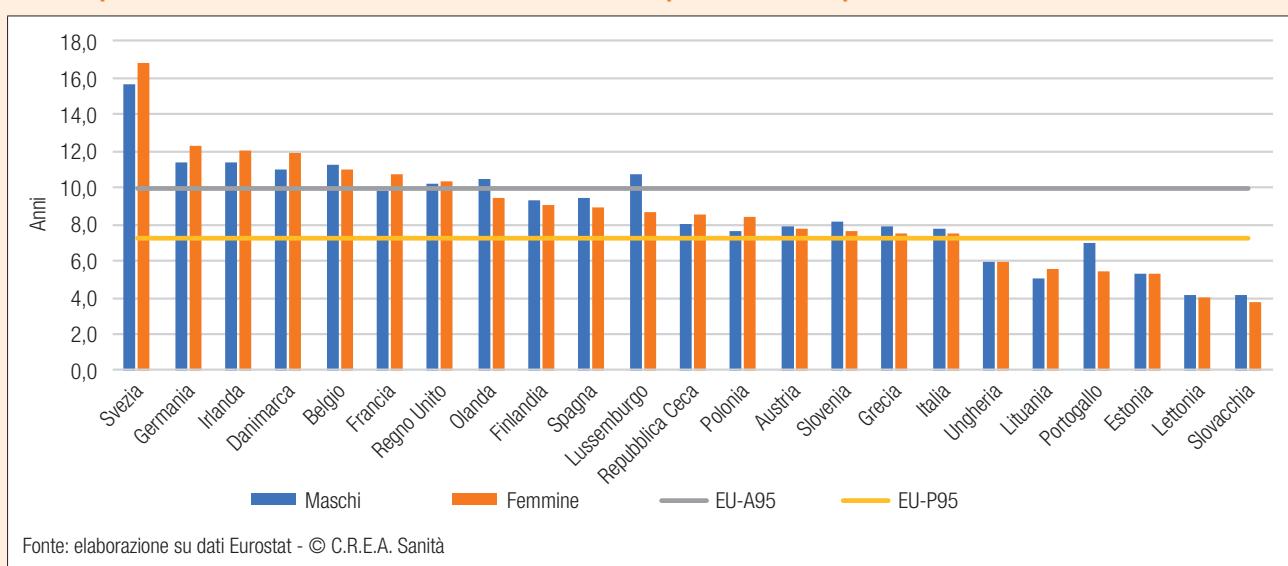
KI 4c.3. Speranza di vita a 65 anni in Europa



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

A 65 anni gli italiani hanno una speranza di vita di 1,3 anni maggiore rispetto alla media europea. Un italiano ha una speranza di vita a 65 anni di 0,6 anni in più rispetto alla media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 e 3,2 anni in più rispetto a quella dei Paesi dell'EU-Post 1995. La Francia è il Paese europeo con l'aspettativa di vita a 65 anni più alta (21,8 anni), la Lettonia e l'Ungheria quelli con l'aspettativa più bassa (17,0 anni). Negli ultimi anni, la crescita maggiore si registra nei Paesi con aspettativa più bassa, ad eccezione di Lussemburgo, Italia e Spagna: miglioramento che va da un valore minimo di +0,4% medio annuo in Lituania ad un valore massimo di +0,8% medio annuo in Estonia, Repubblica Ceca e Slovacchia.

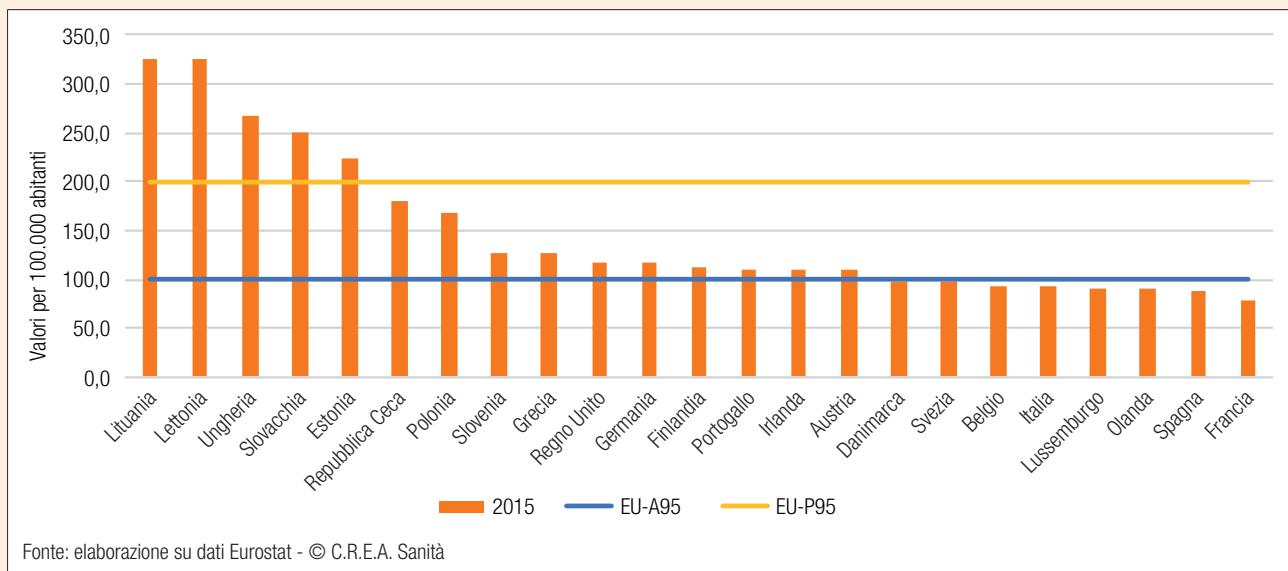
KI 4c.4. Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane in Europa. Anno 2015



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

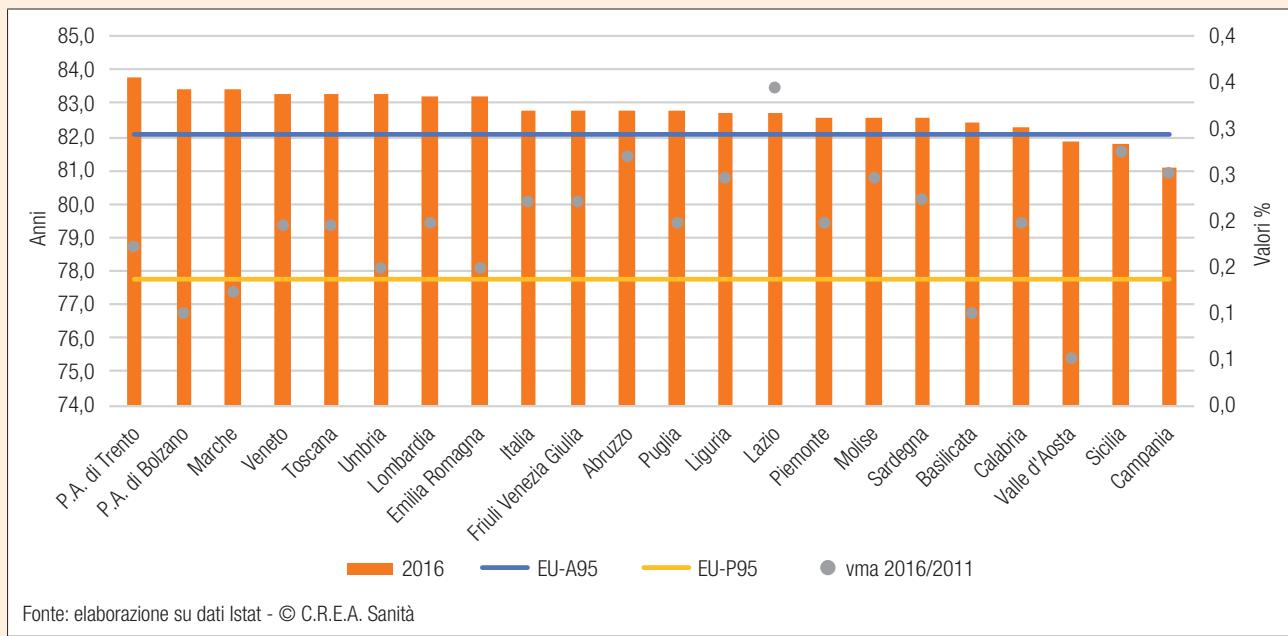
La qualità degli anni di vita per la popolazione anziana italiana è inferiore rispetto alla media europea. Per gli uomini, la vita attesa all'età di 65 anni in piena autonomia è di 7,8 anni (9,4 anni EU), per le donne è di 7,5 anni (9,4 anni EU). Rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 gli italiani registrano valori inferiori di 2,1 anni per gli uomini e di 2,6 anni per le donne; rispetto ai Paesi EU-Post 1995, invece, la qualità della vita a 65 anni è più alta di quasi un anno per gli uomini e di 0,1 per le donne. La Svezia è il Paese europeo con il maggior numero di anni da vivere in piena autonomia, 15,7 anni per gli uomini e 16,8 anni per le donne; la Slovacchia con il numero di anni più basso: 4,1 anni per gli uomini e 3,8 anni per le donne.

KI 4c.5. Mortalità evitabile in Europa. Anno 2015



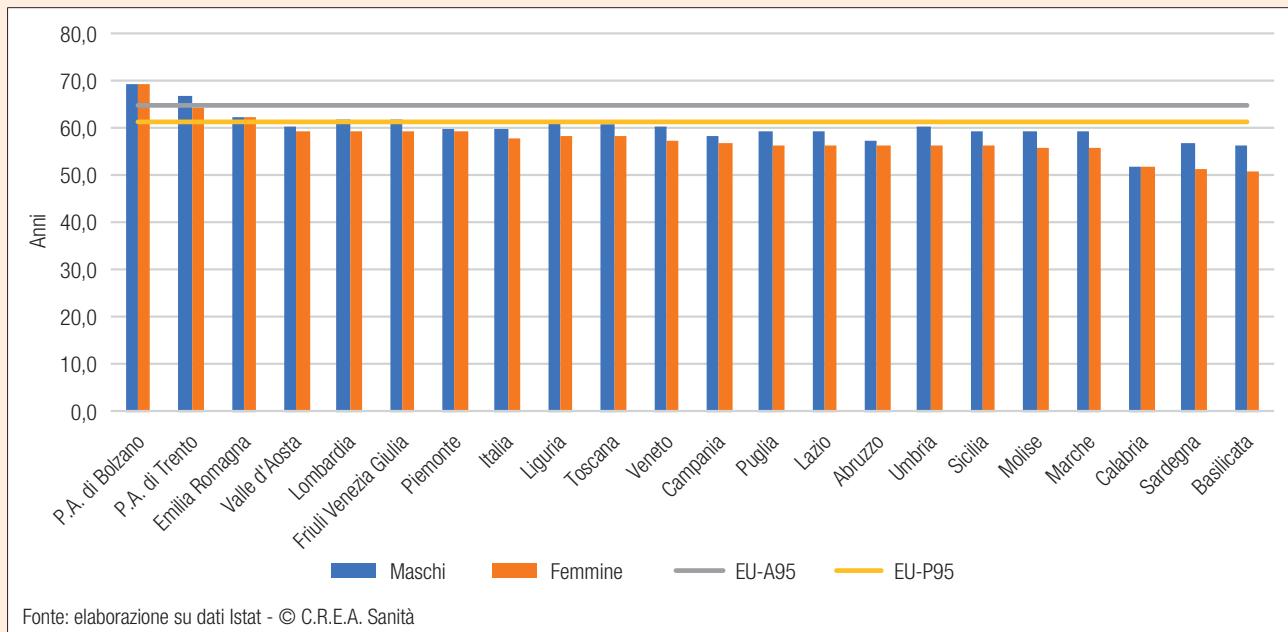
L'Italia ha 93,0 decessi evitabili ogni 100.000 abitanti, valore inferiore alla media europea di circa 34 decessi ogni 100.000 abitanti. Il Paese con la migliore *Performance* è la Francia, con 77,8 decessi ogni 100.000 abitanti, la Lituania, invece, occupa l'ultima posizione, registrando 325,9 decessi evitabili ogni 100.000 abitanti. In Italia ci sono 7,7 decessi evitabili ogni 100.000 abitanti in meno rispetto all'EU-Ante 1995 (100,7) e 107,3 in meno verso EU-Post (200,3).

KI 4c.6. Speranza di vita alla nascita in Italia



Negli ultimi 5 anni, la speranza di vita alla nascita in Italia è aumentata di quasi 1 anno (82,8 vs 81,9 nel 2011). Le donne risultano più longeve con una differenza di quasi cinque anni rispetto agli uomini (85,0 donne vs 80,6 uomini), benché tale *gap* si sia ridotto del -0,1%. Solo tre Regioni (Valle d'Aosta, Sicilia e Campania) hanno una aspettativa di vita alla nascita inferiore rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995 e ben 8 migliori. Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di oltre un anno di vita a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la P.A. di Trento registra la più alta speranza di vita alla nascita, sia per gli uomini che per le donne (81,4 e 86,3 rispettivamente); la Campania quella più bassa con 78,9 anni per gli uomini e 83,4 anni per le donne. Nel periodo considerato il *gap* tra le Regioni estreme si è ridotto: se nel 2011 la differenza tra il valore minimo e massimo era di tre anni, nel 2016 è di 2,7.

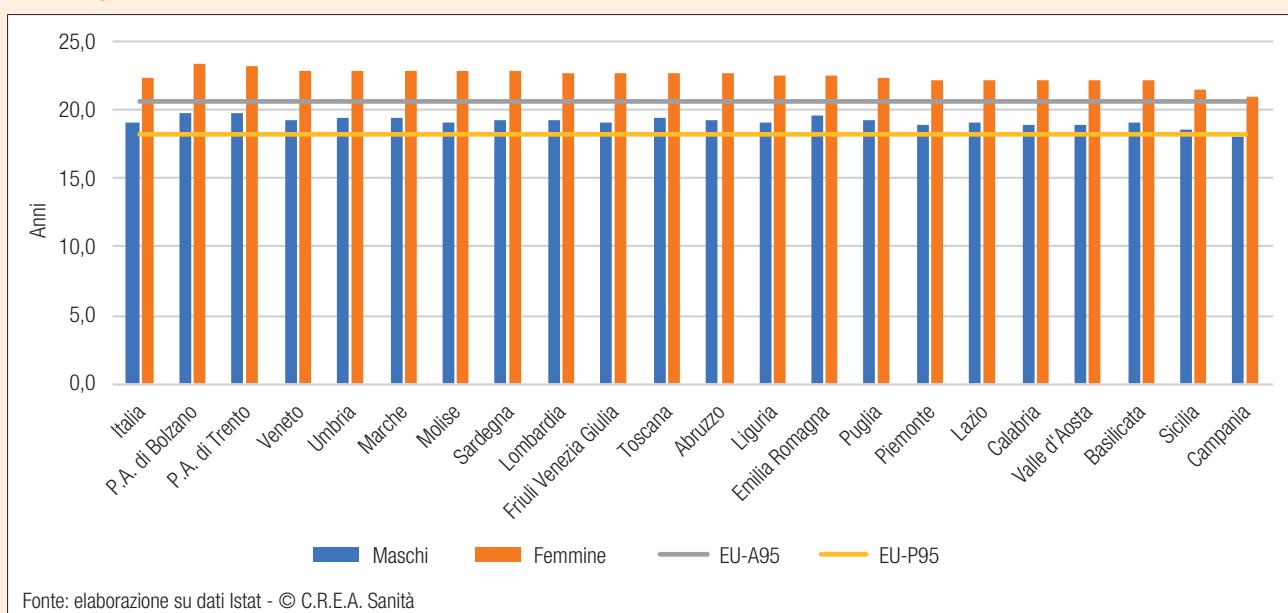
KI 4c.7. Aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Italia. Anno 2016



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

Le Regioni del Nord registrano una speranza di vita in buona salute superiore sia alla media nazionale (+1,7 anni) che alle altre ripartizioni geografiche (60,5 anni al Nord, 58,3 al Centro e 56,6 al Sud). La Regione con la speranza di vita in buona salute più alta è la P.A. di Bolzano, con un valore pari a 69,3 (dato 2016) e superiore alla media nazionale di 10,5 anni. Il valore più basso dell'indicatore si registra in Calabria (51,7), inferiore alla media nazionale di -7,1 anni.

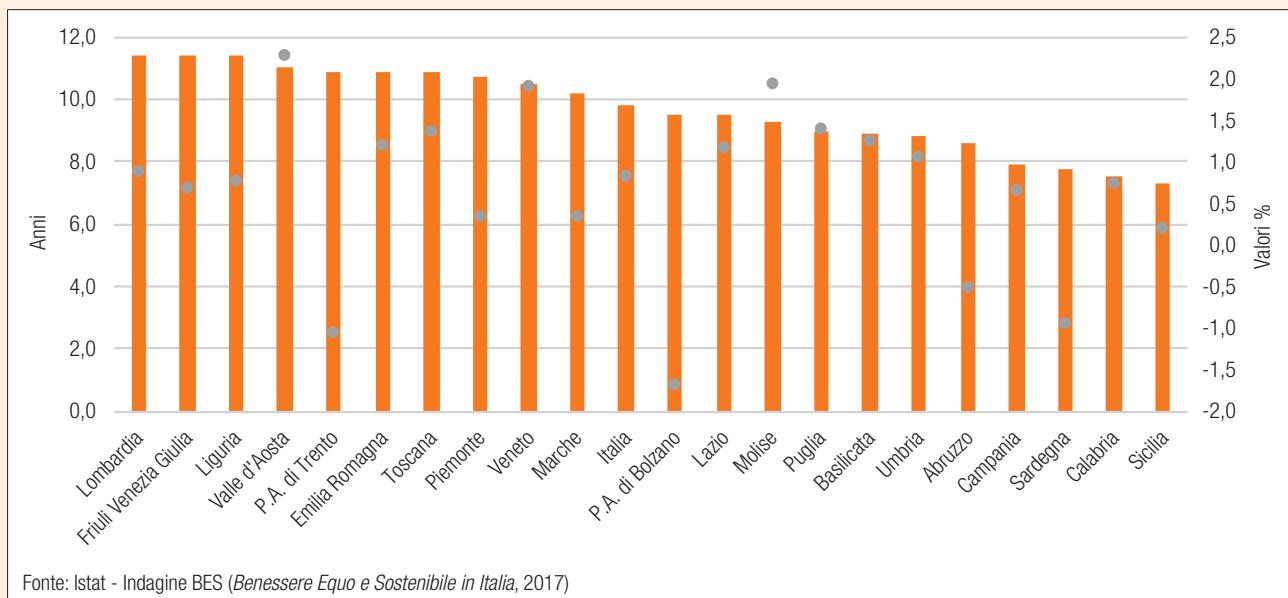
KI 4c.8. Speranza di vita a 65 anni in Italia. Anno 2016



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

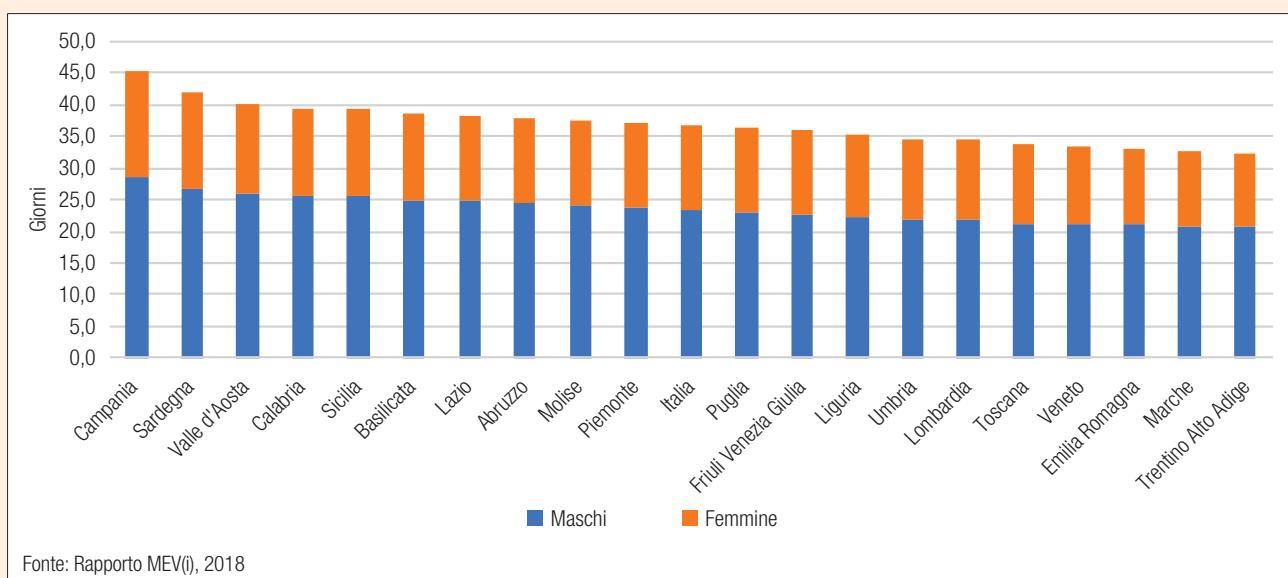
Negli ultimi 5 anni la speranza di vita a 65 anni è aumentata di 0,6 anni a livello nazionale, raggiungendo i 20,7 anni. Le Regioni con la speranza di vita più alta sono le PP.AA. di Trento e Bolzano, quella con la speranza di vita più bassa è la Campania. In particolare, la P.A. di Bolzano fa osservare la più alta speranza di vita a 65 anni per il genere femminile (23,3 anni) e la P.A. di Trento per quello maschile (19,8 anni); la Campania si conferma la Regione con l'aspettativa di vita più bassa sia per gli uomini che per le donne (18,0 e 21,0 rispettivamente) con una differenza (rispetto al valore massimo dell'indicatore) di 1,8 anni (uomini) e di 2,3 anni (donne). Nel periodo considerato il *gap* tra le Regioni con valori estremi si è ridotto: se nel 2011 la differenza tra il valore minimo e massimo era di 2,2 anni, nel 2016 è di 2,0.

KI 4c.9. Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane. Anno 2016



La speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane è aumentata di quasi un anno rispetto al 2010, raggiungendo nel 2016, i 9,8 anni. Il Nord, con 11,0 anni, registra un valore superiore a quello del Centro e del Sud di 1,0 e 3,0 anni rispettivamente. La speranza di vita a 65 anni senza limitazioni funzionali è massima in Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Liguria (11,4 anni), la Sicilia registra il valore più basso (7,3 anni). Tra il 2010 e il 2016 la Valle d'Aosta registra l'incremento più alto (+2,3% medio annuo), in quattro Regioni, invece, si registra una riduzione degli anni da vivere in piena autonomia: -1,7% medio annuo nella P.A. di Bolzano, -1,1% medio annuo nella P.A. di Trento, -1,0% medio annuo in Sardegna e -0,5% medio annuo in Abruzzo. Nelle Regioni del Sud, ad eccezione della Sardegna, migliora la la speranza di vivere senza limitazioni funzionali a 65 anni nel periodo considerato: il valore massimo si registra in Molise (+1,9% medio annuo), quello minimo in Sicilia (+0,2% medio annuo).

KI 4c.10. Ranking mortalità evitabile per Regione e genere. Giorni perduti std pro-capite – Decessi 0-74 anni. Anno 2015



In Italia, il Trentino Alto Adige (non è disponibile il dato separatamente per le due PP.AA. di Trento e Bolzano) ha il minore tasso di mortalità evitabile, con 20,8 giorni perduti per i maschi, e 11,4 per le donne. La Campania risulta la Regione peggiore per entrambi i generi: 28,5 giorni perduti per i maschi e 16,8 per le femmine. Rispetto all'anno precedente si è registrato in Italia un ulteriore miglioramento del dato: i giorni perduti per mortalità evitabile passano, per i maschi, da 24,3 giorni del 2014 a 23,4 del 2015, e per le femmine, da 13,9 giorni del 2014 a 13,4 del 2015, con una riduzione pari quasi ad un giorno per i maschi e di circa 0,5 giorni per le femmine.



Prevenzione: spesa, stili di vita, vaccinazioni e screening. Il posizionamento dell'Italia in Europa

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 5

Prevenzione: spesa, stili di vita, vaccinazioni e screening. Il posizionamento dell'Italia in Europa

Giordani C.¹

5.1. Introduzione

I dati sulle malattie cronico-degenerative o non trasmissibili (*noncommunicable diseases – NCDs*) e sui fattori di rischio sono allarmanti: secondo un recente rapporto della Commissione indipendente di alto livello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO)², collettivamente il cancro, il diabete, le malattie polmonari e le malattie cardiache uccidono 41 milioni di persone ogni anno, rappresentando il 71,0% di tutti i decessi a livello globale; 15 milioni di queste morti colpiscono persone tra i 30 e i 70 anni.

Oltre ai determinanti socio-economici, culturali, politici e ambientali, le NCDs hanno in comune alcuni fattori di rischio, per lo più legati a comportamenti individuali non salutari, che si adottano già nell'adolescenza o nell'infanzia, quali fumo di tabacco, consumo dannoso di alcol, alimentazione non corretta e inattività fisica; fattori modificabili, anche se fortemente condizionati dal contesto.

Ci sono poi i fattori di rischio intermedi, ossia quelle condizioni che, pur non rappresentando ancora una patologia conclamata, vanno comunque considerate patologiche, anche se (almeno in parte) reversibili, qualora diagnosticate e trattate in tempo. Ne è un esempio l'eccesso ponderale (sovrapeso più obesità³), ma anche l'ipertensione, le dislipidemie, la iperglicemia.

Quanto precede basterebbe già a giustificare perché la prevenzione assuma un ruolo centrale nella Sanità pubblica, in particolare nel contrasto alle

malattie e agli altri rischi per la salute della popolazione.

Molteplici sono le iniziative a livello internazionale. Solo per fare un esempio, con il *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020* la WHO fornisce a tutti gli Stati Membri e agli altri *stakeholder* una *roadmap* e una serie di opzioni di *policy*, allo scopo di intraprendere azioni coordinate e coerenti, a ogni livello, per il raggiungimento, entro il 2025, dei nove obiettivi globali, tra cui la riduzione del 25,0% della mortalità precoce dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o malattie respiratorie croniche.

Questo piano d'azione è incentrato principalmente sui quattro tipi di malattie non trasmissibili che contribuiscono maggiormente alla morbilità e mortalità per NCDs e sui quattro fattori condivisi di rischio comportamentale, di cui si è già parlato.

La WHO presta anche massima e crescente attenzione ai determinanti sociali della salute e ha fornito raccomandazioni affinché le politiche di prevenzione e promozione della salute siano orientate a garantire equità: se ne trova un esempio nella *Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile*, un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU, che dedica una particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze.

Anche a livello nazionale, sono numerose le attività di programmazione, sorveglianza e prevenzione intraprese a livello istituzionale. Il *Piano Nazionale*

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

² World Health Organization-WHO (2018), *Time to deliver – Report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases*

³ Secondo i criteri definiti dalla WHO, per "sovrapeso" si intende un *Body Mass Index -BMI* (calcolato dividendo il peso, espresso in kg, per il quadrato dell'altezza, espressa in metri), compreso tra 25,0 e 29,9, e per "obesità" un *BMI* ≥ 30

della Prevenzione (PNP) 2014-2018 prevede tra i suoi obiettivi quello di «*ridurre la morbosità, la mortalità e le disabilità premature che le malattie non trasmissibili comportano, nonché di limitare le disegualanze causate da condizioni sociali ed economiche che influiscono sullo stato di salute*». Per riuscire, è ritenuto necessario un approccio che comprenda:

- strategie di popolazione (di comunità): programmi di promozione della salute e, in particolare, di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione, che aiutino a creare le condizioni per facilitare l'adozione di comportamenti salutari
- strategie sull'individuo: prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e intermedi tramite la diagnosi precoce (*screening*), la modifica degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, per prevenire o ritardare le complicanze più gravi.

Ulteriore obiettivo del PNP 2014-2018 è quello di «*ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie*», principalmente attraverso le vaccinazioni, che rappresentano lo strumento per eccellenza, in termini di efficacia e sicurezza, a disposizione della Sanità pubblica.

Tali concetti vengono ribaditi nell'*Atto di indirizzo per l'anno 2018* del Ministero della Salute; la prevenzione è infatti la prima macroarea su cui incideranno le scelte strategiche della politica sanitaria del prossimo triennio: «*particolare attenzione dovrà porsi al bilanciamento delle attività di prevenzione delle malattie trasmissibili (soprattutto di rilevanza epidemica) e di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili*».

Con riferimento alle malattie trasmissibili, verrà - tra le altre cose - monitorato l'andamento e coordinata, con le Regioni, l'implementazione del *Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019*; per il controllo delle malattie cronico-degenerative,

elemento prioritario sarà l'azione di promozione della salute e prevenzione, sia nella popolazione generale sia nell'individuo sano o a rischio. La promozione della salute, incidendo sui quattro principali fattori di rischio, si avrà dell'approccio "intersetoriale" e trasversale del programma strategico nazionale *Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari* (approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) del 4 maggio 2007), che mira a promuovere la salute rinforzando le capacità degli individui (*empowerment*) e modificando il contesto di vita delle persone. Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) - organismo di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze - promuove il programma *Guadagnare salute* attraverso una serie di progetti e protocolli di Intesa.

Questi concetti vengono ripresi in numerosi altri documenti, sia a livello nazionale che internazionale, e sono oggetto di importanti azioni strategiche in atto. In questo capitolo, senza pretesa di esaustività, si intende fornire un quadro comparativo della situazione italiana a livello internazionale e, ove possibile, anche una comparazione regionale relativamente a: spesa per le attività di prevenzione pubblica, principali stili di vita e fattori di rischio per le NCDs (eccesso ponderale e inattività fisica, consumo dannoso di alcol, fumo di tabacco), vaccinazioni (coperture vaccinali pediatriche e antinfluenzali negli over 65⁴) e partecipazione ai programmi di *screening* (per la diagnosi precoce di tumore cervicale, mammario e colorettale)⁵.

5.2. Il quadro internazionale

5.2.1. La spesa per la prevenzione

Secondo i dati forniti (nel giugno 2018) dalla *Organisation for Economic Co-operation and Development*

⁴ In questo contributo per "over 65" si intendono le persone di 65 anni e più

⁵ In questo contributo tutte le traduzioni in italiano di testi in lingua inglese provenienti da fonti ufficiali internazionali (citate) sono a cura dell'autore

ment (OECD), nel 2016 l'Italia avrebbe assegnato ai programmi pubblici di prevenzione il 4,7% della spesa pubblica corrente, quota in leggera diminuzione rispetto al 2015 (4,8%) ma in crescita nell'ultimo decennio (nel 2006 era pari al 3,5%), e prossima alla percentuale del 5,0% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) fissata per il Livello Essenziale di Assistenza (LEA) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica⁶". Il dato, da considerarsi con le dovute cautele⁷, è stato rivisto rispetto a quello diffuso da OECD in passato (si parlava dello 0,5%) e comprende i costi relativi a: programmi di informazione, educazione e comunicazione (es. comunicazione su fattori di rischio e stili di vita); piani vaccinali (per vaccinazioni pediatriche e antinfluenzali); programmi di diagnosi precoce (es. programmi di screening mammografico, cervicale, colorettale); programmi di monitoraggio delle condizioni di salute (es. controlli in gravidanza o controlli sulla crescita dei bambini); sistemi di sorveglianza epi-

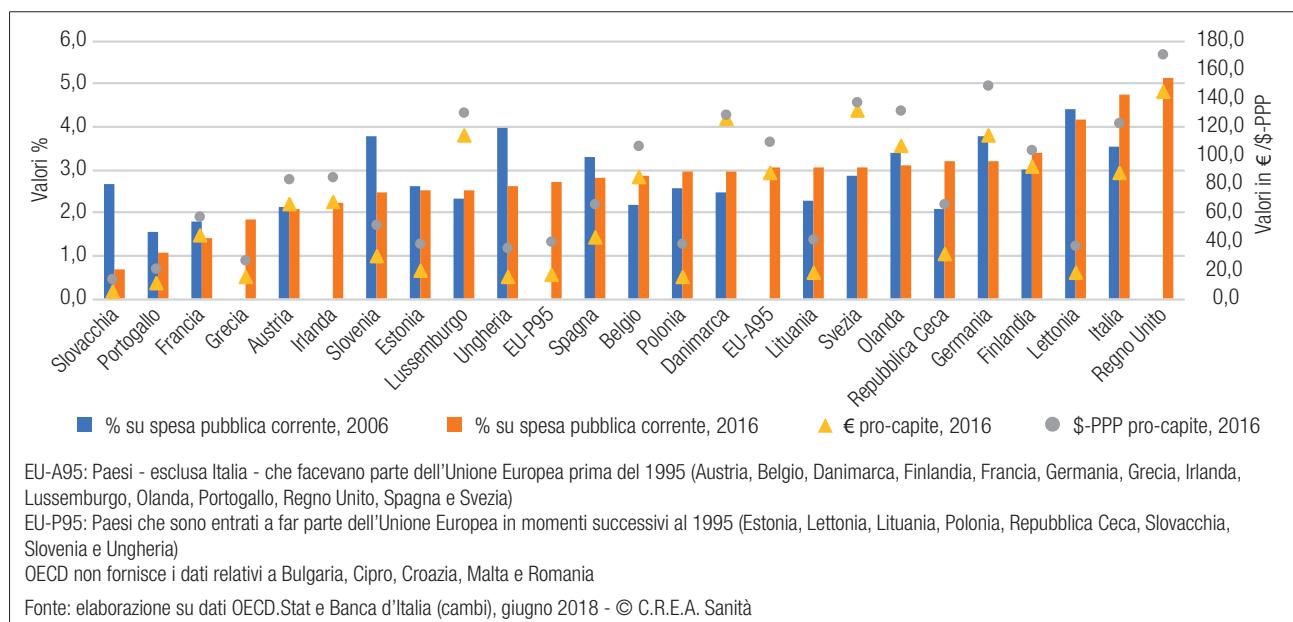
demiologica e programmi di controllo delle malattie, trasmissibili e non; programmi di risposta e gestione di crisi ed emergenze sanitarie.

Come si evince dalla Figura 5.1., tra i Paesi dell'Unione Europea (*European Union-EU*) di cui si dispone del dato, nel 2016 l'Italia (4,7%) è seconda solo al Regno Unito (5,1%) in termini di quota della spesa per la prevenzione sulla spesa sanitaria pubblica corrente.

Slovacchia, Portogallo, Francia e Grecia non raggiungerebbero il 2,0%.

Nell'ultimo decennio, Italia e Repubblica Ceca sono gli unici due Paesi a registrare un aumento di più di 1 punto percentuale dell'incidenza della spesa pubblica per programmi di prevenzione: rispettivamente, +1,2 e +1,1 punti percentuali (p.p.) rispetto al 2006. Altri 7 Paesi hanno registrato un aumento minimo (Lussemburgo, Belgio, Polonia, Danimarca, Lituania, Svezia e Finlandia).

Figura 5.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in Europa



⁶ Così denominato anche nell'ultimo D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA; la denominazione originaria era "assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" (D.P.C.M. 29 novembre 2001)

⁷ I dati diffusi da OECD possono differire nel metodo di rilevazione fra i diversi Paesi; in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie dei dati a causa di "break in time series", per cui i dati possono risultare non totalmente comparabili tra un anno e l'altro. Dal 2015 è stato adottato il *System of Health Accounts 2011*, poi rivisto nel 2017. Per approfondire, <https://stats.oecd.org/>

In termini assoluti, però, l'Italia risulta essere ottava tra i Paesi EU considerati, con una spesa pro-capite pari a € 87,4 contro, ad esempio, la spesa del Regno Unito che raggiunge € 145,2 e quella della Svezia pari a € 130,9. Superano la quota di € 100,0 anche Danimarca, Germania, Lussemburgo e Olanda. L'Italia, quindi, è appena sotto la media degli altri Paesi EU-Ante 1995 (media dei restanti Paesi che facevano parte dell'Unione Europea prima del 1995⁸), pari a € 88,2, mentre supera quella dell'EU-Post 1995 (Paesi che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in momenti successivi al 1995⁹), pari a € 17,5 pro-capite; al di sotto di quest'ultimo valore Slovacchia, Portogallo, Ungheria, Polonia e Grecia.

In altri termini, si conferma quanto già osservato nello scorso Rapporto Sanità: l'investimento in prevenzione è fortemente legato al reddito medio dei Paesi.

In \$-PPP (Parità di Potere di Acquisto), il quadro si modifica solo leggermente: l'Italia diventa settima con \$-PPP 120,9 pro-capite, superando però la media EU-Ante 1995 (ferma a \$-PPP 109,0).

5.2.2. L'eccesso ponderale e l'insufficiente attività fisica

La WHO indica le malattie non trasmissibili o croniche (NCDs) come principale causa di morte nel mondo: come detto, ogni anno - rappresentando la causa del 71,0% di tutti i decessi - ucciderebbero circa 41 milioni di persone, destinate secondo le stime a raggiungere i 52 milioni nel 2030.

In particolare, WHO rileva che il numero maggiore di morti è causato da malattie cardiovascolari (17,9 milioni ogni anno); seguono tumori (9,0 milioni), malattie respiratorie (3,9 milioni) e diabete (1,6 milioni). L'85,0% di questi decessi avviene in Paesi a basso-medio reddito¹⁰.

Secondo l'*Italian Barometer Diabetes Observatory*

(Fondazione IBDO)¹¹, le patologie croniche come il diabete rappresentano una delle principali sfide della Sanità del XXI secolo, sfida condivisa a livello internazionale.

Nel 2014 nel mondo erano 422 milioni gli adulti con diabete (la prevalenza è quasi raddoppiata dal 1980 ad oggi), e nel 2012 sono stati 1,5 milioni i decessi. In Italia, nel 2016 i diabetici erano 3,2 milioni, il 5,3% dell'intera popolazione (WHO).

Si è già visto come tra gli obiettivi fissati dall'ultimo *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020* della WHO ci sia anche quello di una riduzione relativa del 25,0% della mortalità precoce da NCDs entro il 2025.

A tal fine, tra i fattori di rischio per le malattie non trasmissibili particolare importanza la riveste l'eccesso ponderale (inteso come quota di persone in sovrappeso o obesi); in particolare, l'obesità è considerata l'"anticamera" del diabete.

L'eccesso ponderale nel 2016 a livello globale ha messo a rischio la vita di 1,9 miliardi di adulti, di cui oltre 650 milioni sono obesi (39,0% degli uomini e 40,0% delle donne).

Complessivamente, nel 2016 circa il 13% della popolazione adulta nel mondo (l'11,0% degli uomini e il 15,0% delle donne) risulta obeso. La prevalenza mondiale dell'obesità è quasi triplicata tra il 1975 e il 2016.

Ma nel 2016, anche 41 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni erano in sovrappeso o obesi, così come oltre 340 milioni di bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni (con una prevalenza che è passata dal 4,0% nel 1975 a poco più del 18,0% nel 2016, secondo WHO).

La Figura 5.2. illustra i dati diffusi da OECD circa la quota di popolazione di 15 anni e più in eccesso ponderale (distinto tra sovrappeso e obesità) nei Paesi EU, nel 2016 (o anno più vicino)¹².

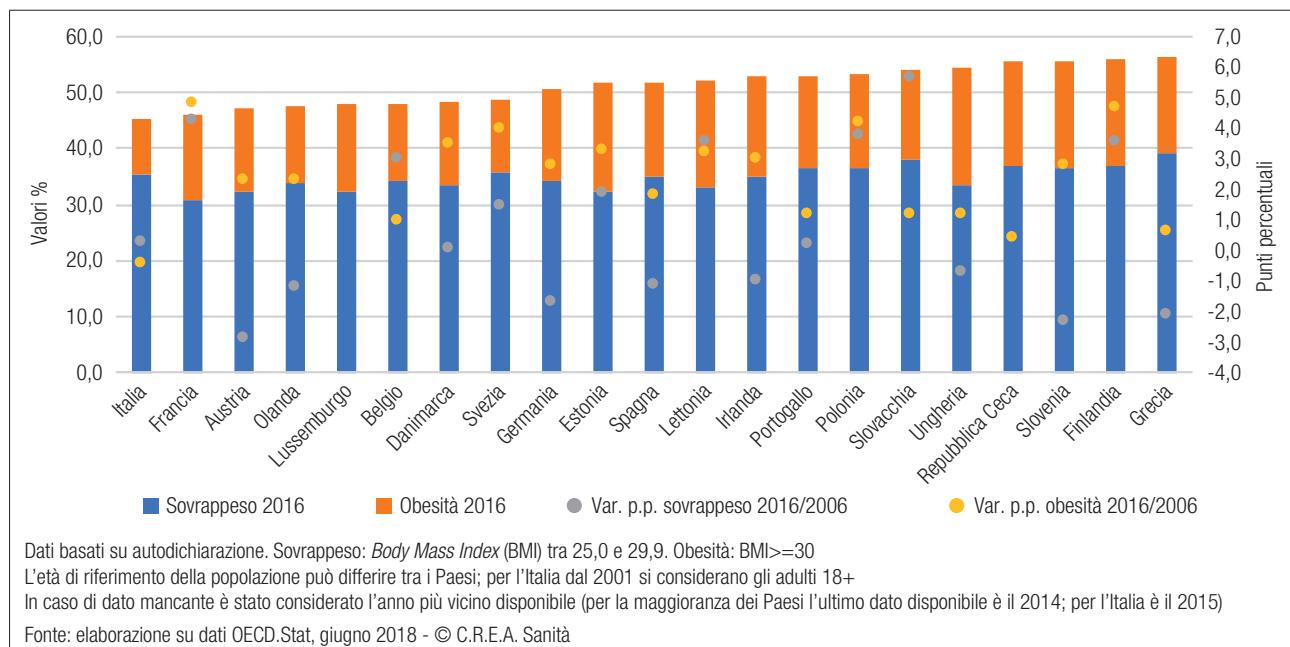
⁸ Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia

⁹ Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria. OECD non fornisce i dati relativi a Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania

¹⁰ WHO (2018), *Key facts 1 giugno 2018* - <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

¹¹ IBDO Foundation (2018), 11° *Italian Diabetes & Obesity Barometer Report* 2017, aprile 2018

¹² Si avverte che per la maggioranza dei Paesi è stato considerato l'anno 2014 (per l'Italia, l'ultimo anno disponibile nel database OECD è il 2015)

Figura 5.2. Sovrappeso e obesità tra le persone di 15 anni e più in Europa

Sui 21 Paesi di cui si dispone del dato, l'Italia sembra registrare il tasso minore di eccesso ponderale (45,1%), sostanzialmente stabile rispetto al 2006. Seguono, con una percentuale inferiore al 48,0%, Francia (46,1%), Austria (47,1%) e Olanda (47,6%), mentre la quota più alta si osserva in Grecia (56,2%). Registrano una quota superiore al 55,0% anche Finlandia, (56,0%), Slovenia (55,6%) e Repubblica Ceca (55,4%). Nell'ultimo decennio, sono solo tre i Paesi che registrano una diminuzione, sia pur minima: oltre all'Italia anche l'Austria (-0,6 punti percentuali) e la Grecia (-1,5 p.p.). Si segnala l'aumento di +9,1 punti percentuali registrato in Francia.

Anche considerando la sola obesità, il nostro Paese è quello con la quota più bassa tra gli adulti di 15 anni e più (9,8%) in Europa, e in diminuzione sia rispetto al 2014 (-0,5 punti percentuali) che nell'ultimo decennio (-0,4 p.p.). Seguono, con una quota al di sotto del 14,0%, Svezia (13,0%), Olanda (13,6%) e Belgio (13,7%). La percentuale più alta di obesi, maggiore del 20,0%, si osserva in Ungheria (21,2%)

e Regno Unito (20,1%)¹³. A parte l'Italia, tutti i Paesi registrano una crescita del valore nell'ultimo decennio.

Se si considera il solo sovrappeso tra gli adulti, l'Italia, con una quota del 35,3%, si trova a metà classifica (con +0,3 punti percentuali rispetto al 2006); la percentuale inferiore si osserva in Francia (30,8%), la più alta in Grecia (39,2%). Rispetto al 2006, solo 8 Paesi registrano un calo (Austria, Olanda, Germania, Spagna, Irlanda, Ungheria, Slovenia e Grecia).

La situazione italiana tra gli adulti, dunque, appare migliore degli altri Paesi europei, ma altrettanto non si può affermare per i bambini (Figura 5.3.).

Considerando l'eccesso ponderale ($BMI \geq 25,0$) nei bambini di genere maschile nei 23 Paesi europei di cui WHO¹⁴ ha recentemente fornito il dato, per il periodo 2015-2017 l'Italia - a pari merito con Grecia e Spagna - registra la seconda quota più alta, pari al 42,0%, superata solo da Cipro con il 43,0%. Le percentuali minori si osservano in Danimarca (18,0%), Repubblica Ceca (23,0%) e Slovenia (24,0%). Con-

¹³ Il Regno Unito non è stato considerato nella analisi sull'eccesso ponderale in quanto non sono disponibili i dati sul sovrappeso

¹⁴ WHO (2018), *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), Highlights 2015-17*

siderando la sola obesità, Italia e Cipro registrano entrambe il 21,0%, che rappresenta il tasso più elevato. Nonostante questo, WHO riconosce al nostro Paese e agli altri con prevalenza maggiore lo sforzo profuso in attività di prevenzione, che ha portato ad un decremento nonostante le quote restino molto alte. Danimarca (5,0%), Francia, Lettonia e Irlanda (9,0%) sono i Paesi in cui si registrano invece le quote inferiori di bambini di sesso maschile obesi. Se invece si osserva il solo sovrappeso (BMI tra 25,0 e 29,9), sono tre i Paesi con una quota maggiore di quella italiana (pari al 21,0%, a pari merito con la Croazia): la Spagna, che con il 23,0% è il Paese con la situazione peggiore, la Grecia e Cipro (22,0%). Slovenia (10,0%), Danimarca e Repubblica Ceca (13,0%) sono i Paesi più virtuosi.

Considerando le bambine, il quadro cambia solo leggermente: con riferimento all'eccesso ponderale, per il periodo 2015-2017 l'Italia - a pari merito con la Grecia - registra la terza quota più alta, pari al 38,0%, superata da Cipro con il 43,0% e Spagna con il 41,0%. Le percentuali minori in Repubblica Ceca (19,0%), Danimarca e Irlanda (20,0%). Considerando la sola obesità, Italia e Grecia, con il 14,0%, registrano la quarta quota più alta, superate da Malta (15,0%), Spagna (17,0%) e Cipro (19,0%). Danimarca e Irlanda (5,0%) i Paesi più virtuosi. Se invece si osserva il solo sovrappeso, l'Italia, insieme a Grecia, Spagna e Cipro, registra la percentuale maggiore (24,0%) di bambine con BMI compreso tra 25,0 e 29,9. Repubblica Ceca e Slovacchia, con il 13,0%, sono i Paesi con la quota inferiore.

Figura 5.3. Sovrappeso e obesità tra i bambini di 6-9 anni in Europa. Periodo 2015-2017

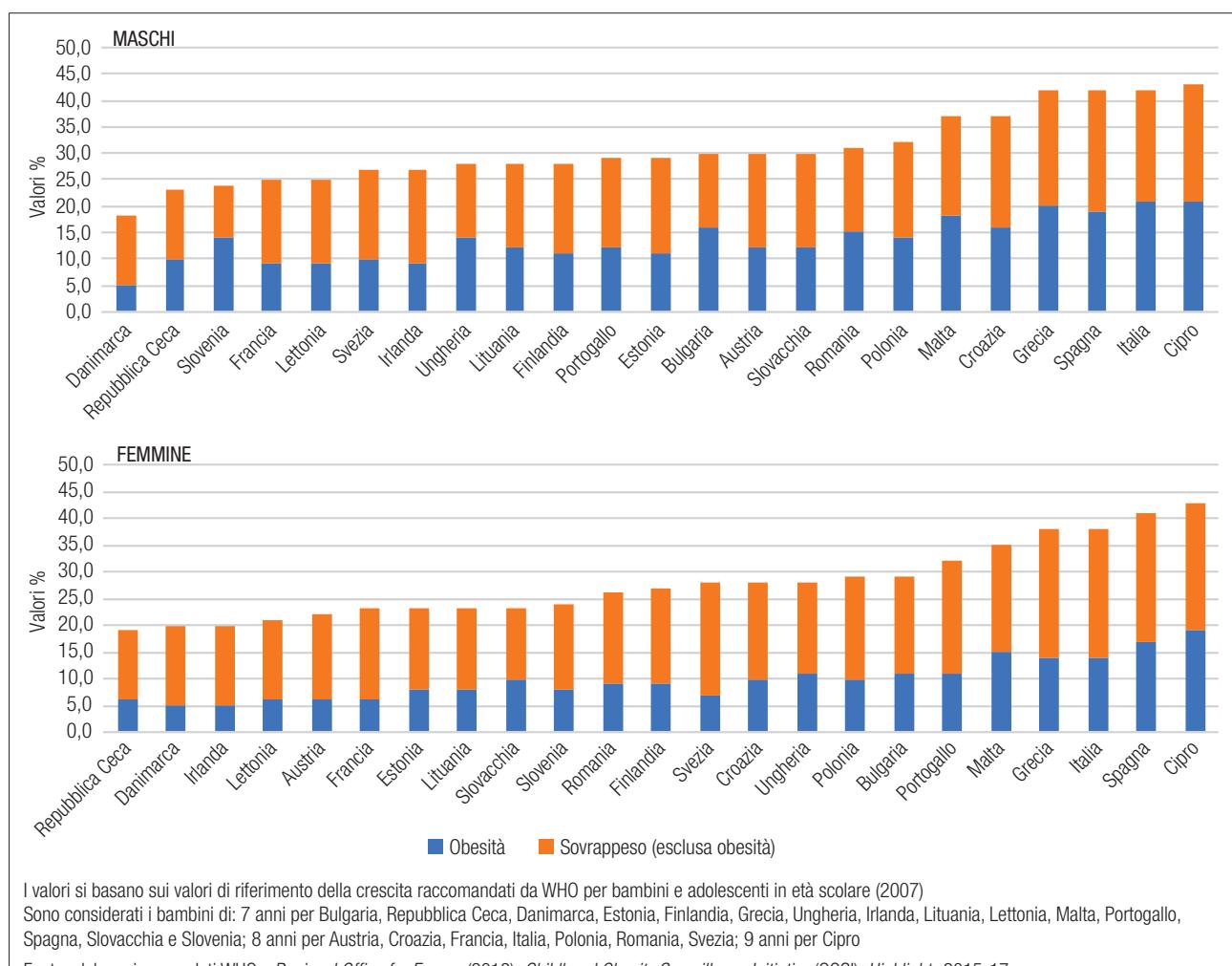
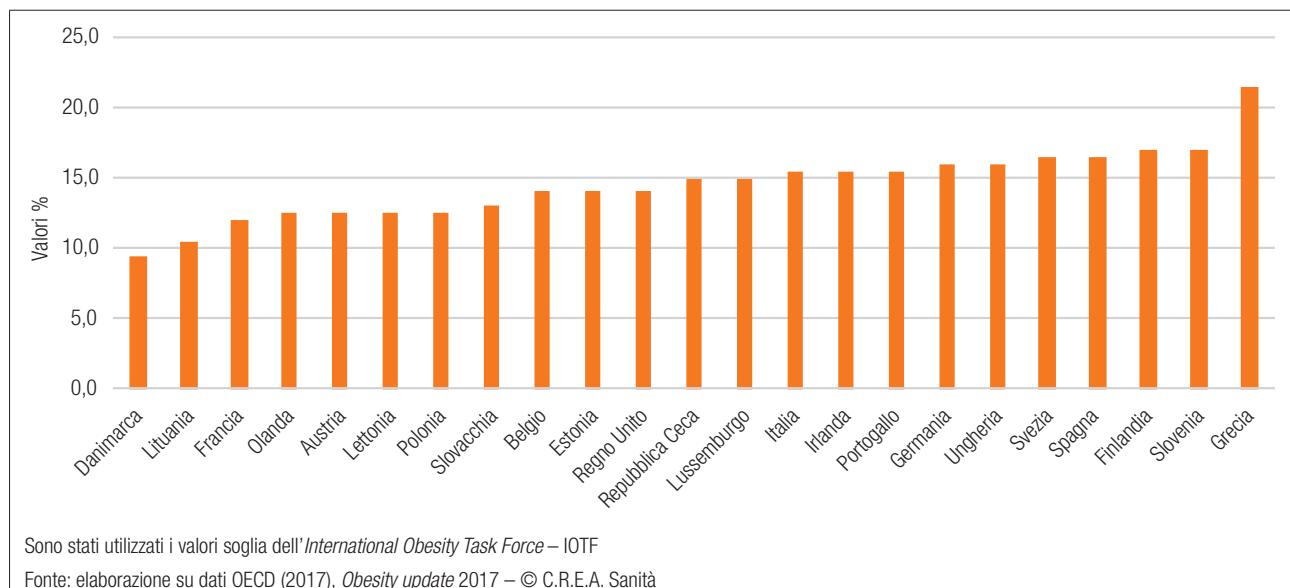
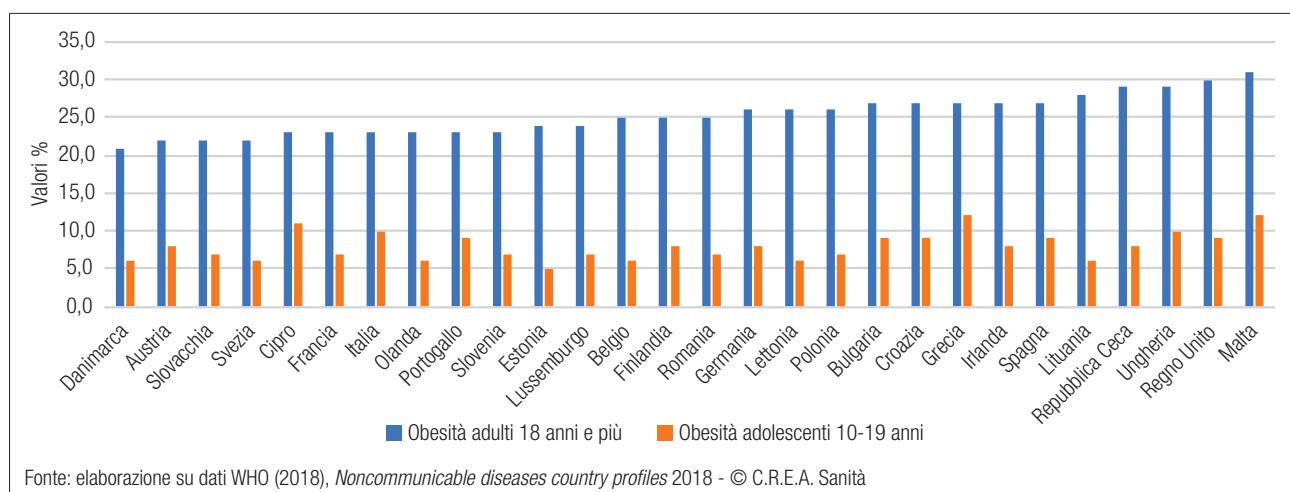


Figura 5.4. Eccesso ponderale (sovrapeso più obesità) autoriferito tra i ragazzi di 15 anni in Europa. Anni 2013-2014**Figura 5.5. Obesità tra gli adulti (18 anni e più) e gli adolescenti (10-19 anni) in Europa. Anno 2016**

La situazione non migliora di molto se si considerano i dati 2013-2014 sull'eccesso ponderale tra i ragazzi di 15 anni, diffusi da OECD (*Obesity Update*) nel mese di luglio 2017.

Come mostrato nella Figura 5.4., in Italia (come in Irlanda e in Portogallo), il 15,5% dei ragazzi di 15 anni dichiara di essere in eccesso ponderale (sovrapeso più obesità). Tra i 23 Paesi EU di cui si dispone del dato, solo 7 registrano una percentuale

superiore. La quota maggiore si osserva in Grecia (21,5%), seguita con il 17,0% da Slovenia e Finlandia; il Paese più virtuoso è la Danimarca, che si attesta al 9,5%, seguita dalla Lituania con il 10,5%.

Per completezza, va evidenziato che nel settembre 2018 la WHO ha aggiornato i dati sulle malattie non trasmissibili¹⁵, evidenziandone i principali per ciascun Paese membro, per l'anno 2016. Tra questi, ci sono le prevalenze di obesità tra adulti (18+) e

¹⁵ WHO (2018), *Noncommunicable diseases country profiles 2018*, settembre 2018

adolescenti (10-19 anni), illustrate per i 28 Paesi EU nella Figura 5.5..

Secondo WHO, le prevalenze di obesità tra gli adulti sembrerebbero ben più elevate rispetto a quelle (meno recenti) segnalate da OECD, ma l'Italia manterebbe comunque una buona posizione nella classifica europea: con una quota - comunque preoccupante - del 23,0% (più del doppio di quella rilevata da OECD, che per il dato Italia fa riferimento all'indagine multiscopo *Aspetti della vita quotidiana* di Istat), a pari merito con Cipro, Francia, Olanda, Portogallo e Slovenia, sarebbe la quinta nazione con il tasso minore. In testa alla classifica Malta (31,0%), seguita dal Regno Unito (30,0%). I Paesi più virtuosi: Danimarca (21,0%), Austria, Slovacchia e Svezia (22,0%).

Con riferimento alla prevalenza di obesità tra gli adolescenti, sempre secondo i recenti dati WHO, il livello registrato in Italia resterebbe preoccupante nel contesto europeo: con un tasso del 10,0%, pari a quello dell'Ungheria, il nostro Paese sarebbe il quarto con prevalenza più alta (dopo Malta, Grecia e Cipro). L'Estonia la più virtuosa (5,0%), seguita con una quota del 6,0% da Danimarca, Svezia, Olanda, Belgio, Lettonia e Lituania.

Oltre alle abitudini alimentari scorrette e ai fattori socio-culturali, un altro elemento penalizzante che può portare a problemi di sovrappeso e obesità, soprattutto tra i ragazzi ma non solo, può essere ricerato nella mancanza di sufficiente attività fisica.

Per comprendere l'entità del problema, si pensi che secondo le stime WHO nel mondo, ogni anno, circa 3,2 milioni di morti possono essere attribuite alla attività fisica insufficiente, identificata come quarto fattore di rischio principale per la mortalità globale. Inoltre, si stima che l'inattività fisica sia la causa principale di circa il 21,0%-25,0% dei tumori della mammella e del colon, il 27,0% del diabete e circa il 30,0% delle ischemie cardiache.

Sempre a livello globale, il 23,0% degli adulti e l'81,0% degli adolescenti (11-17 anni) non rispetta-

no le raccomandazioni WHO *Recommendations on Physical Activity for Health* (che prevedono per gli adulti almeno 150 minuti alla settimana di attività moderata o 75 di attività vigorosa o combinazioni equivalenti delle due), e per gli adolescenti almeno 60 minuti al giorno di attività moderata-vigorosa.

Questi dati vengono illustrati nel *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030*, lanciato dalla WHO nel giugno 2018 affinché venga implementato nei Paesi membri. Nel Piano si evidenzia come siano diverse le azioni politiche che possono promuovere e supportare le persone di ogni età e capacità a partecipare ad attività quali la camminata, la bicicletta, la danza e più in generale lo sport.

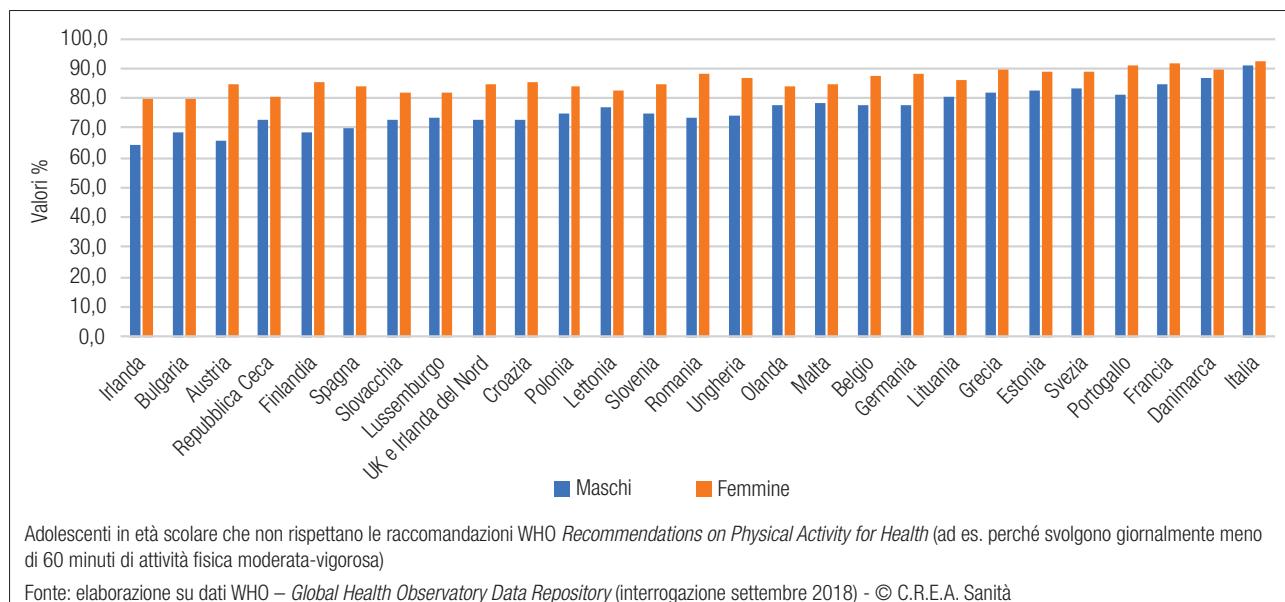
Inoltre, la WHO, il 17.10.2018 ha lanciato "Active", un *policy toolkit* per aiutare i governi dei vari Paesi a ridurre gli allarmanti livelli di inattività fisica e le conseguenze sanitarie, sociali ed economiche che ne derivano¹⁶.

Entrando nel dettaglio europeo (Figura 5.6.), secondo il *Global Health Observatory* a cura della WHO¹⁷ nella classifica dei 15 Paesi EU di cui si dispone del dato (tassi grezzi) nel 2010 l'Italia registra la percentuale maggiore di adolescenti in età scolare che pratica insufficiente attività fisica (in quanto non rispetta le raccomandazioni WHO), sia tra i maschi (91,0%) che tra le femmine (92,6%). La quota inferiore si osserva in Irlanda (64,6% per i maschi, 79,6% per le femmine). Considerando entrambi i sessi, il valore Italia è pari al 91,8%, quello dell'Irlanda al 71,6%.

Per completezza, se si osservano – all'interno del *Global Health Observatory* - i tassi (grezzi) di adulti maggiorenni che praticano attività fisica insufficiente, considerando i 28 Paesi dell'EU nel 2010 il nostro Paese è il sesto con prevalenza maggiore: 35,9%, seguito da Irlanda (36,0%), Portogallo (37,3%), Belgio (37,4%), Regno Unito (40,0%) e Malta (45,2%). I primi 5 Paesi più virtuosi, con un tasso inferiore al 20,0%, sono: Estonia (15,2%), Grecia, Olanda, Slovacchia e Croazia.

¹⁶ Per maggiori dettagli: <http://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/active-toolkit/en/>

¹⁷ <http://apps.who.int/gho/data/node.home>

Figura 5.6. Adolescenti in età scolare (11-17 anni) che svolgono attività fisica insufficiente in Europa. Anno 2010

Adolescenti in età scolare che non rispettano le raccomandazioni WHO *Recommendations on Physical Activity for Health* (ad es. perché svolgono giornalmente meno di 60 minuti di attività fisica moderata-vigorosa)

Fonte: elaborazione su dati WHO – *Global Health Observatory Data Repository* (interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

Si rileva, inoltre, un aggiornamento al 2016 con riferimento allo stesso dato, ma solo per gli adulti. Secondo i nuovi dati WHO di cui si è parlato in precedenza, la posizione dell'Italia sarebbe peggiorata: la prevalenza di over 18 che praticano attività fisica insufficiente, nel senso più volte ricordato, ammonterebbe al 45,0%, così come per Cipro. Sui 28 Paesi EU, solo due, Germania e Portogallo, registrerebbero un tasso maggiore (entrambi 46,0%). I più virtuosi, con una prevalenza inferiore al 30,0%, sarebbero Finlandia, Svezia, Olanda e Lituania.

Gli scorretti stili di vita comportano anche un rilevante *burden* economico.

Si consideri che in Italia il carico dei costi diretti dei malati di diabete¹⁸ è stato stimato ammontare (nel 2010) a circa € 7,9 mld. annui, più alti di quelli della Spagna (€ 5,4 mld.) ma inferiori a quelli di Germania (€ 43,2 mld.), Regno Unito (€ 20,2 mld.) e Francia (€ 12,9 mld.). Per quanto riguarda i costi indiretti, considerando ad esempio quelli dovuti ad assenza o ritiro anticipato dal lavoro e quelli per i be-

nefits sociali, nel nostro Paese essi ammonterebbero a € 12,6 mld. (€ 37,9 mld. in Germania, € 17,6 mld. in Spagna, € 17,3 mld. nel Regno Unito, € 12,9 mld. in Francia).

Con riferimento all'obesità, le stime annue dei costi diretti in Italia sono pari a € 22,8 mld. e il 64,0% di tale cifra viene speso per l'ospedalizzazione (IBDO).

Ancora, il costo a livello globale dell'inattività fisica è stimato in US\$ 54 mld. all'anno in assistenza sanitaria diretta, nel 2013, e ulteriori US\$ 14 mld. sarebbero attribuibili alle perdite di produttività¹⁹.

5.2.3. Il consumo di alcol

Secondo la WHO, nel 2016, più di 3 milioni di persone nel mondo sono morte a causa di un uso dannoso di alcol (il 5,3% di tutti i decessi) e più di tre quarti erano uomini. Si tratta della sesta causa di malattie e decessi prematuri nei Paesi ad alto reddito.

L'uso dannoso di bevande alcoliche è un fattore causale in oltre 200 malattie, inclusi i tumori, e incidenti che provocano numerosi morti e feriti. L'uso di

¹⁸ LSE Health, London School of Economics (2012), Panos Kanavos et al., *Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries*, gennaio 2012

¹⁹ World Health Organization-WHO (2018), *Global action plan on physical activity 2018-2030: More active people for a healthier world*

alcol, ai livelli medi di circa 30 grammi pro-capite, genera ogni anno, complessivamente, il 5,1% del carico globale di malattie e infortuni (misurato in anni di vita persi per malattia, disabilità o morte prematura - *Disability Adjusted Life Years (DALYs)*)²⁰.

In particolare, sempre secondo la WHO, tra tutti i decessi attribuibili all'alcol:

- il 28,0% è dovuto a infortuni (come quelli dovuti a incidenti stradali, autolesionismo e violenza interpersonale)
- il 21,0% a malattie dello stomaco
- il 19,0% a malattie cardiovascolari
- il resto ad altre condizioni di salute come malattie infettive, tumori, disturbi mentali etc..

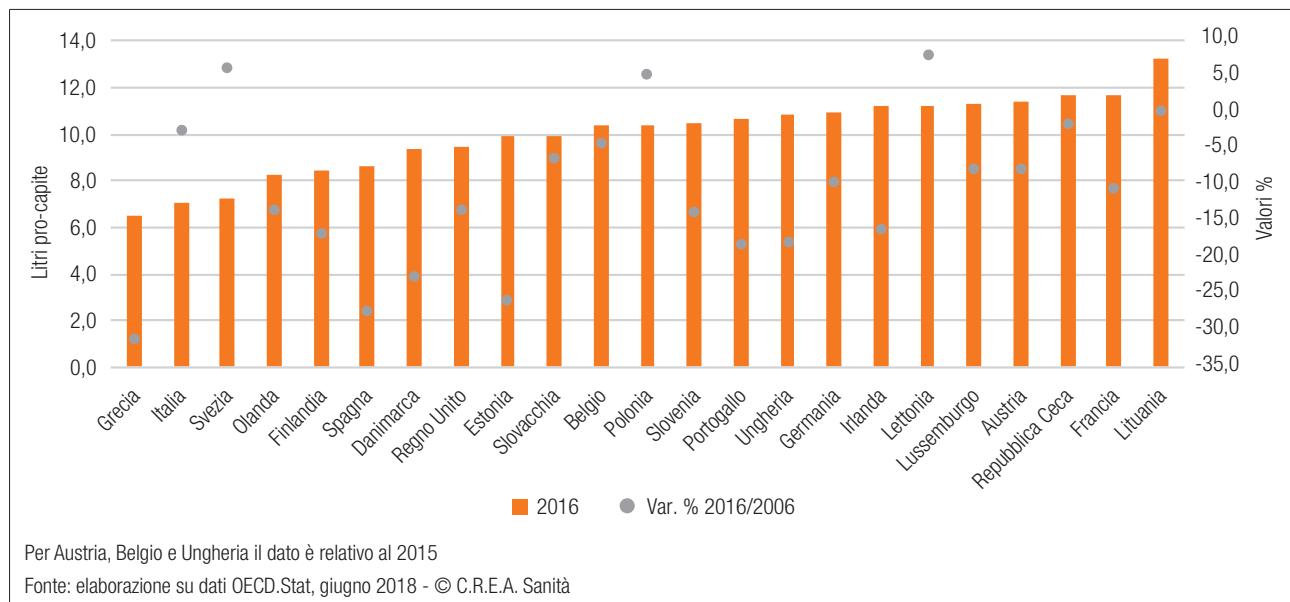
Secondo l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ogni anno in Italia sono almeno 30.000 i decessi causati dall'alcol (soprattutto incidenti stradali tra i giovani). Inoltre, sempre secondo statistiche effettuate dall'ISS, nel 2014 il numero di decessi di persone di età superiore a 15

anni per patologie totalmente alcol-attribuibili²¹ è stato pari a 1.174²².

Nel 2016 sono circa 2,3 miliardi le persone che consumano bevande alcoliche nel mondo. L'alcol è consumato da più della metà della popolazione in tre Regioni della WHO (America, Europa e Pacifico occidentale) e in Europa il consumo è il doppio della media, ovvero il più alto consumo pro-capite del pianeta (nonostante sia diminuito di oltre il 10% dal 2010).

Inoltre, nonostante i *trend* positivi registrati nella prevalenza del consumo episodico pesante e nel numero di decessi alcol-correlati registrati a partire dal 2010, sempre a livello mondiale si stimano 237 milioni di uomini e 46 milioni di donne con disturbi alcol-correlati, con le prevalenze più alte nei Paesi ad alto reddito, in particolare nella Regione europea (14,8% uomini e 3,5% donne) e in quella delle Americhe.

Figura 5.7. Consumo di alcol tra persone di 15 anni e più in Europa



²⁰ WHO (2018), *Global status report on alcohol and health 2018*

²¹ Decessi che, in accordo con la *International Classification of Disease* (ICD10), sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol: Sindromi psicotiche indotte da alcol, Polineuropatia alcolica, Cardiomiopatia alcolica, Gastrite alcolica, Epatoptatie alcoliche, Effetti tossici dell'alcol, Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol, Pancreatite cronica indotta da alcol

²² Ministero della Salute (2018), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della L. n. 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"* - anno 2017

Con riferimento agli adolescenti, a livello globale più di un quarto dei ragazzi tra i 15 e i 19 anni (circa 155.000 milioni) consuma bevande alcoliche, e la percentuale maggiore si registra nella Regione Europea della WHO (43,8%).

Sempre secondo quanto illustrato dalla WHO nel *Global status report on alcohol and health 2018*, ogni Paese dovrebbe impegnarsi a ridurre i costi sanitari e sociali legati all'uso dannoso di sostanze alcoliche promuovendo azioni di provata efficacia ed economicamente vantaggiose, definite "best buys" anche dalle Nazioni Unite; esse comprendono, per esempio, l'aumento delle tasse sulle bevande alcoliche, divieti o restrizioni sulla pubblicità e limitazione della disponibilità fisica di prodotti alcolici.

In base ai dati diffusi da OECD per i Paesi europei (Figura 5.7.), nel 2016 l'Italia è il secondo Paese con minore consumo di alcol pro-capite tra gli adulti di 15 anni e più: 7,1 litri consumati, un valore che rimane stabile rispetto all'anno precedente e in diminuzione (-2,7%) rispetto al 2006. Un consumo inferiore lo registra solo la Grecia (6,5 litri pro-capite), con una diminuzione nell'ultimo decennio pari al -31,6%. In Svezia il consumo è prossimo a quello dell'Italia (7,2 litri pro-capite); segue l'Olanda con 8,3 litri. Il maggior numero di litri pro-capite consumati si osserva in Lituania (13,2), seguita da Francia e Repubblica Ceca con 11,7 litri pro-capite.

Rispetto al 2006, in tutti i Paesi osservati si è registrato un calo nel consumo di alcol, tranne che in Svezia (+5,9%), Polonia (+5,1%) e Lettonia (+7,7%). Stabile il valore in Lituania.

Con riferimento al peso economico, nella Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della L. n. 125/2001 *Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati*, relativa all'anno 2017, si evidenzia come i costi legati ai danni causati dall'alcol vadano oltre la perdita della salute e la mortalità; il consumo dannoso e la dipendenza hanno infatti «forti ripercussioni sulla

società sul piano sanitario, sociale ed economico e contribuiscono alla perdita di produttività. [...] La sola spesa farmaceutica SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, erogati dalle farmacie aperte al pubblico e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche – si legge nella Relazione - ammonta nel 2016 a circa € 8,2 mln.».

Secondo l'ISS, l'impatto economico, ovvero i costi indotti dal consumo di alcol nei Paesi ad alto e medio reddito ammonterebbe a più dell'1,0% del Prodotto Interno Lordo (PIL).

Pur avendo osservato negli ultimi 25 anni una diminuzione del consumo, e avendo intrapreso importanti strategie politiche, l'assunzione di bevande alcoliche continua ad essere un importante problema di salute pubblica a livello mondiale.

5.2.4. L'abitudine al fumo di tabacco

Il fumo di tabacco è riconosciuto come uno dei più gravi problemi di salute pubblica al mondo, rappresentando la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile.

In particolare, secondo le stime WHO²³, riprese anche dall'ISS²⁴, il fumo di tabacco uccide ogni anno 7 milioni di persone nel mondo, di cui 890.000 a causa del fumo passivo. Il numero si stima sia destinato a crescere a più di 8 milioni l'anno entro il 2030, senza l'attuazione di rigide misure di controllo.

Secondo quanto riportato dal Ministero della Salute²⁵, inoltre, nella sola EU il tabacco sarebbe responsabile di quasi 700.000 morti ogni anno, mentre milioni di cittadini dell'EU soffrono di malattie correlate al fumo, tra cui cancro, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie. Anche l'Unione Europea è, pertanto, impegnata per la riduzione del consumo di tabacco, in particolare tra i giovani, tenendo conto che il 94,0% dei fumatori inizia prima dei 25 anni di età, che circa il 50,0% dei fumatori muore in media 14 anni prima e che i fumatori sono affetti per più anni da condizioni precarie di salute. In Italia si stima

²³ WHO (2018), *Health a Glance 2017*

²⁴ ISS - Epicentro - <http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/epid.asp>

²⁵ Ministero della Salute - Ccm (2018), *Prevenzione e controllo del tabagismo – Rapporto 2017*

che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, con oltre il 25,0% di questi decessi compreso tra i 35 e i 65 anni di età.

Considerando la quota di persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare giornalmente nei Paesi dell'EU, secondo i dati forniti da OECD e illustrati nella Figura 5.8., per il 2016 (o anno più vicino disponibile), l'Italia si attesta al 20,0%, in diminuzione nell'ultimo decennio (-3,0 punti percentuali rispetto al 2006). Il nostro Paese si trova a metà classifica; le quote più alte, superiori al 24,0%, si registrano in Lettonia (24,1%), Austria (24,3%), Ungheria (25,8%) e Grecia (27,3%). Tra i Paesi più virtuosi, che non superano il 15,0%, si trovano Svezia (10,9%), Lussemburgo (14,9%) e Finlandia (15,0%).

In tutti i 23 Paesi considerati si è verificato un calo nelle percentuali rispetto al 2006, tranne che in Austria (+1,1 punti percentuali) e Slovacchia (+0,8 p.p.); stabile la quota in Slovenia (18,9%).

L'uso di tabacco, infine, pesa enormemente sulle economie nazionali attraverso l'aumento dei costi sanitari e la diminuzione della produttività. In particolare, secondo una analisi effettuata su 152 Paesi,

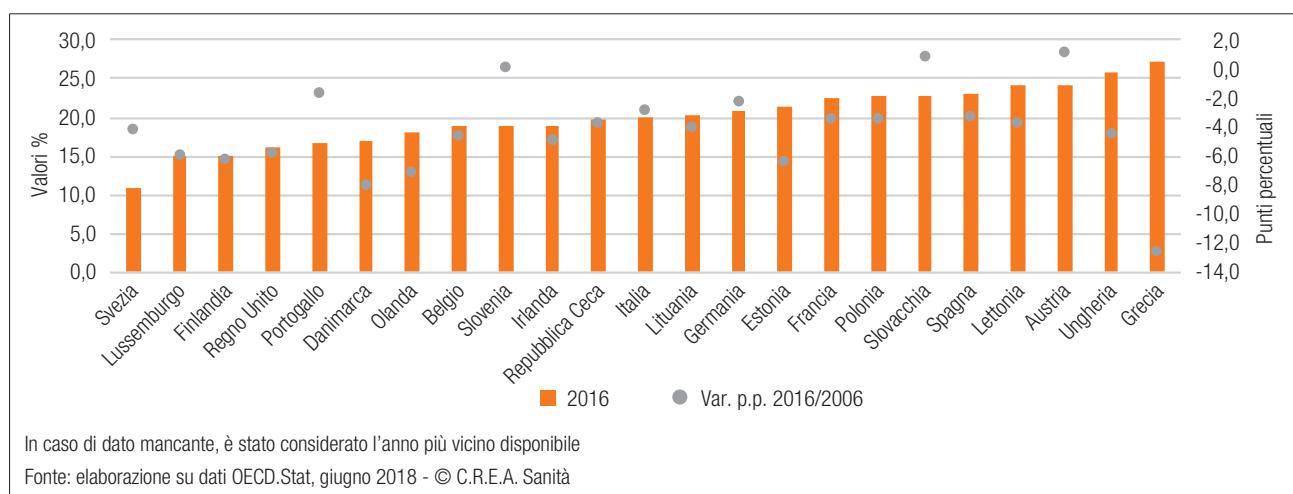
pubblicata dalla WHO e dal *National Cancer Institute* americano nel 2017, i costi diretti (cure sanitarie) per malattie attribuibili al tabacco nel 2012 sono ammontati a \$ 422 mld. (\$-PPP 467 mld.), pari al 5,7% delle spese sanitarie globali; sommando i costi indiretti (perdita di produttività per malattia o decessi) si arriva a \$ 1.436 mld. (\$-PPP 1.852), pari all'1,8% del PIL mondiale. Il costo totale per l'Europa sarebbe di circa \$ 600 mld., pari al 2,5% del PIL²⁶.

5.2.5. Le coperture vaccinali

Come osservato nella introduzione, una importante attività di prevenzione è rappresentata dalla vaccinazione, attraverso la quale è possibile prevenire patologie, disabilità e decessi causati da malattie prevenibili con i vaccini, tra cui polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B, haemophilus influenzae di tipo B, morbillo, parotite rosolia, varicella, come anche l'influenza stagionale.

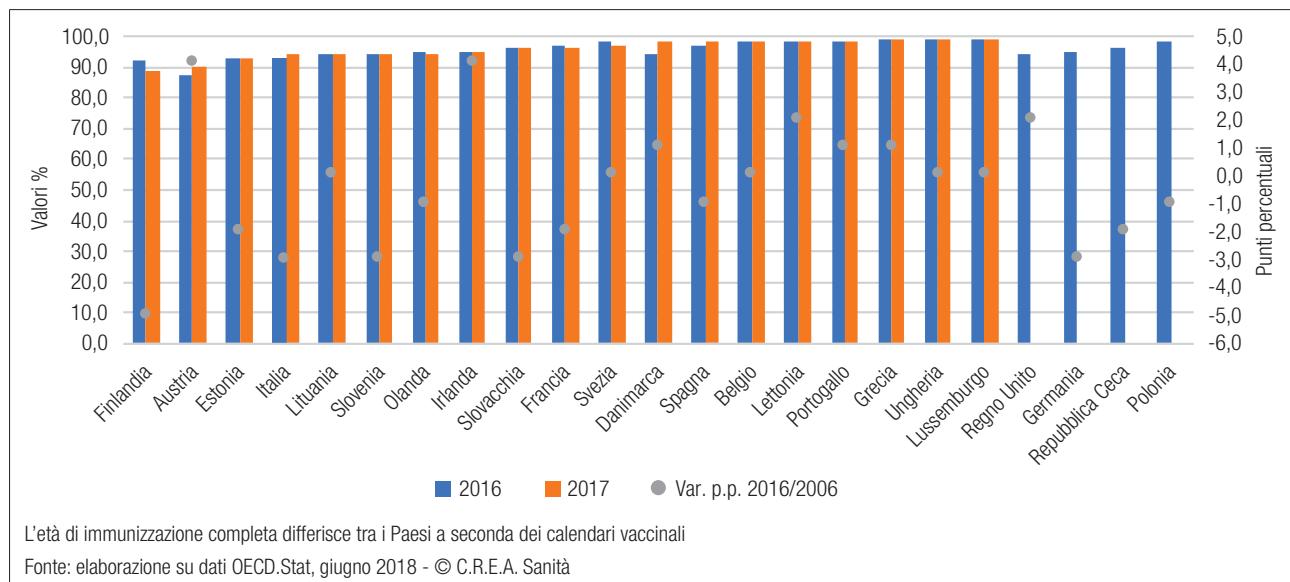
Secondo i dati diffusi da WHO²⁷, nel 2017 nel mondo circa l'85,0% dei bambini (circa 116,2 milioni) ha ricevuto tre dosi di vaccino DTP (contro difterite, tetano e pertosse), ma 123 Paesi hanno raggiunto al massimo il 90,0% di copertura.

Figura 5.8. Persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare giornalmente in Europa



²⁶ Goodchild M. et al. (2017), *Global economic cost of smoking-attributable diseases*, in PubMed 2018 Jan;27(1):58-64. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053305. Epub 2017 Jan 30 - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28138063>

²⁷ WHO (2018), *Immunization coverage – Factsheet* 16 luglio 2018

Figura 5.9. Bambini a un anno di età vaccinati con 3 dosi di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse) in Europa

Grazie alla vaccinazione, a livello globale si è potuto registrare, per fare un esempio, un calo delle morti per morbillo dell'85,0% tra il 2000 e il 2016.

In generale, le coperture vaccinali non hanno registrato variazioni significative negli ultimi anni; secondo la WHO, se aumentassero fino ai *target* previsti di copertura, si potrebbe evitare un ulteriore milione e mezzo di decessi.

Gli obiettivi sono stati definiti:

- a livello internazionale, dal *Global Vaccine Action Plan 2011-2020* della WHO, approvato dai 194 Stati membri dell'Assemblea mondiale della sanità (organo legislativo della WHO) nel maggio 2012; il Piano rappresenta una *road-map* per prevenire milioni di morti attraverso un accesso più equo ai vaccini entro il 2020
- in Italia, dal *Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2017-2019*, approvato il 19 gennaio 2017 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 febbraio 2017); in esso si riconosce, come priorità di Sanità pubblica, la riduzione o

l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili con vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale.

Nel nostro Paese attualmente il *Decreto vaccini* (Decreto Legge (D.L.) n. 73/2017, così come modificato dalla Legge di conversione n. 119/2017), prevede 10 vaccini obbligatori in età pediatrica²⁸. La misura è stata adottata per contrastare il progressivo calo delle vaccinazioni che si è registrato nel nostro Paese a partire dal 2013, determinando una copertura vaccinale media inferiore alla soglia del 95,0% raccomandata dalla WHO per garantire la cosiddetta "immunità di gregge" o "herd immunity" (per proteggere, cioè, indirettamente anche coloro che, per motivi di salute, non possono essere vaccinati)²⁹.

Con riferimento all'influenza stagionale, secondo lo *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*³⁰, nell'EU/Spazio Economico Europeo (SEE) ogni anno si verificano dai 4 ai 50 milioni di casi; inoltre, dai 15.000 ai 70.000 cittadini europei

²⁸ Le vaccinazioni attualmente obbligatorie sono quelle contro polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B, Hib, morbillo, parotite, rosolia e varicella (0-16 anni)

²⁹ Ministero della Salute - <http://www.salute.gov.it>

³⁰ European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC, *Factsheet about seasonal influenza*

muoiono ogni anno per cause associabili all'influenza.

In base alle raccomandazioni della WHO e del Consiglio Europeo, la soglia minima di copertura vaccinale contro questo tipo di influenza da raggiungere nella popolazione anziana (65 anni e più) e nelle altre categorie a rischio è pari ad almeno il 75,0%. Anche il PNPV attualmente vigente nel nostro Paese conferma il 75,0% come obiettivo minimo perseguitabile, indicando nel 95,0% l'obiettivo ottimale.

Di seguito vengono illustrati i dati più recenti diffusi da OECD relativamente alle coperture vaccinali pediatriche a un anno di vita (DTP) e a quelle contro l'influenza negli anziani di 65 anni e più nei Paesi dell'Unione Europea.

Vaccinazioni pediatriche

Con riferimento alle coperture vaccinali pediatriche a un anno (nello specifico, contro DTP - Difterite, Tetano, Pertosse, per tre dosi) nei Paesi dell'EU (Figura 5.9.), secondo i dati OECD nel 2016, pur considerando che non tutti i Paesi hanno lo stesso calendario vaccinale, erano sotto il 95,0% di copertura non solo l'Italia (93,0%) ma anche Austria, Finlandia, Estonia, Danimarca, Lituania, Slovenia e Regno Unito. Quattro di questi Paesi (Italia, Finlandia, Estonia e Slovenia) nel 2006 raggiungevano o superavano invece la quota di immunità di gregge, pari al 95,0%. Nel 2016 erano al 99,0% di copertura Lussemburgo, Ungheria e Grecia.

Essendo disponibili per quasi tutti i Paesi anche i dati 2017, si osserva come in questo anno siano rimasti al di sotto del 95,0% di copertura 7 Paesi, tra cui l'Italia (che comunque ha aumentato il valore medio della copertura, passando dal 93,0% al 94,0%): 6 di essi, esclusa l'Olanda, lo erano anche nel 2016. Si segnala il dato relativo alla Danimarca, che dal 94,0% del 2016 è passata al 98,0%.

Vaccinazioni antinfluenzali

La Figura 5.10. mostra come l'Italia nel 2016, re-

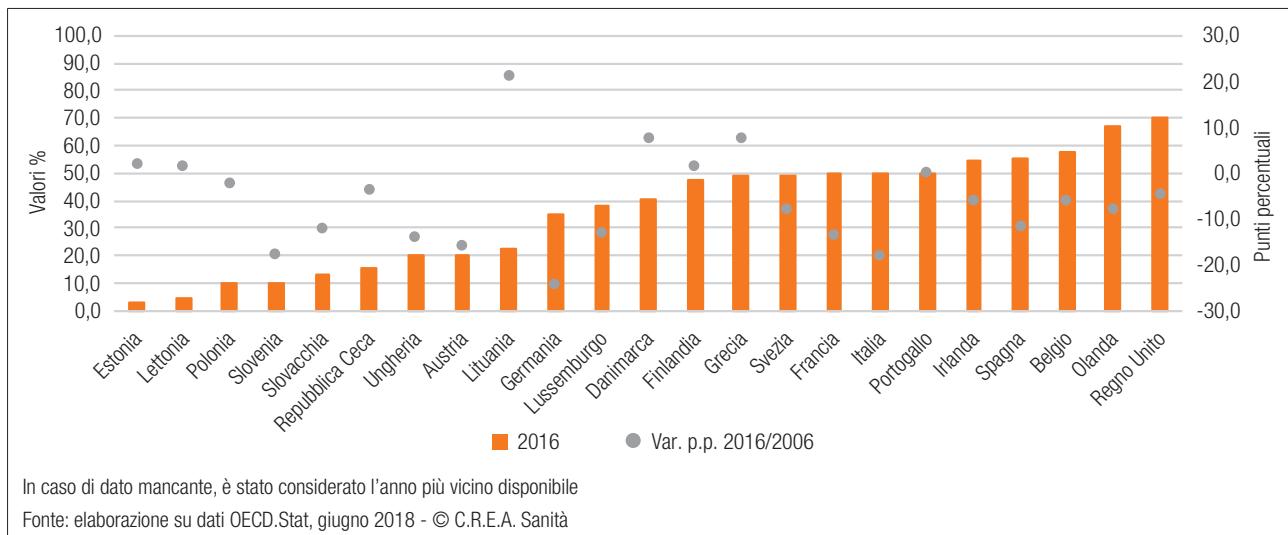
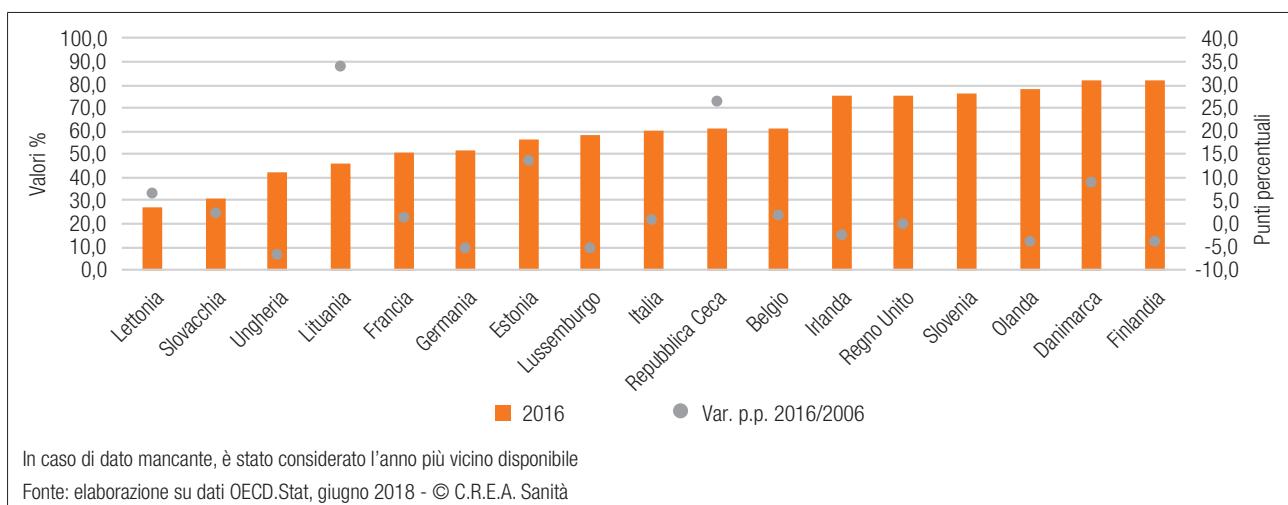
gistrando una copertura contro l'influenza stagionale negli anziani *over 65* pari al 49,9% (e una previsione del 52,0% per il 2017), sia settima sui 23 Paesi di cui OECD fornisce il dato (con un calo di -18,4 punti percentuali rispetto al 2006), ma ancora molto lontana dalla copertura raccomandata del 75,0%. A questa soglia si avvicina solo il Regno Unito raggiungendo il 70,5%, seguito da Olanda (66,8%), Belgio (58,0%) e Spagna (55,5%). Le coperture più basse, inferiori al 10,0%, si osservano in Estonia, Lettonia, Polonia e Slovenia. Inoltre, nell'ultimo decennio si osservano quasi ovunque cali delle coperture; fanno eccezione Estonia e Lettonia, che registrano livelli gravemente insufficienti, e Lituania, Danimarca, Finlandia e Grecia, che si attestano comunque, come si osserva in figura, a livelli molto bassi rispetto a quelli raccomandati.

5.2.6 Gli screening

Un *test* di *screening* è un esame che consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche. In un programma di *screening* organizzato, l'azienda sanitaria invita l'intera fascia di popolazione ritenuta a rischio di sviluppare una certa malattia, offrendo gratuitamente il *test* ed eventuali approfondimenti. L'adesione al programma è volontaria.

Per essere programmato e realizzato, lo *screening* deve riguardare patologie di grande rilevanza epidemiologica, basarsi su prove di efficacia e attenersi a linee guida di qualità. I programmi di *screening* si sono dimostrati efficaci nel cambiare la storia naturale dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto. In alcuni casi, lo *screening* riesce a evitare l'insorgenza del tumore, in altri può salvare la vita. La diagnosi precoce consente comunque di effettuare interventi poco invasivi e non distruttivi. L'attivazione di programmi di *screening* per questi tre tumori è quindi sostenuta sia a livello nazionale che internazionale (ISS³¹).

³¹ ISS - Epicentro - <http://www.epicentro.iss.it/problemi/screening/screening.asp>

Figura 5.10. Anziani di 65 anni e più vaccinati contro l'influenza stagionale in Europa**Figura 5.11. Donne fra 50 e 69 anni che hanno effettuato una mammografia all'interno di un programma organizzato di screening nei due anni precedenti, in Europa**

La Figura 5.11. illustra la quota di donne tra 50 e 69 anni di età che hanno accettato l'invito ad un programma di screening contro il tumore alla mammella effettuando una mammografia nei due anni precedenti l'intervista nei Paesi EU. Il dato non rappresenta la copertura totale, in quanto non considera le persone che si sono sottoposte a mammografia spontaneamente, ossia al di fuori di un programma organizzato.

Considerando i 17 Paesi di cui OECD fornisce il dato, nel 2016 l'Italia si trova a metà classifica, con

il 60,0%, registrando un lieve aumento (+0,4 punti percentuali) rispetto al 2006.

La quota supera il 70,0% in 6 Paesi, tra i quali prevale la Finlandia che raggiunge l'82,2%, immediatamente seguita (quasi a pari merito) dalla Danimarca (82,1%). La quota più bassa si osserva in Lettonia (27,4%), seguita - senza raggiungere il 45,0% - da Slovacchia e Ungheria. Con riferimento al trend dell'ultimo decennio, si segnalano i +33,8 p.p. osservati in Lituania (che è passata dal 12,4% del 2006 al 46,2% del 2016) e la diminuzione di -7,2 punti per-

centuali registrata in Ungheria (dal 49,2% al 42,0%).

5.3. Il quadro nazionale e il dettaglio regionale

Di seguito si illustra, senza pretesa alcuna di esaustività, il dettaglio regionale italiano degli indicatori osservati nei paragrafi precedenti a livello internazionale, che mostra in molti casi forti livelli di disparità territoriale.

5.3.1. La spesa per la prevenzione

Sebbene nel nostro Paese il Decreto Legislativo (D. Lgs.) n. 68/2011 su costi e fabbisogni *standard* in Sanità, come anche gli ultimi Patti per la Salute, ribadiscono come il 5,0% del Fondo Sanitario Nazionale debba essere utilizzato per garantire le attività del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", secondo i dati diffusi da Agenas³², per il 2015 (ultimo anno disponibile) ci si attesterebbe ad una percentuale di spesa inferiore (4,18%, pari a oltre € 4,5 mld.).

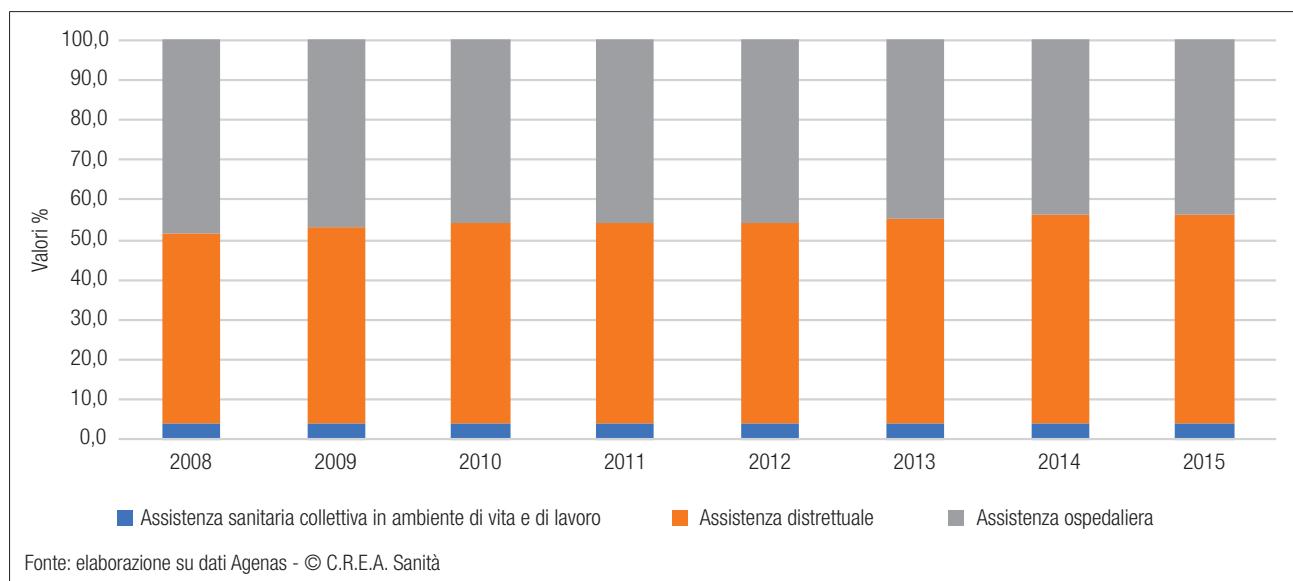
Lo strumento utilizzato da Agenas - poco diffuso visto il grado di disomogeneità nella raccolta dei dati - per rilevare i costi delle aziende sanitarie e dei servizi sanitari regionali legati alla erogazione dei livelli di assistenza è il modello LA (D.M. 16.2.2001). Analizzando la spesa per livelli di assistenza, Agenas evidenzia un disallineamento rispetto alle soglie fissate per il riparto del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, cui devono tendere le Regioni per erogare correttamente la funzione sanitaria, che sono fissate a:

- 5,0% all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (prevenzione pubblica)
- 51,0% all'assistenza distrettuale
- 44,0% all'assistenza ospedaliera.

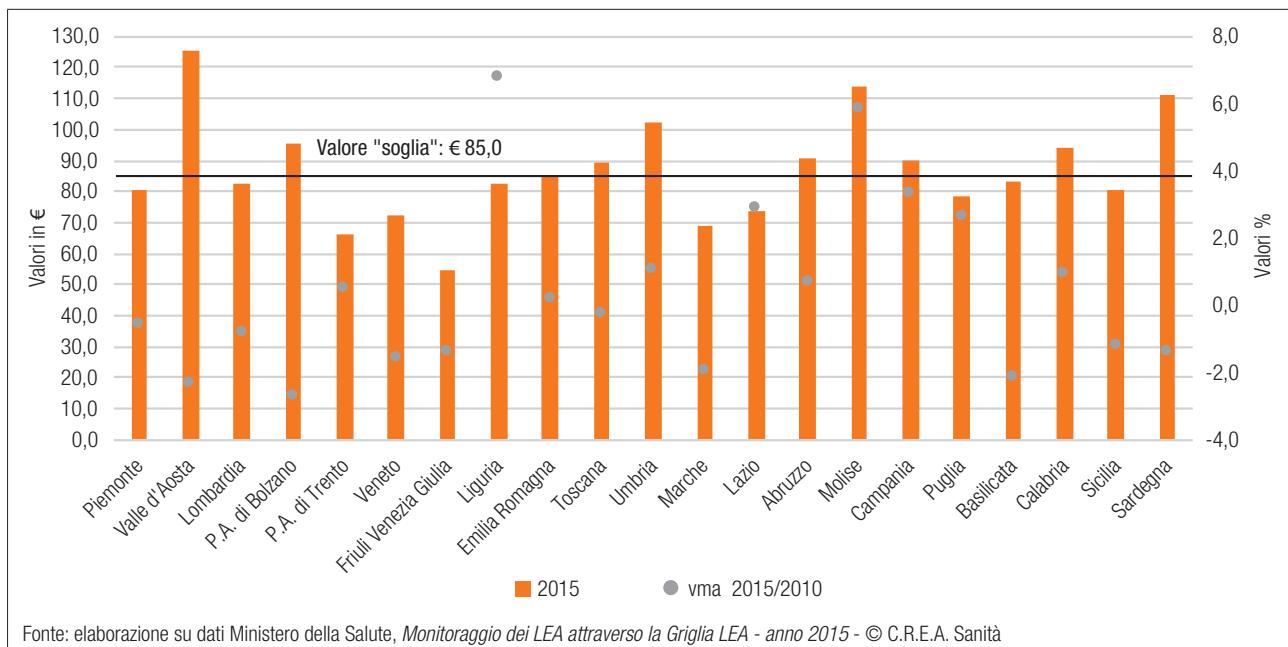
In particolare, nella Figura 5.12. si evidenzia come nel 2015 la ripartizione per livelli di assistenza sia stata invece la seguente:

- 4,18% all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (prevenzione)
- 52,33% all'assistenza distrettuale
- 43,49% all'assistenza ospedaliera.

Figura 5.12. Ripartizione della spesa sanitaria italiana tra i macro livelli assistenziali



³² Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) (2017), *Aggiornamento Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni, anno 2015*, su www.agenas.it

Figura 5.13. Costo pro-capite per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Agenas evidenzia una contrazione della spesa ospedaliera, che passa dal 48,33% del 2008 al 43,49% del 2015, una marcata crescita nella spesa per l'assistenza distrettuale (dal 47,51% del 2008 al 52,33% del 2015) e una sostanziale stabilità della spesa per l'assistenza sanitaria collettiva. Questo risultato può derivare da due fattori principali: il miglioramento della rilevazione contabile e gli interventi di riorganizzazione introdotti nel settore ospedaliero (a vantaggio principalmente di quello distrettuale).

A livello nazionale, la macrovoce "Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro" è così ripartita:

- attività di prevenzione rivolta alle persone: 23,96%
- igiene e sanità pubblica: 23,82%
- sanità pubblica veterinaria: 22,73%
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro: 12,31%
- servizio medico legale: 10,27%
- igiene degli alimenti e della nutrizione: 6,92%.

Rispetto al 2008, l'incremento maggiore si rile-

va nell'attività di "Prevenzione rivolta alla persona" (+9,11 punti percentuali) mentre i cali principali si registrano nelle voci "Igiene e sanità pubblica" (-5,60 punti percentuali) e nella "Sanità veterinaria" (-1,66 p.p.).

Entrando nel dettaglio regionale, la Figura 5.13. mostra il costo pro-capite per le attività di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro in base ai dati diffusi dal Ministero della Salute nel Rapporto *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2015*³³.

Le attività comprendono: profilassi delle malattie infettive e parassitarie; tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro; Sanità pubblica veterinaria; tutela igienico-sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccoman-

³³ Nel Rapporto 2016, pubblicato su www.salute.gov.it nel 2018, questo indicatore non compare più nella "Griglia LEA", per cui il dato più recente resta quello al 2015

date, programmi di diagnosi precoce); servizio medico-legale.

Considerando che il valore di riferimento (minimo) stabilito dal Ministero è pari a € 85,0, nel 2015 solo 10 Regioni lo rispettano, e la disparità territoriale è piuttosto evidente: si passa dai € 54,5 pro-capite del Friuli Venezia Giulia ai € 125,3 della Valle d'Aosta.

Rispetto al 2010, in 10 Regioni si registra un aumento del costo pro-capite per il LEA in esame (si segnalano la variazione media annua (vma) del +6,8% della Liguria, del +5,8% del Molise e del +3,3% della Campania). Il costo nelle restanti Regioni subisce un decremento: si segnala la diminuzione media annua del -2,7% nella P.A. di Bolzano. Se si considera la variazione rispetto al 2014, 9 Regioni hanno registrato un decremento (gli incrementi soprattutto al Sud, con qualche eccezione). Non sempre il decremento è stato registrato nelle Regioni con livelli più alti di spesa.

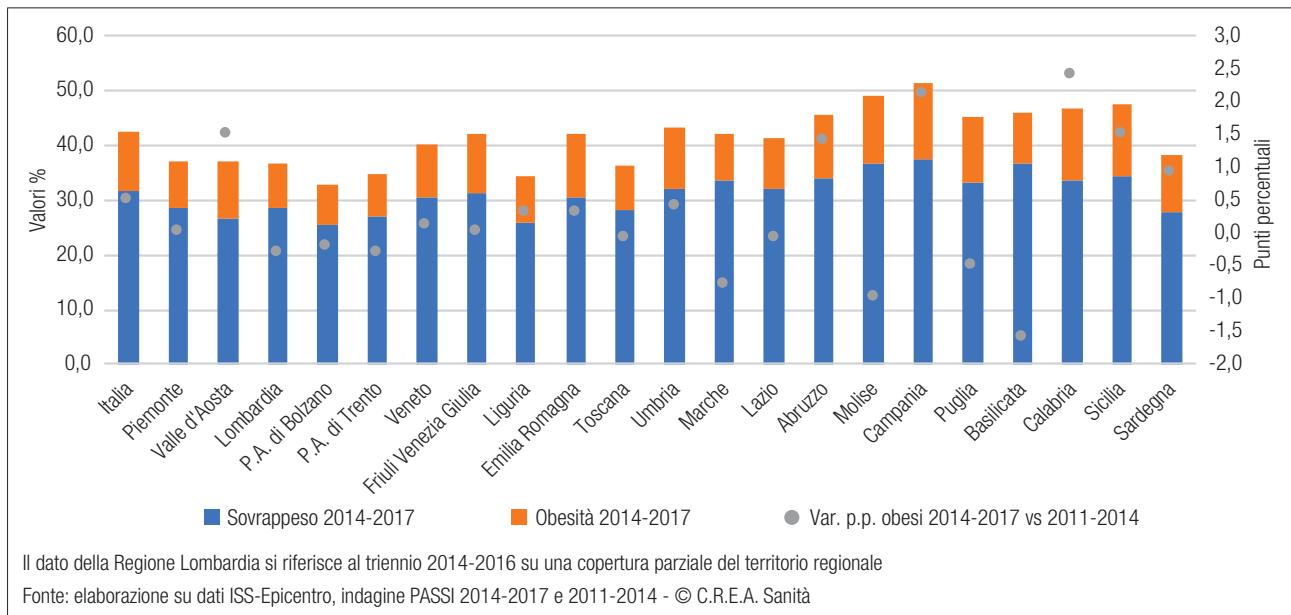
5.3.2. L'eccesso ponderale e l'insufficiente attività fisica

Nella Figura 5.14. si illustra la prevalenza a livello

regionale di eccesso ponderale (sovrapeso e obesità) tra gli adulti di età compresa tra 18 e 69 anni in base all'indagine *Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI)* 2014-2017³⁴, realizzata dall'ISS. Il BMI è calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza da parte dei partecipanti alla survey. Il gradiente geografico della prevalenza di adulti con BMI $>=25,0$ è chiaro e mostra quote crescenti dal Nord al Sud Italia (con qualche eccezione).

Premesso che il dato Italia non è del tutto sovrapponibile a quello OECD - né tantomeno a quello WHO - mostrati in precedenza, a causa della differenza dei parametri considerati e della diversa modalità di rilevazione, il valore medio nazionale rilevato nell'indagine PASSI è pari al 42,4%, e le 8 Regioni con una quota superiore sono tutte del Sud, tranne l'Umbria (Puglia, Abruzzo, Basilicata, Calabria, Sicilia, Molise e Campania, che raggiunge il 51,5%). Le Regioni più virtuose, che mantengono una quota al di sotto del 35,0%, sono la P.A. di Bolzano, Liguria e P.A. di Trento.

Figura 5.14. Sovrappeso e obesità tra gli adulti (18-69 anni)



³⁴ La sorveglianza PASSI si caratterizza come una sorveglianza in Sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta, 18-69 anni, sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. Per approfondire: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/temi.asp>

Se si considera la sola obesità, il valore medio per l'Italia è pari al 10,7%; a parte Friuli Venezia Giulia, Umbria ed Emilia Romagna, le Regioni con una quota peggiore sono tutte meridionali (Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria, Sicilia e Campania, quest'ultima con la percentuale più alta pari al 14,1%). Le Regioni più virtuose - con un tasso di adulti obesi al di sotto dell'8,0% - sono le PP.AA. di Trento e Bolzano (rispettivamente 7,7% e 7,3%). Rispetto ai risultati dell'indagine PASSI 2011-2014, non ci sono variazioni di rilievo; si segnala che l'aumento più consistente si registra nelle tre Regioni in testa alla classifica con la maggiore prevalenza di adulti obesi (Campania, Sicilia e Calabria, rispettivamente +2,1 punti percentuali, +1,5 e +2,4)³⁵.

Per quanto concerne l'obesità infantile a livello territoriale, si fa riferimento ai dati più recenti diffusi da *OKkio alla Salute*, il sistema di sorveglianza coordinato dall'ISS sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) e i fattori di rischio correlati. Collegato al programma europeo *Guadagnare salute* e ai Piani di prevenzione nazionali e regionali, il sistema fa parte dell'iniziativa della

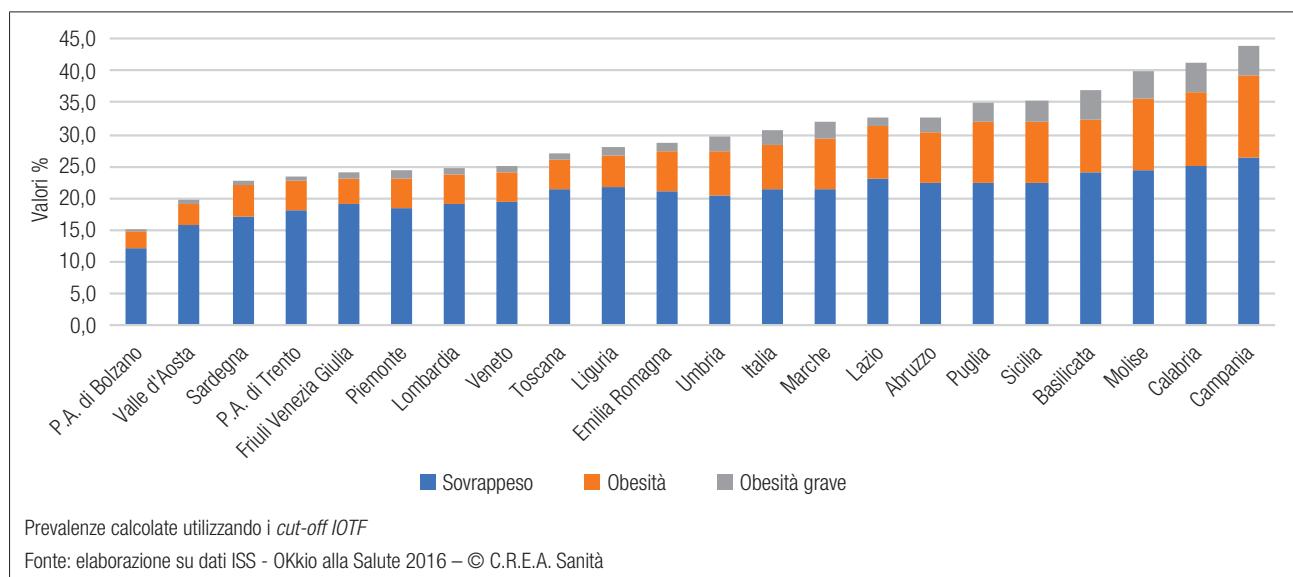
Regione europea dell'OMS *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI).

La Figura 5.15. mostra come in Italia, nel 2016, 3 bambini su 10 abbiano problemi di eccesso ponderale: il 21,3% è in sovrappeso mentre il 9,3% è obeso (di cui il 2,1% obeso grave).

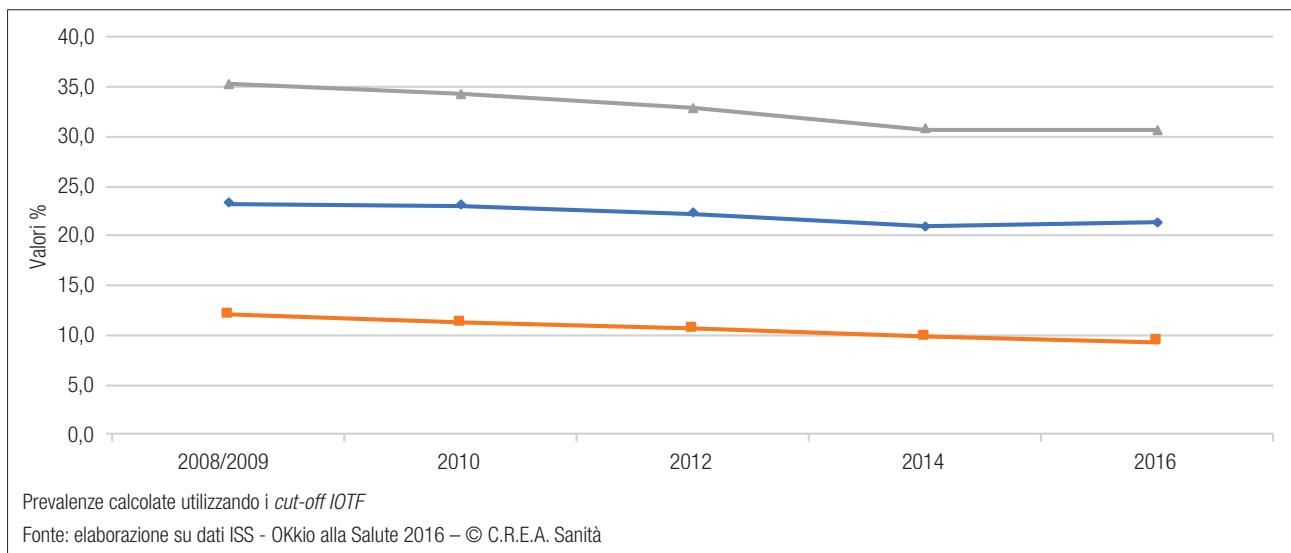
Anche per questo indicatore, il gradiente geografico appare evidente: la maggiore prevalenza di eccesso ponderale si osserva nelle Regioni meridionali (si segnala l'eccezione della Sardegna, che è la terza Regione più virtuosa). Si passa dal 14,9% della P.A. di Bolzano al 44,1% della Campania. La media Italia si arresta al 30,6%, e sono nove le Regioni che registrano una percentuale peggiore.

Se si considera il solo dato relativo all'obesità infantile, il quadro regionale non cambia, e le Regioni meridionali (di nuovo, ad eccezione della più virtuosa Sardegna) registrano le quote maggiori. Il valore medio nazionale si attesta al 9,3%, e le 9 Regioni con quota superiore sono tutte del Centro-Sud. La Campania registra la percentuale maggiore di bimbi obesi: 17,9%, contro il 2,7% della P.A. di Bolzano.

Figura 5.15. Sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni. Anno 2016



³⁵ Per completezza, per l'anno 2016 l'Istat, attraverso l'indagine multiscopo *Aspetti della vita quotidiana* su i.Stat, rileva per l'Italia, per le persone 18+, un tasso di sovrappeso del 35,5% e una prevalenza di obesità del 10,4%

Figura 5.16. Trend di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni in Italia

L'eccesso di peso infantile continua dunque a rappresentare un problema più che rilevante di Sanità pubblica nel nostro Paese, che occorre continuare ad affrontare, anche se il *trend* 2008-2016, a livello nazionale mostra una flessione del dato (Figura 5.16.), tranne che per l'ultimo biennio nel caso del sovrappeso (la prevalenza era pari a 20,9% nel 2014, ed è aumentata di 0,4 punti percentuali nel 2016).

Analizzando le cause che hanno portato alla situazione attuale, assai importante è il ruolo attribuibile alle cattive abitudini alimentari: dall'indagine ISS risulta infatti che il 33,0% dei bambini consuma una colazione sbilanciata in termini di carboidrati e proteine, mentre l'8,0% la salta completamente. E anche se i dati relativi al consumo di frutta e verdura sono in lieve miglioramento, il 20,0% dei genitori dichiara che i figli non mangiano frutta e verdura ogni giorno e che il 36,0% beve giornalmente bibite zuccherate o gassate.

Altro dato scoraggiante, già osservato a livello internazionale e confermato per l'Italia dai dati di *OKkio alla Salute*, è l'eccessiva sedentarietà dei bambini e ragazzi italiani. In particolare, nel 2016 il 18,0% dei

bambini non ha svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 44,0% ha la TV nella propria camera e solo 1 bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. In forte aumento la quota di bambini (41,0%) che trascorre più di due ore al giorno davanti a TV, videogiochi, *tablet* e/o cellulare.

Per completezza e per confronto con i dati internazionali, si evidenzia come l'indagine PASSI rilevi anche il livello di attività fisica negli adulti: mediamente in Italia, nel periodo 2014-2017, il 34,7% di adulti con 18-69 anni di età era parzialmente attivo (ha riferito cioè di non svolgere un lavoro pesante dal punto di vista fisico e di aver fatto, nei 30 giorni precedenti l'intervista, qualche attività fisica, ma in misura minore di quanto previsto dalle raccomandazioni WHO di cui si è detto nei paragrafi precedenti). Forte la disparità regionale: si va dal 14,9% della Basilicata al 45,4% della P.A. di Trento. Inoltre, nello stesso periodo a livello medio nazionale il 33,6% degli adulti era sedentario (ossia svolgeva un lavoro che non richiede uno sforzo fisico pesante e non aveva fatto attività fisica, intensa o moderata, nei 30 giorni precedenti l'intervista), con un evidente gradiente geografico a sfavore del Sud: si andava dall'11,7% della

P.A. di Bolzano al 66,0% della Basilicata³⁶.

5.3.3. Il consumo di alcol

La Figura 5.17. mostra come, sempre in base ai dati dell'indagine PASSI, tra il 2014 e il 2017 in Italia oltre la metà (55,3%) degli adulti (18-69 anni) abbia consumato bevande alcoliche almeno una volta negli ultimi 30 giorni. La prevalenza maggiore si osserva nelle Regioni settentrionali, con qualche eccezione (es. Molise con il 65,3% e Sardegna con il 60,1%). Si passa dal 26,3% della Basilicata al 76,9% della P.A. di Bolzano.

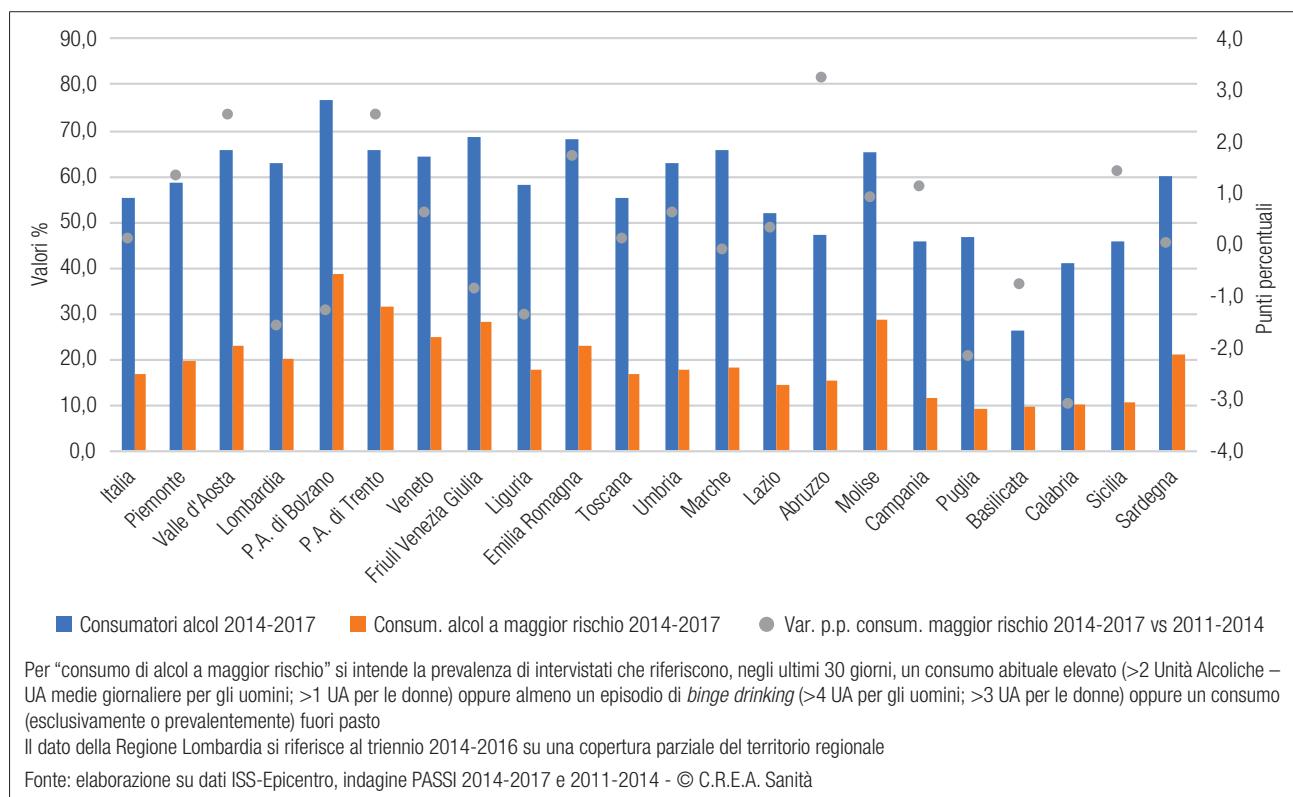
La quota di adulti che dichiara un consumo di alcol "a maggior rischio" (consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto)

è maggiore nel Nord Italia, in particolare – con una percentuale che supera il 30,0% - nelle PP.AA. di Bolzano (38,5%) e Trento (31,4%). Molise (28,5%) e Sardegna (21,3%) sono le Regioni del Sud dove la situazione è peggiore rispetto alla media nazionale, che si attesta al 17,0%.

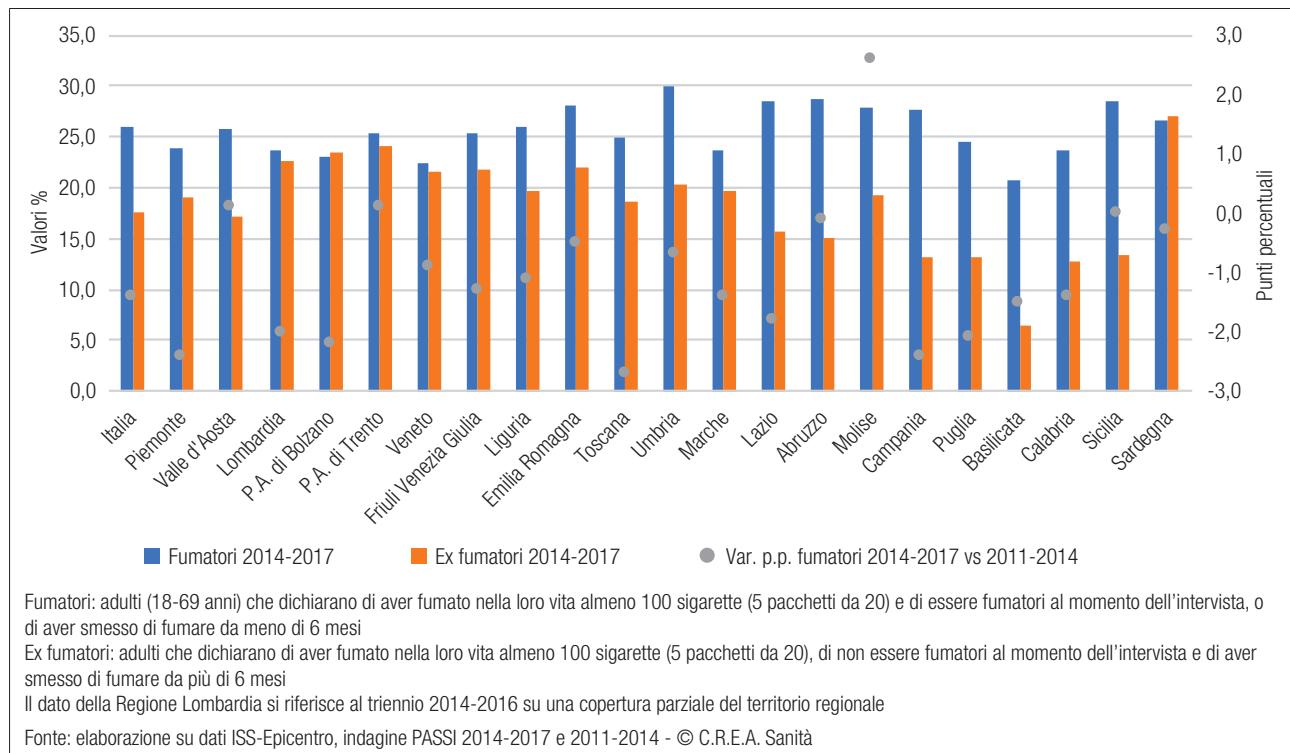
Le Regioni più virtuose, con prevalenze inferiori al 10,0%, sono Puglia (9,1%) e Basilicata (9,8%).

Rispetto ai dati della survey relativa al periodo 2011-2014 e con riferimento alla quota di consumatori di alcol "a maggior rischio", si evidenziano la crescita di +3,2 punti percentuali in Abruzzo (dal 12,1% al 15,3%) e la diminuzione di -3,1 p.p. in Calabria (dal 13,2% al 10,1%).

Figura 5.17. Adulti (18-69 anni) consumatori di alcol e consumatori "a maggior rischio"



³⁶ Per completezza, per l'anno 2016 l'Istat, attraverso l'indagine multiscopo *Aspetti della vita quotidiana* su i.Stat, rileva che il 25,1% delle persone di tre anni e più pratica sport in modo continuativo, il 9,7% in modo saltuario; il 25,7% pratica solo qualche attività fisica e il 39,2% non pratica né sport né attività fisica

Figura 5.18. Adulti (18-69 anni) che dichiarano di essere fumatori o ex fumatori

Stando alle analisi dell'ISS, anche il consumo "binge" (inteso come assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione), che «comporta un sostanziale incremento di rischio di lesioni traumatiche, nonché di altri effetti nocivi», è prerogativa del Nord Italia (in particolare del Nord-Est). La prevalenza più bassa si registra in Puglia (4,8%), la più alta nella P.A. di Bolzano (21,6%)³⁷.

5.3.4. L'abitudine al fumo di tabacco

La Figura 5.18. mostra come, nel periodo 2014-2017, in Italia il 26,0% degli adulti tra 18 e 69 anni di età abbia dichiarato di essere fumatore (-1,4 punti percentuali rispetto all'indagine 2011-2014), stando ai risultati dell'indagine PASSI a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.

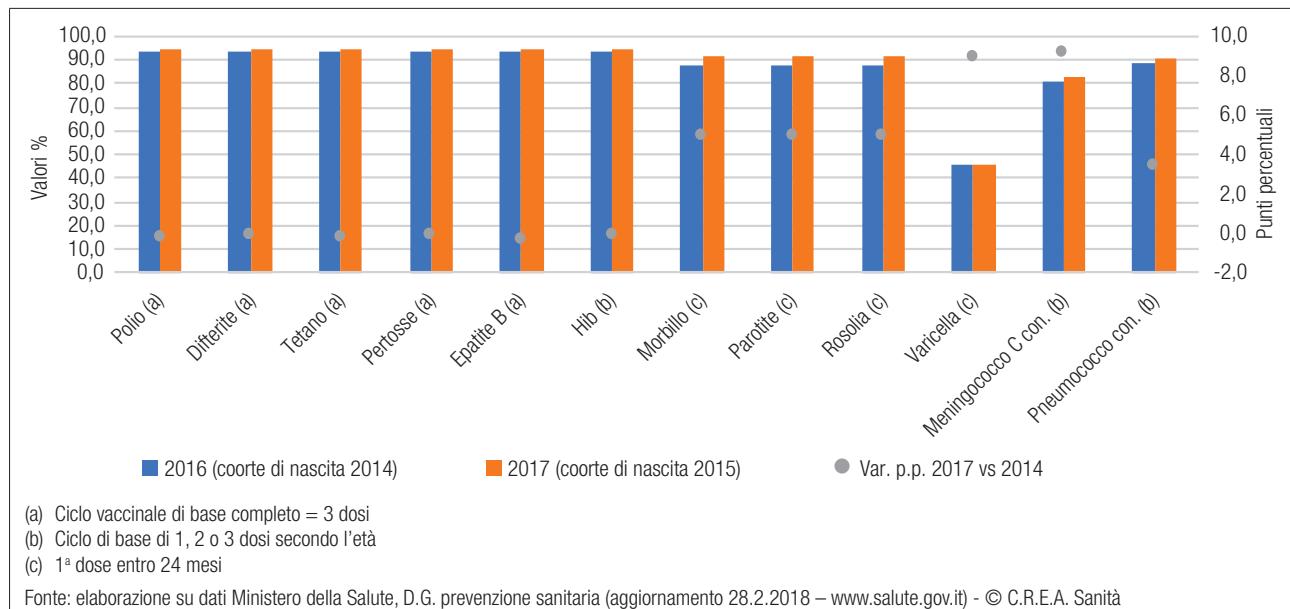
Le più alte quote di fumatori si trovano in alcune Regioni del Centro-Sud (Umbria, Abruzzo, La-

zia, Sicilia, Molise e Campania), ma anche in Emilia Romagna la prevalenza resta elevata. La Regione più virtuosa è la Basilicata (20,7%), mentre la quota maggiore si registra in Umbria (30,0%).

Rispetto al 2011-2014, si osserva un calo delle quote di adulti fumatori in quasi tutte le Regioni (si evidenzia la diminuzione di -2,7 p.p. registrata in Toscana, in cui si è passati dal 27,6% al 24,9%); fanno eccezione Valle d'Aosta, P.A. di Trento e Sicilia, in cui il valore è stabile, e il Molise, in cui si registra un aumento di 2,6 p.p. (dal 25,3% al 27,9%).

Con riferimento alle quote di adulti ex fumatori, la media Italia si attesta al 17,6%, mentre le più alte si osservano in particolare nelle Regioni settentrionali, anche se la maggiore si registra in Sardegna (27,0%). La quota inferiore di ex fumatori si osserva in Basilicata, che si ferma al 6,5%.

³⁷ Per completezza, per l'anno 2016 l'Istat, attraverso l'indagine multiscopo *Aspetti della vita quotidiana* su i.Stat, rileva che il 21,4% delle persone di 11 anni e più ha consumato alcol tutti i giorni e il 43,3% occasionalmente nell'anno. Il 29,2% ha consumato bevande alcoliche fuori pasto

Figura 5.19. Vaccinazioni dell'età pediatrica, coperture a 24 mesi per singolo antigene in Italia

In sintesi, l'ISS rileva inoltre che dal 2008 la percentuale di fumatori va riducendosi significativamente in tutto il territorio italiano, in modo particolare tra le classi sociali più agiate. La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra le persone senza difficoltà economiche e fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri³⁸.

5.3.5. Le coperture vaccinali

Vaccinazioni pediatriche

La Figura 5.19. mostra come, secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute con aggiornamento al febbraio 2018³⁹, le coperture vaccinali nazionali a 24 mesi per l'anno 2017 (relative ai bambini nati nel 2015) siano in aumento rispetto al 2016, sia per le vaccinazioni attualmente obbligatorie in base alla L. n. 119/2017 (polio +1,21 punti percentuali, difterite +1,01, tetano +0,92, pertosse +1,01, epatite B +1,36, Hib +1,19, morbillo +4,42, parotite +4,42, rosolia +4,45), tranne quella per la varicella (in calo di -0,46 punti percentuali), che per alcune delle vaccinazioni non obbligatorie, come quelle contro il me-

ningococco C coniugato (+2,39 p.p.) e lo pneumococco coniugato (+2,55).

Per tutte le vaccinazioni, però, le coperture a livello medio nazionale non raggiungono ancora la soglia del 95,0%, raccomandata - come visto in precedenza - dalla WHO per l'immunità di gregge (polio 94,54%, difterite 94,57%, tetano 94,64%, pertosse 94,56%, epatite B 94,34%, Hib 94,24%, morbillo 91,68%, parotite 91,62%, rosolia 91,64%, varicella 45,6%, meningococco C coniugato 83,06%, pneumococco coniugato 90,9%).

Oltre a questo, colpisce la marcata variabilità regionale, e il fatto che ancora troppe Regioni - come meglio dettagliato in seguito - non raggiungano la soglia accettabile di copertura per nessun antigene.

Ancora, nel 2017 - nonostante l'aumento registrato nell'ultimo anno - le coperture vaccinali medie nazionali a 24 mesi relative al c.d. "vaccino esavalente" (contro polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B e Hib) risultano comunque in leggero calo rispetto a quelle registrate nel 2014 (relative ai bimbi nati nel 2012), coerentemente col calo generalizzato delle

³⁸ Per completezza, per l'anno 2016 l'Istat, attraverso l'indagine multiscopo *Aspetti della vita quotidiana* su i.Stat, rileva che il 19,8% della popolazione di 14 anni e più dichiara di essere fumatore e il 22,6% di aver fumato in passato (ex fumatori)

³⁹ www.salute.gov.it

coperture osservato dal 2013 al 2016.

Il trend generale positivo dell'ultimo anno è confermato anche dalle coperture vaccinali nazionali 2017 a 36 mesi (relative ai bambini nati nell'anno 2014), illustrate nella Figura 5.20..

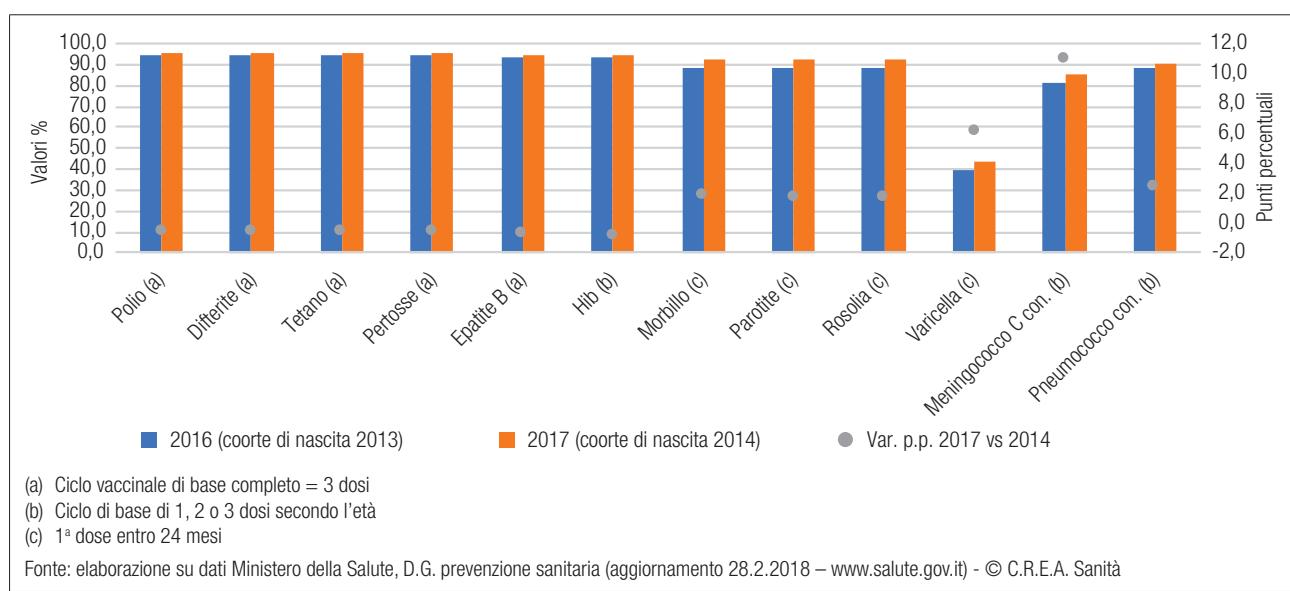
Questo dato è utile – come spiega il Ministero della Salute – «soprattutto per monitorare la quota di bambini ritardatari, cioè che erano inadempienti alla rilevazione vaccinale dell'anno precedente e che sono stati recuperati, se pur, appunto, in ritardo». Si rileva un aumento delle coperture a 36 mesi rispetto a quelle rilevate a 24 mesi l'anno precedente (per la coorte 2014): ad esempio, nel 2017 la copertura vaccinale anti-polio è pari a 95,05% a 36 mesi, rispetto al 93,33% rilevato l'anno prima a 24 mesi (+1,72 punti percentuali); l'aumento è ancora più marcato nel caso del morbillo che cresce di 5,12 punti percentuali, passando da 87,26% a 92,38%. In generale, le coperture relative al vaccino esavalente superano il 95,0%, con l'eccezione, se pur per pochi punti decimali, di anti-epatite B e anti-haemophilus influenzae tipo b.

La Figura 5.21. prende in esame, per l'anno 2017 e con riferimento ai vaccini obbligatori, gli scarti registrati (in punti percentuali) nelle coperture (a 24 mesi) per singolo antigene rispetto alla soglia minima raccomandata del 95,0%, mostrando in parti-

colare gli scarti massimi (che stanno ad indicare le coperture più alte raggiunte, anche se inferiori alla soglia), minimi (ovvero le coperture più basse) e medi osservati. Risulta così evidente come siano 9 le Regioni (erano 14 nel 2015) a fermarsi, per tutti gli antigeni, ad una soglia inferiore – anche se in alcuni casi molto prossima - a quella raccomandata (hanno cioè tutti scarti negativi e si trovano nel quadrante inferiore del grafico), tutte settentrionali (Valle d'Aosta, P.A. di Trento e P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna) ad eccezione di Marche, Puglia e Sicilia.

Il Lazio supera la copertura del 95,0% per 9 antigeni sui 10 considerati (resta molto al di sotto solo nella copertura contro la varicella); raggiungono e superano la soglia raccomandata per i soli sei antigeni dell'esavalente Piemonte, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria e Sardegna. La Lombardia e Liguria superano il 95,0% nella copertura vaccinale contro difterite, tetano e pertosse (la Liguria anche per la polio). Resta importante lo scarto negativo rispetto al 95,0% che tutte le Regioni registrano nelle coperture contro la varicella: se la copertura media nazionale si attesta al 45,60%, la forbice regionale va dall'1,85% della Lombardia all'88,81% della Puglia.

Figura 5.20. Vaccinazioni dell'età pediatrica, coperture a 36 mesi per singolo antigene in Italia



Si rimanda ai *Key Indicators* in fondo al capitolo per i dati sulle coperture vaccinali regionali contro pneumococco coniugato, meningococco C coniugato e Papilloma Virus Umano (*Human Papilloma Virus* - HPV).

Vaccinazioni antinfluenzali

La Figura 5.22. mostra, nel nostro Paese, coperture contro l'influenza stagionale tra gli over 65 ben al di sotto di quella minima perseguitibile (75,0%) e ancor di più di quella ottimale (95,0%).

Figura 5.21. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per i vaccini obbligatori: scarti massimi, minimi e medi tra quelli calcolati per ciascun antigene rispetto alla soglia minima del 95,0%. Anno 2017

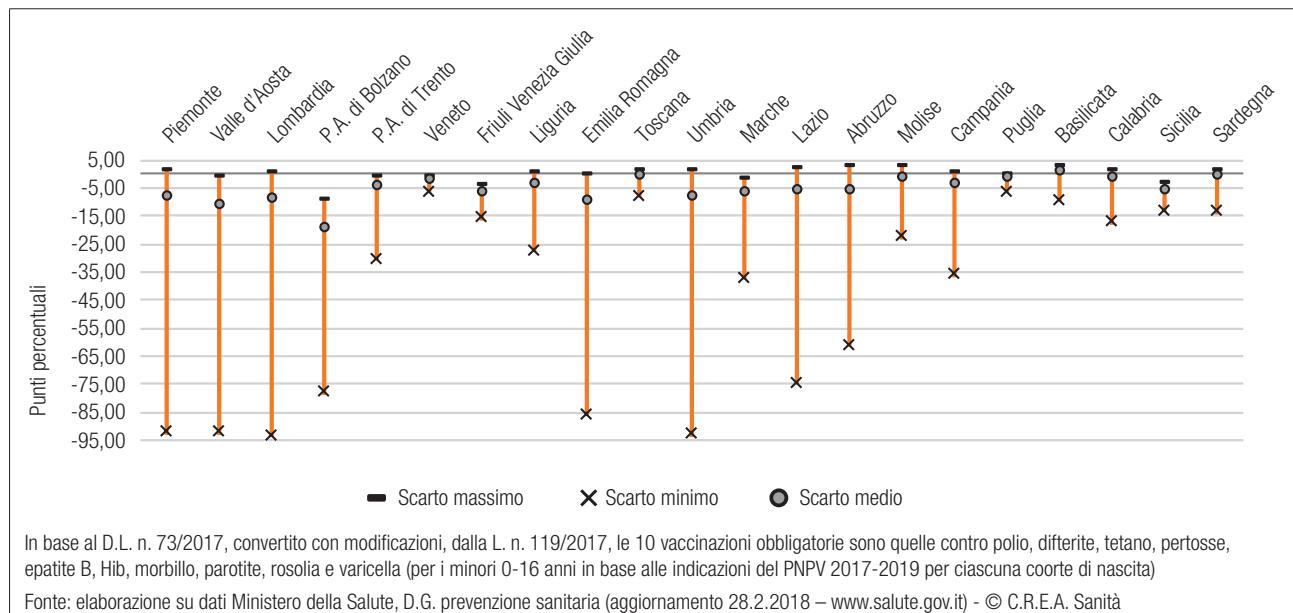


Figura 5.22. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più)

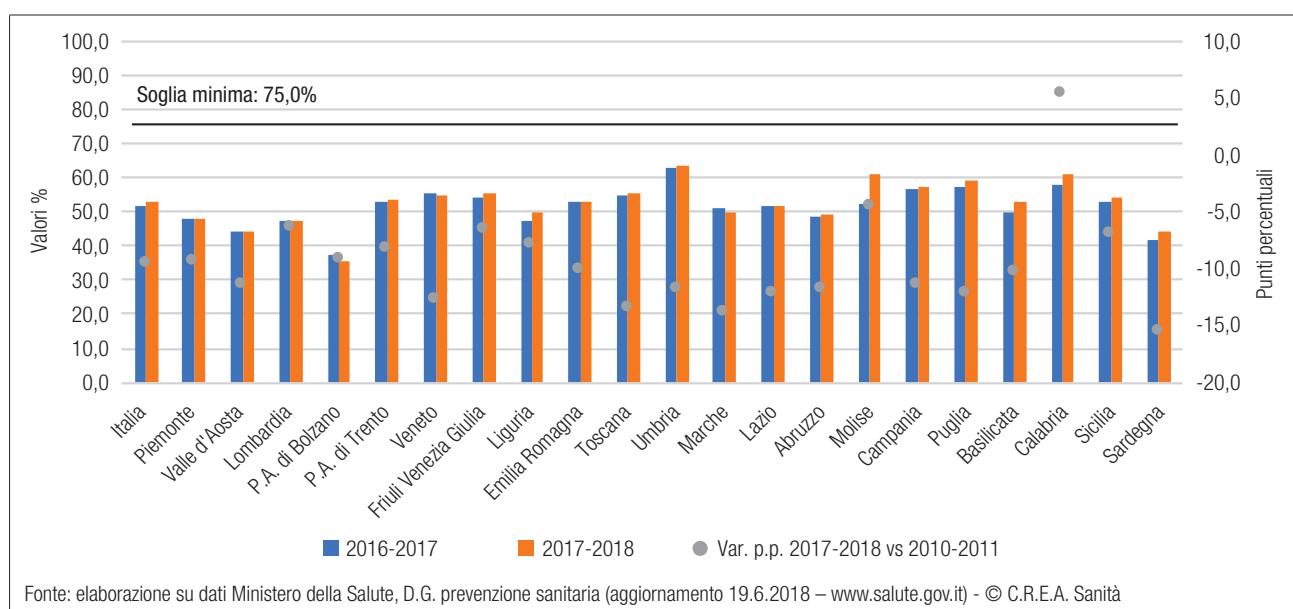
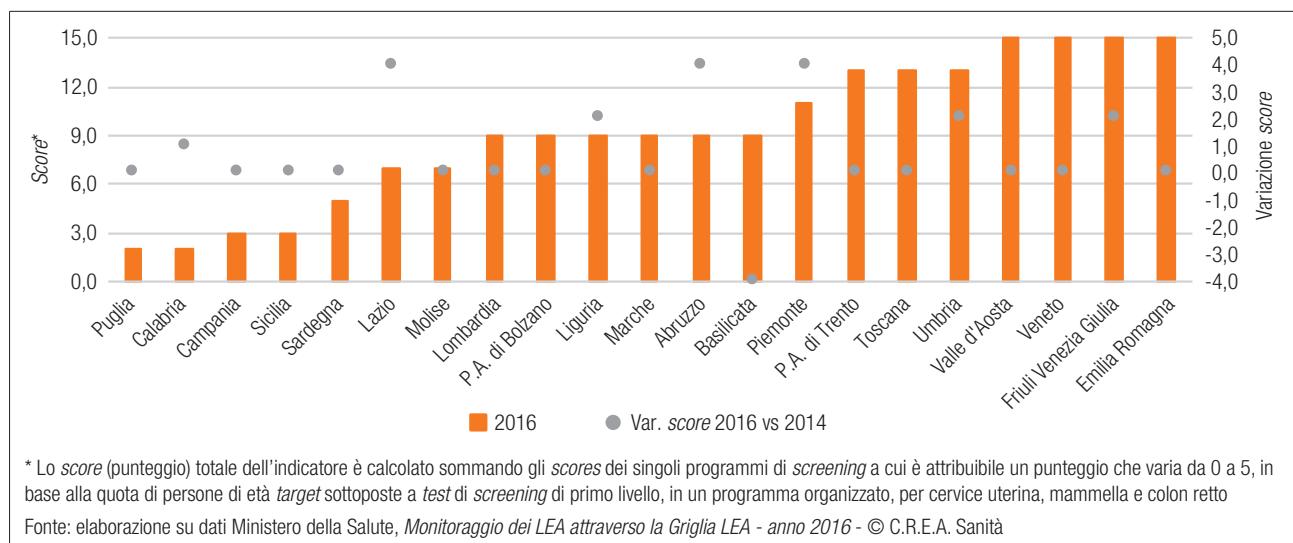


Figura 5.23. Persone che hanno effettuato *test di screening* di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella e colon retto



In base ai dati diffusi dal Ministero della Salute⁴⁰ nel mese di giugno 2018, in Italia nella stagione 2017-2018 mediamente si registra, tra gli anziani di 65 anni e più, una leggera ripresa delle coperture, con +0,7 p.p. rispetto alla stagione precedente, ma ci si attesta al 52,7%, lontani dalla soglia minima. Ancora evidenti le disparità regionali: si va dal 35,3% della P.A. di Bolzano (in calo di 2,0 p.p. rispetto alla precedente stagione) al 63,4% dell'Umbria (+0,3). Sono 9 le Regioni che registrano coperture peggiori rispetto alla media nazionale (prevalentemente del Centro-Nord).

Rispetto alla stagione 2016-2017, le uniche Regioni che registrano un calo delle coperture sono P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Piemonte, Marche e Veneto.

Se invece si confrontano i valori della stagione 2017-2018 con quelli della stagione 2010-2011, a livello nazionale si osserva un calo di 9,7 punti percentuali, e la diminuzione delle coperture si registra

in tutte le Regioni tranne che in Calabria (+5,4 p.p.).

5.3.6. Gli screening

In Italia i programmi di screening per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto - che, come visto in precedenza, consentono una diagnosi precoce in campo oncologico - sono sempre più estesi sul territorio nazionale e la partecipazione della popolazione è sempre più elevata⁴¹.

Esistono numerose evidenze scientifiche sulla efficacia degli screening⁴². Stando a quanto riportato nelle raccomandazioni del Ministero della Salute – Osservatorio Nazionale Screening (ONS) *Gli screening oncologici – Vademedcum*⁴³ del 2006, secondo la *International agency for research on cancer* (Iarc), partecipare allo screening organizzato su invito attivo riduce del 35,0% la probabilità di morire per cancro della mammella; inoltre, si è osservata la riduzione della mortalità per tumore alla cervice uterina in aree geografiche in cui siano stati attuati interventi attivi su fasce di popolazione più o meno

⁴⁰ www.salute.gov.it

⁴¹ www.salute.gov.it

⁴² Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie – CCM: <http://www.ccm-network.it/screening/paginaScreening.jsp?id=node/19>

⁴³ <https://www.osservatorionazionaleScreening.it/content/le-raccomandazioni>

ampie, e studi non randomizzati hanno messo in luce riduzioni significative dell'incidenza di tumori invasivi nelle donne sottoposte a *Pap-test*; infine, su 10 mila persone invitate a effettuare un Sof (ricerca sangue occulto nelle feci) nell'ambito di un programma di *screening*, ci si attendono 8,5 morti per cancro colo-rettale (Ccr) in meno nell'arco di 10 anni, se due terzi effettuano almeno un *test*. Inoltre, si stima che una unica rettosigmoidoscopia (Rss) effettuata tra i 55 e i 60 anni possa prevenire il 70% dei tumori distali in soggetti di 58-74 anni e il 50% in persone di 75-79 anni.

Nella Figura 5.23. si illustra l'indicatore "Persone che hanno effettuato *test* di *screening* di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella e colon retto", contenuto nella "Griglia LEA" 2016 con cui il Ministero della Salute effettua il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza erogati dalle Regioni. Il punteggio finale assegnato a ciascuna Regione è la somma dei punteggi dei singoli programmi (che varia da 0 a 5), in base alla quota di persone in età *target* sottoposte a *test* di *screening* di primo livello, all'interno di un programma organizzato, per cervice uterina, mammella e colon retto.

I punteggi superiori sono stati assegnati alle Regioni del Centro-Nord: raggiungono il punteggio massimo di 15,0 Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto e Valle d'Aosta. Di Contro, ottengono un punteggio inferiore a 5,0 Puglia, Calabria, Campania e Sicilia. Rispetto al 2014, solo la Basilicata ha ottenuto uno *score* inferiore (passando da 13 a 9). Tra le Regioni che hanno visto aumentare il punteggio attribuito, si segnalano – con 4 punti in più – Lazio (da 3 a 7), Abruzzo (da 5 a 9) e Piemonte (da 7 a 11).

Per concludere, nella Tabella 5.1. vengono riassunti i risultati dell'indagine PASSI 2014-2017 (ISS) separatamente per le tre tipologie di *screening*, includendo sia l'adesione ai programmi organizzati che gli *screening* effettuati al di fuori degli stessi.

Nel periodo tra il 2014 e il 2017 in Italia 8 donne su 10, fra i 25 e i 64 anni, si sono sottoposte allo *screening* cervicale (*Pap-test* o *Hpv test*) all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida na-

zionali (esame ogni tre anni per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina). E' evidente il gradiente Nord-Sud: si va dal 90,0% dell'Emilia Romagna al 61,8% della Calabria. Il valore medio nazionale si attesta al 79,3% (45,3% la copertura degli *screening* organizzati, 33,4% quella degli esami effettuati spontaneamente), e le Regioni che registrano un valore peggiore sono tutte del Sud. Nella maggior parte delle Regioni prevalgono le coperture dovute alla adesione ai programmi organizzati (tranne Lombardia, Liguria, Lazio, Molise, Campania e Puglia). Come riferisce l'ISS, nel tempo si registra un incremento statisticamente significativo della popolazione femminile che fa prevenzione, determinato per lo più da un aumento della copertura dello *screening* organizzato.

Con riferimento allo *screening* mammografico, tra il 2014 e il 2017 vi si sono sottoposte più di 7 donne su 10 fra i 50 e i 69 anni, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale (le linee guida nazionali e internazionali suggeriscono di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno). Anche in questo caso la copertura non è uniforme sul territorio nazionale, a sfavore del Meridione: si va dall'89,3% della P.A. di Trento al 49,4% della Campania. Il valore medio nazionale si attesta al 73,5% (53,8% la copertura degli *screening* organizzati, 19,2% quella degli esami effettuati spontaneamente), e le Regioni che registrano un valore peggiore sono tutte del Sud. In quasi tutto il territorio prevalgono le coperture dovute alla adesione ai programmi organizzati; fanno eccezione solo Campania e Puglia. Nel tempo continua a registrarsi un incremento, statisticamente significativo, della popolazione femminile che si sottopone alla mammografia in tutto il Paese, e si riducono le differenze fra Nord e Sud Italia.

Infine, nel nostro Paese la copertura dello *screening* colorettale resta ancora piuttosto bassa: circa il 45,0% degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito, fra il 2014 e il 2017, uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali a scopo preventivo, nei tempi e modi raccomandati (ricerca del sangue occulto fecale-Sof, negli ultimi due anni, oppure una colonscopia/rettosigmoido-

doscopia-Rss negli ultimi cinque anni).

La variabilità resta a sfavore delle Regioni meridionali, in cui la quota di persone che si sottopone allo screening è poco più del 25,0%, valore che quasi raddoppia nelle Regioni Centrali e raggiunge il 68,0% fra i residenti nel Nord: si va dal 74,1% della P.A. di Trento al 12,3% della Puglia. Il valore medio nazionale si attesta al 45,5% (37,4% la copertura degli screening organizzati, 7,5% quella degli esami effettuati spontaneamente), e le Regioni che registrano un valore peggiore sono tutte del Sud, ad eccezione

del Lazio. Quasi ovunque prevalgono le coperture dovute alla adesione ai programmi organizzati, ad eccezione di Calabria e Puglia. Nel periodo 2010-2016 la copertura dello screening è cresciuta significativamente in tutto il Paese, grazie soprattutto all'aumento della quota di quello organizzato; il peso dello screening spontaneo è andato riducendosi al Nord e nel Centro, mentre è aumentato nelle Regioni meridionali, dove presumibilmente l'aumento dello screening organizzato resta ancora insufficiente a soddisfare i bisogni della popolazione.

Tabella 5.1. Persone sottoposte a screening, organizzato o spontaneo. Periodo 2014-2017

Regioni	Donne fra 25 e 64 anni che sottopongono a screening cervicale (pap-test o HPV) (%)			Donne fra 50 e 69 anni che sottopongono a screening mammografico (%)			Persone fra 50 e 69 anni che si sottopongono a screening colorettale nei tempi e modi raccomandati (%)		
	totale	organizzato	spontaneo	totale	organizzato	spontaneo	totale	organizzato	spontaneo
Italia	79,3	45,3	33,4	73,5	53,8	19,2	45,5	37,4	7,5
Piemonte	84,5	63,9	20,4	74,3	64,0	10,0	n.d.	n.d.	n.d.
Valle d'Aosta	85,9	77,3	8,2	79,8	73,3	6,5	67,5	63,6	3,7
Lombardia	83,0	25,5	56,7	83,4	68,6	14,3	71,2	66,7	3,9
P.A. di Bolzano	89,1	48,3	40,3	76,6	60,9	14,9	59,6	47,5	11,0
P.A. di Trento	84,5	58,1	25,8	89,3	79,3	9,9	74,1	67,3	6,0
Veneto	89,4	57,9	31,3	86,1	66,3	19,6	72,0	65,9	5,9
Friuli Venezia Giulia	89,2	65,5	23,6	85,5	70,1	15,3	70,3	65,2	4,9
Liguria	87,8	34,7	53,0	84,4	60,9	23,4	48,9	40,2	8,4
Emilia Romagna	90,0	66,5	23,3	87,0	77,0	9,9	69,2	64,0	4,9
Toscana	85,7	67,1	18,3	79,5	69,9	9,3	63,6	58,9	4,3
Umbria	85,9	65,5	20,3	79,4	67,4	12,0	59,9	53,0	6,6
Marche	81,5	58,1	22,9	81,1	55,7	25,2	58,6	47,0	11,0
Lazio	83,7	32,0	51,4	79,3	47,5	31,4	35,1	21,6	12,6
Abruzzo	73,6	40,3	32,6	64,5	41,9	22,0	35,3	20,3	14,1
Molise	76,0	28,5	46,9	77,5	52,2	24,6	57,6	43,3	14,0
Campania	64,1	20,1	42,7	49,4	21,3	27,3	23,6	13,3	9,7
Puglia	71,5	28,7	42,6	66,1	32,9	33,0	12,3	4,6	7,3
Basilicata	64,1	57,3	5,9	74,5	69,0	5,5	39,0	35,5	2,8
Calabria	61,8	37,6	21,8	56,6	33,4	21,0	13,9	5,6	7,7
Sicilia	70,2	42,0	26,8	60,5	46,9	12,4	29,8	22,9	5,7
Sardegna	75,4	57,0	17,9	70,1	52,6	16,9	41,4	34,6	6,4

Peggio del valore nazionale

Simile al valore nazionale

Migliore del valore nazionale

Il dato della Regione Lombardia si riferisce al triennio 2014-2016 su una copertura parziale del territorio regionale

La copertura totale può non corrispondere alla somma delle coperture all'interno dei programmi organizzati (o altre offerte gratuite delle ASL) e di quelle dovute ad esami eseguiti spontaneamente (per la maggior parte a pagamento) a causa dei "non ricordo" o delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame

Fonte: elaborazione su dati ISS-Epicentro, indagine PASSI 2014-2017 - © C.R.E.A. Sanità

5.4. Conclusioni

Nel 2016, in base ai dati diffusi da OECD, l'Italia avrebbe assegnato ai programmi pubblici di prevenzione la seconda quota più alta tra i Paesi dell'EU, pari al 4,7% della spesa pubblica corrente. Il dato, in leggera diminuzione rispetto al 2015 (4,8%), è in crescita nell'ultimo decennio (nel 2006 era pari al 3,5%) e prossimo al 5,0% del Fondo Sanitario Nazionale fissato per il livello essenziale di assistenza (LEA) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". Fonti nazionali (Agenas) parlano invece di una quota registrata a livello nazionale pari al 4,2% (2015).

Così come evidenziato nei Rapporti Sanità degli scorsi anni, nel risultato ottenuto in Europa gioca un ruolo importante il basso livello di spesa pubblica che il nostro Paese continua a mantenere: il dato di spesa per la prevenzione pro-capite - sia espresso in euro (€ 87,4) che in dollari a parità di potere d'acquisto (\$-PPP 120,9) - resta inferiore a diversi Paesi europei, come ad esempio Regno Unito, Svezia, Danimarca e Germania.

Con riferimento ai principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili, nel 2016 (o anno più vicino), secondo i dati OECD, la quota italiana di persone di 15 anni e più in eccesso ponderale (BMI $\geq 25,0$) è la più bassa (45,1%) in Europa; il dato è stabile rispetto al 2006. Anche il tasso degli obesi (BMI ≥ 30) è il più basso (9,8%) e in leggera diminuzione sia rispetto al 2014 che rispetto al 2006.

Purtroppo, invece, nel periodo 2015-2017 nel nostro Paese la quota di bambini maschi (6-9 anni) in eccesso ponderale è la seconda più alta in EU (42,0%); se si considerano i soli bambini obesi, Italia e Cipro registrano la quota maggiore (21,0%).

Non va meglio per la prevalenza dei ragazzi italiani di 15 anni in eccesso ponderale: su 23 Paesi EU considerati, nel periodo 2013-2014 solo 7 registrano un tasso più elevato di quello medio italiano (15,5%, a pari merito con Irlanda e Portogallo).

A livello regionale, i tassi di obesità sia tra gli adulti che tra i bambini presentano un evidente gradiente Nord-Sud, quindi a sfavore delle Regioni meridionali (con qualche ragguardevole eccezione).

Gli adolescenti in età scolare (11-17 anni) che nel

nostro Paese non praticano sufficiente attività fisica in base alle raccomandazioni WHO erano, nel 2010, il 91,0% tra i maschi e il 92,6% tra le femmine, che rappresentano in assoluto i tassi più alti tra i Paesi europei.

Per l'Italia va meglio se si considera il consumo di alcol: nel 2016 è il secondo Paese con la quota minore di alcol consumato dalle persone di 15 anni e più (7,1 litri pro-capite), valore stabile rispetto al 2015 e in diminuzione rispetto al 2006. A livello regionale, la quota di adulti consumatori di alcol "a maggior rischio" (2014-2017) è maggiore nelle Regioni settentrionali (con qualche eccezione).

Con riferimento al fumo di tabacco, l'Italia con il 20,0% di fumatori tra le persone di 15 anni e più si colloca nel 2016 in una posizione intermedia tra i Paesi EU, e la quota è in diminuzione rispetto al 2006. A livello territoriale, le prevalenze più alte si registrano soprattutto in alcune Regioni del Centro-Sud.

Per quanto riguarda le vaccinazioni, nel nostro Paese si è assistito ad un progressivo calo delle coperture vaccinali pediatriche (tra i bambini ad un anno di età), a partire dal 2013, determinando una copertura media inferiore alla soglia del 95,0%, raccomandata dalla WHO per garantire la cosiddetta "immunità di gregge". Nel 2017, secondo OECD, oltre all'Italia altri 6 Paesi EU - sui 19 considerati - sono rimasti sotto la soglia raccomandata (per 3 dosi di vaccino DTP), anche se nel nostro Paese c'è stato un miglioramento rispetto al 2016 (dal 93,0% al 94,0%), ma un peggioramento rispetto al 2006 (quando la copertura era pari al 96,0%).

A livello territoriale, sono in maggioranza settentrionali le 9 Regioni che per tutte le vaccinazioni attualmente obbligatorie registrano una copertura inferiore al 95,0% nei bambini a 24 mesi.

Con riferimento alla copertura vaccinale degli over 65 contro l'influenza stagionale nel 2016, l'Italia con il 49,9% è settima su 23 Paesi EU (con un calo di -18,4 punti percentuali rispetto al 2006), ma ancora molto lontana dalla copertura raccomandata del 75,0%.

Infine, con riferimento allo screening mammogra-

fico, su 17 Paesi EU nel 2016 l'Italia si trova a metà classifica, con il 60,0% di donne tra 50 e 69 anni di età che ha partecipato ad un programma organizzato di screening. La quota è in lieve aumento (+0,4 punti percentuali) rispetto al 2006. La copertura è sottostimata in quanto non tiene conto degli esami effettuati spontaneamente. A livello territoriale (2014-2017), in generale le adesioni risultano maggiori nelle Regioni settentrionali. La Tabella 5.2. intende riasumere, in maniera approssimativa e non esaustiva, la situazione a livello internazionale.

La considerazione che deriva dai fenomeni osservati è che non si possono non riconoscere al nostro Paese, come del resto fatto gli scorsi anni, i risultati ottenuti grazie alla crescente attenzione alla preven-

zione, che certamente contribuiscono agli ottimi esiti aggregati di salute italiani (Capitolo 4C).

Tuttavia, il numero di bambini e adolescenti obesi e di adolescenti inattivi in Italia ha raggiunto livelli allarmanti, e resta evidente la disparità a livello territoriale; si evidenzia inoltre un calo generalizzato nelle coperture vaccinali, in leggera ripresa nell'ultimo anno.

Questo a dimostrazione dell'esigenza di continuare ad investire nelle strategie di prevenzione orientate a garantire equità, dalle quali non si può assolutamente prescindere, anche a tutela della sostenibilità del sistema sanitario, come dimostrato dai costi evitabili grazie all'adozione di più corretti stili di vita.

Tabella 5.2. Sintesi della posizione dell'Italia nella classifica dei Paesi europei per diversi indicatori in tema di prevenzione

Indicatore	Unità misura	Anno	Fonte	Valore Italia	Media valori (n° Paesi osservati)	Paese (valore massimo)	Paese (valore minimo)
Obesità persone 15+	%	2016 (o più vicino)	OECD	9,8	16,6 (23)	Ungheria (21,2)	Italia (9,8)
Spesa programmi di prevenzione in % della spesa pubblica corrente	%	2016	OECD	4,7	2,8 (23)	Regno Unito (5,1)	Slovacchia (0,7)
Consumo di alcol persone 15+	Litri pro-capite	2016 (o più vicino)	OECD	7,1	10,0 (23)	Lituania (13,2)	Grecia (6,5)
Obesità adulti 18+	%	2016	WHO	23,0	25,3 (28)	Malta (31,0)	Danimarca (21,0)
Spesa pro-capite per programmi di prevenzione	€	2016	OECD	87,4	61,0 (23)	Regno Unito (145,2)	Slovacchia (5,9)
Persone 15+ che fumano giornalmente	%	2016 (o più vicino)	OECD	20,0	20,0 (23)	Grecia (27,3)	Svezia (10,9)
Donne 50-69 anni che hanno effettuato mammografia in programma organizzato screening	%	2016 (o più vicino)	OECD	60,0	59,7 (17)	Finlandia (82,2)	Lettonia (27,4)
Eccesso ponderale (sovrapeso+obesità) ragazzi di 15 anni	%	2013-2014	OECD	15,5	14,5 (23)	Grecia (21,5)	Danimarca (9,5)
Anziani 65+ vaccinati contro influenza stagionale*	%	2016 (o più vicino)	OECD	49,9	36,2 (23)	Regno Unito (70,5)	Estonia (2,8)
Bambini a 1 anno vaccinati con 3 dosi DTP	%	2017	OECD	94,0	95,7 (19)	Grecia, Ungheria e Lussemburgo (99,0)	Finlandia (89,0)
Adulti 18+ che praticano attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	35,9	27,3 (28)	Malta (45,2)	Estonia (15,2)
Obesità adolescenti 10-19 anni	%	2016	WHO	10,0	8,0 (28)	Malta e Grecia (12,0)	Estonia (5,0)
Obesità bambini maschi 6-9 anni	%	2015-2017	WHO	21,0	13,5 (23)	Italia e Cipro (21,0)	Danimarca (5,0)
Adolescenti 11-17 anni che svolgono attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	91,8	81,1 (27)	Italia (91,8)	Irlanda (71,6)

Peggior della media EU (*oppure migliore della media EU ma senza raggiungere il valore minimo raccomandato, come nel caso delle vaccinazioni over 65)

Simile alla media o con scostamento minimo

Migliore della media EU

(La "media valori" è intesa come media dei valori di tutti i Paesi presi in esame per ciascun indicatore)

Fonte: elaborazione su dati OECD e WHO, anni vari – © C.R.E.A. Sanità

Riferimenti bibliografici e sitografici

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) (2017), *Aggiornamento Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni, anno 2015*
- www.agenas.it

Cittadinanzattiva (2018), *Osservatorio civico sul federalismo in sanità – Rapporto 2017*

European Centre for Disease Prevention and Control
- ECDC, *Factsheet about seasonal influenza*
- <https://ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/facts/factsheet>

Goodchild M. et al. (2017), *Global economic cost of smoking-attributable diseases*, in PubMed 2018 Jan;27(1):58-64. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053305. Epub 2017 Jan 30
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28138063>

IBDO Foundation (2018), *11° Italian Diabetes & Obesity Barometer Report 2017*, aprile 2018
- <http://www.ibdo.it/pdf/Report-2017.pdf>

Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Epicentro (2018),
- <http://www.epicentro.iss.it>

Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Epicentro (2018), *Indagine PASSI 2014-2017 e 2011-2014*
- <http://www.epicentro.iss.it/passi/>

Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Epicentro (2017), *OKKio alla Salute 2016*
- <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Istat (2017), *Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana - Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà*
- <https://www.istat.it/it/archivio/202040>

LSE Health, London School of Economics (2012), Panos Kanavos et al., *Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries*, gennaio 2012
- <http://eprints.lse.ac.uk/54896/>

Ministero della Salute – CCM (2018), *Prevenzione e controllo del tabagismo - Rapporto 2017*
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_467_listaFile_itemName_0_file.pdf

Ministero della Salute (2018)
- <http://www.salute.gov.it>

Ministero della Salute (2018), *Monitoraggio dei LEA*

attraverso la Griglia LEA – anno 2016
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2783_allegato.pdf

Ministero della Salute (2018), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della L. n. 125/2001 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”* - anno 2017
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2724_allegato.pdf

Ministero della Salute (2017), *Atto di indirizzo per l'anno 2018*
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2642_allegato.pdf

Ministero della Salute (2017), *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA – anno 2015*
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf

Ministero della Salute (2017), *Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019*
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf

Ministero della Salute (2014), *Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018*
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf

Ministero della Salute – Osservatorio Nazionale Screening-ONS (2006), *Gli screening oncologici – Vademedicum*
- <https://www.osservatorionazionale.screening.it/content/le-raccomandazioni>

OECD (2018), *Database on line* (aggiornamento giugno 2018)
- <https://stats.oecd.org/>

OECD (2017), *Obesity update 2017*
- <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm>

WHO (2018), *Global action plan on physical activity 2018-2030: More active people for a healthier world*
- <http://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>

WHO (2018), *Global Health Observatory Data Repository*
- <http://apps.who.int/gho/data/node.home>

WHO (2018), *Global status report on alcohol and*

- health 2018
- https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- WHO (2018), *Health a Glance 2017*
- <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- WHO (2018), *Immunization coverage – Factsheet 16 luglio 2018*
- <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
- WHO (2018), *Key facts 1 giugno 2018*
- <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- WHO (2018), *Noncommunicable diseases country profiles 2018, settembre 2018*
- <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>
- WHO (2018) - *Regional Office for Europe, Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), Highlights 2015-17*
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/372426/WH14_COSI_factsheets_v2.pdf?ua=1
- WHO (2018), *Time to deliver – Report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases*
- <http://www.who.int/ncds/management/time-to-deliver/en/>
- WHO (2015), *2030 Agenda for Sustainable Development*
- <https://ec.europa.eu/epale/it/resource-centre/content/lagenda-2030-lo-sviluppo-sostenibile-nuovo-quadro-strategico-delle-nazioni>
- WHO (2015), *Recommendations on Physical Activity for Health*
- http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/
- WHO (2013), *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*
- <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

ENGLISH SUMMARY

Prevention: expenditure, lifestyles, vaccinations and screening. The position of Italy in Europe

The data on non-communicable diseases (NCDs) are alarming according to a recent report of the World Health Organization (WHO): collectively, cancer, diabetes, lung and heart diseases are responsible for 41 million deaths each year, accounting for 71.0% of all deaths globally.

In addition to socio-economic, cultural, political and environmental aspects, NCDs aetiology share some common modifiable risk factors, such as smoking, harmful alcohol consumption, unhealthy diet and lack of physical exercise, which are therefore the focus of prevention policies.

There are also intermediate risk factors, i.e. conditions that, although not yet developed into a full-blown disease, must be considered pathological, although - at least partially - still reversible if diagnosed and treated in time. Overweight and obesity are a case in point.

Hence it has long been globally recognized that prevention plays a central role in public health, particularly in the fight against diseases and other risk factors for the population's health.

According to the OECD, in 2016 Italy allocated to public prevention programs the second highest share of current public expenditure in the whole European Union, equal to 4.7%, slightly declining compared to 2015 (4.8%), but growing compared to 2006 (3.5%). This result, however, has been reached with the important role played by the low level of public expenditure. In fact, Italy's per capita spending for prevention – both denominated in euros (€ 87.4) and in dollars at purchasing power parity (\$-PPP 120.9) – is still lower than in several European countries, such as the United Kingdom, Sweden, Denmark and Germany.

However, with reference to lifestyles and the main risk factors for NCDs, Italy still appears to be - on av-

erage - in a better situation than many other European countries, except for the lack of physical exercise and child obesity, even though great differences are still recorded on the Italian territory.

According to OECD data, in 2016 the Italian share of overweight (including obesity) adult population (aged over 15) was the lowest in Europe (45.1%), stable compared to 2006. Similarly, the rate of obese adults was the lowest (9.8%), slightly down (0.4 percentage points) compared to 2006.

Unfortunately, however, in 2015-2017 the share of overweight (including obesity) male children (6-9 years) was the second highest in the EU (42.0%) and, considering the obese ones only, Italy and Cyprus recorded the highest rate (21.0%).

Moreover, with reference to the prevalence of overweight boys aged 15, in 2013-2014, only 7 EU member States recorded a higher rate than the average Italian one (15.5%).

According to more recent WHO data, in 2016 Italy recorded a 23.0% share of obese adults (the fifth country with the lowest share) and a 10.0% share of obese adolescents aged 10-19 (the fourth country with the highest rate).

Considering the Italian territory, the obesity rates of both adults and children showed a clear North-South gradient, to the detriment of the Southern Regions (with some notable exceptions).

The Italian male and female teenagers who did not practise sufficient physical exercise (according to the WHO recommendations) were 91.0% and 92.6%, respectively: the highest rates among European countries in absolute terms. The same held true for adults: considering the 28 EU Member States, in 2010 Italy was among the 6 countries recording the highest prevalence of adults practicing insufficient physical exercise, namely 35.9%, followed by Ire-

land (36.0%), Portugal (37.3%), Belgium (37.4%), the United Kingdom (40.0%) and Malta (45.2%).

Italy performs better when considering alcohol consumption and in 2016 it ranks second - after Greece - for the lowest adult consumption, with a stable rate compared to 2015 and down compared to 2006.

In 2014-2017, the Italian share of alcohol-consuming adults at greater risk was higher in the Northern regions (with some exceptions).

Similarly, as to smoking, in 2016 Italy ranked in the middle among EU Member States, with 20.0% of smokers among adults (aged over 15) - a rate on the wane compared to 2006. At territorial level, in Italy the highest prevalence rates are recorded above all in some Central-Southern Regions.

Considering the area of Public Health measures and interventions, with specific reference to vaccinations, since 2013 Italy has witnessed a gradual decline in children's vaccinations (among children aged one), resulting in an average vaccination coverage lower than the 95.0% threshold (recommended by the WHO to ensure "herd immunity", i.e. to indirectly protect also those who, due to some health reasons, cannot be vaccinated).

According to OECD, in 2017 six EU Member States besides Italy - out of the 19 countries considered - remained below the recommended threshold (DTP). In Italy, however, there was an improvement in coverage compared to 2016 (from 93.0% to 94.0%),

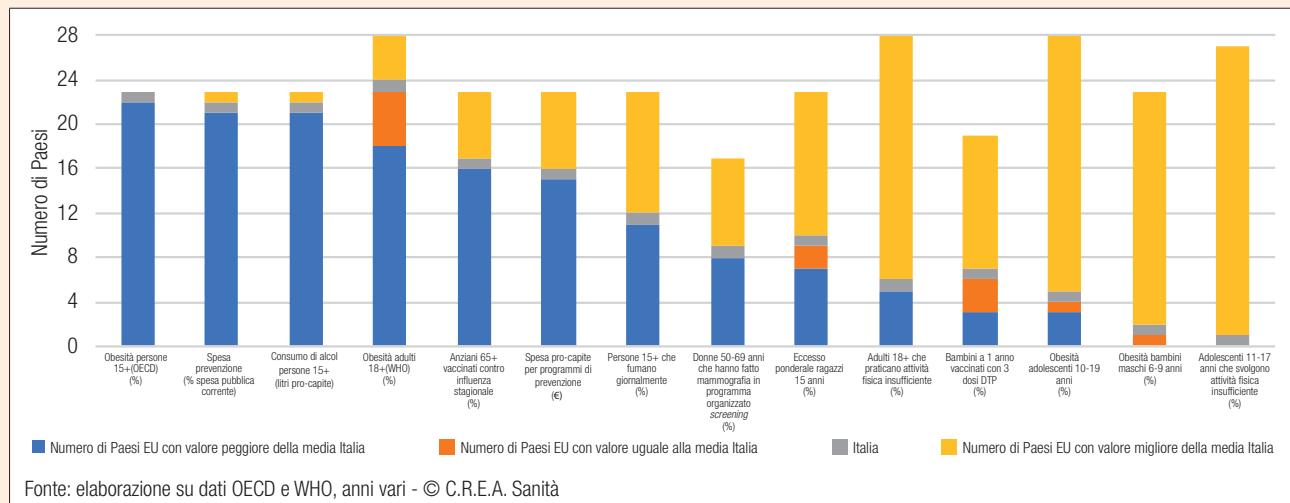
although in 2006 it was 96.0%.

At territorial level, the 9 Regions which have a coverage lower than 95.0% for all mandatory vaccinations (children aged two) are mostly in Northern Italy.

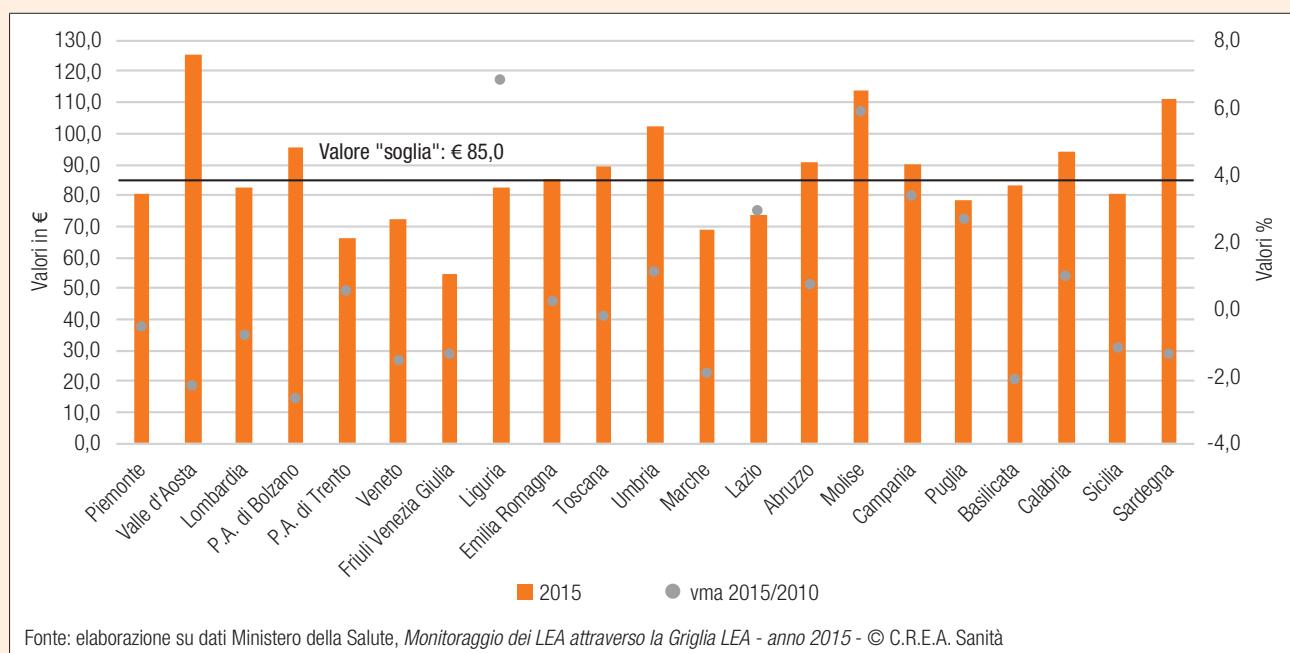
With reference to the over-65 vaccination coverage against seasonal flu (49.9%), in 2016 Italy ranks seventh among the 23 EU Member States (with a 18.4 percentage points decrease compared to 2006), but it is still much far from the recommended coverage of 75.0%.

As to mammographic screening, in 2016 Italy ranked in the middle among 17 EU Member States, with 60.0% of women aged 50-69 who had performed a mammogram in the two years preceding the interview in the framework of an organized screening program. The share was slightly increasing (+0.4 percentage points) compared to 2006. The rate underestimates the real coverage, as it does not consider the mammograms performed spontaneously, outside organized screening programs.

Finally we can draw the conclusion that we cannot fail to recognize the results reached by Italy thanks to the growing attention paid and efforts made in the field of prevention, but we must continue to invest in prevention strategies, with a view to recovering positions particularly in terms of children's and teenagers' obesity and in terms of insufficient physical exercise (especially among teenagers), as well as to reducing regional differences on the Italian territory.

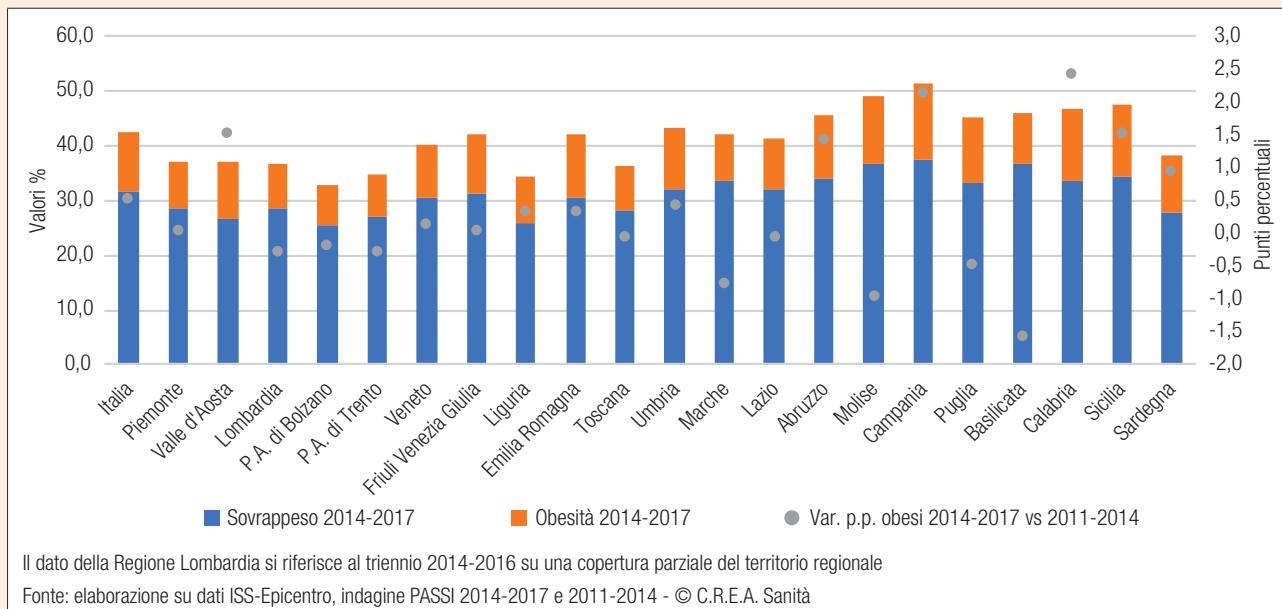
KI 5.1. Spesa per la prevenzione, stili di vita, vaccinazioni e screening: il posizionamento dell'Italia in Europa


Sui 14 indicatori collegati all'attività di prevenzione presi in considerazione, l'Italia ha una buona *performance* per prevalenza di adulti obesi, quota di spesa sanitaria destinata a programmi pubblici di prevenzione, litri pro-capite di alcol consumati da persone di 15 anni e più, anziani *over* 65 vaccinati contro l'influenza stagionale (ma non si raggiunge comunque la quota raccomandata del 75,0%). Sono invece critiche le *performance* per obesità ed eccesso ponderale nei bambini e nei ragazzi, nonché per l'attività fisica, che risulta del tutto insufficiente secondo le raccomandazioni WHO. La copertura dei bambini ad un anno vaccinati con 3 dosi contro Difterite, Tetano e Pertosse (DTP) non raggiunge la soglia minima del 95,0%. Per quanto concerne i livelli nominali di spesa (pro-capite) per la prevenzione, la prevalenza di fumatori giornalieri *over* 15 e la quota di donne (50-69 anni) che ha aderito ad un programma organizzato di screening mammografico, il posizionamento dell'Italia è intermedio rispetto agli altri Paesi EU.

KI 5.2. Costo pro-capite per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro


A fronte di un costo pro-capite - per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro - di riferimento stabilito dal Ministero della Salute in € 85,0 nel 2015 solo 10 Regioni risultavano adempienti; la Valle d'Aosta era la Regione con il costo pro-capite maggiore (€ 125,3), mentre Friuli Venezia Giulia (€ 54,5 pro-capite), P.A. di Trento (€ 66,1) e Marche (€ 68,8) erano quelle con i livelli inferiori. Rispetto al 2010, 10 Regioni hanno aumentato il costo pro-capite per il LEA in esame: in particolare Liguria (variazione media annua +6,8%), Molise (+5,8%) e Campania (+3,3%). Nelle altre si osserva un decremento, particolarmente significativo (-2,7%) nella P.A. di Bolzano.

KI 5.3. Sovrappeso e obesità tra gli adulti (18-69 anni)

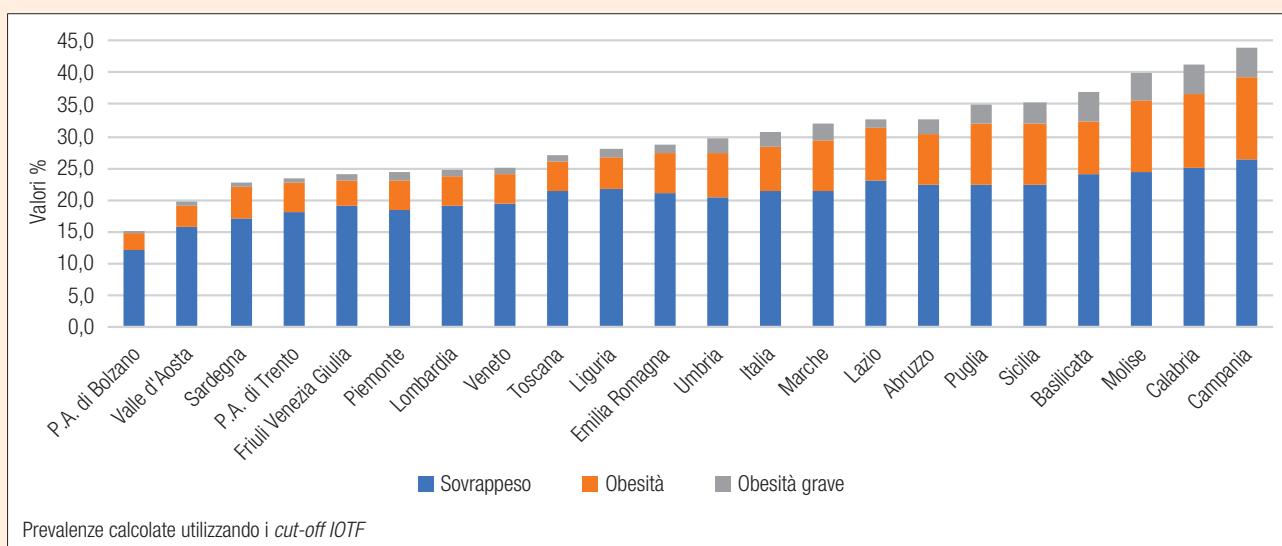


Il dato della Regione Lombardia si riferisce al triennio 2014-2016 su una copertura parziale del territorio regionale

Fonte: elaborazione su dati ISS-Epicentro, indagine PASSI 2014-2017 e 2011-2014 - © C.R.E.A. Sanità

Per obesità e sovrappeso tra gli adulti (18-69 anni) si evidenzia, per il periodo 2014-2017, un gradiente geografico Nord-Sud Italia, con qualche eccezione (ad esempio, la Sardegna). Con particolare riferimento all'obesità, sono 5 le Regioni (tutte meridionali tranne l'Emilia Romagna) che registrano un valore peggiore di quello medio nazionale (10,7%), 10 quelle (tutte del Centro-Nord tranne la Basilicata) per cui si rileva un valore migliore di quello medio italiano e 6 le Regioni con valori simili alla media. Si va da una prevalenza del 7,3% nella P.A. di Bolzano ad una del 14,1% registrata in Campania. Rispetto alla rilevazione 2011-2014, sono 9 le Regioni che hanno registrato un valore decrescente, anche se di poco, della prevalenza (in particolare -1,6 punti percentuali in Basilicata).

KI 5.4. Sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni. Anno 2016

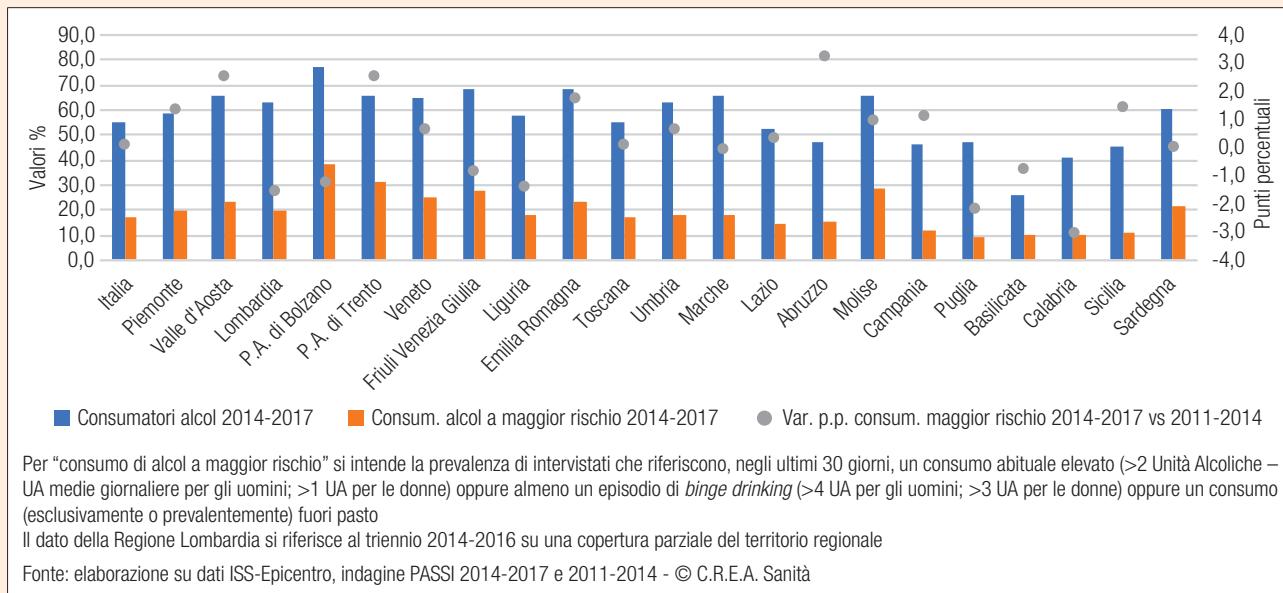


Prevalenze calcolate utilizzando i *cut-off* IOTF

Fonte: elaborazione su dati ISS - OKKIO alla Salute 2016 – © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nel 2016, 3 bambini su 10 presentano problemi di eccesso ponderale: il 21,3% è in sovrappeso mentre il 9,3% è obeso (di cui il 2,1% obeso grave). Il gradiente geografico appare evidente: la maggiore prevalenza di eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) si osserva nelle Regioni meridionali (ad eccezione della Sardegna, che è la terza Regione più virtuosa). Con una media Italia pari al 30,6%, si passa dal 14,9% della P.A. di Bolzano al 44,1% della Campania. Se si considera la sola obesità infantile, il valore medio nazionale è pari al 9,3%, con le Regioni meridionali (ad eccezione della Sardegna) che registrano le prevalenze maggiori. La Campania registra la quota maggiore di bambini obesi: 17,9%, contro il 2,7% della P.A. di Bolzano. Il trend dal 2008 al 2016 appare in diminuzione, tranne che per l'ultimo biennio nel caso del sovrappeso (la prevalenza era pari a 20,9% nel 2014, ed è aumentata di 0,4 punti percentuali nel 2016).

KI 5.5. Adulti (18-69 anni) consumatori di alcol e consumatori "a maggior rischio"



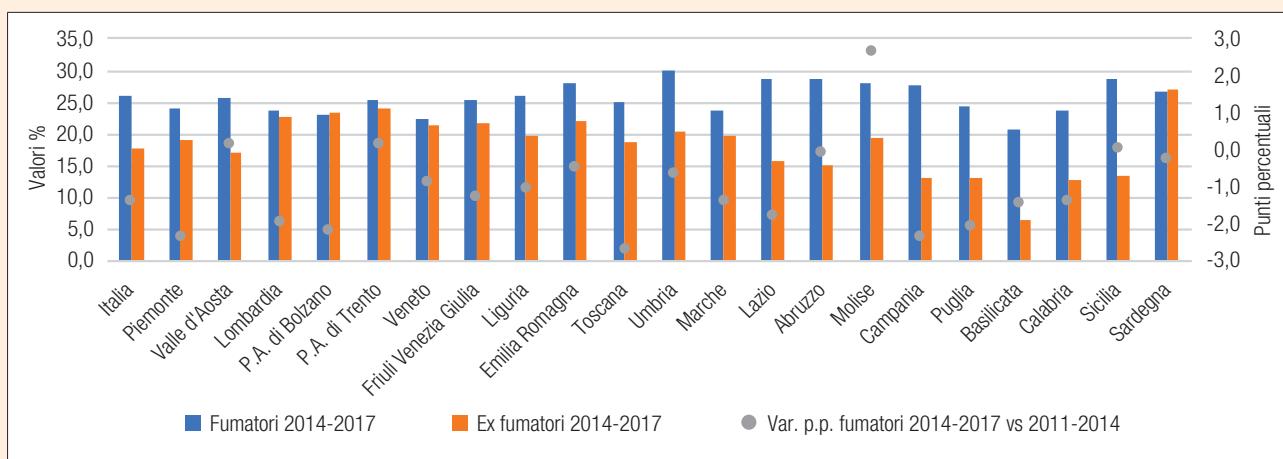
Per "consumo di alcol a maggior rischio" si intende la prevalenza di intervistati che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 Unità Alcoliche – UA media giornaliera per gli uomini; >1 UA per le donne) oppure almeno un episodio di *binge drinking* (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto

Il dato della Regione Lombardia si riferisce al triennio 2014-2016 su una copertura parziale del territorio regionale

Fonte: elaborazione su dati ISS-Epicentro, indagine PASSI 2014-2017 e 2011-2014 - © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2014 e il 2017, in Italia, il 55,3% degli adulti (18-69 anni) ha consumato bevande alcoliche almeno una volta negli ultimi 30 giorni. La prevalenza maggiore si osserva nelle Regioni settentrionali, con qualche eccezione (es. Molise con il 65,3% e Sardegna con il 60,1%). Si passa dal 26,3% della Basilicata al 76,9% della P.A. di Bolzano. Anche la quota di adulti con consumo di alcol "a maggior rischio" (definito come consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto) è maggiore nel Nord Italia, in particolare - con una percentuale che supera il 30,0% - nelle Province Autonome di Bolzano (38,5%) e Trento (31,4%). Molise (28,5%) e Sardegna (21,3%) sono le Regioni del Sud dove la situazione è peggiore rispetto alla media nazionale, che si attesta al 17,0%. Con riferimento agli adulti consumatori di alcol "a maggior rischio", rispetto alla survey del periodo 2011-2014 si evidenzia una crescita di +3,2 punti percentuali in Abruzzo e una diminuzione di -3,1 p.p. in Calabria.

KI 5.6. Adulti (18-69 anni) che dichiarano di essere fumatori o ex fumatori



Fumatori: adulti (18-69 anni) che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatori al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi

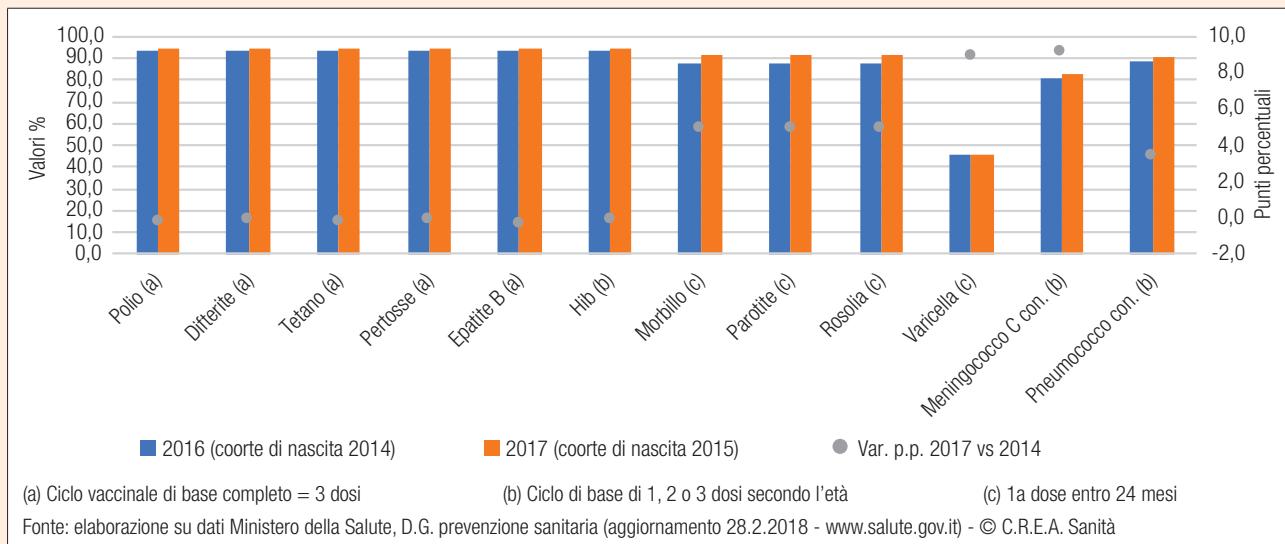
Ex fumatori: adulti che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di non essere fumatori al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi

Il dato della Regione Lombardia si riferisce al triennio 2014-2016 su una copertura parziale del territorio regionale

Fonte: elaborazione su dati ISS-Epicentro, indagine PASSI 2014-2017 e 2011-2014 - © C.R.E.A. Sanità

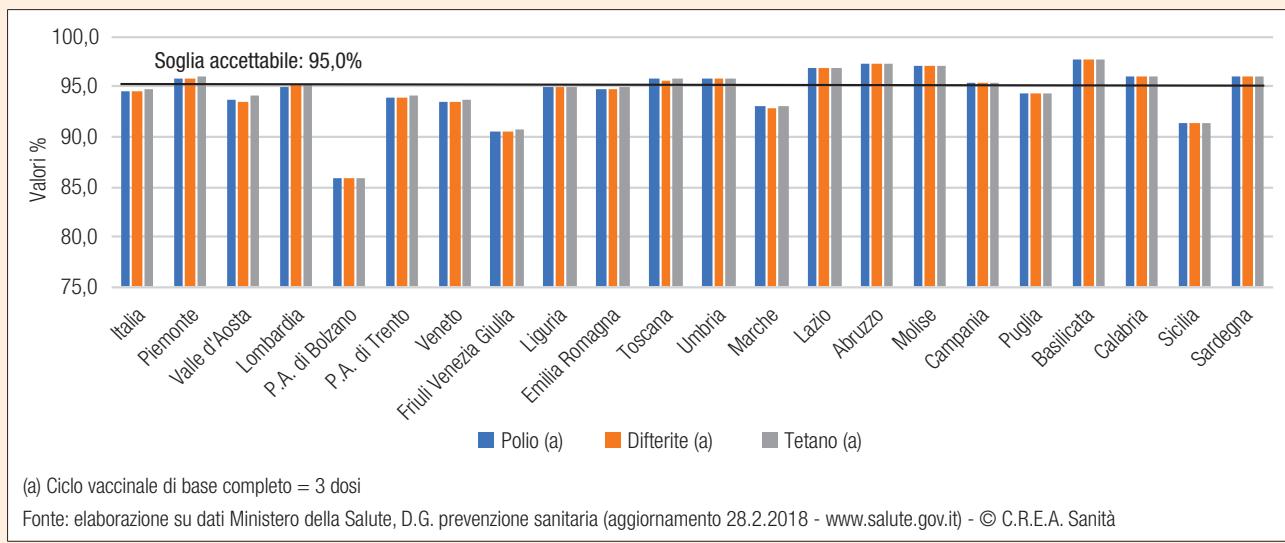
Nel periodo 2014-2017, in Italia, il 26,0% degli adulti (18-69 anni) di età ha dichiarato di essere fumatore (-1,4 punti percentuali rispetto all'indagine 2011-2014). Le più alte quote si osservano in alcune Regioni del Centro-Sud (Umbria, Abruzzo, Lazio, Sicilia, Molise e Campania), ma anche in Emilia Romagna la prevalenza resta elevata (28,0%). La Regione più virtuosa è la Basilicata (20,7%), mentre la quota maggiore si registra in Umbria (30,0%). Rispetto al 2011-2014, si osserva un calo delle quote di adulti fumatori in quasi tutte le Regioni (si evidenzia la diminuzione di -2,7 punti percentuali registrata in Toscana); fanno eccezione Valle d'Aosta, P.A. di Trento e Sicilia, in cui il valore è stabile, e il Molise, in cui si registra un aumento di +2,6 punti percentuali. Con riferimento alle quote di adulti ex fumatori, la media Italia si attesta al 17,6%, con una prevalenza maggiore osservata nelle Regioni settentrionali, anche se la quota più alta si registra in Sardegna (27,0%). La prevalenza più bassa si osserva in Basilicata (6,5%).

KI 5.7. Vaccinazioni dell'età pediatrica, coperture a 24 mesi per singolo antigene in Italia



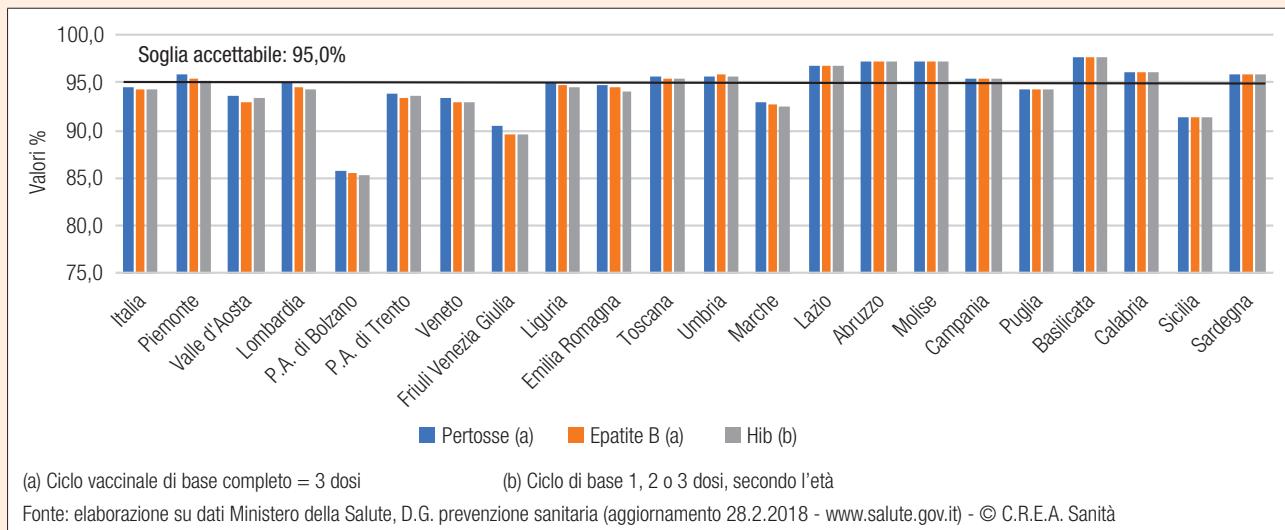
Le coperture vaccinali nazionali a 24 mesi per l'anno 2017 (relative ai bambini nati nel 2015) sono in aumento rispetto al 2016, sia per le vaccinazioni attualmente obbligatorie - tranne quella per la varicella (-0,5 punti percentuali) - che per alcune delle vaccinazioni non obbligatorie, come quelle contro il meningococco C coniugato (+2,4 punti percentuali) e lo pneumococco coniugato (+2,6). Per tutte le vaccinazioni, però, le coperture a livello medio nazionale non raggiungono ancora la soglia del 95,0%, raccomandata da WHO per ottenere l'"immunità di gregge" (polio 94,54%, difterite 94,57%, tetano 94,64%, pertosse 94,56%, epatite B 94,34%, Hib 94,24%, morbo 91,68%, parotite 91,62%, rosolia 91,64%, varicella 45,6%, meningococco C coniugato 83,06%, pneumococco coniugato 90,9%). Complessivamente, nel 2017 - nonostante l'aumento registrato nell'ultimo anno - le coperture vaccinali medie nazionali a 24 mesi relative al c.d. "vaccino esavalente" risultano comunque in leggero calo rispetto a quelle registrate nel 2014 (relative ai bambini nati nel 2012), coerentemente col calo generalizzato delle coperture osservato dal 2013 al 2016.

KI 5.8. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro polio, difterite e tetano. Anno 2017 (coorte di nascita 2015)



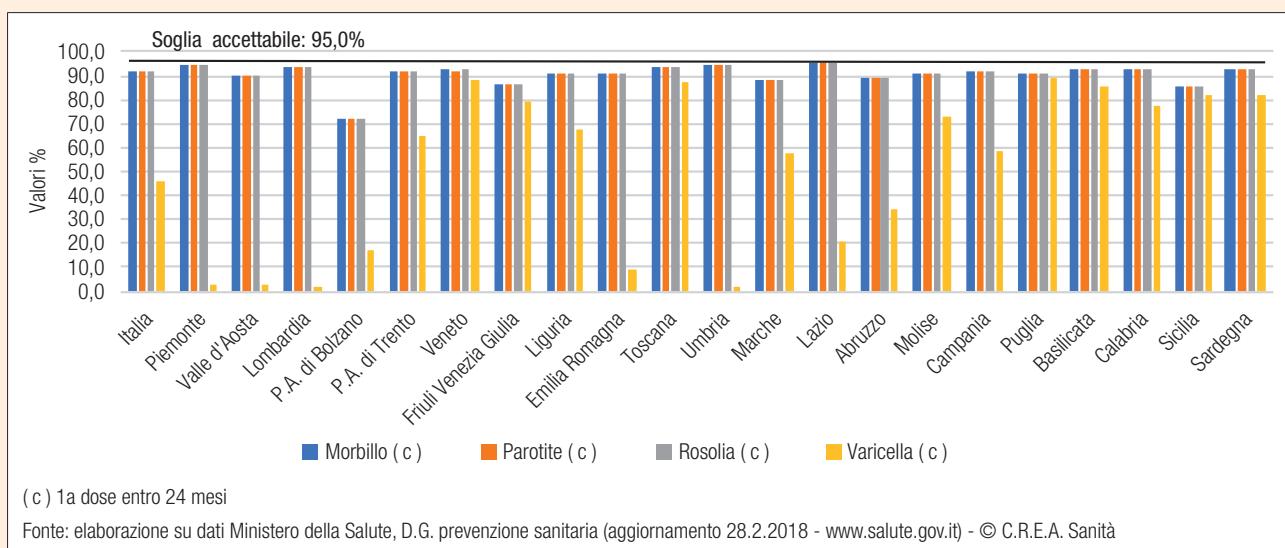
Nel 2017, le coperture vaccinali a 24 mesi (bambini nati nel 2015) contro polio, difterite e tetano sono, a livello nazionale, al di sotto del 95,0% (rispettivamente, 94,54%, 94,57% e 94,64%). A livello territoriale esistono importanti differenze: in 9 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Puglia e Sicilia) le coperture vaccinali sono per tutti e tre gli antigeni al di sotto del 95,0%, ma per quasi tutte le Regioni si registra comunque un incremento rispetto all'anno precedente. Per le altre Regioni le coperture (per tutti gli antigeni considerati) superano il 95,0%, ad eccezione della Lombardia che per la sola polio registra un valore di poco inferiore alla soglia (94,88%).

KI 5.9. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro pertosse, epatite B e Hib. Anno 2017 (coorte di nascita 2015)



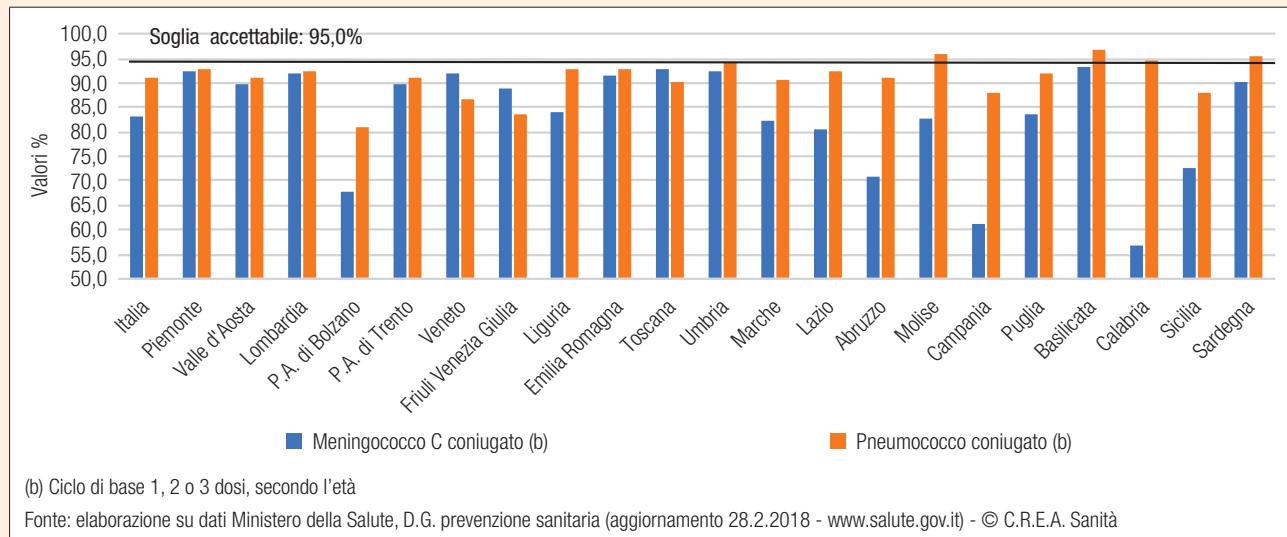
Nel 2017 le coperture vaccinali a 24 mesi (bambini nati nel 2015) contro pertosse, epatite B e Haemophilus influenzae tipo B (Hib), a livello nazionale, restano al di sotto del 95,0% (rispettivamente, 94,56%, 94,34% e 94,24%), soglia raccomandata da WHO per ottenere l'"immunità di gregge". A livello territoriale esistono importanti difformità: in 9 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Puglia e Sicilia) le coperture vaccinali sono per tutti e tre gli antigeni al di sotto del 95,0%, ma per quasi tutte le Regioni si registra comunque un incremento rispetto all'anno precedente. Per le altre Regioni le coperture (per tutti gli antigeni considerati) superano il 95,0%, ad eccezione della Lombardia e della Liguria, che per epatite B e Hib registrano un valore di poco inferiore alla soglia.

KI 5.10. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro morbillo, parotite, rosolia e varicella. Anno 2017 (coorte di nascita 2015)



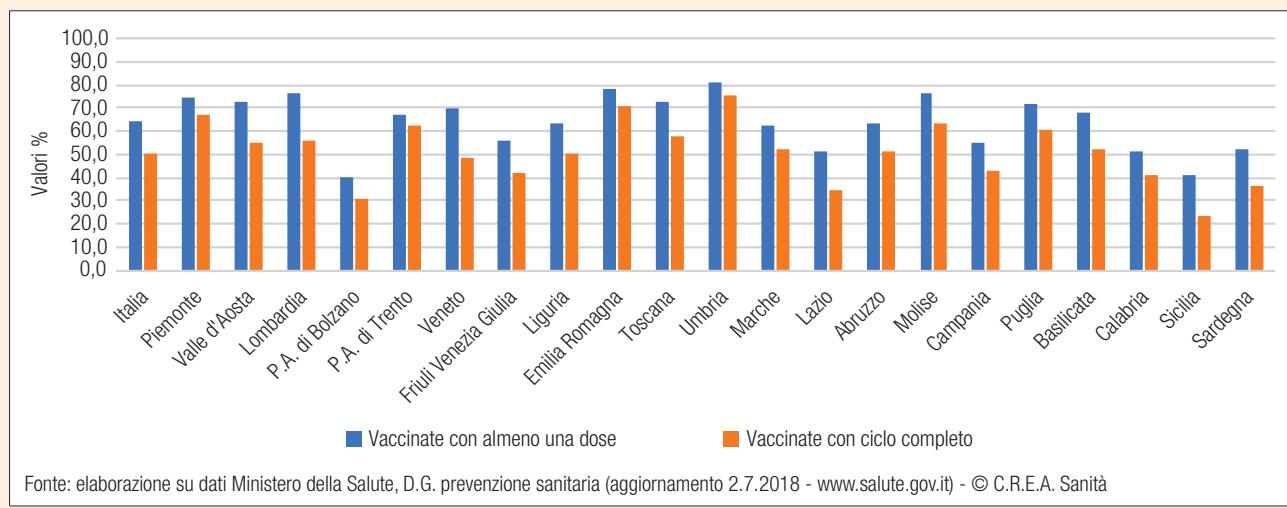
Nel 2017 le coperture vaccinali a 24 mesi (bambini nati nel 2015) contro morbillo, parotite, rosolia e varicella, a livello nazionale, restano al di sotto del 95,0% (rispettivamente, 91,68%, 91,62%, 91,64%, 45,60%), soglia minima accettabile raccomandata dalla WHO per ottenere la cosiddetta "immunità di gregge". A livello territoriale esistono importanti difformità, ma in tutte le Regioni le coperture vaccinali sono per tutti e quattro gli antigeni al di sotto del 95,0%, anche se in tutte si registra comunque un incremento rispetto all'anno precedente. Fa eccezione il Lazio, in cui si osserva una copertura che supera quella minima raccomandata per morbillo, parotite e rosolia.

KI 5.11. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro meningococco C coniugato e pneumococco coniugato. Anno 2017 (coorte di nascita 2015)



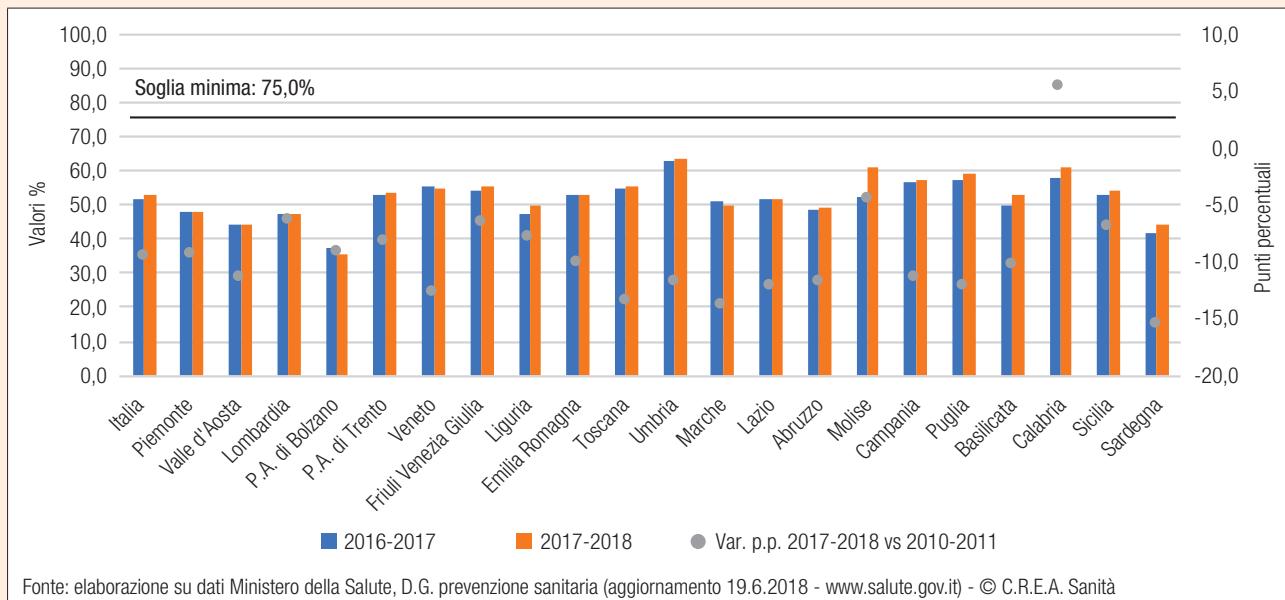
Nel 2017 le coperture vaccinali medie a 24 mesi (bambini nati nel 2015) contro lo pneumococco coniugato e il meningococco C coniugato sono cresciute rispetto al 2016 (rispettivamente, 88,35% nel 2016 vs 90,90% nel 2017 e 80,67% nel 2016 vs 83,06% nel 2017). Nessuna Regione raggiunge la copertura del 95,0% per la vaccinazione contro il meningococco C coniugato, con una forbice che va dal 56,85% della Calabria al 93,33% della Basilicata. Per le coperture contro lo pneumococco coniugato, superano la soglia del 95,0% solo Molise, Basilicata e Sardegna; la forbice va dall'80,92% della P.A. di Bolzano al 96,72% della Basilicata.

KI 5.12. Coperture vaccinali contro il Papilloma Virus Umano (HPV) al 31.12.2017 (femmine, coorte di nascita 2005)



I dati 2017 relativi alla copertura vaccinale contro il Papilloma Virus Umano (HPV) per il *target* primario (ragazzine di 12 anni, coorte 2005) mostrano un decremento nell'ultimo anno, visibile soprattutto per il ciclo completo. Infatti, alla rilevazione relativa ai dati 2015 la coorte 2003 aveva una copertura del 66,60% per la prima dose e del 56,20% per il ciclo completo; alla rilevazione relativa ai dati 2016 la coorte 2004 aveva una copertura del 65,00% per la prima dose e del 53,10% per il ciclo completo; all'ultima rilevazione relativa ai dati 2017 la coorte 2005 mostra una copertura del 64,39%, per la prima dose e del 49,92% per il ciclo completo. Analizzando la variabilità regionale, le coperture per la prima dose vanno dal 40,59% registrato nella P.A. di Bolzano all'81,11% osservato in Umbria. Con riferimento alle coperture per il ciclo completo, i valori sono inferiori: quello minore si registra in Sicilia (23,28%), il maggiore in Umbria (75,54%).

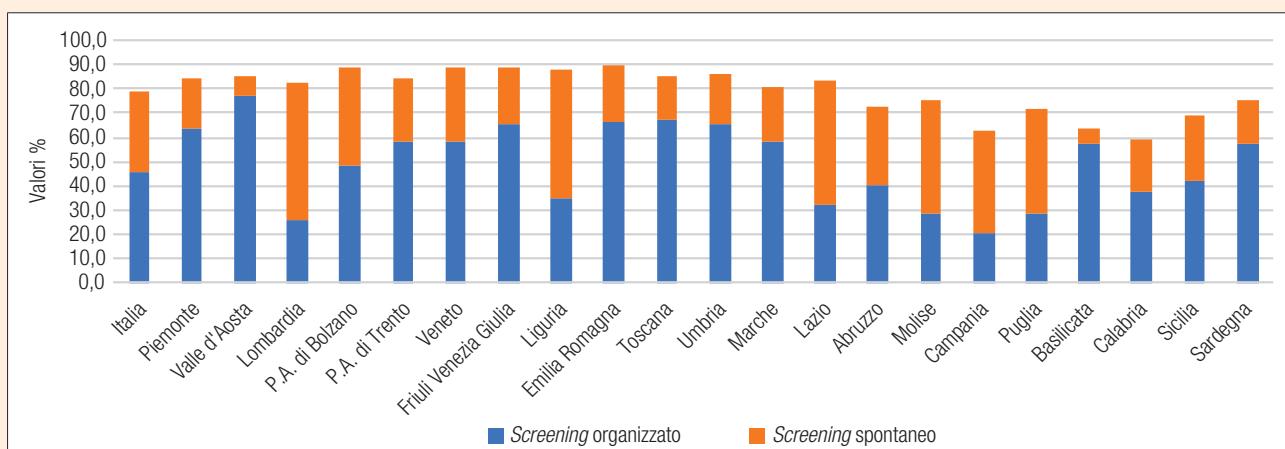
KI 5.13. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 19.6.2018 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

Tra gli anziani di 65 anni e più si assiste ad una ripresa delle coperture vaccinali contro l'influenza stagionale di +0,7 punti percentuali nella stagione 2017/2018 rispetto alla precedente, raggiungendo il 52,7%, valore ancora lontano dal 75,0% (soglia minima raccomandata da WHO e Consiglio Europeo e confermata nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019). Ancora evidenti le disparità regionali: si va dal 35,3% della P.A. di Bolzano (in calo di -2 punti percentuali rispetto alla precedente stagione) al 63,4% dell'Umbria (+0,3 punti percentuali). Rispetto alla stagione 2010-2011, il calo della copertura a livello nazionale è di -9,7 punti p.p., e la Calabria è l'unica Regione a registrare un aumento.

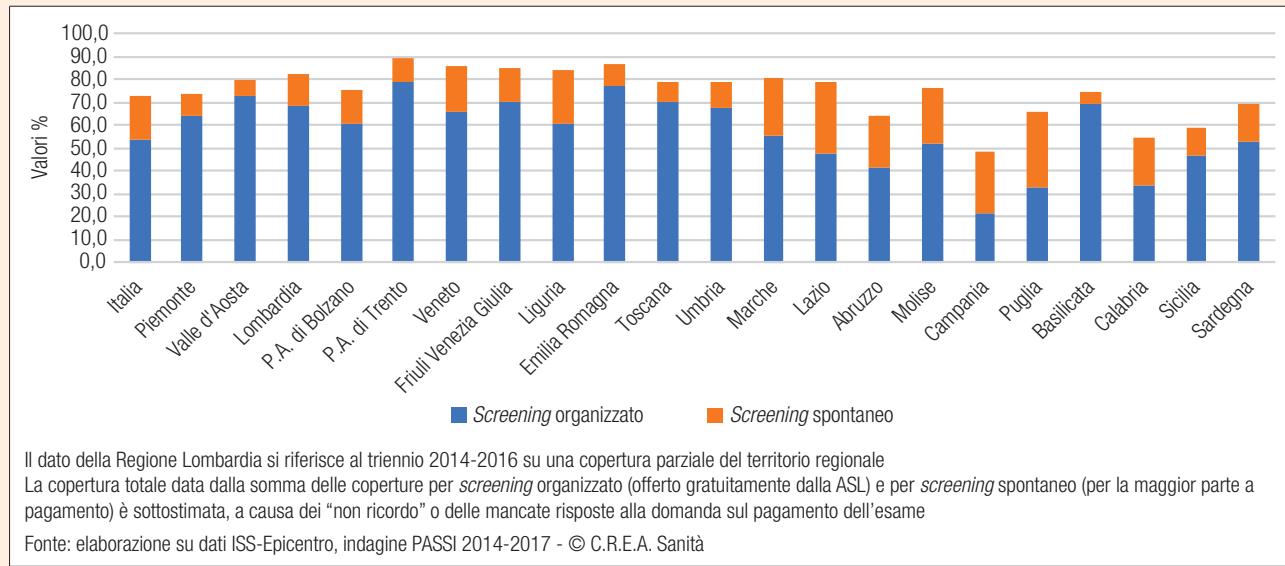
KI 5.14. Donne fra 25 e 64 anni che si sottopongono a screening cervicale (pap-test o HPV). Periodo 2014-2017



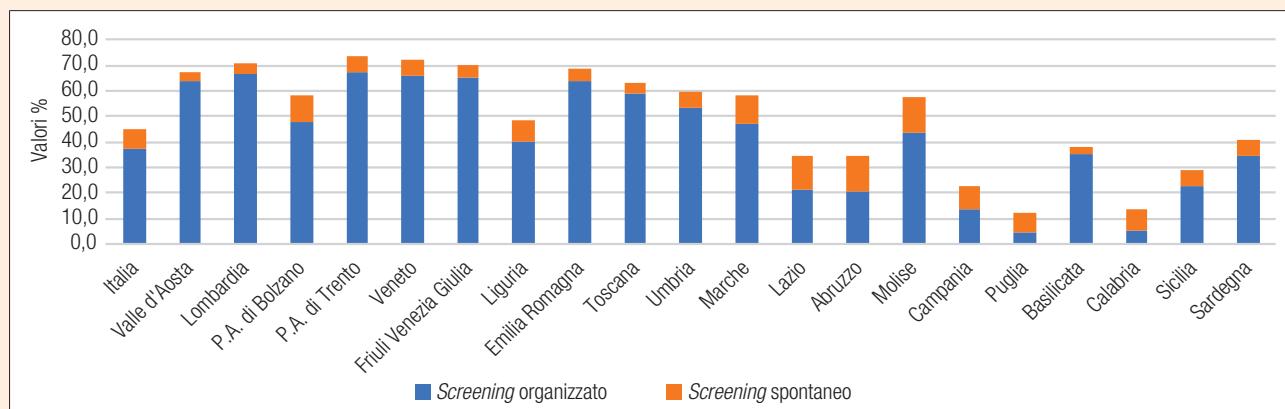
Il dato della Regione Lombardia si riferisce al triennio 2014-2016 su una copertura parziale del territorio regionale
La copertura totale data dalla somma delle coperture per screening organizzato (offerto gratuitamente dalla ASL) e per screening spontaneo (per la maggior parte a pagamento) è sottostimata, a causa dei "non ricordo" o delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame

Fonte: elaborazione su dati ISS-Epicentro, indagine PASSI 2014-2017 - © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2014 e il 2017, in Italia, il 79,3% delle donne fra i 25 e i 64 anni si è sottoposta allo screening cervicale (Pap-test o Hpv test): il 45,3% lo ha eseguito all'interno di un programma organizzato e il 33,4% lo ha effettuato per iniziativa personale (la somma non corrisponde al totale nazionale a causa dei "non ricordo" e delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame). Evidente il gradiente Nord-Sud: si va dal 90,0% dell'Emilia Romagna al 61,8% della Calabria. Le Regioni che registrano un valore peggiore della media Italia sono tutte del Sud. Nella maggior parte delle Regioni prevalgono le coperture dovute alla adesione ai programmi organizzati (tranne Lombardia, Liguria, Lazio, Molise, Campania e Puglia). Si registra un incremento statisticamente significativo della popolazione femminile che fa prevenzione, determinato per lo più da un aumento della copertura dello screening organizzato.

KI 5.15. Donne fra 50 e 69 anni che si sottopongono a *screening* mammografico. Periodo 2014-2017

Tra il 2014 e il 2017, in Italia, si è sottoposto allo *screening* mammografico per la diagnosi precoce del tumore alla mammella il 73,5% delle donne fra i 50 e i 69 anni (53,8% la copertura degli screening organizzati, 19,2% quella degli esami spontanei; la somma non corrisponde al totale nazionale a causa dei "non ricordo" e delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame). C'è difformità sul territorio nazionale, a sfavore del Meridione: si va dall'89,3% della P.A. di Trento al 49,4% della Campania, e le Regioni che registrano un valore peggiore di quello nazionale sono tutte del Sud (così come le tre che ne registrano un valore simile: Molise, Basilicata e Sardegna). Quasi ovunque prevalgono le adesioni ai programmi organizzati rispetto agli esami spontanei, ad eccezione di Campania e Puglia. Si registra un incremento, statisticamente significativo, della popolazione femminile che si sottopone alla mammografia in tutto il Paese, e si riducono le differenze fra Nord e Sud.

KI 5.16. Persone fra 50 e 69 anni che si sottopongono a *screening* colorettale nei tempi e modi raccomandati*. Periodo 2014-2017

* Ricerca del sangue occulto fecale - Sof, negli ultimi due anni, oppure una colonoscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni

Il dato del Piemonte non è disponibile; quello della Regione Lombardia si riferisce al triennio 2014-2016 su una copertura parziale del territorio regionale

La copertura totale data dalla somma delle coperture per screening organizzato (offerto gratuitamente dalla ASL) e per screening spontaneo (per la maggior parte a pagamento) è sottostimata, a causa del "non ricordo" o delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame

Fonte: elaborazione su dati ISS-Epicentro, indagine PASSI 2014-2017 - © C.R.E.A. Sanità

Solo il 45,5% degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito, fra il 2014 e il 2017, uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, nei tempi e modi raccomandati (ricerca del sangue occulto fecale-Sof, negli ultimi due anni, oppure una colonoscopia/rettosigmoidoscopia-Rss negli ultimi cinque anni): 37,4% la copertura degli screening organizzati, 7,5% quella degli esami spontanei (la somma non corrisponde al totale nazionale a causa dei "non ricordo" e delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame). La variabilità resta a sfavore delle Regioni meridionali, in cui la quota di persone che si sottopone allo screening è poco più del 25,0%, valore che quasi raddoppia nelle Regioni Centrali e raggiunge il 68,0% fra i residenti nel Nord Italia. Si va dal 74,1% della P.A. di Trento al 12,3% della Puglia, e le Regioni con un valore peggiore di quello nazionale sono tutte del Sud, ad eccezione del Lazio. Quasi ovunque prevalgono le adesioni ai programmi organizzati, ad eccezione di Calabria e Puglia. Nel periodo 2010-2016 la copertura è cresciuta significativamente in tutto il Paese, grazie soprattutto all'aumento dello screening organizzato; il peso di quello spontaneo è andato riducendosi al Nord e nel Centro, mentre è aumentato nelle Regioni meridionali.



Assistenza ospedaliera: evoluzione, efficienza, appropriatezza ed esiti

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 6

Assistenza ospedaliera: evoluzione, efficienza, appropriatezza ed esiti

d'Angela D.¹, Fazzari A.L.², Spandonaro F.³

Il capitolo analizza l'evoluzione dell'assistenza ospedaliera in Italia. A tal fine si effettua un aggiornamento del confronto fra il ricorso al ricovero in Italia verso i Paesi dell'Unione Europea (EU), e quindi espone l'evoluzione dei principali indicatori di utilizzo, per poi analizzare l'efficienza del sistema, l'appropriatezza dell'erogazione ed alcuni esiti.

6.1. Il ricorso all'ospedalizzazione

Sebbene i dati disponibili scontino alcune discrasie che rendono i confronti non perfettamente omogenei, emerge come l'Italia, dopo il 2000, abbia fortemente ridotto il ricorso al ricovero ospedaliero, avendo ora un tasso di ricovero in acuzie (in regime ordinario) molto inferiore alla media EU, comparabile solo a quello del Portogallo e della Spagna (Figura 6.1.).

La Figura 6.2. permette di apprezzare come, in Italia, la riduzione sia avvenuta sia per i ricoveri ordinari che per quelli diurni, tanto in acuzie, che in riabilitazione e marginalmente in lungodegenza.

Particolarmente rilevante è la riduzione del tasso di ospedalizzazione in acuzie che passa dal 141,3 (per 1.000 abitanti) del 2005 al 109,6 del 2016.

Si dimezza anche il ricorso ai ricoveri diurni: dal 67,5 (per 1.000 abitanti) del 2005 al 32,2 del 2016.

La Figura 6.3. mostra come, per i ricoveri ordinari in acuzie, si sia realizzata una riduzione rilevante in tutte le fasce di età, comprese quelle più avanzate.

Nell'ultimo triennio non si registrano variazioni di rilievo nel numero di ricoveri multipli (Figura 6.4.): per

le acuzie si hanno 1,4-1,5 ricoveri per paziente, in modo sostanzialmente indipendente dall'età. Per la riabilitazione siamo nel *range* 2,5-2,6 (2,7-2,8 dopo i 65 anni), così come anche per la lungodegenza (senza un gradiente significativo per età).

Malgrado la forte riduzione dei ricoveri, e quindi la presumibile concentrazione su eventi di maggiore gravità/complessità, nel periodo considerato la degenza media rimane sostanzialmente invariata, con una diminuzione di circa un punto percentuale per i ricoveri ordinari e un altrettanto lieve (sempre inferiore al punto percentuale) aumento degli accessi diurni.

In acuzie il livello è di 6,7 giornate medie di degenza ordinaria e 2,7 accessi medi diurni; in riabilitazione diventano rispettivamente 26,0 e 14,8; e in lungodegenza 28,2 (Figura 6.5.).

Rispetto agli altri Paesi EU la degenza media ordinaria in acuzie italiana è maggiore che nel Regno Unito e in Spagna, ma decisamente inferiore alla Germania e anche alla Francia (Figura 6.6.).

La degenza media relativa ai ricoveri ordinari in acuzie è ovviamente crescente con l'età (Figura 6.7.); nel periodo considerato è diminuita, anche se in minore entità col crescere dell'età; questa è cresciuta nel caso di ricoveri di pazienti più vecchi (over 85) e dei più giovani (fino a 24 anni).

La quasi stabilità della degenza media dei ricoveri in acuzie, e la contemporanea riduzione dei tassi di ospedalizzazione, ha comportato una riduzione generalizzata e significativa del numero complessivo di giornate di degenza erogate (Figura 6.8.).

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

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

³ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Figura 6.1. Tassi di ospedalizzazione in acuzie

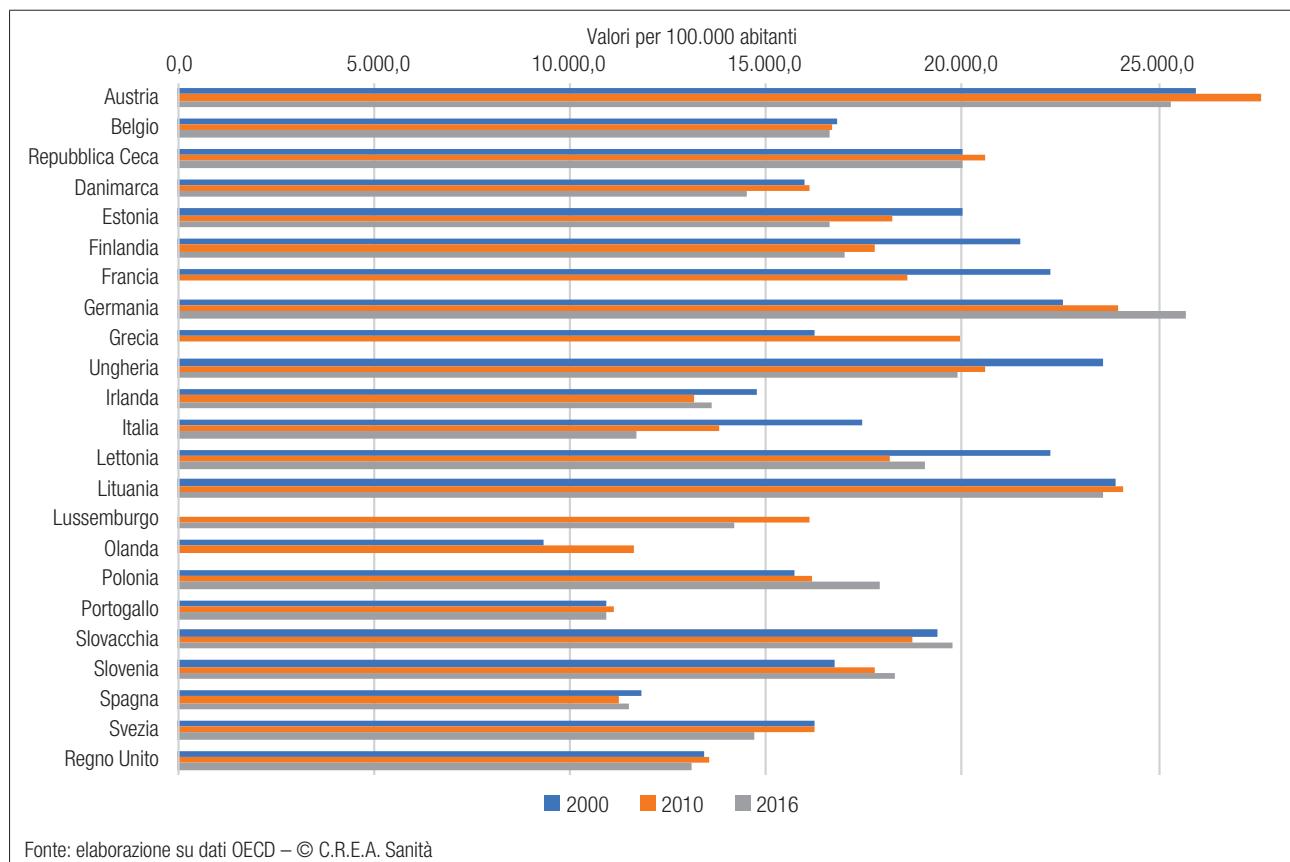
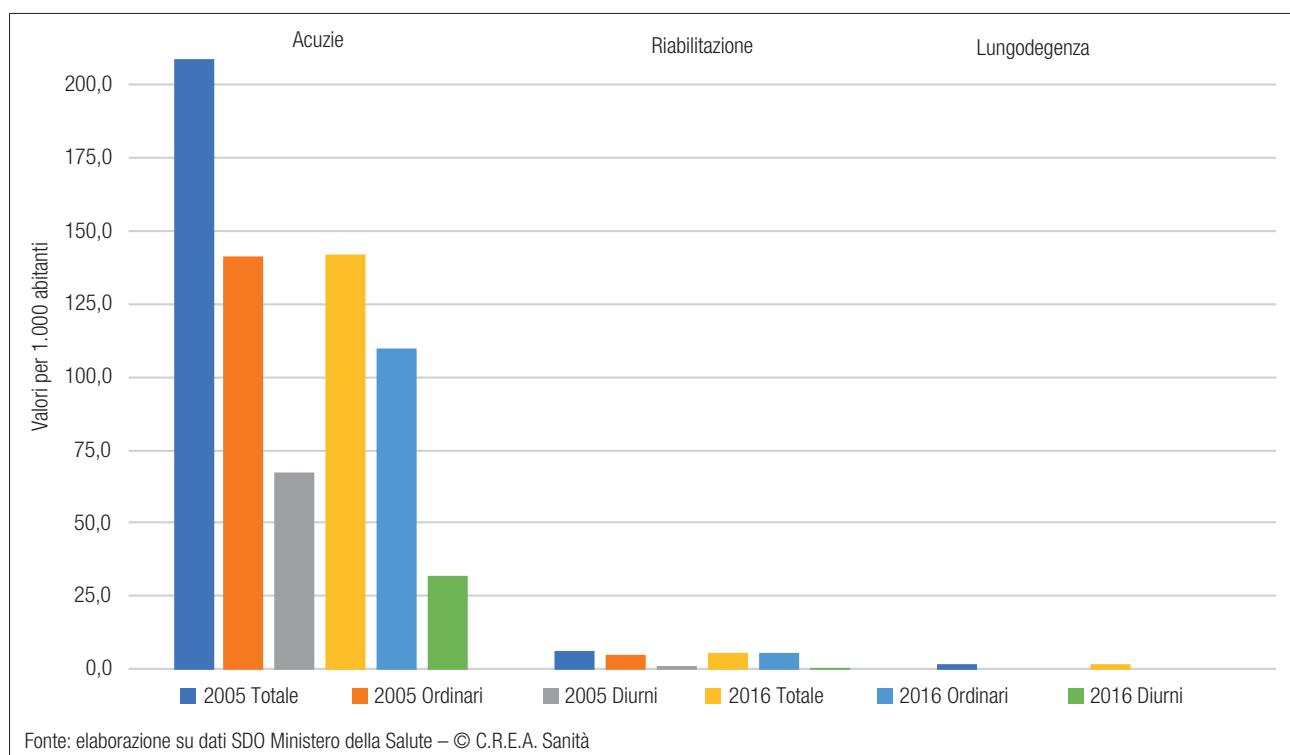


Figura 6.2. Tasso di ospedalizzazione, per tipo attività e regime



Complessivamente, in acuzie, si è passati da 1.133,0 giornate per 1.000 abitanti nel 2005 a 818,3 nel 2016 (-27,8%).

Rimangono sostanzialmente stabili le giornate in riabilitazione (145,1 e 144,3 per 1.000 abitanti, rispettivamente nel 2005 e 2016), e si riducono anche quelle in lungodegenza (da 60,8 nel 2005 a 48,7 nel 2016).

Si noti che, per singolo paziente, si registrano in media 5,8 giornate di degenza in acuzie (media di 6,7 giornate di ricovero ordinario e 2,7 accessi diurni), 24,9 in riabilitazione (media di 26,0 giornate di ricovero ordinario e 14,8 accessi diurni), e 28,2 in lungodegenza.

In acuzie, per i pazienti più anziani si arriva a 8,8 giorni di degenza per paziente, e 27,6 in riabilitazione (Figura 6.9.).

6.2. Appropriatezza

Il livello di implementazione del Decreto Ministeriale (D.M.) n. 70/2015, fornisce utili indicazioni in

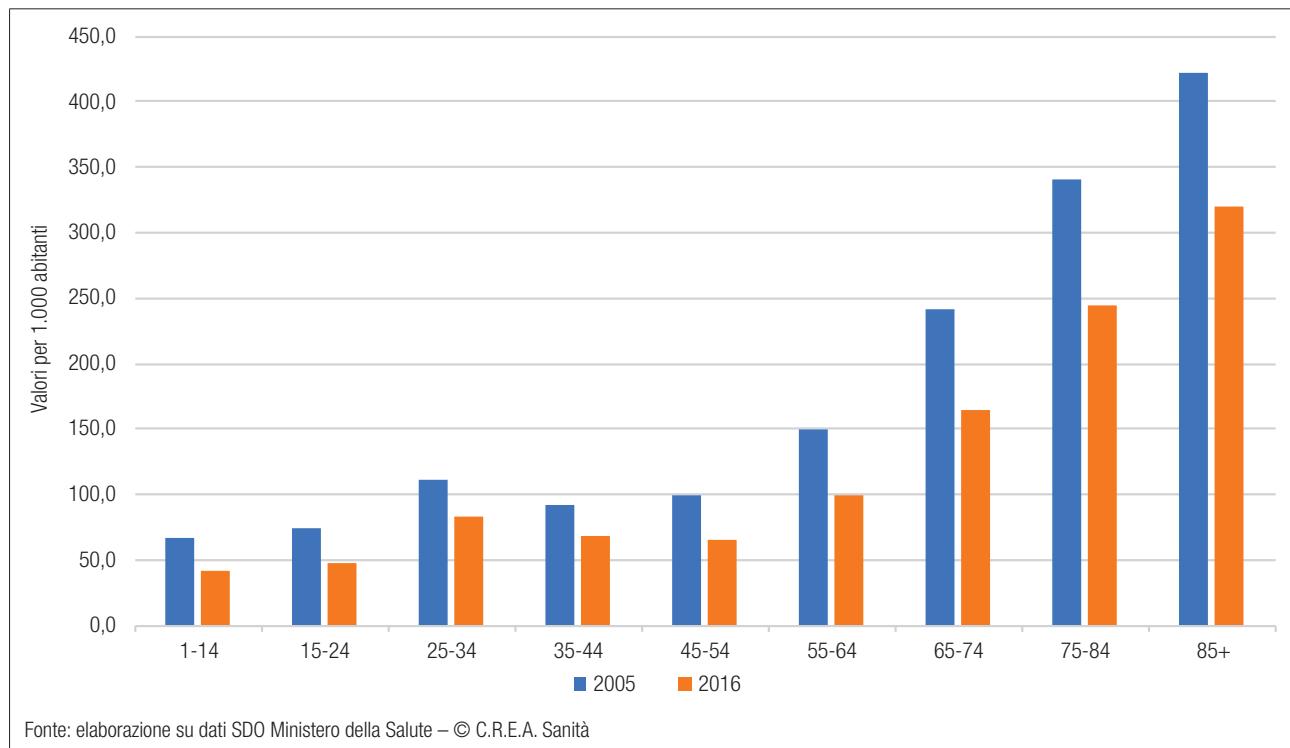
tema di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera.

L'analisi è possibile per particolari ambiti diagnostico-terapeutici, ed è stata sviluppata sia per gli indicatori relativi alle soglie minime di volume, sia per quelli relativi alle soglie rischio di esito.

Nello specifico è stata determinata sia la quota di strutture regionali rispondenti ai requisiti previsti dal Decreto (Tabella 6.1.) che quella di interventi regionali eseguiti in strutture rispondenti a tali requisiti; inoltre, la dinamica di tali indicatori nel periodo 2013-2016, ovvero prima e dopo un anno dall'introduzione del suddetto Decreto.

Tra i requisiti relativi alle soglie minime di attività delle unità operative, nel 2016 tre (almeno 150 interventi annuali di Carcinoma mammario, almeno 200 interventi/anno di Bypass aorto-coronarico e almeno il 15% di parti cesarei effettuati in maternità di I livello) sono ancora rispettati in meno della metà dei Centri (presenti in ogni Regione). Per i restanti requisiti, si arriva a circa la metà di Centri (di ogni Regione) adempienti; solo per l'indicatore relativo ai volumi di interventi per frattura di femore risultano adempienti oltre il 64% delle strutture nazionali.

Figura 6.3. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, per età



In termini dinamici, il maggior “sforzo” di adeguamento alle indicazioni ministeriali si è riscontrato per tre indicatori: “Quota di strutture con più di 75 interventi annui per frattura del collo del femore”, che è passata dal 49,7% del 2013 al 64,2% del 2016; la “Quota di strutture con più di 250 interventi annui per angioplastica coronarica percutanea (PCA)” che è passata dal 47,7% al 51,8%; e la “Quota di strutture con almeno il 60% di interventi per fratture del collo del femore over 65 effettuati entro 48 ore”, che è passata dal 48,8% al 51,1%.

Sostanzialmente invariata è rimasta, invece, la quota dei Centri conformi a quanto previsto dai rimanenti requisiti.

Passando alla concentrazione degli interventi nelle diverse strutture regionali, già nel 2013 oltre il 92% degli interventi di frattura del femore venivano effettuati in strutture con una casistica annua di almeno 75 casi, ed oltre l'87,8% di PCA in strutture con almeno 250 casi annui; decisamente più bassa era la quota di parti cesarei effettuati in maternità di I livello (non oltre il 15% della casistica totale dei partì) e II li-

vello (non oltre il 25% della casistica totale dei partì).

Passando ad analizzare gli andamenti regionali per i singoli indicatori si osserva come, la “Quota di strutture con almeno 150 interventi annui per Carcino mama mammario”, nel 2013 era solo del 15,0%: Toscana, Emilia Romagna e Puglia, risultavano essere le realtà con la quota maggiore di strutture adempienti (25,0%, 23,5% e 23,1% rispettivamente); nessuna in Valle d'Aosta e Molise (dove tutte le strutture che erogano tale prestazione hanno una casistica inferiore al valore soglia) e solo il 6,9% nelle Marche e in Calabria.

A seguito dell'introduzione del D.M. n. 70/2015, nel 2016, la quota di strutture complesse rispondenti al requisito è aumentata marginalmente sino al 16,4%; si passa da una quota minima di strutture complesse rispondenti ai requisiti ministeriali, pari al 7,4%, in Calabria, ad una massima, del 33,3%, nella P.A. di Trento e in Basilicata; seguono Veneto ed Emilia Romagna dove rispettivamente il 26,5% ed il 25,0% delle strutture complesse eseguono almeno 150 primi interventi annui per tale diagnosi.

Figura 6.4. Ricoveri multipli

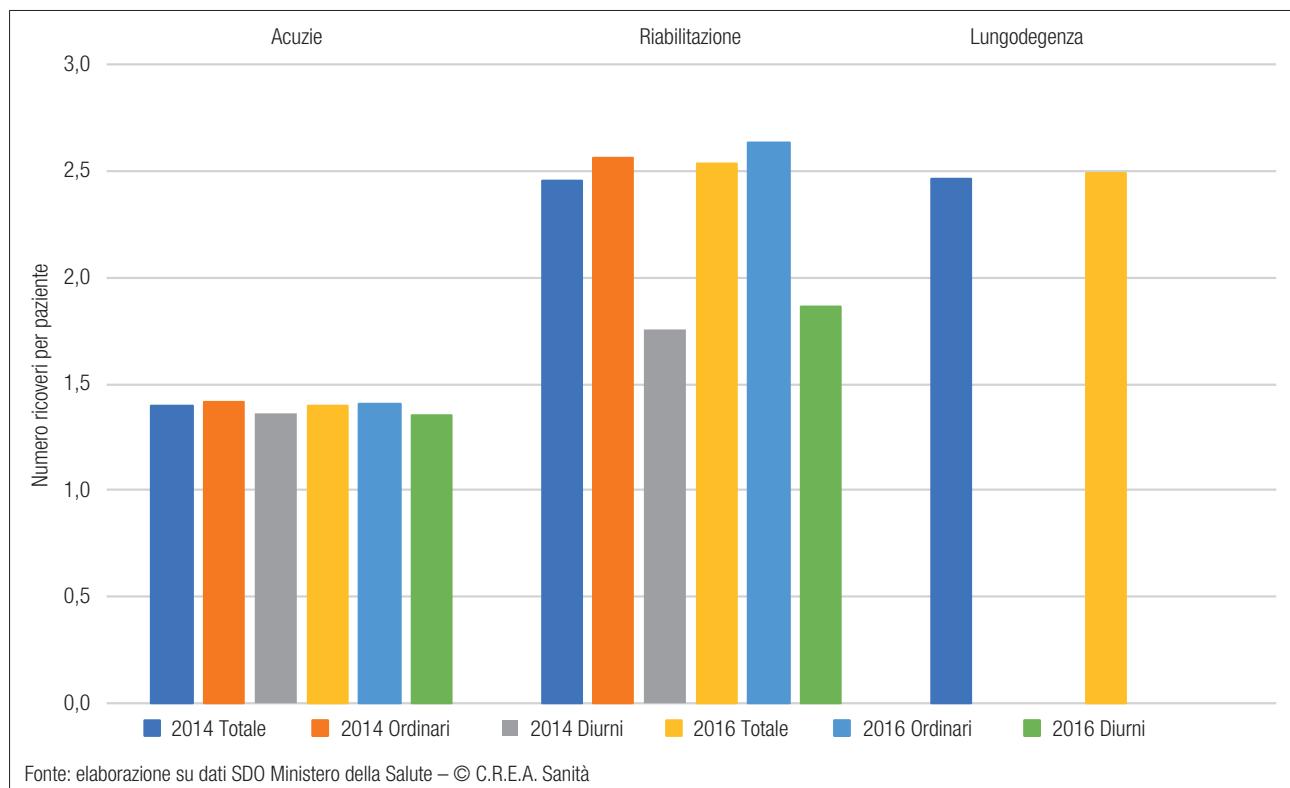


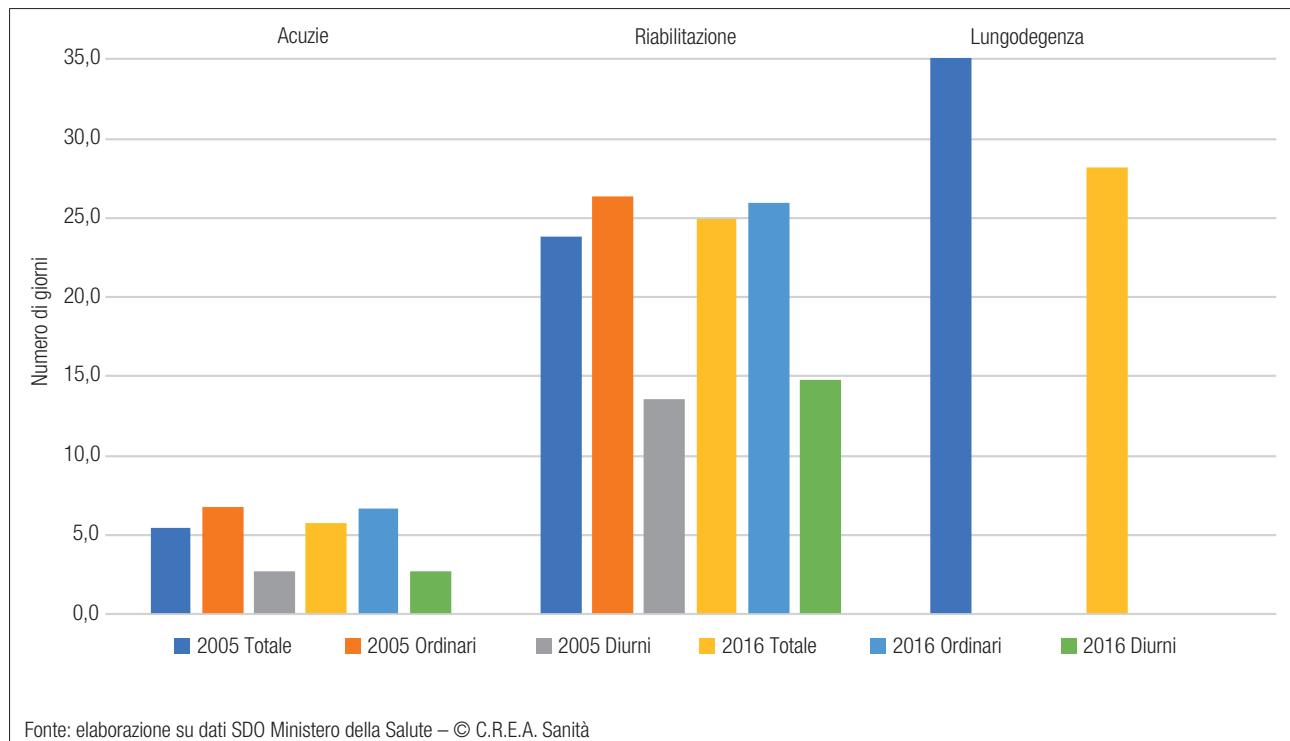
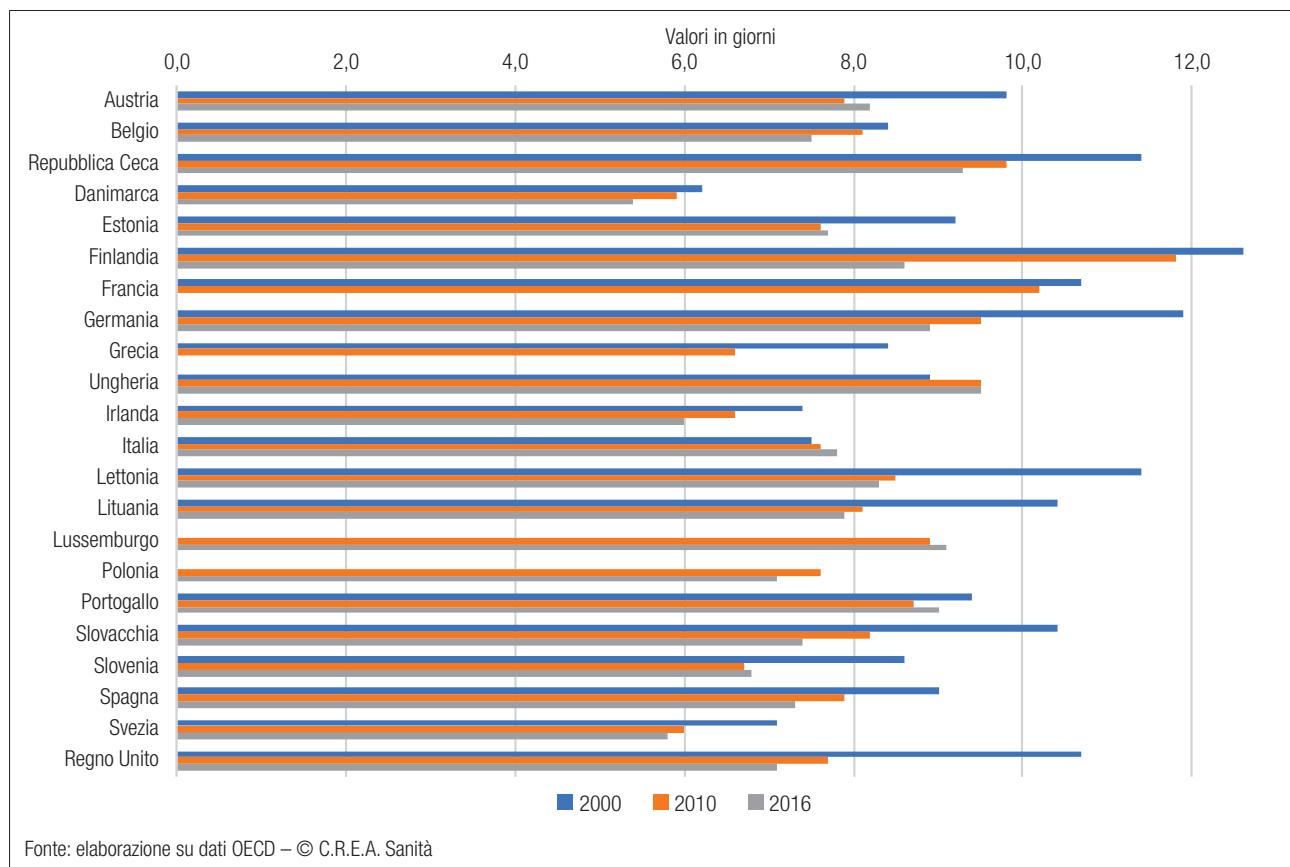
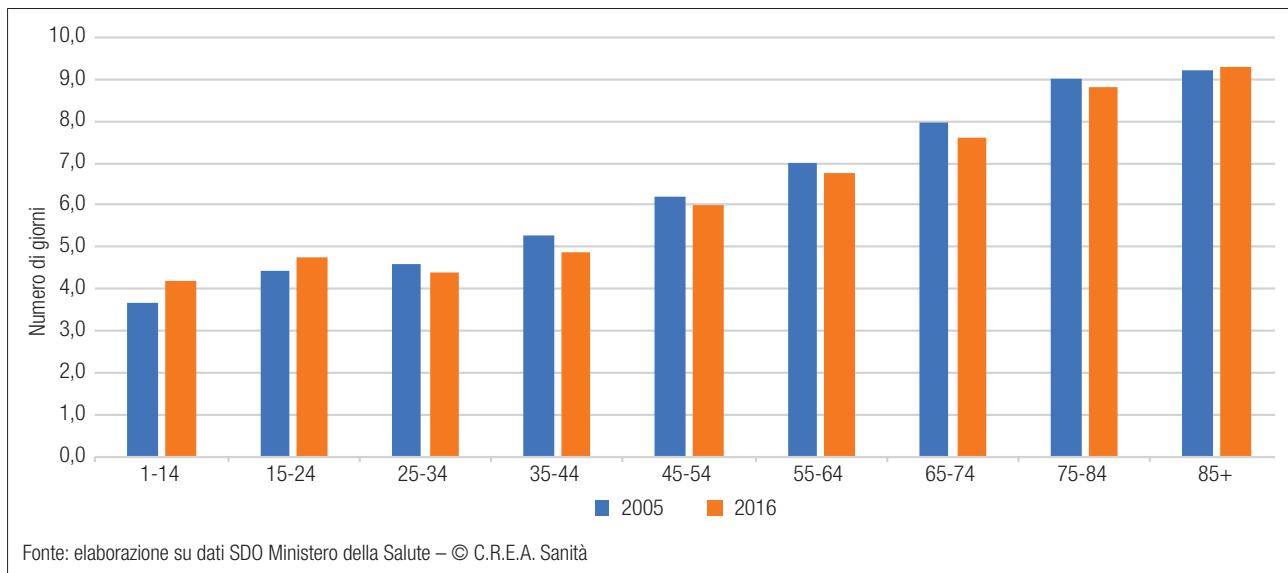
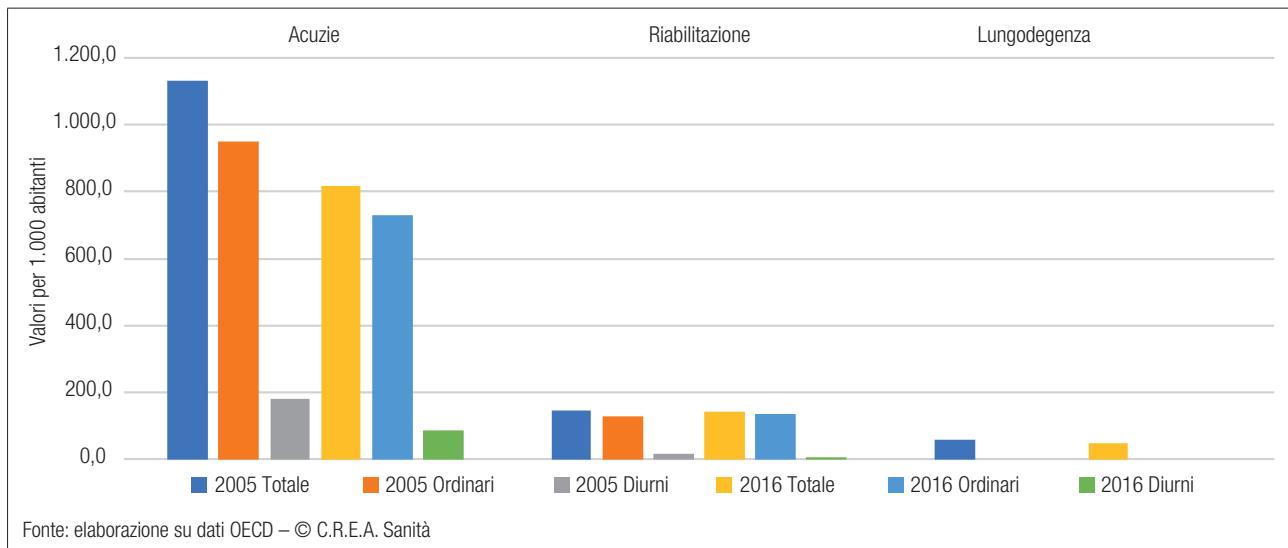
Figura 6.5. Degenza media, per tipo attività e regime**Figura 6.6. Degenza media in acuzie**

Figura 6.7. Degenza media ordinaria in acuzie, per età**Figura 6.8. Giornate di degenza per abitante**

Per tale indicatore, la P.A. di Trento, le Marche e l’Umbria risultano essere state le tre Regioni che hanno perseguito una maggiore azione di allineamento alle indicazioni previste dal Decreto: in particolare, nella prima, la quota di strutture rispondenti al requisito è più che raddoppiata (+133,3%), nella seconda è aumentata del +67,3% e nella terza del +60,0%. Più contenuto è l’allineamento verificatosi in Emilia Romagna e Calabria (+6,3% e +7,4%).

Spostando l’analisi sulla appropriatezza degli interventi effettuati, la P.A. di Trento risulta essere la

più virtuosa, nel senso che oltre il 95,0% degli interventi viene eseguito in strutture che superano la soglia dei 150 interventi annuali; segue la Sardegna con il 79,1%, e l’Emilia Romagna con il 79,6%. Tra le Regioni meno “virtuose” abbiamo la P.A. di Bolzano e la Calabria dove rispettivamente solo il 40,0% ed il 52,4% degli interventi vengono eseguiti in strutture rispondenti ai criteri previsti dal Decreto.

In relazione alla “Quota di strutture con almeno 100 interventi annuali di colecistectomia laparoscopica”, nel 2013, erano il 46,2% le strutture complesse

che hanno raggiunto la casistica: in Valle d'Aosta, Veneto e Umbria, si hanno rispettivamente il 100,0%, 64,8% e 60,0% di strutture adempienti; all'altro estremo troviamo la P.A. di Bolzano (22,2%) e il Friuli Venezia Giulia (22,2%).

Ad un anno dall'introduzione del Decreto, la quota è cresciuta raggiungendo il 49,0%. Il valore massimo, pari al 100,0%, si riscontra sempre in Valle d'Aosta, seguono il Veneto e la Lombardia, dove rispettivamente il 71,7% ed il 67,0% delle strutture superano la casistica laparoscopica prevista; all'estremo opposto troviamo invece la P.A. di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia e la Campania, dove rimangono rispettivamente solo il 25,0%, il 26,3% ed il 30,9% delle strutture adempienti.

Molise, Piemonte e Friuli Venezia Giulia risultano essere le tre realtà con il maggiore incremento dell'indicatore nel periodo 2013-2016: in particolare, la prima è passata dal 28,6% al 60,0%, la seconda dal 50,9% al 61,4% e la terza dal 22,2% al 26,3%.

In termini di quota di interventi eseguiti in strutture adempienti, la Valle d'Aosta, l'Umbria ed il Veneto risultano essere le Regioni più "virtuose": nella prima tutti gli interventi vengono effettuati in Centri conformi al Decreto, nella seconda il 92,0% e nella terza il 91,3%; all'estremo opposto troviamo la P.A. di Bolzano e la Campania dove rispettivamente il 58,8% e 60,2% degli interventi vengono eseguiti in Centri con casistica adeguata.

Figura 6.9. Giornate di degenza per paziente

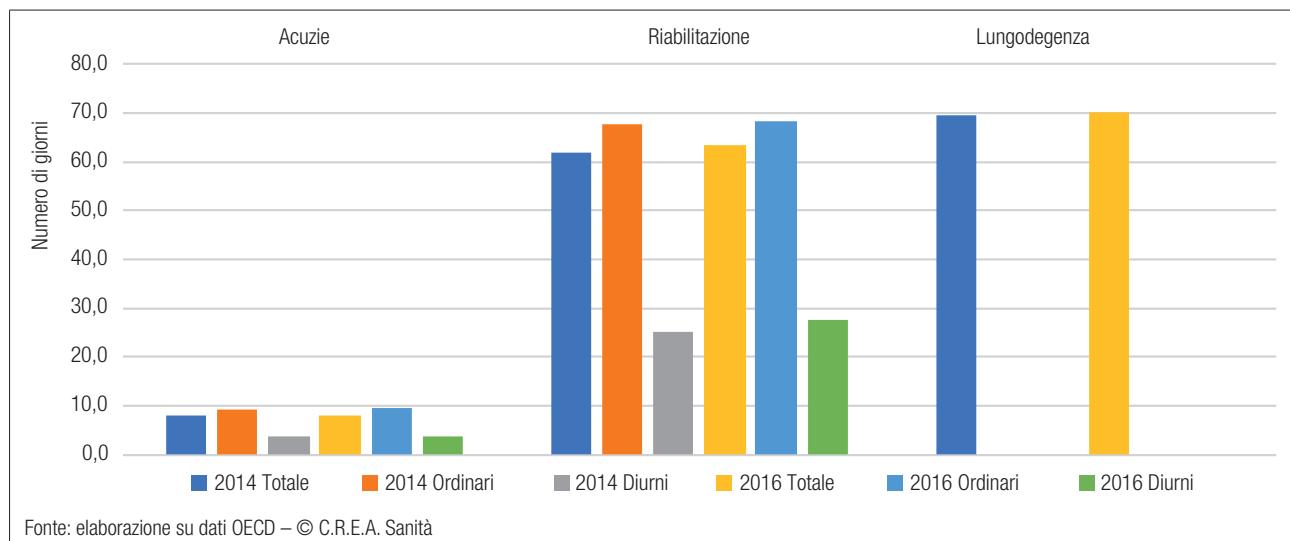


Tabella 6.1. Soglie minime di volume di attività ex D.M. n. 70/2015

Indicatori	Soglia
Interventi chirurgici per Carcinoma della mammella	150 primi interventi annui su casi di mammella incidenti per struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per struttura complessa
Intervengo chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
Bypass aorto-coronarico	200 interventi/anno di Bypass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno
Maternità	Si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 (500-1.000 parti annui per maternità di I livello e >1.000 parti annui per quelle di II livello

Fonte: elaborazione su dati Programma Nazionale Esiti – © C.R.E.A. Sanità

Rispetto al 2013, la quota media nazionale di interventi eseguiti in Centri adeguati è cresciuta di circa due punti percentuali, raggiungendo il 79,9%. Il Molise risulta essere stata la realtà con la migliore dinamica nel triennio considerato, passando da 45,8% a 75,4% la quota degli interventi effettuati in Centri adempienti al requisito ministeriale.

Per l'indicatore "Quota di strutture con almeno 75 interventi annui di frattura del collo del femore", nel 2013, il 49,7% delle strutture complesse raggiungeva già la casistica prevista: la Valle d'Aosta e la Basilicata, risultavano essere le realtà con la quota maggiore (100,0% e 60,0% rispettivamente); la quota minima si riscontrava invece nella P.A. di Trento (28,6%) e nelle Marche (37,8%).

A seguito dell'introduzione del D.M. n. 70/2015, nel 2016, la quota di strutture complesse rispondenti al requisito ha raggiunto il 61,2%; si passa da quota minima di strutture complesse rispondenti ai requisiti ministeriali, pari al 42,9% e 44,4% delle PP.AA. di Bolzano e Trento rispettivamente, ad una massima, del 100,0%, della Valle d'Aosta e del Molise.

Per tale indicatore, Molise, Marche e P.A. di Trento sono state le tre Regioni che hanno realizzato la maggiore azione di allineamento alle indicazioni previste dal Decreto: in particolare, nella prime due è quasi raddoppiata la quota di strutture adempienti, e nella terza è aumentata del +50,0%. Più contenuto è stato l'allineamento verificatosi in Friuli Venezia Giulia, Liguria e Piemonte (+6,3%, +14,5% e +14,9%).

Spostando l'analisi sulla casistica degli interventi effettuata nei Centri adempienti al Decreto, si osserva come, già nel 2013, la concentrazione di tali interventi in strutture con volumi allineati a quanto previsto dal Decreto risultava superiore all'85%, con punte di eccellenza in Valle d'Aosta, Molise e Piemonte (100,0% nelle prime due e 99,6% nella terza); Risulta minore la quota di interventi eseguiti in strutture adempienti nelle PP.AA. di Bolzano e Trento con rispettivamente l'89,7% e l'86,7%.

Passando all'indicatore relativo alla casistica di Infarto Miocardico Acuto (IMA), nel 2013, il 37,9% delle strutture complesse italiane ha avuto almeno 100 casi annui di IMA di primo ricovero, con valori minimi riscontrati nella P.A. di Bolzano (18,2%) e in

Molise (22,2%), e massimi riscontrati in Valle d'Aosta (100,0%) e Basilicata (54,6%).

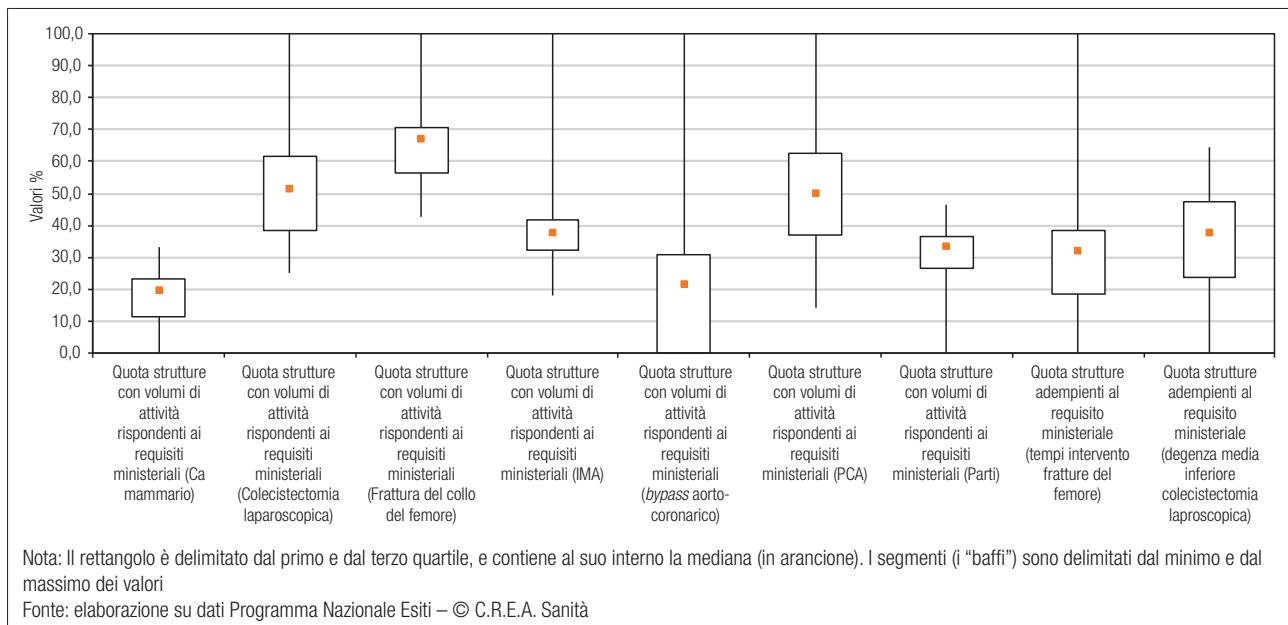
Nel 2016, la quota complessiva ha raggiunto il 38,9%, con un valore minimo in Campania (18,2%) ed uno massimo in Valle d'Aosta (100,0%). Gli allineamenti alle indicazioni del Decreto sono stati complessivamente contenuti, con una punta massima nelle PP.AA. di Trento e Bolzano, dove la quota di strutture è cresciuta rispettivamente del 18,2% e 22,2%.

Passando alla "Quota di strutture che effettuano almeno 200 interventi annui di *Bypass aortocoronario*", nel periodo 2013-2016, essa è rimasta pressoché invariata, e pari al 23,0%; in Friuli Venezia Giulia e Marche tutti i Centri sono allineati a quanto indicato del Decreto; lo sono anche la metà di quelli abruzzesi, e il 44,4% di quelli veneti. Nessuna delle strutture presenti nella P.A. di Trento, Sardegna, Basilicata, Umbria, Molise, Umbria, Liguria e Piemonte raggiungono la casistica prevista dal Decreto; in Valle d'Aosta non vengono eseguiti questi interventi; nelle restanti Regioni invece la quota dei Centri adempienti oscilla tra il 20,0% ed il 33,3%.

In termini dinamici, Veneto e Marche risultano essere le realtà più "virtuose": nella prima la quota dei Centri passa, nei tre anni considerati, dal 14,3% al 44,4%, nella seconda raddoppia, raggiungendo il 100,0%.

In termini di quota di interventi eseguiti in strutture adempienti, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto risultano essere le Regioni più "virtuose": nella prima tutti gli interventi vengono effettuati in Centri conformi al Decreto, nella seconda l'81,1%; a queste seguono Toscana e Lazio con rispettivamente il 65,5% ed il 61,9% degli interventi eseguiti in Centri adempienti; in Liguria, Umbria, Molise, Basilicata e Sardegna nessun intervento viene eseguito in Centri con casistica adeguata.

Per quanto riguarda l'indicatore "Quota di strutture che eseguono almeno 250 procedure annue di PCA", nel 2013, in Italia, risultavano essere allineate a tale parametro il 47,7% delle strutture complesse, oscillando da un valore minimo in Veneto ed Emilia Romagna (32,6% in entrambe) ad uno massimo, pari al 100,0%, della Valle d'Aosta, seguito dalla Sicilia con il 62,5%.

Figura 6.10. Livello di adempimento regionale ai requisiti appropriatezza D.M. n. 70/2015, quota strutture adempienti. Anno 2016

Nel 2016, la quota di strutture soddisfacenti il requisito del Decreto ha raggiunto il 51,8%, con la P.A. di Bolzano e le Marche che registrano i valori più bassi (14,3% e 28,6% rispettivamente) e Basilicata e Valle d'Aosta, il massimo (100,0%).

Il maggior allineamento a quanto previsto dal Decreto, nel periodo 2013-2016, si è registrato in Basilicata e Veneto; invariata è invece rimasta la quota delle strutture in Basilicata, Umbria, Valle d'Aosta, PP.AA. di Trento e Bolzano.

Spostando l'attenzione sugli indicatori per soglie di rischio di esito (Tabella 6.2.), si riscontra come, nel 2013, in Italia, appena un terzo (29,8%) delle strutture complesse eseguiva almeno il 70% degli interventi di colecistectomia laparoscopica con una degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (Figura 6.10.).

Toscana, Liguria e Umbria risultavano essere le tre realtà con i valori più alti per tale indicatore: 59,2%, 52,9% e 46,7% rispettivamente; nessuna struttura rispetta la soglia in Calabria e solo il 7,1% nella P.A. di Bolzano.

Nel 2016, la quota di Centri che rispettano il requisito è aumentata notevolmente raggiungendo il 39,0%, con valori minimi ancora riscontrati in Calabria (18,1%), Molise (20,0%) e Campania (21,9%); valori massimi invece in Veneto, Toscana e Umbria (61,5%,

60,0% e 50,0% rispettivamente).

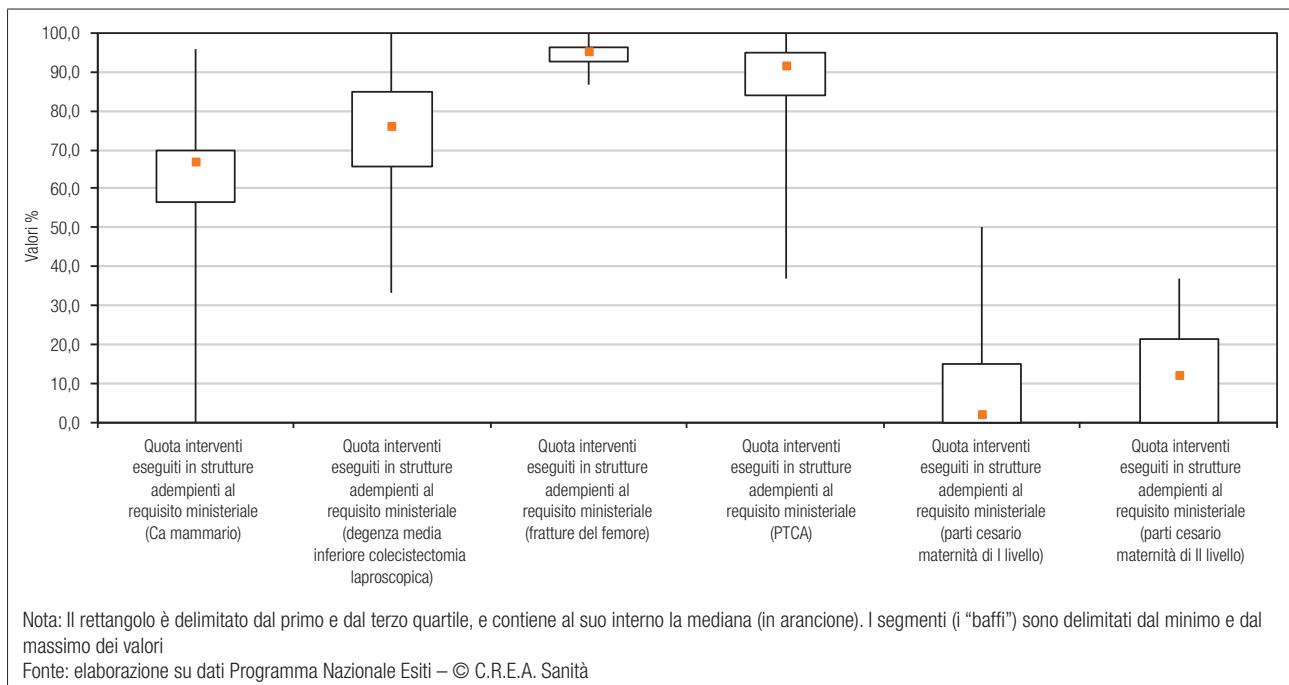
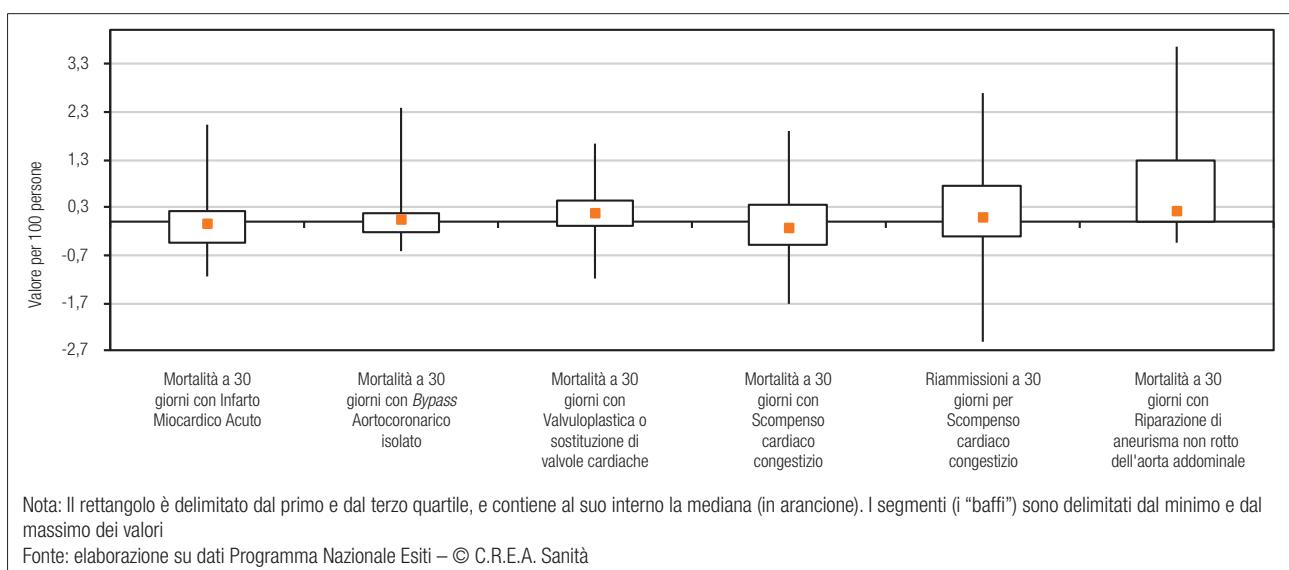
Passando all'indicatore relativo alla "Quota di strutture complesse che eseguono interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età \geq 65 anni", a livello nazionale il valore si è praticamente raddoppiato passando dal 15,5% del 2013 al 29,9% del 2016, anche se continuano a essere adempienti meno di un terzo dei Centri. Valle d'Aosta, Toscana e Friuli Venezia Giulia risultano essere le più "virtuose" (100,0%, 56,3% e 33,3%); nessuna struttura in Molise risulta essere adempiente al Decreto, solo il 3,7% di quelle calabresi ed il 4,2% di quelle campane. Liguria, Molise e Piemonte sono risultate essere le realtà che hanno realizzato il maggiore allineamento all'indicazione ministeriale nei tre anni considerati.

Per l'indicatore relativo alle maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parto, che hanno effettuato meno del 15% di tagli cesarei primari, il quadro è decisamente più critico: nel 2016 risultano adempienti solo l'8,1% delle strutture, erano il 6,8% del 2013. Friuli Venezia Giulia, la P.A. di Trento e la Toscana sono le Regioni con la maggior quota di strutture adempienti (50,0%, 33,3% e 22,2%); ad eccezione di Calabria, Sicilia e Campania, nessuna delle maternità di I livello delle realtà meridionali soddisfa il requisito del Decreto.

Tabella 6.2. Soglie di rischio di esito ex D.M. 70/2015

Indicatori	Soglia
Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età >= 65 anni	Minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 partori	Massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >1.000 partori	Massimo 25%

Fonte: D.M. n. 70/2015

Figura 6.11. Livello di adempimento regionale requisiti appropriatezza D.M. n. 70/2015, quota strutture. Anno 2016**Figura 6.12. Esiti per patologie cardiovascolari, Scostamento dal valore medio nazionale. Anno 2016**

Per l'indicatore relativo alle maternità di II livello, o comunque con oltre 1.000 partu, che hanno effettuato meno del 25% di tagli cesarei primari il quadro risulta essere migliore: nel 2016 sono adempienti il 31,8%. Emilia Romagna e P.A. di Bolzano sono le realtà con la maggior quota di strutture adempienti (37,0%, 33,3%); in Abruzzo, Molise e Calabria nessuna delle maternità di II livello soddisfa il requisito del Decreto. Basilicata e Friuli Venezia Giulia risultano essere state le Regioni con la migliore dinamica nel triennio 2013-2016: la prima è passata dal 14,3% al 20,0%, la seconda da 9,1% a 16,7% (Figura 6.11.).

6.3. Esiti

In termini di esiti ospedalieri, limitando l'analisi alle sole patologie cardiovascolari, che ricordiamo rappresentano la prima causa di morte, si riscontra come la mortalità a 30 gg per Infarto Miocardico Acuto, per la quale l'Italia raggiunge livelli di eccellenza, secondo i dati OECD, risulta essere più alta nelle Regioni del Sud e più bassa in quelle del Nord; si passa dal valore peggiore riscontrato in Basilicata, pari a 2,0 morti ogni 100 infartuati, in più rispetto alla media nazionale (assunta come valore *benchmark*), al migliore, pari a 1,2 morti in meno ogni 100, riscontrati in Umbria.

La mortalità, sempre a 30 giorni, per Bypass Aortocoronarico isolato, passa da un valore peggiore di 2,4 morti in più (ogni 100), rispetto alla media nazionale, registrato in Basilicata, ad uno migliore, pari a 0,6 morti in meno (ogni 100) riscontrato in Molise, Friuli Venezia Giulia e P.A. di Trento.

Una situazione analoga si riscontra per l'indicatore sulla mortalità a 30 giorni con Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache, che presenta il suo valore peggiore, pari a 1,6 decessi in più (ogni 100) rispetto alla media nazionale, in Basilicata, ed il suo migliore, pari a 1,2 decessi in meno, in Molise.

Anche per l'indicatore sulla mortalità a 30 giorni con Scompenso cardiaco congestizio, ad eccezione di Puglia e Basilicata, tutte le realtà del Sud presentano decessi superiori alla media nazionale; ai due estremi troviamo la P.A. di Trento, con 1,7 (ogni 100) decessi in meno della media nazionale, e il Molise

che invece ne presenta 1,9 in più (ogni 100).

Relativamente alle riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio, si passa da un valore pari a 2,7 casi (ogni 100) in più rispetto alla media riscontrato nella P.A. di Bolzano, a 2,3 in meno (ogni 100) della Calabria.

Infine, per l'indicatore relativo alla mortalità a 30 giorni per interventi di riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale, sei Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana, Umbria e Marche), presentano esiti migliori della media nazionale; sono in fondo al *ranking* invece la Calabria e la Valle d'Aosta con rispettivamente 3,5 e 3,7 decessi in più (ogni 100) rispetto alla media nazionale (Figura 6.12.).

6.4. Il profilo delle dimissioni e la presa in carico del “territorio”

Le modalità di dimissione possono rappresentare una utile *proxy* nella misura della capacità di presa in carico sul territorio.

La proposizione si fonda sull'osservazione che la possibilità di percorsi post acuzie è evidentemente dipendente dall'offerta extra ospedaliera esistente.

A tal fine si è proceduto ad analizzare le modalità di dimissione dei pazienti rinveniente dalle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Dalle elaborazioni effettuate, risulta che, in Italia, il 4,8% dei pazienti dimessi vivi non va al domicilio, accedendo a forme di assistenza intermedia, residenziale o domiciliare integrata: complessivamente si riscontra come il Nord-Est eccelle in capacità di presa in carico non ospedaliera (7,8%), seguito dal Nord-Ovest (6,6%); nel Centro e nel Sud tale “percorso” coinvolge invece meno del 4,0% dei dimessi: 3,2% e 2,1% rispettivamente. La P.A. di Trento risulta essere la realtà più virtuosa, con il 10,2% dei pazienti dimessi in strutture di post acuzie, seguita da quella di Bolzano, con il 9,9%, dalla Liguria (9,0%) e dal Piemonte (8,7%); la Campania risulta invece essere la realtà con la minore quota di pazienti dimessi coinvolti in un percorso post acuzie (0,6%), seguita dalla Calabria con lo 0,9% (Figura 6.13).

Il 72,4% dei pazienti che non vanno a domicilio

accedono a Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o istituti di riabilitazione, il 5,7% all'ospedalizzazione domiciliare ed il 22,0% all'ADI. Il ricorso ad RSA o istituti di riabilitazione post ricovero in acuzie in Italia oscilla da un valore minimo del 67,1% nel Mezzogiorno, ad uno massimo del 79,7% del Nord-Est, con distribuzioni differenti tra le due tipologie. L'ospedalizzazione domiciliare sembra essere maggiormente utilizzata nel Centro del Paese (Figura 6.14.).

Analizzando il fenomeno per le diverse tipologie di ricovero si riscontra come, per i ricoveri in acuzie, il 4,5% dei dimessi vivi è dimesso in modalità diverse dal domicilio: il ricorso massimo si osserva nel Nord-Est del Paese con il 7,1% (la P.A. di Trento è la realtà col ricorso massimo pari all'11,0%), quello minimo al Sud, pari all'1,9% (in Campania si registro il ricorso minimo nazionale, pari allo 0,6%). Dai ricoveri in riabilitazione, il 5,0% dei pazienti non viene dimesso al domicilio: il ricorso massimo si riscontra nel Nord-Ovest con il 6,0%, quello minimo nel Sud con il 3,7%. Dai ricoveri in lungodegenza il 25,7% dei pazienti viene dimesso non al domicilio, con un ricorso minimo del 12,6% al Sud, e massimo del 34,4% nel Nord-Est.

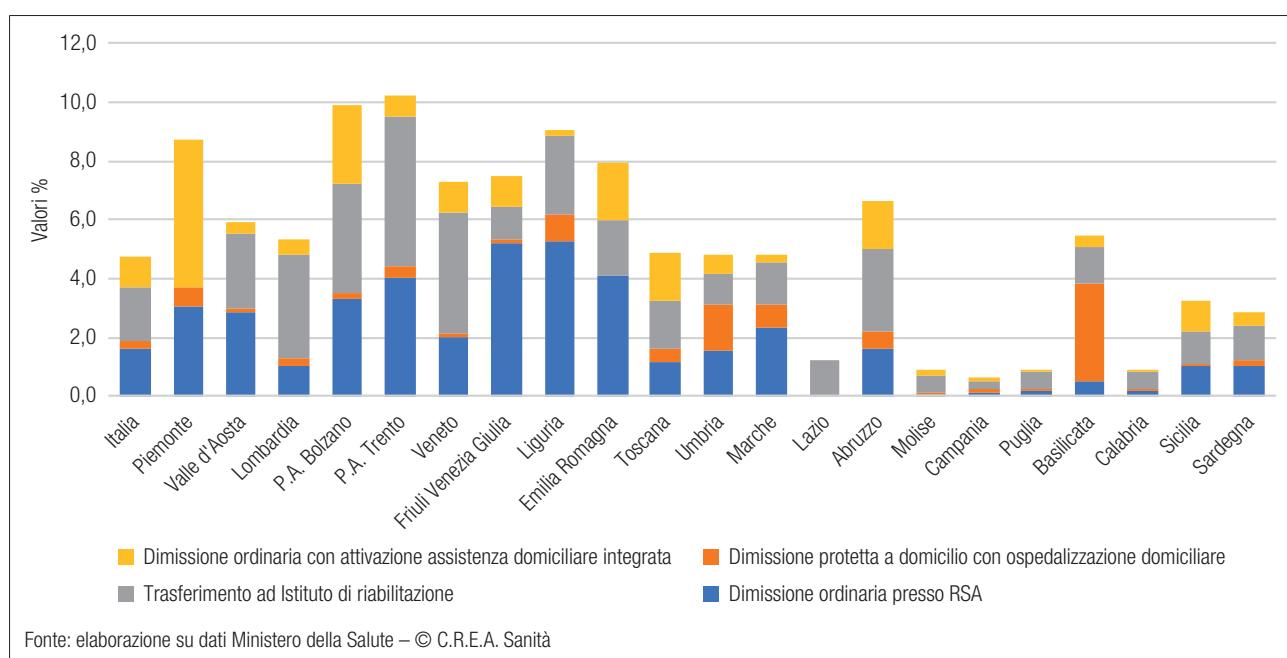
Considerando solo le dimissioni verso residenze

o istituti di riabilitazione, osserviamo che in Trentino queste rappresentano il 9,1% delle dimissioni totali, un ricorso pari al triplo di quello medio nazionale (3,4%); il Nord-Est, che rappresenta a seguire la ripartizione con migliori risultati, ha un livello inferiore di un terzo a quello del Trentino (6,2%), cui seguono la Liguria con il 7,9%, e la P.A. di Bolzano con il 7,0%.

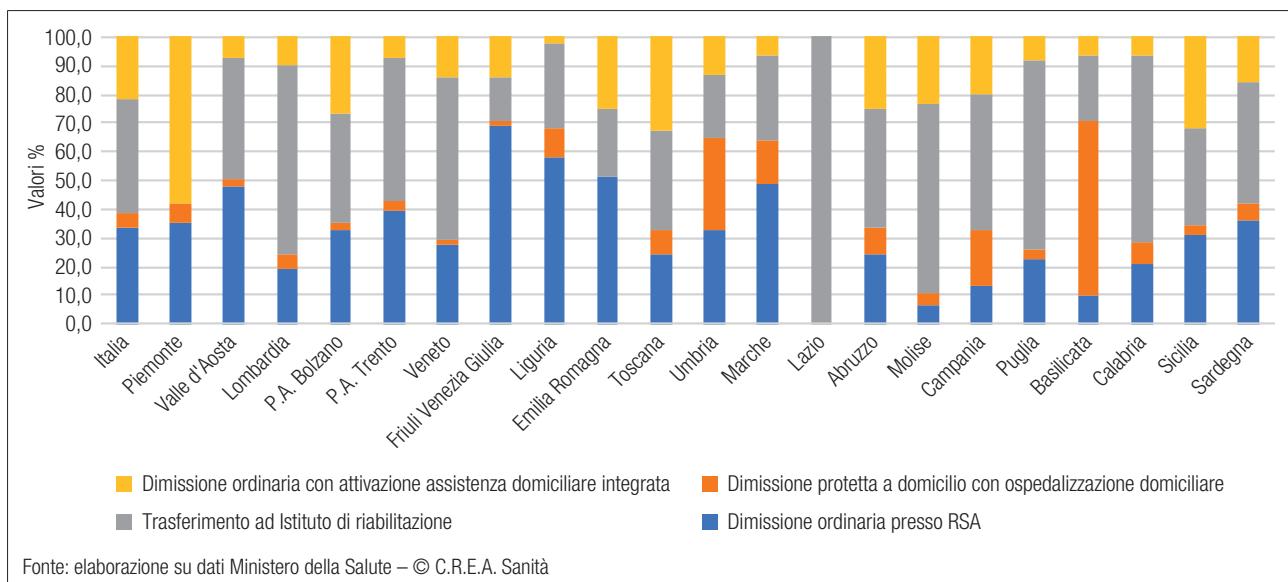
La quota di pazienti anziani dimessi nelle RSA è di fatto correlata all'offerta di posti letto nelle residenze: Sud e Isole hanno l'offerta più bassa di posti letto (11,0 posti letto ogni 1.000 anziani) e anche dei dimessi che vi accedono (1,1% dei dimessi anziani), segue il Centro con l'1,7% di dimessi anziani a fronte di 23,6 posti letto ogni 1.000 anziani; il Nord-Ovest con il 4,5% ed una offerta di 61,2 posti letto ogni 1.000 anziani ed il Nord-Est con il 6,9% di anziani dimessi in RSA a fronte di 57,7 posti letto.

Si noti ancora che i pazienti dimessi presso istituti di riabilitazione, a livello nazionale, hanno un'età media di 72 anni; il 40,6% di questi pazienti sono dimessi con una diagnosi principale afferente all'MDC "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico", il 19,6% all'MDC 'Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio", il 17,7% a "Malattie e disturbi del sistema nervoso".

Figura 6.13. Dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio per tipologia. Anno 2016



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

Figura 6.14. Distribuzione dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio per tipologia. Anno 2016

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

Tra le diverse Regioni non si riscontrano importanti differenze in termini di età, che oscilla da un valore minimo di 69 anni in Friuli Venezia Giulia e Marche, ad uno massimo di 73 anni in Emilia Romagna e Toscana; solo nella P.A. di Bolzano si riscontra un picco di età media pari a 77 anni.

In termini di diagnosi si osserva come, in cinque Regioni (Umbria, Molise, Campania, Puglia e Calabria) la diagnosi muscoloscheletrica cede il primo posto a quella neurologica, che copre rispettivamente il 32,0%, 43,0%, 29,0%, 38,0% e 37,0% della casistica regionale.

In otto Regioni, la casistica muscolo-scheletrica copre all'incirca il 50% dei casi: Valle d'Aosta (52,0%), P.A. di Bolzano (47,0%), Veneto (51,0%), Liguria (57,0%), Marche (46,0%), Lazio (48,0%), Abruzzo (50,0%) e Basilicata (51,0%); scende al 40% (circa) in Lombardia (38,2%), P.A. di Trento (43,4%), Toscana (34,8%), Sicilia (37,1%) e Sardegna (38,0%); nelle restanti Regioni, Friuli Venezia Giulia (28,3%) ed Emilia Romagna (31,6%), si ferma all'incirca al 30% della casistica totale regionale dei pazienti dimessi in istituti di riabilitazione.

In Lombardia, Trentino, Veneto, Liguria, Emilia Romagna e Calabria le malattie del sistema cardio-circolatorio rappresentano la seconda diagnosi per incidenza, con circa il 20% della casistica regionale

di questi pazienti.

Passando al "profilo" dei pazienti dimessi in RSA, si osserva una maggiore eterogeneità a livello regionale. Complessivamente l'età media di questi pazienti è pari a 79,3 anni e le prime quattro diagnosi alla dimissione appartengono alle categorie "Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico" (18,4% della casistica complessiva), "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio" (18,0%), "Malattie e disturbi del sistema nervoso" (16,0%) e "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" (10,6%).

Si passa da un'età minima di 59,0 anni della Campania, ad una massima di 82,5 anni della Valle d'Aosta. Nelle realtà del Sud vengono dimessi in tali strutture pazienti mediamente più giovani (71,7 anni); in quelle del Nord e del Centro pazienti ultraottantenni.

In Friuli Venezia Giulia, Toscana, Basilicata e Sicilia il ricorso a queste strutture risulta maggiore (almeno di un terzo) per i pazienti con diagnosi dell'apparato muscolo-scheletrico, ad eccezione della Toscana dove il 26,7% della casistica di questi pazienti è associata ad una diagnosi dell'apparato respiratorio.

In tutte le realtà regionali circa il 10% della casistica di questi pazienti è associata a diagnosi di natura cardiocircolatoria, ad eccezione del Molise, unica realtà dove non è presente una casistica associata a questa diagnosi, ma è presente invece quella del-

le "Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie" (l'11,5% di pazienti).

In termini di discipline, a quelle indicate per la dimissione in istituti di riabilitazione, si aggiungono urologia e medicina generale.

Passando al "profilo" dei pazienti dimessi in ospedalizzazione domiciliare, in analogia con quanto emerso per le dimissioni in RSA, si riscontrano profili diversi nelle Regioni. Complessivamente l'età media di questi pazienti è pari a 62,2 anni e le prime quattro diagnosi alla dimissione appartengono alle categorie "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio" (13,8%), "Malattie e disturbi del sistema nervoso" (13,6%), "Malattie e disturbi dell'apparato digerente" (12,9%) e "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico" (10,8%).

In Piemonte, P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Sicilia e Sardegna, non si delinea un ricorso alla ospedalizzazione domiciliare per una specifica categoria diagnostica; nelle restanti Regioni l'ospedalizzazione domiciliare è, invece, destinata per oltre un terzo dei casi ad una specifica categoria diagnostica. In Basilicata il 45,8% delle dimissioni sono destinate a pazienti affetti da patologie dell'apparato digerente; in Molise, quasi la metà (46,2%) per patologie del sistema nervoso; nella P.A. di Trento, il 36,2% per "Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate"; in Puglia, un terzo dei casi sono associati a "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico"; in Campania, oltre un quarto (26,1%), per malattie dell'apparato digerente.

Per quanto concerne il profilo dei pazienti dimessi in ADI si rimanda alle analisi contenute nel capitolo 11.

6.5. Conclusioni

I tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, italiani, sono fra i più bassi in Europa, malgrado essi dipendano dall'età e stante una età media della popolazione italiana più elevata.

Solo Spagna e Portogallo hanno livelli simili di ricorso alla degenza ospedaliera.

La riduzione dei ricoveri è stata significativa nell'ultimo decennio e generalizzata sia in termini di

tipologia (acuzie, riabilitazione, lungodegenza) sia di classi d'età.

Malgrado il limitato ricorso all'ospedalizzazione, che presumibilmente implica una casistica più severa e complessa, e nonostante l'età media della popolazione più elevata, la degenza media nelle strutture ospedaliere italiane è rimasta sostanzialmente stabile, su un livello medio (per i ricoveri ordinari in acuzie) rispetto agli altri Paesi EU: maggiore di Regno Unito e Spagna, ma significativamente minore di Germania e Francia.

Complessivamente si riducono le giornate di degenza erogate, facendo presagire che è in atto un processo di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, che nel medio termine implica anche un risparmio finanziario per il SSN.

Malgrado la buona *Performance* complessiva, rimangono molti elementi di potenziale miglioramento nel settore.

Utilizzando i riferimenti contenuti nel D.M. n. 70/2015 e nel Piano Nazionale Esiti, è possibile mappare alcuni indicatori di appropriatezza ed esito ospedaliero.

Tra i requisiti relativi alle soglie minime di attività delle unità operative, nel 2016, tre (almeno 150 interventi annui di Carcinoma mammario, almeno 200 interventi/anno di *Bypass* aorto-coronarico e almeno il 15,0% di parti cesarei effettuati in maternità di I livello) sono ancora rispettati in meno della metà dei Centri (presenti in ogni Regione). Per i restanti requisiti, si arriva a circa la metà di Centri (di ogni Regione) adempienti; solo per l'indicatore relativo ai volumi di interventi per frattura di femore risultano adempienti oltre il 64,0% delle strutture nazionali.

In termini dinamici, il maggior "sforzo" di adeguamento alle indicazioni ministeriali si è riscontrato per tre indicatori: "Quota di strutture con più di 75 interventi annui per frattura del collo del femore"; "Quota di strutture con più di 250 interventi annui per angioplastica coronarica percutanea (PCA)" e la "Quota di strutture con almeno il 60,0% di interventi per fratture del collo del femore over 65 effettuati entro 48 ore", che è passata da 48,8% al 51,1%.

Sostanzialmente invariata è rimasta invece la quota dei Centri conformi a quanto previsto dai rima-

nenti requisiti.

Per quanto concerne la concentrazione degli interventi, già nel 2013 oltre il 92,0% degli interventi di frattura del femore venivano effettuati in strutture con una casistica annua di almeno 75 casi, ed oltre l'87,8% di PCA in strutture con almeno 250 casi annuali; decisamente più bassa è la quota di parti cesarei effettuati in maternità di I livello (non oltre il 15,0% della casistica totale dei parti) e II livello (non oltre il 25,0% della casistica totale dei parti).

In termini di esiti ospedalieri, limitando l'analisi alle sole patologie cardiovascolari, che ricordiamo rappresentano la prima causa di morte, si riscontra come ci sia una contenuta variabilità regionale per la mortalità a 30 giorni per interventi di *Bypass* aorto-coronarico e per interventi di valvuloplastica o sostituzione di valvola cardiaca; le differenze tra le Regioni crescono progressivamente passando alla mortalità a 30 giorni per Infarto Miocardico Acuto, per scompenso cardiaco e alle riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco; la massima differenza tra le Regioni si riscontra in termini mortalità a 30 giorni per riparazione di aneurisma, non rotto, dell'aorta addominale.

Infine, da un'analisi effettuata sulle modalità di dimissione, che possono rappresentare un utile *proxy* nella misura della capacità di presa in carico sul territorio, risulta che il 4,8% dei pazienti dimessi vivi non va al domicilio, accedendo a forme di assisten-

za intermedia, residenziale o domiciliare integrata: complessivamente si riscontra come il Nord-Est eccelle in capacità di presa in carico non ospedaliera (7,8%), seguito dal Nord-Ovest (6,6%); nel Centro e nel Sud tale “percorso” coinvolge invece meno del 4% dei dimessi.

Il 72,4% dei pazienti che non vanno a domicilio accedono a RSA o istituti di riabilitazione, il 5,7% all'ospedalizzazione domiciliare ed il 22,0% all'ADI. Il ricorso ad RSA o istituti di riabilitazione post ricovero in acuzie in Italia oscilla da un valore minimo del 67,1% nel Mezzogiorno, ad uno massimo del 79,7% del Nord-Est, con distribuzioni differenti tra le due tipologie. L'ospedalizzazione domiciliare sembra essere maggiormente utilizzata nel Centro del Paese.

Dall'analisi dei profili dei pazienti che accedono alle diverse forme di dimissione, si riscontra una sostanziale omogeneità tra le Regioni sono per quelli dimessi in istituti di riabilitazione, per le altre modalità si osservano invece importanti differenze in termini di età media, diagnosi, e discipline di dimissione.

Riferimenti bibliografici

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (anni vari), *Programma Nazionale Esiti*
Ministero della Salute (anni vari), *Schede di Dimissione Ospedaliera*
OECD (2018), OECD.Stat

ENGLISH SUMMARY

Hospital care: evolution, efficiency, appropriateness and outcomes

The evolution of hospital care in Italy, has been analysed by drawing a comparison with that of the European Union's Member States and assessing the efficiency of the system, its outcomes and the appropriateness of the services provided.

The Italian rates of ordinary hospitalization for acute conditions are among the lowest in Europe, despite a high average age of the population. Only Spain and Portugal have comparable levels of recourse to hospitalization.

This result has been achieved with a very significant reduction in hospitalizations occurred over the last decade, both for acute conditions as well as for rehabilitation and long-term care, and also for all age groups.

The average hospital stay has remained substantially stable, at an average rate of 6.7 days (for ordinary hospitalizations in acute conditions), which is longer than the one recorded in the United Kingdom and Spain, but significantly shorter than in Germany and France.

Overall, the days of hospitalization in relation to the population have decreased, thus suggesting that a process for streamlining and rationalizing hospital care is under way, which, in the medium term, also implies financial savings for the NHS.

Despite the good overall Performance, there is potentially much room for further improving the sector.

Using the references included in Ministerial Decree No. 70/2015 and in the National Outcome Plan, some indicators of appropriateness and hospital outcomes can be identified and mapped.

In 2016, the requirements relating to the minimum activity thresholds of the operating units. includes three of them (i.e. at least 150 annual breast cancer surgeries; at least 200 coronary artery Bypass

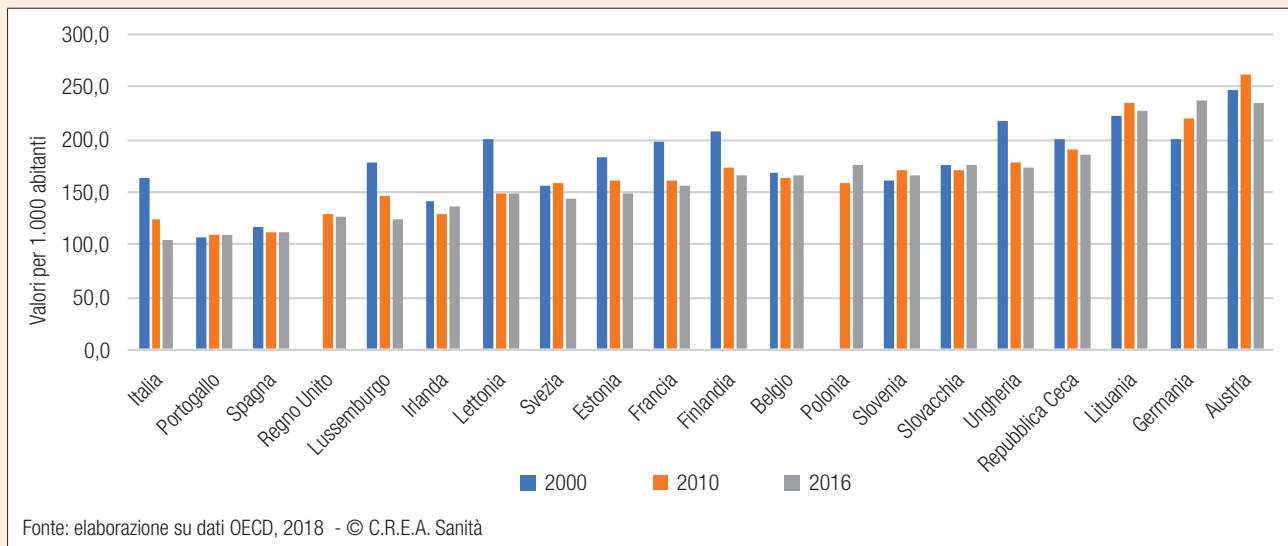
graft surgeries per year and at least 15% Caesarean sections performed in first-level maternity hospitals and wards) which are still met in less than 50% of the Centres (present in each Region). As to the remaining requirements, almost half of the Centres (in each Region) do not meet them. Over 64% of national structures do not meet the requirement relating to the number of femur fracture repair surgeries.

The greatest "effort" to adapt to the Ministerial guidelines has been made for the indicators relating to the yearly number of femoral neck fracture repair surgeries, percutaneous coronary interventions (PCI) and femur neck fracture repair surgeries performed within 48 hours in the over-65 patients.

In terms of hospital outcomes, while confining the analysis only to cardiovascular diseases - which are the first cause of death - there is a limited regional variability in the 30-day mortality rates for coronary artery Bypass surgery and for heart valve replacement surgery. The differences between Regions gradually increase when we consider the 30-day mortality rate due to Acute Myocardial Infarction (AMI) and heart failure, as well as the 30-day readmission rates for patients with heart failure. The greatest difference between the Regions is recorded in the 30-day mortality rate for abdominal aortic aneurysm repair surgeries.

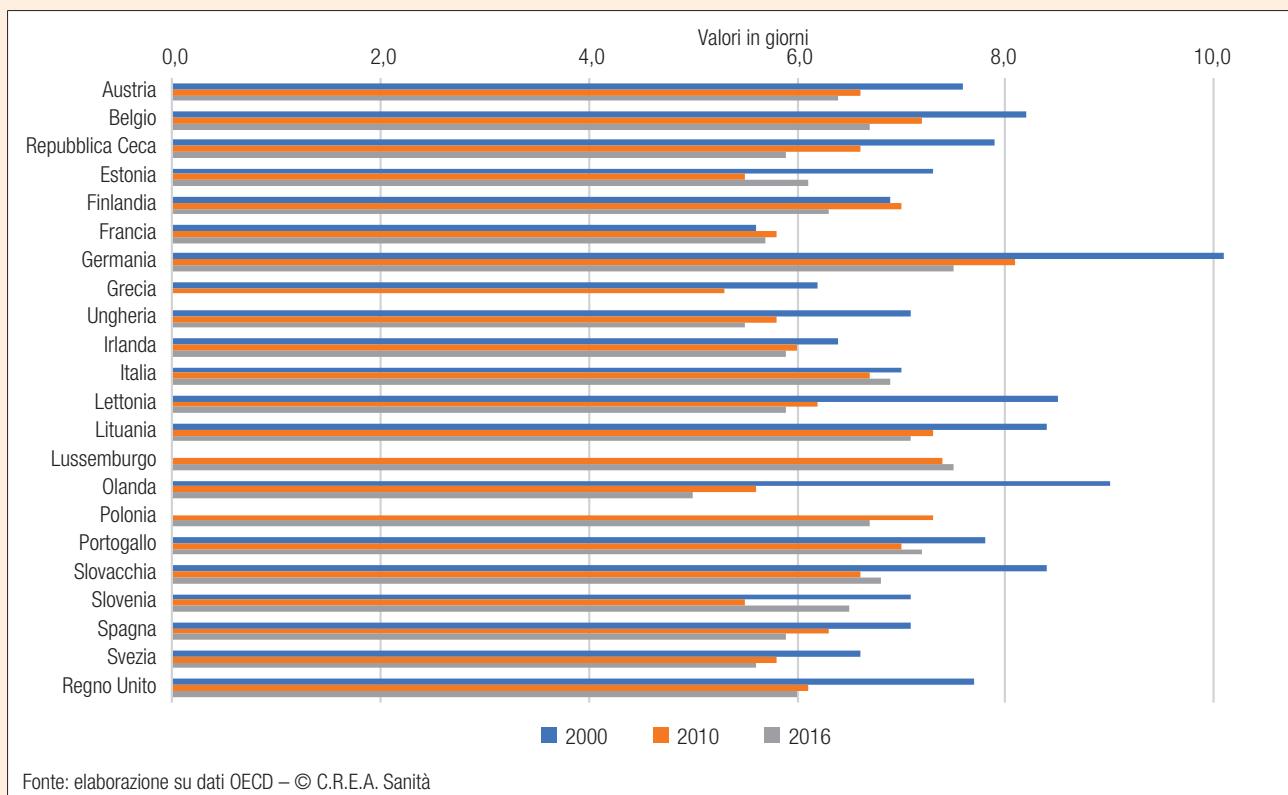
Finally, an analysis made on the discharge modalities - which can be a useful proxy when measuring the ability to take care of patients at local level - has shown that 4.8% of the patients discharged do not go back home and have access to forms of intermediate, residential or integrated home care. Overall, the North East excels in the ability to take care of patients at territorial level, while this is still a poorly developed option in Central and Southern Italy.

KI 6.1. Tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie



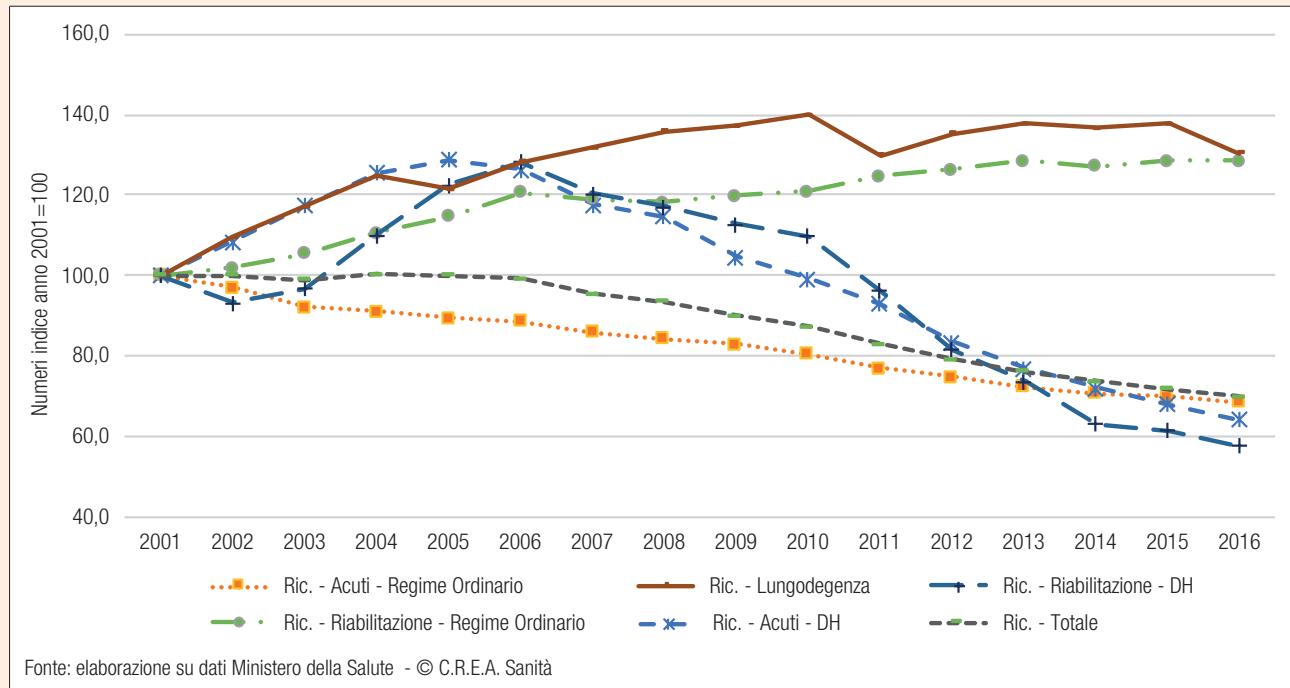
Il tasso di ospedalizzazione in acuzie in Italia, nel 2016, è il più basso tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato, avendo anche registrato la maggiore riduzione a livello europeo rispetto al 2000 (103,7 ricoveri ogni 1.000 abitanti nel 2016, contro 163,3 nel 2000). In Germania, per confronto, il valore è di 236,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti, seguita dall'Austria con 235,0 ricoveri e dalla Lituania (226,5). In tutti i Paesi si è registrata una diminuzione del tasso di ospedalizzazione, tranne Portogallo, Slovenia, Slovacchia, Lituania e Germania.

KI 6.2 Degenza media ordinaria in acuzie



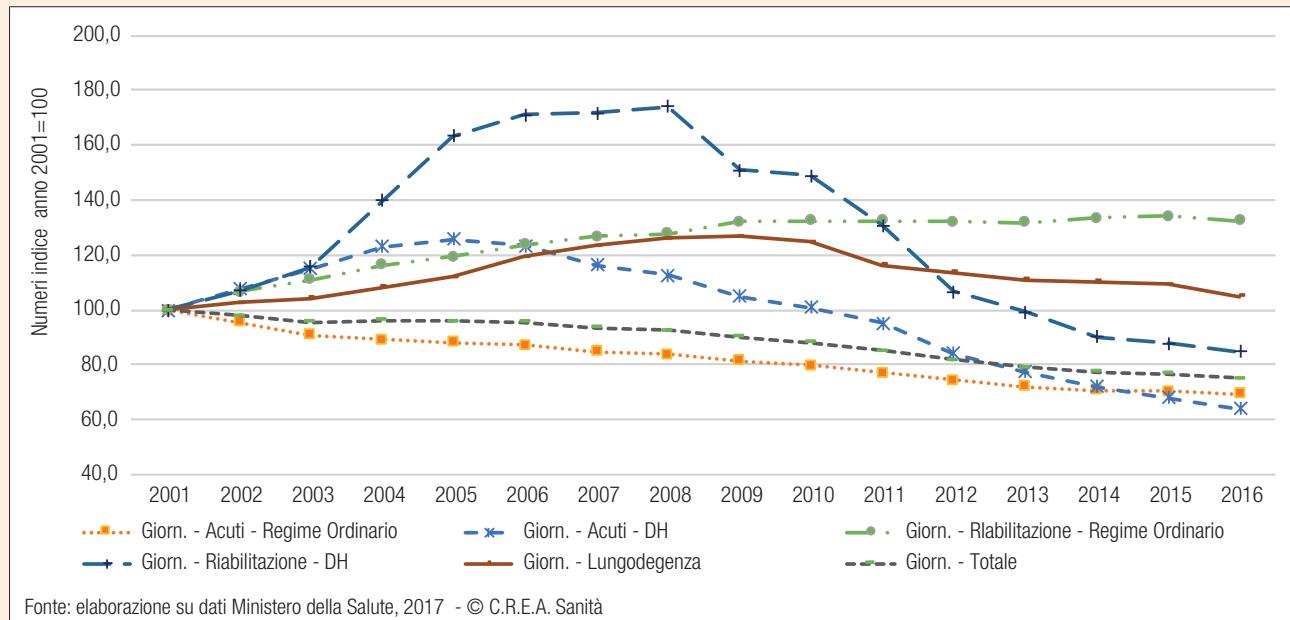
La degenza media in acuzie ordinaria nel 2016 è piuttosto omogenea tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato. Rispetto al 2000, la riduzione in Italia è stata mediamente inferiore a quella degli altri Paesi. Nel nostro Paese si registra nel 2016 un valore pari a 6,9 giorni, contro i 7,0 del 2000. La degenza media più elevata si registra in Germania (7,5 contro 10,1 del 2000), la più bassa in Olanda (5,0 contro 9,0 del 2000). Negli ultimi 15 anni in tutti i Paesi considerati si è registrato una diminuzione dell'indicatore, tranne in Francia (+1,8%).

KI 6.3. Trend dei ricoveri in Italia per tipo di attività e regime



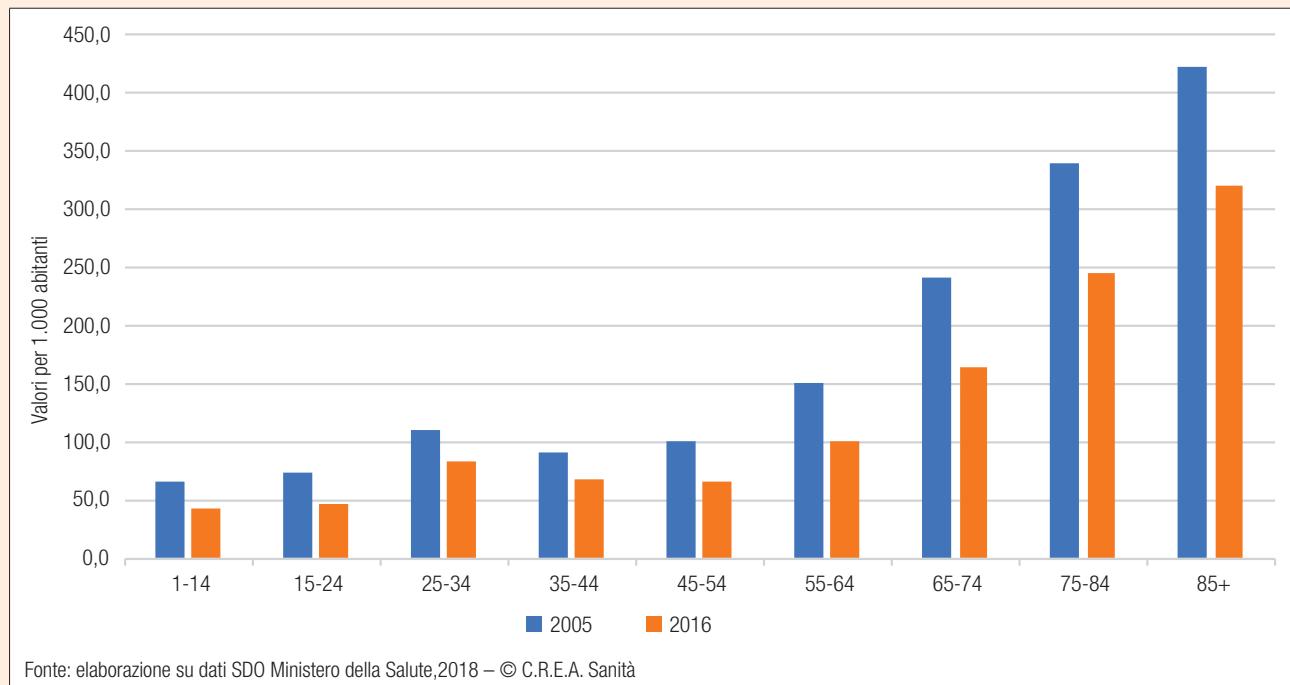
Dal 2001 al 2016 si è realizzata una contrazione del 30,0% dei ricoveri, pari ad una riduzione media annua del 2,4%: da quasi 12,9 milioni di ricoveri nel 2001 a circa 9,1 milioni nel 2016. La riduzione ha coinvolto tutti i tipi di attività di ricovero, ad eccezione della lungodegenza (+30,0%) e della riabilitazione in regime ordinario (+28,6%). Si sono ridotti in maggior misura i ricoveri diurni in riabilitazione con una variazione media annua del 3,6%, seguiti da quelli in acuto, con una riduzione media annua del 2,9% per il regime diurno e del -2,5% per quello ordinario.

KI 6.4. Trend giornate di degenza in Italia per tipo di attività e regime



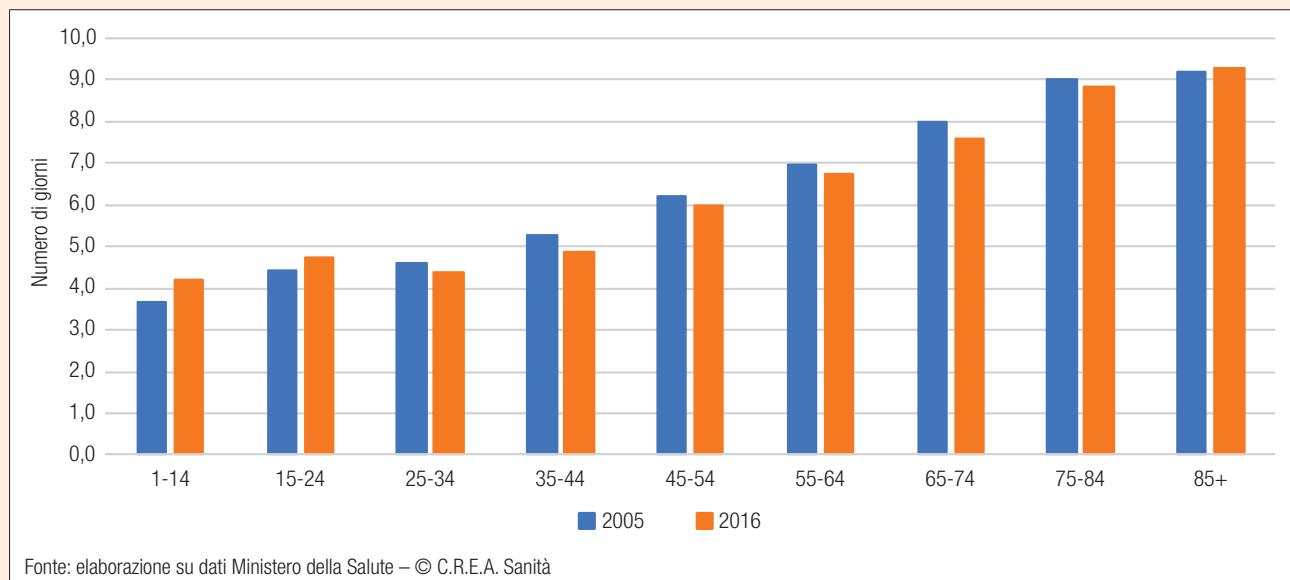
Dal 2001 al 2016 le giornate di degenza si sono contratte del 24,9%, con una riduzione media annua dell'1,9%: in termini assoluti si è passati da circa 81,4 milioni di giornate nel 2001 a circa 61,2 milioni nel 2016. Le giornate in riabilitazione in regime ordinario e lungodegenza registrano un aumento medio annuo rispettivamente del +1,9% e +0,3%; nelle restanti tipologie la riduzione passa da un valore massimo del -2,9% annuo per gli accessi diurni in acuzie ad uno minimo del -1,1% per quelli diurni in riabilitazione.

KI 6.5. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, per età



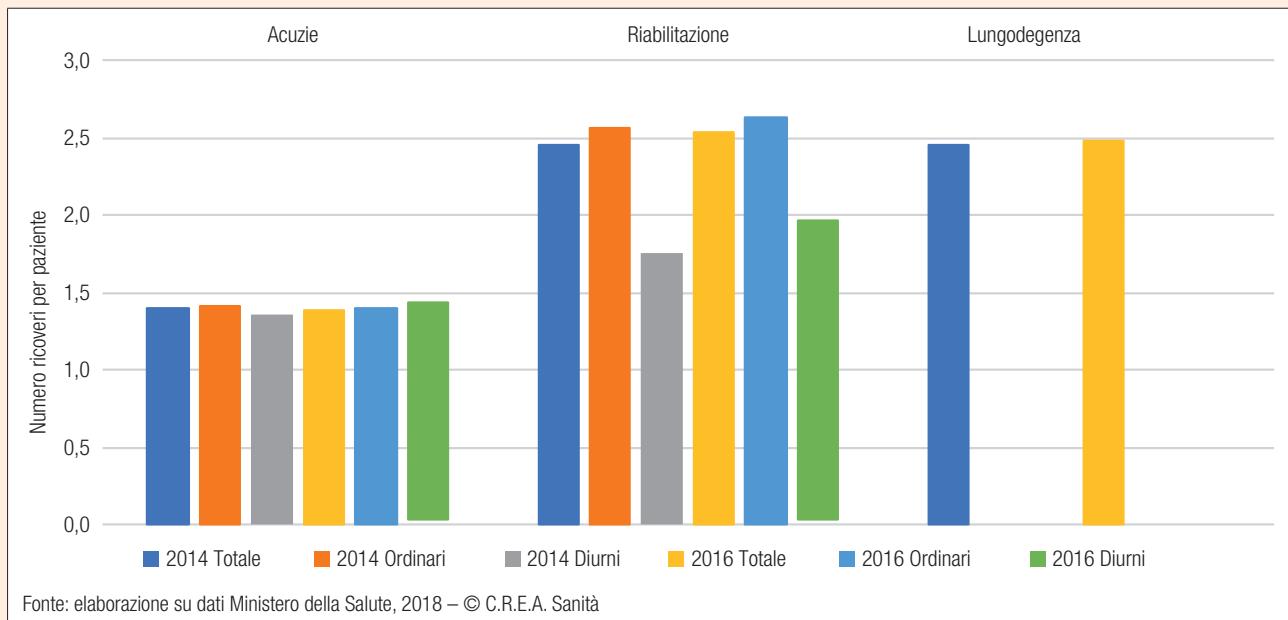
I ricoveri in acuzie per abitante aumentano con l'età, registrando il suo valore minimo nella fascia 1-14 anni (69,3 per 1.000 abitanti) ed il massimo negli *over 85* (345,6). Il tasso di ospedalizzazione per i ricoveri in regime ordinario in acuzie ha registrato una riduzione rilevante in tutte le fasce di età, comprese quelle più avanzate. Nell'ultimo decennio la riduzione più rilevante (-37,0%) ha interessato la popolazione più giovane (fino ai 24 anni); per la popolazione più anziana (*over 75*) si è registrata la riduzione più contenuta (-26,0%).

KI 6.6. Degenza media ordinaria in acuzie



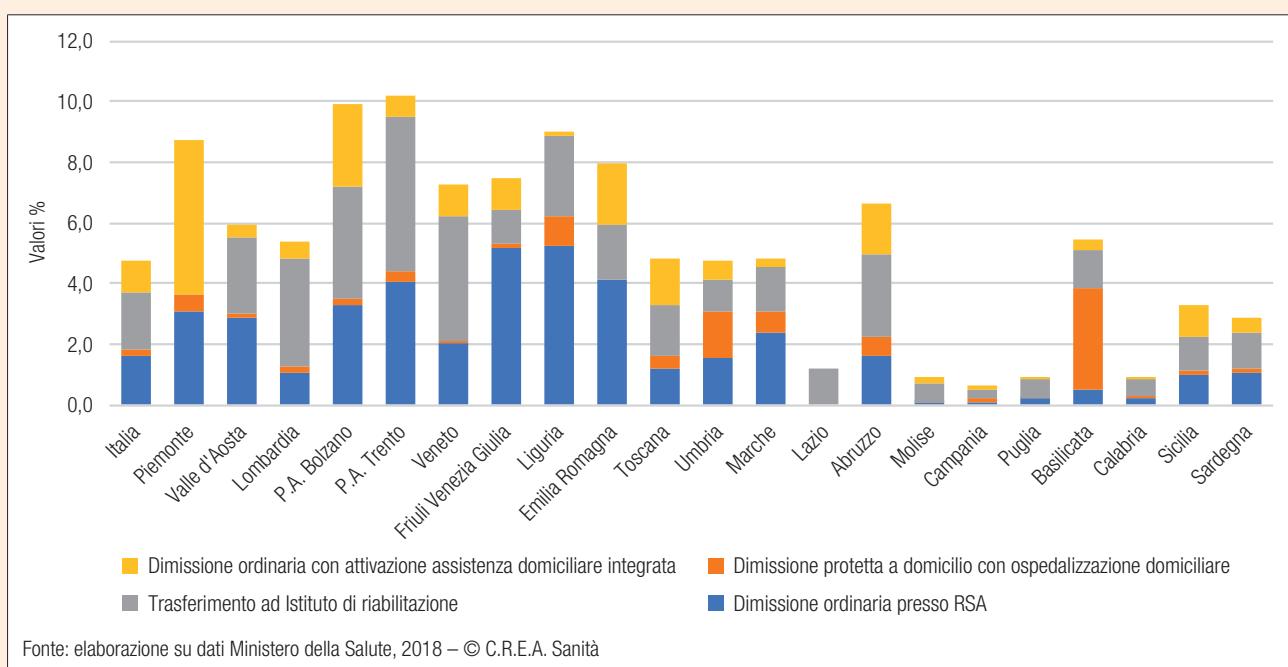
La degenza media è crescente con l'età e nell'ultimo decennio è rimasta sostanzialmente invariata, con una diminuzione inferiore al punto percentuale per i ricoveri ordinari e un altrettanto lieve (sempre inferiore al punto percentuale) aumento degli accessi diurni. In acuzie il livello è di 6,7 giornate medie di degenza ordinaria e 2,7 accessi diurni; in riabilitazione rispettivamente 26,0 e 14,8; e in lungodegenza 28,2. Quella relativa ai soli ricoveri ordinari in acuzie è diminuita dell'1,1%, ed in tutte le fasce età, con l'eccezione degli *over 85* (+0,9%) e dei più giovani fino a 24 anni: +14,8% nella fascia 1-14 anni e +7,1% in quella 15-24 anni.

KI 6.7 Ricoveri per paziente



Nell'ultimo triennio non si registrano variazioni di rilevo nel numero di ricoveri annui per singolo paziente: per le acuzie si oscilla da un minimo di 1,2 ad un massimo di 1,5 ricoveri per paziente, con un aumento progressivo con l'aumentare dell'età. Per la riabilitazione siamo nel range 2,5-2,6 (2,7-2,8 dopo i 65 anni); per la lungogenza si passa da un minimo di 1,0, per la fascia 1-14 anni, ad un massimo di 2,6 negli over 75.

KI 6.8. Quota pazienti dimessi vivi, per modalità di dimissione. Anno 2016



Nel 2016, in Italia sono il 4,8% i pazienti dimessi vivi non a domicilio, che accedono a forme di assistenza intermedia, residenziale o domiciliare integrata. Il Nord-Est arriva al 7,8%, seguito dal Nord-Ovest (6,6%), dal Centro (3,2%) e dal Sud (3,1%). La P.A. di Trento risulta essere la realtà più virtuosa, con il 10,2% dei pazienti dimessi in strutture di post acuzie, seguita da quella di Bolzano con il 9,9%, dalla Liguria (9,0%) e dal Piemonte (8,7%); la Campania risulta invece essere la realtà con la minore quota di pazienti dimessi coinvolti in un percorso post acuzie (0,6%), seguita dalla Calabria con lo 0,9%.



Assistenza residenziale e semiresidenziale: bisogni e rete di offerta

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 7

Assistenza residenziale e semiresidenziale: bisogni e rete di offerta

Giordani C.¹

In questo capitolo ci si prefigge di analizzare, senza pretesa alcuna di esaustività e con i limiti imposti dai dati disponibili, spesso incompleti e obsoleti, il bisogno e la rete di offerta di assistenza residenziale e semiresidenziale, socio-sanitaria e sociale, nel territorio italiano, anche rispetto alla situazione internazionale.

Si prende in esame l'ultimo anno disponibile: il 2016 per i dati europei e in prevalenza il 2015 per quelli nazionali; con riferimento a questi ultimi, in tutte le analisi presentate nel capitolo, in caso di dati meno recenti si assume che essi non siano variati nel 2015. Ove possibile, poi, viene analizzato il *trend* dell'ultimo triennio (2013-2015).

Infine, per completezza, si evidenzia che nel mese di settembre 2018 il Ministero della Salute ha pubblicato *on line* su www.salute.gov.it alcuni indicatori in tema di assistenza residenziale e semiresidenziale all'interno del documento *Monitoraggio dell'erogazione dei LEA in base alla griglia LEA – anno 2016*. Si tratta di indicatori che non consentono una analisi dettagliata, ma essendo i più recenti resi disponibili vengono comunque presentati nei *Key Indicators* in fondo a questo capitolo.

Tra le fonti primarie utilizzate per le analisi presentate di seguito, citiamo:

- per i dati internazionali: *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD)
- per i dati nazionali:
 - o Istat (*database on line: Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari* (nel prosieguo, anche “Indagine Istat sui presidi residenziali”); *Interventi e servizi sociali dei*

Comuni singoli e associati (nel prosieguo, anche “Indagine Istat sui Comuni”); *Popolazione e famiglie* (in particolare si utilizza la popolazione ricostruita); altre rilevazioni)

- o Ministero della Salute (*Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale* (SSN); *open data*; *Monitoraggio dell'erogazione dei LEA in base alla griglia LEA*; Rapporto al Parlamento *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*; altre rilevazioni).

Nel primo paragrafo vengono innanzitutto esaminate nel dettaglio le fonti primarie disponibili e definiti i fenomeni osservati, con l'obiettivo di fotografare, nella maniera più esaustiva possibile, lo stato di attuazione della rete di offerta in relazione ai bisogni.

Dopo un quadro generale a livello nazionale, si scende nel dettaglio regionale e lo si confronta con lo scenario internazionale.

In appendice viene fornita una analisi territoriale dettagliata desunta dalla indagine Istat sui presidi residenziali per l'anno 2015.

Nei *Key Indicators* in fondo al capitolo, infine, alcuni aggiornamenti al 2016 rilasciati recentemente dal Ministero della Salute.

7.1. Fonti, definizioni e metodologia

Nel seguito si utilizzano informazioni di fonte OECD, Ministero della Salute e Istat; in ragione delle diverse caratteristiche delle rilevazioni, si premettono alcune definizioni e le specifiche sui particolari ambiti di rilevazione, evidenziando l'as-

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

senza di un flusso informativo univoco e completo.

OECD

Nel *database on line* vengono forniti dati relativi alla *Long Term Care* (LTC), intesa come «una gamma di cure mediche e personali, nonché di servizi di assistenza, forniti con l'obiettivo primario di alleviare il dolore e ridurre o gestire il peggioramento dello stato di salute per le persone con un grado di dipendenza a lungo termine, assistendole nella loro cura personale (attraverso l'aiuto per le attività della vita quotidiana, ADL, come mangiare, lavarsi e vestirsi) e aiutarli a vivere in modo indipendente (attraverso l'aiuto per le attività strumentali di vita quotidiana, IADL, come cucinare, fare shopping e gestire le finanze)²». Vengono dunque considerate sia la parte sanitaria che quella sociale.

Le strutture residenziali che forniscono LTC erogano un *mix* di servizi sanitari e sociali; i servizi sanitari sono sostanzialmente di tipo infermieristico, in combinazione con i servizi di assistenza personale. Le cure mediche sono molto meno intensive di quelle fornite negli ospedali.

È importante evidenziare, però, come meglio dettagliato in seguito, che i dati rilevati per i vari Paesi presenti nel *database* OECD sono spesso differenti tra loro, per cui i confronti internazionali devono essere effettuati e analizzati con estrema cautela.

Ministero della Salute

Per il Ministero della Salute è assistenza residenziale e semiresidenziale «il complesso integrato di interventi, funzioni ed attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non-autosufficienti (anziani, disabili, persone con patologie psichiatriche e malati terminali), in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, non assistibili a domicilio, all'interno di idonei "nu-

clei" accreditati per la specifica funzione». Le cure semiresidenziali sono quelle «erogate da strutture di accoglienza esclusivamente diurna, destinate a pazienti non-autosufficienti e disabili, con lo scopo di mantenere e potenziare le abilità e autonomie individuali e alleviare i compiti di cura e assistenza del nucleo familiare» (www.salute.gov.it).

Il Ministero raccoglie le informazioni attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in particolare con il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale, e fornisce dati variamente aggregati.

Tra i documenti più completi si trova l'*Annuario statistico del SSN*, il cui aggiornamento è però fermo al 2013³. In questo documento vengono rilevati, tra gli altri, i dati sulle strutture residenziali⁴ e semiresidenziali⁵ pubbliche e private accreditate con il SSN.

Il Ministero fornisce anche aggiornamenti periodici mediante la pubblicazione *on line* di *open data* e dei risultati del monitoraggio dell'erogazione dei LEA (griglia LEA). Per gli *Hospice* sono, infine, disponibili le Relazioni al Parlamento con alcuni aggiornamenti sui dati di sintesi.

Istat

L'Istat conduce l'*Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*, intesi come le «strutture pubbliche o private che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno» per motivi diversi: anziani soli o con problemi di salute, persone con disabilità, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale.

Nel seguito si utilizza anche l'*Indagine sugli*

² Fonte: OECD.Stat, traduzione a cura dell'autore

³ Per l'analisi dettagliata di questi dati si rimanda alle precedenti edizioni del Rapporto Sanità a cura di C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

⁴ Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale, inclusi gli *Hospice* (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscono articolazioni organizzative)

⁵ Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale

interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati, in particolare per i dati sull'assistenza socio-assistenziale nelle strutture semiresidenziali, quali: centri diurni, centri diurni estivi, ludoteche/laboratori, centri di aggregazione/sociali, centri per le famiglie, centri diurni per persone con disagio mentale, centri diurni per persone senza dimora, altri centri e strutture a ciclo diurno. Per completezza, si riporta che i dati sulla popolazione utilizzati per le standardizzazioni demografiche (popolazione ricostruita) sono anch'essi di fonte Istat.

Comparazione e sintesi

Le numerose differenze nei sistemi informativi impongono di ribadire come i confronti debbano essere effettuati e analizzati con molta cautela, a causa della difformità dei dati rilevati in ciascuno di essi.

In particolare, nella indagine Istat sui presidi residenziali:

- si considerano le strutture sia pubbliche che private, accreditate e non
- si comprendono non solo i servizi sanitari e socio-sanitari ma anche quelli socio-assistenziali
- si includono tutti i servizi residenziali di tipo extra-ospedaliero (quindi compresi gli Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/78⁶), ad eccezione però degli *Hospice*
- si escludono tutti i servizi residenziali di tipo ospedaliero e quelli semiresidenziali, diurni o ambulatoriali (rilevati in altre indagini)
- si escludono tutte le strutture temporanee create per affrontare l'emergenza immigratoria.

Invece, nell'Annuario statistico del SSN del Ministero della Salute:

- si esclude il settore privato non accreditato
- si comprende solo l'assistenza sanitaria e

socio-sanitaria, escludendo quella socio-assistenziale

- si comprende sia la residenziale che la semiresidenziale
- si comprendono i dati relativi agli *Hospice*
- si forniscono, separatamente, anche i dati relativi agli Istituti di riabilitazione ex art. 26, ovvero le prestazioni dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, erogate nelle fasi di riabilitazione intensiva ed estensiva ed in regime di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale e semiresidenziale.

Tra i dati forniti da OECD, vi sono i posti letto (PL) in strutture che forniscono LTC; sono esclusi quelli di lungodegenza negli ospedali e quelli in abitazioni adattate per la LTC.

OECD per il dato Italia utilizza come fonte primaria il Ministero della Salute: è dunque compresa solo l'assistenza socio-sanitaria delle strutture residenziali pubbliche e private accreditate, ivi compresi i servizi di riabilitazione e l'assistenza negli *Hospice*. Per confronto, per la Germania, ad esempio, sembra vengano considerati tutti i PL in strutture private, mentre nel dato relativo alla Spagna pare non siano compresi quelli per cure palliative.

Con riferimento, invece, agli ospiti delle strutture residenziali, OECD li considera come persone che ricevono LTC in strutture diverse dagli ospedali. Sono escluse, quindi, le persone che ricevono assistenza da familiari o comunque senza pagare un corrispettivo, nonché quelle che ricevono denaro con specifica destinazione (ad es. indennità di accompagnamento). Analogamente, sono escluse le persone che hanno bisogno esclusivamente di assistenza sociale. Sono, invece, compresi quelli ricoverati in strutture "hospital-like". Sempre per confronto, per la Polonia, ad esempio, sono incluse anche le persone

⁶ «Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale [...]»

che necessitano solo di assistenza per IADL. Per la Spagna, per la quale si rilevano gli ospiti in strutture per anziani di almeno 65 anni, si include anche il settore privato (così come per il Regno Unito)⁷.

7.2. Lo scenario: target di utenza e stima del bisogno

Il processo di invecchiamento da tempo in atto nel nostro Paese comporterà inevitabilmente la necessità di dover prendere in carico persone con bisogni sempre più multi-fattoriali; occorrerà dunque potenziare un continuum tra sociale e sanitario, non

solo per gli anziani ma anche per le altre categorie più fragili; oltre agli anziani soli, si pensi ai disabili, alle nuove forme di dipendenza e a quelle da sostanze, ai bambini a cui non sono assicurate cure adeguate in famiglia, ai bisogni di integrazione e accoglienza, alla tutela della salute mentale.

In Italia, l'assistenza residenziale viene prestata in strutture con caratteristiche alberghiere, che ospitano in via temporanea o definitiva le persone che ne hanno necessità; esse possono avere diverse forme e denominazioni, a seconda della Regione di appartenenza: RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), Case di cura, Case di riposo, Case albergo, Comunità alloggio, etc..

Tabella 7.1. Stima del bisogno potenziale di assistenza socio-sanitaria e sociale in Italia. Anno 2015

Target	Descrizione	Valore stimato	Fonte e anno di riferimento	Modalità di calcolo	Pop. di riferimento	Note
Anziani non autosufficienti	Persone con almeno 65 anni di età con limitazioni funzionali	2.560.415	Istat, % dell'indagine 2013, popolazione 2015	19,8% della popolazione di riferimento (Istat)	65+ che vivono in famiglia	Si applica alla popolazione 65+ del 2015 (esclusi quelli che vivono permanentemente in istituzioni) la % individuata da Istat nel 2013
		287.684	I.Stat, indagine sui presidi residenziali, 2015	anziani residenti nei presidi residenziali	65+ nei presidi	Anziani 65+ ricavati dall'indagine Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari del 2015
		32.046	Ministero della Salute, Rapporto al Parlamento su cure palliative e terapia del dolore, 2015 (dati 2014)	assistiti ricoverati in Hospice	tutti i ricoverati in Hospice	Non essendo disponibile la classificazione per età dei ricoverati, si assume, con inevitabile approssimazione, che essi possano essere attribuiti al target "anziani non autosufficienti"
Disabili	Alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado	150.200	Istat, % disabilità dell'a.s. 2013/2014, numero iscritti del 2014	% fornite da Istat a livello nazionale	6-14 anni	Secondo la rilevazione Istat per a.s. 2013/2014, si stima sia disabile il 3,0% degli alunni della primaria e il 3,8% degli alunni della secondaria di I grado. Si sono applicate queste % agli iscritti 2014 ricavati su I.Stat. Le percentuali nell'a.s. 2016/2017 sono salite rispettivamente a 3,2% e 4,0% (circa 159.000 a livello Italia)
	Persone 15-64 anni con limitazioni funzionali gravi	549.000	Istat, 2013	% fornita da Istat a livello nazionale	15-64 anni	Il valore viene calcolato in base alla % nazionale, pari all'1,42% della popolazione adulta del 2013
Minori con disagio	Minori con disagio sociale, i cui diritti sono a rischio	612.000	Istat, 2015	-	0-17 anni	Non esistendo fonte di riferimento e possibilità di calcolare una stima realistica, si riporta il valore degli utenti ("famiglia e minori") ospitati in strutture di tipo socio-sanitario e sociale (esclusi minori disabili) (2015)

Fonte: elaborazione su dati Istat e Ministero della Salute, anni vari - © C.R.E.A. Sanità

⁷ Per maggiori dettagli, si rimanda al sito <https://stats.oecd.org/>

Invece, l'assistenza semiresidenziale viene erogata in strutture di tipo diurno (per es. i Centri Diurni) che sostengono persone bisognose in condizioni di parziale autosufficienza.

Nella Tabella 7.1. si è ricostruito, con inevitabile approssimazione, il fabbisogno socio-sanitario e sociale delle prevalenti categorie di utenza individuate⁸:

- anziani non autosufficienti: *target* che include le persone con almeno 65 anni di età che, in base alla *International classification of functioning, disability and health (ICF)* della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), presentano almeno una limitazione funzionale, che può consistere in: confinamento (costrizione a letto, su sedia o in abitazione), difficoltà nel movimento (camminare, usare le scale o raccogliere oggetti per terra), difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (incluse le attività di vita quotidiana, ADL, quali: mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo), difficoltà nella comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola)
- disabili: questa "categoria" comprende sia gli alunni con disabilità della scuola primaria e secondaria di primo grado che gli adulti (15-64) con limitazioni funzionali gravi, ossia coloro che hanno il massimo grado di difficoltà nelle funzioni motorie, sensoriali o nelle funzioni essenziali della vita quotidiana
- minori con disagio: *target* che comprende gli *under 18* che non vedono rispettati i propri diritti, così come sanciti dalla Commissione internazionale dei diritti dell'infanzia. Questa definizione molto ampia comporta una difficoltà di quantificazione.

Volendo effettuare una stima del bisogno potenziale di assistenza socio-sanitaria e sociale in Italia,

nel 2015 si conterebbero:

- oltre 2.880.000 anziani non autosufficienti, comprendendo quelli che vivono in famiglia (circa 2.560.415), quelli che vengono ospitati permanentemente in Istituzioni (287.684) e gli assistiti ricoverati in *Hospice* (32.046)⁹. Si tratta di una stima per difetto, in quanto l'indagine Istat di riferimento coglie in modo solo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche o a disagio mentale
- quasi 700.000 disabili minori e adulti, calcolati comprendendo oltre 150.000 alunni disabili nelle scuole primarie e secondarie di primo grado (anno 2014) e approssimativamente 549.000 adulti (15-64 anni) con limitazioni funzionali gravi, come in precedenza definite (anno 2013). Anche in questo caso, la stima è per difetto. Per avere una idea dell'andamento del fenomeno, si consideri che, a livello nazionale, le percentuali di alunni disabili rilasciate da Istat sono salite dal 3,0% dell'anno scolastico 2013/2014 al 3,2% del 2016/2017 per la scuola primaria e dal 3,8% al 4,0% per la scuola secondaria di primo grado
- circa 612.000 minori in condizioni di disagio. Il dato è sottostimato, in quanto si è deciso di utilizzare come parametro di riferimento il numero di utenti minori (considerando il *target* "famiglia e minori", esclusi minori disabili) ospitati in strutture di tipo socio-sanitario e sociale, rilevato da Istat. Non è stato infatti possibile effettuare una stima complessiva, metodologicamente solida, di minori con disagio sociale, a causa della non disponibilità di fonti che trattino il tema in maniera organica e completa (tra le fonti primarie sono infatti disponibili solo *focus* su problematiche specifiche, non integrate tra loro).

Complessivamente, quindi, con tutte le approssi-

⁸ Si è tratto spunto dalle analisi contenute nel Rapporto OASI 2017, a cura di Cergas-SDA Bocconi, che sono state aggiornate ed integrate

⁹ Per gli *over 65* che vivono in famiglia sono state applicate alla popolazione 2015 le percentuali fornite da Istat (a livello nazionale e regionale) in una indagine riferita al 2013; per coloro che sono ospiti permanenti in strutture residenziali si fa riferimento ai dati 2015 tratti da Istat; per gli assistiti in *Hospice*, dati 2014 del Ministero della Salute (non sono disponibili i dati di Lazio, Campania e Sardegna; si assume, approssimando, di attribuire l'intero numero di assistiti al *target* "anziani non autosufficienti", in assenza di classificazione del dato per età)

mazioni più volte evidenziate, si tratterebbe di oltre 4.191.000 soggetti eleggibili, con una prevalenza sulla popolazione del 6,9% circa.

7.3. La rete di offerta e gli utenti dei servizi

7.3.1. Sintesi: la risposta nazionale e gli utenti presi in carico per i principali *target* di bisogno

La Tabella 7.2. sintetizza la “risposta”, sebbene parziale¹⁰, del sistema italiano ai bisogni dei *target* di utenti in esame, in termini di PL operativi¹¹, riportando anche gli utenti ospitati in strutture di tipo socio-sanitario e sociale, ove possibile distinti per residenziali e semiresidenziali¹².

Con riferimento ai PL, la premessa è che per nessun *target* sono disponibili i PL nelle strutture semiresidenziali di tipo socio-assistenziale (per i minori con disagio non è disponibile neanche il dato socio-sanitario), mentre – come si vedrà nel prosieguo – è disponibile il dato sugli utenti.

Prevale la dotazione di PL dedicata agli anziani non autosufficienti: essa è pari all'80,4% del totale dei posti (378.646) disponibili per tutti i *target* analizzati (che, lo ricordiamo, non esauriscono la totalità delle tipologie di utenti presi in carico nelle strutture in esame, ma ne rappresentano fuor di dubbio la grande maggioranza).

Inoltre, risulta evidente come per questo *target* in Italia prevalga l'offerta residenziale (289.440 posti, 95,1% del totale dei posti residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti) rispetto alla semiresidenziale (14.927, 4,9%).

Ancora, la capacità produttiva del sistema di offerta, espressa in PL disponibili per i tre *target*, appare maggiormente orientata ai servizi di tipo socio-sanitario, eccezion fatta per i minori con disagio, per i quali prevale, come è lecito aspettarsi, la componente sociale.

Con riferimento alla categoria “disabili”, prevalgono i PL residenziali (56,4%).

Infine, con riferimento al *target* dei minori con disagio sociale, non essendo disponibili informazioni sul livello semiresidenziale si può solo osservare come si registrino 8.195 PL residenziali per l'assistenza socio-sanitaria e 10.849 per quella socio-assistenziale.

Con riferimento invece agli utenti in carico ai servizi, anch'essi diversificati per i tre *target* (ove possibile), gli ultimi dati disponibili sono al 2015 (Istat) per i servizi residenziali e per i semiresidenziali socio-assistenziali, mentre sono fermi al 2013 (Ministero Salute) quelli semiresidenziali socio-sanitari.

La Tabella 7.2., cui si rimanda per le note, mostra come in Italia siano presenti 600.312 utenti anziani non autosufficienti in carico ai servizi di cui si tratta, ripartiti in maniera piuttosto equa tra assistenza residenziale (319.730, pari al 53,3% del totale *target*) e semiresidenziale (46,7%), con una leggera prevalenza della prima.

Per questo *target* i servizi residenziali sono quasi totalmente di tipo socio-sanitario (circa 95,5%), mentre quelli semiresidenziali sono in netta maggioranza di tipo socio-assistenziale (91,4%).

Con riferimento al *target* “disabili”, nel nostro Paese ci sono 51.885 utenti in carico ai servizi residenziali socio-sanitari (adulti e minori) e 59.022 fruitori di servizi semiresidenziali (23.758 socio-sanitari e 35.264 socio-assistenziali).

Infine, in merito ai minori con disagio, se ne registrano complessivamente 611.559: 18.246 sono in carico ai servizi residenziali, escludendo i minori disabili in quanto considerati nella categoria disabili, e 593.313 sono quelli che usufruiscono di servizi residenziali socio-assistenziali (coinvolgono un elevato numero di minori le attività svolte ad esempio nei centri di aggregazione sociale giovanile e nelle ludoteche e nei laboratori per bambini).

¹⁰ L'utenza in oggetto, con particolare riferimento ad anziani non autosufficienti e disabili, è caratterizzata da bisogni di cosiddetta LTC, che possono invero essere soddisfatti anche dall'assistenza domiciliare e/o con prestazioni in denaro, che qui non vengono prese in considerazione

¹¹ Per PL “operativi” si intende il numero dei PL effettivamente utilizzabili nel Presidio indipendentemente dal fatto che essi siano occupati, autorizzati o di emergenza (Indagine Istat sui presidi)

¹² Non sempre è stato possibile suddividere esattamente i dati esistenti nei tre *target* individuati. Ad es. in alcuni casi sono stati considerati tutti gli anziani e non solo quelli non autosufficienti

Per sintetizzare, con tutte le approssimazioni del caso e le cautele più volte espresse, sommando i tre *target* di riferimento si riscontrerebbero oltre 4.000.000 di soggetti eleggibili (bisogno potenziale) e poco più di 1.300.000 utenti (32,5%) effettivamente presi in carico dalle strutture residenziali e semiresidenziali, socio-sanitarie e sociali (si ricorda che qui non vengono considerati l'assistenza domiciliare e le prestazioni in denaro). In particolare, tralasciando i minori con disagio a causa della difficoltà di stima, si riscontrerebbero oltre 2.880.00 anziani non autosufficienti (bisogno potenziale), con poco più di 600.000 (quasi il 21,0%) in carico ai servizi considerati nelle nostre analisi. La percentuale scenderebbe quasi al 16,0% per il *target* "disabili" (quasi 700.000 persone rappresenterebbero la stima del bisogno, mentre sarebbero circa 111.000 gli utenti persi in carico).

7.3.2. Confronti regionali

In premessa, si consideri che nell'analisi regionale

di seguito esposta, rispetto a quella effettuata nel paragrafo precedente, viene considerata l'intera popolazione e sono compresi anche i dati, non suddivisibili per i *target* di bisogno considerati, sugli Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/78 per la parte semiresidenziale¹³ e quelli sulla lungodegenza ospedaliera.

Si è deciso di osservare dunque uno "scenario allargato" considerando anche questa tipologia di offerta perché, pur essendo classificata come assistenza ospedaliera, ci sembra che essa possa di fatto essere utilizzata - almeno in parte - come integrazione di quella residenziale.

A differenza delle RSA, in cui il livello di autosufficienza delle persone ricoverate è maggiore e l'assistenza è più di tipo infermieristico, nelle lungodegenze ospedaliere vi è assistenza medica 24 ore su 24, oltre che assistenza infermieristica, prestazioni riabilitative, consulenze specialistiche, assistenza alberghiera e cura della persona.

Tabella 7.2. Posti letto e utenti in strutture per assistenza socio-sanitaria e sociale in Italia. Anno 2015

Target	Tipo di servizio	PL			Utenti		
		socio-sanitari [1]	socio-assistenziali [2]	Totale [3]	socio-sanitari [4]	socio-assistenziali [5]	Totale [6]
Anziani non autosufficienti	residenziale	272.571	16.746	289.440	305.249	14.124	319.730
	semiresidenziale	14.927	nd	14.927	24.111	256.471	280.582
Disabili	residenziale	29.191	1.940	31.132	nd	nd	51.885
	semiresidenziale	24.037	nd	24.037	23.758	35.264	59.022
Minori con disagio	residenziale	8.195	10.849	19.110	nd	nd	18.246
	semiresidenziale	nd	nd	nd	nd	593.313	593.313

[1] I dati sull'assistenza residenziale si riferiscono al 2015 (Istat); si intendono i PL con livello di assistenza sanitaria basso, medio o alto. Per gli anziani non autosufficienti sono compresi i posti in *Hospice* (dati Ministero Salute al 2014; i posti non sono classificati per categoria di pazienti e si è assunto di attribuirli a questo *target*). I dati relativi all'assistenza semiresidenziale sono al 2013 (Ministero Salute)

[2] I dati sull'assistenza residenziale si riferiscono al 2015 (Istat); si intendono i PL con livello di assistenza sanitaria "assente"

[3] Il totale può non corrispondere alla somma di socio-sanitari e socio-assistenziali in quanto comprende i "non indicato"

[4] I dati sull'assistenza residenziale si riferiscono al 2015 (Istat); si intendono gli utenti che hanno ricevuto assistenza sanitaria bassa, media o alta. Per gli anziani non autosufficienti sono compresi i ricoverati in *Hospice* (dati Ministero Salute al 2014; i ricoverati non sono classificati per tipologia e si è assunto di attribuirli a questo *target*). I dati relativi all'assistenza semiresidenziale sono al 2013 (Ministero Salute)

[5] I dati sull'assistenza residenziale si riferiscono al 2015 (Istat); si intendono gli utenti con assistenza sanitaria "assente". I dati relativi all'assistenza semiresidenziale si riferiscono al 2015 e comprendono gli utenti di interventi e servizi sociali dei Comuni (Istat); nel *target* "minori" si comprende il dato relativo a "famiglia e minori"

[6] Il totale può non corrispondere alla somma di socio-sanitario e socio-assistenziale in quanto comprende i "non indicato". Per i *target* "disabili" e "minori", per l'assistenza residenziale si dispone solo del dato totale per cui non è possibile distinguere gli utenti in base alla tipologia di servizio cui fanno riferimento (socio-sanitario o sociale). Per la disabilità si considerano minori e adulti, per cui nel dato totale "minori" sono esclusi i minori disabili

Fonte: elaborazione su dati Istat e Ministero della Salute, anni vari - © C.R.E.A. Sanità

¹³ Rilevati dal Ministero, separatamente rispetto alle altre strutture semiresidenziali, nell'Annuario statistico del SSN; la parte residenziale di tali Istituti è invece compresa nell'Indagine Istat sui Presidi

Di fatto, il ricovero in lungodegenza può essere prolungato anche per mesi; nei diversi servizi sanitari regionali il confine tra lungodegenza e prestazioni in strutture residenziali, in effetti, diviene spesso labile.

Posti letto

La Tabella 7.3. presenta i dati, in valore assoluto, sui PL presenti in:

- presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (pubblici e privati), rilevati da

Istat (2015)

- *Hospice*, rilevati dal Ministero della Salute (2014)
- strutture semiresidenziali socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, fonte Ministero (2013)
- Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/78 (solo la parte semiresidenziale, perché quella residenziale è compresa nel primo punto); fonte Ministero (2013)

Tabella 7.3. Posti letto per assistenza residenziale e semiresidenziale, socio-sanitaria e socio-assistenziale, compresa la lungodegenza ospedaliera. Anno 2015

Regioni	PL Presidi socio-sanitari e socio-assistenziali					PL lungodegenza strutture osped. [4]	Totale
	Residenziali [1]	Hospice [2]	Semiresid. socio-sanitari [3]	Istituti di riab. ex. art. 26 semiresid. [3]	Totale		
Italia	390.688	2.551	52.764	14.471	460.474	9.152	469.626
Piemonte	46.688	146	3.800	40	50.674	1.280	51.954
Valle d'Aosta	1.357	7	22	nd	1.386	16	1.402
Lombardia	79.504	738	15.373	1.099	96.714	750	97.464
P.A. di Bolzano	6.309	12	42	4	6.367	160	6.527
P.A. di Trento	6.969	15	438	9	7.431	192	7.623
Veneto	40.343	192	9.936	504	50.975	880	51.855
Friuli Venezia Giulia	12.380	73	976	371	13.800	118	13.918
Liguria	17.285	65	1.158	988	19.496	252	19.748
Emilia Romagna	40.457	283	8.434	15	49.189	1.971	51.160
Toscana	22.884	147	3.829	1.029	27.889	289	28.178
Umbria	4.575	26	1.261	190	6.052	32	6.084
Marche	12.103	58	421	188	12.770	577	13.347
Lazio	24.225	280	1.949	2.342	28.796	743	29.539
Abruzzo	5.367	60	263	878	6.568	179	6.747
Molise	1.716	16	53	80	1.865	44	1.909
Campania	9.894	73	1.437	3.029	14.433	508	14.941
Puglia	13.489	150	2.087	749	16.475	206	16.681
Basilicata	3.340	18	60	175	3.593	159	3.752
Calabria	6.722	19	159	253	7.153	293	7.446
Sicilia	26.701	126	703	1.686	29.216	336	29.552
Sardegna	8.380	47	363	842	9.632	167	9.799

[1] Dati 2015, fonte: *database online* I.Stat. Si tratta dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Sono compresi i servizi residenziali di tipo extra-ospedaliero (es. Centri di Riabilitazione ex art.26) ad eccezione degli *Hospice*. Sono esclusi i servizi residenziali di tipo ospedaliero e le strutture che erogano servizi semiresidenziali, diurni o ambulatoriali. Sono escluse le strutture temporanee nate per affrontare l'emergenza immigratoria

[2] Dati 2014, fonte: Ministero della Salute - *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della L. n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*, anno 2015

[3] Dati 2013, fonte: Ministero della Salute, *Annuario statistico del SSN*. Gli Istituti di riabilitazione sono quelli ex art. 26 L. 833/78

[4] Dati 2015, fonte: Ministero della Salute, *open data* su www.salute.gov.it. Sono i PL accreditati e a carico del SSN al 1° gennaio in strutture ospedaliere pubbliche, equiparate o case di cura private accreditate

Fonte: elaborazione su dati Istat e Ministero della Salute, anni vari - © C.R.E.A. Sanità

- strutture ospedaliere (posti per lungodegenza), fonte Ministero (2015).

Il totale dei posti in presidi socio-assistenziali e socio-sanitari come sopra definiti, assumendo - come nel resto del capitolo - che i valori riferiti ad anni precedenti restino invariati nel 2015, è a livello nazionale pari a 460.474, che sale a 469.626 se si prendono in considerazione per estensione,

nel senso in precedenza chiarito, anche i posti per lungodegenza nelle strutture ospedaliere. Il dettaglio regionale si può osservare nella Tabella 7.3..

Per poter effettuare dei confronti territoriali, nella Tabella 7.4. si riportano i dati sui PL standardizzati per 100.000 residenti e nella Tabella 7.5. quelli per 100.000 residenti *over 65*¹⁴.

Tabella 7.4. Posti letto per assistenza residenziale e semiresidenziale, socio-sanitaria e socio-assistenziale, compresa la lungodegenza ospedaliera, per 100.000 residenti. Anno 2015

Regioni	PL Presidi socio-sanitari e socio-assistenziali					PL lungodegenza strutture osped. [4]	Totale
	Residenziali [1]	Hospice [2]	Semiresid. socio-sanitari [3]	Istituti di riab. ex. art. 26 semiresid. [3]	Totale		
Italia	642,6	4,2	86,8	23,8	757,4	15,1	772,5
Piemonte	1.055,2	3,3	85,9	0,9	1.145,3	28,9	1.174,2
Valle d'Aosta	1.057,7	5,5	17,1	nd	1.080,3	12,5	1.092,8
Lombardia	794,8	7,4	153,7	11,0	966,9	7,5	974,4
P.A. di Bolzano	1.216,7	2,3	8,1	0,8	1.227,9	30,9	1.258,8
P.A. di Trento	1.296,8	2,8	81,5	1,7	1.382,7	35,7	1.418,5
Veneto	818,7	3,9	201,6	10,2	1.034,5	17,9	1.052,3
Friuli Venezia Giulia	1.008,9	5,9	79,5	30,2	1.124,6	9,6	1.134,2
Liguria	1.091,7	4,1	73,1	62,4	1.231,4	15,9	1.247,3
Emilia Romagna	909,0	6,4	189,5	0,3	1.105,2	44,3	1.149,5
Toscana	609,8	3,9	102,0	27,4	743,2	7,7	750,9
Umbria	511,3	2,9	140,9	21,2	676,4	3,6	680,0
Marche	780,4	3,7	27,1	12,1	823,4	37,2	860,7
Lazio	411,1	4,8	33,1	39,7	488,7	12,6	501,3
Abruzzo	403,1	4,5	19,8	65,9	493,3	13,4	506,7
Molise	547,6	5,1	16,9	25,5	595,2	14,0	609,2
Campania	168,8	1,2	24,5	51,7	246,2	8,7	254,9
Puglia	329,8	3,7	51,0	18,3	402,8	5,0	407,8
Basilicata	579,2	3,1	10,4	30,3	623,1	27,6	650,7
Calabria	340,1	1,0	8,0	12,8	361,9	14,8	376,7
Sicilia	524,4	2,5	13,8	33,1	573,8	6,6	580,4
Sardegna	503,8	2,8	21,8	50,6	579,1	10,0	589,1

[1] Dati 2015, fonte: *database online* I.Stat. Si tratta dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Sono compresi i servizi residenziali di tipo extra-ospedaliero (es. Centri di Riabilitazione ex art.26) ad eccezione degli *Hospice*. Sono esclusi i servizi residenziali di tipo ospedaliero e le strutture che erogano servizi semiresidenziali, diurni o ambulatoriali. Sono escluse le strutture temporanee nate per affrontare l'emergenza immigratoria

[2] Dati 2014, fonte: Ministero della Salute - *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della L. n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*, anno 2015

[3] Dati 2013, fonte: Ministero della Salute, *Annuario statistico del SSN*. Gli Istituti di riabilitazione sono quelli ex art. 26 L. n. 833/78

[4] Dati 2015, fonte: Ministero della Salute, *open data* su www.salute.gov.it. Sono i PL accreditati e a carico del SSN al 1° gennaio in strutture ospedaliere pubbliche, equiparate o case di cura private accreditate

Fonte: elaborazione su dati Istat e Ministero della Salute, anni vari - © C.R.E.A. Sanità

¹⁴ In tutto il capitolo, per "over 65" si intendono le persone con almeno 65 anni di età

Il valore medio Italia nei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali è pari a circa 757 PL per 100.000 residenti.

Se si considerano anche i posti per lungodegenza negli ospedali, il valore sale a 772; la grande maggioranza è rappresentata, in tutte le Regioni, dai PL nelle strutture residenziali. Le Regioni del Nord registrano un valore superiore a quello medio nazionale. Il valore più basso si osserva in Campania,

con soli 255 posti, seguita da Calabria (377), Puglia (408), Lazio (501). In testa alla classifica la P.A. di Trento, con ben 1.418 posti per 100.000 residenti (circa il doppio della media Italia).

Standardizzando il dato per la popolazione anziana, che rappresenta la quota preponderante del bisogno, il valore medio Italia dei PL per 100.000 residenti over 65 nei presidi residenziali risulta pari a circa 3.483.

Tabella 7.5. Posti letto per assistenza residenziale e semiresidenziale, socio-sanitaria e socio-assistenziale, compresa la lungodegenza ospedaliera, per 100.000 residenti di 65 anni e più. Anno 2015

Regioni	PL Presidi socio-sanitari e socio-assistenziali					PL lungodegenza strutture osped. [4]	Totale
	Residenziali [1]	Hospice [2]	Semiresid. socio-sanitari [3]	Istituti di riab. ex. art. 26 semiresid. [3]	Totale		
Italia	2.955,5	19,3	399,2	109,5	3.483,4	69,2	3.552,6
Piemonte	4.312,8	13,5	351,0	3,7	4.681,0	118,2	4.799,3
Valle d'Aosta	4.705,6	24,3	76,3	nd	4.806,2	55,5	4.861,6
Lombardia	3.675,8	34,1	710,8	50,8	4.471,5	34,7	4.506,2
P.A. di Bolzano	6.418,3	12,2	42,7	4,1	6.477,3	162,8	6.640,1
P.A. di Trento	6.262,0	13,5	393,6	8,1	6.677,1	172,5	6.849,6
Veneto	3.781,3	18,0	931,3	47,2	4.777,9	82,5	4.860,4
Friuli Venezia Giulia	4.019,3	23,7	316,9	120,4	4.480,3	38,3	4.518,6
Liguria	3.898,9	14,7	261,2	222,9	4.397,6	56,8	4.454,5
Emilia Romagna	3.877,3	27,1	808,3	1,4	4.714,1	188,9	4.903,0
Toscana	2.463,2	15,8	412,1	110,8	3.001,9	31,1	3.033,0
Umbria	2.079,3	11,8	573,1	86,4	2.750,6	14,5	2.765,2
Marche	3.287,6	15,8	114,4	51,1	3.468,7	156,7	3.625,5
Lazio	1.988,2	23,0	160,0	192,2	2.363,3	61,0	2.424,3
Abruzzo	1.782,5	19,9	87,3	291,6	2.181,4	59,5	2.240,9
Molise	2.344,8	21,9	72,4	109,3	2.548,4	60,1	2.608,5
Campania	961,4	7,1	139,6	294,3	1.402,4	49,4	1.451,8
Puglia	1.609,4	17,9	249,0	89,4	1.965,7	24,6	1.990,2
Basilicata	2.679,3	14,4	48,1	140,4	2.882,3	127,5	3.009,8
Calabria	1.681,8	4,8	39,8	63,3	1.789,6	73,3	1.862,9
Sicilia	2.636,0	12,4	69,4	166,4	2.884,2	33,2	2.917,4
Sardegna	2.334,2	13,1	101,1	234,5	2.683,0	46,5	2.729,5

[1] Dati 2015, fonte: *database online* I.Stat. Si tratta dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Sono compresi i servizi residenziali di tipo extra-ospedaliero (es. Centri di Riabilitazione ex art.26) ad eccezione degli Hospice. Sono esclusi i servizi residenziali di tipo ospedaliero e le strutture che erogano servizi semiresidenziali, diurni o ambulatoriali. Sono escluse le strutture temporanee nate per affrontare l'emergenza immigratoria

[2] Dati 2014, fonte: Ministero della Salute - *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della L. n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*, anno 2015

[3] Dati 2013, fonte: Ministero della Salute, *Annuario statistico del SSN*. Gli Istituti di riabilitazione sono quelli ex art. 26 L. n. 833/78

[4] Dati 2015, fonte: Ministero della Salute, *open data* su www.salute.gov.it. Sono i PL accreditati e a carico del SSN al 1° gennaio in strutture ospedaliero pubbliche, equiparate o case di cura private accreditate

Fonte: elaborazione su dati Istat e Ministero della Salute, anni vari - © C.R.E.A. Sanità

Il valore sale a 3.553 PL se si considera la lungodegenza ospedaliera. La grande maggioranza è rappresentata, a livello nazionale (83,2%) come regionale, dai PL nelle strutture residenziali. Di nuovo, tutte le Regioni del Nord, oltre alle Marche, registrano un valore superiore a quello medio naziona-

le. Il valore più basso si osserva in Campania, con circa 1.452 posti; seguono Calabria (1.863), Puglia (1.990), Abruzzo (2.241) e le altre Regioni del Centro-Sud. In testa alla classifica rimane la P.A. di Trento, con 6.850 posti per 100.000 residenti over 65.

Tabella 7.6. Utenti in strutture per assistenza residenziale e semiresidenziale, socio-sanitaria e socio-assistenziale. Anno 2015

Regioni	Residenziale [1]	Hospice [2]	Semiresid. socio-sanitaria [3]	Semiresid.socio- assistenziale [4]	Istituti di riab. ex. art. 26 semiresid. [3]	Totale
Italia	382.634	32.046	82.674	885.048	25.104	1.407.506
Piemonte	46.345	2.323	6.460	138.052	39	193.219
Valle d'Aosta	1.212	155	58	3.944	nd	5.369
Lombardia	79.445	11.580	23.115	134.012	4.624	252.776
P.A. di Bolzano	5.988	587	388	8.407	129	15.499
P.A. di Trento	6.953	156	1.046	12.157	5	20.317
Veneto	40.298	2.546	13.436	78.179	1.000	135.459
Friuli Venezia Giulia	12.374	322	2.728	33.067	443	48.934
Liguria	17.219	1.234	2.156	23.328	1.257	45.194
Emilia Romagna	36.805	5.371	12.185	148.954	185	203.500
Toscana	22.398	2.152	5.876	35.474	2.893	68.793
Umbria	4.555	191	1.837	24.917	170	31.670
Marche	10.446	399	757	31.927	427	43.956
Lazio	24.140	nd	2.989	76.153	3.603	106.885
Abruzzo	5.367	652	372	21.206	895	28.492
Molise	1.626	6	65	2.048	81	3.826
Campania	9.803	nd	3.426	23.082	3.027	39.338
Puglia	13.408	1.924	2.164	32.445	1.840	51.781
Basilicata	2.846	498	53	2.988	155	6.540
Calabria	6.634	283	546	5.784	1.900	15.147
Sicilia	26.514	1.667	2.391	27.678	1.869	60.119
Sardegna	8.258	nd	626	21.246	562	30.692

[1] Dati 2015, fonte: *database online* I.Stat. Si tratta dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Sono compresi i servizi residenziali di tipo extra-ospedaliero (es. Centri di Riabilitazione ex art.26) ad eccezione degli *Hospice*. Sono esclusi: i servizi residenziali di tipo ospedaliero e le strutture che erogano servizi semiresidenziali, diurni o ambulatoriali; le strutture temporanee nate per affrontare l'emergenza immigratoria

[2] Dati 2014, fonte: Ministero della Salute - *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della L. n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*, anno 2015

[3] Dati 2013, fonte: Ministero della Salute, *Annuario statistico del SSN*. Gli Istituti di riabilitazione sono quelli ex art. 26 L. n. 833/78

[4] Dati 2015, fonte: Istat, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*. Per servizi semiresidenziali socio-assistenziali si intendono quelli erogati da: centri diurni; centri diurni estivi; ludoteche/laboratori; centri di aggregazione/sociali; centri per le famiglie; centri diurni per persone con disagio mentale; centri diurni per persone senza dimora; altri centri e strutture a ciclo diurno. Il valore qui riportato è la somma di quelli riferiti alle seguenti aree di utenza:

- area famiglia e minori: interventi e servizi di supporto alla crescita dei figli e alla tutela dei minori. I beneficiari possono essere donne sole con figli, gestanti, giovani coppie, famiglie con figli, famiglie monoparentali
- area disabili: interventi e servizi per utenti con problemi di disabilità fisica, psichica o sensoriale (comprese persone affette da HIV o TBC). Le prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti rientrano nell'area "anziani"
- area anziani: interventi e servizi per migliorare la qualità della vita delle persone anziane (compresi ad es. malati di Alzheimer), favorire la loro mobilità, l'integrazione sociale e lo svolgimento delle funzioni primarie

Fonte: elaborazione su dati Istat e Ministero della Salute, anni vari - © C.R.E.A. Sanità

Utenti

La Tabella 7.6. presenta i dati sugli utenti nello "scenario allargato" adottato, presenti dunque in:

- presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (pubblici e privati), rilevati da Istat (2015)

- *Hospice* (non compresi nel punto precedente), rilevati dal Ministero della Salute (2014)
- strutture semiresidenziali socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, fonte Ministero (2013)

Tabella 7.7. Utenti in strutture per assistenza residenziale e semiresidenziale, socio-sanitaria e socio-assistenziale, per 100.000 residenti. Anno 2015

Regioni	Residenziale [1]	Hospice [2]	Semiresid. socio-sanitaria [3]	Semiresid. socio- assistenziale [4]	Istituti di riab. ex. art. 26 semiresid. [3]	Totale
Italia	629,4	52,7	136,0	1.455,8	41,3	2.315,1
Piemonte	1.047,5	52,5	146,0	3.120,2	0,9	4.367,1
Valle d'Aosta	944,7	120,8	45,2	3.074,1	nd	4.184,8
Lombardia	794,2	115,8	231,1	1.339,8	46,2	2.527,1
P.A. di Bolzano	1.154,8	113,2	74,8	1.621,4	24,9	2.989,1
P.A. di Trento	1.293,8	29,0	194,6	2.262,1	0,9	3.780,5
Veneto	817,8	51,7	272,7	1.586,6	20,3	2.749,0
Friuli Venezia Giulia	1.008,4	26,2	222,3	2.694,7	36,1	3.987,7
Liguria	1.087,6	77,9	136,2	1.473,4	79,4	2.854,5
Emilia Romagna	827,0	120,7	273,8	3.346,9	4,2	4.572,5
Toscana	596,9	57,3	156,6	945,3	77,1	1.833,2
Umbria	509,1	21,3	205,3	2.784,8	19,0	3.539,5
Marche	673,6	25,7	48,8	2.058,7	27,5	2.834,4
Lazio	409,7	nd	50,7	1.292,4	61,1	1.813,9
Abruzzo	403,1	49,0	27,9	1.592,6	67,2	2.139,7
Molise	518,9	1,9	20,7	653,6	25,8	1.221,0
Campania	167,2	nd	58,4	393,8	51,6	671,1
Puglia	327,8	47,0	52,9	793,3	45,0	1.266,0
Basilicata	493,6	86,4	9,2	518,2	26,9	1.134,2
Calabria	335,6	14,3	27,6	292,6	96,1	766,3
Sicilia	520,7	32,7	47,0	543,5	36,7	1.180,6
Sardegna	496,5	nd	37,6	1.277,4	33,8	1.845,3

[1] Dati 2015, fonte: *database online* I.Stat. Si tratta dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Sono compresi i servizi residenziali di tipo extra-ospedaliero (es. Centri di Riabilitazione ex art.26) ad eccezione degli *Hospice*. Sono esclusi: i servizi residenziali di tipo ospedaliero e le strutture che erogano servizi semiresidenziali, diurni o ambulatoriali; le strutture temporanee nate per affrontare l'emergenza immigratoria

[2] Dati 2014, fonte: Ministero della Salute - *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della L. n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*, anno 2015

[3] Dati 2013, fonte: Ministero della Salute, *Annuario statistico del SSN*. Gli Istituti di riabilitazione sono quelli ex art. 26 L. n. 833/78

[4] Dati 2015, fonte: Istat, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*. Per servizi semiresidenziali socio-assistenziali si intendono quelli erogati da: centri diurni; centri diurni estivi; ludoteche/laboratori; centri di aggregazione/sociali; centri per le famiglie; centri diurni per persone con disagio mentale; centri diurni per persone senza dimora; altri centri e strutture a ciclo diurno. Il valore qui riportato è la somma di quelli riferiti alle seguenti aree di utenza:

- area famiglia e minori: interventi e servizi di supporto alla crescita dei figli e alla tutela dei minori. I beneficiari possono essere donne sole con figli, gestanti, giovani coppie, famiglie con figli, famiglie monoparentali
- area disabili: interventi e servizi per utenti con problemi di disabilità fisica, psichica o sensoriale (comprese persone affette da HIV o TBC). Le prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti rientrano nell'area "anziani"
- area anziani: interventi e servizi per migliorare la qualità della vita delle persone anziane (compresi ad es. malati di Alzheimer), favorire la loro mobilità, l'integrazione sociale e lo svolgimento delle funzioni primarie

Fonte: elaborazione su dati Istat e Ministero della Salute, anni vari - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 7.8. Utenti in strutture per assistenza residenziale e semiresidenziale, socio-sanitaria e socio-assistenziale, per 100.000 residenti di 65 anni e più. Anno 2015

Regioni	Residenziale [1]	Hospice [2]	Semiresid. socio-sanitaria [3]	Semiresid. socio- assistenziale [4]	Istituti di riab. ex. art. 26 semi- resid. [3]	Totale
Italia	2.894,6	242,4	625,4	6.695,2	189,9	10.647,5
Piemonte	4.281,1	214,6	596,7	12.752,6	3,6	17.848,7
Valle d'Aosta	4.202,8	537,5	201,1	13.676,4	nd	18.617,8
Lombardia	3.673,1	535,4	1.068,7	6.195,9	213,8	11.686,9
P.A. di Bolzano	6.091,7	597,2	394,7	8.552,7	131,2	15.767,5
P.A. di Trento	6.247,6	140,2	939,9	10.923,6	4,5	18.255,7
Veneto	3.777,1	238,6	1.259,4	7.327,7	93,7	12.696,5
Friuli Venezia Giulia	4.017,3	104,5	885,7	10.735,5	143,8	15.886,8
Liguria	3.884,0	278,3	486,3	5.262,0	283,5	10.194,3
Emilia Romagna	3.527,3	514,7	1.167,8	14.275,3	17,7	19.502,8
Toscana	2.410,8	231,6	632,5	3.818,3	311,4	7.404,7
Umbria	2.070,2	86,8	834,9	11.324,8	77,3	14.394,0
Marche	2.837,5	108,4	205,6	8.672,4	116,0	11.939,8
Lazio	1.981,2	nd	245,3	6.249,9	295,7	8.772,2
Abruzzo	1.782,5	216,5	123,6	7.043,1	297,3	9.462,9
Molise	2.221,8	8,2	88,8	2.798,5	110,7	5.228,0
Campania	952,6	nd	332,9	2.242,9	294,1	3.822,5
Puglia	1.599,7	229,6	258,2	3.871,1	219,5	6.178,1
Basilicata	2.283,0	399,5	42,5	2.397,0	124,3	5.246,4
Calabria	1.659,8	70,8	136,6	1.447,1	475,4	3.789,6
Sicilia	2.617,5	164,6	236,0	2.732,4	184,5	5.935,0
Sardegna	2.300,3	nd	174,4	5.918,1	156,5	8.549,2

[1] Dati 2015, fonte: *database online* I.Stat. Si tratta dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Sono compresi i servizi residenziali di tipo extra-ospedaliero (es. Centri di Riabilitazione ex art.26) ad eccezione degli Hospice. Sono esclusi: i servizi residenziali di tipo ospedaliero e le strutture che erogano servizi semiresidenziali, diurni o ambulatoriali; le strutture temporanee nate per affrontare l'emergenza immigratoria

[2] Dati 2014, fonte: Ministero della Salute - *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della L. n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*, anno 2015

[3] Dati 2013, fonte: Ministero della Salute, *Annuario statistico del SSN*. Gli Istituti di riabilitazione sono quelli ex art. 26 L. n. 833/78

[4] Dati 2015, fonte: Istat, *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*. Per servizi semiresidenziali socio-assistenziali si intendono quelli erogati da: centri diurni; centri diurni estivi; ludoteche/laboratori; centri di aggregazione/sociali; centri per le famiglie; centri diurni per persone con disagio mentale; centri diurni per persone senza dimora; altri centri e strutture a ciclo diurno. Il valore qui riportato è la somma di quelli riferiti alle seguenti aree di utenza:

- area famiglia e minori: interventi e servizi di supporto alla crescita dei figli e alla tutela dei minori. I beneficiari possono essere donne sole con figli, gestanti, giovani coppie, famiglie con figli, famiglie monoparentali
- area disabili: interventi e servizi per utenti con problemi di disabilità fisica, psichica o sensoriale (comprese persone affette da HIV o TBC). Le prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti rientrano nell'area “anziani”
- area anziani: interventi e servizi per migliorare la qualità della vita delle persone anziane (compresi ad es. malati di Alzheimer), favorire la loro mobilità, l'integrazione sociale e lo svolgimento delle funzioni primarie

Fonte: elaborazione su dati Istat e Ministero della Salute, anni vari - © C.R.E.A. Sanità

- Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/788 (solo la parte semiresidenziale, perché quella residenziale è compresa nel primo punto); fonte Ministero (2013)
- strutture semiresidenziali a carattere socio-as-

sistenziale, rilevate nella Indagine Istat sui Comuni (2015). In particolare, sono stati sommati i valori relativi ad anziani, disabili, famiglia e minori che si rivolgono a: centri diurni; centri diurni estivi; ludoteche/laboratori; centri di

aggregazione/sociali; centri per le famiglie; centri diurni per persone con disagio mentale; centri diurni per persone senza dimora; altri centri e strutture a ciclo diurno¹⁵.

Per l'anno 2015, a livello nazionale, gli utenti ospiti delle strutture analizzate sono stati pari a 1.407.506. Il dettaglio regionale si può osservare nella Tabella 7.6.. Per poter effettuare dei confronti territoriali, nella Tabella 7.7. si riportano i dati standardizzati per 100.000 residenti e nella Tabella 7.8. per 100.000 residenti over 65.

Il valore medio Italia è pari a circa 2.315 ospiti per 100.000 residenti. Il 62,9% è rappresentato dagli ospiti nelle strutture semiresidenziali.

Le Regioni del Nord, più Marche e Umbria, registrano un valore superiore a quello medio nazionale. Il valore più basso si osserva in Campania, con 671 utenti, seguita da Calabria (766), Basilicata (1.134), Sicilia (1.181).

In testa alla classifica la Regione Emilia Romagna, con 4.573 utenti per 100.000 residenti (circa il doppio della media Italia).

Standardizzando il dato per la popolazione di 65 anni e più, il valore medio Italia risulta di 10.648 utenti per 100.000 residenti. La maggioranza (62,9%) è rappresentata anche in questo caso dagli utenti delle strutture semiresidenziali socio-assistenziali.

Ancora le Regioni del Nord (più Marche e Umbria ma esclusa la Liguria) registrano un valore superiore a quello medio nazionale.

Il valore più basso si osserva in Calabria, con circa 3.790 utenti per 100.000 residenti; seguono Campania (3.823), Molise (5.228) Basilicata (5.246). In testa alla classifica la Regione Emilia Romagna (19.503), seguita, con un valore superiore a 18.000, da Valle d'Aosta e P.A. di Trento.

7.4. Il quadro internazionale

In base all'ultimo aggiornamento fornito da OECD

(rilasciato nel giugno 2018), con riferimento ai PL in strutture residenziali che erogano LTC, nel 2016 - sui 18 Paesi europei di cui si dispone del dato - l'Italia è al 16° (terz'ultimo) posto con 4,0 PL per 1.000 residenti, valore pressoché stabile nell'ultimo triennio e in crescita rispetto ai 2,9 posti nel 2005 (Figura 7.1.).

Il numero maggiore di PL per 1.000 residenti nel 2016 si registra in Olanda (12,9), Svezia (12,8), Finlandia (12,0) e Germania (11,4). In tutti gli altri Paesi osservati non si raggiungono i 10,0 posti per 1.000 residenti. Il tasso inferiore si osserva in Polonia (1,9), seguita dalla Lettonia (2,7).

Nel triennio 2013-2016 non si registrano variazioni di rilievo; si evidenzia la crescita del +13,6% della Slovacchia (da 6,6 a 7,5 posti per 1.000 residenti) e la diminuzione del -28,9% della Lettonia.

Come anticipato, il dato Italia che viene fornito da OECD ha come fonte il Ministero della Salute, e considera dunque solo le strutture residenziali socio-sanitarie pubbliche e private accreditate. Come avvertito nei paragrafi precedenti, però, per altri Paesi i dati sembrerebbero essere più completi.

Posto che, allo stato attuale, è comunque impossibile ottenere una uniformità accettabile dei dati tra i vari Paesi, si è voluto rianalizzare la questione adottando lo "scenario allargato", come in precedenza definito, onde verificare se e come si modificherebbe la posizione del nostro Paese in Europa.

In particolare, sono state effettuate due stime per il valore Italia (tratte dalle tabelle illustrate in precedenza):

- la "stima 1" comprende tutti i posti in strutture residenziali pubbliche e private, accreditate e non, socio-sanitarie e socio-assistenziali, compresi gli *Hospice* (anno 2015, fonte Istat e Ministero). I PL per 1.000 residenti così calcolati passano da 4,0 (valore dichiarato da OECD, fonte Ministero) a 6,5, ma l'Italia guadagna un solo posto in classifica (superando l'Irlanda e raggiungendo il 15° posto)
- la "stima 2" aggiunge ai valori della "stima 1"

¹⁵ Il dato potrebbe essere sovrastimato, a causa di possibili duplicazioni di alcuni valori

i posti nelle strutture semiresidenziali e i posti per lungodegenza nelle strutture ospedaliere. In questo modo, considerando dunque per estensione tutta la rete assistenziale ricavabile, con qualche difficoltà di integrazione e con tutte le limitazioni del caso, dalle varie fonti esistenti, il valore Italia passerebbe da 6,5 a 7,7 posti per 1.000 residenti. Il nostro Paese raggiungerebbe così l'11° posto, a pari merito con l'Austria.

Considerando le singole Regioni in base alla "stima 2", risulta evidente la forte variabilità: la Campania con 2,5 posti registrerebbe un valore simile alla Lettonia (2,7), penultima in classifica, mentre la Basilicata (6,5) si avvicinerebbe a quello dell'Irlanda (6,4). Le Regioni del Nord Italia registrano i valori più alti: la Lombardia (9,7) sarebbe paragonabile alla Francia (9,8), quinta in classifica, mentre il Friuli Venezia Giulia (11,3) e l'Emilia Romagna (11,5) alla Germania (11,4), quarta. La P.A. di Trento, con i suoi 14,2 PL per 1.000 residenti, sarebbe in testa alla

classifica OECD, seguita dall'Olanda (12,9).

Considerando il numero di PL per 1.000 abitanti di 65 anni e più (Figura 7.2.), con il valore Italia fornito da OECD, il *ranking* è analogo a quello visto nella Figura 7.1.: nel 2016 l'Italia resta al terz'ultimo posto, con 18,5 PL per 1.000 abitanti (valore stabile nell'ultimo triennio e in crescita rispetto ai 15,0 posti del 2005). Il numero maggiore di PL per 1.000 abitanti over 65 nel 2016 si registra in Olanda (71,0), Svezia (65,0) e Finlandia (58,9). Il tasso inferiore si osserva ancora in Polonia (12,0), sempre seguita dalla Lettonia (13,9).

Considerando la "stima 1", come prima definita, il dato Italia passerebbe da 18,5 a 29,7, un valore non sufficiente per consentire al nostro Paese di avanzare nella classifica. Anche se si considerasse la più completa "stima 2", la media italiana - pari a 35,5 posti per 1.000 residenti over 65 - resterebbe al terz'ultimo posto, avvicinandosi, senza superarlo, al dato della Lituania (36,1).

Figura 7.1. Posti letto in strutture residenziali che erogano Long Term Care in Europa, per 1.000 residenti

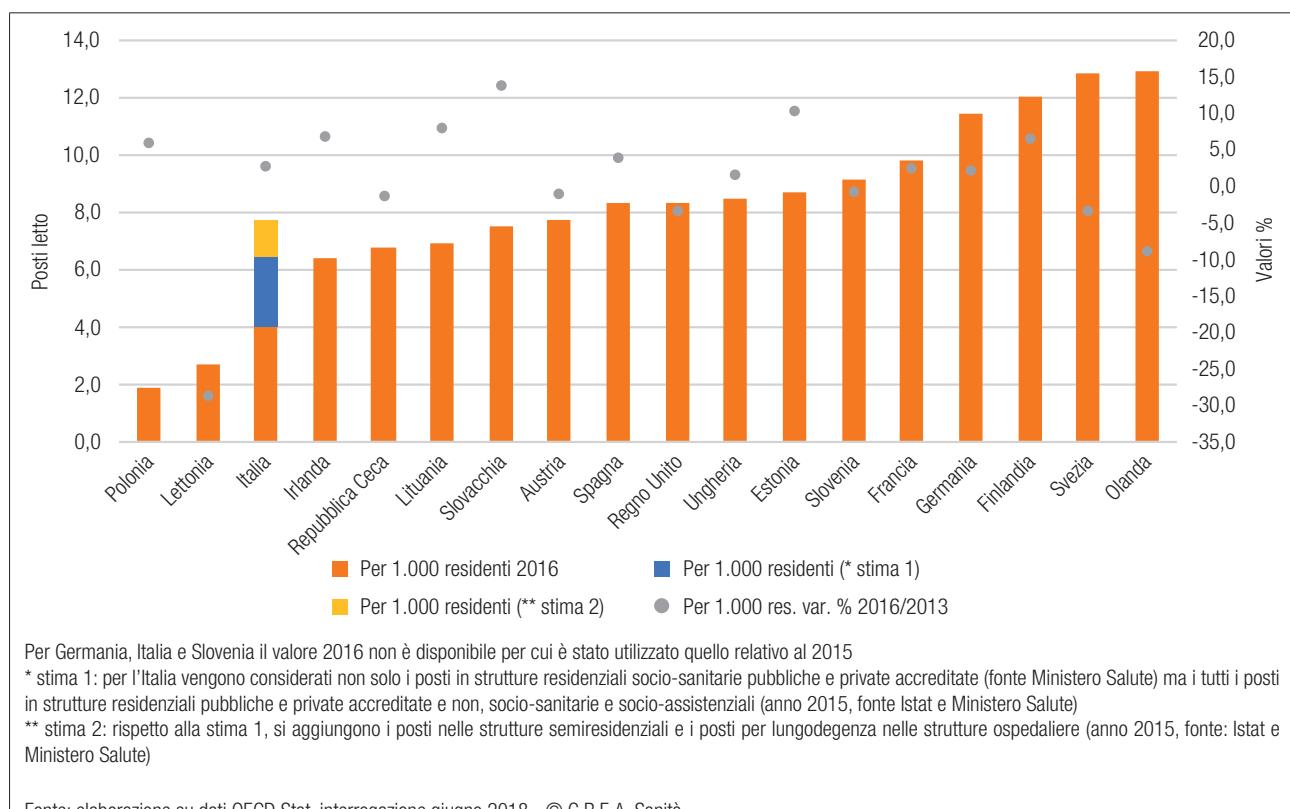
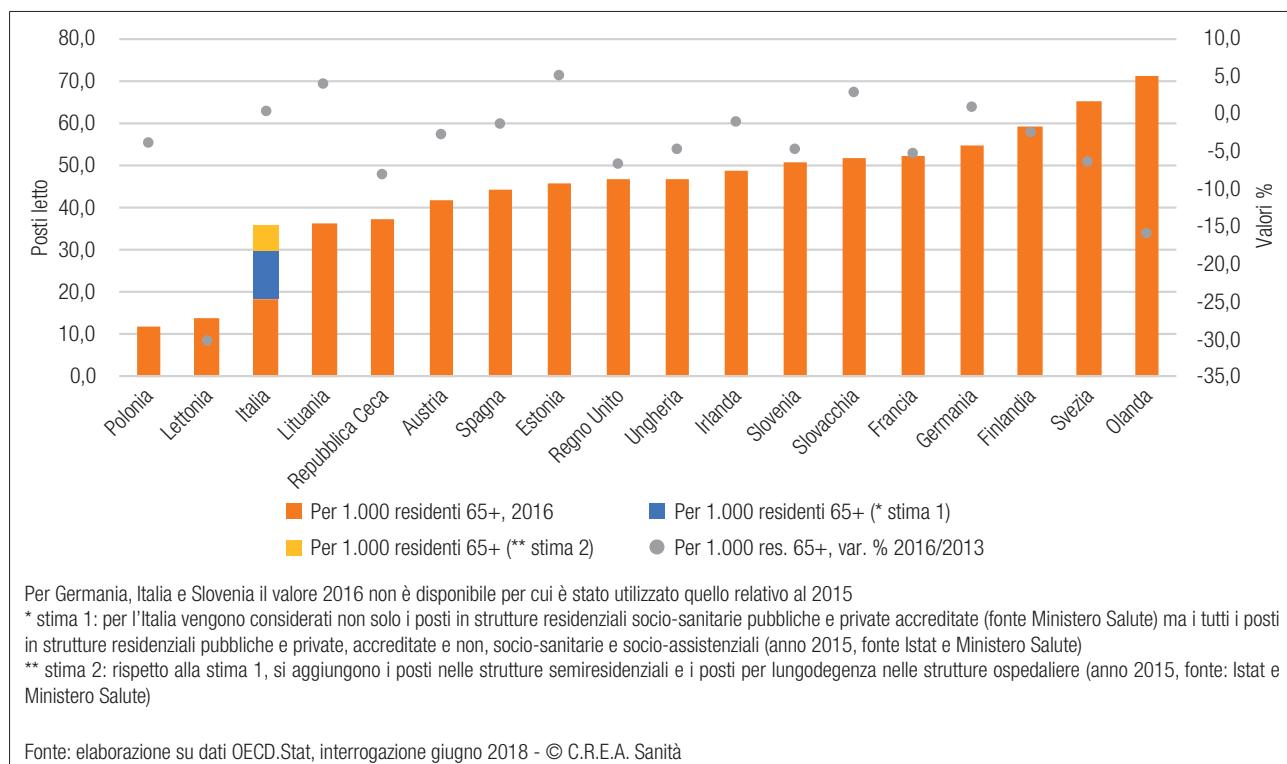
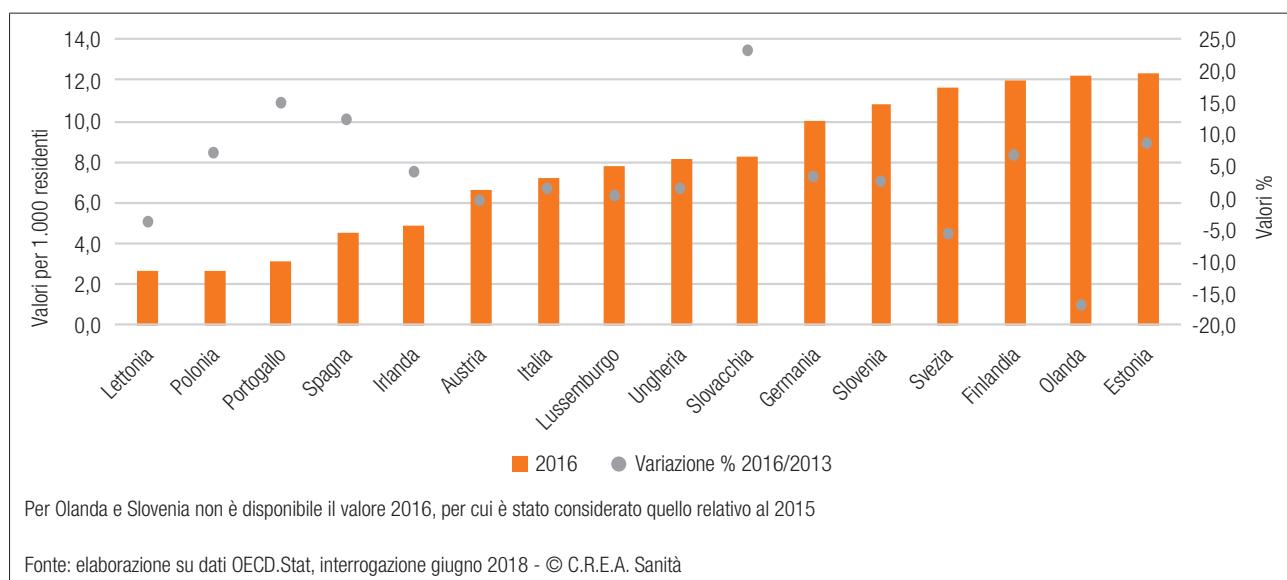


Figura 7.2. Posti letto in strutture residenziali che erogano Long Term Care in Europa, per 1.000 residenti di 65 anni e più**Figura 7.3. Assistiti in strutture residenziali che erogano Long Term Care in Europa**

A livello regionale, in base alla "stima 2" la Campania (14,5 posti) registrerebbe un valore prossimo a quello della Lettonia (13,9), penultima nella classifica internazionale. Tutte le Regioni del Centro-Sud registrerebbero un valore inferiore (prossimo, nel caso delle Marche) a quello della Lituania (36,1),

quart'ultima in classifica. E ancora: tutte le Regioni del Nord supererebbero la Spagna; solo la P.A. di Bolzano (66,4) e di Trento (68,5) balzerebbero davanti a Francia, Germania, Finlandia e Svezia, che si trovano nelle prime posizioni della classifica. Nessuna Regione italiana registrerebbe un valore superio-

re a quello dell'Olanda, in prima posizione con 71,0 PL per 1.000 residenti di 65 anni e più.

Con riferimento agli assistiti in strutture residenziali che forniscono LTC (Figura 7.3.), nel 2016 l'Italia - in base al dato fornito da OECD su 16 Paesi EU - registrerebbe 7,3 assistiti per 1.000 residenti (stabile nel triennio, in crescita rispetto ai 5 utenti del 2005). Il valore più alto lo registrano, a pari merito, Estonia e Olanda (12,3 assistiti per 1.000 residenti), quello più basso Lettonia e Polonia con 2,7 per 1.000.

Come già osservato per i PL, nel triennio 2013-2016 non si registrano variazioni di rilievo; si evidenziano la crescita del +22,9% della Slovacchia (da 6,7 a 8,3 posti per 1.000 abitanti) e la diminuzione del -17,2% dell'Olanda (da 14,8 a 12,3 posti).

Per gli utenti, la "stima 1" consiste nel considerare gli ospiti di strutture residenziali pubbliche e private, socio-sanitarie e socio-assistenziali, compresi gli *Hospice* (come illustrato nella Tabella 7.7.). In questo caso il valore Italia sarebbe pari a 6,8 utenti per 1.000 residenti, rimanendo prossimo a quello fornito da OECD. La "stima 2" aggiunge agli utenti della "stima 1" quelli delle strutture semiresidenziali socio-sanitarie (compresi gli Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/78) e socio-assistenziali (in base alla Indagine Istat sui Comuni). In base alla "stima 2", si salirebbe in totale a 23,2 utenti per 1.000 residenti, un valore di gran lunga superiore quello di tutti i Paesi europei considerati nel confronto internazionale. Se invece si aggiungessero alla "stima 1" i soli utenti delle strutture semiresidenziali socio-sanitarie, si arriverebbe a 8,2 utenti. Questo sembra far pendere per il fatto che l'assistenza semiresidenziale socio-assistenziale non sia presa in considerazione nel confronto OECD.

7.5. Conclusioni

In Italia, con una popolazione soggetta ad un costante processo di invecchiamento, inevitabilmente si dovranno prendere in carico persone con bisogni sempre più multi-fattoriali; a ciascun problema sociale non risolto si associa infatti un problema sanitario e viceversa; occorrerà dunque potenziare un continuum tra sanitario e sociale, non solo per gli anziani

ma anche per le altre categorie fragili (oltre ad una persona anziana che vive sola, si pensi ad una persona con disabilità, alle nuove forme di dipendenza e a quelle da sostanze, a un bambino a cui non sono assicurate cure adeguate in famiglia, a bisogni di integrazione e accoglienza, alla tutela della salute mentale già a partire dai primi anni di vita).

L'offerta di assistenza socio-sanitaria e sociale può essere prestata in varie forme e con vari strumenti; in questo capitolo sono stati presi in considerazione i servizi forniti dalle strutture residenziali e semiresidenziali, socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Va evidenziato innanzitutto come i dati sul tema restino poco aggiornati e molto frammentati; la mancanza di un unico flusso di rilevazione non permette di studiare il fenomeno nella sua completezza.

In tale contesto, qualora manchi la presa in carico in ambito socio-sanitario o sociale, c'è il rischio di una transizione degli utenti verso altre tipologie di interventi di tipo sanitario (es. ricoveri ospedalieri in medicina piuttosto che "badanti"), in maniera più o meno appropriata. Una giusta risposta del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale, che riesca a coprire e soddisfare l'intero fabbisogno delle persone più fragili che necessiterebbero di tali servizi, è dunque fondamentale per evitare il ricorso improprio alle altre tipologie di interventi.

In estrema sintesi e con tutte le approssimazioni del caso, considerando i tre *target* principali di bisogno (anziani non autosufficienti, minori e adulti disabili e minori con disagio), nel 2015 si riscontrerebbero in Italia oltre 4.000.000 di soggetti eleggibili (bisogno potenziale) e poco più di 1.300.000 utenti (32,5%) effettivamente presi in carico dalle strutture residenziali e semiresidenziali, socio-sanitarie e sociali (qui non vengono considerati l'assistenza domiciliare e le prestazioni in denaro). In particolare, tralasciando i minori con disagio a causa della difficoltà di stima per mancanza di fonti di riferimento, si riscontrerebbero oltre 2.880.000 anziani non autosufficienti (bisogno potenziale), con poco più di 600.000 (quasi il 21,0%) in carico ai servizi considerati nelle nostre analisi. La percentuale scenderebbe quasi al 16,0% per il *target* "disabili" (quasi 700.000 persone

rappresenterebbero la stima del bisogno, mentre sarebbero circa 111.000 gli utenti presi in carico).

Con riferimento alla rete di offerta, integrando le varie fonti si arriva a stimare che i PL, in Italia, siano 469.626 (comprendendo, in uno “scenario allargato”, non solo i posti in strutture residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie - compresi Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/78 e *Hospice* - ma anche i posti per la lungodegenza ospedaliera, una tipologia di offerta che ci sembra possa, di fatto, essere intesa almeno in parte come integrazione di quella residenziale).

Standardizzando per la popolazione, si tratterebbe di circa 7,7 posti per 1.000 residenti.

Secondo i dati forniti da OECD, l’Italia con 4,0 posti per 1.000 residenti sarebbe al terz’ultimo posto in Europa (16° in una classifica di 18 Paesi UE, quelli di cui viene fornito il dato aggiornato), mentre in base alla nostra stima, che comprende lo “scenario allargato” nel senso precedentemente chiarito, il nostro Paese passerebbe all’11° posto a pari merito con l’Austria, restando comunque in una posizione piuttosto bassa rispetto agli altri grandi Paesi europei.

Interessante il confronto territoriale, che mostra la convivenza di eccellenze con situazioni più difficili: le Regioni del Centro-Sud, ad eccezione delle Marche, registrano un valore inferiore alla media nazionale. Ad esempio, allora, la Campania con 2,5 posti registrerebbe, pur considerando l’offerta nello “scenario allargato”, un valore simile alla Lettonia (2,7), penultima in classifica, mentre la Basilicata (6,5) si avvicinerebbe a quello dell’Irlanda (6,4). Le Regioni del Nord Italia registrano i valori più alti: quello della Lombardia (9,7) diventerebbe paragonabile a quello della Francia (9,8), quinta in classifica, mentre quello del Friuli Venezia Giulia (11,3) e dell’Emilia Romagna (11,5) sarebbe paragonabile a quello della Germania (11,4), quarta. La P.A. di Trento, con i suoi 14,2 PL per 1.000 residenti, sarebbe l’unica Regione a superare il Paese in testa alla classifica OECD (Olanda, con 12,9).

Da questo esercizio si ricava dunque che pur ampliando, ove possibile, i dati considerati rispetto a quelli forniti da OECD, arrivando anche ad integrare l’offerta residenziale e semiresidenziale con quella di

lungodegenza ospedaliera, comunque permane una importante carenza di offerta in Italia (in termini di PL e anche di utenti) rispetto agli altri Paesi europei, con valori stabili nell’ultimo triennio (malgrado una tendenza alla crescita negli ultimi 10 anni).

Riferimenti bibliografici

- Cergas-SDA Bocconi (2017), *Rapporto OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano) 2017*
- Istat (2018), *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari - anni 2015 e 2013*, su I.Stat, interrogazione settembre 2018
- Istat (2018), *Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati – anno 2015*, su I.Stat, interrogazione settembre 2018
- Istat (2017), *L’integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado statali e non statali*, anni vari
- Istat (2015), *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi*, anno 2013
- Istat (2014), *Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione*, anni 2012-2013
- Ministero della Salute (2018), D.G. Programmazione sanitaria, *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2016*
- Ministero della Salute (2017), D.G. della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, *Posti letto per struttura ospedaliera – anno 2015*, open data su <http://www.dati.salute.gov.it/>
- Ministero della Salute (2017), D.G. Programmazione sanitaria, *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2015*
- Ministero della Salute (2016), D.G. Sistema Informativo e Statistico Sanitario, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2013*
- Ministero della Salute (2015), *Rapporto al Parlamento “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore - anno 2015”*
- OECD (2018), *database Oecd.Stat* (aggiornamento giugno 2018)

APPENDICE STATISTICA

Un'analisi regionale dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

In questa questa appendice vengono presentate analisi di dettaglio basate sui dati Istat rilevati nell'indagine 2015 *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*.

Si tratta attualmente della fonte più aggiornata che fornisce maggiori dettagli, essendo comprese non solo le strutture a carattere prettamente sanitario, ma anche quelle socio-assistenziali, non solo pubbliche e private accreditate ma anche private non accreditate. Vale la pena di ricordare, di contro, che la rilevazione Istat in argomento non considera le strutture semiresidenziali, e che il tasso di non risposta dell'indagine si aggira intorno al 20,0%. Per completezza, si evidenzia inoltre che nel mese di settembre 2018 il Ministero della Salute ha reso noti alcuni indicatori in tema di assistenza residenziale e semiresidenziale, illustrati nei *Key Indicators* in fondo al capitolo.

Con i caveat espressi, secondo l'indagine Istat al 31.12.2015 risultavano 12.828 i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia; essi disponevano complessivamente di 390.688 PL (di cui oltre il 73% per la funzione socio-sanitaria) e le persone assistite sono state 382.684 (pari a circa 630 ogni 100.000 residenti: quasi 288 mila persone (75,2%) con almeno 65 anni, oltre 73 mila (19,3%) con un'età compresa tra i 18 e i 64 anni, e poco più di 21 mila (5,5%) giovani con meno di 18 anni).

Gli ospiti anziani non autosufficienti ammontano a oltre 218 mila. Più della metà degli anziani risulta ultra ottantacinquenne, e in tre casi su quattro il genere è femminile.

Tra gli adulti (18-64 anni) prevalgono invece gli uomini, che costituiscono il 63,0% del totale. Il motivo del ricovero è legato soprattutto alla presenza di disabilità o di patologie psichiatriche (circa il 66,0% di tutti gli ospiti adulti).

Complessivamente sono stati circa 21.000 i minori assistiti, il 36,0% dei quali è stato accolto nelle strutture per problemi legati al nucleo familiare (incapacità educativa, problemi economici o psicofisici dei familiari, etc.); il 24,0% è costituito da stranieri non

accompagnati.

Risultano 14.000 i minori dimessi dalle strutture in esame nel corso del 2015. Il 28,5% di essi risulta rientrato in famiglia di origine, mentre l'8,1% è stato dato in affido o adottato; l'8,8% è stato reso autonomo; il 31,0% è stato trasferito in altre strutture residenziali; il 13,9% si è allontanato spontaneamente dalla struttura residenziale in cui si trovava.

Per finire, negli ultimi anni gli stranieri ospiti dei presidi sono aumentati sensibilmente: da meno di 17 mila nel 2013 hanno superato i 21 mila nel 2015. L'aumento è dovuto principalmente ai minori che, solo negli ultimi 2 anni, hanno avuto un incremento di oltre il 40,0%. Come è lecito aspettarsi, alta è la concentrazione nelle Isole, principali punti d'ingresso degli immigrati.

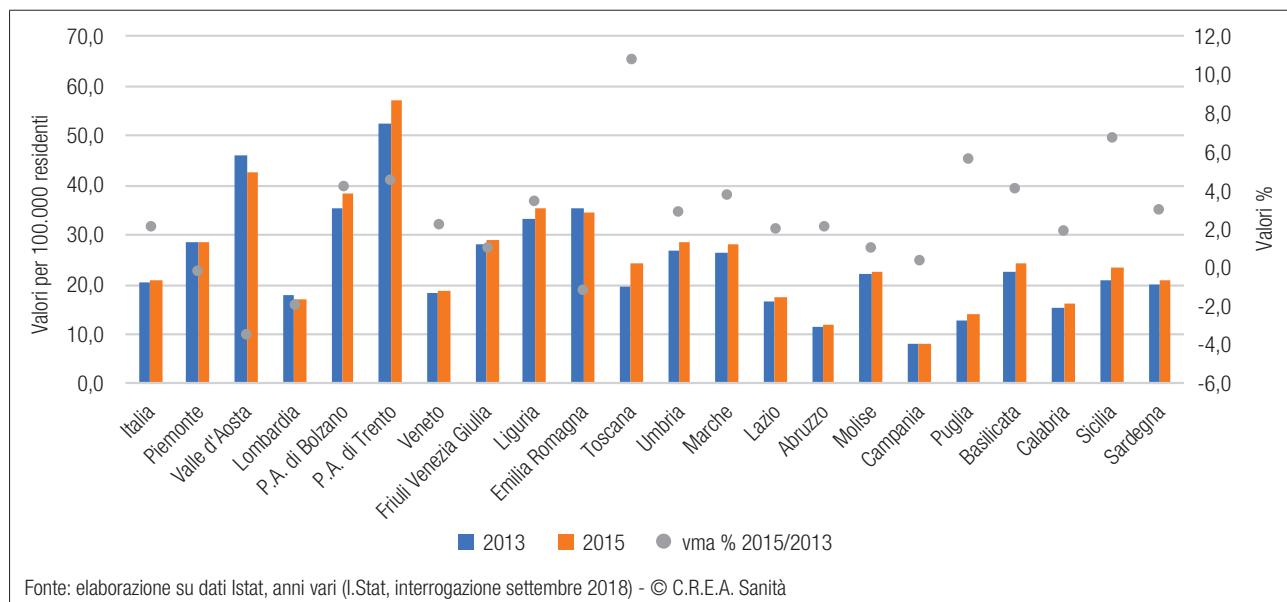
Nelle figure dalla 7A.1. alla 7A.13. vengono effettuati dei confronti di dettaglio tra le Regioni su alcuni degli indicatori più significativi. Si avvisa che nel confronto tra 2013 e 2015 eventuali variazioni possono derivare da alcuni cambiamenti nei criteri di classificazione dei *target* di utenza adottati nell'indagine per l'anno 2014.

I Presidi

Come anticipato, nel 2015 i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ammontavano a 12.828, con una variazione media annua (vma) rispetto al 2013 pari al +2,3%.

Standardizzando i dati per 100.000 residenti, la Figura 7A.1. mostra un valore medio nazionale pari a circa 21 (con una vma rispetto al 2013 del +2,0%, con una nota a margine sulla confrontabilità temporale); la variabilità regionale è evidente, con un gradiente a favore di molte delle Regioni settentrionali. Si va dagli 8 presidi per 100.000 residenti della Campania (dato stabile rispetto al 2013) ai 57 per 100.000 della P.A. di Trento (con una vma del +4,5% tra il 2013 e il 2015). La crescita maggiore si osserva in Toscana (vma +10,7%). Il calo più importante in Valle d'Aosta (-3,6%).

Figura 7A.1. Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

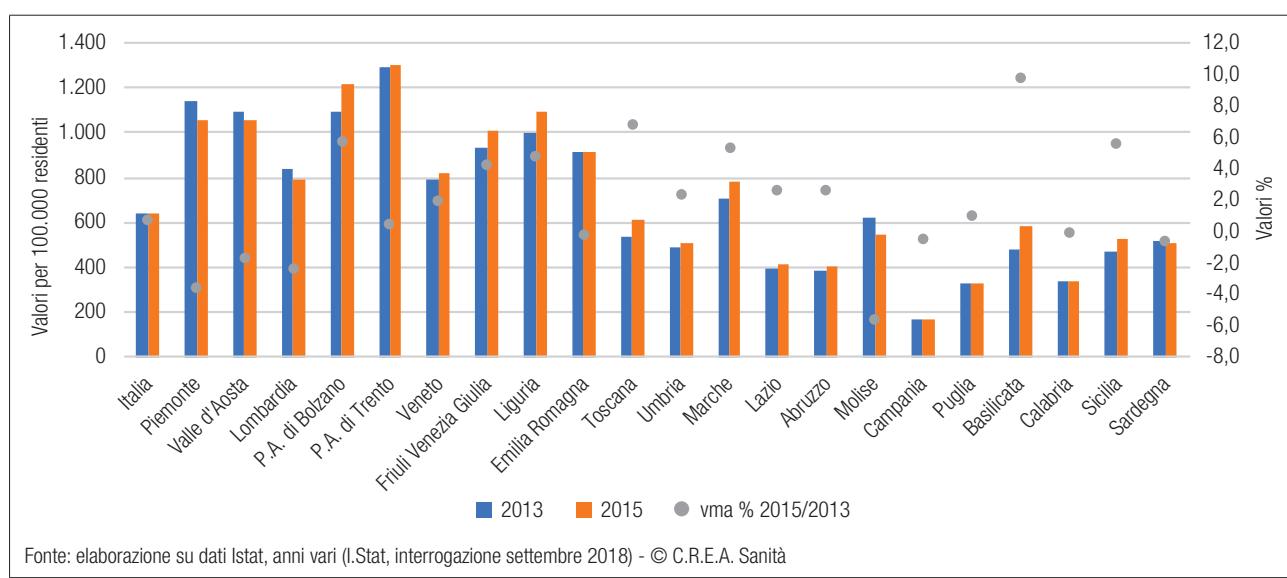
I posti letto operativi

I PL operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ammontavano a 390.688, in leggera crescita rispetto al 2013 (vma +0,8%).

Il valore medio nazionale era pari a 643 posti per 100.000 residenti (Figura 7A.2.), in diminuzione rispetto al 2014 (quando erano 657) ma comunque

con una vma positiva e pari al +0,6% rispetto al 2013; la variabilità regionale è evidente, come per i presidi, con un gradiente a favore delle Regioni del Nord Italia. Si va dai 169 posti per 100.000 residenti della Campania (sostanzialmente stabili rispetto al 2013, vma -0,7%) ai 1.297 della P.A. di Trento (vma +0,3%).

Figura 7A.2. Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

L'aumento più consistente si registra in Basilicata (si va dai 483 posti del 2013 ai 579 del 2015, con una vma del +9,5%). Si evidenzia anche la variazione positiva registrata in Toscana (vma +6,6%). La Regione in cui si osserva il maggior calo, invece, è il Molise (che passa dai 617 posti per 100.000 residenti del

2013 ai 548 del 2015, vma -5,8%).

Standardizzando il numero dei PL per la popolazione anziana (Figura 7A.3.), il valore medio nazionale per 100.000 residenti di 65 anni e più è pari a 2.955, in diminuzione rispetto al 2013 (vma -0,9%).

Figura 7A.3. Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per popolazione anziana. Anno 2015

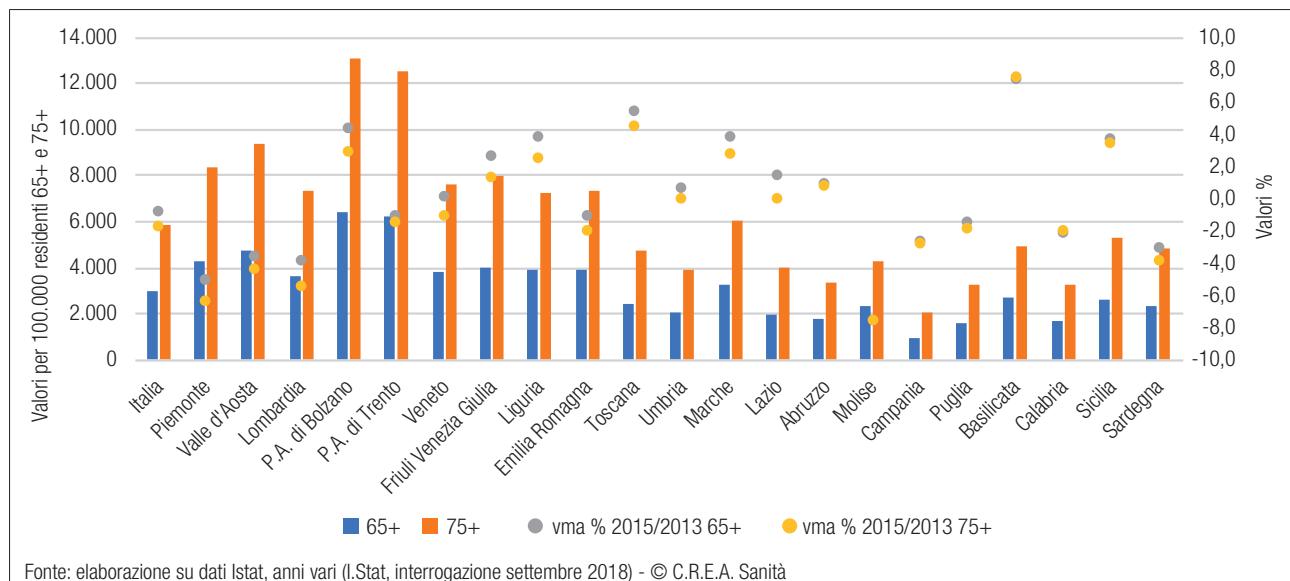


Figura 7A.4. Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, ripartizione per tipo di utenza. Anno 2015

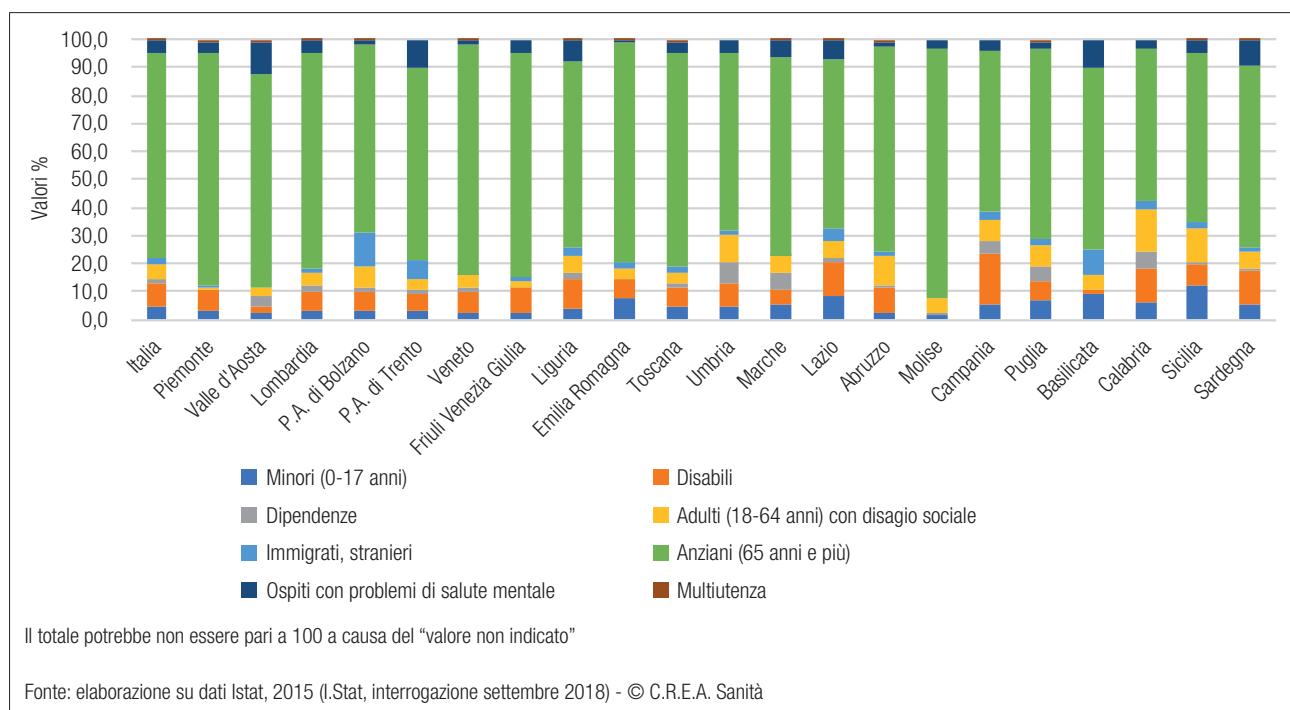
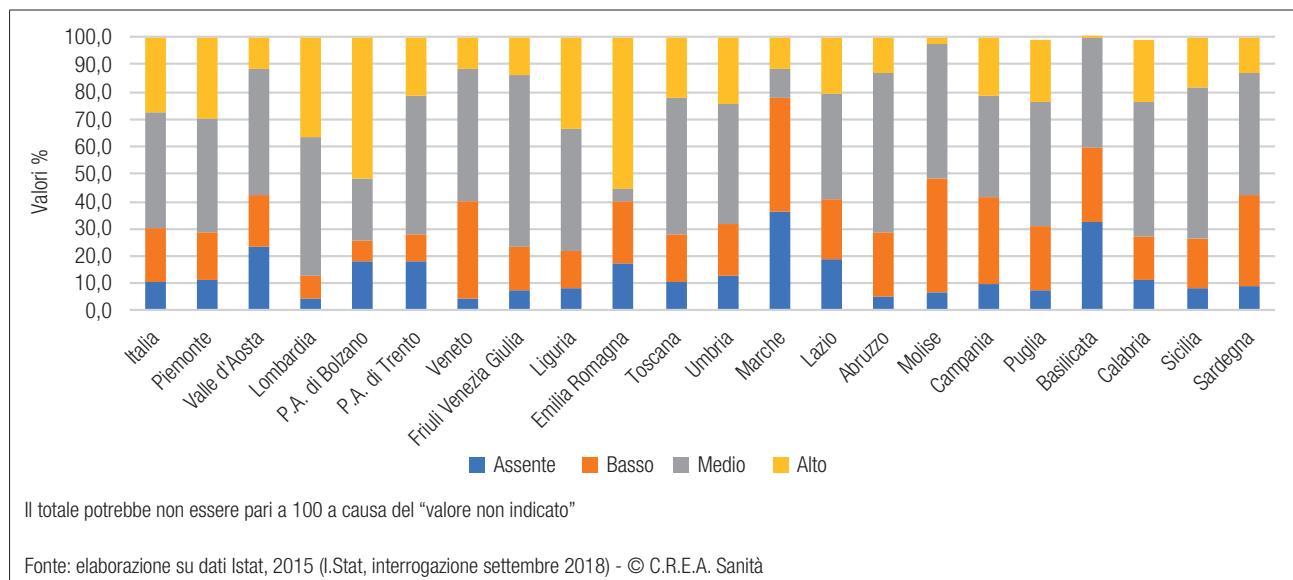


Figura 7A.5. Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, ripartizione per livello di assistenza sanitaria. Anno 2015



La maggiore concentrazione si osserva nelle Regioni settentrionali. La forbice è piuttosto rilevante: si va dai 961 posti in Campania (in diminuzione del -2,7% annuo) ai 6.418 della P.A. di Bolzano (con un aumento medio del +4,3% annuo).

Si segnala la vma del +7,3% registrata in Basilicata e quella negativa del -7,7% osservata in Molise.

Se invece si standardizza con la popolazione di almeno 75 anni, il valore medio Italia per l'anno 2015 sale a 5.835 posti per 100.000 anziani (in diminuzione del -1,9% medio annuo rispetto al 2013). La concentrazione dei posti nel Settentrione resta evidente, così come l'ampiezza della forbice tra Regioni: si passa infatti dai 2.037 posti della Campania (vma -3,0% rispetto al 2013) ai 13.084 della P.A. di Bolzano (aumento medio annuo del +2,7%).

Si noti come (Figura 7A.4.) 286.889 dei 390.688 PL operativi nei presidi rilevati da Istat, pari al 73,4%, siano occupati da persone di almeno 65 anni, 31.132 (8,0%) da persone con disabilità, 19.790 (5,1%) da adulti con disagio sociale, 19.110 (4,9%) da minori, 16.229 (4,2%) da ospiti con problemi di salute mentale, 8.508 (2,2%) da immigrati/stranieri, 7.433 (1,9%) da persone soggette a dipendenze, mentre 1.312 (0,3%) sono i posti per la multiutenza.

Si noti, ancora, come in tutte le Regioni la percen-

tuale dei posti per utenti over 65 non scenda mai al di sotto del 60,0% (ad eccezione di Calabria e Campania, rispettivamente 54,4% e 57,1%). La quota supera l'89,0% in Molise, mentre restano comunque al di sopra dell'80,0% Veneto e Piemonte.

Vale la pena, ancora, di evidenziare come la quota di letti per immigrati/stranieri raggiunga il 12,1% nella P.A. di Bolzano, seguita dalla Basilicata (9,5%) e dalla P.A. di Trento (6,4%). Di contro, non raggiungono neanche l'1,0% Valle d'Aosta, Molise, Marche e Veneto.

Per quanto concerne i livelli di assistenza sanitaria, secondo quanto indicato da Istat, il livello "basso" è quello relativo alle prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria; il livello "medio" è quello per trattamenti estensivi a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria (es. cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie, nutrizione enterale, lesioni profonde da decubito, etc.); infine, il livello "alto" prevede trattamenti intensivi, essenziali per il supporto delle funzioni vitali (es. ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialisti ad alto impe-

gno). I PL per cui l'assistenza sanitaria è "assente" rappresentano, di fatto, i posti per assistenza socio-assistenziale, mentre gli altri si intendono come posti per assistenza socio-sanitaria.

La Figura 7A.5. mostra come la gran parte dei PL operativi sia destinata ad un livello di assistenza sanitaria medio/alto. In particolare, il 41,7% di essi offre un livello "medio" e il 27,6% un livello "alto". L'assistenza sanitaria fornita è assente per il 10,8% dei posti.

La quota di PL operativi che fornisce un livello "alto" di assistenza sanitaria è al di sotto della media Italia (come detto, 27,6%) per tutte le Regioni del Centro e del Sud, a cui si aggiungono 4 Regioni del Nord (Valle d'Aosta, P.A. di Trento, Veneto e Friuli Venezia Giulia). Di contro, spiccano il 55,1% dell'Emilia Romagna e il 51,5% della P.A. di Bolzano. Specularmente, le Regioni settentrionali (più due del Centro e due del Sud) hanno una quota di PL che offrono un livello "basso" di assistenza sanitaria inferiore rispetto alla media Italia. Le percentuali minori sono quelle

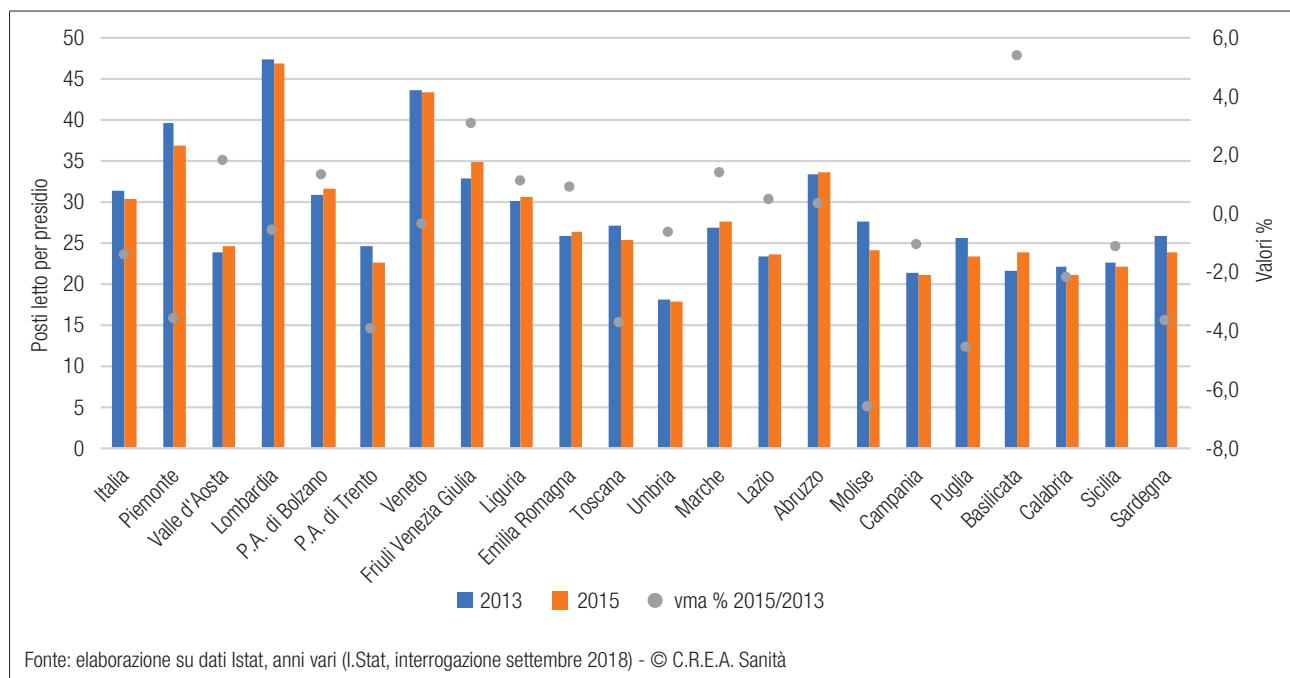
della P.A. di Bolzano (7,0%), della Lombardia (8,4%) e della P.A. di Trento (9,4%).

La Figura 7A.6. prende in esame, per il 2015, la dimensione media dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari, ottenuta dividendo il numero dei PL per le strutture attive. Il valore medio in Italia è pari a 30; la variabilità regionale è evidente: si va dai 18 posti dell'Umbria (seguita da Campania e Calabria con 21) ai 47 della Lombardia, seguita dal Veneto (43) e dal Piemonte (37).

Oltre a queste ultime 3 Regioni, registrano un valore più alto della media Italia anche Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, P.A. di Bolzano e Liguria, con quest'ultima molto prossima al valore medio nazionale.

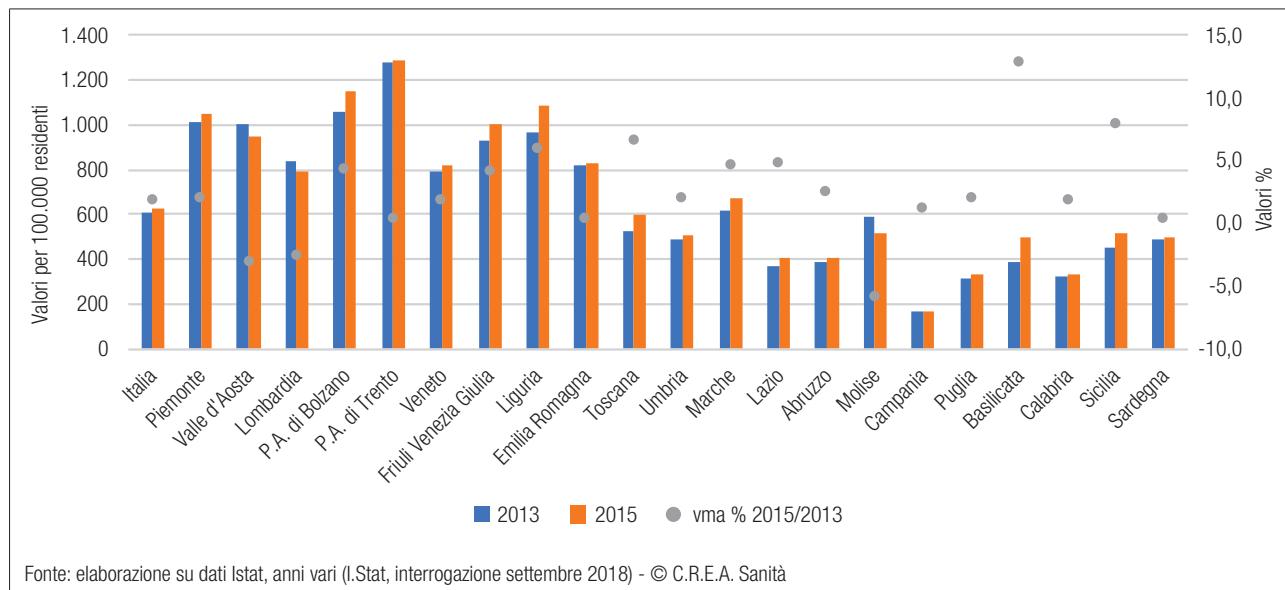
Le variazioni registrate nel periodo 2013-2015 non sono di rilievo; si evidenziano solo la diminuzione della dimensione media dei presidi in Molise pari al -6,6% medio annuo (da 28 a 24) e il +5,3% registrato in Basilicata.

Figura 7A.6. Dimensione media dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7A.7. Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

Gli ospiti

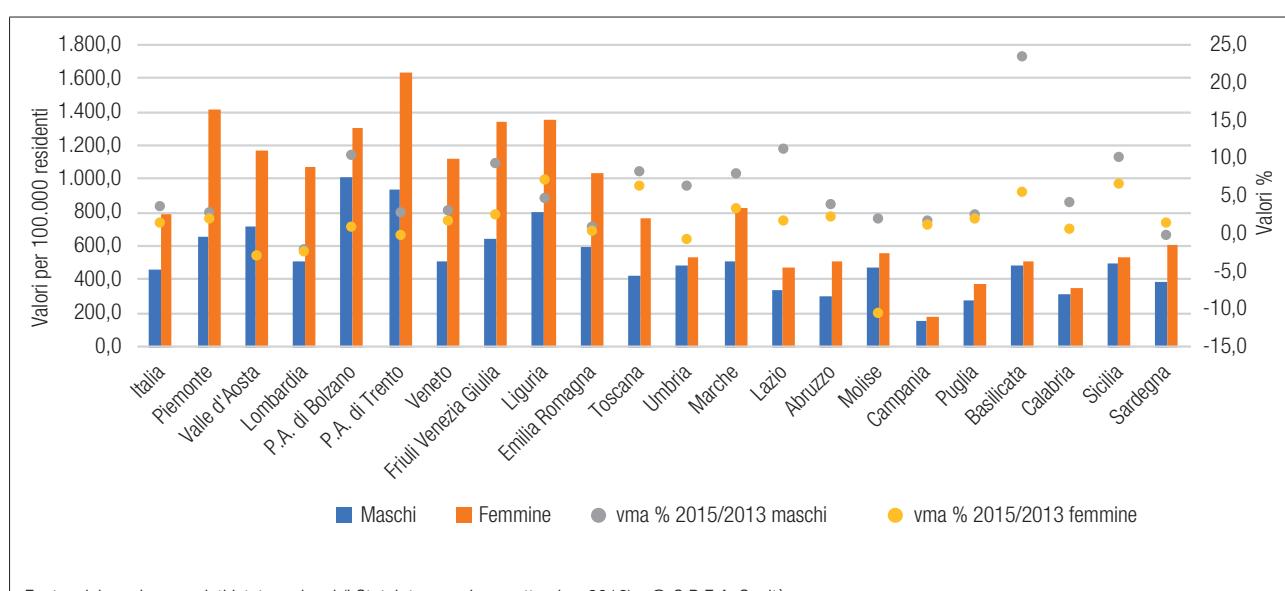
Nel 2015, come detto, sono stati 382.634 gli ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, di cui 134.695 maschi e 247.939 femmine.

Standardizzando il dato per la popolazione, abbiamo 629 ospiti ogni 100.000 residenti (con una crescita media annua del +1,8% rispetto al 2013), con 457 maschi (+3,4%) e 792 femmine (+1,0%) ogni 100.000 residenti dello stesso genere (Figura

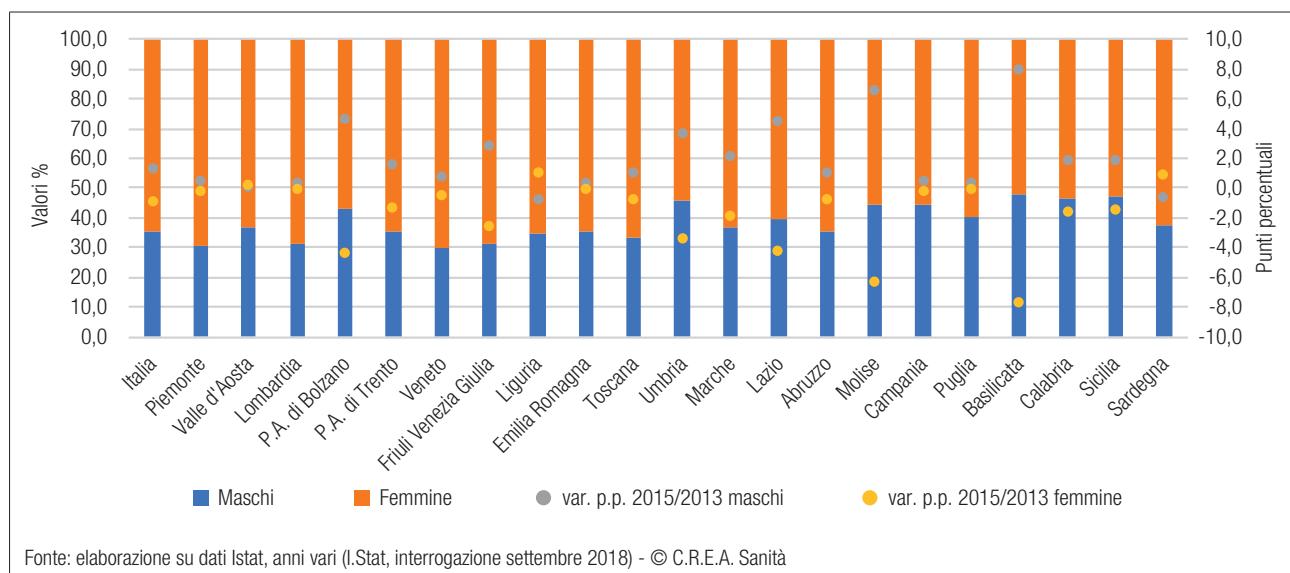
7A.7. e Figura 7A.8.).

Con riferimento agli ospiti totali per 100.000 abitanti, la forbice va dai 167 ospiti registrati in Campania ai 1.294 della P.A. di Trento. Nel periodo 2013-2015 le uniche Regioni in cui si registra un calo sono Molise (vma -6,0%), Lombardia (-2,6%) e Valle d'Aosta (-3,2%). Vale la pena di evidenziare la crescita media annua del +12,7% registrata in Basilicata.

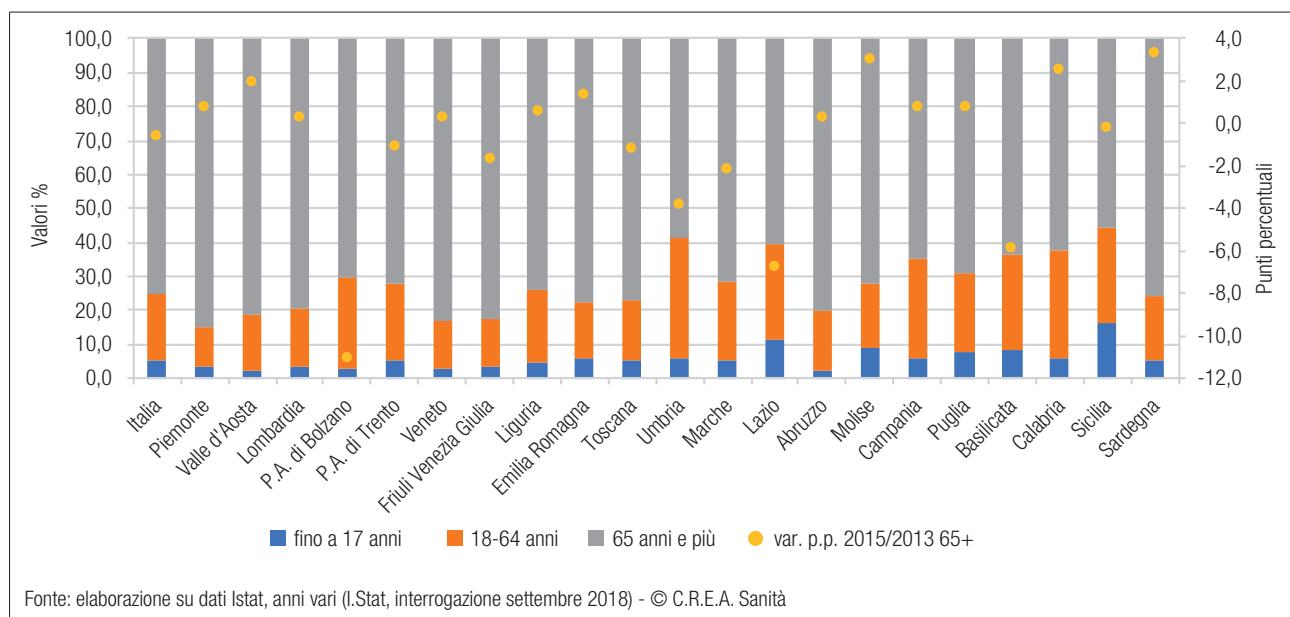
Figura 7A.8. Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per genere, per 100.000 residenti con le stesse caratteristiche. Anno 2015



Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7A.9. Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, ripartizione per genere. Anno 2015

Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7A.10. Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, ripartizione per classe di età. Anno 2015

Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

Considerando il numero di ospiti maschi per 100.000 residenti dello stesso sesso, si passa dai 152 della Campania ai 1.006 della P.A. di Bolzano (entrambi i valori in aumento nel periodo 2013-2015).

Prendendo in esame invece le femmine, si passa dalle 182 ospiti della Campania (vma +0,9%) alle 1.631 della P.A. di Trento (diminuzione media annua del -0,7%).

In termini di ripartizione per genere degli ospiti dei presidi residenziali (Figura 7A.9.), prevale, quin-

di, la componente femminile. In particolare, a livello nazionale, il 64,8% degli ospiti è rappresentato da femmine (in diminuzione di 1,1 punti percentuali rispetto al 2013), contro il 35,2% dei maschi. La forza della quota femminile va dal 52,2% della Basilicata al 69,9% del Veneto. Le percentuali più basse si registrano soprattutto nelle Regioni meridionali, con qualche eccezione. Vale la pena osservare come nel periodo 2013-2015 in quasi tutte le Regioni si sia registrata una diminuzione del dato (tranne che in

Liguria, Sardegna e Valle d'Aosta).

In termini di composizione degli ospiti per classe di età (Figura 7A.10.), nel 2015 a livello nazionale e regionale si osserva una netta maggioranza di persone con età uguale o superiore a 65 anni (75,2% la media Italia). Le Regioni che ne registrano una prevalenza superiore alla media Italia sono tutte del Centro-Nord (ad eccezione di Sardegna e Abruzzo).

La variabilità regionale spazia dal 55,6% della Sicilia, seguita da Umbria (58,5%) e Lazio (60,3%), all'84,9% del Piemonte, seguito dal Veneto con 83,2%. Nel triennio 2013-2015 si segnala la diminuzione di 11,1 punti percentuali nella P.A. di Bolzano e l'aumento di 3,2 in Sardegna.

Con riferimento agli ospiti minorenni, a livello nazionale essi rappresentano il 5,5% del totale. Si passa dal 2,1% dell'Abruzzo al 16,2% della Sicilia.

La Figura 7A.11. mostra il dato degli over 65 standardizzato per 100.000 residenti della stessa classe di età. Il valore medio Italia nel 2015 si attesta a 2.176 ospiti (in leggera diminuzione rispetto al 2013); il numero più basso si registra in Campania (616), quello maggiore nella P.A. di Trento (4.511). In termini di variazione 2013-2015, si evidenzia la diminuzione media annua del -5,9% del Molise e il +5,8% della Sicilia (seguita da Basilicata e Liguria).

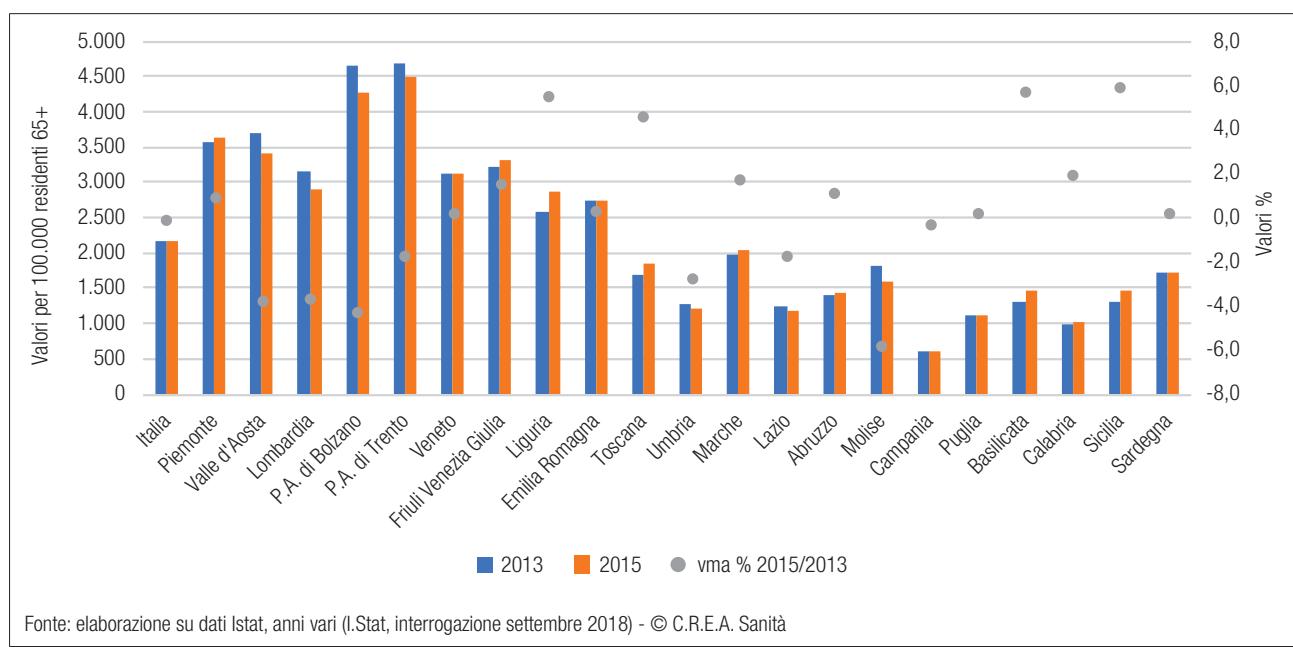
In Italia, mediamente, nel 2015 il 76,0% degli ospiti over 65 non è autosufficiente (valore sostanzialmente stabile rispetto al 2013), come mostra la Figura 7A.12.. Le Regioni che registrano prevalenze superiori sono tutte del Centro-Nord. La quota più alta si osserva nella P.A. di Bolzano (94,0%). Restano al di sopra del 90,0% anche Lombardia, Valle d'Aosta e P.A. di Trento. Le Regioni in cui tra gli ospiti anziani prevalgono quelli autosufficienti sono Lazio, Campania, Molise e Sicilia. In Basilicata, gli ospiti di almeno 65 anni si dividono esattamente a metà tra autosufficienti e non autosufficienti.

Con riferimento al *trend* 2013-2015, si nota come nelle Regioni con la maggiore prevalenza di non autosufficienti (tranne la Valle d'Aosta) la percentuale sia comunque in calo.

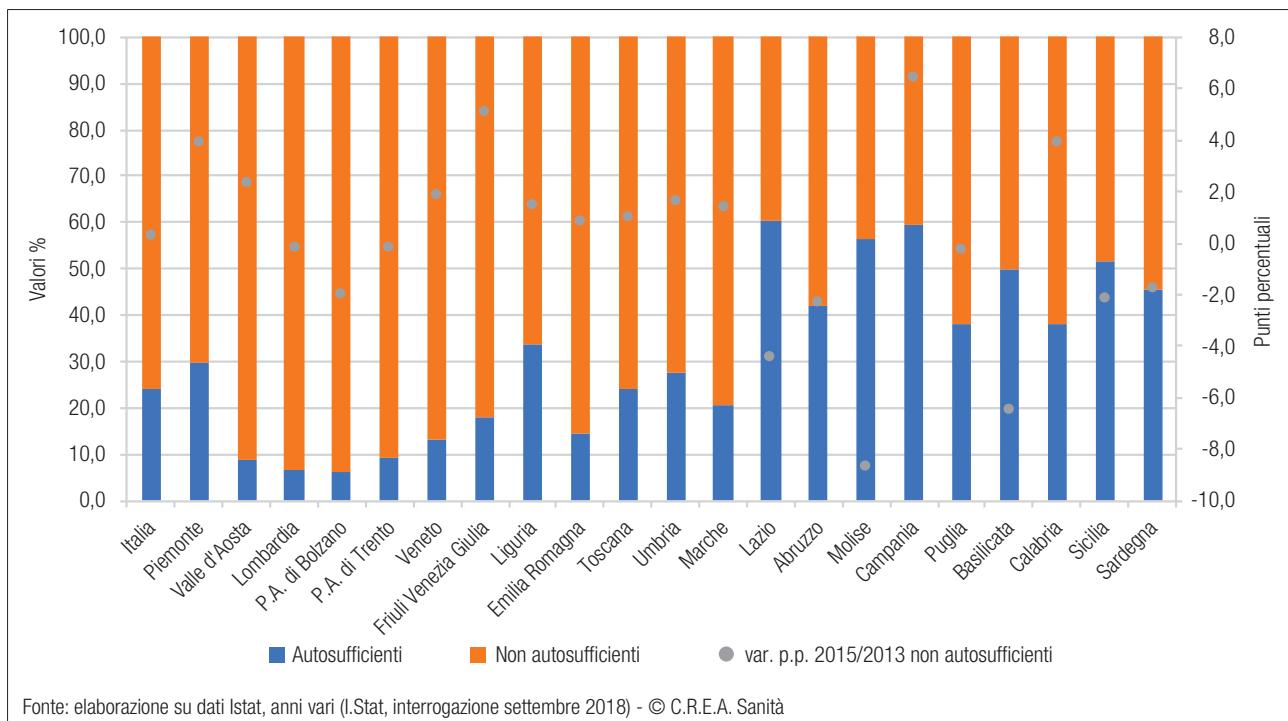
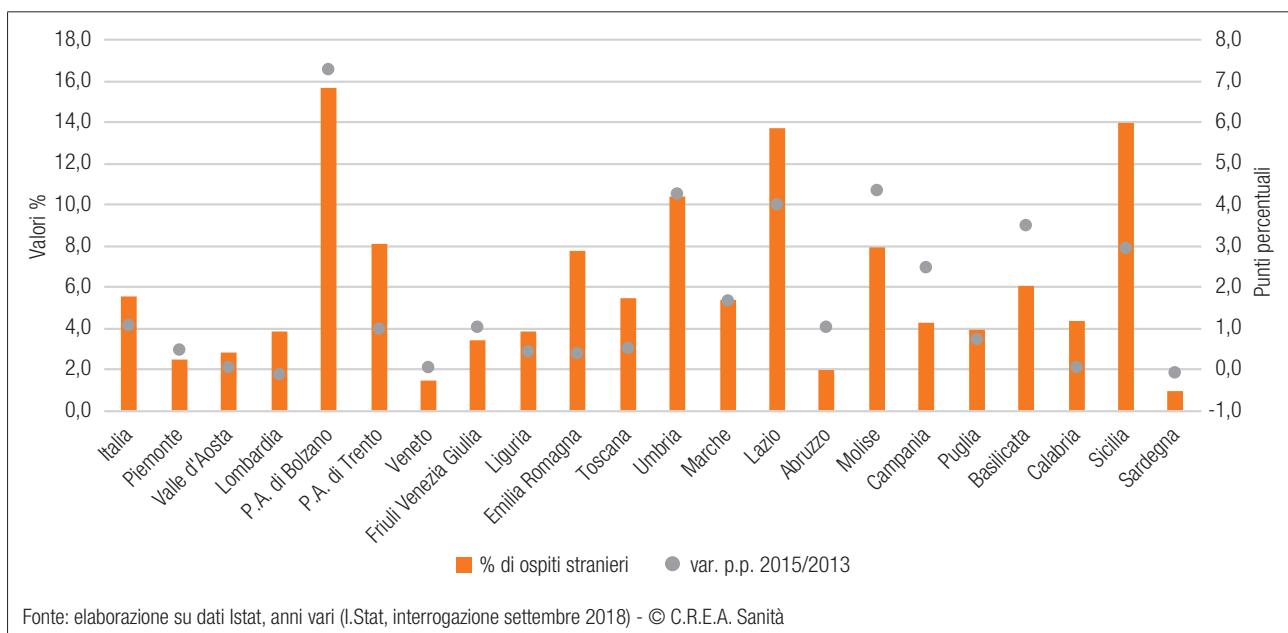
Nel 2015, in Italia tra gli ospiti dei presidi residenziali si registrano 21.337 stranieri (pari al 5,6%, valore in crescita di un punto percentuale rispetto al 2013) (Figura 7A.13.). Vale la pena di notare come le prevalenze maggiori, al di sopra del 10,0%, si osservino in Sicilia, che risulta essere uno dei principali punti d'ingresso per gli immigrati provenienti dal continente africano, P.A. di Bolzano, Lazio e Umbria.

Nel Settentrione le percentuali più basse, con qualche eccezione.

Figura 7A.11. Ospiti over 65 nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7A.12. Ospiti over 65 nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per tipo di disagio. Anno 2015**Figura 7A.13. Quota di ospiti stranieri nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2015**

Se si considerano gli ospiti stranieri per 1.000 residenti stranieri, il valore più alto si osserva in Sicilia (21,3), seguita dalla P.A. di Bolzano (20,4), dal Molise (11,9) e dalla P.A. di Trento (11,3).

A livello nazionale, gli ospiti stranieri sono in prevalenza adulti, ossia appartenenti alla fascia di età

18-64. In particolare, sono presenti 11.027 adulti (51,7%, in diminuzione rispetto al 55,0% del 2013), 9.668 minori (45,3%, in aumento rispetto al 40,9% del 2013) e 642 persone con almeno 65 anni di età (3,0%, mentre nel 2013 rappresentavano il 4,1%).

ENGLISH SUMMARY

Residential and semiresidential care: needs and supply network

The chapter describes the state of the art in terms of residential and semiresidential services provided, by integrating various sources of information, such as:

- the Italian Ministry of Health, which collects data on residential and semiresidential socio-healthcare
- the National Institute of Statistics (Istat), which collects data also on the facilities providing social residential services: this facilities assist elderly people who are lonely or have health problems, disabled people, unprotected minors, young women in difficulty, foreigners or Italian citizens with economic problems and in conditions of social hardship
- the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), which provides data on Long Term Care (LTC).

Considering the three main target groups (non-self-sufficient elderly people, disabled minors and adults and minors in conditions of social hardship), in 2015 there are over 4,000,000 eligible subjects (potential need) and just over 1,300,000 users (32.5%) were actually taken care of by residential and semiresidential facilities. Not considering minors in conditions of social hardship - due to the difficulty of estimation owing to the lack of reference sources - there are over 2,880,000 non-self-sufficient elderly people (potential need), of whom just over 600,000 (approximately 21.0%) are taken care of by the structures considered in our analyses. This percentage drops to 16.0% for the "disabled" target group (almost 700,000 people are estimated to be in need, while approximately 111,000 users are really taken care of).

With specific reference to the supply network, while integrating the various sources, beds are estimated at 469,626, including - in an "enlarged scenario" - also the beds for hospital long-term care. In fact, we think that this type of service offered can be

seen - at least in part - as supplementing the residential one. It is a type of care reserved for the patients who, after being hospitalized in an acute phase, need hospital long-term care because they have a compromised functional situation, resulting in a limitation of their psycho-physical self-sufficiency.

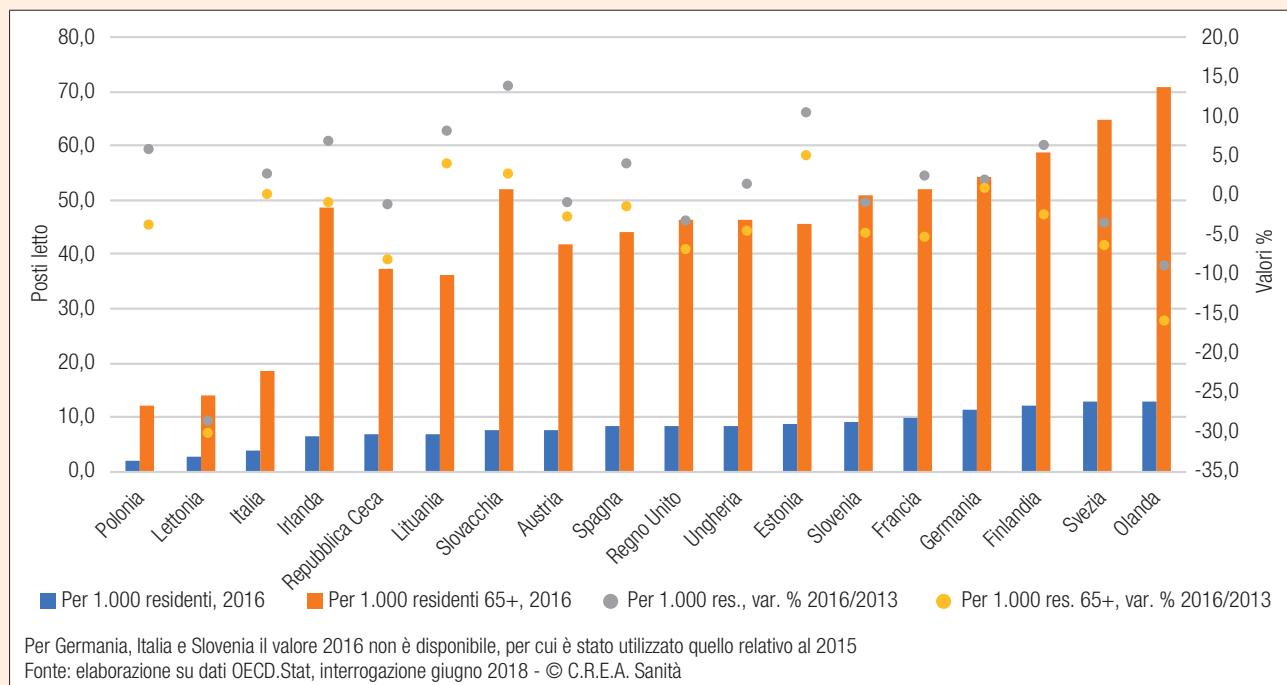
In total, standardizing by population, this amounts to approximately 7.7 beds per 1,000 inhabitants.

According to the OECD data, with its 4 beds per 1,000 inhabitants Italy ranks third from bottom in Europe (16th in a ranking including the 18 EU Member States for which data is provided). Our estimate, which considers the above mentioned "enlarged scenario", would make Italy rank 11th, on a par with Austria, far from the best performing countries.

The territorial comparison shows great differences: the Central-Southern Regions, with the exception of Marche, are all below the national average. For example, even considering the "enlarged scenario", with 2.5 beds Campania records a value similar to Latvia (2.7), the second worst in the EU ranking. Basilicata (6.5) is close to Ireland (6.4). The Northern Regions record higher values: Lombardia (9.7) is comparable to France (9.8), which ranks fifth in the EU, while Friuli Venezia Giulia (11.3) and Emilia Romagna (11.5) are comparable to Germany (11.4). With its 14.2 beds per 1,000 inhabitants, the Autonomous Provincia of Trento is the only region outperforming the whole country and it is at the top of the OECD ranking (followed by the Netherlands with 12.9 beds).

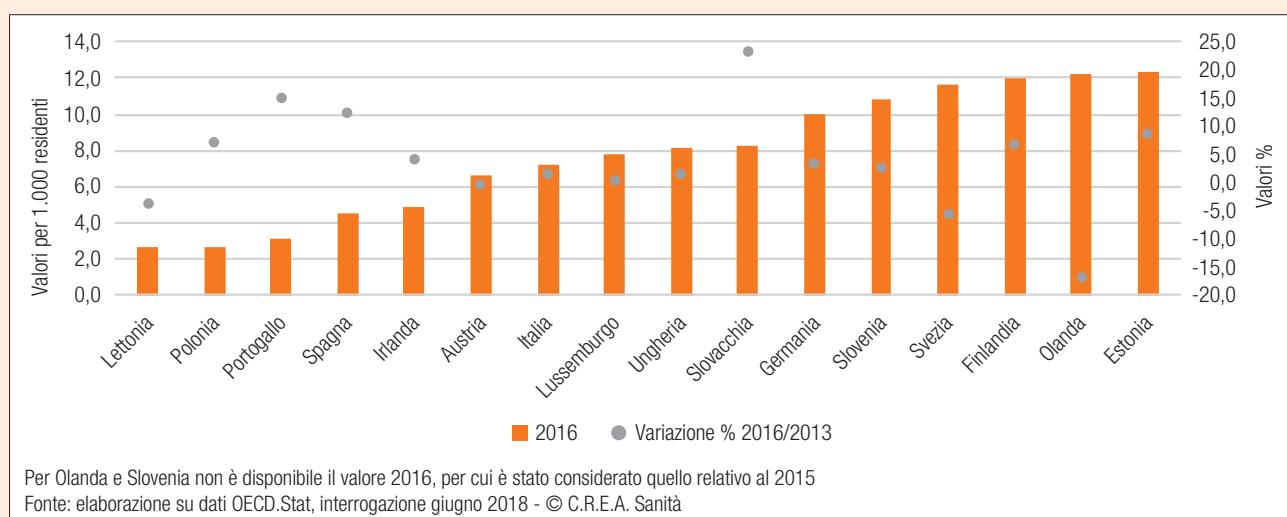
In essence, while expanding the data considered as against those provided by the OECD, thus integrating the residential and semiresidential service supply with hospital long-term care, there is still a significant shortage of beds in Italy compared to other European countries, with stable values over the last three years (despite a growth trend over the last 10 years).

KI 7.1. Posti letto in strutture residenziali che erogano Long Term Care in Europa



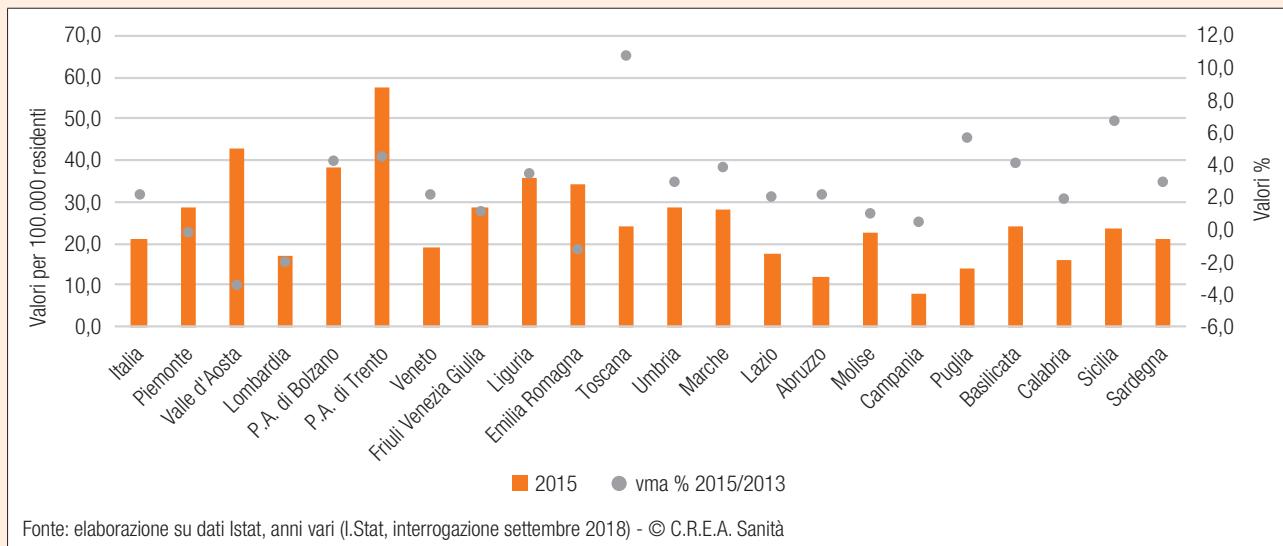
Nel 2016, con 4,0 posti letto per 1.000 residenti (in crescita del +2,6% rispetto al 2013) l'Italia è al terz'ultimo posto (16°) in EU (su 18 Paesi considerati) per numero di posti letto in strutture residenziali che forniscono Long Term Care. L'offerta maggiore si registra in Olanda (12,9 posti letto per 1.000 residenti), seguita da Svezia, Finlandia e Germania (tutti al di sopra di 10,0 posti letto). Il tasso inferiore si osserva in Polonia (1,9), seguita dalla Lettonia (2,7). Sono 11 i Paesi che registrano un incremento del valore rispetto al 2013; si segnala il +13,6% della Slovacchia, mentre tra i 7 Paesi che registrano una diminuzione del valore si evidenzia il -28,9% della Lettonia. Standardizzando il dato per 1.000 residenti anziani (65 anni e più), l'Italia è sempre al terz'ultimo posto (16°) con 18,5 posti letto (stabile rispetto al 2013). Il numero maggiore di posti per 1.000 residenti over 65 nel 2016 si registra in Olanda (71,0), seguita da Svezia, Finlandia e Germania (tutti al di sopra di 54,0 posti letto). Il tasso inferiore si osserva in Polonia (12,0), seguita dalla Lettonia (13,9). Sono solo 4 i Paesi che registrano un incremento del valore rispetto al 2013; si segnala il +4,8% dell'Estonia, mentre tra i 13 Paesi che registrano una diminuzione del valore si evidenzia il -30,5% della Lettonia.

KI 7.2. Assistiti in strutture residenziali che erogano Long Term Care in Europa



Con riferimento agli assistiti in strutture residenziali che forniscono Long Term Care, nel 2016 l'Italia, con 7,3 assistiti per 1.000 residenti (valore stabile nel triennio, in crescita del +1,2% rispetto al 2013), si ferma al 10° posto in EU (su 16 Paesi considerati). Il valore più alto lo registrano, a pari merito, Estonia e Olanda (12,3 assistiti per 1.000 residenti), quello più basso Lettonia e Polonia con 2,7: si evidenziano la crescita del +22,9% della Slovacchia e la diminuzione del -17,2% dell'Olanda.

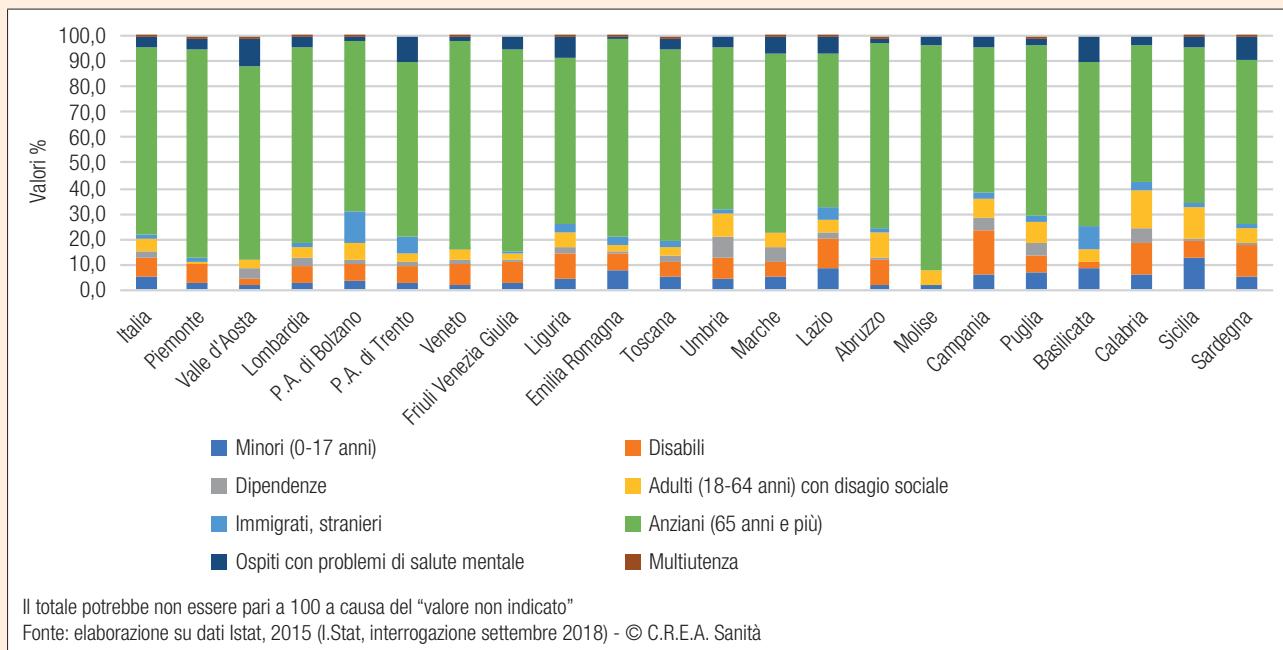
KI 7.3. Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2015 i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ammontavano a 12.828, numero in crescita: la variazione media annua (vma) rispetto al 2013 è pari al +2,3%. Standardizzando i dati per 100.000 residenti, il valore medio nazionale risulta pari a circa 21 (vma rispetto al 2013 del +2,0%); la variabilità regionale è evidente, con un gradiente in generale a favore delle Regioni settentrionali. La forbice va dagli 8 presidi per 100.000 residenti della Campania (dato stabile rispetto al 2013) ai 57 per 100.000 della P.A. di Trento (anche in crescita: vma del +4,5% tra il 2013 e il 2015). La crescita maggiore si osserva in Toscana (vma +10,7%), il calo più importante in Valle d'Aosta (-3,6%).

KI 7.4. Posti letto operativi nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, ripartizione per tipo di utenza. Anno 2015

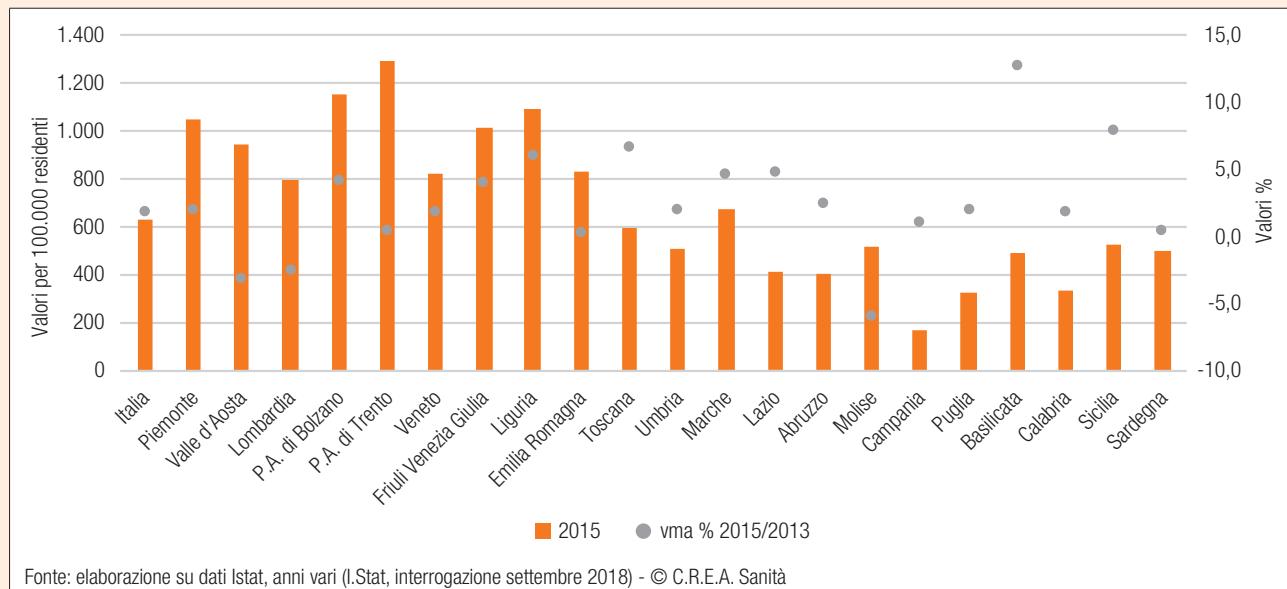


Il totale potrebbe non essere pari a 100 a causa del "valore non indicato"

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2015, il 73,4%, (286.889 su 390.688) dei posti letto socio-assistenziali e socio-sanitari (pubblici e privati) operativi (ovvero posti effettivamente utilizzabili indipendentemente dal fatto che essi siano occupati, autorizzati o di emergenza) erano occupati da persone di almeno 65 anni; l'8,0% da persone con disabilità (di età inferiore a 65 anni), il 5,1% da adulti con disagio sociale, il 4,9% da minori, il 4,2% da ospiti con problemi di salute mentale, il 2,2% da immigrati/stranieri, l'1,9% da persone soggette a dipendenze, e il restante 0,3% da "multiutenza". Solo Calabria e Campania (rispettivamente 54,4% e 57,1%) sono sotto la soglia del 60,0% di anziani, con il Molise che supera l'89,0%. La quota di letti utilizzata per immigrati/stranieri raggiunge il 12,1% nella P.A. di Bolzano, seguita dalla Basilicata (9,5%) e dalla P.A. di Trento (6,4%). Di contro, non raggiunge neanche l'1,0% in Valle d'Aosta, Molise, Marche e Veneto.

KI 7.5. Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

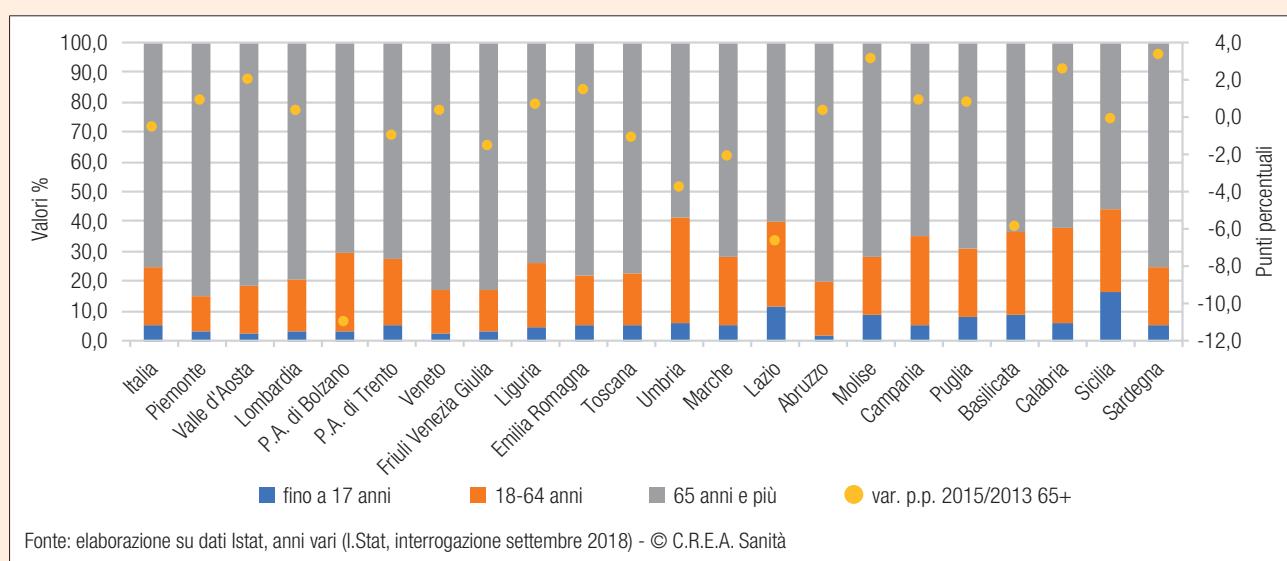


Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2015, sono stati 382.634 gli ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, di cui il 35,2% maschi e il 64,8% femmine. Standardizzando il dato per la popolazione, abbiamo 629 ospiti ogni 100.000 residenti (con una crescita media annua del +1,8% rispetto al 2013); cresce maggiormente il numero di ospiti maschi (+3,4%), rispetto alle femmine (+1,0%).

Si registrano 167 ospiti per 100.000 residenti in Campania e 1.294 nella P.A. di Trento. Nel periodo 2013-2015 la crescita media annua massima è stata del +12,7% in Basilicata, mentre si registra un calo in Molise (-6,0%), Lombardia (-2,6%) e Valle d'Aosta (-3,2%).

KI 7.6. Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, ripartizione per classe di età. Anno 2015

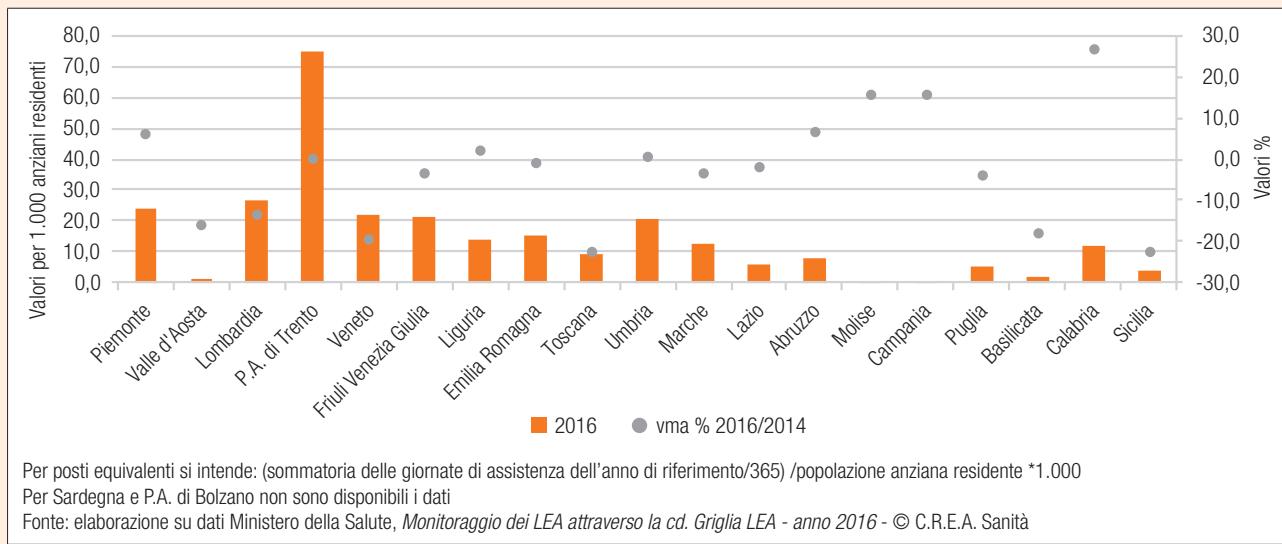


Fonte: elaborazione su dati Istat, anni vari (I.Stat, interrogazione settembre 2018) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2015 gli ospiti di età uguale o superiore a 65 anni sono il 75,2%. Le Regioni che ne registrano una prevalenza superiore alla media Italia sono tutte del Centro-Nord (ad eccezione di Sardegna e Abruzzo). La variabilità regionale spazia dal 55,6% della Sicilia, seguita da Umbria (58,5%) e Lazio (60,3%), all'84,9% del Piemonte, seguito dal Veneto con 83,2%. Nel triennio 2013-2015 si segnala la diminuzione di 11,1 punti percentuali nella P.A. di Bolzano e l'aumento di 3,2 p.p. in Sardegna.

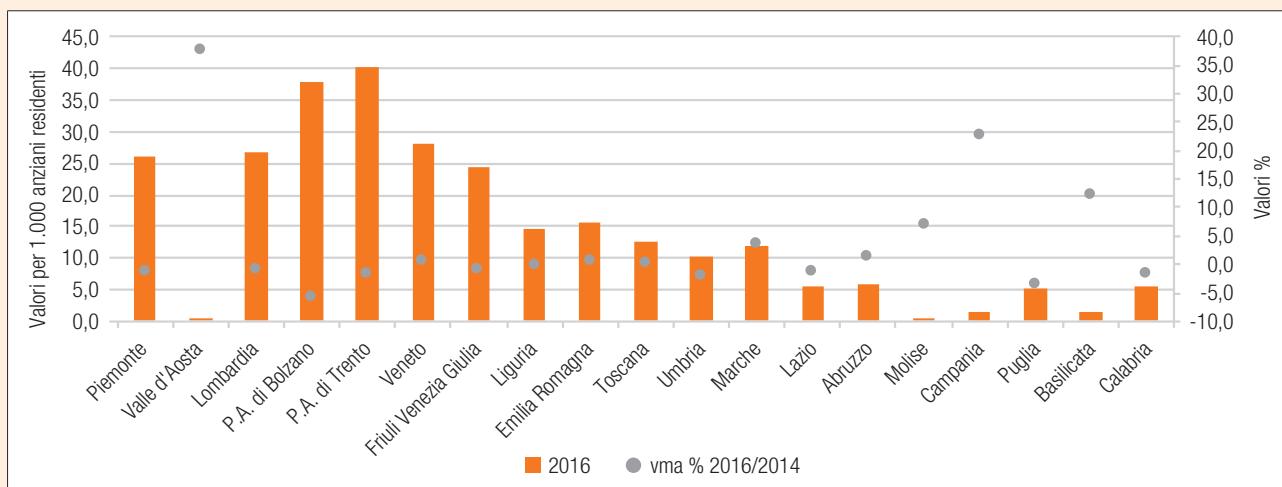
Con riferimento agli ospiti minorenni, a livello nazionale essi rappresentano il 5,5% del totale. Si passa dal 2,1% dell'Abruzzo al 16,2% della Sicilia.

KI 7.7. Posti letto equivalenti per assistenza agli anziani di 65 anni e più in strutture residenziali



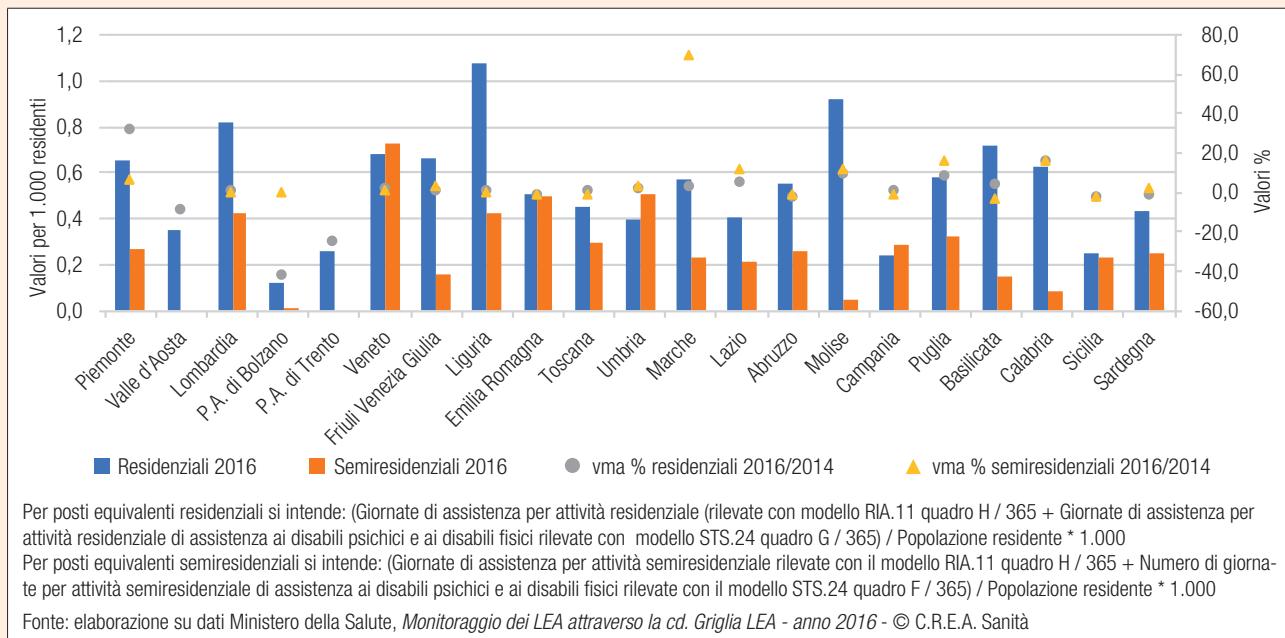
L'analisi dei posti letto equivalenti (intesi come media giornaliera delle giornate di assistenza totali erogate agli anziani di 65 anni e più) in strutture residenziali evidenzia una chiara disparità regionale: la densità maggiore si riscontra nel Centro-Nord, dove i posti letto equivalenti per 1.000 residenti anziani superano il "valore soglia" (9,80) stabilito dal Ministero della Salute nelle valutazioni in base alla Griglia LEA 2016. Al di sotto della soglia rimangono 9 Regioni, tutte del Sud, ad eccezione di Toscana, Lazio e Valle d'Aosta. Il Ministero della Salute segnala che lo scostamento rispetto al valore soglia è rilevante e non accettabile (quando inferiore a 4,81 e non in aumento) per Valle d'Aosta e Basilicata. La P.A. di Trento ha il dato migliore (74,60 posti per 1.000 anziani residenti), cui segue la Lombardia (ma con grande distacco: 26,40); il livello più basso si registra in Campania e Molise (0,80). Rispetto al 2014, 12 Regioni registrano un peggioramento, tutte del Centro-Nord (Toscana con vma pari al -22,71%) ad eccezione di Puglia, Basilicata e Sicilia (-22,75%). Di contro, si segnala una crescita media annua del +26,28% per la Calabria.

KI 7.8. Posti letto per assistenza agli anziani di 65 anni e più in strutture residenziali



Considerando l'offerta di posti per assistenza agli anziani di 65 anni e più nelle strutture residenziali nel 2016, il gradiente risulta a favore delle Regioni del Centro-Nord. I posti per 1.000 anziani residenti superano il "valore soglia" (10,00) stabilito dal Ministero della Salute nelle valutazioni in base alla Griglia LEA 2016 in 11 Regioni, tutte centro-settentrionali. Secondo il Ministero, lo scostamento rispetto al valore soglia è rilevante e non accettabile (valore inferiore a 6,00 e non in aumento) per Valle d'Aosta, Lazio, Puglia, Calabria e Sicilia. Il tasso maggiore si registra nella P.A. di Trento (40,20), mentre il più basso in Valle d'Aosta (0,34). Rispetto al 2014, 11 Regioni registrano una diminuzione, tutte del Centro-Nord ad eccezione di Puglia e Calabria: si segnala una vma del -6,10% per la P.A. di Bolzano e una crescita media annua del +37,40% per la Valle d'Aosta.

KI 7.9. Posti letto equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili



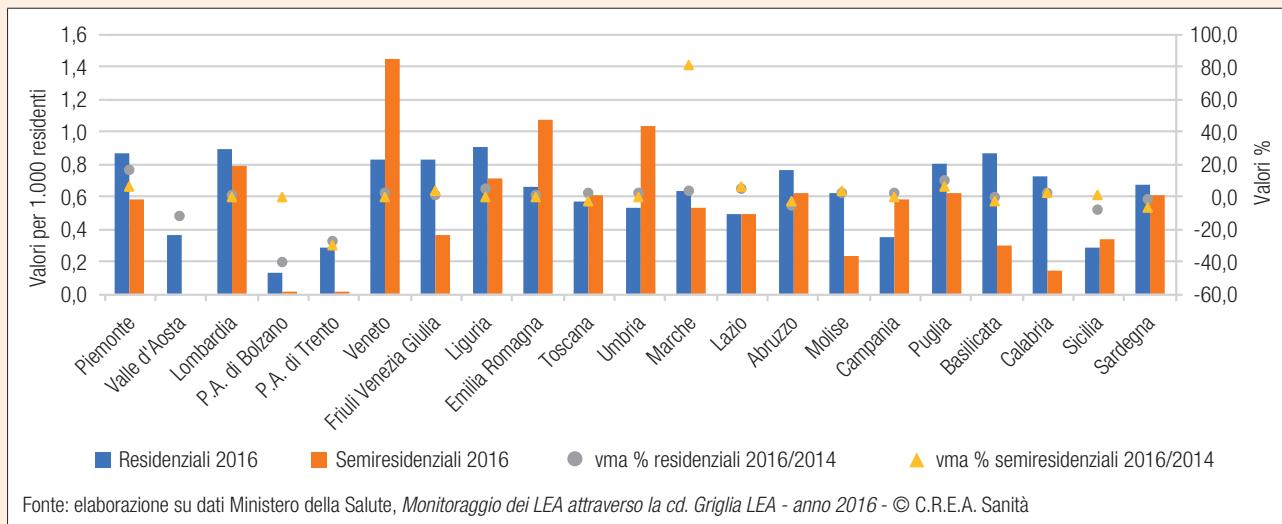
Per posti equivalenti residenziali si intende: (Giornate di assistenza per attività residenziale (rilevate con modello RIA.11 quadro H / 365 + Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con modello STS.24 quadro G / 365) / Popolazione residente * 1.000

Per posti equivalenti semiresidenziali si intende: (Giornate di assistenza per attività semiresidenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H / 365 + Numero di giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro F / 365) / Popolazione residente * 1.000

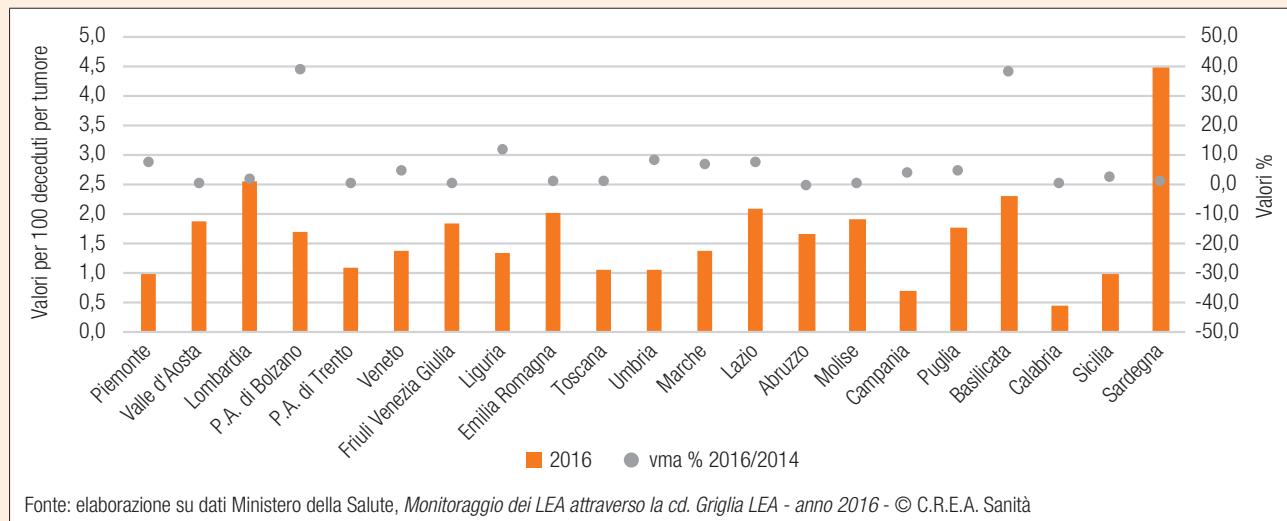
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - anno 2016* - © C.R.E.A. Sanità

Nove Regioni (P.A. di Bolzano, Campania, Sicilia, P.A. di Trento, Valle d'Aosta, Umbria, Lazio, Sardegna e Toscana) si situano sotto il "valore normale" (pari a 0,50) stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2016 per i posti equivalenti (intesi come media giornaliera delle giornate di assistenza totali erogate) disponibili nelle strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili, standardizzati per 1.000 residenti. Il Ministero della Salute segnala uno scostamento rilevante e non accettabile (valore inferiore a 0,41 e non in aumento) per le Province Autonome di Trento e Bolzano, Umbria e Sicilia. La disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti equivalenti per 1.000 residenti si registra in Liguria (1,08), mentre il minore si registra nella P.A. di Bolzano (0,12). Rispetto al 2014, sono 8 le Regioni che ne registrano una diminuzione. Si evidenziano una vma del -43,10% per la P.A. di Bolzano e una crescita media annua del +30,80% per il Piemonte. Con riferimento ai posti equivalenti nelle strutture semiresidenziali, il "valore normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2016 è pari a 0,22, al di sotto del quale si trovano 8 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Molise, Calabria, Basilicata, Friuli Venezia Giulia e Lazio). Lo scostamento rispetto al valore soglia è rilevante e non accettabile (valore inferiore a 0,16 e non in aumento) per Valle d'Aosta, Basilicata e Calabria. Anche in questo caso la disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti equivalenti per 1.000 residenti si registra in Veneto (0,73), mentre il minore si registra, a parte Valle d'Aosta e P.A. di Trento con 0,0, nella P.A. di Bolzano (0,01). Rispetto al 2014, sono 6 le Regioni che registrano una diminuzione (escludendo Valle d'Aosta e P.A. di Trento). In particolare, si segnala una vma del -3,21% per la Basilicata e una crescita media annua del +69,60% per le Marche.

KI 7.10. Posti letto residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili

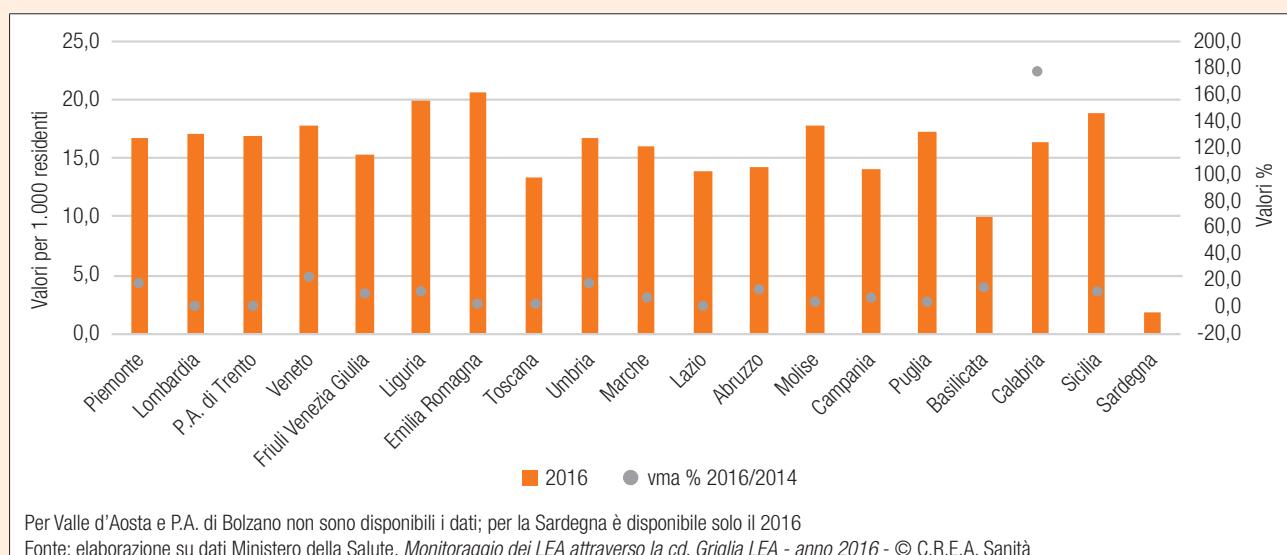


Otto Regioni (P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Sicilia, Campania, Valle d'Aosta, Lazio, Umbria e Toscana) sono sotto il "valore normale" del tasso di posti letto per 1.000 residenti nelle strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2016, pari a 0,60. Il Ministero rileva uno scostamento rilevante e non accettabile (valore inferiore a 0,50 e non in aumento) per Valle d'Aosta, P.P. AA. di Trento e Bolzano e Sicilia. La disparità regionale risulta evidente, variando dal dato della Liguria (0,91 posti per 1.000 residenti) a quello della P.A. di Bolzano (0,13). Rispetto al 2014, 7 Regioni registrano una diminuzione: si segnala una vma del - 40,70% per la P.A. di Bolzano e una crescita media annua del +16,60% per il Piemonte. Con riferimento ai posti nelle strutture semi-residenziali, il "valore normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2016 è pari a 0,45, al di sotto del quale si trovano 8 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Molise, Calabria, Basilicata, Sicilia e Friuli Venezia Giulia). Lo scostamento rispetto al valore soglia è considerato dal Ministero rilevante e non accettabile (valore inferiore a 0,35 e non in aumento rispetto all'anno precedente) per Valle d'Aosta, Sicilia, Basilicata e Calabria. Sempre nel 2016 la disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti per 1.000 residenti si registra in Veneto (1,45), mentre il minore si registra, a parte Valle d'Aosta con 0,00, nelle Province Autonome di Trento e Bolzano (0,01). Rispetto al 2014, sono 5 le Regioni che registrano una diminuzione. In particolare, si segnala una vma del -29,30% per la P.A. di Trento e una crescita media annua del +82,00% per le Marche.

KI 7.11. Posti letto attivi in *Hospice*

Nel 2016 i posti letto attivi in *Hospice* per 100 deceduti per tumore sono 4,47 in Sardegna, fino a 0,45 della Calabria. Il valore "normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2016 è pari a 1,00, sotto il quale si trovano 4 Regioni: Sicilia (che raggiunge comunque un valore molto prossimo alla soglia, pari a 0,98), Piemonte (0,97), Campania (0,69) e Calabria (0,45). Lo scostamento rispetto al valore soglia è considerato dal Ministero rilevante e non accettabile (valore inferiore a 0,50) per la Regione Calabria. Tra il 2014 e il 2016 i valori sono stabili o in aumento in tutte le Regioni tranne l'Abruzzo (in cui si registra una diminuzione media annua del -0,90%).

KI 7.12. Assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale



Il numero di assistiti nei Dipartimenti di salute mentale, nel 2016, è pari a 1,76 per 1.000 residenti in Sardegna, sino a 20,65 in Emilia Romagna. Il valore "normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2016 è pari a 10,82, sotto il quale si trovano la Basilicata (10,06) e la Sardegna (1,76). Tra il 2014 e il 2016 solo il Lazio registra una diminuzione del valore, con una vma del -0,60%. Si segnala l'aumento osservato in Calabria, dove si passa dai 2,15 assistiti per 1.000 residenti registrati nel 2014 ai 16,43 del 2016.



Capitolo 8

Assistenza specialistica ambulatoriale *Outpatient specialist care*

8a. Nuove evidenze sulla spesa e sui consumi della specialistica ambulatoriale

English Summary

8b. Tempi di attesa e costi delle prestazioni nei Sistemi Sanitari Regionali

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 8

Assistenza specialistica ambulatoriale

Il capitolo 8 è dedicato alla assistenza specialistica ambulatoriale: un settore sanitario di grandissima importanza e complessità, sia dal punto di vista economico (basti pensare che rappresenta la terza voce di spesa dopo ospedaliera e farmaceutica, o la quarta se si considera anche la non autosufficienza), sia da quello della tutela della salute (evidenziata dal ruolo che la diagnostica, e l'innovazione continua che la caratterizza, hanno nella medicina moderna).

Ciò malgrado le informazioni sul settore continuano ad essere carenti, precludendo analisi sufficientemente dettagliate sia sul lato degli esiti che su quello degli oneri generati.

Per concorrere a colmare, almeno parzialmente, tale *gap* conoscitivo, il primo contributo (Capitolo 8a) è finalizzato ad elaborare una stima del livello e della

composizione della spesa complessiva sostenuta in Italia per l'assistenza specialistica; viene anche analizzato il ruolo delle compartecipazioni e delle relative esenzioni che, come è noto, rischiano di essere disallineate con il valore di mercato delle prestazioni, esitando in una grave inefficienza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), oltre a configurarsi come *driver* del posizionamento competitivo delle strutture private.

Nel secondo contributo (Capitolo 8b), invece, si affronta il problema delle liste di attesa, che a loro volta appaiono disallineate rispetto le aspettative della popolazione, tanto che, insieme alle compartecipazioni ai costi, rappresentano la fonte di maggiore disaffezione della cittadinanza rispetto al SSN.

Outpatient specialist care

Chapter 8 is focused on specialist outpatient care. It is a particularly important and complex health segment, both from an economic viewpoint (just think it is the third spending item after hospital care and pharmaceuticals, or the fourth if we also consider non-self-sufficiency) and from the health prevention viewpoint (as highlighted by the role that diagnostics, and the continuous innovation characterizing it, have in modern medicine).

Nevertheless, information on this segment is still lacking, thus preventing sufficiently detailed analyses both on outcomes and on the charges generated.

With a view to filling this knowledge gap, at least partially, the first contribution (Chapter 8a) is aimed

at making an estimate of the level and complexion of the total spending incurred in Italy for specialist care. Also the role of co-payments is assessed, as well as of the related exemptions which, as is well known, run the risk of not being aligned with the market value of services, thus resulting in severe inefficiencies of the National Health Service (NHS), as well as being a driver of the competitive positioning of private structures. The second contribution (Chapter 8b) analyzes the problem of waiting lists, which do not seem to be in line with people's expectations, to such a point that - together with co-payments and cost sharing - they are the major cause of citizens' dissatisfaction with the NHS.

CAPITOLO 8a

Nuove evidenze sulla spesa e sui consumi della specialistica ambulatoriale

Bernardini A.C.¹, Ploner E.¹, Polistena B.¹

8a.1. Compartecipazione all'assistenza specialistica

La compartecipazione (“ticket” o “co-payment”) alle prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale è stata introdotto per la prima volta nel 1989 (Decreto Legge (D.L.) n. 382/1989): «[...] *Sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, sulle visite specialistiche e sulle altre prestazioni specialistiche, erogate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale in regime ambulatoriale presso strutture a gestione diretta o convenzionate, è dovuta una partecipazione alla spesa da parte degli assistiti [...]*».

La Legge nazionale (L.) n. 537/1993 (modificata dalla L. n. 724/1994 e dalla L. n. 549/1995) stabilisce che «*tutti i cittadini sono soggetti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche [...] fino all'importo massimo di lire 70.000 (€ 36,15) per ricetta, con assunzione a carico del Servizio Sanitario Nazionale degli importi eccedenti tale limite*».

A partire dalla riforma costituzionale del 2001, il potere decisionale e, quindi, una piena discrezionalità nell'eventuale applicazione e definizione del *ticket* è stata delegata alle Regioni.

Inoltre, la L. n. 405/2001 ha attribuito alle Regioni l'onere della copertura del disavanzo sanitario mediante leva sui tributi regionali, l'individuazione della compartecipazione dei cittadini alla spesa (*ticket*) e altre misure di contenimento della spesa.

Con la L. n. 296/2006 (finanziaria 2007) è stato

stabilito che (art. 1, comma 796, lettera p), a decorrere dal 1° gennaio 2007, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, gli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo, erano tenuti al pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a € 10,0.

Tale disposizione è stata ripetutamente modificata dal legislatore:

- la prima modifica è stata apportata dall'art. 6-quater del D.L. n. 300 del 2006, introdotto in sede di conversione in legge; il comma 1 di tale articolo ha limitato l'applicazione della norma di cui alla lettera p) del comma 796 dell'art. 1 della legge finanziaria 2007, «*fino al 31 marzo 2007 e comunque fino all'entrata in vigore delle misure o alla stipulazione dell'accordo di cui al comma 2 del presente articolo²*»; il comma 2 dello stesso art. 6-quater ha inoltre aggiunto al comma 796 di cui sopra una nuova lettera p-bis³
- la seconda modifica è stata operata dall'art. 1-bis del D.L. n. 23 del 2007, anch'esso introdotto in sede di conversione in legge; il detto art. 1-bis ha abrogato il comma 1 dell'art. 6-quater del D.L. n. 300 del 2006 «*[...] la quota fissa sulla ricetta è abolita con effetto dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto (20 maggio 2007) e fino al 31 dicembre 2007*»
- Infine, l'art. 2, comma 376, della L. n. 224/2007 (Finanziaria 2008) ha abolito la quota fissa per

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

² Accordo tra Regione, Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze per la definizione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza

³ Misure alternative all'applicazione della quota fissa sulla ricetta pari a € 10,0

l'anno 2008.

Il D.L. n. 98/2011, convertito poi nella L. n. 111/2011, ha poi reintrodotto il *ticket* sanitario di € 10,0 sulle prestazioni specialistiche e sulle analisi ambulatoriali (applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettere p) e p-bis), della L. n. 296/2006).

La Legge prevede (articolo 1, comma 796, lettere p-bis, L. n. 296/2006) la possibilità per le Regioni di adottare misure diverse, purché raggiungano l'equilibrio economico-finanziario: «[...] per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, le regioni anziché applicare la quota fissa sulla ricetta pari a € 10,0 possono alternativamente:

- *adottare altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, la cui entrata in vigore è subordinata alla certificazione del loro effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza*
- *stipulare con il ministero della Salute e il ministero dell'Economia e delle Finanze un accordo per la definizione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza».*

8a.2. Ticket regionali

La partecipazione per visite ed esami specialistici è una realtà estremamente variabile. La normativa nazionale prevede un *ticket* massimo sulle prestazioni pari a € 36,15 (importo modificato in alcune Regioni) e una quota fissa di € 10,0 su ricetta (il cosiddetto "superticket").

Come anticipato, il *superticket*, che si aggiunge alle partecipazioni alla spesa sanitaria pre-esistenti, previsto dalla legge finanziaria 2007 (successivamente sospeso) è stato reintrodotto insieme alla possibilità per le Regioni di adottare (lettera p-bis del comma 796 dell'art. 1 della L. n. 296/2006) altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

Figura 8a.1. Applicazione del superticket



Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali - © C.R.E.A. Sanità

In sintesi, l'importo del *ticket* che i cittadini sono tenuti a corrispondere per le prestazioni specialistiche ambulatoriali dipende:

- dalle tariffe regionali delle singole prestazioni, fino al limite massimo per ricetta
- dalle misure di partecipazione aggiuntive eventualmente adottate dalle Regioni
- dall'applicazione della quota fissa di € 10,0 (D.L. n. 98/2011).

In base alle modalità con le quali le Regioni hanno recepito la normativa nazionale è possibile distinguere 4 categorie (Figura 8a.1.):

- Regioni che non hanno il *superticket*, provvedendo con proprie risorse a coprire i mancati introiti provenienti dai *ticket* non applicati (Basilicata, Lazio, P.A. di Bolzano, Sardegna e Valle d'Aosta)
- Regioni che hanno introdotto il *ticket* di € 10,0 su ricetta come stabilito a livello nazionale (Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria, Marche, Molise, P.A. di Trento, Puglia e Sicilia), eventualmente anche per effetto dei deficit sanitari in essere

- Regioni che hanno rimodulato la quota fissa in base al valore della ricetta (Friuli Venezia Giulia, Lombardia, e Piemonte)
- Regioni che hanno modulato la quota fissa in base al reddito (Emilia Romagna, Toscana, Veneto ed Umbria).

8a.2.1. Compartecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale nelle Regioni che non applicano il *superticket*

Fra le Regioni in cui il *superticket* non è in essere, (Tabella 8a.1.) la Regione Basilicata con la Delibera della Giunta Regionale (D.G.R.) n. 699/2013, ha rimodulato, a decorrere dal 1/07/2013, la quota fissa aggiuntiva per ricetta a carico dei cittadini non esenti, introdotta con la D.G.R. n. 1351/2011 e modificata dalla D.G.R. n. 1052/2012: relativamente alla specialistica ambulatoriale, viene fissata a € 0,0 la quota fissa aggiuntiva a ricetta di cui alla L. n. 111/2011, fermo restando il pagamento della partecipazione massima alla spesa sanitaria per ricetta pari ad € 36,15 a carico dei cittadini non esenti.

La Regione Lazio dal 1° gennaio 2017 ha abrogato il Decreto Commissario ad Acta (D.C.A.) n. 42/2008 limitatamente al pagamento dell'*extra ticket* sanitario per i cittadini, il *ticket* massimo resta di € 36,15 per ogni ricetta prescritta a pazienti non esenti.

Tabella 8a.1. Compartecipazione assistenza specialistica nelle Regioni che non applicano il *superticket* – caratteristiche

Regioni	Compartecipazione	Tetto di partecipazione delle prestazioni di specialistica	Applicazione <i>superticket</i>
Basilicata		€ 36,15	NO
Lazio		€ 36,15	NO
P.A. di Bolzano		€ 36,15	NO
Sardegna		€ 46,15	NO
Valle d'Aosta		€ 36,15	NO
Somma delle tariffe delle prestazioni (fino a 8 per ricetta)			

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali - © C.R.E.A. Sanità

Per la P.A. di Bolzano e la Regione Valle d'Aosta, in base alla normativa nazionale, è prevista la partecipazione per ciascuna prestazione fino ad

un massimo di € 36,15 per ricetta prescritta. Ogni ricetta può contenere solo prestazioni appartenenti alla stessa branca specialistica e comunque non più di otto.

La Sardegna con Delibera 5-22/2007 ha previsto la sospensione della applicazione della quota fissa di € 10,0 per ricetta e al fine di assicurare un gettito finanziario corrispondente a quello previsto ha innalzato il tetto della partecipazione al costo da parte dei cittadini fino ad un massimo di € 46,15.

8a.2.2. Compartecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale nelle Regioni che applicano il *superticket* integralmente

Come anticipato alcune Regioni hanno introdotto la quota fissa di € 10,0 definita dal D.L. n. 98/2011 come stabilito a livello nazionale senza alcuna modulazione (Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria, Marche, Molise, Puglia e Sicilia). Una considerazione a parte per la P.A. di Trento che con il Decreto della Giunta Provinciale (D.G.P.) n. 796/2015 definisce una quota fissa ridotta di € 3,0 (Tabella 8a.2.).

La Regione Abruzzo dopo un'applicazione integrare della quota fissa di € 10,0 con la D.G.R. n. 329/2018 dal 01/07/2018 prevede l'abrogazione del *superticket* per le prestazioni di specialistica ambulatoriale limitatamente alla popolazione con reddito familiare inferiore o uguale ad € 8.263,31 e riduzione a € 5,0 del *superticket* per la popolazione con reddito familiare compreso tra € 8.263,31 e € 30.000,0. La delibera approvata, non ancora in vigore, sarà valida fino al 31/12/2018.

La Regione Calabria con la D.G.R. n. 247/2009, a differenza delle altre Regioni, definisce un tetto per la partecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica pari a € 45,0, pertanto, se la somma dei *ticket* delle prestazioni erogate è inferiore a € 45,0 il *ticket* da corrispondere è pari alla somma delle singole prestazioni consentite sulla stessa ricetta secondo le norme vigenti + € 1,0; di contro, se la somma dei *ticket* delle singole prestazioni consentite sulla stessa ricetta dovesse superare € 45,0 il *ticket* da corrispondere sarà pari ad € 45,0 + € 1,0.

Tabella 8a.2. Compartecipazione assistenza specialistica nelle Regioni che applicano il *superticket* senza modulazione - caratteristiche

Regioni	Compartecipazione	Tetto di partecipazione delle prestazioni di specialistica	Applicazione <i>superticket</i>
Abruzzo	Somma delle tariffe delle prestazioni (fino a 8 per ricetta)	€ 36,15	€ 10,0
Calabria		€ 45,0 + € 1,0	€ 10,0
Campania		€ 36,15 + € 10,0	€ 10,0
Liguria		€ 36,15	€ 10,0
Marche		€ 36,15	€ 10,0
Molise		€ 36,15	€ 10,0
P.A. di Trento		€ 36,15	€ 10,0
Puglia		€ 36,15	€ 10,0
Sicilia		€ 36,15	€ 10,0

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali - © C.R.E.A. Sanità

La Regione Liguria, Marche, Molise, Puglia e Sicilia applicano la normativa nazionale (somma delle tariffe delle prestazioni - fino a 8,0 per ricetta – fino ad un tetto massimo di € 36,15 + quota fissa di € 10,0).

La Regione Campania con il D.C.A. n. 78/2017 proroga al 31.12.2018 le misure regionali di partecipazione alla spesa sanitaria: *ticket* pari alla tariffa della prestazione, fino al tetto massimo di € 36,15 per ricetta, una quota fissa per ricetta di € 10,0 (ai sensi del Decreto Commissario n. 53/2010), una quota fissa di € 10,0 ai sensi comma 6 dell'art. 17 della L. n. 111/2011, n. 111, per un totale di € 56,15. La quota fissa sulle prescrizioni del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, introdotta dal Decreto Commissario n. 53/2010 si applica solo quando il costo complessivo delle prestazioni prescritte superi il valore di € 56,15.

8a.2.3. Compartecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale nelle Regioni che applicano il *superticket* in misura proporzionale al valore della ricetta

Allo stato attuale 3 Regioni modulano il *superticket* in base al costo della prestazione (Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Piemonte) (Tabella 8a.3. e Tabella 8a.4.).

Tabella 8a.3. Compartecipazione assistenza specialistica nelle Regioni che applicano il *superticket* in misura proporzionale al valore della ricetta – caratteristiche

Regioni	Compartecipazione	Tetto di partecipazione delle prestazioni di specialistica	Applicazione <i>superticket</i>
Friuli Venezia Giulia	Somma delle tariffe delle prestazioni (fino a 8 per ricetta)	€ 36,15	Da € 0,0 a € 20,0
Lombardia		€ 36,15	Da € 0,0 a € 15,0
Piemonte		€ 36,15	Da € 0,0 a € 30,0

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali - © C.R.E.A. Sanità

Le regole di partecipazione alla spesa per quanto concerne la quota aggiuntiva a ricetta del Friuli Venezia Giulia sono state modificate a partire dal 1 maggio 2015. La quota aggiuntiva, prevista da norme nazionali, non sarà più di € 10,0, ma verrà rimodulata, nell'ottica di una equa partecipazione, in base al costo della prestazione fino al valore massimo di € 20,0 (D.G.R. n. 297/2015).

In Lombardia con la D.G.R. n. XI-162/2018 vengono rimodulate le fasce di valore per ricetta portando il *ticket* sanitario aggiuntivo di cui alla legge 111/2011 ad un valore massimo di € 15,0 per ricetta (precedentemente pari a € 30,0).

In Piemonte la D.G.R. 11-2490/2011 definisce le fasce per la modulazione della quota aggiuntiva fino al valore massimo di € 30,0.

8a.2.4. Compartecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale nelle Regioni che applicano il *superticket* in misura proporzionale al valore al reddito

Il *superticket* viene modulato in base al reddito in 4 Regioni (Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Veneto) (Tabella 8a.5.).

In Emilia Romagna con la D.G.R. n. 1190/2011 vengono definite le modalità per la partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria per le visite specialistiche. Per alcune visite ed esami, viene definito un importo fisso: € 23,0 per la prima visita e € 18,0 per la visita di controllo, per tutte le fasce di reddito. Tac e RMN hanno *ticket* fissi in base al reddito fino ad un valore massimo di € 70,0.

Tabella 8a.4. Fasce valore della ricetta per la modulazione del ticket

Friuli Venezia Giulia		Lombardia		Piemonte	
Fascia valore ricetta (€)	Quota fissa (€)	Fascia valore ricetta (€)	Quota fissa (€)	Fascia valore ricetta (€)	Quota fissa (€)
≤ 5,0	0	≤ 5,0	0,0	≤ 5,0	0,0
> 5,0 ≤ 10,0	1,5	> 5,0 ≤ 10,0	1,5	> 5,0 ≤ 10,0	1,5
>10,0 ≤ 15,0	3,0	>10,0 ≤ 15,0	3,0	>10,0 ≤ 15,0	3,0
>15,0 ≤ 20,00	4,5	>15,0 ≤ 20,00	4,5	>15,0 ≤ 20,0	4,5
>20,0 ≤ 25,0	6,0	>20,0 ≤ 25,0	6,0	>20,0 ≤ 25,0	6,0
>25,0 ≤ 30,0	7,5	>25,0 ≤ 30,0	7,5	>25,0 ≤ 30,0	7,5
>30,0 ≤ 35,0	9,0	>30,0 ≤ 36,0	9,0	>30,0 ≤ 36,0	9,0
>35,0 ≤ 40,0	10,5	>36,0 ≤ 41,0	10,8	>36,0 ≤ 41,0	10,8
>40,0 ≤ 50,0	13,5	>41,0 ≤ 46,0	12,3	>41,0 ≤ 46,0	12,3
>50,0 ≤ 60,0	16,5	>46,0 ≤ 51,0	13,8	>46,0 ≤ 51,0	13,8
>60,0 ≤ 70,0	19,5	Oltre 51,0	15,0	>51,0 ≤ 56,0	15,3
Oltre 70,0	20,0			>56,0 ≤ 65,0	16,8
				>65,0 ≤ 76,0	19,5
				>76,0 ≤ 85,0	22,8
				>85,0 ≤ 100,0	25,5
				Oltre 100,0	30,0

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 8a.5. Compartecipazione assistenza specialistica nelle Regioni che applicano il superticket proporzionale al reddito – caratteristiche

Regioni	Compartecipa-zione	Tetto di partecipazione delle prestazioni di specialistica	Applicazione superticket	Note
Emilia Romagna		€ 36,15	Da € 0,0 a € 15,0	Per alcune visite ed esami, viene definito un importo fisso: € 23 per la prima visita e € 18 per la visita di controllo, per tutte le fasce di reddito, TAC e RMN hanno ticket fissi in base al reddito fino ad un valore massimo di € 70
Toscana	Somma delle tariffe delle prestazioni (fino a 8 per ricetta)	€ 38,00	Da € 0,0 a € 30,0	Contributo per la digitalizzazione di € 10 (fino a un massimo di € 30 per anno solare). TAC, risonanza magnetica e prestazioni a cicli da € 0 a € 34; chirurgia ambulatoriale e diagnostica per immagini da € 0 a € 40; pacchetti complessi medicina fisica e riabilitazione da € 0 a € 82
Veneto		€ 36,15	Da € 5,0 a € 10,0	
Umbria		€ 36,15	Da € 0,0 a € 15,0	Per TAC-RM si paga solo la quota fissa da € 0 a € 34

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali - © C.R.E.A. Sanità

Negli altri casi il ticket viene calcolato, come nelle altre Regioni in base a due elementi:

1. la somma delle tariffe entro il tetto massimo di € 36,15 euro per ricetta
2. la quota fissa per ricetta, proporzionale al reddito familiare fiscale lordo annuo (Tabella

8a.6.).

Dal 01/01/2019 è prevista l'eliminazione della quota fissa di € 10,0 per due fasce di reddito (resterà in vigore solo per i redditi superiori ai € 100.000 annui).

Nella Regione Toscana (D.G.R. n. 722/2011, n.

867/2011, n. 753/2011 e successive modifiche ed integrazioni) la compartecipazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, visite, analisi di laboratorio, diagnostica per immagini, etc., è dovuta fino ad una soglia di spesa fissata in € 38,0 per singola ricetta, a questa soglia si è aggiunto, a partire da agosto 2011, un *ticket* aggiuntivo modulato in base al reddito su 4 fasce (Tabella 8a.6.). A partire dalla seconda metà del 2012 è stato introdotto un “contributo per la digitalizzazione” di € 10,0 sulle prestazioni di diagnostica per immagini.

Tabella 8a.6. Fasce di reddito per la modulazione del *ticket* - Emilia Romagna, Toscana e Umbria

Fasce reddito	Ticket		
	Emilia Romagna	Toscana	Umbria
Fino a € 36.151,98	€ 0,0	€ 0,0	€ 0,0
Da € 36.151,99 a € 70.000,00	€ 5,0	€ 10,0	€ 5,0
Da € 70.001,00 a € 100.000,00	€ 10,0	€ 20,0	€ 10,0
Oltre € 100.000,00	€ 15,0	€ 30,0	€ 15,0

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 8a.7. Fasce di reddito per la modulazione del *ticket* - Veneto

Fasce reddito	<i>Ticket</i>
	Veneto
Fino a € 29.000,00	€ 5,0
Oltre a € 29.000,00	€ 10,0

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali - © C.R.E.A. Sanità

In Veneto con la D.G.R. n. 1380/2011 viene applicato il *ticket* di € 10,0 sulle ricette di specialistica ambulatoriale così come definito dall'art. 17, comma 6, del D.L. 6.7.2011, convertito con modificazioni nella L. n.111 del 15.7.2011, distinto in due fasce di reddito (Tabella 8a.7.).

In Umbria l'importo del *ticket* aggiuntivo è modulato sulle fasce di reddito (D.G.R. 911/2011), pertanto, l'ammontare della compartecipazione dovuta è

pari alla somma delle tariffe delle prestazioni (fino a 8 per ricetta), fino al tetto massimo € 36,15 per ricetta + l'importo in base alla fascia di reddito (Tabella 8a.6.).

8a.3. La spesa per la compartecipazione dei cittadini

Nel 2017 secondo quanto riportato dai Conti Economici delle Aziende Sanitarie del Ministero della Salute, la compartecipazione per l'assistenza specialistica erogata dalle strutture pubbliche ammonta a € 1.279,3 mln..

Del gettito complessivo attribuibile alle misure di compartecipazione sulla specialistica ambulatoriale il 58,4% è stato conseguito nelle Regioni del Nord, il 23,3% in quelle centrali ed, infine, solamente il 18,3% in quelle meridionali (Figura 8a.2.).

In Italia, la compartecipazione per residente, nel 2017, è stata mediamente pari a € 21,1 annui (Figura 8a.3.), con una contrazione del 2,9% rispetto al 2012 quando aveva raggiunto € 21,8 pro-capite. Ma è necessario anche evidenziare che se la spesa pro-capite per *ticket* era generalmente aumentata tra il 2012 ed il 2013, a partire dal 2014 comincia a riportare variazioni di segno opposto.

Figura 8a.2. Composizione della spesa *ticket* specialistica ambulatoriale. Anno 2017

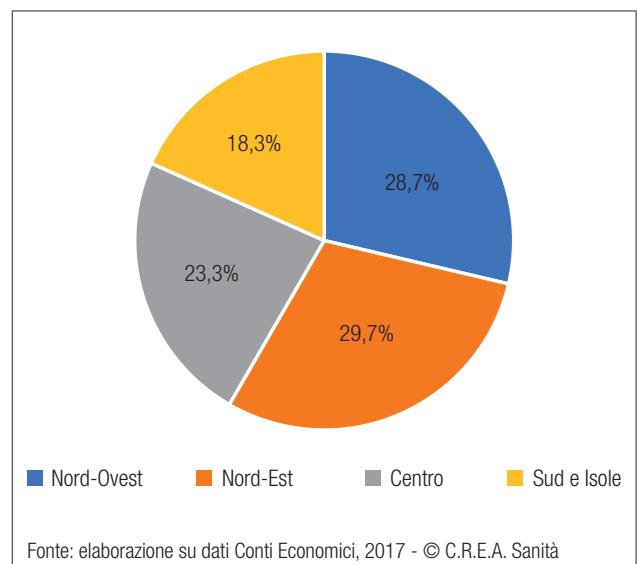
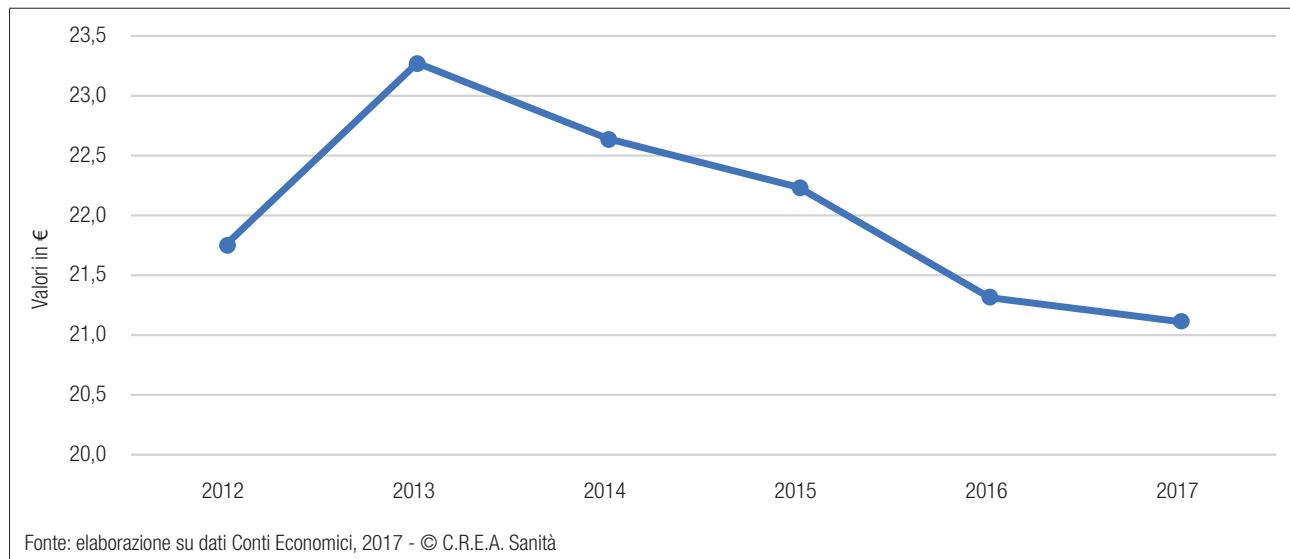


Figura 8a.3. *Ticket* pro-capite sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali**Tabella 8a.8. *Ticket* pro-capite sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e variazioni annuali**

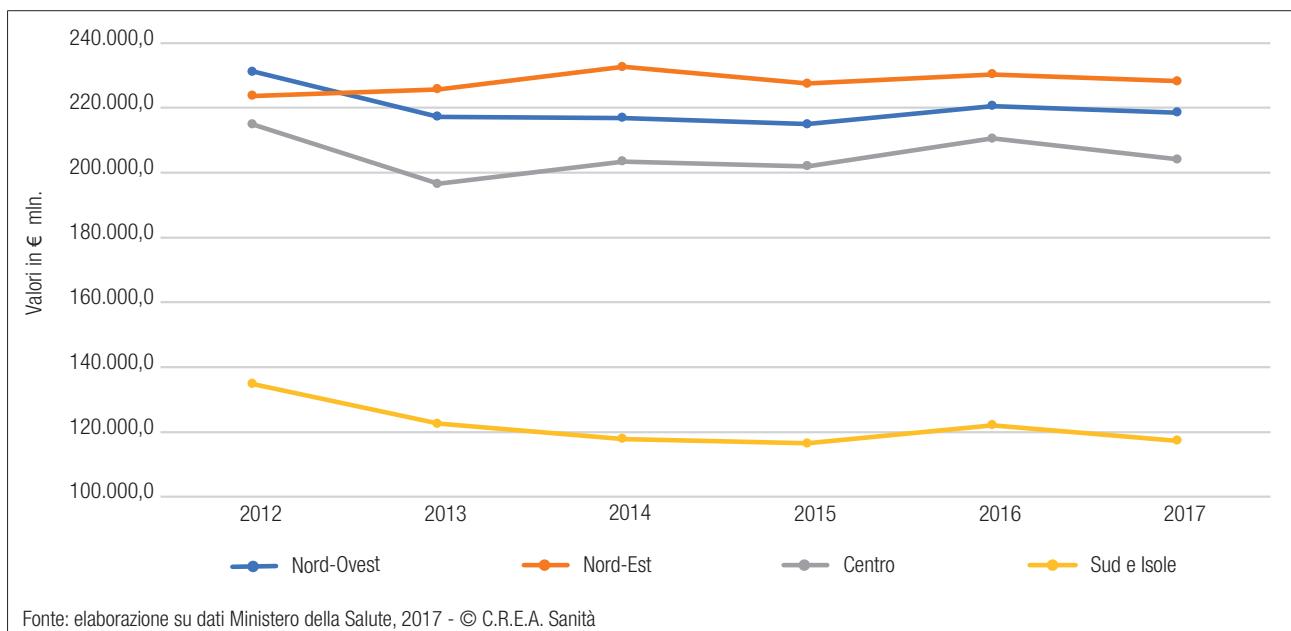
Regioni	2017 (€)	vma 2017/2012
Italia	21,1	-0,6
Piemonte	25,2	-5,0
Valle d'Aosta	46,6	0,9
Lombardia	20,7	-0,2
P.A. di Bolzano	33,6	1,5
P.A. di Trento	32,5	3,2
Veneto	31,9	2,5
Friuli Venezia Giulia	31,0	-2,3
Liguria	27,0	3,5
Emilia Romagna	33,7	0,3
Toscana	34,9	0,8
Umbria	30,6	1,7
Marche	24,8	0,1
Lazio	17,4	-1,4
Abruzzo	24,8	-2,8
Molise	14,5	-5,0
Campania	9,5	0,9
Puglia	10,3	-6,6
Basilicata	19,0	-4,5
Calabria	12,1	6,7
Sicilia	8,6	-2,7
Sardegna	12,8	-5,2

Fonte: elaborazione su dati Conti Economici, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, il *ticket* pro-capite nelle Regioni del Nord-Est arriva a € 32,6 pro-capite, arriva a € 24,7 nel Centro, € 22,8 nel Nord-Ovest ed, infine, solamente a € 11,3 in quelle del Sud.

In definitiva, nonostante l'accentuata eterogeneità delle caratteristiche dei sistemi di partecipazione adottati a livello regionale, che rende, peraltro, difficile l'evidenziazione e la tracciatura di elementi comuni per le singole aree, a livello complessivo si osserva una forte riduzione, nel periodo 2012-2017, dei ricavi generati dalla partecipazione sulla specialistica ambulatoriale nelle Regioni Meridionali (con l'unica eccezione della Campania e Calabria) conseguenti alla contrazione dei gettiti soprattutto di Molise (-5,0% medio annuo tra il 2012 ed il 2017), Puglia (-6,6% tra il 2012 ed il 2017) e Sardegna (-5,2% tra il 2012 ed il 2017); l'incremento registrato, ad esempio, in Liguria (+3,5%) e nella P.A. di Trento; ed, infine, l'aumento delle differenze negli importi medi pro-capite delle partecipazioni tra le Regioni Centro-Settentrionali e quelle del Sud: in effetti, se lo scarto tra il Nord ed il Sud ammontava al 114,1 punti percentuali nel 2012 arriva al 138,8 nel 2017 (Tabella 8a.8.).

Figura 8a.4. Ricavi dell'attività di intramoenia



8a.4. L'impatto economico dell'intramoenia

La libera professione intramuraria ("intramoenia") si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale pubblico, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Le prestazioni sono generalmente le medesime che il medico deve erogare, sulla base del suo contratto di lavoro con il SSN, attraverso la normale operatività come medico ospedaliero. Le prestazioni erogate in regime di intramoenia garantiscono al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per una prestazione.

Nel 2017, i ricavi conseguiti con l'attività di intramoenia ammontano a circa € 768,0 mln. in riduzione di oltre il 4,5% rispetto al 2012 quando sfioravano € 805,0 mln.. Le contrazioni più cospicue hanno interessato le Regioni della ripartizione meridionale (-13,0% complessivamente). Seguono le Regioni del Nord-Ovest dove la spesa si è ridotta del 5,5% passando da € 231,2 mln. nel 2012 a € 218,5 mln. nel 2017 e le Regioni centrali nelle quali i ricavi conseguenti all'attività di intramoenia sono passati da

€ 214,9 mln. del 2012 a € 204,1 mln., ovvero una contrazione del 5,0%. Nelle Regioni del Nord-Ovest, invece, i ricavi conseguenti all'attività di intramoenia sono aumentati del 2,0% passando da € 223,6 mln. a € 228,1 mln. (Figura 8a.4.).

L'analisi in termini pro-capite (Figura 8a.5.), evidenzia che le Regioni con i ricavi pro-capite più alti sono la Toscana (€ 24,3), l'Emilia Romagna (€ 22,3) e le Marche (€ 21,9) mentre quelle con ricavi minori il Molise (€ 0,5) e la P.A. di Bolzano (€ 4,6).

Molise, Lazio e Sicilia sono le Regioni che, nell'ultimo quinquennio, hanno riportato le contrazioni più consistenti: -88,8% la prima, -24,9% la seconda ed, infine, -19,4% la terza. Di contro, l'Abruzzo e la P.A. di Bolzano hanno dato, nel periodo analizzato, un maggior impulso all'attività di intramoenia (rispettivamente 41,1% e 36,0%).

Le Regioni con un PIL pro-capite più elevato sono anche quelle in cui si registrano i ricavi più elevati (Figura 8a.6.).

In altri termini, il ricorso all'intramoenia da parte dei cittadini è legato alla *capability to pay* dei cittadini, ovvero, in ultima analisi, al loro reddito (Figura 8a.7.).

Inoltre, al crescere delle misure di partecipazione (*ticket*) richieste sulle attività della specialistica

ambulatoriale, aumenta la convenienza per i cittadini ad acquistare privatamente le prestazioni, in particolare aumenta il ricorso all'attività di intramoenia (Figura 8a.8.).

Si può quindi ipotizzare che l'attività di intramo-

nia rappresenta per i vari Servizi Sanitari Regionali una fonte di guadagno aggiuntivo, sostanzialmente svincolata dall'efficienza dei vari sistemi, e piuttosto dipendente dal livello di reddito dei cittadini, ossia dalla loro *capability to pay*.

Figura 8a.5. Ricavi pro-capite dall'attività di intramoenia

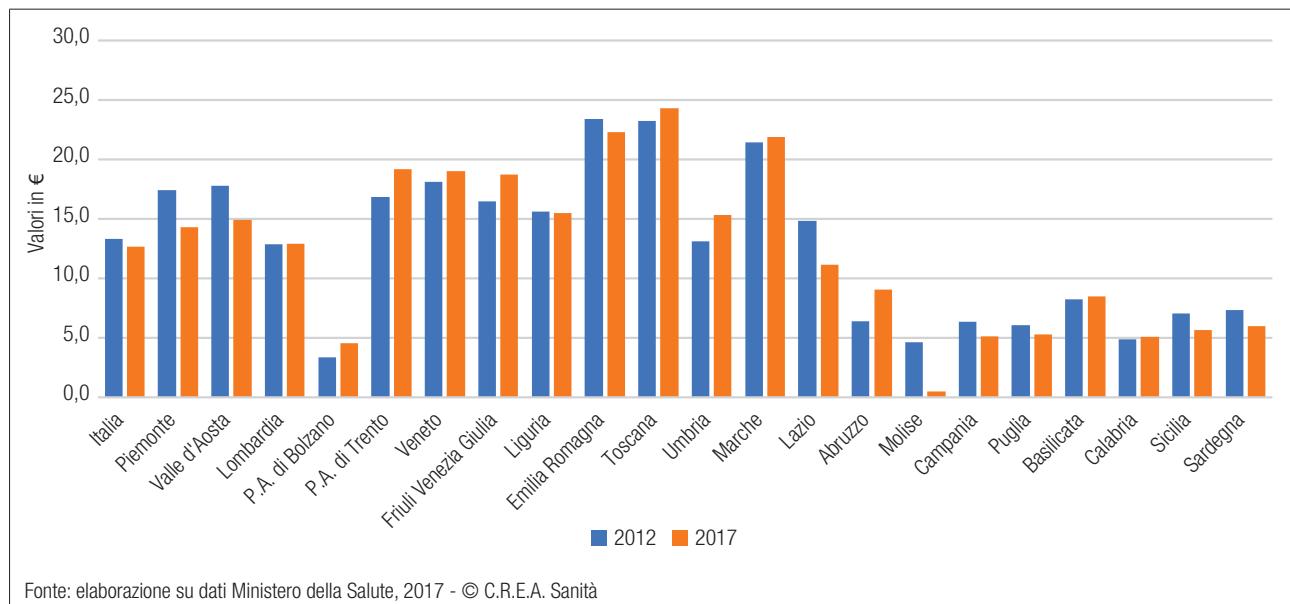


Figura 8a.6. Correlazione tra ricavi intramoenia e PIL pro-capite. Anno 2017

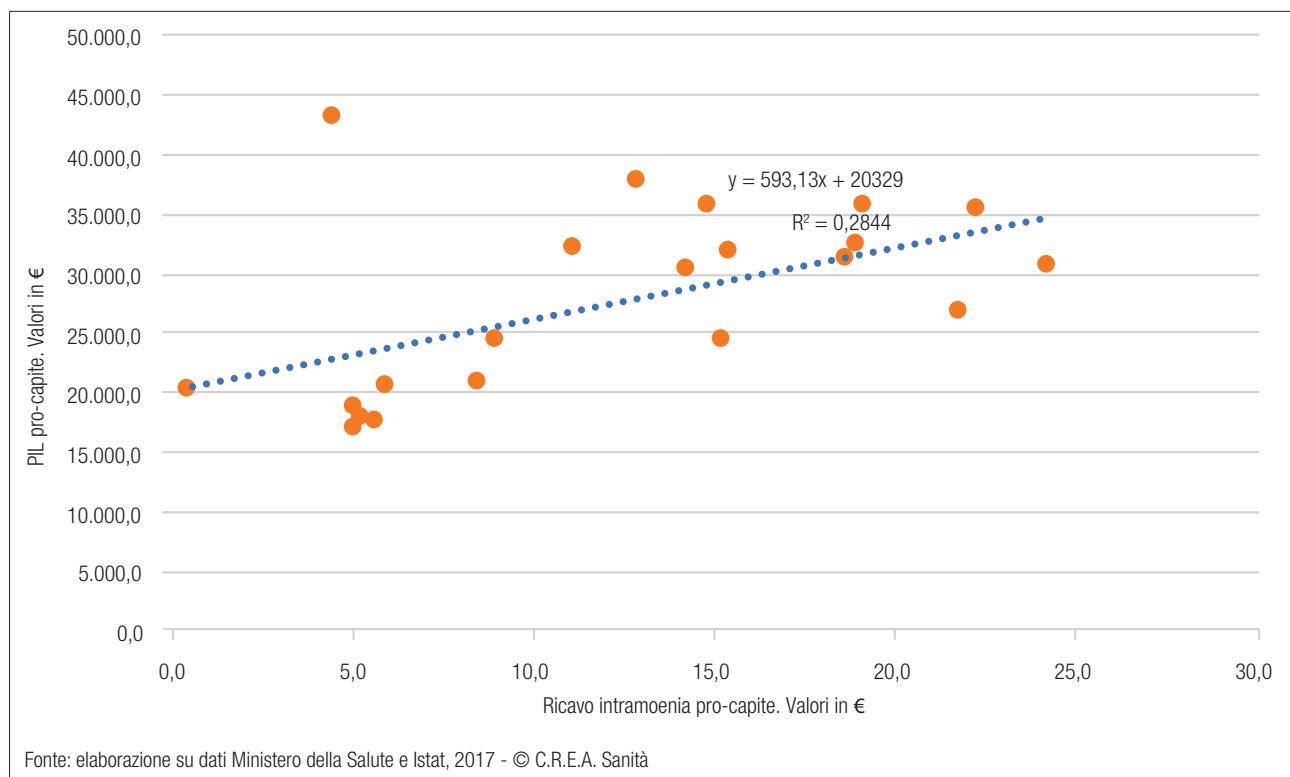


Figura 8a.7. Correlazione tra ricavi intramoenia e spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2017

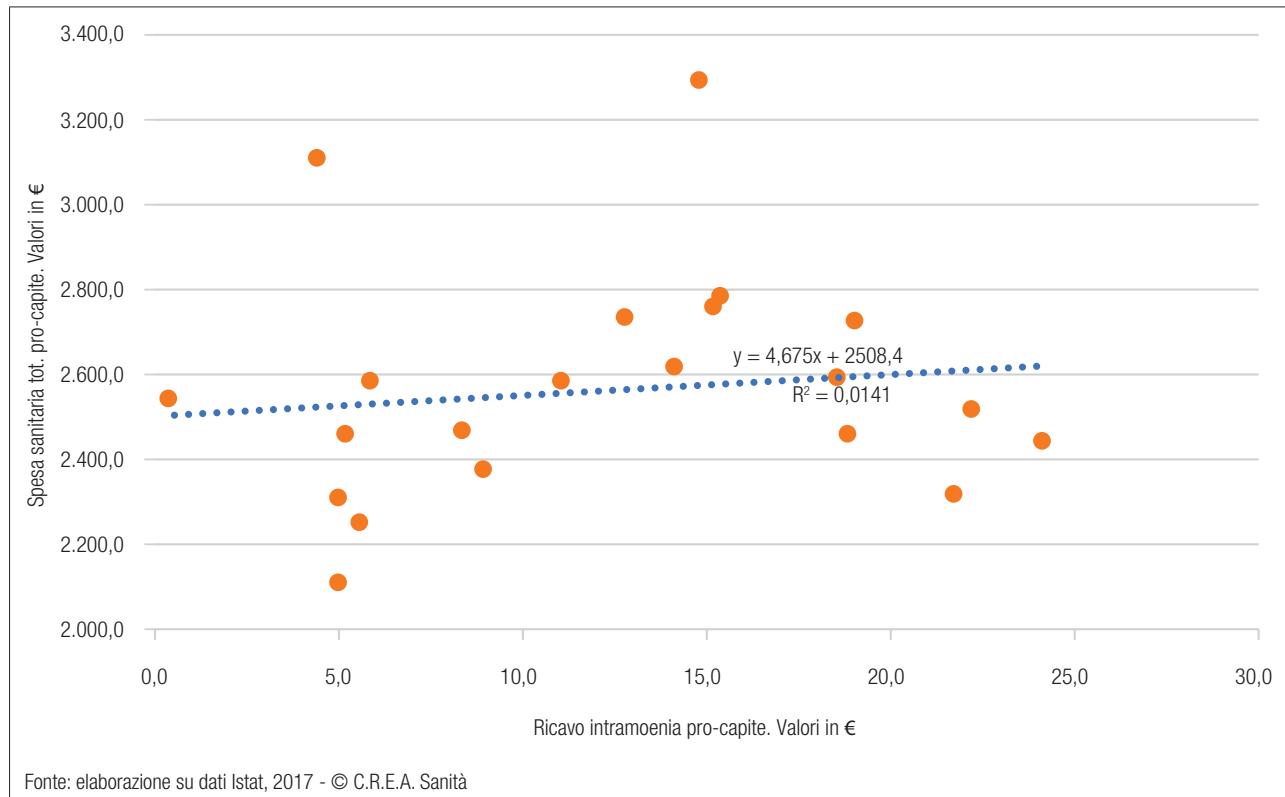
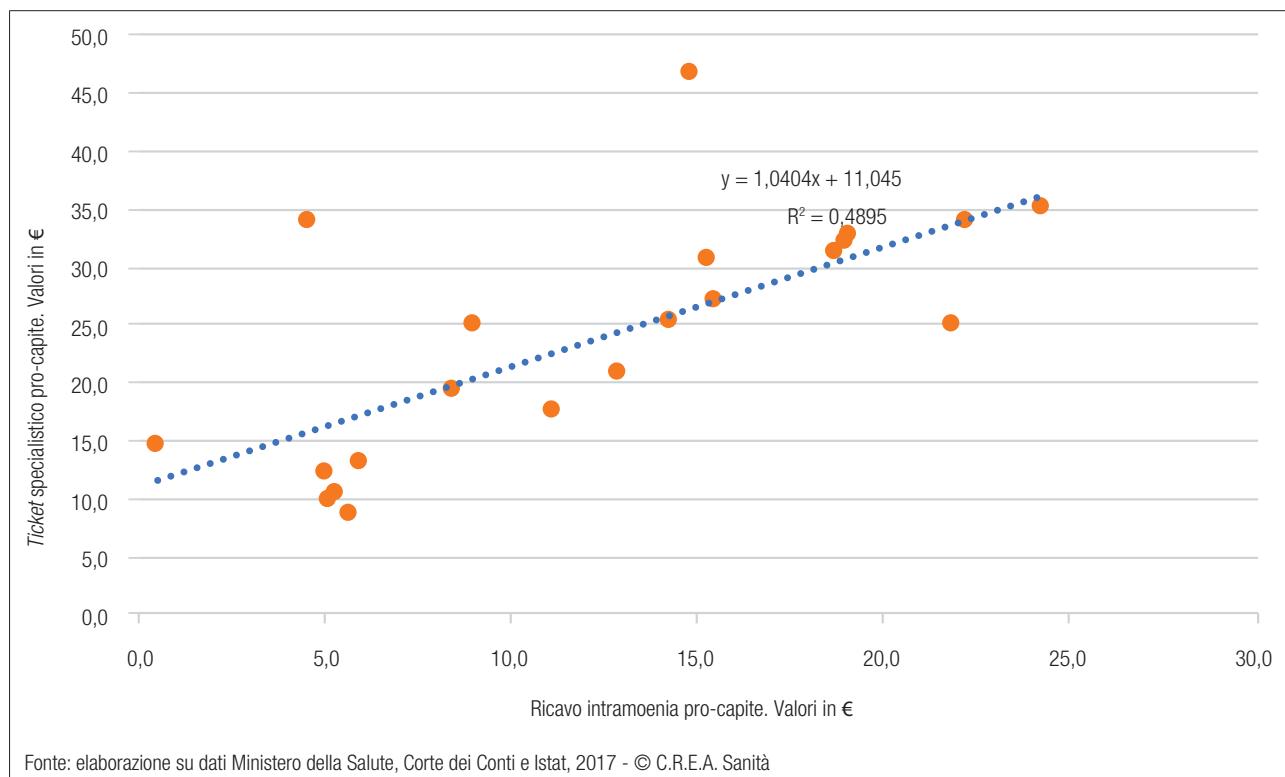


Figura 8a.8. Correlazione tra ricavi intramoenia e ticket pro-capite. Anno 2017



8a.5. La spesa per la specialistica ambulatoriale: una stima

Nella spesa per servizi ambulatoriali rientrano: le visite mediche dal medico generico o dallo specialista (a domicilio, in ambulatorio, etc..), i servizi sanitari ausiliari (infermieri, fisioterapisti, ginnastica correttiva, etc..), le analisi di laboratorio e gli esami radiologici, ecografici e le cure termali. Rimarchiamo che dalla analisi della spesa per servizi ambulatoriali abbiamo escluso la spesa per le cure odontoiatriche in quanto non assimilabile all'assistenza specialistica ambulatoriale strictu sensu.

La fonte dei dati impiegata per l'analisi della spesa relativa ai servizi ambulatoriali da parte delle famiglie è la Contabilità Nazionale dell'Istat che non consente, però, di entrare nel dettaglio delle singole voci, limitando quindi la visuale di un settore per sua natura molto variegato. Per un'osservazione analitica dei singoli settori sarebbe stato utile, infatti, impiegare come base per la valutazione l'Indagine sui Consumi delle Famiglie (Istat), ma a partire dal 2014 l'Istat ha separato e accorpato in maniera diversa le singole voci non permettendo, quindi, una valutazione analitica.

Sulla base di queste premesse, secondo quanto pubblicato nell'ambito della Contabilità Nazionale, nel 2017 la spesa delle famiglie per servizi ambulatoriali (al netto, come sopra ricordato, delle spese odontoiatriche) ammonta a € 10,5 mld.. Se alla spesa così ottenuta, sottraiamo i ricavi generati dall'attività di intramoenia e i *ticket* sulle prestazioni specialistiche introitati dalle strutture pubbliche, ricavabili dai dati di contabilità, ne risulta una spesa residua di € 8,5 mld., che in via di principio dovrebbe rappresentare il valore della spesa *Out of Pocket* per prestazioni specialistiche erogate dalle strutture private: intera per quelle non accreditate, e relativa alla sola compartecipazione per quelle accreditate.

Ipotizzando, in prima battuta, che la quota di spesa riferibile alle prestazioni effettuate in strutture private extra regime SSN (quindi nelle private non accreditate e in quelle accreditate in regime privatistico) sia nel range 75,0%-80,0% della suddetta spesa, il ticket sulle prestazioni erogate in regime di ac-

reditamento risulterebbe pari a € 1.695,0-€ 2.118,8, mln. incidendo per il 27,7%-32,4% sul valore delle prestazioni, e la spesa in quelle non accreditate a € 6.356,4 - € 6.780,2 mln..

Ipotizzando, che tale incidenza rimanga la stessa per le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, si ottiene una stima di valore per queste ultime di € 3.944,3 - € 4.610,5,0 (Tabella 8a.9.).

Secondo le nostre stime, pertanto, nel 2017 la spesa netta per la specialistica erogata dalle strutture pubbliche del SSN potrebbe variare da un minimo di € 2,7 mld. a un massimo di € 3,3 mld., ovvero varia tra il 2,4% e il 2,9% della spesa sanitaria pubblica totale. La spesa specialistica erogata dal SSN varia tra € 7,1 mld. e € 7,7 mld., ossia tra il 6,3% ed il 6,8% della spesa sanitaria pubblica totale.

Se ad essa si aggiunge la residua spesa *Out of Pocket*, la stima della spesa complessiva per prestazioni specialistiche si situa nel range € 17,6 - € 18,3 mld..

Peraltro sottostimata, in quanto non si considera la somma residua relativa alla spesa privata intermedia (dai fondi collettivi e dalle polizze individuali).

Tabella 8a.9. Stima spesa per specialistica ambulatoriale e sue componenti

Tipologia di spesa specialistica	Spesa (€ mln.)
Spesa <i>Out of Pocket</i> servizi ambulatoriali al netto spese odontoiatriche	10.522,6
Spesa <i>Out of Pocket</i> servizi ambulatoriali al netto di spese odontoiatriche, intramoenia e ticket strutture pubbliche	8.475,2
Spesa in strutture private extra SSN	6.356,4-6.780,2
Ticket strutture accreditate	1.695,0-2.118,8
Spesa linda strutture accreditate	6.109,0-6.532,7
Ticket strutture pubbliche	1.279,3
Spesa linda strutture pubbliche	3.944,3-4.610,5,0
Spesa pubblica totale	7.078,9-7.745,2
Spesa totale	17.601,5-18.267,7

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

8a.6. Conclusioni

Con i dati disponibili è possibile stimare una spesa pubblica per l'assistenza specialistica ambulatoriale di € 7,1 - € 7,7 mld. pari al 6,3%-6,8% della spesa sanitaria pubblica totale, e una spesa per specialistica totale fra € 17,6 e € 18,3 mld., senza considerare una residua quota di spesa privata intermediata.

Nel settore assume una grande rilevanza la compartecipazione, in particolare per effetto del cosiddetto *superticket*.

Il *superticket*, che si aggiunge alle compartecipazioni alla spesa sanitaria preesistenti, previsto per i non esenti dalla legge finanziaria per il 2007 e successivamente sospeso, è stato reintrodotto dalla metà di luglio del 2011. È stata anche ripristinata la possibilità per le Regioni di adottare, in alternativa, altre misure di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie tali da garantire 1) lo stesso introito 2) lo stesso effetto sul controllo dell'appropriatezza.

La possibilità attribuita alle Regioni, dalla L. n. 111/2011, di adottare misure alternative di partecipazione all'applicazione del *superticket* ha prodotto modalità difformi sul territorio.

Il *superticket* è attualmente presente nella maggior parte delle Regioni. Alcune applicano la quota fissa, altre non la applicano o la applicano in misura ridotta, altre ancora hanno rimodulato la compartecipazione al fine di renderla più coerente con i propri criteri di equità ed efficienza, in base alla condizione economica del nucleo familiare o al valore della ricetta.

È evidente che la variabilità dei sistemi di compartecipazione al costo può determinare condizioni di non equità tra i cittadini in relazione alla residenza, in cui i pazienti possono essere chiamati a corrispondere importi differenti a fronte della stessa presta-

zione.

In ogni caso le tendenze in atto mostrano una forte riduzione, nel periodo 2012-2017, dei ricavi generati dalla compartecipazione sulla specialistica ambulatoriale nelle Regioni Meridionali (con limitate eccezioni), un incremento significativo in Liguria e nella P.A. di Trento; ed, infine, l'aumento delle differenze negli importi medi pro-capite delle compartecipazioni tra le Regioni Centro-Settentrionali e quelle Meridionali, che era di 114,1 punti percentuali nel 2012 e risulta di 138,8 nel 2017.

La progressiva riduzione dei *ticket* per le prestazioni specialistiche può indicare uno spostamento della domanda, conseguenza dell'aumento dell'onere, e la maggiore convenienza, in alcuni casi, a rivolgersi verso prestazioni private.

Un altro possibile fenomeno legato all'aumento della compartecipazione è rappresentato dalla rinuncia o rinvio delle cure (vedi Capitolo 4a).

La funzione del meccanismo di compartecipazione alla spesa sanitaria dovrebbe essere quella di scoraggiare la richiesta di prestazioni improprie, ma il rischio è che un costo troppo elevato riduca anche le prestazioni efficaci ed appropriate, creando distorsioni e fughe dal SSN.

Riferimenti bibliografici

Bollettini ufficiali Regionali (anni vari)

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (anni vari)

Ministero della Salute (anni vari), *Conto economico delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale*, http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1314&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto

ENGLISH SUMMARY

New evidence on spending and consumption of outpatient specialist care

Based on the available data, in 2017 we could estimate spending on specialist care to range between € 17.6 and € 18.3 billion, without considering a residual share of private spending managed through second pillar instruments, such as supplementary health insurance schemes.

Public expenditure on specialist care ranged between € 7.1 and € 7.7 billion, equal to 6.3% - 6.8% of the total public health spending.

Hence private expenditure amounted to € 8,475.2 million, of which € 1,695.0 - € 2,118.8 millions are attributable to co-payments.

On the whole, the 2012-2017 trends showed a significant reduction in co-payments for specialist care spending in the Southern Regions (with few exceptions), as well as a significant increase in Liguria and in the Autonomous Provincia of Trento.

In 2017 per capita co-payments amounted to an average of € 21.1 per year, down by 2.9% compared to 2012. After generally increasing between 2012 and 2013, since 2014 the per capita spending for prescription charges has started decreasing.

There were also increasing differences in the average per capita amounts between the Central and Northern Regions and the Southern ones, which amounted to 114.1 percentage points in 2012 and to 138.8 in 2017.

It should be noted that co-payments for specialist care services were introduced for the first time in 1989 (Decree Law No. 382/1989).

The national legislation currently provides for a maximum charge on health services equal to € 36.15 (charge modified in some Regions) and a fixed prescription charge of € 10.0 (the so-called "super prescription charge"), envisaged for those not entitled to

exemptions by the 2007 financial law and later suspended, but then reintroduced since mid-July 2011.

In summary, the amount of the charge that citizens are required to pay for specialist services depends on:

- the regional tariffs and fees for the individual services up to the maximum limit for each prescription
- the additional co-payment measures that may be adopted by the Regions
- the implementation of the so-called "super prescription charge".

The possibility granted to the Regions - pursuant to Law No. 111/2011 - to adopt alternative measures for the implementation of the so-called "super prescription charge" has led to differences on the Italian territory. Some Regions charge the full amount, others do not charge it at all or charge it to a reduced extent, while others have redefined co-payments so as to make them more consistent with equity and efficiency criteria, based on the household economic situation or the prescription value.

The function of the co-payment mechanism for health spending, which should be to discourage the demand for inappropriate or unnecessary services, is likely to be lost and generate distortive effects, insofar as too high a cost could also reduce the demand for effective and appropriate services.

Therefore, the gradual reduction may indicate that - at least in part - a change in demand is underway, which can be attributed to the increased burden, and/or to greater convenience in using private facilities, where services are provided in exchange for payment, and/or to families' renouncing or postponing healthcare services (Chapter 4).

CAPITOLO 8b

Tempi di attesa e costi delle prestazioni nei Sistemi Sanitari Regionali¹

Cassa R.², Collicelli C.³, Santurri P.², Spandonaro F.⁴

8b.1. Un tema allo studio da tempo

La questione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie regionali viene studiata da oltre un decennio: basti ricordare che il *Progetto Mattoni*, voluto dal Ministro della Salute Livia Turco con lo scopo di avviare una riflessione strategica, approfondita e condivisa, sugli assetti del sistema, conteneva per la prima volta uno specifico "Mattoni" dedicato ai tempi di attesa in sanità. È poi del 2010 uno studio specifico di AgeNaS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) nel quale si riprende la tematica, in particolare facendo cenno a due fonti esterne che si sono occupate del problema: una Fondazione di ricerca particolarmente sensibile alle questioni sociali, il Censis, e una Associazione di rappresentanza della società civile, che ha dato vita ad uno specifico strumento di tutela dei pazienti della sanità, CittadinanzAttiva: «*Sappiamo che, da parte dei cittadini i tempi di attesa sono percepiti come un vero e proprio "nodo problematico" verso il quale sono indirizzati moltissimi reclami e richieste di interventi migliorativi* (Censis, 2010); *prenotare una prestazione sanitaria può tramutarsi in una sorta di percorso ad ostacoli che complica notevolmente l'accesso alle cure* (CittadinanzAttiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006)» (Agenas 2010).

Al tempo stesso Agenas (2010) indica l'esistenza in alcune Regioni, ed in particolare in Emilia Romagna, di specifici progetti volti a trovare soluzioni concrete alle disfunzioni rilevate, ad esempio attraverso la creazione di sistemi di prioritarizzazione in base

alla gravità delle condizioni di salute.

A seguito dello sviluppo avuto dal dibattito sul tema, nel 2010 il Ministero della Salute emana uno specifico Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA), per il periodo 2010-2012, che sancisce i tempi massimi di attesa per alcune prestazioni, ben 58 tra visite specialistiche, esami diagnostici e interventi chirurgici.

Il tema delle attese per l'accesso alle prestazioni rimane nel percepito della Società italiana, la maggiore criticità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e si lega a quello della spesa *Out Of Pocket* (OOP): infatti i cittadini pagano in proprio strutture private, o pubbliche in regime di Intramoenia, per accedere più tempestivamente alle prestazioni sanitarie.

Con l'Indagine Istat su Salute e Sanità del 2013-2014 vengono raccolte e diffuse per la prima volta informazioni attendibili, in quanto riferite ad un campione molto ampio di popolazione italiana, sulle modalità di spesa dei cittadini italiani per alcune importanti tipologie di prestazioni sanitarie (visite mediche specialistiche, analisi del sangue, esami specialistici, farmaci, assistenza domiciliare, interventi chirurgici, ricoveri ospedalieri e prestazioni odontoiatriche).

Ne risulta che, durante l'anno che precede la rilevazione campionaria, oltre 8 famiglie su 10 hanno sostenuto spese di tasca propria per l'acquisto di almeno una delle prestazioni sanitarie sopra citate. Il 41,3% ha pagato le visite interamente ed il 21,3% ha pagato il solo *ticket* di partecipazione. Rispetto agli importi spesi, il 32,2% delle famiglie italiane ha speso meno di € 250 in un anno, il 30,3% tra € 250

¹ La ricerca da cui è tratto il presente contributo è stata possibile grazie ad un finanziamento di Fondazione Luoghi Comuni ed è stata pubblicata dalla CGIL-FP

² CODRES

³ Cnr-Itb

⁴ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

e € 600 ed il 37,4% oltre € 600. Per quanto riguarda gli esami specialisti, il 63,3% di chi ne ha effettuati ha sostenuto delle spese ed il 33,0% ha speso oltre € 150. Per le analisi di laboratorio il 58,1% ha sostenuto delle spese ed il 37,7% ha speso oltre € 120. Per la riabilitazione è il 14,9% delle famiglie italiane ad aver fatto trattamenti riabilitativi e tra questi il 71,5% ha sostenuto delle spese ed il 33,4% ha pagato una somma uguale o superiore a € 400. Per le prestazioni odontoiatriche l'85,6% degli italiani che hanno effettuato visite si è rivolto a un dentista/ortodontista libero professionista.

A seguito delle analisi e dei dati raccolti e pubblicati nell'ambito dell'indagine Istat, dal 2014 in poi si è sviluppato un vero e proprio filone di riflessioni e ricerche sul tema. In particolare, il Censis ha dato vita a diverse ulteriori ricerche sul campo, volte a misurare l'entità delle attese nei diversi territori, congiuntamente all'ammontare della spesa OOP sostenuta dalle famiglie, distinguendo per categorie di prestazioni ed anche per tipologia di pagamento (*ticket*, intramoenia e pagamento pieno in strutture private). Per quanto riguarda gli aspetti motivazionali della domanda, lo studio Censis del 2015, ad esempio, ipotizza che la crescita dell'ansia rispetto ai problemi di salute, congiuntamente alla fiducia nelle possibilità diagnostiche e terapeutiche, porti ad un aumento degli accessi che a fatica il sistema pubblico riesce a gestire in maniera temporalmente appropriata. Il Censis aggiunge che «*emerge una dinamica inversamente proporzionale tra costi e tempi di attesa*» per cui ad un maggiore esborso corrisponde una tempistica accelerata. E stima che ogni singolo giorno di attesa risparmiato abbia un valore monetario che va dai € 4 per la colesterolemia ai € 28 per il trattamento endodontico (Censis - RBM Salute 2016).

Nel 2016 vengono resi noti anche i nuovi dati del Tribunale per i Diritti del Malato-Cittadinanza Attiva, che si basano su 21.493 segnalazioni giunte nel corso del 2015 al Pit Salute nazionale e ai Pit Salute locali e sezioni territoriali del Tribunale. Più di uno su dieci dei segnalanti (10,8%) fa riferimento all'in-sostenibilità economica delle cure, e gli esborsi di tasca propria risultano in crescita tra il 2014 e il 2015. Ancora Pit Salute indica che diminuiscono le

segnalazioni di liste di attesa per esami diagnostici semplici, dal 36,7% del 2014 al 25,5% del 2015, ma crescono per gli interventi chirurgici (35,3% nel 2015 vs il 28,8% del 2014) e per le visite specialistiche (34,3% vs 26,3%). In testa, per segnalazioni su lunghi tempi di attesa negli interventi chirurgici, l'area dell'ortopedia, con il 30,7% (era il 27,5% nel 2014); per le visite specialistiche l'area dell'oculistica (25% vs 18,5% nel 2014); per gli esami diagnostici, le prestazioni per le quali si attende di più sono le ecografie (18,8%, 24,1% nell'anno precedente).

Risulta evidente che l'onere della compartecipazione alla spesa dei servizi del SSN, e l'allungamento delle liste di attesa, contribuiscono allo sviluppo di un'offerta privata di servizi spesso concorrenziale con quella pubblica, tanto per il costo – persino per chi non dispone di una copertura assicurativa o mutualistica privata –, quanto per i tempi di risposta. In altre parole, la Sanità privata ha trovato un suo specifico posizionamento derivante almeno in parte dalle "inefficienze" del pubblico.

Per quanto riguarda la domanda, poi, è ormai chiaro che i comportamenti dei cittadini in materia di accesso ai servizi sanitari seguono logiche articolate e variabili, significativamente influenzate per un verso dalle problematiche economiche e dall'altro dalla crescente attenzione nei confronti della salute e nelle possibilità di curarsi: convivono fasce di popolazione che optano sempre, per vari motivi, per il privato; altre che prediligono sempre, laddove possibile, il pubblico; e segmenti di popolazione che scelgono di volta in volta, tenendo conto degli aspetti clinici, di quelli organizzativi e di quelli economici, secondo una logica di arbitraggio e di *empowerment*. In alcuni casi le difficoltà provocano comportamenti di rinuncia o posticipazione della prestazione.

Non c'è bisogno di sottolineare quanto la situazione che si è venuta a creare sia critica rispetto ai principi dell'universalismo, della appropriatezza e dell'equità e quale ruolo giochino parametri quali le differenze di reddito, le variabili di natura culturale, la maggiore o minore consapevolezza dell'importanza delle attività di cura e prevenzione, lo status sociale e il reddito delle famiglie, nel determinare le sorti sanitarie per i singoli e le famiglie.

8b.2. Gli obiettivi della ricerca

Sulla base delle evidenze brevemente citate, C.R.E.A. Sanità ha condotto nel 2017 una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, istituito dalla Cgil Funzione Pubblica nello stesso anno. La ricerca parte dal presupposto che gli obiettivi della sanità pubblica italiana prevedono una copertura universale generalizzata (fatta eccezione per alcuni segmenti di offerta quali l'odontoiatria), che si scontra con l'evidenza di una dilatazione dell'area della spesa privata OOP e, nel medesimo tempo, dell'incremento dei tempi di attesa per l'accesso ad alcune prestazioni.

In coerenza con quanto finora affermato, l'attenzione dell'indagine si è focalizzata su costi e tempi di attesa, sia per le prestazioni richieste al SSN (tipicamente soggette ad un *ticket*) erogate dalle strutture pubbliche e in quelle private accreditate con il SSN, sia per quelle a "tariffa piena" dei solventi nel settore privato ed in intramoenia nel pubblico.

La rilevazione è stata condotta su 4 Regioni, scelte per la loro rappresentatività geografica (Lombardia nel Nord-Ovest, Veneto nel Nord-Est, Lazio nel Centro e Campania nel Sud) e le loro dimensioni: complessivamente le 4 Regioni contano 26.673.480 residenti, pari a quasi la metà (43,9%) della popolazione italiana.

I dati sono stati acquisiti direttamente presso le unità oggetto di indagine, sia per il settore pubblico che per il comparto privato dell'offerta sanitaria presente sul territorio, ed hanno riguardato 356 strutture sanitarie, pubbliche e private, e 26 provincie (10 in Lombardia, 7 in Veneto, 4 nel Lazio e 5 in Campania).

Le 11 prestazioni sanitarie prese in considerazione comprendono sia visite specialistiche (visita oculistica ed ortopedica) che prestazioni di diagnostica (Rx articolare, Spirometria, Ecocardiografia, Eco-doppler venoso arti inferiori, Eco tiroide, Colonoscopia, Gastroscopia, Elettromiografia, Coronarografia).

Va sottolineato che la rilevazione è stata effettuata con riferimento a prestazioni erogate in regime "nor-

male" o di "elezione", non rilevando quindi in tema di appropriatezza delle risposte, quanto di generale organizzazione del sistema.

Il questionario utilizzato è di tipo strutturato e presenta la seguente articolazione al proprio interno:

- dati relativi ai tempi di attesa per le prestazioni fruite nel pubblico con *ticket*, nel pubblico in regime di intramoenia, nel privato convenzionato e nel privato a pagamento totale
- dati relativi ai costi in regime di tariffa piena e di intramoenia
- dati sulle specializzazioni presenti nella struttura
- dati sugli operatori presenti in ciascuna delle unità rilevate (personale medico, paramedici e amministrativi)
- natura e tipologia delle strutture oggetto di indagine, ivi compreso l'eventuale accreditamento con il SSN.

I nominativi delle strutture contattate da Codres nel corso dell'indagine sono stati acquisiti attraverso una ricerca presso gli archivi C.R.E.A. e tramite la consultazione via *web* di siti specifici; sono stati consultati i responsabili delle strutture, o in seconda scelta altri soggetti che, per il ruolo ricoperto e le funzioni svolte, fossero in grado di fornire le informazioni richieste. La rilevazione è stata effettuata tramite il ricorso a più strumenti telematici (telefono, fax, *e-mail*).

Inoltre, la ricerca ha voluto contestualizzare i risultati, affiancando alla rilevazione sulle attese ed i costi, il livello di offerta pubblica (SSN) a livello regionale. A tale scopo la consistenza dell'offerta del SSN è stata misurata attraverso 3 *proxies*: il personale per residente, i posti letto per residente e la spesa convenzionata per residente. Le correlazioni statistiche che ne derivano vanno interpretate come tali, non potendosi definire con evidenza i nessi causali fra i fenomeni.

I risultati della ricerca, a distanza di alcuni anni dall'ultima ricerca condotta con analoga metodologia, possono quindi costituire uno strumento utile per la comprensione dello stato dell'arte in tema di equità ed universalismo.

8b.3. I risultati a livello nazionale

Per fornire una visione di insieme dei risultati ottenuti, è opportuno partire dall'analisi del valore medio emerso nelle quattro Regioni congiuntamente considerate, uno spaccato nazionale significativo. A tale proposito appare immediatamente evidente che, a distanza di alcuni anni, l'indagine conferma le criticità già rilevate da Istat, Censis e Pit-Salute, precedentemente citate.

In particolare, per quanto riguarda i tempi di attesa (Tabella 8b.1.), le Regioni analizzate presentano nel loro insieme valori medi molto elevati, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni effettuate nelle strutture pubbliche in regime SSN che, per il set di prestazioni rilevate, vanno dai 23 giorni per un Rx articolare ai 96 per una colonscopia. Solo per una delle prestazioni considerate si rimane sotto i 30 giorni. Anche se va ricordato che si tratta di tempi per prestazioni senza esplicita indicazione di urgenza: per queste ultime, infatti, l'accesso è regolato da norme specifiche di priorità, e quindi certamente più rapido.

In ogni caso, rispetto a quanto rilevato dal Censis nel 2014 e 2015 per tre delle prestazioni sottoposte ad indagine (visita oculistica, visita ortopedica e colonscopia), il confronto (statisticamente spurio, ma sicuramente indicativo) mostra un ulteriore aumento dei giorni di attesa (Tabella 8b.2.). In particolare, per quanto riguarda le strutture pubbliche si passa da 61 giorni per la visita oculistica nel 2014 a 88 nel 2017, da 36 per la visita ortopedica nel 2014 a 56 nel 2017, e da 69 nel 2014 per la colonscopia a 96 nel 2017.

Per quanto riguarda le prestazioni in regime di intramoenia, i valori del 2017 sono bassi come i precedenti, ma comunque registrano una crescita (Tabella 8b.2.): da 5 giorni a 7 giorni per la visita oculistica, da 5 a 6 per la visita ortopedica e da 6 a 7 per la colonscopia.

In ambito privato (Tabella 8b.3.), i valori in termini di giorni di attesa sono molto diversi tra regime SSN e regime solventi: si registrano aumenti per la visita oculistica (da 40 a 52 giorni) e una contrazione per la coloscopia in regime SSN, mentre gli altri valori si confermano sostanzialmente pari a quelli del 2014 e 2015. Anche nel privato, in regime accreditato SSN,

per 4 prestazioni si è in media oltre i 40 giorni (Tabella 8b.1.).

Tabella 8b.1. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (media nazionale)

Prestazioni	Pubblico	Intramoenia	Privato conven.	Privato solventi
Visita oculistica	88,3	6,7	52,2	6,3
Visita ortopedica	55,6	6,1	27,0	6,0
Rx articolare	22,6	4,4	8,6	3,3
Spirometria	43,9	4,6	12,8	5,2
Ecocardiografia	70,3	5,2	22,6	5,9
Ecodoppler venoso arti inf.	73,9	5,1	19,2	6,0
Eco tiroide	57,6	4,9	15,5	5,5
Colonscopia	96,2	6,7	46,5	10,2
Gastroscopia	88,9	6,3	42,3	10,2
Elettromiografia	62,2	5,0	20,9	6,2
Coronarografia	47,0	9,0	90,0	13,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Tabella 8b.2. Tempi di attesa (giorni) per prestazioni in strutture pubbliche (media nazionale)

Prestazioni	2014	2015	2017	2014	2015	2017
	Pubblico			Intramoenia		
Visita oculistica	61,3	62,8	88,3	4,7	5,0	6,7
Visita ortopedica	36,4	42,6	55,6	5,3	6,2	6,1
Colonscopia	69,1	78,8	96,2	5,9	6,8	6,7

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017, CENSIS vari anni

Tabella 8b.3. Tempi di attesa (giorni) per prestazioni in strutture private (media nazionale)

Prestazioni	2014	2015	2017	2014	2015	2017
	Privato accreditato			Privato solventi		
Visita oculistica	40,5	40,2	52,2	7,4	7,3	6,3
Visita ortopedica	27,1	27,1	27,0	5,7	6,5	6,0
Colonscopia	73,8	69,1	46,5	10,8	8,8	10,2

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017, CENSIS vari anni

Tabella 8b.4. Costi (€) di prestazioni a pagamento (media nazionale)

Prestazioni	2014	2015	2017	2014	2015	2017
	Intramoenia			Privato solventi		
Visita oculistica	91,5	88,6	97,6	102,2	104,2	96,8
Visita ortopedica	108,1	107,2	105,7	106,9	109,1	103,0
Colonscopia	221,2	240,3	261,6	204,8	206,6	288,8

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017, CENSIS vari anni

Per tutte le prestazioni analizzate, può essere interessante notare i valori particolarmente elevati della coronarografia nel privato SSN e della colonoscopia nel pubblico.

Per quanto riguarda i costi sostenuti dai pazienti, rilevati evidentemente solo per intramoenia e privato a pagamento, essi risultano mediamente abbastanza consistenti, ma in molti casi non molto distanti dai valori sostenuti per il *ticket* pagato nelle strutture pubbliche e private accreditate. Particolarmenente degno di nota è il confronto tra i due valori (intramoenia e privato a pagamento), da cui si evince una generale omogeneità, con alcuni punti di vantaggio a favore del privato a pagamento, in quanto meno caro ad esempio per radiografia articolare, spirometria ed elettromiografia.

Il confronto con i dati Censis del 2014 e 2015 per le tre prestazioni considerate in ambedue gli studi (Tabella 8b.4.), mostra aumenti del costo soprattutto per la colonoscopia in intramoenia (da € 221 a € 261) e nel privato a pagamento (da € 204 a € 288), ed una situazione più o meno stazionaria per le altre due prestazioni (visita oculistica e visita ortopedica).

8b.4. La struttura dell'offerta regionale

Come premesso, al fine di contestualizzare a livello regionale le analisi condotte, sono stati elaborati alcuni confronti relativi all'offerta assistenziale garantita dal SSN nelle Regioni considerate.

Sono stati in particolare elaborati a livello aggregato 3 indicatori correlabili con il dimensionamento dell'offerta del SSN, sia per le strutture pubbliche,

che per quelle private accreditate.

A tale proposito va premesso che la lettura dei dati deve tenere conto della non perfetta confrontabilità degli stessi, in quanto sono numerosi i fattori confondenti. In particolare, non è stato possibile tenere conto in modo oggettivo dell'efficienza, come è noto difficilmente misurabile. In altri termini va specificato che non necessariamente un minor numero di posti letto, ovvero di personale, implica una minore possibilità di accesso, in quanto potrebbe essere compensato da una maggior efficienza, di cui però non siamo in grado di misurare l'entità.

Altro importante fattore confondente è la diversa struttura dei bisogni regionali, legata alle diverse età medie, come anche ai fattori socio-economici.

Si aggiunga che il Ministero della Salute rilascia con molto ritardo alcuni dati, quali ad esempio quello del personale, che ad oggi è fermo (ultimo dato) al 2013.

Con i caveat espressi, si può osservare quanto segue. A fronte di una media di 11,8 unità di personale del SSN per 1.000 residenti (comprese quelle relative alle strutture private equiparate alle pubbliche) a livello nazionale, si va da un valore di 8,6 della Campania ad uno di 16,6 della Valle d'Aosta. La Campania è quindi la Regione delle quattro rilevate in cui la "copertura" da parte di personale di strutture pubbliche (o equiparate) del SSN è minore; segue il Lazio con 11,1, ancora sotto la media nazionale; quindi la Lombardia con 11,7 (praticamente pari alla media) e il Veneto con 13,6, una delle Regioni a statuto ordinario con più personale pubblico.

Valutazioni analoghe si possono fare considerando i posti letto nelle strutture private accreditate dal SSN: a fronte di una media nazionale di 0,75 ogni 1.000 residenti, il range è estremamente ampio: la Campania ne ha 1,06 e la Liguria 0,13. Per le Regioni di nostro interesse, troviamo quindi ancora prima la Campania, che si conferma la Regione con la maggiore quota di privato, seguita dal Lazio (0,91) e dalla Lombardia (0,83); mentre il Veneto con 0,26 letti privati accreditati ogni 1.000 residenti è seconda solo alla Liguria, confermandosi Regione con un netto primato del "pubblico".

Ovviamente i dati sopra citati si riverberano sul-

le risorse destinate all'acquisto di servizi sanitari in convenzione/accreditamento. A fronte di una spesa media pro-capite nazionale per il 2015 di € 300,1 (Campania € 377,0, Umbria € 151,8), per le Regioni analizzate si passa dal dato della Campania (che si conferma la Regione con maggior presenza di privato), a quello del Lazio (€ 376,4), della Lombardia (€ 361,2), e del Veneto (€ 286,9). Si noti che il dato di Lazio e Lombardia è molto vicino a quello della Campania, il che si spiega presumibilmente con la presenza di strutture private che esercitano una forte attrazione di pazienti da altre Regioni.

Si osservi altresì che, fra il 2010 e il 2015, la spesa pro-capite in convenzione è rimasta stabile in Campania, mentre si è ridotta rispettivamente del 13,0% e del 14,0% in Lazio e Lombardia, diminuendo del 5,0% anche in Veneto. Da cui la conferma che la Campania è, in assoluto, la Regione con il maggior ricorso al privato, mentre il Veneto è fra quelle con la maggiore quota di copertura pubblica; Lazio e Lombardia, nell'ordine indicato, si posizionano su valori intermedi.

8b.5. I confronti tra Regioni

Per quanto riguarda il dettaglio regionale, ed in particolare le prestazioni erogate in strutture pubbliche in regime SSN, i cui tempi di attesa medi risultano come abbiamo visto particolarmente elevati, notevoli sono le differenze che si registrano tra le 4 Regioni dove è stata effettuata la rilevazione. Il Lazio, in particolare, si contraddistingue per tempi particolarmente lunghi specie per alcune prestazioni (ad esempio gastroscopia e colonscopia) (Tabella 8b.5.).

Ma non mancano casi di attese particolarmente lunghe anche in Lombardia (ad esempio per l'ecografia tiroidea) e in Campania (ad esempio per la visita oculistica). In intramoenia (Tabella 8b.6.) i tempi di attesa, già bassi nella media, presentano differenze tra le Regioni decisamente contenute. Per quanto riguarda le strutture private accreditate (Tabella 8b.7.) si registrano nuovamente tempi decisamente lunghi e anche differenze molto significative, soprattutto tra i tempi particolarmente lunghi relativi ad al-

cune prestazioni della Lombardia e della Campania. Basti citare i 63 giorni della colonscopia in Lombardia o i 52 della gastroscopia sempre in Lombardia, o i 90 giorni della coronarografia in Campania. Ancora nelle strutture private, per le prestazioni a pagamento pieno (Tabella 8b.8.) la situazione è simile all'intramoenia: tempi di attesa brevi e differenze limitate.

Tabella 8b.5. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime SSN (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	96,8	58,8	86,2	101,1	88,3
Visita ortopedica	59,5	26,1	84,3	55,3	55,6
Rx articolare	25,9	32,0	42,9	7,5	22,6
Spirometria	54,9	34,8	69,4	32,5	43,9
Ecocardiografia	83,7	95,4	117,9	36,2	70,3
Ecodoppler venoso arti inf.	98,1	55,0	123,0	42,5	73,9
Eco tiroide	110,0	35,0	123,7	22,1	57,6
Colonscopia	95,4	60,4	175,7	87,4	96,2
Gastroscopia	56,7	93,0	158,4	78,1	88,9
Elettromiografia	77,6	50,0	116,0	30,5	62,2
Coronarografia	nd	100,0	80,0	30,0	47,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Tabella 8b.6. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime intramoenia (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	8,9	12,9	6,8	5,7	6,7
Visita ortopedica	8,9	7,7	6,2	6,2	6,1
Rx articolare	3,1	nd	7,4	2,3	4,4
Spirometria	5,7	nd	5,4	3,5	4,6
Ecocardiografia	3,4	7,1	6,6	4,4	5,2
Ecodoppler venoso arti inf.	4,3	1,0	7,0	4,4	5,1
Eco tiroide	4,1	nd	6,1	3,8	4,9
Colonscopia	5,1	12,1	6,8	6,4	6,7
Gastroscopia	5,2	nd	7,3	6,7	6,3
Elettromiografia	6,0	nd	5,3	4,1	5,0
Coronarografia	5,0	nd	10,3	nd	9,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Tabella 8b.7. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture private regime convenzionato (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	71,8	58,6	16,0	18,3	54,5
Visita ortopedica	31,9	20,5	15,5	31,5	27,5
Rx articolare	9,6	nd	7,9	5,2	7,9
Spirometria	19,3	nd	12,0	6,9	14,3
Ecocardiografia	26,5	37,7	19,5	7,5	21,6
Ecodoppler venoso arti inf.	26,6	nd	18,4	7,5	18,9
Eco tiroide	28,3	nd	18,1	9,9	14,2
Colonoscopia	63,5	43,0	14,3	28,8	46,5
Gastroscopia	52,6	nd	18,4	40,0	42,3
Elettromiografia	23,3	nd	11,0	14,9	20,8
Coronarografia	nd	nd	nd	90,0	90,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Tabella 8b.8. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture private regime solventi (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	5,5	6,6	6,8	5,9	6,3
Visita ortopedica	4,6	5,7	6,4	7,3	6,0
Rx articolare	1,7	2,0	4,4	2,1	3,3
Spirometria	3,3	1,0	5,9	4,5	5,2
Ecocardiografia	3,3	5,6	6,8	5,5	5,9
Ecodoppler venoso arti inf.	4,3	12,0	6,3	5,5	6,0
Eco tiroide	3,7	4,0	5,7	5,2	5,5
Colonoscopia	9,4	12,8	10,1	10,3	10,2
Gastroscopia	6,6	10,0	10,4	11,1	10,2
Elettromiografia	3,0	11,0	5,4	6,9	6,2
Coronarografia	nd	nd	2,0	16,7	13,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Per quanto riguarda il confronto della spesa sostenuta dal paziente in intramoenia nelle 4 regioni sottoposte ad analisi (Tabella 8b.9.), si registrano costi mediamente più sostenuti in Lombardia, fino al picco dei € 490 per la coronarografia, e valori mediamente più bassi in Campania e nel Lazio. Per le strutture private a pagamento completo (Tabella 8b.10.)

le differenze tra le Regioni sono altrettanto significative: basti guardare ai costi delle visite in Lombardia rispetto alla Campania e, in misura minore, Veneto e Lazio.

Tabella 8b.9. Costi (€) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime intramoenia (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	117,1	104,1	84,5	80,7	97,6
Visita ortopedica	115,6	112,6	100,0	95,0	105,7
Rx articolare	61,2	nd	56,8	21,7	50,1
Spirometria	49,3	nd	58,8	38,9	49,2
Ecocardiografia	123,0	104,3	99,5	87,9	102,8
Ecodoppler venoso arti inf.	109,7	110,0	81,6	85,1	91,9
Eco tiroide	82,8	nd	69,4	58,4	68,2
Colonoscopia	271,1	203,0	298,5	259,1	261,6
Gastroscopia	188,0	nd	278,5	208,0	216,9
Elettromiografia	140,0	nd	138,9	87,9	120,3
Coronarografia	490,0	nd	400,0	nd	430,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Tabella 8b.10. Costi (€) per prestazione e Regione in strutture private regime solventi (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	132,1	90,7	89,3	75,6	96,8
Visita ortopedica	121,4	110,8	95,8	90,0	103,0
Rx articolare	63,5	80,0	51,7	26,6	42,0
Spirometria	50,0	nd	60,4	37,8	51,1
Ecocardiografia	118,9	97,7	99,7	67,2	93,4
Ecodoppler venoso arti inf.	109,8	nd	96,0	64,5	87,4
Eco tiroide	79,7	55,0	74,5	54,1	68,5
Colonoscopia	260,0	254,8	335,5	208,8	288,8
Gastroscopia	202,5	118,0	283,3	160,9	245,3
Elettromiografia	128,0	107,5	106,5	89,9	99,9
Coronarografia	nd	nd	800,0	1797,5	1465,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Senza entrare in dettagli minimi sulla singola prestazione in ogni singola Regione, ma per completezza di informazione, basti dire che nei confronti interni ad ogni singola Regione, per quanto riguarda le liste di attesa sono ancor più evidenti le differenze tra strutture pubbliche e private convenzionate. Per quanto attiene ai costi sostenuti dai pazienti in intramoenia e nel privato a pagamento, le differenze risultano leggermente meno evidenti. Per i tempi di attesa ed i costi per singola Regione e per tipologia di struttura pubblica (presidi ASL, Azienda Ospedaliera, IRCCS), i risultati ricalcano nelle linee generali quelli medi nazionali e regionali. Alcune "asimmetrie", soprattutto tra presidi ASL e Aziende Ospedaliere, risultano particolarmente degne di nota, in quanto segnalano una mancanza di coordinamento tra diverse strutture dello stesso territorio per quanto riguarda la regolazione dei flussi di accesso alle prestazioni e/o una carente gestione della domanda.

8b.6. Conclusioni

La rilevazione C.R.E.A. Sanità 2017 per l'*Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitarie Regionali della Cgil* conferma in primo luogo le evidenze emerse dalle precedenti ricerche e, in particolare, le preoccupazioni per l'impatto delle liste di attesa sull'accesso e, quindi, sull'universalismo del SSN. La rilevazione mostra che non solo il fenomeno non si riduce negli ultimi anni, anzi tende semmai ad aggravarsi.

La questione ha due evidenti "regolarità": la prima è che la discriminante nel fenomeno è il regime di pagamento delle prestazioni; quelle in regime di elezione nel SSN (gratuite a meno dell'eventuale *ticket*) hanno, infatti, tempi di attesa alti e in qualche caso molto alti: è raro rimanere nei limiti dei 30 giorni nelle strutture pubbliche e spesso si supera il limite anche in quelle private accreditate; per quelle a pagamento (sia in intramoenia nel pubblico, che per i solventi nel privato) i tempi di accesso sono al contrario molto ridotti.

La differenza fra queste due "categorie" (a pagamento e non) è di un ordine di dimensione largamente maggiore di quello della differenza di tempo di accesso fra strutture pubbliche e private. Sebbene i tempi di attesa in quelle pubbliche siano più alti, peraltro non in modo generalizzato, comunque non lo sono in modo significativo. Analogamente fra quelle a pagamento le differenze di tempo di accesso fra pubblico e privato sono negligenziali.

Osservazioni sovrapponibili possono farsi per quanto concerne i prezzi, che risultano molto vicini fra pubblico (intramoenia) e privato (extra SSN): anzi, in alcuni casi si è rilevato un costo in intramoenia più alto. Si noti, ancora, che i prezzi risultano molto competitivi nei confronti delle prestazioni erogate dal SSN e soggette a compartecipazione.

È, quindi, evidente che i tempi di attesa (ricordiamo che l'analisi è stata condotta su prestazioni non prescritte come urgenti) rischiano di risultare disallineati con le aspettative della popolazione e, insieme, le compartecipazioni ai costi rischiano a loro volta di essere disallineate con il valore di mercato delle prestazioni, esitando in una grave inefficienza del SSN, che si configura come *driver* del posizionamento competitivo delle strutture private. In altri termini la tempestività di accesso sembra una condizione garantita dal SSN solo per le prestazioni urgenti, mentre si tramuta in un "servizio a pagamento" nei casi restanti (numericamente di certo prevalenti).

La seconda regolarità è data per paradosso da "la mancanza di una regolarità", se non nei dati aggregati a livello regionale. Sebbene i dati medi rilevati indichino qualche differenza significativa a livello regionale, quello che si rileva è principalmente una grande variabilità infra-regionale e anche fra strutture e prestazioni. E non si evidenzia alcuna correlazione fra tempi di attesa e caratteristiche regionali, né di tipo geografico, né tanto meno di struttura del servizio. Infatti, la quota di "presenza" privata nei Servizi Sanitari Regionali, non corrisponde ad un gradiente nei tempi di attesa.

Al più rileviamo che il Veneto, che è la Regione con la quota maggiore di strutture di erogazione

pubbliche, ha tempi di attesa mediamente inferiori; ma fra le altre Regioni non emerge alcuna associazione di tipo "strutturale": la Campania che è la Regione con maggiore presenza privata, sembra avere tempi di risposta minori sia del Lazio, che fra le 4 è la Regione con maggiori problemi di accesso, che in alcuni casi della stessa Lombardia.

Anche l'analisi dei tempi per struttura erogatrice evidenzia grandi e non facilmente spiegabili differenze: il disallineamento, ad esempio, fra aziende ospedaliere e presidi di ASL, sebbene possa essere legato a questioni di specializzazione e/o di reputazione delle strutture, evoca un sistema carente di organizzazione e coordinamento, incapace di distribuire in modo efficiente la domanda o, al contrario, di riallocare l'offerta.

Per quanto concerne i limiti dello studio, va detto che, sebbene le 4 Regioni considerate siano di grandi dimensioni e distribuite nelle 4 ripartizioni geografiche, esse non sono statisticamente rappresentative del territorio nazionale. Anche il set di prestazioni rilevate non è strettamente rappresentativo, sebbene si tratti di prestazioni di accesso frequente e come tali indicative di come si formi la percezione del cittadino rispetto all'efficienza e all'universalismo di accesso del SSN.

Riferimenti bibliografici

- Agenas (2010), *I tempi di attesa nei siti web di Regioni e Aziende Sanitarie: la prospettiva del cittadino*, Roma
- Censis (2010), *Aspettative e soddisfazione dei cittadini rispetto alla salute e alla sanità*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_274_documenti_itemDocumenti_0_fileDocumento.pdf
- Censis-RBM salute (2016), *Oltre l'attuale welfare integrativo: rinnovare la previdenza complementare e la sanità integrativa*
- CittadinanzAttiva-Tribunale per i diritti del malato (2006), *Le liste d'attesa secondo l'ultima relazione Pit salute*, in Monitor, Num. 17, Roma
- CittadinanzAttiva-Tribunale per i diritti del malato (2016), *XIX Rapporto PiT Salute Servizio Sanitario Nazionale: accesso di lusso*, Roma
- Istat (2015), *Indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*
- Ministero della Salute (anni vari), *Annuario statistico*
- Ministero della Salute (anni vari), *Annuario statistico personale*
- Ministero della Salute (anni vari), *Conti Economici delle Aziende Sanitarie*
- Ministero della Salute (2010), *Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa*

ENGLISH SUMMARY

Waiting lists and cost of services in the Regional Health Services

The C.R.E.A. 2017 Healthcare Survey for the CGIL Observatory on waiting lists and cost of services in the Regional Health Services was conducted in 4 Italian regions: Lombardia for the North-West; Veneto for the North-East; Lazio for Central Italy and Campania for the South. The survey highlights the concerns about the impact of waiting lists on access to the NHS and, hence, on its universal nature.

The issue has two obvious "regularities": the first is that the discriminating factor is the system for paying services. In fact, those falling within the NHS scope (free of charge except for the possible prescription fee) have long waiting lists and, in some cases, very long ones: rarely they are provided within 30 days in public structures and often exceed this term even in the private accredited ones. Conversely, for the services provided not for free (both by private physicians in public structures - the so-called intramoenia regime - and for paying patients in the private structures) waiting lists are very short.

The difference between these two "regimes" (paid or free of charge) is much larger than the difference in waiting lists between public and private structures. Although the waiting lists in public structures are longer - although not in a generalized way - they are not significantly longer than in private ones. Similarly, for the paid ones, the differences in waiting lists between the public and private structures are negligible.

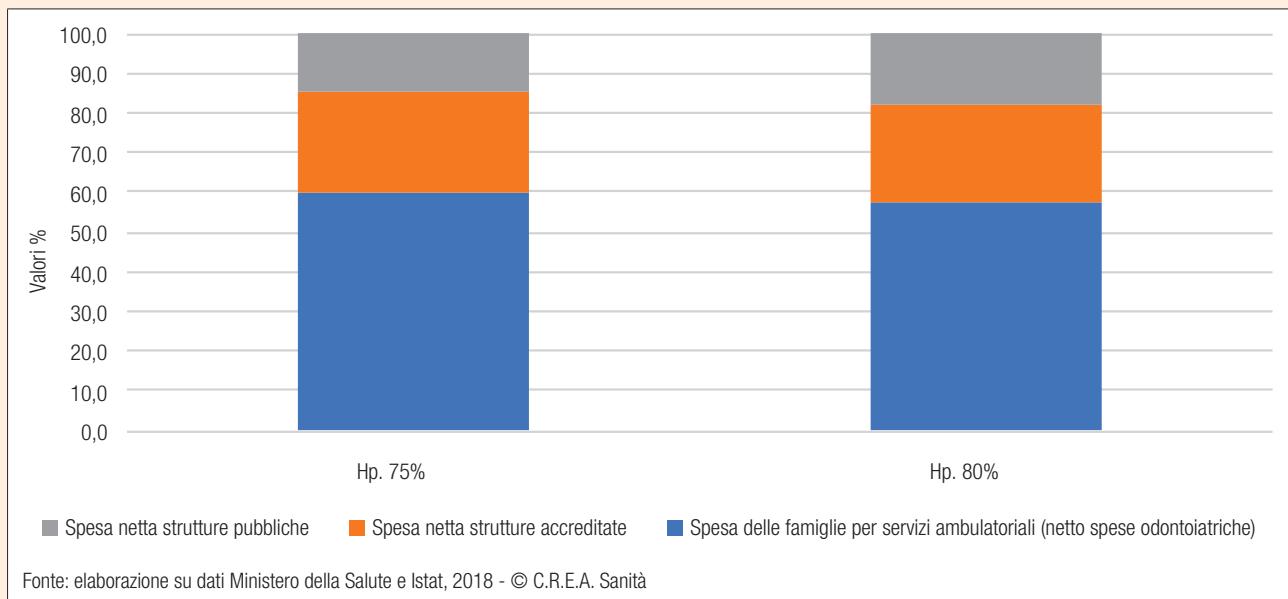
The same holds true for prices, which are not very

different between the public structures (under the intramoenia regime) and the private ones (outside the NHS scope): indeed, in some cases, a higher cost is recorded under the intramoenia regime. It should also be noted that private prices are very competitive with regard to the services provided by the NHS and subject to co-payments and cost sharing.

It is therefore evident that the waiting lists risk not being in line with people's expectations (the analysis was conducted on services not prescribed as urgent). Altogether, co-payments and cost sharing - in turn - risk not being in line with the market value of services, thus resulting in a severe inefficiency of the NHS, which is to be seen as a driver of the private structures' competitive positioning. In other words, timely access seems to be a condition guaranteed by the NHS only for urgent services, while it turns into a "paid service" in the remaining cases (which are certainly prevailing in number).

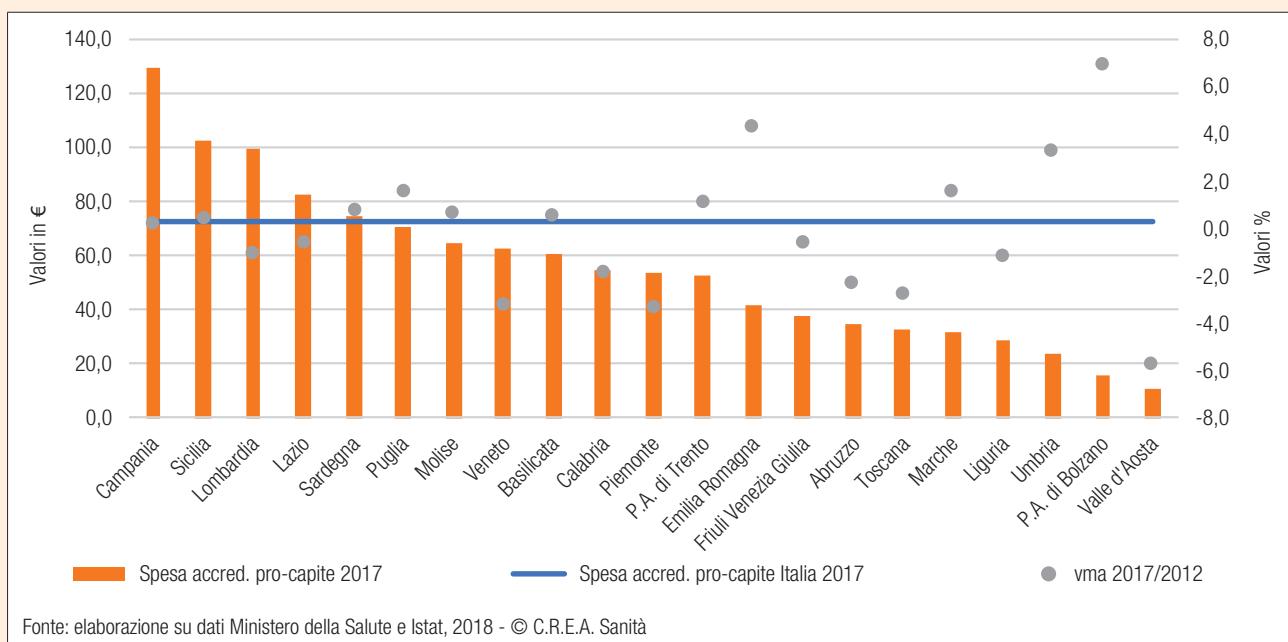
Paradoxically, the second regularity is due to "the lack of regularity", if not in the aggregated data, at regional level. Although the average data surveyed shows some significant differences at regional level, a great variability between regions and also between structures and services is mainly recorded. Furthermore, there is no correlation between waiting lists and regional characteristics, neither at geographical level nor at service structure level. In fact, the share of private "presence" in the Regional Health Services does not correspond to a difference in waiting lists.

KI 8.1. Spesa totale per la specialistica ambulatoriale. Anno 2017



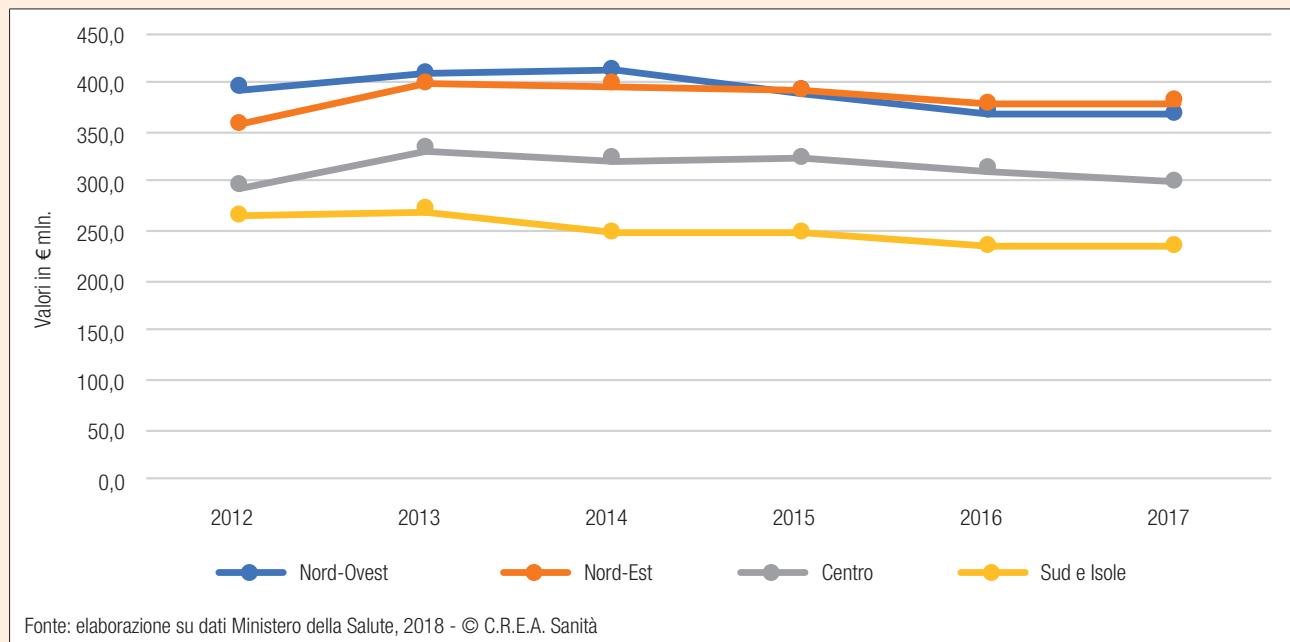
Nel 2017 stimiamo una spesa per l'assistenza specialistica compresa nel *range* € 17,6-€ 19,4 mld., pari tra il 6,3% - 9,0% della spesa sanitaria pubblica totale; tale spesa è composta per il 57,6% - 59,8% da spesa *Out of Pocket* delle famiglie, per il 24,2%-25,1% da spesa per assistenza erogata da strutture private accreditate e per 15,1%-18,2% da quella delle strutture pubbliche. La stima è prodotta in un *range* derivante da una ipotesi di lavoro che prevede che la quota di spesa riferibile alle prestazioni effettuate in strutture private non accreditate sia nel *range* 75,0%-80,0% della spesa privata al netto di spese odontoiatriche, dell'intramoenia e dei *ticket* introitati dalle strutture pubbliche e che analogamente tale incidenza rimanga la stessa per le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche.

KI 8.2. Spesa pro-capite e variazione media annua per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da strutture accreditate



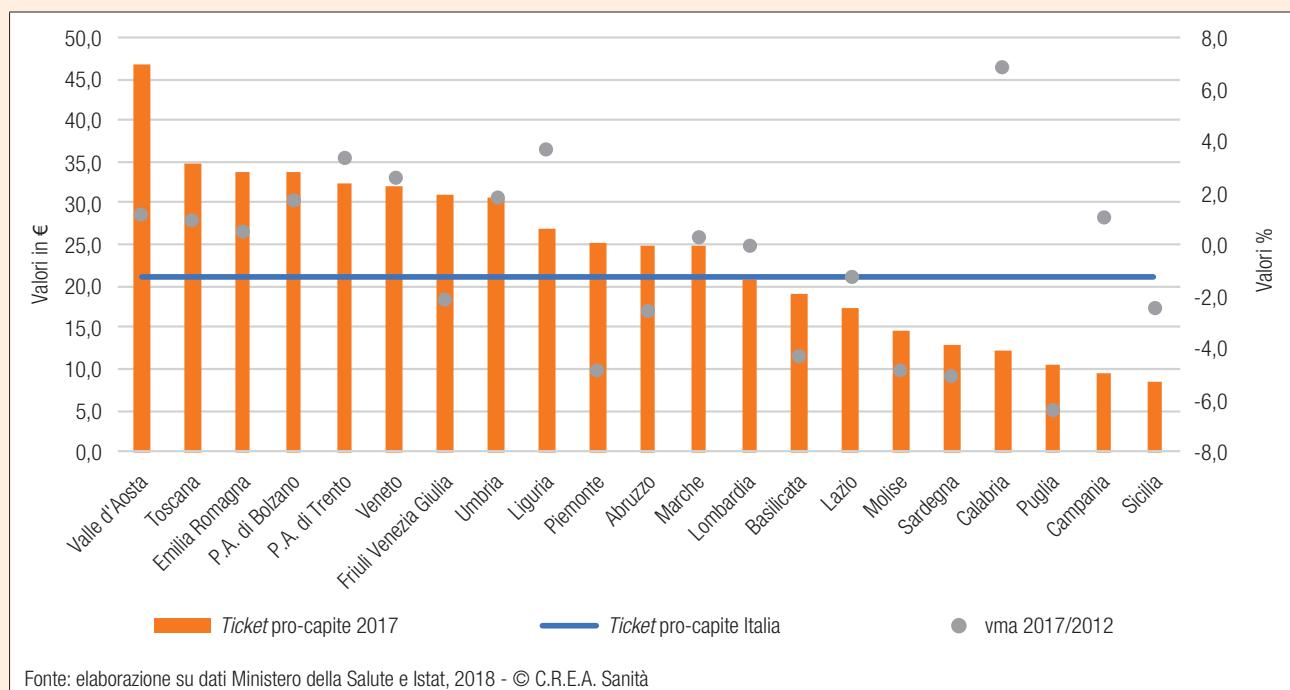
La spesa pro-capite per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da strutture accreditate, nel 2017, ammonta a € 72,8 con una contrazione dello 0,6% medio annuo in confronto al 2012. La spesa ha evidenziato una variazione media annua del -1,3% nelle Regioni settentrionali, del -0,7% in quelle centrali e del +0,2% in quelle meridionali. Il valore massimo si registra in Campania, Sicilia e Lombardia (rispettivamente € 129,1, € 102,6 e € 99,0); all'estremo opposto si collocano Umbria (€ 23,3), P.A. di Bolzano (€ 16,0) e Valle d'Aosta (€ 10,5).

KI 8.3. Compartecipazione alla spesa specialistica ambulatoriale



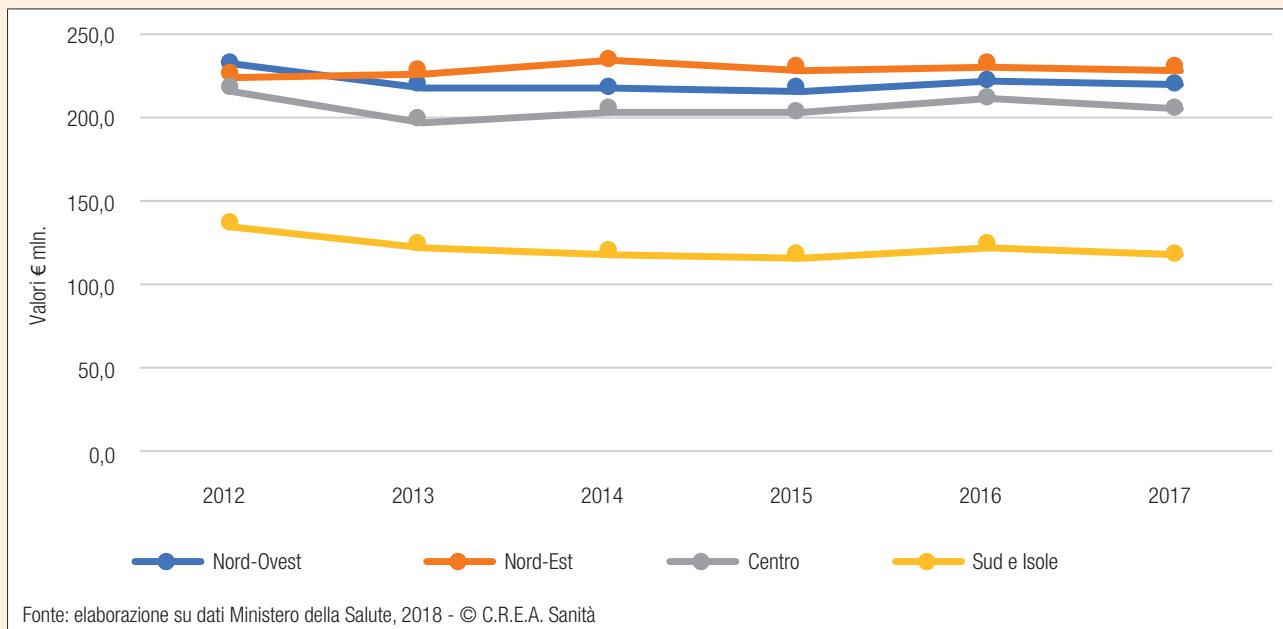
Nel 2017, le compartecipazioni sulla spesa per specialistica ambulatoriale ammontano a € 1.279,3 mln. in riduzione del 2,3% rispetto al 2012. Le contrazioni più cospicue hanno interessato le Regioni della ripartizione meridionale (-11,8% complessivamente). Seguono le Regioni del Nord-Ovest dove i *ticket* si sono ridotti del 6,4% passando da € 392,1 mln. nel 2012 a € 366,8 mln. nel 2017. Nelle Regioni del Nord-Ovest ed in quelle centrali, invece, i *ticket* sulla specialistica ambulatoriale sono aumentati: del 6,2% passando da € 357,5 mln. a € 379,6 mln. nel primo caso e dell'1,6% nel secondo caso (€ 293,8 mln. nel 2012 vs € 298,6 mln. nel 2017).

KI 8.4. Compartecipazione pro-capite e variazione media annua alla spesa specialistica e ambulatoriale



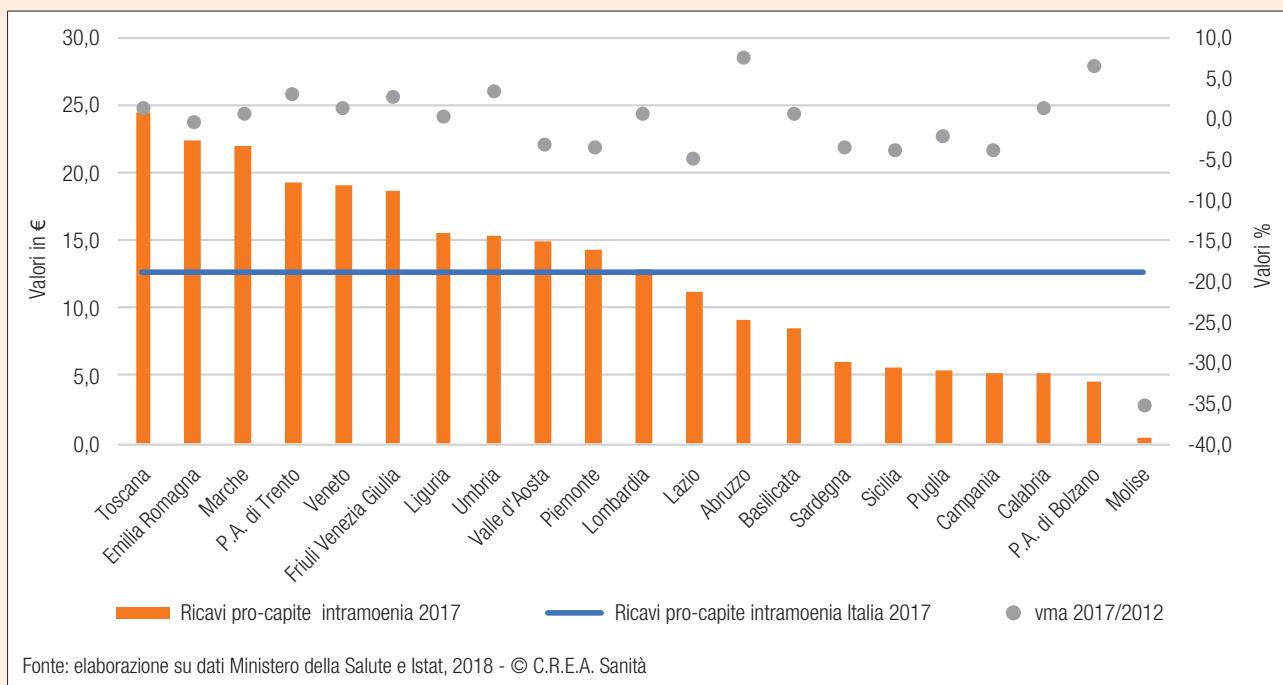
La compartecipazione pro-capite, nel 2017, si attesta a € 21,1 in diminuzione dello 0,6% medio annuo rispetto al 2012 con valori massimi in Valle d'Aosta, Toscana ed Emilia Romagna (rispettivamente € 46,6, € 39,4 e € 33,7); all'estremo opposto si collocano Puglia (€ 10,3), Campania (€ 9,5) e Sicilia (€ 8,6). Nel quinquennio analizzato (2012-2017), si è ridotta in tutte le Regioni meridionali, ad eccezione di Campania e Calabria. La differenza tra la Regione con *ticket* massimo e quella con *ticket* minimo è del 443,3%, ovvero € 38,0; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 25,3 (ovvero al 265,8%).

KI 8.5. Ricavi dell'attività specialistica e ambulatoriale in intramoenia



Nel 2017, i ricavi derivanti dall'attività specialistica e ambulatoriale in intramoenia ammontano a circa € 768,0 mln. in riduzione di oltre il 4,5% rispetto al 2012 (€ 805,0 mln.). Le contrazioni più cospicue hanno interessato le Regioni della ripartizione meridionale (-13,0% complessivamente). Seguono le Regioni del Nord-Ovest dove la spesa si è ridotta del 5,5% passando da € 231,2 mln. nel 2012 a € 218,5 mln. nel 2017 e le Regioni centrali nelle quali i ricavi conseguenti all'attività di intramoenia sono passati da € 214,9 mln. del 2012 a € 204,1 mln. (-5,0%). Nelle Regioni del Nord-Est, invece, i ricavi conseguenti all'attività di intramoenia sono aumentati del 2,0% passando da € 223,6 mln. a € 228,1 mln..

KI 8.6. Ricavi pro-capite e variazione media annua dell'attività specialistica e ambulatoriale in intramoenia



I ricavi pro-capite per l'attività specialistica e ambulatoriale in intramoenia, nel 2017, ammontano a € 12,7 con una contrazione dell'1,1% medio annuo in confronto al 2012. In particolare, i valori massimi si registrano in Toscana, Emilia Romagna e Marche (rispettivamente pari a € 24,3, € 22,3 e € 21,9); all'estremo opposto si collocano Calabria (€ 5,1), P.A. di Bolzano (€ 4,6) e Molise (€ 0,5). Il Molise ha praticamente azzerato l'intramoenia e Lazio, Sardegna e Sicilia hanno riportato tassi in diminuzione di oltre il 4,0%.



Assistenza farmaceutica

Pharmaceutical care

9a. Governance farmaceutica e innovazione

English Summary

9b. Compartecipazioni all'assistenza farmaceutica

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 9

Assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica è storicamente un elemento chiave nel dibattito di politica sanitaria, di cui attualmente rappresenta un fattore assolutamente chiave: la rapidità dell'innovazione e il crescente impatto sui bilanci dei sistemi sanitari ha, infatti, messo in crisi l'attuale *governance* del settore.

Per individuare elementi utili alla definizione di una nuova *governance*, il capitolo ha come obiettivo principale quello di analizzare elementi che riguardano l'impatto dell'innovazione sulla sostenibilità del sistema.

Il primo contributo (Capitolo 9a) inizia fotografando lo stato dell'arte del settore, fornendo una analisi dei principali dati che sintetizzano l'andamento della spesa farmaceutica e le sue criticità, a livello nazionale e regionale, nonché lo scostamento dai livelli europei.

Inoltre, si interroga sui fondi per i farmaci innovativi, istituiti per garantirne l'accesso ai pazienti e per incentivare le Aziende a investire in terapie ad alto bisogno terapeutico.

Il secondo contributo (Capitolo 9b) è dedicato alle partecipazioni, che in letteratura trovano esclusiva giustificazione nel disincentivo dei comportamenti opportunistici (azzardo morale), ma che di fatto sono ormai evidentemente legate a logiche di equilibrio finanziario, come si dimostra a partire dal contenuto della normativa sulle entrate proprie scomputate dal fabbisogno indistinto in sede di finanziamento.

Insieme intendono descrivere lo stato dell'arte della *governance* dell'innovazione e degli impatti finanziari dell'assistenza farmaceutica.

Pharmaceutical care

Pharmaceutical care is traditionally a key factor in the health policy debate: in fact, the speed of innovation and the growing impact on the budgets of the healthcare systems have undermined the current governance of the sector.

With a view to identifying factors useful for defining a new governance, the main aim of this chapter is to analyze the aspects regarding the impact of innovation on the sustainability of the system.

The first contribution (Chapter 9a) starts with an outline of the state of the art in the sector, by analyzing the main data summarizing the trend of pharmaceutical spending and its problems at national and regional levels, as well as the deviation from European levels.

Furthermore, it analyzes the issue of the funds for innovative medicines, established to ensure patients' access and to encourage companies to invest in therapies designed to meet high therapeutic needs.

The second contribution (Chapter 9b) is focused on co-payments, which in literature are justified only as a disincentive of opportunistic behaviors (moral hazard), but are now substantially and clearly linked to breakeven logics, as shown by the legislation on regional own resources and how the revenues are deducted from indistinct needs in the funding phase.

Both contributions together aim at describing the state of the art of innovation governance and the financial impact of pharmaceutical care.

CAPITOLO 9a

Governance farmaceutica e innovazione

Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

9a.1. L'andamento della spesa farmaceutica

In Italia la spesa farmaceutica effettiva complessiva è pari a € 27.844,3 mln. di cui € 19.039,3 mln. di spesa pubblica ed il restante € 8.805,0 mln., di spesa privata (Tabella 9a.1.).

Si noti che la spesa è da considerarsi effettiva ma al lordo del ripiano del *pay-back*, che la ridurrebbe

ulteriormente.

La spesa pubblica è, quindi, stata pari nel 2017 al 68,4% del totale ed il restante 31,6% è spesa privata.

La spesa pubblica si è incrementata nell'ultimo triennio del 3,6% medio annuo e quella privata del 2,6%.

L'analisi della composizione della spesa fa emergere l'esistenza di differenti modelli di *governance* regionale.

Tabella 9a.1. Spesa farmaceutica in Italia, € mln.

Voci di spesa	2014	2017
Convenzionata netta	8.598,3	8.288,6
Convenzionata netta (al netto del <i>pay-back</i>)	8.240,4	8.116,1
Distribuzione diretta e per conto fascia A	3.250,0	4.793,0
Ospedaliera	5.744,0	7.267,0
Strutture pubbliche	8.994,0	12.060,0
Strutture pubbliche al netto del <i>pay-back</i>	8.888,2	10.923,2
Ticket	1.500,0	1.549,0
Classe A privato	1.442,0	1.317,0
Classe C	2.937,0	2.874,0
Automedicazione SOP e OTC	2.269,0	2.732,0
Esercizi commerciali		333,0
Spesa totale effettiva (al netto del <i>pay-back</i>)	25.276,7	27.844,3
Spesa pubblica effettiva (al netto del <i>pay-back</i>)	17.128,7	19.039,3
Spesa privata	8.148,0	8.805,0
Spesa territoriale pubblica	11.490,4	12.909,1
Farmaci rimborsabili	18.570,7	20.356,3

Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2017. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2018 e Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2017- © C.R.E.A. Sanità

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

La spesa delle strutture pubbliche (che comprende quella ospedaliera e la distribuzione diretta e per conto) incide per il 39,2% a livello nazionale, passando dal 45,9% della Regione Umbria al 31,4% della Valle d'Aosta. Le differenze sono in larga misura imputabili al differente ricorso a forme di distribuzione diretta dei farmaci.

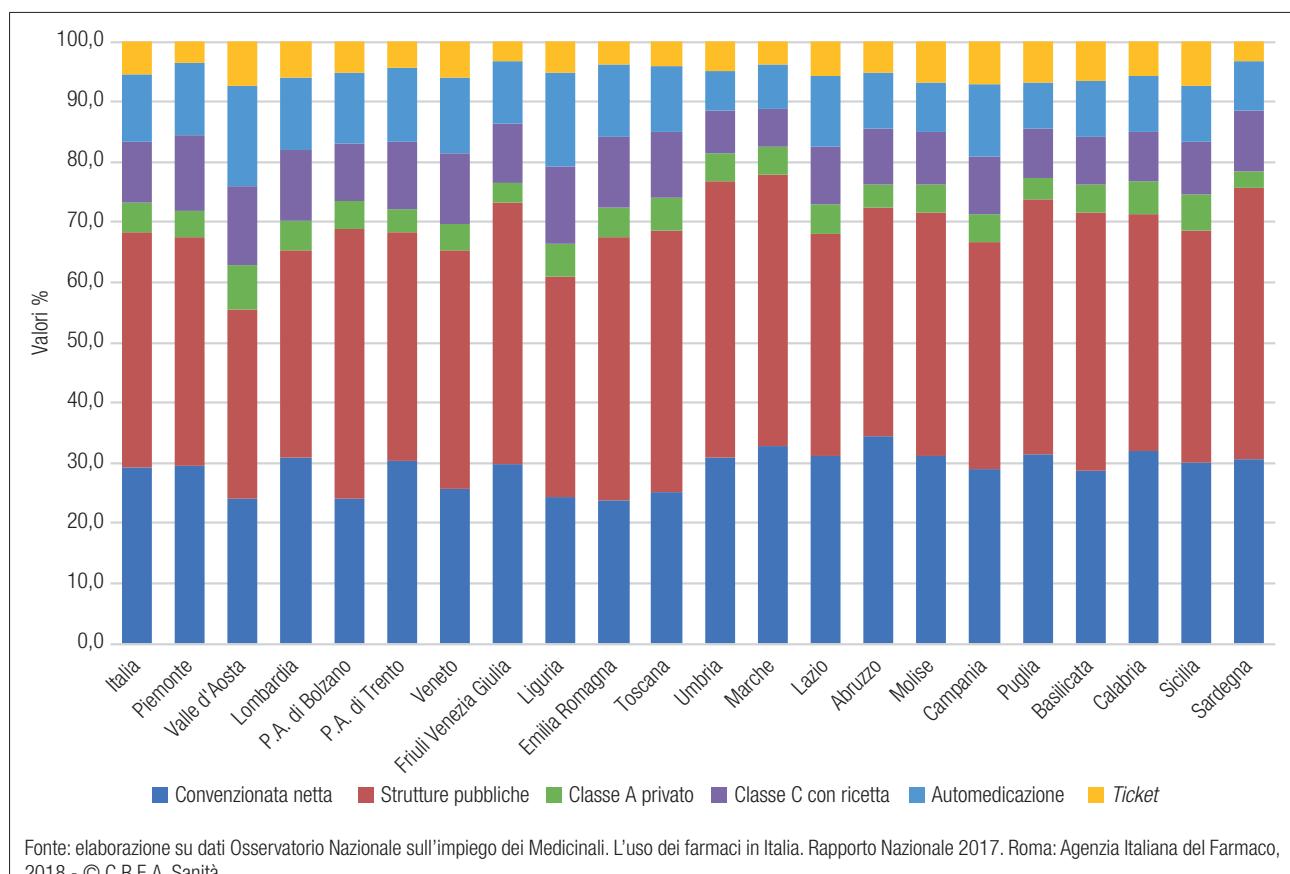
Della spesa delle strutture pubbliche il 43,9% è spesa diretta (DD) e per conto (DPC) ed il restante 56,1% è spesa ospedaliera.

La spesa erogata dalle Regioni in regime di assistenza convenzionata (tramite le farmacie) incide per il 29,2% sul totale della spesa nazionale; le Regioni del Nord, ad eccezione di Lombardia e Friuli Venezia Giulia, fanno osservare incidenze inferiori di tale voce rispetto alla media nazionale, e viceversa le Regioni del Centro e del Sud (con l'esclusione della Toscana, Campania e Basilicata). Nello specifico, l'incidenza di tale voce di spesa passa dal 34,4% in Abruzzo al 23,9% dell'Emilia Romagna (Figura

9a.1.).

Per quel che concerne la spesa privata (che comprende Classe A privato, Classe C con ricetta, Automedicazione e *ticket*), invece, si osserva una situazione antitetica a quella appena descritta (escluso che per le partecipazioni): le Regioni del Nord fanno osservare incidenze maggiori rispetto alla media nazionale e le Regioni del Sud incidenze minori. Nello specifico l'incidenza della spesa di Classe A privata sulla spesa farmaceutica totale, pari in Italia al 4,7%, passa da un minimo del 2,7% in Sardegna ad un massimo del 7,4% in Valle d'Aosta, l'incidenza della spesa per Classe C con ricetta, pari in Italia al 10,3% passa da un minimo del 6,3% nella Marche ad un massimo del 13,0% in Valle d'Aosta, quella dell'Automedicazione, in Italia pari all'11,0%, passa dal 6,6% in Umbria al 16,7% in Valle d'Aosta ed infine l'incidenza della spesa per *ticket*, pari al 5,6% in Italia, passa dal 3,3% in Friuli Venezia Giulia al 7,4% in Sicilia e Valle d'Aosta.

Figura 9a.1. Composizione della spesa farmaceutica totale



Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2017. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa farmaceutica pubblica

In termini pro-capite, la spesa pubblica per farmaci risulta pari a € 314,2, con un incremento di € 32,4 (3,7% medio annuo) rispetto al 2014.

Come detto, la spesa pubblica rappresenta il 68,4% del totale e nell'ultimo triennio, l'incidenza si è incrementata di 0,1 punti percentuali.

Il 42,6% della spesa pubblica è assorbita dai farmaci distribuiti mediante le farmacie in convenzione (spesa netta), il 25,2% da quelli di Classe A erogati in DD dagli ospedali o dalle farmacie per conto di essi (DPC) e il 32,2% dai restanti farmaci erogati da ASL, Aziende Ospedaliero, Istituti e centri di riabilitazione pubblici (RIA) e Istituti penitenziari.

La spesa convenzionata, al netto delle compartecipazioni e degli sconti, è pari a € 8.116,1 mln., in riduzione dello 0,5% nel triennio 2014-2017, mentre la spesa per farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche, al netto di quella di Classe A erogata in forma diretta o per conto, è stata di € 6.130,2, in crescita del 2,8% medio annuo nell'ultimo triennio. La DD e DPC e per conto si è ridotta del 13,8% medio annuo nell'ultimo triennio.

Appare opportuno segnalare che il dato rappresenta la spesa effettiva includendo la spesa per vaccini e Classe C in ospedale e quella per farmaci innovativi oncologici e non, al netto della spesa per sconti e *pay-back*.

Nel complesso, quindi, si osserva un nuovo arresto nella crescita della spesa territoriale pubblica che, negli ultimi anni, aveva fatto osservare una tendenza alla crescita. Tale riduzione è connessa al decremento della spesa per DD e DPC. Viceversa, sul fronte dei farmaci ad uso ospedaliero, dove si concentrano ormai in modo pressoché esclusivo i farmaci innovativi, la spesa è ulteriormente aumentata.

La spesa pubblica è particolarmente inferiore alla media nazionale in Valle d'Aosta (€ 235,9 pro-capite) e nelle PP.AA. di Trento e Bolzano (rispettivamente € 256,7 e € 260,0 pro-capite), e superiore in Sardegna, nelle Marche e in Puglia con una spesa pro-capite superiore a € 354,0. Le differenze appaiono quindi marcate con un rapporto tra la spesa della Regione con spesa massima e quella con spesa minima di 1,6 volte.

Tabella 9a.2. Spesa pro-capite per DD e DPC. Anno 2017

Regioni	€	Incidenza su spesa pubblica %
Italia	79,1	25,2
Piemonte	81,2	26,9
Valle d'Aosta	53,2	22,5
Lombardia	58,6	20,4
P.A. di Bolzano	51,1	19,9
P.A. di Trento	59,0	22,7
Veneto	64,5	23,5
Friuli Venezia Giulia	70,2	20,3
Liguria	93,1	28,4
Emilia Romagna	81,2	26,6
Toscana	88,0	26,3
Umbria	79,8	22,7
Marche	78,1	21,4
Lazio	84,3	26,0
Abruzzo	74,0	21,0
Molise	87,7	28,3
Campania	88,2	27,6
Puglia	96,6	27,2
Basilicata	87,9	25,7
Calabria	96,6	28,4
Sicilia	79,6	27,0
Sardegna	110,3	29,1

Fonte: elaborazione su dati AlFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2017 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

A livello Regionale appare molto diversificato il ricorso alla DD e DPC: la relativa quota sulla spesa pubblica varia da un valore minimo del 19,9% nella P.A. di Bolzano, al massimo del 29,1% in Sardegna. Sono comunque in generale le Regioni del Sud a ricorrere maggiormente a DD e DPC (Tabella 9a.2.).

All'interno di questa voce, il ricorso alla DPC è nullo o trascurabile in Abruzzo, Emilia Romagna e Liguria mentre è significativo nel Lazio, in Calabria ed in Molise.

Per il 2017, lo sforamento complessivo della spesa rispetto al tetto programmato di spesa farmaceu-

tica pubblica, stabilito a livello nazionale nel 14,85% del Fondo Sanitario Nazionale, è pari a € 1,1 mld. (€ 18,3 pro-capite): la spesa è infatti risultata pari al 15,8% del Fondo Sanitario Nazionale (+0,95 punti percentuali rispetto al *target*).

Valle d'Aosta, PP.AA. di Trento e Bolzano, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna e Lombardia rispettano il tetto (Figura 9a.2.).

Le Regioni che sforano maggiormente il tetto sono invece Puglia e Sardegna dove lo sforamento è superiore a € 60 pro-capite.

Si noti che P.A. Bolzano, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna e Lombardia, pur rispettando il tetto complessivo, in effetti compensano con la parte territoriale un rilevante sforamento sul versante ospedaliero.

Solo P.A. di Trento e Valle d'Aosta, quindi, riescono a rispettare entrambi i tetti, compreso quello per la farmaceutica ospedaliera (Figura 9a.3.).

A livello nazionale lo sforamento dal tetto dell'ospedaliera, per il 50% a carico delle aziende, è pari a € 1,6 mld. (€ 26,2 pro-capite), ovvero l'8,3% del Fondo Sanitario Nazionale (il *target* è fissato al 6,89%).

Qualora ripianata la quota delle Aziende, la spesa

pubblica effettiva si ridurrebbe di un ulteriore 4,2%

Sembra opportuno segnalare che nella valutazione del rispetto del tetto va considerato che alcune Regioni hanno un Fondo Sanitario maggiore che implica una “possibilità di spesa” maggiore, e che le Regioni che hanno una quota più elevata di posti letto privati accreditati (Sicilia, Campania, Lombardia, ma anche Lazio) sono “avvantaggiate” in termini di farmaceutica ospedaliera.

Con l'esclusione delle sole Regioni Abruzzo, Puglia, Calabria, Sardegna, Campania, Lazio e Marche, (che sforano il tetto della farmaceutica territoriale rispettivamente di € 19,9, € 14,5, € 10,4, € 5,0, € 4,4, € 4,4 e € 1,0 pro-capite) tutte le altre Regioni riescono a rispettare il tetto imposto per la farmaceutica territoriale avendo, spesso, anche un avanzo che supera € 38,0 pro-capite in Emilia Romagna e nella P.A. di Bolzano (Figura 9a.4.).

A livello nazionale si osserva un avanzo dal tetto della territoriale pari a € 473,3 mln. (€ 7,8 pro-capite), essendo la spesa pari al 7,5% del Fondo Sanitario Nazionale contro un *target* del 7,96%).

Figura 9a.2. Spesa farmaceutica* e tetto. Anno 2017

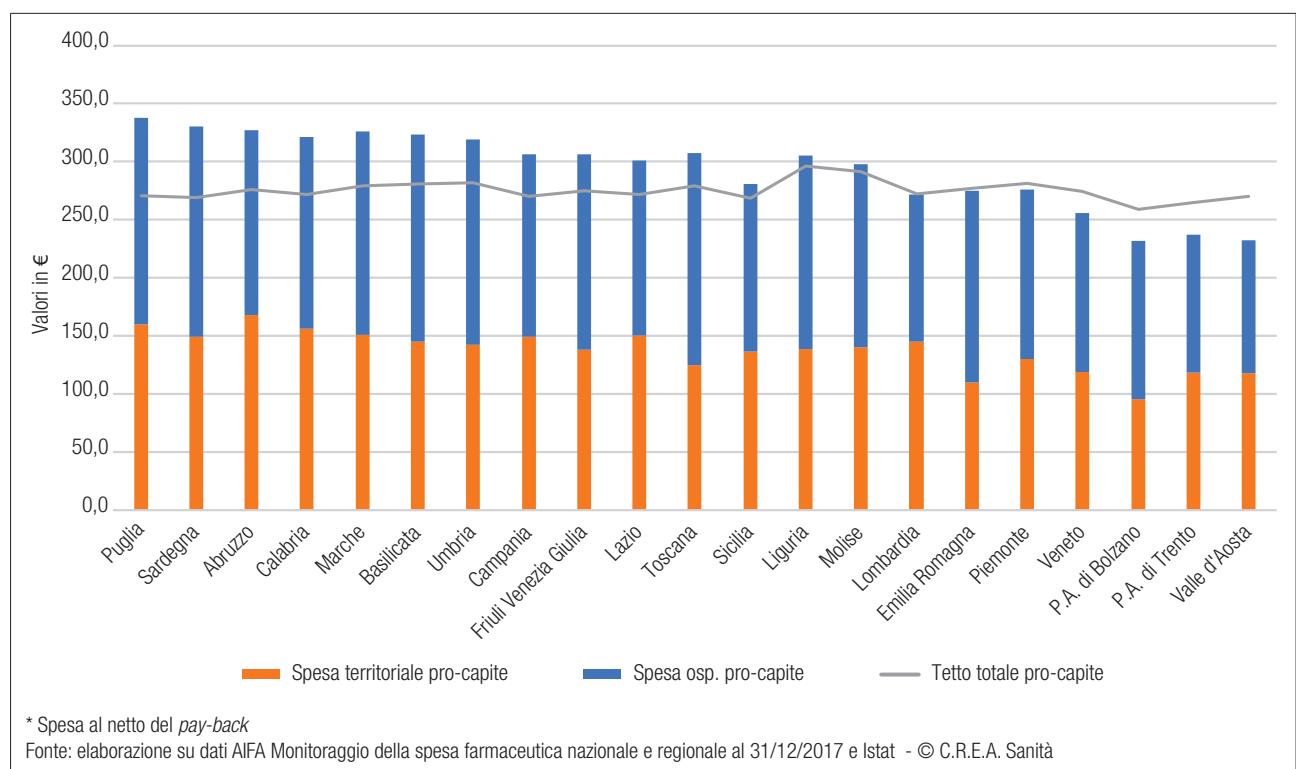
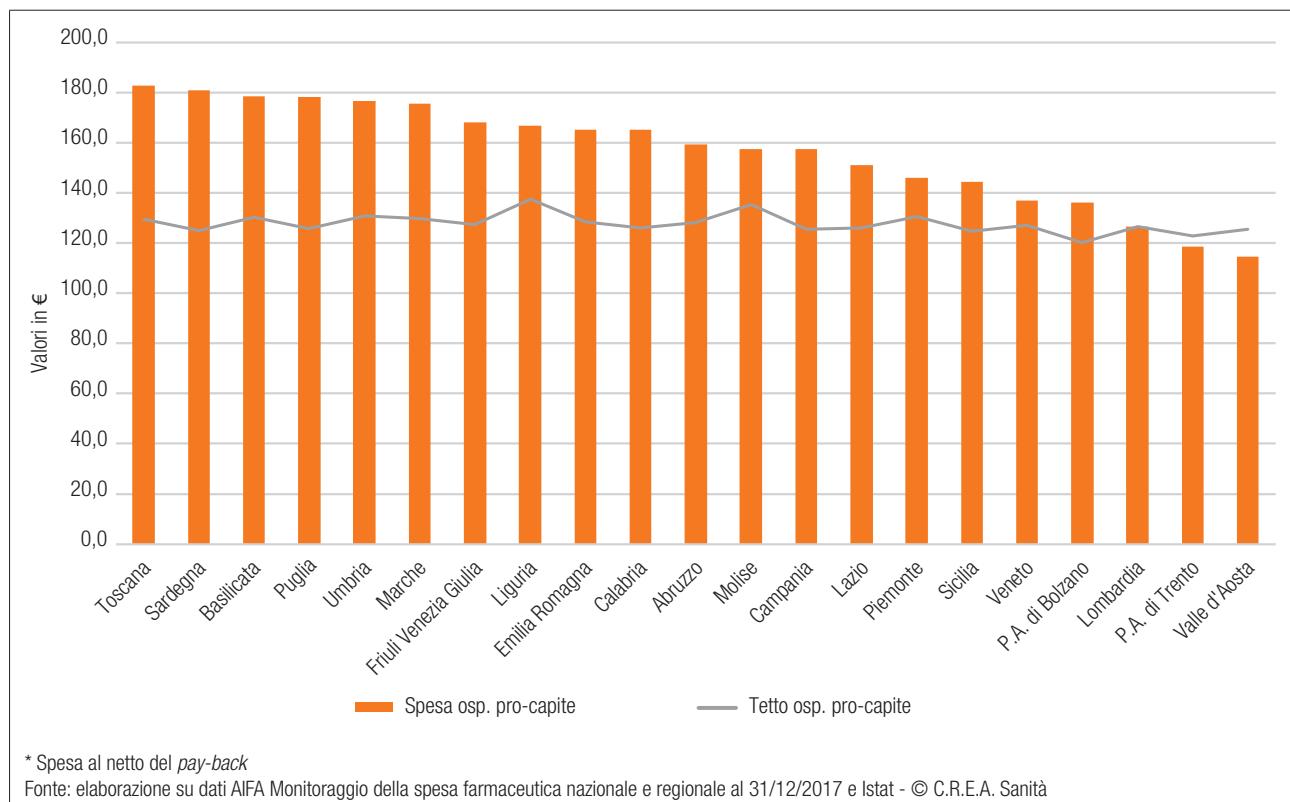
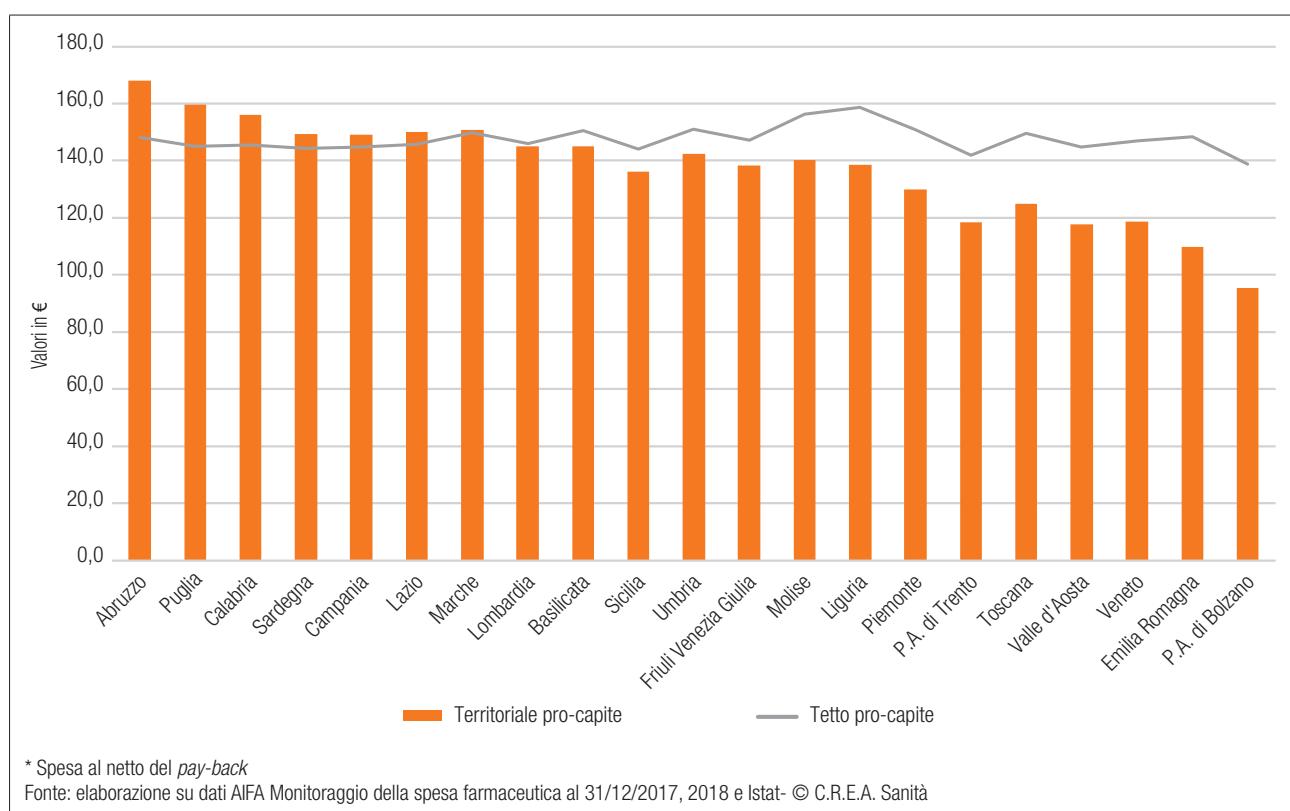


Figura 9a.3. Spesa farmaceutica* ospedaliera pubblica pro-capite e tetto. Anno 2017**Figura 9a.4. Spesa farmaceutica* convenzionata pro-capite e tetto. Anno 2017**

La spesa farmaceutica privata

La spesa farmaceutica pro-capite privata risulta di € 145,3 pro-capite.

Nello specifico della composizione della spesa privata, al primo posto, con il 32,6%, troviamo i farmaci di Classe C, seguono i farmaci di automedicazione, Senza Obbligo di Prescrizione (SOP) e Over The Counter (OTC) con il 34,8%, poi con il 17,6% le compartecipazioni alla spesa pubblica e con il 15,0% i farmaci di Classe A acquistati direttamente dalle famiglie.

La spesa per la Classe C, nello specifico, ammonta a € 47,4 pro-capite in aumento dell'8,8% rispetto all'anno precedente. Nell'ultimo quinquennio si era registrata invece una riduzione dello 0,9% medio annuo.

La spesa per farmaci di automedicazione (inclusa quella degli esercizi commerciali) risulta pari a € 45,1 pro-capite e in aumento del 12,5% rispetto

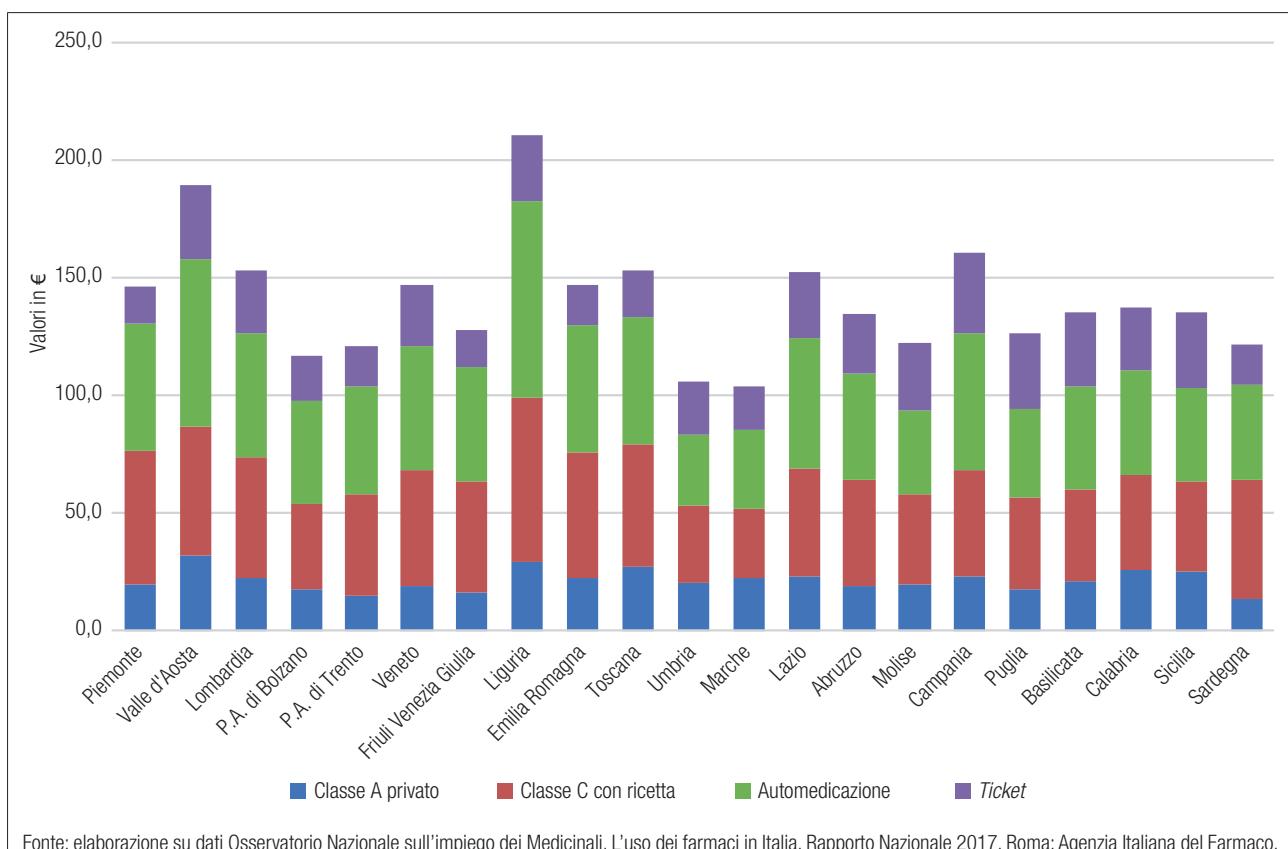
all'anno precedente. Nell'ultimo triennio l'incremento medio annuo è stato pari al 6,4%.

La spesa annua pro-capite di Classe A privata è pari nel 2017 a € 21,7, e risulta in crescita dello 0,6% rispetto all'anno precedente. Considerando l'ultimo triennio si è registrato un decremento medio annuo del -3,0%.

Per quanto concerne le compartecipazioni alla spesa richiesta a cittadini, infine, essa è pari a € 25,6 pro-capite annui, in aumento dello 0,6% rispetto all'anno precedente. Nell'ultimo triennio l'incremento medio annuo è stato pari al 1,1% (Figura 9a.5.).

Le differenze a livello Regionale appaiono marcate: la spesa d Classe C passa da € 69,6 in Liguria a € 29,3 nelle Marche; la spesa di Classe A privato passa da € 31,5 in Valle d'Aosta a € 13,3 in Sardegna in Abruzzo e nella P.A. di Bolzano; quella per automedicazione da € 16,2 in Valle d'Aosta a € 6,5 in Umbria; infine, quella per *ticket* passa da € 34,3 in Campania a € 15,6 in Piemonte (Figura 9a.5.).

Figura 9a.5. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2017. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Si noti che il ricorso alla spesa privata da parte delle famiglie è difforme a livello Regionale e non sempre correlata ai livelli di reddito. Ovviamente tende ad essere più alta nelle Regioni del Nord, ma nelle PP.AA. di Trento e Bolzano è inferiore persino a quella delle famiglie meridionali, che pure dispongono di un reddito disponibile decisamente inferiore, segno di una copertura pubblica maggiore in queste aree.

La crescita dell'automedicazione può essere legata a fattori congiunturali quali l'incidenza delle sindromi di raffreddamento e influenzali ma anche dallo sforzo compiuto dalle aziende nel rinnovamento dell'offerta e dei dosaggi.

Particolarmente degno di nota per i suoi effetti (non) equitativi è che l'incidenza media pro-capite delle partecipazioni è maggiore nelle Regioni meridionali; fenomeno distributivamente aggravato dal fatto che in quelle Regioni la spesa farmaceutica è mediamente più alta e essendoci un maggior numero di esenti, l'onere si concentra ulteriormente (vedi Capitolo 9b).

9a.2. L'innovazione e i fondi dedicati

Per il finanziamento dei farmaci innovativi, oncologici e non, è stata prevista, nell'ambito della governance farmaceutica italiana, una regolamentazione specifica, basata sulla istituzione di risorse/fondi vincolati.

Tale fondo, nato come risposta all'avvento sul mercato di nuovi farmaci ad alto costo (soprattutto quelli per l'HCV) è stato istituito con la Legge di Bilancio 2015: infatti, per la prima volta una nuova opportunità terapeutica, tra l'altro considerata in modo largamente condiviso innovativa, creava problemi di sostenibilità al sistema a causa dell'elevato costo e del conseguente impatto finanziario.

Ricordiamo, per inciso, che AIFA è, allo stesso momento, tanto responsabile della valutazione del profilo rischio-beneficio, quanto di quello costo-effi-

cacia, nonché garante della complessiva sostenibilità finanziaria del sistema di assistenza farmaceutica.

Per far fronte alla complessa situazione è stato istituito il Fondo per l'innovazione, che ha incrementato le risorse per il settore di € 500.000, sebbene solo il 20,0% per il 2015 provenienti da fondi statali e quindi aggiuntivi, e per il resto ri-orientando risorse già previste per gli obiettivi di Piano. La novità, quindi, non è tanto rinvenibile nell'aumento delle risorse (tra l'altro limitate), quanto per l'introduzione di un vincolo di utilizzo.

Nel 2016, con la Legge (L.) n. 232/2016, il finanziamento per il Fondo è esplicitamente entrato a far parte del Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard (FSNS); inoltre è stato istituito un ulteriore Fondo per i farmaci Innovativi oncologici, anch'esso finanziato per € 500.000 a partire dall'anno 2017².

Si conferma, quindi, che i Fondi, rappresentano un "silos" del finanziamento generale, la cui specificità è nella loro natura vincolata.

Per inciso, questa inclusione nel Fabbisogno implica, che le Regioni a Statuto speciale autofinanziato (in tutto o in parte) la propria quota, come previsto dalle rispettive autonomie.

Si conferma, inoltre, che una quota del Fondo Innovativi non oncologici (FI) sia a valere sulle risorse per gli obiettivi di Piano; da notarsi che, di contro, il Fondo Innovativi Oncologici (FIO) è tutto a valere sul Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard.

Infine, la norma chiarisce che:

- è l'AIFA che deve determinare le condizioni di accesso ai Fondi definendo i criteri di innovatività (che sono stati, peraltro, definiti successivamente)
- l'innovatività è classificata in due "categorie": "piena" e condizionata ove quest'ultima non è esplicitamente citata come opzione per i farmaci oncologici).
- con l'innovatività condizionata, in sostanza, la differenza sta nel non accesso ai benefici economici

² Nella quota vincolata, pari in totale a € 1 mld., è, peraltro, contenuta (nel 2017) anche una quota del 10,0% destinata all'acquisto di vaccini per il Piano Nazionale e una del 7,5% per i processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN

- l'innovatività è temporanea (massimo 36 mesi, metà in caso di innovatività condizionata) e risalutabile (attraverso i registri di monitoraggio)
- sul punto precedente va rimarcato che, ai sensi della Determina AIFA 1535, di fatto si passa da una valutazione per molecola ad una per indicazione (sebbene la regola sia stata applicata non sempre in modo rigido) e che i *second comers* beneficiano dell'innovatività per il tempo residuo rispetto ai 36 mesi concessi al farmaco che per primo ha avuto la innovatività
- l'eventuale sforamento dei Fondi è da imputarsi al tetto (riformato) della farmaceutica per acquisti diretti
- il riparto regionale dei Fondi è effettuato sulla base della spesa sostenuta per i residenti (confermando così quanto previsto nella L. n. 190/2014).

La normativa sopra brevemente riassunta, introduce quindi elementi di indubbio impatto nella *governance* del farmaco, sia sul lato delle politiche assistenziali, che su quello delle politiche industriali.

Certamente la riforma ha avuto effetti importanti in termini di incentivi: la disponibilità regionale di risorse aggiuntive (almeno in parte), anche se vincolate, rappresenta un incentivo potenzialmente efficace, sebbene di fatto limitato da una serie di fattori.

In primo luogo, l'AIFA ha riconosciuto l'innovazione a un numero limitato di molecole: al 31.12.2017 erano nel FI 16 molecole, di cui 10 non oncologiche, e 6 nel FIO.

Anche l'accesso regionale ai Fondi sembra non essere scevro di problematiche; l'accesso, infatti è basato sulla proporzionalità rispetto alla spesa sostenuta, il che per un verso potrebbe rispondere ad esigenze epidemiologiche, dall'altro si espone al rischio di critiche in quanto potrebbe generare incentivi perversi sul lato dell'appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci e/o inefficienze gestionali.

Tuttavia, trattandosi di farmaci innovativi, per lo più anche soggetti a Managed Entry Agreements (MEA), e quindi con consumi fortemente monitorati, il rischio di inappropriatezza d'uso appare decisamente limitato.

Di seguito si riporta il riparto previsto per il FI e per

il FIO: ai sensi del Decreto Ministeriale del 16.2.2018; il riparto è calcolato in modo uguale per i due Fondi ma, come detto, si tratta di un acconto per il primo, mentre (almeno per il 2017) è definitivo per il secondo. Opportuno specificare che la Sicilia accede al 50,0% e che le altre Regioni a Statuto speciale non accedono, dovendo provvedere con fondi propri.

In termini pro-capite le differenze (dipendenti dai pesi utilizzati per il riparto, a loro volta legati all'età) favoriscono le Regioni settentrionali, (mediamente più vecchie): si va da € 9,7 pro-capite della Liguria agli € 8,9 della Campania, con uno scarto di 0,8 punti percentuali (Tabella 9a.3.).

Per quanto concerne la spesa effettivamente sostenuta si evidenzia una marcata variabilità a livello regionale che sembra non poter essere giustificabile con le differenze di riparto sopra evidenziate.

Tabella 9a.3. Riparto Fondi Farmaci Innovativi “non Oncologici” (FI) e “Oncologici” (FIO)

Regioni	€	€ pro-capite
Italia	500.000.000	8,3
Piemonte	41.572.261	9,5
Lombardia	92.406.550	9,2
Veneto	45.448.634	9,3
Liguria	15.219.575	9,7
Emilia Romagna	41.629.675	9,4
Toscana	35.364.359	9,5
Umbria	8.402.624	9,5
Marche	14.487.341	9,4
Lazio	54.044.508	9,2
Abruzzo	12.355.057	9,3
Molise	2.922.645	9,4
Campania	52.165.990	8,9
Puglia	37.239.976	9,2
Basilicata	5.305.181	9,3
Calabria	17.980.135	9,2
Sicilia	23.455.490	4,6

Fonte: elaborazioni su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31.12.2017 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9a.4. Spesa Fondi Farmaci Innovativi “non Oncologici” (FI) e “Oncologici” (FIO)

Regioni	FI Spesa (€)	FI - Spesa pro-capite (€)	FIO Spesa (€)	FIO - Spesa pro-capite (€)
Italia	900.360.901	14,9	409.246.392	6,8
Piemonte	67.756.389	15,4	27.573.168	6,3
Valle d'Aosta	957.368	7,6	567.602	4,5
Lombardia	175.049.311	17,4	57.677.432	5,8
P.A. di Bolzano	3.303.993	6,3	4.142.696	7,9
P.A. di Trento	3.620.706	6,7	2.746.301	5,1
Veneto	58.684.975	12,0	26.960.378	5,5
Friuli Venezia Giulia	12.706.382	10,4	11.073.687	9,1
Liguria	23.905.708	15,3	13.520.511	8,6
Emilia Romagna	64.462.014	14,5	37.166.614	8,4
Toscana	47.667.935	12,7	34.642.607	9,3
Umbria	10.111.451	11,4	7.066.417	8,0
Marche	14.831.723	9,6	12.697.864	0,3
Lazio	68.262.322	11,6	42.156.394	7,2
Abruzzo	12.934.109	9,8	9.096.320	6,9
Molise	3.497.244	11,3	1.741.361	5,6
Campania	131.128.001	22,5	42.206.925	7,2
Puglia	66.511.052	16,4	29.074.904	7,2
Basilicata	8.317.386	14,6	3.746.988	6,6
Calabria	30.860.818	15,7	9.117.554	4,6
Sicilia	67.116.723	13,3	24.880.980	5,0
Sardegna	28.675.291	17,4	11.389.689	6,9

Fonte: elaborazioni su dati AlFA Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31.12.2017 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Per gli innovativi (non oncologici) a fronte di una spesa media di € 14,9 pro-capite, si va dagli € 6,3 della P.A. di Bolzano ai 22,5 della Campania; per quelli oncologici la spesa media pro-capite è pari a € 6,8, variando da € 4,5 della Valle d'Aosta a € 9,3 della Toscana (Tabella 9a.4.).

Certamente tali differenze sono attribuibili ad una congerie di fattori: senza pretesa di esaustività, segnaliamo la mobilità dei pazienti, ma presumibilmente anche differenti *mix* di consumo (da verificare, peraltro, quanto giustificati su un piano di appropriatezza) e, ancora, probabilmente diversi prezzi unitari pagati (o almeno contabilizzati) per i farmaci innova-

tivi. Questa situazione, quindi, evidenzia la necessità di rivedere i criteri di riparto, introducendo, oltre al criterio della residenza (già previsto), anche quello del “consumo appropriato”, che può essere minore o maggiore di quello effettivamente erogato a livello regionale.

La Tabella 9a.5. riassume la spesa netta del SSN e le quote di utilizzazione dei Fondi evidenziando come nel 2017 solo poco più della metà dei Fondi disponibili (senza considerare le Regioni a Statuto speciale che, come sottolineato, provvedono con risorse proprie) è stata utilizzata: ovvero il 51,5% del fondo totale; la quota sale al 81,8% considerando

solo il FIO, mentre è solo del 21,2% per il FI).

Nello specifico nessuna Regione è arrivata a utilizzare il riparto previsto: sebbene manchi il dato della mobilità che certamente eliminerebbe alcune apparenti anomalie, per il FI si va da un utilizzo del 3,2% del Molise al 53,6% della Sicilia; per il FIO si va, ancora, dal 31,4% del Molise al 79,8% della Sicilia.

Tale dato porterebbe a desumere che ci siano stati impedimenti alla spesa, o che i Fondi siano stati sovrastimati, o che le Regioni abbiano esagerato nel loro atteggiamento, comprensibilmente, prudenzia-

le.

Quello che appare con evidenza è che la gestione del FIO per il 2017 è in deroga al principio generale, che rimane quello di rimborsare la spesa effettivamente sostenuta per i residenti: ne segue che dal 2018, qualora si confermassero le basse percentuali di utilizzo attuali, queste esiterebbero in un minor finanziamento regionale, sebbene i primi dati del 2018 sembrano indicare che il Fondo potrebbe diventare rapidamente incapiente.

Tabella 9a.5. Spesa netta Fondi Farmaci Innovativi “non Oncologici” (FI) e “Oncologici” (FIO)

Regioni	FI+FIO Spesa netta (€)	FI - Quota utilizzazione (%)	FIO - Quota utilizzazione (%)
Italia	552.958.599	21,2	81,8
Piemonte	39.801.717	29,4	66,3
Valle d'Aosta	681.042		
Lombardia	108.690.726	55,2	62,4
P.A. di Bolzano	5.005.090		
P.A. di Trento	3.289.650		
Veneto	40.232.354	29,2	59,3
Friuli Venezia Giulia	16.104.696		
Liguria	18.186.727	30,7	88,8
Emilia Romagna	43.432.361	15,1	89,3
Toscana	32.519.530	-6,0	98,0
Umbria	10.613.077	42,2	84,1
Marche	15.170.996	17,1	87,6
Lazio	51.556.230	17,4	78,0
Abruzzo	12.646.598	28,7	73,6
Molise	1.835.402	3,2	59,6
Campania	46.797.626	8,8	80,9
Puglia	34.337.254	14,1	78,1
Basilicata	5.844.581	39,5	70,6
Calabria	13.151.043	22,4	50,7
Sicilia	37.454.804	26,8	53,0
Sardegna	15.607.095		

Fonte: elaborazioni su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31.12.2017 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

9a.3. Spesa farmaceutica Italia vs BIG-EU 5

I dati diffusi dalla *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) per l'Italia indicano una spesa farmaceutica totale pari a € 22.722,1 mln. nel 2017.

Purtroppo, risulta complesso il confronto in quanto il dato di spesa farmaceutica è raccolto in maniera difforme nei diversi Paesi: ad esempio, solo in alcuni casi (come nel caso italiano) include la spesa farmaceutica ospedaliera, i farmaci non rimborsabili, l'automedicazione e l'IVA, mentre in altri non tutte le voci di spesa sono ricomprese.

Ci limitiamo, quindi, ad un sommario confronto dell'Italia con Francia, Germania, Spagna e Inghilterra (BIG-EU 5).

Quel che emerge immediatamente è che la spesa farmaceutica pro-capite italiana, nel 2016, è inferiore a quella di Germania (dato nel quale, tra l'altro, non è inclusa la spesa ospedaliera), e Francia (dato nel quale non è inclusa l'IVA); è superiore a Spagna e Regno Unito, ma nel primo caso non è ricompresa la spesa ospedaliera, i farmaci non rimborsabili, l'automedicazione e l'IVA (in pratica sono compresi solo gli acquisti in farmacia, che per confronto in Italia pesano per il 28,0% sulla spesa totale) e nel secondo caso non viene considerata la spesa per automedicazione e l'IVA (Tabella 9a.6.).

Una stima operata da Farmindustria sulla spesa pubblica riporta che la spesa farmaceutica pubblica pro-capite (territoriale e ospedaliera) in Italia sarebbe del 27,0% inferiore alla media BIG-EU 5: € 290,0 vs € 400,0 (Tabella 9a.7.).

Tabella 9a.6. Spesa farmaceutica pro-capite. Valori in €

Paesi	2000	2005	2015	2016	2017
Francia	286,0	386,6	407,5*		
Germania	235,2	285,7	432,7	438,6	
Italia			372,4	375,7	375,0
Spagna		237,4	245,5	254,6	
Regno Unito	165,2	219,2	271,6	282,9	

* Dato 2013

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

Tabella 9a.7. Stima della spesa territoriale ed ospedaliera pubblica, valori in €. Anno 2016

Paesi	Spesa pro-capite	% su spesa sanitaria pubblica	% sul PIL
Francia	447,0	13,2	1,00
Germania	527,0	18,3	1,22
Italia	290,0	7,1	0,47
Spagna	348,0	13,0	0,91
Regno Unito	330,0	6,8	0,53

Fonte: Indicatori Farmaceutici, 2018

Va notato che se si nettasse la spesa dal ripiano del *pay-back* il dato sarebbe ancora più eclatante. Di fatto la *governance* della spesa farmaceutica adottata in Italia ha prodotto prezzi ricavo industria che, sulla carta, sono solo lievemente inferiori a quelli medi europei, ma che con il sistema degli sconti, dei *pay-back* e dei MEA esitano in una spesa effettiva significativamente inferiore.

L'Italia, quindi, è presumibilmente il Paese con la spesa più bassa tra tutti i grandi Paesi europei nonostante una quota maggiore di popolazione anziana. Anche misurata rispetto al Prodotto Interno Lordo (PIL) e all'incidenza sulla spesa pubblica, la spesa farmaceutica pubblica in Italia è inferiore alla media dei Paesi BIG-EU 5.

9a.4. Conclusioni

La crescita della spesa farmaceutica, negli ultimi anni, in particolare quella pubblica, è senza alcun dubbio ascrivibile all'ingresso sul mercato di molecole ad alto costo, che portano benefici incrementali rilevanti, ma creano problemi di sostenibilità dei SSR; quanto meno se rimarrà costante l'attuale tetto massimo di spesa.

Solo poche Regioni, infatti, riescono a rispettarlo e tra l'altro compensando gli esuberi di spesa ospedaliera con i "risparmi" messi in atto sulla territoriale. Tale elemento ci porta a pensare che sarebbe auspicabile il superamento definitivo del doppio tetto, il che implica anche rivedere le regole di ripiano regionale, che sono difformi per le due poste.

Tale soluzione darebbe maggiore certezza alle Aziende e probabilmente maggiore flessibilità alle Regioni, evitando anche potenziali incentivi a spostamenti opportunistici della spesa fra un capitolo o un altro.

Sul fronte della spesa privata si osserva un nuovo aumento dell'onere: in particolare, aumenta la spesa per Classe C e quella per farmaci di automedicazione.

Sembrerebbe, quindi, evidente come l'assistenza farmaceutica pubblica, pur mantenendo una posizione predominante, non riesca di fatto a soddisfare pienamente la domanda della popolazione.

E, d'altra parte, il riequilibrio del settore sembra difficile possa avvenire con nuovi tagli dei prezzi, se non quelli derivanti naturalmente dalle perdite di brevetto, i quanto la spesa farmaceutica in Italia è già inferiore a quella dei Paesi BIG-EU 5.

Per quel che concerne i farmaci innovativi, l'istituzione del Fondo farmaci Innovativi e poi di quello per gli innovativi oncologici ha il duplice obiettivo di garantire l'accesso dei pazienti alle innovazioni e di incentivare le Aziende a investire in terapie ad alto valore terapeutico aggiunto.

Gli incentivi messi in campo, però, appaiono di dubbia efficacia. I dati di spesa 2017 mostrano come complessivamente viene utilizzata poco più della metà delle risorse disponibili e nessuna Re-

gione si avvicina alle quote di riparto disponibili: a meno di importanti sovrastime dei bisogni, l'obiettivo di incentivare l'accesso all'innovazione sembra non essere stato raggiunto per l'anno passato.

Ciò che lascia maggiormente perplessi, al netto di alcune carenze di informazione, a partire da quella sulla mobilità, è la variabilità regionale dei consumi: infatti, essa è estremamente elevata, senza giustificazioni epidemiologiche sufficienti a spiegarla.

I primi dati 2018 sembrano indicare, però, una rapida crescita della spesa e pertanto è necessario che le Regioni potenzino il processo programmatico e di monitoraggio, in modo da contemperare da una parte il diritto all'accesso e dall'altro un uso appropriato che eviti sprechi, garantendo la sostenibilità.

Riferimenti bibliografici

- AIFA (2018), *Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31.12.2017*
- AIFA (2018), *Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia; Rapporto Nazionale 2017*
- Fondazione GIMBE, (2017), *Determina AIFA per la classificazione dei farmaci innovativi: analisi metodologica e monitoraggio dell'applicazione, Evidence, 9(8)*

ENGLISH SUMMARY

Pharmaceutical Governance and innovation

In Italy the actual pharmaceutical spending totals € 27,844.3 million, broken down as follows: € 19,039.3 million of public and the remaining € 8,805 million of private expenditure. Over the last 3 years, public expenditure has increased by a 3.6% average every year and the private one by 2.6%.

In recent years the growth of pharmaceutical spending, particularly the public one, has been undoubtedly due to the marketing of high-cost drugs, which bring significant incremental advantages, but create problems of sustainability of the Regional Health Services (RHS) - at least if the current maximum spending ceiling (relating to which the current overrun is over € 1.1 billion) remains unchanged.

*In fact, only a few Regions (namely Valle d'Aosta, the Autonomous Provinces of Trento and Bolzano, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna and Lombardia) succeed in complying with it and, *inter alia*, by offsetting the hospital spending surpluses with the "savings" obtained at pharmacy level.*

This leads us to think that it would be desirable to finally overcome the dual ceiling, which also implies to revise the regional offsetting rules, which are different for the two budget items.

This solution would provide greater certainty to the health units and probably greater flexibility to the Regions, thus also avoiding potential incentives to opportunistic shifts in spending between one item to another.

As to private expenditure, a new increase in the burden is recorded: in particular, spending for Class C and for self-medication drugs has increased.

Therefore, it seems evident that, while maintaining a prominent position, the public pharmaceutical care does not currently manage to meet the population's demand fully.

On the other hand, it seems hard for the rebat-

lancing of the sector to take place with new price cuts - if not with those obviously resulting from patent losses - since pharmaceutical spending in Italy is already lower than that of the 5 BIG-EU countries.

With specific reference to innovative drugs, the creation of the Innovative Drugs Fund and the Fund for Innovative Cancer Drugs has the dual goal of ensuring patients' access to innovations and encouraging the health units to invest in high therapeutic value-added treatments.

The incentives put in place, however, appear to be of dubious effectiveness. The 2017 spending data shows that, as a whole, slightly more than 50% of the available resources is used and no Region is close to the allotment quotas available: unless needs are significantly overestimated, the goal of incentivizing access to innovation does not seem to have been reached last year.

With regard to the innovative (non-cancer) drugs, the average per-capita spending of € 14.9 ranges from € 6.3 in the Autonomous Province of Bolzano to € 22.5 in the Campania Region. As to cancer drugs, the average per-capita spending is € 6.8, ranging from € 4.5 in Valle d'Aosta to € 9.3 in Toscana.

Apart from some information shortcomings, starting from the one on mobility, the most perplexing aspect is the regional variability of consumption: in fact, it is extremely high, without sufficient epidemiological justifications to explain it.

The first 2018 data, however, seems to indicate a fast spending growth and it is therefore necessary for the Regions to strengthen the planning and monitoring process, with a view to reconciling the right of access, on the one hand, and an appropriate use to avoid waste of resources, on the other, thus ensuring sustainability.

CAPITOLO 9b

Compartecipazioni all'assistenza farmaceutica

*Bernardini A.C.*¹

9b.1. Compartecipazione alla spesa farmaceutica

Il sistema delle compartecipazioni alla spesa farmaceutica (pubblica) in Italia è stato oggetto di molteplici provvedimenti legislativi che ne hanno modificato nel tempo la natura e le modalità di applicazione. Ne riassumiamo a seguire i principali.

La Legge Nazionale (L.) n. 484/1978 ha istituito la partecipazione degli assistiti alla spesa per l'assistenza farmaceutica: «[...]coloro che hanno diritto all'assistenza farmaceutica in virtù di assicurazione obbligatoria sono tenuti a corrispondere una quota del prezzo di vendita al pubblico dei farmaci non compresi nell'elenco dei medicinali esenti, nonché del prezzo di vendita dei galenici officinali [...]».

Il Decreto Legge (D.L.) n. 663/1979, al fine di garantire (ai sensi della L. n. 833/1978) il finanziamento del SSN e le prestazioni sanitarie ed economiche, dal 1.1.1980 ha assicurato a tutti i cittadini presenti sul territorio della Repubblica l'assistenza farmaceutica con un regime di compartecipazione, che prevedeva:

- Lire 200 per ogni confezione di specialità medicinale di prezzo sino a Lire 1.000
- Lire 400 per ogni confezione di specialità medicinale di prezzo superiore a Lire 1.000 sino a Lire 3.000
- Lire 600 per ogni confezione di specialità medicinale di prezzo superiore a Lire 3.000.

Il Decreto Legge (D.L.) n. 463/1983, convertito in L. n. 638/1983, ha poi definito nuove quote di compartecipazione (esclusi gli antibiotici e i chemioterapici e le categorie di farmaci indicati nel comma 2

della suddetta Legge):

- Lire 150 per ogni Lire 1.000; tale quota si applicava anche alla frazione di prezzo superiore a Lire 500
- una quota fissa di Lire 1.000 per ogni ricetta, ivi comprese quelle prescriventi antibiotici e chemioterapici.

La L. n. 41/1986 (Finanziaria) ha elevato poi ulteriormente le quote di partecipazione degli assistiti alla spesa farmaceutica:

- Lire 250 per ogni Lire 1.000 sul prezzo di vendita al pubblico
- Lire 30.000 massimale per ricetta.

Il Decreto Legislativo (D.Lgs.) n. 502/1992 ha introdotto la possibilità per le Regioni di integrare le misure già previste (L. n. 41/1986) attraverso l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie (fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita).

A seguire, la L. n. 537/1993 ha abrogato ogni disposizione precedente relativa al pagamento della quota fissa sulle singole prestazioni farmaceutiche, stabilendo:

- per i farmaci collocati nella Classe A (farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche) una quota fissa per ricetta di Lire 5.000
- per i farmaci collocati nella Classe B² (farmaci, diversi da quelli precedenti) una partecipazione alla spesa da parte dell'assistito nella misura del 50% del prezzo di vendita al pubblico.

Con la L. n. 388/2000 (Finanziaria) si inverte la tendenza. A decorrere dal 1.1.2001 è stata abolita ogni forma di compartecipazione degli assistiti al co-

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

² Classe abolita a partire dal 1° luglio 2001

sto delle prestazioni farmaceutiche relative ai medicinali.

La L. n. 388/2000 prevedeva, inoltre, che a decorrere dal 30.3.2002, sulla base dei risultati di un apposito monitoraggio, e verificato l'andamento della spesa sanitaria, le regioni potessero adottare deliberazioni per il reintegro delle compartecipazioni soprasse, per la parte dello scostamento imputabile a responsabilità regionali: In effetti, la L. n. 405/2001 ha attribuito alle regioni l'onere della copertura del disavanzo sanitario mediante leva sui tributi regionali, l'individuazione della compartecipazione dei cittadini alla spesa (*ticket*) e altre misure di contenimento della spesa.

Nel frattempo, è stata introdotta una nuova forma di compartecipazione ai sensi del comma 1, art. 7

della L. n. 405/2001 (modificato dalla L. n. 178/2002): *«I medicinali, aventi uguale composizione in principi attivi, nonché, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali sono rimborsati al farmacista dal Servizio sanitario nazionale fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, sulla base di apposite direttive definite dalla regione»* e specifica nel comma 4 *«qualora il medico apponga sulla ricetta l'indicazione di cui al comma 2³, con cui ritiene il farmaco prescritto insostituibile ovvero l'assistito non accetti la sostituzione proposta dal farmacista,[...] la differenza fra il prezzo più basso ed il prezzo del farmaco prescritto è a carico dell'assistito.»*

Tabella 9b.1. Sinossi della principale normativa nazionale sui *ticket* farmaceutici

Normativa		Contenuti
L. n. 484/1978	Art. 2	Istituzione della partecipazione degli assistiti alla spesa per l'assistenza farmaceutica: <ul style="list-style-type: none"> • Lire 200 per ogni confezione di specialità medicinale di prezzo sino a Lire 1.000 • Lire 400 per ogni confezione di specialità medicinale di prezzo superiore a Lire 1.000 sino a Lire 3.000 • Lire 600 per ogni confezione di specialità medicinale di prezzo superiore a Lire 3.000.
L. n. 638/1983	Art. 10	Quota di compartecipazione sul prezzo di vendita al pubblico dei farmaci, esclusi gli antibiotici e i chemioterapici ed i medicinali indicati nel comma 2 (farmaci destinati al trattamento delle situazioni patologiche di urgenza, delle malattie ad alto rischio, delle gravi condizioni o sindromi morbose che esigono terapia di lunga durata, nonché alle cure necessarie per assicurare la sopravvivenza nelle malattie croniche): <ul style="list-style-type: none"> • Lire 150 per ogni mille lire; tale quota si applica anche alla frazione di prezzo superiore a Lire 500 • una quota fissa di Lire 1.000 per ogni ricetta, ivi comprese quelle prescriventi antibiotici e chemioterapici.
L. n. 41/1986 (Finanziaria)	Art. 28, 30	Viene elevata la quota di compartecipazione degli assistiti alla spesa per le prestazioni farmaceutiche: <ul style="list-style-type: none"> • Lire 250 per ogni Lire 1.000 sul prezzo di vendita al pubblico • Lire 30.000 massimale per ricetta.
D. Lgs. n. 502/1992	Art. 13: auto-finanziamento regionale	<ul style="list-style-type: none"> • Le Regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato. • Per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le Regioni hanno facoltà, ad integrazione delle misure già previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali secondo le disposizioni di cui all'art. 1, comma 1, lettera i) della legge 23 ottobre 1992, n. 421. • Le Regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione parametrica dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, possono prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del presente decreto.

³ Il medico nel prescrivere i farmaci di cui al comma 1, aventi un prezzo superiore al minimo, può apporre sulla ricetta adeguata indicazione secondo la quale il farmacista, all'atto della presentazione da parte dell'assistito della ricetta, non può sostituire il farmaco prescritto con un medicinale uguale avente un prezzo più basso di quello originariamente prescritto dal medico stesso

Normativa		Contenuti
L. n. 537/1993	Art. 14, 17	<p>È abrogata ogni disposizione precedente relativa al pagamento della quota fissa sulle singole prestazioni farmaceutiche. I farmaci collocati nella Classe di cui al comma 10, lettera a) (farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale con la corresponsione, da parte dell'assistito, di una quota fissa per ricetta di Lire 5.000. Per i farmaci collocati nella Classe di cui al comma 10, lettera b) (farmaci, diversi da quelli di cui alla lettera a), di rilevante interesse terapeutico, è dovuta una partecipazione alla spesa da parte dell'assistito nella misura del 50 per cento del prezzo di vendita al pubblico. I farmaci collocati nella Classe di cui al comma 10, lettera c) (altri farmaci privi delle caratteristiche delle altre categorie), sono a totale carico dell'assistito.</p>
L. n. 388/2000	Art. 85: Riduzione dei <i>ticket</i> e disposizioni in materia di spesa farmaceutica	<ul style="list-style-type: none"> A decorrere dal 1° luglio 2001, è soppressa la Classe di cui all'articolo 8, comma 10, lettera b), della legge 24 dicembre 1993, n. 537. Entro il 31 gennaio 2001 e con effetto dal 1° luglio 2001, la Commissione unica del farmaco provvede ad inserire, per categorie terapeutiche omogenee, nelle classi di cui all'articolo 8, comma 10, lettera a) e lettera c), della legge 24 dicembre 1993, n. 537, i medicinali attualmente inseriti nella Classe di cui alla lettera b) dello stesso comma 10, sulla base della valutazione della loro efficacia terapeutica e delle loro caratteristiche prevalenti. A decorrere dal 1° gennaio 2001 è abolita ogni forma di partecipazione degli assistiti al costo delle prestazioni farmaceutiche relative ai medicinali collocati nelle classi a) e b) di cui all'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, con esclusione di quelle previste dal comma 26 del presente articolo. A decorrere dal 30 marzo 2002, sulla base dei risultati del monitoraggio e verificato mensilmente l'andamento della spesa sanitaria. Qualora tale andamento si discosti dall'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti ai commi 7 e 8, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano propone criteri e strumenti idonei a finanziare lo scostamento. Per la parte dello scostamento imputabile a responsabilità regionali, le regioni adottano le deliberazioni per il reintegro dei <i>ticket</i> soppressi ovvero le altre misure di riequilibrio previste dall'articolo 83, comma 6. In caso di inerzia delle amministrazioni regionali il Governo, previa diffida alle regioni interessate a provvedere agli adempimenti di competenza entro trenta giorni, adotta, entro e non oltre i successivi trenta giorni le forme di intervento sostitutivo previste dalla normativa vigente.
L. n. 405/2001	Art. 4: Accertamento e copertura dei disavanzi	<ul style="list-style-type: none"> Gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati, nel rispetto dell'accordo Stato-regioni di cui all'art. 1, comma 1, sono coperti dalle regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: <ul style="list-style-type: none"> misure di partecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci.
	Art. 5: Tetto di spesa	<ul style="list-style-type: none"> A decorrere dall'anno 2002 l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale non può superare, a livello nazionale ed in ogni singola regione, il 13 per cento della spesa sanitaria complessiva. A tale fine le regioni adottano, sentite le associazioni di categoria interessate, i provvedimenti necessari ad assicurare il rispetto della disposizione di cui al presente articolo.
	Art. 6: Livelli di assistenza	<ul style="list-style-type: none"> Nell'ambito della ridefinizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la Commissione unica del farmaco, con proprio provvedimento, individua i farmaci che, in relazione al loro ruolo non essenziale, alla presenza fra i medicinali concedibili di prodotti aventi attività terapeutica sovrapponibile secondo il criterio delle categorie terapeutiche omogenee, possono essere totalmente o parzialmente esclusi dalla rimborsabilità. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30 novembre, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 1 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. La totale o parziale esclusione dalla rimborsabilità dei farmaci di cui al comma 1 è disposta, anche con provvedimento amministrativo della regione, tenuto conto dell'andamento della propria spesa farmaceutica rispetto al tetto di spesa programmato.
	Art. 7: Prezzo di rimborso dei farmaci di uguale composizione	<p>A decorrere dal 1° dicembre 2001 i medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal Servizio sanitario nazionale fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente farmaco generico disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, sulla base di apposite direttive definite dalla regione.</p>

Fonte: elaborazione su dati Gazzetta Ufficiale Repubblica Italiana (G.U.R.I.) © C.R.E.A. Sanità

La spesa sanitaria a carico del SSN non viene pertanto influenzata sia che il medico prescriva un farmaco di marca a brevetto scaduto sia che prescriva il farmaco equivalente corrispondente.

Il costo maggiore (differenza tra medicinale ricevuto e il prezzo di riferimento) è comunque a carico del paziente, qualora questo decida di scegliere il farmaco "branded" in presenza di un equivalente di

minor prezzo; meno comprensibile è la ratio dell'onere sul paziente nel caso che il farmaco sia stato prescritto del medico curante con la clausola di "non sostituibilità": o è una "inappropriatezza" del medico o c'è un motivo clinico, e in tal caso non si capisce la ratio della compartecipazione.

Da ultimo si noti che la funzione della compartecipazione, (*co-payment*) secondo la teoria economica è sostanzialmente il governo della domanda. La principale finalità del controllo della domanda è quella di garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle cure, utilizzando al meglio le risorse disponibili limitando i fenomeni di rischio morale (*moral hazard*⁴) che si determinano in presenza di ampia copertura assicurativa (privata o pubblica) e che portano ad un sovraconsumo di beni e servizi sanitari⁵.

In teoria i meccanismi di *cost-sharing* applicabili sono:

- *co-payment* in cifra fissa (o in valore assoluto): pagamento di una somma per farmaco o per prescrizione; di fatto una franchigia "statica".
- *co-payment* percentuale: pagamento di una somma proporzionale al costo del farmaco o della prescrizione; in pratica una franchigia in percentuale.

In Sanità pubblica, data la natura dell'assicurazione, normalmente non si utilizza lo strumento del massimale di copertura.

Si noti, infine, che il termine *ticket* (traduzione letterale "biglietto") come ingleseismo nella lingua italiana, assume il significato di quota di partecipazione diretta dei cittadini alla spesa pubblica sinonimo di *co-payment* in valore assoluto nella letteratura economica anglo-sassone.

Questo avviene in analogia con l'accezione francese di *ticket modérateur*⁶ definito come "la parte

della spesa sanitaria che rimane responsabilità del paziente dopo il rimborso dell'assicurazione sanitaria".

9b.2. Ticket regionali

Allo stato attuale la compartecipazione alla spesa sui farmaci è uno strumento di esclusiva competenza regionale. La normativa nazionale, come osservato nel precedente paragrafo, abolita la compartecipazione a livello statale, dispone la possibilità per le regioni di adottare deliberazioni per il reintegro dei *ticket* soppressi (L. n. 388/2000) e a partire dal 2001 (art. 4 L. n. 405/2001 Tabella 9b.1.) i *ticket* divengono strumenti da utilizzare "anche" a copertura dei disavanzi sanitari regionali.

Gli strumenti che sono stati utilizzati sono principalmente due: 1) la reintroduzione della quota fissa sulla ricetta (soppressa dalla L. n. 388/2000) 2) l'introduzione di una quota fissa o in percentuale per confezione. Diverse poi le modulazioni adottate in relazione al reddito e alle categorie di esenti che rendono disomogenea l'applicazione del *ticket* a livello regionale, con il rischio di compromettere i presupposti di equità delle politiche sanitarie e farmaceutiche.

Premettendo che ad oggi sono 3 le Regioni che non prevedono alcuna forma di compartecipazione alla spesa farmaceutica (Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna) e considerando le ampie divergenze applicative esistenti, si può cercare di tracciare una mappa sul panorama regionale dei *ticket* farmaceutici distinguendo (Figura 9b.1.):

- *ticket* in somma fissa per farmaco e/o ricetta non modulato (Calabria, Campania, Lombar-

⁴ Dopo l'attivazione della copertura dei rischi sanitari garantita dall'assicurazione privata o pubblica – l'assicurato può adottare comportamenti non conosciuti e non facilmente controllabili dall'assicuratore, il quale a sua volta non dispone di informazioni precise sullo stato di salute dell'assicurato. In particolare, se l'assicurazione copre tutto, la persona assicurata, non pagando direttamente le prestazioni sanitarie, potrebbe aumentare la propria domanda (diretta o mediata dal medico) al di sopra del livello previsto dal terzo pagante sulla base di considerazioni di appropriatezza e di efficacia

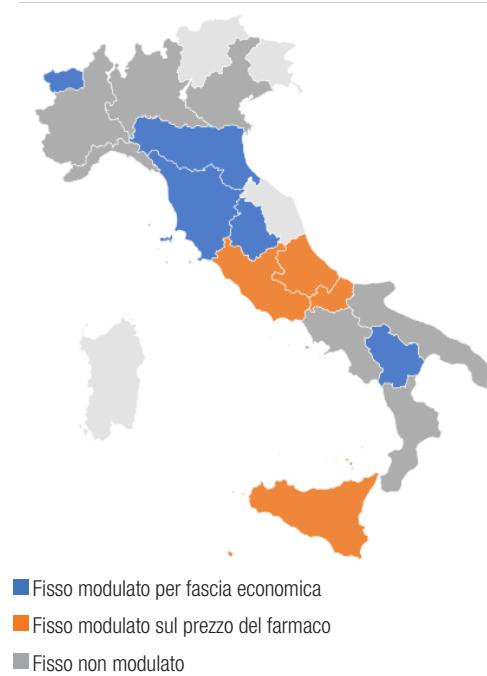
⁵ Cutler e Zeckhauser (2000) e Zweifel e Manning (2000)

⁶ *Le ticket modérateur correspond au taux de participation de l'assuré dans le financement des soins. C'est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie. Son taux varie en fonction des actes et médicaments, de la situation, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur*

dia, Piemonte, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Puglia, Veneto, Liguria)

- *ticket* in somma fissa per farmaco e/o ricetta modulato in base al reddito (Basilicata, Emilia Romagna, Umbria, Toscana e Valle d'Aosta)
- *ticket* in somma fissa per farmaco e/o ricetta modulato sul prezzo di vendita (Abruzzo, Lazio, Molise e Sicilia).

Figura 9b.1. Compartecipazione alla spesa sui farmaci per tipologia al 30.7.2018



Fonte: elaborazione su dati Bollettino Ufficiale Regionale (B.U.R.) - © C.R.E.A. Sanità

9b.3. Ticket in somma fissa non modulato

Alcune Regioni hanno adottato il *ticket* sui farmaci definendolo in termini di quota fissa sulla ricetta o sulle confezioni (individuando delle riduzioni per specifiche categorie di utenti e/o farmaci). All'interno della presente classificazione è possibile individuare ulteriori differenze (Tabella 9b.2.).

La Regione Calabria con la Delibera della Giunta Regionale (D.G.R.) n. 247/2009 (Tabella 9b.3.) approva il regolamento di compartecipazione alla

spesa sanitaria. Per le prestazioni di assistenza farmaceutica convenzionata viene stabilita una quota fissa per ricetta, una quota integrativa per ogni confezione, oltre che un limite massimo per ricetta (€ 5,0). Vengono individuate delle categorie di pazienti esenti da qualsiasi compartecipazione e soggetti che devono comunque corrispondere la quota fissa. In particolare, gli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia e le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata hanno diritto all'erogazione, senza alcun onere, anche dei farmaci elencati in fascia C. L'eventuale differenza rispetto al prezzo di riferimento (prevista in tutte le Regioni) è dovuta da tutte le categorie di pazienti esenti fatta eccezione per gli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia e le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata.

Tabella 9b.2. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa non modulata – caratteristiche

Regioni	Quota fissa		
	Ricetta	Conf.	Limite max ricetta
Calabria	Si	Si	Si
Campania	Si	Si	No
Lombardia	No	Si	Si
Piemonte	No	Si	Si
P.A. di Bolzano	No	Si	Si
P.A. di Trento	Si	No	No
Puglia	Si	Si	Si
Veneto	No	Si	Si
Liguria	No	Si	Si

Note: ulteriori distinzioni relative alle categorie di esenzione e al *ticket* sugli equivalenti saranno analizzate nel paragrafo successivo

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali - © C.R.E.A. Sanità

Anche la Regione Campania (Decreto Commissario n. 51/2010 e successive modifiche) dispone una quota fissa per confezione e per ricetta, non definendo, però, alcun limite massimo (Tabella 9b.4.). La quota fissa a ricetta non si applica alle prescrizioni di ossigeno liquido e gassoso e ai farmaci del PHT

(Prontuario della distribuzione diretta per la continuità assistenziale Ospedale-Territorio). La quota fissa a confezione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto con prezzo allineato a quello di riferimento regionale e agli esenti parziali (che sono tenuti comunque a corrispondere un *ticket* per ricetta anche se in misura ridotta).

La Regione Lombardia con la D.G.R. n. 11534/2002 e successive delibere che ne hanno modificato le categorie di esenzione (Tabella 9b.5.), definisce una quota fissa per confezione ed un valore massimo (€4,0) a ricetta con tariffe ridotte per alcune categorie. Per i medicinali non coperti da brevetto la quota fissa si somma all'eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento.

La Regione Piemonte (Tabella 9b.6.) con Delibera n. 57-5740/2002 e successive integrazioni, come la Lombardia, definisce una quota fissa per confezione ed un valore massimo a ricetta (€ 4,0) con tariffe ridotte per alcune categorie ma, a differenza della Lombardia, nel caso di medicinali non coperti da brevetto, non si paga la quota fissa a confezione, ma solo la differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento. Sono esenti dal *ticket* anche i farmaci analgesici oppiacei utilizzati nella terapia del dolore.

Nella P.A. di Bolzano (Tabella 9b.7.) con il Decreto della Giunta Provinciale (D.G.P.) n. 1862/2002 viene statuita una quota fissa a confezione ed un limite massimo per 2 o più confezioni, oltre le categorie di esenti parziali (che devono corrispondere una quota ridotta per ricetta) vengono definite tariffe specifiche per i figli fiscalmente a carico dei genitori. Per i far-

maci non coperti da brevetto, oltre alla differenza tra il prezzo del farmaco e quello di riferimento, si paga anche il *ticket* per confezione (con esclusione degli invalidi di guerra).

Nella P.A. di Trento a partire dal 1° giugno 2015 (D.G.P. n. 769/2015) per ogni ricetta di assistenza farmaceutica convenzionata è dovuta una quota fissa per tutti gli assistiti ad eccezione degli esenti (Tabella 9b.8.).

Nella Regione Puglia (D.G.R. n. 1718/2004 e successive modifiche) gli assistiti devono corrispondere una quota fissa a ricetta, una quota a confezione con un massimale per ricetta (Tabella 9b.9.). Alla categoria degli esenti totali si affiancano due categorie di esenti parziali con quota ridotta (una riferita a specifici farmaci) ed una categoria di esenti dal *ticket* per confezione. Gli esenti totali devono comunque corrispondere, per medicinali non coperti da brevetto sottoposti al sistema del rimborso di riferimento, l'eventuale differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento.

La Regione Veneto (D.G.R. n. 6/2003 e successive modifiche e integrazioni) e la Regione Liguria (D.G.R. n. 163 del 20 febbraio 2002 e successive modifiche ed integrazioni) deliberano una quota fissa a confezione ed un limite massimo a ricetta definendo una categoria di esenti (vd elenco Tabella 9b.19.) che non pagano alcuna quota di partecipazione ed esenti che pur non dovendo corrispondere la quota fissa devono versare la differenza tra il prezzo del farmaco e quello di riferimento.

Tabella 9b.3. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa non modulata – Calabria

Regioni	Normativa	Quota fissa				Esenti parziali	
		Ricetta	Conf.	Max Ricetta*	Ricetta	Conf.	
Calabria	D.G.R. n. 247/2009	€ 1,0	€ 2,0	€ 5,0	€ 1,0	€ 0,0	

* I medici prescrittori potranno prescrivere un numero massimo di 2 confezioni, anche se della medesima specialità, fatta eccezione per gli antibiotici monodose, fleboclisi, medicinali a base di interferone, farmaci analgesici oppiacei utilizzati nella terapia del dolore per i quali è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di pezzi sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni

Tabella 9b.4. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa non modulata – Campania

Regione	Normativa	Quota fissa					
		Ricetta	Conf.*	Ossigeno		Esenti parziali	
				Ricetta	Conf.	Ricetta	Conf.
Campania	DEC. COM. n. 51/2010	€ 2,0	€ 1,5	€ 0,0	€ 1,5	€ 1,0	€ 0,0

* I ticket di € 1,5 per confezione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto con prezzo allineato a quello di riferimento regionale

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Campania - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.5. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa non modulata - Lombardia

Regione	Normativa	Quota fissa*			
		Conf.	Max Ricetta	Esenti parziali	
				Conf.	Max Ricetta
Lombardia	D.G.R. n. 11534/2002	€ 2,0	€ 4,0	€ 1,0	€ 3,0

* per i medicinali non coperti da brevetto sottoposti al sistema del rimborso di riferimento i non esenti devono corrispondere la quota fissa prevista e la differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Lombardia - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.6. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa non modulata - Piemonte

Regione	Normativa	Quota fissa*					
		Conf.	Max Ricetta	Antibiotici monodose, medicinali somministrabili solo per fleboclisi, interferoni per soggetti affetti da epatiti croniche, di cui sono prescrivibili fino a 6 confezioni per ricetta	Patologie croniche che danno diritto all'esenzione di cui sono prescrivibili fino a 3 confezioni per ricetta		
					Conf.	Max Ricetta	Conf.
Piemonte	D.G.R. n. 57-5740/2002	€ 2,0	€ 4,0	€ 1,0	€ 4,0	€ 1,0	€ 3,0

* per i medicinali non coperti da brevetto sottoposti al sistema del rimborso di riferimento non si paga la quota fissa di € 2, ma solo la differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Piemonte - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.7. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa non modulata – P.A. di Bolzano

Regione	Normativa	Quota fissa*					
		Conf.	Max Ricetta	Figli fiscalmente a carico		Esenti parziali	
				Conf.	Max Ricetta	ricetta	ricetta
P.A. di Bolzano	D.G.P. n. 1862/2002	€ 2,0	€ 4,0	€ 1,0	€ 2,0	€ 1,0	€ 0,0

* per i medicinali non coperti da brevetto sottoposti al sistema del rimborso di riferimento alla differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento si somma la quota fissa dovuta (con esclusione degli invalidi di guerra)

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. P.A. di Bolzano - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.8. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa non modulata – P.A. di Trento

Regione	Normativa	Quota fissa	
		Ricetta	Ricetta
P.A. di Trento	D.G.P. n. 769/2005		€ 1,0

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. P.A. di Trento - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.9. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa non modulata – Puglia

Regione	Normativa	Quota fissa									
		Conf.	Ricetta	Max Ricetta	Antibiotici monodose, medicinali a base di interferone per i soggetti affetti da epatite cronica, medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi			Esenti parziali		Esenti <i>ticket</i> per confezione e medicinali non coperti da brevetto sottoposti al sistema del rimborso di riferimento*	
					Conf.	Ricetta	Conf.	Ricetta	Conf.	Ricetta	Conf.
Puglia	D.G.R. n. 1718/2004	€ 2,0	€ 1,0	€ 5,5	€ 0,5	€ 1,0	€ 1,0	€ 1,0	€ 0,0	€ 1,0	€ 0,0

* Tenuti a corrispondere la differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. P.A. di Bolzano - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.10. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa non modulata – Veneto e Liguria

Regioni	Normativa	Quota fissa*		Max Ricetta**
		Confezione		
Veneto	D.G.R. n. 6/2003	€ 2,0		€ 4,0
Liguria	D.G.R. n. 163/2002	€ 2,0		€ 4,0

* Per i medicinali non coperti da brevetto sottoposti al sistema del rimborso di riferimento la quota fissa si somma alla differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento

** Anche per antibiotici monodose, medicinali somministrabili solo per fleboclisi, di cui sono prescrivibili fino a 6 confezioni per ricetta

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Veneto e Liguria - © C.R.E.A. Sanità

9b.4. *Ticket* in somma fissa modulato in base al reddito

Le Regioni che hanno definito una quota di compartecipazione fissa modulata in base alla fascia economica di appartenenza dei cittadini sono Basilicata, Emilia Romagna, Umbria, Toscana e Valle d'Aosta.

La Regione Basilicata (Tabella 9b.11.) dall'entrata in vigore della D.G.R. n. 699/2013 modifica la quota fissa aggiuntiva modulando il *ticket* su ricetta per la farmaceutica in base al reddito familiare (le fasce previste sono ulteriormente proporzionate per coniuge e figli a carico).

Anche la Regione Emilia Romagna con la D.G.R. n. 1190/2011 e l'Umbria con la D.G.R. n. 911/2011 (Tabella 9b.12.) definiscono le quote di partecipazione per confezione differenziate per fasce di reddito e decretano l'applicazione del *ticket* anche alle prescrizioni di ossigeno, equiparando la bombola alla confezione (nel caso in cui il medico non indi-

chi il numero di bombole, bensì il volume, il *ticket* sarà applicato al numero di bombole necessario a raggiungere quel volume). A partire dal 1.1.2019 in Emilia Romagna sarà eliminato il *ticket* per le due fasce di reddito comprese tra € 36.000 e € 100.000 (attualmente pagata sulla base di quattro scaglioni di reddito familiare) e resterà in vigore solo per i redditi superiori a € 100.000.

In Toscana (Tabella 9b.12.) la D.G.R. n. 753/2012 definisce una rimodulazione dei livelli di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini in base al reddito familiare lordo (o, in alternativa, ISEE); viene, inoltre, definito un importo massimo per l'ammontare complessivo dei *ticket* sulla farmaceutica convenzionata a carico di un singolo utente nell'anno solare pari a € 400.

La Valle d'Aosta (Tabella 9b.13.) ha approvato recentemente (D.G.R. n. 1899/2017 con decorrenza 1.1.2018) le nuove disposizioni per la determinazione delle quote fisse per le prestazioni farmaceutiche in base all'attestazione ISEE.

Tabella 9b.11. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa modulata in base alla fascia economica - Basilicata

Regione	Normativa	Quota fissa a ricetta	
		Reddito familiare < 8.263,31€ incrementato a 11.362,05€ in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,00€ per ogni figlio a carico	Reddito familiare > 8.263,31€ incrementato a 11.362,05€ in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,00€ per ogni figlio a carico
Basilicata	D.G.R. n. 699/2013	€ 1,0	€ 2,0

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Basilicata - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.12. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa modulata in base alla fascia economica – Emilia Romagna, Umbria e Toscana

Regioni	Normativa	Reddito familiare o ISEE da 0 a 36.151,98 €	Reddito familiare o ISEE da 36.151,99 a 70.000 €		Reddito familiare o ISEE da 70.001 a 100.000 €		Reddito familiare o ISEE oltre 100.000 €	
			Conf.	Max ricetta	Conf.	Max ricetta	Conf.	Max ricetta
Emilia Romagna	D.G.R. n. 1190/2011	Esenti	€ 1,0	€ 2,0	€ 2,0	€ 4,0	€ 3,0	€ 6,0
Umbria	D.G.R. n. 911/2011	Esenti	€ 1,0	€ 2,0	€ 2,0	€ 4,0	€ 3,0	€ 6,0
Toscana	D.G.R. n. 753/2012	Esenti	€ 2,0	€ 4,0	€ 3,0	€ 6,0	€ 4,0	€ 8,0

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Emilia Romagna, Umbria e Toscana - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.13. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa modulata in base alla fascia economica – Valle d'Aosta

Regione	Normativa	Reddito					
		ISEE < € 10.000		€ 10.000 ≤ ISEE ≤ € 25.000		ISEE > € 25.000	
		Conf.	Max ricetta	Conf.	Max ricetta	Conf.	Max ricetta
Valle d'Aosta	D.G.R. n. 1899/2017	€ 0,0	€ 0,0	€ 1,0	€ 2,0	€ 2,0	€ 4,0

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Valle d'Aosta - © C.R.E.A. Sanità

9b.5. Ticket in somma fissa modulato in base al prezzo di vendita del farmaco

Abruzzo, Lazio, Molise e Sicilia definiscono l'ammontare del *ticket* farmaceutico in base al prezzo di vendita del farmaco.

La Regione Abruzzo (Tabella 9b.14.), nel Decreto del Presidente della Regione (D.P.R.) n. 26/2012, oltre a prevedere una distinzione legata al prezzo del farmaco, opera una classificazione fra le categorie di esenti definendo delle tariffe ridotte per specifici soggetti "esenti parziali".

La Regione Lazio nel DCA n. 45/2018 (Tabella 9b.17.) opera una modulazione per prezzo della confezione con una distinzione fra esenti totali ed esenti parziali per patologia ed invalidità; la compartecipazione alla spesa si riferisce a tutte le confezioni

di farmaci con brevetto ancora in corso di validità inclusi nella fascia A del Prontuario Terapeutico Nazionale, la misura si applica a tutte le confezioni non incluse nelle liste di trasparenza AIFA (per i medicinali equivalenti si paga solo l'eventuale differenza con il prezzo di riferimento).

La Regione Molise (D.G.R. n. 1118/2003, Tabella 9b.16.) dispensa dal pagamento del *ticket* le confezioni con un prezzo inferiore a € 5 (mantenendo comunque la quota fissa a ricetta di € 0,50). Sono, inoltre, esonerati dalla quota fissa per ricetta, il *ticket* a confezione e l'eventuale differenza rispetto al prezzo per i farmaci inseriti nel sistema del prezzo di riferimento, solo gli esenti totali (gli esenti parziali devono corrispondere la quota fissa e l'eventuale differenza rispetto al prezzo di rimborso per i farmaci inseriti nel sistema del prezzo di riferimento).

Nella Regione Sicilia (Tabella 9b.17.) il DA n. 443/2007 definisce le quote di compartecipazione in aggiunta a quelle già in vigore (DA del 21.3.2017).

La Regione, oltre a definire due categorie di prezzo per la definizione del *ticket* opera una distinzione fra farmaci equivalenti e farmaci coperti da brevetto.

Tabella 9b.14. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa modulata sul prezzo di vendita del farmaco – Abruzzo

Regione	Normativa	Confezione $\geq € 5$				Farmaci $\geq € 5$ e per i farmaci equivalenti di prezzo superiore a quello di riferimento*			
		Conf.	Max Ricetta	Esenti parziali		Conf.	Max ricetta	Esenti parziali	
				Conf.	Max ricetta			Conf.	Max ricetta
Abruzzo	D.P.R. n. 26/2012	€ 2,00	€ 6,00	€ 1,00	€ 3,00	€ 0,50	€ 1,50	€ 0,25	€ 0,75

* A tali quote si aggiunge la differenza sul prezzo di riferimento, la quota di compartecipazione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto che si adeguano al prezzo di riferimento regionale

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Abruzzo - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.15 Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa modulata sul prezzo di vendita del farmaco – Lazio

Regione	Normativa	Confezione $\geq € 5$		Confezioni $\leq € 5$	
		Nessuna Esenzione	Esenzioni per patologia e invalidità, non inclusi tra gli esenti totali o per reddito	Nessuna Esenzione	Esenzioni per patologia e invalidità, non inclusi tra gli esenti totali o per reddito
Lazio	D.P. n. 45/2008	€ 4,0	€ 2,0	€ 2,5	€ 1,0

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Lazio - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.16. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa modulata sul prezzo di vendita del farmaco – Molise

Regione	Normativa	Confezione $< € 5$	Confezioni $> € 5^*$			
			Farmaci a brevetto scaduto		Farmaci coperti da brevetto	
			Confezione	Quota fissa ricetta	Conf.	Max ricetta
Molise	D.G.R. n. 1188/2004	€ 0,0	€ 0,5	€ 0,5	€ 2,0	€ 6,0

* A dette quote (ossia quota per ricetta e quota a confezione se dovuta) si somma la differenza eventualmente dovuta rispetto al prezzo di rimborso per i farmaci non coperti da brevetto, inseriti nel sistema del rimborso di riferimento

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Molise - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.17. Compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa modulati sul prezzo di vendita del farmaco – Sicilia

Regione	Normativa	Confezione $\leq € 25$				Confezioni $\geq € 25^*$			
		Tutti i farmaci	Equiv.	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti e rare		Tutti i farmaci	Equiv.	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti e rare	
				Tutti i farmaci	Equiv.			Tutti i farmaci	Equiv.
Sicilia	D.A. 21/03/2007	€ 4,0	€ 2,0	€ 1,5	€ 1,0	€ 4,5	€ 2,5	€ 2,0	€ 1,5

* A tali quote si somma la differenza eventualmente dovuta rispetto al prezzo di rimborso per i farmaci non coperti da brevetto, inseriti nel sistema del rimborso di riferimento

Fonte: elaborazione su dati G.U.R. Sicilia - © C.R.E.A. Sanità

9b.6. Compartecipazione per i farmaci equivalenti

A prescindere dalle differenti modalità di applicazione della compartecipazione si osserva un'ulteriore diffidenza regionale nella definizione dell'importo dovuto dal cittadino per i farmaci equivalenti (Tabella

9b.18.).

Calabria, Liguria, Molise e Sicilia estendono l'esonazione al differenziale fra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento per specifiche categorie. Abruzzo, Puglia e Sicilia definiscono specifiche tariffe in base alla modulazione regionale per i farmaci equivalenti (oltre al differenziale rispetto al prezzo di riferimento).

Tabella 9b 18. Caratteristiche dei sistemi regionali di compartecipazione alla spesa farmaceutica per i farmaci equivalenti

Regioni	Compartecipazione Farmaci equivalenti
Abruzzo	<ul style="list-style-type: none"> • Farmaci equivalenti con prezzo \leq al prezzo di riferimento: € 0,0 • Farmaci equivalenti di prezzo $>$ al prezzo di riferimento: € 0,50 a conf., max € 1,50 a ricetta + differenza con il prezzo di riferimento • Esenti parziali - Farmaci equivalenti di prezzo $>$ al prezzo di riferimento: € 0,25 a conf., max € 0,75 a ricetta + differenza con il prezzo di riferimento
Basilicata	Quota fissa a ricetta (in base al reddito) + eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Calabria	Eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento eccetto invalidi di guerra e vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
Campania	Farmaci equivalenti con prezzo \leq al prezzo di riferimento: € 0,0
Emilia Roma-gna	Quota fissa + eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento
Lazio	Eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Liguria	Quota fissa + eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento eccetto invalidi di guerra titolari di pensioni vitalizie e vittime del terrorismo e loro familiari
Lombardia	Quota fissa + eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Molise	Quota fissa + eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento eccetto invalidi di guerra titolari di pensioni vitalizie, gli invalidi vittime del terrorismo e delle stragi e loro familiari
P.A. di Bolzano	Quota fissa + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento
P.A. di Trento	Quota fissa + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento
Piemonte	Eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento
Puglia	<ul style="list-style-type: none"> • 1€ a ricetta + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento • Esenti totali: eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> • Farmaci equivalenti di prezzo \leq € 25: € 2 • Farmaci equivalenti di prezzo \leq € 25 - affetti da patologie croniche e invalidanti e rare: € 1 • Farmaci equivalenti di prezzo $>$ € 25: € 2,5 • Farmaci equivalenti di prezzo $>$ € 25 - affetti da patologie croniche e invalidanti e rare: € 1,5 <p>+ eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento, eccetto invalidi di guerra e vittime del terrorismo e della criminalità organizzata</p>
Toscana	Quota fissa + eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento
Umbria	Quota fissa + eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Valle d'Aosta	Eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento
Veneto	Quota fissa + eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Regioni - © C.R.E.A. Sanità

9b.7. Le esenzioni

Il quadro sulle compartecipazioni non può considerarsi completo se non si considerano anche le regolamentazioni adottate per quanto concerne l'esenzione dalle compartecipazioni stesse.

Anche il panorama delle esenzioni presenta notevoli differenze fra le Regioni, tanto da risultare complesso individuare delle categorie comuni e tracciare una panoramica esaustiva; le Regioni che hanno reintrodotto il *ticket* sui farmaci hanno autonomamente individuato le categorie e i soggetti esenti, distinguendo sottocategorie di esenti totali e parziali e regole applicative differenti.

In linea molto generale, le persone possono essere esentate dal pagamento del *ticket* in funzione delle loro condizioni:

- reddituali
- personali e sociali
- cliniche
- di invalidità (invalidi di guerra, per servizio, per lavoro, civili)
- ulteriori, per categorie di soggetti specificatamente individuati.

Di seguito si riportano sinteticamente le categorie di esenzioni previste, distinguendo le Regioni in base alle modalità di applicazione del *ticket* analizzate nei paragrafi precedenti.

Le categorie hanno lo scopo di tracciare un quadro di sintesi, ma occorre sottolineare che all'interno delle stesse sussistono numerose differenziazioni (ad es. nelle percentuali di riconoscimento delle invalidità, nell'esenzione per patologia, etc.).

Nelle Regioni in cui il *ticket* è applicato in quota fissa su ricette e/o confezioni senza alcuna modulazione (Tabella 9b.19.) le esenzioni possono essere totali o parziali. La Regione Calabria prevede esenti parziali (che pagano la quota fissa a ricetta ma sono esenti dalla quota a confezione) ed esenti totali (tenuti comunque a corrispondere l'eventuale differenza tra prezzo del farmaco equivalente e prezzo di riferimento), prevedendo anche specifiche categorie (invalidi di guerra, titolari di pensione diretta vitalizia

e le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata) completamente esenti.

In Campania il *ticket* per confezione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto con prezzo allineato a quello di riferimento regionale; gli esenti parziali devono corrispondere una quota fissa a ricetta e sono esentati dalla quota a confezione; gli esenti totali non pagano alcuna quota di compartecipazione.

In Lombardia gli esenti parziali corrispondono sia una quota a ricetta, che a confezione, ma ridotta; gli esenti totali sono esenti dalla compartecipazione ma devono corrispondere l'eventuale differenza rispetto al prezzo di riferimento; per tutti gli altri soggetti le quote fisse previste si sommano a tale differenza.

In Piemonte e nella P.A. di Bolzano sono tenuti a corrispondere una quota ridotta gli esenti parziali; gli esenti totali devono comunque pagare l'eventuale differenza rispetto al prezzo di riferimento, dalla quale sono esenti solo gli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia.

Nella P.A. di Trento viene stabilita una sola quota fissa a ricetta ed una categoria di esenti totali che non debbono corrispondere alcuna quota di compartecipazione.

Nella Regione Puglia tutti i soggetti sono tenuti a corrispondere l'eventuale differenza tra il prezzo del farmaco equivalente e quello di riferimento, in aggiunta alla quota fissa prevista, ma è definita, oltre l'esenzione parziale con riduzione della quota per confezione per alcune tipologie di farmaci e categorie di soggetti, anche l'esenzione dal *ticket* a confezione per i farmaci non coperti da brevetto (tenuti comunque al *ticket* sulla ricetta ed alla eventuale differenza di prezzo).

In Veneto ed in Liguria viene stabilita una quota fissa ed una categoria di esenti totali, tenuti solo a corrispondere l'eventuale differenza tra prezzo del farmaco equivalente e prezzo di riferimento, alcune categorie di soggetti non corrispondono nessun *ticket* (Invalidi di guerra titolari di pensioni vitalizie in Veneto, invalidi di guerra titolari di pensioni vitalizie e vittime del terrorismo e loro familiari in Liguria).

Tabella 9b.19. Esenzioni dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa non modulata

Esenzioni/Regioni	CAL		CAM		LOM		PIE		BOL		TRE		PUG		VEN		LIG	
	Tot.	Parz.	Tot.	Parz.	Tot.	Parz.	Tot.	Parz.	Tot.	Parz.	Tot.	Parz.	Tot.	Parz.	Tot.	Parz.	Tot.	Tot.
Antibiotici monodose, medicinali somministrati solo per fleboclisi, interferoni per soggetti affetti da epatiti croniche									SI						SI			
Ciechi e sordomuti	SI			SI	SI		SI		cie- chi	sor- do- muti					SI	SI	SI	
Cittadini stranieri non comunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno e privi di risorse economiche sufficienti															SI			
Danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati	SI				SI		SI				SI			SI	SI	SI		
Detenuti e internati	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI					
Disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei Centri per l'impiego e i familiari a carico			SI		SI					SI							SI	
Gravidanza																		SI
Età e/o reddito/pensione minima	SI		SI		SI		SI		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia					SI													SI
Infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse				SI	SI		SI			SI								SI
Invalidi (civili, di guerra, per lavoro, per servizio)	SI	SI (no inv.i di guer- ra)	Inv. di guer- ra	SI (no inv. di guer- ra)	SI	SI (inv. civili)	SI		SI	SI (inv. ser- vizio)	SI		SI	SI	SI	SI	SI	
Deferoxamina nel trattamento della talassemia															SI			
Minori in attesa di adozione															SI			
Minori sottoposti a provvedimenti di tutela															SI			
Obiettori di coscienza in servizio civile					SI													
Patologia cronica ed invalidante e malattie rare	SI			SI	SI	SI		SI		SI			SI	SI	SI	SI	SI	
Patologie neoplastiche															SI			
Prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile					SI													
Residenti Regione Abruzzo coinvolti dal sisma del 6.4.09 temporaneamente ospitati in Puglia; (non pagano la differenza tra il prezzo al pubblico e quello di riferimento)															SI			
Stranieri con permesso di soggiorno per asilo umanitario	SI		SI		SI													
Terapia del dolore			SI		SI		SI		SI		SI			SI	SI	SI	SI	
Titolari di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico				SI		SI					SI		SI				SI	
Toxicodipendenti per terapia metadonica															SI			
Trapiantati d'organo			SI		SI										SI			
Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari	SI		SI	SI	SI		SI							SI	SI	SI		
Vittime del terrorismo e delle stragi con invalidità			SI								SI							

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Regioni - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.20. Esenzioni dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa modulata in base al reddito

Esenzioni/Regioni	BAS	E-R	UMB	TOS	VDA
Ciechi e i sordomuti	SI	SI	SI	SI	SI
Componenti del nucleo anagrafico e parenti di primo grado di soggetto deceduto a causa degli eventi sismici (proroga al 31 dicembre 2018)		SI			
Danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati	SI	SI	SI	SI	SI
Detenuti e/o internati					SI
Disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei Centri per l'impiego e i familiari a carico		SI	SI	SI	
Reddito/pensione e/o età		SI	SI	SI	SI
Ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia	SI	SI	SI	SI	
Farmaci erogati in "Distribuzione per conto" e alle ricette relative al primo ciclo di terapia farmacologica prescritta all'atto della dimissione ospedaliera	SI		SI		
Gravidanza	SI				SI
Infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse	SI	SI	SI	SI	
Invalidi (di guerra, civili, per lavoro e per servizio)	SI	SI	SI	SI	esclusi inv. civili
Lavoratori in cassa integrazione straordinaria e familiare e "in deroga"		SI		SI	
Lavoratori in mobilità e i familiari a carico;				SI	
Minori portatori di handicap					SI
Minori segnalati dal tribunale					SI
Patologia cronica ed invalidante e malattie rare	SI	SI	SI	SI	SI
Patologie metaboliche e neonati da madri sieropositive					SI
Patologie neoplastiche, pluripatologie, in attesa o sottoposti a trapianto, neonati prematuri, immaturi o con condizioni di grave deficit					SI
Persone residenti nei Comuni danneggiati che hanno avuto l'ordinanza del Sindaco di inagibilità/sgombero del proprio luogo di abitazione, studio professionale o azienda (fino al 31 dicembre 2013)		SI			
Terapia del dolore					SI
Titolari di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico		SI	SI		
Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari	SI	SI	SI	SI	SI

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Regioni - © C.R.E.A. Sanità

Con i caveat espressi, nelle Regioni che applicano il *ticket* fisso per farmaco e/o ricetta modulando il *ticket* in base al reddito (Tabella 9b.20.) vengono definite categorie di esenti totali; si noti che non rientrano fra queste le compartecipazioni relative al differenziale sul prezzo di riferimento degli equivalenti, alla quota prevista in base alla fascia di reddito si somma l'eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento. Nelle Regioni in cui il *ticket* è modulato in base al prezzo del farmaco (Tabella 9b.21.), le esenzioni possono essere totali o anche

parziali. In particolare, per i farmaci equivalenti, si operano maggiori distinzioni. In Abruzzo e nel Lazio i farmaci non coperti da brevetto con prezzo uguale o inferiore a quello di riferimento rientrano nelle esenzioni totali e pertanto non sono tenuti a corrispondere il *ticket* definito in base al prezzo. In Molise gli esenti totali (invalidi di guerra titolari di pensioni vitalizie, gli invalidi vittime del terrorismo e delle stragi e loro familiari) oltre a non pagare la quota per ricetta e per confezione (prevista per i farmaci con prezzo > € 5,0), non pagano neppure l'eventuale differen-

za rispetto al prezzo di riferimento, mentre, gli esenti parziali devono corrispondere una compartecipazione di € 0,50 a confezione per i farmaci a brevetto scaduto ad esclusione delle confezioni di prezzo inferiore a € 5,0, e a tale quota si somma la differenza eventualmente dovuta rispetto al prezzo di riferimento. In Sicilia vengono previste tre differenti situazioni: 1) in generale quote specifiche a confezione (distinte per categorie di prezzo) ridotte per specifiche categorie di soggetti (patologie croniche e invalidanti e

malattie rare) e per i farmaci equivalenti, alle quali va sommata la differenza eventualmente dovuta rispetto al prezzo di riferimento; 2) per gli esenti "parziali" non si applica il *ticket* ma solo l'eventuale differenza rispetto al prezzo di riferimento; 3) per specifiche categorie (invalidi di guerra titolari di pensioni vitalizie e vittime del terrorismo, stragi e loro familiari) non si applica neppure l'eventuale differenza con il prezzo di riferimento.

Tabella 9b.21. Esenzioni dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica a quota fissa modulati in base al prezzo di vendita del farmaco

Esenzioni/Regioni	ABR		LAZ		MOL		Sicilia	
	Tot.	Parz.	Tot.	Parz.	Tot.	Parz.	Tot.	Parz.
Ciechi e i sordomuti	SI		SI			Ciechi bioculari		
Danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati	SI		SI			SI		SI
Detenuti e internati	SI		SI					SI
Disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei Centri per l'impiego e i familiari a carico	SI		SI			SI		SI
Donatori di organi			SI					
Età e/o reddito/pensione minima	SI		SI			SI		SI
Patologia limitatamente farmaci connessi al trattamento della stessa	SI		SI					
Gravidanza	SI		SI					
Ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia			SI			SI		
Farmaci non coperti da brevetto (equivalenti) con prezzo uguale o inferiore a quello di riferimento (branded o unbranded)	SI		SI			SI		SI
Infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse		SI	SI					
Invalidi (civili, di guerra, per lavoro, per servizio)	SI	SI (no invalidi di guerra)	SI		invalidi di guerra	SI (no invalidi di guerra)	SI (invalidi di guerra)	SI (esclusi invalidi di guerra)
Medicinali "stupefacenti", ossigeno, insulina, fattori antiemofilici, somatropina			SI					
Patologia cronica ed invalidante e malattie rare	SI		SI					
Titolari di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico	SI		SI			SI		SI
Terapia del dolore						SI		
Tossicodipendenti per terapia metadonica						SI		
Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari	SI		SI		SI		SI	

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. Regioni - © C.R.E.A. Sanità

9b.8. La spesa per compartecipazione dei cittadini

La compartecipazione alla spesa farmaceutica (*ticket* + differenza con il prezzo di riferimento) sostenuta dai cittadini nel 2017 ammonta a € 1,5 mld.⁷ pari al 14,8% della spesa farmaceutica convenzionale linda e al 4,4% della spesa sanitaria *Out Of Pocket* (OOP)⁸. Il valore medio in termini pro-capite è stato di circa € 25,5 sostanzialmente stabile rispetto al 2016 (+0,7%); il valore medio per ricetta (Figura 9b.2. e Figura 9b.3.) è pari a € 2,7 (+1,6% rispetto al 2016).

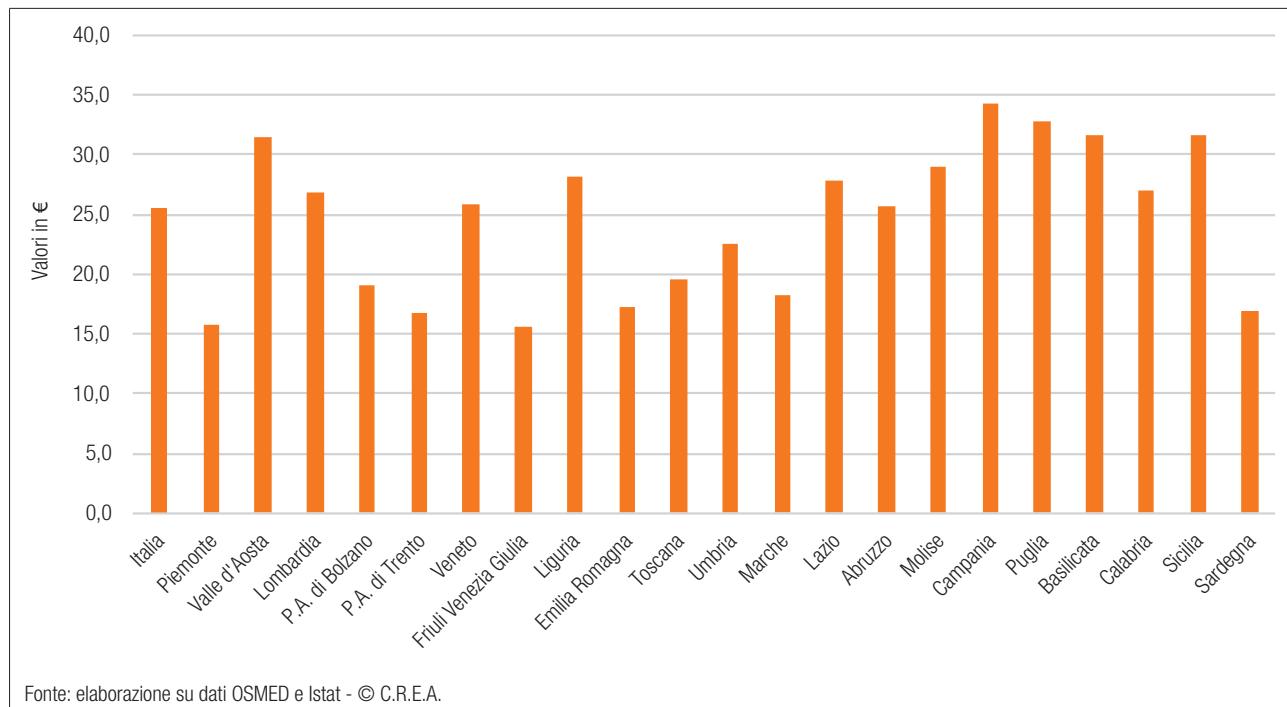
Il *range* della quota pro-capite della compartecipazione (*ticket* fisso + differenza con il prezzo di riferimento) farmaceutico oscilla da € 34,3 nella Regione Campania (€ 3,3 il *ticket* medio per ricetta) a € 15,6 nella Regione Sardegna (€ 1,5 il *ticket* medio per ricetta).

Analizzando la composizione della comparteci-

pazione alla spesa farmaceutica distinguendo l'incidenza del *ticket* dalla quota relativa al differenziale rispetto al prezzo di riferimento degli equivalenti (Figura 9b.4.) è possibile osservare valori compresi tra il 96,8% e l'86,6% di Piemonte e Umbria per la quota relativa agli equivalenti (Friuli Venezia Giulia, Marche e Sicilia non avendo definito il *ticket* presentano esclusivamente la quota del differenziale) al 42,1% e 49,4% di Valle d'Aosta e Lombardia.

La quota pro-capite relativa al differenziale rispetto al prezzo di riferimento ammonta a € 17,3 nel 2017 (con un valore compreso tra € 22,9 nel Lazio a € 10,4 nella P.A. di Bolzano), € 1,8 il valore per ricetta (da € 1,4 nella P.A. di Bolzano a € 2,2 nel Lazio). La quota pro-capite relativa al *ticket* regionale nello stesso anno si attesta a € 8,2 (con un valore compreso tra € 0,5 in Piemonte a € 17,3 nella Regione Lombardia⁹), € 0,9 il valore per ricetta (da € 0,1 Piemonte e € 2,4 in Valle d'Aosta).

Figura 9b.2. Compartecipazione pro-capite. Anno 2017



⁷ La voce comprende sia l'eventuale quota di partecipazione per confezione fissata a livello regionale (il *ticket* vero e proprio) sia la quota relativa alla differenza tra prezzo di riferimento e prezzo della specialità medicinale più costosa

⁸ Stima su dati di spesa delle famiglie (istat 2016) e Contabilità Nazionale (Istat, 2017)

⁹ Sono escluse da questa considerazione le Regioni che non applicano il *ticket*: Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna

Figura 9b.3. Valore medio della compartecipazione per ricetta. Anno 2017

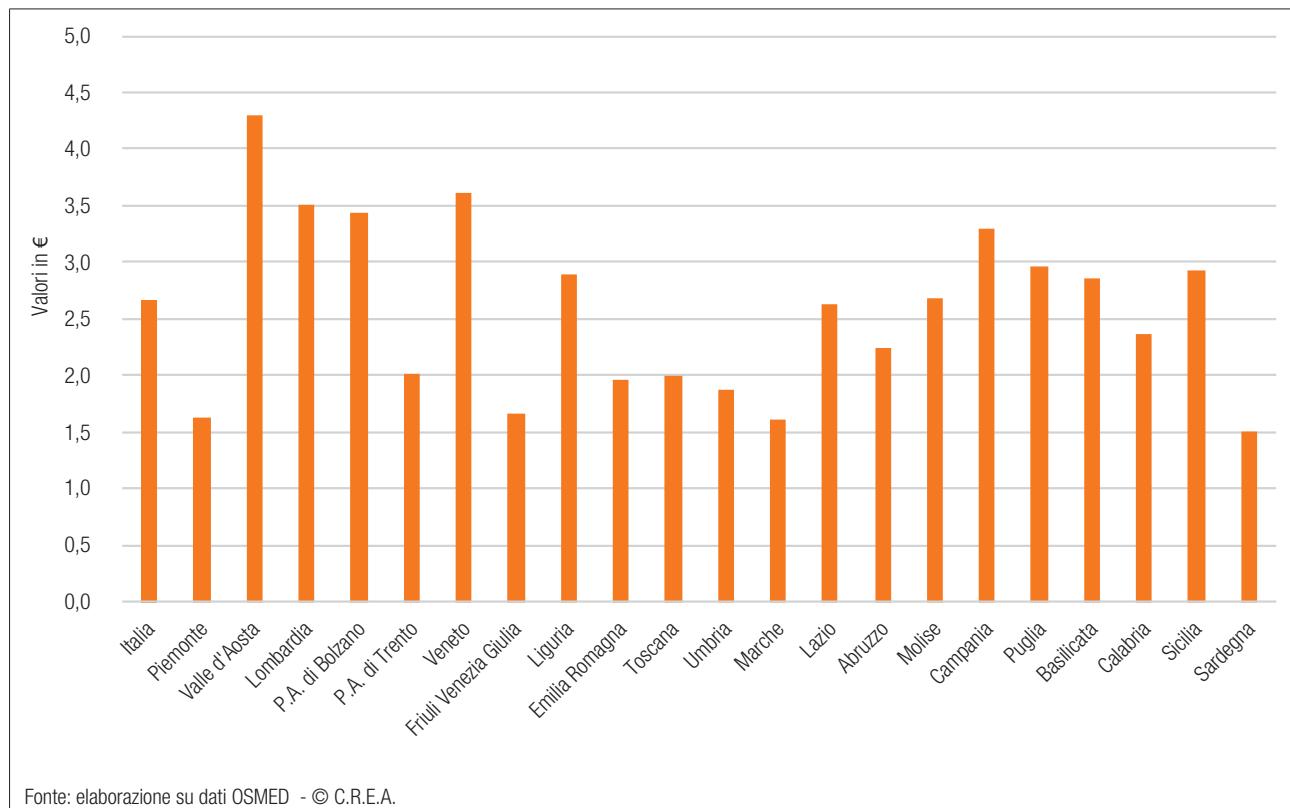
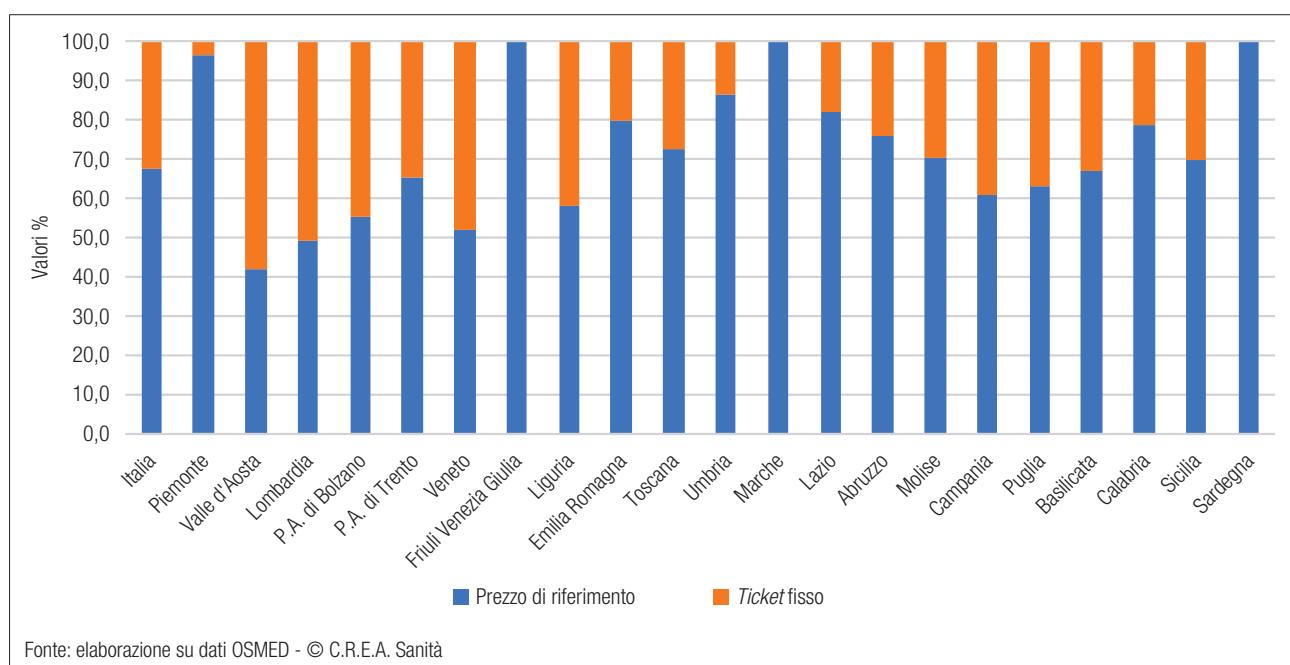


Figura 9b.4. Composizione della compartecipazione farmaceutica. Anno 2017



L'incidenza della compartecipazione (*ticket* fisso + differenza con il prezzo di riferimento) regionale sulla spesa farmaceutica convenzionata linda (Figura 9b.5.) varia fortemente: dal 7,8% della Regione Sardegna e il 9,2% del Friuli Venezia Giulia (Regioni dove il *ticket* è solo quello relativo al prezzo di riferimento), al 9,8% nella Regione Piemonte (valore minimo fra le Regioni che prevedono il *ticket* sulla farmaceutica), fino al 22,2% in Valle d'Aosta (la Regione ha introdotto il *ticket* dal 2016).

L'incidenza sulla spesa sanitaria OOP (Figura 9b.6.) risulta pari a valori compresi tra l'1,4% del Trentino Alto Adige all'11,6% della Regione Campania (valore medio Italia 4,4%).

Esaminando l'andamento degli ultimi dieci anni (2007/2017) è possibile osservare come la compartecipazione pro-capite (Figura 9b.7.) si sia quasi triplicata passando da € 9,2 a € 25,5 (valore medio Italia). Nello specifico, nelle Regioni del Centro si passa da € 3,2 a € 23,6, nel Sud da € 9,8 a € 30,4 e nelle Regioni del Nord da € 11,8 a € 24,2.

In termini di valore medio per ricetta (Figura 9b.8.) si passa da € 1,0 nel 2007 a € 2,7 nel 2017 con un incremento del 159,0%: da € 0,3 a € 2,2 nelle Regioni del Centro, da € 1,0 a € 2,8 nel Sud e da € 1,5 a € 2,9 e nelle Regioni del Nord (rispettivamente +600,5%, +186,5%, +92,8%).

Figura 9b.5. Incidenza della compartecipazione sulla spesa farmaceutica convenzionata linda. Anno 2017

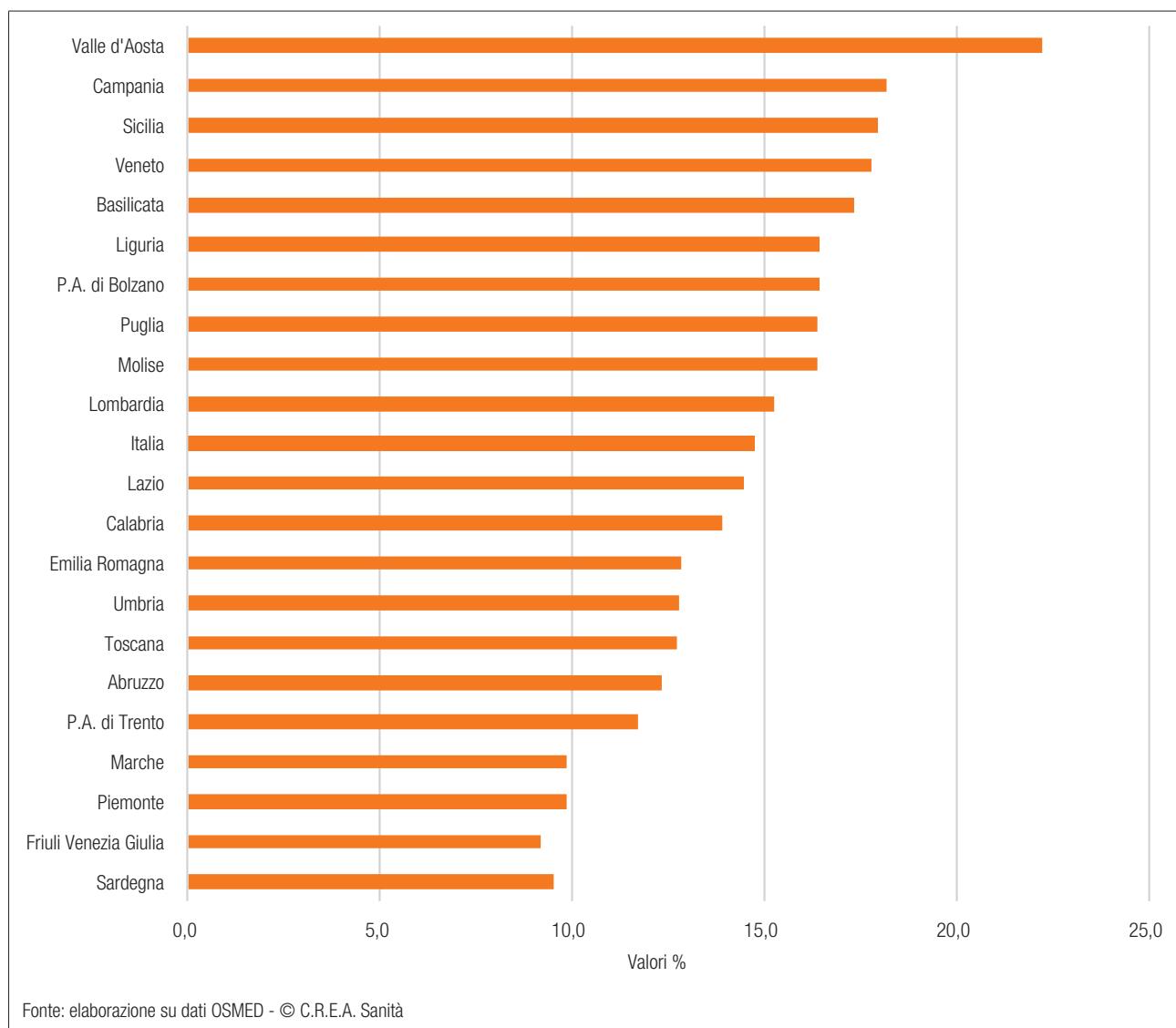
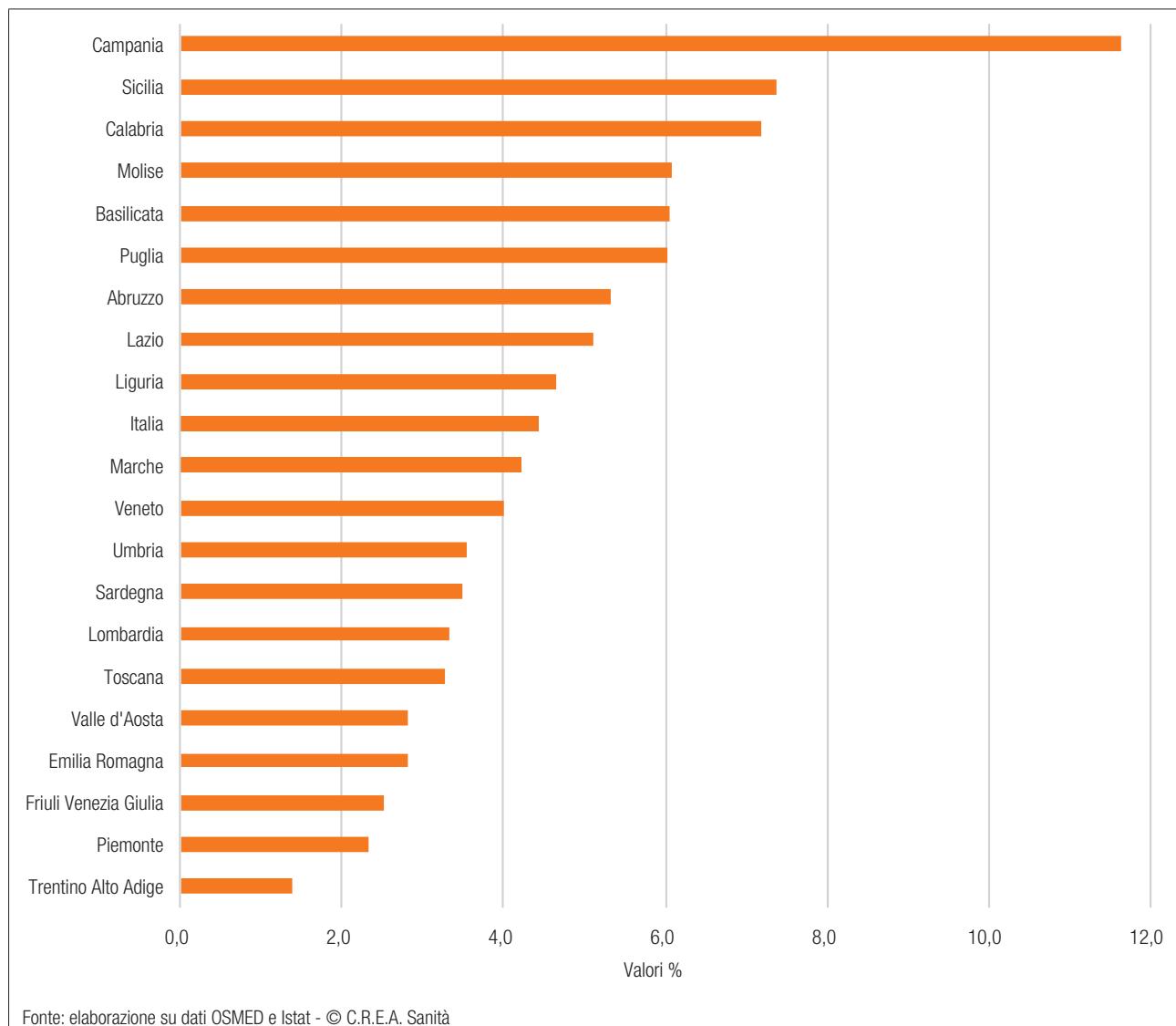


Figura 9b.6. Incidenza della compartecipazione sulla spesa sanitaria OOP. Anno 2017

Anche l'incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata linda (Figura 9b.9.) mostra una crescita considerevole: da 4,2% nel 2007 a 14,7% nel 2017 (valore Italia), con l'incremento più rilevante nelle Regioni del Centro (da 1,4% a 13,3%) che, mostrano attualmente il valore meno elevato (Figura 9b.5. Incidenza della compartecipazione sulla spesa farmaceutica convenzionata linda. Anno 2017.).

L'incidenza sulla spesa sanitaria OOP (Figura 9b.10.) registra un evidente aumento dal 2007 al 2011: da 2,2% nel 2007 a 4,0% nel 2011 (valore Italia), poi dal 2012 al 2017 le variazioni risultano mi-

nime (dal 4,3% al 4,4%), con valori più elevati nelle Regioni del Sud ed Isole (dal 3,1% nel 2007 al 7,3% nel 2017), e decisamente inferiori nelle Regioni del Nord (dal 2,2% al 3,1%).

Esaminando un arco temporale più ampio (dal 2001, anno di abolizione del *ticket* a livello nazionale ed il 2017) è possibile osservare tre fasi (Figura 9b.11.):

- un aumento fino al 2004
- una riduzione tra il 2004 ed il 2006
- una crescita dal 2007 al 2017.

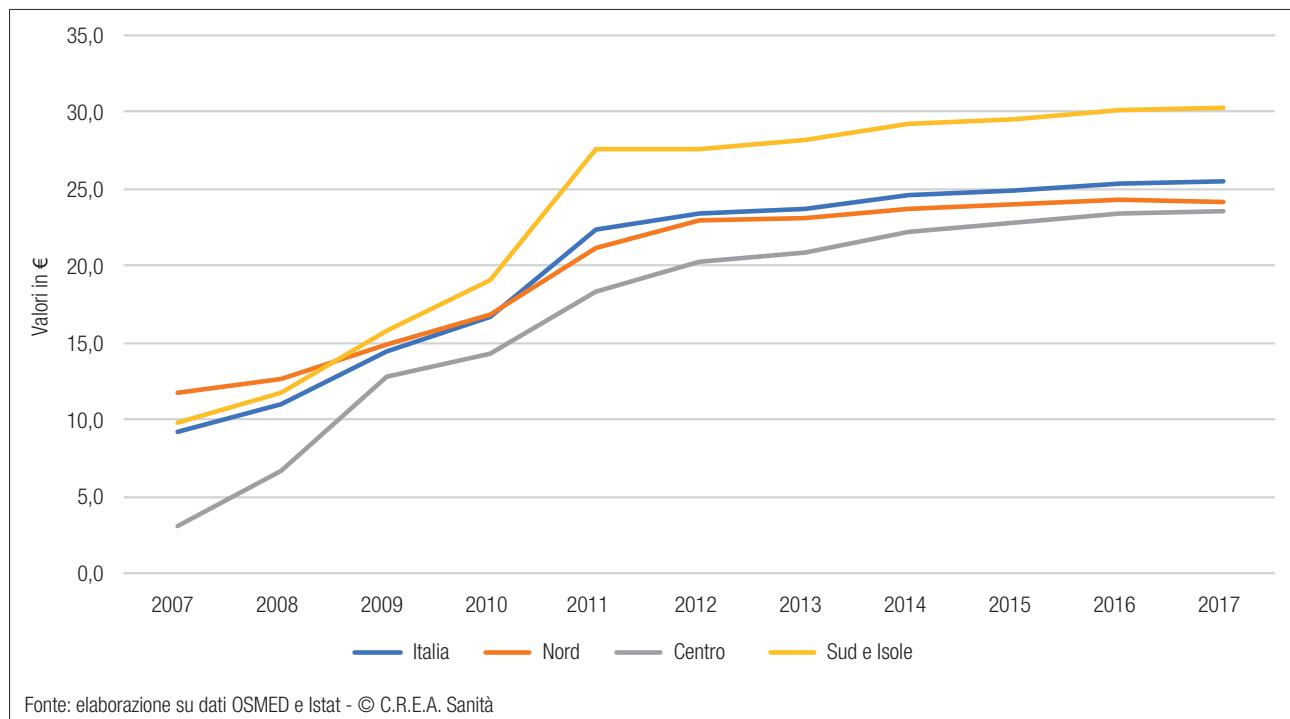
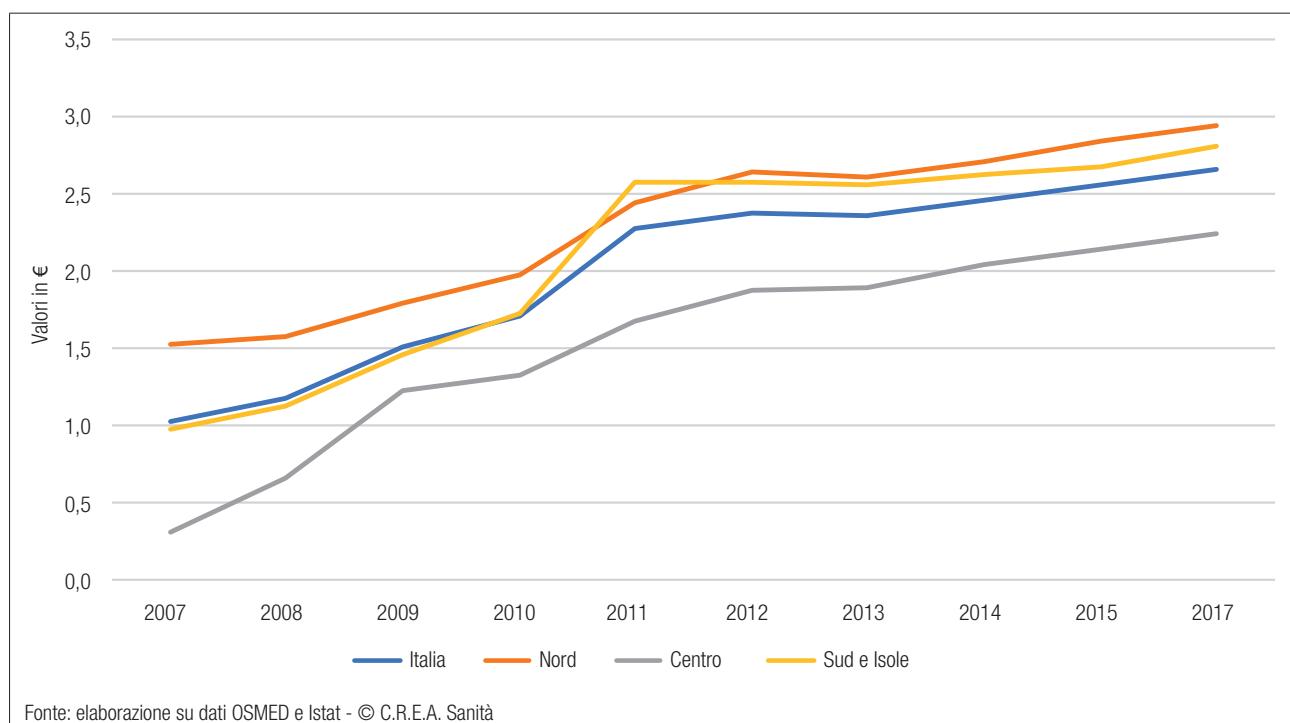
Figura 9b.7. Trend compartecipazione pro-capite**Figura 9b.8. Trend compartecipazione media per ricetta**

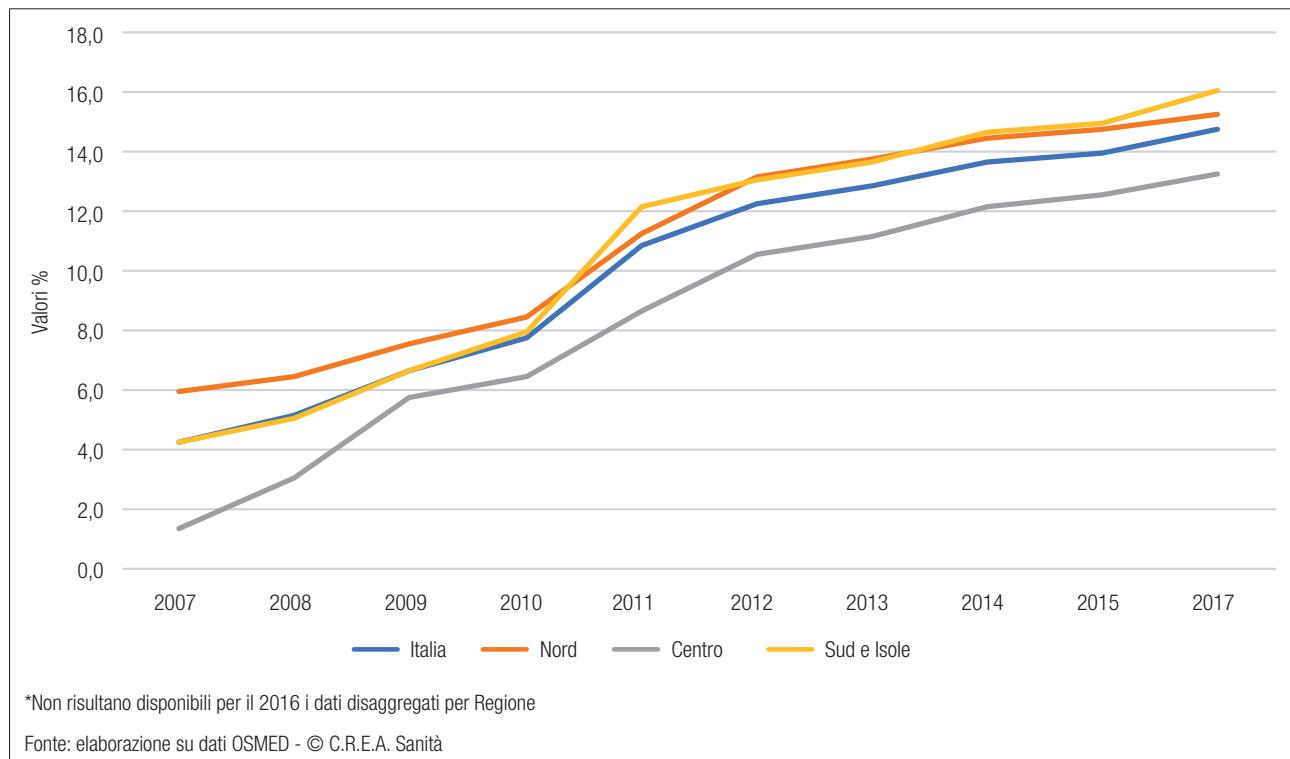
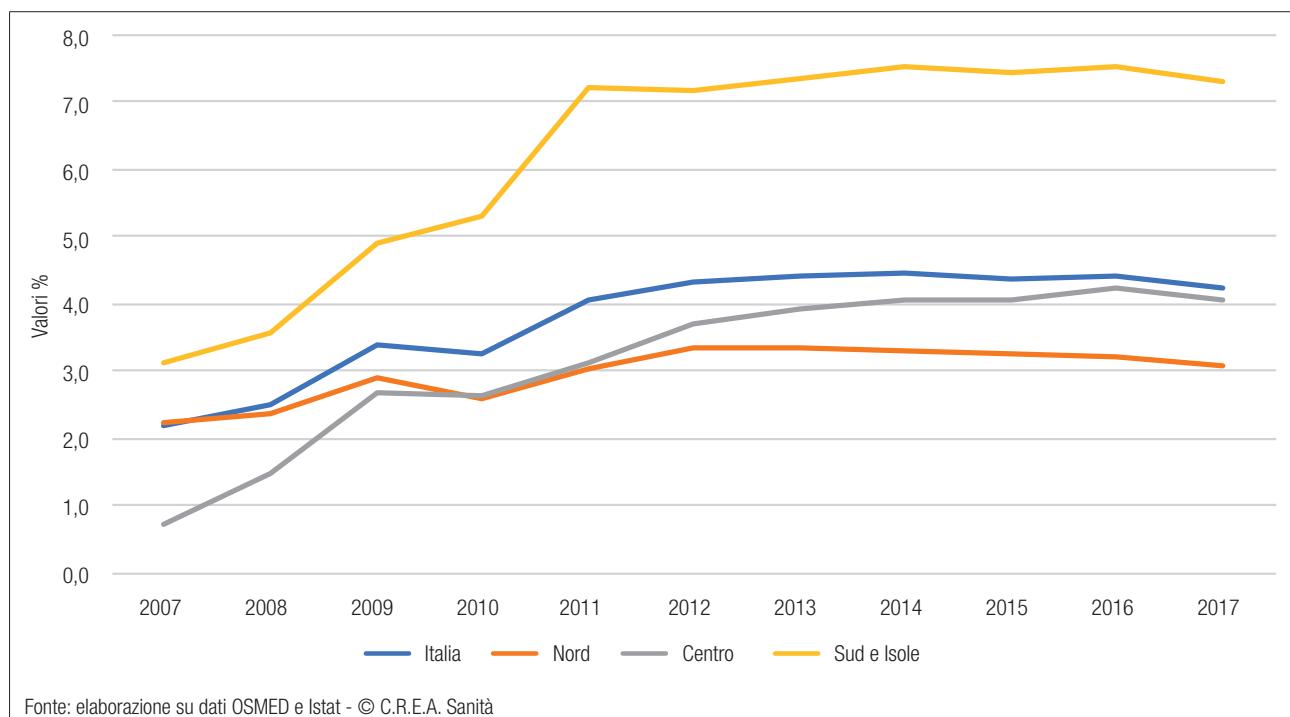
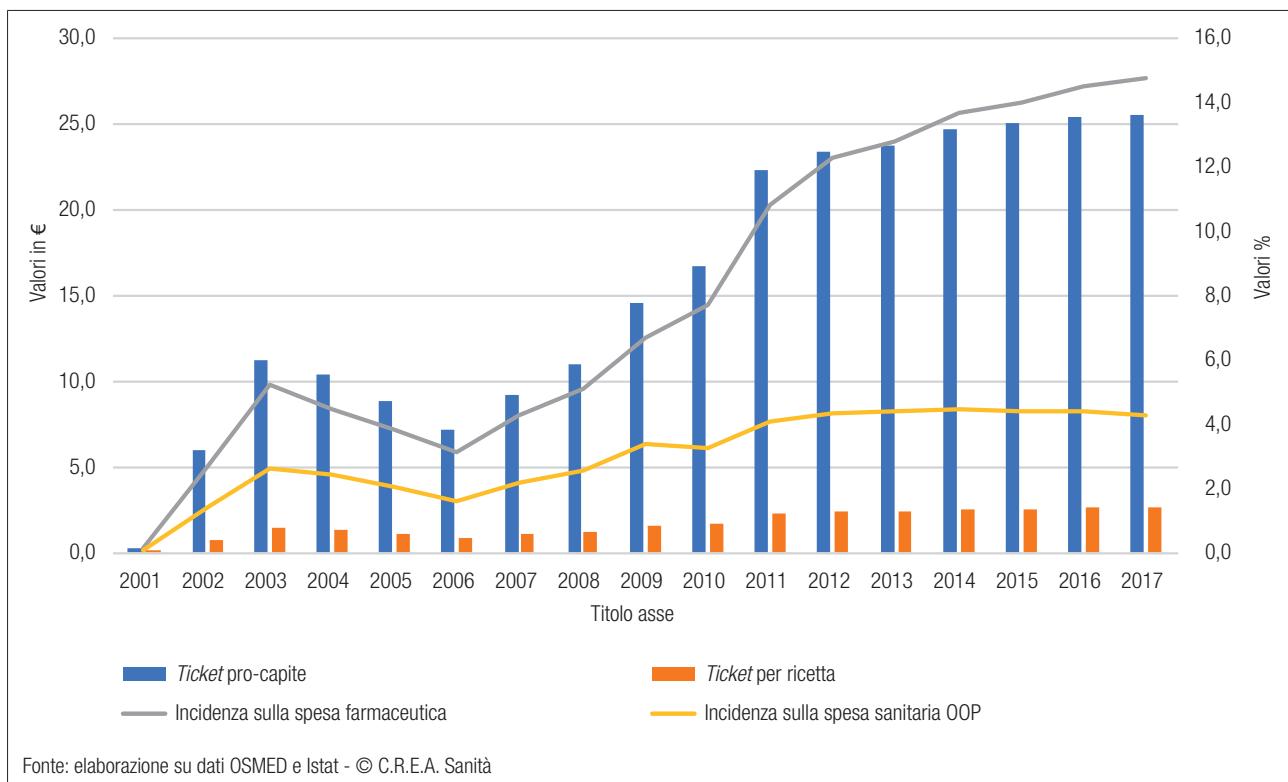
Figura 9b.9. Incidenza della compartecipazione sulla spesa farmaceutica linda**Figura 9b.10. Incidenza della compartecipazione sulla spesa sanitaria OOP**

Figura 9b.11. Trend partecipazione pro-capite media per ricetta e incidenza sulla spesa farmaceutica linda e sulla spesa sanitaria OOP



9b.9. Conclusioni

La partecipazione alla spesa farmaceutica è in vigore sin dal 1978, e nei primi anni del SSN era piuttosto elevata, sino a livelli prossimi al 25%.

Nel 2001 si inverte la tendenza con l'abolizione delle partecipazioni e, contemporaneamente inizia il processo di regionalizzazione, che attribuisce alle Regioni la facoltà di istituire nuovi *ticket* sull'assistenza farmaceutica e di individuare nuove categorie di esenti.

L'attuazione a livello regionale si è realizzata alcuni anni dopo, con tempistiche e modalità differenti, sia in termini di applicazione della partecipazione, che di casistiche di esenzione, ponendo evidentemente questioni relative all'equità di accesso alle cure e all'efficienza allocativa.

In termini quantitativi ha ormai nuovamente raggiunto livelli significativi, sebbene non superiori a quelli dei primi anni del SSN.

Il lato più delicato in termini valutativi ed equitativi

è però quello della sua applicazione, che vede regole ormai del tutto differenti sia sul lato dell'applicazione con Regioni che definiscono *ticket* fissi non modulati, fissi modulati sul reddito o fissi modulati sul prezzo del farmaco, sia sul vasto panorama delle esenzioni.

Non stupisce quindi una variabilità rilevante nell'impatto sui cittadini con una quota pro-capite che oscilla da € 34,3 nella Regione Campania (€ 3,3 il *ticket* medio per ricetta) a € 14,5 nella Regione Sardegna (€ 1,3 il *ticket* medio per ricetta). Differenza più marcata se si analizza distintamente l'incidenza del *ticket* dalla quota relativa al differenziale rispetto al prezzo di riferimento degli equivalenti.

La quota pro-capite relativa al differenziale rispetto al prezzo di riferimento ammonta a € 17,3 (con un valore compreso tra € 22,9 nel Lazio a € 10,4 nella P.A. di Bolzano), € 1,8 il valore per ricetta (da € 1,4 nella P.A. di Bolzano a € 2,2 nel Lazio). La quota pro-capite relativa al *ticket* regionale è pari a € 8,2 (con un valore compreso tra € 0,5 in Piemonte a

€ 17,3 nella Regione Lombardia¹⁰), € 0,9 il valore per ricetta (da € 0,1 Piemonte e € 2,4 in Valle d'Aosta).

Particolarmente degno di nota per i suoi effetti (non) equitativi è che l'incidenza media pro-capite è maggiore nelle Regioni meridionali; fenomeno distributivamente aggravato dal fatto che in quelle Regioni la spesa farmaceutica è mediamente più alta e essendoci un maggior numero di esenti, l'onere si concentra ulteriormente.

Una crescente importanza lo sta assumendo la compartecipazione legata al prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto, con una incidenza pro-capite maggiore nelle Regioni del Sud e Isole (€ 20,8), e una media Italia di € 17,3; si noti che i cittadini sono, tutto sommato inspiegabilmente, tenuti a corrispondere l'eventuale differenza di prezzo qualora questo risulti maggiore, sia che la scelta del farmaco *"branded"*, in presenza di un equivalente di minor prezzo, sia compiuta dal paziente, sia che il medico abbia apposto la clausola di "non sostituitabilità".

La quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento (67,8% della compartecipazione totale nel 2017) ha registrato un aumento del 19,6% rispetto al

2013 in valore assoluto (+10,8% in termini di incidenza sulla compartecipazione).

In conclusione, appare evidente come l'istituto della compartecipazione, che in letteratura trova esclusiva giustificazione nel disincentivo dei comportamenti opportunistici (azzardo morale), di fatto è ormai evidentemente piegato a logiche di equilibrio finanziario, come si dimostra a partire dal contenuto della normativa sulle entrate proprie scomputate dal fabbisogno indistinto in sede di finanziamento.

Questo ha generato un vulnus rilevante nell'universalismo del sistema e, probabilmente, anche una scarsa efficienza in termini di responsabilizzazione dei cittadini: sembra quindi urgente un ripensamento scientifico sul tema, che da una parte ne rivaluti l'utilità e dall'altra eviti applicazioni distorsive.

Riferimenti bibliografici

Bollettini Ufficiali Regionali (anni vari)

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (anni vari)

¹⁰ Sono escluse da questa considerazione le Regioni che non applicano il *ticket*: Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna

ENGLISH SUMMARY

Co-payments and cost sharing in pharmaceutical care

The system of co-payments in the public pharmaceutical spending, which has been in force in Italy since 1978, has been the subject of a number of legislative measures that have changed its nature and implementation over time.

Currently co-payments for medicines is an instrument falling within the exclusive regional competence. After abolishing co-payments at State level, the national laws and regulations have envisaged the possibility for the Regions to adopt resolutions for reinstating the co-payments and the prescription charges cancelled (Law No. 388/2000).

Although in literature their raison d'être is only linked to containing the Moral Hazard, as from 2001 (Article 4 of Law No. 405/2001) co-payments and prescription charges have explicitly become instruments to be "also" used to cover the regional health deficits.

The implementation at regional level has been carried out in different ways and at different paces. The instruments used are mainly two: 1) the reintroduction of the fixed prescription charge (abolished by Law No. 388/2000) and 2) the introduction of a fixed charge per single medicine dispensed. Different modulations have been adopted in relation to income and to the groups of exempt subjects and this makes the implementation of co-payments and prescription charges not homogeneous at regional level.

Considering that there are 3 Regions that so far do not envisage any form of co-payments for pharmaceutical spending (namely Friuli Venezia Giulia, Marche and Sardegna), and also considering the wide divergences existing at implementation level, we can try to draw a map of the regional implementation of co-payments, prescription charges and cost sharing for pharmaceutical spending by differentiat-

ing between:

- *fixed and non-modulated charge per medicine dispensed and / or prescription (Calabria, Campania, Lombardia, Piemonte, Autonomous Province of Bolzano, Autonomous Province of Trento, Puglia, Veneto and Liguria)*
- *fixed charge per medicine dispensed and / or prescription modulated on the basis of income (Basilicata, Emilia Romagna, Umbria, Toscana and Valle d'Aosta)*
- *fixed charge per medicine dispensed and / or prescription modulated on the selling price (Abruzzo, Lazio, Molise and Sicilia).*

It is therefore not surprising that there is considerable variability in the impact on citizens, with a per-capita share ranging from € 34.3 in the Campania Region (with an average charge per prescription equal to € 3.3) to € 14.5 in Sardegna (with an average charge per prescription equal to € 1.3).

However, despite what already said about the "financialization" of their nature, it is surprising that their incidence is on average higher in the South of Italy, namely in the low-income Regions.

From the distributive viewpoint, this is worsened by the fact that in these regions the pharmaceutical spending is on average higher and, considering a greater number of exempt subjects, the burden is further concentrated.

The difference is even more marked when we analyze the incidence of the charge separately from the share related to the differential with the reference price of the equivalent drugs:

- *the per-capita share related to the differential with the reference price amounts to € 17.3 (with a value ranging between € 22.9 in the Lazio Region and € 10.4 in the Autonomous Province of Bolzano)*

- the per-capita share of the regional charge is € 8.2 (with a value ranging between € 0.5 in Piemonte and € 17.3 in Lombardia).

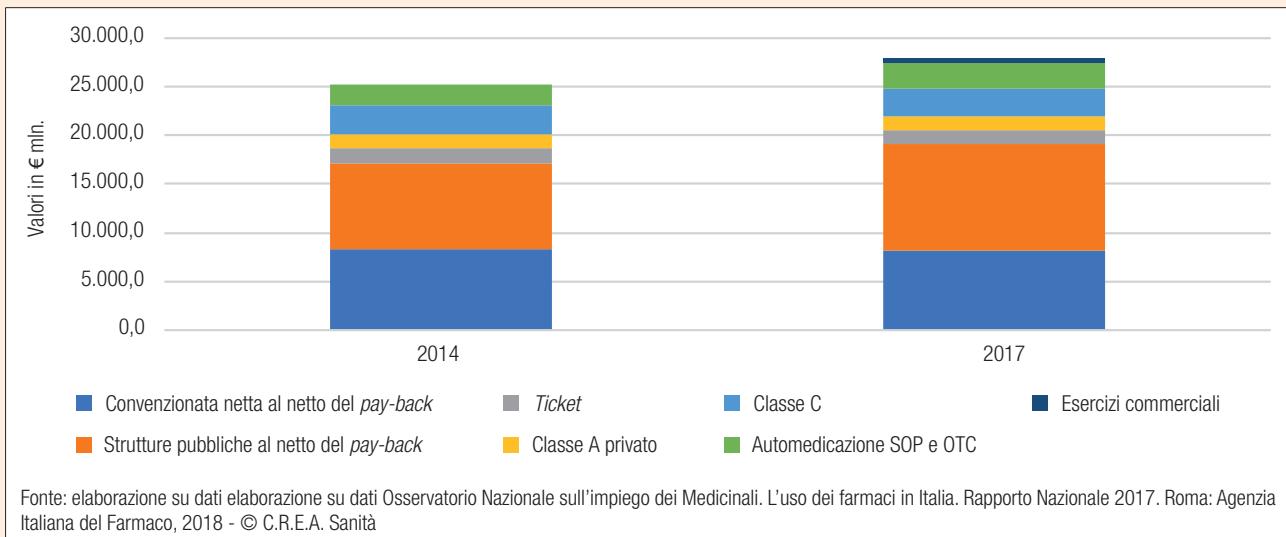
A further anomaly detected is that the charge on the reference price is due by citizens both in the case when the choice of the “branded” medicine - albeit an equivalent product at a lower price is available - is made by the patient and in the case when the doctor has put the clause of “non-substitutability” on the prescription.

Hence, this bears further witness to the fact that

co-payments and cost sharing are now basically and clearly linked to breakeven logics, since they have lost their nature of disincentive to opportunistic behaviors.

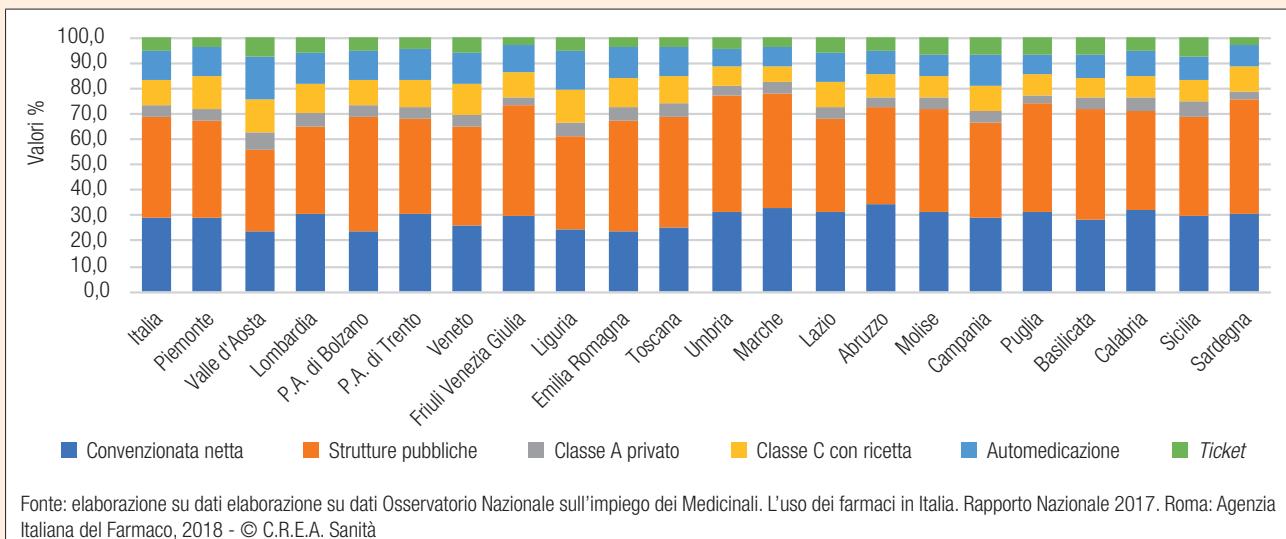
This leads to a significant breach in the universalism of the system and, probably, also to a lack of efficiency in terms of citizens' accountability: hence a rethinking on scientific bases seems to be urgent in this regard, which can enhance usefulness and avoid distorted implementations.

KI 9.1. Composizione della spesa farmaceutica totale



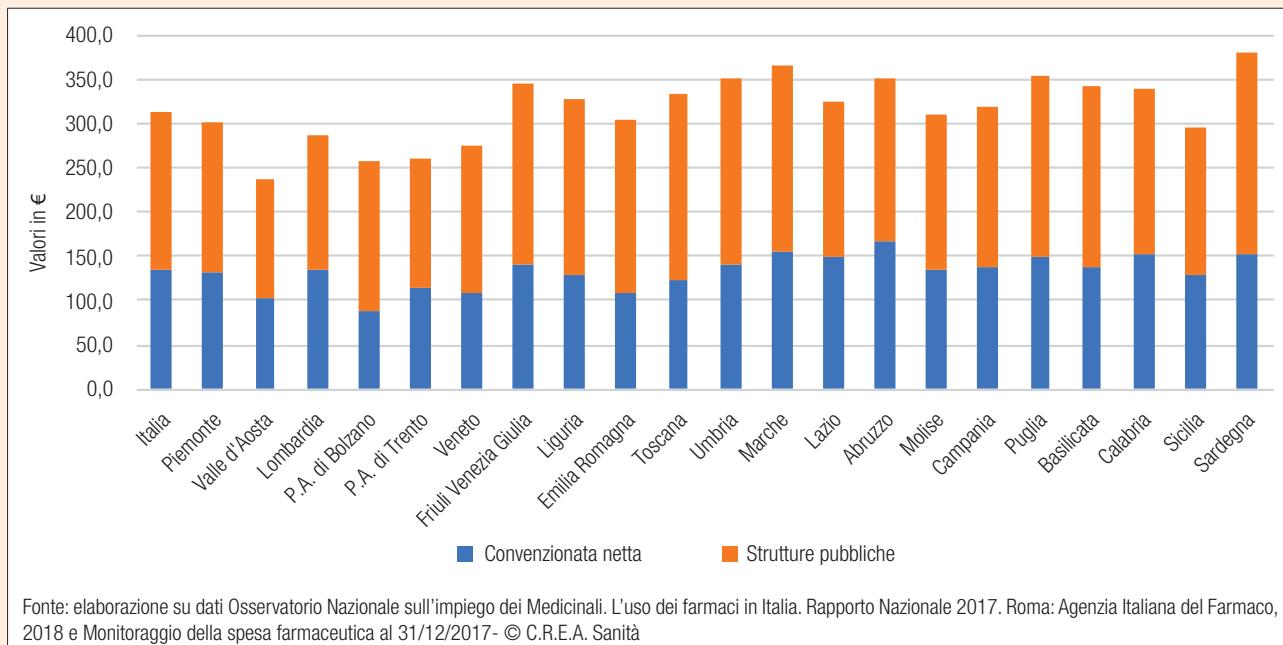
In Italia la spesa farmaceutica effettiva (ma al lordo del ripiano del *pay-back*, che la ridurrebbe ulteriormente) complessiva è pari nel 2017 a € 27.844,3 mln. di cui € 19.039,3 mln. di spesa pubblica ed il restante € 8.805,0 mln., di spesa privata. La spesa pubblica è stata pari nel 2017 al 68,4% del totale ed il restante 31,6% è spesa privata. La spesa pubblica si è incrementata nell'ultimo triennio del 3,6% medio annuo e quella privata del 2,6%.

KI 9.2. Composizione della spesa farmaceutica totale. Anno 2017



La spesa delle strutture pubbliche (che comprende quella ospedaliera e la distribuzione diretta e per conto) incide per il 39,2% a livello nazionale, passando dal 45,9% della Regione Umbria al 31,4% della Valle d'Aosta. Le differenze sono in larga misura imputabili al differente ricorso a forme di distribuzione diretta dei farmaci. Della spesa delle strutture pubbliche il 43,9% è spesa diretta (DD) e per conto (DPC) ed il restante 56,1% è spesa ospedaliera. La spesa erogata dalle Regioni in regime di assistenza convenzionata (tramite le farmacie) incide per il 29,2% sul totale della spesa nazionale; le Regioni del Nord, ad eccezione di Lombardia e Friuli Venezia Giulia, fanno osservare incidenze inferiori di tale voce rispetto alla media nazionale, e viceversa le Regioni del Centro e del Sud (con l'esclusione della Toscana, Campania e Basilicata). L'incidenza passa dal 34,4% in Abruzzo al 23,9% dell'Emilia Romagna. Per quel che concerne la spesa privata (che comprende Classe A privato, Classe C con ricetta, Automedicazione e ticket) le Regioni del Nord fanno osservare incidenze maggiori rispetto alla media nazionale e le Regioni del Sud minori. Nello specifico l'incidenza della spesa di Classe A privata sulla spesa farmaceutica totale, pari in Italia al 4,7%, passa da un minimo del 2,7% in Sardegna ad un massimo del 7,4% in Valle d'Aosta; l'incidenza della spesa per Classe C con ricetta, pari in Italia al 10,3% passa da un minimo del 6,3% nella Marche ad un massimo del 13,0% in Valle d'Aosta; quella dell'Automedicazione, in Italia pari all'11,0%, passa dal 6,6% in Umbria al 16,7% in Valle d'Aosta; la spesa per ticket, pari al 5,6% in Italia, passa dal 3,3% in Friuli Venezia Giulia al 7,4% in Sicilia e Valle d'Aosta.

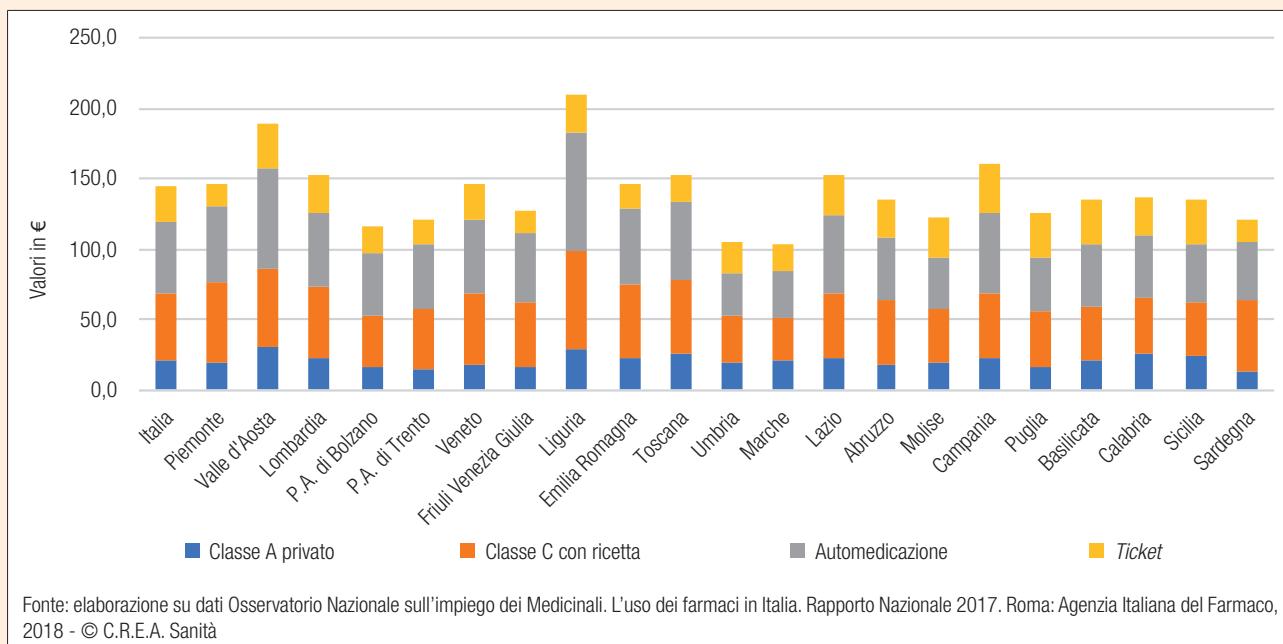
KI 9.3. Spesa farmaceutica pubblica pro-capite. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2017. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2018 e Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2017 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa farmaceutica pubblica pro-capite è pari in media in Italia a € 314,3 di cui € 134,0 è spesa convenzionata e € 180,3 è spesa delle strutture pubbliche (che comprende quella ospedaliera e la distribuzione diretta e per conto). La spesa convenzionata assume valori massimi in Abruzzo (€ 167,1) e valori minimi nella P.A. di Bolzano (€ 89,7). La spesa delle strutture pubbliche assume valori massimi in Sardegna (€ 226,1) e valori minimi in Valle d'Aosta (€ 133,5).

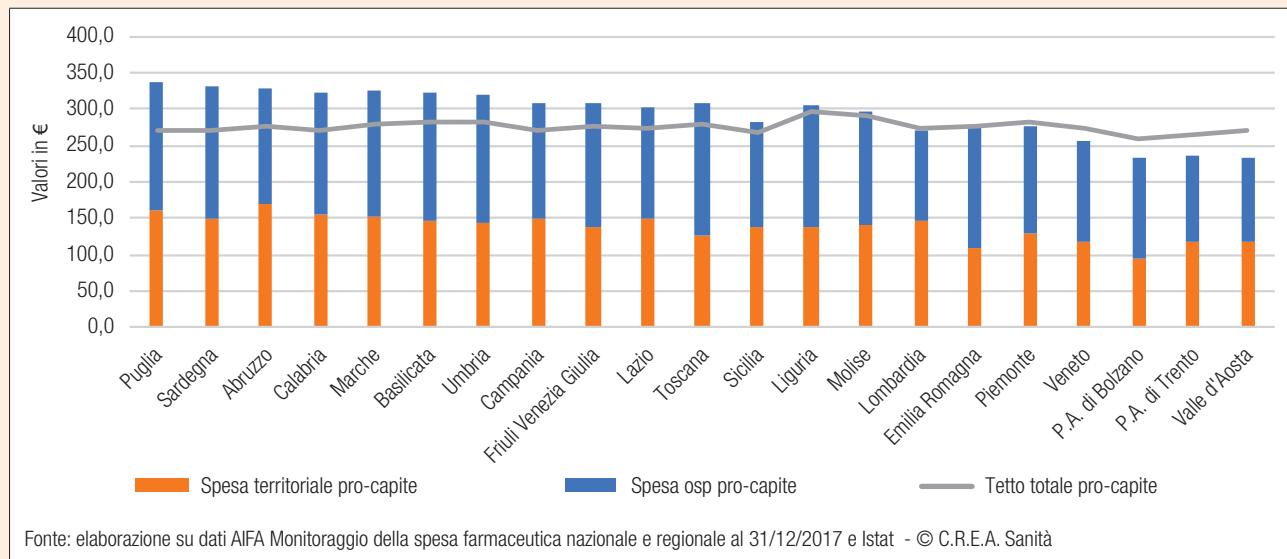
KI 9.4. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2017



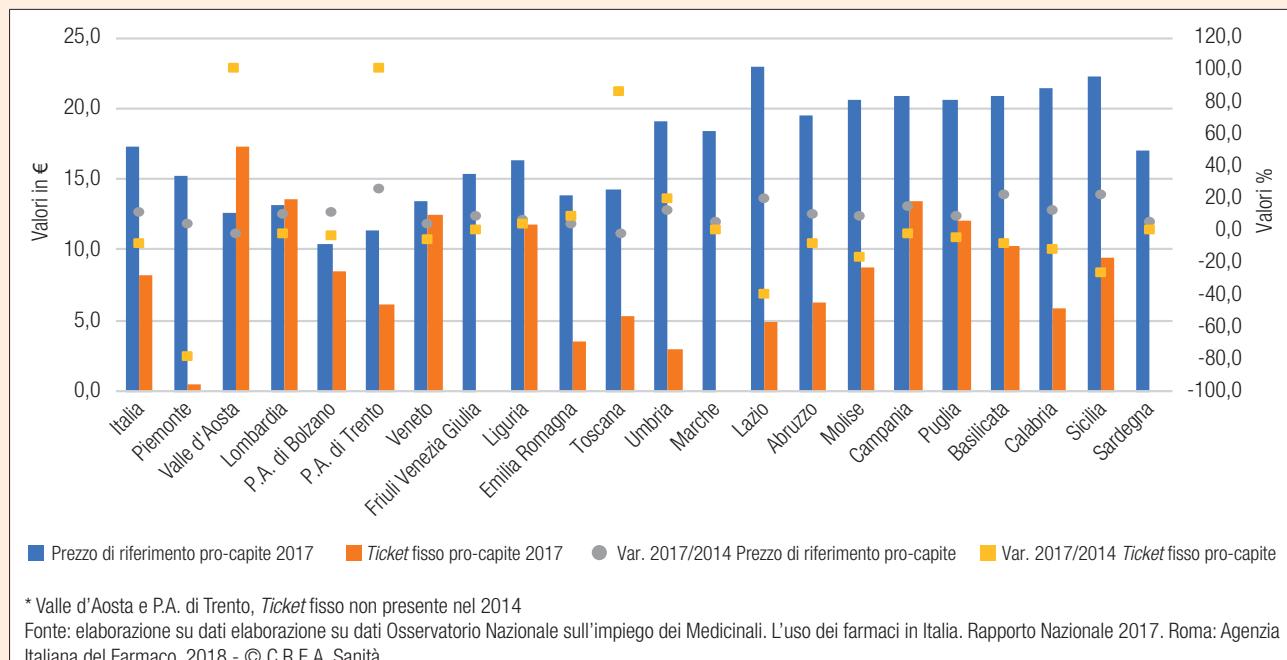
Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2017. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa farmaceutica pro-capite privata risulta di € 145,3 pro-capite. La spesa per la Classe C ammonta a € 47,4 pro-capite, passando da € 69,6 in Liguria a € 29,3 nelle Marche; quella per farmaci di automedicazione (inclusa quella degli esercizi commerciali) risulta pari a € 45,1 pro-capite, passando da € 83,1 in Liguria a € 6,5 in Umbria; la spesa annua pro-capite di Classe A privata è pari nel € 21,7, passando da € 31,5 in Valle d'Aosta a € 13,3 in Sardegna; le compartecipazioni alla spesa richiesta a cittadini, è pari a € 25,6 pro-capite annui, passando da € 34,3 in Campania a € 15,7 in Piemonte.

KI 9.5. Spesa farmaceutica e tetto. Anno 2017



Per il 2017, lo sforamento complessivo della spesa rispetto al tetto programmato di spesa farmaceutica pubblica, stabilito a livello nazionale nel 14,85% del Fondo Sanitario Nazionale, è pari a € 1,110 mld. (€ 18,3 pro-capite): la spesa è infatti risultata pari al 15,8% del Fondo Sanitario Nazionale (+0,95 punti percentuali rispetto al *target*). Valle d'Aosta, PP-AA. di Trento e Bolzano, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna e Lombardia rispettano il tetto. Le Regioni che sforano maggiormente il tetto sono invece Puglia e Sardegna dove lo sforamento è superiore a € 60,0 pro-capite.

KI 9.6. Compartecipazione pro-capite (prezzo di riferimento e *ticket* fisso)

La Compartecipazione pro-capite alla spesa farmaceutica (prezzo di riferimento + *ticket* fisso) è pari nel 2017 a € 25,5 pro-capite (valore medio Italia) con un aumento dal 3,7% dal 2014 al 2017. L'incremento è imputabile essenzialmente alla quota relativa al differenziale rispetto al prezzo di riferimento (+ 10,4% dal 2014 al 2017); di contro la quota pro-capite relativa al *ticket* fisso ha registrato una riduzione (-8,4,7% dal 2014 al 2017). Le Regioni che presentano un aumento più elevato del prezzo di riferimento sono la P.A. di Trento (+25,6%) e la Sicilia (+21,9%), mentre una riduzione si registra solo in Valle d'Aosta (-2,6%) e Toscana (- 1,9%). La riduzione più consistente del *ticket* fisso si registra nella Regione Piemonte (-79,5%) e l'aumento più cospicuo in Toscana (86,0%). La Regione Valle d'Aosta e la P.A. di Trento non hanno un *ticket* fisso nel 2014.



Assistenza primaria

Primary Care

10a. I sistemi di valutazione nell'assistenza primaria e l'incentivazione della *Performance*

English Summary

10b. I modelli di assistenza territoriale alla sfida del Piano Nazionale della Cronicità: un'analisi esplorativa dei bisogni emergenti

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 10

Assistenza primaria

Non esiste dubbio che il futuro dei Servizi Sanitari sia il potenziamento dell'Assistenza Primaria e che, per raggiungere questo obiettivo, è essenziale svilupparne i modelli organizzativi.

Il capitolo 10 vuole contribuire alla riflessione sui modelli di Assistenza Primaria affrontando due tematiche centrali nella reingegnerizzazione dei processi.

Nella prima parte viene affrontato il tema dello sviluppo di strumenti che siano, insieme, in grado di "catturare" il reale ritorno dall'investimento nel settore, e di incentivare la qualità dei servizi offerti.

A tal fine vengono analizzate le proposte di sistemi di indicatori per la valutazione delle *Performances* dell'assistenza primaria in generale e nella medicina di famiglia in particolare, evidenziandone le potenzialità e le criticità.

Nella seconda parte, si affronta il tema delle reti di offerta, e delle opportunità create dagli strumenti di

sanità digitale e telemedicina nella integrazione dei servizi.

È inequivocabile che la reingegnerizzazione delle interdipendenze all'interno dei nuovi modelli di assistenza primaria si basano sulla valorizzazione dei flussi informativi, e che strumenti digitali – quali cartella clinica elettronica, prescrizione medica digitale, fascicolo sanitario elettronico, telemedicina – permettono di collegare in maniera più proficua medici, pazienti, strutture e informazioni. Come anche che, con l'attuale nuova ondata di tecnologie innovative – quali *mobile health*, *internet of things*, *big data analytics*, *cloud computing*, intelligenza artificiale, genomica medica, robotica collaborativa – vi è la possibilità di riprogettare alla radice i sistemi-salute, rispondendo alle principali sfide che i nuovi modelli di assistenza primaria si trovano ad affrontare.

Primary care

There is no doubt that the future of the Health Systems relies on the enhancement of Primary Care and that developing its organizational models is necessary to reach this goal.

Chapter 10 intends to provide its contribution to the debate on Primary Care models by specifically tackling two issues, which are considered pivotal in the process reengineering.

The first part is devoted to the development of tools capable of both measuring the return on investment and boost the quality of the services supplied.

To this end, the sets of indicators proposed for assessing the performance of primary care, in general, and of general practitioners, in particular, are analyzed, thus showing their potential and their problematic issues.

The second part deals with the supply networks,

with a focus on the opportunities opened up by digital health and telemedicine.

It is undeniable that the reengineering of interdependence within the new primary care models is based on the enhancement of information flows, and that digital tools - such as electronic medical records, digital medical prescriptions, the electronic health file and telemedicine – enable to connect doctors, patients, facilities and information in a more fruitful way. It is equally undeniable that the current new wave of innovative technologies - such as mobile health, the Internet of things, big data analytics, cloud computing, artificial intelligence, medical genomics and collaborative robotics – also enables to radically redesign and reengineer the Health Systems, thus rising up to the challenges that the new models of primary care have to face.

CAPITOLO 10a

I sistemi di valutazione nell'assistenza primaria e l'incentivazione della *Performance*¹

Ploner E.², Spandonaro F.³

La necessità, condivisa e oramai inderogabile, di potenziare l'assistenza primaria, allocandoci maggiori risorse rende indispensabile la "progettazione" e l'applicazione di strumenti che siano in grado di "catturare" il reale ritorno dall'investimento, incentivando la qualità dei servizi offerti.

Pertanto, risulta di vitale importanza poter disporre di strumenti capaci di misurare la qualità assistenziale e di stimolare il raggiungimento di più elevate *Performances* dell'assistenza primaria in generale e della medicina di base in particolare.

Appare utile rimarcare, quale che sia il sistema di misura che si voglia adottare, che esso non può pre-scindere dalle caratteristiche organizzative dell'assistenza primaria, e quindi anche dalle sue regole di finanziamento, e in generale dall'assetto complessivo del sistema sanitario dei singoli Paesi.

Infine, va aggiunto in premessa che i confini dell'assistenza primaria sono difficilmente definibili: il rischio tangibile è che l'assistenza primaria risulti perimetrabile solo per "esclusione", come una congerie di attività sanitarie che non ricadono nell'ambito ospedaliero: medicina di base, pediatria di libera scelta, guardia medica e forme di assistenza tipicamente deputate alla cronicità (in primis assistenza domiciliare e residenziale). Anche questo aspetto complica significativamente la definizione di strumenti di misurazione omogenei e trasferibili.

10a.1. Cenni sull'organizzazione e finanziamento dell'assistenza primaria nei principali Paesi europei

Le caratteristiche organizzative dell'assistenza

primaria, e quindi anche la tipologia di finanziamento, come richiamato in premessa, dipendono fortemente dall'assetto complessivo del sistema sanitario dei singoli Paesi.

Generalmente, come evidenziato dalle analisi dell'OCSE, l'assistenza primaria, e in particolare la medicina generale, è il punto di accesso naturale ai servizi di assistenza sanitaria nella maggior parte dei Paesi. In effetti, sono rari i casi in cui i pazienti possono contattare un medico specialista senza una prescrizione del medico di base (*referral*): è stato stimato che solamente il 4,0% dei pazienti può accedere direttamente ai servizi specialistici senza consultare preventivamente il medico generico (Hofmarcher Maria M. et al., 2007) (Tabella 10a.1.).

La funzione di *gatekeeping* della medicina generale rimane in generale essenziale e su questo aspetto i Paesi tendono a dividersi in due gruppi: quelli che richiedono ai pazienti di registrarsi obbligatoriamente con un *general practitioner* (Repubblica Ceca, Finlandia, Inghilterra, Italia, Olanda, Romania, Spagna, etc...) e quelli che, invece, utilizzano incentivi finanziari per incoraggiare i pazienti a registrarsi e ottenere la prescrizione all'assistenza specialistica (Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Polonia, Svezia, etc.).

In aggiunta, oltre al *gatekeeping*, nella maggior parte dei Paesi si assiste alla tendenza all'introduzione della medicina di gruppo (*group practice*), sebbene nella maggioranza di questi l'approccio individuale (cosiddetta *solo practice*) sia ancora la norma.

In particolare, la *group practice* è prevalente in Inghilterra, Spagna e Svezia, oltre ad essere stata introdotta e in sviluppo anche in Italia.

¹ Il lavoro di ricerca è stato supportato dalla SISAC

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

³ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Tabella 10a.1. Organizzazione dell'assistenza primaria nei principali Paesi europei

Paesi	Punto di accesso	Gatekeeping	Libera scelta del Gatekeeper	Necessità di referral per servizi specialistici	Necessità di referral per servizi ospedalieri	Organizzazione dominante della practice
Austria	• <i>General pract.</i> • Pediatri • Dentisti, ginecologi, oftalmologi • <i>Health centres</i>	In alcuni casi	Sì con alcune limitazioni	Generalmente solo per i <i>general practitioners</i> che hanno un contratto con le assicurazioni sociali	Sì	Individuale
Belgio	• Ogni medico, Ospedali	No	No	No	No	Individuale
Repubblica Ceca	• <i>General pract.</i> • Pediatri • Dentisti, ginecologi • Medici di E/U	Sì	Sì	Sì con eccezioni	Sì	Individuale
Danimarca	• <i>General pract.</i> • <i>Health centres</i>	Sì	Sì nell'area di residenza	Sì per Gruppo 1 (10 km da casa); No per Gruppo 2 (scelta completa)	Sì	Individuale
Inghilterra	• <i>General pract.</i> • <i>Health centres</i>	Sì	Sì nell'area di residenza	Sì	Sì	Gruppo
Finlandia	<i>General pract.</i>	Sì nel sett. pubblico	Sì	Sì nel sett. pubblico	Sì	Lavorano nei <i>municipal health centres</i>
Francia	• <i>General pract.</i> • Med.specialisti	Sì nella maggior parte dei casi	Sì	Sì non per tutti	Sì	Individuale
Germania	• <i>General pract.</i> Med. specialisti	Sì in pochi casi	Sì	Sì non per tutti	Sì	Individuale
Italia	• <i>General pract.</i> • Pediatri • Medici di E/U	Sì	Sì nell'area di residenza	Sì	No	Individuale (in transizione verso gruppo)
Olanda	<i>General pract.</i>	Sì	Sì	Sì	Sì	Individuale
Polonia	• <i>General pract.</i> • Pediatri • Internisti	Non formalmente, ma attraverso alcuni meccanismi come la struttura di finanziamento	Sì, si può cambiare due volte all'anno senza costi aggiuntivi	Sì, con alcune eccezioni come ginecologi, dermatologi, psichiatri e altri	Sì	• Individuale • Gruppo • <i>Primary health units</i>
Romania	<i>General pract.</i>	Sì	Sì (con possibilità di cambiare dopo 6 mesi)	Sì per la maggior parte	Sì	Individuale con un infermiere
Spagna	• <i>General pract.</i> • Pediatri • Infermieri • Dentisti • Assistenti sociali • Personale amministrativo	Sì		Sì, forte livello di integrazione con i servizi specialistici	Sì, forte livello di integrazione con l'assistenza ospedaliera	Gruppo
Svezia	• <i>General pract.</i> • Ginecologi, ostetriche, psicologi, etc.. • Distretti Sanitari	No	Sì	No		Gruppo

Note: E/U = Emergenza e Urgenza

Fonte: elaborazione su fonti varie e anni vari - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 10a.2. Modalità di finanziamento dell'assistenza primaria

Paesi	General practitioner pubblico/privato	Modalità di pagamento	Incentivi finanziari per				
			Lavoro fuori orario	Visite domiciliari	Lavorare in zone scarsamente servite	Servizi aggiuntivi	Migliorare la qualità dei servizi
Austria	50,0% dei <i>general practitioners</i> sono privati; gli altri hanno un contratto con i fondi di assicurazione	Pagamento basato sul FFS con integrazione di quota capitaria; i medici privati sono rimborsati per 4/5 con un contratto	Ammontare del rimborso dipende dal fondo malattia	Ammontare del rimborso dipende dal fondo malattia	Ammontare del rimborso dipende dal fondo malattia; generalmente il medico viene rimborsato per chilometro per le visite domiciliari effettuate in aree rurali	Ammontare del rimborso dipende dal fondo malattia (per esempio, se la visita domiciliare è più lunga di quanto stimato, i <i>general practitioners</i> possono ricevere un compenso aggiuntivo oppure ricevere punti per le iniezioni eseguite, etc...)	No
Belgio	La maggior parte sono lavoratori autonomi; la restante parte sono stipendiati dagli ospedali universitari	FFS, i pazienti sostengono i costi e successivamente ottengono un rimborso del 75,0%	Si, è prevista una fee per il servizio di guardia medica durante il fine settimana, durante le vacanze, e durante la notte	Si	Si, per incentivare i giovani medici ad iniziare la propria attività in zone rurali (prestiti vantaggiosi)	Indennità annuale per i costi dell'applicazione dei software impiegati per la tenuta delle cartelle cliniche elettroniche	"Accrediting" è un marchio di qualità che i medici ottengono quando seguono regolarmente attività formative ed esplorano la loro attività secondo alcuni <i>standard</i> di qualità. I medici accreditati possono avere un compenso annuale fisso e anche una fee maggiorato per consultazioni o visite
Repubblica Ceca	La maggior parte sono lavoratori autonomi	Quota capitaria <i>risk-adjusted</i> (per età) e FFS per alcuni particolari servizi	No	No	Poiché hanno in carico meno pazienti beneficiano di quota capitaria più alta	Si, servizi di prevenzione finanziati con FFS piuttosto che con quota capitaria	No
Danimarca	Tutti lavoratori autonomi	FFS e quota capitaria (per circa il 30,0% del reddito)	Pagamenti più elevati	Pagamenti più elevati	No	Pagamenti più alti per alcuni servizi (prevenzione e utilizzo IT)	No
Inghilterra	La maggior parte sono lavoratori autonomi, ma 1/3 sono stipendiati	Quota capitaria aggiustata per età, sesso e altri fattori (circa il 50,0% del reddito) più FFS e P4P	Pagamenti più elevati	Nessuno (ma i <i>general practitioners</i> possono ottenere guadagni extra se fanno parte di un servizio <i>after-hours</i>)	Pagamenti più elevati, fees addizionali per aprire una practice	Pagamenti più elevati per alcune attività (<i>screening</i> cervice uterina, etc..)	Si, QOF
Finlandia	La maggior parte sono pubblici; solo una piccola percentuale è privata	1) Salario con pagamenti addizionali 2) Salario incrementato con pagamento per ciascuna consultazione	Si, nella prima tipologia di remunerazione	No	Nelle aree rurali	No	No

Paesi	General practitioner pubblico/privato	Modalità di pagamento	Incentivi finanziari per				
			Lavoro fuori orario	Visite domiciliari	Lavorare in zone scarsamente servite	Servizi aggiuntivi	Migliorare la qualità dei servizi
Francia	La maggior parte sono lavoratori autonomi	FFS	Pagamenti più elevati	Pagamenti più elevati	Pagamenti più elevati; fees addizionali per aprire una practice e detrazioni di tipo fiscale per i servizi resi fuori orario	Pagamenti più elevati per alcuni; somme fisse per la gestione integrata delle patologie croniche	No
Germania	La maggior parte sono lavoratori autonomi	FFS con limitazione dei punti secondo il budget complessivo	Pagamenti più elevati	Punti addizionali per le visite domiciliari	Sulla base della quota di servizi forniti	Punti addizionali per alcune attività (screening dei tumori, etc.)	Teoricamente i fondi malattia potrebbero usare dei contratti selettivi per aumentare la qualità delle prestazioni
Italia	Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale	1) Quota capitaria 2) Principalmente quota capitaria + quota secondo standard locali/ regionali + quota per alcuni servizi	Varia tra le Regioni	Varia tra le Regioni	Varia tra le Regioni	Varia tra le Regioni	Varia tra le Regioni
Olanda	La maggior parte sono lavoratori autonomi	FFS e quota capitaria standardizzata per età e distretti a basso reddito	Pagamenti più elevati	Pagamenti più elevati	Quota capitaria più elevata nelle zone a basso reddito	Pagamenti più elevati per alcuni servizi che possono essere negoziati	Rimborso negoziabile in base a indicatori di qualità
Polonia	Lavoratori autonomi o dipendenti di <i>health care units</i> ; entrambe le tipologie hanno un contratto con il <i>National Health Fund</i>	Quota capitaria standardizzata per l'età	No	No	No	No	No
Romania	Indipendenti, ma finanziati dal sistema pubblico	Mix di FFS e quota capitaria	No	No	Si	No	Si, per le vaccinazioni
Spagna	La maggior parte dei medici sono dipendenti pubblici, ma molti hanno anche studi privati	Salario più quota capitaria standardizzata per età, stato di salute e densità di popolazione; in Catalogna anche sulla base delle condizioni socio-economiche. I medici privati vengono remunerati tramite il FFS	Pagamento più alto	No	No	Partecipazione a programmi speciali	Si
Svezia	La maggior parte dei medici sono dipendenti pubblici, ma è possibile osservare una certa variabilità tra le diverse zone: a Stoccolma, ad esempio, circa il 50,0% dei medici sono lavoratori autonomi	Quota capitaria standardizzata per età più una piccola fee per ciascun servizio reso	No	Pagamenti più alti in alcune Contee	Quota capitaria più elevata per i medici che operano in zone scarsamente servite e a basso reddito	Pagamenti più elevati per servizi aggiuntivi (ad esempio per l'assistenza domiciliare)	I pagamenti <i>target</i> sono previsti in alcune Contee; avvengono sulla base del livello di soddisfazione dei pazienti, sulla base dell'accesso alle cure, sulla base del livello di aderenza alle linee guida nella prescrizione, etc...

Fonte: elaborazione su fonti varie, riferite a diversi anni - © C.R.E.A. Sanità

Ad ogni buon conto, la schematizzazione precedente, sebbene di evidente utilità interpretativa, risulta limitativa, in quanto i modelli appaiono tutti in qualche modo “misti”.

La variabilità osservata a livello organizzativo trova parallelo anche nei sistemi di remunerazione, in particolare per quanto concerne la medicina generale (Tabella 10a.2.).

Appare evidente, con esclusione forse dei Paesi in cui i *general practitioners* sono dipendenti, che gli incentivi di tipo finanziario per garantire e migliorare la qualità delle cure sono generalmente entrati negli schemi di remunerazione, affiancando tanto la quota capitaria, che i meccanismi di remunerazione *Fee For Service* (FFS).

I cosiddetti sistemi di *Pay For Performance* (P4P), sono ormai utilizzati in diversi Paesi europei. In particolare, la metodologia del P4P correla il compenso con l'esito delle prestazioni, variando la remunerazione dei medici in base alle loro *Performance*.

I sistemi di remunerazione, tuttavia, difficilmente vengono utilizzati allo stato puro: più spesso vengono impiegate soluzioni miste, generalmente ritenute portatrici di maggiori vantaggi rispetto ai singoli sistemi di origine (Simoens S. e Giuffrida A., 2004).

Tali sistemi misti comprendono (senza pretesa di esaustività):

1. una quota capitaria ridotta combinata con il FFS per finanziare un sottoinsieme di servizi che sono meno idonei ad essere remunerati sulla base della produzione eseguita (contratto a cottimo)
2. elementi del sistema basato sulla quota capitaria accompagnati da incentivi nell'accezione del P4P e/o del FFS
3. un insieme di pagamenti di importo fisso (*bundled payments*) per la remunerazione del fornitore relativamente ad un pacchetto di servizi richiesti per il trattamento di un episodio di cura
4. accordi relativi alla condivisione di risparmi: i fornitori delle cure remunerati con il FFS periodicamente condividono i risparmi se i pagamenti totali sono inferiori ai costi totali preventivati (*budget*) (Robinson J. A., 2001).

Secondo molti analisti, però, anche i metodi di pagamento misti più sofisticati non sono in grado di eliminare completamente i rischi di un trattamento inappropriato (eccessivo o scarso) dei pazienti (Simoens S. e Giuffrida A., 2004; Robinson J. A., 2001).

Anche le soluzioni miste possono essere classificate secondo il loro livello di variabilità: ad esempio, un sistema basato sulla combinazione di quota capitaria e FFS presenta un più elevato livello di variabilità rispetto ad un sistema che prevede solamente la quota capitaria, ma sarà, invece, meno variabile rispetto ad un sistema che considera unicamente come metodologia di remunerazione il FFS.

Sembra lecito, in ogni caso, affermare che spesso i sistemi misti tendono a “mitigare” gli aspetti negativi dei singoli metodi che li compongono. Un sistema basato, ad esempio, sulla combinazione di quota capitaria e P4P, consente sulla carta di avere un metodo non totalmente fisso che genera miglioramenti sia sul piano della qualità che su quello dell'appropriatezza: infatti, il P4P rispetto al FFS consente di misurare e, pertanto, di valutare la *Performance* delle prestazioni rese al netto dell'inappropriatezza. In definitiva, il P4P dovrebbe correggere le distorsioni che si vengono a creare con l'applicazione del FFS in termini di produzione eccessiva di servizi sanitari senza una valutazione diretta degli effetti sulla qualità dell'assistenza o sui costi complessivi del sistema sanitario. Fornendo incentivi finanziari diretti legati alla qualità dell'assistenza, il P4P dovrebbe fornire incentivi anche verso una riduzione dei costi.

In conclusione, a livello europeo la situazione organizzativa della medicina generale è molto variegata.

10a.2. I sistemi di misurazione delle *Performances*

Negli ultimi anni, in particolare dopo il 2000, la produzione di studi che propongono indicatori per la valutazione delle *Performances* dell'assistenza primaria è divenuta copiosa. Elemento unificante, peraltro, delle diverse definizioni di indicatore riscontrabili in letteratura, sembra essere il fatto che

gli indicatori vengono ritenuti strumenti quantitativi capaci di orientare le decisioni⁴: ovvero gli indicatori dovrebbero permettere valutazioni trasparenti, capaci di evidenziare l'eventuale entità di problemi o criticità esistenti, nonché apprezzare ex post se gli interventi attuati siano stati capaci di incidere sui problemi stessi, risolvendoli o, quanto meno, riducendone l'entità.

In aggiunta, appare evidente che ai fini dell'implementazione dei sistemi di indicatori di qualità/ *Performance*, è prioritariamente necessario definire quale aspetto dell'assistenza si intenda analizzare e valutare; una tassonomia che sembra riassumere le varie posizioni presenti in letteratura circa i "domini" (dimensioni) dell'assistenza primaria che è opportuno monitorare è quella tripartita:

- offerta (ovvero le risorse strutturali disponibili in termini di personale, attrezzature, strutture, sistemi di gestione, etc.)
- *output* (ovvero i servizi a vario titolo erogati)
- *outcomes* (ovvero lo stato di salute/soddisfazione del paziente in termini di mortalità, morbidità, soddisfazione, etc.).

Altro aspetto degno di nota è quello della scelta degli indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi all'interno delle "dimensioni" sopra elencate e, forse ancora di più, quello del "peso" relativo attribuito alle diverse "dimensioni".

Da questo punto di vista la letteratura conferma che i diversi *stakeholders* operanti all'interno dei sistemi sanitari (pazienti, *managers*, professionisti, "assicuratori" dove i sistemi li prevedano, etc.) essendo, per definizione, portatori di punti di vista diversi, tenderanno a privilegiare obiettivi ("dimensioni") e indicatori diversi. Ne segue che, in primo luogo, diventa essenziale individuare ed esplicitare la prospettiva che si intende adottare. In letteratura,

ad esempio, viene evidenziato come i professionisti tendano a concentrarsi maggiormente su aspetti relativi agli *outcomes*, mentre i pazienti tendono ad attribuire un peso maggiore, oltre alla *Performance* clinica, anche ad aspetti di *customer satisfaction*, quali gli aspetti comunicativi; etc.

In particolare, sono crescentemente privilegiate le misure di esito, e in particolare quelle relative alla riduzione delle ospedalizzazioni evitabili e alla soddisfazione dei pazienti.

Per quanto riguarda nello specifico lo sviluppo e l'applicazione di indicatori tesi a misurare le cosiddette *Ambulatory Sensitive Care Conditions* (ACSC), ovvero le ospedalizzazioni evitabili se gestite da un'adeguata assistenza primaria (quali ricoveri per angina, asma, BPCO, diabete, edema polmonare, convulsioni epilettiche, insufficienza cardiaca, ipertensione) citiamo lo studio di Caminal J. et al. (2004) che ha identificato (Tabella 10a.3.) gli aspetti dell'assistenza primaria in grado di prevenire i ricoveri, ovvero la prevenzione primaria, la diagnosi precoce e il monitoraggio degli episodi acuti e il *follow-up*, il monitoraggio delle condizioni croniche.

Riconducibili alla dimensione dei ricoveri evitabili sono anche i *Prevention Quality Indicators* (PQI) sviluppati dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2004) (Tabella 10a.4.).

L'applicazione dei PQI al contesto italiano (e nello specifico ad un campione di 492 pazienti) ha dimostrato che oltre il 30,0% dei ricoveri del campione risultava evitabile: circa il 40,0% relativi all'insufficienza cardiaca congestizia, il 23,2% alla BPCO, il 13,5% all'angina, l'8,4% all'ipertensione, il 7,1% alla polmonite batterica.

⁴ Ad esempio Lawrence P. et al. (1997) hanno definito "indicatore di qualità delle cure erogate" qualsiasi elemento misurabile delle cure stesse «per il quale vi sia evidenza o consenso che esso possa essere utilizzato per valutare la qualità e, di conseguenza, per modificare la qualità dell'assistenza fornita»; Campbell S. M. et al. (2002), invece, definiscono un indicatore di qualità come un elemento misurabile dell'assistenza primaria, definito esplicitamente, che fornisce possibili indicazioni sul livello di qualità dell'assistenza primaria. Kazandjian V. A. et al. (2003), osservano che la funzione di un indicatore è quella di segnalare dove vi può essere un problema nella organizzazione, «come un cane da caccia punta alla selvaggina»; secondo questo approccio saranno i responsabili (i "cacciatori") a dovere poi valutare se vi sono problemi di qualità su cui prendere provvedimenti (decidere se «sparare per catturare la selvaggina»)

Tabella 10a.3. Il ruolo dell'assistenza primaria nel prevenire i ricoveri per le ACSC

Tipologia di intervento	Malattie infettive	Malattie non infettive
Prevenzione primaria	Malattie infettive che possono essere efficacemente prevenute attraverso l'immunizzazione	Malattia cardiaca ipertensiva
Diagnosi precoce e trattamento	Febbre reumatica	Diabete mellito
	Sifilide congenita	Disturbi del metabolismo idroeletrolitico
	Altre tubercolosi	Malattia cardiaca ipertensiva
	Ascesso peritonsillare	Insufficienza cardiaca
	Polmonite	Sanguinamento o ulcera perforante
	Appendicite con complicazioni	
	Pielonefrite acuta	
	Malattia infiammatoria pelvica	
Controllo e gestione		Diabete mellito
		Malattia cardiaca ipertensiva
		Insufficienza cardiaca
		Sanguinamento o ulcera perforante

Fonte: Caminal J. et al., 2004

Tabella 10a.4. Prevention Quality Indicators (PQI)

Codice	Indicatori individuali (tasso)
PQI 01	Ricovero per complicanze a breve termine del diabete
PQI 02	Appendicite perforata
PQI 03	Ricovero per complicanze a lungo termine del diabete
PQI 05	Ricovero per BPCO o asma in anziani
PQI 07	Ricovero per ipertensione
PQI 08	Ricovero per scompenso cardiaco
PQI 10	Ricovero per disidratazione
PQI 11	Ricovero per polmonite batterica
PQI 02	Ricovero per infezione delle vie urinarie
PQI 13	Ricovero per angina senza procedure
PQI 14	Ricovero per diabete non controllato
PQI 15	Ricovero per asma in giovani
PQI 16	Amputazioni delle estremità inferiori in pazienti diabetici

Codice	Indicatori composti (per tipologia assistenziale)
PQI 90	Complessiva (ottenuta dalla somma dei seguenti numeratori singoli, escludendo i pazienti contati più di una volta: PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 15 e 16)
PQI 91	Acuta (somma dei PQI 10, 11 e 12)
PQI 92	Cronica (somma dei PQI 1, 3, 5, 7, 8, 15 e 16)

Fonte: AHRQ *Quality Indicators - Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions*, 2004

Per i maschi più anziani risultava maggiore la probabilità di ricovero per ACSC e, in generale, le ospedalizzazioni evitabili risultavano associate a uno

status socio-economico inferiore (oltre che all'età avanzata, ad un cattivo stato di salute); le persone con un livello di istruzione superiore avendo, con

buona probabilità, una conoscenza più approfondita dei servizi sanitari offerti e dei processi di cura, si suppone possano richiedere cure più tempestive, ovvero quelle erogate nei dipartimenti di emergenza (Rizza P. et al., 2007).

Anche Manzoli et al. (2013), applicando alcuni degli indicatori PQI a 44 ASL (e 11 Distretti) di Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia e della città di Trieste, elaborati sulle dimissioni ospedaliere relativi al periodo 2008-2010, hanno stimato una incidenza di ACSC del 5,7%, variabile tra il 4,9 e il 9,7% tra le Regioni e gli anni.

Per quanto attiene, invece, la *customer satisfaction*, le dimensioni su cui si costruisce la *Performance* sono risultate largamente coincidenti negli studi e, in particolare, legate al tempo messo a disposizione del paziente da parte del medico, alla riduzione delle liste e dei tempi di attesa, alla capacità di presa in carico dei pazienti cronici, ovvero alla capacità di integrazione dei servizi.

A questo proposito, tramite la somministrazione del questionario EUROPEP⁵ (Tabella 10a.5.) ad un campione di 17.391 pazienti in 10 Paesi europei (Belgio, Danimarca, Germania, Islanda, Norvegia, Olanda, Regno Unito, Slovenia, Svezia e Svizzera), nel 2000 Grol R. et al. hanno dimostrato che l'80,0% del campione era estremamente soddisfatto del proprio *general practitioner*. Gli aspetti che sono stati maggiormente apprezzati sono stati la riservatezza delle informazioni sullo stato di salute del paziente, la capacità di ascolto, il tempo dedicato durante le visite e la tempestività nel prestare assistenza in caso di problematiche urgenti.

Kroneman M. V. et al. nel 2006 hanno valutato la soddisfazione dei pazienti residenti in alcuni Paesi europei⁶: in particolare, la soddisfazione totale del paziente è stata misurata in base a EUROPEP, considerando le risposte contrassegnate come "eccellenti". Nello specifico, la soddisfazione dei pazienti,

oltre che sull'attività complessiva del *general practitioner*, è stata misurata anche su tre aspetti specifici di tale attività: sugli aspetti tecnici della cura erogata, sulla comunicazione paziente-medico e, infine, sull'organizzazione dell'ambulatorio.

I risultati hanno evidenziato che nei Paesi dove vi sono più *providers* direttamente accessibili, i pazienti hanno mostrato un maggiore livello di soddisfazione generale (fanno eccezione Francia e Spagna).

Tabella 10a.5. Items del questionario EUROPEP

Dimensione 1: comportamenti clinici	
1	Senti che ti è stato dedicato tempo a sufficienza durante la visita
2	Avverti interesse per la tua situazione personale
3	Ti rende più facile esporre i tuoi problemi
4	Ti coinvolge nelle decisioni riguardanti il tuo piano di cura
5	Ti ascolta
6	Mantiene riservate le informazioni sul tuo stato di salute
7	Rapida comprensione dei sintomi
8	Ti aiuta a sentirti bene in modo che tu possa eseguire le tue attività quotidiane
9	Accuratezza
10	Esamina il tuo fisico
11	Offre i suoi servizi per la prevenzione delle malattie
12	Spiega lo scopo dei test e dei trattamenti
13	Ti dice che cosa vuoi sapere sui tuoi sintomi e/o sulla tua malattia
14	Ti aiuta a gestire i problemi emotivi collegati al tuo stato di salute
15	Ti aiuta a capire l'importanza di seguire i suoi consigli
16	Si ricorda quello che ti ha fatto o detto durante le precedenti visite
Dimensione 2: organizzazione delle cure	
17	Ti prepara sulle cure che riceverai da uno specialista o in ospedale
18	Disponibilità del personale (oltre a quella del medico)
19	Prendere un appuntamento adatto per voi
20	Raggiungere l'ambulatorio per telefono
21	Essere in grado di parlare per telefono con il medico di famiglia
22	Tempo d'attesa nella sala di aspetto
23	Rapida fornitura di servizi per problemi di salute urgenti

Fonte: Weinsing M. et al., 2013

⁵ Il questionario EUROPEP è uno strumento validato a livello internazionale, finalizzato ad una valutazione della qualità dell'assistenza primaria (Weinsing M. et al., 2000). Si tratta di uno strumento multidimensionale che si compone di 23 domande riguardanti i comportamenti clinici e l'organizzazione delle cure, valutati dai pazienti

⁶ Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Islanda, Norvegia, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia e Svizzera

Tabella 10a.6. Durata (minuti) delle visite ambulatoriali e domiciliari per stagione

Stagione	Visita ambulatoriale	Visita domiciliare
Estate	12,3	20,7
Autunno	8,8	17,2
Inverno	9,2	15,1
Primavera	9,7	17,0
Totale	10,0	18,9

Fonte: Garattini S. et al, 2003

Il livello di soddisfazione per la comunicazione medico-paziente e per il contenuto tecnico delle cure non è però apparso correlato all'accesso diretto ai servizi, mentre una correlazione statisticamente significativa è stata evidenziata nel caso degli aspetti organizzativi.

Secondo i risultati prodotti dallo studio di Krinios D. S. et al. (2013), che ha coinvolto 27 Paesi dell'Unione Europea, più Islanda, Norvegia, Svizzera e Turchia, i pazienti di molti Paesi (quali Germania, Lituania, Regno Unito, etc..) dimostrano, in media, scarsa soddisfazione per quanto riguarda la capacità di comunicazione dei *providers*, come anche per la durata delle visite (per quanto la durata ottimale delle stesse non sia definita); il livello di soddisfazione è risultato più elevato in quei Paesi dove i pazienti ritengono che il medico curante sia capace di spiegare più accuratamente il percorso di cura e le varie opzioni terapeutiche.

Anche lo scopo del progetto EUprimecare (Papp R. et al., 2014) è stato quello di valutare la percezione dei pazienti circa la qualità dell'organizzazione dell'assistenza primaria in Estonia, Finlandia, Germania, Ungheria, Italia, Lituania e Spagna. In questo caso oltre il 75,0% degli intervistati ha dichiarato di essere soddisfatto delle cure ricevute nell'ambito dell'assistenza primaria; il livello più basso di soddisfazione è risultato collegato ai tempi di attesa, mentre alle competenze di tipo sociale dei professionisti è stato associato il livello di soddisfazione più alto.

Come sopra ricordato, i pazienti sono maggiormente soddisfatti se il medico dedica loro tempo a sufficienza durante una visita. Sulla base di questa

considerazione, Garattini S. et al. nel 2003 hanno condotto uno studio grazie al quale hanno dimostrato che mediamente, in Italia, una visita ambulatoriale dura 10 minuti, mentre una visita domiciliare (compresi i tempi di percorrenza) in media dura circa 18,9 minuti; ancora, la durata media di una visita estiva è stata significativamente superiore a quella di una visita effettuata nelle rimanenti stagioni, mentre non vi sono differenze apprezzabili nella durata fra autunno, inverno e primavera (Tabella 10a.6.).

In tempi più recenti, Irving B. A. et al. (2017), in un vasto studio comparativo internazionale che ha coinvolto 67 Paesi (del quale non fa parte, però, l'Italia), hanno evidenziato che in 18 Paesi (in cui risiede circa la metà della popolazione mondiale), un paziente entra ed esce dall'ambulatorio in cinque minuti, con un minimo di 48 secondi in Bangladesh. In ogni caso, oltre al caso limite della nazione asiatica, si va da un minimo di 5,0 minuti per l'Austria a salire: Germania 7,6 minuti, Gran Bretagna 9,22, Danimarca 10,0, Olanda 10,2, Spagna 10,4, Malta 14,0, Lussemburgo 15,0, Francia 16,0, Svizzera 17,0, Finlandia 17,9, Bulgaria 20,0 e Svezia 22,5. Come evidenziato, nello studio non è stata analizzata l'Italia ma secondo un'indagine della Società Italiana di Medicina Interna (2015) il tempo medio di una visita non supera i 9,0 minuti: un tempo, quindi, molto vicino a quello della Gran Bretagna.

Le differenze evidenziate nel comportamento dei medici relativamente al tempo dedicato a ciascuna visita, con buona probabilità, sono il frutto delle diverse modalità di finanziamento della medicina di base esistenti nei vari Paesi messi a confronto.

Risultano, altresì, non trascurabili alcune dimensioni di offerta, quali ad esempio la possibilità di prenotare le visite e le dimensioni delle *practices*, sebbene con risultati, in questo ultimo caso non sempre coincidenti.

Con riferimento agli aspetti appena menzionati, attraverso la somministrazione del questionario EU-ROPEP (Weinsing M. et al., 2002) è stato evidenziato che i pazienti apprezzano maggiormente gli ambulatori dove praticano pochi *general practitioners* e pochi membri dello *staff*: ovvero i pazienti si dichiarano maggiormente soddisfatti se si devono recare in

strutture di dimensioni “tendenzialmente contenute”; i pazienti affermano, inoltre, di essere più soddisfatti se il medico lavora un numero maggiore di ore per settimana. Anche dall'applicazione del progetto *European Practice Assessment* (EPA), è emerso che gli ambulatori di grandi dimensioni (quelli nei quali esercitano più medici) hanno in media una organizzazione migliore di quelli nei quali esercita un solo medico, ma questi ultimi ricevono spesso il maggior favore dei pazienti.

Ancora, nel cennato studio di Kringos D. S. et al. (2010) si ricava che in circa la metà dei Paesi la forma organizzativa più diffusa è risultata quella della pratica singola (ovvero dell'ambulatorio singolo); si riscontra, però, che vi sono maggiori possibilità di confronto e di cooperazione con i colleghi negli ambulatori nei quali operano più medici (ambulatori associati).

Ancora, Pavlic D. R. et al., in uno studio i cui risultati sono stati presentati nel 2015, inferiscono che la continuità dell'assistenza è fortemente legata all'organizzazione, che non dovrebbe essere assolutamente frammentata, ovvero dovrebbe avere pochi *entry points* verso il servizio sanitario.

Sul versante dell'adesione alle linee guida, nel progetto VALORE (lanciato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Regionali – AgeNaS nel 2010), invece, viene evidenziato come il numero medio di racco-

mandazioni osservate dai pazienti di medici di famiglia che lavorano in *team* non è stato significativamente diverso da quello applicato dai pazienti di medici che operano singolarmente.

Quanto precede conferma, pertanto, come la *Performance* dell'assistenza primaria sia in generale declinata secondo tre direttive fondamentali: gli esiti clinici (*outcomes*); gli esiti dei processi assistenziali (*output*) e l'offerta; quantificate con un *mix* di misure “oggettive”, come quelle impiegate per misurare i ricoveri evitabili, e di misure “soggettive”, quali le *consensus* su *target* assistenziali da raggiungere.

Appare doveroso anche sottolineare come rimanga non risolto il problema della confrontabilità dei risultati: vi è, infatti, in letteratura un'ampia condivisione sul fatto che la *Performance* sia strettamente legata alle caratteristiche specifiche dei vari sistemi sanitari, nonché agli obiettivi di politica sanitaria adottati. Ne consegue che la valutazione della *Performance* non può essere disgiunta dal contesto istituzionale e organizzativo, in cui si muove nei vari Paesi (e Regioni) l'assistenza primaria.

Questo implica un “tasso” modesto di trasferibilità degli *standard* e, persino, degli indicatori, suggerendo, pertanto, che i sistemi di valutazione vadano costruiti (o almeno adattati) agli specifici contesti nazionali/regionali.

Tabella 10a.7. Effetti dei metodi di remunerazione

Dimensioni	Razionale	Incentivi			
		<i>Fee for Service</i>	Quota capitaria	Salario	<i>Pay for Performance</i>
Quantità	Più il pagamento è variabile maggiore è la quantità di cure prestate	Aumenta	Diminuisce	Diminuisce	Aumenta
Referrals	Più il pagamento è variabile più è basso il referral	Diminuisce	Aumenta	Aumenta	Diminuisce
Domanda indotta dall'offerta	Più il pagamento è variabile più è forte l'incentivo a stimolare la domanda	Aumenta	Diminuisce	Diminuisce	Non noto
Selezione dei pazienti	Più il pagamento è variabile, più è debole l'incentivo a selezionare i pazienti	Diminuisce	Aumenta	Aumenta	Aumenta
Prevenzione	Più il pagamento è variabile, più è debole l'incentivo a fare prevenzione	Diminuisce	Aumenta	Aumenta	Aumenta

Fonte: elaborazione su Gousia K. et al., 2014 - © C.R.E.A. Sanità

10a.3. Sistemi di valutazione e di remunerazione

Di particolare interesse è anche apparso lo studio del legame intercorrente tra sistemi di valutazione delle *Performances* dell'assistenza primaria e sistemi di remunerazione; sono stati, pertanto, indagati gli effetti che i diversi sistemi di incentivazione possono produrre sulle diverse dimensioni dell'assistenza primaria.

Sulla base di quanto precede, nella tabella 10a.7. sono stati sintetizzati propeudicamente i possibili effetti che le tipologie di remunerazione possono produrre su alcune dimensioni tipiche dell'assistenza primaria.

In linea generale, le evidenze empiriche confermano che i sistemi quali il FFS sono associati ad una maggiore offerta di servizi (maggiori volumi di attività) da parte del medico, mentre il metodo della quota capitaria e/o il salario sono associati ad una minore attività. Di seguito si riportano alcuni delle evidenze empiriche rinvenute in letteratura.

Uno studio condotto in Norvegia (Sorensen R. J. e Grytten J., 2003), analizzando un campione di 1.639 medici generici, ha mostrato che i medici con una componente FFS nella loro retribuzione eseguono un numero maggiore di visite (sia lavorando un numero maggiore di ore sia visitando un numero maggiore di pazienti per ora). Inoltre, tendono a ricorrere meno alle consultazioni specialistiche ed ospedaliera rispetto ai colleghi remunerati esclusivamente sulla base di un salario prestabilito. Dumont E. et al. (2008), invece, hanno dimostrato che i medici del Québec che nel 1999 sono transitati da un sistema basato sul FFS ad uno misto (salario e FFS) hanno ridotto il loro volume di attività, aumentando però il tempo dedicato sia a ciascuna prestazione, che all'insegnamento e ai compiti amministrativi.

In tempi più recenti, Kantarevic J. e Kralj B. (2013) hanno osservato che i medici dell'Ontario pagati con un modello misto, basato sul riconoscimento di una quota capitaria e di una tariffa per determinate prestazioni, erogavano meno servizi e visite, ma lavoravano lo stesso numero di giorni all'anno e avevano arruolato lo stesso numero di pazienti rispetto ai me-

dici pagati con il FFS.

Helmchen F. et al. (2010), relativamente ai *general practitioners* di un'area urbana degli Stati Uniti medio-occidentali, osservano che dopo il passaggio da un sistema di pagamento basato unicamente su un salario prefissato, ad uno misto che prevedeva una quota FFS, avrebbero incrementato il numero di visite mensili, il numero di giorni trascorsi nei centri della rete e l'attività di prevenzione (rimborsata con una *fee aggiuntiva*).

In definitiva tutti i *papers* citati, studiando la relazione tra metodo di remunerazione del medico di base e volume dei servizi forniti, confermano l'impostazione teorica secondo la quale schemi di remunerazione come il FFS sono associati a un volume maggiore di servizi, rispetto a schemi di pagamento più fissi come la *capitation* o il salario. I medici generici ai quali viene riconosciuta una tariffa per prestazione eseguita tendono a effettuare un maggior numero di visite, a lavorare più ore; dedicano, però, meno tempo ad altri aspetti dell'assistenza quali l'assistenza indiretta, l'insegnamento e l'amministrazione rispetto a schemi di pagamento alternativi meno variabili.

Per quanto riguarda, invece, la relazione tra tipologia di incentivo economico e ricorso alle richieste di consulti (*referrals*), le evidenze riportate sono contraddittorie, dipendendo profondamente dal contesto geografico, ovvero da quello organizzativo e istituzionale. In effetti secondo alcuni studi i medici tendono a ricorrere più frequentemente al supporto degli specialisti quando vengono remunerati con sistemi tendenzialmente fissi (salario) rispetto al caso in cui l'incentivo economico sia maggiormente variabile (come il FFS), mentre secondo altri non vi sarebbero differenze significative nel ricorso all'assistenza specialistica tra medici remunerati con diversi sistemi. Citiamo come esempio del primo caso lo studio di Shen J. et. al. (2004) che hanno dimostrato che i medici di famiglia degli USA hanno una maggiore propensione a ricorrere al supporto dell'assistenza specialistica ed ospedaliera quando pagati sulla base di una quota capitaria, rispetto al FFS. Come esempio della seconda tipologia di *papers*, ricordiamo lo studio di Gosden T. et al. (2003) secondo il quale in Inghilterra non ci sarebbero differenze nei

tassi di ricorso all'assistenza specialistica ed ospedaliera tra medici salariati e medici pagati a quota capitaria più alcuni *target payments*.

Per quanto riguarda, invece, l'effetto degli incentivi economici sull'attività di prevenzione, le analisi rinvenute in letteratura sono di numero limitato e analizzano solo parzialmente le attività di prevenzione, risultando non concludenti in tema di esistenza di una relazione sistematica tra metodo di remunerazione e attività di prevenzione svolta. Ad esempio, Gavagan T. et al. (2010), hanno pubblicato i risultati di uno studio in cui è stata confrontata la qualità delle cure prestate in 6 centri di assistenza primaria remunerati secondo il P4P e in 5 centri che utilizzavano un salario fisso; in particolare lo studio ha valutato i *trend* di attività, dimostrando che non c'erano differenze statisticamente significative nei tassi di *screening* del Papanicolaou test, in quelli delle mammografie e, infine, nei tassi di vaccinazione infantile: infatti, entrambi i gruppi avevano incrementato nel tempo i tassi di esecuzione delle attività di prevenzione e questo ha portato a concludere che un sistema di incentivi economici non necessariamente stimola una maggior produzione di attività preventive.

Anche nel caso del rischio di induzione della domanda (ovvero di aumento della domanda di prestazioni mediche conseguente ad una variazione del trattamento economico), le evidenze presenti in letteratura non appaiono assolutamente concludenti, dipendendo profondamente, in ultima analisi, dal contesto geografico, ovvero da quello organizzativo e istituzionale.

Infine, per quanto riguarda l'effetto di incentivi ancorati alla *Performance* raggiunta sugli *health outcomes*, nel 2014 Langdown C. et al. hanno pubblicato una revisione sistematica della letteratura (Gennaio 2004 - Giugno 2012), relativa alle evidenze sull'impatto dell'introduzione del *Quality and Outcomes Framework*⁷ (QOF) in termini di esiti di salute; gli autori hanno selezionato gli studi che si sono concen-

trati esclusivamente sull'analisi degli indicatori di tipo clinico.

Gli autori giungono alla conclusione che l'introduzione del QOF ha portato ad un miglioramento dei risultati di salute per alcune specifiche condizioni, come ad esempio il diabete, mentre per altre patologie i risultati presentano un segno incerto. Inoltre, i miglioramenti sono stati immediati ma non continui. Secondo gli autori della revisione, la disponibilità di evidenze di buona qualità sull'impatto sugli esiti clinici del QOF è assai limitata, richiedendo ulteriori ricerche di maggior qualità, con osservazioni di lungo termine sugli esiti di salute.

Una successiva *review* pubblicata nel 2017 (Mendelson A. et al.) aggiunge che in due ampi studi longitudinali non controllati non sarebbero stati evidenziati miglioramenti negli *health outcomes* derivanti dall'applicazione del QOF.

In conclusione, pertanto, la ricerca ha evidenziato che le analisi sugli effetti dell'utilizzo dei sistemi di indicatori di qualità e *Performance* dell'assistenza primaria, finalizzati a incentivare specifici obiettivi di politica sanitaria, sono limitate e inconcludenti. In particolare, la misura degli effetti dell'introduzione di indicatori negli schemi di remunerazione rimane incerta: a fronte di qualche indicazione sul "segno" qualitativo degli effetti degli incentivi, l'evidenza sugli effetti quantitativi è del tutto insufficiente.

Ad esempio, la ricerca ha potuto evidenziare che, come atteso e come sopra osservato, il FFS tendenzialmente incentiva un eccesso di offerta, con il rischio di aumentare l'inappropriatezza e di far lievitare i costi: ma per il resto le evidenze appaiono inconcludenti. In particolare, per quanto concerne l'utilizzo di sistemi di indicatori di qualità e *Performance*, nei sistemi di remunerazione, viene osservato che il P4P, pur incentivando la qualità della prestazione, potrebbe stimolare comportamenti opportunistici da parte dei medici, finalizzati a raggiungere i *target* specifici degli indicatori di qualità adottati e incentivati.

⁷ Sistema di incentivi legato alla *Performance* conseguita introdotto in Inghilterra nel 2004 come parte del nuovo contratto del *General Medical Service* (GMS). Il QOF, attraverso un sistema di punteggi associati a set di indicatori offriva ai *general practitioners* una indicazione sulla realizzazione di interventi relativi al raggiungimento di specifici obiettivi riguardanti l'assistenza

Un generale consenso è attribuibile all'idea che i sistemi misti (quale la quota capitaria con elementi di P4P) tendono a bilanciare meglio gli incentivi, sebbene sia limitata l'evidenza sul *mix* ottimale degli schemi di remunerazione da adottare. Risultano, però, particolarmente carenti le informazioni sugli esiti dei sistemi di P4P, come anche su quali elementi siano strategici (clinici, soddisfazione, appropriatezza, offerta, etc.) nella costituzione della *Performance* della medicina di base.

Mancano persino confronti sui livelli di remunerazione dei *general practitioners*: al più è stato rilevato che in media non vi sono differenze significative nell'ammontare della remunerazione tra i Paesi in cui il pagamento è prevalentemente basato sul FFS rispetto a quelli in cui la remunerazione del *general practitioner* non è legata al volume delle prestazioni erogate (salario e quota capitaria). Ed anche che, nei Paesi in cui il *general practitioner* assume il ruolo di *gatekeeper*, il livello di remunerazione è più alto rispetto a quelli in cui i pazienti hanno accesso diretto allo specialista (Kroneman M. W. et al., 2009).

In generale, metodi diversi di remunerazione possono essere impiegati per incentivare e promuovere diversi obiettivi di politica sanitaria (McGuire G., 2000). Dobbiamo, però, osservare che dati comparativi internazionali sugli effetti dei sistemi di remunerazione della medicina generale, sono ancora carenti.

10a.4. Conclusioni

Come indicazioni per le politiche sanitarie, la presente ricerca ha prodotto alcune evidenze che possono riassumersi nei seguenti punti:

1. L'evidenza sulle dimensioni caratteristiche della *Performance* dell'assistenza primaria, sugli indicatori da utilizzare per la misura, e sugli *standard* di riferimento, è crescente ma non ancora sufficiente richiedendo ulteriore ricerca mirata
2. Appare comunque consolidato un approccio teso a misurare la *Performance* secondo le dimensioni degli esiti (*outcome*), degli *output* e dell'offerta (misure di struttura); la tendenza attuale sembra

quella di privilegiare gli esiti (clinici, finali e intermedi, come la riduzione delle ospedalizzazioni evitabili, e anche di soddisfazione del paziente), integrando con alcune misure *ex ante* relative al processo erogativo, rinvenibili sia tra gli *output* che nella dimensione di offerta

3. Obiettivi, indicatori e *standard* sono condizionati dai contesti istituzionali e organizzativi e quindi ad essi vanno contestualizzati
4. Le modalità di implementazione dei sistemi non sono neutrali ed in particolare la "pesatura" delle dimensioni degli indicatori e delle dimensioni, che dipendono dalla prospettiva adottata, che deve essere trasparentemente dichiarata. Questo significa evidentemente, come sottolineato nel progetto *Misurazione delle Performance dei SSR* (C.R.E.A. Sanità, 2013-2017), che i pesi della composizione dipendono dalle diverse prospettive degli *stakeholder*, e che tali pesi sono anch'essi dinamici e dipendono, in ultima analisi, dal tasso implicito di sostituibilità attribuito alle varie dimensioni di valutazione
5. I sistemi di valutazione sono anche condizionati dalla evoluzione delle conoscenze, delle aspettative, e delle politiche sanitarie e quindi sono intrinsecamente dinamiche
6. I sistemi misti di remunerazione sono quelli che bilanciano meglio gli incentivi prodotti, ma il *mix* ottimale non è a priori noto
7. Sugli effetti dell'introduzione di misure di *Performance* nei sistemi di remunerazione, in particolare con sistemi di P4P, si ha una limitata evidenza qualitativa, mentre sulle dimensioni quantitative maggiore ricerca mirata è necessaria; in particolare, è stato evidenziato come l'applicazione di tali misure porti a risultati di segno e persistenza spesso incerto sugli *health outcomes*, con alcuni rischi di opportunismo (focalizzazione sui soli indicatori "incentivati"): in definitiva, non vi è chiara evidenza che programmi basati sulle *Performances* conseguitate permettano di migliorare stabilmente gli esiti, innescando miglioramenti significativi nei valori di miglioramento "storico" di presa in carico delle patologie croniche
8. Anche gli effetti dell'introduzione di P4P sono

condizionati dai contesti istituzionali e organizzativi e quindi rispetto ad essi vanno misurati.

Quanto sopra porta a concludere che la misura della *Performance* dell'assistenza primaria debba essere un obiettivo prioritario delle politiche sanitarie, come anche la sua integrazione negli schemi di remunerazione dei professionisti, ma debba essere perseguita garantendo una attenta contestualizzazione alle caratteristiche del Sistema Sanitario Italiano, e un sistema di monitoraggio continuo degli effetti che possa farlo nel tempo evolvere e ottimizzare.

Riferimenti bibliografici

- Aakvik A., Holmas T. H. (2006), *Access to primary health care and health outcomes: the relationships between GP characteristics and mortality rates*; *J Health Econ*, 25(6), 1139-1153
- AHRQ Quality Indicators – *Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions*, 2004
- Allard M., Jelovac I. et al. (2011), *Treatment and referral decisions under different physician payment mechanisms*; *J Health Econ*, 30(5), 880-893.
- Arrow K. E. (1963), *Uncertainty and the welfare economics of medical care*; *American Economic Review*, 53, 941-973
- Barros P. P. (2003), *Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system*; *J Health Econ*, 22(3), 419-443
- Blomqvist A. (1991), *The doctor as double agent: information asymmetry, health insurance, and medical care*; *J Health Econ*, 10(4), 411-432
- Blomqvist A., Leger P. T. (2005), *Information asymmetry, insurance, and the decision to hospitalize*; *J Health Econ*, 24(4), 775-793
- Calvert M., Shankar A., McManus R.J. et al. (2009), *Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study*; *BMJ*, 2009, 338:b1870
- Caminal J. et al. (2004), *The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions*. *European Journal of Public Health*; Vol. 14, No. 3
- Campbell S.M. et al. (2002), *Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care*; *Qual Saf Health Care*, 2002, 11, 358-364
- Campbell S.M., Reeves D., Kontopantelis E. et al. (2009), *Effects of pay for performance on the quality of primary care in England*; *N Engl J Med*, 361, 368-78
- Carlsen F., Grytten J. (1998), *More physicians: improved availability or induced demand?*; *Health Econ*, 7(6), 495-508
- Carlsen F., Grytten J., et al. (2003), *Financial incentives and the supply of laboratory tests*; *Eur J Health Econ*, 4(4), 279-285
- Catalano R., Libby A. et al. (2000), *The effect of capitated financing on mental health services for children and youth: the Colorado experience*; *Am J Public Health*, 90(12), 1861-1865
- Clemens J., Gottlieb J. D. (2014), *Do Physicians' Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health?*; *Am Econ Rev*, 104(4), 1320-1349
- C.R.E.A. Sanità, 2013-2017, *Misurazione delle Performance dei SSR*
- Delattre, E., B. Dormont (2003), *Fixed fees and physician-induced demand: a panel data study on French physicians*; *Health Econ*, 12(9), 741-754
- Devlin, R. A., Sarma S. (2008), *Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians*; *J Health Econ*, 27(5), 1168-1181
- Doran T. et al. (2006), *Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom*; *N Engl J Med*, 355-375-84
- Doran T. et al. (2008), *Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework*; *Lancet*, 372, 728-36
- Doran T., Kontopantelis E., Valderas J.M. et al. (2011), *Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework*; *BMJ*, 342: d3590
- Dumont E., Fortin B., et al. (2008), *Physicians' multi-tasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment*; *J Health Econ*, 27(6), 1436-1450

- Ellis R. P., McGuire T. G. (1986), *Provider behavior under prospective reimbursement. Cost sharing and supply*; J Health Econ, 5(2), 129-151
- Ellis R. P., McGuire T. G. (1990), *Optimal payment systems for health services*; J Health Econ, 9(4), 375-396
- Emmert M., Eijkenaar F., Kemter H., Esslinger A. S., & Schöffski O. (2012), *Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review*; The European Journal of Health Economics, 13(6), 755-767
- Evans R. G. (1974), *Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications*; London, MacMillan
- Engels Y. et al. (2005), *EPA Working Party. developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe*; Fam Pract, 2005, 22(2), 215-22
- Gillam S., Steel N. (2013), *The Quality and Outcomes Framework—where next?*; BMJ, 346:f659
- Giorda C. et al. (2012), *The impact of adherence to screening guideline and of diabetes clinics referrals in morbidity and mortality in diabetes*; PLoS ONE, 7(4)
- Gjelsvik, R. (2009), *The effect of reimbursement fee changes on services production for laboratory tests in Norwegian primary health care*; Working Papers in Economics, University of Bergen
- Gosden T., Pedersen L. et al. (1999), *How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour*; Q J Med(92), 47-55
- Gosden T., Forland F. et al. (2000), *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians*; Cochrane Database Syst Rev(3), CD002215
- Gosden T., Forland F. et al. (2000), *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Review)*; The Cochrane Collaboration
- Gosden T., Forland F. et al. (2001), *Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review*; J Health Serv Res Policy, 6(1), 44-55
- Gosden T., Sibbald B. et al. (2003), *Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England*; Health Policy, 64(3), 415-423
- Gousia K., Peckham S. (2014), *GP payment schemes review*
- Granlund D. (2009), *Are private physicians more likely to veto generic substitution of prescribed pharmaceuticals?*; Soc Sci Med, 69(11), 1643-1650
- Grol R. et al. (2000), *Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison*; British Journal of General Practice, 50, 882-887
- Health and Glance (2015), *OECD indicators*
- Hippisley-Cox J., Vinogradova Y., Coupland C. (2007), *Time series analysis for selected clinical indicators from the quality and outcomes framework 2001–2006*; Final Report for the Information Centre for health and Social Care, Version 1.1
- Iversen T. (2004), *The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients*; J Health Econ, 23(4), 673-694
- Iversen T., Luras H. (2000), *Economic motives and professional norms: the case of general medical practice*; Journal of Economic Behavior and Organization, 43, 447-470
- Iversen T., Luras H. (2000), *The effect of capitation on GPs' referral decisions*; Health Econ, 9(3), 199-210
- Kantarevic J., Kralj B. (2013), *Link between pay for performance incentives and physician payment mechanisms: evidence from the diabetes management incentive in Ontario*; Health Econ, 22(12), 1417-1439
- Kantarevic J., Kralj B. (2014), *Risk selection and cost shifting in a prospective physician payment system: evidence from Ontario*; Health Policy, 115(2-3), 249-257
- Kralewski John E., Rich Eugene C. et al. (2000), *The effects of medical group practice and physician payment methods on costs of care*; Health Services Research
- Kringos D.S. et al. (2010), *The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators*; BMC Family Practice, 2010, 11:81

- Kringos D.S. et al. (2013), *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*; British Journal of General Practice, November 2013
- Kroneman M.W. et al. (2006), *Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study*; Health Policy: jrg. 76, nr. 1, 72-79
- La Schafer et al. (2013), *Measures of quality, costs and equity in primary health care: instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries*; Quality in Primary Care, 2013, 21 (2), 67-79
- Landon B. E., Reschovsky J. D. et al. (2011), *The relationship between physician compensation strategies and the intensity of care delivered to Medicare beneficiaries*; Health Serv Res 46(6pt1), 1863-1882
- Langdown C., Peckham S. (2014), *The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review*; Journal of Public Health, Vol. 36, N°2, 251-258
- Levitt C.A. et al. (2014), *Refinement of indicators and criteria in a quality tool for assessing quality in primary care in Canada: a Delphi panel study*; Fam Pract., 31(5), 607-21
- Macinko J., Guanais F. (2015), *Population experiences of primary care in 11 Organization for Economic Cooperation and Development countries*. International Journal for Quality; Health Care, 27(6), 443-450
- Manzoli M. et al. (2013), *AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy*; European Journal of Public Health, Vol. 24, No. 5, 745-750
- Mayo-Bruinsma L., Hogg W. et al. (2013), *Family-centred care delivery: comparing models of primary care service delivery in Ontario*; Can Fam Physician, 59(11), 1202-1210
- McDonald R. and Roland M. (2009), *Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences*; Annals of family medicine, Vol. 7, n. 2
- McGuire Thomas G (2000), *Physician Agency*, Handbook of Health Economics, A.J. Culyer and J. P. Newhouse
- Mendelson et al. (2017), *The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review*; Ann Intern Med., 166(5), 341-353
- Melichar L. (2009), *The effect of reimbursement on medical decision making: do physicians alter treatment in response to a managed care incentive?*; J Health Econ, 28(4), 902-907
- Norman A.H. et al. (2014), *The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice*; Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro, 30(1), 55-67
- Papp R. et al. (2014), *Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions*; BMC Family Practice, 15,128
- Pavlic D.R. et al. (2015), *Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison*; BMC Family Practice, 16,172
- Pelone F. et al. (2013), *How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe*; Int J Qual Health Care, 25(4),381-93
- Rapporto Osservasalute (2016), *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*; 358-366
- Riain A. et al. (2014), *Roadmap for developing a national quality indicator set for general practice*; Int J Health Care Qual Assur., 28(4), 382-93
- Rizza P. et al. (2007), *Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy*; BMC Health Services Research, 7,134
- Sarma S., Devlin R. A., et al. (2010), *Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity*; Health Policy, 98(2-3), 203-217
- Sarma S., Devlin R. A., et al. (2010), *Physician's production of primary care in Ontario, Canada*; Health Econ, 19(1), 14-30
- Shen J. et al. (2004), *The effects of payment method on clinical decision-making: physician responses to clinical scenarios*; Med Care, 42(3), 297-302
- Simoens S., Giuffrida A. (2004), *The impact of phy-*

- sician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison; *Appl Health Econ Health Policy*, 3(1), 39-46
- Sorbero M. E., Dick A. W. et al. (2003), *The effect of capitation on switching primary care physicians*; *Health Serv Res*, 38(1 Pt 1), 191-209
- Sorensen R. J., Grytten J. (1999), *Competition and supplier-induced demand in a health care system with fixed fees*; *Health Econ*, 8(6), 497-508
- Starfield B., Shi L. et al. (2005), *Contribution of primary care to health systems and health*; *Milbank Q*, 83, 457-502
- Villari P. et al. (2013), *La valutazione dell'assistenza primaria*; *Ann Ig*, 25 (Suppl. 1), 51-55
- Visca M. et al. (2013), *Group versus single handed primary care: A performance evaluation of the care delivered to chronic patients by Italian GPs*; *Health Policy*, 113, 188-198
- Wensing M., Mainz J. and Grol R. (2000), *A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe*; *The European Journal of General Practice*, 6:3, 82-87
- Wensing M. et al. (2002), *Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison*; *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 14, Number 2, 111-118
- Wranik D. W., Durier-Copp M. (2010), *Physician remuneration methods for family physicians in Canada: expected outcomes and lessons learned*; *Health Care Anal*, 18(1), 35-59

ENGLISH SUMMARY

Evaluation systems and incentivizing the Performance

The shared and now unavoidable need to enhance primary care, by allocating more resources to the sector, makes it essential to "design" and implement tools capable of "capturing" the real return on investment, by encouraging the quality of the services provided.

Hence, it is vitally important to have tools capable of measuring the quality of care and stimulating the achievement of higher Performances of primary care, in general, and of general medicine, in particular.

Regardless of the measurement system we want to adopt, it should be underlined that it cannot avoid considering the organizational characteristics of primary care - and hence its funding rules - as well as, in general terms, the overall structure of the health system in individual countries.

In recent years, especially after 2000, many studies proposing indicators for the evaluation of Primary Care Performance have been conducted. The common aspect of the different definitions of indicators that can be found in literature seems to be that they are considered quantitative tools capable of orienting decisions. In other words, the indicators should permit transparent assessments, capable of highlighting the possible extent of existing problems or criticalities, as well as assessing ex post whether the interventions and measures implemented have been able to have an impact on the problems themselves, thus resolving them or, at least, reducing their size.

Moreover, it is clear that, for the purposes of implementing systems based on quality/Performance indicators, it is first of all necessary to define which aspect of care we want to analyze and evaluate. A taxonomy that seems to summarize the various stances existing in literature about the "domains"

(dimensions) of primary care that should be monitored is the one which envisages:

- *supply (i.e. the structural resources available in terms of staff, equipment, facilities, management systems, etc.)*
- *outputs (i.e. the services provided for various reasons)*
- *outcomes (i.e. the patient's health/satisfaction in terms of mortality, morbidity, satisfaction, etc.).*

Another aspect on which we need to focus is the choice of the most representative indicators within the aforementioned "dimensions" and, perhaps even more, the relative "weight" attributed to the various "dimensions".

From this perspective, the literature confirms that the different stakeholders operating within the health systems (patients, managers, professionals, "insurers" where the systems envisage them, etc.) that, by definition, are bearers of different viewpoints, will tend to favour different goals ("dimensions") and indicators. Hence, at first, it is essential to identify and explain the perspective we want to adopt. In literature, for example, it is highlighted that professionals tend to focus more on outcome-related aspects, while patients tend to attach more importance not only to clinical Performance, but also to customer satisfaction aspects, such as communication, etc..

In literature growing attention is paid to outcome measures, especially those related to the reduction of avoidable hospitalizations and to patient satisfaction.

With specific reference to the impact that the Performance-related incentives have on health outcomes, a review published in 2014 (Langdown et al.), regarding the impact of the introduction

of the Quality and Outcomes Framework (QOF), showed that this policy has led to an improvement in health outcomes for some specific conditions, such as diabetes, while the results are uncertain for other diseases. Furthermore, the improvements have been immediate, but not persistent. According to said review, the availability of good quality evidence on the QOF impact in terms of clinical outcomes is very limited and requires additional and higher quality research, with long-term considerations.

In conclusion, it should be noted that it is generally agreed that Performance incentive systems must consider the organizational context in which primary care is provided.

Conversely the analyses on the effects of using such incentive systems are limited and inconclusive. In particular, the measurement of the effects obtained with the introduction of indicators in the remuneration schemes is still uncertain: although

some indications on the quality of the incentive impact exist, the evidence on quantitative effects is fully inadequate.

There is general consensus on the idea that mixed systems – such as the per capita share capital with elements of Pay for Performance (P4P) – tend to better balance the incentives, although the evidence on the optimal mix of the remuneration schemes to be adopted is limited.

Finally, it should also be noted that the boundaries of primary care are difficult to define. There is the tangible risk that the perimeter of primary care can be defined only by “exclusion”, as a cluster of health activities not falling within the hospital settings: general medicine, pediatrics, emergency medical on-call service and forms of assistance typically designed for chronic patients (primarily home care and residential care). This aspect, too, significantly complicates the definition of homogeneous and transferable measurement tools.

CAPITOLO 10b

I modelli di assistenza territoriale alla sfida del Piano Nazionale della Cronicità: un'analisi esplorativa dei bisogni emergenti

Greco G.¹

10b.1. La riorganizzazione dei servizi territoriali e delle cure primarie nelle Regioni

La sfida della riorganizzazione dei servizi territoriali si è imposta nell'ultimo decennio come una delle questioni chiave attorno cui ruota la trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale. La direzione di questo cambiamento è stata impressa anzitutto dalle riforme dei Sistemi Sanitari Regionali, susseguitesi negli ultimi anni con geometrie e velocità variabili. Il risultato è un caleidoscopio multi-dimensionale di modelli regionali e di soluzioni aziendali, che nascono da un lato per rispondere più efficacemente alle caratteristiche emergenti della nuova domanda di salute, dall'altro per fondare nuovi profili di sostenibilità economica e di controllo dei costi del sistema sanitario.

Si tratta di una trasformazione dettata dalla prospettiva che nell'ultimo decennio sta investendo i sistemi sanitari a livello globale per la realizzazione simultanea del cosiddetto *triple aim*: migliorare l'esperienza individuale delle cure, migliorare la salute della popolazione, ridurre i costi pro-capite (Berwick D. et al, 2008)².

I nuovi modelli di servizi territoriali – estendendo e potenziando la fisionomia tradizionale del Distretto – si basano sul riassetto delle cure primarie e sulla sperimentazione di diverse configurazioni di struttu-

re sanitarie e socio-sanitarie intermedie fra ospedale e domicilio, in grado di soddisfare in particolar modo i bisogni della quota crescente di pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani (Barnett K. et al, 2012), le cui esigenze assistenziali sono determinate da fattori sia clinici che sociali.

La presa in carico di questa tipologia di pazienti richiede la progettazione di modelli a rete, che tengano conto della molteplicità di variabili in gioco non solo di tipo clinico e professionale, ma anche di natura organizzativa e di sistema (Valentijn P. et al., 2017).

In tale prospettiva le Regioni hanno inteso definire percorsi continuativi e unitari che si articolano di fatto attraverso una rete estesa di strutture e modalità di offerta, con l'obiettivo di sfruttare anche le opportunità delle nuove tecnologie per la diagnosi precoce di patologie a impatto sociale elevato e degli strumenti di sanità digitale: questi ultimi con particolare riferimento alla Telemedicina nelle sue diverse declinazioni di Televisita, Teleconsulto, Telecooperazione sanitaria, Telesalute, Teleassistenza³.

A tale proposito si rileva la spinta verso forme aggregative dei Medici di Medicina Generale (MMG), attraverso la costruzione di gruppi multi-professionali e multi-disciplinari, coinvolgendo figure come gli infermieri e gli operatori socio-sanitari, oltre agli stessi specialisti ambulatoriali. L'obiettivo primario di queste aggregazioni è la realizzazione della continu-

¹ Segretario Generale ISIMM Ricerche

² Secondo gli autori le precondizioni per realizzare il triplice fine includono l'arruolamento della popolazione target identificata, l'impegno per l'universalità dei suoi membri e l'esistenza di un'organizzazione (in qualità di integratore) che accetti la responsabilità di realizzare tutti e tre gli obiettivi. Il ruolo dell'integratore comprende almeno cinque componenti: partnership con individui e famiglie, ridisegno delle cure primarie, gestione complessiva della salute della popolazione, gestione finanziaria e integrazione del macro-sistema

³ Secondo quanto sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 nell'intesa sulle Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina

ità delle cure (Haggerty J.L. et al., 2003; Tozzi V.D., 2010), definita come:

- *informational continuity*: L'uso delle informazioni sulla storia sanitaria dei pazienti per definire iter terapeutico-assistenziali appropriati per ciascun individuo
- *management continuity*: Un approccio coerente e unitario alla gestione delle condizioni di salute, che risponda ai mutevoli bisogni dei pazienti
- *relational continuity*: Una relazione terapeutica costante e personalizzata fra un paziente e uno o più professionisti, regolarmente coordinati.

Da ultimo, si osservi come la maggior parte dei nuovi modelli regionali integrati di interventi sanitari e socio-sanitari passa attraverso la configurazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) (Rennke S. et al., 2013): i PDTA assumono una forte valenza di tipo organizzativo, svolgendo una funzione unitaria di sintesi e di connessione dell'ampia rete di strutture e soggetti disegnati intorno al paziente (Dobrzykowski, D. et al., 2014), oltre a mirare a rendere il paziente parte attiva e consapevole – insieme ai suoi familiari – delle scelte terapeutiche e dell'organizzazione dello stesso percorso a lui dedicato.

10b.2. I fattori critici di successo dei nuovi modelli di assistenza territoriale

La sfida chiave, a cui cercano di rispondere le diverse esperienze regionali, è quella dell'integrazione sia verticale sia orizzontale dei processi di presa in carico dei pazienti, che abbracciano un ampio ventaglio di attori e strutture d'offerta, per i quali vanno definiti nuove articolazioni professionali (mediche, sanitarie, sociali) e nuovi standard di servizio rispondenti ai fabbisogni di coorti omogenee di pazienti (Kim, J. Y. et al., 2013).

Diventano quindi fondamentali le scelte degli strumenti di *governance* e di programmazione, operate dalle diverse Regioni per garantire i necessari processi di integrazione strutturali e/o funzionali, a

partire dalla stratificazione della domanda e dall'individuazione delle sotto-popolazioni *target*, come condizione di indirizzo della presa in carico (Kindig, D.A., 2007). Mentre prendono forma profili sempre più personalizzati di presa in carico, attraverso l'adozione di Piani Assistenziali Individuali (PAI) a beneficio soprattutto dei pazienti in condizioni di più elevata complessità sanitaria e socio-assistenziale.

10b.2.1. Il ruolo del MMG e la gestione della multi-disciplinarietà/multi-professionalità

La riprogettazione delle interdipendenze, focalizzata sulle aggregazioni della Medicina Generale, ha assunto configurazioni variegate, le quali si sono tuttavia confrontate con le medesime questioni critiche, peraltro ancora sul tappeto. Anzitutto la nuova centralità del MMG ha posto la questione della multi-disciplinarietà e della multi-professionalità, caratteristiche chiave dei nuovi modelli di continuità assistenziale. In pratica restano da ottimizzare le forme di allineamento professionale fra i MMG e le altre discipline mediche coinvolte nella presa in carico del paziente, soprattutto internisti, geriatri, fisiatri, che spesso agiscono in differenti strutture d'offerta aziendali. Così come necessitano di ottimizzazione i rapporti di collaborazione del MMG con le altre professioni sanitarie, in particolar modo con la professione infermieristica, che ha assunto un ruolo primario nell'ambito di alcuni dei nuovi moduli di assistenza territoriali. Si pensi ad esempio al ruolo del *case manager* infermieristico nella presa in carico di pazienti in condizioni croniche ad alta complessità o di non autosufficienza/disabilità e al profilo gestionale del personale infermieristico nel nuovo Ospedale di Comunità.

Le modellizzazioni organizzative regionali e/o aziendali hanno cercato di rispondere a tale questione utilizzando soluzioni differenti: il più delle volte la scelta è ricaduta sulla concentrazione di risorse, competenze e dotazioni strumentali in luoghi fisici di erogazione dei servizi, teoricamente in grado di generare le necessarie interdipendenze professionali della filiera sanitaria e socio-assistenziale (vedi l'esperienza delle Case della Salute).

È pur vero che se da un lato la concentrazione fisica può consentire una risposta unitaria ai fabbisogni di salute, l'integrazione dei processi produttivi e la generazione di significative economie di scala, dall'altro va rilevato come sussistano innegabili punti critici. Investire sulla concentrazione fisica può far venir meno la spinta ad esplorare tutte le potenzialità degli strumenti di Telemedicina e di Sanità Digitale, inoltre possono essere trascurati i bisogni di prossimità e di vicinanza dell'assistenza alle comunità di riferimento, a cui peraltro la stessa Telemedicina può far fronte.

Nondimeno spesso le sedi fisiche non sono state predisposte sulla base di un preciso disegno strategico ma di assetti logistici preesistenti, che hanno condizionato tali scelte. Infine, la stessa esperienza delle Case della Salute mostra come nei fatti l'integrazione multi-professionale non sempre sia riuscita ad assimilare adeguatamente figure socio-assistenziali chiave, come gli assistenti sociali e i volontari, o a coinvolgere attivamente la popolazione (Morando V., 2017).

10b.2.2. Il coordinamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali

La tensione ricompositiva dei nuovi modelli di assistenza territoriale si è manifestata anche nei tentativi operati dalle Regioni di promuovere processi di integrazione e di coordinamento dei servizi socio-sanitari⁴, come passaggio fondamentale della continuità assistenziale ospedale-territorio e della presa in carico globale dei bisogni del paziente, lungo un continuum che va dall'ambito sanitario a quello sociale. Questi tentativi rispondono alla necessità di regolare un quadro di riferimento caratterizzato dalla persistente frammentazione della programmazione, del finanziamento e del monitoraggio degli interventi socio-sanitari, anche a causa delle forti interdipenden-

enze fra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, dove si generano sovente sovrapposizioni di competenze e di attività fra livello nazionale, regionale e locale.

Del resto, la natura ibrida dei servizi socio-sanitari deriva anche dall'esigenza di far fronte a bisogni complessi e multi-dimensionali, che i nuovi modelli operativi sul territorio stanno cercando di governare in un rapporto più organico fra committenza pubblica e gestione dei servizi, in genere esternalizzati a organizzazioni pubbliche o private diverse dalla committenza.

Il modello di servizio attivato nella maggior parte delle Regioni è costituito dai Punti Unici di Accesso (PUA), che si configurano come strumenti d'integrazione intersetoriale dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, finalizzati a indirizzare i flussi di selezione degli utenti aventi diritto alla presa in carico (con una specifica attenzione agli anziani non autosufficienti) (Pesaresi F., 2013). La declinazione operativa dei PUA va dalle semplici funzioni di informazione e indirizzo dei pazienti fino a modelli più avanzati, che includono la valutazione multi-dimensionale dei bisogni e la determinazione dei piani individuali d'assistenza, con la relativa gestione dei rapporti di committenza con erogatori sia pubblici che privati.

Se concentriamo l'attenzione sulle cure intermedie, che – pur avendo un carattere prevalentemente sanitario – hanno assunto nelle differenti declinazioni regionali profili assistenziali anche di natura socio-sanitaria (Fantini M. P. et al., 2015), la progettazione delle interdipendenze funzionali ha visto la costituzione di centrali operative o di agenzie di orientamento territoriali, in grado di coordinare la presa in carico dei pazienti nel passaggio fra i diversi *setting* assistenziali ospedale-territorio. Una presa in carico che anche per quanto riguarda le cure intermedie passa da una valutazione multi-dimensionale dei bisogni con conseguente definizione di un proget-

⁴ Secondo il DPCM 14 febbraio 2001 recante Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie si tratta di «quelle prestazioni per cui nessuna delle due componenti (sanitaria e sociale) prevale sull'altra, erogabili in modalità ambulatoriale, domiciliare o residenziale, con il concorso di professionalità di entrambi i mondi (sanitario e sociale) e costruendo interventi organici attorno ai soggetti beneficiari, sulla base di valutazioni multidimensionali (proprio in virtù della complessità intrinseca dei "problemi" sociosanitari)»

to personalizzato di stabilizzazione e/o riabilitazione, trattandosi nella maggior parte dei casi di pazienti anziani fragili e polipatologici e di soggetti con disabilità acquisite o cronico degenerative. Mentre le scelte operate nei modelli di assistenza domiciliare appaiono ancora deboli e lontane dalla copertura dei volumi minimi necessari, anche a causa della mancata strutturazione di *équipe* multi-disciplinari e multi-professionali idonee per un'assistenza ad alta complessità, come nel caso delle cure intermedie.

Allo stesso tempo resta aperta la questione della modellizzazione integrata di schemi per il finanziamento e la tariffazione dei servizi socio-sanitari, dove si assiste da un lato alla presenza di una quota di finanziamento privato consistente, dall'altro all'ingresso sempre più considerevole di operatori privati. In prospettiva sarà necessario individuare forme di inquadramento delle quote private di finanziamento all'interno di una strategia pubblica di tutela della salute e forme di collaborazione delle aziende sanitarie pubbliche con i nuovi soggetti privati, quali assicurazioni, operatori socio-assistenziali, *no profit*.

Pur avendo alcune Regioni sperimentato quote di finanziamento per presa in carico annuale di pazienti cronici, il tema del finanziamento dei nuovi modelli di assistenza territoriale non ha avuto finora spazio adeguato.

La sfida per il futuro sarà la definizione di modelli di finanziamento integrati dei servizi socio-sanitari, in particolare per quanto riguarda il finanziamento della presa in carico dei pazienti cronici complessi, che necessitano di un forte coordinamento della filiera dei servizi sociali e socio-sanitari.

10b.2.3. Lo sviluppo dei sistemi informativi e digitali come perno dei nuovi servizi

La spinta innovativa alla riprogettazione delle interdipendenze verticali e orizzontali all'interno dei nuovi modelli di assistenza territoriale si è tradotta anche nello sforzo di ridisegnare e valorizzare i flussi informativi, come perno su cui costruire i processi integrati di presa in carico dei pazienti lungo il continuum ospedale-territorio.

Nell'ultimo decennio la disponibilità di strumenti

digitali – quali cartella clinica elettronica, prescrizione medica digitale, fascicolo sanitario elettronico, telemedicina – ha offerto l'opportunità di collegare in maniera più proficua medici, pazienti, strutture e informazioni. Con l'attuale nuova ondata di tecnologie innovative – quali *mobile health*, *Internet of things*, *big data analytics*, *cloud computing*, intelligenza artificiale, genomica medica, robotica collaborativa – vi è la possibilità di riprogettare alla radice i sistemi-salute verso un vero e proprio ecosistema dell'innovazione, attraverso lo sviluppo di nuovi servizi digitali a beneficio di *policy-maker*, medici e pazienti, quali:

- strumenti di *Population Health Management*, per l'identificazione e la segmentazione della popolazione in base a bisogni di salute e gravità della condizione, come presupposto per la presa in carico integrata
- *Clinical Decision Support System*, basati sulle evidenze scientifiche, per supportare i medici nell'attività terapeutico-assistenziale in particolare nella gestione multi-disciplinare di patologie croniche
- *Personal Healthcare Assistant*, applicazioni d'interfaccia in modalità conversazione fra PC, *smartphone*, *tablet* e *device* indossabili e/o ingeribili, utili a sostenere l'*empowerment* dei pazienti e a promuovere la prevenzione, sviluppando forme proattive di rapporto medico-paziente.

Tali servizi *hi-tech* possono rispondere alle principali sfide che i nuovi modelli di assistenza territoriale si trovano ad affrontare all'interno della filiera socio-sanitaria e della continuità ospedale-territorio. La prima riguarda la necessità di stratificare la domanda e di individuare le sotto-popolazioni *target*, come movimento fondante della presa in carico personalizzata e dello sviluppo dei PAI. Qui le Regioni si sono mosse anzitutto attraverso la valorizzazione dei database amministrativi propri e delle aziende sanitarie, da cui estrarre i flussi informativi utili per la programmazione sanitaria, per la progettazione dei PDTA e per il monitoraggio delle prestazioni. Con particolare riguardo alla gestione delle cronicità sono state introdotte tecniche di *record-linkage*, finalizzate ad avviare le prime esperienze di integrazio-

ne delle informazioni provenienti da fonti eterogenee lungo la filiera socio-sanitaria.

Ma le potenzialità di *automation* e di *data-mining* dei nuovi strumenti informativi digitali sono state finora solo in parte sfruttate nella conservazione, aggregazione e analisi dei cosiddetti *Big Data*. È necessaria una più avanzata integrazione strutturale di questi strumenti all'interno dei modelli gestionali di presa in carico⁵, per consentire una serie di sviluppi strategici, quali (Raghupathi W., Raghupathi V., 2014):

- rilevazioni routinarie (non occasionali) del profilo analitico e dei bisogni della popolazione
- gestione più razionale delle diverse organizzazioni sanitarie sul territorio con possibili interventi in tempo reale sul loro corretto funzionamento
- monitoraggio continuo delle pratiche cliniche rispetto ai principi dell'*Evidence Based Medicine*
- implementazione di azioni di prevenzione primaria, grazie alla medicina personalizzata
- diffusione dell'epidemiologia traslazionale, per il rapido trasferimento delle conoscenze epidemiologiche nella programmazione degli interventi sanitari a livello della popolazione e del singolo individuo.

Una prospettiva di questo tipo – che può essere conseguita soltanto attraverso un coinvolgimento di tutte le componenti del sistema a livello normativo, organizzativo e professionale – è funzionale allo sviluppo di una cultura della misurazione dei risultati. All'interno delle diverse esperienze sul territorio è finora mancata la capacità su larga scala di misurare non solo i singoli processi, ma anche di valutare l'impatto dei nuovi servizi in termini di esiti sanitari e di qualità dell'assistenza attraverso metodologie e indicatori adeguati. Si tratta di un passaggio fondamentale per introdurre processi di *audit* anche all'interno dei nuovi modelli integrati di presa in carico del paziente, con l'obiettivo di assimilare processi di miglioramento continuo della programmazione so-

cio-sanitaria e della valutazione di appropriatezza degli interventi.

Le prime esperienze regionali e aziendali di coinvolgimento attivo dei cittadini mostrano un tentativo iniziale di assumere il punto di vista del paziente e dei suoi familiari non solo nella progettazione dei servizi, ma anche nella valutazione delle *Performance* dei percorsi, disegnati per rispondere ai suoi bisogni sanitari e socio-assistenziali (Manary M. P. et al., 2013; Fenton J.J. et al., 2012). Gli sviluppi di un tale sforzo innovativo richiederanno ancora una serie di passaggi per calibrare adeguatamente le strutture di offerta e contemperare allo stesso tempo il punto di vista dei professionisti sanitari (Shepperd S. et al., 2013).

10b.3. Il salto di qualità atteso dal Piano Nazionale della Cronicità

L'eterogeneità dei modelli regionali e le numerose questioni ancora sul tappeto mostrano la necessità di avviare una nuova fase di sviluppo dei servizi territoriali per rispondere in maniera più compiuta alle tante aspettative generate nell'ultimo decennio per quanto riguarda la presa in carico anzitutto di pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani.

La consapevolezza di questo salto di qualità necessario è stata sancita dall'accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016, con il quale è stato varato il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), il quale «*nascere dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza*».

⁵ Population Health Alliance (2014), *Implementation and evaluation: a population health guide for primary care models*, Washington, Population Health Alliance

Si tratta di una ambiziosa sfida di sistema che mira a ridisegnare la struttura assistenziale e i percorsi per la cronicità, a definire gli elementi chiave e trasversali dei nuovi modelli organizzativi, a specificare il macroprocesso di gestione dei pazienti, a fornire indicazioni per la costruzione degli indicatori di monitoraggio all'interno di una visione unitaria e omogenea sul territorio nazionale⁶.

10b.3.1. Il sistema assistenziale, la strutturazione dei percorsi e i fattori organizzativi chiave

Per la realizzazione di un'assistenza continuativa, multi-dimensionale, multi-disciplinare e multi-livello, capace di generare progetti di cura personalizzati a lungo termine, di rispondere a bisogni sanitari e socio-assistenziali, di razionalizzare l'uso delle risorse e di migliorare la qualità della vita, il Piano propone un sistema fondato su 5 pilastri:

- valorizzazione della rete assistenziale: rifunzionalizzazione e rimodulazione della rete sia a livello strutturale che professionale, in base allo stadio evolutivo di ciascun paziente, al grado di complessità della patologia e ai relativi bisogni socio-assistenziali
- flessibilità dei modelli organizzativi: una più avanzata integrazione delle cure primarie-specialistiche e ospedale-territorio, con reti specialistiche multi-disciplinari, team professionali dedicati e schemi di integrazione socio-sanitaria
- approccio integrato: ingresso precoce nel PDTA e nel percorso di welfare integrato, con attivazione dei diversi *setting* assistenziali in funzione del grado di complessità e dei bisogni del paziente
- stadiazione: determinazione della fase di sviluppo della patologia, avvalendosi di PDTA e piani di cura personalizzati proattivi, da monitorare attraverso indicatori di processo e di esito multi-dimensionali

- empowerment: sviluppo delle abilità del paziente di far fronte alla patologia e di gestire la qualità di vita, attraverso programmi di educazione monitorabili in collaborazione con le Associazioni di tutela del malato e di volontariato.

La traduzione del Piano in prassi operative passa fondamentalmente attraverso la valorizzazione dei Percorsi Assistenziali (PA), personalizzati sui bisogni del paziente. Tali percorsi devono evidenziare il continuum delle fasi di selezione, di presa in carico, di gestione del piano di cura e di *follow-up*, nonché i principali prodotti assistenziali offerti da parte del team multi-disciplinare e multi-professionale con un soggetto responsabile dell'intero percorso. Per ciascun soggetto inoltre vanno individuate le responsabilità specifiche sui risultati attesi lungo tutto l'iter assistenziale. Da qui la necessità di rivedere anche il paradigma di valutazione degli esiti, concepiti come un "insieme di risultati intermedi" multi-dimensionali. In questo modo il PA diventa processo dinamico di empowerment del paziente, accompagnandolo nelle diverse fasi assistenziali attraverso specifici strumenti di comunicazione, di educazione e di coinvolgimento.

Il Piano offre indicazioni puntuali anche in merito agli indicatori con cui misurare la realizzazione di 6 caratteristiche chiave dei sistemi organizzativi per le cronicità.

1. aderenza del paziente e degli operatori: percentuale di osservanza del percorso e delle raccomandazioni scientifiche, verificabili tramite la registrazione del percorso stesso
2. appropriatezza del percorso: numero e frequenza del ricorso all'ambito ospedaliero
3. prevenzione primaria e secondaria: numero delle persone identificate e registrate come a rischio di patologia sul totale degli assistibili di un singolo team
4. cure domiciliari: rapporto fra la totalità delle persone in carico al sistema (o al suo modulo) e quelle assistite parzialmente o totalmente a

⁶ A gennaio 2018 si è insediata una apposita Cabina di Regia Nazionale, che vede la partecipazione di tutti i principali stakeholder istituzionali, professionali e sociali, con il compito di coordinare l'implementazione del Piano nelle diverse Regioni

domicilio

5. informazione, educazione, *empowerment*: numero complessivo di contatti del *team* di cura con i pazienti e i suoi familiari in un arco di tempo predefinito
6. conoscenza e competenza degli operatori sanitari: il sistema universitario deve garantire, a livello base e specialistico, l'insegnamento delle tecniche di cura delle cronicità, mentre il sistema di formazione continua degli operatori SSN deve prevedere costanti aggiornamenti obbligatori su questi temi.

Nell'area dell'organizzazione dei servizi territoriali il Piano fornisce una serie di indicazioni puntuali. Anzitutto l'aggregazione del *team* di operatori, anche in assenza di una sede condivisa, deve essere promossa e favorita dall'organizzazione del lavoro; all'interno del *team*, inoltre vanno definiti chiaramente i ruoli e i compiti (almeno uno degli infermieri svolge la funzione di *Care Management* in collegamento con il *tutor* ospedaliero). La definizione del Piano di Cura, la stipula del Patto di Cura e il coordinamento clinico del *team* multi-professionale sono nella responsabilità del MMG (fatti salvi i casi in cui il paziente è in carico a una struttura/servizio specialistico, che definisce il PAI specialistico).

Viene ribadito il ruolo centrale dei PDTA, che le diverse organizzazioni sanitarie devono sviluppare come fondamento dei programmi di gestione della malattia e come strumenti di programmazione del processo di cura e di integrazione tra professionisti e strutture. I PDTA dovranno «essere modulati in rapporto alla stadiazione (con particolare attenzione alle comorbidità, alle cronicità complesse e all'utilizzo di tecnologie ad alto costo), gestiti attraverso lo strumento del follow-up attivo (medicina d'iniziativa, assistenza pro-attiva), concordati con il paziente (Patto di cura), applicati e dinamicamente monitorati (attraverso indicatori di processi e di esito) per alimentare la verifica delle Performance».

Viene tuttavia evidenziato il principale limite dei PDTA nelle malattie croniche: l'intrinseca rigidità che configge con il bisogno di personalizzazione delle cure, in special modo nei pazienti con multi-morbidiità, i cui bisogni presentano una specifica comples-

sità sanitaria e socio-assistenziale. La possibilità di programmare un percorso di cura individuale per questo tipo di pazienti è legata alla maturità dei sistemi informativi delle diverse organizzazioni sanitarie e alla loro capacità di utilizzare i nuovi servizi di *automation* e di *data-mining*, in modo da estrarre gli elementi necessari alla costruzione di PDTA il più possibile personalizzati.

10b.3.2. Nuovi modelli di remunerazione per le cronicità

Il PNC registra la centralità della questione riguardante l'individuazione di sistemi di remunerazione in grado di promuovere la presa in carico integrata del paziente. Qui vengono considerate 4 modalità specifiche:

1. *Pay-for-Coordination*: è lo strumento per incentivare i servizi di programmazione, organizzazione e monitoraggio dei percorsi individuali, remunerando l'attività di coordinamento delle cure
2. *Pay-for-Performance*: lo strumento incentiva il raggiungimento di obiettivi di processo e/o di esito della presa in carico, misurabili attraverso indicatori ad hoc
3. *Bundled-Payment*: i sistemi di remunerazione a pacchetto mirano a promuovere l'offerta integrata di una serie di servizi per specifiche condizioni patologiche in un lasso di tempo determinato, rifacendosi alle prestazioni previste nei PDTA
4. *Adjusted-Capitation*: questi sistemi, stratificando la popolazione in livelli di severità clinica e di assorbimento di risorse, definiscono un costo medio unitario delle prestazioni necessarie per la presa in carico del paziente in un determinato periodo (quota capitaria fissa).

Guardando alle sperimentazioni da realizzarsi nei singoli contesti regionali, il Piano sottolinea come «i diversi sistemi di remunerazione per la cronicità devono essi stessi integrarsi nel sistema dell'offerta, generando modelli misti (blended) in cui si possono combinare tipologie di remunerazione diverse per la copertura di servizi diversi anche per lo stesso pa-

ziente».

Evidentemente la responsabilità della gestione delle risorse pone la necessità di identificare in maniera univoca il soggetto istituzionale o professionale che ha la responsabilità clinica della gestione integrata del paziente cronico, che si tratti di UCCP, AFT, Casa della Salute e così via.

10b.3.3. L'appropriatezza nell'uso delle tecnologie e la Sanità Digitale

Fra i fattori critici di successo della rete integrata di assistenza territoriale il Piano evidenzia la centralità degli investimenti tecnologici, sottolineando in particolare l'esigenza di «garantire il diritto all'accesso appropriato alle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, favorendo l'impiego di strumenti di qualità tecnologica adeguata e di procedure idonee a ottenere risultati sicuri riducendo i potenziali rischi e monitorando nel tempo l'adeguatezza e la qualità». Per ottenere tali risultati il Piano individua una serie di linee di intervento fra cui:

- la promozione di studi di ricerca applicata e di soluzioni tecnologiche e organizzative per migliorare l'aderenza terapeutica
- l'implementazione di strumenti di ICT di aiuto alla prescrizione con *warning* per interazioni e controindicazioni
- la definizione di modalità organizzative che consentano equità di accesso alle terapie e alle tecnologie, valorizzando le competenze dei centri specializzati a più alto livello di organizzazione
- la formazione continua dei pazienti e degli operatori sull'uso appropriato delle terapie e delle tecnologie.

Un focus specifico viene dedicato al ruolo della Sanità Digitale per potenziare continuità, qualità, efficacia, efficienza e appropriatezza della presa in carico del paziente cronico. Considerata la complessità delle reti assistenziali sul territorio, si evidenzia la rilevanza d'impiego dei «sistemi informativi «esperti» in grado di monitorare i percorsi diagnostico-terapeutici e di migliorare l'appropriatezza assistenziale (attraverso una attività di audit integrato basata su

indicatori di processo ed esito)». Sistemi di questo tipo devono consentire di monitorare costantemente le tappe del Piano di Cura, le performance dei diversi soggetti professionali coinvolti, l'aderenza dei pazienti ai *follow-up* previsti. Certamente la realizzazione di questi obiettivi passa per il compimento e la diffusione del sistema Fascicolo Sanitario Elettronico.

Peraltro, viene sottolineata l'importanza di cogliere i vantaggi derivanti dalla diffusione dei dispositivi mobili e dei sensori indossabili, quali fattori che possono favorire lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali basati sull'*empowerment* dei cittadini, sostenendo la prevenzione e la qualità della vita. Mentre si guardano le opportunità che sistemi di modellazione dei percorsi di cura e di gestione multi-utente del paziente cronico (fondati su basi dati integrate sia cliniche che organizzative) potranno offrire per facilitare il coordinamento e la collaborazione delle reti di assistenza, nonché la realizzazione di percorsi assistenziali personalizzati, integrati e multi-disciplinari.

Per quanto riguarda infine l'impiego della Telemedicina il Piano offre una serie ben delineata di linee di intervento (a partire dalle Linee di indirizzo nazionali del 2014):

1. sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Teleassistenza domiciliare, Teleconsulto specialistico, Telemonitoraggio, Telesorveglianza, Telecontrollo, Telesoccorso, Teleallarme)
2. analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica
3. diffondere nei cittadini, nei pazienti, negli operatori e nelle istituzioni la cultura della telemedicina
4. potenziare percorsi di formazione e aggiornamento continuo per gli operatori dei servizi di telemedicina
5. produrre studi di fattibilità e di analisi costo-beneficio e condividere le esperienze in telemedicina.

10b.4. Una analisi esplorativa dei bisogni emergenti degli *stakeholder*

Nei prossimi anni la spinta innovativa delle Regioni dovrà confrontarsi con il salto di qualità atteso dall'attuazione del PNC. Da questo punto di vista è apparso utile approfondire i passi avanti

compiuti, le questioni aperte e i bisogni insoddisfatti nella percezione dei diversi attori protagonisti e partecipi della trasformazione in atto, per delineare un primo quadro prospettico delle linee evolutive del sistema dei servizi territoriali, fornito nel *Working Paper Assobiomedica-ISIMM Ricerche (2018), I nuovi modelli di assistenza sul territorio e*

Tabelle 10b.1. Una mappa tematica dei bisogni emergenti degli *stakeholder*

Direzioni regionali	Operatori socio-sanitari
Stratificazione e targeting della popolazione	
<ul style="list-style-type: none"> Potenziare l'uso delle piattaforme per sfrutarne le potenzialità predittive di individuazione dei soggetti a rischio da avviare verso PA personalizzati Generare le evidenze scientifiche, per validare i risultati delle piattaforme anche sui dati clinici e documentarne l'efficacia nell'identificazione e presa in carico dei soggetti cronici e fragili Allargare la base informativa delle piattaforme ai dati socio-sanitari e socio-assistenziali Promuovere un cambiamento culturale ai vari livelli dei servizi sanitari regionali, coinvolgendo tutta la filiera manageriale e assistenziale, per ottenere un impatto diffuso delle nuove piattaforme 	<ul style="list-style-type: none"> Superare l'eccessiva standardizzazione dei percorsi di presa in carico, legata alle piattaforme di <i>population-management</i>, valorizzando i dati delle attività socio-assistenziali Adattare le piattaforme digitali alle peculiarità dei diversi modelli regionali e locali delle cure territoriali, superando un eccesso di standardizzazione
Prevenzione e promozione della salute	
<ul style="list-style-type: none"> Coinvolgere più attivamente le nuove aggregazioni territoriali strutturali/funzionali dei MMG nei programmi di prevenzione Promuovere processi di integrazione/coordinamento dei servizi socio-sanitari per includere anche la componente sociale negli interventi di prevenzione 	<ul style="list-style-type: none"> Valorizzare il lavoro in <i>équipe</i> del MMG e integrare la dimensione sociale accanto a quella sanitaria Sviluppare forme di collaborazione più avanzate con il sistema pubblico in attività congiunte di prevenzione Integrare organicamente le attività di promozione della salute nel macroprocesso di gestione cronicità
Organizzazione dei servizi territoriali per la presa in carico	
<ul style="list-style-type: none"> Favorire la condivisione di conoscenze, competenze e informazioni clinico-assistenziali per lo sviluppo delle reti multidisciplinari, sostenendo l'implementazione del FSE e dei <i>Clinical Decision Support System</i> Adattare i modelli teorici regionali di presa in carico alla pratica quotidiana sul territorio, coinvolgendo più attivamente il MMG Potenziare l'organizzazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e coinvolgere proattivamente paziente e familiari Investire nella formazione delle varie figure all'interno delle <i>équipe</i> multi-professionali Definire più compiutamente il ruolo di <i>case manager/ care manager</i> dell'infermiere, investendo in formazione e incentivi economici Implementare la cartella unica territoriale Mettere a regime il modello di <i>governance</i> interno alle Case della Salute, definendo più compiutamente ruoli e responsabilità Ridefinire gli accordi integrativi regionali con la MG, per superare i vincoli all'acquisizione dei fattori produttivi necessari per le aggregazioni dei MMG 	<ul style="list-style-type: none"> Operare una dislocazione di risorse dal sanitario al socio-assistenziale Valorizzare il ruolo di coordinamento del MMG nell'ambito delle <i>équipe</i> multi-disciplinari Valorizzare la componente socio-assistenziale per tener conto dei bisogni specifici e multi-dimensional di ciascun paziente Valorizzare il ruolo di coordinamento dell'infermiere nell'ambito delle <i>équipe</i> multi-professionali Definire nuove regole autorizzative e di accreditamento per il coinvolgimento attivo della rete socio-sanitaria integrata del privato sociale Potenziare la qualità e l'interoperabilità dei sistemi informativi per favorire la collaborazione fra le diverse componenti della rete assistenziale Investire maggiori risorse economiche per il potenziamento delle aggregazioni strutturali della MG
Integrazione socio-sanitaria per la presa in carico	
<ul style="list-style-type: none"> Realizzare un coordinamento più strutturato con le attività socio-assistenziali dei Comuni, valorizzando il ruolo delle aggregazioni della MG Potenziare la diffusione dei PAI, favorendo una progressiva personalizzazione dei PDTA standard Ridisegnare l'intero processo regionale ADI con la messa a punto di un sistema informativo unico Potenziare l'impiego della Telemedicina a domicilio, anche prevedendo una tariffa dedicata 	<ul style="list-style-type: none"> Potenziare il ruolo dei Comuni nella programmazione e nello sviluppo dei servizi socio-assistenziali Ridurre la frammentazione dell'offerta e le asimmetrie informative per favorire il diritto di fruizione dei servizi e l'equità di accesso Implementare un'efficacia regia pubblica per il governo della domanda e dell'offerta socio-sanitaria, anche per ridurre le sperequazioni territoriali Codificare e finanziare i LivEAS per l'effettiva fruizione dei servizi socio-assistenziali Trasferire risorse dall'ospedale all'assistenza domiciliare Garantire un maggiore equilibrio nell'ADI fra la componente sanitaria e quella socio-assistenziale Promuovere la costruzione di una cartella clinica digitale unica per l'ADI Prevedere linee di investimento regionali per la Sanità Digitale nell'ADI

Direzioni regionali	Operatori socio-sanitari
Erogazione interventi personalizzati ed empowerment del paziente	
<ul style="list-style-type: none"> Definire più compiutamente il grado di formalizzazione del Patto di Cura nei percorsi assistenziali Identificare più chiaramente le fasce di bisogni/pazienti da coinvolgere nei PAI Investire maggiori risorse nei sistemi informativi e digitali per la gestione di PAI e Patto di Cura Coinvolgere i <i>caregiver</i> nei programmi per lo sviluppo delle capacità di auto-cura del paziente cronico Promuovere programmi di Educazione Terapeutica strutturata in collaborazione con le Associazioni di volontariato 	<ul style="list-style-type: none"> Valorizzare i servizi socio-assistenziali nel processo di personalizzazione dei percorsi assistenziali Valorizzare le conoscenze e i saperi di paziente, <i>caregiver</i> e OSS rispetto ai saperi professionali medici Sviluppare forme di partenariato degli enti sanitari territoriali con il privato sociale Valorizzare il ruolo peculiare delle Associazioni di volontariato, coinvolgendole nei percorsi assistenziali senza logiche strumentali
Valutazione della qualità delle cure erogate	
<ul style="list-style-type: none"> Sviluppare strumenti di valutazione che considerino integralmente tutte le dimensioni della qualità delle cure e della vita: efficacia, efficienza, accessibilità, accettabilità, sicurezza, equità Promuovere strumenti di misura strettamente connessi ai percorsi assistenziali e capaci di favorire valutazioni anche in itinere Promuovere il <i>record-linkage</i> fra diverse fonti e sistemi informativi, per ricavare indicazioni su performance professionisti e organizzazioni territoriali e sui trend di sistema Integrare nei database regionali i dati sulle attività socio-assistenziali, per valutare l'assistenza territoriale nel suo complesso Includere stabilmente il punto di vista del paziente nei sistemi di valutazione della qualità dei servizi sia su aspetti strutturali che su fattori relazionali 	<ul style="list-style-type: none"> Promuovere lo sviluppo di una nuova cultura della valutazione, finalizzata al miglioramento continuo e alla produzione di valore, prima che alle verifiche procedurali e burocratiche Arricchire i <i>database</i> sanitari con un <i>set</i> strutturato di dati sulle attività socio-assistenziali Coinvolgere il paziente nella definizione degli obiettivi di valutazione fin dall'inizio del suo percorso di cura, favorendone la personalizzazione
Sviluppo dei sistemi informativi e digitali e della Telemedicina	
<ul style="list-style-type: none"> Investire nelle attività di formazione continua dei pazienti e degli operatori per sostenere la diffusione a largo spettro delle piattaforme digitali Sviluppare regole comuni con l'industria per un'adeguata certificazione dei <i>device</i> esterni al SSN e un'idonea verifica dell'adattabilità dei dati Definire modalità di accesso di APP e sensori nel circuito del SSN, definendo modalità e protocolli di prescrizione, gestione e rimborso Definire pacchetti di prestazioni di Telemedicina articolati in base al livello di complessità dei bisogni assistenziali Accrescere le linee di investimento dedicate ai servizi di Telemedicina Raccogliere robuste evidenze scientifiche sui profili di costo-efficacia e di appropriatezza dei servizi di Telemedicina, attraverso appositi <i>trial</i> clinici Regolare la condivisione dei dati sanitari con i centri esterni di Telemedicina, in modo da includere tali dati nel flusso informativo pubblico e valorizzarli nella programmazione sanitaria regionale e locale Utilizzare gli strumenti innovativi di <i>public procurement</i> previsti dal nuovo Codice degli Appalti (PPP, partenariato per l'innovazione) per sviluppare l'innovazione digitale nell'assistenza territoriale Sviluppare i necessari <i>skill</i> professionali interni alla PA per costruire e gestire accordi di partenariato Stimolare l'industria alla logica del partenariato, attraverso l'offerta di soluzioni più flessibili e personalizzate e la messa a disposizione di <i>team</i> professionali di alta qualificazione 	<ul style="list-style-type: none"> Potenziare il circuito di formazione per operatori e cittadini per ridurre il <i>digital divide</i> Accrescere la massa critica di investimenti pubblici per la Sanità Digitale e la Telemedicina Riprogettare profondamente i processi organizzativi grazie all'introduzione degli strumenti di Sanità Digitale Calare i servizi di Telemedicina nei percorsi assistenziali sul territorio, riprogettando i processi e le interazioni fra i diversi attori coinvolti Coinvolgere pienamente il MMG nella riprogettazione dei percorsi assistenziali, abilitati dalle piattaforme digitali Far accedere i servizi digitali e la Telemedicina nei LEA con schemi di rimborsabilità ad hoc Produrre evidenze scientifiche che misurino impatto ed efficacia dei servizi digitali e di Telemedicina Definire inattaccabili protocolli per la sicurezza e la <i>privacy</i> dei dati Garantire trasparenza sulle regole di programmazione degli algoritmi Superare le pregiudiziali e le resistenze della PA allo sviluppo del partenariato pubblico-privato Avvalersi del partenariato come volano per un più efficace utilizzo dei fondi strutturali europei, generando risorse aggiuntive per gli investimenti sul territorio Aggiornare la normativa sui contratti pubblici e renderla più trasparente
Nuovi modelli di remunerazione e di finanziamento integrati dei servizi socio-sanitari	
<ul style="list-style-type: none"> Sperimentare combinazioni di diverse tipologie specifiche di remunerazione per la cronicità, al fine di promuovere l'integrazione dei servizi Superare il sistema attuale fondato sulla remunerazione delle singole prestazioni della filiera socio-sanitaria Rimodulare la contabilità regionale e aziendale della spesa territoriale per percorsi assistenziali, in modo da ottenere una visione contabile unitaria delle nuove filiere di assistenza socio-sanitaria integrata Promuovere la sperimentazione di modelli regionali a regia pubblica per il coordinamento del <i>welfare</i> integrativo, al fine di accrescere la quota di spesa sanitaria privata intermediata e indirizzarla alla copertura dei rischi socio-sanitari più diffusi 	<ul style="list-style-type: none"> Valorizzare congruamente le prestazioni socio-assistenziali nella definizione di forme unitarie di remunerazione dei percorsi assistenziali per la cronicità Destinare a livello nazionale e regionale risorse mirate per l'attuazione del Piano Nazionale Cronicità, in particolare per i servizi socio-assistenziali Promuovere una rappresentazione contabile unitaria della filiera territoriale, per rafforzare la programmazione integrata dei servizi socio-sanitari fra ASL/ Distretti e Comuni Promuovere forme di coordinamento pubblico-privato del <i>welfare</i> integrativo, per evitare dispersione di risorse, ridurre la spesa <i>out of pocket</i> e aumentare quella intermediata a copertura dei rischi socio-sanitari più diffusi Indirizzare il mutualismo verso la <i>Long Term Care</i>, le fragilità sociali, l'assistenza domiciliare, l'impiego degli strumenti di Sanità Digitale Coinvolgere tutti i soggetti interessati nei progetti di coordinamento regionale del <i>welfare</i> integrativo (terzo settore, volontariato, sindacati, fondi integrativi, enti di mutuo soccorso, fondi aziendali) Promuovere campagne informative e azioni territoriali congiunte pubblico-privato per la promozione della salute e l'educazione ai corretti stili di vita

i servizi a valore aggiunto dell'industria. A tale scopo sono state realizzate una serie di interviste in profondità – mediante un questionario semistrutturato – con rappresentanti apicali delle Direzioni regionali competenti in materia, in Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Veneto e con alcuni dei principali operatori della filiera socio-sanitaria (Feder-sanità ANCI, Federsolidarietà Confcooperative, Fondazione Easycare, UniSalute, Legacoopsociali).

A partire dalle indicazioni contenute nel PNC, le interviste sono state condotte – fra giugno e settembre 2018 – tenendo in considerazione otto dimensioni chiave:

1. stratificazione e *targeting* della popolazione
2. prevenzione e promozione della salute
3. organizzazione dei servizi territoriali per la presa in carico
4. integrazione socio-sanitaria per la presa in carico
5. erogazione di interventi personalizzati ed *empowerment* del paziente
6. valutazione della qualità delle cure erogate
7. sviluppo dei sistemi informativi e digitali e della Telemedicina
8. nuovi modelli di remunerazione e di finanziamento integrati dei servizi socio-sanitari.

Rimandando al *Working Paper* per una analisi dettagliata degli spunti tematici emersi nell'indagine, la Tabella 10b.1. ne riassume le evidenze principali, mettendo a confronto diretto la prospettiva delle Direzioni Generali e il punto di vista degli operatori socio-sanitari.

10b.5. Conclusioni

In linea generale, dagli incontri con gli interlocutori regionali, emerge un quadro di piena cognizione sia dei passi avanti compiuti negli ultimi anni nella riorganizzazione dei servizi territoriali sia delle numerose questioni aperte, fra le quali vi è la necessità di recepire le indicazioni del Piano Nazionale della Cronicità, per arrivare ad una tendenziale convergenza dei modelli adottati e delle soluzioni organizzative implementate dalle singole Regioni. Ma sul punto l'im-

pressione è che al momento il sistema delle Regioni italiane non stia procedendo a velocità univoche.

Il Piano Nazionale della Cronicità costituisce in ogni caso la cornice di riferimento all'interno della quale lavorare nella prospettiva di potenziare la continuità assistenziale, spostando sempre più risorse dall'ospedale al territorio, anche avvalendosi delle opportunità offerte dai sistemi informativi e digitali e dalla Telemedicina. In particolare, è stata sottolineata la necessità di accompagnare gli investimenti in tecnologie digitali con una graduale riprogettazione dei sistemi organizzativi e dei processi sul territorio, per garantire agli investimenti stessi sostenibilità e consolidamento nel tempo. L'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico appare come l'infrastruttura chiave per abilitare i nuovi modelli di assistenza territoriali.

Dal punto di vista degli operatori della filiera socio-sanitaria per un verso spicca il riconoscimento – pur a fronte di un *puzzle* fortemente eterogeneo – degli sforzi compiuti negli ultimi anni da alcune Regioni nella riorganizzazione dei servizi assistenziali sul territorio per rispondere ai bisogni emergenti dei pazienti cronici, polipatologici, non autosufficienti e anziani, per un altro verso si evidenziano le difficoltà riscontrate in quelle stesse Regioni nella *governance* del nuovo sistema e nel passaggio dalla teoria alla pratica. Si tratta di una distanza fra i modelli previsti dai programmati regionali nelle diverse delibere e l'operatività manageriale/assistenziale a livello di azienda, distretto e aggregazioni territoriali, per arrivare al singolo medico e operatore, in particolare per quanto riguarda l'effettiva integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali.

Questo iato è percepibile dai cittadini, che ottengono risultati non sempre all'altezza dei propri bisogni concreti e delle aspettative generate dai nuovi modelli, peraltro con una notevole disparità territoriale di accesso ai servizi, anche all'interno della stessa Regione. In tale prospettiva l'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità potrebbe essere la strada per ridurre le disuguaglianze territoriali e l'eccessiva divergenza dei singoli modelli regionali, valorizzando il ruolo del MMG all'interno di *équipe* multi-disciplinari e multi-professionali e potenziando assistenza do-

miciliare e prestazioni socio-assistenziali, quali snodi cruciali della presa in carico sistematica del paziente cronico. Ma tutto dipenderà dalle scelte politiche che saranno agite in merito alle risorse da destinare ai necessari investimenti organizzativi, professionali e tecnologici.

Riferimenti bibliografici

- Barnett K., Mercer S.W., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B. (2012), *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*, Lancet, 380(9836):37-43
- Berwick D., Nolan T., Whittington J. (2008), *The triple aim: care, health and cost*, Health Affairs, 27: 759-69
- Dobrzykowski, D., Deilami, V. S., Hong, P., & Kim, S. C. (2014), *A structured analysis of operations and supply chain management research in healthcare (1982–2011)*, International Journal of Production Economics, 147, 514-530
- Fantini M. P., Pieri G, Rosa S., Caruso B., Rossi A., Pianori D., Longo F. (2015), *Definire e programmare le Cure Intermedie nella filiera dei servizi per la fragilità e gli anziani: metodi ed evidenze dal caso della Regione Emilia Romagna*, MECOSAN, 93, 75-97
- Fenton J.J., Jerant A.F., Bertakis K.D., Franks P. (2012), *The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality*, Arch Intern Med (172):405-411
- Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K., Starfield B.H., Adair C.E., McKendry R. (2003), *Continuity of care: a multidisciplinary review*, British Medical Journal, 327, pp. 1219-21
- Kim, J. Y., Farmer, P., Porter, M. E. (2013), *Redefining global health-care delivery*, The Lancet, 382(9897): 1060-1069
- Kindig, D.A. (2007), *Understanding Population Health Terminology*, The Millbank Quarterly, 85(3): 139-61
- Langabeer II, J. R., Nagtalon-Ramos, J., Msn, C., & Helton, J. (2015), *Healthcare operations management*, Jones & Bartlett Publishers
- Manary M. P., Boulding W., Staelin R., Glickman S.W. (2013), *The Patient Experience and Health Outcomes*, N Engl J Med 2013; 368:201-203
- Morando V., Prenestini A., Rappini V. (2017), *Lo sviluppo della Case della Salute: analisi e riflessioni sui risultati del primo censimento nel Servizio Sanitario Nazionale* in Rapporto OASI 2017, CER-GAS Bocconi, Milano, EGEA
- Pesaresi F. (2013), *Le funzioni dei Punti Unici di Accesso*, WelfareOggi, 9 (1):15-22
- Pesaresi F. (2013), *L'organizzazione dei Punti unici di accesso*, WelfareOggi, 9 (2): 55-63
- Raghupathi W., Raghupathi V. (2014), *Big data analytics in healthcare: promise and potential*, Health Information Science and Systems, (2)3
- Rennke S., Nguyen O.K., Shoeb M.H., Magan Y., Wachter R.M., Ranji S.R. (2013), *Hospital-initiated transitional care interventions as a patient strategy*, Annals of Internal Medicine, 158, 433-441
- Shepperd S., Lannin N.A., Clemson L.M., McCluskey A., Cameron I.D., Barras S.L. (2013), *Discharge planning from hospital to home (Review)*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD000313
- Tozzi V.D. (2010), *Le spinte al cambiamento dell'assistenza territoriale in Italia* in Corsalini E., Vendramini E. (a cura di) *Integrare la rete dei servizi territoriali: contenuti, forme e risultati delle best practices in Italia*, Milano, EGEA
- Valentijn P., Angus L., Boesveld I., Nurjono M., Ruwaard D., Vrijhoef H. (2017), *Validating the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tool: results from three pilot studies*, in The Netherlands, Singapore and Australia, International Journal of Integrated Care, 17(3)

ENGLISH SUMMARY

The territorial healthcare models to rise up to the challenge of the National Plan for Chronic Patients: an explorative analysis of emerging needs

Over the last decade, the challenge of reorganizing territorial services has emerged as one of the key issues around which the transformation of the National Health Service is hinged. The direction of this change has been decided - first and foremost - by the reforms of the Regional Health Services. The result is a multi-dimensional kaleidoscope of regional models and business solutions arising, on the one hand, from the need to respond more effectively to the emerging characteristics of the new health demand and, on the other, to create new profiles of economic sustainability and cost control of the health system.

The new models of territorial services are based on the reorganization of primary care and on the testing of different configurations of healthcare and social-health facilities halfway between hospital and home, capable of meeting - in particular - the needs of the increasing share of chronic, as well as fragile, elderly and multimorbidity patients, whose care needs are determined by both clinical and social factors. Taking care of this type of patients requires the design of network models.

Bearing this in mind, the Regions have defined pathways based on an extensive network of structures and methods of providing services, with a view to exploiting also the opportunities offered by the new technologies for the early detection of diseases having a high social impact and by digital health and Telemedicine tools.

In this regard, there is a drive towards forms of association of General Practitioners (GPs), through the creation of multi-professional and multidisciplinary groups, by also involving professionals such as nurses and social-healthcare workers, in addition to the outpatient structures' specialists.

Most of the new integrated regional models for

health and social-healthcare interventions are based on the configuration of Diagnostic, Therapeutic and Care Pathways (DTCPs).

In this perspective, the choices of governance and planning instruments - made by the various Regions to ensure the necessary structural and / or functional integration processes, starting from the stratification of demand and the identification of the target sub-populations - become fundamental, as a condition for guiding the healthcare process. Meanwhile, ever more personalized care profiles are being shaped, through the adoption of Individual Healthcare Plans (IHP) particularly to the benefit of patients in more highly complex health and socio-care conditions.

The innovative drive to redesign vertical and horizontal interdependencies within the new territorial healthcare models has also resulted in an effort to redesign and enhance information flows, as a pivot on which to build the integrated processes for taking care of patients along the hospital-territorial continuum segment.

Over the last decade, the availability of digital tools - such as electronic medical records, digital medical prescriptions, the electronic health record and telemedicine - has provided the opportunity of connecting doctors, patients, facilities and information in a more profitable way. With the current new wave of innovative technologies - such as mobile health, the Internet of things, big data analytics, cloud computing, artificial intelligence, medical genomics and collaborative robotics - there is the possibility of radically redesigning the health systems towards a real innovation ecosystem, by developing new digital services to the benefit of policy-makers, doctors and patients. These high-tech services can rise up to the main challenges that the new territorial care

models are facing within the social-health sector and the hospital-territorial segment.

The heterogeneity of regional models and the many issues still on the table show the need to start a new phase of development of territorial services.

The awareness of this necessary qualitative leap forward has been ratified by the launch of the National Plan for Chronic Patients (NPCP). It "stems from the need to harmonize the national activities in this field, by proposing a document shared with the Regions which - consistently with the availability of economic, human and structural resources - can identify a joint strategic plan aimed at promoting interventions based on a single approach, centered on the person and oriented to a better organization of services and full empowerment and accountability of all the actors operating in the healthcare sector".

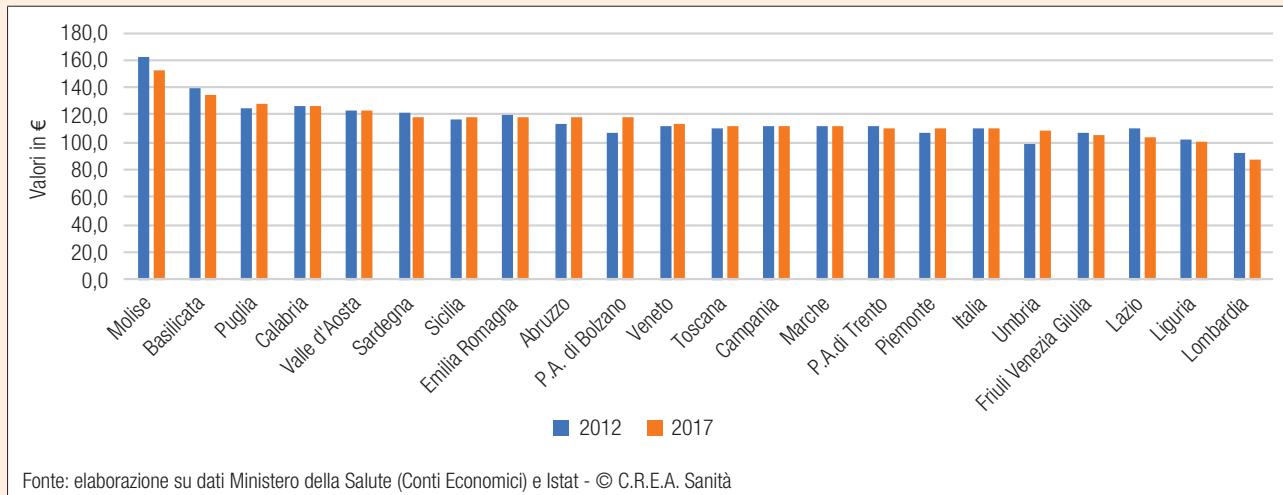
In the coming years, the Regions' innovative drive shall deal with the qualitative leap forward expected from the NPCP implementation. From this viewpoint, it is useful to delve into the progress made, the outstanding issues and the unmet needs in the perception of the various protagonists of the transformation under way, with a view to defining a first prospective framework of the territorial services' evolution. To this end, a series of in-depth interviews have been made with the top representatives of the regional departments responsible for these matters and with some of the main social-healthcare operators.

The result has been a full picture taking stock of

the progress recently made in reorganizing the territorial services and showing that the Italian regions are not proceeding at the same pace.

The NPCP, however, is the reference framework within which to work in view of enhancing care continuity, by shifting an increasing amount of resources from hospitals to territorial services and also taking advantage of the opportunities provided by the IT and digital systems, as well as by Telemedicine. In particular, the need has been underlined to match investment in digital technologies, with a gradual redesign of the organizational systems and processes at territorial level, with a view to ensuring that investment is sustainable and enhanced over time. The implementation of the Electronic Health Record seems to be the key infrastructure to enable the new territorial healthcare models. From the social and healthcare operators' viewpoint, on the one hand there is the recognition of the efforts made in recent years by some Regions in reorganizing the territorial healthcare services to meet the chronic patients' emerging needs while, on the other, there are the difficulties incurred by these same regions in governing the new system and in shifting from theory to practice. It is a distance between the models envisaged by the regional planners in the various resolutions and the managerial / care operations at health unit's, district and territorial levels, so as to reach the individual doctor and operator, particularly regarding the actual integration of health, social and care services.

KI 10.1. Spesa pro-capite per medicina di base

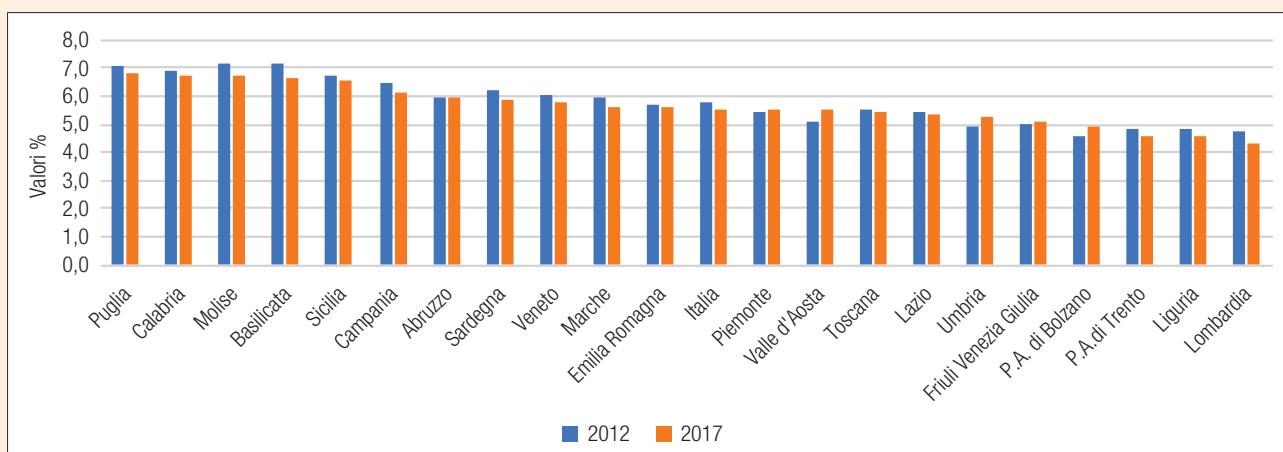


Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute (Conti Economici) e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Questo indicatore analizza la spesa per medicina di base (da convenzione) utilizzando i 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. Secondo il modello di rilevazione, sono compresi medici di base, pediatri di libera scelta, guardia medica e consultori familiari. Nel 2017 si spendono in Italia € 109,7 per residente per medicina di base, valore in leggero diminuzione rispetto al 2012, quando ammontava a € 110,5 (-0,7%). A livello territoriale emerge una certa disomogeneità tra le Regioni: gli estremi della forbice sono gli stessi sia nel 2012 che nel 2017; in Lombardia la spesa pro-capite per medicina di base più bassa (€ 91,6 nel 2012 e € 87,1 nel 2017), in Molise la più alta (€ 162,0 nel 2012 e € 152,1 nel 2017).

Nel 2017, registrano una quota di spesa pro-capite inferiore alla media nazionale 5 Regioni, tutte del Centro-Nord. Tra il 2012 e il 2017 la spesa per medicina di base si è ridotta in Lombardia, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Molise, Campania, Basilicata e Sardegna.

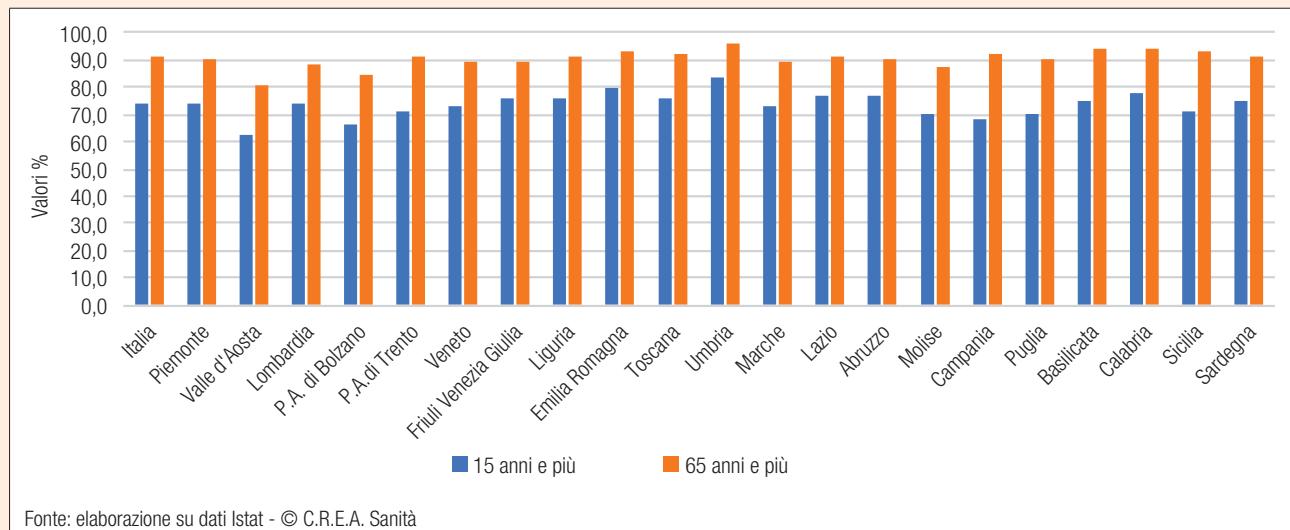
KI 10.2. Incidenza della spesa per la medicina di base sulla spesa sanitaria pubblica



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

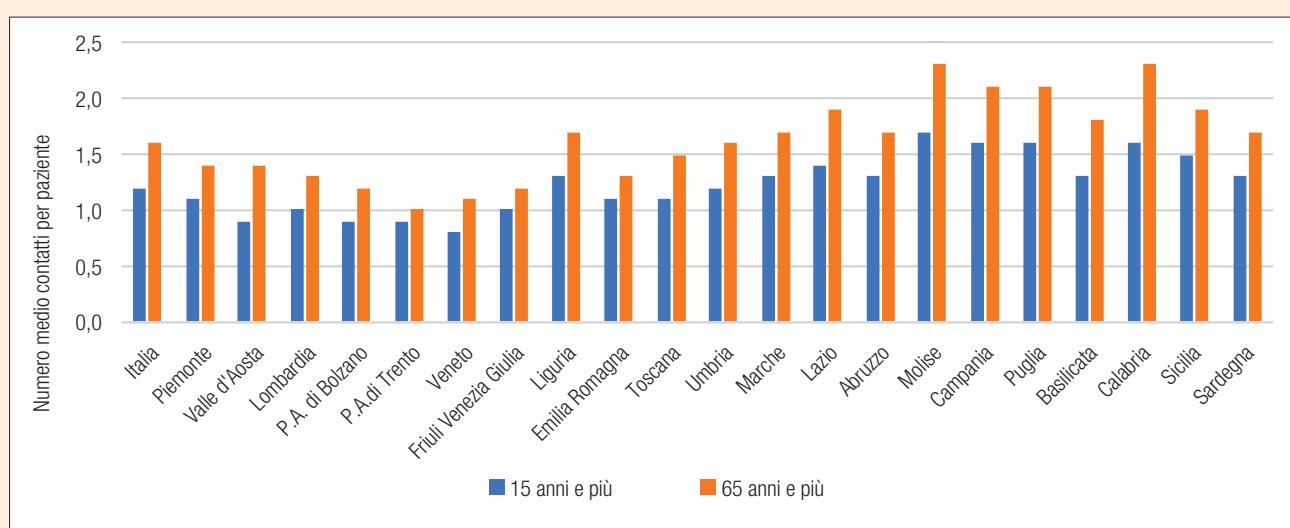
Questo indicatore analizza la quota di spesa per medicina di base (da convenzione) sulla spesa totale (costo della produzione) in base ai dati forniti dal Ministero della Salute e desunti dal Conto Economico (CE) di Aziende sanitarie locali (ASL), Aziende ospedaliere (AO) e, dal 2003, Istituti di ricovero 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. Nel 2017 per la medicina di base si spende in Italia il 5,5% della spesa totale, valore in leggero calo (-0,2 punti percentuali) rispetto al 2012, quando la quota era pari al 5,7%.

A livello territoriale emerge una certa disomogeneità tra le Regioni: il grafico mostra chiaramente come la quota sia più alta nelle Regioni meridionali rispetto a quelle del Centro-Nord. Nel 2017 la forbice va dal 4,3% della Lombardia al 6,8% della Puglia.

KI 10.3. Quota di residenti di 15 anni e più e 65 anni e più che hanno fatto ricorso al medico di famiglia. Anno 2015

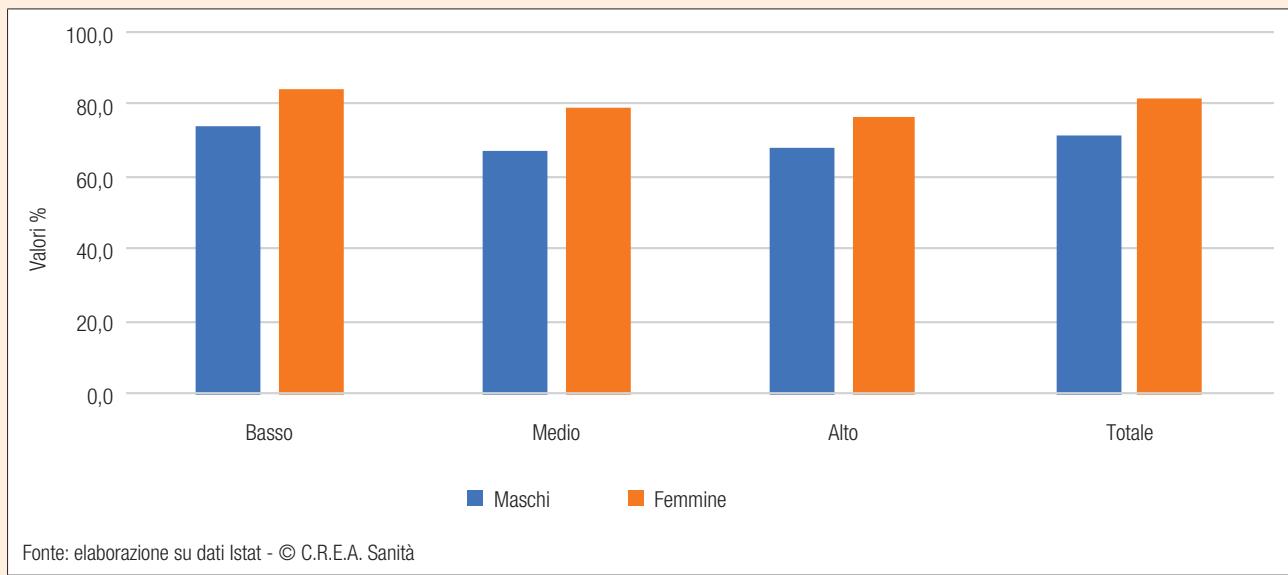
Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Questo indicatore analizza la quota di persone di 15 anni e più e 65 anni e più che nel 2015 hanno fatto ricorso al medico generico. Nel 2015, il citato indicatore raggiunge a livello nazionale il valore del 74,0% tra coloro che hanno 15 anni e più e il 90,9% tra coloro che hanno 65 anni e più. A livello territoriale emerge una certa disomogeneità tra le Regioni: i tassi più elevati per la popolazione *over* 15 anni e più sono stati raggiunti in Umbria ed Emilia Romagna (rispettivamente l'83,9% e il 79,5%); sul fronte opposto la Valle d'Aosta con il 62,5% e la P.A. di Bolzano con il 66,4%. Per gli *over* 65, i tassi più alti sono stati raggiunti dalla Basilicata (94,5%) e dalla Calabria (il 94,3%); anche in questo caso è la Valle d'Aosta la Regione nella quale l'indicatore raggiunge il suo valore più basso (80,5%).

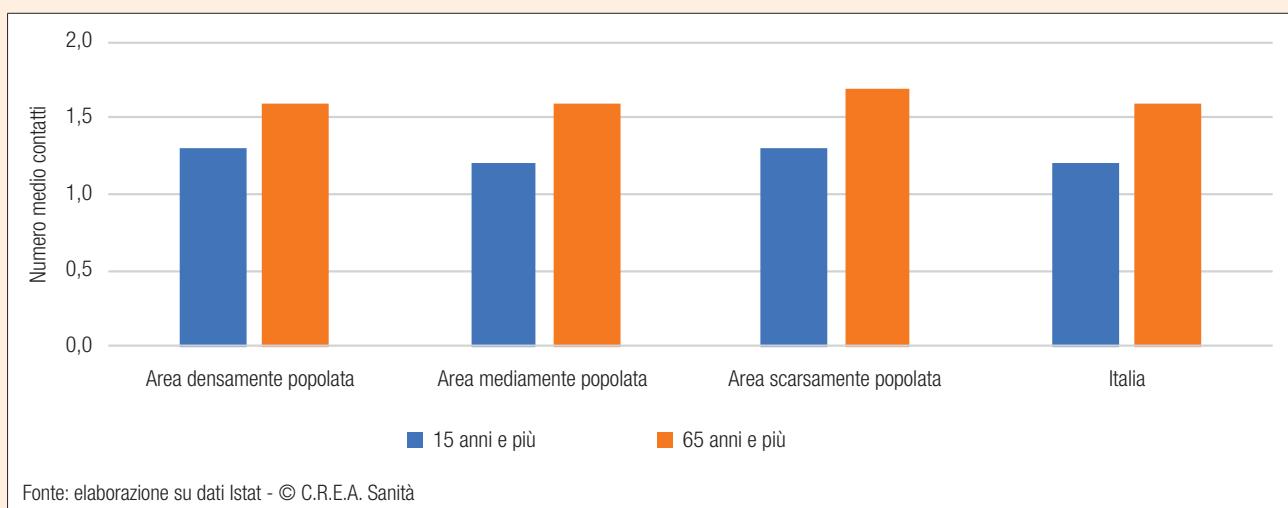
KI 10.4. Numero medio di contatti che le persone di 15 anni e più e 65 anni e più hanno avuto con il medico di famiglia. Anno 2015

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

Questo indicatore analizza il numero medio di contatti che le persone di 15 anni e più e 65 anni hanno avuto nel corso del 2015 con il medico di famiglia. Nel 2015, le persone con 15 anni e più hanno avuto in media 1,2 contatti con il medico di famiglia, 1,6 contatti quelli che hanno 65 anni e più. A livello territoriale emerge una certa disomogeneità tra le Regioni: il grafico mostra che il numero medio di contatti è stato più elevato in Molise (1,7), Campania (1,6), Puglia (1,6) e Calabria (1,6) per quanto riguarda coloro che hanno più di 15 anni; mentre sul versante opposto si posizionano il Veneto, la valle d'Aosta e le due PP.AA. di Trento e Bolzano (0,8 contatti la prima e 0,9 le altre). Tra coloro che hanno 65 anni e più, invece, il numero medio di contatti con il medico di famiglia raggiunge il suo valore massimo in Molise e Calabria (entrambe 2,3), mentre il valore minimo è stato registrato dalla P.A. di Trento (1,0).

KI 10.5. Quota di residenti che hanno fatto ricorso al medico di famiglia per sesso e titolo di studio. Anno 2015

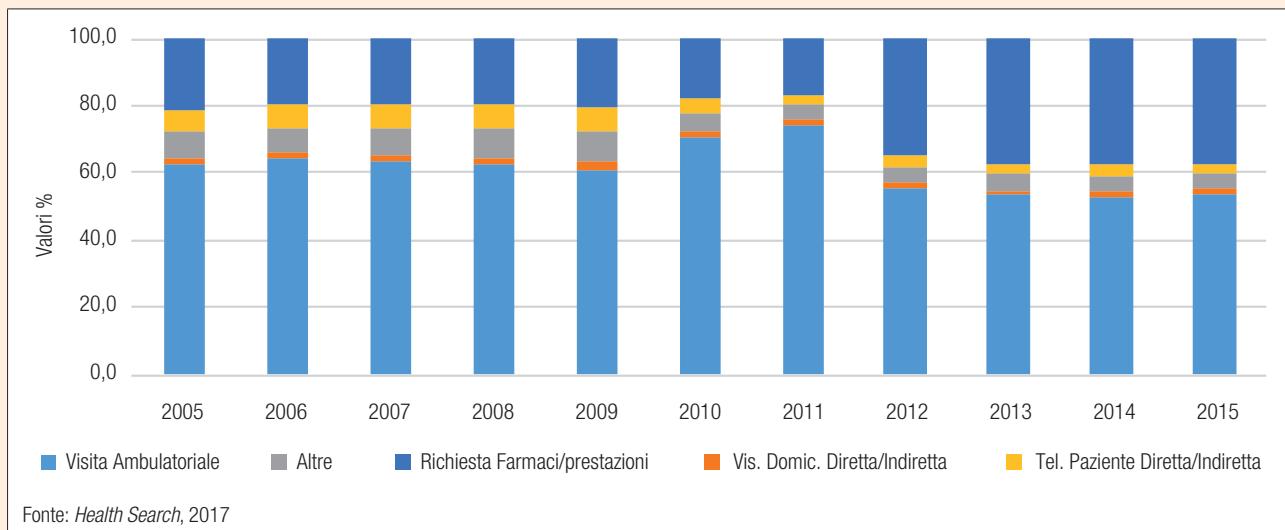
Questo indicatore analizza la quota di persone, distinta per genere e per titolo di studio, che nel 2015 si è rivolta al medico di famiglia. Il grafico evidenzia come nel 2015, con riferimento al genere maschile, siano stati soprattutto gli uomini con un livello di istruzione più basso a rivolgersi al medico di famiglia, mentre non è apprezzabile una differenza significativa tra coloro che hanno un livello medio e alto di istruzione. Per quanto riguarda il genere femminile, invece, sebbene sia apprezzabile la medesima tendenza riscontrata per il genere maschile (ovvero che sono le donne meno istruite quelle che più frequentemente ricorrono al medico di famiglia), è possibile evidenziare come in genere le donne tendano a consultare maggiormente il medico di famiglia rispetto agli uomini indipendentemente dal livello di istruzione dei due generi.

KI 10.6. Numero medio di contatti con il medico di famiglia per persone di 15 anni e più e 65 anni e più per grado di urbanizzazione. Anno 2015

Questo indicatore analizza il numero medio di contatti che hanno avuto nel 2015 le persone di 15 anni e più e di 65 anni e più per grado di urbanizzazione della zona in cui risiedono.

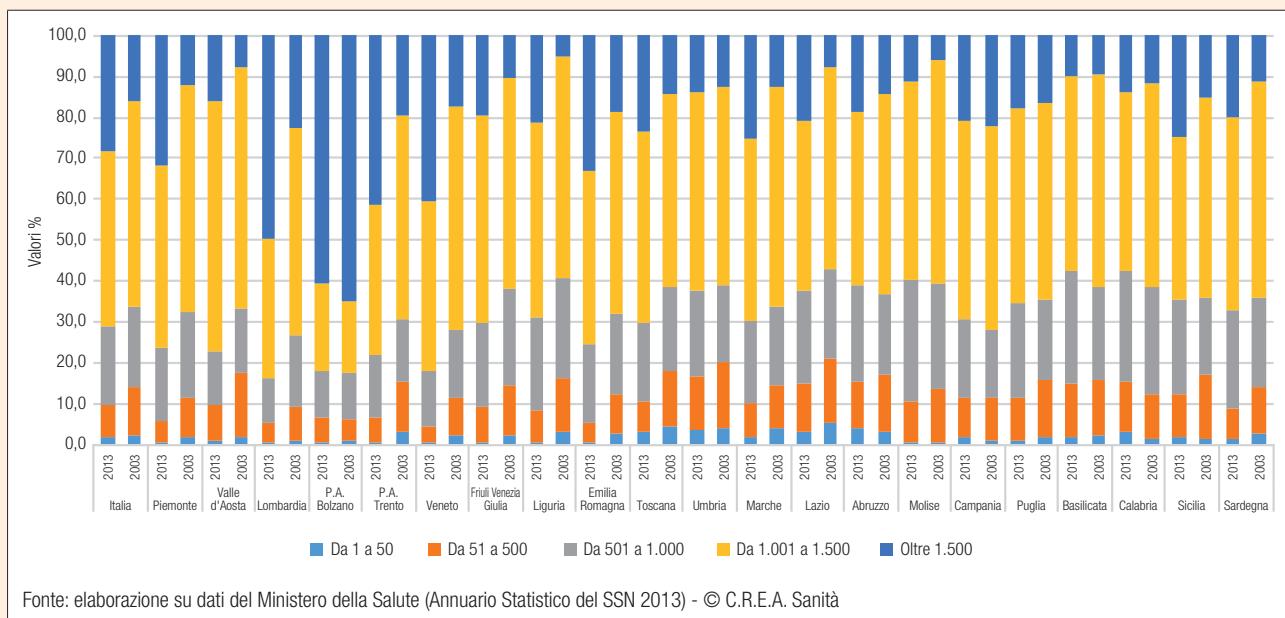
Il grafico evidenzia come nel 2015, sebbene le persone di 65 anni e più tendano maggiormente a contattare il medico di famiglia rispetto alla altra classe di età analizzata, non siano apprezzabili differenze significative nel numero medio di contatti tra le diverse aree di urbanizzazione considerate nell'analisi. Ad esempio, con riferimento ai soggetti di 15 anni e più, l'analisi ha evidenziato che il numero medio di contatti è il medesimo sia che le richiamate persone risiedano in una zona densamente popolata ovvero scarsamente popolata. Analogi confronti può essere fatto per la classe di età 65 anni e più, dove il numero medio di contatti con il medico di famiglia è il medesimo sia per i residenti delle aree densamente popolate che per quelle mediamente popolate.

KI 10.7. Composizione delle visite generiche per tipologia



Analizzando la distribuzione percentuale per tipo di visita MMG-paziente avvenuta negli anni 2005-2015, si nota come in tutti gli anni la maggior parte dei contatti medico-paziente sia rappresentato dalle visite di tipo "ambulatoriale". Questa tipologia di visita ha mostrato un incremento negli anni 2010 e 2011 (arrivando, rispettivamente, a 70,5% e 74,1%), per poi diminuire progressivamente negli anni successivi (fermandosi al 53,6% nel 2015). A questo andamento si contrappone la quota di contatti per effettuare una richiesta di farmaci e prestazioni, che è aumentata notevolmente negli ultimi anni (dal 21,1% del 2005 al 37,2% del 2015). Infine, le visite domiciliari, così come le telefonate al paziente o altri tipi di prestazioni (es. consultazione cartelle cliniche) rappresentano una percentuale più bassa del carico di lavoro complessivo del MMG in tutti gli anni considerati.

KI 10.8. MMG per classi di scelta. Anno 2013



L'indicatore mostra come in Italia nel 2013 (ultimo anno disponibile nell'Annuario del Ministero della Salute alla data in cui si scrive) 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.



Assistenza domiciliare

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 11

Assistenza domiciliare

Bernardini A.C.¹, d'Angela D.¹, Nenna F.G.²

11.1. Introduzione

Fin dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (Legge (L.) n. 833/1978) fra le "prestazioni di cura" (art. 25) viene identificata la possibilità di erogare prestazioni specialistiche al paziente presso il proprio domicilio: «*Le prestazioni specialistiche possono essere erogate anche al domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri*». Il D.Lgs n. 502/1992 (e successive modifiche ed integrazioni) ne disciplina i primi aspetti organizzativi all'interno delle funzioni e delle risorse del distretto; l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è indicata tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti socio-sanitari (art. 3-quinquies) e prevede (art. 9) che le prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare possano essere oggetto di fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei Livelli uniformi ed Essenziali di Assistenza (LEA).

Fra gli obiettivi generali del Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998/2000 viene definita la necessità di «*sviluppare le forme alternative al ricovero, mediante l'assistenza domiciliare integrata, quella semiresidenziale e l'ospedalizzazione a domicilio, favorendo l'integrazione fra le diverse forme di intervento*». L'ADI è considerata una delle forme assistenziali alternative al ricovero in quanto rispondente ai criteri di efficacia, economicità e umanizzazione, essendo anche in grado di assicurare la riduzione degli sprechi derivanti dalle ospedalizzazioni evitabili: «*Le cure domiciliari, e in particolare l'assistenza domiciliare integrata, rappresentano una base privilegiata*

di azione per garantire flessibilità ed efficacia agli interventi».

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/2001 nel definire i LEA inserisce l'ADI nell'ambito dell'assistenza distrettuale, in particolare all'interno dell'assistenza territoriale programmata a domicilio (Allegato 1, Livello 2 G, comma 1).

I Piani Sanitari nazionali successivi alla definizione dei LEA ribadiscono il bisogno imprescindibile di privilegiare forme di cura domiciliari per un uso appropriato delle risorse disponibili:

- PSN 2001/2003: «*....adeguare le strutture di ricovero, sulla base dei dati epidemiologici attualmente disponibili, potenziando le attività di day-hospital, ambulatoriali e domiciliari...*»
- PSN 2003/2005: «*rinforzare la rete di interventi domiciliari, anche in situazioni di urgenza, e sviluppare una forte continuità terapeutico-assistenziale*»
- PSN 2006/2008: fra gli obiettivi del triennio quello di promuovere «*accordi di programma ASL-Comuni quale strumento primario per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria atta a garantire effettivamente l'Assistenza domiciliare integrata*».

Anche il Patto per la Salute 2014/2016 prevede il rafforzamento dell'ADI in vari contesti:

- umanizzazione delle cure (art.4): le Regioni si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza
- assistenza territoriale (art. 5): i nuovi modelli

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

² C.R.E.A. Sanità

multi-professionali e interdisciplinari (Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP, e Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT), richiedono alle Regioni di provvedere a definire per le persone in condizione di stato vegetativo e di minima coscienza soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali unità di accoglienza permanente

- assistenza socio-sanitaria (art. 6): migliorare la distribuzione delle prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti.

Infine il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) 12/01/2017 (con il quale sono stati definiti ed aggiornamenti i LEA) nell'art. 22 richiama e definisce le cure domiciliari («*il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita...*») e la loro articolazione in relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale:

- cure domiciliari di livello base
- cure domiciliari integrate (ADI) di 1° livello
- cure domiciliari integrate (ADI) di 2° livello
- cure domiciliari integrate (ADI) di 3° livello.

Il livello è definito in base al Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)³.

Nel presente capitolo si fornisce un aggiornamento del ricorso all'assistenza domiciliare, a livello internazionale e nazionale, anche analizzando la frequenza di utilizzo di tale forma di assistenza in fase di dimissione da strutture di ricovero nelle diverse Regioni; a tal fine è stato ricostruito il “profilo” (età media, diagnosi, disciplina di dimissione) dei pazienti che vengono inseriti in tale percorso. In particolare, per le analisi relative agli ultimi due aspetti ci si è av-

valsi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute relative all'anno 2016.

11.2. Gli aggiornamenti internazionali

In ambito internazionale, il maggior ricorso all'assistenza domiciliare, in termini di numero di utenti in carico in rapporto alla popolazione (indicatore che purtroppo non tiene conto dell'intensità assistenziale), si osserva in Svizzera con 40,8 utenti ogni 10.000 residenti, quello minimo in Lettonia con 1,0 utenti ogni 10.000 residenti.

Dal confronto a livello internazionale (Figura 11.1.) emerge che, nel 2016 (ultimo anno disponibile), in Italia 15,6 utenti ogni 10.000 residenti hanno ricevuto assistenza domiciliare. Un ricorso simile a quello registrato in Finlandia, Lussemburgo e Slovacchia, ma decisamente inferiore a quello di altri Paesi quali Svizzera (40,8), Svezia (30,6), Germania (25,6), Ungheria (22,7), Olanda (22,4). Nel periodo 2006-2016 si è registrato un aumento del ricorso a tale forma di assistenza nella maggior parte dei Paesi presi in analisi, ad eccezione di Estonia e Olanda, dove invece questo si è ridotto rispettivamente del -2,7% e -1,4%. In Italia il ricorso è raddoppiato.

Prendendo in analisi gli utenti over 65 in assistenza domiciliare (Figura 11.2.) il ricorso massimo si osserva in Svizzera, pari a 165,2 anziani ogni 10.000 residenti over 65, quello minimo in Portogallo con 7,8 ogni 10.000 residenti over 65.

In Italia sono in carico all'assistenza domiciliare 58,4 persone over 65 ogni 10.000 residenti, quasi il doppio (+92,1%) rispetto al 2006 (ricordando il caveat espresso sulla mancanza della dimensione dell'intensità assistenziale nell'indicatore).

11.3. Gli aggiornamenti nazionali

Considerando l'Istituto nazionale di statistica (Istat), l'ultimo aggiornamento sul tema – alla data

³ CIA = GEA/GdC; GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare; GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma

in cui si scrive - è stato fornito il 27 dicembre 2017 nell'ambito dei dati sulla spesa dei Comuni per i servizi sociali relativi agli anni 2014 e 2015 (anche se questi ultimi sono ancora provvisori). L'indagine rap-

presenta la maggiore fonte informativa (se non l'unica) sul sistema dei servizi sociali territoriali e consente di individuare alcuni andamenti del *welfare* locale nelle varie Regioni italiane.

Figura 11.1. Persone in ADI

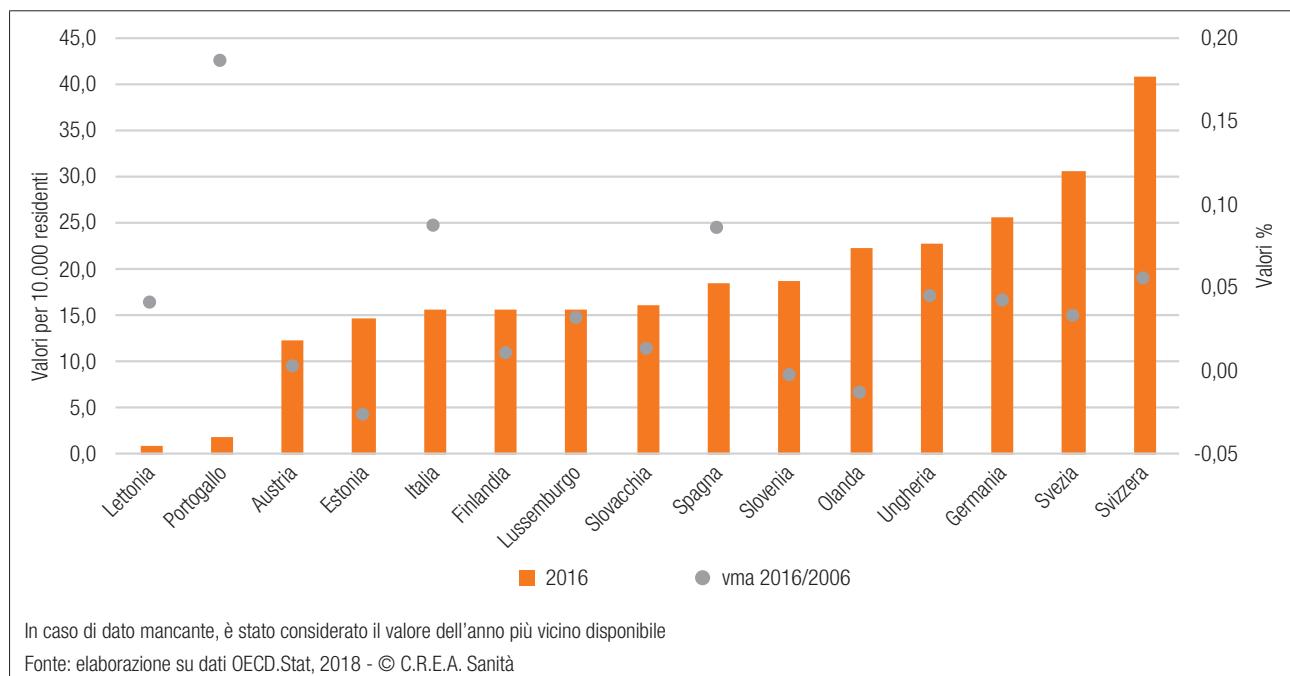


Figura 11.2. Persone over 65 in ADI

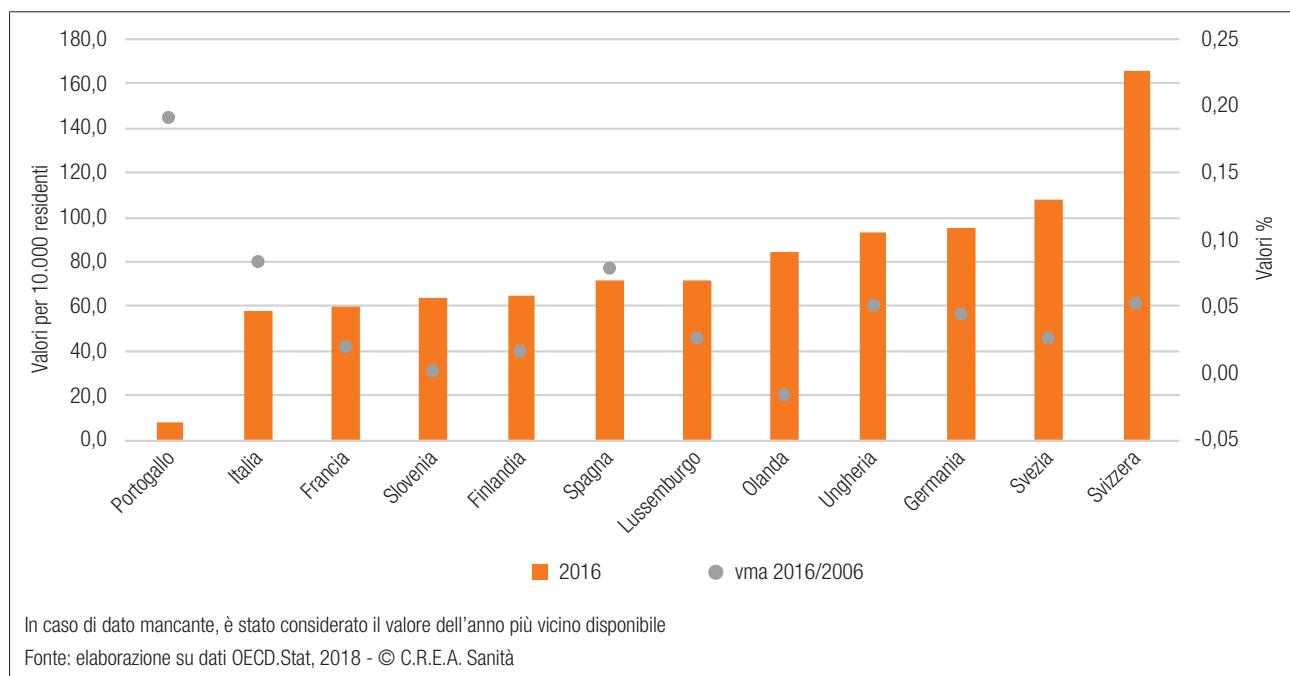
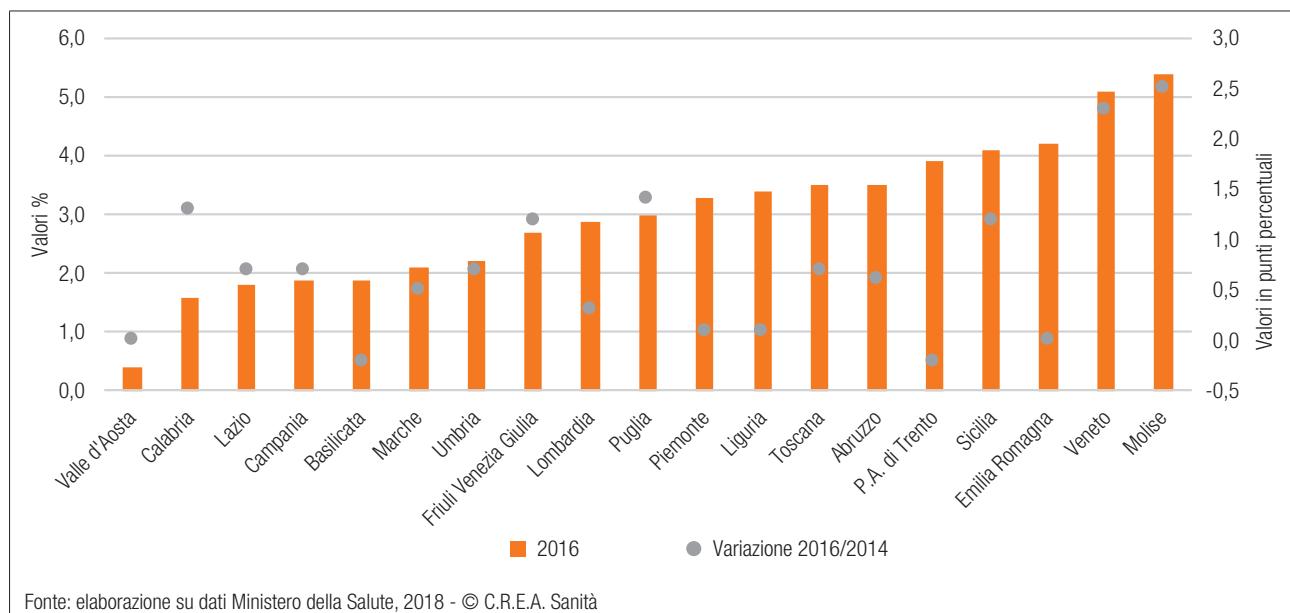


Figura 11.3. Quota residenti over 65 in ADI

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa classificata dall'Istat come "assistenza domiciliare", e inserita nell'ambito della macro-voce "interventi e servizi", in particolare si prende in considerazione la sottovoce "assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari" per gli utenti disabili e anziani.

La spesa dei comuni per l'assistenza domiciliare integrata degli utenti disabili è pari a € 25.140.248 nel 2015, € 1.457 il valore per utente (-38,5% rispetto al 2014).

La spesa dei comuni per l'assistenza domiciliare integrata degli utenti anziani (over 65) è pari a € 63.078.703, € 844 il valore per utente (-3,8 % rispetto al 2014).

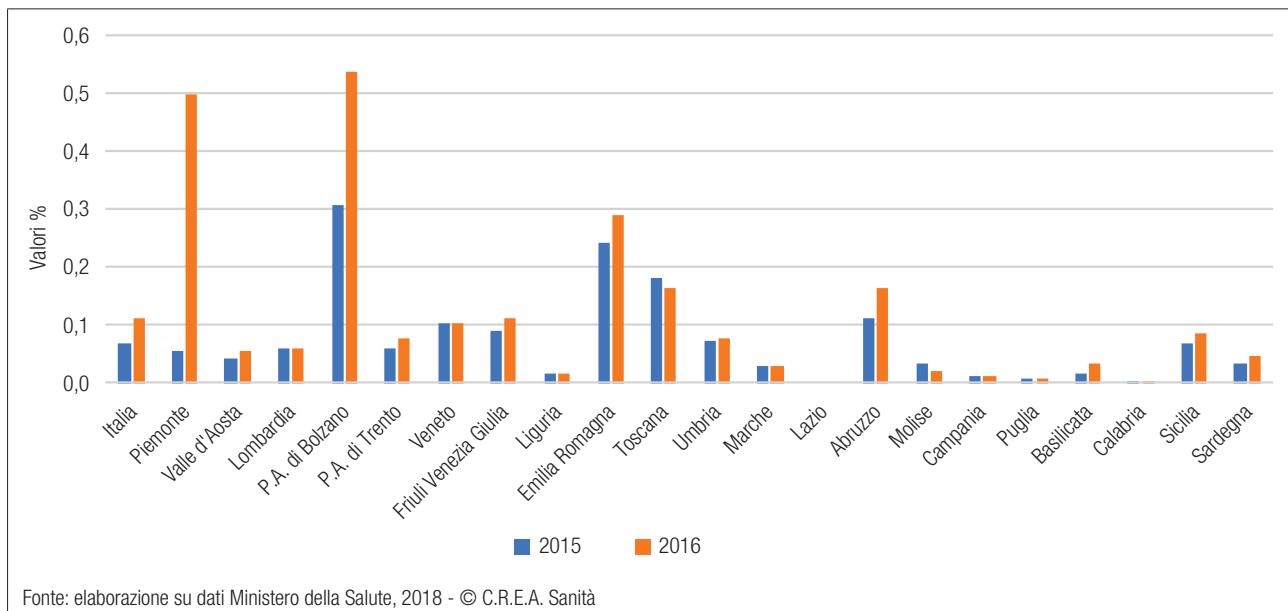
In merito al ricorso regionale all'ADI per le persone over 65, dall'ultimo dato reso disponibile già nella "Griglia LEA" 2015 (e anche in quella del 2016), riferito all'anno 2016, si riscontra una importante variabilità tra le Regioni (Figura 11.3.): si passa da un valore massimo del 5,4% del Molise, ad uno minimo dello 0,2% della Sardegna. Nella "Griglia LEA" 2016, è rimasta confermata, pari a 1,88%, il valore di "normalità" relativo all'indicatore sulla quota di over 65 in ADI, che fa così risultare "inadempienti" Sardegna (0,2%), Valle d'Aosta (0,4%), Calabria (1,6%), e

con uno scostamento minimo dalla normalità il Lazio (1,8%). Lo sforzo maggiore verso il potenziamento di tale forma assistenziale (rispetto al 2014) si è registrato in Molise, Veneto, Puglia, Calabria, Sicilia e Toscana, rispettivamente di 2,5, 2,3, 1,4, 1,3 e 1,2 e 0,7 punti percentuali.

11.3.1. Ricorso all'assistenza domiciliare post-dimissione

Nel 2016, a 66.949 residenti (0,1% della popolazione residente) è stata attivato, in fase di dimissione da strutture di ricovero, un servizio di ADI: si tratta del 23,0% dei pazienti dimessi non al domicilio.

Dall'analisi regionale emerge una evidente disparità territoriale di ricorso a tale forma di assistenza in dimissione (Figura 11.4.), che può rappresentare un indicatore indiretto della congruità dell'offerta: la maggiore quota di residenti dimessi da ricoveri acuti ordinari in ADI si riscontra nelle Regioni del Nord, ricorsi decisamente inferiori si riscontrano invece nelle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano, il Piemonte e l'Emilia Romagna sono le Regioni che ricorrono maggiormente a tale forma assistenziale in fase di dimissione ospedaliera (rispettivamente 0,54%, 0,50% e 0,29%); la Calabria, la Puglia e la Campania invece quelle con il minor ricorso ($\leq 0,01$ dei pazienti dimessi).

Figura 11.4. Quota residenti con attivazione di ADI in dimissione

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Rispetto al 2015 si è registrato un aumento dei pazienti dimessi inseriti in ADI di 0,04 punti percentuali, passando dallo 0,07% allo 0,11% di tutti i residenti, in linea con il *trend* nazionale di aumento dell'accesso ai servizi domiciliari offerti dal Sistema Sanitario; in particolare, la Regione Piemonte e la P.A. di Bolzano hanno incrementato considerevolmente la quota di pazienti dimessi in ADI passando, rispettivamente, dallo 0,1% allo 0,5% e dallo 0,3% allo 0,5%.

Passando ad analizzare il ricorso a tale modalità di dimissione in funzione del tipo di ricovero, acuzie, lungodegenza, nido e riabilitazione (Figura 11.5.), si osserva come questo percorso sia riservato soprattutto ai pazienti dimessi da ricoveri in acuzie, sebbene si riscontrino una variabilità regionale, in parte dovuta anche alla diversa offerta delle altre tipologie di ricovero.

L'84,0% dei pazienti dimessi in ADI proviene da ricoveri in acuzie, dato sostanzialmente omogeneo in tutte le Regioni, fatta eccezione per la P.A. di Bolzano che presenta una quota di pazienti provenienti dal nido simile alla quota dei pazienti provenienti dall'attività in acuto (46,3% acuzie, 41,1% nido). In Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Molise e Basilicata circa i due terzi dei dimessi in ADI proviene da ricoveri in acuzie, il restante terzo da quelli in riabilita-

tazione e lungodegenza. In Piemonte, P.A. di Trento, Toscana ed Umbria oltre il 95,0% dei pazienti dimessi in tale modalità provengono da attività di ricovero in acuzie.

Analizzando il fenomeno per le diverse tipologie di ricovero si riscontra come, per i ricoveri in acuzie, il 4,5% dei dimessi vivi è dimesso in modalità diverse dal domicilio: il ricorso massimo si osserva nel Nord-Est del Paese con il 7,1% (la P.A. di Trento è la realtà col ricorso massimo pari all'11,0%), quello minimo al Sud, pari all'1,9% (in Campania si registra il ricorso minimo nazionale, pari allo 0,6%).

Dai ricoveri in riabilitazione, il 5,0% dei pazienti non viene dimesso al domicilio: il ricorso massimo si riscontra nel Nord-Ovest con il 6,0%, quello minimo nel Sud con il 3,7%.

Dai ricoveri in lungodegenza il 25,7% dei pazienti viene dimesso non al domicilio, con un ricorso minimo del 12,6% al Sud, e massimo del 34,4% nel Nord-Est.

Analizzando la composizione delle diverse modalità di dimissione da ricoveri acuti ordinari, diverse dal domicilio (Figura 11.6.), a fronte di un ricorso medio pari al 23,0%, risultano essere Piemonte, P.A. di Bolzano, Toscana e Sicilia le realtà nelle quali questa supera il 30,0% dei casi (rispettivamente 57,5%,

38,3%, 32,4% e 31,8%), seguite da Emilia Romagna (28,4%), Abruzzo (24,6%) e Molise (23,1%); le altre Regioni registrano un ricorso all'ADI inferiore al 20% rispetto alle altre modalità di dimissioni diverse dal

domicilio, i valori più bassi si registrano in Calabria (6,3%), Basilicata (5,6%), Liguria (1,8%) e Lazio (0,0%).

Figura 11.5. Quota pazienti con attivazione di ADI in dimissione, per tipologia attività. Anno 2016

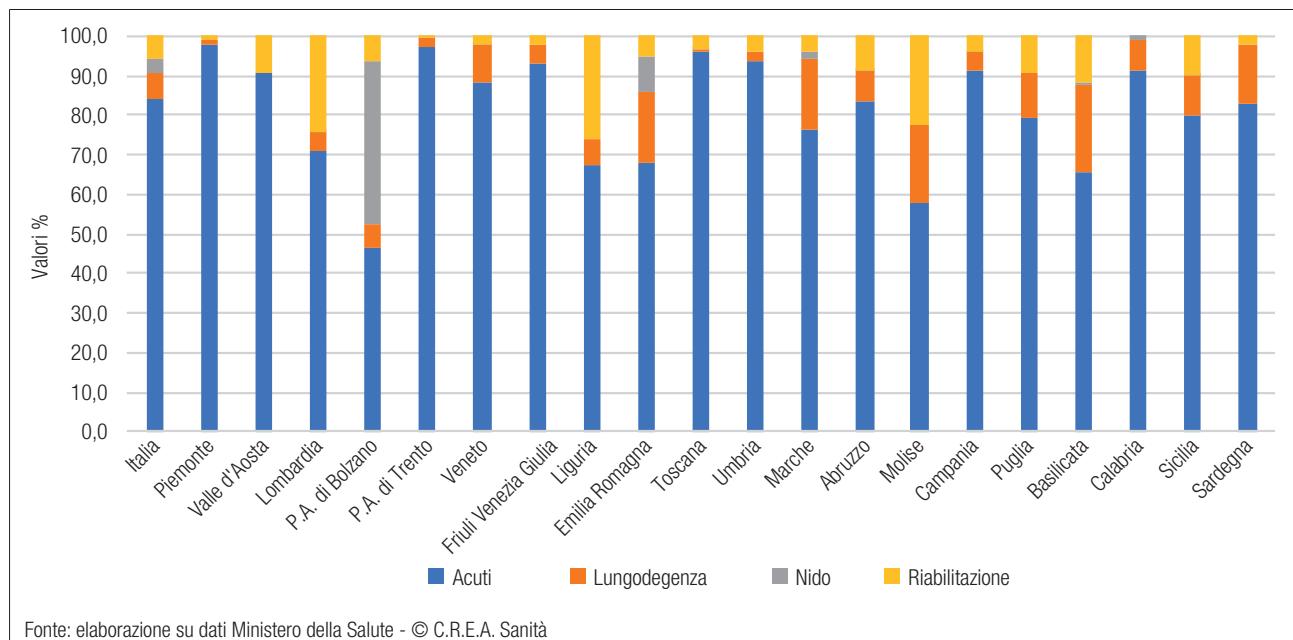
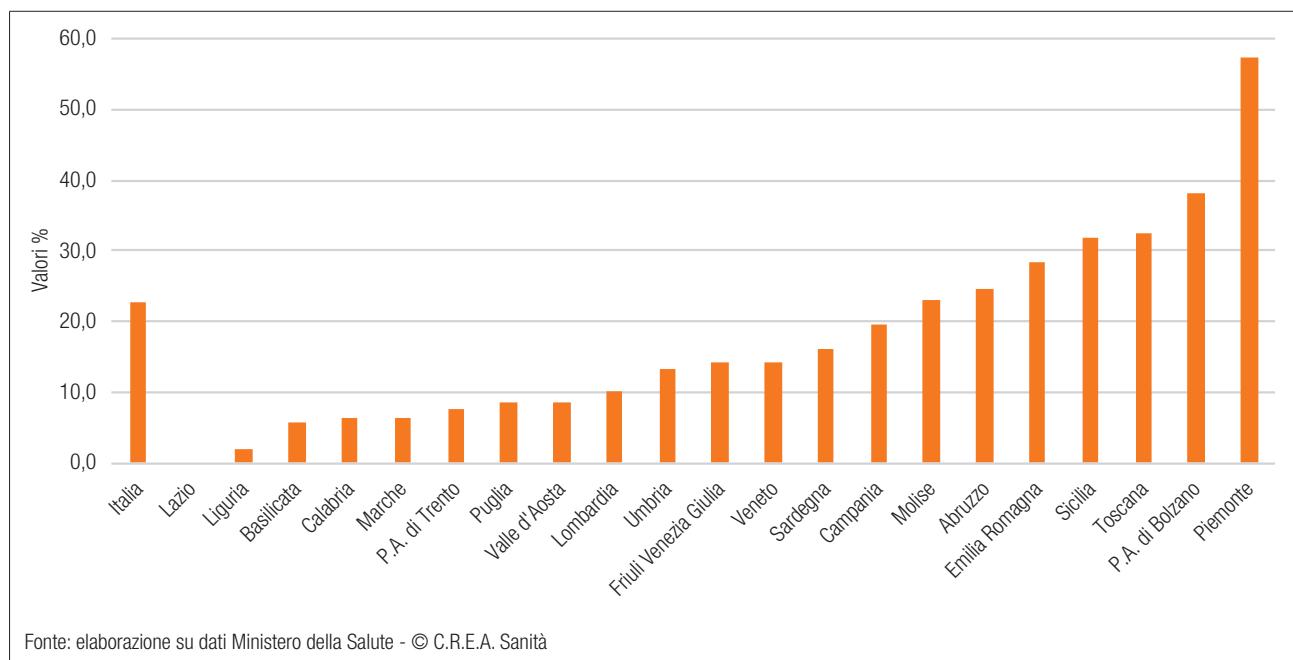


Figura 11.6. Quota pazienti dimessi in ADI in rapporto ai pazienti non dimessi al domicilio. Anno 2016



Il 75,8% dei pazienti dimessi in ADI ha un'età superiore a 65 anni, in particolare la fascia d'età più numerosa è 75-84 anni, nella quale converge circa un terzo (31,2%) dei pazienti con la modalità di dimissione considerata; la Regione che registra la quota più alta nella fascia d'età 75-84 anni è la Liguria (37,7%) mentre la P.A. di Bolzano presenta una numerosità maggiore di pazienti in ADI nella fascia di età inferiore ad 1 anno (58,4%).

L'età media dei pazienti dimessi in ADI risulta pari a 71 anni (le Regioni del Centro registrano un'età media più elevata, 77 anni, rispetto al Nord e al Mezzogiorno con rispettivamente 67 e 73 anni): i valori più elevati si registrano in Toscana e Marche (età media pari ad 80 anni), il più basso invece nella P.A. di Bolzano, pari a 28 anni, a causa di un'importante quota di pazienti provenienti da ricoveri al nido, probabilmente associata ad una forma di continuità assistenziale post nascita.

Per quanto riguarda le diagnosi associate a tale modalità di dimissione, nel 24,7% dei casi si tratta di diagnosi principali afferenti alla categoria diagnostica principale (MDC) "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico", seguono nel 13,9% e 11,9% rispettivamente dei casi, diagnosi per "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio" e per "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio". Le Regioni che si discostano dalla media nazionale sono la P.A. di Bolzano, dove nel 53,6% dei casi si tratta di diagnosi principali associate alla categoria "Malattie e disturbi del periodo neonatale", ed il Friuli Venezia Giulia, dove, nel 23,1% dei casi, si tratta di diagnosi afferenti a "Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate".

Oltre il 70% delle dimissioni in ADI, per le attività di ricovero in acuzie, afferiscono alle discipline di Medicina generale (26,9% delle dimissioni), Ortopedia e traumatologia (18,9%), Geriatria (5,8%), Oncologia (5,7%); per i ricoveri in riabilitazione dalla disciplina di "Recupero e riabilitazione funzionale" (100,0% in quasi tutte le Regioni ad eccezione di Veneto e Friuli Venezia Giulia dove tale disciplina è affiancata anche dalla medicina generale, in Umbria invece provengono tutti dalla neurorriabilitazione); per quelli di lungodegenza invece sono tutti associati alla di-

sciplina "Lungodegenti" (100,0%). Si discostano dal trend medio nazionale la P.A. di Bolzano e la Puglia nelle quali le dimissioni in ADI avvengono rispettivamente soprattutto dal nido (50,8% delle dimissioni) e dalla terapia intensiva (29,7% delle dimissioni).

11.4. Conclusioni

Il quadro delineato mostra un progressivo incremento a livello internazionale e nazionale dell'accesso ai servizi domiciliari, in linea sia con il progressivo invecchiamento della popolazione e conseguente incremento della cronicità (vedi Capitolo 4c), che con la sempre maggiore propensione a disaggregare il costrutto di famiglia tradizionale e solidarietà inter-generazionale, che rende necessario un avvicinamento ad una rete di servizi assistenziali formali e informali a domicilio.

Nonostante in Italia si sia registrato un progressivo aumento degli assistiti, sia in rapporto alla popolazione totale, che su quella over 65, i livelli di ricorso rimangono di poco superiori ad un terzo di quello massimo europeo, registrato in Svizzera (senza considerare i diversi livelli di intensità assistenziale).

L'assistenza domiciliare sembra essere adottata come percorso immediatamente successivo al ricovero in acuzie in circa il 23,0% (anno 2016) dei pazienti dimessi non al domicilio (4,3% di tutti i dimessi).

Il profilo dei pazienti immessi in tale forma di assistenza varia nelle Regioni: a fronte di una età media di 71 anni, si passa da una massima di 80 anni nelle Marche ed in Toscana, ad una minima di 28 anni nella P.A. di Bolzano, dato che è condizionata dall'utilizzo dell'assistenza domiciliare per le dimissioni post parto.

Di contro sono comuni le prime tre diagnosi più frequenti alla dimissione, che sono associate alla categoria diagnostica principale (MDC) del sistema muscolo-scheletrico, respiratorio e cardiocircolatorio

Come anticipato, si riscontra una importante variabilità a livello regionale, evidentemente riconducibile anche ai differenti modelli organizzativi adottati a livello locale e a differenti livelli di offerta: sebbene

l'indicatore abbia i limiti più volte ricordati, si osservi come la quota di pazienti passa da un valore massimo pari a circa il 60,0% del Piemonte ad uno minimo di Lazio e Liguria (1,8%).

Riferimenti bibliografici

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*, Re-

view of Economics of the Household
Vetrano D., Vaccaro K. (2018), *La Babele Dell'assistenza Domiciliare In Italia: chi la fa, come si fa, Italia Longeva*

ISTAT (2017), *Il futuro demografico del paese*
<http://www.salute.gov.it>

Ministero della Salute (2016), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA – Metodologia e risultati*

OECD (2018), OECD.Stat

ENGLISH SUMMARY

Home care

In Italy, the opportunities for having access to home care services have gradually increased, in line with what is also happening at international level. The increase in this type of care is certainly related to the progressive ageing of population and the related increase in chronic diseases, as well as to the disaggregation of the traditional family and the increasing propensity to lose the inter-generational solidarity principle. All these factors make it necessary to strengthen the network of formal and informal home care services.

Moreover, despite the gradual increase in the number of patients, both in relation to the total population and to the over 65 group (with an average yearly variation between 2006 and 2016 equal to 9.0% and 8.0%, respectively), in Italy the recourse to home care remains to a level around a third of the maximum European levels, without even considering the different levels of care intensity, which in Italy seem to decrease, at least in terms of hours provided per patient.

With a view to assessing the ability to channel the hospitalized patients to forms of home care, we've also analysed the frequency of discharges to integrated home care regime (ADI) services, among patients discharged alive not directly to home.

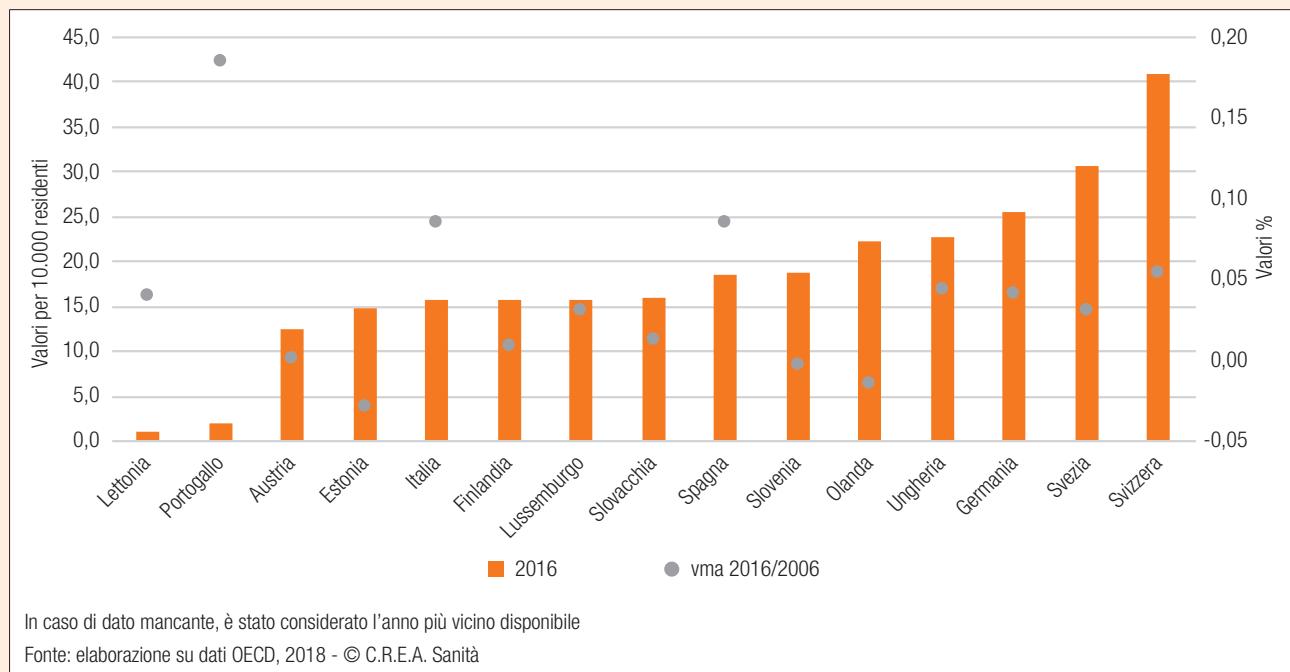
The regional analysis shows an evident territorial disparity: while still remaining below 1%, the largest share of residents discharged under integrated home care regime after ordinary acute hospitalizations is recorded in the Northern Regions, while it is decidedly lower in the Southern regions. The Autonomous Provincia of Bolzano, Piemonte and Emilia Romagna are the top Regions that mostly resort to this form of care when discharging patients (with a rate of 0.5%, 0.5% and 0.3%, respectively). At the other extreme, there are Calabria, Puglia and Campania with the lowest recourse to the ADI regime ($\leq 0.01\%$ of discharged patients).

As against an average age of 71 at national level, the Regions of Central Italy record a higher average age (77 years), while Northern and Southern Italy record an average age of 67 and 73, respectively.

The three most frequent diagnoses made when discharging patients are associated with the main diagnostic categories of the musculoskeletal, respiratory and cardiovascular systems (24.7%, 13.9% and 11.9%, respectively).

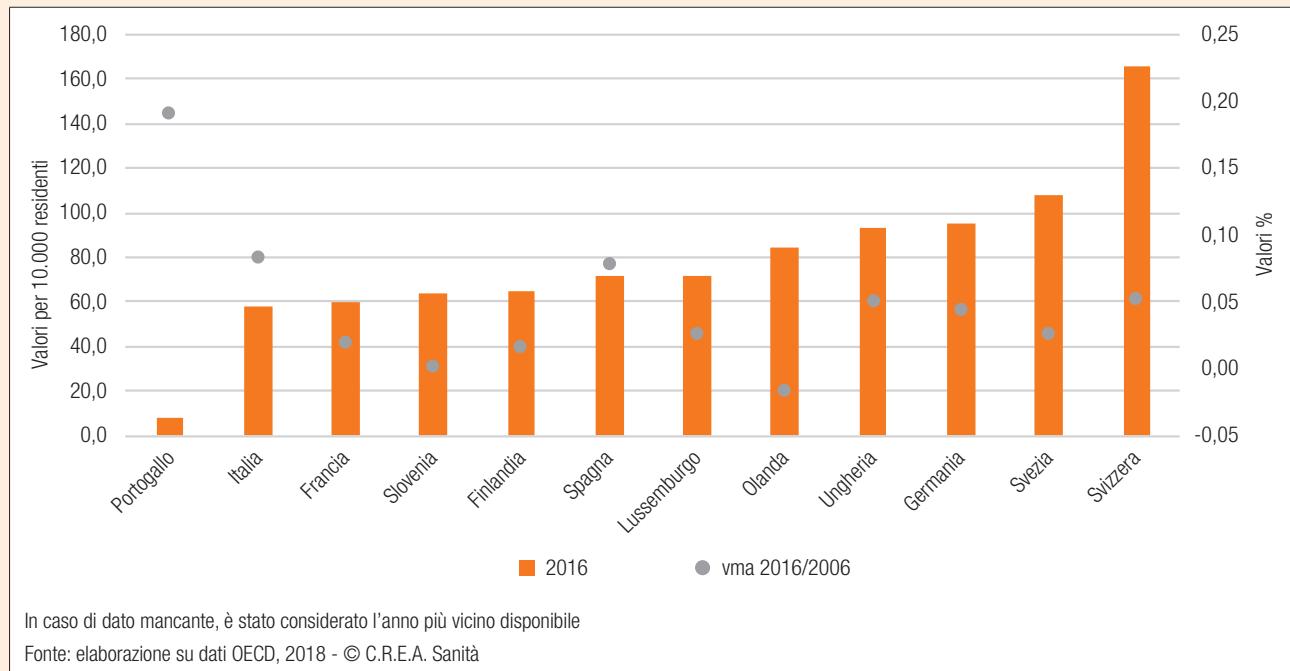
In general terms, the discharges under ADI regime after ordinary acute hospitalizations range from approximately 60.0% in Piemonte to 1.8% in Lazio and Liguria.

KI 11.1. Persone in ADI



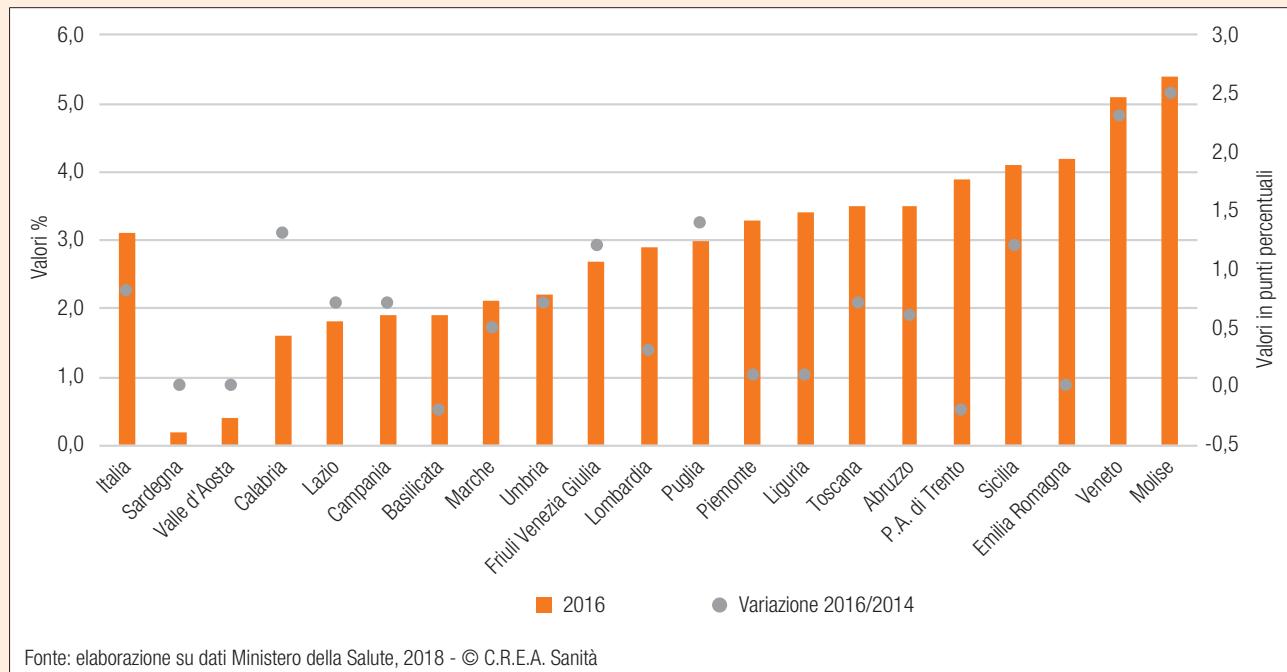
Nel 2016, in Italia il numero di utenti che ha ricevuto assistenza domiciliare è pari a 15,6 ogni 1.000 residenti. Il valore è oltre il doppio rispetto al 6,8 registrato nel 2006, e rappresenta l'aumento più cospicuo fra i Paesi considerati. Il livello però è ancora inferiore a quello medio internazionale, dove il tasso massimo si osserva in Svezia (40,8 per 1.000 residenti), e quello minimo in Lettonia (1,0 per 1.000). Nel periodo 2006-2016 tutti i Paesi di cui si dispone del dato, ad eccezione dell'Estonia (-2,7%), registrano un aumento.

KI 11.2. Persone over 65 in ADI



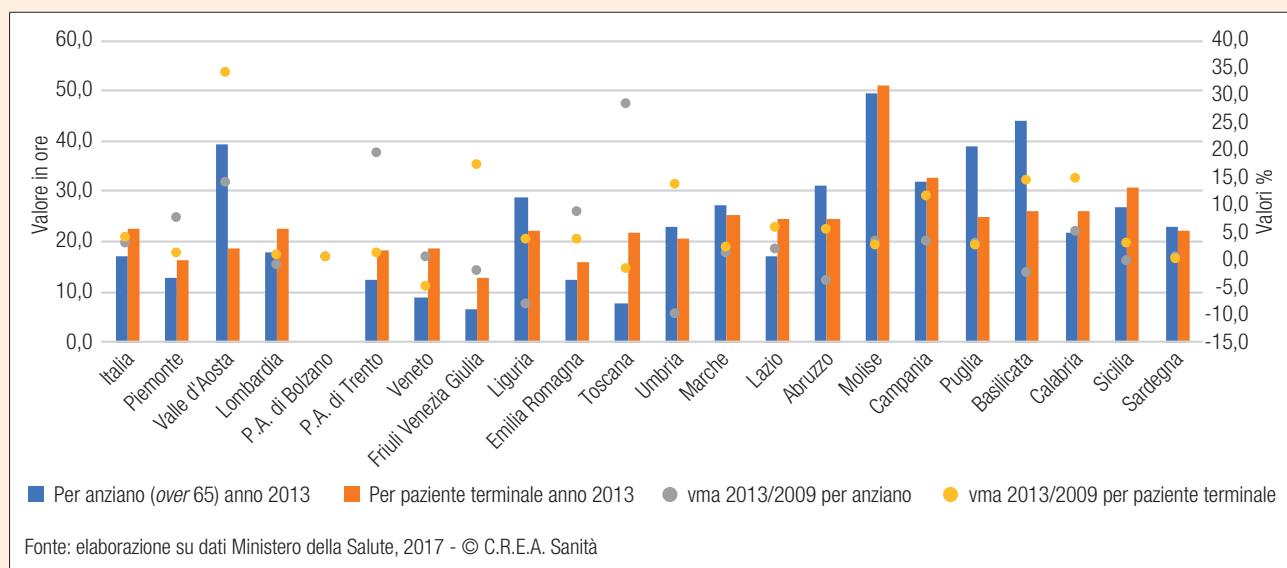
Nel 2016, in Italia il numero di utenti anziani (over 65) che riceve assistenza domiciliare è pari 58,4 ogni 1.000 residenti anziani. Il dato è in netto aumento rispetto al 29,6 registrato nel 2006, ed è l'incremento più cospicuo fra i Paesi considerati. A livello internazionale il tasso massimo si osserva in Svizzera (165,2 utenti anziani ogni 1.000 residenti anziani), e quello minimo in Portogallo (7,8 ogni 1.000 anziani). Nel periodo 2006-2016 tutti i Paesi di cui si dispone del dato registrano un aumento tranne la Finlandia e l'Olanda.

KI 11.3. Quota residenti over 65 in ADI



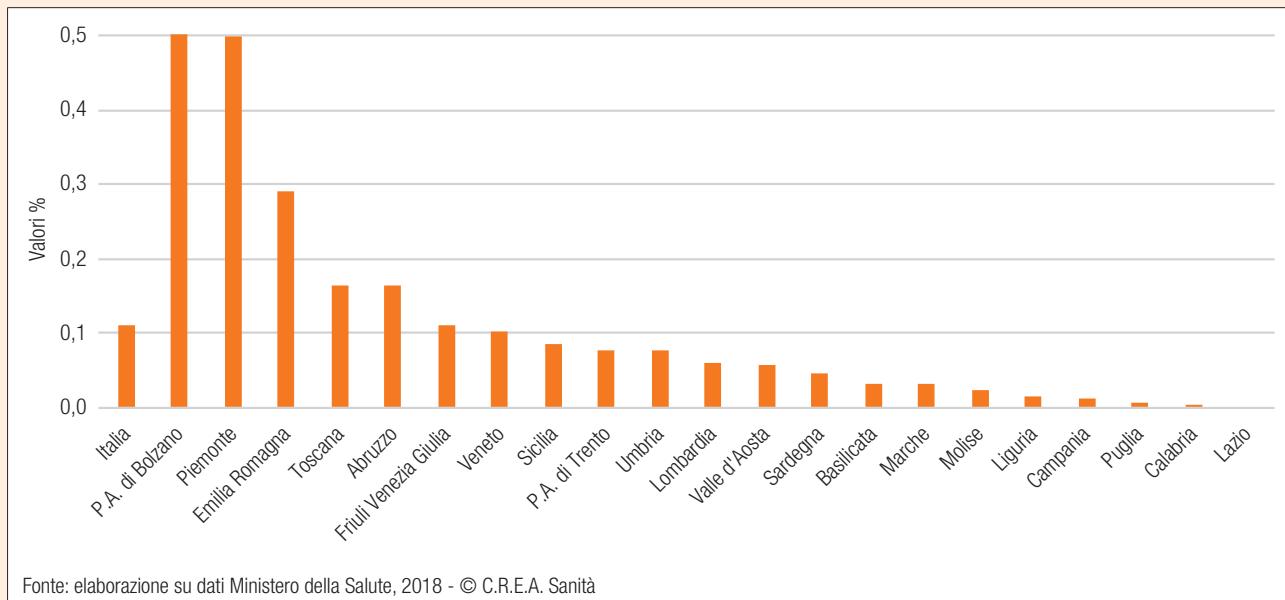
Nel 2016, in Italia la quota di persone over 65 che usufruisce dell'ADI è pari al 3,1%. Si passa da un valore massimo del 5,4% del Molise, ad uno minimo dello 0,2% della Sardegna. Secondo la soglia di "normalità" adottata dal Ministero della Salute nella "Griglia LEA" del 2016, posta pari all'1,88%, Sardegna (0,2%), Valle d'Aosta (0,4%) e Calabria (1,6%) risultano "inadempienti". Nel triennio considerato il maggiore potenziamento di tale forma assistenziale si è registrato in Molise, Veneto, Puglia, Calabria, Sicilia e Toscana, rispettivamente di 2,5, 2,3, 1,4, 1,3 e 1,2 e 0,7 punti percentuali.

KI 11.4. Ore medie di ADI per caso trattato, per tipologia di paziente



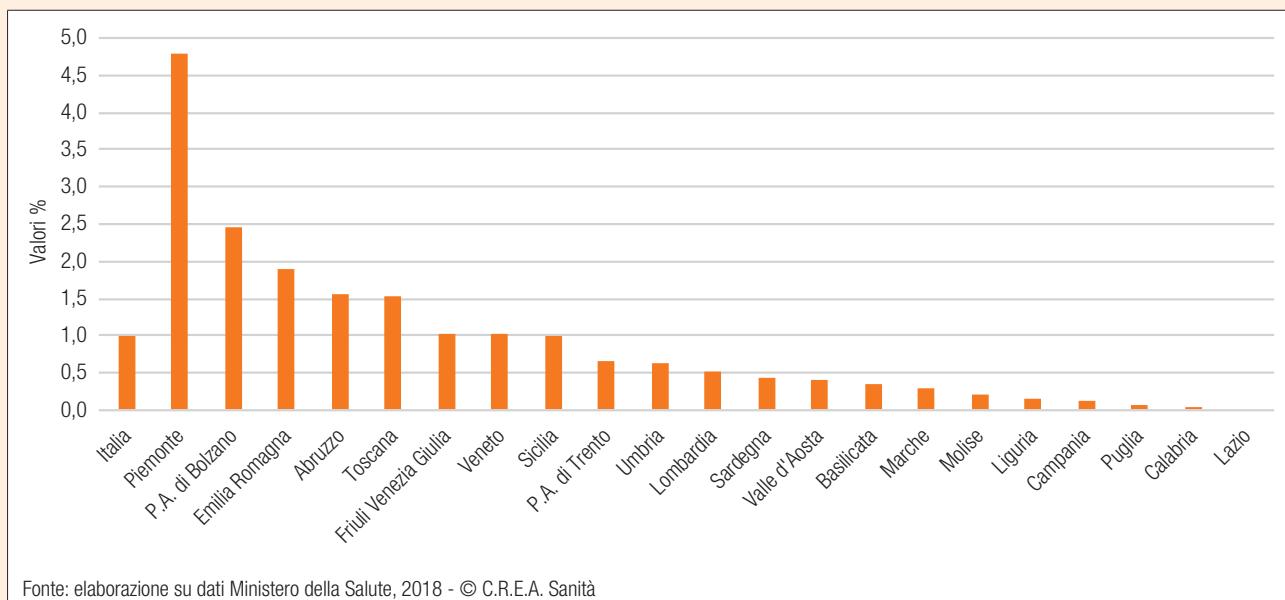
Le ore erogate da terapisti della riabilitazione, infermieri ed altri operatori per caso trattato (sia per anziano over 65 anni, sia per paziente terminale) sono in media 18. Rispetto al 2009 si è registrato un aumento medio annuo di ore per caso trattato, pari al 2,6% per gli anziani, ed al 3,7% per i malati terminali. A livello regionale si va dalle 6,6 ore del Friuli Venezia Giulia alle 49,6 ore del Molise.

KI 11.5. Quota residenti con attivazione di ADI in dimissione. Anno 2016



In Italia, dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera del Ministero della Salute (2016), risulta che per lo 0,11% della popolazione viene attivata una forma di Assistenza Domiciliare Integrata in fase di dimissione ospedaliera. A livello regionale, P.A. di Bolzano, il Piemonte e l'Emilia Romagna sono le Regioni che ricorrono maggiormente a tale modalità (rispettivamente per lo 0,54%, 0,50% e 0,29% della popolazione); la Calabria, la Puglia e la Campania invece quelle con il minor ricorso ($\leq 0,01\%$ dei pazienti dimessi).

KI 11.6. Quota pazienti dimessi vivi in ADI. Anno 2016



In Italia, dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera del Ministero della Salute (2016), risulta che l'1,0% dei pazienti dimessi vivi (non volontariamente), viene inserito in una forma assistenziale di Assistenza Domiciliare Integrata: in Piemonte, P.A. di Bolzano ed Emilia Romagna viene superato il 2,0% dei casi (4,8%, 2,5% e 1,9% rispettivamente), seguite da Abruzzo (1,5%) e Toscana (1,5%); i valori più bassi di ricorso si registrano in Molise (0,2%), Liguria (0,2%), Campania (0,1%), Puglia (0,1%) e Calabria (0,1%).



Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 12

Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner E.¹, Spandonaro F.²

12.1. Premessa

Il Sistema Sanitario Nazionale (e le relative articolazioni regionali - SSR) si configura come una assicurazione sociale erogante quasi esclusivamente prestazioni in natura, sotto forma di servizi sanitari. Nell'ambito del SSN le prestazioni in denaro non sono assenti, ma giocano un ruolo essenzialmente marginale.

Queste prestazioni in denaro erogate dai SSR assumono principalmente la natura di *voucher*, quindi provvidenze da spendersi per specifici servizi sanitari e, per lo più, erogati da professionisti o strutture all'uopo accreditate dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL).

L'ambito in cui l'utilizzo del *voucher* è più diffuso è certamente quello dell'assistenza domiciliare, dove assume a seconda delle Regioni denominazioni differenti: a parte quella di *voucher*, la più diffusa è quella di assegno di cura o di assistenza.

Al contrario del comparto sanitario, in quello sociale, di cui il Rapporto si occupa della parte che è contigua alla Sanità, convenzionalmente individuata come quella deputata alla *Long Term Care* (LTC), gli interventi in denaro sono largamente prevalenti e si configurano non tanto come *voucher*, quanto come benefici/indennità in denaro.

In tali casi, l'approccio risulta quasi opposto, non prevedendo vincoli all'utilizzo (e in verità anche minori limiti per l'accesso al diritto, che a volte è indipendente dal reddito) e, quindi, neppure forme di accreditamento dei fornitori di servizi utilizzati.

Molte delle provvidenze che possono essere

considerate all'interno del disegno brevemente delineato, sono gestite dall'INPS: d'altra parte il *welfare* italiano prevede che, a fronte di disabilità (a vario titolo determinate, ma che comunemente hanno una eziologia di tipo sanitario) venga garantita una integrazione del reddito, a compensazione dei deficit di capacità lavorativa o, comunque, di inserimento sociale.

Nei prossimi paragrafi si fornisce una sintesi dei principali elementi quantitativi legati alle prestazioni in denaro per condizioni di non autosufficienza o, comunque, di bisogni di lunga durata: in particolare, ci si concentrerà sulle indennità di accompagnamento, sulle pensioni di invalidità e invalidità civile, e sugli oneri derivanti dalla L. n. 104/1992.

12.2. Indennità di accompagnamento

L'INPS riconosce un'indennità di accompagnamento ai soggetti mutilati o invalidi totali che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure ai soggetti che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, necessitano di un'assistenza continuativa.

L'indennità di accompagnamento viene erogata al solo titolo della minorazione; pertanto è indipendente dal reddito posseduto dall'invalido e dalla sua età. Sono esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento gli invalidi che sono ricoverati gratuitamente in un istituto (ovvero con retta a carico dello Stato o altro Ente) per un periodo superiore a 30 gior-

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

ni e coloro che percepiscono indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Al 1.1.2018 risultano in Italia 2,1 milioni di beneficiari di indennità di accompagnamento: il dato ha registrato una crescita del +24,7% nel decennio

2008-2018 (Figura 12.1.).

L'incidenza di beneficiari sulla popolazione anziana (*over 65*) è pari al 16,2% a livello nazionale, tendenzialmente stabile rispetto al 2014 (+0,2%).

Figura 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento

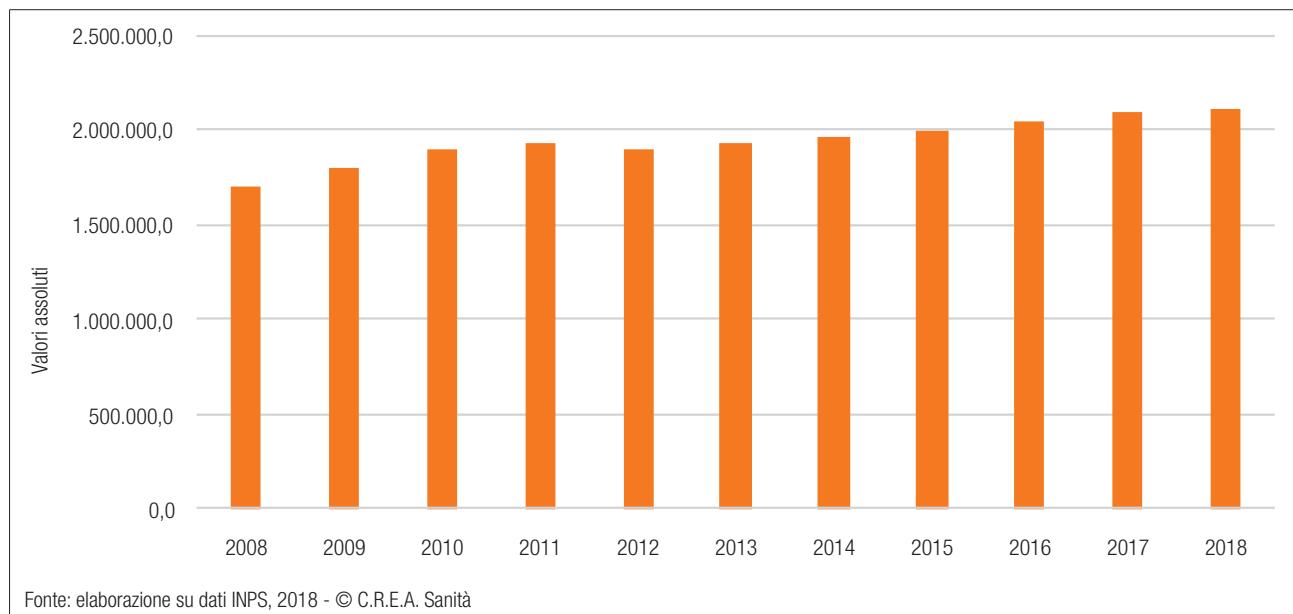


Figura 12.2. Beneficiari indennità di accompagnamento: incidenza su popolazione *over 65*

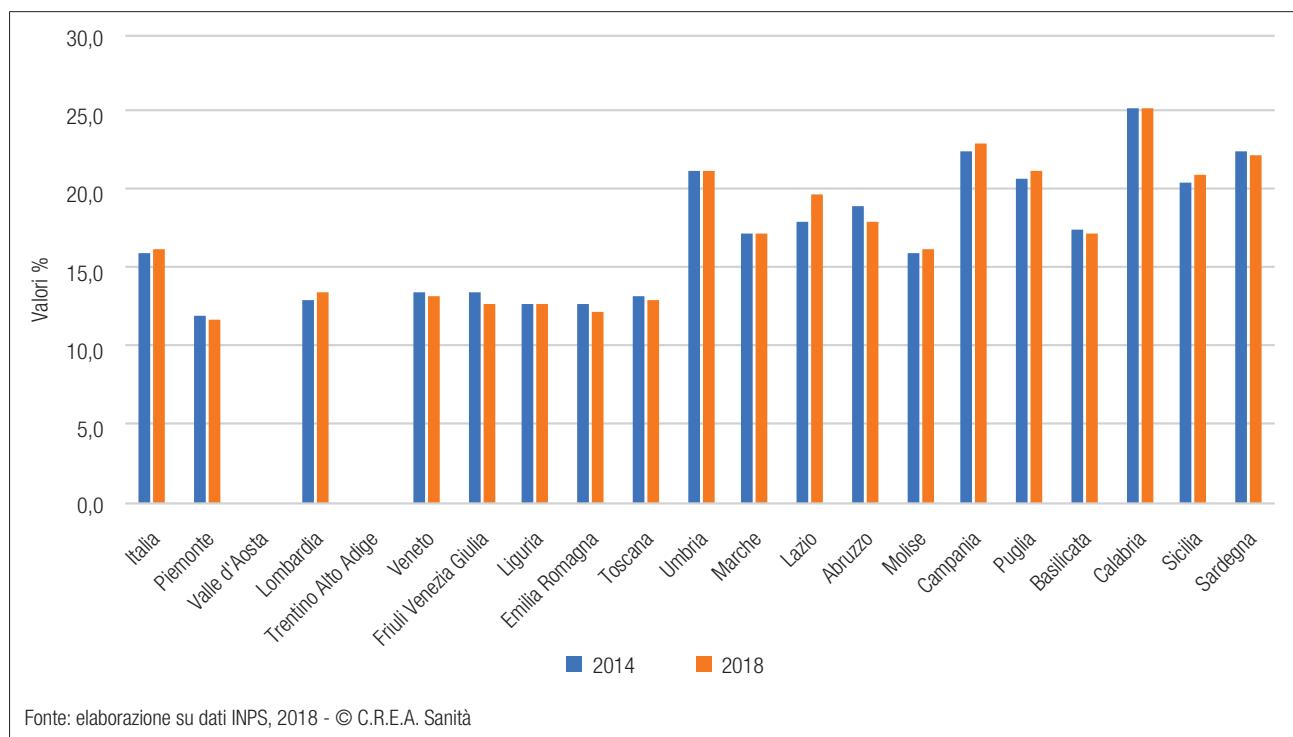
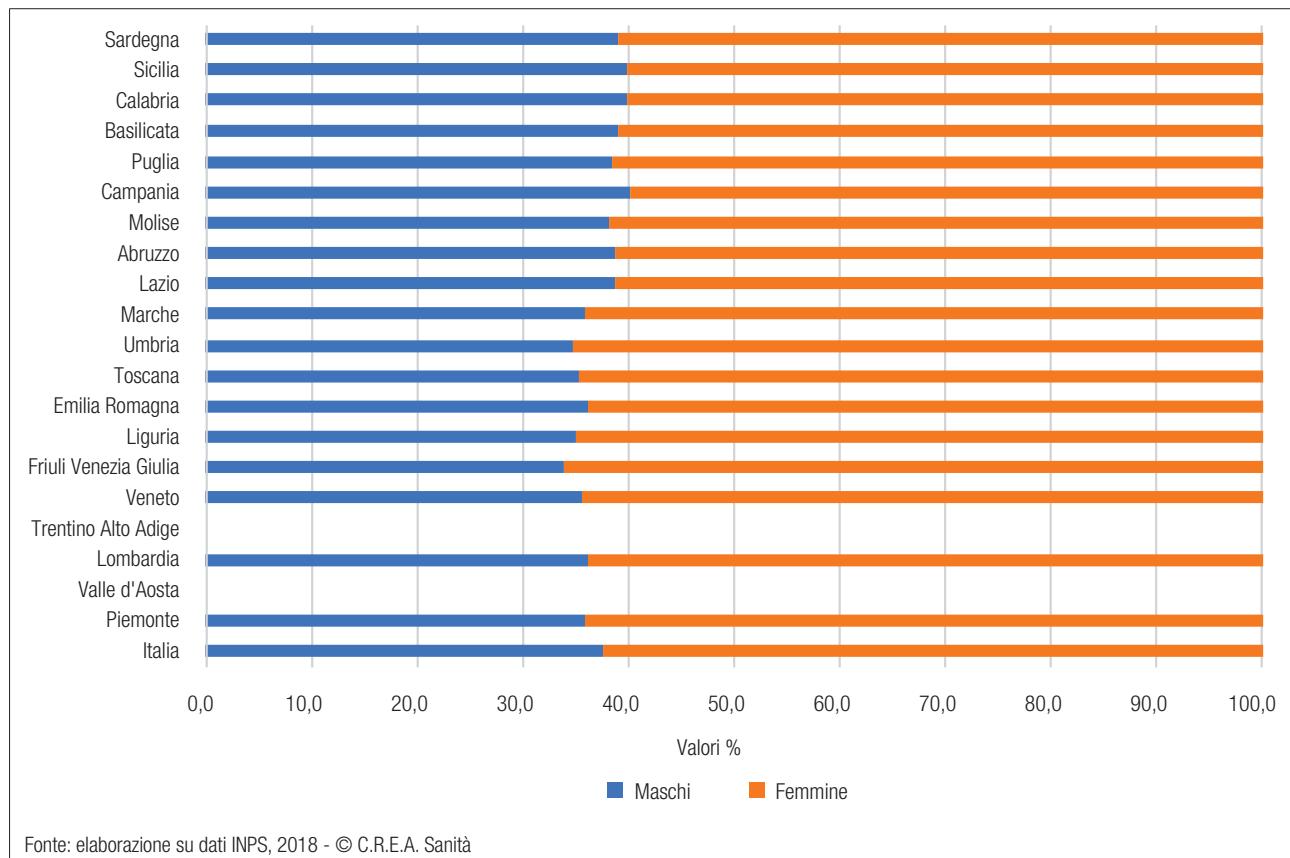


Figura 12.3. Beneficiari di indennità di accompagnamento per genere. Anno 2018

A livello regionale si passa dal 25,4% della Calabria (+0,1 punti percentuali nel periodo 2014-2018), seguita dalla Campania con il 22,9% (+0,3 punti percentuali) e dalla Sardegna con 22,1% (-0,3 punti percentuali), all'11,8% del Piemonte (-0,2 punti percentuali), al 12,1% e al 12,6% rispettivamente di Emilia Romagna e Liguria.

Tra le Regioni settentrionali il tasso massimo è raggiunto dalla Lombardia con il 13,4%, seguita dal Veneto con il 13,3%, mentre nel meridione si passa dal valore minimo del Molise (16,3%) al dato citato della Calabria (Figura 12.2.).

Nel 2018, la quota di indennità erogate a donne supera il 62,0%. Si evidenzia un gradiente Nord-Sud: in tutte le Regioni meridionali la quota di indennità erogate a donne è inferiore della quota registrata nelle Regioni della ripartizione centro-settentrionale. Tra le Regioni del Centro-Nord, in Friuli Venezia Giulia si registra la quota minore di uomini beneficiari di indennità; tra quelle meridionali, Campania e Sicilia

sono le Regioni in cui si raggiunge la minor quota di donne beneficiarie della richiamata provvidenza economica (Figura 12.3.).

In termini di spesa, nell'anno 2017, l'onere complessivo per le indennità è stato pari a € 13,8 mld., con una crescita di circa 1,0 mld. (ovvero dell'8,1%) dal 2010; rispetto all'ultimo anno, invece, la crescita è stata dello 0,8% (circa € 110,0 mln.) (Figura 12.4.).

12.3. Pensioni di invalidità civile

Le pensioni di invalidità civile sono provvidenze economiche erogate dall'INPS ai mutilati ed invalidi civili con un'età compresa tra i 18 anni e i 65 anni nei cui confronti sia accertata una totale inabilità lavorativa, ossia una invalidità pari al 100,0%.

Per avere diritto alla pensione di invalidità civile gli interessati devono rispettare determinati limiti reddituali. In particolare, il limite di reddito per il diritto

alla pensione di invalidità deve essere determinato con riferimento al reddito ai fini Irpef con esclusione del reddito percepito da altri componenti del nucleo familiare di cui il soggetto interessato fa parte.

La prestazione è compatibile con l'indennità di accompagnamento ed è altresì erogabile anche

se l'invalido è ricoverato in un istituto pubblico che provvede al suo sostentamento.

Da sottolineare, inoltre, che le pensioni di invalidità civile all'età di pensionamento si trasformano in assegni sociali.

Figura 12.4. Indennità di accompagnamento: spesa annua

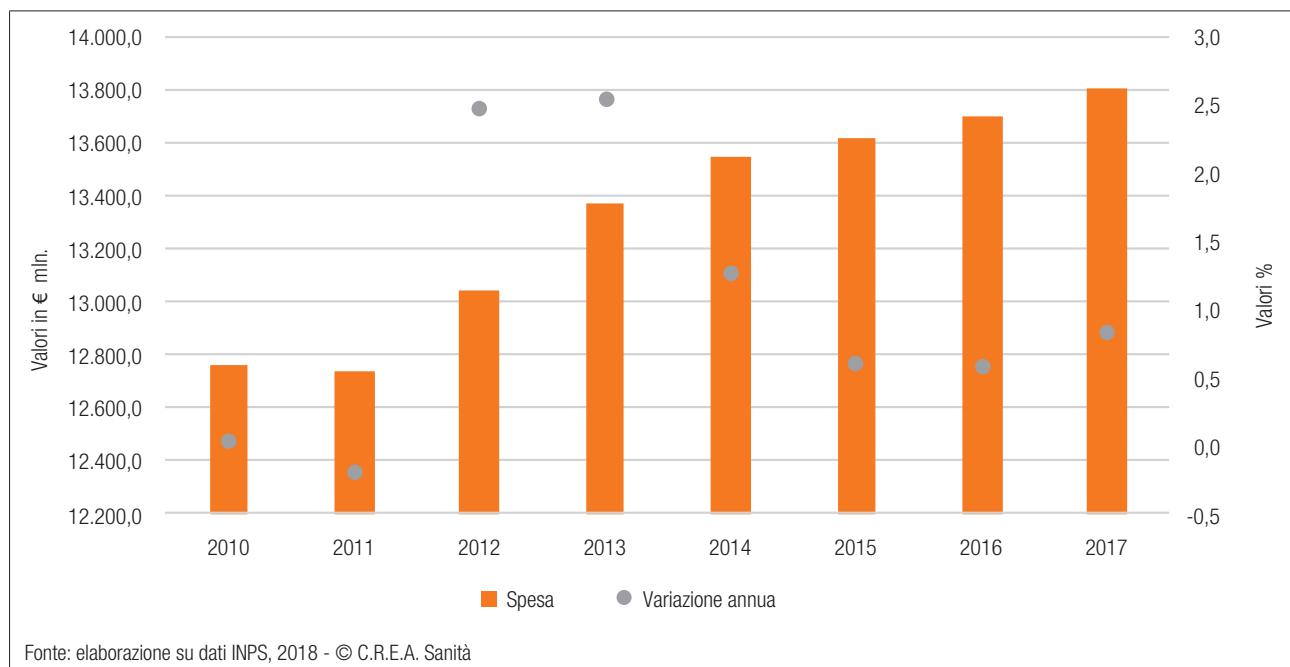


Figura 12.5. Beneficiari di pensione di invalidità civile

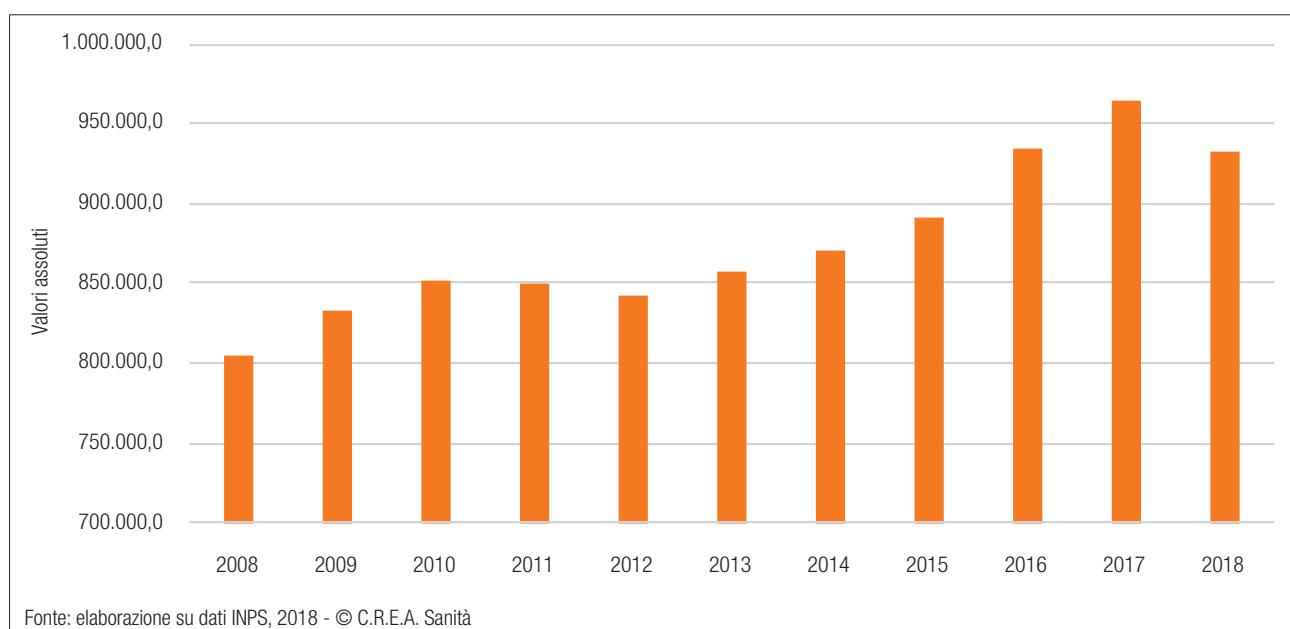
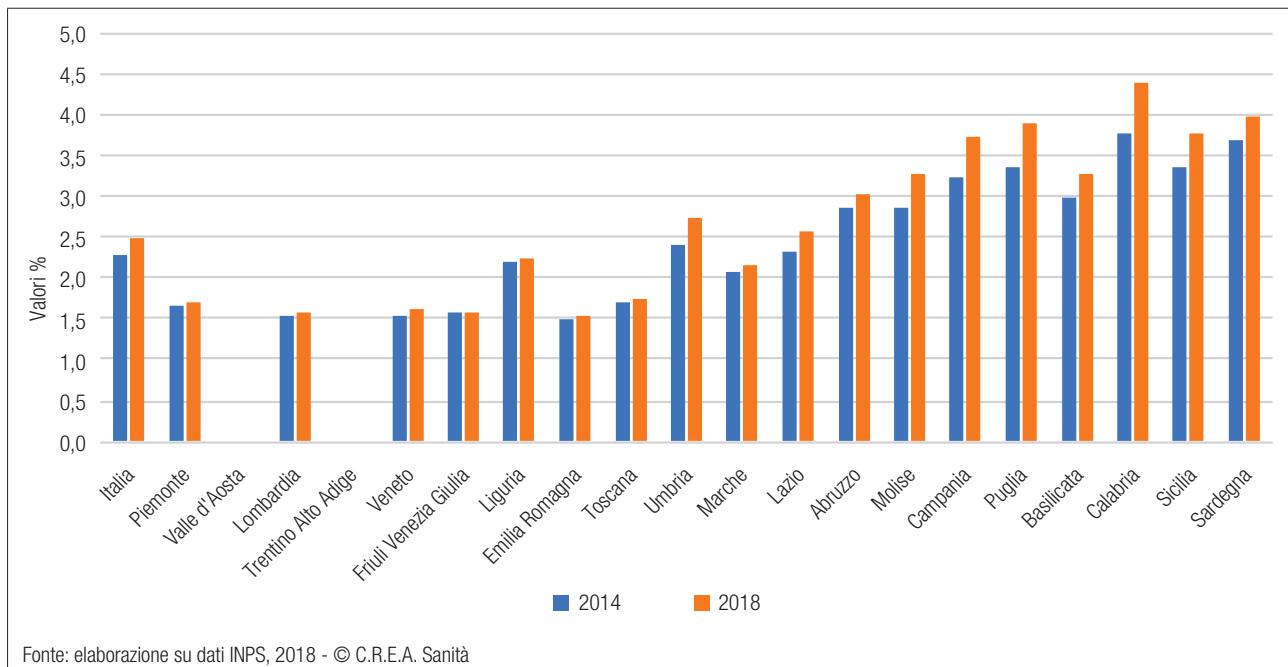


Figura 12.6. Beneficiari di pensioni di invalidità civile: tassi su popolazione 18-65 anni

Al 1.1.2018 risultano circa 0,9 milioni di beneficiari di pensioni di invalidità civile. Rispetto al 2010, il dato ha presentato una crescita del 15,8%, sebbene una prima fase di ribasso si sia verificata tra il 2011 ed il 2012 ed una seconda nell'ultimo anno: quest'ultima ha comportato una flessione del dato pari al 3,3% (Figura 12.5.).

L'incidenza di beneficiari sulla popolazione appartenente alla classe 18-65 anni è pari al 2,5% a livello nazionale, in crescita di 0,2 punti percentuali rispetto al 2014.

A livello regionale si passa dal 4,4% della Calabria (+0,6 punti percentuali nel periodo 2014-2018), seguita dalla Sardegna con il 4,0% (+0,3 punti percentuali), all'1,6% di Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia (in crescita le prime due di 0,1 punti percentuali e stabile la terza).

Tra le Regioni settentrionali il tasso massimo è del 2,2% in Liguria; tra quelle centrali l'indicatore raggiunge il suo valore più alto in Umbria (2,7%) e quello minore in Toscana (1,7%); nel meridione, invece, si passa dal 3,0% dell'Abruzzo al dato citato della Calabria (Figura 12.6.).

A beneficiare di detta provvidenza sono state soprattutto le donne (53,3% vs 46,7%). Contrariamente

a quanto evidenziato per le indennità, nel caso delle pensioni di invalidità civile non sono riscontrabili differenze marcate legate alla ripartizione di residenza dei soggetti beneficiari. Nel 2018, la quota di donne è stata massima in Umbria dove ha superato il 57,0% e minima in Lombardia essendosi fermata al 51,0% (Figura 12.7.).

Infine, in termini di spesa, l'onere complessivo, per il 2017, per le citate provvidenze economiche, è stato di circa € 4,0 mld. in aumento del 4,9% rispetto al 2010 (+ € 187,3 mln.) e dell'8,6% in confronto all'anno precedente (+ € 315,7 mln.) (Figura 12.8.).

12.4. Pensioni di invalidità

Riteniamo che vadano considerate anche le pensioni di invalidità della gestione IVS (Invalidità, Vecchiaia, Superstiti) sebbene in queste provvidenze si mischino elementi di stampo prettamente previdenziale.

In ogni caso si sono considerati solo i beneficiari di età inferiore a 65 anni, ipotizzando che per gli altri non si trattò di un onere aggiuntivo rispetto alla previdenza previdenziale.

Figura 12.7. Beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere. Anno 2018

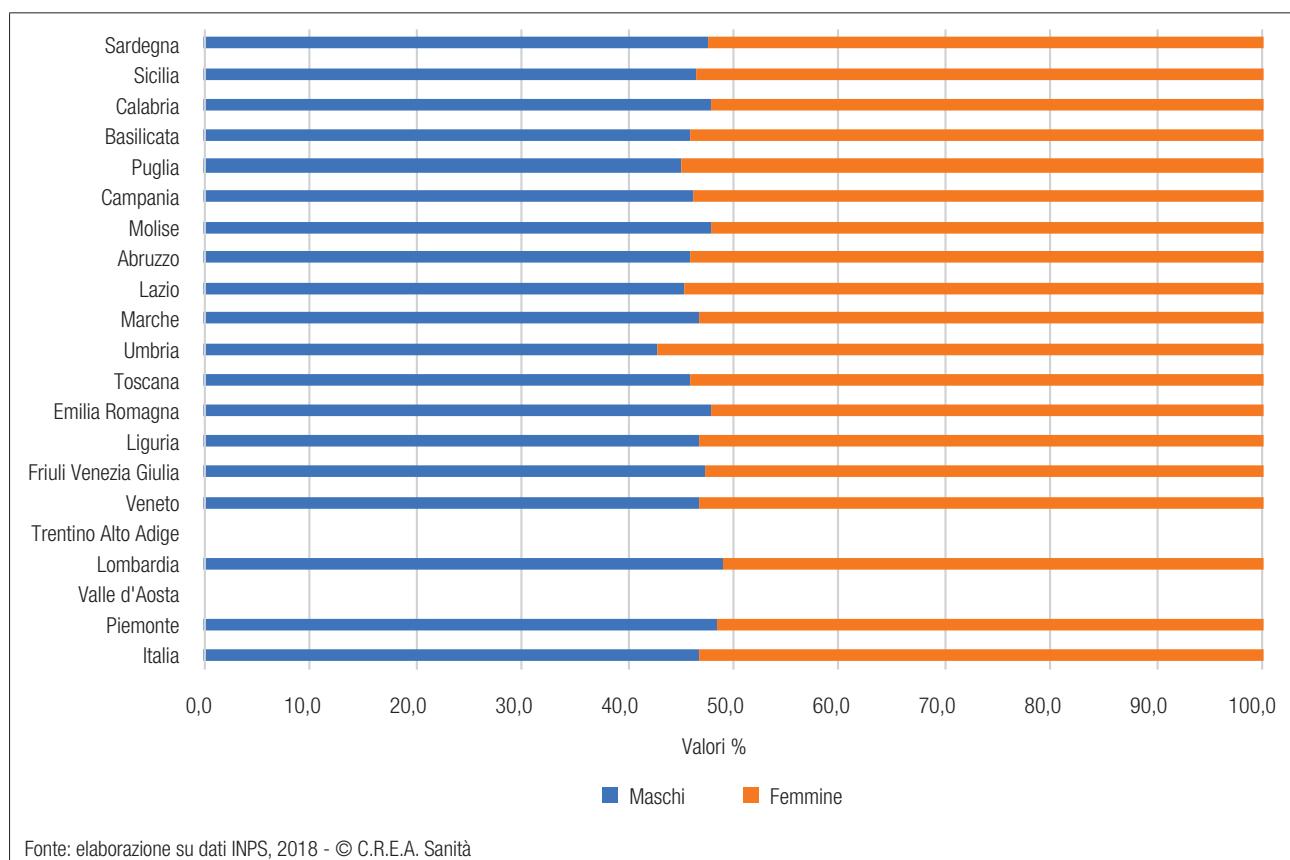


Figura 12.8. Pensioni di invalidità civile: spesa annua

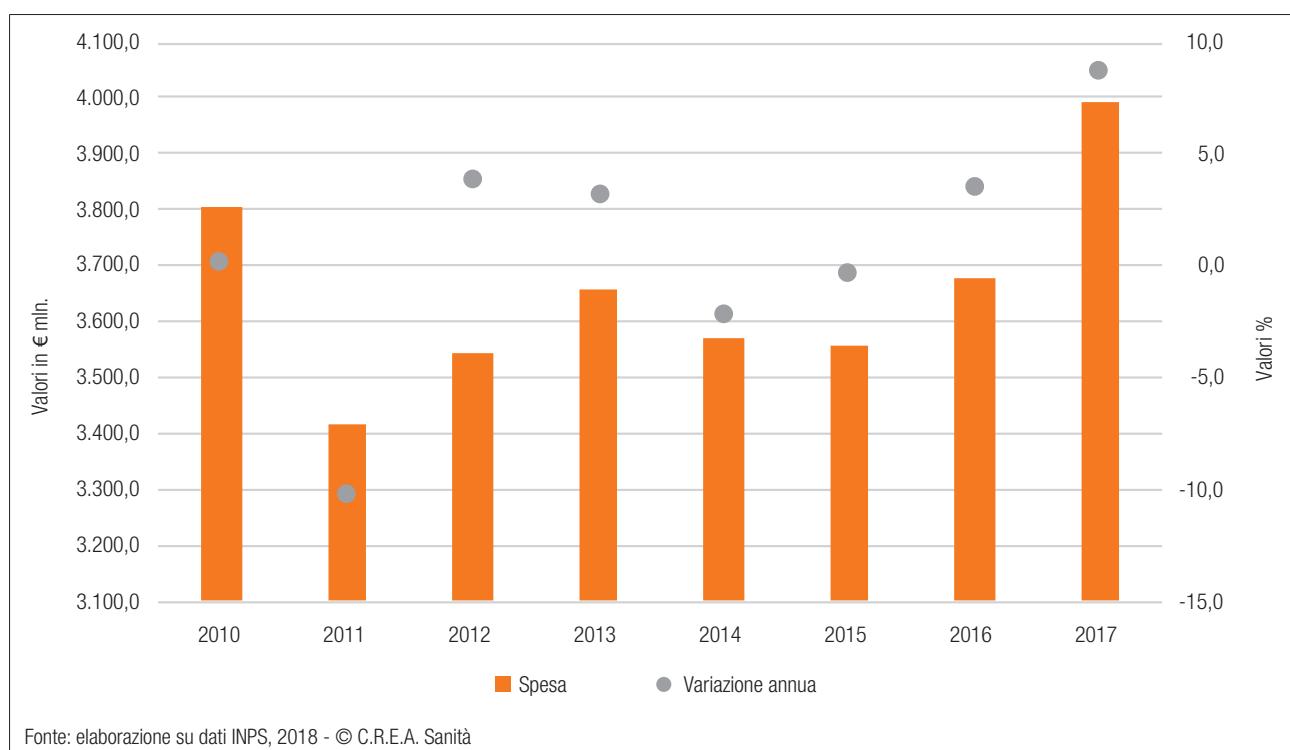
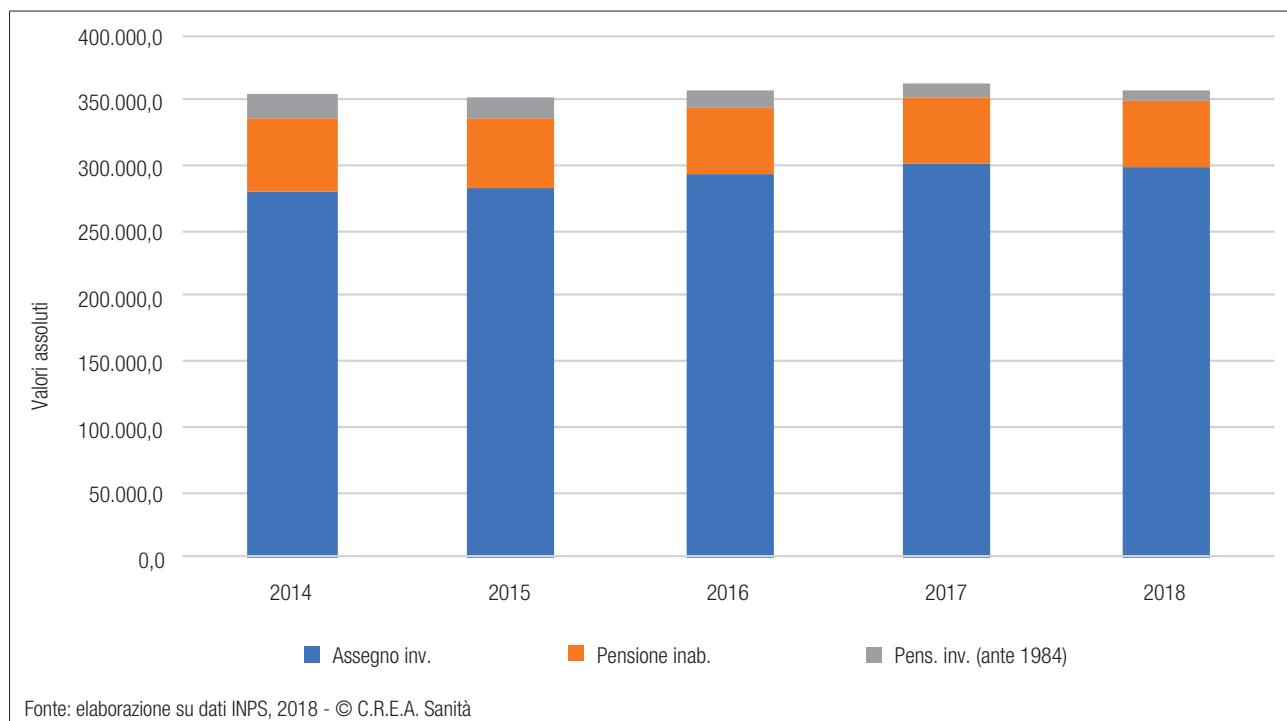
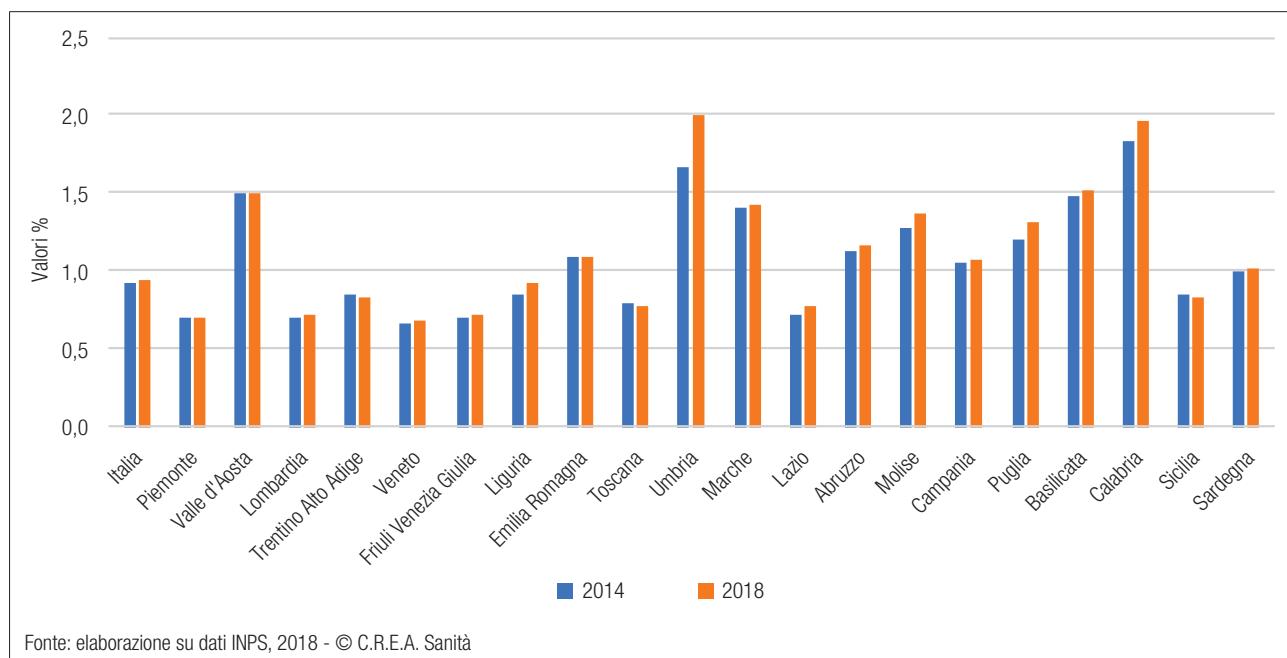


Figura 12.9. Beneficiari di pensioni di invalidità**Figura 12.10. Beneficiari di pensioni di invalidità: incidenza su popolazione 18-65 anni**

Al 1.1.2018 risultano poco più di 357.300 pensioni di invalidità (considerando sia gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984): rispetto al 2014 la platea è aumentata di 3.418

pensioni (ovvero un incremento dell'1,0%). Nel 2018, in particolare, il complesso delle pensioni di invalidità è costituito per l'83,6% dagli assegni di invalidità (4,6 punti percentuali in più rispetto al 2014), seguono le

pensioni di inabilità con il 14,1% (-1,5 punti percentuali) e, infine le pensioni di invalidità ante 1984 con il residuale 2,3% (-3,1 punti percentuali) (Figura 12.9.).

L'incidenza di beneficiari sulla popolazione appartenente alla classe 18-65 anni è pari allo 0,9% a livello nazionale, valore tendenzialmente stabile rispetto al 2014.

A livello regionale si passa dal 2,0% di Umbria e Calabria (+0,3 punti percentuali la prima e +0,1 punti percentuali la seconda) al valore minimo dello 0,7% di Piemonte, Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia.

Tra le Regioni della ripartizione settentrionale, il tasso massimo viene riportato dalla Valle d'Aosta dove raggiunge l'1,5%, mentre quello minimo si riferisce al dato citato di Piemonte, Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia; nel Centro si va dal valore cennato dell'Umbria, allo 0,8% della Toscana; tra le Regioni meridionali, invece, si passa dal valore citato della Calabria allo 0,8% della Sicilia (Figura 12.10.).

In termini di spesa, la proiezione all'anno 2018 dell'onere per le pensioni è pari a € 3,6 mld., con un incremento di circa 0,15 mld. dal 2014 (pari al +4,2%).

Nel periodo 2014-2018 la spesa è aumentata in maniera più consistente nelle Regioni della ripartizione meridionale (+5,0%), rispetto a quelle della ripartizione centro-settentrionale (+4,1% nelle prime e +3,4% nelle seconde).

A livello regionale è stato particolarmente consistente l'incremento riportato da Umbria (+16,9%), Puglia (+10,7%) e Calabria (+12,2%) (Figura 12.11.).

12.5. Oneri per i permessi L. n. 104/1992

La finalità originaria della L. n. 104/1992 è quella di garantire 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.

Grazie a questa legge, le persone disabili e le

loro famiglie possono avvalersi, tra l'altro, della facoltà di usufruire di periodi di assenza retribuiti dal lavoro, che si aggiungono a quelli ordinari già previsti per esempio per la maternità. L'applicazione del principio è declinata all'art.3 della richiamata legge, dove viene specificato che gli aventi diritto sono «... *coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione*».

Nello specifico, i permessi retribuiti spettano, secondo quanto stabilisce la normativa, ai parenti entro il terzo grado ed ai disabili stessi. Ai lavoratori disabili spettano riposi orari giornalieri di 1 ora o 2 ore a seconda dell'orario di lavoro, oppure tre giorni di permesso mensile; ai genitori di figli disabili spettano tre giorni di permesso mensili, anche frazionabili in ore, oppure il prolungamento del congedo parentale o, ancora, 2 ore al giorno in caso di orario lavorativo pari o superiore a 6 ore e un'ora in caso di orario lavorativo inferiore a 6 ore.

Nel 2016 risultano 7,1 milioni di permessi usufruiti da dipendenti del settore pubblico (non siamo in grado di discernere la natura della minorazione e neppure, per il settore pubblico, la tipologia di permesso, ovvero personale, piuttosto che familiare). Rispetto al 2011 le giornate di permesso sono diminuite dell'1,3% ma sono aumentate dell'1,9% rispetto all'anno precedente. Ad usufruire maggiormente dei citati permessi in tutti gli anni analizzati (2011-2016) sono state le donne (Figura 12.12.).

In termini percentuali, le donne dipendenti del settore pubblico usufruiscono di circa il 64,0% della totalità dei permessi; il dato è in diminuzione di 0,2 punti percentuali fra il 2011 e il 2016 (Figura 12.13.).

Complessivamente, nel 2016, nel settore pubblico, si stima un onere per i permessi ex L. n. 104/1992 di € 729,0 mln.³ in riduzione del 2,3% in confronto al 2011 ma in aumento dell'1,1% rispetto all'anno

³ Per la stima è stato considerato il rapporto tra lo stipendio annuale (dato dalla somma di tutte le voci stipendiali) e il numero di giornate lavorative in un anno (260 giorni) ottenendo in tal modo la retribuzione media giornaliera; quest'ultima è stata, quindi, moltiplicata per il totale dei permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992

precedente quando la spesa si è fermata a quota € 721,3 mln. (Figura 12.14.).

Nel settore privato, sempre nel 2016, risultano cir-

ca 414.600 beneficiari di permessi; rispetto al 2011 i beneficiari sono aumentati di circa 120.000 unità, con un incremento pari al 40,8%.

Figura 12.11. Variazione 2016/2011 della spesa annua per pensioni di invalidità

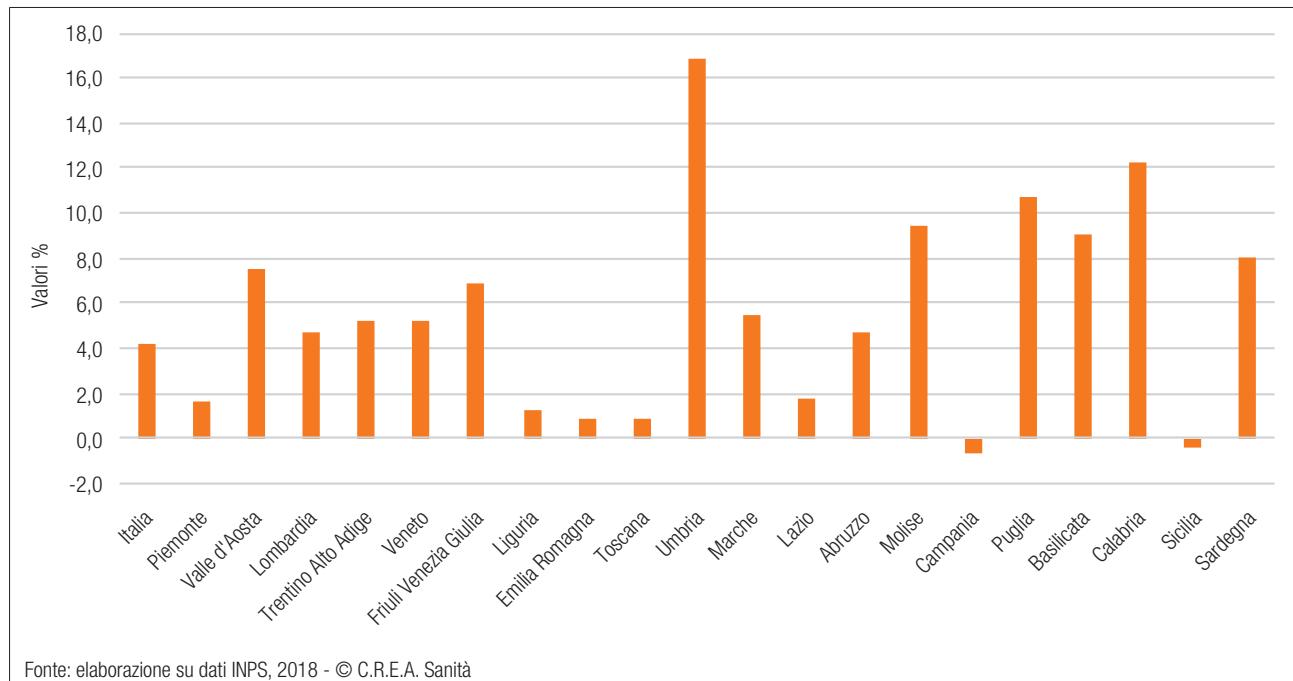
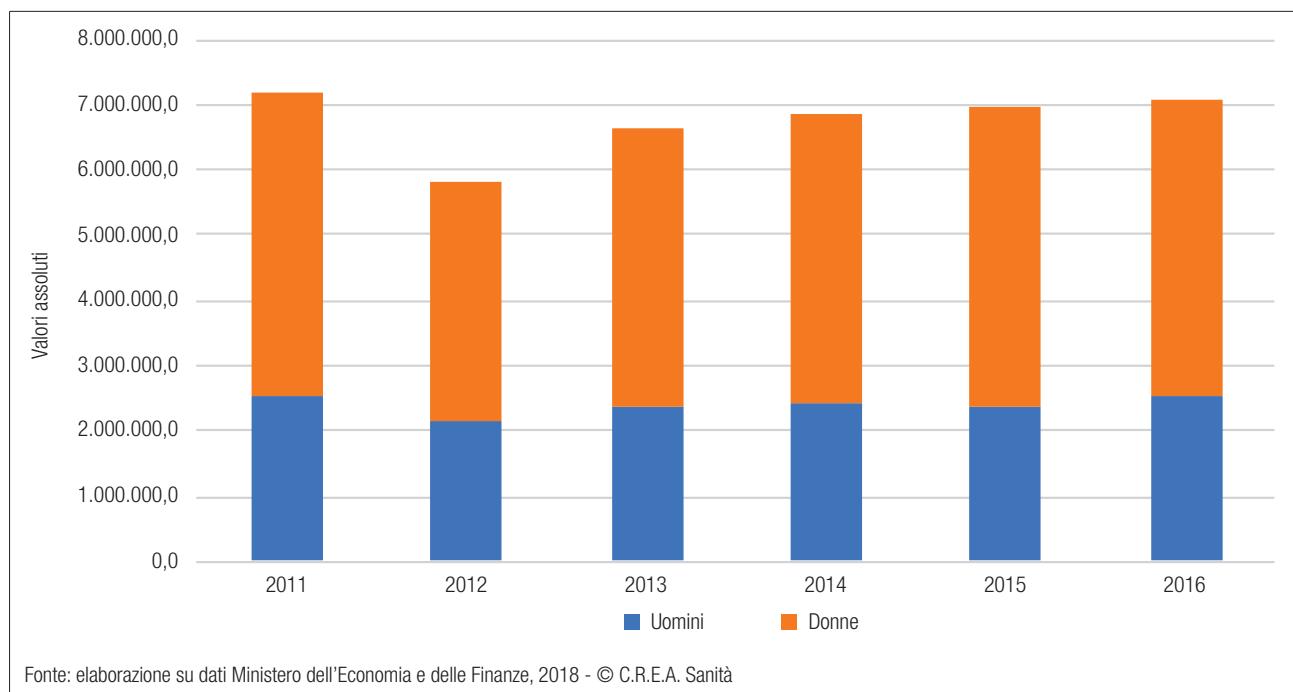


Figura 12.12. Permessi ex L. n. 104/1992 per genere: settore pubblico



Di questi oltre 250.000 (ovvero l'87,6%) sono beneficiati che usufruiscono del permesso per un familiare, mentre un residuale 51.200 ne usufruisce a titolo personale.

Coloro che usufruiscono di un permesso per un familiare appartengono per lo più al genere maschile; i beneficiari a titolo personale, invece, sono lieve-

mente di più donne (Figura 12.15.).

Ipotizzando che ciascun beneficiario usufruisca in media di 3 permessi mensili, nel 2016, si stimano circa 15 milioni di giornate di permesso, in aumento del 40,8% rispetto al 2011 e del 6,2% in confronto al 2015.

Figura 12.13. Composizione permessi ex L. n. 104/1992 per genere: settore pubblico

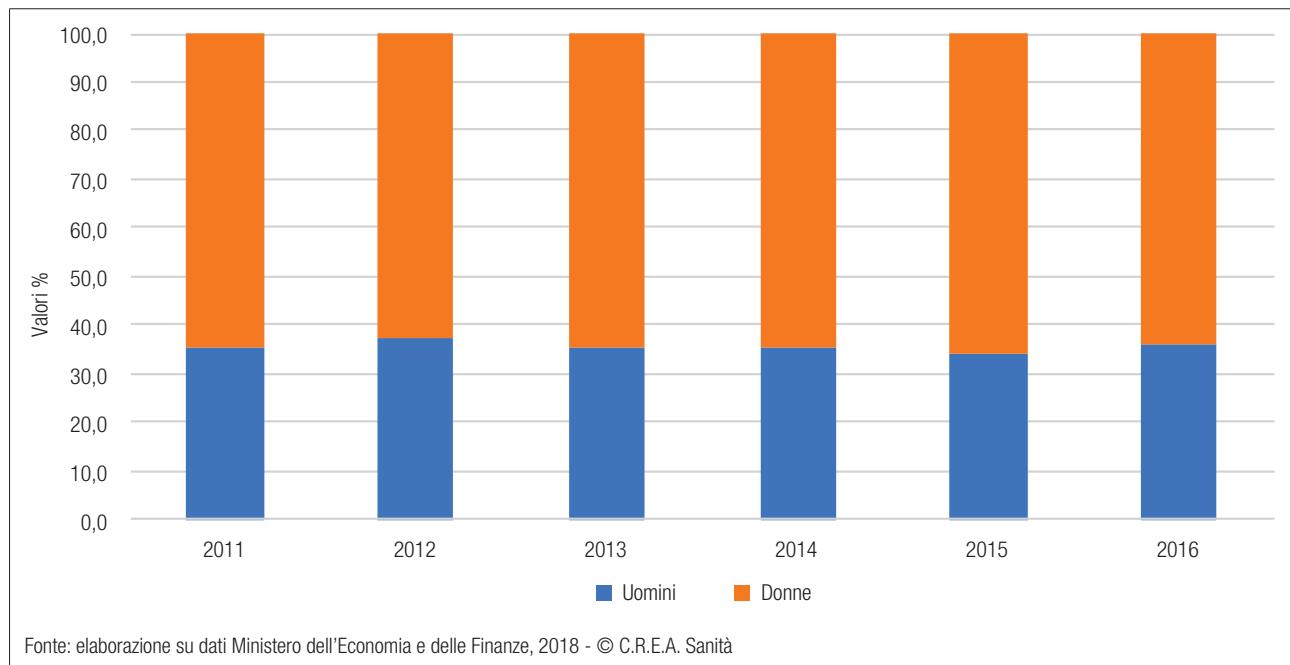


Figura 12.14. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992

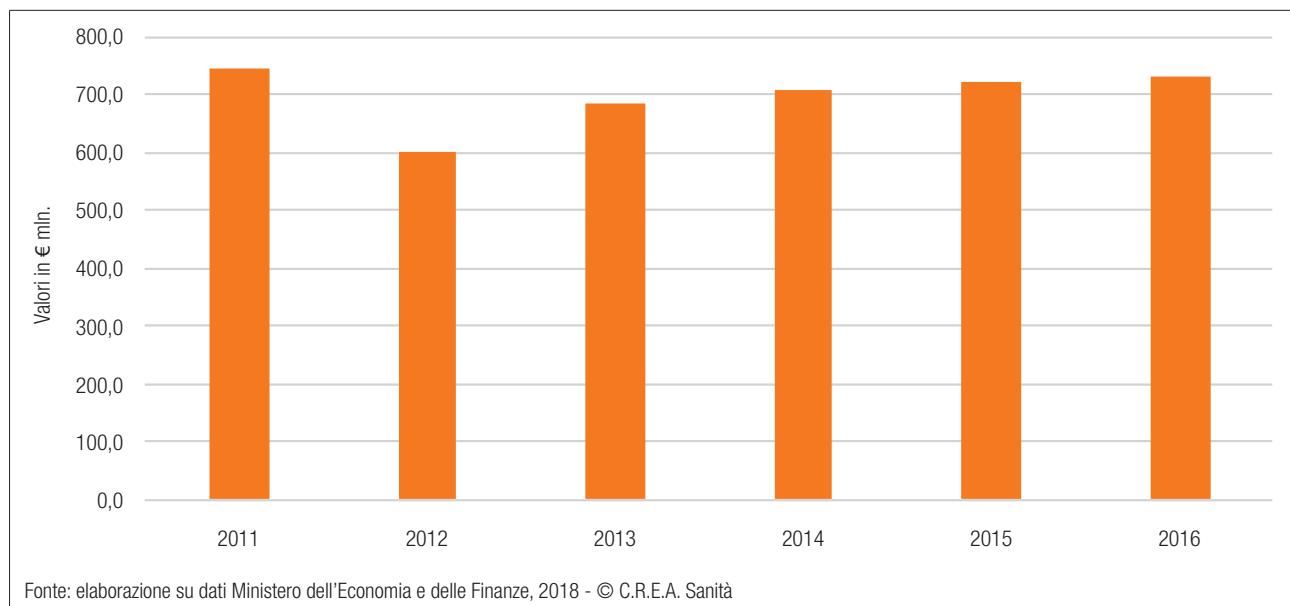
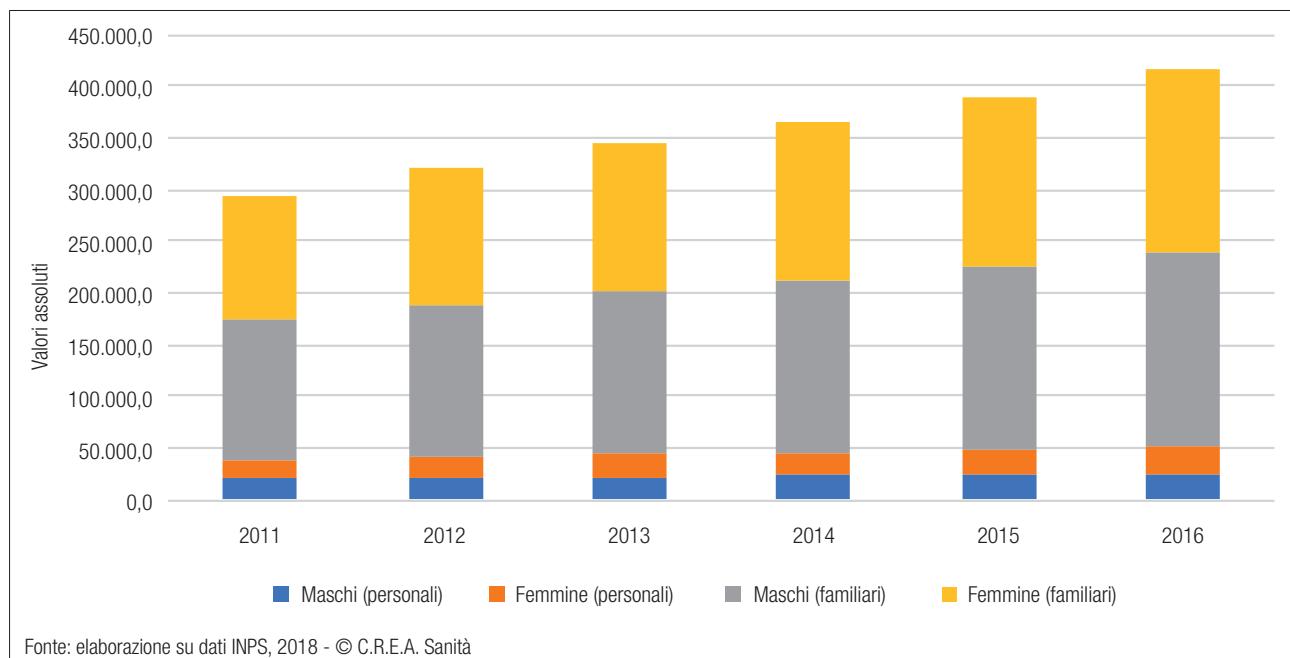
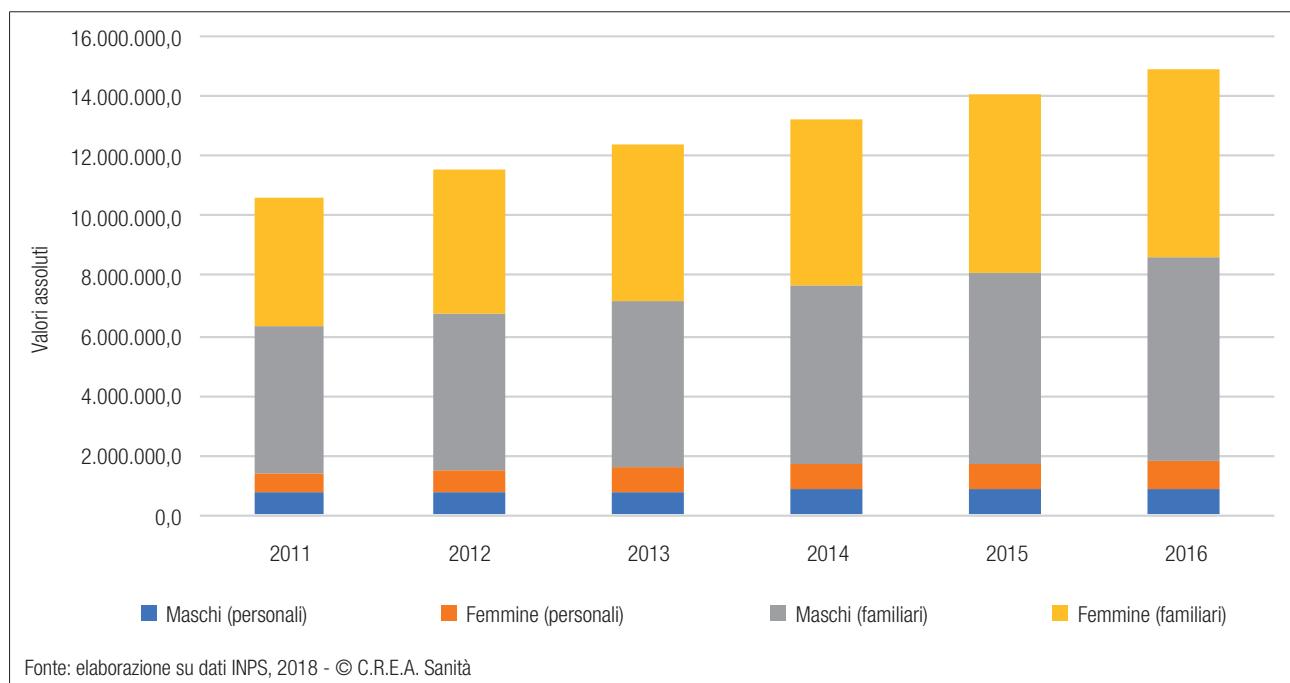


Figura 12.15. Beneficiari permessi ex L. n. 104/1992 per genere e tipologia: settore privato**Figura 12.16. Permessi ex L. n. 104/1992 per anno, genere e tipologia: settore privato**

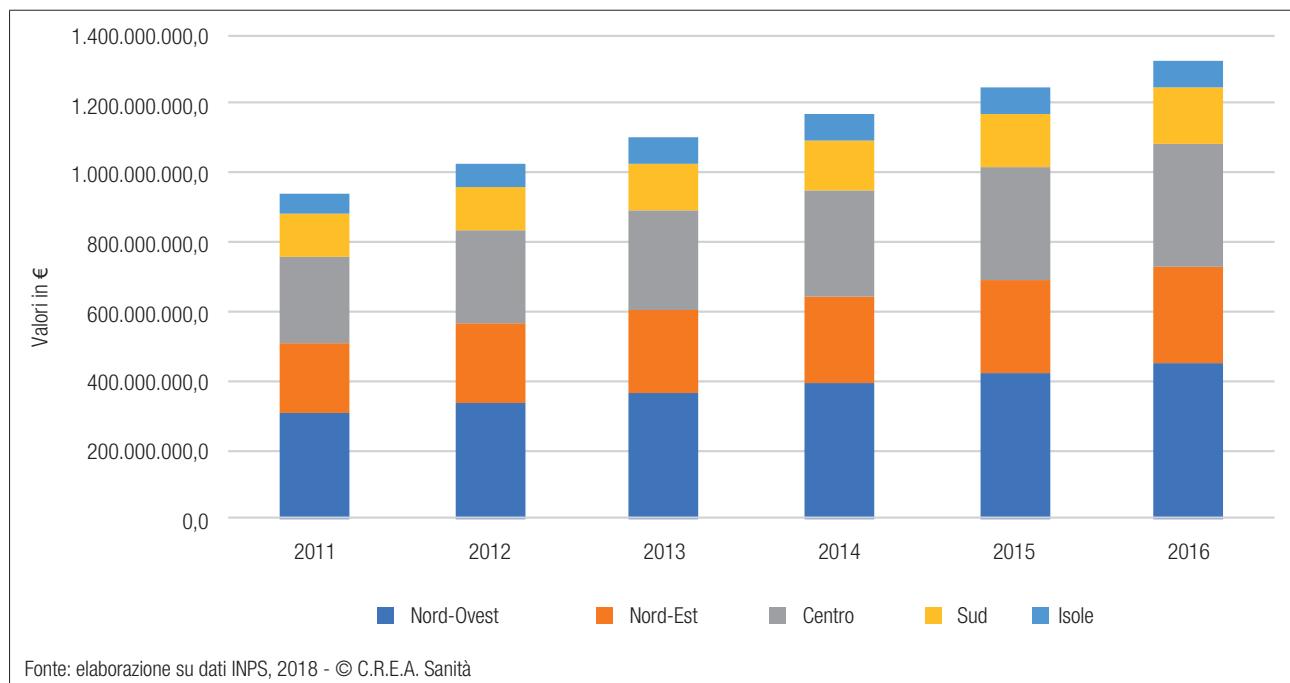
Del totale dei permessi così stimati, 1,8 milioni circa sono permessi a titolo personale, mentre la gran parte dei permessi sono usufruiti da un familiare (oltre 13 milioni).

In linea generale, i permessi sono usufruiti in

maggioranza da maschi; si noti, tuttavia, che i permessi a titolo personale sono "sfruttati" lievemente di più dalle donne, mentre quelli a titolo di familiare lo sono di più da maschi (Figura 12.16.).

Complessivamente, nel settore privato si stima,

Figura 12.17. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992 per ripartizione: settore privato



per il 2016, un onere annuo per i permessi ex L. n. 104/1992 di circa € 1,3 mld., di cui € 160,0 mln. per permessi a titolo personale e € 1,2 mld. usufruiti da familiari.

L'onere si distribuisce per € 445,8 mln. nel Nord-Ovest, € 282,4 mln. nel Nord-Est, € 350,7 mln. nel Centro e € 245,0 mil. nel Sud e nelle Isole (Figura 12.17.).

12.6. Conclusioni

Complessivamente per le varie provvidenze in natura analizzate, si spendono (dati all'anno più recente disponibile) € 23,0 mld..

La parte principale, circa il 59,0%, è relativa alle indennità di accompagnamento, che senza dubbio attengono alla copertura di bisogni di non autosufficienza.

Seguono, intorno al 32,0%, le pensioni di invalidità civile e non, di cui abbiamo considerato i soli beneficiari sotto i 65 anni, con oneri approssimativamente uguali.

Infine, il restante 8,7%, è relativo agli oneri connessi ai permessi ex L. n. 104/1992, che in buona parte coprono ancora necessità legate alla malattia e disabilità.

Il dato essenziale è che tali provvidenze non sono gestite all'interno di un disegno coerente e integrato di *welfare*, e principalmente risultano del tutto slegate, sia come gestione che come regolamentazione, dal sistema di tutela legato alla Sanità, con evidenti rischi di duplicazioni e quindi iniquità.

Si noti, infine, che sebbene dopo il 2011 si assista ad un chiaro ridimensionamento del *trend* di crescita, sia delle indennità che delle pensioni di invalidità, la dinamica non sembra ancora sotto controllo: gli oneri per le indennità sono comunque cresciuti di 1,0 mld. dal 2010; anche la spesa per le pensioni di invalidità civile nell'ultimo anno è cresciuta dell'8,6% così come gli oneri per la L. n. 104/1992 sono cresciuti negli ultimi 5 anni.

Non si può quindi che ribadire che l'organizzazione di tutto il settore andrebbe ripensata e integrata in un disegno complessivo di *welfare* destinato ai servizi alla persona fragile.

Riferimenti bibliografici

INPS (anni vari), *Osservatorio sulle prestazioni erogate a sostegno della famiglia Legge n. 104/1992* <https://www.inps.it/webidentity/banchedatististiche/menu/famiglia/main.html>

INPS (anni vari), *Osservatorio sulle pensioni, complesso delle pensioni vigenti*, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatististiche/menu/pensioni.html>

ni/pensioni.html

INPS (anni vari), *Osservatorio sulle pensioni, Prestazioni agli Invalidi Civili*, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatististiche/menu/pensioni/pensioni.html>

INPS (anni vari), *Rendiconti generali*, L. n. 18/1980 <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?sPathID=0%3b46306%3b46322%3b&lastMenu=46322&iMenu=12&p3=4>

ENGLISH SUMMARY

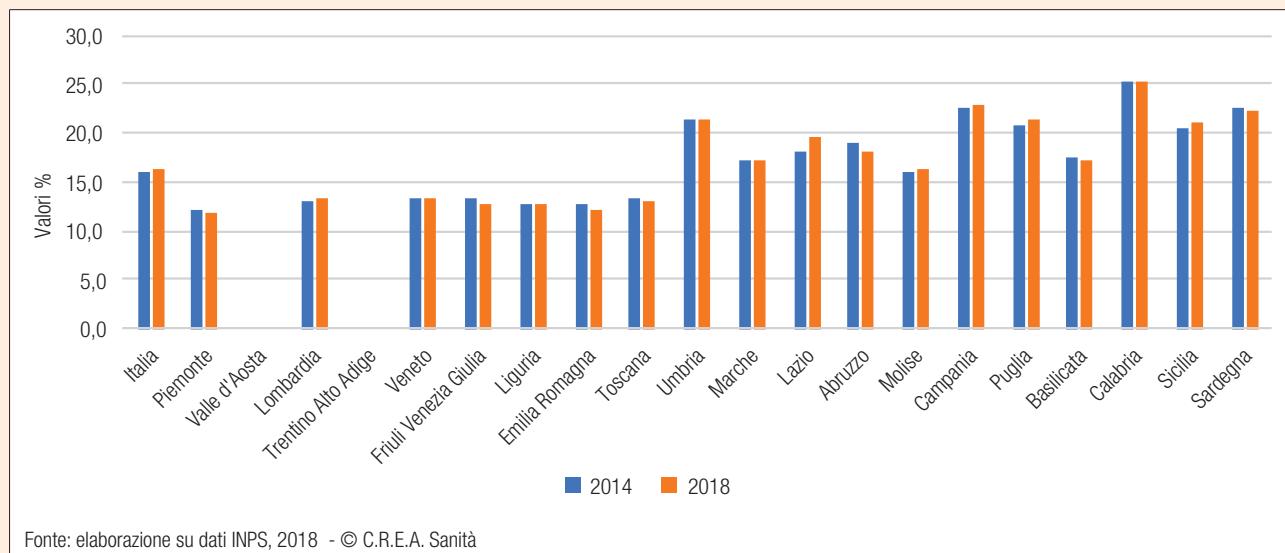
Cash benefits and allowances: the evolution of beneficiaries and charges

In 2017, the total spending for attendance allowances, civil disability pensions, invalidity pensions and paid leaves pursuant to Law No. 104/1992 - analysed as benefits and allowances linked to long-term non-self-sufficiency situations - amounted to € 23.0 billion, broken down as follows: approximately 59.0 for attendance allowances; 17.1% for civil disability pensions; 15.4% for invalidity pensions and the remaining 8.7% for paid leaves pursuant to Law No. 104/1992.

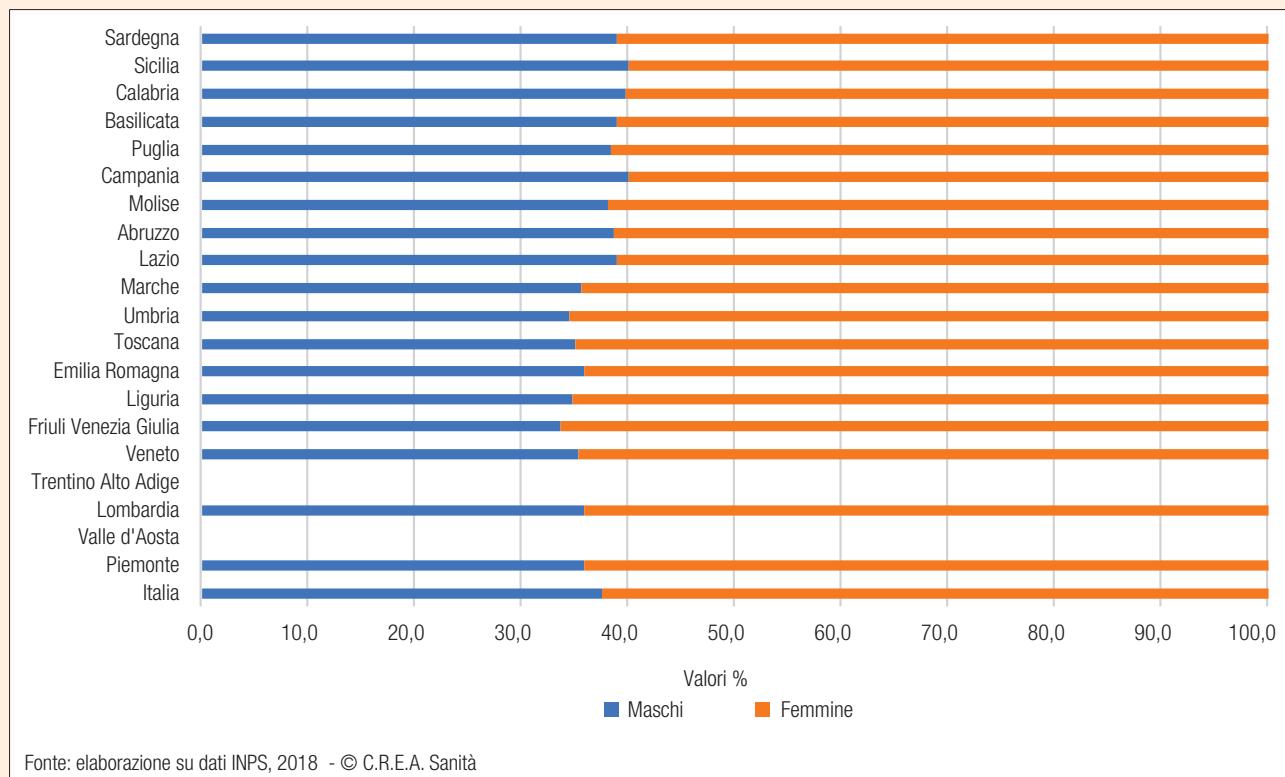
Although after 2011 there has been a reduced growth both for attendance allowances and invalidity pensions, the trend does not seem to be under control yet: since 2010 the charges for allowances have

risen by € 1.0 billion. Last year also the spending for civil disability pensions grew by 8.6%. Over the last five years, even the charges for paid leaves pursuant to Law No. 104/1992 have grown by 21.6%.

Overall, it is confirmed that the cash benefits and allowances – which are substantial and almost exclusively in the field of social assistance linked to non-self-sufficiency - are managed in a manner not integrated with the health protection system, as well as with different access criteria that have repercussions both at equity and economic levels, thus generating risks of duplications.

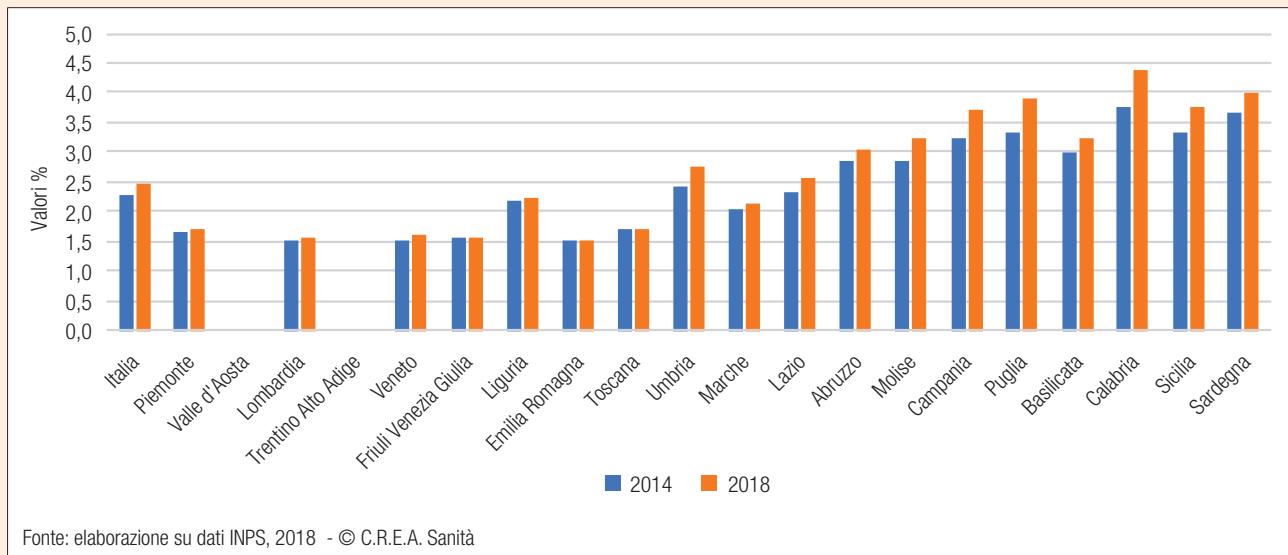
KI 12.1. Quota di persone beneficiarie di indennità di accompagnamento sulla popolazione over 65

La quota di persone beneficiarie di indennità di accompagnamento sulla popolazione anziana (over 65) è pari al 16,2%, tendenzialmente stabile rispetto al 2014 (+0,2%). A livello regionale si passa dal 25,4% della Calabria (+0,1 punti percentuali nel periodo 2014-2018), seguita dalla Campania con il 22,9% (+0,3 punti percentuali) e dalla Sardegna con 22,1% (-0,3 punti percentuali), all'11,8% del Piemonte (-0,2 punti percentuali), al 12,1% e al 12,6% rispettivamente di Emilia Romagna e Liguria. Tra le Regioni settentrionali il tasso massimo è raggiunto dalla Lombardia con il 13,4%, seguita dal Veneto con il 13,3%, mentre nel meridione si passa dal valore minimo del Molise (16,3%) al dato citato della Calabria.

KI 12.2. Indennità di accompagnamento per genere. Anno 2018

Nel 2018, la quota di indennità di accompagnamento erogate a donne supera il 62,0%. Si evidenzia un gradiente Nord-Sud: in tutte le Regioni meridionali la quota di indennità erogate a donne è inferiore della quota registrata nelle Regioni della ripartizione Centro-Settentrionale. Tra le Regioni del Centro-Nord, in Friuli Venezia Giulia si registra la quota minore di uomini beneficiari di indennità; tra quelle meridionali, Campania e Sicilia sono le Regioni in cui si raggiunge la minor quota di donne beneficiarie.

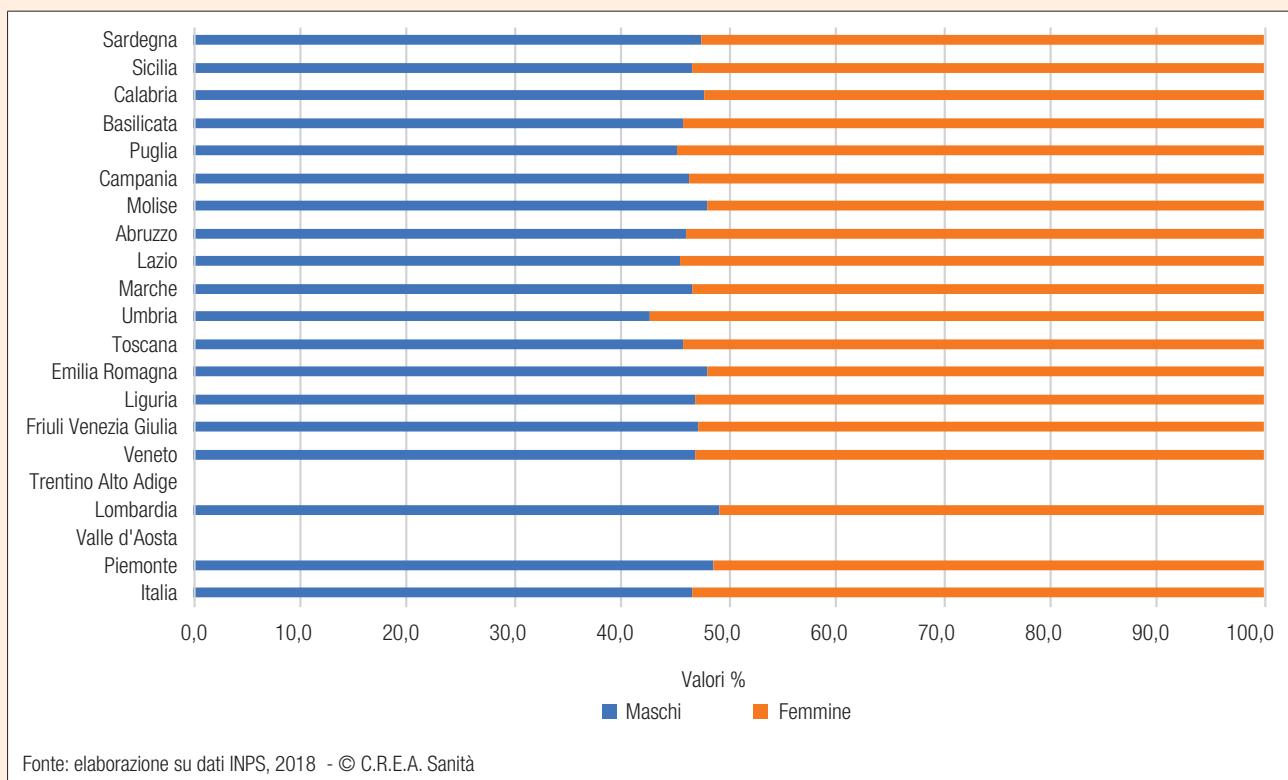
KI 12.3. Quota di persone beneficiarie di pensione di invalidità civile su popolazione 18-65 anni



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

La quota di persone beneficiarie di pensione di invalidità civile sulla popolazione appartente alla classe 18-65 anni è pari al 2,5%, in crescita di 0,2 punti percentuali rispetto al 2014. A livello regionale si passa dal 4,4% della Calabria (+0,6 punti percentuali nel periodo 2014-2018), seguita dalla Sardegna con il 4,0% (+0,3 punti percentuali), all'1,6% di Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia (in crescita le prime due di 0,1 punti percentuali e stabile la terza). Tra le Regioni settentrionali il tasso massimo è del 2,2% in Liguria; tra quelle centrali l'indicatore raggiunge il suo valore più alto in Umbria (2,7%) e quello minore in Toscana (1,7%); nel meridione, invece, si passa dal 3,0% dell'Abruzzo al dato citato della Calabria.

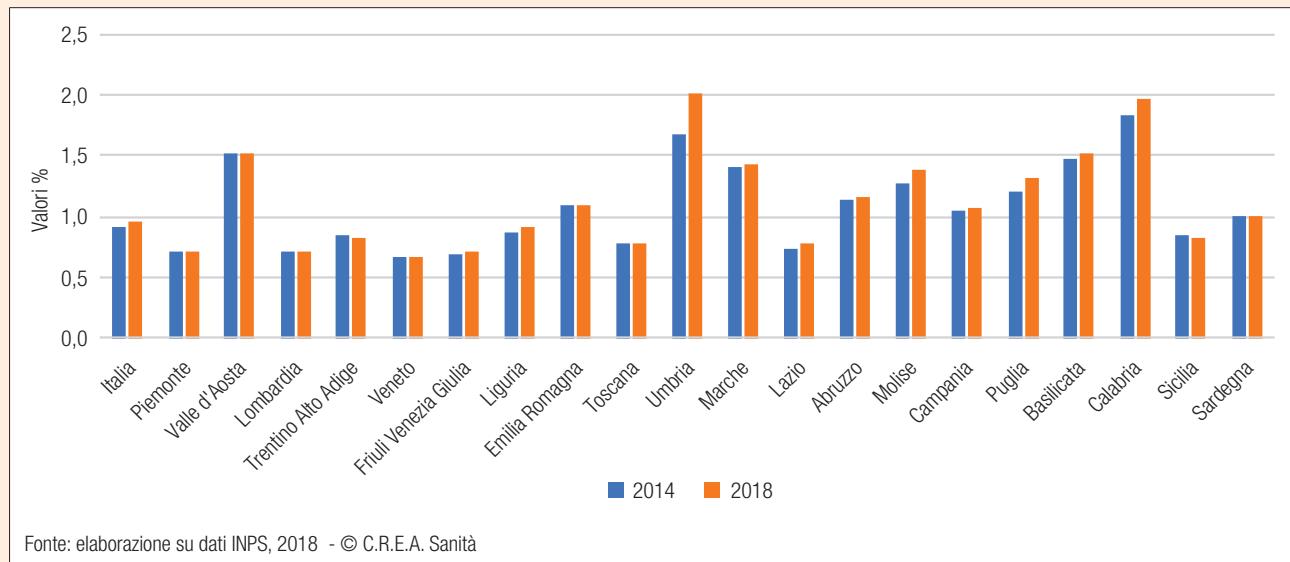
KI 12.4. Pensioni di invalidità civile per genere. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

La quota di donne fra i beneficiari di pensione di invalidità civile è del 53,3%, senza particolari differenze regionali. Nel 2018, la quota di donne è stata massima in Umbria dove ha superato il 57,0% e minima in Lombardia essendosi fermata al 51,0%.

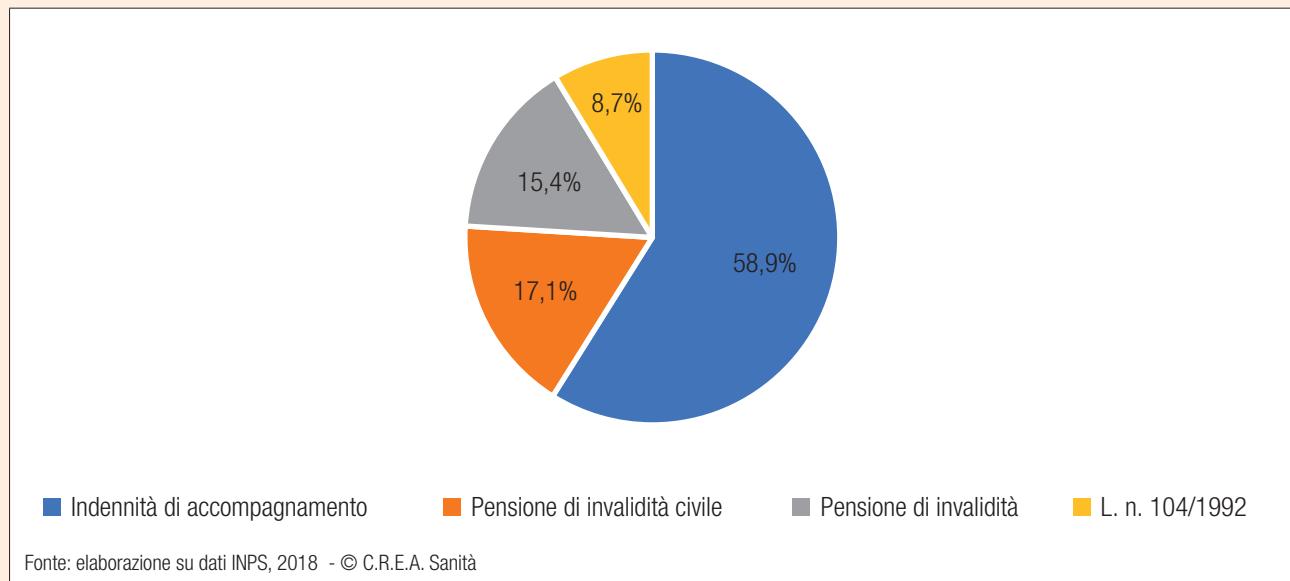
KI 12.5. Quota di persone beneficiarie di pensione di invalidità su popolazione 18-65 anni



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

La quota di persone beneficiarie di pensione di Invalidità sulla popolazione appartenente alla classe 18-65 anni è pari allo 0,9%, valore tenenzialmente stabile rispetto al 2014. A livello regionale si passa dal 2,0% di Umbria e Calabria (+0,3 punti percentuali la prima e +0,1 punti percentuali la seconda) al valore minimo dello 0,7% di Piemonte, Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia. Tra le Regioni della ripartizione settentrionale, il tasso massimo viene riportato dalla Valle d'Aosta dove raggiunge l'1,5%, mentre quello minimo si riferisce al dato citato di Piemonte, Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia; nel Centro si va dal valore cennato dell'Umbria, allo 0,8% della Toscana; tra le Regioni meridionali, invece, si passa dal valore citato della Calabria allo 0,8% della Sicilia.

KI 12.6. Spesa per indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile e pensioni di invalidità. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 la spesa totale per le indennità in denaro, ovvero indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, pensioni di invalidità (di cui fanno parte gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984) e permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 ha superato € 23,0 mld.. Il 58,9% della spesa totale è attribuibile alle indennità di accompagnamento, il 17,1% alle pensioni di invalidità civile, il 15,4% alle pensioni di invalidità ed il rimanente 8,7% ai permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992.



Aspetti industriali della Sanità

Industrial aspects of health

13a. L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

English Summary

13b. Filiera della salute: Rapporto Annuale

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 13

Aspetti industriali della Sanità

L'industria medicale italiana (farmaci, dispositivi medici, etc.), costituisce uno dei principali motori di sviluppo del Paese, con elevate risorse destinate alla ricerca e all' innovazione, nonché ampio terreno di sviluppo per le tecnologie digitali.

Malgrado l'importanza economica del settore sia evidente, va notato che gli esiti di salute delle tecnologie sanitarie ricevono abbondante attenzione in letteratura, mentre i risvolti economici dell'attività di ricerca e produzione delle tecnologie hanno ricevuto relativamente pochi contributi specifici.

Sul versante degli effetti sul sistema economico, ricerca, produzione e distribuzione dei prodotti generano anch'essi *welfare*, creando occupazione (per lo più qualificata), distribuzione di reddito, imposte che alimentano le finanze pubbliche, oltre che con la generazione di nuova conoscenza.

Per testimoniare questa evidenza, nel capitolo 13 sono stati affrontate due tematiche:

- in continuità con le precedenti edizioni, è stato fornito un aggiornamento, sui principali dati, a livello internazionale e nazionale, relativi ai maggiori settori dell'industria medicale: farmaci e dispositivi medici; sono, nello specifico, stati analizzati il valore del mercato, della produzione, il valore di *import* ed *export*, gli occupati; il primo sotto-capitolo contiene, inoltre, un focus specifico sulla spesa per dispositivi medici e del livello regionale di rispetto del tetto di spesa prevista (Capitolo 13a)
- il secondo sotto-capitolo ospita una sintesi dei risultati del modello di valutazione dell'impatto della filiera della salute sull'economia del Paese (PIL), elaborato da Confindustria: l'importanza del contributo risiede, in particolare, nella stima dell'indotto generato dalla filiera, che si aggiunge alla rilevazione diretta del valore della produzione (Capitolo 13b).

Industrial aspects of health

The Italian medical industry (drugs, medical devices, etc.) is one of the main drivers of development in the country, with high resources invested for research and innovation, as well as a large involvement of digital technologies.

Despite the economic importance of the sector is evident, it should be noted that great attention is paid in literature to the health outcomes of health technologies, while few specific studies have analysed the economic implications of research and production of technologies.

With specific reference to the impact on the economic system, should be noted that research, production and distribution of products generate welfare, by creating jobs (mostly high-skilled ones), distribution of income, taxes that fuel public finances, as well as generating new knowledge.

With a view to corroborating this evidence, Chapter 13 deals with two issues:

- in line with the previous editions, an update

is provided on the main international and national data relating to the major sectors of the medical industry, namely drugs and medical devices. In particular, the value of the market, production, import and export, as well as the people employed, are analysed. Furthermore, the first sub-chapter includes a specific focus on the spending for medical devices and the regional level of compliance with the planned spending ceiling (Chapter 13a)

- the second sub-chapter provides a summary of the results achieved by the model developed by Confindustria to assess the healthcare impact on the country's economy (GDP). In particular, the importance of the contribution lies in the estimate of the turnover generated by the related industries of the healthcare chain, which adds to the direct calculation of the value of production (Chapter 13b).

CAPITOLO 13a

L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

d'Angela D.¹, Carrieri C.², Nenna F.G.²

13a.1. Produzione e dimensione dell'industria

L'industria dei farmaci e quella dei dispositivi medici (DM) hanno dimensioni significativamente differenti: nel 2017 il mercato mondiale farmaceutico è di circa € 754,5 mld. (EFPIA, 2018) mentre quello dei DM è di € 315,4 mld. (*Thema Med*, 2017). Secondo l'*International Trade Administration* il mercato mondiale dei prodotti farmaceutici passerà da € 866 mld. a € 1.126 mld. entro il 2020, con un tasso di crescita annuo del +4,9%: in particolare, è atteso un rapido sviluppo del mercato farmaceutico nelle economie emergenti (Brasile, Cina e India), che hanno contribuito ad una migrazione delle attività economiche e di ricerca dall'Europa verso questi mercati. Durante il periodo 2013-2017 il mercato brasiliano, quello cinese e quello indiano hanno riportato un tasso di crescita rispettivamente del +11,5%, del +9,4% e del +11,0% a fronte di una crescita media del +4,4% del mercato dell'Unione Europea (EU) e del +7,3% di quello statunitense (IMS Health, 2018).

Nonostante i cambiamenti in atto, nel 2017, all'incirca la metà del mercato mondiale (48,1%) continua a concentrarsi in Nord America; seguito dall'Europa con il 22,2% e dal Giappone con il 7,7% (*International Trade Administration* e *MedTech Europe*). Secondo i dati IMS Health, il 64,1% delle vendite di nuovi farmaci lanciati durante il periodo 2012-2017

è stato effettuato sul mercato statunitense, contro il 18,1% del mercato europeo.

Per quanto concerne i DM, il commercio mondiale nel 2015 (ultimo dato reperito) è cresciuto del +2,8% medio annuo (Assobiomedica, 2016), in rallentamento rispetto al biennio precedente (era del +3,4%). Secondo i dati *Thema-Med*, invece, tra il 2015 ed il 2016 vi è stato un incremento delle vendite del +5,7% pari a circa € 339 mld.: il risultato più alto registrato dal 2009 ad oggi.

La suddivisione del mercato dei DM a livello mondiale è rimasta pressoché invariata fra il 2015 e il 2016: quello statunitense ne ha rappresentato circa il 43%, quello europeo il 29% (€ 110 mld.) e, infine, quello giapponese circa il 7%.

Nel periodo 2016-2020, l'*International Trade Administration* prevede una crescita del mercato dei DM del 28,4%, soprattutto grazie agli accordi internazionali NAFTA³ e TPP⁴.

Le previsioni si attestano su un mercato mondiale che nel 2020 supererà € 299 mld.: la crescita riguarderà soprattutto Francia, Inghilterra, Belgio, Olanda e Irlanda; in tali Paesi è prevista una crescita nel prossimo quinquennio del 33,6%.

Produzione

Per quanto attiene il settore farmaceutico, Svizzera, Germania, Italia e Francia sommano il 50,8% della produzione europea (€ 248,1 mld.); in particolare,

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

² C.R.E.A. Sanità

³ NAFTA è un accordo nord-americano 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

la produzione italiana rappresenta il 12,9% di quella realizzata a livello europeo.

Nei 2017, in Italia è continuato il *trend* espansivo della produzione farmaceutica: +4,0% rispetto al 2016, raggiungendo i € 31,0 mld. (€ 30,0 mld. nel 2016). Tale dinamica espansiva è attribuita sempre più all'*export*, che ha riportato una crescita del +16,0%, più del doppio rispetto all'anno precedente, e agli investimenti (+4,1% nel 2017, +20,0% in 3 anni).

Cresce anche l'occupazione (+1,6%, valore doppio rispetto all'anno precedente), soprattutto per le funzioni legate alla ricerca e alla produzione. Si tratta di un *trend* che è continuato a rafforzarsi soprattutto nel primo trimestre 2018 (+7,0% a fronte del +2,0% del primo trimestre 2017).

L'Italia, con € 30,0 mld di produzione farmaceutica, a livello europeo è seconda solo alla Svizzera (€ 46,3 mld.), ed è seguita dalla Germania (€ 29,2 mld.).

Si noti, in aggiunta, che mentre l'Italia e la Svizzera hanno continuato ad aumentare il valore della loro produzione (rispettivamente +3,3 e +9,5%), la Germania e la Francia hanno registrato una riduzione del valore, rispettivamente del -1,2% e del -2,0%.

Il valore della produzione farmaceutica rappresenta in Svizzera l'8,1% del PIL, segue L'Irlanda con il 7,0%, la Danimarca e la Slovenia, rispettivamente

con il 5,1% ed il 4,8%, il Belgio con il 3,0% e l'Ungheria con il 2,8%; l'Italia si posiziona tra l'Ungheria e la Svezia (1,7%) con una incidenza del valore della produzione farmaceutica sul PIL pari all'1,8% (Figura 13a.1.).

Il valore della produzione in Europa di DM, nel 2016, è pari a € 110 mld., ovvero il 29% della produzione mondiale.

Nel 2016, Germania, Francia ed il Regno Unito continuano a rappresentare più del 50% della produzione europea dei DM (28,0%, 15,0% e 12,0% rispettivamente) con un valore pari rispettivamente a € 30,1 mld., € 6,7 mld. e € 1,3 mld.; l'Italia rappresenta il 10,0% di tale mercato, collocandosi così al quarto posto in Europa con un valore della produzione di DM pari a € 1,1 mld.. Migliora il posizionamento dell'Italia nel settore dei diagnostici in vitro, dove rappresenta il 16,0% della produzione europea, preceduta solo da Germania e Francia, con rispettivamente il 20,0% e il 16,0%.

Rapportando il valore della produzione al PIL (Figura 13a.2.) si osserva che la maggiore incidenza, pari all'1,0%, si riscontra in Germania, seguono Belgio e Svizzera entrambi con lo 0,8%; In Francia, come in Italia la produzione dei DM incide per lo 0,7% sul PIL.

Figura 13a.1. Incidenza della produzione farmaceutica sul PIL. Anno 2016

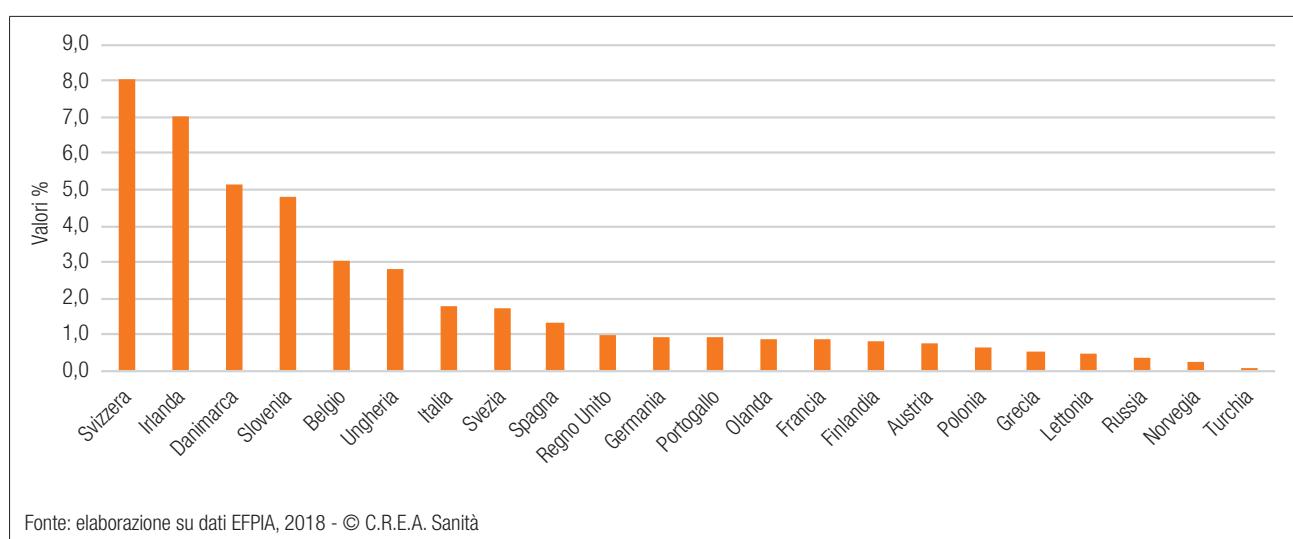
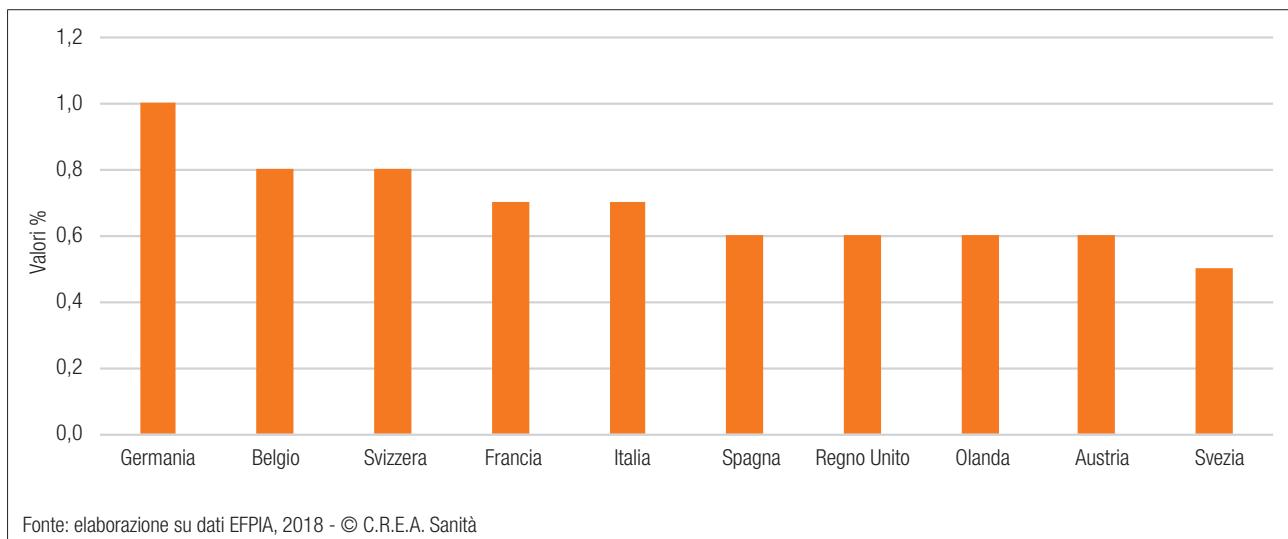


Figura 13a.2. Incidenza della produzione dei DM sul PIL. Anno 2016

Produttività

Nel settore farmaceutico, la maggiore produttività è stata conseguita da Svizzera, Irlanda e Svezia con € 1,97 mln., € 0,73 mln. e € 0,71 mln. per occupato rispettivamente.

In Italia, nel 2016, la produttività per occupato ha raggiunto il valore di € 0,47 mln. in lieve aumento rispetto al 2014 quando si fermava a € 0,46 mln. Germania e Francia, nel biennio 2014-2016, hanno variato di poco il valore della produzione per occupato, raggiungendo rispettivamente € 0,26 mln. e € 0,21 mln., valori pari a circa la metà di quella italiana.

Nel settore dei DM si riscontra una produttività per occupato più bassa: l'Olanda, con € 0,31 mln. per occupato, risulta essere il Paese con il valore maggiore; 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, si collocano rispettivamente al quinto e al sesto posto.

Dinamiche di import ed export

Il rapporto EFPIA 2018 sulle dinamiche dell'*import/export* dell'industria del farmaco riporta che nell'anno 2016 la Svizzera è stata il Paese europeo con il saldo di bilancia commerciale più elevato (+ € 41.147,0 mln.), seguita dalla Germania con + € 24.792,0 mln. e dall'Irlanda con + € 23.931,0 mln.. La

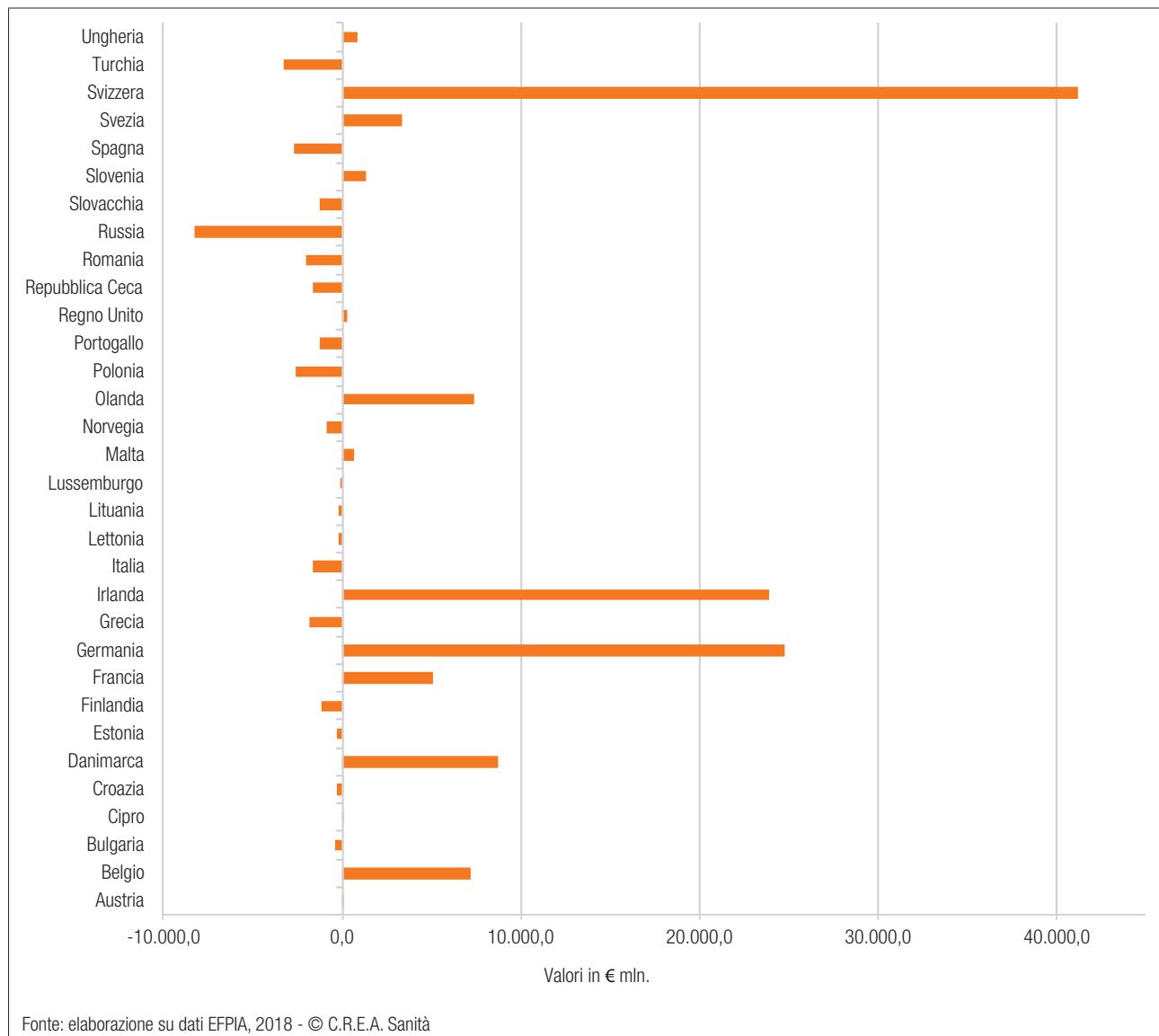
Germania rimane il Paese con il valore più elevato di esportazione ed importazione nel settore farmaceutico (€ 69.513,0 mln. e € 44.721,0 mln. rispettivamente); segue la Svizzera per le esportazioni (€ 64.508,0 mln.) e il Belgio per le importazioni (€ 33.506,0 mln.) (Figura 13a.3.).

Secondo i dati Farmindustria, per l'Italia nel 2016 si è registrato un saldo negativo per € 1.580,0 mln., che diviene positivo qualora ci si limitasse a conteggiare medicinali (+ € 1.367,0 mln.) e vaccini (+ € 372,0 mln.); nel 2017, l'Italia ha invece registrato un saldo totale positivo, pari a € 771,0 mln., che raggiunge, qualora il saldo si limitasse a conteggiare le importazioni e le esportazioni relative a medicinali e vaccini un risultato pari a + € 2.740,0 mln. nel primo caso e a + € 657,0 mln. nel secondo; il saldo della bilancia commerciale diventa negativo qualora vengano considerate le materie prime e altri prodotti (€ - 2.627,0 mln.).

Nel periodo 2007-2017 l'Italia ha registrato l'incremento dell'*export* farmaceutico più alto tra i Paesi europei +107,0% cumulato, rispetto al +74,0% della media EU; nel periodo 2012-2017 ha registrato un incremento pari al +44,0% rispetto a +27,0% della media.

Il valore delle esportazioni ha continuato a crescere tra il 2016 e il 2017 (+16,0%) raggiungendo il valore di € 24,8 mld.; anche le importazioni totali sono cresciute del +4,6% raggiungendo € 24,8 mld..

Figura 13a.3. Bilancia commerciale medicinali. Anno 2016

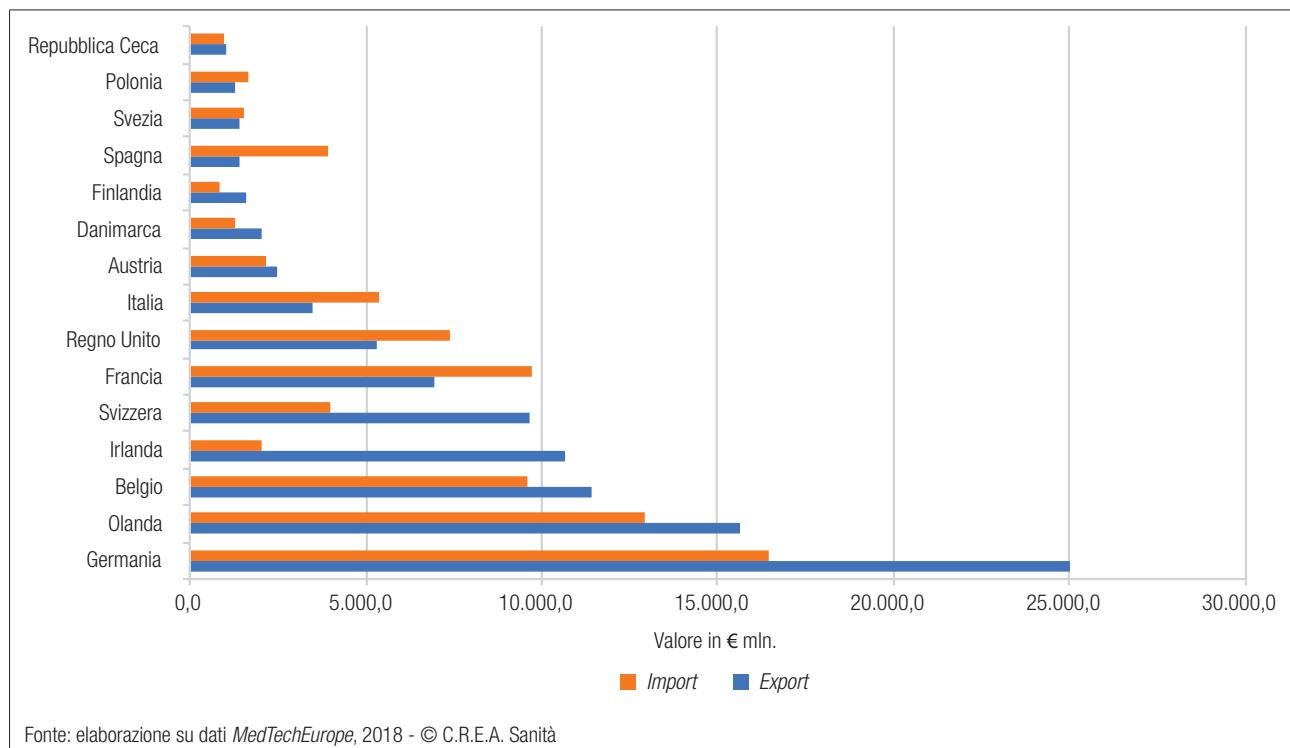


Le esportazioni mondiali di DM sono state, nel 2014 (ultimo disponibile), pari a circa € 160 mld., con un aumento del +5,3% rispetto all'anno precedente.

Gli Stati Uniti confermano il loro ruolo di *leader*, con una quota sulle esportazioni mondiali del 16,5%, seguiti dalla Germania e dai Paesi Bassi, con una quota rispettivamente del 13,4% e dell'8,3%. Facendo un confronto con il 2013, gli Stati Uniti hanno ridotto la loro quota (rispetto al totale) di circa 0,7 punti percentuali, mentre Francia e Germania sono arrestate rispettivamente di 0,5 e 0,4 punti percentuali.

Germania e Olanda si sono confermate i Pae-

si europei con il maggior valore di esportazione ed importazione nel settore dei DM (Figura 13a.4.): nel 2016, secondo i dati riportati da *MedTech Europe*, la Germania ha esportato per un valore pari a circa € 25,0 mld., e l'Olanda per uno di circa € 15,7 mld.; nello stesso anno le loro importazioni sono state pari rispettivamente a € 16,4 mld. e € 13,0 mld.. L'Italia, nello stesso anno, ha esportato DM per un valore pari a € 3,5 mld., ed importato per un valore pari a circa € 5,4 mld. (*MedTech Europe*), presentando pertanto un saldo della bilancia commerciale negativo (- € 1,9 mld.).

Figura 13a.4. Import/Export dispositivi medici. Anno 2016

Irlanda e Germania risultano essere i Paesi con migliore saldo di bilancia commerciale (+€ 8,6 mld.), seguite dalla Svizzera con +€ 5,6 mld.; sempre positivo ma di minore entità è quello registrato da Olanda, Belgio, Finlandia, Danimarca, Ungheria e Austria. All'estremo opposto si collocano, con il più alto valore di saldo negativo, Francia, Spagna, Inghilterra e Italia (rispettivamente - € 2,8 mld., - € 2,5 mld., - € 2,1 mld. e - € 1,9 mld.).

Con l'eccezione della diagnostica in vitro, le cui esportazioni si sono ridotte del 12,1%, sono aumentate soprattutto le esportazioni del comparto elettromedicale diagnostico (+20,7%) e il biomedicale (+10,8%). In particolare, per quanto concerne il comparto biomedicale, le esportazioni sono state, nel 2015, pari a € 4,4 mld., ossia il 62,8% di quelle dell'intero settore; all'estremo opposto, si sono collocate le esportazioni di attrezzature tecniche che hanno raggiunto un valore di € 181,0 mln. (ovvero il 2,6% del totale).

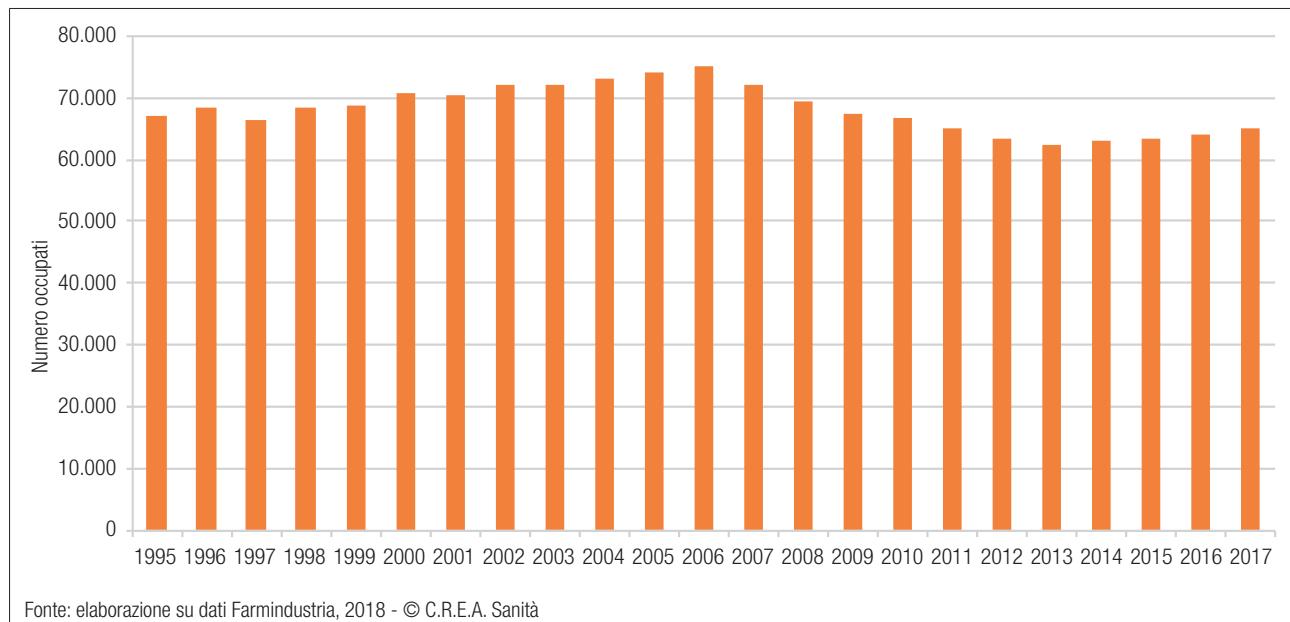
Tra il 2014 ed il 2015, le importazioni italiane sono aumentate complessivamente del 6,0%, e quindi ad un tasso più sostenuto rispetto a quello riscontrato

tra il 2013 ed il 2014 (5,2%).

Sempre nello stesso anno, i mercati in cui le esportazioni sono aumentate di più sono stati gli Stati Uniti e il Regno Unito: tali Paesi hanno assorbito rispettivamente il 17,1% e il 6,0% delle esportazioni italiane. Di contro, si è ridotto il peso delle esportazioni verso la Francia, nonostante nel 2015 il mercato francese sia stato tra quelli in cui l'Italia ha guadagnato di più. Tra gli altri Paesi si segnala l'Iran, dove le esportazioni sono cresciute di oltre € 12,0 mln. grazie alla recente abrogazione delle sanzioni commerciali a cui era sottoposto. Al contrario, il mercato in cui l'Italia ha perso più spazi, nel 2015, è stata la Russia, dove le esportazioni si sono ridotte di oltre € 36,0 mln. (-28,2%). Seguono il Brasile e la Libia, in cui hanno presumibilmente pesato anche le difficoltà interne, soprattutto per la Libia dove le esportazioni sono diminuite dell'80% (Figura 13a.4.).

Aziende e occupati

Nel settore farmaceutico è l'Irlanda il Paese con il più alto numero di aziende in rapporto agli abitanti: 14,4 ogni 1.000.000 abitanti; segue il Portogallo con 5,8 aziende e l'Italia con circa 5,0 aziende.

Figura. 13a.5. Numero occupati industria farmaceutica in Italia

Il numero di occupati nelle aziende farmaceutiche in Europa è ripreso ad aumentare raggiungendo, secondo il dato EFPIA 2018, 747.607 unità nel 2016 e 750.000 nel 2017 (dato stimato). Anche in Italia il numero di occupati ha continuato a crescere raggiungendo nel 2017 le 65.000 unità (Figura 13a.5.).

Nel settore dei DM, nel 2015 (ultimo reperito), in Europa si contano più di 27.000 aziende (di cui il 95% piccole e medie imprese, con meno di 50 addetti) e 675.000 occupati. Il 77% di queste sono localizzate solamente in sei Paesi: Germania (30,0%), Francia (14,0%), Regno Unito (11,0%), Italia (10,0%), Svizzera (8,0%) e Spagna (4,0%). Per quanto riguarda il numero di occupati nelle industrie dei DM in rapporto alla popolazione, la Svizzera primeggia in Europa, con 66 occupati ogni 10.000 abitanti, seguita da Irlanda e Danimarca (rispettivamente 58 e 36); l'Italia è nona, con 11 occupati ogni 10.000 abitanti.

La Svizzera continua ad 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.).

Nel 2016, l'Irlanda detiene invece il primo posto in termini di addetti nel settore in rapporto alla popola-

zione, 74 ogni 10.000, seguita dalla Svizzera con 64 addetti ogni 10.000 abitanti e dalla Danimarca con 26 addetti (ogni 10.000). L'Italia, così come la Francia ha un numero di addetti quasi sei volte inferiore a quello irlandese, contando 13 addetti ogni 10.000 abitanti, preceduta da Inghilterra e Belgio che contano entrambi 15 addetti ogni 10.000 abitanti, e seguita da Olanda, Spagna, Grecia e Portogallo con rispettivamente 9, 5, 5 e 4 addetti ogni 10.000 abitanti).

13a.2. Spesa per dispositivi medici

Per l'analisi della spesa farmaceutica si rimanda alla lettura del capitolo 9a.

La spesa pro-capite per DM è stata più alta negli Stati Uniti, dove ha raggiunto € 380,0 pro-capite; segue il Giappone con una spesa pro-capite di € 180,0 e l'Europa (in media) con una di € 203,0 (MedTech Europe, 2018). Fra i Paesi europei è possibile osservare differenze notevoli: la Francia ha una spesa pro-capite di € 303,3; seguono Germania con € 278,4 e Danimarca con € 238,2, quindi la Svizzera con € 222,0 e la Norvegia con € 220,4. In Italia, secondo i dati di spesa riportati da Eucomed, pur or-

mai datati, la spesa pro-capite è di € 112,8, 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 per la spesa farmaceutica, e forse anche dopo la spesa specialistica, della quale non si conosce l'esatto valore.

Il Decreto Legge (D. L.) n. 111 del 2011 ha fissato un tetto per la spesa per DM pari al 5,2% del fondo sanitario nazionale previsto per il 2013; una successiva disposizione normativa del 2012 (il D. L. n. 135) ha rimodulato il tetto nella misura del 4,9% per il 2013 e del 4,8% per il 2014. Infine, con il patto di stabilità 2013, il tetto è stato definitivamente fissato al 4,8% per il 2013 e al 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 CE che, a partire dall'anno 2012, presenta la voce "Dispositivi medici": a tale voce concorrono tre diverse sottovoci: "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: sebbene dall'avvio di tale flusso informativo sia stato possibile evidenziare un crescendo di adesioni da parte delle aziende sanitarie, il dato di spesa rilevato risulta tutt'ora parziale.

In particolare, da quest'ultimo è risultato un dato

di spesa nazionale, nel 2016, pari a € 4,2 mld. (€ 68,7 procapite): valore in crescita grazie ad un maggior impiego dello strumento da parte delle Regioni, ma, in ogni caso, ancora assolutamente sottostimato, e, quindi, non utilizzabile per quantificare la spesa sostenuta dai diversi SSR per i dispositivi medici.

Ad ogni buon conto, ad oggi i CE rappresentano l'unico strumento disponibile per la quantificazione della spesa dei DM (sebbene delle sole strutture pubbliche); rimarchiamo che si tratta di una spesa che presenta un *trend* crescente e che ha raggiunto nel 2017 € 5,97 mld. (+2,4% rispetto al 2016). Si tratta, come cennato, di un valore certamente sotto-estimato per la presenza sia di tecnologie ad uso ripetuto (es. apparecchiature medicali) valorizzate su voci differenti dei CE e comunque non univocamente distinguibili, sia perché per le apparecchiature sanitarie le quote di ammortamento sono indistinte nella relativa voce "Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali", sia per tecnologie non acquistate, in quanto acquisite con diverse modalità quali servizi, noleggio, *leasing*, etc..

A livello regionale sarebbero solo quattro le Regioni che nel 2017 hanno rispettato il tetto di spesa del 4,4% del FSR: Calabria (4,1%), Campania (4,1%), Lazio (4,3%) e Lombardia (4,4%); Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Toscana e Umbria risultano essere invece le Regioni con la quota più alta (7,7%, 7,4%, 7,3% e 7,3% rispettivamente) (Figura 13a.6.). Appare evidente che il dato è distorto dalla maggiore (come nel caso delle 4 Regioni adempienti) presenza di strutture private accreditate.

Nel 2017 la spesa procapite media nazionale per DM delle strutture pubbliche è cresciuta raggiungendo € 98,6 (+2,5% rispetto all'anno precedente).

Le Regioni con la maggior spesa procapite risultano essere Friuli Venezia Giulia (€ 141,5, +6,7% rispetto al 2006), Umbria (€ 139,0, +2,3% rispetto al 2016), Toscana (€ 138,0, +4,2%) e Abruzzo (€ 137,8, -0,2% rispetto al 2016); quelle con la minore sono Lombardia (€ 79,8, +0,9 rispetto al 2016), Lazio (€ 78,9, +1,4% rispetto al 2016), Campania (€ 75,1, +2,7% rispetto al 2016) e Calabria (€ 74,2, +4,8% rispetto al 2016) (Figura 13a.7.).

Figura 13a.6. Quota di spesa per DM su Fondo Sanitario Regionale. Anno 2017

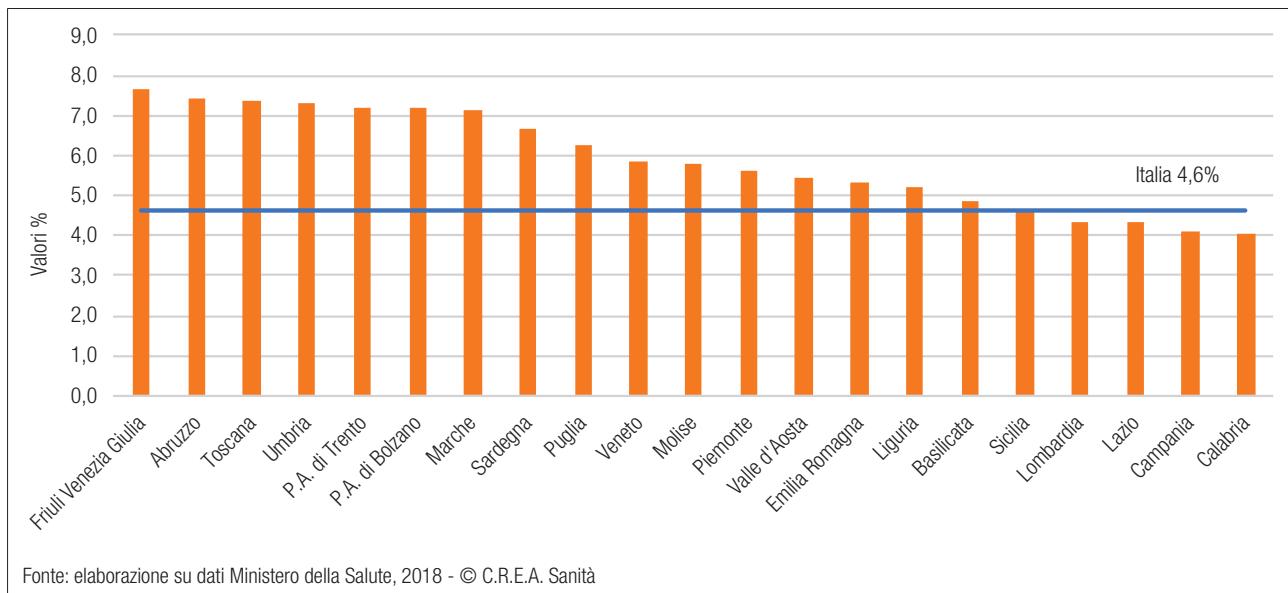
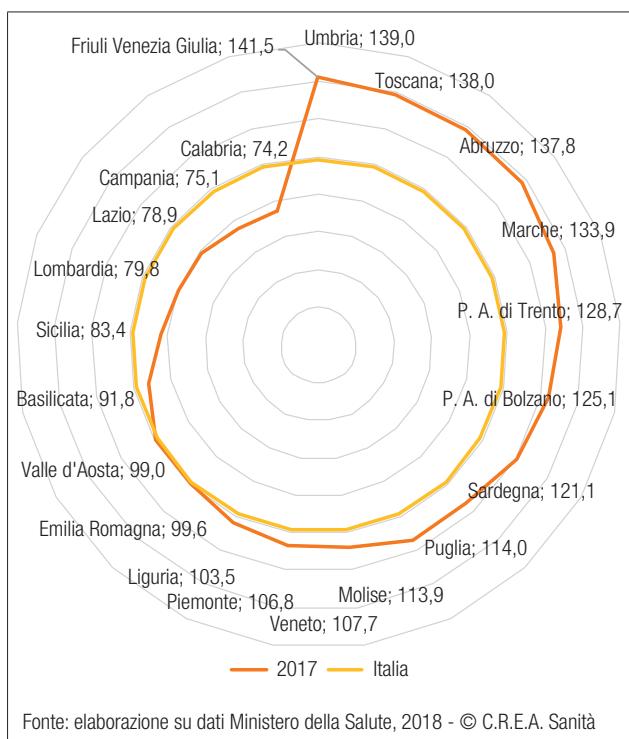


Figura 13a.7. Spesa pro-capite per DM (€)



Nel biennio 2016-2017, ad eccezione di Molise, Sardegna e Abruzzo, dove la spesa pro-capite per DM si è ridotta rispettivamente del -1,5%, -1,0%, -0,9%, si è registrata una crescita: importante per Basilicata, Marche e Friuli Venezia Giulia (rispettivamente +13,6%, +8,2% e 6,6%).

mentre +13,6%, +8,2% e 6,6%).

La spesa pro-capite italiana per DM (ricordiamo delle sole strutture pubbliche) al netto di ammortamenti, *leasing* etc., sarebbe quindi il 48,6% di quella media europea riportata da *Eucomed* (€ 203,0).

Qualora i due dati fossero in qualche modo coerenti, la spesa delle strutture private per dispositivi medici rappresenterebbe il 51,4% di quella riportata da *Eucomed*.

L'indicatore attuale adottato per il controllo della spesa sottostima, quindi, l'effettivo onere nelle Regioni con un importante presenza del privato accreditato, quali Campania, Lombardia, Calabria e Lazio, che risultano in effetti essere le Regioni che apparentemente rispettano il tetto di spesa previsto; ma si tratta anche di Regioni con la maggiore quota di case di cura private accreditate (rispettivamente 57,0%, 54,0% e 52,0%).

Come già affermato nelle precedenti edizioni del Rapporto, appare evidente che l'indicatore introdotto per il controllo della spesa, rapportando la spesa per DM delle strutture pubbliche al finanziamento totale del SSR (contenente anche la quota relativa alle attività delle strutture private accreditate), rischia di portare a scelte di politica sanitaria di acquisto dal privato di procedure che richiedono l'utilizzo di dispositivi medici ad alto costo, favorendo così le Re-

gioni con elevata presenza di privato accreditato, o di acquisto di *device* a basso costo, magari rischian-
do di avere una ridotta qualità degli stessi, o non avendo servizi offerti da parte delle aziende, quali formazione *on site* etc..

Per limitare il verificarsi di quest'ultimo aspetto, ovvero di disporre di *device* di adeguata qualità ed efficacia, è fondamentale l'espletamento di attività di *Health Technology Assessment* (HTA) sui dispositivi medici, in accordo con quanto previsto dal Programma nazionale di HTA dei dispositivi medici (Settembre 2017), nonché la definizione di indicatori specifici per le tipologie di *device*, magari con il supporto delle società scientifiche, comprensivi anche di *endpoint* di efficacia, alla luce delle novità introdotte nella recente Direttiva Europea sui DM (2107/745), aspetti evidentemente necessari per una corretta valutazione degli stessi nell'espletamento delle procedure di aggiudicazione delle gare d'appalto.

13a.3. Conclusioni

Le azioni previste dai recenti provvedimenti legislativi di contenimento della spesa sanitaria pubblica non possono prescindere da una analisi a livello macroeconomico degli impatti sulle dinamiche industriali del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

La quota di produzione italiana nel settore dei farmaci rappresenta il 24,6% di quella europea e quella dei DM il 10,0%.

L'Italia è uno dei maggiori produttori a livello europeo (e mondiale), posizionandosi al quarto posto in Europa in entrambi i settori (farmaci e dispositivi medici).

L'Italia è anche al quarto posto per produttività in rapporto agli occupati con € 0,46 mln. per occupato nel settore farmaceutico, avendo comunque un valore pari alla metà degli altri Paesi con maggior valore di produzione; nel settore dei DM tale valore in Italia è la metà (€ 0,23 mln./occupato) di quello del settore farmaceutico.

Nel 2017 in Italia il settore farmaceutico ha continuato a crescere ed è in ripresa anche l'occupazio-

ne nel settore che, dopo il biennio 2014-2015 "ne-
gativo", è ritornata sui valori del 2012 contando, nel 2017, 66.000 unità.

Significativo è stato l'aumento del valore di produzione che, nel 2017, ha raggiunto il valore di € 31,0 mld.. Tale crescita è dovuta soprattutto all'*export* che ha raggiunto il suo valore massimo, pari a € 24,8 mld.. (+16,0% rispetto al 2016).

Il valore delle esportazioni ha continuato a crescere, come anche le importazioni, ma con un rapporto di oltre 3 a 1: +16,0% esportazioni e +4,6% importazioni.

Nel 2017 l'Italia ha registrato un saldo totale po-
sitivo, pari a + € 771 mln., che raggiunge, qualora il saldo si limitasse a conteggiare le importazioni e le esportazioni relative a medicinali e vaccini un ri-
sultato pari a + € 2.740,0 mln. nel primo caso e a + € 657,0 mln. nel secondo; il saldo della bilancia com-
merciale diventa negativo qualora vengano conside-
rate le materie prime e altri prodotti (- € 2.627,0 mln.).

Complessivamente si è ridotto il saldo, seppur negativo, della bilancia commerciale nel settore dei DM, che ha raggiunto un valore pari a - € 1,9 mld..

La spesa pubblica per DM risulta pari a € 6,0 mld., al netto delle quote di ammortamento delle ap-
parecchiature medicali, delle acquisizioni in noleg-
gio, del *leasing*, etc..

Riferimenti bibliografici

- Commission Staff Working Document (2013), *Social Investment Package – Investing in Health* http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf
- Conti Economici (anni vari), Ministero della Salute
- Rapporto EFPIA (anni vari), *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*
- Eucomed (2017), <http://www.eucomed.be/>
- Farmindustria (2017), *Indicatori farmaceutici regionali*
- International trade administration (2016), http://trade.gov/topmarkets/pdf/Medical_Devices_Executive_Summary.pdf
- Istat (anni vari), banche dati *on line*, www.istat.it

MedTechEurope report http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/MEDTECH_FactFigures_ONLINE3.pdf
OECD (2016), *Health data statistics*

Patto della Salute 2014-2016
Rapporto Assobiomedica (2017) sui DM
Corte dei Conti (2018), *Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica*

ENGLISH SUMMARY

The healthcare industry: evolution and perspective

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 peculiars.

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, ranking fourth in both sectors.

Italy continues to increase the volume of its pharmaceutical production, having reached €31.0 billion in 2017, recording productivity per employed equal to € 0.48 million in the pharmaceutical sector and € 0.18 million in the MD one.

In Italy pharmaceuticals and medical devices, with 65,000 and 54,000 units respectively, account for 106.3 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 2017 (65,000).

Italy, in 2017, has recorded a negative balance sheet in the pharmaceutical sector (- € 1,581.0 millions): positive for the drug (+ € 1,401.0 millions) and vaccine market (+ € 302 millions), negative for raw material and other products (- € 3,284.0 millions); the value of exports has reached its maximum value by representing 73.7% of production. Concerning MD, the trade balance continued to be negative and equal, in 2016, to € 1.9 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 € 98.6. When this figure is compared to what has been reported by Eucomed (average European per-capita expenditure equal to € 203.0), it means that almost the 60.0% should be attributed to the private component.

Overall, Italian expenditure remains below that of the EU average by 53.0% with a public expenditure estimated at € 5.97 billions in 2017. These evidently do not envisage depreciation rates for medical equipment, rentals, leasing, etc. The said expenditure represents 4.6% 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 (4.1%), Campania (4.1%), Lazio (4.3%) e Lombardia (4.4%).

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).

In any case, the threshold would seem coherent with a level of expenditure lower than that of the EU by 53.0%, 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 attainment of a balanced budget, on the other hand bring to light significant flaws (also

see judgements passed on pharmaceutical pay-backs) 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

Filiera della salute: Rapporto Annuale

A cura dall'Area Politiche Regionali e della Coesione Territoriale di Confindustria, in collaborazione con AIOP, Assobiomedica, Farmindustria, Federchimica e Federterme

13b.1. Premessa

La "filiera della salute" include i settori che producono, fanno ricerca, commercializzano e offrono beni e servizi di natura sanitaria. E' composta sia dalla parte pubblica, sia dalla parte privata tenuto conto che il sistema salute italiano è un sistema integrato composto da entrambe le componenti. In particolare, la componente privata¹ interessa la manifattura (l'industria farmaceutica e dei dispositivi e tecnologie medicali), il commercio (gli intermediari, i grossisti e i rivenditori al dettaglio) e i servizi (l'offerta ospedaliera privata, dei professionisti sanitari e delle strutture termali), mentre la componente pubblica riguarda i servizi erogati dagli ospedali pubblici, dai medici di medicina generale e più in generale, da tutte quelle strutture/professionisti che fanno parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Per il suo carattere di trasversalità, dal pubblico al privato, e perché interessa attività molto differentiate tra di loro, la filiera della salute presenta moltissime interazioni con altri settori - per citarne alcuni, le forniture di beni e servizi ordinari alle strutture del SSN, l'*Information and communications technology* (ICT) applicata alla sanità, le attività di ricerca e formazione in ambito universitario, i parchi scientifici e tecnologici, le *start-up*, ecc. - che si traducono in produzione di un consistente indotto nell'economia italiana.

Il Rapporto di Confindustria sulla filiera della salute, con la collaborazione di Aiop, Assobiomedica, Farmindustria, Federchimica e Federterme e realizzato sotto il coordinamento del Gruppo Tecnico

Scienza della vita, ha come obiettivo principale quello di dare evidenza al grande valore sociale ed economico che la filiera della salute nel suo complesso – pubblica, privata e con l'indotto - riveste all'interno del Paese. Considerazioni, queste, supportate da tre evidenze:

- la prima riguarda le "esternalità positive" che produce nei confronti dei cittadini, sottoforma di cure, migliore qualità della vita e maggiore produttività del lavoro. La sanità rappresenta, infatti, uno dei principali tasselli che garantiscono la coesione sociale del Paese
- la seconda è riferita al fatto che essa contribuisce in misura notevole alla formazione della ricchezza nazionale, producendo un elevato volume di reddito, assorbendo una quota rilevante dell'offerta di lavoro qualificata, investendo ingenti risorse nelle attività di ricerca e innovazione
- la terza riguarda la caratteristica – se così si può definire – "anticiclica" della filiera della salute che, in controtendenza con la maggior parte dei settori economici del nostro Paese, è stata caratterizzata, negli ultimi anni, da aumenti di varia entità dei valori riferiti a indicatori quali l'occupazione, l'*export*, il fatturato e il valore aggiunto.

La condivisione del Rapporto sulla filiera della salute nell'ambito del dibattito istituzionale e politico potrà costituire l'opportunità per far accrescere la consapevolezza del valore, delle potenzialità e del contributo della filiera stessa all'economia del nostro Paese.

¹ In allegato, la tabella con i codici ATECO dei settori considerati nella filiera della salute

Dai risultati che emergono si evidenzia come il sistema salute italiano (pubblico e privato), e le sue interazioni con gli altri settori, costituiscono uno dei principali motori dell'economia e di sviluppo del Paese (10,7% del Prodotto Interno Lordo (PIL) e 10,0% dell'occupazione), con elevate risorse destinate alla ricerca e alta concentrazione di innovazione (€ 2,8 mld.) nonché ampio terreno di sviluppo per le tecnologie digitali.

L'auspicio è che tale Rapporto contribuisca a consolidare, nel Paese, l'idea che la sanità non rappresenti soltanto un' "area di spesa pubblica", bensì un fattore di sviluppo e ciò sia per il contributo dei settori economici coinvolti, sia per le ricadute in termini di miglioramento della salute e della qualità della vita. Le imprese devono essere considerate *partner* in un sistema pubblico e privato integrato – un *network* - nel quale le interazioni interne ed esterne generano un circolo virtuoso per l'efficientamento del sistema sanitario e dei suoi *outcome*.

13b.2. Il sistema salute italiano nel contesto europeo, un esempio di buone cure

Il concetto di "valore della filiera della salute per il Paese" non significa considerarne esclusivamente i risultati economici e occupazionali, bensì comprendere soprattutto l'impatto sociale, ovvero i benefici che genera in termini di miglioramento delle cure per i cittadini, nonché di tutela generale della salute.

Dalla ricerca, alla manifattura e ai servizi, infatti, le imprese ed i professionisti che operano nella filiera della salute in Italia dimostrano un forte impegno all'innovazione, alla formazione del personale, all'utilizzo di tecnologie all'avanguardia, che si riflette in un sistema sanitario organizzato e la cui qualità è riconosciuta in tutto il mondo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità pone l'Italia al primo posto tra i Paesi europei – e ai primi posti nella classifica mondiale – per aspettativa di vita in buona salute, cioè per numero di anni vissuti in assenza di malattie e infortuni.

Tra i fattori che hanno contribuito alla crescita

dell'aspettativa di vita vi è la buona qualità dell'assistenza sanitaria ospedaliera. I dati dell'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) mostrano, per esempio, che in Italia il tasso di mortalità a seguito di un ricovero ospedaliero per ictus si è significativamente ridotto in 10 anni e, nel 2013, era tra i più bassi nell'Unione Europea (EU). Negli ultimi anni ci sono stati miglioramenti anche nella gestione di condizioni croniche come l'asma e l'insufficienza cardiaca congenita, misurati dalla riduzione dei ricoveri ospedalieri per queste patologie.

Ciò indica progressi anche nella gestione nel settore dell'assistenza primaria e un minor numero di complicazioni che richiedono il ricovero, ivi compreso il settore termale e della riabilitazione che contribuiscono significativamente al recupero ed al ripristino della salute, anche sulla base di una attività di ricerca scientifica di settore e di un modello di *welfare* tra i più avanzati d'Europa.

Oltre alla qualità dell'assistenza sanitaria, al miglioramento delle condizioni di salute apporta un contributo fondamentale la ricerca farmaceutica, diagnostica e biomedica: grazie ai grandi salti nelle cure, che hanno permesso di sconfiggere malattie prima incurabili, e al miglioramento delle terapie già disponibili, alimentando la speranza di una vita più lunga e migliore.

Negli ultimi 50 anni, in Italia, l'aspettativa di vita è cresciuta di 1 mese ogni 4, un fenomeno al quale l'innovazione farmaceutica, diagnostica e biomedica ha contribuito in misura decisiva: oltre a rendere disponibili nuove terapie, essa consente nel lungo periodo un maggiore efficientamento della spesa assistenziale, ad esempio non rendendo più necessarie prestazioni onerose, prevenendo patologie o rallentandone il decorso. Assicurare un rapido accesso all'innovazione contribuisce, dunque, alla salute delle persone e alla sostenibilità del SSN.

Le attività di ricerca per lo sviluppo di terapie farmacologiche e tecnologie biomediche innovative, in grado di rispondere in modo sempre più mirato e sicuro alla crescente domanda di salute della popolazione, vedono il coinvolgimento di un articolato *network* di eccellenze, a partire dai laboratori acca-

demici e dai centri di ricerca *non profit* - vere e proprie fucine dell'innovazione più avanzata - per passare alle *start-up* accademiche o industriali, fino alle imprese dell'ICT. Ed è grazie alla collaborazione di tutti questi soggetti tra loro, nella logica dei modelli di *open innovation* – o per usare un termine coniato ancora più di recente di *innovation network* - tipici dei sistemi di ricerca più avanzati, che i singoli progetti nascono e si sviluppano, crescendo di valore quanto più si avvicinano al mercato. Proprio grazie a questo modello collaborativo e inclusivo è stato possibile valorizzare i risultati dell'ottima ricerca di base fatta nel nostro Paese.

Ad esempio, nel settore delle "terapie avanzate" l'Italia ricopre un ruolo di assoluta *leadership*: tre delle sei terapie autorizzate in Europa sono frutto della ricerca biofarmaceutica nazionale, grazie alla collaborazione tra imprese e altri soggetti dell'ecosistema italiano della Ricerca e Sviluppo.

Sono già oggi disponibili una serie di farmaci *biotech*, per la maggior parte destinati a pazienti affetti da patologie prima senza cura. E in futuro i farmaci, insieme ai dispositivi medici e diagnostici in vitro, saranno in grado di curare in modo sempre più mirato i pazienti, a seconda delle caratteristiche genetiche del singolo individuo, anche grazie allo sviluppo di tecnologie informatiche all'avanguardia e all'analisi dei *Big Data*.

Nella medicina moderna, diagnosi e terapia sono due aspetti strettamente integrati del trattamento di qualsiasi malattia, e questo è ancora più vero nel caso della diagnostica biotecnologica, che rappresenta una branca importante della ricerca biomedica, finalizzata allo sviluppo di nuovi metodi e strumenti di analisi basati sulla biologia molecolare, la genetica, le nanotecnologie, l'immunochimica e l'epigenetica.

Oltre a identificare il tipo di patologia, queste nuove metodiche consentono di ottimizzare l'intero percorso di cura, sia dal punto di vista clinico che economico. Una diagnosi accurata, con valore predittivo e prognostico, permette al medico non solo di impostare una terapia specificamente mirata sulle caratteristiche del paziente, ma anche di monitorarne costantemente l'efficacia, ottimizzando, ancora

una volta, l'utilizzo delle risorse a sua disposizione.

Lo sviluppo della diagnostica biotecnologica ha avuto una forte accelerazione anche in Italia negli ultimi decenni. Le nuove tecniche di analisi permettono la diagnosi di malattie delle quali si ignorava addirittura l'esistenza e costituiscono uno stimolo e un utile ausilio per lo sviluppo di nuove opzioni terapeutiche per il loro trattamento.

È poi opportuno ricordare anche i progressi realizzati nei comparti biomedicale (ad es. lo sviluppo di arti bionici e di retine artificiali), della diagnostica in vitro (es. medicina predittiva, basata sull'utilizzo di test genetici e cure personalizzate) e della telemedicina (ad es. l'assistenza domiciliare per gli anziani e l'utilizzo dei *Big Data* sanitari).

Grossa parte del merito va riconosciuta alla qualità delle persone che lavorano nella filiera della salute e soprattutto ai medici italiani, la cui bravura è riconosciuta a livello globale. In base ai dati pubblicati dal portale SciMAGO, che elabora le informazioni contenute nelle riviste scientifiche di tutti i Paesi producendo indicatori specifici, l'Italia si posiziona ai primi posti per la qualità delle pubblicazioni in molte discipline, tra le quali oncologia, cardiologia, neurologia e farmacologia.

13b.3. La filiera della salute privata

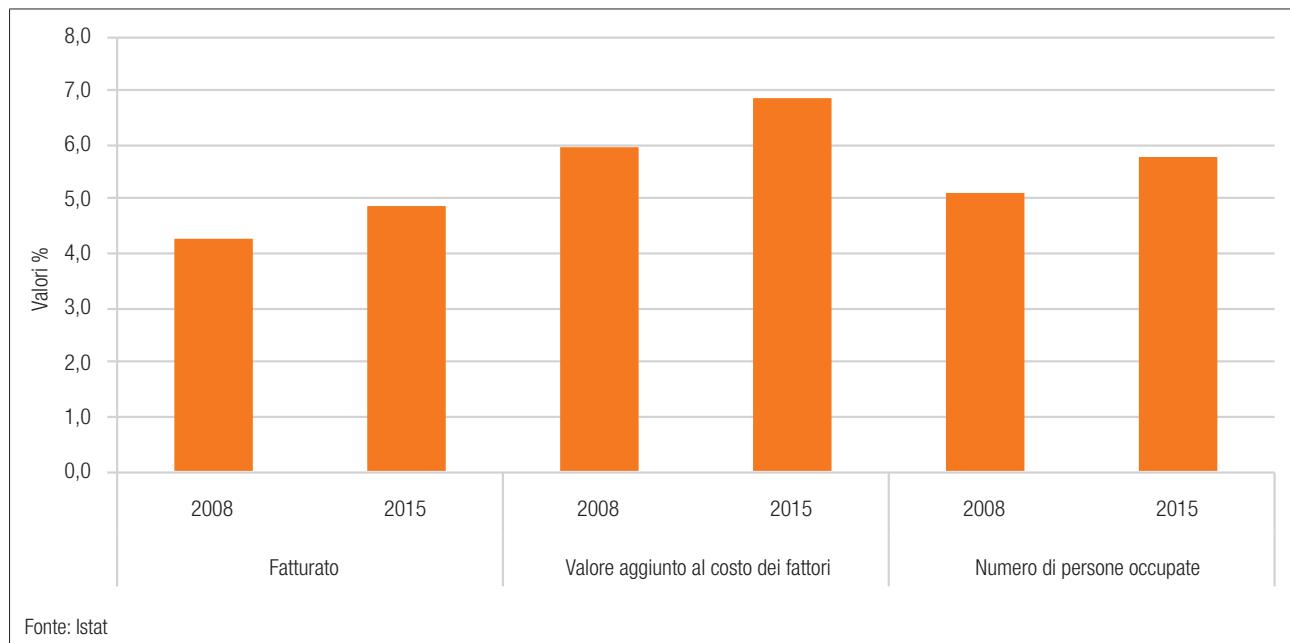
13b.3.1. Quanto "vale" la filiera privata?

La filiera privata della salute – intesa nel complesso di manifattura, commercio e servizi privati – rappresenta nell'economia delle imprese italiane (anno 2015):

- il 4,9% del fatturato
- il 6,9% del valore aggiunto
- il 5,8% del numero di occupati
- il 6,7% delle esportazioni (7,1% nel 2016)

Tra il 2008 e il 2015 emerge una tendenza positiva in termini di crescita del valore delle quote di tutti gli indicatori considerati. Si segnala, in particolare, l'aumento di un punto percentuale del "peso" del valore aggiunto della filiera nell'economia italiana nell'arco temporale considerato (Figura 13b.1.).

Figura 13b.1. "Peso" della filiera sull'economia italiana



13b.3.2. La manifattura

Le attività manifatturiere della filiera della salute comprendono le industrie che producono *gas* industriali per uso medico, le industrie che producono prodotti farmaceutici di base, le industrie che producono medicinali e preparati farmaceutici, le imprese

dedicate alla fabbricazione di apparecchiature (diagnostica di laboratorio, elettromedicali ed elettroterapeutiche), le imprese che producono strumenti e forniture biomediche, diagnostiche e dentistiche e infine quelle che operano riparazioni per i settori appena elencati.

Figura 13b.2. "Peso" della manifattura filiera salute Italia (Settori ATECO I)

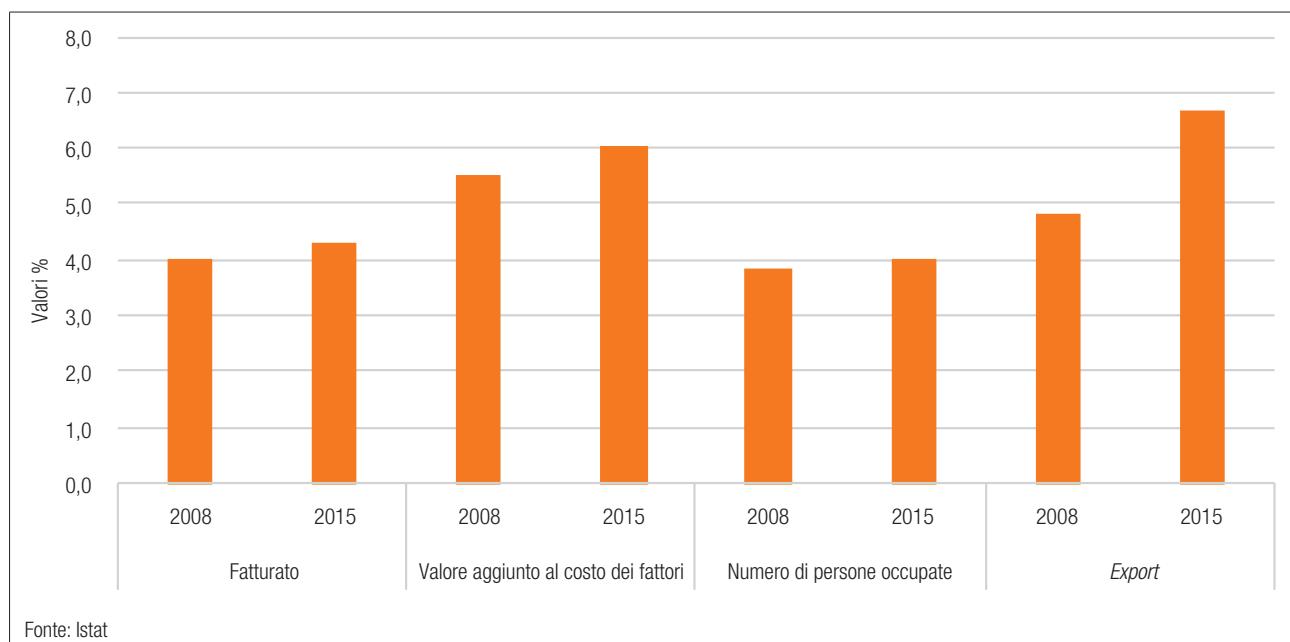
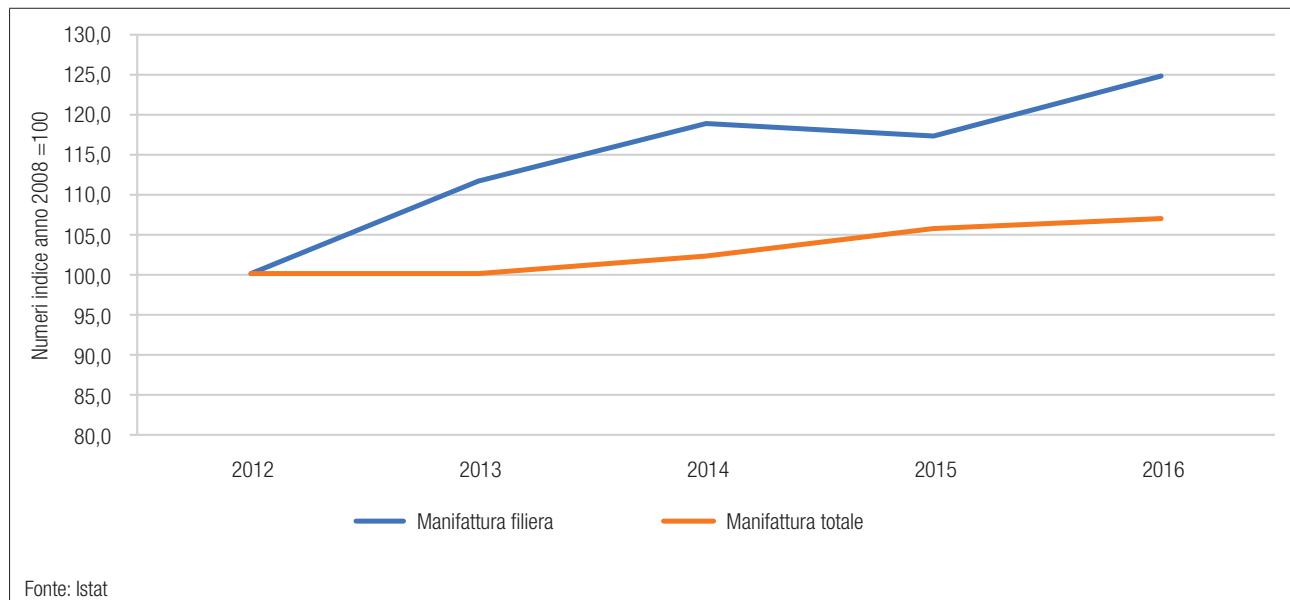


Figura 13b.3. Andamento dell'export: filiera della salute vs manifattura totale

Nel suo complesso, la manifattura della filiera occupa (dati 2015) oltre 146.000 persone, con un fatturato di circa € 38,0 mld., un valore aggiunto di circa € 13,0 mld. e quasi € 27,0 mld. di beni esportati (€ 28,0 mld. nel 2016). Questo si traduce in un peso significativo nel complesso della manifattura italiana (settore ATECO C) – pari al 6,0% in termini di valore aggiunto e a circa il 7,0% in termini di esportazioni – quote molto vicine a quelle di alcuni settori di punta del *Made in Italy* (Figura 13b.2.).

Tra il 2008 e il 2016, per quanto riguarda la manifattura il dato più significativo è la crescita della quota dell'export, che passa dal 4,8% al 7,1% sul dato nazionale, incremento legato per oltre l'80% alla crescita dell'export farmaceutico.

Altro elemento positivo è il netto recupero della quota di penetrazione del settore nella domanda mondiale, recupero testimoniato da un +24,7% dell'export complessivo del comparto manifatturiero della filiera (tra 2012 e 2016) contro un +7,0% registrato nel complesso del settore manifatturiero italiano (Figura 13b.3).

In valore, le esportazioni del comparto manifat-

turiero della filiera hanno superato nel 2016: i € 28,0 mld., un valore che – come illustrato nella Figura 13b.2. – corrisponde al 7,1% (anno 2016) del totale dell'export manifatturiero italiano.

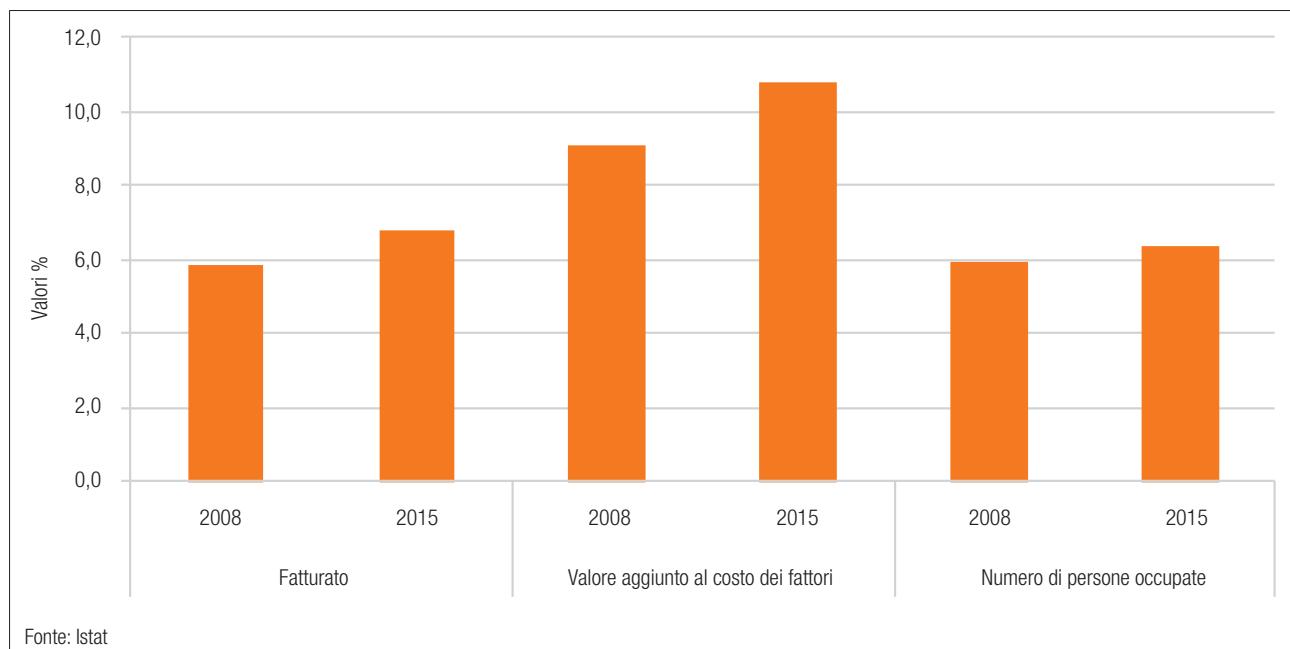
13b.3.3. Il commercio

Il comparto commerciale della filiera della salute è composto da tre sottosettori: gli intermediari del commercio di prodotti farmaceutici, sanitari, medicali e ortopedici, i commercianti all'ingrosso di prodotti farmaceutici e i commercianti al dettaglio di medicinali, articoli medicali e ortopedici (farmacie e negozi di sanitaria-ortopedia).

Nel suo complesso, il commercio della filiera occupa (anno 2015) oltre 211.000 persone, con un fatturato di oltre € 67 mld. e un valore aggiunto di oltre € 13 mld.. Questo si traduce in un peso significativo nel complesso del commercio italiano (settore ATECO G) corrispondente al 10,8% in termini di valore aggiunto.

Tra il 2008 e il 2015, per il commercio il dato più significativo è la crescita della quota del valore aggiunto, che passa dal 9,1% al 10,8% sul dato nazionale (Figura 13b.4.).

Figura 13b.4. “Peso” del commercio filiera salute su commercio Italia (Settore ATECO G)

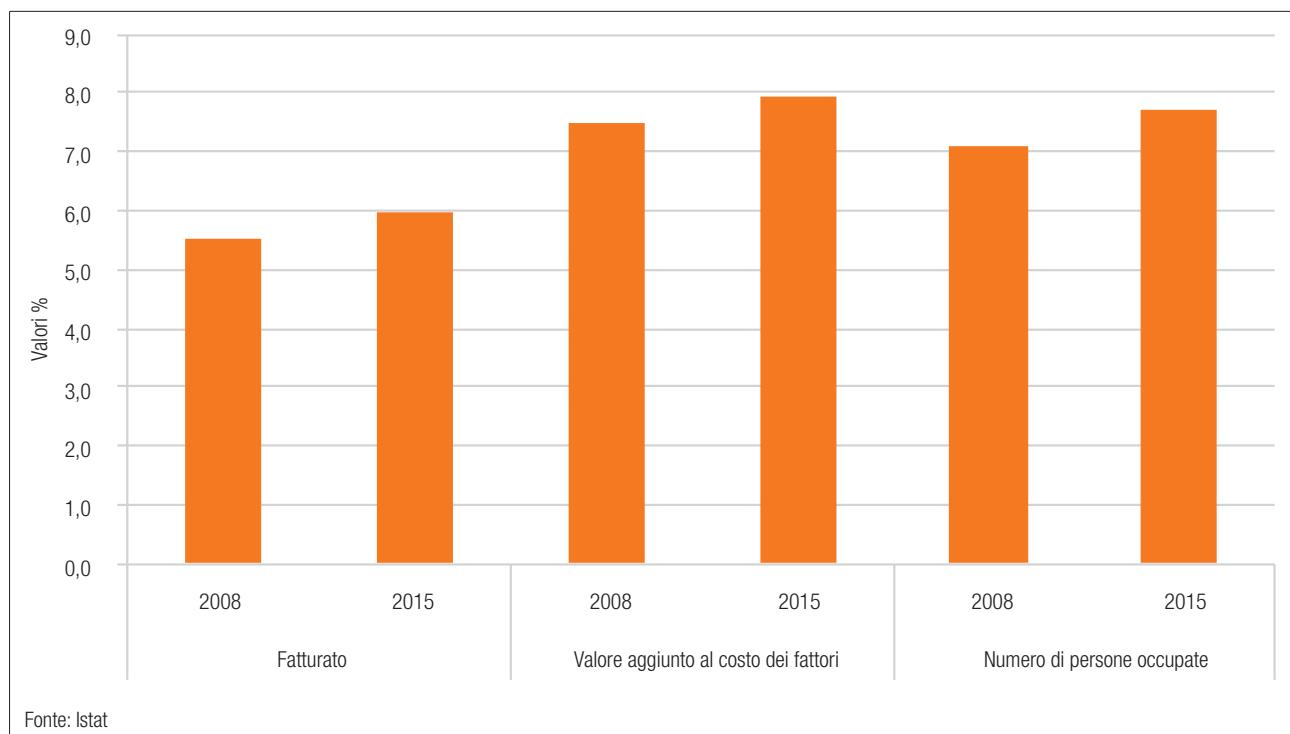


13b.3.4. I servizi

Il settore dei servizi sanitari privati è composto da tutte quelle strutture classificate giuridicamente come imprese che conseguono la maggior parte

dei ricavi sul mercato. Si tratta di: servizi ospedalieri, studi medici e odontoiatrici, altri servizi di assistenza sanitaria, strutture di assistenza infermieristica residenziale e settore termale.

Figura 13b.5. “Peso” servizi filiera salute su servizi Italia (Settore ATECO H-S)



Il settore dei servizi sanitari privati occupa (anno 2015) oltre 550.000 persone, con un fatturato di circa € 39 mld. e un valore aggiunto di circa € 23 mld.. Questo si traduce in un peso significativo nel complesso dei servizi italiani (settori ATECO H-S) corrispondente all'8% in termini di valore aggiunto (Figura 13b.5.).

Tra il 2008 e il 2015, per quanto riguarda i servizi si registrano aumenti delle quote pressoché identici per tutti gli indicatori considerati (un 0,5%-0,6% in più). Da segnalare che l'aumento della quota degli occupati (0,6%) è più significativo di quello registrato nella manifattura (0,2%) e nel commercio di filiera (0,4%).

13b.3.5. Dati strutturali della filiera della salute privata

Il valore della produzione relativo alla filiera della salute privata – e cioè al complesso delle industrie manifatturiere, al commercio e ai servizi sanitari – è pari a € 100,7 mld. (anno 2015) (Figura 13b.6.).

Le attività economiche di questi settori generano nel complesso un valore aggiunto di circa € 49,2 mld., con un fatturato di oltre € 145 mld. (Figura 13b.7.).

Figura 13b.6. Valore della produzione e composizione. Anno 2015

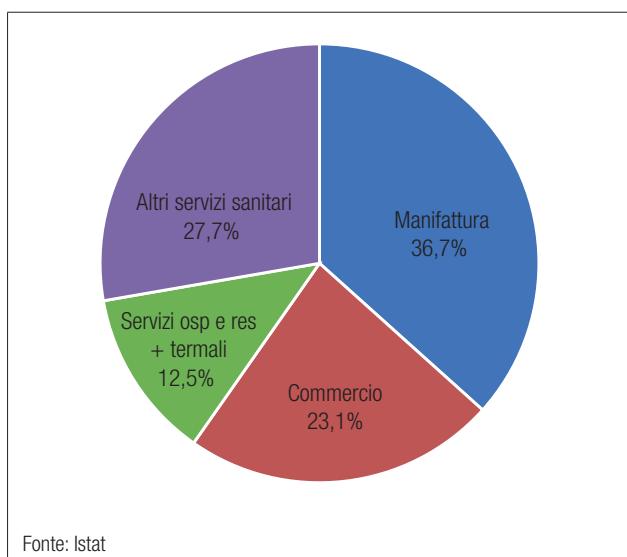
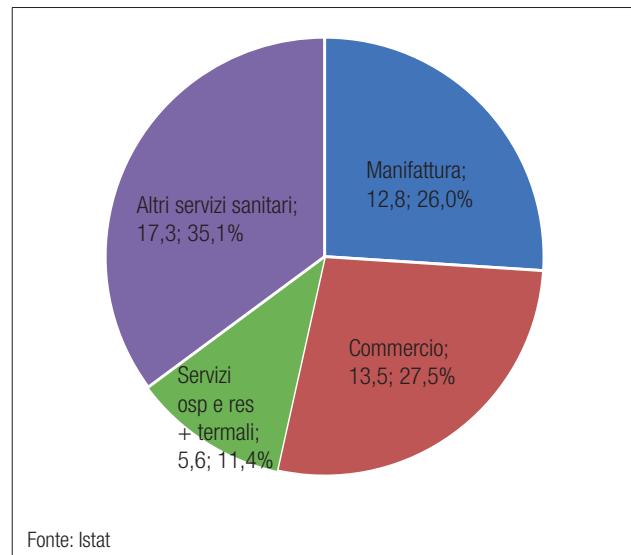


Figura 13b.7. Valore aggiunto e composizione. Anno 2015, valori % e in € mld.



In termini monetari, il valore aggiunto riferito all'anno 2015 è aumentato del 14,3% rispetto al 2008.

L'aumento del valore aggiunto complessivo deve essere ritenuto molto apprezzabile dato il permanere delle difficoltà economiche del Paese e considerato che per l'intera economia nazionale la variazione del dato corrispondente è risultata pressoché nulla.

La produttività per addetto della filiera nel suo complesso (manifattura, commercio e servizi sanitari) – calcolata come valore aggiunto/n° occupati – è, nel 2015, pari a € 54.139, un valore che supera ampiamente il dato relativo all'intera economia privata italiana (€ 45.544) e che presenta addirittura un miglioramento rispetto al 2013 (+6,7%).

Confrontando l'indicatore "produttività per addetto" relativo alla filiera della salute italiana con la media EU a 4 (Germania, Spagna, Francia e Italia), riguardante la stessa filiera della salute, emergono risultati interessanti: in Italia nell'ultimo triennio considerato nell'analisi (2012-2015) si è avuto un aumento costante della produttività, superiore all'incremento della Media EU a 4 (10,5% contro 5,2%). Ciò indica che la filiera della salute va ragionevolmente considerata come un comparto di specializzazione del Paese.

13b.3.6. L'occupazione nella filiera della salute privata

La filiera della salute si dimostra un settore industriale in crescita dal punto di vista occupazionale: +3,3% nel periodo 2008-2015, con una predominanza del settore dei servizi sanitari nel quale l'occupazione è cresciuta del 9,7%.

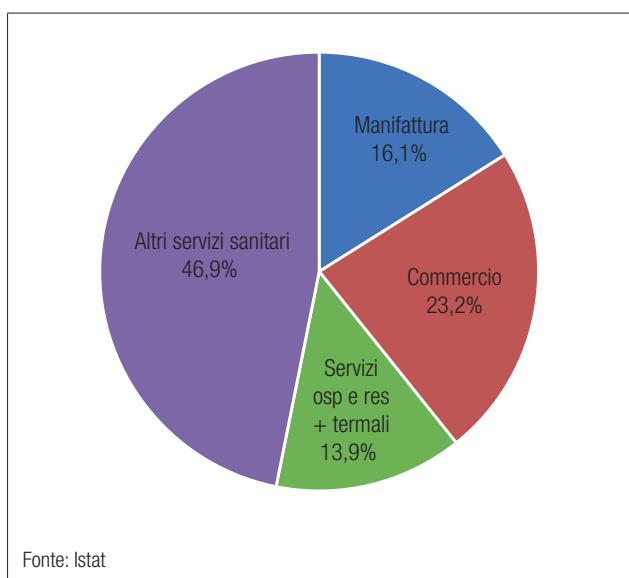
Si tratta di un dato in controtendenza rispetto a quanto accaduto nel complesso dell'economia nazionale, dove nello stesso periodo l'occupazione si è contrattata (-9,2%).

Con riferimento ai dati provenienti dall'*Indagine annuale sul mercato del lavoro (2015)* del Centro Studi Confindustria, emerge che dal punto di vista degli inquadramenti professionali la filiera della salute si configura come un settore ad occupazione mediamente più qualificata rispetto agli altri settori economici (Figura 13b.8.).

Il complesso dei dirigenti, quadri e impiegati (80% degli occupati) è superiore rispetto al dato registrato nella totalità delle imprese sottoposte all'indagine (60% del totale), dove la distribuzione per quote presenta valori più elevati per il comparto degli operai (circa 40% del totale).

Ciò determina anche livelli retributivi più alti rispetto agli altri settori economici.

**Figura 13b.8. Occupazione nella filiera della salute privata.
Anno 2015**



Infine, per quanto concerne il *welfare aziendale extra CCNL* legato all'erogazione dei premi di produttività va sottolineato che, a livello complessivo, la sua diffusione è maggiore nelle imprese di filiera (circa 62%) rispetto al totale del campione sottoposto a indagine (circa 40%), e che i lavoratori interessati sono l'84% nella filiera della salute, contro il 71% del totale economia.

13b.4. Ricerca & Innovazione nella filiera della salute: un *network* di eccellenze

Caratteristica fondamentale della filiera della salute è l'intensità della ricerca e dell'innovazione, che in questi anni sta crescendo, in linea con un *trend* internazionale di "rinascimento" della ricerca nelle Scienze della Vita.

I settori della filiera della salute investono complessivamente in ricerca e innovazione circa € 2,8 mld., ovvero il 13% del totale degli investimenti in ricerca e innovazione in Italia, con un'incidenza sul valore aggiunto generato dalle imprese superiore al 15%, oltre 10 volte la media nazionale. La filiera della salute è quindi un settore trainante verso l'Economia della Conoscenza e per consentire l'obiettivo di Europa 2020 di un rapporto R&S/PIL pari al 3%.

È un tipo di ricerca che si sta trasformando anche nei legami con le altre discipline e con gli attori coinvolti: oggi, infatti, si fonda sempre più su un approccio multidisciplinare che supera la medicina tradizionale e interessa una molteplicità di ambiti quali l'informatica, la matematica, l'ingegneria; e che vede le imprese fare ricerca in collaborazione con soggetti sia pubblici sia privati, quali le PMI, le *start-up*, le università, i centri clinici di eccellenza, gli enti *no-profit*, i parchi scientifici e tecnologici: un nuovo modello fondato sulla condivisione della conoscenza che ha come obiettivo quello di mettere a sistema tutte le competenze di eccellenza nelle varie fasi della ricerca.

Proprio per questo nel tempo si è passati da un modello di ricerca chiuso e centralizzato (*closed innovation*), nel quale tutte le attività venivano condotte

all'interno dei laboratori aziendali alla ricerca aperta all'esterno (*open innovation*) e addirittura in rete (*innovation network*), che consente di generare innovazione mettendo a sistema tutte le competenze più specialistiche a disposizione.

Diversificate tipologie di attori, che da anni operano distintamente nei propri settori di riferimento, sono oggi sempre più connesse tra di loro grazie a un continuo scambio di *best practice* e pronte a mettere a valore l'esperienza acquisita attraverso percorsi sinergici.

Si va dalla generazione di idee a opera dei ricercatori più vicini agli ambiti accademici, alla messa a punto di progetti di ricerca nelle *start-up* e negli *spin off*, alla produzione del prodotto finito a opera di imprese di dimensioni maggiori e alla sperimentazione clinica su pazienti grazie all'interazione con gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Inoltre, la presenza sul territorio di attori legati al mondo della finanza, rappresenta un ulteriore fattore aggregante, non secondario al *commitment* espresso dalle istituzioni locali.

La *network innovation* ha rivitalizzato la ricerca nelle Scienze della Vita ed è un modello nel quale l'Italia può essere più competitiva che in passato, come testimoniato anche da diverse evidenze che stanno emergendo in questi mesi.

Il Paese, infatti, possiede quell'humus di competenze e conoscenze ampiamente riconosciute a livello internazionale, fonte di attrazione per gli investimenti in ricerca e innovazione.

L'Italia si contraddistingue per un contesto innovativo peculiare, caratterizzato da una grande capacità di generare risultati scientifici, e da una situazione di frammentazione e territorialità sia della ricerca, sia degli attori coinvolti nella sua trasformazione in prodotti innovativi sul mercato e, quindi, in progresso.

Il *Cluster Tecnologico Nazionale di Scienze della Vita ALISEI*, ad esempio, nasce per mettere in rete e a sistema le migliori esperienze presenti sul territorio nazionale, come le imprese dei diversi settori, le Università, gli Enti pubblici di ricerca, le strutture di produzione avanzata e di servizi a elevato valore aggiunto.

Il ruolo del *Cluster* quindi è quello di promuovere e valorizzare la cooperazione e l'innovazione, in ottica di interazione e integrazione tra il sistema della ricerca, il tessuto imprenditoriale e produttivo e le istituzioni pubbliche nel settore della salute per dare un impulso concreto alla ricerca e all'innovazione nell'industria farmaceutica-biomedicale.

Anche nel campo della medicina termale e riabilitativa, va segnalata l'esperienza della *Fondazione FoRST*, per la ricerca scientifica termale, con lo scopo di promuovere la ricerca sia clinica, sia di base.

L'elevato valore della ricerca italiana nel settore delle scienze della vita è, altresì, testimoniato dall'eccellente posizionamento del nostro Paese per indici bibliografici: l'Italia è, infatti, il primo Paese nel mondo per numero di citazioni per ricercatore e si posiziona al primo posto anche per produttività della ricerca in termini di pubblicazioni per ricercatore. Inoltre la creatività e l'originalità dei nostri ricercatori è percepita e riconosciuta all'estero al punto che *team* di ricerca internazionali ambiscono ad annoverare nella propria compagnia almeno un ricercatore proveniente dal nostro Paese.

Uno degli ambiti di maggior investimento sono i *trials* o studi clinici, per i quali le imprese della filiera della salute in Italia investono circa € 1 mld. all'anno, un grande valore per il Paese che si concretizza nel rendere disponibili terapie innovative per i pazienti; offrire possibilità di crescita professionale a medici e ricercatori; assicurare al SSN importanti risorse.

Inoltre, la ricerca farmaceutica in Italia è specializzata nel campo delle biotecnologie (con circa 300 prodotti in sviluppo, ha la *leadership* europea delle terapie avanzate), nei vaccini, negli emoderivati, nei farmaci orfani, nella medicina di genere.

Un sistema complesso del quale fanno parte 541 imprese e oltre 250 attori non imprenditoriali attivi nel *biotech*. Tra questi ultimi si annoverano 53 Università, oltre 20 poli di innovazione tecnologica, 48 IRCCS, 3 Enti Pubblici maggiori che si articolano in oltre 60 tra dipartimenti e istituti affiliati dislocati sull'intero territorio nazionale, 13 Istituti Zooprofilattici Sperimentali e circa un'ottantina tra fondazioni, consorzi e centri di ricerca di diversa natura.

Negli ultimi anni la ricerca si è concentrata molto

sui farmaci *first-in-class*, ovvero che danno vita a una nuova classe di prodotti, e sull'innovazione *beyond-the-pill*, legata all'interazione tra farmaco e dispositivi digitali, allo scopo di migliorare l'*health outcome* del paziente.

A partire dalla ricerca, nel nuovo modello sopra descritto, il rapido e continuo *sviluppo delle tecnologie informatiche e digitali* sta già ridisegnando tutte le fasi che caratterizzano l'attività delle imprese. La disponibilità di collezionare ed elaborare una importante mole di dati, infatti, apre nuovi orizzonti: grazie al sequenziamento del genoma umano (e ai dati ottenibili), è possibile definire terapie più mirate ed efficaci (riducendo anche la probabilità di effetti collaterali). Negli ultimi anni, ad esempio, sono sempre di più le *partnership* tra le più importanti aziende farmaceutiche e i principali *players* dell'economia digitale (i cosiddetti *healthcare disruptors*) per costruire sistemi cognitivi a supporto delle scelte di medici e ricercatori.

13b.5. La filiera della salute nel suo complesso

In questo paragrafo si vuole definire – in termini quantitativi – il contributo della filiera della salute al reddito e all'occupazione nazionale, attraverso il calcolo degli effetti diretti, indiretti e indotti di tutte le sue attività: la ricerca, la produzione, la commercializzazione, l'erogazione dei servizi.

Per fare ciò bisogna calcolare sia l'effetto di trascinamento che i comparti della filiera della salute esercitano sui settori con i quali sono collegati da rapporti di interdipendenza, sia il valore aggiunto che origina da tali rapporti (Tabella 13b.1.).

Questo esercizio risulta particolarmente complesso dato che le informazioni di base di fonte Istat (tavole *input-output*) devono essere opportunamente integrate con quelle provenienti da altre fonti ed assoggettate ad un'accurata elaborazione.

Ricalcando il procedimento utilizzato nel precedente lavoro di Confindustria sulla filiera della salute, risalente a marzo 2012, e utilizzando la stima calcolata sempre in quel lavoro relativa alla determinazione del coefficiente medio di fabbisogno di *input* di origine interna (pari a 1,734), sono stati calcolati:

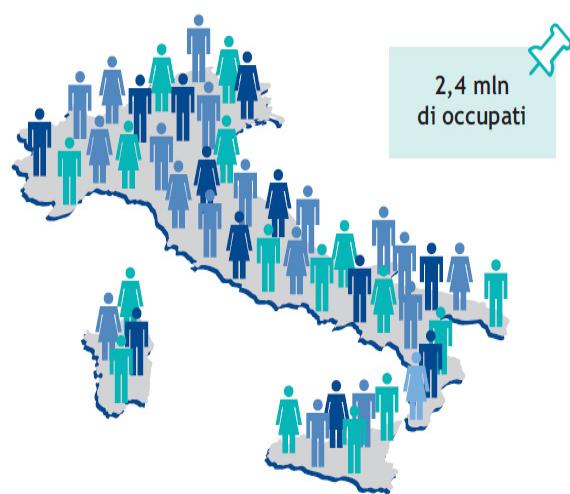
- la produzione totale (€ 325 mld.) comprensiva dell'indotto
- la produzione dell'indotto (€ 137,6 mld.)
- il valore aggiunto dell'indotto (€ 72,9 mld.)².

Il contributo della filiera della salute alla ricchezza nazionale (€ 175,9 mld.) è stato ottenuto sommando il valore aggiunto diretto con quello indotto. Esso vale ...

IL 10,7% DEL PIL



... e occupa, sempre considerando l'indotto e compreso il personale del settore pubblico, 2,4 milioni di persone, un numero che equivale al 10% del totale degli occupati italiani.



² Per il calcolo è stato utilizzato il rapporto PIL/produzione intera economia italiana relativo al 2015, pari a 0.53 (ogni € 100 di produzione indotta si generano 53 di valore aggiunto) e considerato come costante all'interno della filiera

Tabella 13b.1. Il contributo della filiera della salute (pubblica, privata e compreso l'indotto) all'economia nazionale. Anno 2015

A	B	B-A	C	D	C+D	E
Valore produzione filiera salute (compreso SSN) (€ mld.)	Valore produzione filiera salute compreso indotto (A*1,734) (€ mld.)	Valore della produzione dell'indotto (€ mld.)	Valore aggiunto dell'indotto (B-A*0,53) (€ mld.)	Valore aggiunto filiera pubblica e privata (€ mld.)	Valore aggiunto complessivo (€ mld.)	% del PIL
187,5	325,1	137,6	72,9	102,9	175,9	10,7

Fonte: elaborazione Confindustria

13b.6. Conclusioni

La filiera della salute in Italia è un sistema economico di grande importanza: dalle analisi condotte nei precedenti capitoli emerge, infatti, come le attività di questo settore rappresentino per il Paese un volano per la crescita e lo sviluppo, per la ricerca e l'innovazione e per l'occupazione qualificata.

La sua rilevanza nell'economia nazionale è testimoniata anche dal fatto che, anche negli anni della crisi economica, tutti gli indicatori considerati nell'analisi – il valore aggiunto, il fatturato, l'occupazione, l'export – hanno registrato variazioni tendenziali positive.

Una filiera che ha investito e continua ad investire consistenti risorse, economiche e umane, in ricerca e innovazione, contribuendo così a sviluppare prodotti e servizi che concorrono al miglioramento delle cure per i cittadini e a rendere sempre più competitivo nello scenario internazionale il nostro *welfare* sanitario.

Alla luce di ciò, si può ragionevolmente affermare che la filiera della salute in Italia contribuisce, da anni, a sostenere socialmente ed economicamente il Paese.

Le considerazioni fin qui esposte sulle potenzialità della filiera vanno, però, inquadrare in un ragionamento di fondo che tenga conto del fatto che gran parte delle risorse oggi assorbite dal sistema salute provengono dal bilancio pubblico (poco meno del 75%).

Per questo, le politiche sanitarie sono anche politiche industriali per tutti i settori coinvolti e incidono sulla loro competitività. Una sovrapposizione che

richiama la necessità di una gestione responsabile delle decisioni di *policy*, con misure che garantiscono comunque lo sviluppo e l'attrattività degli investimenti nel Paese.

Ciò soprattutto per i comparti manifatturieri della filiera che sono altamente internazionalizzati e nei quali le scelte di localizzazione degli investimenti riflettono fortemente la competitività del Paese.

Non si vuole, in questa sede, intervenire sul tema della gestione della finanza pubblica e dei suoi effetti sulla sanità italiana ma appare opportuno indicare la necessità di una programmazione condivisa (settore pubblico e imprese) delle *policy*, evitando il ricorso ad un approccio ragionieristico al tema della sostenibilità del sistema salute del Paese.

Appare, quindi, opportuno definire specifiche azioni di politica industriale per valorizzare il ruolo della filiera della salute, che ne favoriscono la crescita, che valorizzino le sue eccellenze, e che la promuovano anche al di fuori del contesto italiano:

1. riconoscere e premiare l'innovazione e tutelare la proprietà intellettuale sostenendo i diritti di brevetto e marchio, per favorire gli investimenti
2. garantire che le scelte di politica sanitaria siano sempre fatte nel pieno rispetto dei criteri scientifici, riconoscendo alle Istituzioni nazionali la esclusiva competenza su temi quali valutazione dell'innovazione, brevetto, marchio, equivalenza terapeutica, *Health Technologies Assessment*. Si tratta, infatti, di questioni che impattano sulla qualità delle cure e sulla competitività di tutto il Paese
3. superare la gestione della spesa sanitaria "a

silos", in particolare laddove si concretizza in tetti di spesa che comportano costi molto elevati per le imprese (come nella farmaceutica e nei dispositivi medici) e che hanno effetti negativi sugli investimenti. È necessario invece passare a una logica di *value-based healthcare*, che misuri i costi evitati dall'uso appropriato delle terapie e identifichi le prestazioni sanitarie come un investimento e non come un costo

4. definire una strategia nazionale dell'innovazione sanitaria e della ricerca di lungo periodo. Un disegno strategico comune che catalizzi gli investimenti nel settore attraverso una regia complessiva che superi la frammentazione del nostro Paese
5. far crescere gli investimenti in R&S per favorire processi di nuova imprenditorialità, la competitività delle imprese italiane ed attrarre maggiori investimenti, nonchè promuovere il sistema salute italiano all'estero come elemento del *Made in Italy*
6. sostenere la creazione di reti cliniche specialistiche di eccellenza in grado di fornire all'industria servizi ad alto valore aggiunto sul piano delle sperimentazioni e della validazione anche economica delle innovazioni. Tali reti, se opportunamente promosse a livello internazionale, potrebbero risultare fortemente attrattive di importanti investimenti e generare per questa via positive ricadute sulla sostenibilità e qualità del SSN
7. garantire un uniforme accesso alle cure su tutto il territorio nazionale a beneficio dei pazienti
8. promuovere linee strategiche di *policy* per favorire un maggior sviluppo del turismo sanitario come leva di crescita economica e occupazionale e fattore di competitività del Paese.

Infine, appare opportuno evidenziare ulteriori considerazioni di *policy*, che permetterebbero il superamento di alcune criticità di contesto:

- il meccanismo ed il livello di finanziamento della spesa sanitaria va reso coerente con l'effettiva domanda di salute e con i risultati delle cure

- è necessario garantire certezza del quadro giuridico di riferimento attraverso la stabilità normativa di lungo periodo, la chiarezza nella scrittura delle norme (sia di livello primario sia di livello secondario), l'interpretazione univoca da parte degli operatori pubblici, una normazione nazionale di recepimento della normativa comunitaria che non sia penalizzante. La mancanza di certezza normativa è uno dei principali disincentivi agli investimenti delle imprese nel nostro Paese
- con riferimento all'apparato legislativo, altro elemento di criticità per le imprese è doversi relazionare con 21 sistemi sanitari diversi, e quindi con il rischio di 21 sistemi di regolazione. Occorre valutare come rafforzare la *governance* nazionale dell'intero sistema, sia pure con le dovute articolazioni organizzative regionali, – dove la sanità "pesa" per circa il 75% in media nel bilancio di ciascuna regione (cfr allegato d) – al fine di garantire agli operatori e agli stessi pazienti un assetto omogeneo
- è necessario un grande piano digitale per il sistema salute, sotto una *governance* nazionale. In questo senso, le tecnologie digitali devono svolgere un ruolo strategico perché rappresentano un *driver* fondamentale per modernizzare, semplificare ed efficientare l'intero sistema sanitario e possono aiutare a colmare i ritardi che ad oggi scontiamo in termini di efficienza e produttività. Nell'ambito delle tecnologie digitali è fondamentale l'utilizzo e la valorizzazione dei *Big Data* i quali dovranno costituire la "leva" su cui riprogettare automaticamente il sistema sanitario nel tempo. A tal fine occorre, però, l'interoperabilità delle banche dati e delle piattaforme tecnologiche, nonchè la standardizzazione dei dati stessi, mettendo in collegamento le banche dati di tutte le strutture e realizzando un monitoraggio efficace e periodico sia del livello e dell'appropriatezza delle prestazioni, sia degli acquisti di beni e servizi. Questo processo è ancora più urgente se si tiene conto dell'importanza che la trasparenza e la completezza della

circolazione delle informazioni assumono nel settore sanitario

- occorre realizzare un sistema di alta formazione per le figure operanti in sanità, che abbia come elemento fondante la collaborazione tra settore pubblico e imprese, soprattutto per il

fatto che i beni e servizi della filiera sono altamente innovativi. Solo così i *manager*/professionisti e gli operatori del settore avranno piena contezza delle novità introdotte nel mercato e potranno effettuare scelte efficienti ed efficaci.

Allegati

a) I settori della filiera della salute privata

I compatti della filiera della salute privata, desunti dalla classificazione ufficiale delle attività economiche, figurano nel prospetto qui di seguito rappresentato, contrassegnati dai codici fissati dall'Istat.

ATECO 2007	
MANIFATTURA	
<i>Fabbricazione di prodotti chimici di base, di fertilizzanti e composti azotati, di materie plastiche e gomma sintetica in forme primarie</i>	20.1
Di cui: Fabbricazione di gas industriali	20.11
<i>Fabbricazione prodotti farmaceutici di base e di preparati farmaceutici</i>	21
Di cui: Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base	21.1
Di cui: Fabbricazione di medicinali e preparati farmaceutici	21.2
<i>Fabbricazione di strumenti per irradiazione, apparecchiature elettromedicali ed elettroterapeutiche</i>	26.6
Di cui: Fabbricazione di apparecchi elettromedicali	26.60.02
Di cui: Fabbricazione di altri strumenti per irradiazione ed altre apparecchiature elettroterapeutiche	26.60.09
<i>Fabbricazione di strumenti e forniture mediche e dentistiche</i>	32.5
Di cui: Fabbricazione mobili uso medico, apparecchi medicali, materiale medico-chirurgico, apparecchi e strumenti per odontoiatria	32.50.1
Di cui: Fabbricazione di protesi dentarie	32.50.2
Di cui: Fabbricazione di protesi ortopediche, altre protesi e ausili (incluse riparazioni)	32.50.3
Di cui: Fabbricazione di lenti oftalmiche	32.50.4
Di cui: Fabbricazione di armature per occhiali di qualsiasi tipo; montatura in serie di occhiali comuni	32.50.5
<i>Riparazione e manutenzione di apparecchiature elettroniche ed ottiche</i>	33.13
Di cui: Riparazione e manutenzione di apparecchi elettromedicali, materiale medico-chirurgico/veterinario, apparecchi strumentali per odontoiatria	33.13.03
COMMERCIO	
<i>Intermediari del commercio specializzati in altri prodotti</i>	46.18
Di cui: Intermediari del commercio di prodotti farmaceutici e di cosmetici	46.18.3
<i>Commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici</i>	46.46
<i>Commercio al dettaglio di medicinali in esercizi specializzati</i>	47.73
<i>Commercio al dettaglio di articoli medicali e ortopedici in esercizi specializzati</i>	47.74
SERVIZI SANITARI E TERMALI	
<i>Ricerca e sviluppo sperimentale nel campo delle biotecnologie</i>	72.11
<i>Assistenza sanitaria</i>	86
Di cui: Servizi ospedalieri	86.1
Di cui: Servizi di studi medici e odontoiatrici	86.2
Di cui: Altri servizi di assistenza sanitaria	86.9
<i>Strutture di assistenza infermieristica residenziale</i>	87.1
<i>Servizi dei centri per il benessere fisico</i>	96.04
Di cui: Stabilimenti termali	96.04.2

b) Fonti dei dati

Per la raccolta dei dati utilizzati nell'analisi sono state utilizzate alcune banche dati ufficiali di respiro nazionale e internazionale quali Istat (I.stat e *Coe-Web*), Eurostat, nonché informazioni specifiche provenienti dalle Organizzazioni del Sistema confederale che hanno collaborato allo studio.

Ogni analisi è stata condotta utilizzando l'ultima disponibilità temporale dei dati in essa utilizzati.

Per definire il perimetro della FILIERA DELLA SALUTE è stata operata, in primo luogo, una ripartizione per branche (MANIFATTURA, COMMERCIO E SERVIZI) e, all'interno di ciascuna branca, sono stati collocati i beni/servizi attribuibili alla "filiera della salute" ricercandoli all'interno dei codici della classificazione ATECO 2007 (Nace Rev. 2 a livello europeo) e dei codici della nomenclatura N8 (utilizzati per i flussi di commercio estero).

Tale metodologia è stata condotta per un duplice scopo: da un lato, assicurare la completezza del database della filiera e, dall'altro, estrarre il maggior numero di indicatori economici diversi. A titolo esemplificativo, i dati strutturali (quali fatturato, valore aggiunto ecc.) sono attribuiti ai diversi settori economici secondo la classificazione ATECO 2007, mentre i dati sul commercio internazionale sono disponibili mediante la classificazione N8.

Per questioni legate alla disponibilità/classificazione di dati Istat è nostra premura sottolineare che ci sono alcune tipologie di beni attribuibili al comparto manifatturiero dell'analisi che rimangono "fuori" dal calcolo del valore aggiunto del comparto stesso.

Al contrario, e sempre per questioni legate alla disponibilità dei dati, si evidenzia come una serie di settori individuati come appartenenti al comparto manifatturiero rappresentino realtà "lievemente" più ampie di quelle prettamente di filiera della salute. A titolo esemplificativo, il settore ATECO 20.11 comprende anche la produzione di gas industriali non destinati ad uso medico; il settore ATECO 26.6 comprende anche il sottosettore 26.60.01 (fabbricazione di apparecchiature per irradiazione di alimenti e latte) che non può essere considerato un settore della "filiera della salute", il settore ATECO 33.13 comprende

de anche i sottosettori 33.13.01, 33.13.04; 33.13.09 (riparazione di apparecchiature NON sanitarie) che non possono essere considerati settori della "filiera della salute"; il settore ATECO 46.18 comprende anche i sottosettori 46.18.1 e 46.18.2 (intermediari del commercio di prodotti di carta, cancelleria, libri e di elettronica da consumo) che non possono essere considerati settori della "filiera della salute"; il settore ATECO 72.11 comprende anche la ricerca nel campo biotecnologie di tipo green e white che non rientra nella filiera della salute.

c) Metodologia

Nella presente ricerca, in termini di successione delle stime e per la descrizione dei risultati relativi ai singoli comparti è stato seguito un percorso identico a quello adottato dalla contabilità nazionale: si è preferito, infatti, partire dai comparti della produzione industriale, passare attraverso il commercio all'ingrosso e al dettaglio e pervenire, infine, all'ultimo anello della catena rappresentato dal complesso dei servizi di assistenza sanitaria.

Bisogna rilevare, inoltre, che le elaborazioni sono state effettuate con riferimento al territorio nazionale considerato nel suo insieme.

Quanto agli aggregati economici che esprimono in sintesi l'attività dei singoli comparti, l'attenzione è stata posta principalmente sulle stime dell'occupazione e sui risultati dell'attività produttiva rispettivamente costituiti dal valore della produzione e dal valore aggiunto. Le valutazioni della produzione e del valore aggiunto, seguendo le regole predisposte in sede di contabilità nazionale, sono state effettuate "ai prezzi base".

Partendo dai dati disponibili, sono state condotte una serie di elaborazioni per stimare il "peso" della filiera della salute nell'economia italiana. Peso che, per quanto riguarda la sola filiera privata è stato calcolato sia in termini di occupati, sia in termini di valore aggiunto, sia in termini di *export*; un passaggio successivo è stato compiuto includendo nel calcolo del valore aggiunto anche i servizi sanitari pubblici e considerando la produzione dell'indotto.

d) Spesa sanitaria nei bilanci regionali

Regioni	Spesa sanitaria corrente/Totale Spesa corrente (%)			
	2012	2013	2014	2015
Piemonte	83,0	84,8	81,6	82,6
Lombardia	83,1	81,8	80,5	81,2
Veneto	87,8	86,3	87,5	88,6
Liguria	82,7	79,3	76,0	84,6
Emilia Romagna	87,5	86,3	88,2	86,3
Toscana	86,7	88,6	86,1	87,3
Marche	81,5	82,9	82,8	85,3
Umbria	81,8	81,9	84,1	81,7
Lazio	80,8	79,8	73,4	83,6
Abruzzo	81,8	84,2	82,6	84,8
Molise	81,3	80,8	80,5	81,5
Campania	84,6	84,6	84,2	79,1
Puglia	68,8	60,7	86,0	84,3
Basilicata	77,1	76,0	77,9	72,9
Calabria	80,6	83,2	87,2	79,2
Totale RSO	82,4	81,2	82,6	83,3
Valle d'Aosta	26,3	24,1	22,6	21,5
P.A. di Bolzano	32,8	33,0	33,0	33,1
P.A. di Trento	40,3	39,2	39,1	39,4
Friuli Venezia Giulia	48,4	49,0	46,8	40,1
Sardegna	57,1	57,5	57,7	49,0
Sicilia	57,7	51,3	54,7	52,9
Totale RSS	51,0	48,0	49,4	46,1
Totale generale	75,6	74,1	75,5	74,8

Fonte: elaborazione Confindustria su dati Corte dei Conti

ENGLISH SUMMARY

The Health Sector in Italy: Confindustria's Annual Report 2018

Confindustria's Report on the health sector enables us to appreciate the economic and social value of this sector.

The survey estimates that the so-called "white economy" accounts for 10.7% of the national Gross Domestic Product (GDP) and employs over 2.4 million people (approximately 10% of total employment), thus proving to be a powerful driver of the Italian economy.

Considering Italy's economy, the "private" health sector alone (manufacturing, trade and private health services) accounts for 4.9% of turnover (€ 144 billion), as well as for 6.9% of value-added (€ 49 billion). It also accounts for 5.8% of employment (approximately 910,000 people), as well as for 7.1% of exports (over € 28 billion), with all growing values as against 2008.

Furthermore, it is a counter-cyclical industrial sector: faced with a total value-added of the Italian economy that remained almost unchanged between 2008 and 2015, the health sector grew by 14.3%. The employment data (mostly high-skilled jobs) is even bet-

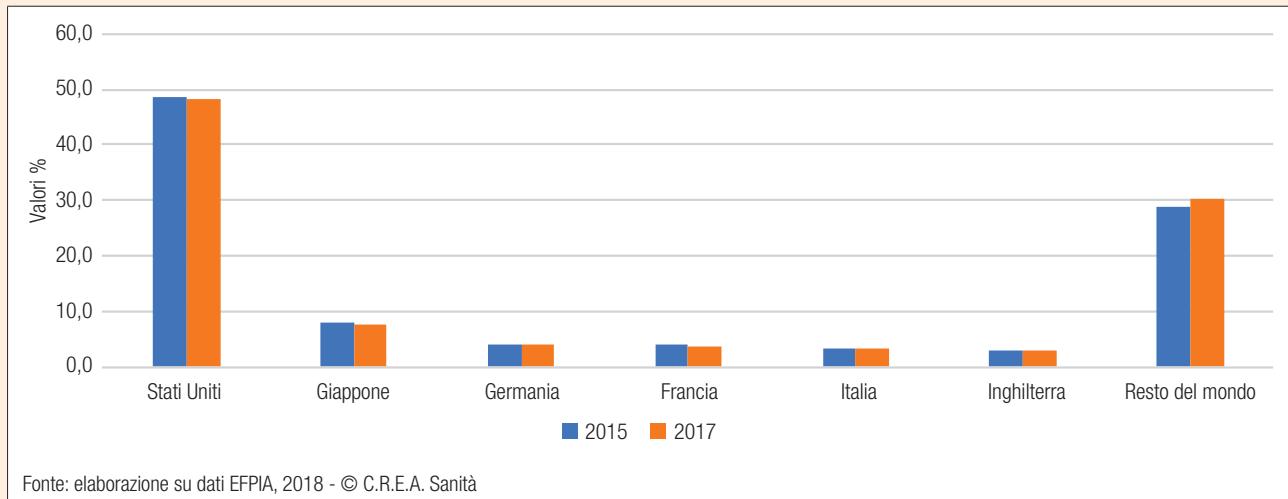
ter, up by 3.4% between 2008 and 2015, as against a negative national figure (- 9.2%).

The data on spending for research and innovation is also very significant (approximately € 2.8 billion in absolute terms in 2016, that is 13% of Italy's total investment in research and innovation, with an impact on the value-added generated by businesses exceeding 15%).

In short, the "white economy" is one of the major areas of economic development in which, according to international rankings, Italy has a considerable competitive advantage. This also thanks to the public healthcare model adopted, as well as to the virtuous integration between public and private segments and to the excellent skills of the medical and professional staff.

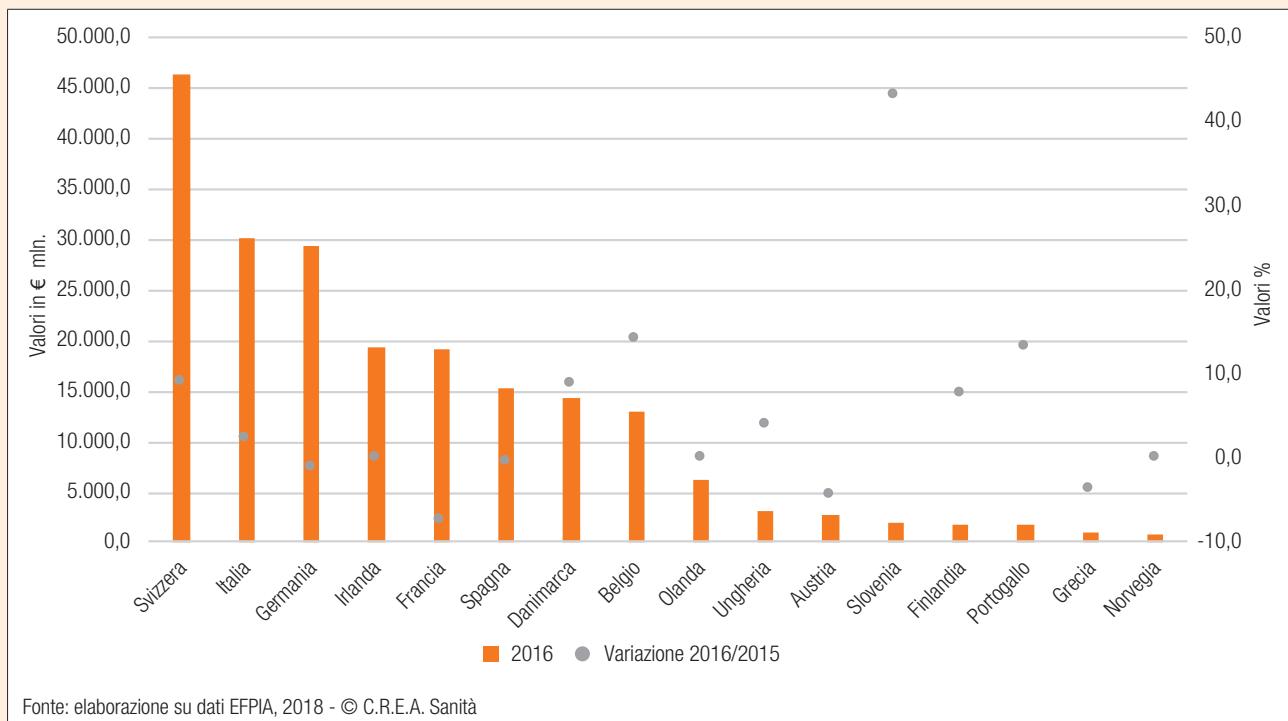
A unique mix that, in view of playing its full role as a lever for development, should be included as a whole in the industrial and welfare policies, thus enhancing the excellences and promoting them also outside Italy as a fundamental factor of the so-called "Made in Italy".

KI 13.1. Composizione mercato mondiale farmaceutico



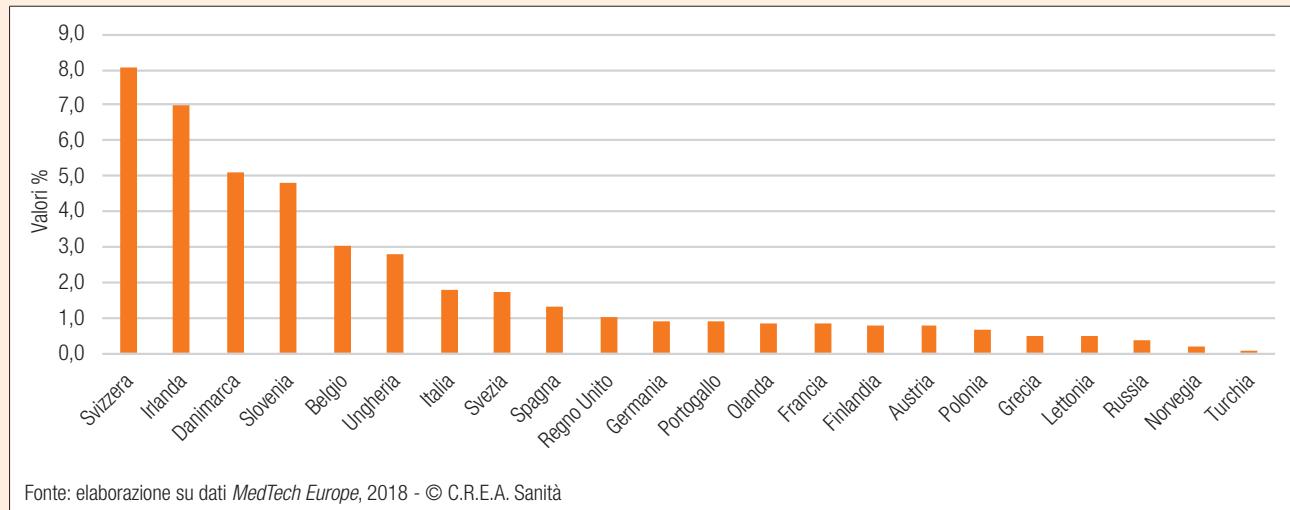
Nel 2017 il mercato mondiale del settore farmaceutico è di circa € 755 mld. Il mercato statunitense rappresenta il 48,1% di quello mondiale, quello europeo il 22,2% e quello giapponese il 7,7%. Nel triennio 2015-2017 si è registrato un aumento del contributo sul mercato mondiale farmaceutico dell'Italia con +0,2 punti percentuali; mentre una riduzione per Stati Uniti, Giappone, Germania, Francia e Inghilterra (-0,6, -0,4, -0,1, -0,1 e -0,3 punti percentuali rispettivamente).

KI 13.2. Valore della produzione dell'industria farmaceutica in Europa



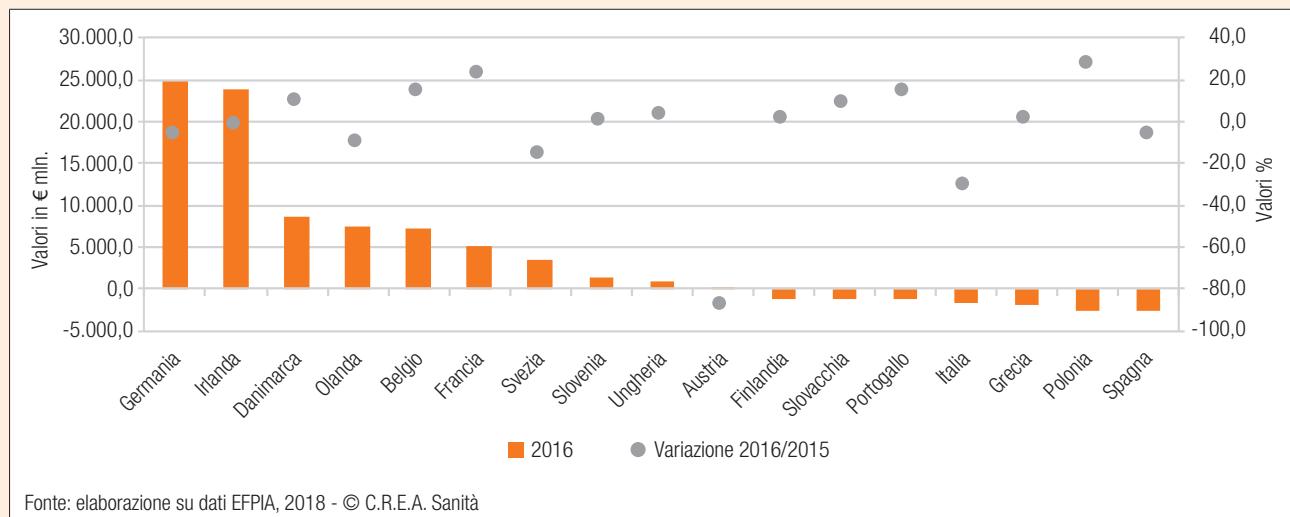
Il valore della produzione europea dell'industria farmaceutica, nel 2016, è pari a € 248.053 mln.. La Svizzera risulta essere il Paese col maggior valore di produzione (€ 46.280 mln.), seguita da Italia (€ 30.020 mln.) e Germania (€ 29.197 mln.). All'estremo opposto troviamo Grecia e Norvegia con un valore di produzione farmaceutica inferiore a € 1.000 mln. Analizzando i principali Paesi europei, il Regno Unito risulta essere il Paese con il maggiore aumento di produzione, +16,2%, passando da € 19.313 mln. nel 2015 a € 22.445 mln. nel 2016, seguito dalla Svizzera il cui valore raggiunge i € 46.280 mln., nel 2016 (+8,9%), e dall'Italia con € 30.010 mln. (+2,3% rispetto al 2015). Invece Germania e Francia, nello stesso periodo, riducono il loro valore di produzione nel settore, rispettivamente del -1,1% (da € 29.536 mln. nel 2015 a € 29.197 mln. nel 2016) e del -7,4% (da € 20.554 mln. a € 19.040 mln.).

KI 13.3. Incidenza della produzione farmaceutica su PIL. Anno 2016



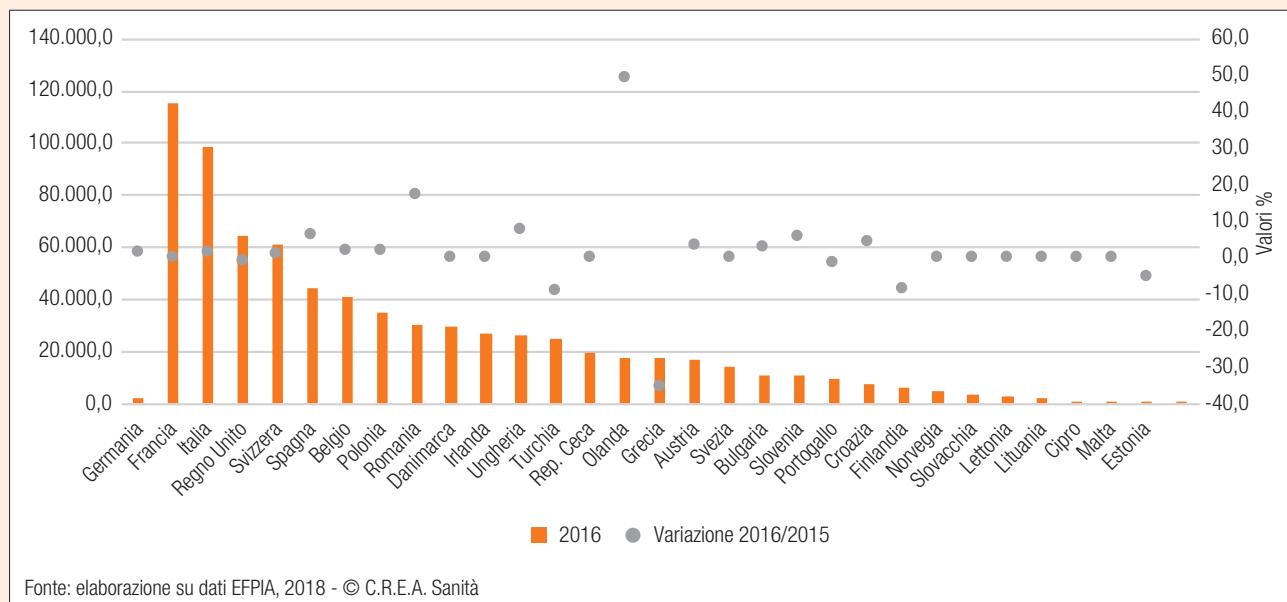
L'incidenza della produzione farmaceutica sul PIL è massima in Svizzera (8,1%), seguita dall'Irlanda con il 7,0%; in Italia l'incidenza è pari all'1,8%; nel Regno Unito, Germania, Portogallo e Olanda risulta inferiore all'1,0% del PIL.

KI 13.4. Bilancia commerciale dell'industria farmaceutica



Nel 2016, la Germania risulta essere il Paese con il saldo commerciale migliore nel settore farmaceutico (+ € 24.792 mln.), seguita dall'Irlanda con + € 23.931 mln. e dall'Olanda con + € 7.410 mln. L'Italia nel 2016 registrava un saldo commerciale negativo, pari a - € 1.600 mln., mentre nel 2017 ne presenta uno positivo, pari a € 771 mln. (+ € 2.740 mln. per i medicinali e + € 658 mln. per i vaccini). La Germania continua ad essere anche il primo Paese per valore di esportazione ed importazione nel settore (€ 69.513 mln. e € 44.721 mln. rispettivamente), seguita dalla Svizzera per le esportazioni (€ 64.508 mln.) e dal Belgio per le importazioni (€ 33.506 mln.). Nel periodo 2015-2016, il valore delle esportazioni nel settore farmaceutico è cresciuto in quasi tutti i Paesi ma in particolare in Croazia, Lettonia e Portogallo (+58,5%, 23,2% e 22,9% rispettivamente), anche in Italia si è registrato un aumento del +7,7%. Le importazioni sono cresciute in particolare in Croazia e in Russia, del +50,1% e +24,8% rispettivamente. Spagna, Francia e Belgio sono tra i pochi Paesi dove, nel periodo considerato, si sono ridotte le importazioni (rispettivamente -4,5%, -2,2% e -3,4%).

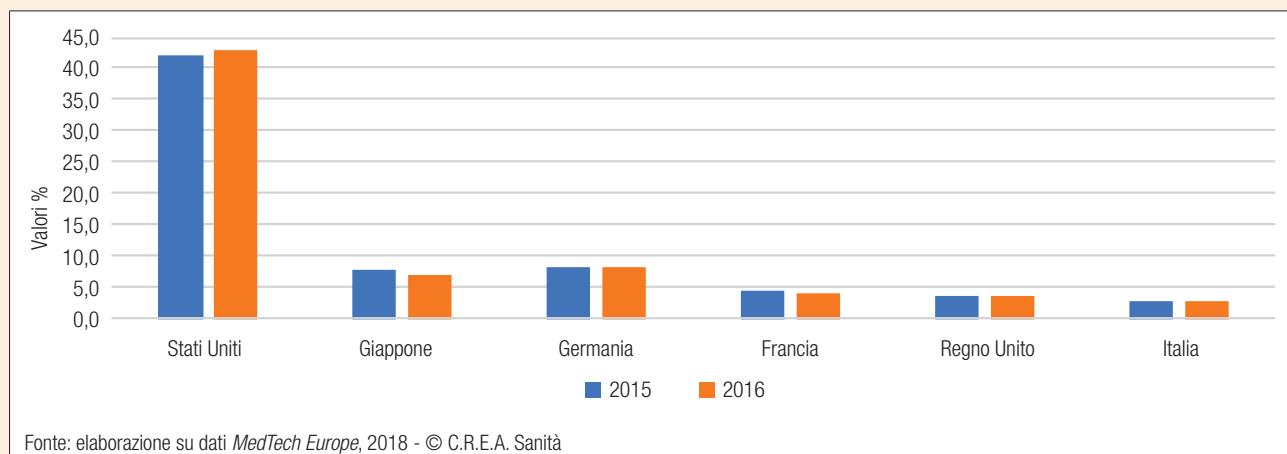
KI 13.5. Occupati nell'industria farmaceutica



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

In Europa, nel 2016, si contano 747.607 occupati nell'industria farmaceutica. Nel periodo 2015-2016, si è registrato un incremento nella maggior parte dei Paesi: in Olanda sono aumentati del +49,2%, in Spagna del +6,3%; in Italia si è passati da 63.500 nel 2015 a 64.400 nel 2016 (+1,4%). La maggiore riduzione di occupati si è registrata in Grecia, dove si è passati da 26.000 unità del 2015 a 16.800 nel 2016 (-35,4%).

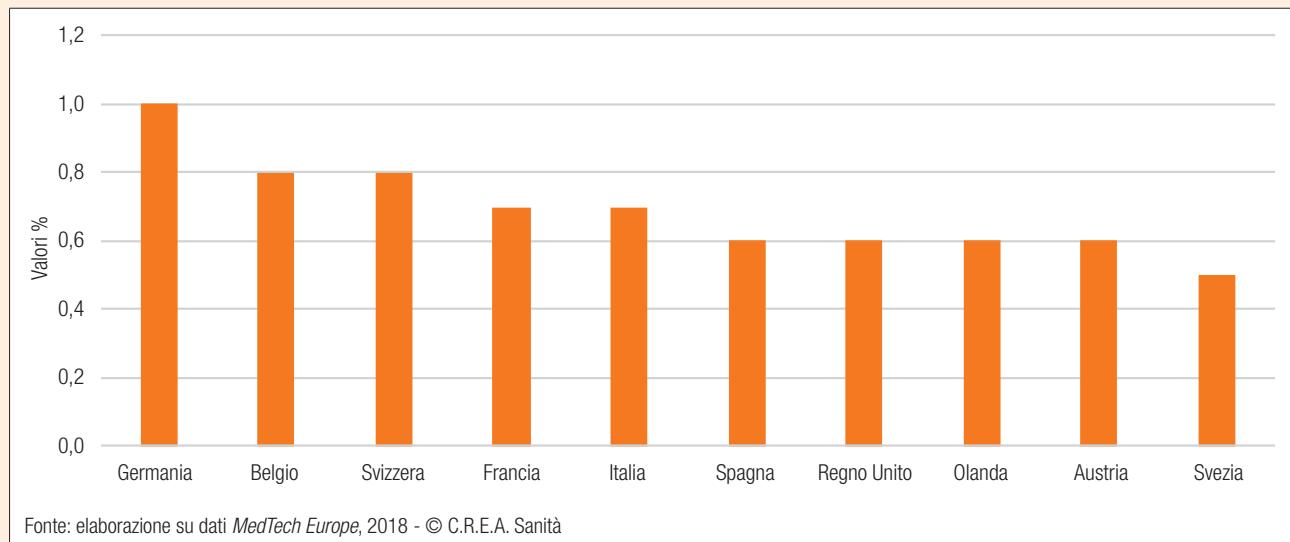
KI 13.6. Composizione mercato mondiale dispositivi medici



Fonte: elaborazione su dati MedTech Europe, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2016 il mercato mondiale dei dispositivi medici ammonta a circa € 110 mld.. Il mercato statunitense rappresenta il 43,0% di quello mondiale, quello europeo il 29,0% e quello giapponese il 7,0%. Nel biennio 2015-2016, il valore del mercato è aumentato di 1 punto percentuale per gli Stati Uniti, e si è ridotto di 1 per il Giappone. Per i principali Paesi europei, si è ridotto in particolare il contributo del Regno Unito, di 0,3 punti percentuali e della Francia, di 0,1; invariato è invece rimasto quello di Italia e Germania, pari rispettivamente all'8,1% e 2,9%.

KI 13.7. Incidenza della produzione dei dispositivi medici su PIL. Anno 2016



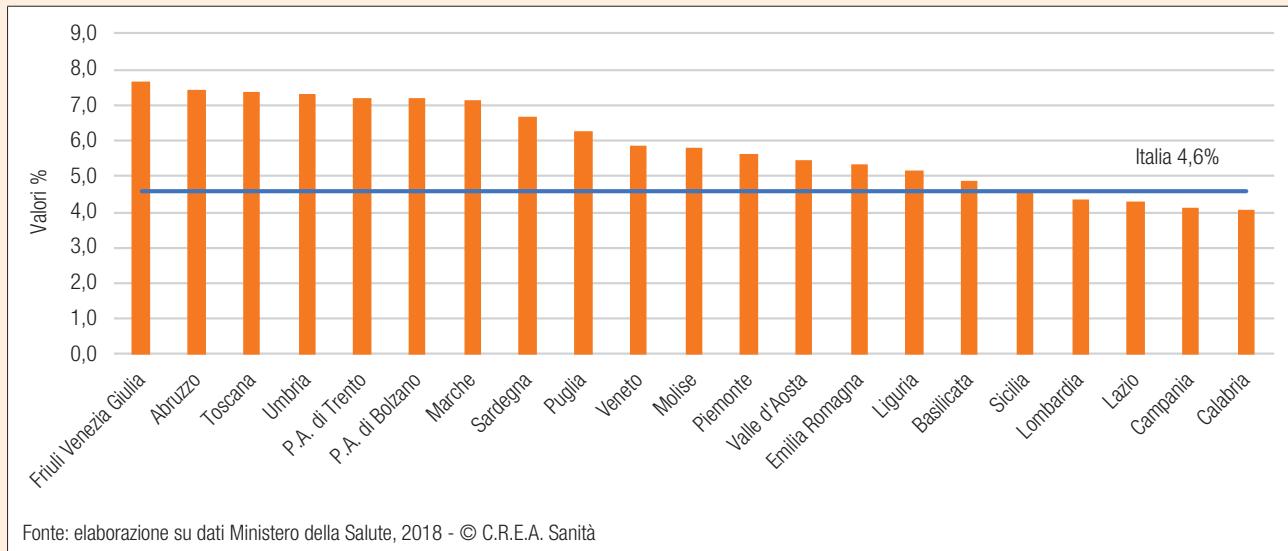
L'incidenza sul PIL è massima in Germania (1,0%), seguono Belgio, Svizzera e Francia con un'incidenza sul PIL rispettivamente dello 0,8 %, 0,8% e 0,7%; in Italia l'incidenza raggiunge lo 0,7%.

KI 13.8. Bilancia commerciale dell'industria dispositivi medici



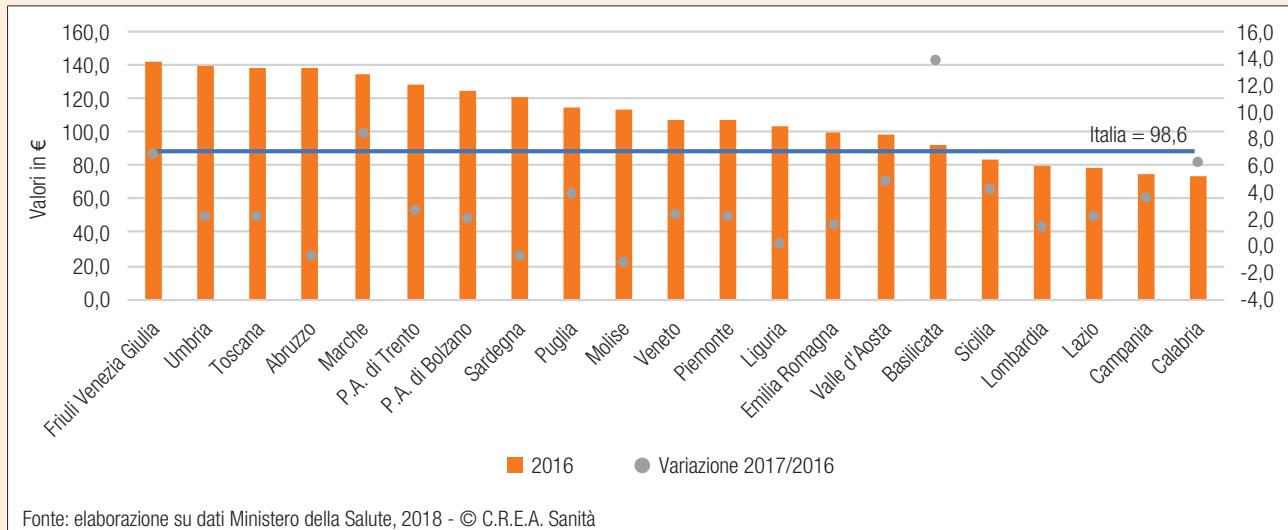
Nel 2016, il Paese con il saldo della bilancia commerciale migliore nel settore dei dispositivi medici risulta essere l'Irlanda con + € 8.620 mln. (+32,4% rispetto al 2015), seguito dalla Germania con + € 8.601 mln. e dalla Svizzera con € 5.566 mln. Francia, Spagna, Inghilterra e Italia presentano invece un saldo negativo, pari rispettivamente a - € 2.807,0, - € 2.504,0, - € 2.077,0 e € - 1.865,0, sebbene In Italia, Inghilterra, Olanda si sia registrato un miglioramento.

KI 13.9. Quota di spesa per DM su Fondo Sanitario Regionale. Anno 2017



La spesa per DM rinveniente dai Conti Economici, nel 2017, rappresenta il 4,6% del FSN. A livello regionale solo quattro Regioni rispettano il tetto di spesa del 4,4% del FSR (sebbene va rimarcato che il dato è distorto dalla maggiore presenza di strutture private accreditate.): Calabria (4,1%), Campania (4,1%), Lazio (4,3%) e Lombardia (4,4%); Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Toscana e Umbria risultano essere invece le Regioni con la quota più alta (7,7%, 7,4%, 7,3% e 7,3% rispettivamente).

KI 13.10. Spesa pro-capite per DM. Anno 2017



Nel 2017 la spesa pro-capite media nazionale per DM delle strutture pubbliche è cresciuta raggiungendo € 98,6 (+2,5% rispetto all'anno precedente). Le Regioni con la maggior spesa pro-capite (ricordando che il dato è distorto dalla diversa presenza di strutture private accreditate) risultano essere Friuli Venezia Giulia (€ 141,5, +6,7% rispetto al 2016), Umbria (€ 139,0, + 2,3% rispetto al 2016), Toscana (€ 138,0, +4,2%) e Abruzzo (€ 137,8, -0,2% rispetto al 2016); quelle con la minore sono Lombardia (€ 79,8, +0,9 rispetto al 2016), Lazio (€ 78,9, +1,4% rispetto al 2016), Campania (€ 75,1, +2,7% rispetto al 2016) e Calabria (€ 74,2, +4,8% rispetto al 2016). Nel biennio 2016-2017, Molise, Sardegna e Abruzzo, registrano una riduzione rispettivamente del -1,5%, -1,0%, -0,9%, mentre la spesa cresce in Basilicata, Marche e Friuli Venezia Giulia (+13,6%, +8,2% e 6,6%).



Capitolo 14

Osservatori permanenti

Permanent observatories

14a. Valutazione e accesso al mercato: l'evoluzione nel campo delle Malattie Rare

14b. Osservatorio sulle Strategie Vaccinali: principali evidenze della prima annualità

CAPITOLO 14

Osservatori permanenti

Il capitolo 14 fornisce una sintesi delle attività svolte dal C.R.E.A. Sanità in *partnership* con altri Enti, e nello specifico l’Osservatorio sui Farmaci Orfani e l’Osservatorio sulle Strategie Vaccinali.

La *mission* dell’Osservatorio Malattie Rare (OSSFOR) (Capitolo 14a) è quella di contribuire alla conoscenza nel campo delle politiche sanitarie che riguardano le malattie rare e, in particolare, le tecnologie per esse specificatamente sviluppate, quali i farmaci orfani.

L’obiettivo finale è quello di supportare la definizione di una efficace ed efficiente *governance* del settore, che garantisca l’accesso dei pazienti alle terapie e la sostenibilità del sistema.

In estrema sintesi le principali evidenze del II Rapporto OSSFOR possono essere sintetizzate come segue:

- l’analisi dell’impatto dei Nuovi LEA sulle esenzioni per malattia rara è stato significativo, e le nuove prestazioni esenti si concentrano su pazienti con condizioni ultra rare
- rimangono rilevanti i problemi di concentrazione dei pazienti e costi in alcune ASL, per la gestione dei quali mancano interventi regolatori adeguati
- in termini regolatori continua a ridursi il tempo di accesso dei farmaci orfani al mercato
- allo stesso tempo tende anche ad aumentare la spesa per farmaci orfani e la sua incidenza sulla spesa totale: fenomeno attribuibile in larga parte al progressivo *uptake* dei nuovi farmaci
- i fatturati dei farmaci orfani sono, come atteso, mediamente bassi, evidenziando condizioni di scarsa remuneratività
- a fronte di quanto precede, la valutazione per i farmaci orfani rimane un problema irrisolto, con evidenti implicazioni etiche: una riflessione sul

tema è divenuta urgente anche perché è paradigmatico di una complessità che diventerà sempre più comune con l’avvento delle *advanced therapies*.

L’Osservatorio sulle Strategie Vaccinali (Capitolo 14b) nasce, in seguito all’approvazione del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), per analizzare le Strategie Vaccinali regionali. La variabilità degli approcci regionali ha spinto ad impostare un lavoro di monitoraggio indipendente, con l’obiettivo ultimo di valutare i livelli di implementazione del PNPV e promuovere le *best practice*.

In estrema sintesi le principali evidenze del I Rapporto dell’Osservatorio sulle Strategie Vaccinali possono essere sintetizzate come segue:

- i modelli organizzativi implementati nelle diverse Regioni risultano significativamente diversi, evidenziando anche una scarsa uniformità all’interno delle Regioni stesse
- su aspetti quali la presenza di una commissione vaccinale regionale, il livello di istituzione al quale è affidata la responsabilità della scelta dei vaccini, la presenza di attività formativa istituzionalizzata, la gratuità delle vaccinazioni previste nel PNPV e la responsabilità dell’organizzazione dei servizi vaccinali, non si riscontrano particolari differenze tra le Regioni, sebbene rimanga una variabilità a livello Aziendale
- di contro, una importante eterogeneità si riscontra su aspetti relativi all’estensione della gratuità ad altre vaccinazioni non previste nel PNPV, all’estensione del diritto alla gratuità per periodi successivi a quelli dell’offerta attiva, all’effettuazione della chiamata attiva, al *counselling*, e anche alla tipologia di coinvolgimento della medicina generale nella somministrazione; difforme risulta anche lo stato di implementazione delle anagrafi vaccinali.

Permanent observatories

Chapter 14 provides a summary of the activities performed by C.R.E.A. Sanità, in partnership with other research centres, and specifically the Observatory on Orphan Drugs and the Observatory on Vaccination Strategies.

The mission of the Rare Disease Observatory (OS-SFOR) (Chapter 14a) is to contribute to spread knowledge in the field of health policies concerning rare diseases and, in particular, the technologies specifically developed for them, such as orphan drugs.

The ultimate goal is to support the definition of effective and efficient governance of the sector, which can ensure patients' access to therapies and the sustainability of the system.

In a nutshell, the main findings of the Second OS-SFOR Report can be summarized as follows:

- the analysis of the impact of the New Essential Levels of Care (LEA) on the exemptions for rare disease has been significant and the new services and benefits not subject to co-payment focus on patients with ultra-rare conditions
- there are still significant problems of concentration of patients and costs in some Local Health Units (ASL), for which there is a lack of adequate regulatory measures and interventions
- in regulatory terms, the time-to-market for orphan drugs keeps on decreasing
- at the same time, the spending on orphan drugs and its impact on total spending tend to increase: this is largely due to the progressive uptake of new drugs
- as expected, the turnover of orphan drugs is low, on average, thus highlighting low profitability
- considering the above, orphan drugs assessment remains an unresolved problem, with obvious ethical implications: an analysis of the

topic has become urgent for the additional reason that it bears witness to a complexity that will become ever more common with the advent of advanced therapies.

The Observatory on Vaccination Strategies (Chapter 14b) has been created following the adoption of the National Vaccination Prevention Plan for 2017-2019 (PNPV), with a view to analysing regional vaccination strategies. The variability of regional approaches has led to proposing an independent monitoring activity, with the ultimate goal of assessing the implementation of the PNPV and promoting best practices.

In a nutshell, the main findings of the First Report of the Observatory on Vaccination Strategies can be summarized as follows:

- the organizational models implemented in the various Regions are significantly different, thus also highlighting a lack of uniformity within the Regions themselves
- there are no particular differences between the Regions, although there are still differences at Local Health Units' level, on aspects such as the presence of a regional vaccination committee; the institutions responsible for the choice of vaccines; the presence of institutionalized training activities; the free vaccinations provided for in the PNPV and the responsibility for the organization of vaccination services
- conversely, significant differences are found on aspects relating to the increase in the number of free vaccinations not provided for in the PNPV; to the extension of the right to free vaccinations for periods after the active offer; to the active call; to counselling and, also, to the type of involvement of general practitioners in administering vaccines; differences are also recorded in the status and implementation of vaccination registries.

CAPITOLO 14a

Valutazione e accesso al mercato: l'evoluzione nel campo delle Malattie Rare

OSSFOR¹

Il secondo Rapporto annuale OSSFOR, approfondisce l'analisi dell'impatto epidemiologico ed economico delle malattie rare, mediante analisi svolte sui *databases* amministrativi Regionali: dopo quelli della Regione Lombardia e Puglia, oggetto della prima annualità, quest'anno è stata sviluppata una collaborazione con la Regione Campania.

Complessivamente, con l'inclusione della Campania, la consistenza del campione analizzato è di oltre 82.000 pazienti (32,9% della popolazione italiana): 16.685 pazienti con malattia rara (MR) in Campania su una popolazione di 5.839.084 (2017), 44.548 su 9.818.874 in Lombardia (2012) e 21.693 su 4.077.166 in Puglia (2016).

Di particolare interesse è il primo tentativo di valutare l'impatto dell'approvazione, in data 15.9.2017, dei nuovi LEA, come definiti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12.1.2017, il quale ha aggiornato l'elenco delle MR che danno diritto all'esenzione. A quelle riconosciute ai fini dell'esenzione indicate nell'allegato 1 al DM n. 279/2001, che comprendeva, nello specifico, 284 MR specifiche e 47 gruppi comprendenti più MR accomunate da simile meccanismo patogenetico, si aggiungono 134 nuovi codici di esenzione, corrispondenti a oltre 200 patologie.

Il numero di condizioni rare (malattie distinte o i gruppi di MR con un proprio codice di esenzione) identificate nella popolazione campana ammonta a 230, dato confrontabile con quello della popolazione lombarda (282) e pugliese (270).

Fra le condizioni rare più diffuse troviamo sempre nei primi due posti le Malattie del sistema nervoso e

degli organi di senso e Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari; cambia la terza che per la Campania sono le Malformazioni congenite, mentre per la Lombardia e la Puglia le Malattie del sangue e degli organi ematopoietici.

Grazie ai dati della Regione Campania che, come anticipato, essendo più recenti, contengono anche i casi riconosciuti con i "nuovi LEA", è possibile apprezzare come l'estensione dell'elenco abbia incrementato del 6,4% l'esenzione per MR.

Il numero delle diverse condizioni rare identificate nella popolazione campana passa quindi da 230 con il vecchio elenco a 310 con il nuovo elenco.

I "nuovi casi" si concentrano prevalentemente nella fascia di prevalenza delle malattie ultra rare.

Tornando al dato generale, fra le evidenze che possiamo considerare consolidate, grazie alle analisi regionali sin qui condotte, segnaliamo come l'analisi della distribuzione per età dei soggetti affetti da malattia rara esenti evidenzi un picco nell'età adolescenziale (10-19 anni) ed un altro nella quinta decade (40-49 anni). Le condizioni ultra rare, invece, si concentrano maggiormente in età giovanili e fanno osservare un *trend* epidemiologico difforme rispetto all'universo.

La concentrazione è rilevante anche dal punto di vista geografico: anche in Campania osserviamo un *gap* rilevante fra la ASL di Avellino, dove lo 0,29% degli assistiti sono in possesso di una esenzione, e l'ASL di Napoli 3 Sud dove sono in possesso di esenzione solo lo 0,10% degli assistiti.

Particolarmente rilevante rimane la concentrazione

¹ Alla stesura del Rapporto OSSFOR 2017 hanno contribuito Bernardini A.C., Carrieri C., d'Alfonso G., d'Angela D., Polistena B., Russo P., Spandonaro F., Venturi R.

ne dei casi ultra rari, che supera il 100% fra le diverse ASL.

Si conferma, quindi, l'importanza della concentrazione dei casi, tale da potersi escludere sia un effetto dovuto al mero caso: ne segue l'evidente complessità della gestione dei pazienti con MR, sia in termini di dimensionamento dell'offerta, ovvero di presenza di presidi della rete per la diagnosi e terapia, sia in termini finanziari; la difforme distribuzione sul territorio giustifica da una parte la centralizzazione dell'offerta (di strutture e, principalmente, di competenze), e dall'altra indica l'esistenza di un problema di concentrazione del rischio finanziario, nella misura in cui le risorse alle ASL sono ripartite per quote capitarie medie, mentre i casi ad alto assorbimento delle risorse potrebbero concentrarsi in specifiche realtà e senza continuità temporale.

Molto evidente è anche il "frazionamento" delle condizioni: nella classe 4 (prevalenza superiore allo 0,01%) afferiscono oltre il 41,0% dei pazienti, distribuiti però in meno di 10 condizioni rare (codici di esenzione); all'altro estremo (malattie ultra rare) meno del 28,0% dei soggetti si distribuiscono su più di 204 diverse condizioni rare, implicando una difficoltà di organizzazione della risposta evidentemente molto maggiore.

Quindi, oltre agli aspetti già richiamati in relazione alla concentrazione epidemiologica, in termini di presa in carico va sottolineata l'esigenza (all'interno del principio generale della risposta individualizzata) di riconoscere approcci differenziati in funzione della numerosità dei casi e delle patologie.

Si osservi che le condizioni ultra rare individuate ammontano a 204 in Campania, 228 in Lombardia e 216 in Puglia; la prevalenza è, complessivamente, pari allo 0,08% del totale degli assistiti in tutte le Regioni analizzate; in particolare, per 20 delle 210 condizioni in Campania, 30 delle 228 condizioni in Lombardia e per 35 patologie delle 216 in Puglia, è stato rilevato un unico caso all'interno del periodo di osservazione.

Per quanto concerne i costi per il SSN, la spesa media annua pro-capite dei malati rari esenti risulta compresa nel range € 4.217- € 5.384, comprendente farmaceutica convenzionata e in *File F*, diagnostica,

analisi di laboratorio, visite, ricoveri ordinari e diurni. Non si considera l'assistenza residenziale e domiciliare per carenza di informazione ma, essendo ancora poco sviluppata, l'attesa è che incida per ora in modo marginale.

Vanno espressi alcuni caveat in continuità con le analisi svolte nella prima annualità di OSSFOR; in primo luogo i dati rilevati sottostimano i fenomeni analizzati, principalmente perché prendono in considerazione solo i pazienti a cui il SSN riconosce una esenzione: osserviamo, però, che mentre sul versante epidemiologico la sottostima è certamente rilevante (si consideri che stime EMA parlano del 6%-8% della popolazione dell'Unione Europea) sul lato economico lo è teoricamente molto meno, in quanto l'esenzione è legata proprio alla rilevanza dell'assorbimento di risorse. Peraltro, rimane esclusa la quota di onere per l'assistenza sostenuta direttamente dai pazienti e dai loro *care giver* che, invece, sappiamo essere certamente rilevante così come la quota pubblica di protesi e ausili ma anche le spese pubbliche non prettamente sanitari (tipicamente pensioni di invalidità).

In ogni caso, pur con i caveat espressi, si può stimare che la quota capitaria di spesa per i malati rari, in media, non si discosta significativamente da quella dei pazienti cronici con due co-morbilità, secondo le stime lombarde.

Per quanto concerne i processi di *market access*, con un particolare riferimento ai FO, in continuità con il primo Rapporto OSSFOR, si è provveduto ad aggiornare le elaborazioni effettuate sulle banche dati OSSFOR, dedicate alle tempistiche di accesso e alla spesa.

Si conferma che a livello Europeo aumenta il tempo che intercorre tra la designazione di farmaco orfano e la richiesta di autorizzazione, attraverso procedura centralizzata all'EMA, sebbene rispetto all'ultimo triennio disponibile si osservi un lieve aumento: da 34 mesi per i farmaci autorizzati dall'EMA fra il 2003 ed il 2004, a 70 mesi per quelli tra il 2015 ed il 2016 (nel 2017, per l'unico farmaco attualmente presente nell'elenco dei farmaci orfani dell'AIFA, i mesi scendono a 63).

Tale aumento è imputabile alla dilatazione del

tempo intercorrente fra designazione e richiesta di autorizzazione da parte delle aziende, riducendosi di contro la durata del processo di autorizzazione EMA, evidenziando quindi come il primo fenomeno sia effetto di una sempre più precoce "designazione".

Anche a livello nazionale (AIFA), si registra negli ultimi anni una tendenza alla riduzione della durata del processo: tra autorizzazione EMA e determina di prezzo e rimborso, si passa, infatti, da 35 mesi nel triennio 2003/2005, a 11 mesi nel triennio 2015/2017. Un'osservazione più dettagliata evidenzia una tendenza in diminuzione fino al triennio 2006/2008, un aumento consistente tra il 2009/2011, seguito da una drastica riduzione nell'ultimo triennio (11 mesi).

La riduzione della tempistica può essere correlata ai cambiamenti introdotti con la L. n. 189/2012 (Decreto Balduzzi), successivamente modificata dalla L. n. 98/2013 ("Decreto del Fare"), relative alle procedure riguardanti la contrattazione del prezzo e del rimborso dei medicinali orfani.

Nel periodo considerato, per il 41,0% dei farmaci analizzati il regime di prezzo e rimborso viene definito entro il primo anno, il 77,0% entro i 2 anni e il 90,0% entro 3 anni dalla autorizzazione EMA.

In particolare, per i 21 farmaci entrati in Cnn, la durata media del processo che porta dall'autorizzazione EMA alla Determina AIFA che ne definisce l'inserimento in classe Cnn, è risultata essere di 6 mesi, con un tempo massimo di 27 mesi ed uno minimo di 1 mese.

Dopo l'inserimento in Cnn, il tempo medio trascorso prima della riclassificazione del medicinale è 15 mesi, con un valore massimo di 38 mesi ed uno minimo di 2.

Infine, il periodo che intercorre dalla Determina con la quale si classifica il medicinale in Cnn e la Determina di definizione di prezzo e rimborso ha registrato una riduzione significativa (da 26 in media fra il 2008/2010 a 11 tra il 2014/2016).

In definitiva per questo sottogruppo di farmaci si ha una tempistica media, considerando il periodo tra autorizzazione EMA e prima Determina di prezzo e rimborso, pari a 20 mesi, che risulta in media mag-

giore di 1 mese rispetto alla totalità dei farmaci analizzati (92: di cui 21 in Cnn, 9 in lista L. n. 648/96, 57 direttamente negoziati).

Nella casistica analizzata, 9 farmaci sono stati inseriti nell'elenco ex L. n. 648/96, tra questi, 3 sono stati inseriti prima dell'autorizzazione da parte dell'EMA (mediamente 18 mesi prima), 6 sono stati inclusi nell'elenco 4 mesi dopo l'autorizzazione.

Per essi si ha una durata media del processo pari a 33 mesi, che risulta maggiore rispetto alla totalità dei farmaci analizzati di 14 mesi.

Per i farmaci direttamente negoziati, i tempi medi dall'autorizzazione EMA alla prima determina AIFA di prezzo e rimborso risultano, invece, significativamente ridotti.

In particolare, risultano di 16 mesi fra l'autorizzazione EMA e la Determina AIFA di definizione di prezzo e rimborso (con un tempo massimo di 89 mesi ed un valore minimo di 2 mesi).

L'analisi per trienni dei 62 farmaci direttamente negoziati, mostra una diminuzione della durata del processo fino al triennio 2008/2010, mentre nel triennio 2011/2013 si registra un visibile aumento, arrivando a 27 mesi, per poi ridiscendere a 10 mesi nel periodo 2014/2017.

Il periodo tra autorizzazione EMA e prima Determina di prezzo e rimborso risulta, quindi, minore di 3 mesi rispetto al campione completo. Per il 15,0% dei farmaci analizzati, il regime di prezzo e rimborso viene definito entro 6 mesi, il 50,0% entro il primo anno ed il 94% entro 3 anni dalla autorizzazione EMA.

Da ultimo, osserviamo che nel processo autorizzativo che va dalla designazione orfana alla pubblicazione sulla GU del provvedimento, che autorizza il commercio del farmaco nel nostro Paese (definendo il regime di prezzo e rimborso), una fase rilevante è rappresentata dalle tempistiche di negoziazione delle Commissioni AIFA (CTS e CPR).

I tempi medi dalla prima CTS alla chiusura della CPR, per il campione analizzato, risultano pari a 218 giorni. Escludendo i farmaci inseriti in Cnn e nell'elenco della L. n. 648/1996, i tempi si riducono a 147 giorni. Per il 20,0% dei farmaci la durata del processo di negoziazione nelle Commissioni risulta concluso entro 90 giorni, per il 52,0% dei farmaci entro 80

giorni e per il 80,0% entro i 270 giorni.

Per quanto concerne il monitoraggio dell'evoluzione del mercato, osserviamo che fra il 2015 e il 2017 si assiste ad un progressivo aumento dei consumi di FO (misurati in UMF) e conseguentemente della spesa, che nel 2017 è pari all'8,9% della spesa farmaceutica pubblica effettiva e al 6,1% di quella totale.

Nell'ultimo anno, i consumi sono aumentati del 18,5%; di contro la spesa presenta un incremento significativo del 25,0%.

La crescita del costo per Unità Minima Frazionabile rimane sostanzialmente pari a quella del biennio 2015-2016.

Gli incrementi sono da attribuirsi in larghissima parte ai farmaci entrati in commercio nell'ultimo triennio; in termini di spesa, per la prima volta si assiste ad un decremento di quelli più vecchi, commercializzati per la prima volta prima del 2000.

Il fatturato dei FO, con minime eccezioni numeriche, è molto basso: il 62,5% non arriva a € 10 mln. l'82,3% a € 30 mln..

La spesa è quasi tutta concentrata sulla classe ATC L (neoplastici e immunomodulatori), che ne assorbono circa il 60,0%.

I consumi e la spesa sono concentrati in campo ospedaliero (rispettivamente per il 94,0% e il 99,0%) e in particolare nel canale distributivo della "diretta", che da sola rappresenta circa il 60% della spesa.

Come anticipato, quest'anno sul lato metodologico e su quello giuridico sono stati effettuati due approfondimenti: il primo sull'applicazione dell'*Health Technology Assessment* (HTA) nel campo delle tecnologie (in primis i farmaci orfani) destinate alle malattie rare, il secondo sulla regolamentazione della mobilità per le cure transfrontaliere.

Per quanto concerne l'HTA, è evidente che l'applicazione ai farmaci orfani richiede specifici adattamenti, che discendono da una congerie di fattori, sia di stampo normativo ("i principi"), sia di tipo "positivo" (modalità di applicazione).

La fonte primaria di complessità, evidentemente, discende dalla natura delle malattie rare, definite tali per effetto dei loro bassi livelli di prevalenza: questi ultimi, in generale, implicano una difficoltà nella ge-

nerazione di evidenza (nel senso proposto dalla *Evidence Based Medicine*), normalmente ottenuta sviluppando valutazioni su campioni ampi di pazienti.

Infatti, la logica "standard" che sottende alla produzione delle evidenze, a loro volta "materia prima" per sviluppare corretti HTA, si fonda sul principio di effettuare studi con una adeguata potenza; quest'ultima è, quindi, l'elemento di fatto discriminante: quando la tecnologia è destinata a numeri ridotti di pazienti: raggiungere livelli effettivamente adeguati di potenza statistica può risultare arduo, quando non anche impossibile.

Si noti che, disporre (solo) di "piccoli numeri", è condizione normale nel caso dei farmaci orfani (FO), ma anche, in generale, per tutte le tecnologie (intese in senso lato) destinate ai pazienti affetti da malattie rare.

Inoltre, le modificazioni in corso, ad esempio, in campo farmaceutico, fanno intravedere come il "paradigma" delle malattie rare finirà per diventare la normalità; a titolo di esempio, citiamo come lo sviluppo della "medicina di precisione", e quindi la "targetizzazione" delle terapie, generi condizioni assimilabili a quelle richiamate per le malattie rare, anche nel caso di patologie "non rare" (o comuni). La tendenza a stratificare sempre più le patologie, ovvero ad individuare terapie destinate a limitate sottopopolazioni, genera situazioni ognuna singolarmente assimilabile a quella tipicamente riscontrabile nel caso delle malattie rare.

Le malattie rare, e i relativi farmaci/tecnicologie orfane, rappresentano quindi un esempio paradigmatico, le cui complessità di valutazione risultano in prospettiva estensibili anche a molte patologie comuni.

Nello specifico, a supporto delle analisi, è stata svolta una revisione sistematica della letteratura, in particolare aggiornando una rassegna effettuata da Paulden et al. nel 2015, integrata con la letteratura relativa agli ultimi 5 anni (da ottobre 2013 a maggio 2018).

In definitiva, sono stati reperiti 85 articoli sul tema di cui 50 ne sono stati analizzati per esteso.

Le analisi sono state poi integrate da una *survey* condotta su un *panel* di *stakeholder*, a cui è stato chiesto di esprimere la loro posizione sulle proble-

matiche evidenziate in letteratura; inoltre, un contributo specifico è stato elaborato sulla posizione del decisore pubblico, posto di fronte ai *trade-off* imposti dai processi di valutazione dei FO.

I punti prioritari che secondo OSSFOR necessitano di essere posti all'attenzione dei *decision maker* e della comunità scientifica per ulteriori approfondimenti, sono:

- 1) il dibattito sull'HTA dei piccoli numeri, pur sviluppato, rimane non conclusivo, in ragione della complessità delle questioni affrontate: in letteratura emergono indicazioni non sempre specifiche e non sempre scevre di problematiche, come nel caso dell'indicazione di potenziare gli studi *post-marketing* anche nel campo della sicurezza, tema che non è esente da problematiche etiche
- 2) la complessità del dibattito è amplificata dall'esistenza di almeno due livelli distinti di *assessment*: quello internazionale, finalizzato all'autorizzazione all'accesso al mercato, e quello nazionale che ha, invece, come focus il tema della rimborsabilità; logiche e criteri non sempre coincidono e possono potenzialmente creare conflitti negli obiettivi perseguiti
- 3) peraltro, il concetto di HTA è utilizzato indifferentemente per riferirsi al processo decisionale, sia a livello internazionale che nazionale, e anche come mero sinonimo di valutazione costo-efficacia: questa ambiguità rischia di creare confusione nelle analisi
- 4) in ogni caso il dibattito si sviluppa su livelli paralleli e non perfettamente comunicanti: in particolare uno è quello "normativo", relativo ai principi a cui ispirarsi per le valutazioni, e uno "positivo" legato alle modalità applicative del processo di HTA; tenere distinguibili le tematiche, per quanti interrelate, appare necessario in termini di trasparenza degli obiettivi perseguiti
- 5) in continuità con il punto precedente, va altresì notato che la questione dell'elicitazione delle preferenze sociali sugli investimenti nelle tecnologie sanitarie, e insieme l'utilizzo di *threshold* diversificati per valutare l'accettabilità sociale della costo-efficacia in casi specifici quale quello dei FO, non possono che essere definite congiuntamente
- 6) a proposito della definizione dell'etica degli approcci valutativi, nel dibattito viene frequentemente richiamata la necessità di potenziare il ruolo dei pazienti nel processo decisionale e anche nella definizione della significatività dei benefici: all'enunciazione non segue, però, una chiara indicazione delle modalità e del peso dei pazienti nelle decisioni
- 7) le soluzioni proposte sembrano fornire risposte parziali, come nel caso citato del potenziamento degli studi *post-marketing* e sull'elicitazione delle preferenze sociali; di contro non sembrano perseguiti con altrettanta convinzione azioni tese ad approfondire la possibilità di stabilire criteri minimi di accettabilità delle evidenze (particolarmente rilevanti nel campo della Sicurezza), oppure livelli minimi di remuneratività (particolarmente rilevanti nel campo delle valutazioni economiche)
- 8) in relazione al punto precedente, si aggiunge che sembra prevalere la logica del "caso per caso", che può invero essere giustificata da caratteristiche delle malattie rare, prima di tutte l'eterogeneità, ma che confliggo con l'esigenza di trasparenza e *accountability*
- 9) appare rilevante ricordare ancora l'importanza dell'utilizzo dei *Managed Entry Agreements* (e in particolare dei *risk sharing*) nella gestione del rischio residuo: se non appare soluzione convincente nel caso del dominio della Sicurezza, appaiono invece soluzioni ragionevoli e efficienti nel caso del dominio dell'Efficacia
- 10) grande parte della letteratura riporta un "allarme" per la crescita relativa dei costi, che peraltro è ampiamente spiegabile con lo sviluppo delle opportunità terapeutiche che hanno avuto accesso al mercato; nonché dalla preoccupazione relativa ai comportamenti eventualmente opportunistici dei produttori; entrambe le questioni sembrano indicare la necessità di un maggiore approfondimento dell'organizzazione complessiva degli incentivi del settore
- 11) sempre sul punto precedente, sembra delinearsi

anche la necessità di un migliore allineamento fra sistema degli incentivi ex ante e sistema delle valutazioni nazionali: allo stato attuale si poneva il rischio di generare condizioni di conflitto fra obiettivi (in primis fra incentivo agli investimenti nel settore e controllo della spesa)

- 12) malgrado le difficoltà oggettive, il dibattito sull'HTA per le tecnologie destinate alle malattie rare ha comunque una importanza paradigmatica, in quanto il settore anticipa problematiche che sono progressivamente crescenti e diffuse, per effetto dell'avvento della medicina di precisione e delle *advanced therapies*
- 13) una indagine condotta su un campione nazionale, per quanto non rappresentativo, di *stakeholder*, ha confermato le istanze emerse in letteratura.

Al fine di approfondire ulteriormente il quadro normativo, in questa annualità si è ritenuto di analizzare quanto previsto dalla Direttiva 2011/24/EU, recante norme sull'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Tale fenomeno, appare particolarmente significativo nel contesto delle malattie rare soprattutto in ragione del fatto che i malati rari spesso non riescono ad ottenere una diagnosi nel proprio Paese o è necessario che accedano alle cure prestate dai Centri di eccellenza situati in un'altra nazione.

La Direttiva oggetto di studio, rappresenta un elemento fondamentale per conseguire l'obiettivo comune di tutti i sistemi sanitari nazionali dell'Unione Europea, e dunque erogare un'assistenza sanitaria che sia di qualità ed economicamente efficiente.

In particolare, la Direttiva 2011/24/EU consente ai cittadini di poter accedere all'assistenza sanitaria erogata da un altro Stato membro, definito stato di cura, in conformità alla legislazione in esso vigente, agli standard e agli orientamenti di qualità e sicurezza definiti dallo stesso e dalla normativa europea. Lo Stato Membro di affiliazione, e cioè lo Stato di provenienza del soggetto, si impegna a rimborsare i costi dell'assistenza sanitaria erogata, conformemente a quanto previsto nella Direttiva. I diversi Stati Membri, al fine di facilitare lo scambio di informazioni, sono tenuti ad istituire uno o più punti di contatto nazionali

dedicati all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Ulteriore elemento di particolare rilevanza, previsto e disciplinato dalla Direttiva 2011/24/EU, è l'istituzione delle Reti Europee di Riferimento (*European Reference Network* – ERN): reti virtuali che coinvolgono fornitori di assistenza sanitaria in tutta Europa, con l'obiettivo di affrontare malattie rare e complesse, nonché le patologie che richiedono trattamenti altamente specializzati e la concentrazione di conoscenze e risorse. Le stesse, inoltre, possono essere considerate come piattaforme per lo sviluppo di linee guida, in grado di facilitare studi clinici di ampia portata utili a migliorare la comprensione delle malattie e lo sviluppo di nuovi farmaci.

In conclusione, la regolamentazione sviluppata negli ultimi anni si dimostra efficace, per quanto migliorabile, sia in termini di sviluppo di nuove molecole e tecnologie, che per l'accesso alle terapie da parte dei pazienti, evidenziandosi anche recuperi di efficienza nei processi di accesso al mercato.

L'impatto dei "nuovi LEA" risulta significativo, avendo ampliato in particolare l'esenzione nell'ambito delle malattie ultra rare.

Non di meno, la crescita relativa della spesa, per quanto in larga parte attribuibile all'*uptake* dei nuovi farmaci, pone il tema della *governance* al centro dell'attenzione dei *policy makers*.

In ultima istanza, la vera peculiarità del settore, in termini di politiche sanitarie, rimane la concentrazione di risorse su gruppi piccoli di popolazione e, corrispondentemente, di oneri elevati su specifiche Aziende sanitarie.

Ne segue che lo sviluppo di metodiche per la gestione della concentrazione dei rischi finanziari nelle aziende sanitarie e per l'*Health Technology Assessment* nel campo delle MR, rappresentano ambiti prioritari di sviluppo delle politiche sanitarie, richiedendo l'apertura di un dibattito fra tutti gli *stakeholder*, teso a individuare soluzioni efficaci e condivise. Soluzioni che, per le ragioni evidenziate nel Rapporto, presumibilmente rappresenteranno un paradigma di *governance* utile per la Sanità del futuro, con una valenza del tutto generale che esula dall'ambito specifico delle malattie rare e dei farmaci orfani.

CAPITOLO 14b

Osservatorio sulle Strategie Vaccinali: principali evidenze della prima annualità

14b.1. Premessa

In seguito all'approvazione del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), ogni Regione ha inteso sviluppare proprie Strategie Vaccinali al fine di raggiungere gli obiettivi *target* previsti dal Piano.

La presumibile variabilità degli approcci regionali ha spinto Rarelab e C.R.E.A. Sanità ad impostare un lavoro di monitoraggio indipendente, sulle diverse strategie, con l'obiettivo ultimo di valutare i livelli di implementazione del PNPV e promuovere le *best practice*.

14b.2. Materiali e metodi

Principale attività della I annualità dell'Osservatorio Strategie Vaccinali (2018), è stata la realizzazione di una *survey* indirizzata a tutti i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione presenti sul territorio nazionale (circa 120); la *survey* è stata finalizzata ad individuare le differenti Strategie Vaccinali a livello regionale, con l'obiettivo ultimo di rilevare lo stato dell'arte dei modelli organizzativi messi in atto nell'ambito delle vaccinazioni, alla luce del PNPV 2017-2019.

Nello specifico, sono stati previsti due questionari, implementati su piattaforma *web based* e somministrati con metodo CAPI (*Computer-Assisted Personal Interviewing*): uno relativo alle vaccinazioni dell'infanzia e dell'età evolutiva e l'altro a quelle dell'adulto e dell'anziano.

Le informazioni raccolte sono relative a:

- eventuale presenza di una Commissione vaccinale, le tipologie di professionisti eventualmente coinvolti e la frequenza di riunione
- tipologie di vaccinazioni offerte (incluse o

meno nel PNPV 2017-2019), e/o rivolte a *target* diversi da quelli previsti, nonché la modalità di erogazione (gratuita o in *co-payment*)

- modalità di remunerazione prevista per le eventuali vaccinazioni effettuate da Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Medicina Generale (MMG)
- livello di responsabilità (Regione, Area Vasta, Azienda Sanitaria) ai fini della scelta, acquisto e consegna dei vaccini
- struttura organizzativa dei servizi vaccinali in termini di livelli di responsabilità e tipologia di professionisti a cui è affidata la somministrazione
- modalità di accesso della popolazione alle sedute vaccinali (libera, con prenotazione, etc.)
- presenza di anagrafica vaccinale ed esplicitazione del livello a cui è istituita (Regione, Area Vasta, Provincia, Azienda Sanitaria o Comune)
- presenza di un sistema di autovalutazione delle attività vaccinali rivolto agli operatori
- implementazione di iniziative di comunicazione per promuovere l'adesione ai programmi vaccinali
- offerta formativa rivolta agli operatori.

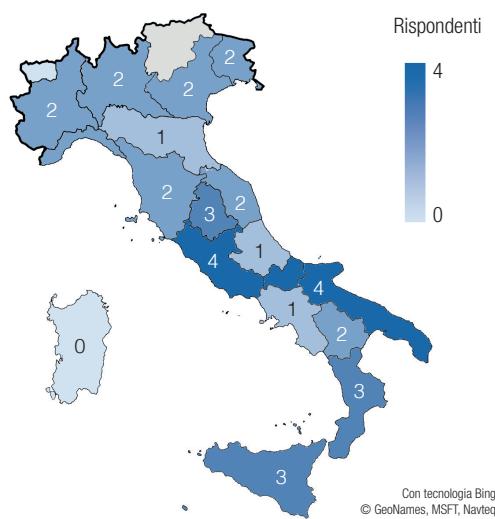
Il questionario è stato inviato ai Dipartimenti di Prevenzione, nella figura del loro Direttore, anche se diverse informazioni richieste sono di ambito regionale: la voluta duplicazione delle risposte che si genera per le domande a riferimento regionale si è ritenuto potesse generare elementi utili per la validazione indiretta delle risposte, oltre che alla verifica di eventuali carenze informative a livello locale.

Hanno risposto al questionario sulle vaccinazioni dell'età pediatrica ed evolutive 36 Direttori di Dipartimento (o loro delegati), operanti in 16 Regioni, come graficamente esposto a seguire. In questa prima

annualità non sono pervenute risposte da: Molise, Trentino Alto Adige, Sardegna e Valle d'Aosta (Figura 14b.1.).

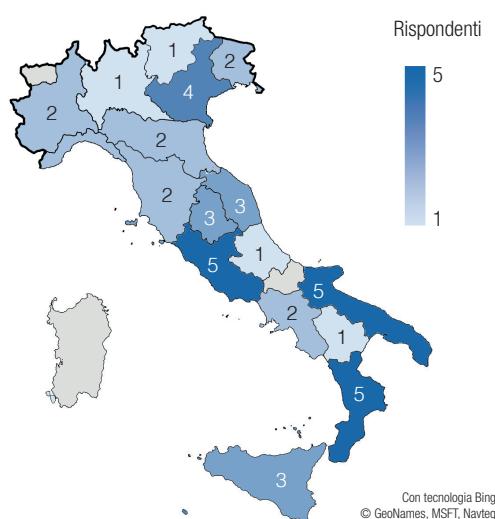
Per quanto concerne il questionario relativo alle vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano, hanno risposto 44 Direttori di Dipartimento di Prevenzione (o loro delegati), operanti in 17 Regioni, rimanendo escluse Molise, Sardegna e Valle d'Aosta (Figura 14b.2.).

Figura 14b.1. Rispondenti al questionario sulle vaccinazioni dell'età pediatrica ed evolutiva, per Regione



Fonte: survey sulle Strategie Vaccinali, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 14b.2. Rispondenti al questionario sulle vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano, per Regione



Fonte: survey sulle Strategie Vaccinali, 2018 - © C.B.E.A. Sanità

14b.3. Vaccinazioni dell'età pediatrica ed evolutiva

In merito all'esistenza o meno di una Commissione Regionale vaccini, 31 rispondenti su 36 ne confermano la presenza; ma è opportuno tener presente che i restanti 5 afferiscono a realtà regionali nelle quali altri rispondenti ne avrebbero dichiarato la presenza.

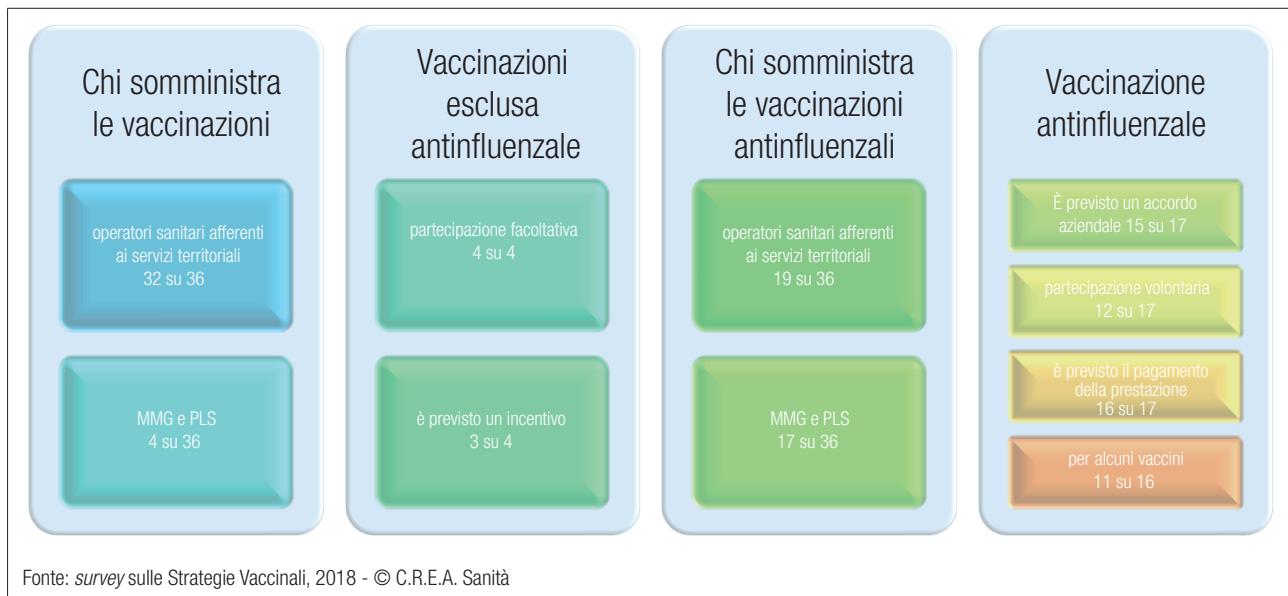
A meno della Calabria, dove la Commissione è composta da soli rappresentanti dei Dipartimenti di Prevenzione, in tutte le altre Regioni è previsto un *team* multiprofessionale. Una importante variabilità si riscontra sulla frequenza con cui si riunisce: si passa da 1 incontro all'anno, ad incontri mensili; in alcuni casi gli incontri sono previsti solo per specifici bisogni.

Per quanto attiene la gratuità dell'offerta vaccinale quasi tutti hanno confermato che è prevista solo per le vaccinazioni inserite nel calendario del PNV; solo 7 rispondenti su 36 hanno dichiarato che l'offerta è estesa anche ad altre vaccinazioni: si tratta di rappresentanti del Friuli Venezia Giulia, Marche, Puglia e Sicilia.

Si riscontra una maggiore eterogeneità sull'estensione di tale gratuità anche ad altri *target* di popolazione: per 11 rispondenti su 36 viene estesa anche ad altra utenza (coorti o categorie a rischio); peraltro si registrano comportamenti diversi a livello aziendale, all'interno della stessa Regione.

Per quanto attiene alla scelta dei vaccini e alle relative procedure di gara per l'acquisto, quasi tutti i rispondenti identificano che la responsabilità della scelta è in capo alla Regione o Area Vasta; solo i rispondenti afferenti al Friuli Venezia Giulia identificano l'Azienda Sanitaria come unica responsabile. Per l'acquisto, nella quasi totalità delle realtà rispondenti, è demandato alle Aziende sanitarie, solo in Veneto alla Regione.

La responsabilità organizzativa dei servizi vaccinali è demandata al Dipartimento di Prevenzione praticamente ovunque; per le vaccinazioni effettuate al di fuori degli ambulatori preposti, la responsabilità della consegna dei vaccini è condivisa dalle farmacie ospedaliere e territoriali e dai Dipartimenti di Prevenzione.

Figura 14b.3. Figure responsabili della somministrazione vaccini in età pediatrica ed evolutiva

In merito alla somministrazione dei vaccini, ad esclusione di quelli antinfluenzali, in 32 realtà su 36 rispondenti questa è effettuata dai soli operatori sanitari afferenti ai servizi territoriali; nelle restanti quattro anche da PLS e MMG; lo scenario cambia significativamente per la somministrazione dei vaccini antinfluenzali: in 17 realtà su 32 rispondenti, intervengono, esclusivamente o ad integrazione degli operatori dei servizi territoriali, i PLS ed i MMG. Il coinvolgimento è quasi ovunque formalizzato da accordi a livello regionale e/o aziendale. Tale partecipazione è quasi sempre facoltativa, tranne nelle Regioni Toscana, Abruzzo e Puglia. In tutte le Regioni è anche prevista una remunerazione, commisurata alla singola prestazione o un incentivo economico per la partecipazione dei MMG e PLS (Figura 14b.3.).

Quasi tutte le realtà rispondenti (33 su 36) hanno dichiarato che è stata adottata la modalità della chiamata attiva per le vaccinazioni: in caso di non risposta è previsto un sollecito ai genitori; le uniche realtà aziendali (Dipartimenti di Prevenzione) che hanno dichiarato di non prevederla (3 su 36) sono la Regione Campania, la Sicilia e la Calabria.

L'accesso alle sedute vaccinali differisce tra le diverse realtà, anche se domina la modalità mista, ovvero sia libera che con prenotazione; quest'ultima può essere fatta sia telefonicamente che recandosi

presso gli ambulatori; i tempi medi di attesa oscillano tra 0 e 30 giorni, con 3 Regioni, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Lazio, ove vengono segnalati tempi di attesa anche superiori ai 30 giorni.

È prevista la registrazione dei rifiuti vaccinali ed un sistema di reportistica periodica in quasi tutte le Regioni rispondenti, anche se a diversi livelli (regionale, aziendale); solo la metà dei rispondenti dichiara, però, di disporre di sistemi di autovalutazione periodica delle attività vaccinali basato su indicatori di qualità, per lo più a livello aziendale.

Inoltre, 32 rispondenti su 36 hanno dichiarato che viene effettuata una formazione periodica agli operatori in tema di vaccinazione, a livello regionale e/o aziendale.

Tutti i rispondenti, ad eccezione dell'unico afferente alla Lombardia, hanno dichiarato la presenza di un'anagrafe vaccinale: in 18 realtà su 35 è implementata a livello regionale, in 13 a livello aziendale, in 4 ad entrambi i livelli (Figura 14b.4.).

14b.4. Vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano

La fotografia che emerge in merito alla presenza di una Commissione Regionale vaccini è in linea con

quella emersa dai questionari sull'infanzia: 39 su 44 rispondenti confermano la presenza della Commissione, 5 su 44 dichiarano che non esiste. Per queste 5 risposte valgono le osservazioni già svolte nel capitolo precedente.

La composizione multiprofessionale della Commissione è stata confermata da quasi tutte le Regioni. La frequenza degli incontri varia tra le Regioni, passando da un incontro l'anno ad incontri mensili o ancora a soli incontri al bisogno.

Per quanto attiene l'implementazione della gratuità dell'offerta vaccinale quasi tutti hanno confermato che è prevista per le sole vaccinazioni del PNV, solo 8 rispondenti su 44 hanno dichiarato che l'offerta gratuita è estesa ad altre vaccinazioni; 2 su 44 invece hanno dichiarato che è stata implementata solo per alcune di quelle previste nel PNV (1 rispondente, su 2, della Toscana ed 1, su 2, del Piemonte).

Si riscontra invece una maggior eterogeneità sull'estensione di tale gratuità anche ad altri target

(coorti o categorie a rischio): solo 13 rispondenti su 44 hanno dichiarato che viene estesa anche ad altra utenza.

Per quanto attiene la scelta dei vaccini e le relative procedure di gara per l'acquisto, in quasi tutte le Regioni si identifica la responsabilità di scelta in capo alla Regione (34 rispondenti su 44); 6 rispondenti (1, su 2, del Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento, 2 su 5 della Puglia, 1 su 5 della Calabria e 1 su 3 della Sicilia) hanno dichiarato che la responsabilità della scelta è affidata ai Dipartimenti di Prevenzione. Gli acquisti vengono invece quasi ovunque effettuati dalle Aziende Sanitarie.

L'identificazione del Dipartimento di Prevenzione come soggetto a cui è affidata la responsabilità organizzativa dei servizi vaccinali è fatto generalmente condiviso: nella P.A. di Trento, nelle Marche (1 rispondente su 3) e in Campania (1 rispondente su 2) sono stati indicati anche i Distretti socio-sanitari.

Figura 14b.4. Governance delle vaccinazioni e accesso alle sedute (età pediatrica ed evolutiva)

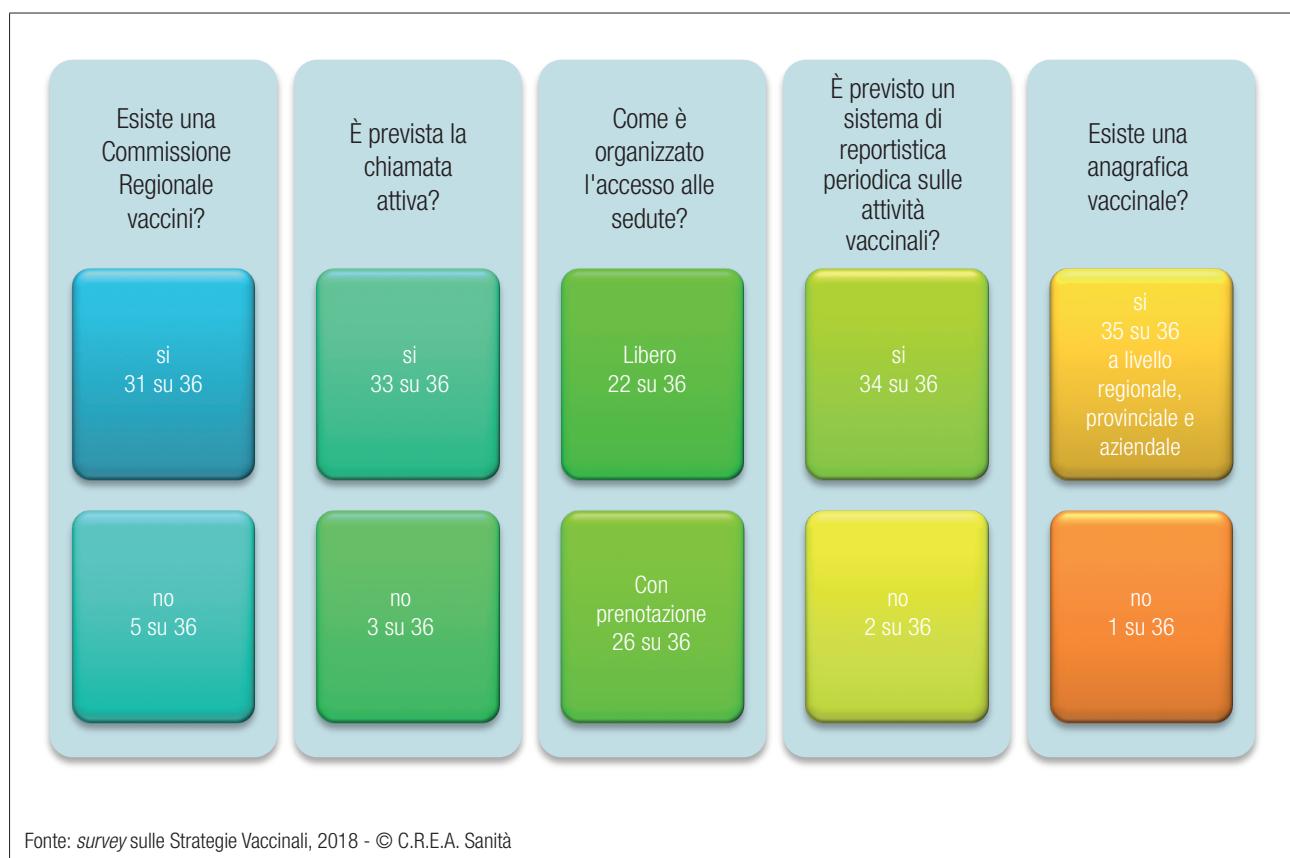
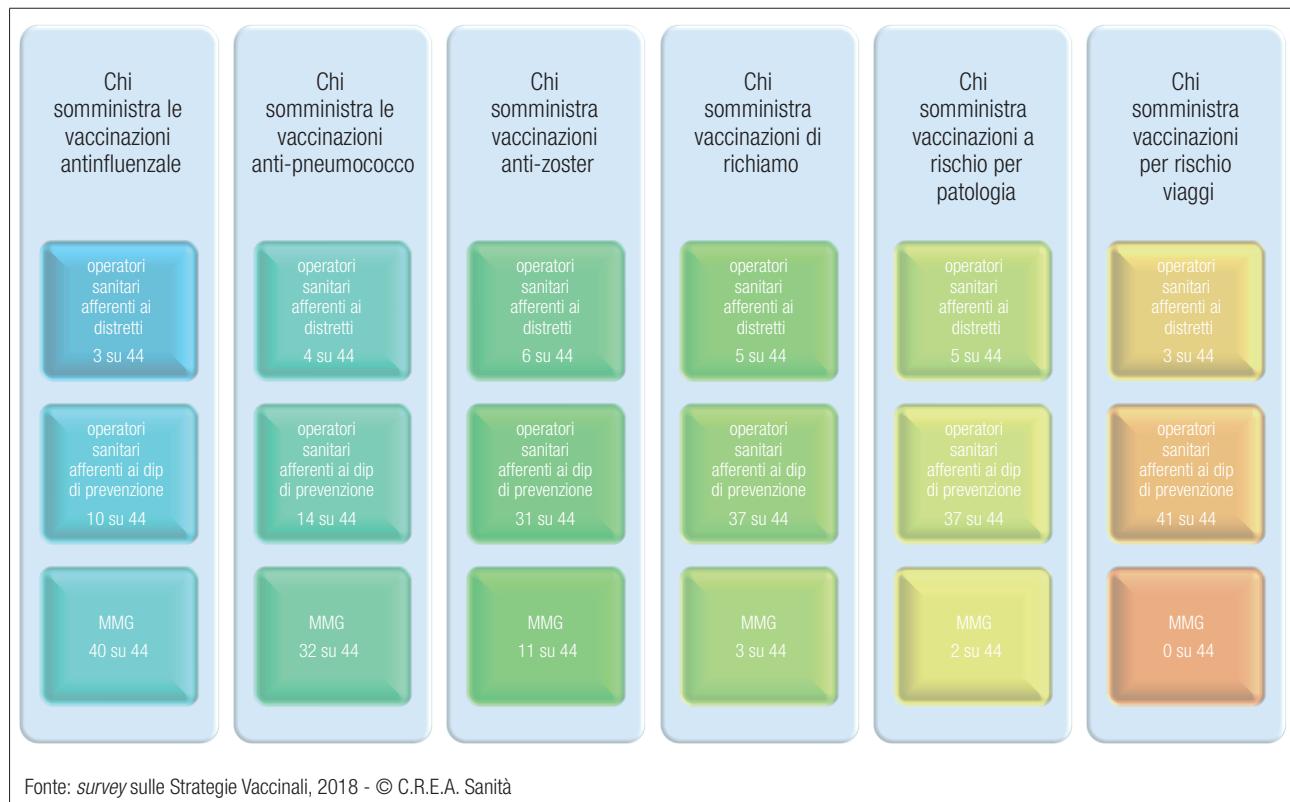


Figura 14b.5. Figure responsabili della somministrazione vaccini nell'adulto e nell'anziano

Per le vaccinazioni effettuate al di fuori degli ambulatori preposti la responsabilità della consegna dei vaccini è condivisa fra le farmacie ospedaliere e territoriali e i Dipartimenti di Prevenzione.

La somministrazione dei vaccini antinfluenzale e anti-pneumococco è affidata in quasi tutte le Regioni al MMG; in alcune anche quella dell'anti-zoster. Per gli altri tipi di vaccini, la somministrazione è in genere affidata agli operatori sanitari afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione; solo in poche realtà (6 su 44) anche a quelli dei Distretti (Figura 14b.5.).

Il coinvolgimento della medicina generale nelle vaccinazioni per gli adulti è obbligatoria nella maggior parte delle realtà rispondenti (23 su 44); in altre risulta facoltativa (17 su 44). In molte realtà (35 su 44) è previsto il riconoscimento di una remunerazione per singola somministrazione effettuata. In alcune (13 su 44, afferenti alle Regioni Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Umbria, Puglia e Sicilia) a questa si affianca un incentivo economico legato ad obiettivi specifici di copertura vaccinale.

Le modalità di coinvolgimento vengono stabilite con accordi con la medicina generale a livello regionale o aziendale (Figura 14b.6.).

Inoltre, 36 rispondenti su 44 hanno dichiarato che viene effettuata una formazione periodica agli operatori in tema di vaccinazione, a livello regionale e/o aziendale; Hanno dichiarato di disporre di un'anagrafe vaccinale (regionale in 16 realtà, aziendale in 11, provinciale in 1 e di Area Vasta in 1) 29 rispondenti su 44. Si tratta di strumenti informatizzati, e si noti che in nessuna Regione è consentito l'accesso ai MMG.

14b.5. Conclusioni

Le valutazioni sviluppate nel primo anno dell'Osservatorio, hanno evidentemente carattere preliminare: l'obiettivo, in prospettiva, sarà quello di approfondire analiticamente le singole area tematiche, allargando la rete delle collaborazioni regionali.

Malgrado le limitazioni legate alla non completa

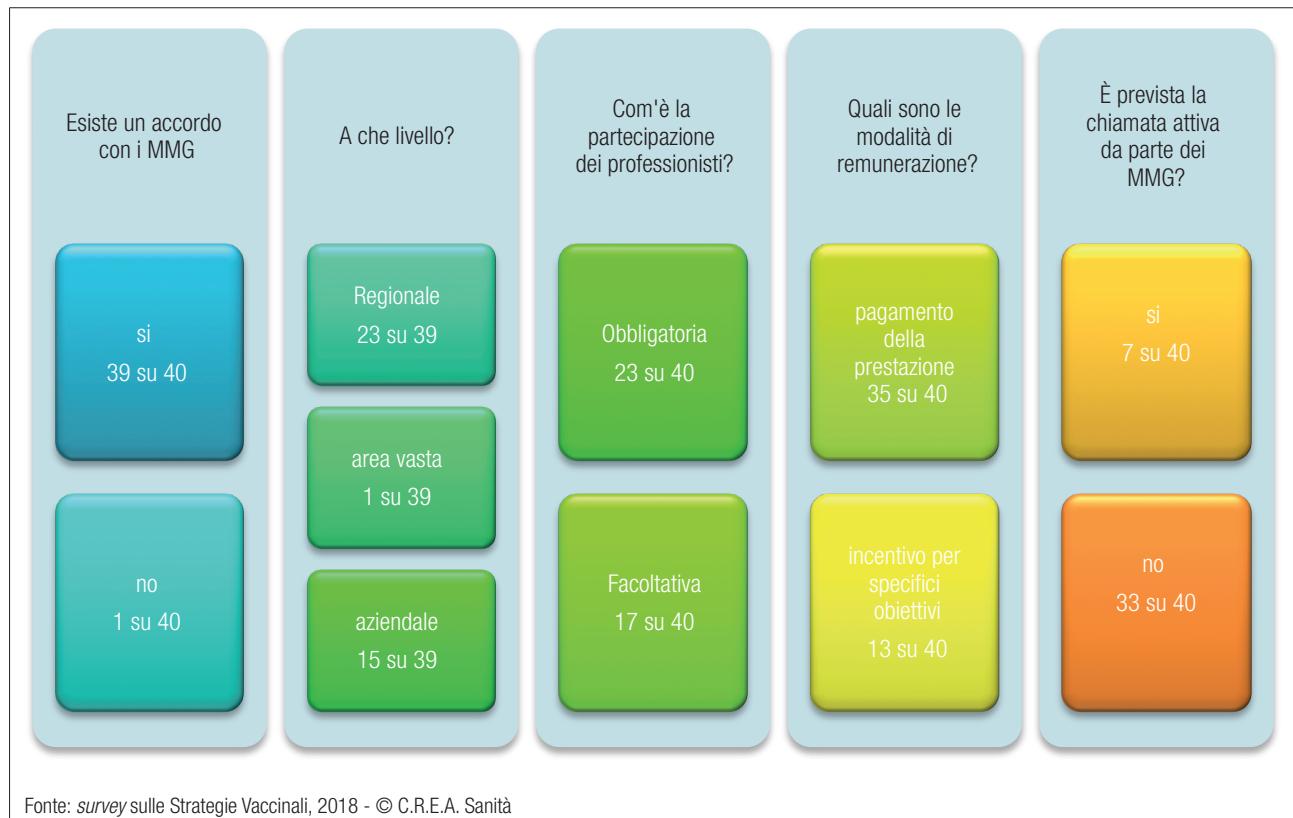
rappresentatività dei risultati a livello nazionale, sono numerosi gli spunti di riflessione, utili per sviluppare azioni mirate di programmazione, finalizzate al perfezionamento delle strategie organizzative e della gestione delle campagne vaccinali dell'infanzia, dell'adolescenza e dell'adulto/anziano.

In prospettiva, i risultati raccolti saranno messi a confronto con le evidenze prodotte dalle *survey* condotte dalle principali Società scientifiche e dalle altre categorie professionali coinvolte in ambito vaccinale, ad iniziare dai PLS e MMG. L'obiettivo è quello di consolidare, ottenendo ulteriori riscontri, le evidenze

prodotte, adottando una prospettiva *multistakeholder*.

In ultima istanza, sarà fondamentale affiancare i modelli organizzativi rilevati, agli esiti che sono capaci di produrre, in termini di coperture vaccinali raggiunte, sia a livello regionale che Aziendale; collegare Strategie Vaccinali e esiti, rimane essenziale per identificare le *best practices* e poterle diffondere e riprodurre in modo generalizzato sul territorio: l'ambizione sarebbe quella di effettuarne una sistematizzazione in vere e proprie linee guida, utile per supportare le decisioni strategiche regionali.

Figura 14b.6. La medicina generale nelle vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano





Riepilogo regionale

Regional synopsys

Riepilogo regionale

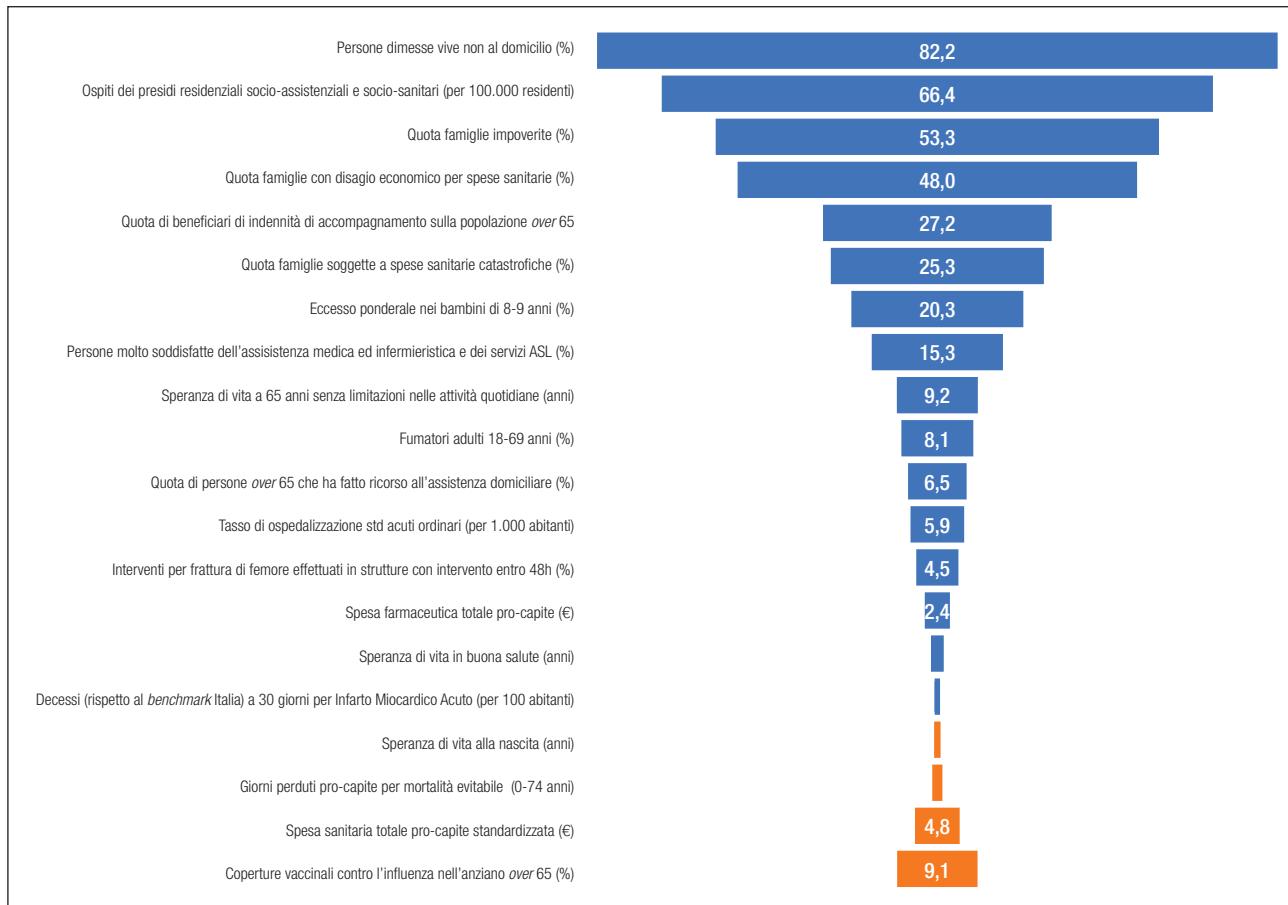
Nelle pagine che seguono presentiamo il riepilogo regionale di alcuni indicatori selezionati contenuti nei singoli capitoli del volume.

Essendo il Rapporto Sanità costruito per capitoli tematici, si è ritenuto infatti utile un riepilogo che permettesse anche una lettura regionale trasversale rispetto agli argomenti trattati. A tal fine, per ogni Regione, sono riportati in un unico grafico alcuni indicatori (20) presenti nei capitoli, scelti per la loro rilevanza e confrontabilità. I valori degli indicatori, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), sono associati a due colori differenti: blu se il valore è migliore della media nazionale e arancione se il valore è peggiore della media nazionale. La lunghezza della barra associata all'indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.

Di seguito si riportano gli indicatori utilizzati:

Contesto demografico	Ind. 1: Speranza di vita alla nascita (anni) Ind. 2: Speranza di vita in buona salute (anni) Ind. 3: Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane (anni) Ind. 4: Giorni perduti pro-capite per mortalità evitabile (0-74 anni)
Spesa	Ind. 1: Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (€)
Equità	Ind. 1: Quota famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie <i>Out Of Pocket</i> (%) Ind. 2: Quota famiglie soggette a spese sanitarie <i>Out Of Pocket</i> catastrofiche (%) Ind. 3: Quota famiglie con disagio economico per spese sanitarie <i>Out Of Pocket</i> (%)
Prevenzione	Ind. 1: Coperture vaccinali contro l'influenza nell'anziano 65+, stagione 2016-2017 Ind. 2: Eccesso ponderale nei bambini di 8-9 anni (%) Ind. 3: Fumatori adulti 18-69 anni (%)
Ospedaliera	Ind. 1: Persone molto soddisfatte dell'assistenza medica ed infermieristica e dei servizi ASL (%) Ind. 2: Tasso di ospedalizzazione std acuti ordinari (per 1.000 abitanti) Ind. 3: Interventi per frattura di femore effettuati in strutture con intervento entro 48h (%) Ind. 4: Decessi (rispetto al <i>benchmark</i> Italia) a 30 giorni per Infarto Miocardico Acuto (per 100 abitanti) Ind. 5: Persone dimesse vive non al domicilio (%)
Farmaceutica e Dispositivi Medici	Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite (€)
Domiciliare	Ind. 1: Quota di persone 65+ che ha fatto ricorso all'assistenza domiciliare (%)
Provvidenze in denaro	Ind. 1: Quota di beneficiari di indennità di accompagnamento sulla popolazione over 65 (%)

Piemonte



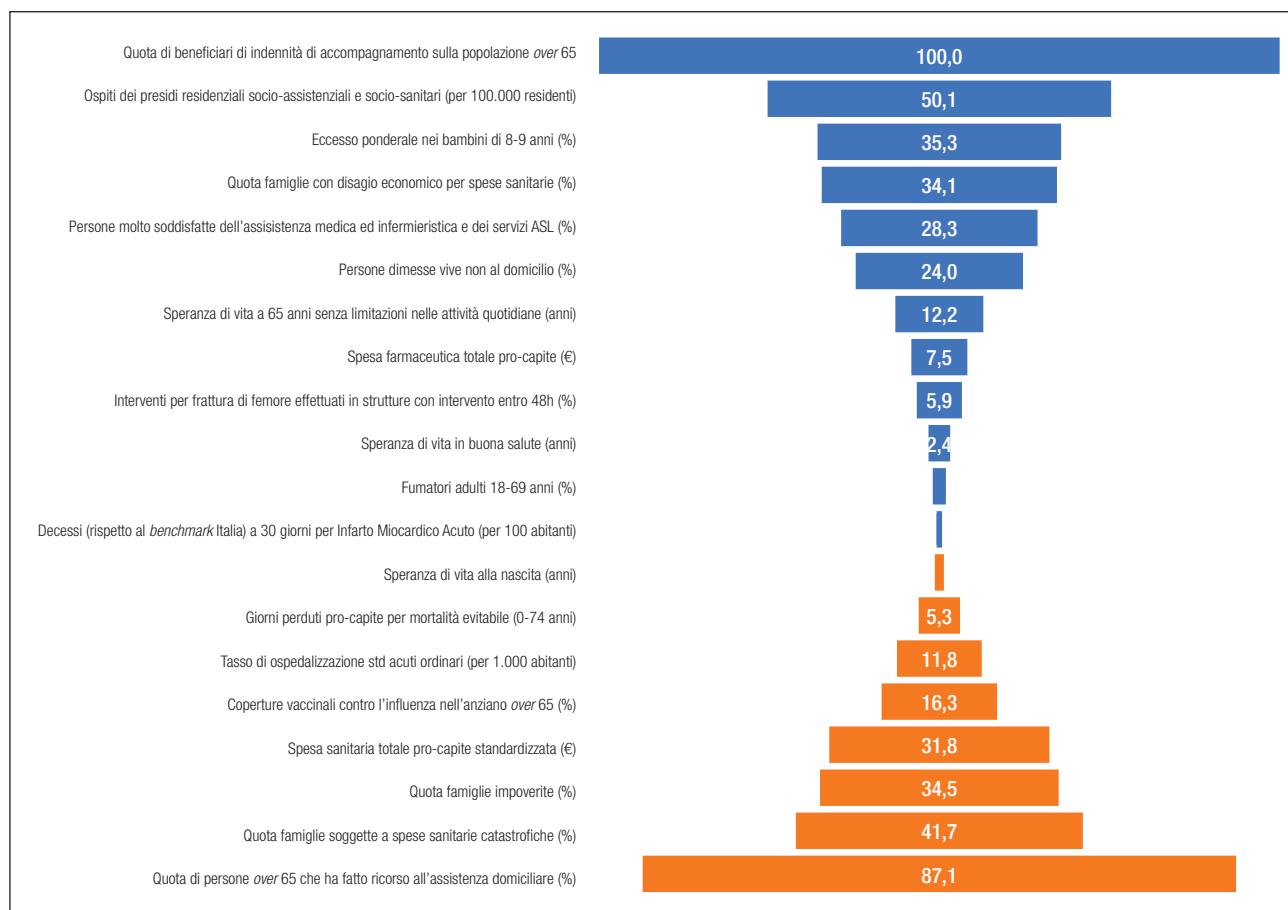
Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Valle d'Aosta



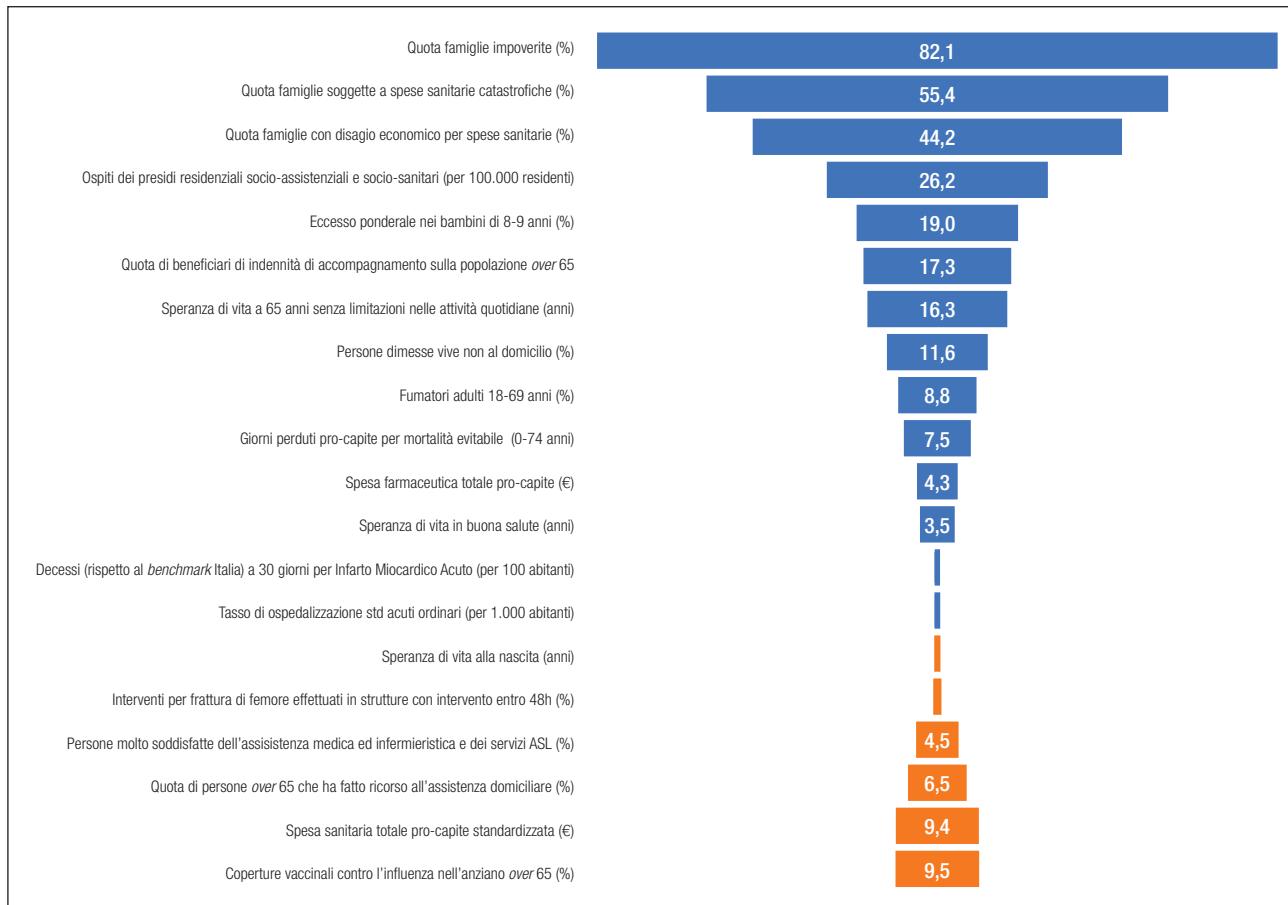
 Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Lombardia



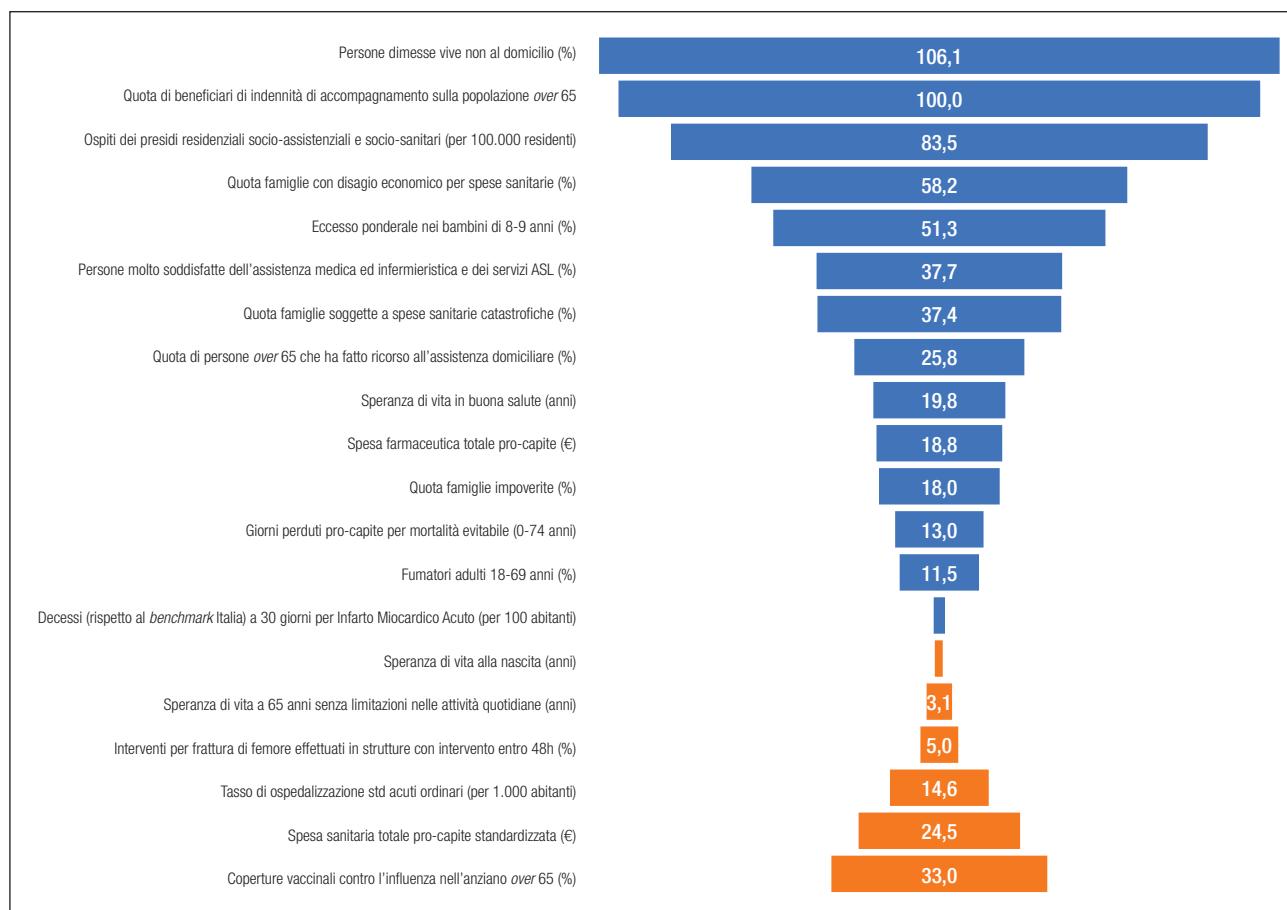
Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Provincia Autonoma di Bolzano



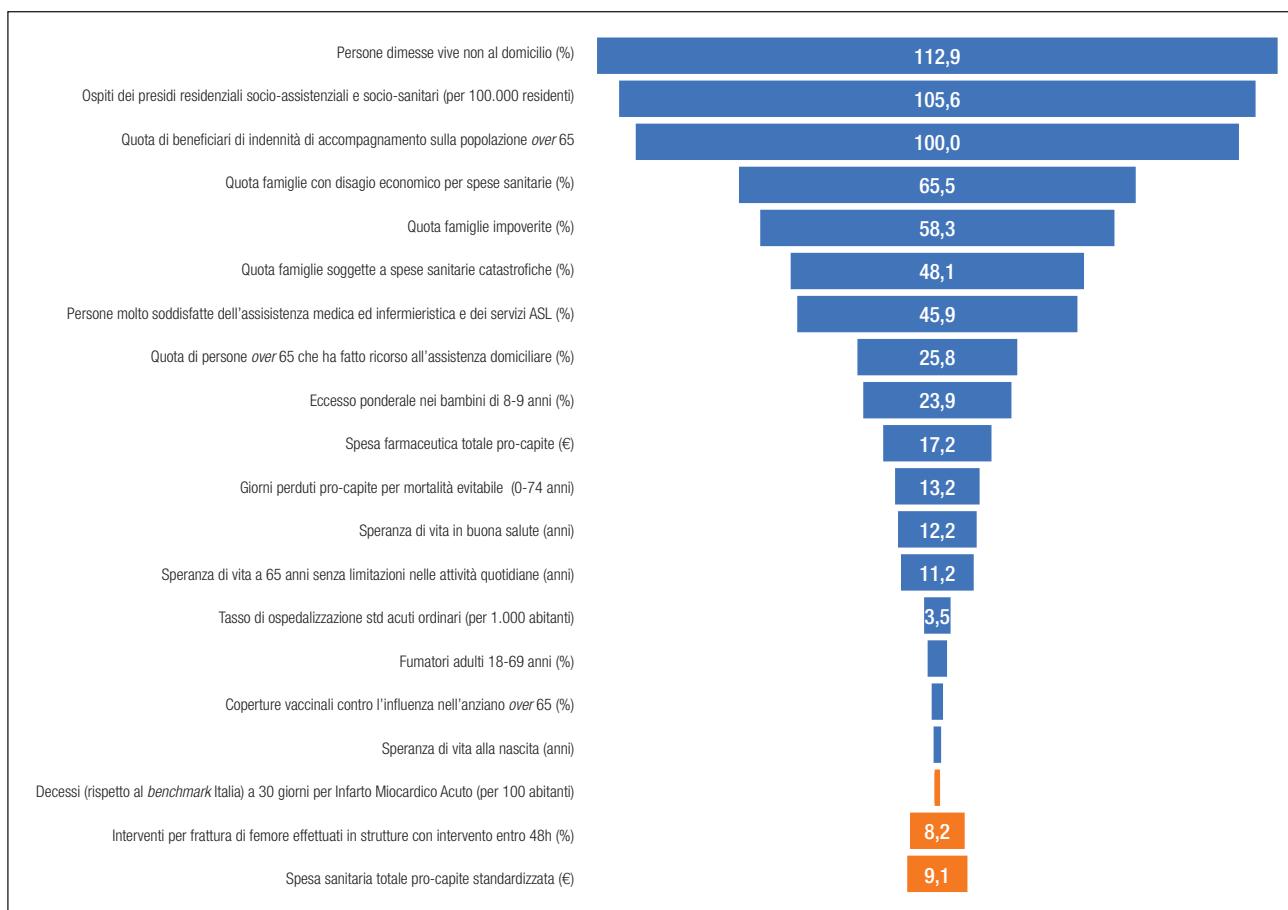
 Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Provincia Autonoma di Trento



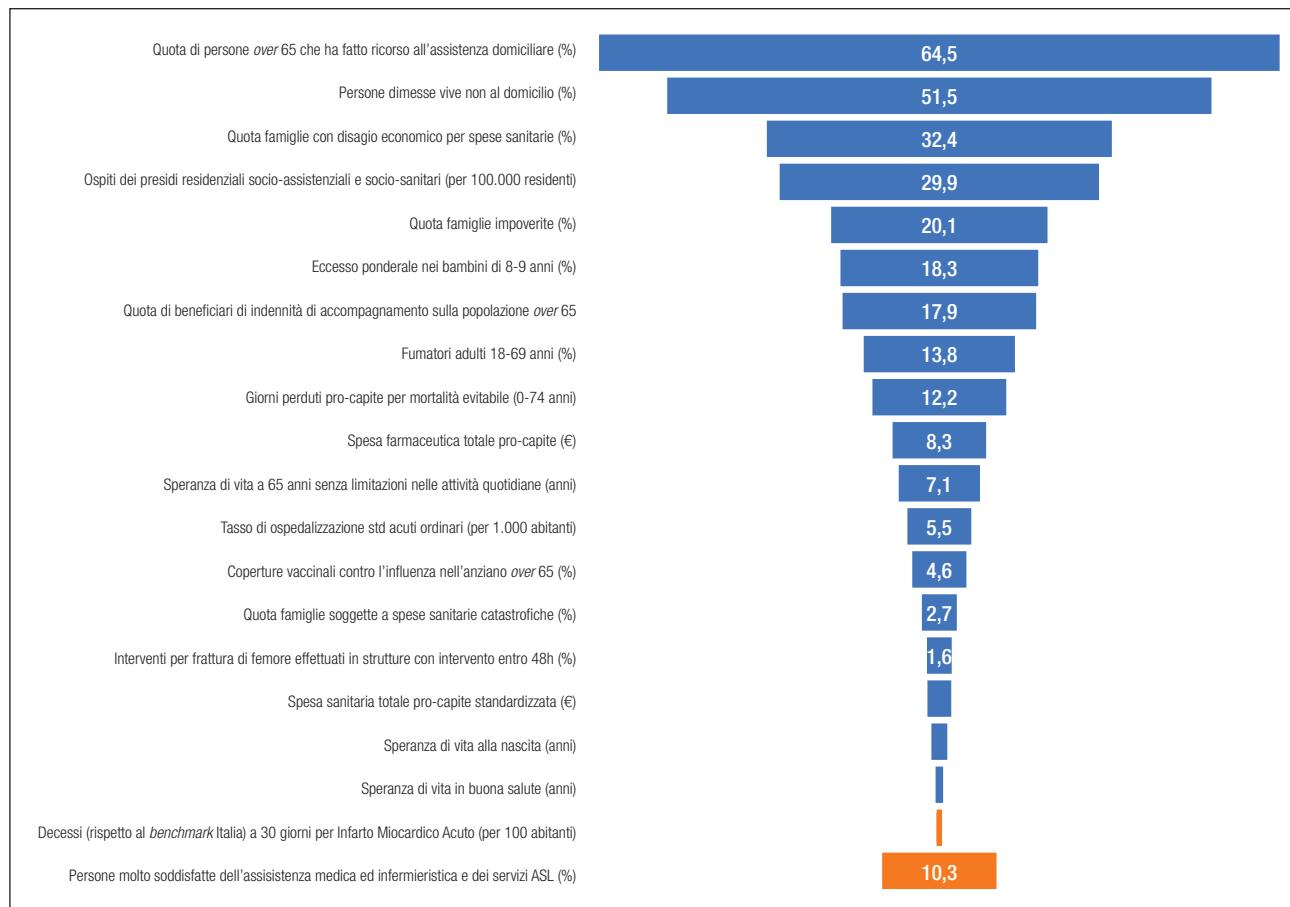
 Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Veneto



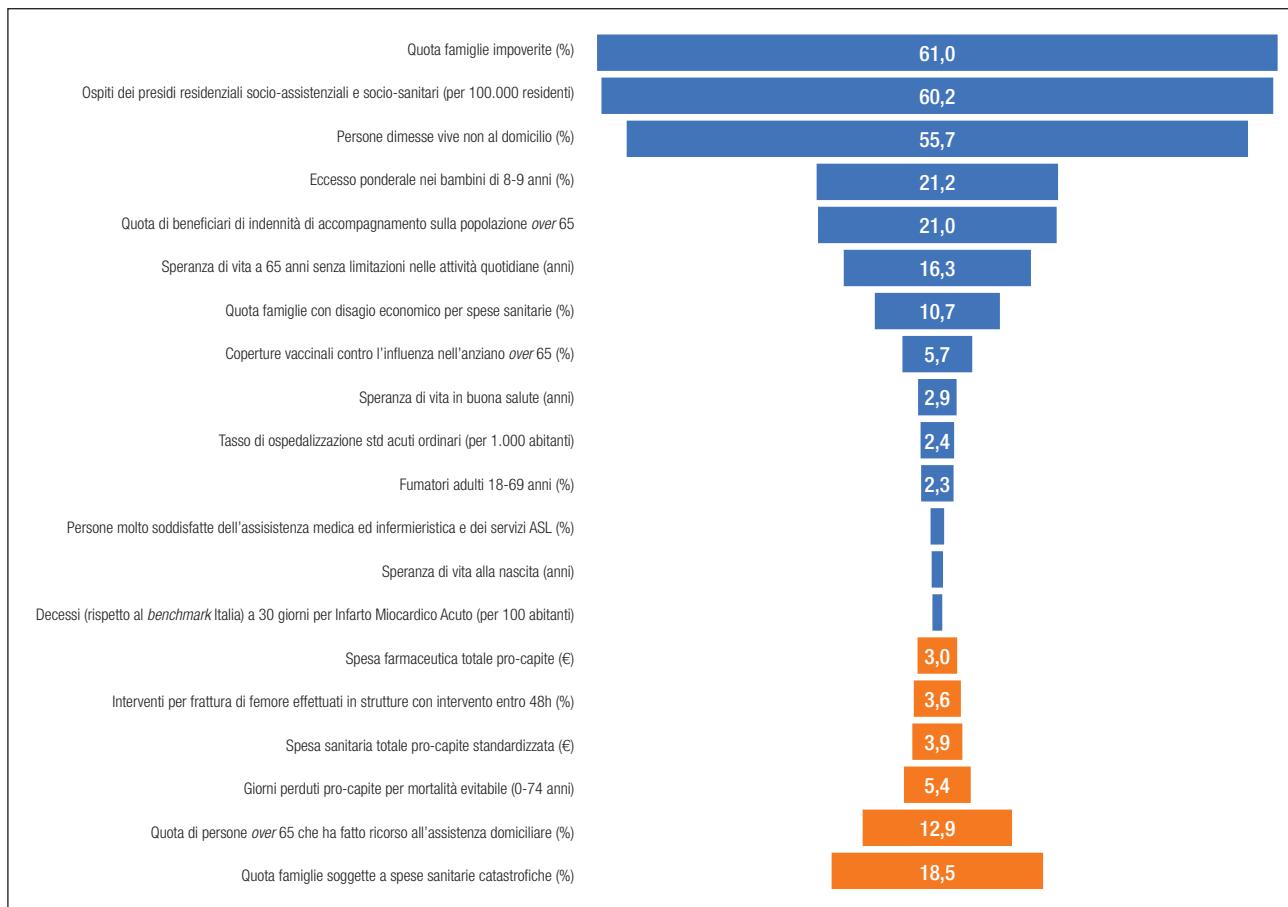
Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Friuli Venezia Giulia



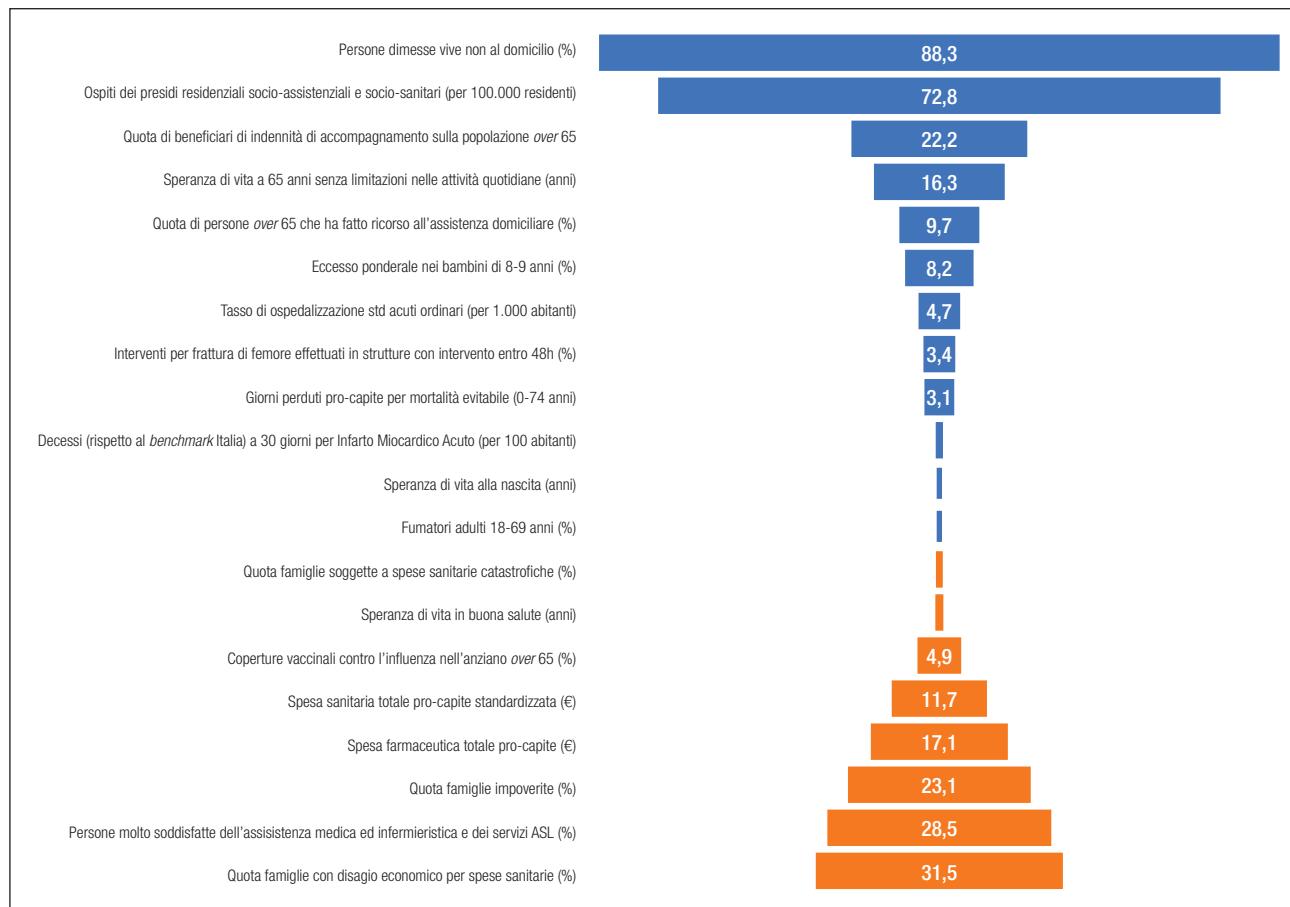
 Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Liguria



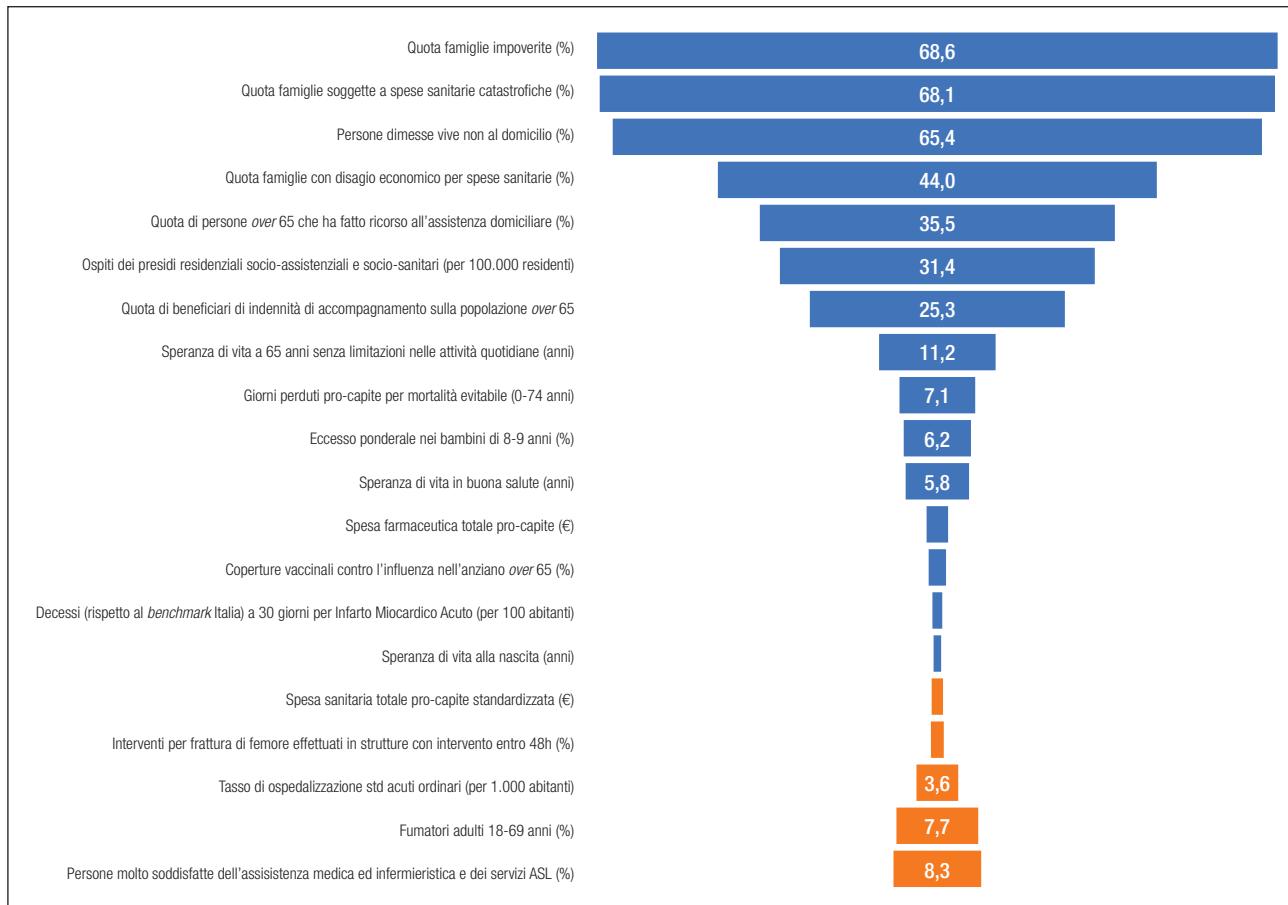
 Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Emilia Romagna



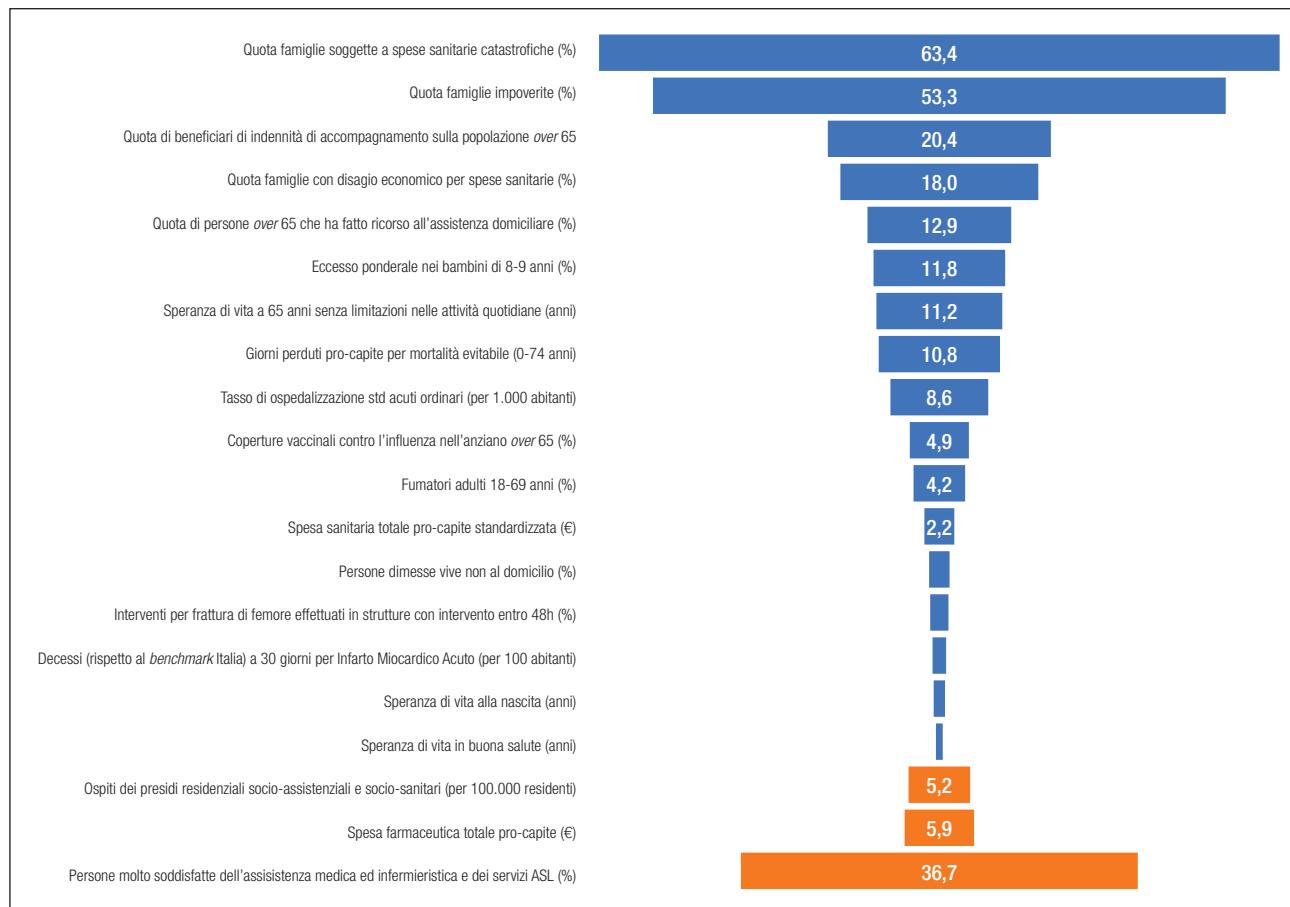
 Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Toscana



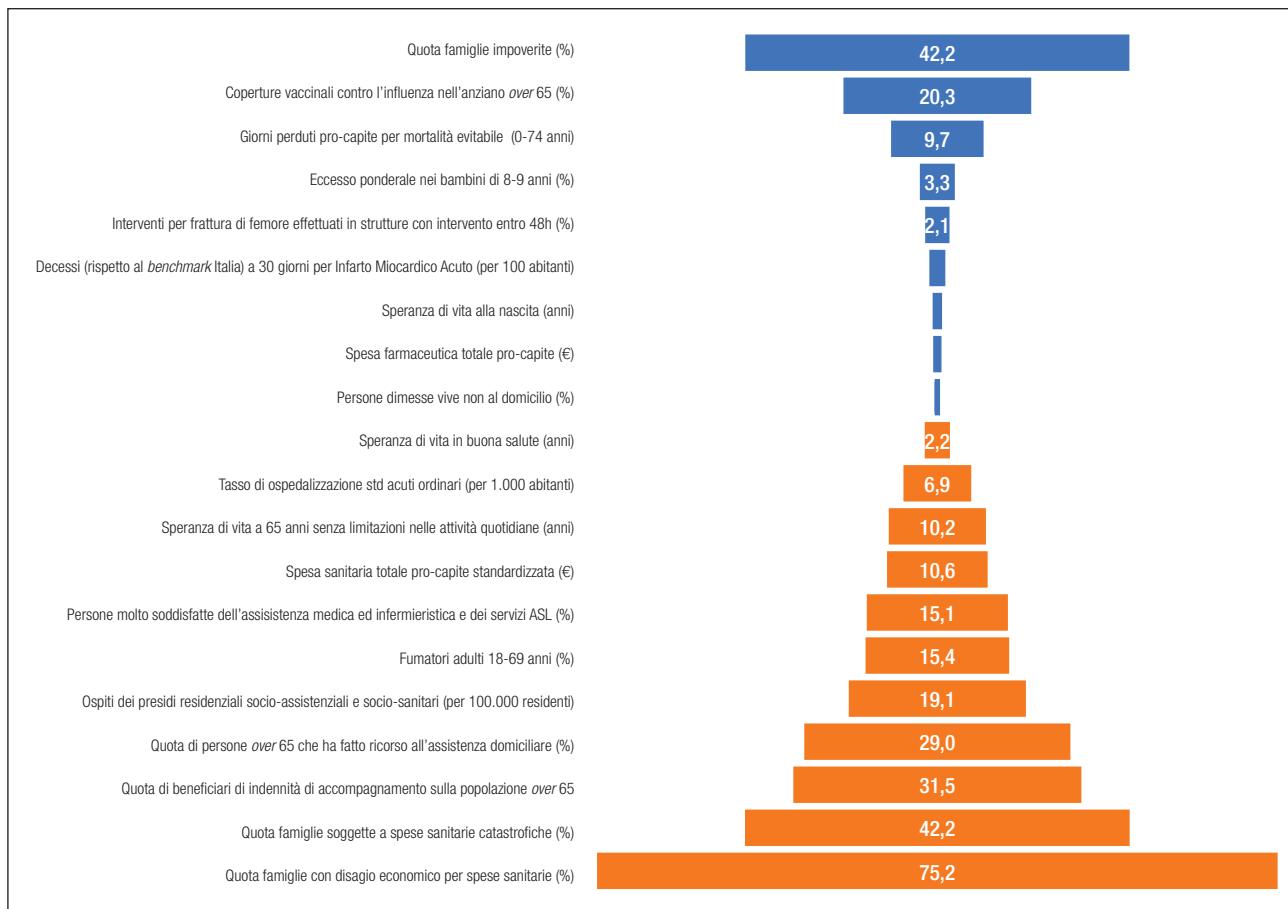
Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Umbria



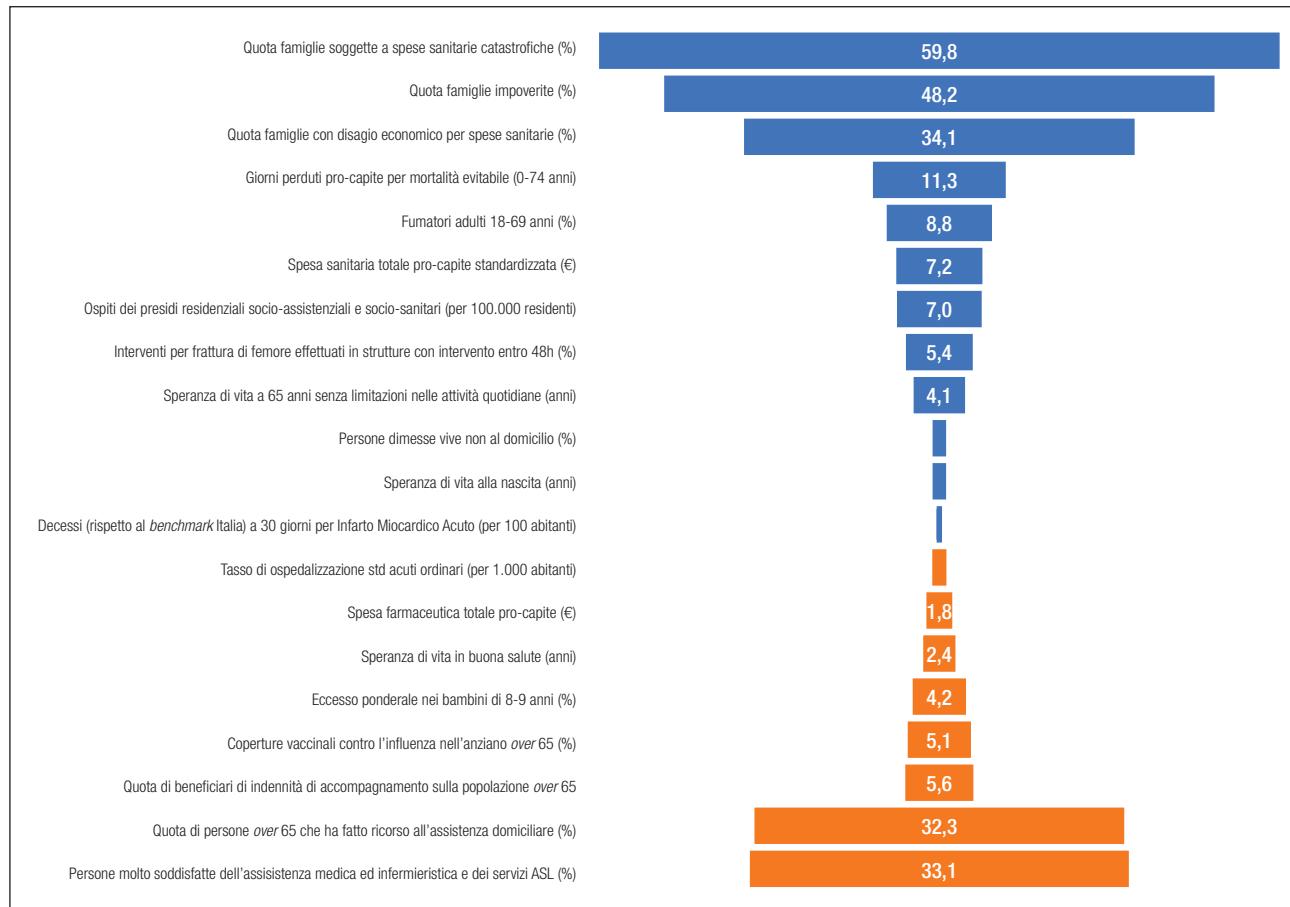
Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Marche



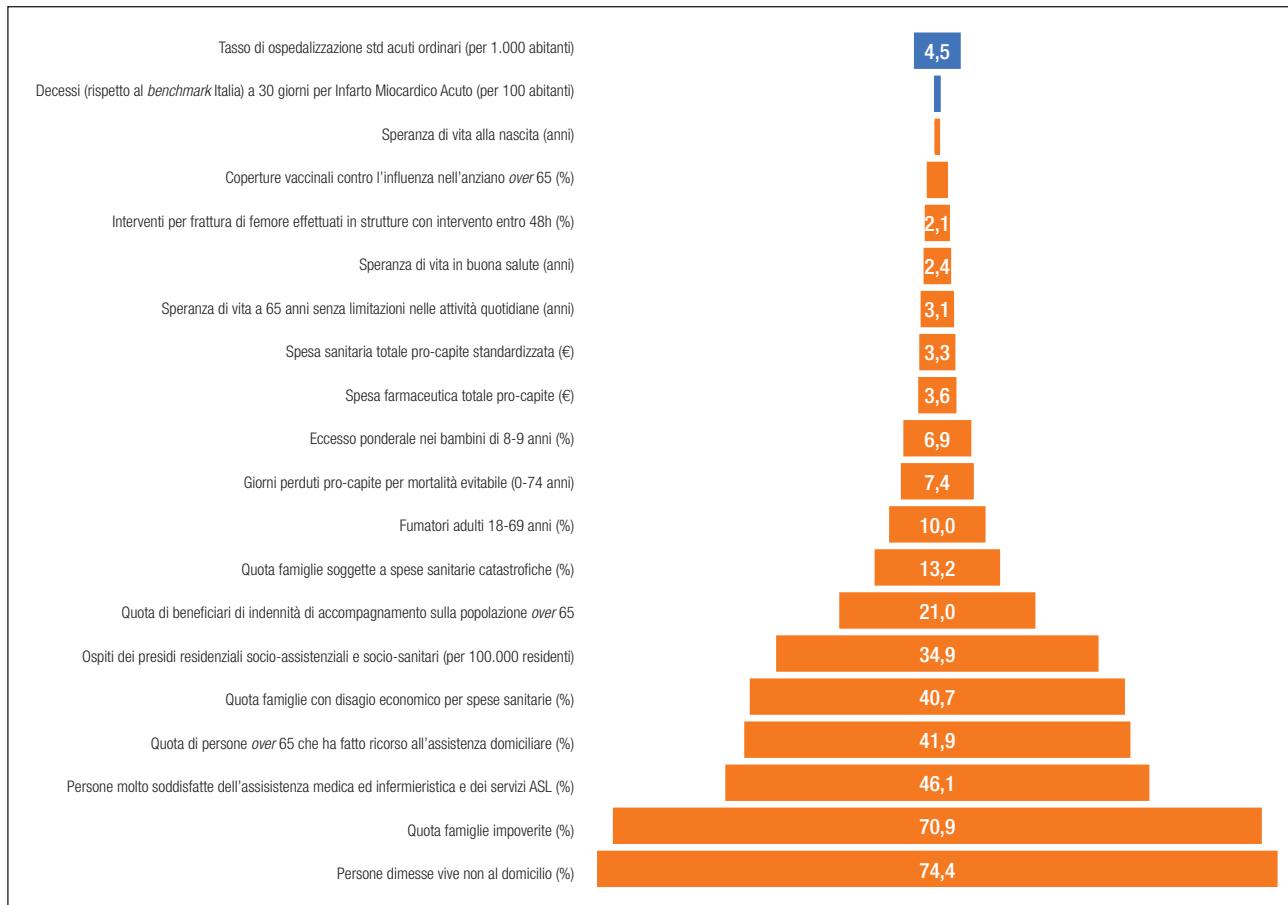
 Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Lazio



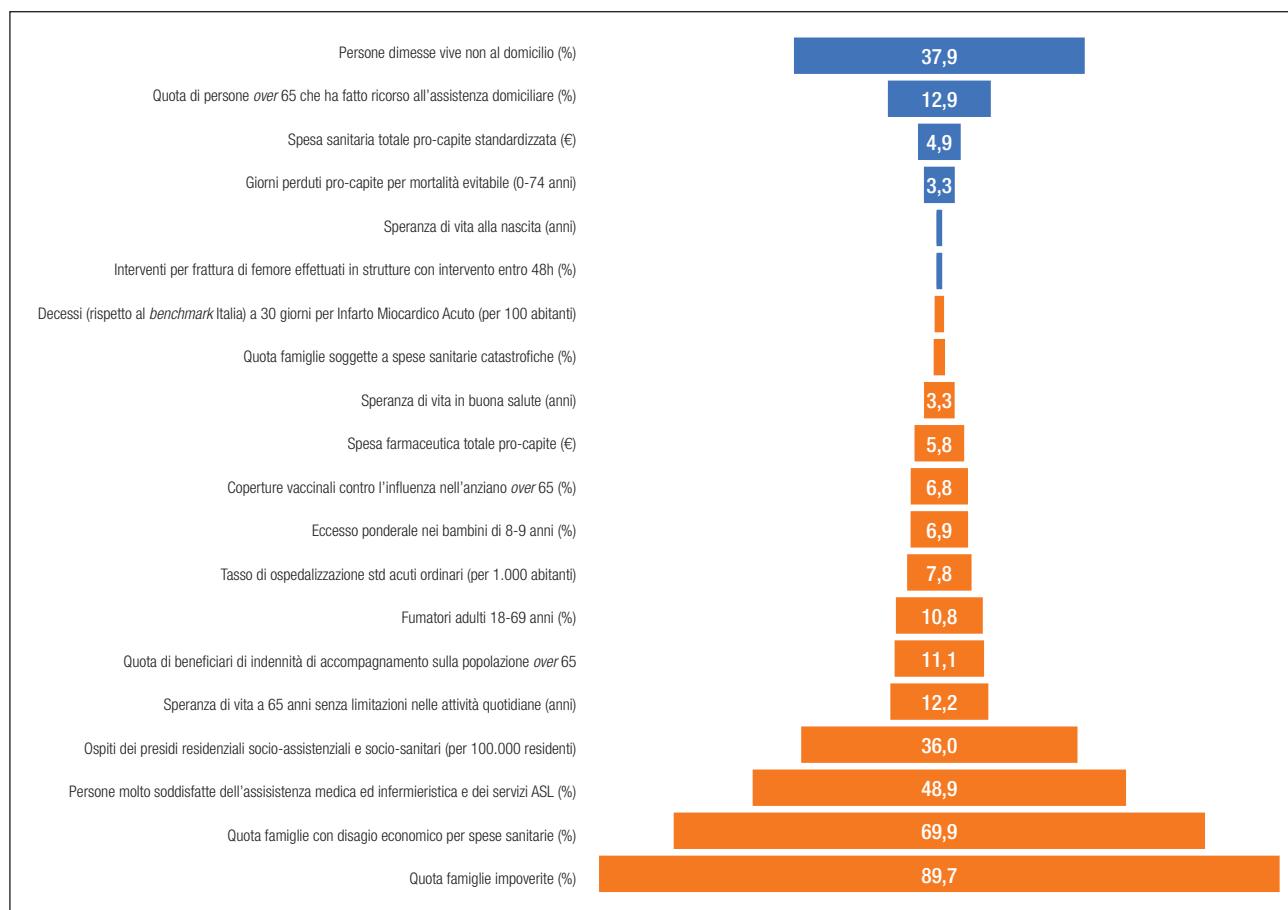
Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Abruzzo



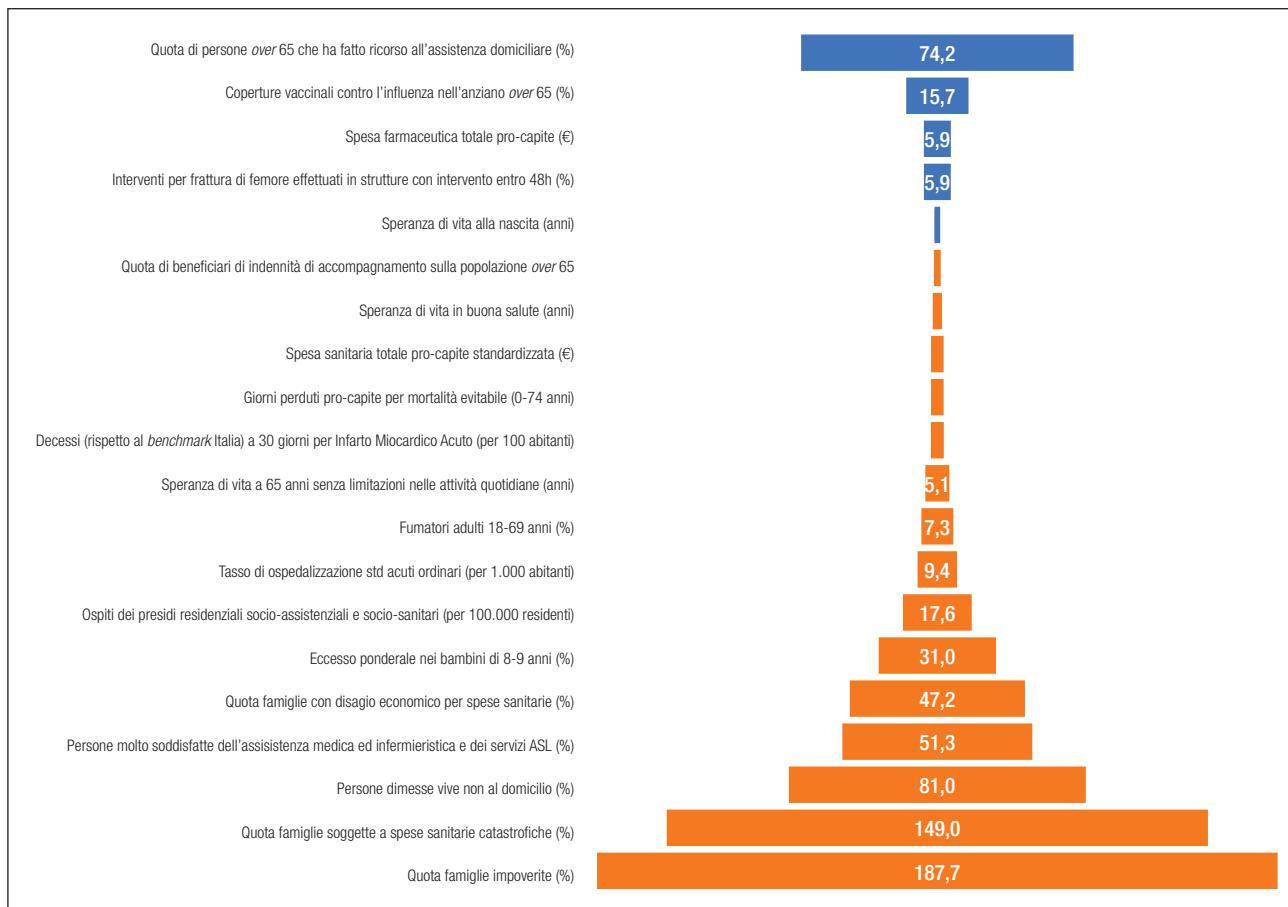
Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Molise



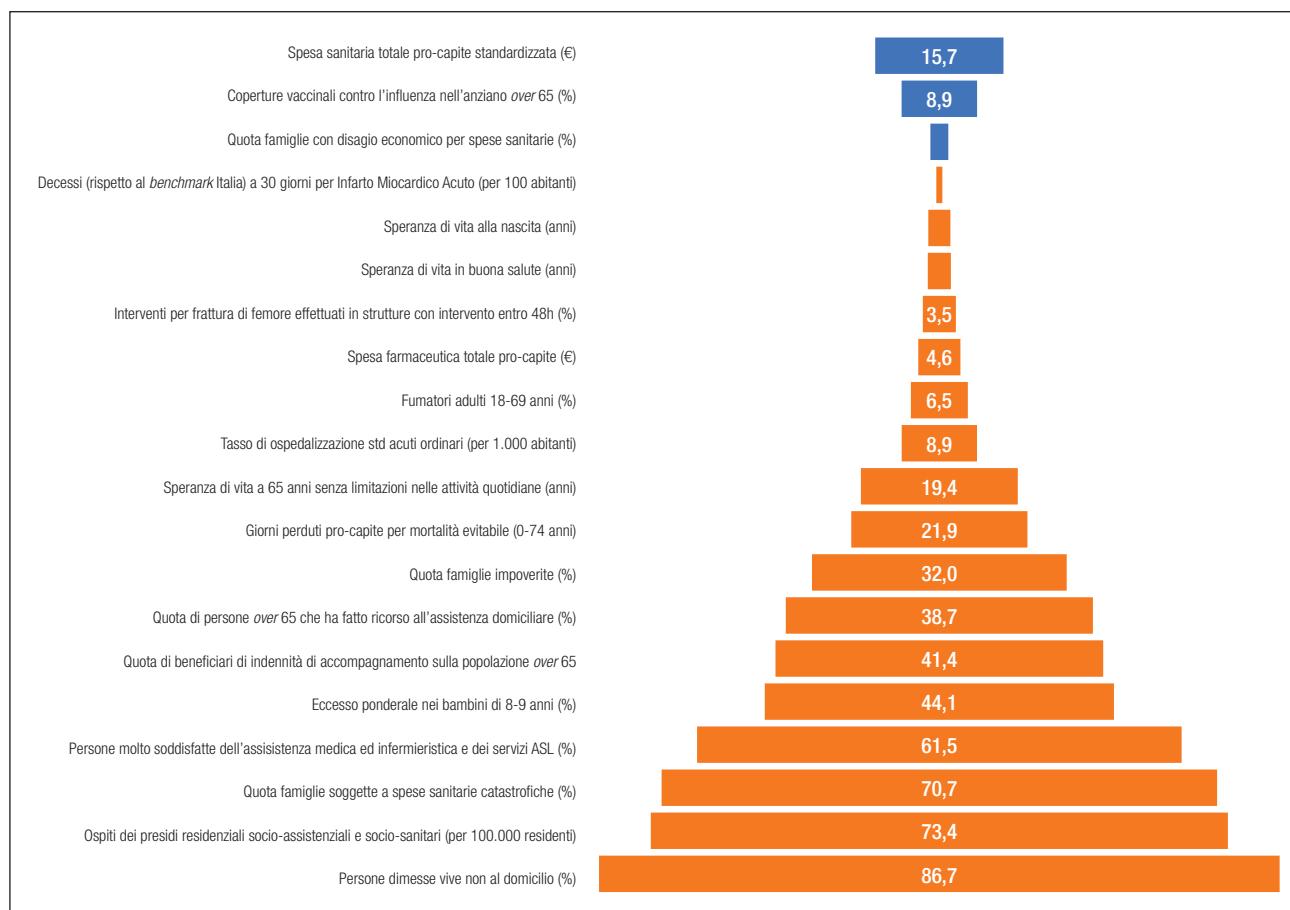
 Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Campania



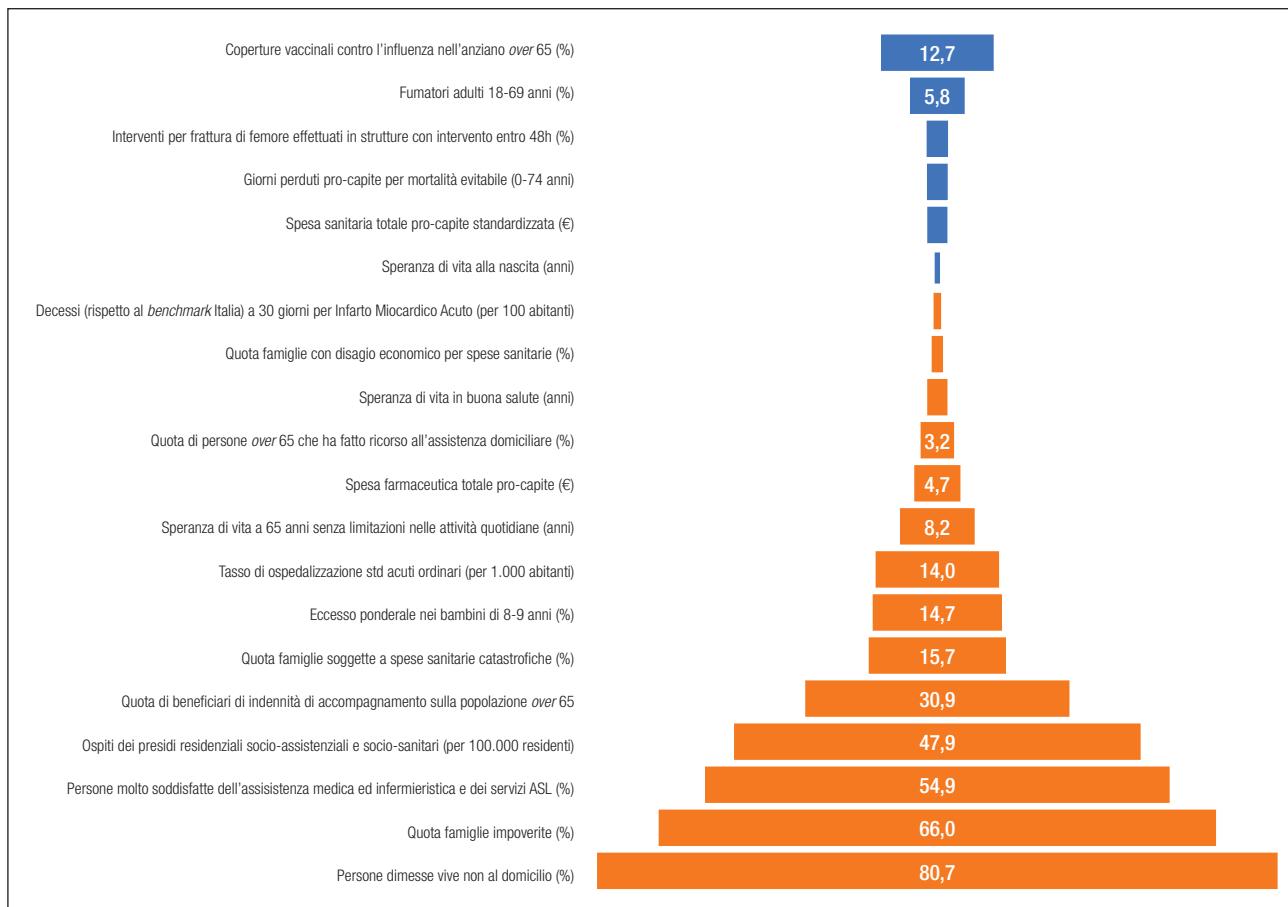
 Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Puglia



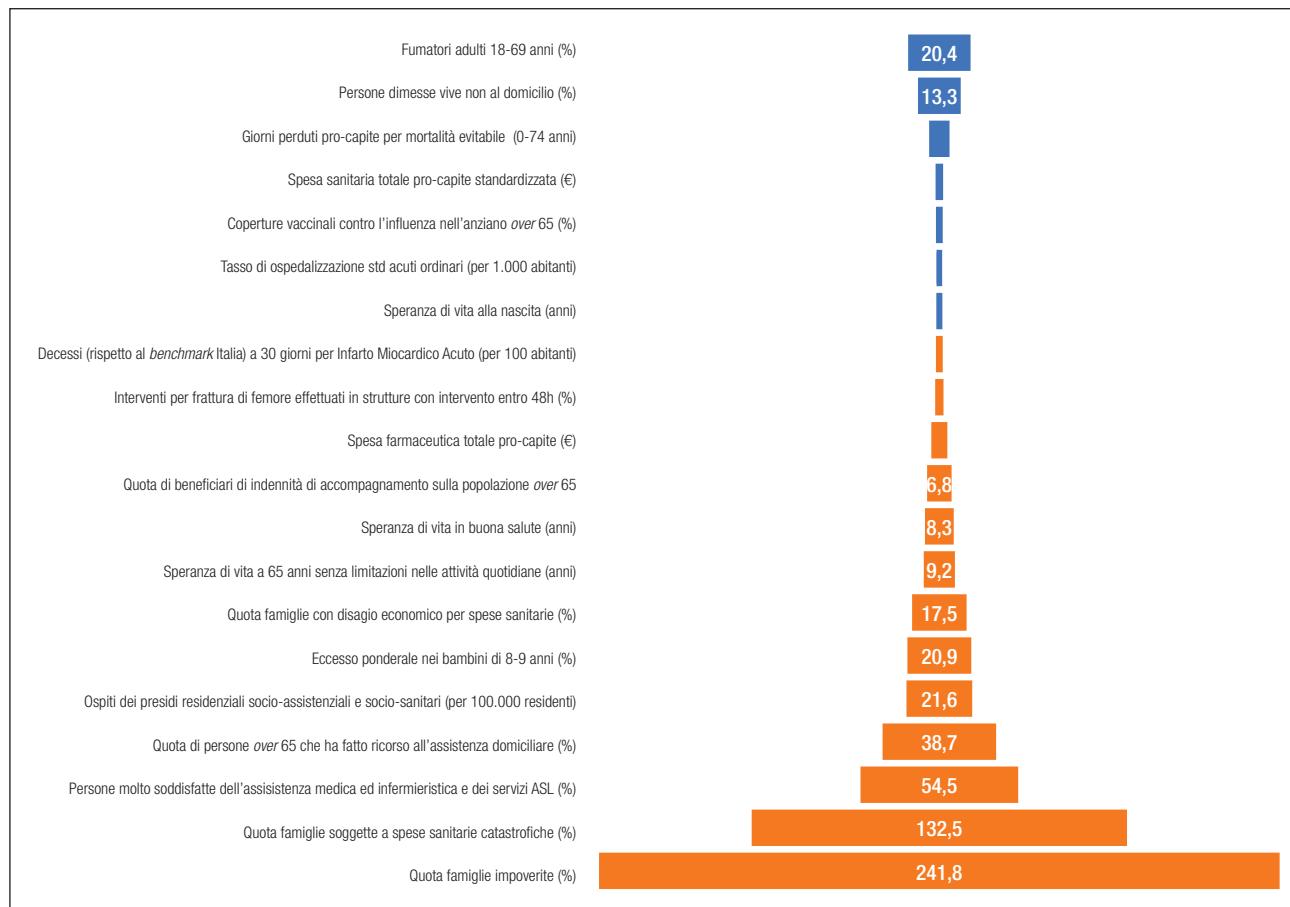
Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Basilicata



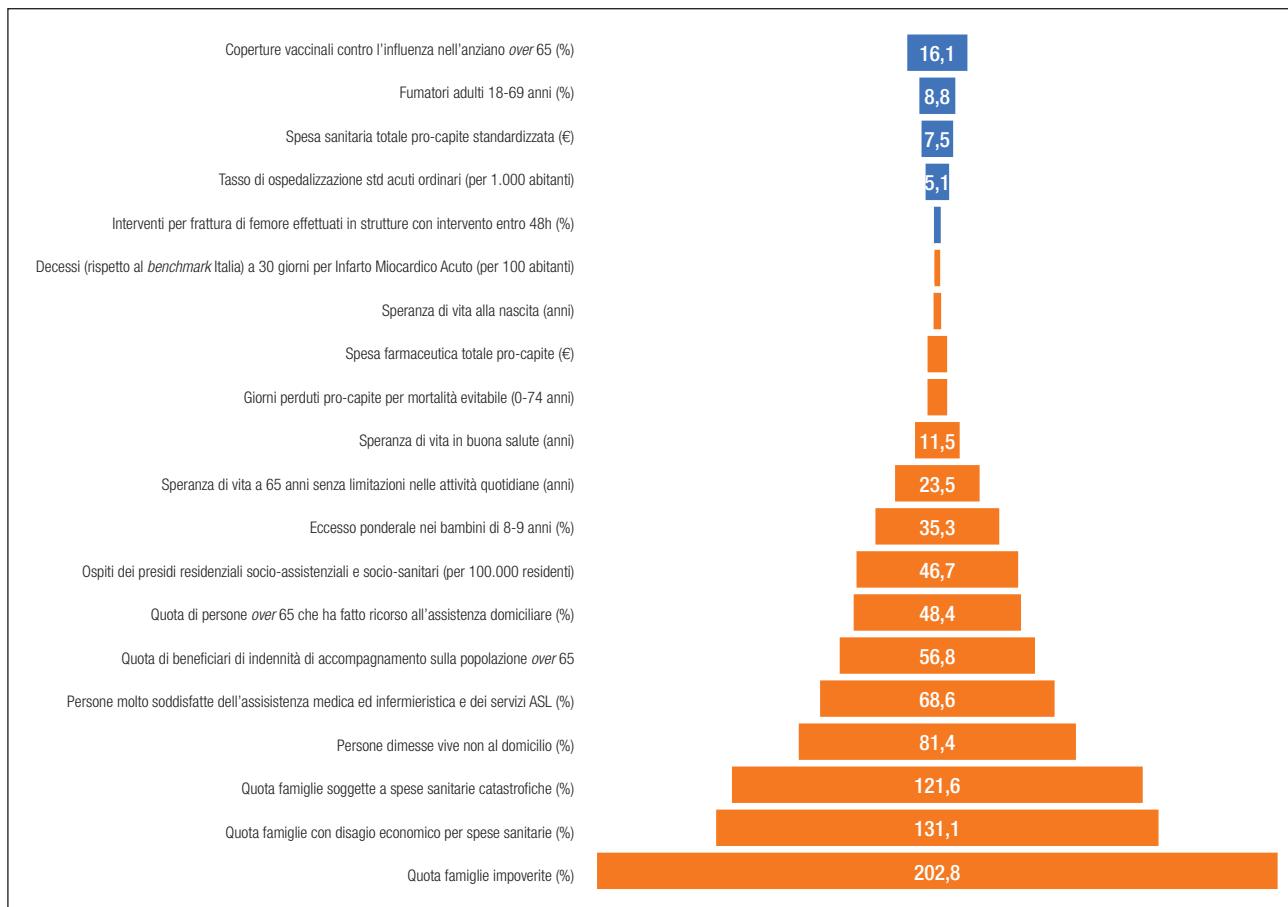
 Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Calabria



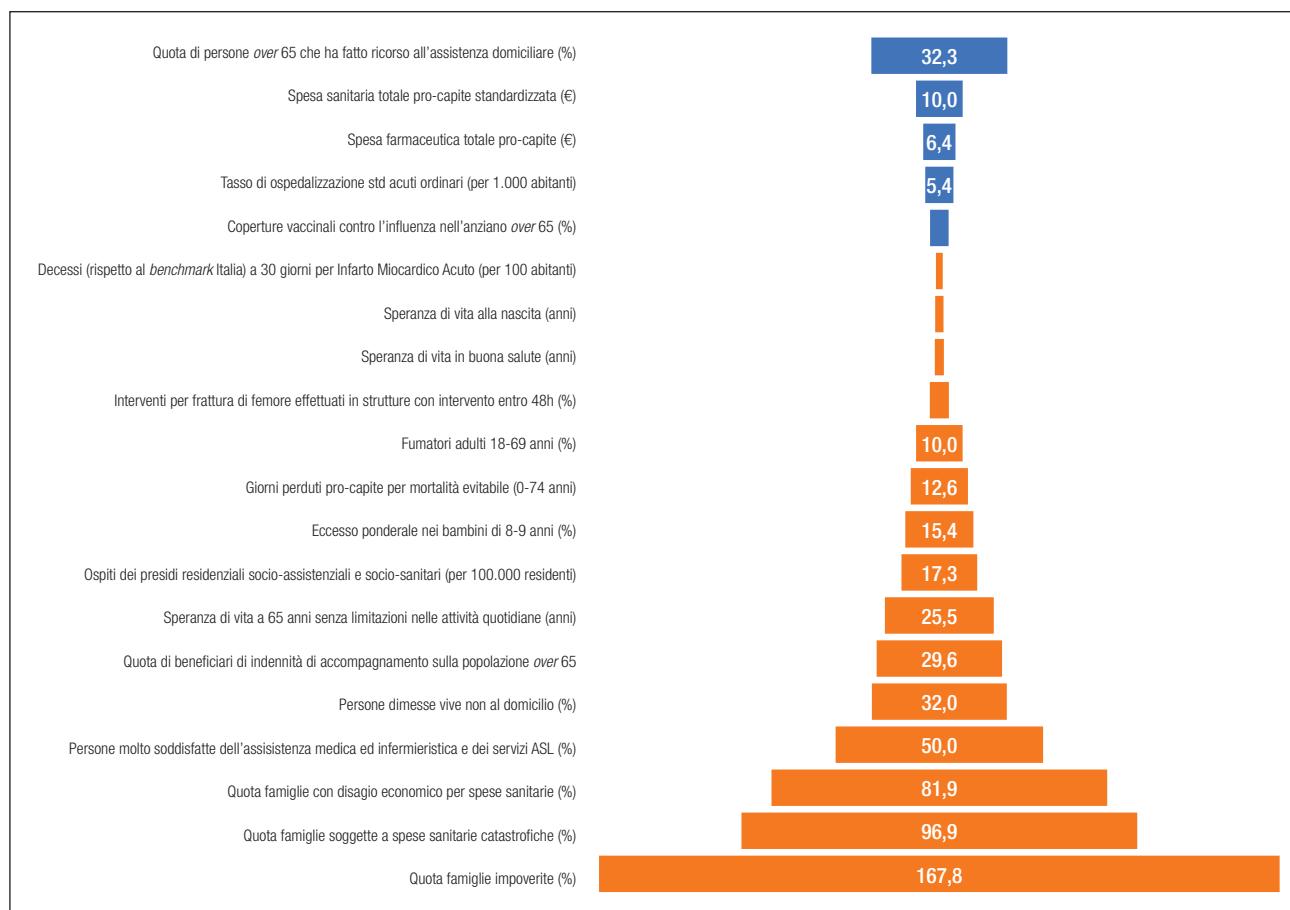
Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Sicilia



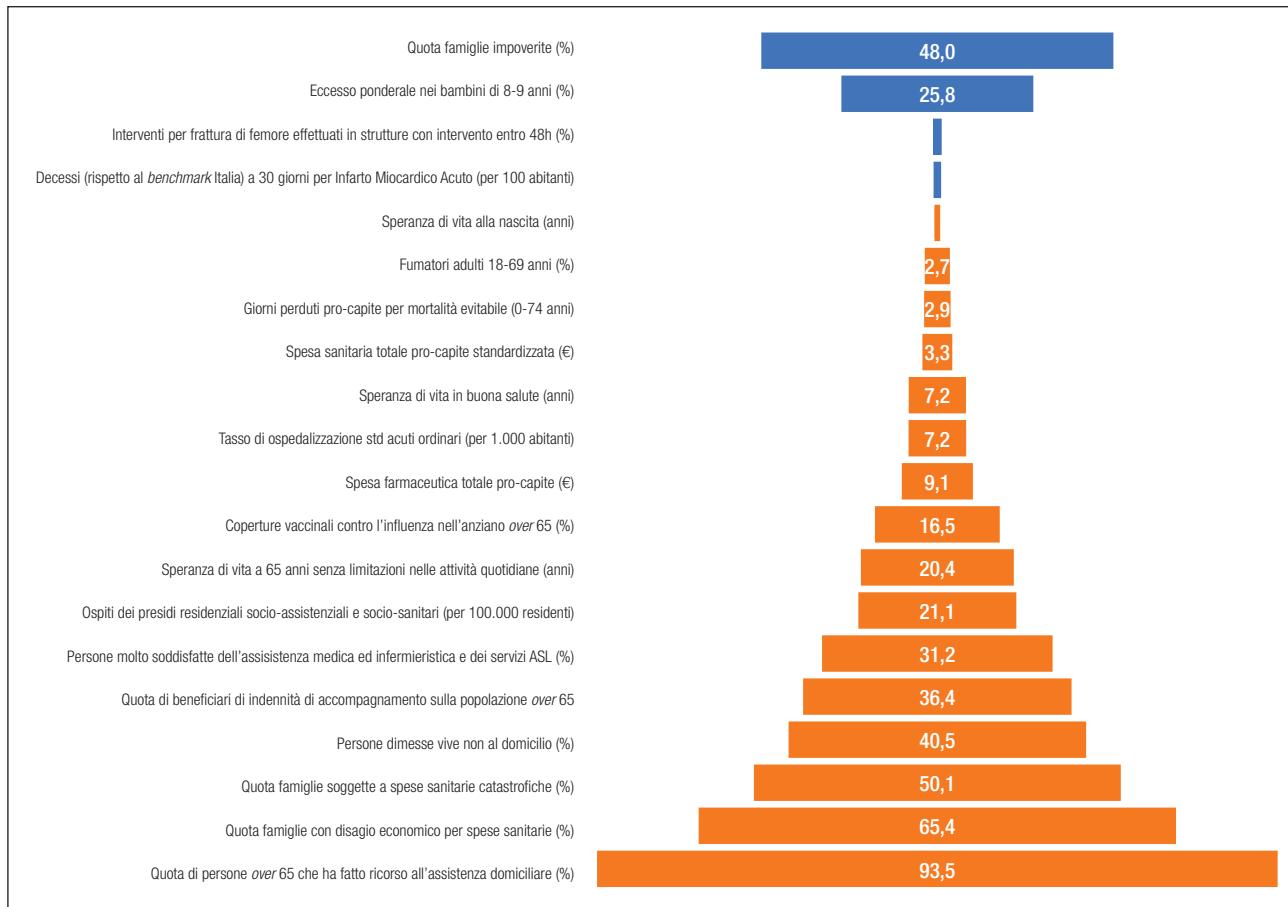
Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Sardegna



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (blu) o peggiore (arancione) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Il **Rapporto Sanità**, giunto alla sua **14^a edizione**, è una iniziativa nata nel 2003 presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", con lo scopo di diffondere attività di ricerca intraprese nel campo dell'economia, politica e *management* sanitario e, allo stesso tempo, fornire elementi di valutazione sulle *Performance* del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, alimentando un dibattito fra gli addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.

La 14^a edizione del Rapporto Sanità è edita dal Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) promosso dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), con il supporto di alcune Aziende sensibili all'importanza di sviluppare conoscenze utili al dibattito sulle politiche sanitarie. Quest'anno la pubblicazione e la diffusione del volume presso operatori ed esperti sanitari sono resse possibili dal supporto incondizionato di: **Amgen S.r.l., Astellas Pharma S.p.A., Bayer S.p.A., Biogen Italia S.r.l., Boehringer Ingelheim Italia S.r.l., Bristol Myers Squibb S.r.l., Eli Lilly Italia S.p.A., Fondazione MSD, IPSEN S.p.A., Janssen-Cilag S.p.A., Lundbeck Italia S.p.A., Nestlé Italiana S.p.A., Novartis Farma S.p.A., Novo Nordisk S.p.A., Sanofi S.p.A., Shire Italia S.p.A., Takeda Italia S.p.A., Teva Italia S.p.A.**

Il Rapporto è strutturato in 4 parti: un'analisi economico-statistica del contesto in cui muove la Sanità e delle *Performance* (finanziamento, spesa ed equità) del sistema; le analisi per tipologia di assistenza: prevenzione, ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica, ambulatoriale di base, domiciliare, provvidenze economiche in denaro per la non autosufficienza; segue un focus sulla Sanità quale settore industriale; chiude una raccolta delle analisi effettuate dagli osservatori di C.R.E.A. Sanità.

Ciascun capitolo viene affiancato da una sintesi in lingua inglese e da una sezione di *key indicators*. Alla fine delle monografie è presente un riepilogo regionale.

La raccolta delle **tavole statistiche** a supporto delle analisi contenute nel Volume cartaceo è accessibile sul sito www.creasanita.it/rapporto-sanita.

Il **Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità)**, istituito nel 2013 e promosso dall'Università di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), nasce con l'aspettativa di essere un punto di aggregazione di competenze multi-disciplinari e con l'obiettivo di sviluppare analisi, studi e progetti di formazione rivolti alle professioni sanitarie e sociali.

Il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità realizza ricerche nel campo dell'economia e del *management* sanitario, sviluppa banche dati, offre formazione e supporto a enti pubblici e privati, elabora valutazioni di HTA e di farmacoeconomia, oltre a servizi di consulenza e organizzativi. Info: www.creasanita.it.

The Health Report, now in its 14th edition, is a project launched in 2003 by the researchers of University of Rome Tor Vergata with the aim of disseminating the research activities in the fields of health economics, policies and management, and providing useful information on the current performance and future outlook of the Italian health system, encouraging a debate on the issue among experts and members of the public, professionals and the business world. The publication and dissemination of the 14th edition edited by C.R.E.A. Sanità to health sector professionals and experts, including access to the statistical tables, has been made possible thanks to the unconditional support of: Amgen S.r.l., Astellas Pharma S.p.A., Bayer S.p.A., Biogen Italia S.r.l., Boehringer Ingelheim Italia S.r.l., Bristol Myers Squibb S.r.l., Eli Lilly Italia S.p.A., Fondazione MSD, IPSEN S.p.A., Janssen-Cilag S.p.A., Lundbeck Italia S.p.A., Nestlé Italiana S.p.A., Novartis Farma S.p.A., Novo Nordisk S.p.A., Sanofi S.p.A., Shire Italia S.p.A., Takeda Italia S.p.A., Teva Italia S.p.A..

The Report is structured in 4 parts: opens an economic and statistical analysis of the Health context, followed by system performance data (financing, costs and equity); then analysis for each care sectors are provided: prevention, hospital care, residential care, specialistic care, pharmaceuticals care, ambulatory (family) care, home care, and cash benefit; follows an analysis of the Health system from an industrial perspective; it ends with a review of the main results from the others C.R.E.A. Sanità observatories.

*The Report is in Italian, but an **english summary** is provided. There are also a section of **key indicators** and a **regional synopsis**. The Report is complemented by an **online access to statistical tables**, accessible by www.creasanita.it/rapporto-sanita.*

The Consortium for economic research applied in healthcare (C.R.E.A. Sanità), established in 2013 and sponsored by University of Rome Tor Vergata and the Italian Federation of General Practitioners (F.I.M.M.G.), aims at becoming a focus for multi-disciplinary skills to develop analyses, studies and training projects targeting the health and social care professions. The C.R.E.A. research team, carries out researches in the fields of economics and health management, develops databases, provides training and support to public and private sector entities, develops HTA and pharmacoeconomics assessments, and organizational and consulting services. Info: www.creasanita.it.

€ 150,00

ISSN 2035-8660



9 772035 866005

ISBN 978-889907827-0



9 788899 078270