



Rapporto **CEIS - Sanità 2005** *Sette parole chiave del SSN*

a cura di

V. Atella

A. Donia Sofio

M. Meneguzzo

F.S. Mennini

F. Spandonaro

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

IEP

ITALPROMO ESIS PUBLISHING

© IEP - Italtromo Esis Publishing srl - Via Vittore Carpaccio, 18 - 00147 Roma

Impaginazione e stampa: AgenziaD

Finito di stampare nel mese di dicembre 2005

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

A faded, blue-tinted background image showing silhouettes of people in motion, possibly running or walking, overlaid on a light blue background.

Rapporto

CEIS - Sanità 2005

Sette parole chiave del SSN

La pubblicazione del Rapporto CEIS-Sanità 2005 (III Edizione) è il risultato di una partnership pubblico/privato, che vede coinvolti, insieme al CEIS, alcuni soggetti privati che credono nell'importanza dell'iniziativa ed in particolare dell'opportunità di offrire un supporto di conoscenze aggiuntive ai policy maker e ai vari stakeholder del sistema sanitario. La possibilità di unire in modo sinergico diversi attori e le reciproche specializzazioni e competenze in un quadro coordinato di attività di ricerca ha rappresentato un importante contributo anche in vista dell'organizzazione nel 2008 del Convegno Europeo di Economia Sanitaria, affidato all'Università di Roma "Tor Vergata", che ha visto così riconosciuto il suo impegno di ricerca a livello internazionale.

In particolare, il Rapporto è stato ideato, progettato e realizzato in una doppia versione in italiano ed in inglese dai ricercatori del CEIS Sanità della Facoltà di Economia - Università di Roma "Tor Vergata", che hanno svolto indipendentemente la propria attività di ricerca, acquisendo preziosi contributi di esperti e studiosi italiani ed esteri.

La diffusione capillare del volume presso operatori ed esperti del settore sanitario è reso possibile dall'intervento della associazione di categoria delle imprese di assicurazione:

- ANIA

e di alcune aziende del settore farmaceutico ed in particolare:

- Boehringer Ingelheim Italia S.p.A.
- GlaxoSmithKline Italia S.p.A.
- Pfizer Italia S.r.L.

Per il terzo anno Italpromo Esis Publishing ha curato gli aspetti editoriali e di comunicazione, affiancandosi agli uffici interni, e in particolare all'Area Comunicazione e Stampa della Facoltà di Economia, oltre che al personale amministrativo del CEIS.

Infine 4 Health Innovation ha coordinato le attività di supporto alla ricerca.

È stato largamente condiviso tra i partner che un maggiore approfondimento di alcune conoscenze tecniche nel dibattito possa giovare al sistema sanitario nel suo complesso, e che fosse quindi meritorio fornire un supporto indipendente e autorevole di conoscenze, a disposizione sia di chi ha responsabilità regolatorie, sia di chi del sistema vuole essere utente informato.



Indice

Presentazione del Rapporto

di Luigi Paganetto, Giovanni Tria 17

Introduzione

di Atella V., Donia Sofio A., Meneguzzo M., Mennini F. S., Spandonaro F. 19

Capitolo 1 - Sostenibilità

1.1 - Evoluzione della spesa sanitaria nei Paesi OCSE

di Mennini F.S., Francia L.

1.1.1 Introduzione 39

1.1.2 La spesa sanitaria 40

1.1.3 Spesa sanitaria pro-capite nei Paesi OCSE 43

1.1.4 Il settore pubblico quale strumento principale per il finanziamento della spesa sanitaria 44

1.1.5 La spesa per tipologia di assistenza 47

1.1.6 Conclusioni 51

Bibliografia 52

1.2 - Le previsioni di spesa sanitaria a livello nazionale e regionale: i risultati del modello econometrico SANIMOD

di Atella V.

1.2.1 Introduzione 54

1.2.2 I risultati empirici e le simulazioni 55

1.2.3 L'evoluzione della spesa sanitaria regionale 59

Bibliografia 61

1.3 - Le politiche farmaceutiche in Italia

di Barrella A., Polacsek A.

1.3.1 L'evoluzione della spesa farmaceutica 62

1.3.2 Le politiche nazionali 64

1.3.3 Gli interventi regionali 66

1.3.4 Analisi della spesa e delle politiche farmaceutiche 69

1.3.5 Conclusioni 74

Bibliografia 75

Capitolo 2 - Efficienza

2.1 - L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità

di Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F.

2.1.1	Introduzione	79
2.1.2	La politiche di allocazione delle risorse finanziarie a livello regionale	80
2.1.3	Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale	83
2.1.4	Conclusioni	94
Bibliografia		96

2.2 - Concetti di assistenza sanitaria integrata. Il quadro politico e i requisiti di gestione nel mercato sanitario tedesco

di Janus K., Amelung V.E.

2.2.1	Introduzione	97
2.2.2	Concetti dell'assistenza sanitaria integrata	98
2.2.3	"Problemi-ostacolo" dell'assistenza integrata in Germania	100
2.2.4	Conclusioni	103
Bibliografia		104

2.3 - E-Procurement e innovazione tecnologica: le iniziative condotte da Consip nell'ambito del Programma di Razionalizzazione degli Acquisti per la P.A.

di Bettacchi R., Russo A.

2.3.1	Introduzione	106
2.3.2	Attività e risultati 2004 del Programma rispetto alle strutture sanitarie	107
2.3.2.1	Le Convenzioni	107
2.3.2.2	Le iniziative sul Mercato Elettronico della P.A.	112
2.3.2.3	I progetti verticali	114
2.3.2.4	Reingegnerizzazione del processo logistico per la distribuzione dei farmaci e dei presidi medici	114
2.3.2.5	Affidamento prestazioni di assistenza protesica (All. 2 e 3 DM Sanità 332/99)	117
2.3.2.6	Studio sul rapporto tra fabbisogni e consumi per la categoria endoprotesi (gestione della domanda)	118
2.3.3	L'indagine ISTAT	120
2.3.3.1	Risultati	121
2.3.4	Conclusioni	124
Riferimenti normativi		125

2.4 - La misurazione dell'efficienza delle Aziende Ospedaliere

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

2.4.1	Introduzione	126
2.4.2	La misura dell'efficienza nelle Aziende Sanitarie	127
2.4.3	I dati e l'elaborazione del costo medio per ricovero standardizzato	127
2.4.4	Il costo medio per ricovero standardizzato nelle Aziende Sanitarie pubbliche italiane	129
2.4.5	La misura dell'efficienza in un contesto ospedaliero	131
2.4.6	Il modello econometrico	131
2.4.7	Conclusioni	137
Bibliografia		138

Capitolo 3 - Empowerment

3.1 - Marketing per la salute e altri strumenti di governo della domanda in sanità. Lo stato dell'arte in Italia

di Giordani C.

3.1.1	Premessa	143
3.1.2	Il governo della domanda in sanità	144
3.1.3	Gli strumenti diretti di governo della domanda sanitaria	146
3.1.4	Gli strumenti indiretti	148
3.1.5	Il marketing sociale in sanità	150
3.1.5.1	Principali criticità e prospettive di sviluppo del marketing in sanità	154
3.1.6	I costi per la prevenzione e la promozione della salute nelle Regioni italiane	155
3.1.7	Il governo della domanda sanitaria a livello regionale e locale: lo stato dell'arte in Italia (indagine qualitativa tramite questionario)	157
3.1.8	Conclusioni	161
Bibliografia		162

3.2 - La rendicontazione sociale nelle Aziende Sanitarie

di Tanese A., Di Filippo E.

3.2.1	Lo sviluppo del bilancio sociale in sanità. Stato dell'arte	163
3.2.2	Analisi sinottica di alcuni bilanci sociali	166
3.2.3	Criticità e prospettive di applicazione del bilancio sociale in sanità	170
Bibliografia		173

3.3 - Dai piani strategici ai piani per la salute: tendenze in atto nella pianificazione strategica delle Aziende Sanitarie italiane

di Cuccurullo C., Meneguzzo M.

3.3.1	Introduzione	174
3.3.2	La pianificazione strategica nelle Aziende Sanitarie (1995-2000)	174
3.3.3	Tendenze in atto: l'orientamento alla governance e la ricerca del posizionamento	178
3.3.4	Il posizionamento strategico	183
3.3.5	Conclusioni	185

Bibliografia	186
---------------------	-----

Capitolo 4 - Efficacia

4.1 - I costi umani delle malattie in Italia

di Palazzo F., Conti S., Minelli G., Solimini R., Toccaceli V., Stirparo G., Mennini F.S.

4.1.1	Introduzione	189
4.1.2	Metodologia	189
4.1.3	Risultati	191
4.1.3.1	YPLL e tassi standardizzati di YPLL	191
4.1.3.2	Età mediana alla morte	204
4.1.4	Conclusioni	207

Appendice	208
------------------	-----

Bibliografia selezionata	209
---------------------------------	-----

Capitolo 5 - Equità

5.1 - L'equità del processo di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale italiano

di Doglia M., Spandonaro F.

5.1.1	Premessa	213
5.1.2	La metodologia di valutazione dell'equità nel sistema di finanziamento dei servizi sanitari e la banca dati	214
5.1.3	L'effetto redistributivo del finanziamento del Sistema Sanitario	215
5.1.4	L'effetto delle addizionali IRPEF	216
5.1.5	Conclusioni	218

Bibliografia	219
---------------------	-----

5.2 - La *fairness* del Servizio Sanitario Nazionale italiano

di Doglia M., Spandonaro F.

5.2.1 Premessa	220
5.2.2 La banca dati e gli indicatori di <i>fairness</i>	221
5.2.3 Gli indicatori di <i>fairness</i> secondo l'approccio WHO	222
5.2.4 Gli indicatori di <i>fairness</i> secondo l'approccio WHO rivisto dal CEIS	225
5.2.5 Alcune riflessioni sui motivi dell'impoverimento e delle spese catastrofiche	228
5.2.6 Conclusioni	232
Bibliografia	233

Capitolo 6 - Qualità

6.1 - Strategie per il miglioramento della qualità nelle Aziende Ospedaliere: un confronto internazionale

di Capponi A., Cepiku D., Greco A.

6.1.1 Approccio metodologico adottato per l'analisi dei casi	237
6.1.2 Un sistema di governo clinico: il modello dell'A.O. "Maggiore della Carità" di Novara	240
6.1.2.1 Introduzione	240
6.1.2.2 Gli standard di attività	241
6.1.2.3 I controlli	241
6.1.2.4 Il miglioramento	242
6.1.2.5 I risultati	242
6.1.2.6 Conclusioni	242
6.1.3 L'Ospedale La Carità di Locarno: l'adozione di un sistema di gestione integrato per il miglioramento continuo	243
6.1.4 Strumenti e metodi di accreditamento per la modernizzazione degli Ospedali di Parigi	246
6.1.4.1 L'accreditamento in Francia	246
6.1.4.2 L'accreditamento dell'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris	249
6.1.5 Considerazioni conclusive	250
Bibliografia	252

6.2 - Recenti sviluppi nel sistema sanitario degli Stati Uniti, 2005

di Feldstein P. J.

6.2.1 Introduzione	253
6.2.2 I problemi	254
6.2.3 Recenti sviluppi nel settore pubblico	255
6.2.3.1 Beneficio della prescrizione <i>outpatient</i> dei farmaci di <i>Medicare</i>	255

6.2.3.2	La riforma <i>Medicaid</i>	256
6.2.3.3	Retribuzione dei medici di <i>Medicare</i>	256
6.2.4	Recenti sviluppi nel settore privato	257
6.2.4.1	Conflitto Dirigenza-lavoratori sui benefici sanitari	257
6.2.4.2	Programmi di gestione delle malattie	259
6.2.4.3	Qualità delle cure e pagamento secondo le prestazioni	260
6.2.5	Conclusioni	263

Bibliografia	263
---------------------	-----

6.3 - Una ricognizione dei sistemi di gestione del rischio in sanità in Italia e in Europa

di Pelliccia L., Pieralli M.

6.3.1	Introduzione	264
6.3.2	Il fenomeno degli errori clinici: aspetti epidemiologici ed economici	265
6.3.3	La necessità di gestire il rischio clinico	267
6.3.4	Lo stato dell'arte nell'Unione Europea	268
6.3.5	Lo stato dell'arte in Italia	271
6.3.5.1	Normative regionali e livelli gestionali per il rischio clinico	271
6.3.5.2	Le soluzioni per il <i>risk management</i>	272
6.3.5.3	Sistemi di gestione del contenzioso	274
6.3.6	Le sfide per il futuro: dalle <i>good practices</i> alle <i>best practices</i>	275
6.3.7	Conclusioni	276

Bibliografia	277
---------------------	-----

Capitolo 7 - Organizzazione

7.1 - I comportamenti di consumo sanitario delle famiglie assicurate e le prospettive di sviluppo dell'assicurazione malattia

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

7.1.1	Premessa	283
7.1.2	L'assicurazione sanitaria integrativa	283
7.1.3	Le famiglie assicurate	285
7.1.4	Considerazioni finali	291

Bibliografia	292
---------------------	-----

7.2 - L'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari

di Donia Sofio A., De Gaetano A.

7.2.1	Introduzione	293
7.2.2	La previsione normativa in essere	294
7.2.3	I fondi a copertura delle spese: normativa, dati e considerazioni	295
7.2.4	Flusso e presenze degli stranieri irregolari	
	Una fonte d'informazione indiretta: le regolarizzazioni	297
7.2.5	Considerazioni emergenti	299
Bibliografia		302

7.3 - Il sistema sanitario australiano: sfide per il XXI secolo

di Martins J. M.

7.3.1	Caratteristiche e tradizioni	303
7.3.2	Norme, struttura e disposizioni di finanziamento	304
7.3.3	Risorse umane e accesso ai servizi sanitari	306
7.3.4	Onere finanziario	306
7.3.5	Stato sanitario migliorato	308
7.3.6	Sfide della Politica sanitaria	309
7.3.6.1	Equità in sanità	309
7.3.6.2	Cure sanitarie per le malattie mentali	311
7.3.6.3	Prevenzione e disabilità cronica	311
7.3.6.4	Invecchiamento della popolazione e cure sanitarie	312
7.3.6.5	Forza lavoro e cambiamenti tecnologici	312
7.3.6.6	Cultura manageriale	313
7.3.6.7	Focus sulla soglia finanziaria	313
7.3.6.8	Micro-gestione e contabilità centralizzata	314
7.3.6.9	Responsabilità divise tra Governo Federale e Statale	314
7.3.6.10	Esercizio privato della professione medica	314
7.3.6.11	Abitudini di prescrizione e spesa farmaceutica	315
7.3.7	Conclusioni	315
Bibliografia		316

7.4 - Managerialità e governance nei sistemi sanitari dei Paesi in transizione: il caso dell'Albania

di Cepiku D.

7.4.1	Introduzione	319
7.4.2	Caratteristiche ed evoluzione del sistema sanitario albanese	319

7.4.3	La riforma del sistema sanitario albanese	322
7.4.3.1	La riforma dell'assetto istituzionale e organizzativo	324
7.4.3.2	La riforma del sistema di finanziamento	326
7.4.4	Questioni aperte di <i>management</i> e di <i>governance</i>	330

Bibliografia	332
---------------------	-----

7.5 - L'impatto dell'allargamento della UE sui nuovi Stati membri. Il caso dell'Ungheria

di *Gulàcsi L.*

7.5.1	Introduzione	334
7.5.2	Status sanitario e trend sanitari	334
7.5.3	Politica sanitaria e privatizzazione del sistema sanitario	335
7.5.3.1	Cambiare la posizione dei legislatori nel settore della sanità	335
7.5.3.2	Privatizzazione del sistema delle cure sanitarie	335
7.5.4	Finanziamento delle cure sanitarie	336
7.5.4.1	Servizi di cure mediche: ospedali, ambulatoriali e cure primarie	337
7.5.4.2	Farmaci e apparecchiature mediche	338
7.5.5	Servizi di fornitura ed erogazione	342
7.5.6	Cure ai pazienti ricoverati, iniziative di riforma e qualità delle cure	344
7.5.7	Sanità pubblica: principi, deficienze e affidabilità dei dati	345
7.5.8	Salute mentale	346
7.5.9	Salute delle minoranze	346

Bibliografia	347
---------------------	-----

7.6 - Situazione sanitaria, costi e finanziamento: il caso dell'Argentina

di *Schweiger A., De La Puente C., Tarragona S., Daste P., Meghinasso C.*

7.6.1	La situazione sanitaria	348
7.6.2	La spesa sociale in Argentina	349
7.6.3	La spesa sanitaria e il suo finanziamento in Argentina	351
7.6.4	Composizione della spesa per sotto-settori	352
7.6.5	Composizione della spesa per livello di governo	355

Allegato 1: gli ospedali italiani in Argentina	357
---	-----

Bibliografia	360
---------------------	-----

A blurred, light blue-tinted background image showing several people in a meeting or collaborative work environment. Some individuals are standing and gesturing, while others are seated, creating a sense of dynamic interaction.

Presentazione del Rapporto

Presentazione del Rapporto

Siamo lieti di presentare il terzo Rapporto CEIS Sanità 2005, divenuto ormai un appuntamento fisso annuale dedicato alla riflessione sui problemi e sulle politiche economiche riguardanti il settore della sanità, in Italia e nel mondo.

Il Rapporto riassume il lavoro di ricerca che il CEIS ha portato avanti nel campo dell'economia sanitaria, della valutazione economica dei progetti sanitari, del management delle Aziende Sanitarie pubbliche e private, sviluppando altresì una copiosa attività di formazione post-laurea e di assistenza tecnico-scientifica a Istituzioni ed Enti pubblici e privati. Anche quest'anno il Rapporto privilegia l'approccio quantitativo, alla base di molti dei contributi presentati, che serve a dare fondamento concreto alle scelte delle Istituzioni pubbliche e private.

Nella sintesi del Rapporto sono richiamati i principali temi trattati ed i risultati. Ci limitiamo in questa sede ad osservare che il tema di fondo è quello dei principi che regolano il sistema sanitario: efficienza, sia dal punto di vista dell'impatto sulla spesa sanitaria e quindi sui conti pubblici, sia da quello della rispondenza ai bisogni della popolazione, efficacia clinica, equità, qualità e organizzazione dei servizi. L'accento è stato posto sul tema dell'empowerment, che sembra essere la più promettente speranza per uscire dalla logica della mera programmazione dell'offerta.

Abbiamo inoltre dato evidenza agli aspetti strategici per lo sviluppo del sistema sanitario italiano, tra cui lo sviluppo dei sistemi di risk management, delle forme di assicurazione sanitaria integrativa, dei sistemi di qualità aziendale, delle nuove frontiere quali il pay per performance.

Anche quest'anno il Rapporto si avvale dei contributi di studiosi di altri Paesi testimoniando le relazioni tra il CEIS Sanità e le principali Istituzioni internazionali di economia sanitaria quali International Health Economics Association e European Conference Committee on Health Economics, con le quali nel 2008 siamo stati incaricati per organizzare il Congresso europeo di economia sanitaria.

Ci auguriamo che il nostro Rapporto, anche quest'anno, possa rappresentare uno strumento efficace per l'analisi e l'elaborazione della politica sanitaria e per l'analisi dei bisogni essenziali dei singoli individui e delle comunità cui essi appartengono.

Luigi Paganetto
Presidente CEIS
Univ. di Roma Tor Vergata

Giovanni Tria
Direttore CEIS
Univ. di Roma Tor Vergata

Introduzione

Sintesi dei risultati del Rapporto CEIS Sanità 2005

Atella V., Donia Sofio A., Meneguzzo M., Mennini F. S., Spandonaro F.

Il terzo Rapporto CEIS Sanità 2005 viene pubblicato alla fine di un anno che ha visto una relativa calma regolatoria; al momento di andare in stampa, sembrerebbe che neppure la Legge Finanziaria apporti modifiche strutturali in campo sanitario.

Si potrebbe pensare che dopo le numerose riforme degli anni '90 e l'eccesso regolatorio degli ultimi anni, sia venuto il momento per la sanità di godere di una qualche stabilità.

Sebbene ci sia una parte di verità in questo ragionamento, probabilmente non corrisponde pienamente alla realtà dei fatti.

In primo luogo gli slanci riformatori segnano il passo perché sembra che entrambi gli schieramenti politici non abbiano idee "forti" e preferiscano navigare "a vista"; in secondo luogo, l'apparente immobilismo è anche il frutto del federalismo inaugurato nel 2001, che ha spostato definitivamente l'iniziativa politica in capo alle Regioni.

Un federalismo che in sanità sembra essere stato introdotto in modo affrettato, come dimostra il sostanziale congelamento del D.Lgs. n. 56/2000, giudicato dalle Regioni insoddisfatto: d'altra parte senza il Federalismo fiscale previsto dal decreto citato, la forte autonomia legislativa delle Regioni non è controbilanciata dalle relative responsabilità.

Esiste però un altro livello di impreparazione del SSN al federalismo ed è quello del monitoraggio delle performance del sistema: il concetto di debito informativo delle Regioni è in realtà sempre più relativo e il Ministero della Salute sembra che ancora non abbia trovato un modo efficace di esercitare il potere di garanzia dei diritti di cittadinanza, per effetto della difficoltà di declinare operativamente il potere di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Le conseguenze di ciò sono molteplici, ma due sembrano particolarmente rilevanti.

Il federalismo incompiuto che si è delineato sembra generare una repentina disaffezione dallo stesso (più della società civile che non, apparentemente, del mondo politico), con il rischio di perdere di vista quel che di maggiormente positivo in esso si trova: in particolare il tentativo di riunire responsabilità organizzative e analisi dei bisogni della popolazione, facoltà di spesa e onere della raccolta delle risorse.

L'altro aspetto rilevante è che si rischia di conoscere sempre meno il sistema, perché i flussi informativi, già deboli, sono vieppiù frazionati; per questo la percezione di una certa stasi è probabilmente fallace: semplicemente i cambiamenti avvengono ad un livello diverso, più decentrato, dove è più difficile osservarli e valutarli.

Questa ultima osservazione motiva la scelta di tornare a parlare dei principi fondanti del Sistema Sanitario Nazionale italiano (SSN), peraltro mai messi in discussione dalle riforme nel tempo succedutesi.

È così spiegato il sottotitolo scelto quest'anno per il Rapporto: sette parole chiave del SSN.

Infatti, è pur sempre ad esse che vale la pena riferirsi e che dovrebbero, a nostro parere, guidare monitoraggio e valutazioni.

Il Rapporto è diviso per sezioni, dedicate ad altrettanti obiettivi del SSN. Iniziamo con sostenibilità finanziaria e quindi con la spesa (effettuata e prevista), cui segue logicamente l'efficienza del sistema. Dopo l'efficienza del sistema, abbiamo voluto inserire una sezione dedicata all'*empowerment* (inteso come un obiettivo di potenziamento, condivisione, delega e trasferimento del potere; apertura a nuovi mondi possibili, responsabilizzazione, aumento di capacità, sviluppo di potenzialità, cui arrivare tramite forme di auto-aiuto, che responsabilizzino e valorizzino il contributo del singolo, e forme di sostegno sociale, che riconoscano il valore della solidarietà e l'importanza delle interazioni ambientali). Malgrado le ottimistiche previsioni da noi avanzate l'anno scorso, ci sembra che il tema ancora stenti a entrare nel lessico del SSN; vuoi perché non citato nelle norme di riferimento, magari per la sua difficile traduzione in italiano, vuoi perché il SSN è storicamente e culturalmente legato ad una logica di esclusiva programmazione dell'offerta. Già nei contributi del Rapporto 2004 emergeva, invece, come l'*empowerment* dei cittadini sia al centro del dibattito in molti Paesi (cfr. in particolare i contributi sul sistema tedesco e francese).

Efficienza tecnica ed *empowerment* (in senso lato) sarebbero inutili se il SSN non riuscisse ad essere efficace, equo e di qualità.

La misura dell'efficacia rimane un problema per lo più irrisolto, ma ugualmente abbiamo tentato di dare qualche indicazione, seppure parziale e limitata ad aspetti di mortalità.

Sull'equità del sistema già il Rapporto 2004 aveva fatto un ingente investimento in ricerca, e anche quest'anno si è analizzata tanto l'equità del finanziamento, quanto la fairness (termine di non immediata traduzione che indica una forma di equità) dell'impatto delle spese sanitarie out of pocket sui bilanci delle famiglie.

Abbiamo poi tentato di affrontare alcuni temi relativi alla promozione della qualità aziendale, mostrandone le problematiche di implementazione e alcune promettenti potenzialità.

L'ultima sezione, intitolata l'organizzazione dei sistemi sanitari, raccoglie i contributi che non ci è sembrato possibile riferire ad un aspetto specifico del sistema; fra essi alcune analisi dell'evoluzione dei sistemi sanitari in altri Paesi a noi vicini: segnaliamo che alcuni dei contributi dei colleghi stranieri sono stati inseriti nelle sezioni precedenti: in modo forse un po' arbitrario, abbiamo così voluto segnalare alcuni elementi dell'esperienza maturata in altri contesti, che ci sembravano particolarmente rilevanti per il dibattito in corso in Italia.

Di seguito proviamo a riassumere i principali risultati contenuti nel volume.

La Sostenibilità

La spesa sanitaria, malgrado un rallentamento negli anni '90, nel medio-lungo termine continua a crescere più rapidamente del PIL e quindi delle risorse prodotte. Ovviamente questo comporta una giusta e comune preoccupazione a livello di Governi, affrontata secondo linee almeno parzialmente comuni (vd. cap. 1.1, Francia, Mennini).

La spesa sanitaria italiana (8,4% del PIL) resta inferiore (dati del 2003) alla media OCSE (9,3% del PIL), ma molto vicina al livello di spesa atteso in base al livello di reddito pro-

dotto (vd. Figura 4, cap. 1.1, Francia, Mennini). Eventuali incrementi di spesa sanitaria totale dovrebbero quindi giustificarsi sulla base di un maggiore bisogno sanitario, derivante dalla peculiare struttura demografica del Paese, ma certamente porrebbero dei problemi di competitività.

Diverso è il ragionamento relativo alla quota di spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria totale; questa è una variabile di politica economica e sanitaria e come tale attiene all'autonomia dei singoli Paesi: l'Italia con il 75,0% di spesa pubblica si situa di poco sopra alla media OCSE (72,4%).

In realtà la vera peculiarità italiana appare nella composizione della spesa privata che è per la grande maggioranza spesa out of pocket, con una presenza marginale di spesa assicurata (per gli aspetti equitativi che questo comporta vd. il cap. 5.1 Doglia-Spandonaro).

In questo contesto le previsioni effettuate con il modello SANIMOD (vd. cap. 1.2 Atella) dicono che la spesa sanitaria pubblica proseguirà il trend evolutivo che l'ha caratterizzata negli ultimi anni, rendendo chiaramente insufficienti i finanziamenti previsti.

Nello scenario di base il disavanzo sarebbe di € 6,1 mld. (rispetto ad uno stanziamento di € 90,0 mld.), ma potrebbe giungere sino a € 7,6 mld. Per il 2007 la situazione non sarebbe migliore: € 6,6 mld. di disavanzo, su € 91,7 mld. di finanziamento.

Se le previsioni dovessero risultare esatte (peraltro negli anni scorsi il modello si è rivelato affidabile), ciò comporterebbe o una riduzione della quota di spesa pubblica in percentuale, mediante il trasferimento del disavanzo (o parte di esso) sulle famiglie attraverso la compartecipazioni alla spesa (ticket), oppure un ripiano ex post mediante ricorso alla fiscalità nazionale o regionale (evidentemente è possibile, e anzi probabile, che si provvederà con un mix delle due opzioni). Nel caso si voglia provvedere a carico della fiscalità regionale, appare chiaro che si pone un problema di impatto e anche un problema di equità, configurandosi diversi carichi fiscali nelle varie Regioni.

A titolo esemplificativo, le compartecipazioni pro-capite capaci di "pareggiare" i bilanci regionali, arriverebbero ad un massimo di € 417,40 in Campania, mentre Lombardia, P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Puglia potrebbero non averne bisogno.

Evidentemente la scelta di stanziare € 90 mld. sarebbe corretta e "indolore" solo se si ritenesse possibile ottenere risparmi di efficienza pari a quasi il 7,0% rispetto alla spesa tendenziale in un solo anno.

Le politiche sanitarie tese a ridurre e a contenere la spesa sono state diversificate; come tutti gli anni il settore farmaceutico è stato oggetto di ripetuta attenzione. Se la spesa pro-capite per i farmaci in Italia è al quarto posto fra i Paesi OCSE (dopo USA, Francia e Canada), la crescita della spesa farmaceutica in Italia nel periodo 1992/2002 è stata fra le più contenute (2,4% in media annua, solo Germania e Giappone hanno fatto di meglio).

Come testimonia il contributo di Barrella-Polacsek (vd. cap. 1.3), il contenimento della spesa farmaceutica è attribuibile a vari fattori: sembra ormai acquisito che il percorso virtuoso di controllo della spesa passa per un mix di interventi che spaziano dalla compartecipazione (nel ruolo di *ticket modérateur*), al controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni. L'aumento dell'8,0% della spesa farmaceutica a carico del SSN nel 2004 (dichiarato da Federfarma) sembra infatti solo in minima parte giustificabile con l'invecchiamento della

popolazione (secondo le nostre stime meno dell'1,0%); essendo peraltro diminuiti i prezzi e in presenza di un effetto-mix limitato (secondo i risultati del Rapporto OSMED), le cause dell'incremento vanno quindi ricercate in un aumento delle quantità prescritte: rimane evidentemente da valutare quanto questo derivi da innovazioni terapeutiche e quanto invece da aumenti prescrittivi definibili inappropriati.

Indipendentemente da ciò, continua però a persistere per molte Regioni, soprattutto per quelle del Centro-Sud, una seria difficoltà a convergere verso il tetto fissato del 13,0%, anche se il tetto unico non tiene conto delle diverse strutture del bisogno sanitario nelle Regioni.

Emerge altresì come strategie alternative ai ticket possano dimostrarsi efficaci. In primo luogo il controllo delle prescrizioni, ma anche, sul versante dei prezzi, le politiche di sconto (obbligatorio) e le varie forme di distribuzione diretta, sebbene tali strumenti non siano, in via di principio, esenti da effetti indiretti sulle politiche industriali da un lato, e sulla compliance dei pazienti dall'altro.

Per quanto concerne il ticket, si conferma essere uno strumento orientato al contenimento dei consumi e non un mero strumento finanziario di trasferimento di spesa (sui cittadini): infatti, sul versante dei puri risparmi finanziari, gli interventi sui prezzi risultano ovviamente più direttamente efficaci; d'altra parte l'effetto del ticket in alcune Regioni è del tutto vanificato dall'azione dei prescrittori, che non necessariamente risultano sensibili all'effetto dei prezzi, ma anche (e soprattutto) da un regime di esenzioni senza controllo e senza verifica in termini di equità. Nelle Regioni del Sud risulta quindi evidentemente più difficile agire attraverso il ticket.

In definitiva, un controllo non distorsivo della spesa farmaceutica pubblica non può esimersi dal considerare l'elemento bisogno: sia nella sua componente demografica, sia in quella socio-economica, in particolare con riferimento al regime di esenzione.

Le forti differenze dei bisogni nelle Regioni e anche all'interno delle stesse, derivanti sia dalla diversa struttura demografica che dalle particolari condizioni economiche e sociali presenti in ciascuna di esse, porta a considerare non corretta la logica del perseguimento del tetto unico: esso, sebbene sia in teoria rivolto a garantire l'uniformità di cure sul territorio nazionale, di fatto determina un ulteriore ampliamento delle differenze regionali.

L'Efficienza

Come tutti sanno, dal 1992 in Italia è stato adottato il sistema di finanziamento delle Aziende Ospedaliere a DRG. L'adozione del pagamento prospettico è un elemento della più generale volontà di introdurre elementi competitivi nel sistema di erogazione: obiettivo, quest'ultimo, peraltro comune a gran parte delle riforme dei servizi sanitari realizzate a livello mondiale.

Sostenere che nel sistema italiano si sia realizzato un meccanismo competitivo fra erogatori appare quanto meno opinabile. Come testimoniato dal contributo di Fioravanti, Ratti, Spandonaro (vd. cap. 2.1), in realtà gli Ospedali sono per lo più finanziati in base a contratti (*block grants*) con tetti predeterminati di prestazioni e/o finanziamento; nel caso degli Ospedali pubblici (la grande parte), gli eventuali disavanzi vengono poi ripianati, rimanendo in una logica di sostanziale pagamento a piè di lista.

L'idea dei cosiddetti accordi contrattuali, introdotta dal D.Lgs. 229/1999, ha nei fatti disarmato qualsiasi logica competitiva (con poche eccezioni), riconducendo il tutto ai meccanismi di programmazione sanitaria. Sono infatti le Regioni che indicano, quando addirittura non definiscono direttamente come nel caso della Liguria, il volume di risorse da destinare alle Aziende Ospedaliere. Il ruolo delle Aziende territoriali è, per lo più, limitato alla formale negoziazione dei volumi di attività, se non al semplice trasferimento delle quote di finanziamento.

L'analisi delle delibere di assegnazione dei fondi regionali effettuata da Fioravanti, Ratti, Spandonaro ribadisce quanto già delineatosi l'anno scorso: ovvero, la ricerca dell'efficienza non passa per meccanismi competitivi, bensì per un controllo finanziario direttamente proporzionale all'importanza del vincolo di bilancio. Più le Regioni sperimentano disavanzi rilevanti, più tendono a gestire in modo accentrato la destinazione delle risorse; solo Regioni storicamente a basso livello di disavanzo si possono permettere il "rischio" di affidarsi al "mercato" per (almeno in parte) l'allocazione delle risorse agli erogatori: il contributo citato mostra, infatti, come esista una correlazione inversa fra disavanzi e assegnazione libera delle risorse sulla base del puro bisogno assistenziale.

In questo contesto, il neo-centralismo regionale, recentemente richiamato in vari studi, assume quindi una valenza di modello generale di sistema, con gradi diversi di applicazione fra le Regioni, e trova una sua ragion d'essere, da una parte nell'esigenza di ottenere maggiore efficienza con meccanismi riconducibili alle economie di scala (consorzi di acquisto, aree vaste, ecc.), dall'altra in quella di distribuire il disavanzo fra le diverse aree e le diverse funzioni.

La questione è, quindi, se si sia davanti al fallimento del meccanismo competitivo per ragioni strutturali (ad esempio la mancanza di sanzione economica per le strutture pubbliche, che in Italia rappresentano una quota elevatissima dell'offerta totale) o per ragioni congiunturali: il sospetto è che una situazione di sostanziale equilibrio finanziario sia condizione necessaria, ancorché non sufficiente, per innescare un meccanismo competitivo virtuoso.

In termini operativi sono molte le strategie con cui si tenta di perseguire una maggiore efficienza del sistema.

L'elemento organizzativo, ripreso poi nell'ultima sezione del Rapporto, ha certamente un ruolo fondamentale. Da questo punto di vista l'esperienza tedesca descritta da Janus, Amelung nel cap. 2.2, è certamente interessante.

In particolare si riferisce all'integrazione delle cure che rappresenta un punto debole dei sistemi in tutti i Paesi industrializzati, a fronte dell'invecchiamento che produce una maggiore quantità di malattie croniche, ma anche dello sviluppo tecnologico che richiede un maggior coordinamento terapeutico.

L'interesse per l'integrazione dell'offerta travalica quello per la mera riduzione dei costi nel breve periodo, per assumere una valenza strategica a medio-lungo termine.

L'analisi degli autori evidenzia come in Germania, malgrado il recente aumento di contratti (sempre più sofisticati) tesi all'integrazione, il processo trova un intrinseco limite nell'incertezza dei ritorni economici a fronte di investimenti rilevanti. Sebbene l'analisi sia sviluppata in un contesto diverso da quello italiano (sistema di tipo mutualistico, con eroga-

tori sostanzialmente privati), l'esperienza descritta contiene elementi utili di discussione per lo sviluppo del rapporto pubblico-privato nel nostro SSN, in particolare con l'obiettivo di rafforzare realmente l'assistenza territoriale e realizzare compiutamente la cosiddetta continuità assistenziale.

L'evidenza ci dice che la riduzione dei costi ottenibile con una maggiore integrazione dell'offerta è un passaggio verso l'efficienza in senso lato del sistema, ovvero la sua capacità di rispondere alle nuove sfide dell'invecchiamento e in particolare della co-morbidità.

Un altro approccio è quello della ricerca di una maggiore efficienza sul lato degli approvvigionamenti. La problematica rappresenta un elemento importante dei tentativi di razionalizzazione dei costi del sistema: nel contributo di Bettacchi, Russo (vd. cap. 2.3) si mostrano i progressi e gli sviluppi del Programma di Razionalizzazione degli Acquisti che Consip realizza per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

In particolare è rilevante l'impegno a garantire insieme ai risparmi finanziari la qualità degli approvvigionamenti. In questa ottica si sta sviluppando un'attività orientata a rendere il prodotto/servizio offerto ancora più rispondente alle esigenze della Pubblica Amministrazione, mediante la realizzazione in forma sperimentale di un Sistema che preveda un Monitoraggio Sistemático dei livelli di servizio, finalizzato a:

- attribuire a Consip un ruolo di Garante del rispetto dei livelli qualitativi previsti nelle Convenzioni;
- costituire un Sistema Integrato di Rilevazione dei livelli di servizio erogati attraverso una verifica costante delle prestazioni erogate dai Fornitori.

Per quanto attiene al Mercato Elettronico della P.A., il 2004 è stato caratterizzato da un'ampia estensione e diffusione dello strumento, con il raggiungimento di obiettivi di risultato estremamente soddisfacenti.

Malgrado ciò, rimane sospeso il giudizio sulla capacità del sistema di raggiungere livelli accettabili di efficienza in termini complessivi. La definizione di una misura dell'efficienza è certamente una delle questioni non del tutto risolte che attengono al settore sanitario. Peraltro in assenza di tentativi di misura dell'efficienza, molti dei precedenti ragionamenti trovano forti limiti esplicativi.

Grazie alle informazioni pubblicate dall'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali (ASSR) relativamente all'attività e ai costi delle Aziende Ospedaliere per gli anni 2001-2002, nel cap. 2.4 di Fioravanti, Polistena, Spandonaro si tenta di apprezzare l'(in)efficienza delle Aziende Ospedaliere. Il risultato dello studio mostra, in modo relativamente sorprendente, che anche standardizzando (ovvero: rendendo omogenei) i volumi di attività (di ricovero) degli Ospedali, le differenze di costo per ricovero medio standard superano le 3 volte (da poco più di € 2.000 a ricovero a oltre € 6.700).

Gli autori propongono tre possibili spiegazioni del fenomeno, osservando che l'indicatore costruito, trattandosi di un semplice rapporto fra costi e attività svolta in termini di "punti DRG", può risentire di errori sia del numeratore che del denominatore.

In pratica le differenze possono, in primo luogo, dipendere dal fatto che Conti Economici (CE) ministeriali potrebbero non essere confrontabili, per differenze nella prassi contabile o per reale inattendibilità del dato fornito.

Tale evenienza, sebbene sia effettivamente probabile, comporta una forte preoccupazio-

ne sulla correttezza delle scelte di politica sanitaria che, evidentemente, si basano sui dati di bilancio; se fosse confermato il fenomeno, esisterebbe anche un problema di trasparenza, che pure era alla base della volontà di aziendalizzazione delle strutture sanitarie e che ha comportato il voler assoggettare la contabilità delle Aziende Sanitarie alle logiche e al contesto giuridico delle aziende private.

Analogamente se i “problemi” fossero al denominatore (punti DRG prodotti), dovremmo desumerne che il sistema tariffario adottato ha conseguenze distorsive sia sul sistema di finanziamento che sulla valutazione dell’attività delle Aziende Ospedaliere, facendo cadere un ulteriore caposaldo della riforma degli anni ’90.

Infine, è possibile che una quota rilevante della variabilità sia spiegabile con (seri) problemi di (in)efficienza o di qualità delle prestazioni rese.

Per approfondire il tema è stata condotta un’analisi econometrica, che porta con sufficiente convinzione ad affermare che nel sistema ospedaliero, almeno limitatamente alle Aziende Ospedaliere pubbliche oggetto di indagine, esistono problemi significativi sia sul lato del finanziamento che su quello dell’efficienza.

Infatti, pur rimanendo il dubbio che possano esistere rilevanti problemi di confrontabilità dei dati contabili, la cui importanza quantitativa è peraltro allo stato attuale non inferibile, emergono alcune indicazioni di inadeguatezza dell’attuale sistema tariffario basato sui DRG.

Le strutture monospecialistiche risultano penalizzate (almeno sulla carta, perché in molte Regioni ricevono finanziamenti aggiuntivi), mentre quelle con quote rilevanti di ricoveri ad alta complessità potrebbero essere in qualche modo favorite (anche se potrebbe però trattarsi di una maggiore efficienza di tali strutture rispetto a quelle a bassa intensità assistenziale).

Sembra, altresì, emergere una dimostrazione dell’esistenza di problemi di inefficienza tecnica, sia a fronte dell’associazione statistica di maggiori livelli di produttività con minori livelli di costo, sia di una quota rilevante di variabilità residua, sia sovra regionale che a livello di singola Regione, che non trova spiegazione in fattori strutturali o attinenti alla natura (contabile e tariffe DRG) dei dati utilizzati.

Peraltro la dimensione stessa degli scarti (una differenza che ricordiamo essere dell’ordine di oltre tre volte fra struttura più costosa e struttura meno costosa) di per sé suggerisce che è impensabile possa dipendere da soli fattori contabili o di distorsione tariffaria. Quanto sopra (ri)porta quindi la questione dell’efficienza tecnica del sistema ospedaliero al centro dell’attenzione delle politiche sanitarie.

Infine si pone anche un problema di distribuzione delle risorse per l’assistenza ospedaliera: in primo luogo sarebbe auspicabile che le tariffe fossero definite per singola tipologia di struttura, tenendo conto di fattori aggiuntivi, quali la complessità clinica; inoltre si evidenziano seri problemi sul versante delle modificazioni strutturali dell’assetto produttivo (piante organiche squilibrate sembrano rappresentare elementi critici per l’efficienza delle strutture).

I sistemi di finanziamento regionale suppliscono ai limiti intrinseci nell’attuale sistema di tariffazione, riconoscendo finanziamenti aggiuntivi per funzione o semplicemente ad hoc: il rischio è che così prevalga la logica del finanziamento a piè di lista (o storico), vanificando

le proprietà del sistema di pagamento prospettico in termini di incentivazione dell'efficienza del settore ospedaliero.

Si tratta quindi di trovare nuovi strumenti che premino le aziende virtuose e/o penalizzino quelle con performance peggiori.

Lo studio condotto indica una strada percorribile, rappresentata dalla stesura di classifiche degli Ospedali per performance economiche, integrandole con quelle cliniche.

In conclusione, la strada per giungere ad una ottimale efficienza (anche semplicemente tecnica) del sistema sembra ancora lunga e alcune delle strade intraprese sembrano non andare nella giusta direzione, privilegiando l'obiettivo finanziario del pareggio di bilancio a breve termine, a scapito di investimenti capaci di migliorare strutturalmente la performance complessiva del sistema.

L'Empowerment

A livello internazionale appare ormai evidente che la capacità del cittadino (o dell'utente del servizio) di prendere decisioni appropriate gioca un ruolo fondamentale nella tenuta dei sistemi sanitari.

Sebbene l'*empowerment* sia al centro delle riforme in molti Paesi (si vd. ad esempio i contributi sul sistema sanitario di Francia e Germania contenuti nel Rapporto CEIS Sanità 2004), in Italia il tema non sembra essere stato compreso in tutta la sua importanza.

Nel cap. 3.1 di Giordani si testimonia come l'attenzione verso il tema del governo della domanda sanitaria sia alta, ma occorrerebbe una maggiore capacità di integrazione di tutti gli strumenti disponibili, così come un sistema di monitoraggio e di analisi ex post sulla loro reale efficacia.

In particolare le azioni di prevenzione, educazione e promozione della salute, per realizzare le quali si stanno sviluppando negli ultimi anni interessanti strategie di social marketing, sembrano carenti della valutazione del loro rapporto costo-efficacia. Una indagine conoscitiva effettuata a livello regionale e locale conferma la mancanza di definizione e di utilizzo di indicatori che rilevino l'efficacia dei messaggi informativi, diffusi in termini di reale modifica di comportamento degli utenti destinatari dovuta al messaggio stesso.

Ugualmente andrebbe approfondito l'utilizzo degli strumenti indiretti di governo della domanda; gli interventi di organizzazione dell'offerta che interessano direttamente gli operatori sanitari, indirettamente contribuiscono ad una certa selezione della domanda, eliminando quella "impropria" e orientando quella "propria" verso un particolare fornitore e/o un certo percorso curativo in base ai principi della Evidence Based Medicine (EBM) e ai criteri di priorità. Tale tipologia di strumenti risulta di fondamentale importanza anche in considerazione del fatto che sembra difficile immaginare che si possa lasciare alla sola etica professionale del medico il compito di garantire l'appropriatezza delle prestazioni.

Si può far riferimento all'*empowerment* anche per le esperienze di rendicontazione sociale, finalizzata a rendere conto al cittadino (e agli altri stakeholder interni ed esterni) del grado di raggiungimento degli obiettivi preventivamente esplicitati dall'Azienda.

Nel contributo di Di Filippo, Tanese (vd. cap. 3.2) si indicano alcune linee di sviluppo rilevanti; in primo luogo sarebbe opportuno un "allineamento" dei diversi documenti attra-

verso i quali le Aziende definiscono i propri obiettivi e misurano i propri risultati. Infatti in alcuni casi il contributo raccoglie l'impressione che il bilancio sociale sia stato oggetto di una riflessione ad hoc, quasi come se l'Azienda dovesse ripensare a ciò che fa o ai propri portatori di interesse per la prima volta. Sebbene nella fase iniziale ciò possa essere ragionevole, è tuttavia evidente che a regime la rendicontazione a consuntivo debba trovare coerenza con i documenti di programmazione e in generale con tutti gli altri documenti aziendali che esplicitano missione, obiettivi, risorse e risultati dell'Azienda.

Una seconda considerazione degli autori evidenzia la necessità che il bilancio sociale non riguardi unicamente il rapporto tra la singola Azienda e il proprio contesto di riferimento, ma integri al suo interno il rapporto tra Azienda e Regione. Questo perché, a partire dall'esigenza di garantire coerenza tra programmazione e rendicontazione, è evidente come il bilancio sociale di un'Azienda Sanitaria, nel momento in cui intende comunicare ai cittadini l'esito delle proprie azioni, renda esplicito anche il grado di attuazione della politica regionale. In un sistema sanitario sempre più regionalizzato, il bilancio sociale è quindi anche uno strumento di restituzione ai cittadini di quanto essi in ultima istanza hanno richiesto al livello regionale attraverso il meccanismo della rappresentanza.

Una terza riflessione concerne l'aspetto metodologico della rendicontazione sociale, perché in teoria la maggior parte dei bilanci sociali redatti dalle singole Aziende dichiara di ispirarsi o di applicare gli standard definiti dal Gruppo per il Bilancio Sociale (GBS), quando poi nell'applicazione quasi tutti se ne discostano sensibilmente, almeno per la parte che attiene alla riclassificazione dei dati contabili e al calcolo del valore aggiunto, che costituisce una parte essenziale, se non qualificante, dello standard GBS. Una definizione di criteri comuni e condivisi di realizzazione del bilancio sociale potrà probabilmente nei prossimi mesi essere soddisfatta dalle "Linee guida per la realizzazione del bilancio sociale", recentemente realizzate dal Foromez nell'ambito di un progetto del Dipartimento della Funzione Pubblica, la cui presentazione ufficiale è prevista entro la fine del 2005, e anche dai lavori del Centro interaziendale per il bilancio sociale della Regione Umbria.

Secondo gli autori sarebbe in particolare opportuno uscire da una prospettiva del bilancio sociale unicamente come pratica del singolo soggetto, per andare invece verso un'etica comune della responsabilità, formalizzata in patti di corresponsabilità tra tutti i soggetti pubblici e privati che a livello locale cooperano per contribuire, con ruoli diversi, alla qualità della vita delle persone.

Nel contributo di Meneguzzo (vd. cap. 3.3) è stata individuata l'evoluzione dei profili strategici delle Aziende Sanitarie, per effetto di cambiamenti esterni e interni alle Aziende stesse. Particolare attenzione è stata dedicata all'analisi dell'ambiente locale di riferimento (aspetti demografici, territoriali, epidemiologici, culturali, presenza di risorse locali, possibilità di sinergie con altre Istituzioni) per spiegare le scelte strategiche, inizialmente di tipo convenzionale, basato su piani, e successivamente evoluto verso approcci meno tradizionali e più proiettati verso l'esterno, come ad esempio il posizionamento dell'Azienda Sanitaria in ampie reti.

Sembra tramontare, negli anni più recenti, l'attenzione delle Aziende al processo strategico e sembra, invece, emergere interesse sulle finalità della strategia, passando dalla definizione di obiettivi al coinvolgimento e alla partecipazione di altri attori; si rafforza, così, la componente di controllo strategico.

L'Efficacia

La valutazione di un sistema sanitario non può prescindere dai suoi risultati in termini clinici; l'outcome research in Italia trova un limite spesso insormontabile nella mancanza di dati organici e integrati.

In questo contesto ogni informazione, seppure parziale, è utile.

I dati di mortalità costituiscono una delle poche fonti di informazione utilizzabile e rappresentano un dato epidemiologico solido e per certi versi esaustivo: vengono infatti rilevati su tutto il territorio nazionale e sono codificati secondo criteri di uso e validità internazionale.

Come riportato nel cap. 4.1 redatto da Conti, Mennini, Minelli, Palazzo, Solimini, Stirparo e Toccaceli, essi costituiscono il più rilevante elemento disponibile ai fini della quantificazione dei costi umani delle malattie.

Gli autori hanno condotto un'analisi della mortalità a livello regionale, calcolando i YPLL (Years of Potential Life Lost – Anni di vita potenziale persi) e le mediane di morte, in generale e per alcune cause specifiche (tumore del Polmone, della Mammella e del Colon Retto e, tra le cause violente, gli incidenti stradali e i suicidi).

Il quadro che ne emerge suggerisce che anche l'efficacia del sistema è ancora disomogenea nelle Regioni, lasciando supporre che esistano gravi carenze quanto meno in campo preventivo.

In primo luogo, considerando solo l'età mediana della morte, emergono differenze tra Nord e Sud limitatamente per le donne: sembrerebbe, in altri termini, che le donne del Sud tendenzialmente muoiano prima di quelle del Nord, mentre negli uomini un tale andamento non è osservabile.

Nelle donne il differenziale fra le Regioni è sistematicamente più alto (vd. in particolare il tumore della mammella con uno scarto massimo di 12,5 anni tra le Regioni con età mediana di morte più alta e più bassa, e anche del cancro del colon retto con 3,8 anni per i maschi e 6,2 per le donne).

Queste evidenze, sebbene andrebbero approfondite con studi ad hoc, possono suggerire l'esistenza di un ritardo nell'attuazione dei previsti programmi di prevenzione, e in particolare dello screening mammografico.

Da queste brevi osservazioni ne deriva la necessità di un approfondimento per singole patologie con l'intento di verificare se una precoce mortalità in alcune Regioni, indipendentemente dai livelli quantitativi, possa essere effettivamente indice di una minore efficacia dell'intervento sanitario, oppure se è spiegabile attraverso altri fattori di tipo epidemiologico o addirittura sociale.

L'Equità

Il Rapporto CEIS Sanità 2004 ha proposto di incrementare l'attenzione sull'equità del sistema, sia sul versante del finanziamento ("chi paga per il sistema pubblico"), sia (per la prima volta in Italia) su quello della fairness quale approccio utile a comprendere l'equità del sistema sul versante dell'impatto della spesa sanitaria privata out of pocket sui bilanci familiari.

L'integrazione dei due approcci sembra di rilevante importanza in considerazione della debolezza concettuale dell'estensione del concetto di misura della progressività ai consumi

sanitari privati: per assurdo la spesa out of pocket potrebbe risultare progressiva, essendo maggiormente sostenuta dalle famiglie più ricche; sembra peraltro evidente che esiste una profonda differenza concettuale fra un prelievo (tramite imposta) il cui onere finanzia un beneficio per i più bisognosi ed una spesa sanitaria familiare a cui corrisponde, come contropartita, l'acquisizione del relativo beneficio.

Si consideri, peraltro, che escludere dal campo dell'utile applicazione degli indici di redistribuzione la spesa sanitaria diretta delle famiglie lascia un vuoto conoscitivo, particolarmente importante in un contesto come quello italiano, ove la spesa sanitaria privata è pari al 24,9% (OCSE, 2003) del totale, e in larga misura condizionata dalle politiche pubbliche, mediante il trasferimento di oneri derivante dai livelli di compartecipazione alla spesa (ticket, ormai di pertinenza regionale) adottati.

Infine, ci sembra rilevante considerare che è nella natura di un Sistema Sanitario Pubblico di stampo universalistico, quello di assicurare i cittadini dall'insorgenza degli oneri economici derivanti dalla malattia: non a caso si parla di "assicurazione sociale". In tale prospettiva, sebbene la spesa diretta possa in via di principio essere giustificata su un piano di efficienza, si pensi alla compartecipazione quale strumento di moderazione dei consumi inappropriati che, qualora superi predeterminati livelli e rappresenti quindi un onere rilevante sul budget familiare, configura un fallimento del meccanismo assicurativo.

Sul lato del finanziamento, sembra opportuno sottolineare che a fronte di una larga parte del finanziamento derivante dalla fiscalità generale, trasferita alle Regioni per gli scopi di erogazione dell'assistenza sanitaria, l'effetto redistributivo finale stimato dipende in larga parte dalle ipotesi fatte sulla composizione dei trasferimenti. Nei contributi apparsi nei Rapporti CEIS 2003 e 2004, si è ragionato in base all'evoluzione normativa, adottando implicitamente la visione del D. Lgs. n. 56/2000, il quale ha previsto l'abolizione dei trasferimenti centrali (almeno ex ante) sostituiti da tributi propri regionali e compartecipazione all'IVA.

Su questo aspetto sembra doveroso segnalare due questioni: in primo luogo il sostanziale "congelamento" della norma citata, che di fatto non giustifica completamente l'ipotesi di un effettivo trasferimento sull'IVA di una quota rilevante del finanziamento del sistema sanitario pubblico; in secondo luogo, che definire un impatto equitativo derivante dalla quota di compartecipazione regionale all'IVA potrebbe essere relativamente poco significativo. Un primo motivo è che è stato contestualmente abolito il vincolo di destinazione dei fondi alla sanità. Il secondo è che la scelta di utilizzare l'IVA e non, ad esempio, le imposte dirette ai fini della suddetta compartecipazione, deriva da ragioni tecniche e ha risvolti economici significativi, ma probabilmente non implica scelte di tipo equitativo; in altri termini se la sanità "riceve" una quota del gettito IVA, di cui abbiamo già misurato la regressività nei Rapporti CEIS Sanità 2003 e 2004, contestualmente altre funzioni statali riceveranno maggiore finanziamento da imposte dirette, implicando nei fatti un finanziamento più progressivo.

Con le premesse citate, Doglia e Spandonaro (cap. 5.1) stimano che il sistema di finanziamento del SSN al netto del contributo delle compartecipazioni alla spesa risulta sempre più regressivo, per effetto dell'aumento dell'importanza della quota di gettito derivante dalla compartecipazione fiscale all'IVA; peraltro ciò avviene in un contesto di regressività complessiva del prelievo, anzi per la sanità l'effetto sarebbe in qualche modo mitigato.

Gli effetti redistributivi sono per lo più attribuibili alla componente verticale, con un contributo aggiuntivo derivante da fenomeni di re-ranking (lo scambio di posizione delle famiglie nella distribuzione dei redditi dopo il prelievo fiscale).

Il permanere di disavanzi significativi a livello regionale, in una logica di federalismo fiscale, dovrebbe far prevedere che nel futuro ci dovranno essere incrementi di imposizione a livello delle stesse. L'analisi condotta permette di inferire che l'ulteriore ricorso a imposizione indiretta comporterà ovviamente ulteriori aumenti della regressività del sistema. Per tale motivo sembra particolarmente interessante verificare l'impatto di un incremento delle addizionali regionali IRPEF.

A tal fine, sono state scelte alcune delle diverse modulazioni effettivamente utilizzate da parte delle Regioni. In particolare l'opzione di aumentare l'aliquota unica sino all'1,4% (in tutte le Regioni); inoltre si è simulata l'opzione delle due aliquote (attualmente in uso in Piemonte e Umbria con aliquote diverse) e infine quella delle 4 aliquote nella versione "estrema" utilizzata nelle Marche (adottata con diverse aliquote anche da Lombardia e Veneto).

L'analisi conduce alla conclusione, peraltro attesa, che gli effetti prodotti dalle diverse modalità di prelievo delle addizionali IRPEF non sono neutrali; seppure rendano il prelievo meno regressivo, gli effetti sono limitati e provengono dalla componente verticale della redistribuzione.

L'attenzione si dovrà, quindi, concentrare sul gettito atteso e sugli effetti particolari a livello regionale.

Sulla prima questione sembra evidente che l'aumento delle addizionali all'1,4% non è da solo sufficiente a coprire i disavanzi attesi. Neppure l'ipotesi di struttura delle Marche (con aliquota che sale fino al 4,0%) sembra del tutto congrua. Peraltro se la copertura fosse garantita con un mix comprendente compartecipazioni, il segno redistributivo sarebbe molto probabilmente negativo.

Si consideri infine che a livello regionale gli effetti potrebbero essere ulteriormente diversi, per effetto delle diverse strutture delle distribuzioni dei redditi: è opportuno quindi che le Regioni effettuino valutazioni quantitative sui reali effetti redistributivi prima di decidere modalità di prelievo ulteriori.

Sul versante dei consumi sanitari privati, si sottolinea (cfr. Doglia, Spandonaro cap. 5.2) come un numero ancora rilevante di famiglie, 19.204 secondo l'approccio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), 297.229 nella rielaborazione effettuata sulla base delle soglie di povertà relativa e assoluta dell'ISTAT, cadono mediamente ogni mese sotto la soglia di povertà a causa di spese sanitarie.

Rispetto al 2002, il numero aumenta con la metodologia WHO di circa il 18,0% e di circa il 12,0% con la correzione CEIS.

Inoltre una quota di famiglie, in larga misura distinte dalle prime, è chiamata a sostenere spese sanitarie cosiddette "catastrofiche", ovvero superiori al 40,0% della propria capacity to pay. Si tratta di 940.427 famiglie (168.891 se si fa riferimento alla metodologia della WHO), che in qualche modo possiamo dire che sono in "affanno" economico a causa dei consumi sanitari; tali nuclei, anche se in alcuni casi possono far fronte senza problemi alle spese, esprimono con la loro volontà di consumo una disaffezione verso il SSN, e

sono potenzialmente incentivate a chiedere la libertà di fuoriuscire dal sistema sanitario obbligatorio nazionale (opting out).

Complessivamente la fairness del sistema, misurata tramite l'indice FFC (Fairness in Financial Contribution), migliora portando il Paese a livelli più simili a quelli di altri Paesi europei (Spagna e Francia), ma ancora lontani dai Paesi più "fair" quali: Regno Unito, Danimarca, Svezia o Germania. A livello regionale le differenze risultano notevoli, si rilevano alcuni miglioramenti sia al Nord (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) che nel Centro-Sud (Campania e Lazio).

L'elemento in complesso più denso di implicazioni appare però l'osservazione che la natura di assicurazione sociale (universale) del SSN italiano sembra incompiuta: la spesa sanitaria diretta delle famiglie continua ad essere in assoluto rilevante e per molte famiglie rappresenta un onere economico significativo, vuoi per l'incidenza dei ticket, vuoi per la carenza di servizi in alcune aree di cura, vuoi ancora per l'autonoma decisione di non utilizzare i servizi gratuiti forniti dal settore pubblico.

A priori si può dire che dovendo (o volendo) affrontare una spesa sanitaria privatamente, si ha una probabilità nel 2,0% dei casi di impoverirsi e nel 7,0% di spendere oltre il 40,0% della propria capacity to pay.

Assistenza odontoiatrica e LTC sembrano confermarsi i principali bisogni residui della popolazione italiana, in quanto non adeguatamente coperti dall'assicurazione pubblica: la nostra analisi ne quantifica l'impatto sui bilanci familiari.

L'analisi della composizione della spesa out of pocket delle famiglie povere indica che il sistema delle esenzioni urge di una riforma sostanziale, essendo in generale poco selettivo (in alcune Regioni in pratica rende inutili i ticket) e nello stesso tempo non garantisce l'assenza di oneri per le famiglie povere.

Le ragioni dell'impoverimento e delle spese catastrofiche, pur con elementi comuni, sembrano distinte. Nel primo caso LTC e ticket sembrano giocare un ruolo fondamentale; nel secondo caso anche il ricovero ospedaliero e il dentista hanno un'importanza rilevante per le famiglie più ricche.

L'accesso alle cure (in particolare le liste di attesa), le politiche di compartecipazione e le connesse esenzioni e l'adeguata copertura per le cure odontoiatriche e per la disabilità (LTC), sono quindi tre fattori prioritari per rendere realmente compiuto il disegno universalistico del Sistema Sanitario Nazionale italiano.

La Qualità

La qualità di una organizzazione è una dimensione complessa e difficilmente misurabile. Nel loro contributo Capponi, Cepiku, Greco (cap. 6.1) evidenziano come una medesima meta, il miglioramento della qualità, possa essere perseguita in diversi modi.

L'analisi delle esperienze di alcune importanti strutture sanitarie mostra, secondo gli autori, come utilizzando più approcci e modelli (accreditamento, audit organizzativo, ecc.) implementati in tempi e modalità che tengano conto del contesto di riferimento, si può perseguire comunque efficacemente la qualità aziendale.

A riprova della ricchezza degli approcci possibili, vogliamo segnalare nel contributo di Feldstein (cap. 6.2) relativo al sistema sanitario USA, la tendenza ad introdurre sistemi di pa-

gamento diversificati in funzione della qualità (pay per performance). L'esperienza USA (dove la pratica di prezzi imposti è vietata dal 1982!) è in qualche modo opposta a quella del nostro Paese, in cui la remunerazione delle strutture e dei professionisti è di fatto rigida: ci sembra di poter segnalare come tale pratica, probabilmente frutto di una preoccupazione legata all'equità nell'accesso alle cure, sia però foriera di elementi distorsivi sul versante della qualità.

Fra le questioni connesse alla qualità delle strutture sanitarie, sta infine emergendo con prepotenza la questione della sicurezza e del risk management.

Pelliccia e Pieralli (cap. 6.3), analizzando gli sviluppi a livello sia italiano che internazionale, mostrano come sia ormai piuttosto diffusa la consapevolezza dell'esistenza di un rischio connesso all'attività clinica, ma nello stesso tempo si conosca ancora poco della diffusione degli eventi avversi e del relativo impatto economico. Le stime più attendibili parlano di eventi avversi in percentuali che vanno dal 3,0% a oltre il 16,0% dei ricoveri. In ogni caso l'impatto economico è rilevante: basti pensare che il NHS britannico eroga risarcimenti per £ 400 mil. annui.

Ci sono evidenti ragioni di natura finanziaria, etica e sociale per considerare tale questione meritevole di intervento e per attivare misure di gestione del rischio nelle Aziende Sanitarie: il concetto di risk management si è ormai evoluto e tende a contemperare gli aspetti dell'attività clinica, quelli economico-finanziari e quelli relativi al contenzioso.

Molti Paesi europei hanno già predisposto proprie soluzioni istituzionali: alcuni di essi si sono focalizzati sui modelli di gestione del contenzioso, altri sulle soluzioni assicurative, altri ancora sono riusciti a sviluppare programmi integrati per la gestione del rischio che unificassero questi vari aspetti. Sono stati inoltre attivati alcuni sistemi nazionali di incident reporting.

A livello italiano le singole Regioni hanno promosso una molteplicità di iniziative, spesso focalizzate nell'istituzione della figura del risk manager a livello aziendale. Si tratta, in ogni caso, di interventi estremamente eterogenei, in alcuni casi attinenti esclusivamente agli aspetti legali e finanziari del rischio, in altri integrando le competenze cliniche e quelle manageriali. Un aspetto critico è quello per cui sembra che le iniziative suddette si stiano sviluppando senza che tuttavia venga valutata l'efficacia degli interventi.

Sarebbe, inoltre, necessaria una riflessione scientifica sull'efficienza delle soluzioni assicurative e sulle modalità con cui vengono trasferiti i rischi. Si tratta di un tema fondamentale per chiarire le dinamiche tra i due sistemi che sono in grado di garantire la tenuta delle organizzazioni sanitarie. In particolare risulterebbe utile che le Aziende Sanitarie fossero in grado di distinguere i rischi eliminabili, quelli assicurabili, e infine quelli efficientemente assicurabili.

L'Organizzazione dei servizi sanitari

Gli aspetti dell'organizzazione di interesse dei sistemi sanitari sono molteplici e hanno un ruolo che si sta dimostrando sempre più cruciale nel garantire efficienza ed efficacia dei servizi.

In questa sezione del Rapporto abbiamo raccolto, senza pretesa di esaustività, alcuni contributi che approfondiscono temi specifici che ci sembrano degni di attenzione.

Nel cap. 7.1 di Borgia e Doglia sono stati analizzati alcuni aspetti del contributo alla tutela sanitaria delle forme di assicurazione sanitaria individuale e collettiva.

Il tema, e in particolare quello della cosiddetta “sanità integrativa”, è attualmente trascurato, seppure le pressioni finanziarie sul sistema, la necessità di rivedere la struttura delle compartecipazioni e delle esenzioni, l’opportunità di aumentare la libertà di scelta, indicino (in accordo con alcune indicazioni a livello europeo) che il secondo pilastro è utile se non necessario.

Dall’attuale quadro del mercato delle assicurazioni sanitarie, delineato da Borgia e Doglia, emerge una scarsa redditività del Ramo Malattia (il risultato tecnico è negativo nel 2004 per € 51 mil.) dovuta a diversi fattori, come la difficile gestione dei fenomeni inflattivi sui costi sanitari, la concentrazione degli assicurati su classi di età tendenzialmente elevate ed un generale fenomeno di selezione avversa.

Inoltre si evidenzia come le prestazioni garantite dalle polizze di assicurazione sanitaria integrativa siano sostanzialmente duplicative di quelle offerte dal SSN, ma anche che la spesa out of pocket delle famiglie assicurate sia maggiore (€ 141) di quella delle famiglie non assicurate (€ 85).

Tutti questi sono segnali di inefficienza del sistema sanitario che, sommati all’evidente sofferenza del Ramo Malattia, costituiscono un ostacolo allo sviluppo della sanità integrativa. La promozione dell’assistenza sanitaria integrativa, attraverso opportuni interventi che ne incoraggino l’acquisto, comporterebbe un ampliamento della popolazione assicurata: un obiettivo socialmente rilevante, stante l’elevata quota di spesa out of pocket che caratterizza il sistema italiano. Permetterebbe, inoltre, una diversa politica dei rimborsi del settore pubblico, che attualmente fissa congiuntamente sia il “prezzo” della prestazione che la sua quota di rimborso, con effetti potenzialmente distorsivi sul mercato, specialmente sul versante della qualità (vd. il contributo di Feldstein, cap. 6.2)

Lo sviluppo della sanità integrativa contribuirebbe, infine, a ridurre gli effetti dell’antiselezione permettendo alle Compagnie di assicurazione di sviluppare la loro offerta attraverso premi più contenuti, favorendo così il finanziamento e l’accesso alle cure degli assicurati. De Gaetano e Donia Sofio (cap. 7.2) hanno invece analizzato l’organizzazione dell’assistenza agli stranieri irregolari, la cui importanza è certamente rilevante e rappresenta una importante questione di sanità pubblica. Sebbene non si disponga di informazioni sufficienti per stabilire la congruità degli stanziamenti rispetto alle spese effettivamente sostenute, l’unica certezza che emerge dall’analisi è il fatto che tali risorse siano state interamente utilizzate. Tuttavia, dal confronto dei trend di spesa e di presenza, risulta evidente una forte dissociazione tra le due realtà. Tale circostanza lascia desumere che gli stanziamenti in questione non vengano stabiliti in base a dati certi che consentano un’adeguata programmazione. Ciò comporta due possibili alternative. La prima è che i fondi non siano davvero sufficienti a coprire le spese sostenute, lasciando un oneroso fardello sui già precari bilanci delle varie ASL o Regioni.

La seconda possibilità è che i fondi risultino “mediamente” adeguati ma, data la loro distribuzione costante, contrapposta a quella altamente variabile delle presenze straniere irregolari, si abbiano anni in cui si dispone di risorse in eccesso e altri in cui non si riesca a coprire che una parte delle spese sostenute, con evidenti inefficienze.

Martins (cap. 7.3) ci descrive le principali questioni sull'agenda delle politiche sanitarie australiane: emerge un quadro che è per molti versi sovrapponibile a quello italiano, con problematiche legate ai vicoli di bilancio, alla cultura della gestione, all'incapacità dei co-payment di garantire un contenimento dei consumi e, in particolare, al permanere di alcune disuguaglianze nell'accesso e nei risultati.

Se a livello di Paesi sviluppati le problematiche sembrano sempre più comuni, sembra interessante analizzare quali problematiche stanno affrontando i Paesi in transizione, per i quali riteniamo che l'esperienza italiana, pur con le sue problematichità, potrebbe rappresentare un utile riferimento.

Le principali problematiche manageriali da affrontare in Albania sono state elencate da Cepiku (cap. 7.4): l'assenza di sistemi aziendali di gestione della qualità, la gestione carente delle cartelle cliniche, le competenze professionali inadeguate, la scarsa continuità e coerenza nella formazione dei medici di base, gli standard e linee guida non aggiornati, informazioni sui costi limitate, la sottoutilizzazione delle risorse e delle strutture, un debole collegamento tra assistenza sanitaria di primo livello e assistenza ospedaliera e specialistica. Inoltre un debole collegamento tra assistenza sanitaria di primo livello e popolazione, una frammentazione delle responsabilità di gestione e finanziamento tra Ministero della Salute, Istituto dell'Assicurazione Sanitaria, amministrazioni locali, una corruzione diffusa e l'assenza di meccanismi di informazione e consultazione dei pazienti e dei cittadini.

A riprova di quanto sopra affermato relativamente al ruolo che nel campo dell'organizzazione sanitaria l'Italia può giocare a livello internazionale, molti dei temi citati sono stati recentemente oggetto di rivisitazione nel SSN italiano e sono anche ripresi nel presente Rapporto.

Analoghe osservazioni, anche se in contesto diverso, possono essere fatte per l'evoluzione del sistema ungherese (Gulacsi cap. 7.5), quale esempio di nuovo Paese facente parte della UE. In particolare la rapida crescita della spesa farmaceutica, i problemi di pagamento degli erogatori, ecc. In tale sistema, anche per effetto dell'entrata nella Comunità Europea, già si affacciano problemi che sono comuni con i sistemi sanitari più avanzati: citiamo senza pretesa di esaustività l'adozione dei DRG, le politiche di risk management e la certificazione della qualità.

Nel cap. 7.6 di Schweiger si analizza la spesa sociale e sanitaria in Argentina, partendo dagli aspetti di natura epidemiologica del Paese e considerando anche le modalità di finanziamento della sanità.

In particolare sono stati evidenziati gli effetti della svalutazione della moneta argentina, avvenuta nel 2001, sul sistema sanitario argentino e i conseguenti interventi nazionali di "riorganizzazione" del sistema argentino, dove sono stati avviati numerosi programmi volti al miglioramento della salute dei cittadini; si pensi ad esempio alla Legge sulla prescrizione dei farmaci per nome generico, alle azioni di qualificazione del personale sanitario, all'introduzione di nuovi modelli di cure, in termini di gestione e di finanziamento.

Le raccomandazioni del CEIS Sanità

Anche quest'anno concludiamo questa presentazione dei temi trattati nel Rapporto con una sintetica lista di raccomandazioni per chi ha la responsabilità politica e organizzativa del sistema sanitario.

1. Sul versante della sostenibilità finanziaria, non si riesce ad uscire dalla logica della non chiarezza sulle responsabilità di finanziamento; per il 2006 si preannuncia un disavanzo di € 6 mld. e non si sa chi vi debba far fronte e come; il “congelamento” del D. Lgs. n. 56/2000 non solo non contribuisce a fare chiarezza, anzi lascia che gli aggiustamenti avvengano senza un quadro di riferimento complessivo, con rischi per l'efficienza e l'equità del sistema.
2. L'incentivazione ad una maggiore appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci è un fattore ineludibile a medio termine, come già affermammo l'anno scorso, ma deve realizzarsi in un contesto che tenga conto dei bisogni complessivi delle popolazioni regionali. I tetti di spesa unici non vanno in questo senso e non riconoscono che i maggiori risultati si ottengono dal basso mediante un mix di interventi. Il controllo delle prescrizioni è fondamentale ed efficace; il giudizio dei ticket è sospeso fin tanto che non si riesca a riportare sotto controllo il meccanismo delle esenzioni, che in alcune Regioni può vanificare l'efficacia delle compartecipazioni alla spesa, pur continuando a rappresentare anche un elemento di iniquità, come emerge dall'analisi della spesa delle famiglie povere.
3. Manca una politica integrata di *empowerment* degli stakeholder del sistema e l'accountability del sistema tende a ridursi per effetto del decentramento. Esiste uno sviluppo di strumenti innovativi, ma senza coordinamento e con poca chiarezza metodologica. Peraltro è nostra convinzione che il tema dell'appropriatezza debba essere risolto su questo piano, non potendosi affidare alla sola etica individuale dei professionisti sanitari.
4. Confermiamo che va attentamente monitorata l'equità del sistema per evitare ingiustizie e spinte alla fuoriuscita dal sistema pubblico. Il segno della redistribuzione operata dal finanziamento della sanità rimane negativo e anzi si rafforza ulteriormente la regressività. Rispetto all'anno scorso si riducono leggermente sia le spese catastrofiche (ca. -11,0%), che gli impoverimenti (ca. 2,0%), ma secondo le soglie povertà WHO gli impoveriti aumentano: quindi chi era più povero, sta in realtà ancora peggio....! Al fattore equità non si dedica secondo noi sufficiente attenzione: la situazione italiana non è brillante in sé, e neppure nei confronti internazionali, malgrado qualche miglioramento marginale.
5. L'analisi delle ragioni di impoverimento e “catastroficità” delle spese conferma che il sistema combinato delle compartecipazioni alla spesa (ticket) e delle relative esenzioni non è efficiente (in alcune Regioni per ragioni di scarsa selettività finisce per annullare gli effetti dei ticket) e nello stesso tempo danneggia ulteriormente le famiglie già povere; inoltre assistenza odontoiatrica e disabilità (in particolare quest'ultima) spiegano una parte significativa degli impoverimenti. Come è noto i progetti per l'assistenza Long Term Care (LTC) segnano il passo per la pretesa carenza di risorse: sarà il caso di prendere atto che in termini sociali la spesa viene comunque già sostenuta dalle famiglie, con effetti chiaramente iniqui. Analogamente deve far pensare che quasi un milione di famiglie destina quote significative del proprio consumo alle spese sanitarie: di nuovo per la carenza di assistenza nei settori richiamati, ma anche per spese specialistiche acquistate fuori del SSN, vuoi per difficoltà di accesso (liste di atte-

- sa), vuoi per insoddisfazione sul servizio, ecc. Tutti motivi da rimuovere, perché potenzialmente portatori ad un fallimento del sistema sanitario pubblico.
6. La sanità integrativa sembra non interessare nessuno, mentre avrebbe un ruolo fondamentale sia nel ridurre alcune iniquità del sistema, sia nell'eliminare alcune inefficienze del sistema stesso. Tra l'altro avrebbe impatti positivi anche sul mercato assicurativo delle polizze individuali, ove sembra vigente una selezione avversa, che potrebbe essere ridotta con benefici effetti sui premi.
 7. Preso atto che la competizione fra erogatori è un meccanismo puramente teorico nel SSN italiano, ci si chiede con quali incentivi si pensi di perseguire l'efficienza e la qualità del sistema. Il rischio è che una crescente "finanziarizzazione" del processo, spinta dai sempre più stringenti vincoli di bilancio, comporti distorsioni rilevanti: basti pensare ai rischi della posticipazione degli investimenti, adottata come strumento per raggiungere il pareggio di bilancio. Un sistema che non investe adeguatamente e che non prevede sanzioni economiche reali per le strutture inefficienti difficilmente potrà raggiungere buoni livelli di efficienza e qualità.
 8. Il rapporto evidenzia una (parzialmente) inspiegabile variabilità dei costi (standardizzati) per i ricoveri ospedalieri in acuzie: l'enorme divario è attribuibile a vari fattori, quali scarsa omogeneità delle rilevazioni contabili, scarsa aderenza dell'attuale sistema di valutazione dei ricoveri a DRG ai costi assistenziali e, non ultimo, inefficienza tecnica. Il dato è troppo evidente perché non si ritenga urgente approfondirne la valenza: l'efficienza tecnica è ancora un obiettivo prioritario!
 9. Il sistema mostra chiari segni di disuguaglianza anche a livello della sua efficacia; le differenze negli anni di vita persi e nelle mediane di morte a livello regionale indicano l'urgenza di impostare un sistema di indicatori di outcome, con cui governare il sistema; il vero monitoraggio dei LEA non può che passare per la valutazione delle performance, come dimostra la scarsa rilevanza degli attuali sistemi di attribuzione dei costi alle singole aree assistenziali.
 10. Molte novità si muovono nel sistema, dal risk management ai sistemi di qualità (e aggiungiamo la rendicontazione sociale e le tecniche di marketing sociale prima richiamate), ma senza un coordinamento generale e, principalmente, senza una adeguata verifica del rapporto costi/benefici che generano. Si configura il rischio che tali esperienze divengano costi aggiuntivi per il sistema, senza che riescano ad esplicare compiutamente le proprie potenzialità: nella cultura italiana non sembra attecchire la logica della valutazione degli impatti delle regolamentazioni, che pure dovrebbe rappresentare il faro delle politiche sanitarie.
 11. Uscendo dalle questioni strettamente interne al SSN italiano, le esperienze raccolte a livello internazionale ci insegnano che i problemi sono comuni (e tale convergenza supera i confini dei Paesi maggiormente sviluppati). Pur nella coscienza dei limiti del Sistema Sanitario Nazionale, comunque considerato uno dei migliori nel mondo (e le critiche che anche questo Rapporto evidenzia sono la dimostrazione di una viva e franca attenzione al suo funzionamento e miglioramento!), l'Italia potrebbe (e dovrebbe) rappresentare un esempio importante e una fonte di supporto per i Paesi che vivono periodi di rapida riforma e trasformazione.



Capitolo 1

Sostenibilità

1.1 - Evoluzione della spesa sanitaria nei Paesi OCSE¹

Mennini F.S., Francia L.²

1.1.1 Introduzione

Il presente capitolo ha come scopo quello di garantire una continuità di informazione sull'andamento della spesa sanitaria nei Paesi OCSE. Come già rilevato nel Rapporto CEIS 2004³, i Paesi OCSE impiegano un considerevole ammontare di risorse all'interno dei propri sistemi sanitari. Nel 2003, ultimo anno di cui si hanno dati disponibili per un confronto significativo a livello internazionale, la spesa sanitaria ha raggiunto un valore pari a 9,3% (media OCSE)⁴ del PIL (Tabella 1 pag. 42). Viene confermato anche quest'anno come gli USA continuino a distinguersi per il valore più elevato con una spesa sanitaria pari al 15,0% del PIL (14,6% nel 2002) e come l'Italia si mantenga al di sotto della media OCSE, con un valore pari all'8,4% del PIL (8,5% nel 2002).

Il continuo sviluppo delle tecnologie in campo sanitario, l'invecchiamento della popolazione e la crescita delle aspettative da parte della popolazione sono tra i principali fattori che determinano la continua crescita della spesa sanitaria, così come rappresentata dai dati presenti in questo lavoro. La spesa sanitaria ha continuato a "correre" più velocemente della crescita economica durante gli ultimi dieci anni. Questo in parte è dovuto ad un rallentamento della crescita economica che ha caratterizzato gli ultimi cinque anni. Comunque, la maggior crescita della spesa sanitaria rispetto alla crescita economica si è manifestata ancora prima della decelerazione che il sistema economico nel suo complesso ha subito recentemente⁵.

Durante gli anni Novanta, la differenza tra la crescita della spesa sanitaria e la crescita economica è stata di oltre un punto percentuale per la media dei Paesi OCSE. Come nel confronto sui dati 2002, anche nel 2003 la crescita della spesa sanitaria ha continuato a far registrare una accelerazione nella maggior parte dei Paesi OCSE. Queste continue accelerazioni hanno accresciuto le preoccupazioni dei *policy makers* circa la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. La gran parte, infatti, della spesa sanitaria è finanziata da risorse pubbliche e genera, conseguentemente, grande pressione sui già ristretti budget pubblici di ogni singolo Paese.

La domanda di corretti o appropriati livelli di spesa sanitaria difficilmente trova risposta. Durante le due decadi passate, i Paesi OCSE hanno implementato una serie continua e differenziata di modelli rivolti al contenimento dei costi e al miglioramento della situazione finanziaria dei siste-

¹ Si ringrazia Francesca Colombo (Health Policy Unit, OECD, Paris) per il contributo fornito nel Rapporto CEIS Sanità 2004 che ci ha permesso di completare il presente lavoro.

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

³ *Evoluzione della Spesa Sanitaria nei Paesi OCSE*, Colombo F. e Mennini F.S., Rapporto CEIS Sanità 2004, Italpromo ESIS Publishing srl, Roma, 2004.

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

⁵ Cfr. Colombo F. e Mennini F.S., 2004.

mi sanitari. Questi hanno contemplato, per esempio, un graduale intervento nel settore ospedaliero ed una riduzione del personale sanitario, riducendo i beni e servizi sanitari finanziati dal settore pubblico offerti alle famiglie, e incrementando la quota a carico delle famiglie per quanto attiene le cure dentali e le prescrizioni farmaceutiche. Comunque un forte controllo sulla spesa sanitaria pubblica potrebbe condurre a difficoltà in termini di altri obiettivi di politica gestionale, includendo una carenza del personale infermieristico e medico, senza contare l'allargamento delle liste di attesa inerenti soprattutto la chirurgia elettiva.

Il presente lavoro illustra i dati sulla spesa per l'assistenza sanitaria di 30⁶ Paesi OCSE⁷. Viene posto l'accento sui principali trend e vengono discusse le principali differenze tra tutti i Paesi analizzati. Inizialmente si effettua una analisi della spesa sanitaria in relazione al PIL, guardando come la crescita della spesa sanitaria e il rallentamento della crescita economica abbiano contribuito ad accrescere l'importanza del settore sanitario all'interno del sistema economico. Il lavoro quindi prosegue verificando come la spesa per l'assistenza sanitaria viene finanziata nei Paesi oggetto dell'indagine, e infine si propone di investigare come vengono utilizzate le risorse tra i differenti beni e servizi sanitari. Seguono le conclusioni.

1.1.2 La spesa sanitaria

I sistemi sanitari, prendendo in considerazione 22 Paesi OCSE, registrano in media una spesa sanitaria pari al 9,3% del PIL nel 2003. Gli Stati Uniti spendono in sanità circa il 15,0% del PIL, seguiti dalla Svizzera con l'11,5% e dalla Germania con l'11,1%. Di contro, Paesi quali il Messico, la Polonia, la Repubblica Slovacca e la Corea registrano una spesa inferiore della metà di quella degli Stati Uniti. L'Italia continua a spendere, invece, un ammontare inferiore alla media dei Paesi OCSE con l'8,4% (Figura 1). Infatti nel 2002 il valore si attestava all'8,5%, confermando quindi un trend particolare che caratterizza il nostro Paese.

Più nello specifico, in media la quota di PIL destinata alla sanità è passata dal 5,3% del 1970 al 7,7% del 1990 fino al 9,3% del 2003 (Tabella 1 pag. 42).

Per quanto riguarda l'Italia, a partire dal 1988 (anno in cui si inizia ad avere disponibilità di dati confrontabili), la quota di spesa quale percentuale del PIL non è variata molto, anche confrontandola con quei pochi Paesi che sono stati caratterizzati da variazioni più significative (Figura 1, destra, Repubblica Ceca, Svizzera, Stati Uniti, Turchia e Portogallo) e si è sostanzialmente caratterizzata per essere inferiore alla media OCSE (Tabella 1 pag. 42).

Tra il 1990 e il 2002, per una media di 27 Paesi OCSE, la spesa sanitaria annuale pro-capite è cresciuta in termini reali⁸ più velocemente di quasi un punto percentuale rispetto alla crescita del reddito reale pro-capite (3,5% contro 2,8%). In Italia, tra il 2001 e il 2002, la spesa sanita-

⁶ È utile sottolineare che in alcune elaborazioni non si è potuto prendere in considerazione tutti e 30 i Paesi in quanto per alcuni non sono disponibili i dati riferiti al 2003.

⁷ L'OCSE raccoglie annualmente i dati sui sistemi sanitari dei 30 Paesi membri industrializzati. L'ultima raccolta dati, OECD Health Data 2005, è stata utilizzata quale base dati per il presente contributo. Questa nuova versione dell'OECD Health Data è per il secondo anno diffusa in Italiano. Ulteriori informazioni è possibile ottenerle consultando: www.oecd.org/health/healthdata.

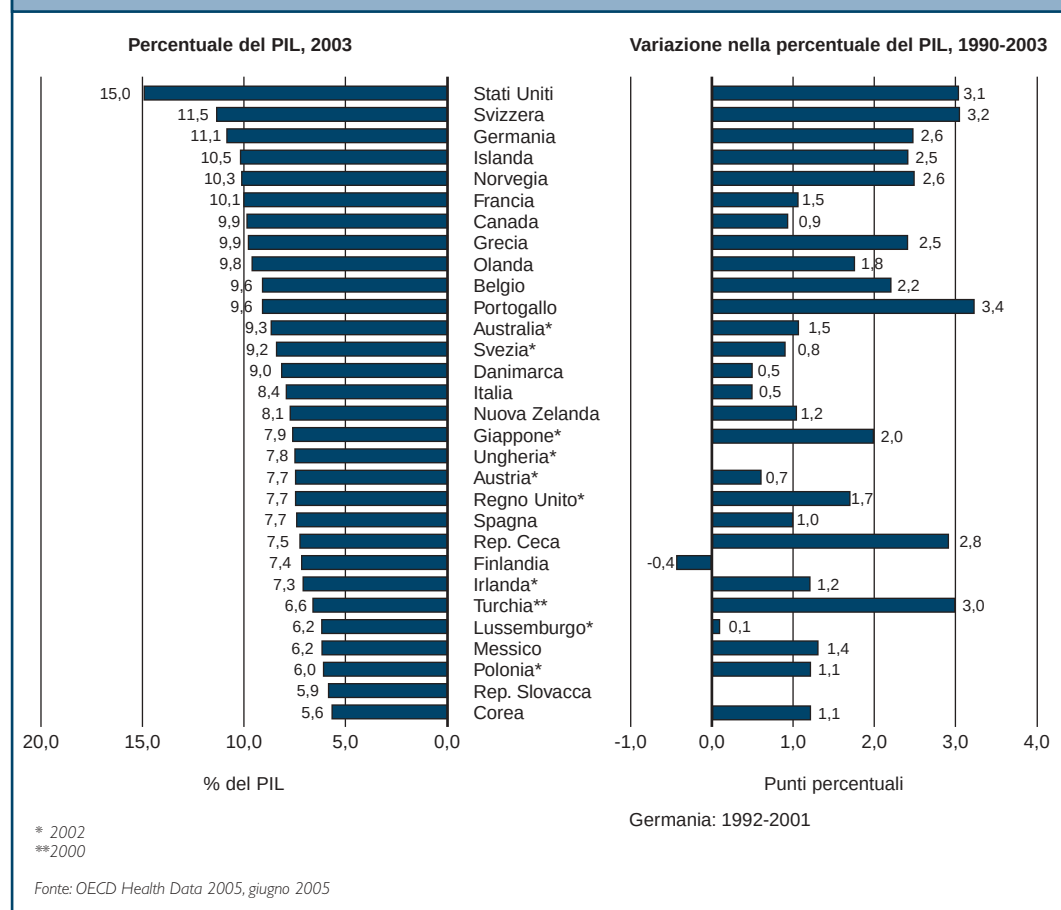
⁸ I valori reali sono calcolati applicando il deflatore del PIL ai valori nominali.

ria è cresciuta con un tasso moderato (2,1%), ma circa cinque volte più velocemente della crescita del PIL.

La spesa sanitaria ha comunque ripreso a crescere con una certa significatività e velocità verso la fine degli anni Novanta e ha continuato la sua crescita anche nel 2003. Una crescita così veloce ha portato la maggior parte dei Paesi considerati ad introdurre riforme e misure per tagliare la spesa sanitaria o contenere il cammino della crescita⁹.

Non sembra essere quindi molto chiara e certa la relazione tra la crescita nella spesa sanitaria e la quota di spesa sanitaria del PIL. Alcuni Paesi, la cui quota di spesa sanitaria sul PIL era relativamente bassa negli anni Novanta, hanno sperimentato una forte crescita dei tassi di spesa sanitaria rispetto alla crescita del PIL. In altri Paesi, quali la Danimarca e il Canada, la crescita della spesa sanitaria è stata leggermente superiore alla crescita del PIL. Comunque Stati Uniti, Germania e Svizzera hanno realizzato sia un'alta spesa sanitaria quale quota del PIL nel 1990 che una rapida crescita della spesa sanitaria rispetto al PIL stesso¹⁰.

Figura 1 - Spesa sanitaria in percentuale del PIL – 2003



⁹ Docteur and Oxley, (2003); Mossialos and Le Grand, (1999).

¹⁰ Cfr. Colombo F., Mennini F.S., Rapporto Ceis Sanità 2004.

Tabella 1 - Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL – 1970-2003

Paesi	1970 ^d	1980	1990 ^e	2000	2003 ^f
Australia	5,6	7,0	7,8	9,0	9,3
Austria	5,3	7,6	7,1	7,7	7,6
Belgio	4,0	6,4	7,4	8,8	9,6
Canada	7,0	7,1	9,0	8,9	9,9
Rep. Ceca	...	...	5,0	7,1	7,5
Danimarca	8,0	9,1	8,5	8,4	9,0
Finlandia	5,6	6,4	7,8	6,7	7,4
Francia	5,4	7,1	8,6	9,3	10,1
Germania ^a	6,2	8,7	8,5	10,6	11,1
Grecia	6,1	6,6	7,4	9,7	9,9
Ungheria	...	...	...	7,1	7,8
Islanda	4,7	6,2	8,0	9,2	10,5
Irlanda	5,1	8,4	6,1	6,4	7,3
Italia	...	...	8,0	8,1	8,4
Giappone	4,5	6,5	5,9	7,6	7,9
Corea	...	...	4,4	5,1	5,9
Lussemburgo	3,6	5,9	6,1	5,5	6,1
Messico	...	...	4,8	5,6	6,2
Olanda	6,9	7,5	8,0	8,2	9,8
Nuova Zelanda	5,1	5,9	6,9	7,9	8,1
Norvegia	4,4	7,0	7,7	7,7	10,3
Polonia	...	...	4,9	5,7	6,0
Portogallo	2,6	5,6	6,2	9,2	9,6
Rep. Slovacca	...	...	...	5,5	5,9
Spagna	3,6	5,4	6,7	7,5	7,7
Svezia	6,9	9,1	8,4	8,4	9,2
Svizzera	5,4	7,3	8,3	10,4	11,5
Turchia	2,4	3,3	3,6	6,6	...
Regno Unito	4,5	5,6	6,0	7,3	7,7
Stati Uniti	6,9	8,7	11,9	13,1	15,0
OECD media ^g	...	...	...	8,0	8,7
OECD (Media 22 Paesi) ^b	5,3	7,1	7,7	8,5	9,3
EU (14) media ^c	...	...	7,9	8,7	9,4

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

b La media esclude: Repubblica Ceca, Ungheria, Italia, Corea, Messico, Polonia, Rep. Slovacca e Turchia.

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

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

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

f Per l'Australia, l'Austria, l'Ungheria, l'Irlanda, il Giappone, il Lussemburgo, la Polonia, la Svezia e il Regno Unito il dato è riferito al 2002.

g La media esclude la Turchia

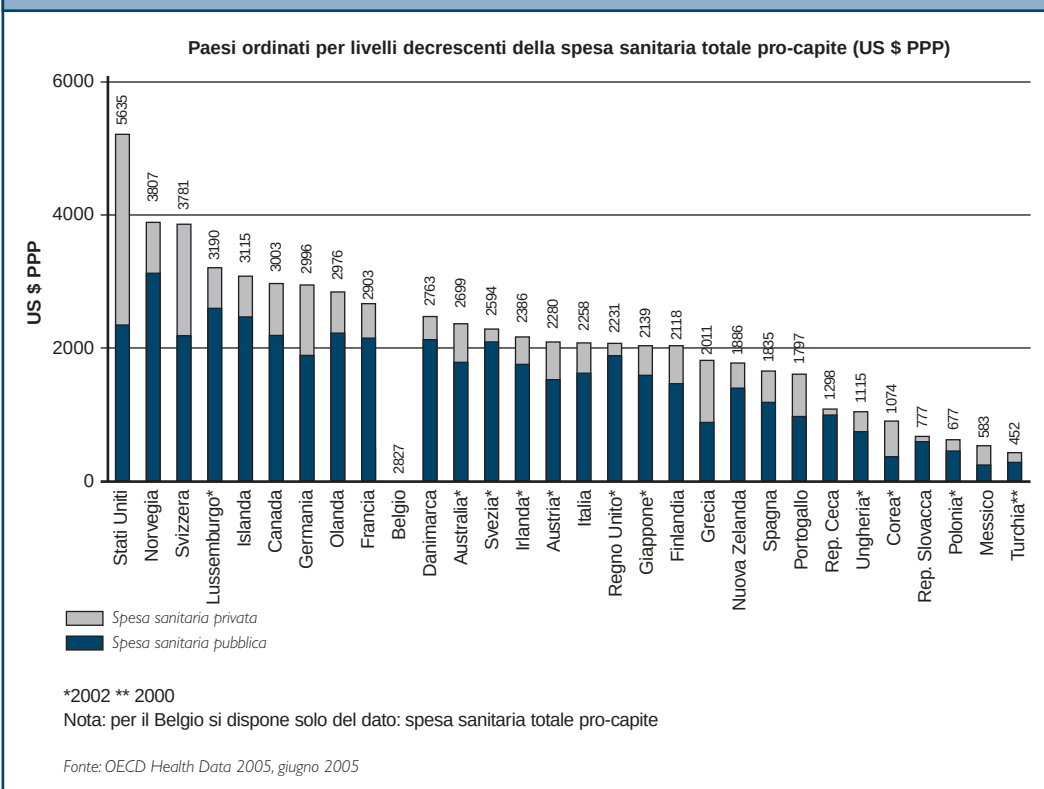
Fonte: OECD Health Data 2005, giugno 2005

1.1.3 Spesa sanitaria pro-capite nei Paesi OCSE

Gli Stati Uniti risultano occupare la prima posizione anche per quanto attiene la spesa sanitaria pro-capite. Nel 2003 hanno infatti registrato un valore di spesa sanitaria pro-capite pari a 5,635 US\$ Purchasing Power Parity (PPP), rispetto a meno di 1,000 US\$ PPP di Paesi quali il Messico, la Repubblica Slovacca, la Polonia e la Turchia (Figura 2).

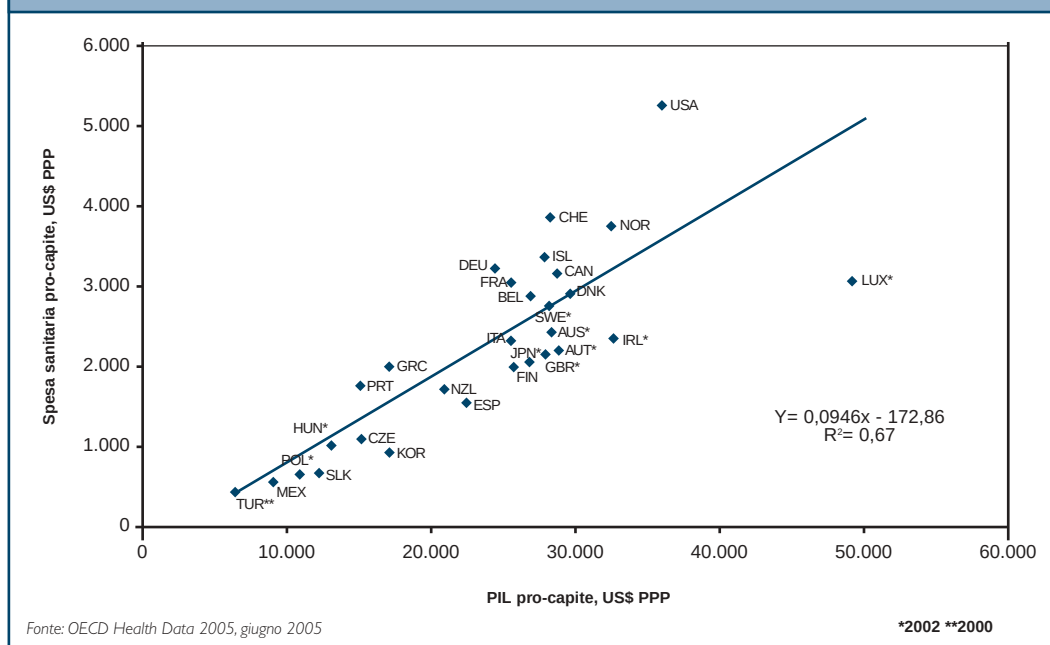
L'Italia con 2,258 US\$ PPP è praticamente in linea con il valore medio OCSE, pur registrando nel 2003, rispetto al 2002, una crescita della spesa pro-capite privata.

Figura 2 - Divisione della spesa sanitaria pro-capite in pubblica e privata - 2003



Le differenze riscontrate nella spesa sanitaria pro-capite tra i vari Paesi sono in parte riconducibili al livello di sviluppo economico. Anche nel 2003 si conferma una positiva relazione tra il reddito pro-capite e la spesa sanitaria pro-capite, come illustrato nella figura 3 pag. 44. Il reddito rappresenta certamente un fattore determinante per quanto riguarda la crescita della spesa sanitaria nell'area OCSE. Comunque non esiste un unico o più appropriato livello di spesa che possa essere utilizzato quale misura unica per tutti i Paesi. Mentre i Paesi più ricchi tendono a spendere più risorse per la salute, vi è una considerevole variazione nella spesa tra Paesi aventi un livello di reddito confrontabile. Questa variazione, oltre al fatto che la relazione spesa-reddito è più debole per i Paesi ricchi, suggerisce anche che il bisogno di crescita del reddito non necessariamente risulta nella crescita della spesa. Altri fattori, incluse le scelte di

Figura 3 - Spesa sanitaria pro-capite e reddito pro-capite – 2003



policy circa l'organizzazione del sistema e gli aspetti regolatori, risultano essere delle determinanti importanti per quanto attiene l'impatto sui livelli di spesa sanitaria¹¹.

Allo stesso modo vi sono differenze nella spesa pro-capite in sanità per i Paesi che hanno le medesime quote di PIL destinate al sistema sanitario. Ad esempio, sia la Grecia che la Francia spendono circa il 10,0% del PIL per la sanità nel 2003 con una leggera crescita rispetto al 2002 (Figura 4), ma la spesa sanitaria pro-capite della Grecia è inferiore del 44,0% rispetto alla stessa registrata in Francia (rispetto al 2002, però, il divario si è ridotto). Variazioni nei livelli di spesa sono dovute anche a differenti combinazioni tra i Paesi di prezzi e quantità nell'erogazione di assistenza sanitaria. Sebbene, infatti, la spesa negli Stati Uniti sia sostanzialmente più alta rispetto agli altri Paesi, il volume di assistenza offerta è comparabile con quello degli altri Paesi OCSE¹².

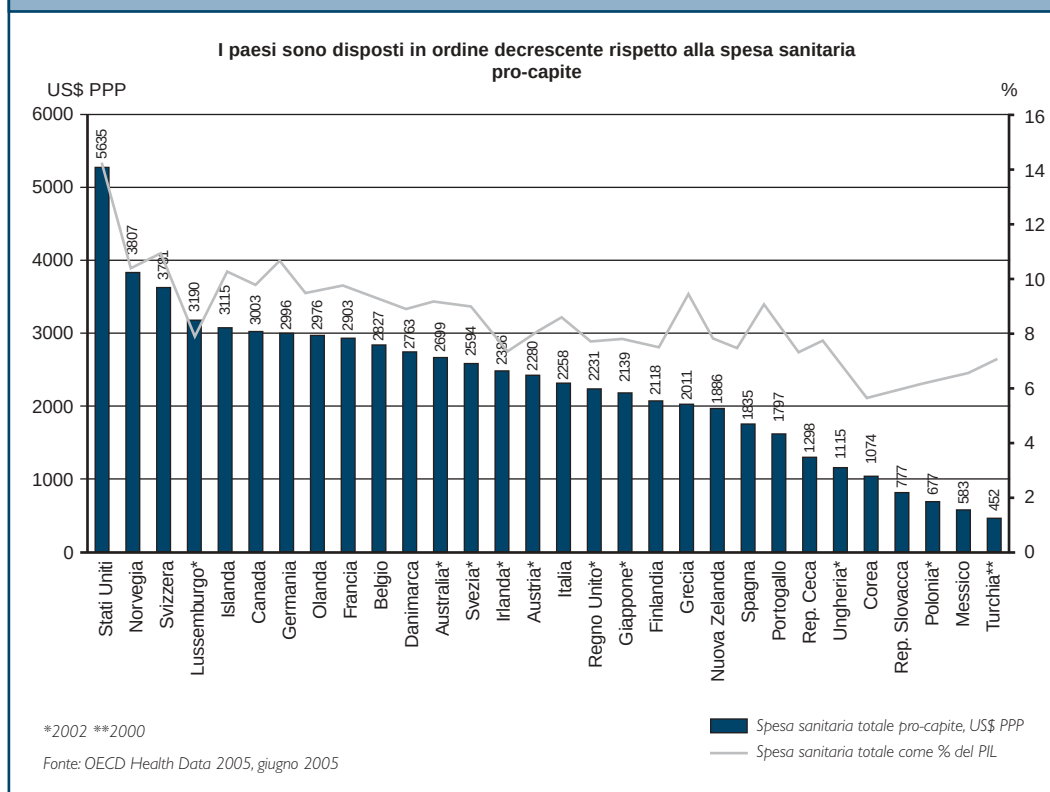
1.1.4 Il settore pubblico quale strumento principale per il finanziamento della spesa sanitaria

Il mix di schemi utilizzati al fine di garantire la copertura di assistenza sanitaria al maggior numero di persone influenza i modelli di finanziamento dei sistemi sanitari stessi. Infatti, anche nei Paesi dove vige un sistema di copertura universale si riscontra un significativo ricorso alla spesa privata, che dipende da quanto è ampio il gap di servizi che dovrebbe garantire il sistema pubblico, dall'ampiezza della compartecipazione alla spesa e dal ruolo che rivestono le differenti forme di assicurazione sanitaria privata (ampiezza del mercato assicurativo)¹³.

¹¹ Menzini e Francia (2003); OECD (2004b).

¹² Docteur et al. (2003).

¹³ Cfr. OECD, 2003c e Docteur et al., 2003.

Figura 4 - Spesa sanitaria totale pro-capite e quale percentuale del PIL – 2003

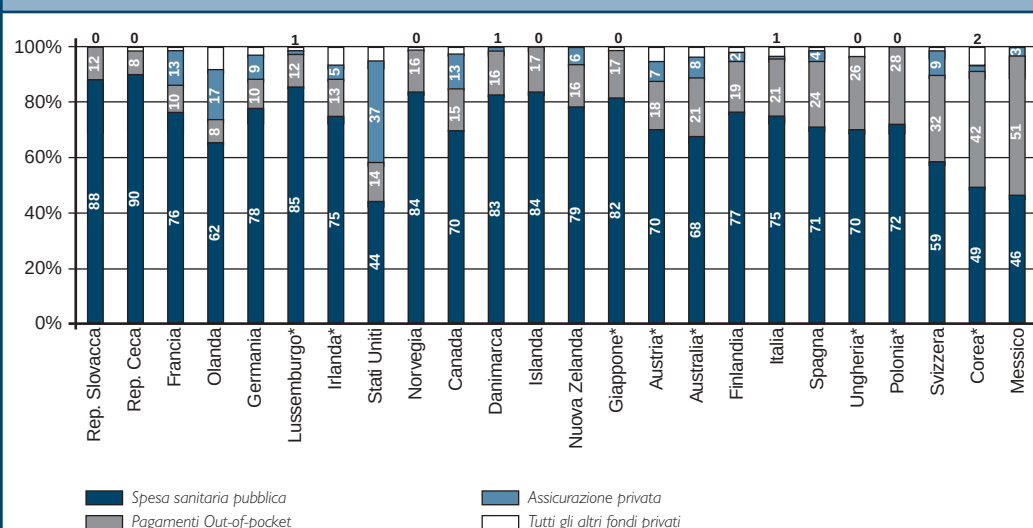
Il finanziamento pubblico rappresenta, comunque, la formula dominante all'interno del gruppo dei Paesi OCSE (Figura 5 pag.46), pur registrando una lieve flessione rispetto al 2002: circa il 72,4% nel 2003¹⁴ rispetto al 73,0% nel 2002. La quota pubblica è stata superiore dell'80,0% in diversi Paesi inclusi la Repubblica Ceca, la Repubblica Slovacca, i Paesi Nord Europei, il Giappone e la Gran Bretagna. L'Italia, pur posizionandosi leggermente al di sopra della media OCSE con una quota pubblica prossima al 75,0% del totale della spesa sanitaria, ha registrato una flessione rispetto al 2002 (75,6%).

Per quanto attiene la spesa privata è interessante notare come la spesa *out-of-pocket* rappresenta in media il 19,3% del totale della spesa sanitaria nel 2003¹⁵ e circa il 74,0% del totale della spesa privata (Figure 5 e 6 pagg. 46-47). La variabilità fra Paesi è abbastanza ampia. In Italia la spesa delle famiglie rappresenta circa un quinto del totale. Con alcune eccezioni, i Paesi con il più basso reddito pro-capite hanno la quota più ampia di spesa *out-of-pocket* e vice-

¹⁴ La media esclude la Turchia e il Belgio, per i quali i dati non sono disponibili. Per l'Australia, l'Austria, il Giappone, il Lussemburgo, l'Irlanda, la Polonia, la Svezia, il Regno Unito e l'Ungheria i dati disponibili si riferiscono al 2002 (OECD, 2005).

¹⁵ La media non comprende il Belgio, la Grecia, il Portogallo, la Svezia, la Turchia e il Regno Unito, per i quali i dati non sono disponibili. Per l'Australia, l'Austria, il Giappone, il Lussemburgo, l'Irlanda, la Corea, la Polonia e l'Ungheria i dati disponibili si riferiscono al 2002 (OECD, 2005).

Figura 5 - Spesa sanitaria per fonte di finanziamento – 2003



* 2002 Fonte: OECD Health Data 2005, Giugno 2005

versa. La spesa *out-of-pocket* va a finanziare differenti tipologie di beni e servizi sanitari fra i Paesi OCSE. La voce relativa alla farmaceutica è senza dubbio una delle principali in molti Paesi accompagnata da quella relativa all'odontoiatria, alla lungo degenza e ai servizi *out-patient*. L'incidenza della spesa *out-of-pocket* sul totale dei consumi delle famiglie è cresciuta sensibilmente lungo l'arco degli ultimi dieci anni tra i Paesi OCSE, con poche eccezioni (Danimarca, Francia, Corea e Stati Uniti).

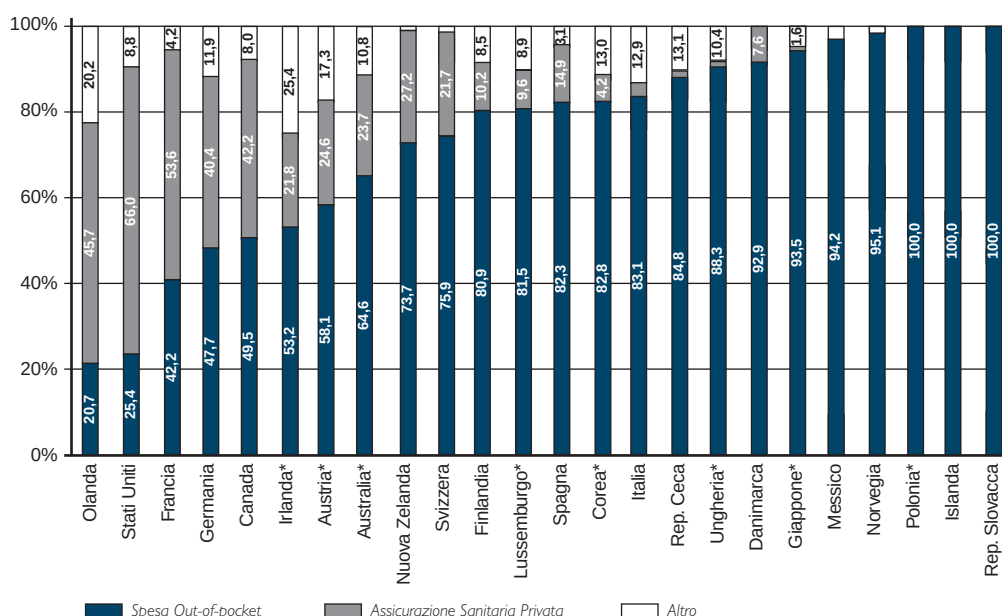
L'assicurazione sanitaria privata rappresenta in media soltanto circa il 6,0% del totale dei finanziamenti¹⁶ (esattamente come nel 2002) e circa un quinto del finanziamento privato per la sanità (Figura 6). I valori registrati variano tra il 36,7% del totale della spesa negli Stati Uniti e la totale assenza registrata in alcuni paesi OCSE dove non esiste un mercato delle assicurazioni sanitarie private. Come verificato nel 2000¹⁷, anche nel 2002 si conferma che non esiste una relazione tra l'importanza delle assicurazioni private nel finanziamento della spesa sanitaria totale e il livello di sviluppo economico dei Paesi. La variazione nella quota delle assicurazioni private sul totale della spesa sanitaria è dovuta sia a differenze tra i Paesi nella dimensione della popolazione coperta da programmi privati, sia alla eterogeneità dei benefici che le assicurazioni forniscono fra i Paesi dell'area OCSE.

La struttura del finanziamento della sanità è stata in linea di massima stabile negli anni. Sembra esserci una certa convergenza nella quota di spesa pubblica all'interno dei Paesi dell'area OCSE. Paesi la cui spesa sanitaria pubblica era al di sopra della media OCSE hanno visto un

¹⁶ Per l'Australia, l'Austria, il Giappone, il Lussemburgo, l'Irlanda, la Polonia e l'Ungheria i dati disponibili si riferiscono al 2002. Un determinato numero di Paesi OCSE non ha un mercato delle assicurazioni sanitarie private o, laddove esiste, è praticamente insignificante; conseguentemente la loro contribuzione è stata stimata pari a zero (OECD, 2005).

¹⁷ Colombo F. e Mennini F.S. (2004).

Figura 6 - Divisione del finanziamento privato – 2003



*2002 Fonte: OECD Health Data 2005, giugno 2005

declino nella quota pubblica e un discorso opposto accadde per quei Paesi aventi una spesa pubblica inferiore alla media OCSE (Figura 7 pag. 48). I pagamenti *out-of-pocket* quale quota della spesa sanitaria totale sono lentamente aumentati nel corso degli anni.

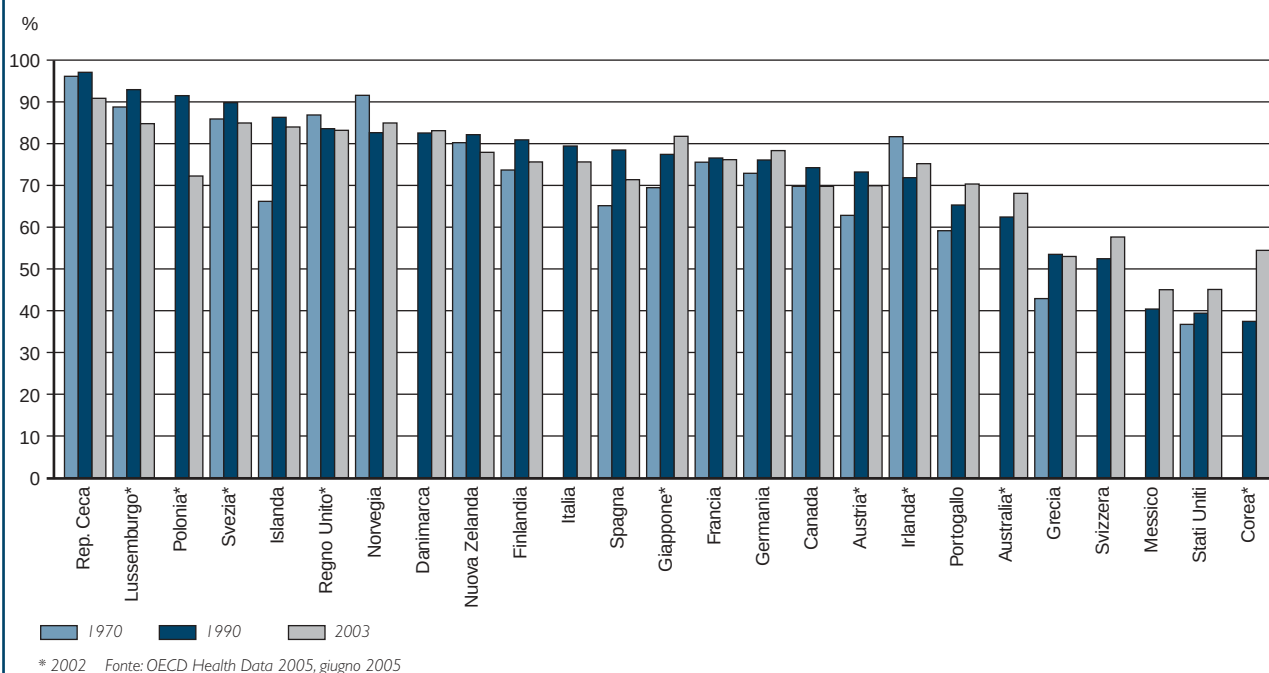
1.1.5 La spesa per tipologia di assistenza

I Paesi OCSE differiscono sostanzialmente per livelli di spesa per differenti livelli di assistenza (Figura 8 pag. 49). Per i 19 Paesi di cui sono disponibili i dati, l'assistenza ospedaliera, quella ambulatoriale e dei beni sanitari hanno registrato gli stessi valori¹⁸ del 2002. Sebbene la prevenzione e la salute pubblica siano sempre più considerate quali chiavi di volta nell'*outcome* sanitario, i Paesi OCSE non destinano molte risorse a queste attività volte ad evitare che gli individui si ammalino (Figura 9 pag. 49). L'Italia, in particolare, è uno dei Paesi che spende di meno nella prevenzione (sebbene vi siano delle differenze sostanziali fra le Regioni), con uno 0,6% della spesa sanitaria totale nel 2003 contro una media OCSE pari al 2,8%.

Si conferma una certa eterogeneità fra i Paesi dell'area OCSE nel livello di spesa per differenti tipologie di assistenza. Nonostante la sua bassa quota, il livello assoluto di spesa farmaceutica pro-capite negli Stati Uniti è il più ampio registrato nell'area OCSE (Figura 10 pag. 50). Nel 2003, l'Italia aveva allocato il 41,5% della sua spesa sanitaria totale nell'assistenza ospedalie-

¹⁸ La media non comprende il Belgio, la Grecia, l'Irlanda, la Nuova Zelanda, la Norvegia, la Polonia, il Portogallo, la Turchia, la Svezia, la Danimarca e il Regno Unito. Per l'Austria, il Giappone, il Lussemburgo e l'Ungheria i dati erano disponibili per il 2002, per l'Australia solo per il 2001. I beni sanitari includono i farmaci e gli altri prodotti non-durables, e le apparecchiature mediche e gli altri medical durables (OECD, 2005a).

Figura 7 - Mutamenti nella quota pubblica di spesa sanitaria – 1970-2003



ra, il 30,0% circa nell'*outpatient* e il 22,1% in beni e servizi sanitari, non allontanandosi molto dalla media OCSE.

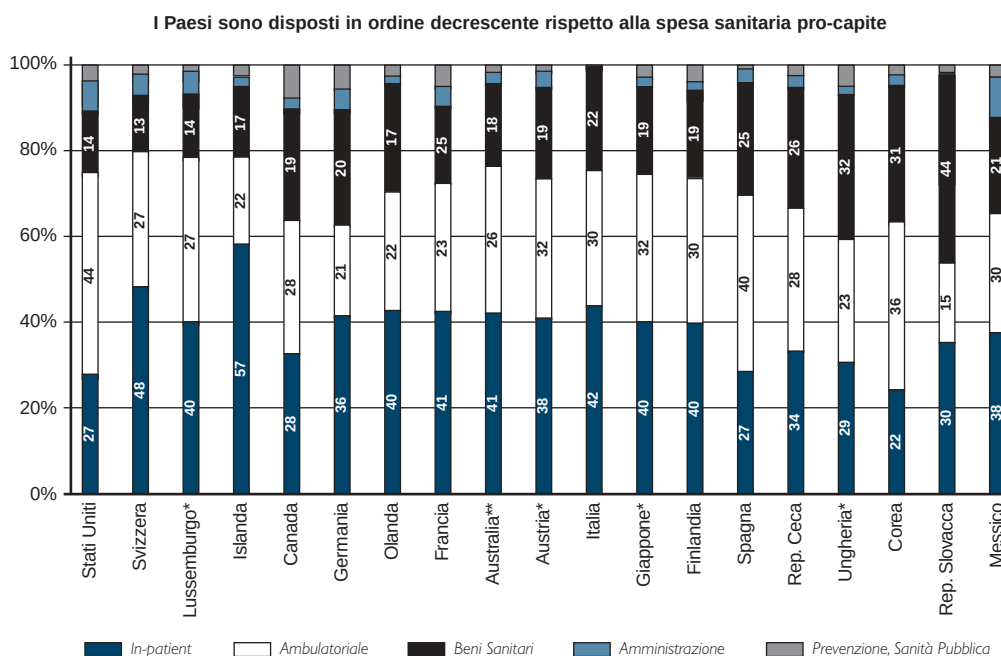
Differenti ragioni spiegano la variazione nella distribuzione della spesa per tipologia di assistenza. Queste includono, tra le altre, l'innovazione nella tecnologia sanitaria, le riforme dei governi per migliorare l'efficienza e le opportunità di allocazione ottimale delle risorse, incluse le riforme sui modelli di pagamento¹⁹.

La farmaceutica continua a rappresentare una importante, e in rapida crescita, area della spesa per l'assistenza sanitaria. Nel 2003 la spesa relativa a questa voce ammontava a circa il 18,6% della spesa sanitaria totale per l'area OCSE²⁰ (18,0% nel 2002). Ancora, la variazione è sostanziale se si pensa che si passa dal 9,8% in Danimarca al 38,5% della Repubblica Slovacca. L'Italia è situata al di sopra della media OCSE con il 22,1% (è utile qui sottolineare che circa il 50,0% è rappresentato dalla spesa privata) (Figura 12 pag. 51).

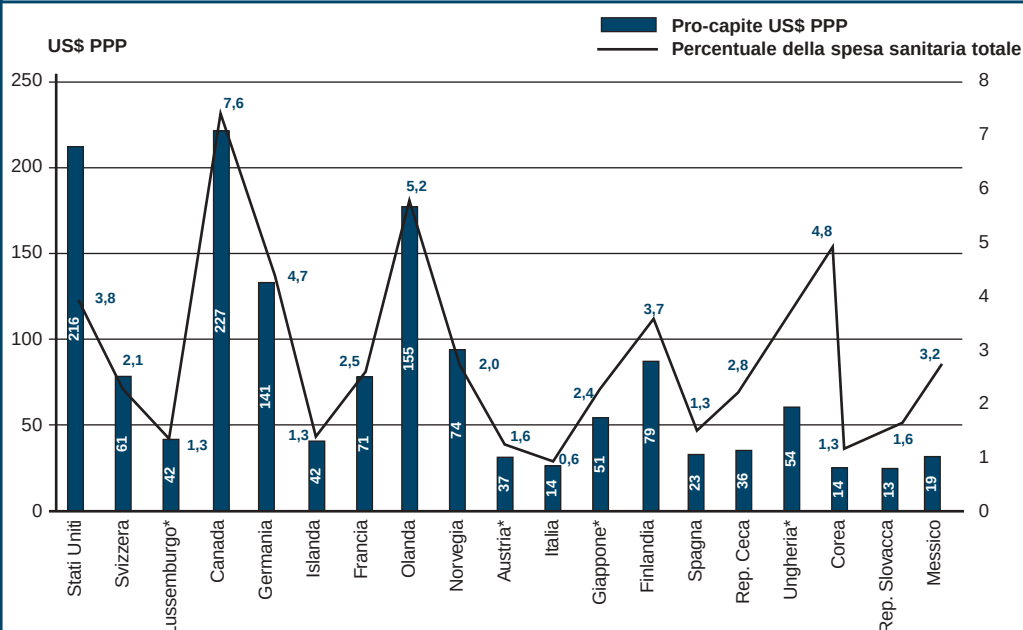
I livelli di spesa farmaceutica, quindi, differiscono molto fra i differenti Paesi, riflettendo una grande variabilità nei prezzi, nei volumi prescrittivi e nei consumi. Gli Stati Uniti rappresentano il Paese che spende maggiormente. Nel 2003 gli Stati Uniti hanno registrato una spesa pari a 728 US\$ PPP pro-capite nella farmaceutica. L'Italia è il quarto Paese in ordine di spesa farmaceutica pro-capite all'interno dell'area OCSE con 498 US\$ PPP nel 2003 (Figura 10 pag. 50).

¹⁹ Docteur and Oxley (2003).

²⁰ La media non include Australia, Austria, Belgio, Ungheria, Irlanda, Giappone, Lussemburgo, Nuova Zelanda, Norvegia, Polonia, Portogallo, Svezia, Turchia e Regno Unito per i quali i dati non sono disponibili.

Figura 8 - Spesa sanitaria per tipologia di servizio fornito - 2003

* 2002 **2001 Fonte: OECD Health Data 2005, giugno 2005

Figura 9 - Spesa per la prevenzione e sanità pubblica pro-capite e quale quota della spesa sanitaria totale - 2003

* 2002 Fonte: OECD Health Data 2005, giugno 2005

Figura 10 - Spesa farmaceutica pro-capite, US\$ PPP – 2003

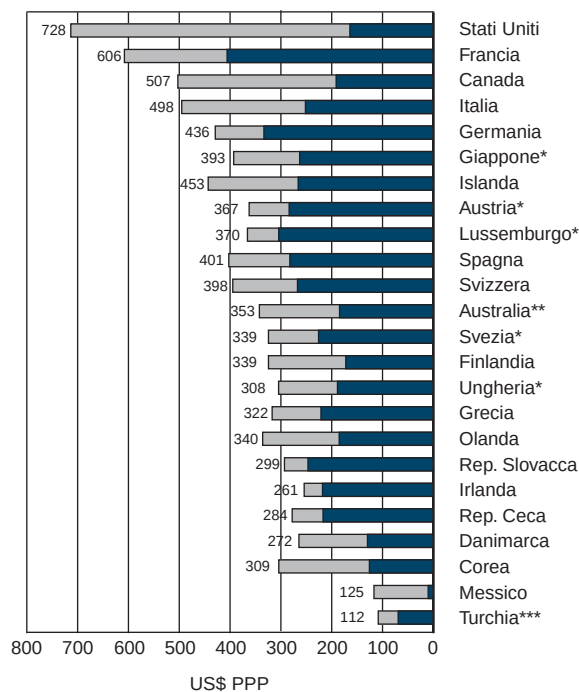
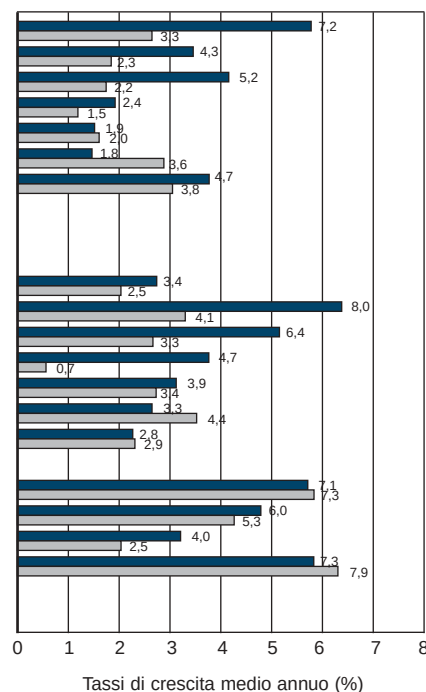


Figura 11 - Crescita media annua della spesa farmaceutica e della spesa sanitaria totale –1992-2002



■ Spesa pubblica ■ Spesa privata

Note: *2002 **2001 ***2000. I tassi di crescita per Austria, il Lussemburgo, la Spagna, la Repubblica Slovacca il Messico e la Turchia non sono disponibili

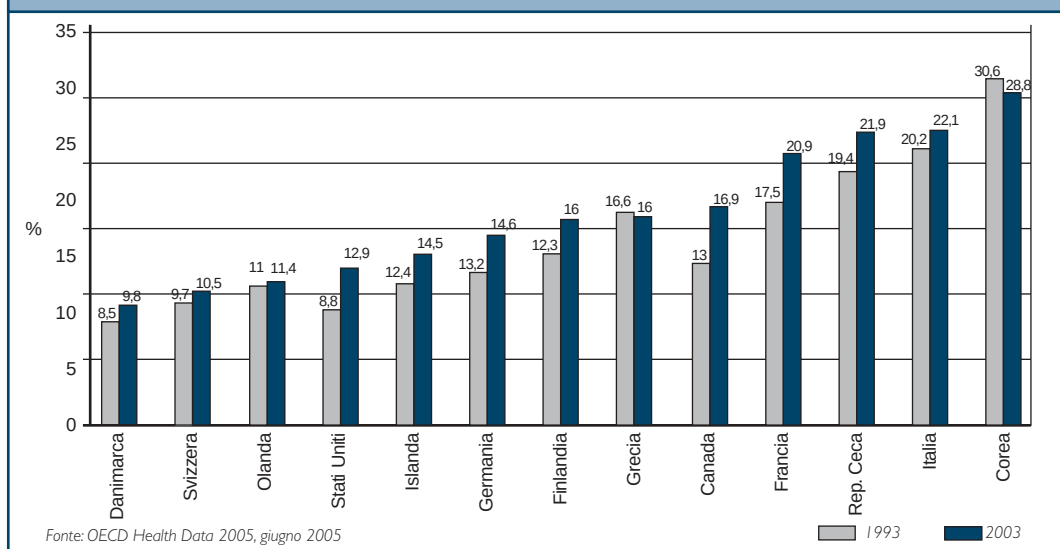
Fonte Fig. 10: OECD Health Data 2005, giugno 2005

Fonte Fig. 11: Colombo e Mennini Rapporto Ceis 2004

Non vi è una relazione particolare e necessaria tra i livelli di spesa pro-capite e l'importanza della spesa farmaceutica nel totale della spesa sanitaria. Infatti, la quota spesa in farmaci può variare in maniera elevata per Paesi con una simile spesa pro-capite. Ad esempio, la Danimarca e la Francia hanno semplicemente quasi la stessa spesa sanitaria pro-capite. Di fatto la Danimarca spende il 9,8% circa del totale della spesa sanitaria in farmaci, mentre la Francia spende il 21,0% circa.

Considerando il periodo 1992-2002 (Figura 11), la spesa farmaceutica è cresciuta, in media, 1,3 volte più veloce ogni anno della spesa sanitaria totale. Diverse ragioni spiegano questa rapida crescita, partendo dalla produzione ed utilizzo di nuovi farmaci innovativi molto costosi e la sostituzione di alcuni trattamenti con l'utilizzo di farmaci.

Nel 2003 la spesa farmaceutica privata ha rappresentato il 79,0% del totale della spesa farmaceutica negli Stati Uniti, l'89,0% in Messico, il 62,0% in Canada e il 51,0% in Italia. In media, il 56,0% della spesa farmaceutica nel 2003 è stata finanziata attraverso fonti pubbliche, mentre la spesa pubblica per servizi ospedalieri ha rappresentato circa l'83,4% del totale. Questo è dovuto sia agli alti livelli di compartecipazione alla spesa farmaceutica (vedi ad esempio l'Italia) rispetto alle altre categorie assistenziali, sia dal fatto che porzioni significative di spesa farmaceutica non vengono coperte dagli schemi di assicurazione pubblica. I Paesi dell'area

Figura 12 - Crescita della quota di spesa farmaceutica sul totale della spesa sanitaria 1993-2003

OCSE sono intervenuti seguendo strade differenti al fine di ottenere un contenimento del rapido tasso di crescita della spesa farmaceutica stessa.

1.1.6 Conclusioni

Si continua a notare, così come rilevato nel Rapporto CEIS 2004, che la spesa sanitaria evidenzia una crescita costante e che l'elevato costo dell'assistenza sanitaria fornita dai vari sistemi sanitari è diventato il primo punto nell'agenda dei responsabili politici.

In Italia la crescita della spesa sanitaria è stata più rapida della crescita del PIL negli ultimi dieci anni come nella maggior parte dei Paesi considerati, ma la spesa sanitaria quale quota del PIL ha continuato a mantenersi al di sotto della media OCSE. Ancora, le politiche di contenimento dei costi adottate da tutti i Paesi dell'area OCSE durante gli anni Novanta non rappresentano necessariamente la soluzione migliore per affrontare il problema della sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. Infatti, interventi positivi e di successo per razionare (e non razionalizzare) la capacità e i volumi dell'assistenza sanitaria in molti Paesi hanno portato, come risultato principale, alla insoddisfazione, in termini qualitativi e di efficacia, dei fruitori dei servizi (la popolazione), come nel caso delle lunghe liste di attesa per la chirurgia elettiva o hanno introdotto, come nel caso dei DRG, distorsioni verso i servizi più facilmente misurabili in termini di costi e *output*²¹. Vi sono tuttavia al limite due set di relazioni che sono legittimamente associate con la crescita della spesa sanitaria. Primo, la maggior parte della spesa sanitaria è ancora finanziata dal lato pubblico, soprattutto per i Paesi membri UE. In Italia le risorse pubbliche per il finanziamento dell'assistenza sanitaria rappresentano il 75,1% del totale della spesa, che è posizionata al di sopra della media OCSE. La crescita della spesa sanitaria accresce naturalmente le preoccupazioni dei *policy makers* che si dibattono con budget pub-

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

blici molto ristretti. Secondo, e ancora più importante, la maggior parte delle risorse impiegate nell'assistenza sanitaria non sono ad un livello ottimale di qualità ed efficienza²². Vi è infatti una sempre più crescente evidenza di deficienze – quali ad esempio quelle legate ad una fornitura di servizi inadeguati o ad un utilizzo sub-ottimale di servizi di provata necessità, o ancora quelle legate ad errori nell'erogazione di assistenza sanitaria – che risulta da morti inaspettate, differenze di mortalità troppo elevate all'interno dello stesso Paese²³, disabilità e basso livello di salute, spesso con una forte aggiunta di costi. Quindi appare necessario focalizzare l'attenzione sull'accrescimento dell'efficienza della spesa sanitaria²⁴ – su cui gli sforzi dei responsabili di politica sanitaria dovrebbero concentrarsi – piuttosto che su di un mero e sterile contenimento della crescita della spesa sanitaria, che potrebbe risolversi in un indesiderabile disaccordo tra le aspettative della popolazione e la capacità dei sistemi sanitari di fornire assistenza. Ancora, associato con quanto detto, misurando, analizzando e monitorando l'efficacia reale della spesa sanitaria, si potrebbe sicuramente ridurre quella certa mancanza di trasparenza relativa alla qualità e agli output forniti dai sistemi sanitari. Le analisi comparative a livello internazionale possono essere di aiuto sui due fronti, fornendo un *benchmark* per una valutazione più corretta delle performance dei sistemi sanitari nazionali e fornendo al tempo stesso un set di strumenti di misurazione che i singoli Paesi possono implementare ed utilizzare al fine di accrescere l'efficienza dei propri sistemi sanitari. Si sente, quindi, la necessità di creare i presupposti per promuovere una ottimale allocazione delle risorse, aumentare la soddisfazione dei cittadini ed evitare duplicazioni delle prestazioni e possibili iniquità. Il dibattito inerente alle modalità di organizzazione dei servizi sanitari all'interno dei Paesi UE è dunque ancora al centro dell'attenzione, senza peraltro che un modello sembri prevalere sull'altro. Si continuano, infatti, ad introdurre nuove modalità di gestione e organizzazione dei sistemi sanitari con risultati spesso alternati. A volte si riesce ad ottenere un incremento di efficienza e altre volte non risulta chiaro l'obiettivo raggiunto²⁵. Disinvestendo, come suggerisce Maynard, in queste attività e accrescendo l'efficienza dei servizi erogati mediante l'utilizzo di incentivi si potrebbero liberare risorse utili ad accrescere il livello di salute se opportunamente investite in altre determinanti della salute stessa (vd. ad esempio gli interventi di prevenzione rivolti ai bambini e alle donne in stato di gravidanza)²⁶.

Bibliografia

- Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F. (a cura di) 2003, Rapporto CEIS Sanità 2003. Bisogni, risorse e nuove strategie, Italpromo Esis Publishing.
- Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F. (a cura di) 2004, Rapporto CEIS Sanità 2004. Bisogni, risorse e nuove strategie, Italpromo Esis Publishing.
- Colombo F. e Mennini F.S. (2004). Evoluzione della Spesa Sanitaria nei Paesi OCSE, Rapporto

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

²³ Cfr. Palazzo F. et al (2005).

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

²⁵ Cfr. Maynard A., (2005).

²⁶ Cfr. Maynard A., (2005).

CEIS Sanità 2004. Bisogni, risorse e nuove strategie, a cura di Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F., Italtromo Esis Publishing, Roma, 2004.

- Colombo F., Tapay N. (2004). Private Health Insurance in OECD Countries. The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Papers, No. 15. Paris: OECD. (Available at www.oecd.org/health).
- Docteur E., Oxley H. (2003). Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Health Working Papers, No. 9. Paris: OECD. (Available at www.oecd.org/health).
- Docteur E., Suppanz H., Woo J. (2003). The U.S. Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform. OECD Economics Department Working Paper No. 350. Paris: OECD. (Available at www.oecd.org/health).
- Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (2002). A Question of Demand. Outlines of the reform of the health care system in the Netherlands. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport
- Huber M., Orosz E. (2003). Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001. Health Care Financing Review, Vol. 25, No. 1, pp 1-22 Fall 2003
- Hurst J., Siciliani L. (2003). Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. OECD Health Working Papers, No.6. Paris: OECD. (Available at www.oecd.org/health).
- Jacobzone S. (2000). Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper, No. 40. Paris: OECD.
- Maynard A. (2005). European Health Policy Challenges, Health Economics, Vol. 14, Num. S1, September 2005.
- McClellan M., Every N., Garber A., Heidenreich P., Hlatky M., Kessler D., Newhouse J. P., Saynina O. (2002), "Technological Change in Heart Attack Care in the United States: Causes and Consequences", in M. McClellan and D. Kessler (eds.), Technological Change in Health Care: A Global Analysis of Heart Attack. University of Michigan Press, pp. 21-54.
- Mennini e Francia, Il quadro macroeconomico ed istituzionale e l'evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nell'UE, Rapporto CEIS Sanità 2003. Bisogni, risorse e nuove strategie, a cura di Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F., Italtromo Esis Publishing, Roma, 2003.
- Mossialos E., Le Grand J. (1999). "Cost containment in the EU: an overview". In Mossialos, E. and Le Grand J. (eds), Health Care and Cost Containment in the European Union. Ashgate, Aldershot.
- OECD (2005). OECD Health Data 2005, Giugno 2005. CD-ROM and user manual. Paris: OECD (www.oecd.org/health/healthdata).
- OECD (2004a). OECD Health Data 2004, 1st Edition. CD-ROM and user manual. Paris: OECD
- OECD (2004b). Towards High Performing Health Systems. Paris: OECD.
- OECD (2004c, forthcoming). Private Health Insurance in OECD Countries. Paris: OECD.
- OECD (2003a). OECD Reviews of Health Care Systems: Korea. Paris: OECD.
- OECD (2003b). Health at a Glance, 2nd Edition. OECD Indicators 2003. Paris: OECD.
- OECD (2003c). OECD Health Data 2003, 2nd Edition. CD-ROM and user manual. Paris: OECD (www.oecd.org/health/healthdata).
- Oliver A., Mossialos E. and Maynard A. (2005), The contestable nature of health policy analysis, Health Economics, Vol. 14, Num. S1, September 2005.
- Reinhardt U.E., Hussey P.S., Anderson G.F. (2004). U.S. Health Care Spending In An International Context. Health Affairs, May/June 2004, Vol. 23, No. 33, pp. 10-25.

1.2 - Le previsioni di spesa sanitaria a livello nazionale e regionale: i risultati del modello econometrico SANIMOD

Atella V.¹

1.2.1 Introduzione

Se da un lato la storia della finanza pubblica italiana ci ha da sempre abituati a previsioni di spesa puntualmente non rispettate, quello che negli ultimi anni stiamo vivendo comincia ad assumere degli aspetti in molti casi farseschi o addirittura grotteschi. La storia che si ripete è quella di un governo centrale che impone sulla carta (vedi DPEF e leggi finanziarie) limiti alla crescita della spesa sanitaria che oggettivamente vanno oltre ogni più rosea aspettativa di realizzabilità.

Le precedenti edizioni del Rapporto CEIS Sanità hanno accuratamente documentato tale fenomeno, dimostrando anche la validità scientifica dello strumento econometrico utilizzato, che in diverse occasioni è risultato essere molto più accurato delle previsioni di spesa fatte a livello centrale e molto più in linea con le osservazioni critiche fatte puntualmente dalla Corte dei Conti. Infatti, nell'edizione del Rapporto del 2003 veniva fornita una stima dello sfioramento della spesa sanitaria (rispetto a quanto disponibile nel FSN per il 2004) di circa 6,5 miliardi di euro, avvertendo il lettore che solo attuando una robusta politica di compartecipazioni (ad esempio un ticket generalizzato sulle diverse forme di servizi sanitari) si sarebbe potuto annullare il deficit. Tali conclusioni venivano ulteriormente supportate dalle conclusioni contenute nella relazione sulla finanza regionale presentata al Parlamento dalla Corte dei Conti nel luglio 2004, in cui si metteva chiaramente in evidenza sia il problema del persistente divario tra i costi previsti e la spesa effettiva, sia quello dell'insufficienza dei finanziamenti a copertura dei fabbisogni sanitari. A giugno 2004, la stima del deficit 2003 effettuata dalla Corte dei Conti risultava pari a 2,2 miliardi di euro, ma veniva anche evidenziato come tale cifra fosse fortemente sottostimata e che avrebbe potuto tranquillamente attestarsi su cifre superiori ai 6 miliardi di euro una volta che fosse stato preso in considerazione il problema del rinnovo del contratto 2002-2003 (altri 2,5 miliardi solo per il 2004) e dell'inclusione dei deficit degli IRCSS, dei policlinici e delle aziende miste (altri 1,5 miliardi di euro) e in assenza di misure correttive. Una situazione simile si era verificata lo scorso anno con la seconda edizione del Rapporto in cui, a fronte di un deficit stimato di circa 9 miliardi di euro, la Corte dei Conti stimava un deficit di circa 5 miliardi di euro, ma facendo osservare che gli "andamenti di spesa e di entrata soffrono di una inevitabile approssimazione che in genere si è dimostrata in difetto rispetto al dato definitivo" (Corte dei Conti, 2004).

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

Tali problemi vengono ulteriormente rimarcati nell'ultima relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni presentata dalla Corte dei Conti nel 2005, in cui si legge che "permangono, per ciascuno degli anni considerati [anni 2002, 2003, 2004, nda], risultati di esercizio delle gestioni sanitarie connotati da consistenti disavanzi, che smentiscono la corretta previsione del finanziamento del fabbisogno. Gli obiettivi perseguiti con l'accordo dell'8 agosto 2001 non si sono realizzati e la spesa per l'assistenza sanitaria negli anni 2002, 2003, 2004 è risultata strutturalmente superiore a quella convenuta"².

Nelle pagine che seguono vengono presentati i risultati del modello SANIMOD. Anche per quest'anno l'aggiornamento del modello con gli ultimi dati non determina cambiamenti di alcun rilievo sia nelle stime che, ovviamente, nelle simulazioni, vista anche la pressoché immutata situazione esistente a livello di scenari possibili da immaginare rispetto a quelli pensati nel Rapporto 2004.

1.2.2 I risultati empirici e le simulazioni³

Nella Tabella 1 sono riportati i risultati della stima econometrica. Come è possibile vedere, la quasi totalità delle variabili utilizzate per spiegare l'andamento della spesa sanitaria pubblica sono molto significative e presentano i giusti segni. Anche gli indicatori di bontà dell'adattamento dei valori stimati a quelli veri sono più che soddisfacenti.

Nella Figura 1 vengono invece riportati i valori della simulazione dinamica effettuata all'interno del campione, che permettono di avere una precisa indicazione della bontà del modello nel replicare sia i livelli della spesa sanitaria pubblica, sia le proprietà dinamiche (in particolare i punti di svolta).

Relativamente alla popolazione, il modello sembra indicare che l'aumento maggiore di spesa nel lungo periodo venga dalle fasce anziane della popolazione, mentre l'aumento della popolazione giovane sembra portare ad una riduzione della stessa. In particolare, per un aumento dell'1,0% della quota di popolazione compresa tra 0 e 14 anni si registra una riduzione dell'1,86% della spesa sanitaria, mentre lo stesso aumento nella quota di popolazione anziana sembra portare ad un aumento cospicuo (3,50%) della spesa sanitaria pubblica. Questo risultato è in linea con l'evidenza empirica internazionale e con i risultati di un modello econometrico relativo al solo comparto dei farmaci per l'Italia⁴.

² Corte dei Conti (2005) p.241.

³ Una descrizione più dettagliata del modello econometrico è contenuta nell'Appendice 1, Atella V. (2004) in Rapporto CEIS Sanità 2004.

⁴ Atella V., (1999)

Tabella 1 - Risultati empirici

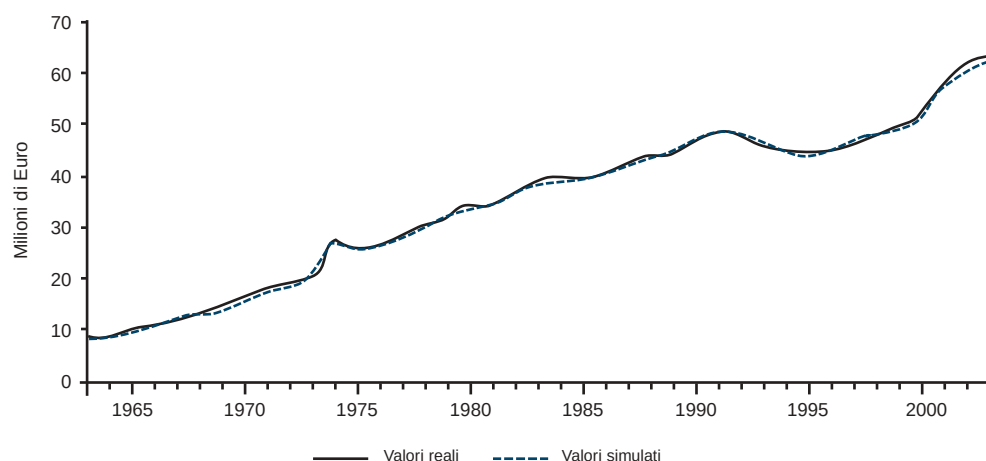
Variabili	Coefficienti	Std. Error	t-Statistic	Prob.
Log(spesa sanitaria(-1))	-0,1591	0,0271	-5,8180	0,0000
Δ Log(Pop giovane 0-14)	-4,2162	0,8156	-5,1690	0,0000
Log(pop giovane (-1))	-0,2961	0,0825	-3,6122	0,0015
Δ Log(Pop anziana +65)	-1,0598	0,3709	-2,8574	0,0092
Log(pop anziana(-1))	0,5563	0,1047	5,3126	0,0000
Log(Prezzo(-1))	-0,1211	0,0384	-3,1792	0,0043
Log (Ticket farmaci(-1))	-0,0153	0,0081	-1,7781	0,0892
Δ Log (Ricerca farmaceutica (-1))	0,0570	0,0531	1,0730	0,2949
Dummy per abolizione				
Ticket farmaci	0,0603	0,0302	1,9785	0,0605
R ²	0,9581	Akaike info criterion		-4,8512
R ² corretto	0,9317	Schwarz criterion		-4,1981
S.E. della regressione	0,0185	Durbin-Watson stat		2,2507
SSR	0,0075	Log likelihood		104,69

Variabile Dipendente: Tasso di crescita Spesa sanitaria pubblica

Periodo di stima: 1965-2004

Numero di osservazioni incluse: 40

L'effetto del *co-payment* sui farmaci ha un chiaro effetto negativo, anche se molto limitato. Infatti, un aumento dell'1,0% del *co-payment* porta ad una riduzione molto contenuta della spesa sanitaria totale. Infine, un commento specifico deve essere fatto relativamente alla variabile di prezzo dei beni e servizi sanitari. Nelle varie specificazioni adottate tale variabile è stata inserita sia sotto forma di livelli che di tasso di crescita. Quest'ultima non è mai risultata essere significativa e, quindi, non è stata inserita nella specificazione finale sopra riportata. Questo permette di poter trarre una serie di conclusioni sull'effetto che i prezzi hanno sulla spesa pubblica. Innanzitutto è interessante notare il segno negativo del parametro dei prezzi dei beni e servizi sanitari, in linea con quanto solitamente registrato nelle funzioni di domanda di beni e servizi privati. Il fatto che sia solo la variabile espressa nei livelli ad essere significativa implica, a nostro avviso, che nel lungo periodo un aumento nei prezzi tende a ridurre la spesa in termini costanti. Al contrario, nel breve periodo non sembrano esserci relazioni tra prezzi e spesa sanitaria pubblica. Una possibile interpretazione che si può dare di questo effetto è che un aumento dei prezzi tende a far adottare cambiamenti di natura strutturale (e quindi di lungo periodo) destinati al contenimento della spesa (in termini costanti!). Nel caso particolare, un aumento dell'1,0% dei prezzi tende a ridurre la spesa in termini costanti dello 0,8%.

**Figura 1 - Andamento della spesa sanitaria pubblica in termini reali:
Actual vs fitted**

Relativamente alle simulazioni condotte, gli scenari adottati non sono cambiati rispetto a quelli presentati lo scorso anno. Nella Tabella 2 sono riportate le informazioni relative alle ipotesi condotte sull'evoluzione delle variabili esogene. Come è possibile verificare, si è partito da uno "scenario di base" o "tendenziale" caratterizzato dalla crescita nei prossimi anni della sola variabile di prezzo. Sono stati quindi aggiunti due scenari alternativi in cui si è ipotizzato anche il cambiamento di altre variabili. Abbiamo definito questi due scenari rispettivamente "pessimista" e "ottimista" sulla base della capacità di riuscire a contenere il tasso di crescita della spesa pubblica. In particolare, nello scenario "ottimista" si è ipotizzato l'aumento del *co-payment* che permetta alla spesa sanitaria pubblica di rimanere all'interno dei tetti di spesa previsti fino al 2007.

Tabella 2 - Simulazione spesa sanitaria

Scenari	Descrizione scenari
Scenario BASE	• Prezzi per servizi sanitari: +3% nel 2005, +2,0% negli altri anni • Tutte le altre variabili con valori costanti al 2004
Scenario "pessimista"	• Prezzi per servizi sanitari: +3% nel 2005, +2,0% negli altri anni • Popolazione giovane (0-14 anni) in calo e popolazione >65 in aumento. Il totale della popolazione resta invariato • Tutte le altre variabili con valori costanti al 2004
Scenario "ottimista"	• Prezzi per servizi sanitari: +3% nel 2005, +2,5% negli altri anni • Popolazione giovane (0-14 anni) in calo e popolazione >65 in aumento. Il totale della popolazione resta invariato • Tutte le altre variabili con valori costanti al 2004 • Introduzione di <i>co-payment</i> per un valore tale da riportare la spesa sanitaria pubblica entro il tetto di spesa del FSN

Tabella 3 - Simulazione spesa sanitaria (miliardi di euro correnti)

Anni	Valori FSN	Valori reali	Stime SANIMOD	Deficit ^(a) BASE	Scenario BASE	Scenario pessimista	Scenario ottimista
2002	77,7	81,0	80,3	3,3	80,3	80,3	80,3
2003	80,7	83,1	84,0	2,3	84,0	84,0	84,0
2004	85,5	88,9	89,4	3,5	89,4	89,4	89,4
2005	88,2	89,7 ^(b)		1,5 ^(b)	94,3	95,1	88,2
2006	90,0			6,1 ^(c)	96,1	97,6	90,0
2007	91,7			6,6 ^(c)	98,3	103,1	91,7

(a) I valori del deficit sono ottenuti come differenza tra i valori reali e quelli da FSN fino al 2005 e come differenza tra i valori della simulazione di base e quelli del FSN dopo il 2005.

(b) Stime a Giugno 2003

(c) Stime SANIMOD

Fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese - 2005, Relazione Corte dei Conti - 2005, SANIMOD.

La Tabella 3 (pag. 58) riporta i valori delle simulazioni. I dati relativi alla prima e alla seconda colonna sono di fonte Corte dei Conti. Tutti gli altri dati sono invece ottenuti a partire dalle nostre elaborazioni con il modello SANIMOD. Come è possibile vedere da tali dati, i valori di spesa effettivamente registrati (seconda colonna) sono sempre maggiori di quelli riportati dal FSN e dalle successive leggi di finanziamento della sanità. I dati stimati dal modello SANIMOD attestano della bontà del modello di replicare la spesa sanitaria. I dati dello scenario di base mostrano quello che dovrebbe essere l'aumento della spesa sanitaria in assenza di interventi correttivi da parte dello Stato, assumendo che i prezzi per servizi sanitari crescano del 3,0% nel 2005 e del 2,0% negli altri anni e che tutte le altre variabili restino ferme ai valori del 2004. Tali dati indicano un aumento consistente del deficit per gli anni 2006 e 2007. Discorso a parte merita il 2005. Infatti in questo caso occorrerà verificare se la previsione fatta a giugno 2005 verrà mantenuta nei dati reali di spesa o se, invece, il valore della simulazione di base possa rappresentare una stima più adeguata. In quest'ultimo caso, il valore del deficit dovrebbe posizionarsi su valori prossimi al 6,0%. I risultati relativi al triennio 2005-2007 sono abbastanza coerenti se si considera che, sulla base di quanto riportato dalla Corte dei Conti (2005), la relazione tecnica di accompagnamento al disegno di legge sulla Finanziaria 2005 ha quantificato in circa 4.250 milioni di euro il contenimento della spesa sanitaria rispetto al suo andamento tendenziale a legislazione vigente, quale differenza cioè fra quanto indicato nel DPEF 2005-2008 (92.500 milioni di euro) e il finanziamento "originariamente" disposto nel suindicato disegno di legge (88.250 milioni di euro)⁵. In assenza di tale taglio, le previsioni del deficit si sarebbero attestate su valori intorno al 2,0%, valori quindi molto più vicini a quelli regi-

⁵ "A spiegare la differenza rispetto agli 88.195 vale osservare che, a fronte del concorso dello Stato per 2.000 milioni ai disavanzi pregressi del SSN, è prevista una emissione di titoli quinquennali di corrispondente ammontare il cui onere per interessi – applicando il tasso medio del 2,75% – è stato quantificato (v. Relazione tecnica integrativa) in 55 milioni di euro nel 2005 e 54 nei due anni successivi, posto a carico di corrispondente riduzione del finanziamento complessivo del SSN per i medesimi anni (88.250-88.195=55)" Corte dei Conti (p.231, 2005).

strati negli ultimi quattro anni. È ovvio che una tale operazione costringerà ad intervenire nei prossimi anni con manovre correttive e di contenimento della spesa per evitare di dover arrivare a presentare rendiconti con sforamenti nell'ordine del 6-7%.

1.2.3 L'evoluzione della spesa sanitaria regionale

Un'ulteriore analisi effettuata è stata quella di simulare la spesa sanitaria a livello di singola Regione. Come per gli scorsi anni, le simulazioni a livello regionale sono ottenute con una procedura deterministica che permette di utilizzare l'informazione a livello nazionale e, successivamente, di ripartirla tra le Regioni secondo una media delle quote di mercato registrate negli ultimi anni. In altri termini, la stima della spesa sanitaria per la Regione Piemonte o per la Regione Marche è stata ottenuta moltiplicando i valori stimati a livello nazionale per gli anni 2005-2007 per la media delle quote di spesa fatte registrare da tali Regioni negli ultimi quattro anni. Il valore che si ottiene è quindi un valore molto indicativo e diviene affidabile solo sotto l'ipotesi di costanza delle quote di spesa. Confrontando i dati storici per il 2002 e il 2003 con quelli ottenuti dalla simulazione, l'ipotesi della costanza delle quote nel tempo non sembra essere così lontana dalla realtà,

Tabella 4 - Evoluzione della spesa regionale (2000-2010) secondo lo scenario "base" (miliardi di Euro)

Regione	2002	2003	2004	2005*	2006*	2007*
Piemonte	6,24	6,53	6,95	7,33	7,47	7,64
Valle d'Aosta	0,18	0,19	0,20	0,21	0,21	0,22
Lombardia	12,53	13,10	13,95	14,71	14,99	15,33
Bolzano	0,61	0,64	0,68	0,71	0,73	0,74
Trento	0,66	0,69	0,73	0,77	0,79	0,80
Veneto	6,22	6,50	6,92	7,30	7,44	7,61
Friuli V. G.	1,77	1,85	1,97	2,07	2,11	2,16
Liguria	2,56	2,68	2,86	3,01	3,07	3,14
Emilia Romagna	5,87	6,14	6,53	6,89	7,02	7,19
Toscana	5,21	5,45	5,80	6,12	6,24	6,38
Umbria	1,23	1,29	1,37	1,44	1,47	1,50
Marche	2,08	2,17	2,31	2,44	2,48	2,54
Lazio	7,19	7,53	8,01	8,45	8,61	8,81
Abruzzo	1,80	1,88	2,01	2,12	2,16	2,21
Molise	0,48	0,50	0,53	0,56	0,57	0,58
Campania	7,64	7,99	8,50	8,97	9,14	9,35
Puglia	5,39	5,64	6,00	6,33	6,45	6,60
Basilicata	0,84	0,87	0,93	0,98	1,00	1,02
Calabria	2,77	2,90	3,08	3,25	3,31	3,39
Sicilia	6,85	7,16	7,62	8,04	8,20	8,38
Sardegna	2,21	2,31	2,46	2,59	2,64	2,70
Italia	80,3	84,0	89,4	94,3	96,1	98,3

(*) valori simulati

Tabella 5 - Evoluzione della spesa regionale (2000-2010) secondo lo scenario “ottimista” (miliardi di Euro)

Regione	2002	2003	2004	2005*	2006*	2007*
Piemonte	6,24	6,53	6,95	6,85	6,99	7,13
Valle d'Aosta	0,18	0,19	0,20	0,20	0,20	0,20
Lombardia	12,53	13,10	13,95	13,76	14,04	14,30
Bolzano	0,61	0,64	0,68	0,67	0,68	0,69
Trento	0,66	0,69	0,73	0,72	0,74	0,75
Veneto	6,22	6,50	6,92	6,83	6,97	7,10
Friuli V. G.	1,77	1,85	1,97	1,94	1,98	2,02
Liguria	2,56	2,68	2,86	2,82	2,87	2,93
Emilia Romagna	5,87	6,14	6,53	6,45	6,58	6,70
Toscana	5,21	5,45	5,80	5,73	5,84	5,95
Umbria	1,23	1,29	1,37	1,35	1,38	1,40
Marche	2,08	2,17	2,31	2,28	2,33	2,37
Lazio	7,19	7,53	8,01	7,90	8,06	8,21
Abruzzo	1,80	1,88	2,01	1,98	2,02	2,06
Molise	0,48	0,50	0,53	0,52	0,53	0,54
Campania	7,64	7,99	8,50	8,39	8,56	8,72
Puglia	5,39	5,64	6,00	5,92	6,04	6,16
Basilicata	0,84	0,87	0,93	0,92	0,94	0,95
Calabria	2,77	2,90	3,08	3,04	3,10	3,16
Sicilia	6,85	7,16	7,62	7,52	7,67	7,82
Sardegna	2,21	2,31	2,46	2,42	2,47	2,52
Italia	80,3	84,0	89,4	88,2	90,0	91,7

(*) valori simulati

avvalorando quindi la tesi per cui le simulazioni a livello regionale possano essere considerate con un livello di affidabilità prossimo a quello della stima a livello nazionale.

Nelle Tabelle 4 (pag. 59) e 5 sono riportati i risultati delle simulazioni regionali per gli anni 2002-2007. In particolare nella tabella 4 vengono riportati i dati di spesa sanitaria pubblica a livello regionale secondo le ipotesi formulate nello scenario “base”, mentre nella tabella 5 si riporta l’evoluzione della spesa secondo le ipotesi formulate nello scenario “ottimista”.

Il passaggio successivo è stato quello di effettuare una stima del livello di compartecipazione alla spesa sanitaria da introdurre in ogni singola Regione per azzerare il deficit. Assumendo che la ripartizione del FSN a livello regionale avvenga secondo le stesse regole utilizzate per il 2004, è possibile ottenere una stima del deficit a livello regionale per gli anni 2005-2007 e, successivamente, il relativo ammontare di compartecipazione alla spesa (totale e pro-capite). I risultati di tale analisi sono riportati nella Tabella 6.

Ovviamente, nel caso di Regioni che al 2004 avessero fatto registrare un surplus, si è ipotizzato che tale comportamento virtuoso potesse permanere nel tempo e, quindi, il livello di compartecipazione aggiuntiva rimanesse fissato pari a zero.

Con l’eccezione del Piemonte e della Valle d’Aosta, sono le Regioni del Centro-Sud quel-

Tabella 6 - Stima del valore di compartecipazione alla spesa sanitaria a livello regionale*

Regione	Valori assoluti (miliardi di Euro)			Valori pro-capite (miliardi di Euro)		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Piemonte	0,13	0,70	0,63	30,8	164,3	147,9
Valle d'Aosta	0,01	0,03	0,03	32,9	175,7	158,1
Lombardia	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Bolzano	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Trento	0,00	0,00	0,00	0,9	4,7	4,2
Veneto	0,00	0,00	0,00	0,0	0,3	0,2
Friuli V. G.	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Liguria	0,07	0,35	0,32	41,1	219,4	197,5
Emilia Romagna	0,01	0,05	0,04	2,3	12,2	11,0
Toscana	0,12	0,65	0,59	34,9	186,4	167,7
Umbria	0,02	0,08	0,08	18,3	97,8	88,0
Marche	0,04	0,20	0,18	26,3	140,0	126,0
Lazio	0,25	1,35	1,21	47,6	253,9	228,5
Abruzzo	0,06	0,32	0,29	45,7	243,5	219,2
Molise	0,01	0,06	0,05	36,0	191,8	172,6
Campania	0,46	2,43	2,18	78,3	417,4	375,7
Puglia	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Basilicata	0,01	0,07	0,07	23,6	125,7	113,2
Calabria	0,01	0,06	0,06	5,8	31,0	27,9
Sicilia	0,22	1,17	1,05	42,9	228,9	206,0
Sardegna	0,09	0,47	0,42	53,7	286,6	258,0
Italia	1,50	8,00	7,20	26,0	138,5	124,7

(*) valori simulati

le che dovrebbero in modo maggiore intervenire dal lato della compartecipazione. Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna rimangono i casi dove maggiore dovrebbe essere la contribuzione a livello locale.

Bibliografia

- Atella V. (1999) Drug cost containment policies in Italy: are they really effective in the long-run? The case of minimum reference price, Health Policy, 50, pp. 197-218.
- Atella V. (2004) Le previsioni di spesa sanitaria a livello nazionale e regionale: i risultati del modello econometrico Sanimod, in Rapporto CEIS Sanità 2004, Italpromo Esis Publishing.
- Corte dei Conti (2004) Relazione sulla Finanza regionale, Capitolo Sanità, Par. 2.4, IPS – Roma.
- Corte dei Conti (2003) Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni: Esercizi 2003-2004 (Legge 5 Giugno 2003, N. 131), Deliberazione N. 7, 2005 IPS – Roma 2005.

1.3 Le politiche farmaceutiche in Italia

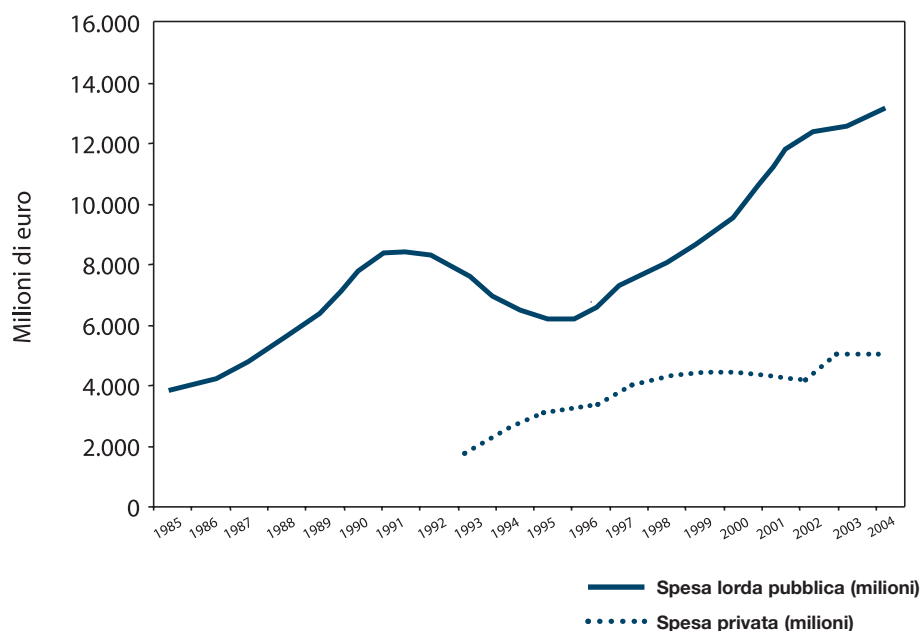
Barrella A., Polacsek A.¹

1.3.1 L'evoluzione della spesa farmaceutica

Nel 2004 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, è stata di 19.630 milioni di euro a fronte dei 18.628 del 2003, anno nel quale si era verificata un'inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti, attraverso una riduzione della spesa farmaceutica netta a carico del SSN del 5,4% e con un rientro verso il tetto di spesa del 13,0% fissato dalla legge.

La spesa farmaceutica netta a carico del SSN nel 2004 mostra quindi una consistente ripresa, facendo registrare un incremento dell'8,0% rispetto al 2003, che può essere spiegato quasi totalmente con l'aumento delle quantità di farmaci prescritti², ma anche con l'inserimento nel Prontuario Farmaceutico di nuove classi terapeutiche (quali gli antistaminici) e l'allargamento delle esenzioni dal pagamento del ticket, attivato da alcune Regioni, che ha di fatto determinato uno spostamento della spesa dal privato al pubblico³.

Figura 1 - Spesa farmaceutica territoriale in Italia nel periodo 1985-2004

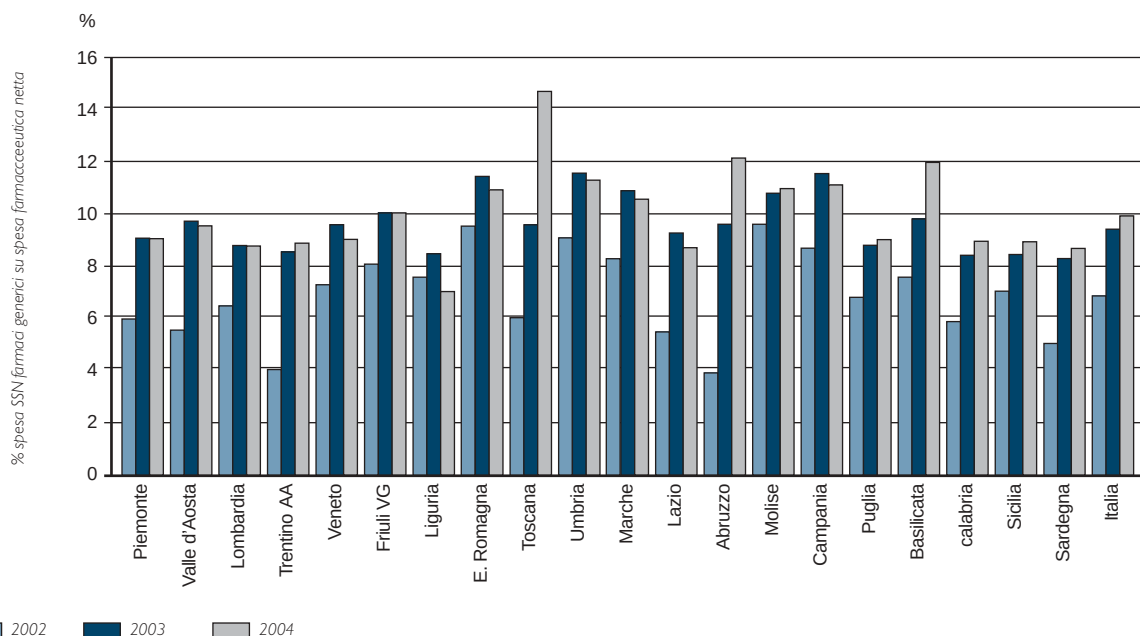


Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma e Farmindustria

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

² Meno rilevante risulta l'impatto derivante dall'andamento dell'"effetto mix" (spostamento della prescrizione verso farmaci più o meno costosi), o dei prezzi che hanno invece subito una riduzione per effetto di alcune manovre di contenimento della spesa.

³ Farmindustria (2005), Fatti e cifre 2005. Principali indicatori dell'industria farmaceutica in Italia.

Figura 2 - Spesa SSN dei farmaci a brevetto scaduto pop. pesata (valori percentuali)

Fonte: nostra elaborazione su dati OsMED

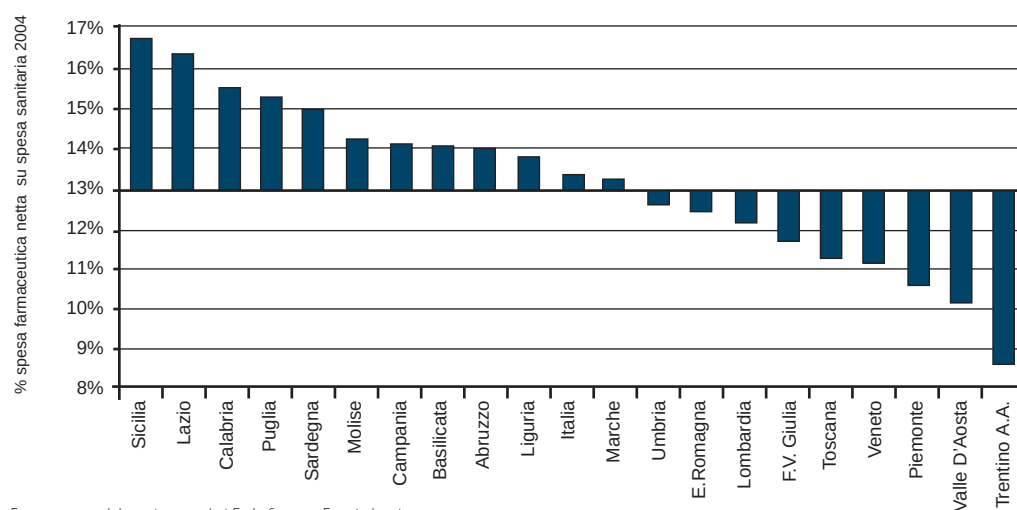
A fronte dell'aumento della spesa farmaceutica convenzionata, quella privata evidenzia una riduzione del 2,7% rispetto all'anno precedente, riduzione che ha riguardato soprattutto l'acquisto privato di farmaci rimborsabili (-8,1%), rispetto all'acquisto dei farmaci di classe C e di quelli per l'automedicazione.

Relativamente al mercato dei farmaci generici, la spesa risulta sostanzialmente stabile rispetto al 2003, rappresentando il 10,1% della spesa complessiva a carico del SSN (a fronte del 9,8% del 2003), con ancora uno scarso utilizzo dei farmaci unbranded, che costituiscono solo l'1,9% dell'intero mercato.

La spesa farmaceutica netta territoriale del SSN ha rappresentato il 13,5% della spesa sanitaria complessiva, ma con una variabilità elevata a livello regionale, compresa tra l'8,6% del Trentino Alto Adige e il 16,9% della Sicilia.

Si osserva, inoltre, una spaccatura tra le Regioni del Nord nelle quali l'incidenza della quota percentuale di spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria risulta inferiore al tetto stabilito (13,0%), e le Regioni del Centro-Sud che, invece, superano ampiamente tale soglia. Si deve però ricordare che tali dati possono sottostimare il reale impatto della farmaceutica sulla spesa totale nelle Regioni che hanno utilizzato maggiormente lo strumento della distribuzione diretta e che, per tale motivo, la L. n. 326/2003 ha indicato nel 16,0% della spesa sanitaria complessiva il nuovo tetto per la spesa farmaceutica a carico del SSN comprensiva sia dell'assistenza territoriale che di quella ospedaliera.

Figura 3 - Spesa farmaceutica netta in percentuale della spesa sanitaria



Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma e Farminindustria

Osservando però l'incidenza della spesa farmaceutica pubblica, non sulla spesa sanitaria, bensì sul livello di finanziamento programmato a livello nazionale (FSN 2004), essa risulta essere pari al 14,6% con una variabilità regionale che trova il suo massimo nella Regione Lazio, con un valore di 18,9% ed un minimo nella Regione Piemonte e in Trentino Alto Adige con un valore pari a 11,8%. Non sussiste inoltre la spaccatura prima evidenziata tra le Regioni del Nord e quelle del Centro-Sud, anche se le prime dimostrano un migliore controllo sulla spesa farmaceutica, come evidenziato nella figura 4.

1.3.2 Le politiche nazionali

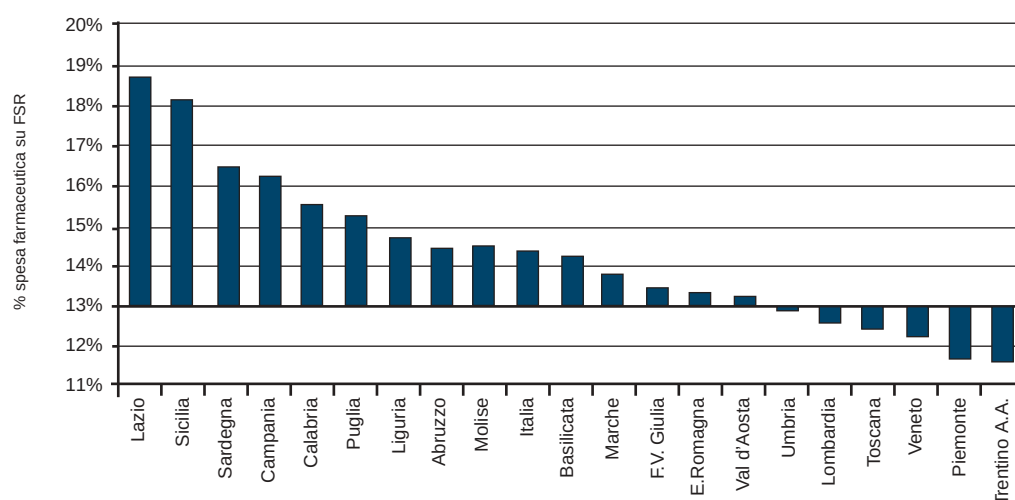
Tra i principali provvedimenti adottati nel corso del 2004 a livello centrale è sicuramente da annoverare l'istituzione dell'AIFA, ente che attraverso una nuova politica del farmaco incentrata sull'interesse primario del malato si vuole fare garante del diritto alla salute di tutti i cittadini⁴. Tra le sue responsabilità, ribadite anche dalla legge finanziaria 2005⁵, vi è quello di garantire il tetto di spesa programmato fissato dalla legislazione nazionale attraverso manovre di ripiano, revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale e negoziazione dei prezzi.

La stima dello scostamento della spesa farmaceutica rispetto al tetto del 13,0% ha determinato l'adozione di due manovre nel corso del 2004:

- lo sconto del 6,8% a carico dell'industria farmaceutica sul proprio fatturato per tutti i farmaci rimborsati dal SSN, anche se acquistati privatamente dal cittadino (che equivale ad una riduzione del prezzo al pubblico del 4,12%), in adempimento alla L. n. 326/2003, che

⁴ AIFA, *L'interesse primario del malato al centro della nuova politica del farmaco*, "ASI", n. 31-32, 29 luglio/5 agosto, pag. 3.

⁵ L. n. 311 del 29.12.2004, comma 165.

Figura 4 - Spesa farmaceutica netta in percentuale del FSR

Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma e Farminindustria

poneva a carico dei produttori il ripiano del 60,0% dello sfondamento del tetto di spesa⁶;

- l'aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN), entrato in vigore dal 1° gennaio 2005, che è stato improntato da un lato a ridurre la spesa a carico del SSN, attraverso la diminuzione del prezzo per i principi attivi che avevano registrato un eccessivo e ingiustificato aumento dei consumi (incremento di spesa superiore all'8,6%, che costituisce la crescita media della spesa farmaceutica complessiva), dall'altro ad un incremento dei LEA realizzato ammettendo al rimborso 43 nuove specialità e 15 generici, ma anche evitando di porre a carico del cittadino farmaci attualmente rimborsati dal SSN.

Le due manovre di ripiano attuate nel 2004 (sconto a carico dell'industria farmaceutica e riduzione dei prezzi dei farmaci del prontuario) dovrebbero permettere di ripianare il 60,0% del deficit della spesa farmaceutica⁷; il risparmio di spesa così determinato costituirebbe l'opportunità per destinare tali risorse alla ricerca di nuovi farmaci innovativi che permettano di aumentare l'offerta di cure da parte del SSN.

Tra le misure rivolte al contenimento della spesa, non si può infine dimenticare la terza revisione delle Note alla prescrivibilità realizzata da parte dell'AIFA e l'introduzione del PHT (Prontuario della Distribuzione Diretta).

Le Note, nate come strumento di controllo della spesa, rappresentano altresì uno strumento atto a garantire una maggiore appropriatezza di impiego dei farmaci e una migliore strategia assistenziale, attraverso il collegamento a studi di *outcome-research*, in grado di valutare l'esito delle cure intraprese.

Anche l'introduzione del PHT non può essere vista solo nell'ottica del contenimento della

⁶ L. n. 202 del 2.08.2004.

⁷ ASI (2004), *Nel mirino dell'AIFA i farmaci "iper prescritti". Ultimi ritocchi per il nuovo Prontuario farmaceutico*, "ASI", n. 46, 11 novembre, pag. 22.

spesa, rispondendo infatti all'esigenza di adeguare le strategie assistenziali alla trasformazione, sia concettuale che organizzativa, subita dai servizi assistenziali. La maggiore incidenza di patologie caratterizzate da cronicità ha determinato di fatto la necessità di garantire una continuità assistenziale tra ospedale e territorio, che investe anche il settore farmaceutico in particolare per i farmaci (inclusi nella lista del PHT) che si caratterizzano per la criticità terapeutica, o perché richiedono un controllo periodico da parte della struttura specialistica e che attraverso la distribuzione diretta permettono di assicurare le condizioni per una maggiore appropriatezza diagnostico-assistenziale.

1.3.3 Gli interventi regionali

La citata legge finanziaria del 2005 ha ribadito l'obbligo di contenimento della spesa farmaceutica a carico delle Regioni⁸, vincolandole al ripiano del 40,0% dello sfondamento del tetto di spesa farmaceutica. Limitatamente al 2004, tale obbligo si riteneva adempiuto se la Regione realizzava un equilibrio complessivo del sistema sanitario regionale⁹.

Incrociando quindi i dati di spesa farmaceutica con il bilancio complessivo del settore sanitario¹⁰, si evidenzia come Puglia (62 mln. di euro), Calabria (53 mln. di euro), Lombardia (3 mln. di euro) e Veneto (0,26 mln. di euro) sono le Regioni che hanno realizzato al 31 dicembre 2004 un avanzo complessivo; la realizzazione dell'equilibrio economico del SSR consentirebbe quindi alle prime due Regioni, che maggiormente hanno sfondato il tetto di spesa farmaceutica, di non essere obbligate al ripiano.

Relativamente agli interventi attuati dalle Regioni al fine del contenimento della spesa farmaceutica, si può evidenziare che nel 2004 tutte le Regioni, ad eccezione della Sardegna che ha abolito la compartecipazione alla spesa farmaceutica a partire dal mese di aprile, hanno optato per la conferma del ticket¹¹ attuando esclusivamente alcune modifiche nel regime delle esenzioni e/o della quota fissa; in particolare sono state ampliate le categorie di pazienti esenti dal ticket per patologia in Calabria, per patologia e reddito in Liguria e Lombardia, esclusivamente per reddito in Sicilia e Veneto, mentre il Piemonte ha previsto un ampliamento dei pazienti esenti sia in funzione del reddito che dell'età (fig. 5).

⁸ Già previsti con la L. n. 326/2003.

⁹ Comma 182, L. n. 311 del 29.12.2004.

¹⁰ Contenuti all'interno della Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2004.

¹¹ Si deve però ricordare che il ticket costituisce uno spostamento della spesa dal SSN ai cittadini e che incide anche sulla spesa lorda, attraverso la modifica delle quantità consumate a carico del SSN.

Figura 5 - L'applicazione dei ticket nelle Regioni

- Nessun ticket
- 1€ a confez.
- 1€ a confez. per farmaci con prezzo >5€
- 1€ a confez. max 3€ a ricetta per farmaci con prezzo > 5€
- da 0,50€ a 2€ a confez.
- 2€ a confez. max 4€ a ricetta
- 2€ a confez. max 5,5€ a ricetta



Fonte: nostra elaborazione su BUR regionali

Accanto all'introduzione dei ticket, è possibile contenere la spesa anche introducendo una limitazione sul numero di confezioni prescrivibili per ricetta. Nel corso del 2004, le Regioni che hanno adottato la limitazione della pluriprescrizione sono: l'Abruzzo con la prescrizione di una confezione per ricetta (maggio 2004) e la Calabria con una confezione per specialità e massimo due per ricetta (novembre 2004). Molte Regioni hanno sfruttato l'opportunità offerta dalla L. n. 405/2001 di attivare modalità particolari di erogazione dei farmaci in particolare per il primo ciclo di terapia ai pazienti in dimissione dal ricovero ospedaliero o dalla visita specialistica ambulatoriale; per la distribuzione diretta, che prevede l'erogazione dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente (farmaci previsti dall'Allegato 2 DM 22.12.2000 o ex nota 37 e dal gennaio 2005 dal PHT), mediante stipula di accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, con le stesse modalità attuate dalle strutture pubbliche¹².

¹² Si ricorda che il ricorso alla distribuzione diretta per il contenimento della spesa deriva dallo sconto che viene applicato per i farmaci acquistati da parte delle strutture pubbliche (almeno il 50% per i medicinali autorizzati con procedura nazionale e il 33,35% per quelli autorizzati con procedura europea), sconti che possono diventare più alti nel caso di gare svolte da più Aziende Sanitarie in forma di consorzi o area vasta. Il reale risparmio risulta inoltre difficilmente quantificabile a causa dello spostamento di tale spesa dal territorio all'ospedale, comportando maggiori oneri sulla posta "beni, servizi e personale", soggetta a minori controlli rispetto a quelli previsti a livello territoriale.

Nel corso del 2004 si è assistito, quindi, ad un aumento del ricorso alla distribuzione “per conto” attraverso accordi di distribuzione diretta con farmacie e grossisti, in particolare nelle seguenti Regioni: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Valle d’Aosta. Altre Regioni, invece, hanno scelto di adottare questa iniziativa solo in alcune Aziende Sanitarie, ad esempio in Veneto nell’Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino, in Lombardia nella sola ASL di Pavia (figg. 6-7).

Figura 6 - Applicazione della distribuzione diretta nelle Regioni

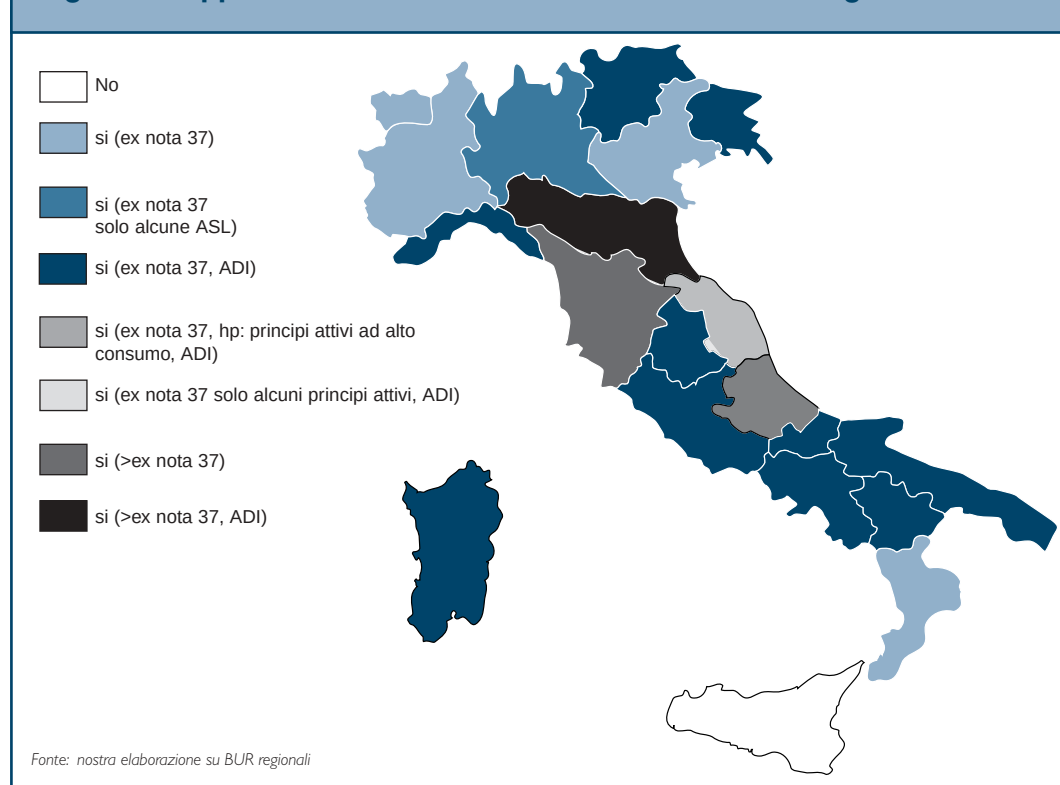
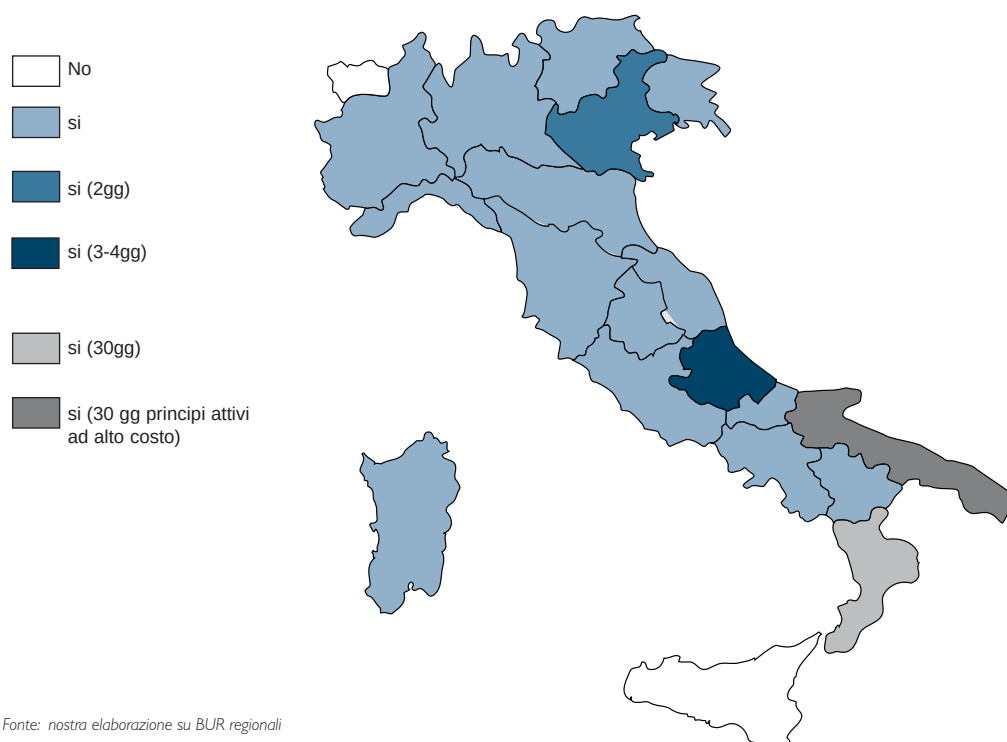


Figura 7 - Applicazione della continuità terapeutica (1° ciclo di terapia) nelle Regioni

Tra le ulteriori manovre a disposizione delle Regioni in tema di contenimento delle spesa farmaceutica, forte è ancora l'attenzione sull'appropriatezza prescrittiva e sull'informazione medico-scientifica.

1.3.4 Analisi della spesa e delle politiche farmaceutiche

Anche nel corso del 2004 il livello di spesa farmaceutica territoriale convenzionata si è quindi attestato su valori superiori al vincolo del 13,0% sia della spesa sanitaria che del finanziamento del SSN¹³ in quasi tutte le Regioni.

Dall'analisi dei dati relativi al rapporto tra la spesa farmaceutica a carico del SSN e Fondo Sanitario Regionale emerge che solo Lombardia, Piemonte, Veneto, Trentino Alto Adige e Toscana sono riuscite a rispettare il vincolo del 13,0%. Tutte le altre Regioni invece presentano uno sfondamento del tetto. I valori più alti dello sfondamento si registrano nel Lazio (18,90%), in Sicilia (18,35%), superano il tetto ma per meno di un punto per-

¹³ L'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 prevedeva che la spesa farmaceutica pubblica non dovesse superare il 13% della spesa sanitaria pubblica. Con la legge n. 202/2004 il valore di riferimento per il calcolo del tetto del 13% è passato dalla spesa sanitaria consuntiva alla spesa sanitaria programmata, e quindi al valore del finanziamento del SSN (Cfr. Farmindustria, Indicatori Farmaceutici 2005).

tuale l'Umbria (13,01%), la Val d'Aosta (13,30%), l'Emilia Romagna e il Friuli Venezia Giulia (rispettivamente 13,32% e 13,37%).

I giudizi sopra espressi sono però distorti nella loro sostanza dalla mancata considerazione dei diversi bisogni assistenziali delle popolazioni regionali: tale carenza è intrinseca nella scelta di porre un tetto di spesa uniforme, che quindi rappresenta un *benchmark* quanto meno discutibile.

Al fine di meglio valutare le dinamiche sottostanti all'andamento degli avanzi/disavanzi regionali, si è quindi impostato un modello di correzione basato sull'assegnazione delle risorse destinate alla farmaceutica sulla base dei bisogni effettivi, ovvero della popolazione pesata. I pesi utilizzati nel modello sono stati ottenuti utilizzando i dati relativi alla spesa farmaceutica lorda¹⁴ per classi di età relativa all'anno 2001 di cinque Regioni di cui è stato possibile raccogliere i dati.

La tabella che segue evidenzia la differente ipotesi di consumo sottostante i pesi determinati dal modello e quelli ufficiali, risalenti al 1999, predisposti dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute, utilizzati per la ripartizione della quota capitaria del FSN.

Tabella 1 - Confronto tra pesi ministeriali e pesi ricalcolati

Classi di età	Pesi ministeriali	Pesi ricalcolati
0	0,475	0,385
1-4	0,461	
5-14	0,330	0,352
15-44 (Maschi)	0,329	0,378
15-44 (Femmine)	0,366	
45-64	1,000	1,000
65-74	1,985	1,821
75+	2,039	2,203

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e Assessorati alla sanità regionali

L'analisi degli scostamenti dal tetto programmato pesato per i bisogni della popolazione (calcolati come differenza tra la spesa farmaceutica territoriale convenzionata e l'assegnazione dei fondi da destinare all'assistenza farmaceutica determinata sul sistema dei pesi sopra descritto), se in generale conferma quanto già in precedenza evidenziato, ossia un maggior controllo della spesa farmaceutica da parte delle Regioni del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud, dall'altra permette di evidenziare le distorsioni derivanti dal tetto unico per alcuni casi specifici.

¹⁴ Si escludono perciò differenze di consumo derivanti da politiche regionali di esenzione.

Tabella 2 - Spesa Farmaceutica netta territoriale e assegnazione fondi (€) - Anno 2004

REGIONI	FSR ⁽¹⁾ (A)	Fondo spesa farmaceutica (tetto 13%) (B)	Fondo spesa farmaceutica (tetto pesato per i bisogni) (C)	Spesa Farmaceutica Netta ⁽²⁾ (D)	Scost. nti % spesa netta da fondo indistinto al 13 % (D/B)	Scost. nti % spesa netta da fondo pesato (D/C)	Incidenza % fondo pesato farmaceutica su FSR (C/A)
Val d'Aosta	173.821.000	22.596.730	22.814.984	23.118.246	2,31%	1,33%	13,13%
Piemonte	6.332.587.000	823.236.310	834.869.759	749.240.733	-8,99%	-10,26%	13,18%
Liguria	2.533.048.000	329.296.240	334.142.052	377.084.991	14,51%	12,85%	13,19%
Lombardia	12.879.772.000	1.674.370.360	1.696.814.614	1.638.502.489	-2,14%	-3,44%	13,17%
Veneto	6.412.684.000	833.648.920	848.628.487	788.914.709	-5,37%	-7,04%	13,23%
Trentino A.A.	1.289.452.000	167.628.760	169.506.854	152.557.903	-8,99%	-10,00%	13,15%
F.V. Giulia	1.740.393.000	226.251.090	235.760.691	232.603.787	2,81%	-1,34%	13,55%
E. Romagna	6.030.446.000	783.957.980	806.944.115	803.305.017	2,47%	-0,45%	13,38%
Marche	2.178.656.000	283.225.280	292.844.229	303.030.114	6,99%	3,48%	13,44%
Toscana	5.334.919.000	693.539.470	710.392.756	676.130.583	-2,51%	-4,82%	13,32%
Lazio	7.432.827.000	966.267.510	946.527.965	1.404.747.847	45,38%	48,41%	12,73%
Umbria	1.265.160.000	164.470.800	168.762.987	164.565.274	0,06%	-2,49%	13,34%
Abruzzo	1.861.716.000	242.023.080	243.154.347	275.135.362	13,68%	13,15%	13,06%
Molise	478.577.000	62.215.010	61.289.592	70.722.521	13,67%	15,39%	12,81%
Campania	7.589.738.000	986.665.940	945.731.361	1.252.573.434	26,95%	32,44%	12,46%
Puglia	5.499.688.000	714.959.440	696.672.721	860.262.760	20,32%	23,48%	12,67%
Basilicata	848.500.000	110.305.000	108.146.830	123.452.016	11,92%	14,15%	12,75%
Calabria	2.808.754.000	365.138.020	352.385.582	444.193.184	21,65%	26,05%	12,55%
Sicilia	6.904.316.000	897.561.080	874.734.390	1.267.006.497	41,16%	44,84%	12,67%
Sardegna	2.242.235.000	291.490.550	288.723.255	372.699.636	27,86%	29,09%	12,88%
Italia	81.837.289.000	10.638.847.570	10.638.847.570	11.979.847.103	12,60%	12,60%	13,00%

Fonte (1): Relazione generale sulla situazione economica del Paese

Fonte (2): Federfarma

Come si nota, i fondi così determinati risultano, rispetto a quelli effettivi, superiori nelle Regioni con una popolazione più anziana (in linea con la constatazione che i consumi farmaceutici siano fortemente legati all'età della popolazione). Ciò si riflette anche sulla situazione degli avanzi/disavanzi regionali.

L'analisi mostra, infatti, che se anche il sistema di attribuzione dei fondi per la farmaceutica a livello regionale si basasse sui bisogni assistenziali della popolazione espressi dal sistema di pesi, le Regioni del Nord si mostrerebbero mediamente ancora più virtuose rispetto a quanto effettivamente risultano. Osservando il differenziale tra la spesa farma-

ceutica pubblica e i fondi assegnati e teorici, si evince che in tutte le Regioni che evidenziano un avanzo, questo si presenta ancora più elevato, mentre laddove esista un disavanzo questo si dimostri inferiore.

Contrariamente, per le Regioni del Centro-Sud la situazione si mostra peggiore. Il disavanzo risulta maggiore rispetto a quello effettivo, sottolineando ancora di più l'inefficacia delle politiche regionali poste in essere per il controllo della spesa farmaceutica.

Interessante è notare come per alcune Regioni, quali Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Umbria il bilancio si capovolga. Il confronto tra la spesa farmaceutica pubblica e i fondi assegnati mostra un disavanzo, ma tenendo conto del fattore età e raffrontando quindi la spesa farmaceutica con i fondi attribuiti sulla base della popolazione pesata, queste Regioni presentano un risultato positivo. Il Friuli Venezia Giulia passa da una differenza tra spesa farmaceutica netta e fondo assegnato dal 2,81% effettivo a -1,34% teorico, l'Emilia Romagna passa dal 2,47% effettivo a -0,45% teorico, infine l'Umbria passa da un disavanzo effettivo dello 0,06% ad un avanzo teorico pari a -2,49%.

Infine l'ultima colonna della tabella riporta l'incidenza del fondo regionale per l'assistenza farmaceutica calcolato sulla base dei pesi sul FSR totale. Chiaramente anche quest'ultimo dato conferma che Regioni con una popolazione più anziana dovrebbero ricevere più del 13,0% per assicurare un'assistenza farmaceutica più adeguata.

L'analisi degli avanzi/disavanzi regionali così come sopra descritta è stata condotta anche per gli anni precedenti fino al 2001, anno in cui è stato introdotto il vincolo del 13,0%, e si è cercato di capire se le politiche di contenimento della spesa farmaceutica basate sull'utilizzo del ticket abbiano apportato dei miglioramenti.

Il risultato non è univoco. Infatti, si può senz'altro affermare che le Regioni che hanno adottato politiche di contenimento più aspre (importi più elevati del ticket) hanno ottenuto notevoli miglioramenti. Così ad esempio il Piemonte, la Lombardia e il Veneto¹⁵ sono passati da una situazione iniziale di disavanzo nel 2001, riuscendo a raggiungere un avanzo sia nel 2003 che nel 2004.

Lo strumento del ticket si è però dimostrato solo parzialmente efficace in Liguria, che ha adottato una politica analoga alle tre Regioni su menzionate¹⁶, consentendo comunque di dimezzare il disavanzo, dal 2001 al 2004.

Per le Regioni che hanno scelto di adottare una politica di contenimento più leggera, scegliendo quindi di adottare un ticket di importo inferiore¹⁷, tale strumento si è dimostrato incapace di contenere la spesa. In particolar modo il Lazio e la Sardegna tra il 2001 e il 2004 non sono riuscite ad ottenere significativi miglioramenti in termini di riduzione del disavanzo e quindi di controllo della spesa farmaceutica.

Un caso particolare è quello della Regione Puglia, la quale fino al 2003 ha adottato un ticket pari a 1 euro a ricetta più 1,5 euro a pezzo e massimo 4,5 euro a ricetta, e nel 2003

¹⁵ In queste Regioni è applicato dal 2002 in Piemonte e Lombardia e dal 2003 in Veneto un ticket pari a 2 €/pezzo, max 4 €/ricetta.

¹⁶ Ma anche ampliato le categorie di esenzione alla compartecipazione ai ticket.

¹⁷ Con ticket da 1 €/pezzo max 3 €/ricetta. Cfr., Fig. 1 stesso capitolo.

ha stabilito un ticket di 2 euro a pezzo e massimo 5,5 euro a ricetta. Sebbene il suo disavanzo tra il 2001 e il 2004 si sia quasi dimezzato, nonostante una politica di contenimento più leggera, tra il 2003 e il 2004, quando tale politica è stata inasprita, la spesa farmaceutica a carico del SSN è aumentata del 9,0%.

Dall'analisi delle politiche regionali sui ticket e i disavanzi registrati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, quello che più colpisce è che anche quelle Regioni che hanno deciso di non introdurre forme di compartecipazione a carico dei cittadini siano, nella maggior parte dei casi, riuscite ad ottenere nel corso dei quattro anni esaminati notevoli miglioramenti in termini di disavanzo, riuscendo, almeno nel caso della Toscana, ad avere una spesa farmaceutica convenzionata al di sotto del tetto del 13,0%.

Tra le Regioni senza ticket, quelle che presentano sfondamenti del tetto del 13,0% di notevole entità sono la Campania e la Basilicata. Preme tuttavia constatare come anche queste Regioni siano riuscite a dimezzare il disavanzo tra fondi assegnati e ammontare di spesa farmaceutica.

Riproponiamo nella tabella che segue quanto sinora descritto.

Tabella 3 - Differenza percentuale tra Spesa Farmaceutica Convenzionata netta e Fondo per la Farmaceutica (tetto pesato per i bisogni)

Regione	2001	2002	2003	2004
Val d'Aosta (1)	7,51%	4,93%	-0,96%	1,33%
Piemonte (2)	10,76%	0,67%	-9,48%	-10,26%
Liguria (2)	29,61%	17,78%	12,17%	12,85%
Lombardia (2)	12,29%	14,08%	-4,74%	-3,44%
Veneto (2)	8,28%	2,37%	-8,88%	-7,04%
Trentino A.A. (5)	-3,55%	-4,31%	-10,15%	-10,00%
F.V. Giulia (1)	2,77%	3,44%	-2,64%	-1,34%
E. Romagna (1)	6,26%	7,15%	1,01%	-0,45%
Marche (1)	16,82%	16,74%	4,76%	3,48%
Toscana (1)	9,85%	6,02%	-4,28%	-4,82%
Lazio (3)	51,03%	46,05%	42,38%	48,41%
Umbria (1)	13,25%	9,74%	-0,24%	-2,49%
Abruzzo (4)	33,82%	30,68%	20,77%	13,15%
Molise (3)	21,47%	24,50%	18,06%	15,39%
Campania (1)	53,88%	42,83%	31,60%	32,44%
Puglia (2)	40,48%	32,17%	20,80%	23,48%
Basilicata (1)	27,06%	30,33%	23,18%	14,15%
Calabria (3)	43,36%	37,25%	27,66%	26,05%
Sicilia (3)	55,68%	50,11%	35,22%	44,84%
Sardegna (3)	31,59%	25,35%	29,09%	29,09%
Italia	26,33%	21,86%	11,24%	12,60%

(1) Regioni senza ticket.

(2) 2 € a pezzo max 4 € per ricetta; Puglia max 5,5 € per ricetta dal 09/03.

(3) 1 € a pezzo max 3 € per ricetta, Sicilia da 1,50 a 2 € /pezzo secondo fasce di reddito, Sardegna abolito ticket dal 04/04.

(4) Da 2 a 4 € al pezzo per fasce di reddito, abolito a fine 2002.

(5) La P.A. di Bolzano ha un ticket di 2 € a pezzo max 4 € per ricetta. Trento non ha introdotto ticket.

Fonte: nostra elaborazione su dati Relazione generale sulla situazione economica del Paese e dati Federfarma

Per quanto detto si può dedurre che l'adozione dei ticket non può essere considerata condizione necessaria e sufficiente per il controllo della spesa farmaceutica. Lo dimostra il fatto che le Regioni che hanno scelto di non reintrodurre il ticket siano state in grado di ottenere significativi miglioramenti, adottando altri tipi di politiche di controllo della spesa farmaceutica, quali il maggior ricorso ai farmaci generici, alla distribuzione diretta, ai controlli sulle prescrizioni mediche più severi e all'adozione di linee guida e percorsi diagnostici terapeutici per le patologie croniche.

1.3.5 Conclusioni

L'aumento dell'8,0% della spesa farmaceutica a carico del SSN nel 2004 (secondo Federfarma) può a nostro parere essere solo in minima parte giustificabile con l'invecchiamento della popolazione (secondo le nostre stime meno dell'1,0%); essendo peraltro diminuiti i prezzi e in presenza di un effetto mix limitato¹⁸, le cause vanno quindi ricercate in un aumento delle quantità prescritte: rimane evidentemente da valutare quanto questo derivi da innovazioni terapeutiche e quanto invece da aumenti prescrittivi definibili inappropriati. Indipendentemente da ciò, e come messo sopra in evidenza, continua però a persistere per molte Regioni, soprattutto per quelle del Centro-Sud, una seria difficoltà a convergere verso il tetto fissato del 13,0%, malgrado tale riferimento appaia non del tutto giustificabile, essendo indipendente dai bisogni sanitari della popolazione.

Considerando l'elemento "bisogno", emerge un quadro più articolato e dinamiche differenziate.

Dal confronto dei percorsi di rientro dai "disavanzi farmaceutici" emerge anzitutto come strategie alternative ai ticket possano dimostrarsi efficaci. In primo luogo il controllo delle prescrizioni che incide sulle quantità consumate, ma anche, sul versante dei prezzi, le politiche di sconto (obbligatorio) e le varie forme di distribuzione diretta, sebbene tali strumenti non siano, in via di principio, esenti da effetti indiretti sulle politiche industriali da un lato e sulla *compliance* dei pazienti dall'altro.

Per quanto concerne il ticket, si conferma essere uno strumento di contenimento dei consumi e non un mero strumento finanziario di trasferimento di spesa (sui cittadini): infatti, sul versante dei puri risparmi finanziari, gli interventi indirizzati sui prezzi risultano ovviamente più direttamente efficaci; d'altra parte l'effetto del ticket in alcune Regioni è del tutto vanificato per l'azione dei medici prescrittori che non necessariamente risultano sensibili all'effetto dei prezzi, ma anche e soprattutto per un regime di esenzioni senza controllo e senza verifica in termini di equità. Non a caso nelle Regioni del Sud risulta più difficile agire attraverso gli strumenti classici di controllo.

Peraltro se è vero che la spesa farmaceutica privata in queste Regioni risulta inferiore rispetto a quelle del Nord, indicando un minor ricorso della popolazione ai farmaci non rimborsabili, con conseguente maggior onere a carico della spesa pubblica, permangono forti anomalie nei dati di consumo non facilmente giustificabili.

Emerge, quindi, come un controllo non distorsivo della spesa farmaceutica pubblica non possa esimersi dal considerare l'elemento bisogno: sia nella sua componente demogra-

¹⁸ Secondo quanto riportato dal Rapporto OSMED l'effetto-mix ha inciso per lo 0,6%, mentre i prezzi sono diminuiti dell'1,0%.

fica, sia in quella socio-economica, in particolare con riferimento al regime di esenzione. In conclusione, le forti differenze dei bisogni nelle Regioni e anche all'interno delle stesse, derivanti sia dalla diversa struttura demografica che dalle particolari condizioni economiche e sociali presenti in ciascuna di esse, porta a considerare non corretta la logica del perseguimento del tetto unico: esso, sebbene sia in teoria rivolto a garantire l'uniformità di cure sul territorio nazionale, di fatto determina un ulteriore ampliamento delle differenze regionali. Tale situazione suggerisce l'esigenza di una politica basata sulla conoscenza reale dei bisogni della popolazione e delle patologie che si presentano come più frequenti in ciascun territorio, al fine di utilizzare le risorse nel modo più efficace e più equo possibile, evitando perdite di benessere dei cittadini.

Bibliografia

- AA.VV. (2005), Farmaci: dosi a carico del SSN, in cinque anni un balzo del 35%, "ASI", n. 25, 23 giugno, pag. 10-14.
- Ageing Society (2004), Maxi confezioni e nuove farmacie negli ipermercati, "ASI", n. 41, 7 ottobre, pag. 15.
- AIFA, (2005), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2004, Roma, giugno 2005.
- AIFA, L'interesse primario del malato al centro della nuova politica del farmaco, "ASI", n. 31-32, 29 luglio/5 agosto, pag. 3.
- ANIFA (2005), Presentato il rapporto 2004 sull'automedicazione. Chiesta una classe ad hoc per i farmaci da banco, "ASI", n. 28, 8 luglio, pag. 8-10.
- ANIFA (2005), Presentato il rapporto 2005 e le proposte per rilanciare il settore. Automedicazione, vendite in calo del 4,9%, "ASI", n. 27, 7 luglio, pag. 21-28.
- ASI (2004), Farmaci, confezione monodose per evitare gli sprechi, "ASI", n. 45, 4 novembre, pag. 2-3.
- ASI (2004), Nel mirino dell'AIFA i farmaci "iper prescritti". Ultimi ritocchi per il nuovo Prontuario farmaceutico, "ASI", n. 46, 11 novembre, pag. 22.
- Farindustria (2005), Fatti e cifre 2005. Principali indicatori dell'industria farmaceutica in Italia.
- Farindustria, Farmaci, in cinque anni la spesa potrebbe aumentare del 124%, "ASI", n. 7, 17 febbraio, pag. 18-20.
- Federfarma (2004), Federfama presenta i dati del 2004. Spesa farmaceutica sotto controllo, "ASI", n. 7, 17 febbraio, pag. 21-24.
- Federfarma (2005), La spesa farmaceutica SSN, dati gennaio-dicembre 2004.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2004), Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2004.
- Ministero della Salute (2004), Finanziaria, due emendamenti per rilanciare la ricerca, "ASI", n. 50, 9 dicembre, pag. 32.
- Ministero della Salute (2005), Con il nuovo Prontuario farmaceutico più vantaggi per i cittadini, "ASI", n. 5, 3 febbraio, pag. 32.
- Ruffino E.D. et al. (2005), I rebus del mercato farmaceutico, "ASI", n. 4, 27 gennaio, pag. 14-16.
- Turno R. (2005), Farmaci, al Sud spesa doppia, "Il Sole 24 Ore", 04 giugno



Capitolo 2

Efficienza

2.1 L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità

Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F.¹

2.1.1 Introduzione

Il presente contributo si propone di confrontare le politiche di distribuzione delle risorse, e in particolare di finanziamento/pagamento delle Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche e private, impiegate a livello regionale, al fine di comprendere quali reali incentivi all'efficienza esse comportino, nonché le motivazioni economiche di alcune marcate differenze che si riscontrano in dette politiche.

Il lavoro si sostanzia nell'analisi dei criteri di riparto delle risorse finanziarie, delle forme di utilizzo di alcuni strumenti tesi a garantire l'equilibrio di bilancio (accordi contrattuali e tetti di spesa), nonché dei livelli di disavanzo che condizionano tale processo.

Come già evidenziato nel Rapporto CEIS Sanità 2004, il coesistere di approcci regionali profondamente diversi² può essere considerato come rappresentativo dell'elevata autonomia della Regione, ma anche delle diverse sensibilità a livello regionale rispetto alla possibilità di responsabilizzare le Aziende verso il raggiungimento di obiettivi di razionalizzazione. L'aggiornamento dell'analisi, per gli anni 2003 e 2004, ha permesso di confermare quanto anticipato lo scorso anno: un minor grado di autonomia finanziaria lasciata alle Aziende territoriali e una quota elevata di risorse a gestione diretta³ della Regione sono certamente indicatori del (neo)centralismo regionale⁴, in quanto si accompagna a limitazioni o abolizioni di fatto del potere negoziale delle Aziende territoriali.

Le diverse sensibilità delle Regioni rispetto alla possibilità di responsabilizzare le Aziende verso il raggiungimento di obiettivi di razionalizzazione hanno portato all'individuazione di tre modelli di finanziamento: un primo modello che lascia la responsabilità di realizzare quanto previsto nei LEA alle Aziende (prevalentemente territoriali), con un eventuale controllo *ex post*; un secondo modello che vincola a priori le risorse per il livello, lasciando alle Aziende la responsabilità di declinare all'interno di esso le quote da destinare alle varie tipologie assistenziali; infine un terzo approccio che vincola le risorse a specifici utilizzi, in particolare nel campo della salute mentale e della prevenzione.

Sembra quindi possibile affermare che l'analisi congiunta delle politiche messe in atto *ex-ante* e dei risultati (*ex-post*) in termini di efficienza finanziaria di ciascuna Regione faccia

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

² L'analisi è stata condotta per gli anni 2003 e 2004 in Basilicata, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Puglia, Toscana e la P.A. di Trento. Per le Regioni Campania, Sicilia, Umbria e Veneto, le informazioni riportate sono relative all'anno 2003. Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

³ Tali somme, che hanno generalmente la natura di un accantonamento, possono in pratica essere utilizzate nel corso dell'esercizio finanziario per esigenze di carattere generale (maggiori costi, obiettivi strategici o spese impreviste).

⁴ Il (neo)centralismo regionale può essere considerato come il segnale della percezione a livello regionale della inadeguatezza degli attuali strumenti competitivi al fine di perseguire una razionalizzazione del sistema.

emergere come la Regione sia condizionata in sede di scelte istituzionali dall'esigenza di ottenere, a breve termine, risparmi sul versante finanziario.

2.1.2 Le politiche di allocazione delle risorse finanziarie a livello regionale

L'analisi *ex-ante* delle politiche di allocazione finanziaria regionale è strettamente collegata all'aumento della responsabilità delle Aziende Sanitarie sui risultati raggiunti, anche in termini economico finanziari. Ciò determina un diverso grado di accentramento/decentramento della gestione finanziaria della Regione che, in fase di copertura dei disavanzi, si tradurrà in un maggiore o minore trasferimento di responsabilità dalla Regione alle Aziende Sanitarie.

Le scelte regionali si differenziano già in sede di definizione dei criteri di attribuzione delle risorse disponibili per l'assistenza sanitaria, pertanto sono stati analizzati dapprima i criteri di riparto del Fondo Sanitario Regionale tra i livelli essenziali di assistenza.

Tabella 1 - Criteri di riparto del Fondo Sanitario Regionale

Regioni	Assistenza Ospedaliera	Assistenza Territoriale	Ass. sanitaria collettiva in ambiente vita e lavoro
Basilicata	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni in base al numero di strutture ospedaliere	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione
Campania*	Quota riequilibrio e perequazione Criterio tariffario	Quota capitaria pesata per anzianità popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione residente
Emilia Romagna	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche
Lazio	Quota capitaria pesata per popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione
Liguria	Quota capitaria pesata in base ai criteri riparto FSN 2001/2002	Quota capitaria pesata in base ai criteri riparto FSN 2001/2002	Quota capitaria pesata con criteri riparto FSN 2001/2002 + Correttivo
Marche	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni
Puglia	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione	Quota capitaria semplice
Sicilia*	Quota capitaria pesata per popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione
Toscana	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione
Umbria*	Quota per funzioni Finanziamento per volumi attività	Quota capitaria pesata per popolazione Quota per funzioni	
Veneto*	Quota capitaria + Quota per funzioni	Meccanismo di regressione tariffaria	
P.A. Trento	Regressione tariffaria per i pazienti in Provincia		

* Tratto da Fioravanti L., Spandonaro F. (2004)

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale

Tutte le Regioni analizzate hanno adottato un sistema di assegnazione delle risorse alle Aziende Sanitarie prevalentemente basato sulla quota capitaria pesata, differenziato per livelli di assistenza. In sostanza, ciascuna Regione segue i criteri previsti dal sistema di riparto nazionale, ma spesso assegna ai livelli di assistenza sanitaria quote di risorse finanziarie differenziate rispetto agli obiettivi fissati nel DPCM 29 novembre 2001.

Le risorse assegnate all'assistenza ospedaliera, ad esempio, variano nel 2004 dal 44,5% assegnato dalla Provincia Autonoma di Trento al 49,5% della Basilicata; ancora più variabili sono le risorse assegnate all'assistenza territoriale, che va dal 46,6% del Lazio al 54,0% in Emilia Romagna⁵.

La differenziazione nelle quote assegnate da ciascuna Regione ai livelli di assistenza dovrebbe essere imputabile, nella logica federalista, al raggiungimento di un obiettivo di aumento dell'efficienza interna, che si dovrebbe tradurre in una allocazione più aderente alle specificità regionali (ad esempio la struttura per età della popolazione) delle risorse disponibili e aderente alla programmazione delle risorse esistenti, ma sussiste il rischio che le quote vengano invece determinate ex post sulla base della spesa storica e quindi delle scelte (o "non scelte") fatte nel tempo in termini di programmazione sanitaria e in particolare di riqualificazione dell'offerta.

Ad esempio, nel caso dell'assistenza ospedaliera, un finanziamento legato ai posti letto esistenti capace di coprire i costi delle strutture, ma che non tenga conto della effettiva domanda appropriata di assistenza, potrebbe determinare il perpetuarsi di una situazione di inefficienza piuttosto che configurare un incentivo verso la razionalizzazione del sistema di offerta. L'analisi delle determinazioni regionali in tale ambito sembra far emergere che anche per il 2004 un maggior numero di posti letto sia effettivamente associato ad un finanziamento maggiore dell'assistenza ospedaliera. La Regione Basilicata, rispetto alle altre Regioni osservate, destina la quota maggiore all'assistenza ospedaliera e presenta il maggior numero di posti letto⁶ (0,74) per 10.000 abitanti.

⁵ Cfr. Figure da 1 ad 8.

⁶ I dati relativi ai posti letto sono tratti da www.ministerosalute.it

Tabella 2 - Finanziamento dei livelli essenziali di assistenza

	Assistenza ospedaliera		Assistenza territoriale		Ass. san. collet. in ambienti vita e lavoro		altro	
Regioni	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Basilicata	49,5%	49,5%	45,5%	45,5%	5,0%	5,0%	-	-
Campania*	41,0%	n.d.	35,4%	n.d.	5,0%	n.d.	18,6%	
Emilia Romagna	45,5%	45,5%	50,0%	50,0%	4,5%	4,5%	-	-
Lazio	47,6%	48,5%	47,4%	46,6%	5,0%	4,9%	-	-
Liguria	49,1%	46,0%	50,9%	54,0%	-	-	-	-
Marche	47,6%	n.d.	46,9%	n.d.	5,5%	n.d.	-	-
Puglia	48,8%	47,2%	47,4%	48,4%	3,8%	4,4%	-	-
Sicilia*	47,0%	n.d.	52,3%	n.d.	0,7%	n.d.	-	-
Toscana	43,0%	n.d.	52,0%	n.d.	5,0%	n.d.	-	-
Umbria*	45,0%	n.d.	50,0%	n.d.	-	n.d.	5,0%	-
Veneto*	47,9%	n.d.	47,0%	n.d.	5,1%	n.d.	-	-
P.A. Trento	45,3%	44,6%	52,9%	53,4%	-	0,1%	1,7%	1,9%

* Tratto da Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale

L'autonomia e la responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie è evidente osservando la destinazione delle risorse assegnate ai singoli livelli di assistenza e la variazione che è avvenuta negli anni 2003 e 2004. Con particolare riferimento al livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", è possibile osservare che mentre in Regioni come la Liguria, ove non è prevista l'assegnazione di quote specifiche, le Aziende Sanitarie hanno completa autonomia e il controllo sarà effettuato ex post, in altre Regioni (ad esempio la Campania⁷) ai livelli essenziali tradizionalmente identificati, si aggiungono finanziamenti specifici per la "Salute Mentale" e "Altre funzioni". In questo caso, le Aziende hanno un'autonomia finanziaria limitata. In Puglia, Lazio e nella Regione Marche⁸, invece, l'intero ammontare di risorse disponibili per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro è destinata alla prevenzione. Ciò mostra un (neo)centralismo regionale ed una scarsa sensibilità regionale verso la responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie.

Va, inoltre, osservato che quattro Regioni (Lazio, Liguria, Puglia e Provincia Autonoma di Trento) hanno modificato dal 2003 al 2004 le risorse assegnate ai livelli di assistenza; in particolare, Liguria, Puglia e Provincia Autonoma di Trento hanno ridotto le risorse destinate all'assistenza ospedaliera, avvicinandosi al valore di riferimento del 45,5% previsto, per il triennio 2001-2004, dal DPCM 29 novembre 2001. Ciò evidenzia il controllo della Regione nell'assegnazione delle risorse ai livelli di assistenza ed una minor autonomia delle Aziende Sanitarie passando dall'anno 2003 al 2004.

⁷ Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004) *La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità*, in *Rapporto CEIS Sanità 2004*.

⁸ Per la Regione Marche l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro è destinata per il 90% ad obiettivi di prevenzione.

2.1.3 Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale

Mediante l'analisi delle deliberazioni di Giunta Regionale è stato possibile rappresentare sinteticamente le modalità adottate dalle singole Regioni per l'assegnazione delle risorse finanziarie⁹ ad Aziende Sanitarie e ospedaliere per gli anni 2003 e 2004¹⁰. Tale rappresentazione permette di avere un'informazione immediata circa il grado di accentramento/decentramento finanziario regionale e dei meccanismi messi in atto per garantire la sostenibilità finanziaria del sistema.

Di seguito riportiamo per ogni Regione (in ordine alfabetico) una schematizzazione delle scelte regionali, al fine di permettere una confrontabilità tra di esse, tema che verrà ulteriormente approfondito nel paragrafo successivo.

L'aspetto più evidente è che la Regione Basilicata ha aumentato (dal 2,61% nel 2003 al 2,81% nel 2004) la quota di risorse gestite a livello accentrato e (dal 78,54% nel 2003 al 79,26% nel 2004) le risorse del FSR destinate alle Aziende Sanitarie regionali.

Il finanziamento alle aziende ospedaliere, che si è ridotto di circa un punto percentuale nel periodo considerato e che potrebbe essere interpretato come un orientamento della Regione verso una maggiore autonomia delle Aziende Sanitarie, proviene direttamente dalla Regione stessa.

La Regione Basilicata si poggia, quindi, sempre più sull'utilizzazione di vincoli finanziari e sempre meno sulla competizione tra gli erogatori, in particolare attraverso la fissazione di tetti di spesa e l'imposizione ai direttori generali delle Aziende Sanitarie, in caso di superamento, dell'obbligo di adottare provvedimenti specifici¹¹ con l'indicazione delle misure concrete da mettere in atto e delle modalità operative di rientro al fine del ripristino dell'equilibrio medesimo. In Emilia Romagna le Aziende Sanitarie territoriali sono le uniche titolari delle risorse finanziarie della Regione; esse ricevono il 92,5% nel 2003 e il 93,1% nel 2004 delle risorse del FSR sulla base dei parametri di ponderazione della popolazione e dei consumi sanitari per tipologia di prestazione/servizio, classe di età e sesso. Le Aziende Sanitarie sono inoltre sottoposte ad un vincolo di destinazione pari al 5,4% delle risorse loro assegnate, per esigenze di riparto successive.

L'assistenza ospedaliera è finanziata con addebito alle Aziende Sanitarie territorialmente competenti in base alla residenza dell'assistito, in relazione alle prestazioni effettuate sulla base del tariffario regionale. La Regione provvede a finanziare direttamente le Aziende Ospedaliere soltanto per quanto attiene l'assegnazione alle stesse di quote a titolo di integrazione tariffaria per maggiori oneri sostenuti, per esempio per l'applicazione di specifici istituti contrattuali o per funzioni svolte.

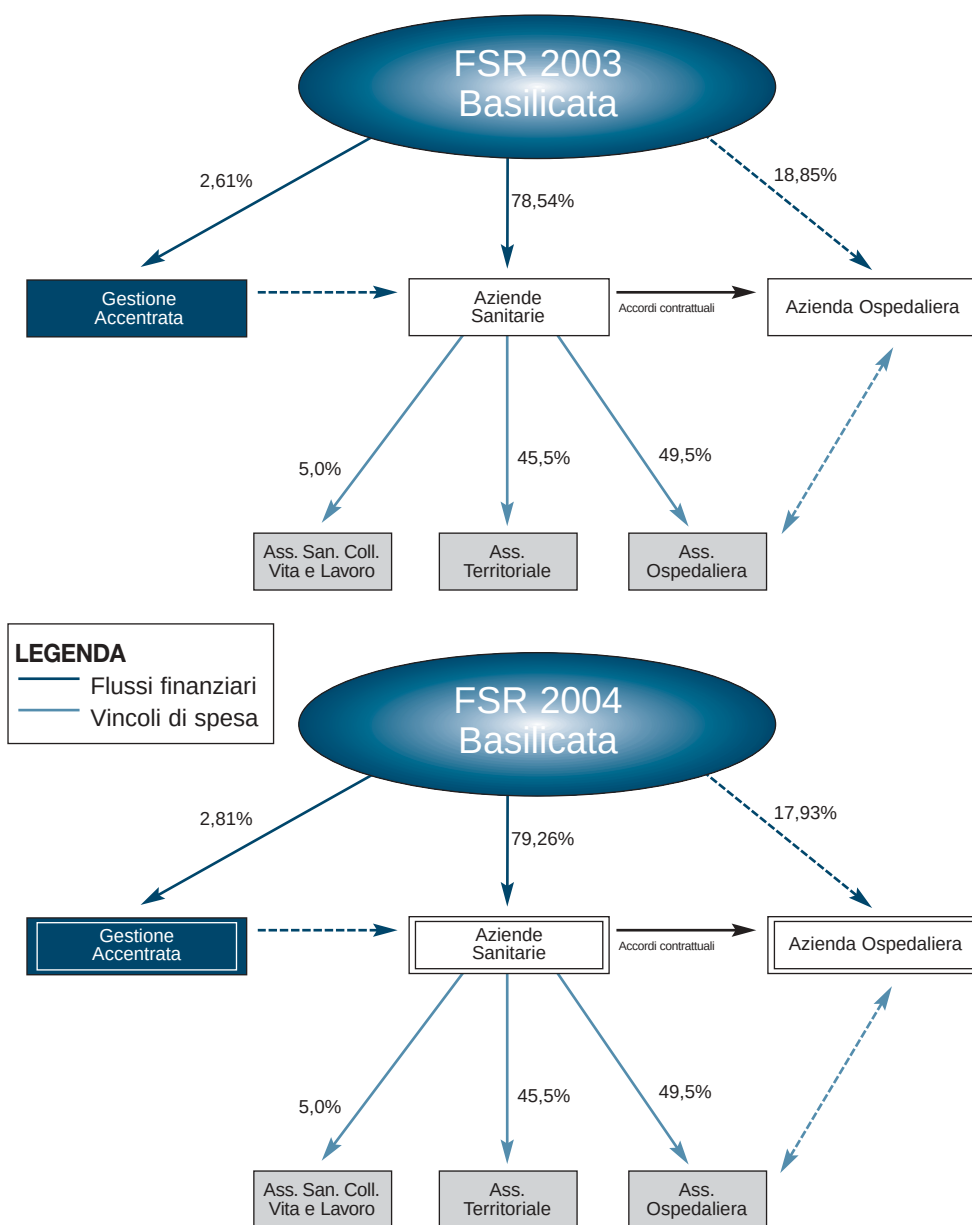
Solo il 3,5% delle risorse finanziarie complessive viene mantenuto a livello accentrato nel 2003 e 2004, prevedendo una piccola quota (0,14%) a destinazione vincolata; la Regione, inoltre, destina il 3,4% nel 2003 e il 2,6% nel 2004 delle risorse complessive per altre finalità (per esempio l'Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente – ARPA).

⁹ Si sottolinea che l'ammontare del FSR è stato considerato al netto delle Entrate Proprie e della Mobilità Extraregionale.

¹⁰ Con specifico riferimento alla Regione Puglia, il confronto è stato effettuato per gli anni 2003 e 2005. Per la Regione Marche sono disponibili i dati relativi al solo anno 2003. Per quanto riguarda, invece, Campania, Sicilia, Umbria e Veneto, si consiglia di confrontare per approfondimenti Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

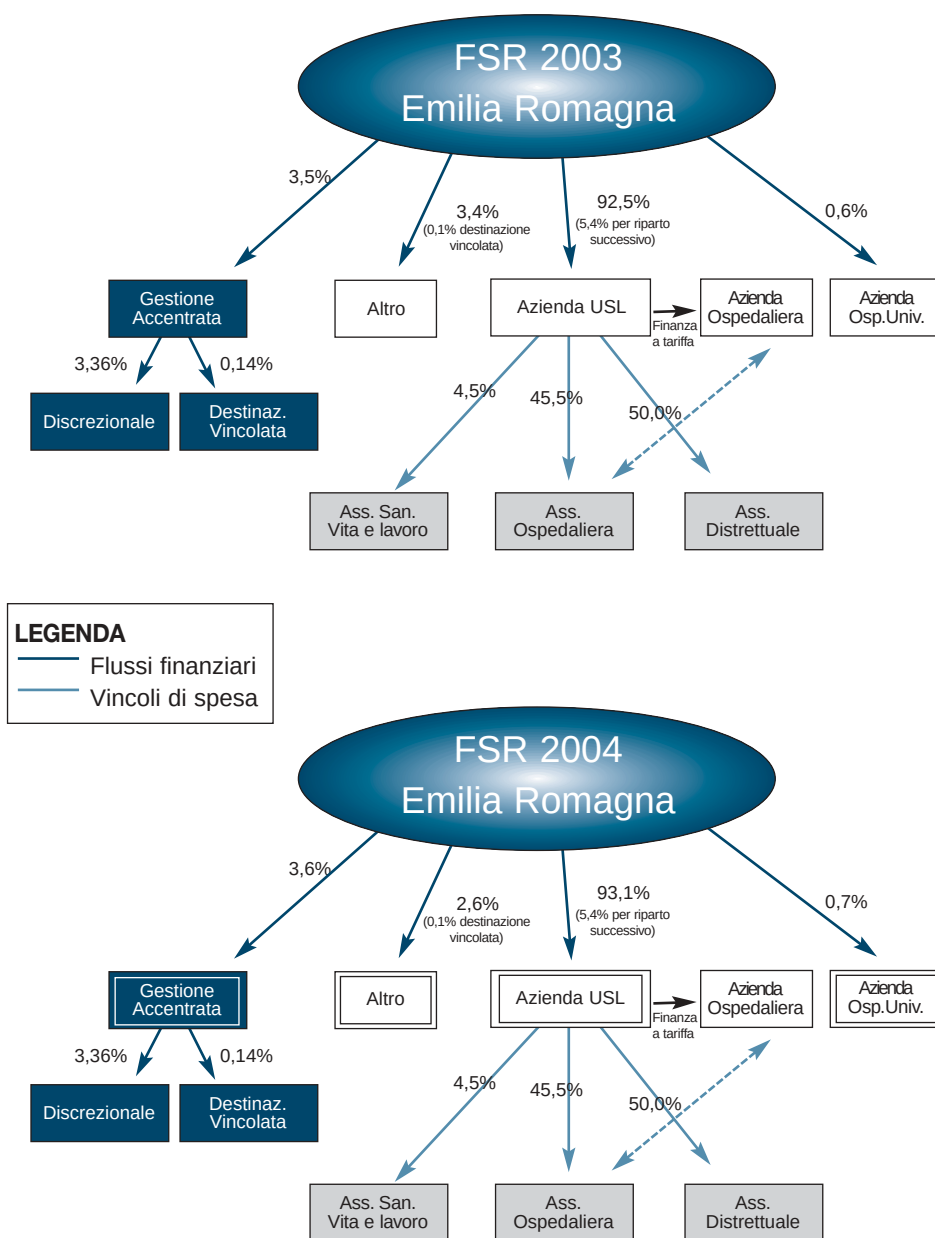
¹¹ I provvedimenti aziendali devono essere sottoposti all'approvazione della Regione.

Figura 1 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Basilicata



Fonte: nostra elaborazione su dati Deliberazione Giunta Regionale n. 1001 del 28 aprile 2004 e Deliberazione Giunta Regionale n. 1004 del 22 aprile 2005

Figura 2 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Emilia Romagna



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti da Deliberazione Giunta Regionale del 20 maggio 2003 n. 896 e Deliberazione Giunta Regionale del 28 giugno 2004 n. 1280

La Regione Lazio, che destina oltre il 95,0% delle risorse finanziarie disponibili sia nel 2003 che nel 2004 alle Aziende Sanitarie Locali, potrebbe essere considerata rappresentativa del modello che lascia la responsabilità di realizzare quanto previsto nei LEA alle Aziende (prevalentemente territoriali), con un eventuale controllo *ex-post* dei risultati.

Dall'osservazione dei dati finanziari emerge che la quota di risorse finanziarie a destinazione vincolata (diminuite nel periodo considerato dal 5,0% del FSR 2003 al 4,9% del FSR 2004) è interamente rivolta al finanziamento dell'attività di prevenzione, che a sua volta assorbe la totalità delle risorse destinate al livello di Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro.

Inoltre, per il finanziamento delle Aziende Ospedaliere è previsto un sistema di abbattimenti tariffari e la costituzione di un fondo regionale per l'assistenza ospedaliera da ripartire fra le Aziende Sanitarie Locali in base alla popolazione residente, pesata in relazione ai consumi per classi di età.

La presenza di vincoli di destinazione imposti dalla Regione e la fissazione di tetti di finanziamento determinano un "sostanziale" fallimento del principio competitivo che caratterizza il modello del Lazio, poiché di fatto veicolano le risorse finanziarie assegnate alle Aziende Sanitarie Locali.

Il sistema del Lazio, quindi, sembra più seguire logiche di programmazione, con conseguenti controlli accentrati, che principi di competizione tra erogatori.

La Regione Liguria assegna le risorse del FSR direttamente sia alle Aziende Sanitarie territoriali che a quelle ospedaliere, con un aumento dal 2003 al 2004 di risorse per le Aziende Sanitarie ed una riduzione di quelle destinate alle Aziende Ospedaliere. Ciò sembra evidenziare un forte accentramento di responsabilità a livello regionale, eliminando le ragioni di negoziazione bilaterale fra Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere. Le Aziende Sanitarie territoriali devono, inoltre, stabilire tetti di riferimento per l'assistenza ospedaliera da prestare ai cittadini liguri.

Infine, aumenta la quota di FSR che rimane accentrato a livello regionale, passando dal 2,4% nel 2003 ad oltre il 3,0% nel 2004. Tali risorse sono destinate a finalità specifiche, quali maggiori costi o obiettivi strategici.

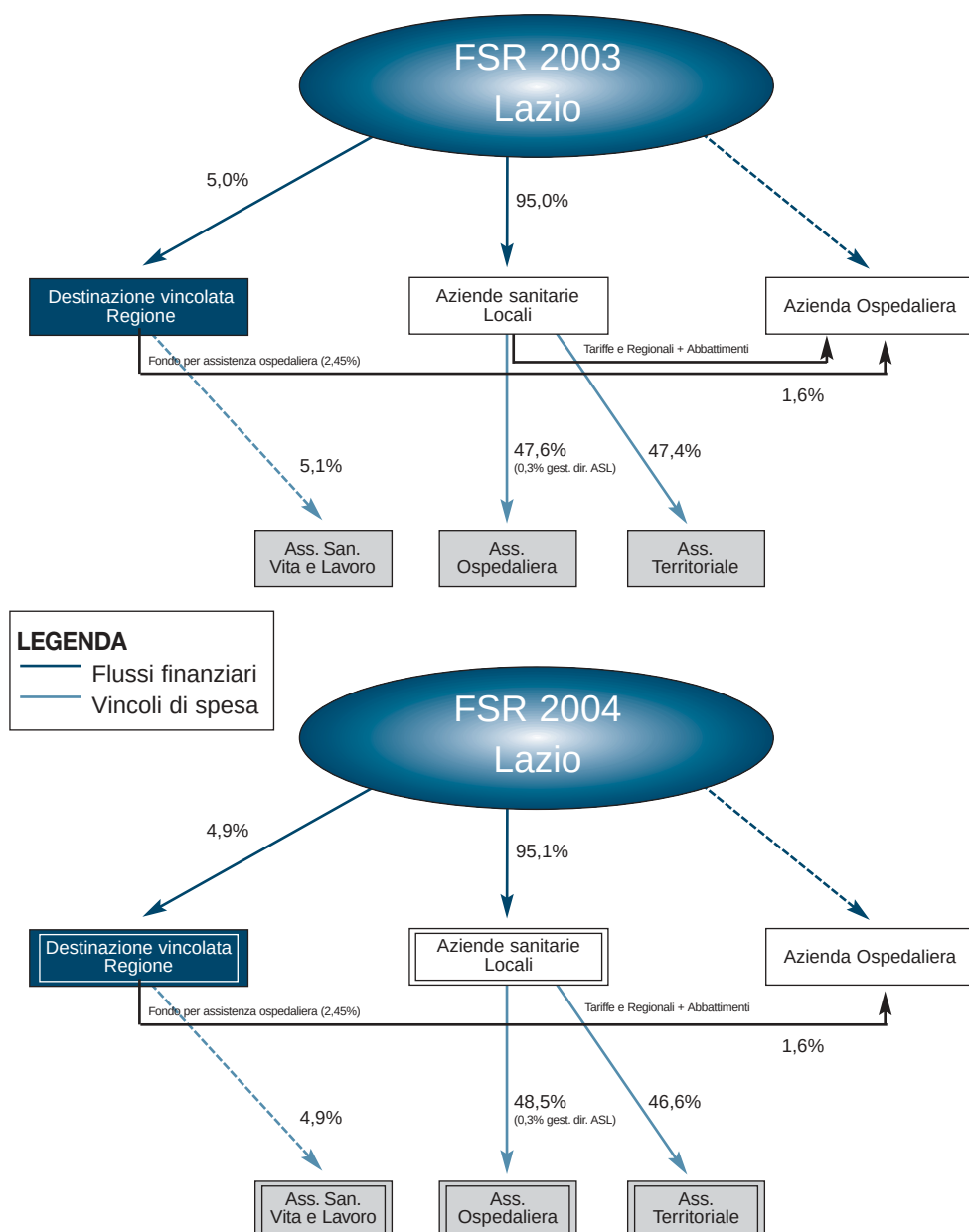
La Regione Marche¹² presenta un modello di finanziamento analogo a quello della Regione Lazio. Oltre il 93,0% del FSR è destinato al finanziamento delle Aziende territoriali attraverso l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), mentre il 6,7% che viene mantenuto a livello accentrato è a destinazione vincolata per il 50,0% circa.

Alcune differenze tra il modello del Lazio e quello della Regione Marche sta nella presenza di tetti di spesa, infatti mentre il Lazio fissa tetti di finanziamento rigidi, le Marche prevedono una destinazione "vincolata" delle quote mantenute a livello centrale; per esempio, per gestire carenze di fondi in conto capitale, per il ripiano di disavanzi, ecc.

La remunerazione a livello territoriale avviene in base a criteri che tengono conto della popolazione residente, con opportune ponderazioni riferite alle diverse categorie di bisogni e valutando le specifiche attività assistenziali aventi valenza sovra-zonale. Sono, inoltre, adottati criteri di riparto basati su indici di dispersione e di anzianità della popolazione, nonché sulla presenza di zone disagiate per la loro distanza dai capoluoghi di provincia e di Regione.

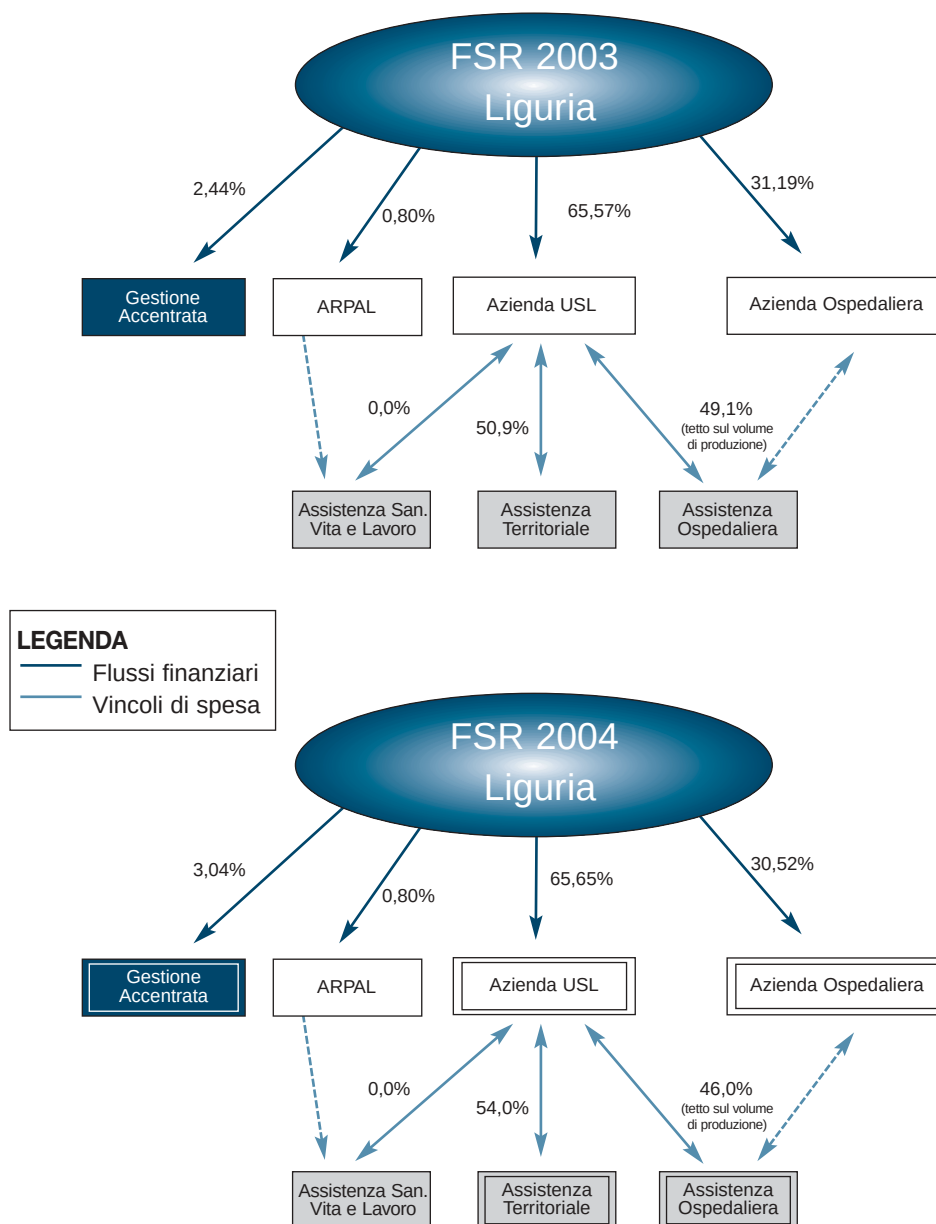
¹² Per la Regione Marche sono disponibili soltanto i dati di riparto del FSR 2003.

Figura 3 - La distribuzione delle risorse finanziarie nel Lazio



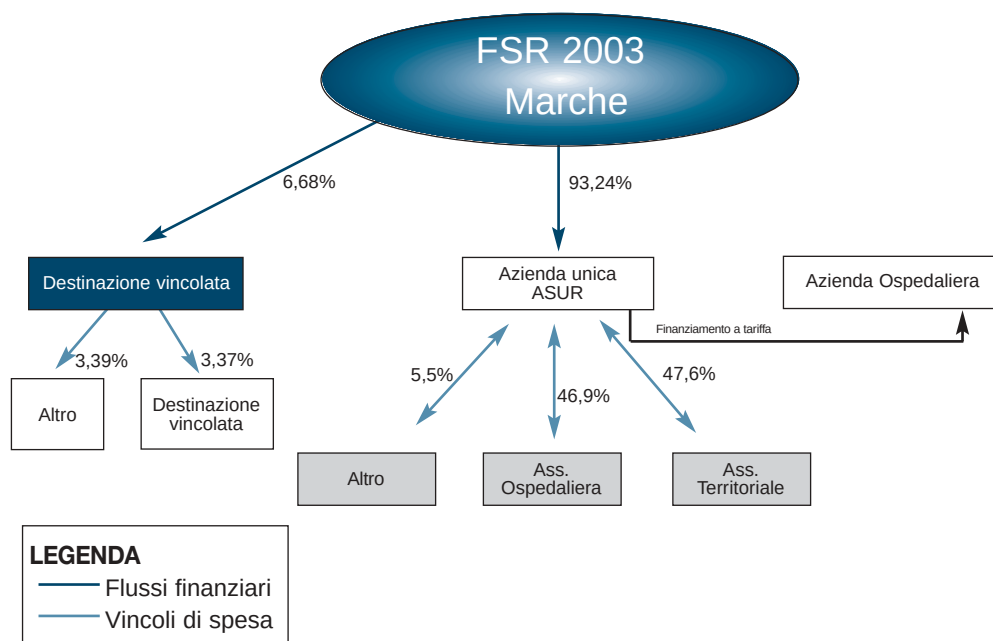
Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione Giunta Regionale del 20 dicembre 2002 n. 1762 e Deliberazione Giunta Regionale del 9 luglio 2004 n. 602

Figura 4 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Liguria



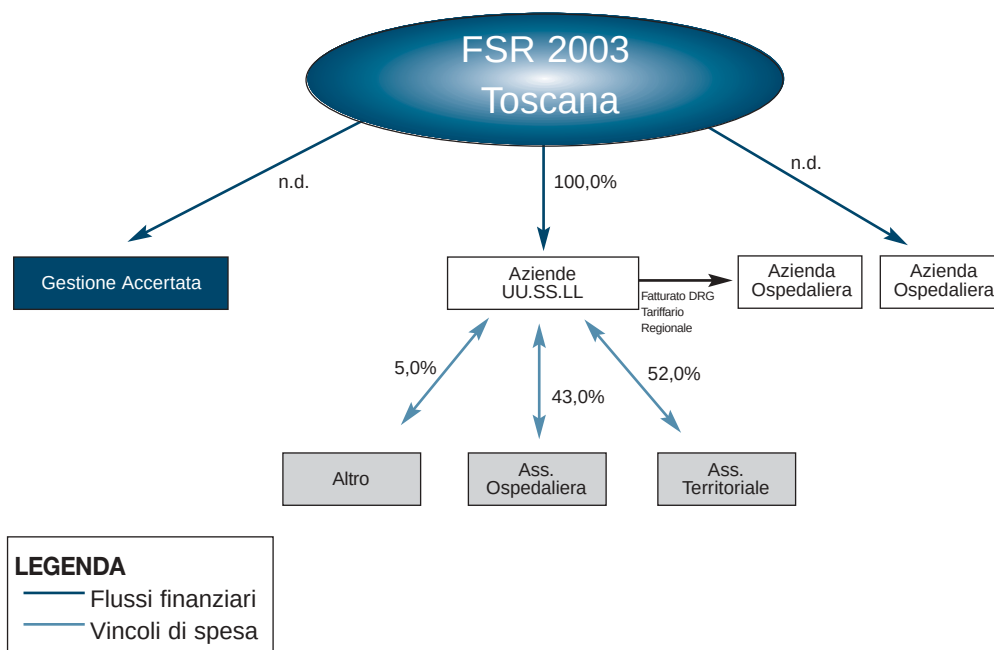
Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 838 del 18 luglio 2003 e Deliberazione Giunta Regionale n. 929/2004

Figura 5 - La distribuzione delle risorse finanziarie nelle Marche



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione del Consiglio regionale n. 277 del 30 novembre 1999, Deliberazione Giunta Regionale n. 738 del 29 giugno 2004 e Legge Regionale n. 1 del 20 giugno 2003

Figura 6 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Toscana (anni 2003/04)



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004 e dal Piano Sanitario Regionale 2005-2007

Figura 7 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Puglia

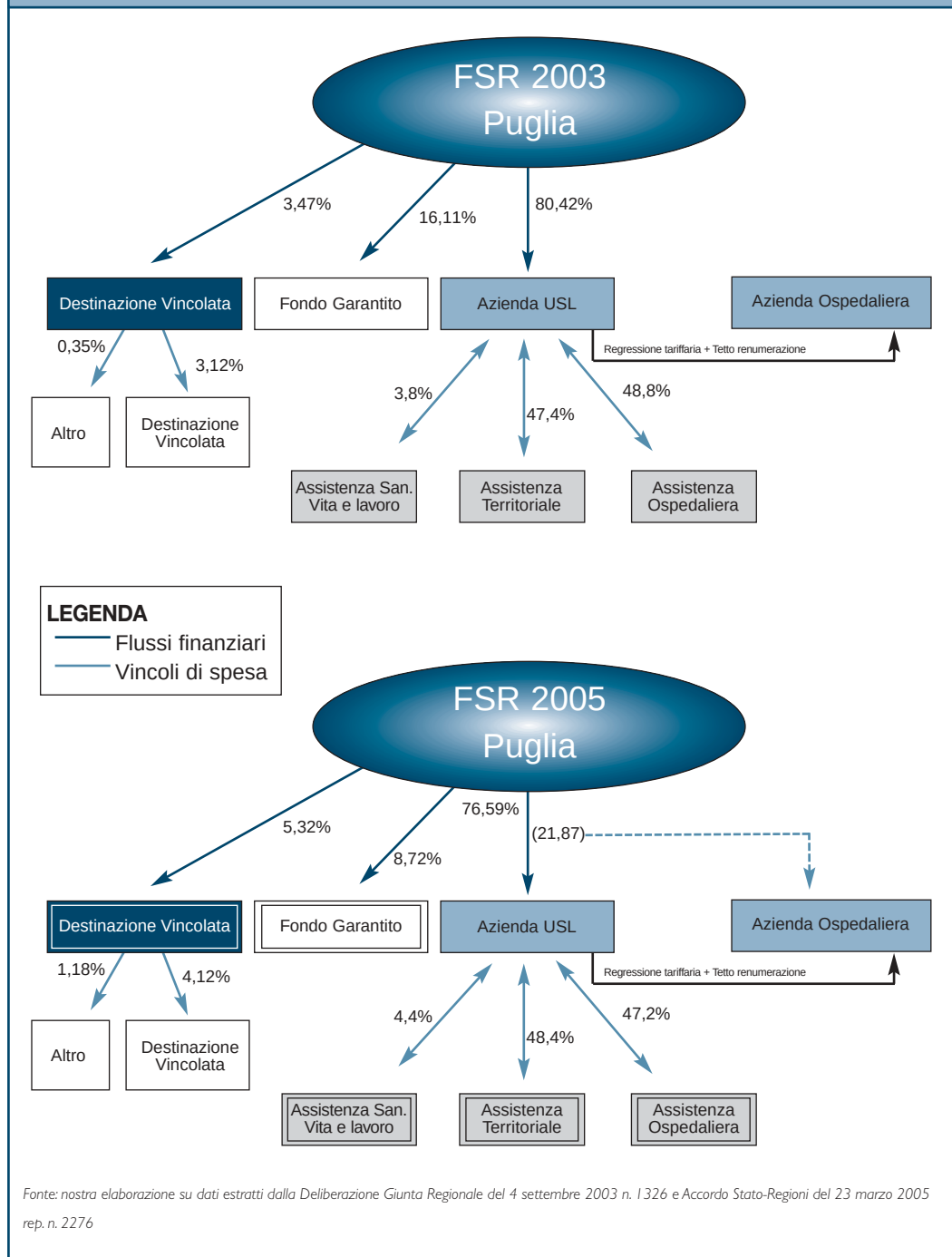
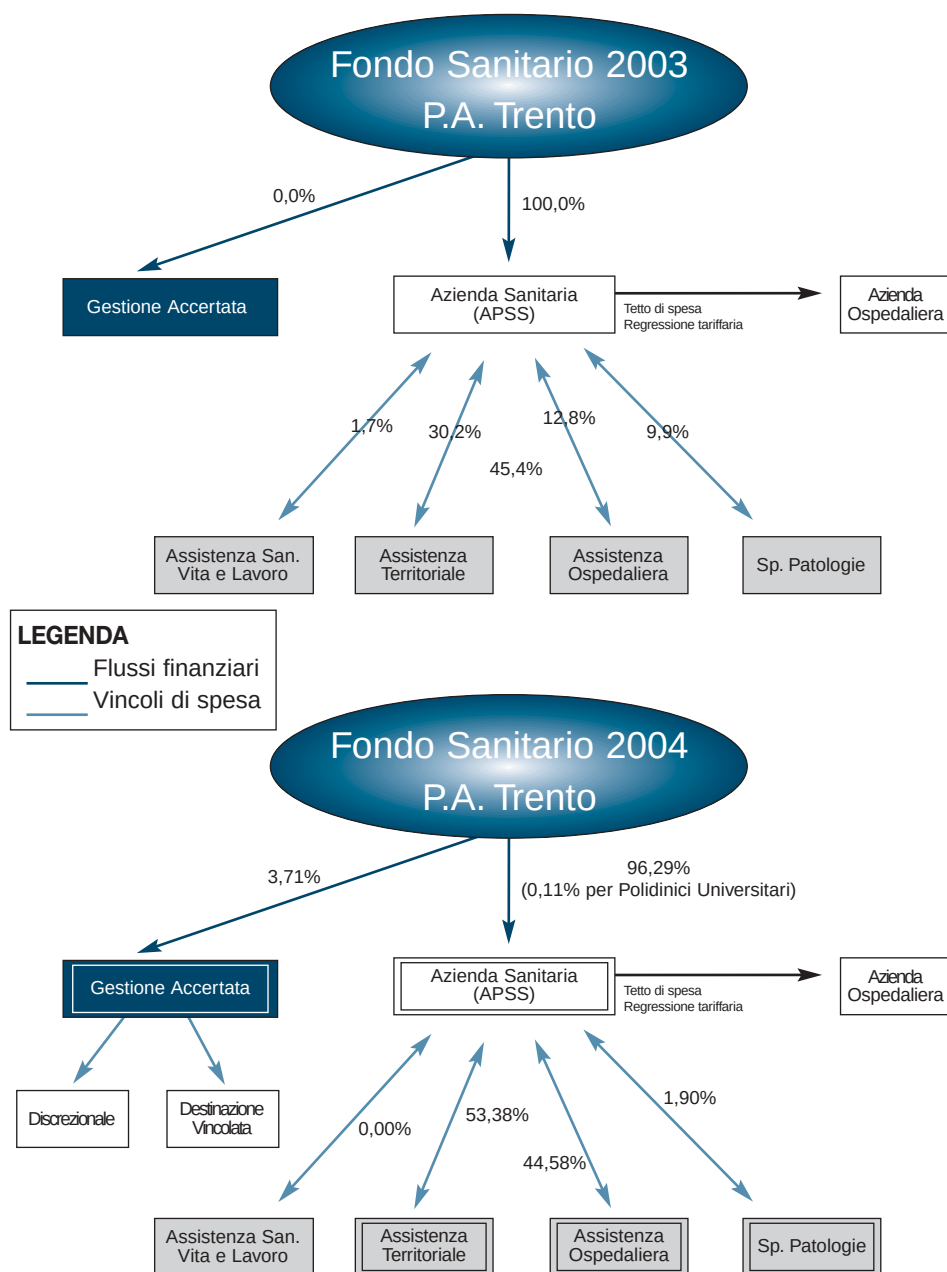


Figura 8 - Il sistema di finanziamento per la sanità nella Provincia Autonoma di Trento



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione Giunta Provinciale del 13 dicembre 2002 n. 2123, Deliberazione Giunta Provinciale dell'8 novembre 2002 n. 2760 e Delibera Giunta Provinciale del 28 giugno 2004 n. 1734/S128

Le Aziende Ospedaliere sono, invece, remunerate sulla base di un sistema tariffario regionale delle prestazioni e dei programmi assistenziali, nell'ambito di accordi stipulati con il direttore generale dell'ASUR coadiuvato a tal fine dai direttori di zona.

La Regione Toscana, sulla base dei dati disponibili, sembra essere la Regione che rappresenta meglio il modello di autonomia; il 100% delle risorse finanziarie per la sanità è destinato a finanziare direttamente le Aziende Unità Sanitarie Locali, con l'unico vincolo di spesa di rispettare i livelli di assistenza sanitaria previsti nel Piano Sanitario Regionale.

Le Aziende Ospedaliere sono remunerate tramite le Aziende Unità Sanitarie Locali sulla base dei tariffari regionali, in base alle prestazioni erogate. Le Aziende Ospedaliere Universitarie, invece, ricevono dei fondi per lo sviluppo dei servizi ad integrazione di quanto previsto nei tariffari regionali.

La Regione Puglia¹³, a fronte dell'80,4% nel 2003 e del 76,6% nel 2005 di risorse finanziarie destinate alle Aziende Sanitarie, accantona un ingente ammontare di risorse per finalità regionali, circa il 14,0% nel 2004. Tra le finalità "centralizzate" è prevista la destinazione in misura specifica ad un fondo di garanzia pari al 16,1% nel 2003 e all'8,7% nel 2004, che viene successivamente ripartito tra le Aziende Sanitarie in misura prefissata.

Per le prestazioni sanitarie delle Aziende Ospedaliere, la Regione impone un vincolo di destinazione superiore al 21,0% delle risorse delle Aziende Sanitarie e delinea un sistema di regressione tariffaria e di tetti invalicabili di remunerazione, applicabili anche alle Aziende Ospedaliere universitarie e agli IRCCS pubblici.

Con specifico riferimento alle Aziende Ospedaliere, in caso di superamento del tetto di remunerazione fissato, si prevede il finanziamento delle prestazioni eccedenti con il metodo della regressione tariffaria, fino al raggiungimento del limite massimo globale di spesa fissato dalla Regione. Sono inoltre previsti accordi contrattuali con l'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) in materia di assistenza ospedaliera.

La Provincia Autonoma di Trento, che destinava nel 2003 tutte le risorse all'Azienda Sanitaria territoriale, ha mantenuto nel 2004 il 3,7% delle risorse del fondo sanitario provinciale a livello accentrato.

Per l'Azienda Ospedaliera di Trento, la remunerazione avviene attraverso l'Azienda Sanitaria della Provincia (APSS) sulla base della spesa storica. Sono inoltre previsti tetti di spesa negoziati e meccanismi di copertura basati su criteri di regressione tariffaria¹⁴.

Sintetizzando, quindi, un minore grado di autonomia finanziaria lasciata alle Aziende territoriali e una quota di risorse sanitarie a gestione diretta della Regione (destinazione discrezionale o vincolata) sono certamente indicatori di (neo)centralismo regionale.

¹³ Per la Regione Puglia sono stati confrontati i dati di riparto del FSR negli anni 2003 e 2005. I dati di riparto 2004 non sono disponibili.

¹⁴ Deliberazione Giunta Provinciale del 13 dicembre 2002 n. 2123, Deliberazione Giunta Provinciale dell'8 novembre 2002 n. 2760.

Tabella 3 - Accentramento/decentramento della responsabilità finanziaria regionale

Regioni	Quota FSR ripartita alle Az. Sanitarie Territoriali (2003)	Quota FSR ripartita alle Az. Sanitarie Territoriali (2004)	Quota regionale di risorse a gestione diretta (2003)	Quota regionale di risorse a gestione diretta (2004)
Basilicata	78,5%	79,3%	2,6%	2,8%
Campania*	88,4%	n.d.	6,7%	n.d.
Emilia Romagna	92,5%	93,1%	6,9%	6,1%
Lazio	95,0%	95,1%	5,0%	4,9%
Liguria	65,6%	65,6%	3,2%	3,8%
Marche	93,3%	n.d.	6,7%	n.d.
Puglia	80,4%	76,6%	19,5%	14,0%
Sicilia*	97,1%	n.d.	2,9%	n.d.
Toscana	100,0%	100,0%	-	-
Umbria*	96,9%	n.d.	0,5%	n.d.
Veneto*	95,7%	n.d.	2,7%	n.d.
P.A. Trento	100,0%	96,3%	-	3,7%

* Tratto da Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale

Le risorse finanziarie a gestione diretta della Regione spesso rappresentano il “polmone” finanziario per garantire un allineamento delle risorse alle spese storicamente determinatesi a livello locale, infatti sono generalmente utilizzate nel corso dell’esercizio finanziario per esigenze di carattere generale (maggiori costi, obiettivi strategici o spese impreviste). Le Regioni osservate “trattengono” un ammontare di risorse, variabile a seconda delle specificità regionali, che oscilla tra il 2,6-2,8% in Basilicata e il 19,5-14,0% in Puglia, ma con profonde differenze nei meccanismi negoziali adottati.

In particolare, la Regione Puglia presenta il maggior grado di accentramento regionale, ma anche il Lazio e le Marche appartengono al modello in base al quale è la programmazione regionale che regola i rapporti tra gli erogatori. Le Marche, nello specifico, hanno adottato anche delle scelte di natura organizzativa che tendono a confermare questa interpretazione: la creazione di una Azienda Sanitaria unica, sulla quale la Regione può esercitare un controllo massimo.

Le Regioni, di contro, che attribuiscono una maggiore autonomia alle Aziende Sanitarie territoriali adottano (tipicamente) tetti di spesa e lasciano alla negoziazione con gli erogatori il compito di allocare (apparentemente) la spesa fra territorio e ospedale. Unica eccezione sembra essere l’Emilia Romagna, che non pone limiti se non quelli impliciti nella regressione tariffaria.

La Liguria rende ancor più evidente il meccanismo assegnando direttamente alle Aziende Ospedaliere le risorse, ponendo un limite invalicabile di produzione.

Il sistema tariffario perde, a nostro parere, progressivamente di importanza, e dove ancora ha un ruolo centrale (Emilia Romagna e Provincia Autonoma di Trento) viene declinato sulla base di un meccanismo regressivo che disincentiva la sovrapproduzione di prestazioni.

Ancora una volta sembra che prevalgano le preoccupazioni di ordine finanziario sulle aspettative di razionalizzazione del sistema attraverso una concorrenza, sebbene amministrata, fra erogatori¹⁵.

2.1.4 Conclusioni

Dall'analisi precedente emerge che le scelte finanziarie delle Regioni sono "apparentemente" associabili ai modelli di autonomia decentramento/accentramento precedentemente descritti, ma di fatto si tratta di modelli sovrapponibili caratterizzati da un tratto comune: anche nei modelli di finanziamento più decentrati, con risorse destinate direttamente alle Aziende Sanitarie territoriali, la presenza di diversi modelli negoziali tra Aziende territoriali acquirenti e Aziende erogatrici (Ospedaliere) e l'imposizione di vincoli di destinazione e di spesa, che tengono conto della struttura dell'offerta e dei livelli di costo locali, riportano ad una situazione di (neo)centralismo.

Se consideriamo che le scelte regionali sono generalmente legate alla situazione socio-economica e finanziaria che caratterizza il servizio sanitario regionale, sembra di poter notare una relazione fra livelli di disavanzo delle Regioni considerate e livelli di accentramento (sia a livello di quote di risorse che rimangono a vari livelli nella discrezione delle Regioni, sia a livello di imposizioni di vincoli di destinazione e di tetti di spesa), che riteniamo essere il *driver* delle differenze nelle scelte di distribuzione delle risorse a livello regionale.

Tabella 4 - Disavanzi regionali (in percentuale dei FSR)

Regioni	2003
Basilicata	5,3%
Campania	6,4%
Emilia Romagna	0,7%
Lazio	7,2%
Liguria	2,0%
Marche	3,2%
Puglia	1,5%
Sicilia	2,8%
Toscana	0,9%
Umbria	1,3%
Veneto	2,6%
P.A. Trento	0,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute.

¹⁵ Fioravanti L., Spandonaro F. (2004) *La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità*, in *Rapporto CEIS Sanità 2004*.

Il centralismo finanziario che caratterizza la Basilicata, come descritto dagli indicatori “quota del FSR a destinazione vincolata” e “quota del FSR trasferita alle Aziende territoriali”, è confermato dal dato di disavanzo, che risulta pari per l’anno 2003 al 5,3% delle risorse finanziarie della Regione.

Il valore più basso di disavanzo in percentuale del FSR si registra, invece, in Emilia Romagna (0,7%), che destina una quota limitata (meno del 3,0%) alla gestione vincolata regionale; tale risultato potrebbe far pensare che il minor (neo)centralismo regionale possa portare a buoni risultati in termini di efficienza.

La Regione Lazio, invece, presenta un elevato disavanzo sanitario nel 2003 ed una “formale” autonomia finanziaria delle Aziende Sanitarie. Tale situazione potrebbe sembrare contraddire le conclusioni precedenti, ma si deve tener conto che il Lazio esercita un controllo attivo su tutte le risorse finanziarie destinate ad Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Di fatto, quindi, non sembra essere operativo nel Lazio il modello di competizione fra erogatori che dovrebbe innescarsi quando aumenta l’autonomia economico-finanziaria delle Aziende.

Inoltre, il meccanismo competitivo ancorché possa premiare le Aziende più efficienti, non sembra in grado nel contesto italiano di razionalizzare il sistema sul versante dei costi. La Regione Marche, ad esempio, che destina oltre il 93,0% delle risorse del FSR a favore delle Aziende Sanitarie territoriali, presenta un valore del disavanzo pari al 3,2% del FSR. Le ragioni possono essere in primo luogo ricondotte alla mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori che, oltre ad impedire di trasformare i “segnali” di mercato (ad esempio perdita di clienti o disavanzo strutturale) in sanzioni efficaci, come ad esempio la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti, determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappropriatezza.

Analogamente a quanto osservato dai dati di disavanzo, che dovrebbe essere inteso come un indicatore di inefficienza delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, piuttosto che la conseguenza di una “cattiva programmazione”, gli scostamenti a livello regionale dalle indicazioni nazionali di riparto sui LEA, possono essere letti tanto in una logica di maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, quanto in quella di adattamento (magari parziale) alla spesa storica che impone ripiani e riequilibri.

Non è evidentemente possibile individuare un modello ottimale di riferimento, mentre ci sembra di poter affermare che, sulla base dell’analisi congiunta delle politiche messe in atto *ex-ante* e dei risultati (*ex-post*) in termini di efficienza finanziaria di ciascuna Regione, emerge come le Regioni siano condizionate nelle loro scelte istituzionali dall’esigenza di ottenere a breve termine risparmi sul versante finanziario.

I meccanismi di mercato possono avere un ruolo importante nel medio-lungo periodo e condizione necessaria affinché possano esplicare la loro funzione è quella di un’effettiva separazione dei ruoli e dell’assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori.

Al di là delle analisi descrittive sui diversi modelli di governo regionale e del tentativo qui effettuato di quantificare i livelli di effettivo decentramento delle responsabilità a livello regionale, come anche di misurare il grado di dipartita dal modello competitivo delineato dalle norme di riferimento nazionali, emerge una razionalità di fondo delle politiche regionali, adottate sulla base dei ritardi di programmazione e riqualificazione dell’offerta accumulatisi negli anni.

Bibliografia

- Arachi G., Zanardi A. (1999), Sanità alle Regioni, il rischio di due velocità. Restano insufficienti i meccanismi perequativi, Il Sole 24 Ore.
- Atella V., Mennini F.S., Spandonaro F. (2004), Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano, Politiche Sanitarie, anno V, n. 1, gennaio-marzo 2004, Pensiero Scientifico Editore.
- Cuccurullo C., Meneguzzo M. (2003), Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie. Le tendenze in atto nell'area del federalismo, Rapporto CEIS Sanità 2003, Italtpromo.
- Del Vecchio M (2004), Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione, in Jommi C. (2004), Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, Milano, Egea.
- Dirindin N. (1996), Chi paga per la salute degli italiani?, Il Mulino, Bologna.
- DPCM 29 novembre 2001.
- Fioravanti L., Spandonaro F. (2004), La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità, in Rapporto CEIS Sanità 2004.
- Jommi C. (2000), I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), L'Aziendalizzazione della sanità in Italia – Rapporto Oasi 2000, Milano, Egea.
- Jommi C. (2004), Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, Milano, Egea.
- Legge 23 dicembre 1996, n. 662.
- Ministero della Salute, Dati economico finanziari del SSN, Programmazione sanitaria e qualità.
- Petretto A. (2001), Il futuro del finanziamento pubblico in sanità, Fondazione Smith Kline.
- Provincia Autonoma di Trento, Deliberazione Giunta Provinciale del 13 dicembre 2002 n. 2123.
- Provincia Autonoma di Trento, Deliberazione Giunta Provinciale dell'8 novembre 2002 n. 2760.
- Provincia Autonoma di Trento, Delibera Giunta Provinciale del 28 giugno 2004 n. 1734/S128.
- Regione Basilicata, Deliberazione Giunta Regionale del 28 aprile 2004 n. 1001.
- Regione Basilicata, Deliberazione Giunta Regionale del 22 aprile 2005 n. 1004.
- Regione Emilia Romagna, Deliberazione Giunta Regionale del 20 maggio 2003 n. 896.
- Regione Emilia Romagna, Deliberazione Giunta Regionale del 28 giugno 2004 n. 1280.
- Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 20 dicembre 2002 n. 1762.
- Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 9 luglio 2004 n. 602.
- Regione Liguria, Deliberazione Giunta Regionale del 16 marzo 2001 n. 319.
- Regione Liguria, Deliberazione Giunta Regionale del 18 luglio 2003 n. 838.
- Regione Liguria, Deliberazione Giunta Regionale n. 929/2004.
- Regione Marche, Deliberazione del Consiglio regionale del 30 novembre 1999 n. 277.
- Regione Marche, Deliberazione Giunta Regionale del 29 giugno 2004 n. 738.
- Regione Marche, Legge Regionale del 20 giugno 2003 n. 1.
- Regione Puglia, Deliberazione Giunta Regionale n. 1326 del 4 settembre 2003.
- Regione Puglia, Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 rep. n. 2276.

2.2 Concetti di assistenza sanitaria integrata. Il quadro politico e i requisiti di gestione nel mercato sanitario tedesco

Janus K., Amelung V.E.¹

Dalla messa in atto degli incentivi finanziari come parte della Legge del 2004 sulla modernizzazione del sistema sanitario, in Germania l'assistenza integrata è aumentata. In linea di principio possiamo distinguere tra l'integrazione del prodotto e l'integrazione istituzionale. La prima tratta gli approcci di gestione della malattia e i tassi costanti complessi trasversali, la seconda si riferisce all'integrazione orizzontale e trasversale. Entrambi i modi di integrazione possono essere gestiti secondo modelli istituzionali diversi.

2.2.1 Introduzione

Il numero dei contratti di assistenza integrata da 643 alla fine del primo trimestre sono saliti a 877 alla fine del secondo trimestre 2005². Oltre il grande numero di approcci i contratti di assistenza integrata dal lato sia del fornitore che del contribuente sono diventati più sofisticati, cosa che produrrà cambiamenti profondi e strutturali nel sistema sanitario. Quindi, dopo le fatiche delle fasi iniziali verso l'integrazione, la Legge sulla modernizzazione del sistema sanitario ha impostato il quadro per la diffusione dell'assistenza sanitaria integrata in Germania³. Tuttavia, l'integrazione di per sé è nell'agenda della politica e della gestione sanitaria in tutti i Paesi industrializzati poiché affronta le molteplici debolezze delle strutture organizzative e i problemi fondamentali con cui tutti i Paesi industrializzati devono confrontarsi. L'integrazione è particolarmente rilevante non solo per quanto riguarda le malattie croniche, i cambiamenti demografici e la condivisione del processo decisionale, ma anche rispetto alle nuove tecnologie che impostano la base per un livello più elevato di coordinamento⁴.

Ne risulta che l'assistenza sanitaria integrata non viene discussa come strumento di breve termine per la riduzione dei costi sanitari, ma piuttosto come una inversione di tendenza dei sistemi sanitari che si trovano di fronte a domande e opportunità in evoluzione.

Pertanto la ricerca sull'assistenza integrata ha una complessità implicita, che implica che non esiste una sola definizione di integrazione, ma piuttosto una pletora di approcci diversi. Noi presenteremo prima diversi approcci all'integrazione. L'ampiezza prevista degli approcci integrativi della Legge sulla modernizzazione del sistema sanitario ha prodotto una miriade di termini e di definizioni che sono stati utilizzati in diversi modi.

¹ Dipartimento di Epidemiologia, Medicina Sociale e Ricerche sul sistema sanitario. Scuola di Medicina di Hannover.

² Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (2005).

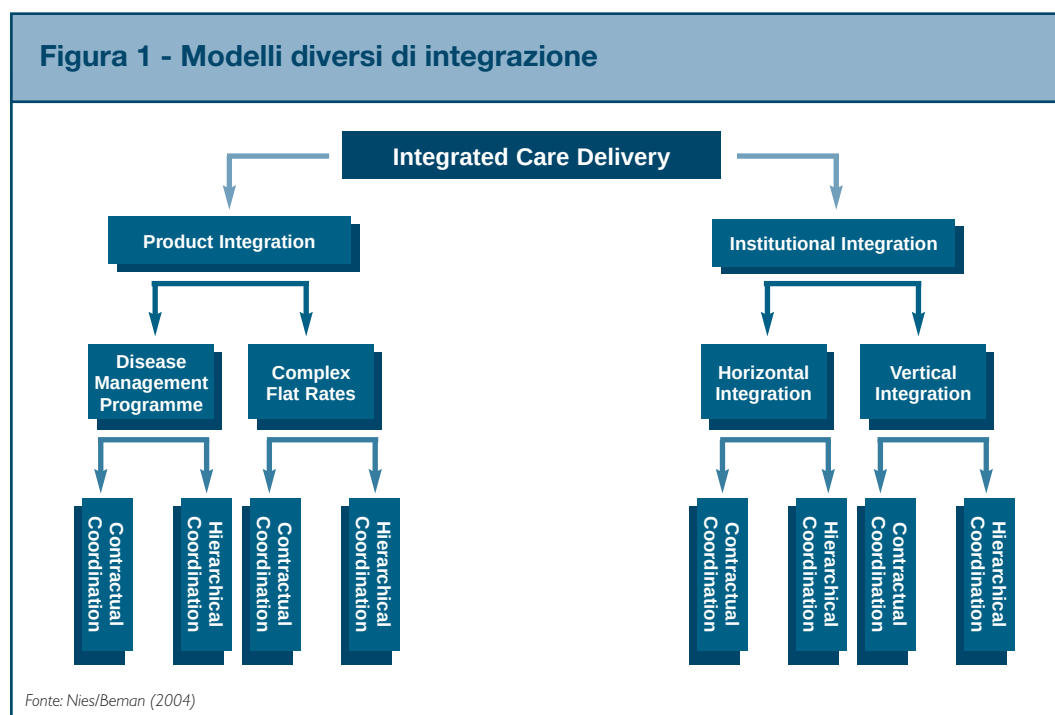
³ Amelung/Janus (2005B).

⁴ Anderson et al. 2003; Anderson et al. 2005; Bodenheimer/Grumbach 2002; Thorpe/Florence/Joski (2004).

Simile al concetto di cure gestite, l'assistenza sanitaria integrata non rappresenta una teoria che può essere definita chiaramente, ma ingloba piuttosto una gamma di approcci e di istituzioni diverse⁵. Saranno discussi vari temi sull'assistenza sanitaria integrata per trarre delle conclusioni. Accanto ad una mancanza di incentivi economici è stata decisiva la sottovalutazione delle capacità di gestione rispetto all'attuazione delle cure sanitarie integrate⁶.

2.2.2 Concetti dell'assistenza sanitaria integrata

In generale l'assistenza integrata può essere definita come una "impostazione dei servizi e dei processi curativi ben programmata e bene organizzata mirata a fabbisogni/problemi molteplici di un singolo cliente o una categoria di persone con bisogni/problemi simili"⁷. Tuttavia, questa definizione deve essere precisata per comprendere la miriade di strutture dell'integrazione. L'integrazione può essere rappresentata come mostrato nella Figura 1.



In linea di principio, possiamo distinguere tra l'integrazione del prodotto e l'integrazione istituzionale. L'integrazione del prodotto tratta gli approcci dell'assistenza integrata sulla base delle indicazioni. Da un lato, l'integrazione del prodotto riguarda i programmi di gestione delle malattie rivolti all'ottimizzazione dei processi di comunicazione e di coordinamento tra livelli diversi di assistenza. Dall'altro lato, esistono i tassi costanti complessi che rappresentano soprattutto un "pacchetto" di servizi orientati alla prestazione per un'indicazione specifica.

⁵ Amelung/Schumacher (2004).

⁶ Grumbach et al. (1998).

⁷ Nies/Beman (2004).

Per quanto riguarda l'integrazione istituzionale si può distinguere tra l'integrazione orizzontale, che è mirata a realizzare economie di scala, e l'integrazione verticale che estende la gamma dei servizi offerti dall'integrazione a monte o a valle lungo la catena dei valori (economie di portata).

L'idea base è il concetto di "punto di acquisto unico" per fornire cure sistematiche e integrate ai pazienti⁸. Per economizzare sui costi delle transazioni, i fornitori delle cure spesso passano dall'integrazione orizzontale, in una prima fase, a quella verticale nella seconda fase⁹.

Nondimeno, secondo una prospettiva economica istituzionale nuova, si pone il problema di come l'integrazione del prodotto e quella istituzionale possano essere coordinate secondo diversi modelli istituzionali. Questo ragionamento si riferisce alla classica decisione "fare o acquistare" e offre un coordinamento contrattuale attraverso le reti (virtuali) o un coordinamento gerarchico attraverso la proprietà delle entità come possibili modi di organizzazione. Per quanto riguarda i costi delle transazioni, il coordinamento gerarchico sembra essere vantaggioso poiché riduce l'incertezza, limita gli opportunismi, rende l'informazione più prontamente disponibile e quindi riduce la necessità di un eccessivo coordinamento¹⁰.

Le battaglie di competenze riscontrate spesso nelle organizzazioni in rete sono eliminate. Ne consegue che i costi dell'informazione, della negoziazione, della contrattazione, del controllo e dell'adattamento sono ridotti e i sistemi integrati gerarchicamente possono essere considerati le forme più efficienti di organizzazione per l'erogazione delle cure sanitarie¹¹. I vantaggi del coordinamento gerarchico stanno nel fatto che il mercato del lavoro esterno è stato sostituito da un mercato del lavoro interno. Nel mercato del lavoro interno i salari sono legati alla funzione, non al lavoratore. Questo riduce la contrattazione individuale e quindi l'opportunismo¹². Tuttavia, qualsiasi tentativo di modificare le disposizioni istituzionali mantenendo, al contempo, costanti gli incentivi è destinato probabilmente a fallire¹³.

Similmente al fallimento del mercato, il fallimento gerarchico può essere attribuito al fallimento contrattuale, e cioè al fallimento dei contratti di impiego dovuto all'emergenza della burocrazia¹⁴.

I costi burocratici aggiunti (che possono essere considerati i costi delle transazioni dell'organizzazione gerarchica) sono ritenuti responsabili del fallimento delle gerarchie¹⁵. Gli incentivi distorti prevalenti nelle gerarchie permettono l'opportunismo nella forma dell'utilizzo delle risorse dell'organizzazione per perseguire obiettivi (celati)¹⁶. Questi problemi

⁸ Janus (2003), Janus/Amelung (2005).

⁹ Janus (2003); Buckley/McKenna/Merlino (1999).

¹⁰ Furubotn/Richter (1997).

¹¹ Rea (1996); Williamson (1986).

¹² Pitelis (1991).

¹³ Furubotn/Richter (1997).

¹⁴ Williamson (1985), (1996).

¹⁵ Williamson (1996).

¹⁶ Williamson (1975), (1985).

diventano sempre più gravi nei sistemi di assistenza integrata perché qui esiste non solo il problema di mantenere gli incentivi costanti, ma anche di allineare costantemente gli incentivi clinici e amministrativi.

Quindi un problema chiave delle economie organizzative è quello di determinare come motivare gli individui e allineare gli incentivi dei medici e degli ospedali affinché essi, infatti, lavorino verso interessi collettivi e assicurino il successo del sistema di assistenza integrata. Parlando in generale, sono aperti due approcci. Da un lato, possono essere avviate attività di monitoraggio e di attuazione nel tentativo di costringere le persone ad onorare gli obblighi contrattuali. Dall'altro lato, possono essere fatti sforzi per motivare le persone offrendo loro premi materiali e riconoscendo la buona prestazione¹⁷.

Il ragionamento relativo agli incentivi distorti e le loro implicazioni getta dubbi sui vantaggi delle gerarchie rispetto alla contrattazione. Sembra come se l'opportunismo e la razionalità vincolata producano anche il fallimento dei contratti relazionali, come il contratto di impiego. Pertanto, una modalità di coordinamento tra contrattuale e gerarchico sembra essere vantaggiosa¹⁸.

È possibile desumere dalla classificazione dell'integrazione descritta sopra che una soluzione "nera o bianca" non coglie la miriade di opportunità e di modalità dell'integrazione. Ognuna delle quattro strategie presentate può essere considerata un approccio all'integrazione fattibile. Per cogliere il "frutto sospeso basso" sembra opportuno iniziare con approcci piuttosto facili e rapidi, prima di impostare sistemi integrati complessi.

2.2.3 "Problemi-ostacolo" dell'assistenza integrata in Germania

Per valutare i problemi che hanno contribuito al successo dell'integrazione da un lato e dall'altro, sono stati dannosi per i sistemi di assistenza integrata, occorre tenere presenti diversi obiettivi di gestione e di politica¹⁹. Al contrario di altre industrie le attività politiche e commerciali sono più intrecciate e più direttamente correlate. Di conseguenza, spesso non c'è una chiara distinzione tra i problemi-ostacolo che sono basati su ragioni politiche da un lato e/o su ragioni di concorrenza, dall'altro.

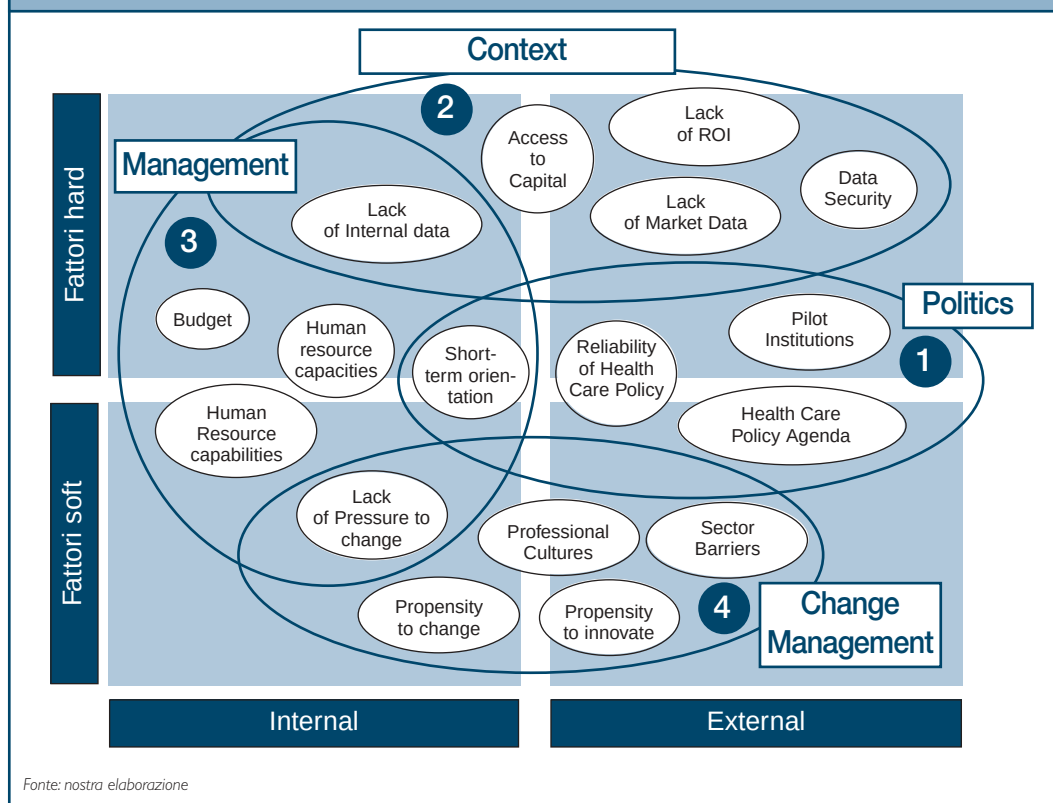
Tuttavia, un numero significativo di contratti di assistenza integrata non riflettono le idee dei legislatori che creano dubbi sulla considerevole flessibilità di azione concessa dai politici. I problemi-ostacolo da noi valutati possono essere raggruppati come problemi interni rispetto a problemi esterni che possono essere caratterizzati da fattori forti o deboli.

¹⁷ Furubotn/Richter (1997), Janus/Amelung (2004A).

¹⁸ Janus (2003); Robison/Casalino (1996).

¹⁹ Janus/Amelung (2004B).

Figura 2 - Problemi - ostacolo dell'assistenza sanitaria integrata



Abbiamo identificato quattro aree principali di problemi-ostacolo che parzialmente si intersecano l'un l'altro. Il primo gruppo descrive il quadro per l'assistenza sanitaria integrata. È determinato soprattutto da fattori esterni e rigidi, ma comprende anche aree di confine che si riferiscono a fattori flessibili e interni.

L'assistenza integrata è mirata a includere parti diverse della catena dei valori, quali la prevenzione e la riabilitazione, per permettere un'assistenza sanitaria continua. Questo approccio richiede strategie, investimenti, coordinamento di lungo termine e intersettoriali. Tuttavia, esiste solo un incentivo per l'impegno di lungo termine se vi sono chiare prospettive di guadagno e di ritorno sugli investimenti per gli operatori coinvolti. Inoltre, gli operatori del mercato si trovano di fronte ad una situazione politica insicura e, quindi, reagiscono con cautela. La legge sulla modernizzazione del sistema sanitario imposta le basi per un'assistenza integrata; tuttavia, particolari regolamentazioni come il finanziamento dell'1,0%, all'origine per gli approcci dell'assistenza integrata fino alla fine del 2006, implicano che possono essere previsti limiti di tempo e modifiche legislative. Inoltre, l'assistenza integrata è un tema, tra gli altri, che lega le risorse dovute ai limiti di tempo per l'introduzione. Non di meno, l'entrata in vigore della legge sulla modernizzazione del sistema sanitario ha avviato un certo numero di attività, anche se molte di que-

ste hanno semplicemente il carattere di progetti-pilota, permettendo ai fornitori di “provare” le strutture dell’assistenza integrata. L’esistenza simultanea delle strutture di assistenza tradizionali e la possibilità di impostare strutture nuove e innovative molto spesso impediscono approcci globali. Diversamente dallo sviluppo negli USA dove le strutture (più o meno) seguono le leggi di mercato, in Germania l’assistenza integrata non è iniziata in un mercato libero, ma piuttosto come un progetto-pilota in un ambiente competitivo progettato artificialmente che è ancora fortemente regolamentato.

Il secondo gruppo si riferisce al quadro di assistenza integrata che è basato su fattori interni ed esterni. Il problema decisivo per qualsiasi tipo di attività commerciale è se possano essere realizzati potenziali guadagni. C’è la minaccia, in un sistema sanitario altamente regolamentato, che un ritorno sugli investimenti non possa essere ottenuto nel lungo periodo poiché le riforme politiche mineranno alla base questi tentativi. Strettamente correlata a questo, c’è la difficoltà di acquisire capitale di rischio poiché questo può, in generale, essere attratto solo se possono essere previsti guadagni al di sopra della media. Addizionalmente, in Germania, i requisiti sulla sicurezza dei dati rappresentano una barriera che ostacola il trasferimento e lo scambio di informazioni tra i settori e, pertanto, spesso impedisce la formazione di sistemi di assistenza integrata. Tuttavia, le esperienze fatte negli Stati Uniti hanno dimostrato che l’implementazione di una tecnologia dell’informazione può essere considerata il punto cruciale per una rete a maglie strette di assistenza integrata, sebbene richieda grossi investimenti in capitale²⁰. Questo capitale deve essere acquisito sempre di più nel settore privato, che è stato molto trascurato come fonte di capitali fino ad oggi. Tuttavia, la partecipazione del settore privato dipende anche dall’affidabilità di lungo termine della politica sanitaria.

Il terzo gruppo racchiude in senso più ampio la gestione dell’assistenza integrata. Riguarda i fattori rigidi e flessibili che sono determinati da problemi interni. Malgrado i considerevoli sforzi fatti per migliorare le capacità e la competenza di gestione sia da parte dell’erogatore che da parte del contribuente nel corso degli ultimi anni, sono ancora insufficienti. Questo problema riguarda la qualità e la quantità delle risorse umane e le domande per una gestione sofisticata delle risorse umane nel futuro in tutte le organizzazioni sanitarie²¹.

Il quarto ed ultimo gruppo riguarda i fattori flessibili che si trovano tra l’area interna e quella esterna. In generale, questi gruppi trattano la gestione del cambiamento e la propensione al cambiamento e all’innovazione nel mercato delle cure sanitarie. Il sistema sanitario tedesco è caratterizzato da settori frammentati. Questi settori non solo hanno sistemi di rimborso differenti, ma rappresentano anche delle barriere mentali per la cooperazione. Oltre la frammentazione relativa ai settori, il sistema sanitario tedesco si trova di fronte a culture professionali forti. L’assistenza integrata non solo richiede la cooperazione tra i settori, ma anche la collaborazione all’interno dei settori. Sebbene il sistema sanitario presenti un quadro dinamico, mostra una chiara riluttanza al cambiamento.

²⁰ Janus (2003).

²¹ Amelung (2003A), (2003B).

Questo è dovuto non solo alla mancanza di risorse umane qualificate, ma anche alla mancanza di spinta al cambiamento e alla forte predominanza del potere decisionale medico²².

Il problema focale è che in ciascuno dei quattro gruppi abbiamo identificato problemi-ostacolo. Pertanto, è improbabile che l'integrazione sia facilmente raggiunta. Non sembrano raccomandabili approcci monocausali.

2.2.4 Conclusioni

L'analisi dell'integrazione in Germania in un quadro internazionale²³ dimostra che il problema centrale dell'assistenza integrata è la discrepanza tra le spese sicure e un ritorno incerto sugli investimenti. Questo rapporto è basato soprattutto sulla mancanza di fiducia nelle politiche sanitarie e allo scopo di breve periodo della gestione.

Malgrado l'insicurezza per l'ambiente politico futuro, gli incentivi finanziari dati dalla politica sanitaria tedesca hanno allettato gli erogatori delle cure sanitarie e i contribuenti a perseguire attivamente approcci di assistenza integrata. I risultati sono sorprendenti: sono entrati in vigore circa 900 contratti di assistenza integrata conformemente ai diversi modelli di integrazione. Il considerevole spostamento dell'industria sanitaria verso l'assistenza integrata può essere considerato uno dei rari successi storici della politica sanitaria tedesca. Sebbene la politica sanitaria della Germania abbia ora fornito incentivi per l'assistenza integrata, la strategia politica di lungo termine non è affidabile e gli obiettivi dei decisori governativi sono spesso incoerenti con le strategie della concorrenza. L'idea di un'industria sanitaria (come negli USA) è rifiutata, come pure un sistema sanitario nazionale (come il sistema britannico). Tra questi due estremi, il mercato della sanità tedesco gode di una "piccola parte" di mercato competitivo, mentre contemporaneamente gli viene chiesto di soddisfare l'idea di solidarietà. Le norme del mercato sanitario tedesco non sono trasparenti e c'è una mancanza di "preferenza per il mercato interno" dei partecipanti al mercato della sanità. Questo fenomeno si applica anche all'assistenza integrata, poiché non è chiaro se le riforme siano state avviate per dare un margine d'azione alla creatività delle società o se debbano essere programmate nuove strutture rigide, che dovrebbero coesistere con le strutture frammentate dell'assistenza sanitaria. Quindi il problema centrale dell'assistenza in Germania risiede nella mancanza di definizione di un filo strategico generale e nella negligenza di un orientamento gestionale.

Oltre a definire il quadro dell'integrazione, la nostra analisi dei problemi-ostacolo interni ed esterni ha dimostrato che l'assistenza integrata ha una complessità intrinseca. Le esperienze fatte negli USA evidenziano che lo sviluppo di sistemi di assistenza integrata è una sfida e richiede tempo sotto qualsiasi aspetto. Gli approcci all'assistenza integrata non rappresentano soluzioni di breve termine per risolvere i problemi nascenti di un sistema sanitario. Essi, piuttosto, valgono come soluzioni di lungo termine per le sfide presenti, come l'invecchiamento della società e le morbidità multiple.

²² Degeling et al. (2003).

²³ Shortell et al. (2000); Draper et al. (2002); Janus (2003); Amelung/Schumacher (2004).

Bibliografia

- Amelung V.E. (2003a), Gesundheitsreformen: Managed Care und das Personalmanagement von Krankenhäusern [Health care reforms: Managed Care and human resource management in hospitals], in: Topan A., Höppner H., (Eds.), Krankenhäuser im Wandel [Hospitals in a changing environment].
- Amelung V.E. (2003b), DRGs und integrierte Versorgungssysteme: Neue Herausforderungen an das Personalmanagement von Krankenhäusern [DRGs and integrated care delivery: New challenges for human resource management in hospitals], in: Henke K.D., (Ed.), Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland [Integrated delivery and new modes of reimbursement in Germany], Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft [European papers regarding the State and economics], no. 12, Nomos, Baden-Baden, pp. 63-79.
- Amelung V.E., Schumacher H. (2004) Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement [Managed Care – New approaches to health care management], 3a ed.
- Amelung V.E., Janus K. (2005A), Erfolgsfaktoren für die integrierte Versorgung unter Einbeziehung von Erfahrungen aus den USA [Success factors for integrated delivery considering experiences from the US], in: Hellmann W., (ed.), Handbuch integrierte Versorgung [Manual for integrated care delivery], 3. Erg. Lfg. 4/05.
- Amelung V.E., Janus K. (2005B), Konzepte und Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik [Concepts and models of integrated delivery in the area of tension between management and politics], in: Klauber J., Robra B.P., Schellschmidt H., (eds.), Krankenhaus Report 2005 – Wege zur Integration [Hospital report – The road to integration].
- Anderson G.F. et al. (2003), It's the Price: Why the United States is so different from other Countries, Health Affairs 22 (3), pp. 89-105.
- Anderson G.F. et al. (2005), Health spending in the United States and the rest of the industrialized world, Health Affairs, 24(4), pp. 903-914.
- Bodenheimer T., Grumbach K. (2002), Understanding Health Policy – A Clinical Approach, 3a ed., McGraw Hill.
- Buckley M.P., McKenna Q.L., Merlino D.J. (1999), Managed Care: Past, Present, Future, in: William J., (ed.), Integrated Healthcare: Lessons Learned, pp. 179-191.
- Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (2005), www.bqs.online.de, stampato il 1° luglio 2005.
- Degeling P. et al. (2003), Medicine, management, and modernization: a “danse macabre”? British Medical Journal, vol. 326. pp. 649-652.
- Draper D. et al. (2002), The changing face of Managed Care, Health Affairs, Genn. Feb., pp. 11-23.
- Furubotn E., Richter R. (1997), Institutions and Economic Theory – The Contribution of New Institutional Economics, 1997.
- Grumbach K. et al. (1998), Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems. New England Journal of Medicine, vol. 339. S. 1516-1521.
- Janus K. (2003). Managing health care in private organizations – Transaction costs, cooperation and modes of organization in the value chain. Frankfurt: Peter Lang Publishing.

- Janus K., Amelung V.E. (2004a), Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen Anreizorientierte Vergütungssysteme für Ärzte [Integrated delivery in health care – Performance-based reimbursement for physicians], zfo, 6/2004, 73. Jg., pp. 304-311.
- Janus K., Amelung V.E. (2004b), Integrierte Versorgungssysteme in Kalifornien Erfolgs und Mißerfolgsk Faktoren der ersten 10 Jahre und Impulse für Deutschland [Integrated delivery systems in California – Ten years of experience and implications for Germany], Das Gesundheitswesen, 66, pp. 649-655.
- Janus K., Amelung V.E. (2005), Integrated health care delivery based on transaction cost economics – Experiences from California and cross-national implications, in: Savage G., Chilingirian J.A., Powell M., (Hrsg.), Advances in Health Care Management Volume 5. International Health Care Management, Elsevier Publications (in stampa).
- Nies H., Berman P.C. (2004), Integrating services for older people: a resource book for managers, European Health Management Association.
- Pitelis C. (1991), Market and non-market hierarchies, Theory of institutional failure.
- Rea J.R. (1996), Components of a vertically integrated system, in: Boland P., (ed.), The Capitation Sourcebook, pp. 18-32.
- Robinson J.C., Casalino L.P. (1996), Vertical integration and organizational networks in health care. Health Affairs, Spring, pp. 7-22.
- Shortell S.M. et al. (2000), Remaking health care in America – The evolution of organized delivery systems. San Francisco: Jossey Bass.
- Thorpe K.E., Florence C.S., Joski P. (2004), Which medical conditions account for the rise in health care spending? Health Affairs, Web Exclusive, W4, pp. 437-445.
- Williamson O.E. (1975), Markets and hierarchies: Analysis and antitrust implications – A study in the economics of internal organization, New York.
- Williamson O.E. (1985), The economic institutions of capitalism – Firms, markets, relational contracting, New York.
- Williamson O.E. (1986), Economic organization – Firms, markets and policy control, New York.
- Williamson O.E. (1996), The mechanisms of governance, New York.

2.3 E-Procurement e *innovazione tecnologica*: le iniziative condotte da Consip nell'ambito del Programma di Razionalizzazione degli Acquisti per la P.A.

Bettacchi R.¹, Russo A.²

2.3.1 Introduzione

La forte attenzione alla modernizzazione del processo di gestione degli acquisti, anche attraverso strumenti innovativi come l'*e-Procurement*, fa ormai parte delle politiche di sviluppo economico di tutti i Paesi industrializzati e della stessa UE, sia per la capacità di accelerare i processi innovativi delle Pubbliche Amministrazioni e delle imprese, sia per l'impatto atteso sui conti pubblici.

L'esigenza di disporre di un sistema per ottimizzare gli acquisti per beni e servizi della Pubblica Amministrazione (P.A.) è pertanto determinante per l'efficacia di una riforma organizzativa della P.A., tesa a conseguire, in conformità al piano di *e-Government*, gli obiettivi di contenimento della spesa pubblica.

Il Programma di Razionalizzazione degli Acquisti per la P.A. ha, quindi, l'intento di coniugare il conseguimento dei pressanti obiettivi di finanza pubblica con l'utilizzo degli strumenti dell'*Information e Communication Technology* (ICT) nell'azione amministrativa, che diventano anche un volano per promuovere innovazione e cambiamento nel settore pubblico e in quello privato.

Per essere realmente efficace l'attività di razionalizzazione degli acquisti deve anche essere condotta attraverso opportune relazioni con il mercato e con i Fornitori, nel pieno rispetto dei ruoli reciproci. Solo in questo modo si può produrre oltre che maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa, in termini di semplificazione delle procedure e di riduzione dei costi, anche uno sviluppo accelerato del mercato nazionale e locale.

L'utilizzo di Internet anche per i processi di acquisto, una volta soddisfatti i necessari requisiti di sicurezza, consente di attuare nel concreto una serie di caratteristiche e di valori distintivi del *public procurement*, quali la trasparenza delle procedure di acquisto, l'esaltazione della competitività del mercato, l'efficienza generata dalla semplificazione dei processi, il riutilizzo di strumenti e competenze costruiti a livello nazionale o locale.

Il principio della massima apertura alla concorrenza, anche a livello di Piccole e Medie Imprese (PMI), può essere salvaguardato attraverso un'attenta architettura delle soluzio-

¹ Consip, *Mercato Sanità*

² Consip, *Marketing e Comunicazione*

ni di gara; il principio della rapidità può essere salvaguardato attraverso un ricorso sempre più ampio a gare non discrezionali e ad aste telematiche.

L'evoluzione della normativa è orientata a garantire a tutte le Amministrazioni, centrali e locali, l'autonomia delle proprie decisioni rispetto ad eventuali scelte di acquisto centralizzate, pur nel rispetto di criteri di economicità complessiva, e a promuovere un'efficace cooperazione fra diversi soggetti istituzionali che si trovino ad affrontare problemi simili. A livello comunitario, la forte attenzione dedicata al tema è dimostrata dalle due direttive europee sugli appalti pubblici: la direttiva relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di forniture, di servizi e di lavori (UE n. 18/2004/CE) e quella che coordina le procedure di appalto degli enti erogatori di acqua, di energia e degli enti che forniscono servizi di trasporto (la cosiddetta direttiva "settori" n. 17/2004/CE). Il termine ultimo per adattare le norme nazionali alla nuova disciplina è fissato per il 31 gennaio 2006; una volta trasposta la nuova disciplina nei singoli Stati membri, essa ridefinirà il quadro normativo complessivo, sostituendo quello introdotto in base alle direttive ancora attualmente in vigore.

Tali direttive, che contengono aspetti e principi innovativi, avranno un impatto diretto sui processi di acquisto delle Amministrazioni Pubbliche. Vengono, infatti, introdotti significativi elementi di innovazione e puntuali regolamentazioni in materia di aste elettroniche, sistemi dinamici di acquisto elettronico e centrali di acquisto. Tutto ciò non fa altro che confermare quanto sia importante il ruolo svolto dal Programma nel supportare le Amministrazioni, anche attraverso la diffusione delle *best practices* di gestione degli approvvigionamenti e la promozione di strumenti innovativi.

2.3.2 Attività e risultati 2004 del Programma rispetto alle strutture sanitarie

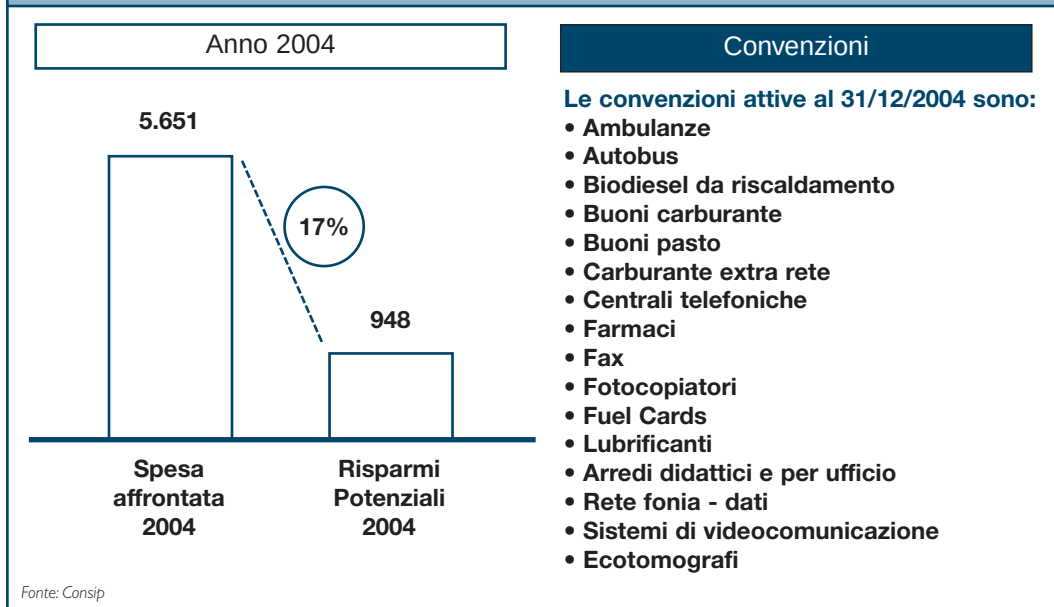
2.3.2.1 Le Convenzioni

La stima di chiusura, per l'anno 2004, delle principali grandezze del Programma evidenzia il contesto complessivo di riferimento all'interno del quale il Programma si è collocato a partire dalla seconda metà dell'anno 2003 (Legge 350/2003, Provvedimento Amministrativo MEF, Legge 191/2004).

La "spesa affrontata" 2004 si posiziona su un valore pari a € 5.651 mil., mentre il "risparmio potenziale" si attesta a € 948 mil. (risparmio medio pari al 17%). In particolare, la "spesa affrontata" nel 2004 relativamente al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è pari a € 3.291 mil.

In tale contesto, per "spesa affrontata" si intende il valore annuo della spesa complessiva delle P.A. per le categorie merceologiche su cui sono state attivate iniziative di razionalizzazione nell'ambito del Programma. Tale valore viene definito annualmente in fase di redazione del Piano Industriale, sulla scorta delle indicazioni fornite da Enti e Organismi pubblici (es. ISTAT – Conti Economici Nazionali, MEF – Relazione sulla stima del fabbisogno di cassa) e mantenuto aggiornato, in corso d'anno, attraverso una sistematica revisione delle stime effettuate. Il "transato" rappresenta il valore cumulato annuo degli ordini transitati attraverso il Sistema delle Convenzioni (in modalità *on-line* e *off-line*) per tutte le Convenzioni attive, incluso il valore degli eventuali servizi accessori.

Figura 1 - Spesa affrontata, risparmio e Convenzioni



Per quanto riguarda, invece, il “risparmio potenziale”, questo rappresenta il valore del risparmio ottenuto per le categorie merceologiche su cui sono state attivate iniziative di razionalizzazione nell’ambito del Programma. Più in dettaglio deriva sia dall’utilizzo diretto degli strumenti d’acquisto messi a disposizione delle P.A., sia dall’effetto *benchmark* (ovvero il fatto che gli standard di prezzo e qualità fissati dalle Convenzioni MEF/Consip sono diventati un punto di riferimento anche per gli acquisti effettuati dalle Amministrazioni al di fuori del Sistema). Tale valore viene individuato – a seguito dell’aggiudicazione delle Convenzioni e, per alcune di queste, anche attraverso il supporto dell’ISTAT – raffrontando i prezzi medi della P.A. per beni comparabili e il valore di aggiudicazione CONSIP.

Nella Figura 1 si riassumono i risultati del Sistema delle Convenzioni al 31 dicembre 2004 e si riportano le Convenzioni attive al 31 dicembre 2004.

In relazione al SSN si riportano in Tabella 1 alcuni dati di dettaglio:

- le iniziative attive nel 2004 (si tratta sia di iniziative attive per tutto l’anno e come tali contribuiscono alla “spesa affrontata” dal Programma nell’anno 2004, sia di iniziative presenti solo per parte del 2004 e come tali non contribuiscono alla “spesa affrontata” nell’anno 2004);
- il valore della spesa relativa alle iniziative che hanno prodotto “transato” nel 2004, per il comparto Sanità;
- la relativa percentuale attesa di riduzione dei costi medi unitari della P.A.;
- il valore del “transato” del 2004, generato dalle Aziende appartenenti al SSN rispetto alle iniziative attivate dal Programma.

Alcune percentuali di risparmio indicate sono relative ad iniziative oggetto dello studio condotto dall’ISTAT (vedi capitolo 2.3.3).

Il valore del “transato” 2004 del SSN risulta pari complessivamente a € 132 mil. – con riferimento sia alle Convenzioni attive a fine 2004 sia a quelle presenti solo per parte del 2004 – a fronte di un valore complessivo annuo pari a € 932 mil. Si segnala, come evidenziato nella Tabella 1, che le strutture sanitarie si avvalgono di tutte le Convenzioni offerte dal Sistema.

Tabella 1 - Valore della spesa e del transato del SSN (espresso in €)

Iniziative 2004	Spesa complessiva del SSN relativa alle iniziative che hanno prodotto transato nel 2004	% di risparmio costo medio unitario P.A.	Transato
Ambulanze	44.000.000	38,4 %	2.362.000
Arredi didattici e per ufficio	1.000.000	50 %	764.000
Autoveicoli	16.000.000	7,7 %	2.462.000
Biodiesel da riscaldamento	5.000.000	17 %	374.861
Buoni Pasto	185.000.000	6,5 %	26.376.000
Cancelleria	71.000.000	15 %	69.000
Carburanti extrarete	5.000.000	11,5 %	810.193
Carburanti rete – buoni acquisto	2.000.000	9,2 %	1.018.630
Carburanti rete – fuel card	2.000.000	6,2 %	3.384.775
Carta in risme	34.000.000	12,7 %	235.000
Centrali telefoniche	33.000.000	51 %	1.320.000
Derrate alimentari	175.000.000	13 %	5.493.000
Ecotomografi	107.000.000	60 %	3.927.000
Farmaci ³	2.852.000.000	5 %	1.182.000
Fax	4.000.000	23 %	330.000
Fotocopiatrici	45.000.000	29 %	4.308.000
Gasolio da riscaldamento	97.000.000	30 %	6.173.936
Global service	1.000.000	16 %	4.520.649
Lubrificanti	1.000.000	20 %	2.614
Olio combustibile	10.000.000	20 %	2.354.076
PC desktop	24.000.000	38 %	799.000
Reti fonia – dati	5.000.000	54 %	3.903.000
Software di produttività Microsoft	21.000.000	18 %	1.511.000
Soluzioni di videocomunicazione	1.000.000	56 %	124.000
Stampanti	7.000.000	35,7 %	640.000
Telefonia fissa	176.000.000	62 %	58.000.000
Telefonia mobile	10.000.000	82 %	486.000
Totale complessivo	3.934.000.000	-	132.930.734

Fonte: Consip

³ Farmaci include solo la spesa ospedaliera, non si tiene conto della spesa farmaceutica convenzionata.

L'andamento del Programma di Razionalizzazione nel 2004 è stato caratterizzato dagli effetti prodotti dai mutamenti normativi intervenuti in precedenza esposti. Infatti il mancato completamento del quadro normativo di riferimento per gli acquisti pubblici ha comportato la sospensione delle attività relative al Sistema delle Convenzioni nel corso del 2004 e pertanto la progressiva diminuzione della disponibilità di iniziative verso le Amministrazioni. Tale sospensione ha comportato una flessione del "transato" (ovvero degli acquisti effettuati attraverso il Sistema delle Convenzioni) e, di conseguenza, del valore complessivo del "risparmio potenziale".

Nella Tabella 2 è riportato il valore del "transato" del SSN negli ultimi 3 anni.

Tabella 2 - Valore del transato del SSN⁴ (espresso in € Mgl.)

Categorie ⁵	Iniziative	2002	2003	2004
Accessori per uffici, alloggi, mense	• Arredi	-	20	764
Attrezzature tecnico-sanitarie	• Ambulanze • Ecotomografi	-	8.159	6.289
Buoni pasto	• Buoni pasto	3.254	42.672	26.376
Cancelleria	• Cancelleria	1.576	3.793	69
Carta	• Carta in Risme	144	2.322	235
Derrate alimentari	• Derrate alimentari	-	1.399	5.493
Energia Elettrica Gas	• Energia Elettrica • Gas naturale	- 0	- 2.854	- -
Energy Service	• Servizio Energia	21.491	63.885	-
Fax	• Fax	307	680	330
Fotocopiatori	• Fotocopiatrici	11.029	5.597	4.308
Global Service	• Global Service	3.432	4.171	4.521
Medicinali e materiali sanitari	• Farmaci	-	-	1.182
Mezzi di trasporto leggeri	• Autoveicoli	8.128	4.711	2.462
Personal Computer	• PC Desktop • PC Portatili	- 2.034	- 10.617	- 799
Prodotti Petroliferi	• Biodiesel • Carburanti extrarete • Carburanti rete • Carburanti rete – buoni acquisto • Carburanti rete – fuel card • Gasolio da riscaldamento • Lubrificanti • Olio combustibile	- 1.605	- 2.583	- 14.119
Servizi a valore aggiunto	• Sistemi di videocomunicazione • Videoproiettori	- -	387	124
Servizi di base	• Telefonia Mobile	312	1.058	486
Sistemi Privati per Telefonia	• Centrali telefoniche • Telefonia fissa	- 37.891	- 73.056	- 59.320
Sistemi Privati per Trasmissione Dati	• Reti fonia – dati • Reti Locali	- -	969	3.903
Software	• Software di produttività • Software di gestione documentale	- 674	- 3.529	- 1.511
Stampanti	• Stampanti	952	1.901	640
Totale		92.830	234.363	132.931

Fonte: CONSIP

⁴ Per alcune iniziative non viene espresso il valore del transato del SSN o perché la Convenzione non era attiva nell'anno in considerazione o perché il SSN non ha acquistato i beni e servizi in Convenzione.

⁵ Le categorie elencate aggregano i valori delle Iniziative 2002, 2003 e 2004 specificate nella colonna "Iniziative" della presente tabella e già riportate, solo per il 2004, nella Tabella 1.

Per quanto riguarda, invece, il livello di gradimento da parte del mondo della Sanità verso le iniziative del Programma, questo si può misurare attraverso le adesioni del SSN al Sistema delle Convenzioni, che risulta incrementato rispetto al 2003. La quasi totalità delle strutture è ormai da tempo registrata al Sistema delle Convenzioni e ha effettuato almeno un ordine sulle Convenzioni attive. Il numero complessivo di ordini, a fine 2004, è pari a 19.504. I Punti Ordinanti (PO) del SSN registrati sono 1.463, di cui 938 in modalità *on-line*.

Nella Figura 2 si riporta il dato, dettagliato per Regione, relativo all'adesione del SSN alle Convenzioni, rispettivamente SSN presente sul territorio e percentuale di questo registrata al Sistema.

Figura 2 - Adesione del SSN al Sistema delle Convenzioni - Regioni

	ASL	AO	Pol.Univ.	IRCCS	Altro**	PO Registrati al sistema delle Convenzioni
Liguria	5	4		2	2	51
Lombardia	15	29		4	4	223
Piemonte	22	8			4	135
V. d. A.	1				2	5
Emilia Romagna	13	5		2	2	110
F.V.G.	6	4		2	3	18
Prov BZ	4				1	1
Prov TN	1					1
Veneto	21	2			4	94
Lazio	12	6		3	7	114
Marche	14	3		2	3	69
Toscana	12	4		1	3	95
Umbria	4	2			2	19
Abruzzo	6				3	27
Basilicata	5	2			1	23
Calabria	11	4		1	1	69
Campania	13	8	2	1	3	108
Molise	4				1	12
Puglia	12	5		2	4	105
Sardegna	8	1	2	1	3	35
Sicilia	9	17	2		4	107
TOTALE	198	104	6	21	57	TOT. 386 1421

* I dati relativi ad ASL e AO non tengono conto delle recenti modifiche organizzative attuate da alcune regioni, tendenti all'accorpamento di strutture sanitarie

** Altro: Istituti Zooprofilattici, Croce Rossa Italiana, Istituto Superiore della Sanità, Agenzie Regionali, ecc.



Distribuzione delle Strutture Sanitarie in Italia

Fonte: Ministero della Salute e Consip

2.3.2.2 Le iniziative sul Mercato Elettronico della P.A.

Come noto su incarico del MEF e del Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie (DIT) della Presidenza del Consiglio dei Ministri (PCM), Consip ha realizzato il primo Mercato Elettronico della P.A. (MEPA), un mercato virtuale e telematico accessibile via Internet, in cui le Pubbliche Amministrazioni possono effettuare acquisti di beni e servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria, selezionandoli dai cataloghi pubblicati dai Fornitori abilitati.

Nel corso del 2004 è proseguita la fase di sviluppo e di assestamento del MEPA, già avviata nel 2003, con l'obiettivo di diffonderne l'utilizzo su tutto il territorio nazionale, incrementando sia l'offerta (in termini di numero di Fornitori abilitati, numero di categorie merceologiche presenti e relativi articoli), sia la domanda (in termini di numeri di Amministrazioni acquirenti, numero di transazioni e valore della transazione effettuata).

Il processo di consolidamento del MEPA ha richiesto la realizzazione di iniziative diversificate e orientate sia verso il mercato sia verso le Amministrazioni potenzialmente clienti. Pertanto è stato sviluppato un piano di *marketing* che prevede una sistematica promozione del MEPA attraverso forme di intervento variabili in base alle diverse caratteristiche degli utenti: *accounting* diretto (gestione diretta della relazione), *tele-marketing* (gestione telefonica della relazione), *mass marketing* (utilizzo di strumenti di promozione).

Al 31 dicembre 2004 sono stati pubblicati sul Mercato Elettronico 113.207 articoli relativi a 15 categorie merceologiche, di cui 7 affrontate nel 2003 e le restanti 8 nel 2004. Altre due categorie merceologiche pubblicate nel 2004 (Servizi di igiene ambientale, Erogazione gas) saranno rese disponibili sul Mercato Elettronico nei primi mesi del 2005. Per l'inserimento delle categorie merceologiche all'interno del MEPA è stata valutata sia la frequenza d'acquisto/livelli di spesa delle Amministrazioni, sia l'adattabilità della categoria allo strumento informatico. Sono stati altresì sperimentati i primi mercati elettronici di servizi (Igiene ambientale, Formazione).

La proficua collaborazione con le confederazioni imprenditoriali ha favorito la partecipazione delle Aziende alle diverse iniziative fin dalla fase di predisposizione della documentazione (bando, capitolato, schede tecniche dei prodotti), contribuendo così alla crescita della fiducia in questo strumento.

Nel corso del 2004 sono stati abilitati al Sistema complessivamente 324 Fornitori, con ampia partecipazione delle piccole e medie imprese locali (circa l'80% del totale secondo un'analisi condotta sul numero dei dipendenti) presenti su tutto il territorio nazionale. Poiché ciascun Fornitore può abilitarsi a più di un bando, sommando i Fornitori che sono abilitati a ciascuna categoria, ne risultano 422.

Il numero dei prodotti a disposizione delle P.A. sul Mercato Elettronico è aumentato in maniera continuativa nel corso del 2004, con una preponderanza di articoli offerti relativi alle categorie merceologiche ICT/Office, totalizzando al 31 dicembre 2004 l'80% di tutte le offerte presenti sul MEPA.

L'attenzione degli utenti è stata maggiormente rivolta alle categorie relative all'ICT (Prodotti e accessori informatici, Ausili informatici per disabili, Peritelefonía) e ai prodotti per l'ufficio (Cancelleria, Arredi).

Il numero delle transazioni è cresciuto costantemente durante l'arco dell'anno (3.143 ordinativi al 31/12/2004) con picchi a partire dal mese di settembre, successivamente alla pubblicazione dei primi cataloghi di cancelleria.

Il numero di transazioni totali è costituito principalmente da ordini diretti⁶ (acquisti effettuati dai cataloghi pubblicati), che rappresentano l'85% del totale, mentre ancora contenuto è l'impiego della modalità Richiesta di Offerta⁷ (RdO), che rappresenta tuttavia circa il 44% del valore totale degli ordini.

Il totale degli acquisti effettuati sul MEPA a fine 2004 è di circa € 8 mil. Il valore medio delle transazioni è di € 2.600 (1.700 per ordini diretti e 7.900 per RdO). Oltre l'80% del "transato" è stato prodotto dai bandi relativi all'area merceologica ICT che comprende le categorie *hardware* e *software*, macchine da ufficio e telecomunicazioni.

Al 31 dicembre 2004 i Punti Ordinanti del SSN registrati al Mercato Elettronico sono 191. Le strutture sanitarie attive (che hanno effettuato almeno una transazione sul MEPA nel 2004) sono circa 97 e hanno effettuato un numero complessivo di ordini pari a 356, generando un "transato" di € 920.000.

Con l'obiettivo di supportare le Amministrazioni nel loro processo di abilitazione e di utilizzo del Sistema, il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha previsto nel corso dell'anno la distribuzione gratuita di firme digitali; le strutture sanitarie che hanno beneficiato di tale iniziativa sono circa 60.

Nel corso del 2004 è stata condotta una prima analisi per valutare gli eventuali benefici sui prezzi di acquisto, ottenibili grazie all'utilizzo di procedure telematiche di acquisto attraverso lo strumento del Mercato Elettronico.

Dalla comparazione tra i prezzi di alcuni prodotti sulle Convenzioni e le rilevazioni effettuate dall'ISTAT⁸ o estrapolate da altri siti di commercio elettronico su web, il catalogo dei Fornitori sul MEPA è risultato competitivo. Infatti, a parità di singolo articolo offerto:

- il prezzo medio a listino è inferiore del 3% rispetto alla rilevazione ISTAT e dell'1% rispetto al web;
- il prezzo aggiudicato con RdO è mediamente dell'8% inferiore al prezzo a listino.

Oltre al dato medio è interessante osservare come per più del 60% degli articoli il prezzo MEPA è più vantaggioso rispetto alla rilevazione ISTAT e web.

A fine dicembre 2004 è stato condotto un nuovo studio sui risparmi di prezzo che avvalorà i risultati raggiunti nel primo semestre dell'anno.

⁶ Ordine diretto oppure ordine di Acquisto: acquisto di un prodotto/servizio tramite selezione, direttamente dalle pagine di visualizzazione del catalogo, e successivo invio al Fornitore, tramite il sistema dell'ordine firmato digitalmente.

⁷ Richiesta di Offerta: acquisto di un prodotto/servizio tramite negoziazione di prezzi e condizioni migliorative, per i prodotti a catalogo, richiedendo ai Fornitori l'invio di offerte ad hoc.

⁸ Rilevazione dei prezzi relativi a beni e servizi per le Pubbliche Amministrazioni – Individuazione dei prezzi medi di approvvigionamento della P.A. per 12 categorie merceologiche di ampia diffusione, oggetto di iniziative del Programma di Razionalizzazione degli Acquisti (anno 2003). Gruppo di Lavoro: Ministero dell'Economia e delle Finanze – IV Dipartimento come promotore dell'iniziativa e coordinatore delle attività, nonché realizzazione della stessa; Istituto Nazionale di Statistica per supporto tecnico e metodologico alla progettazione ed esecuzione dell'indagine.

L'oggetto dell'analisi è ancora una volta il confronto dei prezzi di listino MEPA con le rilevazioni condotte dal Ministero delle Finanze in collaborazione con l'ISTAT e i prezzi sul web. Il prodotto osservato è il PC Notebook. Gli articoli scelti (sei) sono quelli maggiormente acquistati dalla P.A.

I risultati che emergono in termini di risparmio di prezzo sono: un prezzo medio di listino inferiore del 18% rispetto alle rilevazioni MEF/ISTAT e del 15% rispetto al web.

L'obiettivo per il 2005 è di consolidare la crescita registrata durante il 2004, facendo leva, oltre che sui fattori vincenti che hanno permesso di raggiungere tali risultati soddisfacenti del 2004, anche su attività che mirino al superamento delle criticità del Sistema, quali:

- il miglioramento dell'usabilità del Sistema, attraverso l'inserimento di nuove funzionalità e la realizzazione di una interfaccia utente più intuitiva;
- la semplificazione e velocizzazione del processo di aggiornamento dei cataloghi;
- il consolidamento della rete degli sportelli a supporto delle imprese che intendono abilitarsi.

2.3.2.3 I progetti verticali

Per progetto verticale si intende la conduzione di un'attività specifica mirata a fornire all'Amministrazione supporto per l'ottimizzazione dei processi di approvvigionamento, caratterizzati da complessità di carattere tecnico-merceologico-legale, per le quali la Consip è in grado di fornire competenze altamente qualificate. In particolare si tratta di progetti connessi alla semplificazione e/o reingegnerizzazione dei processi, alla razionalizzazione organizzativa e all'utilizzo degli strumenti di *e-Procurement* (anche attraverso Gare Telematiche in ASP).

Nei successivi paragrafi si riportano tre esempi di progetto verticale, condotti per il mondo della Sanità. Per i suddetti progetti, poiché le attività a questi afferenti proseguiranno nel 2005, si riportano solamente le stime dei benefici attesi a compimento degli stessi.

2.3.2.4 Reingegnerizzazione del processo logistico per la distribuzione dei farmaci e dei presidi medici

Consip, nell'ambito della sua attività volta ad affiancare la Pubblica Amministrazione nello sviluppo di iniziative di razionalizzazione della spesa, ha supportato l'ASL di Viterbo⁹ nell'analisi del modello logistico attuale e nel disegno del nuovo modello operativo che, tramite la centralizzazione ed esternalizzazione della funzione logistica, consenta risparmi e semplificazione procedurale.

L'analisi in oggetto nasce nell'ambito di una più ampia iniziativa di razionalizzazione della funzione logistica avviata dall'ASL di Viterbo nel 2003 con la costruzione e messa a regime di un modello sperimentale per la gestione informatizzata delle scorte, di reparto e dei magazzini, e per l'esternalizzazione della gestione magazzini. Una volta conclusa questa prima sperimentazione, è emersa l'opportunità di ampliare il

⁹ L'ASL di Viterbo conta 6 presidi ospedalieri distribuiti su 5 Territori per un totale di 900 posti letto e quasi 300.000 assistiti, in 60 Comuni di competenza.

progetto attraverso lo sviluppo di un'approfondita analisi e valutazione dell'attuale gestione delle scorte e dei magazzini aziendali e l'individuazione di una soluzione di centralizzazione estesa a tutta l'Azienda. Tale attività è stata avviata con il supporto di Consip relativamente alle attività di pianificazione e monitoraggio, di predisposizione dell'analisi costi/benefici e di predisposizione della documentazione di gara, volta alla selezione di un operatore logistico responsabile della gestione esternalizzata dei magazzini.

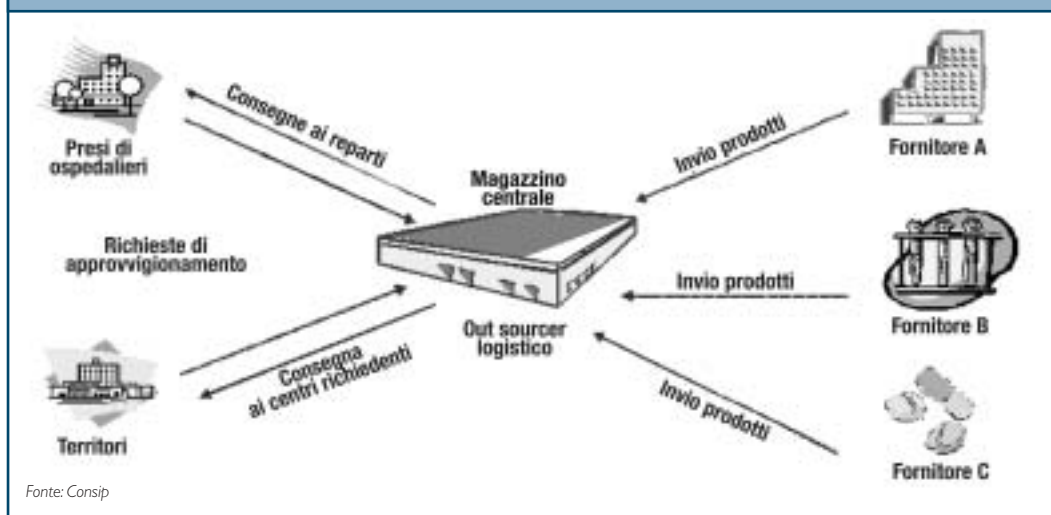
La riduzione dei costi della funzione logistica è il fattore principale che spinge l'ASL alla scelta di esternalizzare la funzione stessa. L'impegno economico-finanziario dell'Azienda riguarda principalmente il costo del personale impiegato nella funzione che, in ipotesi di esternalizzazione, può essere dedicato ad altre funzioni o, in caso di dimissione/pensionamento, fornisce la possibilità di evitare l'assunzione di nuovo personale. Un ulteriore impegno di spesa riguarda l'utilizzo di spazi dedicati con relativi costi di gestione (affitti, ammortamenti delle attrezzature, utenze, ecc.) che, in caso di esternalizzazione, si liberano per altre attività dell'Azienda. Accanto ai costi del personale e ai costi di gestione, infine, la variabile economico-finanziaria che incide sui costi aziendali è data dagli oneri finanziari che, calcolati come percentuale sul valore delle giacenze, rappresentano un costo, dal momento che il capitale investito in prodotti a scorta potrebbe essere impiegato in attività diverse e più convenienti (in un'ottica di costo-opportunità).

Inoltre l'ottimizzazione dei processi, anche attraverso la gestione informatizzata, agevola la riduzione delle scorte (con ripercussioni positive anche sul costo degli oneri finanziari), aiuta una previsione migliore e più efficiente dei fabbisogni, supportata da adeguati criteri di programmazione e monitorata attraverso i sistemi informativi, garantisce la qualità del servizio e delle consegne, riduce il ciclo di evasione degli ordini. Una migliore previsione dei fabbisogni evita errori di programmazione che fanno lievitare i livelli delle scorte, il ricorso ad ordini urgenti e l'accumulo di prodotti che possono generare un innalzamento dei livelli di giacenza della merce ferma, dei prodotti *slow moving* a scorta, dei prodotti scaduti e obsoleti.

Per il disegno del modello da implementare, sono stati in primo luogo analizzati alcuni casi italiani e un caso straniero che potevano guidare la scelta e la personalizzazione del modello futuro per l'ASL di Viterbo.

Sulla base delle esigenze dell'ASL, dei risultati e delle *lessons learned* sulla sperimentazione e del *benchmark* effettuato, è stata disegnata l'ipotesi di modello da implementare. Il modello futuro prevede la centralizzazione dei 14 magazzini aziendali e del magazzino oggi in *outsourcing* in un unico magazzino aziendale, sia per i beni sanitari che economici, gestito da un operatore logistico esterno. Secondo tale modello, esPLICITATO nella figura sottostante, i reparti dei Presidi ospedalieri e i centri richiedenti del territorio inoltrano le richieste di approvvigionamento al magazzino centrale che le controlla, approva e procede alla consegna direttamente presso i reparti e i centri richiedenti stessi. L'*outsourcer* logistico gestisce il ricevimento della merce, la movimentazione e lo stoccaggio ed emette una proposta di riordino che viene autorizzata dall'Azienda.

Figura 3 - Il modello da implementare



In tale modello è previsto un ruolo centrale dei Farmacisti interni all'ASL, dal momento che rimane a loro carico non solo il controllo e l'approvazione delle richieste di approvvigionamento, ma anche il controllo qualitativo-quantitativo, seppur a campionamento, dei prodotti sanitari forniti.

L'analisi dei costi del modello da implementare tiene in considerazione, da un lato, i costi della funzione logistica che non possono essere riassorbiti in caso di esternalizzazione e, dall'altro, i costi aggiuntivi che l'Azienda deve sostenere per la scelta e la remunerazione dell'operatore logistico esterno.

L'analisi dei benefici del modello da implementare tiene in considerazione i risparmi in termini di costo del personale che viene spostato dalla funzione logistica e riallocato ad altre funzioni, in termini poi di costi di gestione, nonché di oneri finanziari.

L'analisi dei costi e dei risparmi del nuovo modello entra nel calcolo del *cash-flow* (flusso di cassa) dell'iniziativa. Presumibilmente il risultato medio è il più vicino alla realtà e si attesta su un 26% di risparmio sui costi attuali (risultante da un costo dell'*outsourcer* pari al 3,3% dell'ordinato).

Il flusso di cassa cumulato dell'iniziativa evidenzia un risultato positivo già al secondo anno e un risparmio netto di € 511.000 nel 2007, pari al 26% del costo attuale.

Vi sono poi una serie di risparmi che rappresentano benefici indotti e aggiuntivi importanti, derivanti dalla riduzione degli ordini, a seguito della centralizzazione dell'attività di reintegro in capo ad un unico magazzino e dalla riduzione dei consumi, dovuta alla riduzione degli scarti (scaduti/obsoleti) e dall'attenuazione del fenomeno delle evaporazioni. I risultati positivi derivanti dal calcolo del flusso di cassa, associati a benefici aggiuntivi rilevanti, che toccano ambiti anche esterni alla funzione logistica, delineano un quadro positivo della scelta di centralizzazione ed esternalizzazione della funzione logistica. A questo si associa un'esperienza già maturata in un'ottica di sperimentazione che ha arricchito e formato una parte dell'Azienda all'esperienza dell'esternalizzazione.

Il modello da implementare proposto, infatti, rispecchia le esigenze dell'ASL di Viterbo in quanto rende efficiente la gestione delle scorte attraverso la centralizzazione e l'informatizzazione, da un lato, e libera spazi e risorse umane, da dedicare ad altre attività a maggior valore, attraverso l'esternalizzazione, dall'altro lato.

A completamento del progetto vi è poi l'informatizzazione delle scorte di reparto, avviata con *software* di proprietà dell'Azienda, che già ha evidenziato risultati positivi relativamente al risparmio di tempo impiegato dal personale di reparto per la gestione degli armadietti, ma che porterà ad un efficientamento anche nella gestione delle richieste di approvvigionamento, nel risparmio su scaduti/obsoleti, nella pianificazione dei riordini, ecc. Se la strada intrapresa sarà ritenuta quella corretta, le nuove scelte che si porranno sul tavolo sono la somministrazione in monodose e la gestione informatizzata della prescrizione.

Sicuramente, con riferimento a quanto avviene in altre realtà sanitarie in Italia e all'estero, l'ASL di Viterbo ha avviato un processo innovativo di gestione della funzione logistica che la pone in risalto nel panorama sanitario italiano.

2.3.2.5 Affidamento prestazioni di assistenza protesica (All. 2 e 3 DM Sanità 332/99)

Alla fine del febbraio 2004 è pervenuta richiesta di supporto alla Consip dall'AUSL 3 di Catania e dall'AUSL 8 di Siracusa per la realizzazione della gara per l'approvvigionamento e la gestione degli ausili per disabili come da DM Sanità 332/99.

Il lungo lavoro tecnico-organizzativo ha portato alla realizzazione di un Protocollo d'Intesa per la temporanea aggregazione tra le due AUSL, per la predisposizione della documentazione per i seguenti appalti:

- gara per l'acquisto degli ausili protesici;
- gara per l'affidamento del servizio di gestione, ricevimento e consegna degli ausili.

La prima ha per oggetto la fornitura in somministrazione e il noleggio di dispositivi per le prestazioni di assistenza protesica inclusi negli elenchi 2 e 3 del Nuovo Nomenclatore Tariffario di cui al DM suddetto, erogabili agli aventi diritto nel territorio delle due AUSL coinvolte.

La gara per l'acquisto dei dispositivi è stata suddivisa in 18 lotti, relativamente alla tipologia di bene.

Per alcuni lotti è stato previsto l'approvvigionamento con la formula dell'acquisto, mentre per altri è stata prevista la formula del noleggio. Per il noleggio sono stati inoltre previsti i seguenti servizi:

- fornitura, consegna, installazione, collaudo e attivazione dei dispositivi principali – ventilatori polmonari – e dei dispositivi opzionali;
- formazione al paziente e/o suo delegato/assistente domiciliare sull'uso dei dispositivi;
- fornitura e consegna al domicilio del paziente di tutto il materiale di consumo necessario, nelle quantità e qualità indicate dalla ASL;
- servizio di manutenzione ordinaria e straordinaria dei dispositivi principali e opzionali;
- messa a disposizione di un numero verde per un servizio di assistenza continuativo presidiato 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno da un operatore qualificato per la risoluzione della problematica emersa;

- estensione della fornitura e del servizio a tutto il territorio nazionale in caso di spostamento temporaneo degli utenti dall'abituale residenza.

La seconda gara ha invece per oggetto la fornitura dei servizi di ricevimento, gestione e consegna dei dispositivi terapeutici per disabili.

I servizi di ricevimento, gestione e consegna dei dispositivi si intendono comprensivi delle attività di: costituzione e gestione di strutture per la custodia, l'immagazzinamento e il ripristino; costituzione e gestione del sistema informatico; recupero, censimento, ripristino, manutenzione dei dispositivi per i quali il periodo di garanzia è scaduto; consegna e reportistica.

Particolare attenzione è stata rivolta ai parametri di valutazione, eliminando la possibilità di giudizio discrezionale, attraverso la predisposizione di schede tecniche dei dispositivi, le quali descrivono i requisiti minimi e i requisiti oggetto di valutazione. Il fattore innovativo e potenziale leva per l'ottimizzazione del servizio è costituito dalla realizzazione di un sistema *software* integrato, con il collegamento tra tutti i distretti afferenti alle Aziende. Tale sistema fornisce in tempo reale la situazione costantemente aggiornata su ciò che viene acquistato, sulle disponibilità di magazzino e su tutto ciò che viene ritirato per il ricondizionamento e che quindi si rende disponibile per una eventuale riassegnazione. Dall'analisi effettuata sui dati di spesa attuali delle due Aziende, e considerando l'introduzione del nuovo modello, si stima un "risparmio potenziale" almeno del 20%.

2.3.2.6 Studio sul rapporto tra fabbisogni e consumi per la categoria endoprotesi (gestione della domanda)

Il Programma per la Razionalizzazione degli Acquisti per beni e servizi della P.A. si è focalizzato, nel corso degli ultimi anni, sulle attività di aggregazione della domanda, di selezione dei Fornitori e di semplificazione delle relative procedure presso le Pubbliche Amministrazioni agendo, nel rispetto di specifici standard di qualità richiesti, principalmente sulla leva prezzo. In un contesto più ampio, nell'ottica del raggiungimento della maggior efficienza dei servizi erogati e di razionalizzazione della spesa, oltre alle variabili prezzo/qualità, è parimenti rilevante agire sui livelli di consumo.

Al fine di contribuire attivamente e in modo omogeneo al percorso di rinnovamento in essere, Consip, su mandato del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), capitalizzando competenze, informazioni disponibili e conoscenze della Pubblica Amministrazione, ha avviato negli ultimi due anni iniziative definite "gestione della domanda", che agiscono sull'analisi dei livelli di consumo.

Tali iniziative si prefiggono lo scopo, con riferimento a determinate categorie di beni e servizi e per segmenti omogenei di Amministrazioni, di definire strumenti utili per una migliore programmazione, gestione e monitoraggio della spesa in relazione a specifici parametri opportunamente individuati (ad es. strutturali, dimensionali, di produzione, di livelli di servizio, ecc.).

In tale ambito assume particolare rilevanza, alla luce del contesto di riferimento, la valorizzazione dei risparmi ottenuti, sia in termini di prezzo, rispetto a standard qualitativi richiesti, che di quantità, per tarare opportunamente e puntualmente i fabbisogni di beni e servizi della P.A. Ne consegue che lo strumento proposto può contribuire all'armonizzazione delle grandezze di contrattazione della spesa con un superamento delle attuali mo-

dalità di ripartizione *pro quota* delle disponibilità annuali di cassa (trasferimenti/stanziammenti) e dei successivi assestamenti di spesa, innescando un ciclo virtuoso in cui l'espressione del fabbisogno deriva dall'analisi comparativa di *cluster* omogenei di spesa e fa riferimento a regimi di consumo predefiniti. In tal modo, lo sviluppo della specifica iniziativa consente di raggiungere una maggiore rappresentatività dei valori di consumo intermedi rispetto ai reali fabbisogni della P.A., analizzati in funzione di variabili diverse (dimensionali, riferimenti istituzionali, volumi amministrativi gestiti) attraverso meccanismi di clusterizzazione delle Amministrazioni, tali da contribuire alla definizione di criteri che indirizzino e supportino le stesse nella programmazione degli impegni di spesa.

Nel settore Sanità, caratteristico per la peculiarità della sua spesa specifica, difficilmente aggredibile con i soli strumenti di razionalizzazione che prevedano l'aggregazione della domanda, il progetto di gestione della domanda permette lo sviluppo di iniziative che agiscono sul parametro dei volumi acquistati e favorisce la definizione di strumenti di programmazione e di monitoraggio della spesa. È altresì da sottolineare come eventuali azioni correttive, a fronte delle analisi compiute attraverso la gestione della domanda, possano consentire la riduzione della spesa nel medio-lungo periodo, contribuendo a fornire maggiore coerenza degli approvvigionamenti di beni e servizi con il reale fabbisogno delle Aziende del settore Sanità. Nel corso del 2004 Consip ha sperimentato l'attuazione di tali iniziative nel settore Sanità in due ambiti regionali (Lombardia e Sardegna). Come ambito di analisi è stata scelta una categoria di spesa specifica sanitaria, quella delle endoprotesi, con particolare riferimento alle protesi d'anca, *stent* e defibrillatori, che rappresenta circa il 79% della spesa per la categoria endoprotesi. In particolare riportiamo i dati relativi alla Regione Lombardia, essendo questo progetto in fase più avanzata.

L'analisi ha visto coinvolte da subito le 8 Aziende Ospedaliere lombarde con maggiore spesa in endoprotesi, poi lo studio è stato esteso a tutte le strutture sanitarie della Lombardia, sia pubbliche che private: 77 Aziende.

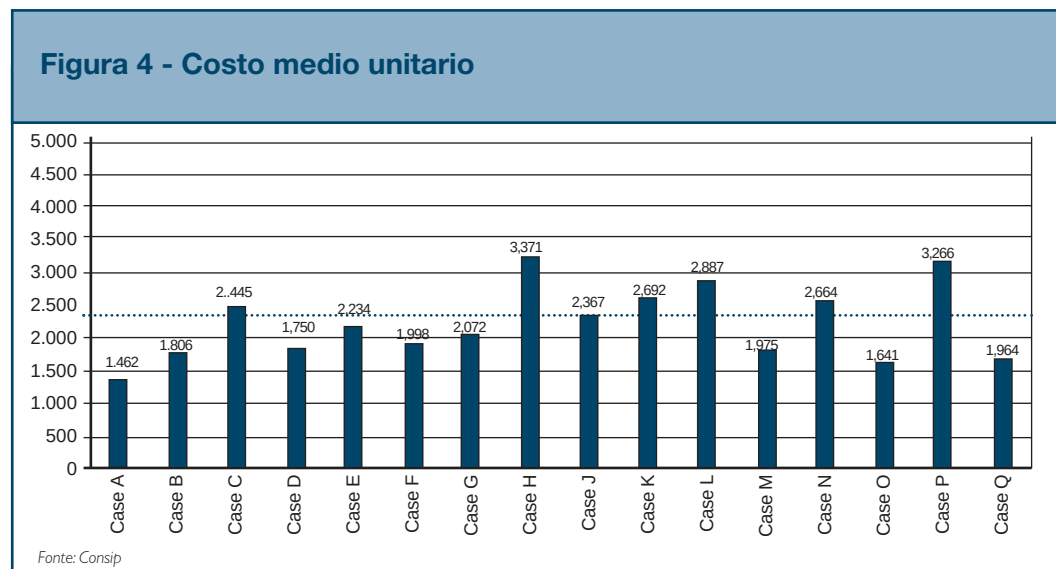
Le informazioni da cui si è partiti sono state messe a disposizione direttamente dall'Assessorato alla Sanità. In particolare sono stati utilizzati i dati sulle dimissioni dei pazienti (SDO) ripuliti dalle informazioni sensibili, i prezzi di acquisto e i consumi di endoprotesi nelle singole strutture (tramite le richieste di rimborso definite dalla Circolare Regione Lombardia 7/SAN del 1 febbraio 1999 effettuate alla Regione da parte delle strutture sanitarie), l'anagrafica delle strutture sanitarie lombarde.

Le elaborazioni effettuate sono state strutturate in 4 ambiti specifici:

- rilevazione dei casi sottoposti ad impianto di protesi articolata per fasce di età;
- dinamiche di consumo per tipologia di protesi;
- incidenza dei Fornitori, in termini di valore acquistato, per tipologia di protesi e calcolo dell'indice di dispersione per struttura;
- calcolo dell'importo per caso sottoposto ad impianto di protesi.

Per fornire maggiore valore aggiunto all'analisi svolta sono stati creati tre gruppi di strutture in funzione del grado di specializzazione (ortopedica, generalista e cardiologia) ed ogni gruppo è stato ulteriormente suddiviso per numerosità della casistica, creando in tutto 7 *cluster*. Tale clusterizzazione ha permesso di confrontare tra di loro realtà simili per specializzazione e dimensione.

Per ognuno dei *cluster* omogenei è stato calcolato il costo unitario per impianto delle protesi prese in considerazione nell'analisi. Tale valutazione ha messo in risalto situazioni diverse per strutture simili, come evidenziato nella figura seguente.



La Regione Lombardia ha utilizzato i risultati raggiunti nell'analisi per divulgarli a tutte le strutture sanitarie coinvolte nell'analisi, con l'obiettivo di ottenere, direttamente dai relativi DG, le spiegazioni sui valori ottenuti. Tale attività è in fase di realizzazione.

2.3.3 L'indagine ISTAT

È proseguita nel 2004 l'indagine statistica sul mondo degli acquisti della P.A. condotta dal Ministero dell'Economia e delle Finanze in collaborazione con l'ISTAT.

Il risultato della seconda indagine evidenzia il conseguimento di un risparmio medio del 20% sui prezzi medi d'acquisto praticati alle Pubbliche Amministrazioni, relativi a 16 categorie merceologiche, grazie alle iniziative del Programma di Razionalizzazione degli Acquisti.

La prima edizione, nel 2003, aveva preso in considerazione dodici categorie merceologiche e il risparmio conseguito sui prezzi d'acquisto era risultato pari al 19%.

L'indagine 2004 ha coinvolto circa 500 Pubbliche Amministrazioni centrali e locali, di cui circa 200 sono strutture sanitarie, scelte secondo criteri di rilevanza della spesa (coprono circa l'80% dell'intera spesa per consumi intermedi della Pubblica Amministrazione) e rappresentatività del campione (sono state coinvolte tutte le tipologie di Amministrazioni, Enti centrali, Enti sanitari, Università, Enti locali). L'indice di risposta da parte delle Amministrazioni interpellate è stato del 65%.

I risultati dell'indagine hanno confermato che sono stati ottenuti risparmi significativi rispetto ai prezzi ottenuti dalle Pubbliche Amministrazioni sia nel periodo antecedente all'attivazione delle iniziative del Programma sia in quello di vigenza delle stesse.

Inoltre, la rilevazione ha confermato che i prezzi di mercato hanno registrato una netta convergenza verso i prezzi delle Convenzioni. In tal modo, l'effetto positivo sui prezzi ha coinvolto sia le Amministrazioni che hanno utilizzato le iniziative, sia quelle che non vi hanno

aderito. Si è anche osservata, nei casi in cui è stata possibile la rilevazione, la tendenza a un nuovo rialzo dei prezzi nei periodi successivi alla scadenza della Convenzione.

L'indagine 2004, più ampia rispetto a quella dell'anno precedente, ha riguardato 16 categorie merceologiche selezionate attraverso i seguenti criteri:

- elevata standardizzazione;
- rilevanza di spesa;
- diffusione presso le P.A. e complementarietà rispetto alle 12 categorie oggetto dell'indagine 2003.

In particolare sono state selezionate le categorie relative a Ecotomografi, Biodiesel da Riscaldamento, Centrali telefoniche, Arredi per Ufficio, Energia elettrica, Gasolio da Riscaldamento, Lubrificanti, Noleggio Autovetture, Noleggio Fotocopiatori, Olio combustibile BTZ, PC Desktop, PC Portatili, Reti locali – Cavi/Switch, Sistemi di videocomunicazione, Telefonia fissa, Videoproiettori.

Per ognuna delle 16 categorie è stato predisposto un questionario inviato via posta e via web, con l'obiettivo di analizzare le abitudini di acquisto, censire le tipologie di prodotti acquistate e rilevare i prezzi unitari pagati dalle Pubbliche Amministrazioni.

2.3.3.1 Risultati

L'iniziativa ha dato esiti soddisfacenti sia per il notevole interesse suscitato da parte delle Amministrazioni sia per i risultati positivi scaturiti dall'analisi. L'interesse manifestato è evidenziato dal fatto che:

- sono pervenute oltre 1.000 richieste di chiarimenti verso i tre canali di contatto (numero telefonico dedicato, casella vocale, casella di posta elettronica) predisposti per facilitare la compilazione dei questionari da parte delle Amministrazioni;
- hanno risposto il 65% delle Amministrazioni interpellate.

Le risposte elaborate hanno consentito di disegnare un quadro completo degli acquisti della P.A. italiana per alcune merceologie, permettendo di chiarire: prezzi medi, caratteristiche tecniche dei prodotti acquistati e abitudini/modalità di acquisto.

Dall'analisi effettuata sulle risposte, le categorie merceologiche oggetto dell'indagine possono essere suddivise in due classi:

- categorie merceologiche per le quali è possibile un confronto tra prezzo in Convenzione MEF e prezzo medio della P.A., rilevato nel periodo precedente la stipula delle Convenzioni (Classe I). Per queste è possibile valorizzare:
 - risparmi diretti, ottenuti sui dati di "transato" delle Convenzioni MEF rispetto ai prezzi ottenuti dalle P.A. nel periodo antecedente la stipula delle Convenzioni;
 - risparmi indiretti (Effetto *benchmark*), riscontrabili attraverso la convergenza dei prezzi di beni e servizi verso i valori delle Convenzioni MEF, che assumono valore di standard di mercato dal momento in cui le Convenzioni stesse sono state attivate. In tal modo l'effetto positivo coinvolge non solo le Amministrazioni che hanno aderito alle Convenzioni del Programma di Razionalizzazione degli Acquisti, ma anche quelle che non hanno aderito. Inoltre, per queste categorie merceologiche è possibile effettuare il confronto tra prezzi "in Convenzione MEF" e "fuori Convenzione MEF" nello stesso periodo temporale di riferimento.
- categorie merceologiche per le quali è possibile solo il confronto dei prezzi nel periodo

di vigenza delle Convenzioni MEF (Classe II), per le quali non si possono valutare risparmi diretti e indiretti generati dalla stipula delle Convenzioni rispetto al periodo ad esse antecedente. I motivi sono i seguenti:

- l'intervallo temporale molto lungo trascorso dalla stipula delle prime Convenzioni al momento della rilevazione, che ha influenzato il prezzo medio di acquisto della P.A.;
- la forte obsolescenza tecnologica a cui sono soggette alcune categorie merceologiche.

Con particolare riferimento alle *Utilities* (Energia elettrica, Telefonia fissa, ecc.), va sottolineato che sono stati richiesti dati relativi a periodi temporali in cui le Convenzioni erano già attive (dati 2003/2004) al fine di:

- aumentare l'affidabilità dei dati rilevati;
- aumentare il tasso di risposta da parte della P.A. (dati vecchi sarebbero stati difficilmente disponibili);
- consentire un confronto omogeneo tra servizi in Convenzione e fuori Convenzione (es. su telefonia aumento della banda passante e miglioramento dei livelli di servizio).

Infine, per quattro categorie merceologiche (PC desktop, PC portatili, ecotomografi fascia alta e videoproiettori) è stato possibile effettuare un confronto tra i prezzi medi in Convenzione e i prezzi medi dei beni acquistati fuori Convenzione all'esaurimento delle Convenzioni stesse.

In conclusione, le indagini effettuate consentono di sottolineare che:

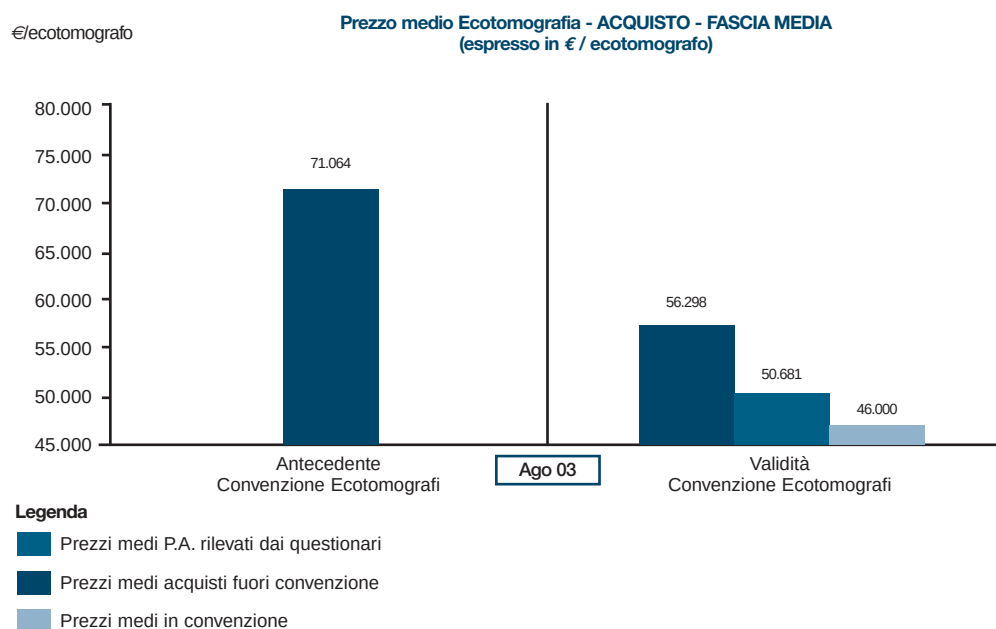
- nella maggior parte dei casi, i prezzi in Convenzione risultano essere più vantaggiosi rispetto ai prezzi medi ottenuti autonomamente dalla P.A., sia se il confronto viene effettuato nel periodo precedente alla stipula, sia se viene effettuato nel periodo di vigenza della Convenzione stessa;
- è chiaramente visibile un effetto di trascinamento dei prezzi della P.A. fuori Convenzione, che convergono verso i prezzi in Convenzione nel periodo di vigenza delle stesse. Tale effetto di trascinamento conferma la realizzazione di risparmi indiretti per le Amministrazioni che non hanno aderito;
- l'esaurimento delle Convenzioni determina, per alcune merceologie, un innalzamento dei prezzi medi di mercato, probabilmente in parte calmierato sia dalla persistenza relativa dei parametri qualità-prezzo stabiliti dalle Convenzioni MEF sia dalla rapida obsolescenza dei prodotti.

A titolo esemplificativo vengono riportate le evidenze emerse per la categoria ecotomografi dell'indagine 2004. I grafici evidenziano l'andamento dei prezzi medi nelle diverse fasi temporali, precedentemente all'attivazione della Convenzione, durante la validità della Convenzione e, in alcuni casi, ad esaurimento della Convenzione. Le date esposte indicano l'inizio e il termine di validità delle Convenzioni.

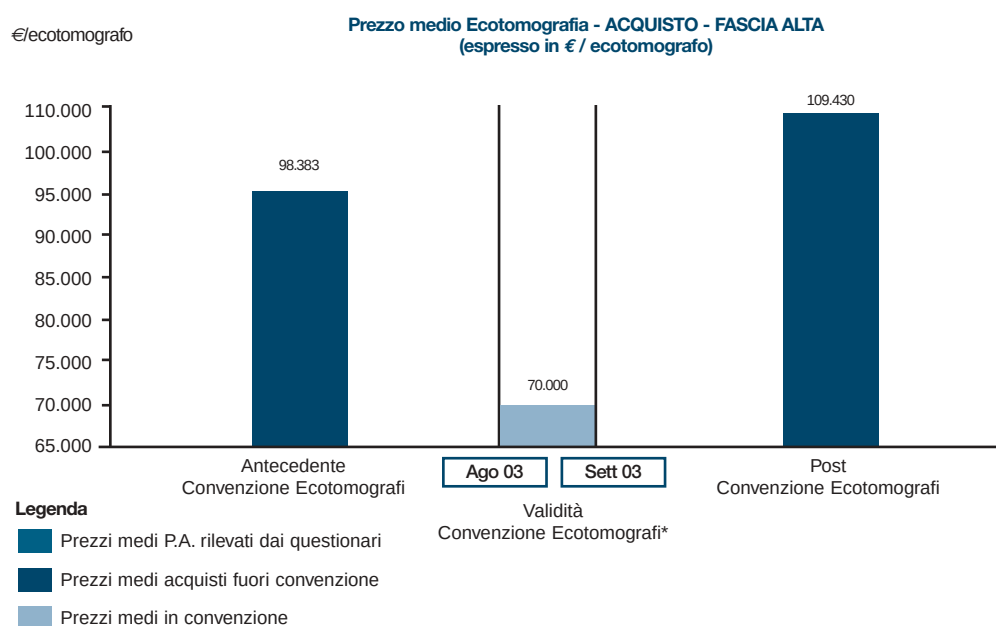
Ecotomografi

Per questa categoria merceologica è possibile confrontare i prezzi medi sia pre-Convenzione (Classe I), sia all'esaurimento della stessa (solo per la fascia alta).

L'analisi dei dati relativa agli ecotomografi ha evidenziato come la Convenzione abbia generato risparmi sia per le Amministrazioni che hanno aderito, sia per quelle che non hanno aderito, fissando dei parametri di riferimento nel mercato della P.A. Inoltre, per gli ecotomografi fascia alta, è possibile osservare come l'esaurimento della Convenzione abbia determinato una dinamica al rialzo dei prezzi pagati dalle Amministrazioni.

Figura 5 - Prezzo medio acquisto Ecotomografi Fascia media

Fonte: Ilindagine MEF/ISTAT sugli acquisti delle PA.

Figura 6 - Prezzo medio acquisto Ecotomografi Fascia alta

Fonte: Ilindagine MEF/ISTAT sugli acquisti delle PA.

* non sono presenti record di acquisti fuori convenzione

2.3.4 Conclusioni

Il Programma di Razionalizzazione degli Acquisti che Consip realizza per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) ha l'obiettivo di ottimizzare gli acquisti e di semplificare i processi di approvvigionamento, veicolando verso la P.A. un'ampia gamma di prodotti e servizi a costi competitivi e ad adeguati standard qualitativi.

L'esigenza di ottenere forniture di qualità non è in contrasto con quella del risparmio, poiché risparmio non vuol dire acquistare il bene o il servizio più economico, bensì garantire la qualità necessaria a soddisfare le esigenze delle Amministrazioni al minor costo possibile.

È evidente, quindi, che occorre tenere in considerazione una serie di fattori che vanno al di là del solo prezzo d'acquisto.

Il processo di costruzione delle gare gestite da Consip è infatti costantemente influenzato da tre elementi: i risultati ottenuti nelle precedenti forniture, le mutate esigenze delle Amministrazioni (domanda) e i cambiamenti nel mercato della fornitura (offerta).

Non a caso il nuovo contesto in cui si colloca il Programma si è ampliato coinvolgendo sempre di più le Amministrazioni da un lato (ad es. in termini di rilevazione dei fabbisogni e supporto ad hoc alle P.A.) e il mondo delle Imprese dall'altro (rafforzando il confronto con P.A. e imprese per una maggiore aderenza alle caratteristiche della domanda e del mercato di fornitura e realizzando molteplici incontri di informazione e formazione presso le Associazioni di categoria o le stesse imprese).

In particolare, per quanto concerne le attività consulenziali in favore delle P.A., queste hanno portato allo sviluppo di molteplici iniziative di supporto specifico (come quelle dettagliate nella sezione 2.3.2.3), volte a promuovere l'avvio di iniziative locali e di progetti innovativi trasversali.

Un'ulteriore attività orientata a rendere il prodotto/servizio offerto ancora più rispondente alle esigenze della P.A. è rappresentata dalla realizzazione, in forma sperimentale nel corso del 2004, di un Sistema che preveda un Monitoraggio Sistemático dei livelli di servizio, finalizzato a:

- attribuire a Consip un ruolo di Garante del rispetto dei livelli qualitativi previsti nelle convenzioni;
- costituire un Sistema Integrato di Rilevazione dei livelli di servizio erogati attraverso una verifica costante delle prestazioni erogate dai Fornitori.

L'obiettivo del Sistema di Monitoraggio delle forniture una volta a regime è di utilizzare i risultati delle verifiche ispettive e del confronto con le P.A. per promuovere sia azioni correttive del livello di servizio fornito sia azioni migliorative nella progettazione delle Convenzioni successive.

Per quanto attiene al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA), il 2004 è stato caratterizzato da un'ampia estensione e diffusione dello strumento, con il raggiungimento di obiettivi di risultato estremamente soddisfacenti. Per il 2005 il Programma, oltre alla crescita dell'offerta (ampliando il numero di categorie merceologiche e di articoli presenti sui cataloghi), si pone l'obiettivo di sviluppare una strategia complessiva che preveda la complementarietà del MEPA rispetto al Sistema delle Convenzioni, in termini di apertura al mercato, contributo di trasparenza e supporto all'in-

novazione e all'efficienza della P.A. Tale attività viene implementata prevedendo possibili evoluzioni del modello rispetto ad esperienze già operative a livello internazionale e avendo come prospettiva l'eventuale integrazione dei sistemi informativi delle Amministrazioni con i sistemi informativi a supporto del Programma.

Il coinvolgimento delle Piccole e Medie Imprese sarà considerato elemento fondamentale per il proseguimento delle attività mediante l'utilizzo di indicatori che tengano conto della dimensione delle imprese e della copertura del territorio.

Riferimenti normativi

- Circolare Regione Lombardia 7/SAN del 1 febbraio 1999
- Direttiva UE n. 18/2004/CE
- Direttiva UE n. 17/2004/CE
- Legge 350/2003
- Provvedimento Amministrativo Ministero dell'Economia e delle Finanze, Legge 191/2004

2.4 La misurazione dell'efficienza delle Aziende Ospedaliere

Fioravanti L., Polistena B., Spandonaro F.¹

2.4.1 Introduzione

La questione dell'efficienza è al centro delle preoccupazioni delle politiche sanitarie, in larga misura per effetto della rapida crescita dei costi dei sistemi sanitari. In Italia è indubbio che il motore della riforma del sistema sanitario degli anni '90 sia stata la ricerca di una maggiore efficienza, con particolare attenzione ai presidi ospedalieri, cui si può attribuire circa il 50,0% dei costi del sistema.

La riforma del sistema italiano, quanto meno nel suo assetto originario dettato dal D.Lgs n. 502/1992, seguendo peraltro una tendenza comune a livello internazionale, si è basata sull'idea di poter creare elementi di quasi-mercato nel settore sanitario. L'aspetto più noto ed "eclatante" è stato quello dell'introduzione dei DRG, ovvero del passaggio dal pagamento degli ospedali dalla diaria per giornata di degenza, all'episodio di ricovero.

Il pagamento prospettico degli ospedali, sebbene rimasto per lo più sulla carta², ha certamente inciso profondamente sulle performance del sistema di assistenza ospedaliera: in breve tempo si è osservata una contrazione della degenza media da 7,23 giorni nel 2001 a 7,17 giorni nel 2002³ e a questo è seguita una contrazione del numero complessivo di giornate di degenza passate da 25.234.639 nel 2001 a 25.042.297 nel 2002.

Apprezzare l'effetto delle modificazioni citate in termini economici è reso difficile dalla carenza di dati in serie storica attendibili relativi alla spesa effettiva per l'assistenza ospedaliera⁴.

Questo contributo cerca di fornire indicazioni sull'efficienza delle Aziende Ospedaliere italiane⁵, utilizzando come misura di prodotto il "ricovero standard": in altri termini i ricoveri sono stati resi omogenei in base alle differenze di assorbimento di risorse previste a priori dal sistema tariffario per DRG.

Ottenere una misura standardizzata di prodotto permette, in primo luogo, un *benchmarking* significativo fra i costi per caso trattato delle Aziende Ospedaliere⁶.

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

² Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

³ Degenza media pari a 7,1 giorni nel 1999.

⁴ Recentemente l'ASSR (Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali) ha raccolto e pubblicato, nell'ambito della funzione di monitoraggio dei LEA, i costi per livello assistenziale, da cui si desume un progressivo avvicinamento verso la quota di risorse programmata a livello centrale.

⁵ In quanto segue non sono quindi stati considerati i presidi di ASL.

⁶ Un primo benchmarking fra le Aziende Ospedaliere sui soli dati 2001 è stato pubblicato sul Bisturi nel 2004: Cfr. Maruotti A., Pieroni E., Spandonaro F. (2004).

In secondo luogo si è tentato di valutare, con semplice modello econometrico, quali variabili possano spiegare il processo di formazione dei costi, fornendo alcuni interessanti spunti di riflessione in termini di efficienza delle Aziende.

2.4.2 La misura dell'efficienza nelle Aziende Sanitarie

Fin dall'inizio degli anni '90 i policy makers dei Paesi appartenenti all'OCSE hanno focalizzato la loro attenzione sull'incremento di efficienza nel settore ospedaliero⁷.

L'introduzione di sistemi di finanziamento per gli ospedali direttamente correlati con la loro efficienza⁸ è uno dei temi più discussi nelle riforme dei servizi sanitari.

Il D.Lgs. n. 502/1992 ha introdotto in Italia il criterio del pagamento prospettico delle Aziende Ospedaliere e ha adottato come sistema di classificazione dei ricoveri i DRG.

Il Decreto Ministeriale (ex Ministero della Sanità) del 24 luglio 1995 ha poi definito i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sebbene a ben vedere si tratta più di indicatori di attività o consumo di risorse, che non di vera efficienza.

Numerosi sono stati, successivamente, gli interventi normativi rivolti alla misurazione di tali aspetti. Come noto, però, la carenza di integrazione fra i dati di attività e di costo delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere in Italia ha sempre limitato la reale capacità di apprezzarne l'efficienza.

La letteratura economica⁹ propone diversi approcci sia per la specificazione e la stima della funzione di costo sia per la misura dell'efficienza delle Aziende Sanitarie.

Con particolare riferimento alla stima dell'efficienza, le diverse tecniche utilizzate variano in base agli obiettivi che si perseguono e possono essere suddivise in tecniche parametriche o non parametriche, stocastiche¹⁰ o deterministiche, ciò perché a differenza delle tecniche parametriche, che tendono a sommare l'inefficienza e la variabilità statistica in un aggregato indifferenziato con conseguente difficoltà ad individuare gli effetti dovuti all'inefficienza rispetto a quelli imputabili alla forma funzionale utilizzata, le tecniche non parametriche del tipo *Data Envelopment Analysis* (DEA) non formulano nessuna ipotesi a priori circa la forma funzionale della relazione da stimare o della distribuzione dell'inefficienza¹¹.

2.4.3 I dati e l'elaborazione del costo medio per ricovero standardizzato

Questo contributo utilizza i dati pubblicati dall'ASSR¹² nell'ambito di uno studio sugli indici di attività e costo delle Aziende Ospedaliere per gli anni 2001 e 2002.

⁷ OECD, 1992. OECD, 1994.

⁸ Harris J.E. (1990).

⁹ Cfr. Wang J. (2001); Wagstaff A. and H. Barnum (1992); Vita M.G. (1990).

¹⁰ Cfr. Wagstaff A., Lopez G. (1996). *Le tecniche stocastiche tentano di separare l'effetto della variabilità statistica da quella stocastica.*

¹¹ Fabbri D. (1999).

¹² Cfr. ASSR (2003) e ASSR (2004).

I dati forniti riguardano quindi 98 Aziende Ospedaliere pubbliche per il 2001 e 102 per il 2002 (nelle elaborazioni si sono considerate 96 Aziende Ospedaliere, in quanto in alcuni casi i dati risultavano incompleti o incoerenti).

L'innovazione principale dei dati forniti nello studio consiste nell'aver permesso l'integrazione di dati di attività (in particolare il numero di dimissioni) con quelli di costo, essendo questi ultimi ricavati dai bilanci, o meglio dai cosiddetti CE ministeriali, ovvero i conti economici riclassificati secondo lo standard nazionale¹³.

La banca dati predisposta si riferisce quindi a 96 strutture, appartenenti a 16 Regioni¹⁴, per un totale di 87.044 posti letto nel 2001 e 84.740 nel 2002 con un decremento del 2,65%. Allo stesso modo sono variati anche il numero di ricoveri, passati da 3.007.573 ricoveri ordinari e 1.123.761 ricoveri diurni nel 2001 a 2.919.814 ricoveri ordinari e 1.186.890 ricoveri diurni nel 2002, e il numero delle giornate di degenza, passate da 21.821.358 a 20.870.772 nello stesso periodo.

Complessivamente le Aziende considerate hanno impiegato nel 2001 221.218 unità di personale di cui 37.958 medici e 93.715 infermieri, mentre nel 2002 225.063 unità di personale di cui 39.787 medici e 94.546 infermieri; le Aziende considerate hanno infine dichiarato costi per € 13.974.590.896 nel 2001 e per € 14.734.321.468 nel 2002.

Per ogni Azienda Ospedaliera sono stati elaborati indicatori di attività (ad es. tasso di occupazione, di rotazione, peso medio dei DRG, indice di attrazione), indicatori di costo (per giornata di degenza, per ricovero, oltre al costo medio del personale), indicatori relativi ai fattori di produzione (ad es. dimessi per medico, infermieri per posti letto).

Concentrandoci sugli indicatori di costo, osserviamo che il costo medio per ricovero è diminuito del 20,69%, quello per giornata di degenza è aumentato del 7,09% e infine il costo per unità di personale è aumentato dell'1,40% nel periodo 2001-2002.

Come è noto il *benchmarking* sull'efficienza delle strutture ospedaliere è operazione resa complicata dalla natura composita del prodotto ospedaliero: assumendo, ad esempio, il ricovero (o la giornata di degenza) come prodotto dell'Azienda Ospedaliera, si incorre nella pratica difficoltà di confrontarne correttamente i costi, a causa delle differenti intensità assistenziali (medie) che si riscontrano nei vari ospedali.

Rendere omogeneo, sul versante dell'assorbimento di risorse, il prodotto ospedaliero è quindi un obiettivo ampiamente perseguito, come dimostra il continuo sviluppo di forme di classificazione iso-risorse dei ricoveri ospedalieri, di cui il sistema DRG è sicuramente il più noto.

Come è noto, il sistema DRG raggruppa i ricoveri (in verità le dimissioni) in cluster iso-risorse, permettendo di associare ad ognuno di essi una tariffa che rappresenta il costo medio efficiente per quel gruppo di ricoveri. Le tariffe sono poi spesso rese in termini relativi, rendendo la valutazione dei costi indipendente dal loro valore unitario.

Nell'ottica di rendere confrontabili i dati di costo, si è quindi ritenuto di poter sfruttare la caratteristica fondamentale del sistema di classificazione per DRG, e nello specifico l'es-

¹³ Vorremmo sottolineare che non si tratta quindi di costi presunti basati sulle tariffe, bensì di costi iscritti a bilancio.

¹⁴ Come è noto alcune Regioni hanno reso autonomi tutti i presidi ospedalieri, mentre altre non ne hanno "scorporato" alcuno.

sere i gruppi individuati iso-risorse. Di conseguenza, le tariffe rappresentano costi pieni medi per tipologia di ricovero e il rapporto fra le stesse (peso) fornisce il relativo impegno economico per il trattamento in condizioni di efficienza.

In altri termini è assolutamente giustificabile che ospedali diversi abbiano costi medi per ricovero diversi, mentre ci si dovrebbe aspettare che a parità di efficienza abbiano costi medi per punto DRG prodotto del tutto simili.

Sulla scorta delle osservazioni riportate, si è elaborato il Costo per punto (peso) DRG prodotto, che a meno di un fattore di scala può essere interpretato come costo medio per ricovero standardizzato.

In pratica si tratta di rapportare il costo sostenuto (per Azienda Ospedaliera) ai punti (pesi) DRG prodotti.

L'elaborazione dell'indicatore tiene conto dell'attività ambulatoriale svolta (*outpatient*): infatti i relativi costi sono stati stimati e detratti in origine dall'ASSR.

Per quanto concerne l'attività di ricovero diurno, che in alcuni casi può rappresentare una parte significativa dell'attività dell'Azienda Ospedaliera, si è provveduto a correggere l'indicatore, incrementando l'attività proporzionalmente agli accessi diurni realizzati, pesati in proporzione al peso medio dell'ospedale in termini di ricoveri ordinari.

2.4.4 Il costo medio per ricovero standardizzato nelle Aziende Sanitarie pubbliche italiane

L'indicatore descritto nel capitolo precedente per le 96 Aziende Ospedaliere risulta essere in media pari a 3.408,46 nel 2001 e 3.553,05 nel 2002, con un valore massimo di 6.410,70 e 6.779,86 ed uno minimo di 2.057,53 e 2.080,22 rispettivamente nel 2001 e nel 2002.

In altri termini si evince come, contrariamente alle aspettative, il costo per caso trattato (confrontabile) è estremamente difforme e pari al 3,12% nel 2001 e 3,26% nel 2002.

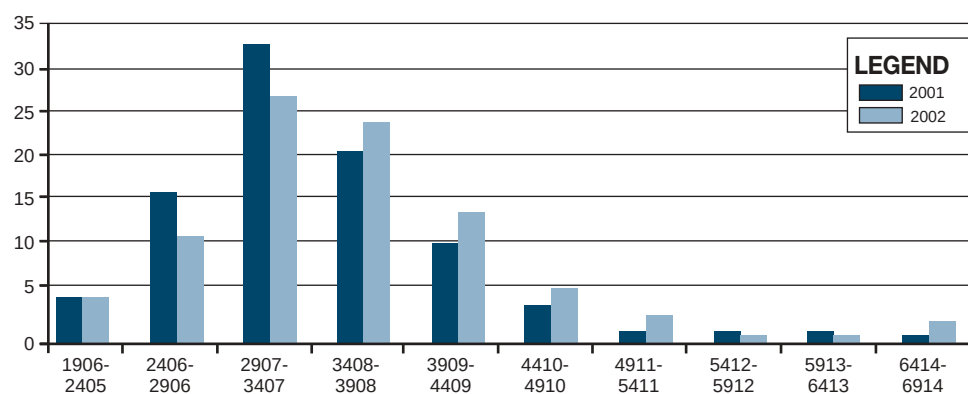
Anche lo scarto quadratico medio risulta elevato, essendo pari a 723,08 nel 2001 e a 816,56 nel 2002.

Tabella 1 - Principali indicatori di costo: Aziende Ospedaliere

Costo per punto DRG	2001	2002
Osserv. Utilizzabili	96	96
Media nazionale	3408,46	3553,05
Mediana	3274,45	3456,53
Media troncata (5%)	3380,65	3513,42
Scarto quadr. Medio	723,09	816,56
Max	6410,70	6779,86
Min	2057,53	2080,22
Max/min	3,12	3,26

Fonte: Nostra elaborazione sui dati ASSR 2001-2002

Figura 1 - Distribuzione delle Aziende Ospedaliere per costo medio per ricovero standardizzato



Fonte: Nostra elaborazione sui dati ASSR 2001-2002

I dati sopra riportati confermano per il 2002 i risultati ottenuti per il 2001¹⁵; nello stesso tempo, la replicabilità dei risultati consolida il risultato raggiunto.

A fronte di questa preoccupante difformità di performance fra le Aziende Ospedaliere che, come detto, supera ogni lecita aspettativa, possiamo confermare le riflessioni di Maruotti, Pieroni, Spandonaro (2004), i quali proponevano un insieme di possibili spiegazioni dell'esito, tutte ugualmente dense di implicazioni di politica sanitaria: inattendibilità dei bilanci, inaffidabilità del sistema di pagamento a DRG nel rappresentare la complessità dell'attività svolta, infine inefficienza gestionale.

L'indicatore costruito, trattandosi di un semplice rapporto fra costi e attività svolta in termini di "punti DRG", può infatti risentire di errori sia del numeratore che del denominatore.

A numeratore abbiamo i costi desumibili dai Conti Economici (CE) ministeriali, i quali potrebbero non essere davvero confrontabili per differenze nella prassi contabile o per reale inattendibilità del dato fornito.

Inutile osservare che tale evenienza, sebbene sia effettivamente probabile, comporta una forte preoccupazione sulla correttezza delle scelte di politica sanitaria, che sui dati di bilancio evidentemente si basano; se fosse confermato il fenomeno, esisterebbe anche un problema di trasparenza, che pure era alla base della volontà di aziendalizzazione delle strutture sanitarie e che ha comportato il voler assoggettare la contabilità delle Aziende Sanitarie alle logiche e al contesto giuridico delle Aziende private.

Analogamente, se i "problemi" fossero al denominatore (punti DRG prodotti), dovremmo desumerne che il sistema tariffario adottato ha conseguenze distorsive sia sul sistema di finanziamento che sulla valutazione dell'attività delle Aziende Ospedaliere, facendo cadere un ulteriore caposaldo della riforma degli anni '90.

Infine, è possibile che una quota rilevante della variabilità sia spiegabile con (seri) problemi di (in)efficienza o di qualità delle prestazioni rese.

¹⁵ Cfr. Maruotti, Pieroni, Spandonaro (2004), op. cit.

2.4.5 La misura dell'efficienza in un contesto ospedaliero

La letteratura economica propone diversi approcci sia per la specificazione e la stima della funzione di costo sia per la misura dell'efficienza; questa può avvenire attraverso il ricorso a tecniche parametriche o non parametriche e stocastiche o deterministiche.

In alcuni studi¹⁶ sono individuate alcune caratteristiche relative agli ospedali, che possono essere utilizzate per l'analisi della funzione di costo:

- dimensione (numero di posti letto);
- indicatori dell'attività dell'ospedale, come ad esempio il tasso di occupazione o la degenza media;
- salario medio del personale;
- indicatori dei servizi e delle attrezzature dell'Azienda;
- case-mix;
- caratteristiche demografiche e socio-economiche (reddito medio regionale, densità della popolazione, ecc.).

Nel seguito si è proceduto a stimare l'effetto di alcune variabili ritenute significative sul costo medio per caso standardizzato come sopra descritto.

Nella scelta delle variabili ci si è attenuti a quanto reperibile in letteratura, con il vincolo peraltro della disponibilità di dati, ma anche dell'interesse che suscitano le seguenti ulteriori osservazioni:

- a. nel campione sono presenti ospedali specialistici, per i quali esiste evidenza in letteratura di una non applicabilità del sistema di pagamento a DRG, di cui tenere conto;
- b. le Aziende Ospedaliere potrebbero avere caratteristiche (tipicamente la presenza o meno del pronto soccorso, che pure era normativamente requisito necessario per il riconoscimento dell'autonomia aziendale) che potrebbero spiegare le differenze di costo;
- c. differenti costi unitari dei fattori produttivi a livello locale potrebbero altresì spiegare le differenze di costo;
- d. le dimensioni degli ospedali risultano molto differenti, potenzialmente giustificando eventuali inefficienze da complessità organizzativa e/o da diseconomie di scala;
- e. la spinta derivante dall'adozione di tecniche budgetarie ha spinto alla ricerca di una maggiore efficienza negli ospedali, attraverso la riduzione della degenza media e l'aumento della produttività degli operatori; la giustificazione di ciò si può far risalire alla constatazione che, in un contesto pubblico, il fattore lavoro che genera la quota di gran lunga predominante dei costi viene considerato alla stregua di un costo fisso;
- f. sempre in considerazione della rigidità del fattore lavoro, assume grande rilevanza la "struttura" della pianta organica.

2.4.6 Il modello econometrico

Si è in primo luogo proceduto a integrare la banca dati con l'indicazione della natura mono-specialistica o meno delle Aziende Ospedaliere.

¹⁶ Cfr. Breyer F. (1987); Lave J.R., Lave L.B., Silverman L.P. (1974); Ellis R. (1992); Schuffham P.A., Devlin N.J., Jaforullah M. (1996); Wang G. (2001).

Non si è invece riusciti a integrare la banca dati con informazioni utili a valutare le funzioni assistenziali, come ad esempio il pronto soccorso, nonché la qualità dell'assistenza.

Il modello stimato è il seguente:

$$\text{CMS} = f(\text{COST}, \text{CMP}, \text{PL}, \text{RC}, \text{DM}, \text{PMED}, \text{AP}, \text{DMS}, \text{DREG})$$

dove:

CMS = Costo medio per ricovero standardizzato

COST = Costante

CMP = Costo medio del personale

PL = Posti letto

RC = Quota di ricoveri con peso > 2,5

DM = Degenza media

PMED = Dimessi per medico

AP = Quota di personale non sanitario

DMS = Dummy struttura specialistica

DREG = Dummies Regione

L'equazione cerca di cogliere gli effetti netti delle singole variabili sul costo per unità di *output* omogeneo. Da un punto di vista logico, qualora il coefficiente di CMP fosse significativamente positivo indicherebbe che costi unitari diversi del fattore produttivo lavoro spiegano parte della variabilità del costo per punto DRG; non si dispone di indicazioni relativamente agli altri fattori produttivi, ma si consideri che, come è noto, il costo del personale rappresenta di gran lunga la quota maggiore dei costi (oltre il 70%); la variabile posti letto testa l'ipotesi che l'inefficienza possa essere attribuita a un problema di dimensionamento non ottimale delle Aziende Ospedaliere; la variabile RC è assunta come *proxy* della complessità assistenziale; abbiamo poi inserito due indicatori di produttività, la degenza media DM e i dimessi per medico PMED, per verificare indirettamente se le differenze di efficienza possono essere correlate ad un fallimento/successo delle politiche manageriali seguite alla aziendalizzazione; una quota della variabilità del costo medio potrebbe altresì essere spiegata da diversi mix delle professioni nella pianta organica, configurando una eventuale inefficienza produttiva, e di questo si è tentato di tenere conto, inserendo la quota di personale non medico e non infermieristico AP (non si disponeva del dato riferito al solo personale di supporto); la *dummy* DMS permette di verificare se il risultato è distorto dalla presenza di ospedali mono-specialistici, configurando peraltro una debolezza del sistema a DRG, parzialmente colmata a livello regionale con l'erogazione di finanziamenti aggiuntivi ad hoc (o per funzione); infine si sono stimati effetti fissi regionali per cogliere eventuali differenze sistematiche a tale livello.

L'equazione stimata ha fornito i seguenti risultati rispettivamente per il 2001 e il 2002. Analizziamo inizialmente la situazione del 2001.

Tabella 2 - Analisi della Varianza

Modello		Somma dei quadrati	Gradi di libertà	Media dei quadrati	F	Sig.
1	Regressione	2,687	8	0,336	23,424	0,000(a)
	Residuo	1,248	87	0,014		
	Totale	3,935	95			

a - Predittori: (Costante), Degenza media, Tipo spec struttuara, % altro pers., Totale posti letto, Appartenenza Sicilia, Dimessi (totali) per medico, Costo medio per unità di personale, % ricov. ordinari con peso>2,5

b - Variabile dipendente: Costo totale per punto DRG "corretto"

Fonte: Nostra elaborazione sui dati ASSR 2001-2002

Attraverso l'analisi della varianza è possibile studiare l'ipotesi di indipendenza lineare ($H_0: \beta = 0$). Il valore della statistica test F è pari a 23,424 e il *p-value* (Sig.) corrispondente è inferiore al livello di significatività prescelto ($\alpha = 0,05$) pertanto l'ipotesi di indipendenza lineare è rifiutata. Questo significa che almeno uno dei regressori contribuisce a spiegare la variabilità del Costo totale per punto DRG corretto.

Tabella 3 - Riepilogo del modello

Modello	R	R quadro ¹⁷	R quadro corretto	Std. Error della Stima	Statistiche modificate				
					R quadro modificato	F modificato	Gradi di libertà 1	Gradi di libertà 2	Sig. F modificato
1	0,826(a)	0,683	0,654	0,11975	0,683	23,424	8	87	0,000

a - Predittori: (Costante), Degenza media, Tipo spec struttuara, % altro pers., Totale posti letto, Appartenenza Sicilia, Dimessi (totali) per medico, Costo medio per unità di personale, % ricov. ordinari con peso>2,5

b - Variabile dipendente: Costo totale per punto DRG "corretto"

Fonte: Nostra elaborazione sui dati ASSR 2001-2002

R^2 è pari a 0,683 quindi il modello stimato spiega il 68,3% della variabilità complessiva della variabile Costo totale per punto Drg corretto, in altre parole il 68,3% della variabilità della Y è spiegata dalle variabili indipendenti introdotte nel modello.

¹⁷ R^2 Misura quanta parte della variabilità della variabile indipendente viene spiegata dalle variabili indipendenti.

Tabella 4 - Coefficienti

Modello		Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	Sig	Test di collinearità	
		B	Std. Erro	Beta			Tolleranza	VIF
1	(Costante)	6,040	1,943		3,108	,003		
	Appartenenza Sicilia	-0,067	0,043	-0,124	-1,582	0,117	0,594	1,684
	Totale posti letto	0,019	0,026	0,058	0,735	0,464	0,594	1,684
	% ricov. ordinari con peso>2,5	-0,134	0,035	-0,357	-3,775	0,000	0,408	2,453
	Costo medio per unità di personale	0,273	0,156	0,151	1,751	0,083	0,490	2,040
	% altro pers.	0,304	0,104	0,222	2,922	0,004	0,632	1,583
	Dimessi (totali) per medico	-0,533	0,066	-0,643	-8,076	0,000	0,575	1,738
	Tipo spec struttura	0,182	0,042	0,308	4,362	0,000	0,731	1,369
	Degenza media	0,342	0,093	0,405	3,701	0,000	0,305	3,283

a - Variabile dipendente: Costo totale per punto DRG "corretto"

Fonte: Nostra elaborazione sui dati ASSR 2001-2002

Dai *p-value* riportati nella colonna Sig. della Tabella 4 emerge che i due coefficienti significativamente diversi da 0 sono quelli dei regressori Totale posti letto e appartenenza alla Regione Sicilia. (La variabile Costo medio per unità di personale non è perfettamente significativa ma si avvicina molto al valore limite). Gli altri *p-value* presentano invece valori al di sotto di 0,05. Il VIF è basso, il che indica l'assenza di collinearità.

L'equazione del modello (coefficienti non standardizzati) risulta essere:

Costo totale per punto Drg = 6,040 - 0,134 % ricoveri ordinari con peso >2,5 + 0,273 Costo medio per unità di personale + 0,304 % altro personale - 0,533 Dimessi (totali) per medico + 0,182 Tipo spec struttura + 0,342 Degenza media

Se escludessimo le variabili non significative dal modello e quindi la *dummies* "Appartenenza alla Regione Sicilia" e la variabile "Totale posti letto", le variabili indipendenti spiegherebbero il 67,0% della variabilità totale e l'equazione del modello risulterebbe pari a:

Costo totale per punto Drg = 7,511 - 0,134% ricoveri ordinari con peso >2,5 + 0,244% altro personale - 0,519 Dimessi (totali) per medico + 0,191 Tipo spec struttura + 0,409 Degenza media.

Ovviamente la variabile Costo medio per unità di personale che risultava al limite della significatività diverrà non significativa.

Questo a testimonianza del fatto che le *dummies* regionali e la dimensione della struttura ospedaliera non sono risultati significativi per la determinazione del Costo totale per punto DRG.

Prendiamo ora in esame la situazione del 2002.

Tabella 5 - Analisi della Varianza

Modello		Somma dei quadrati	Gradi di libertà	Media dei quadrati	F	Sig.
1	Regressione	3,018	8	0,377	21,802	0,000(a)
	Residuo	1,505	87	0,017		
	Totale	4,523	95			

a - Predittori: (Costante), Degenza media, Tipo spec struttuara, Costo medio per unità di personale, Totale posti letto, Appartenenza Sicilia, Dimessi (totali) per medico, % altro pers., % ricov. ordinari con peso>2,5

b - Variabile dipendente: Costo totale per punto DRG "corretto"

Fonte: Nostra elaborazione sui dati ASSR 2001-2002

Il valore della statistica test F è pari a 21,802 e il *p-value* (Sig.) corrispondente è inferiore al livello di significatività prescelto ($\alpha=0,05$) pertanto l'ipotesi di indipendenza lineare è rifiutata.

Tabella 6 - Riepilogo del modello

Modello	R	R quadro	R quadro corretto	Errore Std. della Stima	Statistiche modificate				
					R square change	F change	df1	df2	Sig. F change
1	0,817(a)	0,667	0,637	0,13154	0,667	21,802	8	87	0,000

a - Predittori: (Costante), Degenza media, Tipo spec struttuara, Costo medio per unità di personale, Totale posti letto, Appartenenza Sicilia, Dimessi (totali) per medico, % altro pers., % ricov. ordinari con peso >2,5

b - Variabile dipendente: Costo totale per punto DRG "corretto"

Fonte: Nostra elaborazione sui dati ASSR 2001-2002

R^2 è pari a 0,667 quindi il modello stimato spiega il 66,7% della variabilità complessiva della variabile Costo totale per punto Drg corretto.

Tabella 7 - Coefficienti di regressione

Modello		Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	Sig	Test di collinearità	
		B	Std. Erro	Beta			Tolleranza	VIF
1	(Costante)	4,193	2,183		1,921	0,058		
	Appartenenza Sicilia	-0,073	0,046	-0,125	-1,576	0,119	0,607	1,647
	Totale posti letto	-0,023	0,028	-0,063	-0,838	0,404	0,670	1,492
	% ricoveri ordinari con peso>2,5	-0,157	0,045	-0,359	-3,463	0,001	0,357	2,803
	Costo medio per unità di personale	0,524	0,176	0,266	2,979	0,004	0,479	2,088
	% altro pers.	0,291	0,122	0,206	2,390	0,019	0,516	1,939
	Dimessi (totali) per medico	-0,630	0,075	-0,708	-8,381	0,000	0,535	1,868
	Tipo spec struttura	0,177	0,046	0,280	3,850	0,000	0,725	1,379
	Degenza media	0,359	0,107	0,393	3,373	0,001	0,282	3,549

a - Variabile dipendente: Costo totale per punto DRG "corretto"

Fonte: Nostra elaborazione sui dati ASSR 2001-2002

Dai *p-value* riportati nella colonna Sig. della Tabella 7 emerge che i due coefficienti significativamente diversi da 0 sono quelli dei regressori "Totale posti letto" e "Appartenenza alla Regione Sicilia". Gli altri *p-value* presentano invece valori al di sotto di 0,05. Il VIF è basso, il che indica l'assenza di collinearità.

L'equazione del modello (coefficienti non standardizzati) risulta essere:

Costo totale per punto Drg = 4,193 - 0,157% ricoveri ordinari con peso >2,5 + 0,524 Costo medio per unità di personale + 0,291% altro personale - 0,630 Dimessi (totali) per medico + 0,177 Tipo spec struttura + 0,359 Degenza media.

Anche in questo caso osserviamo cosa accade escludendo le variabili non significative e quindi la *dummies* Sicilia e la variabile Totale posti letto, i repressori rimasti spiegherebbero il 65,7% della variabilità totale e l'equazione del modello risulterebbe pari a:

Costo totale per punto Drg = 4,633 - 0,154% ricoveri ordinari con peso >2,5 + 0,476 costo medio per unità di personale + 0,263% altro personale - 0,641 Dimessi (totali) per medico + 0,208 Tipo spec struttura + 0,381 Degenza media.

Quindi anche nel 2002 le *dummies* regionali e la dimensione della struttura ospedaliera non sono variabili significative per la determinazione del Costo totale per punto DRG.

In definitiva sembra che non si evidenzino peculiarità regionali, che avrebbero potuto indicare difformità contabili sistematiche. Analogamente la dimensione dell'ospedale non sembra avere effetti significativi sul costo medio per ricovero standardizzato: su questo tema dovranno peraltro essere effettuati test ulteriori, potendosi sospettare che definire la dimensione in termini di posti letto non sia una scelta corretta.

Invece sembra confermato che il sistema di finanziamento a DRG non può essere direttamente esteso alle strutture monospecialistiche, che costano in media il 17,95% in più.

Inoltre emerge come un differente costo medio del personale sia effettivamente e significativamente un motivo di differenza nei risultati dell'ospedale.

Abbiamo poi una indiretta conferma che differenti livelli di efficienza spiegano una significativa parte della variabilità della variabile dipendente.

Degenze medie basse e alta produttività del personale sanitario implicano costi per caso trattato minori. Si è scelto di usare la produttività per medico, ma evidentemente quella per infermiere è a questa correlata. Infatti sostituendo alla variabile indipendente percentuale per medico la variabile dimessi per infermiere il modello spiega una percentuale inferiore della variabile indipendente ($R^2=54,7\%$), ma per il resto le variabili significative e i segni rimangono gli stessi. Il risultato descritto ci sembra anche una indiretta conferma dell'utilità di politiche manageriali tese ad aumentare la produttività¹⁸. Il costo totale diminuisce del 34,2% e del 35,9% per 100 giornate di degenza in meno e del 53,3% e del 63,0% per 100 dimessi per medico in più rispettivamente per il 2001 e il 2002. La presenza di una quota elevata di "personale non sanitario" incide negativamente sulla performance, implicando un aumento del costo medio per ricovero standardizzato del 30,4% nel 2001 e del 29,1% nel 2002. Sembra infine interessante notare come gli ospedali a più elevata complessità abbiano costi medi per caso standardizzato inferiori: la spiegazione può essere sia che la maggiore complessità clinica è correlata a migliore organizzazione dei servizi, sia che l'attuale sistema tariffario sovrastimi il costo degli interventi maggiori ($\text{Peso} > 2,5$).

2.4.7 Conclusioni

L'analisi descrittiva e l'analisi econometrica condotte permettono con sufficiente convinzione di affermare che nel sistema ospedaliero, limitatamente alle Aziende Ospedaliere pubbliche oggetto d'indagine, esistono problemi significativi sia sul lato del finanziamento che su quello dell'efficienza.

Pur rimanendo il dubbio che possano esistere rilevanti problemi di confrontabilità dei dati contabili, la cui importanza quantitativa è peraltro allo stato attuale non inferibile, emergono alcune indicazioni di inadeguatezza dell'attuale sistema tariffario basato sui DRG. Le strutture monospecialistiche risultano penalizzate (almeno sulla carta, perché in molte Regioni ricevono finanziamenti aggiuntivi), mentre quelle con quote rilevanti di ricoveri ad alta complessità potrebbero essere in qualche modo favorite.

L'ultimo dato potrebbe però attribuirsi anche ad una maggiore efficienza di tali strutture rispetto a quelle a bassa intensità assistenziale: si consideri che, per effetto delle diverse politiche regionali, in alcune Regioni tutti (o molti) presidi risultano Aziende Ospedaliere autonome, indipendentemente dalla loro complessità.

Sembra altresì emergere chiaramente una dimostrazione dell'esistenza di problemi di inefficienza tecnica, sia a fronte dell'associazione statistica di maggiori livelli di produttività con minori livelli di costo, sia di una quota rilevante di variabilità residua, sia sovra regionale, che a livello di singola Regione, che non trova spiegazione in fattori strutturali o attinenti alla natura (contabile e tariffe DRG) dei dati utilizzati.

Peraltro le dimensioni stesse degli scarti (una differenza che ricordiamo essere dell'ordine di oltre tre volte fra struttura più costosa e struttura meno costosa) di per sé suggeriscono che è impensabile possa dipendere da soli fattori contabili o da distorsione tariffaria. Quanto sopra (ri)porta quindi la questione dell'efficienza tecnica del sistema ospedaliero al centro dell'attenzione delle politiche sanitarie.

¹⁸ Dobbiamo però ricordare che la nostra analisi non riesce a misurare la qualità dell'assistenza.

Infine si pone il problema della distribuzione delle risorse per l'assistenza ospedaliera. I DRG hanno sicuramente incentivato una maggiore produttività e le nostre stime indicano che questa si è almeno parzialmente trasformata in maggiore efficienza. I criteri di tariffazione unica per le Aziende Ospedaliere autonome evidenziano però forti criticità: ai fini di una più corretta incentivazione di comportamenti virtuosi da parte delle Aziende Sanitarie, sarebbe auspicabile che le tariffe fossero definite per singola tipologia di struttura, tenendo conto di fattori aggiuntivi quali la complessità clinica.

Si evidenziano inoltre seri problemi sul versante delle modificazioni strutturali dell'assetto produttivo: piante organiche squilibrate sembrano rappresentare elementi critici per l'efficienza delle strutture.

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

Si tratta quindi di trovare nuovi strumenti che premino le Aziende virtuose e/o penalizzino quelle con performance peggiori.

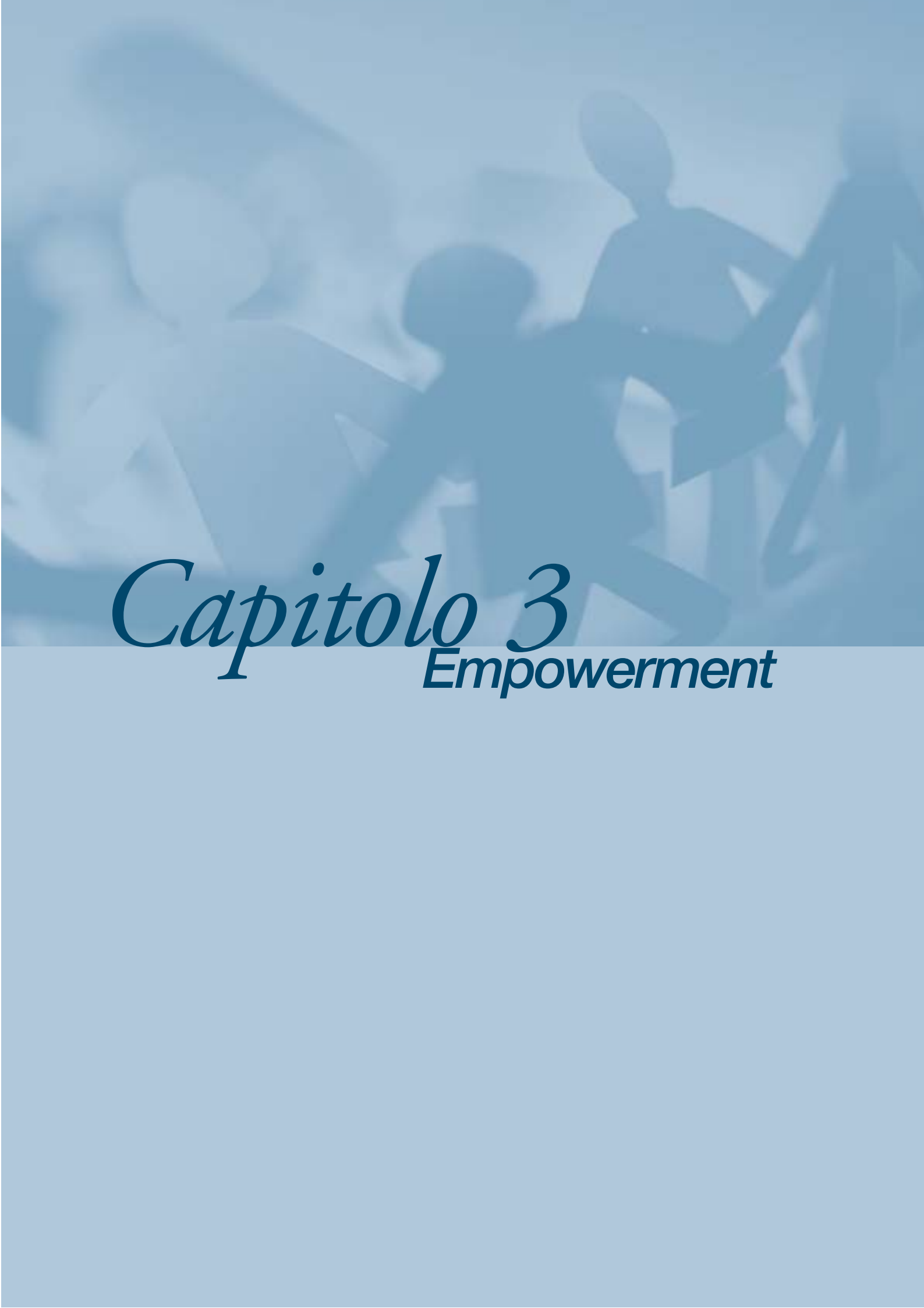
Lo studio condotto indica una strada percorribile, rappresentata dalla stesura di classifiche degli ospedali per performance. Nell'esperienza condotta, ovviamente perfezionabile ed emendabile, si è infatti operata una misurazione aggregata, utile a fornire una prima indicazione sull'efficienza tecnica dei presidi; si noti che di recente, in un ambito diverso ma affine, l'Istituto Superiore di Sanità ha elaborato e pubblicato uno studio sulle performance (in termini di mortalità standardizzata per interventi cardiovascolari) dei reparti cardiocirurgici: l'analisi congiunta delle due elaborazioni indica come ogni valutazione comparativa delle performance (purché effettuata su basi omogenee) aumenti la conoscenza dei fenomeni e fornisca straordinarie opportunità di gestione e incentivazione dei comportamenti economici e clinici all'interno delle Aziende Ospedaliere.

Bibliografia

- ASSR (2003). Confronto tra le aziende ospedaliere 2001. Monitor, 6, pp. 49-61.
- ASSR (2004) Confronto tra le aziende ospedaliere 2002. Monitor, 11, pp. 41-59.
- Breyer F. (1987) The specification of a hospital cost function, a comment on the recent literature, Journal of Health Economics, 6, pp. 147-157.
- Ellis R. (1992) Hospital Cost Function Estimation When Firms May not Try to Minimize Total Costs. Manuscript. Boston University.
- Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005) L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità, Rapporto CEIS Sanità 2005.
- Harris J.E. (1990), The boren amendment: Medicaid reimbursement to hospital nursing facilities. American Public Welfare Association, Washington DC.
- Maruotti A., Pieroni E., Spandonaro F. (2004) Tre domande in cerca di risposta, Il Bisturi n. 5.
- Conrad R.F., Strauss R.P. (1983) A multiple-output and a multiple-input model of the hospital industry in North Carolina. Applied Economics, 15-3, pp. 341-352.
- Cowing T.G., Holtamann A.G. (1983) Multiproduct short-run hospital cost function:

Empirical evidence and policy implication from cross section data. *Southern Economic Journal*, 49, pp. 637-653.

- Dorfamn R., Samuelson P.A., Solow R.M. (1958) *Linear Programming and Economic Analysis*. McGraw-Hill, New York.
- Ellis R. (1992) *Hospital Cost Function Estimation When Firms May not Try to Minimize Total Costs*. Manuscript. Boston University.
- Fabbri A. (1999) *Efficienza tecnica e produzione ospedaliera*, Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna, 28 agosto 1999.
- Feldstein M.S. (1967) *Economic Analysis for Health Service Efficiency*. North Holland. Amsterdam.
- Friedman B., Pauly M. (1981) Cost functions for a service firm with variable quality and stochastic demand: The case of hospitals, *Review of Economic and Statistics*, 63, pp. 620-624.
- Fuchs V.R. (1969) *Production and Productivity in the Service Industries*. National Bureau of Economic Research. New York.
- Grannemann T.W., Brown R., and Pauly M. (1987) Estimating hospital costs: A multiple-output analysis, *Journal of Health Economics*, 5-2, pp. 107-127.
- Lave J.R., L.B. Lave (1970) Hospital cost function, *American Economic Review*, 4, pp.165-180.
- Lave J.R., Lave L.B., Silverman L.P. (1974) Hospital cost estimation controlling for case-mix, *Applied Economics*, 4, pp. 165-180.
- Ministero della Sanità (1999) *Attività gestionali ed economiche delle USL e delle Aziende Ospedaliere*. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale.
- Schuffham P.A., Devlin N.J., Jaforullah M. (1996) The structure of costs and production in New Zealand public hospitals: An application of the transcendental logarithmic variable cost function, *Applied Economics*, 28, pp. 75-85.
- Smits J.M.A., De Meester J., Deng M. et al. (2003) Mortality rates after heart transplantation: How to compare center-specific outcome data, *Transplantation*, 75, pp. 90-96.
- Thompson J.D., Fetter F.B., Mross C.D. (1975) Casemix and resource use, *Inquiry*, XII December, pp. 300-312.
- OECD (1992), *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris.
- OECD (1994), *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seventeen OECD Countries*, Paris.
- Vita M.G. (1990) Exploring hospital production relationships with flexible function form, *Journal of Health Economics*, 9-1, pp. 1-21.
- Wagstaff A., Barnum H (1992) *Hospital costs function for developing countries*. Policy Research Working Papers, World Bank Population and Human Resource Dept., n. 1044.
- Wang J. (2001) *Estimation of hospital cost functions and efficiency measurement: an overview*. China Center for Economic Research, Working Papers Series, n. E2001004.
- Wouters A. (1993) The cost and efficiency of public and private health care facilities in Ogun State, Nigeria. *Health Economics*, 2, pp. 31-42.



Capitolo 3

Empowerment

3.1 Marketing per la salute e altri strumenti di governo della domanda in sanità. Lo stato dell'arte in Italia

Giordani C.¹

3.1.1 Premessa

Uno dei più importanti principi che regolano l'economia è l'equilibrio tra domanda e offerta, che rappresenta anche un obiettivo particolarmente difficile da perseguire, soprattutto all'aumentare della complessità del sistema.

Nel settore sanitario il perseguimento dell'equilibrio domanda-offerta è reso ancora più difficoltoso dal concorrere di specifici fattori quali²:

- il riconoscimento della tutela della salute come diritto del cittadino nei Paesi in cui è presente il Servizio Sanitario Nazionale, ovvero il riconoscimento di una elevata priorità assegnata a tali bisogni nei Paesi con sistemi mutualistici o assicurazioni private come gli USA;
- l'autonomia professionale del personale, medico e non, responsabile degli interventi a tutela della salute;
- il personale rapporto di fiducia che si instaura tra medico e paziente;
- l'asimmetria informativa che penalizza il paziente e che caratterizza il rapporto di agenzia medico-paziente;
- la forte interdipendenza tra domanda e offerta, dovuta al fatto che il professionista sanitario deve far fronte al duplice ruolo di interprete del bisogno per conto del paziente e di erogatore dell'offerta come singolo o come rappresentante di categoria. Una simile situazione, come è facilmente intuibile, permette agli erogatori dei servizi sanitari di disporre di un notevole potere nei confronti degli utenti, fino al rischio di indurre loro stessi la domanda in funzione della propria capacità produttiva, a volte a prescindere dagli effettivi bisogni di salute dei pazienti.

L'equilibrio tra il livello di domanda e quello dell'offerta, secondo Tedeschi e Tozzi, in genere viene ricercato attraverso interventi che interessano il processo di erogazione dei servizi di tutela della salute, attraverso un vero e proprio controllo di sistema, come la programmazione nazionale, regionale e locale, o i vincoli di spesa imposti dal livello centrale a quello regionale, e da questo alle strutture erogatrici dei servizi, quali Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere.

Tentare il governo della domanda in sé è un'impresa complessa e sicuramente non agevole, anche in considerazione del fatto che in campo sanitario è generalmente riconosciuto che è l'offerta ad orientare la domanda: il governo della domanda in sanità si configura come un diverso modo di pensare al governo della produzione, che parte dall'analisi dei bisogni e dei consumi, per indirizzare la produzione verso *output* appropriati e

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

² Tedeschi e Tozzi (2004).

socialmente prioritari. Infatti, per massimizzare il beneficio sociale, nel rispetto dei vincoli finanziari, occorre produrre prestazioni che siano³:

- appropriate, ossia corrispondenti ad un bisogno reale;
- tecnicamente valide, ossia in grado di massimizzare il rapporto costo-efficacia rispetto alla tutela del bisogno;
- scelte in base alle priorità sociali, fino all'esaurimento delle risorse.

Alla luce di queste considerazioni, lo scopo del presente lavoro è quello di analizzare il governo della domanda "pensandolo" come un diverso modo di governare l'offerta, esaminando in dettaglio, senza pretesa di esaustività, i possibili strumenti, sia diretti che indiretti, a disposizione dei vari livelli di governo, e tentando di spiegare per quale motivo siano da ritenersi tutti molto importanti. Tra gli strumenti, si vogliono poi evidenziare le tecniche di *social marketing* applicate al settore sanitario che sarebbe importante studiare approfonditamente ed utilizzare ai fini di una più efficace azione di prevenzione, educazione e promozione della salute, a beneficio della collettività nel suo complesso. Si vogliono poi analizzare i costi di tali misure di promozione, osservando l'entità delle risorse finanziarie stanziare dalle Regioni italiane alla luce del recente Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007.

A ciò si aggiunge l'intento di presentare, in questo contributo, i risultati di una indagine conoscitiva effettuata, tramite la somministrazione di un breve questionario, per rilevare lo stato dell'arte del governo della domanda sanitaria in Italia, a livello regionale e locale (Aziende Sanitarie Locali), e trarne importanti spunti di riflessione.

3.1.2 Il governo della domanda in sanità

Secondo Tedeschi e Tozzi (2004), per governo della domanda in generale si intende "l'attivazione di logiche e strumenti capaci di indirizzare gli utenti portatori di una richiesta verso un certo tipo di scelta:

- di rinuncia o di conferma del desiderio di un bene/servizio;
- di declinazione delle caratteristiche del servizio desiderate;
- di definizione dei volumi a fronte di un costo: esso può essere di tipo economico (si paga in tutto o in parte il costo di produzione) o di fruizione (tempi di attesa, tempi per l'erogazione, distanza del servizio, ecc.)."

Come già anticipato, però, una caratteristica peculiare del settore sanitario è rappresentata dal fatto che non esiste la domanda in sé, ma è l'offerta che la orienta, per cui non si può pensare di governare la domanda in sanità indirizzando unicamente gli utenti, ma si deve tener conto del governo delle strutture di offerta, che hanno la capacità di "indurre" tutta la domanda che pensano sia opportuno soddisfare.

Alla luce di queste considerazioni, Tedeschi e Tozzi (2004) definiscono il governo della domanda in sanità come "lo sforzo di indirizzare il comportamento dei produttori nella loro funzione di trasformazione dei bisogni in domanda, affinché questa sia il più appropriata possibile (coincidenza tra bisogno e domanda esplicita) e vicina alle priorità socialmente definite. Esso è quindi un modo diverso di guardare al governo della produzione

³ *Borgonovi E. (2000).*

che parte dall'analisi dei bisogni e dei consumi, per indirizzare la produzione verso output ritenuti appropriati e socialmente prioritari".

Sulla stessa linea sono Muraro e Rebba (2004), secondo i quali nel campo dell'economia sanitaria, per governo della domanda si intende "l'impiego di tutti quegli strumenti che cercano di raggiungere obiettivi di qualità, di efficacia e di appropriatezza delle cure utilizzando al meglio le risorse disponibili".

A conferma della difficoltà, nel settore sanitario, di scorporare una funzione "assoluta" ed esclusiva di governo della domanda, che non sia una rilettura del governo dell'offerta, si può osservare come storicamente in molti sistemi sanitari si sia assistito ad un graduale avvicinamento del livello istituzionale assicurativo al livello istituzionale di governo della produzione. Nei sistemi assicurativi, infatti, molte agenzie assicurative hanno progressivamente cercato di portare all'interno dei propri confini istituzionali le strutture di erogazione, creando un sistema assicurativo-produttivo integrato. Particolarmente rilevante per i sistemi sanitari nazionali è proprio il ruolo dello Stato assicuratore, e quindi finanziatore del sistema, nel meccanismo di governo della produzione. Questo perché aumentare il livello di integrazione tra mondo assicurativo e mondo produttivo aumenta e favorisce il governo complessivo dei sistemi sanitari.

Quando si parla di governo della domanda in sanità, poi, bisogna tener conto sia della domanda "autonoma", che proviene direttamente dai consumatori di beni e servizi sanitari, sia di quella "derivata", ovvero indirizzata dai professionisti sanitari (medici in primis). Nella Tabella 1 si riporta una tassonomia degli strumenti di governo della domanda sanitaria che, come si vedrà in dettaglio nei paragrafi che seguono, possono essere suddivisi in due grandi categorie: strumenti diretti e strumenti indiretti.

Tabella 1 - Modalità di governo della domanda e della spesa in un sistema sanitario pubblico

STRUMENTI DIRETTI

a) Compartecipazione alla spesa da parte del paziente

- Co-insurance
- Co-payment (tipicamente ticket)

b) Razionamento "reale"

- Liste e tempi di attesa (decadimento qualitativo delle prestazioni)

c) Educazione sanitaria della popolazione

- Prevenzione e riduzione dei comportamenti dannosi (attraverso marketing sociale per la salute)
- Collaborazione del paziente per aumentare l'efficacia dei consumi sanitari (compliance)
- Empowerment del paziente per corretta autodiagnosi e automedicazione

STRUMENTI INDIRETTI

d) Supporto, orientamento e selezione della domanda

- Restrizione della gamma di prestazioni accessibili (LEA)
- Potenziamento della medicina territoriale
- Linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici (PDTA) secondo EBM (*Evidence Based Medicine*)
- Criteri di priorità per gestire le liste di attesa (RAO, indici di priorità, etc.)

Fonte: Muraro G. e Rebba V, Gli strumenti del governo della domanda, in *Salute e territorio*, n. 143, 2004

Ciò che è auspicabile, e che attualmente risulta piuttosto carente, è l'utilizzo integrato di tutti gli strumenti all'interno di un quadro logico coerente, così come l'utilizzo di un sistema di monitoraggio e di verifica *ex post* della reale efficacia.

3.1.3 Gli strumenti diretti di governo della domanda sanitaria

Gli strumenti diretti per il governo della domanda in sanità si rivelano di grande utilità per controllare la domanda autonoma proveniente dai consumatori, anche nel caso in cui ci sia un'azione di indirizzo da parte dei professionisti sanitari, la quale però non elimina completamente l'efficacia di un'azione sulla domanda originaria dei consumatori. Di seguito si analizzano brevemente le principali tipologie di strumenti appartenenti a questa categoria.

Misure di compartecipazione alla spesa

In concreto, nella maggior parte dei sistemi sanitari dei Paesi industrializzati i cittadini pazienti sono chiamati a partecipare in parte alla spesa sanitaria attraverso svariati meccanismi, che in alcuni casi vengono combinati tra loro per tentare di mitigare l'effetto negativo che si potrebbe verificare sull'accesso alle cure.

Tra i sistemi utilizzati, si possono annoverare⁴:

- la *co-insurance*⁵;
- il *co-payment*⁶.

Nel nostro Paese, la misura di compartecipazione tipica alla spesa è rappresentata dal ticket (una forma quindi di *co-payment*) sui farmaci e sulle prestazioni, che è adottato dalla maggior parte delle Regioni italiane.

L'efficacia del ticket come strumento di razionamento della domanda di assistenza sanitaria dipende, in realtà, dall'elasticità di quest'ultima rispetto al prezzo, e comunque sono svariate le obiezioni che vengono mosse relativamente al suo utilizzo⁷.

Misure di razionamento "reale"

Molto diffusa è l'esistenza di più o meno lunghe liste e tempi di attesa per ricoveri ospedalieri, esami diagnostici e altre forme di assistenza sanitaria. Essa può essere vista come una forma di razionamento implicito, dovuta all'eccesso di domanda e alla contemporanea esistenza di vincoli nell'offerta. Ricorrere a tale mezzo senza regolarlo con l'adozione di criteri di priorità, a seconda delle caratteristiche proprie del paziente, non rappresenta una soluzione efficiente, in quanto può frenare il consumo anche in caso di effettiva necessità. C'è da evidenziare come, dal punto di vista culturale, l'attesa per poter usu-

⁴ Munaro G. e Rebba V. (2004).

⁵ Resta a carico del paziente assicurato una certa somma (franchigia), per anno o per caso, prima dell'intervento della copertura pubblica.

⁶ Un certo ammontare per singola prestazione deve essere pagato dal paziente, indipendentemente dal costo dell'assistenza sanitaria, con la previsione di tetti massimi annui di spesa, al fine di ridurre gli effetti di reddito.

⁷ Munaro G. (1987).

fruire delle prestazioni sanitarie sia considerata mediamente come una qualità negativa del sistema di offerta locale, mentre in realtà essa può essere funzionale sia per il paziente che per le strutture erogatrici. Per il primo, l'attesa può comportare una "presa di coscienza" della procedura diagnostica o chirurgica, mentre per l'azienda le liste di attesa costituiscono una sorta di "riserva", che garantisce la piena attività delle strutture⁸.

Educazione sanitaria e promozione della salute

Secondo l'*Health Promotion Glossary* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il concetto di educazione alla salute "comprende le opportunità di apprendimento costruite consapevolmente che coinvolgono alcune forme di comunicazione, ideate per conoscere meglio la salute, per migliorare le cognizioni e per sviluppare quelle capacità di vita che contribuiscono alla salute del singolo e della comunità. L'educazione alla salute non si limita a comunicare le informazioni, ma favorisce anche la motivazione, le capacità e la fiducia (auto-efficacia), ossia quelle condizioni necessarie per agire nell'ottica di migliorare la salute. Educare alla salute implica comunicare informazioni concernenti le condizioni socioeconomiche e ambientali implicite che incidono sulla salute, altre informazioni riguardanti i fattori individuali di rischio e i comportamenti a rischio, oppure l'uso del sistema di assistenza sanitaria [...]"⁹.

In particolare la promozione della salute, secondo la Carta di Ottawa del novembre 1986, stipulata da World Health Organization, Health and Welfare Canada e Canadian Public Health Association, rappresenta "il processo che consente alla gente di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi. [...] Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani, per aspirare al benessere".

Alla luce di queste definizioni formali, è importante evidenziare come uno degli strumenti diretti di governo della domanda più innovativi e in grande espansione sia rappresentato proprio dall'educazione sanitaria che, come vedremo meglio in seguito, comprende essenzialmente due approcci¹⁰:

- prevenzione sanitaria e promozione della salute (correzione degli stili di vita e dei comportamenti dannosi);
- *empowerment* del cittadino sano e del paziente, attraverso un corretto uso di autodiagnosi e automedicazione.

Per influenzare stili di vita e domanda di prevenzione, cercando di correggere quelli che rappresentano i comportamenti più dannosi per la salute, come abitudine al fumo e alimentazione non bilanciata, si sta rapidamente diffondendo negli ultimi anni lo strumento

⁸ Tedeschi P. e Tozzi V. (2004).

⁹ OMS (1998).

¹⁰ Muraro A., Rebba V. (2004).

del “marketing per la salute”, vale a dire del marketing sociale applicato al settore sanitario, le cui caratteristiche verranno analizzate in dettaglio nel prosieguo. Esso si basa sull’uso di strategie, differenziate sulla base delle caratteristiche della popolazione target, tese a incoraggiare la modifica o l’abbandono volontario di un comportamento o uno stile di vita ai fini dell’ottenimento di un beneficio individuale e/o collettivo, tenendo anche conto degli incentivi individuali e dei costi da sostenere a tale scopo.

Grazie allo stesso marketing sociale e quindi ad una più diffusa informazione medica, si è potuto osservare nel tempo un chiaro trend di crescita dell’*empowerment* della domanda, anche se il fenomeno è stato più netto in altri Paesi rispetto all’Italia. La crescita dell’*empowerment* della domanda, che tra l’altro è uno degli obiettivi da promuovere espressamente indicati dall’OMS nella citata Carta di Ottawa del 1986, non riguarda tuttavia le categorie sociali più deboli, quali gli anziani e coloro che ad esempio hanno dei costi di informazione più alti e minore capacità di pagamento, a svantaggio dei quali opera una maggiore asimmetria informativa nel loro rapporto col medico.

3.1.4 Gli strumenti indiretti

Nella categoria degli strumenti indiretti, utilizzati in particolar modo a livello locale, rientrano tutti quegli interventi di organizzazione dell’offerta che interessano direttamente gli operatori sanitari ma che, indirettamente, contribuiscono ad una certa selezione della domanda, eliminando quella “impropria” e orientando quella “propria” verso un particolare fornitore e/o un certo percorso curativo in base ai principi della *Evidence Based Medicine* (EBM) e ai criteri di priorità.

Strumenti di pianificazione dei livelli di prestazioni

Come è noto, le Regioni stanno sempre di più assumendo il ruolo di assicuratori collettivi per la salute, caricandosi quindi della responsabilità di interpretare i bisogni, di ricevere dallo Stato o di raccogliere, attraverso contributi e imposte, mezzi finanziari da assegnare ai produttori affinché vengano erogati i servizi necessari alla soddisfazione dei bisogni.

In uno scenario in cui risorse, bisogni e prestazioni risultano non facilmente “componibili” in un quadro sostenibile, si può decidere di utilizzare strumenti finalizzati alla pianificazione dei livelli di prestazione e/o dei livelli di spesa.

È riconducibile a questa logica la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), stabiliti nel DPCM 29/11/2001¹¹. In realtà, non è detto che essi consentano una vera e propria pianificazione, in quanto “rappresentano un vettore di prestazioni che sono il riflesso dei bisogni storici di salute, anziché esprimere un razionamento programmato delle risorse sulla base di analisi di efficacia, appropriatezza ed economicità”¹². Inoltre, è ben presente il rischio di difformità tra le varie Regioni, in quanto quelle più ricche hanno la possibilità di aumentare la propria offerta utilizzando risorse proprie per allargare la lista delle prestazioni rispetto alla lista ministeriale.

¹¹ Corredati dagli indicatori e dai parametri di riferimento rilevanti ai fini del monitoraggio stabiliti nel DM 12/12/2001, emanato dal Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze.

¹² Tedeschi P. e Tozzi V. (2004).

Potenziamento della medicina territoriale

Anche il potenziamento della medicina territoriale svolge un ruolo nell'ambito del governo della domanda; a livello locale esso è possibile non solo attraverso strumenti diretti quali l'educazione sanitaria della popolazione, ma anche e soprattutto attraverso l'utilizzo di strumenti organizzativi, economico-finanziari e di formazione professionale da parte dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS).

Dal punto di vista dell'organizzazione, particolare rilevanza assume il fenomeno dell'aggregazione tra medici territoriali che, secondo l'art. 40 del DPR 270/2000, può assumere diverse forme: medicina in associazione, medicina in rete e medicina di gruppo. In questo contesto bisogna ricordare anche le cooperative, che però hanno caratteristiche diverse dalle forme associative "pure".

Per i MMG associarsi significa rafforzare il proprio potere nei confronti degli erogatori di prestazioni come dei referenti distrettuali e aziendali. Dal punto di vista dell'azienda sanitaria, l'associazionismo tra medici implica una semplificazione della gestione dei sistemi di programmazione e controllo, una più agevole raccolta di dati epidemiologici ed una riduzione delle differenze di comportamento dei singoli medici.

Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA)

I percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali costituiscono uno strumento di governo della domanda potenzialmente molto efficace, soprattutto a livello locale, in quanto sono in grado di guidare il paziente all'interno di un percorso che è stato valutato come il migliore possibile rispetto alle condizioni organizzative, cognitive e di risorse disponibili¹³. Certamente, l'efficacia dei PDTA dipende dal loro grado di diffusione e di applicazione omogenea: se tutti i professionisti e tutte le unità operative delle aziende territoriali riescono ad applicare i percorsi diagnostico-terapeutici aziendali per le patologie definite, i pazienti che avvertono questi bisogni non possono che trovare la risposta assistenziale definita, senza che ci sia possibilità di variazioni, salvo casi particolari e giustificati.

Oltre a questo, i PDTA possono essere in grado di produrre i loro effetti positivi sul governo della domanda se a monte vengono definite linee guida validate e condivise da tutta la comunità scientifica, formulate a livello generale secondo l'approccio EBM, vale a dire sulla base dei criteri della medicina basata su prove di efficacia.

Criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni

Come accennato in precedenza, ai fini della razionalizzazione della domanda riveste un ruolo fondamentale, e può essere inteso come uno strumento indiretto di governo, la definizione di criteri trasparenti e condivisi di priorità nell'accesso alle prestazioni sulla base dell'urgenza, della gravità clinica, dell'appropriatezza delle indicazioni e altri rilevanti indicatori.

Esistono diversi modelli teorici per l'assegnazione di indici di priorità ai pazienti in lista di attesa; nel nostro Paese ha mostrato risultati interessanti l'utilizzo dei RAO

¹³ Tedeschi P. e Tozzi V. (2004).

(Raggruppamenti di Attesa Omogenei) da parte della Provincia Autonoma di Trento. Tale processo viene periodicamente valutato e revisionato da appositi team su prestazioni in regime di ricovero e prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Anche il CUP (Codice Unico di Prenotazione), a ben vedere, svolge un certo ruolo non solo per garantire al cittadino equità e trasparenza delle eventuali liste di attesa, ma anche per misurare domanda e offerta, in quanto riesce a monitorare, attraverso i dati raccolti, le abitudini dei pazienti, i percorsi diagnostico-terapeutici intrapresi, la soddisfazione della domanda rispetto alle erogazioni di prestazioni.

3.1.5 Il marketing sociale in sanità¹⁴

Come già anticipato, nel contesto di riferimento del presente lavoro va evidenziata la rapida diffusione del cosiddetto “marketing per la salute”, vale a dire del marketing sociale applicato al settore sanitario, che rappresenta un importante strumento utilizzato per realizzare azioni di educazione sanitaria e promozione della salute. In questo paragrafo si dà una definizione del marketing sociale in generale e dei suoi possibili obiettivi, evidenziando poi le caratteristiche peculiari del marketing applicato al settore sanitario, le sue criticità e le prospettive di sviluppo per il futuro.

Definizioni e obiettivi di marketing sociale

Quando si parla di marketing in generale ci si riferisce a “un insieme di attività programmate, organizzate, controllate, che partono dallo studio del cliente/consumatore e, più in generale, della domanda e della concorrenza e si svolgono in maniera integrata, a livello sia intrafunzionale che interfunzionale, al fine di raggiungere gli obiettivi di medio-lungo termine dell’azienda attraverso la soddisfazione del consumatore”¹⁵.

All’interno del *marketing non profit*, riferito quindi alle organizzazioni non lucrative, il marketing sociale rappresenta uno degli ambiti di studio in più rapido sviluppo, e vede negli obiettivi della propria azione, rivolti all’interesse della società nel suo complesso, la sua caratteristica distintiva primaria. In particolare, il marketing sociale “mira a modificare quei comportamenti che, pur avendo una certa diffusione fra la collettività, sono dalla medesima ritenuti negativi, o perché contrari al senso etico comune, o perché devianti rispetto alle regole consolidate di convivenza, oppure ancora perché suscettibili di arrecare gravi costi alla comunità”¹⁶.

Secondo Kotler (1998), il *social marketing* rappresenta “la progettazione, la realizzazione e il controllo dei programmi finalizzati ad aumentare l’accettabilità di una causa o di una idea sociale presso uno o più gruppi obiettivo. Esso utilizza i concetti della segmentazione del mercato, della facilitazione, degli incentivi e della teoria dello scambio per massimizzare la risposta del gruppo obiettivo”.

¹⁴ Si ringrazia Alberto Padula per i consigli e la collaborazione prestata per la realizzazione del presente paragrafo. Ogni eventuale errore o imprecisione resta comunque imputabile all’autrice.

¹⁵ Cherubini S. (a cura di) (2000), *Esperienze di marketing sanitario*, Milano, FrancoAngeli.

¹⁶ Milanese P. (1998), *Non-profit marketing e valore sociale*, Milano, EGEA.

Con riferimento agli obiettivi perseguiti, di seguito se ne elencano i principali¹⁷:

- il cambiamento cognitivo: quando lo scopo primario è quello di creare e diffondere conoscenza e consapevolezza su una certa tematica (ad esempio, sul valore nutritivo dei vari alimenti);
- il cambiamento d'azione: quando si cerca di spingere il maggior numero possibile di persone a svolgere una determinata azione entro un certo tempo prestabilito (ad esempio, in campo sanitario, incentivare l'adesione ad una campagna di vaccinazione antinfluenzale);
- il cambiamento di comportamento: se si vuole indurre a modificare o abbandonare comportamenti dannosi per le singole persone e per la società (ad esempio scoraggiare l'assunzione di sostanze stupefacenti), e ad adottare abitudini che comportino benessere (ad esempio adottare corretti stili di vita e una sana alimentazione);
- il cambiamento di valori: quando si tenta di modificare opinioni e valori fortemente radicati in merito ad alcune particolari tematiche (ad esempio la promozione dell'utilizzo del preservativo tra coloro che non lo approvano per motivi religiosi). È questo uno degli obiettivi del marketing sociale di più difficile realizzazione; occorrono iniziative di informazione e sensibilizzazione intense e prolungate, che spesso si dimostrano comunque non sufficientemente efficaci per il raggiungimento dello scopo prefissato.

Certamente, non mancano le critiche di coloro che considerano il marketing sociale, in generale, come uno strumento di controllo e di "manipolazione" della volontà, con cui è possibile indurre le persone ad agire contro la propria volontà o di impedire loro di comportarsi come invece vorrebbero.

Le logiche di marketing sociale nel settore sanitario

Mentre negli Stati Uniti da oltre 25 anni il marketing è una funzione completamente accettata nelle organizzazioni sanitarie, in Italia solo da qualche tempo il settore della sanità si interessa ad esso, "scoprendo" che le logiche, i principi e gli strumenti del marketing "tradizionale" possono essere applicati con successo anche ad organizzazioni non profit quali ad esempio le aziende sanitarie.

Nel settore sanitario sono almeno due i fattori che evidenziano la condizione di "non-marketing" e che, nel loro insieme, in qualsiasi altro settore economico porterebbero alla scomparsa dell'azienda dal mercato:

- l'insoddisfazione dei pazienti¹⁸;
- gli elevati costi di erogazione del servizio.

La sfida del marketing in sanità è quella di riuscire a riequilibrare lo "strapotere" dell'offerta verso la domanda, contribuendo ad aumentare la soddisfazione degli utenti fruitori dei servizi sanitari, quella dei medici e più in generale quella delle organizzazioni sanitarie, degli altri produttori di beni e servizi sanitari e dello Stato. Questi risultati si possono

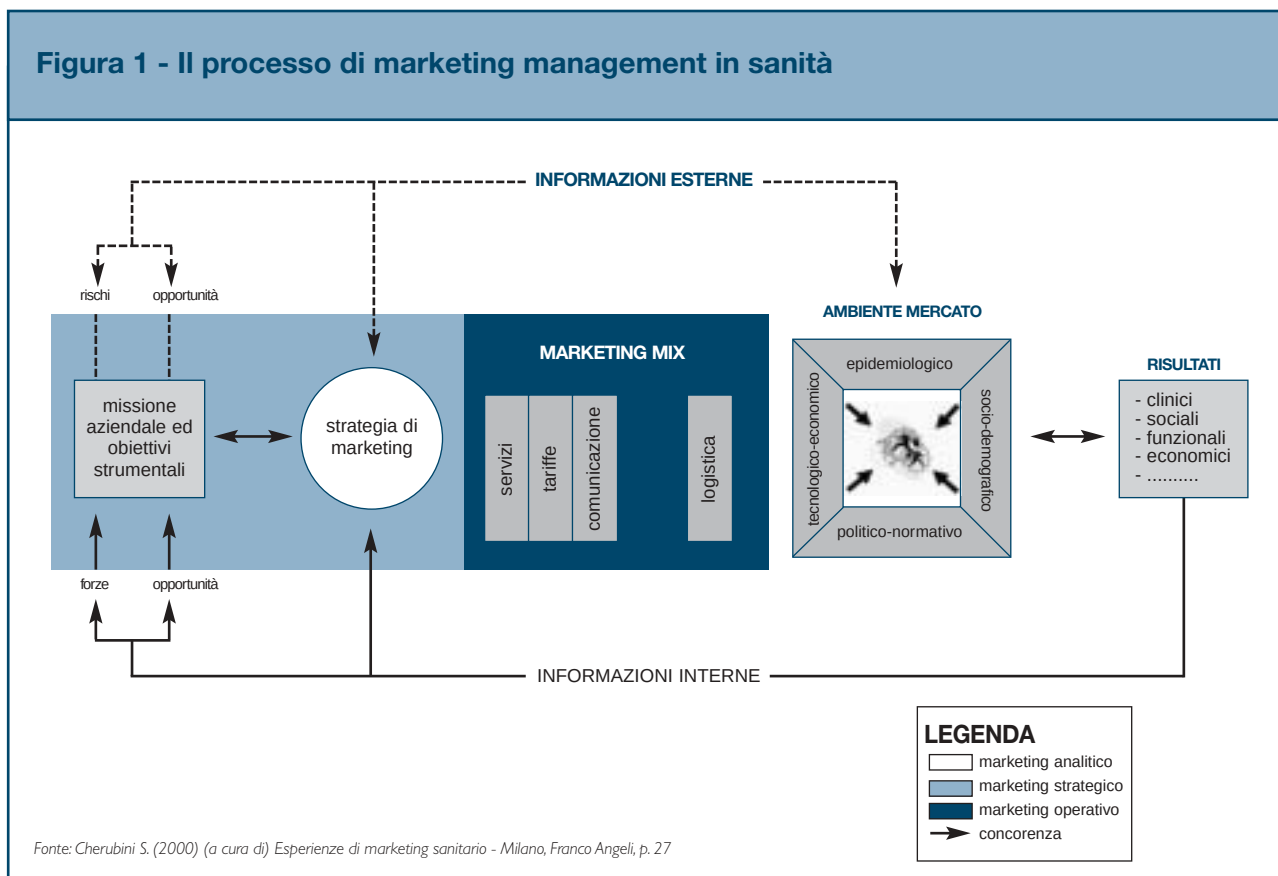
¹⁷ Curzel V. (2004c).

¹⁸ A questo proposito, stando ad una indagine Eurobarometro 2003, il 45,6% degli italiani pensa che siano necessarie modifiche radicali nel sistema sanitario per un suo miglior funzionamento, il 19,9% crede che occorra ricostruirlo completamente, il 24,4% ritiene opportune delle modifiche "minori".

ottenere grazie ad un processo di *marketing management* tipico di altri settori che, come si può vedere nella Figura 1, prevede tre momenti di estrema importanza¹⁹:

- marketing analitico: fase in cui si raccolgono informazioni esterne sull'ambiente-mercato con riferimento agli aspetti socio-demografici, tecnologici ed economici, epidemiologici, politico-normativi, nonché sui rischi e sulle opportunità presenti, ma anche informazioni interne sui risultati dell'organizzazione dal punto di vista clinico, sociale, funzionale ed economico;
- marketing strategico: fase in cui si adotta una strategia di marketing in relazione alla mission aziendale fissando gli obiettivi, scegliendo i target di domanda da soddisfare e articolando in base a questi le componenti dell'offerta;
- marketing operativo: fase in cui i suddetti fattori devono essere sviluppati in concreto, gestendo il servizio in tutti i suoi aspetti, le tariffe e il luogo di fruizione del servizio (logistica), e per finire la comunicazione attraverso l'utilizzo degli strumenti a disposizione.

Figura 1 - Il processo di marketing management in sanità



Tale processo di *marketing management*, poi, deve prevedere una nuova professionalità del *marketing sanitario*, con il compito di “presidiare” accuratamente fattori critici quali:

¹⁹ Cherubini S. (2000).

- l'asimmetria informativa che caratterizza l'acquirente dei servizi sanitari rispetto all'erogatore;
- l'importanza del medico di base, che ha funzione di "decisore d'acquisto" nei riguardi dei servizi da acquistare o verso i quali orientarsi tanto per la prevenzione quanto per la cura;
- l'importanza del "passaparola" tra amici, colleghi, parenti, che spesso serve come "referenza" all'interno di un settore in cui prevale la carenza informativa;
- la difficoltà nel valutare la prestazione, specie con riferimento al servizio di base;
- il ruolo dell'immagine, spesso determinante nel processo di acquisto a fronte di un servizio intangibile e molto difficoltoso da valutare in base a fattori oggettivi.

Se da una visione più strettamente aziendalistica del marketing sanitario ci si pone in un'ottica "sociale", si parla di "marketing per la salute", il cui scopo, alla luce di quanto finora esposto, non è quello di generare profitti bensì di favorire la modifica o l'abbandono, da parte della collettività, di comportamenti o atteggiamenti ritenuti dannosi per la salute, favorendo l'adozione di stili di vita favorevoli al conseguimento e al mantenimento del benessere fisico e psicologico collettivo.

Per fare degli esempi si pensi allo Stato, che nei Paesi in via di sviluppo vende prodotti farmaceutici per la reidratazione contro la dissenteria o contraccettivi o ancora compresse di vitamina A, con il fine ultimo di modificare un determinato comportamento e non di generare profitti a suo beneficio. Inoltre, le azioni di marketing sociale in sanità hanno consentito a importanti organismi nazionali e internazionali di reclutare un importante numero di donatori di sangue per soddisfare le crescenti esigenze da parte di ospedali e istituti di ricerca.

Per ottenere un cambiamento nel comportamento, che favorisca e promuova la salute, è possibile intervenire mediante strumenti che agiscono in vari modi:

- sul piano normativo, con l'introduzione di restrizioni o incentivazioni rispetto alla produzione, alla vendita e al consumo di certi prodotti in campo sanitario;
- sul piano tecnologico, con innovazioni che sostengano e aiutino le persone ad abbandonare un comportamento dannoso o ad adottarne uno favorevole alla propria salute;
- sul piano economico, attraverso l'adozione di politiche di aumento o riduzione dei costi propri di comportamenti indesiderati o fortemente voluti;
- sul piano informativo-educativo, attraverso la predisposizione e la diffusione di messaggi informativi relativi ai possibili danni per la salute causati da un certo atteggiamento o ai benefici prodotti dalla modifica del proprio comportamento (per esempio campagne informative sui danni derivanti dal fumo di tabacco).

In questo senso, apportano un notevole contributo anche "le nuove potenzialità tecnologiche, che aprono prospettive quali la telemedicina o l'informazione globale di Internet, la crescente dimensione internazionale dei mercati sanitari, per cui domanda e offerta non possono più vivere in un contesto locale, i nuovi orientamenti nei servizi pubblici che cercano sempre più di dare il massimo servizio con il minimo costo, le nuove regolamentazioni che cercano di dare ordine alla 'giungla sanitaria' sotto il profilo sia delle remunerazioni che delle prescrizioni"²⁰.

²⁰ Cherubini S. (1996).

Con riferimento alle nuove potenzialità tecnologiche e in particolare al rapido sviluppo di Internet, si vuole evidenziare l'importante ruolo della cosiddetta *e-health*, o sanità elettronica²¹: stando ai dati Censis²², un numero sempre maggiore di italiani cerca informazioni mediche e sanitarie rapide e immediate in Rete. Questa tendenza coinvolge sia il personale medico, per il quale Internet rappresenta un importante strumento per l'aggiornamento professionale, sia persone che non svolgono la professione medica, che navigano in Rete alla ricerca di informazioni sanitarie e si servono di Internet come di un vero e proprio consulente medico-sanitario.

In particolare, il Censis ha rilevato che nel 2004 il 56,80% dei medici ha utilizzato gli strumenti informatici per ottenere supporto conoscitivo al momento di effettuare la diagnosi, mentre il 21,10% si è aggiornato on line; inoltre, su circa venti milioni di italiani che utilizzano Internet, ben il 95,20% ha visitato siti alla ricerca di informazioni e il 26,00% di tutte le ricerche effettuate sul web hanno riguardato argomenti legati alla salute e al benessere.

3.1.5.1 Principali criticità e prospettive di sviluppo del marketing in sanità

L'adozione di azioni di marketing sociale in un settore delicato quale quello sanitario presenta problemi e criticità piuttosto "importanti".

Innanzitutto, in sede di analisi del mercato, finalizzata all'applicazione di azioni di marketing per la salute, risulta piuttosto difficoltoso raccogliere dati utili per comprendere i bisogni e le caratteristiche peculiari del campione di riferimento.

Inoltre, chi utilizza il marketing sociale in sanità non ha molta discrezionalità nella scelta dei prodotti da offrire al pubblico e spesso si trova a dover influenzare una domanda negativa o inesistente attraverso la promozione e l'incentivazione di un comportamento che ad alcuni può risultare del tutto "nuovo", oppure verso il quale il pubblico mostra chiaramente il proprio dissenso. Ad esempio, le persone sedentarie potrebbero non percepire come positivo l'invito a fare attività fisica. A ciò si aggiunge il fatto che i benefici derivanti dall'adozione di un certo comportamento non sempre sono personali, ma in prevalenza sociali, riguardando essi il benessere e la salute della collettività, e spesso non risultano visibili immediatamente.

Con riferimento alle strategie di prezzo, occorre dire che nel campo del marketing per la salute è spesso difficile misurare e tentare di ridurre i costi percepiti, anche perché spesso questi non sono di natura monetaria ma psicologica, fisica, sociale, temporale.

Nel campo delle strategie di comunicazione, invece, non è semplice capire quale sia il messaggio più adeguato ed efficace allo scopo, né risulta facile individuare opportuni indicatori per misurare le effettive modifiche di comportamento indotte dal messaggio stesso, soprattutto quando queste si manifestano nel lungo periodo²³.

²¹ Per un approfondimento sulla *e-health*, si veda il Rapporto CEIS Sanità 2004.

²² Censis (2005), *Il web come consulente sanitario globale. Molta competenza, qualche vetrina, alcuni rischi*, Forum per la Ricerca Biomedica, Roma.

²³ Per un esempio a tal proposito, si veda il Rapporto CEIS 2004, dove si riporta la misurazione, curata dal Censis, dell'impatto di alcune campagne informative istituzionali sui destinatari.

Sussistono dunque delle difficoltà evidenti nell'applicazione del marketing sociale in sanità, che però dovrebbero non scoraggiarne l'utilizzo bensì stimolare e promuovere formazione, competenza ed esperienza professionale nel personale addetto. Più in generale, la sfida è quella di sviluppare, tra gli operatori del settore come nell'opinione pubblica, "un atteggiamento consapevole e favorevole al marketing sanitario visto non come un invasore a danno di qualcuno ma come un contributo al progresso ed allo sviluppo positivo del servizio sanitario [...], grazie al contributo alla soddisfazione collettiva, così da rovesciare l'insoddisfazione del pubblico e fare sì che i costi, proporzionalmente ai servizi resi, possano ridursi"²⁴.

Alla luce delle considerazioni fin qui esposte, volendo fare delle previsioni per lo sviluppo futuro, ci si può ragionevolmente aspettare una domanda crescente di marketing sanitario, sostanzialmente in base a due diversi fattori²⁵: il primo è legato alla combinazione della domanda di salute con quella di benessere, dovuta alla crescente ricerca di un qualcosa (il benessere, appunto) che va oltre la cura della malattia e che è conseguenza di fenomeni quali la chirurgia estetica, l'atteggiamento di resistenza all'invecchiamento, la prevenzione di malattie tipicamente senili, ecc. Il secondo importante elemento è la percezione del rapporto qualità-prezzo della sanità, pubblica e privata, da parte del paziente-cliente che, dovendo soddisfare le crescenti esigenze, presta molta attenzione al confronto con il livello di qualità offerto da altri comparti di servizi, al raffronto tra pubblico e privato, a quanto accade all'estero, alle informazioni acquisite dai mass media, a quanto vede personalmente recandosi in una struttura sanitaria.

Il marketing in sanità lo si fa già da alcuni anni e ci sono tutti gli elementi per pensare che lo si farà sempre di più, magari in maniera più strutturata rispetto ad oggi, tentando di superare le criticità del settore e sviluppando concretamente una migliore professionalità sul tema, coerentemente con quanto sperimentato in altri settori e in altri Paesi. Fondamentale resta l'attenzione costante non solo all'offerta ma anche e soprattutto alla domanda e alla sua soddisfazione: la capacità di un sistema Paese di fornire servizi adeguati alla domanda è decisiva nel determinare il miglioramento del tenore di vita della popolazione.

3.1.6 I costi per la prevenzione e la promozione della salute nelle Regioni italiane

La crescente incidenza delle patologie croniche e delle loro complicanze, in larga misura prevenibili, nonché il peso finanziario di queste a carico del Servizio Sanitario Nazionale, hanno dato vita alla necessità di definire un Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), siglato nell'Accordo Conferenza Stato-Regioni, con l'Intesa del 23 marzo 2005.

Secondo la legge finanziaria 2005, le Regioni devono provvedere, per ottenere il conguaglio del 5,0% del Fondo Sanitario Nazionale, all'attuazione del PNP e del Piano Nazionale della Formazione.

²⁴ Cherubini S. (2000).

²⁵ Cherubini S. (*a cura di*) (2000); Hinna (2000).

In realtà interventi di prevenzione, di educazione e di promozione della salute vengono effettuati già da tempo nel nostro Paese, ma con modalità diverse da Regione a Regione. Si è reso necessario, pertanto, prevedere un coordinamento per conseguire obiettivi di salute uniformi in tutto il Paese, in modo che tutti i cittadini possano accedere ai servizi di diagnosi precoce e prevenzione. Il coordinamento del PNP è affidato al Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), che ha tra i compiti istitutivi quello di coordinare con le Regioni i piani di sorveglianza e la prevenzione attiva. Gli ambiti del Piano Nazionale della Prevenzione, che avrà durata triennale per permettere la messa a regime degli interventi, sono:

- la prevenzione della patologia cardiovascolare;
- la prevenzione delle complicanze del diabete;
- lo screening dei tumori;
- la prevenzione degli incidenti;
- il piano delle vaccinazioni.

Su tale Piano, che parte nel 2005, si concentrano risorse pari a 240 milioni di euro (4,12 euro pro-capite per Regione), che le Regioni accettano di vincolare sulla quota del riparto CIPE destinata agli obiettivi specifici del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34, della Legge n. 662 del 27 dicembre 1992. Tale quota corrisponde al 25,0% della quota delle risorse spettante a ciascuna Regione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Oltre a queste, le Regioni condividono di mettere a disposizione risorse ulteriori per un ammontare di 200 milioni di euro (3,44 euro pro-capite per ciascuna Regione), attingendo alla quota indistinta della delibera CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007. In totale, dunque, le risorse stanziare da ciascuna Regione ammontano a 7,56 euro pro-capite, come si può vedere dalla Tabella 2.

Tabella 2 - Risorse finanziarie stanziare dalle Regioni per interventi di prevenzione e promozione della salute, nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

Regione	Popolazione	Risorse da vincolare sulle risorse per gli obiettivi di PSN (per ciascuno degli anni)		Risorse da quota indistinta della delibera CIPE (per ciascuno degli anni)		Totale (per ciascuno degli anni)	
		€ tot	€/pp	€ tot	€/pp	€ tot	€/pp
Piemonte	4.296.822,00	17.716.509,00	4,12	14.763.757,00	3,44	32.480.266,00	7,56
Valle d'Aosta	122.360,00	504.511,00	4,12	420.425,00	3,44	924.936,00	7,56
Lombardia	9.318.038,00	38.419.811,00	4,12	32.016.514,00	3,44	70.436.325,00	7,56
P.A. Bolzano	471.635,00	1.944.629,00	4,12	1.620.524,00	3,44	3.565.153,00	7,56
P.A. Trento	493.406,00	2.034.395,00	4,12	1.695.329,00	3,44	3.729.724,00	7,56
Veneto	4.671.372,00	19.260.840,00	4,12	16.050.700,00	3,44	35.311.540,00	7,56
Friuli V.G.	1.202.070,00	4.956.334,00	4,12	4.130.278,00	3,44	9.086.612,00	7,56
Liguria	1.585.612,00	6.537.741,00	4,12	5.448.117,00	3,44	11.985.858,00	7,56
Emilia R.	4.107.144,00	16.934.435,00	4,12	14.112.029,00	3,44	31.046.464,00	7,56
Toscana	3.589.289,00	14.799.231,00	4,12	12.332.692,00	3,44	27.131.923,00	7,56
Umbria	854.174,00	3.521.901,00	4,12	2.934.917,00	3,44	6.456.818,00	7,56
Marche	1.511.774,00	6.233.295,00	4,12	5.194.412,00	3,44	11.427.707,00	7,56
Lazio	5.261.241,00	21.692.966,00	4,12	18.077.471,00	3,44	39.770.437,00	7,56
Abruzzo	1.290.620,00	5.321.438,00	4,12	4.434.532,00	3,44	9.755.970,00	7,56
Molise	322.218,00	1.328.558,00	4,12	1.107.132,00	3,44	2.435.690,00	7,56
Campania	5.790.193,00	23.873.922,00	4,12	19.894.935,00	3,44	43.768.857,00	7,56
Puglia	4.047.094,00	16.686.837,00	4,12	13.905.697,00	3,44	30.592.534,00	7,56
Basilicata	598.163,00	2.466.323,00	4,12	2.055.269,00	3,44	4.521.592,00	7,56
Calabria	2.018.767,00	8.323.709,00	4,12	6.936.424,00	3,44	15.260.133,00	7,56
Sicilia	5.011.253,00	20.662.224,00	4,12	17.218.520,00	3,44	37.880.744,00	7,56
Sardegna	1.644.463,00	6.780.391,00	4,12	5.650.326,00	3,44	12.430.717,00	7,56
TOTALE	58.207.708,00	240.000.000,00		200.000.000,00		440.000.000,00	

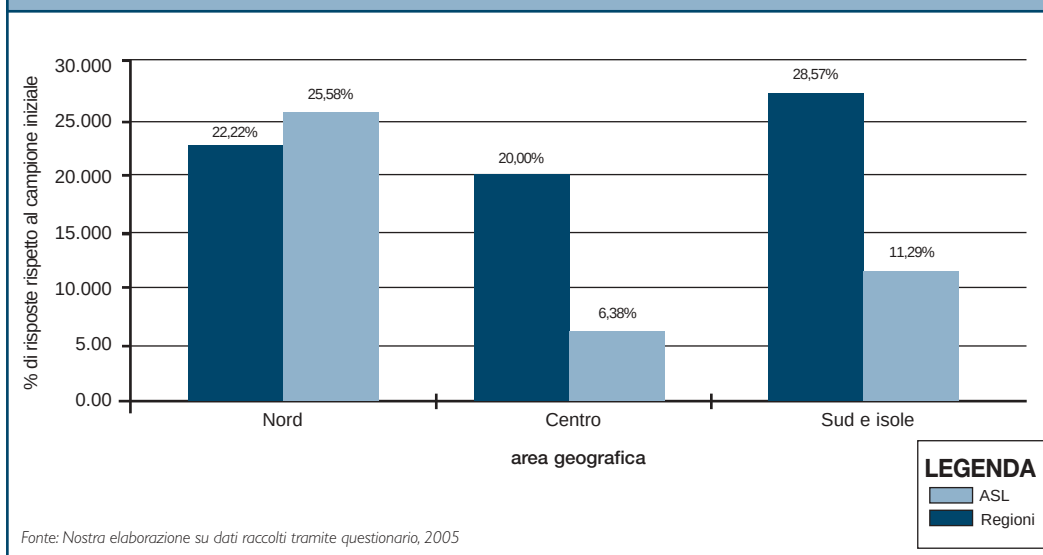
Fonte: Nostra elaborazione su dati contenuti nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, settembre 2005

3.1.7 Il governo della domanda sanitaria a livello regionale e locale: lo stato dell'arte in Italia (indagine qualitativa tramite questionario)

Dai paragrafi precedenti è emersa l'importanza dell'utilizzo dei diversi strumenti a disposizione ai fini del governo della domanda in sanità. Si vuole ora analizzare lo stato dell'arte nel nostro Paese relativamente a tali tematiche, presentando i risultati di una indagine effettuata tramite la somministrazione di un questionario alle Regioni e alle ASL italiane.

Si tratta di una indagine sostanzialmente di tipo qualitativo, in considerazione del fatto che è stata effettuata in un momento di grande cambiamento nella struttura organizzativa sia regionale che locale (anche a causa delle recenti elezioni). I dati che si vanno a presentare, dunque, non hanno la pretesa di fornire un quadro esaustivo di quella che è la situazione a livello territoriale, ma si dimostrano comunque come un interessante spunto di riflessione. Hanno risposto al questionario 37 tra Aziende Sanitarie Locali e Regioni. In particolare, hanno compilato il questionario 5 Regioni e 32 ASL.

Figura 2 - Distribuzione per area geografica di appartenenza dei partecipanti all'indagine (% di risposte rispetto al campione iniziale)

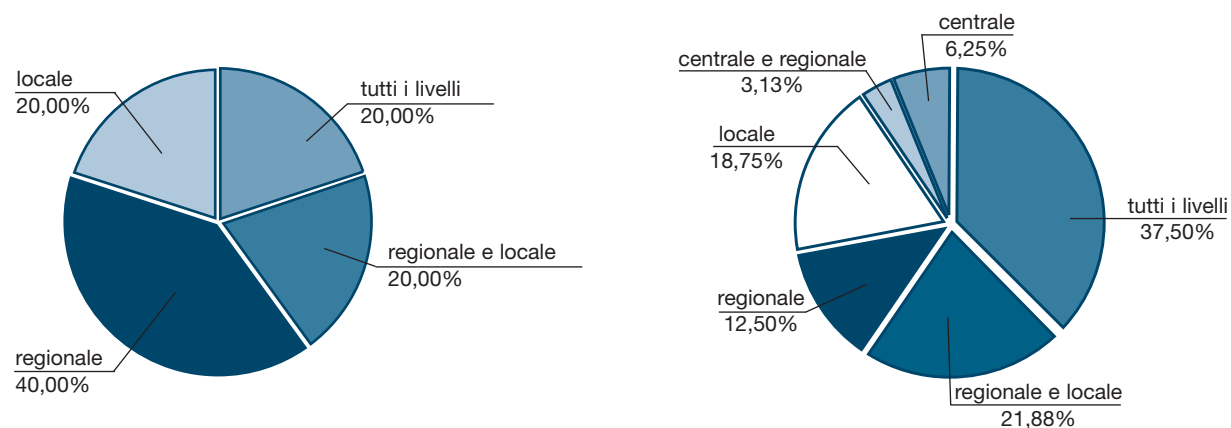


Come si può vedere dalla Figura 2, con riferimento alla distribuzione per area geografica di coloro che hanno risposto, a livello regionale ha prevalso il sud (hanno compilato il questionario il 28,57% delle Regioni appartenenti a quest'area), mentre con riferimento alle Aziende Sanitarie Locali ha predominato il nord (il 25,58% delle ASL del settentrione ha partecipato alla nostra indagine). La quasi totalità degli intervistati che hanno fornito una risposta (il 100,00% delle Regioni e il 90,63% delle ASL partecipanti) ritiene che sia "molto" importante l'utilizzo di strumenti di governo della domanda in sanità, ai fini del raggiungimento di obiettivi di qualità, efficacia e appropriatezza delle cure, nonché di risparmio, attraverso un utilizzo ottimale delle risorse disponibili. Solo il 9,38% delle ASL rispondenti pensa che tale utilizzo sia "abbastanza" importante. Non è invece così omogenea l'opinione relativamente al livello al quale dovrebbero essere effettuate le politiche di governo della domanda, affinché risultino maggiormente efficaci. Si tratta di un tema centrale per i ragionamenti sin qui svolti, in quanto eventuali incoerenze tra i vari livelli di governo, meccanismi di finanziamento, modelli organizzativi e, soprattutto, strumenti gestionali, influenzano e in alcuni casi pregiudicano la possibilità di ottenere un effettivo governo della domanda.

Come si può vedere dalla Figura 3, infatti, per la maggior parte delle Regioni che hanno partecipato all'indagine (40,00%) le politiche dovrebbero essere effettuate a livello regionale, mentre per la maggioranza delle ASL (37,50%) tutti e tre i livelli di governo dovrebbero "prendersi in carico", in collaborazione tra loro, la realizzazione di politiche di governo della domanda.

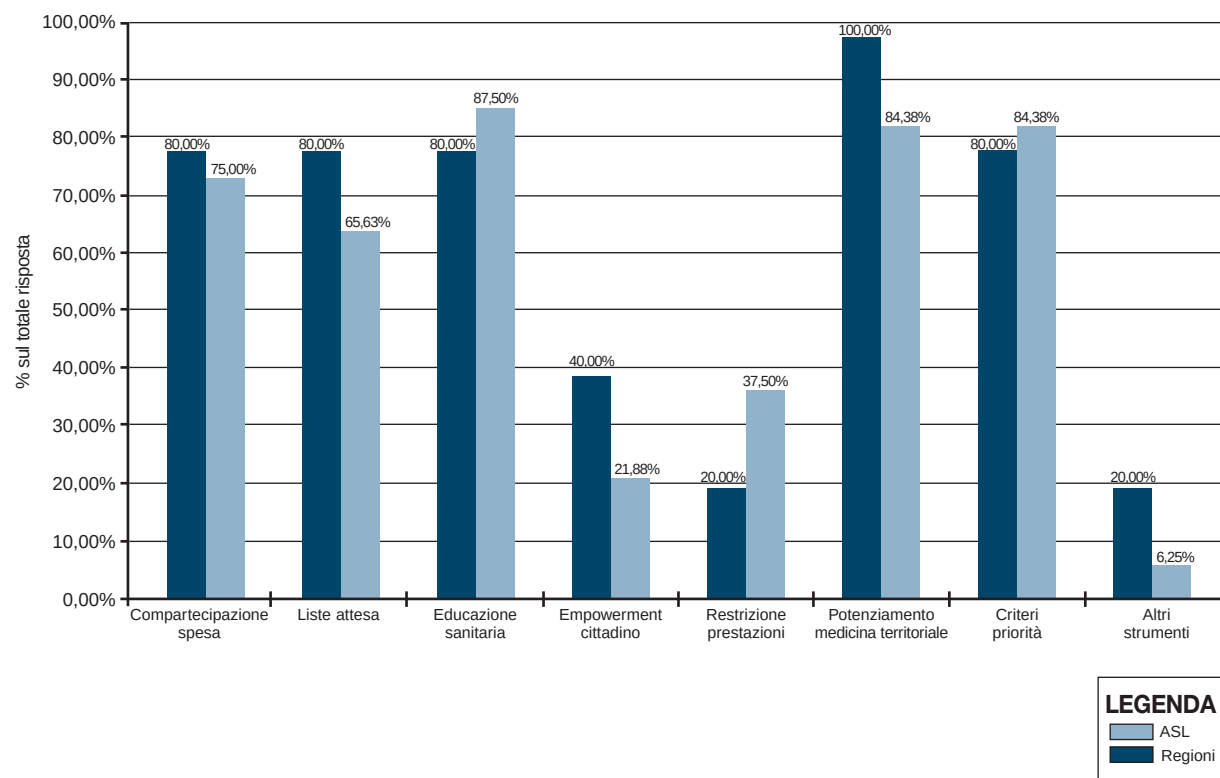
Totale accordo si riscontra invece sull'opinione relativa all'utilizzo di strumenti, diretti e/o indiretti, di governo della domanda: il 100,00% di coloro che hanno partecipato all'indagine (sia delle Regioni che delle Aziende Sanitarie Locali) dichiara di utilizzarne almeno uno. Andando ad analizzare in particolare i suddetti strumenti, si possono fare considerazioni molto interessanti.

Figura 3 - Livello al quale sarebbe opportuno governare la domanda secondo i partecipanti all'indagine (in % sul totale delle risposte)



Fonte: Nostra elaborazione su dati raccolti tramite questionario, 2005

Figura 4 - Principali strumenti di governo della domanda che Regioni e ASL dichiarano di utilizzare % sul totale risposte (il totale non dà 100,00% in quanto erano possibili più risposte).



Fonte: Nostra elaborazione su dati raccolti tramite questionario, 2005

Come si può vedere nella Figura 4, stando a quanto dichiarato da coloro che hanno risposto al questionario, e tenendo conto dell'eventuale errore umano nella compilazione, gli strumenti in assoluto più utilizzati sono il potenziamento della medicina territoriale, soprattutto attraverso la definizione dei PDTA (100,00% delle Regioni partecipanti all'indagine e 84,38% delle ASL) e l'educazione sanitaria, la prevenzione e la promozione della salute, in particolare attraverso l'utilizzo di azioni di marketing per la salute (80,00% delle Regioni partecipanti all'indagine e 87,50% delle ASL).

Molto utilizzati sembrano poi essere i meccanismi di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino-paziente (tipicamente nella forma di ticket), utilizzati dall'80,00% delle Regioni che hanno risposto e dal 75,00% delle Aziende Sanitarie Locali.

Seguono la definizione e l'applicazione di criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni sanitarie (dichiarano di usarli l'84,38% delle ASL e l'80,00% delle Regioni partecipanti), le liste di attesa (80,00% delle Regioni e 65,63% delle ASL) e gli altri strumenti.

Interessanti spunti di riflessione vengono poi forniti dall'analisi del dettaglio sugli strumenti di marketing sociale per la salute utilizzati nel senso descritto nei precedenti paragrafi, in particolare per effettuare prevenzione e promozione della salute, nonché azioni di educazione sanitaria. In particolare, la grande maggioranza delle Regioni (60,00%) e delle ASL (81,25%) rispondenti dichiara di fare utilizzo di campagne informative e formative su carta stampata, TV e radio, mentre il 40,63% delle ASL rivela di diffondere tali campagne anche sui propri siti Internet. A ben vedere, effettuando una veloce verifica sulla Rete, sembrerebbe che l'utilizzo del world wide web ai fini della diffusione di messaggi informativi di promozione della salute sia ancora più diffuso di quanto non risulti dall'analisi dei questionari, specie a livello regionale. Tra gli argomenti più diffusi, spiccano la lotta al fumo di tabacco e la promozione di corretta alimentazione, nonché la prevenzione di tumori, specie di quelli femminili (es. mammella). Vengono citate anche altre importanti tematiche, quali la lotta all'abuso di alcool e di stupefacenti, la prevenzione del diabete e dei suoi effetti dannosi sulla salute, la promozione dell'attività fisica, il corretto uso dei farmaci, la prevenzione di incidenti domestici e stradali, le vaccinazioni. Molto diffusi risultano anche gli interventi di educazione sanitaria nelle scuole, in collaborazione con gli istituti scolastici di ogni ordine e grado.

Non mancano poi altri argomenti, rilevati da una minoranza di rispondenti: salute orale, emergenza caldo, allergie, prevenzione dei paraformismi della colonna vertebrale da errata postura. Simpatica l'iniziativa dei diari scolastici per i ragazzi e dei calendari per tutte le Pubbliche Amministrazioni, contenenti argomenti di prevenzione ed educazione sanitaria, realizzati da una ASL della Sardegna. Con riferimento ai problemi più rilevanti riscontrati nel tentativo di utilizzare gli strumenti di governo della domanda precedentemente illustrati, c'è una certa variabilità di opinioni. Molti dei partecipanti all'indagine riferiscono la difficoltà nel reperire le risorse finanziarie necessarie per attivare azioni di governo della domanda e la non corretta o non sufficiente informazione da parte dei cittadini-pazienti, dovuta anche alla forte "pressione" esercitata dai politici, dalle industrie e dai mass media che a volte riportano informazioni "improprie". Vengono poi evidenziate la scarsa *compliance* tra medici di base e specialisti, la mancanza di parametri omogenei e indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni richieste ed erogate, la scarsa propensione, la resistenza e la mancanza di partecipazione attiva da parte degli utenti.

Con riferimento all'analisi di costo-efficacia, il 75,00% delle ASL e l'80,00% delle Regioni che hanno compilato il questionario afferma di effettuare la misurazione dell'efficacia degli strumenti utilizzati, indicando in dettaglio quali siano questi ultimi. Al riguardo, i più "dichiarati" in assoluto risultano essere il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e delle prescrizioni mediche. Sono pochi quelli che dichiarano ad esempio di valutare l'efficacia delle campagne di comunicazione diffuse e il loro impatto sui comportamenti degli utenti destinatari dei messaggi informativi. Si tratta infatti di un indicatore piuttosto complesso da realizzare, ma altrettanto fondamentale. L'osservazione finale più frequente riguarda la necessità di formare, informare e sostenere i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attori fondamentali rispetto al tema dell'appropriatezza e della funzione di governo territoriale, ma non manca il "pensiero" relativo alla necessità di integrare tra loro il governo della domanda con quello dell'offerta, che è il principio fondamentale con cui abbiamo introdotto il presente lavoro.

3.1.8 Conclusioni

In questo lavoro emerge come il governo della domanda nel settore sanitario non possa prescindere dal governo dell'offerta, che parte dall'analisi dei bisogni e dei consumi per indirizzare la produzione verso *output* appropriati e socialmente prioritari. Questo in considerazione del fatto che in sanità è generalmente riconosciuto che è proprio l'offerta ad orientare la domanda. Per poter governare la domanda nel senso appena descritto, esiste una serie di strumenti, diretti e indiretti, da utilizzare in combinazione tra loro ai vari livelli di governo (in particolar modo a livello regionale e locale).

Gli strumenti diretti, che in larga parte fanno leva sui prezzi (come ad esempio le misure di compartecipazione alla spesa), sono abbastanza conosciuti e utilizzati e se ne conoscono la loro efficacia e i loro limiti.

Rientrano in questa tipologia di strumenti le azioni di prevenzione, educazione e promozione della salute, per realizzare le quali si stanno sviluppando negli ultimi anni interessanti strategie di *social marketing*. Nonostante tali azioni risultino, come detto, in rapida espansione (basti pensare alla proliferazione di campagne informative a contenuto sociale diffuse dai principali mass media e dalla Rete Internet), ciò che continua a sembrare carente è la valutazione del loro rapporto costo-efficacia. Anche dall'indagine conoscitiva effettuata a livello regionale e locale, infatti, è emersa la mancanza di definizione e di utilizzo di indicatori che rilevino l'efficacia dei messaggi informativi diffusi in termini di reale modifica di comportamento degli utenti destinatari dovuta al messaggio stesso.

Ugualmente importanti e utili si dimostrano gli strumenti indiretti, vale a dire quegli interventi di organizzazione dell'offerta che interessano direttamente gli operatori sanitari ma che, indirettamente, contribuiscono ad una certa selezione della domanda, eliminando quella "impropria" e orientando quella "propria" verso un particolare fornitore e/o un certo percorso curativo in base ai principi della *Evidence Based Medicine* (EBM) e ai criteri di priorità. Si pensi ad esempio al potenziamento della medicina territoriale, ai PDTA, ai criteri di priorità.

Tale tipologia di strumenti risulta di fondamentale importanza anche in considerazione del fatto che non si può lasciare alla sola etica professionale del medico il compito di garantire l'appropriatezza delle prestazioni.

In sintesi, l'attenzione verso il tema del governo della domanda sanitaria è alta e ci si impegna nell'utilizzo degli strumenti a disposizione, ma occorrerebbe una maggiore capacità di utilizzo di alcuni di essi, e soprattutto appare necessario un quadro coerente di integrazione di tutti gli strumenti, così come un sistema di monitoraggio e di analisi *ex post* della loro reale efficacia.

Bibliografia

- AA.VV. (2001), *La risposta è l'associazionismo*, in "Medicinae Doctor", ottobre.
- Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F. (2004), *Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza*, 2° Rapporto CEIS Sanità, Roma, Italtpromo Esis Publishing.
- Boston Consulting Group (BCG) (2004), *Vital Signs E-health in the United States*.
- Buccoliero L., Caccia D. e Nasi G. (2005), *E-he@lth. Percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità*, Milano, McGraw-Hill.
- Cavalieri P. e Venturini F. (2004), *Documenti e dati pubblici sul web*, Bologna, Il Mulino.
- Censis (2005), *Il web come consulente sanitario globale*. Molta competenza, qualche vetrina, alcuni rischi, Forum per la Ricerca Biomedica, Roma.
- Censis (1998), *La domanda di salute negli anni Novanta*, Milano, FrancoAngeli.
- Cherubini S. (a cura di) (2001), *Comunicare per competere*, Milano, FrancoAngeli, 2001.
- Cherubini S. (a cura di) (2000), *Esperienze di marketing sanitario*, Milano, FrancoAngeli.
- Cherubini S. (1996), *Marketing dei servizi*, Milano, FrancoAngeli.
- Curzel V. (2004a), *L'azione di marketing e i servizi per la salute – Progetto comunicazione per la salute*, on line su www.trentinosalute.net
- Curzel V. (2004b), *La comunicazione pubblica e il marketing sociale per la promozione della salute – Progetto comunicazione per la salute*, on line su www.trentinosalute.net
- Curzel V. (2004c), *Promozione della salute e marketing sociale – Progetto comunicazione per la salute*, on line su www.trentinosalute.net
- European Commission (2003), *Eurobarometer Survey, Public's satisfaction with health care system*, EU countries, 2002.
- Gagliardi A., Jadad A.R. (2002), *Examination of instruments used to rate quality of health information on the Internet: chronicle of a voyage with an unclear destination*, in "BMJ", ottobre.
- Hinna L. (2000), *Le prospettive del marketing sanitario*, in *Esperienze di marketing sanitario*, a cura di S. Cherubini, Milano, FrancoAngeli, pp. 101-103.
- Kotler P. e Andreasen A.R. (1998), *Marketing per le organizzazioni non profit*, Milano, Il Sole 24 Ore Editore.
- Milanese P. (1998), *Non-profit marketing e valore sociale*, Milano, EGEA.
- Muraro G. e Rebba V. (2004), *Gli strumenti del governo della domanda*, in "Salute e territorio", n. 143.
- *Organizzazione Mondiale della Sanità* (1998), *Health Promotion Glossary*.
- Tedeschi P. e Tozzi V. (2004), *Il governo della domanda. Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo*, McGraw Hill, Milano.

3.2 La rendicontazione sociale nelle Aziende Sanitarie

Tanese A.¹, Di Filippo E.²

3.2.1 Lo sviluppo del bilancio sociale in sanità. Stato dell'arte

Nel Rapporto CEIS Sanità 2004 avevamo già analizzato l'ingresso di logiche e strumenti di rendicontazione sociale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, come tentativi di dar conto dei risultati realizzati andando oltre il solo bilancio economico-finanziario³. Entrando nei meccanismi della rendicontazione sociale, avevamo evidenziato come le diverse forme assunte dai *report* finali (bilancio sociale, bilancio di missione, bilancio di mandato) avessero in comune alcuni elementi:

- la volontarietà del processo, per il momento non riconducibile ad un nuovo adempimento normativo;
- la "resa del conto" degli impegni presi, delle attività e dei risultati raggiunti, in un'ottica di trasparenza e di restituzione alla comunità del valore prodotto dall'Azienda;
- l'individuazione e la costruzione di un dialogo con i diversi portatori di interesse dell'Azienda.

La realizzazione di un bilancio sociale per un'Azienda Sanitaria appare quindi una risposta ad un'esigenza di informazione e di comprensione da parte dei diversi interlocutori esterni (in primo luogo i cittadini, ma anche gli enti locali, le associazioni, le imprese, le istituzioni in genere, ecc.) di ciò che l'azienda è, degli obiettivi che persegue e dei benefici che produce nei loro confronti.

Nell'ultimo anno l'utilizzo di queste nuove pratiche, che trovano sempre maggior interesse e diffusione anche in altri settori della Pubblica Amministrazione⁴, si è ulteriormente consolidato.

Per quanto riguarda in particolare il settore sanitario, le principali esperienze attualmente in corso possono essere ricondotte a tre differenti modalità:

- la prima e più diffusa è la sperimentazione del bilancio sociale da parte della singola Azienda Sanitaria, promossa direttamente dalla direzione aziendale o da altre strutture interne. È il caso, ad esempio, di alcune Aziende Sanitarie Locali (Biella, Firenze, Milano,

¹ Direttore Amministrativo ASL Roma E e Coordinatore del gruppo nazionale di esperti che ha redatto le linee guida per il bilancio sociale per le amministrazioni pubbliche Fornez/Dipartimento della Funzione Pubblica..

² Dottorando di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università di Roma Tor Vergata e collaboratore del Programma Cantieri del Dipartimento della Funzione Pubblica..

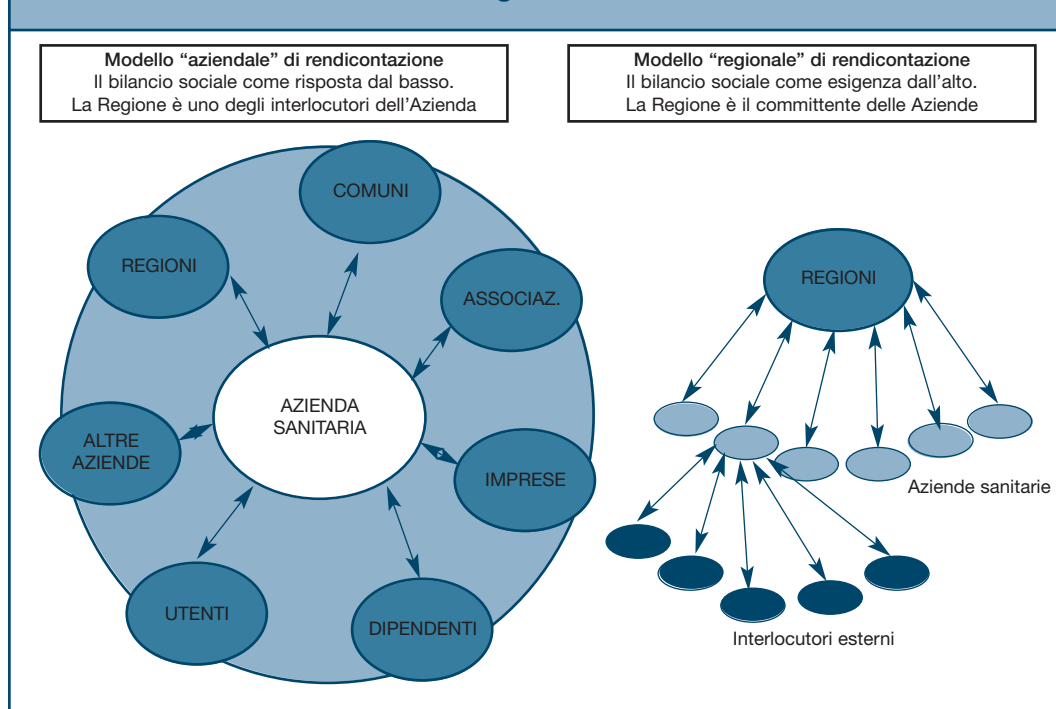
³ Frittoli G., Tanese A. (2004), *Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la Balanced Scorecard e il bilancio sociale nelle aziende sanitarie*, in Rapporto CEIS Sanità 2004, Roma, Italpromo Esis Publishing, 2004.

⁴ Solo nel corso del 2005, oltre 100 amministrazioni pubbliche hanno aderito alla sperimentazione di un bilancio sociale nell'ambito del Programma Cantieri del Dipartimento della Funzione Pubblica (cfr. www.cantieripa.it).

Chiavari, Roma D, Città di Castello) o Aziende Ospedaliere (Padova), che hanno adottato percorsi autonomi e originali di realizzazione di un proprio bilancio sociale. La logica sottostante è quindi essenzialmente quella della ricerca di un nuovo rapporto tra l'Azienda Sanitaria e la comunità di riferimento, una risposta dal basso ad un'esigenza di *accountability* e di legittimazione. In questa prospettiva, come vedremo, la Regione diviene uno degli interlocutori dell'Azienda, o dei cosiddetti *stakeholder*;

- una seconda modalità è quella adottata attualmente dalla Regione Emilia Romagna, che ha avviato la sperimentazione del bilancio di missione presso sei Aziende Sanitarie con l'obiettivo di estenderne l'adozione annuale anche alle altre. Si tratta di un'innovazione con caratteristiche diverse dalle precedenti, in quanto promossa a livello centrale e secondo modalità e criteri di rendicontazione comuni e predefiniti, attraverso un ruolo di coordinamento svolto dall'Agenzia Sanitaria Regionale. Il processo di rendicontazione persegue sempre le logiche di trasparenza e di *accountability* presenti anche nelle altre esperienze di bilancio sociale, ma privilegia l'asse di comunicazione tra Aziende Sanitarie e Regione. Il bilancio di missione, prima ancora di essere uno strumento di comunicazione rivolto ad altri interlocutori esterni, è infatti il documento attraverso il quale ogni singola Azienda – secondo uno schema comune a tutte, quindi con possibilità di comparazioni interaziendali – rende conto al governo regionale del grado di attuazione del mandato conferitole. A differenza dei casi precedenti, la Regione non è solo uno degli interlocutori dell'Azienda Sanitaria, ma il principale soggetto chiamato a definire e a garantire l'attuazione della missione dell'Azienda nel proprio territorio di riferimento (Figura 1).

Figura 1 - Logiche di rendicontazione sociale a confronto in sanità: il modello aziendale e il modello regionale



È in corso attualmente un terzo tipo di sperimentazione, da parte della Regione Umbria, dove su proposta di un'Azienda (la ASL n. 2 di Perugia) si è costituito un Centro interaziendale per il bilancio sociale, con l'obiettivo di definire delle linee guida regionali condivise dalle sei Aziende Sanitarie (4 ASL e 2 Aziende Ospedaliere) e dalla Regione stessa, a partire dalle quali avviare la sperimentazione diffusa del bilancio sociale. Un modello intermedio, potremmo dire, tra i due precedenti, che non riguarda in modo autonomo una singola Azienda, ma allo stesso tempo non muove da indicazioni e modelli già definiti a livello regionale. La costituzione del centro interaziendale vuole essere lo strumento con cui coinvolgere tutti questi soggetti nella definizione di un modello comune e condiviso da sperimentare progressivamente⁵.

Box 1 - Il centro interaziendale per la realizzazione del bilancio sociale della Regione Umbria

Il Centro interaziendale per la realizzazione del bilancio sociale nelle Aziende Sanitarie umbre è stato istituito con DGR n. 191 del 10 febbraio 2005.

L'attivazione del Centro si colloca nelle misure a sostegno del governo clinico adottate dalla Regione in attuazione del PSR 2003/2005, che fa propria la valutazione, acquisita nel mondo scientifico, sulla necessità di rafforzare le interazioni tra le diverse parti del sistema regionale al fine di produrre salute.

L'attivazione del Centro persegue le seguenti finalità generali:

- introdurre nel sistema sanitario umbro nuovi strumenti di rendicontazione ai cittadini, in grado di aumentare il livello di *accountability* del sistema stesso;
- migliorare la capacità delle Aziende Sanitarie di perseguire la propria missione istituzionale integrando il processo di rendicontazione sociale ai processi di programmazione e controllo già previsti;
- fornire alla Regione una chiave di lettura complessiva dell'impatto delle politiche sanitarie attuate sul territorio;
- migliorare il rapporto di fiducia tra sistema sanitario regionale e cittadini.

Gli obiettivi specifici che il Centro deve perseguire nell'arco del biennio 2005-2006 sono tre:

1. definizione di linee guida comuni e condivise tra le Aziende per l'introduzione di un modello originale di bilancio sociale come nuova forma di rendicontazione per le Aziende Sanitarie umbre;
2. sperimentazione del bilancio sociale presso tutte le Aziende Sanitarie umbre a partire da alcune Aziende Sanitarie "pilota";
3. elaborare una ipotesi di bilancio sociale di sistema per la sanità pubblica della Regione Umbria.

L'esperienza del Centro interaziendale per la realizzazione del bilancio sociale avviata in Umbria è ancora in fase di avvio e non ha sinora prodotto risultati pubblici.

⁵ Cfr. www.ausl2.umbria.it/canale.asp?id=446

Tutte queste esperienze sono il segno di una sensibilità nuova verso il tema della resa del conto ai cittadini di quanto realizzato da un soggetto pubblico e meritano di essere attentamente seguite e valorizzate. Probabilmente siamo all'inizio di una fase che via via interesserà la maggior parte dei sistemi sanitari regionali e delle Aziende, con modalità che per forza di cose non potranno che presentare elementi di discontinuità tra i diversi contesti territoriali. È evidente peraltro come attualmente prevalgano le realtà del Centro-Nord, dove il bilancio sociale o di missione poggia su sistemi più consolidati di programmazione e controllo di gestione, senza i quali ogni tentativo di rendicontazione sociale rischia di diventare una mera attività di comunicazione.

Per approfondire maggiormente il tema, nel prossimo paragrafo analizzeremo con maggior dettaglio le caratteristiche dei bilanci sociali realizzati presso alcune Aziende campione e, nell'ultimo, condurremo alcune considerazioni su criticità e prospettive di sviluppo di queste nuove pratiche.

3.2.2 Analisi sinottica di alcuni bilanci sociali

L'indagine è stata condotta su un campione limitato di 7 Aziende (6 sanitarie e 1 ospedaliera), che hanno già sperimentato una o più edizioni di bilancio sociale e risultano censite (nel mese di settembre dell'anno 2005) dal Programma Cantieri del Dipartimento della Funzione Pubblica nell'ambito del cantiere dedicato al tema del bilancio sociale⁶.

Tabella 1 - Le pratiche osservate

Ente	Documento	Regione	N. edizioni
ASL 12 Biella	Bilancio sociale 2003	Piemonte	3
ASL 4 Chiavari	Bilancio sociale 2003	Liguria	1
ASL Città di Castello	Bilancio sociale 2003-04	Umbria	1
ASL Firenze	Bilancio sociale 2003-04	Toscana	1
ASL 3 Milano	Bilancio sociale 2004	Lombardia	1
ASL Roma D	Bilancio sociale 2004	Lazio	1
A.O. Padova	Bilancio sociale 2003	Veneto	2

Obiettivo del confronto tra documenti di bilancio sociale è quello di individuare elementi comuni o aspetti peculiari da cui trarre riflessioni utili sulla diffusione di questa pratica. L'analisi prende in considerazione 5 aspetti del documento⁷.

1) Ambito di rendicontazione

Rispetto a quanto avviene nella realizzazione del bilancio sociale in altri settori, come nel caso degli enti locali, dove spesso la rendicontazione sociale è inizialmente appli-

⁶ www.cantieripa.it.

⁷ Laddove sono presenti più edizioni del bilancio sociale, è stata presa in considerazione soltanto l'ultima edizione.

cata ad un settore per essere poi estesa progressivamente agli altri, nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere esaminate si è partiti direttamente con il rendere conto dell'intero complesso di attività dell'Azienda e facendo riferimento alle diverse categorie di *stakeholder* individuate.

2) Struttura del documento

Nella definizione della struttura del documento e delle singole sezioni informative che lo compongono, un numero elevato di Aziende ha ritenuto opportuno adottare il modello proposto a livello nazionale dal Gruppo di studio sul Bilancio Sociale (GBS)⁸.

Occorre sottolineare, tuttavia, che in tali casi non si è trattata di una vera e propria applicazione stretta del modello GBS, quanto di un suo adattamento in relazione alle informazioni disponibili e alle proprie finalità di rendicontazione. Alcune Aziende hanno dichiarato di far riferimento anche ad ulteriori standard internazionali, come le linee guida di *Accountability 1000* e il *Global Reporting Initiative*. Infine, in taluni altri casi è segnalato il riferimento all'approccio promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica nell'ambito del Programma Cantieri e contenuto nel manuale "Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche"⁹.

La struttura maggiormente impiegata nei documenti analizzati è quella composta da 4 macro-aree di informazione:

- identità aziendale (descrive l'assetto istituzionale e organizzativo dell'Azienda, la missione di riferimento e il perseguimento degli obiettivi gestionali);
- rendiconto economico (esprime il sistema delle entrate e l'impiego delle risorse);
- relazione sociale (rappresenta il sistema delle relazioni sociali e gli effetti dell'attività aziendale verso le diverse categorie di *stakeholder*);
- obiettivi di miglioramento (indica l'insieme degli obiettivi futuri della gestione aziendale).

3) Contenuti

In riferimento alla suddivisione dei contenuti appare evidente un certo grado di omogeneità delle pratiche: prevale, infatti, un'articolazione per aree di rendicontazione riferite alle diverse categorie di portatori di interesse, per ciascuna delle quali si rende conto delle azioni realizzate e dei risultati raggiunti¹⁰. Peraltro, solo in alcuni casi si preferisce rendicontare le aree di intervento più significative evitando di ricorrere alla "segmentazione" delle informazioni per tipologie di *stakeholder* (area della prevenzione, delle prestazioni sanitarie, delle prestazioni socio sanitarie, attività di supporto, ecc.).

⁸ Gruppo di Studio sorto ufficialmente nel 1998 che nel corso del 2001 ha presentato dei "Principi di redazione del bilancio sociale" come standard di base. Nel 2005 è stato inoltre presentato lo standard di base per il settore pubblico. Per ulteriori informazioni www.gruppobilanciosociale.org.

⁹ Tanese A. (a cura di) 2004.

¹⁰ Gli *stakeholder* sono individuati come singole categorie di utenti, Regione, enti locali, risorse umane, imprese, media, ecc.

Tabella 2 - Aree di rendicontazione a confronto

BILANCIO SOCIALE 2003/2004 ASL CITTÀ DI CASTELLO	BILANCIO DI MISSIONE 2003/2004 ASL FERRARA	BILANCIO SOCIALE 2003 ASL ROMA D
Identità dell'Azienda	Il contesto di riferimento	Identità aziendale
I numeri		Come nasce l'Azienda
La mission aziendale	Il profilo aziendale	Dove opera l'Azienda
La struttura organizzativa		Come è organizzata l'Azienda
La riorganizzazione aziendale	Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	
La collaborazione pubblico-privato		Risorse e risultati
Le politiche per la gestione e l'accrescimento delle risorse umane	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	Cosa ha l'Azienda
I sistemi informativi e operativi integrati		Come ha utilizzato le risorse
Le risorse economiche e finanziarie	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	Cosa ha prodotto
La gestione patrimoniale		Relazione sociale
Il rapporto con i fornitori	Ricerca e innovazione	Con chi si rapporta
		Cittadini
Le attività per gli utenti finali	Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale: la popolazione anziana non autosufficiente	Risorse umane
La prevenzione		Organizzazioni erogatrici e collegate
L'assistenza distrettuale		Fornitori
L'assistenza ospedaliera		Pubblica Amministrazione
		Organizzazioni partner
I progetti per la realizzazione della visione aziendale		Media
La razionalizzazione dell'offerta		Ambiente e catena alimentare
Il Qualità Management		
Lo sviluppo delle reti relazionali		Obiettivi di miglioramento
		Gli obiettivi di miglioramento della gestione
		Verso il bilancio sociale 2004

L'uniformità delle modalità di classificazione delle aree di rendicontazione viene meno allorché si confrontano più in dettaglio i contenuti delle stesse. Le dimensioni delle performance delle Aziende sono infatti costruite in modo decisamente eterogeneo, perlopiù in base alle modalità di selezione e al grado di sviluppo delle informazioni disponibili. Con riferimento a quest'ultimo aspetto, si evidenzia come in genere le Aziende rendano conto dei prodotti (attività, prestazioni, servizi resi) e non degli effetti prodotti (impatto o *outcome* delle azioni sullo stato di salute dei cittadini). Molto spesso, inoltre, le Aziende hanno legato eccessivamente la rendicontazione alle strutture organizzative, assimilando la rendicontazione ad una relazione sulle attività svolte e/o sul numero di cittadini assistiti, piuttosto che su aspetti di maggior interesse dal punto di vista dei destinatari.

In termini più analitici, le informazioni principali contenute nelle aree di rendicontazione riguardano:

- le linee politiche di intervento perseguite dall'Azienda;
- dati di contesto;
- criticità e bisogni rilevati;
- azioni realizzate;
- attività e servizi erogati;

- risorse economico-finanziarie gestite;
- risultati raggiunti.

Un aspetto particolarmente critico, rilevato nella maggioranza dei documenti esaminati, è la scarsa relazione tra gli obiettivi programmati e i risultati raggiunti. Soltanto in due dei sette documenti esaminati i risultati raggiunti e le azioni intraprese sono descritti con riferimento agli obiettivi strategici dell'Azienda; tuttavia, anche in questi casi si tratta più di un riferimento ad obiettivi istituzionali che non una chiara esplicitazione del nesso tra bisogni della comunità, individuazione di priorità e risposte fornite dall'Azienda.

Da ultimo, è opportuno rilevare anche come dall'analisi emerga una scarsa presenza di informazioni relative a performance negative (rendicontazione di ciò che non è stato raggiunto a causa di inefficienze della gestione interna o per altre cause).

4) Utilizzo di indicatori per la rendicontazione

Elemento centrale della rendicontazione sociale è certamente il sistema degli indicatori, utile a rappresentare in modo sintetico ed efficace le performance dell'organizzazione. In quasi tutti i casi le Aziende hanno espresso i risultati relativi ad ogni area di rendicontazione in termini quantitativi attraverso indicatori di costo e di produzione.

Tali dati sono normalmente confrontati con quelli di uno o più anni precedenti (*benchmarking* temporale); è un confronto che evidenzia andamenti tendenziali e rende più facilmente interpretabili i dati rispetto al valore assoluto. Vi è un unico caso, invece, di *benchmarking* competitivo, ossia di comparazione dei propri risultati con quelli di altre Aziende Sanitarie o strutture private che svolgano analoghe attività.

Infine, alcuni bilanci sociali dedicano una sezione ai risultati ottenuti dalle indagini sulla soddisfazione degli utenti (*customer satisfaction*) e alla partecipazione e coinvolgimento di associazioni di volontariato e organismi di tutela (analisi partecipata della qualità, rappresentanza, accoglienza e umanizzazione, carta dei diritti e dei doveri).

5) Lay-out

L'aspetto grafico-editoriale dei documenti analizzati appare decisamente eterogeneo: c'è chi ha preferito una versione ricca di immagini e foto, con il chiaro obiettivo di dare al documento una veste più accattivante per i destinatari e chi, invece, ha preferito una versione più sobria, inserendo soltanto tabelle e grafici.

Tutte le Aziende hanno comunque realizzato una pubblicazione sia in formato cartaceo del bilancio sociale che in formato elettronico; alcune Aziende hanno anche realizzato una pagina web del sito aziendale per favorire la comunicazione del documento e raccogliere *feedback* da parte dei lettori.

Un ulteriore elemento distintivo, allo scopo di una migliore fruibilità del bilancio sociale, è la scelta di poche Aziende di presentare un estratto che riprenda la struttura e i contenuti in modo sintetico e che evidenzia soltanto i principali risultati raggiunti.

Tabella 3 - Quadro sinottico

	ASL 12 Biella	ASL 4 Chiavari	ASL Città di Castello	ASL Firenze	ASL 3 Milano	ASL Roma D	A.O. Padova
Ambito di rendicontazione							
Alcune attività							
Tutte le attività	X	X	X	X	X	X	X
Struttura							
Modello GBS	X	X			X	X	X
Altri modelli			X	X			
Contenuto							
Segmentazione per stakeholder	X	X		X		X	X
Segmentazione per settori			X		X		
Relazione obiettivi-risultati						X	
Misura prodotti	X	X	X	X		X	X
Misura effetti							
Sistema indicatori							
Quantitativi	X	X	X	X	X	X	X
Qualitativi							
Benchmarking temporale	X	X	X	X	X	X	X
Benchmarking competitivo			X		X		X
Customer satisfaction	X			X		X	X
Lay-out							
Formato cartaceo	X	X	X	X	X	X	X
Formato elettronico	X	X	X	X	X	X	X
Estratti	X		X			X	
N. pagine	112	165	130	117	70	104	72

3.2.3 Criticità e prospettive di applicazione del bilancio sociale in sanità

Le esperienze di rendicontazione sociale attualmente in corso in ambito sanitario, benché in numero ancora alquanto limitato, possono essere oggetto di alcune considerazioni.

Innanzitutto il rapporto esistente tra rendicontazione e programmazione. Il bilancio sociale dovrebbe essere in grado di rendere conto ai diversi beneficiari interni ed esterni del grado di raggiungimento degli obiettivi preventivamente esplicitati dall'Azienda, secondo quanto riportato in altri documenti (piano strategico, documento di programmazione annuale, bilancio economico-patrimoniale, ecc.).

Si rende quindi opportuno un "allineamento" dei diversi documenti attraverso i quali le Aziende definiscono i propri obiettivi e misurano i propri risultati. Le Aziende Sanitarie producono una pluralità di *report* e di documenti, in parte di utilizzo interno, in parte di comunicazione esterna – in primo luogo alla Regione – che devono essere in qualche modo "messi in ordine", semplificati e in ogni caso integrati nei contenuti. In alcuni casi, invece, c'è l'impressione che il bilancio sociale sia stato oggetto di una riflessione ad hoc, quasi

come se l'Azienda dovesse ripensare a ciò che fa o ai propri portatori di interesse per la prima volta. Questo apparente parallelismo del processo di rendicontazione sociale dal processo "ordinario" di programmazione e controllo dell'Azienda non ha in realtà (almeno nella prima edizione del documento) nulla di patologico; spesso, infatti, spinta dalla necessità di "rendere conto" all'esterno, l'Azienda riesce anche a "rendersi conto" meglio, al proprio interno, di quali sono i principali ambiti di attività e indicatori di risultato.

In questo senso, intraprendere la redazione del bilancio sociale può essere di grande aiuto: favorisce infatti l'adozione di un punto di vista esterno attraverso il quale rileggere a consuntivo le attività svolte e i risultati raggiunti.

È evidente tuttavia che a regime la rendicontazione a consuntivo debba trovare coerenza con i documenti di programmazione e in generale con tutti gli altri documenti aziendali che esplicitano missione, obiettivi, risorse e risultati dell'Azienda. Avere, insomma, un'unica "catena di senso", come è stata definita da alcuni¹¹, che consenta di esplicitare all'interno e all'esterno dell'Azienda, e in modo circolare, le linee di indirizzo aziendale, i programmi posti in essere, le attività svolte e i risultati raggiunti. Questo allineamento dei documenti presuppone una grande chiarezza interna e una certa maturità dei sistemi informativi aziendali. Se questo è vero, inoltre, non dovrebbe esservi neanche più separazione tra la logica della rendicontazione sociale e quella del miglioramento della qualità dei servizi o, più in generale, della misurazione multidimensionale delle performance (ad esempio attraverso l'uso di *balanced scorecard*); tutti i sistemi informativi di supporto al governo aziendale dovrebbero essere una fonte unica e integrata per qualsiasi forma di rendicontazione all'interno e all'esterno.

Una seconda considerazione riguarda la necessità che il bilancio sociale non riguardi unicamente il rapporto tra la singola Azienda e il proprio contesto di riferimento, ma integri al suo interno il rapporto tra Azienda e Regione. Proprio a partire dall'esigenza sopra richiamata di garantire coerenza tra programmazione e rendicontazione, è evidente come il bilancio sociale di un'Azienda Sanitaria, nel momento in cui intende comunicare ai cittadini l'esito delle proprie azioni, stia rendendo esplicito anche il grado di attuazione di una politica regionale. In un sistema sanitario sempre più regionalizzato, il bilancio sociale è anche uno strumento di restituzione ai cittadini di quanto essi in ultima istanza hanno richiesto al livello regionale attraverso il meccanismo della rappresentanza.

Riconducendo questa riflessione alle esperienze analizzate nei precedenti paragrafi, possiamo quindi ipotizzare che quelle esperienze realizzate dalle singole Aziende dovranno via via coinvolgere anche il livello regionale, non più solo come destinatario del documento, ma anche e soprattutto come attore del processo di rendicontazione. Analogamente, in modo speculare, le iniziative promosse direttamente dal livello regionale, come nel caso dell'Emilia Romagna, dovranno evitare di riprodurre una forma di rendicontazione autoreferente, interna al sistema, che chiarisca meglio i rapporti tra Regione e Aziende, rimanendo però scarsamente fruibile e comprensibile dal punto di vista dei cittadini e degli altri attori locali.

Una terza riflessione concerne maggiormente l'aspetto metodologico della rendicontazione sociale. È singolare che la maggior parte dei bilanci sociali redatti da singole Aziende, come

¹¹ Rogate C., Tarquini T. (2003).

abbiamo visto, dichiarino di ispirarsi o di applicare gli standard definiti dal Gruppo per il Bilancio Sociale (GBS)¹². Nell'applicazione, infatti, quasi tutti se ne discostano sensibilmente, almeno per la parte che attiene alla riclassificazione dei dati contabili e al calcolo del valore aggiunto, che costituisce una parte essenziale, se non qualificante, dello standard GBS.

Tale apparente contraddizione dipende probabilmente dal fatto che le singole Aziende, ritenendo di dover esplicitare la metodologia di riferimento, onde poter dichiarare e "certificare" in qualche modo la correttezza e il rigore dell'impostazione, non abbiano trovato in Italia riferimenti comuni e accreditati di larga diffusione se non per l'appunto quelli definiti dal GBS. Si finisce così per dichiarare il rispetto di uno standard da cui poi ci si discosta.

Questa richiesta di standard di riferimento, o quanto meno di criteri comuni e condivisi di realizzazione del bilancio sociale, potrà probabilmente nei prossimi mesi essere soddisfatta dalle "Linee guida per la realizzazione del bilancio sociale" recentemente realizzate dal Foromez nell'ambito di un progetto del Dipartimento della Funzione Pubblica, la cui presentazione ufficiale è prevista entro la fine del 2005. Tali linee guida presuppongono l'articolazione del documento in tre parti, così suddivise:

- valori di riferimento, visione e programma dell'amministrazione;
- politiche e servizi resi;
- risorse disponibili e utilizzate.

Sempre nei prossimi mesi, di particolare interesse potrà essere l'esito del lavoro di redazione di linee guida per il bilancio sociale da parte del Centro interaziendale per il bilancio sociale della Regione Umbria¹³.

Una considerazione a parte deve essere poi dedicata al concetto di portatore di interessi (o di *stakeholder*) più volte richiamato nei bilanci sociali analizzati.

È nostra impressione che la cosiddetta "mappatura" degli stakeholder, alla base della maggior parte dei bilanci sociali, sia di per sé un esercizio utile a rileggere l'attività dell'Azienda Sanitaria dal punto di vista esterno, dei diretti beneficiari della sua azione. Tuttavia appare alquanto anomalo che tale esercizio abbia luogo in sede di rendicontazione, dal momento che ciascuno degli interlocutori individuati sono spesso oggetto anche di azioni, programmi di intervento o progetti già definiti in sede preventiva.

Alla base della *stakeholder theory* vi è l'individuazione di uno spazio di responsabilità sociale, che l'impresa, per sua natura orientata al profitto, rischia di perdere di vista. Ma per un'amministrazione pubblica, e per un'Azienda Sanitaria pubblica in particolare, la soddisfazione dei diversi portatori di interesse non è qualcosa di diverso dal perseguimento della missione e dell'attività istituzionale. Per questo è opportuno che il bilancio sociale sia unicamente l'occasione per porre al centro di tutta l'attività di programmazione e governo dell'Azienda la definizione delle attese e la soddisfazione dei diversi portatori di interesse. Ancora una volta si tratta di un'esigenza da soddisfare in sede di programmazione perché abbia poi un senso in sede di rendicontazione. In altri termini, in un'Azienda Sanitaria non solo la rendicontazione è "sociale", ma è socialmente rilevante tutta l'attività posta in essere dall'Azienda.

¹² Diverso ovviamente è il caso del bilancio di missione delle Aziende della Regione Emilia Romagna, impostato in base ad una struttura comune definita centralmente.

¹³ La loro presentazione ufficiale è prevista al più tardi nei primi mesi del 2006.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto si impone una considerazione finale. Si parla infatti di bilancio sociale delle Aziende Sanitarie per sottolineare proprio l'obbligo di rendere conto ai cittadini da parte di un soggetto pubblico. Tuttavia, in ambito sanitario, le dinamiche della spesa e l'offerta dei servizi presentano una forte interdipendenza tra soggetti pubblici e soggetti privati, che si tratti dell'assistenza sanitaria, dell'assistenza farmaceutica o dell'integrazione socio-sanitaria. Ne risulta un universo di rapporti e di relazioni (si pensi soltanto a quelli tra settore farmaceutico, medicina di base, cittadini e Aziende Sanitarie) in cui sarebbe opportuno uscire da una prospettiva del bilancio sociale unicamente come pratica del singolo soggetto, per andare invece verso un'etica comune della responsabilità. In prospettiva non avremo bisogno di tanti bilanci sociali redatti dalle singole Aziende, dalle singole case farmaceutiche, dai singoli Comuni o dalle singole Case di cura accreditate, quanto di patti di corresponsabilità tra tutti questi soggetti che a livello locale cooperano per contribuire, con ruoli diversi, alla qualità della vita delle persone.

È in questo senso che dovranno dirigersi sia le forme di rendicontazione promosse a livello locale che l'attenzione ad esse rivolta dai livelli regionali e nazionali. Responsabilizzare i diversi soggetti che compongono i sistemi sanitari nelle loro relazioni, agendo a monte delle politiche e dei servizi, garantendo la sostenibilità economica delle scelte e un'idea di qualità condivisa. Senza questa convergenza di interessi e la definizione di uno spazio comune di responsabilità sociale pur tra soggetti che operano con logiche e finalità diverse, appare molto difficile che nei prossimi anni la pratica del bilancio sociale possa incidere strutturalmente sull'efficienza nell'uso delle risorse e sulla qualità dei servizi.

Bibliografia

- Bersani P., Frascisco P., Aziende sanitarie e cittadini: comunicare con il bilancio sociale, Edizioni Sole 24 Ore, Milano, 2005.
- Frittoli G., Tanese A. "Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la Balanced Scorecard e il bilancio sociale nelle aziende sanitarie", Rapporto Ceis Sanità 2004, Roma, Ital-Promo Esis Publishing, 2004
- Hinna L. "Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche. Processi, strumenti, struttura e valenze", Franco Angeli, Milano, 2004. De Fabritiis
- Pezzani F. (a cura di), L'accountability delle Amministrazioni Pubbliche, Egea, Milano, 2003
- Rogate C., Tarquini T., Il bilancio sociale negli Enti Locali, Maggioli Editore, Rimini, 2004
- Tanese A. (a cura di), Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione Dipartimento della Funzione Pubblica, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2004.

3.3 Dai piani strategici ai piani per la salute: tendenze in atto nella pianificazione strategica delle Aziende Sanitarie italiane

Cuccurullo C.¹, Meneguzzo M.²

3.3.1 Introduzione

La strategia è il campo delle discipline manageriali che maggiormente si è sviluppato negli ultimi quattro decenni, seguendo vari e differenziati percorsi, difficilmente sistematizzabili, che hanno reso labili i confini del tema, senza mai addivenire definitivamente alla condivisione unanime della stessa definizione di strategia aziendale³.

Da almeno tre lustri⁴, un altrettanto florido rigoglio teorico, accompagnato anche da un'emergente pratica manageriale, ha interessato gli studi specifici sulle aziende pubbliche e in particolare sulle Aziende Sanitarie, considerate realtà avanzate dal punto di vista manageriale in ambito pubblico⁵. In questi stessi anni il profilo strategico delle Aziende Sanitarie si è, come era naturale attendersi, evoluto per effetto di una serie di cambiamenti esterni e interni alle Aziende: si è, quindi, modificata la medesima concezione di strategia da parte delle Aziende Sanitarie, che in questo capitolo tratteremo con la chiave di lettura della prospettiva storica, in modo da evidenziare la naturale maturazione manageriale e, con una serie di casi, sintetizzati in appositi box che migliorano la comprensione della riflessione teorica.

L'articolazione del capitolo è tripartita. In una prima parte, si illustrerà la fase della pianificazione strategica; in una seconda parte, l'orientamento alla governance; in una terza parte, si analizzeranno le basi logiche della strategia intesa come posizionamento strategico.

3.3.2 La pianificazione strategica nelle Aziende Sanitarie (1995-2000)

Una delle possibili definizioni di strategia consiste proprio nella formulazione di un piano definito di obiettivi per un orizzonte temporale di medio-lungo periodo, coincidente con un triennio in coerenza con i Piani Sanitari Nazionali e regionali. Il processo che si adotta per l'elaborazione di un piano strategico è chiamato, per l'appunto, pianificazione e si articola in una fase di analisi ambientale interna ed esterna che precede la formulazione degli obiettivi. L'eccessiva enfasi analitica che caratterizza la pianificazione rende il processo molto strutturato e razionale, distaccato quasi in modo netto, peraltro, da considerazioni strategiche in merito alla realizzazione dei medesimi obiettivi. Sebbene la pianificazione strategica sia stata già da tempo abbandonata dalle imprese come processo di for-

¹ Università Magna Grecia Catanzaro.

² Università Roma Tor Vergata.

³ In *Strategy Safari*, Mintzberg et al. individuano cinque differenti ambiti definitivi di strategia.

⁴ In *Italia, il primo contributo sulla strategia nelle Aziende Sanitarie pubbliche* è Rebori, Meneguzzo, 1990.

⁵ Si veda a tal proposito la prefazione di Meneguzzo contenuta in Cuccurullo, 2003.

mulazione delle scelte di lungo periodo a favore di approcci incrementali, cognitivi e negoziali, più propriamente detti di management strategico per la maggiore enfasi sulla gestione della fase implementativa degli obiettivi, lo stadio introduttivo di adozione di approcci strategici nella sanità italiana, in linea con quanto è avvenuto nelle aziende pubbliche in genere in diversi Paesi occidentali, è stato di tipo pianificatorio.

Le esperienze di pianificazione strategica, sviluppate nella seconda metà degli anni '90, possono ricondursi a tre principali tipologie di piani⁶, sintetizzati nella seguente tabella rimodulata con le tendenze evolutive in atto.

Tabella 1 - I profili dei piani strategici delle Aziende Sanitarie italiane (1995-2000)

	Piano come linee guida	Piano come linee guida con programmi e previsioni di spesa	Piano di rientro economico-finanziario ⁷
Analisi ambientale	• Quadro delle risorse locali • Modello organizzativo adottato	Equilibrio economico-finanziario	Analisi dell'offerta • Ricoveri • day hospital • Riabilitazione e lungodegenza • Liste di attesa ambulatoriali – ricoveri • Liste di attesa ricoveri • Pronto soccorso Incrementi / riduzione attività – servizi
Formulazione	Linee strategiche	Obiettivi strategici e programmi operativi	Obiettivi di contenimento dei costi
Specificità	Fini istituzionali: missione	Quantificazione dell'impatto dei singoli obiettivi	Prospetto di equilibrio economico-finanziario
Finalità	Esplicitazione missione aziendale	Sviluppo aziendale	• Controllo dei costi e del sistema di offerta • Risanamento aziendale
Tendenze In atto	• Adozione di obiettivi operativi • Riprogettazione verso i piani di salute	Collegamento con piano pluriennale rientro e piano delle azioni triennali	Riorientamento verso Piani governance del sistema sanitario locale

Fonte: Riebolazione da Cuccurullo C. 2003

⁶ Cuccurullo C. (2003).

⁷ Lo schema di tale piano fa riferimento al modello di cui si dotò la Regione Lombardia nel 1998.

La prima tipologia e la più diffusa tra le Aziende Sanitarie pubbliche, è quella del Piano come linee guida in cui si definiscono gli obiettivi a medio termine (normalmente tre anni), gli orientamenti strategici di fondo e la missione e le finalità istituzionali.

Questa tipologia presenta molti punti di contatto con la tipologia dominante nelle esperienze di piani triennali delle Unità Sanitarie Locali, in cui si prevedeva l'esplicitazione della missione aziendale, in diretto collegamento con le specificità del contesto ambientale (realtà regionale e locale) in cui la USL era inserita.

Particolare attenzione viene quindi dedicata all'analisi dell'ambiente locale di riferimento (aspetti demografici, territoriali, epidemiologici, culturali, presenza di risorse locali, possibilità di sinergie con altre istituzioni), mentre il piano strategico è concentrato sull'individuazione di macro-obiettivi di intervento e sulla valutazione del loro impatto organizzativo, nella prospettiva di ricerca di coerenza tra modello organizzativo e strategia.

Nel Box 1 si presenta l'esperienza della ASUR (Azienda Sanitaria Unica della Regione Marche) che ha adottato nel 2004 un piano strategico, in cui sono state individuate quattro principali azioni strategiche, a cui sono stati associati specifici pacchetti di intervento.

Box 1 - Il piano dell'ASUR Marche

Di seguito si presentano tutte le linee strategiche, con il dettaglio delle azioni relative alle "strategie finanziarie" e alle logiche di governance del sistema sanitario.

La ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) è stata istituita nel 2003, risultante dal processo di fusione delle preesistenti 12 Aziende Sanitarie Locali (trasformate ora in zone), operanti a livello regionale, molte delle quali di piccole dimensioni, con una specifica missione di diventare centro di coordinamento e controllo strategico e centro di servizi e competenza per zone e distretti.

Sono state previste diverse azioni strategiche rappresentate da:

- **GOVERNANCE DEL SISTEMA E RETE DI ZONE TERRITORIALI E DISTRETTI;**
 - l'attività di assistenza tecnica e supporto alla formulazione dei Piani attuativi di zona, da riorientare in prospettiva come piani per la salute a livello di zona;
 - valutazione sulla fattibilità di introdurre nella programmazione locale modalità innovative di pianificazione come i piani integrati per la salute e Piani sanitari partecipati;
- **INNOVAZIONE FUNZIONALE PER L'EQUILIBRIO DEL SISTEMA;**
- **VALORIZZAZIONE E GESTIONE FINANZIARIA;**
 - formulazione e messa in atto di Piani per la gestione del cambiamento nelle diverse Zone, finalizzati a gestire la transizione verso il nuovo modello organizzativo ASUR e verificare la possibilità di conseguimento di economie di scala nell'offerta di servizi e nelle attività amministrative, logistiche e alberghiere.
- **PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E VALUTAZIONE STRATEGICA;**
- **APPROVVIGIONAMENTI/APPALTI E INVESTIMENTI.**

Una seconda configurazione di piano, meno frequente della precedente, è denominata Piano come insieme di obiettivi collegati a programmi e proiezioni di spesa.

Questa seconda tipologia rappresenta una integrazione tra modelli razionali di pianificazione e modelli di management strategico, considerata la particolare attenzione dedicata alle modalità di implementazioni, simili alle logiche di project management, focalizzate sull'identificazione di responsabilità, risorse, tempi e risultati delle singole azioni. La quantificazione dell'impatto dei singoli obiettivi strategici è definita in termini di spesa corrente e di investimento e di costi emergenti e cessanti.

Le finalità di questo piano consistono nel definire le priorità strategiche in termini finanziari, nell'implementare le scelte vincolandole al mantenimento costante dell'equilibrio economico complessivo, nel determinare il quadro delle risorse per il triennio di programmazione⁸.

Un piano simile a questa configurazione è stato adottato dall'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova.

L'ultima configurazione di piano è rappresentata dal piano di rientro economico-finanzia-

Box 2 - Il Documento di Pianificazione strategica 2005-2007 dell'Ospedale Evangelico di Genova

L'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova è stato fondato nel 1857 dalle Chiese Evangeliche di Genova: Anglicana, Luterana, Presbiteriana, Scozzese, Riformata Svizzera, Valdese.

Il Documento di Pianificazione strategica 2005-2007 prevede, dopo l'individuazione della visione e della missione, uno stretto collegamento tra queste ultime con gli obiettivi generali dell'OEI a livello economico finanziario, di qualità dei servizi offerti e sulla crescita e sviluppo interno.

Segue, poi, l'individuazione di aree strategiche di intervento: tecnologie (tecnologie dell'informazione e della comunicazione, tecnologie biomedicali per prevenzione, diagnosi e cura); relazione con medici di base; gestione delle risorse umane (organizzazione, formazione e sviluppo); qualità e riduzione del rischio clinico; innovazione finanziaria, partnership e accordi contrattuali; attività sanitarie.

Vengono poi presentati i principi guida: ospedale senza dolore; riduzione del rischio in ospedale; ospedale integrato nella rete territoriale e dell'emergenza; ospedale accogliente e attento al paziente; ospedale di riferimento provinciale/regionale per patologie a medio-bassa complessità ed orientato alle nuove tecnologie per il miglioramento continuo della qualità dei servizi.

Infine, nella parte conclusiva si elencano le priorità di investimento e presentata la balanced scorecard per il triennio, in cui sono prese in considerazione le prospettive finanziarie, degli stakeholders aziendali, dei processi interni e della crescita e dello sviluppo.

rio, strutturato per pianificare il raggiungimento dell'equilibrio economico-reddituale attraverso il contenimento dei costi. Questa tipologia, introdotta inizialmente dalla Regione Lombardia nel 1998, è ora seguita da altre Regioni che combinano esigenze di individuazione di linee di sviluppo strategico delle Aziende Sanitarie con esigenze di rispetto delle compatibilità finanziarie a livello del sistema sanitario regionale. Il principale scopo di que-

⁸ Cuccurullo C. (1999).

sta configurazione di piano, che ha precise analogie con i *business plan* introdotti nel *National Health Service* britannico con l'introduzione del quasi-mercato e la separazione acquirenti/fornitori, è il controllo della spesa.

Box 3 - I business plan nella Regione Lombardia

La Regione Lombardia ha richiesto alle Aziende Sanitarie indicazioni precise e vincolanti per la definizione dei Piani sanitari triennali nella forma di piani di rientro economico-finanziari.

Per le diverse aree di offerta di servizi sanitari, le Aziende dovevano specificare:

- l'analisi quantitativa;
- la caratterizzazione dei servizi offerti;
- la descrizione delle politiche perseguite (anche in termini di sviluppo previsti) e dei processi di riorganizzazione.

Nel caso di sviluppo di specifiche attività/servizi o di dismissione era necessario indicare:

- le modalità alternative di accesso al servizio;
- le difficoltà e le resistenze interne ed esterne;
- i volumi di prestazioni non erogate;
- le entrate e costi cessanti;
- il personale in esubero.

Fonte: Cuccurullo C. (2003)

I Piani di rientro rappresentano un utile strumento per le Regioni che intendono governare le dinamiche della spesa, identificando in dettaglio le principali determinanti. In genere, la richiesta di piani di rientro economico-finanziario è accompagnata da criteri di elaborazione estremamente rigidi e vincolanti che riducono lo spazio di autonomia strategica delle Aziende Sanitarie, trasferendo in tal modo alla Regione la determinazione delle politiche di sistema.

3.3.3 Tendenze in atto: l'orientamento alla governance e la ricerca del posizionamento

La rassegna delle diverse configurazioni di piani strategici è stata utile per illustrare il primo stadio dell'introduzione di approcci strategici da parte delle Aziende Sanitarie italiane. Se si allarga la prospettiva di analisi fino ad individuare le tendenze in atto può scorgersi una fase evolutiva del profilo strategico delle Aziende Sanitarie.

Una prima tendenza è rappresentata dal ripensamento dei piani strategici come sintesi e contenitori di diversi documenti di sviluppo strategico, da quelli economico-finanziari a quelli organizzativi, di *marketing* e comunicazione istituzionale, di innovazione e imprenditorialità interna. Il piano strategico diventa, in tal modo, strumento di comunicazione del corso strategico aziendale (strategie direzionali), delle sue possibilità/capacità (analisi interna), dei vincoli (analisi esterna) che deve fronteggiare, delle modalità realizzative⁹.

⁹ Cuccurullo C. (1999).

Una seconda tendenza è rappresentata dalla ridefinizione del Piano strategico come “piano per la salute”, ricollegandosi ad esperienze in corso a livello europeo, principalmente nel National Health Service britannico, di definizione di piani per il miglioramento della salute (*Health and well being improvement programme – HIP*).

Gli HIP si caratterizzano per l'analisi dettagliata delle principali opportunità e minacce per la salute e il benessere nell'ambito operativo delle Aziende Sanitarie e per l'articolata mappatura degli *stakeholder*, a cui si collegano le azioni prioritarie e i programmi futuri di miglioramento. Nel contesto italiano, una prima interessante esperienza di questo genere è quella realizzata nel 2001 dalla Regione Emilia Romagna, che ha dato specifiche indicazioni alle aziende USL per la formulazione di piani di salute, indicando quattro principali aree di attenzione che cercano di far acquisire al cittadino uno stile di vita più salutare e la consapevolezza di considerare la salute un “bene” che merita di essere progettato.

Box 4 - Il Piano della salute della AUSL di Cesena: gli elementi caratterizzanti

Gli elementi caratterizzanti di un Piano della salute possono essere distinti tra contenuti e soggetti coinvolti. Prima di approfondire i due aspetti occorre ricordare che il PS costituisce un Patto Locale di Solidarietà per la Salute, di durata triennale, che viene elaborato, coerentemente agli indirizzi e alle strategie definiti dalle politiche di salute, sulla base della situazione demografica, epidemiologica e socioeconomica locale e identifica obiettivi di salute da raggiungere in uno specifico ambito territoriale. Il Piano della salute è guidato dagli Enti Locali (Conferenza Sanitaria territoriale) con il supporto tecnico delle competenze epidemiologiche e comunicative della AUSL e coinvolge altre organizzazioni, gruppi di popolazione e singoli individui, dentro e fuori dal SSN.

Per quanto riguarda i contenuti devono essere segnalati i più importanti bisogni di salute della popolazione locale; a questi si collegano strettamente i principali bisogni di assistenza sanitaria e sociale della popolazione locale e le modalità di risposta in termini di offerta di servizi da parte di Aziende Sanitarie, EELL, terzo settore e privato accreditato e le modalità di interconnessione fra le azioni di competenza dei vari enti e organizzazioni, con chiara indicazione sulle risorse attivate, sui tempi e sulle modalità di verifica previste, in corso d'opera e finale.

Gli altri possibili partner che sono coinvolti nell'elaborazione del Piano, oltre ad enti locali e AUSL, possono essere distinti tra:

- il capitale pubblico – *professional* sanitari, inclusi i Medici di Medicina Generale (MMG), le Aziende pubbliche Ospedaliere, le altre Aziende Sanitarie pubbliche, Enti e organismi istituzionali come i Comitati Consultivi Misti, Uffici periferici e Organismi istituzionali di riferimento (INAIL, INPS, Provveditorato agli Studi, Distretti scolastici, Ufficio del lavoro, Centri di formazione professionale, ecc.), network informale degli enti a rilevanza sanitaria (ARPA, Sistema di protezione sociale, Organizzazioni assistenziali);
- il capitale di mercato – la rete dei servizi sanitari privati locali (Case di cura, Cliniche, Laboratori, Studi medici), gli enti a rilevanza assicurativa (Mutue assistenza, ecc.);
- il capitale sociale – le Organizzazioni *no profit* (Cooperative sociali, ONLUS, ecc.), le reti di impegno civico, l'Associazionismo strutturato (Organizzazioni di rappresentanza e tutela, Organizzazioni di volontariato sociale), Fondazioni, Enti, Club a vocazione sociale, Gruppi di interesse (Comitati, Movimenti di opinione, Assemblee), le Organizzazioni sindacali, le persone fisiche (*testimonial*), le persone giuridicamente rappresentate (Società professionali e scientifiche, confederazioni industriali, organizzazioni sindacali, organizzazioni di categorie, ad es. artigiani e altri).

Fonte: www.ausl-cesena.emr.it/PPS

La reale novità dei Piani per la Salute è rappresentata dal fatto che coinvolge, come nel caso degli HIP, tutte le istituzioni che potenzialmente hanno un ruolo nella promozione e nel miglioramento della salute dei cittadini (Enti Locali, Comuni, Province, Aziende sanitarie pubbliche e private, organizzazioni di volontariato e sindacali) .

L'orientamento all'adozione di Piani di Salute si sta sempre più consolidando in alcuni Servizi Sanitari Regionali: dall'Emilia Romagna alle Marche (in cui i piani della salute sono ricordati nell'azione strategica *Governance* del sistema a rete di zone territoriali e distretti, riportata nel Box 1, pag. 176), alla Toscana, che ha introdotto le Società per la salute, alla Basilicata, che come prima Regione del Mezzogiorno li ha introdotti.

Una terza tendenza riguarda la definizione di Piani per lo sviluppo della governance dei sistemi sanitari locali. In verità, già in passato vi sono state alcune esperienze pilota, soprattutto nelle Regioni del centro Italia, di progettazione dei contenuti dei Piani strategici in una logica di governance dei sistemi sanitari locali, come nel caso del Piano strategico della ASL di Urbino. Queste esperienze si sono evolute, a seguito del processo di fusione delle ASL marchigiane nella ASUR, fino ad essere ricomprese nell'azione strategica *Governance* del sistema a rete formato da zone e distretti, sintetizzata nel primo Box (pag. 176).

È importante sottolineare a questo proposito la diversa accezione che viene attribuita al termine *governance* del sistema sanitario locale nelle diverse Regioni.

In alcune Regioni (Marche, Basilicata, Emilia Romagna), la sanità locale è vista come sistema relazionale strutturato in termini di *governance*, cioè di relazione tra soggetti di pari livello e dignità ma differenziati per ruolo/responsabilità e per competenze e politiche di intervento svolte, riferite allo specifico ambito territoriale di riferimento. Di conseguenza il piano si configura come strumento di comunicazione istituzionale proposto alla collettività amministrata, nonché come patto tra i diversi attori istituzionali, privati non profit e privati¹⁰.

In Lombardia, nel documento di programmazione della ASL Pavia, esperienza pilota a livello regionale, la *governance* viene intesa come governo del sistema di offerta e di erogazione dei servizi, al fine di un progressivo ridimensionamento dei servizi a gestione diretta e una graduale e costante esternalizzazione e allargamento dei confini del settore privato mediante l'uso dei contratti di acquisto. La funzione di *governance* presuppone, quindi, lo sviluppo e il consolidamento delle capacità di programmazione, acquisto, vigilanza e controllo delle prestazioni sociosanitarie nella prospettiva di negoziare le condizioni migliori di servizio per i cittadini.

¹⁰ Un esempio è il Piano strategico 2002-2004 dell'Asl di Piacenza.

Box 5 - Azienda Sanitaria Locale di Pavia Documento di programmazione 2005

I contenuti caratterizzanti del Documento di Programmazione 2005 “Vincere la sfida della *governance*” sono in stretto raccordo con il Piano sociosanitario regionale 2002-2004 della Lombardia, rappresentati da:

- la formulazione di quattro obiettivi, rappresentati dal governo della domanda, dal governo dell’offerta, dalla realizzazione dei Piani di Sviluppo regionali (Riabilitazione, Oncologico, Prevenzione, Psichiatria, Cerebro vascolare), l’integrazione con le realtà territoriali;
- la specificazione per ogni obiettivo delle unità operative responsabili dell’attuazione, degli strumenti e dei sistemi gestionali a supporto, delle azioni chiave e dei benefici attesi;
- lo stretto collegamento con il processo di negoziazione del *budget* annuale, articolato per centri di responsabilità, impegnati sul recupero di efficienza;
- il consolidamento del sistema della qualità aziendale, attraverso la messa in atto del progetto di accreditamento *Joint Commission*;
- il rafforzamento dell’infrastruttura informatica e telematica, attraverso il progetto CRS carta regionale dei servizi SISS;
- lo sviluppo di un pacchetto di indicatori per la valutazione dell’impatto sulla salute delle attività delle Aziende Sanitarie (Progetto VISA).

Fonte: Vincere la sfida della governance, ASL di Pavia.
Si ringraziano il Direttore Generale Dr. Del Missier e il responsabile dell’area Risorse Umane Dr. Russo

La riconfigurazione dei piani strategici come strumenti di governance si accompagna alla conseguente maggiore sensibilità delle Aziende Sanitarie verso l’adozione di sistemi e strumenti di *accountability* nei confronti dei diversi soggetti istituzionali, attori sociali e cittadini, tra cui vanno necessariamente citati il bilancio di missione, il bilancio sociale e la *balanced scorecard*.

Con diverse sperimentazioni già in atto, molte Aziende Sanitarie emiliane stanno introducendo il bilancio di missione, che sul modello del bilancio di mandato degli Enti locali è destinato a modificare lo “stile” di rendicontazione, fornendo informazioni sui risultati raggiunti, non soltanto nella dimensione economico-finanziaria, ma anche nelle prospettive di attività/servizi erogati e della realizzazione delle azioni e dei progetti previsti dai documenti di programmazione triennale.

Sempre riconducibili all’esigenza di collegare *accountability* istituzionale e sociale con la governance del sistema sanitario locale sono altri due strumenti: il bilancio sociale¹¹ e la *balanced scorecard*¹².

Il bilancio sociale dell’Azienda Sanitaria Locale di Firenze, cui si rinvia per l’approfondimento, rappresenta un esempio di sintesi tra un piano strategico in cui si stabiliscono mis-

¹¹ Per un approfondimento sulle esperienze in atto sul bilancio sociale si rinvia al Laboratorio sul Bilancio sociale del programma Cantieri del Dipartimento della Funzione pubblica.

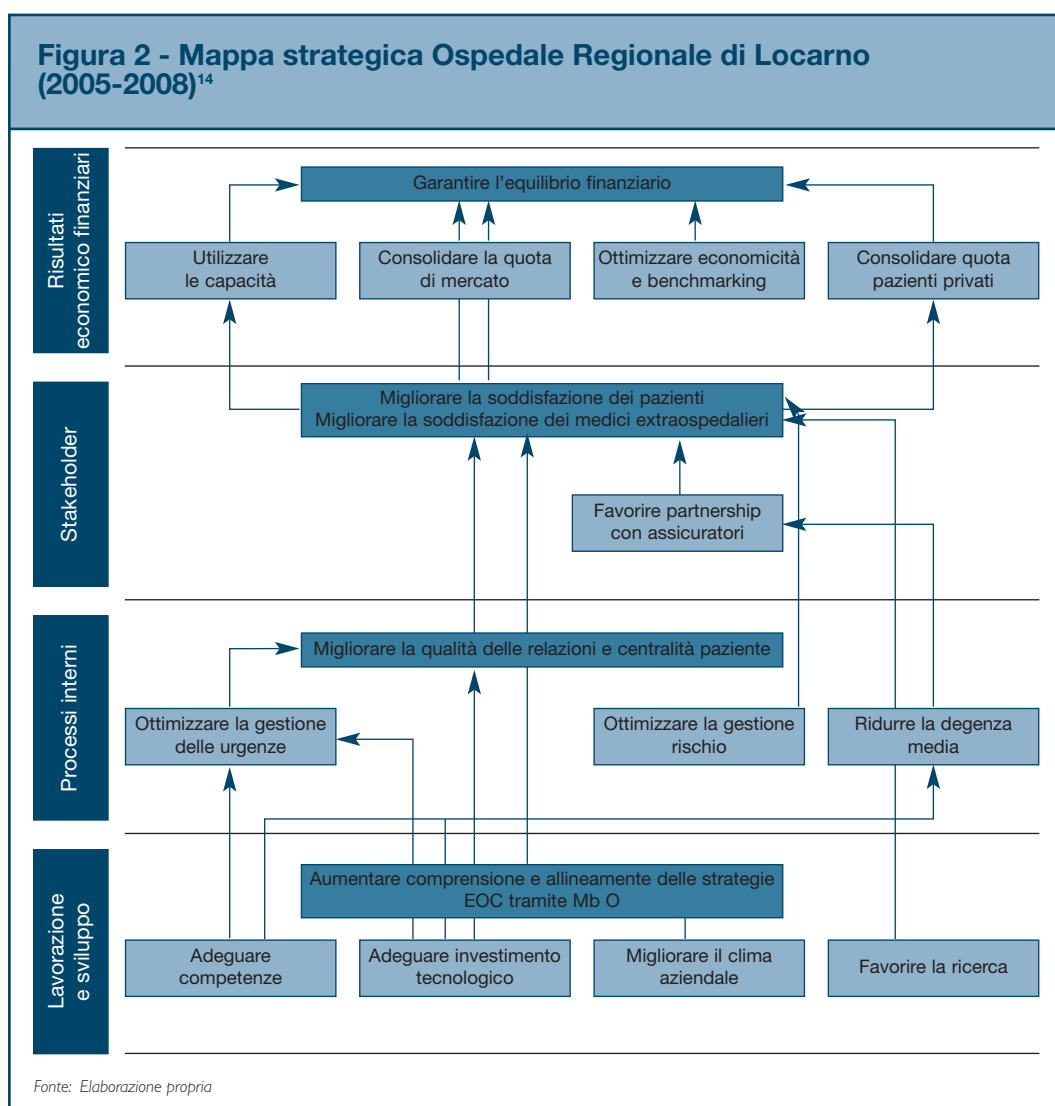
¹² Per un approfondimento ed un collegamento tra i diversi strumenti si veda Frittoli G., Tanese A. (2004).

sione (*prendersi cura, bene della salute dei cittadini*), identità aziendale, disegno strategico e linee programmatiche, e un sistema di rendicontazione sociale, con l'identificazione delle aree di attenzione:

- cura dei pazienti – chi ha bisogno di noi;
- cura dei collaboratori – chi lavora con noi;
- cura dei conti e patrimonio – le nostre risorse.

L'identificazione degli *stakeholder* comporta l'identificazione di prospettive diverse di risultati da rendicontare. La *balanced scorecard*, identicamente, può considerarsi uno strumento di valutazione multidimensionale delle *performance* e di comunicazione sociale¹³.

Figura 2 - Mappa strategica Ospedale Regionale di Locarno (2005-2008)¹⁴



¹³ Sull'impiego della *Balanced Scorecard* si rinvia a Cuccurullo, Tommasetti, 2004.

¹⁴ Nella mappa strategica, sintetizzata in figura, si nota la correlazione causa-effetto esistente tra i vari obiettivi strategici aziendali, che sono congiunti in ottica sistemica.

Box 6 - Il progetto BSC dell'Ente Ospedaliero Cantonale: l'esperienza dell'Ospedale Regionale di Locarno

L'Ente ospedaliero cantonale (EOC) è un'azienda con personalità giuridica propria di diritto pubblico, che gestisce quattro ospedali per acuti – Bellinzona e Valli, che include l'Istituto Oncologico della Svizzera italiana (IOSI); Lugano, con due diverse sedi: la Carità di Locarno; Beata Vergine di Mendrisio e la Clinica di riabilitazione di Novaggio.

L'EOC è amministrato da un Consiglio d'Amministrazione e gestito attraverso una Direzione Generale (DG) e Direzioni locali (DL). L'esigenza di dotarsi di un nuovo strumento per la gestione strategica è nata dall'esigenza di colmare il *gap* esistente tra formulazione e implementazione, monitorando e valutando le proprie *performance* in ottica multiprospettica.

La BSC è stata scelta perché favorisce, grazie all'approccio multidimensionale che la caratterizza, una visione globale dei risultati ottenuti, rappresentando il punto di contatto ideale tra le due dimensioni della gestione che coesistono nelle organizzazioni sanitarie: quella "economica" e quella "clinica".

3.3.4 Il posizionamento strategico

Negli ultimi anni, i crescenti disavanzi sanitari hanno indotto le Regioni a ripensare gli assetti istituzionali e i sistemi tariffari per mitigare gli effetti distorsivi della competizione interna. I quasi-mercati erano stati introdotti con i D.L.vi 502/92 e 517/93 allo scopo di orientare i soggetti erogatori attraverso la concorrenza ad una continua innovazione al fine di contenere i costi e migliorare la qualità. Di fronte a tali benefici attesi, sono evidenti i rischi reali che sono derivati dall'introduzione della concorrenza nel settore sanitario: non si è ottenuta una reale riduzione dei costi, ma un effetto *cost shifting*; così come efficienza e qualità non sono migliorate, ma si è ristretta la scelta e l'accesso ai servizi, evidente attraverso i livelli delle liste di attesa e il fenomeno delle fughe; gli erogatori finanziati a tariffa hanno adottato comportamenti opportunistici di inflazione dei volumi e non di riduzione dei costi; si verifica una riduzione della liquidità, che implica il ritardato pagamento dei fornitori che si traduce in un aumento dei costi diretti, quali il contenzioso e le spese amministrative ed un aumento dei costi sociali.

La *ratio* della rimodulazione dei sistemi sanitari consiste nella considerazione che i disavanzi sanitari regionali non possono leggersi come indicatori dell'inefficienza delle singole Aziende, ma come segnalatori di una non corretta logica di progettazione dell'assetto istituzionale del SSR. In altri termini, i disavanzi sanitari sono determinati da assetti organizzativi dei SSR incoerenti che rafforzano l'intensità competitiva.

Diverse Regioni, con la finalità di ridurre e contenere i disavanzi sanitari, hanno limitato l'ampiezza del quasi-mercato, nella considerazione che essi siano in gran parte determinati dall'intensità competitiva che si instaura nei propri Sistemi Sanitari Regionali tra Aziende pubbliche e Aziende private accreditate, producendo effetti distorsivi.

L'intensità competitiva si dimostra maggiore quando:

- esistono numerosi concorrenti, simili per dimensioni, capacità operativa (produttività) e specializzazione (indice di case mix);
- questi attori sono diversi fra loro per struttura di governance e orientamento strategico

di fondo che si sostanzia in missioni che possono differire e favorire una crescita opportunistica delle prestazioni;

- non c'è differenziazione tra gli attori e di conseguenza si crea una competizione sui volumi;
- i costi fissi sono molto alti, non solo per il personale; gli investimenti infrastrutturali e tecnologici hanno un costo elevato e sono altamente specializzati. La rigidità della struttura dei costi incoraggia i concorrenti ad inflazionare i volumi di erogazione.

Si può tendere a limitare l'intensità competitiva tra gli attori esistenti mediante:

- la riduzione della sovra capacità produttiva;
- la differenziazione della specializzazione delle Aziende per evitare una competizione sui volumi;
- la focalizzazione su diversi segmenti di domanda (*focused factory*);
- la ricerca di economie di scala e di apprendimento;
- la cooperazione tra concorrenti.

In questi contesti l'approccio strategico delle Aziende Sanitarie, in particolare di Aziende Ospedaliere e Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, tende non tanto ad individuare obiettivi strategici o gli stakeholder, come nei casi descritti nei precedenti paragrafi, ma a differenziare il posizionamento delle Aziende soprattutto in termini di specializzazione, misurata attraverso l'indice *case mix*, evitando, in tal modo, la ridondanza strategica, che provoca inutili duplicazioni e a ridurre i costi mediante economie di scala ed economie di apprendimento.

Tale approccio riconfigura le Aziende come *focused factory* ed è correlato, in particolare, alla dimensione competitiva e pertanto se ne avvantaggiano soprattutto le strutture ospedaliere.

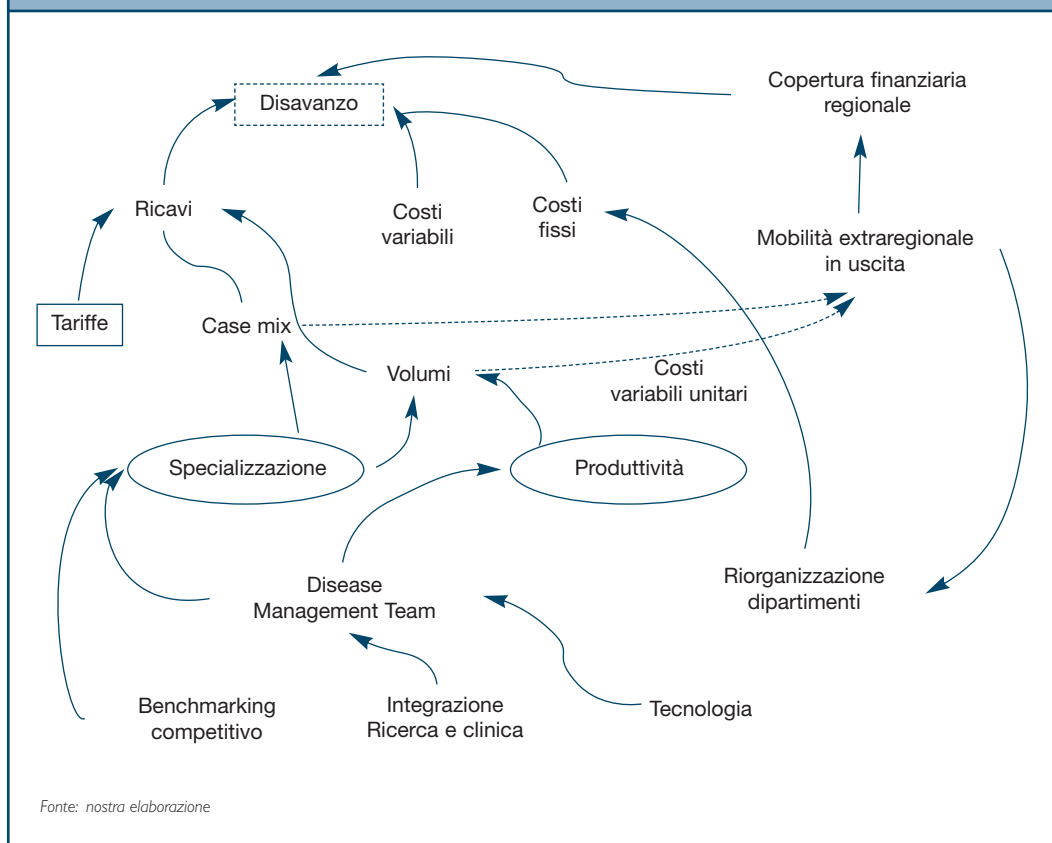
Box 7 - Il riorientamento strategico di un ospedale di alta specializzazione

Un ospedale monospecialistico del Centro Sud presentava un risultato economico-finanziario negativo, condizionato, come determinato nell'analisi del contesto interno, da ridotti livelli di specializzazione e produttività. L'analisi è stata completata con una valutazione delle minacce e delle opportunità esistenti e possibili, tra cui emergeva un'elevata mobilità in uscita di tipo extraregionale, che poteva recuperarsi. La Regione copriva finanziariamente, mediante un protocollo di intesa, circa l'80% dei costi della produzione.

Il riorientamento strategico ha riguardato la ricerca di un differente posizionamento competitivo: l'innalzamento degli indici di *case mix* per dipartimento consentiva di differenziarsi dalle strutture ospedaliere della medesima Regione, diventando pertanto un centro di eccellenza, e di competere direttamente con altri ospedali monospecialistici della stessa branca di altre Regioni, che costituivano i poli di attrazione della mobilità in uscita.

In questo modo si corregge l'errato ambito competitivo: nel caso di strutture di alta specializzazione e a rilevanza nazionale la competizione dovrebbe spostarsi a livello nazionale e non giocarsi a livello regionale, mentre a livello locale devono incoraggiarsi forme di collaborazione reticolare. Senza differenziazione e specializzazione, i soggetti erogatori non subiscono pressioni competitive reali e pertanto non si diffondono *best practices* e innovazione.

Le leve strategiche individuate sono state, dunque, la specializzazione e la produttività, da conseguire attraverso una riorganizzazione dipartimentale per organo e l'introduzione di *disease management team*.

Figura 3 - Percorso del valore per il riposizionamento strategico di un ospedale di alta specializzazione

3.3.5 Conclusioni

Lo scopo di questo capitolo è stato di fornire un quadro concettuale dell'evoluzione strategica delle Aziende Sanitarie nell'ultimo decennio, esplorando, attraverso la dinamica evolutiva dei casi descritti, la loro pratica strategica.

La prospettiva storica ha consentito di collocare tale evoluzione in un contesto più ampio, tenendo conto della maturazione manageriale nelle Aziende pubbliche e delle pressioni settoriali, come ad esempio il contenimento dei disavanzi, che ci ha consentito di distinguere due differenti periodi, con il secondo bipartito anch'esso in merito agli scopi degli approcci strategici adottati.

Ad un primo periodo, in cui le Aziende Sanitarie pubbliche si focalizzavano sulla definizione di piani, con configurazioni diverse, è seguito un secondo periodo, in cui la strategia si intende, specialmente, come approccio di governo di reti complesse di attori che contribuiscono diversamente alla creazione di valore pubblico e di posizionamento al loro interno.

Alcune riflessioni conclusive si distaccano maggiormente rispetto ad altre e si sintetizzano come segue:

- appare ampliarsi la base di Aziende Sanitarie che adottano approcci strategici;

- negli anni il processo strategico convenzionale, basato su piani, si è evoluto verso approcci meno tradizionali e più proiettati verso l'esterno come la progettazione e il governo di relazioni di attori o il posizionamento in ampie reti;
- sembra tramontare l'attenzione delle Aziende sul processo strategico e sembra invece emergere l'interesse sulle finalità della strategia, passando dalla definizione di obiettivi al coinvolgimento e alla partecipazione di altri attori;
- si riduce la finalità di allocazione delle risorse finanziarie e si rafforza la componente di controllo strategico;
- ugualmente importante sembra essere l'attenzione posta sulla realizzazione degli obiettivi strategici, con l'introduzione di tecniche di project management e metodologie organiche di formulazione, implementazione e controllo strategici.

Una riflessione, a dieci anni dall'introduzione della riforma del Sistema Sanitario Nazionale e dall'avvio del processo di aziendalizzazione, circa il profilo strategico delle Aziende Sanitarie, appare necessaria anche rispetto al non esiguo numero di contributi teorici sull'evoluzione delle logiche di organizzazione e di programmazione e controllo. Non può, infatti, dimenticarsi che varie criticità che oggi riscontrano le Aziende Sanitarie dipendono non tanto e non solo da aspetti funzionali, ma dalla difficoltà di disegnare una valida strategia, coerente con il contesto interno e le pressioni dell'ambiente esterno.

Questo studio dovrebbe, pertanto, ampliarsi mediante una rassegna sistematica di tutti i piani, e approfondirsi.

Bibliografia

- Borgonovi E., Meneguzzo M. (1985), *Processi di cambiamento e di programmazione nelle Unità Sanitarie Locali*, Giuffrè editore, Milano.
- Coda V., *L'orientamento strategico di fondo*, Utet, Torino, 1988.
- Cuccurullo C. (1999), *Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche – Metodi e strumenti di gestione strategica*, McGraw-Hill.
- Cuccurullo C., Tommasetti A., *L'impiego delle mappe strategiche nella balanced scorecard: processo di costruzione ed effetti sistemici*, Mecosan 2004, vol. 13, fasc. 49, p. 47-62.
- Duncan W.J., Ginter P.M., Swayne L.E. (1992), *Strategic management of health care organizations*, PWS-Kent Publishing Comp.
- Dyson G. (1992), *Strategic Planning and analytical techniques*, John Wiley and sons, London.
- Frittoli G., Tanese A. (2004), *Dalla strategia alla azione ed alla rendicontazione: Balanced Scorecard ed il bilancio sociale nelle aziende sanitarie*, Rapporto CEIS Sanità 2004, Ital-promo Esis Publishing, Roma.
- Koteen J. (1991), *Strategic Management in Public and Non-profit Organizations*, New York Praeger Publishers.
- Meneguzzo M. (a cura di) (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea.
- Normann R., Ramirez R. (1995), *Le strategie interattive di impresa*, ETAS Libri.
- Porter M.E. (1982), *La strategia competitiva. Analisi per le decisioni*, Edizioni della Tipografia Compositori, Bologna.
- Rebora G., Meneguzzo M. (1990), *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, UTET, Torino.

The background of the slide features a blue-tinted photograph of a group of people running. The figures are slightly out of focus, conveying a sense of motion and energy. The overall color palette is a monochromatic blue, ranging from light to dark tones.

Capitolo 4

Efficacia

4.1 I costi umani delle malattie in Italia

Palazzo F. *, Conti S. **, Minelli G. **, Solimini R. **, Toccaceli V. **, Stirparo G. *, Mennini F. S. ***

4.1.1 Introduzione

I dati di mortalità costituiscono una delle fonti di dati epidemiologici più solide ed esauritive; vengono rilevati su tutto il territorio nazionale, sono codificati secondo criteri di uso e validità internazionale. Essi costituiscono il più rilevante elemento ai fini della quantificazione dei costi umani delle malattie.

Il numero assoluto di decessi e i relativi tassi rapportati alla popolazione sono gli indicatori più semplici per analizzare la mortalità; essi sono una misura sintetica e chiara della distribuzione della mortalità in una popolazione e possono essere usati per stabilire e poi monitorare priorità e obiettivi di salute. In particolare, nell'ambito dell'attuale assetto federale del Sistema Sanitario italiano, un'analisi della mortalità a livello regionale fornisce informazioni specifiche che consentono di individuare priorità e obiettivi di sanità pubblica per ciascuna Regione.

4.1.2 Metodologia

Sono stati analizzati i dati di mortalità ufficiali rilevati e codificati dall'ISTAT secondo la IX revisione dell'*International Classification of Disease* (ICD IX), relativi ai decessi avvenuti in Italia, tra la popolazione residente, nell'anno 2001 (il più recente anno disponibile).

A partire dai dati di mortalità è possibile il calcolo di tutta una serie di indicatori sintetici (l'attesa di vita, i tassi standardizzati di mortalità, gli Anni di Vita Potenziale Persi con i relativi tassi standardizzati e altri) che permettono il confronto dell'andamento della mortalità nel tempo e nello spazio¹.

Gli Anni di Vita Potenziale Persi, denominati d'ora in poi con l'acronimo internazionale YPLL (*Years of Potential Life Lost*), sono una misura dell'impatto delle varie patologie in una popolazione, che quantifica le perdite in anni di vita umana causate dalle morti che avvengono prima di una certa età presa come *cut-off*, ad esempio l'attesa di vita.

Prendere in considerazione l'età alla morte piuttosto che il mero evento morte consente di assegnare ai decessi un peso diverso, a seconda dell'età in cui si verificano. Gli YPLL per una specifica causa di morte in una popolazione sono dati dalla somma, su tutte le persone che sono morte per quella causa, degli anni addizionali che esse avrebbero vissuto se avessero raggiunto l'attesa di vita. L'assunzione di base del metodo degli YPLL è che più è "prematura" la morte, più grande è la perdita che provoca.

* CNR, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e Politiche Sociali, Roma.

** Istituto Superiore di Sanità, Ufficio di Statistica, Roma.

*** CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata.

¹ Le elaborazioni sono state svolte dall'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità. Le elaborazioni riferite agli YPLL e alle mediane alla morte sono state effettuate da: CNR, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e Politiche Sociali, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Ufficio di Statistica, Roma, CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata.

Dal calcolo degli YPLL sono esclusi i decessi avvenuti nel primo anno di vita (la cosiddetta mortalità infantile) poiché essi sono dovuti a cause molto peculiari e si concentrano fondamentalmente nella prima settimana di vita.

Come *cut-off* dell'età da considerare nel computo degli YPLL è stata scelta l'attesa di vita alla nascita in Italia, espressa come valore intero della media delle stime ISTAT nel triennio 1999-2002: 76 anni per gli uomini e 82 per le donne.

L'attesa di vita alla nascita (o vita media) è, infatti, uno degli indicatori sintetici migliori per procedere ad un confronto di valori di mortalità sia nel tempo che nello spazio; essa esprime il numero medio di anni che un individuo potrebbe aspettarsi di vivere se fosse esposto, a ciascuna età, ai rischi specifici di morte osservati nell'anno in esame.

Inoltre, per una popolazione con un'elevata attesa di vita, come quella italiana, scegliere per il calcolo degli YPLL un *cut-off* di età non molto alto potrebbe essere fuorviante, in quanto informazioni utili sulle età alla morte e sulle cause di morte delle persone anziane non verrebbero prese in considerazione.

Per mettere in relazione il numero assoluto di YPLL con la numerosità della popolazione in esame viene calcolato il Tasso Standardizzato di YPLL, avendo come popolazione di riferimento quella italiana al censimento del 1991.

L'altro indicatore preso in considerazione è l'età mediana alla morte (detta in terminologia demografica "vita mediana"); si tratta di un indicatore di longevità di una popolazione ed è l'età in cui il contingente iniziale di popolazione a cui si riferisce, si dimezza. Sono state calcolate, separatamente per uomini e donne, le età mediane di morte per ciascuna causa selezionata in ciascuna Regione.

Le cause di morte prese in esame sono quelle più rilevanti nel nostro Paese: nel 2001 hanno contribuito a circa il 90,0% del numero assoluto di decessi (Tabella 1).

Tabella 1 - Elenco delle patologie e codici internazionali

Patologie	ICD IX Rev. Code
Tumori Maligni	140 - 208
Altre malattie del sistema circolatorio	410 - 414
Malattie Ischemiche del Cuore	390 - 409; 415 - 429; 439 - 459
Disturbi Circolatori dell'Encefalo	430 - 438
Malattie dell'Apparato Respiratorio	460 - 519
Malattie dell'Apparato Digerente	520 - 579
Malattie del Sistema Nervoso Centrale	320 - 349
Malattie infettive e parassitarie	1-139, 279.1
Cause violente	800 - 999

Fonte: IX Revisione dell'International Classification of Diseases (ICD IX)

Per la loro rilevanza sulla mortalità generale e all'interno dei suddetti grandi raggruppamenti, sono state inoltre analizzate anche alcune specifiche cause: l'infarto acuto del miocardio (Codice ICD IX 410), alcuni tumori (Polmone, Codice ICD IX 162, Mammella ICD IX 174 e Colon-Retto ICD IX 153-154; 159) e, tra le cause violente, gli incidenti stradali (ICD IX E810-819) e i suicidi (ICD IX E950-959).

Tenendo in considerazione l'attuale dibattito sul federalismo e i suoi problemi, l'analisi a livello regionale dei suddetti indicatori consente un confronto tra Regioni in termini di anni di vita potenziale persi e di età alla morte per ciascuna specifica causa di morte.

4.1.3 Risultati

4.1.3.1 YPLL e tassi standardizzati di YPLL

Nelle tabelle 2 e 3 (pag. 192) vengono riportati rispettivamente i numeri assoluti di YPLL e i relativi tassi standardizzati per gli uomini residenti in ciascuna Regione italiana e nelle P. A. di Trento e Bolzano², per grandi gruppi di cause; nelle Tabelle 4 e 5 (pag. 193), sempre per gli uomini, i valori relativi a cause specifiche selezionate.

Le corrispondenti informazioni per le donne sono riportate rispettivamente nelle Tabelle 6 e 7 (pag. 194) per grandi gruppi di cause e nelle Tabelle 8 e 9 (pag. 195) per le cause specifiche selezionate.

I tassi standardizzati per grandi gruppi di cause sono presentati sotto forma di mappe in cui le Regioni sono classificate in quartili³ della distribuzione dei tassi; in questo caso i dati riguardanti le P. A. di Trento e Bolzano sono stati considerati insieme nella Regione Trentino Alto Adige.

² Nella suddivisione regionale le Province Autonome Trento e Bolzano vengono considerate separatamente.

³ Metodo di suddivisione statistica della distribuzione in quattro parti.

Tabella 2 - Grandi Gruppi di Cause di Morte. YPLL; Uomini (2001)

Cause	Tutte le cause	Tumori Maligni	Cause Violente	Malattie Ischemiche del Cuore	Altri disturbi Apparato Circolatorio	Malattie Apparato Digerente	Disturbi Circolatori dell'Encefalo	Malattie Apparato Respiratorio	Malattie Infettive e Parassitarie	Malattie del Sistema Nervoso Centrale
ICD IX Rev.	0-999	140-208	800-999	410-414	390-409; 415-429 439-459	520-579	430-438	460-519	1-139; 279,1	320-349
Italia	1.800.940	636.052	340.752	183.773	171.191	101.442	74.059	51.909	41.125	32.725
Piemonte	146.190	52.384	29.900	14.505	13.592	8.211	6.704	4.070	3.652	2.609
Valle d'Aosta	4.857	1.341	1.196	486	458	391	110	118	71	83
Lombardia	303.459	120.000	57.743	30.852	23.322	15.630	10.955	7.884	9.662	5.316
Bolzano	14.872	4.283	5.319	1.601	698	882	345	758	318	236
Trento	15.557	6.121	3.216	1.278	1.841	1.089	512	361	292	109
Veneto	143.441	53.240	33.347	12.340	14.354	8.036	4.665	3.245	1.924	2.129
Friuli Venezia Giulia	42.674	16.015	8.716	3.363	4.377	2.778	1.615	915	533	705
Liguria	53.562	19.819	5.946	4.907	4.281	3.213	1.971	1.490	1.705	1.074
Emilia Romagna	127.440	45.547	27.450	14.215	11.141	5.674	4.640	3.524	3.350	2.054
Toscana	105.772	40.200	19.191	9.748	11.298	5.072	4.440	3.061	2.265	2.044
Umbria	24.848	9.501	4.480	3.011	2.659	1.069	1.143	716	305	239
Marche	40.106	14.402	9.079	3.991	4.009	1.536	1.755	932	628	622
Lazio	166.389	57.881	28.853	18.692	17.655	9.402	6.532	4.274	4.931	3.178
Abruzzo	37.258	11.708	7.854	4.238	3.774	1.942	1.504	1.215	849	647
Molise	9.988	3.312	1.974	909	916	781	536	322	62	243
Campania	179.726	57.963	21.895	21.470	17.996	12.434	8.706	5.874	2.832	3.149
Puglia	106.897	36.996	21.487	10.378	9.465	6.341	4.276	3.899	1.942	2.421
Basilicata	18.796	5.466	3.944	1.682	1.781	1.217	920	581	390	308
Calabria	57.750	16.702	11.952	5.445	7.048	3.740	2.775	2.065	774	1.227
Sicilia	145.300	44.692	24.880	16.028	15.254	7.842	8.096	4.836	2.970	3.248
Sardegna	56.058	18.479	12.330	4.634	5.272	4.162	1.859	1.769	1.670	1.084

Tabella 3 - Grandi Gruppi di Cause di Morte. Tassi standardizzati di YPLL per 100.000 abitanti; Uomini (2001)

Cause	Tutte le cause	Tumori Maligni	Cause Violente	Malattie Ischemiche del Cuore	Altri disturbi Apparato Circolatorio	Malattie Apparato Digerente	Disturbi Circolatori dell'Encefalo	Malattie Apparato Respiratorio	Malattie Infettive e Parassitarie	Malattie del Sistema Nervoso Centrale
ICD IX Rev.	0-999	140-208	800-999	410-414	390-409; 415-429; 439-459	520-579	430-438	460-519	1-139; 279,1	320-349
Italia	6.905,2	2.438,8	1.306,5	704,6	656,4	388,9	284,0	199,0	157,7	125,5
Piemonte	7.142,6	2463,8	1.599,3	683,8	651,9	389,7	316,2	192,2	183,1	129,3
Valle d'Aosta	8.556,8	2281,7	2.221,4	847,0	788,1	666,3	192,3	203,9	121,1	144,0
Lombardia	7.122,1	2791,9	1.392,4	718,8	543,6	362,3	256,4	187,1	222,3	126,5
Bolzano	7.232,8	2183,8	2.437,6	816,9	349,1	433,9	179,1	367,6	144,3	109,0
Trento	7.269,9	2852,4	1.506,4	597,2	876,2	503,7	242,7	174,8	127,6	52,4
Veneto	6.857,1	2549,4	1.596,5	590,6	685,6	380,0	223,7	155,9	90,0	102,1
Friuli Venezia Giulia	7.505,0	2734,1	1.660,0	569,8	753,4	471,9	278,8	161,1	97,4	123,1
Liguria	6.925,7	2406,7	904,3	588,9	538,3	402,7	234,0	185,5	237,9	149,1
Emilia Romagna	6.757,0	2339,6	1.587,4	721,8	578,8	295,0	238,1	180,9	179,6	108,2
Toscana	6.358,5	2336,1	1.262,1	562,4	675,8	300,1	257,5	178,9	140,3	125,6
Umbria	6.336,1	2360,6	1.233,0	743,3	679,8	268,5	278,8	176,8	81,4	57,9
Marche	5.880,4	2068,3	1.399,7	569,1	583,0	224,9	246,8	130,5	94,1	90,3
Lazio	7.029,6	2441,5	1.228,7	787,5	745,5	395,0	276,2	180,9	205,7	134,7
Abruzzo	6.463,6	2028,8	1.369,1	731,4	658,1	336,4	256,9	207,5	149,4	112,2
Molise	6.911,6	2289,0	1.372,6	628,1	644,5	545,7	363,4	219,9	45,4	170,7
Campania	7.652,2	2567,5	807,5	956,4	781,2	541,7	388,8	257,7	117,5	128,8
Puglia	6.157,2	2189,7	1.118,8	622,7	560,5	379,7	258,3	230,6	114,2	134,0
Basilicata	7.058,6	2124,6	1.415,0	639,3	661,4	481,6	351,8	215,5	145,7	115,2
Calabria	6.598,9	1957,9	1.257,9	648,4	824,4	440,7	324,3	234,6	91,1	139,4
Sicilia	6.794,5	2141,4	1.074,5	777,8	723,3	377,9	388,1	229,2	141,1	148,9
Sardegna	7.613,0	2585,1	1.559,8	650,5	723,9	566,5	258,8	250,1	221,7	145,5

Tabella 4 - Cause Specifiche di Morte. YPLL; Uomini (2001)

Cause	Tumore del Polmone	Incidenti Stradali	Suicidi	Tumore del Colon Retto
ICD IX Rev.	162	E810-819	E950-959	153;154;159
Italia	184.377	176.643	69.067	63.974
Piemonte	16.417	15.117	7.014	5.862
Valle d'Aosta	225	529	309	160
Lombardia	35.154	30.625	11.302	11.023
Bolzano	919	2.210	1.058	715
Trento	1.517	1.470	730	597
Veneto	14.157	18.264	7.480	5.962
Friuli Venezia Giulia	4.085	4.803	1.810	1.427
Liguria	6.387	2.799	1.021	2.402
Emilia Romagna	13.584	16.284	5.602	5.290
Toscana	11.345	10.024	4.546	4.410
Umbria	2.431	2.416	1.054	1.180
Marche	4.041	5.337	1.877	1.652
Lazio	18.197	15.599	4.812	6.098
Abruzzo	2.919	4.291	1.478	1.186
Molise	774	995	409	364
Campania	17.929	9.536	4.196	5.156
Puglia	10.597	11.714	3.014	2.580
Basilicata	1.283	2.191	816	664
Calabria	4.194	5.216	2.056	1.497
Sicilia	12.680	11.476	5.186	4.064
Sardegna	5.542	5.747	3.297	1.685

Tabella 5 - Cause Specifiche di Morte. Tassi standardizzati di YPLL per 100.000 abitanti; Uomini (2001)

Cause	Tumore del Polmone	Incidenti Stradali	Suicidi	Tumore del Colon Retto
ICD IX Rev.	162	E810-819	E950-959	153;154;159
Italia	706,9	677,3	264,8	245,3
Piemonte	760,3	829,6	364,9	273,9
Valle d'Aosta	383,2	1.036,6	541,6	273,8
Lombardia	815,9	750,5	267,3	255,8
Bolzano	477,2	990,3	507,2	364,2
Trento	713,0	691,1	338,4	276,0
Veneto	680,8	882,4	353,5	284,9
Friuli Venezia Giulia	691,2	947,5	331,2	241,0
Liguria	762,1	440,6	140,3	286,7
Emilia Romagna	685,8	954,9	311,9	268,6
Toscana	648,3	677,5	292,7	252,9
Umbria	594,7	676,1	284,2	287,2
Marche	575,1	833,8	285,4	236,4
Lazio	767,0	666,8	203,3	257,1
Abruzzo	503,7	744,3	258,7	204,4
Molise	529,7	697,3	281,8	248,4
Campania	815,1	340,3	160,9	230,9
Puglia	643,9	597,5	162,2	155,8
Basilicata	502,7	766,7	301,4	262,6
Calabria	499,5	516,2	223,1	178,5
Sicilia	618,7	480,1	238,0	198,4
Sardegna	780,4	710,0	421,7	237,3

Tabella 6 - Grandi Gruppi di Cause di Morte. YPLL; Donne (2001)

Cause	Tutte le cause	Tumori Maligni	Cause Violente	Malattie Ischemiche del Cuore	Altri disturbi Apparato Circolatorio	Malattie Apparato Digerente	Disturbi Circolatori dell'Encefalo	Malattie Apparato Respiratorio	Malattie Infettive e Parassitarie	Malattie del Sistema Nervoso Centrale
ICD IX Rev.	0-999	140-208	800-999	410-414	390-409; 415-429; 439-459	520-579	430-438	460-519	1-139; 279,1	320-349
Italia	1.555.363	689.825	112.567	169.324	112.563	107.606	78.046	45.281	32.725	24.422
Piemonte	130.791	59.155	10.788	13.990	8.175	10.026	6.803	4.011	2.609	1.889
Valle d'Aosta	3.736	1.761	293	535	193	290	149	78	83	15
Lombardia	247.516	121.619	18.803	23.006	17.438	15.193	11.354	7.475	5.316	5.311
Bolzano	9.741	4.518	962	1.100	657	483	522	355	236	334
Trento	10.562	5.379	863	1.342	805	516	559	317	109	272
Veneto	115.097	55.322	10.819	11.235	7.395	6.211	6.027	3.109	2.129	1.954
Friuli Venezia Giulia	35.536	17.093	2.981	3.497	2.520	1.787	2.027	945	705	382
Liguria	53.110	24.392	2.105	5.198	3.384	3.236	2.672	1.534	1.074	1.045
Emilia Romagna	113.479	54.528	10.105	10.642	8.135	6.828	4.472	3.303	2.054	1.993
Toscana	91.477	43.108	5.935	9.804	6.271	6.719	3.618	3.064	2.044	1.423
Umbria	21.081	9.113	1.817	1.836	2.178	1.393	727	775	239	306
Marche	36.279	17.593	3.488	3.533	2.506	2.188	1.316	1.034	622	618
Lazio	143.604	63.677	10.269	15.972	11.211	9.390	6.440	3.603	3.178	2.246
Abruzzo	30.135	12.504	2.237	3.513	2.282	2.413	1.509	887	647	465
Molise	8.003	2.965	549	1.140	798	568	438	253	243	286
Campania	162.037	62.279	7.083	21.000	12.982	13.138	11.298	4.330	3.149	1.944
Puglia	98.676	41.244	6.993	11.549	7.471	6.326	5.260	2.796	2.421	1.014
Basilicata	14.943	5.474	1.051	2.782	844	1.182	736	495	308	160
Calabria	49.581	18.028	2.684	7.227	3.684	4.103	2.720	1.481	1.227	735
Sicilia	139.843	52.370	9.407	16.522	10.853	13.063	7.071	3.857	3.248	1.442
Sardegna	40.136	17.703	3.335	3.901	2.781	2.553	2.328	1.579	1.084	588

Tabella 7 - Grandi Gruppi di Cause di Morte. Tassi standardizzati di YPLL per 100.000 abitanti; Donne (2001)

Cause	Tutte le cause	Tumori Maligni	Cause Violente	Malattie Ischemiche del Cuore	Altri disturbi Apparato Circolatorio	Malattie Apparato Digerente	Disturbi Circolatori dell'Encefalo	Malattie Apparato Respiratorio	Malattie Infettive e Parassitarie	Malattie del Sistema Nervoso Centrale
ICD IX Rev.	0-999	140-208	800-999	410-414	390-409; 415-429; 439-459	520-579	430-438	460-519	1-139; 279,1	320-349
Italia	5.535,1	2.454,9	400,6	400,6	602,6	277,7	382,9	161,1	86,9	164,1
Piemonte	5.855,2	2.624,8	537,1	356,4	616,6	301,4	440,9	175,1	85,6	190,0
Valle d'Aosta	5.855,2	2.624,8	537,1	356,4	616,6	301,4	440,9	175,1	85,6	190,0
Lombardia	6.269,3	2.936,1	516,9	319,9	899,5	249,5	480,7	131,7	24,7	181,9
Bolzano	5.449,4	2.653,3	424,9	386,3	509,5	248,9	336,5	166,9	116,2	166,7
Trento	4.710,0	2.217,5	415,2	328,4	550,1	251,5	242,1	171,9	135,7	128,5
Veneto	4.613,1	2.359,2	389,0	346,9	579,4	244,1	223,2	134,9	118,1	44,9
Friuli Venezia Giulia	5.186,0	2.487,4	495,7	333,2	505,0	270,5	278,8	139,4	87,4	120,8
Liguria	5.619,9	2.700,6	516,7	376,6	534,2	317,9	270,3	147,9	59,1	189,7
Emilia Romagna	5.830,8	2.702,0	269,7	335,8	547,7	289,2	327,1	159,6	129,6	191,7
Toscana	5.416,5	2.591,4	546,5	368,1	490,9	210,1	313,4	155,7	98,7	146,5
Umbria	4.864,9	2.301,1	344,7	317,1	508,7	192,2	342,7	162,2	79,0	164,1
Marche	4.789,7	2.075,6	456,0	464,5	408,1	158,6	301,9	174,6	69,2	216,8
Lazio	4.834,6	2.362,3	498,2	312,8	456,1	172,7	276,8	135,9	87,5	130,4
Abruzzo	5.579,3	2.449,1	397,5	444,4	627,9	250,3	370,9	142,1	85,8	176,5
Molise	4.781,9	2.005,5	358,9	355,9	549,5	240,4	375,6	139,1	75,2	167,5
Campania	4.999,0	1.876,9	363,1	484,0	714,7	276,0	332,9	154,0	174,6	155,9
Puglia	6.680,0	2.543,4	261,1	563,5	881,0	481,6	567,5	182,4	78,7	184,0
Basilicata	5.448,8	2.269,4	346,4	431,0	650,5	298,7	364,6	156,4	55,6	165,1
Calabria	5.377,7	1.980,4	375,4	301,1	1.006,0	257,4	425,8	180,3	57,2	151,0
Sicilia	5.491,8	2.001,3	284,8	416,7	808,1	305,3	460,9	164,6	81,8	140,3
Sardegna	6.102,6	2.290,9	376,7	486,0	730,7	313,8	582,6	171,3	63,6	170,8

Tabella 8 - Cause Specifiche di Morte. YPLL; Donne (2001)

Cause	Tumore del Polmone	Incidenti Stradali	Suicidi	Tumore del Colon Retto	Tumore della Mammella
ICD IX Rev.	162	E810-819	E950-959	153;154;159	174
Italia	69.864	51.631	25.040	78.550	159.230
Piemonte	6.179	5.727	2.381	6.512	14.153
Valle d'Aosta	217	134	107	197	338
Lombardia	13.770	7.944	4.482	12.791	29.030
Bolzano	499	358	299	484	1.258
Trento	649	506	247	725	1.111
Veneto	6.080	5.715	2.437	6.305	13.023
Friuli Venezia Giulia	1.488	1.208	770	2.205	3.943
Liguria	2.475	782	332	2.892	5.936
Emilia Romagna	6.551	6.120	1.406	6.553	12.413
Toscana	4.573	2.366	1.370	4.662	9.366
Umbria	926	1.022	383	1.487	1.966
Marche	1.754	1.776	912	2.879	3.564
Lazio	8.458	4.650	2.273	7.510	14.588
Abruzzo	846	1.110	378	1.376	2.555
Molise	166	154	163	260	814
Campania	6.286	2.265	1.912	6.567	12.815
Puglia	2.617	3.185	1.518	4.747	9.908
Basilicata	255	417	259	489	1.047
Calabria	960	869	451	2.113	4.090
Sicilia	3.797	3.898	2.194	5.698	12.627
Sardegna	1.318	1.425	766	2.098	4.685

Tabella 9 - Cause Specifiche di Morte. Tassi standardizzati di YPLL; Donne (2001)

Cause	Tumore del Polmone	Incidenti Stradali	Suicidi	Tumore del Colon Retto	Tumore della Mammella
ICD IX Rev.	162	E810-819	E950-959	153;154;159	174
Italia	248,6	183,7	89,1	279,5	567
Piemonte	270,6	300,8	112,0	284,8	632,5
Valle d'Aosta	356,9	257,2	176,1	325,9	561,7
Lombardia	299,7	182,6	98,5	279,3	629,0
Bolzano	241,8	148,4	130,7	238,3	601,6
Trento	285,8	229,1	110,0	316,2	485,0
Veneto	274,4	264,8	110,1	283,4	582,8
Friuli Venezia Giulia	232,8	212,1	130,1	343,7	623,6
Liguria	267,0	109,5	43,4	307,9	669,4
Emilia Romagna	309,5	346,0	69,9	307,4	595,5
Toscana	243,1	142,4	78,2	244,2	503,5
Umbria	208,8	266,5	92,5	332,6	460,1
Marche	235,1	259,9	129,5	386,6	483,9
Lazio	324,8	180,2	86,3	290,4	554,9
Abruzzo	136,7	178,4	61,7	222,0	414,8
Molise	108,9	102,1	113,8	158,8	531,1
Campania	258,8	78,4	68,4	272,4	522,1
Puglia	146,6	148,6	78,1	265,4	540,7
Basilicata	93,2	147,5	93,1	178,2	387,7
Calabria	108,0	90,2	46,9	235,8	461,5
Sicilia	166,9	149,9	89,6	253,4	550,8
Sardegna	176,7	172,4	90,8	279,8	615,0

Tumori Maligni

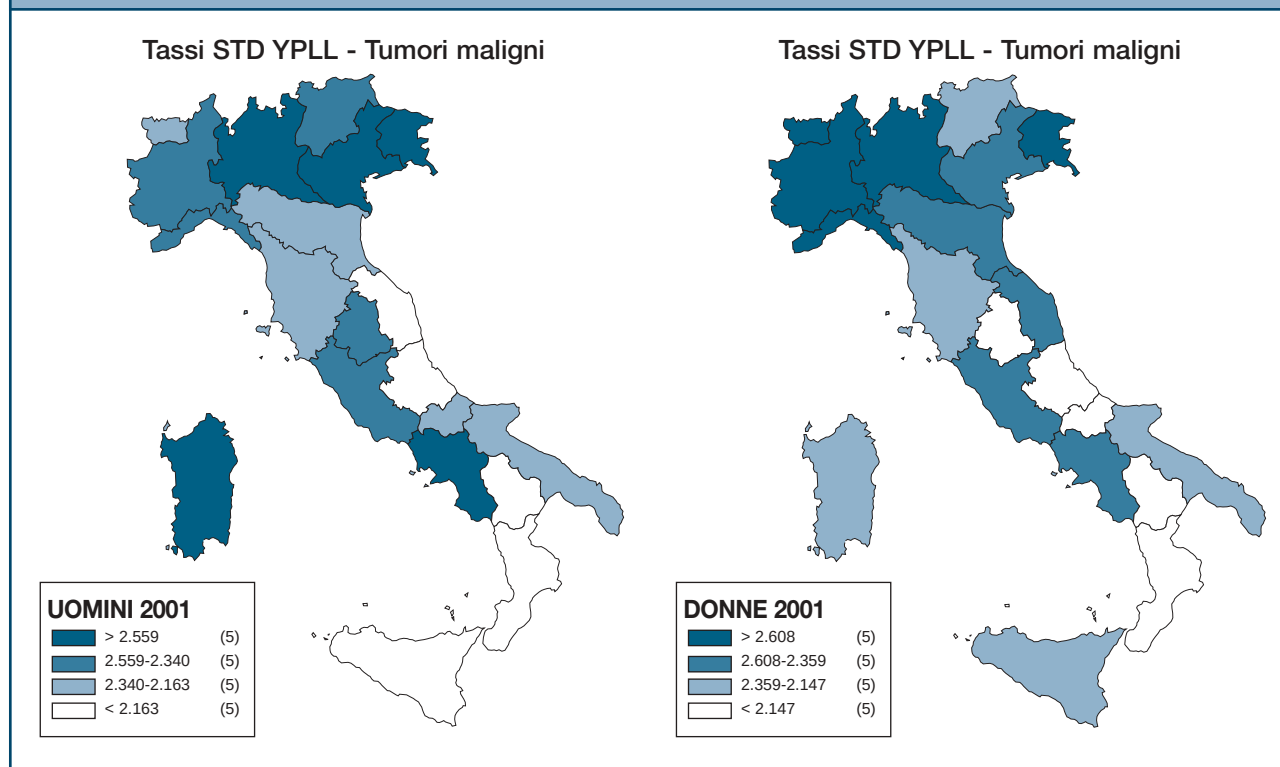
Nonostante i notevoli progressi in campo diagnostico e terapeutico, la patologia tumorale continua ad essere la principale responsabile della mortalità prematura, ovvero impedisce che venga raggiunto il traguardo dell'attesa di vita: di circa 1 milione e ottocentomila anni di vita potenziale persi nel nostro Paese fra gli uomini nel 2001, oltre un terzo è da imputare ai tumori maligni; per le donne, il contributo ai circa 1 milione e mezzo di anni di vita potenziale persi è ancora più cospicuo, essendo circa il 44,0%.

Tra i tumori maligni i cosiddetti "*big killer*" per gli uomini, cioè il tumore del polmone e del colon retto, sono responsabili insieme di una notevole quota di vita potenziale persa (circa il 40,0%). Il *big killer* per le donne, il tumore della mammella, contribuisce ad oltre il 10,0% degli anni persi nel genere femminile; esso, insieme ai tumori al polmone e al colon retto, fornisce un contributo alla vita potenziale persa del 42,0%.

Esaminando i tassi di YPLL regionali, tra gli uomini emergono valori prevalentemente più alti al Nord, più bassi al Centro (con l'eccezione del Lazio) e al Sud (con le eccezioni della Campania e della Sardegna).

Tra le donne si osserva ancora una prevalenza di valori elevati al Nord (dove si osservano i tassi di YPLL più alti in assoluto) e più bassi al Centro e al Sud.

Figura 1 - Tassi standardizzati YPLL dei tumori maligni (uomini e donne, 2001)



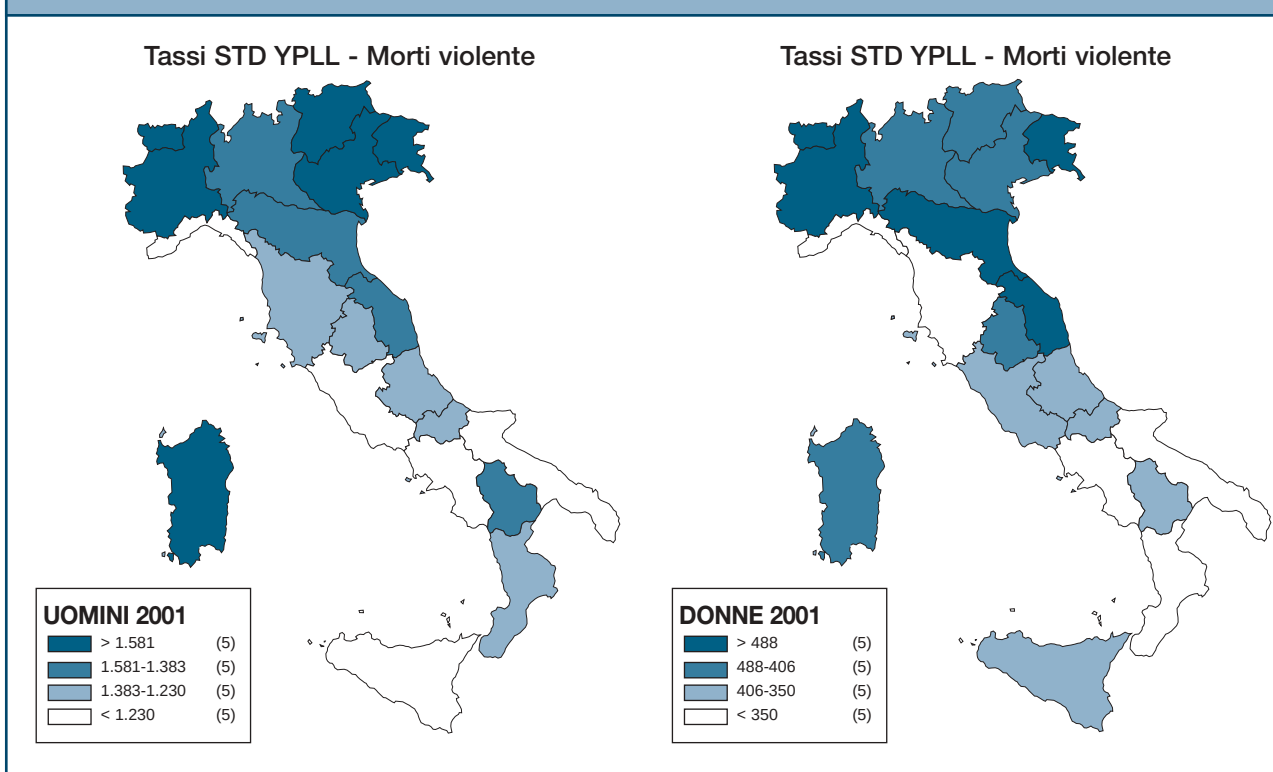
Morti Violente

La seconda causa di morte responsabile della mortalità prematura sia tra gli uomini che tra le donne del nostro Paese è costituita dalle cause violente, a cui si deve circa un quinto dei YPLL totali; tra queste di assoluto rilievo sono gli incidenti stradali, responsabili da soli della metà circa degli anni di vita potenziale persi per cause violente.

I tassi di YPLL per incidenti stradali non mostrano un chiaro trend geografico.

I suicidi contribuiscono per circa un 20,0% alla perdita di anni per cause violente e i tassi di YPLL sono maggiori nelle Regioni del Nord, in particolare tra gli uomini.

Figura 2 - Tassi standardizzati YPLL delle Morti Violente (uomini e donne, 2001)

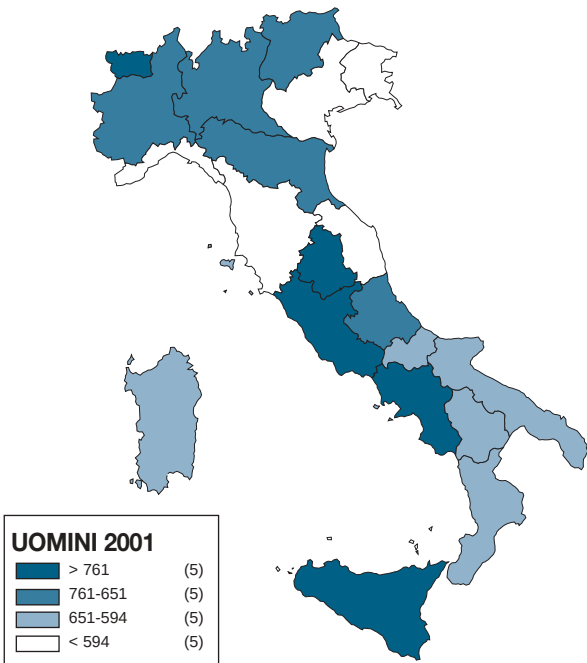


Malattie Ischemiche del Cuore

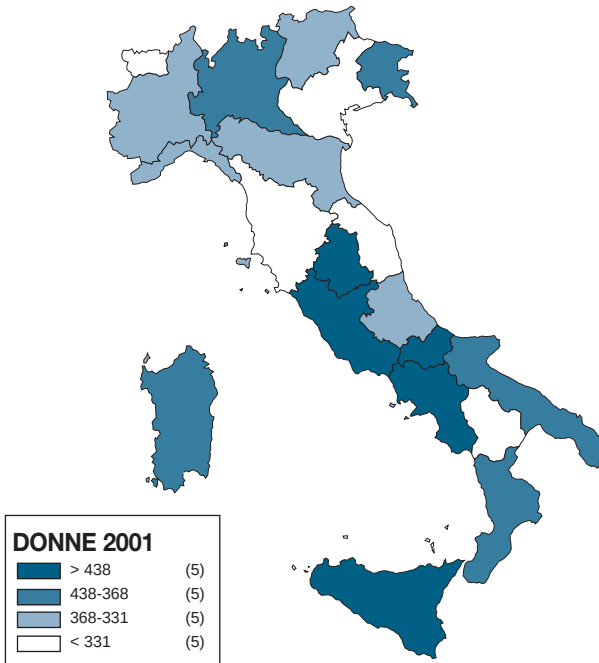
Le malattie ischemiche del cuore (che comprendono l'infarto acuto del miocardio) forniscono, sia per gli uomini che per le donne, un rilevante contributo agli YPLL (intorno al 10,0%); i tassi di YPLL regionali non presentano variazioni significative, né per gli uomini né per le donne; la Regione con il tasso di YPLL più alto è la Campania (sia tra gli uomini che tra le donne).

Figura 3 - Tassi standardizzati YPLL delle Malattie Ischemiche del Cuore (uomini e donne, 2001)

Tassi STD YPLL - Malattie Ischemiche del cuore



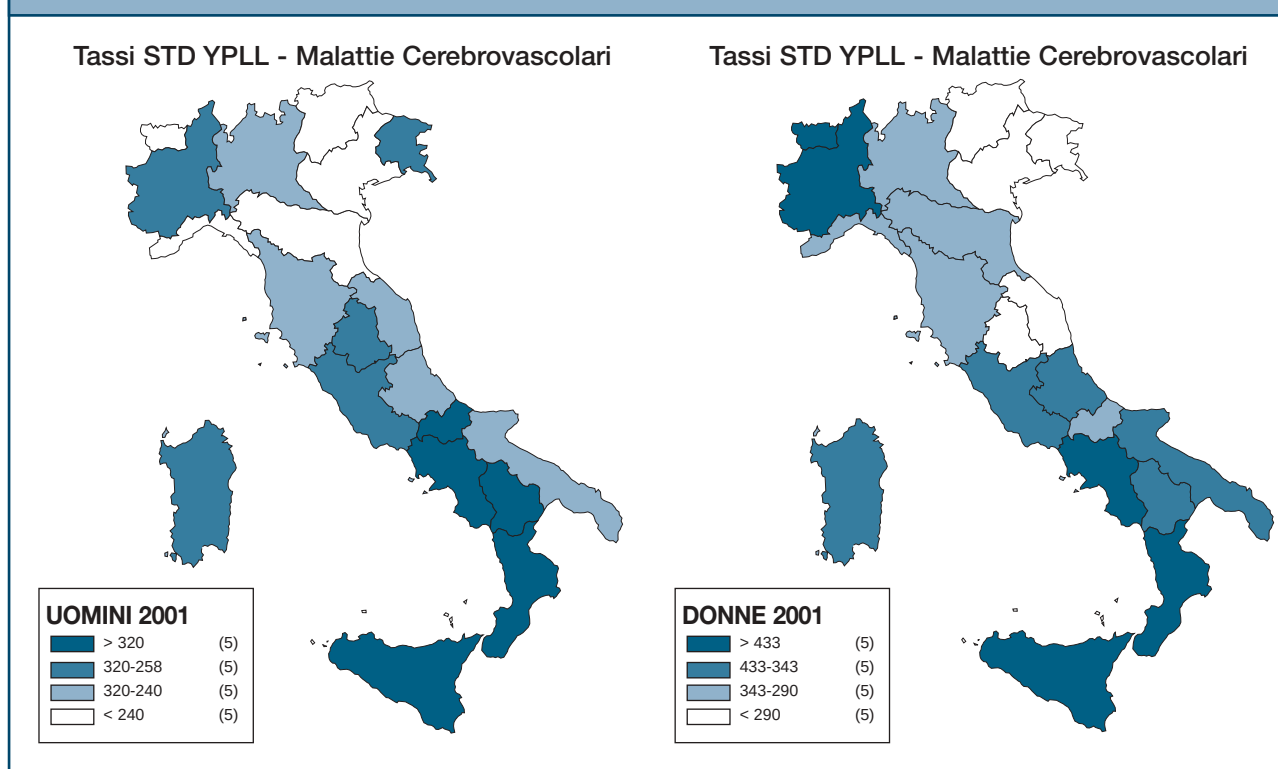
Tassi STD YPLL - Malattie Ischemiche del cuore



Malattie Cerebrovascolari

Le malattie cerebrovascolari presentano i valori di tassi di YPLL più elevati in alcune Regioni del Sud: tra gli uomini, a fronte di un tasso standardizzato *ypll rate* nazionale di 284 per 100.000, i valori regionali più elevati si osservano in Campania (388.8) e in Sicilia (388.1); analogamente, i tassi di YPLL più elevati tra le donne si registrano in Sicilia e Campania (rispettivamente, 582 e 567 per 100.000 a fronte di un valore nazionale di 383).

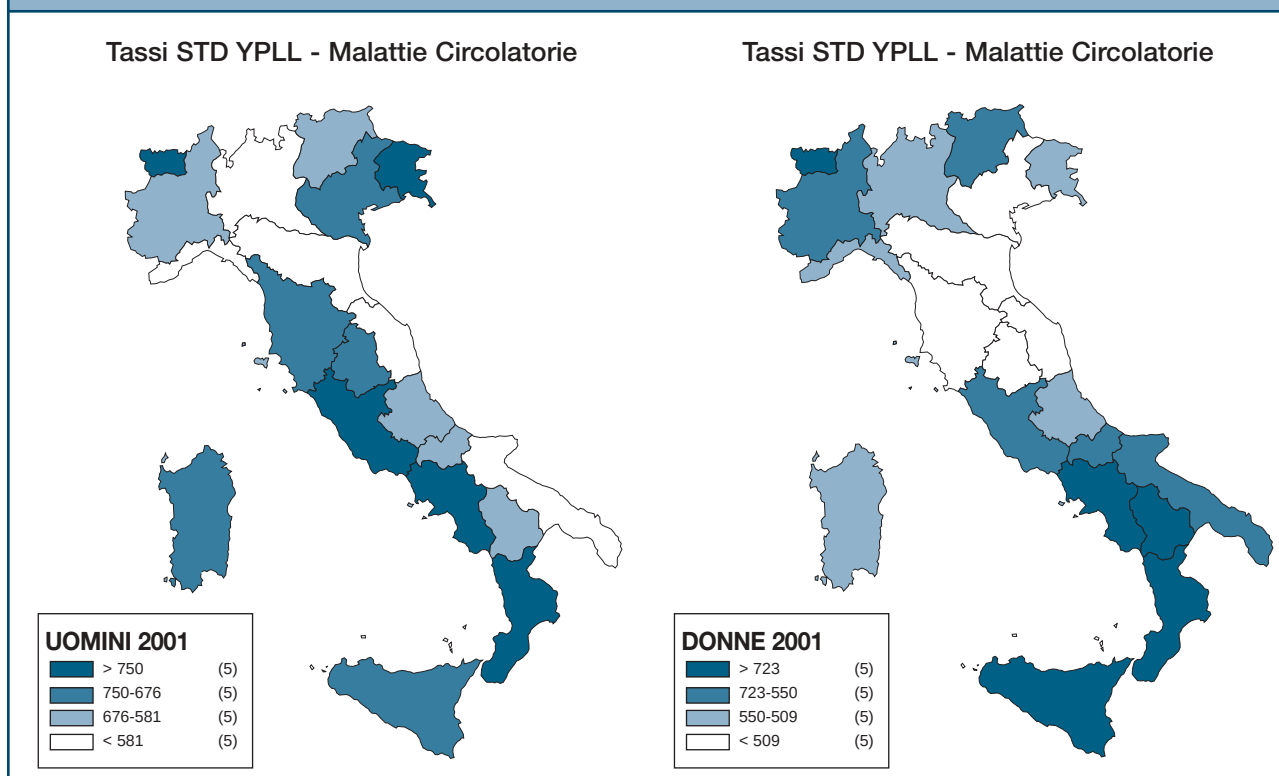
Figura 4 - Tassi standardizzati YPLL delle Malattie Cerebrovascolari (uomini e donne, 2001)



Altre Malattie Circolatorie

Le altre malattie del sistema circolatorio non presentano un trend geografico.

Figura 5 - Tassi standardizzati YPLL delle altre Malattie Circolatorie (uomini e donne, 2001)

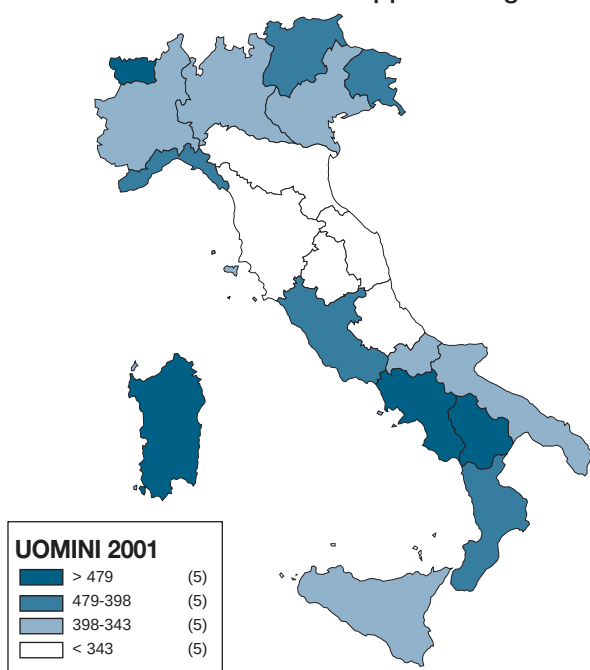


Malattie dell'Apparato Digerente

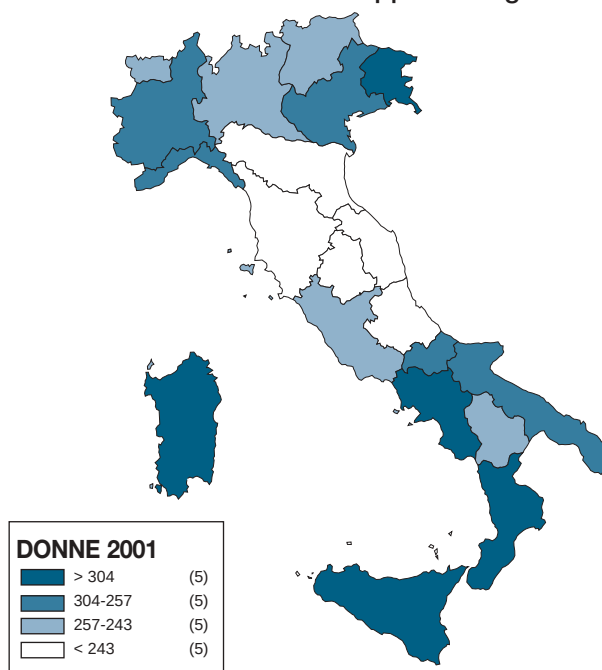
Le malattie dell'apparato digerente (a cui contribuiscono molto le gravi malattie del fegato, quali le cirrosi) contribuiscono per circa il 5,0% alla perdita di vita potenziale degli uomini e circa il 7,0% per le donne; si osservano valori elevati di tasso standardizzato *ypll* rate sia al Nord che al Sud per entrambi i generi.

Figura 6 - Tassi standardizzati YPLL delle Malattie dell'Apparato Digerente (uomini e donne, 2001)

Tassi STD YPLL - Malattie Apparato Digerente



Tassi STD YPLL - Malattie Apparato Digerente



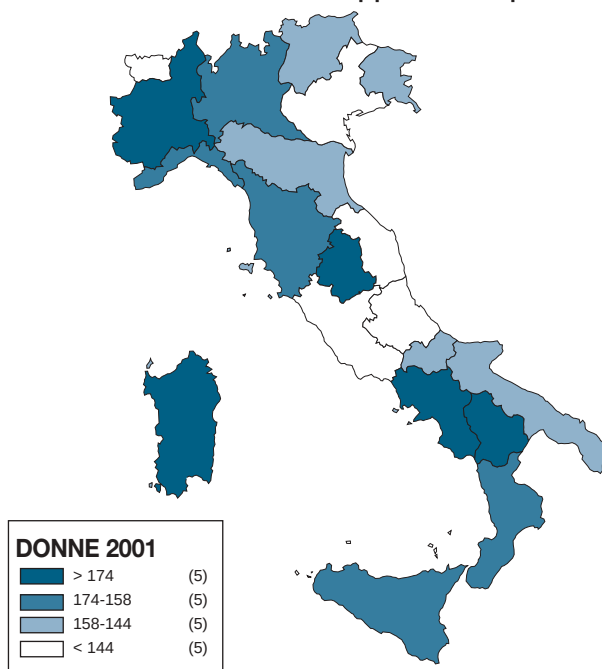
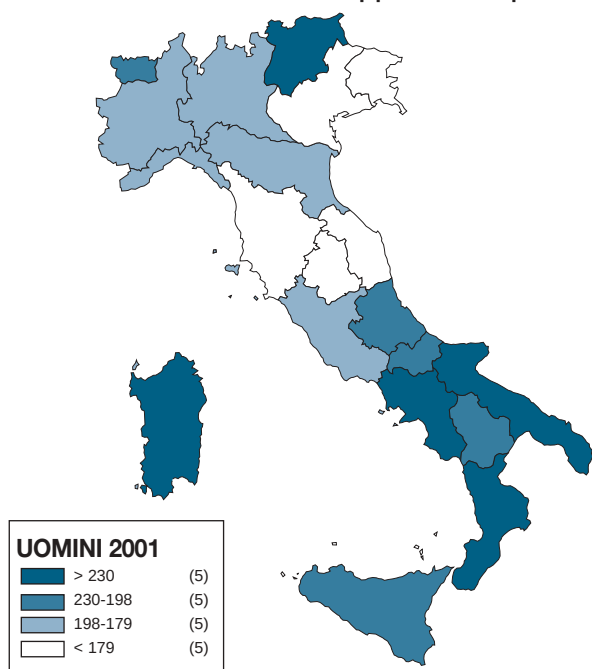
Malattie dell'Apparato Respiratorio

Le malattie dell'apparato respiratorio danno un contributo del 3,0% al numero di YPLL per entrambi i generi; le Regioni che presentano valori elevati di tasso standardizzato *ypll* *rate* sono situate prevalentemente al Sud, in particolare per gli uomini.

Figura 7 - Tassi standardizzati YPLL delle Malattie dell'Apparato Respiratorio (uomini e donne, 2001)

Tassi STD YPLL - Malattie Apparato Respiratorio

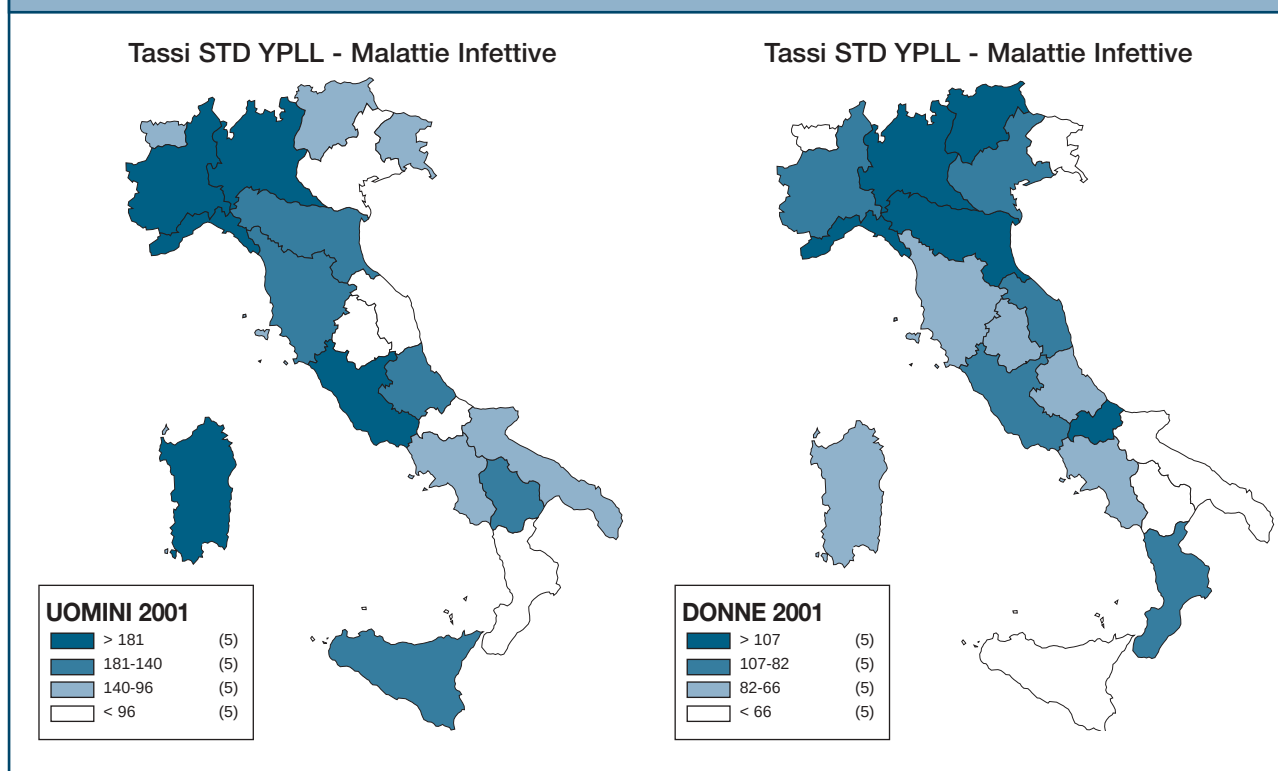
Tassi STD YPLL - Malattie Apparato Respiratorio



Malattie Infettive

Il contributo delle malattie infettive (in cui è preso in esame anche l'AIDS, causa di morte in grande diminuzione, ma che provoca comunque mortalità in età giovani-adulte) alla perdita di anni di vita potenziale è di circa il 2,0%; per gli uomini, i tassi standardizzati *ypll* rate più elevati, verosimilmente per il peso relativo dell'AIDS, si trovano in Lombardia, Liguria, Lazio e Sardegna; per le donne si osserva una prevalenza di valori elevati al Sud, non attribuibili all'AIDS.

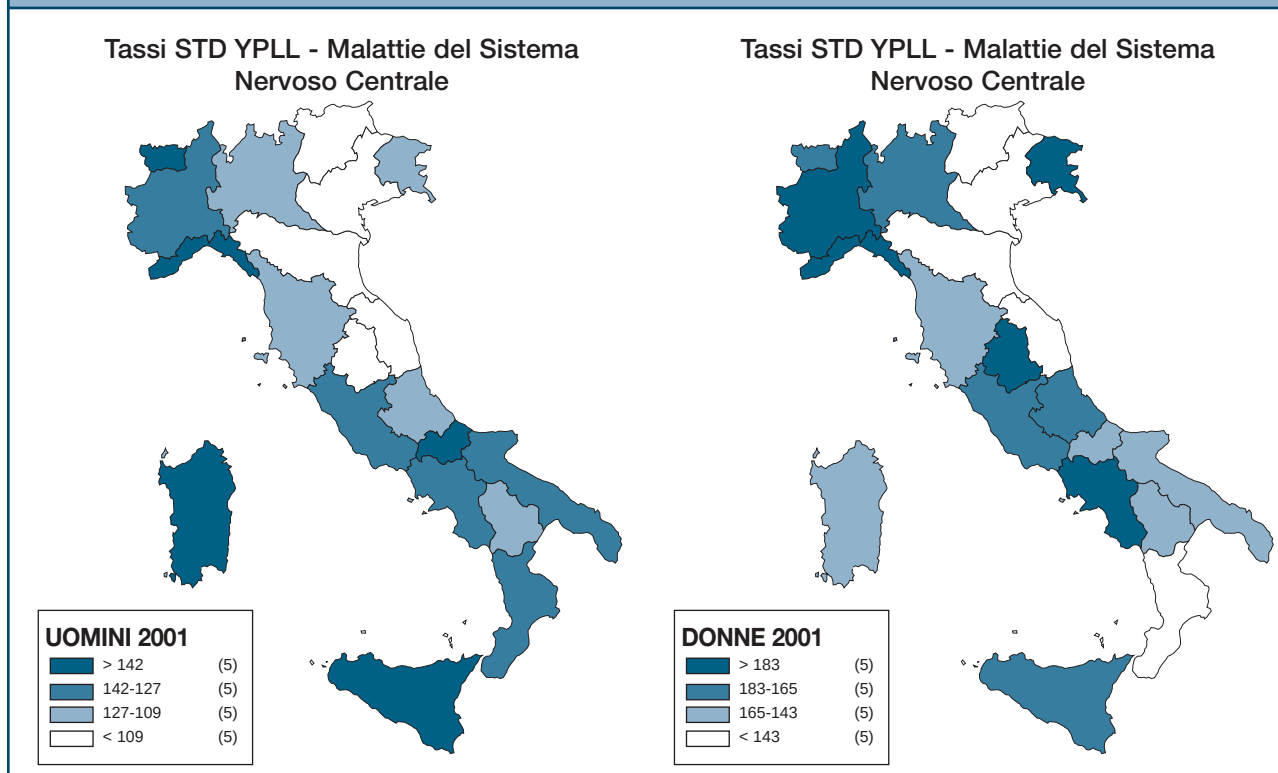
Figura 8 - Tassi standardizzati YPLL delle Malattie Infettive (uomini e donne, 2001)



Malattie del Sistema Nervoso Centrale

Esse danno un contributo alla mortalità prematura di 1,5 e 2,0%, rispettivamente tra donne e uomini; i valori di tassi standardizzati *ypll rate* regionali non presentano un *trend* geografico.

Figura 9 - Tassi standardizzati YPLL delle Malattie del Sistema Nervoso Centrale (uomini e donne, 2001)



4.1.3.2 Età mediana alla morte

L'impatto delle varie cause sulla mortalità prematura viene descritto anche dall'età mediana alla morte; il quadro che emerge è in accordo con quello descritto mediante gli YPLL, tenendo conto che un valore di età mediana alla morte basso comporta un elevato numero YPLL.

Per motivi di sintesi, sono presentate in forma grafica le età mediane alla morte di alcune cause selezionate: tumore del polmone, tumore del colon retto, incidenti stradali, suicidi e, per le donne, tumore della mammella (Figure 10-14).

Figura 10 - Età mediana alla morte del tumore del polmone (ICD IX 162)

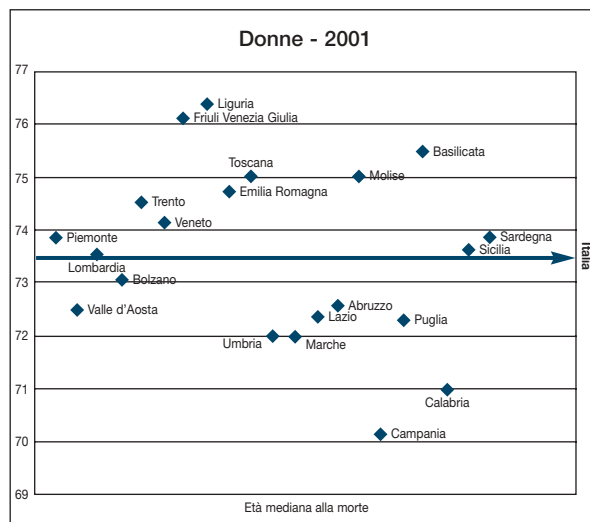
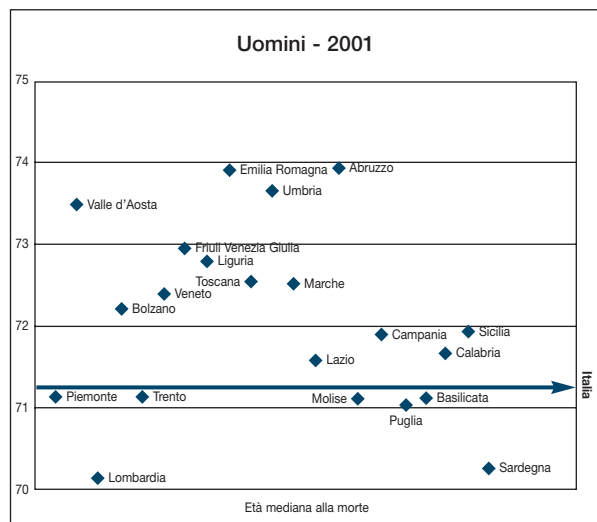


Figura 11 - Età mediana alla morte degli incidenti stradali (ICD IX E 810-819)

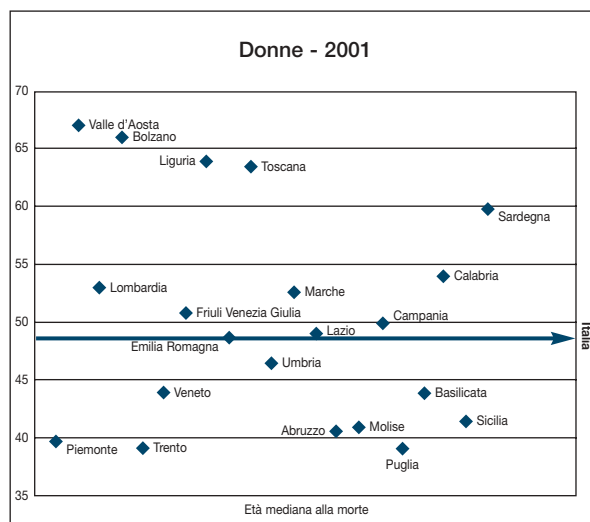
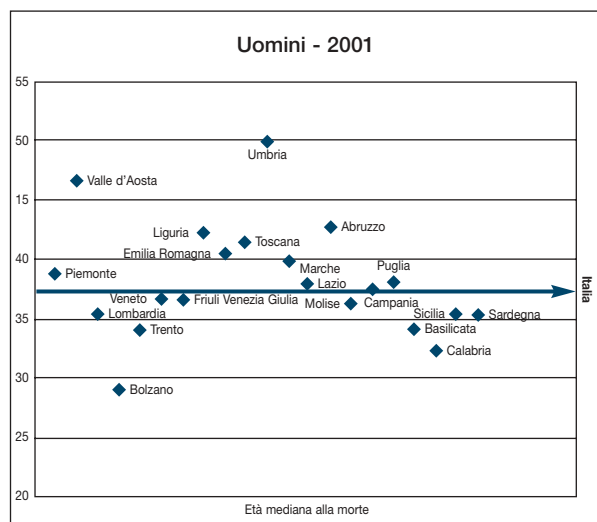


Figura 12 - Età mediana alla morte dei suicidi (ICD IX E 950-959)

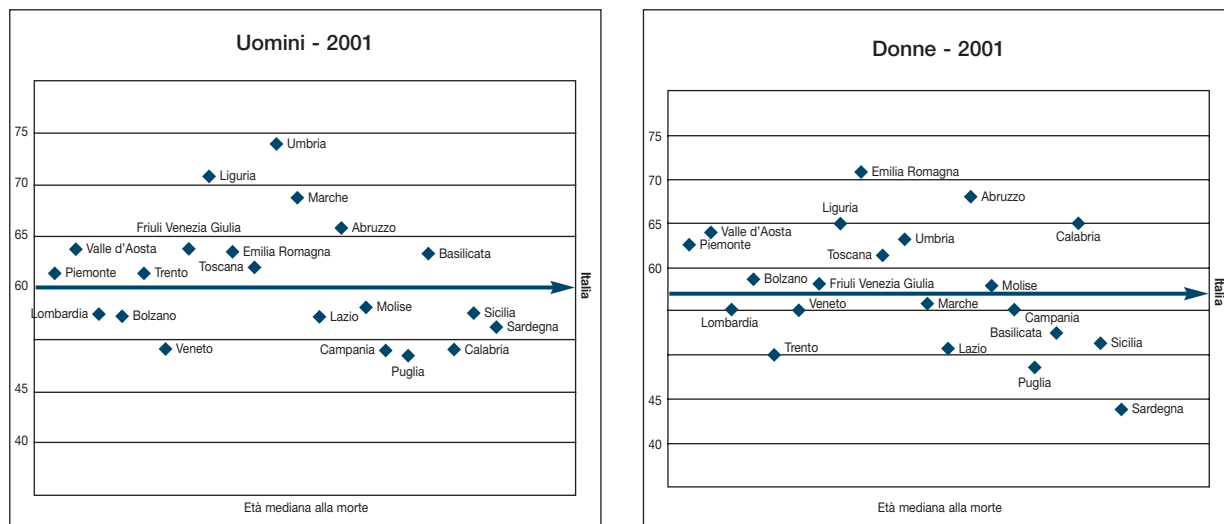


Figura 13 - Età mediana alla morte del tumore colon rettale (ICD IX 153; 154; 159)

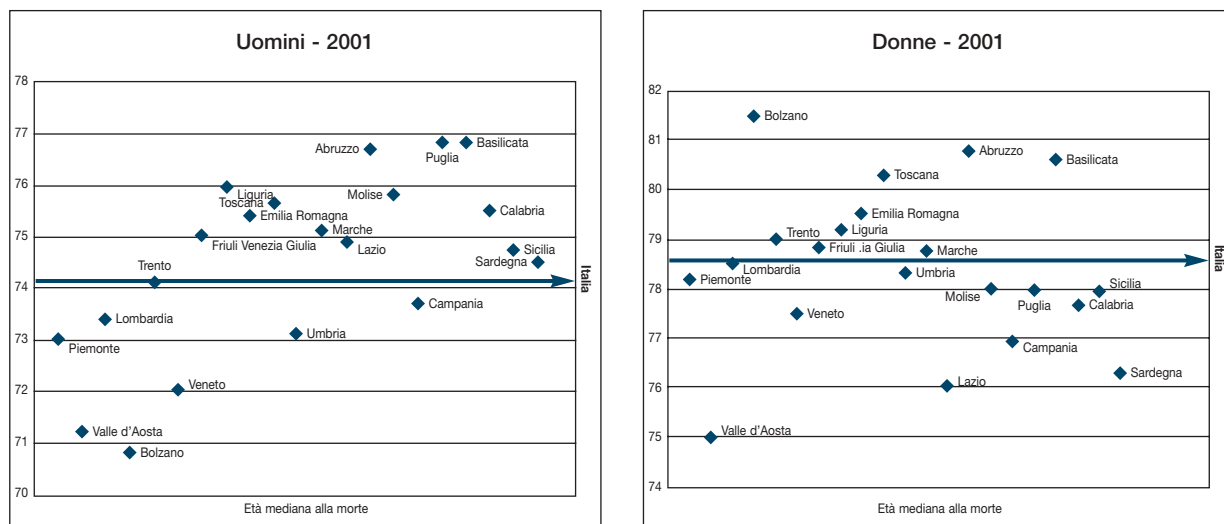
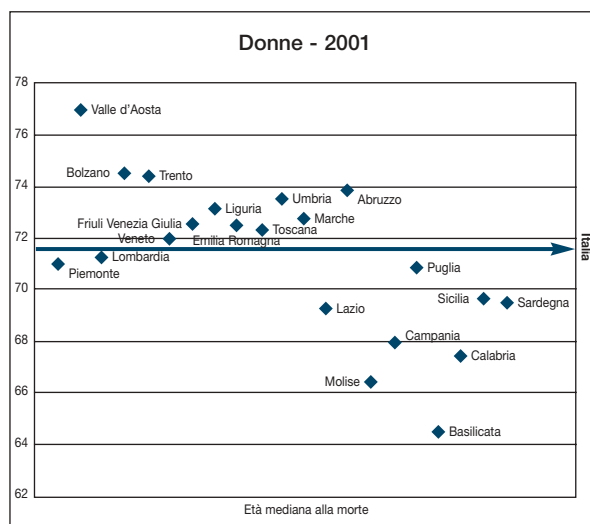


Figura 14 - Età mediana alla morte del tumore della mammella (ICD IX 153; 154; 159)

4.1.4 Conclusioni

Gli YPLL danno una informazione che tiene conto contemporaneamente sia del “quanto” che del “quando” si muore.

Da questo punto di vista la situazione italiana, per quanto riguarda le cause di morte nel loro complesso, sembra avvantaggiare leggermente le Regioni del Centro mentre non vi sono particolari differenze tra Nord e Sud sia per i maschi che per le femmine.

In un’ottica federalista gli YPLL e le età medie alla morte forniscono indicazioni di possibili problemi nell’ambito dei Servizi Sanitari Regionali. Si consideri ad esempio la variabilità tra Regioni dell’età mediana alla morte per tumore della mammella; essendo possibile, come è ormai riconosciuto a livello internazionale, una riduzione della mortalità mediante diagnosi e cure precoci, valori regionali inferiori al dato nazionale possono indicare, oltre a differenze epidemiologiche e cliniche nelle persone malate, anche la mancanza di efficaci programmi di screening, nonché di trattamenti medici appropriati, che i Servizi Sanitari Regionali debbono attuare.

Se però si considera solo l’età della morte, utilizzando le mediane, si evidenzia un aspetto interessante e inaspettato: che vi sono differenze tra Nord e Sud è vero, ma questo accade solo per le donne. Sembrerebbe che le donne del Sud tendenzialmente muoiono prima di quelle del Nord mentre negli uomini tale andamento non è osservabile.

Inoltre, analizzando le differenze regionali tramite lo scarto massimo tra le mediane di morte (differenza tra la Regione con valore minimo e quella con valore massimo), si osserva che nelle donne il differenziale regionale è sistematicamente più alto. Comunque, il tumore del polmone rappresenta l’unico caso in cui si attenuano le differenze nello scarto massimo tra i due sessi (6 anni per i maschi e 6,5 per le femmine); nel tumore del colon retto è di 3,8 per i maschi e 6,2 per le donne. Lo scarto regionale è ben più sensibile nel caso

del tumore della mammella arrivando ad un massimo di 12,5 anni tra le Regioni limite; qui si potrebbe ipotizzare un ritardo nell'attuazione di programmi di prevenzione e in particolare di *screening* mammografico, ma ciò andrebbe approfondito con studi ad hoc.

Questo divario si accresce in modo molto sensibile nelle due specifiche cause violente (incidenti stradali e suicidi); in entrambi i casi si ha un enorme divario regionale che supera i 20 anni negli uomini ed è intorno ai 27 di massimo differenziale regionale nelle donne.

Da queste brevi osservazioni ne deriva la necessità di un approfondimento per singole patologie con l'intento di verificare se una precoce mortalità in alcune Regioni, indipendentemente dai livelli quantitativi, può essere indice di una minore efficacia dell'intervento sanitario oppure se è spiegabile attraverso altri fattori, epidemiologici o addirittura sociali (morti violente). Infatti, seppure non siano dimostrate chiare differenze tra Regioni del Nord, ritenute generalmente più avanzate nei servizi di assistenza sanitaria, e quelle del Sud, studi specifici mediante utilizzo di YPLL e mediane potrebbero offrire uno strumento di indagine aggiuntivo ai tradizionali studi di mortalità, non solo per analizzare i problemi dal lato del bisogno quanto quelli relativi alla qualità dell'offerta sanitaria. Inoltre, dove esiste una quota di mortalità evitabile, l'applicazione di questi strumenti con il calcolo degli YPLG (Anni di Vita Potenziale Guadagnati) fornisce un valido ausilio.

D'altra parte, appropriati modelli di simulazione epidemiologica permetterebbero la stima delle conseguenze di progressi settoriali di qualche rilievo, ossia per patologie importanti dal punto di vista quantitativo, fornendo informazioni sull'invecchiamento della popolazione e, ancor più importante, le pressioni che si avrebbero sulle prestazioni sanitarie necessarie per altre malattie. Si può infatti considerare come una sorta di "concorrenza" tra le patologie, per cui la "vittoria" su di una porta inevitabilmente ad un aumento della mortalità nelle altre, dal momento che di qualche cosa si dovrà pur morire.

Appendice

Gli indicatori di vita potenziale persa (valori assoluti e tassi standardizzati) sono stati calcolati, separatamente per uomini e donne, per tutta l'Italia e per ciascuna Regione, secondo le due seguenti formule:

$$YPLL = \sum_{i=1}^{e_0} a_i * d_i$$

$$\text{Tasso standardizzato di YPLL} = \sum_{i=1}^{e_0} a_i * (d_i/p_i) * (p_{ir}/N_r) * 100.000$$

dove:

- i età alla morte
- e₀ attesa di vita alla nascita nella popolazione di riferimento
- a_i differenza fra attesa di vita ed età i
- d_i numero di decessi all'età i
- p_i popolazione all'età i
- p_{ir} la popolazione di riferimento all'età i
- N_r il totale della popolazione di riferimento compresa tra 1 ed e₀.

L'età mediana alla morte è stata così calcolata:

$$\pi_0 = i + [(p_{i+1} - P/2) / (p_{i+1} - p_i)]$$

dove:

i estremo inferiore della classe di età mediana

p_{i+1} popolazione all'età $i+1$

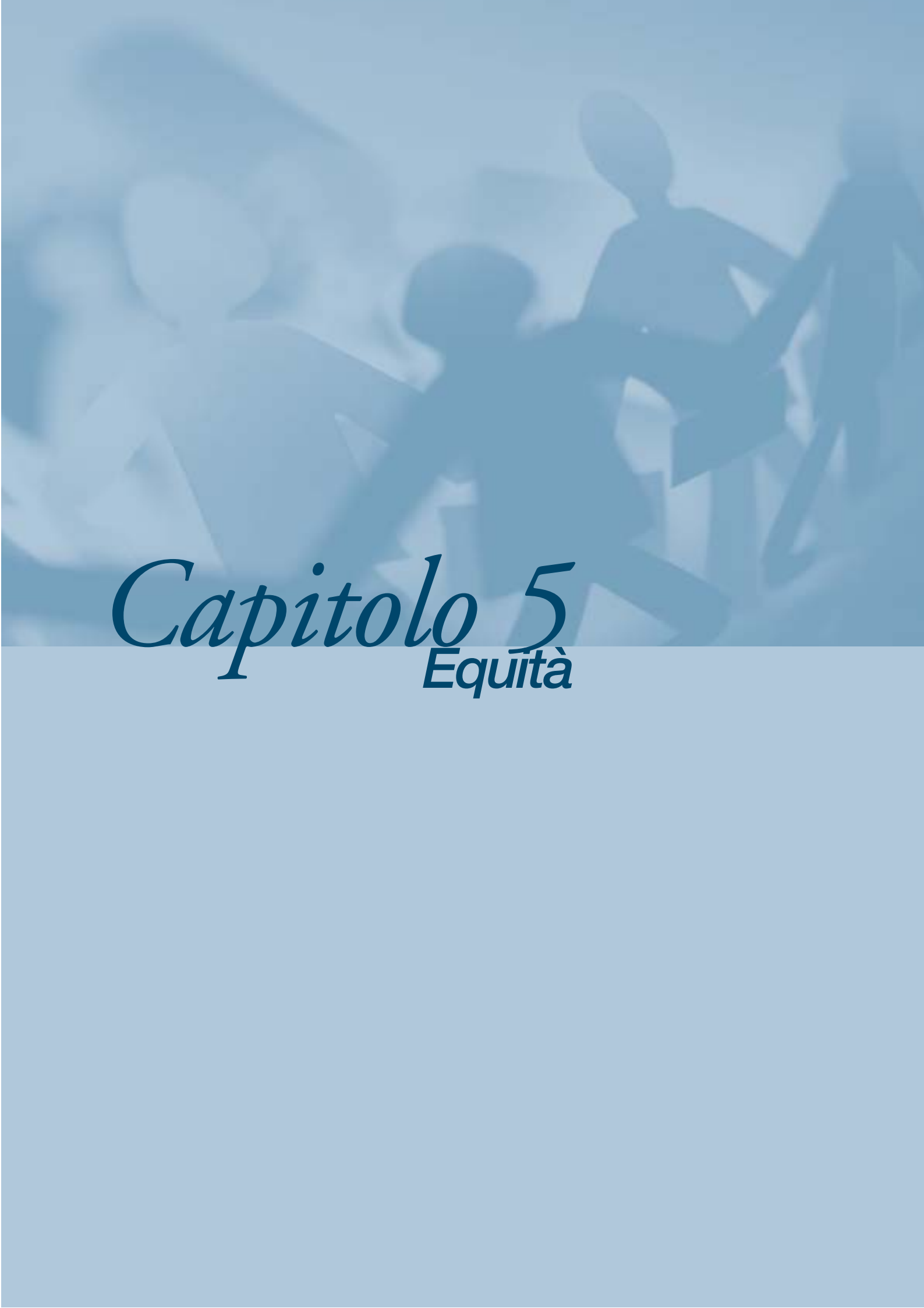
p_i popolazione all'età i

P popolazione totale

Bibliografia selezionata⁴

- AA.VV. *Prometeo Atlante della sanità*. Roma, Italtpromo Esis-publishing srl; 2000.
- Attanasio E., Ruscitti R., Palazzo F., Cardaci V., Sardoni A. *Mortalità e anni potenziali di vita perduti per tumore in Italia dal 1984 al 1990*. *Difesa Sociale* 1995; 1: 165-180.
- Center for Disease Control. *Premature mortality in the United States: public health issues in the use years of potential life cost*. *MMWR* 1986; 35 (suppl. 25): 15-115.
- Center for Disease Control. *Trend in years of potential life lost before age 65 among whites and blacks, 1979-1989*. *MMWR* 1992; 41: 889-891.
- Conti S., Farchi G., Masocco M., Toccaceli V., Vichi M. *The impact of major causes of death on life expectancy in Italy*. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28(5): 905-910.
- Conti S., Masocco M., Farchi G., Rezza G., Toccaceli V. *Premature mortality during the first decade of the AIDS epidemic: 1984-1993*. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26 (4): 873-879.
- Dejian L., Hardy R.J. *Potential gains in life expectancy or years of potential life lost: impact of competing risks of death*. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28(5): 894-98.
- Drummond M.F., O'Brien B.J., Stoddart G.L. and Torrance G.W. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, second edition, Oxford University Press, 1997.
- Lery A., Vallin J. *Un enfant qui meurt en bas age est souvent remplacé*. *Economie et Statistique*, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques 1975; 63: 27.
- Mariotti S., D'Errigo P., Mastroeni S., Freeman K. *Years of life lost due to premature mortality in Italy*. *European Journal of Epidemiology* 2003; 18(6): 513-21.
- Pan American Health Organization. *Area of health analysis and information systems. Life tables: a technique to summarize mortality and survival*. *Epidemiological Bulletin* 2003; 24 (4): 6-10.
- Pan American Health Organization. *Area of health analysis and information systems. Techniques for the measurement of the impact of mortality: Years of Potential Life Lost*. *Epidemiological Bulletin* 2003; 24(2): 1-4.
- Pressat R. *L'analyse Démographique*. Paris: PUF; 1983.
- Romeder J.M., McWhinnie J.R. *Potential years of life lost between age 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning*. *International Journal of Epidemiology* 1977; 6(2): 143-151.
- World Health Organization. *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, based on the Ninth revision Conference*. Geneva: WHO; 1975, 1977.

⁴ Voci bibliografiche non citate in singoli punti del testo.

The background of the page is a light blue gradient. Overlaid on this is a faint, semi-transparent image of several people in motion, appearing to be running or jumping. The figures are dark blue or black, creating a sense of energy and movement. The overall aesthetic is clean and modern.

Capitolo 5

Equità

5.1 L'equità del processo di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale italiano

Doglia M.¹, Spandonaro F.²

5.1.1 Premessa

Mantenendo una linea di continuità con quanto pubblicato nelle precedenti edizioni (2003 e 2004) del Rapporto CEIS³, scopo del presente contributo è quello di affrontare in modo organico la questione del perseguimento dell'equità nel finanziamento del Servizio Sanitario italiano.

Il ragionamento sull'equità del sistema presentato nel Rapporto integra le evidenze sul lato del finanziamento (*income space*), con quelle connesse all'impatto sui bilanci delle famiglie ex-post (*burden space*)⁴.

L'integrazione degli approcci è a nostro parere quanto mai opportuna, a causa di alcune problematiche intrinseche agli studi di progressività del finanziamento. La metodologia, pur essendo ampiamente consolidata⁵ e applicata in campo sanitario⁶, presenta alcuni aspetti controversi.

In particolare ci riferiamo all'estensione del concetto di progressività alle spese dirette delle famiglie. Infatti esse entrano nel computo dell'analisi dell'effetto redistributivo come si trattasse di imposte. Se da un punto di vista meramente statistico nulla osta all'estensione dell'uso degli indicatori di progressività, di fatto considerare i consumi sanitari diretti alla stregua di imposte di scopo appare economicamente poco ragionevole. Nel caso delle imposte, infatti, il prelievo è indipendente dal beneficio, mentre nel caso dei consumi l'onere è la mera contropartita del beneficio ricevuto. Se in generale trova accettazione il principio del beneficio applicato alla tassazione, nel caso specifico questo sembra contraddire l'implicita valutazione (di merito) che privilegia una tassazione progressiva per il finanziamento della sanità, in ossequio alla meritorietà del bene.

La perplessità sul tema dell'estensione ai consumi degli indicatori di redistribuzione trova una ulteriore conferma nell'osservazione che, in termini statistici, si può giungere alla conclusione che i consumi siano progressivi, in quanto maggiormente sostenuti dalle famiglie a più alto reddito.

¹ ISTAT.

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

³ Cfr. Rafaniello A. e Spandonaro F. (2003) e Maruotti A., Mennini F.S., Piasini L., Spandonaro F. (2004).

⁴ Cfr. il contributo di Doglia M. e Spandonaro F., nel presente Rapporto (Capitolo 5.2).

⁵ Cfr. Reynolds M. e Smolensky E. (1974, 1977), Kakwani N.C. (1977a, 1977b), Lambert P.J., Aronson J.R. (1993), Aronson J.R., Johnson P., Lambert P.J. (1994).

⁶ Wagstaff A. e van Doorslaer E. (1997, 1999a, 1999b).

Il tema è fortemente critico in un contesto come quello italiano, caratterizzato da un Sistema Sanitario Nazionale universale e solidaristico, ove sono assenti finanziamenti mediante premi assicurativi e, di fatto, anche mediante imposte di scopo. In contesti di tipo mutualistico, e a maggior ragione in quelli privatistici, una qualche maggiore giustificazione dell'estensione si può trovare nell'importanza che i contributi di malattia e i premi assicurativi (individuali e collettivi) hanno nel globale finanziamento dei servizi sanitari erogati⁷.

Quanto sopra giustifica l'abbandono da parte nostra di valutazioni redistributive sui consumi sanitari diretti, il cui impatto equitativo verrà affrontato con diverso approccio nel capitolo successivo del Rapporto.

Sembra inoltre opportuno sottolineare che, a fronte di una larga parte del finanziamento derivante dalla fiscalità generale trasferita alle Regioni per gli scopi di erogazione dell'assistenza sanitaria, l'effetto finale stimato dipende in larga parte dalle ipotesi fatte sulla composizione di tale trasferimento. Nei contributi citati apparsi nei Rapporti CEIS 2003 e 2004, si è ragionato in base all'evoluzione normativa relativa al finanziamento del sistema, adottando implicitamente la visione del D.Lgs. n. 56/2000, il quale ha previsto l'abolizione dei trasferimenti centrali (almeno *ex ante*) sostituiti da tributi propri regionali e compartecipazione all'IVA.

Su questo aspetto sembra doveroso segnalare due questioni: in primo luogo il sostanziale "congelamento" della norma citata, che di fatto non giustifica completamente l'ipotesi di un effettivo trasferimento sull'IVA di una quota rilevante del finanziamento del sistema sanitario pubblico; in secondo luogo definire un impatto equitativo derivante dalla quota di compartecipazione regionale all'IVA, introdotta per sostituire i trasferimenti centrali aboliti, potrebbe essere relativamente poco significativo. Il primo motivo è che è stato contestualmente abolito il vincolo di destinazione di tali fondi alla sanità. Il secondo è che la scelta di utilizzare l'IVA e non le imposte dirette ai fini della suddetta compartecipazione deriva da ragioni tecniche e ha risvolti economici significativi, ma probabilmente non implica scelte di tipo equitativo; in altri termini se la sanità "riceve" una quota del gettito IVA, di cui abbiamo misurato la regressività nei Rapporti CEIS Sanità 2003 e 2004, contestualmente altre funzioni statali riceveranno maggiore finanziamento da imposte dirette, implicando nei fatti un finanziamento più progressivo. In ossequio alle precedenti osservazioni, riteniamo che le valutazioni redistributive che seguono debbano essere interpretate come contributi al dibattito sull'equità del sistema sanitario, senza però perdere di vista la redistribuzione complessiva generata dal sistema fiscale, che rappresenta il modo più corretto di interpretare le scelte equitative effettuate.

5.1.2 La metodologia di valutazione dell'equità nel sistema di finanziamento dei servizi sanitari e la banca dati

Nel presente paragrafo si espongono i risultati dell'analisi degli effetti redistributivi indotti dal finanziamento del comparto sanitario pubblico; la prospettiva adottata sconta l'introduzione dell'IRAP (D.Lgs. n. 446/1997) e il nuovo sistema di federalismo fiscale previsto dal D.Lgs. n. 56/2000, con una particolare attenzione al comportamento delle Regioni in tema di introduzione delle addizionali IRPEF.

⁷ *A nostro avviso potrebbe essere eventualmente sostenibile l'inclusione della sola spesa out of pocket derivante da compartecipazioni alla spesa, ma purtroppo tale dato non è attualmente disponibile.*

La metodologia utilizzata segue le indicazioni fornite da Aronson e Lambert (1993) circa l'analisi degli effetti redistributivi prodotti da diversi prelievi fiscali e i lavori applicativi di Wagstaff e Van Doorslaer (1997, 1999a, 1999b)⁸, i quali forniscono anche utili confronti a livello internazionale per l'analisi.

Ricordiamo che l'applicazione dell'indice di Reynolds_Smolensky (1974) sugli effetti redistributivi, insieme alla relativa scomposizione proposta da Aronson, Johnson e Lambert (1994) che utilizza l'indice di Kakwani (1977), permette di misurare la progressività/regressività del sistema di finanziamento, separatamente per ogni singola fonte di prelievo, come anche le variazioni in termini di equità orizzontale e verticale e il *reranking*.

Le elaborazioni sono state effettuate sui dati dell'“Indagine sui bilanci delle famiglie” fornita dalla Banca d'Italia con riferimento all'anno 2002. Al momento di andare in stampa ancora non è stata resa disponibile la nuova rilevazione riferita all'anno 2004. Si è quindi optato per utilizzare le informazioni sulla distribuzione dei redditi del 2002, applicandole alla composizione dei gettiti 2004.

A partire dal reddito disponibile netto fornito dalla Banca d'Italia, si è provveduto a stimare le basi imponibili ai fini dell'applicazione dell'IRPEF e dell'IRAP. Per quest'ultima imposta si è ipotizzato si trasli sui lavoratori (dipendenti e autonomi).

Successivamente si è proceduto a stimare la quota di gettito per la sanità derivante dalla compartecipazione IVA e dall'IRAP. Infine si è stimata la quota d'imposte dirette volta a finanziare (in ultima istanza) il Servizio Sanitario.

Sulla base delle citate ricostruzioni, si è poi applicato un algoritmo di calcolo che produce la stima dell'effetto redistributivo (RE), e la sua scomposizione nella componente di equità orizzontale (H), equità verticale (V) e *reranking* (R).

5.1.3 L'effetto redistributivo del finanziamento del Sistema Sanitario

Come già evidenziato nei contributi citati apparsi nei Rapporti CEIS Sanità 2003 e 2004, cui si rimanda per maggiori dettagli, la composizione del finanziamento del Sistema Sanitario si è profondamente modificata a seguito del passaggio dai contributi di malattia all'IRAP e poi dell'introduzione della compartecipazione IVA (Tabella 1).

Tabella 1 - Stima della composizione delle fonti di finanziamento del Sistema Sanitario al netto delle spese dirette delle famiglie

1995	Cont. Soc.	Dirette	Indirette
	57,39%	26,77%	15,84%
2002	IRAP	Dirette	Indirette
	32,74%	17,54%	49,72%
2004	IRAP	Dirette	Indirette
	37,89%	8,83%	53,27%

⁸ Cfr. le osservazioni contenute nella premessa.

Sembra doveroso ricordare che è stato ipotizzato che la quota di finanziamento per la sanità a residuo (dopo le imposte di scopo, compartecipazioni e i tributi propri regionali) sia composta da imposte dirette e indirette in proporzione ai rispettivi gettiti. Inoltre si è ipotizzato che la compartecipazione IVA venga progressivamente aggiornata per continuare a garantire la copertura del FSN.

Come sopra enunciato si è considerata la sola quota di finanziamento diretto, senza quindi considerare la quota di spesa sanitaria privata: il dato non può peraltro essere strettamente considerato come il finanziamento del servizio pubblico, in quanto esclude anche le compartecipazioni alla spesa per indisponibilità dei relativi dati.

Tabella 2 - Analisi della progressività/regressività del sistema di finanziamento (diretto) della Sanità – Italia 2004

2004	TOT	IRAP	Indirette	Dirette
RE =	-0,0112	0,0036	-0,0147	0,0004
H =	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
V =	-0,0102	0,0038	-0,0140	0,0004
R =	0,0010	0,0002	0,0007	0,0000

Per quanto riguarda l'analisi dell'effetto redistributivo, si conferma complessivamente il dato elaborato l'anno scorso (sebbene trattasi di una stima che potrà essere migliorata quando saranno disponibili i nuovi dati 2004 dell'“Indagine sui bilanci delle Famiglie” della Banca d'Italia); quindi si conferma che prosegue l'inversione di tendenza avvenuta fra il 1995 e il 2000, testimoniata nei Rapporti CEIS Sanità 2003 e 2004: RE è secondo le nuove elaborazioni sui livelli stimati al 2002, ma senza l'apporto regressivo della spesa *out of pocket*.

Il valore espresso dall'indice RE permette di apprezzare anche i diversi effetti redistributivi delle singole fonti di finanziamento. Nella determinazione dell'effetto regressivo dell'intero finanziamento (RE = -0,0112) il peso maggiore è attribuibile alle imposte indirette (RE = -0,0147) che, essendo in proporzione del gettito aumentate, spiegano il progressivo divenire regressivo del sistema di finanziamento della sanità.

Gli effetti indotti dall'IRAP (RE = 0,0036) e dalle imposte dirette (RE = 0,0004) sono invece lievemente progressivi, ma non tali da controbilanciare gli effetti delle imposte indirette.

Si noti anche che non si evidenziano problematiche connesse all'equità orizzontale (H), mentre l'effetto redistributivo è in larga misura di tipo verticale (indicatore V); si evidenzia però anche una componente di *reranking* (R), ovvero di famiglie che “cambiano posto” nella distribuzione dei redditi per effetto della tassazione.

5.1.4 L'effetto delle addizionali IRPEF

Le Regioni possono agire sulle addizionali IRPEF, sebbene in limiti predeterminati, e in pratica lo hanno fatto con modalità difformi.

Come si evince dalla tabella 3, gran parte delle Regioni applica un'addizionale IRPEF pari allo 0,9%, solo la Puglia si situa all'1,1% e la Calabria all'1,4%. Altre Regioni istituisco-

no però addizionali IRPEF con aliquota progressiva: Umbria e Piemonte con 2 aliquote, Lombardia, Marche e Veneto con 4 aliquote; nelle Marche l'ultima aliquota si spinge sino al 4,0% (oltre € 69.721,68), mentre in Lombardia e Veneto arriva all'1,4% (oltre € 30.987,41 ed € 29.000,00 rispettivamente).

Tabella 3 - Addizionali IRPEF Regionali – Italia 2004

Livello	TOT
0,9%	Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Molise, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta
1,1%	Puglia
1,4%	Calabria
2 aliq.	Piemonte (0,9/1,4), Umbria (0,9/1,1)
4 aliq.	Lombardia (0,9/1,2/1,3/1,4), Marche (0,9/1,4/3,6/4,0), Veneto (0,9/1,2/1,3/1,4)

Fonte: MEF

La permanenza di livelli considerevoli di disavanzo⁹ implica che sarà necessario provvedere o con trasferimenti di oneri sul bilancio delle famiglie (operando sul lato delle partecipazioni alla spesa), oppure che si dovrà agire sul versante fiscale.

Si è quindi ritenuto interessante simulare quale sarebbe, a livello nazionale, l'effetto dell'applicazione di una maggiore tassazione regionale, mediante addizionale IRPEF, scegliendo alcune delle diverse modulazioni effettivamente utilizzate da parte delle Regioni. Per le simulazioni si sono prescelte l'opzione "semplice" (aliquota unica portata all'1,4% in tutte le Regioni, indicata con 1AL), l'opzione delle due aliquote ("versione Piemonte": 0,9% sul primo scaglione, 1,4% oltre, indicata con 2AL) e quella delle 4 aliquote nella versione "estrema" utilizzata nelle Marche (0,9% sino a € 15.493,71, 1,9% sino a € 30.987,41, 3,6% sino a € 69.721,68, 4,0% oltre, indicata con 4AL).

**Tabella 4 - Analisi della progressività/regressività del sistema di finanziamento (diretto) della Sanità – Italia 2004
Ipotesi diverse addizionali regionali IRPEF**

2004	1 AL	2AL	4AL
RE =	-0,0110	-0,0111	-0,0109
H =	0,0000	0,0000	0,0000
V =	-0,0101	-0,0102	-0,0099
R =	0,0010	0,0010	0,0010

⁹ Cfr. Capitolo 1.2, Rapporto CEIS Sanità 2005 di Atella V.

Dalle simulazioni emerge come gli effetti redistributivi delle addizionali siano limitati e comunque rendano meno regressiva l'imposizione.

Abbastanza sorprendentemente, la progressività delle aliquote sembrerebbe avere un effetto comunque limitato (anche per effetto della scarsa entità della quota di IRPEF nel finanziamento della sanità).

Addirittura l'opzione con due aliquote ha un effetto minore di quello di adottare una aliquota unica all'1,4%. Anche l'ipotesi "estrema" adottata dalle Marche, con aliquota che sale fino al 4,0%, pur avendo evidentemente un impatto maggiore, non sembra poter cambiare i segni degli effetti redistributivi.

L'attenzione si sposta quindi sostanzialmente sul gettito, ove si vede come solo l'ultima opzione potrebbe avere un impatto significativo nella copertura dei disavanzi sanitari.

L'analisi conduce alla conclusione che gli effetti prodotti da diverse modalità di prelievo delle addizionali IRPEF non sono neutrali, sebbene limitati (e relativi alla componente verticale della redistribuzione).

Evidentemente, in un'ottica federalista, sarà utile analizzare le diverse modalità di applicazione delle addizionali, sulla distribuzione regionale dei redditi.

Considerando che le differenze da questo punto di vista sono notevoli, si raccomanda alle Regioni di effettuare valutazioni quantitative sui reali effetti redistributivi prima di decidere le modalità di prelievo.

5.1.5 Conclusioni

Il sistema di finanziamento del SSN al netto del contributo delle compartecipazioni alla spesa risulta sempre più regressivo, per effetto dell'aumento dell'importanza della quota di gettito derivante dalla compartecipazione fiscale all'IVA; peraltro ciò avviene in un contesto di regressività complessiva del prelievo: anzi per la sanità l'effetto è in qualche modo mitigato. Gli effetti redistributivi sono per lo più attribuibili alla componente verticale, con un contributo aggiuntivo derivante da fenomeni di *reranking*.

Il permanere di disavanzi significativi a livello regionale, in una logica di federalismo fiscale, dovrebbe far prevedere che nel futuro ci dovranno essere incrementi di imposizione a livello regionale.

L'ulteriore ricorso a imposizione indiretta comporterà ovviamente ulteriori aumenti della regressività del sistema. Per tale motivo sembra particolarmente interessante verificare l'impatto di un incremento delle addizionali regionali IRPEF.

A tal fine si sono scelte alcune delle diverse modulazioni effettivamente utilizzate da parte delle Regioni. In particolare l'opzione di aumentare l'aliquota unica sino all'1,4% (in tutte le Regioni); inoltre si è simulata l'opzione delle due aliquote (attualmente in uso in Piemonte e Umbria con aliquote diverse) e infine quella delle 4 aliquote nella versione "estrema" utilizzata nelle Marche (adottata con diverse aliquote anche da Lombardia e Veneto).

L'analisi conduce alla conclusione, che era peraltro lecito aspettarsi, che gli effetti prodotti dalle diverse modalità di prelievo delle addizionali IRPEF non sono neutrali; seppure rendano il prelievo meno regressivo, gli effetti sono limitati e provengono dalla componente verticale della redistribuzione.

L'attenzione si dovrà quindi centrare sul gettito atteso e sugli effetti particolari a livello regionale.

Sulla prima questione sembra evidente che l'aumento delle addizionali all'1,4% non è da solo sufficiente a coprire i disavanzi attesi. Neppure l'ipotesi di struttura delle Marche (con aliquota che sale fino al 4,0%) sembra del tutto congrua. Peraltro se la copertura fosse garantita con un *mix* comprendente compartecipazioni, il segno redistributivo sarebbe molto probabilmente negativo.

Si consideri infine che a livello regionale gli effetti potrebbero essere ulteriormente diversi, per effetto delle diverse strutture delle distribuzioni dei redditi: è bene che le Regioni effettuino valutazioni quantitative sui reali effetti redistributivi prima di decidere modalità di prelievo ulteriori.

Bibliografia

- Aronson J.R., Johnson P., Lambert P.J. (1994), *Redistributive Effect and Unequal Income Tax Treatment*, in "The Economic Journal", vol. 104, pp. 262-270.
- Bracewell-Milnes B. (1971), *The measurement of Fiscal Policy*. London: Confederation of British Industry.
- Dalton H. (1955), *Principles of Public Finance*. New York: Frederick A. Praeger INC.
- Kakwani N.C. (1977), *Application of Lorenz Curves in Economic Analysis*, in "Econometrica", vol. 45, pp. 719-728.
- Kakwani N.C. (1977), *Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison*, in "The Economic Journal", vol. 87, pp. 71-80.
- Lambert P.J., Aronson J.R. (1993), *Inequality Decomposition Analysis and Gini Coefficient Revisited*, in "The Economic Journal", vol. 103, pp. 1221-1227.
- Musgrave R. e Thin T. (1948), *Income Tax Progression 1929-48*, in "Journal of Political Economy", vol. 56, pp. 498-514.
- Reynolds M. e Smolensky E. (1974), *The Post Fisc. Distribution: 1961 and 1970 Compared*. Institute for research on poverty, Discussion Paper 19174, University of Wisconsin.
- Reynolds M. e Smolensky E. (1977), *Public expenditures, taxes, and the distribution of income: the United States, 1950, 1961, 1970*. New York, New York Academic Press.
- Slitor R.E. (1948), *The measurement of Progressivity and Built-in Flexibility*, in "Quarterly journal of Economics", vol. 62, pp. 309-13.
- Wagstaff A. e van Doorslaer E. (1997), *Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: a decomposition analysis for the Netherlands*, in "Journal of Health Economics", pp. 499-516.
- Wagstaff A., Van Doorslaer E. et al. (1999a), *Equity in the finance of health care: some further international comparison*, in "Journal of Health Economics", pp. 263-290.
- Wagstaff A., Van Doorslaer E. et al. (1999b), *The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries*, Journal of Health Economics n. 18, pp. 291-313.

5.2 La fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano

Doglia M.¹, Spandonaro F.²

5.2.1 Premessa

Il Rapporto CEIS Sanità 2004 ha proposto per la prima volta l'utilizzo della *fairness* quale approccio utile a comprendere l'equità del sistema sul versante dell'impatto sui bilanci familiari³.

L'approccio si basa sul *framework* metodologico fornito dalla World Health Organization (WHO), la quale propone di affiancare alle misure di equità sul versante del reddito (*income space*), nuove misure che tengano conto dei consumi sanitari effettivamente a carico delle famiglie e quindi della sostenibilità per esse dei costi dell'assistenza sanitaria (*burden space*).

Si definisce quindi un nuovo modo di intendere l'equità del sistema: mentre le misure nell'*income space* configurano determinazioni ex-ante dei livelli equitativi, facendo riferimento alla redistribuzione del reddito derivante dalla tassazione, le seconde (nel *burden space*) analizzano ex-post il fenomeno, confrontando consumi e capacità di spesa delle famiglie. L'integrazione dei due approcci sembra di rilevante importanza in considerazione della debolezza concettuale dell'estensione del concetto di misura della progressività ai consumi sanitari privati: per assurdo la spesa *out of pocket* potrebbe risultare progressiva, essendo maggiormente sostenuta dalle famiglie più ricche; sembra peraltro evidente che esiste una profonda differenza concettuale fra un prelievo (tramite imposta) il cui onere finanzia un beneficio dei più bisognosi ed una spesa sanitaria familiare a cui corrisponde, come contropartita, l'acquisizione del relativo beneficio⁴.

Si consideri, inoltre, che escludere dal campo dell'utile applicazione degli indici di redistribuzione la spesa sanitaria diretta delle famiglie lascia un vuoto conoscitivo, particolarmente importante in un contesto come quello italiano, ove la spesa sanitaria privata è pari al 24,9%⁵ del totale, e in larga misura condizionata dalle politiche pubbliche, mediante il trasferimento di oneri derivante dai livelli di compartecipazione alla spesa adottati (*ticket*, ormai di pertinenza regionale).

Infine, ci sembra rilevante considerare che è nella natura di un Sistema Sanitario pubblico di stampo universalistico assicurare i cittadini dall'insorgenza degli oneri economici derivanti dalla malattia: non a caso si parla di "assicurazione sociale". In tale prospettiva, sebbene la spesa diretta possa in via di principio essere giustificata su un piano di efficienza, si pensi alla compartecipazione quale strumento di moderazione dei consumi inap-

¹ ISTAT.

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

³ Cfr. Maruotti A., Mennini F.S., Piasini L., Spandonaro F. (2004).

⁴ Cfr. Doglia M., Spandonaro F., Cap. 5.1 nel presente Rapporto.

⁵ OCSE (2003).

propriati, qualora superi predeterminati livelli, e rappresenti quindi un onere rilevante sul budget familiare, configura un fallimento del meccanismo assicurativo.

Da questo punto di vista diviene rilevante anche l'analisi della composizione della spesa *out of pocket*, al fine di inferire la natura della spesa in questione e quindi la sua maggiore o minore meritorietà.

5.2.2 La banca dati e gli indicatori di *fairness*

Nel seguito si adotta l'approccio di Murray et. al. (2003) che, in collaborazione con la WHO, hanno proposto di studiare l'impatto equitativo dei sistemi sanitari prendendo esplicitamente in considerazione le spese che devono essere sostenute dalle famiglie e il loro impatto sui bilanci familiari⁶.

L'approccio si basa su misure che tengono in particolare considerazione l'aspetto dell'incidenza delle spese sanitarie rispetto alle capacità di pagamento delle famiglie come anche la variabilità dell'incidenza delle spese *out of pocket*.

Gli indicatori proposti non sono evidentemente scevri da aspetti problematici⁷; l'analisi da noi condotta ci porta a privilegiare le misure di impoverimento e "catastroficità", sebbene nel prosieguo verrà anche elaborato l'indice complessivo di *Fairness (FFC)*, al fine di garantire la confrontabilità con gli studi WHO e con il contributo pubblicato sul Rapporto CEIS Sanità 2004.

Il privilegiare l'impoverimento e la "catastroficità" discende dall'osservazione di come tali fenomeni siano indicatori di carenze nel sistema di assicurazione sociale: vuoi per il fallimento del meccanismo di trasferimento del rischio economico, vuoi per le tensioni all'*opting out* dal sistema universalistico implicite nella presenza di una quota di famiglie gravate da oneri rilevanti per l'assistenza sanitaria.

Il limite maggiore degli indicatori di impoverimento e "catastroficità" è relativo alla "arbitrarietà" delle soglie prescelte: in particolare, mentre esiste una fiorente letteratura sulle soglie di povertà, per quanto riguarda la "catastroficità" delle spese si assume un livello in modo "aprioristico".

Per questo motivo si è ritenuto di elaborare gli indicatori in doppia versione: secondo le soglie WHO e quindi con nuove soglie più consone al contesto italiano (nel seguito indicate come "versione CEIS"). Le soglie di povertà WHO sono basate su un livello di sussistenza alimentare che mal si adatta ad una realtà sviluppata quale quella italiana. Si è invece mantenuta l'ipotesi WHO che valuta catastrofica una spesa sanitaria *out of pocket* che supera il 40,0% della capacità di spesa familiare.

Un limite implicito della metodologia, peraltro difficilmente superabile con i dati disponibili, riguarda l'assenza di considerazione del risparmio e quindi della ricchezza accumulata: la questione è certamente poco rilevante se l'analisi si riferisce ai Paesi in via di sviluppo, ma lo può essere in un contesto quale quello italiano.

⁶ Per i dettagli metodologici si rimanda a Maruotti A., Mennini F.S., Piasini L., Spandonaro F., *L'equità e la fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano*, in Rapporto CEIS Sanità 2004.

⁷ Cfr. Wagstaff (2001).

L'analisi si basa sui dati desunti dall'indagine campionaria sui consumi delle famiglie effettuata annualmente dall'ISTAT. Nella presente edizione si sono utilizzati gli ultimi due cicli di rilevazione disponibili, riferiti ai consumi degli anni 2002 e 2003 (i dati 2004 non sono stati ancora resi disponibili).

Le variabili prese in considerazione sono considerate a livello di singola famiglia e includono sia informazioni di tipo strutturale (numero dei componenti) che di tipo economico (consumi totali, spesa alimentare, spesa *out of pocket*).

La spesa *out of pocket* è stata ottenuta sommando le spese per ricoveri in ospedali, cliniche o case di cura, le spese per il pronto soccorso, le cure dentistiche, le spese connesse a visite mediche o specialistiche, le spese per protesi e cure termali, il costo di medicinali e del noleggio/acquisto di attrezzature sanitarie. La spesa alimentare è stata desunta dal "libretto degli acquisti" dell'indagine ISTAT, senza però comprendere le spese per alcolici, tabacco e le spese alimentari relative a pasti e consumazioni fuori casa (bar, alberghi, ristoranti, chioschi o simili).

Rispetto all'analisi contenuta nel Rapporto CEIS Sanità 2004 si evidenziano due principali fattori di discontinuità: da una parte sono stati inclusi nella spesa sanitaria *out of pocket* anche i consumi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti e ai disabili; sebbene, con riferimento alla quota erogata da professionisti non sanitari (badanti ecc.), non si tratta strettamente di spese classificabili come sanitarie, è sembrato interessante cogliere il fenomeno complessivo dell'assistenza alla disabilità. Inoltre, dal ciclo di rilevazione sui consumi 2003, l'ISTAT non rileva più la classe di reddito, e questo ha impedito di effettuare correzioni per passare da una stima della *capacity to pay* basata sui consumi ad una basata sul reddito disponibile.

Per garantire confrontabilità, sono stati rielaborati gli indicatori 2002, con i nuovi algoritmi di calcolo.

L'analisi è stata condotta a livello regionale, in considerazione delle rilevanti differenze socioeconomiche esistenti, ma anche dei diversi sistemi di regolamentazione regionale sul versante delle compartecipazioni alla spesa e delle relative esenzioni.

5.2.3 Gli indicatori di *fairness* secondo l'approccio WHO

In questo paragrafo forniamo le elaborazioni ottenibili mediante un'applicazione integrale della metodologia WHO.

La soglia di povertà adottata è puramente alimentare; la Tabella 1 riporta i dati ottenuti per tipologia di composizione familiare.

A livello nazionale abbiamo che lo 0,09% delle famiglie, pari a 19.204 nuclei, cadono sotto la soglia della povertà a causa delle spese sanitarie sostenute⁸ (famiglie IMPOOR).

⁸ Il dato riportato, come anche quelli seguenti, è interpretabile nel senso che mediamente ogni mese lo 0,09% delle famiglie pari a 19.204 nuclei cade sotto al soglia di povertà per effetto di spese sanitarie *out of pocket*. Quindi il numero di famiglie complessivamente interessate dal fenomeno durante l'anno è certamente maggiore. Alcune saranno risultate impoverite una tantum (in un solo singolo mese), mentre altre (al limite) potrebbero esserlo per tutto l'anno: i dati non permettono però di avere questa distinzione.

Tabella 1 - Soglie di povertà (in €) per livelli di composizione familiare – Metodologia WHO – Anno 2003

COMPONENTI	SOGLIA DI POVERTÀ
1	268,31
2	395,55
3	496,38
4	583,15
5	660,77
6	731,80
7	797,78
8	859,73
9	918,35
10	974,16
11	1027,57
12	1078,88

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Pertanto si apprezzano rilevanti differenze a livello territoriale (Tabella 2). Come era lecito aspettarsi l'impovertimento delle famiglie si concentra nel centro-sud, ove le famiglie hanno in partenza redditi inferiori⁹.

Tabella 2 - Quota di famiglie che mediamente si impoveriscono a causa delle spese sanitarie sostenute o che sono soggette a spese catastrofiche – Metodologia WHO - Anno 2003

REGIONE	IMPOOR	CATA
Italia	0,09%	0,76%
Piemonte-Valle d'Aosta	0,02%	0,71%
Lombardia	0,02%	0,77%
Trentino Alto Adige	0,08%	1,68%
Veneto	0,00%	0,50%
Friuli Venezia Giulia	0,00%	1,29%
Liguria	0,00%	1,21%
Emilia Romagna	0,00%	1,06%
Toscana	0,01%	0,26%
Umbria	0,20%	0,94%
Marche	0,00%	0,26%
Lazio	0,00%	0,12%
Abruzzo	0,11%	1,33%
Molise	0,00%	1,05%
Campania	0,12%	0,68%
Puglia	0,23%	0,96%
Basilicata	0,30%	1,71%
Calabria	0,50%	1,19%
Sicilia	0,37%	0,94%
Sardegna	0,00%	0,72%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

⁹ Nelle elaborazioni sono ovviamente escluse le famiglie in partenza povere.

Passando a considerare le famiglie che devono sostenere spese catastrofiche (famiglie CATA)¹⁰ (Tabella 2), esse sono lo 0,76% a livello nazionale, con punte dell'1,71% in Basilicata e dell'1,68% in Trentino Alto Adige, pari rispettivamente a 3.669 e 6.208 nuclei familiari. Confrontando il dato ottenuto con i valori assunti da altri Paesi¹¹, l'Italia presenta valori in termini di percentuale di famiglie soggette a spese catastrofiche nettamente superiori a quelli riscontrati nei principali Paesi europei (Francia, Germania, UK, Spagna).

Rispetto all'anno precedente la quota di famiglie impoverite è aumentata del 18,0%, mentre quella delle famiglie soggette a spese catastrofiche è diminuita del 22,0%.

Infine si è elaborato l'indice FFC (Tabella 3), che riassume la *fairness* del sistema: l'indicatore non è esente da problemi¹², ma viene riproposto anche al fine di effettuare un confronto con quanto emerso dallo studio internazionale di Murray (2003)¹³.

Come si evince dalla Tabella 3, l'Italia si colloca allo stesso livello di Slovenia, Francia e Spagna ma sempre sotto i valori degli altri principali Paesi europei¹⁴, denotando in definitiva una scarsa attenzione verso il problema dell'equità nel cosiddetto *burden space*.

Tabella 3 - Fairness in Financial Contribution Index – Confronti internazionali

PAESI	FFC
Slovacchia	0,941
UK	0,921
Danimarca	0,920
Svezia	0,920
Germania	0,913
Ungheria	0,905
Repubblica Ceca	0,904
Belgio	0,903
Finlandia	0,901
Romania	0,901
Islanda	0,891
Slovenia	0,890
Italia (2003)	0,890
Francia	0,889
Spagna	0,889
Norvegia	0,888
Italia (2002)	0,882
Lituania	0,875
Svizzera	0,875
Estonia	0,872
Croazia	0,865
Bulgaria	0,862
Grecia	0,858
Portogallo	0,845
Lettonia	0,828
Ucraina	0,788

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e WHO (Murray et al.) 2003

¹⁰ La soglia è stata posta al 40,0% della capacity to pay come negli studi promossi dalla WHO – Cfr. anche nota 7.

¹¹ Murray (2003).

¹² Cfr. Wagstaff (2001), *op. cit.*

¹³ È utile sottolineare che nello studio WHO l'Italia non è stata presa in considerazione.

¹⁴ Gli indicatori sono riferiti ad anni diversi.

Per quanto riguarda l'analisi del grado di *fairness* nelle Regioni italiane (Tabella 4), la Basilicata (0,862) ha il valore minore, mentre Lazio (0,923) e Toscana (0,913) hanno i risultati migliori. In ogni caso le Regioni italiane, con l'esclusione di Lazio e Toscana, si posizionano tutte a livelli di *fairness* inferiori rispetto a Regno Unito, Danimarca, Svezia e Germania, e in media anche sotto Francia e Spagna.

Tabella 4 - Fairness in Financial Contribution Index – Italia 2003

REGIONE	FFC
Basilicata	0,862
Trentino Alto Adige	0,862
Friuli Venezia Giulia	0,868
Sicilia	0,871
Calabria	0,875
Puglia	0,877
Abruzzo	0,880
Molise	0,880
Liguria	0,889
Italia	0,890
Lombardia	0,891
Umbria	0,891
Piemonte e Valle d'Aosta	0,891
Sardegna	0,894
Emilia Romagna	0,895
Campania	0,897
Marche	0,898
Veneto	0,899
Toscana	0,913
Lazio	0,923

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Complessivamente si apprezza un miglioramento degli indici di *fairness* per le Regioni Emilia Romagna, Campania, Lombardia, Veneto e Lazio; peggiorano invece gli indici di *fairness* per Trentino Alto Adige, Umbria, Abruzzo e Friuli Venezia Giulia.

5.2.4 Gli indicatori di *fairness* secondo l'approccio WHO rivisto dal CEIS

La soglia di povertà utilizzata dalla WHO appare poco adatta ad un contesto sviluppato come quello italiano; si è pertanto replicato l'esercizio utilizzando le soglie di povertà ricalcolate secondo la metodologia ISTAT¹⁵ (Tabella 5).

¹⁵ Cfr. ISTAT, *Approfondimenti*, 30 Giugno 2004 e ISTAT, *Statistiche in breve*, 13 Ottobre 2004.

Tabella 5 - Soglie di povertà relativa (in €) per livelli di composizione familiare – ISTAT – Anno 2003

COMPONENTI	SOGLIA DI POVERTÀ RELATIVA	SOGLIA DI POVERTÀ ASSOLUTA (RIVALUTATA)
1	521,70	392,99
2	869,50	589,12
3	1156,44	836,77
4	1417,29	1059,63
5	1652,05	1335,53
6	1878,12	1539,29
7 e +	2086,80	1736,97

Fonte: ISTAT

La metodologia ISTAT porta ad aumentare le soglie di povertà relativa e il livello di spese di sussistenza, come è ovvio, ricordando che nel concetto di sussistenza della WHO si considera solo la spesa alimentare, si ha un aumento della stima delle famiglie a rischio di impoverimento, come anche di quelle soggette a spese catastrofiche (Tabella 6).

Tabella 6 - Spese catastrofiche e famiglie che si impoveriscono a causa delle spese sanitarie sostenute – Metodologia CEIS – Anno 2003

REGIONE	IMPOOR	CATA
Italia	1,3%	4,2%
Piemonte-Valle d'Aosta	0,9%	3,6%
Lombardia	0,5%	2,4%
Trentino Alto Adige	0,9%	3,7%
Veneto	0,8%	2,0%
Friuli Venezia Giulia	1,4%	4,9%
Liguria	0,9%	3,1%
Emilia Romagna	1,4%	2,9%
Toscana	0,9%	1,3%
Umbria	1,8%	4,1%
Marche	1,1%	2,3%
Lazio	1,0%	1,5%
Abruzzo	2,7%	7,3%
Molise	1,9%	8,4%
Campania	2,2%	6,4%
Puglia	2,1%	6,7%
Basilicata	2,5%	8,4%
Calabria	3,4%	11,7%
Sicilia	2,0%	9,7%
Sardegna	1,9%	4,3%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

In questa nuova elaborazione le famiglie che si impoveriscono sarebbero l'1,3% pari a 297.299 nuclei. Ovviamente si conferma la prevalenza nel Mezzogiorno, con punte del 3,4% in Calabria (24.386 nuclei), il 2,5% (5.441 nuclei) in Basilicata e il 2,2% in Campania (41.981 nuclei). In questo contesto anche le Regioni del Nord sono soggette al fenomeno, con punte dell'1,4% (rispettivamente 6.984 e 22.885 nuclei) in Friuli Venezia Giulia e in Emilia Romagna (Tabella 6)¹⁶.

La stima delle famiglie soggette a spese catastrofiche, seguendo i nuovi parametri di elaborazione, è del 4,2% per l'Italia, pari a 940.427 nuclei.

Anche le spese catastrofiche sono più frequenti nel Sud Italia, dove tutte le Regioni presentano percentuali superiori al valore nazionale (Tabella 6)¹⁷. Spiccano in particolare Sicilia, Calabria, Basilicata e Molise con una proporzione di catastroficità doppia rispetto a quella nazionale. Le Regioni del Nord (con l'esclusione del Friuli Venezia Giulia con un 4,9% pari a 25.024 nuclei) presentano invece livelli di spese catastrofiche più bassi del valore per l'intero Paese. Un elemento di grande interesse è rappresentato dalla probabilità di incorrere in impoverimento o in spese catastrofiche, condizionatamente alla necessità/volontà di sostenere spese sanitarie dirette.

Tabella 6b - Spese catastrofiche e famiglie che si impoveriscono a causa delle spese sanitarie sostenute rispetto alle famiglie che hanno sostenuto spese *out of pocket* Metodologia CEIS – Anno 2003

REGIONE	IMPOOR	CATA
Italia	2,2%	6,9%
Piemonte-Valle d'Aosta	1,3%	5,6%
Lombardia	0,8%	3,8%
Trentino Alto Adige	1,6%	6,4%
Veneto	1,2%	3,0%
Friuli Venezia Giulia	2,5%	9,0%
Liguria	1,4%	4,5%
Emilia Romagna	2,1%	4,6%
Toscana	1,5%	2,3%
Umbria	2,8%	6,5%
Marche	1,8%	3,9%
Lazio	1,8%	2,5%
Abruzzo	4,9%	13,2%
Molise	3,6%	15,5%
Campania	3,7%	11,0%
Puglia	3,6%	11,3%
Basilicata	5,5%	18,2%
Calabria	5,4%	18,7%
Sicilia	3,4%	16,9%
Sardegna	3,3%	7,4%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

¹⁶ Cfr. nota 7.

¹⁷ Cfr. nota 7.

A questo proposito emerge che il 60,8% dei nuclei effettua spese *out of pocket* ogni mese. Riportare i valori dei nuclei impoveriti o soggetti a catastroficità a questo sottoinsieme riduce il possibile effetto sugli indici di variazioni territoriali di morbosità. Questa analisi “condizionata” porta ad un ovvio aumento delle percentuali sia regionali che nazionali (il 2,2% dei nuclei che affrontano spese *out of pocket* si impoveriscono e il 6,9% affronta spese catastrofiche). È interessante notare come il ranking delle Regioni non subisca variazioni significative né per l’impoverimento (si presentano solo alcuni scambi di posto tra Regioni contigue come Marche e Lombardia, Sicilia e Basilicata ed Emilia Romagna e Liguria), né per l’analisi della catastroficità dove le Regioni che compiono spostamenti notevoli in graduatoria (due posizioni) sono quelle più piccole (Molise e Basilicata), più soggette ad effetti di distorsione del campione.

Tale risultato supporta l’ipotesi che le differenze regionali siano prevalentemente dovute a differenze nel reddito e nei sistemi sanitari piuttosto che alla diversa proporzione di “ammalati” nelle Regioni.

5.2.5 Alcune riflessioni sui motivi dell’impoverimento e delle spese catastrofiche

Al fine di avere una migliore comprensione del fenomeno si è provveduto ad analizzare la composizione delle spese sanitarie *out of pocket*, per tipologia di consumo del nucleo familiare. Come era lecito aspettarsi, la quota di spesa *out of pocket* sul totale dei consumi familiari è relativamente costante (“ognuno si cura come può”) anche se, almeno per la popolazione nei quintili più alti (3, 4 e 5), è presente una certa correlazione al consumo totale e quindi, presumibilmente, al reddito.

La Tabella 7 fornisce le quote di *out of pocket* per quintili di consumo totale: il 1° quintile è il più “povero” e il 5° il più ricco.

Tabella 7 - Quota di consumo sanitario *out of pocket* sul consumo totale per quintili di consumo totale – Metodologia CEIS – Italia 2003

QUINTILE	1	2	3	4	5	TUTTA ITALIA
TOT	3,7%	3,4%	3,4%	3,8%	4,3%	3,9%
POOR	3,0%	1,8%	2,7%	-	-	2,5%
IMPOOR	15,9%	11,6%	14,8%	33,6%	83,1%	14,8%
CATA	13,3%	18,5%	31,2%	34,9%	46,5%	28,4%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Appare di grande interesse replicare l’analisi per tipologia di nucleo familiare, considerando separatamente le famiglie povere, quelle impoverite e quelle soggette a spese catastrofiche (Tabella 7).

La quota di spese sanitarie *out of pocket* per le famiglie povere è ovviamente minore che nel complesso del campione, quella delle famiglie impoverite è invece più alta e cresce al

crescere del consumo, chiara conseguenza del fatto che è necessaria una spesa maggiore per fare impoverire una famiglia più ricca. Si noti in particolare che le famiglie povere non sono comunque libere da oneri per l'assistenza sanitaria.

Per le famiglie soggette a spese catastrofiche, la quota di spesa *out of pocket* è superiore che nel campione generale; inoltre nei quintili "più poveri" è in media inferiore al 40% del consumo, in quanto con la metodologia CEIS la capacità di spesa viene sempre stimata sul consumo ma al netto della soglia di povertà assoluta ISTAT.

Come ulteriore analisi si è andati ad analizzare la composizione della spesa sanitaria *out of pocket* nei diversi sottoinsiemi.

Tabella 8a - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo totale – Tutte le famiglie – Italia 2003

QUINTILI	1	2	3	4	5
Ospedale	0,2%	0,7%	0,7%	1,5%	3,4%
Specialistica	11,3%	13,9%	13,5%	12,9%	10,8%
Dentista	2,7%	8,0%	10,3%	17,5%	33,6%
Analisi	5,7%	7,2%	6,5%	7,3%	6,6%
Apparecchi	2,7%	5,2%	6,4%	6,0%	8,8%
Termali	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	0,7%
Farmacia	73,1%	59,3%	56,0%	47,6%	31,5%
Disabilità e serv. Ausiliari	4,3%	5,6%	6,4%	6,8%	4,6%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

La popolazione italiana spende per assistenza sanitaria (Tabella 8a) fondamentalmente per l'acquisto di farmaci (in larga misura per effetto dei *ticket*), tale quota decresce al crescere dei quintili di consumo. Segue per importanza l'assistenza specialistica che rimane costante nei quintili.

L'assistenza odontoiatrica mostra ovviamente un andamento opposto, tale fenomeno è dovuto almeno in parte al maggior numero di nuclei che possono permettersi di ricorrere al dentista nelle fasce più ricche della popolazione.

La quota per la disabilità mantiene un andamento costante nei quintili, causa probabilmente del diverso tipo di assistenza che gli individui nei vari livelli di consumo possono fornire ai membri dei nuclei non autosufficienti.

Questo conferma che i *ticket* sono una componente importante della spesa *out of pocket*, ma anche che la copertura per le cure dentistiche e per la disabilità sono molto carenti.

Tabella 8b - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo totale – Famiglie povere – Metodologia WHO – Italia 2003

QUINTILI	1
Ospedale	3,7%
Specialistica	8,1%
Dentista	0,0%
Analisi	0,1%
Apparecchi	0,0%
Termali	0,0%
Farmacia	88,0%
Disabilità e serv. Ausiliari	0,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Per le famiglie povere (Tabella 8b), il dato più eclatante è che la spesa *out of pocket* si concentra sulla farmaceutica; tale dato non cambia nemmeno se si considerano le famiglie “relativamente povere” (Tabella 8c), se cioè si applica alla metodologia WHO la soglia di povertà relativa dell’ISTAT. Questo denota un fallimento della politica delle esenzioni, probabilmente derivante dalla quota fissa per ricetta che rimane comunque a carico della famiglia.

Tabella 8c - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo totale – Famiglie povere – Metodologia CEIS – Italia 2003

QUINTILI	1	2	3
Ospedale	0,8%	0,9%	0,3%
Specialistica	10,3%	12,1%	11,3%
Dentista	1,8%	6,3%	21,4%
Analisi	6,4%	10,5%	2,0%
Apparecchi	2,2%	5,9%	5,1%
Termali	0,0%	0,0%	0,0%
Farmacia	76,2%	63,9%	60,0%
Disabilità e serv. Ausiliari	2,2%	0,4%	0,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Tabella 8d - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo totale – Famiglie impoverite – Metodologia CEIS – Italia 2003

QUINTILI	1	2	3
Ospedale	0,0%	4,0%	7,4%
Specialistica	9,2%	11,1%	10,3%
Dentista	6,4%	15,0%	27,2%
Analisi	3,5%	12,5%	2,0%
Apparecchi	1,8%	5,3%	2,3%
Termali	0,0%	0,0%	0,0%
Farmacia	66,5%	45,2%	36,5%
Disabilità e serv. Ausiliari	12,6%	7,0%	14,3%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Appare sorprendente la presenza di impoverimento in tutti i quintili di consumo anche se la maggior parte delle famiglie impoverite (86,3%) si concentra nei primi due.

La struttura dell'impoverimento (Tabella 8d) è molto variabile in funzione del quintile di consumo (e quindi presumibilmente di reddito). L'analisi dei primi tre quintili (in cui si concentra il 98,1% delle famiglie impoverite) mostra come le spese farmaceutiche siano sempre una componente predominante ma decrescente in funzione del livello di consumo; anche le cure odontoiatriche continuano ad avere un ruolo determinante: la quota di tali spese appare crescere con il consumo, probabilmente per un effetto "rinuncia" tra le fasce meno abbienti della popolazione.

Nell'impoverimento assume un ruolo predominante l'assistenza per la disabilità, e questo dovrebbe essere un elemento chiave degli interventi di politica sanitaria.

Un'ultima osservazione va fatta sull'andamento crescente della quota di out of pocket dovuta all'ospedalità, tale andamento è probabilmente legato alla maggiore domanda di ospedalità privata all'aumentare delle possibilità di consumo.

Tabella 8e - Composizione del consumo sanitario out of pocket per quintili di consumo totale – Famiglie soggette a spese catastrofiche – Metodologia CEIS – Italia 2003

QUINTILI	1	2	3	4	5
Ospedale	0,6%	2,1%	2,1%	8,5%	11,5%
Specialistica	11,7%	15,1%	11,2%	2,7%	1,8%
Dentista	4,3%	18,5%	29,9%	50,0%	70,9%
Analisi	5,6%	6,6%	3,3%	2,1%	1,0%
Apparecchi	4,6%	7,4%	8,8%	6,4%	6,5%
Termali	0,0%	0,0%	0,1%	1,8%	0,3%
Farmacia	65,6%	30,8%	20,4%	8,4%	3,9%
Disabilità e serv. Ausiliari	7,6%	19,5%	24,2%	20,2%	4,2%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Anche per le famiglie soggette a spese catastrofiche (Tabella 8e), l'analisi deve essere distinta a seconda dei quintili: in quelli centrali (2, 3 e 4) hanno notevole rilevanza le spese per la disabilità e i servizi ausiliari, la farmaceutica e il dentista. Questo, oltre a confermare quanto già evidenziato, mostra come la presenza di un disabile o un anziano non autosufficiente (anche se solo temporaneamente) possa mettere in difficoltà le famiglie di reddito medio che tentino di ricorrere ad aiuto di personale esterno al nucleo familiare. Il peso appare ancora più accentuato se si considera che anche parte della quota di out of pocket dovuto al noleggio di apparecchiature e protesi è spesso legata al fenomeno della disabilità. Tale effetto sembra essere attenuato nel quinto quintile, probabilmente dalla presenza di redditi più alti. Per le famiglie presumibilmente più ricche, oltre alla predominanza delle spese per il dentista, rileva anche la percentuale di spesa legata all'ospedalità, effetto probabilmente di una scelta di *opting out* delle famiglie più abbienti dal sistema ospedaliero pubblico.

5.2.6 Conclusioni

I consumi sanitari, che evidentemente incidono sulle risorse disponibili per altri usi delle famiglie, dipendono sia da preferenze individuali che da regolamentazioni del sistema sanitario (compartecipazioni, *ticket*, ecc).

L'evidenza statistica sottolinea come un numero ancora rilevante di famiglie, 19.204 secondo l'approccio WHO, 297.299 nella rielaborazione da noi effettuata sulla base delle soglie di povertà relativa e assoluta dell'ISTAT, cadono mediamente ogni mese sotto la soglia di povertà a causa di spese sanitarie.

Inoltre una quota di famiglie, in larga misura distinte dalle prime, è chiamata a sostenere spese sanitarie cosiddette "catastrofiche", ovvero superiori al 40,0% della propria *capacity to pay*. Si tratta di 940.427 famiglie (168.891 se si fa riferimento alla metodologia della WHO), che in qualche modo possiamo dire che sono in "affanno" economico a causa dei consumi sanitari; anche se in alcuni casi i nuclei predetti possono far fronte senza problemi alle spese, esprimono con la loro volontà di consumo una disaffezione verso il SSN e sono potenzialmente incentivati a chiedere la libertà di fuoriuscire dal sistema sanitario obbligatorio nazionale (*opting out*).

Rispetto al 2002 il numero degli impoveriti, calcolato con la correzione CEIS, diminuisce di circa il 2%, quello delle famiglie soggette a spese catastrofiche dell'11,0%.

Complessivamente la *fairness* del sistema, misurata tramite l'FFC, migliora portando il Paese a livelli più simili a quelli di altri Paesi europei (Spagna e Francia), ma ancora lontano dai Paesi più "fair" quali Regno Unito, Danimarca, Svezia, o Germania. A livello regionale le differenze risultano notevoli, si rilevano alcuni miglioramenti sia al Nord (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) che nel Centro-Sud (Campania e Lazio).

L'elemento in complesso più denso di implicazioni appare però l'osservazione che la natura di assicurazione sociale (universale) del SSN italiano sembra incompiuta: la spesa sanitaria diretta delle famiglie continua ad essere in assoluto rilevante e per molte famiglie rappresenta un onere economico significativo, vuoi per l'incidenza dei *ticket*, vuoi per la carenza di servizi in alcune aree di cura, vuoi ancora per l'autonoma decisione di non utilizzare i servizi gratuiti forniti dal settore pubblico.

A priori si può dire che dovendo (o volendo) affrontare una spesa sanitaria privatamente, si ha una probabilità nel 2,0% dei casi di impoverirsi e nel 7,0% di spendere oltre il 40% della propria *capacity to pay*.

Assistenza odontoiatrica e LTC sembrano confermarsi i principali bisogni residui della popolazione italiana, in quanto non adeguatamente coperti dall'assicurazione pubblica: la nostra analisi ne quantifica l'impatto sui bilanci familiari.

L'analisi della composizione della spesa *out of pocket* delle famiglie povere indica che il sistema delle esenzioni urge di una riforma sostanziale, essendo in generale poco selettivo (in alcune Regioni in pratica rende inutili i *ticket*) e nello stesso tempo non garantisce l'assenza di oneri per le famiglie povere.

Le ragioni dell'impoverimento e delle spese catastrofiche, pur con elementi comuni, sembrano distinte. Nel primo caso LTC e *ticket* sembrano giocare un ruolo fondamentale; nel secondo caso anche il ricovero ospedaliero e il dentista hanno un'importanza rilevante per le famiglie più ricche.

L'accesso alle cure (in particolare le liste di attesa), le politiche di compartecipazione e le connesse esenzioni e l'adeguata copertura per le cure odontoiatriche e per la disabilità (LTC) sono quindi tre fattori prioritari per rendere realmente compiuto il disegno universalistico del Sistema Sanitario Nazionale italiano.

Bibliografia

- ISTAT (2004), *La povertà assoluta: informazioni sulla metodologia di stima*.
- ISTAT (2004), *La povertà relativa in Italia nel 2003*.
- Maruotti A., Mennini F.S., Piasini L., Spandonaro F. (2004), *Equità e fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano*, in CEIS Rapporto Sanità 2004.
- Mennini et al. (2004), *Monitoraggio della Spesa Sanitaria e del Finanziamento dell'Assistenza Sanitaria*, forthcoming in Salute e Territorio, 2004.
- Murray et al. (2003), *Assessing the Distribution of Household Financial Contribution to the Health System: Concepts and Empirical Application*, Health System Performance Assessments, Geneva, WHO.
- Rafaniello A., Spandonaro F. (2003), *Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistributivi*, in CEIS Rapporto Sanità 2003.
- Wagstaff A. (2001), *Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index*, Development Research Group and Human Development Network, World Bank.
- World Health Organization (2004), *Distribution of health payments and catastrophic expenditures*.
- Xu et al. (2003), *Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical and Technical Challenges*. Health Systems Performance Assessments, Geneva, WHO.

The background of the page is a light blue gradient. Overlaid on this is a faint, semi-transparent image of several people in motion, appearing to be running or jumping. The figures are dark blue or black, creating a sense of energy and movement. The overall aesthetic is clean and modern.

Capitolo 6

Qualità

6.1 Strategie per il miglioramento della qualità nelle Aziende Ospedaliere: un confronto internazionale¹

Capponi A.², Cepiku D.³, Greco A.⁴

6.1.1 Approccio metodologico adottato per l'analisi dei casi

La produzione dei servizi sanitari è, sia tecnicamente sia dal punto di vista organizzativo, un'attività complessa che: (a) richiede conoscenze professionali molteplici, che implicano, al contempo, la differenziazione specialistica e l'integrazione multidisciplinare; (b) prevedono l'erogazione di servizi dedicati alle specifiche esigenze del paziente; (c) è intangibile e dagli effetti critici; (d) richiede un'elevata congruità tra esigenze del paziente e specificità dei servizi erogati, in presenza di asimmetria informativa che limita la scelta del destinatario dei servizi; (e) si effettua in grandi organizzazioni fondate su conoscenze e competenze professionali dei singoli richiedendo al contempo un funzionamento a livello di sistema⁵. Per quanto riguarda in particolare le Aziende Ospedaliere, oltre alle suddette sussistono ulteriori caratteristiche che rendono problematica la misurazione della qualità⁶:

- le attività sono caratterizzate dall'erogazione di un numero consistente di servizi (impiegando il metodo DRG, un ospedale può "produrre" da 600 a 1.500 tipologie diverse di servizi a seconda dei criteri di classificazione selezionati), il che rende difficile la decisione di misurare, non solo la produttività, ma anche la qualità dei servizi;
- le attività svolte hanno natura stocastica: non esiste una relazione univoca tra trattamento erogato ed effetto sul paziente.

Di fronte alle suddette difficoltà si rileva però una vivacità in termini di sperimentazione di tecniche e strumenti per la rilevazione della qualità. L'obiettivo di questo capitolo è quello di comparare tre Aziende Ospedaliere caratterizzate da dimensioni differenti e provenienti da contesti diversi e i loro percorsi di gestione della qualità.

A tal fine, si impiegherà una tabella sinottica, elaborata a partire da un'analisi critica della letteratura, che verrà adottata come modello interpretativo e descrittivo dei casi. La Tabella 1 (pag. 239) riassume quattro driver di lettura⁷:

¹ La ricerca è frutto della riflessione comune degli autori. In fase di stesura dello stesso sono da attribuirsi a D. Cepiku i paragrafi 1, 4 e 5, ad A. Capponi il paragrafo 2 e ad A. Greco il paragrafo 3.

² Ufficio Assicurazione Qualità, Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità, Novara.

³ Dottoranda di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche, Università di Roma "Tor Vergata".

⁴ Ufficio Assicurazione Qualità, Ospedale Regionale di Locarno e Mendrisio.

⁵ Borgonovi E. (2000); Brusoni M. (2001).

⁶ de Pourville G., Minvielle E. (2002).

⁷ Donabedian A. (1990), Elefanti M. (1998), Elefanti M. et al (2001), Bucci R., Loiudice M. (1996).

1. Quali elementi sono presi in considerazione (struttura, processo, esito)?

Donabedian ha suddiviso oramai classicamente gli oggetti da valutare in struttura, processi ed esito. Per struttura si intende il complesso delle risorse umane, fisiche, tecniche, finanziarie e organizzative utilizzate per il funzionamento dei servizi sanitari⁸. Il processo riguarda l'attività che, nell'ambito dell'assistenza sanitaria, coinvolge operatori e pazienti. L'esito, infine, è il cambiamento dello stato di salute per effetto dell'attività sanitaria ma anche del grado di conoscenza della propria malattia. Da molti anni si è evidenziata nel mondo sanitario la necessità di strumenti adeguati per una valutazione oggettiva della qualità. Gli strumenti valutativi utilizzati per primi erano funzionali alle esigenze dei professionisti e quindi focalizzati esclusivamente sulla qualità tecnicoprofessionale. Da qualche decennio l'attenzione si è venuta spostando sugli aspetti organizzativi, anche per il crescere di complessità delle strutture e dei sistemi sanitari. Più recentemente, alla fine degli anni '80 la ricerca si è maggiormente attivata sugli indicatori, in particolare quelli di processo e di esito⁹. A titolo di esempio, l'accreditamento prende ad oggetto la struttura, mentre l'EFQM¹⁰ segue i principi di Donabedian valutando sia la struttura, sia i processi e sia, infine, l'esito.

2. Quali sono i soggetti con riferimento ai quali viene valutata la qualità (gli utenti, i professionisti, i manager)?

La qualità per l'*utente* si riferisce a ciò che gli utenti richiedono dal servizio, anche in funzione del confronto sistematico con l'offerta di servizi realizzata da altri operatori. La qualità del *professionista* è ciò che i professionisti definiscono essere necessario all'utente in termini di servizio da erogare, di tecniche da adottare e di procedure da seguire. Per giungere ad una efficace definizione del profilo della qualità sul piano professionale è necessario considerare due profili di indagine, ossia la qualità dell'*outcome* e la qualità del processo¹¹. Infine, la qualità del *management* garantisce un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse nell'ambito delle regole istituzionali del sistema di appartenenza.

Così, per esempio, l'EFQM e la certificazione ISO¹² sono metodi chiaramente orientati all'utente e strumenti al servizio del management. La *visitatie* e l'audit professionale sono metodi che coinvolgono principalmente il personale medico.

3. Qual'è la collocazione del soggetto che effettua la valutazione?

Come vedremo anche dall'analisi dei casi, la valutazione interna e quella esterna sono spesso reciprocamente funzionali. Infatti, nel caso in cui l'attività di monitoraggio interno, basata su criteri pubblicati, diffusi e riconosciuti avvenga in modo ricorrente, l'Azienda è

⁸ Donabedian A., *op. cit.* la definisce come "caratteristiche relativamente stabili degli amministratori e operatori sanitari, degli strumenti e delle risorse di cui dispongono e degli ambienti fisici ed organizzativi in cui operano".

⁹ OECD (2003); ASSR (2002).

¹⁰ EFQM sta per European Foundation for Quality Management.

¹¹ Elefanti M. (1998).

¹² ISO è l'acronimo di International Standards for Organization.

altresì in grado di produrre informazioni statistiche sulle proprie *performance* che può utilizzare sia con finalità manageriali interne, sia per comunicazioni esterne o per ottenere riconoscimenti. L'accreditamento, la certificazione ISO 9000, il modello dell'European Foundation for Quality Management e la *visitatie* sono alcuni dei sistemi descritti in letteratura per sottoporre a valutazione esterna un'Azienda Sanitaria¹³.

4. Quali sono le finalità del sistema di qualità?

Le finalità possono essere quelle di valutare l'ottemperanza ai requisiti specifici del modello (ISO 9000); la comparazione con il modello ai fini del miglioramento organizzativo (per esempio l'EFQM); il confronto con i criteri del modello per il posizionamento o la selezione nel settore analizzato.

Tabella 1 - Modello di interpretazione dei casi

Oggetto del sistema di qualità	Struttura
	Processo
	Esito
Destinatari del sistema di qualità	Utenti
	Professionisti
	Manager
Collocazione del soggetto che effettua la valutazione	Interna
	Esterna
Finalità del sistema di qualità	Valutazione/miglioramento dei processi tecnici
	Ottemperare ai requisiti specifici del modello
	Posizionamento/selezione nel settore analizzato
	Miglioramento organizzativo

Fonte: Cepiku D., 2003.

Questa classificazione non è naturalmente esaustiva dei molteplici sistemi di miglioramento della qualità, ma risulta utile ai fini della lettura dei casi pratici che ci apprestiamo ad introdurre.

L'obiettivo della ricerca è quello di approfondire il *framework* teorico ricavato da un'analisi critica della letteratura attraverso il metodo dei *case study*. Tale strategia di ricerca è di natura empirica e qualitativa e indaga un fenomeno attuale all'interno del suo contesto reale¹⁴. Il metodo è risultato quindi particolarmente appropriato per analizzare le domande (in particolare, come e perché) poc'anzi descritte.

Anche la scelta dell'unità d'analisi risponde a questo intento. La scelta è stata quella di casi multipli volta a comparare più contesti reali contemporaneamente. Si è proceduto

¹³ La CEE ha finanziato un gruppo europeo chiamato ExPeRT (External Peer-Review Techniques) per promuovere uno studio comparativo di questi sistemi. Cfr. ExPeRT Project, CASPE research, Londra, Regno Unito: www.caspe.co.uk. Heaton C., 2000, Gardini A., 1999, Shaw C.D., 2000.

¹⁴ Yin R.K (1995), pag. 13.

a selezionare casi aziendali, piuttosto che casi paese, pur non trascurando l'influenza delle variabili di contesto sui singoli casi studio. La scelta di Aziende Ospedaliere di dimensioni diverse come lo sono, da un lato, l'ospedale di Novara e quello di Locarno e, dall'altro, l'*Assistance Publique des Hôpitaux de Paris*, risponde all'intento di evidenziare le diverse vie alla promozione della qualità perseguite da Aziende di dimensioni differenti¹⁵.

6.1.2 Un sistema di governo clinico: il modello dell'A.O. "Maggiore della Carità" di Novara

6.1.2.1 Introduzione

L'impostazione organizzativa di un sistema di governo clinico nelle Aziende Ospedaliere italiane non è regolato. A tutt'oggi, l'unico documento normativo esistente è il Disegno di Legge dell'ex Ministro della Sanità Girolamo Sirchia, che poco o nulla dice al riguardo limitandosi a definire l'articolazione nell'organigramma aziendale della funzione di governo clinico. Gli esempi disponibili mostrano un'estrema variabilità, sia per gli approcci adottati, sia per gli strumenti proposti. Alcuni danno maggior rilievo alla gestione del rischio clinico partendo dagli eventi sentinella o dai rischi evitabili, altri poggiano sull'applicazione degli standard forniti dall'*Evidence Based Medicine*, altri ancora prediligono la riorganizzazione per processi della funzione assistenziale.

Nell'Azienda Ospedaliera di Novara il governo clinico ha una forte connotazione gestionale ed è finalizzato al miglioramento organizzativo mediante l'analisi e la ridefinizione dei processi tecnici e al monitoraggio della loro applicazione. La ridefinizione dei processi tecnici riguarda tutta l'attività assistenziale e in particolare i percorsi clinici del paziente, che sono definiti in accordo con quanto stabilito dalla letteratura scientifica. L'attività di monitoraggio è rivolta prioritariamente agli aspetti clinici del processo assistenziale e all'interno di questi, alle variabili critiche di processo ed esito. Le variabili strutturali sono tenute in osservazione qualora critiche rispetto all'esito clinico.

Nel rispetto del ciclo della qualità, gli scostamenti registrati determinano azioni correttive o di miglioramento monitorate nel tempo. Il sistema è finalizzato a fornire al professionista un supporto nel processo decisionale clinico e a garantire all'utente la fruizione di un'assistenza secondo le più recenti conoscenze scientifiche. Essendo, infine, il sistema attento al contesto politico-istituzionale, è uno strumento utile all'alta direzione per il raggiungimento degli obiettivi economici e degli standard qualitativi dettati dalle disposizioni regionali.

¹⁵ L'ospedale di Novara conta 775 posti letto per ricoveri ordinari e in day hospital; 20.391 ricoveri ordinari e 13.595 ricoveri in day hospital (dati 2004), senza considerare le prestazioni specialistiche ambulatoriali e le prestazioni DEA. L'ospedale di Locarno include 175 posti letto e accoglie ogni anno oltre 7.200 pazienti degenti e quasi 35.000 pazienti ambulatoriali. L'*Assistance Publique des Hôpitaux de Paris* raggruppava, nel 2001, 41 ospedali, per un totale di 25.470 posti letto e circa 1 milione di pazienti.

6.1.2.2 Gli standard di attività

Ciascuna struttura complessa dell'Azienda è prioritariamente chiamata a definire il proprio standard di servizio. In tale documento la struttura esplicita i punti di eccellenza sui quali concentrare l'impegno di governo e miglioramento.

Nello stesso documento la struttura dichiara per i singoli punti di eccellenza le garanzie offerte in termini organizzativi (applicazione di percorsi clinici predefiniti, strutture organizzative dedicate o altro), professionali (gestione dell'inserimento e aggiornamento del personale su procedure a rischio) e tecnologici (sorveglianza di aggiornamento e manutenzione della tecnologia critica). Per le suddette attività di eccellenza la struttura ridisegna con il supporto metodologico dell'ufficio qualità il processo assistenziale. L'iter diagnostico-terapeutico cui sottoporre il paziente è esplicitato attraverso la definizione del ragionamento clinico. Per ragionamento clinico si intende l'articolazione migliore del processo assistenziale derivato dal confronto con le evidenze cliniche. Tale ragionamento, approvato con un consenso esplicito da un *board* multidisciplinare, è successivamente tradotto nel percorso clinico che il paziente deve fare all'interno della struttura. Nel percorso clinico gli episodi assistenziali (visita, esami radiologici, interventi chirurgici, ecc.) sono raggruppati e articolati in giornate di degenza, accessi ambulatoriali o di *day hospital*.

6.1.2.3 I controlli

L'applicazione degli standard suddetti è verificata trimestralmente con quattro strumenti. Il primo prevede un *audit di caso clinico*. L'audit interessa il 15% della casistica (circa 5.800 cartelle cliniche/anno) selezionata con un campionamento mirato. Per ciascuno standard sono identificate le variabili critiche da monitorare e i criteri per la selezione dei casi nei quali verosimilmente lo standard è stato applicato in modo difforme. I referenti di reparto, con un metodologo dell'ufficio qualità, analizzano la cartella per verificare l'eventuale presenza e la causa della difformità. Al termine della verifica è steso un verbale sul quale sono riportati gli indicatori di monitoraggio.

Il secondo strumento prevede l'elaborazione dei database aziendali, con la costruzione di indicatori di attività. Gli indicatori sono quanto più possibile derivati dalla letteratura (indicatori Oryx, ecc.) al fine di favorire la confrontabilità esterna. Come per l'audit di caso clinico, anche questo strumento è incentrato sulle criticità. Per ciascun indicatore è fornita l'analisi statistica dei risultati.

Il terzo strumento prevede l'analisi dei comportamenti organizzativi attraverso verifiche ispettive interne. La tecnica utilizzata è quella prevista dalla normativa ISO ed è svolta dalla caposala, con l'aiuto di *check-list* specifiche. Una volta l'anno un verificatore certificato dell'ufficio qualità esegue un'audit esterno. Durante le verifiche è controllata l'adozione delle soluzioni organizzative previste dagli standard, non altrimenti verificabili sulle cartelle cliniche o sui database aziendali.

L'ultimo strumento consiste nella verifica dell'aggiornamento dei professionisti. A ciascun medico è somministrato un questionario tecnico-specialistico che prevede domande specifiche sulle evidenze cliniche di nuova pubblicazione. Le domande sono formulate sulla base di una sistematica revisione delle pubblicazioni di linee guida, studi di *technology assessment* e letteratura secondaria in genere.

6.1.2.4 Il miglioramento

Al termine di ciascun ciclo di verifica, per ciascuno strumento è redatto un verbale sul quale sono annotate le non conformità riscontrate. Il direttore della struttura complessa con il supporto di un metodologo dell'ufficio qualità analizza i risultati riportati nei verbali e identifica le eventuali azioni di miglioramento da applicare. Per ciascuna azione sono definiti la scadenza e l'indicatore di riferimento per il successivo monitoraggio. Le azioni di miglioramento possono consistere nel raggiungimento di particolari risultati di performance o nella regolazione di alcuni processi produttivi con la definizione di procedure, studi di *technology assessment* o altro.

6.1.2.5 I risultati

L'applicazione sistematica degli strumenti del governo clinico ha permesso all'Ospedale di Novara di raggiungere alcuni importanti traguardi organizzativi e clinici.

La definizione dei percorsi clinici ha consentito, tra gli altri, la riduzione significativa della mortalità nei pazienti con infarto miocardico ($p < 0,05$) mediante l'avvio di una percentuale significativamente maggiore di anziani (ultra 65enni) al trattamento con angioplastica ($p < 0,05$); il trasferimento delle quadrantectomie mammarie verso il *day hospital* ($p < 0,01$), la modifica del trattamento dell'insufficienza cardiaca.

Il monitoraggio trimestrale dell'attività ha consentito, tra l'altro, l'identificazione di un farmaco responsabile di un aumento significativo di ricoveri per effetti tossici associati a chemioterapia, il trasferimento della casistica verso regimi assistenziali più leggeri (il 40% dell'attività è attualmente svolta in *day hospital*), il miglioramento dell'appropriatezza generica.

Il monitoraggio sistematico dei risultati clinici ha mostrato, peraltro, che le modifiche introdotte tendono, nel tempo, ad annullarsi e che una continua sorveglianza si rende necessaria. Alcuni processi assistenziali di primaria importanza come la somministrazione dei beta-bloccanti o lo stesso trattamento con angioplastica nei pazienti con Sindrome Coronaria Acuta, pur essendo pratiche conosciute e condivise da tutti, hanno mostrato un andamento discontinuo con un'aderenza allo standard maggiore nei periodi immediatamente successivi alle revisioni del documento o, con un effetto rimbalzo, subito dopo un periodo di scostamento dallo standard. Ciò si è reso estremamente utile per la sorveglianza clinica dei processi assistenziali.

In altri casi, infine, lo standard raccomandato dalla letteratura si è dimostrato francamente irraggiungibile sebbene siano state registrate modifiche sostanziali nei comportamenti. È il caso, ad esempio, del trattamento del paziente anziano con frattura di femore per il quale l'intervento chirurgico, raccomandato entro le prime 24 ore, è spesso dilazionato per la presenza di patologie concomitanti che condizionano la preparazione all'intervento.

6.1.2.6 Conclusioni

In conclusione il sistema di governo clinico adottato ha sicuramente aumentato la visibilità delle variabili critiche del processo assistenziale, supportando il professionista nelle decisioni cliniche e favorendo il raggiungimento di risultati significativi in termini di efficienza organizzativa e di efficacia clinica. Il continuo coinvolgimento dei medici sui risultati clinici conseguiti ha contribuito significativamente a indirizzare l'impegno al miglioramento, consentendo il confronto con gli standard di riferimento.

6.1.3 L'Ospedale La Carità di Locarno: l'adozione di un sistema di gestione integrato per il miglioramento continuo

La principale riforma introdotta nel sistema sanitario svizzero negli ultimi dieci anni è, senza dubbio, la seconda revisione della legge, varata nel lontano 1911, sull'assicurazione malattia. La nuova legge (nota con l'acronimo LAMal), entrata in vigore il 1° gennaio 1996, oltre a voler rafforzare la solidarietà tra gli assicurati, colmare alcune lacune nella copertura assicurativa precedente e promuovere una concorrenza equa tra assicurazioni malattia, per ciò che concerne in particolare il settore ospedaliero, promuove l'introduzione di strumenti innovativi di gestione, volti da un lato al governo dei costi della salute (budget globale, pianificazione ospedaliera, forfait per caso, ecc.), dall'altro al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate (EBM, monitoraggio dell'efficacia e dell'adequatezza delle prestazioni, benchmarking).

Ciascuno dei 26 Cantoni ha recepito in maniera più o meno proattiva i cambiamenti promossi dalla nuova legge, così come, all'interno di uno stesso Cantone si può riscontrare una certa variabilità nell'implementazione di innovazioni di carattere gestionale, determinate dalla storia e dalla differente propensione al cambiamento della singola Azienda Ospedaliera. In particolare, un'esperienza significativa di implementazione di strumenti innovativi per la gestione e la promozione della qualità è rappresentata, nel Canton Ticino, dall'Ospedale Regionale La Carità di Locarno, appartenente all'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)¹⁶.

L'Ospedale raggruppa l'insieme delle specialità di base allargate (medicina, chirurgia, ginecologia e ostetricia, pediatria, cure intensive); ospita il Centro cantonale di fertilità e offre una serie di servizi in regime ambulatoriale, quali la fisioterapia, la radiologia, l'oncologia, l'emodialisi, il pronto soccorso, la medicina dello sport, la medicina cinese ed un ambulatorio di diabetologia. Il personale impiegato è pari a 600 collaboratori ripartiti su servizi generali, servizi medico-tecnici e reparti di cura e il budget dell'Ospedale ammonta a circa 70 mil. di franchi svizzeri (46 milioni di € circa).

L'impegno profuso in una gestione del sistema basata sui principi della qualità ha caratterizzato l'Ospedale Regionale di Locarno a partire dalla metà degli anni '90 ed è ben riassunto nella visione aziendale: "Vogliamo diventare un ospedale di riferimento in materia di efficacia diagnostica e terapeutica, di accoglienza, di affidabilità e di gestione della qualità".

L'importanza maggiore è stata data alla crescita dei collaboratori, coinvolgendo dapprima i quadri dell'Azienda, fino ad interessare in modo diretto tutto il personale (applicazione del modello delle competenze). Ciò nella profonda convinzione da parte della direzione che, se si ambisce a risultati di eccellenza in tutti i campi di attività di un'organizzazione, la formazione e la motivazione delle risorse umane – ottenuta innanzitutto incrementandone il grado di responsabilizzazione e coinvolgimento – siano i fattori decisivi su cui agire. Tra i maggiori risultati ottenuti in termini di evoluzione culturale: la consapevolezza del personale attorno al tema della qualità; il passaggio da un sistema di controllo ad un sistema di condivisione dei traguardi; l'introduzione di una cultura della misurazione.

¹⁶ L'EOC è l'Azienda unica finanziata dal Cantone che, in base alla nuova Legge sull'EOC del 2001, gestisce e coordina gli ospedali pubblici ticinesi.

Un altro passo importante è stato senz'altro la creazione di un Servizio Qualità, nel 1997, per la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria.

Nel 2000 è stata la volta della certificazione dell'istituto in base alla norma ISO 9001 che, se da un lato ha richiesto un grande sforzo in termini di risorse impiegate, dall'altro ha portato una serie di risultati:

- gestione capillare e sistematica della documentazione;
- capitalizzazione del sapere (descrizione e divulgazione a tutto il personale dei processi di lavoro, delle direttive e delle istruzioni operative);
- definizione di una struttura chiara di compiti e responsabilità;
- maggiore responsabilizzazione dei singoli;
- definizione di standard, misurazione di indicatori e messa in atto di misure migliorative e correttive in caso di scostamenti rispetto all'obiettivo definito;
- migliore allocazione delle risorse;
- organizzazione rapporti con i fornitori;
- creazione tra i collaboratori di una crescente maturità di tipo manageriale e assimilazione dei concetti di gestione basata sui processi.

Il miglioramento organizzativo e la diffusione di una cultura maggiormente orientata alla qualità del servizio hanno poi funto da fattore trainante per la rapida introduzione dei principi del *Total Quality Management* (TQM), approccio volto a valutare la qualità dell'organizzazione cercando di evidenziarne i fattori critici, fra i quali tipico esempio è l'integrazione dei processi interfunzionali. L'adesione a tale filosofia si è concretizzata nell'introduzione, nel corso del 2001, della metodologia delle autovalutazioni secondo il modello dell'EFQM. L'approccio scelto dall'Ospedale Regionale di Locarno a tale modello è stato particolarmente pragmatico e ha permesso ai quadri dell'Ospedale di evidenziare annualmente i principali punti di forza della struttura e le azioni concrete in grado di favorire un miglioramento costante della qualità del servizio erogato ai pazienti, ai medici presenti sul territorio e al personale stesso. Il processo di autovalutazione è stato integrato in modo particolarmente efficiente nel processo di gestione aziendale, con l'individuazione degli obiettivi strategici e la redazione di piani d'azione dettagliati e progetti di miglioramento. In tal modo, l'Ospedale ha trasformato l'obiettivo del miglioramento continuo in uno strumento di gestione corrente, basando la valutazione della necessità di intervento non più su percezioni o intuizioni di singoli individui, ma su fatti e dati concreti, rilevati all'interno della struttura. Per procedere in questa direzione è stato necessario, nel tempo, introdurre e finalizzare alcuni sistemi di controllo interni, quali ad esempio le rilevazioni periodiche del grado di soddisfazione dei collaboratori, dei pazienti, dei medici curanti, degli assicuratori, della popolazione e del Cantone stesso. Il processo di autovalutazione ha di fatto favorito una condivisione degli obiettivi strategici tra le diverse figure professionali presenti in Ospedale, aumentando notevolmente l'impegno profuso dai singoli per il raggiungimento degli obiettivi comuni. A risentirne positivamente è stata anche l'informazione – aspetto a cui il modello dà molta importanza – con l'istituzionalizzazione di molteplici forme di scambio interne ed esterne.

Accanto ai succitati strumenti che potremmo definire trasversali o di sistema per l'implementazione della qualità (certificazione ISO 9001 e modello EFQM), l'Ospedale di Locar-

no si è dotato anche di “strumenti settoriali”, quali il riconoscimento *fourchette verte*, nel 1999, per il servizio alberghiero; la certificazione ISO 14001, nel 2001, per introdurre i principi sul rispetto dell’ambiente; l’accreditamento ISO 17025, nel 2001, per il laboratorio; il progetto TRIPPS, per gli esami diagnostici preoperatori; il riconoscimento UNICEF, nel 2002, per la promozione dell’allattamento al seno e per il benessere di madre e bambino; il progetto Sicurezza sul lavoro, iniziato nel 2003; il progetto ENERGH0, per il risparmio energetico, intrapreso sempre nel 2003; l’accreditamento Uniti contro il dolore, conseguito nel corso del 2005. Tali strumenti manageriali hanno permesso all’Istituto di raggiungere un elevato livello di qualità organizzativa.

La vera sfida per l’Ospedale La Carità è oggi quella di riuscire ad integrare, all’interno del sistema di gestione della qualità, gli aspetti di carattere organizzativo-gestionale con alcuni aspetti che concernono la “qualità tecnica”, ossia la qualità delle cure prestate.

Appare estremamente importante, infatti, nel settore sanitario, distinguere l’approccio alla “qualità totale” (TQM) sviluppato in un contesto specificamente manageriale, dall’approccio tipico degli operatori sanitari che tende al miglioramento continuo della qualità attraverso la coordinazione di attività di valutazione degli interventi sanitari con successive attività di revisione delle modalità di effettuazione degli stessi e di ulteriore valutazione del loro impatto in un ciclo continuo definito “assicurazione della qualità” (*Quality Assurance*, secondo la terminologia anglosassone).

Poiché per entrambi gli approcci l’obiettivo fondamentale è il miglioramento della qualità, si può sostenere che, in realtà, tra essi non debbano esistere differenze sostanziali: si dovrebbe, dunque, protendere verso soluzioni che vedano le attività di *Quality Assurance* e TQM complementari e integrate. Tuttavia le diverse filosofie che stanno alla base dei due approcci, il differente oggetto, il diverso punto di vista da cui essi sono stati sviluppati, impongono di definire criteri e predisporre strumenti destinati a rendere totale la loro compatibilità.

Una strada perseguibile in tal senso potrebbe essere quella indicata dalla *Joint Commission International*¹⁷, i cui standard per l’accreditamento delle strutture sanitarie coprono due macro-aree: l’area tecnico-aziendale, che potremmo definire di miglioramento della qualità dell’organizzazione, dal punto di vista della gestione, dell’efficacia delle cure e della sicurezza del paziente; l’area clinica, che fa riferimento all’accesso e alla continuità delle cure. Ma l’ottemperare agli standard JCI, sebbene permetta di meglio cogliere le specificità del contesto sanitario rispetto ad approcci quali la certificazione ISO 9000 (nata nel mondo dell’industria), non garantisce, ad esempio, il rispetto da parte dei professionisti di comportamenti clinici raccomandati dalle linee guida nazionali e internazionali. Strada quest’ultima più facilmente praticabile se si pensa all’approccio dei percorsi assistenziali presentato nel caso dell’A.O. di Novara.

Si propone, allora, ancora una volta una soluzione integrata, nella quale nuovi strumenti manageriali vengono via via introdotti conformemente al grado di maturità dell’organizzazione. Tali strumenti, ad ogni modo, non sono vissuti dalla direzione dell’Ospedale di Lo-

¹⁷ JCI (2000).

carno come la panacea, bensì come un espediente per promuovere il dialogo e la cooperazione tra i vari professionisti, nell'obiettivo di definire, per ogni singolo problema di salute, il percorso che meglio garantisca l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni e la gestione del rischio, in un'ottica in cui il benessere del paziente sia davvero al centro di ogni decisione. E proprio in tale visione, l'Ospedale La Carità ha richiesto, dall'8 al 10 marzo 2004, un *presurvey* da parte degli ispettori della JCI sulla base degli standard internazionali definiti dall'istituto americano, mentre a marzo di quest'anno ha intrapreso un nuovo progetto pilota: la definizione di quattro percorsi assistenziali, con la collaborazione di consulenti esterni, esperti nella gestione per processi in sanità.

6.1.4 Strumenti e metodi di accreditamento per la modernizzazione degli Ospedali di Parigi

6.1.4.1 L'accreditamento in Francia

La procedura di accreditamento è stata introdotta nel sistema sanitario francese con l'*ordonnance* n. 96-346 dell'aprile 1996 riguardante la riforma ospedaliera¹⁸. Alla base dell'introduzione di questo istituto vi è la volontà di affermare la logica di miglioramento continuo dell'offerta sanitaria e la centralità del paziente nei percorsi cui deve sottoporsi, nel coordinamento delle cure che gli sono fornite e rispetto alla sua soddisfazione. La riforma del 1996 ha previsto che tutte le strutture, pubbliche e private, che erogano servizi sanitari (tranne la medicina generale) debbano sottoporsi alla procedura di accreditamento entro il 2002. Per il periodo dal 1996 al 2001 è stata prevista la possibilità per gli Ospedali di sottoporsi "su base volontaria" al processo di accreditamento. Dal 2002, esaurita questa prima fase, l'accreditamento è divenuto un processo in sostanza obbligatorio. L'*Agence Régionale de l'Hospitalisation* è incaricata infatti di imporre l'avvio dell'accreditamento degli Ospedali in difetto¹⁹. L'*ordonnance* del 1996 ha previsto l'istituzione di un organo tecnico per l'implementazione dell'accreditamento e lo sviluppo della qualità all'interno del servizio sanitario francese: l'*Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé* (ANAES). Essa ha un ruolo di guida nella procedura di accreditamento: stabilisce le norme di riferimento per valutare le strutture, le procedure e i risultati in termini di miglioramento della salute e di soddisfazione del paziente e assicura la coerenza e la validità delle metodologie. Ulteriore ruolo dell'ANAES è quello di fornire supporto e assistenza alle Aziende Sanitarie nella predisposizione delle linee guida, della codifica delle prestazioni e nella formazione della procedura di valutazione. I membri del board dell'Agenzia sono di nomina ministeriale e per tre quarti appartengono alle professioni sanitarie. La scelta di coinvolgere il più possibile le professioni sanitarie non è

¹⁸ L'*ordonnance* del 1996 dà una definizione di accreditamento consona ai concetti sviluppati a livello internazionale. L'accreditamento è definito come un *peer-review* esterno all'Azienda realizzato da personale medico, indipendente, per il raggiungimento di determinati fini e finalizzato alla valutazione della qualità dell'Azienda con l'aiuto di indicatori, di altri strumenti e nel rispetto del quadro normativo di riferimento.

¹⁹ Si realizza così un'incoerenza rispetto al principio di volontarietà evocato dal testo normativo.

casuale ma volta a controbilanciare la forte iniziativa governativa che è stata alla base dell'introduzione dell'accreditamento.

La procedura di accreditamento è descritta in un manuale che contiene gli obiettivi e i principi del processo di accreditamento e una serie di standard rispetto ai quali il progresso in termini di qualità viene valutato da ogni Azienda²⁰. La prima è dedicata ai pazienti e alla loro assistenza (informazioni, documentazione clinica, organizzazione delle modalità assistenziali). La seconda parte è dedicata alla gestione e all'organizzazione dei servizi (gestione dell'organizzazione e dei suoi settori, delle risorse umane, della logistica, del sistema informativo). La terza parte riguarda la qualità e la prevenzione (gestione della qualità e prevenzione del rischio, programmi di prevenzione e sicurezza trasfusionale, monitoraggio, prevenzione e controllo del rischio di infezione).

L'accreditamento persegue quindi i seguenti obiettivi:

- valutazione della qualità e della sicurezza dell'assistenza erogata;
- valutazione della capacità dell'Azienda Sanitaria di sostenere un miglioramento continuo in termini di qualità dell'assistenza offerta al paziente e dell'ospedalizzazione nel suo complesso;
- formulazione di raccomandazioni esplicite;
- coinvolgimento delle figure professionali in tutti i livelli di valutazione della qualità;
- riconoscimento esterno della qualità del processo terapeutico nelle Aziende Sanitarie;
- miglioramento della fiducia del pubblico nella struttura sanitaria.

L'accreditamento si applica a tutte le Aziende Sanitarie, siano esse pubbliche o private. Attualmente la procedura non riguarda le attività sociosanitarie, anche qualora avvengano dentro l'Azienda Sanitaria. La procedura di accreditamento si applica a quelle attività svolte dalle Aziende Sanitarie che riguardano, direttamente o indirettamente, l'assistenza al paziente (per esempio attività logistiche, attività tecniche, ecc.), mentre le attività di ricerca e di insegnamento non sono soggette all'accreditamento.

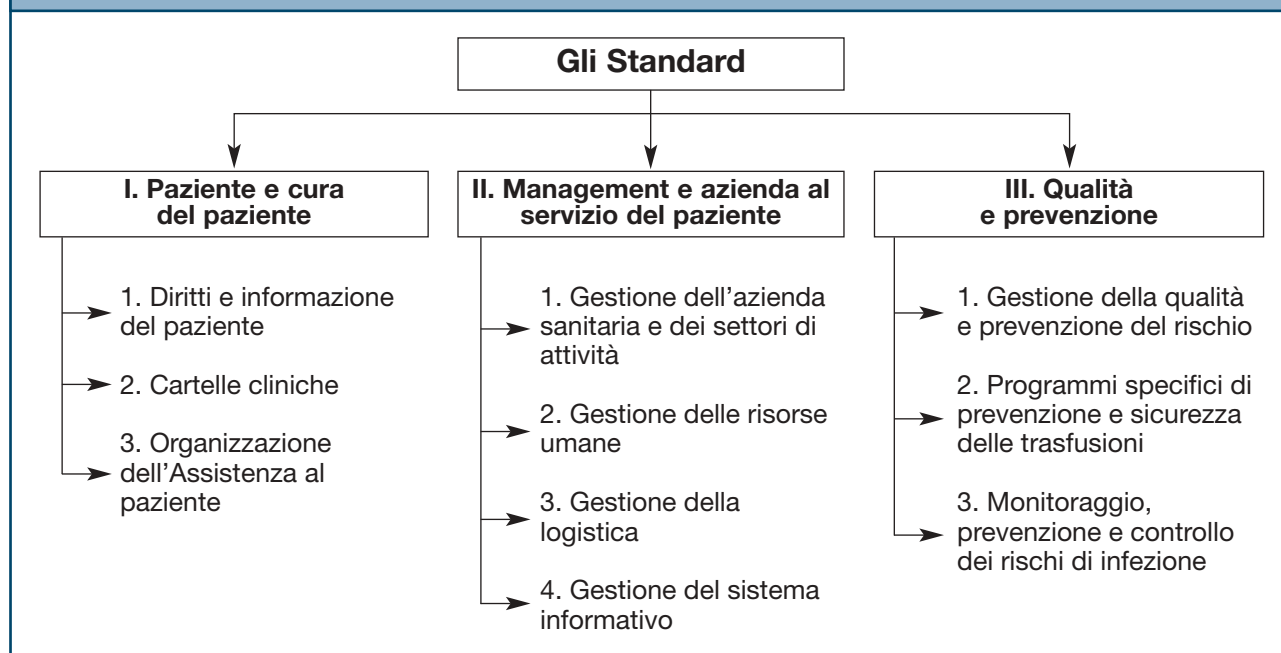
Il modello francese di accreditamento si basa su alcuni principi che ci soffermiamo brevemente ad esaminare. *Il focus è sul paziente*: commenti e livello di soddisfazione dei pazienti e di altri utenti dell'Azienda Sanitaria (famigliari del paziente, il medico, ecc.) assumono un'importanza centrale nel corso della valutazione. La *sicurezza* delle prestazioni erogate è una delle dimensioni principali della qualità dell'assistenza e una delle principali aspettative che i pazienti hanno nei confronti del sistema sanitario. Negli ultimi anni, un aumento in termini di complessità dell'assistenza ospedaliera ha comportato un aumento del rischio potenziale per gli individui. *Il miglioramento continuo della qualità* richiede la presenza di un sistema di gestione della qualità dentro l'Azienda ed è il risultato di sforzi interni ad essa. Per questo risulta importante *coinvolgere i professionisti e gli altri stakeholder* che operano ogni giorno nelle Aziende Sanitarie. Altri principi sono la *continuità*, condizionando l'ottenimento dei risultati all'impegno di medio-lungo periodo della struttura, l'*oggettività* dell'accreditamento dato che la valutazione si svolge in base a dei criteri precisi formulati dall'ANAES (*Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé*) in collaborazione con i professionisti e la *valutazione e miglioramento continuo del metodo*

²⁰ ANAES (1999).

di accreditamento. Riguardo quest'ultimo, l'ANAES sta sviluppando un sistema di monitoraggio in grado di misurare l'efficacia e i costi e evidenziare ogni problema o malfunzionamento del processo di accreditamento, anche alla luce dei risultati ottenuti dalla fase pilota, di commenti e consigli da professionisti delle Aziende valutate e dell'analisi delle informazioni raccolte attraverso la stessa procedura di accreditamento.

Gli standard di accreditamento sono stati formulati attraverso un processo di revisione continua in collaborazione con i professionisti delle Aziende Sanitarie. La definizione delle aree alle quali fanno riferimento gli standard è stata compiuta attraverso l'analisi della letteratura e dei testi normativi, nonché considerando i risultati di alcune indagini svolte presso i professionisti e gli utenti delle Aziende Sanitarie. Successivamente, i gruppi di lavoro hanno abbozzato una prima versione degli standard che è stata testata su un campione composto da 12 Aziende Sanitarie di diversa dimensione, natura e tipo di attività che hanno aderito volontariamente alla fase sperimentale. Successivamente, la versione di luglio 1998 è stata sperimentata in 40 Aziende Sanitarie francesi. La Sezione Accreditamento del Consiglio Scientifico ha monitorato il progresso e inviato osservazioni e commenti nel corso del processo di *drafting* degli standard. Ogni gruppo di standard di accreditamento è strutturato in standard, criteri e indicatori di performance. Per ogni standard è impiegata una scala di valutazione di quattro livelli che consente di registrare l'autovalutazione e successivamente l'indagine. I livelli variano dal primo (livello A) che significa che l'Azienda Sanitaria soddisfa pienamente lo standard in questione al quarto (livello D) che indica una non soddisfazione, nemmeno parziale, dello standard. Gli standard di accreditamento sono raggruppati secondo tre aggregazioni come risulta dalla Figura 1.

Figura 1 - Gli standard di accreditamento



Le Aziende Sanitarie devono avviare la procedura di accreditamento entro cinque anni dalla pubblicazione dello statuto dell'aprile 1996. Se un'Azienda Sanitaria non ha avviato il procedimento entro questi tempi, l'Agenzia Ospedaliera Regionale invia una richiesta formale di inizio della procedura. Tra una procedura di accreditamento e la successiva passano cinque anni a meno che non siano state richieste azioni di *follow-up*.

Entrambe le parti coinvolte nel processo di accreditamento devono osservare impegni quali massima confidenza, trasparenza e accuratezza dell'informazione fornita e accessibilità a informazioni e dati, obbligo di notificare situazioni o manchevolezze che possano compromettere la sicurezza del paziente (esiste l'obbligo di comunicare tempestivamente queste situazioni al direttore generale dell'ANAES e alle autorità competenti), obbligo a pagare un contributo finanziario per l'accREDITAMENTO determinabile in base a due criteri (numero di giorni e numero di ispettori necessari per compiere l'accREDITAMENTO) che dipendono in ultima istanza dalla dimensione dell'Azienda Sanitaria e dall'ampiezza delle sue attività cliniche.

La procedura di accREDITAMENTO prevede una prima parte di autovalutazione seguita da visite di verifica e da un report che valuta quanto la struttura si conformi agli standard previsti dal manuale. È possibile individuare fino a otto fasi²¹, dall'avvio della procedura di accREDITAMENTO per iniziativa del direttore della struttura, al rapporto degli esperti e le osservazioni della struttura sanitaria in questione comunicate al Collegio di AccREDITAMENTO dell'ANAES.

6.1.4.2 L'accREDITAMENTO dell'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

L'Assistenza Pubblica Ospedali di Parigi (*Assistance Publique des Hôpitaux de Paris*) è una "società pubblica della salute" (*établissement public de santé*) e costituisce il centro ospedaliero regionale ed universitario della Regione dell'Ile-de-France. L'AP-HP è tra le più grandi strutture sanitarie del Paese e gestisce risorse corrispondenti a circa il 2,0% del PIL).

Le dinamiche della programmazione dei servizi dell'Assistenza Pubblica Ospedali di Parigi coinvolgono i Piani Regionali Sanitari, il Piano Strategico Generale dell'AP-HP, dal quale a sua volta derivano i progetti riferiti ai singoli Ospedali e i progetti dei servizi. In altri termini, l'AP-HP è una sorta di anello di congiunzione di una catena virtuale che lega il Piano Sanitario Regionale con i servizi erogati alla popolazione.

Negli ultimi anni il contesto ambientale dell'AP-HP si è dimostrato fortemente dinamico. Tra i principali cambiamenti occorre evidenziare in primo luogo l'evoluzione dell'ambiente epidemiologico. I dati indicano un aumento del rischio per la maggior parte delle cause di morte, dovute a scelte dello stile di vita. Un ulteriore fattore di cambiamento, infine, è l'emergere delle nuove tecnologie. Si tratta di elementi che si scontrano con una sostanziale inadeguatezza delle strutture del sistema sanitario francese, e in particolare hanno comportato un ripensamento dell'organizzazione e delle logiche operative dell'AP-HP. Gli obiettivi di miglioramento (perseguiti attraverso il piano strategico 2001-2004) sono stati incentrati sui seguenti punti:

²¹ Cepiku D. (2003).

- ristrutturare la Direzione Generale;
- formulare e implementare un Piano Strategico unico per tutte le strutture dell'AP-HP;
- rafforzare l'integrazione dell'AP-HP nel sistema sanitario e nel territorio regionale;
- riaffermare la *mission* principale dell'AP-HP in materia di progresso medico, di insegnamento e ricerca;
- rendere le strutture ospedaliere maggiormente incentivanti per i dipendenti;
- migliorare la qualità, la sicurezza e l'accessibilità alle cure.

Le politiche di miglioramento della qualità sono state oggetto di particolare attenzione e di una molteplicità di interventi.

Si è cercato, innanzitutto, di introdurre una vera e propria "cultura della qualità" all'interno delle strutture dell'AP-HP. In particolare si è percorsa la strada dell'autovalutazione continua all'interno dell'Ospedale sia con riferimento alle strutture del processo interno (accettazione, visita, intervento, ecc.), sia con riferimento alle strutture di supporto alla presa in carico del paziente (laboratorio, farmacia, logistica, ecc.). La cultura della qualità è stata perseguita avvalendosi principalmente di tre tecniche:

- un manuale di autovalutazione mediante il quale operare una valutazione collettiva e preparare un audit esterno;
- la predisposizione di un set di indicatori mediante i quali realizzare un sistema di controlli interni;
- la rilevazione della qualità percepita dagli utenti.

Queste iniziative hanno permesso all'AP-HP di intraprendere un processo di accreditamento delle proprie strutture, secondo i principi sui quali ci siamo precedentemente soffermati, a partire dal 1997.

6.1.5 Considerazioni conclusive

Riprendendo lo schema sviluppato nel secondo paragrafo è possibile collocare le esperienze pratiche nella Tabella 2.

L'Azienda Ospedaliera di Novara ha elaborato un Sistema di Governo Clinico attento alle variabili critiche di processo ed esito dell'assistenza che, poggiando su standard derivati dalle evidenze scientifiche, costituisce un valido supporto decisionale per i professionisti ed uno strumento di garanzia per gli utenti. Lo stesso sistema è peraltro, nella sua versatilità, utilizzato anche dal management aziendale per il raggiungimento dei traguardi fissati dalle Istituzioni. Gli strumenti utilizzati, in accordo con il ciclo della qualità, sono finalizzati alla definizione degli standard dei processi tecnici e al loro monitoraggio per un continuo miglioramento organizzativo.

Nel caso dell'Ospedale Regionale di Locarno il miglioramento della qualità dei servizi erogati è stato perseguito, dapprima, attraverso l'introduzione di un sistema di gestione integrato (organizzazione, gestione risorse umane, gestione qualità, strategia) e di una serie di strumenti (dipartimentalizzazione, modello delle competenze, BSC, certificazioni ISO 9001, ISO 17025, ISO 14001, EBM, Tripps, *audit* interni ed esterni, EFQM, ecc.) volti principalmente ad innescare una dinamica di cambiamento organizzativo e culturale. In particolare, oggetto del sistema qualità sono stati la struttura e i processi interni, mentre la valutazione degli esiti si è incentrata sul monitoraggio sistematico di un numero esiguo di indicatori di

outcome e sulla costante valutazione della soddisfazione espressa dagli *stakeholder* strategici (pazienti, medici esterni, collaboratori, popolazione, assicuratori malattia, Cantone). La necessità di focalizzare l'attenzione della gestione sull'*output* specifico dell'organizzazione sanitaria (il singolo problema di salute) è alla base della decisione di intraprendere l'accreditamento secondo gli *standard* della *Joint Commission International* e l'introduzione della logica dei percorsi assistenziali, in un'ottica di continuo miglioramento.

Anche l'*Assistance Publique des Hôpitaux de Paris* ha cercato di introdurre una "cultura della qualità" all'interno delle proprie strutture. Questo è avvenuto attraverso l'audit organizzativo, la predisposizione di un sistema di controlli interni e la rilevazione della qualità percepita dagli utenti, ma soprattutto attraverso l'accreditamento effettuato da personale in prevalenza medico, esterno e indipendente con riferimento a tutte le aree di funzionamento dell'Azienda. Viene affermata la centralità del paziente e le finalità perseguite sono quelle del miglioramento continuo della qualità attraverso il soddisfacimento degli standard di accreditamento.

Tabella 2 - Collocazione dei casi nel modello interpretativo

	Ospedale di Novara (Italia)	Ospedale di Locarno (Svizzera)	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (Francia)
Oggetto del sistema di qualità			
Struttura		X	X
Processo	X	X	
Esito	X	X	
Destinatari del sistema di qualità			
Utenti	X	X	X
Professionisti	X		X
Manager	X	X	X
Collocazione del soggetto che effettua la valutazione			
Interna	X	X	
Esterna		X	X
Finalità del sistema di qualità			
Valutazione/miglioramento dei processi tecnici	X	X	
Ottemperare ai requisiti specifici del modello	X		X
Posizionamento/selezione nel settore analizzato			X
Miglioramento organizzativo	X	X	

La tabella intende evidenziare in maniera immediata come una medesima meta – il miglioramento della qualità – possa essere perseguita attraverso traiettorie diversificate. In effetti c'è chi osserva che la complementarietà dei rispettivi punti di forza e di debolezza dei sistemi di valutazione della qualità spinge verso una convergenza degli stessi²².

²² Shaw C.D. (2000).

L'ipotesi che qui si vuole suggerire, e che in qualche maniera può essere suggerita dai casi riportati, è che la convergenza può essere perseguita non attraverso un modello-sintesi che unifichi tutti gli approcci ma all'interno di una struttura che utilizza più approcci e modelli che implementa in tempi e modalità che tengono conto del suo contesto di riferimento.

Bibliografia

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (1999), *Accreditation Manual For Health Care Organisations*.
- ASSR (2002), *L'accreditamento delle strutture e dei servizi sanitari: Il quadro internazionale* in "Monitor: Elementi di analisi e osservazione del sistema salute", N. 2, nov.-dic. 2002, Bimestrale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.
- Borgonovi E. (2000), *Problemi di salute e funzionamento dei sistemi sanitari* in "Mecosan", Vol. 9, N. 35.
- Brusoni M. (2001), *La valutazione dei servizi sanitari: modelli e modalità di valutazione esterna* in *La qualità nella sanità*, Elefanti M., Egea.
- Bucci R., Loiudice M. (1996), *Il dibattito sulla qualità in ambito sanitario* in *Contributi per una gestione manageriale della sanità*, "Quaderni Mecosan".
- Cepiku D. (2003), *La qualità in ambito sanitario* in *Mecosan: Management ed economia sanitaria*, N. 46, pp. 99-121.
- de Pourville G., Minvielle E. (2002), *Measuring the Quality of Hospital Care: The State of the Art*, in *Measuring up: Improving health system performance in OECD countries*, a cura di OECD, Paris, pp. 251-276.
- Donabedian A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria*, Nis, Firenze.
- Elefanti M. (1998), "La qualità delle prestazioni e dei servizi nelle aziende sanitarie" in *Mecosan*, N. 25, gennaio-marzo.
- Elefanti M., Brusoni M., Mallarini E. (2001), *La qualità nella sanità*, Egea, Milano.
- Gardini A. (1999), "I sistemi di valutazione esterna della qualità" in *QA*, Vol. 10, N. 3, pp. 131-136.
- Heaton C. (2000), *External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project* in "International Journal for Quality in Health Care", Vol. 12, N. 3, pp. 177-182.
- Joint Commission International (2000), *Joint Commission International accreditation standards for hospitals*. [www.jcrinc.com/internat.htm]
- Meneguzzo M. (1994), *Configurazione organizzativa, ruoli direzionali e gestione economico-finanziaria in un gruppo pubblico multiospedaliero: il caso Assistance Publique Hôpitaux de Paris* in "Mecosan", Vol. 3, N. 10.
- OECD (2003), *Health care systems: lessons from the reform experience*. OECD Economics Department, February 2003.
- Ordonnance N. 96-346, *Portant réforme de l'hospitalisation publique et privée* in "Journal Officiel" du 25 avril 1996/128 année/n. 98.
- Shaw C.D. (2000), *External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries* in "International Journal for Quality in Health Care", Vol. 12, N. 3, pp. 169-175.
- Yin R.K (1995), *Case study research. Design and methods*, II ed., Sage, New York.

6.2 Recenti sviluppi nel sistema sanitario degli Stati Uniti, 2005

Feldstein P. J.¹

6.2.1 Introduzione

Il sistema sanitario degli Stati Uniti è formato da due pilastri: quello pubblico e quello privato. Il sistema privato rappresenta circa il 54,0% del totale delle spese sanitarie, che è di oltre 1,5 trilioni di dollari. I governi statali e quello federale sono fortemente coinvolti nel settore privato in termini di norme sulle funzioni che il personale sanitario può svolgere, in termini di barriere per quanto riguarda l'ammissione ai servizi sanitari in alcuni Stati, di requisiti per avere diritto ai benefici specificati nei piani di assicurazione sanitaria e di agevolazioni fiscali per l'acquisto dell'assicurazione sanitaria (il datore di lavoro che sottoscrive un'assicurazione sanitaria per conto dei dipendenti è esentato dalle imposte federali, statali e della sicurezza sociale). Nel 2004 l'agevolazione fiscale era stimata in 188 miliardi di dollari e i benefici interessano primariamente gli appartenenti agli scaglioni di imposta più elevati (reddito medio ed elevato).

Il sistema pubblico, che è cresciuto rispetto al settore privato, comprende diversi programmi; i due principali sono *Medicare* e *Medicaid*. In base al programma *Medicare* il governo federale paga le cure sanitarie per le persone anziane di 65 anni di età e oltre. Il programma *Medicare* copre i servizi per le cure gravi, come le cure ospedaliere, i servizi ambulatoriali, i servizi medici, i servizi infermieristici qualificati, le cure sanitarie domiciliari, i servizi per i malati terminali e, dal 2006, la prescrizione dei farmaci in regime di *outpatient*. I beneficiari del programma *Medicare* devono pagare le spese deducibili, le spese condivise e anche un premio mensile. Molte persone anziane hanno una copertura supplementare per pagare le spese deducibili e condivise. *Medicare* è finanziato con un'imposta sul *payroll*: è un sistema di pagamenti "in funzione del reddito", in cui i lavoratori di oggi sussidiano i costi delle cure sanitarie delle persone anziane. Tutti gli anziani, indipendentemente dal reddito, hanno diritto agli stessi benefici e pagano le stesse somme.

Medicaid è un programma amministrato dagli Stati e finanziato parzialmente dal governo federale (in media il 50,0%) per le persone che hanno un reddito inferiore ad uno specifico livello. Nel programma *Medicaid* sono inclusi gli anziani che non sono in grado di pagare le spese deducibili, le spese condivise e il premio mensile per *Medicare*. Una larga parte dei finanziamenti sono destinati alle cure di lungo periodo per le persone anziane con basso reddito presso le case di riposo. I benefici e l'ammissibilità al programma variano da Stato a Stato. Gli Stati che hanno redditi pro-capite bassi hanno programmi meno generosi e coprono un numero inferiore di persone con basso reddito. È un programma finanziato attraverso la fiscalità generale dello Stato. Poiché tali programmi sono di-

¹ Professore Robert Gumbiner Chair in Health Care Management, The Paul Merage School of Business, University of California, Irvine, California.

ventati molto costosi, i pagamenti dello Stato agli Ospedali, ai medici e alle Case di riposo sono inferiori ai pagamenti fatti a *Medicare* dagli assicuratori sanitari privati. Di conseguenza, non tutti gli erogatori delle cure sanitarie partecipano ai programmi *Medicaid*.

6.2.2 I problemi

Sono due le maggiori preoccupazioni relative al sistema sanitario degli Stati Uniti. La prima è la grossa percentuale di popolazione priva di un'assicurazione sanitaria. Circa il 15,0% della popolazione, oltre 40 milioni di persone, non è assicurato. Anche se non tutti coloro che non sono assicurati hanno un basso reddito, le persone non assicurate sono tipicamente giovani, ricevono un basso salario, sono afro-americane e ispaniche e lavorano in imprese con pochi dipendenti. L'attenzione dei media si concentra fortemente sui non assicurati, tuttavia è stato fatto poco per affrontare il problema.

I non assicurati non sono una fetta importante di elettori dal punto di vista politico, come invece lo sono gli anziani. I governi federale e statali sono riluttanti ad aumentare le imposte o a ridurre le spese per altri programmi importanti dal punto di vista politico per coprire i non assicurati e, anche se i fondi sono disponibili, c'è una differenza ideologica tra i due partiti politici su come dovrebbero essere assistite le persone non assicurate. I Democratici sono favorevoli ad estendere i programmi pubblici, come *Medicaid*, mentre i Repubblicani sono favorevoli a rafforzare e ad allargare il settore privato dando ai non assicurati crediti d'imposta rimborsabili per acquistare l'assicurazione privata.

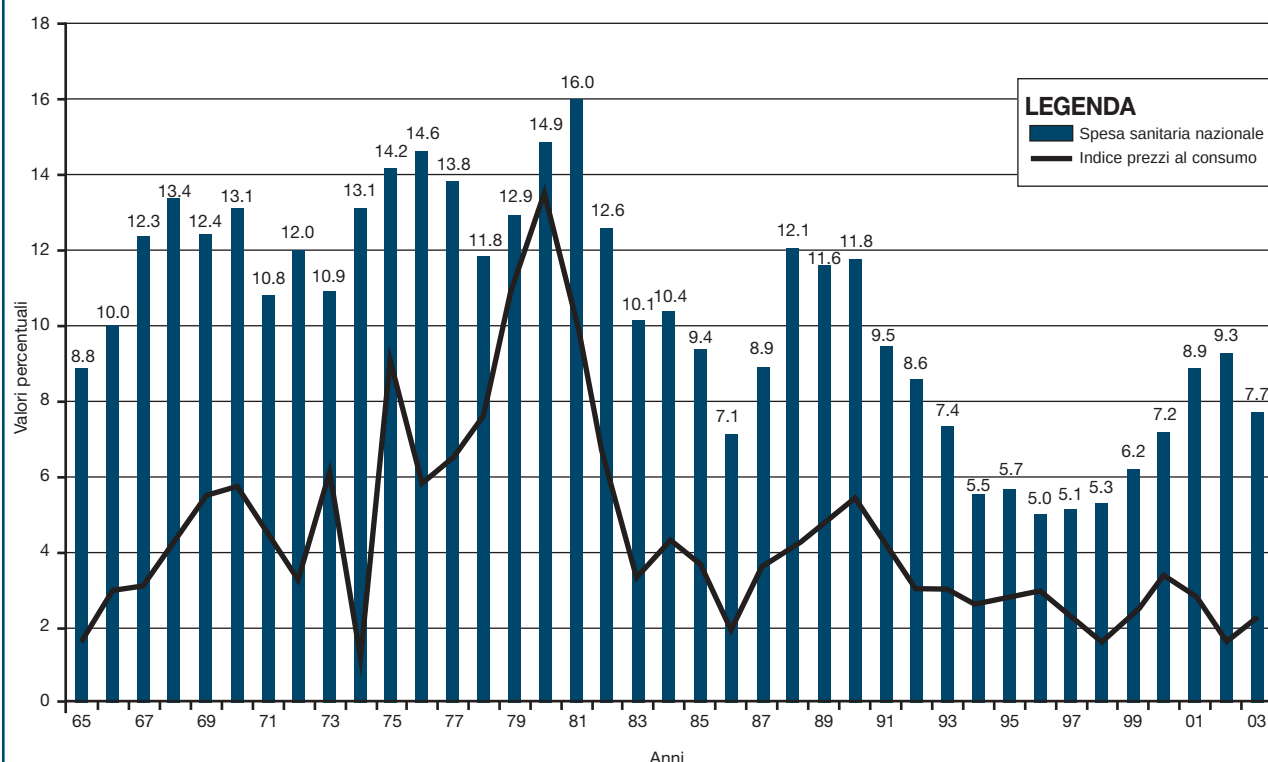
Sebbene vi siano molte discussioni per quanto riguarda i non assicurati, è improbabile nel prossimo futuro una nuova legislazione ed un aumento dei fondi.

La seconda preoccupazione relativa al sistema sanitario degli Stati Uniti riguarda l'aumento del costo delle cure. Le spese per le cure sanitarie rappresentano circa il 15,0% del PIL e stanno aumentando dell'8,0% all'anno. Come mostrato nella Figura 1, le spese sanitarie sono aumentate più rapidamente del tasso di inflazione, facendo sì che una quota sempre maggiore del PIL venga destinata alle cure sanitarie. Anche se il tasso di aumento della spesa sanitaria sta rallentando, esso è ancora di tre volte superiore al tasso di inflazione.

L'aumento del costo delle cure è un problema politico perché un numero sempre maggiore di persone della classe media non è in grado di acquistare l'assicurazione sanitaria o, se sono assicurate, sottoscrivono un'assicurazione con minori coperture per un premio assicurativo più basso. Inoltre, l'aumento dei costi fa crescere l'onere finanziario a carico degli Stati per il finanziamento dei programmi *Medicaid*. L'aumento dei costi delle cure sanitarie non solo contribuisce al deficit di bilancio dello Stato federale, poiché la quota federale di *Medicaid* e parte di *Medicare* è finanziata attraverso il sistema fiscale federale generale, ma è previsto che la quota ospedaliera di *Medicare*, che è finanziata attraverso un *Fund Trust* (imposta sul ruolo paga), possa fallire nel giro di alcuni anni. Anche le imprese che acquistano i pacchetti sanitari per i loro dipendenti e i loro sindacati sono interessate dall'aumento dei costi medici poiché questo fa aumentare il costo del lavoro e il salario dei dipendenti, come parte della compensazione dei dipendenti, viene ridotto per pagare i premi più alti dell'assicurazione sanitaria.

L'obiettivo del governo, sia di quelli statali che di quello federale, e delle imprese, è di ridurre il rapido aumento dei costi delle cure sanitarie.

Figura 1 - Percentuale annua di variazione della spesa sanitaria nazionale e Indice dei prezzi al consumo (1995-2003)



Fonte: dati del Department of Labor, Bureau of Labor Statistics 2005 <http://www.bls.gov> e U.S. DHHS, Centers of Medicare and Medicaid Services, 2005 <http://www.cms.hhs.gov/stats/nhe-oact/>.

Nota: CPI(U) = Indice dei prezzi al consumo per tutti i consumatori urbani

6.2.3 Recenti sviluppi nel settore pubblico

Il governo federale è preoccupato per tre importanti problemi della sanità. Il primo riguarda il beneficio delle prescrizioni di farmaci per i beneficiari del programma *Medicare*, attuato recentemente (dicembre 2003). In precedenza, *Medicare* non pagava la prescrizione *outpatient* dei farmaci. Questo nuovo beneficio sui farmaci entrerà in vigore dal gennaio 2006.

6.2.3.1 Beneficio della prescrizione *outpatient* dei farmaci di *Medicare*

Questa massiccia nuova legislazione sui farmaci è complessa, poiché contiene le spese deducibili, le spese condivise, un nuovo premio mensile, ed è volontaria: le persone anziane non devono parteciparvi. Inoltre, per la prima volta nella storia di *Medicare*, il premio mensile è in proporzione al reddito; per avere il nuovo beneficio le persone anziane con reddito più alto devono pagare premi più elevati. L'agenzia federale responsabile della supervisione di questo nuovo beneficio, i Centri per i Servizi di *Medicare* e di *Medicaid* (CMS),

sta tentando di spiegare il nuovo beneficio alle persone anziane e di incoraggiarle a partecipare. Il governo è preoccupato per il fatto che, a meno che le persone anziane siano consapevoli dei loro nuovi benefici per quanto riguarda i farmaci, dei requisiti di condivisione dei costi, saranno confuse e arrabbiate per il fatto di avere meno benefici e si “rivolteranno” contro i loro rappresentanti eletti quando si presenteranno per la rielezione nel 2006.

Per aderire, le persone anziane devono scegliere tra diversi piani di prescrizione di farmaci amministrati privatamente. Le società farmaceutiche sono riuscite a far inserire nella legislazione che il nuovo programma sia amministrato dai piani farmaceutici privati. Esse non volevano che il governo amministrasse il nuovo programma farmaceutico per timore che il governo negoziasse direttamente con le case farmaceutiche e riducesse i prezzi dei farmaci, come ha fatto con i prezzi delle cure ospedaliere e mediche del piano *Medicare*.

6.2.3.2 La riforma *Medicaid*

Un secondo problema importante a livello federale e statale è la riforma di *Medicaid*. Attualmente, vengono spesi 330 miliardi di dollari. *Medicaid* è finanziato dalle imposte sul reddito (governo federale e statale). Sia il governo federale che quello statale stanno cercando il modo di ridurre le loro spese. L'Amministrazione Bush vorrebbe ridurre in futuro le spese federali per *Medicaid* dando agli Stati una sovvenzione “in blocco” (piuttosto che fondi contro spese) e consentendo agli Stati di avere una maggiore flessibilità su quali gruppi di popolazione possono essere ammessi al programma stesso. Molti governatori degli Stati si sono opposti, considerando che i loro Stati dovranno farsi carico di un maggiore onere finanziario. Ad oggi non è stato raggiunto un accordo su come riformare *Medicaid*.

È previsto che, nel tempo, *Medicaid* diventerà un onere finanziario sempre più pesante poiché la popolazione invecchia e un numero sempre maggiore di persone anziane richiede cure sanitarie di lungo periodo. Sebbene sia un programma per finanziare le cure sanitarie per i poveri, il 70,0% di tutte le uscite viene speso sul 30,0% dei suoi beneficiari, in particolare per le cure di lungo periodo per le persone anziane. Per essere ammessi al programma, gli anziani devono ridurre i loro averi in modo da non superare una certa somma. Questo requisito della “riduzione dei beni” sconvolge le persone anziane, le loro mogli e i loro figli poiché pensano che hanno lavorato tutta una vita per accumulare i loro beni e non vogliono rendere povere le loro mogli per entrare in una casa di riposo.

Tutto questo potrebbe diventare un problema politico per le persone anziane.

6.2.3.3 Retribuzione dei medici di *Medicare*

Ogni anno *Medicare* adatta la retribuzione dei medici che prestano le cure sanitarie alle persone anziane. La formula usata per aggiornare l'onorario dei medici è basata, in larga parte, sulla crescita dell'economia. Piuttosto che essere basata sull'offerta e la richiesta di servizi medici, il Congresso ha deciso di basare la retribuzione dei medici su quello che viene considerato che il Paese può permettersi di pagare. La conseguenza del fatto di regolamentare l'onorario senza tener conto della domanda che cambia e delle condizioni di fornitura è quella che si può prevedere. Poiché la richiesta dei ser-

vizi medici di *Medicare* aumenta, *Medicare* sta proponendo di ridurre del 5,0% all'anno le spese dei medici.

La maggiore priorità legislativa dell'Associazione Medica Americana è quella di modificare la formula di retribuzione dei medici e di aumentare piuttosto che ridurre l'onorario dei medici. Un numero sempre crescente di medici sta chiedendo di non voler prestare le cure ai nuovi pazienti afferenti al programma.

L'Amministrazione riconosce che c'è un problema per quanto riguarda la formula di pagamento dei medici e vuole proporre di correggerla. Modificare la formula, tuttavia, comporta l'aumento delle spese e poiché i pagamenti dei medici di *Medicare* sono finanziati attraverso l'imposta generale sul reddito federale, l'aumento dei pagamenti farà aumentare il *deficit* federale. L'Amministrazione è anche impegnata a ridurre il deficit. Un compromesso possibile è di aumentare la retribuzione dei medici ogni anno per un solo anno ogni volta, non facendo aumentare così le proiezioni del deficit nel corso del tempo.

6.2.4 Recenti sviluppi nel settore privato

L'aumento dei costi delle cure sanitarie fa da traino a molte iniziative del settore privato. Per ridurre l'onere dell'aumento dei premi dell'assicurazione sanitaria, che riduce il salario dei lavoratori dipendenti, i lavoratori stanno accettando polizze assicurative con pagamenti condivisi più elevati e con maggiori quote deducibili.

Si stanno diffondendo sempre di più i piani sanitari con alta deducibilità.

Tuttavia, il tentativo dei datori di lavoro di spostare di più sui loro dipendenti il costo dell'assicurazione sanitaria ha portato ad un conflitto con i dipendenti stessi e a scioperi con i loro sindacati. Inoltre, sotto la pressione dei datori di lavoro per ridurre l'aumento dei premi dell'assicurazione sanitaria, gli assicuratori hanno evidenziato due nuovi approcci: gestione delle malattie e "pagamento per prestazione". Si ritiene che ridurranno l'aumento dei costi delle spese sanitarie ed aumenteranno, al contempo, la qualità delle cure.

6.2.4.1 Conflitto Dirigenza-lavoratori sui benefici sanitari

L'aumento dei costi delle cure sanitarie e conseguentemente l'aumento dei premi dell'assicurazione sanitaria hanno prodotto una maggiore conflittualità tra imprese che offrono ai loro dipendenti benefici sanitari relativamente generosi e i loro sindacati. Per rimanere competitivi con prodotti di costo inferiore, le imprese hanno tentato di ridurre i benefici sanitari che forniscono ai loro dipendenti. Un esempio di questo è stato il lungo sciopero dei dipendenti dei supermercati (drogherie). L'entrata dei nuovi supermercati che utilizzano manodopera a costo più basso ha permesso loro di praticare prezzi più bassi per i loro prodotti rispetto ai grandi supermercati. Per prevenire ulteriori perdite delle vendite, i grandi supermercati hanno cercato di competere riducendo i loro costi, in particolare riducendo i costi della manodopera. Uno dei componenti di più rapida crescita del costo del lavoro era il costo dei generosi benefici sanitari pagati dai supermercati. I grandi supermercati hanno proposto di spostare sui dipendenti una quota maggiore del costo dei benefici sanitari (pagata dai supermercati).

La conseguenza dello spostamento da parte delle imprese di una quota sempre maggiore del costo dei benefici sanitari sui loro dipendenti ha provocato in diverse industrie lo sciopero dei sindacati dei lavoratori. Lo sciopero dei supermercati è andato avanti per

quattro mesi. Alla fine, preoccupati di perdere il loro lavoro a favore di lavoratori temporanei, i dipendenti delle drogherie hanno accettato una riduzione della loro retribuzione, accettando di pagare di più per i loro benefici sanitari.

Un conflitto sul costo dei benefici sanitari è in atto attualmente tra la General Motors (GM) e il suo sindacato, l'United Auto Workers (UAW). Molti anni fa, l'UAW ha negoziato benefici sanitari molto vantaggiosi per i suoi aderenti e pensionati, tra i più generosi di tutte le imprese degli Stati Uniti, negoziati nel momento in cui i costi per le cure sanitarie erano molto più bassi di quelli attuali e la GM non era impegnata in una intensa competizione con i fabbricanti stranieri di vetture.

Molti dipendenti della GM vanno in pensione cinquantenni e l'azienda deve pagare i loro benefici sanitari completi fino ai 65 anni di età quando possono essere ammessi al programma governativo *Medicare*. Tuttavia, poiché *Medicare* paga in media solo il 50,0% dei costi delle cure sanitarie dei pensionati, la GM paga il costo rimanente per i benefici sanitari dei pensionati. Sorprendentemente, la GM non ha accantonato i fondi per pagare i costi delle cure sanitarie dei pensionati come farebbe per un piano pensione.

Negli anni '90, è stato chiesto a tutte le imprese con benefici sanitari per i pensionati di elencare i benefici sanitari assicurati non finanziati sui loro bilanci finanziari e di impiegare una quota di quelle passività ogni anno. In base ad una norma contabile fissata dal *Financial Accounting Standards Board* (FASB) nel 1991, gli impegni per le cure sanitarie non finanziate dei pensionati e futuri pensionati devono essere riconosciuti sui bilanci di queste imprese. Questa norma contabile richiede alle imprese di impiegare ogni anno una quota delle loro passività, riducendo pertanto i loro utili. Come risultato, ogni anno gli utili di queste imprese vengono ridotti di centinaia di milioni di dollari.

Gli impegni sanitari per i pensionati non finanziati della GM sono pari a 70 miliardi di dollari e la GM deve ridurre i suoi guadagni ogni anno di 5,6 miliardi per pagare i benefici sanitari dei suoi dipendenti, i benefici sanitari dei pensionati, e finanziare una quota della passività non finanziata per i pensionati attuali e futuri.

Oggi la GM è in difficoltà finanziarie; alcuni esperti del settore automobilistico ritengono anche che la GM potrebbe, eventualmente, dover dichiararsi in fallimento. Per essere più competitiva con gli altri fabbricanti di autovetture, la GM sta chiedendo al suo sindacato di consentirle di spostare sui dipendenti parte dei costi dei benefici sanitari dei dipendenti. Finora i sindacati hanno respinto tale proposta.

Le imprese impegnate nella competizione globale o anche contro i concorrenti locali che utilizzano manodopera a costo più basso, si sono rese conto di dover offrire prezzi più competitivi per sopravvivere. Le linee aeree tradizionali, come la Delta, la American e la Northwest stanno anche loro cercando di competere con le linee aeree *low cost*, come la Southwest e la Jet Blue, che hanno strutture di costo inferiore. Queste imprese tradizionali hanno tutte costi del lavoro più alti rispetto ai loro concorrenti e ciascuna sta tentando di ridurre tali costi, altrimenti si trovano di fronte al fallimento. Mentre alcune di queste imprese hanno tentato di ridurre i salari dei dipendenti, molte hanno tentato di ridurre la retribuzione dei dipendenti spostando parte dei costi dei generosi benefici sanitari sui dipendenti. I lavoratori dipendenti sono riluttanti ad accettare questo onere finanziario.

Il maggior onere dei costi sanitari dei loro dipendenti è un incentivo per la GM (ed altre im-

prese con pesanti impegni finanziari simili per i costi sanitari dei loro dipendenti e per gli obblighi medici non finanziati dei pensionati) di tentare di spostare questi costi sul governo, in particolare sui contribuenti. Queste imprese potrebbero probabilmente chiedere la copertura universale con il finanziamento da parte del governo delle cure sanitarie. Il finanziamento del governo e/o la regolamentazione governativa dei prezzi e delle spese mediche potrebbe sollevare queste imprese dal pesante onere finanziario per i costi delle cure sanitarie dei loro dipendenti e pensionati.

6.2.4.2 Programmi di gestione delle malattie

Molti datori di lavoro, preoccupati del rapido aumento dei premi dell'assicurazione sanitaria, ritengono di aver fatto quanto potevano con i meccanismi di contenimento dei costi, come un aumento delle quote deducibili dei dipendenti e la condivisione dei costi. Questi datori di lavoro attualmente prestano maggiore attenzione ai programmi di gestione delle malattie per ridurre le spese mediche dei loro dipendenti.

I programmi di gestione delle malattie sono concepiti per aiutare i pazienti a gestire meglio le situazioni croniche, come il diabete, l'asma, le malattie cardiache attraverso il monitoraggio delle loro salute, il coordinamento delle cure, e assicurando che seguano i regimi di trattamento prescritti. L'obiettivo della gestione delle malattie per gli acquirenti delle cure sanitarie, come le grandi società e gli assicuratori sanitari, è di mantenere o di migliorare la salute dei loro dipendenti e dei loro sottoscrittori per ridurre i costi dei trattamenti medici.

L'industria della gestione delle malattie è diventata più efficiente adattando gli interventi per gruppi o individui specifici. Usando modelli predittivi e altri strumenti analitici, le imprese di gestione delle malattie hanno migliorato la loro capacità di prendere come obiettivo quegli individui che molto probabilmente si ammaleranno e pertanto fonte di spese, ma anche di determinare a quale serie di interventi, come i mailing educativi, le telefonate delle infermiere, le visite cliniche, l'attrezzatura di monitoraggio a domicilio o le capacità interattive di Internet, ogni individuo risponderà meglio e trarrà maggiore beneficio. Numerosi studi hanno confermato che la gestione delle malattie è efficace dal punto di vista del trattamento medico. Tuttavia, esistono limitate ricerche sul fatto se questi programmi riducano i costi medici in generale. Mentre la gestione delle malattie ha un senso da una prospettiva medica, se non ha anche un senso da una prospettiva finanziaria, è poco probabile che continueranno ad espandersi. A meno che questi programmi possano dimostrare che riducono anche i costi medici (o almeno non li fanno aumentare), le grandi imprese e gli assicuratori sanitari ridurranno probabilmente il loro impegno per tali programmi.

La quantità di denaro che viene speso per i programmi di gestione delle malattie sta aumentando rapidamente, così come il numero di imprese che offrono questi servizi. Poiché il concetto di gestione delle malattie è stato accettato dalla comunità medica, grandi assicuratori sanitari iniziano ad offrire tali servizi acquistando imprese di gestione delle malattie. Gli assicuratori sanitari più piccoli e molti datori di lavoro contrattano con e si affidano a imprese di gestione delle malattie esterne per la loro competenza sulla formazione e il mantenimento di tali programmi.

I critici dei programmi di gestione delle malattie lamentano che mentre tali programmi possono offrire un beneficio sanitario², non è detto che determinino un risparmio in termini di costi. I sostenitori dei programmi di gestione delle malattie non sono d'accordo. Sulla base di uno studio del dicembre 2004 da parte dell'associazione di 1300 aderenti, l'*American Health Insurance Plan*, i proponenti dichiarano che i programmi di gestione delle malattie offrono una buona redditività sui loro investimenti, risparmiando da 1,25 a 2,94 dollari per ogni dollaro speso. Questi ritorni economici sono in aggiunta ai migliori risultati sanitari, ad una riduzione dei ricoveri ospedalieri ed una migliore produttività tra i lavoratori. Un altro studio di 43.000 membri di un piano assicurativo che ha partecipato ad un programma di gestione delle malattie per il diabete ha appurato che lo stato di salute dei partecipanti è migliorato sugli indicatori chiave della qualità e ha registrato risparmi medi dal 5 all'8,0%³.

Il governo federale sta esplorando i modi in cui questa gestione delle malattie può essere usata nel suo programma *Medicare* di pagamento secondo la prestazione per migliorare la qualità e per contenere l'aumento dei costi medici per i suoi 40 milioni di beneficiari. Un programma dimostrativo in prova per il programma *Medicare* è rappresentato da un contratto con le imprese di gestione delle malattie e gli assicuratori sanitari in nove Regioni che gestiscono 180.000 anziani con diabete e insufficienza cardiaca congestiva. I costi medici medi dei pazienti che fanno parte del programma di gestione delle malattie (più il costo delle imprese di gestione della malattia) sarà confrontato con un gruppo di rischio simile di pazienti senza la gestione della malattia, per determinare se il programma di gestione della malattia fa risparmiare denaro al governo. Se questi programmi pilota possono migliorare i risultati sanitari e non sono più costosi o addirittura fanno risparmiare spese al governo, questi programmi saranno ampliati per coprire un maggior numero di anziani di *Medicare*.

Molti Stati, nel tentativo di ridurre i loro costi sanitari per i beneficiari di *Medicaid* affetti da malattie croniche, stanno anche inserendo, come parte dei loro benefici medici, programmi di gestione delle malattie.

Data la crescita che si è verificata nell'industria della gestione delle malattie e le dichiarazioni fatte da tali imprese per quanto riguarda il risparmio dei costi e i risultati medici, sono state fatte proposte per fissare metodi di raccolta *standard* dei dati per determinare in modo più accurato in quale misura questi programmi di gestione delle malattie migliorino i risultati sanitari e riducano i costi medici.

6.2.4.3 Qualità delle cure e pagamento secondo le prestazioni

Negli anni prima del 1982, quando la Corte Suprema degli Stati Uniti ha sancito che la legge antitrust si doveva applicare anche alle cure sanitarie, è stata vietata l'informazione pubblica sulle prestazioni dei fornitori delle cure sanitarie. Le agenzie di accreditamento ospe-

² Uno studio recente sui pazienti con insufficienza cardiaca congestiva ha trovato un tasso di sopravvivenza aumentato tra i pazienti sottoposti a gestione della malattia.

³ Villagra V., Ahmed T. (2004).

daliero, come la Commissione congiunta sull'Accreditamento degli ospedali, non resero pubbliche le loro indagini sull'accREDITamento degli ospedali. Non è stata più disponibile per il pubblico l'informazione sui medici, quali le azioni disciplinari prese nei loro confronti. Era impossibile per i pazienti sapere se le prestazioni di un Ospedale erano migliori di quelle di un altro e se i chirurghi fossero più capaci di altri. Il divieto della disponibilità delle informazioni è stato considerato dalla Corte Suprema degli Stati Uniti come anti-concorrenziale, quindi illegale.

L'applicazione delle leggi antitrust alle cure sanitarie e il conseguente sviluppo di un mercato delle cure sanitarie più competitivo hanno portato ad un aumento dell'informazione disponibile per il pubblico sulle prestazioni del fornitore. Riconoscendo che esiste una domanda di informazioni mediche da parte dei consumatori, i datori di lavoro hanno sollecitato i loro assicuratori sanitari a raccogliere dai fornitori partecipanti alla rete, dagli ospedali e dai medici, i dati sulla qualità delle cure e sulla soddisfazione del paziente. Le imprese hanno anche messo a punto dei siti Internet concernenti dati sulle prestazioni dei fornitori. Attualmente negli Stati Uniti i consumatori possono facilmente vedere le prestazioni dei medici, per specialità; parimenti i dati sulla qualità degli ospedali sono anche online per la visione dei consumatori. Esistono diverse organizzazioni della qualità che forniscono dati standardizzati sulle prestazioni degli ospedali e dei medici. Gli assicuratori sanitari e i datori di lavoro rendono disponibili gli stessi dati perché i loro aderenti possano scegliere i fornitori.

Aetna, un grande assicuratore sanitario, offre un piano sanitario con una rete di fornitori che classifica gli specialisti in base agli indicatori di costo e di qualità. Per essere inserito come specialista membro, ogni specialista viene valutato: secondo un certo numero di riammissioni ospedaliere entro 30 giorni; eventi contrari; aderenza alle linee guida mediche; costi delle cure, adattati per gravità della malattia, relativi all'area geografica in cui essi esercitano. Aetna è focalizzata sugli specialisti perché le cure degli specialisti rappresentano circa la metà di tutta la spesa medica e sono più "episodiche", facilitando la misurazione del risultato. In aggiunta al miglioramento della qualità e alla riduzione dei costi dovuti alla sola selezione di fornitori di qualità più elevata nella rete dei fornitori dell'assicuratore, un altro approccio che recentemente ha attirato l'attenzione è l'idea del "pagamento secondo la prestazione".

I grandi acquirenti dei servizi di cure sanitarie fino ad oggi non hanno pagato in modo diverso gli ospedali o i medici. Ogni assicuratore paga ogni specialista come tutti gli altri (all'interno della sua rete di fornitori in una determinata area); la stessa cosa vale per i medici generalisti. I medici che forniscono cure di qualità superiore e che seguono le linee guida mediche attuali ricevono la stessa somma per procedura di quelli che hanno risultati inferiori. Questa pratica del pagamento uguale per prestazioni non uguali è iniziata a cambiare.

Lo scopo del "pagamento per prestazione" è quello di migliorare la qualità delle cure che il paziente riceve e di ridurre i costi eliminando la bassa qualità e le cure non necessarie. Un Ospedale, ad esempio, viene remunerato di meno quando un paziente viene riammesso a seguito di un'infezione presa nell'ospedale stesso. Il sistema di retribuzione per i fornitori delle cure sanitarie è neutro o negativo rispetto alla promozione della qualità delle cure. Altri costi per la scarsa qualità comprendono le malattie non necessarie, le lesioni, la disabilità e la mor-

te. I grandi assicuratori sanitari hanno iniziato a differenziare tra i fornitori quando eseguono i pagamenti. I fornitori di cure sanitarie hanno resistito all'idea di essere pagati in base alla prestazione, rivendicando che i dati e le misure della qualità non sono ancora abbastanza accurati. Le grandi imprese e i loro assicuratori, tuttavia, sostengono che aspettare fino a quando le misure e i dati della qualità saranno perfetti significa che le cure sanitarie insoddisfacenti continueranno ancora ad essere gratificate e gli ospedali e i medici non avranno incentivi finanziari per fornire un'elevata qualità delle cure e aderire alle linee guida mediche attuali. Inoltre, è ingiusto continuare a pagare allo stesso modo prestatori di cure di alta e bassa qualità. Un certo numero di studi ha documentato i grandi divari e le variazioni di qualità nell'uso dei servizi che esistono tra i medici nel sistema sanitario americano. Date queste ampie variazioni nella qualità e nelle cure erogate, pagare secondo le prestazioni dovrebbe migliorare la qualità e ridurre i costi.

Pagare secondo le prestazioni ricompensa i fornitori sulla base del miglioramento della qualità e nel superare certi *benchmarks*. Questo rispetta due obiettivi: ricompensare coloro che hanno già raggiunto una elevata qualità e incoraggiare i fornitori con un basso punteggio iniziale. Questo approccio, che gratifica il risultato e il miglioramento, dovrebbe migliorare le cure per molti pazienti.

Box 1

Mentre poche misure individuali possono individuare tutte le dimensioni della qualità, le misure delle prestazioni dovrebbero identificare le differenze importanti nella qualità delle cure che il singolo fornitore garantisce. Per gli Ospedali e per i medici sono usati quattro tipi di misure:

Misure dei risultati indica i risultati delle cure, che il paziente sia stato ricoverato, sia deceduto, o che la funzione sia migliorata. Quando sono usate le misure del risultato, sono aggiustate al rischio. I fornitori non dovrebbero essere penalizzati finanziariamente per i risultati insoddisfacenti di pazienti ad elevato rischio. Tuttavia, quando una misura del risultato non può essere aggiustata al rischio, possono essere usate le altre misure descritte, di processo, strutturale e l'esperienza del paziente, che generalmente non richiedono l'aggiustamento al rischio.

Misure di processo definisce le azioni che i fornitori prendono, che sono note attraverso le ricerche cliniche, per migliorare i risultati.

Misure strutturali dicono se il fornitore ha la capacità di garantire cure di alta qualità.

Esperienza del paziente indica le dimensioni quali la soddisfazione e la comprensione del processo di cura.

Pagare secondo le prestazioni modificherà la distribuzione dei pagamenti dei fornitori per ricompensare i fornitori che assicurano una migliore prestazione. Precedentemente, la professione medica ha sostenuto che tutti i medici sono di uguale qualità e che tutti i medici sono laureati per svolgere le stesse funzioni di qualsiasi specialista. Pagare secondo la prestazione riconoscerà cosa esiste nella pratica; i medici sono diversi nella qualità delle cure che forniscono. Il governo federale, imparando dal settore privato, ha deciso di sviluppare alcuni programmi pilota come anticipo dell'attuazione della formula di pagare secondo la prestazione nel programma *Medicare*.

6.2.5 Conclusioni

I due più importanti problemi per il sistema sanitario degli Stati Uniti sono stati i cittadini privi di assicurazione e l'aumento smisurato dei costi delle cure sanitarie. Questi problemi sono correlati; poiché i costi delle cure sanitarie aumentano ed aumentano anche i premi assicurativi, molte persone non si assicurano e altre acquistano assicurazioni sanitarie con minori coperture. Sfortunatamente, il problema dei non assicurati non potrà probabilmente essere risolto nel breve termine; è politicamente difficile proporre l'aumento delle imposte per assistere le persone non assicurate. Inoltre, anche se i fondi sono disponibili, c'è una differenza ideologica su come dovrebbero essere assistiti i non assicurati, allargando i programmi pubblici come *Medicaid*, o fornendo ai non assicurati un credito d'imposta rimborsabile per sottoscrivere l'assicurazione sanitaria.

Anche se non vi sono fondi per assistere i non assicurati, è stato fornito un nuovo sussidio alle persone anziane per aiutarle a pagare i costi dei farmaci prescritti *outpatient*. La differenza tra una persona anziana e un non assicurato è che le persone anziane rappresentano un importante gruppo dal punto di vista politico.

Il settore privato si è soprattutto preoccupato dei metodi per ridurre l'aumento dei premi dell'assicurazione sanitaria. Questi vanno dalla riduzione, da parte dei datori di lavoro, dei benefici sanitari ai loro dipendenti, con lo spostamento di una quota superiore del costo dell'assicurazione sanitaria sui dipendenti, alla ricerca di metodi innovativi da parte degli assicuratori sanitari per ridurre i costi e migliorare la qualità, come attraverso la gestione delle malattie e il pagamento secondo le prestazioni. Questi sforzi del settore privato per ridurre i costi continueranno con l'acutizzarsi del conflitto tra la direzione e i lavoratori, poiché i lavoratori sono costretti a farsi carico sempre più dei costi per le loro cure sanitarie. Infine, l'uragano Katrina, che ha provocato enormi devastazioni in Louisiana e nelle aree circostanti, richiederà enormi spese da parte del governo federale nel momento in cui l'Amministrazione Bush sta tentando di ridurre il deficit federale e di rendere permanenti i tagli alle imposte attuati precedentemente. L'uragano e i suoi effetti sul deficit federale ha reso improbabile che vi siano fondi addizionali per nuove iniziative relative alle cure sanitarie. Invece aumenterà gli sforzi del governo per ridurre ulteriormente l'aumento della spesa federale sui programmi *Medicare* e *Medicaid*.

Bibliografia

- Benko L.B. (2005), *Chronic Questions: Can Disease Management Deliver Promised Savings?*, *Modern Healthcare*, August 8, pp. 26-29.
- Brownstein R. (2005), *U.S. Healthcare Problem Too Big for Employers and Workers*, *Los Angeles Times*, June 20.
- Freudenheim M. (2004), *Employers Seek To Shift Cost of Drugs to U.S.*, *New York Times*, July 2, p. A1.
- Mark E. Miller, Ph.D. (2005), *Pay for performance in Medicare*, *Testimony before the Committee on Finance, U.S.*, Executive Director, Medicare Payment Advisory Commission, Senate, July 27.
- Villagra V., Ahmed T. (2004), *Effectiveness of a Disease Management Program for Patients with Diabetes*, *Health Affairs*, 23(4), July, pp. 255-266.

6.3 Una ricognizione dei sistemi di gestione del rischio in sanità in Italia e in Europa

Pelliccia L., Pieralli M.¹

6.3.1 Introduzione

La nozione di gestione del rischio in sanità è comunemente associata a due principali obiettivi che si sono evoluti successivamente nel tempo. Il primo obiettivo è la riduzione dei costi derivati dagli errori sanitari e conseguentemente dal contenzioso. A questo sono quindi associati i costi relativi ai contratti assicurativi, i costi correlati alla presa in carico delle procedure gestionali e amministrative, nonché i costi di immagine e reputazionali delle strutture e dei professionisti coinvolti. Il secondo obiettivo si è sviluppato successivamente e in concatenazione al primo a favore della qualità dei servizi sanitari. Il *risk management* è divenuto quindi un'attività, o meglio una serie di attività², che mirano a diminuire gli errori a favore di una maggior qualità delle prestazioni sanitarie, con conseguente diminuzione dei danni per iatrogenesi sul paziente e quindi dei costi sociali ed etici. Del resto ciò si ripercuote parimenti sulla diminuzione dei costi dovuti al prolungamento delle degenze, all'avvio di programmi di assistenza domiciliare, e così via.

La predisposizione di sistemi di *risk management* ha già avuto un discreto sviluppo in Europa, tanto che in alcuni Paesi sono stati istituiti organi a controllo governativo appositamente dedicati. Le stesse Istituzioni sovranazionali, quali la Commissione Europea e il Consiglio d'Europa, hanno espresso le rispettive posizioni a favore del conseguimento di una politica internazionale che favorisca la mobilità del paziente in Europa e che garantisca come diritto inalienabile la qualità delle prestazioni sanitarie³. In quest'ottica sono state intraprese una grande varietà e numerosità di azioni di gestione del rischio e di promozione della qualità dei servizi sanitari e della sicurezza del paziente con grande eterogeneità di soluzioni. La sfera sanitaria infatti costituisce un ambito tra i più complessi, a causa dell'eterogeneità di servizi e di utenza, della molteplicità di competenze coinvolte e di condizioni organizzative, che si combinano in ogni struttura a generare un diverso grado di rischiosità intrinseco, e soprattutto della forte componente sociale associata alle prestazioni erogate. Al contrario di quanto accaduto in altri settori industriali, in cui sono stati attuati e perfezionati complessi sistemi di analisi delle criticità e priorità, in ambito sanitario si è configurato un ritardo di tali applicazioni. Per molto tempo si è quindi scelto di trasfe-

¹ Gutenberg sicurezza in sanità srl, Arezzo (Italia).

² Una delle più comuni definizioni di *risk management* è quella dell'agenzia statunitense AHQR che qualifica il termine come segue "clinical and administrative activities that hospitals undertake to identify, evaluate and reduce the risk of injury to patients, personnels and visitors and the risk of loss to the institution itself".

³ Commissione Europea (2005); il Consiglio d'Europa ha annunciato in occasione dell'European Workshop on Healthcare Risk Management (Roma 13 Giugno 2005) l'uscita della Raccomandazione sulla Sicurezza dei Pazienti (dati non pubblicati).

rire il rischio direttamente alle assicurazioni, cosa che ha determinato nel tempo una crescita dei premi assicurativi tale da configurarsi attualmente come uno dei principali temi relativi al *risk management* in sanità.

6.3.2 Il fenomeno degli errori clinici: aspetti epidemiologici ed economici

La stima delle dimensioni del fenomeno è un passo fondamentale per poter comprendere quali siano le principali aree di priorità e per poter intervenire in modo efficace.

La questione degli errori clinici sta, infatti, assumendo una considerevole rilevanza in tutti i sistemi sanitari: gli episodi di *malpractice* occupano sempre maggiori spazi nelle cronache e nelle aule giudiziarie, diffondendo tra i pazienti sfiducia nell'azione medica.

Di questo fenomeno, in ogni caso, si conoscono solo minimamente le dimensioni e l'impatto.

Una ricerca⁴ su fonti bibliografiche e attraverso indagini a confronto con i diretti responsabili delle principali organizzazioni impegnate nel *risk management* e nella sicurezza del paziente in Europa ha permesso di rilevare come i primi tentativi di misurazione scientifica degli errori in sanità si siano sviluppati negli Stati Uniti alla fine degli anni '80. Lo studio della Harvard Medical Practice (precursore del filone di ricerca empirica delle indagini epidemiologiche sulla diffusione degli eventi avversi) ha rivelato che si verificherebbero incidenti nel 3,7% dei ricoveri e che una buona parte di essi sarebbero dovuti a negligenza⁵. Ricerche analoghe sono state ripetute negli Stati Uniti e in altri contesti (Australia, Canada, Danimarca e Gran Bretagna; Tabella 1), portando alla luce risultati piuttosto difforni, presumibilmente a causa delle differenti metodologie utilizzate nelle singole indagini.

Tabella 1 - Le indagini epidemiologiche

Fonte	Paese	Risultati
Brennan et al. (1991)	USA (Harvard Medical Practice)	Eventi avversi nel 3,7% dei ricoveri (di cui 27,6% per negligenza)
Thomas et al. (2000)	USA (Utah e Colorado)	Eventi avversi nel 2,9% dei ricoveri
Wilson et al. (1995)	Australia	Eventi avversi nel 16,6% dei ricoveri
Vincent et al. (2001)	Gran Bretagna	Eventi avversi nell'11,7% dei ricoveri e nel 10,8% dei pazienti
Kermode-Scott (2004)	Canada	Eventi avversi nel 7,5% dei ricoveri (di cui 37% prevenibili)
Schioler et al. (2001)	Danimarca	Eventi avversi nel 9% dei ricoveri (di cui 40,4% prevenibili)

⁴ Ricerca svolta da Gutenberg sicurezza in sanità su fonti bibliografiche tra Marzo 2004 e Marzo 2005, con integrazioni sulla base di successivi rapporti di cooperazione con Istituzioni e Organizzazioni europee sulla sicurezza del paziente (dati non pubblicati).

⁵ Brennan et al. (1991).

In ogni caso, trattandosi di misure profondamente legate al contesto clinico di rilevazione, le estrapolazioni sono considerate inopportune: pertanto, non essendo corretto stimare la diffusione degli eventi avversi di un Paese applicando le percentuali di incidenza di altre nazioni, per la maggior parte delle realtà (come per l'Italia) si continua a non disporre di nessuna misura significativa di questo fenomeno (peraltro, le informazioni oggi note sono limitate al solo ambito ospedaliero). Non sono esaustive, sotto questo profilo, le statistiche sulla litigiosità, in quanto capaci di evidenziare solo gli episodi di errori cui fa seguito una denuncia.

Le conoscenze riguardanti l'impatto economico degli eventi avversi sono ancora molto limitate. Alcuni Paesi conoscono i costi dei risarcimenti riconosciuti alle vittime di errori (ad esempio il NHS sembrerebbe dover risarcire 400 milioni di sterline annue⁶), mentre è stato stimato che negli Stati Uniti la litigiosità per *malpractice* sia responsabile dell'1% della spesa sanitaria.⁷

Le cifre sulla litigiosità non sono in grado di rilevare l'intero impatto economico degli errori da iatrogenesi, perché relative ai soli casi che hanno ottenuto una compensazione per via legale. Pertanto, in alcune realtà si è tentato di stimare l'impatto degli incidenti in sanità a partire dai risultati delle indagini epidemiologiche: laddove era nota l'incidenza sull'ospedalizzazione, i dati epidemiologici sono stati tradotti in termini monetari (tramite le tariffe per Drg), ottenendo stime del costo del prolungamento delle degenze causate dagli eventi avversi: ad esempio in Australia si tratterebbe di 636.000 \$ ogni 10.000 ricoveri⁸ e 900.000 \$ annui⁹; nel Regno Unito sono stati stimati costi per 1 miliardo di sterline annue¹⁰.

Tuttavia, come sottolineato da alcuni economisti sanitari, anche questi risultati sono molto lontani dal rappresentare una misura esaustiva del costo sociale degli eventi avversi¹¹: il limite di queste stime è innanzitutto quello di non considerare il fatto che quando si verifica un evento avverso, l'incremento dei costi dell'ospedalizzazione è estremamente superiore al costo medio della giornata di degenza¹²; i danni da iatrogenesi comportano inoltre necessità di assistenza sanitaria anche dopo la dimissione e, qualora essi causino una disabilità nel paziente, generano ulteriori oneri per l'assistenza sociale e previdenziale.

La catena delle conseguenze economiche degli errori clinici si dimostra piuttosto lunga e articolata (nella Figura 1 si è tentato di schematizzare il ventaglio dei costi diretti e indiretti) e ancora nessuno studio in nessun Paese ha valutato l'impatto economico con una prospettiva così ampia.

⁶ *National Audit Office (2001).*

⁷ *Danzon P. (2000).*

⁸ *Rigby K. e Litt J. (2000).*

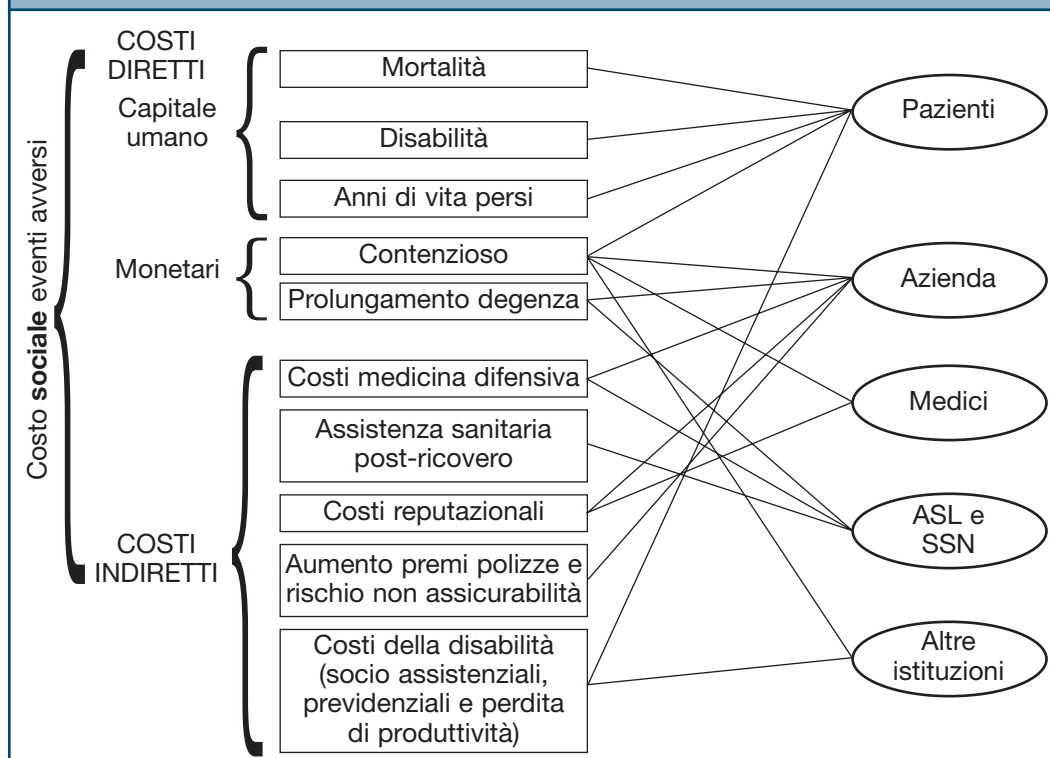
⁹ *Rigby K. et al. (1999).*

¹⁰ *Vincent C. et al. (2003).*

¹¹ *Danzon P. (2000), Rigby K. (1999).*

¹² *Sarebbero pertanto necessari dati di costo per giornata di degenza ottenuti da rilevazioni ad hoc, relativi alla casistica di pazienti che hanno subito un evento avverso.*

Figura 1 - Costi sociali degli eventi avversi



Nell'attualità si riscontra un proliferare di interventi in letteratura relativi al sistema statunitense (limitati tuttavia ai soli costi della *malpractice*) e una scarsità di ricerche sugli effetti economici degli incidenti in sanità nei Paesi europei.

6.3.3 La necessità di gestire il rischio clinico

Sebbene le dimensioni del fenomeno degli errori clinici restino per molti tratti ancora oscure, si constata che ormai in tutti i Paesi sta aumentando la consapevolezza che l'erogazione di assistenza sanitaria sia un'attività decisamente rischiosa e che sia forte il bisogno di intervenire per gestire questo rischio.

Le Aziende Sanitarie hanno cominciato ad occuparsi di questo problema soprattutto a causa della drammatica accelerazione dei risarcimenti dovuti a iatrogenesi. Intorno a questa loro esigenza si è sviluppata una fiorente offerta di soluzioni di carattere meramente assicurativo, ben presto dimostratasi incapace di sostenere l'esorbitante impatto finanziario del dilagare della litigiosità (in molti Paesi le principali compagnie assicurative si sono ritirate dai mercati¹³ e alcune specialità mediche hanno cessato di essere assicurabili¹⁴).

¹³ In Europa si è assistito al ritiro di alcune compagnie dal mercato delle assicurazioni per responsabilità medica in Francia, Olanda, Irlanda e Danimarca (Hope, 2004).

¹⁴ Si incontrano difficoltà a trovare una copertura assicurativa per ostetricia, anestesia e alcune branche della chirurgia in Spagna, Francia e Lussemburgo (CEA, 1999).

Sembrerebbe che con il passare del tempo l'approccio adottato dalle Aziende Sanitarie nella gestione del rischio sia gradualmente maturato. In sostanza, si è assistito ad un'evoluzione del concetto stesso di *risk management*, originariamente focalizzato sulla riduzione dei risarcimenti e, successivamente, esteso alla formulazione di strategie per la pratica clinica di riduzione dei danni e di miglioramento della qualità dell'assistenza¹⁵.

Si presume che questo cambiamento dipenda dal fatto che, accanto alla componente economica, si sia cominciato ad affrontare il rischio anche per ragioni di carattere etico, reputazionale e sociale.

Oggi la questione degli incidenti nell'erogazione di assistenza sanitaria non interessa semplicemente aziende e assicurazioni, ma il ventaglio degli *stakeholders* si è notevolmente ampliato. I principali detentori di interesse restano senza dubbio i pazienti, tanto è vero che a livello internazionale si tende sempre più ad affrontare la questione degli errori clinici in termini di "sicurezza del paziente" (sono allo stesso tempo interlocutori rilevanti anche i *care-givers* e le associazioni rappresentative dei diritti dei malati). Tra gli *stakeholders* non possono parimenti essere trascurati i lavoratori del settore e le associazioni di categoria/sindacati che li rappresentano.

È oltremodo evidente che oggi esista un interesse da parte di tutta la comunità locale al fatto di poter contare su strutture sanitarie sufficientemente sicure. È opportuno rimarcare infine che l'Unione Europea ha aperto le strade alla libera circolazione dei pazienti e, pertanto, c'è un reciproco interesse tra i Paesi membri nel vedere garantiti adeguati standard di sicurezza in tutti i Paesi dell'Unione.

6.3.4 Lo stato dell'arte nell'Unione Europea

Alla luce di quanto appena esposto in merito alla mobilità dei pazienti all'interno dell'Unione, è utile riportare quanto emerso in un workshop¹⁶ internazionale per il confronto e la condivisione delle migliori pratiche attualmente adottate nei diversi Paesi europei per la gestione dei rischi in sanità. Grazie alla combinazione dei dati della ricerca condotta¹⁷ e dei risultati frutto della partecipazione delle Istituzioni straniere all'evento citato è, infatti, possibile fornire un quadro sintetico delle iniziative intraprese per la gestione del rischio nelle Aziende Sanitarie nei vari Paesi membri (vedasi anche Tabella 2 pag. 270).

In diversi Paesi l'intervento delle Istituzioni nazionali e delle agenzie di ricerca pubbliche è consistito principalmente nell'aver prodotto linee guida e raccomandazioni per gli operatori del sistema sanitario. Tra i contributi più significativi devono essere citati i rapporti del Ministero inglese¹⁸, di quello francese¹⁹, le raccomandazioni dell'agenzia francese²⁰ e quel-

¹⁵ Vincent C. (2004).

¹⁶ *European Workshop on Healthcare Risk Management*, promosso da Gutenberg sicurezza in Sanità Srl, in collaborazione con Istituto Superiore di Sanità, 13 Giugno 2005. Battaglia (2005); un report del Workshop è disponibile su www.gutenbergonline.it

¹⁷ Cfr. Introduzione.

¹⁸ DOH (2000) e DOH (2001).

¹⁹ MDSEPH (2003).

²⁰ ANAES (2003).

le della National Patient Safety Agency, un organo del NHS creato con apposito mandato istituzionale per la sicurezza del paziente²¹.

Questi lavori hanno cercato anzitutto di promuovere la consapevolezza dell'esistenza del rischio nei servizi sanitari e hanno richiesto l'attivazione in tutte le strutture di programmi di *risk management* (nelle Aziende Sanitarie anglosassoni è presente una tradizione piuttosto consolidata di gestione del rischio; in Francia questa esigenza è sorta più di recente²²).

Secondariamente essi hanno tentato di diffondere le indicazioni della letteratura sull'approccio al rischio: in particolare, come raccomandato da Leape²³, le strutture sanitarie sono state invitate ad abbandonare un atteggiamento colpevolizzante nei confronti di chi commette gli errori e sono state incoraggiate a considerare gli incidenti con un approccio più costruttivo, basato sull'idea che gli eventi avversi occorsi sono una preziosa fonte informativa per prevenire danni futuri.

Questa convinzione ha spinto alcuni Paesi ad istituire banche dati degli incidenti (*incident reporting systems*) alimentate dalle segnalazioni dei medici. Ad oggi in Europa sono già attive tre banche dati nazionali:

- in Danimarca i medici ospedalieri (e a breve anche quelli delle cure primarie) sono obbligati a riportare gli incidenti in una banca dati gestita dal Ministero (è in ogni caso garantita loro immunità disciplinare e processuale);
- la National Patient Safety Agency inglese gestisce un sistema di *reporting* degli eventi avversi e dei quasi errori relativo non soltanto ai *Trusts* ma anche ai Pcg e PCT (le segnalazioni sono volontarie);
- in Irlanda è stata recentemente istituita una banca dati nazionale degli incidenti e del contenzioso, con obbligo per i medici ospedalieri di riportare quanto occorso.

Un secondo tipo di strategie messe a punto a livello nazionale ha riguardato la gestione del contenzioso medico-paziente e le soluzioni di carattere assicurativo. A tale riguardo, nel panorama europeo i Paesi nordici si sono distinti per una scelta piuttosto radicale, ovvero quella di abbandonare i tradizionali sistemi di attribuzione di responsabilità per *malpractice* per approdare verso sistemi di tipo *no-fault*: in Svezia, Danimarca e Finlandia, infatti, i pazienti vittime di accertati errori clinici sono indennizzati da programmi pubblici, senza che i medici responsabili dell'accaduto sopportino alcuna conseguenza legale o economica. Il vantaggio di questi sistemi è senza dubbio quello di ridurre la litigiosità e i costi del contenzioso²⁴, ma occorre tenere anche conto del fatto che, con queste regole, i medici sono scarsamente incoraggiati ad attivare misure di prevenzione²⁵.

²¹ NPSA (2005).

²² Il ministero francese ha richiesto che tutte gli erogatori di servizi sanitari adottassero un metodo unico per la predisposizione di programmi di *risk management*, articolato nelle fasi di identificazione dei rischi, analisi dei rischi, gerarchizzazione dei rischi, elaborazione di un piano operativo, valutazione del piano (MDSEPH, 2003).

²³ Leape L. (1994).

²⁴ In Svezia, ad esempio, solo 10 casi di *malpractice* all'anno finiscono mediamente davanti ai tribunali. Ciò comporta peraltro minori tensioni sul versante assicurativo: in questo Paese, ad esempio, i premi assicurativi non variano a seconda della specialità (CEA, 1999).

²⁵ Danzon P. (2000).

Sono state attivate forme di parziale socializzazione del rischio (ovvero di finanziamento pubblico del costo degli errori) anche in Irlanda e, in base alla recente legge sui diritti del malato, in Francia (in quest'ultimo Paese è previsto un intervento surrogatorio dello Stato che paga i risarcimenti eccedenti i massimali assicurativi).

Confidando nei benefici della mutualità, in diversi Paesi sono state inoltre istituite forme di *risk pooling* tra le Aziende Sanitarie, attraverso le quali si riescono ad assicurare una buona parte degli Ospedali nazionali. Esistono programmi di questo genere in Olanda (*Medrisk*), in Francia (*SHAM*), in Svezia (*LOF*, una compagnia che appartiene alle Regioni), in Gran Bretagna (*Clinical Negligence Scheme for Trusts*), in Irlanda (*Clinical Indemnity Scheme*), in Scozia (*Clinical Negligence and Other Risk Indemnity Scheme*)²⁶.

Tra tutte queste soluzioni, è utile soffermarsi sui sistemi adottati nei Paesi anglosassoni, dove le aziende che aderiscono ai programmi appena citati possono usufruire non solo di benefici di tipo assicurativo e di servizi di gestione del contenzioso, ma anche di iniziative di formazione del personale e di reti di interscambio delle *best practices* per la sicurezza del paziente; il tutto gestito in forma integrata, attraverso un unico programma.

Un meccanismo decisamente interessante all'interno di questa logica di integrazione è stato messo a punto in Scozia, dove le aziende che dimostrano di rispettare predeterminati standard di sicurezza ottengono sconti sui premi assicurativi²⁷: in questo modo si introduce un reale incentivo alla riduzione del rischio e si coniugano operativamente gli aspetti clinici e organizzativi con quelli economici.

Tabella 2 - I programmi di gestione del rischio in alcuni Paesi dell'Unione Europea

Programma	GB	Irlanda	Scozia	Francia	Olanda	Svezia	Finlandia	Danimarca
Incident reporting systems	X	X						X
Sistemi no fault						X	X	X
Assicurazioni mutualistiche	X	X	X	X	X	X		
Finanziam. pubblico		X		X				
Sistemi integrati	X	X	X					

È necessario fare un accenno, infine, al ruolo dell'Unione Europea: sino ad oggi la Commissione ha emanato direttive che hanno armonizzato la progettazione, produzione e confezione dei dispositivi biomedicali, richiedendo che ogni prodotto, prima di essere immesso nel mercato, sia sottoposto a procedure di analisi del rischio; non è stato invece anco-

²⁶ HOPE (2004).

²⁷ CNORIS (2003).

ra adottato alcun provvedimento che, nello specifico, regoli la sicurezza dell'assistenza erogata dalle Aziende Sanitarie²⁸. Nell'aprile 2005, sotto la presidenza lussemburghese è stata divulgata una raccomandazione²⁹ che costituisce un'ammissione ufficiale delle istituzioni dell'Unione della necessità di considerare la sicurezza del paziente una priorità dell'agenda politica comunitaria.

6.3.5 Lo stato dell'arte in Italia

In Italia la presa di coscienza del rischio nelle Aziende Sanitarie come fattore di attualità sociale e soprattutto l'attenzione all'impatto economico degli errori clinici è ancor più giovane di quanto non sia accaduto negli altri Paesi e continenti.

Una chiara presa di posizione da parte del Ministero della Salute in merito compare con l'istituzione della Commissione per il *risk management*³⁰. Si è avviata così la linea di azione "nazionale" orientata al rischio sanitario non solo in termini di *good practices*, ma anche di gestione degli effetti economici del rischio (si ricerca la prevenzione sia dei costi che dei danni). Già da molto prima infatti in diverse realtà territoriali regionali si erano avviate iniziative improntate a tale visione.

Nonostante ad oggi siano state intraprese altre iniziative promosse e coordinate da organi nazionali, la maggior parte delle strategie adottate rivela ancora una caratterizzazione regionale priva di linee di indirizzo comuni per lo sviluppo di modelli organizzativi per la gestione del rischio³¹.

6.3.5.1 Normative regionali e livelli gestionali per il rischio clinico

Mentre si segnala l'esistenza di normative regionali appositamente determinate per il rischio clinico in alcune Regioni (quali Lombardia, Toscana, Friuli, Abruzzo), in altre esse sono inserite in contesti di definizione istituzionale dei principi per la qualità e l'accreditamento (Campania, Veneto). In altri casi, poi, si è valutato come la gestione del rischio sia inserita in contesti di accreditamento istituzionale coordinato dalle Agenzie Sanitarie Regionali.

Nei primi casi (normative apposite), le determinazioni degli organi di governo regionali si sono basate sulla definizione di linee di indirizzo operativo (mappatura dei rischi, consenso informato, ecc.) e gestionale (istituzione di centri regionali, commissioni tecniche, ecc.). In particolare presso la Regione Campania è stata costituita una Com-

²⁸ Lierman S. (2001).

²⁹ Commissione Europea (2005).

³⁰ D.M. del 5.03.2003.

³¹ Le valutazioni di seguito formulate discendono da evidenze reperibili in letteratura e dalle informazioni in corso di raccolta nell'ambito della ricerca finalizzata 2004-2006 "Promozione dell'Innovazione e Gestione del Rischio" finanziata dal Ministero della Salute e da Gutenberg srl; alla ricerca, coordinata dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), contribuiscono le Regioni Lombardia, Toscana, Friuli V.G., Abruzzo, Campania, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna, Puglia, l'A.O. S. Giovanni Addolorata di Roma, il CEIS Università Tor Vergata, Gutenberg sicurezza in sanità srl.

missione Tecnica per il rischio clinico³², alla quale sono ad oggi delegate tutte le strategie programmatiche della Regione per la gestione del rischio. In Toscana questo stesso compito è assegnato ad un Centro di Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente³³, interno alla Direzione Generale Diritto alla Salute, organo di governo regionale per la sanità. La circolare regionale 46/2004 emessa dalla Regione Lombardia ha emanato gli indirizzi regionali per un'ampia serie di linee di intervento³⁴. Con la DGR n. 3234/2004 sono stati affidati al coordinamento dell'ASR e alle Direzioni Sanitarie gli interventi di *risk management* per la costituzione di una rete organizzativa regionale. In Abruzzo invece è stato intrapreso un progetto³⁵ di intervento sul fronte del rischio sanitario promosso dall'Assessorato alla Sanità attraverso il quale si prevede di gettare le basi per la corretta gestione dei rischi sanitari, sia dal punto di vista del paziente che di quello economico-finanziario e, soprattutto, per la ricerca delle migliori soluzioni assicurative.

Conseguentemente a quanto sopra descritto, i livelli di iniziativa per azioni coordinate di *risk management* si distribuiscono fra le Agenzie Regionali Sanitarie da un lato e le Aziende Sanitarie (AS) dall'altro. All'interno delle AS, la gestione del rischio è normalmente delegata ad una funzione aziendale in staff alla Direzione Generale/Sanitaria o ad un organo aziendale preposto (Commissione/Comitato aziendale). Questa scelta rappresenta un indirizzo concettuale organizzativo che si pone come obiettivo il coinvolgimento dell'intera struttura sanitaria nella gestione dei rischi e ascrive contemporaneamente le responsabilità per tale gestione alla molteplicità delle professioni e degli incarichi.

Analizzando i percorsi regionali che hanno portato in alcune Aziende all'istituzione delle figure del Risk Manager, si osserva che in Toscana³⁶ tale figura fa parte di un'équipe di lavoro che si compone di professionisti provenienti dalle aree a maggior rischio ed è inoltre coadiuvata da un Comitato Aziendale per la sicurezza. In alcune Aziende venete, il gruppo di lavoro è invece dotato di competenze di tipo amministrativo, legale e assicurativo, assumendo così un approccio di ispirazione prettamente economico-organizzativa sugli interventi di gestione dei rischi; in Campania la figura del referente aziendale per il rischio clinico non è ancora stata attivata, ma sono state predisposte delle linee guida regionali per la creazione di apposite strutture competenti per la gestione del rischio a livello aziendale.

6.3.5.2 Le soluzioni per il *risk management*

Le soluzioni adottate per la gestione dei rischi sanitari possono essere ricondotte a un numero limitato di aree di intervento, all'interno delle quali si articolano iniziative eterogenee sia tra le diverse Regioni che all'interno della singola Regione nelle diverse organizzazioni sanitarie.

³² Decreto Assessore Sanità n. 641 del 12.11.2004.

³³ D.G.R. 1179/2003.

³⁴ Mappatura dei rischi RCT/O, nomina di coordinatori per la raccolta di documenti clinici in caso di evento avverso/sinistro, costituzione di un comitato ristretto di valutazione, perfezionamento di materiale per il consenso informato relativo a rischi-benefici-alternative di cura, regole per la gestione delle cartelle cliniche e loro compilazione.

³⁵ Progetto obiettivo di interesse regionale "Il Risk Management nelle Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo" (DGR 310/2005) condotto da Gutenberg srl in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

³⁶ Bellandi T. et al (2005).

Molto si sta facendo sul versante dei sistemi informativi, in particolare sviluppando strumenti di *incident reporting*. I metodi analizzati vanno da quelli in cui le Regioni si sono già dotate di un sistema informatico relativo principalmente agli eventi avversi, ma anche ai *near misses*, ovvero ai ‘quasi errori’, a quelli in cui sono previsti anche altri sistemi dell’*Information Technology* (IT) da utilizzare a favore della sicurezza e della comunicazione, come i sistemi di *alert report* che seguono l’analisi di un evento avverso, o programmi di *e-learning* per la formazione a distanza degli operatori sanitari.

Un’altra area di intervento riguarda il perfezionamento delle procedure operative per aree terapeutiche, attraverso la formulazione di linee guida aziendali e l’analisi dei processi ospedalieri in essere. Al fine di individuare le maggiori criticità e le aree di intervento prioritarie vengono utilizzati metodi che si basano principalmente sull’analisi dei dati sui sinistri, laddove tali dati sono disponibili con consistenza significativa. In altri casi si adottano, e si affiancano alle precedenti, soluzioni tecniche già adottate in altri sistemi sanitari nazionali o nel settore industriale, quali il metodo FMEA/FMECA (*Failure mode and effects critically analysis*, tecnica di analisi quali/quantitativa per identificare e analizzare i potenziali inconvenienti di un sistema e valutarne gli effetti e il livello di criticità), RCA (*Root Cause Analysis*)³⁷, *Audit*. In Emilia Romagna in particolare il metodo FMEA è stato applicato a diverse realtà dipartimentali con risultati valutati di buon impatto per l’acquisizione di informazioni sulle priorità di rischio³⁸. In alcune Regioni si utilizzano, o sono in fase di definizione, indicatori di qualità che dovranno essere funzionali al monitoraggio dei livelli di prestazioni in termini sia di qualità che di sicurezza (Lombardia), anche in funzione dell’applicazione ad aree specifiche di intervento (Friuli V.G.). Anche la comunicazione del rischio è un percorso affrontato da diverse Regioni: in Toscana, per diffondere la conoscenza e la consapevolezza del rischio si prevede il coinvolgimento non solo degli operatori ma anche degli utenti attraverso campagne di comunicazione per la sicurezza; altrove si predispongono figure ad hoc, come quella del “mediatore” da parte dell’Agenzia Sanitaria Regionale dell’Emilia Romagna, quale intermediario nella comunicazione del rischio con il paziente attraverso un intervento di coinvolgimento e di conciliazione.

Molta importanza è data anche al tema del consenso informato, considerato uno strumento per comunicare al paziente i rischi connessi con le procedure diagnostiche e terapeutiche e le possibili alternative di cura in un’ottica di qualità nell’erogazione della prestazione sanitaria.

La creazione di una cultura del rischio e la formazione professionale sono unanimemente riconosciute come l’area di intervento più importante. La formazione è prevista sia a livello manageriale che a livello sanitario specialistico. Da una ricerca svolta³⁹, risulta che ne-

³⁷ La *Root Cause Analysis* consiste in processi di riflessione all’interno del team medico per risalire alle cause che hanno generato l’errore (Leape L., 1994). È anche uno degli elementi su cui si fonda il processo di accreditamento della *Joint Commission*.

³⁸ Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna (2002).

³⁹ Ricerca condotta da Gutenberg srl sulla banca dati del sito internet della Commissione Nazionale per l’Educazione Continua in Medicina con parole chiave “risk management”, “rischio clinico”, “errori”, “malpractice” su progetti formativi aziendali accreditati e svolti nel periodo 01.01.2003 – 30.09.2005 (Ottobre 2005).

gli ultimi due anni i Progetti Formativi Aziendali (PFA)⁴⁰ accreditati dal Ministero della Salute nel contesto del programma ECM⁴¹ con argomento il *risk management*, il rischio clinico e gli errori per malpractice, sono stati molto numerosi nelle Regioni del Nord (Friuli V.G., Veneto, Piemonte, Lombardia) con oltre 200 PFA accreditati. In particolare, in Veneto e Lombardia i progetti svolti sono stati estremamente numerosi fin dal 2003.

Le strategie per l'attuazione di programmi di gestione del rischio sono in alcuni casi (Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Veneto, Abruzzo) mutate o supportate da contributi di soggetti esterni al SSR (Istituti universitari e di ricerca, associazioni di utenti, società di consulenza). In questo caso si delineano accordi di partnership che stabiliscono a titolo più o meno oneroso il contributo di questi attori alla definizione delle linee di intervento e alle attività di programmazione e valutazione di quanto progettato.

6.3.5.3 Sistemi di gestione del contenzioso

I dati sulla gestione del contenzioso non sono ampiamente disponibili.

Nella maggior parte dei casi, le analisi volte a conoscere il panorama della litigiosità per *malpractice* sono state svolte dalle Aziende Sanitarie attraverso i dati degli uffici medico-legali o ancor più tramite indagini sui dati degli URP. In alcune realtà questa rilevazione si trova ad uno stadio ancora "precoce" e non ha ancora prodotto risultati significativi. Portando ad esempio una indagine condotta dal Dipartimento Sanità Pubblica dell'Università di Torino lo scorso anno, la maggior parte delle Aziende piemontesi non dispone in modo fruibile di dati di rilevazione del numero di eventi avversi nel periodo preso in esame (1997-2002)⁴².

Questa situazione rispecchia la realtà di molte altre Aziende in Italia, all'interno delle quali vengono fatti molti sforzi di tipo "interventista" per individuare sempre nuove linee di azione e soluzioni di gestione del rischio, restando carenti sul fronte della raccolta sistematica dei dati e soprattutto della gestione documentale sui sinistri aziendali e sul contenzioso⁴³. Per ovviare a ciò, in Toscana è stata attivata una collaborazione regionale con gli Osservatori medico-legali sul contenzioso e con gli uffici affari legali per condividere i dati del sistema Gestione Rischio Clinico e delle denunce dei sinistri attraverso la realizzazione di un database attualmente in sperimentazione nelle ASL di Pisa, Livorno, Viareggio e nell'AO di Pisa; in altri casi, come in Emilia Romagna, è in fase di perfezionamento un programma informatico per il monitoraggio dei contenziosi. Presso la Regione Abruzzo è invece in corso il rilevamento dei contratti assicurativi delle Aziende Sanitarie e dei dati sui sinistri e sul contenzioso.

⁴⁰ I PFA sono progetti di formazione intraziendale previsti per le Aziende e Strutture Sanitarie pubbliche; sono esclusi quindi gli eventi formativi organizzati da provider privati (scuole di formazione, società scientifiche, ecc) (Commissione Nazionale ECM, <http://ecm.sanita.it>).

⁴¹ Educazione Continua in Medicina.

⁴² Gianino M.M. et al. (2005).

⁴³ In tal senso la società informatica della Regione Emilia Romagna, CUP2000, sta elaborando in collaborazione con Gutenberg un modello nazionale di sistema informatico di rilevazione dati per la raccolta sistematica su tutto il territorio nazionale.

6.3.6 Le sfide per il futuro: dalle *good practices* alle *best practices*

Negli ultimi anni, soprattutto nella letteratura di carattere clinico, si sono moltiplicati i contributi sulla sicurezza dei pazienti: questi lavori hanno suggerito diverse soluzioni operative (cliniche e organizzative) per la riduzione del rischio, alcune delle quali hanno trovato un consenso abbastanza diffuso.

Tra le raccomandazioni più frequentemente citate vi è l'esigenza di porre in atto strategie basate sul lavoro in team: si considera infatti che la maggior parte degli errori dipenda da carenze sistemiche e non dall'agire dei singoli individui⁴⁴.

A livello culturale, è ritenuto altrettanto utile il rifiuto degli atteggiamenti colpevolizzanti nei confronti di chi è responsabile di incidenti e, allo stesso tempo, si raccomanda fortemente la diffusione di quelle pratiche che permettono di apprendere dagli errori (in particolar modo della *Root Cause Analysis*). Più in generale si auspica che le Aziende Sanitarie accrescano il proprio livello di conoscenza sugli errori e sulle condizioni che li hanno generati, attraverso l'implementazione di appositi sistemi informativi (gli *incident reporting systems* rientrano in questa logica).

Oltre a questi interventi di carattere retrospettivo (si analizzano i rischi dopo che si è verificato un evento avverso), di recente ci sono stimoli all'adozione nelle Aziende Sanitarie di sistemi di *risk management* proattivi (originariamente sviluppati per le aziende industriali e dei trasporti)⁴⁵: queste pratiche consistono in una valutazione a priori dei processi produttivi finalizzata a identificare e analizzare i rischi.

Per ciò che attiene il versante clinico, la letteratura ha discusso una serie di pratiche considerate particolarmente importanti per prevenire gli eventi avversi (sono ad esempio estremamente raccomandate l'igiene delle mani, l'uso delle *checklists*, l'attenzione alle pratiche per il consenso informato).

Tra le ricette ritenute utili per migliorare la sicurezza dei pazienti occorre infine menzionare il potenziale contributo della tecnologia e dell'automazione (uso di codici a barre per l'identificazione dei farmaci, prescrizioni elettroniche e altri strumenti che favoriscono un'efficace comunicazione tra i diversi *setting* assistenziali); è soprattutto negli Stati Uniti che si ripone molta fiducia in questo genere di soluzioni⁴⁶.

Le azioni sin qui elencate rappresentano ciò che oggi è maggiormente considerato come una buona pratica per la sicurezza. Occorre tuttavia precisare che esistono ancora poche evidenze sulla reale efficacia di tali *good practices*.

A livello internazionale, l'Università della California (*California Evidence Based Practice Center*) ha realizzato per conto dell'agenzia di ricerca federale AHRQ un tentativo di valutazione delle iniziative per la sicurezza del paziente in una logica *evidence based*, ottenendo una graduatoria delle *best practices* basata sulle evidenze di *effectiveness*⁴⁷.

⁴⁴ Reason J. (2000).

⁴⁵ Sono stati ad esempio raccomandati nel documento della Commissione per il Rischio Clinico del nostro Ministero della Salute.

⁴⁶ IOM (2003).

⁴⁷ EPC (2001).

Secondo un illuminante articolo recentemente pubblicato su *Health Policy*⁴⁸, questi risultati, seppur di rilievo, non sarebbero in grado di fornire sufficienti indicazioni per le decisioni operative: oggi, infatti, la grande sfida cui sono chiamati i responsabili delle politiche sanitarie e le stesse Aziende è quella di scegliere a quali interventi dare priorità per migliorare la sicurezza dei propri sistemi. Per scegliere gli investimenti ottimali non basta disporre di un elenco di pratiche capaci di *effectiveness*, ma sarebbe necessario individuare quali sono le *best practices* in termini di costo-efficacia. Considerando solo l'*effectiveness*, ad esempio, si tenderebbe a privilegiare l'adozione di alcune forme di automazione (come le prescrizioni elettroniche) molto costose, semplicemente perché sono disponibili evidenze sulla loro efficacia; ciò nonostante, potrebbero esistere pratiche maggiormente efficaci che comportano minori costi⁴⁹.

Sotto questo profilo, costituisce indubbiamente un forte limite il fatto che le pratiche ritenute maggiormente promettenti dai più autorevoli esponenti della sicurezza dei pazienti⁵⁰, che sembrano per giunta poco costose, sono quelle per le quali la valutazione di efficacia è più complessa; ad esempio, non si dispone ancora di evidenze per l'*incident reporting*, per l'uso delle *checklists*, per la conta degli strumenti chirurgici, per gli effetti della diffusione della cultura della sicurezza. Queste difficoltà non devono scoraggiare gli studi sull'efficacia di queste pratiche: sembrerebbe essere proprio questa la sfida più importante per guidare le scelte di implementazione della sicurezza⁵¹.

6.3.7 Conclusioni

È ormai piuttosto diffusa la consapevolezza dell'esistenza di un rischio connesso all'attività clinica, sebbene si conosca ancora poco della diffusione degli eventi avversi e del relativo impatto economico (questo aspetto deve essere ancora quasi completamente esplorato).

Ci sono evidenti ragioni di natura finanziaria, etica e sociale per considerare tale questione meritevole di intervento e per attivare misure di gestione del rischio nelle Aziende Sanitarie: il concetto di *risk management* si è ormai evoluto e tende a contemperare gli aspetti dell'attività clinica, quelli economico-finanziari e quelli relativi al contenzioso.

Molti Paesi europei hanno già predisposto proprie soluzioni istituzionali: alcuni di essi si sono focalizzati sui modelli di gestione del contenzioso, altri sulle soluzioni assicurative, altri ancora sono riusciti a sviluppare programmi integrati per la gestione del rischio che unificassero questi vari aspetti. Sono stati inoltre attivati alcuni sistemi nazionali di *incident reporting*. Ancora oggi manca una comune regolazione europea degli standard di sicurezza dei servizi sanitari, una necessità oggi particolarmente avvertita per effetto della libera circolazione dei pazienti.

⁴⁸ Warburton R. N. (2005).

⁴⁹ Warburton R. N. (2005).

⁵⁰ I leader della patient safety hanno considerato fortemente limitativo il lavoro dell'Università della California, in quanto (per mancanza di evidenze di efficacia) esso non considera la maggior parte delle pratiche ritenute capaci di prevenire gli eventi avversi. Un altro limite sarebbe quello di non aver tenuto conto, nella valutazione dell'*effectiveness*, della frequenza e della severità dei danni (Leape et al., 2002).

⁵¹ Warburton R. N. (2005).

Le esperienze sviluppate dagli altri Paesi membri costituiscono un contributo importante per l'Italia, che solo di recente ha cominciato a ricercare una strategia nazionale di gestione del rischio.

Le singole Regioni hanno già da qualche tempo realizzato una molteplicità di iniziative tramite le quali sono state innanzitutto istituite in molte realtà le figure del *risk manager* a livello aziendale. Si tratta in ogni caso di interventi estremamente eterogenei, in alcuni casi attinenti esclusivamente agli aspetti legali e finanziari del rischio, in altri integrando le competenze cliniche e quelle manageriali. Da una prima ricognizione delle esperienze regionali è emerso che a livello locale sono state sperimentate pratiche molto diversificate (*incident reporting*, RCA, sistemi proattivi, mediazione, soluzioni di IT), senza che tuttavia sia stata valutata l'efficacia di questi interventi. I vari sistemi regionali non sembrano per giunta ancora in grado di raccogliere con sistematicità i dati sugli incidenti. Ovunque si ripone molta fiducia nella necessità di un cambiamento culturale nell'approccio agli errori e nel ruolo della formazione (in Italia l'offerta formativa si è sviluppata solo di recente).

Nel nostro Paese sarebbe inoltre necessaria una riflessione scientifica sull'efficienza delle soluzioni assicurative. Si tratta di un tema fondamentale per chiarire le dinamiche che tra i due sistemi sono in grado di garantire la tenuta delle organizzazioni sanitarie. È di estrema attualità infatti la discussione sul modo in cui le Aziende Sanitarie decidono di trasferire il rischio alle assicurazioni. Si ha infatti l'impressione che queste decisioni non siano precedute da significative mappature e analisi dei rischi. Sarebbe invece utile che le Aziende Sanitarie fossero in grado di distinguere i rischi in eliminabili, assicurabili, efficacemente assicurabili e non assicurabili. Un'altra possibilità di miglioramento risiede nel fatto che le Aziende potrebbero migliorare il proprio potere contrattuale nei confronti delle assicurazioni, chiedendo che nei contratti e soprattutto nella determinazione dei premi siano riconosciuti gli sforzi operativi da esse stesse posti in atto per la riduzione del rischio. Se ciò accadesse le Aziende sarebbero economicamente incoraggiate a migliorare le misure di prevenzione.

Bibliografia

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (2003), *Principes Méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de la santé*, www.anaes.fr
- Agenzia Sanitaria Regionale Regione Emilia Romagna (2002), *FMEA – FMECA Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie*, Dossier 75.
- Battaglia E. (2005), *Risk Management: l'UE riunisce forze ed esperti per fare network*, in *Il Sole 24 Ore Sanità* 05 Luglio 2005.
- Bellandi T. et al. (2005), *The Tuscany's model for clinical risk management*, Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety (atti), Taylor and Francis, p.94.
- Brennan T. et al. (1991), *Incidence of Adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study*. New England Journal of Medicine 324, p. 370-377.
- California Evidence-Based Practice Center (EPC) (2001), *Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices*, Evidence Report/Technology Assessment n. 43, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Publication n. 01-E058. Rockville, MD.

- Clinical Negligence and Other Risk Indemnity Scheme (CNORIS) (2003), *Risk management standards for NHS Scotland*, www.cnoris.com
- Comité Européen des Assurances (CEA) (1999), *Liability for the malpractice professions and its insurance in Europe*, CEA Info Special Issue n. 8.
- Commissione Europea (2005), *Luxembourg Declaration on Patient Safety*, Documento del 5 aprile 2005 della Commissione Europea – DG Health and consumer Protection e della Presidenza Lussemburghese del Consiglio dell'Unione Europea.
- Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (2004 a), *Risk Management in Sanità. Il problema degli errori*, Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III (pp. 29-31).
- Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (2004 b), *Risk Management in Sanità. Il problema degli errori*, Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III (pp. 1-4).
- Danzon P. (2000), *Liability for medical malpractice*, in: Culyer A.J., Newhouse J.P., (Eds.), *Handbook of Health Economics*, North Holland.
- Department of Health (DOH) (2000), *An organization with a memory*, www.doh.gov.uk
- Department of Health (DOH) (2001), *Building a safer NHS for patients*, www.doh.gov.uk
- Gianino M.M. et al. (2005), *Un'indagine conoscitiva fra le Aziende Sanitarie della Regione Piemonte. I risultati, Parte seconda*, in *Rischio Sanità*, v. 18, Settembre 2005, pp. 17-22.
- Institute of Medicine (IOM) (2000), *To err is human – Building a safer health care system*, National Academy Press, Washington D.C.
- Institute of Medicine (IOM) (2003), *Patient safety, achieving a new standard for care*, Executive summary, www.books.nap.edu/catalog/10863.html
- Kermode-Scott B.(2004), *New safety study quantifies medical errors in Canadian hospitals*, British Medical Journal n. 328, p. 1338.
- Leape et al. (2002), *What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety*, Journal of the American Medical Association v. 288 n. 4, pp. 501-507.
- Leape L. (1994), *Error in medicine*, Journal of American Medical Association n. 272, pp. 1851-7.
- Lierman S. (2001), *European product safety, liability and single-use devices in a medical context*, European Journal of Health Law n. 8, pp. 207-224.
- Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapée (MDSEPH) (2003), *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans l'établissement de la santé*, www.sante.gouv.fr
- National Audit Office (2001), *Handling clinical negligence claims in England*, www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001403es.pdf
- National Patient Safety Agency (NPSA) (2005), *Seven steps to patient safety*, www.npsa.org
- Reason J. (2000), *Human error: models and management*, British Medical Journal n. 320, pp. 768-70.
- Rigby K. et al. (1999), *Adverse events in health care: setting priorities based on economic evaluation*, Journal of Quality in Clinical Practice v. 19 n. 1.

- Rigby K., Litt J. (2000), *Errors in care management: what do they cost?*, Quality in health care n. 9, pp. 216-21.
- Schioler T. et al. (2001), *Danish adverse event study. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical errors*, Ugeskr Laeger n. 163 (39), pp. 5370-8.
- Standing Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE) (2004), *Insurance and malpractice, Final report of HOPE's Sub Committee on Co-ordination*, www.hope.be
- Thomas E.J. et al. (2000), *Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado*, Medical Care n. 38, pp. 261-71.
- Vincent C. (2003), *Understanding and reporting to adverse events*, New England Journal of Medicine n. 348, pp. 1051-1056.
- Vincent C. (2004), *Clinical risk management – Enhancing patient safety*, British Medical Journal (Eds.), London.
- Vincent C. et al (2001), *Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review*, British Medical Journal n. 322, pp. 517-19.
- Warburton R.N. (2005), *Patient safety – how much is enough*, Health Policy n. 71, pp. 223-232.
- Wilson et al. (1995), *The quality in Australian Health care study*, Medical Journal of Australia n. 163, pp. 458-71.



Capitolo 7

Organizzazione

7.1 I comportamenti di consumo sanitario delle famiglie assicurate e le prospettive di sviluppo dell'assicurazione malattia

Borgia P.¹, Doglia M.², Spandonaro F.³

7.1.1 Premessa

I cambiamenti nella struttura demografica e negli stili di vita, l'evoluzione della tecnologia nella pratica clinica nonché diversi fattori inflativi sono alcune delle determinanti della crescente necessità di disponibilità finanziarie per la copertura dei costi della sanità.

Il problema del finanziamento della spesa sanitaria rappresenta un argomento di centrale importanza non solo per la distribuzione delle risorse all'interno del settore pubblico, ma anche per l'offerta di servizi che ad esso ne consegue. In Italia la spesa sanitaria pubblica rappresenta circa il 75,0% di quella totale.

Nel 2004 la spesa sanitaria italiana è aumentata del 6,9%⁴. Nonostante le continue attività per migliorarne l'efficienza e l'ottimizzazione delle risorse, il livello di servizio offerto dal SSN presenta delle inevitabili aree di rigidità qualitativa. In questo contesto, il settore sanitario privato contribuisce ad aumentare le possibilità di cura e rappresenta spesso un'alternativa più flessibile alle diverse preferenze individuali.

La spesa sanitaria privata è per la maggior parte sostenuta direttamente dai consumatori, mentre solo una parte residuale di questa è garantita attraverso l'assicurazione sanitaria volontaria⁵. Le assicurazioni sanitarie contribuiscono ad un miglioramento delle opportunità di accesso alle cure senza gravare sui costi del settore pubblico⁶, tuttavia il loro sviluppo risulta essere ancora molto limitato.

Il presente lavoro si propone di individuare quali siano gli ostacoli e i vantaggi per un futuro sviluppo dell'assicurazione sanitaria integrativa attraverso l'osservazione dell'attuale offerta di mercato e di alcune caratteristiche demografiche, professionali e di consumo di un campione di famiglie assicurate.

7.1.2 L'assicurazione sanitaria integrativa

L'assistenza sanitaria integrativa è fornita in Italia dalle Compagnie di Assicurazione e da Società di Mutuo Soccorso, Fondi di Categoria, Casse Aziendali, Professionali ed Edili (enti *non profit*).

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

² ISTAT.

³ CEIS Sanità – Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.

⁴ Nel 2003 l'incremento registrato era del 3,4%. OECD (2005).

⁵ La quota di spesa per l'assistenza sanitaria integrativa volontaria stimata nel Rapporto CEIS Sanità 2004 ammonta al 5,3% in rapporto alla sola spesa sanitaria privata e circa all'1% in rapporto alla spesa sanitaria complessiva.

⁶ Rapporto CEIS Sanità 2004 (2004).

Le Compagnie di Assicurazione, che operano secondo logiche di mercato, fondano il rapporto con gli assicurati sull'impegno contrattuale ad erogare certe prestazioni predeterminate con il concorso di mezzi propri. L'obiettivo degli enti *non profit* è invece quello di ripartire le risorse disponibili in base a principi mutualistici secondo quelle che sono le richieste dei propri iscritti.

È possibile suddividere le prestazioni offerte dalle Compagnie e dagli enti *non profit* in tre differenti tipologie. La più diffusa garantisce il rimborso delle spese di cura relative ai ricoveri ospedalieri, le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici in conseguenza di malattia, infortunio o parto.

Una seconda tipologia è costituita da prestazioni che prevedono una diaria prestabilita per ogni giorno di degenza o convalescenza, in modo che l'assicurato possa compensare almeno in parte la conseguente perdita di reddito che una malattia quasi sempre comporta.

L'ultima tipologia infine è rappresentata da quelle garanzie che coprono il rischio della perdita dell'autosufficienza e della capacità lavorativa conseguentemente ad una malattia invalidante. Essa assicura il pagamento di un indennizzo proporzionale al grado di invalidità calcolato sulla base di una determinata somma assicurata.

È inoltre da evidenziare come esista un'offerta sempre maggiore di servizi di assistenza nella fase antecedente e successiva al momento del ricovero. Molte Compagnie stanno potenziando le occasioni di contatto con i clienti attraverso i siti internet o dei *call center* specializzati che offrono insieme a semplici servizi di prenotazione anche la possibilità di una consulenza medica immediata.

I premi complessivamente incassati dalle 95 Compagnie di Assicurazione operanti nel Ramo Malattie nel 2004 sono stati 1.577 milioni di euro⁷. Essi rappresentano circa il 4,0% della spesa sanitaria privata.

Il Ramo malattia ha una dimensione molto contenuta rispetto alla raccolta totale dei premi relativi ai Rami Danni⁸. La sua redditività risulta essere molto compromessa dai risultati tecnici che si presentano in tendenziale peggioramento negli anni. Nel 2004 il rapporto Oneri per Sinistri su Premi di Competenza (S/P) è stato del 77,6%⁹ e il Risultato del Conto Tecnico Complessivo ha evidenziato una perdita di 51 milioni di euro¹⁰.

Per conciliare il crescente trend di spesa sanitaria con le disponibilità di premio sempre meno espandibili diventa strategico per le Compagnie negoziare con gli erogatori dei servizi sanitari i prezzi delle loro prestazioni. Attraverso delle reti di convenzionamento con tali operatori è infatti possibile non solo migliorare il servizio ai clienti garantendo il pagamento diretto delle Cliniche e dei professionisti, ma anche sviluppare dei sistemi di controllo dei costi.

⁷ ANIA (2005).

⁸ La percentuale, pressoché costante dal 1998, è del 4,5%.

⁹ P. Borgia, A. Maruotti, F. Spandonaro (2005).

¹⁰ Per avere un confronto si noti che nel 2004 il Ramo Infortuni ha avuto un rapporto S/P del 50,7% con un risultato positivo di 449 milioni di euro, mentre per il Ramo Incendio l'S/P è stato del 46,8% sempre con un risultato positivo di 145 milioni di euro (ANIA 2005).

L'andamento negativo del Ramo, tranne i casi di alcune società specializzate, continua ad essere tollerato per il fatto che le coperture sanitarie sono spesso offerte dalle Compagnie, su richiesta dei propri clienti, per completare il servizio assicurativo prestato su altri Rami redditizi.

La sofferenza sul Ramo Malattia potrebbe ostacolare la disponibilità delle Compagnie per un futuro sviluppo nell'offerta di assistenza sanitaria integrativa che prescindendo da un cospicuo aumento dei premi. Ciò porterebbe ad una maggiore spinta selettiva degli assicurati fra coloro che dispongono di maggiori risorse economiche, annullando così parte del ruolo sociale dell'assicurazione stessa. Appare utile ricostruire l'attuale quadro demografico-sociale delle famiglie assicurate con polizze sanitarie per capire se esistano delle aree di intervento della regolamentazione pubblica che permetterebbero una migliore opportunità di accesso alle cure sanitarie attraverso la sanità integrativa.

Tabella 1 - I risultati tecnici del Ramo Malattia

RAMO MALATTIE	2001	2002	2003	2004
Premi contabilizzati	1.343	1.426	1.509	1.577
Variazione riserva premi (-)	29	22	33	17
Oneri relativi a sinistri	998	1063	1128	1211
Saldo altre partite tecniche	-23	-33	-50	-39
Spese di gestione (-)	347	363	380	409
Saldo tecnico lavoro diretto	-54	-55	-82	-99
Utile investimenti	38	31	40	43
Risultato c/tecnico diretto	-16	-24	-42	-56
Saldo riassicurazione e altre partite	5	2	3	5
Risultato c/tecnico complessivo	-11	-22	-39	-51
Oneri per Sinistri/Premi di competenza	76,0%	75,7%	76,4%	77,6%

Fonte: nostra elaborazione su dati ANIA (valori in milioni di euro)

7.1.3 Le famiglie assicurate

La diffusione di coperture sanitarie volontarie in Italia è ancora poco sviluppata. Al fine di analizzare l'attuale quadro rappresentativo delle famiglie italiane che posseggono tali coperture, sono stati utilizzati i dati tratti dall'indagine campionaria sui consumi delle famiglie relativi all'anno 2003, effettuata dall'ISTAT. Secondo questa fonte il 3,9% delle famiglie italiane nel 2003 ha sostenuto un costo per una polizza malattia. Considerando anche coloro che, pur non avendo pagato direttamente il premio hanno beneficiato comunque di tale forma di assistenza¹¹, è possibile ipotizzare che le famiglie che possedevano una copertura sanitaria integrativa siano state una percentuale decisamente maggiore.

¹¹ La stima si basa sul fatto che molto spesso il costo per l'assicurazione integrativa è sostenuto dal datore di lavoro come benefit retributivo o è pagato indirettamente attraverso l'iscrizione a certi Ordini professionali. Rapporto CEIS Sanità 2004 (2004).

Mettendo a confronto i dati rilevati dalla Banca d'Italia relativi all'ultima indagine sui bilanci delle famiglie italiane, si sono riscontrate differenze significative¹². Tali differenze sono riconducibili al diverso campione considerato, all'anno di riferimento e principalmente alla diversa domanda sottoposta agli intervistati.

Così, mentre la domanda del questionario sottoposto dalla Banca d'Italia era focalizzata al pagamento di un premio per una polizza malattia o infortuni, la domanda contenuta nel questionario Istat si riferiva alla sola spesa per l'assicurazione malattia.

Tabella 2 - Distribuzione regionale delle assicurazioni sanitarie integrative

DESCRIZIONE REGIONE	Distribuzione delle famiglie con assicurazione sanitaria	% di famiglie che hanno un'assicurazione sanitaria	Età media del capofamiglia		Numero medio nucleo familiare		% famiglie che hanno almeno un'abitazione di proprietà		% famiglie con assicurazione danni non auto		% famiglie con assicurazione vita o rendita vitalizia	
			con as-sic. san.	senza ass. san.	con as-sic. san.	senza ass. san.	con as-sic. san.	senza ass. san.	con as-sic. san.	senza ass. san.	con as-sic. san.	senza ass. san.
Piemonte e Valle d'Aosta	14,3%	6,5%	51	56	2,6	2,3	76,6%	70,3%	30,9%	16,3%	48,3%	23,5%
Lombardia	22,4%	5,2%	53	55	2,8	2,4	84,3%	73,1%	32,6%	15,9%	53,8%	28,4%
Trentino Alto Adige	3,7%	8,8%	51	54	2,8	2,5	77,4%	73,3%	36,7%	18,7%	50,5%	32,2%
Veneto	7,2%	3,6%	51	55	2,9	2,6	83,2%	76,1%	31,4%	13,8%	56,6%	26,1%
Friuli Venezia Giulia	2,6%	4,4%	53	58	2,7	2,3	77,2%	78,5%	36,0%	15,9%	44,2%	24,8%
Liguria	3,4%	3,9%	52	59	2,4	2,1	87,8%	70,7%	38,9%	7,8%	74,1%	17,2%
Emilia Romagna	11,2%	5,8%	53	57	2,7	2,4	73,2%	72,3%	44,6%	17,1%	48,7%	26,6%
Toscana	6,7%	4,1%	56	58	2,9	2,5	85,4%	78,6%	27,9%	11,1%	51,0%	21,7%
Umbria	1,7%	4,7%	53	58	3,1	2,6	81,5%	78,2%	12,7%	9,6%	54,8%	21,9%
Marche	4,1%	6,4%	52	57	2,9	2,6	81,5%	76,8%	35,2%	10,9%	44,1%	26,1%
Lazio	9,2%	3,9%	49	55	3,1	2,6	77,1%	69,7%	18,3%	2,7%	50,1%	18,4%
Abruzzo	1,4%	2,5%	47	57	3,4	2,7	91,3%	76,5%	20,3%	1,8%	71,1%	17,0%
Molise	0,5%	3,5%	53	58	3,0	2,7	89,4%	83,0%	7,7%	2,1%	54,5%	20,7%
Campania	2,4%	1,1%	48	55	3,8	3,0	92,2%	65,7%	25,1%	0,7%	69,9%	12,1%
Puglia	2,6%	1,6%	52	55	3,1	2,9	86,3%	75,6%	26,5%	2,6%	61,1%	13,1%
Basilicata	0,4%	1,6%	58	57	2,3	2,8	56,5%	78,2%	20,9%	0,7%	51,1%	19,3%
Calabria	1,5%	1,9%	53	55	3,4	2,8	78,2%	77,5%	4,1%	2,6%	65,8%	17,1%
Sicilia	2,7%	1,3%	53	56	3,0	2,8	86,1%	71,2%	26,9%	1,9%	61,6%	13,5%
Sardegna	2,0%	3,0%	50	55	3,3	2,8	100,0%	77,6%	19,3%	2,8%	55,0%	16,5%
Totale Italia	100,0%	3,9%	50	55	3,0	2,7	81,3%	73,1%	30,7%	9,2%	53,3%	21,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

I dati elaborati sulla base dell'indagine Istat sui consumi delle famiglie confermano una forte concentrazione di assicurazione sanitaria integrativa nelle Regioni del Nord e in alcune di quelle del Centro in cui sono presenti i maggiori centri urbani, mentre risulta ancora po-

¹² Rapporto CEIS Sanità 2004.

co presente in quelle del Sud. In tutte le Regioni, tranne la Basilicata in cui peraltro esiste una bassissima presenza di famiglie assicurate, l'età media del capofamiglia che ha un'assicurazione sanitaria risulta essere inferiore rispetto a quella del capofamiglia che non ha tale forma di assicurazione. Apparentemente questo risultato sembrerebbe far emergere una maggiore preferenza ad assicurarsi in età più giovanile, ma è probabilmente l'effetto indiretto delle condizioni socioeconomiche, come si argomenterà nel seguito.

A riprova di ciò, considerando la distribuzione per fascia di età degli assicurati (vedi Tabella 3), si evidenzia che con l'aumentare dell'età deriva un tendenziale maggior possesso di assicurazione. Il tasso di possesso inizia poi nuovamente a decrescere progressivamente dalla classe 65-69. È possibile presumere che questa riduzione derivi non tanto da un'inversione delle preferenze degli assicurati in età maggiormente avanzata, quanto piuttosto dalla propensione delle Compagnie a limitare le assunzioni dei rischi per le persone più anziane in età non lavorativa. In ogni Regione si osserva poi come il numero medio dei componenti delle famiglie assicurate sia sempre maggiore di quello delle famiglie non assicurate. Fra le famiglie che hanno una copertura sanitaria integrativa, l'81,3% ha anche un'abitazione di proprietà. La percentuale scende al 73,1% fra le famiglie che non posseggono tale copertura. Come già osservato nel Rapporto Ceis Sanità 2004, esiste una forte associazione di acquisto fra coperture sanitarie integrative e altre forme assicurative e previdenziali che viene generalmente confermata a livello regionale.

Tabella 3 - Distribuzione per età della persona di riferimento delle famiglie con e senza assicurazione

fascia di età	Assicurati		Non assicurati	
	%	% cum.	%	% cum.
18-24	0,02%		0,51%	
25-29	1,78%	1,80%	2,97%	3,48%
30-34	6,14%	7,94%	6,12%	9,60%
35-39	10,57%	18,51%	9,57%	19,17%
40-44	10,31%	28,82%	9,49%	28,66%
45-49	14,54%	43,36%	9,17%	37,83%
50-54	12,36%	55,72%	9,90%	47,73%
55-59	13,39%	69,11%	9,30%	57,03%
60-64	10,19%	79,29%	9,06%	66,09%
65-69	8,71%	88,00%	9,14%	75,23%
70-74	6,56%	94,56%	8,94%	84,17%
> 75	5,44%	100,00%	15,83%	100,00%
Totale	100,00%		100,00%	

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

L'osservazione del grado di istruzione evidenzia che esiste una spiccata propensione ad assicurarsi da parte dei nuclei il cui capo famiglia abbia un livello di scolarizzazione maggiore (vedi Tabella 4). Anche la posizione professionale del capo famiglia si dimostra es-

sere una determinante importante per il possesso di polizze sanitarie. Fra le persone di riferimento, le cui famiglie presentano un maggior tasso di possesso di polizze sanitarie, si evidenziano i lavoratori indipendenti e quei lavoratori dipendenti che occupano posizioni direttive e di responsabilità ai quali spesso le aziende contribuiscono al pagamento del premio (vedi Tabella 5).

Tabella 4 - Titolo di studio della persona di riferimento delle famiglie con e senza assicurazione

Descrizione titolo di studio	Nuclei familiari con assicurazione malattia	Nuclei familiari senza assicurazione malattia	Totale nuclei familiari
-	%	%	%
Dottorato o specializzazione	0,8%	0,4%	0,4%
Laurea	13,4%	6,3%	6,6%
Diploma universitario	1,0%	0,8%	0,8%
Diploma che permette accesso all'Università	29,9%	21,7%	22,0%
Qualifica o licenza che non permette accesso all'Università	8,7%	5,4%	5,5%
Licenza media	27,6%	29,9%	29,8%
Licenza elementare	17,6%	29,4%	28,9%
Nessun titolo	0,9%	6,1%	5,9%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Al fine di individuare le eventuali differenze di consumo sanitario fra le famiglie che hanno una polizza malattia e quelle prive di tale copertura è stata isolata la spesa *out of pocket*. Le voci di spesa prese in considerazione sono state: i costi di ospedalizzazione (Hospital), le Visite mediche (Visite), le spese per le cure odontoiatriche e ortodontiche (Dentista), le spese infermieristiche e di supporto medico (Ausiliari), gli accertamenti diagnostici e le analisi cliniche (Analisi), gli apparecchi protesici (Apparecchi), le cure termali (Termali), le spese per i medicinali (Farmacia).

Dalle voci di spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie (*out of pocket*) è facile osservare che solo l'*Hospital* si può considerare fra le prestazioni generalmente garantite nei contratti di assicurazione malattia, mentre le altre risultano comprese solo in certi casi¹³.

Pertanto è possibile verificare come esista una considerevole sovrapposizione fra le prestazioni offerte dalle assicurazioni sanitarie integrative e quelle già previste dal SSN, da cui ne deriva che molte delle spese *out of pocket* per i non assicurati siano nello stesso modo *out of pocket* anche per gli assicurati.

¹³ La voce dentista risulta comunemente esclusa in tutte le assicurazioni malattia individuali.

Tabella 5 - Posizione professionale della persona di riferimento delle famiglie con e senza assicurazione

Descrizione posizione (per i soli occupati)	Nuclei familiari con assicurazione malattia	Nuclei familiari senza assicurazione malattia	Totale nuclei familiari
–	%	%	%
Dirigente	6,9%	3,3%	3,5%
Direttivo, quadro	7,9%	5,6%	5,7%
Impiegato	22,6%	27,9%	27,6%
Appartenente alle categorie speciali (intermedie)	2,1%	2,8%	2,7%
Capo operaio, operaio	17,2%	29,7%	29,1%
Altro lavoratore dipendente (uscieri, guardiano)	0,8%	2,5%	2,4%
Apprendista	0,0%	0,1%	0,1%
Lavoratore a domicilio per conto imprese	0,0%	0,4%	0,4%
Graduato o militare di carriera o dei corpi di polizia	0,6%	1,4%	1,4%
Imprenditore	7,8%	4,1%	4,3%
Lavoratore in proprio	20,9%	15,3%	15,6%
Libero professionista	11,6%	5,1%	5,4%
Socio di cooperative di beni e/o servizi	0,3%	0,5%	0,5%
Coadiuvante	0,3%	0,5%	0,5%
Collaboratore coordinato e continuativo	0,7%	0,5%	0,5%
Collaboratore occasionale	0,3%	0,2%	0,2%
Totale Occupati	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

L'osservazione dei dati su base regionale pone poi in evidenza che per le famiglie non in possesso di un'assicurazione sanitaria la spesa *out of pocket* sia generalmente minore¹⁴ rispetto a quella sostenuta dalle famiglie che lo sono.

Se ne deduce come le famiglie che hanno una polizza integrativa necessitino maggiormente di servizi sanitari, i quali solo in parte sono coperti dal SSN o da assicurazioni sanitarie integrative. Se è possibile spiegare parte di tale maggiore esigenza dalla più alta numerosità dei componenti dei loro nuclei familiari, non si possono trascurare alcune caratteristiche sociali di tali famiglie per avere un'idea sul loro livello di consumo sanitario. La maggior frequenza di possesso di assicurazioni sanitarie per quelle famiglie la cui per-

¹⁴ Le uniche eccezioni sono le Regioni Liguria, Marche e Basilicata.

sona di riferimento ha un livello d'istruzione più elevato e per le famiglie a cui è possibile attribuire una maggiore ricchezza¹⁵, potrebbe giustificare una più alta esigenza di servizi sanitari indotta anche da una più completa informazione e da una maggiore sensibilità nella percezione dei bisogni di cure.

Così è possibile ipotizzare che le famiglie la cui persona di riferimento sia un lavoratore indipendente o un dirigente, e per le quali abbiamo osservato un alto tasso di possesso di polizze malattia, siano più portate ad utilizzare quei servizi privati che assicurino una maggiore qualità e tempestività di cura ancorché a costi più elevati.

Alla luce di quanto osservato, le differenze di consumo sanitario rilevate per le famiglie che posseggono un'assicurazione malattia pongono in evidenza dei chiari segnali di selezione avversa.

Tabella 6 - Composizione Spesa *out of pocket* (OOP) per nuclei familiari con assicurazione malattia

	Hospital	Visite	Dentista	Ausiliari	Analisi	Apparecchi	Termali	Farmacia	Totale OOP
	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	spesa media (€)
Piemonte e Valle d'Aosta	2,5%	10,7%	40,1%	2,8%	6,1%	7,7%	-	30,1%	151,01
Lombardia	0,4%	15,5%	30,3%	2,0%	7,3%	10,7%	2,0%	31,8%	176,09
Trentino Alto Adige	0,3%	6,1%	51,5%	0,4%	5,8%	6,4%	1,0%	28,5%	183,51
Veneto	-	12,2%	32,4%	9,2%	6,8%	1,9%	-	37,6%	142,11
Friuli Venezia Giulia	-	14,3%	25,1%	8,1%	9,8%	6,5%	-	36,2%	146,52
Liguria	1,1%	28,1%	-	2,2%	3,7%	1,7%	-	63,2%	78,10
Emilia Romagna	0,7%	13,9%	28,8%	6,0%	8,7%	9,3%	1,8%	30,7%	164,33
Toscana	-	16,7%	11,4%	5,2%	10,5%	14,5%	-	41,8%	102,36
Umbria	-	23,1%	23,4%	-	2,8%	12,6%	-	38,2%	246,38
Marche	0,5%	16,7%	12,0%	5,6%	7,6%	1,8%	-	55,9%	80,63
Lazio	-	23,0%	11,8%	0,9%	19,5%	1,9%	-	42,9%	91,36
Abruzzo	-	17,5%	38,0%	1,9%	9,0%	8,2%	-	25,5%	123,25
Molise	-	58,1%	11,2%	-	9,3%	-	-	21,4%	179,84
Campania	9,8%	10,0%	58,2%	-	1,1%	3,5%	-	17,4%	164,89
Puglia	-	17,1%	-	-	30,2%	10,0%	-	42,6%	104,82
Basilicata	-	-	-	-	0,0%	-	-	100,0%	27,46
Calabria	-	8,0%	33,4%	-	7,9%	-	4,4%	46,3%	115,69
Sicilia	-	11,5%	28,2%	-	12,3%	3,8%	0,0%	44,2%	93,37
Sardegna	-	13,9%	28,0%	-	9,2%	6,4%	0,0%	42,4%	87,73
Italia	0,8%	14,8%	29,6%	3,3%	8,5%	7,6%	1,0%	34,4%	141,39

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

¹⁵ In possesso di almeno un'abitazione di proprietà e/o almeno un'assicurazione vita o una rendita vitalizia.

Tabella 7 - Composizione Spesa out of pocket (OOP) per nuclei familiari senza assicurazione malattia

	Hospital	Visite	Dentista	Ausiliari	Analisi	Apparecchi	Termali	Farmacia	Totale OOP
	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	% su OOP	spesa media (€)
Piemonte e Valle d'Aosta	2,2%	10,9%	26,6%	2,1%	7,4%	5,8%	-	45,1%	96,26
Lombardia	3,1%	11,9%	27,1%	2,3%	6,7%	6,8%	0,3%	41,8%	104,91
Trentino Alto Adige	0,7%	11,3%	43,2%	0,9%	2,7%	6,7%	0,2%	34,3%	106,01
Veneto	0,1%	12,6%	20,6%	2,8%	7,2%	5,3%	1,4%	50,0%	94,72
Friuli Venezia Giulia	1,1%	14,8%	31,1%	1,8%	5,1%	11,0%	0,1%	34,9%	101,42
Liguria	1,6%	14,9%	23,9%	2,5%	3,5%	3,3%	-	50,3%	96,19
Emilia Romagna	2,8%	14,2%	23,6%	3,9%	6,5%	10,6%	1,2%	37,1%	110,67
Toscana	0,8%	14,4%	20,1%	1,8%	7,0%	6,6%	-	49,3%	84,39
Umbria	0,6%	11,9%	16,4%	3,1%	7,1%	5,6%	-	55,4%	83,01
Marche	0,1%	15,5%	15,6%	2,7%	7,4%	6,7%	0,7%	51,2%	83,82
Lazio	2,0%	12,0%	16,3%	3,0%	11,1%	7,7%	-	47,8%	69,22
Abruzzo	4,0%	11,8%	23,8%	2,5%	5,7%	11,0%	-	41,3%	83,85
Molise	0,0%	7,4%	28,8%	1,0%	9,6%	10,6%	1,8%	40,7%	68,30
Campania	6,1%	11,7%	15,6%	1,2%	7,7%	8,6%	-	49,1%	57,90
Puglia	3,1%	12,0%	16,1%	2,5%	5,7%	11,1%	0,9%	48,6%	77,26
Basilicata	2,4%	10,5%	31,2%	0,6%	5,7%	7,4%	3,1%	39,1%	63,71
Calabria	2,2%	8,6%	22,5%	0,9%	6,5%	2,6%	-	56,7%	67,98
Sicilia	1,4%	9,9%	10,2%	2,5%	5,7%	6,3%	-	64,0%	59,72
Sardegna	0,4%	9,7%	20,7%	0,9%	7,9%	6,7%	-	53,8%	64,97
Italia	2,2%	12,2%	22,2%	2,4%	6,9%	7,3%	0,4%	46,4%	84,95

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

7.1.4 Considerazioni finali

Il ruolo della sanità integrativa si realizza pienamente nel momento in cui questa consente una maggiore facilità di accesso alle cure secondo quelle che sono le preferenze individuali. Per renderne possibile lo sviluppo, occorre promuovere una migliore organizzazione delle regole che consentano di ottimizzare le risorse nel complesso disponibili.

Dall'attuale quadro rappresentativo del mercato delle assicurazioni sanitarie emerge una scarsa redditività del Ramo Malattia dovuta a diversi fattori come la difficile gestione dei fenomeni inflattivi sui costi sanitari, la concentrazione degli assicurati su classi di età tendenzialmente elevate ed un generale fenomeno di selezione avversa.

La considerazione che le prestazioni garantite dalle polizze di assicurazione sanitaria integrativa siano sostanzialmente duplicative di quelle offerte dal SSN, che la spesa *out of pocket* delle famiglie assicurate sia maggiore di quella delle famiglie non assicurate, sono dei segnali di inefficienza del sistema sanitario che, sommati all'evidente sofferenza del Ramo Malattia, costituiscono un ostacolo allo sviluppo della sanità integrativa.

Da un maggiore e più esclusivo ruolo delle assicurazioni private si potrebbero ottenere diversi vantaggi per gli assistiti ed un miglior controllo dei costi della sanità pubblica¹⁶.

¹⁶ Vedi anche OECD (2004).

La promozione dell'assistenza sanitaria integrativa, attraverso opportuni interventi che ne incoraggino l'acquisto, comporterebbe un ampliamento della popolazione assicurata che può essere un obiettivo socialmente rilevante, stante l'elevata quota di spesa *out of pocket* che caratterizza il sistema italiano¹⁷. Inoltre permetterebbe una diversa politica dei rimborsi del settore pubblico, che attualmente fissa congiuntamente sia il "prezzo" della prestazione che la sua quota di rimborso, con effetti potenzialmente distorsivi sul mercato, specialmente sul versante della qualità (vd. *il contributo di Feldstein, cap. 6 del presente Rapporto*). Contribuirebbe infine a ridurre gli effetti dell'antiselezione permettendo alle Compagnie di sviluppare la loro offerta attraverso dei premi più contenuti che favorirebbero così il finanziamento e l'accesso alle cure degli assicurati.

L'impatto sull'efficienza dell'intero sistema sanitario che potrebbe derivarne contribuirebbe certamente a conciliare l'incremento della domanda di cure con i vincoli del finanziamento pubblico.

Bibliografia

- ANIA (2005), *L'assicurazione italiana nel 2004/2005*, Roma.
- Borgia P., Maruotti A., Spandonaro F (2005), *Costi delle forme di assistenza sanitaria integrativa e prospettive di sviluppo* "Sanità Pubblica e Privata" n. 1-2/2005, Maggioli.
- Banca d'Italia (2004), *I Bilanci delle famiglie italiane*.
- ISTAT (2002), *Indagine Multiscopo sulla famiglia "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" 1999-2000*.
- OECD (2004), *Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project*.
- OECD (2005), *Health Data*.
- R.I.B. (2002), *L'industria delle assicurazioni ed il mondo della sanità che cambia*. Atti del 9° Convegno.
- Rapporto CEIS Sanità 2004 (2004), Italpromo Esis Publishing.
- Bruni (2002), *Le determinanti della domanda di assicurazioni integrative: un'analisi empirica del caso italiano*, Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna.

¹⁷ Secondo OECD Data Health 2005 la spesa *out of pocket* in Italia rappresenta il 20,7% del totale della spesa sanitaria, mentre la media dei paesi Ocse è il 19,3%.

7.2 L'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari

Donia Sofio A., De Gaetano A.¹

7.2.1 Introduzione

Il diritto alla salute, come riconosce anche la nostra Costituzione, merita di essere posto tra i diritti fondamentali della persona e in quanto tale è degno di tutela e va riconosciuto a tutti i soggetti, a prescindere dalle loro caratteristiche personali, quindi anche a coloro che risiedono nel territorio dello Stato italiano senza essere in regola con la normativa in vigore. È il caso degli stranieri irregolari, cioè coloro che, entrati regolarmente, permangono nel territorio anche in seguito alla scadenza del permesso di soggiorno, e dei clandestini, ossia coloro che entrano nel territorio senza titolo alcuno e vi permangono.

Più controverso è sin dove questa tutela debba spingersi: cosa va garantito e cosa no? Questa domanda ha un senso in virtù della scarsità delle risorse, ossia dell'insufficienza delle stesse a garantire l'esecuzione di tutti i provvedimenti desiderabili, e assume una maggiore importanza in periodi di stagnazione economica, nei quali la carenza delle risorse a disposizione risulta evidentemente accentuata.

In un momento nel quale è molto vivo il dibattito, sia a livello politico che a livello della società civile, sul progressivo e veloce (troppo veloce secondo alcuni) sviluppo multirazziale della popolazione italiana e sui costi e benefici che tale mutamento comporta, ci è sembrato interessante provare a fare una verifica, anche se parziale, sull'ammontare di risorse che il limitato bilancio della sanità italiana impiega per assicurare assistenza sanitaria agli stranieri irregolari, a persone cioè che non contribuiscono, proprio perché lavoratori in nero, al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Il vero punto di svolta per garantire la copertura sanitaria a questa speciale categoria si è avuto in seguito all'emanazione della L. n. 39/90, meglio nota come "legge Martelli", che ha avviato politiche regionali sugli immigrati.

Gli Enti pubblici che per primi hanno attribuito diritti di assistenza sanitaria anche agli stranieri irregolari e clandestini sono stati la Regione Veneto e alcune Aziende Sanitarie Locali di città quali Bologna, Brescia e Roma.

In seguito, un ulteriore passo veniva compiuto con l'emanazione del DL n. 489/95, conosciuto anche come "decreto Dini", nel quale veniva affrontato per la prima volta il tema dell'assistenza sanitaria agli stranieri "temporaneamente" presenti, seguendo in buona sostanza l'indirizzo già dato da alcuni Enti locali negli anni precedenti.

Successivamente si è dovuto aspettare il 1998 per vedere l'introduzione di un complesso normativo di rilievo che è stato aperto dalla Legge n. 40/98.

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

7.2.2 La previsione normativa in essere

L'assistenza sanitaria agli stranieri, anche nello specifico dei soggetti non regolarmente presenti nel territorio nazionale, è disciplinata dai tre provvedimenti che seguono:

- D.Lgs. n. 286/98 *“Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”* nel quale è confluita anche la L. n. 40/98 (d'ora in avanti definito TU);
- DPR n. 394/99 *“Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286”* (d'ora in avanti definito RA);
- Circolare n. 5/2000 *“Indicazioni applicative del decreto legislativo 25.7.1998, n. 286, ‘Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero’ – disposizioni in materia di assistenza sanitaria”* del Ministero della Salute.

Nell'art. 35 del TU viene preso in esame il caso degli stranieri non iscritti al SSN.

In esso si stabilisce che non sono tenuti al pagamento delle prestazioni sanitarie ricevute i soggetti muniti di modelli attestanti il diritto all'assistenza sanitaria, in base a trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia con alcuni Paesi². I cittadini di tale provenienza potranno usufruire dell'assistenza gratuita, ferme restando le quote di partecipazione alla spesa, dietro presentazione del relativo modello che ne attesti il diritto.

In secondo luogo lo stesso articolo dispone che ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, siano assicurate, presso presidi pubblici o accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali, ancorché continuative³, per malattia e infortunio e siano estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. In particolare si pone l'accento sulla tutela della gravidanza e della maternità, sulla tutela della salute del minore, sulle vaccinazioni, sugli interventi di profilassi internazionale, sulla diagnosi e cura delle malattie infettive.

Con riguardo ai pagamenti, qualora i richiedenti siano privi di risorse economiche sufficienti, le prestazioni saranno loro erogate senza oneri a carico, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Se si considera, come è facile immaginare, che all'interno della categoria immigrati è alta la percentuale di coloro che versano in difficoltà economiche, non di rado anche gravi, è chiaro l'intento di garanzia dei diritti fondamentali della persona che sta dietro il 4° comma dell'art. 35 del TU. Purtroppo, però, è un

² Si tratta di: Australia, Tunisia, Argentina, Brasile, San Marino, Capo Verde, Principato di Monaco, Croazia, Slovenia, Jugoslavia, Macedonia, Bosnia Erzegovina, Svizzera e quelli appartenenti all'Unione Europea.

³ Nella circolare ministeriale n. 5 del 2000 si chiarisce cosa debba intendersi per cure urgenti e cosa per cure essenziali: le prime sono quelle che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; le seconde sono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

dato di fatto che chi versa in tali condizioni in alcuni casi non possa coprire nemmeno le sole quote di partecipazione. Per questo nel 4° comma dell'art. 43 del RA si specifica che le somme dovute, comprese le quote di partecipazione stesse, in questi casi di estrema povertà sono a carico della USL, ovvero, se si tratta di prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, del Ministero dell'Interno. Si specifica inoltre che lo stato d'indigenza può essere attestato attraverso auto dichiarazione presentata all'Ente sanitario erogante. Le USL verranno poi rimborsate, come previsto dal TU, per mezzo del Fondo Sanitario Nazionale. Per agevolare la gestione e consentire l'operatività nei confronti dei soggetti irregolari, che sarebbe stata resa impossibile dalla loro condizione, l'art. 43 del RA nel 3° comma prevede l'utilizzo di un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Si tratta di un codice identificativo composto dalla dicitura STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. È poi specificato nella norma: *"Il codice, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, identifica l'assistito per tutte le prestazioni di cui all'articolo 35, comma 3 del testo unico. Tale codice deve essere utilizzato anche per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso e la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate"*. Precisa poi, l'art. 35 del TU al 5° comma, che: *"L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano"*. Si tutela così la sicurezza pubblica e la salute dell'immigrato evitando che si rinunci alle cure per paura di essere denunciati ed espulsi.

7.2.3 I fondi a copertura delle spese: normativa, dati e considerazioni

Oltre a stabilire la tutela delle cure essenziali a favore di coloro che sono presenti in Italia senza essere in regola con le norme di ingresso e soggiorno, la legge ha specificato con quali fondi vanno remunerate le strutture sanitarie che hanno prestato loro assistenza⁴. Qualora l'immigrato beneficiario delle prestazioni sanitarie versi in condizioni d'indigenza e non sia in grado di provvedere autonomamente al pagamento dovuto, l'incombenza a seconda delle specificità è a carico del Ministero della Salute o del Ministero dell'Interno. Si provvede tramite ricorso al Fondo Sanitario Nazionale per il rimborso di spese derivanti dall'erogazione di prestazioni ospedaliere ambulatoriali o in regime di ricovero, compreso il day hospital, rivolte: alla tutela della gravidanza e della maternità; alla salute dei minori; agli interventi di profilassi internazionale; alla cura delle malattie infettive. In questo caso la USL interessata dovrà richiedere alla propria Regione il rimborso. Ciascuna Regione, infatti, dispone di una propria quota vincolata a tale scopo; tale quota risulta dalla ripartizione della somma stabilita annualmente a livello centrale e rientra nella categoria di quegli obiettivi che per legge vanno finanziati tramite FSN, la fissazione del suo ammontare avviene per mezzo di una delibera CIPE. Nella tabella 1 vengono esposti i relativi dati regionali per il periodo che va dal 1996 al 2002.

⁴ Le spese sanitarie dei centri di prima accoglienza godono di appositi finanziamenti qui non trattati.

Tabella 1 - Deliberazioni CIPE per finanziamento di interventi previsti dalla legge 40/1998, art. 33 (FSN Parte corrente)

Regione	Delibera 21.12.2001	Delibera 25.7.2003	Delibera 25.7.2003	Delibera 5.12.2003	Delibera 20.12.2004
	Anno 2000 £	Anno 2001 €	Anno 2002 €	Anno 2003 €	Anno 2004 €
Abruzzo	870.000.000	266.413,78	266.413,78	266.413,78	292.690,00
Basilicata	225.000.000	63.243,15	63.243,15	63.243,14	65.278,00
Calabria	891.000.000	337.273,45	337.273,45	337.273,45	448.634,00
Campania	3.146.000.000	2.015.199,81	2.015.199,81	2.015.199,81	2.382.015,00
Emilia R.	6.287.000.000	2.625.435,78	2.625.435,78	2.625.435,79	3.096.768,00
Lazio	10.441.000.000	5.655.279,82	5.655.279,82	5.655.279,83	5.542.931,00
Liguria	2.215.000.000	1.090.843,19	1.090.843,19	1.090.843,19	1.105.849,00
Lombardia	13.997.000.000	7.759.183,29	7.759.183,29	7.759.183,28	7.084.012,00
Marche	967.000.000	459.866,22	459.866,22	459.866,22	593.409,00
Molise	93.000.000	32.880,83	32.880,83	32.880,83	37.080,00
Piemonte	6.299.000.000	3.342.248,46	3.342.248,46	3.342.248,48	3.594.479,00
Puglia	1.471.000.000	778.030,02	778.030,02	778.030,01	483.580,00
Sardegna	246.000.000	161.089,78	161.089,78	161.089,78	69.197,00
Sicilia	1.240.000.000	435.902,15	435.902,15	435.902,15	173.375,00
Toscana	6.340.000.000	2.802.466,21	2.802.466,21	2.802.466,21	2.601.726,00
Umbria	1.402.000.000	714.249,93	714.249,93	714.249,92	800.233,00
Veneto	3.869.000.000	2.447.808,08	2.447.808,08	2.447.808,08	2.618.744,00
Italia	59.999.000.000	30.987.413,95	30.987.413,95	30.987.413,95	30.990.000

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze

Si procede, invece, tramite finanziamento a carico del Ministero dell'Interno nel caso in cui l'onere derivi da prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, per malattia e infortunio; quelle urgenti vengono erogate per mezzo del pronto soccorso e quelle essenziali, ancorché continuative, vengono erogate in regime di ricovero, compreso quello diurno, o in via ambulatoriale. Nella seguente tabella sono riportati i relativi stanziamenti a partire dal 1995.

Tabella 2 - Stanziamenti del Ministero degli Interni a copertura delle spese in base all'articolo 35 del TU

Anno	Valuta	Stanziamento	Integrazione	Totale
1995	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1996	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1997	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1998	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1999	£	12.000.000.000	10.000.000.000	22.000.000.000
2000	£	12.000.000.000	13.000.000.000	25.000.000.000
2001	£	12.000.000.000	13.000.000.000	25.000.000.000
2002	€	6.197.483	6.713.940	12.911.423
2003	€	6.197.483	38.296.230 ⁵	44.493.713
2004	€	6.197.483	52.637.267 ⁶	58.834.750

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero degli Interni

⁵ Tale cifra comprende circa 29 milioni di euro girati da un altro capitolo di spesa.

⁶ Anche nel 2004 si è avuta una variazione pari a circa 42 milioni di euro provenienti da altri capitoli.

In entrambi i casi trattati, il rimborso avviene previa notifica delle USL al Ministero (tramite le Prefetture) o alla Regione di una prestazione, urgente o essenziale, erogata ad un soggetto che viene identificato mediante il codice regionale STP, con l'indicazione della diagnosi, dell'attestazione dell'urgenza o dell'essenzialità dell'intervento e della somma di cui si richiede il rimborso.

Non si può neanche omettere che i dati che giungono tramite le richieste di rimborso al Ministero e alle Regioni siano frequentemente imprecisi, almeno in parte, o in altri casi di difficile lettura, ciò anche a causa del fatto che vengono aggregati e solo successivamente inviati, oltretutto dopo essere passati attraverso tappe intermedie di dubbia utilità.

Sarebbe opportuno quindi valutare l'eventualità di rivedere il sistema di gestione dati e, se possibile, assegnare al personale appositamente preparato questo compito. Senza provvedimenti in questa direzione, la buona gestione delle risorse rischia altrimenti di rimanere un miraggio.

7.2.4 Flusso e presenze degli stranieri irregolari. Una fonte d'informazione indiretta: le regolarizzazioni

L'immigrazione irregolare è un fenomeno di ampia portata soprattutto in un Paese come l'Italia, in veste del suo duplice ruolo di meta ambita per persone in cerca di fortuna e di via di transito verso altre nazioni.

L'irregolarità può essere considerata sia come flusso, ossia come quantità di persone che entra nel territorio dello Stato in un dato periodo di tempo, sia come stock, ossia come numero di soggetti presenti in un dato momento senza autorizzazione. Entrambi i dati non sono di conoscenza comune, infatti per definizione si può ritenere l'immigrazione irregolare un fenomeno sommerso e difficilmente controllabile, del quale inevitabilmente non si possiedono informazioni precise. Tuttavia, periodicamente si effettuano delle stime, soprattutto sul numero dei soggiornanti (stock), a cura di soggetti diversi, talvolta anche ministeriali (come la stima fatta eseguire nel maggio del 1998 dal Ministero dell'Interno che suppose una presenza irregolare compresa tra le 250 mila e le 300 mila unità). Va considerato poi che, al di là delle stime più o meno attendibili che siano, si possono trarre informazioni interessanti su flussi e stock a partire da dati certi.

Prima di descriverne alcuni si ritiene opportuno ricordare che la categoria di coloro che entrano in modo irregolare in Italia racchiude in sé situazioni profondamente diverse tra loro: si va dal semplice soggetto che entra in Italia per cercare lavoro, a chi fugge dal proprio Paese e arriva da noi per chiedere asilo (che risulta tra gli irregolari solo sino al momento della richiesta di asilo), fino alle vittime del cosiddetto *trafficking*, bersagli del quale sono persone che vengono costrette a migrare clandestinamente per svolgere precise attività illegali nel Paese di destinazione. Di fronte a queste realtà appare evidente la necessità di utilizzare la massima cautela nello studio del fenomeno immigrazione e nelle considerazioni e decisioni che ne seguono.

I dati più interessanti per valutare le presenze irregolari in Italia sono sicuramente costituiti dai numeri delle regolarizzazioni. Ad oggi ne sono state poste in essere cinque più un primo provvedimento che, pur assimilabile, non può essere definito come tale. Ognuna di esse ha proprie caratteristiche che si riportano brevemente di seguito:

- il primo provvedimento, anomalo per le sue modalità di attuazione, che venne preso tramite due circolari del Ministero del Lavoro datate 2 marzo e 9 settembre 1982, era rivolto a soggetti entrati nel territorio entro il 1981, che prestavano continuativamente dal loro ingresso un'attività lavorativa e il cui datore di lavoro manifestava la disponibilità all'assunzione;
- la prima regolarizzazione vera e propria è stata disposta con L. n. 943/1986 e prevedeva la possibilità di ottenere l'autorizzazione al lavoro o l'iscrizione nelle liste di collocamento a chi vantava una posizione lavorativa pregressa; la scadenza per la presentazione delle domande, inizialmente fissata al 27 aprile 1987, è stata più volte prorogata fino al termine ultimo del 30 settembre 1988;
- la seconda regolarizzazione è stata il frutto della L. n. 39/1990, detta anche "legge Martelli", con la quale si dava la possibilità di mettersi in regola a tutti coloro entrati in Italia prima del 31 dicembre 1989, cercando così di far emergere la presenza straniera sommersa. I beneficiari avevano due anni per trovare lavoro (anche in cooperative o come autonomi), pena il mancato rinnovo del permesso;
- la terza regolarizzazione è stata attuata tramite il DL n. 489/1995 ("decreto Dini"), con il quale si escludeva la categoria dei lavoratori autonomi e si introduceva la regolarizzazione per motivi di famiglia, mantenendo quella per lavoro dipendente e per iscrizione alle liste di collocamento, e si fissava come termine ultimo di richiesta il 31 marzo 1996;
- la quarta regolarizzazione avvenuta con DPCM 16/10/1998, includeva le quattro categorie indicate al punto precedente, ma è con il D.Lgs. n. 113/1999 che si sarebbe introdotta la possibilità di regolarizzare tutti gli stranieri prenotatisi entro il 15 dicembre 1998;
- l'ultima regolarizzazione è quella disposta dalla L. n. 189/2002 (o "legge Bossi-Fini") con riguardo a colf e badanti e dal DL 195/2002 (convertito con modifiche nella L. n. 195/2002) con riferimento ai lavoratori extracomunitari dipendenti, rivolte ai soggetti soggiornanti in Italia al 31 dicembre 2001. Il termine ultimo per la presentazione delle richieste era l'11 novembre 2002. Nella tabella seguente vengono riportati i risultati dei procedimenti di regolarizzazione appena elencati eccettuato il provvedimento del 1982 che, per l'inappropriatezza dello strumento utilizzato e per la scarsa pubblicizzazione, ha riguardato poche migliaia di interessati e non può essere considerato al pari degli altri.

Tabella 3 - Immigrati regolarizzati in Italia dal 1986 ad oggi

Provvedimento	Termine per l'ingresso	Beneficiari ⁷
L. n. 943/1986 e successive proroghe	31/12/1986	105.000
DL n. 416/819 convertito con L. n. 39/1990	31/12/1989	222.000
DL n. 19/1995 convertito con L. n. 617/1996	19/11/1995	246.000
DPCM 16/10/1998 e D.Lgs. n. 113/1999	27/3/1998	217.000
L. n. 189/2002 e DL n. 195/2002 convertito in L. n. 222/2002	10/6/2002	650.000 ⁸

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero degli Interni

⁷ Per via dei procedimenti pendenti che talvolta si trascinano per diversi anni si è preferito riportare dei valori arrotondati che non inficiano negativamente l'analisi per via della differenza irrisoria con quelli che risulteranno i valori definitivi nel corso degli anni.

⁸ Dato non definitivo per procedimento ancora in corso di esecuzione.

Le informazioni che si possono ricavare da questi dati sono semplici ma interessanti. Le quantità dei soggetti regolarizzati ci consentono di stabilire il numero minimo di soggetti irregolarmente presenti in un dato periodo. In sostanza, a ciascuna delle richieste di regolarizzazione accolte, presentate ad una data scadenza, corrispondono altrettanti soggetti in possesso dei requisiti richiesti per ottenerla, e cioè persone che al momento della domanda erano presenti irregolarmente sul nostro territorio. È inoltre chiaro che il numero degli irregolari diminuisce drasticamente per il passaggio ad una condizione di legalità di coloro che hanno visto accolte le loro richieste.

7.2.5 Considerazioni emergenti

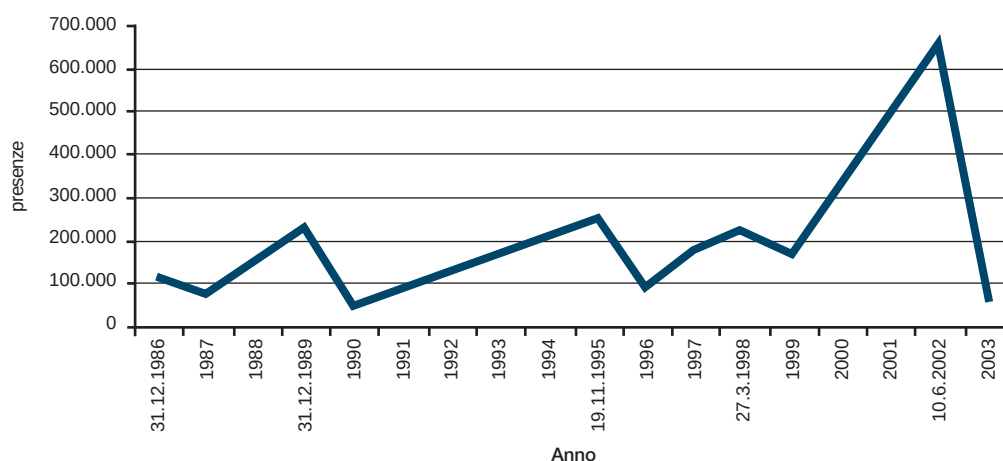
Il confronto tra i valori riportati nelle tabelle relative al finanziamento dell'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari e il numero di regolarizzazioni susseguitesì in questi anni ci spinge ad alcune riflessioni.

In primo luogo, analizzando i dati dei provvedimenti adottati per regolarizzare gli stranieri che rientravano nei parametri stabiliti è logico supporre che, tra l'anno che precede una tale manovra e quello che la segue, il fabbisogno di risorse per finanziare le prestazioni sanitarie agli immigrati vari in modo significativo a causa della diminuzione degli stranieri irregolari. Se si osserva invece l'ammontare degli stanziamenti nei diversi anni (particolarmente di quelli provenienti dal FSN), è immediato riscontrare un andamento costante (soprattutto se si eliminano dall'analisi gli stanziamenti extra, avvenuti nel 2003 e nel 2004 nel fondo del Ministero degli Interni ad opera dello storno da altri capitolo di spesa); è pertanto presumibile che essi non seguano l'andamento della domanda ma vengano definiti in altro modo.

È chiaro che risulterebbe impossibile monitorare un fenomeno che per definizione è incontrollabile, tuttavia si potrebbero ottenere delle informazioni utili sulle reali necessità semplicemente analizzando meglio quanto già a disposizione.

Questo andamento contrastante dei due trend (quello dei fondi e quello delle presenze) viene evidenziato nei grafici che seguono, ricavati a partire dai dati certi in nostro possesso unitamente alla formulazione di una semplice ipotesi: che il numero degli irregolari sia totalmente rappresentato da coloro che successivamente beneficiano di una regolarizzazione e che il loro flusso in entrata si distribuisca in modo lineare nell'arco del tempo. Ovviamente ne conseguono dei valori sottostimati che non comprendono né tutti coloro che vedono rifiutata la richiesta di regolarizzazione, né coloro che non effettuano affatto la domanda per il mancato possesso dei requisiti. Inoltre, prima di osservare il risultato di tali ipotesi è importante ricordare che anche dopo una regolarizzazione di ampia portata, come ad esempio quella del 2002, permane sempre una componente irregolare, difficilmente quantificabile ma presumibilmente ridotta, cui va garantita l'assistenza sanitaria secondo le disposizioni in vigore. Per contro, però, bisogna ricordare che ci sono soggetti che varcano le frontiere proprio perché attirati dalla regolarizzazione in corso. La figura 1 è il risultato di quanto appena detto.

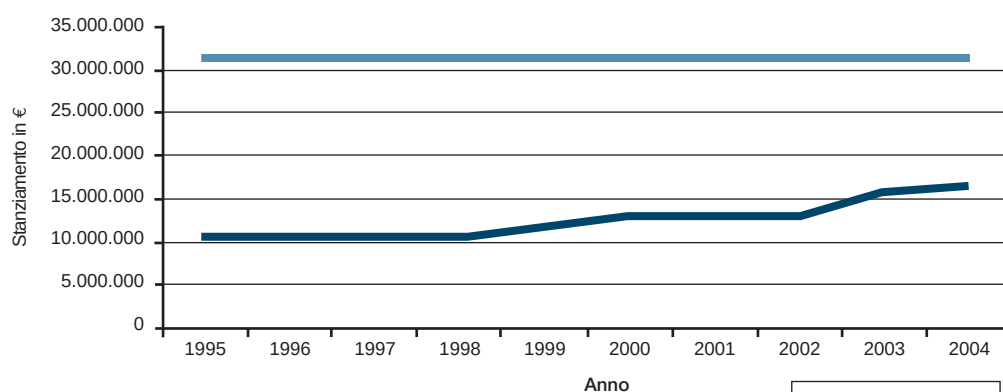
Figura 1 - Andamento di una stima minima presenze irregolari



Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero degli Interni

Passando poi a considerare l'evoluzione dei fondi a tutela dell'assistenza sanitaria garantita agli stranieri irregolari nel corso del tempo e utilizzando sempre un grafico in cui all'asse delle ascisse viene associata la variabile tempo, si ottiene un risultato quale quello riportato di seguito⁹.

Figura 2 - Andamento dei fondi per l'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari



Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze e del Ministero degli Interni

⁹ Nella Figura 2 sono stati tolti i riparti da altro capitolo avvenuti a beneficio del fondo del Ministero degli Interni nel 2002 e nel 2003, che abbiamo considerato eventi occasionali e non riconducibili ad una pianificazione dell'andamento dei fondi.

Purtroppo non si dispone di informazioni sufficienti per stabilire la congruità degli stanziamenti rispetto alle spese effettivamente sostenute; non siamo cioè in grado di affermare né in che misura e modalità le cifre stanziare vengano spese, né se queste siano sufficienti o non lascino senza copertura finanziaria una parte del servizio reso. Sarebbe quindi auspicabile una migliore gestione e raccolta dei dati che consenta una susseguente analisi tra le spese effettive affrontate dagli Istituti sanitari nel prestare assistenza a questi soggetti e i fondi resi disponibili a livello centrale.

Tuttavia, dal confronto dei trend riportati nei due grafici risulta evidente una forte dissociazione tra le due realtà. Tale circostanza lascia desumere che gli stanziamenti in questione non vengano stabiliti in base a dati certi che consentano un'adeguata programmazione, altre sembrerebbero le motivazioni che guidano queste decisioni.

In ogni caso due sono le alternative possibili.

La prima è che i fondi non siano sufficienti a coprire le spese sostenute. Se questa ipotesi risultasse vera verrebbe meno il problema di evitarne un loro cattivo utilizzo, ma emergerebbe quello, forse anche più pressante, di non lasciare questo fardello sui già precari bilanci delle varie ASL o Regioni.

La seconda possibilità è che i fondi risultino "mediamente" adeguati, ma data la loro distribuzione costante contrapposta a quella altamente variabile delle presenze straniere irregolari, si hanno anni in cui si dispone di risorse in eccesso e altri in cui non si riesce a coprire che una parte delle spese sostenute.

Basta prendere ad esempio l'ammontare totale dei fondi messo a disposizione dal Ministero degli Interni del 2003, che risulta pari al 344,0% del totale dell'anno precedente, a fronte di 650.000 immigrati irregolari in meno (coloro che, regolarizzati, sono passati a carico dei Fondi Sanitari Regionali). Paradossalmente, quindi, a fronte di una domanda fortemente in calo si è avuto un netto aumento delle risorse a disposizione. Qualora poi risultasse che nel 2003 le risorse siano state tutte correttamente impiegate, verrebbe da chiedersi come siano state coperte le spese sostenute l'anno precedente. Trattandosi di stanziamenti pubblici, e quindi vincolati ad essere utilizzati entro tempi definiti, occorrerebbe in tal caso giungere alla definizione di modalità di gestione dei finanziamenti, tali da armonizzare il loro utilizzo con la forte variabilità delle presenze irregolari.

Ci si potrebbe interrogare anche, nel caso le spese sanitarie per tali soggetti risultassero esigue, sull'opportunità dell'esistenza di fondi specifici e sugli eventuali vantaggi di accorpare tali somme a quelle deputate all'assistenza sanitaria generale.

In ogni caso, il risultato che emerge da questa analisi è che anche l'impiego di queste risorse, pur limitate, dovrebbe essere il frutto di precise scelte di politica economica, che da un lato garantiscano un'adeguata protezione sanitaria a questa speciale categoria di stranieri nel nostro Paese, dall'altro evitino gli sprechi dovuti all'insufficiente conoscenza delle dimensioni del fenomeno "immigrati irregolari". Un sistema informativo efficiente e continuamente aggiornato diventa quindi lo strumento indispensabile per consentire alla volontà politica la corretta allocazione delle risorse in questa particolare sezione della sanità pubblica.

Bibliografia

- Baglio G. et al. (2002), *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*, Agenzia di Sanità Pubblica – Regione Lazio, Roma.
- Caritas (2001), *Immigrazione. Dossier Statistico 2001*, Nuova Anterem, Roma.
- Caritas (2002), *Immigrazione. Dossier Statistico 2002*, Nuova Anterem, Roma.
- Caritas (2003), *Immigrazione. Dossier Statistico 2003*, Nuova Anterem, Roma.
- Caritas/Migrantes (2004), *Immigrazione. Dossier Statistico 2004*, Idos, Roma.
- Geraci S., Martinelli B. (2002), *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*, Nuova Anterem, Roma.
- Ministero della Salute – DG sistema informativo e statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici – ufficio di statistica (2001), *Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000*.
- Ministero della Sanità (1999), *Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia – dati SDO 1998*, Roma.
- Regione Lazio – Assessorato per le politiche della sanità (2001), *Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E.*, Roma.
- Segreteria conferenza dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome, Roma 21-22 gennaio 2004, *Diritto alla salute: le risorse per il 2004*.
- Zincone G. (a cura di), Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati (2000), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Il Mulino, Roma.
- Zincone G. (a cura di), Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati (2001), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Il Mulino, Roma.

7.3 Il sistema sanitario australiano: sfide per il XXI secolo

Martins Jo. M.¹

7.3.1 Caratteristiche e tradizioni

L'Australia è un luogo di contrasti. È un Paese giovane in un vastissimo territorio molto antico. Ha una superficie di 7,7 milioni di chilometri quadrati, superiore a quella dell'Europa, esclusa la Russia, ma ha una popolazione di appena 20 milioni di abitanti. La fertilità è al di sotto del livello di sostituzione (TFR 1,7)²; nondimeno il tasso di crescita annuale della popolazione alimentato dalle immigrazioni è alto, 1,3%. Anche se la popolazione aborigena è presente in Australia da oltre 40.000 anni, la maggior parte dei suoi abitanti sono il risultato dell'insediamento europeo negli ultimi 200 anni. Un australiano su cinque è nato oltreoceano. Gli australiani hanno, in media, un'aspettativa di vita lunga, ma la lunghezza di vita della popolazione indigena è comparabile a quella delle persone che vivono nei Paesi meno sviluppati. Malgrado la bassa fertilità e le lunghe aspettative di vita, la popolazione dell'Australia rimane relativamente giovane rispetto a quella di molti Paesi europei, con solo circa il 13,0% della popolazione al di sopra dei 64 anni di età. L'Australia è fortemente urbanizzata con circa il 90,0% della popolazione che vive soprattutto nelle grandi città, ma vi sono persone che vivono in isolamento, poiché i loro vicini distano, alcune volte, centinaia di chilometri. È il continente più asciutto della terra ma gode di una piovosità notevole nel Nord tropicale. È comunque fortemente presente nel commercio internazionale. In termini comparativi, l'Australia ha un reddito pro-capite elevato ma anche un elevato grado di disparità di reddito³.

I valori sociali e le istituzioni australiane riflettono il disprezzo per l'autorità derivante dai suoi inizi come bagno penale e dall'amministrazione coloniale britannica. Quando sono arrivati i coloni europei, il governo era la sola fonte di sostegno economico e sociale. Quindi, malgrado lo sdegno per l'autorità, il governo rappresentava la base della sicurezza sociale ed economica. In aggiunta, la percezione delle disuguaglianze esistenti ha indotto le persone svantaggiate ad organizzarsi per aiutarsi reciprocamente e migliorare le loro condizioni sociali ed economiche. I sindacati sono proliferati nella seconda metà del XIX secolo e hanno formato un partito politico che era organizzato a livello di Stato ma che è stato eletto al potere a livello federale già nel 1904⁴. Nel 1901, al momento della federazione delle sei colonie inglesi in Australia, l'esperienza dell'autogoverno permise una transizione tranquilla del potere politico dal Regno Unito all'Australia. All'epoca, gli australiani ave-

¹ *Visiting professor, Dipartimento Imprese, Studi economici e sociali, Macquarie University, Sydney, Australia, Presidente Centro per la Politica e la gestione sanitaria.*

² *TFR è il Tasso di fertilità totale o il numero medio di bambini che una donna può avere nel corso della sua vita.*

³ *UNDP (2004).*

⁴ *Crisp (1962).*

vano un'aspettativa di vita più lunga di quella del Regno Unito⁵ e uno dei redditi pro-capite più alti del mondo⁶.

Conformemente, l'Australia è stato un Paese caratterizzato da un alto reddito e con una tradizione di fornitura dei servizi di base da parte dei governi centrali (le colonie prima della federazione) come l'erogazione dell'acqua e i servizi igienici, l'elettricità, le strade, le ferrovie e altri trasporti pubblici, l'educazione e la sanità pubblica. Questa pratica comprende il mantenimento delle reti della sicurezza sociale per le persone svantaggiate, che è nata durante il periodo coloniale. Negli ultimi cinquant'anni, una modifica costituzionale ha consentito al governo federale di assumere una maggiore responsabilità finanziaria per le reti della sicurezza sociale, nella forma di pagamenti di trasferimento alimentati dalle imposte per gli assegni di disoccupazione e di malattia e le pensioni di anzianità. Gradualmente, in questo periodo, è stata anche finanziata, attraverso la fiscalità generale, la copertura universale del servizio farmaceutico, di quello medico e delle cure ospedaliere urgenti e di lungo periodo.

7.3.2 Norme, struttura e disposizioni di finanziamento

In Australia l'erogazione delle cure sanitarie è principalmente di responsabilità dei governi statali (e due territori), che autorizzano e regolamentano l'attività dei fornitori privati di servizi sanitari. In aggiunta, questi governi forniscono anche servizi ambientali e altri servizi sanitari tradizionali, molte cure ospedaliere e le cure basate sulla comunità per le famiglie e le persone, come l'assistenza alle madri e all'infanzia.

Tabella 1 - Le cure sanitarie in Australia. Fornitori pubblici e privati

Tipo di Servizio	Stato	Federale	Privato
Ospedali:			
gravi	X	X	x
psichiatrici	X		x
Chirurgia solo diurna	X		X
Day Hospital	X		x
Centri sanitari	X		
Case di cura/Pensionati	X		X
Servizi medici	X		X
Servizi odontoiatrici	x		X
Servizi infermieristici	x		X
Altri servizi professionali	x		X
Farmaceutico	x		X
Ambientale e altra sanità pubblica	X	x	
Ambulanze	X		
Materiali e apparecchiature	X	x	X
Ricerca	X	x	x
Formazione	X	x	x
Assicurazione sanitaria		x	x

Note: (X) più dominante di (x).

Fonte: Martins (2001)

⁵ Lancaster (1990).

⁶ Maddison (2003).

I servizi forniti dalle agenzie statali sono integrati dai medici generici indipendenti e dagli specialisti, dai dentisti, dai paramedici, come dai fisioterapisti e dai farmacisti, e anche dagli ospedali privati e dalle case di cura per le cure di lunga degenza. I servizi di patologia e di diagnostica strumentale esterni alle Istituzioni pubbliche normalmente sono erogati da grandi società insieme con i medici specialisti privati. Alcuni medici privati lavorano anche negli Ospedali pubblici e sono retribuiti o su base stagionale o sulla base del servizio prestato, in funzione della scelta dei pazienti di essere curati come “privati” o “pubblici”. A loro volta, i medici generici assunti negli Ospedali pubblici possono anche lavorare come erogatori privati per una parte del loro tempo⁷.

Il ruolo più esteso del governo federale nel finanziamento dei servizi sanitari gli ha dato l'opportunità di imporre condizioni che riguardano la pratica dei fornitori di cure privati e pubblici. Anche se il governo federale non ha alcun potere per controllare i prezzi, tuttavia stabilisce onorari fissi per specifiche voci del servizio medico. I sussidi che paga per questi servizi sono basati sui valori dell'onorario fissato. In generale, il governo federale pagherà circa l'85,0% dell'onorario come sussidio, sia direttamente al medico generico o al consumatore come rimborso. Sebbene vi siano esenzioni negoziate per alcuni gruppi svantaggiati, il paziente deve pagare la differenza tra l'onorario imposto dal medico generico e il sussidio pagato dal governo federale. Anche il *Pharmaceutical Benefits Scheme* (PBS) (Schema dei sussidi farmaceutici) è gestito e finanziato dal governo federale e copre una vasta serie di farmaci per la popolazione residente.

I prezzi sono negoziati tra il governo federale e le case farmaceutiche, come condizione per ottenere il sostegno finanziario del governo. I farmacisti privati ricevono un compenso dal governo federale e per i pazienti è previsto un *co-payment* per i prodotti prescritti. Le cure ospedaliere interne e ambulatoriali sono fornite gratuitamente, a meno che i consumatori scelgano di essere curati come “privati” da un medico di loro scelta, che deve essere accreditato presso lo specifico ospedale pubblico. Gli ospedali privati e i dentisti impongono il loro onorario e i loro servizi e non ricevono il sussidio diretto del governo. Tuttavia, il governo federale fornisce considerevoli incentivi ai pazienti che stipulano un'assicurazione sanitaria privata volontaria, attraverso una riduzione delle imposte o esoneri. Queste facilitazioni fiscali forniscono un sussidio indiretto ai servizi degli Ospedali privati. Un supporto addizionale indiretto è fornito dall'uso dei benefici di *Medicare*⁸ e PBS per i consumatori dei servizi degli Ospedali privati. Inoltre, il governo federale concede ampi sussidi per i servizi delle Case di cura private e partecipa al costo delle cure degli Ospedali pubblici fornite dagli Stati⁹.

⁷ Martins (2001), CDH (2000).

⁸ Medicare è un programma universale finanziato a livello federale che fornisce aiuti (pagamenti) per i servizi medici forniti da medici generici privati, compresi i servizi di patologia e di diagnostica strumentale. Cfr. disposizioni di finanziamento descritte sopra.

⁹ Martins (2001), CDH (2000).

7.3.3 Risorse umane e accesso ai servizi sanitari

Anche se la struttura dell'erogazione delle cure sanitarie non è molto cambiata nel corso degli ultimi decenni, tuttavia vi sono stati alcuni importanti sviluppi. Oltre ai cambiamenti nelle tecnologie mediche, uno degli aspetti più importante è stato il considerevole aumento di personale utilizzato. L'aumento del numero di medici e di infermieri occupati ci fornisce un esempio molto chiaro. Il numero dei medici, infatti, è cresciuto dall'1,1 per mille persone nel 1960 al 2,8 nel 2001, mentre il numero degli infermieri è aumentato nello stesso periodo dal 5,9 all'11,8 per mille persone (Tabella 2).

Tabella 2 - Medici e infermieri nei Paesi selezionati (per mille persone, equivalente a tempo pieno 2003)

Paesi	Equivalente tempo pieno	
	Medici	Infermieri
Australia	2.5	10.2
Canada	2.1	9.8
Italia	4.1	5.4
Nuova Zelanda	2.2	9.1
Regno Unito	2.2	9.7
Stati Uniti	2.3	7.9

Fonte: OECD 2005.

L'incremento di personale ha permesso un maggiore accesso ai servizi sanitari da parte di un numero sempre crescente di cittadini. Di conseguenza, dal 1976 al 2000 il numero dei servizi forniti dai medici generici privati è aumentato dal 5,6 pro-capite al 10,9, mentre il numero dei ricoveri gravi negli Ospedali è aumentato da 194 a 313 pro-capite. Gli aumenti sono sostanzialmente superiori a quelli necessari tenendo in conto l'invecchiamento della popolazione australiana¹⁰. Oltre a questi servizi di base, altri servizi come quello geriatrico e le malattie mentali hanno avuto un forte sviluppo.

7.3.4 Onere finanziario

Secondo Maddison (2003), il reddito pro-capite dell'Australia nel 2001 era due volte e mezzo quello del 1961 in termini reali (Tabella 3). I redditi più elevati hanno consentito un aumento del consumo di beni e servizi di tutti i tipi. Di fronte ad un maggiore benessere, gli australiani, come molti altri popoli, hanno deciso di destinare una quota maggiore di questo migliorato potere di acquisto ai servizi per le cure sanitarie. Pertanto, la quota del Prodotto Interno Lordo (PIL) speso per le cure sanitarie è stata più che raddoppiata passando da circa il 4,1% del 1960 al 9,3 nel 2003¹¹.

¹⁰ Martins (2005).

¹¹ OECD (2005); Mennini F.S., Francia L. (2005).

Tabella 3 - Prodotto Interno Lordo pro-capite dei Paesi selezionati (dollari internazionali – 1961-2001)

PAESI	PIL pro-capite dollari al 1990		Indice 1961 = 100
	1961	2001	
Australia	8,653	21,883	253
Canada	8,833	22,302	252
Italia	6,373	19,040	299
Nuova Zelanda	9,745	16,118	165
Regno Unito	8,857	20,127	227
Stati Uniti	11,402	27,948	245

Nota: le cifre indicate sono espresse in parità di potere di acquisto internazionale ai prezzi 1990 usando il metodo Geary-Khamis.

Fonte: Maddison 2003

Come illustrato, l'aumento considerevole delle spese è stato normalmente accompagnato da un maggiore uso dei servizi pro-capite da parte della popolazione, più di quello richiesto per compensare l'uso medio più elevato quale causa dell'invecchiamento. Tuttavia, la crescita della spesa è stata spesso più che commisurata con l'aumento del numero dei fornitori e l'utilizzo dei servizi.

Tabella 4 - Spesa sanitaria in percentuale del Prodotto Interno Lordo (Paesi selezionati 1970-2003)

PAESI	Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL				
	1970	1980	1990	2000	2003
Australia	4,6	7,0	7,8	9,0	9,3
Canada	7,0	7,1	9,0	8,9	9,9
Italia	n.d.	n.d.	7,9	8,1	8,4
Nuova Zelanda	5,1	5,9	6,9	7,8	8,1
Regno Unito	4,5	5,6	6,0	7,3	7,7
Stati Uniti	6,9	8,7	11,9	13,1	15,0

Fonte: OECD 2005

Conseguentemente, l'aumento della spesa sanitaria registrata nel corso degli ultimi decenni ha finanziato la crescita delle risorse umane impiegate, l'aumento dell'uso dei servizi pro-capite, ma riflette anche i prezzi relativamente più alti dei servizi e i redditi più elevati per i fornitori delle cure.

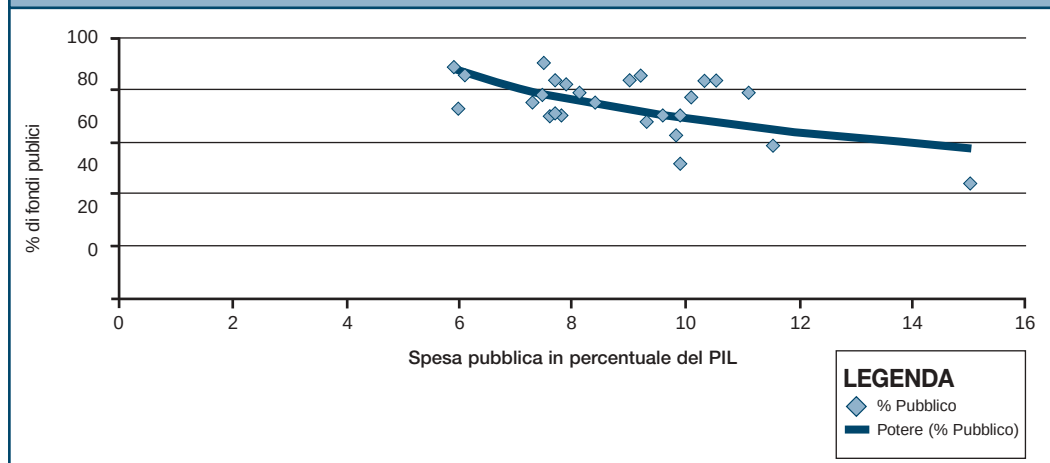
In questo periodo di tempo è aumentata la responsabilità finanziaria dei governi, in particolare quella del governo federale. Il finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale, è passato dal 50,0% nel 1960 al 71,0% nel 1985. Nel 2003 è scesa leggermente al 68,0%¹². Negli anni recenti gli aumenti degli onorari per i servizi medici forniti da medici privati non sono stati compensati interamente dai sussidi medici pagati dal governo fe-

¹² OECD (2005).

derale. Questo non ha comportato un minore uso o una riduzione della spesa. Pertanto, l'effetto non è stato una riduzione del costo sociale ma un semplice trasferimento dell'onere dal governo federale alle famiglie.

In questo contesto, vale la pena di notare che sebbene nei Paesi OCSE si sia registrata una tendenza ad aumentare la quota privata della spesa sanitaria complessiva, i dati dell'OCSE non mostrano un'associazione tra la quota più elevata del privato per la spesa sanitaria e una riduzione del totale della spesa sanitaria. Semmai i dati disponibili indicano un'associazione inversa tra i 26 Paesi OCSE (Figura 1). Uno studio meno recente indica che la responsabilità pubblica per il finanziamento delle cure sanitarie tende a mantenere sotto maggiore controllo i prezzi delle cure sanitarie¹³.

Figura 1 - Spesa sanitaria in percentuale del PIL e in percentuale dei fondi pubblici nei Paesi OCSE (2003)



7.3.5 Stato sanitario migliorato

La salute e le aspettative di vita degli australiani sono influenzate dall'ambiente fisico e socio-economico in cui vivono. È difficile separare l'effetto di questi fattori ambientali dall'impatto delle cure sanitarie. Il reddito medio degli australiani, in media, è aumentato. Questo, senza dubbio, ha migliorato gli standard di vita con un impatto sulla salute. Alcune misure di sanità pubblica hanno indotto anche una riduzione del consumo di tabacco e delle relative malattie e delle morti per incidenti stradali che hanno migliorato l'aspettativa di vita¹⁴. Ma esiste anche qualche prova che altri servizi sanitari hanno avuto un impatto sulla sopravvivenza da infezioni e da malattie non trasmissibili.

In Australia una caratteristica principale della mortalità, come in molti altri Paesi, è determinata da una drastica caduta nei tassi di mortalità degli uomini per malattie cardiovascolari, che è stata associata ad un aumento dell'uso dei farmaci e degli interventi chirurgici rivolti a migliorare le possibilità di sopravvivenza e la qualità della vita. Negli anni re-

¹³ Dunlop and Martins (1995).

¹⁴ AIHW (2004).

centi si è verificato anche un miglioramento nei tassi di sopravvivenza delle persone colpite da cancro. Una questione dibattuta è se in Australia la morte prematura sia stata sostituita da un prolungamento della vita con disabilità¹⁵. Nondimeno gli australiani tendono ad avere un'aspettativa di vita più lunga rispetto alle persone che vivono in Paesi di uguali condizioni anche se si tiene conto della disabilità (Tabella 5).

Tabella 5 - Aspettativa di vita e aspettativa di vita aggiustata in base alla sanità (anni) nel 2002

PAESI	Aspettativa di vita (anni)		Aspettativa di vita aggiustata in base alla salute (anni)	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Australia	77,9	83,0	70,9	74,3
Canada	77,2	82,3	70,1	74,0
Italia	76,7	82,5	70,7	74,7
Nuova Zelanda	76,7	81,2	69,5	72,2
Regno Unito	75,8	80,5	69,1	72,1
Stati Uniti	74,6	79,8	67,2	71,3

Fonte: AIHW 2004

L'aspettativa di vita degli uomini alla nascita nel 2002 era di circa 78 anni e quella delle donne di 83 anni. I dati statistici comparativi dimostrano che l'aspettativa di vita degli uomini australiani nel mondo è la quarta dopo il Giappone, l'Islanda e la Svezia e quella delle donne la quinta dopo Giappone, Francia, Svizzera e Spagna. L'aspettativa di vita normalizzata in base alla salute era di circa 71 anni per gli uomini e di 74 anni per le donne e questo rappresenta, rispettivamente, il 91 e il 90,0% degli anni di vita liberi da disabilità¹⁶.

7.3.6 Sfide della politica sanitaria

7.3.6.1 Equità in sanità

Si potrebbe dire che i progressi degli ultimi decenni hanno contribuito, come minimo, ad una maggiore durata della vita e possibilmente migliore. Tuttavia, questi sviluppi portano con sé il sorgere di molte sfide che deve affrontare il sistema sanitario australiano. In questa breve analisi un approccio selettivo sarà seguito da una discussione su alcune sfide strategiche di politica sanitaria che il sistema sanitario australiano deve affrontare.

Una delle maggiori sfide è la sostanziale disuguaglianza dello status sanitario all'interno della popolazione australiana. L'esempio più evidente è il permanere della disuguaglianza tra lo status sanitario della popolazione indigena e quello del resto della popolazione. Non è del tutto chiara la situazione reale a causa dell'imprecisione delle definizioni e della qualità delle informazioni disponibili. Nondimeno l'aspettativa di vita della

¹⁵ AIHW (2004).

¹⁶ AIHW (2004).

popolazione indigena alla fine degli anni '90 era stimata in 56 anni per gli uomini e in 63 per le donne. Ciò era simile all'aspettativa vita degli uomini australiani negli anni 1901-10 e a quella delle donne negli anni 1920-22¹⁷. È più facile diagnosticare il problema che individuare gli interventi efficaci per ridurre questo livello di disparità. Per superare il grado di svantaggi socio-economici, i diritti fondiari hanno dato agli indigeni la proprietà di grandi appezzamenti di terreno, in particolare nell'entroterra dell'Australia. Le politiche finanziate a livello federale sono state mirate a promuovere una maggiore sicurezza economica. Sono stati introdotti schemi di sviluppo delle comunità nelle aree più remote per accrescere le opportunità di lavoro e sono stati estesi anche alle zone meno remote. Anche se sono stati fatti alcuni progressi nell'educazione, nell'occupazione e nella proprietà della casa, gli indigeni australiani continuano ad essere più svantaggiati dal punto di vista sociale ed economico e questo si ripercuote sul loro stato di salute meno buono¹⁸. In aggiunta ai servizi sanitari generalmente disponibili per tutta la popolazione residente, sono stati creati servizi sanitari mirati per la popolazione aborigena. Tuttavia, la popolazione indigena continua a soffrire della più alta diffusione di malattie cardiovascolari, di diabete e di malattie dell'apparato respiratorio. L'Ufficio australiano di statistica ha indicato recentemente che... *Gli adulti indigeni hanno una volta e mezzo più probabilità rispetto alla popolazione non indigena di avere una disabilità o una condizione di malattia di lungo periodo*¹⁹.

È, poi, oggetto di preoccupazione la salute di altre persone svantaggiate. Anche se in Australia la mortalità è diminuita per i due generi, in quasi tutte le fasce di età e per tutte le cause, questi progressi non sono ugualmente ripartiti. Turrel e Mathers (2001) hanno trovato che nel periodo di 10 anni dal 1985-87 al 1995-97, c'è stato un aumento delle disuguaglianze nella mortalità associata agli svantaggi socio-economici. Questi risultati relativi alla disparità nello stato di salute tra i gruppi socio-economici in Australia sono in linea con gli studi fatti in altri Paesi²⁰. Nel contesto australiano, le differenze nella mortalità sono dovute, tra le altre cause, alle malattie cardiovascolari, al cancro e alle malattie respiratorie e anche ai traumi per incidenti stradali, lesioni e avvelenamento. L'analisi di Turrel e Mather ha indicato che molti dei progressi nell'aspettativa di vita in questo periodo derivano da quelli dei gruppi sociali più alti e che la mortalità delle persone con una condizione socio-economica più bassa è rimasta più o meno stabile. Gli svantaggi socio-economici sono stati oggetto di continue discussioni. Sebbene recentemente le opportunità di lavoro siano migliorate, un'analisi della distribuzione del reddito delle famiglie ha evidenziato che la disparità di reddito tra i redditi più alti e quelli più bassi è ulteriormente aumentata, passando dal 3,77 del 1994/95 al 3,97 nel 2000/2001²¹. È evidente che la crescita economica registrata nell'ultimo decennio non ha ridotto la disparità economica relativa e che sembrano prevalere le disuguaglianze sanitarie.

¹⁷ ABS (2001).

¹⁸ ABS (2005a).

¹⁹ ABS (2005a).

²⁰ Shaw, Dorling and Smith (1999).

²¹ ABS (2005).

7.3.6.2 Cure sanitarie per le malattie mentali

In Australia le cure sanitarie per le malattie mentali continuano ad essere una materia controversa. Dopo le preoccupazioni sollevate negli anni '60 relative alle cure istituzionali, azioni di riforma sono state introdotte per migliorare l'ambiente terapeutico delle cure sanitarie mentali. Sono stati migliorati sia il numero che la formazione del personale. Inoltre, traendo vantaggio dalle migliorate competenze, dall'organizzazione e dai nuovi farmaci, sono stati fatti sforzi per ridurre l'importanza delle cure erogate dagli Ospedali psichiatrici statali, predisponendo cure basate sulla comunità. Nel Nuovo Galles del Sud, lo Stato più vasto, il numero dei ricoverati negli Ospedali psichiatrici è stato ridotto dal 3,0 per mille nel 1964/65 all'1,6 nel 1973/74²². A Sydney è stato condotto un esperimento di controllo significativo²³, che ha confermato che le cure basate sulla comunità potrebbero essere più soddisfacenti per la famiglia e per il malato e comportare minori sintomi di malattia mentale. Anche uno studio valutativo dei costi per le cure standard e quelle basate sulla comunità ha evidenziato che le cure basate sulla comunità erano sostanzialmente meno costose. Questi risultati forniscono altri incentivi per il processo di deistituzionalizzazione delle persone affette da malattie mentali. L'organizzazione di cure efficaci basate sulla comunità richiede disponibilità di personale qualificato 24 ore su 24 e anche cure ambulatoriali adeguate, in alcuni casi sistemazioni protette, supervisione e coordinamento degli erogatori di cure coinvolti. Attualmente sembra che ... *con la differenza... delle fonti di finanziamento, i settori pubblico e privato differiscano nei loro approcci al trattamento e al sostegno, e nelle loro culture di servizio. Spesso è difficile impegnare medici privati per fornire servizi ai malati che sono trattati soprattutto nel settore pubblico, e di converso, i servizi del settore pubblico non tendono a dare priorità ai consumatori che sono seguiti dal settore privato. Insieme, questi fattori producono un sistema frammentato e spesso difficile da negoziare per i consumatori e i fornitori delle cure*²⁴. I programmi di integrazione nazionale stanno evidenziando i vantaggi di un migliore coordinamento tra i fornitori delle cure per le malattie mentali, ma le permanenti divisioni e differenze nella cultura continueranno ad essere una fonte principale di frustrazione e saranno di ostacolo per una migliore qualità delle cure e dei risultati.

7.3.6.3 Prevenzione e disabilità cronica

Le campagne di promozione della salute e i meccanismi normativi hanno fatto registrare progressi nell'affrontare la prevenzione primaria delle malattie provocate dal consumo di tabacco. Hanno avuto un impatto sull'incidenza del cancro del polmone e, possibilmente, sulle malattie respiratorie e cardiovascolari negli uomini; tuttavia la stessa cosa non è valida per le donne che fumano di più. È stato anche provato che le persone svantaggiate con bassi livelli di istruzione non hanno ridotto il loro consumo di tabacco nella stessa misura dei più agiati. Parimenti le persone svantaggiate hanno abitudini alimentari e livelli di esercizio che aumentano il rischio di malattie²⁵. Questo implica che l'obiettivo degli in-

²² Martins (1980).

²³ Hoult et al. (1983).

²⁴ Eager et al (2005).

²⁵ AIHW (2004).

terventi deve essere focalizzato di più su specifici gruppi sociali. La prevenzione primaria rimane la chiave per anni di vita sani, una minore incidenza delle malattie e della spesa sanitaria. È evidente che molti dei progressi nell'aspettativa di vita vengono dall'individuazione precoce delle malattie e dalla loro gestione. Nel caso delle malattie cardiovascolari e del diabete spesso questo significa una gestione delle malattie croniche per un periodo di vita più lungo. La continuazione di questo *trend* comporterà inevitabilmente una media più alta delle spese sanitarie, poiché aumenta la durata della vita sotto controllo medico.

7.3.6.4 Invecchiamento della popolazione e cure sanitarie

Un tema connesso è l'invecchiamento inevitabile della popolazione australiana a causa dell'importanza della generazione del *Baby Boomer* che è nata nel periodo successivo alla seconda guerra mondiale. L'Australia non è un'eccezione per quanto riguarda l'accelerazione del ciclo di vita nell'uso delle cure sanitarie. Mentre i *Baby Boomers* raggiungono i 60 anni e oltre, il loro impatto sulla media della spesa sanitaria per persona aumenterà. Pertanto la promozione sanitaria che ridurrà la dipendenza dalle cure sanitarie e dai servizi di supporto sarà uno dei fattori principali nella riduzione delle spese sanitarie. Modelli economici di previsione indicano che la spesa sanitaria può aumentare di ben 6 punti percentuali quale percentuale del PIL entro il 2041²⁶ e ciò potrebbe portarla vicino agli attuali valori degli Stati Uniti (Tabella 4 pag. 307). Questo potrebbe spingere il *trend* attuale a ridurre i livelli della tassazione, la fonte principale di finanziamento del sistema sanitario australiano.

7.3.6.5 Forza lavoro e cambiamenti tecnologici

L'Australia, come molti altri Paesi, ha una carenza evidente di infermieri e di medici. Quanta di questa carenza percepita sia reale o il risultato di una cattiva distribuzione e di un uso inefficiente della forza lavoro disponibile è un problema controverso. L'Australia ha un'ampia riserva di personale infermieristico e medico rispetto a Paesi di uguale livello. Anche se l'Australia ha una popolazione più giovane rispetto a molti Paesi europei, l'utilizzo più elevato di servizi può spiegare la domanda di un numero maggiore di persone impegnate nei servizi sanitari. Le tecnologie sanitarie si sono evolute considerevolmente nel corso degli ultimi quarant'anni, ma i confini professionali sono stati fossilizzati e impediscono la formazione di nuovi professionisti sanitari con un *mix* di qualifiche più pertinenti alla pratica in un ambiente tecnologico mutato. È evidente che la formazione dei professionisti sanitari deve essere modificata per nuovi tipi di professionisti. In aggiunta, le demarcazioni professionali tra medici, infermieri e una moltitudine di personale paramedico spesso ostacola un uso efficace del lavoro di gruppo richiesto dalla natura complementare delle qualifiche coinvolte. Questa situazione non è un problema solo per l'Australia, ma la sua risoluzione potrebbe portare ad un uso efficace ed efficiente delle risorse umane impiegate nelle cure sanitarie, negli anni a venire. La tendenza a mantenere il territorio professionale sarà la soluzione di questo difficile problema, ma è iniziata una discussione su alcuni dei temi coinvolti²⁷.

²⁶ Bacon (1999).

²⁷ Duckett (2005).

7.3.6.6 Cultura manageriale

Un problema connesso è che la sanità è nota per la cattiva gestione delle risorse umane. Per esempio l'alto livello di vessazione nei posti di lavoro²⁸ deve avere un impatto sui tassi di produttività e di conservazione del personale. Questo si combina con una mancanza di apprezzamento su come gestire i professionisti che devono dar prova di giudizio in condizioni di incertezza e sull'applicazione delle migliori pratiche in modo trasparente e affidabile²⁹. La tecnica di gestione più comune consistente nel rendere i clinici "consapevoli del costo" è probabile che non tocchi il tasto giusto e può addirittura provocare una divisione tra i *manager* "bean counter" e i "carers" direttamente coinvolti nell'erogazione dei trattamenti medici. Una buona dirigenza dovrebbe usare il valore professionale del professionista sanitario per migliorare la qualità delle cure. Questo richiederebbe un grande cambiamento negli approcci gestionali ed una maggiore attenzione alla gestione "clinica" piuttosto che un'enfasi squilibrata sulla gestione delle "risorse". Richiederebbe anche la creazione di protocolli delle migliori pratiche che siano chiaramente documentati e concordati. La gestione clinica tratterebbe il mantenimento di standard concordati e l'analisi degli scostamenti da questi per valutare se questi scostamenti sono accettabili nelle singole circostanze o richiedono un'azione correttiva o anche la modifica degli *standard* concordati. Le cure di buona qualità portano a processi diagnostici precoci e meno dispendiosi. La gestione clinica adeguata delle condizioni diagnosticate produce una risoluzione più rapida della condizione ed un ripristino della salute. In altre parole, la buona qualità delle cure porterebbe indirettamente ad un uso generale più efficiente delle risorse³⁰; quindi, il raggiungimento di uno qualsiasi degli obiettivi della gestione delle risorse attraverso la promozione dei valori propri dei professionisti sanitari. Anche se in Australia sono state prese alcune iniziative in questa direzione, è evidente che un'ampia applicazione richiederà un'analisi più ampia delle strutture e delle pratiche di gestione³¹.

7.3.6.7 Focus sulla soglia finanziaria

Nel corso degli anni sono stati realizzati progressi nella gestione finanziaria delle cure sanitarie. Tuttavia, in Australia l'attuale attenzione sulle soglie finanziarie ha costretto i dirigenti a focalizzarsi sui vincoli di bilancio e sul razionamento dei fondi disponibili. I budget globali destinati alle Istituzioni sanitarie nel settore pubblico rientrano in questo approccio. Sfortunatamente, la diffusione di questo punto di vista sulla gestione attraverso le organizzazioni sanitarie porta alla ricordata divisione nelle culture tra dirigenti e operatori. Inoltre, l'approccio nel senso del razionamento tende a focalizzarsi sulla contrazione piuttosto che sui miglioramenti della produttività dovuti al fare le cose in modo diverso e ad una organizzazione alternativa delle risorse disponibili. La maggiore attenzione sui prodotti clinicamente identificabili e sui migliori modi di produrli, conformemente alle migliori pratiche, fornirebbe un modo più efficace per ottenere un uso più efficiente delle risorse finanziarie disponibili.

²⁸ Rutherford and Rissel (2004).

²⁹ Balding (2005).

³⁰ Eager (2004).

³¹ Kulh et al (2005), Wilson (2004).

7.3.6.8 Micro-gestione e contabilità centralizzata

I governi statali miravano a coordinare la gestione delle varie componenti delle cure sanitarie da parte del settore pubblico dentro e fuori le Istituzioni, attraverso la creazione di un'ampia rete di agenzie che gestisce i servizi basati sulla comunità e quelli ospedalieri, comprese le cure per le malattie mentali. Questo normalmente ha significato una concentrazione della gestione in una determinata area geografica. Questa struttura presenta ovvi vantaggi, nella misura in cui avviene la relativa delega delle responsabilità e della contabilità e la scala di operatività è in linea con le migliori pratiche. Nel corso degli anni i mezzi di informazione hanno prestato un'attenzione crescente alle cure sanitarie e al dramma che spesso comportano³². Questo approccio può portare ad una rottura della responsabilità della gestione a livello locale e alla mancanza di una contabilità trasparente.

7.3.6.9 Responsabilità divise tra Governo Federale e Statale

Un dilemma permanente è la divisione storica delle responsabilità fiscali tra governi statali e federale. Anche se il sistema australiano *Medicare* è simile a quello del Canada, tuttavia è diverso per quanto riguarda un aspetto principale. In Canada, le Province hanno la responsabilità del sistema degli Ospedali pubblici e del finanziamento delle cure ambulatoriali fornite da medici privati. In Australia c'è una divisione delle responsabilità finanziarie che incoraggia lo spostamento dei costi da una fonte di cure all'altra quando la responsabilità finanziaria è diversa. È questo il caso delle cure mediche degli ambulatori privati finanziate dal governo federale che possono essere un sostituto per molte cure ospedaliere ambulatoriali pubbliche finanziate congiuntamente dai governi statali e federale. Anche gli accordi periodici tra il governo federale e i singoli governi statali per la ripartizione dei costi degli ospedali pubblici sono una fonte di confusione per quanto riguarda la responsabilità del finanziamento degli Ospedali pubblici. Sono state avanzate alcune proposte per la creazione di agenzie regionali che dovrebbero assumersi la responsabilità del finanziamento dei vari schemi finanziati dal governo federale (normalmente interessato alle cure fornite dal settore privato) e delle cure erogate dagli Stati³³.

Almeno due governi statali (il Queensland e il Nuovo Galles del Sud) si sono dichiarati pronti a trasferire interamente la responsabilità degli Ospedali pubblici al governo federale, in tempi recenti. Tuttavia oggi il governo federale non ha ancora accettato la sfida.

7.3.6.10 Esercizio privato della professione medica

In Australia la maggior parte delle cure mediche sono fornite da medici generici e specialisti privati. Generalmente operano individualmente o in gruppi. L'osservazione casuale indica che l'esercizio privato soffre dei problemi connessi all'esercizio individuale, in particolare nelle zone remote. I Collegi professionali hanno promosso, nel corso degli anni, standard di cure e l'educazione permanente dei medici privati. Tuttavia, talvolta, i Collegi di specialisti hanno funzionato come associazioni commerciali che hanno limitato il numero dei me-

³² Ad esempio, "Claims Beattie [Primo Ministro dello Stato del Queensland] nasconde l'evidente crisi sanitaria" nel *Health Business Daily News* del 21 settembre 2005. Simili situazioni si sono create nello Stato del New South Wales.

³³ Scotton (1999).

dici in determinate specialità. Un'apertura alternativa per superare queste limitazioni è stata quella di incoraggiare la migrazione di specialisti medici nelle discipline carenti.

Una caratteristica dell'esercizio medico attribuita ad un certo numero di fattori è la crescita della patologia diagnostica e dei servizi assistiti da strumenti dall'1,7 per persona nel 1984/85 al 4,2 nel 2002/2003³⁴. La medicina difensiva rivolta a minimizzare la cattiva pratica della responsabilità legale potrebbe essere una ragione di questo aumento dei test diagnostici. Tuttavia, le recenti azioni per limitare la compensazione della responsabilità medica non sembrano avere avuto un impatto su questa pratica. Un'altra area che richiama l'attenzione è la frequenza e il tipo di *test* per lo *screening* delle persone sane rispetto ai fattori di rischio. La frequenza ha un forte impatto sui carichi di lavoro e sulle spese.

7.3.6.11 Abitudini di prescrizione e spesa farmaceutica

Il PBS, che copre la popolazione residente per i farmaci, è stato utile per mantenere la spesa complessiva per i farmaci a circa l'1,3% del PIL nel 2003. È sostanzialmente inferiore a quella del Canada (1,8%), dell'Italia (1,9%) e degli Stati Uniti (1,9%)³⁵. Tuttavia, registra un sostanziale aumento rispetto allo 0,7% del PIL del 1990. L'aumento riflette sia un numero maggiore di prescrizioni pro-capite che ha raggiunto l'8,2 nel 2004 rispetto al 6,4 del 1994, che un aumento del costo dei farmaci utilizzati³⁶. Una parte della crescita in volume deriva da un numero più elevato di persone presenti nella comunità che sono state curate per la pressione arteriosa e il controllo dei lipidi, associati al rischio di malattie cardiovascolari e anche dalla cura di artriti, depressione e altre condizioni di sanità mentale. Tuttavia, le pratiche di prescrizione hanno anche avuto un'influenza sui prezzi pagati per i farmaci. La prescrizione di farmaci di marca quando sono disponibili altri farmaci ad un prezzo inferiore è un approccio casuale alla prescrizione senza alcun vantaggio terapeutico supplementare. Per migliorare le pratiche di prescrizione, va accresciuta la conoscenza dei medici sull'equivalenza terapeutica dei farmaci disponibili. L'applicazione di questa conoscenza è essenziale per controbalanciare la promozione di prodotti di marca e la fedeltà ai marchi incoraggiate dai proprietari di brevetti³⁷. È anche desiderabile l'educazione dei consumatori ma più difficile a causa delle conoscenze tecniche necessarie per superare le abitudini di prescrizione dei medici. È evidente che le norme che richiedono la prescrizione di farmaci generici piuttosto che di marca avrebbe molte strade da percorrere per superare alcune di queste pratiche³⁸.

7.3.7 Conclusioni

È evidente che gli australiani hanno avuto grandi miglioramenti per quanto riguarda il loro stato di salute e che la sanità ha dato un significativo contributo a questo. I progressi hanno riguardato la destinazione alla sanità di una quota maggiore del PIL pro-capite. La fiscalità generale è stata la principale fonte degli altri finanziamenti.

³⁴ Martins (2005).

³⁵ OECD (2005).

³⁶ CDH (2005).

³⁷ Probyn (2004).

³⁸ Harvey (2004).

L'organizzazione per l'erogazione delle cure sanitarie in Australia e il suo finanziamento riflette un approccio incrementale piuttosto che uno sviluppo sistematico con un disegno complessivo. Sebbene alcune delle sue caratteristiche riflettano valori egualitari tesi a migliorare la sorte dei meno abbienti, è chiaro che continuano ad esistere disuguaglianze tra i gruppi socio-economici rispetto alla salute, con persone svantaggiate che hanno un onere maggiore di malattie e di mortalità prematura. Il gruppo più consistente tra questi è quello dei popoli aborigeni dell'Australia.

La cura delle malattie mentali ha subito grandi trasformazioni negli ultimi decenni con una maggiore attenzione sulla gestione qualificata delle malattie al di fuori delle Istituzioni psichiatriche. Tuttavia, le cure efficaci richiedono personale qualificato e il coordinamento dei vari fornitori degli elementi complementari della cura. Le differenze nella cultura e nella pratica nei settori pubblico e privato, come pure le differenze nelle fonti di finanziamento, hanno ostacolato l'erogazione di cure complementari coordinate e hanno creato confusione e frustrazione per i consumatori e le loro famiglie.

Sono stati fatti alcuni progressi nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie con un impatto sui tassi più bassi di mortalità prematura. Nondimeno, continua ad esserci un peso delle malattie nel ciclo di vita come risultato di ambienti fisici e sociali insalubri che ostacolano la promozione della salute con un effetto cumulativo sull'incidenza e la diffusione delle malattie non trasmissibili per le persone anziane. In questo contesto, l'effetto *Baby Boomers* può portare ad una diffusione significativamente più ampia della disabilità nella popolazione australiana nei prossimi decenni, con un impatto sull'uso delle cure sanitarie e sulla spesa.

I cambiamenti tecnologici non hanno prodotto una ristrutturazione significativa e più pertinente dell'erogazione delle cure sanitarie o del tipo e della demarcazione delle professioni sanitarie. Questa inerzia ha impedito una formazione più efficace ed efficiente del personale sanitario. Il fatto di porre di più l'accento sulla gestione delle risorse finanziarie e di altre risorse ha prodotto divisioni tra i gestori delle risorse e i fornitori delle cure. Questo è stato rafforzato dalla pratica della microgestione delle organizzazioni della sanità nel settore pubblico per evitare i danni politici collaterali, ma ha ridotto la responsabilità e l'affidabilità locale. Il permanere della divisione delle responsabilità del finanziamento delle cure sanitarie tra i governi statali e quello federale ha incentivato lo spostamento dei costi e la mancanza di coordinamento tra i fornitori di cure privati e quelli pubblici. La struttura e la pratica nel settore privato spesso pone seri problemi, in particolare nelle zone remote del Paese. Inoltre, la medicina difensiva e le abitudini prescrittive hanno un impatto più forte sull'uso dei servizi e sulla spesa sanitaria complessiva. L'imposizione di volta in volta di copagamenti più ampi non è stata accompagnata da un minore uso e ha semplicemente trasferito l'onere finanziario dal governo federale ai consumatori. Questi problemi rappresentano i maggiori punti nell'agenda dello sviluppo della politica sanitaria in Australia.

Bibliografia

- Australian Bureau of Statistics (ABS) (2001), *The Health and Welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples 2001*. Canberra.
- Australian Bureau of Statistics (ABS) (2005a), *Australian Social Trends. Population: Social*

circumstances of Aboriginal and Torres Strait Islander peoples. Canberra. www.abs.gov.au/ausstats/abs@nfs downloaded 1/10/2005.

- Australian Bureau of Statistics (ABS) (2005b), *Year Book Australia 2005*. Income and welfare. Household income and wealth. Canberra www.abs.gov.au/ausstats/abs@nfs downloaded 1/10/2005.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2004), *Australia's Health 2004*. Canberra.
- Bacon, Bruce (1999), "Ageing in Australia: some modelling results and research issues". In *Policy Implications of the Ageing of Australia's Population*. Melbourne: Productivity Commission.
- Balding, Cathy (2005), Strengthening clinical governance through cultivating the line of management role. *Australian Health Review*. Vol. 29, N. 3, August 2005: 353-359.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care (CDH) (2000), *The Australian Health Care System – An outline*. Canberra.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care (CDH) (2005), *Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)*. Canberra. www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Contents/Pharmaceutical+Benefits Downloaded 4/10/2005.
- Crisp, L. F. (1962), *The Parliamentary Government of the Commonwealth of Australia*. London: Longmans.
- Duckett, Stephen J. (2005), Health workforce design for the 21st century. *Australian Health Review*, Vol. 29, N. 2, May 2005: 201-210.
- Dunlop, David W. and Jo. M. Martins (1995), *An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries*. Washington D.C.: World Bank.
- Eager, Kathy (2004), The weakest link? *Australian Health Review*, Vol. 28, No. 1, September 2004: 7-12.
- Eager, Kathy and Jane E. Pirkis, Alan Owen, Philip M. Burgess, Natasha Posner and David A. Perkins, Lessons from the National Mental Health Integration Program, *Australian Health Review*, Vol. 29, N. 2, May 2005: 189-200.
- Harvey, Ken (2004), Patents, pills and politics: the Australia United States Free Trade Agreement and the Pharmaceutical Benefits Scheme. *Australian Health Review*, Vol. 28, N. 2, 8 November 2004: 218-226.
- Hout, John and Ingrid Reynolds, Marie Charbonneau-Powis, Penelope Weeks and Jennifer Briggs (1983), Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomized trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 17: 160-167.
- Kulh, Mary Ann, Virginia A. Mumford, Roslyn Sorensen and Marc M. Budge (2005), Management of delirium: a clinical governance approach. *Australian Health Review*, Vol. 29, N. 2, May 2005: 246-252.
- Lancaster, H.O (1990), *Expectations of life*. New York: Springer-Verlag.
- Maddison, Angus (2003), *The World Economy: Historical Statistics*. Paris: OECD.
- Martins, J.M. 1980, "Evaluation of mental health services: a synthesis of information and reports". In *Issues in the Evaluation of Social Welfare Programs* edited by Sarri, Rosemary C. and R. John Lawrence. Kensington N.S.W.: New South Wales University Press Limited.
- Martins, Jo.M. (2001), *Australia: Organization of Health Services – Contrasts and Reflections*. Sydney: IHPMI 2001 Conference.

- Martins, Jo.M. (2005), *Australia's Health System: Value for Money?* Washington DC: IHP-MI 2005 Conference.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2005), *Health Data 2005*. Paris.
- Probyn, Andrew J. (2004), Some drugs more equal than others: pseudo-generics and commercial practice. *Australian Health Review*, Vol. 28, N. 2, 8 November 2004: 207-217.
- Rutherford, Alison and Chris Rissel (2004), A survey of workplace bullying in a health sector organization. *Australian Health Review*, Vol. 28, N. 1, 30 September 2004: 65-72.
- Scotton, Richard (1999), Managed competition: The policy context. *Australian Health Review*, Vol. 22, N. 2, 1999: 103-121.
- Shaw, Mary, Danny Dorling and George Davey Smith (1999), "Poverty, social exclusion, and minorities". In *Social Determinants of Health* edited by Marmot, Michael and Richard G. Wilkinson. Oxford: Oxford University Press.
- Turrell, Gavin and Colin Mathers (2001), Socioeconomic inequalities in all-causes and specific-cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, N. 2, April 2001: 231-239.
- United Nations Development Programme (UNDP) (2004), *Human Development Report 2004*. New York.
- Wilson, Lionel L. (2004), What is wrong with our hospitals? *Australian Health Review*, Vol. 28, N. 1, September 2004: 20-25.

7.4 Managerialità e governance nei sistemi sanitari dei Paesi in transizione: il caso dell'Albania

Cepiku D.¹

7.4.1 Introduzione

L'analisi del sistema sanitario albanese, oggetto del presente capitolo, si pone come utile punto di riferimento per approfondire alcune problematiche peculiari, sia in termini di management, sia in termini di governance, che condizionano la riforma dei sistemi sanitari dei Paesi in transizione.

A tal fine, nel prossimo paragrafo si descrivono brevemente le caratteristiche e l'evoluzione storica del sistema sanitario in Albania dal secondo dopoguerra ad oggi.

Il terzo paragrafo analizza le principali tappe del processo di modernizzazione del sistema sanitario, approfondendo in particolare la riforma dell'assetto istituzionale e organizzativo e la riforma del sistema di finanziamento. Vengono inoltre elencate alcune aree che hanno risentito della mancanza o dell'incoerenza degli interventi e si rilevano i primi tentativi di passaggio da un approccio *top down* alle riforme ad un approccio basato su esperienze pilota e sperimentazioni.

Il paragrafo finale indaga alcune questioni aperte di management e di governance, evidenziandone l'interdipendenza e l'indifferibilità di una riforma in grado di dare risposte adeguate.

7.4.2 Caratteristiche ed evoluzione del sistema sanitario albanese

La sanità albanese affronta oggi problemi ereditati dal passato e problemi generati dal processo di transizione. Le caratteristiche e le criticità sia del sistema sanitario che, più in generale, presenti nelle Aziende e Amministrazioni Pubbliche, vanno inquadrare nel *background* storico dell'Albania.

Un Paese balcanico di poco più di 3 milioni di abitanti, l'Albania conquistò l'indipendenza dall'impero ottomano nel 1912. Monarchia nel 1928, fu occupata dall'Italia nel corso della seconda guerra mondiale. Dal 1946 fu proclamata Repubblica popolare e seguì la politica economica dell'Unione Sovietica, fino alla rottura con la stessa nel 1961. I rapporti con la Cina continuarono invece fino al 1978. Il lungo periodo del comunismo fu interrotto nel 1991, con l'avvio del processo di transizione.

Agli inizi degli anni Novanta, dopo la drammatica crisi economica che seguì il collasso del sistema ad economia pianificata, l'Albania si avviò verso una fase di deciso recupero, registrando, tra il 1992 e il 1996, un elevato tasso di crescita economica, decisamente maggiore rispetto a quello di tutti gli altri Paesi dell'Est Europa.

¹ Dottoranda di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche, Università di Roma "Tor Vergata".

Tale fase di crescita e sviluppo fu purtroppo frenata, tra la fine del 1996 e l'inizio del 1997, da una serie di disordini a seguito del crollo delle finanziarie piramidali. I progressi lenti compiuti a partire dal 1991 nel settore delle riforme istituzionali sono da considerarsi una delle principali cause della crisi.

Diversamente dai Paesi in via di sviluppo, l'Albania, e con essa gli altri Paesi ex comunisti, sono stati caratterizzati da settori sociali sviluppati durante il comunismo. Le reti di sicurezza sociale coprivano gli stessi rischi dei Paesi sviluppati e risorse considerevoli venivano destinate alla sanità e all'istruzione².

Il sistema sanitario albanese è stato storicamente basato su principi di accesso universale e gratuito alle cure e di finanziamenti della spesa sanitaria attraverso l'imposizione fiscale.

Prima della seconda guerra mondiale, l'Albania era caratterizzata da un numero contenuto di medici, molti dei quali laureati all'estero, pochi Ospedali privati e alcuni Istituti di cura religiosi. Nel 1932 si contavano 111 specialisti medici, 39 dentisti, 85 farmacisti e 24 ostetriche. Le strutture sanitarie erano localizzate quasi sempre in aree urbane ponendo non pochi problemi in termini di accesso.

Questo aspetto migliorò decisamente dopo il 1945 con lo sviluppo di un sistema sanitario basato sul modello sovietico "Semashko", che fu mantenuto anche a seguito della frattura con l'Unione Sovietica. Centri di assistenza sanitaria di base ed epidemiologici furono costituiti in ognuno dei 26 distretti. Negli anni '60 si diede luogo allo sviluppo di un sistema esteso di cure primarie, mentre negli anni '70 l'enfasi si spostò verso le cure ospedaliere con la costruzione di nuovi Ospedali e Policlinici in ogni distretto.

Negli anni '80, la presenza del Ministero della Salute si registrava pressoché ovunque, dalle politiche alla gestione diretta in ogni distretto. I servizi sanitari erano organizzati in programmi e regolati in dettaglio dal centro. Il Ministero controllava le nomine dei direttori di ogni struttura, l'allocazione e la gestione delle risorse finanziarie ed umane, ecc. Il sistema non aveva né formazione, né linee guida procedurali, né indicatori di *performance* e incentivi e livelli bassissimi di ricerca e sviluppo.

Le duplicazioni erano palesi, con le stesse specializzazioni in Ospedali, centri di assistenza sanitaria di base e cliniche specializzate. I militari avevano le proprie strutture sanitarie, benché la diffusione non era equiparabile a quelle di altri Paesi comunisti.

La caduta del comunismo e le due crisi (1991-1992 e 1997), nonché la guerra del Kosovo, inflissero duri colpi al sistema sanitario albanese e palesarono la necessità e l'urgenza delle riforme. A questo si aggiunge l'urbanizzazione esponenziale e incontrollata che ha avuto luogo negli anni '90, soprattutto nell'area di Tirana, che ha creato non poche difficoltà alle già deboli infrastrutture e servizi sanitari.

Tra il 1990 e il 1993 si verificò un forte declino sia nella dotazione di Ospedali e relativi posti letto, sia nei centri di assistenza di base e ambulatori, che subirono una drastica riduzione passando da 1061 e 2139 nel 1991 a rispettivamente 611 e 1579 nel 2000 (Tabella 1). I motivi di questo vistoso calo vanno ricercati nelle scelte adottate in campo sanitario dai primi governi post-comunisti che, costretti a fronteggiare con pochissime risorse a di-

² Heller P.S., Keller C. (2001).

sposizione una situazione che si presentava estremamente difficile, preferirono chiudere molte strutture ospedaliere localizzate in aree rurali e periferiche per concentrare gli sforzi di modernizzazione su quelli più centrali e in grado di accogliere un maggior numero di pazienti³.

Tabella 1 - L'evoluzione delle strutture sanitarie albanesi

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ospedali	160	160	131	50	51	51	51	51	51	51	51
Posti letto	13.228	13.035	12.803	8.628	9.661	10.371	10.319	10.133	9.480	10.237	10.197
Policlinici	ND	60	56	61	58	53	53	53	53	51	51
Centri assistenza di base	ND	1.061	916	770	702	622	637	602	637	567	611
Ambulatori	ND	2.139	1.995	2.191	1.973	1.832	1.747	1.500	1.563	1.573	1.579

Fonte: INSTAT, vari anni.

L'Albania ha una popolazione relativamente più giovane di quella degli altri Paesi europei, con il 40,0% al di sotto dei 18 anni. Oltre il 58,0% degli abitanti vive in aree rurali⁴. La relativamente elevata speranza di vita della popolazione albanese (72 anni) rappresenta un vero paradosso se confrontata con il PIL pro-capite e con lo stato dei servizi sanitari del Paese (Tabella 2).

Tabella 2 - Speranza di vita alla nascita (1999): Paesi selezionati

Paesi in transizione	Speranza di vita alla nascita (anni)	Paesi OCSE	Speranza di vita alla nascita (anni)
Albania	72	Italia	79.2
Bulgaria	71	Francia	78.8
Romania	69	Germania	77.7
Macedonia	73	Spagna	78.6

Fonte: Per i paesi in transizione: World Bank, 2001; per i paesi OCSE: OECD Health Data 2005

Oltre che un numero contenuto di posti letto per abitante, l'Albania ha anche bassi livelli di ricovero ospedaliero (8 per 100 abitanti nel 1999) ed un elevato numero di pazienti per posti letto (26 nel 1998), che dipende dal mancato ruolo di *gatekeeper* ricoperto dal sistema sanitario di base. In altri termini, il primo soggetto con cui il cittadino albanese entra abitualmente in contatto con il sistema sanitario è l'Ospedale invece dei centri sanita-

³ Ninka E. (2003); Zarilli L. (1999).

⁴ Dati 2001, Nuri B. (2002).

ri pubblici, ambulatori, ecc. Di conseguenza, le strutture di terzo livello erogano servizi semplici che possono essere adeguatamente gestiti dalle strutture distrettuali e dagli Ospedali regionali⁵. Le strutture di questi ultimi livelli rimangono pertanto sotto-utilizzate.

I problemi che accomunano la sanità albanese con quella di altri Paesi in transizione sono l'equità solo apparente, elevati livelli di inefficienza dovuti ad autoreferenzialità, centralismo e burocrazia del sistema, scarsità di risorse finanziarie e di capacità manageriali nelle Aziende e Istituzioni sanitarie. Questi problemi, manifestati in livelli qualitativi scadenti e scarsa motivazione delle risorse umane, sono stati in parte oggetto della riforma del sistema sanitario, avviata in Albania nel 1993.

7.4.3 La riforma del sistema sanitario albanese

Per comprendere le linee di riforma del sistema sanitario in Albania, si deve tener conto che, sino alla fine degli anni '80, esso risentiva fortemente dell'influenza del modello sovietico. In altri termini, quando con la riforma del giugno 1993 si tentò di "mettere mano" alla sanità albanese ci si trovò di fronte ad un sistema fortemente centralizzato in cui tutto ruotava attorno al Ministero della Salute. Costui non solo esercitava un'azione di regolamentazione, ma organizzava e gestiva anche l'attività di erogazione dei servizi. Stante questa situazione, la riforma del 1993 si poneva come obiettivo quello di prevenire il deterioramento dei servizi sanitari di base e di introdurre un sistema di offerta efficace e finanziariamente sostenibile.

Il progressivo decentramento di funzioni agli Enti locali e la creazione delle amministrazioni regionali hanno inciso in maniera determinante sul sistema sanitario albanese. Nel 1992 le amministrazioni locali furono rese politicamente autonome e suddivise in due livelli: Comuni (aree rurali) e Municipalità (aree urbane), aventi responsabilità diretta delle attività sul territorio; distretti, strutture di secondo livello, ai quali si conferì un ruolo di coordinamento, prima assente. Ogni distretto era responsabile dell'amministrazione di Ospedali e Policlinici, centri di assistenza sanitaria di base e Ospedali specialistici quali ad esempio quelli per la tubercolosi⁶.

Ulteriori e importanti passi nel senso di una modernizzazione del sistema sanitario sono stati compiuti successivamente: nel 1999 è stata indetta una Conferenza Nazionale sulla Salute e nel 2002 è stato presentato al Parlamento un programma di riforma. Inoltre, la sanità ha occupato un posto rilevante nella *Growth and Poverty Reduction Strategy* a medio termine 2002-2004 (Box 1).

⁵ *In questo capitolo si intende per assistenza sanitaria di primo livello (o primaria) il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione e al trattamento delle malattie e degli infortuni di più larga diffusione, di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica. Per assistenza di secondo livello si intende l'offerta di servizi sanitari specialistici (o diagnosi o trattamenti) da parte di un medico specialista o di una struttura ospedaliera, di solito su indicazione di un medico che agisce al primo livello (ad esempio medico di medicina generale); per assistenza di terzo livello, infine, i trattamenti indirizzati ad individui e famiglie con bisogni sanitari ad elevata complessità.*

⁶ *Cepiku D. (2002).*

Box 1 - La sanità nella strategia per lo sviluppo 2002-2004

La grave situazione nella quale giace e il suo contributo per la riduzione della povertà hanno reso la sanità un settore prioritario all'interno della "Growth and Poverty Reduction Strategy" (GPRS 2002-04), che prevede una crescita della spesa pubblica in questo settore dal 3,0% del PIL nel 2001 al 3,2% nel 2004, ed un incremento della spesa per investimenti che dovrebbe aumentare dal 5,6% del totale nel 1999 al 9,9% nel 2003. L'80% dei centri sanitari e buona parte degli ambulatori saranno completamente ristrutturati.

Entro il 2004 tutti i Comuni dovranno essere dotati di un centro sanitario e almeno un villaggio su due avrà un ambulatorio. La creazione di Ospedali regionali consentirà l'erogazione di servizi specializzati, attualmente offerti soltanto dall'Ospedale Universitario di Tirana. L'obiettivo è quello di migliorare l'accesso ai servizi e di ridurre la domanda inutile di assistenza di secondo livello. Una forte enfasi sarà posta alla motivazione del personale sanitario e alla creazione di incentivi, principalmente finanziari, a lavorare nelle zone rurali e/o remote del Paese. Infine, si perfezioneranno le procedure che porteranno all'entrata del capitale privato nel settore della sanità.

Fonte: Government of Albania et al, 2001.

Nonostante le raccomandazioni di numerose Istituzioni internazionali, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il governo non ha mai definito un disegno complessivo e coerente di riforma della sanità. Sono state invece pubblicate alcune proposte nella forma di *position papers* e strategie. La principale proposta di riforma da parte del Ministero della Salute risale al 1993 ed è stata elaborata in risposta ad un *paper* della Banca Mondiale del 1992 che evidenziava i principali problemi del settore nell'ambito del processo di transizione.

Le principali aree di riforma fanno riferimento all'organizzazione del sistema sanitario e a cambiamenti introdotti nel sistema di finanziamento. Altre aree di riforma riguardano la privatizzazione della produzione e distribuzione dei medicinali e le cure dentistiche. Nel 1995 venne avviata la privatizzazione delle farmacie statali e ora la distribuzione dei medicinali è largamente gestita dal settore privato, ad eccezione di un'impresa per la distribuzione (la Fufarma) ed una per la produzione (la Proforma) che rimangono sotto il controllo statale. Grazie alla nuova lista dei farmaci essenziali, il costo della maggior parte dei medicinali viene rimborsato dal fondo di assicurazione sanitaria. Anche le cure dentistiche sono state totalmente privatizzate, ad eccezione di quelle rivolte ai minori di 18 anni e di pronto soccorso.

Complessivamente, vi è stato un ridimensionamento del personale sanitario da 35.000 unità nel 1991 a 28.721 nel 1996.

Rimangono fuori dalla riforma aspetti importanti quali la mappatura di tutti gli Ospedali regionali e distrettuali, la definizione di un quadro legislativo volto a regolamentare l'attività privata e a definire procedure per il monitoraggio della qualità dei servizi pubblici, la scarsa formazione in termini di management ed economia sanitaria, ecc.

Anche l'attuazione della riforma nelle aree incluse nel progetto ha lasciato a desiderare. Una debole leadership, esacerbata dalla presenza di molte Istituzioni internazionali, pro-

cessi decisionali scarsamente partecipativi, assenza di comunicazione pubblica, assieme all'instabilità politica, hanno ostacolato il progresso in molte aree.

Dal complesso delle riforme suddette ne deriva un nuovo orientamento del sistema sanitario soprattutto sul versante dell'organizzazione dei servizi e del sistema di finanziamento.

7.4.3.1 La riforma dell'assetto istituzionale e organizzativo

L'assistenza sanitaria è erogata attraverso strutture di primo livello comprendenti, in aree rurali, centri sanitari di base e ambulatori e in aree urbane, grandi Policlinici che forniscono anche assistenza di secondo livello.

Le strutture di secondo livello sono rappresentate da Ospedali regionali generalmente di proprietà del Ministero della Salute.

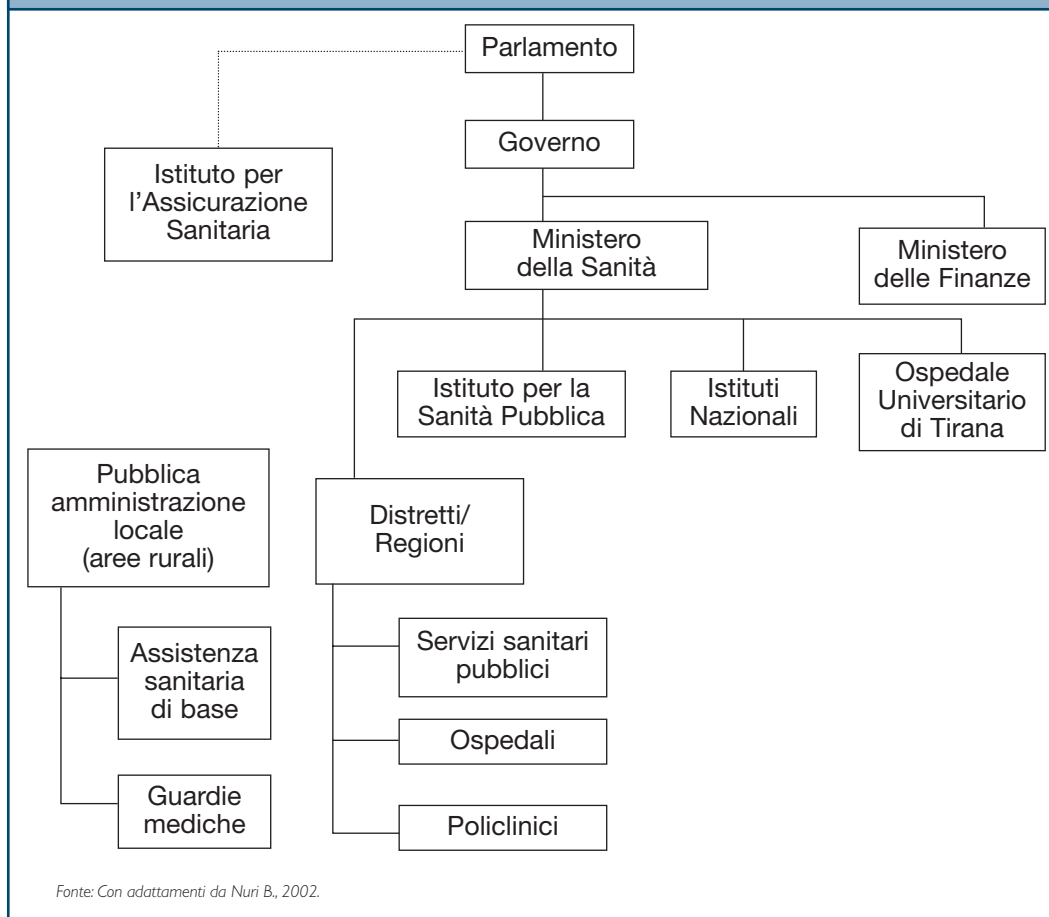
L'assistenza sanitaria di terzo livello, limitata e circoscritta nell'area di Tirana, include:

- l'Ospedale Universitario "Madre Teresa" di Tirana, che venne creato nel 1993 dalla fusione di 5 Ospedali universitari diversi. Con circa 1.600 posti letto, oggi rappresenta l'ospedale più grande del Paese e offre assistenza di secondo e terzo livello;
- l'Ospedale Ostetrico e Ginecologico di Tirana; anch'esso offre entrambi i tipi di assistenza sanitaria;
- l'Ospedale di lungo degenza per la lotta alla tubercolosi;
- l'Ospedale militare, che fa riferimento al Ministero della Difesa, è specializzato in traumatologia e include il Dipartimento Ortopedia dell'Università di Tirana.

L'organizzazione del sistema sanitario albanese risente ancora dell'impostazione centralistica che ha caratterizzato l'economia e l'amministrazione pubblica albanese nell'ultimo cinquantennio, sebbene a seguito delle riforme avviate si stia procedendo nella direzione di un trasferimento delle competenze, già ministeriali, sia verso agenzie pubbliche (Istituto di Assicurazione Sanitaria e Autorità Sanitarie Regionali), sia verso le amministrazioni locali (figura 1).

Le politiche sanitarie attuali si propongono di separare le funzioni di regolamentazione del sistema di assistenza sanitaria, di finanziamento e di fornitura dei servizi. Nel futuro assetto, quindi, la funzione di regolamentazione spetterà al Ministero della Salute; la funzione di finanziamento sarà di competenza dell'Istituto di Assicurazione Sanitaria; mentre l'offerta dei servizi ricadrà nelle competenze delle Aziende e Istituzioni sanitarie locali.

Al momento, il Ministero delle Finanze trasferisce risorse finanziarie sia al Ministero della Salute che alle amministrazioni locali nella forma di trasferimenti vincolati. Esso finanzia anche l'Istituto per l'Assicurazione Sanitaria sotto forma di sussidi per la copertura sanitaria di pensionati, bambini e studenti.

Figura 1 - Organizzazione del Sistema Sanitario Albanese

Il Ministero della Salute rimane il principale finanziatore ed erogatore di servizi sanitari in Albania, anche a seguito della sua riorganizzazione. Per contro, è ancora limitato il suo ruolo di pianificazione strategica e controllo del sistema. La maggior parte dei servizi sanitari, ad esclusione dei centri di assistenza primaria, sono di sua proprietà, così come la gestione della maggior parte dei centri specializzati. Questo si scontra con l'inadeguatezza del personale di cui dispone, fattore che lo accomuna alla situazione a livello regionale e che influenza direttamente la rapidità e l'incisività delle decisioni. La necessità di coordinare e gestire gli aiuti internazionali si aggiungono al suo, già enorme, carico di lavoro.

Nell'ambito del processo di cambiamento organizzativo, avviato nel novembre 2000 dentro il Ministero della Salute, è stato costituito il Dipartimento per le politiche e la programmazione, che persegue il duplice obiettivo di rafforzare le capacità del Ministero in termini di definizione di politiche sanitarie e programmazione strategica e di sviluppare le sue capacità di inquadramento degli aiuti internazionali negli obiettivi strategici di medio-lungo periodo.

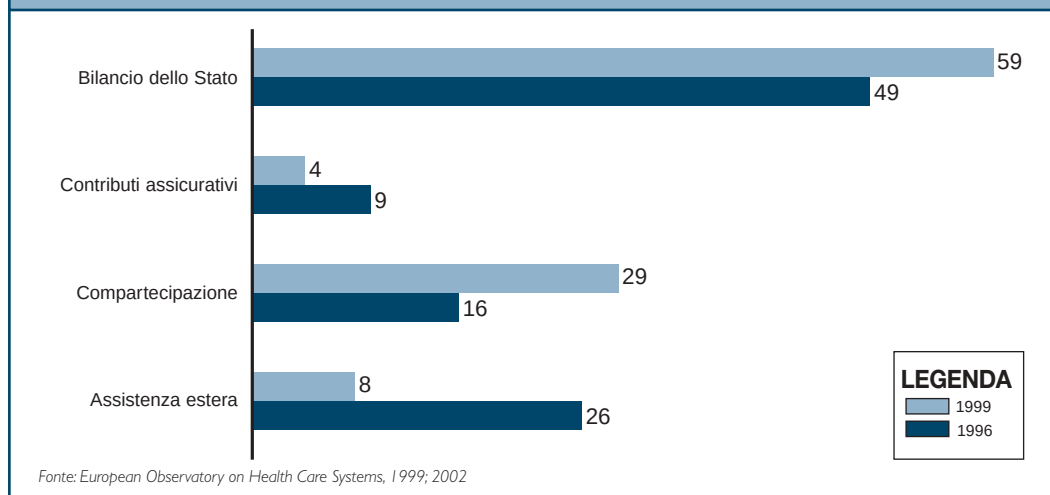
Benché un passo rilevante, il neoistituito Dipartimento ha incontrato non poche difficoltà, principalmente dovute alla carenza di capacità e strumenti manageriali a sua disposizione e all'esperienza in materia di programmazione. Inoltre, la debolezza delle altre Aziende Sanitarie, pubbliche e private, ne compromette il successo.

Il settore privato eroga alcuni servizi importanti quali la distribuzione farmaceutica e le cure dentali, mentre non si registra la sua presenza nei servizi ospedalieri. Ad oggi, non sono stati definiti meccanismi di monitoraggio della qualità dei servizi erogati da parte di Aziende private.

7.4.3.2 La riforma del sistema di finanziamento

Per quanto concerne il finanziamento del sistema sanitario albanese, poco o nulla si conosce della situazione durante il comunismo. La spesa sanitaria nel 1987 si stima rappresentasse il 3,0% del PIL, comparata con il 2,8% degli altri Paesi dell'Europa Centro Orientale e con il 7,8% della media UE⁷. Durante il processo di transizione ha subito un continuo aumento. Nel 1999 il 59,0% dei finanziamenti proveniva dal bilancio pubblico, il 4,0% dai contributi assicurativi, il 29,0% dalla compartecipazione alle spese da parte dei pazienti e circa l'8,0% dall'assistenza estera (si veda per una comparazione con il 1996 la Figura 2).

Figura 2 - La composizione del finanziamento della sanità albanese



Sebbene i finanziamenti statali costituiscano la principale fonte di finanziamento dei servizi sanitari (come rappresentato nella Figura 2, essi sono aumentati del 10,0% nel periodo 1996-1999), in realtà il peso dello Stato si è ridotto drasticamente rispetto al periodo precedente al processo di transizione (nel 1990 i finanziamenti statali rappresentavano infatti l'84,0% del totale dei finanziamenti).

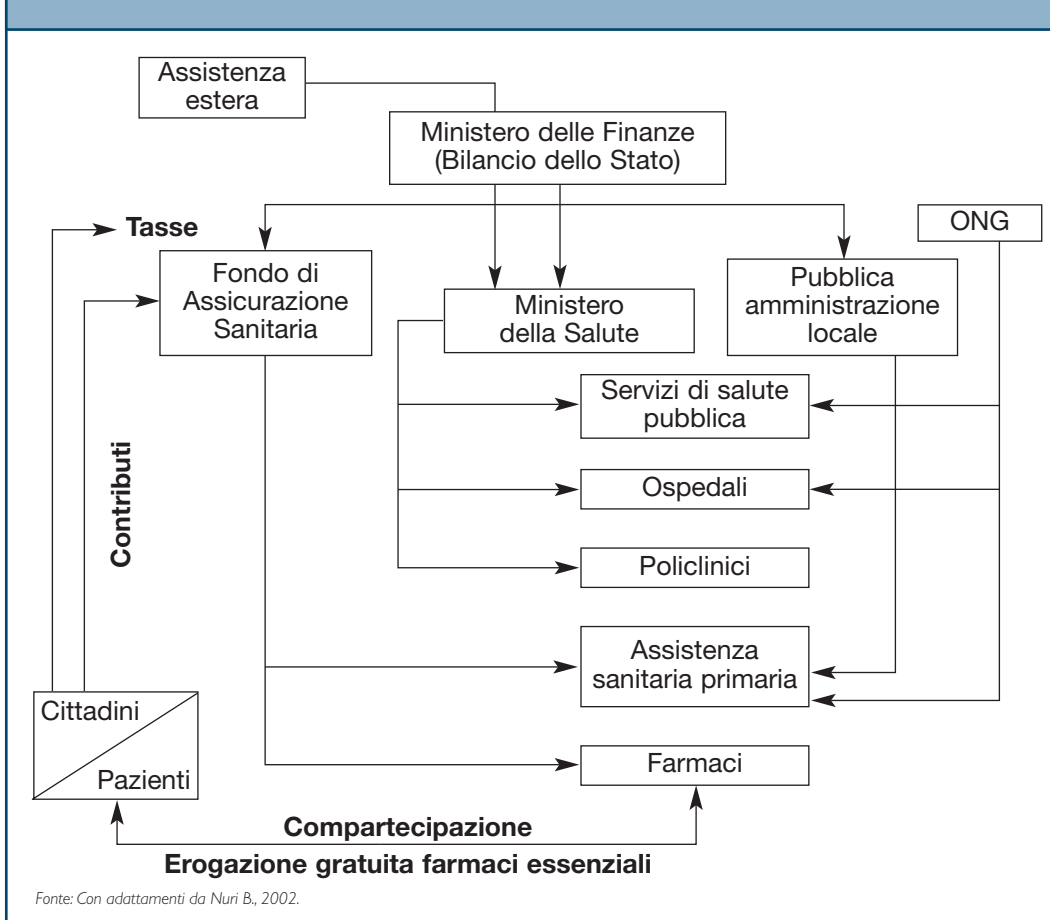
L'obiettivo annunciato della riforma del sistema di finanziamento è quello di una transizione verso un modello di tipo "bismarckiano" (sistema basato su assicurazioni sociali ob-

⁷ European Observatory on Health Care Systems (1999).

bligatorie). Con questo nuovo orientamento ci si propone di ridurre la quota di finanziamento derivante dall'imposizione fiscale, in presenza di bassa capacità contributiva e di un'elevata diffusione dell'economia sommersa (Figura 3).

L'obiettivo di incrementare la quota del finanziamento mediante assicurazione obbligatoria è stato perseguito conferendo ampia autonomia all'Istituto di Assicurazione Sanitaria (Istituti per Sigurimet Mjekesore), rendendolo responsabile solo verso il Parlamento nel 1996. L'intento è di far diventare l'Istituto, che funziona come un fondo al quale i cittadini versano un contributo obbligatorio, il principale finanziatore del sistema sanitario. Fino ad oggi, l'Istituto copre l'assistenza sanitaria primaria e alcuni farmaci essenziali, in teoria dei soli soggetti assicurati. Attraverso il sistema fiscale, invece, il Ministero delle Finanze copre l'assistenza dei gruppi a basso reddito e dei bambini al di sotto dei 12 anni. Nel 1999, solo il 40,0% della forza lavoro (che rappresenta il 70,0% della popolazione) è stata assicurata. Nel 2000, la spesa dell'Istituto includeva medicinali (70,0%), salari dei medici di base (22,0%) e costi amministrativi e di comunicazione pubblica (8,0%)⁸.

Figura 3 - Schema del finanziamento del sistema sanitario, 1996



⁸ Nuri B. (2002).

I principali problemi emersi nell'attuazione di questo modello sono connessi al fatto che i fornitori di servizi sanitari sono restii a distinguere tra pazienti assicurati e non. Inoltre, i rapporti amministrativi e finanziari tra Istituto di Assicurazione Sanitaria e quello per la Sicurezza Sociale rimangono confusi.

Un altro attore importante nel sistema del finanziamento è il Ministero delle Finanze che alloca fondi anche alle amministrazioni locali, principalmente vincolati all'assistenza sanitaria di base e volti a finanziare sia spese correnti (principalmente retribuzioni), sia di investimento infrastrutturale. Nel 2000, tale finanziamento rappresentava il 4,0% dei finanziamenti al settore sanitario da parte del bilancio dello Stato, dimostrando l'inadeguatezza delle strutture sanitarie nelle aree rurali⁹.

Attualmente le risorse pubbliche (assicurazione sociale e prelievo fiscale) non sono sufficienti a soddisfare i bisogni sanitari della popolazione. Per tale ragione si rendono necessarie risorse private, che consistono nella compartecipazione dei pazienti e nell'assistenza estera. Quest'ultima in particolare è una fonte rilevante di finanziamento (26,0% nel 1996) e proviene da governi esteri e da ONG¹⁰.

Non si è ancora sviluppato, invece, un mercato assicurativo privato e infatti esiste un unico Istituto privato di assicurazione (InSig, *Istituti i Sigurimeve*) che offre limitata copertura assicurativa per i viaggi all'estero.

Nell'ambito della riforma, non si intravede una fonte rilevante di finanziamento nei pagamenti *out-of-pocket*, che attualmente fanno riferimento soprattutto alla spesa farmaceutica e alle cure dentistiche (Tabella 3). I pagamenti diretti degli utenti alle strutture sanitarie sono destinati per metà al bilancio dello Stato, dove vengono riallocati ad altri servizi sanitari. I pagamenti ai produttori di servizi sanitari avvengono per la maggior parte in maniera illegale, considerando che ai medici non è permesso fornire assistenza sanitaria privata. La cifra è probabilmente sottostimata se si guarda agli altri Paesi in transizione¹¹. Questo fenomeno è maggiormente diffuso negli Ospedali statali¹² e appare particolarmente preoccupante in quanto incide in maniera negativa sull'equità e sull'accesso all'assistenza sanitaria¹³.

⁹ *Le amministrazioni locali possono raccogliere autonomamente fondi per il settore sanitario ma, ad oggi, questa opzione ha contribuito in modo del tutto trascurabile.*

¹⁰ *I principali contribuenti sono, in ordine crescente, la Banca Mondiale, l'ECHO (European Community Humanitarian Office), il Governo tedesco, italiano, francese, svizzero, giapponese, l'USAID (United States Agency for International Development), il governo inglese e greco, la Chiesa Cattolica di Roma, il Fondo OPEC per lo Sviluppo Internazionale, l'UNICEF, l'UNFPA (United Nations Population Fund) e l'OMS.*

¹¹ *Secondo la Banca Mondiale (1993), i pagamenti "informali" costituivano il 25,0% delle entrate in Romania e il 20,0% in Ungheria nei primi anni '90.*

¹² *IMB International (2000).*

¹³ *Cepiku D. (2004).*

Tabella 3 - Spesa delle famiglie per servizi sanitari, 1999

Voce	% del totale
Tariffe pazienti (fonte secondaria)	2.7
Medicinali	45.5
Servizi dentistici	13.7
Pagamenti a produttori (anche "informali")	23.2
Contributi assicurativi	14.9

Fonte: KPMG Consulting, 2001

L'approccio alle riforme è stato di natura *top down*. Più recentemente si ravvisa, invece, un nuovo approccio di riforma volto ad analizzare e valutare costi e benefici di diverse opzioni di riforma sulla base di esperienze pilota. Nel box 2 si descrivono due sperimentazioni in corso. La prima predilige il decentramento dal centro alla Regione del finanziamento e della gestione dei servizi sanitari, mentre la seconda propende per il mantenimento del ruolo di finanziamento al centro, pur accrescendo l'autonomia delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali.

Box 2 - Un nuovo approccio alla modernizzazione del sistema sanitario basato su esperienze pilota

Due progetti pilota, volti a comparare due opzioni diverse, appaiono particolarmente rilevanti e influenzeranno il corso delle riforme future. Si tratta del decentramento di autorità e responsabilità dal centro alla Regione (e alla neoistituita Autorità regionale) nel caso di Tirana e dell'Istituto di Assicurazione Sanitaria come finanziatore di servizi primari e secondari di Aziende Ospedaliere pubbliche e private nel caso di Durazzo.

L'Autorità regionale sanitaria di Tirana è stata creata nel 2000, allo scopo di integrare l'assistenza sanitaria di base con i programmi di salute pubblica nell'ambito di un unico ente responsabile della loro programmazione. Il *board* è responsabile della definizione di politiche e dell'approvazione di progetti a livello regionale, della programmazione e del *budget*. Lo scopo dell'iniziativa pilota, finanziata da Banca Mondiale e governo inglese, è quello di testare un modello di delega di autorità e funzioni dal Ministero alle Regioni. Al momento si registrano però numerosi ostacoli, soprattutto per quanto riguarda il sistema contabile.

L'obiettivo della creazione dell'Ospedale regionale di Durazzo, ente semi-autonomo finanziato direttamente (a partire dal 2001) dall'Istituto per l'Assicurazione Sanitaria, è invece quello di conferire autonomia gestionale e finanziaria ai manager sanitari, che potranno autonomamente decidere l'allocazione delle risorse, controllare la qualità dei servizi e definire sistemi incentivanti. L'Istituto ha inizialmente preso come base per i finanziamenti la spesa storica dell'Ospedale. L'obiettivo, nel medio termine, è quello di definire meglio le relazioni tra Istituto e Ospedale e di collegare i finanziamenti alle *performance*. A tal fine è fondamentale lo sviluppo di capacità e l'adozione di tecniche manageriali da entrambe le parti.

A seconda del risultato di queste due esperienze pilota avranno luogo diverse politiche di riforma e decentramento del sistema sanitario.

7.4.4 Questioni aperte di *management* e di *governance*

I numerosi problemi, sia in termini di *management* che in termini di *governance*¹⁴ presenti nel sistema sanitario albanese sono in parte spiegabili dallo stato della Pubblica Amministrazione, che include il livello di decentramento, il ruolo dello Stato, la cultura e la tradizione amministrativa, che sembrano influenzare la natura dei processi decisionali pubblici in Albania¹⁵.

Tra i problemi di *management* bisogna annoverare innanzitutto quelli che affliggono l'assistenza sanitaria primaria quali:

- assenza di sistemi aziendali di gestione della qualità;
- gestione carente delle cartelle cliniche;
- competenze professionali inadeguate, scarsa continuità e coerenza nella formazione dei medici di base;
- standard e linee guida non aggiornati;
- informazioni sui costi limitate;
- sottoutilizzazione delle risorse e delle strutture.

In generale, le risorse umane risultano essere poco preparate e mal distribuite nel sistema sanitario. Il primo aspetto risente, da un lato, della limitazione e discontinuità della formazione, perlopiù finanziata da donatori internazionali, e dall'altro del grave fenomeno di "fuga dei cervelli" che ha visto, secondo una triste stima della Banca Mondiale, il 40,0% dei professori e ricercatori universitari lasciare il Paese dal 1990 al 1999.

Per quanto riguarda la distribuzione delle risorse umane si registrano sbilanciamenti soprattutto in termini geografici dovuti, in parte, all'assenza di meccanismi di mobilità interna ed esterna del personale.

Non meno importanti e purtroppo intrecciati con i primi sono i problemi in termini di *governance* quali:

- un debole collegamento tra assistenza sanitaria di primo livello e assistenza ospedaliera e specialistica;
- un debole collegamento tra assistenza sanitaria di primo livello e popolazione;
- frammentazione delle responsabilità di gestione e finanziamento tra Ministero della Salute, Istituto dell'Assicurazione Sanitaria, amministrazioni locali ecc., particolarmente pronunciata nell'assistenza primaria;
- corruzione diffusa e assenza di meccanismi di informazione e consultazione dei pazienti e dei cittadini.

Un'ulteriore questione di *governance* meritevole di attenzione riguarda la trasformazione del ruolo del Ministero della Salute da soggetto gestore ed erogatore dei servizi sanitari a centro strategico in grado di:

¹⁴ Nel presente capitolo, pur riconoscendone gli incerti confini, per *management* si intende riferirsi alle tematiche rientranti nei tre sottosistemi classici di organizzazione, gestione e rilevazione aziendale. Con *governance*, invece, ci si riferisce qui alle accezioni (i) meso e (ii) macro del termine (rispettivamente (i) ai principi che governano la direzione e il controllo dell'ampia varietà di agenzie, authorities, Amministrazioni e aziende pubbliche nonché altri enti pubblici, sia dall'esterno, sia dall'interno; (ii) al garantire una combinazione appropriata di stato, mercato e società civile.

¹⁵ Cepiku D. (2002).

- presidiare il processo di definizione delle politiche e delle strategie;
- formulare linee guida per l'accreditamento e il controllo della qualità;
- regolamentare l'attività delle Aziende Sanitarie private;
- coordinare le attività tra più settori e l'intervento delle numerose Istituzioni internazionali e agenzie di sviluppo nazionali;
- rappresentare un solido centro in parallelo con il processo di decentramento di attività e funzioni al livello locale e regionale tuttora in corso.

Questo presuppone però la presenza di adeguate capacità manageriali da parte delle amministrazioni locali e regionali e difficilmente avverrà in un prossimo futuro, se si considera che i principali sforzi di modernizzazione sono concentrati sull'Amministrazione Pubblica centrale, pur comportando, il processo di decentramento in atto, il trasferimento di rilevanti funzioni alle amministrazioni locali e regionali¹⁶.

Come illustrato anche dalla figura 4 (pag. 332), gli aspetti di *management* e di *governance* risultano essere interdipendenti e tendono a rafforzarsi a vicenda, anche se mancano valutazioni rigorose sul punto.

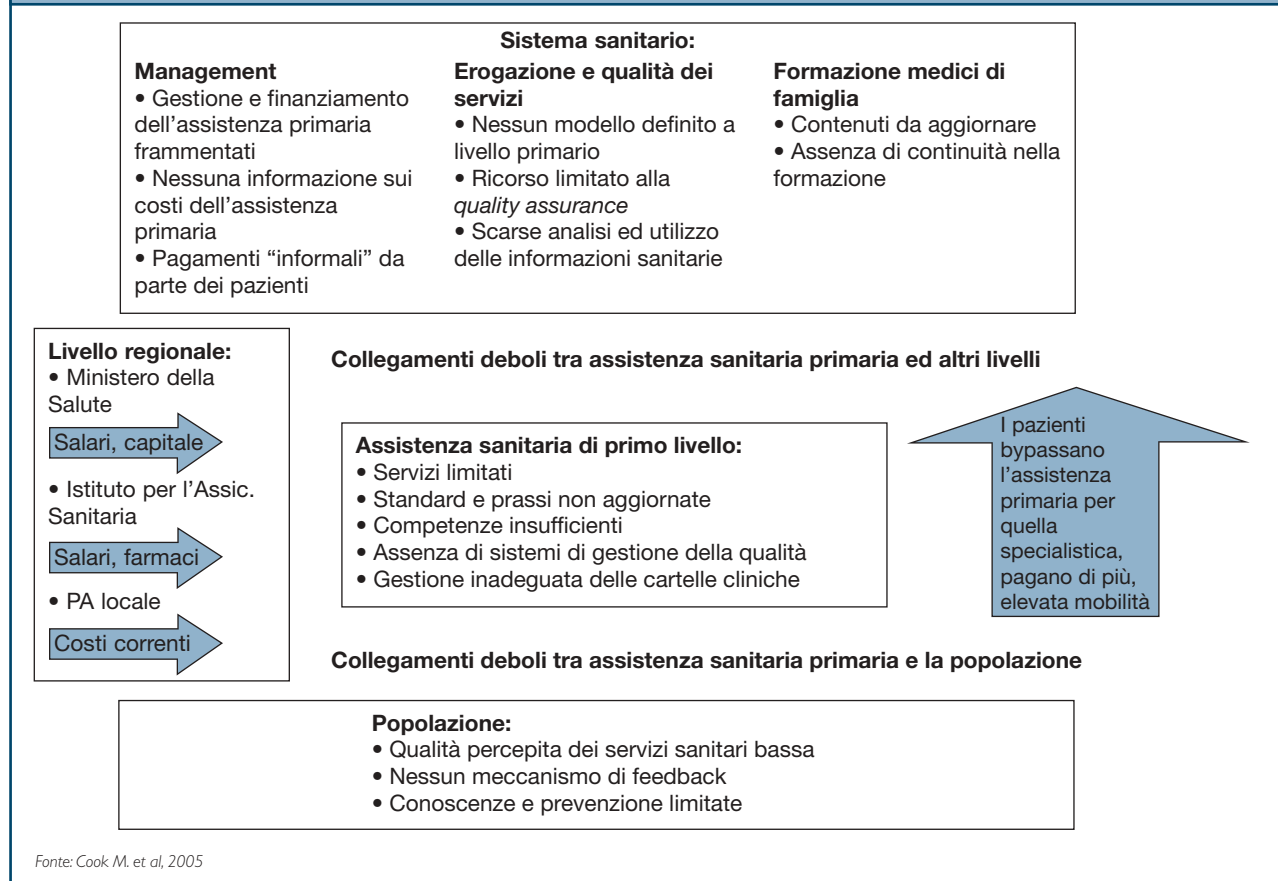
A titolo di esempio, il mancato collegamento tra i livelli di assistenza sanitaria, soprattutto con quella di base, deriva dagli scarsi livelli qualitativi dei servizi erogati da quest'ultima e da bassi livelli di fiducia dei cittadini. A sua volta, la mancanza di collegamento si traduce, da un lato, in un sovradimensionamento delle strutture sanitarie di primo livello e, dall'altro, in un aumento dei pagamenti cosiddetti "informali" da parte dei pazienti.

Un'ulteriore interdipendenza si manifesta nell'impossibilità di introdurre sistemi di *performance management* in presenza di responsabilità di gestione e finanziamento frammentate, ossia quando l'Istituto per l'Assicurazione Sanitaria finanzia i medici di base e i farmaci, il Ministero della Salute il personale a livello regionale e le amministrazioni locali le spese correnti.

Il momento appare maturo, dopo oltre un decennio dalle prime riforme introdotte nel sistema sanitario, per una rigorosa valutazione degli effetti sulle suddette problematiche di *management* e di *governance*; problematiche che rimangono tuttora in attesa di un (non più prorogabile) adeguato programma di riforma.

¹⁶ Cepiku D. (2002).

Figura 4 - Problemi di *management* e *governance* del sistema sanitario



Bibliografia

- Adeyi O. et al (1999), *Health sector reform in Albania: in need of capacity for Implementation* in "Eurohealth", 4(6), pp. 43-46.
- Albanian Ministry of Health (1993), *A new policy for the health care sector in Albania*. Tirana.
- Albanian Ministry of Health (1999), *Albanian health system reform: a position paper on policy and strategies for Albanian health system reform*, Tirana.
- Cepiku D. (2002), *La riforma della Pubblica Amministrazione in Albania* in "Azienda Pubblica", Nr. 1-2, pp. 155-178.
- Cepiku D. (2004), *Coping with corruption in Albanian Public Administration and business*, in a cura di Lawrence R. Jones, Kuno Schedler e Riccardo Mussari, *Strategies for Public Management Reform*, Elsevier-Oxford Press, Oxford pp. 285-323.
- Cook M., McEuen M., Valdelin J. (2005), *Primary Health Care Reform in Albania: A Pilot Project to Provide Evidence for Health Policy*, The Partners for Health Reformplus Project, www.PHRplus.org.
- Council of Ministers (2000), *Decree No. 560, On Health Insurance Financing of Durres Hospital Services on a Pilot Basis*, Tirana.

- European Observatory on Health Care Systems (1999), *Health Care systems in Transition. Albania 1999*, Copenhagen.
- Government of Albania et al (2001), *Growth and poverty reduction strategy 2001-2004* [second draft], Tirana.
- Heller P.S., Keller C. (2001), *Social sector reform in transition countries*. IMF Working Paper, N. 1/35. Washington.
- IMB International (2000), *Public information advocacy: Albania: the Albanian public's perceptions of the health care system*. Brussels, Ministry of Health & World Bank.
- KPMG Consulting, Barents Group (2001), *Health sector finance study: final report*. Ministry of Health.
- Ninka E. (2003), *Differenziazioni territoriali in Albania dalla caduta del comunismo ad oggi*, Associazione A. Bartola, Studi e ricerche di economia e di politica agraria, <http://associazionebartola.univpm.it/pubblicazioni>.
- Nuri B. (2002), *Health care systems in transition: Albania*, in *European Observatory on Health Care Systems*, a cura di E. Tragakes, Copenhagen, 4(6).
- OECD (2005), *Health Data 2005*, OECD, Paris.
- World Bank (1992), *Albania: health sector reform during the transition*, World Bank, Washington DC.
- World Bank (1993), *World development report 1993: investing in health*, World Bank, Washington DC.
- World Bank (2001), *World development indicators*, World Bank, Washington DC.
- Zarrilli L. (1999), *Albania. Geografia della transizione*, FrancoAngeli, Milano.

7.5 L'impatto dell'allargamento della UE sui nuovi Stati membri.

Il caso dell'Ungheria

Gulácsi L.¹

7.5.1 Introduzione

Il processo di allargamento dell'Unione Europea ha raggiunto una tappa importante il 1 maggio 2004 quando 10 Paesi, compresa l'Ungheria, sono diventati Stati membri dell'Unione. Questo processo di allargamento può avere in Ungheria implicazioni significative per quanto riguarda la salute e la politica sanitaria. Queste implicazioni derivano parzialmente dai regolamenti dell'UE che riguardano, direttamente o indirettamente, la sanità. La salute non è un obiettivo dell'UE, non è indicata nell'articolo 3 della bozza di Costituzione che elenca gli obiettivi dell'UE stessa. Tuttavia, vi è un certo numero di obiettivi dell'Unione, compreso il Mercato unico, che hanno implicazioni di tipo sanitario. L'articolo 179 sulla sanità pubblica dichiara che "Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e le attività dell'UE dovrebbe essere assicurato un elevato livello di protezione della salute umana", che chiaramente dimostra l'impegno di rafforzare il miglioramento della sanità e delle politiche sanitarie a livello comunitario. La Carta dei Diritti Fondamentali, interpretata dalla Corte Europea di Giustizia, implica che gli Stati membri sono liberi di determinare come i loro cittadini hanno accesso alle cure sanitarie ed essi devono garantire il libero movimento nonché l'accesso per i pazienti e professionisti che desiderano andare all'estero. Questo documento delinea le questioni più importanti relative all'impatto dell'allargamento dell'UE sul sistema sanitario ungherese e discute 8 punti: 1) lo status sanitario e i trend sanitari; 2) la politica sanitaria e la privatizzazione del sistema sanitario; 3) il finanziamento delle cure sanitarie, con particolare attenzione alla politica sui farmaci; 4) fornitura ed erogazione dei servizi; 5) cure dei pazienti interni, iniziative di riforma e qualità delle cure; 6) sanità pubblica e affidabilità dei dati; 7) salute mentale; 8) salute delle minoranze.

7.5.2 Status sanitario e trend sanitari

Negli anni passati, l'Ungheria (insieme a Polonia, Repubblica Ceca e Slovacchia) ha sperimentato rapidi miglioramenti nell'aspettativa di vita e si prevede che questo trend continui. Nel 1990 l'aspettativa media di vita era di 65,1 anni per gli uomini, per giungere a 68,3 sulla base dei dati 2003²; in questo stesso periodo (1990-2003) l'aspettativa media di vita per le donne è migliorata, passando da 73,7 anni a 76,6 del 2003³. Si prevede che nei prossi-

¹ Professore Ordinario e Direttore Unità per l'economia sanitaria e la valutazione della tecnologia sanitaria, Dipartimento di Politica e Gestione Pubblica – Università Corvinus di Budapest, Ungheria. laszlo.gulacsi@uni-corvinus.hu Web: econ-uni-corvinus.hu.

² KSH (2004).

³ KSH (2004).

mi decenni lo status sanitario della popolazione migliori e il “portafoglio della morbidità” della popolazione sarà uguale o simile alla media dell’UE quale conseguenza del miglioramento del PIL pro-capite, della disponibilità di una tecnologia delle cure sanitarie nuova ed efficace (cura del cancro, del diabete) e della migliore qualità dei servizi sanitari.

Come risultato di questo trend sta aumentando la dimensione della popolazione più anziana che avrà bisogno di cure e la politica sanitaria dovrebbe piuttosto spostare l’attenzione dalla prevenzione e dal trattamento delle malattie cardiovascolari e dall’oncologia alle cure per i cittadini più anziani. Devono essere creati servizi sanitari (cure di lungo periodo, Case di riposo) per le cure delle persone più anziane e devono essere formati e impiegati infermieri specialisti, il che dimostra l’importanza della programmazione delle cure sanitarie e della manodopera, un settore a cui dovrebbe essere prestata maggiore attenzione nel prossimo decennio.

7.5.3 Politica sanitaria e privatizzazione del sistema sanitario

7.5.3.1 Cambiare la posizione dei legislatori nel settore della sanità

Fino a poco tempo fa, la politica sanitaria era basata su norme e direttive dettate dal governo centrale. Nelle circostanze attuali, derivanti dall’allargamento dell’Unione Europea, si prevede che la capacità normativa e il potere direttivo del governo si riducano a causa dell’ampia privatizzazione (il 20,0% dei fondi dell’assicurazione sanitaria va ai fornitori privati), che siano aumentati i diritti legali dei pazienti, dei fornitori, dei professionisti della sanità, dei pazienti, dell’industria farmaceutica e delle apparecchiature mediche. Come conseguenza si prevede che il processo decisionale in materia di sanità sia più esplicito e trasparente. In questa nuova situazione, la politica sanitaria dovrebbe essere basata su obiettivi forti e ben definiti, sul monitoraggio e il coordinamento avviato e assistito dal governo.

7.5.3.2 Privatizzazione del sistema delle cure sanitarie

I medici di famiglia e gli studi/esercizi dentistici sono stati generalmente (oltre il 90,0%) privatizzati nel corso degli anni '90. Si tratta di un particolare tipo di privatizzazione cosiddetta “privatizzazione funzionale”, poiché gli edifici e l’attrezzatura sono di proprietà dei Comuni (l’esercizio e non i capitali appartengono ai medici di famiglia). Quindi, i Comuni sono responsabili del mantenimento e della gestione.

Gli Ospedali sono di proprietà dello Stato, dei Comuni e delle assemblee di contea (enti autonomi) e sono organizzazioni *non-profit*. Il ruolo del settore privato in questo campo non è trascurabile. La situazione di finanziamento degli Ospedali è piuttosto sfortunata poiché sono sotto-finanziati dallo Stato, normalmente circa un quarto di questi sono di fatto in fallimento. La conformità degli Ospedali ai requisiti minimi è bassa e una parte del personale normalmente viene posta in licenziamento temporaneo. La maggior parte degli Ospedali non soddisfa la serie di requisiti minimi; nel 1996 è stato emanato un Decreto Governativo (113/1996) relativo al diritto ad avere licenze per erogare i servizi sanitari. Per invito dell’allora Ministro del *Welfare*, nel 1995/96 i Collegi professionali hanno impostato i requisiti minimi per le organizzazioni della sanità (reparti ospedalieri, cliniche con pazienti esterni, organizzazione di cure sanitarie primarie) a tutti i livelli dei servizi sanitari, in ter-

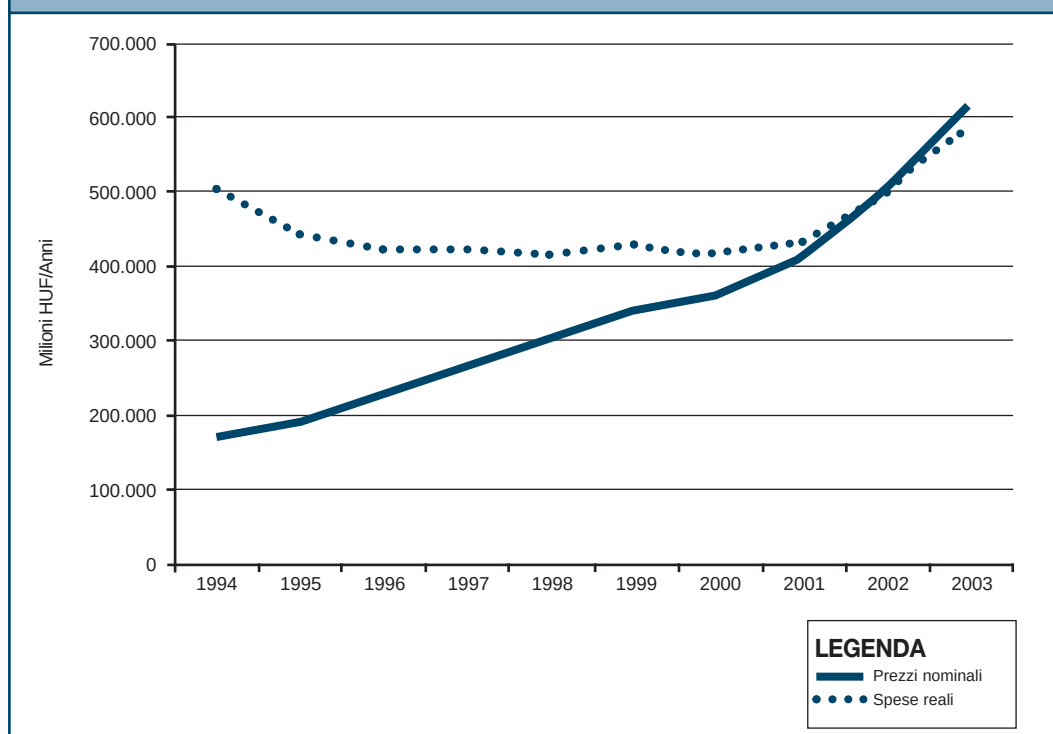
mini di locali, attrezzatura e personale per tutte le specialità cliniche, che sono regolarmente rivisti. Le direzioni di Contea della sanità pubblica nazionale e il Servizio Funzionari medici sono autorizzati ad indagare e a giudicare la conformità degli Ospedali ai requisiti minimi, attraverso sopralluoghi.

Dovrebbero essere investite “nuove risorse” nel settore, ma il problema principale è dove prenderle. Una opzione invitante per il governo centrale è la privatizzazione. Attualmente in Ungheria è in corso un dibattito piuttosto acceso sulla privatizzazione dei locali/servizi ospedalieri. Il 5 dicembre del 2004 si è tenuto un referendum nazionale in cui i cittadini hanno potuto votare pro o contro la privatizzazione dei servizi ospedalieri.

7.5.4 Finanziamento delle cure sanitarie

In Ungheria il 61,0% delle entrate della sanità è ottenuto attraverso il sistema dell'assicurazione sanitaria che ha due componenti: contributi dell'assicurazione sanitaria in base al reddito (44,0%) e una componente fissa dei contributi dell'assicurazione sanitaria (17,0%). Il 39,0% delle entrate viene da altre fonti, in particolare: la fiscalità generale (23,0%), il *ticket* sui farmaci (10,0%), i pagamenti informali, donazioni (4,0%) e pagamenti privati (2,0%). Nella Figura 1 si può vedere la spesa sanitaria tra il 1994 e il 2003.

Figura 1 - La spesa per le cure sanitarie dell'Amministrazione del Fondo Assicurativo per la Sanità Nazionale tra il 1994 e il 2004 in prezzi nominali e spese reali (a prezzi 2002)



Nella Tabella 1 è indicata la quota relativa per tipo di servizi sanitari.

Tabella 1 - Percentuale del bilancio dell'Amministrazione del Fondo Assicurativo della sanità nazionale

Servizi sanitari	Quota relativa dal bilancio generale dell'Amministrazione del Fondo Assicurativo della sanità nazionale
Cure a pazienti ricoverati	39,0%
Farmaci	28,0%
Cure primarie	11,0%
Cure ambulatoriali	9,0%
Apparecchiature mediche	4,0%
Costi amministrativi	3,0%
Dialisi	2,0%
Diagnostica strumentale	1,0%
Trasporti	1,0%
Cure termali	1,0%
Altri	1,0%

Fonte: OEP (2003)

7.5.4.1 Servizi di cure mediche: ospedali, ambulatoriali e cure primarie

Le cure per malattie gravi del settore ospedaliero sono finanziate attraverso l'HBCS (*Homogén Betegségcsoportok* - Gruppo Malattie omogenee), un meccanismo di finanziamento simile al DRG americano. Il meccanismo di finanziamento HBCS è stato introdotto per la prima volta nel 1993. Nel 2003 c'erano 167 Ospedali, 84.277 posti letto, cioè 83,2 letti per una popolazione di 10.000 abitanti, 2,6 milioni di pazienti dimessi e una durata media del ricovero in ospedale di 8,9 giorni. Ogni Contea ha un proprio Ospedale di Contea, in molti casi sono grandi Policlinici con 1.500-2.000 letti. Gli Ospedali di Contea forniscono un'ampia gamma di "cure a livello di base", "cure a livello medio" e alcuni "cure a livello elevato". Le cure ospedaliere di base sono erogate dagli Ospedali comunali. Le cure di livello alto sono fornite dagli Ospedali universitari e dalle Istituzioni nazionali. I medici sono pagati conformemente al sistema tedesco a punti, nelle cure ambulatoriali (l'80,0% delle cure è fornito dagli Ospedali). Nell'erogazione delle cure primarie i medici sono pagati secondo il numero di pazienti. Questo meccanismo di finanziamento è un incentivo detto "fare il minimo possibile per il maggior numero di persone possibile"⁴. Le cure sanitarie sono fornite a tre livelli principali di cura: le cure primarie (medici di famiglia); cure specialistiche per pazienti esterni; cure ambulatoriali. I cittadini possono scegliere liberamente il medico di famiglia presso il quale vogliono iscriversi e le persone sono libere di cambiare i loro medici di famiglia. Le visite dei medici di famiglia sono gratuite. I medici di famiglia godono di autonomia clinica, che comprende la libertà di prescrizione e la libertà di prescrivere ai pazienti test diagnostici o consultazioni con dipartimenti ospedalieri specializzati e non hanno vinco-

⁴ Gulácsi (2002), Boncz et al. (2004).

li di bilancio nel fare questo. Il livello elevato di contatto paziente-medico è una caratteristica tipica del sistema sanitario ungherese. In generale, il numero annuo dei contatti dei pazienti e le visite ambulatoriali per 1.000 persone è di circa 45.000 e 140.000 rispettivamente.

7.5.4.2 Farmaci e apparecchiature mediche

Per quanto riguarda i prodotti farmaceutici e le apparecchiature mediche, la normativa, la protezione dei brevetti e la registrazione è già armonizzata a livello dei 15 Paesi UE. In Ungheria vi sono alcune categorie di rimborso per i farmaci e una percentuale significativa di prodotti sottoposti a ticket. Dal 1992 la quota della spesa privata è aumentata consistentemente a causa delle modifiche del sistema di rimborso per aumentare i livelli di *co-payment* dei pazienti. In media, nel 2005 i *co-payment* rappresentavano circa il 39,0% dei prezzi al dettaglio dei farmaci sussidiati. In questo settore non è previsto alcun cambiamento. Tuttavia, il bilancio dell'assicurazione sanitaria dovrà fronteggiare una pressione crescente per il fatto che un certo numero di nuove tecnologie innovative che sono già ampiamente usate nei 15 Paesi dell'UE – farmaci per la cura del diabete, dei tumori, dell'artrosi reumatoide, della gastroenterologia, delle malattie mentali, ecc. – non hanno avuto copertura negli anni passati a causa delle decisioni non trasparenti della politica di copertura. Sono tecnologie efficienti ma costose. Non solo i loro costi diretti sono elevati, ma il loro utilizzo richiede diverse registrazioni e banche dati che devono essere create e rese operative per documentare l'efficacia e la sicurezza del paziente.

Spesa Farmaceutica

La Tabella 2 mostra la spesa sanitaria totale e la spesa per i farmaci e le apparecchiature mediche secondo il punto di vista del NHIFA. La spesa diretta del NHIFA per i farmaci e le apparecchiature mediche (soprattutto sotto forma di rimborsi e sussidi) nel settore ambulatoriale è relativamente facile da stimare. Viceversa, è difficile calcolare la spesa del NHIFA per quanto riguarda la farmaceutica negli Ospedali, perché il rimborso dei farmaci è incluso nel sistema DRG. Anche il calcolo della spesa farmaceutica dal punto di vista sociale è complicato. Il giro di affari sussidiato dalle vendite dei farmaci sta diminuendo, mentre l'onere del rimborso pubblico sta aumentando nel tempo. Sta anche crescendo la quota di mercato degli OTC. Pertanto il calcolo della fattura farmaceutica complessiva è piuttosto difficile.

Tabella 2 - Spesa sanitaria totale e spesa per i farmaci e le apparecchiature mediche in termini assoluti e in percentuale del PIL tra il 1992 e il 2004

Anni	PIL	Spesa totale del NHIFA	Spesa totale del NHIFA	Spesa farmaceutica del NHIFA	Spesa farmaceutica del NHIFA	Spesa farmaceutica	Servizi sanitari (prevenzione e trattamenti)	Cure mediche
	(prezzi correnti, miliardi HUF)	(prezzi correnti, miliardi HUF)	in percentuale del PIL	(prezzi correnti, miliardi HUF)	in percentuale del PIL	% della spesa sanitaria totale	miliardi HUF	miliardi HUF
1992	2.970,3							
1993	3.581,5							
1994	4.405,8	397,8	9,03%	61,6	1,40%	15,49%	169,4	7,3
1995	5.614,0	445,1	7,93%	70,0	1,25%	15,73%	191,0	10,8
1996	6.893,9	508,9	7,38%	84,2	1,22%	16,55%	224,8	12,1
1997	8.540,7	555,6	6,51%	100,9	1,18%	18,16%	265,8	16,8
1998	10.087,4	632,2	6,27%	135,5	1,34%	21,43%	299,1	19,6
1999	11.393,5	701,2	6,15%	139,5	1,22%	19,89%	338,9	20,6
2000	13.150,8	797,7	6,07%	150,8	1,15%	18,90%	376,1	22,7
2001	14.849,8	915,0	6,16%	179,5	1,21%	19,62%	410,3	25,0
2002	16.740,4	1.111,2	6,64%	209,0	1,25%	18,81%	502,9	28,9
2003	18.574,0	1.335,4	7,19%	251,8	1,36%	18,86%	623,0	35,0
2004	20.216,0	1.447,9	7,16%	289,0	1,43%	19,96%	654,6	43,0

Normalmente, le spese reali per i farmaci sono molto superiori alla programmazione di bilancio. Le proiezioni del budget farmaceutico per NHIFA sottostimano consistentemente le spese reali. Nello scorso decennio, questa sottostima è stata tra i 2 e i 32 miliardi di HUF all'anno. Il budget totale farmaceutico programmato per il 2002 è di 199 miliardi di HUF (830 milioni di euro), mentre quello originariamente programmato era di 153 miliardi di HUF (640 milioni di euro): la differenza prevista è di 46 miliardi di HUF (190 milioni di euro). La situazione del 2003 e del 2004 è molto simile (Tabella 3 pag. 340). Più in generale, il deficit del bilancio sanitario aumenta ogni anno.

Tabella 3 - Il totale programmato e il totale realizzato dei rimborsi farmaceutici

Anni	Ammontare pianificato dei sussidi (miliardi HUF)	Ammontare attuale di spesa (miliardi HUF)	Differenze tra spese programmate e sostenute (miliardi HUF)	Differenze tra spese programmate e sostenute (% delle spese)
1994	50,7	61,6	10,9	21,5%
1995	67,7	70,0	2,3	3,4%
1996	81,9	84,2	2,3	2,8%
1997	94,3	100,9	6,6	7,0%
1998	102,6	135,5	32,9	32,1%
1999	122,9	139,5	16,6	13,5%
2000	135,0	150,8	15,8	11,7%
2001	147,0	179,5	32,5	22,1%
2002	153,0	209,0	56,0	36,6%
2003	217,0	251,8	34,8	16,1%
2004	238,9	289,0	50,1	21,0%

Criteri di trasparenza

Il 1 maggio 2004 sono stati introdotti e istituzionalizzati in Ungheria i criteri di trasparenza. Secondo questi criteri, le case farmaceutiche devono presentare al Fondo Nazionale di Assicurazione Sanitaria (NHIF) un *dossier* (dati sull'efficacia, efficienza e il rapporto costo-efficienza del nuovo prodotto) e possono presentare tale *dossier* in qualsiasi momento dell'anno⁵. L'NHIF deve completare la decisione sul procedimento di copertura entro 180 giorni. Precedentemente tra l'NHIF e ciascun fabbricante vi sono state trattative sul prezzo/copertura per determinare gli aumenti di prezzo l'anno successivo una volta all'anno o anche meno frequentemente. Spesso il governo ha usato la sua influenza politica per non fissare una data per le trattative o per ritardare il processo – questo era lo strumento principale per il contenimento dei costi. Ora i produttori hanno il diritto di ricevere una decisione sulla copertura basata sul HTA entro 180 giorni e hanno anche il diritto di fare appello contro la decisione – sia rispetto ai risultati che alla metodologia utilizzata. Le case farmaceutiche sono supportate da esperti nella formazione del loro *dossier*, ma presso l'NHIF (e il governo) non vi sono esperti disponibili per valutare e prendere decisioni circa la copertura. I fornitori, i professionisti e i pazienti hanno inoltre un diritto legale di appellarsi contro le decisioni di copertura.

Il Quarto Ostacolo

Diversi Paesi hanno già introdotto il “quarto ostacolo”, in particolare un requisito per provare il buon rapporto costo-efficacia prima del rimborso dei nuovi farmaci. I primi tre ostacoli, che già esistono in molti Paesi, richiedono la dimostrazione dell'efficacia, della sicu-

⁵ Gulácsi et al. (2004).

rezza e della qualità del processo di fabbricazione. I Paesi che stanno prendendo in considerazione l'introduzione del "quarto ostacolo", possono imparare dall'esperienza degli altri. Questo è particolarmente importante per i Paesi più piccoli, come l'Ungheria, dove le risorse per la valutazione delle tecnologie sanitarie possono essere carenti. L'Ungheria è passata all'introduzione del "quarto ostacolo" per i farmaci dalla pubblicazione delle linee guida ungheresi per la valutazione economica, nel 2002⁶. Questo sviluppo è ben supportato dalla Legge CLIV del 1997⁷ sulla sanità, che stabilisce chiaramente, tra i principi base, che i servizi sanitari devono essere basati sulla prova e con un buon rapporto costo-efficacia.

"Vecchi farmaci": efficacia e rapporto costo-efficacia non sono noti

Nel periodo socialista, l'efficacia e il rapporto costo-efficacia dei farmaci non erano un tema politico e, pertanto, non era necessario analizzare i farmaci da questo punto di vista. I programmi ufficiali sull'economia dei farmaci non erano possibili sotto gli ex governi socialisti. Non solo questi programmi erano scoraggiati, ma era anche impossibile avere accesso ai relativi dati (p.e. dati sul numero dei pazienti, dati comparativi sulla mortalità o la morbidità per fasce di età, sull'equità, ecc.).

Sul mercato ungherese sono ancora disponibili copie di prodotti brevettati prima del 1988 e rappresentano una quota importante nel fatturato dei fabbricanti nazionali. Sono stati cancellati solo pochi prodotti dall'elenco dei farmaci disponibili, normalmente su richiesta del fabbricante. Un certo numero di questi farmaci non sono mai stati valutati e la loro efficacia e il rapporto costo-efficacia non sono conosciuti. Secondo il parere degli esperti, è chiaramente mancante o opinabile anche l'efficacia di molti di questi farmaci. Paradossalmente, anche se questi farmaci sono stati messi in vendita per lungo tempo, essi sono possibili candidati per una valutazione dell'economia sanitaria secondo le proposte del nuovo "quarto ostacolo". La valutazione economica dei vecchi farmaci rappresenta una delle principali sfide per il nuovo sistema. Molti di questi farmaci non sono mai stati commercializzati a livello internazionale, o non lo sono più nei Paesi sviluppati. Come conseguenza, non è disponibile una prova clinica di buona qualità sull'efficacia di questi farmaci oppure la prova disponibile risale a 20-30 anni fa. È anche improbabile che prove cliniche saranno mai condotte su questi farmaci, perché potrebbe non essere un buon investimento per le case farmaceutiche e anche il governo non è propenso a fare o non desidera finanziare questi studi.

Una valutazione di alcuni "vecchi farmaci" condotta dal gruppo di ricerca dell'autore ha evidenziato che nel 2004 oltre il 5,0% del bilancio farmaceutico totale (rimborsato dall'Amministrazione del Fondo Nazionale per l'Assicurazione Sanitaria) era stato speso senza alcuna prova di efficacia di questo gruppo di farmaci. Sulla base di questo studio è stato ipotizzato che il 10-15,0% del bilancio di rimborso totale dei farmaci è speso su farmaci sui quali non è stato soddisfatto il criterio del "quarto ostacolo".

⁶ OEP (2002).

⁷ Cfr. Titolo 2, paragrafo 2, punto 5.

7.5.5 Servizi di fornitura ed erogazione

In Ungheria il sistema sanitario è basato sul modello dell'assicurazione nazionale obbligatoria. La copertura universale è assicurata attraverso una combinazione dell'assicurazione sociale obbligatoria per i lavoratori e una copertura garantita per i pensionati e le persone al di sotto della soglia di povertà. I pacchetti dei benefici di base non sono stati ancora definiti e le decisioni sulla copertura sono state prese su base ad hoc e in modo non trasparente. Gli interventi dei medici nella pratica generale e nella pratica dentistica sono stati nella maggior parte privatizzati ed è in corso il processo di privatizzazione degli Ospedali. Per questo motivo crescerà nel prossimo futuro l'importanza della contrattazione tra l'assicurazione sanitaria e i fornitori. Tuttavia, la contrattazione richiede particolari qualifiche che non erano richieste in base all'erogazione diretta del servizio pubblico. I fornitori, per esempio gli Ospedali, dovrebbero essere modificati. Attualmente dispongono di una ridotta autonomia operativa. Per far funzionare il "mercato della sanità" dovrebbero essere affrontati i seguenti temi:

- Definire un pacchetto di benefici di base

Il pacchetto dei benefici sanitari di base attualmente in Ungheria non è definito. La programmazione delle cure sanitarie, il finanziamento, l'introduzione dell'assicurazione addizionale (privata) non è possibile senza un'ulteriore esplicitazione della copertura.

- Affrontare le disparità di reddito

In Ungheria sta rapidamente crescendo la disparità di reddito. Le persone che non lavorano, quelle con basso reddito e i contadini, come pure le minoranze, si trovano molto probabilmente di fronte a barriere finanziarie per avere accesso ai servizi sanitari. Nell'Unione Europea a 25 Stati sta crescendo la competizione economica e conseguentemente un numero consistente di persone perderà il lavoro. Questo può avere un impatto negativo sulla salute dei cittadini ungheresi nei prossimi anni.

- Pagamento informale

In molti Paesi dell'Europa centrale e orientale, compresa l'Ungheria, esiste un tipo particolare di pagamento come spese vive, il cosiddetto sistema di pagamento informale (sinonimi: pagamento sotto banco, o denaro per gratitudine). L'origine del pagamento informale, quando i pazienti riconoscenti ricompensano i medici per i servizi forniti, risale al periodo socialista, agli anni '50 e '60. Il pagamento informale è distribuito in modo non omogeneo nell'ambito della sanità: sembra essere più comune nel settore ambulatoriale che in altri settori ed è più frequente tra i medici che tra gli altri operatori e può essere diverso a seconda dei servizi (p.e. ostetriche, chirurghi). È molto difficile stimare l'ampiezza dei pagamenti informali e diversi studi e ricerche hanno fornito risultati contraddittori. Le autorità, compreso il NHIFA e l'Ufficio delle imposte, non dispongono di informazioni ufficiali su questo pagamento informale. Il pagamento informale non rappresenta una cifra molto elevata in termini relativi, circa il 5,0% della spesa totale⁸, ma la distribuzione e la concentrazione dei pagamenti informali è disuguale. La sua importanza come incentivo deriva dalla sua diffusione e dalla sua distribuzione (almeno il 60,0% del reddito netto dei medici di famiglia e degli specialisti), piuttosto che dalla sua

⁸ Boncz (2004), Gaal (2004).

ampiezza complessiva. Nei decenni passati tutte le riforme sanitarie sono state bloccate dalle persone che ricevono grandi somme di pagamenti informali. I pagamenti informali devono essere trasformati in oneri per l'utente. Sebbene questo sia un processo molto difficile e delicato dal punto di vista politico, noi riteniamo che questo sia un tema molto importante per i prossimi anni.

- Coinvolgimento dei pazienti

I pazienti ungheresi hanno lo stesso diritto di ricevere tutte le informazioni relative alla loro salute e alle cure sanitarie di quelli degli altri Paesi dell'EU a 15 e hanno pieno diritto ad essere coinvolti. Questa è una sfida nuova per il sistema sanitario ungherese.

- Qualità delle cure

La qualità delle cure sanitarie in Ungheria sembra essere in coda nell'Europa a 15 e i decessi che potrebbero essere impediti con cure tempestive ed efficaci sono ancora relativamente comuni in Ungheria⁹. Vi potrebbe essere un ruolo importante per il miglioramento della qualità, in particolare: una certa evidenza indiretta mostra che le cure sanitarie di buona qualità migliorano lo stato di salute della popolazione attraverso il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle cure mediche. Il miglioramento dell'accesso agli interventi tempestivi ed efficaci ha ridotto di molto la mortalità nei Paesi occidentali¹⁰. È stato stimato che nel 1988 circa il 25,0% del divario di mortalità tra l'Europa dell'est e quella dell'ovest, tra la nascita e i 75 anni di età potrebbe essere spiegato con la mancanza delle cure mediche¹¹.

Nel sistema sanitario ungherese deve essere prestata maggiore attenzione alle linee guida pratiche basate sull'evidenza e all'uso degli indicatori per migliorare e rendere misurabile la qualità.

- Sicurezza delle cure sanitarie

Secondo la letteratura, dal 5 al 10,0% di tutti i pazienti degli Stati Uniti sono danneggiati da eventi avversi e dati simili si possono trovare in altri Paesi, per esempio in Danimarca¹². In Ungheria non sono disponibili dati su questo argomento, probabilmente dovrebbe essere predisposto e condotto uno studio pilota nazionale sugli eventi avversi. L'allargamento della UE e le potenziali controversie contro i fornitori possono avviare il miglioramento in questo campo molto presto.

Il termine "sicurezza del paziente" non appare in nessun documento giuridico relativo alle cure sanitarie. Per sostenere questa richiesta, è stata condotta in Ungheria un'analisi giuridica con una revisione sistematica di tutte le leggi e dei regolamenti. L'evento avverso è menzionato solo nella traduzione ungherese del manuale ISO¹³. Neanche l'errore medico appare in modo dichiarato esplicitamente. L'attenzione dell'attività giuridica e degli specialisti del diritto si è concentrata sull'errore professionale e il diritto del paziente ad una compensazione.

⁹ Gulácsi (2001).

¹⁰ Mackenbach et al. (1998).

¹¹ Velkova et al. (1997).

¹² Bartels, Mainz (2004).

¹³ ISO (2000)

Per lungo tempo, il concetto di errore medico e, dal punto di vista legale, errore professionale, è risultato virtualmente inesistente. Solo attraverso la codificazione dei diritti del paziente nel 1997 è stata per prima sollevata la questione. Da allora, gli ospedali hanno la responsabilità legale nei confronti dei loro pazienti di fornire cure adeguate. Cure appropriate significa (Legge sulle cure sanitarie 6/2) *“Se le norme etiche e le linee guide professionali ed etiche sono rispettate da un determinato servizio sanitario”*. Questo si avvicina alla definizione di negligenza.

Poiché tutti i medici in un Ospedale sono dipendenti dello Stato, i danni provocati da loro ad un terzo investono la responsabilità legale del datore di lavoro, in questo caso, dell'Ospedale (Ptk. 348). Questo significa che i danni sono compensati attraverso un sistema di illecito civile, dove l'Ospedale è responsabile, non il singolo medico. Il medico non garantisce nemmeno un risultato positivo del trattamento: il rapporto giuridico tra un paziente e un medico è quello della cura attenta, il medico non ha l'obbligo del risultato, ma solo del trattamento attento.

- Programmazione del personale

Attualmente negli Ospedali per ogni dieci posti di medico vi è un posto vacante e la situazione per quanto riguarda le cure sanitarie primarie è solo un po' meno grave. Una delle conseguenze dell'allargamento della UE potrebbe essere una grave carenza di personale nel sistema sanitario ungherese. La migrazione dei medici e soprattutto degli infermieri era già iniziata nei 15 Paesi della UE prima dell'allargamento; è difficile prevedere la dimensione del problema. Inoltre, nella UE a 15 l'orario di lavoro dei medici è limitato e infatti in Ungheria la maggior parte dei fornitori di cure sanitarie non dispone di personale sufficiente, cosa che provocherà seri problemi nei prossimi anni.

- Attività transfrontaliere

Jorens (2002) ha concluso che pochi pazienti fanno ricorso ai servizi medici all'estero, con alcune eccezioni, per esempio nelle aree di frontiera dove il costo, la reputazione, la lingua e l'accessibilità incoraggiano il movimento per servizi altamente complessi. Tuttavia, i servizi devono essere coperti dai pacchetti assicurativi; nel caso dell'Ungheria è poco probabile che il NHIFA possa coprire un numero significativo di trattamenti all'estero nei 15 Paesi della UE. Il flusso dei pazienti all'interno dei 10 nuovi Stati deve fronteggiare un numero ancora maggiore di limitazioni – anche nell'area di frontiera, a causa della grande capacità di eccedenza parallela in tutti i Paesi e la mancanza di pacchetti di benefici definiti, la qualità non conosciuta delle cure, i meccanismi di costo diversi e la mancanza di trasparenza e di responsabilità dei sistemi sanitari.

7.5.6 Cure ai pazienti ricoverati, iniziative di riforma e qualità delle cure

Nel corso degli anni '90 vi è stata in Ungheria una drammatica riduzione della capacità dei posti letto negli Ospedali. Tra il 1990 e il 2002 è stata eliminata il 25% (25,3%) della capacità totale dei posti letto (24.174 letti). Tre sono gli obiettivi dichiarati esplicitamente del programma di direzione della capacità ricettiva degli ospedali:

- la riduzione della capacità dei posti letto ospedalieri a livello nazionale;
- la riduzione delle disparità geografiche tra i Paesi per quanto riguarda la capacità ricettiva degli Ospedali, sia in termini di numero di posti letto che di capacità dei diversi reparti (professionisti);

- la riduzione della varietà qualitativa delle cure.

I primi due obiettivi sono stati raggiunti, ma la nostra conoscenza attuale sulle variazioni della qualità delle cure o anche l'informazione di base sulla qualità delle cure è molto limitata.

In Ungheria, la "Legge CLIV del 1997 sulla sanità" rende obbligatorio il sistema di assicurazione della qualità per tutte le Istituzioni sanitarie. La Legge sulla sanità nel suo capitolo intitolato "*Requisiti professionali per i servizi sanitari*" evidenzia che l'obiettivo di fissare una serie di requisiti professionali è quello di assicurare l'adeguata qualità dei servizi sanitari, con particolare riguardo all'efficacia e all'efficienza. La Legge CLIV del 1997 sulla sanità, entrata in vigore il 1 gennaio 1999, rende obbligatori i sistemi della qualità interna nell'impostazione delle cure sanitarie.

Gli obiettivi principali dei sistemi di qualità nell'impostazione delle cure sanitarie sono i seguenti:

- l'obiettivo del sistema di qualità è di assicurare la qualità dei servizi sanitari.
- per raggiungere questo obiettivo, il sistema della qualità comprende:
- la specifica dei requisiti di qualità;
- la verifica e la valutazione del rispetto dei requisiti;
- la certificazione se necessaria;
- il miglioramento continuo della qualità.
- criteri base per il mantenimento della qualità:
- i servizi dovrebbero essere forniti solo da quei fornitori che soddisfano le condizioni personali e materiali come richiesto dalla relativa legislazione;
- nella fornitura dei servizi sanitari dovrebbero essere soddisfatte la legislazione e le norme e gli standard professionali relativi, più in particolare le linee guida che si basano sulla medicina basata sulla prova e che rappresentano lo stato dell'arte.

Nella gestione della qualità vengono utilizzati diversi strumenti, gli Ospedali possono essere certificati in base a:

- ISO: 9000-2000, Ampia diffusione degli standard ISO:9000-2000, sono certificati 70 Ospedali su 164 (tutti i reparti – totale ospedali), il Manuale per l'attuazione ISO è stato pubblicato dal Ministero della Sanità nel 2003 (*Ministry of Health* – www.eszcsn.hu);
- EFQM – in 14 Ospedali è usata l'autovalutazione;
- gli Standard di Accredimento degli ospedali, che è la versione ungherese degli standard JCI, sono usati da 17 Ospedali. In Ungheria c'è una situazione piuttosto inusuale per quanto riguarda gli standard JCI, perché gli Ospedali sono certificati e non accreditati dagli standard JCI (l'accREDITamento è solo per i laboratori, nessun organismo di accREDITamento degli Ospedali).

7.5.7 Sanità pubblica: principi, deficienze e affidabilità dei dati

In Ungheria i requisiti legali nella sanità pubblica sono gli stessi vigenti nei 15 Paesi della UE. La salute e la sicurezza sul posto di lavoro, la sicurezza alimentare, la protezione della natura, dell'aria, dell'acqua di superficie e sotterranea, la valutazione del rischio per l'uomo e la protezione della salute contro gli agenti chimici, le radiazioni e tutti i tipi di rischio. La concessione delle licenze, il controllo e il monitoraggio messi in atto nella UE sono usati in modo più estensivo.

Nel 1994 è stato pubblicato in Ungheria il documento “Principi di una politica di promozione della salute di lungo termine in Ungheria” e da allora in un decennio è stato rivisto quattro volte. Parti dei “Principi” non sono basate sulla prova scientifica:

- il carico delle malattie;
- l'eziologia e la causalità;
- l'efficienza della comunità;
- l'efficacia;
- sintesi e attuazione;
- monitoraggio e rivalutazione sono quasi tutti non coperti e non fissati.

Una situazione molto simile è stata discussa da Warner (2000) nel Regno Unito: “...Il Funzionario medico capo dà la sua classifica delle dieci priorità. Se la osservate sono: non mangiare alimenti grassi, non fumare, non prendere il sole. Sono tutte cose da non fare. Gli approcci negativi e il biasimo delle persone non è il modo per ottenere il sostegno del pubblico”. “...Il processo di introdurre obiettivi può essere importante quanto gli obiettivi stessi”.

E c'è un'altra causa del fallimento della politica sanitaria ungherese: l'approccio epidemiologico tradizionale deve misurare la valutazione della quantità di 'ammalati' nella comunità categorizzata per malattia. Questi dati non forniscono alcuna norma sull'allocazione. L'implicazione dell'approccio epidemiologico è semplicemente che maggiori risorse dovrebbero essere destinate alla cura e alla prevenzione delle malattie che provocano un alto tasso di mortalità, anche se non è data alcuna indicazione su quanto deve andare oltre.

La validità dei dati varia ed è spesso opinabile nelle aree più importanti della sanità pubblica, per esempio per quanto riguarda le abitudini alimentari, i livelli di colesterolo nel sangue, il consumo di tabacco, il consumo di alcool e di farmaci e lo stile di vita. Anche la qualità dei dati sulla morbidità e sulla mortalità è opinabile. A causa di diversi problemi metodologici che comprendono la cattiva classificazione, l'incompletezza e l'inaccuratezza della raccolta dei dati, non controllati e soprattutto i dati auto-riferiti e spesso le ridotte dimensioni del campione, la validità complessiva dei dati sembra essere piuttosto bassa. Per l'impostazione della politica sanitaria e la presa di decisioni la disponibilità delle prove è molto scarsa.

7.5.8 Salute mentale

La sanità mentale in generale è molto poco sviluppata in Ungheria, anche rispetto agli altri settori nell'ambito della sanità. Nei prossimi anni il governo non solo deve accettare la responsabilità di fornire sostegno e servizi per le persone con disabilità mentali, ma deve anche rimuovere le barriere esistenti al loro pieno inserimento nella società.

7.5.9 Salute delle minoranze

Il numero stimato dei Rom/zingari in Ungheria è di 0,5-0,6 milioni. È problematico, per molte ragioni, avere dati accurati sulla loro aspettativa di vita, sul portafoglio della morbidità e della mortalità, sull'accesso ai servizi sanitari e altri importanti elementi sanitari. Ma sulla base dei dati esistenti e i risultati della ricerca si può ipotizzare che la loro aspettativa di

vita, lo status sanitario e l'accesso alle cure sanitarie è evidentemente peggiore rispetto a quello della popolazione non Rom ungherese.

Il miglioramento della salute e delle cure sanitarie per le minoranze ha un'importanza fondamentale nei prossimi anni in Ungheria, a causa dei particolari problemi identificati sulla discriminazione e la resistenza sociale contro le minoranze e perché lo stato di salute della popolazione ungherese nel suo complesso non può essere migliorato significativamente senza che sia migliorato lo stato di salute delle minoranze.

In breve, l'UE pone all'Ungheria molte sfide per la salute e le cure sanitarie nei prossimi anni.

Bibliografia

- Bartels P., Mainz J. (2004), Patient Safety – DK 2004, ENQual Workshop 2, Helsinki, 2 aprile 2004.
- Boncz I., Nagy J., Sebestyén A. et al. (2004), *Financing of health care services in Hungary*, European Journal of Health Economics; 5: pp. 252-258.
- Gál R.I., Mogyorósy Zs., Szende Á. et al. (2003), *Study on the social protection systems in the 13 applicant countries, Hungary Country Study*, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.
- Gaal P.A. (2004), *Informal payments for health care in Hungary*, PhD thesis, London School of Hygiene and tropical Medicine, London University.
- Gulácsi L. (2001), *Hungarian health care in transition; Studies on the improvement of the effectiveness of health care in Hungary by implementing quality assurance*, Università di Amsterdam, Paesi Bassi.
- Gulácsi L., David T., Dózsa Cs. (2002), *Pricing and reimbursement of drugs and medical devices in Hungary*, European Journal of Health Economics; 3, pp. 271-278.
- Gulácsi L., Boncz I., Drummond M. (2004), *Issues for countries considering introducing the 'fourth hurdle'; The case of Hungary*, International Journal of Technology Assessment in Health Care; 20:2: pp. 1-5.
- Jorens Y. (2002), *The right to health care across the borders*, chapter 3, pp. 57-83, in: McKee M., Mossialos E., Baeten R., eds. *The impact of EU law on health care systems*, "Work & Society" n. 39, P.I.E. Peter Lang S.A. Bruxelles.
- KSH – Központi Statisztikai Hivatal Demographic Yearbook 2003, English Supplement of the Demographic Yearbook, Central Statistical Office, Budapest, 2004.
- Mackenbach J.P., Looman C.W., Kunst N. et al. (1998), *Post-1950 mortality trends and medical care: gains in life expectancy due to declines in mortality from conditions amenable to medical intervention in The Netherlands*, Social Science in Medicine; 27: pp. 889-900.
- OEP (2002), Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Évkönyv (*Yearbook of the National Health Insurance Fund Administration*), Budapest.
- Welkova A. (1997), Wollwsvonkel van den Bosch J., Mackenbach J.P., *The East-West life expectancy gap: differences in mortality amenable to medical intervention*, International Journal of Epidemiology; 26:1: pp. 75-84.

7.6 Situazione sanitaria, costi e finanziamento: il caso dell'Argentina

Schweiger A., De La Puente C., Tarragona S., Daste P., Meghinasso C.¹

7.6.1 La situazione sanitaria

Le principali patologie che provocano mortalità tra la popolazione argentina sono soprattutto le malattie cardiovascolari, i tumori, le patologie cerebro-vascolari e gli incidenti automobilistici.

L'Argentina sta attraversando un processo di transizione epidemiologica nel quale hanno un peso minore le malattie trasmissibili, mentre aumenta la quota di quelle non trasmissibili, un processo che è in relazione all'invecchiamento della popolazione e al miglioramento generale delle condizioni sanitarie.

Tuttavia, la transizione mostra che coesistono le malattie tipiche delle economie sottosviluppate, con popolazione più giovane, con quelle presenti nei Paesi e nelle Regioni più industrializzate, con popolazione più anziana. Inoltre, indica che questo processo ha le sue oscillazioni, che si manifestano nella ricomparsa di malattie come la tubercolosi e altre malattie relative alle cattive condizioni di vita, alle abitudini ed agli stili di vita.

Tabella 1 - Argentina. Quadro delle principali cause di morte per anni di vita potenzialmente persi (AVPP). 2001

Cause di morte	AVPP	%
Malattie infettive	67.44	8.9
Malattie cardiovascolari	98.24	12.9
Tumori	108.04	14.2
Cause esterne	164.08	21.7
Altre cause	320.69	42.3
AVPP tutte le cause	758.49	100

Fonte: González García G. e Tobar F. (2004), *Salud para los argentinos* Edizioni ISALUD, 2004.

Per la sua eterogeneità, l'Argentina, sotto certi aspetti, è un Paese che presenta caratteristiche epidemiologiche simili a quelle dei Paesi industrializzati e, sotto altri aspetti, è più simile ai Paesi in via di sviluppo, per cui si identifica in un modello intermedio. Queste eterogeneità tendono ad aumentare nel mondo e nel nostro Paese sono già significative.

Quando si considerano gli indicatori delle diverse Regioni del Paese si incominciano ad evidenziare differenze molto forti. Per esempio la popolazione con meno di 15 anni nella città di Buenos Aires è circa la metà di quella della stessa fascia di età di Formosa. La Città di Buenos Aires è chiaramente una città europea, per quanto riguarda la sua tipologia di malattie, di fabbisogno di servizi, di abitudini di consumo, di questo tipo di popolazione.

¹ Istituto universitario di F. Isalud.

Ciò si percepisce con chiarezza quando si osserva l'alto peso della popolazione anziana e come questa tenda ad equilibrarsi con la popolazione infantile.

Uno degli elementi di maggior peso nella determinazione delle condizioni sanitarie della popolazione sono i fattori sociali. Per esempio, Formosa ha quattro volte più famiglie con fabbisogni di base insoddisfatti e, proporzionalmente, dodici volte più analfabeti della città di Buenos Aires.

Per quanto detto, la formulazione e l'attuazione delle politiche sanitarie nazionali che mirano ad aumentare l'"aspettativa di vita" devono prendere in considerazione i fabbisogni sanitari particolari di ogni area, Regione e Provincia.

7.6.2 La spesa sociale in Argentina

Sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo, le spese dei governi hanno assorbito grandi quote delle loro entrate nel corso del XX secolo. I problemi che si pongono in relazione all'aumento di tale spesa sono: quale è la sua composizione? Quali sono i fattori che spiegano l'aumento della spesa? Quali sono i possibili effetti dell'aumento della spesa pubblica in generale e della spesa sociale in particolare sulla crescita economica? L'analisi che si espone si concentrerà sulla composizione della spesa sociale, sul suo livello e sul suo rapporto con le spese sanitarie. In altre parole, verrà analizzata l'ampiezza della spesa sociale e, in particolare, la spesa sanitaria come parte di tale spesa sociale e la sua quota crescente come percentuale del prodotto nel corso del tempo.

Alcuni autori come Musgrave² affermano che ciò che determina l'aumento del settore pubblico è la pretesa di utilizzare il bilancio come mezzo per migliorare la distribuzione del reddito. Cioè le forze dell'egualitarismo economico sarebbero le cause dirette di questa espansione della spesa. Anche se è possibile che questo fattore sia rilevante per spiegare il comportamento della spesa pubblica, tuttavia non è sufficiente per spiegare l'esplosiva espansione della spesa sanitaria.

Sebbene la teoria economica si è fatta carico di spiegare il motivo della sua crescita e le conseguenze della stessa, la maggior parte di queste spiegazioni sono focalizzate sull'andamento della spesa nei paesi industrializzati.

Quando si analizza questo problema, è necessario tener presente l'importanza delle differenze tra i Paesi, a causa del fatto che le spese dello Stato contengono una varietà di partite e di componenti che variano ampiamente tra un Paese e l'altro. Malgrado ciò, nonostante questa mancanza di uniformità, sono state messe in atto metodologie diverse che tentano di trovare una giustificazione generale per spiegare il comportamento della spesa pubblica e il suo sviluppo futuro, senza tenere conto delle caratteristiche particolari di ogni Paese.

In questo modo, la spesa pubblica in generale e la spesa sociale in particolare si costituiscono come uno degli strumenti della politica fiscale per realizzare gli obiettivi previsti. In Argentina la spesa sociale rappresenta la quota maggiore della spesa pubblica, oltre il 60,0%, e quasi il doppio di quella registrata venti anni fa.

Oltre a conoscere l'ampiezza del settore pubblico, è interessante conoscere quale sia sta-

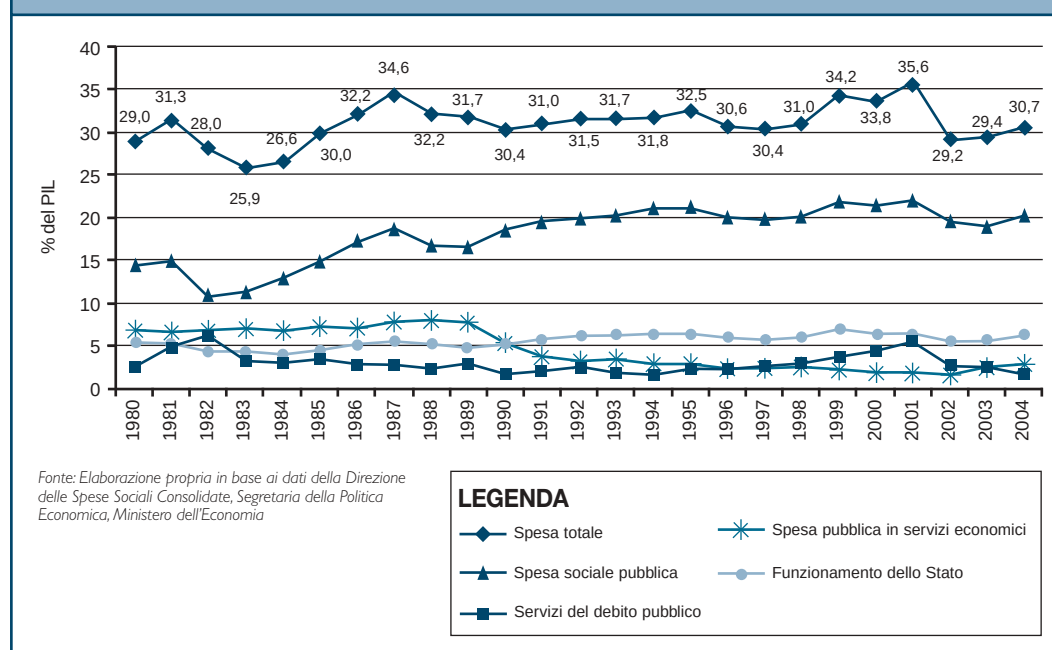
² Musgrave R. A. e Musgrave P. B. (1992).

ta la sua evoluzione per finalità e funzione, poiché in questo modo è possibile determinare quali sono state le destinazioni di tali spese e, conseguentemente, conoscere le priorità fissate dai governi nel corso del tempo.

In linea di principio possiamo distinguere quattro grandi gruppi di finalità della spesa:

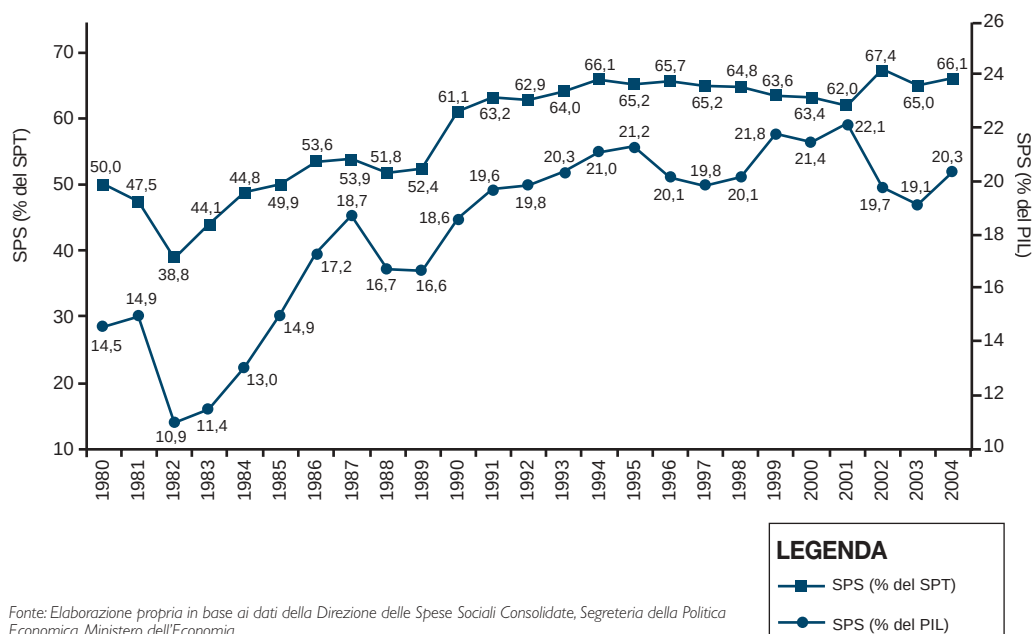
- funzionamento dello Stato: comprende le spese che lo Stato sostiene per l'amministrazione della giustizia, per i servizi di difesa e sicurezza e le spese amministrative;
- servizi sociali: sono le spese destinate a soddisfare i fabbisogni sociali, come l'educazione, la sanità, il lavoro, le abitazioni, l'assistenza sociale, ecc.;
- servizi economici: sono le spese destinate alla promozione delle attività economiche e a fornire infrastrutture per il settore produttivo. Comprendono la produzione primaria, l'industria, i servizi, i trasporti, le telecomunicazioni ecc.;
- servizi del debito: comprendono le spese destinate al servizio del debito contratto dallo Stato per il finanziamento del suo deficit di bilancio.

Figura 1 - La spesa pubblica consolidata per finalità come % del PIL (1980-2004)



La Figura 1 evidenzia l'importante crescita dei servizi sociali, del funzionamento dello Stato durante tutto il periodo e, in particolare, a partire dal 1990.

In Argentina, come nella maggior parte delle economie del mondo, nel corso degli ultimi 20 anni si verifica una crescita della spesa pubblica sociale come percentuale del PIL e come percentuale della spesa pubblica totale.

Figura 2 - Spesa Pubblica Sociale (SPS) in % del PIL e in % della Spesa Pubblica Totale (SPT) (1980/2004)

7.6.3 La spesa sanitaria e il suo finanziamento in Argentina

In Argentina la prestazione dei servizi sanitari si sviluppa attraverso uno schema integrato per tre sotto-settori: pubblico, sicurezza sociale e privato. Con questo schema, fino agli anni '70, è stato possibile ottenere un'ampia copertura. A partire dallo sviluppo delle opere sociali, il sistema ha iniziato a presentare un elevato grado di frammentazione del sotto-settore a causa del regime solidale introdotto all'interno delle società per i propri dipendenti. Simultaneamente, la scarsa o nulla integrazione tra il sotto-settore pubblico e quello privato e la frammentazione all'interno di ognuno di essi hanno contrassegnato i tratti che caratterizzano attualmente il sistema.

Questa frammentazione si è approfondita e accentuata a partire non solo dal decentramento dei servizi sanitari pubblici verso i livelli provinciali e comunali, ma anche come conseguenza della grave crisi economica degli ultimi anni, che ha generato grossi problemi sociali associati alla mancanza di occupazione, all'emarginazione e alla povertà.

La coesistenza dei diversi sotto-settori e le strategie messe in atto dai governi nazionali e sub-nazionali hanno dato al sistema un particolare modo di funzionamento che produce importanti conseguenze non solo per quanto riguarda l'accesso della popolazione ai servizi, ma anche per quanto riguarda la quantità e la qualità dei beni e dei servizi di cui beneficiano gli abitanti delle diverse giurisdizioni, che variano anche all'interno della stessa Provincia. Inoltre, questo assume un significato particolare se si considerano le importanti diversità esistenti tra le Regioni.

Il finanziamento del sistema sanitario si realizza attraverso tre forme, una per ognuno dei sotto-settori che lo compongono.

Il sotto-settore pubblico è finanziato attraverso imposte, tasse e contributi speciali che riscuotono i tre livelli di governo e che, fondamentalmente, sono destinati a coprire i fabbisogni delle persone con reddito più basso e di quelle che non hanno una copertura sanitaria formale sebbene, per altra parte, alcuni beneficiari del sistema della sicurezza sociale ricevano assistenza dagli Ospedali pubblici.

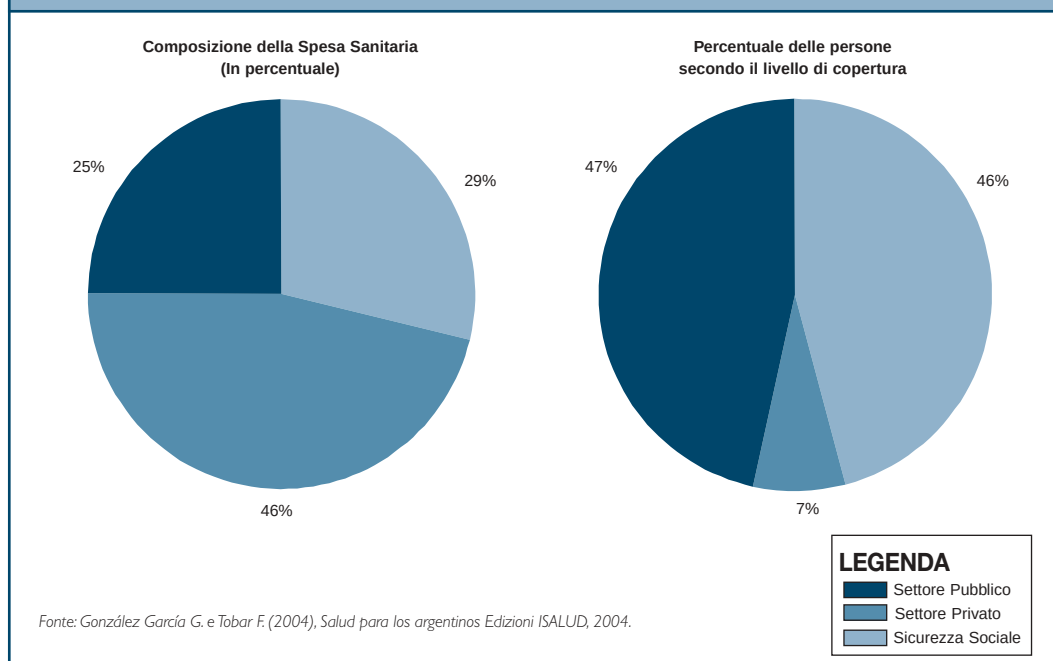
Il sotto-settore privato ha come fonti di finanziamento la spesa diretta delle famiglie e il pagamento dei premi dell'assicurazione sanitaria volontaria.

Da ultimo, la sicurezza sociale si finanzia attraverso i contributi personali che i datori di lavoro pagano per i lavoratori formali, trasferiti alle opere sociali (nazionali, provinciali, comunali e altre), e le sue spese sono destinate a finanziare l'assistenza dei settori incorporati nel mercato formale del lavoro.

7.6.4 Composizione della spesa per sotto-settori

Nel 2004 la spesa sanitaria dell'Argentina è stata di circa 33.152 milioni di dollari, equivalenti a 11.267 milioni di dollari USA. All'incirca il 46,0% della spesa sanitaria corrisponde alla spesa diretta delle famiglie (spesa privata), che viene assegnata secondo le preferenze e i livelli di reddito che determinano le possibilità per ogni individuo. Le risorse destinate a finanziare questa parte della spesa non fanno parte del flusso totale dei fondi destinati al finanziamento degli obiettivi della politica sanitaria pubblica e non svolgono funzioni redistributive. A questa situazione si unisce il fatto che la relazione tra la spesa pubblica e quella privata non è uniforme, ma differisce significativamente tra le diverse Province. Mentre alcune Province raggiungono un 80,0% di partecipazione alla spesa pubblica, altre non arrivano al 50,0%.

Addizionalmente, la copertura è fortemente disuguale, il settore privato copre il 7,0% della popolazione e la sua spesa rappresenta il 46,0% della spesa sanitaria, mentre il 47,0% della popolazione è coperta dal settore pubblico con il 29,0% della spesa sanitaria totale. Il divario si accentua quando si osserva che tra le persone che hanno una copertura privata o delle opere sociali, quasi un 3,0% ha una doppia copertura.

Figura 3 - Composizione della spesa e copertura sanitaria in Argentina

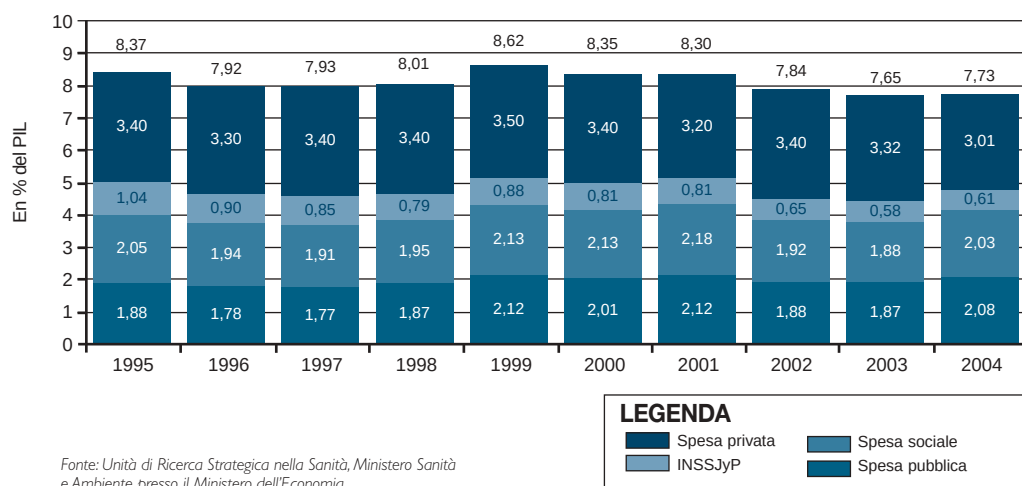
Una delle forme tradizionalmente utilizzate per dimensionare l'ampiezza della spesa è quella di metterla in relazione al PIL. La partecipazione della spesa sanitaria al prodotto nazionale dà conto del grado di intervento del settore sanitario nell'economia. Per l'anno 2004, la spesa totale del settore è stata del 7,7% del PIL. L'Argentina si colloca vicina alla media europea. Sebbene nel decennio degli anni '90 esistevano grandi differenze nell'indicatore tra i Paesi dell'America Latina e i Paesi europei, negli ultimi anni questo divario si è ridotto. Come osservano González García e Tobar³, la spesa sanitaria ha registrato un notevole incremento in alcuni Paesi; questo fatto indica una grande inversione nella sanità, malgrado il fatto che, in alcuni casi, la non espansione della spesa ha comportato maggiore efficienza nel sistema.

Da un campione di Paesi latinoamericani ed europei selezionati, si è verificato che la spesa sanitaria si collocava in una gamma dal 5,6% al 10,8% del PIL, ad eccezione degli USA che non solo è il Paese che presenta la spesa sanitaria maggiore, ma mostra anche la maggiore espansione e, nelle parole di González García e Tobar, è "quello dove la peste verde causa più stragi", facendo allusione al problema che devono affrontare i Paesi o i cittadini per pagare e avere le cure sanitarie in un contesto di crescita permanente dei costi.

Poiché la peste nera e quella bianca hanno modellato la storia dell'umanità con pandemie incontrollate, che hanno provocato milioni di morti senza distinzione di etnia, età, sesso, stato sociale, gli autori si riferiscono all'aumento delle spese sanitarie come la peste verde per similitudine con il colore del denaro.

³ Ginés González García e Federico Tobar (2004).

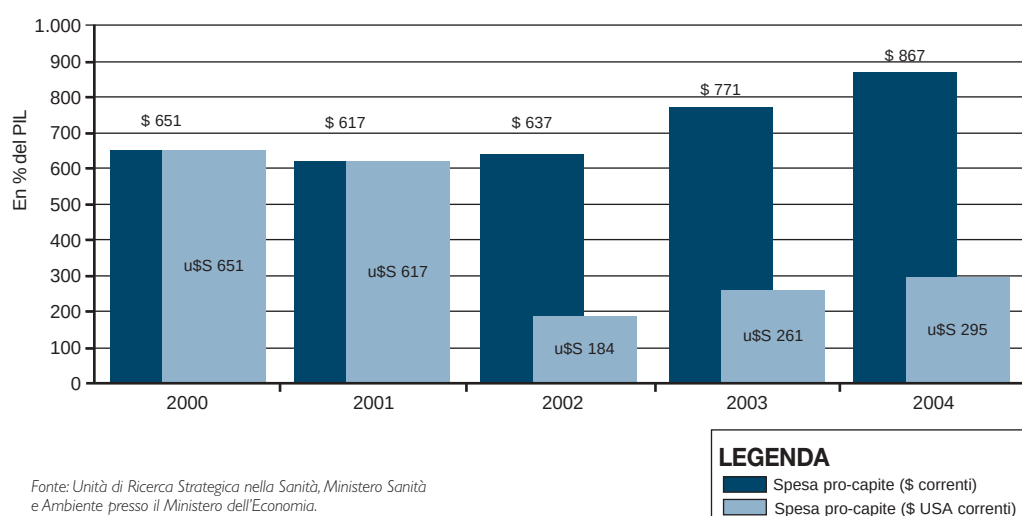
Figura 4 - Evoluzione della spesa sanitaria in Argentina (% del PIL)



Analizzando la grandezza delle spese sanitarie per abitante, si osserva che prima della svalutazione della moneta locale, questo indicatore era di 617 dollari USA; anche se questo valore supera ampiamente la media dell'America Latina, è tuttavia molto inferiore a quelli registrati dai Paesi industrializzati.

Come risultato della crisi registrata in Argentina alla fine del 2001, questi valori sono cambiati significativamente e ora non risulta molto chiara la sufficienza della spesa sanitaria pro-capite. Infatti, a partire dalle stime fatte per il periodo post-crisi, è possibile notare il forte impatto della macro economia sul settore sanitario e le difficoltà presenti derivanti da questa situazione.

Figura 5 - Spesa sanitaria pro-capite in Argentina (2000-2004)



Gli effetti della crisi si fanno sentire in tutti gli ambiti, anche se l'impatto maggiore si è avuto nella sicurezza sociale, che ha dovuto sopportare una riduzione stimata del 72,0% in dollari tra il 2000 e il 2002. Questo è dovuto al fatto che le risorse del sistema delle opere sociali sono direttamente legate ai salari nominali e ai livelli di disoccupazione che riducono il numero dei contribuenti.

Contemporaneamente, la stessa riduzione dei salari reali e i crescenti indici di disoccupazione e di povertà hanno provocato un forte restringimento della spesa privata, che si è ridotta al 71,0% nello stesso periodo (pagamenti diretti e assicurazioni private).

In definitiva, l'impatto della crisi ha prodotto una riduzione della spesa sanitaria totale in dollari che è scesa dai 13.690 milioni di \$ US del 2000 a solo 4.013 milioni di \$ US nel 2002. A partire da questo momento ha inizio la ripresa economica e, conseguentemente, quella del settore. Tra il 2002 e il 2004 la spesa sanitaria totale in dollari è cresciuta circa del 25,0%. La maggiore ripercussione della svalutazione è stata osservata in quelle attività sanitarie con alto sviluppo tecnologico e, pertanto, maggiormente dipendenti da investimenti importanti.

7.6.5 Composizione della spesa per livello di governo

Con un sistema di governo federale, sia il governo nazionale sia le Province e i Comuni, destinano una parte delle loro risorse a soddisfare la domanda di salute della popolazione.

Nelle diverse giurisdizioni, tra il 45,0% e il 65,0% della popolazione del Paese utilizza i servizi prestati dal settore pubblico attraverso fornitori nazionali, provinciali e comunali.

Anche se in questo contesto i governi provinciali svolgono un ruolo fondamentale nella fornitura dei servizi sanitari nei loro rispettivi ambiti, la presenza del governo nazionale continua ad essere fortemente significativa, evidenziandosi di più, nel corso degli ultimi anni, un rafforzamento del ruolo guida.

La sanità pubblica e la sua evoluzione assumono un'importanza centrale per le Province negli ultimi anni.

Sebbene la ricomposizione dei salari e del livello di occupazione che si è verificato nell'ultimo anno ha avuto un impatto significativo sulle entrate delle opere sociali in tutti gli ambiti, compreso quello provinciale, questo fenomeno non ha avuto ripercussioni sull'incremento delle erogazioni per quanto riguarda la sanità che hanno realizzato tali Istituzioni nell'ultimo anno. Si sono, conseguentemente, intravisti alcuni cambiamenti nel comportamento dei consumatori di farmaci, poiché i maggiori benefici erogati dal governo nazionale, a partire dalla distribuzione gratuita (Programma REMEDIAR) e le forti strategie commerciali avviate dai diversi operatori del mercato farmaceutico (laboratori, drogherie, farmacie), hanno incentivato una maggiore domanda di farmaci fuori del sistema delle opere sociali. In altre parole, la grande quantità di sconti e di sgravi offerti ai consumatori nelle vetrine delle farmacie fa sì che risulti più conveniente fare i propri acquisti in contanti invece che utilizzare i benefici delle opere sociali, dato che i procedimenti da seguire per ottenere le autorizzazioni e le ricette necessarie per utilizzare il sistema della sicurezza sociale, molte volte risultano più dispendiosi della differenza da pagare di tasca propria.

In questo modo, le opere sociali ricevono regolarmente da parte dei beneficiari gli apporti corrispondenti e non effettuano alcuna erogazione, almeno per i farmaci. Qualcosa di simile potrebbe avvenire nel primo livello di cure, dove risulta più conveniente andare all'o-

ospedale pubblico o nei centri di cura primaria che pagare i buoni o i ticket per accedere ai benefici che offre il sistema.

Da un'analisi comparativa sull'evoluzione della spesa sanitaria tra i diversi livelli di governo, si può evidenziare che il settore pubblico nazionale ha aumentato le sue spese nei servizi sanitari in misura sostanzialmente maggiore dei governi provinciali nel corso degli ultimi due anni, sia in termini nominali che reali.

Tale aumento della spesa corrisponde a differenti fattori e ai programmi messi in atto in tutto il Paese, con l'obiettivo di minimizzare gli effetti della crisi sui risultati per quanto riguarda la sanità, ed è stato utilizzato come spazio di consenso il Consiglio Federale della salute, formato dai Ministri della Sanità di tutte le Province e dal Ministro della Sanità della nazione; in questo ambito sono state formulate e messe in atto le politiche sanitarie, utilizzando esattamente il consenso tra tutti gli operatori come strumento di gestione.

Come risultati degli accordi raggiunti presso il Consiglio Federale della Salute, nel 2004 è stato messo in atto il "Piano Federale della Salute", che fissa un insieme di strumenti e di traguardi fino al 2007. Questi traguardi completano e sono più esigenti dei traguardi fissati negli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, accordo che la Repubblica Argentina ha firmato nel 2000 insieme ad altri 189 Paesi.

Il piano proposto presenta modifiche sia nel modello di cure, sia nella gestione e nel finanziamento, dove si presentano traguardi concreti da realizzare tra il 2002 e il 2007, traguardi intermedi. Secondo le parole del governo "Fissare più di 100 mete esplicite nel Piano Federale è un modo per consolidare l'impegno dei responsabili della salute pubblica del Governo Nazionale e dei governi provinciali circa un percorso da seguire. Ma è anche una forma per accrescere la trasparenza della gestione pubblica, poiché permette alla società civile di conoscere e valutare i suoi risultati finanziari ogni anno e alla fine del mandato fissato dalla Costituzione Nazionale nell'anno 2007. Così, con obiettivi chiari e trasparenti, la salute torna ad essere un progetto di costruzione collettiva"⁴.

Alcuni esempi delle azioni previste nel Piano Federale della Salute nell'area delle politiche dei farmaci sono: l'approvazione della Legge sulla prescrizione dei farmaci per nome generico che ha permesso che una maggiore quantità di persone possano accedere ai farmaci, poiché l'introduzione dei meccanismi di concorrenza nel mercato ha generato riduzioni dei prezzi dei farmaci delle marche leader e la possibilità di accedere ad altre marche che non erano prescritte; l'attuazione del Programma REMEDIAR, che distribuisce farmaci gratuitamente presso i centri di cura primari, indirizzato a quelle persone che non hanno possibilità di acquistarli; l'ampliamento dal 40% al 70% della copertura dei farmaci per le patologie croniche nella sicurezza sociale.

Con l'obiettivo di migliorare la salute materno-infantile, è stato realizzato il *Programma di salute sessuale e della procreazione responsabile* e il *Piano NACER*, che è un'assicurazione sanitaria per le donne incinte e per i figli fino a 6 anni di età. Contemporaneamente, si stanno realizzando azioni di qualificazione delle risorse umane nella sanità mediante il *Programma Medici Comunitari*.

Con l'obiettivo di portare cambiamenti nel sistema sanitario il "Piano Federale della Salute" fissa i seguenti obiettivi e strumenti per i modelli di cura, gestione e finanziamento:

⁴ *Memorias 2004, Ministerio della Salute e dell'Ambiente della Nazione, Repubblica Argentina, Buenos Aires, 2004.*

Modello di cure

- Gerarchizzazione e accreditamento delle azioni di promozione e di prevenzione
- Promozione di un impegno federale sulla copertura e l'accesso
- Accesso della popolazione alle reti dei servizi
- Fissazione della responsabilità nominale su tutta la popolazione
- Convalida della qualità dei servizi sanitari
- Potenziamenti degli Ospedali pubblici
- Promozione delle assicurazioni sanitarie
- Incentivo per l'accessibilità ai farmaci.

Modello di gestione

- Attuazione di accordi di gestione tra nazione e Province
- Sviluppo di sistemi di informazione nelle aree strategiche per la gestione sanitaria
- Promozione della qualità organizzativa e della gestione dell'assistenza
- Regolamentazione delle risorse umane
- Regolamentazione della tecnologia.

Modello di finanziamento

- Creazione dell'Assicurazione Nazionale delle Malattie speciali
- Assegnazione pro-capite aggiustata secondo il rischio agli agenti delle assicurazioni sanitarie
- Articolazione del Fondo Federale di Compensazione
- Potenziamento delle Opere Sociali.

Allegato 1: gli ospedali italiani in Argentina

Gli italiani hanno rappresentato la più importante corrente migratoria della Repubblica Argentina. Si stima che tra un 35,0% e un 45,0% della sua popolazione sia di origine italiana. Fin dall'arrivo dei suoi primi emigranti, la comunità italiana in Argentina si è preoccupata di costruire una rete solidale per la copertura medica dei suoi componenti.

L'origine dei primi Ospedali italiani in Argentina risale alla metà del XIX secolo. Attualmente in Argentina funzionano sei Ospedali italiani organizzati complessivamente come entità civili senza fini di lucro e gestiti da personalità e centri della comunità italiana.

Parimenti si potrà vedere dalle tabelle seguenti che l'Ospedale italiano di Buenos Aires è per numero di letti quello più importante, non solo per la sua capacità di accoglienza, ma anche fondamentalmente per il suo livello di complessità e per il suo prestigio medico sia a livello assistenziale che di insegnamento.

Questo non va a demerito degli altri Ospedali italiani che godono, ciascuno nella loro area di influenza, di un solido prestigio dal punto di vista medico e di importanti livelli di formazione delle risorse umane e di ricerca biomedica.

Tabella 2 - Capacità di ricovero degli ospedali italiani

Dettaglio	Buenos Aires	Bahía Blanca	Córdoba	La Plata	Mendoza	Monte Buey	Rosario	Totale
Totale camere (comprese le altre)	517	85	207	206	112	25	212	1364
Camere cure intensive adulti	28	6	21	14	4	4	16	93
Camere cure intensive pediatriche	18	2					7	27
Camere cure intensive neonatali	15	8	8	16	17		27	91
Totale camere cure intensive	61	16	29	30	21	4	50	211
Camere cure intermedie	14			12				26
Camere di unità coronarica	39	2	18	4	6		12	81

Fonte: Hospitalia 2003

Tabella 3 - Totale delle prestazioni

	Dettaglio	Buenos Aires	Bahía Blanca	Córdoba	La Plata	Mendoza	Monte Buey	Rosario	Totale
1	Media mensile visite esterne	100000	2064	17726	11000	1653	2000	20042	154485
2	Media mensile degli interventi chirurgici interni	1100	260	540	500	200	32	512	3144
3	Ambulatori	450	29	200		23	10	44	756
4	Media mensile dei ricoveri	2150	362	673	660	408	75	1021	5349
5	Totale delle analisi di laboratorio di analisi cliniche	140000	6236	19705	19300	8765	2800	57684	254490
6	Totale delle prestazioni radiologiche	35000	1470	4010	5800	881	520	4975	56256

Fonte: Hospitalia 2003

Tabella 4 - Prestazioni molto complesse

	Dettaglio	Buenos Aires	Bahía Blanca	Córdoba	La Plata	Mendoza	Monte Buey	Rosario	Totale
1	Trapianti (rene, cuore, fegato)	134		14		19		8	175
2	Emodinamica	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	
3	Medicina Nucleare	Sì	No	Sì	Sì	No	No	Sì	
4	Istocompatibilità	Sì	no	no	no	no	No	Sì	
5	Anatomia Patologica	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì	
6	Cardiologia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì	
7	Neurochirurgia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì	
8	Angiografia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì	
9	Risonanza Magnetica	Sì	No	Sì	No	No	No	No	
10	Tomografia Computerizzata	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì	
11	Interventi cardiologici	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì	
12	Chirurgia cardiovascolare	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì	

Fonte: Hospitalia 2003

Tabella 5 - Risorse Umane

Item	Dettaglio	Buenos Aires	Bahía Blanca	Córdoba	La Plata	Mendoza	Monte Buey	Rosario	Totale
1	Medici	1001	86	192	286	125	36	330	2056
2	Personale paramedico	2111	198	425	441	286	40	576	4077
3	Infermieri Professionali	349	60	137	149	94	12	196	997
4	Infermieri ausiliari	224	28	95			7		354
5	Personale amministrativo	835	48	145	106	52	8	143	1337

Fonte: Hospitalia 2003

Tabella 6 - Formazione delle Risorse Umane

Item	Dettaglio	Buenos Aires	Bahía Blanca	Córdoba	La Plata	Mendoza	Monte Buey	Rosario	Totale
1	Tirocinio Pre-laurea	Sí	Sí	Sí	----	Sí	----	----	-----
2	Residenze Mediche	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	----	Sí	Sí
3	Scuola Inferm.	Sí	----	Sí	Sí	----	----	Sí	----

* Fonte: Hospitalia 2003

Bibliografia

- Brian Abel-Smith (1982), *Cuánto cuesta la salud?*, Editoriale MAPFRE.
- Ginés González García e Federico Tobar (2004), *Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*. Edizioni ISALUD. Buenos Aires.
- Musgrave y Musgrave (1992), *Hacienda Pública, Teórica y aplicada*. Quinta edizione. Mc Graw-Hill.